

T.C  
ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ  
HALK SAĞLIĞI HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI

**SAMSUN İL MERKEZİNDEKİ LİSE ÖĞRENCİLERİNİN  
SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARININ  
DEĞERLENDİRİLMESİ**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

Bahar KEFELİ

Samsun  
Temmuz-2010

T.C  
ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ  
HALK SAĞLIĞI HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI

**SAMSUN İL MERKEZİNDEKİ LİSE ÖĞRENCİLERİNİN  
SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARININ  
DEĞERLENDİRİLMESİ**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

Bahar KEFELİ

Danışman: Yrd. Doç. Dr. Birsen ALTAY

Samsun  
Temmuz-2010

**TEŞEKKÜR**

Araştırmanın yürütülmesinde ve yüksek lisans eğitimim boyunca bilgisini, deneyimini ve zamanını benimle cömertçe paylaşan danışmanım Yrd. Doç. Dr. Birsen ALTAY'a,

Tezimin başlangıcında görüş ve önerileriyle araştırmamın şekillenmesini sağlayan değerli hocam Prof. Dr. Yıldız PEKŞEN'e,

Tezin istatistiksel analizinde danışmanlık aldığım değerli hocam Yrd.Doç. Dr. Kamil ALAKUŞ'a,

Araştırmamı gerçekleştirdiğim Samsun İbrahim Tanrıverdi Sosyal Bilimler Lisesi, Samsun Final Koleji, Samsun Anadolu Lisesi, Namık Kemal Lisesi yöneticilerine ve rehber öğretmenlerine,

Çalışmaya katılarak bu tezin verilerini sağlayan araştırma grubundaki tüm öğrencilere çok teşekkür ederim.

Yaşamımın her döneminde olduğu gibi bu aşamada da sevgilerini ve desteklerini esirgemeyen sevgili aileme özellikle babam İlkay KEFELİ, annem Belgin KEFELİ, babanem Perihan KEFELİ, dedem Abbas KEFELİ ve kardeşim Pınar KEFELİ'ye sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

**ÖZET****SAMSUN İL MERKEZİNDEKİ LİSE ÖĞRENCİLERİNİN SAĞLIKLI YAŞAM  
BİÇİMİ DAVRANIŞLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ****Bahar KEFELİ, Yüksek Lisans Tezi****Ondokuz Mayıs Üniversitesi Samsun, Temmuz-2010**

Lise döneminde kazanılan olumlu sağlık davranışları yetişkin dönemde sağlıklı yaşam biçimi haline dönüşür. Bu nedenle lise döneminde geliştirilen sağlık davranışları toplum sağlığını da olumlu yönde etkilemektedir. Bu araştırma, Samsun il merkezindeki lise öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını değerlendirmek ve etkileyen faktörlerle ilişkisini incelemek amacıyla yapılmıştır.

Kesitsel özellikte olan bu araştırmanın verileri 20.11.2009-20.12.2009 tarihleri arasında toplanmıştır. Araştırmanın evrenini Samsun il merkezinde yer alan Milli Eğitim Bakanlığı'na bağlı 43 lisede öğretim gören 27402 lise öğrencisi oluşturmuştur. Örneklem büyüklüğünü saptamada Evrende Birey Sayısı Bilinen Örneklem Genişliği Formülü kullanılarak, örneklem büyüklüğü 378 kişi olarak belirlenmiştir.

Okul tipine göre tabakalı örnekleme sistemi ve her tipte basit rastgele yöntemle dört okul çalışmaya dahil edilmiştir. Veri toplama aracı olarak, araştırmacı tarafından literatür doğrultusunda geliştirilen 26 sorudan oluşan adolesanların tanıtıcı özelliklerini değerlendirme formu kullanılmıştır. Adolesanların sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını belirlemek için 52 sorudan oluşan, Walker (1987) ve arkadaşları tarafından geliştirilen, ülkemizde geçerlilik güvenilirliği Bahar ve arkadaşları tarafından (2008) yapılan "Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II" kullanılmıştır. Elde edilen veriler SPSS 16.0 paket programı ile bilgisayar ortamında değerlendirilmiştir. Verilerin istatistiksel değerlendirmesinde; yüzdelik hesaplama, aritmetik ortalama, varyans analizi, t testi ve Tukey testi kullanılmıştır.

Araştırmada elde edilen verilere göre; lise öğrencilerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği toplam puan ortalaması  $126.31 \pm 18.26$ 'dır. Araştırma kapsamındaki lise öğrencileri ölçek alt boyutlarından en fazla puanı manevi gelişim, en düşük puanı ise fiziksel aktiviteden almışlardır. Lise öğrencilerinin, sosyo-demografik değişkenleri (cinsiyet, okul dışında bir işte çalışma durumu, boş zaman değerlendirme etkinlikleri, öncelikli başvurduğu sağlık kuruluşu), ailesel özellikleri (aile tipi, anne ve baba eğitimi, anne çalışma durumu, aylık gelir düzeyi, aile ve arkadaş ilişkisi, akrabalarla görüşme sıklığı), biyolojik faktör olarak beden kitle indeksi, vücut ağırlığına yönelik öz değerlendirme, davranışsal faktörlerden sigara ve

alkol kullanımı ve sağlık durumunu algılama düzeyleri ile ölçek puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuştur ( $p<0.05$ ).

Çalışma sonuçlarının benzer çalışmalar ve adolesanların sağlığını geliştirme programları için temel veri oluşturabilmesi açısından önemli olduğu düşünölmektedir.

**ABSTRACT****ASSESSING THE HEALTHY LIFE STYLE BEHAVIORS OF THE HIGH SCHOOL STUDENTS IN THE CENTRE OF SAMSUN****Bahar KEFELI, Postgraduate Thesis****Ondokuz Mayıs University, Samsun, July-2010**

Positive health attitudes that were gained during high-school period, transform into healthy lifestyle at adult period. Therefore, health attitudes that are developed during high-school period, affect community health in a positive way. This research has been made for the aim to assess of the healthy life style of the students in the centre of Samsun and to survey with the activators relation.

The information of this research which are specific profile have been collected between 20.11.2009 and 20.12.2009. The universal of the research has been made up by 27402 high school students who have education in 43 high schools which subordinates in National Education Ministry in Samsun. 378 individuals have been determined as sample greatness in order to confirm the sample greatness by using the sample breadth formula which is known as the number of individual in the universe.

378 people have been randomly taken at the class sample system study and easy method from each type according to the type of the school. Assessing from which presents peculiarity of adolescent including 26 questions has been used as data collecting medium. "Healthy Life Style Behaviors Scale-II" which was developed by Walker (1987) and his friends and its guarantee and validity which was done by Bahar and her friends (2008) has been used in order to determine the healthy life style of adolescents. Obtaining data have been assessed in the computer surrounding with SPSS 16.0 packet program. Percentage account, maths average, variance analysis, t test and Tukey test have been used in the statistical assessing of data.

Four schools were involved to the research via using the stratified sampling system by type of school and brief random method in every type. According to the data which have been obtained in the research; the total point average of high school students healthy life style behavior scale is  $126.31 \pm 18.26$ . The high-school students in the research within the scope have gained (obtained) the highest point from physical activity. Statistically meaningful

relation has been found between scale point and social demography variation (sex, working condition apart from school, assessing spare time efficiency, parents working condition, salary level, parental and friend skip relation, relative visit) anatomic mass index as biological factor, self-determination according to body weight, using cigarette and alcohol from behavioral factor and apprehending level of health condition ( $p < 0.05$ ).

It has been thought that the research results are significant to generate basic data for similar researches and adolescents' health improvement programs.

## **TABLolar DİZİNİ**

<b><u>Tablo</u></b>	<b><u>Sayfa</u></b>
<b>Tablo 1.</b> Araştırmada Kullanılan SYBDÖ'nin Değerlendirme.....	51
<b>Tablo 2.</b> Lise Öğrencilerinin Tanıtıcı Özelliklerine Göre Dağılımı .....	54
<b>Tablo 3.</b> Lise Öğrencilerinin Boş Zamanı Değerlendirme Etkinlikleri ve Sağlık Davranışlarının Dağılımı.....	55
<b>Tablo 4.</b> Lise Öğrencilerinin Ailesel Özellikleri.....	56
<b>Tablo 5.</b> Lise Öğrencilerinin Beden Kitle İndeksi ve Vücut Ağırlığına Yönelik Öz Değerlendirme Durumlarının Dağılımı.....	57
<b>Tablo 6.</b> Lise Öğrencilerinin Sağlık Durumunu Algılama Düzeylerine Göre Dağılımı.....	57
<b>Tablo 7.</b> Lise Öğrencilerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Alt Boyutlarından Aldıkları Puanların Dağılımı.....	58
<b>Tablo 8.</b> Lise Öğrencilerinin Yaş Dağılımına Göre SYBD Ölçeği ve Alt Boyutları Puan Ortalamaları.....	58
<b>Tablo 9.</b> Lise Öğrencilerinin Cinsiyetlerine Göre SYBD Ölçeği ve Alt Boyutları Puan Ortalamaları.....	59
<b>Tablo 10.</b> Lise Öğrencilerinin Aile Tipine Göre SYBD Ölçeği ve Alt Boyutları Puan Ortalamaları.....	59
<b>Tablo 11.</b> Lise Öğrencilerinin Anne Eğitim Durumlarına Göre SYBD Ölçeği ve Alt Boyutları Puan Ortalamaları.....	61
<b>Tablo 12.</b> Lise Öğrencilerinin Annelerinin Çalışma Durumuna Göre SYBD Ölçeği ve Alt Boyutları Puan Ortalamaları.....	62
<b>Tablo 13.</b> Lise Öğrencilerinin Baba Eğitim Durumuna Göre SYBD Ölçeği ve Alt Boyutları Puan Ortalamaları.....	62
<b>Tablo 14.</b> Lise Öğrencilerinin Babalarının Çalışma Durumuna Göre SYBD Ölçeği ve Alt Boyutları Puan Ortalamaları.....	63
<b>Tablo 15.</b> Lise Öğrencilerinin Aile Gelir Durumlarına Göre SYBD Ölçeği ve Alt Boyutları Puan Ortalamaları.....	64
<b>Tablo 16.</b> Lise Öğrencilerinin Çalışma Durumuna Göre SYBD Ölçeği ve Alt Boyutları Puan Ortalamaları.....	65
<b>Tablo 17.</b> Lise Öğrencilerinin Boş Zaman Değerlendirme Etkinliklerine Göre SYBD Ölçeği ve Alt Boyutları Puan Ortalamaları.....	65



<b><u>Tablo</u></b>	<b><u>Sayfa</u></b>
<b>Tablo 18.</b> Lise Öğrencilerinin Sosyal Güvencelerine Göre SYBD Ölçeği ve Alt Boyutları Puan Ortalamaları.....	66
<b>Tablo 19.</b> Lise Öğrencilerinin Başvurdukları Sağlık Kurumuna Göre SYBD Ölçeği ve Alt Boyutları Puan Ortalamaları.....	67
<b>Tablo 20.</b> Lise Öğrencilerinin Aile İlişkisine Göre SYBD Ölçeği ve Alt Boyutları Puan Ortalamaları.....	68
<b>Tablo 21.</b> Lise Öğrencilerinin Arkadaş İlişkisine Göre SYBD Ölçeği ve Alt Boyutları Puan Ortalamaları.....	69
<b>Tablo 22.</b> Lise Öğrencilerinin Akrabalarla Görüşme Durumuna Göre SYBD Ölçeği ve Alt Boyutları Puan Ortalamaları.....	70
<b>Tablo 23.</b> Lise Öğrencilerinin Tedavi Görme Durumuna Göre SYBD Ölçeği ve Alt Boyutları Puan Ortalamaları.....	71
<b>Tablo 24.</b> Lise Öğrencilerinin Sağlıklarını Algılama Durumuna Göre SYBD Ölçeği ve Alt Boyutları Puan Ortalamaları.....	72
<b>Tablo 25.</b> Lise Öğrencilerinin Sigara Kullanma Durumuna Göre SYBD Ölçeği ve Alt Boyutları Puan Ortalamaları.....	73
<b>Tablo 26.</b> Lise Öğrencilerinin Alkol Kullanma Durumuna Göre SYBD Ölçeği ve Alt Boyutları Puan Ortalamaları.....	74
<b>Tablo 27.</b> Lise Öğrencilerinin Vücut Ağırlığına Yönelik Öz Değerlendirme Durumuna Göre SYBD Ölçeği ve Alt Boyutları Puan Ortalamaları.....	74
<b>Tablo 28.</b> Lise Öğrencilerinin Beden Kitle İndeksine Göre SYBD Ölçeği ve Alt Boyutları Puan Ortalamaları.....	76

**SEKİLLER DİZİNİ**

<b><u>Şekil</u></b>	<b><u>Sayfa</u></b>
<b>Şekil 1.</b> Erkek ve Kız Ergenler İçin Cinsel Olgunlaşma Evreleri .....	13
<b>Şekil 2.</b> Sağlığı Geliştirme Modeli .....	20
<b>Şekil 3.</b> Amerikan Kalp Derneği Beslenme Komitesi'nin 2000 Yılı Beslenme Önerileri .....	30
<b>Şekil 4.</b> Stresle Baş Etme Yolları.....	35
<b>Şekil 5.</b> 2010 Sağlıklı Toplum İnsiyatifi'nin Adölesanlara Yönelik Hedefleri .....	44

**SİMGELER ve KISALTMALAR DİZİNİ**

- ANA: Amerika Hemşireler Derneği  
BKİ: Beden Kitle İndeksi  
CDC: Amerikan Ulusal Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezi  
COD: Cinsel Olgunlaşma Derecesi  
CYBH: Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklar  
DHT: Dihidrotestosteron  
DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü  
FSH: Folikül Uyarıcı Hormon  
GnRH: Gonad Hormonlarını Salgılatan Hormon  
HDL: Yüksek Yoğunluklu Lipoproteinler  
HIV: Human Immunodeficiency Virusu  
KOAİ: Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı  
LDL: Düşük Yoğunluklu Lipoprotein  
LH: Lütein Yapıcı Hormon  
NKL: Namık Kemal Lisesi  
SAL: Samsun Anadolu Lisesi  
SGM: Sağlığı Geliştirme Modeli  
SSBL: Samsun İbrahim Tanrıverdi Sosyal Bilimler Lisesi  
SYBD: Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları  
SYBDÖ: Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği  
TURTEP: Türkiye’de Diyabet, Obezite ve Hipertansiyon Epidemiyolojisi  
TÜİK: Türkiye İstatistik Kurumu  
VKİ: Vücut Kitle İndeksi  
WHO: Dünya Sağlık Örgütü

## İÇİNDEKİLER DİZİNİ

	<u>Sayfa no</u>
<b>TEŞEKKÜRLER</b> .....	ii
<b>ÖZET</b> .....	iii
<b>ABSTRACT</b> .....	v
<b>TABLolar DİZİNİ</b> .....	vii
<b>ŞEKİLLER DİZİNİ</b> .....	ix
<b>SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ</b> .....	x
<b>1. GİRİŞ</b> .....	1
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi .....	1
1.2. Araştırmanın Amacı .....	5
1.3. Araştırmanın Soruları .....	5
<b>2. GENEL BİLGİLER</b> .....	6
2.1. Adolesan Dönemi .....	6
2.1.1. Adolesan Dönemde Büyüme ve Gelişme .....	6
2.1.2. Adolesan Dönemde Bilişsel Gelişim .....	8
2.1.3. Adolesan Dönemde Psiko-Sosyal Gelişim .....	9
2.1.4. Adolesan Dönemde Cinsel Gelişim .....	11
2.2. Sağlığın Tanımı .....	13
2.3. Sağlığı Koruma .....	17
2.4. Sağlığı Geliştirme .....	18
2.5. Pender'in Sağlığı Geliştirme Modeli .....	19
2.6. Sağlıklı Yaşam Biçimi .....	23
2.6.1. Kendini Gerçekleştirme.....	24
2.6.2. Sağlık Sorumluluğu .....	26
2.6.3. Egzersiz.....	27
2.6.4. Beslenme .....	28
2.6.5. Kişilerarası Destek.....	32
2.6.6. Stres Yönetimi .....	33
2.7. Adolesan Dönemi Riskli Sağlık Davranışları .....	36
2.7.1. Madde Kullanımı .....	37
2.7.2. Riskli Cinsel Davranışlar .....	38
2.8. Adolesan Okul Sağlığı Geliştirme Programları ve Halk Sağlığı Hemşiresinin Rolü .....	40

<b>3. MATERYAL VE METOT</b> .....	47
3.1. Araştırmanın Tipi .....	47
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman .....	47
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi .....	47
3.4. Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri .....	48
3.5. Verileri Toplama Araçları .....	48
3.5.1. Adolesanların Tanıtıcı Özelliklerini Değerlendirme Formu (Ek-1) .....	48
3.5.2. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II (Ek-2) .....	49
3.6. Verilerin Toplanması .....	51
3.7. Verilerin Değerlendirilmesi .....	51
3.8. Araştırmanın Etik İlkeleri .....	52
<b>4. BULGULAR</b> .....	53
<b>5. TARTIŞMA</b> .....	77
5.1. Lise Öğrencilerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Tartışılması .....	77
5.2. Lise Öğrencilerinin Sağlıklı Yaşam biçimi Davranışları ve Etkileyen Faktörler Arasındaki İlişkiyi Gösteren Bulguların Tartışılması .....	81
<b>6. SONUÇ VE ÖNERİLER</b> .....	92
6.1. Sonuçlar .....	92
6.2. Öneriler .....	95
<b>7. KAYNAKÇA</b> .....	97
<b>8. EKLER</b> .....	115
<b>Ek 1:</b> Adolesanların Tanıtıcı Özelliklerini Değerlendirme Formu .....	115
<b>Ek 2:</b> Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II.....	117
<b>Ek 3:</b> Etik Kurul Onayı .....	119
<b>Ek 4:</b> Milli Eğitim Müdürlüğü Onayı .....	122
<b>9. ÖZGEÇMİŞ</b> .....	121

## 1. GİRİŞ

### 1.2. Problemin Tanımı ve Önemi

Geçmiş dönemlerde ve geleneksel anlayışta sağlık kavramı; “hastalık yada sakatlığın olmayışı” olarak yalın bir ifadeyle tanımlanmıştır. Bu tanım hastalığı semptomlar boyutuna sıkıştırmış, insanı psikolojik ve sosyal yönüyle bir bütün olarak ele almamıştır. Gerçekte sağlık; kültürel, ekonomik, sosyal, biyolojik ve fiziksel faktörlerden etkilenir (Pender ve ark., 1992; Batlaş, 2004). Günümüzde geçerliliği olan sağlık tanımı, 1947’de Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından; “sadece hastalık ve sakatlık olmayışı değil, bedensel, ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik hali” olarak tanımlanmaktadır ve bu tanımlamada sağlıkla ilişkili yakınmalar ve yaşamdan memnuniyet gibi göstergeler kullanılmaktadır (Smaltzer ve Bare, 2004; WHO Europe, 2004).

DSÖ, 1980 yılı başlangıç kabul edilmek üzere “2000’li Yıllarda Herkese Sağlık” hedef stratejilerini tanımlamıştır. Bu hedef ve stratejilerin en belirgin yönü sağlık hizmetlerinin öncelikli olarak sağlığı geliştirme ve bireylerin kendi sağlık sorumluluğunu üstlenmelerine odaklanması gerektiğini vurgulamış olmasıdır (Edelman ve Mandle, 1998; Spear ve Kulbok, 2001). DSÖ tahminlerine göre gelişmiş ülkelerdeki ölümlerin %70-80’inin, az gelişmiş ülkelerdeki ölümlerin %40-50’sinin nedeni yaşam biçimine bağlı olarak ortaya çıkan hastalıklardır. Bu nedenle sunulacak sağlık hizmetlerinin de bu doğrultuda sağlığı koruma, sürdürme ve geliştirme yönünün olması gerekmektedir (Ayaz ve ark., 2005).

Kopenhag’da DSÖ 48. Avrupa bölge toplantısında (1998) Herkes için Sağlık, “21.yüzyılda 21 hedef” sloganı ile kabul edilmiştir. Sağlık 21’de, 11. maddede 2015 yılına kadar toplumdaki insanların sağlıklı yaşam biçimlerini benimsemesi amaçlanmıştır (Dünya Sağlık Raporu, 1998; Aktan ve Işık, 2009).

Sağlıklı yaşam biçimi davranışları, bireyin sağlıklı kalmak ve hastalıklardan korunmak için inandığı ve uyguladığı davranışların bütünüdür (Schank, 1999; Zaybak ve Fadiloğlu, 2004). Pender sağlıklı yaşam biçimini, sağlığı geliştirmenin bir bileşeni olarak belirtmiştir ve Pender’e göre sağlıklı yaşam biçimi davranışları; kendini gerçekleştirme, sağlık sorumluluğu, egzersiz, beslenme, kişiler arası destek, stres yönetimidir (Spradley, 1990; Spellbring, 1991; Pender ve ark., 1992; Ahijevych ve Bernhard, 1994).

Samsun ilinde yapılan bir çalışmada, ileri yaşta sağlık sorumluluğu puanının arttığı, 15-19 yaşlar arasındaki sağlık sorumluluğu ortalama sayısının, 20-49 yaşlar arasındaki sağlık sorumluluğu ortalama sayısından daha az olduğu bulunmuştur (Altay, 2006).

Bu bağlamda sağlık anlayışı; birey, aile ve toplumun sağlığını koruyan, sürdüren ve geliştiren sağlık merkezli bakım yaklaşımını öngörmektedir. Bu anlayış; bireyin iyilik halini

koruyacak, sürdürecekt ve geliştirecek davranışlar kazanması, mevcut sağlık davranışlarından olumlu olanların pekiştirilmesi ve kendi sağlığı ile ilgili doğru kararlar almasını sağlamak üzerine dayandırılmıştır. (Ahijevy ve Bernhard, 1994; Hardrick ve Lindsey, 1996; Sisk, 2000; Lundy ve Sharny, 2001).

Hastalık ve sağlık kavramları kültürlere ve insanların geçmiş deneyimlerine göre farklılık gösterse de, uygun sağlık eğitimi ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları oluşturulabilir (Choi, 2002; Choi ve Lee, 2007). Bu davranışlara sağlıklı beslenme, düzenli fizik egzersiz, sigara ve alkol içmeme, aşırı yorgunluk ve stresten kaçınma, günde 7-8 saat uyku, çevreyi sağlığa uygun hale getirme gibi davranışlar örnek olarak verilebilir. Bu davranışları tutum haline dönüştüren birey, sağlıklı olma halini sürdürebildiği gibi, sağlık durumunu daha iyi bir seviyeye getirebilir (Hans, 1995; Hardrick ve Lindsey, 1996).

Pek çok çalışmada, yıllık ölümlerin yarısının çocuk, adolesan ve yetişkin dönemlerinde sağlığa zararlı yaşam biçimi seçilmesinden kaynaklandığı belirtilmektedir (Esin, 1997; Edelman ve Mandle, 1998; Spear ve Kulbok, 2001). Literatürde, yetişkinlikte yaşam biçiminin bir parçası olan davranışların genellikle adolesan dönemde kazanıldığı veya yeniden şekillendirildiği (Spear ve Kulbok, 2001), çocuk ve adolesanlara doğru davranış kazandırabilmenin yetişkinlerin davranışlarını değiştirmekten daha kolay olduğu (Velsor, 2001) ve adolesanlara sağlık davranışlarının kazandırılmasında akran desteğinin önemi vurgulanmaktadır (Story ark., 2002).

Dünya nüfusunun %20'sini, Türkiye Nüfusunun %26'sını gençler oluşturmaktadır. Türkiye'de bu nüfusun % 17.5'i ise adolesan dönemidir (TÜİK, 2007). Adolesan dönemi; fiziksel, ruhsal ve sosyal yönden hızlı büyüme, gelişme ve olgunlaşmanın çok hızlı olduğu bir dönemdir. Bu dönem, gençler açısından fiziksel, ruhsal, sosyal sağlık sorunlarının ön planda olduğu oldukça zor bir dönem olarak belirtilmektedir (Ball ve Bindler, 2006; Bülbül, 2004).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) 10-19 yaş grubunu adolesan, 15-24 yaş grubunu gençlik dönemi olarak tanımlamaktadır ve adolesanların gelişimsel dönemlerini, erken adolesan (11-15 yaş), orta adolesan (15-17 yaş), geç adolesan (17-24 yaş) olarak tanımlamaktadır (WHO, 2004; Demirezen ve Coşansu, 2005; WHO, 2006).

Bu dönemler arasında özellikle orta ve geç adolesan döneminin olumsuz sağlık davranışlarına başlamak açısından riskli dönemler olduğu belirtilmektedir. Dünya genelinde adolesanlar erken yaşta alkol kullanmaya başlamaktadır, içki içme davranışının diğer yüksek riskli davranışlarla (yasadışı ilaç-madde kullanımı ve bir kerede aşırı alkol alma gibi) birlikte görüldüğü bilinmektedir. Yasadışı ilaç-madde kullanımı ise HIV bulaşmasına katkıda bulunmaktadır. Son 20-30 yılda adolesanlarda sigara içme oranı artmıştır (European Health

Report, 2002; Gaining Health, 2006). Bu dönemde güvensiz cinsel ilişkinin arttığı, istenmeyen gebelik ve HIV/AIDS'in önemli bir sorun haline geldiği görülmektedir (European Health Report, 2002). Beslenme ve obezite sorunlarının en önemli sorunlar arasında bulunduğu (Story ark., 2002; Köksal ve Özel, 2008), ergenlik döneminde görülen intiharların hem ülkemizde hem de dünyada gün geçtikçe yoğunluğu artan bir problem olarak karşımıza çıktığı (Davis ve Brock, 2002), ve depresyon'un gençler için önemli bir sağlık sorunu haline geldiği bilinmektedir (European Health Report, 2002; 2005); bunlara ek olarak duygusal, sosyal sorunlar, aile içi çatışma ve davranış bozuklukları gibi ciddi sorunları bulunduğu (Baltaş ve Batlaş, 2006) ifade edilmektedir. Oysa, sağlık açısından en önemli ulusal başarı göstergelerinden biri, o ülkenin gençlerinin iyilik hali ve sağlık düzeyi göstergeleridir (Velsor, 2001).

Amerikan Ulusal Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezi'nin (CDC) 2008 verilerine göre Amerika toplumunda yaşayan adolesanların % 80'inin diyetlerinde günde beş öğünden az meyve ve sebze tükettiği belirtilmiştir. Ayrıca sadece %20'sinin yeteri kadar kalsiyum aldığı belirtilmiştir (CDC, 2008a).

Adolesan dönemi, yaşam süreci içerisinde olumsuz sağlık davranışlarının kazanılabileceği bir dönem olarak belirtilmesine rağmen, bireyin olumlu sağlık davranışlarını da kazanabileceği en uygun dönemlerden biri olarak tanımlanmıştır. Bu nedenle adolesan dönemi; bireye olumlu sağlık davranışları kazandırılacak sağlık programlarının uygulanması için en uygun dönemlerden biridir. Bir çok gelişmiş ülkede, adolesanlarda sağlığın yükseltilmesi için öncelikle, yaşam tarzının iyileştirilmesine yönelik sağlığı geliştirme programlarının uygulanması ve bunun sonucunda adolesanların sigara, alkol kullanma gibi riskli davranışlardan kaçınarak, sağlığını koruyucu, yükseltici davranışları uygulaması amaçlanmaktadır. Bu amaçla, halk sağlığını korumaya ve hastalıkları önlemeye yönelik sağlığı geliştirme programları düzenlenmektedir ve sağlığı geliştirme programları davranış değişim süreçlerini içeren uzun süreli izleme dayanan programlardır. Adolesanların yaşamlarının büyük bir bölümünü okulda geçmesi nedeniyle uygulanacak olan sağlığı geliştirme programlarının başarısı da yüksek olacaktır (Spear ve Kulbok, 2001; Pender ve ak., 2002; Ball ve Bindler, 2006).

Sağlığın geliştirilmesi sağlık personelinin temel sorumluluklarının başında gelmektedir. Hemşireler toplumun her kesiminden bireylere kolaylıkla ulaşabilme avantajına sahip olan sağlık ekibinin üyeleridir. Bu nedenle sağlığı geliştirme aktivitelerinde toplumu etkileme ve rol modeli olma yönünden hemşirelere büyük görevler düşmektedir (Ayaz ve ark., 2005).



Amerika Hemşireler Derneği (ANA), toplumsal politika tespitinde hemşirelerin sağlığın geliştirilmesindeki rolünü şöyle belirlemiştir; “Hemşire, bireylerin ve grupların gerçek ve olası sağlık problemlerine uyumlarını, bireylerin sağlığını etkileyen çevreyi anlama ve sağlığı geliştiren hemşirelik müdahalelerini yapmakla ilgilenir. Tüm hemşireler uzmanlık gerektirmeksizin sağlığı geliştirir, sürdürür ve yeniden yapılandırır” (Black ve Matossorin, 1997)

Bu nedenlerle adolesana yönelik hemşirelik bakımı; sağlık sorunlarının önlenmesi ve sağlığın geliştirilmesine odaklanmalı, adolesanlara sunulan sağlık eğitimi ve hizmetleri ise geliştirilmelidir (Spear ve Kulbok, 2001; Velsor, 2001).

Sağlık 21’de, 4. maddede 2020 yılına kadar gençlerin daha sağlıklı olmaları ve toplumdaki rollerini daha iyi yerine getirmeleri amaçlanmıştır (Aktan ve Işık, 2009). Literatürde hemşirelerin, adolesan sağlığını geliştirmede en sık uygulanan ve önerilen programların; beslenme, formda kalma, egzersiz, hijyen, uyku, alkol, ilaç, sigara kullanımı, etkin kişiler arası iletişim ve cinsellik alanlarına yönelik sağlığı koruyucu ve geliştirici çalışmalar olduğu dikkati çekmektedir (Edelman ve Mandle, 1998; Griffin, 2000; Spear ve Kulbok, 2001; Kozier ve ark., 2004). Ayrıca bu çalışmaların daha etkin yöntemlerle sürdürülmesi ve adolesanların kendi sağlıklarıyla ilgili sorumluluk üstlenmeleri için stresi azaltma, stresle etkin başetme becerisini öğretme ve desteklemeye yönelik programlar da önerilmektedir (Spear ve Kulbok, 2001; Baltaş ve Batlaş, 2006). Bu nedenle bu araştırma ile, lise öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının değerlendirilmesi ve etkileyen faktörlerle ilişkisini incelemek amacıyla planlanmıştır. Araştırma sonucunda ise, lise öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının değerlendirilmesi ve etkileyen faktörlerle ilişkisinin incelenmesinin, toplumda gençlere yönelik bilgilendirici, eğitici sağlık programlarının ve okul sağlığı programlarının planlanmasına, yürütülmesine, geliştirilmesine ve önceliklerinin belirlenmesine katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

## 1.2 Araştırmanın Amacı

Bu araştırma, Samsun il merkezindeki lise öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını değerlendirilmek ve etkileyen faktörlerle ilişkisini incelemek amacıyla yapılmıştır.

## 1.3 Araştırmanın Soruları

### 1. Lise öğrencilerinin SYBD puan ortalamaları nasıldır ?

- Lise öğrencilerinin SYBD ölçeği toplam puan ortalaması nedir ?
- Lise öğrencilerinin SYBD ölçeğinin alt boyutunun kişilerarası ilişkiler puan ortalaması nedir ?
- Lise öğrencilerinin SYBD ölçeğinin alt boyutunun beslenme puan ortalaması nedir ?
- Lise öğrencilerinin SYBD ölçeğinin alt boyutunun sağlık sorumluluğu puan ortalaması nedir ?
- Lise öğrencilerinin SYBD ölçeğinin alt boyutunun fiziksel aktivite puan ortalaması nedir ?
- Lise öğrencilerinin SYBD ölçeğinin alt boyutunun stres yönetimi puan ortalaması nedir ?
- Lise öğrencilerinin SYBD ölçeğinin alt boyutunun manevi gelişim puan ortalaması nedir ?

### 2. Lise öğrencilerinin SYBD'ni etkileyen tanıtıcı özellikleri nelerdir ?

- Lise öğrencilerinin tanıtıcı özellikleri (yaş, cinsiyet, aldığı aylık harçlık miktarı, okul dışında bir işte çalışma durumu, sosyal güvence durumu) ile SYBD ölçeği puan ortalamaları arasında anlamlı bir ilişki var mıdır ?
- Lise öğrencilerinin boş zaman değerlendirme etkinlikleri ve sağlık davranışları dağılımı (öncelikli başvurduğu sağlık kuruluşu, hastalık durumu, sigara ve alkol kullanma) ile SYBD ölçeği puan ortalamaları arasında anlamlı bir ilişki var mıdır ?
- Lise öğrencilerinin ailesel özellikleri (aile tipi, anne/baba eğitimi, anne/baba çalışma durumu, aylık gelir düzeyi, aile/arkadaş ilişkisi ve akrabalarla görüşme sıklığı) ile SYBD ölçeği puan ortalamaları arasında anlamlı bir ilişki var mıdır ?
- Lise öğrencilerinin Beden Kitle İndeksi vücut ağırlığına yönelik öz değerlendirmeleri ile SYBD ölçeği puan ortalamaları arasında anlamlı bir ilişki var mıdır ?
- Lise öğrencilerinin sağlık durumunu algılama düzeyleri ile SYBD ölçeği puan ortalamaları arasında anlamlı bir ilişki var mıdır ?

## 2. GENEL BİLGİLER

### 2.1. Adolesan Dönemi

Adolesan, Latince gelişmek, olgunluk anlamına gelen “adolescence” kelimesinden gelmektedir. Adolesan dönemi; fiziksel, biyokimyasal, ruhsal ve sosyal yönden hızlı büyüme, gelişme ve olgunlaşmanın çok hızlı olduğu bir dönemdir (Bülbül, 2004; Ball ve Bindler, 2006). Çocukluk ile erişkinlik arasında geçiş dönemini oluşturur (Susman ve Rogol, 2004).

Bu dönemde beyin, nöroendokrin sistem ve hormon konsantrasyonlarında değişim, fiziksel ve morfolojik özelliklerde farklılaşma ile üreme sisteminde farklılaşmayı içine alan değişiklikler meydana gelir (Susman ve Rogol, 2004). Aynı zamanda adolesan içinde bulunduğu toplumun izlerini taşır ve o toplumun sorunlarından etkilenir, toplumsal gelişmeye ve olaylara etkin katılarak toplumun bir bireyi haline gelir (Licence, 2004).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) 10-19 yaş grubunu adolesan, 15-24 yaş grubunu gençlik dönemi olarak tanımlamaktadır ve adolesanların gelişimsel dönemlerini, erken adolesan (11-15 yaş), orta adolesan (15-17 yaş), geç adolesan (17-24 yaş) olarak tanımlamaktadır (WHO, 2004; Demirezen ve Coşansu, 2005; WHO, 2006).

Bu dönemler arasında özellikle orta ve geç adolesan dönemleri, madde kullanma, obezite gibi olumsuz sağlık davranışlarına başlamak açısından riskli dönemler olarak tanımlanmasına rağmen, aynı zamanda olumlu sağlık davranışlarının kazandırılabilceği en uygun yaş dönemlerinden oldukları belirtilmektedir (Pender ve ark., 2002; Ball ve Bindler, 2006).

#### 2.1.1. Adolesan Dönemde Büyüme ve Gelişme

Adolesan kelimesi çoğu zaman puberte ile eş anlamlı olarak kullanılır. Oysa adolesan dönemi, çocukluk döneminin sonundan erişkinliğe kadar uzanan tüm fiziksel, seksüel, ruhsal gelişme ve psikolojik değişiklikleri de kapsayan bir terimdir. Bu dönemin içindeki pubertal (ergenlik) dönemde ise sekonder seks karakterlerinin gelişimi, pubertal büyüme hamlesi ve gonadların olgunlaşarak fertilizasyon yeteneğinin kazanılması gerçekleşir (Neyzi ve Ertuğrul, 2002; Büyükgebiz, 2006).

Pubertenin ilk belirtileri sağlıklı kız çocuklarında genellikle 10, erkeklerde 12 yaşında ortaya çıkar. Biyolojik değişikliklerin tamamlanması 3-5 yıl sürer. Ergenlikte oluşan değişikliklerin sıra düzeni her çocukta eşittir. Buna karşın ergenliğe erişme yaşı ve ergenlik süresi bir çocuktan diğerine büyük farklılıklar gösterir (Neyzi ve Ertuğrul, 2002).

Yaşam koşullarının iyileşmesi ile ergenliğe başlama yaşının erkene kaydığı bilinmektedir. Gelişmiş ülkelerde özellikle 20. yüzyılın ilk yarısında sosyo-ekonomik durum,

beslenme, anne-babaların daha eğitimli olması ve genel sağlık koşullarının düzelmesiyle çocukların sağlık düzeyinde belirgin iyileşme gözlenmiş, bunun sonucunda da ergenlik yaşı 100-150 yıl da, her 10 yıl başına 2-3 ay erkene kaymıştır. Halen gelişmekte olan Hindistan ve Çin’de benzer değişiklik izlenmektedir (Eveleth ve Taner, 1990; Veronesi ve Gueresi, 1994; Neyzi ve Ertuğrul, 2002).

Ergenlikte oluşan ana fiziksel değişiklikleri; birincil cinsel özelliklerinin olgunlaşması (gonadlar ve genital organlar), ikincil cinsel özelliklerinin ortaya çıkması (seksüel kıllanma, kızlarda göğüs gelişimi, erkeklerde ses kalınlaşması), vücut yağ dağılımının değişmesi, iskelet gelişimi ve boy uzaması ile kızlarda menstürasyonun, erkeklerde spermatogenezin başlaması oluşturur (Ercan, G., 2005).

Büyüme ve gelişmeyi esas olarak etkileyen hormonlar tiroid hormonu ve ön hipofizin büyüme hormonudur. Tiroid hormonu gelişme ve olgunlaşmayı, hipofiz hormonu boy uzamasını etkiler. Adolesan öncesi dönemde salgılanan androjen ve östrojen hormonları da büyümeyi etkilemektedir (Edelman ve Mandle, 1998).

Ergenliğin en önemli belirtisi kısa zamanda dikkati çekecek bir biçimde çok yönlü olarak büyümektir. Buna büyüme atağı adı verilir. Büyüme atağı sırasında boy artış hızı maksimuma ulaşır ve buna boy uzama hızı doruğu denilir. Kızlarda ergenlik önce başladığından 10-12 yaşlarında kızlar erkeklerden daha uzun olurlar. Pubertede erkekler 10-30 cm., kızlar 10-20 cm. uzar. Erişkin boy uzunluğunun %20-25’i bu dönemde kazanılır. Boy büyümesi giderek yavaşlar ve kızlarda 16 ile 18, erkeklerde 18 ile 20 yaşları arasında durur. Büyümenin ergenlikten sonra da devam ettiği, 18 ile 30 yaşları arasında çok küçük miktarda bir artış görüldüğü söylenebilir (Karabey, 2006; Baltacı ve ark., 2008).

Boy uzamasının yanında kızlarda ve erkeklerde kilo artışı ve yağlanma da gözlenir. Ergenlerde büyüme atağı süresinde erişkin hayattaki ağırlığın yaklaşık yarısı kazanılır. Kızlarda bu dönemde yaklaşık 16, erkeklerde ise 20 kiloluk bir artış söz konusu olur. Yaşa göre boy ve ağırlık oranları arasındaki fark %15’den fazla olmamalıdır. Erkeklerde boy ve ağırlık artım hızı doruğu beraberce, kızlarda ise ağırlık artım doruğu boydan yaklaşık 6 ay sonra olur. Erkeklerde kilo artışı, kas ve kemik kütlelerinin artmasına, kızlarda ise büyük ölçüde yağ depolanmasına bağlıdır. Deri altı yağ dokusu iki cinste de adolesanın ilk yıllarında azalır. Yağ dokusundaki azalma hızı, boyca uzama hızı doruğunda en yüksek değere ulaşır ve sonrasında kızlarda daha fazla olmak üzere her iki cinste de yağ kitlesinde artış gözlenir. Kas dokusundaki artış hızı; kızlarda menarş, erkeklerde ise boyca uzama hızı doruğu ile eş

zamanlı olarak en yüksek değere ulaşır ve erkeklerde kas dokusu artışı kızlardan daha fazladır (Karabey, 2006; Baltacı ve ark., 2008).

Bu dönemde baş kemiklerinde de büyüme görülür. Yüz kemikleri büyür, çene uzar ve kalınlaşır, burun büyür. Bu farklılaşma yüzde simetrik olmayan bir görüntü oluşturur. Baştaki tüm organların büyümesi tamamlandığında bu asimetri ortadan kalkar. Tüm kemik sisteminde büyüme hızlanır. El ve ayaklar, ardından kol ve bacaklar uzamaya başlar, kalçalar, göğüs kemikleri ve omuzlar genişler. Büyüme atılımı sırasında eller ve ayaklar bedenin diğer bölümlerine göre daha çabuk büyür (Karabey, 2006).

Pubertal büyüme atağı sırasında, erişkin hayattaki total kemik kitlesinin yaklaşık % 37'si kazanılır. Ergenlik, hızlı fiziksel büyümenin yanında, hızlı iskelet gelişimi ile de karakterizedir. Total vücut kemik mineral içeriği ve dansitesi, puberte sırasında her iki cinsiyette de hızla artar ve puberteden sonra zirveye ulaşır. Erişkinlerde kemik dansitesinde 20 yaşından sonra artış olmadığı gösterilmiştir. Ergen döneminin sonundaki kemik kitlesinin doruğu, hayatın ileri dönemlerindeki osteoporoz riski açısından ana belirleyicidir. Bu nedenle koruyucu sağlık hizmetleri açısından, osteoporozu önleme programları ergen yaş grubunda başlatılmalıdır (Baltacı ve ark., 2008).

Puberte çağı değişikliklerinin kişisel imaj içine özümsemesi normal ergenlik için çok önemlidir. Adölesanların sorunlarına yönelik yapılan araştırmalar, onların bedenlerinin yapısı ve görünüşleri ile ilgili kaygılar taşıdıklarını göstermiştir. Yüzün ve vücudun görünüşü, saçın şekli, boy ve ağırlık onların çok önemsedikleri konular arasındadır. Kültürün ve modanın etkisi ile ideal olarak kabul edilen vücut yapısının etkisinde kalan genç, bir "ideal beden imajı" geliştirebilir. İdeal olanla kendi görünüşü arasında uyumsuzluk ortaya çıktığında bunu kabul etmek ve kendi hakkında olumlu bir "beden imajı" geliştirmek adölesanın bu dönemde karşılaşacağı sorunlardandır (Ercan G., 2005; Sarı, 2006; Ercan, 2008).

### **2.1.2. Adölesan Dönemde Bilişsel Gelişim**

Ergenlerdeki bilişsel olgunlaşma arkadaş ilişkilerinde, sosyal ortamlarda ve bilimsel konularda somut düşünceden soyut düşünceye geçiş ve kendini değerlendirmede, düzenlemede yeni beceriler edinilmesini sağlar (Pataki, 2007).

Piaget'nin adölesanlarda zeka ve düşüncenin gelişimini açıklayan önemli araştırmalarına göre 12 yaşlarından başlayarak adölesanlarda soyut düşünme yeteneği hızlı bir gelişme gösterir. Somut düşünme biçimi yerini soyut kavramlarla ve simgelerle düşünmeye bırakır (Yörükoğlu, 2004). Artık mecazi ifadeleri anlamakta güçlük çekmezler. 13-15

yaşlarındaki ergenler daha tartışmacı, idealist ve eleştiriseldirler. Göreli ve karşılaştırmalı düşündür. Düşünce de tümden-gelim vardır. Mantıksal ayrımlar yapabilir. ideolojik sorunlarla ilgilenir (Clarke ve Harrison, 2001; Kurtuluş, 2006; Piaget, 2007). Ayrıca Piaget adolesanlardaki bilişsel uyumun sosyal ilişkiler ve adolesanın arkadaşları ile kurduğu diyalog tarafından önemli ölçüde etkilendiğine inanmıştır (Pataki, 2007).

Ergenlik çağından başlayarak gençler soyut düşünce yetilerini kullanarak anne babalarının davranışlarını yeniden değerlendirmeye başlarlar. Onların doğru dediklerinin her zaman geçerli olmadığını görürler, tutarsız davranışları daha iyi ayırt eder, çelişkileri sezerler, tartışmaya girer, eleştirirler. Genç bunu yaparken kendine özgü bir ahlak anlayışı, tutarlı bir değer sistemi yaratmaya çalışmaktadır (Yörükoğlu, 2004). Bununla birlikte Ergenler kendi düşünceleri, duyguları ve davranışlarıyla aşırı ilgilidirler. Kendi ve diğerleri arasındaki ilişkilerle ilgili olarak da iki önemli çarpıtmaları vardır. Bunlardan biri, kendi kendileriyle çok ilgili olmalarının ötesinde diğerlerinin de kendisiyle ilgilendiklerini düşünmeleri ve devamlı bir sahnede herkes kendilerini izliyormuş gibi davranmalarıdır. Diğeri ise kendi önemlerini aşırılaştırma, kendilerini özel ve özgün olarak algılamaları sonucu başkalarının başına gelenin kendi başlarına da gelebileceğini düşünememeleridir. Bunun sonucu olarak da alkol ve uyuşturucu alma, hızlı ve tehlikeli araba kullanma gibi riskli davranışlara girmekten sakınmamaktadırlar (Bornstein ve Genevro, 1996; Cole M.ve Cole S., 2000; Tseng, 2003).

### 2.1.3. Adolesan Dönemde Psiko-Sosyal Gelişim

Adolesan duygusal ve fiziksel olarak aileye bağımlılığın önemli olduğu çocukluk ile aile desteği olmadan bağımsız ve özerk yaşama yeteneğinin kazanılmış olduğu erişkin dönem arasındaki bir geçiş süresidir. Adolesan dönemi erken, orta ve geç adolesan olarak üçe ayrılır.

