



T.C.
HALIÇ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

LİSE ÖĞRENCİLERİNİN YAŞAM KALİTESİ VE RUHSAL
DURUMLARININ BELİRLENMESİ

TUBA AK
YÜKSEK LİSANS TEZİ

HEMŞİRELİK

DANIŞMAN

Yard.Doç.Dr. NESRİN İLHAN

İSTANBUL – 2014



T.C.
HALIÇ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

LİSE ÖĞRENCİLERİNİN YAŞAM KALİTESİ VE RUHSAL
DURUMLARININ BELİRLENMESİ

TUBA AK
YÜKSEK LİSANS TEZİ

HEMŞİRELİK

DANIŞMAN

Yard.Doç.Dr. NESRİN İLHAN

İSTANBUL – 2014

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

Hemşirelik programı Yüksek Lisans Öğrencisi Tuba AK tarafından hazırlanan "*Lise Öğrencilerinin Yaşam Kalitesi ve Ruhsal Durumlarının Belirlenmesi*" konulu çalışması jürimizce Yüksek Lisans tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi : 03.09.2014

(Jüri Üyesinin Ünvanı, Adı, Soyadı ve Kurumu):

İmzası

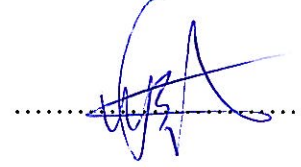
Jüri Üyesi : Yrd.Doç.Dr.Nesrin İLHAN
: Haliç Üniversitesi (Danışman)



Jüri Üyesi : Yrd.Doç.Dr.Ayşe YILDIZ
: Bilim Üniversitesi



Jüri Üyesi : Yrd.Doç.Dr.Makbule BATMAZ
: Haliç Üniversitesi



Bu tez Enstitü Yönetim Kurulunca belirlenen yukarıdaki jüri üyeleri tarafından uygun görülmüş ve Enstitü Yönetim Kurulunun kararıyla kabul edilmiştir.



Doç.Dr.Leman ŞENTURAN
Sağlık Bilimleri Ens. Müdür V.

I. TEŞEKKÜR

Tez çalışmamın planlanmasında, araştırılmasında, yürütülmesinde ve oluşumunda ilgi ve desteğini esirgemeyen, yönlendirme ve bilgilendirmeleriyle çalışmamı bilimsel temeller ışığında şekillendiren Sayın Tez Danışmanım Yard.Doç. Dr. Nesrin İLHAN'a;

Araştırmamın gerçekleştirilmesini sağlayan İstanbul İl Milli Eğitim Müdürlüğü'ne;

Araştırmamı gerçekleştirdiğim devlet lisesinin müdürüne, rehberlik hocasına ve araştırma sırasında anketlerime sabırla cevap veren öğrencilere;

Araştırmamda emeği geçen herkese, yaşamımın her döneminde olduğu gibi bu aşamada da sevgilerini, desteklerini ve dualarını esirgemeyen sevgili aileme, arkadaşlarıma, kardeşim Abdullah ÇATAL'a, Uzm. Dr. Fahir ŞENCAN'a;

Tezimi yazmamda her türlü konuda bana yardımcı olan, yol gösteren, bu zorlu süreçte her zaman yanımda olan, eksilen gücüme güç katan, hayatımın en anlamlı kişisi, sevgili eşim Ramazan AK'a çok teşekkür ederim...

Tuba AK

II. İÇİNDEKİLER

I. TEŞEKKÜR.....	I
II.İÇİNDEKİLER.....	II
III. KISALTMALAR.....	V
IV. TABLO LİSTESİ.....	VI
1. ÖZET.....	1
2. SUMMARY.....	2
3. GİRİŞ ve AMAÇ.....	3
4. GENEL BİLGİLER.....	6
4.1.Adölesan Dönem.....	6
4.1.1. Adölesanlarda Fiziksel Gelişim.....	7
4.1.2. Adölesanlarda Cinsel Gelişim.....	8
4.1.3. Adölesanlarda Psikososyal Gelişim.....	9
4.2. Adölesan Dönem Sağlık Sorunları.....	10
4.2.1. Beslenme Sorunları.....	11
4.2.2. Cinsel Davranış Ve Üreme Sağlığı Sorunları.....	13
4.2.3. Fiziksel Aktivite.....	14
4.2.4. Sigara, Alkol Ve Madde Kullanımı.....	15
4.2.5. Şiddet.....	16
4.2.6. Uyku Sorunları.....	17
4.3. Adölesanların Ruh Sağlığı Sorunları.....	17
4.3.1. Depresyon.....	19
4.3.2. İntihar.....	21
4.3.3. Anksiyete Bozuklukları.....	21
4.3.4. Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu.....	22
4.3.5. Karşıt Olma – Karşıt Gelme Bozukluğu.....	23
4.3.6. Davranım Bozukluğu.....	24

4.4. Yaşam Kalitesi	25
4.4.1. Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesi.....	26
4.4.2. Adölesanların Yaşam Kalitesinin Geliştirilmesi.....	28
4.5. Okul Sağlığı Geliştirme Programları.....	28
4.5.1. Okul Sağlığı Hemşiresinin Yaşam Kalitesinin ve Sağlığın Geliştirilmesinde Rollerini	31
5. GEREÇ ve YÖNTEM.....	33
5.1. Araştırmanın Amacı ve Tipi.....	33
5.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı.....	33
5.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi.....	33
5.4. Veri Toplama Araçları.....	33
5.4.1. Sosyo-demografik Bilgi Formu.....	33
5.4.2. Genel Sağlık Anketi-12 (GSA-12).....	34
5.4.3. Kiddo-KINDL Yaşam Kalitesi Ölçeği Ergen Formu.....	34
5.5. Araştırmanın Etik Yönü.....	35
5.6. Verilerin Değerlendirilmesi.....	36
5.7. Araştırmanın Sınırlılıkları.....	36
6. BULGULAR.....	37
6.1. Öğrencilerinin Sosyo-Demografik ve Sağlık Durumuna İlişkin Özellikleri.....	37
6.2. Öğrencilerin Demografik ve Sağlıkla ilgili Çeşitli Özelliklerine Göre GSA-12 Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	45
6.3. Öğrencilerin Demografik ve Sağlıkla ilgili Çeşitli Özelliklerine Göre Kiddo-KINDL Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	51
6.4. GSA-12 ile Kiddo-KINDL Ölçeği Arasındaki İlişki	71
7. TARTIŞMA.....	75
8. SONUÇ ve ÖNERİLER.....	86

9. KAYNAKLAR.....	90
10. EKLER.....	108
Ek 1: Sosyo-demografik Bilgi Formu.....	108
Ek 2: Genel Sağlık Anketi-12.....	112
Ek 3: Kiddo-KINDL Yaşam Kalitesi Ölçeği Ergen Formu.....	113
Ek 4: Kurum İzni.....	115
Ek 5: Etik Kurul Onayı.....	116
11. ÖZGEÇMİŞ.....	117

III. KISALTMALAR

WHO	Dünya Sağlık Örgütü
CYBH	Cinsel Yolla Bulaşan Hastalık
HBV	Hepatit B
HBC	Hepatit C
FQOL	Family Quality Of Life
ADNKS	Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi
NASN	National Association of Schol Nurses
ASHA	Amerikan Okul Sağlığı Birliği
GISAH	Alkol ve Sağlık Küresel Bilgi Sisteminin
DEHB	Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu
KOKGB	Karşıt Olma-Karşı Gelme Bozukluğu

IV. TABLO LİSTESİ

- Tablo 1:** Öğrencilerin Sosyo-Demografik Özelliklerinin Dağılımı
- Tablo 2:** Öğrencilerin Sağlık Durumuna İlişkin Özelliklerine Göre Dağılımı
- Tablo 3:** Öğrencilerin GSA-12 Puanları
- Tablo 4:** Öğrencilerin Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre GSA-12 Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması
- Tablo 5:** Öğrencilerin Sağlık Durumlarına İlişkin Özelliklerine Göre GSA-12 Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması
- Tablo 6:** Öğrencilerin Kiddo-KINDL Ölçeği Puan Ortalamaları
- Tablo 7:** Öğrencilerin Yaşına, Cinsiyetine ve Sınıfına Göre Kiddo-KINDL Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması
- Tablo 8:** Doğum Yerine, Aile Tipine ve Anne Eğitimine Göre Kiddo-KINDL Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması
- Tablo 9:** Baba Eğitimine, Anne ve Baba Mesleğine Göre Kiddo-KINDL Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması
- Tablo 10:** Kardeş Sayısına, Gelir Durumuna ve Beraber Yaşadığı Kişiye Göre Kiddo-KINDL Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması
- Tablo 11:** Aile ve Arkadaş İlişkilerine, Kişisel Sorunları Konuşmasına Göre Kiddo-KINDL Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması
- Tablo 12:** Okul Başarısı, Çalışma, Sosyal Aktivite Katılma, Bakım Gereksinimi Olan Yakına Göre Kiddo-KINDL Ölçeği Puan Ort. Karşılaştırılması
- Tablo 13:** Sağlık Güvencesine, Uyku Sorununa ve Kronik Hastalığa Göre Kiddo-KINDL Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması
- Tablo 14:** Öğrencilerin Sağlık Problemine, Sağlık Eğitim Programına Katılımına, Düzenli Fiziksel Aktivite Yapma Durumuna Göre Kiddo-KINDL Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması
- Tablo 15:** Öğrencilerin GSA-12 Puanlarına Göre Kiddo-KINDL Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması
- Tablo 16:** GSA-12 ile Kiddo-KINDL Ölçeği Alt Boyutları ve Toplam Puan Ortalamaları Arasındaki Korelasyon Değerleri
- Tablo 17:** Kiddo-KINDL Ölçeği Alt Boyutları ve Toplam Puanı Arasındaki İlişki

1. ÖZET

Araştırma, lise öğrencilerinin ruhsal durumlarını ve yaşam kalitelerini belirlemek amacıyla karşılaştırmalı tanımlayıcı ve ilişkisel bir araştırma olarak yapıldı. Araştırma İstanbul İl Milli Eğitim Müdürlüğü'ne bağlı bir lisede 2013- 2014 Eğitim Öğretim Yılı Güz döneminde yapıldı. Araştırmanın verileri; sosyo-demografik bilgi formu, Genel Sağlık Anketi 12(GSA-12) ve KiddoKindl Yaşam Kalitesi Ölçeği Ergen Formu kullanılarak toplandı. Verilerin değerlendirilmesinde; tanımlayıcı istatistikler (frekans, ortalama, standart sapma), Mann-Whitney U testi, Kruskal-Wallis testi Spearman's korelasyon analizi kullanıldı. Araştırmaya katılan öğrencilerin % 56,6'sı kız olup, yaş ortalaması $16,65 \pm 1,22$ 'dir. Öğrencilerin %56,2 ile yarısından fazlasının GSA-12 puanı 2 ve üzerindedir. GSA-12 ölçeği puan ortalaması ile yaş, cinsiyet, sınıf, doğum yeri, aile tipi, anne mesleği, aile gelir durumu, sağlık güvencesi, aile ve arkadaş ilişkileri, kişisel sorunlarını konuşma, okul başarı, okul dışı sosyal aktiviteye katılım, uyku sorunu, kronik hastalık durumu, son bir yıldaki sağlık problem yaşama ve fiziksel aktivite yapma durumu arasında anlamlı ilişki bulundu. Kiddo-KINDL ölçeği bedensel iyilik alt boyutu puan ortalaması $54,49 \pm 22,20$, duygusal iyilik alt boyutu puan ortalaması $59,98 \pm 21,24$, öz saygı alt boyutu puan ortalaması $52,77 \pm 25,13$, aile alt boyutu puan ortalaması $52,86 \pm 24,63$, arkadaş alt boyutu puan ortalaması $64,87 \pm 17,22$, okul alt boyutu puan ortalaması $55,46 \pm 19,23$, hastalık alt boyutu puan ortalaması $53,18 \pm 20,35$ ve toplam yaşam kalitesi puan ortalaması ise $56,74 \pm 14,57$ olarak bulundu. Kiddo-KINDL ölçeği puan ortalamaları ile yaş, cinsiyet, sınıf, aile tipi, anne eğitimi, kardeş sayısı, aile gelir durumu, sağlık güvencesi, aile ve arkadaş ilişkileri, kişisel sorunlarını konuşma, okul başarısı, çalışma durumu, okul dışı sosyal aktiviteye katılım, kronik hastalık durumu, uyku sorunu, son bir yıldaki sağlık problem ve fiziksel aktivite yapma durumu arasında anlamlı ilişki bulundu. GSA-12 puanı 2'nin altında olan öğrencilerin Kiddo-KINDL ölçeği puan ortalamaları, GSA-12 puanı 2'nin üzerinde olan öğrencilere göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulundu. GSA-12 puan ortalaması ile Kiddo-KINDL Ölçeği toplam yaşam kalitesi puan ortalamaları arasında negative yönde ve orta düzeyde bir ilişki olduğu görüldü.

Anahtar Kelimeler: Adölesan, ruh sağlığı, yaşam kalitesi, hemşirelik.

2. SUMMARY

Quality of Life and Psychological Assessment of High School Students

The study aims to assess quality of life and psychological states of high school students and is structured as a comparative descriptive correlational study. The study is done in a high school of Directorate of National Education in autumn semester of 2013-2014. The data was collected via socio-demographic data form, General Health Questionnaire (GHQ-12), and Kiddo-KINDL Quality of Life Survey. Statistical analysis was done via descriptive statistics, Mann-Whitney U Test, Kruskal-Wallis Test, and Spearman's Correlation analysis. %56,6 of the participants were females and their mean age was $16,65 \pm 1,22$. More than half of the participants %56,2 scored 2 or more on GHQ-12. Statistically significant difference was found between GHQ-12 scores and age, gender, class, place of birth, family type, mother occupation, family income, social security, family and friend relations, addressing personal matters, school grades, extracurricular activities. Kiddo-KINDL scale scores was as follows, the physical well being score $54,49 \pm 22,20$, emotional well being score $59,98 \pm 21,24$, self-esteem score $52,77 \pm 25,13$, family score $52,77 \pm 25,13$, friend score $64,87 \pm 17,22$, school score $55,46 \pm 19,23$, illness score $53,18 \pm 20,35$, overall quality of life score $6,74 \pm 14,57$. Statistically significant difference was found between Kiddo-KINDL scores and age, gender, class, family type, mother education, sibling number, family income, social security, family and friend relations, addressing personal matters, school grades, employment status, extracurricular activities, chronic disease status, sleep disturbances, last year's health problems and physical activity. Kiddo-KINDL scale means of those participants whose GHQ-12 scores with less than 2 was significantly higher than those with scores less than 2. Kiddo-KINDL overall quality of life scores and GHQ-12 scores were inversely proportional.

Key Words: Adolescents, psychological states, quality of life, nursery

3. GİRİŞ ve AMAÇ

Adölesan dönem, hızlı fiziksel büyüme, cinsel gelişme ve psikososyal olgunlaşmanın gerçekleştiği, çocukluktan erişkin yaşama geçiş dönemidir. Bu dönem, kişilerin özgürlük ve kendilerine yetebilme yeteneklerini geliştirdikleri ve toplumun bağımsız birer bireyi olma yolunda fiziksel, bilişsel ve psikolojik olarak geliştikleri bir dönemdir (Bülbül, 2004; Özcebe, 2002; Ercan, 2008; Parlaz ve ark., 2001).

Dünya Sağlık Örgütü (WHO) 10-19 yaş grubunu adölesan olarak kabul etmektedir. Bugün dünyada tahminen 1.2 milyar adölesan nüfus vardır ve her beş kişiden biri adölesan yaş grubunda yer almaktadır. (http://www.who.int/child_adolescent_health/topics/prevention_care/adolescent/en/index.html, Erişim tarihi: Temmuz 2014). Ülkemizde 2013 yılı Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi (ADNKS) Veri Tabanı sonuçlarına göre 10-19 yaş grubu arasındaki adölesanların nüfusu 12,849,887 olup, toplam nüfus içindeki payı %16,7'dir (http://rapor.tuik.gov.tr/reports/rwservlet?adnksdb2&ENVID=adnksdb2Env&report=wa_turkiye_yasgr.RDF&p_yil=2013&p_dil=1&desformat=html, Erişim tarihi: 8 Temmuz 2014).

Adölesan dönemde 3-5 yıl gibi çok kısa bir sürede çocukluktan çıkıp erişkin yaşama adım atan gençlerin iskelet sistemi, iç organları, salgı bezleri gibi vücudun tüm sistemlerinde hızlı bir büyüme olmaktadır (Sütölk ve ark., 2005). Çok hızlı değişiklik ve gelişmelerin yaşandığı bu dönemde, hızlı büyüme, cinsel dürtü artışı, benliğin henüz tam olgunlaşmamış ve toplumdaki yerin henüz kesinleşmemiş olması ve aileye bağımlılığın sürmesi gibi nedenlerle adölesanlar ruhsal sorunlara ve uyum bozukluklarına daha fazla açıktırlar. Ruhsal sorunlar gençlik döneminin önemli morbidite ve mortalite nedenleri arasındadır. Kişilik bozuklukları, konversiyon hastalıkları, şizofreni, depresyon ve intihar düşünceleri başlıca adölesan dönem ruhsal sorunları arasında yer almaktadır (Küçük ve Bayat, 2012). Ülkemizde lise öğrencileriyle yapılan bir çalışmada adölesanların % 60,2'sinin, lise son sınıf öğrencileriyle yapılan bir çalışmada ise % 69,4'ünün psikiyatrik rahatsızlık açısından risk altında olduğu saptanmıştır (Küçük ve Bayat, 2012; Çağan ve Pehlivan, 2012). Başka bir çalışmada ise lise öğrencilerinin % 17,5'inde depresyon olduğu saptanmıştır (Eskin ve ark., 2008).

Adölesanların riskleri olduğundan az görmeleri, riskli davranışlarını arttırmaktadır (Karadağ, 2008). Ülkemizde ve dünyada yapılan çalışmalar, adölesanların yeterli ve dengeli beslenmediklerini, yeterli düzeyde fiziksel aktivite yapmadıklarını, alkol, sigara ve madde kullandıklarını göstermektedir (Karadağ 2008; Ercan ve ark., 2011; Park et al. 2010; Özmen ve ark., 2007; Gümüş ve ark., 2011; Sarı, 2006; Demirezen&Coşansu 2005; Hidalgo et al. 2000). Adölesanlar bu dönemde, yaşam biçimine bağlı birçok sağlık sorunuyla karşılaşmakta ve bu sorunlar sonucunda yaşam kaliteleri de olumsuz yönde etkilenmektedir (Bülbül, 2004).

Yaşam kalitesi, belirli yaşam koşullarında bireysel tatmini etkileyen rahatsızlıkların bedensel, ruhsalve sosyal etkilerine günlük yaşamda verilen yanıt olarak tanımlanır ve kişiden kişiye değişen farklıdeğerleri kapsamaktadır. Fiziksel ve maddi iyilik hali, sosyal yaşama katılımı sağlayan aktivitelerde tatminkarlık, boş zaman aktiviteleri, psikolojik durum, fonksiyonel yetenek, emosyonel, manevi ve cinsiyet açısından iyi olma hali, aile ve arkadaşlarla ilişkilerde tatminkarlık, gelecek ile ilgili oryantasyon gibi yaşam kalitesi göstergeleri, kişinin karakterine, yaşamı algılayış biçimine, sosyo-kültürel alışkanlıklarına bağlı olarak değişim gösterir (Bulut, 2010; Eser ve ark., 2008).

Sağlıkla ilgili yaşam kalitesi, kişinin kendisini iyi hissetmesi ve sağlık durumuna genel bir çerçeveden bakış açısı ile ilgilidir. Sağlık ile ilgili yaşam kalitesi hastalığın olmaması yanında, kişinin fiziksel, sosyal ve psikolojik açıdan aktif olmasını, kendisini iyi hissetmesini ve yaşam memnuniyetini kapsar. Fonksiyonel kapasite kişinin gün boyu yaşamını sürdürebilmesi için gerekli olan kendine bakım, yemek yeme, giyinme, ev işleri, alışveriş yapma ve sosyal aktivitelerde kimseden yardım almadan bağımsız olabilme yeteneğini gösterir. Son yıllarda klinik ve sağlık ekonomisi çalışmalarında bir sonuç değişkeni olarak sağlıkla ilgili yaşam kalitesinin değerlendirmelerinin rolü ve anlamı giderek artmaktadır. Adölesanlarda sağlıkla ilgili yaşam kalitesinin incelenmesi, onların iyilik hali durumlarını ortaya çıkarmaya ve yaşam kalitesi açısından risk faktörü olabilecek durumları tanımlamaya yardımcı olur (Eser ve ark., 2008; Şenol ve ark., 2012).

Adölesanların ruhsal sorunlarını yetişkinliğe taşınması aile, sosyal ve okul yaşamlarını olumsuz yönde etkilemektedir (Bulut, 2010). Genel anlamda yaşam kaliteleri düşmektedir. Bu nedenle gençlerin ruhsal sağlıkları ve yaşam kaliteleri dikkatli bir şekilde değerlendirilmelidir. Adölesanların ruhsal durumlarını belirleyen araştırmalar ve yaşam kalitelerini belirleyen çalışmalar ayrı ayrı yapılmıştır ancak ruhsal durumlarının ve yaşam kalitesinin birlikte değerlendirildiği bir çalışmaya henüz rastlanmamıştır. Bu çalışma sağlıklı adölesanlarda ruhsal durumun ve yaşam kalitesinin birbirini nasıl etkilediğini belirlemek açısından önemli bir çalışmadır. Adölesanlara yönelik koruyucu ruh sağlığı çalışmalarının geliştirilmesi aşamasında araştırma sonuçlarının önemli katkı sağlanacağı düşünülmektedir. Bu bağlamda araştırma; lise öğrencilerinin ruhsal durumlarını ve yaşam kalitesini belirlemek amacıyla gerçekleştirildi.

4. GENEL BİLGİLER

4.1.Adölesan Dönem

Adölesan dönem, fiziksel büyüme, cinsel gelişme ve psikososyal olgunlaşmanın gerçekleştiği, çocukluktan erişkin hayata geçiş dönemidir. Puberte ile başlayan adölesan dönem, yaşam sürecinde en etkileyici biyolojik ve sosyal geçiş dönemlerinden biridir. İnsan gelişim dönemleri içinde toplumsal etkilerin birey için en fazla önem taşıdığı bu dönemde; nöroendokrin sistem ve hormon konsantrasyonlarında değişim, fiziksel büyüme ile üreme sisteminde farklılaşma gibi çok çeşitli değişiklikler meydana gelmektedir (Geçgil ve Yıldız, 2006; Tunç ve ark., 2008; Tekgül ve ark., 2012).

Dünya nüfusu altı milyarın üzerindedir ve beşte birini 10-19 yaş grubu adölesanlar oluşturmaktadır. Adölesan yaş grubunun nüfusu yaklaşık 1,2milyar olup, giderek de artmaktadır (Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı Eğitimi Modülü Katılımcı Rehberi, 2007). Ülkemizde 2013 yılı ADNKS Veri Tabanı sonuçlarına göre 10-19 yaş grubu arasındaki adölesanların nüfusu 12,849,887 olup, toplam nüfus içindeki payı %16,7'dir

(http://rapor.tuik.gov.tr/reports/rwservlet?adnksdb2&ENVID=adnksdb2Env&report=wa_turkiye_yasgr.RDF&p_yil=2013&p_dil=1&desformat=html),Erişim tarihi: 8 Temmuz 2014).

Adölesan dönem; toplumlara, dönemlere ve kişilere göre farklı özellikler gösterir. Puberte ile ilgili olaylar öngörülen bir sıraya göre oluşur ancak başlama zamanı ve seyri bireyler arasında oldukça değişkendir (Parlaz ve ark., 2001; Güler ve ark., 2009). Adölesanlığın başlama zamanı konusunda farklı görüşler söz konusudur (Eneç, 2007). Kızlar ortalama olarak erkeklerden iki yıl önce adölesan döneme girerler ve adölesan dönemi erkeklerden ortalama iki yıl önce sonlandırırlar (Parlaz ve ark., 2001). Adölesanlık başlangıç ve bitiş sürelerinin belirlenmesinde olduğu kadar normal ve anormalliğinin belirlenmesinde de güçlük çekilen bir dönemdir. Aile desteğini iyi alan gençler bu dönemi fazla karışıklık yaşamadan tamamlarlar (Tunç ve ark., 2008).

Dünya Sağlık Örgütü'nün tanımına göre, adölesanlar 10 ile 19 yaş grubunu içermekte, bu grup içinde de 10-13 yaş arası erken adölesan; 14-15 yaşları orta adölesan ve 16 ile 19 yaş arası da geç adölesan olarak adlandırılmaktadır. Bu gruplandırmaya ek olarak, 15-24 yaş grubu içinde bulunanlara genç denilmekte ve 10 ile 24 yaş grubu içindekilere de genç kişiler terimi kullanılmaktadır (Mclyntre, 2002; Parlaz ve ark., 2001).

Erken adölesan dönem (10-13 yaş); büyüme atağı ve cinsel olgunlaşmanın başlamasıyla karakterizedir ve bu dönemde soyut düşünme başlar (Mclyntre, 2002). Adölesanlar vücudunda olan hızlı fiziksel değişikliklere karşı şaşkınlık ve endişe duyguları yaşamaktadır ve bu değişikliklere ayak uyduramama durumunda çevresindeki kişilere karşı davranış ve tepkilerinde ani çıkışlar görülmektedir (Özcebe, 2002).

Orta adölesan dönem (14-15 yaş); adölesanlar bu dönemde, temel fiziksel değişiklikler tamamlanmış olup, güçlü bir kimlik duygusu geliştirir. Kendi akran grubu ile daha fazla ilişki kursa da, aileler önemini korumaya devam eder. Daha düşünceli olurlar (Mclyntre, 2002). Birçok pubertal değişim sonuçlanmıştır. Adölesan bedenini kabul etmiştir, bedenine daha fazla vakit ayırır ve çekici görünmeye çalışır. Soyut kavramlarda gelişme olur, yeni bir kişilik geliştirir (Özcebe, 2002).

Geç adölesan dönem (16-19 yaş); bu dönemde vücut görünümü yetişkin vücut görünümünü alır, kimlik gelişimi tamamlanır, fikirler ve görüşler yerleşir (Mclyntre, 2002). Büyüme ve gelişme tamamlandığı için, fiziksel değişikliklere ilişkin kuşkular kaybolmuş, cinsel kimlik gelişmiştir. Soyut düşünce yapısı yerleşmiştir. Adölesan geleceğe ilişkin kararlar verebilecek sosyal olgunluğa erişmiştir ve çevresi ile rahat ilişki kurabilmektedir (Özcebe, 2002).

4.1.1. Adölesanlarda Fiziksel Gelişim

Adölesanlardaki en önemli değişimlerden birisi hızlı fiziksel büyümedir. Genç 3-5 yıl gibi kısa bir sürede erişkin hayattaki antropometrik ölçüm değerlerine ulaşır; iç organ ve salgı bezleri büyüklüklerinde, kemik yağ ve kas kitlelerinde belirgin artış olur. İskelet kitlesi ve kalp, akciğerler, karaciğer, dalak, böbrekler, pankreas, tiroid, adrenaller, gonadlar, penis ve uterus bu dönemde büyüklük ve ağırlık açısından ikiye katlanır. Adölesan dönemde timus, tonsiller, adenoidler ve diğer lenfoid dokuların

büyüklüğü geriler. Beyin gelişimi ve buna bağlı baş ölçümleri adölesandan önce 10 yaş civarında, erişkin hayattaki büyüklük değerinin % 96'sına erişmiş olduğundan adölesan dönemdeki büyüme oranı oldukça küçüktür (Özcebe, 2002; Gençlere Yönelik Üreme Sağlığı Katılımcı Kitabı, 2005; Parlaz ve ark., 2001).

Kızlarda pubertenin ilk fiziksel belirtisi genellikle meme gelişimi (telarş)' dır. Ancak kızların % 10-20'sinde pubik kıllanma (pubarş) olabilir. Pubik kıllanmanın başlaması genellikle meme gelişimi ile eş zamanlı değildir. Aksiller kıllanma ise genellikle pubik kıllanmadan bir yıl kadar sonra başlar. Onat ve Neyzi yaptıkları bir çalışmada Türk kızlarında diğer toplumların kızlarına göre kıllanmanın daha erken başladığı saptamıştır (Ercan, 2008).

Menarş, pubertede gözlenen fiziksel değişiklikler içerisinde geç gözlenen bir olaydır. Menarş ile adölesan büyüme sıçraması açısından sıkı bir ilişki vardır (Ercan, 2008). Meme gelişiminin başlamasından yaklaşık iki yıl ve boyca uzama hızı doruğundan bir yıl kadar sonra menarş gözlenir. Menstrüel kanamaların düzenli bir karakter kazanması bireysel değişiklikler göstererek aylarca sürebilir. Genellikle ilk iki yıl içindeki düzensizlikler olağan kabul edilir (Kınık, 2000). Menarş; her zaman boy, uzama hızı doruğuna ulaştıktan sonra ve ortalama 12,5 yaşında (9-17 yaş) gerçekleşir. Bu nedenle menarştan sonra büyüme çok sınırlıdır. Menarş yaşı; ırk, sosyo-ekonomik durum, kalıtım, beslenme ve kültürel özelliklere bağlıdır ve tüm dünyada ilk görülme yaşı giderek düşmektedir (Tekgül ve Uslu, 2005)

Erkek adölesanlarda pubik kıllanma pubertenin ilk fiziksel bulgusu gibi gözükse de, testis hacimlerinin artması pubertenin ilk fiziksel bulgusudur. Testislerin büyümesi ile birlikte dış genital bölgede değişiklikler gözlenir. Daha sonra pubik ve aksiler kıllanma gözlenir. Ses genellikle aksiler kıllanma başladığında çatlar. Bıyık gelişimi üst dudağın köşelerinde başlar, yanaklarda sakal gelişimi gözlenir. Neyzi ve arkadaşları pubik kıllanmanın, bıyık ve sakal gelişiminin ve ses kalınlaşmasının zamanlaması açısından sosyo ekonomik farklılıkların etkili olduğunu belirlemişlerdir (Ercan, 2008).

4.1.2. Adölesanlarda Cinsel Gelişim

Kızlarda cinsel gelişiminin ilk belirtisi memelerin büyümesidir. Kısa bir süre sonra pubik bölgede ve koltuk altında kıllanma ve menarş olarak sırasıyla ortaya

çıkılmaktadır. Memelerin büyüdüğü genelde meme uçlarından birinin/ her ikisinin üzerinde küçük ve hassas bir kabarıklık meydana gelmesi ile fark edilmektedir. Başlangıçta bir meme diğerinden daha büyük olabilmekte ve bu durum bazen memeler son şeklini alıncaya kadar sürebilmektedir. Meme gelişiminin tamamlanması (2-9 yıl) ortalama 4 yılda gerçekleşmektedir. Türk kızlarında meme gelişiminin başlangıç yaşı 10-11, erişkin evreye ulaşma yaşı yaklaşık 15 olarak belirtilmektedir. Ancak bazı kızlarda 12 yaşından önce tümüyle olgun memeler olabildiği gibi geç gelişen kızlarda meme gelişimi 19 hatta daha ileri yaşlara kadar tamamlanmamış olabilir. Kızlarda puberte döneminde erkekler kadar olmasa bile testosteron seviyesinde de artış olmaktadır (Gençlere Yönelik Üreme Sağlığı Hizmetleri Katılımı Kitabı, 2005; Pekcan, 2006; Ercan, 2008).

Erkeklerde sekonder cinsel gelişme; testisler ve peniste büyüme, pubik kıllanma, aksiler kıllanma, yüz kıllanması, ses değişikliği ve spermarş olarak sırasıyla ortaya çıkmaktadır. Adölesan dönemin başlamasıyla erkeklerde testisler büyümekte, testesteron hormonunun etkisiyle testisleri çevreleyen deride (skrotum) kalınlaşma ve renginde koyulaşma olmaktadır. Testis büyümesine paralel olarak penis boyu ve çapı büyümektedir. Dış genitalin gelişimi bazı çocuklarda 13 yaşında tamamlanırken; bazılarında 18 yaş hatta daha ileri yaşlara kadar devam edebilmektedir. Penis çevresinde açık renkte ve seyrek olarak başlayan kıllanma giderek sıklaşmakta, koyu renkli ve kıvrımlı bir hal almaktadır. Daha sonra üst göbeğe, alt bacak arasına doğru ilerlemektedir. Bu arada koltuk altında başlangıçta seyrek ve ince olan kıllar sıklaşarak kalınlaşmakta, yüzdeki bıyık ve sakal oluşumu daha sonra meydana gelmektedir. Erkeklerde sperm yapımı (spermarş) adölesan dönemin ortalarında başlamaktadır. Adölesan dönem erkeklerde testislerin erişkin boyutlara ulaşması ve sperm yapımının erişkin düzeyine varmasıyla tamamlanmaktadır. Adölesan dönemde erkeklerde testesteron hormonunun etkisiyle deri kalınlaşmakta, kas dokusunun miktarı artmakta ve kaslar gelişmektedir. Yine bu dönemde erkeklerde gırtlak ve göğüs kafesinin büyümesiyle ses kalınlaşmaktadır (Gençlere Yönelik Üreme Sağlığı Hizmetleri Katılımı Kitabı, 2005; Pekcan, 2006; Ercan, 2008).

4.1.3. Adölesanlarda Psikososyal Gelişim

Adölesan dönemde; biyolojik gelişim iskelet sisteminde hızlı büyüme ve cinsel gelişim ile, psikolojik gelişim ise bilişsel gelişim ve kimlik gelişimi özellikleriyle belirlenir. Sosyal olarak da adölesan dönem, genç erişkin rolüne hazırlığın olduğu bir dönemdir (Derman, 2008).

Adölesan dönemdeki bilişsel olgunlaşma, beynin yürütücü işlevleri arasında sayılan çok çeşitli becerinin gelişmesini içerir. Bunların arasında arkadaş ilişkilerinde, sosyal ortamlarda ve bilimsel konularda somut düşünceden soyut düşünceye geçiş söz konusudur. Adölesan kendini değerlendirme ve düzenlemede yeni beceriler kazanır (Parlaz ve ark., 2001).

Adölesanlardaki psikososyal gelişim, adölesanın gerçekçi ve olumlu öz görünüm ve kimlik geliştirmesini zorunlu kılar. Cinsel kimlik, bireyin kendi bedenini ve benliğini belirli bir cinsiyet içinde algılaması, kabullenmesi, tutum ve davranışlarında benimsediği cinsiyetle uyumlu biçimde yaşayabilmesidir. Kimliğin kazanılması, adölesanlık döneminin en önemli psikososyal yönüdür (Özgür ve ark., 2011).

Cinsel kimlik bireyin iç dünyasında kendisini hangi cinsiyet içinde algıladığını belirler. Çocuk, cinsel kimliğini ve rolünü erken çocukluk döneminde, yaşamın ilk yıllarında kazanmaya başlar ve adölesan döneminin sonuna doğru gelişmesini tamamlar (Çuhadaroğlu ve Tüzün, 2000).

Adölesanlara yaklaşımdaki en büyük zorluk gelişim süreçlerinin aynı anda başlamamasıdır. Adölesanlık döneminde kimlik oluşum süreciyle birlikte bilişsel gelişimin hızlanması, dürtüsel gereksinimlerde ve duygu yoğunluğunda artma, preödipal ve ödipal çatışmaların yeniden alevlenmesi, meslek seçimi, karşı cinsle kurulan ilişkiler, anne babadan ayrılma bireyselleşme sürecine geçiş gibi nedenlerle adölesanlar bu döneme özgül zorluklar ve çatışmalar yaşamaktadır (Derman, 2008).

4.2. Adölesan Dönem Sağlık Sorunları

Dünyada adölesan nüfusun artmasıyla birlikte bu grubun sağlık gereksinimleri de artmaktadır. Adölesan dönemde genç, büyüme ve gelişme sürecine uyum sağlamanın yanında bu döneme ilişkin farklı sağlık sorunlarıyla da karşılaşabilmektedir. Adölesan

dönemde fiziksel-cinsel büyüme ve gelişme ile psikososyal gelişme sırasında ortaya çıkan bazı davranışların adölesan sağlığını ve daha sonraki yaşamını etkilediği bilinmektedir (Hacıalioğlu, 2009). CDC tarafından belirlenen altı riskli davranış biçimi, adölesanlar arasında morbidite ve mortaliteye yol açan en önemli etkenler arasında gösterilmektedir. Bunlar; alkol ve madde kullanımı, yaralanma ve şiddet, sigara kullanımı, beslenme, fiziksel aktivite, riskli cinsel davranışlardır (<http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/ss5905a1.htm>.,Erişim tarihi: 9 Temmuz 2014).

