

Ortaokul Öğrencilerinin Sağlık Algısı ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Değerlendirilmesi

Esra Karabacak

Lisansüstü Eğitim, Öğretim ve Araştırma Enstitüsüne Hemşirelik
Yüksek Lisans Tezi olarak sunulmuştur.

Doğu Akdeniz Üniversitesi
Şubat 2019
Gazimağusa, Kuzey Kıbrıs

Lisansüstü Eğitim, Öğretim ve Araştırma Enstitüsü onayı

Doç. Dr. Ali Hakan Ulusoy
L.E.Ö.A. Enstitüsü Müdür Vekili

Bu tezin Hemşirelik Yüksek Lisans derecesinin gerekleri doğrultusunda hazırlandığını onaylarım.

Prof. Dr. Refia Selma Görgülü
Hemşirelik Bölüm Başkanı

Bu tezi okuyup değerlendirdiğimizi, tezin nitelik bakımından Hemşirelik Yüksek Lisans derecesinin gerekleri doğrultusunda hazırlandığını onaylarız.

Yrd. Doç. Dr. Gülay Manav
Tez Danışmanı

Değerlendirme Komitesi

1. Prof. Dr. Güler Cimete
2. Prof. Dr. Refia Selma Görgülü
3. Prof. Dr. Gülümser Kublay
4. Prof. Dr. Candan Öztürk
5. Yrd. Doç. Dr. Gülay Manav

ÖZ

Günümüzde sağlığı geliştirme ve hastalıkları önlemede olumlu sağlık davranışlarının desteklenmesi ve sağlıklı yaşam biçiminin benimsenmesi oldukça önemlidir. Bireyin sağlık davranışları sağlık durumu etkilerken, sağlık davranışların gelişiminde inançlar, tutumlar ve algılar da rol almaktadır. Ergenlerin sağlık algıları ve sağlıklı yaşam davranışları değerlendirilerek iyilik halini korumak, sürdürmek ve geliştirici davranışları kazandırmak önemli bir toplum sağlığı hizmeti olarak görülmelidir. Bu nedenle tanımlayıcı tipteki bu araştırma ortaokul öğrencilerinin Sağlık Algısı ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Değerlendirilmesi amacıyla yapılmıştır.

Araştırma Gazi Mağusa ilçesinde bulunan tüm ortaokullarında (üç devlet ve bir özel ortaokul) okuyan 346 öğrencide tabakalı ve basit rastgele örneklem seçim yöntemiyle yapılmıştır. Veri toplama aracı olarak Öğrenci Tanıtıcı Bilgi Formu, Sağlık Algısı Ölçeği ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II kullanılmıştır. Örneklem grubunda yer alan öğrencilerin sağlık algısı ölçeğinden ortalama 52.96 ± 7.73 puan aldıkları görülmüştür. Bunun sonucunda öğrencilerin sağlık algısının orta düzeye olduğu saptanmıştır.

Öğrencilerin, Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ölçeğinden ortalama 130.42 ± 20.71 puan almışlardır. Araştırma kapsamına alınan öğrencilerin sağlık algısı ölçeği genelinden aldıkları puanlar ile Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları II ölçeği genelinden ve ölçekte yer alan tüm alt boyutlardan aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı ve pozitif yönlü korelasyonlar olduğu saptanmıştır. Buda Sağlık algısının, sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını doğrudan etkilediği anlama gelmektedir.

Sonuç olarak öğrencilerin sağlık algılarının artırılması, sağlıklı yaşam davranışlarını olumlu yönde etkilediği için sağlık algılarını yükseltmeye ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını geliştirmeye yönelik gerekli alışmaların yapılması nerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Ergen, Sağlık Algısı, Sağlıklı Yaşam Biçimi, Hemşire.

ABSTRACT

Today, it is very important to promote positive health behaviors and adopt a healthy lifestyle in order to improve health and prevent diseases. While health-related behaviors of an individual affect his or her health condition, beliefs, attitudes and perceptions are also involved in the development of health behaviors. It should be considered as an important public health service to help adolescents protect and maintain their well-being and to help them enhance their behaviors by evaluating their health perceptions and healthy life behaviors. Therefore, this descriptive research study was conducted to assess health perceptions and healthy lifestyle behaviors of middle school students.

The research was conducted on 346 students selected by using the stratified and simple random sampling method in all middle schools (three state middle schools and one private middle school) in Famagusta District. The Personal Information Form, the Health Perception Scale and the Healthy Lifestyle Behaviors Scale (HLBS) II were used as data collection instruments. The students in the sample were found to score an average of 52.96 ± 7.73 points on the Health Perception Scale. Therefore, the health perception of the students was found to be moderate.

The students scored an average of 130.42 ± 20.71 points on the HLBS II scale. The overall scores of the students who were included in the study on the Health Perception Scale were found to statistically significantly and positively correlate with their overall scores on the Healthy Lifestyle Behaviors Scale II and their scores on all dimensions of the scale. This means that the perception of health directly affects the behaviors of healthy lifestyle.

In conclusion, it is recommended to carry out studies for raising students' health perceptions and improving their healthy lifestyle behaviors because enhancing health perceptions of students positively affects their healthy life behaviors.

Keywords: Adolescent, Health Perception, Healthy Lifestyle, Nurse.

TEŞEKKÜR

Tez danışmanlığımı üstlenen, bu çalışmanın gerçekleştirilme sürecinin her anında değerli bilgilerini benimle paylaşan, yol gösterici ve destekleyici olan, emeğini hiçbir şekilde esirgemeyen, danışmanım sayın Yrd. Doç. Dr. Gülay Manav başta olmak üzere, Yüksek Lisans eğitimim boyunca destek veren, Doğu Akdeniz Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölüm Başkanı sayın Prof. Dr. Refia Selma Görgülü'ye, çalışmaya önemli katkılarda bulunan değerli jüri üyesi Prof. Dr. Candan Öztürk'e, Prof. Dr. Gülümser Kublay'a, ve Prof. Dr. Güler Cimate'ye, araştırmamın yürütülmesine izin veren Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti Milli Eğitim Bakanlığına, tüm eğitim hayatım boyunca maddi ve manevi desteklerini esirgemeyen her zaman yanımda olan canım annem Eşe Karabacak ve babam Adnan Karabacak'a, değerli aileme, arkadaşlarım Fatma Kılavuz ve Burcu Çaplı Karahasan'a sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

İÇİNDEKİLER

ÖZ	iii
ABSTRACT	v
TEŞEKKÜR.....	vii
KISALTMALAR	xi
TABLO LİSTESİ.....	xii
ŞEKİL LİSTESİ.....	xv
1 GİRİŞ	1
1.1 Giriş	1
1.2 Araştırmanın Amacı.....	3
1.3 Araştırma Soruları	3
2 GENEL BİLGİLER	5
2.1 Ergen.....	5
2.1.1 Ergenlik Döneminin Başlangıç Evresi.....	6
2.1.2 Ergenlik Döneminin Bitiş Evresi.....	6
2.1.3 Ergenlik Döneminde Fiziksel Gelişme.....	7
2.1.4 Ergenlik Döneminde Bilişsel Gelişim	8
2.1.5 Ergenlik Döneminde Sosyal ve Duygusal Gelişim	8
2.1.6 Ergenlik Döneminde Beden İmajı	9
2.2 Ergen Sağlığı	10
2.3 Sağlık Algısı	11
2.3.1 Sağlık Algısının Tanımı.....	11
2.3.2 Sağlık Algısının Ölçümü	13
2.4 Sağlıklı Yaşam Biçimi	14

