



T.C.
HALIÇ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

LİSE ÖĞRENCİLERİNİN SAĞLIK DAVRANIŞLARI VE ETKİLEYEN
FAKTÖRLER

YELİZ KARA
YÜKSEK LİSANS TEZİ

HEMŞİRELİK

DANIŞMAN
Yrd. Doç. Dr. NESRİN İLHAN

İSTANBUL - 2014



T.C.
HALIÇ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

LİSE ÖĞRENCİLERİNİN SAĞLIK DAVRANIŞLARI VE ETKİLEYEN
FAKTÖRLER

YELİZ KARA

YÜKSEK LİSANS TEZİ

HEMŞİRELİK

DANIŞMAN

Yrd. Doç. Dr. NESRİN İLHAN

İSTANBUL - 2014

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

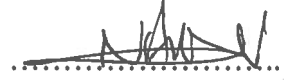
Hemşirelik programı Yüksek Lisans Öğrencisi Yeliz KARA tarafından hazırlanan “*Lise Öğrencilerinin Sağlık Davranışları ve Etkileyen Faktörler*” konulu çalışması jürimizce Yüksek Lisans tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi: 02.07.2014

(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
: İstanbul 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

Yüksek Lisans eğitimim süresince bilgileriyle bana yol gösteren, her türlü sabır, yardım ve desteği esirgemeyen sevgili hocam, danışmanım Yrd. Doç. Dr. Nesrin İlhan'a,

Tezin istatistiksel analizinde danışmanlık aldığım değerli hocam Sevim Purisa'ya,

Çalışmayı yaptığım okulun yöneticilerine, rehber öğretmen Tülay KARAGÖZ ve Belinay YAŞAR'a, çalışmaya katılan tüm öğrencilere,

Tez çalışmamın çeşitli aşamalarında yardım ve desteklerini gördüğüm arkadaşlarım Nurcihan AKHAN ve Esmâ AKHAN'a

Eğitim hayatım boyunca her zaman destek ve güvenlerini hissettiren, üzerimde büyük emekleri olan sevgili anneme, babama ve kardeşlerime,

Son olarak da, bu çalışmamda benden sonra en çok yorulan, her aşamada yardım ve desteğini alçak gönüllülikle sunan, araştırma süreçlerinin sevinç ve sıkıntılarını benimle paylaşan Görkem ALKIR'a içten teşekkürlerimi sunarım.

Yeliz KARA
2014-İSTANBUL

II. İçindekiler	Sayfa
I. Teşekkür	i
II. İçindekiler	ii
III. Kısaltmalar	iv
IV. Tablo ve Şekiller Listesi	v
i. Şekillerin Listesi	v
ii. Tabloların Listesi	vi
1. ÖZET	1
2. SUMMARY	2
3. GİRİŞ VE AMAÇ	3
3.1 Giriş	3
3.2 Amaç	5
3.3 Araştırma Soruları	6
4. GENEL BİLGİLER	7
4.1 Adolesan Dönemi	7
4.1.1 Adolesan Dönemde Büyüme ve Gelişme	9
4.1.2 Adolesan Dönemde Bilişsel Gelişim	11
4.1.3 Adolesan Dönemde Psiko – Sosyal Gelişim	12
4.1.4 Adolesan Dönemde Cinsel Gelişim	13
4.2 Sağlığı Koruma ve Geliştirme	14
4.2.1 Sağlığı Koruma	15
4.2.2 Sağlığı Geliştirme	16
4.2.3 Pender’ in Sağlığı Geliştirme Modeli	17
4.3 Sağlık Denetim Odağı	20
4.3.1 İç Denetim Odağı	21
4.3.2 Dış Denetim Odağı	21
4.3.3 Şans-Kaderci Yaklaşım	21
4.4 Adolesan Yaşam Biçimi Davranışları	21
4.4.1 Sağlık Sorumluluğu	22
4.4.2 Fiziksel Aktivite	23
4.4.3 Beslenme	23
4.4.4 Pozitif Yaşam Algısı	24
4.4.5 Kişiler Arası İlişkiler	24
4.4.6 Stres Yönetimi	25

4.4.7	Spiritüel Sağlık.....	25
4.5	Adolesan Dönemi Riskli Sağlık Davranışları.....	26
4.5.1	Madde Kullanımı.....	27
4.5.2	Kazalar.....	30
4.5.3	Şiddet.....	31
4.6	Adolesan Okul Sağlığı Geliştirme Programları.....	32
4.7	Adolesan Sağlığının Geliştirilmesinde Halk Sağlığı Hemşiresinin Rolü.....	35
5.	GEREÇ ve YÖNTEM.....	37
5.1	Araştırmanın Amacı ve Şekli.....	37
5.2	Araştırmanın Yeri ve Zamanı.....	37
5.3	Araştırmanın Evren ve Örneklemi.....	37
5.4	Araştırmanın Veri Toplama Araçları.....	37
5.4.1	Sosyo demografik Bilgi Formu.....	37
5.4.2	Adolesan Yaşam Biçimi Ölçeği II.....	39
5.4.3	Sağlık Denetim Odağı Ölçeği.....	40
5.5	Araştırmanın Değişkenleri.....	41
5.6	Verilerin Değerlendirilmesi.....	42
5.7	Araştırmanın Etik Yönü.....	42
5.8	Araştırmanın Sınırlılıkları.....	43
6.	BULGULAR.....	44
6.1	Lise Öğrencilerinin Tanıtıcı Özellikleriyle İlgili Bulgular.....	45
6.2	Lise Öğrencilerinin Sağlık Davranışları İle İlgili Bulgular.....	53
7.	TARTIŞMA.....	112
8.	SONUÇ VE ÖNERİLER.....	129
9.	KAYNAKLAR.....	132
10.	EKLER.....	148
EK: 1	Sosyodemografik Bilgi Formu.....	148
EK: 2	Adolesan Yaşam Biçimi Ölçeği II.....	151
EK: 3	Sağlık Denetim Odağı Ölçeği (B).....	154
EK: 4	ÖLÇEK İZİN YAZIŞMALARI.....	155
EK: 5	İL MİLLİ EĞİTİM MÜDÜRLÜĞÜNDEN ALINAN İZİN.....	156
EK: 6	ETİK KURUL ONAYI.....	157
11.	ÖZGEÇMİŞ.....	158

III. Kısaltmalar

ADNKS	: Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi Veri Tabanı
ABD	: Amerika Birleşik Devletleri
AYB	: Adolesan Yaşam Biçimi
BKİ	: Beden Kitle İndeksi
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
CDC	: Centers for Disease Control
HIV	: Human Immunodeficiency Virus
SDO	: Sağlık Denetim Odağı
TÜİK	: Türkiye İstatistik Kurumu
WHO	: World Health Organization

IV. Tablo ve Şekiller Listesi

i. Şekillerin Listesi	Sayfa
Şekil 4.1. Sağlığı Geliştirme Modeli.....	18

ii. Tabloların Listesi	Sayfa
Tablo 4.1. Adolesan Dönemi Yaş Sınırlamaları	8
Tablo 6.1. Lise Öğrencilerinin Tanıtıcı Özellikleri	45
Tablo 6.2. Lise Öğrencilerinin Ailesi İle İlgili Özellikleri	48
Tablo 6.3. Lise Öğrencilerinin Beden Kitle İndeksi ve Vücut Ağırlığına Yönelik Öz Değerlendirme Durumları.....	50
Tablo 6.4. Lise Öğrencilerinin Kronik Hastalık Durumları, Sağlığı Algılama Düzeyleri ve Sağlık Sorununda Öncelikle Yapılanlar.....	51
Tablo 6.5. Lise Öğrencilerinin Kronik Hastalıklarının Dağılımı	52
Tablo 6.6. Lise Öğrencilerinin AYB II Ölçeği ve SDO Ölçeğinden Aldıkları Puan Ortalamaları	53
Tablo 6.7. Lise Öğrencilerinin Sınıflarına Göre AYB II Ölçeği ve SDO Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	54
Tablo 6.8. Lise Öğrencilerinin Cinsiyetine Göre AYB II Ölçeği ve SDO Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	56
Tablo 6.9. Lise Öğrencilerinin Doğum Yerlerine Göre AYB II Ölçeği ve SDO Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	58
Tablo 6.10. Lise Öğrencilerinin Yaşamlarının En Uzun Bölümünü Geçirdikleri Yere Göre İle AYB II Ölçeği ve SDO Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	60
Tablo 6.11. Lise Öğrencilerinin Okul Dışı İşte Çalışma Durumlarına Göre AYB II Ölçeği ve SDO Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	62
Tablo 6.12. Lise Öğrencilerinin Aile Tipi İle AYB II Ölçeği ve SDO Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	64
Tablo 6.13. Lise Öğrencilerinin Yaşadıkları Ortama Göre AYB II Ölçeği ve SDO Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	66
Tablo 6.14. Lise Öğrencilerinin Adolesan Dahil Ailedeki Kişi Sayısına Göre AYB II Ölçeği ve SDO Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	68
Tablo 6.15. Lise Öğrencilerinin Annelerinin Eğitim Durumuna Göre AYB II Ölçeği ve SDO Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	70
Tablo 6.16. Lise Öğrencilerinin Babalarının Eğitim Durumu İle AYB II Ölçeği ve SDO Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	72

Tablo 6.17. Lise Öğrencilerinin Annelerinin Mesleğine Göre AYB II Ölçeği ve SDO Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	74
Tablo 6.18. Lise Öğrencilerinin Babalarının Mesleğine Göre AYB II Ölçeği ve SDO Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	76
Tablo 6.19. Lise Öğrencilerinin Ailelerinin Ekonomik Durumuna Göre AYB II Ölçeği ve SDO Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	78
Tablo 6.20. Lise Öğrencilerinin Sağlık Güvencelerine Göre AYB II Ölçeği ve SDO Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	80
Tablo 6.21. Lise Öğrencilerinin Aile İlişkisine Göre AYB II Ölçeği ve SDO Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	82
Tablo 6.22. Lise Öğrencilerinin Arkadaş İlişkilerine Göre AYB II Ölçeği ve SDO Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	84
Tablo 6.23. Lise Öğrencilerinin Akrabalarıyla Görüşme Sıklığına Göre AYB II Ölçeği ve SDO Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	86
Tablo 6.24. Lise Öğrencilerinin Geçtiğimiz Bir Yıl İçinde Sağlık Eğitimi Alma Durumlarına Göre AYB II Ölçeği ve SDO Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	89
Tablo 6.25. Lise Öğrencilerinin Sosyal Aktiviteye Katılma Durumlarına Göre AYB II Ölçeği ve SDO Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	91
Tablo 6.26. Lise Öğrencilerinin Günlük Aktivitelerini Kısıtlayan Engel Durum Varlığına Göre AYB II Ölçeği ve SDO Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	93
Tablo 6.27. Lise Öğrencilerinin Beden Kitle İndeksine Göre AYB II Ölçeği ve SDO Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	95
Tablo 6.28. Lise Öğrencilerinin Vücut Ağırlığına Yönelik Öz Değerlendirme Durumlarına Göre AYB II Ölçeği ve SDO Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	97
Tablo 6.29. Lise Öğrencilerinin Kronik Hastalık Durumlarına Göre AYB II Ölçeği ve SDO Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	99
Tablo 6.30. Lise Öğrencilerinin Sağlığı Algılama Düzeylerine Göre AYB II Ölçeği ve SDO Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	101

Tablo 6.31. Lise Öğrencilerinin Sağlık Sorunuyla Karşılaştıklarında Öncelikli Tutumlarına Göre AYB II Ölçeği ve SDO Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	103
Tablo 6.32. AYB II Ölçeği ve SDO Ölçeği Arasındaki Korelasyon Değerleri	106
Tablo 6.33 Tekli Analizlerde Etkisi Belirlenen Değişkenlerin AYB II Ölçeği Toplam Puanına Etkisini Gösteren Çok Faktörlü Varyans Analizi Sonuçları	108
Tablo 6.34 Tekli Analizlerde Etkisi Belirlenen Değişkenlerin İç Kontrol Denetim Odağı Alt Boyut Puanına Etkisini Gösteren Çok Faktörlü Varyans Analizi Sonuçları	109
Tablo 6.35 Tekli Analizlerde Etkisi Belirlenen Değişkenlerin Dış Kontrol Denetim Odağı Alt Boyut Puanına Etkisini Gösteren Çok Faktörlü Varyans Analizi Sonuçları	110
Tablo 6.36 Tekli Analizlerde Etkisi Belirlenen Değişkenlerin Şans-Kaderci Yaklaşım Alt Boyut Puanına Etkisini Gösteren Çok Faktörlü Varyans Analizi Sonuçları	111

1. ÖZET

Araştırma; lise öğrencilerinin sağlık davranışlarını ve etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla karşılaştırmalı tanımlayıcı ve ilişkisel bir çalışma olarak gerçekleştirildi. Araştırma İstanbul'da İl Millî Eğitim Müdürlüğü'ne bağlı bir Anadolu Lisesi'nde 2013-2014 eğitim öğretim yılı güz döneminde 1111 öğrenci ile yapıldı. Araştırmanın verileri; sosyo demografik bilgi formu, Adolesan Yaşam Biçimi Ölçeği II (AYB II) ve Sağlık Denetim Odağı (SDO) Ölçeği kullanılarak toplandı. Verilerin değerlendirmesinde; tanımlayıcı istatistikler (frekans, yüzde, ortalama, standart sapma), t testi, Oneway Anova, Mann-Whitney U testi, Kruskal Wallis testi ve Pearson korelasyon analizi kullanıldı. Araştırmada AYB II ölçeği toplam puan ortalaması $118,77 \pm 18,17$ bulundu. AYB II ölçeği toplam puanı ile; cinsiyet, okul dışı işte çalışma durumu, aile tipi, ekonomik durum, aile/arkadaş ilişkisi, akrabalarıyla görüşme sıklığı, geçtiğimiz bir yıl içinde sağlık eğitimi alma, sosyal aktiviteye katılma, günlük aktiviteleri kısıtlayan engel durum varlığı, sağlığı algılama düzeyi ve sağlık sorununda öncelikli tutum arasında anlamlı ilişki bulundu. SDO ölçeğinin iç kontrol denetim odağı puan ortalaması $25,19 \pm 5,53$, dış kontrol denetim odağı puan ortalaması $21,34 \pm 5,64$ ve şans kaderci yaklaşım puan ortalaması $16,15 \pm 5,68$ bulundu. İç kontrol denetim odağı puanı ile cinsiyet, anne eğitim durumu, aile ilişkisi, sağlığı algılama düzeyi ve sağlık sorununda öncelikli tutum arasında, dış kontrol denetim odağı puanı ile sağlık sorununda öncelikli tutum arasında, şans-kaderci yaklaşım puanı ile aile ilişkisi, akrabalarıyla görüşme sıklığı, günlük aktiviteleri kısıtlayan engel durum varlığı, kronik hastalık durumu ve sağlığı algılama düzeyi arasında anlamlı ilişki saptandı. AYB II toplam puanı ile iç kontrol denetim odağı ve dış kontrol denetim odağı arasında pozitif yönde zayıf ilişki, şans-kaderci yaklaşım ile negatif yönde çok zayıf ilişki bulundu.

Anahtar Kelimeler: Adolesan dönem, sağlık davranışları, sağlık denetim odağı, hemşirelik.

2. SUMMARY

HEALTH BEHAVIOUR OF HIGH SCHOOL STUDENTS AND THE FACTORS AFFECTING IT

The comparative, descriptive and, correlative research to determine the health behaviour of high school students and the factors affecting it have been conducted with 1111 students at an Anatolian High School operating under Istanbul Provincial Directorate of National Education in 2013-2014 fall semester. The research data have been gathered using sociodemographic information form, adolescent lifestyle profile (ALP) and health locus of control (HLC) scale. In the evaluation of the data descriptive statistics (such as frequency, percentage, average, and standard deviation), t-test, one-way analysis of variance (ANOVA), Mann-Whitney U test, Kruskal-Wallis test and Pearson correlation analysis have been used. The total average ALP scale grade have been found to be $118,7 \pm 18,17$. It has been observed that there is a relationship between ALP grade and the factors; gender, working outside school, family type, socioeconomic status, relationships with family/friends, the rate of meeting with relatives, having received health education in the past year or not, the rate of participation in social activities, the presence of a condition restricting the daily activities, health awareness and the initial attempt in case of a potential health problem. The average internal and external HLC grades were found to be $25,19 \pm 5,53$, and $21,34 \pm 5,64$, respectively whereas that of chance HLC was $16,1 \pm 5,68$. A meaningful relationship has been found between Internal HLC grade and the factors; gender, mother's education level, family relationships, health awareness, initial response in case of a health condition whereas External HLC grade seemed to be related only to the factor initial response in case of a health condition. On the other hand, Chance HLC grade was seen to be correlated to the factors; family relationships, the rate of meeting with relatives, the presence of a condition restricting daily activities, presence of a cronical illness and health awareness level. The ALP grade was found to be weakly, but positively correlated to the Internal and External HLC grades whereas it was correlated to the Chance HLC grade very weakly and negatively.

Keywords: Adolescent period, health behaviours, health locus of control, nursery.

3. GİRİŞ VE AMAÇ

3.1 Giriş

XX. yüzyılda çocukluk ve ergenlik çağının, bireylerin öğrenmeleri ve sağlıklı gelişebilmeleri açısından desteklenmeleri gereken özel dönemler olduğunun anlaşılması ile birlikte ergen sağlığına verilen önem artmıştır (Catalano et al., 2002). Adolesan dönem psikolojik, fiziksel, biyokimyasal ve sosyal yönden hızlı büyüme, gelişme ve olgunlaşma süreçlerini içeren çocukluktan yetişkinliğe geçiş sürecidir (Yavuz, 2009). WHO 10-19 yaş grubunu adolesan olarak, 15-24 yaş grubunu ise gençlik dönemi olarak kabul etmektedir. Bugün dünyada tahminen 1,2 milyar adolesan nüfus vardır ve her beş kişiden biri adolesan yaş grubunda yer almaktadır (www.who.int/child_adolescent_health/topics/preventioncare/adolescent/en/index.html, Erişim tarihi: 29 Temmuz 2013). Türkiye’ de 2010 yılı nüfus sayımı sonuçlarına göre 10-19 yaş grubu arasındaki adolesanların toplam nüfus içindeki payı %17,4’tür (www.tuik.gov.tr, Erişim tarihi: 15 Mayıs 2011).

Sağlık açısından riskli davranışlar da genellikle adolesan dönemde edinilir, sonuçları erişkin döneme yansyarak, bu dönemde mortalite ve morbidite oranlarında önemli artışlara neden olur (Özcebe, 2002; Özcebe, 2007; Kara ve ark., 2003). Centers for Disease Control and Prevention (CDC) tarafından belirlenen altı riskli davranış biçimi, adolesanlar 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 (Eaton et al., 2010). Ülkemizde ve dünyada yapılan çalışmalar, adolesanların 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 ve Coşansu, 2005; Hidalgo et al., 2000).

XXI. yüzyılda Herkes İçin Sağlık hedeflerinden birisi "Gençlerin 2020 yılına kadar daha sağlıklı olmalarını ve toplum içindeki rollerini sağlıklı bir biçimde yerine getirebilmelerini sağlamak" tır. Bu hedef ile birlikte kendi sağlık sorumluluğunu alan

bireyler yetişecek ve dolayısıyla sağlıklı toplumlar oluşturacaktır (Geçkil ve Yıldız, 2006; Oyur Çelik ve ark., 2009; Seçginli ve ark., 2004).

Sağlığı geliştirme, bireyin hastalık riskini azaltacak ve iyilik durumunu ilerletecek davranışları kazanması ve sürdürmesi için eğitimsel, sosyal ve çevresel kaynaklarının harekete geçirilmesidir (Esin, 1997). Sağlık davranışı ise bireylerin hastalığı önleme amacıyla, sağlıklı olduğunu düşündüğü davranışları gerçekleştirmeleri ya da hastalığı belirtisel olmayan seviyedeyken farketmeleridir (Harris and Guten, 1979).

Sağlıklı yaşam biçimi, bireyin sağlığını etkileyebilecek davranışlarını kontrol edebilmesi, günlük aktivitelerini düzenler iken kendi sağlık durumuna uygun davranışları seçmesi olarak tanımlanmıştır (Bozhüyük ve ark., 2012). Bu davranışları tutum haline dönüştüren birey, sağlıklı olma halini sürdürebildiği gibi, sağlık durumunu daha iyi bir seviyeye getirebilir (Zaybak ve Fadiloğlu, 2004). Çalışmalar, yaşam biçimi ile sağlık durumu, sağlık bakım kullanımı ve sağlık bakım sistemleri arasında ilişki olduğunu göstermektedir (Fleming and Marshall, 2008). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) gelişmiş ülkelerde ölümlerin %70-80'inin ve gelişmekte olan ülkelere ölümlerin %40-50'sinin sağlıksız yaşam biçiminden kaynaklandığını ileri sürmektedir. Yapılan araştırmalara göre bugün Birleşik Devletler'deki kronik hastalık ve ölüm oranları değiştirilebilir nitelikte olan yaşam biçimiyle ilişkili davranışlardan kaynaklanmaktadır. Bireysel seviyede sağlık risk faktörleri; tütün ürünleri, hareketsizlik, düşük seviyede fiziksel aktivite, düşük çok faktörlü diyet uygulamaları ve aşırı alkol tüketimini içermektedir. Bireyler bu konularda yapacakları yaşam biçimi değişiklikleriyle kronik hastalık risklerini azaltabilmektedirler. Bu durum ise sağlıklı bir yaşam biçimi geliştirilmesinin önemini ortaya koymaktadır (Oyur Çelik ve ark., 2009; Pronk et al., 2004; Reeves and Rafferty, 2005).

Birey sağlık durumunu “çok iyi”, “iyi”, “kötü” veya “çok kötü” olarak algılayabilir. Araştırmalara göre sağlık durumunu “iyi” olarak algılayanların olumlu sağlık davranışı kazanma düzeyi “çok iyi”, “kötü” ve “çok kötü” algılayanlara göre yüksek saptanmıştır. Kendini “iyi hissetmenin” sağlık durumunu yükseltmek için motivasyon kaynağı olabileceği, kendilerini sağlıklı olarak algılayan bireylerin

sağlıklarını geliştirmek ve sürdürmek için daha fazla çaba sarf edecekleri belirtilmektedir. Bireyin kendi sağlık davranışlarını nasıl algıladığının ve kontrol ettiğinin bilinmesi, bireye yeni bir davranış kazandırmada önemlidir. Bireyin sağlık kontrolü; içsel sağlık kontrolü, dışsal sağlık kontrolü ve şans etkisi olmak üzere üç düzeyde açıklanmaktadır. Bireyin sağlığının içsel kontrolü, kendi sağlığı üzerindeki sorumluluk düzeyini yansıtmaktadır. Bireyin içsel sağlık kontrolü ne kadar yüksekse olumlu sağlık davranışlarına sahip olma ve kazanma düzeyi de o oranda yüksek olacaktır. Dışsal sağlık kontrolü, bireyin sağlığı üzerinde diğer kişilerin (aile, arkadaş) etki düzeyini göstermektedir. Şans etkisi ise bireyin sağlığını şansa bırakma düzeyini açıklamaktadır. Dışsal etki ve şans etkisi düzeyinin yüksek olması bireyin olumlu sağlık davranışına sahip olma ya da kazanma düzeyinin düşük olacağını göstermektedir (Berçin, 2010).

Son yıllarda yaşam tarzı ve bunun önemi fark edilmiş, sağlıkla ilgili davranışlar ve iyilik hali için sağlık davranışları teknikleri profesyonel olarak bakım verenlerin yoğun ilgi alanına girmiştir (Pehlivan, 2011). Sağlıklı yaşam biçimi davranışları genellikle adolesan dönemde kazanılır veya yeniden şekillendirilir (Ardıç, 2008). Ergenlerin sağlığı geliştiren davranışları benimsemesi ve uygulaması, uygun bilgiyi öğrenmesine ve kullanmasına bağlıdır. Çocuklara ve ergenlere gerekli bilginin verilmesi, karar verme, başa çıkma ve topluma katılım becerilerinin öğretilerek güçlendirilmesi hemşirenin önemli rollerindedir (Pehlivan, 2011). Bireylere olumlu sağlık davranışı kazandırma programları düzenlemeden önce, bireyin bir davranışı yapıp yapmadığı ve etkileyen faktörlerin bilinmesi gerekmektedir (Brenda, 2006).

3.2 Amaç

Bu çalışmanın amacı; lise öğrencilerinin sağlık davranışları ve bu davranışlarını etkileyen faktörleri belirlemektir. Çalışmadan alınacak sonuçların adolesan dönemdeki bireylere olumlu sağlık davranışı kazandırma programları planlanırken, yürütülürken ve geliştirilirken sorunların ve önceliklerin belirlenmesi hususunda önemli bir veri kaynağı oluşturacağı düşünülmektedir.

3.3 Araştırma Soruları

1. Lise öğrencilerinin AYB II ölçeğinin alt ölçeklerinin puan ortalamaları ve ölçek toplam puan ortalaması nedir?
2. Lise öğrencilerinin SDO ölçeğinin alt boyutlarının puan ortalamaları nedir?
3. Lise öğrencilerinin tanıtıcı özellikleri (sınıf, yaş, cinsiyet, doğum yeri, yaşamının en uzun bölümünü geçirdiği yer, çalışma durumu, sağlık eğitimi alma durumu, sosyal aktiviteye katılma durumu, günlük aktivitelerini kısıtlayan engel durum varlığı, kiminle yaşadığı, ekonomik durum, aile/arkadaş ilişkisi ve akrabalarla görüşme sıklığı) ile AYB II ölçeği ve SDO ölçeği arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?
4. Lise öğrencilerinin ailesel özellikleri (aile tipi, adolesan dahil ailedeki kişi sayısı, anne/baba eğitim durumu, anne/baba mesleği, sağlık güvencesi) ile AYB II ölçeği ve SDO ölçeği arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?
5. Lise Öğrencilerinin Beden Kitle İndeksi (BKİ) ve Vücut Ağırlığına Yönelik Öz Değerlendirme durumları ile AYB II ölçeği ve SDO ölçeği arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?
6. Lise Öğrencilerinin Kronik Hastalık Durumları, Sağlığı Algılama Düzeyleri ve Sağlık Sorununda Öncelikle Yapılanlar ile AYB II ölçeği ve SDO ölçeği arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?
7. AYB II ölçeği ve SDO ölçeği arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?

4. GENEL BİLGİLER

4.1 Adolesan Dönemi

Adolesan, gelişerek olgunlaşma anlamına gelen Latince bir terimdir ve yapısı gereği, bir durumu değil bir süreci belirtmektedir (Arnett, 2006; Cloutier, 1991; Pekcan, 2006). Adolesan dönemi; fiziksel, biyokimyasal, ruhsal ve sosyal yönden hızlı büyüme, gelişme ve olgunlaşma süreçleriyle bir çok değişimin iç içe yaşandığı sosyal olgunluğa hazırlanma dönemi olarak tanımlanmaktadır (Bülbul 2004; Pekcan, 2012).

DSÖ tarafından 10-19 yaş grubu “Adolesan Dönemi”, 15-24 yaş grubu “Gençlik Dönemi” ve 10-24 yaş grubu ise “Genç İnsanlar” olarak tanımlanmaktadır. Tüm dünyada her beş insandan birinin (1,2 milyar kişi) adolesan yaş grubunda olduğu ve bu rakamın yaklaşık %85’inin gelişmekte olan ülkelerde yaşadığı tahmin edilmektedir (WHO, 2013). Türkiye’de 2012 yılında gerçekleştirilen Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi (A.D.N.K.S) Veri Tabanı sonuçlarına göre 10-19 yaş grubu arasındaki adolesanların nüfusu 12.904.810 olup, toplam nüfus içindeki payı%17,1’dir (www.tuik.gov.tr, Erişim tarihi: 19 Kasım 2013).

Adolesan dönem, hızlı biyolojik ve psikolojik değişimler; aile, okul, iş ve sosyal yaşama uyum sağlama ve erişkinliğe hazırlıkla karakterizedir. Bu dönemdeki değişiklikler, genç insanların ve ailelerinin yaşamlarında uzun süreli etkilere sebep olabilir. Bu gelişimin başlamasına neden olan hormonal değişimin temel nedeni henüz bilinmemektedir. Bu değişimin başlangıcı ve süresi cinsiyete, kişiye ve topluma göre farklılıklar gösterir (Berçin, 2010). Adolesan içinde bulunduğu toplumun izlerini taşır ve o toplumun sorunlarından etkilenir, toplumsal gelişmeye ve olaylara etkin katılarak toplumun bir bireyi haline gelir (Licence, 2004).

Adolesan dönemi gruplandırılması, yaş dilimleri içindeki yerinin saptanması açısından değişik toplumlarda ve dönemlerde farklı yaklaşımlarla ele alınmıştır. Adolesan dönemle ilgili kaynaklarda yaş sınırlaması getirilse de bu dönemi kesin yaş sınırı getirmek zordur. Bununla birlikte DSÖ tarafından 10-19 yaşlar arası adolesan dönem, 15-24 yaşlar arasını gençlik dönemi olarak kabul edilmektedir (Bulut 2006; Demirezen ve Coşansu, 2005).

Adolesan, bazen ergenlikle eş anlamda kullanılsada bu dönemde vücuttaki biyolojik değişikliklere ek olarak ruhsal gelişme ve psikososyal değişiklikleri de

kapsayan bir terimdir. Adolesan dönemi, ergenliğin başlangıcından 18 – 20 yaşlarına kadar olan süreyi içerir (Bundak ve ark., 2002).

Tablo 4.1. Adolesan Dönemi Yaş Sınırlamaları

Adolesan Dönemi	Yaş Sınırlamaları
Erken Adolesan Dönem	10 – 14 yaş
Orta Adolesan Dönem	15 – 17 yaş
Geç Adolesan Dönem	18 – 21 yaş*

* Özellikle üst sınır, kültürel ve ekonomik faktörlere ve eğitim koşullarına göre değişkenlik gösterebilir (www.public.health.oregon.gov, Erişim tarihi: 12.11.2013; Ercan O, 2005).

Erken Adolesan Dönem (10-14 yaş)

- Puberteyle birlikte meydana gelen hızlı biyolojik değişikliklere karşı uyum ve baş etme çabası,
- Birincil ve ikincil cinsiyet özelliklerinin gelişimi,
- Duygusal dalgalanmalar,
- Beden imajını yeniden değerlendirme,
- Cinsel kimlik gelişiminde ilerleme, aynı cinsle arkadaşlık etme eğilimi,
- Ebeveynlerden duygusal ayrılma ve erken keşif davranışları (sigara, şiddet) (Christie and Viner, 2005; www.tokat.hsm.saglik.gov.tr., Erişim tarihi: 16.11.2013)

Orta Adolesan Dönem (15-17 yaş)

- Hızlı pubertal gelişimin yavaşlaması ve gencin bedenine alışması,
- Ateşli ideoloji başlangıcı (dini, siyasi),
- Erken mesleki plan,
- Ebeveynlerden ayrışma ve arkadaş grubu ile fazla bütünleşme,
- Kuralları ve sınırları zorlama, riskli davranışlarda bulunma (istenmeyen gebelikler, madde bağımlılığı, motorlu taşıt kazaları gibi) (Christie and Viner,

2005; Ercan G, 2005; www.tokat.hsm.saglik.gov.tr., Erişim tarihi: 16.11.2013).

Geç Adolesan Dönem (18-21 yaş)

- Büyüme ve cinsel gelişmenin tamamlanması ile endişeleri sona ermiştir.
- Ergenliğin başından beri yaşanan duygular, beceriler harmanlanarak kimlik duygusu oluşur.
- Bağımsızlık duygusunda gelişme,
- Sosyal ilişkiler arkadaş grubundan samimi kişisel ilişkilere yönelmiştir.
- Dini ve siyasi ideolojinin daha da geliştirilmesi veya reddi,
- Eğitim, meslek gibi gelecekle ilgili düşüncelerde daha gerçekçi hedefler belirleme,
- Ebeveynlerden yardım isteme ve akıl danışma artık rahatsız etmez (Christie and Viner, 2005; www.tokat.hsm.saglik.gov.tr., Erişim tarihi: 16.11.2013)

Adolesan dönemde edinilen sigara, alkol, uyuşturucu madde kullanımı, yemealışkanlıklarına bağlı sağlık sorunları gibi riskli sağlık davranışları adolesan dönem sağlığını ve daha sonraki yaşamı etkilemektedir. Fakat aynı zamanda yeniliğe, değişime, gelişmeye en uygun olan bu yaş grubuna, sağlığı öğreterek ve olumlu sağlık davranışı kazandırarak adolesan ve erişkin dönem sağlık sorunları çok daha kolay çözümlenebilir (Tabak ve Akköse, 2006; Özcebe H, 2008; Temel ve ark., 2010).

4.1.1. Adolesan Dönemde Büyüme ve Gelişme

Adolesan dönemi biyolojik, ruhsal ve psikososyal değişiklikleri kapsayan 10-15 yıllık bir süreç iken ergenlik (puberte); fiziksel değişiklikleri kapsayan biyolojik varyasyonun ve bireysel farklılıkların en belirgin olduğu 3-5 yıllık bir periyoddur (Bundak ve ark., 2002; Hatipoğlu N, 2012).

Ergenlikte oluşun değişiklikler öngörülen bir sıraya göre oluşur ancak ergenliğin başlama zamanı ve ergenliğin süresi bireyler arasında büyük farklılıklar gösterir (Bundak ve ark., 2002; Parlaz ve ark., 2012). Kızlarda ergenliğin ilk belirtileri 8 yaş kadar erken, 13 yaş kadar geç oluşabilir. Erkeklerde bu alt ve üst yaş sınırları 9 ve 14 yaştır. Kızlar bu döneme erkeklerden ortalama 2 yıl önce girer ve yine erkeklerden 2 yıl önce bu dönemden çıkarlar (Bundak ve ark., 2002; Özcebe H, 2002; Koç, 2004).

Beslenme, genel sağlık ve yaşam koşullarının gelişmesi ergenlik sũrecinin daha erken yaşlarda başlamasına neden olmuştur (Özcebe ve Van Dam, 2005).

Ergenlik, hipotalamus-hipofiz ve gonad aksının olgunlaşmasıyla başlar, sekse ۆzel dış gۆrũnũmde değişiklikler, iç genital organlarda gelişme, boyda uzama, kemik-kas kitlesindeki artış ile sũrer; cinsel gelişmenin tamamlanmasına ve ۆretkenliđin tam olarak kazanılması ile sonlanır (Bundak ve ark., 2002; Gۆn, 2009). Bu dۆnemde iskelet kitlesi ve kalp, akciğerler, karaciğer, dalak, bۆbrekler, pankreas, tiroid, adrenaller, penis ve uterus bu dۆnemde bũyũklũk ve ağırlık açısından ikiye katlanır. Farklı olarak timũs, tonsiller, adenoidler ve diğer lenfoid dokuların bũyũklũđũ geriler (Parlaz ve ark., 2012).

Ergenin bũyũmesi, bedenin u kısımlarından gۆvdeye doğrudur; ۆnce ekstremitelerde sonra gۆvdede bũyũme olur. Ekstremitelerin diğer bۆlũmlere gۆre ۆnce bũyũmesi geçici sakarlık ve beceriksizliğe yol açar fakat bireyin bedenine uyum sağlamasıyla bu sorun ortadan kalkar. Ergenlik sũresince erkeklerde omuzlar kızlarda kalçalar genişler. Baş ve beyin gelişimi 10 yaş civarında tamamlanmış olmasına karşın yũz gelişimi (mandibula, maksilla, sinũs yapıları...) ergenlikte tamamlanır (Ercan G, 2005; Karabey, 2006; Parlaz ve ark., 2012). Baş kemiklerindeki bũyũme ile birlikte ergenin yũzũnde şekil ve bũyũklũk değişikliği olur; alın, çene, burun bũyũr. Bu farklılaşma yũzde simetrik olmayan bir gۆrũnũme neden olur. Baştaki tũm organların bũyũmesi tamamlandığında bu asimetri ortadan kalkar (Karabey, 2006; Özmert ve Derman, 2008).

Erişkin boy uzunluğunun %20-25'i adolesan dۆnemde kazanılır. Boy uzama hızının maksimuma ulaştığı dۆneme 'Boy Uzama Atağı' denir. Kızlarda boy uzama atağı 12-13 yaşları arasında iken, erkeklerde 14-15 yaşlarında olmaktadır. Kızlarda boy uzamasının en hızlı olduğu dۆnem menarş ۆncesidir. Menarştan sonra boy uzaması 5-6 cm ile sınırlıdır. Fakat menarşın erken gerçekleşmesi durumunda menarştan sonra 10 cm'ye varan boy artışı olabilir. Kadınlık hormonu olan ۆstrojen bũyũme kıkırdağını, erkeklik hormonu testosterona gۆre daha hızlı kapatır. Bu nedenle erkeklerde boy uzaması 19-20 yaşlarına kadar sũrebilirken; kızlarda menarştan sonraki birkaç yıl içinde bũyũme durmaktadır. Puberte sũresince kızlar toplam ortalama 20-25 cm, erkekler ise ortalama 25-28 cm uzama gۆsterirler ve epifizlerinin kapanmasıyla erişkin boylarına ulaşmış olurlar. Erişkin erkekler ve kadınlık arasında; ergenliğe girme yaşı, yıllık boy uzama oranı ve ergenlik sũresinin farklılığından dolayı 12-13 cm boy farkı olur. Menarş

yaşı genler ve çevrenin etkileşimi sonucunda belirlenir. Son yıllarda menarş yaşı açısından önemli olan çevresel faktörler ‘endokrin bozucular’ olarak adlandırılmaktadır (Baltacı ve ark., 2012; Özcebe H, 2002; Özmert ve Derman, 2008; Ercan O, 2008; Ercan G, 2005).

Boy uzamasının yanı sıra erişkin hayattaki vücut ağırlığının yaklaşık yarısı bu dönemde kazanılır. Erkeklerde ağırlık artışı, kas ve kemik kütlelerinin artmasına, kızlarda ise büyük ölçüde yağ depolanmasına bağlıdır. Ergenliğin ilk yıllarında her iki cinstede cilt altı yağ dokusunda azalma olur. Boy uzama atağı sırasında yağ doku azalma hızı en üst düzeye erişir. Bundan sonra kızlarda daha fazla olmak üzere her iki cinstede de yağ kitlesinde artış olur. Kas dokusundaki artış hızı ise; kızlarda menarş, erkeklerde boy uzama atağı ile eş zamanlı en yüksek değerine ulaşır ve erkeklerde bu artış kızlara göre fazladır (Baltacı ve ark., 2012; Karabey, 2006; Özcebe ve Van Dam, 2005).

4.1.2. Adolesan Dönemde Bilişsel Gelişim

Bilişsel gelişimle birlikte ergenlerin kendilerini, ailelerini, yaşlılarını, arkadaşlıklarını, öğretmenlerini ve dünyalarını görme biçiminde önemli değişiklikler oluşur. Ergenlerin tüm düşünce süreçleri değişir, gittikçe artan bir biçimde geleceğe yönelik ve soyut düşüncelerle ilgili olurlar. İdealizm kazanır ve cinsellik, ahlak, din gibi konularla ilgili gerçekten kendilerine ait bir takım değerler edinirler (Çelik, 2007).

Soyut işlemler dönemi 11-12 yaş civarında başlamakta ve yaklaşık 14-15 yaş civarında kararlılık kazanmaktadır. Bu dönemde sadece gözlenen durum ya da gerçekliklerle sınırlı olmayan ‘varsayımsal tümdengelim’ düşüncesi hâkimdir ve adolesan daha esnek bilişsel biçime sahiptir. Bu dönemde soyut işlemlerle uğraşan ergenler, bir olayın çok değişik yönlerini görebilir, varsayımlar kurabilir, mantıksal sonuçlar çıkarabilir ve karmaşık sorunları sistemli şekilde çözebilirler (Call et al., 2002; Çelik, 2007; Ahioğlu, 2011; Öztürk, 2007).

Inhelder ve Piaget’e göre, ergenin soyut işlemleri başarabilmesi için beynin olgunlaşmasının yanı sıra soyut işlem yapmasını gerektirecek bir çevrede bulunması, çevresiyle etkileşim içerisinde olması gerekmektedir. Piaget birçok yetişkinin yaşadıkları çevrenin niteliğinden dolayı soyut işlemleri geliştiremediğini ifade etmektedir (Çelik, 2007).

Ergenlik dönemindeki bireyler soyut düşünce becerisinin de etkisiyle daha fazla kendilerine dönük olmaya başlarlar. Bunun bir sonucu olarak ergen, kendi düşüncelerini diğerlerinin düşüncelerinden ayırt edemez. Ancak ergen bu dönemde diğerlerinin de kendilerine ait düşünceleri, deneyimleri, bakış açıları oluşunun bilincinde iki tür inanç geliştirir. Bunlardan ilki ergenin, çevresindeki tüm insanların dikkatinin kendi üzerinde olduğuna ilişkin inancıdır. Diğer ise; ergenin kendi düşünce ve eylemlerinin biricik olduğuna inanmasıdır. Piaget'e göre ergen benmerkezciliği, bireyin erişkin dünyasına girip sorumluluklar alması ile azalmakta ve bir süre sonra da yok olmaktadır (Ahioglu, 2011).