4.2.1. Beslenme Sorunları

Beslenme, insanın, büyümesi, gelişmesi, sağlıklı ve üretken olarak uzun süre yaşaması için gerekli olan besin öğelerini yeterli miktarda alıp vücutta kullanılmasıdır (Demirezen ve Coşansu, 2005). Beslenme, yaşamın her döneminde önemini devam ettiren temel bir gereksinim olup; büyüme, yaşamın sürdürülmesi ve sağlığın korunması için zorunludur (Küçük ve Bayat, 2012). Yeterli ve dengeli beslenme ise; vücudun büyümesi, dokuların yenilenmesi ve çalışması için gerekli olan tüm besin öğelerinin herbirinin yeterli miktarda ve gerekli oranda alınması ve vücutta uygun biçimde kullanılmasıdır (Sayılı ve Gözener, 2010; Demirezen ve Coşansu, 2005).

Adölesan dönemi, yaşam boyu devam eden alışkanlıkların yerleştiği bir dönemdir. Sağlıksız beslenme alışkanlıkları da bu dönemde görülen davranışlardandır. Adölesanların beslenme durumları birçok faktörden etkilenir. Onların bu konudaki kendi bedenleri ile ilgili düşünceleri, algıları, genetik faktörleri, yaşam tarzları, alışkanlıkları kişilerin sağlıklı yada sağlıksız beslenmelerini etkileyen faktörlerdendir (Gee and Chang, 2001; Yılmaz ve Özkan, 2007). Ayrıca yeme bozuklukları, alkol veya ilaç kullanımı, kronik hastalık nedeniyle sürekli ilaç alımı ve düşük sosyo-ekonomik düzey beslenme yetersizliğinin oluşmasında rol oynayan etmenlerdendir (Erkan, 2008).

Adölesanlarda düzensiz öğün ve öğün aralarında atıştırma örüntüsü, ev dışında yemek yeme alışkanlığı ve ayak üstü beslenme (fast-food) biçimi, beslenme alışkanlıklarının tipik özelliklerindedir. Bu alışkanlıkları genellikle aile, akranlar ve medyayı kapsayan birçok etmen etkilemektedir (Pekcan, 2006; Sayılı ve Gözener, 2010; Teksöz, 2010).

Adölesan çağda ortaya çıkan beslenme problemlerinden başlıcaları; obezite, yetersiz ve dengesiz beslenmeye bağlı malnütrisyon, anoreksiya nervosa ve bulimiya nervosa olarak sınıflandırılabilir (Uğuz ve Bodur, 2007).

Obezite; genetik, çevresel, gelişimsel ve davranışsal etmenlerin birbirleri ile etkileşimleri sonucu ortaya çıkan, vücut ağırlığının % 20'si kadar vücutta aşırı yağ depolanması ile karakterize, çocuk ve adölesanlarda ruhsal sorunlara neden olabilen enerji metabolizması bozukluğudur (Parlak ve Çetinkaya, 2007). Adölesan dönemde obezitenin yaş, cinsiyet, ekonomi gibi demografik özelliklerle ilişkisi vardır ve bu ilişki toplumdan topluma göre değişiklik gösterebilir (Uğuz ve Bodur, 2007). Türkiye'deki obezite oranı ise yaklaşık % 6-7'dir ve obezite yaşamın ilerleyen yıllarında da devam edebilmektedir. Obez çocuk ve adölesanların bir kısmı erişkin döneme de obez olarak girmektedir. Obez adölesanların % 80'ni erişkin yaşa ulaştıklarında da obez olarak kalmaktadır (Parlak ve Çetinkaya, 2007). Obezite, adölesanların gelecekteki yaşamlarında çeşitli problemlere neden olmaktadır. Özellikle adölesan çağdaki kızlarda saldırganlık, utangaçlık, içe kapanma, sosyal izolasyon ve bulimiya gibi ruhsal bozukluklar görülebilir (Keser ve ark., 2010).

Malnütrisyon, beslenme problemi sonucu görülen bir hastalıktır. Malnütrisyon geri kalmış ülkelerin sorunu olarak kabul edilmektedir fakat hala ülkemizde çocuk ve adölesanlarda görülebilmektedir (Memeşa ve ark., 2004).

Anoreksiya Nervosa ve Bulimiya Nervosa

Anoreksiya nervosa ve bulimiya nervosa genellikle adölesanlarda görülen ruhsal kökenli beslenme bozukluklarındandır.

Anoreksiya nervosa, aşırı kilo kaybı, yoğun zayıflama arzusu ve şişmanlık korkusu olarak tanımlanır. Besin alımı kısıtlanır. Alınan besinler kusma, laktasif ve diüretik kullanma veya aşırı egzersiz ile vücuttan atılmaya çalışılır. Adölesanlarda ve genç kadınlarda görülme sıklığı fazladır. Psikiyatrik hastalıklar içerisinde en yüksek mortalite oranına sahip hasta grubudur. ABD'de son 20 yılda anoreksiya nervosa insidansı iki katına çıkmış, mortalite oranı ise % 9'a yükselmiştir (Gürdal Küey, 2008; Uğuz ve Bodur, 2007).

Bulimiya nervosa ise, tekrarlayan oburluk ataklarıyla karakterize istek dışı yemek yeme durumu olarak tanımlanır ve psikososyal bir hastalıktır. Yeme nöbetleri sırasında

kısa bir sürede çok yüksek kaloride besinleri hızlıca tüketir. Kilo almayı önlemek için kusma, laksatif alma ve aşırı egzersiz yapma görülebilir. Aşırı yeme-kusma döngüsü mevcuttur. ABD’de bulimiya prevelansı lise ve yüksek okullardaki kızlarda % 4.5-18 arasında değişmektedir (Gürdal Küey, 2008; Uğuz ve Bodur, 2007).

4.2.2. Cinsel Davranış ve Üreme Sağlığı Sorunları

İnsan yaşamının hemen her döneminde var olan ve her döneminde gelişmeye devam eden cinsellik, üreme yeteneğinin kazanıldığı ergenlik döneminde ayrı bir önem kazanır (Özdener, 2006).

Adölesan dönemde kızlarda memede kitle, amenore, dismenore gibi sorunlar, erkeklerde jinekomasti olası sorunlardandır. Adölesan kızlarda meme gelişimiyle birlikte memede kitleler oluşabilir ve kitlelerin çoğunu fibroadenomlar oluşturur. Bu tip oluşumlar sıklıkla 15-20 yaş arasında görülür (Yılmaz ve Soykan, 2008). Jinekomasti erkeklerde memenin glandüler büyümesidir ve adölesanlarda % 60-70 oranında sıklıkla görülür (Derman, 2000). Özcebe ve arkadaşları yaptıkları bir çalışmada erkek adölesanların meme büyümesi şikayeti sıklığını % 5.4 olarak saptanmıştır (Özcebe, 2002).

Adölesanların karşılaşılabilecekleri en önemli üreme sağlığı sorunları; cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar, HIV/AIDS, istenmeyen gebelikler, yasal olmayan düşükler ve bunlara bağlı gelişen komplikasyonlardır (Teksöz, 2010; Şatıroğlu, 2008).

Cinsel gelişimle ilgili yapılan çalışmalar ise adölesanların cinsellik, koruyucu (kontraseptif) yöntemler ve cinsel yolla bulaşan hastalıklar konusunda yeterli bilgiye sahip olmadıklarını ortaya koymaktadır. Bu nedenle istenmeyen gebelikler ve cinsel yolla bulaşan hastalık oranlarının arttığı belirtilmektedir. Bu konuda Dağdeviren ve arkadaşları 11-20 yaş grubu adölesanlarda yürüttüğü bir çalışmada, adölesanların sadece % 28.6’sının cinsellik hakkında bilgi düzeylerinin yeterli olduğunu düşündükleri bulunmuştur. Lise öğrencileri üzerinde yürütülen bir başka çalışmada adölesanların %22’sinin cinsel ilişki deneyimlerinin olduğu, %42’sinin ise ilk cinsel deneyimlerinde herhangi bir koruyucu yöntem kullanmadıkları bildirilmektedir. Aras ve ark. ise lise

öğrencilerinin ilk cinsel deneyimlerinde kondom (prezervatif) kullanım oranlarının düşüklüğüne dikkat çekmektedirler (Tunç ve ark., 2008).

12-19 yaş arası gebelikler adölesan gebelik olarak tanımlanır ve gelişmiş ülkelerde adölesan gebeliklerinin çoğu evlilik dışı, istenmeyen ve planlanmamış gebeliklerdir. Doğum kontrol yöntemlerini ve önemini bilmeyen adölesanlar gebelik riskiyle karşı karşıyadır. Adölesan gebeliklerde erken doğum, düşük doğum ağırlıklı bebek, anemi, post partum kanama, perinatal mortalite ve morbidite oranları oldukça yüksektir. Sosyo-ekonomik düzeyinin düşük olması, beslenme bozukluğu, antenatal bakım yetersizliği ve kötü alışkanlıklar adölesan gebeliği olumsuz etkilemektedir (Madazlı, 2008).

4.2.3. Fiziksel Aktivite

Fiziksel aktivite, enerji dengesi ve ağırlığın kontrolü için enerji harcamasıdır. Düzenli olarak yapılan fiziksel aktivite egzersiz olarak tanımlanabilir. Adölesan dönem, kişinin anatomik ve fizyolojik değişim ve gelişimlerinin maksimum düzeyde olduğu ve bazen bu değişikliklere adaptasyonda bir takım problemler yaşadığı bir dönemdir. Bu dönemdeki kişiler gelişim süresince kasların kuvvet ve esnekliğindeki dengesizliğe bağlı olarak aşırı kullanım sonucu oluşan yaralanmalara daha kolay maruz kalabilirler. Yürüme, koşma, yüzmeye, basketbol, voleybol adölesan dönemde yapılacak sporlara örnek olarak verilebilir. Bu dönemde adölesan spora yönelirken mutlaka fiziksel uygunluk testleri yapılmalı, uygun olduğu spor belirlenmeli ve adölesanın yapmak istediği spor göz önünde bulundurulmalıdır (Baltacı ve Düzgün, 2008; Irmak ve ark., 2008).

Düzenli egzersiz yapan adölesanların anne-babalarıyla daha az çatışma yaşadığı, daha az depresif belirti ve madde kullanımı tanımladığı, akademik başarılarının ortalamasının üstünde olduğu bildirilmektedir. Ayrıca adölesanın benliğinin ve kimliğinin oluşmasında olumlu etkilerinin olduğunu göstermektedir. Sporun bilinen bu olumlu etkileri kimi zaman ruhsal hastalıkların tedavisinin bir parçası durumuna gelmesini sağlamıştır (Alpaslan, 2012; Karademir ve ark., 2013).

Düzenli fiziksel aktivitenin yararlarına rağmen, çocukları ve gençlerin önerilen düzeyde fiziksel aktiviteler katılım yüzdelerinin düşük olduğu görülmektedir. Dünya nüfusunun % 60'ının yeterli fiziksel aktivitede bulunmadığı düşünülmekte ve özellikle gelişmekte olan ülkelerdeki yetişkinlerin yaşamlarının daha hareketsiz olduğu bilinmektedir. İnsanlar için çocukluk ve genç erişkinlik dönemi kişilere fiziksel aktivite alışkanlığının kazandırılması ve yaşam boyu devam ettirilmesi için en uygun dönemdir. Genç yaşta edinilen hareketsiz bir yaşam alışkanlığı ve yerleşmiş olan kötü beslenme alışkanlıklarını daha sonraki dönemlerde değiştirmek çok zordur (TrostandLoprinzi, 2008; Akyol ve ark., 2008).

CDC (2013) verilerine göre gençler arasında yaşla birlikte fiziksel aktivitenin azaldığı ve haftanın 7 günü 60 dakikalık bir fiziksel aktiviteye lise öğrencilerinin sadece % 27'sinin katıldığı belirtilmiştir.

(<http://www.cdc.gov/healthyyouth/physicalactivity/facts.htm>.,Erişim tarihi:9 Temmuz 2014).

Ülkemizde Manisa' da lise öğrencileriyle yapılan bir çalışmada öğrencilerin % 39,4'ünün düzenli spor yapma alışkanlığının olmadığı belirlenmiştir (Özmen ve ark 2007). Ercan ve arkadaşlarının çalışmasında ise, okul çocuklarının sadece % 25,7'sinin günde en az 60 dakika fiziksel etkinlikte bulunduğu bildirilmiştir (Ercan ve ark 2011).

4.2.4. Sigara, Alkol ve Madde Kullanımı

Adölesanlarda madde bağımlılığı sıklığı hem gelişmiş hem de gelişmekte olan ülkelerde giderek artmaktadır. Gençler çok farklı nedenlerle madde kullanır. Adölesan dönemin hedefi güçlü bir kimlik oluşturmaktır. Bu dönemde yaşanan en önemli tehlike ise kimlik karışıklığıdır. Bu nedenle adölesan otonomi ve bağımsızlığını kanıtlamak için, erişkin yaşam biçimlerini taklit etmek, ergenlik sürecinde yaşanan zorluklarla baş edebilmek, sosyal bir ortama uyum sağlamak, arkadaşları tarafından kabul edilmek ya da medyanın etkisi ile madde kullanabilirler (Özcebe, 2008; Ulusoy ve ark., 2005;Alikaşifoğlu, 2008; Hacıalioğlu, 2009).

WHO 2014 yılında 150 milyon genç insanın sigara kullandığını ve bu sayının gençler arasında hızlı bir şekilde arttığını tahmin etmektedir. WHO'ya göre dünyadaki

sigara kullanıcılarının büyük çoğunluğunun adölesan dönemde sigaraya başlamışlardır (<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs345/en/index.html>),Erişim tarihi: 10 Temmuz 2014).

Alkol ve Sağlık Küresel Bilgi Sisteminin (Global Information System on Alcohol and Health (GISAH) raporuna göre gençler arasında alkolün kötüye kullanımı da bir çok ülkede artmaktadır. Alkolün kötüye kullanımı nedeniyle yılda 3.3 milyon kişi hayatını kaybetmektedir. Dünyadaki ölümlerin % 6.2'si alkol nedeniyle olmaktadır (<http://www.who.int/gho/alcohol/en/index.html>),Erişim tarihi: 10 Temmuz 2014).

2007 yılında Alkol ve Diğer Uyuşturucu Kullanımına Yönelik Avrupa Okul Anketi Projesi (ESPAD) sonuçlarına göre; 15 ila 16 yaşındaki Avrupalı öğrencilerin % 58'i en az bir kez sigara içtiğini rapor ederken, % 29'u son 30 gün içinde sigara kullandığını bildirmiştir. Öğrencilerin üçte birinin yaşamları boyunca en az bir kez alkol kullanmış olup, son 1 yıl içinde alkol kullanma oranı % 82 ve son 30 gün içinde % 61'dir. Erkeklerin % 23'ü ve kızların % 17'si yaşamları boyunca en az bir kez yasadışı uyuşturucu denemiştir (www.emcdda.europa.eu/...cfm/att_77168_TR_ESPAD_summary_TR.pdf),Erişimtarihi : 10 Temmuz 2014).

4.2.5. Şiddet

Şiddetin sözlük anlamı karşıt görüşte olanlara, inandırma veya uzlaştırma yerine kaba kuvvet kullanma, duygu ve davranışta aşırılık olarak tanımlanmaktadır (Bulut, 2007). Okulda şiddet kavramı ise, okul iklimi üzerinde olumsuz sonuçlar üreten, öğrencilerin öğrenme süreçlerine zarar veren, onların gelişimlerini engelleyen saldırgan ve suç benzeri davranışları tanımlamayan bir anlamda kullanılmaktadır. Genel olarak okul bağlamındaki şiddet, öğrenci ile öğrenci ve öğrenci ile öğretmenler veya okul yöneticileri/okul personeli arasında yaşanan tehdit ve fiziksel saldırıyı içermektedir (Kızmaz, 2006).

Şiddet oluşumunda birçok nedenin etkili olmasından dolayı, şiddet biyo-psiko-sosyal bütünlük içinde ele alınmalıdır. Biyolojik nedenleri arasında genetik, hormonlar, bilişsel değişikliklere neden olan fiziksel ve ruhsal hastalıklar sayılmaktadır. Psikolojik

nedenler arasında ise, şiddetin getirdiği kazanç, anne baba tutumları, engellenme, tahrik edilme, güç ve kontrol sağlama, bağımlı/muhtaç olma, iletişim ve çatışma çözüme becerilerinin öğrenilmemesinin yer aldığı kabul edilmektedir. Sosyal nedenler olarak da, toplumda şiddetin hoş görülmesi, sorun çözme yöntemi olarak görülmesi, aile eğitiminin yetersizliği, medyanın etkisi, cinsiyet rolleri, yaşam sıkıntıları, göçler ve küreselleşme sayılabilir (Özgür ve ark., 2011).

Türkiye’de, okullarda şiddet davranışını farklı boyutlarıyla inceleyen araştırmalar söz konusudur. Özgür ve arkadaşlarının çalışmasında (2011) öğrencilerin % 10.3’ünün şiddete maruz kaldığı ve bu öğrencilerin yarısından fazlasının % 51.4’ü bu şiddeti arkadaşları tarafından okulda yaşadığı saptandı. Pişkin ve arkadaşlarının çalışmasında (2011) erkek öğrencilerin ve 11. sınıfların, diğer öğrencilere göre daha fazla, 9. sınıf öğrencilerinin ise daha az şiddet uyguladığı saptanmıştır.

4.2.6. Uyku Sorunları

Uyku adölesan gelişiminin temel noktalarından birisidir. Adölesanların uykusu onların düşünme, davranış ve duygu yeteneklerini önemli ölçüde etkiler. Benzer biçimde günlük etkinlikler, bireysel faktörler ve çevredeki değişiklikler de adölesanların uykuları üzerinde etkindir (Şenol ve ark., 2012). Uyku yoksunluğu, gecikmiş uyku fazı sendromu adölesanlarda yaygın görülen uyku bozukluklarıdır. Çevresel uyaranlar; cep telefonu, televizyon, bilgisayar, arkadaşlar, sosyal aktiviteler uyku kalitesini etkiler. Kafein ve sigara kullanımı da uykuya dalmayı geciktirebilir. Uyku yoksunluğu, adölesanların gündüz uyuklamalarına ve dikkatsiz davranışlarda bulunmalarına sebep olur. Uyku yetersizliğinin adölesanın davranışsal problemlerini etkilediği belirtilmektedir (Kaynak, 2005; Öztop, 2012).

4.3. Adölesanların Ruh Sağlığı Sorunları

Çok hızlı değişiklik ve gelişmelerin yaşandığı bu dönemde, hızlı büyüme, cinsel dürtü artışı, benliğin henüz tam olgunlaşmamış ve toplumdaki yerin henüz kesinleşmemiş olması, aileye bağımlılığın sürmesi gibi nedenlerle adölesanlar ruhsal sorunlara ve uyum bozukluklarına daha fazla açıktırlar (Küçük ve Bayat, 2012).

Adölesan için ruhsal sağlık, ideal psikolojik sağlık ve işleve sahip olma ve bunu sürdürüebilme kapasitesi olarak tanımlanabilir. Bu yaşlarda görülebilecek ruhsal bozukluklar normal psikolojik gelişimi aksatarak çocuk ve gençlerin ideal işlevselliklerine erişmesini engelleyebilir. Bu bozuklukların tespit edilebilmesi, tedavi edilmesi ve önlenmesi bu yaş grubundaki mevcut sıkıntıların ortadan kaldırılması kadar erişkin yaşamındaki işlevselliğın artırılması ve sorunların ileride tekrarlanmasının önlenmesi açısından da önemlidir. Literatürde yaşam boyunca görülen psikiyatrik bozuklukların yarısının, 14 yaşında başlamış olduğu tespit edildiği bildirilmiştir (Dursun ve ark., 2010).

Yaşadıkları toplumlara göre değişen farklı sorunlar yaşasalar da dünya gençleri ruhsal bakımdan genel olarak benzerlik gösterirler (Aslan ve arkadaşları, 2003). Adölesanın risk altında olduğunu gösteren genel belirtiler şu şekilde sıralanabilir:

- Okul başarısında düşme,
- Aşırı okul devamsızlığı veya derslere girmeme,
- Sık ve sürekli psikosomatik yakınmalar,
- Uyku veya yemek yeme alışkanlıklarında düzensizlikler,
- Dikkatini toplama güçlüğü veya sürekli sıkılma,
- Depresyon, aşırı stres veya anksiyete bulgu ya da belirtileri,
- Arkadaş ya da aileden uzaklaşma veya yeni arkadaş grubuna girme,
- Alışılmamış derecede şiddet veya isyan ifade eden davranışlar ya da temel kişilik değişiklikleri,
- Cinsel davranış bozukluğu,
- Aile içi ilişkilerde bozukluk,
- Yaşlılara karşı gelme,
- İntihar düşüncesi veya ölümle ilgili konulara aşırı ilgi,
- İlaç ve alkol kullanımı,
- Evden kaçma

Bu belirtileri gösteren adölesan pek çok psikiyatrik bozukluk açısından risk altında olabilir (Derman, 2000).

Epidemiyolojik çalışmalarda adölesan dönemde psikiyatrik bozuklukların prevalansının ve insidansının artmasına rağmen bir çoğunun gerekli ruhsal yardımı alamadığı gösterilmiştir (Hickie et al., 2007). Yapılan bir araştırmada acil psikiyatrik başvuruların % 75-80'inin 13 yaş ve üzeri yaş grubu olduğu saptanmıştır (Şenol ve ark., 2005).

Yaşanan ruhsal sorunlar gençlik döneminin önemli morbidite ve mortalite nedenleri arasındadır ve adölesan popülasyonunda;depresyon, intihar, Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB), anksiyete bozukluğu ve davranım bozukluğu, karşı gelme bozukluğu en temel adölesan dönem ruhsal sorunları arasında yer almaktadır (Şenol ve ark., 2004; Teksöz, 2010; Küçük ve Bayat, 2012).

Kız adölesanlarda anksiyete ve depresyon gibi içe yönelimli davranış sorunları ve sosyal ilişkilerde (ebeveynler, arkadaşlar ve okul) sorunlar sık görülür. Can sıkıntısı, huzursuzluk, arkadaş ve etkinliklere ilgi kaybı, içe kapanma, okul başarısında düşme, dikkati toparlamada zorluk, psikomotor yavaşlama, aşırı yeme ve uyuma, yalnızlık, sevilmediği duygusu, intihar düşünceleri ve girişimleri görülebilir (Ağaoğlu, 2008; Öztop, 2012).

Erkek adölesanda ise okulda ve işte sorunlar, antisosyal ve şiddet içerikli davranışlar şeklinde dışa yönelimli davranış sorunları (dikkat eksikliği-hiperaktivite bozukluğu, karşıt olma bozukluğu, davranım bozukluğu) daha sıktır (Laukkanen et al., 2010; Öztop, 2012). Ülkemizde yapılan bir çalışmada erkek adölesanların aşırı hareketlilik, dikkat eksikliği, kız adölesanların ise bedensel yakınmalar ve intihar girişimleri ile çocuk psikiyatri kliniğine başvurdukları, okul başarısızlığı ve sinirlilik yakınmasının her iki cinsiyette de yüksek oranda görüldüğü belirlenmiştir (Akdemir ve ark., 2008).

4.3.1. Depresyon

Depresyon, adölesan döneminin en önemli ruh sağlığı sorunudur. Bu dönemde depresyonun görülme sıklığının % 5 ile % 20 arasında değiştiği bildirilmektedir. Çocukluk döneminde daha az görülmesine karşın, depresyonun adölesan dönemle birlikte görülme sıklığı belirgin bir biçimde artmaktadır. Depresyonun yaşam boyu

görülme sıklığı çocukluk döneminde % 3'ten az olduğu halde ergenlik döneminde bu oran % 14'e ulaşmaktadır. Bu dönemde görülen depresyonun yetişkin dönemde yaşananna benzer sonuçları olmaktadır. Depresyon, adölesan için hem yeti yitimine sebep olmakta hem de intihar davranışı için bir risk etmeni oluşturmaktadır (Eskin ve ark. 2008).

Adölesanlarda depresyon tanısını koymak oldukça zordur. Adölesan depresyonunun en belirgin özelliği irritabilite ve öfkenin varlığıdır. Bazen dünyanın harika bir yer olduğu düşüncesiyle kendini iyi hisseden adölesan, bazen de hayatın berbat bir şey olduğunu düşünebilir. Bu düşünceler birkaç saat içinde değişebileceği gibi birkaç gün bile sürebilir. Depresif duygu durumunun sürekli olması, okul başarısının düşmesi, aileyle ve arkadaşlarla ilişkilerde sorunlar yaşanması, madde bağımlılığı ve diğer olumsuz davranışlar depresyonun altındaki sebepler olabilir. Aşağıda sıralanan belirtiler iki haftadan daha fazla sürerse depresyon riskinden söz edilebilir:

- Okul başarısının düşmesi.
- Arkadaşlardan ve sosyal etkinliklerden uzak durmak.
- Üzüntülü ve umutsuz ruh hali.
- Enerjinin ve motivasyonun düşük olması, hiçbir şeyden zevk alamama.
- Öfkeli olma.
- Eleştirilere karşı aşırı tepkili olma.
- İdeallerine ulaşamayacağını hissetme.
- Özgüvenin düşük olması, suçluluk duyguları.
- Kararsızlık, konsantre olamama, unutkanlık.
- Huzursuzluk.
- Yemek ve uyku örüntüsünde değişiklikler.
- Madde bağımlılığı.
- Otorite figürleriyle sorunlar.
- İntihar düşüncesi (Kılıç, 2009; Tamar ve Özbaran, 2004).

Adölesan depresyonuyla ilişkili olan özelliklerden biri benlik saygısıdır. Benlik saygısının yüksek olan adölesanlarda depresyon olasılığının daha düşük olduğu gösterilmiştir (Şahin ve ark., 2011).

Ülkemizde bir il merkezinde yapılan çalışmada psikiyatrik belirtiler açısından psikiyatrik yakınma ile başvuran adölesanları normallerden ayıran belirtilerin depresyon ve kaygı düzeyleri olduğu bulunmuştur (Çelik, 2007). Sütuluk ve arkadaşları (2005) ise çalışan gençlerin depresyon sıklığının % 35 olarak belirlemiştir.

Depresyona sıklıkla eşlik eden tanılar % 30-80 oranında anksiyetebozukluğu, % 10-80 oranında yıkıcı davranım bozukluğu, % 20-30 oranında madde kötüye kullanım bozukluklarıdır. Adölesanlarda depresyonun % 20' den fazlası bipolar bozukluğuna ilerlemektedir. Bipolar bozukluğu olan adölesanlarda % 30 oranında DEHB, % 18 oranında yıkıcı davranım bozukluğu, % 12 oranında anksiyete bozukluğu eşlik etmektedir. Erişkin bipolar bozukluğu olan hastaların yaklaşık 1/15'lik epizodlarını 15-19 yaşları arasında depresyon olarak geçirdiklerini belirtmektedirler (Çelik, 2007).

Çocukluktan sonra adölesan için akranların ve dış dünyanın önemi artmakta, hatta yaşamsal değere ulaşmaktadır. İlişkiyi başlatıp sürdürülebilir ve akranların olumsuz etkilerini sınırlayabilme becerileri ergenin ruhsal gelişimi üzerinde etkilidir. Adölesanlar, ruh sağlığı sorunlarının az incelendiği ve bu tür sorunların ele alınabileceği hizmet sunumunun hem nicelik hem de nitelik bakımından yeterli olmadığı bir nüfus kesimini oluşturmaktadır. Adölesanlar arasındaki ruhsal sorunların yaygınlığı ve ilişkili olduğu etmenlerin incelenerek ortaya konması sözü edilen gruba verilebilecek ruh sağlığı hizmetlerinin hem planlaması hem de sunulması için önemlidir (Eskin ve ark., 2008).

4.3.2. İntihar

İntihar, adölesan dönemdeki ruhsal sorunların en trajik sonuçlarından biridir. İntihar davranışı bireyin öz benliğine yönelmiş bir saldırganlık olup, istemli olarak yaşamına son vermesidir. Bu eylem sadece ruhsal bir süreç olmayıp, aynı zamanda ekonomik, kültürel, toplumsal yönleri olan bir olgudur (Akın ve Berkem, 2012; Tüzün, 2005). İntihar oranları adölesan dönemde artış göstermiş, Türkiye'de intihar girişiminde bulunanların ve intiharı gerçekleştirenlerin oranı Avrupa ülkelerindeki intihar oranlarından daha düşük bulunmuştur. Türkiye'de intihar edenlerin büyük çoğunluğunu, 15-19 yaş grubu adölesanların oluşturduğu ve kazalardan sonra intiharın, ikinci sırada ölüm nedeni olduğu kabul edilmiştir (Tunç ve ark., 2008). Adölesanlardaki intihar

girişimleri acil servise yapılan psikiyatrik başvurular arasında en yaygın başvuru nedenlerinden biridir. Adölesan dönemdeki öz kıyım girişim için risk etkenlerini araştıran çalışmalar önceki öz kıyım girişimleri, psikiyatrik bozukluklar, ailesel sorunlar ve madde kullanımı gibi nedenler üzerinde durmakta ve intihar girişiminde bulunan adölesanların % 80-90'ında psikiyatrik bir bozukluğun mevcut olduğu bildirilmiştir (Akın ve Berkem, 2012; Tüzün, 2005). Ülkemizde yapılan bir araştırmada intihar edenlerin üçte ikisini kızlar oluşturmakta ve intihar edenlerin % 77,8'inde depresyon, dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu ya da davranım bozukluğu olduğu saptanmıştır (Akın ve Berkem, 2012).

4.3.3. Anksiyete Bozuklukları

Anksiyete bozuklukları genelde çocukluk ya da erken ergenlikte başlayan, depresyon ve anksiyete ile karakterize içe atım ve emosyonel bozukluklar gösteren, her iki cinsiyette görülebilen ruhsal bir rahatsızlıktır (Öztop, 2012). Anksiyete bozuklukları, temel sorunun patolojik anksiyete olduğu ve bunun sonucunda düşünce, davranış ve fizyolojik aktivitelerin etkilendiği bir grup rahatsızlıktır. Panik bozukluğu (panikatağı ya da panik atak), yaygın anksiyete bozukluğu, sosyal anksiyete bozukluğu (sosyalfobi), obsesif kompulsif bozukluk ve post travmatik stres bozukluğu, bu grubu oluşturan hastalıklardır (Ersoy ve ark., 2003).

Yapılan çalışmalarda, anksiyete bozukluklarının genellikle 16-18 yaş arasında, daha çok kızlarda görüldüğü, anksiyete düzeylerinin hafif ve orta derecede yaşandığı, daha önce ruhsal sorun yaşayanların, yaşamayanlara göre daha riskli olduğu, adölesanlarda % 8,1 ile % 11 arasında prevalansı olduğu görülmüştür (Akgün ve ark., 2012, Erci ve ark., 2003; Mualla ve Ocakçı, 2010; Özfirat ve ark., 2009; Güçlü ve Erkıran, 2004).

4.3.4. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu

DEHB, çocukluk döneminde başlayıp, adölesan dönemde devam eden, temel özellikleri; ilerleyici, yoğun ve ciddi düzeyde dikkat eksikliği, hiperaktivite ve dürtüsellikle karakterize bir sorundur (Çelik, 2007). DEHB, adölesan dönemde

davranım bozukluğu, erişkinlikte anti sosyal kişilik bozukluğu için yüksek risk taşıması, saldırganlık ve suça yönelik davranışlarla birlikte görülmesi, akran ilişkilerini ve okul başarısını olumsuz etkilemesi gibi birçok özelliği bakımından önemli bir bozukluktur (Çakaloz ve ark., 2006). Davranış sorunlarının % 10'unu oluşturur. Erkeklerde daha siktir. DEHB'li adölesanların dikkatleri dış uyaranla kolayca dağılır, oyun ve görevlerde ve uzun süreli dikkat gerektiren okul ve ev ödevlerinde sorun yaşarlar, benlik saygıları düşüktür ve uykuları yaşıtlarına oranla bozuktur ve uykuya dalmakta sıkıntıları vardır (Sayar ve ark., 2000).

Yapılan çalışmalarda; adölesanlarda DEHB görülme oranı % 1,7- 12,9 arasında değiştii, % 80 oranında genetik yatkınlığın olduğu, DEHB'nun en çok birleşik tipinin görüldüğü, aile gelir durumu iyi, anne ve baba eğitim seviyesi yüksek olan adölesanlarda daha sık yaşandığı, adölesanın uyku kalitesini etkilediği, DEHB tanısına diğer ruhsal bozuklukların eşlik etme oranının yüksek olduğu ve bu ruhsal bozukluklar arasında en sık karşıt olma karşıt gelme bozukluğu daha sonra anksiyete bozuklukları olduğu görülmüştür (Tosyalı, 2005; Çakoloz ve ark., 2006; Kiriş, 2009; Kuygun Karacı, 2013).

4.3.5. Karşıt Olma-Karşı Gelme Bozukluğu

Karşıt Olma-Karşı Gelme Bozukluğu (KOKGB), kronik ve kalıcı bir bozukluk olup, adölesan dönemde görülen ruhsal kriz durumlarından biridir. 18 yaş altında görülen, sık sık hiddetlenip, büyükleri ile tartışmaya giren büyüklerinin, isteklerine uymayarak karşı gelen ve bunları reddeden, isteyerek başkalarını kızdıran, kendi yaptığı olumsuzca davranışlar için başkalarını suçlayan, kolayca kızdırılıp alınabilen, çoğunlukla başkalarına karşı gücenik içermiş olan, kin ve intikam isteği ile dolu bireyler olarak tanımlanır. Etiyolojide aile ve çocuktan kaynaklanan biyolojik, sosyal ve psikolojik faktörlerin rolü vardır. Ebeveynler sıklıkla yetersiz, etkin olmayan, tutarsız ve farklı disiplin yöntemleri uygularlar. Adölesanlar genellikle ebeveynleri, arkadaşları, kardeşleri ve öğretmenleri gibi tanıdık bireylerle tartışır. Adölesanlar ayrılmabireyselleşme ve kimlik kazanma sürecinde normal karşı gelme davranışları sergileyebilir. Ancak bunlar KOKGB' den farklıdır ve genellikle 6 aydan kısa sürer (Öztop, 2012; Kırçelli, 2011).

Öfkenin yoğunluğu ve adölesanın öfkelenmenin sonucunda yaptığı saldırganlığın ve tahribatın derecesi bireyden bireye, öfkeyi doğuran nedenlere bağlı olarak değişir. Öfke nöbetleri sırasında muhakeme, oto kontrol ve gerçeği değerlendirme bozulmaktadır. Adölesanın öfkesi bir kişiye yönelik de olabilir veya engellemelere ve hayal kırıklarına karşı ortaya çıkan çevreye yönelik yoğun tepkiler şeklinde de olabilir. Bu tip patlamalarda adölesan çoğu kez öfkesini doğrudan öfkeyi doğuran kaynağa değil de kendinden güçsüzlere yöneliktir (http://mebk12.meb.gov.tr/meb_iys_dosyalar/52/01/739537/dosyalar/2012_11/29013104_ergenlik.pdf, Erişim tarihi:1 Temmuz 2014).

Yapılan çalışmalarda erkeklerde daha çok görüldüğü, adölesanlarda % 2- % 5 arasında sıklığın olduğu, çoğunlukla DEHB ile beraber görüldüğü, anne, baba eğitim seviyesi düşük olanlarda ve çevresel koşulları kötü olanlarda daha çok görüldüğü, olumsuz anne-baba-çocuk iletişiminin, adölesanın mizacının ve başka bir ruhsal probleme sahip olmasının etkili olduğu, görülmüştür (Önal, 2007; Uysal 2012).