1- Erken adolesan      2- Orta adolesan      3- Geç adolesan

**Erken adolesan:** Cinsel gelişme belirtileri ve hızlı fiziksel büyümenin başladığı kabaca 11-15 yaşlar arasındaki ilk dönemdir. Adolesanlar vücutlarındaki hızlı değişimin şaşkınlığı ve beraberinde getirdiği soru ve endişeler nedeniyle huzursuzdurlar. Psikososyal gelişmenin, hızlı büyüme ve cinsel gelişmeye aynı çabuklukla ayak uyduramaması adolesanın tepki ve davranışlarında iniş çıkışlar, tutarsızlıklar ve duygularında değişkenliğe neden olur (Kavaklı, 1992; Yurdakök ve Coşkun, 1995; Bülbül 2004).

Erken büyümenin erkeklerin ruh sağlığı açısından olumlu etkisine karşılık, erken gelişen kızlarda akranlarından daha düşük benlik saygısı, daha yüksek depresyon oranı, anksiyete bozuklukları, yeme bozuklukları görülmektedir (Ercan O., 2005; Özcebe ve Vav Dam, 2005; Ören ve Gençdoğan, 2007; Tüzün, 2008).

Genç artık bağımlı çocukluk ilişkilerinden kopacak ve “Ben kimim?” sorusuna yanıt arayarak ayrı bir kimlik geliştirecektir, kısaca öz kimliklerini arayış içindedirler. Bu dönemde gençler somut düşünce dönemini aşabilmiş ve geleceği soyut olarak kavrayabilmiş değillerdir. Erken adolesandaki gençlerin cinsellik konusunda merak ve ilgileri artmış olmakla beraber daha çok aynı cinsle arkadaşlık ederler (Kavaklı, 1992; Yurdakök ve Coşkun, 1995).

Bu dönemde aile ile ilgili olan ilişkilerde de değişimler yaşanır. Ailenin aktiviteleri ile az ilgilenme ve ailenin eleştirisi ya da tavsiyelerine uymada isteksizlik gösterme gibi davranışlar oluşur (Özcebe ve Vav Dam, 2005).

**Orta adolesan:** Hem adolesan hem de onlarla iletişimde bulunan bireyler için en zor dönem olduğu belirtilmektedir. 15-17 yaşları arasını kapsar. Bu dönemde hızlı pubertal gelişmenin yavaşlaması gencin bedenine alışmasının sağladığı gibi bir önceki dönemde yoğun olan beden görünümü ile ilgili endişelerinin de azalmasına yardım eder. Orta adolesanda gençlerin %30-50’si soyut düşünme yeteneğini kazanırlar. Arkadaş gruplarıyla bütünleşmenin daha da arttığı bu dönemde karşı cinsle de yakınlaşma ve ilişkiler başlar (Kavaklı, 1992; Yurdakök ve Coşkun, 1995; Ercan G., 2005).

Bu dönemdeki adolesanlar yaşlılarıyla sosyal ilişkilerde bulundukça cinselliği denerler, risk taşıyan davranışlarda bulunurlar. Risk taşıyan davranışların bir sonucu olarak istenmeyen gebelik, madde bağımlılığı ve motorlu taşıt kazaları gibi olaylar yaşanabilir (Kavaklı, 1992; Yurdakök ve Coşkun, 1995; Ercan G., 2005).

Anne ve babadan farklı düşüncelere sahip olma ve bu düşünceleri anne ve babaya kabul ettirme çabaları ve arkadaş ilişkileri oldukça yoğundur. Çoğu zaman kendilerinin arkadaşlarının gözünden görürler ve giyim tarzları ve davranışları onlar tarafından onaylanmaması benlik saygılarında azalmaya neden olabilir. Ayrıca bu dönemde her şeyi yapabileceği duygusuna sahiptirler ve otonomileri anne ve babalarıyla çatışmaya neden olabilmektedir (Sarı, 2006; Derman, 2008).

**Geç adolesan:** 17-24 yaşlar arasındaki dönemdir. Büyüme ve cinsel gelişmenin hemen hemen tamamlanması veya gerçekleşmesi nedeni ile özellikle ilk dönemde yoğun olarak yaşanan sıkıntı ve endişeler sona ermiştir. Cinsel dürtüleri kontrol yeteneği kazanılmış, cinsel kimlik gelişmiştir. Önceki dönemlerde baskın olan ben merkezilik azalmış ve adolesan yakınlarını, başkalarını daha çok düşünmeye başlamıştır. Sosyal ilişkiler arkadaş grubundan kişisel ilişkilere yönelmiştir. Bu dönemdeki gençler büyüklerine akıl danışmak veya onların deneyimlerinden yararlanmayı düşünebilmektedirler (Yurdakök ve Coşkun ,1995).

Bu dönemde akademik ve sanatsal arayışlar, sosyal bağlar gençlerin kendini daha iyi tanımlamasına ve kendini bir topluluğa ait hissetmesine yol açmaktadır. Ergenliğin başından

beri duygular, kazanılan beceriler, kurulan özdeşimler harmanlanıp sentezlenir ve bu sentez sonucunda kimlik duygusu oluşur. Bu dönemin sonunda kimlik duygusu oluşan gençlerde yakın ilişkiler kurma ve bu ilişkileri sürdürme, iş ve eş seçebilme, toplum içinde erişkin rollerini üstlenebilecek sorumluluğa sahip olma becerileri gelişir (Ercan O., 2005; Derman, 2008).

#### 2.1.4. Adolesan Dönemde Cinsel Gelişim

Ergenlik çağında cinsel gelişme, kız ve erkek çocuklarda aynı zamanda ve aynı hızda olmaz (Çayboylu, 2004). Cinsel gelişme kızlarda 10 yaşlarında, erkeklerde 11-12 yaşları civarında olmaktadır. Bu dönemde karşı cinsle ve cinsel problemlerle ilgilenme, daha kadınsı veya erkeksi tavırlar geliştirme gibi davranışlar gözlenebilir.

**Kızlarda cinsel gelişim:** Ergenlik sürecinin başlamasını tetikleyen ana hormon hipotalamustan salgılanan gonadotrop salgılatıcı hormon (GnRH)'dur. Salgılanan GnRH hipofizde gonadotrop hücreleri uyararak luteinizan hormon (LH) ve folikül uyarıcı hormon (FSH)'un salgılanmasına yol açar. LH ve FSH'nın salgılanmasıyla birlikte gonadlar (over) uyarılmakta ve seks steroidlerinin sentezi başlamaktadır (Mitsushima ve ark., 1994; Hayes ve Crowley, 1998; Neyzi ve Ertuğrul, 2002; Traisman ve ark., 2002; Ercan G., 2005). Over follikül hücrelerinden estrogen sentezlenir. Etkileri meme dokusu, uterus, vücut yağ dağılımı ve kemikler üzerine olmaktadır (Smith ve ark., 1994; Ercan G., 2005). Kızlarda ergenliğe girerken görülen en önemli değişikliklerden biri de adet kanamasıdır. İlk adet kanamasından yaklaşık bir yıl sonra yumurta üretimi başlar. Kız çocuklarında ilk menstrüasyon (adet görme) yaşı ortalaması 12.4'tür. Kızlar ilk adet kanamasından sonra bir süre düzensiz kanama olurlar, bu aylar boyunca üreme yeteneği tam olarak hazırlanmamıştır (Sarı, 2006). Ayrıca boy uzamasını hızlandırır. Adrenarş (pubik kıllanma) adrenal androjenler etkisiyle olur (Smith ve ark., 1994; Ercan G., 2005; Bebrman ve ark., 2008; Kliegman ve ark., 2008).

**Erkeklerde cinsel gelişim:** Hipotalamustan salgılanan gonadotrop salgılatıcı hormon (GnRH) hipofizde gonadotrop hücreleri uyararak luteinizan hormon (LH) ve folikül uyarıcı hormon (FSH)'un salgılanmasına yol açar. LH ve FSH'nın salgılanmasıyla birlikte gonadlar (testisler) uyarılmakta ve seks steroidlerinin sentezi başlamaktadır (Mitsushima ve ark., 1994; Hayes ve Crowley, 1998; Neyzi ve Ertuğrul, 2002; Traisman ve ark., 2002; Ercan G., 2005).

Erkeklerde testosteron ve ürünü olan dihidrotestosteron (DHT) en önemli cins steroidleridir. Testosteron erkeklerde pubertede izlenen sekonder seks karakteristiklerinin çoğunun (penisin ve prostat bezinin büyümesi, sakal-bıyıkların çıkması, erkek tipi saç alın



çizgisi) oluşumundan sorumludur. Ayrıca kas gelişimi, karaciğer enzim aktivitesi ve hemoglobin sentezi üzerinde de uyarıcı etkiye sahiptir. Adrenarş (pubik kıllanma) testosteron etkisi ile düzenlenir (Smith ve ark., 1994; Traisman ve ark., 2002; Ercan G., 2005; Bebrman ve ark., 2008; Kliegman ve ark., 2008).

Cinsel olgunlaşma derecesi (COD) Tanner Evreleri olarak bilinir. COD 1 (prepuberte) ve COD 5 (yetişkinlik) arasında değişir. Bu evreler şekil 1'de özetlenmiştir (Patton ve Haris, 2007). COD erkeklerde ve kızlarda pubik kıllanmanın yanı sıra meme gelişimi ve genital olgunluğu da içerir (Pataki, 2007; Patton ve Haris, 2007). Bu sınıflama ile gelişimsel olarak ergenlerin göründüklerinden daha fazla ya da daha az olgunlaşmış olup olmadıkları anlaşılmış olur. Bu açıdan ergenlere rehberlik verilmesinde kolaylık sağlar. Çoğu ergenin ergenlik evreleri arasında bir dönemden fazla fark olmadan gelişmesine karşın iki evrelilik farklar yine de olgunlaşmanın normal sınırları içinde olabilir. Dolayısıyla ergen sağlık bakımı gereksinimlerinin saptanmasında, gelişimsel sorunlarının tanımlanmasında COD kronolojik yaşa oranla daha yararlıdır (Patton ve Haris, 2007).

Şekil 1. Erkek ve Kız Ergenler İçin Cinsel Olgunlaşma Evreleri

<b>Cinsel Olgunlaşma Derecesi (COD)</b>	<b>Kızlar</b>	<b>Erkekler</b>
<b>Evre 1</b>	Ergenlik öncesi papilla kabarıktır. Pubik kıllanma yoktur.	Penis, testis, skrotum ergenlik öncesi özelliktedir. Pubik kıllanma yoktur.
<b>Evre 2</b>	Meme tomurcuğu areola çapı artar. Özellikle labia boyunca tek tek uzun pubik kıllar bulunur.	Penis boyutu değişmez, testis ve skrotum büyür, skrotum derisi kırmızılaşır. Özellikle penis tabanında tek tek uzun pubik kıllar bulunur.
<b>Evre 3</b>	Meme ve areola büyür, kontürler ayrılmamıştır. Pubik kıllar daha koyu ve kalındır ve pubik alana yayılmıştır	Penis uzar, testis ve skrotum büyür. Pubik kıllar daha koyu ve kalındır ve pubik alana yayılmıştır.
<b>Evre 4</b>	Meme büyür. Areola ve papilla yükselir. Pubik kıllar daha koyu ve kalındır, yetişkinden daha azdır ve uyluğa yayılmamıştır.	Penis uzunluğu ve genişliği artar. Testis ve skrotum büyür. Pubik kıllar daha koyu ve kalındır, yetişkinden daha azdır ve uyluğa yayılmamıştır.
<b>Evre 5</b>	Meme yetişkin memesine benzer, areola meme kontürüne geri dönmüştür. Pubik kıllanmanın yoğunluğu artar, alan uyluğa doğru genişler.	Penis, testis, skrotum matür görünür. Pubik kıllanmanın yoğunluğu artar, alan uyluğa doğru genişler.

## 2.2. Sağlık Tanımı

Türkçede, sağlık kavramı “sağ olmak, hayatta olmak” kökünden gelmektedir. İngiliz dilinde de “health” sağlık, “wholeness” bütünlük ve sağlamlık köküne dayalıdır. Sağlık konusunda çeşitli tanımlar yapılmıştır. Yakın zamana kadar sağlık; “hastalık yada sakatlığın olmayışı” olarak yalın bir ifadeyle tanımlanıyordu. Bu tanıma göre hastalığı semptomlar boyutuna sıkıştırmıştır ve insanı psikolojik ve sosyal yönüyle bir bütün olarak ele almamıştır. Oysa sağlık; kültürel, ekonomik, sosyal, biyolojik ve fiziksel faktörlerden etkilenir. DSÖ sağlığı; “sadece bir hastalığın ya da sakatlığın olmaması değil, fiziksel, ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik hali” olarak tanımlar (Pender ve ark., 1992; Batlaş, 2004).

Sağlık tanımları, sağlığı koruma ve geliştirme üzerine odaklanmıştır. Sağlığı koruma ve geliştirme üzerine odaklanan kuramcılar, sağlığı çeşitli boyutlarıyla tanımlamaktadırlar.

**Betty Neuman** sağlığı, bireyin tüm bölümlerinin ve tüm alt bölümlerinin bütün sistemle uyumlu olması olarak tanımlamıştır. Neuman, kişiye tam bir sistem olarak odaklanır. Her kişiye dört alt sistem koyarak bütünlük sağlar. Bunlar fiziksel, ruhsal, sosyal ve çevresel değişkenlerdir ve bu değişkenleri birbirleri ile ilişkilendirmiştir (Spradley, 1990; Ruddy, 2007).

**Dorothy Johnson** sağlığı, fiziksel, zihinsel, duygusal ve sosyal dengenin ve refahlığın devamını sağlayabilmek için, içsel ve dışsal uyarıcılara karşı verilen kasıtlı ve uyarlamalı bir tepki olarak tanımlamıştır (George, 1990).

**Sister Callista Roy** önceleri sağlık modelinde, sağlığı ölümden yüksek düzeyde sağlığa kadar olan bir süreç olarak tanımlamıştır. Bugün ki modelde artık böyle kullanılmamaktadır. Bunun yerine Roy şimdilerde sağlığı en üst düzeyde sağlıktan ölüme kadar bireyin değişikliklere adaptasyon, fiziksel, psikolojik ve sosyal bütünlüğünü devam ettirme süreci, kısaca “bütünleşmiş ve bütün süreç ve durum” olarak tanımlamaktadır (George 1990; Velioğlu, 1999; Birol, 2004).

**Dorothea Orem**, DSÖ'nün sağlık tanımını desteklemektedir. Orem “sağlığın fiziksel, psikolojik, toplumsal ve sosyal yönleri özelde birbirinden ayrılmazdır” demektedir ve sağlığı, vücut ve zihin fonksiyonlarının sağlamlığı ve bütünlüğünü niteleyen bir durum olarak tanımlamıştır (George, 1990; Batlaş, 2004). Orem ayrıca sağlığı, önleyici sağlık hizmetleri kavramına dayandığını söylemektedir. Bu sağlık hizmetleri, sağlığın korunması ve yükseltilmesi (birincil koruma), hastalık veya yaraların iyileşmesi (ikincil koruma) ve komplikasyonlardan korunmasını (üçüncül koruma) içermektedir (George, 1990).

**Pender ve ark.** (1992) ise sağlığın kendini gerçekleştirme ve başkalarıyla ilişkilerde memnuniyet yoluyla potansiyel kazanma yönüne dikkat çekmiştir.

**Halbert Dunn** sağlığı, bireyin kendi kendine gerçekleştirebileceği en yüksek potansiyele ulaşması olarak tanımlamıştır. Birey bu yüksek düzeyde iyilik haline ulaşabilmek için özgür olmalı ve yaratıcı gücünü kullanabilmelidir. (Endelman ve Mandle, 2002).

**Hoyman** sağlığı, verimli ve yaratıcı bir çevrede bireyin yüksek düzeyde iyilik hali olarak tanımlamıştır. Sağlık dinamik bir süreçtir ve genetik, çevre, davranış gibi durumlardan etkilenebilmektedir (Esin, 1997).

**Margaret Newman, Martha Rogers** sağlığı, yaşam sürecinin bütünü olarak tanımlamıştır. Yaşam boyu gelişmekte olan sağlıkta dört nokta üzerinde durmuşlardır.

1. Sağlık, hasta olmama durumu olarak tanımlanamaz,
2. Sağlık, bireyin kendi değerleri ile oluşur,
3. Sağlık, bilinçli bir gelişmedir,
4. Sağlık, enerji harcama oranının artması ve daha iyiye giden yaşam sürecini içine alır (Esin, 1997).

Günümüz sağlık anlayışı; birey, aile ve toplumun sağlığını koruyan, sürdüren ve geliştiren sağlık merkezli bakım yaklaşımını öngörmektedir. Bu anlayış; bireyin iyilik halini koruyacak, sürdürecekt ve geliştirecek davranışlar kazanması ve kendi sağlığı ile ilgili doğru kararlar almasını sağlamak üzerine dayandırılmıştır (Sisk, 2000; Lundy ve Sharny, 2001).

Sağlık kavramını tam olarak anlayabilmek için objektif ve subjektif olarak ikiye ayırmak gereklidir.

1- **Subjektif** olarak sağlık, bireyin fiziksel, sosyal ve ruhsal yönden kendi durumunu algılaması halidir. Bu bakış açısına göre birey, hasta olmadığı halde kendini hasta ya da hasta olduğu halde kendini sağlıklı algılayabilir. Bu nedenle bireyin subjektif sağlık algılayışının bilinmesi gereklidir (Biol, 2004).

2- **Objektif** olarak sağlık, hekim muayenesi ve tanı testleri ile belirlenen hastalıkların olmamasıdır. Bu tanımlamalar doğrultusunda bir bireye sağlıklı diyebilmek için, bireyin kendini hem subjektif olarak sağlıklı algılaması, hem de objektif olarak sağlıklı olması gereklidir (Biol, 2004).

Bütüncül sağlık kavramı ile, bireyin fiziksel, zihinsel, ruhsal ve sosyal boyutlarının birbiriyle etkileşim içinde olduğu, her bireyin birbirinden farklı olarak ailesi, çevresi ve toplumla bir bütün olduğu ve sağlık ve hastalığın birbirinden ayrı olarak düşünölemeyeceği vurgulanmaktadır.

20. yüzyılın sonlarına doğru sağlık bakım politikaları bütüncül sağlık anlayışını sağlığı koruyan ve geliştiren faaliyetler üzerinde odaklanmaya başlamıştır. Sağlığı koruma ve geliştirme kavramları birbirinden farklı olmasına karşın çoğu kez aynı anlamda kullanılmaktadır. Bütüncül sağlığın fiziksel, sosyal ve spiritual olarak bazı bileşenleri vardır.

**Fiziksel sağlık:** Fizik muayene ve tanı işlemleri ile saptanabilen, hastalık ya da bozukluğun olmamasıdır. Fiziksel sağlıkta kişi temel insan gereksinimlerini tam olarak yerine getirebilmelidir.

**Sosyal sağlık:** Bireyin diğer insanlarla etkileşim ve iletişimde bulunma yeteneğini ifade eder. Bireyin sevilme, ait olma, iş durumu, aile içi ve çalışma arkadaşları ile ilişkileri, dernekler, tiyatro, sinema gibi yaşamını ve gelişimini etkileyen sosyal uğraşlarının olması sosyal sağlığı belirleyen en önemli faktörlerdir (Spradley, 1990; Pender ve ark., 1992; Swanson ve Albrecht, 1993; Stanhope ve Lancaster, 2000; Edelman ve Mandle, 2002; Ocakçı, 2009).

**Spiritüel (Manevi) sağlık:** Spiritüel Latince; nefes almak, yaşamı hissetmek anlamına gelen “spirare” kelimesinden gelmektedir. Spiritüelite, bireyin kendisi ve diğer insanlarla ilişkilerini, evrendeki yerini, yaşamın anlamını anlama ve kabul etme çabasıdır aynı zamanda yaşam boyu kazanılan bilgilerin bir sonucudur. Yaşamın amacını oluşturan, bireye anlamlı gelen unsurları içerir. Her ne kadar spiritüelite ile din birbirlerinin yerine yanlış olarak kullanılsa da spiritüelite ne olduğumuzdan çok ne yaptığımız ile tanımlanır (Cotton ve ark., 2005; Rew ve Wond, 2006; Carmondy ve ark., 2008).

Spiritüel sağlık kavramı, 1960’larda holizm kavramı popüler oluncaya kadar açıkça tanımlanmamıştır. Freud, formal dinlerin (inançların) cezalandırıcı olduğunu savunmuş, 1960’lara kadar Jung hariç hiç kimse spiritüalizmi savunmamıştır. Maslow, 1960’lı yıllarda gereksinimler hiyerarşisinde, maneviyat ve moral değerlere en üst basamakta yer vermiştir. Virginia Henderson da, hemşireliğin amacının, bireyi temel gereksinimlerini karşılamada bağımsız hale getirmek olduğunu belirtmiş, bu temel gereksinimlerin, fizyolojik, psikolojik, sosyolojik, spiritüel ve entellektüel alanlardan oluştuğunu ileri sürerek 14 temel gereksinim tanımlamıştır. Bunlardan birisi “İnançları doğrultusunda ibadet etme” gereksinimidir (Kostak, 2007).

Yapılan araştırmalar, inanç ve dinsel aktivitelerin, hastalıkların önlenmesi ve tedavi edilmesinde, ağrı, anksiyete ve depresyonun azaltılmasında, yaşam kalitesinin geliştirilmesinde ve sorunlarla başa çıkmada yararlı olduğunu göstermiştir (Matthews, 2000; Nelson ve ark., 2002; Baker, 2003).

Spiritüel inanç ve değerler organize bir din ile bağlantılı olabilir ya da olmayabilir. Ayrıca güçlü dini inançları olmayan insanların da spiritüel boyutları vardır. Spiritüel değerler ve inançlar bir varlık ya da güce inancın çok ötesinde bir olgudur ve sağlık, hastalık, ölüm, günah, ölüm sonrası yaşam ve başkalarına karşı sorumluluk konularındaki inançları içerir. İnsanın spiritüel yönü, fiziksel, duygusal, sosyal yönü kadar önemlidir ve bu boyutlarla ilişkilidir (Çetinkaya ve ark., 2007; Carmondy ve ark., 2008).

Hidalgo ve arkadaşlarının spiritüelitle ilgili olarak yaptığı çalışmasında, adolesanların %79.3'ünün Katolik, %13.8'i ateist olduğu; ayrıca %42,2'si inançlı, %39.1'i biraz inançlı olduğu ve %18.8'i inançlı olmadığı belirtilmiştir (Hidalgo ve ark., 2000).

Manevi boyutun temel kavramlarından birisi olan yaşamın anlamını Yura ve Walsh “insanoğlunun en büyük görevi yaşamın anlamını tanımlamasıdır” şeklinde ifade ederken, Ross'a göre ise “insan yaşamak için neden gereksinim duyar ve eğer bu yoksa, kişi ölmeye başlar” biçiminde açıklamıştır. Salladay ve Dannel “Manevi sıkıntı yaşamı anlamlı biçimde tüketmede yetersizlik olmasıdır, bu durum boşluk ve ümitsizlik duygularıyla karakterizedir” biçiminde açıklamıştır. Birçok araştırmada, bireyin yaşamı anlamlı bulması ile sağlık ve iyilik durumu arasında önemli ilişki olduğu belirlenmiştir (Ergül ve Bayık, 2004).

### 2.3. Sağlığı Koruma

H.R Leawell ve E.G Clark tarafından 1953 yılında sağlığı koruma kavramı tanımlanmıştır. Sağlığı koruma, sağlık durumunu bozan davranışı yapmamayı ifade eder, yani kişilerin kendi sağlıklarını korumak için gerçekleştirdikleri uygulamaları içerir. Erken tanı ile hastalık sürecine girişi önleyici ve erken tedavi ile yetmezlik durumunda var olan kapasiteyi en yüksek düzeye çıkaracak aktiviteleri kapsar. Sağlığı koruyan davranışlara örnek olarak; kendi kendine meme muayenesi, sigara-alkol kullanmama, yaşa uygun aşılama verilebilir (Kerr ve ark., 1990; Nutbeam, 1997; Stanhope ve Lancaster, 2000; Ayaz ve ark., 2005).

1960 yılında Gerald Coplan tarafından sağlığı korumada primer, sekonder ve tersiyer olmak üzere üç düzey belirlenmiştir. Bunlar şöyle açıklanabilir:

**Birincil (Primer) Koruma:** Sağlığın geliştirilmesi ve koruyucu önlemleri kapsar. Sağlık problemleri veya hastalıklar meydana gelmeden önce önleyen, yalnızca sağlığı koruyan ve yükselten davranış ve uygulamalarla ilgili aktivitelerdir. Bireylerin, ailelerin, toplumun ve toplum gruplarının hastalık riskini azaltıcı koruyucu hizmetlerden yararlanma, davranış ve sağlıklı yaşam biçimi geliştirmeye yönelik aktiviteleri içerir. Sağlığı geliştirme uygulamaları olarak, gelişim dönemlerine uygun sağlıklı beslenme, sağlıklı konut, eğlence ve uygun çalışma koşulları sağlama, evlilik danışmanlığı ve aile planlaması hizmetleri, cinsel eğitim, egzersiz yapma, stres yönetimi ve kendi sağlığından sorumlu olma, sağlık eğitimi planlamaları sayılabilir. Spesifik koruma önlemleri olarak ise, bağışıklama, kişisel hijyen önlemlerinin alınması, çevre sanitasyonu tehlikelere karşı korunma, kazalardan korunma, allerjenlerden korunma yer almaktadır (Stanhope ve Lancaster, 2000; Ayaz ve ark., 2005; Viner ve Macfarlane, 2005).

**İkincil (Sekonder) Koruma:** Erken tanı, tedavi ve koruyucu önlemleri içerir. Hastalık veya durumun prevalansını azaltmak için odaklanmaktadır. Erken tanı ile hastalığın patolojik sürece gitmesini engelleyecek aktiviteleri ve hastalık oluşmuşsa ileri koruma ile bireyin fonksiyonlarının yeniden kazandırılmasını içermektedir. İkincil koruma hastalıkların erken tanınmasını sağlayan tarama aktivitelerini kapsar ve hastalıkların kronikleşmesini engeller (Stanhope ve Lancaster, 2000; Edelman ve Mandle, 2002; Akdemir ve Birol, 2005).

**Üçüncül (Tersiyer) Koruma:** Herhangi bir hastalığın gelişmesini durdurmak değil, bireyin sakatlık ya da hastalıkları nedeniyle gelişen sınırlılıklarına rağmen, yeteneklerinin en üst düzeyde kullanılmasına olanak sağlamak önceliklidir. Üçüncül koruma bireyin bedensel sakatlığının olumsuz etkilerini gidermenin (medikal rehabilitasyon) yanı sıra sosyal uyumunu sağlayacak değişik önlemleri de (sosyal rehabilitasyon) kapsamaktadır (Edelman ve Mandle, 2002; Akdemir ve Birol, 2005; Ayaz ve ark., 2005; Viner ve Macfarlane, 2005).

Amerika Birleşik Devletleri'nde Wingard D.L ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada günde üç öğün düzenli yemek yemek, her gün kahvaltı yapmak, haftada iki veya üç kez orta düzeyde egzersiz (uzun yürüyüşler yapma, bisiklete binme, yüzme v.b) yapmak, gece 7-8 saat uyku uyumak, normal vücut ağırlığında olmak, sigara ve alkol kullanmak veya orta düzeyde kullanma gibi davranışların sağlıklı olarak yaşanan süreyi arttırdığı bulunmuştur (Pender ve ark., 2002).

## 2.4. Sağlığı Geliştirme

Sağlığı geliştirme kavramı, 1978 yılında Alma Ata da yapılan “ Birincil Sağlık Bakımı” konulu konferansta ele alınmıştır. Avrupa ülkeleri, Alma Ata ilkeleri doğrultusunda 2000 yılında “Herkes için Sağlık” ilkelerini başarmada bölgesel sağlık stratejisi geliştirmişlerdir. Herkes için Sağlık eyleminin bir parçası olarak, 1986 yılında Kanada'nın Ottawa şehrinde “1.Uluslararası Sağlığın Geliştirilmesi” konferansı düzenlenmiştir. Bu konferansta sağlığın geliştirilmesi, “Halkın kendi sağlığını geliştirme ve kendi sağlığı üzerindeki kontrolünü artırma gücünü kazanma süreci” olarak tanımlanmıştır (Maurer ve Smith, 2000).

Sağlığı geliştirme, bireylerin fiziksel ve ruhsal yönden en üst sağlık düzeyine ve sosyal çevreye erişebilmeleri için, davranışları değiştirmeyi sağlayan yolları ve değişim sürecini etkileyen faktörleri tanımlayan bir süreçtir. Sağlığı geliştirmenin temel hedefi, bireyin kendi sağlığı üzerindeki kontrolünü artırma gücünü ve sağlık davranışlarını kazanması ve sürdürmesidir. Hastalıklardan korunmada, erken tanıda bulunmada ve sağlığın sürdürülmesinde, (bireylerin sağlıklı beslenmesi, fiziksel kapasitesine uygun düzenli egzersiz

yapması, sosyal ilişkilerinde uyumlu ve olumlu bir iletişim içinde olması, dinlenme ve rahatlama gibi uygulamalarla kendine zaman ayırma alışkanlığını kazanması vb.) sağlığı geliştirici davranışların kullanılması temeldir. Bunun sağlanabilmesi için bireylerin yaşam biçimlerini değiştirerek, sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını kazanması ve bu davranışları sürdürmeleri gerekmektedir (Pender ve ark., 1992; Ahijevy ve Bernhard, 1994; Hardrick ve Lindsey, 1996; Edelman ve Mandle, 2002; Owens, 2006; Ocakçı, 2009).

DSÖ'nün tanımına göre sağlığı geliştirme, insanların kendi kontrollerini arttırma, bireysel ve sosyal sorumluluklarını geliştirmeyi amaçlayan bir süreçtir. Sağlığı geliştirme uygulamaları, toplum faaliyetlerini güçlendirilmeyi, sağlığı geliştirmede aracı olmayı, kişisel becerileri geliştirilmeyi, destekleyici çevre yaratılmayı, sağlık politikaları ve sağlık hizmetlerini yeniden düzenlemeyi de kapsamaktadır (Maurer ve Smith, 2000; Stanhope ve Lancaster, 2000; Akdemir ve Birol, 2005).

O'Donnell (1989) sağlığı geliştirme kavramını “optimal sağlık durumuna doğru hareket etmek için, kendi yaşam tarzlarını seçmede insanlara yardım etme bilimi ve sanatıdır” diye tanımlamıştır (Edelmann ve Mandle, 2002).

Sağlığı geliştirme programları bilgi, beceri kazandırma, hizmet sunma, pozitif yaşam biçimi değişikliklerini gereksinim olarak görme/algılama ve sürdürmede destekleme yoluyla, bireylerin ve toplumların sağlık ve iyiliğini geliştiren programlar olarak düşünülmektedir (Pender ve ark., 1992; Black ve Matossorin, 1997).

## **2.5. Pender'in Sağlığı Geliştirme Modeli**

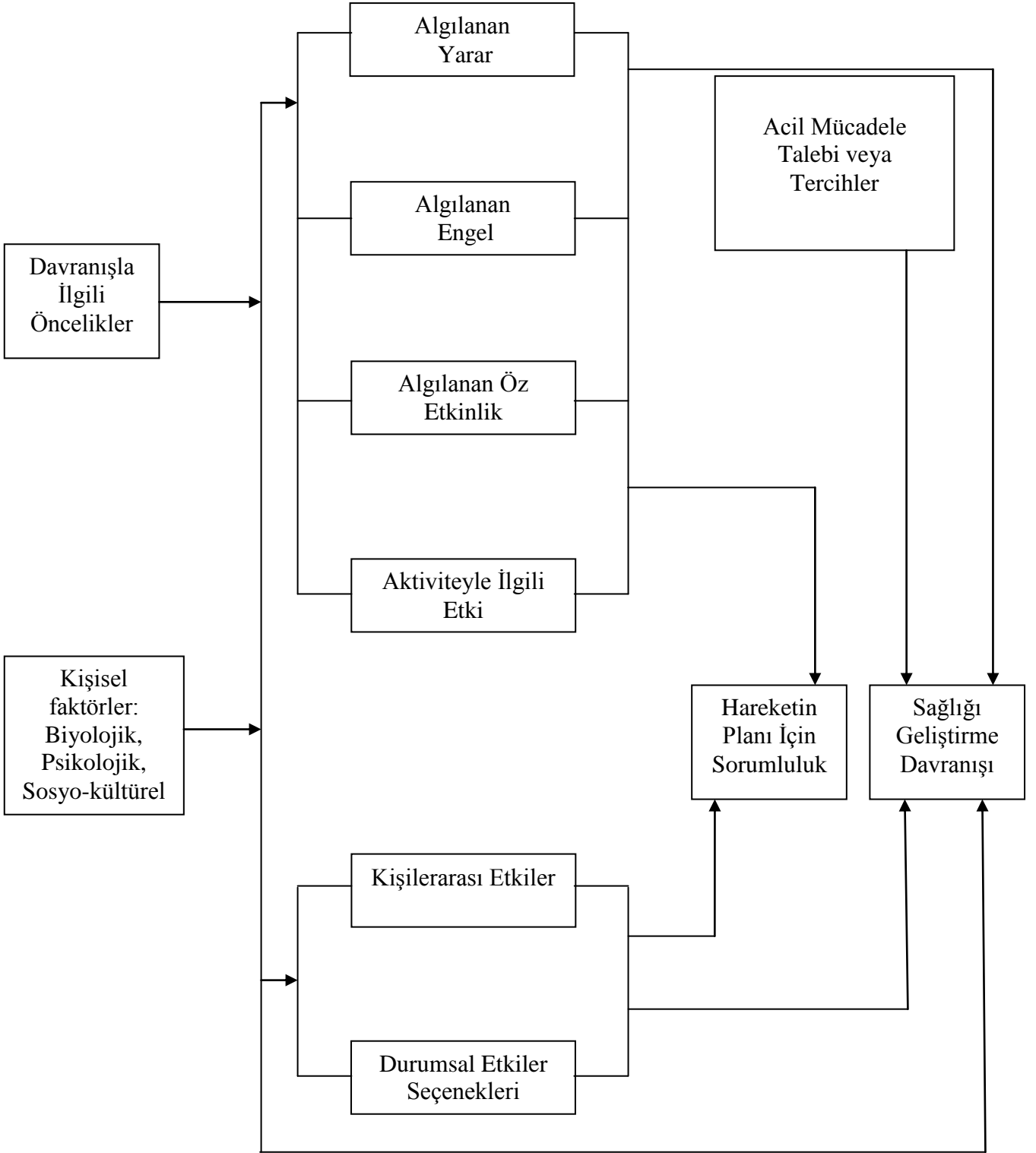
Pender, hemşirelik ve davranış bilimlerinin bakış açılarını birleştirerek sağlığı geliştirme modelini geliştiren hemşire kuramcıdır. Pender modelini ilk olarak 1980 yılında geliştirmiş ve daha sonra 1987 ve 1996'da güncellemiştir. Model son haliyle kişisel faktörler ve tecrübe, davranışa özgü biliş ve etki, davranış sonuçları olmak üzere üç temel bileşenden oluşmaktadır. Modelin oluşturulma amacı ise, bireylere sağlıklarını geliştirme davranışlarının nasıl kazanılması/ kazandırılacağı konusuna ışık tutmaktır (Pender ve ark., 2002; Rankin ve ark., 2004; Ronis ve ark., 2006). Sağlığı Geliştirme Modeli şeması şekil 2' de verilmiştir



**Kişisel faktörler ve tecrübeler**

**Davranışa özel biliş ve etkileri**

**Davranışsal sonuç**



Şekil 2. Sağlığı Geliştirme Modeli (Pender ve ark., 2002)

### **Kişisel faktörler ve tecrübe**

- Bu kategori davranışla ilgili önceki deneyimler ve kişisel faktörlerden oluşmaktadır.
- Önceki davranışların ve deneyimlerin doğrudan ve dolaylı etkileri sağlığı geliştiren davranışlar üzerinde çok etkilidir. Örneğin; daha önceden sigara içen ve akciğer rahatsızlığı geçiren bir kişinin sigarayı bırakması daha kolaydır.
- Kişisel faktörler; biyolojik, psikolojik ve sosyo kültürel faktörler olarak ayrılmıştır.
- Biyolojik faktörler; yaş, BKİ, puberte, fiziksel kapasite ve dayanıklılık ile ilgilidir.
- Psikolojik faktörler; öz-saygı, öz-motivasyon ve sağlık durumunu algılamadır.
- Sosyo kültürel faktörler ise; etnik köken, kültürel yapı, eğitim ve sosyo ekonomik durumdur.
- Bu faktörlerin değişkenliğine göre sağlık davranışları da farklı etkilenmektedir. Örneğin Amerikan ve Türk gençlerinin sağlık davranışları etnik köken kültürel yapı nedeniyle farklılık gösterebilir (Pender ve ark., 2002; Galloway, 2003; Rankin ve ark., 2004; Ronis ve ark., 2006;).

### **Davranışa özel biliş ve etkiler**

- Davranışa özel biliş ve etkiler sağlığı geliştirme davranışlarının yönlendirmektedir.
- Davranış için algılanan yarar; birey kazanması gereken sağlık davranışının sağlığı üzerindeki olumlu etkilerini algılar ve bilirse bu davranışa başlama ve sürdürme kolaylıkla karar verebilir.
- Bu algı, psikolojik olarak kişinin sağlık davranışını uygulamaya açık olup olmadığını belirler.
- Davranış için algılanan engel; insanları davranıştan korur ve davranışın sorumluluğunu engellemektedir.
- Birey yeni bir davranışa başlama ve sürdürme sürecinde kişisel, psikolojik, kültürel kaynaklı pek çok engelle karşılaşmaktadır.
- Davranış için algılanan engellerden en sık karşılaşılanları; bir süre sonra sıkılma, zaman ayıramama, ekonomik yetersizlik, davranışın güç olması, davranışın diğer bireyler tarafından desteklenmemesidir. Örneğin sigara bırakma sürecindeki bireye arkadaşlarının sigara ikram etmesi davranış önünde bir engeldir.

- Destekleyen özellikler ise sağlığı geliştiren davranışların gerçekleşmesini olumlu yönde etkileyen etmenlerdir.
- Destekleyen özellikler olarak, sağlığı geliştiren davranışların yararının algılanması, olumlu değişikliklerin fark edilmesi ve destekleyici çevrelerin varlığı (aile, arkadaş, sosyal kurumlar) gösterilmektedir.
- Algılanan yetenek ve öz yeterlilik; bireyin sağlığını geliştirmede, sağlıkla ilgili sorunlarını çözümlemede etkin olma gücü ve belli bir davranışı başarılı bir Şekilde yapabileceğine ilişkin kendisi hakkındaki yargısı, inancıdır.
- Araştırmacılar, z yeterliliğin olumlu davranış değişikliğinin sürekliliğini önemli derecede etkilediğini bildirmektedir. Ege ve ark'nın (2003) sağlık personeli ile yaptđı çalışmada, öz-etkililik-yeterlilik düzeyi ile stresle başa çıkma algısı arasında anlamlı bir ilişki bulunmuş ve stresin yeniden sağlıksız davranışlara dönme eğilimini artırdđı görülmüştür. Andrew ve Vialle (1998) ğrencilerin öz-etkililik düzeyi ile yeteneklerini algılamaları arasında, Andrew (1998) hemşirelik ğrencilerinin öz-etkililik düzeyi ile derslerdeki başarıları arasında pozitif bir ilişki olduğunu belirtmiştir.
- Aktiviteyle ilgili etki; bir davranışla ilgili pozitif duygular veya etki, harekette artış ve hareketten sorumludur.
- Sağlık davranışlarıyla ilgili yapılan son çalışmalarda duygusal durumun sağlık davranışları açısından belirleyici nitelikte olduğu görülmektedir. Örneğin kilo vermeye çalışan birey sürekli olarak "kilo veremiyorum, hiçbir zaman zayıflayamayacağım" gibi duygulara sahipse bu davranış önünde önemli bir engel oluşturmaktadır. Bunun yerine "kilo vermeyi başarabilirim" düşüncesi kilo vermesini kolaylaştıracaktır
- Kişilerarası etkiler; aileler, gruplar ve sağlık bakım sağlayıcıları, sağlığı geliştirme davranışında sorumluluk ve birleşme ile kişilerarası etkileri artıran yada azaltan önemli bir kaynaktırlar. Örneğin, sigarayı bırakan kişinin bu davranıştaki sürekliliğinde diğer aile bireylerinin desteğinin önemi belirtilmiştir.
- Çevredeki durumsal faktörler; sağlığı geliştirme davranışında yer alır veya sorumluluğu arttırır veya azaltabilmektedir. Örneğin, sigara içen birey sigara içilmeyen yerlerde bu davranışı sergileyemez (Pender ve ark., 1992; Delay, 1994; Maurer ve Smith, 2000; Pender ve ark., 2002; Galloway, 2003; Rankin ve ark., 2004; Ronis ve ark., 2006).

### **Davranışsal sonuçlar**

- Davranışın planlanması için sorumluluk, sağlıklı geliştirme davranışı için şanstır.
- Davranışın planlanması için sorumluluk, eğer davranışın gerçekleşmesi birey için acil önem arz etmiyorsa gerçekleşme şansı düşüktür. Örneğin kilo verme sürecinde acıkan bireyin öncelikli olarak tokluk hissini sağlamak için o anda ne bulursa yemesidir. Kilo almamak için yemek miktarını az seçebilir ancak bu düşük kontroldür. Buna karşın bu birey yemek tercihlerini düşük yağlı, kalorisi zengin lifli, vitaminli, proteinli yiyeceklerden yana kullanırsa önceliklerini belirler ve davranışı üzerinde yüksek kontrol sağlamış olur (Pender ve ark., 2002; Galloway 2003; Rankin ve ark., 2004).

### **2.6. Sağlıklı Yaşam Biçimi**

Tarih içinde tıp ve sağlık hizmetlerindeki gelişmeye bakıldığında, insanların önce hastalananları iyileştirmeye çalıştıkları, daha sonra da hastalıktan korunma yolları aradıkları görülür. Tüm çabalar insanı olabildiğince sağlıklı yaşatma amacına yöneliktir. Bunun için insanları hastalanmaktan koruyan ve yaşamları boyunca sağlıklı olmalarını sağlayan pek çok uygulama geliştirilmiştir. Günümüzde bu uygulamaların hepsine birden “Sağlıklı Yaşam Biçimi” (Healthy Life Style) adı verilmektedir (Hardrick ve Lindsey, 1996; Edelman ve Mandle, 2002).

Davranış kelimesi, her zaman bilinçli ve isteyerek olmasa da bireylerin yaptıkları veya yapmaktan sakındıkları bir şeyleri anlatmaktadır (Hans, 1995).

Yaşam biçimi, basitçe her gün bilinçsiz olarak yapılan, sonuçları kabul edilen bireysel yaşam alışkanlıklarıdır. Bu alışkanlıklar sağlığımızı olumlu veya olumsuz olarak etkiler (Hans 1995). İnsanları hastalanmaktan korumak için sağlıklı beslenme, düzenli fizik egzersiz, sigara ve alkol içmeme, aşırı yorgunluk ve stresten kaçınma, günde 7-8 saat uyku, çevreyi sağlığa uygun hale getirme gibi çeşitli uygulamalar vardır (Hans, 1995; Hardrick ve Lindsey, 1996). Bu uygulamaları tutum haline dönüştüren birey, sağlıklı olma halini sürdürebildiği gibi, sağlık durumunu daha iyi bir seviyeye getirebilir.

Sağlık davranışı, bireyin sağlıklı kalmak ve hastalıklardan korunmak için inandığı ve uyguladığı davranışların bütünüdür (Zaybak ve Fadiloğlu, 2004). Hastalık ve sağlık kavramları kültürlere ve insanların geçmiş deneyimlerine göre farklılık gösterse de, uygun sağlık eğitimi ile sağlıklı yaşam davranış biçimleri oluşturulabilir (Choi, 2002; Choi ve Lee, 2007).

Ölüm nedenlerine bakıldığında, birinci sırada kronik hastalıklar yer almaktadır. Bu sonuçlar kronik hastalık ve yaşam biçimi arasında güçlü bir ilişki olduğunu göstermektedir (Hsiao ve ark., 2005; Rozmus ve ark., 2005).

DSÖ tahminlerine göre gelişmiş ülkelerdeki ölümlerin % 70-80'inin, az gelişmiş ülkelerdeki ölümlerin % 40-50'sinin nedeni yaşam biçimine bağlı olarak ortaya çıkan hastalıklardır. Bu nedenle sunulacak sağlık hizmetlerinin de bu doğrultuda sağlığı koruma, sürdürme ve geliştirme yönünden olması gerekmektedir (Ayaz ve ark., 2005).

Adölesan dönemi bedensel ve ruhsal değişikliklerin ortaya çıktığı, çevresel stresörler, riskli davranışlar ve psikososyal gereksinimler nedeniyle sağlık sorunlarının oluşabileceği bir geçiş dönemidir. Bu nedenle sağlığı geliştirmede etkin olan sağlıklı yaşam biçimi davranışları bu dönemde kolaylıkla kazanılabilir (Nutbeam, 1997; Spear ve Kulbok, 2001; Turan ve ark., 2006).

Pender 1982 yılında sağlıklı yaşam biçimini sağlığı geliştirmenin bir bileşeni olarak belirtmiştir. Sağlığı geliştiren davranışlar bireyin iyilik düzeyini artıran, kendini gerçekleştirmeyi sağlayan davranışları içerir. Bireyin yaşam biçimi, sadece hastalıklardan korunmak değil, yaşam boyunca iyilik düzeyini artıran davranışları göstermeye çalışmaktır. Pender'e göre sağlıklı yaşam biçimi davranışları;

1. Kendini gerçekleştirme,
2. Sağlık sorumluluğu,
3. Egzersiz,
4. Beslenme,
5. Kişiler arası destek
6. Stres yönetimidir (Spradley, 1990; Spellbring, 1991; Pender ve ark., 1992; Ahijevych ve Bernhard, 1994).