4.1.3. Adolesan Dönemde Psiko – Sosyal Gelişim

Adolesan dönemde kişinin bedeni ve duyguları, bir 'bütün' olarak değişmekte ve gelişmekte, dünyayı, insanları ve kendini anlamakta kullandığı zihinsel becerileri hızlanmaktadır. Bu dönemde kimliğin kazanılması ergenlik döneminin en önemli psiko-sosyal yönüdür. Kimlik arayışı içinde bulunan adolesan anne baba etkisinden sıyrılarak kendisi rol modeller seçer ve onlarla özdeşim kurarlar. Kimlik oluşum süreciyle birlikte bilişsel gelişimin hızlanması, dürtüsel gereksinimlerde ve duygu yoğunluğunda artma, vücut imajı, okul başarısı, aile, kardeş, arkadaş ilişkileri, ekonomik yetersizlikler, meslek seçimi ve anne babadan ayrılma, bireyselleşme sürecine geçiş gibi nedenlerle adolesanlar yoğun stres yaşamaktadırlar (Ünalın ve ark., 2007; Parlaz ve ark., 2012; Yılmazel ve Günay, 2012; Call et al., 2002; Pekcan, 2012).

Bu dönemde bir taraftan kendisiyle ilgilenen birey, diğer taraftan özellikle çevredeki yetişkinlerin bu değişimlere karşı gösterdiği tepkilerle meşgul olmaktadır. Bu hem içten hem de dıştan gelen etkiler ergenin duygularının şiddet kazanmasına, tepkilerinde ani çıkışlara ve yaşam olaylarını değerlendirmede yetişkinlere oranla daha duyarlı olmasına neden olmaktadır. Sosyal yönden mükemmel uyumunun temelleri bu dönemde atılır ve ileri yaşlara da yansır (Uğurlu ve Demiray, 2007; Ören ve Gençdoğan, 2007; Özcebe, 2002; Pekcan, 2012).

Adolesan dönemde görülen psiko-sosyal değişiklikler yaş dönemlerine göre farklılık göstermektedir;

Erken adolesan dönemde; yeni vücut imajına alışma, yeni gelişen cinsel kimliği benimseme psikososyal uyum için önemlidir. Bağımsızlık için mücadele eden adolesanlar, aile dışında yeni insanlar aranır ve akranlarından etkilenirler. Erken

büyümenin erkeklerin ruh sağlığı açısından genel olumlu etkisine karşılık, erken gelişen kızlarda akranlarından daha düşük benlik saygısı, daha yüksek depresyon oranı, anksiyete bozuklukları ve yeme bozuklukları görülmektedir (Labbrozzi et al., 2013; Derman, 2008; Özcebe ve Van Dam, 2005; Özcebe ve ark., 2008).

Orta adolesan dönemde; adolesan vücudundaki fiziksel değişiklikleri kabullenmeye başlar, arkadaş grubu onun için çok önemli olmaktadır. Bu dönem temel olarak yaşıt grubu davranışlarının egemen olduğu bir dönemdir. Duygusal yönden aileden bağımsız hale gelme, anne babadan farklı birey olma ve bu durumu onlara kabul ettirme isteğinden dolayı çatışmalar çıkar. Bağımsızlıkları kısıtlanmasından ve ne yapmaları gerektiğinin söylenmesinden aşırı bir rahatsızlık duyarlar. (Ercan O, 2005; Pekcan, 2012; Özcebe, 2002).

Bu dönemde başedilebilecek en önemli konulardan birisi de cinsel kimlik gelişimidir. Cinselliğe ve karşı cinse ilgi artmaktadır. Bu yaştaki gençler kuralları ve sınırları zorlamayı dener, erişkinleri taklit ederek sigara, alkol gibi sağlık açısından riskli davranışlara girişebilirler. Düşünme ve davranışlarını iyi değerlendirememenin bir sonucu olarak pişmanlık, utanç, güvensizlik, çekingenlik duyguları ortaya çıkabilir (Özcebe ve ark., 2008; Pekcan, 2012; Özcebe, 2002; Özmert ve Derman, 2008).

Geç adolesan dönemde; büyüme ve gelişme tamamlandığı için, fiziksel değişikliklere ilişkin kuşkular kaybolmuş ve cinsel kimlik gelişimi tamamlanmıştır. Ergenliğin başından beri yaşanan duygular, beceriler, özdeşimler harmanlanarak kimlik duygusu oluşur. Ergenliğin sonuna gelip kimlik duygusunun cinsel, toplumsal ve mesleksel gelişimini tamamlamamış gençlerde kimlik karmaşası yaşanır. Bu dönemin sonunda kimlik duygusu edinebilmiş gençlerde yakın ilişkiler kurma ve bu ilişkileri sürdürme, iş ve eş seçebilme, toplum içinde erişkin rollerini üstlenebilecek sorumluluğa sahip olma becerileri gelişir (Özcebe, 2002; Derman, 2008; Özcebe ve ark., 2008).

4.1.4. Adolesan Dönemde Cinsel Gelişim

Puberte başlangıç yaşı cinsiyet, ırk, yaşam koşulları gibi etmenlere bağlı olarak değişebilmektedir. Pubertede erkene kayma nedenleri arasında başta yaşam koşullarının iyileşmesi gelmektedir. Şişmanlık ve çevresel etmenler (göçler, besinlerdeki hormonlar vb.) de etkili olabilmektedir. Ağır malnütrisyon, kronik sistemik hastalıklar, ağır fiziksel

aktivite ve gerilim gibi olumsuz yaşam koşullarında ise puberte bulgularında gecikme saptanmıştır (Ercan G, 2005; Saka ve Neyzi, 2005).

Kız çocuklarında pubertenin ilk fiziksel belirtisi genellikle göğüs gelişimidir. Daha sonra sırasıyla pubik kıllanma, aksiller kıllanma ve menarş görülür. Fakat kızların %10-20'sinde pubik kıllanma göğüs gelişiminden önce ortaya çıkabilir (Ercan G, 2005; Tekirdağ, 2010; Ercan O, 2008). Göğüs gelişimi yaklaşık 10 yaşında başlar ve dört yıl içinde büyüyerek erişkin şekline gelir. Göğüs gelişiminden 2-2.5 yıl sonra, ortalama 12,4 yaşında mensturasyon başlar. İlk mensturasyon kanamasından yaklaşık 1 yıl sonrasında da yumurta üretimi başlar (Bundak ve ark., 2002; Alikeşifoğlu, 2008).

Kızlarda pubertede izlenen diğer değişiklikler; vajina uzunluğunun menarş sırasında 8 cm'den 11 cm'e ulaşması, uterusun endometrium ve miyometriyumunun gelişmesi, vajinal sekresyonun asidik olması, mons pubiste yağlanma ve klitoriste büyümedir (Bundak ve ark., 2002; Ercan G, 2005).

Ergenliğin tamamlanma yaşı kız ve erkeklerde hemen hemen aynı yaşlarda olur. Ancak erkekler preadolesan evreye kızlardan yaklaşık bir yıl sonra girerler. Testis hacminin 4 ml üzerinde olması veya uzunluğuna ölçümün 2.5 cm'den daha büyük olması erkeklerde pubertenin ilk bulgusudur. Testis hacim artışı ortalama 12 yaşında başlar ve bunu sırasıyla pubik ve aksiller kıllanma ve spermarş izler. Testislerin büyümesiyle birlikte, skrotum esmerleşir, genişler ve pürtüklenir. Hemen ardından penisde büyüme ve penis kaidesinde kıllanma başlar (Set ve ark., 2006; Bundak ve ark., 2002; Parlaz ve ark., 2012).

Bu değişikliklerin yanı sıra boynun ön yüzündeki adem elması denilen çıkıntı oluşur. Ses kalınlaşır. Boyun, bacaklar, göğüs, kalçalar, kollar kıllanmaya başlar. Yüzde bıyık ve sakalın çıkmasıyla kıllanma tamamlanır. Bu dönemde yağ bezlerinin büyümesi ve çok çalışması sonucu her iki cinstede siyah nokta ve akneler oluşur (Karabey, 2006; Bundak ve ark., 2002).

4.2. Sağlığı Koruma ve Geliştirme

DSÖ 1974 yılında sağlığı 'sadece hastalık veya sakatlığın olmayışı değil, fiziksel, ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik hali' şeklinde tanımlamıştır. 1980 yılında Kopenhag'da '2000'li yıllarda Herkes İçin Sağlık, XXI. Yüzyılda 21 hedef' sloganı ile de sağlığın hedef stratejileri tanımlanmıştır. Bu hedef ve stratejilerde sağlık, geniş bir

bakış açısı ile ele alınmış ve ‘sağlığın geliştirilmesi’ konusuna yer verilmiştir. Sağlık 21’de, 4. maddede 2020 yılına kadar gençlerin daha sağlıklı olmaları ve toplumdaki rollerini daha iyi yerine getirmeleri amaçlanmıştır. Bu nedenle bireyin fiziksel, zihinsel, sosyal ve ruhsal iyilik halini koruması, sürdürmesi, geliştirmesi ve kendi sağlığıyla ilgili doğru kararlar almasını sağlamak hedeflenmiştir (İlhan ve ark., 2010; Tuğut ve Bekar, 2008).

Sağlığı koruma ve geliştirme kavramlarının çoğu kez birbirinin yerine kullanılan ancak birbirinden farklı iki kavram olduğu belirtilmektedir (Esin, 1997).

4.2.1. Sağlığı Koruma

Sağlığı koruma, iyilik ve sağlık durumunun patolojik sürece geçmesini önlemek amacıyla bir davranışı yapmama ve sakınmayı ifade eder (Esin, 1997). Bireyler sağlıklarını koruma yönünde birtakım davranışlarda bulunurlar. Sigara-alkol kullanmama, yeterli fiziksel aktivite, sağlıklı beslenme, emniyet kemeri takma sağlığı koruma davranışlarına örnek olarak verilebilir (Alıcı ve Sarıkaya, 2009; Araz ve ark., 2007).

Sağlığı koruma üç düzeyde incelenebilir;

Birincil Koruma: Hastalık biyolojik olarak başlamadan önce bağışıklık kazandırma gibi özel önlemler yoluyla yatkın ya da potansiyel olarak yatkın bir nüfusta hastalık ya da sakatlık oluşumunu önlemektir. Sağlık eğitimi, yaşam dönemlerine uygun beslenme, kişisel hijyen, periyodik muayeneler, aşılama gibi uygulamalar birincil koruma kapsamındadır.

İkincil Koruma: Hastalıkların belirtisiz dönemlerinde ya da belirtilerin hafif olduğu dönemlerde teşhis edilerek tedavi edilmeleridir. Risk grupları belirleme taramaları, hastalık süresince koruma ve tedavi, ölümlü engelleme, birey ve toplumda görülen hastalıkların belirlenmesi gibi uygulamalar ikincil koruma kapsamındadır.

Üçüncül Koruma: Hastalığın klinik bulgu ve belirtilerinin ortaya çıkışından sonra, hastaların en iyi şekilde tedavisi, sekelli hastaların rehabilite edilmesi gibi hizmetleri kapsar. Hastaların, hastalığın kötü sonuçlarından korunmasını amaçlar. Bireyin kapasitesinin en üst düzeye çıkarmak, halkın ve işverenlerin eğitimi, işe uyum çalışmaları üçüncül koruma kapsamında gerçekleştirilen aktivitelerdir (Öztek ve ark., 2012; Abreu et al., 2002; Esin, 1997).

4.2.2. Sağlığı Geliştirme

Sağlığı geliştirme, kişilerin sağlıklarını geliştirmesi ve kendi sağlığı üzerindeki kontrolünü arttırma gúcünü kazanması olarak tanımlanmaktadır (Özvarış, 2012).

DSÖ ise sağlığı geliştirmeyi, ‘insanların sağlıkları üzerinde kontrol gúcüne sahip olmaları ve sağlıklarını geliştirmeye muktedir kılma sürecidir’ şeklinde tanımlamaktadır (WHO, 2009).

Sağlığı geliştirme fikri yeni olmamasına rağmen, 1986 yılında yapılan ilk uluslararası Sağlığı Geliştirme Konferansı, bu konuya ilginin artmasını ve Ottawa Sağlığı Geliştirme Bildirgesi’nin onaylanmasını sağlamıştır. Böylece sağlığı geliştirme etkinlikleri tüm dünyada gelişmeye başlamıştır (Özvarış, 2012).

Sağlığı geliştirme konusuna ilginin artmasının temelinde çok farklı nedenler söz konusudur. Anderson, bunları 5 başlık altında toplamıştır:

1. Sağlığın olumlu hale getirilmesi ve yaşam kalitesinin artırılmasına ilginin artması
2. Kişilerin kendi yaşamlarını kontrol altına alma isteklerinin artması
3. Sağlık eğitimiyle ilgili geleneksel stratejilerin etkisinin sınırlı olması
4. Birçok hastalığın kişilerin yaşam tarzıyla ilişkili olduğunun anlaşılması
5. Sağlık durumu ve sağlık bakımı arasındaki ilişkinin zayıflığına yönelik artan bilimsel kanıtlar (Özvarış, 2012).

Sağlığı geliştirme kavramı 1980 yılında entegre bir yaklaşım olarak gündeme gelmiştir. Bu yaklaşımın temelinde bireylerin yaşam tarzlarındaki olumlu değişiklikler, fiziksel psikososyal, kültürel ve ekonomik çevrelerindeki gelişmeler, morbidite ve mortalitelerde azalma bulunmaktadır (Özvarış, 2012).

Sağlık için öncelikler; barış, eğitim, barınak, gıda, stabil bir ekosistem, sürdürülebilir kaynaklar, sosyal adalet ve hakkaniyettir. Fiziksel, sosyal ve ruhsal olarak tam iyilik halinin sağlanması için bireyler ya da gruplar amaçlarını tanımlamalı ve farkında olmalı, gereksinimlerini karşılamalı, çevrelerini değiştirebilmeli ve çevreyle başa çıkabilmelidirler. İyi olma halini sağlayan sağlıklı yaşam tarzıdır ve sağlığı geliştirme sadece sağlık sektörünün sorumluluğunda değildir, sektörler arası işbirliği gerektirmektedir (WHO, 1986; Özvarış, 2012).

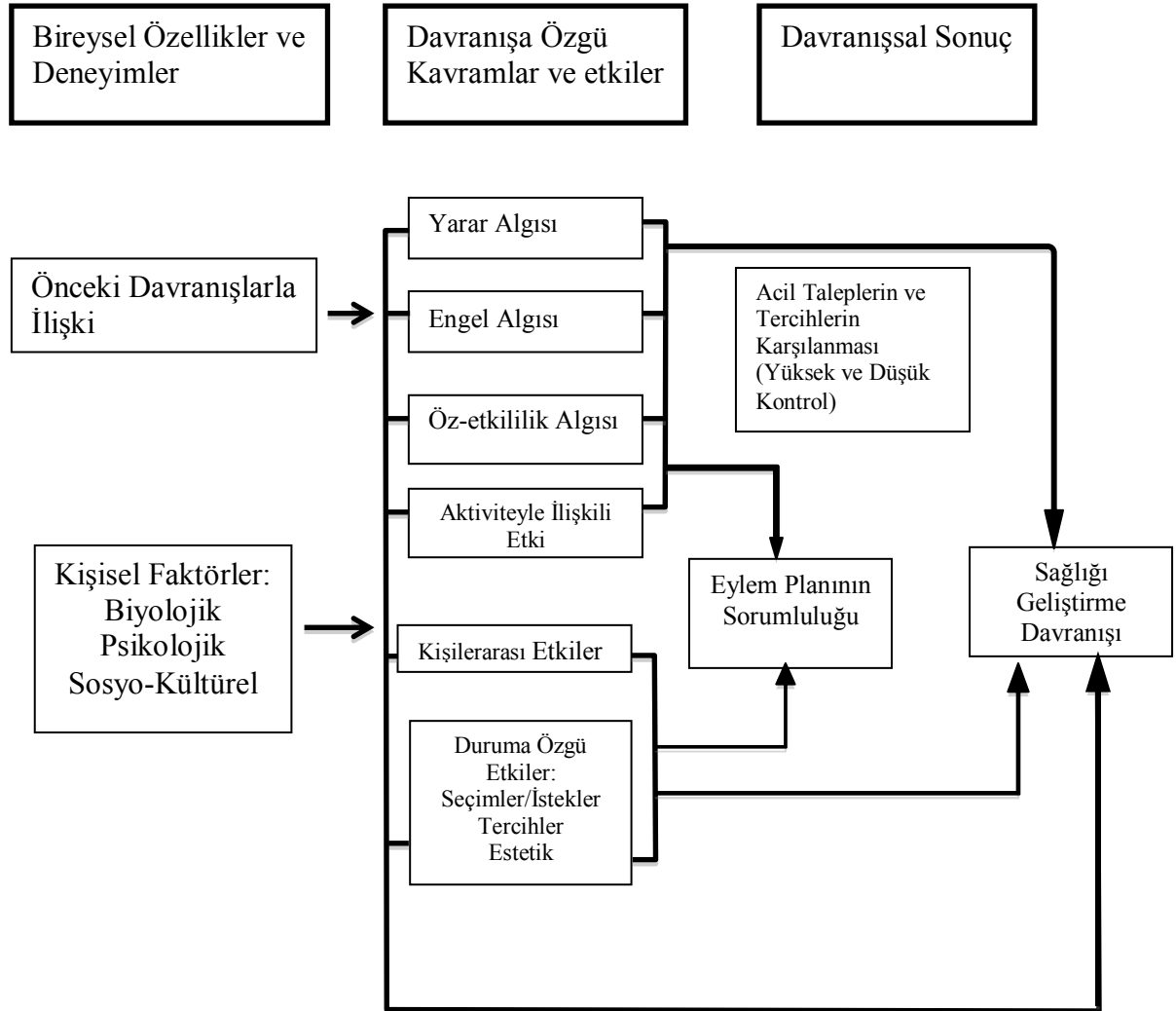
4.2.3. Pender' in Sağlığı Geliştirme Modeli

Sağlığı geliştirme modeli, ilk olarak 1980'lerin başında Pender tarafından geliştirilmiştir. Sağlığı geliştirme modeli, teorik bir bakış ağısıyla sağlığı geliştirici davranışları etkileyen faktörleri ve ilişkileri ağıklamayı ve bu nedenle sağlığı ve kaliteli yaşamı arttırmayı anlatmaktadır. Sağlığın geliştirilmesi; doğrudan birey, aile, toplum ve toplum gruplarının sağlık potansiyelinin gelişmesi ve iyilik düzeyinin artmasına yönelik etkinlikleri ve bireyin var olan sağlık davranışını en üst düzeye çıkarmasını ifade etmektedir. Pender'e göre sağlığı geliştirme daha iyi olmak için bir stratejidir (Srof and Velsor-Friedrich., 2006; Bahar ve Açıl, 2014).

Sağlığı geliştirme modelinin asıl odak noktası hemşire tarafından değerlendirilmesi gereken 11 temel inançtır. Bu 11 temel inanç, hemşirelik girişimlerinin kritik noktaları olarak tanımlanabilmektedir. Modelin temel kavramları birey, evre, bakım, sağlık ve hastalıktır (Bahar ve Açıl, 2014).

Model; 'bireysel özellikler ve deneyimler', 'davranışa özgü kavramlar ve etkiler' ve 'davranışın ortaya çıkışı'nı etkileyen değerkenler olmak üzere üç bileşenden oluşmaktadır (Bahar ve Açıl, 2014).

Şekil 4.1. Sağlığı Geliştirme Modeli



Pender NJ., Murdaugh CL. and Parsons MA. (2002) Health promotion in nursing practice, Fourth Edition, New Jersey, 13-209

Bireysel Özellikler ve Deneyimler

- Bu kategori davranışlarla ilgili önceki deneyimler ve bireysel özelliklerden oluşmaktadır.
- Önceki davranışlar, geçmişteki sağlık davranışlarının sıklık, aynılık ya da benzerlik oranını ifade eder.
- Biyolojik faktörler; yaş, cinsiyet, BKİ ile ilgilidir.
- Sosyo-kültürel faktörler; etnik köken, eğitim, sosyo-ekonomik durumdur.

- Psikolojik faktörler; benlik saygısı, öz motivasyon, sağlığın kişisel olarak anlamıdır.

Önceki davranışların şimdiki davranışlara direkt etkisi, bireyi davranışa hazırlayarak alışkanlık oluşumunda katkı sağlaması yönündedir. Davranış her ortaya çıktığında alışkanlıkların gücü artmaktadır.

Önceki davranışlar; algılanan öz-etkililik, yarar, engel ve aktiviteyle ilişkili etki üzerinden sağlığı geliştirme davranışlarını etkilemektedir (Bahar ve Açıl, 2014; Ronis et al., 2006; Galloway, 2003).

Davranışa Özgü Kavramlar ve Etkiler

- Algılanan yarar; hastalık tehdidini azaltması için gerçekleştirilecek davranışın etkili olacağı ile ilgili inançtır.
- Algılanan engel; önerilen davranışın gerçekleşmesini zorlaştıran engeller ya da olası olumsuz yönleri ile ilgili algıdır. Algılanan yarar, algılanan engellerden ne ölçüde fazla ise davranışa eğilim o ölçüde fazladır.
- Öz etkililik; kişinin gereken davranışı gerçekleştirmesine yönelik kararlılığı ve kendisine olan inancıdır.
- Öz etkililik; bireyin nasıl hissedeceği, düşüneceği ve davranacağını belirler. Öz etkililik; deneyime dayanır, bireyin kendi yeteneklerini, kapasitesini daha objektif bir şekilde değerlendirmesini sağlar. Öğrencilerin öz etkililik düzeyi ile yeteneklerini algılamaları, sosyal bütünleşme, derslerdeki başarıları ve akademik performans arasında pozitif ilişki olduğu bilinmektedir.
- Kişilerarası etkiler (aile, akran, sağlık personeli); davranışa ilişkin diğerlerinin düşünce, inanış ve tutumlarını kapsamaktadır.
- Kişilerarası etkiler, normlar (diğerlerinin beklentilerinin önemi), sosyal destek, model alma boyutları yer almaktadır. Çevresindeki bireylerin bireye ve davranışa verdiği destektir.
- Duruma özgü etkiler; bireyin içinde yaşadığı çevre, davranışın oluşmasını etkilemektedir. Bireyin ya da grubun bedensel, ruhsal ve sosyal açıdan iyilik haline ulaşabilmesi için çevresiyle uyumlu yaşaması, çevresini değiştirebilmesi, isteklerini belirleyebilmesi, tanıyabilmesi ve doyum alması gerekmektedir (Yiğitbaş ve Yetkin, 2003; Bahar ve Açıl, 2014).

Davranışın Ortaya Çıkışı

- Bireyin davranışı yapmayı önceden planlayıp planlamaması ya da acil gereksinimlerin doğması davranışın ortaya çıkmasını etkiler.
- Davranışa ilişkin plan yapma; davranışı planlı ve belli stratejiler doğrultusunda gerçekleştirmektir.
- Acil/anlık taleplerin ve tercihlerin karşılanması; planlanan bir sağlığı geliştirme davranışının hemen öncesinde acil bir gereksinim ortaya çıkması davranışın oluşmasını etkileyecektir (gereksinimler, iş, aile sorumlulukları, çevresel olaylar) (Bahar ve Açıl, 2014).

4.3. Sağlık Denetim Odağı

Sağlık davranışlarının temelini açıklamaya yönelik kavramlardan birisi de SDO (kontrol noktası) kavramıdır. Rotter ve arkadaşları (1960) tarafından ortaya konulan bu kavrama göre denetim odağı inancı, bireyin beklentilerini ve beklentilerin güçlendiricilerle bağlantısını dikkate alan toplumsal öğrenme geleneğinden kaynaklanmaktadır (Tabak, 2006).

Denetim odağı, kişinin yaptığı davranış sonuçları üzerindeki kontrole olan inancıdır. Buna göre; karşılaşılan davranışların sonuçları üzerinde kontrolü olduğuna inananlar 'içten denetimli', kontrolün diğer güçlü kişilere bağlı olduğuna inananlar 'dıştan denetimli', kontrolün şans, kader ve benzeri kaynaklara bağlı olduğuna inananlar da 'kaderci' olarak ifade edilmektedir. (Tümekaya, 2000; Tabak, 2006).

Wallston ve arkadaşları (1981) tarafından yapılan araştırma sağlık denetim odağının, insanların fiziksel ve ruhsal sağlığını; sosyal destek, davranış stratejileri kullanma, beslenme ve egzersiz gibi sağlığı ve mutluluğu etkileyen diğer faktörler kadar etkili olduğunu ortaya koymuştur (Tabak, 2006).

Denetim odağının gelişiminde adolesan dönem kritik ve önemli bir dönemdir. Bu nedenle adolesanların SDO algılarının incelenmesi doğru sağlık davranışına yönlendirilmeleri ve kendi sağlıkları üzerindeki özdenetimlerinin artırılması konusunda eğitim verilmesi gereklidir (Durna ve Şentürk, 2012; Tabak, 2006).

4.3.1. İç Denetim Odağı

İçten denetimli kişiler, yaşadığı olayların, çevresinde olup bitenlerin kendi denetimleri altında olduğuna ve yaşamlarını istedikleri yöne çevirebileceklerine inanmaktadırlar. Karar vermeden önce çok yönlü düşünmekte, olayların sonucunu göz önüne alarak karar vermektedirler. Sağlık açısından bakıldığında iç denetim odağı hâkim olan kişilerde ‘kendi sağlığımı kontrol edebiliyorum’ düşüncesi hâkimdir (Dönmez, 1983; Tabak, 2006).

4.3.2. Dış Denetim Odağı

Dıştan denetimli kişiler, davranışlarının sonuçlarının genel olarak kendi davranışlarından bağımsız ve denetimin de kendi kontrolü dışındaki faktörlere bağlı olduğuna inanan bireylerdir.

Dıştan denetimli kişiler, davranışlarını ‘başkaları ne der?’ düşüncesiyle belirleyebilmekte ve başkalarının baskısına yenik düşebilmektedirler. Bu kişiler başlarına gelen önemli olayların belirleyicisi olarak ya başka bir kişiyi ya da şans faktörünü görme eğilimindedirler.

Sağlık açısından bakıldığında dıştan denetimli kişiler ‘kendimi iyi hissetmediğim zaman bir sağlık profesyoneline başvurmalıyım’ diye düşünmektedirler (Durna ve Şentürk, 2012; Tabak, 2006).

4.3.3. Şans-Kadercı Yaklaşım

Şans-kadercı yaklaşıma sahip bireyler, içinde buldukları durumun kendi davranışları sebebiyle değil şansa, talihe, kadere bağlı olduğuna inanmaktadırlar.

Sağlık açısından bakıldığında şans-kadercı yaklaşıma sahip kişilerdeki düşünce ‘bu hastalıktan kurtulacağım zamanın belirlenmesinde şansın büyük rolü var’ şeklindedir (Tabak, 2006).

4.4. Adolesan Yaşam Biçimi Davranışları

Sağlık davranışı, bireylerin sağlığı koruma ve geliştirme yönünde, sağlıklı olabilmek için inandığı ve uyguladığı eylemlerdir (Alicı ve Sarıkaya, 2009; Araz ve

ark., 2007). Sağlık davranışı sağlıklı yaşam biçiminin geliştirilmesi ve hastalıklardan korunmanın temelidir (Kaya ve ark., 2008).

DSÖ gelişmiş ülkelerde ölümlerin %70-80'inin ve gelişmekte olan ülkelerde ölümlerin %40-50'sinin nedeni, yaşam biçimine bağlı olarak ortaya çıkan hastalıklardır. Bu hastalıkların oluşumunda kişinin kendi tutum ve davranışlarının rolü büyüktür. Günümüzde sıklıkla karşılaşılan kalp hastalığı, hipertansiyon, obezite, Tip II diyabet gibi kronik hastalıklardaki morbidite ve mortalitenin yaşam biçimi değişiklikleri ile önemli ölçüde azaltılabileceği bilinmektedir. Bu durum da sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının geliştirilmesinin önemini ortaya koymaktadır (Çelik ve ark., 2009; Bozhüyük ve ark., 2012; İlhan ve ark., 2010; Vural, 1998; Zaybak ve Fadiloğlu, 2004).

Sağlıklı yaşam biçimi, bireyin sağlığını etkileyebilecek davranışlarını kontrol edebilmesi, günlük aktivitelerini düzenlerken kendi sağlık durumuna uygun davranışları seçmesi olarak tanımlanmıştır. Bu davranışları tutum haline dönüştüren birey, sağlıklı olma halini sürdürebildiği gibi, sağlık durumunu daha ileri bir seviyeye taşıyabilir. (Bozhüyük ve ark., 2012; Zaybak ve Fadiloğlu, 2004; Lindsey and Hartrick, 1996).

4.4.1. Sağlık Sorumluluğu

Sağlık sorumluluğu, bireyin kendi sağlığına yönelik koruyucu ve sağlığı geliştirici davranışları ve davranış değişikliklerini gösterebilmesidir. Bu kavram bireyin sağlık kalitesine etki eder ve sağlığına ne düzeyde katıldığını gösterir. Bireyin sağlığına yönelik alabileceği sorumluluk düzeyi:

- Vücudunu ve kendini tanıması, sağlığı ile ilgili değişiklikler olduğunda bir hekime veya sağlık kuruluşuna müracaat etmesi,
- Düzenli aralıklarla tıbbi tetkikler yaptırması, tıbbi kontrollerin sıklığına ve düzenine özen göstermesi,
- Sağlıkla ilgili konularda kendini yenilemesi,
- Sağlıkla ilgili tartışmalara girmesi,
- Sağlıkla ilgili yayımları takip etmesi,
- Sağlığını izlemesi, iyiliğini hissetmesi,
- Sağlıkla ilgili değişiklikler olduğunda gerekli önlemleri alması ile ilgili davranışlarıyla belirlenir (Bottorff et al., 1996; He et al., 2004).

4.4.2. Fiziksel Aktivite

Büyüme ve gelişmenin hızlı olduğu adolesan dönemde fiziksel aktivitenin yapılması ve desteklenmesi, değişik kas gruplarının tonus ve gücünün artırılması ve yaşam boyu egzersiz alışkanlığının kazandırılması için büyük önem taşımaktadır (Çimen 2003, He et al., 2004).

Kronik hastalıkları önleme ve hastalık riskini azaltma amacıyla yapılan fiziksel aktiviteler;

- Kemik mineralizasyonunu artırır, ileri yaşlarda osteoporozu önler,
- Obeziteyi önler,
- Tip II diyabet insidansını azaltır,
- Hipertansiyon riskini azaltır,
- Hiperlipidemi ve ateroskleroz riskini azaltır,
- Mental sağlığı iyileştirir (Baltacı ve Düzgün, 2008; Gürses 2007).

Dünyada yetişkin nüfusunun %60'ının ve genç nüfusun %2'sinin yeterli fiziksel aktivite yapmadıkları, fiziksel hareketsizliğin kadınlarda daha fazla olduğu bilinmektedir. Türkiye'de ise lise öğrencilerinin fiziksel aktivite yapma sıklığının çeşitli çalışmalarda %17 - %29.3 arasında olduğu gösterilmektedir (Dowdel and Santucci, 2004; Sarı 2006; Çimen, 2003).

Adolesanlara önerilen günlük fiziksel aktivite; her gün ya da haftada 5 gün, her seferinde en az 20-30 dakika orta düzeyde fiziksel aktivite, bir haftada 3 gün ya da daha fazla, her seferinde 20-30 dakika süren güçlü/yoğun aktivite yapmaları şeklindedir. Bunlar yürüme, koşma, tenis oynama, yüzme, ata binme, basketbol, bisiklete binme gibi faaliyetler olabilir (Çimen, 2003).

4.4.3. Beslenme

Adolesan dönemdeki hızlı büyüme, enerji ve besin öğelerine olan gereksinimin artmasına neden olmaktadır. Ergen için hızlı büyüme ve gelişmesini sağlayacak, yüksek kalorili, yağı, şekeri ve sodyum içeriği az, dengeli bir beslenme rejimi sağlanmalıdır (Dolgun ve ark., 2011).

Beslenme çocukluk ve ergenlik döneminde yeterli ve dengeli olmazsa ileri dönemlerde osteoporoz, şişmanlık, hiperlipidemi, cinsel gelişimde gecikme, kalp-damar

hastalıkları ve kanser gibi önemli kronik hastalıkların oluşmasına zemin hazırlar. (Erkan, 2008).

Aşırı ve hatalı beslenmeye bağlı çocukluk çağı obezitesinde 1990'lerden sonra çok büyük oranlarda artış olduğu belirlenmiştir. Gelişmiş ülkelerdeki çocukların her yıl %1'i fazla kilolu grubuna dahil olmaktadır (Berberoğlu, 2008). Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD) 1980'lerden itibaren fazla tartılı ergen sayısı 3 katına çıkmıştır. Türkiye'de de obezite oranı giderek artmaktadır. Yapılan araştırma obezitenin, Denizli bölgesindeki %5, Kayseri'de %3.9, Batı Karadeniz bölgesinde %6.1, Konya'da %5.3, Kocaeli'de %7.3, Doğu Anadolu bölgesinde ise erkek çocuklarda %2.1, kızlarda %2.3 olarak saptanmıştır (Kurtoğlu, 2012).

4.4.4. Pozitif Yaşam Algısı

Pozitif yaşam algısı, yaşam kalitesi ve yaşam memnuniyeti ile doğru orantılıdır. İstenenler ve sahip olunanlar arasında tutarsızlık arttıkça yaşam kalitesi ve memnuniyetinde düşüş gözlenmekte, birey pozitif yaşam algısından uzaklaşmaktadır (Wu, 2009).

4.4.5. Kişiler Arası İlişkiler

Bu dönemde ergenin sıkıntılarında, duygusal dalgalanmalarından tüm aile bireyleri etkilenir. Ergen özgür olma isteği ile ebeveynlerinin kendisiyle yeterince ilgilenmedikleri suçlamaları arasında gidip gelirken, ebeveynlerde çocuklarını serbest bırakmak ve korumak arasında gidip gelirler. Bu dönemde aile sınırlarının bir miktar esneklik kazanması, ergenin dışarıyla ilişkilerinin artmasına ve gidiş gelişlerine izin verilmesi, ergen için kuralların bir miktar esnetilmesi, özerkliğini arttıracak biçimde fiziksel ve duygusal düzenlemelerin yapılmasıyla adolesan sağlıklı bir kişilik yapısı geliştirerek, toplumdaki yerini alabilir (Dolgun ve ark., 2011; Ercan O, 2005; Kahrıman ve Polat, 2003).

Adolesan dönemdeki birey, tutum ve davranışlarını örnek alacağı, kendisini onlarla özdeşleştireceği uygun modellere ihtiyaç duyar. Modelin kişiliği sosyal gelişme açısından önemlidir. Bu nedenle ebeveynler davranışlarının adolesanlar üzerindeki etkisi hakkında bilgilendirilmelidir. Ergenle ilişkilerde, sevgi, güven ve saygı dolu bir

aile ortamı sunmak, yaşlarına uygun bağımsızlıklar vermek ve özgürlükler tanımak gibi temel ilkelere uyulması gerektiği ailelere anlatılmalıdır (Dolgun ve ark., 2011; Kahriman 2003).

4.4.6. Stres Yönetimi

Stres, organizmada zorlanma sonucu ortaya çıkan tepkidir. Stres yaşantısı, bir süreç olarak değerlendirilebilir. Buna göre, bireylerin stres karşısında gösterdikleri tepkileri, üç aşamada şekillendirilir: Alarm aşaması, direnç aşaması ve tükenme aşaması. Birey alarm aşamasında öncelikle stresörü algılar, stresörle mücadele etmek ya da ondan uzaklaşmak için harekete geçer. Direnç aşamasında birey stresle mücadeleye devam eder. Direnç aşaması uzarsa birey yorgun düşer; çökkünlük yaşar. Stresörün baskısı yoğun ve sürekli ise de tükenme aşamasına gelir. Bu aşamada bireyin dengesi bozulur, bireyin bitkinliği ve yorgunluğu artar (Eryılmaz, 2009; Güçlü, 2001).

Stresin, insanların fiziksel ve psikolojik iyi oluşları üzerinde önemli etkileri vardır. Araştırmalar, stresin madde kullanımı, intihar, depresyon, kalp hastalıkları ve bağışıklık sisteminin zayıflaması gibi önemli psikolojik ve fiziksel rahatsızlıklara neden olduğunu ortaya koymuştur (Eryılmaz, 2009; Güçlü, 2001).

Stresle başa çıkmak ve yaşam kalitesini arttırmak amacıyla, durumu veya duruma verilen tepkileri değiştirmeye stres yönetimi denir. Bireysel olarak stresle başa çıkmada bedensel hareketler (egzersiz), solunum egzersizi, meditasyon, biyo feedback (biyolojik dönüt), gevşeme, beslenme ve diyet, toplumsal destek alma, sosyal, kültürel ve sportif etkinliklere katılma, masaj, dua ve ibadet, zaman yönetimi gibi teknikler yararlı olabilir (Güçlü, 2001; Tan ve Aldemir, 2012).

Etkili ve sağlıklı başa çıkma davranışlarından yoksun olan adolesan, alkol ve madde kullanımından suça yönelime kadar pek çok alanda olumsuz sonuçlarla karşılaşabilmektedir. Bu nedenle özellikle ergenlik dönemi içerisinde sağlıklı ve etkili başa çıkma davranışlarının edindirilmesi, koruyucu bir öneme sahiptir (Basut, 2006).

4.4.7. Spiritüel Sağlık

Yunanca, İbranice ve Latineden gelen spirit sözcüğü; ruh, can, nefes, hava, cesaret, bilinçlilik gibi kelimelerle anlatılabilen, tanımlaması zor, soyut bir kavramdır. Spiritüalizm (ruhçuluk, tinselcilik) evrenin ruhsal bir temele dayandığı, varlığın

bedenden bağımsız ruhsal bir yapı olduğu inancına dayanan, metafizik bir görüşü dile getirir. Spiritüalizme, insanın ilahi bir ruhla ilişki araması ve bunu ifade etmesi anlamına da gelir (Kostak, 2007).

Spiritüalizm ve din sıklıkla aynı anlamda kullanılmasına karşın bu iki kavram arasında önemli farklılıklar vardır. Din, yaygın anlamda inanç sisteminde kutsal ve metafizik değerlere ya da tanrı fikrine yer veren ve inananlara bir yaşam biçimi öngören sistem olarak tanımlanır (Kostak, 2007). Spiritüalizm ise, dini uygulamalardan daha kapsamlıdır ancak dini uygulamaları da içerebilir. Tüm insanlar formal olarak dinsel uygulamaları yerine getirsinler ya da getirmesinler spiritüel bir boyuta sahiptirler. Spiritüel boyut, yaşamın, sağlığın, hastalığın, acının, ağrının ve ölümün anlamının bulunmasında bireylere yardımcı olur (Kostak, 2007). Spiritüel gereksinimler tüm insanlar için temeldir ve insanlar bu gereksinimlerini insan ilişkileri yoluyla ya da tanrıyla ilişki kurarak karşılayabilirler (Baker, 2003; Ergül ve Bayık, 2004).

Yapılan araştırmalar, inanç ve dinsel aktivitelerin, hastalıkların önlenmesi ve tedavi edilmesinde, ağrı, anksiyete ve depresyonun azaltılmasında, yaşam kalitesinin geliştirilmesinde ve sorunlarla başa çıkmada yararlı olduğunu göstermiştir (Kostak, 2007). Kalp cerrahisi geçiren yaşlı erkek hastalar üzerinde yapılan bir çalışmada, dinsel aktivitelerini düzenli yerine getirenlerde, daha az dinsel aktivitede bulunanlara oranla postoperatif dönemde hastanede kalma süresinin %20 daha az olduğu, başka bir çalışmada da, kalça kırığı operasyonu sonrası, kiliseye düzenli devam eden kadınların etmeyenlere oranla daha kısa sürede ayağa kalktıkları ve daha az depresyon yaşadıkları bulunmuştur (Baker, 2003). Terminal dönemde olan 162 AIDS ve kanser hastası ile yapılan bir çalışmada da, spiritüel gereksinim ifade eden ve dinsel uygulamalarını düzenli yerine getiren bireylerde, daha az depresyon semptomları görüldüğü bulunmuştur (Nelson et al., 2002).

4.5. Adolesan Dönemi Riskli Sağlık Davranışları

Sağlık açısından riskli davranışlar genellikle adolesan dönemde edinilir, sonuçları erişkin döneme yansiyarak, bu dönemde mortalite ve morbidite oranlarında önemli artışlara neden olur (Kara ve ark., 2003).

Adolesan dönemdeki riskli sağlık davranışları sigara, alkol ve madde kullanımı, sağlıksız beslenme alışkanlıkları, fiziksel hareketsizlik, cinsel yolla bulaşan hastalıklara

ve istenmeyen gebeliklere neden olan güvensiz cinsel davranışlar, yaralanmalara neden olacak güvensiz davranışlar ve şiddet içeren davranışlardır. Henüz olgunlaşmamış bilişsel gelişim ve iç görü yetersizliğine uygun bir çevre de etki ediyorsa, kolaylıkla riskli davranışlara eğilim gösterirler (Call et al., 2002; Hızel ve ark., 2005; Çamur ve ark., 2007; Kara ve ark., 2003).

ABD’de mortalite ve morbidite göstergelerinin ruhsal sağlık, cinsel sağlık ve kardiyovasküler sağlık ile ilişkili olduğu belirtilmekte ve sağlığı geliştirme programlarının önemi vurgulanmaktadır. Erken yaşta başlayan cinsel yaşamla birlikte adolesanları Human Immunodeficiency Virus (HIV) başta olmak üzere cinsel yolla bulaşan hastalıklar, istenmeyen gebelikler ve yasal olmayan düşüklerle karşılaşma oranı artmaktadır (Başer, 2000; Call et al., 2002; Viner and Macfarlane, 2005).