4.3.6. Davranım Bozukluğu

Davranım bozukluğu, 18 yaş altı erkeklerde % 6-16, kızlarda % 2-9 arasında değişir. Sinirlilik ve öfkeyle karakterize, kentlerde daha sık görülen ve suça yönelme oranını artıran ciddi bir psikiyatrik bozukluktur. Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğunu takip eden karşıt olma bozukluğundan sonra başlayabilir ve madde/alkol kullanımı ve erişkinlikte anti sosyal kişilik bozukluğu ile sonlanabilir. Yalan söyleme, zarar verici davranışlar, hırsızlık yapma, evden ve okuldan kaçma gibi davranışlar akademik başarıda bozulma, uygunsuz cinsel eylemler ve cinsel yolla bulaşan hastalıklar, suça sürüklenme ve intiharla sonuçlanabilir (Öztop, 2012).

Davranım bozukluğu olan adölesanlar bir sorunun çözümünde rol almayı istememekten çok sorunu yanlış algılar ya da yanlış çözümler seçerler. Çevredekilerle ilişkilerinde sosyal kuralları yanlış algılar ve önemsiz sorunları düşmanca irdelerler. Agresif davranışlar gösteren adölesanlar bir kişinin davranışını algılayarak bu davranışların olumsuz yönlerine daha çok yoğunlaşır ve olumsuz davranışı tetikleyici faktörlere daha fazla cevap verirler. Bu da uygun olmayan saldırgan cevaplara neden olur. Davranım bozukluğuna neden olan faktörlerden biri de anne babalar arasındaki

tartışmalardır. Anne-baba psiko patolojisi, çocuğun kötüye kullanımı ve ihmali çoğunlukla davranım bozukluğuna katkıda bulunur. Ana babalardaki sosyopati, alkol bağımlılığı ve maddenin kötüye kullanımı çocuklardaki davranım bozukluğu ile ilişkilidir (Ünal, 2006; Sayar, 2000).

Yapılan çalışmalarda adölesan popülasyonunda prevelansının % 2-16 arasında değiştiği, erkeklerde daha çok görüldüğü, başlangıç yaşının erkeklerde daha küçük olduğu saptanmıştır. Ayrıca adölesanlarda suça eğilimin daha çok yaşandığı, kentlerde kırsala oranla daha çok görüldüğü, sosyo-ekonomik düzeylerinin kötü, anne, baba eğitim seviyelerinin düşük olan, parçalanmış aile tipine sahip olan adölesanlarda daha çok görüldüğü, ailesinde alkol, madde bağımlısı veya antisosyal kişilik bozukluğu olanlarda, kronik hastalığı olanlarda daha çok görüldüğü ve intihar girişimlerinin en sık yaşandığı ruhsal rahatsızlık olduğu saptanmıştır (Ünal, 2006; Kırçelli, 2011; Uysal, 2012).

4.4.Yaşam Kalitesi

Genel olarak “kalite”, iyiliğin bir derecesidir. Yaşam kalitesi kavramının tarihi gerek sosyolojik ve gerek tıbbi alanda çok eski zamanlara dayanmaktadır. İlk filozoflardan Aristo yazılarında mutluluğun doğasına ve iyi bir yaşam için insanlara gerekli olan konulara değinmiştir. Aristo ve ardından gelen çoğu filozofa göre yaşamın temel amacı en yüksek düzeye ve yaşamın izin verdiği en iyi duruma sahip olmaktır. Böylece bu hedefe ulaşan kişi en yüksek yaşam kalitesine sahip olur. Tıp alanında ise Hipokrat; hekimlere, hastaların iyileştirilmesi ve yakınmalarının giderilmesi sırasında iyilik halinin en yükseğe çıkarılması konusunda sorumluluk almaları öğretilmiştir (Arslan ve Bölükbaş, 2003).

Yaşam kalitesi, kişisel sağlık durumundan öte, kişisel iyilik halini de içine alan daha geniş bir kavram olarak kabul edilir (Eser ve ark.,2004). Literatürde yaşam kalitesi çeşitli terimlerle eş anlamlı sayılmıştır. Bunlar: yaşam memnuniyeti, özsaygı, iyilik hali, mutluluk, sağlık, itibar, yaşamın önemi, fonksiyonel, durum ve düzendir (Bulut, 2010).

Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Çalışma Grubu yaşam kalitesini; ‘Hastanın, hem içinde yaşadığı kültürel yapı ve değerler sistemi bağlamında, hem de kendi amaçları, beklentileri, standartları ve endişeleri açısından, yaşamdaki durumu ile ilgili kişisel algısı olarak tanımlamaktadır (http://www.who.int/substance_abuse/research_tools/whoqolbref/en/, Erişim tarihi: 23.06.2014). Bu tanımla birlikte hastanın kendi yaşamıyla ilgili olarak yaşam kalitesini nasıl değerlendirdiği üzerine odaklanılmıştır (Kurt ve Savaşer, 2013).

Frankl, yaşam kalitesinin açıklanmasında yaşamın anlamının algılanmasının etkili olduğunu; bireyin yarattığı, sevdiği, inandığı ya da miras olarak geride bırakılanları yansıttığı zaman anlam duygusunu ortaya çıkarabileceğini belirtmektedir. McCall ise; yaşam kalitesini mutluluk ile ilişkilendirmekte ve yaşam kalitesini ortaya koymanın en iyi yolunun bireylerin mutluluk taleplerinin/beklentilerinin karşılanma düzeylerini ölçmek olduğunu belirtmektedir (Özmete, 2010).

Sağlıkta iyilik halinin ölçülebilmesinde yaşam kalitesi kavramı geliştirilmiştir. Yaşam kalitesi bireyin fiziksel işlevlerini, ruhsal durumunu, aile içindeki ve dışındaki toplumsal ilişkilerini, çevreden etkilenmişlik düzeylerini kapsar ve bu durumun bireyin işlevselliğini ne derece etkilediğini gösterir. Hastalıkların ortadan kaldırılması değil, kişilerin yaşam kalitelerinin arttırılmaları hedeflenmektedir (Yıldırım ve Hacıhasanoğlu, 2011).

4.4.1. Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesi

Sağlıkla ilgili yaşam kalitesi bütüncül olarak yaşam kalitesinin bir alt bileşenidir. Bu yüzden bu iki kavram birbirleriyle yakından ilişkili kavramlardır. Bir görüşe göre yaşam kalitesi ve sağlıkta yaşam kalitesi birbirinden ayrılarak incelenmelidir. Yaşam kalitesinin tüm boyutları sağlıkla ilgili yaşam kalitesini de belirler ve bunları birbirlerinden ayırmak olanaksızdır. Gelir düzeyi, sosyal olanaklar, politik ortam, çevre koşulları ve kişisel inançlar genel yaşam kalitesinin içinde değerlendirilir. Bu boyutları sağlıkla ilgili yaşam kalitesinden ayrı düşünmek bizi yanılgıya düşürür, çünkü bunların çoğu sağlık sorunlarını belirleyen temel boyutlardır (Eser, 2004; Müezzinoğlu, 2005).

Sağlıkla ilgili yaşam kalitesi kişinin kendisini iyi hissetmesi ve sağlık durumuna genel bir çerçeveden bakış açısı ile ilgilidir. Sağlık ile ilgili yaşam kalitesi hastalığın olmaması yanında, kişinin fiziksel, sosyal ve psikolojik açıdan aktif olmasını, kendisini iyi hissetmesini ve yaşam memnuniyetini kapsar. Kişinin gün boyu yaşamını sürdürebilmesi için gerekli olan kendine bakım, yemek yeme, giyinme, ev işleri, alışveriş yapma ve sosyal aktivitelerde kimseden yardım almadan bağımsız olabilme yeteneğini ise fonksiyonel kapasitesi gösterir (Bulut, 2010).

Yaşam kalitesinin sağlıkla ilgili değerlendirmeleri, biyolojik, genel ve hastalığa özgü olmak üzere üç ana bölümde ele alınmıştır:

1) Biyolojik Sağlık Durumu: Organ sistemleri üzerine odaklanmıştır. Hangi laboratuvar testi veya değerlendirmelerin gerektiğine tanı süreci karar vermektedir.

2) Genel Sağlık Durumu: Tüm yaş, cinsiyet ve sosyoekonomik duruma uygun sağlık durumunu değerlendirmektedir. Yaşamı tehdit eden bir durumdan tümüyle iyi olma haline kadar uzanan geniş bir kavramı en az dört başlık altında değerlendirir:

Fiziksel işlevsellik: Fiziksel sınırlılık, fiziksel kabiliyetler, yatakta geçirilen gün sayısı, ağrı ve fiziksel iyi olma hali sorgulanmaktadır.

Ruh Sağlığı: Bu alandaki ölçümler, anksiyete ve depresyon gibi psikolojik zorlukların sıklığını ve şiddetini; kişinin psikolojik olarak iyi olma hali ve yaşamdan tatmin olma kavramlarını nasıl algıladığını ve kognitif işlevsellik düzeyini araştırmaktadır.

Sosyal ve Rol İşlevselliği: Sosyal işlevsellik, olgun sosyal ilişkiler geliştirme ve devam ettirme olarak tanımlanmaktadır. Rol işlevselliği, kişinin kendi yaşamındaki normal rolünün ihtiyaçlarını (iş durumu, okul durumu ve ev durumu) yerine getirip getiremediğini tanımlamaktadır.

Genel Sağlık Algıları: Özellikle ruhsal ve fiziksel açıdan bakmadan, kişinin tüm sağlığı ile ilgili inanç ve değerlendirmeleridir.

3) Hastalığa Özgü Sağlık Durumu: Sağlık ile ilgili genel düşünce çoğunlukla hastalık ve işlevsellik üzerine odaklanmıştır (Top ve ark., 2003).

4.4.2. Adölesanların Yaşam Kalitesinin Geliştirilmesi

Adölesanlarda sağlıkla ilgili yaşam kalitesinin incelenmesi, onların iyilik hali durumlarını ortaya çıkarmaya ve yaşam kalitesi açısından risk faktörü olabilecek durumları tanımlamaya yardımcı olur (Üneri ve Çakın, 2007).

Adölesan dönemde, birey yetişkinliğe hazırlanır ve tüm yaşamını etkileyebilecek davranış biçimini geliştirir (Ceylan ve Turan, 2009; Bundak ve ark., 2006). Yapılan çalışmalar sağlık davranışları ile yaşam kalitesi arasında ilişki olduğunu göstermektedir (Coşkun ve ark., 2007; Demirci ve ark., 2007; Saatli ve ark., 2007). Bu nedenle adölesanların yaşam kalitesinin iyileştirilebilmesi için sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının kazandırılması önem taşımaktadır.

Literatürde en sık önerilen adölesan sağlığını geliştirme programlarının beslenme, egzersiz, hijyen, uyku, alkol, ilaç, sigara kullanımı ve cinsellik alanlarına yönelik sağlığı koruyucu ve geliştirici çalışmalar olduğu dikkati çekmektedir (Bulduk ve Erdoğan, 2005; Haznedaroğlu ve ark., 2009; Savaşer, 2000). Ayrıca bu çalışmalarında etkin yöntemlerle sürdürülmesi ve adölesanların kendi sağlıklarıyla ilgili sorumluluk üstlenmeleri için stresi azaltma, stresle etkin baş etme becerisini öğretme ve desteklemeye yönelik programlar da önerilmektedir (Savaşer, 2000).

Adölesanlar için en önemli sosyal baskı ise akran etkisidir. Bu yaş grubunda akran etkisi önemli bir faktör olduğu için beslenme, stres yönetimi, egzersiz vb. konulardaki sağlık davranışları hakkında yapılacak eğitimin grup şeklinde yapılmasının gelişimsel olarak uygun olduğu belirtilmektedir (Story et al., 2006).

4.5. Okul Sağlığı Geliştirme Programları

Okul ortamı fiziksel ve sosyal çevresi ile sağlığı doğrudan etkiler. Ayrıca sağlık ile ilgili olumlu tutum ve davranışların geliştirilmesine ya da sağlık hizmetlerinin topluca sunulmasına elverişli bir ortam olması nedeniyle sağlık hizmetleri için önemli bir kurumdur (Ceylan ve Turan 2009). Milli Eğitim İstatistiklerine (2013-2014) göre ülkemizde liselerde yaklaşık olarak 5.420.178 genç öğrenim görmekte ve 278.641 öğretmen görev yapmaktadır (http://sgb.meb.gov.tr/istatistik/meb_istatistikleri_orgun_egitim_2013_201

[4.pdf](#), [Erişim](#) tarihi:8 Temmuz 2014). Bu rakamlar bize okul sağlığı hizmetlerine gereksinimi olan büyük grubu ve bu gruba ulaşmakla elde edilecek sağlık kazanımlarının boyutunu açıklamaktadır (Seçginli ve Demirezen 2004). Okullar öğrencilerin akademik anlamda gelişmelerinin yanı sıra sağlık ve sosyal yönden gelişmelerinde de önemli rol oynamaktadır. Gençlerin sağlığı okul başarısını doğrudan etkilemektedir (<http://www.cdc.gov/HealthyYouth/CSHP/index.htm>.,Erişim tarihi: 9 Temmuz 2014).

Okul sağlığı, öğrencilerin ve okul personelinin sağlığının değerlendirilmesi, geliştirilmesi, sağlıklı okul yaşamının sağlanması ve sürdürülmesi hizmetlerinin tümünü kapsamaktadır (Baltaş, 2000). Okul sağlığı hizmetlerinin amacı, toplumda okul çağındaki bütün çocukların mümkün olan en iyi bedensel, ruhsal ve sosyal sağlığa kavuşmalarını sağlamak ve sürdürmektir (Akışve ark., 2003). Bu nedenle okula başlarken ve okul çağı süresince sağlık taramalarının yapılması, sağlık durumlarının değerlendirilmesi, bazı hastalıkların erken dönemde saptanması ve tanı konulmasında, tedavi olanaklarından yararlanmasında, dolayısıyla gelecekteki sağlıklı toplumun temelini atılmasında büyük önem taşımaktadır (Işıklı ve Kalyoncu, 2007).

Okul sağlığı çalışmalarının yürütüldüğü ekipte yer alması gereken kişiler; hekim, hemşire, öğretmen, öğrenci velisi, psikolojik danışman ve rehber, olanak varsa psikolog, sosyal hizmet uzmanı ve diyetisyendir (http://megep.meb.gov.tr/mte_program_modul/moduller_pdf/Ana%C3%87ocuk%20ve%20Okul%20Sa%C4%9Fl%C4%B1%C4%9F%C4%B1.pdf., Erişim Tarihi: 23 Temmuz 2014).

CDC tarafından geliştirilmiş Okul Sağlığı Geliştirme Program Modeli, okullarda sağlığın geliştirilmesi için kullanılan yeni bir modeldir. Bu modelde adölesanların sağlık ve sosyal problemlerinin çözümünde okulların yanı sıra aileler, sağlık bakım çalışanları, medya ve sivil toplum örgütlerinin çalışmaları da yer almaktadır. CDC tarafından geliştirilen modelde yapılması gereken etkinlikler sekiz bölümde incelenmektedir. Bunlar:

- 1- Sağlık Eğitimi,
- 2- Fiziksel Aktivite,
- 3- Sağlık Hizmetleri,

- 4- Beslenme Hizmetleri,
- 5- Danışmanlık ve Psikososyal Hizmetler,
- 6- Sağlıklı Okul Çevresi Oluşturma,
- 7- Okul Personelinin Sağlığını Geliştirme,
- 8- Aile/Toplum Katılımıdır (<http://www.cdc.gov/HealthyYouth/CSHP/#3>., Erişim tarihi: 10 Temmuz 2014, Tappe et al 2010, GrovesandKub 2009, İlhan 2012).

- 1- Sağlık Eğitimi:** Sağlık eğitimi uygulamaları öğrencilere sağlığı geliştiren davranışlara başlama kararı verebilmeleri için gerekli bilgi, tutum ve becerileri kazanmaları için fırsatlar sağlamaktadır. 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.
- 2- Beden Eğitimi:** Beden eğitimi öğrencilerin yaşamları boyunca fiziksel aktiviteye katılmaları için gerekli bilgi ve becerinin sağlanması için okul temelli eğitim fırsatlarıdır. Kaliteli bir beden eğitimi dersi sonrasında öğrenciler yaşamları boyunca fiziksel aktiviteden hoşlanmalarını sağlayacak bilgi, beceri ve güvene sahip olurlar.
- 3- Sağlık Hizmetleri:** Hizmetler adölesanların sağlığının koruma ve geliştirme amacıyla planlanmıştır. Bu hizmetlerin amacı; birinci basamak sağlık hizmetlerinin uygun şekilde verilmesidir. Bu hizmetler bu amaçla; bulaşıcı hastalıkların ve diğer sağlık problemlerinin kontrolü, hastalık ve kaza durumlarında ilk yardım hizmetleri, güvenli ve hijyenik okul çevresinin sağlanması, birey, aile ve toplumun sağlığının korunması ve geliştirilmesi için danışmanlık yapılmasını kapsar ve sağlık hizmeti vermeyi, aileler ile sürekli iletişim halinde olmayı amaçlar. Bu hizmetlerin sunulmasında okul sağlığı hemşiresi önemli yer tutmaktadır.
- 4- Beslenme Hizmetleri:** Tüm öğrencilerin sağlık ve beslenme ihtiyaçlarının karşılanması için besleyici özelliği olan çeşitli öğünler hazırlanmalıdır. Bu hizmetler çocuk beslenme uzmanı tarafından sürdürülmektedir.
- 5- Danışmanlık ve Psikososyal Hizmetler:** Öğrencilerin zihinsel, emosyonel ve sosyal sağlıklarını geliştirmeyi amaçlamaktadır. Bu kapsamda bireysel ya da

grup değerlendirmeleri ve görüşmeleri yapılmaktadır. Bu hizmetler psikologlar, sosyal hizmetler uzmanları ve rehberlik öğretmenleri tarafından sürdürülmektedir.

- 6- Sağlıklı Okul evresi Oluşturma:** Okul evresi; okulun fiziksel, estetik çevresini ve kültür yapısını içerir. Okul binası ve çevresi, biyolojik ve kimyasal risklere yakınlığı, çevresel gürültü ve fiziksel sağlamlığı açısından değerlendirilmektedir. Öğrencilerin ve personelin fiziksel ve emosyonel ve sosyal sağlığını etkileyecek çevresel riskler kontrol altına alınmaktadır.
- 7- Okul Personelinin Sağlığını Geliştirme:** Okulda düzenlenen sağlık eğitimleri, tarama programları, egzersiz aktiviteleri gibi hizmetlerle okul personelinin sağlığının geliştirilmesine olanak sağlanmaktadır.
- 8- Aile/Toplum Katılımı:** Aile, okul ve toplumun birlikte çalışması öğrencilerin sağlıklarını ve iyilik hallerini arttıran bir yaklaşım olarak değerlendirilmiştir. Aile, okul ve toplumun bir arada bulunduğu okul sağlığı programlarının öğrencilerin sağlıkla ilgili ihtiyaçlarını daha iyi belirlediği ve etkili çözümler sağladığı belirtilmektedir (<http://www.cdc.gov/healthyyouth/cshp/components.htm>, Erişim tarihi: 8 Temmuz 2014).

4.5.1. Okul Sağlığı Hemiresinin Yaşam Kalitesinin ve Sağlığın Geliştirilmesinde Rollerini

Okul hemşireliği, ocuk ve gençlerin sağlık sorunlarının belirlenmesi ve çözümünde kilit insan gücüdür. Okul sağlığı hemşiresi, okulda çocukların sağlığını korumak ve yükseltme için sağlık eğitimini uygulayacak en önemli kişidir. National Association of Schol Nurses (NASN) okul hemsirelerini; çocukların ve gençlerin entelektüel potansiyellerini kullanarak bireysel yeteneklerini arttırmak, Şu anda ve gelecekteki fiziksel, sosyal, kişisel ve emosyonel büyümelerini olumlu etkilemek için yararlı kararlar alan kişiler olarak tanımlamaktadır. Amerikan Okul Sağlığı Birliği (ASHA) okul hemiresini; bakım verici, eğitici, danışman, vaka yöneticisi, savunucu ve araştırmacı etkinliklerden sorumlu meslek yesi olarak tanımlamıştır (Altuntaş ve Baykal, 2012; Bahar, 2010; Koçoğlu ve Emiroğlu, 2011).

Bireysel olgunlaşma süreci olan adölesan dönemde, kendi başına bir “kriz” durumu oluşturmaktadır. Arkadaşlık ilişkilerinin gelişmesi ve beden imgesinin önem kazanması ile birlikte, tedavinin getirdiği sınırlılıklar ya da kronik hastalığın beden imgesinde değişikliklere yol açması adölesanda karmaşaya neden olabilir ve bu nedenle adölesanlar hemşirenin desteğine ihtiyaç duyabilir (Şahan, 2010). Hemşireler yaşam kalitesini koruma, geliştirme ve iyileştirmede, yaşam kalitesini etkileyen etmenleri belirleme ve bu etmenlerin giderilmesinde etkin rol almalıdırlar (Arslan ve Bölükbaş, 2003).

Okul hemşireleri geleneksel okul sağlığı çalışmalarının dışında; danışmanlık, sağlık eğitimi, sağlık taramaları, bağışıklama, akut şikayetlerin giderilmesi, ilaç kullanımının yönetimi, ruh sağlığı hizmetleri, özel sağlık gereksinimlerinde hemşirelik bakımı, vakaların evde yönetimi, okul çevresinin sağlığı ve çevre sağlığı gibi çalışmaları yürütmektedirler (Altuntaş ve Baykal, 2012; Bulduk ve Pek, 2005).

Hemşirenin değişen yaşam koşullarının gereği olarak görülen çağdaş rollerinden eğitici rolü, sağlığın korunması, yükseltilmesi ve geliştirilmesinde çok önemlidir. Bireye/topluma doğru yöntem ve tekniklerle, ihtiyaçlarına ve özelliklerine uygun, planlı ve sürekliliği esas alınan eğitimler düzenlenmelidir. Etkili yöntem ve tekniklerle, hemşirenin profesyonel kimliği ve çağdaş eğitimci rolü ile düzenleyeceği sağlık eğitimleri; sağlıklı yaşam biçimlerinin kazandırılmasını, yaşam kalitesinin artırılmasını, sağlığın geliştirilmesini ve hemşirelik mesleğinin olumlu yönde ilerlemesini sağlayacaktır (Özpulat, 2010).

5. GEREÇ ve YÖNTEM

5.1. Araştırmanın Amacı ve Tipi

Bu araştırma, lise öğrencilerinin ruhsal durumlarını ve yaşam kalitelerini belirlemek amacıyla tanımlayıcı ve ilişkisel bir araştırma olarak gerçekleştirildi.

5.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma, İstanbul İl Milli Eğitim Müdürlüğü'ne bağlı bir devlet lisesinde 2013-2014 Eğitim Öğretim Yılı Güz döneminde yapıldı.

5.3. Araştırmanın Evren ve Örnekleme

Araştırmanın evrenini; 2013-2014 eğitim öğretim yılında İstanbul İl Milli Eğitim Müdürlüğü'ne bağlı bir devlet okulunda okuyan öğrenciler (N=1380) oluşturdu. Araştırmada okulun seçiminde, okul yönetiminin araştırmayı desteklemeleri ve okulun bulunduğu yerin araştırmacının ulaşımına uygun bir konumda olması etkili olmuştur. Araştırmada örneklem seçimine gidilmemiş olup, evrenin tümüne ulaşılması hedeflendi. Araştırma, soru formlarının uygulandığı günlerde derse devam eden ve araştırmaya katılmayı kabul eden 1188 kişi, okulun % 86' sını ile gerçekleştirildi.

5.4. Veri Toplama Araçları

Araştırmanın verileri; araştırmacı tarafından hazırlanan sosyo-demografik bilgi formu, Genel Sağlık Anketi (GSA-12) ve Kiddo-Kindl Yaşam Kalitesi Ölçeği Ergen Formu kullanılarak toplandı.

5.4.1. Sosyo-demografik Bilgi Formu

Araştırmacı tarafından hazırlanan bu form 29 sorudan oluşmaktadır. Soru formunda öğrencilerin tanıtıcı özelliklerine (yaş, cinsiyet, sınıf, doğum yeri, aile tipi, anne/baba eğitimi, anne/baba mesleği, kardeş sayısı, aile geliri, sağlık güvencesi, kiminle yaşadığı, kişisel sorunlarını paylaşma durumu, okul dışı bir işte çalışma durumu, okul dışı sosyal aktiviteye katılma durumu, düzenli fiziksel aktivite yapma

durumu, aile ve arkadaş ilişkileri, okul başarısı ve son bir yıldaki sağlık problemi yaşama durumu) ilişkin sorular yer almaktadır (Ek 1) .

5.4.2. Genel Sağlık Anketi-12 (GSA-12)

GSA-12 David Goldberg tarafından geliştirilen, toplumda ve birinci basamak sağlık kuruluşlarında ruhsal durumu saptamak amacıyla oluşturulmuş, kişinin kendisinin doldurduğu bir ankettir. Sık kullanılan bir tarama testi olan GSA-12'nin Türkiye'de geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları Kılıç tarafından gerçekleştirilmiştir (Cronbach's alfa = 0.78). GSA'nın 12, 28, 30 ve 60 soruluk formları vardır. Araştırmada 12 soruluk formu kullanılmıştır. Her soru, hiçbir zaman-herzamanki kadar-her zamankinden sık-çok sık olmak üzere 4 şıktan oluşmaktadır. Ölçeğin değerlendirilmesinde likert tipi (0-1-2-3) puanlama ve GHQ tipi (0-0-1-1) puanlamadan herhangi biri kullanılabilir. Bu çalışmada GHQ tipi puanlama kullanılmıştır. GHQ tipi puanlamada, toplam puanın ilk iki sütuna 0, son iki sütuna 1 puan verilerek girilmiştir. GHQ tipi puanlama kullanıldığında en uygun kesme noktası GSA-12 için 1 ve 2 puan arasındadır. Bu kesme noktası için duyarlılık (%74) ve özgüllük değeri (%82) olarak belirlenmiştir. Çalışmada 2 ve üzerinde puanı olanlar ruhsal sağlık açısından yüksek riskli grup olarak kabul edilmiştir (Özdemir ve Razaki, 2007; Üner ve ark., 2007; Çağan ve Pehlivan, 2012; Küçük ve Bayat, 2012)(Ek 2). Bu araştırmada cronbach alpha değeri 0,83 olarak bulundu.

5.4.3. Kiddo-Kindl Yaşam Kalitesi Ölçeği Ergen Formu

Kiddo-KINDL ölçeği Ravens-Sieberer ve Bullinger (1998) tarafından geliştirilmiş, Eser ve arkadaşları tarafından Türkçe'ye uyarlanmıştır. Kiddo-KINDL ölçeğinin farklı yaş gruplarında kullanılan öz bildirim dayalı olarak düzenlenmiş üç sürümü vardır. Bunlar: 4-7 yaş çocuklar için Kiddo-KINDL (görüşmeciliğiyle uygulanan sürüm), 8-12 yaş çocuklar için Kiddo-KINDL ve 13-16 yaş ergenler için Kiddo-KINDL'dır. Bunlara ek olarak küçük çocuklar (4-7 yaş) ve büyük çocuklar ile ergenlerin (8-16 yaş) yaşam kalitesinin dolaylı olarak aileleri tarafından

değerlendirilebileceği iki “ebeveyn formu” vardır (Eser ve ark., 2008). Bu çalışmada 13-16 yaş ergenler için Kiddo-KINDL ölçeği kullanılmıştır.

Kiddo-KINDL genel amaçlı yaşam kalitesi ölçeği ergen formu, ergenlerin bedensel, ruhsal ve sosyal yaşantılarını herhangi bir hastalığa bağlı olmaksızın değerlendiren ve yaşam kalitesi boyutuyla ölçen, 24 maddeden oluşan, beşli likert tipi bir araçtır. Ölçeğin bir toplam yaşam kalitesi, yedi alandan {bedensel iyilik, ruhsal iyilik, özsaygı, aile, arkadaş, okul, hastalık} oluşan toplam sekiz ayrı puanı vardır. Puanlar pozitif yönelimlidir. Puan arttıkça algılanan yaşam kalitesi de iyileşmektedir (Eser ve ark., 2004).

Kiddo-KINDL ölçeği cronbach alpha değerleri toplam yaşam kalitesi için 0,83, bedensel iyilik alt boyutu için 0,70, duygusal iyilik alt boyutu için 0,73, öz saygı alt boyutu için 0,70, aile alt boyutu için 0,71, arkadaş alt boyutu için 0,58, okul alt boyutu için 0,55, hastalık alt boyutu için 0,81 ve toplam yaşam kalitesi için 0,83 olarak bulunmuştur (Eser ve ark., 2004).

Bu araştırmada Kiddo-KINDL yaşam kalitesi ölçeğinin cronbach alpha değerleri ise; bedensel iyilik alt boyutu için 0,75, duygusal iyilik alt boyutu için 0,69, öz saygı alt boyutu için 0,79, aile alt boyutu için 0,77, arkadaş alt boyutu için 0,31, okul alt boyutu için 0,32, hastalık alt boyutu için 0,51 ve ölçeğin tamamı için 0,79 olarak bulundu (Ek 3).

5.5. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmaya başlamadan önce araştırmanın yapılacağı okulun yöneticileri ile görüşülerek çalışma hakkında bilgi verildi ve sözlü onayları alındı. Haliç Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulundan etik kurul onayı alındıktan sonra İstanbul İl Milli Eğitim Müdürlüğü’nden araştırmayı uygulamak için izin alındı. Veri toplamaya başlamadan önce, öğrencilere çalışma hakkında bilgi verildi. Araştırma, çalışmaya katılmayı gönüllü kabul eden öğrenciler ile gerçekleştirildi. Öğrencilerin ad-soyad bilgileri alınmadı.

5.6. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmada elde edilen veriler SPSS (Statistical Package for Social Sciences) 17.0 programı kullanılarak analiz edildi. Verilerin analizinde; tanımlayıcı istatistikler (frekans, aritmetik ortalama, standart sapma, yüzde) kullanıldı. Verilerin normal dağılıma uygunluğu Tek Örneklem Kolmogorov Smirnov testi ile test edildi ve anlamlılık değerleri 0,05'den küçük olduğu için ileri düzey çözümlenelerde parametrik olmayan testler kullanıldı. Parametrik olmayan testlerden iki bağımsız değişken için Mann-Whitney U testi, ikiden fazla bağımsız değişken için Kruskal-Wallis testi, Post hoc Tukey testi, ilişki analizleri için ise Spearman's korelasyon analizi kullanıldı.

5.7. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmanın bir lisede gerçekteştirilmesi, bu nedenle sonuçların sınırlı bir şekilde genellenebilirliği araştırmanın sınırlı yönüdür.

6. BULGULAR

Lise öğrencilerinin ruhsal durumlarını ve yaşam kalitelerini belirlemek amacıyla yapılan çalışmaya ait veriler; aşağıdaki bölümler doğrultusunda incelendi.

6.1. Öğrencilerinin Sosyo-Demografik ve Sağlık Durumuna İlişkin Özellikleri

6.2. Öğrencilerin Demografik ve Sağlıkla ilgili Çeşitli Özelliklerine Göre GSA-12 Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

6.3. Öğrencilerin Demografik ve Sağlıkla ilgili Çeşitli Özelliklerine Göre Kiddo-KINDL Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

6.4. GSA-12 ile Kiddo-KINDL Ölçeği Arasındaki İlişki

6.1. Öğrencilerinin Sosyo-Demografik ve Sağlık Durumuna İlişkin Özellikleri

Bu bölümde araştırmaya katılan öğrencilerin demografik özelliklerine ve sağlık durumuna ilişkin özelliklerin dağılımı incelendi.

Tablo 1:Öğrencilerin Sosyo-Demografik Özelliklerinin Dağılımı (N=1188)

Demografik Özellik		n	%
Yaş	14	77	6,5
	15	152	12,8
	16	217	18,3
	17	450	37,9
	18	251	21,1
	19	41	3,5
Cinsiyet	Kız	672	56,6
	Erkek	516	43,4
Sınıf	9. sınıf	200	16,8
	10. sınıf	162	13,6
	11. sınıf	416	35,0
	12. sınıf	410	34,5
Doğum yeri	Köy	109	9,2
	İlçe	468	39,4
	İl	599	50,4
	Yurtdışı	12	1,0
Yaşantısının büyük bir çoğunluğunun geçtiği yer	Köy	32	2,7
	İlçe	159	13,4
	İl	186	15,7
	Büyükşehir	807	67,9
	Yurtdışı	4	0,3
Aile yapısı	İki ebeveyn	1087	91,5
	Tek ebeveyn	84	7,1
	Ebeveyn yok	17	1,4
Annenin eğitim durumu	Okur-yazar değil	157	13,2
	Okur-yazar	54	4,5
	İlkokul	603	50,8
	Ortaokul	214	18,0
	Lise	135	11,4
	Yüksekokul / Üniversite	25	2,1
Babanın eğitim durumu	Okur-yazar değil	33	2,8
	Okur-yazar	27	2,3
	İlkokul	556	46,8
	Ortaokul	293	24,7
	Lise	234	19,7
	Yüksekokul / Üniversite	45	3,8

Tablo 1'in Devamı

Annenin mesleği	Ev hanımı	957	80,6
	Memur	14	1,2
	İşçi	176	14,8
	Esnaf	20	1,7
	Diğer	21	1,8
Babamın mesleği	İşsiz	59	5
	Memur	67	5,6
	İşçi	625	52,6
	Esnaf	171	14,4
	Diğer	266	22,4
Kardeş sayısı	1	77	6,5
	2	409	34,4
	3	329	27,7
	4 ve üzeri	373	31,4
Aile gelir durumu	Kötü	95	8
	Orta	683	57,5
	İyi	376	31,6
	Çok iyi	34	2,9
Sağlık güvencesi varlığı	Var	1030	86,7
	Yok	158	13,3
Sağlık güvencesi	Emekli sandığı	43	3,6
	Bağ-kur	102	8,6
	SSK	850	71,5
	Yeşil kart	28	2,4
	Diğer	7	0,6
Yaşadığı kişi	Aile	1167	98,2
	Arkadaş	2	0,2
	Akraba yanı	9	0,8
	Yurt	3	0,3
	Diğer	7	0,6
Aile ilişkileri	Çok iyi	522	43,9
	İyi	354	29,8
	Orta	250	21
	Kötü	40	3,4
	Çok kötü	22	1,9

Tablo 1'in Devamı

Arkadaş ilişkileri	Çok iyi	638	53,7
	İyi	398	33,5
	Orta	128	10,8
	Kötü	11	0,9
	Çok kötü	13	1,1
Kişisel sorunlarıyakın bulunan kişilerle konuşma	Hiçbir zaman	132	11,1
	Ara sıra	597	50,3
	Sık sık	235	19,8
	Her zaman	224	18,9
Okul başarısı	Sınıf ortalamasının üstünde	217	18,3
	Sınıf ortalamasına uygun	907	76,3
	Sınıf ortalamasının altında	64	5,4
Okul dışında bir işte çalışma durumu	Çalışan	113	9,5
	Çalışmayan	1075	90,5
Okulçinde/dışında sosyal aktiviteye katılma	Katılan	324	27,3
	Katılmayan	864	72,7
Toplam		1188	100

Öğrencilerin % 56,6'sı kız, % 43,4'ü erkektir. Öğrencilerin yaşları 14 ve 19 arasında değişmekte olup yaş ortalaması $16,65 \pm 1,226$ ' dır. Öğrencilerin %16,8'i 9. sınıfta, % 13,6'sı 10. sınıfta, % 35'i 11. sınıfta, ve % 34,5'i 12. sınıfta öğrenim görmektedir.

Öğrencilerin % 9,2'sinin köy, % 39,4'ünün ilçe, % 50,4'ünün il, % 1'inin ise yurt dışı doğumlu oldukları görülmektedir. Öğrencilerin % 67,9 ile büyük çoğunluğu, yaşamlarının büyük bir kısmını büyükşehirde geçirmişken, % 2,7'si köyde, % 13,4'ü ilçede, % 15,7'si ilde, % 0,3'ü ise yurt dışında geçirdiği tespit edildi.

Öğrencilerin % 91,5 ile büyük çoğunluğunun iki, % 7,1'inin tek ebeveyne sahip olduğu, %1,4'ünün ise anne ve babasının olmadığı tespit edildi.