2.4.1 Sağlık Davranışı.....	14
2.4.2 Sağlıklı Yaşam Biçimi tanımı.....	15
2.4.3 Sağlıklı Yaşamın Ölçümü.....	15
2.5 Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları	17
2.5.1 Sağlık Sorumluluğu	18
2.5.2 Fiziksel Aktivite.....	19
2.5.3 Beslenme.....	22
2.5.4 Manevi Gelişim	24
2.5.5 Kişiler Arası İlişkiler	26
2.5.6 Stres Yönetimi	28
2.6 Ortaokul Öğrencilerinde Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Önemi.....	29
2.7 Ergende Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Geliştirmede Çocuk Hemşiresinin Rolü.....	30
2.8 Konu İle İlgili (Literatür Çalışmaları)	32
3 GEREÇ VE YÖNTEM	38
3.1 Araştırmanın Tipi.....	38
3.2 Araştırmanın Yapıldığı Yer	38
3.3 Araştırmaya Dâhil Olma Kriterleri	38
3.4 Evren ve Örneklem	38
3.5 Veri Toplama Araçları	40
3.4.1 Tanıtıcı Bilgi Formu	40
3.4.2 Sağlık Algısı Ölçeği.....	40
3.4.3 Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II.....	41
3.6 Veri Toplama Süreci.....	42
3.7 Verilerin İstatistiksel Analizi	43

3.8 Araştırmanın Sınırlılıkları.....	43
3.9 Araştırmanın Etik Boyutu.....	44
3.10 Araştırma Takvimi.....	45
4 BULGULAR.....	46
5 TARTIŞMA.....	83
6 SONUÇ VE ÖNERİLER.....	94
6.1 Sonuçlar.....	94
6.2 Öneriler.....	96
KAYNAKLAR.....	97
EKLER.....	119
Ek 1: Tanıtıcı Bilgi Formu.....	120
Ek 2: Sağlık Algısı Ölçeği.....	123
Ek 3: Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II.....	124
Ek 4: Sağlık Algısı Ölçeği izni.....	126
Ek 5: Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II izni.....	127
Ek 6: Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu.....	128
Ek 7: Doğu Akdeniz Üniversitesi Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Kurulu Uygunluk İzni.....	131
Ek 8: KKTC Milli Eğitim ve Kültür Bakanlığı Genel Ortaöğretim Dairesi Müdürlüğü İzin Formu.....	132

KISALTMALAR

ABD	Amerika Birleşik Devletleri-(United States of America)
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü-(World Health Organization)
HDL	Yüksek Yoğunluklu Lipoprotein-(High Density Lipoprotein)
HLS	Sağlıklı Yaşam Biçimi-(Healthy Life Style)
İPAQ	Uluslararası Fiziksel Aktivite Ölçeği-(International Physical Activity Questionnaire)
KKTC	Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti
LDL	Düşük Yoğunluklu Lipoprotein-(Low Density Lipoproteins)
SYBD	Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları
SIP	Hastalık Etki Ölçeği-(Sickness Impact Profile)
TDK	Türk Dil Kurumu
WHOQOL	Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği-(World Health Organization Quality of Life)

TABLO LİSTESİ

Tablo 1. İlgili Araştırma Sonuçları	35
Tablo 2. Okullardan Alınan Öğrenci Sayıları.....	40
Tablo 3. Öğrencilerin tanıtıcı özelliklerine göre dağılımı.....	48
Tablo 4. Öğrencilerin ve ebeveynlerinin sağlık durumlarına göre dağılımı..	49
Tablo 5. Öğrencilerin Sağlık Algısı Ölçeği ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları II ölçeğinden aldıkları puanları.....	50
Tablo 6. Öğrencilerin yaş gruplarına göre Sağlık Algısı Ölçeği ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları II ölçeğinden aldıkları puanları karşılaştırılması.....	51
Tablo 7. Öğrencilerin cinsiyetlerine göre Sağlık Algısı Ölçeği ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları II ölçeğinden aldıkları puanların karşılaştırılması.....	53
Tablo 8. Öğrencilerin sınıflarına göre Sağlık Algısı Ölçeği ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları II ölçeğinden aldıkları puanların karşılaştırılması.....	55
Tablo 9. Öğrencilerin kardeş sahibi olma durumlarına göre Sağlık Algısı Ölçeği ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları II ölçeğinden aldıkları puanların karşılaştırılması	57
Tablo 10. Öğrencilerin anne çalışma durumlarına göre Sağlık Algısı Ölçeği ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları II ölçeğinden aldıkları puanların karşılaştırılması.....	58
Tablo 11. Öğrencilerin baba çalışma durumlarına göre Sağlık Algısı Ölçeği ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları II ölçeğinden aldıkları puanların karşılaştırılması.....	60
Tablo 12. Öğrencilerin anne eğitim durumlarına göre Sağlık Algısı Ölçeği ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları II ölçeğinden aldıkları puanların karşılaştırılması.....	62
Tablo 13. Öğrencilerin baba eğitim durumlarına göre Sağlık Algısı Ölçeği ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları II ölçeğinden aldıkları puanların karşılaştırılması.....	64

Tablo 14. Öğrencilerin herhangi bir sağlık sorunları olması durumuna göre Sağlık Algısı Ölçeği ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları II ölçeğinden aldıkları puanların karşılaştırılması	66
Tablo 15. Öğrencilerin annesinin herhangi bir sağlık sorunu olması durumuna göre Sağlık Algısı Ölçeği ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları II ölçeğinden aldıkları puanların karşılaştırılması	67
Tablo 16. Öğrencilerin babasının herhangi bir sağlık sorunu olması durumuna göre Sağlık Algısı Ölçeği ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları II ölçeğinden aldıkları puanların karşılaştırılması	69
Tablo 17. Öğrencilerin aile tiplerine göre Sağlık Algısı Ölçeği ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları II ölçeğinden aldıkları puanların karşılaştırılması.....	71
Tablo 18. Öğrencilerin ailelerinin gelir durumlarına göre Sağlık Algısı Ölçeği ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları II ölçeğinden aldıkları puanların karşılaştırılması	73
Tablo 19. Öğrencilerin ailelerinin sosyal güvencesi olma durumuna göre Sağlık Algısı Ölçeği ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları II ölçeğinden aldıkları puanların karşılaştırılması	75
Tablo 20. Öğrencilerin sağlığa zararlı alışkanlıkları olması durumuna göre Sağlık Algısı Ölçeği ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları II ölçeğinden aldıkları puanların karşılaştırılması	76
Tablo 21. Öğrencilerin hobi sahibi olma durumlarına göre Sağlık Algısı Ölçeği ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları II ölçeğinden aldıkları puanların karşılaştırılması	78

Tablo 22. Öğrencilerin yaşadıkları yerleşim birimine göre Sağlık Algısı Ölçeği ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları II ölçeğinden aldıkları puanların karşılaştırılması	80
Tablo 23. Öğrencilerin Sağlık Algısı Ölçeği ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları II ölçeğinden aldıkları puanlar arasındaki korelasyonları.....	81

ŞEKİL LİSTESİ

Şekil 1. Araştırma Takvimi Akış Şeması.....	46
Şekil 2. Öğrencilerin Sağlık Algısı Ölçeği ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları II ölçeğinin regresyon doğrusu ve korelasyon grafiği.....	83

Bölüm 1

GİRİŞ

1.1 Giriş

Ergenler nüfusun çoğunluğunu oluşturan bireylerdir. KKTC Nüfusu 351,965 olup, %5'ini ortaokulda okuyan ergenler oluşturmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü, ergenlik dönemini 10-19 yaş arasındaki dönem olarak tanımlamıştır. Ergenlik dönemi fırtınalı, dengesiz, değişken, çatışmalı, stresli bir dönemdir (1, 2). Ekşi ergenlik dönemini; 1. Erken ergenlik, 2. Orta ergenlik, 3. Geç ergenlik diye 3'e ayırmıştır; her dönemde farklı değişiklikler gözlenmektedir (3).