Amerikan Ulusal Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezi’nin Ekim 2004-Ocak 2006 tarihleri arasında ABD’deki toplam 13.917 lise öğrencisine uyguladığı ulusal düzeydeki “Youth Risk Behavior Surveillance” çalışması sonuçları; Ekim 2004-Ocak 2006 tarihleri arasında ölen bireylerin %71’inin 14-20 yaşları arasındaki adolesanlar olduğunu göstermiştir (Eaton et al., 2006).

4.5.1. Madde Kullanımı

Alkol, sigara ve diğer maddelerin kullanımı her yaş grubundan bireylerin, özellikle de adolesanların sağlığını tehdit eden başlıca etkenlerden biridir. Madde kullanımına başlama çoğunlukla adolesan dönemde başlamakta ve bu dönemde başlayan davranışlar yetişkinlikte daha inatçı bir şekilde sürmektedir (Erginöz, 2008; Alikışıfoğlu ve Ercan, 2009).

Gençler çok farklı nedenlerle madde kullanırlar. Ergenin hedefi güçlü bir kimlik oluşturmaktır. Bu nedenle ergen otonomi ve bağımsızlığını kanıtlamak için madde kullanılabilir. Adolesanların diğer madde kullanma sebepleri arasında erişkin yaşam biçimlerini taklit etmek, ergenlik sürecinde yaşanan zorluklarla baş edebilmek, sosyal ortama uyum sağlamak, arkadaşları tarafından kabul edilmek ya da medyanın etkisi sayılabilir (Alikışıfoğlu ve Ercan, 2009; Gürol, 2008).

Madde kullanımı açısından hiperaktivite, kısa dikkat süresi, çabuk öfkelenme, antisosyal davranışlar ve sosyal ilişkilerde zorlanma gibi bireysel özellikler risk etkeni olarak kabul edilmektedir. Zeki olmak, dindarlık, öz güven, öz saygı, akademik başarı

gibi bireysel özellikler madde kullanımına başlamayı engellemektedir (Alikashiöglü, 2008; Gürol, 2008; Erginöz, 2008).

Çevresel risk etkenleri arasında ailenin önemi büyüktür. Ebeveynlerin madde kullanımı, aile içi şiddet ve çocuk istismarı, otoriter ya da aşırı müsamahakâr aile yapısı, ergenin davranışlarının aile tarafından izlenmemesi ve uygun rehberliğin yapılmaması ailesel risk faktörlerindedir. Çevresel koruyucu etkenler arasında da ailenin önemi büyüktür. Aile bağlarının güçlü olması, ebeveynlerin çocuklarının yaşamları ile ilgili olmaları, aile içi iletişimin iyi olması, ergenin gelişimsel düzeyine uygun olarak izlemesi ve rehberlik yapması gencin madde kullanmasını engelleyen koruyucu etkenlerdendir (Alikashiöglü ve Ercan, 2009; Gürol, 2008).

Günümüzde sigara kullanılan maddeler arasında en yaygın olanıdır. Dünya genelinde 300 milyon genç sigara bağımlısıdır ve her beş sigara bağımlısından biri 13-15 yaşları arasındadır. Dünya genelinde günde 80.000-100.000 arası çocuk sigara kullanmaya başlamaktadır. Adolesan yaşlarda sigara kullanmaya başlayan gençlerin %50'si 15-20 yıl boyunca sigara içmeye devam etmektedir (Taşçı ve ark., 2005).

DSÖ'ne göre; dünya genelinde 2 milyar insan alkollü içecekler kullanmaktadır. Sadece Avrupa'da 1999 yılında, 15-29 yaş arası gençler arasında, alkol tüketimi 55.000'den fazla ölümden sorumlu tutulmaktadır. Lise öğrencilerinin yaklaşık olarak 1/3'ünün 13 yaşından önce alkol kullanmaya başladıkları belirtilmektedir. Avrupa Alkol Madde Okul Projesi kapsamında İstanbul'da yapılan bir araştırmada lise öğrencilerinin %56.2'sinin yaşamları boyunca en az bir kez alkollü içecek aldığı, son bir ay içinde ise %23.5'inin alkol kullandığı saptanmıştır (Taşçı ve ark., 2005; Ögel ve ark., 2000).

1994-2002 yılları arasında yaklaşık olarak her yıl, 13.000-17.000 erkek ve 2.000-3.000 kadın ilk kez madde kullanmaya başlamıştır. Bildirilen vakalara göre madde kullanıcıların yaklaşık olarak %80'i 20 yaş altındadır (Taşçı ve ark., 2005). 2003 yılında yapılmış olan yaygınlık çalışmasında yaşam boyu herhangi bir madde kullanımı %6, esrar kullanımı %5.1, uçucu madde kullanımı %5.2, ecstasy kullanımı %3.2, eroin kullanımı %2.8 bulunmuştur. Gençler arasında madde kullanım yaygınlığının hızı ise çok daha çarpıcı veriler sunmaktadır. 2001-2004 yılları arasında esrar kullanımı %75.7, uçucu madde kullanımı %40.5, ecstasy kullanımı %287.5 ve eroin kullanımı %100 artmıştır (Gürol, 2008).

4.5.2.Riskli Cinsel Davranışlar

Ülke nüfusunun yaklaşık dörtte birini oluşturan gençler cinsellik, kontraseptif yöntemler ve cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlarla ilgili konularda yeterli bilgiye sahip değildir. Bu nedenle yüksek oranda istenmeyen gebelik ve cinsel yolla bulaşan enfeksiyona maruz kalarak çok ciddi fiziksel, ekonomik ve psiko-sosyal sorunlar yaşamaktadırlar. Gençlerde üreme sağlığıyla ilgili sorunlar genellikle yetişkinler tarafından yok sayılır ya da yokmuş gibi davranılır. Gençler hem kendi bedenini, hem de karşı cinsin bedenini yeteri kadar tanımıyorken yetişkinler tarafından gösterilen bu davranış biçimi, sorunu ortadan kaldırmadığı gibi, sorunların çözümünü de engellemektedir (Yıldırımkaya, 2008; Ersay ve Tortumluoğlu, 2006; Akın ve Özvarış, 2003).

DSÖ'ne göre her yıl 20 gençten biri cinsel ilişki yoluyla geçen hastalıklara yakalanmaktadır. Bunların arasında HIV, sifiliz, frengi, klamidy enfeksiyonları yer almaktadır. Dünyada 2010 yılı sonu itibariyle 34 milyon kişi HIV/AIDS ile yaşamaktadır. HIV enfeksiyonlarının %40'ı 15–24 yaş grubunda görülmektedir; bu da her yıl 7000 HIV vakasına karşılık gelmektedir. Gençler özellikle bulgu vermeyen durumlarda cinsel yolla bulaşan hastalıklara karşı önlem konusunda duyarsız davranmaktadır. Oysa bu konularda önlem almama ya da ihmal, infertilite ve ölüm gibi sağlık açısından çok önemli sonuçlara yol açabilmektedir (Kulbok ve Cox, 2002; Sarı, 2006; Akın ve Özvarış, 2003; Aslan, 2012).

Ergen gebelikleri anne veya doğan çocukta ölüm/hastalanma riskinde artmaya sebep olmakta ayrıca ergenin eğitim, sosyal ve ekonomik gelişimlerinin önünde bir engel oluşturmaktadır. Erken cinsel ilişkinin korunmasız ve çok sayıda partnerle cinsel ilişki ile bağlantılı oluşu, cinsel yolla bulaşan hastalıklar (AIDS vb.) açısından risk artışını da beraberinde getirmektedir. Erken doğurganlık ve cinsel aktivitenin sağlık açısından bu riskleri nedeniyle ergenlerin cinsel davranışlarının araştırılması önemlidir (Gupta ve Mahy, 2003; Ersay ve Tortumluoğlu, 2006).

Ülkemiz için özellikle adolesan ve gençleri kapsayan cinsel sağlık politikaları ve programlarına daha çok gereksinim vardır. Bu alanda yapılan çalışmalar daha çok liseli öğrencilerin cinsel bilgi düzeyleri, tutum özellikleri ve eğitim gereksinimlerine ve üniversite yaşlarındaki gençlerin cinsel konulardaki tutum ve davranışlarına

odaklanmaktadır (Cok ve ark., 2001; Gökengin, 2003; Savaşer, 2003; Ersay ve Tortumluoğlu, 2006).

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

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

4.5.2. Kazalar

Adolesanların kaza oluşmasına neden olan önemli riskli davranışları bulunmaktadır. Uyuşturucu ilaç kullanımı, riskli davranış ve eylemler için yapılan özendirici reklamlar, tehlikeli davranışlara özendirme, çalışma ortamının tehlikeli olması ve yetersiz güvenlik önlemleri bir kazanın temel nedenlerini oluşturur (Özcebe, 2002).

Trafik kazaları gençlik dönemindeki ölümlerin ilk nedenidir. Bu dönemde hızlı otomobil kullanma ve kurallara uymamanın sıklıkla görüldüğü bildirilmektedir. Kanada'da, motorlu araç kazası yapanlarda emniyet kemeri takmamaya bağlı yaralanma 16-24 yaş grubu erkeklerde ve her zaman hızlı araç kullananlarda daha sık bulunmuştur. 'United States Yount Risk Behavior Surveillance-2005'te otomobilde seyahat ederken emniyet kemeri hiç takmayanlar ya da arada sırada takanlar %10.2 bulunmuştur. Düzenli emniyet kemeri kullanımı motorlu taşıt kazalarına bağlı ölümleri %60 oranında azaltmaktadır. ABD'de yasal alkol yaşının yükseltilmesi, alkollü araç kullanımına hiç tolerans gösterilmeyen yasal düzenlemeler yapılması ve kemer takma zorunluluğunun getirilmesi ile adolesan dönemdeki trafik kazalarına bağlı ölümler azalmaya başlamıştır (Şimşek ve ark., 2007; Kara ve ark., 2003; Çamur ve ark., 2007).

Bisiklet/motosiklet kazalarında ise kafa travması önde gelen ölüm

nedenlerindedir. Kask kullanımı bisiklet kazalarına bağlı ölümleri %56 oranında azaltmaktadır. 'United States Yount Risk Behavior Surveillance-2003'te ABD'deki lise öğrencilerinde bisiklet kullananların %85.9' u kaskı nadiren taktığı ya da hiç takmadığı saptanmıştır (Çamur ve ark., 2007).Ülkemizde yapılan bir çalışmada 8-16 yaş grubundaki öğrencilerin sadece %4,4'ü kask kullandığını ifade etmiştir. Kaskın kullanılmamasının en sık sebepleri arasında bir kaska sahip olmama, kask takmanın gençler arasında karizmatik olmaması ve kaskın konforlu olmaması yer almaktadır (Seçginli et al., 2013).

4.5.3. Şiddet

Şiddet dünyanın her yerinde sıkça görülen, ergenlik çağı hastalık ve ölüm nedenleri arasında ilk sıralarda yer alan bir halk sağlığı sorunudur. Ergenlik döneminde şiddet davranışı gösteren bireylerin önemli bir kısmı erişkin dönemde de şiddet davranışı göstermekte ve suç işlemektedir (Alikasıfoğlu ve Ercan, 2009).

Ergenlik dönemindeki şiddetin temelinde; aile sorunları (aile içi şiddet, ekonomik sorunlar, boşanmalar, ailenin ilgisizliği gibi..), yanlış arkadaşlık ve özent, zayıf bir benlik denetimi, iletişim beceriksizliği, uyuşturucu kullanma, kitle iletişim araçlarının etkisi, okul başarısızlığı gibi çok sayıda faktör etkilidir (Hökelekli, 2007).

Ögel ve arkadaşlarının 2004 yılında İstanbul' da 3483 lise öğrencisine ulaşarak yaptığı bir çalışmada son bir yıl içerisinde en az bir kez kavgada bulunan öğrencilerin oranının %50 civarında olduğu tespit edilmiştir. Fiziksel kavga sonucu yaralandığını belirtenlerin oranı %15.4, hayatı boyunca en az bir kez bir başkasını yaralayanların oranı %26.3 ve %14.8'inin hayat boyu en az bir kez herhangi bir suç işlediği belirlenmiştir. Bu ciddi durum başta aileleri, okul yöneticilerini ve toplumun her kesimini ilgilendirmektedir (Hökelekli, 2007; Ögel ve ark., 2005).

DSÖ, şiddeti önleme amacı ile çocuk ve ergenlerin gelişim düzeylerine uygun ve ailenin katılımı ile yürütülen doğumda başlayan ve ergenliğin sonuna kadar devam eden, çok merkezli ve pek çok farklı öğeyi içeren yöntemler önermektedir (Alikasıfoğlu ve Ercan, 2009).

4.6. Adolesan Okul Sağlığı Geliştirme Programları

Okul sağlığı hizmetleri, okul çağındaki çocukların mümkün olan en iyi düzeyde bedensel, ruhsal ve sosyal sağlığa ulaşmalarını ve sürdürmelerini, böylece toplumun sağlık düzeyini yükseltmeyi amaçlayan kapsamlı bir hizmet modelidir. Okul sağlığı ekibi ve hemşiresi ile yürütölen bu hizmet öğrencileri, okul çalışanlarını ve ebeveynleri kapsar. Okul sağlığı hizmetleri toplum/halk sağlığı hizmetleri prensiplerine dayalıdır ve temel amacı birincil, ikincil ve üçüncöl sağlık bakımı sağlayarak okul yaşındaki çocukların ve ailelerinin gereksinimlerini karşılamaktır (Ihlenfeld, 2004; Groves and Kub, 2009).

Son yıllarda okul sağlığı yaklaşımları okul çağı çocukların ve adolesanların gereksinimlerine dayalı olarak genişletilmiş ve geliştirilmiş, “Eşgüdümlü Okul Sağlığı Programı” olarak yürütölmektedir (Tappe et al., 2010). Eşgüdümlü okul sağlığı programının amacı, öğrencinin bilgi, tutum ve becerilerini (karar verme gibi), sağlık davranışlarını (güvenlik araçlarının kullanılması gibi), eğitim sonuçlarını (okul başarıları gibi) ve sosyal sonuçları geliştirmektir (Aksayan 1998, Kub and Steel 1995).

Eşgüdümlü okul sağlığı programı;

1. Sağlık eğitimi,
2. Fiziksel eğitim,
3. Sağlık hizmetleri,
4. Beslenme hizmetleri,
5. Danışmanlık, psikolojik ve sosyal hizmetler,
6. Sağlıklı okul çevresi,
7. Okul çalışanlarının sağlığını geliştirme,
8. Aile ve toplum katılımı bileşenlerini içerir.

Burada eşgüdümlü kavramı, öğrencilerin sağlık ve öğrenimleri üzerine en üst düzeyde katkısı olacak bu sekiz bileşen arasındaki etkileşim anlamında kullanılmıştır. Eşgüdümlü okul sağlığı programı öğrencilerin fiziksel duygusal, sosyal ve eğitimsel gelişmelerini en üst düzeye ulaştıran planlı, sıralı, okul stratejilerini, aktivitelerini ve hizmetlerini oluşturan birleşik bir settir. Program ailenin desteklenmesini, bölgesel toplum gereksinimlerinin ve standartların tanımlanmasını kapsar. Koordinasyon, çok

disiplinli ekip ile ve toplumun sorumlu kişi ve kurumları ile yapılır (Aksayan 1998, Kub and Steel 1995).

- 1. Sağlık Eğitimi:** Okulda sağlık eğitimi, sağlığın, fiziksel, mental, duygusal ve sosyal boyutunu tanımlayan sınıf içi eğitim ayağını oluşturur. Her yaşa ve gelişimsel düzeye uygun olarak öğrencilerin bilgi, tutum ve becerilerini geliştiren; öğrencinin kendi sağlığını geliştirmesine ve devam ettirmesine, riskli davranışları azaltmasına yardım eden ders müfredatını açıklar. Eğitim, ocuklarda yetişkin dönemde ortaya çıkabilecek sağlık sorunlarının doğrudan ilişkili olduğu sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının kazandırılmasını amaçlar (Groves and Kub, 2009; Tappe et al., 2010).
- 2. Beden Eğitimi:** Mental, sosyal ve duygusal yeterlilik sağlamak ve yanı sıra, temel egzersiz becerilerini, spor becerilerini ve fiziksel uygunluğu geliştirmek amaçlanır. Fiziksel aktivite olumlu sağlık davranışları ve psikososyal iyiliği arttırır. Düzenli fiziksel aktivite erken ölümleri ve kronik hastalık riskini azaltır. Obesite gelişme riskini, depresyon ve anksiyeteyi azaltır (Groves and Kub, 2009; CDC, 2013).
- 3. Sağlık Hizmetleri:** Sağlık hizmetleri, birinci basamak sağlık kurumlarına ulaşım ve sevki sağlamak, birinci basamak sağlık kurumlarının uygun şekilde kullanımı, bulaşıcı hastalıklar ve diğer sağlık sorunlarının önlenmesi ve kontrolü, acil hastalık ve yaralanmalarda tedavinin sağlanması, güvenli okul ortamı ve okul çevresi için en uygun hijyen koşullarının sağlanması, birey, aile ve toplum sağlığını teşvik ve korumak için eğitim ve danışmanlık hizmetlerinin sağlanması için oluşturulmuştur. Bu hizmetlerin sağlanmasında doktorlar, hemşireler, diş hekimleri, sağlık eğitimcileri ve diğer yardımcı sağlık personelleri gibi profesyonel sağlık ekibi yeleri görev alır (CDC, 2013).
- 4. Beslenme Hizmetleri:** Sağlıklı beslenme alışkanlıkları sağlayan beslenme eğitimi, besleyici ve çekici öğünleri de içeren bir evre oluşturmaktır. ocuk ve gençlerde sağlıklı beslenme normal büyüme ve gelişme, entelektüel gelişme, obezite, demir eksikliği anemisi, diş sağlığı ve yeme bozuklukları gibi beslenme ile ilgili problemlerin önlenmesi için esastır (ztrk ve ark., 2004).
- 5. Danışmanlık, psikolojik ve sosyal hizmetler:** ğrencinin bilişsel, duygusal, davranışsal ve sosyal gereksinimleri üzerine dayalı, problemleri önleyen, sağlıklı

davranışları ve olumlu öğrenmeyi kolaylaştıran, sağlıklı gelişmeye yardımcı olan hizmetlerdir. Aktivitelere, arkadaş ilişkilerine, başarılı olarak katılabilmek, bunlara uyum sağlayabilme ve değişikliklerle baş edebilmeyi içerir (Jutte et al., 2003).

- 6. Sağlıklı Okul Çevresi:** Okul çevresi, okulun yeri, binası, alt yapı tesisleri, oyun alanı, su temini, çöplerin yok edilmesi, tuvaletler, ısıtma, havalandırma, aydınlatma ve sınıfların büyüklüğü gibi konuları içerir. Ayrıca okul binasının yoğun taşıt trafiğinden uzaklığı, okul önünde yaya trafiğini düzenleyen sistem, okulun zemin kaplaması, merdivenlerin uzunluğu, duvarların boyası, dersane durumları, yazı tahtalarının uygunluğu, sıra, tabure ve sandalyelerin uygunluğu, revir olanakları ve konumu, mutfak, yemekhane ve kantinlerin uygunluğu, yangından korunma önlemleri çocukların sağlığı yönünden önemlidir (Özcebe ve ark., 2008).
- 7. Okul Çalışanlarının Sağlığını Geliştirme:** Okulda düzenlenen sağlık eğitimleri, tarama programları, egzersiz aktiviteleri gibi hizmetlerle okul personelinin sağlığının geliştirilmesine olanak sağlanmaktadır. Ayrıca okul personeli sağlıklı davranışları ile adolesanlar iyi bir rol model oluştururlar. Bu programların personelin üretkenliğini arttırdığı ve işe geç gelme durumlarını azalttığı belirtilmiştir (CDC, 2013, İlhan, 2012).
- 8. Aile ve Toplum Katılımı:** Aile, okul ve toplumun birlikte çalışması adolesanların sağlıklarını ve iyilik hallerini arttıran bir yaklaşım olarak değerlendirilmiştir. Aile, okul ve toplumun bir arada bulunduğu okul sağlığı programlarının adolesanlar sağlıkla ilgili ihtiyaçlarını daha iyi belirlediği ve etkili çözümler sağladığı belirtilmektedir (CDC, 2013).

4.7. Adolesan Sağlığının Geliştirilmesinde Halk Sağlığı Hemşiresinin Rolü

Topluma dayalı hizmet veren hemşireler “halk sağlığı hemşiresi” ya da “toplum sağlığı hemşiresi” olarak ifade edilmektedir. Amerikan İnsan ve Sağlık Hizmetleri, Hemşirelik Bölümü (1984), bu konuda ulusal görüş birliği sağlamış, toplum sağlığı hemşiresini “Formal halk sağlığı hemşireliği eğitimini almış, toplumda çalışan tüm hemşireler” olarak tanımlamıştır (APHA, 1996; Smith, 2005).

Halk sağlığı hemşireliğinin uygulama alanlarından birisi de okuldur. Okulda çalışan halk sağlığı hemşiresi, okul hemşiresi olarak adlandırılır (Smith, 2009). Okul sağlığı hemşiresi, öğrencilerin esenliğini, akademik ve yaşam boyu başarısını artıran topluma dayalı hemşirelik uygulamalarının özelleşmiş bir alanı olarak tanımlanır. Amerikan Okul Hemşireleri Derneği’nin tanımına göre “Okul hemşiresi; öğrenciye gelişimine uygun olumlu davranışlar kazanması için yardım eder; sağlığı ve güvenliği geliştirir; vaka yönetimi hizmetlerini yürütür; öğrenci ve aile kapsamında uyum, öz-yönetim, öz-savunma ve öğrenme kapasitesini artırmak için diğer disiplinlerle/kurumlarla ilişki kurar” (Ihlenfeld, 2004; Groves and Kub, 2009). Bu kapsamda okul hemşireliği standartları profesyonel hemşirelik uygulamalarını tanımlamış ve okul hemşiresinin rolleri belirlenmiştir. Bu roller:

1. Öğrenci ve okul çalışanlarına doğrudan bakım vermek.
2. Okul sağlığı hizmetlerinin sağlanması liderlik yapmak.
3. Sağlık taramaları yapmak/katılmak ve problem/risk taşıyan öğrencileri uygun sağlık kaynaklarına sevk etmek.
4. Sağlıklı okul çevresi geliştirmek.
5. Sağlığı geliştirmek
6. Sağlık programları ve okul sağlığı politikalarının geliştirilmesinde liderlik yapmak.
7. Okul toplumu ile aile, toplum ve diğer sağlık çalışanları arasında irtibat sağlamaktır (Groves and Kub, 2009).

Ülkemizde okul sağlığı hizmetleri Milli Eğitim Bakanlığı ve Sağlık Bakanlığı arasında 2006 yılında imzalanan Okul Sağlığı İşbirliği Protokolü ile yürütülmektedir. Okul sağlığı hizmetleri birinci basamak sağlık hizmetleri içinde, toplum sağlığı

merkezlerinin görevleri arasında yer almaktadır (Özcan et al., 2013). Ancak personel eksikliği, iş yoğunluğu gibi nedenlerle bu hizmetler sadece bağışıklama ve taramalar ile sınırlı kalmaktadır. Sağlığı koruyucu ve geliştirici hizmetlere yeterince önem verilmemektedir. Okullarda sağlığın korunması ve geliştirilmesinde okul sağlığı hemşirelerine büyük görevler düşmesine rağmen, ülkemizde özel eğitim veren okullar ve kolejler dışındaki okullarda, hemşire bulunmamaktadır (Ortabağ et al.,2011; Özcan et al., 2013).

5. GEREÇ ve YÖNTEM

5.1. Araştırmanın Amacı ve Şekli

Bu araştırma; lise öğrencilerinin sağlık davranışlarını ve etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla karşılaştırmalı tanımlayıcı ve ilişkisel olarak gerçekleştirildi.

5.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma İstanbul İl Milli Eğitim Müdürlüğü'ne bağlı bir Anadolu Lisesi'nde 2013- 2014 Eğitim Öğretim Yılı Güz döneminde yapıldı.

5.3. Araştırmanın Evren ve Örnekleme

Araştırma, İstanbul'da Milli Eğitim Bakanlığı'na bağlı bir Anadolu Lisesi'nde yapıldı. Okul anadolu lisesi giriş sınavlarına göre öğrenci almaktadır. Anadolu Lisesi'nde 2012-2013 eğitim-öğretim yılında okula kayıtlı öğrenci sayısı 1465'tir. Araştırma evrenini 2013-2014 eğitim-öğretim yılında okulda kayıtlı bulunan tüm öğrenciler oluşturmaktadır. Araştırma evreninin seçiminde lise müdürlerinin araştırmayı desteklemeleri ve okulun bulunduğu yerin araştırmacının ulaşımına uygun bir konumda olması etkili olmuştur. Araştırmada örneklem seçimine gidilmeden evrenin tamamını oluşturan 1465 öğrenciye ulaşılması hedeflendi. Anket formlarını eksik dolduran ve anket formunun uygulandığı tarihlerde derslere katılmayan 354 öğrenci araştırma dışında bırakılarak, 1111 kişi ile araştırma tamamlandı.

5.4. Araştırmanın Veri Toplama Araçları

Araştırmada veri toplama aracı olarak, sosyo demografik bilgi formu (Ek 1), AYB Ölçeği II (Ek 2) ve SDO Ölçeği (Ek 3) kullanıldı.

5.4.1. Sosyo demografik Bilgi Formu

Formda sosyo demografik özellikler, ailesel özellikler, boy ve vücut ağırlığı durumları, vücut ağırlığına yönelik öz değerlendirme, sağlık durumunu algılamayı içeren maddeleri içeren 27 soru yer almaktadır (Ek 1).

Sosyo demografik özellikler bölümünde; yaş, sınıf, cinsiyet, doğum yeri, yaşamının en uzun bölümünü geçirdiği yer, çalışma durumu, sağlık eğitimi alma durumu, sosyal aktiviteye katılma durumu, günlük aktivitelerini kısıtlayan engel durum varlığı, kiminle yaşadığı, ekonomik durum, aile/arkadaş ilişkisi ve akrabalarla görüşme sıklığı, sağlık sorununda öncelikle yapılanlar ile ilgili sorular yer almaktadır.

Ailesel özellikler bölümünde; aile tipi, adolesan dahil ailedeki kişi sayısı, anne/baba eğitim durumu, anne/baba mesleği, sağlık güvencesi ile ilgili sorular yer almaktadır.

Boy ve vücut ağırlığı durumları bölümünde; öğrencilerin kendi ifadeleri ile boy ve kiloları kaydedilerek BKİ'leri hesaplanmıştır.

BKİ'nin hesaplanmasında CDC'nin BKİ hesaplama programı kullanılmıştır (CDC 2011).

$$B.K.İ.= \frac{\text{Ağırlık (kg)}}{\text{Boy uzunluğu (m}^2\text{)}}$$

- 5. persentilin altında zayıf;
- 5. persentil – 85.persentil arasında normal kiloda;
- 85. persentil – 95. persentil arasında hafif şişman;
- 95. persentil ve üstü şişman olarak değerlendirilmiştir (CDC 2011).

Vücut ağırlığına yönelik öz değerlendirme bölümünde; öğrencilere ‘Vücut ağırlığınızı göz önüne aldığımız da kendinizi nasıl tanımlarsınız?’ sorusunu yanıtlamaları istenmektedir. Vücut ağırlığına yönelik öz değerlendirmeleri sorusuna verilen yanıtlar, “zayıf” yanıtı için 1, “şişman” yanıtı için 2, “normal” yanıtı için 3 puan olarak değerlendirilmiştir.

Hastalık varlığı bölümünde; lise öğrencilerinin ‘Hekim tarafından belirlenmiş sürekli kontrole gitmenizi ya da ilaç kullanmanızı gerektiren bir hastalığınız var mı?’ sorusuna ‘evet (lütfen hastalığınızı belirtiniz)’ ve ‘hayır’ olarak yanıt vermeleri istenmiştir.

Sağlığı algılama düzeyleri bölümünde; öğrencilerin ‘Şuandaki sağlığınızı nasıl yorumlarsınız?’ sorusunu değerlendirmesi istenmektedir. Sağlık durumunu algılama sorusuna verilen yanıtlar, “çok iyi” yanıtı için 1, “iyi” yanıtı için 2, “kötü” yanıtı için 3, “çok kötü” yanıtı için 4 puan olarak değerlendirilmiştir.

5.4.2. Adolesan Yaşam Biçimi Ölçeği II

AYB Ölçeği (Adolescent Lifestyle Profile); adolesanların sağlığı geliştiren davranışlarını ölçmek için 2006 yılında Hendricks, Murdaugh ve Pender tarafından geliştirilmiştir. 2009 yılında ölçeğin tekrar revizyonu yapılmıştır (İlhan, 2012).

AYB Ölçeği II 44 maddeden oluşan 4'lü likert tipte bir ölçektir. Ölçekteki ifadelerden "Hiçbir zaman" 1 puan, "Bazen" 2 puan, "Sık sık" 3 puan ve "Her zaman" 4 puandır. Ölçekten alınacak minimum puan 44, maximum puan 176'dır. Ölçek 44 madde ve 7 alt ölçekten oluşmaktadır. Alt ölçekleri;

Sağlık Sorumluluğu Alt Ölçeği (3, 8, 14, 22, 33, 34, 44); bireyin kendi sağlığı üzerindeki sorumluluk düzeyini, sağlık eğitimi ve gerektiğinde yardım aramayı içeren kendi sağlığına ne düzeyde katıldığını belirler.

Fiziksel Aktivite Alt Ölçeği (2, 4, 16, 27, 32, 40); sağlıklı yaşamın değişmez bir ögesi olan fiziksel aktivitelerin birey tarafından ne düzeyde uygulandığını gösterir.

Beslenme Alt Ölçeği (7, 10, 13, 21, 24, 30, 42); bireyin öğünlerini seçme ve düzenleme yiyecek seçimindeki değişiklikleri belirler.

Pozitif Yaşam Algısı Alt Ölçeği (18, 23, 26, 28, 38, 39); Bireyin hayatı olumlu algılamasını, umut, umutsuzluk gibi kavramları belirler.

Kişilerarası İlişkiler Alt Ölçeği (1, 6, 12, 19, 31, 37); bireyin yakın çevresi ile iletişimini ve süreklilik düzeyini belirler.

Stres Yönetimi Alt Ölçeği (5, 11, 17, 25, 36, 43); bireyin stres kaynaklarını tanıma düzeyini, stres kontrol mekanizmalarını ve stresle baş etme düzeyini belirler.

Spiritüel Sağlık Alt Ölçeği (9, 15, 20, 29, 35, 41); Bireyin inançlarını, manevi görüşlerini, değer yargılarını belirler (Hendricks et al.2006).

Ölçekten alınan puan arttıkça, olumlu sağlık davranış düzeyi artar.

Ölçeğin Türkiye'de geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları İlhan (2012) tarafından yapılmıştır. İlhan'ın (2012) çalışmasında AYB Ölçeği II'nin cronbach alpha değeri toplam ölçek için 0,88, alt ölçekleri için sağlık sorumluluğu 0,72, fiziksel aktivite 0,76, beslenme 0,55, pozitif yaşam algısı 0,66, kişilerarası ilişkiler 0,64, stres yönetimi 0,55, spiritüel sağlık 0,66 bulunmuştur. Bu çalışmada ise AYB Ölçeği II'nin cronbach alpha değeri toplam ölçek için 0,89, alt ölçekleri için sağlık sorumluluğu 0,62, fiziksel aktivite 0,64, beslenme 0,56, pozitif yaşam algısı 0,65, kişilerarası ilişkiler 0,65, stres yönetimi 0,61, spiritüel sağlık 0,60 bulundu.

5.4.3. Sağlık Denetim Odağı Ölçeği

Sağlık davranışının temelini açıklamaya yönelik kavramlardan birisi de denetim odağı (kontrol noktası) kavramıdır. Rotter ve arkadaşları (1960) tarafından ortaya konulan bu kavram, bireyin beklentilerini ve beklentilerin güçlendiricilerle bağlantısını dikkate alan toplumsal öğrenme geleneğinden kaynaklanmaktadır. Rotter'ın ölçeğinde yer alan sorular insanların davranışlarının sonuçlarıyla ilgili genel beklentilerini ölçmek amacıyla düzenlenmiştir. Sonucu, davranışlarının direk bir uzantısı olarak algılayan kişiler, “içten denetimli” olarak tanımlanmaktadır. “Dıştan denetimli” kişiler, sonucun genel olarak kendi davranışlarından bağımsız ve denetimin de kendi kontrolü dışındaki faktörlere bağlı olduğuna inanan bireyler olarak tanımlanmaktadır. Kontrolün şans, kader ve benzeri kaynaklara bağlı olduğuna inananlar da ‘kaderci’ olarak ifade edilmektedir. Eğer insanlar yaptıkları davranışlarla elde ettikleri sonuç arasında bir ilişki görme eğilimindediler ise içten denetimli, insanlar davranışlarıyla, elde ettikleri sonuç arasında bir ilişki görmüyorlarsa, sonuç üzerinde çevresel, genetik faktörler ya da şans, kader gibi dışsal faktörlerin etkisini düşünüyorlarsa, bu tip kişiler de dıştan denetimli olarak tanımlanmaktadır (Tabak, 2006).

B.S Wallston-K.A tarafından geliştirilen Likert tipi, 6 seçenekli, 3 boyutlu, 18 maddeden oluşan Çok Yönlü SDO Ölçeği'nin üç ayrı formu (A, B, C) vardır. Araştırmada çeviriden sonra dil geçerliliği ve güvenilirlik testleri Yrd. Doç. Dr. Ümit Çelen tarafından yapılmış ve cronbach alpha değeri en yüksek (0,72) olan, 4-5 dakikada uygulanabilen B formu kullanıldı.

Sorular kişilerin sağlık davranışlarında içten denetimli mi, dıştan denetimli mi olduklarını ya da şans-kaderci bir yaklaşımı mı benimsediklerini belirlemeye yöneliktir.

SDO ölçeği maddeleri olumludur. Ters madde yoktur. İşaretleme 6'lı likert tipli ölçek üzerine yapılır. “Hiç katılmıyorum” yanıtı için 1, “Çoğunlukla katılmıyorum” yanıtı için 2, “Biraz katılmıyorum” yanıtı için 3, “Biraz katılıyorum” yanıtı için 4, “Çoğunlukla katılıyorum” yanıtı için 5 ve “ Tamamen katılıyorum” yanıtı için 6 puan verilir. Ölçeğin tamamı için en düşük puan 18, en yüksek puan 108'dir. Ölçeğin alt boyutları farklı madde sayısından oluşmuştur. Alt boyutlarının madde sayıları ve madde numaraları aşağıda gösterilmiştir (Tabak, 2006).

- İç Kontrol Denetim Odağı (6 madde) : 1., 6., 8., 12., 13. ve 17. maddeler
- Dış Kontrol Denetim Odağı (6 madde) : 3., 5., 7., 10., 14. ve 18. maddeler

- Şans-Kaderci Yaklaşım (6 madde) : 2., 4., 9., 11., 15. ve 16. maddelerdir (Tabak, 2006)

Bu araştırmada ise SDO ölçeğinin cronbach alpha değeri iç kontrol denetim odağı alt boyutu için 0,63, dış kontrol denetim odağı alt boyutu için 0,56, şans-kaderci yaklaşım alt boyutu için 0,57 bulundu.

5.5. Araştırmanın Değişkenleri

Bağımlı Değişkenler

- AYB Ölçeği II toplam ve alt ölçek puanları
- SDO Ölçeğinin alt boyutlarının puanları

Bağımsız Değişkenler

- Yaş
- Sınıf
- Cinsiyet
- Doğum yeri
- Yaşamının en uzun bölümünü geçirdiği yer
- Okul dışı işte çalışma durumu
- Geçtiğimiz 1 yıl içinde sağlık eğitimi alma durumu
- Sosyal aktiviteye katılma durumu
- Günlük aktivitelerini kısıtlayan engel durum varlığı
- Kiminle yaşadığı
- Ekonomik durum
- Aile ilişkisi
- Arkadaş ilişkisi
- Akrabalarıyla görüşme sıklığı
- Aile tipi
- Adolesan dahil ailedeki kişi sayısı
- Anne/baba eğitim durumu
- Anne/baba mesleği
- Sağlık güvencesi

- BKİ
- Vücut ağırlığına yönelik öz değerlendirme durumları
- Kronik hastalık durumları
- Sağlığı algılama düzeyleri
- Sağlık sorununda öncelikle yapılanlar

5.6. Verilerin Değerlendirilmesi

Her bir anketten elde edilen verilerin puanlaması, her ölçeğin kendi puanlama sistemine göre yapıldı. Sosyo demografik bilgi formu başlığı altında toplanan bağımsız değişkenlere ait veriler sınıflandırıldı. Puanlaması ve kodlaması yapılan verilerin analizi SPSS 21 istatistik paket programında yapıldı. Normallik denetimi tek örneklemlili Kolmogorov-Smirnov, Shapiro-Wilk testleri ve histogram grafikleri çizilerek yapıldı. Veriler ortalama, standart sapma, frekans, yüzde şeklinde verildi. Normal dağılım gösteren iki kategori içeren değişkenler, bağımsız gruplarda t testi ile karşılaştırıldı. Üç ve üzeri kategori içeren değişkenler normal dağılım gösterenlerde tek yönlü varyans analizi ile karşılaştırıldı. Analiz sonrası ikili karşılaştırmalar varyansları homojen olan gruplarda Tukey-HSD testi ile, homojen olmayanlarda Tamhane testleri ile değerlendirildi. Normal dağılım göstermeyenler Kruskal Wallis tek yönlü varyans analizi ile kıyaslandı. İkili kıyaslamalar Bonferroni düzeltmeli Mann-Whitney U testi ile karşılaştırıldı. (Anlamlılık sınırı: 3 grup karşılaştırmasında $p<0.0167$, 4 grup karşılaştırmasında $p<0.0083$, 5 grup karşılaştırılmasında $p<0.005$, 6 grup karşılaştırmasında $p<0.0033$ olarak alındı.) Anlamlılık sınırı $p<0.05$ ve çift yönlü olarak alındı. İki ölçek arasındaki ilişkiye Pearson korelasyonu ile bakıldı. Tek değişkenli analizlerde fark gösteren tüm değişkenler çok faktörlü varyans analizine dahil edildi.

5.7. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmaya başlamadan önce Haliç Üniversitesinden Etik Kurul Onayı alındı (Ek 6).

Araştırmanın planlama aşamasında önce araştırmanın gerçekleştirildiği Lise Yönetimi ve rehberlik servisi ile görüşülerek araştırmanın amaçları açıklandı ve

araştırmanın yürütülebilmesi için sözel izin alındı. Daha sonra İstanbul İl Milli Eğitim Mdrlğne başvurularak araştırmanın yürütülebilmesi için yazılı izin alındı (Ek 5).

Veri toplamaya başlamadan önce öğrencilere araştırmayla ilgili bilgi verildi. Anket formlarında öğrencilerin isimleri alınmadı.

5.8. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmada adolesanların sağlık davranışlarını etkilediği düşünülen sigara, alkol ve bağımlılık madde kullanımına yönelik sorular İstanbul İl Milli Eğitim Mdrlğnden izin alınamadığı için öğrencilere sorulamadı.

6. BULGULAR

Bu bölümde, lise öğrencilerinin sağlık davranışlarını ve etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla gerçekleştirilen çalışmanın bulguları yer almaktadır. Bulgular iki bölümde sunulmuştur. Birinci bölümde; lise öğrencilerin tanıtıcı özellikleri, ikinci bölümde lise öğrencilerinin sağlık davranışlarıyla ilgili bulgular yer almaktadır.

6.1. Lise Öğrencilerinin Tanıtıcı Özellikleriyle İlgili Bulgular

Bu bölümde lise öğrencilerinin tanıtıcı özelliklerine ilişkin bulgular yer almaktadır.

Tablo 6.1. Lise Öğrencilerinin Tanıtıcı Özellikleri (N=1111)

Sosyo Demografik Özellikler	n	%
Sınıf		
9	264	23,8
10	344	31
11	304	27,4
12	199	17,9
Yaş		
13	3	0,3
14	97	8,7
15	404	36,4
16	323	29,1
17	237	21,3
18	43	3,9
19	4	0,4
Cinsiyet		
Erkek	464	41,8
Kız	647	58,2
Doğum yeri		
Köy	25	2,3
ilçe	338	30,4
il	738	66,4
Yurt dışı	10	0,9
Yaşamının en uzun bölümünü geçirdiği yer		
Köy	7	0,6
İlçe	152	13,7
İl	942	84,8
Yurt dışı	10	0,9
Çalışma durumu		
Çalışan	53	4,8
Çalışmayan	1058	95,2

Tablo 6.1' in devamı

Geçtiğimiz 1 yıl içinde sağlık eğitimi alma durumu		
Evet	257	23,1
Hayır	854	76,9
Sosyal aktiviteye katılma durumu		
Katılan	563	50,7
Katılmayan	548	49,3
Günlük aktiviteleri kısıtlayan engel durum varlığı		
Var	229	20,6
Yok	882	79,4
Kiminle yaşadığı		
Ailemle	1089	98
Akrabalarımle	6	0,5
Arkadaşlarımla	8	0,7
Yurtta	8	0,7
Ekonomik durumu		
Kötü	28	2,5
Orta	532	47,9
İyi	510	45,9
Çok iyi	41	3,7
Aile ilişkisi		
Çok Kötü	22	2
Kötü	60	5,4
İyi	567	51
Çok İyi	462	41,6
Arkadaş ilişkisi		
Çok Kötü	9	0,8
Kötü	29	2,6
İyi	498	44,8
Çok iyi	575	51,8
Akrabalarla görüşme sıklığı		
Haftada 1 Kez	619	55,7
Ayda 1 Kez	270	24,3
Büyük Tatillerde	204	18,4
Hiçbir zaman	18	1,6
Toplam	1111	100

Tablo 6.1’ de görüldüğü gibi araştırmaya katılan lise öğrencilerinin %31’inin 10.sınıfa devam ettiği, %36,4’ ünün 15 yaşında olduğu, %58,2’sinin kız olduğu bulundu. Lise öğrencilerinin yaş ortalaması $15,7 \pm 1,03$ ’tür. Lise öğrencilerinin %66,4’ünün il merkezinde doğduğu ve %84,8’inin yaşamının en uzun bölümünü il merkezinde geçirdiği saptandı. Ayrıca lise öğrencilerinin %95,2’sinin okul dışında bir işte çalışmadığı, %76,9’unun geçtiğimiz 1 yıl içerisinde sağlık eğitimi almadığı saptandı. Lise öğrencilerinin %79,4’ünde günlük aktivitelerini kısıtlayan engel durum olmadığı ve %50,7’sinin sosyal aktiviteye katıldığı belirlendi.