Öğrencilerin annelerinin eğitim durumuna bakıldığında; % 13,2'sinin okur-yazar olmadığı, % 4,5'inin okur-yazar olduğu, % 50,8'inin ilkökul, % 18'inin ortaokul, % 11,4'ünün lise ve % 2,1'inin yüksekokul veya üniversite mezunu oldukları görülmektedir. Öğrencilerin babalarının eğitim durumu incelendiğinde % 2,8'inin okur-yazar olmadığı, % 2,3'ünün okur-yazar olduğu, % 46,8'inin ilkökul, % 24,7'sinin ortaokul, % 19,7'sinin lise ve %3,8'inin yüksekokul veya üniversite mezunu oldukları görüldü.

Öğrencilerin % 80,6 ile büyük çoğunluğunun annesinin ev hanımı, % 1,2 'sinin memur, % 14,8'inin işçi, % 1,7'sinin esnaf, % 1,8'inin ise başka bir meslek grubundan oldukları tespit edildi. Öğrencilerin babalarının mesleklerine göre dağılımları incelendiğinde % 5'inin işsiz, % 5,6'sının memur, % 52,6'sının işçi, % 14,4'ünün esnaf, % 22,4'ünün ise başka bir meslek grubundan oldukları görüldü.

Öğrencilerin % 6,5'i tek çocuk iken, % 34,4'ünün 2 kardeşi, % 27,7'sinin 3 kardeşi, % 31,4'ünün ise dört ve üzeri kardeşi olduğu belirlendi.

Öğrencilerin aile gelir durumlarına bakıldığında, % 8'inin kötü, % 57,5'inin orta, % 31,6'sının iyi, % 2,9'unun ise çok iyi gelir durumuna sahip olduğu tespit edildi.

Öğrencilerin % 86,7 ile büyük çoğunluğunun sağlık güvencesinin olduğu, %13,3'ünün ise herhangi bir sağlık güvencesine sahip olmadığı belirlendi. Öğrencilerin % 3,6'sı emekli sandığı, % 8,6'sı Bağ-kur, % 71,5'i SSK, % 2,4'ü Yeşil kart ve % 0,6'sı ise diğer sahip güvencesine sahiptir.

Öğrencilerin % 98,2 ile büyük çoğunluğu ailesi ile, % 0,2'si arkadaşıyla, % 0,8'i akraba yanında, % 0,3'ü yurttta, ve % 0,6'sı bunların dışında diğer bir kimseyle yaşamaktadır.

Öğrencilerin % 43,9 ile çoğunluğunun aile ilişkisinin çok iyi, % 29,8'inin iyi, % 21'inin orta, % 3,4'ünün kötü ve % 1,9'unun çok kötü olduğu görüldü. Arkadaş ilişkileri ise öğrencilerin % 53,7'sinde çok iyi, % 33,5'inde iyi, % 10,8'inde orta, % 0,9'unda kötü ve % 1,1'inde ise çok kötü olarak saptandı.

Öğrencilerin % 11,1'i kişisel sorunlarını hiçbir zaman yakınlarındaki bir kişiyle konuşmazken, % 50,3'ü ara sıra, % 19,8'i sık sık, % 18,9'u her zaman paylaşmaktadır.

Öğrencilerin okul başarılarına bakıldığında; % 18,3'ünün okul başarısının sınıf ortalamasının üzerinde olduğu, % 76,3'ünün sınıf ortalamasına uygun olduğu, % 5,4'ünün ise sınıf ortalamasının altında olduğu görüldü.

Öğrencilerin % 90,5 ile büyük çoğunluğunun okul dışında bir işte çalışmadığı, yalnızca % 9,5'inin okul dışında bir işte çalıştığı tespit edildi.

Öğrencilerin % 27,3'ünün okul içinde veya dışında bir sosyal aktiviteye katıldığı, % 72,7'si ise okul içinde veya dışında herhangi bir sosyal aktiviteye katılmadığı görüldü (Tablo 1).

Tablo2: Öğrencilerin Sağlık Durumuna İlişkin Özelliklerine Göre Dağılımı (N=1188)

Sağlık Durumu Özellikleri		n	%
Uyku sorunu	Var	597	50,3
	Yok	591	49,7
Sürekli tedavi görülen kronik hastalık varlığı	Var	98	8,2
	Yok	1090	91,8
Evde sürekli bakım/tedavi gereksinimi olan yakın	Anne	31	2,6
	Baba	22	1,9
	Kardeş	30	2,5
	Diğer	31	2,6
	Yok	1074	90,4
Son bir yıl içerisinde yaşanan sağlık problemi varlığı	Var	968	81,5
	Yok	220	18,5
Son bir yıl içerisinde yaşanan sağlık problemi	Kepek	194	16,3
	Kabızlık	65	5,5
	Akne	336	28,3
	Kansızlık	255	21,5
	Parazit	4	0,3
	Sinirlilik	547	46,0
	Önemli kaza	43	3,6
	Baş ağrısı	599	50,4
	Sinuzit	276	23,2
Son bir yıl içerisinde sağlık eğitim programına katılma	Katılan	138	11,6
	Katılmayan	1050	88,4
Haftada üç gün düzenli fiziksel aktivite yapma	Yapan	619	52,1
	Yapmayan	569	47,9
Okul dışında bir işte çalışma durumu	Çalışan	113	9,5
	Çalışmayan	1075	90,5
Okul içinde/dışında sosyal aktiviteye katılma	Katılan	324	27,3
	Katılmayan	864	72,7
Toplam		1188	100

Öğrencilerin % 49,7'si uyku sorunu olmadığı ve genellikle iyi uyduğunu belirtirken, % 50,3'ü ise uyku sorunu olduğunu belirtti. Öğrencilerin % 91,8 ile büyük çoğunluğunun herhangi bir kronik hastalığı yok iken, % 8,2'inin kronik hastalığı olduğu tespit edildi.

Öğrencilerin % 90,4 ile büyük çoğunluğunun evinde sürekli bakım ve tedavi gereksinimi olan yakını yok iken, % 2,6'sının annesi, % 1,9'unun babası, % 2,5'inin kardeşi, % 2,6'sının ise diğer bir yakınının sürekli bakım ve tedaviye gereksinimi olduğu görüldü.

Öğrencilerin % 18,5'i son bir yıl içerisinde herhangi bir sağlık problemi yaşamadığını ifade ederken, % 81,5'i bir sağlık problemi yaşadığını ifade etti. Yaşadıkları sağlık problemleri incelendiğinde öğrencilerin % 16,3'ünün kepek, % 5,5'inin kabızlık, % 28,3'ünün akne, % 21,5'inin kansızlık, % 0,3'ünün parazit, % 46'sının sinirlilik, % 3,6'sının önemli kaza, % 50,4'ünün baş ağrısı, % 23,2'sinin sinüzit problemi yaşadığı belirlendi.

Öğrencilerin % 88,4 ile büyük çoğunluğunun son bir yıl içerisinde sağlık eğitim programına katılmadığı, % 11,6'sının bir sağlık eğitim programına katıldığı belirlendi.

Öğrencilerin % 52,1'inin haftada üç gün düzenli fiziksel aktivite yaptığı, % 47,9'unun haftada üç gün düzenli fiziksel aktivite yapmadığı görüldü (Tablo 2).

6.2. Öğrencilerin Demografik ve Sağlıkla ilgili Çeşitli Özelliklerine Göre GSA-12 Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Bu bölümde öğrencilerin GSA-12 Puan Ortalamaları ve öğrencilerin sosyo demografik ve sağlıkla ilgili çeşitli özelliklerine göre GSA-12 puan ortalamalarının karşılaştırıldığı tablolar yer almaktadır.

Tablo 3: Öğrencilerin GSA-12 Puanları (N=1188)

GSA-12 Puanı	n	%
2'nin altında	520	43,8
2 ve üzerinde	668	56,2
GSA-12 puan ortalaması ($\bar{x} \pm SS$)	2,90 \pm 3,00	

Araştırmaya katılan öğrencilerin % 56,2 ile yarısından fazlasının GSA-12 puanı 2 ve üzerinde, % 43,8'inin ise GSA-12 puanı 2 nin altındadır (Tablo 3).

Öğrencilerin GSA-12 ölçeği toplam puan ortalaması 2,90 \pm 3,00 bulundu.

Tablo 4: Öğrencilerin Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre GSA-12 Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N=1188)

Sosyo-Demografik Özellikler		n	$\bar{x} \pm SS$	İstatistiksel Değerlendirme	
				Z_{mwu} / X^2_{kw}	p
Yaş	14 yaş	77	2,38 ± 2,423	14,958*	0,011
	15 yaş	152	2,25 ± 2,607		
	16 yaş	217	3,24 ± 3,281		
	17 yaş	450	2,84 ± 2,932		
	18 yaş	251	3,06 ± 2,955		
	19 yaş	41	4,29 ± 4,033		
Cinsiyet	Kız	672	3,29 ± 3,067	-5,732***	0
	Erkek	516	2,41 ± 2,839		
Sınıf	9. sınıf	200	2,25 ± 2,480	9,591*	0,022
	10. sınıf	162	3,00 ± 3,192		
	11. sınıf	416	2,96 ± 2,966		
	12. sınıf	410	3,13 ± 3,153		
Doğum yeri	Köy	109	3,77 ± 3,376	11,658**	0,009
	İlçe	468	2,95 ± 2,932		
	İl	599	2,73 ± 2,972		
	Yurtdışı	12	1,83 ± 2,082		
Yaşantının büyük bir çoğunluğunun geçtiği yer	Köy	32	3,25 ± 3,398	1,368	0,85
	İlçe	159	2,89 ± 2,823		
	İl	186	3,04 ± 2,954		
	Büyükşehir	807	2,86 ± 3,036		
	Yurtdışı	4	2,50 ± 2,646		
Aile yapısı	İki ebeveyn	1087	2,84 ± 3,003	9,633**	0,008
	Tek ebeveyn	84	3,48 ± 2,864		
	Ebeveyn yok	17	4,12 ± 3,120		
Annenin eğitim durumu	Okur-yazar değil	157	2,89 ± 3,198	7,986	0,157
	Okur-yazar	54	2,44 ± 3,178		
	İlkokul	603	3,01 ± 3,061		
	Ortaokul	214	2,85 ± 2,829		
	Lise	135	2,93 ± 2,801		
	Y.O. / Üniversite	25	1,80 ± 2,179		
Babanın eğitim durumu	Okur-yazar değil	33	2,79 ± 2,977	3,127	0,68
	Okur-yazar	27	2,48 ± 3,155		
	İlkokul	556	3,06 ± 3,102		
	Ortaokul	293	2,80 ± 2,983		
	Lise	234	2,74 ± 2,817		
	Y.O. / Üniversite	45	2,87 ± 2,744		
Annenin mesleği	Ev hanımı	957	2,87 ± 3,004	10,251*	0,036
	Memur	14	1,14 ± 1,834		
	İşçi	176	3,09 ± 2,997		
	Esnaf	20	3,50 ± 3,204		
	Diğer	21	3,57 ± 3,059		

Tablo 4'ün Devamı

Sosyo-Demografik Özellikler		n	$\bar{x} \pm SS$	İstatiksel Değerlendirme	
				Z_{mwu} / X^2_{kw}	p
Babamın mesleği	İşsiz	59	3,68 ± 3,159	5,046	0,283
	Memur	67	2,91 ± 2,695		
	İşçi	625	2,85 ± 3,016		
	Esnaf	171	2,84 ± 3,040		
	Diğer	266	2,91 ± 2,977		
Kardeş sayısı	1	77	2,51 ± 2,698	1,830	0,609
	2	409	2,92 ± 2,891		
	3	329	2,84 ± 3,028		
	4 ve üzeri	373	3,03 ± 3,154		
Aile gelir durumu	Kötü	95	3,76 ± 3,079	18,392***	0,000
	Orta	683	3,07 ± 3,122		
	İyi	376	2,43 ± 2,712		
	Çok iyi	34	2,50 ± 2,561		
Sağlık güvencesi varlığı	Evet	1030	2,85 ± 3,021	-2,277*	0,023
	Hayır	158	3,26 ± 2,853		
Yaşadığı kişi	Aile	1167	2,89 ± 2,997	4,744	0,315
	Arkadaş	2	6,00 ± ,000		
	Akraba yanı	9	4,00 ± 3,571		
	Yurt	3	2,33 ± 2,082		
	Diğer	7	4,00 ± 3,416		
Aile ilişkileri	Çok iyi	522	2,04 ± 2,453	151,949***	0,000
	İyi	354	2,68 ± 2,686		
	Orta	250	4,10 ± 3,328		
	Kötü	40	6,55 ± 3,266		
	Çok kötü	22	6,82 ± 3,080		
Arkadaş ilişkileri	Çok iyi	638	2,49 ± 2,828	50,722***	0,000
	İyi	398	3,04 ± 2,907		
	Orta	128	3,85 ± 3,299		
	Kötü	11	6,36 ± 3,295		
	Çok kötü	13	6,69 ± 4,090		
Kişisel sorunları yakın bulunan kişilerle konuşma	Hiçbir zaman	132	3,96 ± 3,612	11,801**	0,008
	Ara sıra	597	2,89 ± 3,006		
	Sık sık	235	2,54 ± 2,467		
	Her zaman	224	2,69 ± 2,983		
Okul başarısı	Ortalama üstünde	217	2,84 ± 3,041	27,976***	0,000
	Ortalamaya uygun	907	2,76 ± 2,863		
	Ortalama altında	64	5,22 ± 3,790		
Okul dışında bir işte çalışma	Çalışan	113	3,37 ± 3,227	-1,559	0,119
	Çalışmayan	1075	2,86 ± 2,974		
Okuş içi/dışı sosyal aktivite	Katılan	324	2,31 ± 2,684	-4,213***	0,000
	Katılmayan	864	3,13 ± 3,083		

Z_{mwu} : Mann Whitney-U Testi X^2_{kw} : Kruskal Wallis Testi *p < 0,05 **p < 0,01 ***p < 0,001

Öğrencilerin yaşına göre GSA-12 puan ortalaması karşılaştırıldığında; istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ($p<0,05$). Buna göre 19 yaşındaki öğrencilerin GSA-12 puan ortalaması, 14, 15 ve 17 yaşındaki öğrencilerin puan ortalamasına göre; 16 yaşındaki öğrencilerin puan ortalaması ise 15 yaşındaki öğrencilerin puan ortalamasına göre istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksektir.

Öğrencilerin cinsiyetine göre GSA-12 puan ortalaması karşılaştırıldığında; kız öğrencilerin GSA-12 puan ortalaması, erkeklere göre istatistiksel açıdan anlamlı derecede yüksek bulundu ($p<0,001$).

Öğrencilerin öğrenim gördükleri sınıfa göre GSA-12 puan ortalaması karşılaştırıldığında; istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ($p<0,05$). Buna göre 11.ve 12. sınıfta öğrenim gören öğrencilerin GSA-12 puan ortalamaları, 9. sınıfta öğrenim gören öğrencilere göre istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksektir.

Öğrencilerin doğum yerine göre GSA-12 puan ortalaması karşılaştırıldığında; istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ($p<0,01$). Buna göre köyde doğan öğrencilerin puan ortalaması, il doğumlu öğrencilere göre istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek bulundu.

Öğrencilerin aile yapısına göre GSA-12 puan ortalaması karşılaştırıldığında; istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ($p<0,01$). Buna göre ebeveyni olmayan öğrencilerin GSA-12 puan ortalaması, iki ebeveyni olan öğrencilerin puan ortalamasına göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulundu.

Öğrencilerin annesinin mesleğine göre GSA-12 puan ortalaması karşılaştırıldığında; istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ($p<0,05$). Buna göre annesi esnaf olan öğrencilerin GSA-12 puan ortalaması, annesi ev hanımı olan öğrencilere göre, annesi işçi olan öğrencilerin, annesi memur olan öğrencilere göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulundu.

Öğrencilerin ailelerinin gelir durumuna göre GSA-12 puan ortalaması karşılaştırıldığında; istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ($p<0,001$). Buna göre gelir durumu kötü ve orta olan öğrencilerin GSA-12 puan ortalaması, gelir durumu iyi olan öğrencilere göre istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksektir.

Öğrencilerin sağlık güvencesinin olma durumuna göre GSA-12 puan ortalaması karşılaştırıldığında; sağlık güvencesi olmayan öğrencilerin GSA-12 puan ortalaması, sağlık güvencesi olan öğrencilerin puan ortalamasına göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulundu ($p<0,05$).

Öğrencilerin aile ilişkilerine göre GSA-12 puan ortalaması karşılaştırıldığında; aile ilişkisi çok kötü veya kötü olan öğrencilerin GSA-12 puan ortalaması, aile ilişkisi orta, iyi veya çok iyi olan öğrencilere göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulundu ($p<0,001$).

Öğrencilerin arkadaş ilişkilerine göre GSA-12 puan ortalaması karşılaştırıldığında; arkadaş ilişkisi çok kötü olan öğrencilerin GSA-12 puan ortalaması, arkadaş ilişkisi orta, iyi veya çok iyi olan öğrencilere göre, arkadaş ilişkisi kötü olan öğrencilerin GSA-12 puan ortalaması ise, arkadaş ilişkisi iyi veya çok iyi olan öğrencilere göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulundu ($p<0,001$).

Öğrencilerin kişisel sorunlarını yakın buldukları bir kişiyle paylaşma durumuna göre GSA-12 puan ortalaması karşılaştırıldığında; istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ($p<0,01$). Buna göre sorunlarını hiçbir zaman konuşmayan öğrencilerin GSA-12 puan ortalaması, sorunlarını ara sıra, sık sık veya her zaman konuşan öğrencilerin puan ortalamasına göre istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksektir.

Öğrencilerin okul başarısına göre GSA-12 puan ortalaması karşılaştırıldığında; okul başarısı sınıf ortalamasının altında olan öğrencilerin GSA-12 puan ortalaması, sınıf başarısı sınıf ortalaması veya üstünde olan öğrencilere göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulundu ($p<0,001$).

Öğrencilerin okul dışı sosyal aktivitelere katılma durumlarına göre GSA-12 puan ortalaması karşılaştırıldığında; okul dışı sosyal aktiviteye katılmayan öğrencilerin GSA-12 puan ortalaması, okul dışı sosyal aktiviteye katılan öğrencilerin puan ortalamasına göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulundu ($p<0,001$).

Öğrencilerin anne ve baba eğitim durumu, yaşantılarının büyük bir çoğunluğunu geçirdikleri yer, baba mesleği, kardeş sayısı, beraber yaşadıkları kişi, okul dışında bir işte çalışma durumlarına göre GSA-12 puan ortalaması karşılaştırıldığında; istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($p>0,05$)(Tablo 4).

Tablo 5: Öğrencilerin Sağlık Durumlarına İlişkin Özelliklerine Göre GSA-12 Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N=1188)

Sağlık Durumlarına İlişkin Özellikleri		n	$\bar{x} \pm SS$	İstatistiksel Değerlendirme	
				Z_{mwu} / X^2_{kw}	p
Uyku sorunu	Var	597	3,87 ± 3,203	-11,627***	0,000
	Yok	591	1,93 ± 2,421		
Kronik hastalık varlığı	Var	98	4,07 ± 3,186	-4,195***	0,000
	Yok	1090	2,80 ± 2,963		
Evde sürekli bakım/tedavi gereksinimi olan yakını	Anne	31	3,26 ± 3,596	5,919	0,116
	Baba	22	3,64 ± 3,094		
	Kardeş	30	2,47 ± 3,203		
	Diğer	31	1,94 ± 2,720		
Son bir yıldaki sağlık problemi	Var	968	3,17 ± 3,086	-6,794***	0,000
	Yok	220	1,73 ± 2,251		
Son bir yıl sağlık eğitim programına katılım durumu	Katılan	138	2,54 ± 2,862	-1,617	0,106
	Katılmayan	1050	2,95 ± 3,017		
Haftada üç gün fiziksel aktivite	Yapan	619	2,32 ± 2,673	-6,924***	0,000
	Yapmayan	569	3,54 ± 3,205		

Z_{mwu} : Mann Whitney-U Testi X^2_{kw} : Kruskal Wallis Testi *p < 0,05 **p < 0,01 ***p < 0,001

Öğrencilerin uyku sorunu olma durumuna göre GSA-12 puan ortalamaları karşılaştırıldığında; uyku sorunu olan öğrencilerin GSA-12 puan ortalaması, uyku sorunu olmayan öğrencilerin puan ortalamasına göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulundu (p<0,001).

Öğrencilerin sürekli tedavi gördükleri bir kronik hastalık varlığına göre GSA-12 puan ortalaması karşılaştırıldığında; kronik hastalığı olan öğrencilerin GSA-12 puan ortalaması, kronik hastalığı olmayan öğrencilerin puan ortalamasına göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulundu (p<0,001).

Öğrencilerin son bir yılda sağlık problemi yaşama durumlarına göre GSA-12 puan ortalaması karşılaştırıldığında; son bir yılda sağlık problemi yaşayan öğrencilerin GSA-12 puan ortalaması, son bir yılda sağlık problemi yaşamayan öğrencilerin puan ortalamasına göre istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek bulundu (p<0,001).

Öğrencilerin haftada en az üç gün düzenli fiziksel aktivite yapma durumuna göre GSA-12 puan ortalaması karşılaştırıldığında; fiziksel aktivite yapmayan öğrencilerin GSA-12 puan ortalaması, fiziksel aktivite yapan öğrencilerin puan ortalamasına göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulundu ($p<0,001$).

Öğrencilerin evlerinde sürekli bir bakım veya tedaviye gereksinimi olan yakınları olma durumuna ve öğrencilerin son bir yılda herhangi bir sağlık eğitim programına katılma durumlarına göre GSA-12 puan ortalaması karşılaştırıldığında; istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($p>0,05$)(Tablo 5).

6.3. Öğrencilerin Demografik ve Sağlıkla ilgili Çeşitli Özelliklerine Göre Kiddo-KINDL Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Bu bölümde öğrencilerin Kiddo-KINDL Ölçeği puan ortalamaları ve öğrencilerin sosyo demografik ve sağlıkla ilgili çeşitli özelliklerine göre Kiddo-KINDL Ölçeği Puan Ortalamalarının karşılaştırıldığı tablolar yer almaktadır.

Tablo 6: Öğrencilerin Kiddo-KINDL Ölçeği Puan Ortalamaları (N=1188)

Alt Boyut	N	Min	Max	\bar{x}	Ss
Bedensel iyilik	1188	0	100	54,49	22,20
Duygusal iyilik	1188	0	100	59,98	21,24
Öz saygı	1188	0	100	52,77	25,13
Aile	1188	0	100	52,86	24,63
Arkadaş	1188	0	100	64,87	17,22
Okul	1188	0	100	55,46	19,23
Hastalık	101	8	100	53,18	20,35
Kiddo-KINDL Toplam	1188	8	96	56,74	14,57

Öğrencilerin Kiddo-KINDL ölçeği bedensel iyilik alt boyutu puan ortalaması $54,49 \pm 22,20$, duygusal iyilik alt boyutu puan ortalaması $59,98 \pm 21,24$, öz saygı alt boyutu puan ortalaması $52,77 \pm 25,13$, aile alt boyutu puan ortalaması $52,86 \pm 24,63$, arkadaş alt boyutu puan ortalaması $64,87 \pm 17,22$, okul alt boyutu puan ortalaması $55,46 \pm 19,23$, hastalık alt boyutu puan ortalaması ise $53,18 \pm 20,35$ olarak bulundu.

Öğrencilerin Kiddo-KINDL ölçeği toplam yaşam kalitesi puan ortalaması $56,74 \pm 14,57$ olarak bulundu (Tablo 6).

Tablo 7: Öğrencilerin Yaşına, Cinsiyetine ve Sınıfına Göre Kiddo-KINDL Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N=1188)

Sosyo-Demografik Özellikler	Kiddo-KINDL Ölçeği/Alt Boyutları						
	Bedensel iyilik	Duygusal iyilik	Özsaygı	Aile	Arkadaş	Okul	Kiddo-KINDL Toplam
	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$
Yaş							
14 yaş (n=77)	55,44 ± 17,976	65,18 ± 19,275	47,16 ± 24,196	46,35 ± 23,655	62,58 ± 16,706	55,36 ± 20,067	55,34 ± 13,515
15 yaş (n=152)	60,12 ± 22,228	65,46 ± 21,458	47,00 ± 23,407	47,78 ± 22,163	66,78 ± 16,362	57,20 ± 19,498	57,39 ± 14,569
16 yaş (n=217)	53,57 ± 21,755	58,99 ± 21,590	50,37 ± 23,208	51,18 ± 22,540	63,31 ± 18,538	50,23 ± 18,642	54,61 ± 14,022
17 yaş (n=450)	54,31 ± 21,458	59,01 ± 19,977	55,22 ± 25,045	55,21 ± 24,781	64,75 ± 17,117	57,08 ± 18,641	57,60 ± 14,418
18 yaş (n=251)	52,91 ± 24,000	59,51 ± 22,370	55,40 ± 27,538	55,00 ± 27,232	65,86 ± 16,415	56,27 ± 19,609	57,50 ± 15,080
19 yaş (n=41)	48,48 ± 25,379	48,63 ± 22,643	54,27 ± 23,445	53,81 ± 23,086	65,70 ± 19,671	54,12 ± 20,088	54,17 ± 17,085
İstatiksel değerlendirme	$X^2_{kw}=14,662$ p=0,012	$X^2_{kw}=27,276$ p=0,00	$X^2_{kw}=21,340$ p=0,001	$X^2_{kw}=19,352$ p=0,002	$X^2_{kw}=4,505$ p=0,479	$X^2_{kw}=18,685$ p=0,002	$X^2_{kw}=9,782$ p=0,082
Cinsiyet							
Kız (n=672)	50,03 ± 21,351	58,75 ± 21,810	51,68 ± 25,498	51,87 ± 25,094	64,28 ± 16,922	55,58 ± 19,540	55,36 ± 14,806
Erkek (n=516)	60,31 ± 21,959	61,58 ± 20,400	54,18 ± 24,612	54,14 ± 23,986	65,65 ± 17,589	55,31 ± 18,849	58,53 ± 14,087
İstatiksel değerlendirme	$Z_{mwu}=-7,972$ p=0,00	$Z_{mwu}=-2,045$ p=0,041	$Z_{mwu}=-1,569$ p=0,117	$Z_{mwu}=-1,418$ p=0,156	$Z_{mwu}=-1,538$ p=0,124	$Z_{mwu}=-,517$ p=0,605	$Z_{mwu}=-3,640$ p=0,00
Sınıf							
9. sınıf (n=200)	57,94 ± 20,223	65,34 ± 20,760	47,44 ± 23,379	48,03 ± 22,387	64,41 ± 16,497	55,19 ± 19,415	56,39 ± 14,017
10. sınıf (n=162)	53,01 ± 24,203	58,56 ± 22,560	46,10 ± 25,020	47,30 ± 24,130	67,52 ± 18,083	51,77 ± 20,752	54,04 ± 15,130
11. sınıf (n=416)	55,77 ± 21,479	59,78 ± 20,105	56,70 ± 24,305	56,70 ± 24,305	64,09 ± 17,590	55,42 ± 18,397	58,08 ± 14,126
12. sınıf (n=410)	52,10 ± 22,776	58,13 ± 21,717	54,01 ± 25,949	53,51 ± 25,490	64,85 ± 16,797	57,09 ± 19,219	56,61 ± 14,957
İstatiksel değerlendirme	$X^2_{kw}=12,607$ p=0,006	$X^2_{kw}=15,793$ p=0,001	$X^2_{kw}=32,110$ p=0,00	$X^2_{kw}=26,337$ p=0,00	$X^2_{kw}=6,698$ p=0,082	$X^2_{kw}=7,131$ p=0,068	$X^2_{kw}=9,158$ p=0,027

Öğrencilerin yaşına, cinsiyetine ve sınıfına göre Kiddo-KINDL ölçeği puan ortalamalarının karşılaştırılması Tablo 7'de verildi. Öğrencilerin yaş gruplarına göre Kiddo-KINDL ölçeği alt boyut ve toplam yaşam kalitesi puan ortalamaları karşılaştırıldığında; bedensel iyilik ($p<0,01$), duygusal iyilik ($p<0,001$), öz saygı ($p<0,01$), aile ($p<0,01$) ve okul ($p<0,01$) alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu.

Bedensel iyilik alt boyutu puan ortalaması; 15 yaşındaki öğrencilerin 18 ve 19 yaşındaki öğrencilere göre, duygusal iyilik alt boyutu; 14 yaşındaki öğrencilerin 19 yaşındaki öğrencilere göre; 15 yaşındaki öğrencilerin, 16, 17 ve 19 yaşındaki öğrencilere göre; 17 ve 18 yaşındaki öğrencilerin ise 19 yaşındaki öğrencilere göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek saptandı. Özsaygı alt boyutu puan ortalaması; 17 ve 18 yaşındaki öğrencilerin 15 yaşındaki öğrencilere göre, aile alt boyutu puan ortalaması; 17 yaşındaki öğrencilerin 14 ve 15 yaşındaki öğrencilere göre; 18 yaşındaki öğrencilerin ise 15 yaşındaki öğrencilere göre, okul alt boyutu puan ortalaması; 15, 17 ve 18 yaşındaki öğrencilerin 16 yaşındaki öğrencilere göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulundu.

Yaş gruplarına göre arkadaş alt boyutu ve toplam yaşam kalitesi puan ortalamalarında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($p>0,05$).

Öğrencilerin cinsiyetine göre Kiddo-KINDL ölçeği alt boyut ve toplam yaşam kalitesi puan ortalamaları karşılaştırıldığında; erkek öğrencilerin bedensel iyilik ($p<0,001$), duygusal iyilik ($p<0,05$) ve toplam yaşam kalitesi ($p<0,001$) puan ortalaması, kız öğrencilere göre istatistiksel açıdan anlamlı derecede yüksek bulundu. Öz saygı, aile, arkadaş ve okul alt boyut puan ortalamalarında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($p>0,05$).

Öğrencilerin öğrenim gördükleri sınıfa göre Kiddo-KINDL ölçeği alt boyut ve toplam yaşam kalitesi puan ortalamaları karşılaştırıldığında; bedensel iyilik ($p<0,01$), duygusal iyilik ($p<0,01$), öz saygı ($p<0,001$), aile ($p<0,001$) ve toplam yaşam kalitesi ($p<0,05$) alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu. Bedensel iyilik alt boyutunda 9.sınıfta okuyan öğrencilerin puan ortalamaları, 12.sınıfta okuyan öğrencilere göre; duygusal iyilik alt boyutunda 9.sınıfta okuyan öğrencilerin puan ortalamaları diğer tüm sınıflardaki öğrencilerin puan ortalamalarına göre; öz saygı

alt boyutunda 11. ve 12. sınıfta okuyan öğrencilerin puan ortalamaları, 9. ve 10. sınıfta okuyan öğrencilerin puan ortalamalarına göre; aile alt boyutunda 11. ve 12. sınıfta okuyan öğrencilerin puan ortalamaları, 9. ve 10. sınıfta okuyan öğrencilerin puan ortalamalarına göre; toplam yaşam kalitesinde ise 11. sınıfta okuyan öğrencilerin puan ortalamaları, 10. sınıfta okuyan öğrencilerin puan ortalamalarına göre istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksektir (Tablo 7).

Tablo 8: Doğum Yerine, Aile Tipine ve Anne Eğitimine Göre Kiddo-KINDL Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N=1188)

Sosyo-Demografik Özellikler	Kiddo-KINDL Ölçeği/Alt Boyutları						
	Bedensel iyilik	Duygusal iyilik	Özsaygı	Aile	Arkadaş	Okul	Kiddo-KINDL
	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$
Doğum Yeri							
Köy (n=109)	52,47 ± 22,980	54,47 ± 23,402	49,14 ± 26,414	48,57 ± 25,722	62,27 ± 17,697	53,90 ± 17,653	53,47 ± 15,118
İlçe (n=468)	54,51 ± 22,147	59,13 ± 20,824	52,51 ± 24,974	52,88 ± 24,521	64,84 ± 16,843	54,99 ± 19,300	56,48 ± 14,425
İl (n=599)	54,77 ± 21,983	61,82 ± 20,989	53,42 ± 24,922	53,42 ± 24,381	65,24 ± 17,409	56,11 ± 19,496	57,47 ± 14,570
Yurtdışı (n=12)	58,33 ± 29,113	51,04 ± 19,371	63,02 ± 28,636	62,50 ± 29,072	71,35 ± 16,951	55,21 ± 18,238	60,24 ± 12,601
İstatiksel değerlendirme	$X^2_{kw}=1,180$ p=0,758	$X^2_{kw}=14,744$ p=0,002	$X^2_{kw}=4,103$ p=0,251	$X^2_{kw}=4,585$ p=0,205	$X^2_{kw}=3,005$ p=0,391	$X^2_{kw}=2,881$ p=0,410	$X^2_{kw}=7,068$ p=0,070
Aile Tipi							
İki ebeveyn (n=1087)	54,84 ± 22,209	60,30 ± 21,245	53,04 ± 25,173	53,04 ± 25,173	53,04 ± 25,173	53,04 ± 25,173	57,04 ± 14,586
Tek ebeveyn (n=84)	52,08 ± 22,552	58,48 ± 21,424	49,63 ± 24,685	49,63 ± 24,685	49,63 ± 24,685	49,63 ± 24,685	54,06 ± 14,560
Ebeveyn yok (n=17)	44,49 ± 17,523	46,69 ± 16,405	50,74 ± 25,376	50,74 ± 25,376	50,74 ± 25,376	50,74 ± 25,376	50,92 ± 11,927
İstatiksel değerlendirme	$X^2_{kw}=5,310$ p=0,070	$X^2_{kw}=8,481$ p=0,014	$X^2_{kw}=1,330$ p=0,514	$X^2_{kw}=1,388$ p=0,499	$X^2_{kw}=2,519$ p=0,284	$X^2_{kw}=5,452$ p=0,065	$X^2_{kw}=6,066$ p=0,048
Anne Eğitim							
Okur-y, değil (n=157)	53,34 ± 21,989	57,96 ± 20,639	52,95 ± 27,303	53,07 ± 26,748	62,78 ± 17,325	57,25 ± 19,897	56,22 ± 14,927
Okur-yazar (n=54)	57,18 ± 25,966	55,90 ± 20,655	53,01 ± 24,305	53,59 ± 23,903	61,46 ± 16,768	51,85 ± 17,620	55,50 ± 14,449
İlkokul (n=603)	54,75 ± 22,471	60,26 ± 21,389	53,04 ± 24,228	52,88 ± 23,787	65,02 ± 16,538	56,18 ± 19,091	57,02 ± 14,468
Ortaokul (n=214)	54,23 ± 21,035	58,53 ± 21,160	51,96 ± 26,049	52,89 ± 25,484	63,81 ± 18,625	53,91 ± 18,794	55,89 ± 14,568
Lise (n=135)	54,86 ± 21,887	63,56 ± 21,712	52,73 ± 25,923	53,24 ± 25,483	69,35 ± 16,865	54,95 ± 20,318	58,12 ± 15,154
YO/Üniversite (n=25)	50,00 ± 20,729	67,75 ± 17,740	51,75 ± 24,375	47,00 ± 21,958	66,75 ± 19,659	50,75 ± 18,691	55,67 ± 12,554
İstatiksel değerlendirme	$X^2_{kw}=2,301$ p=0,806	$X^2_{kw}=12,192$ p=0,032	$X^2_{kw}=0,286$ p=0,998	$X^2_{kw}=1,070$ p=0,957	$X^2_{kw}=13,242$ p=0,021	$X^2_{kw}=6,940$ p=0,225	$X^2_{kw}=2,741$ p=0,740

Öğrencilerin doğum yerine göre Kiddo-KINDL ölçeği alt boyut ve toplam yaşam kalitesi puan ortalamaları karşılaştırıldığında; ilde doğan öğrencilerin duygusal iyilik alt boyut puan ortalaması, köyde doğan öğrencilere göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksektir ($p<0,01$). Bedensel iyilik, öz saygı, aile, arkadaş, okul alt boyut puan ortalamaları ile toplam yaşam kalitesi puan ortalamaları öğrencilerin doğum yerine göre karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($p>0,05$).

Öğrencilerin aile tipine göre Kiddo-KINDL ölçeği alt boyut ve toplam yaşam kalitesi puan ortalamaları karşılaştırıldığında; duygusal iyilik ($p<0,05$) ve toplam yaşam kalitesi ($p<0,05$) puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu. Her iki ebeveyne sahip öğrencilerin duygusal iyilik alt boyutu ve toplam yaşam kalitesi puan ortalamaları, ebeveyni olmayan öğrencilerin puan ortalamalarına göre istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksektir. Bedensel iyilik, öz saygı, aile, arkadaş ve okul alt boyut puan ortalamaları aile tipine göre karşılaştırıldığında arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($p>0,05$).