### **2.6.1. Kendini Gerçekleştirme**

Sağlık günümüzde, insanın fiziksel, sosyal, duygusal ve manevi durum gibi yaşamının bütün boyutlarıyla ilgili bir kavram olarak düşünülmektedir. Bu anlamda sağlık, yaşamdan memnuniyeti ve yaşam kalitesini içermekte ve kendini geliştirmenin giderek artmasını ifade etmektedir (Edelman ve Mandle, 2002).

İnsan davranışlarını inceleyen psikologlara göre, bireyin davranışlarının en önemli belirleyicisi "benlik kavramı", davranışlarını yöneten en önemli güdü de "kendini gerçekleştirme" güdüsüdür. Kendini gerçekleştirme, insan davranışlarını yöneten bir güdü olduğu kadar, erişilmeye çalışılan bir gelişme düzeyidir. Kendini geliştirmiş bireyler,

kendini tanır, güçlü ve zayıf yönlerini bilir, belli bir plan ve program çerçevesinde belli bir hedef ve amaca yönelik bir yaşam sürer, başarılarının farkındadır. Bireyin kendini takdir etmesi, kendinden memnun olması ve kendinin değerli olduğuna inanması da onun kendini gerçekleştirdiğini gösterir (Lusk ve ark.,1994; Botorff ve ark.,1996; Pender ve ark., 2002).

Maslow'a göre kendini gerçekleştirme, bireyin tümüyle yaşama odaklanarak ve yaşamı özümseyerek yaşamı dolu ve coşku ile yaşamasıdır. Maslow, insan gereksinimlerini önem sırasına dizerek bir gereksinim hiyerarşisi ortaya koymuştur. Kendini gerçekleştirme, gereksinim hiyerarşinin üst basamağında bulunur. Maslow'a göre fizyolojik, güvenlik, ait olma, sevgi, saygınlık ve kendini gerçekleştirme bireyin gereksinimleridir. İnsanın alt düzeydeki fizyolojik gereksinimleri karşılandıktan sonra, üst düzeydeki psiko-sosyal gereksinimleri ortaya çıkar. Maslow'a göre gerçekçi olma, kendini, başkalarını ve doğayı kabul etme, problemlerin çözümüne dönük olma, otonomi sahibi olma, insanlara karşı empati, sempati, acıma duygularını geliştirme, demokratik karakter yapısına sahip olma, amacı araçtan ayırma, filozofik gülmece duygusu geliştirme, yaratıcı olma, özel ve yalnız yaşamdan zevk alma, günlük yaşamında yenilikler bulabilme, içinden geldiği gibi davranma niteliklerine sahip olan kişiler kendini gerçekleştirme yolunda sağlıklı bireylerdir (Hans 1995; Açıkgöz, 1996).

Maslow'a göre kendini gerçekleştirmiş birey ise, farkındalık, dürüstlük, özgürlük ve güven gibi önemli özellikler gösterir.

**Farkındalık**, gerçeğin etkin, net bir şekilde algılanması demektir. Farkındalık düzeyi yüksek olan bireyler politik, dini konularda ve duygularını tam ifade etmede net bir algıya sahip olma, doğadaki düzen ve güzelliği değerlendirme, deneyime açık, tutumlarında esnek ve yeni bilgi edinme konusunda istekli, ahlaki konularda üst düzeyde netlik taşıma gibi özellikler gösterirler. Toplumun norm ve yasalarının etkisini aşmışlardır. Dünyadan bu biçimde haberdar olmaları sonucu sık sık zirve ve yoğun yaşantılar geçirirler, kendilerini aşarlar ve diğerlerinden değişik görünürler. Maslow'a göre kendini gerçekleştiren bireyler kültürlerin üstünde değerlere sahiptir, tutumları esnektir ve ahlaki farkındalıkları yüksektir.

**Dürüstlük**, kendini gerçekleştiren kişinin ikinci özelliğidir. Bu, kişinin kendi duygularını bilmesi ve onlara güvenmesi sonucu ortaya çıkar. Dürüst bireyler kendilerini diğerlerine yakın hissederler, her düzeyde insanı kabul ederler. İlişkilerindeki derinlik nedeniyle gerçek arkadaşlar edinebilirler. Gerçeği arayan yapılandırıcı kişi de bilir ki farklı bakış açıları ve farklı zamanlar farklı cevaplar üretir. Bu nedenle bu bireyler insanlarla yakın ve empatik bir ilişki kurmaya çalışırlar. Böyle bir yaklaşım kişiyi kendinin olduğu kadar diğerlerinin de davranış ve düşüncelerini dikkate almaya yönlendirir.

**Özgürlük**, kendini gerçekleştiren kişinin üçüncü özelliğidir. Bu; bağımsız, yaratıcı, spontan bir yaşam biçimidir. Kendini gerçekleştiren kişiler fiziki ve sosyal çevrelerinden daha az etkilenirler, davranışları daha çok iş yaşamlarından kaynaklanır. Yapılandırıcının özgürlüğü ise diğerlerinin bakış çerçevesinden çıkabilmesindedir. Hem kendinin hem diğerlerinin bakış açılarını birleştirir ve yaşam kalitesini yükseltir.

**Güven**, kendini gerçekleştiren kişinin son özelliği. Bu kişiler kendilerini, diğerlerini ve doğayı olduğu gibi kabul ederler. Olabileceklerinin en iyisi olmaya çalışırlar ve yaşama tam bir problem çözümcü olarak yaklaşır. Problem çözme yollarını ararlar ve yapabileceklerini davranışa geçirirler (Kuzgun, 2000).

Kısaca kendini gerçekleştirme kişi için yaşam boyu devam eden bir süreçtir. Her insanın belirli bir gelişim döneminde, belirli bir kendini gerçekleştirme düzeyi vardır (Açıkgöz, 1996).

### 2.6.2. Sağlık Sorumluluğu

Sağlık sorumluluğu; bireyin kendi sağlığıyla ilgili olarak koruyucu, önleyici ve sağlığı geliştirici davranışlara yönelik tutum ve davranış değişikliği göstermesi anlamına gelmektedir. Sağlık sorumluluğu bireyin kendi sağlık bakım kalitesine etki eder ve sağlığına ne düzeyde katıldığını belirler (Lusk ve ark., 1995; Bottorff ve ark., 1996; He ve ark., 2004).

Bireyin kendi sağlık sorumluluğunu alması sağlığı geliştirmenin başarılı olabilmesinde anahtar rol oynar. Bireyin davranışlarının ve yaşam biçiminin sağlığını nasıl etkilediğini anlamasını sağlayarak riskli davranışlardan (sigara içmek, riskli seksüel deneyimler, alkol almak vb.) uzak durmasını sağlar. Bireyin sağlığı üzerinde olumlu etkiler yaratabileceğine inandığı davranışları geliştirmesinde sorumluluk almasına katkı verir (Smaltzer ve Bare, 1996).

Bireyin sağlığına ilişkin alabileceği sorumluluk düzeyi;

1. Vücudunu ve kendini tanıması,
2. Sağlık ile ilgili değişiklikler ve sapmalar olduğunda bir sağlık kuruluşuna müracaat etmesi,
3. Düzenli aralıklarla tıbbi tetkikler yaptırması, tıbbi kontrollerinin sıklık ve düzenine özen göstermesi,
4. Sağlıkla ilgili konularda kendini yenilemesi, yayınları takip etmesi ve tartışmalara girmesi,
5. Sağlığını izlemesi, iyiliğini hissetmesi,
6. Basit sapmalar (sağlıkla ilgili değişiklikler) olduğunda dahi gerekli önlemleri alması ile belirlenir. Bu tutum ve davranışların yerine getirilmesi, bireyin sağlığına önem verdiğini gösterir (Lusk ve ark., 1995; Bottorff ve ark., 1996; He ve ark., 2004).

### 2.6.3. Egzersiz

Dünya Sağlık Örgütü tarafından 54. Dünya Assamblesi'nde 2002 yılı için konu "sağlık için zinde olmak" olarak önerilmiş ve yılın sloganı, "sağlık için hareket et" (move for health) olmuştur (WHO Avrupa Bölge Ofisi Dünya Sağlık Günü Broşürü, 2002).

Fiziksel egzersiz, enerji tüketimi ile sonuçlanan herhangi bir vücut hareketi olup büyük kas gruplarının tonüs ve gücünün arttırılması, kas performansının geliştirilmesi, kardiovasküler direncin arttırılması olarak tanımlanır ve hızlı büyümenin, gelişmenin olduğu adolesan döneminde fiziksel aktivitenin yapılmasının ve desteklenmesinin yaşam boyu egzersiz alışkanlığının kazandırılması için çok önemli olduğu belirtilmiştir (Speck, 2002; He ve ark., 2004).

Fiziksel egzersiz ile; otonom sinir sistemi, solunum, kalp, dolaşım ve sindirim fonksiyonları daha düzenli çalışır. Kas iskelet sistemi elemanları daha sağlamlaşır ve esnekleşir, kan basıncı düzenlenir. Kandaki kolesterol ve LDL düzeyi daha düşerek HDL\LDL oranını sağlar ve buna bağlı koroner kalp hastalığı riski azalır. Obezite, postür bozukluğu ve kas atrofisi gelişme riski azalır. Ayrıca fiziksel egzersiz bireyin, sağlam, canlı hareketli, egzersiz yapmaya hevesli bir kişi haline gelmesine, hayata daha mutlu bakmasına, kendine güvenin artmasına, stresle olumlu baş etmesine, insanlarla çabuk arkadaşlık kurma ve paylaşma, yardımlaşma duygularını geliştirmesine yardımcı olur. Tüm bu fizyolojik, sosyal ve psikolojik uyum bireyin sağlığını korumak, geliştirmek ve hastalıklarla mücadele etmek için sorumluluk almasını sağlar (Edelman ve Mandle, 2002; Gordon ve ark., 2002; Toprak ve ark., 2002).

Fiziksel aktivitenin adolesan dönemden sonra azalması, yüksek tansiyon, kanser, kalp-damar hastalıklarının, depresyon ve stres riskinin artmasında birincil faktörler arasındadır. Dünya yetişkin nüfusunun üçte ikisinin yeterli fiziksel aktivite yapmadıkları, fiziksel hareketsizliğin kadınlarda daha fazla olduğu bilinmektedir. Amerikan Ulusal Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezi'nin 2007 verilerine göre günde en az 60 dakika fiziksel aktivite yapan adolesanların oranı kızlarda % 25.6, erkeklerde %43.7'dir (Dowdell ve Santucci, 2004; CDC, 2008).

Bir koşu klübünün 350 üyesi ve 249 kontrol deneğiyle, 13 yıl süreli yapılan bir çalışmada, kontrol grubundaki denekler, koşu klübündekilere göre 3.3 kat daha yüksek bir oranda yaşmlarını kaybetme olasılığına ve araştırılan tüm hastalık kategorilerinde daha yüksek mortaliteye sahip oldukları bulunmuş (Wang ve ark., 2002).

Egzersizin dengeli ve düzenli olarak yapılması gerektiği, arada sırada yapılırsa etkin olmayabileceği bildirilmektedir (Black ve Matasorrian, 1997). Düzenli olarak yapılan fiziksel



egzersiz, her yaşta sağlığın daha da geliştirilmesine, yaşam kalitesi, yaşam süresinin artmasını sağlar ve sosyal bağlarını güçlendirerek bireylerin toplumdan izole olmalarını önler . Bununla birlikte yapılacak iyi bir diyet, düzenli kilo kontrolü, sigaranın azaltılması, stresi kontrol altına alabilmek, iyi bir uyku gibi genel sağlık kurallarına dikkat etmek, sağlıklı yaşamın diğer boyutlarını oluşturmaktadır (Black ve Matasorrian, 1997; Sevim, 2002; Speck, 2002).

Hızel ve ark. Kırıkkale’de bulunan liselerde yaptığı fiziksel aktivite çalışmasında öğrencilerin egzersiz yapması için gerekli fiziksel donanıma sahip liselerde okuyan gençlerin % 98.2’sinin spor yaptığı ve bunların % 20’sinin ise lisanslı sporcu olduğu belirtilmiştir. Spor yapan gençlerden kızlarda voleybol % 71.4, erkeklerde futbol % 61.2 en sık yapılan sporlar olduğu belirtilmiştir (Hızel ve ark., 2006)

Türkiye’de lise öğrencilerinin fiziksel aktivite yapma sıklığı çeşitli çalışmalarda %17- % 29.3 arasında olduğu gösterilmiştir ve okullarda egzersiz yapmaya olanak sağlayan fiziksel donanımın bunu etkilediği belirtilmiştir (Alikasifoğlu, 2005; Sarı, 2006).

Madrid’te 1995-1996 yılları arasında 14-20 yaşları arasında yer alan 2831 lise öğrencisinin yapılan riskli sağlık davranışlarını belirlemeye yönelik yapılan çalışmada öğrencilerin %77’sinin aktif spor yaptığı belirtilmiştir. Bu oran 15-17 yaş arasında % 75.3 ve 17-20 yaş arasında %72.7 olarak bulunmuştur (Hidalgo ve ark., 2000).

Yukarıda da belirtildiği gibi fiziksel egzersiz uygun bir beslenme düzeniyle birlikte yapıldığında, fiziksel sağlığı geliştirmeye katkı verebilir (Black ve Matasorrian, 1997).

#### **2.6.4. Beslenme**

Dengeli, düzenli ve yeterince beslenmenin sağlık için gerekliliğine dair gözlemleri Hipokrat dönemine dayanmaktadır. Son yüzyılın başına kadar besin yetersizliği nedeniyle sağlık sorunları yaşayan insanlar günümüzde, yanlış, düzensiz ve fazla beslenmenin getirdiği sağlık sorunları ile karşı karşıyadır (Kant, 2004).

Beslenme, insanın fizyolojik olarak büyümesini ve gelişmesini sağlayan besin öğelerinin dışarıdan alınması, bu ürünlerin vücut tarafından kullanılması olarak tanımlanabilir. Vücut fonksiyonları için gerekli olan enerji besinlerden sağlanır. Günlük olarak alınan besinler, 6 temel besin öğesinden oluşur. Bu öğeler;

- |                  |             |                   |
|------------------|-------------|-------------------|
| 1- Su,           | 3- Protein, | 5- Vitamin        |
| 2- Karbonhidrat, | 4- Yağ,     | 6- Minerallerdir. |

Su, yaşamı oluşturan ve devam ettiren temel besin maddesidir. Organizma faaliyetlerinin ve canlılığın sürdürülmesi için gerekli olan enerji ise, besinlerdeki karbonhidratlardan, yağlardan ve proteinlerden karşılanır. Vitamin ve mineraller, vücut

içindeki biyokimyasal olaylarda önemli role sahiptir. Besinler mümkün olduğunca kimyasallardan, katkı maddelerinden, koruyuculardan ve toksinlerden uzak olmalıdır (Black ve Matasorrian, 1997; Akça ve ark., 2008). Besin, organizmada ısı, enerji, hücre yapımı ve yenilenmesini sağlayan, metabolik süreçleri düzenleyen yiyeceklerde bulunan organik ve inorganik kimyasal maddelerdir. Sağlığın sürdürülmesi ve geliştirilmesi için, vücudun besinlere ihtiyacı vardır. Beslenme sağlığın geliştirilmesi ve hastalıkların önlenmesinde ön sıralarda yer alan bileşenlerden biridir. Yenilen besinlerle hastalıkların ortaya çıkması ya da bireyin kendisini daha sağlıklı hissetmesi arasında bir ilişki vardır (Black ve Matasorrian, 1997).

Eski çağlardan beri beslenme faktörleri ile çeşitli sağlık sorunları arasındaki ilişkiler bilinmektedir. Günümüzde de beslenme konuları birçok araştırmancının ilgi odağı olmuştur. Çünkü yaşam koşullarının oluşturduğu, "fast food" türü beslenme biçimi alışkanlık haline dönüşmüştür. Bu durum, özellikle çocuklarda ve gençlerde, dengesiz beslenme ve şişmanlık sorunlarının ortaya çıkmasına neden olmakta ve beslenmenin hipertansiyon, kardiyovasküler, bazı kanser türleri, osteoporoz, diyabet ve diş çürükleri gibi hastalıklarla güçlü bir ilişkisi vardır. Bunun nedeni toplumda görülen kronik hastalıklar, besin ögesi yetersizlikleri, enfeksiyonlar gibi önemli sağlık sorunlarının başında gelmesidir (Yetley ve Park, 1995; Black ve Matasorrian, 1997; Akça ve ark., 2008).

**Yeterli ve dengeli beslenme:** Vücudun büyümesi, hücrelerin yenilenmesi, fonksiyonlarını sürdürmesi için gerekli olan temel besin öğelerinin yeterli miktarda ve dengeli alınmasına yeterli ve dengeli beslenme denir. Temel besin öğelerinin vücut gereksiniminden az alınması yetersiz beslenme, çoğunlukla tek tip besin ögesi ile beslenme ise dengesiz beslenme problemlerine neden olur. Sağlığın sürdürülmesi ve geliştirilmesi için yeterli ve dengeli beslenilmesi ve bu davranışın kazanılması gerekmektedir (Black ve Matasorrian, 1997; Edelman ve Mandle, 2002; Akça ve ark., 2008).

Amerikan Kalp Derneği Beslenme Komitesi'nin 2000 yılında gözden geçirdiği sağlıklı beslenme önerileri şekil 3'de verilmiştir (American Heart Association, 2000).

Şekil 3. Amerikan Kalp Derneği Beslenme Komitesi'nin 2000 Yılı Beslenme Önerileri

Toplum Hedefi	Temel İlkeler
Sağlıklı Beslenme Düzenleri	Tüm besin gruplarından besinler içeren (meyveler, sebzeler, tüm tahıllar, az yağlı veya yağsız kahvaltılık ürünler, balık, kuru baklagiller, kümes hayvanları ve yağsız etler) geniş çeşitlilikte bir diyet tüketin. Yeterli, aşırı olmayan besin alımı sağlamak amacıyla porsiyon sayısı ve büyüklüğünü kontrol edin
Uygun Vücut Ağırlığı (BKİ ≤ 25)	Enerji alımı ve gereksinimlerini eşitleyin.  Ağırlık kaybı isteniyorsa, enerji alımı ve harcamasında uygun değişiklikler gerçekleştirin (fiziksel aktivite).  Kalori yoğunluğu ve seker içeceği yüksek besinleri kısıtlayın.  İstenilen kolesterol profili doymuş yağ, kolesterol ve trans yağ içeriği yüksek besinleri kısıtlayın.  Sebzeler, balık, kuru baklagiller ve yağlı tohumlardan gelen doymamış yağları kullanın.
İstenilen Kan Basıncı  Sistolik <140 mmHg  Diyastolik <90 mmHg	Sağlıklı vücut ağırlığını koruyun.  Sebze, meyve, az yağlı veya yağsız kahvaltılık ürünlerin yer aldığı geniş çeşitlilikte bir diyet tüketin.  Sodyum alımını kısıtlayın. Alkol alımını kısıtlayın.

Fizyolojik, psikolojik ve sosyal yönden değişimlerin bir arada yaşandığı adolesan dönemi, vücut şekillerinin değiştiği, sorumlulukların ve sorunların arttığı, bağımsızlığın üst düzeyde yaşandığı bir dönemdir. Bu dönemdeki davranış değişiklikleri kişinin beslenme düzenine ve alışkanlıklarına da yansımaktadır (Ball ve Bindler, 2006).

Adolesan dönemde beslenme alışkanlıkları ile ilgili sorunlar; büyüme ve gelişme geriliği, enerji yetersizliği, konsantrasyon zayıflığı, hafıza zayıflığı, baş dönmesi ve bulantı gibi sorunlara neden olmakta, dikkat sürelerinin kısalması, algılamanın azalması, öğrenmede güçlük ve davranış bozuklukları ile okula devamsızlık ve okul başarısında düşmeye neden olmaktadır. Adolesanların beden imajlarıyla ilgili endişeleri özellikle genç kızların ince görünmek için çok uzun süreli düşük kalorili kronik diyetler yapmasına neden olmaktadır. Bu nedenle adolesanlar arasında beslenme ile ilgili olarak toplum ve akranlarca kabullenilmek için yaptıkları diyetlerle anoreksia nevroza ve bulimia gibi yeme bozuklukları daha sık görülmektedir (Baysal, 1993; Sztainer ve ark., 1997; Demirezen ve Coşansu, 2005; Erkan, 2008).

Sağlıklı ve iyi beslenen kişilerin, boy uzunluğu ile ağırlıkları arasında uyum bulunmaktadır. Boy uzunluğuna göre olması gereken ağırlığa “ideal ağırlık” denilmektedir. İdeal ağırlık değerlerini saptamada çeşitli yöntemler kullanılmaktadır. Bunlardan en çok kullanılanları BKİ (Beden Kitle İndeksi) ve vücut yağ oranının hesaplanmasıdır.  $BKİ = \text{Ağırlık (kg)} / \text{boy uzunluğu (m}^2\text{)}$  olarak hesaplanır. Dünya Sağlık Örgütü'nün önerisine göre BKİ'si 18.5'in altında olanlar zayıf, 18.5-24.99 arasında olanlar normal kilolu, 25.00- 29.99 arasında olanlar fazla kilolu, 30.00-34.99 arasında olanlar obez, 35.00-39.99 arasında olanlar ciddi obez, 40.00 ve üzerinde olanlar morbid obez (şişmanlık hastalığı) olarak tanımlanır (WHO, 2006).

Obezitenin prevalansının hesaplanmasında da BKİ yaygın olarak kullanılmaktadır (WHO-Obesity 1997). BKİ pratik bir yöntemdir fakat vücuttaki yağ kitlesini ve yağ dağılımını net olarak verememektedir. Çünkü vücut bölgelerine göre yağ dağılımı değerlendirilmesi yapılamaz (Lukaski, 2003).

"Türkiye'de diyabet, obezite ve hipertansiyon epidemiyolojisi (TURTEP)" araştırmasına göre; BKİ referans alındığında obezite sıklığı ülkemizde %22.3 olarak bulunmuştur. Santral obeziteyi gösteren bel çevresi (kadında 88 cm, erkekte 102 cm) baz alındığında ise bu sıklık %34.9'a çıkmaktadır (Satman ve ark., 2002).

Aşırı ve hatalı beslenmeye bağlı çocukluk çağı obezitesinde 1990'lardan sonra çok büyük oranlarda artış olduğu belirlenmiştir. Gelişmiş ülkelerdeki çocukların her yıl % 1'i fazla kilolu gruba girmektedir. Amerika'da 2000 yılında doğan her üç çocuktan birinin diyabet olma riskinin taşıdığını göstermiştir. Fazla kilolu çocukların yetişkin bir insan olduklarından obez olma risklerinin yüksek olacağı belirtilmiştir. Örneğin 8 yaşında fazla kilolu bir çocuğun yetişkin olduğunda ciddi derecede riski taşıdığı düşünülmektedir. Adolesan dönemde de obez oldukları bulunmuştur. Günümüzde de çocuk ve adolesanlarda damar sertliğine rastlanmaktadır. Bu kuşakların yetişkin dönemde daha fazla koroner kalp hastalıklarına sahip olacakları tahmin edilmektedir (Dowdell ve Satucci, 2004; Berberoğlu, 2008; CDC, 2008).

Obezite; özellikle kız adolesanlar arasında daha yaygındır. Adolesan kızların sürekli sınırlı beslenmesi ve bu nedenle kahvaltı yapmamak, öğün atlamak, öğün geçiktirmek gibi yollara başvurdukları ve bunun sonucunda da öğünlerde besin alımını arttırmaları obeziteyi tetikleyici etki göstermektedir. Kötü beslenmeye bağlı olarak görülen bir diğer sorunda anemidir. Menstruasyon ve demir yönünden yetersiz beslenme yine bu dönemdeki kızların anemiye daha yatkın olmalarına yol açar. Oysaki günlük demir gereksinimini karşılamak için

et ve kuru baklagiller grubundan günde üç porsiyon tüketilmesi önerilmektedir (Sztainer ve ark., 1997; Ball ve Bindler, 2006; Erkan, 2008).

Aslan ve ark. 2003 yılında 2. sınıf lise öğrencileri üzerine yaptığı çalışmada; % 63.2'sinin hergün kahvaltı yaptığı ve % 5.5'inin ise hiç kahvaltı yapmadığı, % 47.9'unun şekerli gıdaları her gün tükettiği ve %69.1'inin ise sebze ve meyveyi her gün tükettiği bulunmuştur (Aslan ve ark., 2003).

### **2.6.5. Kişilerarası Destek**

Bütüncül sağlık görüşüne göre insanlar açık sistemdir. Bireyin sağlığını iç (genetik yatkınlıklar, beslenme durumu, tutumları) ve dış (fizik çevre, sosyal ilişkiler, destek sistemi, ekonomik) faktörler etkilemektedir (Biol, 2004). Hemşireler bakım verdiği bireyler için kapsamlı veri toplama sürecinde destek sistemlerini de araştırmaktadırlar (Maurer ve Smith, 2000).

Adolesan dönemi ilişkilerin oldukça önem kazandığı bir dönemdir. Gençler bu dönemde aileleriyle çatışmalar yaşarken arkadaşlarına daha çok yaklaşırlar. Bir gruba ait olma duygusu sosyal gelişme için önemli bir duygudur. Girmek istediği çevre tarafından benimsenmemek genç için üzüntü kaynağıdır, onun için arkadaşları ve arkadaşlarının kendisi için ne düşündüğü çok önemlidir. Bu dönemde gençler kendi aralarında arkadaş grupları oluştururlar ve bu grupların kendi aralarında yazısız kuralları vardır. Kurallarına uyan kişileri gruplarına alırlar. Her genç bir arkadaş grubunda olmak ister. Erkeklerin kurdukları gruplar daha kalabalıktır, ilişkiler yüzeyseldir. Kızlardan oluşan gruplar daha küçüktür, ilişkiler ise daha sıkıdır. Ailesi içinde geçimsizlik ve dengesizlik olan gençlerde, bir baskı hakim ise masum arkadaş grupları yerine tehlikeli arkadaş gruplarına yönelebilirler (Ercan, 2005; Ball ve Bindler, 2006).

Erkeklerle göre daha erken gelişen kızlarda, erkek çocuklara yakınlaşma, onların ilgisini çekme, beğenisini kazanma eğilimi ortaya çıkar. Bunu yaşadıkları toplumun özelliğine göre ya uzaktan ya da daha yakından ilişkiye girerek yaparlar. Genç erkekler ise 14 yaşından başlayarak kızlara açıkça ilgi duyduklarını belli ederler. Lise yıllarında ise kızlı erkekli gezme, kümeleşme, daha sonra da ilgili arkadaşlıklar, flörtler başlar. Genç giyimine, kuşamına özen göstermeye, kızlarla şakalaşmaya, takılmaya başlar. Kimi genç kızlara yaklaşamaz, sıkılır, konuşamaz ve kekeler. Adolesan dönemde bir kıza nasıl yaklaşacağını, nasıl konuşup arkadaşlık kuracağını bilememek en yaygın sorundur (Ercan 2005; Ball ve Bindler, 2006).

Adolesan dönemdeki birey, tutum ve davranışlarını örnek alacağı, kendisini onlarla özdeşleştireceği uygun modellere ihtiyaç duyar. Modelin kişiliği sosyal gelişme açısından önemlidir. Erkek çocuğun baba ile, kız çocuğun anne ile özdeşlik kurabilmesi gerekir. Anne ve babanın ev içi rollerindeki aksaklıklar gencin uygun olmayan modelleri görmesine yol açar, bu da gencin gelişiminde aksamalara neden olabilir. Kişilerarası destek, bireylerin birbirleriyle olan ikili veya grup ilişkileri sonucu elde edilen ve sağlığı geliştirmedeki etkinliği önemli bir olgudur. Kişilerarası destek ilişkinin niteliğine, ilişkinin sürekliliğine ve ilişki düzeyine bağlıdır (Ercan, 2005; Ball ve Bindler, 2006).

Bireyin sağlığını sürdürme ve geliştirmede kullandığı destek sistemlerini bilmek uygulanacak sağlığı geliştirme programları için önemlidir (Maurer ve Smith, 2000). Chen'in (1999) çalışmasında, bireylerin kişilerarası destek davranış, "kendine yakın arkadaşları ile zaman geçirmek için zaman ayırma, başkaları ile anlamlı ve tatmin edici ilişkiler kurma, başkalarının başarılarını takdir etme, yakın bulduğu (aile, arkadaş) bireylere dokunmaktan hoşlanma, başkaları ile fikir ayrılıklarını tartışma ve uzlaşma yolu ile çözme" sorularını içeren bir ölçekte değerlendirilmiştir.

#### **2.6.6. Stres Yönetimi**

İçinde bulunduğumuz çağda yaşanan teknolojik, ekonomik, siyasal ve kültürel gelişmeler ve değişimler insanlar üzerinde büyük bir baskı ve gerilim yaratmaktadır. Hayatları boyunca tanık oldukları yenilik ve değişimlerin insanların üzerinde aşırı bir endişe ve gerilim yaratması onların stresle karşı karşıya kalmalarına, stres yaşamalarına neden olmaktadır (Şar, 2005). Hızlı gelişme ve değişimlerin olduğu ergenlik, hızlı bedensel büyümenin, kimlik kazanımının gerçekleştiği, eğitsel ve mesleki kararların verildiği, gelecek yöneliminin, artan cinsel ve fiziksel enerjiyi kontrol etmenin, ailenin ve okulun ergenden beklentilerinin arttığı, aileden dengeli bir bağımsızlığın sağlanmasının önemli hale geldiği çocukluktan yetişkinliğe bir geçiş evresidir. Geçiş evreleri stres vericidir. Yeni bir gelişim evresinin fiziksel, duygusal, sosyal, eğitsel ve mesleki gelişim görevlerini karşılamaya çalışmak, ergenlerde farklı düzeylerde strese yol açmaktadır. Bu tür gelişimsel stres yaşantılarına gündelik sıkıntılar ve travmatik stresler de eklendiğinde ergenlere sunulabilecek yardımların önemi daha iyi anlaşılabilir. Bunun yanı sıra, ilgili araştırmaların ve kuramsal görüşlerin de ortaya koydukları gibi, ergenlik dönemine uyum düzeyi, yetişkinlikteki uyum düzeyini belirlemektedir (Aydın, 2008).

Stres; organizmada zorlama sonucu ortaya çıkan tepki. Genel anlamda ise; organizmanın ruhsal olarak zorlanması sonucu ortaya çıkan ve kişide bir takım bedensel, zihinsel, psikolojik ve davranışsal rahatsızlıklarla kendini hissettiren durumdur (Kuter, 2008).

Stres, bireyin sağlığını geliştirmesine de etki eden bir faktör olup, stresle başa çıkma yolları veya güçlüğü karşı uyum sağlaması, stresörlerin bir tehdit olarak algılanmasına engel olur. Uyum; bireyin kendisinden, başkalarından veya çevresinden kaynaklanan stresöre karşı verdiği tepki tüm vücudunda ya da çevresinden kaynaklanan stresöre karşı verdiği tepkide tüm vücudunda ya da kişiliğinde meydana gelen değişiklikler sürecidir (Pender ve ark., 2002; Kuter, 2008).

Stres durumunda, bireylerde hem bedensel hemde psikolojik düzeyde bir dizi olay ortaya çıkar. Bedensel değişiklikler, bütün insanlarda aynı basamaklardan geçmesine karşın psikolojik düzeyde olaylar, kişilik ve çevre gibi bireysel koşullara bağlı olarak da birçok değişiklik gösterir. Bu değişiklikler ayrı ayrı ya da bedensel, psikolojik yapıların her ikisinde birden de ortaya çıkabilir. Strese karşı verilen tepkiler uzun bir zaman dilimi içinde, kronik hastalıkların gelişmesine zemin açar (Kerr ve ark., 1990).

Bireylerde stres nedeni ile hipertansiyon, kalp hastalıkları gibi bedensel rahatsızlıklar görülebilir. Kişi stres etkisi altında iken, önemli veya önemsiz daha önceden verilebilen kararları vermekte güçlük çekmektedir. Stres altındaki kişi değersizlik, yetersizlik, güvensizlik, korku, endişe ve terkedilmişlik duygularını yaşamaktadır. Bu kişiler en iyi olanı değil, garanti olanını seçmeye çalışmaktadır. Stres altındaki kişiler uygun olmayan durumlarda öfkelenerek ve kızarak duygularını ortaya çıkarır. Stresli durumlarda bazen sigaraya, içkiye, uyuşturucuya, yatıştırıcı ve sakinleştirici ilaçlara da başvurulmaktadır. Stres durumunda kişiler kişisel hatalarını ve başarısızlıklarını sürekli düşünürler, aşırı hayal kurarlar, sık sık düşünceye dalıp giderler, duygusal ve cinsel hayatta olumsuz davranışlar gösterirler (Kerr ve ark., 1990; Şar, 2005; Ören ve Gençdoğan, 2007; Kuter, 2008).

Stresle başa çıkma, dış kaynaklı olumsuz olaylara karşı verilen tepkiler olarak tanımlanır (Endler ve Parker, 1990) ve stresle baş edebilme, hem savunma mekanizmasını kullanmayı, hem de problem çözme becerisini içerir. Stresi kontrol etmede ilk adım, bireyin kendisini stresli hissetmesine neden olan durumların ve stres altında iken hissettiği duyguların farkında olmasıdır. Bireylerin, stresten fazla etkilenmemeleri için adaptasyon yeteneklerini belirlemeleri ve baş etme teknikleri kullanmaları gerekmektedir. Genel olarak stresle baş etmede etkili ve etkisiz yöntemler şekil 4’de gösterilmiştir (Batlaş ve Batlaş, 2006);

Şekil 4. Stresle Baş Etme Yolları

Etkili Yöntemler	Etkisiz Yöntemler
<p><b>Bedene Yönelik Olanlar</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Fizik egzersiz</li> <li>- Nefes alma egzersizi</li> <li>- Meditasyon</li> <li>- Doğru beslenme</li> </ul> <p><b>Duygulara Yönelik Olanlar</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Olumlu düşünme</li> <li>- Duyguları paylaşma</li> </ul> <p><b>Davranışlara Yönelik Olanlar</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Zamanı iyi kullanma</li> <li>- Sosyal destek sistemleri geliştirmek</li> <li>- Etkili iletişim becerileri geliştirmek</li> <li>- Etkili problem çözme</li> <li>- Stres yaratacak bir durumu tahmin edilebilir hale gelmek için bilgi toplama, sosyal karşılaştırmalar.</li> </ul>	<p><b>Bedene Yönelik Olanlar</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- İlaç, alkol, sigara bağımlılığı</li> <li>- Kötü beslenme</li> </ul> <p><b>Duygulara Yönelik Olanlar</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Psikolojik savunma mekanizmalarının aşırılığı</li> <li>- Bilişsel çarpıtmalar</li> </ul> <p><b>Davranışlara Yönelik Olanlar</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- İçer kapanma</li> <li>- Saldırganlık</li> <li>- Kaçma davranışları</li> </ul>

Baş etme mekanizmasındaki yetersizlik ve deneyimsizlik gibi nedenlerden dolayı adolesan dönemdeki gençler stresörlerden daha çok etkilenmektedirler. 15-24 yaş grubundaki gençlerin ölüm nedenlerinden biride intihar olduğu üzerinde durulmaktadır.

Ergenlik döneminde görülen intiharlar hem ülkemizde hem de dünyada gün geçtikçe yoğunluğu artan bir problem olarak karşımıza çıkmaktadır. Amerika Birleşik Devletlerinde (ABD) intihar, 15-24 yaş grubundaki ergenler arasında kazalar ve cinayetlerin ardından intihar üçüncü ölüm nedeni olarak sayılmaktadır. Tamamlanmış intiharların erkeklerde daha fazla olduğu, 10-14 yaş arası ergenlerde her bir kıza karşılık 2.78 erkeğin intihar ettiği, benzer şekilde 15-19 yaş arasında ise bu oranın bir kıza karşılık 4.3 erkek şeklinde gerçekleştiğini belirtmektedir (Davis ve Brock, 2002). Amerika'da Ulusal Sağlık İstatistik Merkezi'nin (National Center for Health Statistics) elde ettiği bulgulara göre de 15-19 yaş arasındaki erkek ergenlerin tamamlanmış intihar oranı kız ergenlerin yaklaşık beş katıdır (Gould ve Kramer, 2001).

Türkiye'de ise intihar girişiminde bulunanların ve intiharı gerçekleştirenlerin oranı Avrupa ülkelerine göre daha düşük olmakla birlikte intihar girişiminde bulunanların büyük çoğunluğunu Avrupa ülkelerinde olduğu gibi 15-19 yaş arasındaki gençler oluşturmaktadır (Özgüven ve Sayıl, 2003).



Farklı bir araştırmada ise 1988-1998 yılları arasında intihar girişimleri ve dūřüncelerini içeren yayınları inceleyerek bir yıl içerinde, lise ğrencilerinin yaklaşık %20'sinin ciddi bir şekilde intihar etmeyi dūřündüėünü, %8'inin intihar girişimi olduğunun sonucuna ulaşmıştır (Gould ve Kramer, 2001).

## 2.7. Adölesan Dönemi Riskli Sağlık Davranışları

Sağlık açısından riskli davranışlar genellikle adolesan dönemde edinilir, sonuçları erişkin döneme yansıyarak, bu dönemde mortalite ve morbidite oranlarında önemli artışlara neden olur (Kann ve ark., 1999; Kara ve ark., 2003; Rodham ve ark., 2006).

Adolesan dönemde meydana gelen ölümlerin en başta gelen nedenlerinden olan kazalar ve intiharlar riskli davranışlarla yakın ilişkilidir. Aynı şekilde erişkin dönemde mortalitede ilk iki sırada yer alan kardiyovasküler hastalıklar ve kanserler de adolesan dönemdeki sigara kullanımı, alkol veya diğer madde bağımlılıkları, fiziksel inaktivite, sağlıksız diyet gibi riskli tutum ve davranışlarla yakından ilgilidir (Tenore ve Lipsky, 2001). Adolesan dönemindeki diğer sık karşılaşılan riskli sağlık davranışları korumasız cinsellik sonucu olaşan cinsel yolla bulaşan hastalıklar, istenmeyen gebelikler, ruhsal sorulardır (Call ve ark., 2002; Ball ve Bindler, 2006; Hızel ve ark., 2006).

Risk alma davranışlarını tek tek inceleyen araştırmalar (Barber ve 1999; Fitzpatrick, 2004) olduğu gibi pek çok risk alma davranışını bir arada inceleyen araştırmalar (Parson ve ark., 1997) da bulunmaktadır (Magga ve ark., 1997; Parsons ve ark., 1997; Fitzpatrick, 2004).

Gullone ve Moore 570 adölesanla yaptıkları araştırmada adölesanlardan yaşıtları için riskli olabilecek davranışları yazmalarını istemişler ve örneklemin %10'u tarafından belirtilen 10 kategori saptamışlardır. Bu kategoriler şunlardır; sigara içme , alkol kullanma, araba sürme, uyuşturucu kullanma , suç işleme, spor riskleri içeren davranışlar antisosyal davranışlar, isyankarlık, okulla ilgili riskler ve cinsel aktivite (Moore ve ark., 1997; Gullone ve Moore, 2000).

Amerika Birleşik Devletleri'ndeki mortalite ve morbilite göstergelerinin ruhsal sağlık, cinsel sağlık ve kardiyovasküler sağlık ile ilişkisi olduğu ve sağlığı geliştirme programlarının etkinleştirilmesi gerekliliği üzerinde durulmaktadır. Erken yaşta başlayan cinsel yaşam adolesan dönemi gebelikleri ve Human Immunodeficiency Virus (HIV) başta olmak üzere cinsel yolla bulaşan hastalık riskini arttırmaktadır (Call ve ark., 2002; Viner ve Macfarlane, 2005).

Amerikan Ulusal Hastalık Kontrol ve nleme Merkezi'nin Ekim 2004- Ocak 2006 tarihleri arsında Amerika Birleşik Devletleri'ndeki toplam 13.917 lise öğrencisine uyguladığı

ulusal düzeydeki “Youth Risk Behavior Surveillance” çalışması sonuçları Ekim 2004-Ocak 2006 tarihleri arasında ölen bireylerin %71’inin 14-20 yaşları arasındaki adolesanlar olduğunu göstermiştir (Eaton ve ark., 2006).

### **2.7.1. Madde Kullanımı**

Sigara, alkol ve uyuşturucu gibi alışkanlık veya bağımlılık yaratan maddelerle ilk karşılaşma genellikle son çocukluk ve gençlik dönemlerinde çevreleriyle kurdukları ilişkiler sonucu ortaya çıkmaktadır (Özerkmen, 2004; Rodham ve ark., 2006; Gökgöz ve Koçoğlu, 2007).

Adolesanlar çok farklı nedenlerle madde kullanabilirler, adolesanlar güçlü bir kimlik oluşturmak istemektedirler, bu nedenle adolesanlar otonomi ve bağımsızlığını kanıtlamak nedeniyle madde kullanımı nedenlerin en başında gelmektedir. Ayrıca sosyal bir ortama uyum sağlamak, arkadaşları tarafından kabul edilmek ve medyanın etkisi madde kullanma nedenleri olarak gösterilmektedir (Akın, 2000; Alikashiöğlu, 2008; Gürol, 2008).

Madde kullanımında içsel/bireysel etmenlerde önemli rol oynamaktadır. Bu etmenler arasında hiperaktivite, dikkat eksikliği, bir işi tamamlamada zorluk, çubuk öfkelenme, antisosyal davranışlar ve sosyal ilişkilerde zorlanma gibi etkenler madde kullanımını arttırmaktadır. Zeka, inançlar, kendine güven, öz saygı, akademik başarı, sosyal ilişkilerde beceri ve yaşama olumlu bakabilme gibi etkenler ise madde kullanımına başlamayı engellemektedir (Akın, 2000; Call ve ark., 2002; Alikashiöğlu, 2008; Gürol, 2008).

Çevresel risk etkenleri arasında ailenin önemi büyüktür. Ebeveynlerin madde kullanımı, aile içi şiddet ve çocuk istismarı, otoriter ya da aşırı hoşgörülü aile yapısı, gençlerin davranışlarının aile tarafından izlenmemesi, parçalanmış aile yapısı, evde maddeye kolay ulaşabilme gibi etkenler çocukların madde kullanmasını desteklemektedir. Çevresel koruyucu etkenler arasında da ailenin önemi büyüktür. Aile ile bağların güçlü olması, ailenin genci okulda başarılı olabilmesi için desteklemesi, genci gelişimsel düzeyine uygun olarak izlemesi ve rehberlik yapması ve aile içi iletişimin iyi olması gencin madde kullanmasını engelleyen olumlu etkenlerdir (Akın, 2000; Alikashiöğlu, 2008; Gürol, 2008).

Yapılan araştırmalarda gençlerde sigaraya başlama yaşı oldukça düşüktür (Hastier ve ark., 2006) ve sigaraya başlama nedenleri arasında, günlük yaşamda strese bağlı olarak ortaya çıkan zorlama ve kaygıdan kurtulma isteğinin önemli bir yer tutmaktadır (Bray ve ark., 1999). Sigara kullanımına başlamada akran etkisi ile birlikte ebeveynin ya da model alınan kişinin sigara içmesi de etkili olmakta, bu açıdan ele alındığında sigaraya başlama davranışında

sosyal öğrenmenin etkili olduğu görülmektedir (Alexander ve ark., 2001; Buller ve ark., 2003).

Avrupa Alkol Madde Okul Projesi kapsamında İstanbul'da yapılan bir araştırmada herhangi bir maddeyi hayatında en az bir kez kullanan gençlerin oranı %7, esrar kullanım oranı %4, uçucu madde kullanım oranı ise %3.8 olarak saptanmıştır. Bu çalışmada öğrencilerin %56.2'sinin yaşamları boyunca en az bir kez alkollü içecek aldığı, son bir ay içinde ise %23.5'inin alkol kullandığı saptanmıştır (Ögel ve ark., 2000).

Yapılan araştırmalarda, sigara kullanımının bellek ve düşünme gibi beyin fonksiyonlarını olumsuz yönde etkileyerek, beynin işleyiş kapasitesini azalttığı (Fowler ve ark., 1999; Brayne, 2000; Fowler ve ark., 2000; Jinfu ve ark., 2000) ve koroner kalp hastalığı, serebrovasküler hastalıklar, KOAH ve başta akciğer kanseri olmak üzere pek çok organ kanserine neden olduğu belirtilmiştir (Karlıkaya, 2005). Dünyada her sekiz saniyede bir kişi sigaraya bağlı olarak gelişen hastalıklardan yaşamını kaybetmektedir (Karnath, 2002; Schultz, 2003).

Alkol de tıpkı sigara gibi öncelikle beyine zarar vermekte, beyin dokusunda zedelenmeye ve beynin sinirsel tepkilerinin azalmasına ya da yok olmasına neden olmaktadır (Saletu-Zyhlarz ve ark., 2004; Tapert ve ark., 2004; Chen ve Harle, 2005; Gilchrist ve Morrison, 2005; Hodge ve ark., 2006; Olbrich ve ark., 2006).

Çocuklar arasında alkol deneyimi artışı, özellikle adolesan ve genç erişkinler arasında içki içme ve sarhoşluk gibi yüksek riskli içme tarzının fazlalaşması ve alkol ile psikoaktif maddelerin (çoklu ilaç kullanımı) birlikte alınması gençlerin içme tarzlarındaki ana eğilimlerdir. Gençlerde alkol, tütün ve yasadışı ilaç kullanımı arasında belirgin ilişki bulunmaktadır (DSÖ, 2001).