Öğrencilerin %98’inin ailesiyle yaşadığı, %47,9’unun ailesinin ekonomik durumunun ‘orta’ olarak tanımladığı belirlendi.

Lise öğrencilerinin %51’i aileleri ile olan ilişkilerini ‘iyi’, %51,8’i arkadaşlarıyla olan ilişkilerini ‘çok iyi’ olarak belirttiği saptandı. Akrabalarıyla görüşme sıklığı değerlendirildiğinde %55,7’sinin haftada bir defa akrabalarıyla zaman geçirdikleri tespit edildi (Tablo 6.1).

Tablo 6.2. Lise Öğrencilerinin Ailesi İle İlgili Özellikleri (N=1111)

Özellikler	n	%
Aile tipi		
İki ebeveyn	1009	90,8
Tek Ebeveyn	95	8,6
Ebeveyn Yok	7	0,6
Adolesan dahil ailedeki kişi sayısı		
Yalnız	21	1,9
2-4 Kişi	680	61,2
5-7 Kişi	378	34
8-10 Kişi	24	2,2
10 Kişiden fazla	8	0,7
Annenin eğitim durumu		
Okur-Yazar Değil	35	3,2
Okur Yazar	51	4,6
İlkokul mezunu	462	41,6
Ortaokul mezunu	267	24
Lise mezunu	242	21,8
Üniversite mezunu	54	4,9
Babanın eğitim durumu		
Okur-Yazar Değil	12	1,1
Okur Yazar	21	1,9
İlkokul mezunu	338	30,4
Ortaokul mezunu	269	24,2
Lise mezunu	372	33,5
Üniversite mezunu	99	8,9
Annenin mesleği		
Ev Hanımı	806	72,5
İşçi	232	20,9
Memur	24	2,2
Emekli	5	0,5
Serbest Meslek	44	4
Babanın mesleği		
İşsiz	120	10,8
İşçi	593	53,4
Memur	92	8,3
Emekli	30	2,7
Serbest Meslek	276	24,8

Tablo 6.2' nin devamı

Sağlık güvencesi		
Emekli Sandığı	67	6
SSK	809	72,8
Bağ-Kur	131	11,8
Yeşil Kart	17	1,5
Özel Sağlık Sigortası	31	2,8
Sağlık Güvencesi Yok	56	5
Toplam	1111	100

Lise öğrencilerinin aileleri ile ilgili özellikleri incelendiğinde; %90,8'inin iki ebeveyne (anne ve baba birlikte) sahip olduğu, %61,2'sinin adolesan dahil ailedeki kişi sayısının 2-4 kişi olduğu tespit edildi. Lise öğrencilerinin %41,6'sının annesinin ilkokul mezunu olduğu, %33,5'inin babasının lise mezunu olduğu, %72,5'inin annesinin ev hanımı olduğu, %53,4'ünün babasının işçi olduğu saptandı.

Lise öğrencilerinin sağlık güvencesine sahip olma durumlarına bakıldığında ise %72,8'inin sağlık güvencesinin sosyal sigortalar kurumu olduğu görüldü (Tablo 6.2).

Tablo 6.3. Lise Öğrencilerinin Beden Kitle İndeksi ve Vücut Ağırlığına Yönelik Öz Değerlendirme Durumları (N=1111)

Özellikler	n	%
Beden Kitle İndeksi (BKİ)*		
Zayıf (BKİ < 5. persentil)	87	7,8
Normal (5. persentil ≤ BKİ < 85. persentil)	897	80,7
Hafif Şişman (85. persentil ≤ BKİ < 95. persentil)	96	8,6
Şişman (BKİ ≥ 95. persentil)	31	2,8
Vücut ağırlığına yönelik öz değerlendirme		
Zayıf	222	20
Normal	790	71,1
Şişman	99	8,9
Toplam	1111	100

(*) (CDC, 2011)

Lise öğrencilerinin BKİ incelendiğinde, %80,7'sinin normal vücut ağırlığına sahip olduğu saptandı. Vücut ağırlığına yönelik öz değerlendirmelerinin dağılımına bakıldığında ise, lise öğrencilerinden %71,1'i kendini 'normal' bulduğunu belirtti (Tablo 6.3).

Tablo 6.4. Lise Öğrencilerinin Kronik Hastalık Durumları, Sağlığı Algılama Düzeyleri ve Sağlık Sorununda Öncelikle Yapılanlar (N=1111)

Özellikler	n	%
Kronik hastalık varlığı		
Yok	1013	91,2
Var	98	8,8
Sağlığını algılama düzeyi		
Çok Kötü	10	0,9
Kötü	45	4,1
İyi	684	61,6
Çok iyi	372	33,5
Sağlık sorununda öncelikle yapılan		
Hastalığının geçmesini beklerim	334	30,1
Kendi başıma hemen bir sağlık kuruluşuna giderim	308	27,7
Birilerinin beni sağlık kuruluşuna götürmesini beklerim	326	29,3
Evde bulunan ilaçları kullanırım	86	7,7
Ailemle birlikte sağlık kuruluşuna giderim	57	5,1
Toplam	1111	100

Tablo 6.4'te görüldüğü gibi lise öğrencilerinin %91,2'si herhangi bir kronik hastalığının olmadığını belirtti. Lise öğrencilerinin %61,6'sının kendi sağlık durumunu 'iyi' olarak değerlendirdiği saptandı. Lise öğrencilerinin %30,1'i sağlık sorunu olduğunda öncelikle yapacakları şeyin, hastalıklarının geçmesini beklemek olduğunu, %29,3'ü ise birilerinin kendilerini doktora götürmesini bekleyeceklerini bildirdi (Tablo 6.4).

Tablo 6.5. Lise Öğrencilerinin Kronik Hastalıklarının Dağılımı (N=98)*

Kronik Hastalıklar	n	%
Solunum Sistemi	29	29,6
Dolaşım Sistemi	15	15,3
Endokrin Sistem	10	10,2
Hareket Sistemi	9	9,1
Sindirim Sistemi	8	8,2
Hematopoetik Sistem	7	7,1
İmmün Sistem	6	6,1
Üriner Sistem	5	5,1
Sinir Sistemi	5	5,1
Ruhsal	4	4,1
Deri ve Deri Altı	1	1
Kulak-Burun-Boğaz	1	1
Neoplastik	1	1
Genetik	1	1
Enfeksiyon	1	1

(*)Bazı lise öğrencilerinde birden fazla hastalık bulunmaktadır.

Lise öğrencilerinin hekim tarafından belirlenmiş, sürekli kontrole gitmeyi veya ilaç kullanmayı gerektiren hastalık durumlarının varlığı incelendiğinde 98 kişi kronik hastalığı olduğunu belirtti (Tablo 6.4). Lise öğrencilerinin kronik hastalığı olan ya da ilaç kullanmasını gerektiren hastalıklarının %29,6'sı solunum sistemi hastalıkları, %15,3'ü dolaşım sistemi hastalıkları, %10,2'si endokrin sistem hastalıkları, %9,1'i hareket sistemi hastalıkları, %8,2'si sindirim sistemi hastalıkları ile ilgili olduğu saptandı (Tablo 6.5).

6.2. Lise Öğrencilerinin Sağlık Davranışları İle İlgili Bulgular

Bu bölümde AYB II ölçeği ve SDO ölçeği ile ilgili bulgular yer almaktadır.

Tablo 6.6. Lise Öğrencilerinin AYB II Ölçeği ve SDO Ölçeği Puan Ortalamaları (N=1111)

Ölçekler		Min- Max Puanlar	\bar{x}	SD
AYB II Ölçeği ve Alt Ölçekleri	Sağlık Sorumluluğu	7-28	15,92	3,97
	Fiziksel Aktivite	6-24	15,21	4,08
	Beslenme	7-28	18,44	3,6
	Pozitif Yaşam Algısı	6-24	17,95	3,55
	Kişilerarası İlişkiler	6-24	17,82	3,39
	Stres Yönetimi	6-24	17,77	3,09
	Spiritüel Sağlık	6-24	15,65	3,55
	AYB II Toplam Puan	44-176	118,77	18,17
SDO Ölçeği Alt Boyutları	İç Kontrol Denetim Odağı	6-36	25,19	5,53
	Dış Kontrol Denetim Odağı	6-36	21,34	5,64
	Şans-Kaderci Yaklaşım	6-36	16,15	5,68

Tablo 6.6’da araştırmaya katılan öğrencilerin AYB II ölçek/alt ölçeklerinden ve SDO alt ölçeklerinden, aldıkları puan ortalamaları ve standart sapmaları yer almaktadır. AYB II ölçeği toplam puan ortalaması $118,77 \pm 18,17$, sağlık sorumluluğu alt ölçek puan ortalaması $15,92 \pm 3,97$, fiziksel aktivite alt ölçek puan ortalaması $15,21 \pm 3,97$, beslenme alt ölçek puan ortalaması $18,44 \pm 3,6$, pozitif yaşam algısı alt ölçek puan ortalaması $17,95 \pm 3,55$, kişilerarası ilişkiler alt ölçek puan ortalaması $17,82 \pm 3,39$, stres yönetimi alt ölçek puan ortalaması $17,77 \pm 3,09$, spiritüel sağlık alt ölçek puan ortalaması $15,65 \pm 3,55$ saptandı. SDO ölçeğinin iç kontrol denetim odağı alt boyut puan ortalaması $25,19 \pm 5,53$, dış kontrol denetim odağı alt boyut puan ortalaması $21,34 \pm 5,64$ ve şans kaderci yaklaşım alt boyut puan ortalaması $16,15 \pm 5,68$ bulundu.

Tablo 6.7. Lise Öğrencilerinin Sınıflarına Göre AYB II Ölçeği ve SDO Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N=1111)

Ölçekler		9.Sınıf (n=264)	10.Sınıf (n=344)	11. Sınıf (n=304)	12. Sınıf (n=199)	F	p*
		$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$		
AYB II Ölçeği ve Alt Ölçekleri	Sağlık Sorumluluğu	15,83±3,97	15,80±3,99	15,90±4,02	16,26±3,85	0,638	0,59
	Fiziksel Aktivite	15,39±4,09 ^d	15,68±4,05 ^d	15,14±4,15	14,28±3,90 ^{ab}	5,256	0,001
	Beslenme	18,66±3,62	18,52±3,66	18,44±3,72	18,02±3,29	1,296	0,274
	Pozitif Yaşam Algısı	17,49±3,65	18,13±3,62	17,94±3,52	18,27±3,28	2,305	0,075
	Kişilerarası İlişkiler	17,33±3,32 ^c	18,03±3,41	18,06±3,35 ^a	17,76±3,44	2,829	0,037
	Stres Yönetimi	17,33±3,21	17,91±3,08	17,95±3,14	17,87±2,83	2,383	0,068
	Spiritüel Sağlık	15,17±3,77 ^d	15,50±3,44	15,93±3,59	16,11±3,27 ^a	3,566	0,014
	AYB II Toplam Puan	117,20±18,80	119,58±18,30	119,36±18,63	118,56±16,30	0,994	0,395
SDO Ölçeği Alt Boyutları	İç Kontrol Denetim Odağı	24,59±5,52	25,38±5,66	25,35±5,57	24,43±5,20	1,39	0,244
	Dış Kontrol Denetim Odağı	21,89±5,79	21,11±5,52	21,42±5,60	20,89±5,66	1,473	0,22
	Şans-Kaderci Yaklaşım	15,92±5,95	15,67±5,59	16,77±5,71	16,32±5,38	2,204	0,086

* Oneway anova testi yapıldı. İkili karşılaştırmalar Tukey HSD testi ile yapıldı.

a= p<0.05 9. sınıftan farklı olduğunda

b= p<0.05 10. sınıftan farklı olduğunda

c= p<0.05 11. sınıftan farklı olduğunda

d= p<0.05 12. sınıftan farklı olduğunda

Lise öğrencilerinin sınıflarına göre AYB II ölçeği ve SDO ölçeği puan ortalamaları karşılaştırıldığında; 9. ve 10. sınıf öğrencilerinin fiziksel aktivite alt ölçeği puan ortalaması, 12. sınıflara göre istatistiksel açıdan anlamlı derecede yüksek bulundu ($p<0,05$). 11. sınıf öğrencilerinin kişilerarası ilişkiler alt ölçeği puan ortalaması, 9.sınıflara göre istatistiksel açıdan anlamlı derecede yüksek bulundu ($p<0,05$). 12. Sınıf öğrencilerinin spiritüel sağlık alt ölçeği puan ortalaması, 9. sınıflara göre istatistiksel açıdan anlamlı derecede yüksek bulundu ($p<0,05$).

Öğrencilerin sınıflarına göre AYB II ölçeğinin diğer alt ölçeklerinde, toplam puanında ve SDO ölçeği alt boyutlarının puan ortalamalarında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmadı ($p>0,05$) (Tablo 6.7).

Tablo 6.8. Lise Öğrencilerinin Cinsiyetine Göre AYB II Ölçeği ve SDO Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N=1111)

Ölçekler		Kız (n=647)	Erkek (n=464)	t	p*
		$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$		
AYB II Ölçeği ve Alt Ölçekleri	Sağlık Sorumluluğu	15,68±3,94	16,24±3,98	2,305	0,021
	Fiziksel Aktivite	14,29±3,98	16,49±3,88	9,208	<0,001
	Beslenme	17,90±3,57	19,20±3,52	6,028	<0,001
	Pozitif Yaşam Algısı	17,98±3,64	17,90±3,43	-0,373	0,709
	Kişilerarası İlişkiler	18,20±3,41	17,31±3,28	-4,381	<0,001
	Stres Yönetimi	17,84±3,08	17,69±3,10	-0,797	0,426
	Spiritüel Sağlık	15,51±3,64	15,85±3,40	1,585	0,113
	AYB II Toplam Puan	117,40±18,19	120,68±17,99	2,977	0,003
SDO Ölçeği Alt Boyutları	İç Kontrol Denetim Odağı	24,62±5,54	25,99±5,42	4,114	<0,001
	Dış Kontrol Denetim Odağı	21,13±5,61	21,64±5,67	1,494	0,135
	Şans-Kaderci Yaklaşım	16,39±5,67	15,81±5,70	-1680	0,093

* t-testi uygulandı.

Lise öğrencilerinin cinsiyetine göre AYB II ölçeği puan ortalamaları karşılaştırıldığında; erkek öğrencilerin sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, beslenme alt ölçek puan ortalamaları ve AYB II toplam puan ortalaması kız öğrencilere göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulundu ($p<0,05$). Kız öğrencilerin kişilerarası ilişkiler alt ölçek puan ortalaması erkek öğrencilere göre istatistiksel açıdan anlamlı derecede yüksek bulundu ($p<0,05$). Cinsiyete göre AYB II ölçeğinin pozitif yaşam algısı, stres yönetimi, spiritüel sağlık alt ölçek puan ortalamalarında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($p>0,05$).

Öğrencilerin cinsiyetine göre SDO ölçeği puan ortalamaları karşılaştırıldığında; erkek öğrencilerin iç kontrol denetim odağı alt boyut puan ortalaması, kız öğrencilere göre istatistiksel açıdan anlamlı derecede yüksek bulundu ($p<0,05$). Cinsiyete göre SDO ölçeğinin dış kontrol denetim odağı ve şans-kaderci yaklaşım alt boyut puan ortalamalarında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı ($p>0,05$) (Tablo 6.8).

Tablo 6.9. Lise Öğrencilerinin Doğum Yerlerine Göre AYB II Ölçeği ve SDO Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N=1111)

Ölçekler		Köy (n=25)	İlçe (n=338)	İl (n=738)	Yurt Dışı (n=10)	X ²	p*
		$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$		
AYB II Ölçeği ve Alt Ölçekleri	Sağlık Sorumluluğu	16,08±4,04	15,95±4,23	15,89±3,84	16,5±4,74	0,73	0,866
	Fiziksel Aktivite	15,88±4,92	15,34±4,15	15,11±4,05	16,7±2,31	2,967	0,397
	Beslenme	17,48±3,92	18,51±3,77	18,47±3,51	16,7±4,24	4,422	0,219
	Pozitif Yaşam Algısı	18,24±3,41	17,63±3,77	18,1±3,46	16,9±2,51	4,061	0,255
	Kişilerarası İlişkiler	17,24±4,21	17,46±3,49	18,06±3,26	14,2±4,32	13,829	0,051
	Stres Yönetimi	17,64±3,55	17,46±3,27	17,94±2,99	16,6±3,17	6,345	0,096
	Spiritüel Sağlık	16±4,21	15,35±3,49	15,78±3,56	15,2±2,66	3,984	0,263
	AYB II Toplam Puan	18,56±21,36	117,7±19,09	119,35±17,68	112,8±12,84	3,661	0,301
SDO Ölçeği Alt Boyutları	İç Kontrol Denetim Odağı	25,96±6,27	24,93±5,55	25,3±5,51	23,6±4,53	2,921	0,404
	Dış Kontrol Denetim Odağı	19,96±5,7	21,86±5,52	21,19±5,67	18,1±5,55	8,458	0,053
	Şans-Kaderci Yaklaşım	16,72±6,69	16,39±5,61	15,98±5,69	18,5±5,36	3,89	0,274

* Kruskal-Wallis testi uygulandı.

Lise öğrencilerinin doğum yerlerine göre; AYB II ölçeği puan ortalamaları ve SDO ölçeği puan ortalamaları karşılaştırıldığında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmadı ($p>0,05$) (Tablo 6.9).

Tablo 6.10. Lise Öğrencilerinin Yaşamlarının En Uzun Bölümünü Geçirdikleri Yere Göre İle AYB II Ölçeği ve SDO Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N=1111)

Ölçekler		Köy (n=7)	İlçe (n=152)	İl (n=942)	Yurt Dışı (n=10)	X ²	p*
		$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$		
AYB II Ölçeği ve Alt Ölçekleri	Sağlık Sorumluluğu	17,14±2,34	16,03±3,89	15,87±3,98	16±5,1	1,539	0,673
	Fiziksel Aktivite	15,14±3,39	15,41±3,98	15,18±4,12	15,2±4,13	0,393	0,942
	Beslenme	18,57±4,69	18,73±3,72	18,42±3,58	16,5±3,72	3,433	0,33
	Pozitif Yaşam Algısı	17,57±1,27	17,74±3,64	17,99±3,55	17,9±3,51	1,032	0,794
	Kişilerarası İlişkiler	15,86±2,97	17,56±3,37	17,91±3,37	14,9±4,41	10,066	0,051
	Stres Yönetimi	17,57±1,99	17,69±3,17	17,8±3,08	16,4±4,12	1,209	0,751
	Spiritüel Sağlık	15,71±3,4	15,41±3,48	15,67±3,57	17,5±2,55	4,568	0,206
	AYB II Toplam Puan	117,57±14,02	118,68±18,82	118,84±18,09	114,4±20,75	1,452	0,693
SDO Ölçeği Alt Boyutları	İç Kontrol Denetim Odağı	27,86±4,88	25,51±5,02	25,13±5,62	24,2±4,34	2,495	0,476
	Dış Kontrol Denetim Odağı	19,71±7,57	22,2±5,18 ^d	21,27±5,68 ^d	16,2±4,37 ^{bc}	12,681	0,005
	Şans-Kaderci Yaklaşım	16,14±4,91	16,64±5,28	16,03±5,74	19,9±6,05	5,967	0,113

* Kruskal-Wallis testi uygulandı. İkili kıyaslamalar Bonferroni düzeltilmeli Mann-Whitney U testi ile karşılaştırıldı.

a= p<0.0083 'Köy' den farklı olduğunda

b=p<0.0083 'İlçe' den farklı olduğunda

c= p<0.0083 'İl' den farklı olduğunda

d= p<0.0083 'Yurt Dışı' dan farklı olduğunda

Lise öğrencilerinin yaşamlarının en uzun bölümünü geçirdikleri yere göre AYB II ölçeği puan ortalamaları karşılaştırıldığında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmadı ($p>0,05$).

Öğrencilerin yaşamlarının en uzun bölümünü geçirdikleri yere göre SDO ölçeği puan ortalamaları karşılaştırıldığında; yaşamlarının en uzun bölümünü ilçe ve ilde geçiren lise öğrencilerin dış kontrol denetim odağı alt boyut puan ortalaması yaşamlarının en uzun bölümünü yurt dışında geçirenlere göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulundu ($p<0,05$). Yaşamlarının en uzun bölümünü geçirdikleri yere göre SDO ölçeğinin iç kontrol denetim odağı ve şans-kaderci yaklaşım alt boyut puan ortalamalarında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı ($p>0,05$) (Tablo 6.10).

Tablo 6.11. Lise Öğrencilerinin Okul Dışı İşte Çalışma Durumlarına Göre AYB II Ölçeği ve SDO Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N=1111)

Ölçekler		Çalışan (n=53)	Çalışmayan (n=1058)	t	p*
		$\bar{X}\pm SD$	$\bar{X}\pm SD$		
AYB II Ölçeği ve Alt Ölçekleri	Sağlık Sorumluluğu	15,43±4,00	15,94±3,97	-0,901	0,371
	Fiziksel Aktivite	14,68±3,86	15,24±4,09	-1,026	0,309
	Beslenme	17,83±3,70	18,47±3,60	-1,236	0,222
	Pozitif Yaşam Algısı	16,92±3,05	18,00±3,57	-2,481	0,016
	Kişilerarası İlişkiler	16,68±3,35	17,88±3,38	-2,549	0,013
	Stres Yönetimi	16,64±3,24	17,83±3,08	-2,615	0,011
	Spiritüel Sağlık	15,04±3,35	15,68±3,56	-1,356	0,180
	AYB II Toplam Puan	113,23±15,99	119,05±18,24	-2,568	0,013
SDO Ölçeği Alt Boyutları	İç Kontrol Denetim Odağı	25,89±6,26	25,16±5,49	0,833	0,409
	Dış Kontrol Denetim Odağı	19,40±5,37	21,44±5,63	-2,691	0,009
	Şans-Kaderci Yaklaşım	17,17±5,62	16,10±5,69	1,357	0,180

* t-testi uygulandı.

Lise öğrencilerinin okul dışı işte çalışma durumlarına göre AYB II ölçeği puan ortalamaları karşılaştırıldığında; okul dışı işte çalışmayan lise öğrencilerinin pozitif yaşam algısı, kişilerarası ilişkiler, stres yönetimi alt ölçek puan ortalamaları ve AYB II toplam puan ortalaması okul dışı işte çalışan lise öğrencilerine göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulundu ($p<0,05$). Okul dışı işte çalışma durumuna göre AYB II ölçeğinin sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, beslenme, spiritüel sağlık alt ölçek puan ortalamalarında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($p>0,05$).

Öğrencilerin okul dışı işte çalışma durumlarına göre SDO ölçeği puan ortalamaları karşılaştırıldığında; okul dışı işte çalışmayan lise öğrencilerinin dış kontrol denetim odağı alt boyut puan ortalaması okul dışı işte çalışan lise öğrencilerine göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulundu ($p<0,05$). Okul dışı işte çalışma durumlarına göre SDO ölçeğinin iç kontrol denetim odağı ve şans-kadenci yaklaşım alt boyut puan ortalamalarında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı ($p>0,05$) (Tablo 6.11).

Tablo 6.12. Lise Öğrencilerinin Aile Tipine Göre AYB II Ölçeği ve SDO Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N=1111)

Ölçekler		İki Ebeveyn (Anne ve babayla birlikte) (n=1009)	Tek Ebeveyn (Sadece anne veya sadece baba) (n=95)	Ebeveyn Yok (n=7)	X ²	p*
		$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$		
AYB II Ölçeği ve Alt Ölçekleri	Sağlık Sorumluluğu	16,01±3,9	15,24±4,44	11,86±5,34	8,515	0,051
	Fiziksel Aktivite	15,29±4,09 ^c	14 71±3,92	11,29±3,68 ^a	8,095	0,017
	Beslenme	18,55±3,61 ^{bc}	17,69±3,14 ^{ac}	13,14±4,74 ^{ab}	15,725	<0,001
	Pozitif Yaşam Algısı	18,06±3,53 ^{bc}	17,14±3,43 ^a	13,14±4,6 ^a	14,193	0,001
	Kişilerarası İlişkiler	17,92±3,37 ^c	17,25±3,01 ^c	11,86±4,85 ^{ab}	14,643	0,001
	Stres Yön timi	17,81±3,11	17,57±2,95	15,86±3,44	2,222	0,329
	Spiritüel Sağlık	15,68±3,54	15,57±3,66	12,86±3,67	3,719	0,156
	AYB II Toplam Puan	119,31±18,13 ^{bc}	115,17±16,53 ^{ac}	90±19,21 ^{ab}	16,987	<0,001
SDO Ölçeği Alt Boyutları	İç Kontrol Denetim Odağı	25,33±5,44	24 13± 5,89	19,43±9,47	7,646	0,051
	Dış Kontrol Denetim Odağı	21,49±5,61 ^c	20,16±5,83	16,14±3,24 ^a	11,209	0,004
	Şans-Kaderci Yaklaşım	16,07±5,73	16,83±4,84	18,29±9,27	3,224	0,2

* Kruskal-Wallis testi uygulandı. İkili kıyaslamalar Bonferroni düzeltilmeli Mann-Whitney U testi ile karşılaştırıldı.

a= p<0.0167 'İki Ebeveyn (Anne ve babayla birlikte)'den farklı olduğunda

b=p<0.0167 'Tek Ebeveyn (Sadece anne veya sadece baba)'den farklı olduğunda

c= p<0.0167 'Ebeveyn Yok' tan farklı olduğunda

Lise öğrencilerinin aile tipine göre AYB II ölçeği puan ortalamaları karşılaştırıldığında; iki ebeveynli aile tipine sahip öğrencilerin fiziksel aktivite alt ölçek puan ortalaması ebeveyn olmayan aile tipine göre istatistiksel açıdan anlamlı derecede yüksek bulundu ($p<0,05$). İki ebeveynli aile tipine sahip öğrencilerin beslenme, pozitif yaşam algısı alt ölçek ve AYB II toplam puan ortalaması diğer gruplara göre istatistiksel açıdan anlamlı derecede yüksek bulundu ($p<0,001$). Ebeveyn olmayan aile tipine sahip öğrencilerin kişilerarası ilişkiler alt ölçek puan ortalaması diğer gruplara göre istatistiksel açıdan anlamlı derecede düşük bulundu ($p<0,05$). Aile tipine göre AYB II ölçeğinin sağlık sorumluluğu, stres yönetimi ve spiritüel sağlık alt ölçek puan ortalamalarında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($p>0,05$).

Öğrencilerin aile tipine göre SDO ölçeği puan ortalamaları karşılaştırıldığında; iki ebeveynli aile tipine sahip öğrencilerin dış kontrol denetim odağı alt boyut puan ortalaması ebeveyn olmayan aile tipine göre anlamlı derecede yüksek bulundu ($p<0,05$). Aile tipine göre SDO ölçeğinin iç kontrol denetim odağı ve şans-kaderci yaklaşım alt boyut puan ortalamalarında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı ($p>0,05$) (Tablo 6.12).

Tablo 6.13. Lise Öğrencilerinin Yaşadıkları Ortama Göre AYB II Ölçeği ve SDO Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N=1111)

Ölçekler		Ailesiyle (n=1089)	Akrabalarıyla (n=6)	Arkadaşlarıyla (n=8)	Yurtta (n=8)	X ²	p*
		$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$		
AYB II Ölçeği ve Alt Ölçekleri	Sağlık Sorumluluğu	15,92±3,95	14,83±3,06	16,75±7,03	15±4,72	0,704	0,872
	Fiziksel Aktivite	15,23±4,09	14,33±3,08	14,38±5,21	14±3,59	1,426	0,699
	Beslenme	18,46±3,57	18±4,1	16,38±5,6	19,13±6,15	4,433	0,218
	Pozitif Yaşam Algısı	17,98±3,53	16,5±1,87	16±4,38	16,25±5,57	4,349	0,226
	Kişilerarası İlişkiler	17,87±3,35	17,83±4,31	14,38±5,04	15,75±4,5	7,227	0,065
	Stres Yönetimi	17,8±3,09	16,83±2,14	15±4,54	17,75±2,43	5,963	0,113
	Spiritüel Sağlık	15,65±3,54	13,83±4,62	16,13±4,88	15,88±2,9	2,152	0,541
	AYB II Toplam Puan	118,92±17,99	112,17±15,08	109±31,98	113,75±27,26	4,14	0,247
SDO Ölçeği Alt Boyutları	İç Kontrol Denetim Odağı	25,21±5,49	28,67±5,82	22,25±7,25	22,88±7,92	4,779	0,189
	Dış Kontrol Denetim Odağı	21,38±5,61	16,17±7,08	20,75±8,38	20,25±4,06	4,276	0,233
	Şans-Kaderci Yaklaşım	16,06±5,62	17,67±5,2	22,88±8,59	19,63±7,33	9,907	0,051

* Kruskal-Wallis testi uygulandı.

Lise öğrencilerinin yaşadıkları ortama göre; AYB II ölçeği puan ortalamaları ve SDO ölçeği puan ortalamaları karşılaştırıldığında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmadı ($p>0,05$) (Tablo 6.13).

Tablo 6.14. Lise Öğrencilerinin Adolessan Dahil Ailedeki Kişi Sayısına Göre AYB II Ölçeği ve SDO Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N=1111)

Ölçekler		Yalnız (n=21)	2-4 Kişi (n=680)	5-7 Kişi (n=378)	8-10 Kişi (n=24)	10 Kişiden Fazla (n=8)	X ²	p*
		$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$		
AYB II Ölçeği ve Alt Ölçekleri	Sağlık Sorumluluğu	15,81±4,78	16,05±4,11	15,78±3,58	14,08±4,42	17,13±4,97	1,838	0,607
	Fiziksel Aktivite	15,14±4,83	15,32±4,01	15,04±4,19	15,13±4,15	14,63±4,07	1,888	0,596
	Beslenme	19,95±3,61	18,47±3,54	18,37±3,7	18,21±3,27	16,5±4,96	3,5	0,321
	Pozitif Yaşam Algısı	18,86±3,97	18,07±3,55	17,75±3,57	17,54±2,86	15,88±3,68	6,125	0,106
	Kişilerarası İlişkiler	17,1±3,88	17,89±3,34 ^d	17,91±3,39	16,5±3,39 ^b	14,38±4,31	8,26	0,041
	Stres Yönetimi	18,67±3,79	17,96±3,02	17,49±3,14	16,83±3,09	15,75±3,81	12,434	0,051
	Spiritüel Sağlık	15,76±5,04	15,69±3,48	15,6±3,57	14,58±3,82	17,25±3,41	0,605	0,895
	AYB II Toplam Puan	121,29±23,85	119,45±17,91	117,94±18,34	112,88±14,96	111,5±22,68	5,614	0,132
SDO Ölçeği AltBoyutları	İç Kontrol Denetim Odağı	26,19±4,99	25,12±5,67	25,47±5,2	22,5±6,78	23,5±5,13	5,38	0,146
	Dış Kontrol Denetim Odağı	19,33±8,03	21,24±5,62	21,75±5,5	19,71±5,46	20,88±6,17	4,971	0,174
	Şans-Kaderci Yaklaşım	16,1±7,18	16,19±5,57	16,03±5,62	15,04±8,36	21,5±3,21	0,653	0,884

* Kruskal-Wallis testi uygulandı. İkili kıyaslamalar Bonferroni düzeltmeli Mann-Whitney U testi ile karşılaştırıldı.

a= p<0.005 'Yalnız' dan farklı olduğunda

b= p<0.005 '2-4 Kişi'den farklı olduğunda

c= p<0.005 '5-7 Kişi'den farklı olduğunda

d= p<0.005 '8-10 Kişi'den farklı olduğunda

e= p<0.005 '10 Kişiden Fazla'dan farklı olduğunda

Lise öğrencilerinin adolesan dahil ailedeki kişi sayısına göre AYB II ölçeği puan ortalamaları karşılaştırıldığında; adolesan dahil ailedeki kişi sayısı 2-4 kişi olan lise öğrencilerinin kişilerarası ilişkiler alt ölçek puan ortalaması adolesan dahil ailedeki kişi sayısı 8-10 kişi olanlara göre daha yüksek bulundu ($p<0,05$). Adolesan dahil ailedeki kişi sayısına göre AYB II ölçeğinin sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, beslenme, pozitif yaşam algısı, stres yönetimi, spiritüel sağlık alt ölçek puan ortalamaları ve toplam puan ortalamasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($p>0,05$).

Öğrencilerin adolesan dahil ailedeki kişi sayısına göre SDO ölçeği puan ortalamaları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı ($p>0,05$) (Tablo 6.14).

Tablo 6.15. Lise Öğrencilerinin Annelerinin Eğitim Durumuna Göre AYB II Ölçeği ve SDO Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N=1111)

Ölçekler	Okur-Yazar Değil (n=35)	Okur-Yazar (n=51)	İlkokul Mezunu (n=462)	Orta Okul Mezunu (n=267)	Lise Mezunu (n=242)	Üniversite Mezunu (n=54)	X ²	p*	
	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$			
AYB II Ölçeği ve Alt Ölçekleri	Sağlık Sorumluluğu	14,46±4,6	16,24±3,65	15,75±3,67	16,35±3,89	15,99±4,45	15,52±4,25	9,054	0,107
	Fiziksel Aktivite	14,49±4,23	15,61±4,16	14,61±4,04 ^{de}	15,69±3,89 ^c	15,86±4,25 ^c	15,24±3,92	19,309	0,002
	Beslenme	16,83±4,09	18,51±3,47	18,28±3,47	18,77±3,72	18,78±3,65	17,72±3,48	13,219	0,051
	Pozitif Yaşam Algısı	16,57±4,12	16,98±3,54	17,88±3,54	18,13±3,52	18,36±3,54	17,61±3,18	13,417	0,051
	Kişilerarası İlişkiler	16,66±4,3	17,51±3,4	17,89±3,26	17,82±3,38	18,08±3,5	17,17±3,2	5,89	0,317
	Stres Yönetimi	16,66±3,24	17,45±3,38	17,73±3,12	17,82±2,87	18,13±3,13	17,41±3,31	8,18	0,147
	Spiritüel Sağlık	14,94±3,62	14,76±3,52	15,51±3,45	15,79±3,65	15,96±3,63	16,04±3,4	9,194	0,102
	AYB II Toplam Puan	110,6±21,16	117,06±17,27	117,64±17,39	120,37±18,11	121,17±19,51	116,7±15,55	13,9	0,052
SDO Ölçeği Alt Boyutları	İç Kontrol Denetim Odağı	22,63±7,17 ^e	24,31±5,61	25,15±5,23	24,99±5,69	26,11±5,49 ^a	24,98±5,58	14,31	0,014
	Dış Kontrol Denetim Odağı	21,03±6,69	21,51±4,21	21,43±5,5	21,29±5,5	21,43±6,1	20,46±5,97	2,017	0,847
	Şans-Kaderci Yaklaşım	18,2±6,85	16,51±6,04	16,07±5,68	15,96±5,49	15,75±5,65	17,85±5,38	10,36	0,066

* Kruskal-Wallis testi uygulandı. İkili kıyaslamalar Bonferroni düzeltmeli Mann-Whitney U testi ile karşılaştırıldı.

a= p<0.0033 'Okur-Yazar Değil' den farklı olduğunda

b= p<0.0033 'Okur-Yazar' dan farklı olduğunda

c= p<0.0033 'İlkokul Mezunu' dan farklı olduğunda

d= p<0.0033 'Orta Okul Mezunu' dan farklı olduğunda

e= p<0.0033 'Lise Mezunu' dan farklı olduğunda

f= p<0.0033 'Üniversite Mezunu' dan farklı olduğunda

Lise öğrencilerinin annelerinin eğitim durumlarına göre AYB II ölçeği puan ortalamaları karşılaştırıldığında; annesi ortaokul ve lise mezunu olan öğrencilerin fiziksel aktivite alt ölçek puan ortalaması annesi ilkokul mezunu olanlara göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulundu ($p<0,05$). Annelerinin eğitim durumlarına göre AYB II ölçeğinin sağlık sorumluluğu, beslenme, pozitif yaşam algısı, kişilerarası ilişkiler, stres yönetimi, spiritüel sağlık alt ölçek puan ortalamaları ve toplam puan ortalamasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($p>0,05$).

Öğrencilerin annelerinin eğitim durumlarına göre SDO ölçeği puan ortalamaları karşılaştırıldığında; annesi lise mezunu olan öğrencilerin iç kontrol denetim odağı alt boyut puan ortalaması annesi okur-yazar olmayanlara göre daha yüksek bulundu ($p<0,05$). Annelerinin eğitim durumlarına göre SDO ölçeğinin dış kontrol denetim odağı ve şans-kaderci yaklaşım alt boyut puan ortalamalarında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı ($p>0,05$) (Tablo 6.15).

Tablo 6.16. Lise Öğrencilerinin Babalarının Eğitim Durumuna Göre AYB II Ölçeği ve SDO Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N=1111)

Ölçekler		Okur-Yazar Değil (n=12)	Okur-Yazar (n=21)	İlkokul Mezunu (n=338)	Ortaokul Mezunu (n=269)	Lise Mezunu (n=372)	Üniversite Mezunu (n=99)	X ²	p*
		$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$		
AYB II Ölçeği ve Alt Ölçekleri	Sağlık Sorumluluğu	13±3,91	14,62±4,09	15,94±3,68	16,14±3,93	15,97±4,18	15,64±4,1	7,668	0,175
	Fiziksel Aktivite	13,67±3,96	14,38±3,73	14,85±4,06	15,41±4,09	15,33±4,06	15,82±4,28	7,79	0,168
	Beslenme	16±4,05	17,48±3,31	18,32±3,5	18,57±3,75	18,59±3,6	18,48±3,57	6,146	0,292
	Pozitif Yaşam Algısı	14,92±4,93	16,43±3,78	17,85±3,39	18,01±3,56	18,11±3,45	18,2±3,43	9,614	0,087
	Kişilerarası İlişkiler	15,67±4,6	16±3,77	17,81±3,18	17,81±3,59	17,98±3,28	18,01±3,53	7,915	0,161
	Stres Yönetimi	175 (10-21)	17,05±3,6	17,75± 3,14	17,83±3,04	17,77±3,01	18,01±3,29	2,778	0,734
	Spiritüel Sağlık	16,75±3,14	13,19±2,52	15,66±3,34	15,55±3,69	15,8±3,65	15,96±3,5	13,723	0,051
	AYB II Toplam Puan	104,67±24,07	109,14±16,24	118,17±17,27	119,33±18,08	119,55±18,63	120,12±18,39	10,167	0,071
SDO Ölçeği Alt Boyutları	İç Kontrol Denetim Odağı	21,83±7,13	24,05±7,07	25,26±5,49	24,99±5,66	25,54±5,27	24,84±5,63	4,953	0,422
	Dış Kontrol Denetim Odağı	20±5,91	20,09±5,15	21,19±5,89	21,32±5,65	21,43± 5,51	21,84±5,39	1,895	0,864
	Şans-Kaderci Yaklaşım	18,67±8,35	17,9±6,82	16,18±5,59	15,93±5,61	16,07±5,54	16,25±6,16	3,32	0,651

* Kruskal-Wallis testi uygulandı.

Lise öğrencilerinin babalarının eğitim durumlara göre; AYB II ölçeği puan ortalamaları ve SDO ölçeği puan ortalamaları karşılaştırıldığında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmadı ($p>0,05$) (Tablo 6.16).