Öğrencilerin anne eğitim durumuna göre Kiddo-KINDL ölçeği alt boyut ve toplam yaşam kalitesi puan ortalamaları karşılaştırıldığında; duygusal iyilik ($p<0,05$) ve arkadaş ($p<0,05$) alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu. Duygusal iyilik alt boyutunda; annesi lise veya yüksekokul/üniversite mezunu öğrencilerin puan ortalamaları, annesi okur-yazar olmayan, okur-yazar olan veya ortaokul mezunu öğrencilere göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulundu. Arkadaş alt boyutunda ise; annesi lise mezunu öğrencilerin puan ortalamaları, annesi okur-yazar olmayan, okur-yazar olan ve ortaokul mezunu olan öğrencilere göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksektir. Anne eğitim durumuna göre bedensel iyilik, öz saygı, aile, okul alt boyut puan ortalamaları ile toplam yaşam kalitesi puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($p>0,05$)(Tablo 8).

Tablo 9: Baba Eğitimine, Anne ve Baba Mesleğine Göre Kiddo-KINDL Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N=1188)

Sosyo-Demografik Özellikler	Kiddo-KINDL Ölçeği/Alt Boyutları						
	Bedensel iyilik	Duygusal iyilik	Özsaygı	Aile	Arkadaş	Okul	Kiddo-KINDL
	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$
Baba eğitim							
Okur-y, değil (n=33)	53,22 ± 20,970	62,12 ± 23,172	45,08 ± 24,495	44,70 ± 23,496	66,48 ± 17,316	55,11 ± 26,213	54,45 ± 12,827
Okur-yazar (n=27)	51,39 ± 22,953	55,79 ± 25,056	53,47 ± 27,151	54,40 ± 25,700	62,04 ± 18,421	52,78 ± 18,857	54,98 ± 16,131
İlkokul (n=556)	53,89 ± 22,261	58,77 ± 21,130	52,33 ± 24,853	52,52 ± 24,309	64,06 ± 16,539	55,74 ± 18,792	56,22 ± 14,390
Ortaokul (n=293)	56,44 ± 22,166	60,54 ± 20,420	52,77 ± 24,764	53,20 ± 24,320	65,66 ± 17,538	56,08 ± 18,367	57,45 ± 13,833
Lise (n=234)	54,73 ± 22,084	61,89 ± 21,915	54,38 ± 25,815	53,69 ± 25,572	65,17 ± 18,381	55,56 ± 19,633	57,57 ± 15,805
YO/Üniversite (n=45)	50,83 ± 22,832	62,36 ± 20,361	55,00 ± 26,803	55,56 ± 25,949	68,75 ± 16,320	49,31 ± 22,146	56,97 ± 15,425
İstatiksel değerlendirme	$X^2_{kw}=5,903$ p=0,316	$X^2_{kw}=5,801$ p=0,326	$X^2_{kw}=4,543$ p=0,474	$X^2_{kw}=4,722$ p=0,451	$X^2_{kw}=4,639$ p=0,462	$X^2_{kw}=5,687$ p=0,338	$X^2_{kw}=2,977$ p=0,704
Anne meslek							
Ev hanımı (n=957)	55,07 ± 22,218	59,97 ± 21,017	52,64 ± 24,756	52,76 ± 24,243	64,87 ± 17,218	56,04 ± 19,090	56,89 ± 14,435
Memur (n=14)	57,59 ± 18,858	70,54 ± 14,998	56,25 ± 30,422	49,55 ± 28,846	64,73 ± 15,813	56,25 ± 13,427	59,15 ± 15,338
İşçi (n=176)	52,31 ± 21,902	58,52 ± 22,563	52,66 ± 26,855	53,16 ± 26,483	64,95 ± 17,941	52,38 ± 20,978	55,66 ± 15,374
Esnaf (n=20)	41,56 ± 22,146	58,13 ± 23,916	49,69 ± 26,163	50,31 ± 25,847	60,31 ± 16,508	51,88 ± 11,841	51,98 ± 15,615
Diğer (n=21)	56,85 ± 22,956	67,26 ± 19,456	60,12 ± 23,838	59,52 ± 23,437	68,75 ± 12,500	57,74 ± 17,887	61,71 ± 11,594
İstatiksel değerlendirme	$X^2_{kw}=9,036$ p=0,060	$X^2_{kw}=6,307$ p=0,177	$X^2_{kw}=2,929$ p=0,570	$X^2_{kw}=2,327$ p=0,676	$X^2_{kw}=2,603$ p=0,626	$X^2_{kw}=5,508$ p=0,239	$X^2_{kw}=6,179$ p=0,186
Baba meslek							
İşsiz (n=59)	49,79 ± 22,050	51,48 ± 20,478	52,97 ± 26,245	53,18 ± 25,648	64,30 ± 17,138	53,28 ± 20,413	54,17 ± 14,327
Memur (n=67)	55,13 ± 23,026	60,35 ± 21,693	50,00 ± 27,003	51,31 ± 25,851	66,88 ± 16,393	54,01 ± 20,375	56,28 ± 15,353
İşçi (n=625)	54,80 ± 21,871	61,07 ± 20,744	53,83 ± 24,963	53,71 ± 24,683	64,84 ± 17,597	55,71 ± 19,070	57,33 ± 14,625
Esnaf (n=171)	54,20 ± 22,716	58,99 ± 22,545	52,27 ± 26,575	53,11 ± 25,259	64,91 ± 16,003	57,64 ± 18,099	56,85 ± 14,439
Diğer (n=266)	54,84 ± 22,507	59,84 ± 21,311	51,25 ± 23,886	51,01 ± 23,624	64,54 ± 17,394	54,32 ± 19,752	55,97 ± 14,414
İstatiksel değerlendirme	$X^2_{kw}=2,451$ p=0,653	$X^2_{kw}=11,571$ p=0,021	$X^2_{kw}=4,215$ p=0,378	$X^2_{kw}=3,200$ p=0,525	$X^2_{kw}=0,931$ p=0,920	$X^2_{kw}=3,197$ p=0,525	$X^2_{kw}=3,783$ p=0,436

Öğrencilerin babalarının mesleğine göre Kiddo-KINDL ölçęi alt boyut ve toplam yaşam kalitesi puan ortalamaları karşılaştırıldığında; babası işçi, memur, esnaf ve diğer meslek grubunda olan öğrencilerin duygusal iyilik alt boyut puan ortalaması, babası işsiz olan öğrencilere göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulundu ($p<0,05$).

Öğrencilerin babanın eğitim durumuna ve annenin mesleğine göre Kiddo-KINDL ölçęi alt boyut ve toplam yaşam kalitesi puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($p>0,05$) (Tablo 9).

Tablo 10: Kardeş Sayısına, Gelir Durumuna ve Beraber Yaşadığı Kişiye Göre Kiddo-KINDL Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N=1188)

Sosyo-Demografik Özellikler	Kiddo-KINDL Ölçeği/Alt Boyutları						
	Bedensel iyilik	Duygusal iyilik	Özsaygı	Aile	Arkadaş	Okul	Kiddo-KINDL
	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$
Kardeş sayısı							
1 (n=77)	57,14 ± 20,194	58,69 ± 19,480	53,57 ± 24,173	53,33 ± 22,842	63,64 ± 17,198	54,87 ± 17,314	56,87 ± 13,328
2 (n=409)	55,21 ± 22,047	61,32 ± 21,438	52,28 ± 25,607	52,51 ± 24,977	64,87 ± 16,589	53,36 ± 19,223	56,59 ± 14,819
3 (n=329)	53,70 ± 22,052	61,78 ± 20,180	53,55 ± 24,954	53,50 ± 24,807	65,33 ± 17,480	57,88 ± 19,138	57,62 ± 14,049
4 ve üzeri (n=373)	53,85 ± 22,905	57,19 ± 22,063	52,45 ± 25,052	52,58 ± 24,543	64,73 ± 17,724	55,75 ± 19,517	56,09 ± 15,022
İstatistiksel değerlendirme	$X^2_{kw}=1,529$ p=0,676	$X^2_{kw}=10,066$ p=0,018	$X^2_{kw}=0,388$ p=0,943	$X^2_{kw}=0,299$ p=0,960	$X^2_{kw}=0,777$ p=0,855	$X^2_{kw}=12,120$ p=0,007	$X^2_{kw}=1,605$ p=0,658
Gelir durumu							
Kötü (n=95)	50,53 ± 24,894	52,76 ± 23,256	46,51 ± 24,745	47,24 ± 24,593	60,66 ± 19,164	54,47 ± 24,132	52,03 ± 16,343
Orta (n=683)	53,92 ± 21,950	58,70 ± 21,159	52,08 ± 25,381	52,05 ± 25,040	63,52 ± 16,795	54,40 ± 18,606	55,78 ± 14,263
İyi (n=376)	56,02 ± 21,020	63,60 ± 19,781	54,75 ± 24,312	54,79 ± 23,442	67,52 ± 16,756	57,10 ± 18,880	58,96 ± 13,942
Çok iyi (n=34)	60,29 ± 29,552	65,81 ± 25,106	62,13 ± 26,380	63,42 ± 25,335	74,63 ± 18,267	61,40 ± 18,748	64,61 ± 16,303
İstatistiksel değerlendirme	$X^2_{kw}=6,035$ p=0,110	$X^2_{kw}=26,833$ p=0,00	$X^2_{kw}=13,029$ p=0,005	$X^2_{kw}=13,991$ p=0,003	$X^2_{kw}=30,049$ p=0,00	$X^2_{kw}=9,806$ p=0,020	$X^2_{kw}=28,627$ p=0,00
Beraber yaşadığı kişi							
Aile (n=1167)	54,64 ± 22,208	60,19 ± 21,233	52,76 ± 25,099	52,89 ± 24,619	65,01 ± 17,159	55,39 ± 19,268	56,81 ± 14,585
Arkadaş (n=2)	40,63 ± 30,936	37,50 ± ,000	40,63 ± 39,775	40,63 ± 39,775	46,88 ± 30,936	37,50 ± 26,517	40,63 ± 17,678
Akraba yanı (n=9)	53,47 ± 11,315	43,75 ± 20,010	50,00 ± 28,470	50,00 ± 28,470	65,28 ± 17,708	67,36 ± 15,238	54,98 ± 13,748
Yurt (n=3)	37,50 ± 28,641	60,42 ± 9,547	37,50 ± 12,500	37,50 ± 12,500	43,75 ± 6,250	52,08 ± 9,547	44,79 ± 9,081
Diğer (n=7)	42,86 ± 26,376	51,79 ± 21,864	67,86 ± 27,345	60,71 ± 24,925	56,25 ± 21,041	58,04 ± 16,022	56,25 ± 14,245
İstatistiksel değerlendirme	$X^2_{kw}=4,463$ p=0,347	$X^2_{kw}=8,904$ p=0,064	$X^2_{kw}=3,926$ p=0,416	$X^2_{kw}=2,478$ p=0,649	$X^2_{kw}=7,163$ p=0,128	$X^2_{kw}=4,898$ p=0,298	$X^2_{kw}=4,864$ p=0,301

Öğrencilerin kardeş sayısına göre Kiddo-KINDL ölçeği alt boyut ve toplam yaşam kalitesi puan ortalamaları karşılaştırıldığında; duygusal iyilik ($p<0,05$) ve okul ($p<0,01$) alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu. İki veya üç kardeşi olan öğrencilerin duygusal iyilik alt boyut puan ortalamaları, dört ve üzeri kardeşi olan öğrencilere göre; üç kardeşi olan öğrencilerin okul alt boyut puan ortalamaları, ise iki kardeşi olan öğrencilere göre istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksektir.

Öğrencilerin gelir durumuna göre Kiddo-KINDL ölçeği alt boyut ve toplam yaşam kalitesi puan ortalamaları karşılaştırıldığında; duygusal iyilik, öz saygı, aile, arkadaş, okul alt boyut puan ortalamaları ve toplam yaşam kalitesi puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu. Duygusal iyilik alt boyutunda; gelir durumu iyi olan öğrencilerin puan ortalamaları, gelir durumu kötü veya orta olan öğrencilere göre, gelir durumu çok iyi olan öğrencilerin puan ortalamaları gelir durumu kötü olan öğrencilere göre, öz saygı alt boyutunda; gelir durumu iyi veya çok iyi olan öğrencilerin puan ortalamaları gelir durumu kötü olan öğrencilere göre, aile alt boyutunda; gelir durumu iyi olan öğrencilerin puan ortalamaları gelir durumu kötü olan öğrencilere göre, gelir durumu çok iyi olan öğrencilerin puan ortalamaları ise, gelir durumu kötü veya orta olan öğrencilerine göre, arkadaş alt boyutunda; gelir durumu iyi veya çok iyi olan öğrencilerin puan ortalamaları gelir durumu kötü veya orta olan öğrencilere göre, okul alt boyutunda; gelir durumu iyi veya çok iyi olan öğrencilerin puan ortalamaları gelir durumu orta olan öğrencilere göre, Kiddo-KINDL ölçeği toplam puan ortalamasına göre ise; gelir durumu iyi veya çok iyi olan öğrencilerin puan ortalamaları gelir durumu kötü veya orta olan öğrencilere göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulundu. Gelir durumuna göre bedensel iyilik alt boyut puan ortalamasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($p>0,05$).

Öğrencilerin beraber yaşadıkları kişiye göre Kiddo-KINDL ölçeği alt boyut ve toplam yaşam kalitesi puan ortalamaları karşılaştırıldığında; istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($p>0,05$) (Tablo 10).

Tablo 11: Aile ve Arkadaş İlişkilerine, Kişisel Sorunları Konuşmasına Göre Kiddo-KINDL Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması(N=1188)

Sosyo-Demografik Özellikler	Kiddo-KINDL Ölçeği/Alt Boyutları						
	Bedensel iyilik	Duygusal iyilik	Özsaygı	Aile	Arkadaş	Okul	Kiddo-KINDL
	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$
Aile ilişkileri							
Çok iyi (n=522)	59,71 ± 21,711	66,70 ± 18,557	58,63 ± 24,682	58,24 ± 24,206	67,83 ± 16,073	61,17 ± 19,064	62,05 ± 13,574
İyi (n=354)	54,06 ± 20,877	59,34 ± 19,681	50,34 ± 23,807	50,30 ± 23,612	64,07 ± 17,036	53,07 ± 17,560	55,20 ± 12,859
Orta (n=250)	47,80 ± 21,640	51,65 ± 21,703	47,03 ± 23,772	48,15 ± 23,156	61,83 ± 17,969	50,03 ± 17,797	51,08 ± 13,716
Kötü (n=40)	40,63 ± 21,088	43,75 ± 24,596	39,53 ± 23,952	39,69 ± 23,537	57,50 ± 20,520	44,53 ± 23,393	44,27 ± 15,973
Çok kötü (n=22)	38,92 ± 25,069	34,94 ± 25,271	42,05 ± 38,825	43,75 ± 38,672	55,68 ± 18,289	40,06 ± 14,390	42,57 ± 18,069
İstatiksel değerlendirme	$X^2_{kw}=80,132$ p=0,00	$X^2_{kw}=127,478$ p=0,00	$X^2_{kw}=59,998$ p=0,00	$X^2_{kw}=51,057$ p=0,00	$X^2_{kw}=32,659$ p=0,00	$X^2_{kw}=101,457$ p=0,00	$X^2_{kw}=147,526$ p=0,00
Arkadaş ilişkileri							
Çok iyi (n=638)	57,02 ± 22,996	64,58 ± 20,644	56,68 ± 25,175	56,68 ± 24,533	69,63 ± 16,577	58,39 ± 19,847	60,50 ± 14,355
İyi (n=398)	52,91 ± 20,190	56,94 ± 19,881	49,97 ± 23,736	50,06 ± 23,461	61,57 ± 14,800	52,67 ± 17,990	54,02 ± 12,961
Orta (n=128)	50,88 ± 21,760	50,34 ± 20,933	43,51 ± 24,696	44,38 ± 24,551	55,66 ± 18,030	51,81 ± 17,957	49,43 ± 13,985
Kötü (n=11)	30,68 ± 17,778	42,05 ± 16,320	39,77 ± 23,431	38,64 ± 22,153	40,34 ± 14,621	45,45 ± 14,001	39,49 ± 11,358
Çok kötü (n=13)	34,62 ± 20,351	37,50 ± 28,868	48,56 ± 33,865	46,15 ± 32,329	43,75 ± 19,432	41,83 ± 16,013	42,07 ± 16,506
İstatiksel değerlendirme	$X^2_{kw}=36,902$ p=0,00	$X^2_{kw}=83,173$ p=0,00	$X^2_{kw}=41,950$ p=0,00	$X^2_{kw}=39,335$ p=0,00	$X^2_{kw}=130,183$ p=0,00	$X^2_{kw}=40,083$ p=0,00	$X^2_{kw}=113,798$ p=0,00
Kişisel sorunları kon.							
Hiçbir zaman (n=132)	53,79 ± 23,824	54,50 ± 22,612	50,14 ± 29,289	50,66 ± 28,081	59,38 ± 19,575	52,98 ± 20,743	53,57 ± 16,950
Ara sıra (n=597)	54,02 ± 21,598	58,38 ± 21,005	50,72 ± 24,199	50,83 ± 23,792	63,33 ± 15,956	55,19 ± 18,830	55,41 ± 13,867
Sık sık (n=235)	55,77 ± 20,480	64,73 ± 19,103	55,05 ± 23,642	55,48 ± 23,226	67,82 ± 16,505	54,41 ± 19,323	58,88 ± 13,548
Her zaman (n=224)	54,83 ± 24,510	62,50 ± 22,036	57,37 ± 25,803	56,81 ± 25,521	69,14 ± 18,316	58,73 ± 19,013	59,90 ± 15,172
İstatiksel değerlendirme	$X^2_{kw}=1,566$ p=0,667	$X^2_{kw}=26,829$ p=0,00	$X^2_{kw}=14,559$ p=0,002	$X^2_{kw}=13,423$ p=0,004	$X^2_{kw}=37,939$ p=0,00	$X^2_{kw}=9,224$ p=0,026	$X^2_{kw}=24,935$ p=0,00

Öğrencilerin aile ilişkilerine göre Kiddo-KINDL ölçeği alt boyut ve toplam yaşam kalitesi puan ortalamaları karşılaştırıldığında; alt boyut puan ortalamalarının tümünde ve toplam yaşam kalitesi puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ($p<0,001$).

Bedensel iyilik alt boyutunda aile ilişkileri çok iyi ve iyi olan öğrencilerin puan ortalamaları, diğer öğrencilere göre, duygusal iyilik ve okul alt boyutunda; aile ilişkileri çok iyi ve iyi olan öğrencilerin puan ortalamaları, diğer öğrencilere göre, aile ilişkileri orta olan öğrencilerin puan ortalamaları, aile ilişkileri kötü veya çok kötü olan öğrencilere göre, öz saygı alt boyutunda; aile ilişkileri çok iyi olan öğrencilerin puan ortalamaları, diğer öğrencilere göre; aile ilişkileri iyi olan öğrencilerin puan ortalamaları, aile ilişkileri kötü olan öğrencilere göre, aile alt boyutunda; aile ilişkileri çok iyi olan öğrencilerin puan ortalamaları, diğer öğrencilere göre; aile ilişkileri iyi veya orta olan öğrencilerin puan ortalamaları aile ilişkileri kötü olan öğrencilere göre, arkadaş alt boyutunda; aile ilişkileri çok iyi olan öğrencilerin puan ortalamaları, diğer öğrencilere göre; aile ilişkileri iyi olan öğrencilerin puan ortalamaları, aile ilişkileri kötü veya çok kötü olan öğrencilere göre, Kiddo-KINDL ölçeği toplam puan ortalaması, aile ilişkileri çok iyi ve iyi olan öğrencilerin, diğer öğrencilere göre; aile ilişkileri orta olan öğrencilerin ise, aile ilişkileri kötü veya çok kötü olan öğrencilerin puan ortalamalarına göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulundu. Aile ilişkileri iyileştikçe öğrencilerin Kiddo-KINDL ölçeği alt boyut ve toplam yaşam kalitesi puan ortalamalarının istatistiksel olarak anlamlı derecede yükseldiği görüldü.

Öğrencilerin arkadaş ilişkilerine göre Kiddo-KINDL ölçeği alt boyut ve toplam yaşam kalitesi puan ortalamaları karşılaştırıldığında; alt boyut puan ortalamalarının tümü ve toplam yaşam kalitesi puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ($p<0,001$).

Bedensel iyilik alt boyutunda; arkadaş ilişkileri çok iyi, iyi ve orta olan öğrencilerin puan ortalamaları, diğer öğrencilere göre; duygusal iyilik alt boyutunda; arkadaş ilişkileri çok iyi, iyi ve orta olan öğrencilerin puan ortalamaları, diğer öğrencilere göre; öz saygı ve aile alt boyutunda; arkadaş ilişkileri çok iyi olan öğrencilerin puan ortalamaları, arkadaş ilişkileri iyi, orta, veya kötü olan öğrencilerin puanlarına göre; arkadaş ilişkileri iyi olan öğrencilerin puanları ise, arkadaş ilişkileri orta olan öğrencilerin puanlarına göre, arkadaş alt boyutunda; arkadaş ilişkileri çok iyi iyi ve orta olan öğrencilerin puan ortalamaları, diğer öğrencilere göre; okul alt

boyutunda; arkadaş ilişkileri çok iyi olan öğrencilerin puan ortalamaları, arkadaş ilişkileri iyi, orta, kötü veya çok kötü olan öğrencilere göre; arkadaş ilişkileri iyi olan öğrencilerin puan ortalamaları, arkadaş ilişkileri çok kötü olan öğrencilere göre, Kiddo-KINDL ölçeği toplam puan ortalaması; arkadaş ilişkileri çok iyi ve iyi olan öğrencilerin diğer öğrencilere göre; arkadaş ilişkileri orta olan öğrencilerin puan ortalamaları ise, arkadaş ilişkileri kötü olan öğrencilere göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksektir. Arkadaş ilişkileri iyileştikçe öğrencilerin Kiddo-KINDL ölçeği alt boyut ve toplam yaşam kalitesi puan ortalamalarının istatistiksel olarak anlamlı derecede yükseldiği görüldü.

Öğrencilerin kişisel sorunlarını yakın bulunan kişilerle konuşma durumuna göre Kiddo-KINDL ölçeği alt boyut ve toplam yaşam kalitesi puan ortalamaları karşılaştırıldığında; duygusal iyilik alt boyutunda; sorunlarını sık sık veya her zaman konuşan öğrencilerin puan ortalamaları, sorunlarını hiçbir zaman konuşmayan veya ara sıra konuşan öğrencilere göre ($p<0,001$), öz saygı alt boyutunda; sorunlarını her zaman konuşan öğrencilerin puan ortalamaları sorunlarını hiçbir zaman konuşmayan ve ara sıra konuşan öğrencilere göre; sorunlarını sık sık konuşan öğrencilerin puan ortalamaları, sorunlarını ara sıra konuşan öğrencilere göre ($p<0,01$), aile alt boyutunda; sorunlarını her zaman konuşan öğrencilerin puan ortalamaları sorunlarını hiçbir zaman konuşmayan veya ara sıra konuşan öğrencilere göre; sorunlarını sık sık konuşan öğrencilerin puan ortalamaları, sorunlarını ara sıra konuşan öğrencilere göre ($p<0,01$), arkadaş alt boyutunda; sorunlarını her zaman veya sık sık konuşan öğrencilerin puan ortalamaları, sorunlarını ara sıra konuşan veya hiçbir zaman konuşmayan öğrencilere göre; sorunlarını ara sıra konuşan öğrencilerin puan ortalamaları, sorunlarını hiçbir zaman konuşmayan öğrencilere göre ($p<,001$), okul alt boyutunda; sorunlarını her zaman konuşan öğrencilerin puan ortalamaları, sorunlarını sık sık veya ara sıra konuşan veya hiçbir zaman konuşmayan öğrencilere göre ($p<0,05$), Kiddo-KINDL ölçeği toplam puan ortalaması, sorunlarını sık sık veya her zaman konuşan öğrencilerin, sorunlarını hiçbir zaman konuşmayan veya ara sıra konuşan öğrencilere göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulundu ($p<0,001$).

Tablo 12: Okul Başr.,Çalışma, Sosyal Akt. Katılma, Bakım Gereksinimi Olan Yakına Göre Kiddo-KINDL Ölçeği Puan Ort. Karşılaştırılması

Sosyo-Demografik Özellikler	Kiddo-KINDL Ölçeği/Alt Boyutları						
	Bedensel iyilik	Duygusal iyilik	Özsaygı	Aile	Arkadaş	Okul	Kiddo-KINDL
	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$
Okul başarısı							
Ortalama üstü (n=217)	56,91 ± 23,542	61,46 ± 21,092	59,10 ± 25,572	58,55 ± 25,340	66,01 ± 18,079	61,92 ± 19,396	60,66 ± 14,980
Ortalama (n=907)	54,22 ± 21,788	60,15 ± 21,125	52,34 ± 24,557	52,56 ± 23,964	65,12 ± 16,592	54,98 ± 18,378	56,56 ± 14,087
Ortalama altı (n=64)	50,10 ± 22,781	52,54 ± 22,320	37,40 ± 24,713	37,79 ± 25,110	57,52 ± 21,163	40,43 ± 21,157	45,96 ± 14,450
İstatiksel değerlendirme	$X^2_{kw}=6,048$ p=0,049	$X^2_{kw}=7,932$ p=0,019	$X^2_{kw}=36,005$ p=0,00	$X^2_{kw}=33,216$ p=0,00	$X^2_{kw}=9,505$ p=0,009	$X^2_{kw}=51,921$ p=0,00	$X^2_{kw}=47,984$ p=0,00
Okul dışı çalışma							
Çalışan (n=113)	54,65 ± 22,282	58,74 ± 20,687	58,52 ± 24,791	59,24 ± 24,078	66,43 ± 19,067	56,53 ± 16,899	59,02 ± 14,435
Çalışmayan (n=1075)	54,48 ± 22,203	60,11 ± 21,310	52,16 ± 25,108	52,19 ± 24,607	64,71 ± 17,017	55,35 ± 19,468	56,50 ± 14,577
İstatiksel değerlendirme	$Z_{mwu}=-,181$ p=0,856	$Z_{mwu}=-,749$ p=0,454	$Z_{mwu}=-2,375$ p=0,018	$Z_{mwu}=-2,691$ p=0,007	$Z_{mwu}=-,966$ p=0,334	$Z_{mwu}=-,590$ p=0,555	$Z_{mwu}=-1,746$ p=0,081
Okul dışı sosyal akt.							
Katılan (n=324)	57,79 ± 21,829	63,81 ± 20,121	57,89 ± 24,910	57,56 ± 24,649	67,44 ± 16,807	55,59 ± 19,606	60,01 ± 13,821
Katılmayan (n=864)	53,26 ± 22,226	58,54 ± 21,490	50,85 ± 24,967	51,09 ± 24,411	63,91 ± 17,285	55,41 ± 19,106	55,51 ± 14,670
İstatiksel değerlendirme	$Z_{mwu}=-2,997$ p=0,003	$Z_{mwu}=-3,579$ p=0,00	$Z_{mwu}=-4,306$ p=0,00	$Z_{mwu}=-4,010$ p=0,00	$Z_{mwu}=-3,278$ p=0,001	$Z_{mwu}=-,349$ p=0,727	$Z_{mwu}=-4,696$ p=0,00
Evde bakım gereksinimi olan yakın							
Anne (n=31)	58,47 ± 18,995	58,47 ± 21,442	46,17 ± 22,108	46,37 ± 21,757	59,88 ± 15,119	50,40 ± 15,304	53,29 ± 12,636
Baba (n=22)	44,03 ± 23,023	52,56 ± 24,900	55,68 ± 26,014	55,68 ± 26,014	62,22 ± 19,809	58,81 ± 16,888	54,83 ± 14,461
Kardeş (n=30)	54,58 ± 21,206	63,75 ± 25,712	55,83 ± 30,835	56,46 ± 30,331	69,17 ± 15,478	57,92 ± 16,571	59,62 ± 16,526
Diğer (n=31)	57,46 ± 21,190	62,30 ± 21,620	64,31 ± 22,079	63,10 ± 22,265	66,53 ± 18,719	54,44 ± 17,017	61,36 ± 14,354
İstatiksel değerlendirme	$X^2_{kw}=5,721$ p=0,126	$X^2_{kw}=3,712$ p=0,294	$X^2_{kw}=8,202$ p=0,042	$X^2_{kw}=7,405$ p=0,060	$X^2_{kw}=4,961$ p=0,175	$X^2_{kw}=5,638$ p=0,131	$X^2_{kw}=6,656$ p=0,084

Öğrencilerin okul başarılarına göre Kiddo-KINDL ölçeği alt boyut ve toplam yaşam kalitesi puan ortalamaları karşılaştırıldığında; bedensel iyilik alt boyutunda; okul başarısı sınıf ortalamasının üstünde olan öğrencilerin puan ortalamaları, okul başarısı sınıf ortalamasının altında olan öğrencilere göre ($p<0,05$), duygusal iyilik($p<0,05$) ve arkadaş ($p<0,01$) alt boyutunda; okul başarısı sınıf ortalamasının üstünde veya ortalama seviyede olan öğrencilerin puan ortalamaları, okul başarısı sınıf ortalamasının altında olan öğrencilere göre, öz saygı ($p<0,001$), aile ($p<0,001$), okul ($p<0,001$) alt boyutunda ve Kiddo-KINDL ölçeği toplam puan ortalaması ($p<0,001$), okul başarısı sınıf ortalamasının üstünde öğrencilerin, diğer öğrencilere göre; okul başarısı ortalama seviyede öğrencilerin puan ortalamaları, okul başarısı sınıf ortalamasının altında olan öğrencilere göre istatistiksel açıdan anlamlı derecede yüksek bulundu ($p<0,05$).

Öğrencilerin okul dışı çalışma durumuna göre Kiddo-KINDL ölçeği alt boyut ve toplam yaşam kalitesi puan ortalamaları karşılaştırıldığında; çalışan öğrencilerin öz saygı ($p<0,05$) ve aile ($p<0,01$) alt boyut puan ortalamaları, çalışmayan öğrencilere göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulundu ($p<0,05$).

Okul dışında bir sosyal aktiviteye katılan öğrencilerin, bedensel iyilik ($p<0,01$), duygusal iyilik ($p<0,001$), öz saygı ($p<0,01$), aile ($p<0,01$), arkadaş ($p<0,01$) alt boyut ve Kiddo-KINDL ölçeği toplam yaşam kalitesi puan ortalamaları ($p<0,01$), katılmayan öğrencilere göre istatistiksel açıdan anlamlı derecede yüksek bulundu.

Öğrencilerin evde bakım gereksinimi olan yakının kim olduğuna göre Kiddo-KINDL ölçeği alt boyut ve toplam yaşam kalitesi puan ortalamaları karşılaştırıldığında; evde bakım gereksinimi olan yakını anne, baba veya kardeş dışında biri olan öğrencilerin öz saygı puan ortalamaları, evde bakım gereksinimi olan yakını annesi olan öğrencilere göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulundu. Evde bakım gereksinimi olan yakının kim olduğuna göre bedensel iyilik, duygusal iyilik, aile, arkadaş, okul alt boyut puan ortalamaları ve toplam yaşam kalitesi puan ortalamalarında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($p>0,05$) (Tablo 12).

Tablo 13: Sağlık Güvencesine, Uyku Sorununa ve Kronik Hastalığa Göre Kiddo-KINDL Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N=1188)

Sosyo-Demografik Özellikler	Kiddo-KINDL Ölçeği/Alt Boyutları						
	Bedensel iyilik	Duygusal iyilik	Özsaygı	Aile	Arkadaş	Okul	Kiddo-KINDL
	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$
Sağlık güvencesi							
Var (n=1030)	54,95 ± 22,023	60,96 ± 21,031	53,17 ± 24,856	53,18 ± 24,406	65,15 ± 17,072	55,57 ± 19,353	57,16 ± 14,508
Yok (n=158)	51,54 ± 23,190	53,56 ± 21,597	50,12 ± 26,829	50,75 ± 26,056	63,05 ± 18,114	54,75 ± 18,495	53,96 ± 14,762
İstatiksel değerlendirme	$Z_{mwu}=-1,805$ $p=0,071$	$Z_{mwu}=-4,148$ $p=0,00$	$Z_{mwu}=-1,348$ $p=0,178$	$Z_{mwu}=-1,068$ $p=0,286$	$Z_{mwu}=-1,321$ $p=0,186$	$Z_{mwu}=-,580$ $p=0,562$	$Z_{mwu}=-2,474$ $p=0,013$
Sağlık güvencesi							
Emekli sandığı (n=43)	48,84 ± 24,023	56,10 ± 24,263	51,74 ± 27,627	51,02 ± 27,647	57,56 ± 16,054	49,85 ± 16,842	52,52 ± 15,818
Bağ-kur (n=102)	55,15 ± 21,924	59,50 ± 20,826	47,37 ± 24,285	47,98 ± 24,296	65,63 ± 16,187	54,60 ± 17,075	55,03 ± 13,851
SSK (n=850)	55,18 ± 21,944	61,40 ± 20,778	54,03 ± 24,592	54,02 ± 24,057	65,59 ± 17,015	56,15 ± 19,673	57,73 ± 14,417
Yeşil kart (n=28)	59,82 ± 19,575	58,26 ± 23,574	47,99 ± 24,887	47,32 ± 24,558	62,50 ± 17,095	53,57 ± 18,276	54,91 ± 14,226
Diğer (n=7)	41,07 ± 23,897	70,54 ± 21,565	63,39 ± 37,226	63,39 ± 37,226	62,50 ± 31,664	42,86 ± 23,780	57,29 ± 22,285
İstatiksel değerlendirme	$X^2_{kw}=6,358$ $p=0,174$	$X^2_{kw}=4,005$ $p=0,405$	$X^2_{kw}=9,961$ $p=0,041$	$X^2_{kw}=9,321$ $p=0,054$	$X^2_{kw}=9,344$ $p=0,053$	$X^2_{kw}=6,470$ $p=0,167$	$X^2_{kw}=9,010$ $p=0,061$
Uyku sorunu							
Yok (n=591)	58,95 ± 21,369	64,82 ± 19,508	55,02 ± 24,717	54,97 ± 24,492	66,13 ± 16,126	59,19 ± 18,457	59,85 ± 13,648
Var (n=597)	50,08 ± 22,147	55,19 ± 21,822	50,53 ± 25,370	50,76 ± 24,617	63,63 ± 18,169	51,77 ± 19,293	53,66 ± 14,823
İstatiksel değerlendirme	$Z_{mwu}=-7,236$ $p=0,00$	$Z_{mwu}=-7,783$ $p=0,00$	$Z_{mwu}=-2,858$ $p=0,004$	$Z_{mwu}=-2,740$ $p=0,006$	$Z_{mwu}=-2,239$ $p=0,025$	$Z_{mwu}=-6,275$ $p=0,00$	$Z_{mwu}=-6,904$ $p=0,00$
Kronik hastalığı							
Var (n=98)	43,37 ± 23,175	53,44 ± 22,131	47,39 ± 24,280	48,02 ± 24,108	64,16 ± 17,553	51,15 ± 17,294	51,25 ± 14,079
Yok (n=1090)	55,49 ± 21,847	60,57 ± 21,077	53,25 ± 25,167	53,29 ± 24,646	64,94 ± 17,198	55,85 ± 19,360	57,23 ± 14,526
İstatiksel değerlendirme	$Z_{mwu}=-4,914$ $p=0,00$	$Z_{mwu}=-3,176$ $p=0,001$	$Z_{mwu}=-2,044$ $p=0,041$	$Z_{mwu}=-1,804$ $p=0,071$	$Z_{mwu}=-,356$ $p=0,721$	$Z_{mwu}=-2,287$ $p=0,022$	$Z_{mwu}=-3,852$ $p=0,00$

Öğrencilerin sağlık güvencesi olma durumuna göre Kiddo-KINDL ölçeği alt boyut ve toplam yaşam kalitesi puan ortalamaları karşılaştırıldığında; sağlık güvencesi olan öğrencilerin duygusal iyilik ($p<0,001$) ve toplam yaşam kalitesi ($p<0,05$) puan ortalamaları sağlık güvencesi olmayan öğrencilere göre istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek bulundu ($p<0,05$).