Ergenlik döneminde meydana gelen değişiklikler, aslında sağlık davranışlarının değişimine paralellik göstermektedir. Özellikle sigara, alkol, aktivite yapmama, beslenme ve diğer olumsuz davranışlar açısından risk altındadır. Riskli davranışları engellemek sağlığın geliştirilmesi ve sürdürülmesi için önemlidir (4, 5). Kimlik arayışı içinde olan genç dikkat çekmek isteyebilir bu durumda ailelerin onaylamadığı alışkanlıkları benimseyebilirler (6). Ergenlik döneminde yapılan fiziksel aktivitenin gençlerin kendilerini daha sağlıklı hissetmelerinin yanı sıra, şimdiki ve ileri yaşlarındaki beden sağlıkları açısından yararlı olduğu söylenmektedir (7). Büyüme ve gelişmenin hızlı olduğu, yaşam boyu sürebilecek davranışların olduğu bir dönem olduğu ve bu hızlı büyümeyi sağlayabilmek için gerekli besin öğelerinin, yeterli ve dengeli bir beslenme planı oluşturularak sağlanması ve hastalıklardan korunması da sağlanacaktır (8, 9, 10).

Dünya Sağlık Örgütü sağlığı “sağlık, bedensel, zihinsel ve sosyal refahın tam anlamıyla geliştiği yalnızca hastalığın veya zayıflığın bulunmadığı bir durumdur” şeklinde tanımlamıştır (11). Sağlıklı insan, yaşam ve güç dolu fiziksel ve zihinsel üretkenliğini kullanabilen insandır (12). Bireyin kendi sağlığını değerlendirmesine de sağlık algısı denmektedir. “Bireyin kendi sağlığına ilişkin kişisel duygu, düşünce, önyargı ve beklentilerinin bir bileşimi” olarak tanımlamaktadır (13). Ergen bireylerin sağlık durumlarını belirlemek için sağlık algısı yaygın olarak kullanılmaktadır (14).

Açıksöz ve arkadaşları tarafından yapılan araştırmada öğrencilere verilen sağlık davranışına yönelik eğitimin önemini vurgulamış ve sonuçlarında da sağlıklarına ilişkin tutumlarının olumlu yönde etkilediği görülmüştür (15). Cevizci ve ark.’nın öğrencilerle yaptığı üç haftalık destekleyici eğitim çalışmalarının sonuçlarına bakıldığında eğitim sonunda öğrencilerin sağlık algısının geliştiği görülmüştür (16). Günümüzde sağlığı geliştirmede olumlu sağlık davranışlarının desteklenmesi, sağlıklı yaşam biçiminin benimsenmesi önemlidir. Çünkü bireyin iyilik halini koruyacak, sürdürecektir, geliştirecek davranışları kazanması ve kendi sağlığı ile ilgili doğru kararlar almasını sağlayacaktır (17).

Bireyin sağlık davranışları sağlık durumu etkilerken, sağlık davranışlarının gelişiminde inançlar, tutumlar ve algılar da rol almaktadır (18). Ergene sağlık hizmeti veren hemşireler, bireysel farklılıkların normal ve anormal sınırlarını, sağlık risklerini ve etkilerini bilmesi gerekmektedir. Ergene sunulan sağlığı sürdürmeye ve geliştirmeye yönelik sağlık hizmetinin amaç ve yararları hakkında ergene ve ailesine bilgi vermeli, girişimlere etkin olarak katılmalıdır. Sağlığı sürdürmeye ve geliştirmeye yönelik eğitim ve danışmanlık hizmetleri verilmelidir (19, 20). Ergenlik yaş dönemleri içinde en sağlıklı olanı ve sağlıklı bir yaşamın

temellerinin atılabileceği bir dönem olarak da bilinmesine rağmen, üreme sağlığı sorunları başta olmak üzere, madde kullanımı, beslenme bozuklukları, ruhsal sorunlar ve riskli davranışların sıklıkla görüldüğü dönemlerdendir (21, 22).

Bu dönemde ergen oluşan fiziksel, ruhsal ve sosyal değişimlere uyum sağlayamamakta, ortaya çıkan sorunlar nedeniyle davranışları, sağlık düzeyi ve yaşam kalitesi olumsuz olarak etkilemektedir. Ergenleri, yetişkinlerden ayıran önemli bir özellik riskli davranışa yönelme eğilimleridir. Ergenler riskli davranışları bir sorun olarak değil, çözüm olarak görmektedirler. Bu nedenle erken dönemde riskli davranışlarını belirleyerek olumlu davranışları kazandırmak önemlidir (23, 24).

Bu çalışma ergenlik döneminde sağlık algısı ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını değerlendirmek amacıyla yapılacaktır.

1.2 Araştırmanın Amacı

Bu çalışma Gazi Mağusa İlçesinde bulunan ortaokul öğrencilerinin sağlık algısı ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının değerlendirilmesi amacıyla yapılmıştır.

1.3 Araştırma Soruları

S1: Ortaokul öğrencileri sağlık algısı nedir?

S2: Ortaokul öğrencileri sağlıklı yaşam biçimi davranışları nasıldır?

S3: Ortaokul öğrencilerinin tanıtıcı özelliklerine göre sağlık algılamada fark var mıdır?

S4: Ortaokul öğrencilerini tanıtıcı özelliklerine göre sağlıklı yaşam biçimi davranışlarında fark var mıdır?

S5: Ortaokul öğrencilerinde sağlık algısı ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasında ilişki var mıdır?

Bölüm 2

GENEL BİLGİLER

2.1 Ergen

Ergenlik dönemi; bilişsel, bedensel, sosyal ve duygusal değişmelerin yaşandığı, toplumsal ve cinsel kimliğin belirlenmeye başladığı, hedeflerin tekrardan gözden geçirildiği, hayatla alakalı sorumluluk alma gerekliliği ve bununla beraber değişik ve karışık hislerin, içsel çatışma ve insanlar arası çatışmaların oldukça yoğun olduğu bir dönemdir (25). Bu dönem, hayat boyu etkilerini devam ettirebilecek inanç, değer, kavrayış ve alışkanlıkların oluşması açısından etkili bir dönemdir. Bir kimliğinin olması, biyolojik değişmeleri kabullenmenin, sağlıklı yaşam becerilerini edinilmesinin önemli olduğu ergenlikte genç insan, ailesinden uzaklaşmanın, ahlak kuralları ve değerler oluşturabilmenin, yaşadığı topluma katkı sağlayan bir birey olabilmenin ve tüm bunların yanında bir meslek seçebilmenin sorumluluğuyla karşı karşıya kalmaktadır (26).

Ergenlik döneminin en temel özelliklerinden birisi olarak da görünüşüne aşırı önem vermektedirler. Ergenlik döneminde, çevresel faktörlerin de etkisiyle ergen için dış görünüş oldukça önemli olduğu ve ergen için görünümündeki kusurlar, önemli bir sorun teşkil etmektedir (27). Ergenlik döneminde kusurlar daha çok ergenlik döneminin başlangıç evresinde sorun haline gelmekte iken ergenliğin bitiş evresinde bu kusurların daha az sorun haline geldiği ifade edilmektedir.

Ergenlik döneminde ergen yoğun bir şekilde fiziksel, ruhsal ve hormonal değişimlerin yanında davranış, düşünce ve ilişkilerde de hızlı değişimler yaşamaktadır.

Ergenlik dönemi başlangıç evresi ve bitiş evresi olarak iki ana bölüme ayrılmaktadır. Ergenlik döneminde ayrıca fiziksel gelişme, bilişsel gelişme, sosyal ve duygusal gelişme, cinsel gelişme ve beden imajı gibi dönemlerden geçmektedir (28).