Tablo 6.17. Lise Öğrencilerinin Annelerinin Mesleğine Göre AYB II Ölçeği ve SDO Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N=1111)

Ölçekler		Ev Hanımı (n=806)	İşçi (n=232)	Memur (n=24)	Serbest Meslek (n=44)	Emekli (n=5)	X ²	p*
		$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$		
AYB II Ölçeği ve Alt Ölçekleri	Sağlık Sorumluluğu	15,98±4,03	15,83±3,91	15,25±4,27	16±1,87	15,52±3,3	1,111	0,893
	Fiziksel Aktivite	15,22±4,08	14,89±4,18	17,75±3,93	13,6±1,52	15,52±3,57	11,053	0,052
	Beslenme	18,55±3,71	17,99±3,25	18,92±3,86	18,4±3,13	18,7±3,25	4,48	0,345
	Pozitif Yaşam Algısı	17,96±3,57	17,95±3,46	18,92±3,44	17,2±4,09	17,25±3,67	3,852	0,426
	Kişilerarası İlişkiler	17,79±3,4	17,94±3,29	18,42±3,28	15,2±2,68	17,8±3,81	4,299	0,367
	Stres Yönetimi	17,73±3,11	17,86±3,11	18,71±2,93	16,4±2,3	17,8±2,87	4,79	0,31
	Spiritüel Sağlık	15,69±3,51	15,34±3,7	17,42±3,8	14±2,45	15,73±3,25	7,565	0,109
	AYB II Toplam Puan	118,93±18,45	117,78±17,66	125,38±18,42	110,8±8,7	118,32±15,92	4,601	0,331
SDO Ölçeği Alt Boyutları	İç Kontrol Denetim Odağı	25,08±5,6	25,36±5,3	25,5±5,37	22,4±7,13	26,57±5,35	4,868	0,301
	Dış Kontrol Denetim Odağı	21,43±5,6	21,06±5,65	21±5,56	22,2±3,27	21,23±6,64	0,958	0,916
	Şans-Kaderci Yaklaşım	16,08±5,74	16,25±5,42	17,17±6,01	14,2±7,09	16,52±5,89	2,073	0,722

* Kruskal-Wallis testi uygulandı.

Lise öğrencilerinin annelerinin mesleğine göre; AYB II ölçeği puan ortalamaları ve SDO ölçeği puan ortalamaları karşılaştırıldığında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmadı ($p>0,05$) (Tablo 6.17).

Tablo 6.18. Lise Öğrencilerinin Babalarının Mesleğine Göre AYB II Ölçeği ve SDO Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N=1111)

Ölçekler		İşsiz (n=120)	İşçi (n=593)	Memur (n=92)	Serbest Meslek (n=276)	Emekli (n=30)	X ²	p*
		$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$		
AYB II Ölçeği ve Alt Ölçekleri	Sağlık Sorumluluğu	15,08±3,97	15,88±3,93	16,55±4,53	15,07±4,05	16,24±3,8	9,367	0,053
	Fiziksel Aktivite	14,45±4,07	15,2±3,98	15,68±4,18	15,4±3,87	15,4±4,3	5,053	0,282
	Beslenme	18,11±3,54	18,37±3,63	19,15±3,75	17,93±3,37	18,57±3,55	4,454	0,348
	Pozitif Yaşam Algısı	17,45± 3,62	17,91±3,59	18,74±3,71	17,8±4,39	18,01±3,27	7,175	0,127
	Kişilerarası İlişkiler	17,43±3,56	17,91±3,35	18,45±3,53	17,77±3,84	17,62±3,28	6,55	0,162
	Stres Yönetimi	18,07±3,01	17,75±3,05	18,08±3,38	17,5±3,52	17,64±3,09	3,888	0,421
	Spiritüel Sağlık	15,18± 3,6	15,58±3,58	16,34±3,55	15,27±4,44	15,82±3,34	5,669	0,225
	AYB II Toplam Puan	115,78±17,52	118,59±17,89	122,99±20,21	116,73±23,87	119,29±17,48	7,307	0,121
SDO Ölçeği Alt Boyutları	İç Kontrol Denetim Odağı	24,31±6,24	25,33±5,3	25,55±5,48	25,77±4,89	25,09±5,77	2,152	0,708
	Dış Kontrol Denetim Odağı	21,46±5,62	21,48±5,79	22,15±5,02	20,37±5,1	20,83±5,55	6,48	0,166
	Şans-Kaderci Yaklaşım	16,54±5,83	16,06±5,68	15,92±6,36	14,7±5,28	16,4±5,45	3,43	0,489

* Kruskal-Wallis testi uygulandı.

Lise öğrencilerinin babalarının mesleğine göre; AYB II ölçeği puan ortalamaları ve SDO ölçeği puan ortalamaları karşılaştırıldığında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmadı ($p>0,05$) (Tablo 6.18).

Tablo 6.19. Lise Öğrencilerinin Ailelerinin Ekonomik Durumuna Göre AYB II Ölçeği ve SDO Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N=1111)

Ölçekler		Kötü (n=28)	Orta (n=532)	İyi (n=510)	Çok İyi (n=41)	X ²	p*
		$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$		
AYB II Ölçeği ve Alt Ölçekleri	Sağlık Sorumluluğu	15,18±4,26	15,7±3,92 ^d	16,02±3,87	17,88±5,08 ^b	8,823	0,032
	Fiziksel Aktivite	13,32±4,3 ^{cd}	14,84±4,19 ^{cd}	15,49±3,85 ^{abd}	17,8±4,28 ^{abc}	28,955	<0,001
	Beslenme	16,82±3,6 ^d	18,27±3,64 ^d	18,58±3,46	20,12±4,39 ^{ab}	15,524	0,001
	Pozitif Yaşam Algısı	16,36±4,33	17,79±3,57	18,14±3,46	18,76±3,67	8,759	0,052
	Kişilerarası İlişkiler	16,93±4,45	17,8±3,3	17,91±3,35	17,76±4,17	1,032	0,794
	Stres Yönetimi	16,61±3,63	17,77±3,05	17,78±3,09	18,49±3,26	5,28	0,152
	Spiritüel Sağlık	15,07±3,35	15,55±3,64 ^d	15,65±3,44 ^d	17,37±3,49 ^{bc}	9,036	0,029
	AYB II Toplam Puan	110,29±20,72 ^d	117,72±18,41 ^d	119,58±17,21 ^d	128,17±21,09 ^{abc}	17,832	<0,001
SDO Ölçeği Alt Boyutları	İç Kontrol Denetim Odağı	23,07±5,93	25,08±5,53	25,5±5,41	24,22±6,54	6,864	0,076
	Dış Kontrol Denetim Odağı	21,14±5,82	21,25±5,71	21,49±5,52	20,78±6,18	1,282	0,733
	Şans-Kadercı Yaklaşım	19,36±5,48 ^{bc}	16,28±5,94 ^a	15,8±5,32 ^a	16,56±6,42	10,401	0,015

* Kruskal-Wallis testi uygulandı. İkili kıyaslamalar Bonferroni düzeltmeli Mann-Whitney U testi ile karşılaştırıldı.

a= p<0.0083 'Kötü' den farklı olduğunda

b=p<0.0083 'Orta' den farklı olduğunda

c= p<0.0083 'İyi' den farklı olduğunda

d= p<0.0083 'Çok İyi' den farklı olduğunda

Lise öğrencilerinin ailelerinin ekonomik durumuna göre AYB II ölçeği puan ortalamaları karşılaştırıldığında; ailesinin ekonomik durumu ‘çok iyi’ olan öğrencilerin sağlık sorumluluğu alt ölçek puan ortalaması ‘orta’ olanlara göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulundu ($p<0,05$). Ailesinin ekonomik durumu ‘çok iyi’ olan öğrencilerin fiziksel aktivite alt ölçek puan ortalaması diğer gruplara göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulundu ($p<0,001$). Ailesinin ekonomik durumu ‘çok iyi’ olan öğrencilerin beslenme alt ölçek puan ortalaması ‘kötü’ ve ‘orta’ olanlara göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulundu ($p<0,05$). Ailesinin ekonomik durumu ‘çok iyi’ olan öğrencilerin spiritüel sağlık alt ölçek puan ortalaması ‘orta’ ve ‘iyi’ olanlara göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulundu ($p<0,05$). Ailesinin ekonomik durumu ‘çok iyi’ olan öğrencilerin AYB II puan ortalaması diğer gruplara göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulundu ($p<0,001$). Ailelerinin ekonomik durumuna göre AYB II ölçeğinin pozitif yaşam algısı, kişilerarası ilişkiler, stres yönetimi alt ölçek puan ortalamalarında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($p>0,05$).

Öğrencilerin ailelerinin ekonomik durumuna göre SDO ölçeği puan ortalamaları karşılaştırıldığında; ailesinin ekonomik durumu ‘çok kötü’ olan öğrencilerin şans-kadenci yaklaşım alt boyut puan ortalaması ‘orta’ ve ‘iyi’ olanlara göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulundu ($p<0,05$). Ailelerinin ekonomik durumuna göre SDO ölçeğinin iç kontrol denetim odağı ve dış kontrol denetim odağı alt boyut puan ortalamalarında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı ($p>0,05$) (Tablo 6.19).

Tablo 6.20. Lise Öğrencilerinin Sağlık Güvencelerine Göre AYB II Ölçeği ve SDO Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N=1111)

Ölçekler		Emekli Sandığı (n=67)	SSK (n=809)	Bağ-Kur (n=131)	Yeşil Kart (n=17)	Özel Sağlık Sigortası (n=31)	Yok (n=56)	X ²	p*
		$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$		
AYB II Ölçeği ve Alt Ölçekleri	Sağlık Sorumluluğu	16,28±4,03	15,99±3,98	15,71±3,77	14,18±3,86	16,77±4,86	15,04±3,64	7,032	0,218
	Fiziksel Aktivite	14,49±4,08	15,33±4,04	14,95±4,26	15,59±3,97	15,77±4,22	14,5±4,38	4,931	0,424
	Beslenme	18,52±3,63	18,43±3,54	18,46±3,86	18,76±2,51	18,55±4,13	18,32±4,1	0,232	0,999
	Pozitif Yaşam Algısı	17,78±3,79	17,97±3,5	17,69±3,75	18,65±2,67	18,32±4,38	18,05±3,46	2,339	0,801
	Kişilerarası İlişkiler	17,99±3,79	17,82±3,33	17,32±3,6	18,12±2,89	19±3,81	18,07±2,95	6,755	0,24
	Stres Yönetimi	17,88±3,42	17,82±3,01	17,29±3,33	17,41±2,76	18,39±3,6	17,86±3,11	4,342	0,501
	Spiritüel Sağlık	16,18±3,49	15,62±3,59	15,53±3,45	15,06±2,97	16,19±4,24	15,63±3,05	1,983	0,851
	AYB II Toplam Puan	119,12±19,37	118,99±17,89	116,95±19,21	117,7±12,17	123±23,84	117,46±16,44	2,413	0,79
SDO Ölçeği Alt Boyutları	İç Kontrol Denetim Odağı	25,07±5,12	25,16±5,55	25,17±5,28	24,65±6,4	26,1±5,74	25,55±6,06	1,748	0,883
	Dış Kontrol Denetim Odağı	21,63±5,03	21,45±5,67	21,5±5,3	20,88±4	21,81±6,57	18,98±6,29	9,176	0,102
	Şans-Kaderci Yaklaşım	16,88±5,57	16,11±5,72	16,79±5,69	14±4,56	16,06±5,12	14,91±5,82	7,505	0,186

* Kruskal-Wallis testi uygulandı.

Lise öğrencilerinin sağlık güvencelerine göre; AYB II ölçeği puan ortalamaları ve SDO ölçeği puan ortalamaları karşılaştırıldığında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmadı ($p>0,05$) (Tablo 6.20).

Tablo 6.21. Lise Öğrencilerinin Aile İlişkisine Göre AYB II Ölçeği ve SDO Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N=1111)

Ölçekler		Çok Kötü (n=22)	Kötü (n=60)	İyi (n=567)	Çok İyi (n=462)	X ²	p*
		$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$		
AYB II Ölçeği ve Alt Ölçekleri	Sağlık Sorumluluğu	14,05±4,11 ^d	14,45±4,08 ^d	15,25±3,68 ^d	17,01±4,04 ^{abc}	64,053	<0,001
	Fiziksel Aktivite	12,82±4,49 ^d	13,22±3,9 ^d	14,56±3,94 ^d	16,39±3,96 ^{abc}	68,780	<0,001
	Beslenme	15,45±3,96 ^{cd}	16,7±3,34 ^d	17,89±3,45 ^{ad}	19,49±3,51 ^{abc}	79,452	<0,001
	Pozitif Yaşam Algısı	15,23±4,62 ^d	16,83±3,55 ^d	17,27±3,48 ^d	19,06±3,25 ^{abc}	82,261	<0,001
	Kişilerarası İlişkiler	13,45±4,37 ^{bcd}	16,43±3,12 ^{ad}	17,19±3,13 ^{ad}	19±3,24 ^{abc}	105,745	<0,001
	Stres Yönetimi	15,45±2,97 ^{cd}	16,42±2,7 ^d	17,34±3,06 ^{ad}	18,6±2,97 ^{abc}	68,847	<0,001
	Spiritüel Sağlık	14,77±4,3	15,27±3,67	15,04±3,36 ^d	16,49±3,56 ^c	43,502	<0,001
	AYB II Toplam Puan	101,23±21,08 ^{cd}	109,32±16,52 ^d	114,53±16,77 ^{ad}	126,04±17,13 ^{abc}	137,055	<0,001
SDO Ölçeği Alt Boyutları	İç Kontrol Denetim Odağı	19,95±6,87 ^{bcd}	24,03±4,97 ^a	25,22±5,5 ^a	25,56±5,45 ^a	20,246	<0,001
	Dış Kontrol Denetim Odağı	16,86±6,13 ^{cd}	19,83±5,2 ^d	21,17±5,55 ^a	21,96±5,66 ^{ab}	21,745	<0,001
	Şans-Kaderci Yaklaşım	19,91±7,32 ^d	19,37±5,99 ^{cd}	16,67±5,47 ^{bd}	14,9±5,5 ^{abc}	55,199	<0,001

* Kruskal-Wallis testi uygulandı. İkili kıyaslamalar Bonferroni düzeltilmeli Mann-Whitney U testi ile karşılaştırıldı.

a= p<0.0083 'Çok Kötü' den farklı olduğunda

b=p<0.0083 'Kötü' den farklı olduğunda

c= p<0.0083 'İyi' den farklı olduğunda

d= p<0.0083 'Çok İyi' den farklı olduğunda

Lise öğrencilerinin aile ilişkisine göre AYB II ölçeği puan ortalamaları karşılaştırıldığında; ailesiyle ilişkisini ‘çok iyi’ olarak belirten öğrencilerin sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, beslenme, pozitif yaşam algısı, kişilerarası ilişkiler, stres yönetimi alt ölçek puan ortalamaları ve AYB II toplam puan ortalaması diğer gruplara göre istatistiksel açıdan anlamlı derecede yüksek bulundu ($p<0,001$). Ailesiyle ilişkisini ‘çok iyi’ olarak belirten öğrencilerin spiritüel sağlık alt ölçek puan ortalaması ‘iyi’ olarak belirten öğrencilere göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulundu ($p<0,001$).

Öğrencilerin aile ilişkisine göre SDO ölçeği puan ortalamaları karşılaştırıldığında; ailesiyle ilişkisini ‘çok kötü’ olarak belirten öğrencilerin iç kontrol denetim odağı alt boyut puan ortalaması diğer gruplara göre istatistiksel açıdan anlamlı derecede daha düşük bulundu ($p<0,001$). Dış kontrol denetim odağı alt boyut puan ortalaması ailesiyle ilişkisini ‘çok iyi’ olarak belirtenlerde ‘çok kötü’ ve ‘kötü’ olarak belirtenlere göre; ailesiyle ilişkisini ‘iyi’ olarak belirtenlerde de ‘çok kötü’ olarak belirtenlere göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulundu ($p<0,001$). Ailesiyle ilişkisini ‘çok iyi’ olarak belirten öğrencilerin şans-kaderci yaklaşım alt boyut puan ortalaması diğer gruplara göre istatistiksel açıdan anlamlı derecede düşük bulundu ($p<0,001$) (Tablo 6.21).

Tablo 6.22. Lise Öğrencilerinin Arkadaş İlişkilerine Göre AYB II Ölçeği ve SDO Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N=1111)

Ölçekler		Çok Kötü (n=9)	Kötü (n=29)	İyi (n=498)	Çok İyi (n=575)	X ²	p*
		$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$		
AYB II Ölçeği ve Alt Ölçekleri	Sağlık Sorumluluğu	15,67±3,61	14,62±4,4	15,62±3,68	16,24±4,17	7,637	0,054
	Fiziksel Aktivite	13,67±4,66	13,79±4,35	14,69±4,12 ^d	15,76±3,97 ^c	19,990	<0,001
	Beslenme	15±4 ^d	16,31±4,58 ^d	18,12±3,47 ^d	18,88±3,58 ^{abc}	27,869	<0,001
	Pozitif Yaşam Algısı	15,78±3,93	14,79±3,86 ^{cd}	17,47±3,58 ^{bd}	18,56±3,36 ^{bc}	45,494	<0,001
	Kişilerarası İlişkiler	15,11±4,14 ^d	14,76±3,47 ^{cd}	17,1±3,22 ^{bd}	18,65±3,27 ^{abc}	81,444	<0,001
	Stres Yönetimi	14,44±4,19 ^d	16,52±2,8 ^d	17,22±3,07 ^d	18,37±2,98 ^{abc}	46,869	<0,001
	Spiritüel Sağlık	15,44±4	14,17±3,12 ^d	15,23±3,31 ^d	16,09±3,71 ^{bc}	23,256	<0,001
	AYB II Toplam Puan	105,11±22,18 ^d	104,97±17,81 ^{cd}	115,47±17,6 ^{bd}	122,55±17,67 ^{abc}	58,309	<0,001
SDO Ölçeği Alt Boyutları	İç Kontrol Denetim Odağı	19,33±8,12 ^d	23,28±6,75	25,17±5,33	25,4±5,53 ^a	10,769	0,013
	Dış Kontrol Denetim Odağı	14±8,22 ^{cd}	20,34±5,37	21,46±5,49 ^a	21,4±5,67 ^a	9,853	0,020
	Şans-Kaderci Yaklaşım	16±8,43	18,03±6,13	16,64±5,49 ^d	15,62±5,74 ^c	11,549	0,009

* Kruskal-Wallis testi uygulandı. İkili kıyaslamalar Bonferroni düzeltmeli Mann-Whitney U testi ile karşılaştırıldı.

a= p<0.0083 'Çok Kötü' den farklı olduğunda

b=p<0.0083 'Kötü' den farklı olduğunda

c= p<0.0083 'İyi' den farklı olduğunda

d= p<0.0083 'Çok İyi' den farklı olduğunda

Lise öğrencilerinin arkadaş ilişkisine göre AYB II ölçeği puan ortalamaları karşılaştırıldığında; arkadaşlarıyla ilişkisini ‘çok iyi’ olarak belirten öğrencilerde fiziksel aktivite alt ölçek puan ortalaması ‘iyi’ olarak belirtenlere göre anlamlı derecede daha yüksek bulundu ($p<0,001$). Beslenme alt ölçek puan ortalaması arkadaşlarıyla olan ilişkilerini ‘çok iyi’ olarak belirten öğrencilerde diğer gruplara göre anlamlı derecede daha yüksek bulundu ($p<0,001$). Pozitif yaşam algısı alt ölçek puan ortalaması arkadaşlarıyla olan ilişkilerini ‘çok iyi’ olarak belirten öğrencilerde ‘kötü ve ‘iyi’ olarak belirtenlere göre anlamlı derecede daha yüksek bulundu ($p<0,001$). Kişilerarası ilişkiler alt ölçek puan ortalaması arkadaşlarıyla olan ilişkilerini ‘çok iyi’ olarak belirten öğrencilerde diğer gruplara göre anlamlı derecede daha yüksek bulundu ($p<0,001$). Stres yönetimi alt ölçek puan ortalaması arkadaşlarıyla olan ilişkilerini ‘çok iyi’ olarak belirten öğrencilerde diğer gruplara göre anlamlı derecede daha yüksek bulundu ($p<0,001$). Spiritüel sağlık alt ölçek puan ortalaması arkadaşlarıyla olan ilişkilerini ‘çok iyi’ olarak belirten öğrencilerde ‘kötü ve ‘iyi’ olarak belirtenlere göre anlamlı derecede daha yüksek bulundu ($p<0,001$). AYB II toplam puan ortalaması arkadaşlarıyla olan ilişkilerini ‘çok iyi’ olarak belirten öğrencilerde diğer gruplara göre anlamlı derecede daha yüksek bulundu ($p<0,001$). Arkadaş ilişkisine göre AYB II ölçeğinin sağlık sorumluluğu alt ölçek puan ortalaması arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmadı ($p>0,05$).

Öğrencilerin arkadaş ilişkisine göre SDO ölçeği puan ortalamaları karşılaştırıldığında; iç kontrol denetim odağı alt boyut puan ortalaması arkadaşlarıyla olan ilişkilerini ‘çok iyi’ olarak belirten öğrencilerde ‘çok kötü’ olarak belirten öğrencilere göre daha yüksek bulundu ($p<0,05$). Dış kontrol denetim odağı alt boyut puan ortalaması arkadaşlarıyla olan ilişkilerini ‘çok kötü’ olarak belirten öğrencilerde ‘iyi’ ve ‘çok iyi’ olarak belirten öğrencilere göre daha düşük bulundu ($p<0,05$). Şans-kaderci yaklaşım alt boyut puan ortalaması arkadaşlarıyla olan ilişkilerini ‘iyi’ olarak belirten öğrencilerde ‘çok iyi’ olarak belirtenlere göre daha yüksek bulundu ($p<0,05$) (Tablo 6.22).

Tablo 6.23. Lise Öğrencilerinin Akrabalarıyla Görüşme Sıklığına Göre AYB II Ölçeği ve SDO Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N=1111)

Ölçekler		Haftada 1 Kez (n=619)	Ayda 1 Kez (n=270)	Büyük Tatillerde (n=204)	Hiçbir Zaman (n=18)	X ²	p*
		$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$		
AYB II Ölçeği ve Alt Ölçekleri	Sağlık Sorumluluğu	16,1±4,03 ^d	15,87±3,69	15,64±4,04	13,33±4,42 ^a	8,537	0,036
	Fiziksel Aktivite	15,67±4,04 ^c	14,95±4,06	14,34±4,02 ^a	13,28±4,51	20,685	<0,001
	Beslenme	18,75±3,58 ^c	18,26±3,46	17,92±3,69 ^a	16,56±4,67	15,312	0,002
	Pozitif Yaşam Algısı	18,74±3,52 ^c	18,1±3,51	17,33±3,53 ^a	16,28±4,7	10,759	0,013
	Kişilerarası İlişkiler	18,16±3,28 ^{cd}	17,83±3,41 ^d	17,1±3,29 ^a	14,28±4,66 ^{ab}	26,208	<0,001
	Stres Yönetimi	17,95±3,08 ^c	17,86±3,07	17,19±3,1 ^a	16,94±3,32	11,118	0,011
	Spiritüel Sağlık	15,82±3,53	15,64±3,48	15,28±3,68	14,22±3,73	6,685	0,083
	AYB II Toplam Puan	120,6±18,01 ^{cd}	118,5±17,83 ^{cd}	114,81±17,78 ^{ab}	104,89±21,34 ^{ab}	28,263	<0,001
SDO Ölçeği Alt	İç Kontrol Denetim Odağı	25,2±5,32	25,31±5,56	25,32±5,74	21,72±8,51	3,28	0,35
	Dış Kontrol Denetim Odağı	21,67±5,5	21,12±5,6	20,89±5,93	18,33±6,65	7,621	0,055
	Şans-Kaderci Yaklaşım	15,53±5,53 ^{cd}	16,48±5,58	17,21±5,87 ^a	20,44±6,95 ^a	22,951	<0,001

* Kruskal-Wallis testi uygulandı. İkili kıyaslamalar Bonferroni düzeltmeli Mann-Whitney U testi ile karşılaştırıldı.

a= p<0.0083 'Haftada 1 Kez' den farklı olduğunda

b=p<0.0083 'Ayda 1 Kez' den farklı olduğunda

c= p<0.0083 'Büyük Tatillerde'den farklı olduğunda

d= p<0.0083 'Hiçbir Zaman' dan farklı olduğunda

Lise öğrencilerinin akrabalarıyla görüşme sıklığına göre AYB II ölçeği puan ortalamaları karşılaştırıldığında; akrabalarıyla olan görüşme sıklığını ‘haftada 1 kez’ olarak belirten lise öğrencilerinde sağlık sorumluluğu alt ölçek puan ortalaması akrabalarıyla olan görüşme sıklığını ‘hiçbir zaman’ olarak belirtenlere göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulundu ($p<0,05$).

Fiziksel aktivite alt ölçek puan ortalaması akrabalarıyla olan görüşme sıklığını ‘haftada 1 kez’ olarak belirten lise öğrencilerinde akrabalarıyla olan görüşme sıklığını ‘büyük tatillerde’ olarak belirtenlere göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulundu ($p<0,001$).

Beslenme alt ölçek puan ortalaması akrabalarıyla olan görüşme sıklığını ‘haftada 1 kez’ olarak belirten lise öğrencilerinde akrabalarıyla olan görüşme sıklığını ‘büyük tatillerde’ olarak belirtenlere göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulundu ($p<0,05$).

Pozitif yaşam algısı alt ölçek puan ortalaması akrabalarıyla olan görüşme sıklığını ‘haftada 1 kez’ olarak belirten lise öğrencilerinde akrabalarıyla olan görüşme sıklığını ‘büyük tatillerde’ olarak belirtenlere göre da istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulundu ($p<0,05$).

Kişilerarası ilişkiler alt ölçek puan ortalaması akrabalarıyla olan görüşme sıklığını ‘haftada 1 kez’ olarak belirten lise öğrencilerinde akrabalarıyla olan görüşme sıklığını ‘büyük tatillerde’ ve ‘hiçbir zaman’ olarak belirtenlere göre, akrabalarıyla olan görüşme sıklığını ‘ayda 1 kez’ olarak belirten lise öğrencilerinde akrabalarıyla olan görüşme sıklığını ‘hiçbir zaman’ olarak belitenlere göre anlamlı derecede yüksek bulundu ($p<0,001$).

Stres yönetimi alt ölçek puan ortalaması akrabalarıyla olan görüşme sıklığını ‘haftada 1 kez’ olarak belirten lise öğrencilerinde akrabalarıyla olan görüşme sıklığını ‘büyük tatillerde’ olarak belirtenlere göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulundu ($p<0,05$).

AYB II toplam puan ortalaması akrabalarıyla olan görüşme sıklığını ‘haftada 1 kez’ ve ‘ayda 1 kez’ olarak belirten lise öğrencilerinde diğer gruplara göre anlamlı derecede yüksek bulundu ($p<0,001$). Akrabalarıyla görüşme sıklığına göre AYB II ölçeğinin spiritüel sağlık alt ölçek puan ortalamasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($p>0,05$).

Öğrencilerin akrabalarıyla görüşme sıklığına göre SDO ölçeği puan ortalamaları karşılaştırıldığında; şans-kadenci yaklaşım alt boyut puan ortalaması akrabalarıyla olan görüşme sıklığını 'haftada 1 kez' olarak belirten lise öğrencilerinde akrabalarıyla olan görüşme sıklığını 'büyük tatillerde' ve 'hiçbir zaman' olarak belirtenlere göre istatistiksel olarak anlamlı derecede düşük bulundu ($p<0,001$). Akrabalarıyla görüşme sıklığına göre SDO ölçeğinin iç kontrol denetim odağı ve dış kontrol denetim odağı alt boyut puan ortalamalarında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı ($p>0,05$) (Tablo 6.23).

Tablo 6.24. Lise Öğrencilerinin Geçtiğimiz Bir Yıl İçinde Sağlık Eğitimi Alma Durumuna Göre AYB II Ölçeği ve SDO Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N=1111)

Ölçekler		Evet (n=257)	Hayır (n=854)	t	p*
		$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$		
AYB II Ölçeği ve Alt Ölçekleri	Sağlık Sorumluluğu	16,44±3,83	15,76±4,00	2,446	0,015
	Fiziksel Aktivite	16,04±3,90	14,96±4,11	3,802	<0,001
	Beslenme	19,19±3,33	18,22±3,65	4,023	<0,001
	Pozitif Yaşam Algısı	18,34±3,43	17,83±3,58	2,071	0,039
	Kişilerarası İlişkiler	17,91±3,35	17,80±3,40	0,489	0,625
	Stres Yönetimi	17,99±3,20	17,71±3,06	1,229	0,220
	Spiritüel Sağlık	15,91±3,35	15,57±3,60	1,417	0,157
	AYB II Toplam Puan	121,82±17,15	117,85±18,38	3,199	0,001
SDO Ölçeği Alt Boyutları	İç Kontrol Denetim Odağı	25,13±5,29	25,21±5,60	-0,216	0,829
	Dış Kontrol Denetim Odağı	21,33±5,52	21,35±5,67	-0,047	0,963
	Şans-Kaderci Yaklaşım	15,42±5,29	16,37±5,78	-2,469	0,014

* t-testi uygulandı.

Lise öğrencilerinin geçtiğimiz bir yıl içinde sağlık eğitimi alma durumuna göre AYB II ölçeği puan ortalamaları karşılaştırıldığında; geçtiğimiz bir yıl içinde sağlık eğitimi alan lise öğrencilerinin sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, beslenme, pozitif yaşam algısı alt ölçek puan ortalamaları ve AYB II toplam puan ortalaması geçtiğimiz bir yıl içinde sağlık eğitimi almayan lise öğrencilerine göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulundu ($p<0,05$). Geçtiğimiz bir yıl içinde sağlık eğitimi alma durumuna göre AYB II ölçeğinin kişilerarası ilişkiler, stres yönetimi, spiritüel sağlık alt ölçek puan ortalamalarında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($p>0,05$).

Öğrencilerin geçtiğimiz bir yıl içinde sağlık eğitimi alma durumuna göre SDO ölçeği puan ortalamaları karşılaştırıldığında; geçtiğimiz bir yıl içinde sağlık eğitimi almayan lise öğrencilerinin ise şans-kaderci yaklaşım alt boyut puan ortalaması geçtiğimiz bir yıl içinde sağlık eğitimi alan lise öğrencilerine göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulundu ($p<0,05$). Geçtiğimiz bir yıl içinde sağlık eğitimi alma durumuna göre SDO ölçeğinin iç kontrol denetim odağı ve dış kontrol denetim odağı alt boyut puan ortalamalarında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı ($p>0,05$) (Tablo 6.24).

Tablo 6.25. Lise Öğrencilerinin Sosyal Aktiviteye Katılma Durumlarına Göre AYB II Ölçeği ve SDO Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N=1111)

Ölçekler		Katılan (n=563)	Katılmayan (n=548)	t	p*
		$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$		
AYB II Ölçeği ve Alt Ölçekleri	Sağlık Sorumluluğu	16,24±4,10	15,58±3,80	2,786	0,005
	Fiziksel Aktivite	16,44±3,91	13,96±3,88	10,599	<0,001
	Beslenme	19,02±3,65	17,85±3,46	5,499	<0,001
	Pozitif Yaşam Algısı	18,18±3,41	17,72±3,68	2,152	0,032
	Kişilerarası İlişkiler	17,98±3,41	17,67±3,36	1,503	0,133
	Stres Yönetimi	18,00±3,03	17,54±3,14	2,499	0,013
	Spiritüel Sağlık	16,06±3,44	15,22±3,61	3,963	<0,001
	AYB II Toplam Puan	121,92±18,06	115,54±17,73	5,942	<0,001
SDO Ölçeği Alt Boyutları	İç Kontrol Denetim Odağı	25,40±5,65	24,98±5,39	1,271	0,204
	Dış Kontrol Denetim Odağı	21,10±5,68	21,59±5,59	-1,459	0,145
	Şans-Kaderci Yaklaşım	15,87±5,63	16,44±5,73	-1,674	0,094

* t-testi uygulandı.

Lise öğrencilerinin sosyal aktiviteye katılma durumlarına göre AYB II ölçeği puan ortalamaları karşılaştırıldığında; sosyal aktiviteye katılan öğrencilerin sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, beslenme, pozitif yaşam algısı, stres yönetimi, spiritüel sağlık alt ölçek puan ortalamaları ve AYB II toplam puan ortalaması sosyal aktiviteye katılmayan öğrencilere göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulundu ($p<0,05$). Sosyal aktiviteye katılma durumuna göre AYB II ölçeğinin kişilerarası ilişkiler alt ölçek puan ortalamasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($p>0,05$).

Öğrencilerin sosyal aktiviteye katılma durumlarına göre SDO ölçeği puan ortalamaları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı ($p>0,05$) (Tablo 6.25).

Tablo 6.26. Lise Öğrencilerinin Günlük Aktivitelerini Kısıtlayan Engel Durum Varlığına Göre AYB II Ölçeği ve SDO Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N=1111)

Ölçekler		Var (n=229)	Yok (n=882)	t	p*
		$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$		
AYB II Ölçeği ve Alt Ölçekleri	Sağlık Sorumluluğu	15,38±3,96	16,06±3,96	2,303	0,022
	Fiziksel Aktivite	14,24±4,12	15,46±4,04	3,999	<0,001
	Beslenme	17,86±3,81	18,60±3,53	2,635	0,009
	Pozitif Yaşam Algısı	17,22±3,72	18,14±3,48	3,380	0,001
	Kişilerarası İlişkiler	17,01±3,48	18,04±3,33	3,989	<0,001
	Stres Yönetimi	17,15±3,25	17,94±3,03	3,314	0,001
	Spiritüel Sağlık	15,21±3,53	15,76±3,55	2,094	0,037
	AYB II Toplam Puan	114,08±18,65	119,99±17,85	4,310	<0,001
SDO Ölçeği Alt Boyutları	İç Kontrol Denetim Odağı	24,72±5,69	25,32±5,48	1,430	0,154
	Dış Kontrol Denetim Odağı	21,01±5,66	21,43±5,63	0,985	0,325
	Şans-Kaderci Yaklaşım	17,38±5,89	15,83±5,59	-3,591	<0,001

* t-testi uygulandı.

Lise öğrencilerinin günlük aktivitelerini kısıtlayan engel durum varlığına göre AYB II ölçeği puan ortalamaları karşılaştırıldığında; günlük aktivitelerini kısıtlayan engel durumu bulunmayan lise öğrencilerinin sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, beslenme, pozitif yaşam algısı, kişilerarası ilişkiler, stres yönetimi, spiritüel sağlık alt ölçek puan ortalamaları ve AYB II toplam puan ortalaması günlük aktivitelerini kısıtlayan engel durumu bulunan lise öğrencilerine daha yüksek bulundu ($p<0,05$).

Öğrencilerin günlük aktivitelerini kısıtlayan engel durum varlığına göre SDO ölçeği puan ortalamaları karşılaştırıldığında; günlük aktivitelerini kısıtlayan engel durumu bulunan lise öğrencilerinin şans-kadenci yaklaşım alt boyut puan ortalaması günlük aktivitelerini kısıtlayan engel durumu bulunmayan lise öğrencilerine göre daha yüksek bulundu ($p<0,001$). Günlük aktivitelerini kısıtlayan engel durum varlığına göre SDO ölçeğinin iç kontrol denetim odağı ve dış kontrol denetim odağı alt boyut puan ortalamalarında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı ($p>0,05$) (Tablo 6.26).

Tablo 6.27. Lise Öğrencilerinin Beden Kitle İndeksine Göre AYB II Ölçeği ve SDO Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N=1111)

Ölçekler		Zayıf (5. persentil altı) (n=87)	Normal (5.-85. persentil arası) (n=897)	Hafif Şişman (85.-95. persentil arası) (n=96)	Şişman (95. persentil ve üstü) (n=31)	F	p*
		$\bar{x}\pm SD$	$\bar{x}\pm SD$	$\bar{x}\pm SD$	$\bar{x}\pm SD$		
AYB II Ölçeği ve Alt Ölçekleri	Sağlık Sorumluluğu	15,64±3,59	15,93±4,00	16,16±3,93	15,48±4,13	0,381	0,767
	Fiziksel Aktivite	14,76±3,84	15,28±4,11	14,69±3,89	16,23±4,44	1,598	0,188
	Beslenme	17,68±3,12 ^d	18,41±3,66	18,99±3,37	19,77±3,37 ^a	3,487	0,015
	Pozitif Yaşam Algısı	17,87±3,20	18,01±3,55	17,17±3,89	18,74±3,07	2,184	0,088
	Kişilerarası ilişkiler	18,05±3,07	17,85±3,43	17,31±3,14	18,10±3,75	0,935	0,423
	Stres Yönetimi	17,89±3,00	17,74±3,07	17,74±3,12	18,61±3,81	0,837	0,473
	Spiritüel Sağlık	15,39±3,36	15,66±3,55	15,57±3,57	16,19±4,03	0,416	0,742
	AYB Toplam Puan	117,28±16,40	118,89±18,35	117,63±17,74	123,13±18,93	0,93	0,425
SDO Ölçeği Alt Boyutları	İç Kontrol Denetim Odağı	24,09±5,92	25,34±5,48	24,44±5,39	26,19±5,73	2,316	0,074
	Dış Kontrol Denetim Odağı	21,55±5,97	21,40±5,62	21,32±5,23	19,16±6,24	1,617	0,184
	Şans- Kaderci Yaklaşım	15,99±5,72	16,12±5,72	16,67±5,40	15,68±5,46	0,365	0,778

* Oneway anova testi yapıldı. İkili karşılaştırmalar Tukey HSD testi ile yapıldı.

a= p<0.05 Zayıflardan farklı olduğunda

b= p<0.05 Normallerden farklı olduğunda

c= p<0.05 Şişmanlardan farklı olduğunda

d= p<0.05 Hafif Şişmanlardan farklı olduğunda

Lise öğrencilerinin beden kitle indeklerine göre AYB II ölçeği puan ortalamaları karşılaştırıldığında; şişman grubundaki öğrencilerin beslenme alt ölçek puan ortalaması zayıf grubundaki öğrencilere göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulundu ($p<0,05$). Beden kitle indeklerine göre AYB II ölçeğinin diğer alt ölçeklerinde ve toplam puanında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmadı ($p>0,05$).

Öğrencilerin beden kitle indeklerine göre SDO ölçeği puan ortalamaları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı ($p>0,05$) (Tablo 6.27).

Tablo 6.28. Lise Öğrencilerinin Vücut Ağırlığına Yönelik Öz Değerlendirme Durumlarına Göre AYB II Ölçeği ve SDO Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N=1111)

Ölçekler		Zayıf (n=222)	Normal (n=790)	Şişman (n=99)	F	p*
		$\bar{X}\pm SD$	$\bar{X}\pm SD$	$\bar{X}\pm SD$		
AYB II Ölçeği ve Alt Ölçekleri	Sağlık Sorumluluğu	15,65±3,84	16,05±3,99	15,43±4,02	1,704	0,182
	Fiziksel Aktivite	14,67±4,04 ^b	15,47±4,06 ^{ac}	14,36±4,19 ^b	5,754	0,003
	Beslenme	18,30±3,71	18,54±3,57	17,98±3,63	1,301	0,273
	Pozitif Yaşam Algısı	17,89±3,65	18,07±3,43 ^c	17,13±4,16 ^b	3,121	0,044
	Kişilerarası İlişkiler	17,64±3,41	17,91±3,38	17,58±3,40	0,834	0,435
	Stres Yönetimi	17,81±3,19	17,82±3,04	17,38±3,31	0,868	0,42
	Spiritüel Sağlık	15,70±3,59	15,64±3,50	15,58±3,89	0,047	0,954
	AYB II Toplam Puan	117,65±18,16	119,51±17,98	115,44±19,34	2,734	0,065
SDO Ölçeği Alt Boyutları	İç Kontrol Denetim Odağı	24,73±5,68	25,53±5,35 ^c	23,56±6,22 ^b	6,592	0,001
	Dış Kontrol Denetim Odağı	21,32±5,56	21,54±5,55 ^c	19,80±6,25 ^b	4,231	0,015
	Şans-Kaderci Yaklaşım	16,68±5,64	15,82±5,65 ^c	17,59±5,78 ^b	5,520	0,004

* Oneway anova testi yapılmıştır. İkili karşılaştırmalar Tukey HSD testi ile yapılmıştır.

a= p<0.05 Zayıflardan farklı olduğunda

b= p<0.05 Normallerden farklı olduğunda

c= p<0.05 Şişmanlardan farklı olduğunda

Lise öğrencilerinin vücut ağırlığına yönelik öz değerlendirme durumlarına göre AYB II ölçeği puan ortalamaları karşılaştırıldığında; fiziksel aktivite alt ölçek puan ortalaması vücut ağırlığına yönelik öz değerlendirme durumunu 'normal' olarak belirtenlerde 'zayıf' ve 'şişman' olarak belirtenlere göre anlamlı derecede yüksek bulundu ($p<0,05$). Pozitif yaşam algısı alt ölçek puan ortalaması vücut ağırlığına yönelik öz değerlendirme durumunu 'normal' olarak belirtenlerde 'şişman' olarak belirtenlere göre anlamlı derecede yüksek bulundu ($p<0,05$). Vücut ağırlığına yönelik öz değerlendirme durumlarına göre AYB II ölçeğinin sağlık sorumluluğu, beslenme, kişilerarası ilişkiler, stres yönetimi, spiritüel sağlık alt ölçek puan ortalamalarında ve ölçek toplam puanında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($p>0,05$).

Öğrencilerin vücut ağırlığına yönelik öz değerlendirme durumlarına göre SDO ölçeği puan ortalamaları karşılaştırıldığında; iç kontrol denetim odağı alt boyut puan ortalaması ve dış kontrol denetim odağı alt boyut puan ortalaması vücut ağırlığına yönelik öz değerlendirme durumunu 'normal' olarak belirtenlerde 'şişman' olarak belirtenlere göre anlamlı derecede yüksek bulundu ($p<0,05$). Şans-kaderci yaklaşım alt boyut puan ortalaması vücut ağırlığına yönelik öz değerlendirme durumunu 'şişman' olarak belirtenlerde 'normal' olarak belirtenlere göre anlamlı derecede yüksek bulundu ($p<0,05$) (Tablo 6.28).