## **2.7.2. Riskli Cinsel Davranışlar**

Ülkemiz nüfusunun yaklaşık %20'sini oluşturan adolesan ve gençlerde cinsel olarak aktif hale gelme oranı geçmişe göre artmaktadır (Ekşi, 1990). Bu dönem riskli cinsel davranışlar açısından oldukça tehlikeli bir dönemdir, çünkü yaşanan hızlı sosyokültürel değişim süreciyle birlikte, yeterli eğitim olanaklarından yoksun oldukları da göz önüne alındığında, ciddi riskleri de beraberinde getirmektedir, ayrıca risk almak adolesan için hayatının doğal bir parçasıdır, pek çok şeyi adolesan zaten risk olarak öğrenmektedir (AAP, 2001; Başer, 2000; Şatıroğlu, 2008).

Cinsel tutum ve davranışlar açısından farklı sosyokültürel grupların (kadın/erkek, kentsel/kırsal bölge, yaş, eğitim düzeyi) farklı özellikler gösterdiği bilinmektedir (Cok ve ark.,

2001; Aras ve ark., 2004). Toplumumuzda kadın için yasaklanan cinsellik, erkek için izin verilmekten öte, beklenen bir etkinlik olarak görülmektedir (Cok ve ark., 2001). Bu toplumsal ortam, cinsel davranışlarda cinsiyete özgü farklılıkları belirginleştirmektedir. Doğal gelişim sürecinde cinsel davranışlar üzerinde kızlarda psikososyal etkenler daha etkili iken, erkeklerde hormonların etkisinin daha belirgin olduğu bildirilmektedir (Kaplan, 2007). Bu tür farklılıkların gelişmiş ülkelerde azalma eğilimi göstermesine karşın, ülkemizdeki toplumsal ortamda büyük oranda sürdüğü görülmektedir (Ekşi, 1990).

Adolesanların hazır olmadıkları bir dönemde yaşadıkları korunmasız cinsel ilişki ile bağlantılı, HIV, cinsel yolla bulaşan hastalıklar (CYBH), adolesan gebelikleri ve doğumlar, küretaj gibi önemli ve beden sağlığını etkileyen durumlar ortaya çıkmaktadır. Toplumlarda ortalama ilk evlilik yaşı ileri yaşlara ilerlemiş olsa bile, cinsel ilişkiye başlama yaşı giderek azalmaktadır. Doğal olarak bu da CYBH ve istenmeyen gebeliklerde artışa neden olmaktadır (Başer, 2000; AAP, 2001; Call ve ark., 2002; Şatıroğlu, 2008).

Yapılan çalışma ile kadın sağlığında gebelik sürecinde sağlığı geliştirici yaşam biçimi davranışlarının, düşük doğum ağırlıklı bebek doğum riskini azaltarak, sağlıklı bir yeni doğan için yaşamsal öneme sahip olduğu ispat edilmiştir (Kogan ve ark., 1994).

DSÖ'ne göre her yıl 20 gençten biri cinsel ilişki yoluyla geçen hastalıklara yakalanmaktadır. Bunların arasında HIV, sifiliz, frengi, klamisy enfeksiyonları yer almaktadır. Gençler özellikle bulgu vermeyen durumlarda cinsel yolla bulaşan hastalıklara karşı önem konusunda duyarsız davranmaktadır. Oysa bu konularda önem almama yada ihmal, infertilite ve ölüm gibi sağlık açısından çok önemli sonuçlara yol açabilmektedir (Kulbok ve Cox, 2002; Sarı, 2006).

Ergen gebelikleri anne veya doğan çocukta ölüm/hastalanma riskinde artma, ergenin eğitim ve gelir olanaklarının sınırlanması, çocuk sayısında ve sonuçta nüfusta artış ile ilişkili bulunmuştur. Erken cinsel ilişkinin korunmasız ve çok sayıda partnerle cinsel ilişki ile bağlantılı oluşu, cinsel yolla bulaşan hastalıklar (AIDS vb.) açısından risk artışını da beraberinde getirmektedir. Erken doğurganlık ve cinsel aktivitenin sağlık açısından bu riskleri nedeniyle ergenlerin cinsel davranışlarının araştırılması önemlidir (Gupta ve Mahy, 2003).

Ülkemizde bu alanda yapılan çalışmalar daha çok liseli öğrencilerin cinsel bilgi düzeyleri, tutum özellikleri ve eğitim gereksinimlerine ve üniversite yaşlarındaki gençlerin cinsel konulardaki tutum ve davranışlarına odaklanmaktadır (Cok ve ark., 2001; Gökengin, 2003; Savaşer, 2003; Aras ve ark., 2004).

Aras ve arkadaşlarının lise öğrencileriyle yaptığı cinsellik çalışmasında %32.4'ünün cinsel ilişki yaşamış ve %54.9'unun ilk cinsel ilişkisinde prezervatif kullanmış olduğu belirtilmiştir (Aras ve ark., 2005).

Hidalgo ve arkadaşlarının Madrid'te 14-20 yaşları arasındaki 2831 adolesanla yaptıkları çalışmada erkeklerin %20.5'i ve kızların %61.1'inin cinsel ilişki deneyimlerinin olduğu ve erkeklerde ilk cinsel ilişki yaşı  $15.4 \pm 1.68$ , kızlarda ise  $16.1 \pm 1.46$  olarak ortaya konulmuştur. Cinsel deneyimi olan öğrencilerden %68.85'i ilişki sırasında prezervatif kullanmaktadır. Hiçbir korunma yöntemi kullanmayanların oranı ise %18.6'dır (Hidalgo ve ark., 2000).

İsveç'te yapılan bir çalışmada liseli öğrencilerin ancak yarısının (kızların %60,1'i ve erkeklerin %40'ı) ebeveynleri ile cinselliği konuşabildiği bildirilmektedir (Haggström-Nordin, 2002).

## **2.8. Adolesan Okul Sağlığı Geliştirme Programları ve Halk Sağlığı Hemşiresinin Rolü**

Okul dönemi, çocuklar ve adolesanlar için davranış oluşturma dönemidir ve sağlık alışkanlıkları da okulda geliştirilir. Okul bilgi, tutum ve davranışların geliştirilmesi için çok sayıda fırsatlar oluşturan bir ortama sahiptir. Ayrıca doğru, sağlıklı bilgi, tutum ve davranışları geliştiren öğrenciler, çevrelerinde örnek, uyarıcı ve hatta eğitici kişi rolü oynayabilirler (Aklan ve ark., 2005).

Adolesan ve çocukluk döneminde kazanılan olumlu sağlık davranışları yetişkin dönemde yaşam biçimi haline dönüşür. Bu nedenle çocukluk ve adolesan döneminde geliştirilen sağlık davranışları toplum sağlığını da olumlu etkilemektedir. Adolesanalarda olumlu sağlık davranışı kazandırmada ve riskli davranışları önlemede sistemli bir şekilde planlanmış sağlığı geliştirme programları büyük önem taşımaktadır. Bu programlar okul sağlığı hizmetlerinin bir bölümü olarak uygulanır (Pender ve ark., 2002).

Okul sağlığı geliştirme programlarının amaçları aşağıda belirtilmiştir:

1. Adolesanların, ailelerin ve okul personelinin sağlığının değerlendirilmesini ve geliştirilmesini,
2. Adolesanların sağlıkları hakkında karar verme becerisi ve öz bakım geliştirmeye yönelik bilgi ve becerilerin kazandırılmasını,
3. Olumlu sağlık davranışlarını destekleyerek ve alışkanlık haline dönüştürerek adolesanların mümkün olan en iyi bedensel, ruhsal ve sosyal sağlığa kavuşmalarını sağlamayı,
4. Sağlığı geliştiren davranışları destekleyen sosyal etmenleri ve çevreyi yapılandırmayı,

5. Büyüme sürecini destekleme ve kendini gerçekleştirme düzeyini geliştirmeyi,
6. Adölesanlarda içinde buldukları çevre ve kültüre karşı duyarlı bir bakış açısı oluşturmayı,
7. Kişiler arası ilişkileri ve başarıyı sağlayan yaşam becerilerini geliştirmeyi ve desteklemeyi,
8. Sağlıklı okul yaşamının sağlanmasını ve sürdürülmesini, adölesanların mümkün olan en iyi bedensel, ruhsal ve sosyal sağlığa kavuşmalarını sağlamak için okul ve ailenin bir arada gerçekleştirdiği okul sağlığı geliştirme aktiviteleri ve sağlık eğitim programları hazırlamayı, böylece adölesana ve dolayısıyla topluma sağlık eğitiminin verilebilmesini amaçlar (Mandleco ve Potts, 2002; Pender ve ark., 2002).

Okul sağlığı hizmetleri birey, aile, toplum ve sağlık profesyonelinin iş birliğini gerektiren halk sağlığı hizmetleridir ve bu hizmetlerde multidisipliner bir ekip çalışması gerektirir (Seçginli ve ark., 2004).

Ekipte önemli bir yeri olan okul sağlığı hemşiresinin sağlığı geliştirmedeki rolü, tıbbi bir hizmet değil bir sağlık aktivitesidir ve adölesanlar bilişsel, davranışsal, sosyal ve duygusal gereksinimleri yönünde de desteklenmelidir. Kişinin bildikleri önemlidir fakat inandıkları, inançları daha büyük öneme sahiptir. İnançlar davranışların önemli belirleyicileridir. Bireyler bildikleriyle ne yapacaklarını belirler ancak inandıklarını uygularlar. Bu nedenle öğrencilerin eğitiminde bilişsel gelişimleri kadar duyguları ve tutumları da eğitime katılmalıdır (Seçginli ve ark., 2004).

Günümüzde sağlık bakım sistemi içinde hemşirelik, hemşirelik felsefesi ve uygulamaları sağlığı geliştirme kavramı ve bu kavramı gerçekleştirmeye yönelik önemli bir konumdadır (Spellbring, 1991; Linda ve ark., 2002; Mavilla ve Huerta, 2002). Sağlığın geliştirilmesi ve korunması hemşiresinin birinci işlevidir (Dworak, 2001); bu işlevini bireyin kendi potansiyel gücünü kullanmasını sağlayarak yerine getirmesi gerekmektedir (Aksayan ve Gözüm 1998). Amerikan Hemşireler Birliği hemşiresinin sağlığın geliştirilmesindeki rolünü, “hemşire, bireylerin ve grupların gerçek ve olası sağlık problemlerine uyumlarını, bireylerin sağlıklarını etkileyen çevreyi değerlendirme ve sağlığı geliştirici hemşirelik girişimlerini yapmakla sorumludur” şeklinde belirlemiştir (Black ve Matossorin, 1997).

Hemşireler, adölesanların anahtar davranışları ve bu davranışları etkileyen faktörleri belirler (Spear ve Kulbok, 2001). Adölesanların fiziksel ve psikolojik özellikleri, motivasyon ve çevresel özellikleri tutumsal özellikleri, sağlık durumları ve bireysel nedenlerden oluşan ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını etkileyen bu faktörleri bireye ulaşımda temel alır (Pender ve ark., 1992). Sağlığı geliştirme teorilerini, okul sağlığı hemşireleri sağlığı geliştirme

uygulamalarında kullanılmalıdır (Wainwriht ve ark., 2000). Bu doğrultuda hemşirenin sağlığı geliştirmedeki rollerini şu şekilde özetlenebilir:

- 1- Hemşire bireysel, ailesel kaynaklı potansiyel risk faktörlerini belirler. Eldeki verilerle mevcut problem hakkında tanı koyar, problemin çözümü için plan yapar, hemşirelik girişimlerinde bulunur ve değerlendirme yapar.
- 2- Hemşire, bireyin kendi sağlığı ile ilgili sorumlulukları taşımasına ve sağlığı geliştiren aktivitelerin öneminin algılanması ve uygulanmasına yardımcı olur. Burada bireyin sorumlulukları, hemşire tarafından belirlenebilir ve desteklenebilir.
- 3- Hemşire, bireyi fizik ve sosyal çevresi ile birlikte ele alarak yapılacak kişisel sağlığı geliştirme çabalarına uyumuna yardımcı olur ve bireyi aktiviteleri yapmaya cesaretlendirir.
- 4- Birey yada hasta kendi durumlarını, sağlık problemlerini ve tıbbi tanımlarını bilme, yapılan bakımı ve tedavileri öğrenme, kabul veya reddetme hakkına sahiptir. Ayrıca kendilerine sağlık hizmeti sunan bireyleri tanıma, hizmeti veren kuruluşların sağlık sistemleri hakkında haberdar olma hakları da vardır. Hemşirenin bu durumdaki bireylerin savunuculuğunu yapma ve hakları konusunda bilgilendirme sorumluluğu vardır (Spellbring, 1991; Edelman ve Mandle, 2002).
- 5- Hemşire, vakanın yönetiminden sorumludur. Mevcut durum hakkında bilgi sahibi olmak, veri toplamak, izlemelerde bulunmak, holistik bir yaklaşım içinde tüm sağlığı geliştiren aktiviteleri yerine getirmek durumundadır.
- 6-Hemşire, yapılması gereken aktiviteleri bir sistem ve program içinde gözden geçirir, öncelikleri belirler, konsülte eder, daha kolay ve daha yararlı olanlardan başlayarak girişimde bulunur.
- 7-Hemşire, sağlığın geliştirilmesinde eğitici ve bilgi verici role sahiptir. Burada; sağlık ve hastalık hakkında düzenli ve programlı bir şekilde ihtiyaç duyulan ve gerekli görülen durumlarda eğitim verir.
- 8- Hemşire, özellikle yaşam kalitesini ve iyilik halini direkt etkileyen kronik hastalıklar veya erken teşhis ve tedavinin öncelikle önem taşıdığı sağlıktan sapma durumlarında bilgi vermek yetisine sahiptir (Spellbring, 1991; Koziar ve ark., 2004).
- 9- Kültürel özellikler ve yoksulluk okul sağlığı hizmetlerini olumsuz yönde etkilemektedir. Okul sağlığı hemşiresi, aileler ve sosyal yardım kuruluşları ile iletişim kurarak çocuk sağlığının geliştirilmesine yardımcı olur (Linda ve ark., 2002).
- 10- Sağlığın geliştirilmesi uygulamaları toplumun sağlık politikaları ile bütünleştirilmesini sağlar (Borup, 2002).

Amerikan Ulusal Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezi tarafından geliştirilmiş “Okul Sağlığı Geliştirme Programı Modeli” sekiz bölümden oluşmaktadır. Bu modelde adolesanların sağlık ve sosyal problemlerinin çözümünde okulların yanı sıra aileler, sağlık bakım çalışanları, medya, sivil toplum örgütleri ve dini örgütlerin çalışmalarında yer almaktadır (Pender ve ark., 2002; CDC, 2008).

Bu modelde yapılması gereken faaliyetler sekiz bölümde incelenmektedir;

1. Sağlık Eğitimi
2. Fiziksel Aktivite
3. Sağlık Hizmetleri
4. Beslenme Hizmetleri
5. Danışmanlık ve Psikososyal Servisler
6. Sağlıklı Okul Çevresi Oluşturma
7. Okul Personelinin Sağlığını Geliştirme
8. Aile/Toplum Katılımı (CDC, 2008).

**1- Sağlık Eğitimi:** Fiziksel, mental, sosyal ve emosyonel sağlık konularını içeren planlı bir müfredat programı oluşturulmuştur. Müfredat programının amacı; adolesanların kendi sağlıklarını geliştirmek, hastalıkları ve riskli sağlık davranışlarını önlemek için motivasyon sağlamak ve yardım etmektir (CDC, 2008).

Adolesanlara yönelik 2010 Sağlıklı Toplum İnsiyatifi (Adolescent Health Objectives Identified by the Healthy People 2010 Initiative) de bazı hedefler belirlemiştir, bu hedefler şekil 5’de gösterilmiştir (Stephens, 2006).



Şekil 5. 2010 Sağlıklı Toplum İnsiyatifi'nin Adölesanlara Yönelik Hedefleri

<p><b>Çevresel faktörler</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-İçkili araba kullanımını azaltma, emniyet kemeri kullanımını artırma, dolayısı ile trafik kazalarını önleyerek ölümleri azaltma</li> <li>-Cinayet oranını azaltma</li> <li>-Kavgaya karışma oranını azaltma</li> </ul>	<p><b>Cinsel aktivite</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Gebelik oranlarını azaltma</li> <li>-HIV, klamidya ve diğer cinsel yolla bulaşan hastalıkların insidansını</li> <li>-Cinsel ilişki yaşamamış adölesan sayısını artırma</li> </ul>
<p><b>Ruh sağlığı</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Tamamlanmış intihar ve intihar teşebbüslerini azaltma</li> <li>-Psikiyatrik tedavi desteğini artırma</li> </ul>	<p><b>Madde kötüye kullanımı</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Alkol veya madde kötüye kullanımına bağlı trafik kazaları sonucunda ortaya çıkan yaralanma ve ölüm oranlarını azaltma</li> <li>-Sigara, madde veya alkol alma davranışını azaltma</li> </ul>
<p><b>Fiziksel aktivite</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Kilolu ergen sayısını azaltma</li> <li>-Fiziksel aktiviteyi artırma</li> </ul>	

Kapsamlı bir şekilde oluşturulmuş sağlık eğitim müfredatı; kişisel sağlık, aile sağlığı, çevre sağlığı, cinsel eğitim, emosyonel/zihinsel sağlık, kazaları önleme/güvenlik, beslenme, madde kullanımı ile ilgili konuları kapsamaktadır (CDC, 2008). Her bir konu çok önemlidir, örneğin; adölesanın erken seksüel girişimler istenmeyen gebelik ve düşük, cinsel yolla bulaşan hastalık, sık cinsel aktivite ve çoklu cinsel partnerler, okul devamlılığı, okul başarısı ve eğitim isteğinde azalma, sigara içme, alkol alma, madde kullanma ve kanun dışı davranışlar gibi olumsuz sonuçlara yol açar (Lerner ve Steinberg, 2004).

**2- Fiziksel Aktivite:** Düzenli fiziksel aktivitenin özellikle de çocukluk ve ergenlik döneminde başlanan ve daha sonra da devam ettirilen egzersizlerin sağladığı birçok yarar mevcuttur. Bundan dolayı, uzun süre televizyon seyretme, bilgisayar ve masa başında fazla zaman harcama gibi nedenlerle daha az egzersiz yapan gençlerin yeterince aktif hale getirilebilmesi için aileler, öğretmenler ve genel olarak toplumun bilinçlendirilmesi gerekmektedir (Fatmanur, 2007). Bu amaçla adölesanlara; tercihen haftanın her günü 30 dakika orta veya hızlı tempo ile egzersiz, ritim ve dans, bireysel ve takım oyunları, bireysel ve çiftli sporlar ve su sporları yapmaları için olanaklar sağlanır ve beceri geliştirilir. Adölesanların hoşlandığı, yaşamları boyunca uygulayacakları sporlar ve aktiviteler programa dahil edilmektedir (Fatmanur, 2007; CDC, 2008).

**3- Sağlık Hizmeti:** Hizmetler adolesanların sağlığını koruma ve geliştirme amacıyla planlanmıştır. Amacı hastalık ve kaza durumlarında ilk yardım ve sağlık hizmeti vermek, aileler ile sürekli iletişim halinde olmaktır. Ayrıca okul ve çevresinin güvenliği de önemlidir (CDC, 2008).

Bu hizmetlerin sunulmasında okul sağlığı hemşiresi önemli yer tutmaktadır ve şu belirtilen faaliyetler yapılır:

1. 11-21 yaş grubundaki adolesanlara yılda bir kez koruyucu sağlık muayenesi yapılır,
2. Muayeneler yaşa ve gelişim düzeyine göre düzenlenir,
3. Aileler çocukları için erken, orta ve geç adolesan dönemlerde en az bir kez rehberlik alır,
4. Adolesanlar fiziksel büyüme, psikoseksüel gelişme, kendi sağlığının önemini bilen ile ilgili rehberlik hizmeti alırlar,
5. Adolesanlar her yıl yaralanmalardan korunma, sigara, alkol ve madde bağımlılığı, güvenli sürücülük, egzersiz öncesi fiziksel gücün artırılması ile ilgili eğitim alırlar,
6. Adolesanlar sağlıklı beslenme ve kilo kontrolü ile ilgili eğitim alırlar,
7. Adolesanlar fizik egzersizin yararları hakkında rehberlik alırlar ve düzenli olarak güvenli egzersiz yapmak için teşvik edilirler,
8. Adolesanlar cinsel yolla bulaşan hastalıklar ve aile planlaması yöntemlerinin içeren güvenli cinsellik hakkında rehberlik ve danışmanlık alırlar,
9. Adolesanlara yıllık hipertansiyon kontrolü yapılır,
10. Risk altındaki adolesanlarda hiperlipidemi ve koroner kalp hastalığı ile ilgili muayene ve izlemler yapılır,
11. Yeme bozuklukları olan ve obez olan çocuklukların izlemi yapılır,
12. HIV riski altında olanlara HIV taraması yapılır,
13. Tüberküloz yönünden risk altında olan adolesanların tüberkülin testi ile izlemi yapılır (Özcebe, 2002; Alikaşifoğlu, 2005).

**4- Beslenme Hizmeti:** Adolesanların obezite erişkin yaştaki obezite için risk faktörüdür. Boy, kilo, VKİ takibi yapılmalıdır (Fatmanur, 2007), düzenli sağlıklı beslenme eğitimi verilmeli ve yemekhanenin kontrolü sağlanmalıdır (CDC, 2008). Aşırı laksatif

kullanımı ve provoke kusmalar adolesanlarda görülebilir. Bu nedenle VKİ takibinin yanı sıra beden imajları hakkında fikirleri de bilinmelidir (Fatmanur, 2007).

**5- Danışmanlık ve Psikososyal Servisler:** Adolesanların zihinsel, emosyonel ve sosyal sağlıklarını geliştirmeyi amaçlamaktadır. Bu kapsamda bireysel ya da grup değerlendirmeleri ve görüşmeleri yapılmaktadır (CDC, 2008). Danışmanlık verilirken güvenli bir ilişkinin kurulması çok önemlidir. Önerilerde bulunulup, broşür ve benzeri basılı materyaller verilerek daha sonraki görüşmelerde adolesanlardan gelen talebe göre bu konular ele alınabilir (Fatmanur, 2007).

**6- Sağlıklı Okul Çevresi Oluşturma:** Okul çevresi; okulun fiziksel ve estetik çevresini, kültür yapısını ve havasını içerir. Okulun fiziki binası ve çevresi, biyolojik ve kimyasal risklere yakınlığı, çevresel gürültü ve fiziksel sağlamlığı açısından değerlendirilmektedir. Adolesanların ve personelin fiziksel, emosyonel ve sosyal sağlığını etkileyecek çevresel riskler kontrol altına alınmaktadır (CDC, 2008).

**7- Okul Personelinin Sağlığını Geliştirme:** Okulda düzenlenen sağlık eğitimleri, tarama programları, egzersiz aktiviteleri gibi hizmetler olarak sağlanmaktadır. Ayrıca okul personeli bu davranışları ile adolesanlar iyi bir rol model oluştururlar. Bu programların personelin üretkenliğini arttırdığı ve işe geç gelme durumlarını azalttığı belirtilmiştir (CDC, 2008).

**8- Aile ve Toplum Katılımı:** Aile, okul ve toplumun birlikte çalışması adolesanların sağlıklarını ve iyilik hallerini arttıran bir yaklaşım olarak değerlendirilmiştir. Aile, okul ve toplumun bir arada bulunduğu okul sağlığı programlarının adolesanlar sağlıkla ilgili ihtiyaçlarını daha iyi belirlediği ve etkili çözümler sağladığı belirtilmektedir (CDC, 2008).

### 3. MATERYAL VE METOT

#### 3.1. Araştırmanın Tipi

Bu araştırma Samsun il merkezindeki lise öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını değerlendirmek ve etkileyen faktörlerle ilişkisini incelemek amacıyla kesitsel olarak yapılmıştır.

#### 3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırma Samsun il merkezinde yer alan Milli Eğitim Müdürlüğü'ne bağlı Samsun Anadolu Lisesi, Namık Kemal Lisesi, Samsun İbrahim Tanrıverdi Sosyal Bilimler Lisesi, Özel Samsun Final Koleji'nde 20.11.2009-20.12.2009 tarihleri arasında yapılmıştır.

#### 3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini Samsun il merkezindeki 43 lisede öğrenim gören 27402 lise öğrencisi oluşturmuştur.

Samsun il merkezindeki lisede okuyan öğrencilerin sayısı Milli Eğitim Müdürlüğünden temin edildikten sonra, evreni temsil eder nitelikteki örneklem büyüklüğünü saptamada “Evrende Birey Sayısı Bilinen Örneklem Genişliği” formülü kullanılmıştır.

$$n = \frac{N \times t^2 \times p \times q}{[d^2 \times (N - 1)] + [t^2 \times p \times q]}$$

**N** = Evrendeki birey sayısı (27402)

**n** = Örneklem alınacak birey sayısı

**p** = İncelenecek olayın görülüş sıklığı (0.5)

**q** = İncelenecek olayın görülmeyiş sıklığı (1-p)= (0.5)

**t** = Belirli bir serbestlik derecesinde ve saptanan yanılma düzeyinde t tablo değeri (1.96)

**d** = Olayın görülüş sıklığına göre yapılmak istenen sapma değeri (0.05)

Bu formülden örneklem büyüklüğü 378 kişi olarak belirlenmiştir. İkinci aşamada liseler meslek lisesi, devlet lisesi ve özel lise olmak üzere üç tabakaya ayrılmış ve her bir tabakadan basit rastgele örneklem yolu ile okullar seçilmiştir. Üçüncü aşamada öğrencilerin

kesin yaşlarını çalışma öncesi belirlemek güç olduğundan yaş durumunu belirlemede en uygun ölçüt olarak görülen sınıf değişkenine göre tabakalı örnekleme gidilmiştir. Cinsiyet okul genelinde orantılı olarak alınmıştır.

### 3.4. Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri

**Bağımlı Değişken:** Sağlıklı yaşam biçimi davranışları araştırmanın bağımlı değişkenlerdir.

**Bağımsız Değişken:** Öğrenim gördüğü yaş, cinsiyet, doğum yeri, aile tipi, kardeş sayısı, anne-babanın eğitim durumu, anne-babanın çalışma durumu, aylık gelir durumu, aylık harçlık miktarı, çalışma durumu, boş zaman değerlendirme durumu, sosyal güvencesi, sağlık sorunları, aile-arkadaşlarla olan ilişkileri algılama, akrabalarla görüşme sıklığı, var olan hastalık durumu, sağlık durumunu algılama, sigara ve alkol kullanımı, boy, kilo ve kiloya göre öz değerlendirme durumları araştırmanın bağımsız değişkenleridir.

### 3.5. Verileri Toplama Araçları

#### 3.5.1. Adölesanların Tanıtıcı Özelliklerini Değerlendirme Formu (Ek-1)

Bu form literatür doğrultusunda araştırmacı tarafından sağlık davranışlarını etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla araştırmacı tarafından geliştirilmiştir.

Form toplam 26 maddeden oluşmaktadır. Formda sosyo demografik özellikler, ailesel özellikler, boy ve kilo durumları, vücut ağırlığına yönelik öz değerlendirme, sigara ve alkol kullanma durumları ve sağlık durumunu algılamayı içeren maddeler yer almaktadır.

**Sosyo demografik özellikler bölümünde;** okul, yaş, cinsiyet, doğum yeri, aldığınız aylık harçlık miktarı, okul dışında bir işte çalışma durumu, boş zaman değerlendirme durumu, şuanda yararlandığı sağlık kuruluşu, öncelikli başvurduğu sağlık kuruluşu, hastalık durumu yer almaktadır.

**Ailesel özellikler bölümünde;** aile tipi, kardeş sayısı, anne-baba eğitimi, anne-baba çalışma durumu, aylık gelir durumu, aile-arkadaş ilişkisi ve akrabalarla görüşme sıklığı yer almaktadır.

**Boy ve kilo durumları bölümünde;** öğrencilerin kendi ifadeleri ile boy ve kiloları yer almaktadır.

**Vücut ağırlığına yönelik öz değerlendirme bölümünde;** öğrencilere “Kilonuzu göz önüne aldığınızda nasıl tanımlarsınız” sorusunu değerlendirmeleri istenmektedir. Vücut

ağırlığına yönelik öz değerlendirmeleri sorusuna verilen yanıtlar, “zayıf” yanıtı için 1, “şişman” yanıtı için 2, “normal” yanıtı için 3 puan olarak değerlendirilmiştir.

**Sigara ve alkol kullanma davranışları bölümünde;** sigara ve alkol kullanma durumları yer almaktadır.

**Sağlık durumunu algılama bölümünde;** öğrencilerin “Şu andaki sağlığınızı nasıl yorumlarsınız” sorusunu değerlendirilmesi istenmektedir. Sağlık durumunu algılama sorusuna verilen yanıtlar, “çok iyi” yanıtı için 1, “iyi” yanıtı için 2, “kötü” yanıtı için 3, “çok kötü” yanıtı için 4 puan olarak değerlendirilmiştir.

### 3.5.2. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II (Ek-2)

Araştırma kapsamına alınan lise öğrencilerinin sağlık davranışlarına ilişkin veriler sağlığı geliştirme davranışlarının değerlendirilmesinde kullanılan, bir araç olan “Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II” (SYBDÖ) ile belirlenmiştir. Walker, Sechrist ve Pender tarafından 1987 yılında geliştirilen sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeğinin ilk versiyonu 48 madde ve altı faktörden oluşmaktadır (Lubkin ve Larsen, 2005). SYBD ölçeğinin alt boyutları; kendini gerçekleştirme, sağlık sorumluluğu, egzersiz, beslenme, kişilerarası destek ve stres yönetimidir. SYBD ölçeği Pender’e göre kendini gerçekleştirme, sağlık sorumluluğu, sağlığı artırma veya sürdürmeye doğru direkt davranışın çok boyutlu bir örneğidir (Gochman, 1997).

SYBDÖ, Walker ve arkadaşları tarafından 1990’da kültürel ve ekonomik gruplara karşı sağlık davranışının oryantasyonu ve bazı toplumların özelliklerini tanımlamak amacıyla İspanyol diline uyarlanmıştır. Ölçek Walker tarafından 1996 yılında tekrar çalışılarak revize edilmiş ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II olarak adlandırılmıştır (Walker ve Hill-Polrecky, 1996; Rice, 2000). Ölçeğin ilk versiyonunda yer alan kişilerarası destek alt faktörü kişilerarası ilişkiler, egzersiz alt faktörü fiziksel aktivite, kendini gerçekleştirme alt faktörü ise manevi gelişim olarak yeniden adlandırılmıştır (Bahar ve ark., 2008).

Revize edilen ölçek 52 madde ve altı faktörden oluşmaktadır. Bunlar manevi gelişim, kişilerarası ilişkiler, beslenme, fiziksel aktivite, sağlık sorumluluğu ve stres yönetimidir. Sağlık sorumluluğu (3, 9, 15, 21, 27, 33, 39, 45, 51), fiziksel aktivite (4, 10, 16, 22, 28, 34, 40, 46), beslenme (2, 8, 14, 20, 26, 32, 38, 44, 50), manevi gelişim (6, 12, 18, 24, 30, 36, 42, 48, 52), kişilerarası ilişkiler (1, 7, 13, 19, 25, 31, 37, 43, 49) ve stres yönetimidir (5, 11, 17, 23, 29, 35, 41, 47). Ölçeğin tamamı için en düşük puan 52, en yüksek puan 208’dir. Ölçeğin genel puanı sağlıklı yaşam biçimi davranışları puanını vermektedir. Ölçeğin tüm maddeleri olumludur. Derecelendirme 4’lü likert şeklindedir. Hiçbir zaman (1), bazen (2), sık sık (3),

düzenli olarak (4) olarak kabul edilmektedir. Ölçeğin ilk versiyonunda yer alan kişiler arası destek alt faktörü, kişiler arası ilişkiler olarak, kendini gerçekleştirme alt faktörü ise manevi gelişim olarak yeniden adlandırılmıştır (Bahar ve ark., 2008).

Ölçek alt boyutlarının alabileceği en düşük ve en yüksek puanlar aşağıdaki gibidir;

- Sağlık sorumluluğu alt grubu için; en düşük puan 9, en yüksek puan 36,
- Fiziksel aktivite alt grubu için; en düşük puan 8, en yüksek puan 32,
- Beslenme alışkanlığı alt grubu için; en düşük puan 9, en yüksek puan 36,
- Ruhsal gelişim alt grubu için; en düşük puan 9, en yüksek puan 36,
- Kişilerarası ilişkiler alt grubu için; en düşük puan 9, en yüksek puan 36,
- Stres yönetimi alt grubu için; en düşük puan 8, en yüksek puan 32' dir (Kısa ve Çınar, 2009).

Sağlık sorumluluğu, bireyin kendi iyilik hali için aktif olarak sorumluluk hissetmesidir. Kendi sağlığına özen göstermesi, sağlığı hakkında bilgilenmesi, gerekli olduğunda profesyonel bir yardıma başvurabilmesidir.

Fiziksel aktivite, egzersizleri düzenli olarak uygulamayı kapsar. Günlük yaşamın bir parçası olarak planlı bir şekilde yürütülmektedir.

Beslenme, bireyin öğünlerini seçme, düzenleme ve yiyecek seçimindeki değerini belirlemektedir.

Manevi gelişim, iç kaynakların gelişimi üzerine odaklanmaktadır. Gelişme, ilişki kurma ve aşılma ile gerçekleşebilir. Aşılma, iç huzuru sağlar, kim olduğumuzu ve yaptığımız şeyin dışında daha başka yeni deneyimler için fırsat sağlama olasılığını yaratır. İlişki kurma, evrenle ilişkide olma ve uyum içinde olduğunu hissetmektedir. Gelişme, yaşamdaki amaçlar için çalışma, iyilik durumuna yönelik bireyin gücünü en üst düzeye çıkarmasıdır.

Kişilerarası ilişkiler, başkaları ile olan ilişkilerdir, nedensel gereklilikler dışında anlamlı bir ilişki kurabilmek için iletişimi kullanmayı gerektirir. İletişim sözel ve sözel olmayan mesajlarla düşünceleri, duyguları paylaşmayı içermektedir.

Stres yönetimi, gerilimi azaltmak ya da etkin bir şekilde kontrol edebilmek için bireyin fizyolojik ve psikolojik kaynakları belirleyebilmesi ve harekete geçirebilmesidir (Walker ve Hill-Polrecky, 1996).

Ölçeğin Türkiye'de geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Esin (1997) ve Bahar ve arkadaşları (2008) tarafından yapılmıştır. Esin'in çalışmasında 48 maddelik olan ölçeğin ilk versiyonu, Bahar ve arkadaşlarının çalışmasında ise 52 maddelik olan ikinci versiyonu

kullanılmıştır. Bahar ve arkadaşlarının çalışmasında alpha güvenilirlik katsayısı 0.90 olarak bulunmuştur. Bu çalışmada ise ölçeğin alpha güvenilirlik katsayısı 0.89 olarak bulunmuştur (Tablo 1).

**Tablo 1.** Araştırmada Kullanılan SYBDÖ'nin Değerlendirme

Alt boyutları	Min-max puanlar	Madde sayısı	Cronbach $\alpha$
Kişilerarası ilişkiler	14-36	9	0.73
Beslenme	10-32	9	0.56
Sağlık sorumluluğu	9-33	9	0.73
Fiziksel aktive	8-32	8	0.79
Stres yönetimi	9-32	8	0.60
Manevi gelişim	13-36	9	0.75
SYBD	79-185	52	0.89

### 3.6. Verilerin Toplanması

Veriler 20.11.2009-20.12.2009 tarihleri arasında toplanmıştır. Birinci aşamada Samsun Valiliği İl Milli Eğitim Müdürlüğü'nden onay alınmıştır (Sayı: B.08.4.MEM.4.55.00.08/) (Ek 4). İl Milli Eğitim Müdürlüğü tarafından çalışmanın yapılacağı okullar bilgilendirilmiş ve izin formları gönderilmiştir. Araştırmacı verileri toplamaya başlamadan önce çalışmanın yapılacağı okul yöneticileri ile görüşerek çalışma hakkında bilgi vermiştir. Verileri toplama günleri ve şekli ile ilgili rehber ve danışman öğretmenleri ile bir plan oluşturulmuştur.

Verileri toplama formları uygulamadan önce 10 kişilik bir gruba pilot uygulama olarak uygulanmış, soruların denetimi yapılmış, herhangi bir düzeltmeye gerek duyulmadığı tespit edilerek formlar uygulanmaya başlanmıştır.

Veri toplamaya başlamadan önce öğrencilere çalışma hakkında bilgi verilmiştir ve öğrencilere 26 sorudan oluşan tanıtıcı form ile 52 sorudan oluşan SYBDÖ formu verilmiştir. Öğrencilere isim yazmaları gerekmediği söylenmiş ve istedikleri takdirde formu doldurmayabilecekleri belirtilmiştir. Her bir formun doldurulması yaklaşık 15-20 dakika sürmüştür.

### 3.7. Verilerin Değerlendirilmesi

Veriler bilgisayarda SPSS 16.0 paket programında veri tabanı oluşturarak değerlendirilmiştir. Adölesanların tanıtıcı özellikleri ile ilgili veriler; sayı, yüzdeler ve ortalama ile değerlendirilmiştir. Bu özellikler ile ölçek toplam puan ve alt boyut puanları



arasındaki ilişkinin incelenmesinde; Varyans Analizi (ANOVA), T Testi, Tukey testi istatistiksel yöntemleri kullanılmıştır.

### **3.8. Araştırmanın Etik İlkeleri**

Ondokuz Mayıs Üniversitesi Rektörlüğü Tıbbi Araştırmalar Yerel Etik Kurulu (TAYEK)'nda araştırma için etik kurul onayı alınmıştır (Ek 3).

#### 4. BULGULAR

Araştırma Samsun il merkezinde yer alan Milli Eğitim Müdürlüğü'ne bağlı Samsun Anadolu Lisesi, Namık Kemal Lisesi, Samsun İbrahim Tanrıverdi Sosyal Bilimler Lisesi ve Özel Samsun Final Kolejinde bulunan 378 lise öğrencisi üzerinde yapılmıştır. Araştırma verilerin toplanmasında 26 sorudan oluşan adolesanların tanıtıcı özelliklerini değerlendiren soru formu ile 52 sorudan oluşan sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği kullanılmıştır.

Lise öğrencilerinin tanıtıcı özelliklere göre dağılımı (Tablo 2) gösterilmiştir. Araştırmaya katılan ve %53.4'ü Namık Kemal Lisesinde, %30.2'si Samsun Anadolu Lisesinde olan öğrencilerin %25.9'u 16 yaş grubunda, %25.4'ü 17 yaş grubunda, %24.6'sının ise 15 yaş grubunda olduğu; %50.3'ünün kız olduğu, %80.1'inin de şehirde doğduğu belirlenmiştir (Tablo 2).

Öğrencilerin %1.6'sının herhangi bir sosyal güvencesinin olmadığı, %43.9'unun sosyal güvencesinin Sosyal Sigortalar Kurumu, %26.2'sinin ise Emekli Sandığı şeklinde sosyal güvenceye sahip oldukları belirlenmiştir (Tablo 2).

**Tablo 2.** Lise Öğrencilerinin Tanıtıcı Özelliklerine Göre Dağılımı

Özellikler		Sayı	%
Okul	Final	35	9.3
	SAL	114	30.2
	N.Kemal	202	53.4
	SSBL	27	7.1
Yaş (yıl)	14	13	3.5
	15	93	24.6
	16	98	25.9
	17	96	25.4
	18	78	20.6
Cinsiyet	Kız	190	50.3
	Erkek	188	49.7
Doğum Yeri	Köy	10	2.6
	İlçe	65	17.2
	Şehir	303	80.2
Aldığı Aylık Harçlık Miktarı	50 TL'den az	64	16.9
	50-100 TL	140	37.0
	101-150 TL	73	19.3
	151-200 TL	43	11.4
	201-250 TL	23	6.1
	250 TL ve üstü	35	9.3
Okul Dışında Bir İşte Çalışma Durumu	Evet	10	2.6
	Hayır	368	97.4
Sosyal Güvence Durumu	Yok	6	1.6
	SSK	166	43.9
	Bağ-kur	82	21.7
	Emekli sandığı	99	26.2
	Yeşil kart	13	3.4
	Özel sağlık sigortası	12	3.2
<b>Toplam</b>		<b>378</b>	<b>100.0</b>

% 78.3'ünün sosyal ve kültürel etkinlikle, % 21.7'sinin sportif etkinlikle uğraştıkları saptanan öğrencilerin % 44.7'sinin herhangi bir sağlık sorunu olduğunda ilk başvuru sağlık kurumu olarak Aile Sağlığı Merkezini tercih ettikleri saptanmıştır. Araştırmaya katılan lise öğrencilerinin sigara ve alkol kullanma durumları incelendiğinde, % 81'inin sigarayı, % 78.8'inde alkolü hiç kullanmadıklarını ifade etmişlerdir (Tablo 3).

**Tablo 3.** Lise Öğrencilerinin Boş Zamanı Değerlendirme Etkinlikleri ve Sağlık Davranışlarının Dağılımı

Özellikler		Sayı	%
Öncelikli Başvurduğu Sağlık Kurulumu	Sağlık ocağı/aile sağlık merkezi	169	44.7
	Sigorta (SSK)/devlet hastanesi	113	29.9
	Üniversite hastanesi	21	5.6
	Özel hastane	75	19.8
Sigara Kullanma Durumu	Evet kullanıyorum	47	12.4
	Kullanıyordum bıraktım	25	6.6
	Hiç kullanmadım	306	81.0
Alkol Kullanma Durumu	Evet kullanıyorum	63	16.7
	Kullanıyordum bıraktım	17	4.5
	Hiç kullanmadım	298	78.8
Boş Zamanı Değerlendirme Etkinlikleri	Sosyal ve kültürel etkinlik	296	78.3
	Sportif etkinlik	82	21.7
<b>Toplam</b>		<b>378</b>	<b>100.0</b>

Araştırmaya katılan lise öğrencilerinin %82.8'inin tedavi gördüğü herhangi bir hastalığının olmadığı saptanmıştır.

Araştırmaya katılan öğrencilerin %85.7'si çekirdek ailede yaşamakta olduğu, %42.6'sının üç ve üzeri kardeş olduğu belirlenmiştir (Tablo 4).

Öğrencilerin anne ve babalarının eğitim düzeyleri incelendiğinde, %21.7'sinin annesi, %31.7'sinin babasının üniversite/yüksek okul mezunu olduğu ve annelerin %71.7'sinin, babaların %10.3'ünün çalışmadığı saptanmıştır (Tablo 4).

Lise öğrencilerinin aylık gelir durumlarına bakıldığında; %57.4'ü gelir gidere denk bulurken, %32.5'i gelir giderden fazla, %10.1'i gelir giderden düşük durumdadır (Tablo 4).

Öğrenciler aileleri ile olan ilişkilerini, %3.9'u kötü ve çok kötü, arkadaşları ile olan ilişkilerini ise %1.3'ü kötü ve çok kötü olarak ifade etmişlerdir (Tablo 4).

Lise öğrencilerinin akraba ile görüşme sıklığı değerlendirildiğinde %45.8'inin haftada bir kez görüştüğü, %32.0'inin büyük tatillerde, %22.2'sinin ayda bir kez görüştüğü bulunmuştur (Tablo 4).

**Tablo 4.** Lise Öğrencilerinin Ailesel Özellikleri

Özellikler		Sayı	%
Aile Tipi	Çekirdek aile	324	85.7
	Geniş aile	37	9.8
	Parçalanmış aile	17	4.5
Kardeş Sayısı	Yok	31	8.2
	Bir	57	15.1
	İki	129	34.1
	Üç ve üzeri	161	42.6
Anne Eğitimi	İlkokul Mezunu	126	33.3
	Ortaokul Mezunu	54	14.3
	Lise Mezunu	116	30.7
	Üniversite/Yüksekokul Mezunu	82	21.7
Annenin Çalışma Durumu	Çalışıyor	107	28.3
	Çalışmıyor	271	71.7
Baba Eğitimi	İlkokul Mezunu	54	14.3
	Ortaokul Mezunu	65	17.2
	Lise Mezunu	139	36.8
	Üniversite/Yüksekokul Mezunu	120	31.7
Babannın Çalışma Durumu	Çalışıyor	339	89.7
	Çalışmıyor	39	10.3
Aylık Gelir Düzeyi	Gelir Giderden Düşük	38	10.1
	Gelir Gidere Denk	217	57.4
	Gelir Giderden Fazla	123	32.5
Aile İlişkisi	Çok iyi	167	44.2
	İyi	196	51.9
	Kötü ve çok kötü	15	3.9
Arkadaş İlişkisi	Çok iyi	187	49.5
	İyi	186	49.2
	Kötü ve çok kötü	5	1.3
Akrabalarla Görüşme Sıklığı	Haftada bir kez	173	45.8
	Ayda bir kez	84	22.2
	Büyük tatillerde	121	32.0
<b>Toplam</b>		<b>378</b>	<b>100.0</b>

**Tablo 5.** Lise Öğrencilerinin Beden Kitle İndeksi ve Vücut Ağırlığına Yönelik Öz Değerlendirme Durumlarının Dağılımı

Beden Kitle İndeksi (BKİ)	Özellikler	Sayı	%
	Zayıf < 18.5	83	22.0
	Normal <25	259	68.5
	Fazla kilolu <30	26	6.9
	Obez <40	10	2.6
Vücut Ağırlığına Yönelik Öz Değerlendirme	Zayıf	63	16.7
	Normal	274	72.5
	Şişman	41	10.8
Toplam		378	Toplam

Araştırmaya katılan lise öğrencilerinin BKİ incelendiğinde, %6.9'unun fazla kilolu olduğu, %22.0'nın zayıf olduğu belirlenmiştir (Tablo 5).

Vücut ağırlığına yönelik öz değerlendirmeleri incelendiğinde, % 72.5'i kendisini normal, % 16.7'si zayıf, % 10.8'i şişman bulduklarını belirtmişlerdir (Tablo 5).