Öğrencilerin sağlık güvence çeşidine göre Kiddo-KINDL ölçeği alt boyut ve toplam yaşam kalitesi puan ortalamaları karşılaştırıldığında; yalnızca öz saygı alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ($p<0,05$). SSK veya diğer sağlık güvencesi sahip öğrencilerin öz saygı alt boyut puan ortalamaları, emekli sandığı, bağ-kur ve yeşil kart sağlık güvencesine sahip öğrencilere göre istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksektir.

Öğrencilerin uyku sorunu olma durumuna göre Kiddo-KINDL ölçeği alt boyut ve toplam yaşam kalitesi puan ortalamaları karşılaştırıldığında; uyku sorunu olmayan öğrencilerin alt boyut puan ortalamalarının tümü ve toplam yaşam kalitesipuan ortalamaları arasında uyku sorunu olan öğrencilere göre istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek olduğu tespit edildi ($p<0,05$).

Öğrencilerin kronik hastalığına göre Kiddo-KINDL ölçeği alt boyut ve toplam yaşam kalitesi puan ortalamaları karşılaştırıldığında; kronik hastalığı olmayan öğrencilerin bedensel iyilik ($p<0,001$), duygusal iyilik ($p<0,001$), öz saygı ($p<0,05$), okul ($p<0,05$) ve toplam yaşam kalitesi ($p<0,001$) puan ortalamaları kronik hastalığı olan öğrencilere göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulundu. Kronik hastalığına göre aile ve arkadaş alt boyut puan ortalamalarında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($p>0,05$) (Tablo 13).

Tablo 14: Öğrencilerin Sağlık Problemine, Sağlık Eğitim Prog. Katılımına, Düzenli Fiziksel Akt. Yapma Durumuna Göre Kiddo-KINDL Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N=1188)

Sosyo-Demografik Özellikler	Kiddo-KINDL Ölçeği/Alt Boyutları						
	Bedensel iyilik	Duygusal iyilik	Özsaygı	Aile	Arkadaş	Okul	Kiddo-KINDL
	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$
Son 1 yıl sağlık prob.							
Yaşayan (n=968)	52,37 ± 21,875	58,39 ± 21,613	52,32 ± 24,937	52,36 ± 24,462	64,62 ± 17,041	54,20 ± 18,868	55,71 ± 14,492
Yaşamayan (n=220)	63,84 ± 21,239	66,99 ± 17,990	54,72 ± 25,968	55,06 ± 25,319	65,99 ± 17,989	60,99 ± 19,891	61,26 ± 14,110
İstatiksel değerlendirme	Z _{mwu} =-6,884 p=0,00	Z _{mwu} =-5,287 p=0,00	Z _{mwu} =-1,216 p=0,224	Z _{mwu} =-1,342 p=0,180	Z _{mwu} =-1,278 p=0,201	Z _{mwu} =-4,308 p=0,00	Z _{mwu} =-4,962 p=0,00
Sağlık eğitim prog. k.							
Katılan (n=138)	55,12 ± 21,548	62,73 ± 19,985	56,43 ± 23,700	55,93 ± 23,620	68,21 ± 18,257	53,67 ± 19,775	58,68 ± 14,698
Katılmayan (n=1050)	54,41 ± 22,295	59,62 ± 21,390	52,29 ± 25,291	52,45 ± 24,747	64,43 ± 17,041	55,70 ± 19,160	56,48 ± 14,548
İstatiksel değerlendirme	Z _{mwu} =-,492 p=0,623	Z _{mwu} =-1,383 p=0,167	Z _{mwu} =-1,812 p=0,070	Z _{mwu} =-1,531 p=0,126	Z _{mwu} =-2,564 p=0,010	Z _{mwu} =-1,154 p=0,248	Z _{mwu} =-1,627 p=0,104
Düzenli fiziksel akt.							
Yapan (n=619)	58,03 ± 22,459	63,64 ± 20,276	57,66 ± 24,795	57,40 ± 24,374	66,83 ± 17,450	57,26 ± 18,857	60,14 ± 13,724
Yapmayan (n=569)	50,65 ± 21,280	56,00 ± 21,578	47,44 ± 24,435	47,91 ± 23,976	62,74 ± 16,724	53,50 ± 19,467	53,04 ± 14,589
İstatiksel değerlendirme	Z _{mwu} =-5,789 p=0,00	Z _{mwu} =-6,025 p=0,00	Z _{mwu} =-6,878 p=0,00	Z _{mwu} =-6,559 p=0,00	Z _{mwu} =-4,180 p=0,00	Z _{mwu} =-3,418 p=0,001	Z _{mwu} =-8,301 p=0,00

Öğrencilerin son bir yılda sağlık problemi yaşama durumuna göre Kiddo-KINDL ölçeği alt boyut ve toplam yaşam kalitesi puan ortalamaları karşılaştırıldığında; son bir yılda sağlık problemi yaşamayan öğrencilerin bedensel iyilik ($p<0,001$), duygusal iyilik ($p<0,001$), okul ($p<0,001$) ve toplam yaşam kalitesi ($p<0,001$) puan ortalamaları, son bir yılda sağlık problemi yaşayan öğrencilere göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulundu. Son bir yılda sağlık problemi yaşama durumuna göre öz saygı, aile ve arkadaş alt boyut puan ortalamalarında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($p>0,05$).

Öğrencilerin sağlık eğitim programına katılma durumuna göre Kiddo-KINDL ölçeği alt boyut ve toplam yaşam kalitesi puan ortalamaları karşılaştırıldığında; sağlık eğitim programına katılan öğrencilerin arkadaş alt boyutu puan ortalamaları, sağlık eğitim programına katılmayan öğrencilerin puan ortalamalarına göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulundu ($p<0,05$). Öğrencilerin sağlık eğitim programına katılma durumuna göre diğer alt boyut ve toplam yaşam kalitesi puan ortalamalarında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($p>0,05$).

Öğrencilerin düzenli fiziksel aktivite yapma durumuna göre Kiddo-KINDL ölçeği alt boyut ve toplam yaşam kalitesi puan ortalamaları karşılaştırıldığında; düzenli fiziksel aktivite yapan öğrencilerin Kiddo-KINDL ölçeği alt boyut ve toplam yaşam kalitesi puan ortalamaları, düzenli fiziksel aktivite yapmayan öğrencilere göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulundu ($p<0,001$)(Tablo14).

6.4. GSA-12 ile Kiddo-KINDL Ölçeği Arasındaki İlişki

Bu bölümde öğrencilerin GSA-12 puanlarına göre Kiddo-KINDL ölçeği puan ortalamalarının karşılaştırılma tablosu, GSA-12 ile Kiddo-KINDL Ölçeği arasındaki ilişkiyi gösteren korelasyon tablosu ve Kiddo-KINDL Ölçeği Alt Boyutları ve Toplam Puanı Arasındaki ilişkiyi gösteren korelasyon tablosu yer almaktadır.

Tablo 15: Öğrencilerin GSA-12 Puanlarına Göre Kiddo-KINDL Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N=1188)

Kiddo-KINDL Ölçeği/Alt Boyutları	GSA-12 Puanı		İstatistiksel Değerlendirme	
	2'nin altı (n=520)	2'nin üstü (n=668)	Z_{mwu}	p
	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$		
Bedensel iyilik	63.51 ± 19.396	47.47 ± 21.719	-12,698	0,00*
Duygusal iyilik	70.25 ± 16.084	51.98 ± 21.349	-14,846	0,00*
Öz saygı	60.08 ± 23.567	47.07 ± 24.862	-8,804	0,00*
Aile	59.48 ± 23.346	47.70 ± 24.392	-8,117	0,00*
Arkadaş	68.34 ± 16.258	62.17 ± 17.476	-5,855	0,00*
Okul	62.14 ± 17.860	50.26 ± 18.665	-10,398	0,00*
Kiddo-KINDL	63.97 ± 12.067	51.11 ± 13.869	-15,234	0,00*

Zmwu: Mann Whitney-U Testi *p < 0,001

Öğrencilerin GSA-12 puanlarına göre Kiddo-KINDL ölçeği puan ortalamaları karşılaştırıldığında; GSA-12 puanı 2'nin altında olan öğrencilerin Kiddo-KINDL ölçeği puan ortalamaları, GSA-12 puanı 2'nin üzerinde olan öğrencilere göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulundu ($p < 0,001$)(Tablo 15).

Tablo 16: GSA-12 ile Kiddo-KINDL Ölçeği Alt Boyutları ve Toplam Puan Ortalamaları Arasındaki Korelasyon Değerleri (N=1188)

Kiddo-KINDL Ölçeği/Alt Boyutları	GSA - 12	
	r_s	p
Bedensel iyilik	-0,425	0,00**
Duygusal iyilik	-0,516	0,00**
Öz saygı	-0,313	0,00**
Aile	-0,292	0,00**
Arkadaş	-0,205	0,00**
Okul	-0,351	0,00**
Hastalık	-0,225	0,024*
Kiddo-KINDL Ölçeği Toplam	-0,522	0,00**

r_s : Spearman's Korelasyon katsayısı * p<0,05 ** p<0,001

GSA-12 puan ortalaması ile Kiddo-KINDL Ölçeği toplam yaşam kalitesi puan ortalamaları arasında negatif yönde ve orta düzeyde bir ilişki olduğu görüldü (r_s :-0,522, p<0,01).

GSA-12 puan ortalaması ile; Kiddo-KINDL Ölçeği bedensel iyilik alt boyutu arasında negatif yönde ve zayıf düzeyde(r_s : -0,425, p<0,01); duygusal iyilik alt boyutu arasında negatif yönde ve orta düzeyde(r_s : -0,516, p<0,01); öz saygı alt boyutu arasında negatif yönde ve zayıf düzeyde(r_s : -0,313, p<0,01); aile alt boyutu arasında negatif yönde ve zayıf düzeyde(r_s : -0,292, p<0,01); arkadaş alt boyutu arasında negatif yönde ve çok zayıf düzeyde(r_s : -0,205, p<0,01); okul alt boyutu arasında negatif yönde ve zayıf düzeyde(r_s : -0,351, p<0,01); hastalık alt boyutu arasında ise negatif yönde ve çok zayıf (r_s : -0,225, p<0,01) bir ilişki olduğu görüldü (Tablo 16).

Tablo 17: Kiddo-KINDL Ölçeği Alt Boyutları ve Toplam Puanı Arasındaki İlişki (N=1188)

	Bedensel iyilik	Duygusal iyilik	Öz saygı	Aile	Arkadaş	Okul	Hastalık	Toplam YK
	r_s	r_s	r_s	r_s	r_s	r_s	r_s	r_s
Bedensel iyilik	1,000							
Duygusal iyilik	0,453**	1,000						
Öz saygı	0,220**	0,347**	1,000					
Aile	0,209**	0,324**	0,963**	1,000				
Arkadaş	0,169**	0,312**	0,294**	0,296**	1,000			
Okul	0,248**	0,313**	0,226**	0,221**	0,196**	1,000		
Hastalık	0,239*	0,255**	-0,012	-0,097	0,179	-0,073	1,000	
Toplam YK	0,562**	0,673**	0,813**	0,803**	0,518**	0,508**	0,104	1,000

r_s : Spearman's korelasyon katsayısı * $p<0,05$ ** $p<0,01$

Kiddo-KINDL ölçeği alt boyutları ve toplam puanı arasındaki ilişki tablo 17'de görülmektedir. Bedensel iyilik alt boyutu ile toplam yaşam kalitesi arasında pozitif yönde ve orta düzeyde ($r_s:0,562$); duygusal iyilik alt boyutu arasında pozitif yönde ve zayıf düzeyde ($r_s:0,453$), öz saygı ($r_s:0,220$), aile, ($r_s:0,209$) arkadaş ($r_s:0,169$), okul ($r_s:0,248$) ve hastalık ($r_s:0,239$) alt boyutları arasında ise pozitif yönde ve çok zayıf düzeyde bir ilişki olduğu görüldü ($p<0,05$).

Duygusal iyilik alt boyut puan ortalamaları ile toplam yaşam kalitesi ($r_s:0,673$) arasında pozitif yönde ve orta düzeyde; diğer alt boyutlar arasında ise pozitif yönde ve zayıf düzeyde bir ilişki olduğu görüldü ($p<0,01$).

Öz saygı alt boyutu puan ortalamaları ile aile boyutu arasında pozitif yönde ve çok yüksek düzeyde ($r_s:0,963$); toplam yaşam kalitesi arasında pozitif yönde ve yüksek düzeyde ($r_s:0,813$); arkadaş alt boyutu arasında pozitif yönde ve düşük düzeyde ($r_s:0,294$); okul alt boyutu arasında ise pozitif yönde ve çok zayıf düzeyde ($r_s:0,226$) bir ilişki olduğu görüldü ($p<0,01$). Öz saygı alt boyut puan ortalamaları ile hastalık alt boyutu arasında ilişki bulunmadı ($p> 0,05$).

Aile alt boyutu ile toplam yaşam kalitesi arasında pozitif yönde ve yüksek düzeyde ($r_s:0,803$); arkadaş alt boyutu arasında pozitif yönde ve düşük düzeyde ($r_s:0,296$); okul alt boyutu arasında ise pozitif yönde ve çok zayıf düzeyde ($r_s:0,221$) bir ilişki olduğu görüldü ($p<0,01$). Aile alt boyut puan ortalamaları ile hastalık alt boyutu arasında ilişki bulunmadı ($p> 0,05$).

Arkadaş alt boyutu ile toplam yaşam kalitesi arasında pozitif yönde ve orta düzeyde ($r_s:0,518$), okul alt boyutu arasında pozitif yönde ve çok zayıf düzeyde ($r_s:0,196$) bir ilişki olduğu görüldü ($p<0,01$). Arkadaş alt boyut puan ortalamaları ile hastalık alt boyutu arasında ilişki bulunmadı ($p> 0,05$).

Okul alt boyutu ile toplam yaşam kalitesi arasında pozitif yönde ve orta düzeyde ($r_s:0,508$) bir ilişki olduğu görüldü ($p<0,01$). Arkadaş alt boyut puan ortalamaları ile hastalık alt boyutu arasında ilişki bulunmadı ($p>0,05$) (Tablo 17).

7. TARTIŞMA

Adölesanların ruhsal sorunları, aile, sosyal ve okul yaşamlarını olumsuz yönde etkilemektedir. Genel anlamda yaşam kaliteleri düşmektedir (Bulut, 2010). Bu nedenle gençlerin ruh sağlığı ve yaşam kaliteleri dikkatli bir şekilde değerlendirilmelidir. Bu bağlamda; araştırma İstanbul İl Milli Eğitim Müdürlüğü'ne bağlı bir devlet lisesinde 2013- 2014 eğitim öğretim yılı güz döneminde lise öğrencilerinin ruhsal durumlarını ve yaşam kalitelerini belirlemek amacıyla 1188 kişi ile gerçekleştirildi.

Araştırmaya katılan öğrencilerin % 56,6'sı kız olup, yaş ortalaması $16,65 \pm 1,22$ 'dir (Tablo 1).

Araştırmada öğrencilerin ruhsal sorunlarını değerlendirmek için GSA-12 kullanıldı. GSA- 12 puan ortalaması 2 ve üzerinde olanlar ruhsal sağlık açısından yüksek riskli grup olarak kabul edilmektedir. Öğrencilerin GSA-12ölçeği toplam puan ortalaması $2,90 \pm 3,00$ olup, % 56,2 ile öğrencilerin yarısından fazlasının GSA-12 puanı 2 ve üzerindedir (Tablo 3). Bu bulgu, öğrencilerin yarıdan fazlasının ruhsal belirtilerinin olduğunu ve ileri bir psikiyatrik tanılamaya gidilmesinin gerekliliğini göstermesi açısından önemli görülmektedir. Küçük ve Bayat'ın (2012) çalışmasında öğrencilerin % 60,2'sinin, Eskin'in (2000) çalışmasında % 61,5'inin, Üner ve arkadaşlarının (2007) çalışmasında % 65'inin, Çağan ve Pehlivan'ın (2012) çalışmasında % 69,4'ünün GSA-12 puanı 2'nin üstünde bulunmuştur. Araştırma sonuçlarının diğer çalışmalara göre düşük olduğu görülmektedir. Bu sonucun çalışmaların yapıldığı okulların sosyo-demografik özelliklerinin farklılığından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Araştırmada yaş arttıkça GSA-12 puan ortalamaları da artmaktadır (Tablo 4). Yaş arttıkça öğrencinin ruhsal sağlığının olumsuz yönde etkilendiğini söyleyebiliriz. Araştırmanın sonuçları Üner ve arkadaşlarının (2007), Küçük ve Bayat'ın (2012) çalışmalarındaki sonuçlar ile benzerlik göstermektedir.

Kız öğrencilerin GSA-12 puan ortalaması, erkeklere göre yüksek bulundu (Tablo 4). Üner ve arkadaşlarının (2007), Çağan ve arkadaşlarının (2012) yaptıkları çalışmalarda çıkan sonuç araştırma sonucu ile paralellik göstermektedir. Araştırma sonuçlarına göre kızların ruh sağlığının erkeklere göre daha kötü olduğunu söyleyebiliriz.

11. ve 12.sınıfta öğrenim gören öğrencilerin GSA-12 puan ortalamaları, 9.sınıf öğrencilerine göre yüksek bulundu (Tablo 4). Üner ve arkadaşlarının (2007) yaptıkları çalışmada benzer sonuçlar bulunmuştur. Bu sonuçlardan öğrencilerin üniversite sınavına yaklaştıkça stres düzeylerinin arttığını ve ruhsal durumlarının olumsuz etkilendiğini söyleyebiliriz.

Literatürde kentlerde depresyon, davranım bozukluklarının, köylerde ise psikoz ve anksiyete bozukluklarında sıklıkla görüldüğü belirtilmiştir (Güleç ve Sayar., 2005; Kırçelli, 2011). Özmen ve arkadaşlarının (2008) yaptıkları çalışmada köyde doğan adölesanlarının daha depresif oldukları saptanmıştır. Araştırmada da köyde doğan öğrencilerin GSA-12 puan ortalamaları, il doğumlu öğrencilere göre yüksek bulundu (Tablo 4). Bu sonuç ile köyde doğan öğrencilerin yaşam şartları göz önüne alındığında ruhsal sağlıklarının olumsuz etkilendiği söylenebilir. Köyde doğan öğrenciler genellikle göçle kente geldiğinden, ekonomik durumları kentte doğanlara göre genellikle daha düşük olduğundan ve kente uyum sorunları nedeniyle ruhsal durumları olumsuz yönde etkilenebilmektedir.

Ebeveyni olmayan öğrencilerin GSA-12 puan ortalamaları iki ebeveyni olan öğrencilerin puan ortalamasına göre yüksek bulundu. Üner ve arkadaşları (2007), Çağan ve arkadaşlarının (2012) yaptıkları çalışmalarda benzer sonuçlar elde edilmiştir. Aile önemli bir kavramdır ve aile içindeki anne ve babanın adölesana karşı tutumu, anne ve baba ile iyi ilişkiler ve sağlıklı aile ortamının olması adölesanın kişilik yapısı üzerine etkisi olmaktadır (Özcebe, 2002).

Araştırmada annesi esnaf olan öğrencilerin, ev hanımına göre; annesi işçi olan öğrencilerin, memur olan öğrencilere göre GSA-12 puan ortalamaları daha yüksek bulundu (Tablo 4). Annenin evde ve çocukları ile daha fazla vakit geçirmesi, onların büyüme ve gelişmelerinin takibini yakından yapması, adölesanın anne ile olan iletişimi artırmaktadır (Özcebe, 2008). Araştırmanın sonuçlarına göre çocuklarıyla yeterli zaman geçiremeyen annelerin çocuklarının ruh sağlığı sorunları açısından risk altında olduğunu söyleyebiliriz.

Gelir durumu kötü ve orta olan öğrencilerin GSA-12 puan ortalaması, gelir durumu iyi olan öğrencilere göre yüksek bulundu (Tablo 4). Ailenin gelir durumu yükseldikçe öğrencinin ruhsal sağlığı olumlu yönde etkilendiğini söyleyebiliriz. Çağan ve arkadaşlarının (2012) yaptıkları çalışmada da benzer sonuçlar görülmektedir. Yapılan

çalışmalarda gelir düzeyi artıkça, adölesanın ailesinden ve arkadaşlarından aldığı sosyal destek ve adölesanın benlik saygısı da artmaktadır (Kahriman ve Polat, 2003; Ercan, 2005).

Sağlık güvencesi olmayan ğrencilerin GSA-12 puan ortalaması, sağlık güvencesi olan öğrencilere göre yüksek bulundu (Tablo 4). Bu sonuç ağan ve arkadaşlarının (2012) alışmasındaki sonuç ile benzerlik göstermektedir. Sağlık güvencesi olmayan adölesan, sağlık kuruluşlarından verimli bir Şekilde yararlanamaz, yaşanabilecek fiziksel ve ruhsal rahatsızlık durumlarında sağlık kurumlarına zamanında gitmediği içinde sağlığı olumsuz yönde etkilenebilir.

Aile ilişkisi çok kötü veya kötü olan ğrencilerin GSA-12 puan ortalaması, aile ilişkisi orta, iyi veya çok iyi olan öğrencilere göre yüksek bulundu (Tablo 4). Top ve arkadaşlarının (2003) yaptıkları çalışmada benzer sonuçlar elde edilmiştir. Öğrencilerin aileleri ile olan ilişkilerinin ruhsal sağlıklarını doğrudan etkilediğini söyleyebiliriz. Kızlarda anne ile konuşma kolaylığı, erkeklerde baba ile konuşma kolaylığı ve okul konularında ebeveyn desteğinin yeterli olduğunu algılama, adölesanın kendini sağlıklı hissetmesi açısından koruyucu faktörler olarak belirlenmiştir (Ercan, 2005).

Arkadaş ilişkisi çok kötü ve kötü olan ğrencilerin GSA-12 puan ortalaması arkadaş ilişkisi orta, iyi veya çok iyi olan öğrencilere göre yüksek bulundu (Tablo 4). Küçük ve Bayat'ın (2012) alışmasında da benzer sonuçlar görülmektedir. Adölesan aileleriyle çatışma yaşarken sosyal gelişme için önemli olan bir gruba ait olma duygusu ile arkadaş gruplarına daha çok yakınlaşır. Gençlerin kendi aralarında oluşturdukları arkadaş gruplarının yazılı olmayan kuralları bulunmakta ve bu kurallara uyan bireyler gruba kabul edilirken uymayanlar ise dışlanır. Bu dönemde aile içinde geçimsizlik, ilişkilerde bozukluk ve baskı olan gençlerin masum arkadaş grupları yerine tehlikeli arkadaş gruplarına yönelmeleri ise bir risk oluşturmaktadır (Erdoğan, 2011).

Araştırmada sorunlarını kendisine yakın kişilerle hiçbir zaman konuşmayan ğrencilerin GSA-12 puan ortalaması, sorunlarını ara sıra, sık sık veya her zaman konuşan öğrencilerin puan ortalamasına göre yüksek bulundu (Tablo 4). Türkiye'de, adölesanların sağlık sorunlarını en çok paylaştıkları kişilerin arkadaşları olduğu, daha sonra anne geldiği, baba ile olan sorun paylaşmanın oldukça az olduğu görülmüştür. Adölesan döneme göre ise, erken adölesan döneminde anne ile sorunlar daha fazla paylaşılırken, orta adölesan dönemde annenin yerini arkadaşlar almaya başladığı

görülmektedir (Özcebe, 2002). Bu nedenle adölesanların sorunlarını kendine yakın kişilerle paylaşması, gerekli durumlarda profesyonel destek alması önemlidir. Risk grubundaki öğrencilerin belirlenmesinde okul rehber öğretmenlerine önemli görevler düşmektedir.

Okul başarısı sınıf ortalamasının altında olan öğrencilerin GSA-12 puan ortalaması, sınıf ortalamasında veya üstünde olan öğrencilere göre yüksek bulundu (Tablo 4). Okul başarısının düşmesi, öğrencilerin ruhsal sağlığını olumsuz yönde etkilemekte, ruh sağlığının bozulmasında okul başarısını düşürmektedir. Küçük ve Bayat'ın (2012), Çağan ve arkadaşlarının (2012) yaptıkları çalışmalarda da benzer sonuçlar elde edilmiştir. Yapılan bir araştırmada aile ve arkadaş iletişiminin öğrencinin okul başarısını etkilediği, aile ve arkadaş ilişkisi kötü/ çok kötü olan adölesanların okul başarısında düşme olduğu saptanmıştır (Bingöl ve ark., 2012).

Okul dışı sosyal aktiviteye katılmayan öğrencilerin GSA-12 puan ortalaması, okul dışı sosyal aktiviteye katılan öğrencilere göre yüksek bulundu (Tablo 4). Araştırma sonucunda öğrencilerin sosyal aktiviteye katılmaları ruhsal sağlıklarını olumlu yönde etkilediği görülmektedir. Akran grubu ergene kişinin kendisini test etmesini, denemesini ve başkalarıyla başa çıkmasını öğretir, kendini kanıtlama zemini olarak işlev görür ve sosyal hareketlerini başlatma fırsatı sunar. Bu fırsat ile ergen ileriki yaşamında sosyal uyum ve katılıma daha emin ve kolay bir biçimde yaklaşır, sosyal öğrenme deneyimlerini arttırır (Demir ve ark., 2005).

Uyku, adölesan dönemin önemli ihtiyaçlarından biridir (Kaynak, 2005). Ancak bu dönemde gece geç uyuma ve sabah geç kalkma uyku özelliklerinden olup bunun iki önemli nedeni vardır; akademik ve artan sosyal etkinlikler nedeni ile yeterince uyuyamamak ve artan yaşla beraber geç yatıp, geç uyanmaya olan eğilimdir (Bülbül ve ark 2010). Ayrıca adölesanda yaşanan fiziksel yada ruhsal rahatsızlıklar uyku kalitesini etkilemektedir (Kaynak,2005). Araştırmada da uyku sorunu olan öğrencilerin GSA-12 puan ortalaması, uyku sorunu olmayan öğrencilerin puan ortalamasına göre yüksek bulundu (Tablo 5).

Kronik hastalığı olan öğrencilerin GSA-12 puan ortalaması kronik hastalığı olmayan öğrencilere göre yüksek bulundu (Tablo 5). Bu araştırma sonucu ile kronik hastalığı olan öğrencilerin ruhsal sağlık durumlarının olumsuz yönde etkilendiğini

söyleyebiliriz. Kahriman ve Polat'ın çalışmasında (2003) kronik hastalığı olan adölesanların benlik saygısının düşük olduğu saptanmıştır.

Son bir yılda sağlık problemi yaşayan öğrencilerin GSA-12 puan ortalaması, son bir yılda sağlık problemi yaşamayan öğrencilere göre yüksek bulundu (Tablo 5). Araştırma sonucu ile yaşanan sağlık problemlerinin öğrencinin ruh sağlığını olumsuz yönde etkilediğini söyleyebiliriz.

Yapılan çalışmalarda adölesanların hareketsiz bir yaşamı tercih ettikleri görülmektedir. Fiziksel aktivite yapan adölesan sayısı oldukça azdır (Aksoydan ve Çakır, 2011; Akman ve ark., 2012). Adölesan dönemde fiziksel aktivite yapmak, adölesan beden gelişimi için oldukça önemlidir. Araştırmada fiziksel aktivite yapmayan öğrencilerin GSA-12 puan ortalaması, fiziksel aktivite yapan öğrencilere göre yüksek bulundu (Tablo 5). Araştırma sonucu öğrencilerin düzenli fiziksel aktivitede bulunmalarının ruhsal sağlığını olumlu yönde etkilediğini göstermektedir.

Öğrencilerin anne ve babalarının eğitim durumunun, yaşantılarının büyük bir çoğunluğunu geçirdikleri yerin, babalarının mesleği, kardeş sayısı, öğrencilerin beraber yaşadıkları kişi, okul dışında bir işte çalışma durumları, evlerinde sürekli bir bakım veya tedaviye gereksinimi olan yakınları olma durumu ve son bir yılda herhangi bir sağlık eğitim programına katılma durumlarının GSA-12 puan ortalamasını etkilemediği bulundu.

Öğrencilerin Kiddo-KINDL ölçeğitoplam yaşam kalitesi puan ortalaması 56,74 \pm 14,57 olarak bulundu. Bedensel iyilik alt boyutu puan ortalaması 54,49 \pm 22,20, duygusal iyilik alt boyutu puan ortalaması 59,98 \pm 21,24, öz saygı alt boyutu puan ortalaması 52,77 \pm 25,13, aile alt boyutu puan ortalaması 52,86 \pm 24,63, arkadaş alt boyutu puan ortalaması 64,87 \pm 17,22, okul alt boyutu puan ortalaması 55,46 \pm 19,23, hastalık alt boyutu puan ortalaması ise 53,18 \pm 20,35 olarak bulundu (Tablo 6). Bu sonuçlara göre araştırmaya katılan adölesanların yaşam kalitelerinin orta düzeyde olduğunu söyleyebiliriz.

Karadağ'ın (2008) Ankara'da yetiştirme yurtlarında kalan adölesanlar da yaptığı çalışmasında, Kiddo-KINDL Ölçeği toplam puan ortalaması; 52,89 \pm 1,32; Dündar ve arkadaşların (2004) yaptıkları çalışmada Kiddo-KINDL Ölçeği puan ortalaması 62.9 \pm 11.70; Çamur ve arkadaşlarının (2007) yaptıkları çalışmada Kiddo-KINDL ölçeği

toplam puan ortalaması $90,50 \pm 12,20$; Taşpınar ve arkadaşlarının (2007) yaptıkları çalışmada Kiddo-KINDL ölçeği toplam puan ortalaması $57,05 \pm 11,70$; Ekim ve Ocakçı'nın (2012) yılında işitme engelli çocuklarda yaptıkları çalışmada işitme engelli çocukların Kiddo-KINDL Ölçeği toplam puan ortalaması $68,50 \pm 12,90$, sağlıklı çocukların Kiddo-KINDL Ölçeği toplam puan ortalaması $78,90 \pm 10,50$ olarak bulunmuştur. Araştırma sonucu sadece Karadağ'ın (2008) yaptığı çalışma sonucundan yüksek, Taşpınar ve arkadaşlarının (2007) sonuçlarına benzer ve diğer yapılan çalışmalardan ise düşük çıkmıştır. Bu sonucun; araştırmaya katılan öğrencilerin sosyo ekonomik düzeylerinin farklılığından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Öğrencilerin yaş gruplarına göre; Kiddo-KINDL ölçeği alt boyut ve toplam yaşam kalitesi puan ortalamaları karşılaştırıldığında; bedensel iyilik puan ortalamasında 15 yaşında artış olurken, sonrasında yaşla birlikte azalma, duygusal iyilik puan ortalamasında 15 yaşından sonra azalma görülmektedir. Öz saygı ve aile alt boyut puan ortalamalarında ise yaşla birlikte artış görülmektedir (Tablo 7). Araştırma sonuçlarında görüldüğü gibi yaş arttıkça öğrencilerin sınav stresi ve gelecek kaygısı arttığından dolayı stresle birlikte bedensel ve duygusal iyilikleri olumsuz yönde etkilenirken, adolesanın çalkantılı günleri geride kaldığından, benlik saygıları artmakta ve tekrar aileye yaklaşmaktadırlar. Ekim ve Ocakçı'nın (2012) çalışmasında ise yaşam kalitesi puanlarının yaşa göre farklılık göstermediği saptanmıştır.

Erkek öğrencilerin bedensel iyilik, duygusal iyilik ve toplam yaşam kalitesi puan ortalaması, kız öğrencilere göre yüksek bulundu (Tablo 7). Karadağ'ın (2008) çalışmasında, erkek öğrencilerin Kiddo-KINDL ölçeği bedensel ve duygusal iyilik alt boyut ve toplam puan ortalaması, kız öğrencilere göre daha yüksek bulunmuştur. Önder ve Sarı (2011) ilköğretim öğrencilerinde yaptıkları çalışmalarında kız öğrencilerin okul yaşam kalitesi ölçeğinin tüm alt ölçekleri ve toplamında erkek öğrencilere göre daha yüksek puan ortalamasına sahip oldukları saptanmıştır. Ekim ve Ocakçı'nın (2012) çalışmasında ise yaşam kalitesi puanlarının cinsiyete göre farklılık göstermediği saptanmıştır. Literatür ve araştırma sonucu bize Kiddo-KINDL ölçeği yaşam kalitesinin toplam ve alt boyutlarının puan ortalamalarının cinsiyet faktörüne göre değişebileceğini göstermektedir.

9.sınıfta okuyan öğrencilerin duygusal iyilik alt boyutu puan ortalamaları diğer tüm sınıflardaki öğrencilerin puan ortalamalarına göre; öz saygı alt boyutunda 11. ve

12. sınıfta okuyan öğrencilerin puan ortalamaları, 9. ve 10. sınıfta okuyan öğrencilerin puan ortalamalarına göre; aile alt boyutunda 11. ve 12. sınıfta okuyan öğrencilerin puan ortalamaları, 9. ve 10. sınıfta okuyan öğrencilerin puan ortalamalarına göre; toplam yaşam kalitesinde ise 11. sınıfta okuyan öğrencilerin puan ortalamaları, 10. sınıfta okuyan öğrencilerin puan ortalamalarına göre yüksek bulundu (Tablo 7). Araştırma sonuçlarına göre öğrencilerin liseye ilk başladıklarında duygusal iyilikleri daha iyiyken, lise öğrenimlerinin son iki yılında öz saygıları artmaktadır. 11. sınıfta yaşam kaliteleri 10. sınıfa göre daha iyidir. Bu sonuçlara göre sınıf arttıkça öğrencilerin yaşadıkları gelecek kaygısı, sınav stresi ve iyi bir üniversiteye girebilmek için yaşadıkları stresin arttığını ve yaşam kalitesi puan ortalamalarında farklılıkların oluştuğunu söyleyebiliriz.

İlde doğan öğrencilerin duygusal iyilik alt boyut puan ortalaması, köyde doğan öğrencilere göre yüksek bulundu (Tablo 8). Özmen ve arkadaşlarının (2008) yaptıkları çalışmada köyde doğan adölesanlarının genel yaşam kalitelerinin daha düşük olduğu tespit edilmiştir. Bu sonuç araştırma sonuçlarını desteklemektedir.

Her iki ebeveyne sahip öğrencilerin duygusal iyilik alt boyutu ve toplam yaşam kalitesi puan ortalamaları, ebeveyni olmayan öğrencilerin puan ortalamalarına göre yüksek bulundu (Tablo 8). Adölesan için aile çok önemlidir. Ailenin adölesana olan yaklaşımı ve tutumu adölesanın psikososyal gelişimi üzerine etkilidir ve yaşam kalitesini etkiler (Özcebe, 2002).

Annesi lise veya yüksekokul/üniversite mezunu öğrencilerin duygusal iyilik alt boyut puan ortalamaları, annesi okur-yazar olmayan, okur-yazar olan veya ortaokul mezunu öğrencilere göre, annesi lise mezunu öğrencilerin arkadaş alt boyutu puan ortalamaları, annesi okur-yazar olmayan, okur-yazar olan ve ortaokul mezunu olan öğrencilere göre yüksek bulundu (Tablo 8). Annenin eğitim seviyesi yükseldikçe, öğrencilerin duygusal iyilik ve arkadaş ilişkileri olumlu yönde artmaktadır.

Babası işçi veya diğer meslek grubunda olan öğrencilerin duygusal iyilik alt boyut puan ortalaması, babası işsiz olan öğrencilere göre yüksek bulundu (Tablo 9). Babası çalışmayan öğrencilerin, aile ekonomilerinin kötü olacağı göz önüne alınırsa adölesanın yaşam kalitesinin olumsuz etkilendiğini söyleyebiliriz.

İki veya üç kardeşi olan öğrencilerin duygusal iyilik alt boyut puan ortalamaları dört ve üzeri kardeşi olan öğrencilere göre; üç kardeşi olan öğrencilerin okul alt boyut puan ortalamaları ise iki kardeşi olan öğrencilere göre daha yüksek bulundu (Tablo 10).