2.1.1 Ergenlik Döneminin Başlangıç Evresi

Ergenlik döneminin başlangıç evresi 12- 14 yaşlar arasında başlayıp 17 yaşında sona ermektedir. Başlangıç evresinde hızlı fiziksel ve davranışsal değişiklikler görülmektedir. Bu hızlı büyüme ve gelişim kız çocuklarında daha önce başlamakta olduğu ve erkeklerde ruh sağlığı açısından genel olumlu etkisi mevcutken kız çocuklarında bu durumun akranlarından daha düşük benlik saygısı, depresyon, anksiyete bozuklukları ve yeme bozuklukları gibi önemli sağlık sorunlarına yol açtığı ifade edilmektedir (29).

Ergenlik dönemin başlangıç evresi ve süresinde birçok faktörün etkisi olduğu bilinmektedir. Irk, kültürel yapı, ailesel yatkınlık, iklim koşulları, beslenme durumu ve çevresel uyaranlar ergenlik dönemin oluşma yaşını ve süresini etkilemektedir (30).

2.1.2 Ergenlik Döneminin Bitiş Evresi

Ergenlik döneminin bitiş evresi 17-21 yaşlar arasında olduğu belirtilmektedir. Bitiş evresinde görülen bazı tutum ve davranışlar bu dönemi diğer dönemlerden farklı kılmaktadır. Tutum ve davranışlarda; dengeli olma durumunun artması, duygusal anlamda sakin olma durumunun artması, yetişkinlerin müdahalesini azaltmak için gerekli girişimleri öğrenme, problemlerle mücadele etme yönteminin değişmesi ve gerçeklerde farkındalığın artması olarak ifade edilebilmektedir (31).

Bitiş evresi ergenin kimlik gelişiminin olması ve kimlik duygusunda bir bütünlüğün kazanıldığı evre olduğu ifade edilmektedir. “Ben kimim?” sorgularının artması sorusuna verilen tüm yanıtlar bireyin kimliğini tanımlamaktadır. Kimlik bütünlüğü ise çocukluk döneminde kazanılmış olan içsel aynılık ve süreklilik

duygusunun toplumsal olarak da kazanılması ve buna güven duyulması ile sağlandığı ifade edilmektedir. Ergenlik döneminin fiziksel olarak değişimin en hızlı olduğu dönemlerden biri olduğu bilinmektedir. Ergenlik döneminde görülen bu fiziksel değişimlerden bilişsel, sosyal ve duygusal gelişimde etkilenmektedir (32).

Bu dönemlerde özellikle madde kullanımı, obezite gibi olumsuz sağlık davranışlarının başladığı dönemler olmasından dolayı aynı zamanda olumlu sağlık davranışlarının kazandırılması için en uygun yaş dönemlerindedir (33).

2.1.3 Ergenlik Döneminde Fiziksel Gelişme

Ergenlerde en önemli değişim dönemlerinden birisi hızlı fiziksel gelişmedir. Ergenler 3-5 yıl gibi oldukça kısa bir sürede erişkin hayattaki antropometrik ölçüm değerlerine ulaşmaktadır; iç organ ve salgı bezleri büyüklüklerinde, kemik yağ ve kas kitlelerinde belirgin artış görülmektedir. Bu dönemde tüm vücut sisteminde yer alan organlar büyüklük ve ağırlık açısından ikiye katlanmaktadır (34). Ergenlik döneminde beyin gelişimi ve buna bağlı baş ölçümleri adolesandan önce 10 yaş civarında, erişkin hayattaki büyüklük değerinin %96'sına erişmiş olduğundan ergenlik dönemdeki büyüme oranı oldukça küçük olduğu ve büyüme ile gelişme, ergenlerde belirgin bir hızlanma göstermekte, 11-16 yaşları arasında herhangi bir yaş diliminde başlayan ve genellikle 2-3 yıl süren büyüme hızlanmasına, Büyüme atağı olarak adlandırılmaktadır. Erkeklerde pubik kıllanma 3. ve 4. evrede, kızlarda ise 2. ve 3. evrede meme gelişimi gözlenmektedir. Erişkin boy uzunluğunun %20-25 kadarı ergenlik döneminde kazanılmaktadır. Kızlarda ortalama 23-28 cm., erkeklerde 26-28 cm. boy artışı görülmektedir (35).

Fiziksel gelişme, gelişimin kalıtsal temellerini içerir. Bu nedenle fiziksel gelişim döneminde ergenin uyumlu ve sağlıklı bir kişilik kazanması önem arz etmektedir (36).

2.1.4 Ergenlik Döneminde Bilişsel Gelişim

Ergenlik döneminde birey artık somut işlemler dönemindeki kazanımlarının üstüne yeni kazanımlar eklemek istediği ve bu durum onun daha üst düzeyde dengelere ulaşmasına imkân sağladığı belirtilmektedir. Ergenlik dönemindeki birey ile çocukluk dönemindeki düşünce süreçlerine karşın somut gerçeğe daha yakından bağlı olması düşünce yapısında farklılıklar oluşabilmektedir (37). Ergenlik döneminde birey somut düşünme evresinden soyut düşünme evresine geçmekte ve olayları daha çok sorgulamaya başlayan ergen, farklı bakış açıları edinmekte ve bu dönemde dünyayı eleştirel bir tutumla algıladığı belirtilmektedir (38).

Ergenlik döneminin bilişsel gelişim döneminin sağlığı üzerine etkileri sabah kahvaltısı edilmeden okula gidilmesi, gece boyu açlığın ardından kahvaltının yapılmaması, çocuğun kendini güçsüz hissetmesi, yeterli enerji alınmaması nedeniyle bilişsel faaliyetlerin, özellikle dikkat, çalışma ve öğrenme yeteneğinin azalmasına ve okul başarısının düşmesine neden olmaktadır (39).

2.1.5 Ergenlik Döneminde Sosyal ve Duygusal Gelişim

Ergenlik çağında sosyal ve duygusal gelişim çevresi ile olan bütün ilişkileri duyguları üzerine kurulmaktadır. Ergenliğin bu evresinde çevresindeki kişilere kolay inanmakta, kolay bağlanmakta, çevresindeki insanları çabuk sevmekte ve kolay kolay kopmadığı ifade edilmektedir. Bu evrede duygusallık içinde kendisini her türlü konuda yeterli ve başarılı görmeye başlamaktadır. Yetişkinliğe özlem duymakta ve onlar gibi düşünebileceğine inanmaktadır (40). Yetersiz ve güçsüz olduğu durumlarda huzursuz olmakta, geçmişle ve çocuklukla ilgili bütün bağlantıları ve anıları unutmak istemektedir. Toplum içerisinde ve arkadaşlarının arasında kendisini kabul ettirmek, öne çıkmak, tanınmak isterken aileden ve onların baskısından da kurtulmak istemektedir. Anne baba tarafından giyime, konuşmalara, eve giriş, çıkış saatlerine,

zevklerine ve isteklerine karışılmasından hoşlanmamaktadır (41). Bu duygu ve davranışlardaki iniş çıkışların yanı sıra ergende pek çok olumlu gelişmeler de gözlenmektedir. Düşünme yeteneği gelişmekte ve soyut kavramları artık daha iyi anlamakta ve kullanmaya başlamaktadır. İlgi alanları genişlemeye başlamakta ve ileride seçeceği meslekle ilgili konulara eğilip araştırmaktadır. Kendisini ve başkalarını gözleme yeteneği gelişmektedir. Bir şeyler yapma, başarılı olma ve kendini kanıtlama eğilimleri artmaktadır.

Bu dönemde sosyal ve duygusal gelişim ağır ilerleyen ve başarının yanında başarısızlık duygularının da yer aldığı, kişisel ihtiyaçların ve beklentilerin farklılaşarak yeni becerileri ile beraber sağlıkla ilgili yeni alışkanlıkların kazanılıp buna uyum sağlamayı gerekli kılmaktadır. Ergenlik döneminde çok fazla biyolojik ve fiziksel değişiklikler oluşur. Bu değişiklikler psikososyal gelişimi önemli derecede etkilemektedir. Cinselliğe karşı artan bir farkındalık ve beden imajıyla daha fazla meşgul olma adölesan dönemin temel psikososyal görevlerindedir (42).