**Tablo 6.** Lise Öğrencilerinin Sağlık Durumunu Algılama Düzeylerine Göre Dağılımı

Sağlığı Algılama Düzeyi (Yaşlıları ile karşılaştırdıklarında)	Sayı	%
Çok İyi	105	27.8
İyi	240	63.5
Kötü ve çok kötü	33	8.7
Toplam	378	100.0

Araştırmaya katılan lise öğrencilerinin kendi yaşlıları ile sağlık durumlarını karşılaştırdıklarında, % 63.5'i iyi, % 8.7'si kötü olarak değerlendirmişlerdir (Tablo 6).

**Tablo 7.** Lise Öğrencilerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Alt Boyutlarından Aldıkları Puanların Dağılımı

Alt boyutları	Min-max puanlar	İşaretlenen Min-max puanlar	Madde sayısı	$\bar{X}$	SD
Kişilerarası ilişkiler	9-36	14-36	9	25.22	4.34
Beslenme	9-36	10-32	9	19.54	3.80
Sağlık sorumluluğu	9-36	9-33	9	18.33	4.36
Fiziksel aktivite	8-32	8-32	8	17.09	5.06
Stres Yönetimi	8-32	9-32	8	19.44	3.77
Manevi gelişim	9-36	13-36	9	26.70	4.51
SYBD	52-208	79-185	52	126.31	18.26

Araştırmaya katılan lise öğrencilerinin SYBDÖ toplam puan ortalamasının  $126.31 \pm 18.26$  olduğu bulunmuştur. Alt boyut puan ortalamalarından ise, manevi gelişim  $26.70 \pm 4.51$ , kişilerarası ilişkiler  $25.22 \pm 4.34$ , beslenme  $19.54 \pm 3.80$ , stres yönetimi  $19.44 \pm 3.77$ , sağlık sorumluluğu  $18.33 \pm 4.36$  ve fiziksel aktivite alt boyutundan  $17.09 \pm 5.06$  puan almışlardır (Tablo 7).

Lise öğrencilerinin yaş dağılımları ile ölçeğin kişilerarası ilişkiler, beslenme, sağlık sorumluluğu, fiziksel aktiviteler, stres yönetimi ve manevi gelişim alt boyutları ve SYBD ölçeği puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamsız olduğu saptanmıştır ( $p > 0.05$ ) (Tablo 8).

**Tablo 8.** Lise Öğrencilerinin Yaş Dağılımına Göre SYBD Ölçeği ve Alt Boyutları Puan Ortalamaları

Alt Boyutları	14	15	16	17	18	F	p
	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$		
Kişilerarası ilişkiler	$25.0 \pm 4.0$	$24.5 \pm 4.6$	$25.6 \pm 4.4$	$25.9 \pm 4.1$	$24.8 \pm 4.2$	1.620	0.168
Beslenme	$19.8 \pm 3.5$	$20.1 \pm 3.7$	$19.6 \pm 4.1$	$19.2 \pm 3.6$	$19.1 \pm 3.8$	0.846	0.497
Sağlık sorumluluğu	$17.2 \pm 3.8$	$18.4 \pm 4.2$	$18.5 \pm 4.4$	$18.3 \pm 4.4$	$18.2 \pm 4.7$	0.277	0.892
Fiziksel aktivite	$16.2 \pm 4.8$	$17.3 \pm 4.9$	$17.7 \pm 4.8$	$17.2 \pm 5.1$	$16.0 \pm 5.4$	1.476	0.209
Stres Yönetimi	$19.8 \pm 3.2$	$19.5 \pm 3.9$	$19.7 \pm 3.9$	$19.7 \pm 3.9$	$18.5 \pm 3.3$	1.497	0.203
Manevi gelişim	$26.5 \pm 3.6$	$26.3 \pm 4.9$	$27.1 \pm 4.4$	$27.4 \pm 4.3$	$25.8 \pm 4.4$	1.719	0.145
SYBD	$124.4 \pm 17.5$	$126.1 \pm 19.3$	$128.4 \pm 18.0$	$127.8 \pm 17.8$	$122.5 \pm 17.8$	1.332	0.257

**Tablo 9.** Lise Öğrencilerinin Cinsiyetlerine Göre SYBD Ölçeği ve Alt Boyutları Puan Ortalamaları

Alt Boyutları	Erkek	Kız	t	p
	$\bar{X}\pm SD$	$\bar{X}\pm SD$		
Kişilerarası ilişkiler	24.6±4.5	25.8±4.1	<b>2.564</b>	<b>0.011*</b>
Beslenme	19.4±3.5	19.7±4.1	0.729	0.466
Sağlık sorumluluğu	18.2±4.2	18.5±4.5	0.736	0.462
Fiziksel aktivite	18.3±4.9	15.9±5.0	<b>-4.693</b>	<b>0.000***</b>
Stres Yönetimi	19.4±3.9	19.5±3.7	0.464	0.643
Manevi gelişim	26.8±4.7	26.6±4.3	-0.437	0.662
SYBD	126.6±18.4	126.0±18.2	0.119	0.730

\* =  $p < 0.05$ , \*\*\* =  $p < 0.001$

Tablo 9’de görüldüğü gibi lise öğrencilerinin cinsiyetlerinin kişilerarası ilişkiler alt boyutunu etkilediği, kız öğrencilerin kişilerarası ilişkiler boyutunda ortalamalarının ( $X=25.8$ ), erkek öğrencilerin ortalamalarına ( $X=24.6$ ) göre daha yüksek olduğu ve cinsiyet ile kişilerarası ilişkiler arasındaki ilişkinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ( $t=2.564$ ;  $p < 0.05$ ).

Lise öğrencilerinin cinsiyetlerinin fiziksel aktivite alt boyutunu etkilediği, erkek öğrencilerin fiziksel aktivite boyutunda ortalamalarının ( $X=18.3$ ), kız öğrencilerin ortalamalarına ( $X=15.9$ ) göre daha yüksek olduğu ve cinsiyet ile fiziksel aktivite ilişkinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ( $t=-4.693$ ;  $p < 0.001$ ) (Tablo 9).

Öğrencilerin cinsiyetleri ile ölçeğin beslenme, sağlık sorumluluğu, stres yönetimi, manevi gelişim alt boyutları ve SYBD ölçeği puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamsız olduğu saptanmıştır ( $p > 0.05$ ) (Tablo 9).

**Tablo 10.** Lise Öğrencilerinin Aile Tipine Göre SYBD Ölçeği ve Alt Boyutları Puan Ortalamaları

Alt Boyutları	Çekirdek Aile	Geniş Aile	Parçalanmış Aile	F	p
	$\bar{X}\pm SD$	$\bar{X}\pm SD$	$\bar{X}\pm SD$		
Kişilerarası ilişkiler	25.4±4.3	23.8±4.6	24.1±3.9	<b>3.018</b>	<b>0.050*</b>
Beslenme	19.7±3.8	19.0±4.0	17.6±3.7	2.983	0.052
Sağlık sorumluluğu	18.5±4.3	17.1±4.7	17.5±4.7	2.071	0.127
Fiziksel aktivite	17.3±5.0	16.0±5.1	14.9±4.5	2.862	0.058
Stres Yönetimi	19.6±3.8	18.3±3.6	18.2±3.0	<b>3.037</b>	<b>0.049*</b>
Manevi gelişim	26.9±4.5	25.6±4.9	24.7±4.1	<b>3.168</b>	<b>0.043*</b>
SYBD	127.6±18.16	119.8±17.8	116.9±16.1	5.461	0.005

\* =  $p < 0.05$



Lise öğrencilerinin aile tipi ile SYBDÖ ve ölçeğin kişilerarası ilişkiler alt boyutları puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $F=3.018$ ;  $p<0.05$ ) (Tablo 10).

Kişilerarası ilişkiler alt boyut puan ortalamaları ile aile tipi ikişerli karşılaştırıldıklarında, çekirdek aile grubu ile geniş aile grupları arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunurken ( $p<0.05$ ), diğer aile tipi grupları arasındaki farklılığın istatistiksel olarak anlamsız olduğu saptanmıştır ( $p>0.05$ ).

Lise öğrencilerinin aile tipi ile SYBDÖ ve ölçeğin stres yönetimi alt boyutları puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $F=3.037$ ;  $p<0.05$ ) (Tablo 10).

Stres yönetimi alt boyut puan ortalamaları ile aile tipi ikişerli karşılaştırıldıklarında, çekirdek aile grubu ile geniş aile grupları arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunurken ( $p<0.05$ ), diğer aile tipi grupları arasındaki farklılığın istatistiksel olarak anlamsız olduğu saptanmıştır ( $p>0.05$ ).

Lise öğrencilerinin aile tipi ile SYBDÖ ve ölçeğin manevi gelişim alt boyutları puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $F=3.168$ ;  $p<0.05$ ) (Tablo 10).

Manevi gelişim alt boyut puan ortalamaları ile aile tipi ikişerli karşılaştırıldıklarında, çekirdek aile grubu ile parçalanmış aile grupları arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunurken ( $p<0.05$ ), diğer aile tipi grupları arasındaki farklılığın istatistiksel olarak anlamsız olduğu saptanmıştır ( $p>0.05$ ).

Lise öğrencilerinin aile tipi ile ölçeğin beslenme, sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite alt boyutları ve SYBD ölçeği puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamsız olduğu saptanmıştır ( $p>0.05$ ) (Tablo 10).

**Tablo 11.** Lise Öğrencilerinin Anne Eğitim Durumlarına Göre SYBD Ölçeği ve Alt Boyutları Puan Ortalamaları

Alt Boyutları	İlkokul mezunu ve altı	Ortaokul mezunu	Lise mezunu	Yüksekokul /Üniversite mezunu	F	p
	$\bar{X}\pm SD$	$\bar{X}\pm SD$	$\bar{X}\pm SD$	$\bar{X}\pm SD$		
Kişilerarası ilişkiler	24.5±4.4	24.1±4.6	25.5±4.0	26.6±4.2	<b>5.597</b>	<b>0.001</b> ***
Beslenme	18.9±3.6	19.1±3.9	20.0±3.7	20.2±4.1	2.747	0.430
Sağlık sorumluluğu	18.0±3.9	17.5±4.6	18.6±4.3	19.0±4.9	1.734	0.160
Fiziksel aktivite	16.2±4.8	17.0±5.6	17.4±4.9	18.1±5.2	2.461	0.062
Stres Yönetimi	18.9±3.7	19.6±4.3	19.6±3.4	20.0±4.0	1.356	0.256
Manevi gelişim	25.6±4.8	26.5±4.8	27.0±3.9	28.1±4.2	<b>5.823</b>	<b>0.001</b> ***
SYBD	122.1±17.2	123.8±20.7	128.0±17.4	132.1±17.7	5.796	0.001

Tablo 11’de görüldüğü gibi lise öğrencilerinin anne eğitim durumları ile SYBDÖ ve ölçeğin kişilerarası ilişkiler alt boyutları puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $F=5.597$ ;  $p<0.001$ ).

Kişilerarası ilişkiler alt boyut puan ortalamaları ile anne eğitim grupları ikiye bölünmüş karşılaştırıldıklarında, yüksekokul/üniversite grubu ile ilkököl ve yüksekokul/üniversite grubu ile ortaokul grubu arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunurken ( $p<0.05$ ), diğer anne eğitim grupları arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ( $p>0.05$ ).

Lise öğrencilerinin anne eğitim durumları ile SYBDÖ ve ölçeğin manevi gelişim alt boyutları puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $F=5.823$ ;  $p<0.001$ ) (Tablo 11).

Manevi gelişim alt boyut puan ortalamaları ile anne eğitim grupları ikiye bölünmüş karşılaştırıldıklarında, yüksekokul/üniversite grubu ile ilkököl grubu arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunurken ( $p<0.05$ ), diğer anne eğitim grupları arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ( $p>0.05$ ).

Lise öğrencilerinin anne eğitim durumları ile ölçeğin beslenme, sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, stres yönetimi alt boyutları ve SYBD ölçeği puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamsız olduğu saptanmıştır ( $p>0.05$ ) (Tablo 11).

**Tablo 12.** Lise Öğrencilerinin Annelerinin Çalışma Durumuna Göre SYBD Ölçeği ve Alt Boyutları Puan Ortalamaları

Alt Boyutları	Çalışıyor	Çalışmıyor	t	p
	$\bar{X}\pm SD$	$\bar{X}\pm SD$		
Kişilerarası ilişkiler	25.9±4.4	24.9±4.3	<b>2.050</b>	<b>0.041*</b>
Beslenme	19.6±4.0	19.5±3.7	0.256	0.798
Sağlık sorumluluğu	18.6±4.7	18.2±4.2	0.686	0.493
Fiziksel aktivite	16.9±5.1	17.1±5.1	-0.346	0.730
Stres Yönetimi	19.5±3.5	19.4±3.9	0.113	0.910
Manevi gelişim	26.7±4.7	26.7±4.5	0.25	0.980
SYBD	127.3±17.9	125.9±18.4	0.403	0.526

Lise öğrencilerinin annelerinin çalışma durumunun kişilerarası ilişkiler alt boyutunu etkilediği, annesi çalışan öğrencilerin kişilerarası ilişkiler boyutunda ortalamalarının ( $X=25.9$ ), annesi çalışmayan öğrencilerin ortalamalarına ( $X=24.9$ ) göre daha yüksek olduğu ve annelerinin çalışma durumu ile kişilerarası ilişkiler arasındaki ilişkinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ( $t=2.050$ ;  $p<0.05$ ) (Tablo 12).

Lise öğrencilerinin annelerinin çalışma durumları ile ölçeğin beslenme, sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, stres yönetimi ve manevi gelişim alt boyutları ve SYBD ölçeği puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamsız olduğu saptanmıştır ( $p>0.05$ ) (Tablo 12).

**Tablo 13.** Lise Öğrencilerinin Baba Eğitim Durumuna Göre SYBD Ölçeği ve Alt Boyutları Puan Ortalamaları

Alt Boyutları	İlkokul mezunu ve altı	Ortaokul mezunu	Lise mezunu	Yüksekokul /Üniversite mezunu	F	p
	$\bar{X}\pm SD$	$\bar{X}\pm SD$	$\bar{X}\pm SD$	$\bar{X}\pm SD$		
Kişilerarası ilişkiler	24.9±4.6	24.3±4.3	25.3±4.0	25.7±4.5	1.680	0.171
Beslenme	18.5±3.7	19.2±3.6	20.0±3.4	19.7±4.3	2.165	0.092
Sağlık sorumluluğu	18.0±4.5	18.2±4.3	18.3±4.1	18.6±4.6	0.319	0.812
Fiziksel aktivite	15.7±5.1	17.0±4.5	17.4±4.9	17.4±5.5	1.580	0.194
Stres Yönetimi	18.3±4.3	19.2±3.1	19.9±3.7	19.5±3.9	2.620	0.051
Manevi gelişim	25.3±5.3	26.1±4.9	27.1±3.7	27.2±4.7	<b>2.992</b>	<b>0.031*</b>
SYBD	120.8±20.2	124.0±16.4	128.0±16.2	128.1±20.1	2.813	0.039

Tablo 13’de lise öğrencilerinin baba eğitim durumuna göre SYBD ölçeği ve alt boyutları puan ortalamaları verilmiştir. Tablo’da görüldüğü gibi lise öğrencilerinin baba

eğitim durumları ile SYBDÖ ve ölçeğin manevi gelişim alt boyutları puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $F=2.992$ ;  $p<0.05$ ).

Manevi gelişim alt boyut puan ortalamaları ile baba eğitim grupları ikiye ayrılmış karşılaştırıldıklarında, ilkokul grubu ile lise ve ilkokul grubu ile yüksekokul/üniversite grubu arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunurken ( $p<0.05$ ), diğer baba eğitim grupları arasındaki farklılığın istatistiksel olarak anlamsız olduğu saptanmıştır ( $p>0.05$ ).

Lise öğrencilerinin baba eğitim durumları ile ölçeğin kişilerarası ilişkiler, beslenme, sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, stres yönetimi alt boyutları ve SYBD ölçeği puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamsız olduğu saptanmıştır ( $p>0.05$ ) (Tablo 13).

**Tablo 14.** Lise Öğrencilerinin Babalarının Çalışma Durumuna Göre SYBD Ölçeği ve Alt Boyutları Puan Ortalamaları

Alt Boyutları	Çalışıyor	Çalışmıyor	t	p
	$\bar{X}\pm SD$	$\bar{X}\pm SD$		
Kişilerarası ilişkiler	25.2±4.4	25.5±3.3	-0.485	0.628
Beslenme	19.6±3.7	19.4±4.3	0.220	0.826
Sağlık sorumluluğu	18.4±4.4	17.6±3.8	1.075	0.283
Fiziksel aktivite	17.2±5.1	15.8±4.0	1.689	0.092
Stres Yönetimi	19.5±3.7	19.2±4.0	0.413	0.680
Manevi gelişim	26.7±4.5	26.7±4.4	0.50	0.960
SYBD	126.6±18.5	124.2±16.0	0.565	0.453

Lise öğrencilerinin babalarının çalışma durumları ile ölçeğin kişilerarası ilişkiler, beslenme, sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, stres yönetimi, manevi gelişim alt boyutları ve SYBD ölçeği puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamsız olduğu saptanmıştır ( $p>0.05$ ) (Tablo 14).

**Tablo 15.** Lise Öğrencilerinin Aile Gelir Durumlarına Göre SYBD Ölçeği ve Alt Boyutları Puan Ortalamaları

Alt Boyutları	Gelir Düşük	Geliri Gidere Denk	Gelir Fazla	F	p
	$\bar{X}\pm SD$	$\bar{X}\pm SD$	$\bar{X}\pm SD$		
Kişilerarası ilişkiler	24.1±4.6	25.2±4.4	25.6±4.1	1.846	0.159
Beslenme	18.2±3.6	19.5±3.7	20.1±4.0	<b>3.724</b>	<b>0.025*</b>
Sağlık sorumluluğu	17.7±4.9	18.3±4.2	18.5±4.5	0.514	0.598
Fiziksel aktivite	16.1±5.8	16.7±4.6	18.1±5.5	<b>3.847</b>	<b>0.022*</b>
Stres Yönetimi	18.4±4.2	19.5±3.7	19.7±3.7	1.571	0.209
Manevi gelişim	25.1±5.3	26.8±4.5	27.1±4.2	<b>3.013</b>	<b>0.050*</b>
SYBD	119.5±22.4	126.0±17.1	129.1±18.4	<b>4.137</b>	<b>0.017*</b>

Tablo 15’de görüldüğü gibi lise öğrencilerinin aile gelir durumları ile SYBDÖ ve ölçeğin beslenme, fiziksel aktivite ve manevi gelişim alt boyutları puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (F=3.724; p<0.05, F=3.847; p<0.05, F=3.013; p<0.05).

Beslenme alt boyut puan ortalamaları ile aile gelir durumu grupları ikiye bölünmüş karşılaştırıldıklarında, düşük grubu ile yüksek grubu arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunurken (p<0.05), diğer aile gelir durumu grupları arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (p>0.05).

Fiziksel aktivite alt boyut puan ortalamaları ile gelir durumu grupları ikiye bölünmüş karşılaştırıldıklarında, denk grubu ile fazla grubu arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunurken (p<0.05), diğer gelir durumu grupları arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (p>0.05).

Manevi gelişim alt boyut puan ortalamaları ile gelir durumu grupları ikiye bölünmüş karşılaştırıldıklarında, düşük grubu ile fazla grubu arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunurken (p<0.05), diğer gelir durumu grupları arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (p>0.05).

Lise öğrencilerinin gelir durumları ile SYBD ölçeği toplam puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (F=4,137; p<0.05) (Tablo 15).

SYBD ölçeği toplam puan ortalamaları ile aile gelir durumu grupları ikiye bölünmüş karşılaştırıldıklarında, düşük grubu ile yüksek grubu arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunurken (p<0.05), diğer gelir durumu grupları arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (p>0.05).

Lise öğrencilerinin gelir durumları ile ölçeğin kişilerarası ilişkiler, sağlık sorumluluğu ve stres yönetimi alt boyutları puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamsız olduğu saptanmıştır ( $p>0.05$ ) (Tablo 15).

**Tablo 16.** Lise Öğrencilerinin Çalışma Durumuna Göre SYBD Ölçeği ve Alt Boyutları Puan Ortalamaları

Alt Boyutları	Çalışan	Çalışmayan	t	p
	$\bar{X}\pm SD$	$\bar{X}\pm SD$		
Kişilerarası ilişkiler	22.0±4.7	25.3±4.3	<b>-2.395</b>	<b>0.017*</b>
Beslenme	20.0±3.7	19.5±3.8	0.390	0.697
Sağlık sorumluluğu	17.2±3.6	18.4±4.4	-0.827	0.408
Fiziksel aktivite	19.1±5.1	17.0±5.1	1.276	0.203
Stres Yönetimi	18.0±2.3	19.5±3.8	-1.225	0.221
Manevi gelişim	23.5±4.8	26.8±4.5	-2.286	0.023
SYBD	119.8±14.5	126.5±18.3	1.308	0.253

Lise öğrencilerinin çalışma durumunun kişilerarası ilişkiler alt boyutunu etkilediği, çalışmayan öğrencilerin kişilerarası ilişkiler boyutunda ortalamalarının ( $X=25.3$ ), çalışan öğrencilerin ortalamalarına ( $X=22.0$ ) göre daha yüksek olduğu ve çalışma durumu ile kişilerarası ilişkiler arasındaki ilişkinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ( $t=-2.395$ ;  $p<0.05$ ) (Tablo 16).

Lise öğrencilerinin çalışma durumları ile ölçeğin beslenme, sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, stres yönetimi, manevi gelişim alt boyutları ve SYBD ölçeği puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamsız olduğu saptanmıştır ( $p>0.05$ ) (Tablo 16).

**Tablo 17.** Lise Öğrencilerinin Boş Zaman Değerlendirme Etkinliklerine Göre SYBD Ölçeği ve Alt Boyutları Puan Ortalamaları

Alt Boyutları	Sosyal ve kültürel etkinlik	Sportif etkinlik	t	p
	$\bar{X}\pm SD$	$\bar{X}\pm SD$		
Kişilerarası ilişkiler	25.4±4.2	24.7±4.7	1.181	0.238
Beslenme	19.4±3.9	20.0±3.4	-1.379	0.169
Sağlık sorumluluğu	18.3±4.4	18.3±4.2	0.048	0.962
Fiziksel aktivite	16.3±4.7	20.1±5.1	<b>-6.347</b>	<b>0.000***</b>
Stres Yönetimi	19.4±3.8	19.8±3.9	-0.885	0.377
Manevi gelişim	26.6±4.4	26.9±4.9	-0.456	0.649
SYBD	125.3±17.7	129.8±19.8	<b>3.889</b>	<b>0.049*</b>

Lise öğrencilerinin boş zaman değerlendirme etkinliklerinin fiziksel aktivite alt boyutunu etkilediği, sportif etkinlik gerçekleştiren öğrencilerin fiziksel aktivite boyutunda ortalamalarının ( $X=20.1$ ), sosyal ve kültürel etkinlik gerçekleştiren öğrencilerin ortalamalarına ( $X=16.3$ ) göre daha yüksek olduğu ve boş zaman değerlendirme etkinlikleri ile fiziksel aktivite arasındaki ilişkinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ( $t=-6.347$ ;  $p<0.001$ ) (Tablo 17).

Lise öğrencilerinin boş zaman değerlendirme etkinliklerinin SYBD ölçeğini etkilediği, sportif etkinlik gerçekleştiren öğrencilerin ortalamalarının ( $X=129.8$ ), sosyal ve kültürel etkinlik gerçekleştiren öğrencilerin ortalamalarına ( $X=125.3$ ) göre daha yüksek olduğu ve boş zaman değerlendirme etkinlikleri ile SYBD ölçeği arasındaki ilişkinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ( $t=3.889$ ;  $p<0.05$ ) (Tablo 17).

Lise öğrencilerinin boş zaman değerlendirme etkinlikleri ile ölçeğin kişilerarası ilişkiler, beslenme, sağlık sorumluluğu, stres yönetimi ve manevi gelişim alt boyutları puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamsız olduğu saptanmıştır ( $p>0.05$ ) (Tablo 17).

**Tablo 18.** Lise Öğrencilerinin Sosyal Güvencelerine Göre SYBD Ölçeği ve Alt Boyutları Puan Ortalamaları

Alt Boyutları	Yok	SSK	Bağ-kur	Emekli Sandığı	Yeşil Kart	Özel Sağlık Sigortası	F	p
	$\bar{X}\pm SD$	$\bar{X}\pm SD$	$\bar{X}\pm SD$	$\bar{X}\pm SD$	$\bar{X}\pm SD$	$\bar{X}\pm SD$		
Kişilerarası ilişkiler	24.5±3.9	25.0±4.2	25.2±4.4	25.8±4.7	24.5±4.5	25.3±1.9	0.511	0.768
Beslenme	17.8±2.3	19.6±3.7	19.5±3.6	19.5±4.3	20.6±4.6	18.7±2.5	0.594	0.705
Sağlık sorumluluğu	18.5±7.9	18.3±4.3	17.9±4.1	18.9±4.5	17.8±2.9	17.6±4.7	0.594	0.705
Fiziksel aktivite	15.0±5.2	17.6±5.2	17.6±4.6	16.2±4.9	17.1±5.9	14.8±5.3	1.775	0.117
Stres Yönetimi	19.0±3.7	19.5±3.8	19.2±3.7	19.6±3.9	20.0±4.0	18.5±2.5	0.322	0.900
Manevi gelişim	25.3±6.8	26.6±4.5	27.1±4.3	26.6±4.8	26.3±4.5	26.9±3.3	0.268	0.930
SYBD	120.1±19.7	126.6±18.1	126.5±16.3	126.6±20.4	126.4±21.0	121.8±12.3	0.298	0.914

Tablo 18’de görüldüğü gibi lise öğrencilerinin sosyal güvenceleri ile ölçeğin kişilerarası ilişkiler, beslenme, sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, stres yönetimi, manevi gelişim alt boyutları ve SYBD ölçeği puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamsız olduğu saptanmıştır ( $p>0.05$ ).

**Tablo 19.** Lise Öğrencilerinin Başvurdukları Sağlık Kurumuna Göre SYBD Ölçeği ve Alt Boyutları Puan Ortalamaları

Alt Boyutları	Sağlık Ocağı	Sigorta/Devlet Hastanesi	Üniversite Hastanesi	Özel Hastane	F	p
	$\bar{X}\pm SD$	$\bar{X}\pm SD$	$\bar{X}\pm SD$	$\bar{X}\pm SD$		
Kişilerarası ilişkiler	25.2±4.6	24.7±4.2	26.1±4.1	25.7±3.8	1.241	0.295
Beslenme	19.1±3.8	19.8±3.7	21.4±4.3	19.7±3.7	<b>2.777</b>	<b>0.041*</b>
Sağlık sorumluluğu	18.3±4.3	18.2±4.1	18.2±5.2	18.6±4.6	0.113	0.952
Fiziksel aktivite	16.7±4.8	17.6±5.0	19.7±6.6	16.5±5.0	<b>3.005</b>	<b>0.030*</b>
Stres Yönetimi	19.3±3.9	19.6±3.7	21.8±3.7	19.0±3.5	3.316	0.20
Manevi gelişim	26.6±4.9	26.4±4.0	28.2±5.2	26.9±4.0	1.031	0.379
SYBD	125.2±18.2	126.2±18.2	135.5±22.2	126.4±16.9	2.020	0.111

Lise öğrencilerinin başvurdukları sağlık kurumu ile SYBDÖ ve ölçeğin beslenme alt boyutları puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $F=2.777$ ;  $p<0.05$ ) (Tablo 19).

Beslenme alt boyut puan ortalamaları ile başvurdukları sağlık kurumu grupları ikiye bölünmüş durumda, sağlık ocağı grubu ile üniversite hastanesi grubu arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunurken ( $p<0.05$ ), diğer başvurdukları sağlık kurumu grupları arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ( $p>0.05$ ).

Lise öğrencilerinin başvurdukları sağlık kurumu ile SYBDÖ ve ölçeğin fiziksel aktivite alt boyutları puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $F=3.005$ ;  $p<0.05$ ) (Tablo 19).

Fiziksel aktivite alt boyut puan ortalamaları ile başvurdukları sağlık kurumu grupları ikiye bölünmüş durumda, sağlık ocağı grubu ile üniversite hastanesi grubu ve özel hastane grubu ile üniversite hastanesi grubu arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunurken ( $p<0.05$ ), diğer başvurdukları sağlık kurumu grupları arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ( $p>0.05$ ).

Lise öğrencilerinin başvurdukları sağlık kurumu ile ölçeğin kişilerarası ilişkiler, sağlık sorumluluğu, stres yönetimi, manevi gelişim alt boyutları ve SYBD ölçeği puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamsız olduğu saptanmıştır ( $p>0.05$ ) (Tablo 19).



**Tablo 20.** Lise Öğrencilerinin Aile İlişisine Göre SYBD Ölçeği ve Alt Boyutları Puan Ortalamaları

Alt Boyutları	Çok İyi	İyi	Kötü ve çok kötü	F	p
	$\bar{X}\pm SD$	$\bar{X}\pm SD$	$\bar{X}\pm SD$		
Kişilerarası ilişkiler	26.3±4.2	24.5±4.2	22.7±4.3	<b>10.762</b>	<b>0.000</b> ***
Beslenme	20.0±3.7	19.1±3.8	18.9±3.8	<b>8.253</b>	<b>0.000</b> ***
Sağlık sorumluluğu	19.1±4.4	17.7±4.1	17.6±5.5	<b>5.242</b>	<b>0.006</b> **
Fiziksel aktivite	18.1±5.0	16.4±4.9	14.6±5.8	<b>7.571</b>	<b>0.001</b> ***
Stres Yönetimi	20.7±3.4	18.5±3.7	16.7±2.5	<b>22.434</b>	<b>0.000</b> ***
Manevi gelişim	28.2±4.1	25.6±4.5	23.3±3.9	<b>21.575</b>	<b>0.000</b> ***
SYBD	133.0±17.9	121.6±16.6	113.8±18.2	<b>23.801</b>	<b>0.000</b> ***

\*\* =  $p < 0.01$

Lise öğrencilerinin aile ilişki durumları ile SYBDÖ ve ölçeğin kişilerarası ilişkiler, beslenme, sağlık sorumluluğu, fizikselaktivite, stres yönetimi ve manevi gelişim alt boyutları puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $F=10.762$ ;  $p < 0.001$ ,  $F=8.253$ ;  $p < 0.001$ ,  $F=5.242$ ;  $p < 0.01$ ,  $F=7.571$ ;  $p < 0.001$ ,  $F=22.434$ ;  $p < 0.001$ ,  $F=21.575$ ;  $p < 0.001$ ,  $F=23.801$ ;  $p < 0.001$ ) (Tablo 20).

Kişilerarası ilişkiler alt boyut puan ortalamaları ile aile ilişki grupları ikiyeşerli karşılaştırıldıklarında, iyi grubu ile çok iyi grubu ve kötü ile çok iyi grubu arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunurken ( $p < 0.05$ ), diğer aile ilişki durumu grupları arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ( $p > 0.05$ ).

Beslenme alt boyut puan ortalamaları ile aile ilişki grupları ikiyeşerli karşılaştırıldıklarında, iyi grubu ile çok iyi grubu arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunurken ( $p < 0.05$ ), diğer aile ilişki durumu grupları arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ( $p > 0.05$ ).

Sağlık sorumluluğu alt boyut puan ortalamaları ile aile ilişki grupları ikiyeşerli karşılaştırıldıklarında, iyi grubu ile çok iyi grubu arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunurken ( $p < 0.05$ ), diğer aile ilişki durumu grupları arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ( $p > 0.05$ ).

Fiziksel aktivite alt boyut puan ortalamaları ile aile ilişki grupları ikiyeşerli karşılaştırıldıklarında, iyi grubu ile çok iyi grubu ve kötü grubu ile çok iyi grubu arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunurken ( $p < 0.05$ ), diğer aile ilişki durumu grupları arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ( $p > 0.05$ ).

Stres yönetimi alt boyut puan ortalamaları ile aile ilişki grupları ikiyeşerli karşılaştırıldıklarında, iyi grubu ile çok iyi grubu ve kötü grubu ile çok iyi grubu arasındaki

farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunurken ( $p<0.05$ ), diğer aile ilişki durumu grupları arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ( $p>0.05$ ).

Manevi gelişim alt boyut puan ortalamaları ile aile ilişki grupları ikiyeşerli karşılaştırıldıklarında, iyi grubu ile çok iyi grubu ve kötü grubu ile çok iyi grubu arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunurken ( $p<0.05$ ), diğer aile ilişki durumu grupları arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ( $p>0.05$ ).

SYBD ölçeği toplam puan ortalamaları ile aile ilişki durumları grupları ikiyeşerli karşılaştırıldıklarında, iyi grubu ile çok iyi grubu ve kötü grubu ile çok iyi grubu arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunurken ( $p<0.05$ ), diğer aile ilişki durumu grupları arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ( $p>0.05$ ).

**Tablo 21.** Lise Öğrencilerinin Arkadaş İlişisine Göre SYBD Ölçeği ve Alt Boyutları Puan Ortalamaları

Alt Boyutları	Çok İyi	İyi	Kötü ve çok kötü	F	p
	$\bar{X}\pm SD$	$\bar{X}\pm SD$	$\bar{X}\pm SD$		
Kişilerarası ilişkiler	26.6±4.0	24.0±4.1	19.4±6.2	<b>23.735</b>	<b>0.000</b> <sup>***</sup>
Beslenme	20.0±3.7	19.1±3.8	16.6±4.2	<b>4.344</b>	<b>0.014</b> <sup>*</sup>
Sağlık sorumluluğu	19.1±4.4	17.5±4.1	18.2±6.5	<b>6.620</b>	<b>0.001</b> <sup>***</sup>
Fiziksel aktivite	17.9±4.9	16.4±5.1	12.2±1.1	<b>6.266</b>	<b>0.002</b> <sup>**</sup>
Stres Yönetimi	19.9±3.8	19.1±3.7	16.6±3.6	<b>3.390</b>	<b>0.035</b> <sup>*</sup>
Manevi gelişim	27.4±4.4	26.1±4.5	22.6±4.2	<b>6.148</b>	<b>0.002</b> <sup>**</sup>
SYBD	130.9±17.2	122.3±18.1	105.6±14.0	<b>14.670</b>	<b>0.000</b> <sup>***</sup>

Lise öğrencilerinin arkadaş ilişki durumları ile SYBDÖ ve ölçeğin kişilerarası ilişkiler, beslenme, sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, stres yönetimi ve manevi gelişim alt boyutları puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $F=23.735$ ;  $p<0.001$ ,  $F=4.344$ ;  $p<0.05$ ,  $F=6.620$ ;  $p<0.001$ ,  $F=6.266$ ;  $p<0.01$ ,  $F=3.390$ ;  $p<0.05$ ,  $F=6.148$ ;  $p<0.01$ ,  $F=14.670$ ;  $p<0.001$ ) (Tablo 21).

Kişilerarası ilişkiler alt boyut puan ortalamaları ile arkadaş ilişki grupları ikiyeşerli karşılaştırıldıklarında, tüm gruplar arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $p<0.05$ ).

Beslenme alt boyut puan ortalamaları ile arkadaş ilişki grupları ikiyeşerli karşılaştırıldıklarında, iyi grubu ile çok iyi grubu arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunurken ( $p<0.05$ ), diğer arkadaş ilişki durumu grupları arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ( $p>0.05$ ).

Sağlık sorumluluğu alt boyut puan ortalamaları ile arkadaş ilişki grupları ikiyeşerli karşılaştırıldıklarında, iyi grubu ile çok iyi grubu arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunurken ( $p<0.05$ ), diğer arkadaş ilişki durumu grupları arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ( $p>0.05$ ).

Fiziksel aktivite alt boyut puan ortalamaları ile arkadaş ilişki grupları ikiyeşerli karşılaştırıldıklarında, iyi grubu ile çok iyi grubu ve kötü grubu ile çok iyi grubu arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunurken ( $p<0.05$ ), diğer arkadaş ilişki durumu grupları arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ( $p>0.05$ ).

Stres yönetimi alt boyut puan ortalamaları ile arkadaş ilişki grupları ikiyeşerli karşılaştırıldıklarında, iyi grubu ile çok iyi grubu arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunurken ( $p<0.05$ ), diğer arkadaş ilişki durumu grupları arasındaki farklılığın istatistiksel olarak anlamsız olduğu saptanmıştır ( $p>0.05$ ).

Manevi gelişim alt boyut puan ortalamaları ile arkadaş ilişki grupları ikiyeşerli karşılaştırıldıklarında, iyi grubu ile çok iyi grubu ve kötü grubu ile çok iyi grubu arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunurken ( $p<0.05$ ), diğer arkadaş ilişki durumu grupları arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ( $p>0.05$ ).

SYBD ölçeği toplam puan ortalamaları ile arkadaş ilişki durumları grupları ikiyeşerli karşılaştırıldıklarında, iyi grubu ile çok iyi grubu, kötü grubu ile çok iyi grubu ve iyi grubu ile kötü grubu arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $p<0.05$ ).

**Tablo 22.** Lise Öğrencilerinin Akrabalarla Görüşme Durumuna Göre SYBD Ölçeği ve Alt Boyutları Puan Ortalamaları

Alt Boyutları	Haftada Bir	Ayda Bir	Büyük Tatillerde	F	p
	$\bar{X}\pm SD$	$\bar{X}\pm SD$	$\bar{X}\pm SD$		
Kişilerarası ilişkiler	25.4±4.1	25.2±4.5	25.0±4.6	0.413	0.662
Beslenme	20.0±3.9	19.5±3.5	18.8±3.8	<b>3.785</b>	<b>0.024*</b>
Sağlık sorumluluğu	18.8±4.1	17.9±4.3	18.0±4.7	1.612	0.201
Fiziksel aktivite	17.8±5.0	17.0±5.1	16.2±4.9	<b>3.801</b>	<b>0.023*</b>
Stres Yönetimi	19.9±3.7	19.0±3.7	19.1±3.9	2.316	0.100
Manevi gelişim	26.5±4.3	27.2±4.3	26.6±4.9	0.614	0.542
SYBD	128.4±18.1	125.7±17.7	123.7±18.6	2.472	0.086

Tablo 22’de görüldüğü gibi lise öğrencilerinin akrabalarla görüşme durumları ile SYBDÖ ve ölçeğin beslenme ve fiziksel aktivite alt boyutları puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $F=3.785$ ;  $p<0.05$ ,  $F=3.801$ ;  $p<0.05$ ).

Beslenme alt boyut puan ortalamaları ile akrabalarla görüşme grupları ikişerli karşılaştırıldıklarında, haftada bir grubu ile büyük tatillerde grubu arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunurken ( $p<0.05$ ), diğer akrabalarla görüşme durumu grupları arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ( $p>0.05$ ).

Fiziksel aktivite alt boyut puan ortalamaları ile akrabalarla görüşme grupları ikişerli karşılaştırıldıklarında, haftada bir grubu ile büyük tatillerde grubu arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunurken ( $p<0.05$ ), diğer akrabalarla görüşme durumu grupları arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ( $p>0.05$ ).

Lise öğrencilerinin akrabalarla görüşme durumları ile ölçeğin kişilerarası ilişkiler, sağlık sorumluluğu, stres yönetimi, manevi gelişim alt boyutları ve SYBD ölçeği puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamsız olduğu saptanmıştır ( $p>0.05$ ) (Tablo 22).

**Tablo 23.** Lise Öğrencilerinin Tedavi Görme Durumuna Göre SYBD Ölçeği ve Alt Boyutları Puan Ortalamaları

Alt Boyutları	Evet	Hayır	t	p
	$\bar{X}\pm SD$	$\bar{X}\pm SD$		
Kişilerarası ilişkiler	25.1 $\pm$ 4.7	25.2 $\pm$ 4.3	-0.228	0.819
Beslenme	20.2 $\pm$ 4.4	19.4 $\pm$ 3.7	1.584	0.114
Sağlık sorumluluğu	19.2 $\pm$ 4.6	18.1 $\pm$ 4.3	1.752	0.081
Fiziksel aktivite	17.4 $\pm$ 5.4	17.0 $\pm$ 5.0	0.446	0.641
Stres Yönetimi	19.6 $\pm$ 3.5	19.4 $\pm$ 3.8	0.443	0.658
Manevi gelişim	26.0 $\pm$ 4.5	26.8 $\pm$ 4.5	-1.317	0.189
SYBD	127.5 $\pm$ 19.7	126.1 $\pm$ 18.0	0.345	0.557

Lise öğrencilerinin tedavi görme durumları ile ölçeğin kişilerarası ilişkiler, beslenme, sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, stres yönetimi, manevi gelişim alt boyutları ve SYBD ölçeği puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamsız olduğu saptanmıştır ( $p>0.05$ ) (Tablo 23).

**Tablo 24.** Lise Öğrencilerinin Sağlıklarını Algılama Durumuna Göre SYBD Ölçeği ve Alt Boyutları Puan Ortalamaları

Alt Boyutları	Çok İyi	İyi	Kötü ve çok kötü	F	p
	$\bar{X}\pm SD$	$\bar{X}\pm SD$	$\bar{X}\pm SD$		
Kişilerarası ilişkiler	25.8±4.4	25.0±4.2	24.8±4.9	1.490	0.227
Beslenme	20.5±3.7	19.2±3.7	19.1±4.6	<b>5.105</b>	<b>0.006**</b>
Sağlık sorumluluğu	19.1±4.4	18.0±4.3	18.0±4.7	2.460	0.087
Fiziksel aktivite	18.8±4.9	16.5±5.0	15.7±5.0	<b>9.041</b>	<b>0.000***</b>
Stres Yönetimi	20.4±3.9	19.1±3.7	18.8±3.6	<b>4.458</b>	<b>0.012*</b>
Manevi gelişim	28.4±4.3	26.3±4.4	24.6±4.8	<b>12.632</b>	<b>0.000***</b>
SYBD	133.0±17.9	124.1±17.5	120.9±19.4	<b>10.744</b>	<b>0.000***</b>

Lise öğrencilerinin sağlıklarını algı durumları ile SYBDÖ ve ölçeğin beslenme, fiziksel aktivite, stres yönetimi ve manevi gelişim alt boyutları puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (F=5.105; p<0.01, F=9.041; p<0.001, F=4.458; p<0.05, F=12.632; p<0.001) (Tablo 24).

Beslenme alt boyut puan ortalamaları ile sağlık algı durumu grupları ikiye bölünmüş karşılaştırıldıklarında, iyi grubu ile çok iyi grubu arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunurken (p<0.05), diğer sağlık algı durumu grupları arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (p>0.05).

Fiziksel aktivite alt boyut puan ortalamaları ile sağlık algı durumu grupları ikiye bölünmüş karşılaştırıldıklarında, iyi grubu ile çok iyi grubu ve kötü grubu ile çok iyi grubu arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunurken (p<0.05), diğer sağlık algı durumu grupları arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (p>0.05).

Stres yönetimi alt boyut puan ortalamaları ile sağlık algı durumu grupları ikiye bölünmüş karşılaştırıldıklarında, iyi grubu ile çok iyi grubu arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunurken (p<0.05), diğer sağlık algı durumu grupları arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (p>0.05).

Manevi gelişim alt boyut puan ortalamaları ile sağlık algı durumu grupları ikiye bölünmüş karşılaştırıldıklarında, iyi grubu ile çok iyi grubu ve kötü grubu ile çok iyi grubu arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunurken (p<0.05), diğer sağlık algı durumu grupları arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (p>0.05).

Lise öğrencilerinin sağlık algı durumları ile SYBD ölçeği toplam puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (F=10.744; p<0.001) (Tablo 24).

SYBD ölçeği toplam puan ortalamaları ile sağlık algı durumları grupları ikiye bölünmüş karşılaştırıldıklarında, iyi grubu ile çok iyi grubu ve kötü grubu ile çok iyi grubu arasındaki

farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunurken ( $p<0.05$ ), diğer sağlık algı durumu grupları arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ( $p>0.05$ ).

Lise öğrencilerinin sağlık algı durumları ile ölçeğin kişilerarası ilişkiler ve sağlık sorumluluğu puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamsız olduğu saptanmıştır ( $p>0.05$ ) (Tablo 24).

**Tablo 25.** Lise Öğrencilerinin Sigara Kullanma Durumuna Göre SYBD Ölçeği ve Alt Boyutları Puan Ortalamaları

Alt Boyutları	Kullanıyorum	Bıraktım	Hiç kullanmadım	F	p
	$\bar{X}\pm SD$	$\bar{X}\pm SD$	$\bar{X}\pm SD$		
Kişilerarası ilişkiler	24.4±4.8	24.4±4.6	25.4±4.2	1.583	0.207
Beslenme	19.5±3.7	17.6±4.1	19.7±3.8	<b>3.279</b>	<b>0.039*</b>
Sağlık sorumluluğu	18.3±4.6	18.4±5.6	18.3±4.2	0.002	0.998
Fiziksel aktivite	17.5±4.8	16.7±5.9	17.1±5.0	0.219	0.803
Stres Yönetimi	18.9±3.6	18.0±2.9	19.7±3.8	2.895	0.057
Manevi gelişim	26.6±4.4	23.8±4.4	27.0±4.5	<b>5.658</b>	<b>0.004**</b>
SYBD	125.1±17.8	119.0±19.8	127.1±18.1	2.401	0.092

Lise öğrencilerinin sigara kullanma durumları ile SYBDÖ ve ölçeğin beslenme ve manevi gelişim alt boyutları puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $F=3.279$ ;  $p<0.05$ ,  $F=5.658$ ;  $p<0.01$ ) (Tablo 25).