Araştırma sonuçlarına göre kardeş sayısının iki ve üç olması duygusal iyiliği olumlu yönde etkilerken, tek kardeş ve dört kardeş olmak olumsuz yönde etkilemektedir. Gülses ve arkadaşlarının (2014) yaptıkları çalışmada kardeş sayısının arttıkça yaşam kalitesinde yükselme olduğu tespit edilmiştir.

Gelir durumu iyi olan öğrencilerin duygusal iyilik, öz saygı, aile, arkadaş, okul alt boyutları ve Kiddo-KINDL ölçeği toplam puan ortalaması, diğer öğrencilere göre yüksek bulundu (Tablo 10). Gelir durumu arttıkça öğrencilerin yaşam kaliteleri de artmaktadır. Ergin ve arkadaşlarının (2004) yaptıkları çalışmada ailelerin sosyo ekonomik düzeylerinin yüksek olması öğrencilerin aile ve arkadaş alt boyutlarını olumlu yönde etkilediği saptanmıştır. Dünder ve arkadaşlarının (2004) yaptıkları çalışmada ise sosyo ekonomik düzeyinin düşük olmasının öğrencilerin Kiddo-KINDL ölçeği yaşam kalitesi alt boyutlarını olumsuz etkilediği tespit edilmiştir.

Öğrencilerin aile ilişkileri iyileştikçe Kiddo-KINDL ölçeği alt boyut ve toplam yaşam kalitesi puan ortalamalarının yükseldiği görüldü (Tablo 11). Altıparmak ve arkadaşlarının (2010) yaptıkları çalışmada araştırma sonuçlarıyla benzer şekilde aile ve sosyal ilişkileri iyi olan öğrencilerin yaşam kalitesi puanları yüksek bulunmuştur.

Öğrencilerin arkadaş ilişkileri iyileştikçe öğrencilerin Kiddo-KINDL ölçeği alt boyut ve toplam yaşam kalitesi puan ortalamalarının yükseldiği görüldü (Tablo 11). Karadağ'ın (2008) çalışmasında, arkadaşlarıyla iyi anlaşılan öğrencilerin yaşam kalitelerinin anlamlı derecede yüksek olduğu saptanmıştır. Arkadaşlık ilişkileri iyi olan, arkadaşlarıyla sorunlarını paylaşan ve arkadaşlarından sosyal destek alan öğrencilerin yaşam kaliteleri, diğer öğrencilere göre daha iyi düzeydedir.

Araştırmada sorunlarını kendisine yakın bulan kişilerle sık sık veya her zaman konuşan öğrencilerin, bedensel iyilik alt boyutu dışındaki diğer alt boyut puan ortalamaları ve Kiddo-KINDL ölçeği toplam puan ortalaması, diğer öğrencilere göre yüksek bulundu (Tablo 11). Bu sonuç ile kendini ifade eden, sorunlarını paylaşan gençlerin yaşam kalitelerinin daha iyi olduğunu söyleyebiliriz.

Okul başarısı sınıf ortalamasının üstünde olan öğrencilerin bedensel iyilik, duygusal iyilik, okul, öz saygı, aile alt boyutları ve Kiddo-KINDL ölçeği puan ortalaması, diğer öğrencilere göre yüksek bulundu (Tablo 12). Altıparmak ve arkadaşlarının (2010) yaptıkları çalışmada okul başarısı iyi olan öğrencilerin yaşam kalitesi puan ortalamaları yüksek olduğu saptanmıştır.

Çalışan öğrencilerin öz saygı ve aile alt boyut puan ortalamaları, çalışmayan öğrencilere göre yüksek bulundu (Tablo 12). Karadağ'ın (2008) çalışmasında, gelir getiren bir işte çalışan adölesanların Kiddo-KINDL ölçeği toplam puan ortalaması, okula ve işe gitmeyen öğrencilere göre anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Bu sonuçlara göre adölesanların kendi ihtiyaçlarını karşılayabilmesinin, ekonomik açıdan sıkıntı yaşamamalarının, onların ruhsal yaşantılarını, aile ilişkilerini ve yaşam kalitelerini olumlu yönde etkilediğini söyleyebiliriz.

Okul dışında bir sosyal aktiviteye katılan öğrencilerin, bedensel iyilik, duygusal iyilik, öz saygı, aile, arkadaş alt boyut ve Kiddo-KINDL ölçeği toplam yaşam kalitesi puan ortalamaları, katılmayan öğrencilere göre yüksek bulundu (Tablo 12). Bu sonuç ile sosyal aktivitede bulunan öğrencilerin yaşam kalitelerinin daha iyi olduğunu söyleyebiliriz.

Evde bakım gereksinimi olan yakını anne, baba veya kardeş dışında biri olan öğrencilerin öz saygı puan ortalamaları, evde bakım gereksinimi olan yakını annesi olan öğrencilere göre yüksek bulundu (Tablo 12). Ailede annenin özel bir yeri vardır ve adölesana en yakın kişidir (Özcebe, 2002). Annenin bakıma gereksiniminin olması, adölesanın anneye bakma zorunluluğunu doğurur ve bu durumdan adölesanın yaşam kalitesi olumsuz yönde direkt olarak etkilenmektedir.

Sağlık güvencesi olan öğrencilerin duygusal iyilik ve toplam yaşam kalitesi puan ortalamaları sağlık güvencesi olmayan öğrencilere göre yüksek bulundu (Tablo 13). SSK veya diğer sağlık güvencesi sahip öğrencilerin öz saygı alt boyut puan ortalamaları, emekli sandığı, bağ-kur ve yeşil kart sağlık güvencesine sahip öğrencilere göre yüksek bulundu. Dündar ve arkadaşlarının (2004) yaptıkları çalışmada sosyal güvenceye sahip olma durumunun yaşam kalitesini ve alt boyutlarını olumlu yönde etkilediği saptanmıştır.

Kötü uyku kalitesi, adölesanın psikososyal sağlığını, özellikle akran-öğretmen ilişkisini, aile etkileşimini, gün içi aktivitesini, sosyal aktiviteye katılma durumlarını ve okul başarısını olumsuz etkilemektedir (Şenol ve ark., 2012). Uyku sorunu olmayan öğrencilerin alt boyut puan ortalamalarının tümü ve toplam yaşam kalitesi puan ortalamaları uyku sorunu olan öğrencilere göre yüksek bulundu (Tablo 13).

Kronik hastalığı olmayan öğrencilerin bedensel iyilik, duygusal iyilik, öz saygı, okul ve toplam yaşam kalitesi puan ortalamaları, kronik hastalığı olan öğrencilere göre

yüksek bulundu (Tablo 13). Ergin ve arkadaşlarının (2004) yaptıkları çalışmada kronik hastalığı olmayan öğrencilerin sadece arkadaş ve okul alt boyutlarından yüksek puan ortalaması aldığı saptanmıştır. Durualp ve arkadaşlarının (2010) çalışmasında ise 13-18 yaşlarındaki sağlıklı ergenlerin yaşam kalitelerinin kronik hastalığı olan ergenlerin yaşam kalitelerinden yüksek olduğu saptanmıştır.

Son bir yılda sağlık problemi yaşamayan öğrencilerin bedensel iyilik, duygusal iyilik, okul ve toplam yaşam kalitesi puan ortalamaları, son bir yılda sağlık problemi yaşayan öğrencilere göre yüksek bulundu (Tablo 14). Dündar ve arkadaşlarının (2004) yaptıkları çalışmasında öğrencinin hastalık durumunun olmaması yaşam kalitesini ve alt boyutlarını olumlu yönde etkilediğini saptanmıştır. Çamur ve arkadaşlarının (2007) yaptıkları çalışmada ise sağlık problemi olmayanların bedensel, duygusal, öz saygı, aile alt boyutlarının yüksek olduğu tespit edilmiştir. Literatür ve araştırma sonucu öğrencinin sağlık problemi yaşamamasının yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilediğini göstermektedir.

Sağlık eğitim programına katılan öğrencilerin arkadaş alt boyutu puan ortalamaları, sağlık eğitim programına katılmayan öğrencilerin puan ortalamalarına göre yüksek bulundu (Tablo 14). Sağlıklarıyla ilgili eğitim alan adölesanların bilgili ve bilinçli olacakları göz önüne alınırsa yaşam kalitelerinin daha iyi olacağını söyleyebiliriz. Okul hemşirelerin öğrencilerin sağlık ihtiyaçlarının belirleyip, eğitim programları düzenlemeleri önemlidir.

Düzenli fiziksel aktivite yapan öğrencilerin Kiddo-KINDL ölçeği alt boyut ve toplam yaşam kalitesi puan ortalamaları, düzenli fiziksel aktivite yapmayan öğrencilere göre yüksek bulundu (Tablo 14). WHO, gençlerin sağlıklı gelişimi için haftada beş gün en az 60 dakika süren orta şiddetli ya da şiddetli bir fiziksel aktiviteye katılmalarını önermektedir. Karadağ'ın (2008) çalışmasında beden eğitimi dersine katılan ve spor yapan adölesanların, beden eğitimi dersine katılmayan ve spor yapmayan adölesanlara göre yaşam kalitelerinin daha yüksek olduğu bulunmuştur. Araştırma sonuçlarına göre düzenli fiziksel aktivite yapan adölesanların yaşam kaliteleri, yapmayanlara göre daha iyi seviyededir diyebiliriz.

Yaş gruplarına göre arkadaş alt boyutu ve toplam yaşam kalitesi puan ortalamalarında, cinsiyetine göre öz saygı, aile, arkadaş ve okul alt boyut puan ortalamalarında, doğum yerine göre bedensel iyilik, öz saygı, aile, arkadaş, okul alt

boyut puan ortalamaları ile toplam yaşam kalitesi puan ortalamalarında, aile tipine göre bedensel iyilik, öz saygı, aile, arkadaş ve okul alt boyut puan ortalamalarında, anne eğitim durumuna göre bedensel iyilik, öz saygı, aile, okul alt boyut puan ortalamaları ile toplam yaşam kalitesi puan ortalamalarında, babanın eğitim durumuna ve annenin mesleğine göre; Kiddo-KINDL ölçeği alt boyut ve toplam yaşam kalitesi puan ortalamalarında, gelir durumuna göre bedensel iyilik alt boyut puan ortalamasında, öğrencilerin beraber yaşadıkları kişiye göre; Kiddo-KINDL ölçeği alt boyut ve toplam yaşam kalitesi puan ortalamalarında, gelir durumuna göre bedensel iyilik alt boyut puan ortalamalarında, evde bakım gereksinimi olan yakının kim olduğuna göre bedensel iyilik, duygusal iyilik, aile, arkadaş, okul alt boyut puan ortalamaları ve toplam yaşam kalitesi puan ortalamalarında, kronik hastalık varlığına göre aile ve arkadaş alt boyut puan ortalamalarında, son bir yılda sağlık problemi yaşama durumuna göre öz saygı, aile ve arkadaş alt boyut puan ortalamalarında, öğrencilerin sağlık eğitim programına katılma durumuna göre diğer alt boyut ve toplam yaşam kalitesi puan ortalamalarında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı.

Literatürde GSA-12 ve Kiddo-KINDL ölçeğinin bir arada kullanıldığı bir çalışmaya henüz rastlanmamıştır. Bu çalışma iki ölçeğin bir arada kullanıldığı ilk çalışmadır. Öğrencilerin GSA-12 puan ortalamalarına göre Kiddo-KINDL ölçeği puan ortalamaları karşılaştırıldığında; GSA-12 puanı 2'nin altında olan öğrencilerin Kiddo-KINDL ölçeği puan ortalamaları, GSA-12 puanı 2'nin üzerinde olan öğrencilere göre yüksek bulundu. Çalışmada 2 ve üzerinde puanı olanlar ruhsal sağlık açısından yüksek riskli grup olarak kabul edilmiştir. Bu sonuç ile ruhsal sağlığı iyi olan öğrencilerin yaşam kalitelerinin de iyi olduğu yorumunu yapabiliriz. Karadağ (2008) çalışmasında yaşam kalitesi puanı düşük olan adölesanlarda daha fazla ruhsal belirtiler olduğu görülmüştür.

GSA-12 puan ortalaması ile Kiddo-KINDL Ölçeği toplam yaşam kalitesi puan ortalamaları arasında negatif yönde ve orta düzeyde bir ilişki olduğu görüldü. GSA-12 puan ortalaması artarken, Kiddo-KINDL Ölçeği puan ortalaması azalmaktadır. Yani ruhsal sorunlardaki artış, yaşam kalitesini düşürmektedir. Bu sonuca göre, öğrencinin ruhsal bütünlüğünde bozulma söz konusu olduğunda, yaşam kalitesi de olumsuz yönde etkilenmektedir.

8. SONUÇ VE ÖNERİLER

Öğrencilerin % 56,6'sı kız olup, yaş ortalaması $16,65 \pm 1,22$ 'dir. Öğrencilerin %50,4' ü il doğumlu, %91,5 ile büyük çoğunluğunun iki ebeveyne sahip, annelerinin % 50,8'i ilkokul mezunu ve % 80,6 ile büyük çoğunluğunun ev hanımı olduğu, öğrencilerin % 34,4'ünün 2 kardeşi olduğu, gelir durumlarının % 57,5'inin orta, % 86,7'sinin sağlık güvencesinin olduğu ve % 98,2'sinin ailesi ile yaşadığı belirlendi. % 43,9'unun aile ilişkisinin çok iyi, % 53,7'sinin arkadaş ilişkilerinin çok iyi, % 50,3'ünün kişisel sorunlarını yakınlarındaki bir kişiyle ara sıra konuştuğu saptandı. %76,3'ünün okul başarısının sınıf ortalamasına uygun olduğu, % 90,5'inin okul dışında bir işte çalışmadığı, %72,7'si ise okul içinde veya dışında herhangi bir sosyal aktiviteye katılmadığı, %50,3'ün uyku sorunu olduğunu, % 91,8'inin herhangi bir kronik hastalığının olmadığı, % 90,4'ünün evinde sürekli bakım ve tedavi gereksinimi olan yakınının olmadığı, %81,5'inin bir sağlık problemi yaşadığı, % 88,4'ünün son bir yıl içerisinde sağlık eğitim programına katılmadığı ve %52,1'inin haftada üç gün düzenli fiziksel aktivite yaptığı görüldü.

Araştırmada GSA-12 ölçeği puan ortalaması $2,90 \pm 3,00$ bulundu. Araştırmaya katılan öğrencilerin %56,2 ile yarısından fazlasının GSA-12 puanı 2 ve üzerinde olup, ruhsal sağlık açısından yüksek riskli olarak değerlendirildi.

GSA-12 puan ortalamasında, öğrencilerin yaşına, cinsiyetine, öğrenim gördükleri sınıfa, doğum yerine, aile tipine, annesinin mesleğine, ailelerinin gelir durumuna, sağlık güvencesinin olma durumuna, aile-arkadaş ilişkilerine, kişisel sorunlarını yakın buldukları bir kişiyle paylaşma durumuna, okul dışı sosyal aktivitelere katılma durumlarına, uyku sorunu olma durumuna, sürekli tedavi gördükleri bir kronik hastalık varlığına, son bir yılda sağlık problem yaşama durumlarına ve haftada en az üç gün düzenli fiziksel aktivite yapma durumuna göre istatistiksel açıdan anlamlı fark bulundu.

Öğrencilerin Kiddo-KINDL ölçeği toplam yaşam kalitesi puan ortalaması $56,74 \pm 14,57$ olarak bulundu. Bedensel iyilik alt boyutu puan ortalaması $54,49 \pm 22,20$,

duygusal iyilik alt boyutu puan ortalaması $59,98 \pm 21,24$, öz saygı alt boyutu puan ortalaması $52,7 \pm 25,13$, aile alt boyutu puan ortalaması $52,86 \pm 24,63$, arkadaş alt boyutu puan ortalaması $64,87 \pm 17,22$, okul alt boyutu puan ortalaması $55,46 \pm 19,23$, hastalık alt boyutu puan ortalaması ise $53,18 \pm 20,35$ olarak bulundu.

Araştırmada Kiddo-KINDL ölçeği bedensel iyilik alt boyut puan ortalamalarında; yaşına, cinsiyetine, sınıfına, aile ilişkisine, arkadaş ilişkisine, okul başarısına, okul dışı sosyal aktiviteye katılma durumuna, uyku sorunu olma durumuna, kronik hastalık varlığına, son bir yılda sağlık problemi yaşama durumuna, düzenli fiziksel aktivite yapma durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu.

Araştırmada Kiddo-KINDL ölçeği duygusal iyilik alt boyut puan ortalamalarında; yaşına, cinsiyetine, sınıfına, doğum yerine, aile tipine, anne eğitimine, baba mesleğine, kardeş sayısına, gelir durumuna, aile ilişkisine, arkadaş ilişkisine, kişisel sorunlarını yakın bulduğu kişilerle konuşma durumuna, okul başarısına, okul dışı sosyal aktiviteye katılma durumuna, sağlık güvencesi olma durumuna, uyku sorunu olma durumuna, kronik hastalık varlığına, son bir yılda sağlık problemi yaşama durumuna, düzenli fiziksel aktivite yapma durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu.

Araştırmada Kiddo-KINDL ölçeği özsaygı alt boyut puan ortalamalarında; yaşına, sınıfına, gelir durumuna, aile ilişkisine, arkadaş ilişkisine, kişisel sorunlarını yakın bulduğu kişilerle konuşma durumuna, okul başarısına, okul dışı bir işte çalışma durumuna, okul dışı sosyal aktiviteye katılma durumuna, evde bakım gereksinimi olan yakının kim olduğuna, sağlık güvencesinin çeşidine, uyku sorunu olma durumuna, kronik hastalık varlığına, düzenli fiziksel aktivite yapma durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu.

Araştırmada Kiddo-KINDL ölçeği aile alt boyut puan ortalamalarında; yaşına, sınıfına, gelir durumuna, aile ilişkisine, arkadaş ilişkisine, kişisel sorunlarını yakın bulduğu kişilerle konuşma durumuna, okul başarısına, okul dışı bir işte çalışma

durumuna, okul dışı sosyal aktiviteye katılma durumuna, uyku sorunu olma durumuna, düzenli fiziksel aktivite yapma durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu.

Araştırmada Kiddo-KINDL ölçeği arkadaş alt boyut puan ortalamalarında; anne eğitimine, gelir durumuna, aile ilişkisine, arkadaş ilişkisine, kişisel sorunlarını yakın bulduğu kişilerle konuşma durumuna, okul başarısına, okul dışı sosyal aktiviteye katılma durumuna, uyku sorunu olma durumuna, sağlık eğitim programına katılma durumuna, düzenli fiziksel aktivite yapma durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu.

Araştırmada Kiddo-KINDL ölçeği okul alt boyut puan ortalamalarında; yaşına, kardeş sayısına, gelir durumuna, aile ilişkisine, arkadaş ilişkisine, kişisel sorunlarını yakın bulduğu kişilerle konuşma durumuna, okul başarısına, uyku sorunu olma durumuna, kronik hastalık varlığına, son bir yılda sağlık problemi yaşama durumuna, düzenli fiziksel aktivite yapma durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu.

Araştırmada Kiddo-KINDL ölçeği toplam yaşam kalitesi puan ortalamalarında cinsiyetine, sınıfına, aile tipine, gelir durumuna, aile ilişkisine, arkadaş ilişkisine, kişisel sorunlarını yakın bulduğu kişilerle konuşma durumuna, okul başarısına, okul dışı sosyal aktiviteye katılma durumuna, sağlık güvencesi olma durumuna, uyku sorunu olma durumuna, kronik hastalık varlığına, son bir yılda sağlık problemi yaşama durumuna, düzenli fiziksel aktivite yapma durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu.

Öğrencilerin GSA-12 puan ortalamalarına göre Kiddo-KINDL ölçeği puan ortalamaları karşılaştırıldığında; GSA-12 puanı 2'nin altında olan öğrencilerin Kiddo-KINDL ölçeği puan ortalamaları, GSA-12 puanı 2 'nin üzerinde olan öğrencilere göre istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek bulundu.

GSA-12 puan ortalaması ile Kiddo-KINDL Ölçeği duygusal iyilik alt boyutu ve toplam yaşam kalitesi puan ortalamaları arasında negatif yönde ve orta düzeyde; bedensel iyilik, özsaygı, aile, okul alt boyutu arasında negatif yönde ve zayıf düzeyde;

arkadaş ve hastalık alt boyutu arasında negatif yönde ve çok zayıf düzeyde bir ilişki olduğu görüldü.

Araştırma sonuçlarına göre,

- Adölesan dönemde görülen psikiyatrik bozuklukların bireyin sonraki yaşamında kalıcı etkileri olabileceğinden, adölesanlarda ruhsal sorunların önlenmesi amacıyla okullarda koruyucu ruh sağlığı çalışmalarına önem verilmesi,
- Okullarda koruyucu ruh sağlığı programlarının ve yaşam kalitesinin yükseltilmesi için sağlığı geliştirilme programlarının düzenlenmesi, sağlığı geliştirme programları düzenlenirken öğrencilerin sağlık eğitim ihtiyaçlarının dikkate alınması,
- Okuldaki rehberlik servislerinin daha etkili ve verimli bir şekilde çalışması için gerekli olanakların sağlanması,
- Öğrencilerin sınav stresiyle ve adölesan dönem sorunlarıyla başedebilmeleri için stresle baş etmeye yönelik eğitim programlarının okul hemşireleri ve rehberlik servisi iş birliğinde düzenlenmesi,
- Adölesanlar için aile ve arkadaş ilişkisi oldukça önemlidir. İlişkilerin güçlendirilmesi için adölesanlara ve ailelerine kişiler arası iletişim konusunda eğitim verilmesi ve bu eğitimlere ailelerin katılımını arttırıcı önlemlerin alınması,
- Okul sağlığı hizmetlerinin etkili bir şekilde yürütülebilmesi için okullara okul sağlığı hemşireliği alanında eğitim almış, en az lisans mezunu okul hemşirelerinin atanması,
- Ruh sağlığı açısından risk altındaki öğrencilerin daha kapsamlı değerlendirilmeleri ve tedavilerinin yapılması önerilebilir.

9. KAYNAKLAR

Ağaoğlu B. (2008) Depresif Bozukluklar. Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi Yayınları, s: 373-382.

Akdemir D, Çetin F. (2008) Çocuk ve ergen psikiyatrisi bölümüne başvuran ergenlerin klinik özellikleri. Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi, 15:5-13.

Akgün Ş, Subaşı M, Kubilay G. (2012) Yetiştirme yurdunda kalan 16-18 yaş grubundaki adölesanların anksiyete düzeylerinin belirlenmesi. Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi, 14(1):34-45.

Akın E, Berkem M. (2012) İntihar girişiminde bulunan ergenlerde psikiyatrik tanılarını, demografik ve klinik özelliklerin değerlendirilmesi. Fırat Tıp Dergisi, 17(4): 228-232.

Akış N, Aydın N, Aksu H. (2003) Bursa iliOrhangazi ilçesi merkez ilköğretim okullarında öğrencilerin sağlık durumlarının değerlendirilmesi. Sağlık ve Toplum Dergisi, 13(3): 42-45.

Akman M, Tüzün S, Ünalın P. (2012) Adölesanlarda sağlıklı beslenme ve fiziksel aktivite durumu. Nobel Med 22, 8(1): 24-29.

Akyol A, Bilgiç M, Ersoy G. (2008) Fiziksel Aktivite, Beslenme ve Sağlıklı Yaşam. T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Beslenme ve Fiziksel Aktiviteler Daire Başkanlığı Yayını, Birinci Baskı, Ankara, s:7-15.

Aksoydan E, Çakır N. (2011) Adölesanların beslenme alışkanlıkları, fiziksel aktivite düzeyleri ve vücut kitle indekslerinin değerlendirilmesi. Gülhane Tıp Dergisi, 53: 264-270.

Alıkaşifoğlu M. (2008) Ergenlerde Davranışsal Sorunlar.İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Adölesan Sağlığı II Sempozyum Dizisi No:63, s.55-59.

Alpaslan AH. (2012) Ergen Ruh Sağlığı ve Spor.Kocatepe Tıp Dergisi, 13: 181-185.

Altıparmak S, Eser E, Gürsor ŞT, Soyer M. (2010) İzmir/Bornova ilköğretim ikinci kademe devlet okullarında eğitim gören ergenlerde yaşam kalitesi. 3. Ulusal Sağlıkta Yaşam Kalitesi Kongresi, İzmir, Kongre Bildiri ve Sunum Kitabı, s:218.

Altuntaş S, Baykal Ü. (2012) Okul hemşirelerinin iş, iş ortamı, rol ve sorumluluklarına yönelik görüşleri. Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi, 9(1): 43-50.

Arslan S, Bölükbaş N. (2003) Kanserli hastalarda yaşam kalitesinin değerlendirilmesi. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 6(3):38-47.

Aslan D, Gürtan E, Hacım A, Karaca N, şenol E, Yıldırım E. (2003) Ankara'da eryaman sağlık ocağı bölgesi'nde bir lisenin ikinci sınıfında okuyan kız öğrencilerin beslenme durumlarının ve bazı antropometrik ölçümlerinin değerlendirmeleri. C. Ü. Tıp Fakültesi Dergisi, 25(2): 55-62.

Bahar Z. (2010) Okul sağlığı hemşireliği. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi(DEUHYO), 3 (4): 195-200.

Baltacı Z, Düzgün İ. (2008) Adolesan ve Egzersiz. Sağlık Bakanlığı Fiziksel Aktivite Bilgi Serisi (Sağlık Bakanlığı Yayın No:730). Birinci Baskı. Klasmat Matbaacılık. Ankara, s.7-10.

Baltaş Z. (2000) Sağlık Psikolojisi. Remzi Kitabevi, İstanbul s. 238-56.

Bingöl G, Gebeş R, Yavuz R. (2012) Amasya sağlık yüksekokulu örencilerinin genel sağlık durumlarının bazı değişkenlere göre incelenmesi. Göztepe Tıp Dergisi, 27(3):106-111.

Bulduk S, Erdoğan S. (2005) Okul Sağlığı ekibinin nitelik ve hizmet kapsamının geliştirilmesi. Klinik Çocuk Forumu Dergisi, 57-66.

Bulduk S, Pek H. (2005) İstanbul'da özel ilköğretim okullarında çalışan hemşirelerin rol ve işlevlerinin incelenmesi. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 9(2): 40-48.

Bulut F. (2010) Ergenlerde Görülen Kural Dışı Davranışların Aile İşlevselliği, Aile Risk Faktörü Ve Yaşam Kalitesi Açısından İncelenmesi. Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Eğitim Bilimleri Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Adana, (Danışman: Prof.Dr. Turan Akbaş).

Bulut M. (2007) Kız ve Erkek Çocuklarının Eş Şiddetine Bakış Açılarının Saptanması. Ankara Üniversitesi Sosyal Antropoloji Anabilim Dalı, Doktora Tezi, Ankara, (Danışman: Prof. Dr. Zafer İlbars).

Bundak R, Furman A, Gunoz H, Darendeliler F, Bas F, Neyzi O. (2006) Body mass index references for Turkish children. Acta Pædiatrica, 95:194-198.

Bülbül SH. (2004) Ergen etiği. Sted, 13(6): 206-210.

Bülbül S, Kurt G, Ünlü E, Kırılı E. (2010) Adolesanlarda uyku sorunları ve etkileyen faktörler. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi, 53(3):204-210.

Ceylan S, Turan T. (2009) Bir ilköğretim okulunda okul sağlığı hemşireliği uygulama sonuçlarının değerlendirilmesi. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi, 4(12):35-49.

Coşkun Ö, Dikmen A.U, İlhan M.N, Gözil R. (2007) Gazi Üniversitesi sağlık hizmetleri meslek yüksekokulu öğrencilerinin yaşam tarzlarına göre yaşam kalitelerinin değerlendirilmesi. 2. Ulusal Sağlıkta Yaşam Kalitesi Kongresi, İzmir, Kongre Bildiri ve Sunum Kitabı, s:137.

Çağan Ö, Pehlivan E. (2012) Malatya İl merkezindeki lise son sınıf öğrencilerinin ruhsal durumlarının GSA-12 ile değerlendirilmesi. İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 19(2):88-95.

Çakaloz B, Akay A, Böber E, Eminağaoğlu N, Günay T. (2006) Karşıt olma karşı gelme bozukluğu eşlik eden veya etmeyen dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu tanısı alan puberte öncesi erkek olgularda aile işlevlerinin değerlendirilmesi, DEÜ Tıp Fakültesi Dergisi, 20(3):149-155.

Çelik G. (2007) Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Kliniğine Başvuran Ergenleri Özellikleri. T.C. Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, Adana, (Danışman: Yrd. Doç. Dr. Ayşegül Yolga Tahiroğlu).

Çamur D, Özcebe H, Altundağ Y, Altunöz U, Aydın EF, Tiryaki C. (2007) Kiddo-KINDL ölçeği ile adölesanlarda yaşam kalitesinin değerlendirilmesi, 2. Ulusal Sağlıkta Yaşam Kalitesi Kongresi, İzmir, Kongre Bildiri ve Sunum Kitabı, s:130.

Çuhadaroğlu F.(2000) Ergenlik Döneminde Psikolojik Gelişim Özellikleri. Katkı Pediatri Dergisi Adölesan Sayısı, 21(6):863-868.

Demir N, Baran G, Ulusoy D. (2005) Türkiye’de Ergenlerin Arkadaş-Akran Grupları İle İlişkileri ve Sapmış Davranışlar. Ankara Örnekleme Bilim Dergisi, 32: 83-108.

Demirci Z, Karaali H.K, Özalevli S. (2007) Sağlıklı bireylerde sigara tüketimi ve yaşam kalitesi arasındaki ilişki.2. Ulusal Sağlıkta Yaşam Kalitesi Kongresi, İzmir, Kongre Bildiri ve Sunum Kitabı, s:106.

Demirezen E, Coşansu G. (2005) Adölesan Çağı Öğrencilerde Beslenme Aışkanlıklarının Değerlendirilmesi. İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale HYO, Halk Sağlığı Hemşireliği, İstanbul,14(8):174.

Derman O, Özgüner Z, Kınık O. (2000) Adölesan Dönemde Uygulanan Taramalar. Katkı Pediatri Dergisi; 21(3): 417-426.

Derman O. (2008) Adölesanlarda Psikososyal Gelişim. İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Adölesan Sağlığı II Sempozyum Dizisi, No: 63, s:19-21.

Dursun O, Güvenir T, Özbek A.(2010) Çocuk Ergen Ruh Sağlığında Epidemiyolojik Çalışmalar: Yöntemsel Bir Bakış. Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Ergen Ruh Sağlığı Anabilimdalı, Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar,2(3):401-416.

Duralp E, Kara F, Yılmaz V, Alaybeyoğlu K. (2010)Kronik Hastalığı Olan ve Olmayan Çocukların ve Ebeveynlerinin Görüşlerine Göre Yaşam Kalitelerinin Karşılaştırılması. Araştırma Makalesi, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası, 63(2):55-63.

Dündar PE, Baydur H, Eser E, Bilge B, Nesanır N, Pala T, Ergör A, Oral A. (2008) Quality Of Life Of Workers Aged 14-16 Years In The Manısa Apprentice Training Center. Original Research, Marmara Medical Journal, 21(3):210-219.

Ekim A, Ocakçı AF.(2012) 8-12 Yaş Arası İşitme Engelli Çocuklarda Yaşam Kalitesi.Sağlık Hizmetleri Dergisi,11(1):17-23.

Ercan O. (2005) Adölesanın Sağlığı ve Riskli Davranışları ile Aile İlişkisi. İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Adölesan Sağlığı Sempozyum Dizisi No: 43, s: 51-52.

Ercan O, Alikışıfoğlu M, Erginöz E, Uysal Ö, Kaymak DA. (2011) Okul Çağındaki Çocukların Sağlık Davranışları Araştırması. Türk Pediatri Arşivi, 46(Özel sayı), s:15-18.

Ercan O. (2008) Adolesanın Fiziksel Gelişimi. İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Adolesan Sağlığı II Sempozyum Dizisi No:63, s:13-18.

Erci B, Tortumluoğlu G, Kılıç D. (2003) Anksiyete ile Başetme Eğitiminin Adölesanlarda Anksiyete Düzeyine Etkisi. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 6(3):57-63.

Erdoğan D. (2011) Yakın Doğu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Lefkoşa Merkezde Öğrenim Gören Lise Öğrencilerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve İlişkili Faktörler. Yakın Doğu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Lefkoşa, (Danışman: Yrd. Doç. Dr. Gülcem Sala Razı).

Erkan T. (2008) Ergenlerde Beslenme. İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Sempozyum Dizisi No:6, s:73-77.

Ersoy F, Edirne T, Oğuz T. (2003) Birinci Basamakta Anksiyete Bozuklukları. Sted, Cilt 12(8):286.

Eser E, Yüksel H, Baydur H, Bilge B, Dünder PE, Pala T, Oral A. (2004) Kiddo-Kindl (Kindl Ergen Formu) yaşam kalitesi ölçeği türkçe sürümü geçerlilik ve güvenilirlik sonuçları. I. Sağlıkta Yaşam Kalitesi Sempozyumu, İzmir, Program ve Özet Kitabı, s:78.

Eser E. (2004) yaşam kalitesinin sınıflandırılması ve sağlıkla ilgili yaşam kalitesinin ölçümü. I. Sağlıkta Yaşam Kalitesi Sempozyumu, İzmir, Program ve Özet Kitabı, s:4-6.

Eser E, Yüksel H, Baydur H, Erhart M, Saatli G, Özyurt B, Özkan C, Sieberer U. (2008) Çocuklar İçin Genel Amaçlı Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesi Ölçeği (Kid-KINDL) Türkçe Sürümünün Psikometrik Özellikleri. Türk Psikiyatri Dergisi, 19(4):409-417.

Dünder P, Eser E, Yüksel H, Baydur H, Bilge B, Dünder P, Pala T, Oral A. (2004) Kiddo-Kindl (Kindl Ergen Formu) Yaşam Kalitesi Ölçeği Türkçe Sürümü Geçerlilik Ve

Güvenirlilik Sonuçları. 1. Sağlıkta Yaşam Kalitesi Sempozyumu, İzmir, Program ve Özet Kitabı, s:78.

Eskin M. (2000) Ergen Ruh Sağlığı Sorunları ve İntihar Davranışıyla İlişkileri. Klinik Psikiyatri Dergisi, 3:228-234.

Eskin M, Erketin K, Harlak H, Dereboy Ç. (2008) Lise Öğrencisi Ergenlerde Depresyonun Yaygınlığı ve İlişkili Olduğu Etmenler. Türk Psikiyatri Dergisi, 19(4):382-389.

Ergin D, Şen N, Çetinkaya A, Özmen D, Erbay P. (2004) Manisa il merkezindeki lise öğrencilerindecinsiyete göre hipertansiyon durumununincelenmesi.Celal Bayar Üniversitesi Manisa Sağlık YüksekokuluÇocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, I. Ulusal Adolesan Sağlığı Kongresi, Manisa, Posterler, s:260-262 .

Gree KY, Chang SY. (2001) Definition And Measurement Of Child Malnutrition. Biomed Environ SCI, Dec;14(4):283-91.

Gençlere Yönelik Üreme Sağlığı Hizmetleri Katılımı Kitabı (2005) Cinsel Sağlık / Üreme Sağlığı No: 5-B, Ankara, T.C.Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü.

Groves S, Kub JE. (2009) School Health. In: Community Public Health Nursing Practice Health For Families and Populations. Eds: Maurer FA, Smith CM. Fourth Edition, Saunders Elsevier, p:760-785.

Güçlü O, Erkıran M. (2004) Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Tanısı Konmuş Çocukların Ebeveynlerinde Psikiyatrik Yüklülük. Klinik Psikiyatri, 7:32-41.

Güleç H, Sayar K, Özkorumak E. (2005) Depresyonda Bedensel Belirtiler. Türk Psikiyatri Dergisi, 16(2):90-96.

Güler Y, Gönener H, Altay B, Gönener A. (2009) Adölesanlarda Obezite ve Hemşirelik Bakımı. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi, 4(10):165-181.

Gülses S, Yıldırım ZK, Büyükavcı M. (2014) Kanserli Çocukların ve Anne-Babalarının Yaşam Kalitesi Diğer Hastalardan Farklı Mı?, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi, 57:16-23.