2.1.6 Ergenlik Döneminde Beden İmajı

Ergenlik döneminde Beden imgesi ergenin gelişim döneminde önem arz etmektedir. Beden imajı algısı ergenin özgüveninin gelişiminde en önemli rol oynayan faktörlerdendir. Bu yaş döneminde olumsuz beden algısı, olumsuz değerlendirilme korkusuyla depresyon, anksiyeteye neden olmaktadır. Fiziksel görünüm, kişinin kendini değerlendirmesi kadar, sosyal değerlendirilmesi açısından da güçlü bir uyaran faktör olması nedeniyle beden imajını etkilemektedir (43).

Beden imajı 12-16 yaş arasında fizyolojik anlamda ergenlik süreci içerisinde büyüme ve gelişme ile ilgili en yoğun yaşantıların olduğu dönem olarak nitelendirilmektedir (43). 12-14 yaşlarındaki fizyolojik değişiklik sırasında ergenin ilgisi önce değişen ve gelişen bedenine dönük olduğu belirtilmektedir. Ergen gelişen

yeni bedenine ve kendine yabancılaşma hissedebilmekte, bedeninin yaşlılarından farklı olması onun için büyük önem kazanmaktadır. Bu nedenle erkek olan ergenin boyunun yaşlılarından kısa kalması, yüzünde sakal ya da vücudunun belirli bölgelerinde kılların çıkmaması, kız ergenin memelerinin küçük ya da büyüklüğü büyük sorunlara yol açtığı ifade edilmektedir (44). Beden algısının büyük önem kazandığı bu dönemde ergen ve ailesine sağlık eğitimi verilmesi ergenin sağlıklı bir şekilde yaşamını sürdürmesi açısından önem taşımaktadır.

Bu dönemde sağlıklı bir beden imajı oluşturan ergenler yetişkinlik sürecine daha kolay geçmekte ve rollerine daha kolay adapte olmaktadır. Ayrıca beden imajı gelişimi yaşam doyumunu, kalitesini ve ruh sağlığını olumlu yönde etkilemektedir. Beden imajı oluşumu ile ortaya çıkabilecek zorluklar, ergenin yaşam doyumunu ve kalitesini doğrudan etkilenekte ve benlik saygısında azalmaya, depresyon, kaygı, yalnızlık ve sağlık alanında davranış problemleri oluşturabileceği düşünülmektedir (45).

2.2 Ergen Sağlığı

Ergenlerde sağlık fiziksel, sosyal ve ruhsal yönlerin ele alınarak sağlıklı yaşam sürmeleri için gerekli önlemlerin alınarak sağlanması gereken önemli bir adım olduğu belirtilmektedir (46). Çocuklar bir ülkenin geleceği ve umudu olmalarının yanı sıra toplumlarda en kırılgan grubunu oluşturduğu ifade edilmektedir. Ergenlerde sağlık bu nedenle çocukların en iyi koşullarda dünyaya gelmelerinin sağlanması gerektiği, büyümeleri ve gelişmeleri için en uygun ortamın hazırlanması gerektiği o ülkenin geleceği açısından büyük önem arz etmektedir. Ülkede yaşayan toplumun gelişmişliği ve kalkınmışlığı ne düzeyde olursa olsun toplumda bazı gruplar sağlık açısından özel riskler taşıdığı belirtilmektedir. Çevresel olumsuzluklardan en fazla etkilenen, kendi imkânlarıyla pek çok hastalık ve olumsuzlukları gideremeyen, ölümlerin en çok

görüldüğü çocuklar bu riskli grupların başında yer almaktadır. Özellikle gelişmekte olan ülkelerde çocukların sağlığı, ilerleyen dönemlerde o toplumun nasıl sağlıklı yaşama sahip olmasının göstergesi olmasından dolayı büyük önem arz ettiği belirtilmektedir (47).

Ergenler nüfusun çoğunluğunu oluşturan bireylerdir. Dünya sağlık örgütü (2018) verilerine göre dünyada çocuk nüfus oranının 2.2 milyar olduğu, gelişmekte olan ülkelerdeki çocuk nüfus oranının 1.9 milyar olduğu belirtilmektedir (48). Birleşmiş Milletler Çocuklara Yardım Fonu (Unicef) verilerinde göre Türkiye'ise bu oran 19 yaşın altındaki çocuk nüfusunun 27 milyon olduğu buda ülke nüfusunun %36'sını temsil ettiği belirtilmektedir (49). KKTC, Devlet Planlama Örgütü verilerine göre KKTC Nüfusu toplamının 11,78000 olduğu ve %5,3'nü ortaöğretimde okuyan ergenler oluşturduğu belirtilmektedir. Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti Milli Eğitim Bakanlığının verilerine göre Gazimağusa ilçesine bağlı 3 ortaokul olduğu ifade edilmiştir. Dünya Sağlık Örgütü, ergenlik dönemini 10-19 yaş arasındaki dönem olarak tanımlamıştır. Ergenlik dönemi fırtınalı, dengesiz, değişken, çatışmalı, stresli bir dönemdir (50).

Ergenlik döneminde ergenin sağlıklı olmak için vücudun yapısını ve çevrelerini öğrenmeleri, kendileriyle barışık olmaları ve kendilerini koruyup, geliştirme konusunda öz bakım sorumluluğunu kazanmaları gerekmektedir. Bu nedenle, gerekli olan bilgi, beceri ve sağlıklı olmak için yararlı tutumların geliştirilmesi için okul ve toplumsal ortamlar önem arz etmektedir (51).

2.3 Sağlık Algısı

2.3.1 Sağlık Algısının Tanımı

Sağlık algısı kişinin kendi sağlık durumuna yönelik sorulan soruya verdiği subjektif cevap ile ölçülür ve kişinin kendi sağlığına yönelik duygu ve düşüncesini

içerir. Kişisel sağlık algısı mortalite, morbidite, fiziksel ve ruhsal iyilik halini ölçen önemli bir belirteçtir. Sağlık algısı sübjektif bir değerlendirme olmasına rağmen objektif değerlendirmelerle yakından ilişkilidir (52).

Sağlık algısı; bireylerin sağlıklarına ilişkin öznel duygu, düşünce, ön yargı, endişe ve beklentilerinin toplamı olarak da tanımlanabilirken, bireyin kendi sağlığına ilişkin olumlu inançlar taşıması “iyi sağlık algısı”; olumsuz inançlar taşıması durumu ise “kötü sağlık algısı” olarak tanımlanmaktadır (53). Sağlık algısı bireyden bireye, toplumdan topluma, ülkeden ülkeye değişebildiği gibi zaman içerisinde gelişen teknoloji, değişen sosyokültürel yapılar, bireysel ve toplumsal sosyal, psikolojik ve fiziksel çevrenin de etkisiyle değişmektedir. Öyle ki bireyin yaşadığı kırsal ya da kentsel çevre bile kişilerin sağlık algısını etkileyebilmektedir (54).

Sağlık algısıyla sağlıklı davranışlar arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmalarda sigara, alkol kullanma durumu, beslenme, obezite, BKİ değerleri, fiziksel aktivite gibi değişkenlerle olan ilişkisi değerlendirildiği gibi, sosyoekonomik faktörlerin, gelir düzeyinin ilişkisi, cinsiyet, yaş, medeni durum ile eğitim seviyesi gibi bazı sosyodemografik durumlarla, sosyo kültürel faktörler ve sosyal çevrenin de etkileşim içerisinde olduğu ve morbidite, mortaliteyle de yakından ilişkili olduğu gösterilmiştir (55). Sağlık algısının yaşam kalitesiyle ve hastalısız, sakatlık olmadan sağlıklı beklenen yaşam süresiyle olan ilişkisi bireylerin günlük fiziksel aktivitesinden, fonksiyon kısıtlıklarından, komorbit hastalıklardan, depresif duygu durumu gibi pek çok durumdan da etkilenmektedir (56).