Beslenme alt boyut puan ortalamaları ile sigara kullanma durumu grupları ikiye karşılaştırıldıklarında, hiç kullanmadım grubu ile bıraktım grubu arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunurken ( $p<0.05$ ), diğer sigara kullanma durumu grupları arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ( $p>0.05$ ).

Manevi gelişim alt boyut puan ortalamaları ile sigara kullanma durumu grupları ikiye karşılaştırıldıklarında, bıraktım grubu ile kullanıyorum grubu ve hiç kullanmadım grubu ile bıraktım grubu arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunurken ( $p<0.05$ ), diğer sigara kullanma durumu grupları arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ( $p>0.05$ ).

Lise öğrencilerinin sigara kullanma durumları ile ölçeğin kişilerarası ilişkiler, sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, stres yönetimi alt boyutları ve SYBD ölçeği puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamsız olduğu saptanmıştır ( $p>0.05$ ) (Tablo 25).

**Tablo 26.** Lise Öğrencilerinin Alkol Kullanma Durumuna Göre SYBD Ölçeği ve Alt Boyutları Puan Ortalamaları

Alt Boyutları	Kullanıyorum	Bıraktım	Hiç kullanmadım	F	p
	$\bar{X}\pm SD$	$\bar{X}\pm SD$	$\bar{X}\pm SD$		
Kişilerarası ilişkiler	24.8±4.7	22.9±4.0	25.4±4.2	<b>3.207</b>	<b>0.042*</b>
Beslenme	19.5±3.4	19.0±4.6	19.6±3.8	0.178	0.837
Sağlık sorumluluğu	17.9±5.0	17.9±4.1	18.4±4.2	0.455	0.635
Fiziksel aktivite	18.0±5.2	16.2±4.6	16.9±5.0	1.505	0.223
Stres Yönetimi	19.3±4.0	17.6±2.6	19.6±3.8	2.161	0.117
Manevi gelişim	27.0±4.5	24.5±4.5	26.8±4.5	2.237	0.108
SYBD	126.5±18.5	118.1±15.4	126.7±18.3	1.804	0.166

Lise öğrencilerinin alkol kullanma durumları ile SYBDÖ ve ölçeğin kişilerarası ilişkiler alt boyutları puan ortalamaları Tablo 24'de verilmiştir. Tablo'danda görüldüğü gibi öğrencilerin alkol kullanma durumları ile SYBDÖ ve ölçeğin kişilerarası ilişkiler alt boyutları puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $F=3.207$ ;  $p<0.05$ ) (Tablo 26).

Kişilerarası ilişkiler alt boyut puan ortalamaları ile alkol kullanma durumu grupları ikiye bölünmüş ve karşılaştırıldıklarında, hiç kullanmadım grubu ile bıraktım grubu arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunurken ( $p<0.05$ ), diğer alkol kullanma durumu grupları arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ( $p>0.05$ ).

Lise öğrencilerinin alkol kullanma durumları ile ölçeğin beslenme, sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, stres yönetimi, manevi gelişim alt boyutları ve SYBD ölçeği puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamsız olduğu saptanmıştır ( $p>0.05$ ) (Tablo 26).

**Tablo 27.** Lise Öğrencilerinin Vücut Ağırlığına Yönelik Öz Değerlendirme Durumuna Göre SYBD Ölçeği ve Alt Boyutları Puan Ortalamaları

Alt Boyutları	Zayıf	Normal	Şişman	F	p
	$\bar{X}\pm SD$	$\bar{X}\pm SD$	$\bar{X}\pm SD$		
Kişilerarası ilişkiler	25.1±4.6	25.4±4.2	24.5±4.8	0.732	0.482
Beslenme	18.7±3.8	19.9±3.7	18.6±4.2	<b>3.518</b>	<b>0.031*</b>
Sağlık sorumluluğu	18.1±4.0	18.6±4.3	16.7±4.6	<b>3.669</b>	<b>0.026*</b>
Fiziksel aktivite	16.2±5.0	17.6±5.1	14.9±4.2	<b>6.348</b>	<b>0.002**</b>
Stres Yönetimi	19.0±3.6	19.8±3.7	17.5±3.9	<b>7.269</b>	<b>0.001***</b>
Manevi gelişim	26.6±5.1	27.0±4.4	24.5±4.1	<b>5.891</b>	<b>0.003**</b>
SYBD	123.8±19.2	128.3±17.5	116.8±18.9	<b>8.160</b>	<b>0.000***</b>

Lise öğrencilerinin vücut ağırlığına yönelik öz değerlendirme durumları ile SYBDÖ ve ölçeğin beslenme, sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, stres yönetimi, manevi gelişim alt boyutları ve SYBD ölçeği puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $F=3.518$ ;  $p<0.05$ ,  $F=3.669$ ;  $p<0.05$ ,  $F=6.348$ ;  $p<0.01$ ,  $F=7.269$ ;  $p<0.001$ ,  $F=5.891$ ;  $p<0.01$ ,  $F=8.160$ ;  $p<0.001$ ) (Tablo 27).

Beslenme alt boyut puan ortalamaları ile vücut ağırlığına yönelik öz değerlendirme durumu grupları ikiyeşerli karşılaştırıldıklarında, zayıf grubu ile normal grubu arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunurken ( $p<0.05$ ), diğer kilo tanımlama durumu grupları arasındaki farklılığın istatistiksel olarak anlamsız olduğu saptanmıştır ( $p>0.05$ ).

Sağlık sorumluluğu alt boyut puan ortalamaları ile vücut ağırlığına yönelik öz değerlendirme durumu grupları ikiyeşerli karşılaştırıldıklarında, normal grubu ile şişman grubu arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunurken ( $p<0.05$ ), diğer vücut ağırlığına yönelik öz değerlendirme durumu grupları arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ( $p>0.05$ ).

Fiziksel aktivite alt boyut puan ortalamaları ile vücut ağırlığına yönelik öz değerlendirme durumu grupları ikiyeşerli karşılaştırıldıklarında, normal grubu ile şişman grubu arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunurken ( $p<0.05$ ), diğer vücut ağırlığına yönelik öz değerlendirme durumu grupları arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ( $p>0.05$ ).

Stres yönetimi alt boyut puan ortalamaları ile vücut ağırlığına yönelik öz değerlendirme durumu grupları ikiyeşerli karşılaştırıldıklarında, normal grubu ile şişman grubu arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunurken ( $p<0.05$ ), diğer vücut ağırlığına yönelik öz değerlendirme durumu grupları arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ( $p>0.05$ ).

Manevi gelişim alt boyut puan ortalamaları ile vücut ağırlığına yönelik öz değerlendirme durumu grupları ikiyeşerli karşılaştırıldıklarında, zayıf grubu ile şişman grubu ve normal grubu ile şişman grubu arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunurken ( $p<0.05$ ), diğer vücut ağırlığına yönelik öz değerlendirme durumu grupları arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ( $p>0.05$ ).

SYBD ölçeği toplam puan ortalamaları ile vücut ağırlığına yönelik öz değerlendirme durumları grupları ikiyeşerli karşılaştırıldıklarında normal grubu ile şişman grubu arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunurken ( $p<0.05$ ), diğer vücut ağırlığına yönelik öz değerlendirme durumu grupları arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ( $p>0.05$ ).



Lise öğrencilerinin vücut ağırlığına yönelik öz değerlendirme durumları ile ölçeğin kişilerarası ilişkiler alt boyutu puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamsız olduğu saptanmıştır ( $p>0.05$ ) (Tablo 27).

**Tablo 28.** Lise Öğrencilerinin Beden Kitle İndeksine Göre SYBD Ölçeği ve Alt Boyutları Puan Ortalamaları

Alt Boyutları	Zayıf	Normal	Fazla Kilolu	Obez	F	p
	$\bar{X}\pm SD$	$\bar{X}\pm SD$	$\bar{X}\pm SD$	$\bar{X}\pm SD$		
Kişilerarası ilişkiler	25.4±4.4	25.3±4.2	24.4±5.0	24.3±5.7	0.560	0.642
Beslenme	19.0±4.0	19.9±3.7	18.8±3.8	17.5±3.4	2.619	0.051
Sağlık sorumluluğu	17.8±4.4	18.6±4.3	17.5±3.7	16.9±5.6	1.466	0.223
Fiziksel aktivite	16.9±5.4	17.2±5.1	17.6±3.9	14.0±3.3	1.536	0.205
Stres Yönetimi	19.2±4.0	19.7±3.7	18.6±4.1	16.7±2.5	<b>2.699</b>	<b>0.046*</b>
Manevi gelişim	27.4±4.4	26.7±4.5	25.9±5.1	23.0±3.2	<b>3.200</b>	<b>0.023*</b>
SYBD	125.6±19.2	127.5±17.7	122.7±19.4	112.4±16.6	<b>2.685</b>	<b>0.046*</b>

Lise öğrencilerinin BKİ ile SYBDÖ, ölçeğin stres yönetimi ve manevi gelişim alt boyutları puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $F=2.699$ ;  $p<0.05$ ,  $F=3.200$ ;  $p<0.05$ ) (Tablo 28).

Stres yönetimi alt boyut puan ortalamaları ile BKİ grupları ikiyeşerli karşılaştırıldıklarında, normal grubu ile obez grubu arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunurken ( $p<0.05$ ), diğer BKİ grupları arasındaki farklılığın istatistiksel olarak anlamsız olduğu saptanmıştır ( $p>0.05$ ).

Manevi gelişim alt boyut puan ortalamaları ile BKİ grupları ikiyeşerli karşılaştırıldıklarında, zayıf grubu ile obez grubu ve normal grubu ile obez grubu arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunurken ( $p<0.05$ ), diğer BKİ durumu grupları arasındaki farklılığın istatistiksel olarak anlamsız olduğu saptanmıştır ( $p>0.05$ ).

Lise öğrencilerinin BKİ ile SYBD ölçeği toplam puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $F=2.685$ ;  $p<0.05$ ) (Tablo 28).

SYBD ölçeği toplam puan ortalamaları ile BKİ grupları ikiyeşerli karşılaştırıldıklarında, zayıf grubu ile obez grubu ve normal grubu ile obez grubu arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunurken ( $p<0.05$ ), diğer BKİ grupları arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ( $p>0.05$ ).

Lise öğrencilerinin BKİ ile ölçeğin kişilerarası ilişkiler, beslenme, sağlık sorumluluğu ve fiziksel aktiviteler alt boyutları puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamsız olduğu saptanmıştır ( $p>0.05$ ) (Tablo 28).

## 5. TARTIŞMA

### 5.1. Lise Öğrencilerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Tartışılması

Çalışma grubundaki lise öğrencilerinin/adolesanların Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği ve alt boyutları puan ortalamaları arasında en yüksek manevi gelişim boyutundan  $26.70 \pm 4.51$  puan aldıkları; bunu sırasıyla; kişilerarası ilişkiler alt boyutu  $25.22 \pm 4.34$ , beslenme alt boyutu  $19.54 \pm 3.80$ , stres yönetimi alt boyutu  $19.44 \pm 3.77$ , sağlık sorumluluğu alt boyutu  $18.33 \pm 4.36$ , fiziksel aktivite alt boyutu  $17.09 \pm 5.06$  izlemiştir. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları (SYBD) Ölçeği toplam puan ortalaması  $126.31 \pm 18.26$  olarak belirlenmiştir (Tablo 7).

Ergün ve Erol'un (2007) lise öğrencileri ile, Yıldırım ve Bekar'ın (2005) üniversite öğrencileri ile, Ayaz ve arkadaşlarının (2005) öğrenciler ile, Karadeniz ve arkadaşlarının (2008) üniversite öğrencileri ile yaptığı çalışmada bizim sonucumuza benzer şekilde manevi gelişim/kendini gerçekleştirme alt boyutu en yüksek puan ortalamasını alırken, fiziksel aktivite alt boyutu en düşük puan ortalamasını almıştır. Bu araştırmanın sonuçları mevcut diğer araştırma sonuçlarıyla da benzerlik göstermektedir (Altay, 2006; Karakoç ve Güler, 2006; Özkan ve Yılmaz, 2008; Akgül ve Güler, 2008; Kaya ve ark., 2008; Tosun ve Karadeniz, 2008; Gönül ve Ergün, 2009).

Geçil ve Yıldız'ın (2006) adolesanlara yönelik beslenme ve stresle baş etme eğitiminin sağlığı geliştirmeye etkisinin araştırıldığı çalışmada manevi gelişim alt boyutu en yüksek puan ortalaması alırken, sağlık sorumluluğu alt boyutu en düşük puan ortalamasını almıştır.

Karamanoğlu ve Özer'in (2008), öğrencilerin sağlıklı yaşam biçimleri konulu çalışmada en yüksek puan ortalaması kişilerarası ilişkiler/kişilerarası destek alt boyutundan alırken, en düşük puan ortalaması bizim çalışmamızda olduğu gibi fiziksel aktivite alt boyutundan alınmıştır. Ülkemizde sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını değerlendiren çalışmalarda alt boyut puan ortalamalarından fiziksel aktivite alışkanlığının genellikle düşük çıkması ve bu çalışmalarda da benzer sonucun elde edilmesi toplumumuzun fiziksel aktivite alışkanlığının az olmasından kaynaklanıyor olabilir.

Choi Hui'nin (2002) çalışmasında hemşirelerin en düşük puanı fiziksel aktivite/egzersiz alt boyutundan, en yüksek puan kişilerarası ilişkiler alt boyutundan bulunmuştur. Ancak; değişik kültürlerin sağlık davranışlarını Türk kültürünün sağlık davranışları ile karşılaştırmanın gerçeği yansıtmayacağı dikkate alınmalıdır.

İnsanın manevi yönü, fiziksel, duygusal ve sosyal yönü kadar önemlidir (Taylor, 2003). Manevi gelişim/kendini gerçekleştirme; bireyin yaşam amaçlarını, bireysel olarak kendini geliştirme yeteneğini ve kendini ne derecede tanıdığını ve memnun edebildiğini belirlemektedir (Yalçınkaya ve ark., 2007). Maslow'a göre gereksinimler hiyerarşisinde kendini gerçekleştirme en üst basamakta yer alır (Kostak, 2007).

Sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği manevi gelişim alt boyutu ile adolesanın kendini geliştirme yeteneğini, kendini ne derecede tanıdığını, memnun edebildiğini, inançlarını ve değer yargılarını değerlendirilmektedir. Çalışmamızı yaptığımız adolesanların manevi gelişim puanı  $26.70 \pm 4.51$  olarak belirlenmiştir (Tablo 7). Bu alt boyuttan en az 9, en fazla 36 alınabilir. Buna göre çalışma grubunun puanının yüksek olduğu görülmektedir.

Yapılan araştırmalar da bizim sonucumuza benzer olarak manevi gelişim alt boyut puanı yüksek düzeyde bulunmuştur (Ayaz ve ark., 2005; Yıldırım ve Bekar, 2005; Geçkil ve Yıldız, 2006; Ergül ve Erol, 2007; Karadeniz ve ark., 2008; Karamanoğlu ve Özer, 2008). Manevi gelişim süreci yaşamın başlangıcından başlamaktadır ve bu süreçte aile, okul gibi çeşitli toplumsal kurumların etkisi fazladır. Çalışma sonuçlarında manevi boyutun sağlık, iyilik ve yaşam kalitesi üzerine açık etkisi olduğu ortaya konulmuştur (Tongprateep, 2000; Baldacchino ve Draper, 2001; Coyle, 2002).

Sağlığı Geliştirme Modeli'ne göre aile, arkadaş ve sağlık görevlileri ile olumlu etkileşim, sağlık davranışı kazanma düzeyini etkilemektedir (Pender ve ark., 2002). Orta ve geç adolesan dönemi aile ve arkadaş ilişkilerinin önem kazandığı bir dönem olarak tanımlanmaktadır.

Sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği kişilerarası ilişkiler alt boyutu ile adolesanın ailesi, arkadaşları ve sosyal çevresiyle ilişkilerini ve ilişkilerinin süreklilik düzeyi değerlendirilmektedir. Araştırma grubumuzdaki öğrencilerin kişilerarası ilişkiler puanı  $25.22 \pm 4.34$  olarak belirlenmiştir (Tablo 7). Bu alt boyuttan en az 9, en fazla 36 alınabilir. Buna göre çalışma grubunun puanının yüksek olduğu görülmektedir. Adolesanların kişilerarası ilişkilerinin yüksek olması aile, arkadaş ve sosyal çevresi ile olumlu iletişim içerisinde olduklarını düşündürmektedir.

Yapılan araştırmalar bizim sonucumuzla benzerlik göstermektedir (Ayaz ve ark., 2005; Yıldırım ve Bekar, 2005; Geçkil ve Yıldız, 2006; Karakoç ve Güler, 2006; Ergül ve Erol, 2007; Ünalın ve ark., 2007; Karamanoğlu ve Özer, 2008; Karadeniz ve ark., 2008).

Bir insanın yaşamın her evresinde bedensel ve zihinsel yönden sağlıklı olarak büyüebilmesi ve gelişebilmesi için yeterli ve dengeli beslenmeye ihtiyacı vardır (Tokgöz ve

ark.,1995; Gökçay ve Garipağaoğlu, 2002). Beslenme sağlığın geliştirilmesi ve hastalıkların önlenmesinde ön sıralarda yer alan bileşenlerden biridir (Black ve Matasorrian, 1997).

Sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği beslenme alt boyutu ile adolesanin öğünlerini seçme ve düzenleme, yiyecek seçimindeki tercihlerini ve alışkanlıkları değerlendirilmektedir. Araştırma grubumuzdaki öğrencilerin beslenme puanı  $19.54 \pm 3.80$  olarak saptanmıştır (Tablo 7). Bu alt boyuttan en az 9, en fazla 36 alınabilir. Buna göre çalışma grubunun puanının düşük olduğu görülmektedir.

Bizim çalışma sonucumuza benzer şekilde, Yıldırım ve Bekar'ın (2005), Geçkil ve Yıldız'ın (2006), Ergül ve Erol'un (2007) öğrenciler ile yaptıkları çalışma sonuçlarında da beslenme alt boyutu puanı düşük bulunmuştur. Bu sonucun sağlık ve eğitim sisteminin yeterli ve dengeli beslenme üzerine odaklanamaması nedeniyle adolesanların beslenme konusunda yeterli bilince sahip olamadığından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Stres; organizmanın ruhsal olarak zorlanması sonucu ortaya çıkan ve kişide bir takım bedensel, zihinsel, psikolojik ve davranışsal rahatsızlıklarla kendini hissettiren durumdur (Kuter, 2008). Stres, bireyin sağlığını geliştirmesine de etki eden bir faktör olup, stresle başa çıkma yolları, stresörlerin bir tehdit olarak algılanmasına engel olur (Pender ve ark., 2002; Kuter, 2008). Ayrıca stresle başa çıkma yollarının amacı, stresi azaltmak, kontrol etmeyi geliştirir (Akdemir ve Birol, 2005; Batlaş ve Batlaş, 2006).

Sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği stres yönetimi alt boyutu ile adolesanin stres kaynaklarını tanıma düzeyini ve stres kontrol mekanizmaları değerlendirilmektedir. Araştırma grubumuzdaki lise öğrencilerinin stres yönetimi puanı  $19.44 \pm 3.77$  olarak belirlenmiştir (Tablo 7). Bu alt boyuttan en az 8, en fazla 32 alınabilir. Buna göre çalışma grubunun puanının orta düzeyde olduğu görülmektedir.

Yapılan araştırmalar bizim sonucumuza benzer olarak stres yönetimi orta düzeyde bulunmuştur (Ayaz ve ark., 2005; Yıldırım ve Bekar, 2005; Geçkil ve Yıldız, 2006; Karakoç ve Güler, 2006; Ergül ve Erol, 2007; Karadeniz ve ark., 2008; Karamanoğlu ve Özer, 2008). Bu sonuçlara göre adolesanların stresle başetme yöntemlerinin yeterli düzeyde olmadığı düşünülmektedir. Oysaki özellikle duygusal açıdan yoğun stres döneminde olan adolesanların stresle olumlu baş etmelerinin güçlendirilmesi, onların mevcut sorunlarını daha iyi çözmelerini ve geleceği daha sağlıklı karşılamalarını sağlayabilir (Okul Sağlığı Kongresi Sonuç Bildirgesi, 1999; Savaşer, 2000).

Sağlık bilgi ve mesajları temelde sağlık açısından, bireysel ve toplumsal sorumluluk algılanmasına yöneliktirler. Ancak, tipik olarak, bu mesajlar kişinin kendi sağlığını iyileştirmek için yapacağı davranış değişikliklerinde bireysel sorumluluğu olduğunu da

vurgulayabilir (Wolitski ve ark., 2003). Sağlık sorumluluğu; bireyin kendi sağlığıyla ilgili olarak koruyucu, önleyici ve sağlığı geliştirici davranışlara yönelik tutum ve davranış değişikliği göstermesi anlamına gelmektedir. Sağlık sorumluluğu bireyin kendi sağlık bakım kalitesine etki eder ve sağlığına ne düzeyde katıldığını belirler. (Lusk ve ark., 1995; Bottorff ve ark., 1996; He ve ark., 2004).

Sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği sağlık sorumluluğu alt boyutu ile adolesanın kendi sağlığı üzerindeki sorumluluk düzeyini, sağlığına ne düzeyde katıldığını belirler. Çalışmamızı yaptığımız adolesan grubun, sağlık sorumluluk puanı  $18.33 \pm 4.36$  olarak saptanmıştır (Tablo 7). Bu alt boyuttan en az 9, en fazla 36 alınabilir. Buna göre çalışma grubunun puanının düşük düzeyde olduğu görülmektedir.

Yapılan araştırmalar bizim sonucumuzla benzerlik göstermektedir (Ayaz ve ark., 2005; Yıldırım ve Bekar, 2005; Geçkil ve Yıldız, 2006; Ergül ve Erol, 2007; Karadeniz ve ark., 2008; Karamanoğlu ve Özer, 2008). Adolesan dönemi bağımsızlığın, çatışmaların, kimlik arayışların olduğu zor bir dönemdir. Bu dönemdeki gençlerin bilişsel gelişimlerini de henüz tamamlamamış olmaları nedeniyle kendi sağlıkları ile ilgili doğru kararlar vermeleri, sorumluluk almaları da beklenmemektedir. Bu nedenle sağlık sorumluluk düzeyinin düşük çıkması beklenen bir sonuç olarak yorumlanır.

Fiziksel aktivite; enerji tüketimi ile sonuçlanan herhangi bir vücut hareketi olup, yapılan düzenli fiziksel aktivite, büyük kas gruplarını belli bir düzeyde hareket ettirmekte ve kas performansını geliştirmektedir, kardiovasküler direnci ve akciğerlerin kapasitesini arttırmaktadır, kan basıncı normal düzeyde tutup, oksijen alımını desteklemektedir ayrıca lipit yağ metabolizmasına olumlu etkileri olduğu da bilinmektedir (Çakır ve ark., 2002; Griffith, 2002; Speck, 2002). Ayrıca deneysel yapılan bir çok araştırmada fiziksel aktivitenin yaşam kalitesini yükselttiği stresi azaltarak rahatlama duygusu ile kişinin moralini yükselttiği kanıtlanmıştır (Rippe ve ark., 1998; Altuğ ve Erbahçici, 2000; Courneya ve ark., 2002). Hızlı büyüme ve gelişmenin olduğu adolesan döneminde fiziksel aktivitenin yapılmasının ve desteklenmesinin yaşam boyu egzersiz alışkanlığının kazandırılması için çok önemli olduğu belirtilmiştir ( Speck, 2002; He ve ark., 2004).

Sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği fiziksel aktivite alt boyutu ile sağlıklı yaşamın değişmez bir ögesi olan fiziksel aktivitenin adolesan tarafından hangi düzeyde uygulandığı değerlendirilmektedir. Çalışmamızı yaptığımız adolesan grubun, fiziksel aktivite puanı  $17.09 \pm 5.06$  olarak saptanmıştır (Tablo 7). Bu alt boyuttan en az 8, en fazla 32 alınabilir. Buna göre çalışma grubunun puanının düşük düzeyde olduğu görülmektedir.

Yapılan araştırmalar bizim sonucumuza benzer olarak fiziksel aktivite/egzersiz puan ortalaması düşük düzeyde bulunmuştur (Ayaz ve ark., 2005; Yıldırım ve Bekar, 2005; Geçkil ve Yıldız, 2006; Karakoç ve Güler, 2006; Karadeniz ve ark., 2008). Ülkemizde bu konuya eğitim sistemimizde yer verilse de, gereken fiziksel şartların ve yeterli yönlendirmenin sağlanamaması gibi nedenlerle öğrencilerin yeterince fiziksel aktivite yapmadıklarını göstermekte ve bu nedenle fiziksel aktivite alt boyutu puan ortalamalarının araştırma sonuçlarına göre düşük olması beklenen bir sonuç olarak yorumlanabilir.

## **5.2. Lise Öğrencilerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Etkileyen Faktörler Arasındaki İlişkiyi Gösteren Bulguların Tartışılması**

Lise öğrencilerinin yaş dağılımına göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği puan ortalamaları incelendiğinde, yaş dağılımına göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği ve alt boyutlar toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ( $p>0.05$ ) (Tablo 8). Araştırma grubumuzdaki adolesanların buldukları yaş grubu (14-18 yaş) itibarıyla sağlık sorunlarıyla karşılaşma sıklığının az olması ile sağlıklarını koruma ve geliştirme bilincinin henüz tam yerleşmemesi sonucu sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını etkilemediği düşünülmektedir.

Sağlığı Geliştirme Modeli'ne göre bireylerin yaşları arttıkça sağlığı geliştiren davranışlara sahip olma düzeyi de artmaktadır (Pender ve ark., 2002). Ergün ve Erol'un (2007) 13-22 yaşları arasında olan lise öğrencileri ile yaptığı çalışmada manevi gelişim ve stres yönetimi alt boyutları istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ve iki boyutta da 19-22 yaş grubunun puan ortalaması daha yüksek bulunmuştur. Karamanoğlu ve Özer'in (2008) 17-25 yaşları arasında olan lise öğrencileri ile yaptığı çalışmada fiziksel aktivite ve beslenme alt boyutları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ve bu farkı yaratan grubun 25 yaş ve üzeri öğrenciler olduğu bulunmuştur. Yıldırım ve Bekar'ın (2005) yaptığı çalışmada yaşı 25 ve üstü olan grubun sağlık sorumluluğu, beslenme ve fiziksel aktivite puan ortalamaları yaşı 17-20 ve 21-24 olan gruba göre yüksek bulunmuştur. Yalçinkaya ve arkadaşlarının (2007) sağlık çalışanları ile yaptıkları çalışmada 40 yaş ve üzeri grubun beslenme sağlığı geliştirme davranışını daha yüksek düzeyde uyguladıkları saptanmıştır. Araştırma bulgularına göre yaş arttıkça sağlık davranışları olumlu yönde değişmektedir.

Lise öğrencilerinin cinsiyetine göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği ve alt boyutları puan ortalamaları incelendiğinde (Tablo 9) erkeklerin fiziksel aktivite boyutunun, kadınların ise kişilerarası ilişkiler boyutunun yüksek ve istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ( $p<0.05$ ).

Yapılan çalışmalarda da bizim sonucumuza benzer olarak erkeklerin fiziksel aktivite puan ortalamaları kadınlara göre daha yüksek bulunmuştur (Yıldırım ve Bekar, 2005; Ak ve ark., 2006; Karakoç ve Güler, 2006; Koçoğlu ve Akın, 2006; Ergün ve Erol, 2007; Akgül ve Güler, 2008; Karamanoğlu ve Özer, 2008; Kaya ve ark., 2008). Bu sonuca göre, erkek öğrencilerin fiziksel aktiviteye daha yatkın olmaları ve daha rahat hareket edebilmeleri, kız öğrencilerin ise kültürel sebeplerle daha sınırlı hareket etmeleri, erkek adolesanların fiziksel aktivite boyutundan daha yüksek puan almalarına neden olmuş olabilir.

Yurt dışında öğrenciler üzerinde yapılan çalışmalarda erkek öğrencilerin kız öğrencilere göre daha fazla egzersiz yapma davranışı gösterdikleri belirtilmiştir (Staib ve ark., 2006; Sanchez ve ark., 2007). Dünya yetişkin nüfusunun üçte ikisinin yeterli fiziksel aktivite yapmadıkları ve fiziksel hareketsizliğin kadınlarda daha fazla olduğu bilinmektedir. Amerikan Ulusal Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezi'nin 2008 verilerine göre günde en az 60 dakika fiziksel aktivite yapan adolesanların oranı kızlarda % 25.6, erkeklerde %43.7'dir. Fiziksel aktivitenin adolesan dönemden sonra azalması, yüksek tansiyon, kanser, kalp-damar hastalıklarının, depresyon ve stres riskinin artmasında birincil faktörler arasındadır (Dowdell ve Santucci, 2004; CDC, 2008).

Karadeniz ve arkadaşları (2008) öğrencilerle yaptıkları çalışmalarda kız öğrencilerin kişilerarası ilişkiler puanının erkek öğrencilere göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Bu çalışmalar bizim sonucumuzu desteklemektedir.

Aile, toplum sağlığının geliştirilip ve korunmasında gerekli olan toplumsal bilincin bireylere kazandırılmasında en temel ve en önemli kurumlardan biridir. Clark ve William gibi ailesel grubun kuramcıları, aileyi birey ve toplum arasında bir aracı gibi görürler; aile toplumsal yaşamın gerilimlerinden kaçmak için bir sığınak gibi dikkate alınır. Birey, ailenin bir bütününe iç içe geçmiş parçasıdır (Sayın, 1990).

Lise öğrencilerinin aile tipi değerlendirildiğinde; çekirdek aile yapısına sahip olan grubun, kişiler arası ilişkiler, stres yönetimi, manevi gelişim alt boyutları ve genel ölçek puan ortalamaları, geniş ve parçalanmış aileye sahip olan gruba göre daha yüksek puan aldıkları ve istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ( $p<0.05$ ) (Tablo 10).

Sosyo-kültürel alanlarda ki hızlı değişim aile yapısını etkilemektedir. Bu değişim süresince geniş ailede, aile büyüklerinin alışageldikleri davranışları devam ettirmek istemeleri, adolesanların ise bu duruma uymayan düşünce ve hareketlilik içinde yer almaları aile içinde çatışmaya neden olabilmektedir. Parçalanmış ailede ise anne veya babanın yükledikleri sorumluluğun artması adolesanlara gerektiği kadar zaman ayırmalarına engel olmaktadır. Bu nedenlerle geniş veya parçalanmış aileye sahip olan adolesanlarda, çekirdek

aileye sahip olan adolesanlara göre sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının düşük çıkması beklenen bir sonuçtur.

Lise öğrencilerinin anne ve baba eğitim durumuna bakıldığında, annesi yüksekokul/üniversite mezunu olan adolesan grubun kişilerarası ilişkiler ve manevi gelişim alt boyutları (Tablo 11), babası yüksekokul/üniversite mezunu olan adolesan grubun ise manevi gelişim alt boyutu (Tablo 13). diğer gruplara göre yüksek ve istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ( $p<0.05$ ).

Ege ve arkadaşlarının (2003) sağlık personeli, Tosun ve Karadeniz'in (2008) askerler ile yaptıkları çalışmalar, bizim çalışmamıza benzer olarak eğitim durumu yükseldikçe sağlıklı yaşam biçimi davranışları puanı yükseldiği saptanmıştır. Ünal ve Orgun'un (2006) çalışmasında sağlığı geliştirme için yapılan eğitim programında eğitim düzeyi ile sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını uygulama arasında yüksek korelasyonlu ilişki saptanmıştır.

İlgili bir çok çalışmada eğitimin her alanda olduğu gibi sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını geliştirmede de pozitif yönde etki ettiği belirlenmiştir (Ayaz ve ark., 2005; Yıldırım ve Bekar, 2005; Koçoğlu ve Akın, 2006; Yalçınkaya ve ark., 2007). Adolesanların gelişiminde ve eğitiminde önemli rolleri olan anne ve babaların eğitim düzeyleri yükseldikçe sağlığı geliştirme davranışlarını daha fazla benimsedikleri, uyguladıkları görülmekte ve adolesanlar için rol modeli olan anne ve baba davranışlarının adolesanların davranışlarına yansımaları beklenen bir sonuç olarak düşünülmektedir.

Adolesanların anne çalışma durumları ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasındaki ilişkiyi gösteren bulgular incelendiğinde; annesi çalışıyor olan adolesanların kişilerarası ilişkiler ve ölçek toplam puanı yüksek bulunmuştur ( $p<0.05$ ) (Tablo 12). Çalışan annelerde sosyal çevrenin genişlemesiyle kişilerarası iletişimin daha iyi olacağı dolayısıyla annesini örnek alan adolesanında kişilerarası ilişkilerinin iyi yönde gelişeceği düşünülmektedir.

Lise öğrencilerinin babalarının çalışma durumları ile ölçeğin alt boyutları ve SYBD ölçeği puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamsız olduğu saptanmıştır ( $p>0.05$ ) (Tablo 14). Bu sonuç, baba çalışma durumunu çalışmıyor olarak belirten öğrenci grubunun, diğer gruptan az olmasına bağlanabilir.

Lise öğrencilerinin aile gelir durumları ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları puanları karşılaştırıldığında, geliri giderden fazla olarak tanımlayan grubun beslenme, fiziksel aktivite, manevi gelişim alt boyutları ve SYBD ölçeği puan ortalamalarının, geliri giderden düşük ve geliri gidere denk olarak tanımlayan gruplara göre daha yüksek ve istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ( $p<0.05$ ) (Tablo15).



Karakoç ve Akın'ın (2006) çalışmasında öğretmenlerin yarısına yakını, ekonomik nedenlerden dolayı sosyal aktivitelere katılmadıklarını ifade etmişlerdir. Yıldırım ve Bekar'ın (2005) çalışmasında da öğrencilerin aylık ortalama gelir yükseldikçe fiziksel aktivite genel ölçek puanının arttığı görülmektedir.

Uğur ve Avcı'nın (2009) çalışmasında geliri giderine eşit olanların, geliri giderinden az olanlara göre kişilerarası ilişkiler, beslenme ve SYBD ölçek puanlarının daha yüksek olduğu bulunmuştur. Yapılan çalışmalar bizim araştırma sonucumuzu destekler niteliktedir (Altun, 2002; Akman, 2003; Zaybak ve Fadiloğlu, 2004; Koçoğlu ve Akın, 2006; Beşer ve ark., 2007; Prinçci ve ark., 2008; Tosun ve Karadeniz, 2008).

Ünal ve Orgun'un (2006) çalışmasında da sağlığı geliştirme programlarındaki başarının sosyoekonomik durumu ile kuvvetli düzeyde ilişkili olduğu saptanmıştır. Yapılan çalışmalar ve bizim çalışmamıza göre gelir düzeyindeki artış ile bireylerin daha sağlıklı ve dengeli bir yaşam sürmesi, sunulan sağlık hizmetlerine daha kolay ulaşabilmesi, ortaya çıkan sağlık sorunlarıyla daha kolay baş edebilmesi nedeniyle sağlıklı yaşam biçimi davranışlarında artma beklenen bir sonuç olarak düşünülmektedir.

Lise öğrencilerinin çalışma durumuna göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği ve alt boyutları puan ortalamaları incelendiğinde (Tablo 16). çalışmayan adolesan grubunun, çalışan adolesan grubuna göre kişilerarası ilişkiler alt boyutunun yüksek olduğu ve elde edilen sonucun istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ( $p<0.05$ ). Çalışmayan lise öğrencilerinin, diğer arkadaşlarla sosyal etkileşimde bulunma gibi aktivitelere çalışan öğrencilere göre daha fazla zaman ayırmış olmalarının bu sonucu etkilediği söylenebilir.

Lise öğrencilerinin boş zaman değerlendirme etkinliklerine göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği ve alt boyutları puan ortalamaları incelendiğinde, boş zamanını spor yaparak geçiren öğrenci grubunun, sosyal ve kültürel etkinliklere katılan öğrenci grubuna göre fiziksel aktivite ve SYBD ölçek toplam puan ortalamaları yüksek ve istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $p<0.05$ ) (Tablo 17).

Yıldırım ve Bekar'ın (2005) çalışması sosyal aktiviteye katılma durumlarına göre incelendiğinde “evet” cevabı verenler, “hayır” cevabı verenlere göre alt boyutlardan olan manevi gelişim, sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, kişilerarası ilişkiler, stres yönetimi ve genel ölçek puan ortalaması yüksek bulunmuştur.

Yalçinkaya ve arkadaşlarının (2007) çalışmasında beslenme, sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, stres yönetimi ve manevi gelişim alt boyutları ile ölçek genel toplam puanını boş zamanlarını kitap okuyarak yada müzik dinleyerek değerlendirenlerin aldığı belirtilmiştir. Kişilerarası ilişkiler alt boyutunda ise en yüksek puanı boş zamanlarını spor yaparak ya da

gezerek değerlendirenlerin aldığı tespit edilmiştir. Yapılan alışmalar bizim sonucumuzu desteklemektedir. Sosyal, kültürel ve sportif etkinliklerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını pozitif yönde etkilemesi beklenen bir sonuçtur.

Öğrencilerin yararlandığı sosyal güvence durumlarına göre, SYBDÖ ve alt boyutlar toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ( $p>0.05$ ) (Tablo 18). Araştırma grubumuzdaki adolesanların sağlık hizmeti veren kaynaklardan nasıl yararlanacağını bilmemesi sonucu sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını etkilemediği düşünülmektedir.

Lise ğrencilerinin aile ilişkisine göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları leği ve alt boyutları puan ortalamaları incelendiğinde, aile ilişkisini “ok iyi” olarak değerlendiren ğrenci grubunda ölçek toplam puanı, kişilerarası ilişkiler, beslenme, sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, stres yönetimi ve manevi gelişim alt boyutları puan ortalamaları, aile ilişkisini “iyi” ve “kötü/çok kötü” olarak değerlendiren ğrenci gruba göre yüksek ve istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $p<0.05$ ) (Tablo 20).

Karamanoğlu ve zer’in (2008) alışmasında aile ilişkilerini “ok iyi” olarak değerlendiren grubun diğer gruplara göre sağlık sorumluluğu, kişilerarası ilişkiler, stres yönetimi alt boyutlarında ve ölçek toplam puanı yüksek bulunmuştur. Zaybak ve Fadiloğlu’nun (2000) alışmasında, aile içi ilişkilerini “iyi” olarak yorumlayanların sağlık sorumluluğu, beslenme, stres yönetimi puanları ve ölçek toplam puanı yüksek bulunmuştur. Yurt dışında yapılan bir çalışmada aile içi iletişimi ve arkadaş ilişkileri iyi olanların daha iyi beslendiği, güvenli seks yaptığı, sigara içmediği, alkol ve uyuşturucu kullanmadığđ, düzenli egzersiz yaptıkları belirtilmektedir (Carter ve ark., 2007). Bu alışmalar bizim sonucumuzu desteklemektedir.

Sağlığı geliştirme modeline göre olumlu aile ilişkileri sağlık davranışlarını olumlu yönde etkilemektedir (Ardıç ve Esin, 2008). Bu nedenle bu sonuçlar beklenen sonuçlar olarak yorumlanabilir.

Lise ğrencilerinin arkadaş ilişkisine göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları leği ve alt boyutları puan ortalamaları incelendiğinde, arkadaş ilişkisini “ok iyi” olarak değerlendiren ğrenci grubunda ölçek toplam puanı, kişilerarası ilişkiler, beslenme, sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, stres yönetimi, manevi gelişim alt boyutları puan ortalamaları aile ilişkisini “iyi” ve “kötü/çok kötü” olarak değerlendiren ğrenci gruba göre yüksek ve istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $p<0.05$ ) (Tablo 21).

Zaybak ve Fadiloğlu'nun (2000) çalışmasında arkadaş ilişkisi iyi olan grubun diğer gruplara göre sağlık sorumluluğu, kişilerarası ilişkiler, stres yönetimi puanları ve ölçek toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur.

Sağlığı geliştirme modeline göre kişilerarası ilişkiler; gençlerin ailesi, arkadaşları ve yakın çevresi ile olan iletişimini ve süreklilik düzeyini belirler. Gençlerin aile, arkadaş ve sağlık görevlileri ile olumlu bir etkileşim içinde olması, sağlık davranışı kazanma düzeyini yükseltmektedir (Ardıç ve Esin, 2008). Bu nedenle, adolesanların arkadaş, aile ilişkileri ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasında pozitif yönde bir ilişki olması beklenen bir sonuç olarak düşünülmüştür.

Çalışmamızda öğrencilerin akrabalarla görüşme sıklığını “haftada bir” olarak değerlendiren öğrenci grubunda beslenme, fiziksel aktivite alt boyutları puan ortalamaları diğer öğrenci gruplarına göre yüksek ve istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $p<0.05$ ) (Tablo 22). Diğer veri sonuçlarına göre lise öğrencilerinin büyük bir kısmının aile ve arkadaşlarla olan ilişkilerini “çok iyi” ve “iyi” olarak değerlendirmesi, akrabalarla olan düzenli etkileşimin olumlu yönde olduğunu düşündürmektedir. Bu nedenle, akrabalarıyla sık görüşen adolesanların sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının olumlu yönde olması beklenen bir sonuçtur.

Lise öğrencilerinin tedavi görme durumuna göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği ve alt boyutlar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ( $p>0.05$ ) (Tablo 23). Bu sonucun, tedavi gören öğrenciler için hastalığın henüz ciddi sorunlar teşkil etmemesinden kaynaklandığı düşünülüyor.

Yıldırım ve Bekar'ın (2005) çalışmasında hastalık varlığı ile sağlık davranışları arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Karakoç ve Akın'ın (2006) çalışmasında ise sağlık sorumluluğu puanı kronik hastalığı olanlarda, olamayanlara göre yüksek bulunmuştur. Sağlık inanç modeline göre hastalığın tehdit olarak algılanması sağlık davranışının kazandırılmasında etkili bir faktördür (Tabak, 2000).

Çalışmamızda üniversite hastanesine başvuran öğrenci grubunun diğer öğrenci gruplarına göre fiziksel aktivite ve beslenme alt boyutları puan ortalamaları yüksek ve istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $p<0.05$ ) (Tablo 19). Üniversite hastanesine başvuran öğrencilerin hastalıklarını ciddi sorun olarak algılamış olabilecekleri nedeniyle, beslenme ve fiziksel aktivite alt boyutlarını etkilediği düşünülmektedir.

Lise öğrencilerinin sağlıklarını algılama durumuna göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği ve alt boyutları puan ortalamaları incelendiğinde (Tablo 24). sağlık durumunu “çok iyi” olarak değerlendiren öğrencilerde ölçek toplam puanı, beslenme, fiziksel

aktivite, stres yönetimi, manevi gelişim alt boyutları puan ortalamaları, sağlık durumunu “iyi” ve “kötü/çok kötü” olarak değerlendiren gruba göre yüksek ve istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $p<0.05$ ).

Yıldırım ve Bekar’ın (2005) yaptığı çalışmada sağlık durumunu “çok iyi” olarak değerlendiren öğrencilerde ölçek toplam puanı, sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, beslenme, manevi gelişim, kişilerarası ilişkiler ve stres yönetimi puanları, Zaybak ve Fadiloğlu’nun (2000) yaptığı çalışmada ölçek toplam puanı, fiziksel aktivite, beslenme ve stres yönetimi puanları, Karakoç ve Akın’ın (2006) yaptığı çalışmada ölçek toplam puanı, manevi gelişim, fiziksel aktivite, beslenme, stres yönetimi puanları yüksek bulunmuştur. Kaya ve arkadaşlarının (2008) çalışmasında manevi gelişim, fiziksel aktivite, beslenme, kişilerarası ilişkiler ve stres yönetimi arasında anlamlı fark bulunmuştur. Yapılan çalışmalar bizim araştırma sonucumuzu desteklemektedir.

Ayaz ve arkadaşlarının (2005) yaptığı çalışmada bedensel sağlığın algılanması ile manevi gelişim, fiziksel aktivite, beslenme, stres yönetimi ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Ünal ve arkadaşlarının (2007) çalışmasında sağlık durumunu “mükemmel” olarak belirtenlerde diğer gruplara göre, manevi gelişim, fiziksel aktivite, beslenme, stres yönetimi, sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği puanı ortalamaları yüksek bulunmuştur.

Sağlığı geliştirme modeline göre, bireyin kendi değerler sisteminin sağlığa bakış açısı sağlık davranışlarının uygulanmasını olumlu ya da olumsuz yönde etkiler (Smith ve Maurer, 2000), aynı zamanda bireyin kendi sağlık davranışlarının nasıl algıladığının ve kontrol ettiğinin bilinmesi yeni bir davranış kazandırmada ve sürdürmede doğrudan etkilidir (Ardıç ve Esin, 2008). Kısaca kendini sağlıklı olarak algılayanların sağlığını koruyucu ve geliştirici davranışları daha fazla uyguladıkları söylenebilir.

Ergenlerde riskli sağlık davranışları sıklığı ile ilgili veriler incelendiğinde son yıllarda dünyada ve çeşitli ülkelerde gençler arasında yaygın sorun haline gelen sigara ve alkol kullanımının Türkiye’de de giderek arttığından söz edilmektedir. Türkiye’de ergenler arasında yapılan çeşitli çalışmalarda sigara içme yaygınlığı %4.1 ile %37.5 arasında değişmektedir (Puskar ve ark., 1999; Aras ve ark., 2007). Gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde yapılan farklı çalışmalarda ise lise öğrencilerinde sigara içme oranının %7-25 arasında olduğu, alkol içme oranının %4 ve üzerinde olduğu belirlenmiştir (Puskar ve ark., 1999; Andersen ve ark., 2003; Çamur ve ark., 2003; Mutlu ve ark., 2003).