Tablo 6.29. Lise Öğrencilerinin Kronik Hastalık Durumlarına Göre AYB II Ölçeği ve SDO Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N=1111)

Ölçekler		Var (n=98)	Yok (n=1013)	t	p*
		$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$		
AYB II Ölçeği ve Alt Ölçekleri	Sağlık Sorumluluğu	16,03±4,54	15,91±3,91	-0,262	0,794
	Fiziksel Aktivite	14,15±4,75	15,31±4,00	2,694	0,007
	Beslenme	17,64±4,20	18,52±3,53	2,306	0,021
	Pozitif Yaşam Algısı	17,20±3,96	18,02±3,50	1,970	0,051
	Kişilerarası İlişkiler	17,61±3,75	17,85±3,35	0,591	0,556
	Stres Yönetimi	17,20±3,22	17,83±3,07	1,842	0,068
	Spiritüel Sağlık	15,61±3,96	15,65±3,51	0,110	0,913
	AYB II Toplam Puan	115,46±21,85	119,09±17,75	1,892	0,059
SDO Ölçeği Alt Boyutları	İç Kontrol Denetim Odağı	23,88±5,76	25,32±5,49	2,375	0,019
	Dış Kontrol Denetim Odağı	21,40±5,87	21,34±5,62	-0,101	0,920
	Şans-Kaderci Yaklaşım	18,44±5,81	15,92±5,63	-4,101	<0,001

* t-testi uygulandı.

Lise öğrencilerinin kronik hastalık durumlarına göre AYB II ölçeği puan ortalamaları karşılaştırıldığında; kronik hastalığı olmayan öğrencilerin fiziksel aktivite ve beslenme alt ölçek puan ortalamaları kronik hastalığı olan öğrencilere göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulundu ($p<0,05$). Kronik hastalık durumlarına göre AYB II ölçeğinin sağlık sorumluluğu, pozitif yaşam algısı, kişilerarası ilişkiler, stres yönetimi, spiritüel sağlık alt ölçek puan ortalamalarında ve ölçek toplam puanında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($p>0,05$).

Öğrencilerin kronik hastalık durumlarına göre SDO ölçeği puan ortalamaları karşılaştırıldığında; kronik hastalığı olmayan öğrencilerin iç kontrol denetim odağı alt boyut puan ortalamaları kronik hastalığı olan öğrencilere göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulundu ($p<0,05$). Şans-kaderci yaklaşım alt boyut puan ortalaması kronik hastalığı olan öğrencilerde kronik hastalığı olmayan öğrencilere göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulundu ($p<0,05$). Kronik hastalık durumlarına göre SDO ölçeğinin dış kontrol denetim odağı alt boyut puan ortalamasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı ($p>0,05$) (Tablo 6.29).

Tablo 6.30. Lise Öğrencilerinin Sağlık Algılamaya Düzeylerine Göre AYB II Ölçeği ve SDO Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N=1111)

Ölçekler		Çok Kötü (n=10)	Kötü (n=45)	İyi (n=684)	Çok İyi (n=372)	X ²	p*
		$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$		
AYB II Ölçeği ve Alt Ölçekleri	Sağlık Sorumluluğu	17,00±6,12	14,42±2,80 ^d	15,58 ±3,91 ^d	16,69±4,00 ^{bc}	26,950	<0,001
	Fiziksel Aktivite	15,40±4,55	11,36±3,70 ^{cd}	14,77±3,93 ^{bd}	16,49±3,94 ^{bc}	79,710	<0,001
	Beslenme	17,70±4,92	16,64 ±2,77 ^d	17,98±3,54 ^d	19,53±3,51 ^{bc}	64,218	<0,001
	Pozitif Yaşam Algısı	16,70±4,47	16,49±3,9 ^d	17,44±3,57 ^d	19,1±3,13 ^{bc}	61,230	<0,001
	Kişilerarası İlişkiler	16,10± 5,28	16,36±3,52 ^d	17,44±3,27 ^d	18,75±3,32 ^{bc}	48,502	<0,001
	Stres Yönetimi	17,20±3,52	15,73±2,53 ^{cd}	17,37±3,08 ^{bd}	19± (9-24) ^{bc}	70,937	<0,001
	Spiritüel Sağlık	16,50±4,24	14,78±3,11 ^d	15,31±3,48 ^d	16,36±3,6 ^{bc}	25,073	<0,001
	AYB II Toplam Puan	116,6±26,23	105,78±13,78 ^{cd}	115,89±17,63 ^{bd}	125,70±17,1 ^{bc}	102,449	<0,001
SDO Ölçeği Alt Boyutları	İç Kontrol Denetim Odağı	21,40±8,15	21,84±6,63 ^{cd}	24,84±5,33 ^{bd}	26,34±5,39 ^{bc}	36,238	<0,001
	Dış Kontrol Denetim Odağı	15,40±8,47 ^{cd}	20,18±6,46	21,28±5,41 ^a	21,75±5,76 ^a	13,925	0,003
	Şans-Kaderci Yaklaşım	18,9±7,97	17,8±5,38 ^d	16,94±5,65 ^d	14,42±5,32 ^{bc}	53,305	<0,001

* Kruskal-Wallis testi uygulandı. İkili kıyaslamalar Bonferroni düzeltilmeli Mann-Whitney U testi ile karşılaştırıldı.

a= p<0.0083 'Çok Kötü' den farklı olduğunda

b=p<0.0083 'Kötü' den farklı olduğunda

c= p<0.0083 'İyi' den farklı olduğunda

d= p<0.0083 'Çok İyi' den farklı olduğunda

Lise öğrencilerinin sağlığı algılama düzeylerine göre AYB II ölçeği puan ortalamaları karşılaştırıldığında; sağlık düzeyini ‘çok iyi’ olarak algılayan öğrencilerde sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, beslenme, pozitif yaşam algısı, kişilerarası ilişkiler, stres yönetimi, spiritüel sağlık alt ölçek puan ortalamaları ve AYB II toplam puan ortalaması sağlık düzeyini ‘kötü’ ve ‘iyi’ olarak algılayan öğrencilere göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulundu ($p<0,001$).

Öğrencilerin sağlığı algılama düzeylerine göre SDO ölçeği puan ortalamaları karşılaştırıldığında; sağlık düzeyini ‘çok iyi’ olarak algılayan öğrencilerde iç kontrol denetim odağı alt boyut puan ortalaması sağlık düzeyini ‘kötü’ ve ‘iyi’ olarak algılayan öğrencilere göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulundu ($p<0,001$). Sağlık düzeyini ‘iyi’ ve ‘çok iyi’ olarak algılayan öğrencilerde dış kontrol denetim odağı alt boyut puan ortalaması ‘çok kötü’ olarak algılayan öğrencilere göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulundu ($p<0,05$). Sağlık düzeyini ‘kötü’ ve ‘iyi’ olarak algılayan öğrencilerde şans-kaderci yaklaşım alt boyut puan ortalaması sağlık düzeyini ‘çok iyi’ olarak algılayan öğrencilere göre anlamlı derecede daha yüksek bulundu ($p<0,001$) (Tablo 6.30).

Tablo 6.31. Lise Öğrencilerinin Sağlık Sorunuyla Karşılaştıklarında Öncelikli Tutumlarına Göre AYB II Ölçeği ve SDO Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N=1111)

Ölçekler		Hastalığının Geçmesini Beklerim (n=334)	Kendi Başıma Hemen Bir Sağlık Kuruluşuna Giderim (n=308)	Birilerinin Beni Sağlık Kuruluşuna Götürmesini Beklerim (n=326)	Evde Bulunan İlaçları Kullanırım (n=86)	Ailemle Birlikte Sağlık Kuruluşuna Giderim (n=57)	F	p*
		$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$		
AYB II Ölçeği ve Alt Ölçekleri	Sağlık Sorumluluğu	14,93±3,87 ^{bce}	17,25±3,78 ^{acd}	15,83±3,95 ^{ab}	14,94±3,63 ^b	16,47±4,00 ^a	16,350	<0,001
	Fiziksel Aktivite	14,90±4,13 ^{be}	16,08±4,02 ^{acd}	14,66±3,86 ^{be}	14,29±4,23 ^{be}	16,88±4,02 ^{acd}	9,113	<0,001
	Beslenme	17,96±3,75 ^b	19,11±3,53 ^{ac}	18,32±3,42 ^b	18,02±3,45	19,04±3,91	5,015	0,001
	Pozitif Yaşam Algısı	17,40±3,61 ^{ce}	18,15±3,35	18,17±3,73 ^a	17,60±3,30 ^e	19,37±2,99 ^{ad}	5,112	<0,001
	Kişilerarası İlişkiler	17,37±3,51 ^b	18,12±3,14 ^a	18,03±3,23	17,23±3,68	18,65±3,96	3,948	0,003
	Stres Yönetimi	17,23±3,26 ^{bc}	18,09±2,90 ^a	18,02±3,10 ^a	17,58±2,66	18,12±3,32	4,179	0,002
	Spiritüel Sağlık	15,07±3,48 ^{be}	16,24±3,51 ^{ad}	15,66±3,62	14,93±3,25 ^{be}	16,89±3,41 ^{ad}	7,103	<0,001
	AYB II Toplam Puan	114,86±18,35 ^{be}	123,04±17,30 ^{acd}	118,69±18,33 ^b	114,60±14,46 ^{be}	125,42±19,28 ^{ad}	11,576	<0,001
SDO Ölçeği Alt Boyutları	İç Kontrol Denetim Odağı	25,07±5,72	26,22±5,58 ^{cd}	24,66±5,07 ^b	24,30±6,07 ^b	24,70±5,13	4,145	0,002
	Dış Kontrol Denetim Odağı	19,85±6,01 ^{bce}	21,88±5,56 ^a	22,24±5,14 ^a	21,13±5,35	22,32±5,28 ^a	9,313	<0,001
	Şans-Kadercı Yaklaşım	16,89±5,77 ^e	15,86±5,85	16,01±5,48	15,77±5,49	14,70±5,35 ^a	2,697	0,030

* Oneway anova testi yapıldı. İkili karşılaştırmalar varyansları homojen olan gruplarda Tukey HSD testi ile homojen olmayan gruplarda Tamhane testi ile yapıldı.

a= p<0.05 'Hastalığının Geçmesini Beklerim' den farklı olduğunda

b= p<0.05 'Kendi Başıma Hemen Bir Sağlık Kuruluşuna Giderim'den farklı olduğunda

c= p<0.05 'Birilerinin Beni Sağlık Kuruluşuna Götürmesini Beklerim'den farklı olduğunda

d= p<0.05 'Evde Bulunan İlaçları Kullanırım'dan farklı olduğunda

e= p<0.05 'Ailemle Birlikte Sağlık Kuruluşuna Giderim'den farklı olduğunda

Lise öğrencilerinin sağlık sorunuyla karşılaştıklarında öncelikli tutumlarına göre AYB II ölçeği puan ortalamaları karşılaştırıldığında; sağlık sorumluluğu alt ölçek puan ortalaması sağlık sorunuyla karşılaştığında öncelikle ‘kendi başıma hemen bir sağlık kuruluşuna giderim’ diyen öğrencilerde ‘hastalığının geçmesini beklerim’, ‘birilerinin beni sağlık kuruluşuna götürmesini beklerim’ ve ‘evde bulunan ilaçları kullanırım’ diyen öğrencilere göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulundu ($p<0,001$). Sağlık sorunuyla karşılaştığında öncelikle ‘ailemle birlikte sağlık kuruluşuna giderim’ diyen öğrencilerde sağlık sorumluluğu alt ölçek puan ortalaması ‘hastalığının geçmesini beklerim’ diyen öğrencilere göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulundu ($p<0,001$).

Fiziksel aktivite alt ölçek puan ortalaması sağlık sorunuyla karşılaştığında öncelikle ‘kendi başıma hemen bir sağlık kuruluşuna giderim’ ve ‘ailemle birlikte sağlık kuruluşuna giderim’ diyen öğrencilerde diğer gruplara göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulundu ($p<0,001$).

Beslenme alt ölçek puan ortalaması sağlık sorunuyla karşılaştığında öncelikle ‘kendi başıma hemen bir sağlık kuruluşuna giderim’ diyen öğrencilerde ‘hastalığının geçmesini beklerim’ ve ‘birilerinin beni sağlık kuruluşuna götürmesini beklerim’ diyen öğrencilere göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulundu ($p<0,05$).

Pozitif yaşam algısı alt ölçek puan ortalaması sağlık sorunuyla karşılaştığında öncelikle ‘ailemle birlikte sağlık kuruluşuna giderim’ diyen öğrencilerde ‘hastalığının geçmesini beklerim’ ve ‘evde bulunan ilaçları kullanırım’ diyen öğrencilere göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulundu ($p<0,001$). Sağlık sorunuyla karşılaştığında öncelikle ‘birilerinin beni sağlık kuruluşuna götürmesini beklerim’ diyen öğrencilerin pozitif yaşam algısı alt ölçek puan ortalaması ‘hastalığının geçmesini beklerim’ diyen öğrencilere göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulundu ($p<0,001$).

Kişilerarası ilişkiler alt ölçek puan ortalaması sağlık sorunuyla karşılaştığında öncelikle ‘kendi başıma hemen bir sağlık kuruluşuna giderim’ diyen öğrencilerde ‘hastalığının geçmesini beklerim’ diyen öğrencilere göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulundu ($p<0,05$).

Stres yönetimi alt ölçek puan ortalaması sağlık sorunuyla karşılaştığında öncelikle ‘kendi başıma hemen bir sağlık kuruluşuna giderim’ ve ‘birilerinin beni sağlık

kuruluşuna götürmesini beklerim’ diyen öğrencilerde ‘hastalığının geçmesini beklerim’ diyen öğrencilere göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulundu ($p<0,05$).

Spiritüel sağlık alt ölçek puan ortalaması sağlık sorunuyla karşılaştığında öncelikle ‘kendi başıma hemen bir sağlık kuruluşuna giderim’ ve ‘ailemle birlikte sağlık kuruluşuna giderim’ diyen öğrencilerde ‘hastalığının geçmesini beklerim’ ve ‘evde bulunan ilaçları kullanırım’ diyen öğrencilere göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulundu ($p<0,001$).

AYB II toplam puan ortalaması sağlık sorunuyla karşılaştığında öncelikle ‘ailemle birlikte sağlık kuruluşuna giderim’ diyen öğrencilerde ‘hastalığının geçmesini beklerim’ ve ‘evde bulunan ilaçları kullanırım’ diyen öğrencilere göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulundu ($p<0,001$). Sağlık sorunuyla karşılaştığında öncelikle ‘kendi başıma hemen bir sağlık kuruluşuna giderim’ diyen öğrencilerin AYB II toplam puan ortalaması da ‘hastalığının geçmesini beklerim’, ‘birilerinin beni sağlık kuruluşuna götürmesini beklerim’ ve ‘evde bulunan ilaçları kullanırım’ diyen öğrencilere göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulundu ($p<0,001$) (Tablo 6.31).

Öğrencilerin sağlık sorunuyla karşılaştıklarında öncelikli tutumlarına göre SDO ölçeği puan ortalamaları karşılaştırıldığında; sağlık sorunuyla karşılaştığında öncelikle ‘kendi başıma hemen bir sağlık kuruluşuna giderim’ diyen öğrencilerde iç kontrol denetim odağı alt boyut puan ortalaması ‘birilerinin beni sağlık kuruluşuna götürmesini beklerim’ ve ‘evde bulunan ilaçları kullanırım’ diyen öğrencilere göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulundu ($p<0,05$). Sağlık sorunuyla karşılaştığında öncelikle ‘hastalığının geçmesini beklerim’ diyen öğrencilerde dış kontrol denetim odağı alt boyut puan ortalaması ‘kendi başıma hemen bir sağlık kuruluşuna giderim’, ‘birilerinin beni sağlık kuruluşuna götürmesini beklerim’ ve ‘ailemle birlikte sağlık kuruluşuna giderim’ diyen öğrencilere göre istatistiksel olarak anlamlı derecede düşük bulundu ($p<0,001$). Sağlık sorunuyla karşılaştığında öncelikle ‘hastalığının geçmesini beklerim’ diyen öğrencilerde şans-kaderci yaklaşım alt boyut puan ortalaması ‘ailemle birlikte sağlık kuruluşuna giderim’ diyen öğrencilere göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulundu ($p<0,05$) (Tablo 6.31).

Tablo 6.32. AYB II Ölçeği ve SDO Ölçeği Arasındaki Korelasyon Değerleri (N=1111)

AYB II Ölçeği ve Alt Ölçekleri	SDO Ölçeği Alt Boyutları		
	İç Kontrol Denetim Odağı	Dış Kontrol Denetim Odağı	Şans-Kaderci Yaklaşım
	r	r	r
Sağlık Sorumluluğu	0,116*	0,230*	0,034***
Fiziksel Aktivite	0,194*	0,093**	-0,091**
Beslenme	0,214*	0,123*	-0,156*
Pozitif Yaşam Algısı	0,23*	0,136*	-0,151*
Kişilerarası ilişkiler	0,196*	0,149*	-0,120*
Stres Yönetimi	0,215*	0,118*	-0,130*
Spiritüel Sağlık	0,224*	0,154*	0,046***
AYB II Toplam Puan	0,273*	0,200*	-0,109*

Pearson Korelasyon analizi yapıldı.

* p<0,001 ** p<0,01 ***p>0,05

İç kontrol denetim odağı ile AYB II ölçeğinin tüm alt ölçekleri arasında çok zayıf ilişki, AYB II toplam puanı ile zayıf ilişki saptandı ($p<0,001$).

Dış kontrol denetim odağı ile AYB II ölçeğinin tüm alt ölçekleri ve toplam puanı arasında çok zayıf ilişki saptandı ($p<0,01$).

Şans kaderci yaklaşım ile sağlık sorumluluğu ve spiritüel sağlık alt ölçeği arasında ilişki saptanmadı. Şans kaderci yaklaşım ile fiziksel aktivite, beslenme, pozitif yaşam algısı, kişilerarası ilişkiler, stress yönetimi ve AYB II toplam puanı arasında negatif yönde çok zayıf ilişki saptandı ($p<0,01$, $p<0,001$).

Tablo 6.33 Tekli Analizlerde Etkisi Belirlenen Değişkenlerin AYB II Ölçeği Toplam Puanına Etkisini Gösteren Çok Faktörlü Varyans Analizi Sonuçları

Bağımsız Değişkenler	F	p
Cinsiyet	1,72	0,19
Okul Dışı İşte Çalışma Durumu	1,423	0,233
Aile Tipi	3,995	0,019
Ekonomik Durum	1,8	0,145
Aile İlişkisi	16,441	<0,001
Arkadaş İlişkisi	9,996	<0,001
Akrabalarıyla Görüşme Sıklığı	2,098	0,099
Geçtiğimiz 1 Yılda Sağlık Eğitimi Alma	1,51	0,219
Sosyal Aktiviteye Katılım	20,024	<0,001
Günlük Aktiviteleri Kısıtlayan Engel Durum Varlığı	5,263	0,022
Sağlığı Algılama Düzeyi	12,299	<0,001
Sağlık Sorununda Öncelikli Tutum	4,394	0,002

$R^2=0,243$ (Düzeltilmiş $R^2=0,225$)

Tek değişkenli analizlerde etkisi belirlenen değişkenlerin AYB II ölçeği toplam puanına etkisini gösteren çok faktörlü varyans analizi sonuçları Tablo 6.33'te yer almaktadır. Tek değişkenli analizlerde AYB II toplam puan ortalaması üzerinde anlamlı olan aile tipi, aile ilişkisi, arkadaş ilişkisi, sosyal aktiviteye katılım, günlük aktiviteleri kısıtlayan engel durum varlığı, sağlığı algılama düzeyi ve sağlık sorununda öncelikli tutum değişkenleri çok faktörlü varyans analizine dahil edildiğinde anlamlılıklarını korudu ($p<0,05$). Tek değişkenli analizlerde AYB II toplam puan ortalaması üzerinde anlamlı olan cinsiyet, okul dışı işte çalışma durumu, ekonomik durum, akrabalarıyla görüşme sıklığı ve geçtiğimiz 1 yılda sağlık eğitimi alma değişkenleri çok faktörlü varyans analizine dahil edildiğinde anlamlılıklarını yitirdi ($p>0,05$) (Tablo 6.33).

Tablo 6.34 Tekli Analizlerde Etkisi Belirlenen Değişkenlerin İç Kontrol Denetim Odağı Alt Boyut Puanına Etkisini Gösteren Çok Faktörlü Varyans Analizi Sonuçları

Bağımsız Değişkenler	F	p
Cinsiyet	7,111	0,008
Annenin Eğitim Durumu	2,435	0,033
Aile İlişkisi	2,623	0,049
Arkadaş İlişkisi	1,536	0,204
Akrabalarıyla Görüşme Sıklığı	2,098	0,099
Vücut Ağırlığa Yönelik Öz Değerlendirme	2,608	0,074
Kronik Hastalık Durumu	0,146	0,702
Sağlığı Algılama Düzeyi	6,415	<0,001
Sağlık Sorununda Öncelikli Tutum	3,503	0,008

$R^2=0,089$ (Düzeltilmiş $R^2=0,070$)

Tek değişkenli analizlerde iç kontrol denetim odağı alt boyut puan ortalaması üzerinde anlamlı olan cinsiyet, annenin eğitim durumu, aile ilişkisi, sağlığı algılama düzeyi ve sağlık sorununda öncelikli tutum değişkenleri çok faktörlü varyans analizine dahil edildiğinde anlamlılıklarını korudu ($p<0,05$). Tek değişkenli analizlerde iç kontrol denetim odağı alt boyut puan ortalaması üzerinde anlamlı olan arkadaş ilişkisi, akrabalarıyla görüşme sıklığı, vücut ağırlığına yönelik öz değerlendirme ve kronik hastalık durumu değişkenleri çok faktörlü varyans analizine dahil edildiğinde anlamlılıklarını yitirdi ($p>0,05$) (Tablo 6.34).

Tablo 6.35 Tekli Analizlerde Etkisi Belirlenen Değişkenlerin Dış Kontrol Denetim Odağı Alt Boyut Puanına Etkisini Gösteren Çok Faktörlü Varyans Analizi Sonuçları

Bağımsız Değişkenler	F	p
Yaşantılarının En Uzun Bölümünü Geçirdikleri Yer	1,828	0,14
Okul Dışı İşte Çalışma Durumu	1,234	0,267
Aile Tipi	2,094	0,124
Aile İlişkisi	2,059	0,104
Arkadaş İlişkisi	1,625	0,182
Vücut Ağırlığa Yönelik Öz Değerlendirme	1,364	0,256
Sağlığı Algılama Düzeyi	0,458	0,711
Sağlık Sorununda Öncelikli Tutum	6,998	<0,001

$R^2=0,071$ (Düzeltilmiş $R^2=0,053$)

Tek değişkenli analizlerde dış kontrol denetim odağı alt boyut puan ortalaması üzerinde anlamlı olan sağlık sorununda öncelikli tutum değişkeni çok faktörlü varyans analizine dahil edildiğinde anlamlılıklarını korudu ($p<0,05$). Tek değişkenli analizlerde dış kontrol denetim odağı alt boyut puan ortalaması üzerinde anlamlı olan yaşantılarının en uzun bölümünü geçirdikleri yer, okul dışı işte çalışma durumu, aile tipi, aile ilişkisi, arkadaş ilişkisi, vücut ağırlığına yönelik öz değerlendirme ve sağlığı algılama durumu değişkenleri çok faktörlü varyans analizine dahil edildiğinde anlamlılıklarını yitirdi ($p>0,05$) (Tablo 6.35).

Tablo 6.36 Tekli Analizlerde Etkisi Belirlenen Değişkenlerin Şans-Kaderci Yaklaşım Alt Boyut Puanına Etkisini Gösteren Çok Faktörlü Varyans Analizi Sonuçları

Bağımsız Değişkenler	F	p
Ekonomik Durum	1,305	0,272
Aile İlişkisi	5,763	0,001
Arkadaş İlişkisi	0,456	0,713
Akrabalarıyla Görüşme Sıklığı	3,698	0,011
Geçtiğimiz 1 Yılda Sağlık Eğitimi Alma	3,16	0,076
Günlük Aktiviteleri Kısıtlayan Engel Durum Varlığı	5,002	0,026
Vücut Ağırlığa Yönelik Öz Değerlendirme	1,794	0,167
Kronik Hastalık Durumu	7,716	<0,001
Sağlığı Algılama Düzeyi	8,587	0,003
Sağlık Sorununda Öncelikli Tutum	1,134	0,339

$R^2=0,113$ (Düzeltilmiş $R^2=0,094$)

Tek değişkenli analizlerde şans-kaderci yaklaşım alt boyut puan ortalaması üzerinde anlamlı olan aile ilişkisi, akrabalarıyla görüşme sıklığı, günlük aktiviteleri kısıtlayan engel durum varlığı, kronik hastalık durumu ve sağlığı algılama düzeyi değişkenleri çok faktörlü varyans analizine dahil edildiğinde anlamlılıklarını korudu ($p<0,05$). Tek değişkenli analizlerde şans-kaderci yaklaşım alt boyut puan ortalaması üzerinde anlamlı olan ekonomik durum, arkadaş ilişkisi, geçtiğimiz 1 yıl içinde sağlık eğitimi alma, vücut ağırlığına yönelik öz değerlendirme ve sağlık sorununda öncelikli tutum değişkenleri ise çok faktörlü varyans analizine dahil edildiğinde anlamlılıklarını yitirdi ($p>0,05$) (Tablo 6.36).

7. TARTIŞMA

Bu araştırma İstanbul İl Milli Eğitim Müdürlüğü'ne bağlı bir Anadolu Lisesinde 2013-2014 Eğitim Öğretim Yılı güz döneminde lise öğrencilerinin sağlık davranışlarını ve etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla gerçekleştirildi.

AYB II ölçeği adolesan dönemdeki gençlerin sağlığı geliştiren davranışlarının düzeyini göstermektedir. AYB II ölçeği ve alt ölçeklerinde alınan puanın artması, olumlu sağlık davranışlarının düzeyinin arttığını göstermektedir (İlhan, 2012).

Tablo 6.6'da görüldüğü gibi lise öğrencilerinin AYB II ölçeği toplam puanı $118,77 \pm 18,17$ olarak bulundu. AYB II ölçeği toplam puanından en az 44, en fazla 176 puan alınabilir. İlhan (2012) tarafından lise öğrencilerinde AYB II ölçeği kullanılarak yapılan çalışmada AYB II ölçeği toplam puan ortalaması kontrol grubunda $118,21 \pm 15,39$ ve deney grubunda $119,54 \pm 16,80$ olarak bulunmuştur. Ardıç'ın (2008) lise öğrencilerinde AYB ölçeğini kullanarak yaptığı çalışmada ölçek toplam puan ortalaması $122,1 \pm 14,5$ olarak bulunmuştur. Dağdeviren'in (2010) lise öğrencilerinde Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ölçeğinin kullanarak yaptığı çalışmasında toplam sağlık davranışları puan ortalaması $118,4 \pm 20$ olarak bulunmuştur. Berçin'in (2010) lise öğrencilerinde Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ölçeğinin kullanarak yaptığı çalışmasında toplam sağlık davranışları puan ortalama $120,88 \pm 16,7$ olarak bulunmuştur.

AYB II ölçeğinin sağlık sorumluluğu alt ölçeği; bireyin kendi sağlığı üzerindeki sorumluluk düzeyini, sağlık eğitimi ve gerektiğinde yardım aramayı içeren kendi sağlığına ne düzeyde katıldığını belirler. Araştırma grubundaki öğrencilerin sağlık sorumluluğu puan ortalaması $15,92 \pm 3,97$ olarak bulundu. Bu alt boyuttan en az 7, en fazla 28 puan alınabilir. İlhan'ın (2012) çalışmasında sağlık sorumluluğu puanı kontrol ve deney grubunda sırasıyla $15,70 \pm 3,52$ - $15,98 \pm 3,39$ olarak bulunmuştur. Ardıç'ın (2008) çalışmasında sağlık sorumluluğu puan ortalaması $15,9 \pm 3,30$ olarak bulunmuştur. Araştırma sonuçlarıyla karşılaştırıldığında sonuçların benzer olduğu görülmektedir. Bu dönemdeki bireylerin bilişsel gelişimleri henüz tamamlanmamış olduğundan kendi sağlıklarıyla ilgili yanlış kararlar verebilirler ve sağlık sorumluluklarını tam olarak alamazlar. Sağlık sorumluluğu puanının düşük çıkması beklenen bir sonuç olarak yorumlanabilir.

AYB II ölçeğinin fiziksel aktivite alt ölçeği; sağlıklı yaşamın değişmez bir ögesi olan fiziksel aktivitelerin birey tarafından ne düzeyde uygulandığını gösterir. Araştırma grubundaki öğrencilerin fiziksel aktivite puan ortalaması $15,21 \pm 3,97$ olarak bulundu. Bu alt boyuttan en az 6, en fazla 24 puan alınabilir. İlhan'ın (2012) çalışmasında fiziksel aktivite puanı kontrol ve deney grubunda sırasıyla $13,89 \pm 3,73$ - $14,36 \pm 3,73$ olarak bulunmuştur. Ardıç'ın (2008) çalışmasında fiziksel aktivite puan ortalaması $14,7 \pm 3,72$ olarak bulunmuştur. Bu sonuçlar araştırma grubuyla benzer şekilde düşüktür. Bu durumun fiziksel aktiviteye eğitim sistemi içerisinde yer verilse de, okul içerisinde ve dışarısında yeterli fiziksel şartların sağlanamaması, bu konudaki yönlendirmenin yetersiz kalması, öğrencilerin üniversiteye giriş sınavlarına hazırlanmalarından dolayı okul ve dersane arasındaki yoğun tempodan fiziksel aktiviteye zaman bulamamalarına bağlı olabileceği düşünülmektedir.

AYB II ölçeğinin beslenme alt ölçeği; bireyin öğünlerini seçme ve düzenleme yiyecek seçimindeki değişiklikleri belirler. Araştırma grubundaki öğrencilerin beslenme puan ortalaması $18,44 \pm 3,6$ olarak bulundu. Bu alt boyuttan en az 7, en fazla 28 puan alınabilir. İlhan'ın (2012) çalışmasında beslenme puan ortalaması kontrol ve deney grubunda sırasıyla $18,35 \pm 3,01$ - $18,75 \pm 2,84$ olarak bulunmuştur. Ardıç'ın (2008) çalışmasında beslenme puan ortalaması $18,4 \pm 3,23$ olarak bulunmuştur. Bu sonuçlar araştırma grubuyla benzer şekilde düşüktür. Bu sonuçlar adolesanların sağlıklı beslenme konusunda yeterli bilince sahip olmadıklarını göstermektedir. Bu dönemde adolesanların beslenmesi evde ailesinin beslenme alışkanlıklarına bağlıdır. Öğrenci evde pişen yemeği sağlıklı olsun ya da olmasın tüketmek durumundadır. Öğrenciler ev dışında da fazla zaman geçirdikleri için, daha çok hazır, ucuz ve kısa sürede hazırlanan gıdaları tüketmektedirler. Tüm bu nedenler adolesanların beslenme davranışlarını olumsuz yönde etkilemektedir.

AYB II ölçeğinin pozitif yaşam algısı alt ölçeği; bireyin hayatı olumlu algılamasını, umut, umutsuzluk gibi kavramları belirler. Araştırma grubundaki öğrencilerin pozitif yaşam algısı puan ortalaması $17,95 \pm 3,55$ olarak bulundu. Bu alt boyuttan en az 6, en fazla 24 puan alınabilir. İlhan'ın (2012) çalışmasında sağlık pozitif yaşam algısı puan ortalaması kontrol ve deney grubunda sırasıyla $19,06 \pm 3,17$ - $18,81 \pm 3,50$ olarak bulunmuştur. Ardıç'ın (2008) çalışmasında pozitif yaşam bakışı puan ortalaması $19,1 \pm 3,06$ olarak bulunmuştur.

AYB II ölçeğinin kişilerarası ilişkiler alt ölçeği; bireyin yakın çevresi ile iletişimini ve süreklilik düzeyini belirler. Araştırma grubundaki öğrencilerin kişilerarası ilişkiler puan ortalaması $17,95 \pm 3,55$ olarak bulundu. Bu alt boyuttan en az 6, en fazla 24 puan alınabilir. İlhan'ın (2012) çalışmasında kişilerarası ilişkiler puanı kontrol ve deney grubunda sırasıyla $18,04 \pm 2,73$ - $18,87 \pm 3,02$ olarak bulunmuştur. Ardiç'in (2008) çalışmasında kişilerarası ilişkiler puan ortalaması $18,5 \pm 2,63$ olarak bulunmuştur.

AYB II ölçeğinin stres yönetimi alt ölçeği; bireyin stres kaynaklarını tanıma düzeyini, stres kontrol mekanizmalarını ve stresle baş etme düzeyini belirler. Araştırma grubundaki öğrencilerin stres yönetimi puan ortalaması $17,77 \pm 3,09$ olarak bulundu. Bu alt boyuttan en az 6, en fazla 24 puan alınabilir. İlhan'ın (2012) çalışmasında stres yönetimi puanı kontrol ve deney grubunda sırasıyla $17,53 \pm 2,88$ - $17,84 \pm 2,98$ olarak bulunmuştur. Ardiç'in (2008) çalışmasında stres yönetimi puan ortalaması $18,1 \pm 2,69$ olarak bulunmuştur.

AYB II ölçeğinin spiritüel sağlık alt ölçeği; bireyin inançlarını, manevi görüşlerini, değer yargılarını belirler. Araştırma grubundaki öğrencilerin spiritüel sağlık puan ortalaması $15,65 \pm 3,55$ olarak bulundu. Bu alt boyuttan en az 6, en fazla 24 puan alınabilir. İlhan'ın (2012) çalışmasında spiritüel sağlık puan ortalaması kontrol ve deney grubunda sırasıyla $15,63 \pm 3,67$ - $15,93 \pm 3,53$ olarak bulunmuştur. İlhan'ın (2012) çalışmasındaki spiritüel sağlık puan ortalaması araştırma sonuçlarıyla benzerdir. Ardiç(2008) ise yapmış olduğu çalışmasında spiritüel sağlık puan ortalamasını $17,3 \pm 3,13$ bulunmuştur. Buna göre bu araştırmanın sonuçlarıyla karşılaştırıldığında Ardiç'in (2008) çalışma grubunun spiritüel sağlık düzeyinin daha yüksek olduğu belirtilebilir. Yurt dışında yapılan çalışmalarda spiritüel sağlık puanları arttıkça sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının arttığı belirlenmiştir (Rew and Wong, 2006; Cotton et al., 2005).

Araştırmada 9. ve 10. sınıf öğrencilerinin fiziksel aktivite alt ölçeği puan ortalaması, 12. sınıflara göre yüksek bulundu. 11. sınıf öğrencilerinin kişilerarası ilişkiler alt ölçeği puan ortalaması 9.sınıflara göre, 12. sınıf öğrencilerinin spiritüel sağlık alt ölçeği puan ortalaması 9.sınıflara göre yüksek bulundu (Tablo 6.7). Berçin'in (2010) yapmış olduğu çalışmada da araştırma sonuçlarıyla benzer olarak 9. sınıf öğrencilerinin egzersiz puanı 12. sınıflardan daha yüksek bulunmuştur. Aynı zamanda Ardiç'in (2008) yaptığı çalışmada adolesanların yaşları ile fiziksel aktivite, stres yönetimi alt ölçekleri arasında negatif yönde zayıf ilişkiyi gösteren istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki

saptanmıştır. Bu araştırmada fiziksel aktivite puanının 12. sınıf öğrencilerinde daha düşük bulunmasının sebebi 12. sınıfların üniversite giriş sınavlarına hazırlanmaları nedeniyle fiziksel aktiviteye zaman ayıramamalarından kaynaklanığı düşünülmektedir.

Erkek öğrencilerin sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, beslenme alt ölçek puan ortalamaları ve AYB II toplam puan ortalaması kız öğrencilere göre yüksek bulundu. Kız öğrencilerin ise kişilerarası ilişkiler alt ölçek puan ortalaması, erkek öğrencilere göre yüksek bulundu (Tablo 6.8). Ardıç (2008) ve Bozhüyük'ün (2010) yaptığı çalışmada bu araştırma sonucunun tersine kızların sağlık sorumluluğu puanı daha yüksek bulunmuştur. Ardıç (2008) ve Kefeli'nin (2010) çalışmasında bu araştırmaya benzer olarak kızların kişilerarası ilişkiler puanı erkeklere göre yüksek ve yine bu araştırma bulgularına benzer şekilde erkeklerin fiziksel aktivite puanı kızlara göre daha yüksek bulunmuştur. Yurt dışında öğrenciler üzerinde yapılan çalışmalarda erkek öğrencilerin kız öğrencilere göre daha fazla egzersiz yapma davranışı gösterdikleri belirtilmiştir (Staib et al., 2006; Sanchez et al., 2007). Lee ve Loke (2005) tarafından Hong Kong'da üniversite öğrencileri ile yapılan çalışmada cinsiyete göre sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasında fark bulunmamış, Diez ve Fortis (2009) tarafından Meksika'da yapılan çalışmada ise erkek öğrencilerin stres yönetimi ve ölçek toplam puanları daha yüksek bulunmuştur. Araştırma sonuçlarında da görüldüğü gibi genellikle erkek öğrencilerin fiziksel aktiviteye olan yatkınlıkları nedeniyle fiziksel aktivite puanının yüksek olması beklenen bir sonuç olarak yorumlanabilir.

Doğum yerlerine göre öğrencilerin AYB II ölçeği puan ortalamaları karşılaştırıldığında anlamlı fark bulunmadı (Tablo 6.9). Berçin'in (2010) çalışmasında köyde doğanların beslenme puanı il merkezinde doğan öğrencilere göre yüksek bulunmuştur. Ardıç'ın (2008) çalışmasında da il merkezinde doğanların sağlık sorumluluğu puanı köy ve ilçede doğanlara oranla yüksek bulunmuştur.

Öğrencilerin yaşamlarının en uzun bölümünü geçirdikleri yere göre AYB II ölçeği puan ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmadı (Tablo 6.10). Dağdeviren'in (2010) çalışmasının sonuçları araştırma sonuçlarını destekler niteliktedir. Çalışma bulgularının tersine yaşantılarının büyük bölümünü şehir ve büyükşehirlerde geçiren öğrencilerde sağlık davranışları düzeyinin daha yüksek olduğunu gösteren çalışmalarda mevcuttur (Ardıç, 2008; Yıldırım, 2005; Esin, 1997).

Okul dışı bir işte çalışmayan lise öğrencilerinin pozitif yaşam algısı, kişilerarası ilişkiler, stres yönetimi alt ölçek puan ortalamaları ve AYB II toplam puan ortalaması okul dışı işte çalışan lise öğrencilerine göre yüksek bulundu (Tablo 6.11). Kefeli'nin (2010) çalışmasındaki sonuçlar çalışma sonuçlarıyla paralel bir şekilde olup; okul dışı işte çalışmayan öğrencilerin kişilerarası ilişkiler puanı çalışan öğrencilere göre daha yüksek bulunmuştur. Ardıç'ın (2008) çalışmasında ise adolesanların okul dışı bir işte çalışma durumları ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Öğrencilerin okul dışı işte çalışmaması arkadaşlarıyla daha çok zaman geçirme, sosyal ortamlara daha fazla katılabilme imkânı sağladığından bu öğrencilerde olumlu sağlık davranışlarının yüksek olması beklenen bir sonuç olarak yorumlanabilir.

İki ebeveynli aile tipine sahip öğrencilerin fiziksel aktivite alt ölçek puan ortalaması ebeveyn olmayan aile tipine göre yüksek bulundu. İki ebeveynli aile tipine sahip öğrencilerin beslenme ve pozitif yaşama algısı alt ölçek ve AYB II toplam puan ortalaması, diğer gruplara göre yüksek bulundu. Ebeveyn olmayan aile tipine sahip öğrencilerin kişilerarası ilişkiler alt ölçek puan ortalaması diğer gruplara göre düşük bulundu (Tablo 6.12). Benzer şekilde Kefeli'nin (2010) çalışmasında parçalanmış aile tipine sahip öğrencilerin kişiler arası ilişkiler, stres yönetimi ve manevi gelişim puanlarının düşük bulunması araştırma sonuçlarımızı destekler biçimdedir. Ardıç'ın (2008) çalışmasında sağlık sorumluluğu puanı geleneksel aile tipine sahip olanlarda çekirdek aile ve parçalanmış aileye sahip olanlara göre daha yüksek bulunmuştur. Bazı araştırmalarda ise aile tipi ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır (Yıldırım, 2005; Berçin, 2010; Zaybak ve Fadiloğlu, 2004). Chen ve arkadaşlarının (2007) yaptığı çalışmada iki ebeveynli aile tipine sahip adolesanların beslenme, sosyal destek, sağlık sorumluluğu, hayat memnuniyeti, egzersiz, stres yönetimi alt ölçek puan ortalamaları ve toplam sağlığı geliştirme puanı, tek ebeveynli aile tipine sahip adolesanlara göre yüksek bulunmuştur. İki ebeveynli ailelerde yetişen çocukların rol model alabilecekleri birilerinin olması, anne-baba arasındaki olumlu ilişkinin çocuklara olumlu yansımaları, hem anne hem de baba tarafından ilgi görme gibi nedenlerle olumlu sağlık davranışlarının daha yüksek çıkması beklenen bir sonuç olarak düşünülmektedir.