Sağlık algısı, ergenlerin sağlıklı olma davranışlarını ve sağlık sorumluluğunu etkilediği bilinmektedir. Ergenlerin sağlık durumunu olumlu olarak algılamalarının, gelecekteki sağlık durumunu kontrol edebilmeleri ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını olumlu olarak oluşturması için önemlidir. Ergenlerde sağlık algısının ya

da sağlıklı yaşam davranışlarının değerlendirilmesi, değerlendirme yapıldıktan sonra gerekli önlemlerin alınması ergenlerin sağlıklı bir şekilde yetişkinliğe geçmelerine olanak sağlamaktadır (57).

2.3.2 Sağlık Algısının Ölçümü

Sağlık Algısı Ölçeği Diamond ve arkadaşları (2007) tarafından geliştirilmiştir. Kadioğlu ve ark yaptığı geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasında alfa katsayısı hemşirelik grubunda 0.77 ailelerinde 0.70 bulunmuş olup her iki grupta da iyi düzeyde güvenilirlik düzeyine sahip olduğu bulunmuştur (18, 26). Ölçekte 15 madde ve dört alt faktörden oluşan beşli likert tipi bir ölçektir. 1., 5., 9., 10., 11. ve 14. maddeler olumlu tutum, 2., 3., 4., 6., 7., 8., 12., 13. ve 15. Maddeler ise olumsuz ifadeleri oluşturmaktadır. Olumlu ifadelerde “çok katılıyorum= 5”, “Katılıyorum= 4”, “Kararsızım= 3”, “katılmıyorum= 2”, “Hiç katılmıyorum= 1” şeklinde puanlanmaktadır. Olumsuz ifadeler ise ters puanlama yapılmıştır. Ölçekten alınabilecek minimum 15, maximum puanın 75 olarak belirlenmiştir. Ölçeğin alt gruplarına göre Cronbach Alpha Değerleri: Kontrol merkezi 0,90; Öz farkındalık 0,91; Kesinlik 0,91; Sağlığın önemi 0,82 olduğu saptanmıştır.

Sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının belirlenmesi için kullanılan Sağlıklı Yaşam Belirleme Davranışı ölçeği II Walker ve arkadaşları (1996) tarafından geliştirilmiştir (52). SYBD II Ölçeğinin geliştirilmesinde Pender’e ait sağlığı geliştirme modeli kullanılmıştır. SYBD Ölçeği 1996’da yeniden düzenlenmiş olup SYBD-II ölçeği şeklinde adlandırılmıştır. Bahar ve arkadaşları (2008) tarafından SYBD II’nin Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışmasını yapmıştır. Ölçek dörtlü Likert yapıda olan SYBD-II ölçeği, 4 “düzenli olarak”, 3 “sık sık”, 2 “bazen” ve 1 “hiçbir zaman” şeklinde belirlenmiştir. İçerdiği maddelerin tamamı olumlu olup, 52 maddeden oluşmakta ve ölçekten alınabilecek minimum puan 52 ile maksimum 208

arasında olduğu saptanmıştır. Bireyin belirtilen sağlık davranışlarını ne düzeyde uyguladığı ölçekten alınan puan ile orantılıdır. Ölçek kendi içinde stres yönetimi, fiziksel aktivite, sağlık sorumluluğu, manevi gelişim, kişilerarası ilişkiler ve beslenme olmak üzere 6 başlık içermektedir (58).

2.4 Sağlıklı Yaşam Biçimi

2.4.1 Sağlık Davranışı

Ergenlik döneminde sağlık davranışı, iki ana temel üzerinde tanımlanır. Olumlu sağlık davranışı, ergenlerin sağlığını ve başkalarının sağlığını sakınmaya ve geliştirmeye yönelik bilinçli gayretlerini ifade eder. Yeterli yemek içmek, düzenli uyumak, fiziksel aktivite ve egzersiz yapmak, her yıl en az bir defa sağlık kontrolüne girmek ve diğer insanlarla olumlu iletişim sağlamak olumlu sağlık davranışlarına örnek olarak verilebilir (59).

Olumsuz sağlık davranışı ise, bireylerin sağlığı için çekingenlik oluşturan eylemlerde bulunmasıdır. Olumsuz sağlık davranışlarına örnek olarak, tütün kullanma, alkol kullanma, düzensiz beslenme verilebilir (60). Bireyleri hastalıklara karşı korumak için düzenli beslenme, düzenli fiziksel aktivite yapma, tütün ve alkol tüketmeme, aşırı halsizlik ve streten sakınma, günde en az 7-8 saat uyuma, vreyi sağlığa uygun hale getirme gibi farklı uygulamaları yapar duruma getirmek gerekmektedir (61).

Ergenlik döneminde kazanılan sağlık davranışları yetişkinlik döneminde de sürdüğü için toplum sağlığını etkilemektedir. Ergenin sağlıklı olup, bu durumu koruması ve devamlılığının sürdürmesi ergenin kendi sorumlulukları arasındadır. Olumlu sağlıklı davranışları kazanılması ergenlik döneminin en başta ailede baba ya da annenin rol modeli olması ile başlamaktadır. Bu yüzden ergen bireye fiziksel

aktivite konusunda olumlu davranışlar kazandırılması, düzenli ve dengeli beslenmesi önem arz etmektedir (62).

2.4.2 Sağlıklı Yaşam Biçimi tanımı

Sağlık hizmetlerine bakacak olursak, toplumların önceliği hasta insanların tedavilerini yapıp iyileştirme yoluna gitmek, sonrasında hastalıklarda korunma yöntemi üzerinde durulduğu gözlemlenmiştir (63). Bu sebeple bireylere hasta olmaktan koruyan ve hayatları boyunca hastalık geçirmemesi için birçok çalışma hazırlanmıştır. Bu çalışmalar “Sağlıklı Yaşam Biçimi” (Healthy Life Style) olarak adlandırılmaktadır. Pender 1982 senesinde sağlıklı yaşam biçimini geliştirmenin temel ögesi sağlığı iyileştirmekten geçtiğini vurgulamıştır (64).

Ergenlerde sağlıklı yaşam biçimi, ergenin sağlığını etkileyebilecek davranışları kontrol edebilmesi, günlük aktivitelerini düzenlemesi için kendi sağlık durumuna uygun davranışlarını kazandırılmasını sağlar. Bu davranışları tutum haline dönüştüren ergen, sağlıklı olmak için sağlık durumunu daha iyi bir seviyeye getirmek için sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını sürekli hale getirir (65).

2.4.3 Sağlıklı Yaşamın Ölçümü

Sağlıkla ilişkili yaşam kalitesini ve fonksiyonel duruma ilişkin kavramları ölçmek için pek çok ölçek kullanılmıştır. Örneğin SF-36, ABD’de sağlık hizmetlerinin kalitesini ölçmek için günümüzde kullanılmaktadır (66).

Sağlıklı yaşamın değerlendirilmesi için toplumun tamamında kullanılabilen geniş ilgi alanlarını değerlendiren ölçekler yer almaktadır. Bu yüzden belirli bir hastalığa yönelik durumlarda yaşam kalitesindeki küçük değişiklikleri belirlemeleri zor olabilir (67). Toplumun sağlık hizmet ihtiyaçlarının belirlenmesi, yürütülen programların etkinliğinin değerlendirilmesi, toplumun alt gruplarının toplumsal

olanak ve hizmetlerden yararlanma durumlarının belirlenmesi amacıyla kullanılabilirler.