Gümüş H, Bulduk Akdevelioğlu Y. (2003) Yetiştirme Yurtlarında Kalan Adölesanların Beslenme ve Fiziksel Aktivite Durumlarının Vücut Kompozisyonları İle İlişkisinin Saptanması. Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi, 8(1):785-808.

Haznedaroğlu D, Bertan M, Koln P, Yurdakök K, Güçis D. (2009) Ülkemizde Erken Çocukluk Gelişimine İlişkin Yapılan Çalışmaların Derlenmesi. Orijinal Makale, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi, 52:1-8.

Hickie Ib, Fogarty AS, Davenport TA, Luscombe GM, Burns J. (2007) Responding to experiences of young people with common mental health problems attending Australian general practice. Med J Aust, 187(suppl):47-52.

Hidalgo I, Garrido G, Hernandez M. (2000) Health status and risk behavior of adolescents in the North of Madrid, Spain. Journal of Adolescent Health, 27:351–360.

Irmak H, Kesici C, Çelikcan E, Çakır B. (2008) Fiziksel Aktivite Bilgi Serisi. Ankara, Şubat, s:34-39.

Işıklı B, Kalyoncu C. (2007) Eskişehir Kırsal İlköğretim Öğrencilerinde Görme Kusurları. Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi, 16(17):95-99.

İlhan N. (2012) Adölesanlarda Davranış İmaj Modeline Dayanan Kısa Görüşmelerin Sağlık Davranışlarına Etkisi. M.Ü.Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, İstanbul, (Danışman: Yard.Doç.Dr. A Yıldız).

Karadağ Ö. (2008) Ankara'da Bulunan Yetiştirme Yurtlarında Yaşayan Adölesanlarda Sosyodemografik Özelliklerin ve Fiziksel Aktivite Düzeyinin Ruhsal Belirtiler Ve Yaşam Kalitesi Açısından Değerlendirilmesi. Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Ankara, (Danışman: Prof. Dr. Hilal Özcebe).

Kahriman İ, Polat S. (2003) Adölesanlarda Aileden ve Arkadaşlardan Algılanan Sosyal Destek Ve Benlik Saygısı Arasındaki İlişki, Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 6(2):13-24.

Karademir T, Türkçapar Ü, Ulucan H, Bahadır Z. (2013) Haltercilerde Benlik Saygısı ile Yaşam Doyum ve Vücut Benlik Algısı Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. Ahi Evran Üniversitesi Kırşehir Eğitim Fakültesi Dergisi, Aralık, 14(3):285-294.

Kaynak D. (2005) Adölesanda uyku ve bozuklukları. İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri, Adolesan Sağlığı Sempozyum Dizisi No: 43, Mart, s:135-146.

Keser A, Yücesan S, Çizmecioğlu F , Etiler N , Hatun Ş. (2010) Çocukluk Çağında Metabolik Sendrom Risk Faktörleri ile Besin Öğeleri Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi. Orjinal Makale, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi, 53:267-276.

Kılıç EZ. (2012) Ergenlerde Şiddet Kullanımı: Bireysel ve Ailesel Etkenler. Araştırma Makalesi, Nöropsikiyatri Arşivi, 49: 260-265.

Kınık E. (2000) Adölesan Hastaya Yaklaşım. Katkı Pediatri Dergisi, 21(6): 713-716.

Kızmaz Z. (2006) Okullardaki Şiddet Davranışının Kaynakları Üzerine Kuramsal Bir Yaklaşım, C.Ü. Sosyal Bilimler Dergisi Mayıs, 30(1):47-70.

Kırcelli EF. (2011) Davranım Bozukluğu Tanısı Alan Ergenlerde Tanının Sürekliliği, Klinik Gidişi Ve Etkileyen Faktörlerin Araştırılması. Sağlık Bakanlığı Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı Ve Sinir Hastalıkları Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, Uzmanlık Tezi, İstanbul, (Danışman: Uzman Ahmet Türkcen).

Koçoğlu D, Emiroğlu O. (2011) Okul Hemşiresinin Okul Sağlık Tarama Programlarındaki Rolünün Değerlendirilmesi. Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi, 3:5-19.

Kurt A, Savaşer S. (2013) Kanserli Adölesanların Yaşam Kalitesi Düzeyine Re-Mission Video Oyununun Etkisi. Türk Onkoloji Dergisi, 28(2):51-58.

Kuygun Karcı C. (2013) Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Tanısı Alan Ergenlerde Tedavi Öncesi ve Sonrasında Depresyon, Anksiyete ve Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi. Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları, Doktora Tezi, Mersin, (Danışman: Prof. Dr. Fevziye Toros).

Küey Gürdal A. (2008) Yeme bozuklukları. İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Sempozyum Dizisi. Mart, No:63 s: 81-83.

Küçük S, Bayat M. (2012) Ortaöğretim Öğrencilerinin Ruhsal Durumlarının Değerlendirilmesi, Sağlık Bilimleri Dergisi,(Journal of Health Sciences, 21(2):103-111.

Laukkanen E, Hintikka JJ, Kylma J, Kekkonen V, Marttunen M. (2010) A brief intervention is sufficient for many adolescents seeking help from low threshold adolescent psychiatric services. BMC Health Serv Res, 261:1-10.

Lytle L, Kubik M, Perry C, Story M, Birnbaum A, Murray D. (2006) Influencing Healthful Food Choices In School And Home Environments: Results from the Teens study, Preventive Medicine 43,8-13.

Madazlı R. (2008) Adölesan Gebelikleri.İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri, Adölesan Sağlığı Sempozyum Dizisi, Mart No: 63,s:51-52.

Mclyntre P, Williams G, Peattie S. (2002) Adolescentfriendlyhealthservices AnAgendaForChange. World HealthOrganization, WHO/FCH/CAH/02.14, Geneva, Switzerland.

Memeşa A, Özkan T, Özeke T. (2004) Çocuklarda Kronik Konstipasyona Yaklaşım, Tedavi ve İzlem. Güncel Pediatri Dergisi, 2: 21-31.

Mualla Y, Ocakçı AF. (2010) Bir Kız Öğrenci Yurdunda Kalan ÜniversiteÖğrencilerinin AnksiyeteDüzeylerinin Belirlenmesi. Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi, 3(1):15-23.

Müezzinoğlu T. (2005) Yaşam kalitesi Üroonkoloji Derneği 2004 Güz Dönemi Konuşması.Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı, Manisa, 1:25-29.

Önal A. (2007) Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu, Karşıt Olma Karşı Gelme Bozukluğu ve Bu İkisinin Birlikte Bulunduğu Durumların Davranışsal Sorunlar, Aile İlişkileri ve Kognitif Fonksiyonlar Açısından Karşılaştırılması, İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Çocuk Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, İstanbul, (Danışman: Prof. Dr. Levent Kayaalp).

Özcebe H, Aslan D, Baran E, Durmus N, Asıl N ve ark. (2002) Ankara'da Bir Anadolu Lisesinde Orta 3 ve Lise 1.Sınıf Öğrencilerinin Sağlık Hizmeti Kullanımı. Sağlık ve Toplum Dergisi, 12(2): 59-65.

Özcebe H. (2002) Birinci Basamakta Adölesan Sorunlarına Yaklaşım. Sted, 11(10):374-377.

Özcebe H. (2008). Genç Olmak Ve Riskler.Turkiye Klinikleri J Pediatr Sci,4(6):88-94.

Özdemir H, Rezaki M. (2007) Depresyon Saptanmasında Genel Sağlık Anketi -12. Türk Psikiyatrisi Dergisi, 18(1):13-21.

Özdener N. (2006) Solaklı Sağlık Ocağı Bölgesinde Evli Erkeklerin Üreme Sağlığı Konusundaki Bilgi Düzeyleri, Roller ve Gereksinimlerinin Araştırılması. Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, Adana, (Danışman: Doç. Dr. Elçin Yoldaşcan).

Özfirat Ö, Pehlivan E, Çiledağ Özdemir F. (2009) Malatya İl Merkezindeki Lise Son Sınıf Öğrencilerinde Depresyon Prevalansı ve İlişkili Faktörler. İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 16(4):247-255.

Özgür G, Yörükoğlu G, Baysan Arabacı L. (2011) Lise Öğrencilerinin Şiddet Algıları, Şiddet Eğilim Düzeyleri ve Etkileyen Faktörler. Psikiyatri Hemşireliği Dergisi, 2(2):53-60.

Özmen D, Çetinkaya AÇ, Ergin D, Şen N, Erbay PD. (2007) Lise Öğrencilerinin Yeme Alışkanlıkları ve Beden Ağırlığını Denetleme Davranışları. TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni, 6(2): 98-105.

Özmen D, Ergin D, Çetinkaya A, Sen N, Taşkın O, Özmen E. (2008) Lise Öğrencilerinde Umutsuzluk Ve Umutsuzluk Düzeyini Etkileyen Etkenler, Anadolu Psikiyatri Dergisi, 9:8-15.

Özmete E. (2010) Yaşam Kalitesi Dinamikleri: Aile İletişimi, Ebeveyn Sorumlulukları, Duygusal, Refah, Fiziksel/Materyal Refahın Algılanması. Uluslar arası Sosyal Araştırmalar Dergisi, 3(11):455-465.

Özpulat F. (2010) Sağlıkın Korunması ve Geliştirilmesinde Hemşirenin Çağdaş Bir Rolü: Eğitici Kimliği. Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi, Sempozyum Özel Sayısı, Bildiriler, s:293-297.

Öztop DB. (2012) Adölesanda Ruhsal Sorunlar.Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk-Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Kayseri, Türk Aile Hekimi Dergisi, 16:14-18.

Parlak A, Çetinkaya Ş.(2007) Çocuklarda Obezitenin Oluşumunu Etkileyen Faktörler. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi, 2(5):24-35.

Parlaz E, Tekgün N, Karademirci E, Örgel K. (2001) Ergenlik Dönemi:Fiziksel Büyüme,Psikolojik ve Sosyal Gelişim Süreci. Turkish Family Physician, 3(2):10-16.

Park YD, Patton LL, Kim HY. (2010) Clustering of oral and general health risk behaviors in Korean Adolescents: A national representative sample. Journal of Adolescent Health, 47:277-281.

Pekcan H. (2006) AdolesanSağlığı. İçinde: Halk Sağlığı Temel Bilgiler. Eds: Güler Ç, Akın L, Hacettepe Üniversitesi Yayınları, Ankara, s:481-490.

Pişkin M, Öğülmüş S, Atık G, Çınkır Ş, Çokluk Ö, Babadoğan M, Ayaş T, Sahan B. (2011) Liselerde öğrenciler arasındaki şiddetin saptanması. XI. Ulusal Psikolojik Danışma ve Rehberlik Kongresi, İzmir, Bildiri Özetleri, s:217-218.

Saatli G, Baydur H, Dinç G, Eser E. (2007) 12-16 yaş grubunda kilo fazlalığı ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkinin incelenmesi. 2. Ulusal Yaşam Kalitesi Kongresi, İzmir, 2. Ulusal Sağlıkta Yaşam Kalitesi Kongresi, İzmir, Kongre Bildiri ve Sunum Kitabı, s:120.

Sarı, M, Önder FC.(2011) İlköğretim Öğrencilerinde Okul Yaşam Kalitesi ve Benlik Kavramı. Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi, 5(2):1-16.

Sarı C. (2006) Lise Öğrencilerinde Riskli Sağlık Davranışları. M.Ü.Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek lisans Tezi, İstanbul, (Danışman: Yard.Doç.Dr. A Yıldız).

Savaşer S. (2000) Çocuk Sağlığının korunması ve geliştirilmesinde hemşirenin rolü. 22. Pediatri Günleri ve 2. Pediatri Hemşireliği Günleri, İstanbul, Program ve Özet Kitabı, s:362-370.

Sayar K, Öztürk M, Acar B. (2000) Aşırı Dozda İlaç Alımıyla İntihar Girişiminde Bulunan Ergenlerde Psikolojik Etkenler. Klinik Psikofarmakoloji Bülteni, 10(3):133-138.

Sayar K, Öztürk M, Özer A. (2000) Üç Olgu Nedeniyle Ergenlik Döneminde Bipolar Bozukluk. Van Tıp Dergisi, Nisan, 7(2):66-71.

Sayılı M, Gözener B. (2010) Gaziosmanpaşa Üniversitesi Öğrencilerinin Fast-Food Tüketim Alışkanlıklarının Değerlendirilmesi. Çankırı Karatekin Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, 4(2):11-28.

Seçginli S, Erdoğan S, Demirezen E. (2004) Okul Sağlığı Tarama Programı: Bir Pilot Çalışma Örneği, Sted, 13(12): 462.

Sütölk Z, Nazlıcan E, Azizoğlu A (2005). Yüreğir Çıraklık Eğitim Merkezi Öğrencilerinde Depresyon Sıklığı ve Nedenleri. Mesleki Sağlık ve Güvenlik Dergisi, Temmuz-Ağustos-Eylül, s:23-26.

Şahan E. (2010) Kronik Böbrek Yetmezliği Tanısı ile İzlenen Adölesanlarda Yaşam Kalitesi ve Öz bakım Gücü. Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Ankara, (Danışman:Prof. Dr. Lale Büyükgönenç).

Şahin N, Batıgun A, Koç V. (2011) Kişilerarası Tarz, Kendilik Algısı, Öfke ve Depresyon. Türk Psikiyatri Dergisi, 22(1):17-25.

Şenol S. Çocuk psikiyatrisinde acil durumlar. 48. Milli Pediatri Kongresi Bildiri Kitabı, Samsun, 12-24 Eylül. s:60-64.

Şenol V, Soyuer F, Pekşan Akca R, Argun M. (2012) Adölesanlarda Uyku Kalitesi ve Etkileyen Faktörler.Erciyes Üniversitesi Ortopedi ve Travmatoloji ABD, Kayseri, Kocatepe Tıp Dergisi, 14:93-102.

Şenol V, Ünalın D, Avşaroğulları L, İkizceli İ. (2005) İntihar Girişimi Nedeniyle Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Anabilim Dalı'na Başvuran Olguların İncelenmesi, Anadolu Psikiyatri Dergisi, 6:19-29.

Şatroğlu H. (2008) Ergenlikte cinsellik. İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Adölesan Sağlığı Sempozyum Dizisi No:63, s:41-46.

Tappe MK, Allensworth DD, Grizzell J. (2010) Promoting Health In Schools and Universities. In; Health Promotion Programs. Eds; Fertman CI, Allensworth DD, Society for Public Health Education, Jossey-Bass A Wiley Imprint, USA, p: 313-340.

Tamar M, Özbaran B. (2004) Çocuk ve Ergenlerde Depresyon. Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Psikiyatrisi Anabilim Dalı, İzmir, Klinik Psikiyatri, 2:84-92.

Taşpınar A, Yurteri H, Aydoğan N, Özbaşaran F. (2007) Lise öğrencilerinde premenstrual dönemde yaşam kaliteleri. 2. Ulusal Sağlıkta Yaşam Kalitesi Kongresi, İzmir, Kongre Bildiri ve Sunum Kitabı, s:145.

Tekgül BN, Uslu Tek P. (2005) Puberte. Adölesan Sağlığı İçinde. İzmir, Pratisyen Hekimlik Derneği Yayını, s:23-37.

Teksöz E. (2010) Coop Adolescent Chart'ın Geçerlilik-Güvenilirlik Çalışması. Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Adana, (Danışman: Yrd. Doç.Dr. Şenay Çetinkaya).

Top MŞ, Özden SY, Sevim ME. (2003) Psikiyatride Yaşam Kalitesi, Düşünen Adam, 16(1): 18-23.

Tosyalı C. (2005) Ergenlik çağında dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu. İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Adolesan Sağlığı Sempozyum Dizisi, Mart, No: 43, s:59-71.

Tunç S, Kılıç S, Tülü İ, Devran A, Su F, Mollamahmutoğlu L. (2008) 10-24 Yaş Arasındaki Adölesan Kızların Kişisel, Ruhsal, Sosyokültürel ve Politik Özelliklerinin İncelenmesi. Dr.Zekai Tahir Burak Eğitim ve Araştırma Hastanesi, KÜ Tıp Fak Dergisi, 10(2):20-36.

Tüzün DÜ. (2005) Gençlik döneminde depresyon ve intihar. İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri, Adolesan Sağlığın Sempozyum Dizisi, Mart, No:43, s:53-58.

Trost SG, Loprinzi PD. (2008) Exercise—promoting healthy lifestyles in children and adolescents.Journal of Clinical Lipidology, 2: 162–168.

Uğuz M, Bodur S. (2007) Konya İl Merkezindeki Ergenlik Öncesi ve Ergen Çocuklarda Aşırı Ağırlık ve Şişmanlık Durumunun Demografik Özelliklerle İlişkisi. Genel Tıp Dergisi, 17(1):1-7.

Ulusoy D, Demir NÖ, Baran AG. (2005) Ergenlik Döneminde İntihar Algısı: Lise Son Sınıf Gençliği Örneği. Hacettepe Üniversitesi Edebiyat Fakültesi Dergisi, 22(1): 259-270.

Uysal T. (2012) İzmir İli Konak Merkez İlçede İlköğretim 1.Sınıf, 2.Sınıf, 3.Sınıf, 4.Sınıf Ve 5.Sınıf Öğrencilerinde Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu, Karşıt Olma Karşı Gelme Bozukluğu ve Davranım Bozukluğu Prevalansı. Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, İzmir, (Danışmanlar: Prof. Dr. Eyüp Sabri Ercan; Prof. Dr. Cahide Aydın).

Ünal H. (2006) Davranım Bozukluğu Tanısı Alan İlköğretim Öğrencilerine Okullarda Sunulan Danışmanlık Hizmetlerinin İncelenmesi. Çukurova Üniversitesi Sosyal

Bilimler Enstitüsü Eğitim Bilimleri Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Adana, (Danışman: Yrd. Doç. Dr. Sabahattin Çam).

Üner S, Bağcı B, Velipaşaoğlu M, Üre İ, Topbaşı Z, Varol R, Sundur M, Sanhal C. (2007) Ankara’da Bulunan İki Lisenin Öğrencilerinin Ruhsal Durumlarının GSA-12 ile Değerlendirilmesi. Araştırma Makalesi, Toplum Hekimliği Bülteni, Ocak-Nisan, 26(1):25-31.

Üneri, Ö, Memik, NÇ. (2007) Çocuklarda Yaşam Kalitesi Kavramı ve Yaşam Kalitesi Ölçeklerinin Gözden Geçirilmesi. Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi, 14(1):48-56.

Yıldırım A, Hacıhasanoğlu R. (2011) Sağlık Çalışanlarında Yaşam Kalitesi ve Etkileyen Değişkenler. Psikiyatri Hemşireliği Dergisi, 2(2):61-68.

Yılmaz A, Soykan A. (2008) Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Türkiye Klinikleri J Psychiatry-Special Topics, 1(2):71-78.

Yılmaz E, Özkan S. (2007) Üniversite Öğrencilerinin Beslenme Alışkanlıklarının İncelenmesi. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi, 2(6):87-104.

http://www.who.int/child_adolescent_health/topics/prevention_care/adolescent/en/index.html, Erişim tarihi: Temmuz 2014

http://rapor.tuik.gov.tr/reports/rwservlet?adnksdb2&ENVID=adnksdb2Env&report=wa_turkiye_yasgr.RDF&p_yil=2013&p_dil=1&desformat=html, Erişim tarihi: 8 Temmuz 2014

http://rapor.tuik.gov.tr/reports/rwservlet?adnksdb2&ENVID=adnksdb2Env&report=wa_turkiye_yasgr.RDF&p_yil=2013&p_dil=1&desformat=html, Erişim tarihi: 8 Temmuz 2014

<http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/ss5905a1.htm>., Erişim tarihi: 9 Temmuz 2014).

<http://www.cdc.gov/healthyyouth/physicalactivity/facts.htm>.,Erişim tarihi: 9 Temmuz 2014

(<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs345/en/index.html>),Erişim tarihi: 10 Temmuz 2014

<http://www.who.int/gho/alcohol/en/index.html>.,Erişim tarihi: 10 Temmuz 2014

<http://www.emcdda.europa.eu/publications/joint-publications/2012-espad-impact-survey>., Erişim tarihi:10 Temmuz 2014

http://mebk12.meb.gov.tr/meb_iys_dosyalar/52/01/739537/dosyalar/2012_11/29013104_ergenlik.pdf., Erişim tarihi:1 Temmuz 2014

http://www.who.int/substance_abuse/research_tools/whoqolbref/en/., Erişim tarihi: 23.06.2014

http://sgb.meb.gov.tr/istatistik/meb_istatistikleri_orgun_egitim_2013_2014.pdf.,Erişim tarihi: 8 Temmuz 2014

<http://www.cdc.gov/HealthyYouth/CSHP/index.htm>., Erişim tarihi: 9 Temmuz 2014

<http://www.cdc.gov/HealthyYouth/CSHP/#3>., Erişim tarihi: 10 Temmuz 2014

<http://www.cdc.gov/healthyyouth/cshp/components.htm>.,Erişim tarihi: 8 Temmuz 2014

http://megep.meb.gov.tr/mte_program_modul/moduller_pdf/Ana%C3%87ocuk%20ve%20Okul%20Sa%C4%9Fl%C4%B1%C4%9F%C4%B1.pdf., Erişim Tarihi: 23 Temmuz 2014

10. EKLER

EK : 1 Sosyo-demografik Bilgi Formu

Sevgili Öğrenciler,

Bu araştırma “Lise Öğrencilerinin Yaşam Kalitesi ve Ruhsal Durumlarını Belirlemek” amacıyla planlanmış bir yüksek lisans tez çalışmasıdır. Aşağıda bu konuda hazırlanmış bir soru formu bulunmaktadır. Bu formdaki bilgiler sadece araştırma için kullanılacaktır ve verilen tüm cevaplar gizli tutulacaktır. Soruların değerlendirilebilmesi için eksiksiz doldurulması gerekmektedir. Desteğiniz ve katkılarınız için teşekkür ederim.

Tuba AK

Haliç Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Hemşirelik Yüksek Lisans
Programı Öğrencisi

1- Yaşınız :

2- Cinsiyetiniz :

1) Kız () 2) Erkek ()

3- Sınıfınız?

1. 9. Sınıf ()
2. 10. Sınıf ()
3. 11. Sınıf ()
4. 12. Sınıf ()

4- Doğum yeriniz?

1. Köy () 2. İlçe () 3. İl () 4. Yurtdışı ()

5- Yaşantınızın büyük bir çoğunluğunu nerede geçirdiniz?

1. Köy () 2. İlçe () 3. İl () 4. Büyükşehir () 5. Yurtdışı ()

6- Şu andaki aile tipiniz?

1. () İki ebeveyn (anne ve babayla birlikte)
2. () Tek ebeveyn (sadece anne veya sadece baba ile birlikte)
3. () Ebeveyn yok

7-Annelerin eğitim durumu nedir?

- 1) Okur-yazar değil ()
- 2) Okur-yazar ()
- 3) İlkokul ()
- 4) Ortaokul ()
- 5) Lise ()
- 6) Yüksekokul / Üniversite ()

8-Babanızın eğitim durumu nedir?

- 1) Okur-yazar değil ()
- 2) Okur-yazar ()
- 3) İlkokul ()
- 4) Ortaokul ()
- 5) Lise ()
- 6)Yüksekokul / Üniversite ()

9-Annelerin mesleği:

- 1) Ev hanımı ()
- 2) Memur ()
- 3) İşçi ()
- 4) Esnaf ()
- 5) Diğer() Yazınız.....

10- Babanızın mesleği:

- 1) Herhangi bir işi yok ()
- 2) Memur ()
- 3) İşçi ()
- 4) Esnaf ()
- 5) Diğer () Yazınız.....

11- Siz dahil kaç kardeşiniz ?

- 1) 1()
- 2) 2 ()
- 3) 3()
- 4) 4 ve daha fazla ()

12- Ailenizin geliri size göre nasıldır?

1. Kötü ()
2. Orta ()
3. İyi ()
4. Çok iyi ()

13- Sağlık güvenceniz var mı?

- 1) Evet ()
- 2) Hayır () (15. soruya geçiniz)

14- Sağlık güvenceniz nedir?

- 1) Emekli sandığı ()
- 2) Bağ-kur ()
- 3) SSK ()
- 4) Yeşil kart ()
- 5) Diğer () Yazınız.....

15- Kiminle yaşıyorsunuz ?

- 1) Ailemle ()
- 2) Arkadaşlarımla ()
- 3) Akrabamın yanında ()
- 4) Yurtta ()
- 5) Diğer () Belirtiniz.....

16- Ailenizle ilişkileriniz nasıl?

- 1) Çok iyi ()
- 2) İyi ()
- 3) Normal ()
- 4) Kötü ()
- 5) Çok Kötü ()

17- Arkadaşlarınızla ilişkileriniz nasıl?

- 1) Çok iyi ()
- 2) İyi ()
- 3) Normal ()
- 4) Kötü ()
- 5) Çok Kötü ()

18. Kişisel sorunlarınızı size yakın bulduğunuz kişilerle konuşur musunuz?

- 1)Hiçbir zaman ()
- 2)Ara sıra ()
- 3)Sık sık ()
- 4)Her zaman ()

19- Okul başarınızı nasıl değerlendirirsiniz?

- 1) Sınıf ortalamasının üstünde ()
- 2) Sınıf ortalamasına uygun ()
- 3) Sınıf ortalamasının altında ()

20- Uyku ile ilgili sorun yaşadığınızı düşünüyor musun?

- 1) Hayır düşünmüyorum, genellikle iyi uyuyabiliyorum ()
- 2) Evet düşünüyorum, iyi uyuyamadığım günlerin sayısı fazla ()

22- Sürekli tedavi gördüğünüz kronik bir hastalığınız var mı?

- 1) Evet () belirtiniz:
- 2) Hayır ()

23- Evde sürekli bakım/tedavi gerektiren yakınınız varsa işaretleyiniz.

- 1) Anne ()
- 2) Baba ()
- 3) Kardeş ()
- 4) Diğer ().....

24- Son bir yıl içerisinde aşağıdaki sağlık problemi/problemlerinden yaşadıklarınız varsa işaretleyiniz.

- 1) Kepek ()
- 2) Kabızlık ()
- 3) Akne (Ergenlik sivilcesi) ()
- 4) Kansızlık ()
- 5) Parazit ()
- 6) Sinirlilik ()
- 7) Önemli kaza (Düşme, trafik kazası, yanık vs.) ()
- 8) Baş ağrısı ()
- 9) Sinüzit ()
- 10) Diğer () Yazınız.....

25- Geçtiğimiz 1 yıl boyunca okulda veya dışarıda her hangi bir sağlık eğitim programına katıldınız mı?

- 1) Evet ()
- 2) Hayır ()

26- Haftada üç gün düzenli olarak herhangi bir fiziksel aktivite (yürüyüş, basketbol, futbol, koşu, yüzme, bisiklete binme, hızlı dans yada benzer aerobik egzersiz gibi.....) yapar mısınız?

- 1) Evet ()
- 2) Hayır ()

27- Okul dışında bir işte çalışıyor musunuz?

- 1) Evet ()
- 2) Hayır ()

28- Okul içinde veya dışında katıldığınız herhangi bir sosyal aktivite var mı?

- 1) Evet ()
- 2) Hayır ()

29- Herhangi bir sosyal aktiviteye katılıyorsanız hangi aktivite:.....

EK 2: GENEL SAĞLIK ANKETİ-12 (GSA)

SON ZAMANLARDA;

1- Endişeleriniz nedeniyle uykusuzluk çekiyor musunuz ?

Hiç çekmiyorum () Her zamanki kadar () Her zamankinden sık () Çok sık ()

2- Kendinizi sürekli zor altında hissediyor musunuz ?

Hiç çekmiyorum () Her zamanki kadar () Her zamankinden sık () Çok sık ()

3- Karar vermekte güçlük çekiyor musunuz?

Hiç çekmiyorum () Her zamanki kadar () Her zamankinden sık () Çok sık ()

4- Zorlukları halledemeyecek gibi hissediyor musunuz?

Hiç çekmiyorum () Her zamanki kadar () Her zamankinden sık () Çok sık ()

5- Kendinizi keyifsiz ve durgun hissediyor musunuz ?

Hiç çekmiyorum () Her zamanki kadar () Her zamankinden sık () Çok sık ()

6- Kendinize güveninizi kaybediyor musunuz ?

Hiç çekmiyorum () Her zamanki kadar () Her zamankinden sık () Çok sık ()

7- Kendinizi değersiz biri olarak görüyor musunuz?

Hiç çekmiyorum () Her zamanki kadar () Her zamankinden sık () Çok sık ()

8- Yaptığınız işe dikkatinizi verebiliyor musunuz?

Her zamankinden çok () Her zaman ki kadar () Her zamankinden az ()

Her zamankinden çok daha az ()

9- İşe yaradığınızı düşünüyor musunuz ?

Her zamankinden çok () Her zaman ki kadar () Her zamankinden az ()

Her zamankinden çok daha az ()

10- Sorunlarınızla uğraşabiliyor musunuz?

Her zamankinden çok () Her zaman ki kadar () Her zamankinden az ()

Her zamankinden çok daha az ()

11- Değişik yönlerden baktığınızda kendinizi mutlu hissediyor musunuz ?

Her zamankinden çok () Her zaman ki kadar () Her zamankinden az ()

Her zamankinden çok daha az ()

12- Günlük işlerinizden zevk alabiliyor musunuz?

Her zamankinden çok () Her zaman ki kadar () Her zamankinden az ()

Her zamankinden çok daha az ()

EK 3:Kiddo-KINDL YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ ERGEN FORMU

Son olarak, sizden geçen hafta boyunca neler hissettiğinizi öğrenmek istiyoruz ve bu amaçla yanıtlamanızı istediğimiz bir kaç soru hazırladık. Lütfen geçen hafta boyunca sizinle ilgili neler olduğunu düşünün. Her satırda size en uygun gelen yanıtı seçin ve altındaki kutucuğa çarpı işareti koyun.

1. Öncelikle sizden bedensel sağlığınızla ilgili bir şeyler öğrenmek istiyoruz...

<i>Geçen hafta boyunca...</i>	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Sıklıkla	Her zaman
1. ...kendimi hasta hissettim	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ...ağrım oldu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ...yorgun ve bitkindim	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ...kendimi güçlü ve enerji dolu hissettim	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. ... ve genel olarak neler hissettiğiniz hakkında bir kaç şey...

<i>Geçen hafta boyunca...</i>	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Sıklıkla	Her zaman
1. ...eğlendim ve çok güldüm	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ...canım sıkıldı	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ...kendimi yalnız hissettim	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.....korktum veya kendime güvenimi kaybettim	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. ...ve kendiniz hakkındaki duygularınız...

<i>Geçen hafta boyunca...</i>	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Sıklıkla	Her zaman
1. ...kendimle gurur duyduğum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ...kendimi her şeyin üstünde hissettim	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ...kendimden hoşnutluk duyduğum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ...bir çok güzel düşüncem vardı	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. Aşağıdaki sorular aileniz ile ilgilidir...

<i>Geçen hafta boyunca...</i>	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Sıklıkla	Her zaman
1. ...annem babamla ile aram iyiydi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ...evde kendimi iyi hissettim	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ...evde tartıştık	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ...annem babam tarafımdan kısıtlandığımı hissettim	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. ... ve arkadaşlarınız hakkında...

<i>Geçen hafta boyunca...</i>	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Sıklıkla	Her zaman	
1. ...arkadaşlarımla birlikte bir şeyler yaptık	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ...arkadaşlarımla arasında başarılıydım	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ...arkadaşlarımla iyi geçiniyordum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ...kendimi diğer arkadaşlarımdan farklı hissettim	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6. Okul hakkında bazı Şeyler...

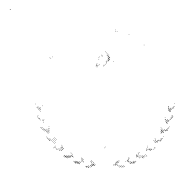
<i>Okulda olduğum geçtiğimiz hafta...</i>	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Sıklıkla	Her zaman	
1. ...okuldaki ödevleri başarıyla yaptım	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ...dersler ilgimi çekti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ...okulda bundan sonra geçireceğim günler beni endişelendirdi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ...zayıf not almaktan korktum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7. Şu anda uzun süreli bir hastalığınız var mı?

Evet ise aşağıdaki soruları da yanıtlar mısınız? Hayır ise anket bitmiştir.

<i>Geçen hafta boyunca...</i>	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Sıklıkla	Her zaman	
1. ... hastalığımdan kötüleşmesinden korktum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ... hastalığım nedeniyle üzülüm	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ... hastalığımla çok iyi başa çıkabildim	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ... çevremdekiler bana hastalığım nedeniyle bir bebek gibi davrandılar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ... diğer insanların hastalığımı fark etmelerinden çekindim	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. ... hastalığım nedeniyle okulda bazı şeyleri kaçırdım	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

EK 4: Kurum İzni



T.C.
İSTANBUL VALİLİĞİ
İl Millî Eğitim Müdürlüğü

Sayı : 59090411/605/3360086
Konu: Anket (Tuba AK)

14/11/2013

HALIÇ ÜNİVERSİTESİ
(Sağlık Bilimleri Enstitüsü)

İlgi: a) 08.10.2013 gün ve 366 sayılı yazınız.
b) Valilik Makamının 13.11.2013 tarih ve 3352310 sayılı oluru.

Üniversiteniz Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Programı Öğrencisi Tuğba AK'ın "**Lise Öğrencilerinin Yaşam Kalitesi ve Ruhsal Durumlarının Belirlenmesi**" konulu tezine ilişkin anket çalışması istemi hakkında ilgi (a) yazınız ilgi (b) Valiliğimiz Onayı ile uygun görülmüştür.

Bilgilerinizi ve ilgi (b) Valilik Onayı doğrultusunda gerekli duyurunun araştırmacı anketçi tarafından yapılmasını, işlem bittikten sonra 2 (iki) hafta içinde sonuçtan Müdürlüğümüz Strateji Geliştirme Bölümüne rapor halinde bilgi verilmesini arz ederim.

M. Nurettin ARAS
Müdür a.
Şube Müdürü

EKLER:
Ek-1 Valilik Onayı.
2 Anket Soruları.

Bu belge, 5070 sayılı Elektronik İmza Kanununun 5'inci maddesi gereğince güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır. Evrak teyidi için <http://evraksorgu.meb.gov.tr> adresinden 09a9-4864-3789-a834-4500 kodu ile yapılabilir.

NOT: Verilecek cevapta tarih, numara ve dosya numarasının yazılması rica olunur.
STRATEJİ GELİŞTİRME BÖLÜMÜ E-Posta: sgb34@meb.gov.tr,
ADRES: İl Millî Eğitim Müdürlüğü D Blok Bab-1 Ali Cad. No:13 Çağaloğlu
Telefon: Snt.212 455 04 00 Dahili: 239

EK 5: Etik Kurul Onayı



T.C.
HALIÇ ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

SAYI : 48
KONU:

09 / 09 / 2013

Sayın; Yrd.Doç.Dr.Nesrin İLHAN

Haliç Üniversitesi Etik Değerlendirme Kurulunca yapmış olduğunuz başvuru incelenmiş olup, danışmanı olduğunuz Tuba AK'ın "*Lise Öğrencilerinin Yaşam Kalitesi ve Ruhsal Durumlarının Belirlenmesi*" isimli araştırması Kurulumuzun 09.09.2013 tarihli toplantısında etik yönden uygun olduğuna karar verilmiştir.

Bilgilerinize arz ederim.

Prof.Dr.Önder ÖZKAZANÇ
Etik Kurul Başkanı

11. ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Adı Soyadı : Tuba AK
Doğum Yeri ve Tarihi : Kastamonu/ 17.04.1987
Medeni Hali : Evli
Yabancı Dil : İngilizce
E-posta Adresi : tuba.ak@hotmail.com.tr

Eğitim ve Akademik Durumu

Mezun Olduğu Kurum

Mezuniyet Yılı

Lise : Çemberlitaş Anadolu Lisesi 2004
Üniversite (Lisans) :Haliç Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu 2010

İş Tecrübesi

	Görev	Süre
İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi Nöroşirurji ABDAmeliyathane	Hemşire	Temmuz 2010- Halen

Mesleki Dernek/Kurum Üyeliği

Çapa Hemşireleri Derneği
Nöroşirurji Hemşireleri Derneği

Bildiriler/Yayınlar

- Hekim-hemşire arasındaki çatışma nedenleri ve başa çıkma yöntemleri, 9. Nöroşirurji Hemşireliği Kongresi, 2013
- Evli kadın hemşirelerde iş stresi ve stresle başa çıkma yöntemleri, 10. Nöroşirurji Hemşireliği Kongresi, 2014