Öğrencilerin yaşadıkları ortama göre AYB II ölçeği puan ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmadı (Tablo 6.13). Yıldırım'ın (2005) çalışmasında evde ailesiyle

yaşayanların egzersiz puanı yüksek bulunmuştur. Bozhüyük'ün (2010) çalışmasında sağlık sorumluluğu puanı ailesiyle birlikte yaşayanlarda, ailesiyle birlikte yaşamayanlara göre anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Zaybak ve Fadiloğlu'nun (2004) yaptığı çalışmada da ailesiyle birlikte yaşayanların beslenme puanı ve kişilerarası destek puanı anlamlı derecede yüksek bulunmuştur.

Adolesan dahil ailedeki kişi sayısı 2-4 kişi olan lise öğrencilerinin kişilerarası ilişkiler alt ölçek puan ortalaması adolesan dahil ailedeki kişi sayısı 8-10 kişi olanlara göre yüksek bulundu (Tablo 6.14). Araştırma sonuçlarıyla benzer şekilde Esin'in (1997) çalışmasında sağlıklı yaşam biçimi davranışları; birey sayısı 2-4 ve 5-7 olanlarda yalnız yaşayanlara göre, kişilerarası destek; 2-4 kişi yaşayanlarda, 8-9 kişi yaşayanlara göre yüksek bulunmuştur. Kalabalık ailelerde kişilerarası ilişkiler puan ortalamasının düşük bulunmasının sebebi olarak; kişi sayısı arttıkça ebeveynlerin çocuklarına verebileceği ilgi düzeyinin ve bire bir iletişimin azalmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Annesi ortaokul ve lise mezunu olan öğrencilerin fiziksel aktivite alt ölçek puan ortalaması annesi ilkokul mezunu olanlara göre yüksek bulundu (Tablo 6.15). Yıldırım'ın (2005) çalışmasında annesi lise ve üniversite mezunu olanlarda sağlık sorumluluğu puanı, fiziksel aktivite puanı ve ölçek toplam puanı yüksek bulunurken, Ardıç'ın (2008) çalışmasında da benzer şekilde annesi ilkokul mezunu olanlarda sağlık sorumluluğu puanı, lise ve üniversite mezunu olanların fiziksel aktivite puanları yüksek bulunmuştur. Diez ve Fortis (2009) tarafından Meksika'da yapılan çalışmada anne eğitim düzeyi arttıkça beslenme, fiziksel aktivite, stres yönetimi, kişilerarası ilişki alt ölçeklerinde ve ölçek toplam puan ortalamalarının anlamlı olarak arttığı görülmüştür. Bu sonuç eğitim düzeyi arttıkça bireylerin olumlu sağlık davranışlarının önemine daha fazla inandıklarını ve bu davranışları daha fazla benimsemelerini göstermektedir.

Lise öğrencilerinin babalarının eğitim durumlara göre AYB II ölçeği puan ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmadı (Tablo 6.16). Yıldırım (2005) tarafından yapılan çalışma sonuçları bu araştırma sonuçlarını desteklemektedir. Ardıç'ın (2008) çalışmasında babası lise mezunu olanlarda fiziksel aktivite, pozitif yaşam bakışı, stres yönetimi, kişilerarası ilişkiler puanı ve ölçek toplam puanı yüksek bulunmuştur. Dağdeviren'in (2010) çalışmasında babası üniversite mezunu olan öğrencilerin kendini gerçekleştirme, sağlık sorumluluğu, egzersiz, kişilerarası destek stres yönetimi puanları ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği toplam puanı diğer öğrencilere göre anlamlı

düzyeyde yüksek bulunmuştur. Kefeli'nin (2010) çalışmasında da babası üniversite mezunu olan öğrencilerin manevi gelişim puanları yüksek bulunmuştur. Diez ve Fortis (2009) tarafından Meksika'da yapılan çalışmada baba eğitim düzeyi arttıkça stres yönetimi, kişilerarası ilişki, tinsellik alt ölçeklerinde ve ölçek toplam puan ortalamalarının anlamlı olarak arttığı görülmüştür.

Annelerinin mesleğine göre öğrencilerin AYB II ölçeği puan ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmadı (Tablo 6.17). Yıldırım (2005) tarafında yapılan çalışma sonuçları bu araştırma sonuçlarıyla paraleldir. Berçin'in (2010) çalışmasında annesi çalışmayan öğrencilerin beslenme puanı çalışan öğrencilere göre daha yüksek bulunmuştur. Dağdeviren (2010) ve Kefeli'nin (2010) yapmış olduğu araştırmalarda ise annesi çalışan öğrencilerin kişilerarası ilişkiler puanı çalışmayanlara göre daha yüksek bulunmuştur. Ardıç'ın (2008) çalışmasında da öğrencilerin annelerinin mesleği ile sağlık sorumluluğu puanı ve pozitif yaşam bakışı puanı arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur.

Babalarının mesleğine göre öğrencilerin AYB II ölçeği puan ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmadı (Tablo 6.18). Yıldırım'ın (2005) çalışmasının sonuçları bizim sonuçlarımızı desteklemektedir. Dağdeviren'in (2010) yaptığı araştırmada babası memur olan öğrencilerin beslenme, egzersiz, kişilerarası destek puanları ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği toplam puanı yüksek bulunmuştur.

Ailesinin ekonomik durumu 'çok iyi' olan öğrencilerin sağlık sorumluluğu alt ölçek puan ortalaması ekonomik durumu orta olanlara göre yüksek bulundu. Ailesinin ekonomik durumu 'çok iyi' olan öğrencilerin fiziksel aktivite alt ölçek ve AYB II toplam puan ortalaması diğer gruplara göre yüksek bulundu. Ailesinin ekonomik durumu 'çok iyi' olan öğrencilerin beslenme ve alt ölçek puan ortalaması 'kötü' ve 'orta' olanlara göre yüksek bulundu. Ailesinin ekonomik durumu 'çok iyi' olan öğrencilerin spiritüel sağlık alt ölçek puan ortalaması 'orta' ve 'iyi' olanlara göre yüksek bulundu (Tablo 6.19).

Kefeli'nin (2010) çalışmasında ailesinin gelirinin fazla olduğunu belirten öğrencilerde beslenme puanı, fiziksel aktivite puanı, manevi gelişim puanı ve sağlıklı yaşam biçimi ölçeği puanı yüksek bulunmuştur. Yurt dışında yapılan çalışmalarda da sosyoekonomik düzey yükseldikçe sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının da anlamlı olarak arttığı saptanmıştır (Diez and Fortis, 2009; Wardle and Steptoe, 2003). Bu araştırma sonucuna göre ekonomik durumun bireyin sağlık davranışlarını olumlu

etkilediği söylenebilir. Ekonomik düzeydeki artış ile bireylerin daha iyi yaşam koşullarına sahip olması sağlıklı davranış düzeyini de yükseltmektedir.

Sağlık güvencelerine göre öğrencilerin AYB II ölçeği puan ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmadı (Tablo 6.20). Kefeli'nin (2010) çalışmasının sonuçları bizim sonuçlarımızı destekler niteliktedir. Ardıç'ın (2008) yaptığı çalışmada ise sağlık güvencesi sosyal sigortalar kurumuna (SSK) bağlı olan öğrencilerin pozitif yaşam bakışı ve stres yönetimi puanları istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur.

Ailesiyle ilişkisini 'çok iyi' olarak belirten öğrencilerin sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, beslenme, pozitif yaşam algısı, kişilerarası ilişkiler, stres yönetimi alt ölçek puan ortalamaları ve AYB II toplam puan ortalaması diğer gruplara göre yüksek bulundu. Ailesiyle ilişkisini 'çok iyi' olarak belirten öğrencilerin spiritüel sağlık alt ölçek puan ortalaması 'iyi' olarak belirten öğrencilere göre yüksek bulundu (Tablo 6.21). Esin'in (1997) yapmış olduğu çalışmada aile ilişkisini 'çok iyi' olarak belirtenlerin sağlık durumunu algılama, sağlıklı yaşam biçimi davranışları, kendini gerçekleştirme, sağlık sorumluluğu, egzersiz ve beslenme puanları yüksek bulunmuştur. Kefeli'nin (2010) çalışmasında aile ilişkisini 'çok iyi' olarak belirtenlerin kişiler arası ilişkiler, beslenme, sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, stres yönetimi, manevi gelişim ve ölçek toplam puanları yüksek bulunmuştur. Ardıç'ın (2008) çalışmasında ise; aileleriyle olan ilişkilerini 'iyi' olarak belirtenlerde sağlık sorumluluğu, 'çok iyi' olarak belirtenlerde fiziksel aktivite, beslenme, pozitif yaşam bakışı, stres yönetimi, kişilerarası ilişkiler, spiritüel sağlık puanları ve ölçek toplam puanı yüksek bulunmuştur. Yurt dışında yapılan bir çalışmada aile içi iletişimi ve arkadaş ilişkileri iyi olanların daha iyi beslendiği, güvenli seks yaptığı, sigara içmediği, alkol ve uyuşturucu kullanmadığı, düzenli egzersiz yaptıkları belirlenmiştir (Carter et al., 2007). Bu araştırma sonuçlarına göre olumlu aile ilişkilerinin sağlık davranışlarını olumlu yönde etkilediği söylenebilir.

Arkadaşlarıyla ilişkisini 'çok iyi' olarak belirten öğrencilerde fiziksel aktivite alt ölçek puan ortalaması 'iyi' olarak belirtenlere göre yüksek bulundu. Arkadaşlarıyla olan ilişkilerini 'çok iyi' olarak belirten öğrencilerde beslenme, kişilerarası ilişkiler, stres yönetimi alt ölçek puan ortalamaları ve AYB II toplam puan ortalaması diğer gruplara göre yüksek bulundu. Pozitif yaşam algısı, spiritüel sağlık alt ölçek puan ortalaması arkadaşlarıyla olan ilişkilerini 'çok iyi' olarak belirten öğrencilerde 'kötü ve 'iyi' olarak belirtenlere göre yüksek bulundu (Tablo 6.22).

Esin'in (1997) çalışmasında arkadaş ilişki düzeyini 'çok iyi' olarak ifade edenlerde sağlık durumunu algılama, sağlıklı yaşam biçimi davranışları, kendini gerçekleştirme, beslenme ve stres yönetimi puanları yüksek bulunmuştur. Ardıç'ın (2008) yapmış olduğu çalışmada arkadaşları ile olan ilişkisini 'çok iyi' olarak belirtenlerde fiziksel aktivite, beslenme, pozitif yaşam bakışı, stres yönetimi, kişilerarası ilişkiler, spiritüel sağlık puanları ve ölçek toplam puanı yüksek bulunmuştur. Kefeli'nin (2010) çalışmasında da yine benzer şekilde arkadaşları ile olan ilişkisini 'çok iyi' olarak belirtenlerde kişilerarası ilişkiler, beslenme, sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, stres yönetimi, manevi gelişim puanları ve ölçek toplam puanı yüksek bulunmuştur.

Akrabalarıyla olan görüşme sıklığını 'haftada 1 kez' olarak belirten öğrencilerde sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, beslenme, pozitif yaşam algısı, kişilerarası ilişkiler, stres yönetimi puan ortalamaları ve AYB II toplam puan ortalaması yüksek bulundu (Tablo 6.23). Kefeli'nin (2010) yaptığı çalışmanın sonuçları bizim sonuçlarımızı destekleyici şekilde olup; akrabalarıyla olan görüşme sıklığını 'haftada 1 kez' olarak belirten öğrencilerde kişilerarası ilişkiler ve fiziksel aktivite puanları yüksek bulunmuştur. Yine Ardıç'ın (2008) çalışmasında akrabalarıyla görüşme sıklığı ile beslenme, stres yönetimi, kişilerarası ilişkiler ve ölçek toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur.

Geçtiğimiz bir yıl içinde sağlık eğitimi alan lise öğrencilerinin sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, beslenme, pozitif yaşam algısı alt ölçek puan ortalamaları ve AYB II toplam puan ortalaması geçtiğimiz bir yıl içinde sağlık eğitimi almayan lise öğrencilerine göre yüksek bulundu (Tablo 6.24). Yurt dışında yapılan çalışmalarda sağlık eğitimi alma ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasında pozitif ilişki olduğu saptanmıştır (Maes and Lievens, 2003; Spear and Kulbok, 2001). Bu araştırma sonucuna göre sağlık eğitiminin sağlık davranışlarını olumlu yönde etkilediği söylenebilir.

Herhangi bir sosyal aktiviteye katılan öğrencilerin sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, beslenme, pozitif yaşam algısı, stres yönetimi, spiritüel sağlık alt ölçek puan ortalamaları ve AYB II toplam puan ortalaması, sosyal aktiviteye katılmayan öğrencilere göre yüksek bulundu (Tablo 6.25). Berçin (2010), Dağdeviren (2010) ve Yıldırım (2005) tarafından yapılan çalışmalarda sosyal aktiviteye katılan öğrencilerin katılmayanlara göre kendini gerçekleştirme, sağlık sorumluluğu, egzersiz, kişilerarası destek, stres yönetimi puanları ve ölçek toplam puanları yüksek bulunmuş; sosyal aktiviteye katılma durumu ile

beslenme puanı arasında ise anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Araştırma sonuçlarına dayanarak sosyal aktiviteye katılmanın sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını olumlu yönde etkilediği söylenebilir.

Günlük aktivitelerini kısıtlayan engel durumu bulunmayan lise öğrencilerinin sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, beslenme, pozitif yaşam algısı, kişilerarası ilişkiler, stres yönetimi, spiritüel sağlık alt ölçek puan ortalamaları ve AYB II toplam puan ortalaması günlük aktivitelerini kısıtlayan engel durumu bulunan lise öğrencilerine yüksek bulundu (Tablo 6.26). Bu sonuca göre günlük aktivitelerini kısıtlayan bir durumu bulunan bireylerin sağlık davranışları olumsuz yönde etkilenmektedir.

BKİ değerlerine göre öğrencilerin AYB II ölçeği puan ortalamaları karşılaştırıldığında; şişman olan öğrencilerin beslenme alt ölçek puan ortalaması zayıf olan öğrencilere göre yüksek bulundu (Tablo 6.27). Kefeli'nin (2010) yapmış olduğu çalışmada stres yönetimi alt boyut puan ortalaması BKİ normal olan grupta zayıf olan gruba göre, manevi gelişim alt boyut puan ortalaması ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği toplam puan ortalaması zayıf ve normal gruptakilerde obez grubundakilere daha yüksek bulunmuştur. Ardiç (2008) ve Berçin (2010) tarafından yapılan çalışmalarda ise BKİ ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır.

Öğrencilerinin vücut ağırlığına yönelik öz değerlendirme durumlarına göre AYB II ölçeği puan ortalamaları karşılaştırıldığında; vücut ağırlığına yönelik öz değerlendirme durumunu 'normal' olarak belirtenlerde fiziksel aktivite alt ölçek puan ortalaması 'zayıf' ve 'şişman' olarak belirtenlere göre yüksek bulundu. Pozitif yaşam algısı alt ölçek puan ortalaması vücut ağırlığına yönelik öz değerlendirme durumunu 'normal' olarak belirtenlerde 'şişman' olarak belirtenlere göre yüksek bulundu (Tablo 6.28).

Kefeli'nin (2010) çalışmasında vücut ağırlığına yönelik öz değerlendirme durumunu 'normal' olarak belirtenlerin beslenme, sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, stres yönetimi, manevi gelişim puanları ile ölçek toplam puanı yüksek bulunmuştur. Yıldırım'ın (2005) yapmış olduğu çalışmada vücut ağırlığına göre kendini tanımlamalarını 'normal' olarak belirtenlerin sağlık sorumluluğu, egzersiz, beslenme puanları ve ölçek toplam puanı yüksek bulunmuştur. Berçin (2010) ise yapmış olduğu çalışmasında öğrencilerin vücut ağırlıklarını değerlendirmeleri ile sağlık davranışları arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır.

Kronik hastalığı olmayan öğrencilerin fiziksel aktivite ve beslenme alt ölçek puan ortalamaları kronik hastalığı olan öğrencilere göre yüksek bulundu (Tablo 6.29). Ardıç'ın (2008) yaptığı çalışmada kronik hastalığı olanların sağlık sorumluluğu puanı, kronik hastalığı olmayanların fiziksel aktivite, beslenme, pozitif yaşam bakışı, stres yönetimi, spiritüel sağlık puanları ve ölçek toplam puanı yüksek bulunmuştur. Berçin'in (2010) çalışmasında kronik hastalığı bulunmayan öğrencilerin kendini gerçekleştirme, egzersiz, beslenme, kişilerarası destek puanları ve ölçek toplam puanı yüksek bulunmuştur. Bu sonuçlar çalışma sonuçlarını desteklemektedir.

Sağlık düzeyini 'çok iyi' olarak algılayan öğrencilerde sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, beslenme, pozitif yaşam algısı, kişilerarası ilişkiler, stres yönetimi, spiritüel sağlık alt ölçek puan ortalamaları ve AYB II toplam puan ortalaması sağlık düzeyini 'kötü' ve 'iyi' olarak algılayan öğrencilere göre yüksek bulundu (Tablo 6.30). Ardıç'ın (2008) çalışmasında sağlık düzeyini 'iyi' olarak algılayanların sağlık sorumluluğu puanı, 'çok iyi' olarak algılayanların fiziksel aktivite, beslenme, pozitif yaşam bakışı, stres yönetimi, kişilerarası ilişkiler, spiritüel sağlık puanları ve ölçek toplam puanı yüksek bulunmuştur. Kefeli'nin (2010) çalışmasında sağlık durumunu 'çok iyi' olarak değerlendiren öğrencilerde beslenme, fiziksel aktivite, stres yönetimi, manevi gelişim puanları ve ölçek toplam puanı yüksek bulunmuştur. Dağdeviren (2010) tarafından yapılan çalışmada ise sağlığını 'çok iyi' olarak değerlendirenlerin kendini gerçekleştirme, sağlık sorumluluğu, egzersiz, stres yönetimi puanları ve ölçek toplam puanı yüksek bulunmuştur.

Lise öğrencilerininin sağlık sorunuyla karşılaştıklarında öncelikli tutumlarına göre AYB II ölçeği puan ortalamaları karşılaştırıldığında; 'Sağlık sorunuz olduğunda öncelikle ne yaparsınız?' sorusunu 'Kendi başıma hemen bir sağlık kuruluşuna giderim' diye yanıtlayan öğrencilerde sağlık sorumluluğu, beslenme, kişilerarası ilişkiler, stres yönetimi alt ölçek puan ortalamaları, 'Ailemle birlikte sağlık kuruluşuna giderim' diyen öğrencilerde ise fiziksel aktivite, pozitif yaşam algısı, spiritüel sağlık alt ölçek puan ortalamaları ve AYB II toplam puan ortalaması yüksek bulundu (Tablo 6.31). Dağdeviren (2010) tarafından yapılan çalışmada lise öğrencilerinde hastalandığı zaman kendi başına doktora gidenlerde kendini gerçekleştirme, egzersiz, beslenme, kişilerarası destek, stres yönetimi alt ölçek puan ortalamaları ve ölçek toplam puan ortalaması yüksek,

hastalandığı zaman hastalığının geçmesini bekleyen öğrencilerde ise sağlık sorumluluğu alt ölçek puan ortalaması düşük bulunmuştur.

Çok Yönlü SDO ölçeği; bireyin sağlığını bilişsel olarak algılama düzeyini ölçmektedir. Bu düzey, bireyin sağlığını doğrudan etkilemektedir. İç kontrol denetim odağı; bireyin kendi değerlerinin sağlığı üzerindeki etkisini ölçer. İç kontrol denetim odağı puanının yüksek olması bireyin sağlığı üzerindeki sorumluluğun yüksek olduğunu gösterir ve bu kişiler sağlığı geliştirme programlarında yeni bir davranışı kolaylıkla kazanabilirler. Dış kontrol denetim odağı; bireyin sağlığı üzerinde arkadaş, aile, hekim, hemşire gibi kişilerin etki düzeyini ölçer. Dış kontrol denetim odağı puanını yüksek olması bireyin kendi sağlığıyla ilgili karar almada diğer insanlara bağlı olduğunu gösterir ki; bu da sağlığı geliştiren davranışlara sahip olma ve yeni davranış kazanma düzeyini olumsuz etkiler. Şans-kadercı yaklaşım ise; bireyin sağlığı üzerindeki şans, talih, olurlu bırakmışlık, kadercilik gibi etkilerin düzeyini ölçmektedir. Şans-kadercı yaklaşım puanının yüksek olması sağlığı geliştiren davranışlara sahip olma ve yeni davranış kazanma düzeyini olumsuz etkiler (Esin, 1997; Kuru, 2010).

Lise öğrencilerinin SDO alt ölçeklerinden alınan puanlar en yüksek puanı alan gruba göre sıralandığında; iç kontrol denetim odağı puan ortalaması $25,19 \pm 5,53$, dış kontrol denetim odağı puan ortalaması $21,34 \pm 5,64$ ve şans kadercı yaklaşım puan ortalaması $16,15 \pm 5,68$ olarak tespit edildi (Tablo 6.6). Çepni (2010) tarafından üniversite öğrencileriyle yapılan benzer bir çalışmada iç sağlık kontrol odağı puan ortalaması $26,42 \pm 4,59$, güçlü başkaları sağlık kontrol odağı puan ortalaması $21,90 \pm 4,72$, şans sağlık kontrol odağı puan ortalaması ise $19,47 \pm 4,55$ olarak bulunmuştur.

Erkek öğrencilerin iç kontrol denetim odağı alt boyut puan ortalaması, kız öğrencilere göre yüksek bulundu (Tablo 6.8). Tabak ve Akköse'nin (2006) ve Yeşilyaprak'ın (1988) çalışmasında cinsiyet ile SDO arasında fark bulunmamıştır.

Yaşamlarının en uzun bölümünü ilçe ve ilde geçiren öğrencilerin dış kontrol denetim odağı alt boyut puan ortalaması yaşamlarının en uzun bölümünü yurt dışında geçirenlere göre yüksek bulundu (Tablo 6.10). Yapılan benzer çalışmalarda yaşantının en uzun bölümünün geçtiği yer ile SDO arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır (Yeşilyaprak, 1988; Durna ve Şentürk, 2012; Esin, 1997). Türk toplumundaki ailelerin yurt dışına göre daha geleneksel, baskıcı, tutucu ve kontrollü olmaları, yurt dışındaki

gençlerin daha özgür olmaları göz önüne alındığında bu sonuç beklenen bir sonuç olarak yorumlanabilir.

Okul dışı işte çalışmayan lise öğrencilerinin dış kontrol denetim odağı alt boyut puan ortalaması okul dışı işte çalışan lise öğrencilerine göre yüksek bulundu (Tablo 6.11). Bu sonuç çalışmayan, ekonomik açıdan ailelerine bağlı olan öğrencilerin sağlıklı ilgili kararlarda da ailelerine bağlı olmaları şeklinde yorumlanabilir. Ayrıca çalışmayan öğrencilerin aileleriyle geçirdikleri zaman daha fazladır ve ailenin kontrollü tutumları dış kontrol denetim odağının yüksekliğini açıklayabilir.

İki ebeveynli aile tipine sahip öğrencilerin dış kontrol denetim odağı alt boyut puan ortalaması ebeveyn olmayan aile tipine göre yüksek bulundu (Tablo 6.12). Hem annesi hem de babası olan öğrencilerin sağlıklı ilgili kararlarda aileleri tarafından daha fazla kontrol altında tutulmaları bu sonucun bir nedeni olabilir.

Annesi lise mezunu olan öğrencilerin iç kontrol denetim odağı alt boyut puan ortalaması annesi okur-yazar olmayanlara göre daha yüksek bulundu (Tablo 6.15). Tabak ve Akköse'nin (2006) araştırmasında araştırma bulgularının tersine annelerinin öğrenim düzeyleri ortaokul ya da daha alt düzeyde olan öğrencilerin iç kontrol denetim odağı puanı lise-yüksekokul mezunu olanlara göre daha yüksek bulunmuştur. Yeşilyaprak'ın (1988) çalışmasında ise annenin eğitim düzeyi ile SDO arasında fark bulunmamıştır. Eğitim düzeyinin artmasıyla daha bilinçli olan annelerin tutum ve inançları, çocuklarının sağlık davranışlarını olumlu yönde etkiler. Bu da çocuğun sorumluluk duygusunun gelişmesini ve içsel denetim odağının gelişmesini sağlamasına yardımcı olur.

Ailesinin ekonomik durumu 'çok kötü' olan öğrencilerin şans-kaderci yaklaşım alt boyut puan ortalaması 'orta' ve 'iyi' olanlara göre yüksek bulundu (Tablo 6.19). Yeşilyaprak'ın (1988) çalışmasında öğrencilerin ailelerin ekonomik durumu ile SDO arasında anlamlı fark saptanmamıştır.

Ailesiyle ilişkisini 'çok kötü' olarak belirten öğrencilerin iç kontrol denetim odağı alt boyut puan ortalaması diğer gruplara göre düşük bulundu. Dış kontrol denetim odağı alt boyut puan ortalaması ailesiyle ilişkisini 'çok iyi' olarak belirtenlerde 'çok kötü' ve 'kötü' olarak belirtenlere göre; ailesiyle ilişkisini 'iyi' olarak belirtenlerde de 'çok kötü' olarak belirtenlere göre yüksek bulundu. Ailesiyle ilişkisini 'çok iyi' olarak belirten öğrencilerin şans-kaderci yaklaşım alt boyut puan ortalaması diğer gruplara göre düşük bulundu (Tablo 6.21). Esin'in (1997) yapmış olduğu çalışmada aile ilişkisi ile içsel sağlık

kontrolü, güçlü dışsal kontrol, şans etkisi, sağlığın önemi, kişilerarası destek ve stres yönetimi arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Aile ilişkilerinin iyi olması adolesanın kendine olan güveninin artmasını, sağlıkla ilgili sorumluluk duygusunu geliştirmesini sağlar ki bu da aile ilişkileri iyi olan öğrencilerin iç denetim odağı puanının yüksek bulunmasını açıklamaktadır. Öte yandan adolesan üzerinde daha koruyucu ve daha denetimli bir şekilde ilişki kuran ailelerde adolesanların özgür hareket etmesine, kendi sağlığıyla ilgili kararlarını almasına müsaade edilmemesinin, bu adolesanlarda dış denetim odağının gelişmesine neden olabileceği düşünülmektedir.

Arkadaşlarıyla olan ilişkilerini ‘çok iyi’ olarak belirten öğrencilerde iç kontrol denetim odağı alt boyut puan ortalaması ‘çok kötü’ olarak belirten öğrencilere göre yüksek bulundu. Arkadaşlarıyla olan ilişkilerini ‘çok kötü’ olarak belirten öğrencilerde dış kontrol denetim odağı alt boyut puan ortalaması ‘iyi’ ve ‘çok iyi’ olarak belirten öğrencilere göre düşük bulundu. Arkadaşlarıyla olan ilişkilerini ‘iyi’ olarak belirten öğrencilerde şans-kaderci yaklaşım alt boyut puan ortalaması ‘çok iyi’ olarak belirtenlere göre yüksek bulundu (Tablo 6.22). Esin’in (1997) çalışmasında arkadaş ilişki düzeyi ile içsel sağlık kontrolü, güçlü dışsal kontrol, şans etkisi arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır.

Akrabalarıyla olan görüşme sıklığını ‘haftada 1 kez’ olarak belirten lise öğrencilerinde şans-kaderci yaklaşım alt boyut puan ortalaması akrabalarıyla olan görüşme sıklığını ‘büyük tatillerde’ ve ‘hiçbir zaman’ olarak belirtenlere göre düşük bulundu (Tablo 6.23). Arkadaşlarıyla ilişkileri iyi olan akrabalarıyla daha fazla zaman geçiren adolesanlarda sosyal bağların kuvvetlenmesi iç denetim odağının gelişmesini sağlayacağı gibi aynı zamanda adolesanların arkadaş ve akrabalarından etkilenmeleri dış denetim odağı algılarının artmasına neden olabilir.

Geçtiğimiz bir yıl içinde sağlık eğitimi almayan lise öğrencilerinin ise şans-kaderci yaklaşım alt boyut puan ortalaması geçtiğimiz bir yıl içinde sağlık eğitimi alan lise öğrencilerine göre yüksek bulundu (Tablo 6.24). Bu sonuca göre belirli aralıklarla verilecek sağlık eğitiminin adolesanlarda iç kontrol denetim odağının gelişmesini sağlayacağı düşünülmektedir.

Günlük aktivitelerini kısıtlayan engel durumu bulunan lise öğrencilerinin şans-kaderci yaklaşım alt boyut puan ortalaması günlük aktivitelerini kısıtlayan engel durumu bulunmayan lise öğrencilerine göre yüksek bulundu (Tablo 6.26). Bu sonuca göre günlük

aktivitelerini kısıtlayan bir durumu bulunan bireylerin, engellerinden dolayı kendilerine olan güvenlerinin azalmasıyla sağlıkla ilgili durumlara şans-kaderci yaklaşım göstermeleri beklenen bir sonuçtur.

Vücut ağırlığına yönelik öz değerlendirme durumunu ‘normal’ olarak belirtenlerde iç kontrol denetim odağı alt boyut puan ortalaması ve dış kontrol denetim odağı alt boyut puan ortalaması ‘şişman’ olarak belirtenlere göre yüksek bulundu. Şans-kaderci yaklaşım alt boyut puan ortalaması vücut ağırlığına yönelik öz değerlendirme durumunu ‘şişman’ olarak belirtenlerde ‘normal’ olarak belirtenlere göre yüksek bulundu (Tablo 6.28).

Kronik hastalığı olmayan öğrencilerin iç kontrol denetim odağı alt boyut puan ortalamaları kronik hastalığı olan öğrencilere göre yüksek bulundu. Şans-kaderci yaklaşım alt boyut puan ortalaması kronik hastalığı olan öğrencilerde kronik hastalığı olmayan öğrencilere göre yüksek bulundu (Tablo 6.29). Çepni (2010) tarafından yapılan çalışmada kronik rahatsızlık durumu ile sağlık kontrol odağı arasında anlamlı fark saptanmamıştır. Kronik hastalığı olmayan öğrencilerin kendi sağlıklarını kontrol edebildiklerine olan inançlarından dolayı iç kontrol denetim odağı puanının yüksek bulunması beklenen bir sonuç olarak yorumlanabilir.

Sağlık düzeyini ‘çok iyi’ olarak algılayan öğrencilerde iç kontrol denetim odağı alt boyut puan ortalaması sağlık düzeyini ‘kötü’ ve ‘iyi’ olarak algılayan öğrencilere göre yüksek bulundu. Dış kontrol denetim odağı alt boyut puan ortalaması sağlık düzeyini ‘iyi’ ve ‘çok iyi’ olarak algılayan öğrencilerde ‘çok kötü’ olarak algılayan öğrencilere göre yüksek bulundu. Şans-kaderci yaklaşım alt boyut puan ortalaması ise sağlık düzeyini ‘çok iyi’ olarak algılayan öğrencilerde ‘kötü’ ve ‘iyi’ olarak algılayan öğrencilere göre düşük bulundu (Tablo 6.30).

Lise öğrencilerinin sağlık sorunuyla karşılaştıklarında öncelikli tutumlarına göre SDO ölçeği puan ortalamaları karşılaştırıldığında; ‘Sağlık sorunuz olduğunda öncelikle ne yaparsınız?’ sorusunu ‘Hastalığımın geçmesini beklerim’ diye yanıtlayan öğrencilerde şans-kaderci yaklaşım alt boyut puan ortalaması, ‘Kendi başıma hemen bir sağlık kuruluşuna giderim’ diye yanıtlayan öğrencilerde iç kontrol denetim odağı alt boyut puan ortalaması, ‘Ailemle birlikte sağlık kuruluşuna giderim’ diyen öğrencilerde ise dış kontrol denetim odağı alt boyut puan ortalaması yüksek bulundu (Tablo 6.31).

Lise öğrencilerinin sınıf, doğum yeri, yaşadıkları ortam, adolesan dahil ailedeki kişi sayısı, babalarının eğitim durumu, annelerinin mesleği, babalarının mesleği, sağlık güvencesi, sosyal aktiviteye katılma ve beden kitle indekslerine göre SDO ölçeği arasında anlamlı bir ilişki bulunmadı.

İç kontrol denetim odağı ile AYB II ölçeğinin tüm alt ölçekleri arasında çok zayıf ilişki, AYB toplamı ile zayıf ilişki saptandı (Tablo 6.32). Esin'in (1997) yapmış olduğu çalışmada içsel sağlık kontrolü ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları, kendini gerçekleştirme, beslenme, kişilerarası destek ve stres yönetimi arasında anlamlı pozitif korelasyon bulunmuştur. Dağdeviren'in (2010) tarafından yapılan çalışmada iç kontrol denetim odağı ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeğinin tüm alt ölçekleri ve ölçek toplam puanı arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Steptoe ve Wardle (2001) tarafından yapılan çalışmada kontrol odağı ile sağlıklı ilişkili on farklı davranış (fiziksel egzersiz, sigara kullanma, alkol kullanma, kahvaltı alışkanlığı, diş fırçalama, emniyet kemeri kullanma, meyve, yağ lifli yiyecekler ve tuz kullanma alışkanlığı) arasındaki ilişki incelenmiş ve iç kontrol odağı yöneliminde yükselmeler görüldükçe sağlığa özen gösterme davranışında da artış olduğu saptanmıştır.

Dış kontrol denetim odağı ile AYB II ölçeğinin tüm alt ölçekleri ve toplam puanı arasında çok zayıf ilişki saptandı (Tablo 6.32). Dağdeviren'in (2010) tarafından yapılan çalışmada dış kontrol denetim odağı ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeğinin tüm alt ölçekleri ve ölçek toplam puanı arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur.

Şans kaderci yaklaşım ile fiziksel aktivite, beslenme, pozitif yaşam algısı, kişilerarası ilişkiler, stres yönetimi ve AYB II toplam puanı arasında negatif yönde çok zayıf ilişki saptandı (Tablo 6.32). Esin (1997) tarafından yapılan çalışmada şans etkisi ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeğinin tüm alt ölçekleri ve ölçek toplam puanı arasında anlamlı negatif ilişki bulunmuştur.

Yurt dışında yapılan çalışmalara bakıldığında; Perlman ve ark.'ın (2003) Rusya'da, Kim'in (2001) Kore'de yaptıkları araştırmalarda da sağlık davranışı ile sağlık kontrol odağı arasında anlamlı ilişkiler bulunmuştur.

Bu araştırma sonucuna göre; sağlıklarını korumanın ve geliştirmenin kendi ellerinde olduğu bilincinde olan bireylerde olumlu sağlık davranışlarının yüksek bulunması beklenen bir sonuçtur. Kendi sağlığını kontrol edebildiğine inanan bireyler sağlığı korumak ve geliştirmek için faaliyetler yürütür. Hemşire, bireylerin bu içsel

inanişlarının farkına varıp iç kontrol denetim odağı algısının gelişmesine yönelik çaba göstererek, bireylerin kendi sağlıkları üzerindeki zdenetimlerini arttırarak doğru sağlık davranışına yönelmelerini sağlayabilir.

8. SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu çalışma sonucunda elde edilen temel sonuçlar ve bu sonuçlara yönelik öneriler aşağıda sıralanmıştır:

- Araştırmaya katılan öğrencilerin yaş ortalaması $15,7 \pm 1,03$ ve %58,2'si kızdır.
- Araştırmada öğrencilerin sağlık davranışlarının orta düzeyde olduğu ve AYB II ölçeği toplam puan ortalamasının $118,77 \pm 18,17$ olduğu bulundu.
- AYB II ölçeği toplam puan ortalaması ile; cinsiyet, okul dışı işte çalışma durumu, aile tipi, ekonomik durum, aile/arkadaş ilişkisi, akrabalarıyla görüşme sıklığı, geçtiğimiz bir yıl içinde sağlık eğitimi alma, sosyal aktiviteye katılma, günlük aktiviteleri kısıtlayan engel durum varlığı, sağlığı algılama düzeyi ve sağlık sorununda öncelikli tutum arasında anlamlı ilişki bulundu.
- SDO ölçeğinin iç kontrol denetim odağı puan ortalaması $25,19 \pm 5,53$, dış kontrol denetim odağı puan ortalaması $21,34 \pm 5,64$ ve şans kaderciyaklaşım puan ortalaması $16,15 \pm 5,68$ bulundu.
- İç kontrol denetim odağı alt boyut puan ortalaması ile cinsiyet, anne eğitim durumu, aile/arkadaş ilişkisi, akrabalarıyla görüşme sıklığı, vücut ağırlığına yönelik öz değerlendirme, kronik hastalık durumu, sağlığı algılama düzeyi ve sağlık sorununda öncelikli tutum arasında anlamlı ilişki saptandı.
- Dış kontrol denetim odağı alt boyut puan ortalaması ile yaşantılarının en uzun bölümünü geçirdikleri yer, okul dışı işte çalışma durumu, aile tipi, aile/arkadaş ilişkisi, vücut ağırlığına yönelik öz değerlendirme, sağlığı algılama düzeyi ve sağlık sorununda öncelikli tutum arasında anlamlı ilişki saptandı.
- Şans-kaderciyaklaşım alt boyut puan ortalaması ile ekonomik durum, aile/arkadaş ilişkisi, akrabalarıyla görüşme sıklığı, geçtiğimiz bir yıl içinde sağlık eğitimi alma, günlük aktiviteleri kısıtlayan engel durum varlığı, vücut ağırlığına yönelik öz değerlendirme, kronik hastalık durumu, sağlığı algılama düzeyi ve sağlık sorununda öncelikli tutum arasında anlamlı ilişki saptandı.
- AYB II toplam puan ortalaması üzerinde aile tipi, aile ilişkisi, arkadaş ilişkisi, sosyal aktiviteye katılım, günlük aktiviteleri kısıtlayan engel durum varlığı,

sağlığı algılama düzeyi ve sağlık sorununda öncelikli tutum değişkenlerinin bağımsız etkileri olduğu saptandı.

- İç kontrol denetim odağı alt boyut puan ortalaması üzerinde cinsiyet, annenin eğitim durumu, aile ilişkisi, sağlığı algılama düzeyi ve sağlık sorununda öncelikli tutum değişkenleri bağımsız etkileri olduğu saptandı.
- Dış kontrol denetim odağı alt boyut puan ortalaması üzerinde sağlık sorununda öncelikli tutum değişkeninin bağımsız etkisi olduğu saptandı.
- Şans-kaderci yaklaşım alt boyut puan ortalaması üzerinde aile ilişkisi, akrabalarıyla görüşme sıklığı, günlük aktiviteleri kısıtlayan engel durum varlığı, kronik hastalık durumu ve sağlığı algılama düzeyi değişkenlerinin bağımsız etkileri olduğu saptandı.
- AYB II toplam puanı ile iç kontrol denetim odağı ve dış kontrol denetim odağı arasında pozitif yönde zayıf ilişki, şans-kaderci yaklaşım ile negatif yönde çok zayıf ilişki bulundu.

Bu araştırmanın sonuçlarına göre öneriler;

- Sağlık eğitimi sağlığı geliştirmenin temelini oluşturması açısından oldukça önemlidir. Adolesan dönemde verilecek sağlık eğitimi ile kazandırılacak sağlıklı yaşam biçimi davranışları yetişkin dönemde oluşabilecek sağlık problemlerinin önlenmesi açısından önemlidir.
- Lise öğrencilerine uygulanacak eğitim programlarında sosyo-demografik faktörler göz önüne alınmalıdır. Eğitimin etkinliği için aileler, özellikle de eğitim düzeyi düşük anne ve babalar eğitime dahil edilmelidir.
- Lise öğrencilerine sağlığı geliştirme programları düzenlenirken öncelikle yetersiz kaldıkları konular belirlenmeli ve bu konulara öncelik verilecek şekilde eğitim programları oluşturulmalıdır.
- Lise öğrencilerinin kendi sağlıkları konusunda sorumluluk almaları yönünden eğitilmeli, kendi yaşamlarından sorumlu olma bilinci aşılmalı ve içten denetimli bir yapı özelliğini kazanabilmesi için gerekli eğitimi vermelidir. Bu konuda aile, öğretmen ve halk sağlığı hemşireleri iş birliği içerisinde olmalıdır.

- Adolesan dönemde beslenme konusunda verilecek sağlık eğitimi, gençlerin yaşamın ilerleyen yıllarında beslenmeye bağlı sağlık problemlerinden korunabilmeleri açısından önemlidir.
- Geçtiğimiz bir yıl içinde sağlık eğitimi alan lise ğrencilerinin sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, beslenme, pozitif yaşam algısı alt ölçek puan ortalamaları ve AYB II leği toplam puan ortalaması geçtiğimiz bir yıl içinde sağlık eğitimi almayan lise öğrencilerine göre daha yüksek olduğu belirlendi. Buna göre, okullarda okul sağlık hizmetlerini yürütecek, okullarda sağlık eğitimi programları düzenleyebilecek, öğrencilere rol model olacak, en az lisans mezunu veya halk sağlığı alanında yüksek lisans yapmış okul hemşirelerinin istihdam edilmesi önerilmektedir.

9. KAYNAKLAR

Abreu AG, Halperin W, Danel I. (2002) Halk Sağlığı Sürveyansı Araç Kiti, T.C. Sağlık Bakanlığı, Sağlık Bakanlığı Yayın No: 759:1-8.