Bu ölçekler aşağıda yer almaktadır (68);

- Hastalık Etki Ölçeği (Sickness Impact Profile)
- McMaster Sağlık İndeksi Anketi (McMaster Health Index Questionnaire)
- Nottingham Sağlık Ölçeği (Nottingham Health Profile)
- Tıbbi Sonuç Çalışması (Medical Outcome Study General Health Survey)
- Esenlik indeksi (IWB)
- Spritzer Yaşam Kalitesi indeksi (SQLI)
- Duke Sağlık Ölçeği (Duke Health Profile)
- WHOQOL (World Health Organization Quality of Life)
- SF-36 verilebilir (69).

Kanser diabet gibi Spesifik hastalıkları olan veya kemoterapi transplantasyon gibi spesifik tedavi alan bireylerin yaşam kalitesini ölçmek için dizayn edilmişlerdir. Bu ölçekler yaşam kalitesindeki daha küçük değişimleri saptamada genel ölçeklere göre daha üstündür (70).

- McGill Ağrı Anketi
- Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (HADS)
- Barthel Engellilik İndeksi sayılabilir (71).

Ergenlerde de sağlıklı yaşamın belirlenmesi için literatürde yapılan ölçekler yer almaktadır. Çocuklarda Kullanılan Ölçekler şunlardır (72);

- Pediatrik Astım Yaşam Kalitesi Anketi (PAQLQ)
- Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II
- Ergenlikte ruhsal gelişim ölçeği

- Ergenlik Dönemi Zihin Yetersizliği Olan Çocukların Cinsel Gelişim Özellikleri Ölçeği
- 0-6 Yaş Çocuklarda Annenin Ev Kazalarına Yönelik Güvenlik Önlemlerini Tanılama Ölçeği
- 0-6 Yaş Çocukları İçin Gelişim Tarama Envanteri
- 1-6. Sınıflar İçin Okumaya Yönelik Tutum Ölçeği
- 10-16 Yaş Çocuk ve Ergenler İçin Erken Dönem Uyumsuz Şema Ölçekler Takımı (ÇEŞÖT)
- 11-20 Yaş Öğrencilerde Sosyal Eğilimler Anketi
- 13-18 Yaş Pediatrik Onkoloji Hastaları ve Ebeveynleri için Yaşam Kalitesi Ölçeği
- Adölesan Sağlığını Geliştirme Ölçeği
- Adölesanların Beslenme Bilgilerini Saptama Ölçeği
- Adölesanların Yeme Davranışlarını Saptama Ölçeği
- Çocuk ve Ergenler için Duygusal Yeme Ölçeği
- Çocuk ve Genç Psikolojik Sağlamlık Ölçeği
- Çocuklarda Davranış Eğilimi Ölçeği
- Çocukluk Sağlık Değerlendirme Sistemi Ölçeği

2.5 Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları

Günümüz çağında sağlığın fiziksel, ruhsal ve sosyal boyutuna ek olarak, her bir çocuğun ailesinden başlamak üzere, biyolojik, fiziksel ve sosyal çevresiyle toplumsal anlamda bütünleşmiş olarak tam bir iyilik halinin olması durumunda sağlıklı olmasının gerekli olduğu ifade edilmektedir. Sağlıklı yaşam oluşturabilmesi belli başlı davranış biçimlerini kazanması gerekmektedir. Bu davranışlar ise (73);

- Sağlık Sorumluluğu

- Fiziksel Aktivite
- Beslenme
- Manevi gelişim
- Kişiler Arası İlişki
- Stres Yönetimi

Ergenlerde sağlıklı yaşam biçimi davranışları cinsiyet, yaş, yaşanılan yer, gelir düzeyi, eğitim düzeyi, sosyal güvence ve sosyal faaliyetlerin olup olmaması gibi pek çok faktör etkilemektedir. Sağlıklı yaşam biçimi, yaşam kalitesini ve yaşam süresini etkilemektedir. Bu davranışları tutum haline getiren ergen, sağlıklı olma halini sürdürerek, sağlık durumunu daha iyi bir seviyeye getirebilmektedir (74).

2.5.1 Sağlık Sorumluluğu

Sorumluluk, TDK sözlüğündeki tanımıyla “bir kişinin üzerine aldığı, yapmak mecburiyetinde olduğu veya yapmış olduğu bir iş hakkında gerektiği zaman hesap verme” halidir. Fişek sağlık sorumluluğunu kişi sağlığından kendisi sorumludur şeklinde tanımlamıştır (75). Bu sebeple insanlar mevcut sağlığını korumalı ve sağlıklarının kıymetini bilmelidirler. Bunu örnekle açıklamak gerekirse; kişiler aşılmanın önemini anlayıp kendiliğinden aşılınmak için sağlık kuruluşuna başvururlarsa aşılama hizmeti kolaylıkla sağlanmış olur. Fakat insanlar aşılmanın önemini bilmediklerinde ya da sağlık kuruluşuna gitmemekte direndiklerinde sağlık çalışanlarının işini zorlaştırır, bağışıklanma hizmetini ve toplumda oluşabilecek bulaşıcı hastalıklara davetiye çıkarır (76).

Sağlık sorumluluğu kavramı, kişinin sağlık bakımındaki değerlerine dokunmakla beraber sağlığına hangi düzeyde katılım sağladığını tespit eder. Bireylerin sağlıkları ile ilgili alabileceği sağlık sorumluluk düzeyleri ise (77):

- Kendini her türlü özellikleriyle iyi bir şekilde bilmesi ve özelliklerinin dışında anormal bir durum geliştiğinde sağlık kuruluşuna müracaat etmesi,
- Kendini sağlıkla ilgili konularda geliştirmesi ve araştırmalar yapması,
- Tartışmalara açık olması,
- Yapılan araştırmaları sıkı bir şekilde takip etmesi,
- Kendini izlemesi, iyi olduğunu hissetmesi,
- Bu tutum ve davranışlara özen gösterilmesi, kişinin sağlığına önem verdiğini gösterir (78).

Sağlıklı yaşam biçimi geniş ve potansiyel olarak gözlemlenememekle beraber sağlıklı bir yaşam için, stresi azaltıcı ya da ergenin yapmaktan hoşlandığı davranışları hakkında ergen bilgi ve tutumlarından kaynaklanan davranışlarını organize eden davranışlar olduğu belirtilmektedir. Sağlık yaşam tarzı, sağlık davranışları ile ilgili bireysel tercihlerini çevreleyen ve sınırlayan sosyal, kültürel ve ekonomik güçlerden etkilendiği ifade edilmektedir (79).

Ergenin sağlığına yönelik davranışları uygun bir şekilde yerine getirmesi gereken bazı sorumlulukları vardır. Bunlardan bazıları; kendini ve vücudunun fiziksel yapısını tanıması, sağlığı ile ilgili değişikliklerde sağlık kuruluşlarına başvurması ve profesyonel yardım alması, belirli zaman aralıklarında sağlık kontrollerini düzenli bir şekilde yaptırması, sağlık ile ilgili konularda bilgileri araştırması ve kazanması sağlıklı davranışların yetişkinlik döneminde de devamlı olmasını sağlayacaktır (80).

2.5.2 Fiziksel Aktivite

Dünyadaki birçok canlı, yalnızca yaşamsal faaliyetlerini devam ettirmek için gayret göstermekte, fakat insanoğlu yaşamsal faaliyetlerin yanı sıra istediği şekilde hayatta kalma gayretini de göstermektedir (81). Fiziksel aktivite, enerji azalması ile neticelenen bir vücut hareketi olup güçlü kasların belirli bir seviyede hareket edilmesi,

kas başarımının gelişimi ve kardiyovasküler direncin artması olarak tanımlanmaktadır (82).

Antik Yunan döneminde üst düzey atletik seviyeye ulaşanların, tanrıların psikolojik ve fiziki güçlerini ifade ettikleri düşünülmüştür. Batılı tarihçiler, “fiziksel egzersizin tıpla olan ilişkisinin Herodicus, Hippocrates ve Galen dönemlerinden itibaren var olduğu” hususunda fikir birliğine varmışlardır (83).