Araştırma kapsamındaki lise öğrencilerinin %12.4’ünün sigara kullandıkları belirlenmiştir (Tablo 3). Bu sonuçta ve Türkiye’de adolesanlar üzerinde yapılan çeşitli

çalışmalar sigara kullanımının arttığını göstermektedir. Güler ve ark. (2009) çalışmasında lise öğrencilerinin %15.5'inin, Taşçı ve arkadaşlarının (2005) çalışmasında kız meslek lisesi öğrencilerin %31.4'ü, Aras ve arkadaşlarının (2007) çalışmasında lise öğrencilerinin %24,3'ünün sigara kullandığı belirlenmiştir. Adolesanın sigaranın getireceği sağlık sorunlarını yeterince algılayamamaları ve sigaraya başlanmasıyla birlikte sigaranın sağlık üzerindeki olumsuz etkilerini fark edememeleri nedeniyle adolesanlarda sigara kullanımının arttığı düşünülmektedir.

Karatay ve Kubilay'ın (2004) lise öğrencileri ile yaptığı çalışmada, sosyoekonomik düzeyi yüksek olan okulda okuyan öğrencilerin %8.7'sinin, sosyoekonomik düzeyi düşük olan okulda okuyan öğrencilerin ise %21'inin sigara kullandığı belirlenmiştir. Ögel ve arkadaşlarının (2001) on beş ilde yaptıkları çalışmada öğrencilerin %22'sinin her gün sigara içtikleri tespit edilmiştir.

Ergün ve Erol'un (2007) çalışmasında üniversite öğrencilerinin %11.3'ünün, Koçoğlu ve Akın'nın (2006) çalışmasında öğretmenlerinin %37.8'inin, Tosun ve Karadeniz'in (2008) çalışmasında askerlerin %57.9'unun, Yıldırım ve Bekar'ın (2005) çalışmasında üniversite öğrencilerinin %36.8'inin, Yalçinkaya ve arkadaşlarının (2007) çalışmasında sağlık personelinin %9.8'inin sigara kullandığı belirlenmiştir. Toplumun sağlık gereksinimlerini karşılamak için eğitim alan ve görev yapan sağlık personeli bilgi ve deneyimlerini kendi yaşantılarına aktırdıkları için diğer gruplara göre sigara kullanımının düşük çıktığı düşünülmektedir.

Lise öğrencilerinin sigara kullanma durumunun ölçeğin beslenme ve manevi gelişim boyutunu etkilediği, sigarayı hiç kullanmayan gurubun, kullanıp bırakan ve kullanan guruba göre daha yüksek olduğu ve elde edilen sonucun istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ( $p<0.05$ ) (Tablo 25).

Ergün ve Erol'un (2007) lise öğrencileriyle yaptığı çalışmasında manevi gelişim ve beslenme alt boyut puanı ile sigara içme durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur. Sigara içenlerin puan ortalaması, içmeyenlerden daha düşüktür. Bu çalışma sonucu bizim sonuçumuzla benzerlik göstermektedir. Sigaranın sağlık üzerindeki olumsuz etkilerinin özellikle beslenme ve manevi gelişim üzerinde olduğu söylenebilir. Ayrıca sigara kullanmayanların daha sağlıklı beslendiğini, beslenme kaynaklı sorunlara bu grupta daha az rastlandığını ve gelişme, yaşam için çalışma, iyilik durumuna yönelik gücünün daha fazla olduğunu göstermektedir.

Tosun ve Karadeniz'in (2008) askerler ile yaptığı çalışmada SYBD toplam puan ortalaması, beslenme, sağlık sorumluluğu alt boyut puan ortalaması, Yıldırım ve Bekar'ın

(2005) üniversite öğrencileri ile yaptığı çalışmada beslenme, kişilerarası ilişkiler alt boyut puan ortalaması, Koçoğlu ve Akın'ın (2006) yaptığı çalışmada sağlık sorumluluğu, beslenme puan ortalaması ve SYBD toplam puan ortalaması, sigara kullanmayan grupta kullanan gruba göre yüksek bulunmuştur. Yapılan bu çalışmalar bizim çalışma sonucumuzu desteklemektedir. Yalçinkaya ve arkadaşlarının (2007) sağlık personeli ile yaptığı çalışmada sigara içmeyen sağlık çalışanlarının sağlıklı yaşam davranışı biçimlerinin daha iyi olduğu gözlenmiştir.

Riskli sağlık davranışlarından biri olan sigaraya başlamayı önlemek veya bırakılmasını sağlamak sağlık açısından oldukça önemlidir. Çünkü dünyada her sekiz saniyede bir kişi sigaraya bağlı olarak gelişen hastalıklardan yaşamını kaybetmektedir (Karnath, 2002; Schultz, 2003). Sigara, tüm dünyada insan sağlığını etkileyen ölümlere sebep olan ve en önemlisi de kullanılması en çok önlenemeyen halk sağlığı sorunu olarak bilinmektedir (Tosun ve Karadeniz, 2008). Yapılan araştırmalarda, sigara kullanımının beyin fonksiyonlarını olumsuz yönde etkilediğini, koroner kalp hastalığı, serebrovasküler hastalıklar, KOAH ve başta akciğer kanseri olmak üzere pek çok organ kanserine neden olduğu belirtilmiştir (Fowler ve ark., 1999; Brayne, 2000; Fowler ve ark., 2000; Jinfu ve ark., 2000, Karlıkaya, 2005).

Alkol de tıpkı sigara gibi öncelikle beyine zarar vermekte, beyin dokusunda zedelenmeye ve beynin sinirsel tepkilerinin azalmasına ya da yok olmasına neden olmaktadır (Saletu-Zyhlarz ve ark., 2004; Tapert ve ark., 2004; Chen ve Harle, 2005; Gilchrist ve Morrison, 2005; Hodge ve ark., 2006; Olbrich ve ark., 2006).

Araştırma kapsamındaki lise öğrencilerinin %16.7'sinin alkol kullandıkları belirlenmiştir (Tablo 3). Güler ve arkadaşlarının (2009) çalışmasında lise öğrencilerinin %4.4'ünün alkol kullandığı belirlenmiştir. On beş ayrı ilde lise ikinci sınıf öğrencileri arasında yapılan bir çalışmada öğrencilerin %9'u haftada en az bir kez alkol kullandığını belirtmiştir (Ögel ve ark. 2001). Lise öğrencileri arasında yapılan diğer bir çalışmada ise öğrencilerin %17,9'unun ayda bir kez, %9,9'unun haftada bir kez alkol aldıkları belirlenmiştir (Bozkurt ve ark., 2003).

Yıldırım ve Bekar'ın (2005) çalışmasında üniversite öğrencilerinin %12'sinin, Karakoç ve Akın'ın (2006) çalışmasında öğretmenlerin %5.8'inin, Yalçinkaya ve arkadaşlarının (2007) çalışmasında sağlık çalışanlarının %9.8'inin, Tosun ve Karadeniz'in (2008) çalışmasında askerlerin %16.6'sının alkol kullandığı belirlenmiştir.

Avrupa Alkol Madde Okul Projesi kapsamında İstanbul'da yapılan bir araştırmada öğrencilerin %56.2'sinin yaşamları boyunca en az bir kez alkollü içecek aldığı, son bir ay

içinde ise %23.5'inin alkol kullandığı saptanmıştır (Ögel ve ark., 2000). Araştırma sonuçları incelendiğinde yaş azaldıkça alkol kullanma oranının arttığı görülmektedir ve bu oldukça üzüntü verici bir sonuçtur. Bu orandaki artış nedeninin adolesan döneminde arkadaş grubunun davranışları yönlendirmede etkin olabileceği ve alkolün bağımlılık yapıcı özelliğinin olması düşünülmektedir.

Lise öğrencilerinin alkol kullanma durumunun ölçeğin kişilerarası ilişkiler boyutunu etkilediği, alkol almayan gurubun, kullanıp bırakan ve kullanan guruba göre daha yüksek olduğu ve elde edilen sonucun istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ( $p<0.05$ ) (Tablo 26).

Sağlıklı yaşam biçimi davranışları üzerinde yapılan çalışmalarda, Yıldırım ve Bekar'ın (2005) ve Tosun ve Karadeniz'in (2008) çalışmasında beslenme ve stres yönetimi alt boyutları ile genel ölçek puan ortalamaları alkol kullanmayanlarda kullananlara göre yüksek bulunmuştur.

Yalçinkaya ve arkadaşlarının (2007) çalışmasında beslenme alt boyut puan ortalamaları alkol kullanmayanlarda kullananlara göre yüksek bulunmuştur. Çalışma sonuçlarına göre alkol kullanımının sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını negatif yönde etkilemesi beklenen bir sonuçtur. Sağlıklı yaşam biçimi davranışının önemli bir parçası olan sigarsız ve alkolsüz bir yaşamın yaygınlaşması için sağlığı korumayı ve geliştirmeyi ilke edinmiş olan halk sağlığı hemşirelerinin yer aldığı programların geliştirilmesine gereksinim vardır (Ayaz ve ark., 2005).

Araştırmada vücut ağırlığına yönelik öz değerlendirme durumuna göre lise öğrencilerinin beslenme, sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, stres yönetimi, manevi gelişim alt boyutları puan ortalamaları ile SYBD ölçeği toplam puan ortalamalarının kendisini normal kiloda algılayan adolesanların, kendisini zayıf ve şişman olarak algılayan adolesanlara göre yüksek olduğu ve istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ( $p<0.05$ ) (Tablo 27).

Yıldırım ve Bekar'ın (2005) çalışmasında sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite ve beslenme alt boyut puan ortalamaları kendilerini normal kiloda hissedenlerde daha yüksek bulunmuştur. Bu sonuç çalışma sonucumuzu desteklemektedir. Kendilerini normal kiloda algılayan adolesanların diğer gruplara göre sağlık sorumluluğunu daha çok üstlendikleri, içsel kontrol düzeylerinin daha yüksek olduğu, manevi gelişimin yükselmesiyle stresle daha iyi baş edebildikleri, yeterli ve dengeli beslendikleri, fiziksel aktivitenin arttığı düşünülmektedir.

Lise öğrencilerinin BKİ'ne göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği ve alt boyutları puan ortalamaları incelendiğinde, BKİ normal olan adolesan grubunun, zayıf ve

şışman gruba göre ölçek toplam puanı, stres yönetimi, manevi gelişim alt boyutları puan ortalamaları yüksek ve istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $p<0.05$ ) (Tablo 28).

Karakoç ve Akın'ın (2006) çalışma sonucunda ölçek toplam puan ortalamasına göre uygun kiloda olanların toplam puanları şışman ve zayıflara göre daha yüksek bulunmuştur. Bu araştırma bizim sonucumuzla benzerlik göstermektedir.

Vücut yağ oranının aşırı oranlarda artması ile karakterize olan obezite hastalığı başta gelişmiş ülkeler olmak üzere dünyanın birçok ülkesinde gittikçe büyüyen önemli bir halk sağlığı problemidir (Atkinson, 2000; Lawrence, 2007). Literatürde vücut ağırlığı ile ilgili olarak zayıflık da önemli bir sorun olarak görülmekte ve adölesanlarda zayıflığın % 8.7-23 arasında sorun oluşturduğu bildirilmektedir (Yaycı ve ark., 1993; Geçkil, 2002).

Araştırma kapsamındaki lise öğrencilerinin %22'sinin zayıf, %6.9'unun fazla kilolu, %2.6'sının obez olduğu belirlenmiştir (Tablo 3). Adölesanlarda obezite oranının yabancı kaynaklarda daha yüksek (%20 ve üstü) olduğu görülmektedir (Bar, 2000; Oded, 2000; Dowda ve ark., 2001). Ülkemizde adölesanlarda obezite ile ilgili çalışmalarda %2 ile %23 arasında değişen oranlar bildirilerek obezitenin önemine dikkat çekilmiştir (Demirkol, 2000; Haznedaroğlu, 2000; Hassa, 2001; Sümer ve ar., 2001; Şanlıer ve Öğretim, 2001). Araştırma grubumuzun obezite oranının (%2.6) (Tablo 3) literatürdeki alt sınırla uyumlu olması olumlu bir sonuç olarak değerlendirilebilir.



## 6. SONUÇ VE ÖNERİLER

### 6.1. Sonuçlar

Samsun il merkezinde bulunan lise öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını değerlendirmek amacıyla yapılan bu çalışmada elde edilenlere göre;

- Lise öğrencilerinin %50.3'ü kız ve %49.7'si erkektir. Lise öğrencilerinin % 25.9'u 16 yaş grubunda, % 25.4'ü 17 yaş grubunda, % 24.6'sı 15 yaş grubunda olduğu belirlenmiştir (Tablo 2).
- Lise öğrencilerinin %68.5'inin BKİ'nin normal, %22.0'nin zayıf, %2.6'sının obez olduğu belirlenmiştir (Tablo 5).
- Lise öğrencilerinin %72.5'inin vücut ağırlığını normal, %16.7'sinin zayıf, %10.8'inin şişman olarak değerlendirdiği bulunmuştur (Tablo 5).
- Lise öğrencilerinin %81.0'nin sigara kullanmadığı, %12.4'ünün sigara kullandığı belirlenmiştir. Lise öğrencilerinin %78.8'inin alkol kullanmadığı, %16.7'sinin alkol kullandığı saptanmıştır (Tablo 3).
- Lise öğrencilerinin %63.5'inin sağlık durumlarını iyi, %27.8'inin çok iyi, %8.7'sinin kötü ve çok kötü olarak değerlendirdikleri belirlenmiştir (Tablo 6).
- Lise öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği puan ortalamaları orta düzeyde olup, lise öğrencileri ölçek alt boyutundan en fazla puanı manevi gelişimden, en düşük puanı ise fiziksel aktiviteden almıştır (Tablo 7).
- Lise öğrencilerinin yaş dağılımına göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği ve alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ( $p>0.05$ ) (Tablo 8).
- Lise öğrencilerinin cinsiyetinin kişilerarası ilişkileri etkilediği, kız öğrencilerin kişilerarası ilişkilerinin erkek öğrencilere göre daha yüksek puan aldıkları saptanmıştır ( $p<0.05$ ) (Tablo 9).
- Lise öğrencilerinin cinsiyetinin fiziksel aktiviteyi etkilediği, erkek öğrencilerin fiziksel aktivitelerinin kız öğrencilere göre daha yüksek puan aldıkları saptanmıştır ( $p<0.05$ ) (Tablo 9).
- Lise öğrencilerinin aile tipinin, kişilerarası ilişkileri, stres yönetimini ve manevi gelişimi etkilediği, çekirdek aileye sahip olan lise öğrencilerinin diğer gruplara göre daha yüksek puan aldıkları saptanmıştır ( $p<0.05$ ) (Tablo 10).

- Lise öğrencilerinin anne eğitiminin, kişilerarası ilişkileri ve manevi gelişimi etkilediği, annesi yüksekokul/üniversite mezunu olan lise öğrencilerinin diğer gruplara göre bu boyutlardan daha yüksek puan aldıkları saptanmıştır ( $p<0.001$ ) (Tablo 11).
- Lise öğrencilerinin anne çalışma durumlarının kişilerarası ilişkileri etkilediği, annesi çalışan lise öğrencilerinin kişilerarası ilişkilerinin, annesi çalışmayan lise öğrencilerine göre daha yüksek puan aldıkları saptanmıştır ( $p<0.05$ ) (Tablo 12).
- Lise öğrencilerinin baba eğitiminin manevi gelişimi etkilediği, babası yüksekokul/üniversite mezunu olan lise öğrencilerinin diğer gruplara göre bu boyutlardan daha yüksek puan aldıkları saptanmıştır ( $p<0.05$ ) (Tablo 13).
- Lise öğrencilerinin baba çalışma durumunun Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarını etkilemediği bulunmuştur ( $p>0.05$ ) (Tablo 14).
- Lise öğrencilerinin aile gelir durumunun beslenme, fiziksel aktivite, manevi gelişim ve SYBD ölçeği toplam puanını etkilediği, geliri giderinden fazla olan lise öğrencilerinin diğer gruplara göre bu boyutlardan daha yüksek puan aldıkları saptanmıştır ( $p<0.05$ ) (Tablo 15).
- Lise öğrencilerinin çalışma durumlarının kişilerarası ilişkileri etkilediği, çalışmayan lise öğrencilerinin çalışanlara göre daha yüksek puan aldıkları saptanmıştır ( $p<0.05$ ) (Tablo 16).
- Boş zamanını sportif etkinliklerle geçiren lise öğrencilerinin, boş zamanını sosyal ve kültürel etkinliklerle geçirenlere göre bu boyutlardan daha yüksek puan aldıkları saptanmıştır ( $p<0.05$ ) (Tablo 17).
- Lise öğrencilerinin sosyal güvence durumlarının Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarını etkilemediği bulunmuştur ( $p>0.05$ ) (Tablo 18).
- Lise öğrencilerinin sağlık sorunu olduğu zaman başvurdukları sağlık kurumunun, beslenme ve fiziksel aktiviteyi etkilediği, üniversite hastanesine başvuran lise öğrencilerinin diğer gruplara göre bu boyutlardan daha yüksek puan aldıkları saptanmıştır ( $p<0.05$ ) (Tablo 19).
- Lise öğrencilerinin aile ilişkilerinin SYBD ölçeği alt boyutları ve toplam puanını etkilediği, aile ilişkisini “çok iyi” olarak değerlendiren lise öğrencilerinin diğer gruplara göre bu boyutlardan daha yüksek puan aldıkları saptanmıştır ( $p<0.01$ ) (Tablo 20).
- Lise öğrencilerinin arkadaş ilişkilerinin SYBD ölçeği alt boyutları ve toplam puanını etkilediği, arkadaş ilişkisini “çok iyi” olarak değerlendiren lise öğrencilerinin diğer

gruplara göre bu boyutlardan daha yüksek puan aldıkları saptanmıştır ( $p<0.05$ ) (Tablo 21).

- Lise öğrencilerinin akrabalarla görüşme durumunun beslenme ve fiziksel aktiviteyi etkilediği, akrabalarıyla haftada bir görüşen lise öğrencilerinin diğer gruplara göre bu boyutlardan daha yüksek puan aldıkları saptanmıştır ( $p<0.05$ ) (Tablo 22).
- Lise öğrencilerinin her hangi bir tıbbi tedavi alıp almama durumunun Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları puanını etkilemediği bulunmuştur ( $p>0.05$ ) (Tablo 23).
- Lise öğrencilerinin sağlıklarını algılama durumlarının beslenme, fiziksel aktivite, stres yönetimi, manevi gelişim ve SYBD ölçeği toplam puanını etkilediği, sağlığını “çok iyi” olarak algılayan lise öğrencilerinin diğer gruplara göre bu boyutlardan daha yüksek puan aldıkları saptanmıştır ( $p<0.05$ ) (Tablo 24).
- Lise öğrencilerinin sigara kullanma durumlarının beslenme ve manevi gelişimi etkilediği, sigarayı hiç kullanmayan lise öğrencilerinin diğer gruplara göre bu boyutlardan daha yüksek puan aldıkları saptanmıştır ( $p<0.05$ ) (Tablo 25).
- Lise öğrencilerinin alkol kullanma durumlarının kişilerarası ilişkileri etkilediği, alkolu hiç kullanmayan lise öğrencilerinin diğer gruplara göre yüksek puan aldıkları saptanmıştır ( $p<0.05$ ) (Tablo 26).
- Lise öğrencilerinden vücut ağırlığına yönelik öz değerlendirme durumlarının beslenme, sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, stres yönetimi, manevi gelişim ve SYBD ölçeği toplam puanını etkilediği, kendilerini normal kiloda değerlendiren lise öğrencilerinin diğer gruplara göre yüksek puan aldıkları saptanmıştır ( $p<0.05$ ) (Tablo 27).
- Lise öğrencilerinin BKİ'nin manevi gelişimi etkilediği, BKİ zayıf çıkan öğrencilerinin diğer gruplara göre yüksek puan aldıkları saptanmıştır ( $p<0.05$ ) (Tablo 28).
- Lise öğrencilerinin BKİ'nin stres yönetimi ve SYBD ölçeği toplam puanını etkilediği, BKİ normal çıkan öğrencilerinin diğer gruplara göre yüksek puan aldıkları saptanmıştır ( $p<0.05$ ) (Tablo 28).

## 6.2. Öneriler

### **Araştırmadan elde edilen bulgular doğrultusunda şunlar önerilebilir;**

- Sağlıklı yaşam biçimi davranışlarında kilit rol oynayan halk sağlığı hemşireleri tarafından lise öğrencilerinin sağlığını koruyan ve geliştiren sağlık eğitim programları oluşturulması, bu araştırma sonucunda düşük puan ortalamasına sahip olan sağlık sorumluluğu ve fiziksel aktivite davranışları öncelikli olmak üzere sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını içeren programların hazırlanması,
- Sosyo-demografik değişkenlerden cinsiyet, aile tipi, anne ve baba eğitimi, gelir durumu, aile ve arkadaş ilişkisi, sağlık algısı, BKİ gibi değişkenlerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını etkilediği bulunmuştur. Halk sağlığı hemşirelerinin sağlık eğitim programlarını oluştururken bu faktörleri göz önüne alması,
- Lise öğrencilerinin kendi sağlıkları konusunda sorumluluk alması yönünde eğitilmesi,
- Lise öğrencileri için, fiziksel aktivite programlarının yaygınlaştırılması, öğrencilerin daha kolay yararlanacağı bir konuma getirilmesi ve fiziksel aktivite yararının algılanması için eğitim çalışmaları yapılması,
- Halk sağlığı hemşirelerinin lise öğrencilerini buldukları adolesan dönemi itibariyle bedenin normal gelişimi hakkında bilgilendirmesi ve bu dönemde oluşabilecek beslenme sorunlarından korunabilmeleri için beslenmenin öneminin anlatılması, yeterli ve dengeli beslenme konusunda eğitim verilmesi,
- Halk sağlığı hemşirelerinin ilk önce lise öğrencilerinin buldukları adolesan dönemine özgü strese neden olan etmenleri belirlemesi ve daha sonra öğrencilere stresle başa çıkma yollarını öğretmesi,
- Sigara, alkol ve madde kötüye kullanımının sağlığa zararlı etkileri, eğitim programları içinde işlenmesi, eğitici seminerler düzenlenmesi ve okul içindeki iletişim araçları (panolar, dergiler vs.) vasıtasıyla bilgilendirmelerin yapılması,
- Aile, okul personeli ve öğretmenlerin, öğrencilere sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının kazandırılmasında etkileri büyük olduğundan sağlık eğitimi ve danışmanlık hizmetleri aile, okul personeli ve öğretmenlere de verilmesi, özellikle halk sağlığı hemşirelerinin eğitici ve danışmanlık rolleri bu gruptaki bireylerin sağlığı geliştirici davranışları öğrenmesinde ve olumsuz sağlık davranışlarının azaltılmasında etki etmektedir,

- Riskli davranışlar konusunda öğretmenlerin de bilgilendirilmesi,
- Velilerinin de farkındalıklarının artırılması,
- Verilen eğitimin davranış ve alışkanlık düzeyine dönüşüp dönüşmediğinin bilimsel çalışmalarla tespit edilip gerekli iyileştirmelerin yapılması,
- Sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının, sadece eğitim kurumlarında değil ülke çapında yaygınlaşmasını amaçlayan ve sosyal politikalarla desteklenen programlar düzenlenmesi,
- Sağlığı geliştirici davranışlar üzerinde etkili olan faktörlere yönelik daha geniş örnekleme kapsayan araştırmaların yapılması önerilmektedir.

## 7. KAYNAKÇA

Açıkgöz, K.Ü., (1996). Maslow'un Gereksinim Kuramı. Etkili Öğrenme ve Öğretme. Kanyılmaz Matbaası, İzmir. s.193-201.

Ahijevy, K., Bernhard, L., (1994). Health Promoting Behaviors of African Amerikan Women. *Nursing Research*, **43** (2), 86-89.

Ay, F.A., Ertem, Ü.T., Özcan, N.K., Güneş, B., Işık, R.D., Savran, S., (2008). Temel Hemşirelik. Medikal Yayıncılık. İstanbul. s.43-47.

Akdemir, N., Birol, L., (2005). İç Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı. Ankara. Sistem Ofiset. 3-20.

Akgül, N., Güler, G., (2008). Sivas İl Merkezi Birinci Basamak Sağlık Kurumlarında Çalışan Sağlık Personelinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Öz-Etkililik-Yeterlilik Düzeylerinin Belirlenmesi. Cumhuriyet Üniversitesi, Yüksek Lisans Tezi, Sivas.

Akın, M., (2000). Lise Öğrencilerinin Madde Kullanımının Zararlarına İlişkin Eğitim Gereksinimleri. *Bağımlılık Dergisi*, **1**, 14-7.

Akman, N.E., (2003). Huzurevinde Kalan Yaşlılarda Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Yaşam Doymu. Marmara Üniversitesi, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.

Aksayan, S., Gözüm, S., (1998). Olumlu Sağlık Davranışlarının Başlatılması ve Sürdürülmesinde Öz-Etkililik (Kendini Etkileme) Algısının Önemi. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, **2** (1), 35-42.

Aktan, C.C., Işık, K., (2009). 21. Yüzyılda Herkes İçin Sağlık: 21 Hedef. (<http://www.canaktan.org/ekonomi/saglik-degisim-caginda/pdf-aktan/herkes-icin.pdf>, Erişim tarihi: 04.12.09).

Alexander, C., Piazza, M., Mekos, D., Valente, T., (2001). Peers, Schools, and Adolescent Cigarette Smoking. *The Journal of Adolescent Health: Official Publication of the Society for Adolescent Medicine*, **29** (1), 22-30.

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

Alikaşifoğlu, M., (2005). Adoelsana Verilmesi Gereken Koruyucu Sağlık Hizmetleri. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Sempozyum Dizisi No: 43: 29-38, İstanbul.

Altay, B., (2006). Samsun 6 Nolu Sağlık Ocağı Bölgesindeki 15-49 Yaş Evli Kadınların Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları. *Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Dergisi*, **23** (1),1-8.

Altuğ, F.K., Erbahçeci, F., (2000). Çalışan Kadınların Fiziksel Uygunluk Düzeylerinin Karşılaştırılması. *Turkish J Occup Health and Safety*, **7**, 27-32.

Altun, İ., (2002). Kocaeli’de Yaşayan Halkın Sağlıkla İlgili Tutumlarına ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarına İlişkin Bir Çalışma. *Sağlık ve Toplum*, **12 (3)**, 41-51.

American Academy of Pediatrics (AAP). (2001). Sexuality Education For Children and Adolescents. *Pediatrics*, **108 (2)**, 498- 502.

American Heart Association, (2000). AHA Dietary Guidelines Revision 2000: A Statement for Healthcare Professionals From the Nutrition Committee Of the American Heart Association.

Andersen, A., Due, P., Holstein, B.E., Iversen, L., (2003). Tracking Drinking Behaviour From Age 15-19 Years. *Addiction*, **98**, 1505-11.

Ardıç, A., Esin, M.N., (2008). Adolesanların Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları. İstanbul Üniversitesi, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.

Andrew, S., (1998). Self-efficacyas A Predictor of Academic Performance İn Science. *Journal Adv. Nursing*, **27**, 596-603: 427-432.

Andrew, S., Vialle, W., (1998). Nursing Students Self-Efficacy, Self-Regulated Learning and Academic Performance in Science. Australian Association for Research in Education: Adelaide, **30**, 98319.

Aras, Ş., Orçın, E., Özcan, S., Şemin, S., (2004). Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Öğrencilerinin Cinsel Tutum ve Davranış Özellikleri. *DEÜ Tıp Fakültesi Dergisi*, **18 (1)**, 27-39.

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

Aras, Ş., Günay, Özcan, S., Orçın, E., (2007). İzmir İlinde Lise Öğrencilerinin Riskli Davranışları. *Anatolian Journal of Psychiatry*, **8**, 186-96.

Aslan, D., Gürtan, E., Hacım, A., Karaca, N., Şenol, E., Yıldırım, E., (2003). Ankara’da Eryaman Sağlık Ocağı Bölgesi’nde Bir Lisenin İkinci Sınıfında Okuyan Kız Öğrencilerin Beslenme Durumlarının ve Bazı Antropometrik Ölçümlerinin Değerlendirilmesi. *Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, **25 (2)**, 55-62.

Atkinson, R.L., (2000). A 33-Year-Old Woman With Morbid Obesity. *JAMA*, **283 (4)**, 3236-43.

Ayaz, S., Tezcan, S., Akıncı, F., (2005). Hemşirelik Yüksekokulu Öğrencilerinin Sağlığı Geliştirme Davranışları. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, **9 (2)**, 26-34.

Aydın, K.B., (2008). Stresle Başa Çıkma Stratejileri Ölçeğinin Geliştirilmesi, *Eurasian Journal of Educational Research*, **30**, 33-47.

Bahar, Z., Beşer, A., Gördes, N., Esin, F., Kısal, A., (2008). Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II'nin Geçerlilik ve Güvenilik Çalışması. *C.Ü. Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, **12** (1), 1-13.

Baker, D.C., (2003). Studies of Inner Life: The Impact of Spirituality on Quality of Life. *Quality of Life Research*, **12** (1), 51-57.

Baldacchino, D., Draper, P., (2001). Spiritual Coping Strategies: A Review of the Nursing Research Literature. *Journal of Advanced Nursing*, **34** (6), 833-841.

Ball, J.W., Bindler, R.C., (2006). Child Health Nursing Partnering With Children & Families. (Ed. Withn, J.H.D.). Co: Pearson Education, New Jersey.

Baltacı, G., Ersoy, G., Karaağaoğlu, N., Derman, O., Kanbur, N., (2008). Ergenlerde Sağlıklı beslenme ve Hareketli Yaşam, T.C. Sağlık Bakanlığı, Ankara, Sağlık Bakanlığı Yayın No: 730.

Bar, O., (2000). Juvenil Obesity Physical Activity and Lifesty Changes. *The Physician and Sportmedicine*, **28** (11), 51-58.

Başer, M., (2000). Adolesan Cinselliği ve Gebelik. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Dergisi*, **4** (1), 50-54.

Batlaş, Z., (2004). Sağlık ve Hastalık Kavramlarına Çağdaş Yaklaşım. *Sağlık Psikolojisi*. 2. Basım, Remzi Kitabevi, İstanbul.

Batlaş, A., Batlaş, Z., (2006). Stresle Başa Çıkma Yolları. Remzi Kitabevi. A.S. 23 Basım. İstanbul. 175-184.

Baysal, A., (1993). Gençliğin Beslenme Sorunları. *Aile ve Toplum Dergisi*, **3** (1).

Bebrman, R.M., Kliegman, M.R., Jenson, H.B., (2008). Ergenlik. Nelson Pediatri, (Çeviren. Akçay T) s:53-58.

Berberoğlu, M., (2008). Adolesanlarda Obezite. "İçinde" Ercan, O, Alikışıfoğlu, M. (Ed.) Adolesan Sağlığı II. İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Sempozyum Dizisi No: 63: 79-82, İstanbul.

Beşer, A., Bahar, Z., Büyükkaya, D., (2007). Health Promoting Behaviors and Factors Related to Lifestyle Among Turkish Workers and Occupational Health Nurses Responsibilities in their Health Promoting Avtivities. *Industiral Health*, **45**, 151-159.

Black, J.M., Matossorin, J.E., (1997). Medical Surgical Nursing, 5th Edition WB Sounder Company Phidelphia, Pensilvania. s.161-175.

Birinci Basamak Sağlık Çalışanlarına Yönelik Okul Sağlığı Pratik Rehber El Kitabı, (2007). T.C. Sağlık Bakanlığı, Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü. (Web:[http://www.hm.saglik.gov.tr/index.php?option=com\\_content&task=view&id=120&Itemid=25](http://www.hm.saglik.gov.tr/index.php?option=com_content&task=view&id=120&Itemid=25), Erişim tarihi: 28.01.2010).

Biröl, L., (2004). Hemşirelik Süreci, Şafak Yayınevi, Ankara.



Bornstein, M., Genevro, J., (1996). Child Development and Behavioral Pediatrics. Lawrens Associates, USA. s. 35-59.

Bottorff, J.L., Johnson, J.L., Ratner, P.A., Hayduk, L.A., (1996). The Effects Of Cognitive - Perceptual Factors On Health Promotion Behavior Maintenance. *Nursing Research*, **45 (1)**, 30-36.

Bozkurt, A.I., Bostancı, M., Catak. B., (2003). Cigarette Use in 6th, 7th, 8th Grade Students in Three Primary Schools in Denizli. 8. Public Health Congress Abstract Book, s.178.

Bray, R.M., Fairbank, J.A., Marsden, M.E., (1999). Stres and Substance Use Among Military Women and Men. *American Journal of Drug & Alcohol Abuse*. **25 (2)**, 239-56.

Brayne, C., (2000). Smoking and The Brain. *British Medical Journal*, **320**, 1087-1088.

Büyükgebiz, A., (2006). Adolesanlarda Fiziksel ve Cinsel Gelişim. *Turkiye Klinikleri J Peditr Sci*, **2 (7)**, 1-5.

Buller, D.B., Borland, R., Woodal, W.G., Hall, J.R., Burris-Woodall, J.R., (2003). Understanding Factors that Influence Smoking Uptake. *Tobacco Control*, **12 (4)**, 16-25.

Bülbül, S.H., (2004). Ergen Etiği. *Sürekli Tıp Eğitim Dergisi (STED)*, **13 (6)**, 206-210.

Call, K.T., Riedel, A.A., Hein, K., McLoyd, A., Petersen, A., Kipke, M., (2002). Adolescent Health and Well-Being in the Twenty-First Century: A Global Perspective. *Journal of Research on Adolescence*, **12 (1)**, 69-98.

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

Carter, M., McGee, R., Taylor, B., Williams, S., (2007). Health Outcomes in Adolescence: Associations With Family Friends and School Engagement. *Journal of Adolescence*, **30**, 51-62.

Centers for Disease Control and Prevention CDC, (2008). Physical Activity and Health of Young People. (Web: <http://www.cdc.gov/HealthyYouth/physicalactivity/pdf/facts.pdf>, Erişim tarihi: 26.09.09).

Centers for Disease Control and Prevention CDC, (2008 a). Nutrition and the Health of Young People. (Web: <http://www.cdc.gov/HealthyYouth/nutrition/pdf/facts.pdf>, Erişim tarihi: 26.09.09).

Centers for Disease Control and Prevention CDC, (2008). Healthy Youth! Coordinated School Health Programme. (Web: <http://www.cdc.gov/HealthyYouth/CSHP/>, Erişim tarihi: 25.01.2010).

Chen, M., (1999). The Effectiveness of Health Promotion Counseling to Family Caregivers. *Public Health Nursing*, **16 (2)**, 125-132.

Chen, W.A., Harle, L.K., (2005). Interactive Effect of Alcohol and Nicotine on Developing Cerebellum: an Investigation of The Temporal Pattern of Alcohol and Nicotine Administration. *Alcoholism: Clinical & Experimental Research*, **29** (3), 437-442.

Choi, Hui, W.H., (2002). The Health-Promoting Lifestyles of Undergraduate Nurses in Hong Kong. *Journal of Professional Nursing*, **18** (2), 101-111.

Choi, Y.J., Lee, K.J., (2007). Evidence-Based Nursing: Effects of a Structured Nursing Program for the Health Promotion of Korean Women With Hwa-Byung. *Archives of Psychiatric Nursing*, **21** (1), 12-16.

Clarke, C., Harrison, D., (2001). The Needs Of Children Visiting On Adult Intensive Care Units: A Review Of The Literature And Recommendations For Practice. *Journal Of Advanced Nursing*, **34** (1), 61-68.

Cok, F., Gray, L.A., Ersever, H., (2001). Turkish University Students' Sexual Behaviour, Knowledge, Attitudes and Perceptions of Risk Related to HIV/AIDS. *Culture, Health and Sexuality*, 81- 99.

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

Courneya, K.S., Friedenreich, C.M., Sela, R.A., Quinney, A., Rhodes, R.E., (2002). Correlates Of Adherence and Contamination in A Randomized Controlled Trial Of Exercise in Nancer Survivors: An Application of The Theory of Planned Behavior and The Five Factor Model of Personality. *Ann Behav Med*, **24**, 257-268.

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

Coyle, J., (2002). Spirituality and Health: Towards A Framework For Exploring The Relationship Between Sprituality and Health. *Journal of Advanced Nursing*, **37** (6), 589-597.

Çakır, B., Toprak, İ., Yüksel, B., ( 2002 ) Saha Personeli için Toplum Beslenme Programı Eğitim Materyali. Onur Matbaacılık Ofset Ltd. Sti., 3. Baskı, Ankara.

Çamur, D., Özcebe, H., Akdağ, D., (2003). Bir Lisenin Birinci Sınıf Öğrencilerinde Sigara, Alkol ve Bağımlılık Yapıcı Madde Kullanım Sıklığı. 8. Halk Sağlığı Günleri Bildiri Özetleri Kitabı, Sivas. s.176.

Çayboylu, İ., (2004). Ailede Çocuk Eğitimi, T.C. Başbakanlık Aile ve Sosyal Araştırmalar Genel Müdürlüğü, Ankara, s.103-135.

Çetinkaya, B., Altundağ, S., Azak, A., (2007). Spiritüel Bakım ve Hemşirelik. *Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, **8** (1), 47-50.

Davis, J.M., Brock, S.E., (2002). Suicide. Handbook Of In Crisis Counseling, Intervention, Prevention in the Schools, içinde J Sandoval (ed). (2nd Ed), Lawrence Erlbaum Associates Publishers, London; 273-301.

Demirezen, E., oşansu, G., (2005). Adölesan ağı Öğrencilerinde Beslenme Alışkanlıklarının Değerlendirilmesi. *Sürekli Tıp Eğitim Dergisi (STED)*, **14 (8)**, 174-178.

Demirkol, M., (2000). Adölesan ve Beslenme. 22. Pediatri Günleri ve 2. Pediatri Hemşireliği Günleri Program ve Özet Kitabı. İstanbul, 18-21 Haziran, s.101-104.

Derman, O., (2008). Ergenlerde Psikososyal Gelişim. "İçinde" Ercan, O, Alikasıfoğlu, M, (Ed.). Adölesan Sağlığı II. İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakóltesi Sürekli Tıp Eğitim Etkinlikleri Sempozyumu Dizisi No:63:19-21, İstanbul.

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

DSÖ, (2001). Gençler ve Alkol Hakkında Bildirge, Stockholm.

Dünya Sağlık Raporu, (1998). 21. yy'da Yaşam; Herkes İçin Bir Vizyon, T.C. Sağlık Bakanlığı, Ankara.

Dowda, M., Ainsworth, B.E., Addy, C.L., Saunders, R., Riner, W., (2001). Enviromental İnfluences Physical Activity and Weight Status in 8-10-16 Years Old. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, **155 (6)**, 711-719.

Eaton, D.K., Kann, L., Kinchen, S., Ross, J., Hawkins, J., Harris, W.A., Lowry R, McManus T, Chyen D, Shanklin S, Lim C, Grunbaum JA, Wechsler H, (2006). Youth Risk Behavior Surveillance-United States 2005. Center for Disease Control and Prevention (CDC) Surveillance Summaries MMWR, 55.

Edelman, C., Mandle, C.L., (2002). Health Promotion Throught The Lifespan. Mosby Company. Philadelphia.

Ege, E., Zincir, H., Güneş, G., Bilgin, N., (2003). Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde alışan Sağlık Personelinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Öz-Etkililik Yeterlik Düzeylerinin İncelenmesi. *Toplum ve Sosyal Hizmet*, **4 (2)**, 83-92.

Ekşi, A., (1990). Çocuk Genç Ana Babalar. Bilgi Yayınevi, Ankara.

Ercan, O., (2005). Adölesanın Psikososyal Gelişimi. "İçinde" Ercan, O., Alikasıfoğlu, M. Ercan, G., (Ed.) *Adölesan Sağlığı* . İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakóltesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Sempozyum Dizisi No: 43:17-21, İstanbul.

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

Ercan, O., (2008). Adölesanın Fiziksel Gelişimi. . "İçinde". Ercan, O., Alikasıfoğlu, M., (Ed.) *Adölesan Sağlığı*. İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakóltesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Sempozyumu Dizisi No: 63:13-18, İstanbul.

Ergül, Ş., Bayık, A., (2004). Hemşirelik ve Manevi Bakım. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, **8 (1)**, 37-45.

Ergün, A., Erol, S., (2007). Lise Öğrencilerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları. *Hemşirelik Formu*, s.46-51.

Erkan, T., (2008). Ergenlerde Beslenme. "İçinde" Ercan, O., Alikashiöglu, M., (Ed.) *Adolesan Sağlığı*. II. İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Sempozyum Dizisi No:63: 73-79, İstanbul.

Endler, N.S., Parker, J.D.A., (1990). Multidimensional Assessment of Coping: A Critical Evulation. *Journal of Personality and Social Psychology*, **58 (5)**, 844-854.

Esin, M.N., (1997). Endüstriyel Alanda Çalışan İşçilerin Sağlık Davranışlarının Saptanması ve Geliştirilmesi. İstanbul Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı, Doktora Tezi, İstanbul.

European Health Report, 2002.

European Health Report, (2005). Public Health Action for Healthier Children and Populations. World Health Organization, Denmark.

Eveleth, P.B., Taner, J.M., (1990). World Wide Variation in Human Growth, 2nd ed. Cambridge University Pres.

Fitzpatrick, M., (2004). Adolescent Risk: Psychosocial Determinant of Substance Use among Youth. *Journal of Adolescence*, **39**, 653-667.

Fowler, S.F., Wang, G.J., Volkow, D., Franceschi, D., Logan, J., Pappas, N., Shea, C., MacGregor, R.R., Garza, V., (1999). Smoking A Single Cigarette Does Not Produce A Measurabla Reduction in Brain MAOB in Non-Smokers. *Nicotine & Tobacco Research*, **1**, 325-329.

Fowler, S.F., Wang, G.J., Volkow, D., Franceschi, D., Logan, J., Pappas, N., Shea, C., MacGregor, R.R., Garza, V., (2000). Maintenance of Brain Monoamine Oxidase B İnhibition in Smokers After Overnight Cigarette Abstinence. *The American Journal of Psychiatry*, **157 (11)**, 1864-1866.

Gaining Health, (2006). The European Strategy for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases. Regional Committee for Europe, Fifty-sixth Session, Copenhagen, 11-14 September.

Galloway, R.D., (2003). Health Promotion: Causes, Beliefs and Measurements. *Cilincial Medicine & Research*, **1 (3)**, 249-258.

Geçkil, E., (2002). Malatya İlindeki Adölesanların Sağlık Davranışlarının ve Sorunlarının Tanımlanması, Beslenme ve Stresle Başetme Eğitiminin Sağlığı Geliştirmeye Etkisi. İstanbul Üniversitesi, Sağlık Bililimleri Enstitüsü, Yayınlanmamış Doktora Tezi, İstanbul.

Geçkil, E., Yıldız, S., (2006). Adölesanlara Yönelik Beslenme ve Stresle Başetme Eğitiminin Sağlığı Geliştirmeye Etkisi, *C.Ü. Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, **10 (2)**, 19-28.

George, J.B., (1990). Nursing Theories, The Bas efor Professional Nursing Practice, Third Edition, s.92-240.

Gilchrist, G., Morrison, D.S., (2005). Prevalence of Alcohol Related Brain Damage Among Homeless Hostel Dwellers in Glasgow. *European Journal of Public Health*, **15 (6)**, 587-588.

Global health promotion scaling up for 2015 - A Brief Review of Major Impacts and Developments Over the Past 20 Years and Challenges for 2015, WHO Secretariat Background Document for the 6th Global Conference on Health Promotion in Bangkok, Thailand 7-11 August 2005. (Web:[http://www.who.int/healthpromotion/conferences/6gchp/hpr\\_conference\\_background.pdf](http://www.who.int/healthpromotion/conferences/6gchp/hpr_conference_background.pdf) Erişim tarihi: 28.01.2010).

Gochman, D.S., (1997). Handbook of Health Behavior Research: Relevance for Professional and Issues For The Future. Plenum Pres, Springer. New York. s.531.

Gould, M.S., Kramer, A.R., (2001). Youth Suicide Prevention. *Suicide & Life Threatening Behavior*, **31**, 6-32.

Gordon, E., Golanty, E., Brown, K.M., (2002). Health and Wellness: Physical Activity for Health and Well- Being, Boston, *Jones and Barlett Publishers*, s.136-147.

Gökçay, G., Garipağaoğlu, M., (2002). Çocukluk ve Ergenlik Döneminde Beslenme. Safa Yayınları, İstanbul. s. 117-128.

Gökengin, D., Yamazhan, T., Özkaya, D., Aytuğ, S., Ertem, E., Arda, B., Serter, D., (2003). Sexual Knowledge, Attitudes, and Risk Behaviors of Students in Turkey. *Journal of School Health*, **73 (7)**, 258- 63.

Gökgöz, Ş., Koçoğlu, G., (2007). Adölesan Çağda Sigara ve Alkol İçme Davranışı. *Fırat Tıp Dergisi*, **12 (3)**, 214-218.

Gönül, G., Ergün, A., (2009). Bir İlaç Firmasında Koroner Kalp Hastalığı Risk Faktörleri ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları. Marmara Üniversitesi, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.

Griffin, V.K., (2000). Creating Health Behavior Change: How to Develop Community-Wide Programs for Youth. *Health Education and Behavior*, **27 (5)**, 664-666.

Griffith, H.W., (2002). Spor Sakatlıkları Rehberi. (Çev. S.Erdogan,). Birol Yayınevi, İstanbul.

Gullone, E., Moore, S., (2000). The Adolescent Risk-Taking Questionnaire: Development and Psychometric Evaluation. *Journal of Adolescent Research*, **15**, 231-250.

Gupta, N., Mahy, M., (2003). Sexual İnitiation Among Adolescent Women and Men: Trends and Differentials in Sub-Saharan Africa. *Arch Sex Behav*, **32**, 41- 53.