Ahioğlu EN. (2011) Piaget ve Ergenlikte Bilişsel Gelişim, Kastamonu Eğitim Dergisi, 19(1):1-10.

Akın A, Özvarış ŞB. (2003) Adolesanların Cinsel ve Üreme Sağlığını Etkileyen Faktörler Projesi Raporu, HÜTF Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Ankara.

Aksayan S. (1998) Okul Sağlığı Hemşireliği, Eds: Erefe İ., Halk Sağlığı Hemşireliği El Kitabı, İstanbul, Birlik Ofset Ltd Şti., s:183-191.

Alicı SU, Sarıkaya Ö. (2009) Sağlık Davranışlarının Geliştirilmesinde Yaşantılayarak Öğrenme Uygulaması, Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi, 2(3): 95-101.

Alikaşifoğlu M. (2008) Ergenlerde Davranışsal Sorunlar, İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Adolesan Sağlığı II Sempozyum Dizisi, 63: 55-59.

Alikaşifoğlu M, Ercan O. (2009) Ergenlerde Riskli Davranışlar, Türk Pediatri Arşivi Dergisi, 44:1-6.

Amerikan Public Health Association (APHA,1996), The definition and public health nursing. Washington, DC. Author.

Araz A, Harlak H, Meşe G. (2007) Sağlık Davranışları ve Alternatif Tedavi Kullanımı, TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni, 6(2): 112-122.

Ardıç A. (2008) Adolesanların Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları, İ.Ü. Sağlık Bilimleri Enstütüsü Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, (Danışman: Yard.Doç.Dr. M. Nihal Esin).

Arnett JJ. (2006) G. Stanley Hall's Adolescence: Brilliance and Nonsense, *History of Psychology*, 9(3): 186-197.

Aslan D. (2012) Uluslararası Sağlık, Halk Sağlığı Temel Bilgiler. Eds: Güler, Ç., Akın, L, Hacettepe Üniversitesi Yayınları, Ankara, s. 1148-1166.

Bahar Z, Açıl D. (2014) Sağlığı Geliştirme Modeli: Kavramsal Yapı, *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi*, 7(1): 59-67.

Baker DC. (2003) Studies of the inner life: The impact of spirituality on quality of life, *Quality of Life Research*, 12 (Suppl. 1): 51-57.

Baltacı G, Düzgün İ. (2008) Adolesan ve Egzersiz, T.C. Sağlık Bakanlığı, Ankara, Sağlık Bakanlığı Yayın No: 730, s:7-15.

Baltacı G, Ersoy G, Karaağaoğlu N, Derman O, Kanbur N. (2012) Ergenlerde Sağlıklı beslenme ve Hareketli Yaşam, T.C. Sağlık Bakanlığı, Ankara, Sağlık Bakanlığı Yayın No: 730, s:7-32.

Basut E. (2006) Stres, Başa Çıkma ve Ergenlik, *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi*:13(1): 31-36.

Başer M. (2000) Adolesan Cinselliği ve Gebelik, C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 4(1): 50-54.

Berberoğlu M. (2008) Adolesanlarda Obezite, İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Adolesan Sağlığı II Sempozyum Dizisi, 63: 79-80.

Berçin T. (2010) Lise Öğrencilerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Bu Davranışları Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sağlık Eğitimi Programı Yüksek Lisans Tezi, Ankara, (Danışman: Prof. Dr. Şevkat Bahar Özvarış).

Bottorff JL, Johnson JL, Ratner PA, Hayduk LA. (1996) The effects of cognitive-perceptual factors on health promotion behavior maintenance, *Nursing Research*, 45(1):30-36.

Bozhüyük A. (2010) Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Öğrencilerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Değerlendirilmesi, Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı Uzmanlık Tezi, Adana, (Danışman: Yard.Doç.Dr. Sevgi Özcan).

Bulut F. (2006) Adolesan Kızların Cinsellikle İlgili Konularda Anneleriyle Olan İletişimlerini Değerlendirmeleri, Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Programı Yüksek Lisans Tezi, Sivas, (Danışman: Yrd. Doç. Dr. Zehra Gölbaşı).

Bundak R, Darendeliler F, Neyzi O. (2002) Büyüme ve Gelişme Bozuklukları. İçinde: Pediatri. Eds: Neyzi O, Ertuğrul TY. 3.Baskı. Nobel Tıp Kitapevleri, İstanbul, s: 109-119.

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

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

Carter M, McGee R, Taylor B, Williams S. (2007) Health outcomes in adolescence: Associations with family, friends and school engagement, Journal of Adolescence 30: 51-62.

Chen MY, Shiao YC, Gau YM. (2007) Comparison of Adolescent Health-Related Behavior in Different Family Structures, Journal of Nursing Research, 15(1): 1-10.

Christie D, Viner R. (2005). "Adolescent development." BMJ 330(7486): 301-304.

Cloutier R. (1991). Ergenlik psikolojisinde kuramlar. A.Ü. Eğitim Bilimleri Dergisi. Çeviren: Onur B., 876-900.

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

Cotton S, Larkin E, Hoopes A, Cromer BA, Rosenthal SL. (2005) The impact of adolescent spirituality on depressive symptoms and health risk behaviors, *Journal of Adolescent Health*, 36: 529.e7-529.e14.

Çamur D, Üner S, Çilingiroğlu N, Özcebe H. (2007) Bir Üniversitenin Bazı Fakülte ve Yüksek Okullarında Okuyan Gençlerde Bazı Risk Alma Davranışları, *Toplum Hekimliği Bülteni*, 26(3): 32-38.

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

Çepni SA. (2010) Üniversite Öğrencilerinde Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları İle Sağlık Kontrol Odağı ve Sağlık Öz Yeterliliği İlişkisi, Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, (Danışman: Yard.Doç.Dr. Yeter Kitiş).

Çimen S. (2003) 15-18 Yaş Grubu Gençlerde 'Riskli Sağlık Davranışları Ölçeği'nin Geliştirilmesi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Doktora Tezi, İstanbul, (Danışman: Prof. Dr. Sevim Savaşer).

Dağdeviren Z. (2010) Şanlıurfa İl Merkezindeki Lise Öğrencilerinin Sağlığı Geliştirme Davranışları ve İlişkili Faktörler, Harran Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, Şanlıurfa, (Danışman: Doç.Dr. Zeynep Şimşek).

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

Derman O. (2008) Ergenlerde Psikososyal Gelişim, , İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Adölesan Sağlığı II Sempozyum Dizisi, 63: 19-21.

Dolgun G, İnal S, Uğurlu F. (2011) Ergen Sağlığının Sürdürülme ve Geliştirilmesinde Hemşirenin Rolü, Türk Ped Arş, 46 Özel Sayı: 4-8.

Diez SMU and Fortis AP. (2009) Socio-demographic predictors of health behaviors in Mexican collage student, Health Promotion International, 25(1): 85-93.

Dowdel EB, Santucci ME. (2004) Health Risk Behavior Assessment: Nutrition, Weight, and Tobacco Use in One Urban Seventh-Grade Class, Public Health Nursing, 21(2): 128-136.

Dönmez A. (1983) Denetim Odağı (Locus of Control) ve Çevre Büyüklüğü, Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Dergisi, 16(1): 37-47.

Durna U, Şentürk FK. (2012) Üniversite Öğrencilerinin Denetim Odaklarını Çeşitli Değişkenler Yardımıyla Tespit Etmeye Yönelik Bir Çalışma, ZKÜ Sosyal Bilimler Dergisi, 8(15): 38-48.

Eaton DK, Kann L, Kinchen S, Ross J, Hawkins J, Harris WA, Lowry R, McManus T, Chyen D, Shanklin S, Lim C, Grunbaum JA, Wechsler H. (2006) Youth Risk Behavior Surveillance-United States 2005, Journal of School Health, 76(7): 353-372.

Eaton DK, Kann L, Kinchen S, Shanklin S, Ross J, Hawkins J, Harris WA, Lowry R, McManus T, Chyen D, Lim C, Whittle L, Brener ND, Wechsler H. (2010) Youth Risk Behavior Surveillance-United States 2009, Surveillance Summaries, 59: 1-140.

Ercan G. (2005) Puberte Fizyolojisi, İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Adölesan Sağlığı Sempozyum Dizisi, 43: 9-16.

Ercan O. (2005) Adölesanın Psikososyal Gelişimi, İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Adölesan Sağlığı Sempozyum Dizisi, 43: 17-21.

Ercan O. (2008) Adölesanın Fiziksel Gelişimi, İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Adölesan Sağlığı II Sempozyum Dizisi, 63: 13-18.

Erginöz E. (2008) Adolesan, Madde Bağımlılığı ve Halk Sağlığı, İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Adolesan Sağlığı II Sempozyum Dizisi, 63: 61-64.

Ergül Ş, Bayık A. (2004) Hemşirelik ve Manevi Bakım, C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 8(1): 37-45.

Erkan T. (2008) Ergenlerde Beslenme, İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Adolesan Sağlığı II Sempozyum Dizisi, 63: 73-77.

Ersay AR, Tortumluoğlu G. (2006) Türkiye’ de Ergen ve Gençlerde Üreme Sağlığı, Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi, 3(2): 1-10.

Eryılmaz A. (2009) Ergenlik Döneminde Stres ve Başa Çıkma, Yüzüncü Yıl Üniversitesi, Eğitim Fakültesi Dergisi, 6(2): 20-37.

Esin MN. (1997) Endüstriyel Alanda Çalışan İşçilerin Sağlık Davranışlarının Saptanması ve Geliştirilmesi, İ.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Doktora Tezi, İstanbul, (Danışman: Doç.Dr. Semra Erdoğan).

Galloway RD. (2003) Health Promotion: Causes, Beliefs and Measurements, Cilinical Medicine & Research, 1(3): 249-258.

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

Groves S, Kub JE. (2009) School Health, From Community/Public Health Nursing Practice, Eds: Maurer FA. & Smith CM., 4th ed. St Louis, Missouri, Saunders, s: 760-785.

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

Güçlü N. (2001) Stres Yönetimi, G.Ü. Gazi Eğitim Fakültesi Dergisi, 21(1): 91-109.

Gürol DT. (2008) Madde Bağımlılığı Açısından Riskli Adölesanlar, İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Adölesan Sağlığı II Sempozyum Dizisi, 63: 65-68.

Gürses N. (2007) Engelli Çocuklarda Fiziksel Aktivite, Özürlüler'07 Kongre Bildirileri Kitabı, s:64-68.

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

Hatipoğlu N. (2012) Pubertal Dönem ve Sorunları. Türkiye Aile Hekimliği Dergisi, 16: 1-13.

He K, Kramer E, Houser RF, Chomitz VR, Hacker KA. (2004) Defining and Understanding Health Lifestyles Choices for Adolescents, Journal of Adolescent Health, 35: 26-33.

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

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

Hökelekli H. (2007) Çocuk ve gençlerde şiddet olgusu ve önlenmesine yönelik öneriler. Değerler Eğitimi Dergisi, 5(14), 61-78.

Ihlenfeld JT. (2004) Community-Oriented nurse in the schools, From Community&Public Health Nursing, Eds: Stanhope M., Lancaster L., Mosby Inc., s:1042-1063.

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

İlhan N, Batmaz M, Akhan LU. (2010) Üniversite Öğrencilerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları, Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi, 3(3): 35-43.

Jutte DP, Burgos A, Mendoza F, Ford CB, Huffman LC. (2003) Use of the Pediatric Symptom Checklist in a low- income, Mexican american population, Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine 157: 1169–1176.

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

Kara B, Hatun Ş, Aydoğan M, Babaoğlu K, Gökalg AS. (2003) Kocaeli İlindeki Lise Öğrencilerinde Sağlık Açısından Riskli Davranışların Değerlendirilmesi, 46: 30-37.

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

Kefeli B. (2010) Samsun İl Merkezindeki Lise Öğrencilerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Değerlendirilmesi, Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, Samsun, (Danışman: Yard.Doç.Dr. Birsen Altay).

Kim YH. (2001) Young H. Korean Adolescents' Health Risk Behaviors and Their Relationships With The Selected Psychological Constructs, Journal Of Adolescent Health, 29: 298–306.

Koç M. (2004) Gelişim Psikolojisi Açısından Ergenlik Dönemi ve Genel Özellikleri, Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, 17:231-256.

Kostak MA. (2007) Hemşirelik Bakımının Spiritüel Boyutu, Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi, 2(6): 106-115.

Kub J, Steel A. (1995) School Health, Eds: Maurer FA. & Smith CM., Community Health Nursing Theory .

Kulbok PA, Cox CL. (2002) Dimensions of Adolescent Health Behavior, Journal of Adolescent Health, 31: 394-400.

Kurtoğlu S. (2012) Adolesanda Obezite ve Tip 2 Diabetes Mellitus, Türk Aile Hek Derg, 16:35-43.

Kuru N. (2010) Gülhane Askeri Tıp Akademisi Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesine Başvuran Koroner Arter Hastalığı Tanılı Bireylerin Sağlık Davranışlarının Belirlenmesi, A.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, Ankara, (Danışman: Doç.Dr. Birgül Piyal).

Labbrozzi D, Robazza C, Bertollo M, Bucci I, Bortoli L. (2013) Pubertal Development, Physical Self-Perception, And Motivation Toward Physical Activity In Girls, Journal of Adolescence 36: 759–765.

Lee RLT and Loke AJTY. (2005) Health-Promoting Behaviors and Psychosocial Well-Being of University Students in Hong Kong, Public Health Nursing, 22(3):209-220.

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

Lindsey E, Hartrick G. (1996) Health-promoting nursing practice: the demise of the nursing process?, Journal of Advanced Nursing, 23:106-112.

Maes L, Lievens J. (2003) Can the school make a difference? A multilevel analysis adolescent risk and health behaviour, Social Science & Medicine, 56: 517-529.

Nelson JC, Rosenfeld B, Breitbart W, Galietta M. (2002) Spirituality, Religion, and Depression in the Terminally Ill, *Psychosomatics*, 43(3): 213-220.

Ortabağ T, Ozdemir S, Bakir B, Tosun N.(2011). Health promotion and risk behaviors among adolescents in Turkey. *J Sch Nurs*, 27(4), 304-15.

Ögel K, Tamar D, Evren C, Çakmak D. (2000) İstanbul' da Lise Gençleri Arasında Sigara, Alkol ve Madde Kullanım Yaygınlığı, *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 4: 242-245.

Ögel K, Tarı I, Eke CY. (2005). Okullarda suç ve şiddeti önleme, *Yeniden Yayınları*, 17:2-65.

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

Özcan C, Kılınç S, Gülmez H.(2013). Türkiye'de Okul Sağlığı ve Yasal Durum. *Ankara Medical Journal*, 13(2):71-80.

Özcebe H. (2002) Birinci basamakta adolesan sorunlarına yaklaşım. *STED*, 11(10):374-377.

Özcebe H. (2008) Gençler ve Sigara. T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Beslenme ve Fiziksel Aktiviteler Daire Başkanlığı, Ankara, s: 7-18.

Özcebe H, Ulukol B, Mollahaliloğlu S, Yardım N, Karaman F. (2008) T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetlerinde Okul Sağlığı Kitabı, T.C. Sağlık Bakanlığı Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı, Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü, Sağlık Bakanlığı Yayın No: 719, s:13-22.

Özcebe H, Van Dam A. (2005) Gençlere Yönelik Üreme Sağlığı Hizmetleri Katılımcı Kitabı, T.C. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Ankara, s: 19-33.

Özmert EN, Derman O. (2008) Çocuk ve Ergen Sağlığı Modülleri, T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Eğitimi Genel Müdürlüğü Eğitimciler İçin Eğitim Rehberi, Ankara, Sağlık Bakanlığı Yayın No: 722, s: 103-123.

Öztek Z, Üner S, Eren N. (2012) Sağlık Hizmetleri ve Sağlık Yönetimi, Halk Sağlığı Temel Bilgiler. Eds: Güler Ç., Akın L, Hacettepe Üniversitesi Yayınları, Ankara, s: 1480-1483.

Öztürk C, Dicle A, Sarı HY, Bektaş M. (2004) Okul dönemindeki çocukların sağlık durumlarının belirlenmesi, Milli Eğitim Dergisi, Sayı: 163.

Öztürk M. (2007) Anne, Baba ve Eğitimciler için Çocuk Psikiyatrisi, 6.Baskı. Uçurtma Yayınları, İstanbul, 24-25.

Özvarış ŞB. (2012) Sağlığı Geliştirme ve Sağlık Eğitimi, İçinde: : Halk Sağlığı Temel Bilgiler. Eds: Güler, Ç., Akın, L, Hacettepe Üniversitesi Yayınları, Ankara, s. 1676-1753.

Parlaz EA, Tekgül N, Karademirci E, Öngel K. (2012). Ergenlik Dönemi: Fiziksel Büyüme, Psikolojik ve Sosyal Gelişim Süreci, 3 (2):10-16.

Pekcan H. (2012) Adolesan Sağlığı. İçinde: Halk Sağlığı Temel Bilgiler. Eds: Güler, Ç., Akın, L, Hacettepe Üniversitesi Yayınları, Ankara, s: 486-538.

Pender NJ, Murdaugh CL, Parsons MA. (2002) Health promotion in nursing practice, Fourth Edition, New Jersey, 13-209.

Perlman F, Bobak M, Steptoe A, Rose R, Marmot M. (2003) Do health control beliefs predict behaviour in Russians?, Preventive Medicine, (37): 73–81.

Rew L, Wong YJ. (2006) A Systematic Review of Associations Among Religiosity/Spirituality and Adolescent Health Attitudes and Behaviors, Journal of Adolescent Health, 38: 433-442.

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

Saka HN, Neyzi O. (2005) Puberte başlangıç yaşı değişiyor mu ?, *Türk Pediatri Arşivi*, 40: 7- 14.

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

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

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

Seçginli S, Coşansu G, Nahcivan NO. (2013). Factors Associated With Bicycle-Helmet Use Among 8-16 Years Aged Turkish Children: A Questionnaire Survey, *International Journal of Injury Control and Safety Promotion*, 1-9.

Set T, Dağdeviren N, Aktürk Z. (2006) Ergenlerde Cinsellik, *Genel Tıp Dergisi*, 16(3):137-141.

Smith CM. (2009) Origins and Future of Community/Public Health Nursing. From Community/.Public Health Nursing Practice, Eds: F.A. Maurer & C.M. Smith, 4th ed. St Louis, Missouri, Saunders, s. 2-54.

Smith CM. (2005) Responsibilities for Care in Community/Public Health Nursing, From Community/. Public Health Nursing Practice, Health for Families and Populations, Eds: F.A. Maurer & C.M. Smith, 4th ed. Elsevier Saunders, s.2-15.

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

Srof BJ, Velsor-Friedrich B. (2006) Health Promotion in Adolescents: A Review of Pender's Health Promotion Model, *Nursing Science Quarterly*, 19(4): 366-373.

Şimşek Z, Koruk İ, Altındağ A. (2007) Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi ve Fen-Edebiyat Fakültesi Birinci Sınıf Öğrencilerinin Riskli Sağlık Davranışları, *Toplum Hekimliği Bülteni*, 26(3): 19-24.

Staib S, Fusner S, Consolo K. (2006) How healthy are your nursing students?, *Teaching and Learning in Nursing*, 1: 55-60.

Steptoe A, Wardle J. (2001) Locus of Control and Health Behavior Revisited: A Multivariate Analysis of Young Adults From 18 Countries, *British Journal of Psychology*, 92: 659-672.

Tabak SR, Akköse K. (2006) Ergenlerin SDO algılama düzeyleri ve sağlık davranışlarına etkileri. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 5 (2):118-130.

Tan S, Aldemir S. (2012) Ergenlerde Stresle Başa Çıkma Tarzlarının Atılganlık Düzeyleri ve Sosyodemografik Özellikler Açısından İncelenmesi, *New/Yeni Symposium Journal*, 50(1): 23-30.

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

Tappe MK, Allensworth DD, Grizzell J. (2010) Promoting Health In Schools And Universities, From Health Promotion Programs, Eds: Fertman CI. and Allesworth DD., San Francisco, CA, Jossey-Bass, s: 314-340.

Tekirdağ Aİ. (2010) Adolesanlarda Sık Karşılaşılan Jinekolojik Sorunlara Yaklaşım, *JOPP Derg.* 2(1):13-20.

Temel F, Hancı P, Kasapoğlu T, Kışla RM, Sarıkaya MS, Yılmaz MA, Özcebe H. (2010) Ankara'da Bir Meslek Lisesi 10. ve 11. Sınıf Öğrencilerinin Uyku Kalitesi ve Etkileyen Faktörler. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi*, 53: 122-131.

Tuğut N, Bekar M. (2008) Üniversite Öğrencilerinin Sağlığı Algılama Durumları İle Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Arasındaki İlişki, 11(3): 17-26.

Tümkaya S. (2000) İlkokul Öğretmenlerindeki Denetim Odağı ve Tükenmişlikle İlişkisi, PAÜ Eğitim Fakültesi Dergisi, 8: 1-8.

Uğurlu N, Demiryay A. (2007) Muğla İl Merkezi İlköğretim Okullarında Okuyan Kız Öğrencilerin Psikososyal Problemlerinin Karşılaştırılması, Muğla Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi (İLKE), 19:1-11.

Ünalın PC, Kaya ÇA, Akgün T, Yıkılkan H, İşgör A. (2007) Birinci Basamakta Ergen Sağlığına Yaklaşım, Türkiye Klinikleri J Med Sci, 27:567-576.

Viner R, Macfarlane A. (2005). ABC of Adolescence Health Promotion, BMJ 330: 527-529.

Vural BK. (1998) Sağlık Riskinin Belirlenmesi ve Hemşirelik İçin Önemi, C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 2(2): 39-43.

Yeşilyaprak B. (1988) Lise Öğrencilerinin İçsel ya da Dışsal Denetimli Olduklarını Etkileyen Etmenler, Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Doktora Tezi, Ankara, (Danışman: Prof.Dr. İbrahim Ethem Özgüven).

Yıldırımkaya G. (2008) Türkiye’ de Karşılanmamış Cinsel Sağlık Bilgisi İhtiyacının Adolesan Sağlığına Yansıması ve UNFPA, İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Adolesan Sağlığı II Sempozyum Dizisi, 63:47-50.

Yıldırım N. (2005) Üniversite Öğrencilerinin Bazı Sosyo-Demografik Özelliklerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarına Etkisi, Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, Sivas, (Danışman: Yard.Doç.Dr. Mine Bekar).

Yılmazel G, Günay O. (2012) Çorum İli Kargı İlçesinde Öğrenim Gören 12-17 Yaş Arasındaki Öğrencilerde Özsaygı ve Depresyon, Sağlık Bilimleri Dergisi (Journal of Health Sciences) 21(1) 20-29.

Yiğitbaş Ç, Yetkin A. (2003) Sağlık Yüksekokulu Öğrencilerinin Öz-Etkililik-Yeterlik Düzeyinin Değerlendirilmesi, Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi, 7 (1): 613.

Zaybak A, Fadıloğlu Ç. (2004) Üniversite Öğrencilerinin Sağlığı Geliştirme Davranışı ve Bu Davranışı Etkileyen Etmenlerin Belirlenmesi. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi, 20 (1):77- 95.

Wardle J, Steptoe A. (2003) Socioeconomic Differences In Attitudes And Beliefs About Healthy Lifestyles, J Epidemiol Community Health, 57: 440-443.

WHO. (2013) Development of a regional strategic action plan with indicators and targets for prevention and control of noncommunicable diseases in the South-East Asia Region. India, Report of a regional consultation.

Wu CH. (2009) Enhancing quality of life by shifting importance perception among life domains, J Happiness Stud,10: 37–47.

Centers for Disease Control and Prevention CDC, (2011) BMI Calculator For Child And Teen: English Version, <http://www.cdc.gov/nccdphp/dnpa/bmi/>, Erişim tarihi: 17.11.2013

Centers for Disease Control and Prevention CDC, (2013) Components of Coordinated School Health, (Web: <http://www.cdc.gov/healthyyouth/cshp/components.htm>, Erişim tarihi: 17.02.2014

Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK), (2012) Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi Sonuçları, www.tuik.gov.tr, Erişim tarihi: 19.11.2013.

WHO. (2009) Health Promotion, www.who.int/chp/en/. Erişim tarihi: 09.01.2014

WHO. (1986) Ottawa Charter for Health Promotion,
www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/, Erişim tarihi:
09.01.2014

www.public.health.oregon.gov, Erişim tarihi: 12.11.2013.

www.tokat.hsm.saglik.gov.tr., Erişim tarihi: 16.11.2013.

www.tuik.gov.tr., Erişim tarihi: 15 Mayıs 2011.

www.who.int/child_adolescent_health/topics/preventioncare/adolescent/en/index.html,
Erişim tarihi: 29 Temmuz 2013.

10. EKLER

EK: 1 Sosyodemografik Bilgi Formu

Sevgili Öğrenciler,

Size verilen bu form yüksek lisans tez çalışması için hazırlanmış bir anket formudur. Bu araştırma lise öğrencilerinin yaşam biçimi davranışları ve etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla yapılmaktadır.

Bu formdaki bilgiler sadece araştırma için kullanılacaktır ve verilen tüm cevaplar gizli tutulacaktır. Çalışma sonuçlarının sağlıklı olması için lütfen her bir soruyu dikkatle okuyunuz ve sizi en iyi tanımlayan bölümleri işaretleyiniz. Hiçbir soruyu boş bırakmamaya özen gösteriniz.

Şimdiden katkılarımız için teşekkür ederim.

Yeliz KARA
Haliç Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Hemşirelik Yüksek Lisans Programı Öğrencisi

1-) Doğum tarihinizi lütfen gün/ay/yıl olarak belirtiniz. ../../....

2-) Cinsiyetiniz?

1. () Kız 2.() Erkek

3-) Kaçınıcı sınıftasınız?

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-) Şuandaki aile tipiniz?

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

7-) Kiminle yaşıyorsunuz ?

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

8-) Siz dahil olmak üzere ailenizdeki kişi sayısı?

1.() Yalnız yaşıyorum 2.() 2-4 kiş 3.() 5-7 kiş
4.() 8-10 kiş 5.() 10 kişiden fazla

9-) Annenizin eğitim durumu nedir?

- 1.() Okur-yazar değil 2.() Okur- yazar 3.() İlkokul mezunu
4.() Orta okul mezunu 5.() Lise mezunu 6.() Üniversite mezunu

10-) Babanızın eğitim durumu nedir?

- 1.() Okur-yazar değil 2.() Okur- yazar 3.() İlkokul mezunu
4.() Orta okul mezunu 5.() Lise mezunu 6.() Üniversite mezunu

11-) Anneniz gelir getiren bir işte çalışıyor mu?

- 1() Evet (lütfen yaptığı işi yazınız) 2.() Hayır

12-) Babanız gelir getiren bir işte çalışıyor mu?

- 1.() Evet (lütfen yaptığı işi yazınız) 2.() Hayır

13-) Sağlık güvenceniz var mı?

- 1.() Emekli Sandığı 2.() SSK 3.() Bağ-kur 4.() Yeşil kart
5.() Özel sağlık sigortası 6.() Sağlık güvencesi yok

14-) Ailenizin ekonomik durumunu nasıl yorumlarsınız?

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

15-) Okul dışında bir işte çalışıyor musunuz?

- 1.() Evet 2.() Hayır

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

- 1.() Evet 2.() Hayır

17-)Geçtiğimiz 1 yıl içerisinde okulda sağlık eğitimi aldınız mı?

- 1.() Evet 2.() Hayır

18-) Ailenizle olan ilişkilerinizi nasıl yorumlarsınız?

- 1.() Çok iyi 2.() İyi 3.() Kötü 4.() Çok kötü

19-) Arkadaşlarınızla olan ilişkilerinizi nasıl yorumlarsınız?

- 1.() Çok iyi 2.() İyi 3.() Kötü 4.() Çok kötü

20-) Akrabalarınızla ne sıklıkta birlikte zaman geçirirsiniz?

- 1.() Haftada bir kez 2.() Ayda bir kez 3.() Büyük tatillerde
4.() Diğer (yazınız).....

21-) Hekim tarafından belirlenmiş sürekli kontrole gitmenizi ya da ilaç kullanmanızı gerektiren bir hastalığınız var mı?

1.() Evet (lütfen hastalığınızı belirtiniz) 2.() Hayır

22-) Şuandaki sağlığınızı nasıl yorumlarsınız?

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

23-) Günlük aktivitelerinizi kısıtlayan engel bir durumunuz var mı?

1.() Evet 2.() Hayır

24-) Sağlık sorununuz olduğunda öncelikle ne yaparsınız?

1. () Hastalığımın geçmesini beklerim
2. () Kendi başıma hemen bir sağlık kuruluşuna giderim
3. () Birilerinin beni sağlık kuruluşuna götürmesini beklerim
4. () Evde bulunan ilaçları kullanırım
5. () Diğer (lütfen yazınız).....

25-) Boyunuz :cm

26-) Kilonuz :kg

27-) Vücut ağırlığınızı göz önüne aldığınız da kendinizi nasıl tanımlarsınız?

1.() Zayıf 2.() Normal 3.() Şişman

EK: 2 Adolesan Yaşam Biçimi Ölçeği II

Aşağıda yazılı ifadeleri dikkatlice okuyun ve her bir davranışı ne sıklıkla yaptığınızı işaretleyiniz.

	Hiçbir Zaman	Bazen	Sık Sık	Her zaman
1. Ailemle sohbet ederek zaman geçiririm.	()	()	()	()
2. Ailemle aktif olarak(yürüyüş, oyun oynamak) zaman geçiririm.	()	()	()	()
3. Kendimi iyi hissetmediğim zaman en yakın sağlık kurumuna giderim.	()	()	()	()
4. Haftada 3 gün 20 dakika ya da daha fazla fiziksel aktivite(aerobik dans, hızlı yürüyüş, koşu, ip atlama, bisikletebinme, yüzme) yaparım.	()	()	()	()
5. Geceleri 6-8 saat uyurum.	()	()	()	()
6. Başkaları iyi şeyler yaptığı zaman onları tebrik ederim.	()	()	()	()
7. Tatlılardan veya içinde fazla şeker olan yiyeceklerden uzak dururum.	()	()	()	()
8. Sağlıkla ilgili yazılar okurum.	()	()	()	()
9. Yaşam değerlerimi / hedeflerimi başkalarıyla konuşurum.	()	()	()	()
10. Az yağlı süt ve süt ürünlerini (yoğurt, peynir, dondurma) tüketirim.	()	()	()	()
11. Her gün dinlenmek için kendime zaman ayırırım.	()	()	()	()
12. Başkalarının duygularına karşı hassas olmaya çalışırım.	()	()	()	()
13. Kahvaltı ederim.	()	()	()	()
14. Doktora ya da hemşirenin önerilerini daha iyi anlamak için onlara sorular sorarım.	()	()	()	()
15. Yaşamımı yönlendiren üstün bir güç olduğumu hissediyorum.	()	()	()	()
16. Spor veya eğlenceli aktivitelere katılırım	()	()	()	()

	Hiçbir Zaman	Bazen	Sık Sık	Her zaman
17. Hayatımda değiştiremeyeceğim şeyleri kabullenirim.	()	()	()	()
18. Gelecekle ilgili heyecanlıyım.	()	()	()	()
19. Yakın arkadaşlarımla zaman geçiririm.	()	()	()	()
20. Yaşam değerlerimin / hedeflerimin aynı olduğu gruplara katılırım.	()	()	()	()
21. Her gün 2- 4 porsiyon meyve yerim.	()	()	()	()
22. Sağlık sorunlarını önleyen ve sağlığı geliştiren programlara katılırım.	()	()	()	()
23. Kendimle barışığım /mutluyum.	()	()	()	()
24. Her gün 3-5 porsiyon sebze yerim.	()	()	()	()
25. Sevdiğim şeyleri yapmak için kendime zaman ayırırım.	()	()	()	()
26. Hayatımdaki önemli hedeflere ulaşmak için çalışırım.	()	()	()	()
27. Boş zamanlarımda yürürüm ya da aktif faaliyetlerde bulunurum.	()	()	()	()
28. Her yeni günü sabırsızlıkla beklerim.	()	()	()	()
29. Yaşam hedeflerimin / değerlerimin gelişmesine yardım edecek faaliyetlerde bulunurum.	()	()	()	()
30. Et çeşitlerini(dana eti, tavuk, balık) yerim.	()	()	()	()
31. Anlaşmazlıkları kavga etmek yerine konuşarak çözerim.	()	()	()	()
32. Arkadaşlarımla aktif oyunlar (basketbol, futbol, voleybol, tenis) oynarım.	()	()	()	()
33. Gerektiğinde okuldaki rehber öğretmenden yardım alırım.	()	()	()	()
34. Sağlığımı geliştirmek için doktor ya da hemşireye sorular sorarım.	()	()	()	()
35. Kendimi rahatlatmak(meditasyon) ve dua etmek için zaman ayırım.	()	()	()	()

	Hiçbir Zaman	Bazen	Sık Sık	Her zaman
36. Uykuya dalarken güzel şeyler düşünmeye çalışırım.	()	()	()	()
37. Başkalarına yardımcı olmak için özel çaba gösteririm.	()	()	()	()
38. Ulaşabileceğim hedefler koyarım.	()	()	()	()
39. Bir şeyi iyi yaptığım zaman kendimi iyi hissederim.	()	()	()	()
40. Kalp atışlarım hızlanıp terleyene kadar egzersiz yaparım.	()	()	()	()
41. Yaptığım şeylerde yaşam değerlerimi / hedeflerimi rehber olarak kullanırım.	()	()	()	()
42. Her gün 6 bardak veya daha fazla su içerim	()	()	()	()
43. Sorunlarımı bana yakın olan birisi ile konuşmaya ve çözmeye çalışırım.	()	()	()	()
44. Sağlığıma zarar verecek davranışlardan uzak dururum	()	()	()	()

EK: 3 Sağlık Denetim Odağı Ölçeği (B)

Aşağıdaki anket sizin sağlık durumunuzla ilgili cümlelerden oluşmaktadır. Her cümlenin karşısında, cümlede yer alan düşünceye (“Hiç katılmıyorum”dan, “tamamen katılıyorum”a kadar) sizin katılma derecenizi açıklayan ifadeler bulunmaktadır. Bu ifadelerden size uygun geleni işaretleyiniz. Her cümlede yalnızca bir seçeneği işaretleyiniz, boş bırakmayınız. Bu ankette doğru ya da yanlış yanıt yoktur, yalnızca sizin düşüncelerinizi belirlemeyi amaçlanmaktadır.

		Hiç katılmıyorum	Çoğunlukla katılmıyorum	Biraz katılmıyorum	biraz katılıyorum	Çoğunlukla katılıyorum	Tamamen katılıyorum
1	Hasta olursam kendimi iyileştirecek güce sahibim.						
2	Ne yaparsam yapayım hasta olacaksam zaten olurum hissine sık sık kapılıyorum.						
3	Çok iyi bir doktora düzenli olarak muayene olursam, hastalanma olasılığım azalır.						
4	Tesadüfen ortaya çıkan etmenlerden sağlığımın büyük ölçüde etkilendiğini görüyorum.						
5	Sağlığımı ancak sağlık personeline danışarak koruyabiliyorum.						
6	Sağlığımdan doğrudan doğruya ben sorumluyum.						
7	Hastalanmamda ya da sağlıklı olmamda başka kişiler büyük rol oynamaktadırlar.						
8	Sağlığımla ilgili yanlış olan ne varsa benim kendi hatamdır.						
9	Hastalandığım zaman hastalığı doğal seyrine bırakmalıyım.						
10	Sağlık personeli sağlıklı olmamı sağlar.						
11	Sağlıklı olmam sadece bir şanstır.						
12	Bedensel sağlığım kendime ne kadar iyi baktığıma bağlıdır.						
13	Hastalandığımda; bunun nedeninin kendime iyi bakmayışım olduğunu bilirim.						
14	Başka kişilerden gördüğüm bakım bir hastalıktan iyileşmemi sağlayan başlıca etkidir.						
15	Kendime iyi baksam bile kolayca hastalanıyorum.						
16	Hasta olmam kaderle ilgilidir.						
17	Kendime iyi bakarsam uzun süre sağlıklı kalabilirim.						
18	Doktorun söylediklerine harfi harfine uymak, bana göre, sağlığım için en iyi yoldur.						

EK: 4 ÖLÇEK İZİN YAZIŞMALARI

Outlook.com İletiyi Yazdır

<https://dub119.mail.live.com/ol/mail.mvc/PrintMessages?mkt=tr-tr>

Yazdır

Kapat

Kimden: Nesrin İLHAN (nesrinilhan@halic.edu.tr)
Gönderme tarihi: 01 Ağustos 2013 Perşembe 10:13:21
Kime: yeliz kara (ylz_kara@hotmail.com)

Sayın Yeliz Kara,

Adolesan Yaşam Biçimi Ölçeği II' yi tez çalışmanızda kullanabilirsiniz. Başarılar.

Yard.Doç.Dr.Nesrin İLHAN

1 Ağustos 2013 10:06 tarihinde yeliz kara <ylz_kara@hotmail.com> yazdı:
Sayın Nesrin İLHAN,

Ben Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalında Yüksek Lisans öğrencisiyim. 'Lise Öğrencilerinin Sağlık Davranışları ve Etkileyen Faktörler' isimli tez çalışmamda türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasını yapmış olduğunuz 'Adolesan Yaşam Biçimi Ölçeği II' yi kulanmak istiyorum. Bunun için sizden izninizi rica ediyorum. Yardımcı olursanız çok sevinirim. Şimdiden teşekkür ederim.

Yeliz KARA

This message and attachments are confidential and intended solely for the individual(s) stated in this message. If you received this message although you are not the addressee, you are responsible to keep the message confidential. The sender has no responsibility for the accuracy or correctness of the information in the message and its attachments. Our university shall have no liability for any changes or late receiving, loss of integrity and confidentiality, viruses and any damages caused in anyway to your computer system.

Bu mesaj ve ekleri, mesajda gönderildiği belirtilen kişi / kişilere özeldir ve gizlidir. Bu mesajın muhatabı olmamanıza rağmen tarafınıza ulaşmış olması halinde mesaj içeriğinin gizliliği ve bu gizlilik yükümlülüğüne uyulması zorunluluğu tarafınız için de söz konusudur. Mesaj ve eklerinde yer alan bilgilerin doğruluğu ve güncelliği konusunda gönderenin ya da üniversitemizin herhangi bir sorumluluğu bulunmamaktadır. Üniversitemiz mesajın ve bilgilerinin size değişikliğe uğrayarak veya geç ulaşmasından, bütünlüğünün ve gizliliğinin korunamamasından, virus içermesinden ve bilgisayar sisteminize verebileceği herhangi bir zarardan sorumlu tutulamaz.

T.C.
Haliç Üniversitesi
Bilgi İşlem Daire Başkanlığı

EK: 5 İL MİLLİ EĞİTİM MÜDÜRLÜĞÜNDEN ALINAN İZİN



T.C.
İSTANBUL VALİLİĞİ
İl Millî Eğitim Müdürlüğü

Sayı : 59090411/605/3319172

12/11/2013

Konu: Anket (Yeliz KARA)

HALIÇ ÜNİVERSİTESİ
(Sağlık Bilimleri Enstitüsüne)

İlgi: a) 08.10.2013 gün ve 367 sayılı yazınız.
b) Valilik Makamının 08.11.2013 tarih ve 103980 sayılı oluru.

Üniversiteniz Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Yüksek Lisans Öğrencisi Yeliz KARA'nın "Lise Öğrencilerinin Sağlık Davranışları ve Etkileyen Faktörler" 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 <http://evraksorgu.meb.gov.tr> adresinden 1e94-e17d-3761-8999-abff 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-ı Ali Cad. No:13 Çağaloğlu
Telefon: Snt.212 455 04 00 Dahili: 239

EK: 6 ETİK KURUL ONAYI



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

SAYI : 46
KONU:

09/09/2013

Sayın; Yrd.Doç.Dr.Nesrin İLHAN

Haliç Üniversitesi Etik Değerlendirme Kurulunca yapmış olduğunuz başvuru incelenmiş olup, danışmanı olduğunuz Yeliz KARA'nın "*Lise Öğrencilerinin Sağlık Davranışları ve Etkileyen Faktörler*" 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 : Yeliz KARA
Doğum Yeri ve Tarihi : Yenişehir / 09.11.1990
Medeni Hali : Bekâr
Yabancı Dil : İngilizce
E-posta Adresi : ylz_kara@hotmail.com
Tel : 0(506) 775 08 02

Eğitim ve Akademik Durum

	Mezun Olduğu Kurumun Adı	Mezuniyet Yılı
Lisans	Balıkesir Üniversitesi Bandırma Sağlık Yüksekokulu	2011

İş Tecrübesi

	Görev	Süre
İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Beyin ve Sinir Cerrahisi Ameliyathane	Hemşire	2011-....

Bildiriler/Yayımlar/Sertifikalar

Ameliyathane Hemşireliği Güncel Yaklaşımlar Sempozyumu/2012

9. Nöroşirürji Hemşireliği Kongresi/2013 ('Hastanelerde Hekim- Hemşire Arasında Yaşanan Çatışma Nedenleri ve Çatışmaların Hemşireler Üzerine Etkisi' konulu sözel bildiri sunusu)

10. Nöroşirürji Hemşireliği Kongresi/2014 ('Evli Kadın Hemşirelerde İş Stresinin Etkileri Ve Stresle Baş Etme Yolları' konulu sözel bildiri sunusu)