Güral, D.T., (2008). Madde Bağımlılığı Açısından Riskli Adölesanlar. "İçinde" Ercan, O., Alikaşifoğlu, M. (Ed.) *Adölesan Sağlığı*. II. İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitim Etkinlikleri Sempozyum Dizi No: 63-65-68, İstanbul.

Haggström-Nordin, E., Hanson, U., Tyden, T., (2002). Sex Behavior Among High School Students in Sweden: Improvement in Contraceptive Use Over Time. *Journal of Adolescence Health*, **30** (4), 288-95.

Hans, R.G.N., (1995). Health Promotion: A Concept Analysis. *Journal of Advanced Nursing*, **22**, 1158-1165.

Hastier, N., Quinque, K., Bonnel, A.S., Lemènar, P., Roux, L.P., (2006). Smoking And Adolescent, An İnquiry İnto Motivation And Knowledge of The Effects of Tobacco. *Rev Mal Respir*, **23** (3), 237- 241.

Hassa, H., (2001). Kilonun Üreme Sistemi Üzerine Etkisi. 2. *Uluslararası Adölesan ve Sorunları Kongresi Program ve Sunu Özetleri*. Kapadokya, 27-30 Eylül, s.118.

Hardrick, G., Lindsey, E., (1996). Health Promotion Nursing Practice: The Demise of Nursing Process. *Journal of Adv. Nursing*, **23**, 106-112.

Hayes, F.J., Crowley, W.F., (1998). Gonadotropin in Pulsations Across Developmet. *Horm Res*, **49**,163-68.

Haznedaroğlu, D., (2000). Adölesanlarla İlgili Çalışmalar. 22. *Pediyatri Günleri ve 2. Pediyatri Hemşireliği Günleri Program ve Özet Kitabı*. İstanbul, 18-21 Haziran. s. 97-100.

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

Hızel, S., Şanlı, C., Fidan, S., Açar, A., (2006). Kırıkkale Üniversitesi Öğrencilerinde Sağlık Riski Oluşturan Davranışlar. 50. *Milli Pediyatri Kongresi Sözel Bildirileri*, Antalya.

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

Hodge, C.W., Grant, K.A., Becker, H.C., Besheer, J., Crissman, A.M., Platt, D.M., Shannon, E.E., Shelton, K.L., (2006). Understanding How The Brain Perceives Alcohol: Neurobiological Basis of Ethanol Discrimination. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, **30** (2), 203-1522.

Jinfu, H., Yang, M., Anne-Marie, U., (2000). Parental Cigarette Smoking, Hard Liquor Consumption and The Risk of Childhooh Brain Tumors. *Acta Oncologica*, **39** (8), 979-984.

Kann, L., Kinchen, S.A., Williams, B.I., Ross, J., Lowry, R., Grunbaum, J.A., Kolbe, L.J., (1999). Youth Risk Behaviour Surveillance - United States. *MMWR*, **49**, 1-31.

Kant, A.K., (2004). Dietary Patterns and Health Outcomes. *J Am Diet Assoc*, **104** (4), 615-635.

Kaplan, H.I., Sadock, B.J., (2007). Kaplan and Sadock's Synopsis of Psychiatry. USA: Maryland, Williams and Wilkins.

Kara, B., Hatun, Ş., Aydoğan, M., Babaoğlu, K., Gökalp, A.S., (2003). Kocaeli İlindeki Lise Öğrencilerinde Sağlık Açısından Riskli Davranışların Değerlendirilmesi. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi*, **46**, 30-37.

Karabey, S., (2006). Gençlik ve Cinsellik, Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı Alanında Ulusal ve Yerel Medya Yoluyla Savunuculuk Projesi, T.C. Sağlık Bakanlığı.

Karakoç, A., Güler, G., (2006). Sınıf Öğretmenlerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Bu Davranışları Etkileyen Bazı Faktörlerin Belirlenmesi. Cumhuriyet Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Programı, Yüksek Lisans Tezi, Sivas.

Karadeniz, G., Uçum, Y.E., Dedeli, Ö., Karaağaç, Ö., (2008), Üniversite Öğrencilerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, **7(6)**, 497-502.

Karamanoğlu, A.Y., Özer, F.G., (2008). Öğrencilerin Sağlıklı Yaşam Davranışı Biçimleri. *Hemşirelik Formu*, **11 (1)**, 79-86.

Karatay, G., Kubilay, G., (2004). Sosyoekonomik Düzeyi Farklı İki Lisede Madde Kullanma Durumu ve Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi. *Hemşirelikte Araştırma ve Geliştirme Dergisi*, **6**: 57- 70.

Karlıkaya, C., (2005). Tutun ve Ortak Havayolu. *Solunum Dergisi*, **7 (1)**, 29-40.

Karnath, B., (2002). Smoking Cessation. *American Journal of Medicine*, **112 (5)**, 399-405.

Kavaklı, A., (1992). Çocukluk Yaşlarda Büyüme ve Gelişme. Hiala Matbaacılık Sanayi ve Tic. A.Ş., Eylül. İstanbul.

Kaya, F., Ünüvar, R., Bıçak, A., Yorgancı, E., Çınar, B., Öz, F., Kankaya, F.C., (2008), Öğretim Elemanlarının Sağlığı Geliştirme Davranışları ve Etkileyen Etmenlerin İncelenmesi, *TSK Koruyucu Hekim Bülteni*, **7(1)**, 59-64.

Kerr, M.J., Walker, S.N., Pender, N.J., Sechrist, K.R., (1990). A Spanish Llanguage Version of The Healthpromoting Lifestyle Profile. *Nursing Research*, **39 (5)**, 268-273.

Kliegman, M.R., Marcdante, K.J., Jenson, H.B., Behrman, R.E., (2008). Büyüme ve Gelişme. *Nelson Pediatrinin Temelleri*, (Çeviren: Ovalı, F., Altındış, M.). Nobel Tıp Kitabevleri. s:15-59.

Kısa, İ., Çınar, S., (2009). Graves Oftalmopati Hastalarda Verilen Eğitimin Semptomlara ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarına Etkisi. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, **2 (2)**, 60-69.

Koçoğlu, D., Akın, B., (2006). Konya Kent Merkezinde Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Yaşam Kalitesinde Sağlıkta Sosyoekonomik Eşitsizlikler. Selçuk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı, Halk Sağlığı Hemşireliği, Yüksek Lisans Tezi, Konya.

Kogan, M.D., Alexander, G.R., Kotelchuck, M., Nagey, D.A., (1994). Relation of the Content of Prenatal Care to the Risk of Low Birth Weight, Maternal Reports of Health Behavior Advice and Initial Prenatal Care Procedures. *JAMA*, **271**, 1340-5.

Kostak, M.A., (2007). Hemşirelik Bakımının Spiritüel Boyutu. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, **2 (6)**,105-114.

Kozier, B., Erb, G., Berman, A., Synder, S., (2004). Fundamentals of Nursing Concepts, Process, and Practice. (7. Baskı). USA. Prentice Hall. s.119-139.

Köksal, G., Özel, H.G., (2008). Çocukluk ve Ergenlik Döneminde Obezite. Hacettepe Üniversitesi-Sağlık Bilimleri Fakültesi Beslenme ve Diyetetik Bölümü. Sağlık Bakanlığı Yayın No: 729, Ankara.

Kulbok, P.A., Cox, C.L., (2002). Dimensions of Adolescent Health Behavior. *Journal of Adolescent Health*, **31**, 394-400.

Kurtuluş, H., Jean Piaget, Çocuk Ruhsağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı. (Web:<http://www.gata.edu.tr/dahilibilimler/cocukruh/piaget.htm>, Erişim tarihi: 10.01.2010).

Kuter, F.Ö., (2008). Spor Psikolojisi. (Web:[http://www.tbf.org.tr/tbfweb/tbfweb2.nsf/0/9853BD253590EB41C225744B0047F414/\\$FILE/2008SporPsikolojisi.pps](http://www.tbf.org.tr/tbfweb/tbfweb2.nsf/0/9853BD253590EB41C225744B0047F414/$FILE/2008SporPsikolojisi.pps), Erişim tarihi: 03.10.2009).

Kuzgun, M., (2000). Meslek Danışmanlığı. Nobel Yayın Dağıtım. Ankara. s.20-22.

Lawrence, O.G., (2007). Law As A Tool to Facilitate Healthier Life-Styles and Prevent Obesity. *JAMA*, **297 (1)**, 87-90.

Licence, K., (2004). Promoting and Protecting the Health of Children and Young People. *Child: Care, Health & Development*, **30 (6)**, 623-635.

Lukaski, H.C., (2003). Regional Bioelectrical Impedance Analysis: Application in Health and Medicine. *Acta Diabetol Suppl*, **40 (1)**, 196-199.

Lundy, K.S., Sharyn, J., (2001). Clients in Home Health, Hospice and Long-Term Care Settings: Community Health Nursing Caring for the Public's Health, Jones and Barlett Publishers, Boston Toronto London Singapore.

Lusk, S.L., Ronis, D.L., Kerr, M.J., Atwood, J.R., (1994). Test Of Health Promotion Model As A Causal Model Of Worker's Use Of Hearing Protection. *Nursing Research*, **43 (3)**, 151-157.

Magga, J.L., Frome, P.M., Eccles, J.S., Barber, B.L., (1997). Psychosocial Resources, Adolescent Risk Behaviour and Young Adult Adjustment: Is Risk Taking More Dangerous for Some Than Others?. *Journal of Adolescence*, **20**, 103-119.

Maurer, F., Smith, C., (2000). Community Health Nursing Theory and Practice, WB Saunders Company.



Matthews, D.A., (2000). Prayer and Spirituality. *Rheumatic Disease Clinics of North America*, **26** (1), 177-187.

Mitsushima, D., Hei, D.L., Terasawa, E., (1994). Gamma-Aminobutyric Acid is An Inhibitory Neurotransmitter Restricting The Release of Luteinizing Hormone Releasing Hormone Before The Onset of Puberty. *Proc Natl Acad Sci USA*, **91**, 395-99.

Moore, S., Gullone, E., Konsatnski, M., (1997). An Examination of Adolescent Risk Taking Using a Story Completion Task. *Journal of Adolescence*, **20**, 369-379.

Mutlu, N., Özçelik, N., Köksal, L., Polat, G., (2003). Kartal Meslek Eğitim Merkezinde Çalışan Çocukların Madde Bağımlılığı Konusundaki Bilgi Düzeyleri ve Madde Kullanım Oranlarının Araştırılması. *8. Halk Sağlığı Günleri Bildiri Özetleri Kitabı*. Sivas, s.170.

Nelson, J.C., Rosenfeld, B., Breitbart, W., Galiotta, M., (2002). Spirituality Religion and Depression in The Terminally Ill. *Psychosomatics*, **43** (3), 213-220.

Neyzi, O., Ertuğrul, T.Y., (2002). Ergenlik. *Pediatrici*. Nobel Tıp Kitapevleri, **1**, 109-119.

Nutbeam, D., (1997). Promoting Health and Preventing Disease: An International Perspective On Youth Health Promotion. *Journal Of Adolescent Health*, **20**, 396-402.

Ocakçı, A., (2009). Sağlıkın Korunma ve Geliştirilmesinde Hemşirelik Hizmetlerinin Rolü. (Web:<http://server.karaelmas.edu.tr/saglik/skg.htm>, Erişim tarihi: 21.09.2009).

Oded, B.O., (2000). Juvenil Obesity Physical Activity and Life Style Changes. The Physician and Sportsmedicine. *Nov*, **28** (11), 51-58.

Olbrich, H.M., Valerius, G., Paris, C., Hagenbuch, F., Ebert, D., Juengling, F.D., (2006). Brain Activation During Craving For Alcohol Measured By Positron Emission Tomography. *Australian and New Zealand Journal of Health Behavior*, **40**, 171-178.

Owens, L., (2006). The Relationship of Health Locus of Control, Self Efficacy, Health Literacy and Health Promoting Behaviors in Older Adults, Adissertation Presented Fort He Doctor of Philosophy Degree, The University of Memphis.

Ögel, K., Tamar, D., Evren, C., Çakmak, D., (2000). İstanbul'da Lise Gençleri Arasında Sigara Alkol ve Madde Kullanım Yaygınlığı. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, **3** (4), 185-191.

Ögel, K., Tamer, D., Evren, C., Çakmak, D., (2001). Lise Gençleri Arasında Sigara, Alkol ve Madde Kullanım Yaygınlığı. *Türk Psikiyatri Dergisi*, **12**, 47-52.

Ören, N., Gençdoğan, B., (2007). Lise Öğrencilerinin Depresyon Düzeylerinin Bazı Değişkenlere Göre İncelenmesi. *Kastamonu Eğitim Dergisi*, **15** (1), 85-92.

Özan S, Aras Ş, Şemin, S., Orçın E., (2004). Dokuz Eylül Üniversitesi Öğrencilerinin Cinsel Tutum ve Davranış Özellikleri. *DEÜ Tıp Fakültesi Dergisi*, **18** (1), 78- 87

Özcebe, H., Van Dam, (2005). Gençlere Yönelik Üreme Sağlığı Hizmetleri Katılımcı Kitabı. Ankara. s.19-32.

Özcebe, H., (2002). Birinci Basamak Adolesan Sorunlarına Yaklaşım. *Sürekli Tıp Eğitim Dergisi (STED)*, **11 (10)**, 374-377.

Özerkmen, N., (2004). Ergenlerde Sigara İçme Davranışını Etkileyen Faktörlerin Sosyolojik Analizi. *Sosyoloji Araştırmaları Dergisi*, **1**, 77-105.

Özgüven-Devrimci, H., Sayıl, I., (2003). Suicide Attempts in Turkey : Results of the WHO / EURO Multicentre Study of Suicidal Behavior. *Can J Psychiatry*, **48**, 324-329.

Özkan, S., Yılmaz, E., (2008). Hastanede Çalışan Hemşirelerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, **3(7)**, 89-105.

Parna, K., Rahu, K., Fischer, K., Mussalo-Rauhamaa, H., Zhuravleva, I., Umbleja, T., Rahu, M., (2003). Smoking and Associated Factors Among Adolescents in Tallinn, Helsinki and Moscow: a Multilevel Analysis. *Scand Journal of Public Health*, **31 (5)**, 350-8.

Parsons, J., Siegel, A., Cousins, J., (1997). Late Adolescent Risk- Taking. *Journal of Adolescence*, **20**, 381-392.

Pataki, C.S., (2007). Normal Ergenlik (Çeviri: H. Aydın, A. Bozkurt, Editörler). Kaplan & Sadock Comprehensive Textbook of Psychiatry. Güneş Kitabevi; **4 (8)**, 3035-43.

Patton, D.D., Haris, J.R., (2007). Ergenlik Gelişimi ve Tarama (Çeviri: MM. Mazıcıoğlu). Kut A, Tokalak İ, Eminsoy MG (Editörler). Current Aile Hekimliği Tanı ve Tedavide. Güneş Tıp Kitabevleri. Ankara. s.129-38.

Pender, N., Barkauskas, V., Hayman, L., (1992). Health Promotion and Disease Prevention Toward Exelence in Nursing Practice and Education. *Nursing Outlook*, **40 (3)**, 106-112.

Pender, N.J., Murdaugh, C.L., Parson, M.A., (2002). Health Promotion in Nursing Practice. Fourth Edition, New Jersey, s.13-209.

Piaget, J., (2007). Çocukta Dil Ve Düşünme (The Language And Thought Of The Child), (Çeviren: S, E, Siyavusgil). Palme Yayıncılık, Ankara.

Pirinçci, E., Rahman, S., Durmuş, A.B., Erdem, R., (2008). Factors Affecting Health Promoting Behaviour in Academic Staff. *Public Health*, **122**, 1261-1263.

Puskar, K.R., Tusoie-Mumfor, D.K., (1996). Sereika S. Health Concerns and Risk Behaviors of Rural Adolescents. *J Community Health Nurs*, **16**, 109-19.

Rankin, S.H., Stallings, K.D., London, F., (2004). Patient Education in Health and Illness. Lippincott Wiliams & Wilkins, 368p.

Rew, L., Wong, Y.J., (2006). A Systematic Review of Associations Among Religiosity/Spiritüelity and Adolescent Health Attitudes and Behaviors. *Journal of Adolescent Health*, **38**, 433-442.

Rice, V.H., (2000). Handbook of Stres, Coping and Health: İmplications For Nursing Research, Theory and Practice. SAGE Inc. s.590.

Rippe, J.M., Price, J.M., Hess, S.A. Kline, G., DeMers, K.A., Damitz, S., Kreidieh, I., Freedson, P., (1998). Improved Psychological Well-Being, Quality Of Life and Health Practices in Moderately Overweight Women Participating in A 12-Week Structured Weight Loss Program. *Obes Res*, **6**, 208-218.

Rodham, K., Brewer, H., Mistral, W., Stallard, P., (2006). Adolescent Perception of Risk and Challenge: A Qualitative Study. *Journal of Adolescent*, **29**, 261-272.

Ronis, D.L., Hong, O., Lusk, S.L., (2006). Comparison of the Original and Revised Structure of the Health Promotion Model in Predicting Construction Work's Use of Hearing Protection. *Research in Nursing & Health*, **29**, 3-17.

Rozmus, C.L., Evans, R., Wysochansky, M., Mixon, D., (2005). An Analysis of Health Promotion and Risk Behaviors of Freshman College Students in a Rural Southern Setting. *Journal of Pediatric Nursing*, **20 (1)**, 25-33.

Ruddy, M., (2007). Models and Theories of Nursing. Cardinal Stritch University Library, s.1-42.

Saletu-Zyhlarz, G.M., Arnold, O., Anderer, P., Oberndorfer, S., (2004). Differences in Brain Function Between Relapsing and Abstaining Alcohol-Dependent Patients, Evaluated by Eeg Mapping. *Alcohol & Alcoholism*, **39 (3)**, 233-240.

Sanchez, A., Norman, G.J., Sallis, J.F., Calfas, K.J., Cella, J., Patrick, K., (2007). Patterns and Correlates of Physical Activity and Nutrition Behaviors in Adolescents. *American Journal of Preventive Medicine*, **32 (2)**. 124-130.

Sarı, C., (2006). Lise Öğrencilerinde Riskli Sağlık Davranışları. Yüksek Lisans Tezi. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Halk Sağlığı Hemşireliği A.B.D., İstanbul

Satman, I., Yılmaz, T., Şengül, A., Salman, S., Salman, F., Uygur, S., Bastar, I., Tütüncü, Y., Sargin, M., Dinççağ, N., Karsıdağ, K., Kalaça, S., Özcan, C., King, H., (2002). Population-Based Study of Diabetes and Risk Characteristics in Turkey: Results of the Turkish Diabetes Epidemiology Study (TURDEP). *Diabetes Care*, **25 (9)**, 1551-1556.

Savaşer, S., (2000). Çocuğun Sağlığının Korunması ve Geliştirilmesinde Hemşirenin Rolü. *22. Pediatri Günleri ve 2. Pediatri Hemşireliği Günleri Program ve Özet Kitabı*. 18-21 Haziran. İstanbul. s.362-370.

Savaşer, S., (2003). Knowledge and Attitudes of High School Students About AIDS: A Turkish Perspective. *Public Health Nursing*, **20**, 71- 9.

Seçginli, S., Erdoğan, S., Esmâ, D., (2004). Okul Sağlığı Tarama Programı Bir Pilot Çalışma Örneği. *Sted*, **13 (12)**, 462-465.

Schultz, A.S.H., (2003). Nursing and Tobacco Reduction: A Review of The Literature. *International Journal of Nursing Studies*, **40 (6)**, 571-586.

Schwarzer, R., Fuchs, R., (1995). Self- Efficacy and Health Behaviours, To Appear in, Conner M, Norman P, Predicting Health Behaviour. Research and Practice With Social Cognition Models. Buckingham Open University Ppres.

Schank, M.J., (1999). Selfhealth Appraisal: Learning The Difficulties of Lifestyle Change. *Journal of Nursing Education*, **38 (1)**, 1012.

Sisk, R.J., (2000). Caregiver Burden and Health Promotion. *International Journal of Nursing Studies*, **37 (1)**, 37-43.

Smaltzer, S.C., Bare, B.G., (2004). Medical Surgical Nursing. USA. Lipincott Company. Fifth Edition. s.45-48.

Smith, E.P., Boyd, J., Frank, G.R., Takahashi, H., Cohen, R.M., Specker, B., Williams, T.C., Lubahn, D.B., Korach, K.S., (1994). Estrogen Resistance Caused by a Mutati on by the Estrogen-Receptor in a Man. *N Eng J Med*, **331**, 1056-61.

Spear, H.J., Kulbok, P.A., (2001). Adolescent Health Behaviors and Related Factors: A Review. *Public Health Nursing*, **18 (2)**, 82-93

Speck, R.N., (2002). Exercise and Physical Activity. *Holistic Nursing Practice*, **17 (1)**, 24-31.

Spellbring, M., (1991). Nursing Role in Health Promotion. *Nursing Clinic North Amerika*, **26 (4)**, 805-813.

Spradley, B.W., (1990). Neuman's Health Care Systems. *Community Helth Nursing Concepts and Praticce*. s8-13, 72-73.

Stanhope, M., Lancaster, J., (2000). Community Health Nursing, Process and Practice for Promoting Health. Mosby Year Book, USA, s.578-591.

Staib, S., Fusner, S., Consolo, K., (2006). How Healty Are Your Nursing Students. *Teaching and Learning in Nursing*, **1**, 55-60.

State of Arkansas, (2000). The Impact of Obesity: Economics, Health, Prevention & Treatment. Presented by Obesity Task force, 2000.

Story, M., Lytle, L.A., Birnbaum, A.S., Pery, C.L., (2002). Peer-led, School-Based Nutrition Education for Young Adolescent: Feasibility and Process Evaluation of the Teens Study. *The Journal of School Health*, **72 (3)**,121-127.

Susman, E.J., Rogol, A., (2004). Puberty and Psychological Development. In: Lerner RM, Steinberg L (Eds.). Handbook of Adolescent Psychology. 2th ed. John Wiley & Sons, Inc., Hoboken, New Jersey. s.15-44.

Sümer, H., Koçoğlu, G., Özdemir, L., Polat, H., (2001). Farklı Sosyo-Ekonomik Düzeydeki 11-14 Yaş Öğrencilerde Şişmanlık Prevalansı. *I. Ulusal Ana- Çocuk Sağlığı Kongresi*. **29 (31)**, 346.

Sztainer, D.N., Story, M., Toporoff, E., Himes, J.H., Resnick, M.D., Blum, R.W., (1997). Covariations of Eating Behaviors With Other Health Related Behaviors Among Adolescent. *Journal of Adolescent*, **20**, 450-458.

Swanson, M.J., Albrecht, M., (1993). Community Health Nursing: Promotion The Health Of Aggregates. WB. Saunders Co., USA.

Şanlıer, N., Öğretir, A.D., (2001). Ergenlerde Stresin Vücut Ağırlığı ve Yeme Tutumuna Etkisi. 2. Uluslararası Adölesan ve Sorunları Kongresi Program ve Sunu Özetleri. Kapadokya. 27-30 Eylül; s.184.

Şar, S., (2005). Edremit Körfez Bölgesindeki Eczane Eczacılarının Stresle Başa Çıkma Yöntemleri. *Ankara Ecz. Fak. Derg.*, **34(2)**: 107 – 118.

Şatiroğlu, H., (2008). Ergenlerde Cinsellik. “İçinde” Ercan,O., Alikasıfoğlu, M. (Ed.) *Adölesan Sağlığı II*. İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Sempozyum Dizisi No: 63:41-46, İstanbul.

Tabak, R.S., (2000). Sağlık, Sağlık Davranışı İle İlgili Modeller, Sağlık Eğitimi, Somgür Yayıncılık, Ankara. s.1-2,

Tapert, S.F., Caldwell, L., Burke, C.M.A., (2004). Alcohol and The Adolescent Brain. *Alcohol Research & Health*, **28 (4)**, 205-212.

Taşçı, E., Atan, Ş., Durmaz, N., Erkuş, H., Sevil, Ü., (2005). Kız Meslek Lisesi Öğrencilerinin Madde Kullanma Durumları. *Bağımlılık Dergisi*, 6: 122-128.

Taylor, E.J., (2003). Spiritual Needs of Patients With Cancer and Family Caregivers. *Cancer Nurs*, **26**, 260-6.

Tenore, J.L., Lipsky, M.S., (2001). Preventive Services for the Adolescent (13-20 years). *Pediatr Clin North Am*, **48**, 289-311.

Tokgöz, P., Ertem, M., Çelik, F., Gökçe, Ş., Saka, G., Hatunoğlu, R., (1995). Üniversite Öğrencilerinin Beslenme Alışkanlıklarının Saptanmasına İlişkin Bir Araştırma. *Beslenme ve Diyet Dergisi*, **24 (2)**, 229-238.

Toprak, İ., Şentürk, Ş., Yüksel, B., Özer, H., Çakır, B., Bideci, E., (2002). Saha Personeli İçin Toplum Beslenme Programı Eğitim Materyali. Onur Matbaacılık Ofset Ltd. Sti., 3. Baskı, Ankara.

Tongprateep, T., (2000). The Essential Elements of Spirituality Among Rural Thai Elders. *Journal of Advanced Nursing*, **31 (1)**, 197-203.

Tosun, B., Karadeniz, G., (2008). Gata Destek Kıtaları Komutanlığı'nda Vatani Görevini Yapmakta Olan Er-Erbaşların Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları. Celal Bayar Üniversitesi, Yüksek Lisans Tezi, Manisa.

Traisman, E.S., Judy, K., Staba, M.J., (2002). Ergenlik Öncesi ve Ergenlik Çağındaki Çocuğunuz. *Çocuk Sağlığı Rehberi*, ( Çeviren: Tunalı D). s.119-154.

Tseng, W., (2003). Clinician's Guide to Cultural Psychiatry. Academic Press, USA. s. 150-155.

Turan, T., Ceylan, S.S., Çetinkaya, B., Altundağ, S., (2009). Meslek Lisesi Öğrencilerinin Obezite Durumlarının ve Beslenme Alışkanlıklarının İncelenmesi. *TAF Prev Med Bull*, **8 (1)**, 5-12.

Tüzün, D.Ü., (2008). Gençlik Döneminde Depresyon ve İntihar. "İçinde" Ercan, O, Alikeşifoğlu, M.(Ed.). *Adolesan Sağlığı II*. İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitim Etkinlikleri Sempozyumu Dizisi No: 63:53-58, İstanbul.

Uğur, H.G., Avcı, İ.A., (2009). Kanser Tarama Merkezine Başvuran Kadınların Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Erken Tanı Bilgi ve Uygulamalarına Etkisi. Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Samsun.

Ünal, G., Orgun, F., (2006). Kanserden Korunmaya İlişkin Eğitim Programının Uygulanması ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının İncelenmesi. *İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, **13 (1)**, 31-35.

Velioğlu, P., (1999). Hemşirelikte Temel Kavram ve Kuramlar. Alas Ofset, İstanbul. s.78-91.

Velsor, F.B., (2001). Adolescent School Health. *Journal of Pediatric Nursing*, **16 (3)**, 194-196

Veronesi, F.M., Gueresi, P., (1994). Trend in Menarcheal Age and Socioeconomic Influence in Bologna (Northern Italy). *Ann Hum Biol*, **21**, 187-96.

Viner, R., Macfarlane, A., (2005). ABC of Adolescence Health Promotion. *British of Medical Journal*, **330**: 527-529.

Yalçınkaya, M., Özer, F.G., Karamanoğlu, A.Y., (2007). Sağlık Çalışanlarında Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Değerlendirilmesi. *Tsk Koruyucu Hekimlik Bülteni*, **6 (6)**, 409-420.

Yaycı, M., Çivi, S., Bediz, C.Ş., (1993). Gençlerde Beslenme Alışkanlıkları III. *Halk sağlığı Günleri Kongre Kitapçığı*. Kayseri, s.96.

Yetley, E.A., Park, Y.K., (1995). Diet and Heart Disease. *Health Claims*, **125**, 679-685.

Yıldırım, N., Bekar, M., (2005). Üniversite Öğrencilerinin Bazı Sosyo-Demografik Özelliklerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarına Etkisi. Cumhuriyet Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Programı, Yüksek Lisans Tezi, Sivas.

Yiğitbaş, Ç., Yetkin, Y., (2003). Sağlık Yüksekokulu Öğrencilerinin Özetkililik-Yeterlilik Düzeylerinin Değerlendirilmesi. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, **7 (1)**, 6-13.

Yörükoğlu, A., (2004).Gençlik Çağı Ruh Sağlığı ve Sorunlar. Özgür Yayınları, İstanbul. s.13-77.

Yurdakök, M., Turgay, C., (1995). Adölesanda Fiziksel Büyüme ve Cinsel Gelişme. *Pediatrici*. Ankara, s.3-21.

Zaybak, A., Fadiloğlu, Ç., (2004). Üniversite Öğrencilerinin Sağlığı Geliştirme Davranışı ve Bu Davranışı Etkileyen Etmenlerin Belirlenmesi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokul Dergisi*, **20** (1), 77-95.

Walker, S.N., Hill-Polrecky, D., (1996). Psychometric Evaluation of The Health Promoting Lifestyle Profile-II. Proceedings of the 1996 Scientific Session of the American Nurse Association's Council of Nurse Researchers. June 13-14, Washington (DC). s.110.

Wang, B.W.E., Ramey, D.R., Schettler, J.D., Hubert, H.B., Fries, J.B., (2002). Postponed Development of Disability in Elderly in Runners. *Arch Intern Med*, **162**, 2285-2294.

WHO, World Health Organization (2006) Chronic Diseases and Health Promotion: Preventing Chronic Disease a Vital Investment.

(Web:<http://www.who.int/chp/chronicdiseasereport/part11/en/index1.html>, Erişim tarihi: 28.09.2009)

WHO Avrupa Bölge Ofisi Dünya Sağlık Günü Broşürü, 4 Nisan 2002.

WHOEurope, (2004). Young People's Health in Context: Health Behaviour in Schoolaged Children (HBSC) Study: International Report From The 2001/2002 Survey.

(Web: <http://www.euro.who.int/Document/e82923.pdf>, Erişim tarihi: 25.11.2009).

Wolitski, R.J., Bailey, C.J., O'leary, A., Gomez, C.A., Parsons, J.T., (2003). Self-Perceived Responsibility of HIV-Seropositive Men Who Sex with Men for Preventing HIV Transmission. *AIDS and Behaviour*, **7** (4), 363-37.

World Health Organization (WHO), (1998), Obesity: Preventing and Managing the Global Epidemic. Report of A WHO Consultation on Obesity. Geneva, 3-5 June 1997. (Geneva: World Health Organisation, WHO/NUT/NCD/98:1.2

World Health Organization, (2006). Investing in Our Future a Framework for Accelerating Action for the Sexual and Reproductive Health of Young People.

\*World Health Organization, (2004). Who Tobacco Free Initiative. Building Blocks for Tobacco Control: A Handbook. Who Library Cataloguing in Publication. Data ISBN 92 4 1591872. (Web:[www.who.int/tobacco/resources/publications/general/HANDBOOK.pdf](http://www.who.int/tobacco/resources/publications/general/HANDBOOK.pdf), Erişim tarihi: 18.11.2009).

World Health Organization, (2006). Investing in Our Future a Framework for Accelerating Action for the Sexual and Reproductive Health of Young People.

World Health Organization, (2004). Who Tobacco Free Initiative. Building Blocks for Tobacco Control: A Handbook. Who Library Cataloguing in Publication. Data ISBN 92 4 1591872. (Web:[www.who.int/tobacco/resources/publications/general/HANDBOOK.pdf](http://www.who.int/tobacco/resources/publications/general/HANDBOOK.pdf), Erişimtarihi:18.11.2009).

## 8. EKLER

### Ek-1. ADÖLESANLARIN TANITICI ÖZELLİKLERİNİ DEĞERLENDİRME FORMU

Sevgili öğrenciler;

Size verilen bu form Yüksek Lisans tez çalışması için hazırlanmış bir anket formudur. Bu çalışmanın amacı; sağlığınıza ne kadar dikkat ettiğinizi, kendi kendinize bakma yeteneklerinizin ne ölçüde olduğunu ve sağlık durumunuz ile ilgili davranış, düşünce ve yaşam biçiminizi belirlemek amacıyla hazırlanmıştır. Vereceğiniz bilgiler doğrultusunda hazırlanacak sağlık eğitim programları daha sağlıklı bir yaşam sürmenize olanak sağlayacaktır.

Bu formdaki bilgiler sadece araştırma için kullanılacaktır ve verilen tüm cevaplar gizli tutulacaktır. Çalışma sonuçlarının sağlıklı olması için lütfen her bir soruyu dikkatle okuyunuz ve sizi en iyi tanımlayan bölümleri işaretleyiniz. Hiçbir soruyu boş bırakmamaya özen gösteriniz.

İlginiz ve yardımlarınız için teşekkür ederim.

Bahar KEFELİ

1- Okulunuzun ismi : .....

2- Yaşınız : .....

3- Cinsiyetiniz: a) Kız b) Erkek

4- Doğum yeriniz: a) Köy b) İlçe c) Şehir d) Yurtdışı

5- Ailenizin tipi: a) Çekirdek aile (anne-baba ve evlenmemiş çocuklardan oluşur)

b) Geniş aile (aile büyükleriyle beraber oturulan)

c) Parçalanmış aile (anne ve babanın ayrı yaşadığı aile tipi)

6- Kaç kardeşiniz: a) Yok b) Bir c) İki d) Üç ve üzeri

7-Annelerinizin eğitim durumu: a) Okur yazar değil d) Ortaokul Mezunu

b) Okur Yazar e) Lise Mezunu

c) İlkokul mezunu f) Yüksek okul veya Üniversite

8-Annelerinizin çalışma durumu : a) Çalışıyor b) Çalışmıyor

9-Babanızın eğitim durumu: a) Okur yazar değil d) Ortaokul Mezunu

b) Okur Yazar e) Lise Mezunu

c) İlkokul mezunu f) Yüksek okul veya Üniversite

10-Babanızın çalışma durumu : a) Çalışıyor b) Çalışmıyor

11-Ailenizin gelir durumu: a) Gelir giderden düşük

b) Gelir gidere denk

c) Gelir giderden fazla

12-Aldığınız aylık harçlık miktarı (yazınız) : .....

13-Okul dışında bir işte çalışıyor musunuz ? a) Evet b) Hayır



14-Boş zamanlarınızda ne yaparsınız ?

- a) Sosyal ve kültürel etkinlik (sinema\tiyatro vb. gitmek, müzik dinlemek, hobiler, eğlence )  
 b) Sportif etkinlik  
 c) Diğer (yazınız) .....

15-Ailenizin bir sosyal güvencesi var mı ? a) Yok d) Emekli sandığı  
 b) SSK e) Yeşil kart  
 c) Bağ-kur f) Özel sağlık sigortası

16-Sağlık sorunuz olduğu zaman öncelikle nereye başvurursunuz ?

- a) Sağlık Ocağı / Aile Sağlığı Merkezi d) Özel Hastane  
 b) Sigorta\Devlet Hastanesi e) Diğer (yazınız) .....  
 c) Üniversite Hastanesi

17-Ailenizle olan ilişkilerinizi nasıl yorumlarsınız ?

- a) Çok iyi b) İyi c) Kötü d) Çok kötü

18-Arkadaşlarınızla olan ilişkilerinizi nasıl yorumlarsınız ?

- a) Çok iyi b) İyi c) Kötü d) Çok kötü

19-Akrabalarınızla ne kadar sıklıkla birlikte oluyorsunuz ? a) Haftada bir kez

- b) Ayda bir kez  
 c) Büyük tatillerde  
 d) Diğer (yazınız) .....

20-Şuanda bir doktorun tedavisi altında mısınız ?

- a) Hayır b) Evet \ tedavi nedeniniz nedir (yazınız) .....

21-Şuandaki sağlığını nasıl yorumlarsınız ?

- a) Çok iyi b) İyi c) Kötü d) Çok kötü

22-Sigara kullanıyor musunuz? a) Evet kullanıyorum (günde ..... adet)

- b) Kullanıyordum, bıraktım.  
 c) Hiç kullanmadım

23-Alkol kullanıyor musunuz? a) Evet kullanıyorum (haftada ..... duple)

- b) Kullanıyordum, bıraktım.  
 c) Hiç kullanmadım

24-Boyunuz : .....

25-Kilonuz : .....

26-Kilonuzu göz önüne aldığınızda kendinizi nasıl tanımlarsınız?

- a) Zayıf b) Şişman c) Normal

## Ek-2. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II

Bu ankette şu anki yaşam tarzınız ve alışkanlıklarınız ile ilgili sorular yer almaktadır. Lütfen soruları doğru ve eksiksiz yanıtlayınız. Her alışkanlığınızın sıklığını uygun seçeneği (✓) ile işaretleyiniz. **İlginiz ve yardımlarınız için teşekkür ederim.**

		HİÇ BİRZAMAN	BAZEN	SIK SIK	DÜZENLİ OLARAK
1	Bana yakın olan kişilerle endişelerimi ve sorunlarımı tartışırım	0	0	0	0
2	Sıvı ve katı yağı, kolesterolü düşük bir diyeti tercih ederim	0	0	0	0
3	Doktora ya da bir sağlık görevlisine, vücudumdaki olağandışı belirti ve bulguları anlatırım	0	0	0	0
4	Düzenli bir egzersiz programı yaparım	0	0	0	0
5	Yeterince uyurum	0	0	0	0
6	Olumlu yönde değiştiğimi ve geliştiğimi hissederim	0	0	0	0
7	İnsanları başarıları için takdir ederim	0	0	0	0
8	Şekeri ve tatlıyı kısıtlarım	0	0	0	0
9	Televizyonda sağlığı geliştirici programları izler ve bu konularla ilgili kitapları okurum	0	0	0	0
10	Haftada en az üç kez 20 dakika ve/veya daha uzun süreli egzersiz yaparım (hızlı yürüyüş, bisiklete binme, aerobik, dans gibi)	0	0	0	0
11	Her gün rahatlamak için zaman ayırırım	0	0	0	0
12	Yaşamımın bir amacı olduğuna inanırım	0	0	0	0
13	İnsanlarla anlamlı ve doyumlu ilişkiler sürdürürüm	0	0	0	0
14	Her gün 6-11 öğün ekmek, tahıl, pirinç ve makarna yerim	0	0	0	0
15	Sağlık personeline önerilerini anlamak için soru sorarım	0	0	0	0
16	Hafif ve orta düzeyde egzersiz yaparım (Örneğin haftada 5 kez ya da daha fazla) yürürüm	0	0	0	0
17	Yaşamımda değiştiremeyeceğim şeyleri kabullenirim	0	0	0	0
18	Geleceğe umutla bakarım	0	0	0	0
19	Yakın arkadaşlarıma zaman ayırırım	0	0	0	0
20	Her gün 2-4 öğün meyve yerim	0	0	0	0
21	Her zaman gittiğim sağlık personelinin önerileri ile ilgili sorularım olduğunda başka bir sağlık personeline danışırım	0	0	0	0
22	Bos zamanlarımda yüzme, dans etme, bisiklete binme gibi eğlendirici fizik aktiviteler yaparım	0	0	0	0

23	Uyumadan önce güzel şeyler düşünürüm	0	0	0	0
24	Kendimle barışık ve kendimi yeterli hissederim	0	0	0	0
25	Başkalarına ilgi, sevgi ve yakınlık göstermek benim için kolaydır	0	0	0	0
26	Her gün 3-5 öğün sebze yerim	0	0	0	0
27	Sağlık sorunlarımı sağlık personeline danışırım	0	0	0	0
28	Haftada en az üç kere kas güçlendirme egzersizleri yaparım	0	0	0	0
29	Stresimi kontrol etmek için uygun yöntemleri kullanırım	0	0	0	0
30	Hayatımdaki uzun vadeli amaçlar için çalışırım	0	0	0	0
31	Sevdiğim kişilerle kucaklaşıyorum	0	0	0	0
32	Her gün 3-4 kez sut, yoğurt veya peynir yerim	0	0	0	0
33	Vücudumu fiziksel değişiklikler, tehlikeli bulgular bakımından ayda en az bir kez kontrol ederim	0	0	0	0
34	Günlük işler sırasında egzersiz yaparım (örneğin, yemeğe yürüyerek giderim, asansör yerine merdiven kullanırım, arabamı uzağa park ederim)	0	0	0	0
35	İş ve eğlence zamanımı dengelerim	0	0	0	0
36	Her gün yapacak değişik ve ilginç şeyler bulurum	0	0	0	0
37	Yakın dostlar edinmek için caba harcarım	0	0	0	0
38	Her gün et, tavuk, balık, kuru bakliyat, yumurta, çerez turu gıdalardan 3-4 porsiyon yerim	0	0	0	0
39	Kendime nasıl daha iyi bakabileceğim konusunda sağlık personeline danışırım	0	0	0	0
40	Egzersiz yaparken nabız ve kalp atışlarımı kontrol ederim	0	0	0	0
41	Günde 15-20 dakika gevşeyebilmek, rahatlayabilmek için uygulamalar yaparım	0	0	0	0
42	Yaşamımda benim için önemli olan şeylerin farkındayım	0	0	0	0
43	Benzer sorunu olan kişilerden destek alırım	0	0	0	0
44	Gıda paketlerinin üzerindeki besin, yağ ve sodyum içeriklerini belirleyen etiketleri okurum	0	0	0	0
45	Bireysel sağlık bakımı ile ilgili eğitim programlarına katılırım	0	0	0	0
46	Kalp atımım hızlanana kadar egzersiz yaparım	0	0	0	0
47	Yorulmaktan kendimi korurum	0	0	0	0
48	İlahi bir gücün varlığına inanırım	0	0	0	0
49	Konuşarak ve uzlaşarak çatışmaları çözerim	0	0	0	0
50	Kahvaltı yaparım	0	0	0	0
51	Gereksinim duyduğumda başkalarından danışmanlık ve rehberlik alırım	0	0	0	0
52	Yeni deneyimlere ve durumlara açığım	0	0	0	0

**Ek-3. Etik Kurul Onayı**

T.C.

**SAMSUN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU**

Sayı: 7

06/01/2010

**Sayın Yrd.DoçDr.Birsen ALTAY**

Etik kurulumuza sunmuş olduğunuz “**Samsun İl Merkezindeki Lise Öğrencilerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Değerlendirilmesi**” başlıklı *Samsun Klinik Araştırmalar Etik Kurul* 2009/109 Karar nolu **Arşiv** nitelikli araştırma projesinin, amaç, gerekçe, yaklaşım ve yöntemle ilgili açıklamaları, İKU ve Etik Kurul Standart İşleyiş Yöntemi Esaslarına göre incelenmiş; araştırmanın gerçekleştirilmesinde etik sakınca bulunmadığına, çalışma tamamlandıktan sonra sonucunun etik kurulumuza bildirilmesine 30.12.2009 tarihli etik kurulumuzda oy birliği ile karar verilmiştir.

Bilgilerinize arz/rica ederim.



Prof.Dr.Abdulkadir BEDİR

Samsun Klinik Araştırmalar  
Etik Kurul Başkanı

**Ek-4. Milli Eğitim Müdürlüğü Onayı**

T.C.  
SAMSUN VALİLİĞİ  
İl Milli Eğitim Müdürlüğü



Sayı : B.08.4.MEM.4.55.00.08/  
Konu : Tez Çalışması

VALİLİK MAKAMINA 08.12.2009\* 49667  
SAMSUN

- İlgi :** a) Milli Eğitim Bakanlığına Bağlı Okul ve Kurumlarda Yapılacak Araştırma ve Araştırma Desteğine Yönelik İzin ve Uygulama Yönergesi.  
b) Ondokuzmayıs Üniversitesi Rektörlüğünün 02.12.2009 tarih ve 107-09127 sayılı yazısı.

Ondokuzmayıs Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans Öğrencisi Bahar KEFELİ "Lise Öğrencilerinin Sağlık Yaşam Biçimi Davranışlarının Değerlendirilmesi" adlı tezini, İlimiz Atakum, Canik ve İlkadım, Tekkeköy İlçelerinde bulunan ortaöğretim okullarındaki öğrencilerde anket uygulayabilmesi ile ilgili ilgi (b) yazı ekinde gönderilen anket soruları Müdürlüğümüzde kurulan, "Araştırma ve Değerlendirme Komisyonu" tarafından 03.12.2009 tarihinde incelenmiş olup, uygun bulunmuştur.

Bahis konusu anketin; ilgi (a) yönerge hükümleri doğrultusunda okul müdürlerinin gözetim, denetim ve sorumluluğunda, Ondokuzmayıs Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans öğrencisi Bahar KEFELİ tarafından İlimiz, Atakum, Canik, İlkadım ve Tekkeköy ilçelerinde bulunan ortaöğretim okullarındaki öğrencilere uygulanabilmesi hususunu;

Olurlarınıza arz ederim.

Hülya ERTÜRK KOÇ  
İl Milli Eğitim Müdürü

OLUR

07./12/2009

Ramazan AKSOY

Vali a.

Vali Yardımcısı

EK : Yazı ( 1 Adet )



Adres: Atatürk Bulvarı Yeni Valilik  
Binası Kat:3/Samsun  
Faks : ( 362 ) 4319376-4324854  
Telefon : ( 362 ) 4358063-4358064  
E-posta : samsun.mem@meb.gov.tr.  
Internet Adresi: http://Samsun.meb.gov.tr



## 9. ÖZGEÇMİŞ

Bahar KEFELİ 1984 yılında Samsun'da doğdu. İlkokul, ortaokul ve lise eğitimini Samsun'da tamamladı. 2002 yılında Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Ebelik Bölümüne kaydoldu. 2006 yılında Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu'ndan mezun oldu. 2007 yılında Samsun Büyük Anadolu Hastanesinde çalışmaya başladı.2007-2008 öğretim yılında Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı'nda Yüksek Lisans Programı'na başladı. Halen adı geçen yerde eğitimine devam etmektedir.