Egzersizin dengeli ve düzenli olarak yapılması gerektiği, çok sık yapılmazsa hiç etkin olmayacağı bilinmektedir. Her gün Düzenli olarak yapılan fiziksel egzersiz, insan sağlığının daha da iyileştirilmesine katkı sağlar (84). Fiziksel aktivite ve egzersizin insan sağlığına birden fazla pozitif etkisi vardır. Bu etkiler;

- Kas gücünü, eklem hareketliliğini ve esnekliği artırır,
- Lökomotor sistem hastalıkları engeller ve tedavi eder,
- Vücudun yağ oranını azaltarak, kilo denetimine yardım eder,
- Kan basıncını dengeler,
- İnsülin hassasiyetini arttırıp kan şekerini düzenler,
- Serum LDL kolesterol seviyesini dengeler,
- Serum HDL kolesterol seviyesini düzenler,
- Bazı kanser hastalıklarının önlenmesine yardım eder,
- Stresi azaltır,
- Kardiyovasküler işlev durumunu ve performansı iyileştirir,
- Osteoporozu geciktirir,
- Hareketsiz yaşayan insanlara göre hayat kalitesini artırır (85).

Fiziksel aktivite egzersizden farklı bir tanım olup enerji harcanmasını bazal seviyenin üstüne çıkararak ve iskelet kaslarının kasılması ile yapılan hareketlere denir. İş, ev, boş zaman ve ulaşım için yapılan hareketleri kapsar. Egzersiz ise fiziksel

elverişlilik için yapılan tekrarlayan, planlı yapılandırılmış fiziksel aktivite biçimidir (86).

Fiziksel aktivitenin sağlık açısından birçok yararı vardır:

Mortaliteyi azaltır: Fiziksel aktivitenin kardiovasküler ve tüm nedenli ölümleri azalttığı bilinmektedir. Haftalık egzersiz için 1000 kalori harcanması ya da 1 MET(metabolic equivalent calculation)'lik aktivite artışı %20 mortalite riskini azaltır. Fiziksel inaktif olan orta yaş kadınların kardiovasküler ölüm riskinin %52, kanserden ölüm riskinin %29, tüm nedenlere bağlı ölüm riskinin 2 kat arttığı bulunmuştur (87).

Kan basıncını düşürür: Fiziksel olarak aktif olanlarda hipertansiyon gelişme riski olmayanlara göre daha düşük bulunmuştur. Fiziksel aktivitenin damar direncini düşürücü ve kan basıncını düzenleyici etkisi vardır (88).

Diabeti önler: Fiziksel aktivite tip 2 diabetes mellitus riskini azaltır. Haftalık fazladan harcanan her 500 kalori, diabetes mellitus riskini %6 düşürmektedir. Diabetes mellitus yönetiminde fiziksel aktivitenin faydalı olduğu ve diyabetlilerde haftada 2 saat yürümenin tüm nedenlere bağlı ölümleri %39-54 azalttığı kardiovasküler nedenli erken ölümleri önlediği de çalışmalarda gösterilmiştir (89).

Kanserden korur: Fiziksel aktivite azlığının meme ve kolon gibi kanser türlerinin riskini artırdığı bilinmektedir (90).

Osteoporoz riskini azaltır: Egzersiz yapmanın kemik mineral dansitesini artırdığı bilinmektedir. Osteoporozlu hastaların egzersizle beraber kalça kırık riskinin azaldığı bilinmektedir (91).

Obeziteyi önler: Diyetle beraber egzersiz yapmanın sadece diyetle göre daha fazla kilo kaybına yol açtığı bilinmektedir (92).

Sigara bırakmayı artırır: Egzersizle beraber sigara bırakma oranının arttığı bilinmektedir (92).

Depresyon riskini azaltır: Egzersizin anksiyete depresyon ve stresi azalttığı ortaya konulmuştur (92).

Ayrıca fiziksel aktivitenin kas ve iskelet sisteminin dayanaklılığını ve kuvvetinin artırdığı, kalbin atım sayısını azalttığı ve atım hacmini artırdığı ve solunum kapasitesinin artırdığı bilinmektedir (18). Fiziksel hareketsizlik, özellikle gelişmiş ülkelerde, dünya çapında önemli bir sağlık sorunudur Dünya çapında, her beş ergen kişiden birinin fiziksel inaktif olduğu bilinmektedir. Fiziksel inaktivite dünya çapında ölümlerin %5,5 inden sorumlu tutulup 4. sırada ölüm risk faktörüdür. 3.2 milyon ölüme sebebiyet vermekte olup giderek sıklığı ve önemi artmaktadır (63).

Ergenlik döneminde teknolojik gelişmeler sonucunda telefon, internet, televizyon ve birçok faktör ergenlerin hareketsiz kalmasına neden olmaktadır. Ergenlerin içinde buldukları hareketsiz bir yaşam ve dengesiz beslenme vücut yağ kitlesinde artışa ve dolayısıyla da obeziteye yol açmaktadır. Ergenlik döneminde fiziksel aktivitenin doğal bir şekilde yapılması ergenlerde hem sağlıklı yaşamın sürdürülmesine hem de bağışıklık sistemini güçlendirirerek hastalıklara karşı vücudun korunması için önem arz etmektedir (93).

2.5.3 Beslenme

Beslenme; büyüme ve gelişmek için, vücudun aldığımız gıdalardan yarar sağlamasıdır. Gıda ise fizyolojik tesiri bulunan, besin öğeleri manasına gelmektedir. Gıda, “açlığı sonlandırmak, üremek, büyüme, gelişmek ve dokuları tazelemek vb. sebeplerle alınan maddelere denilmektedir. Besin ise gıdaların içinde yer alan, bazıları suni olarak da üretililen enerji substratları, yapı taşları veya biyolojik katalizörleri” ifade eden bir terimdir (94). Beslenmede konusunda besin öğeleri; “makro” ve “mikro” besin öğeleri" olmak üzere ikiye ayrılır. Bir ülkenin beslenme durumu o ülkenin en

mühim sağlık verilerden birisi olarak kabul edilmektedir ve milletlerarası insan hakları verilerine göre bir hak şeklinde dile getirilmektedir (95).

İnsanın hayatını devam ettirebilmesi için yaklaşık 50 besin öğesine gereksinimi bulunmaktadır. Bu besinlerin her birisinden bireysel ihtiyaçlara göre her gün belirli miktar alınırsa yeterli ve dengeli beslenilmiş olur. Beslenme bilimi bu amaçla besinleri gruplandırmış ve her grup besinde gündelik tüketilmesi gerekli miktarlar belirlenmiştir. Amerika'da olan beslenme ve besin konseyi, besinleri 4 grup altında toplamıştır (96).

1- Süt Grubu: Kalsiyum, protein, fosfor, B2 vitamini (riboflavin) ve vitamin B12 gibi pek çok önemli besinin kaynağıdır. Tüm yaş gruplarının süt ve süt yerine geçebilen besinleri tüketmesi gerekir. Bu grup kemikler ve dişler için önemli rol oynar (97).

2- Et - Yumurta – Kuru Baklagiller Grubu: Bu grubun besin kaynağı protein, demir, çinko, fosfor, magnezyum, B6, B12, B1 ve A vitamini, posa (kuru baklagiller) içermektedir. Bu grubun günlük tüketimi 2 porsiyon olmalıdır (98).

3- Sebze ve Meyve Grubu: Bitkilerin her şekilde yenebilen kısmını meyve ve sebze grubunda toplayabiliriz. Vitamin ve mineral açısından oldukça zengin olan meyve ve sebzelerin bileşimlerinin en önemli kısmını su oluşturmaktadır. Bu sebeple günlük gereksinim olan enerji, yağ ve proteinin karşılanmasına çok az katkısı olur (99).

4- Ekmek ve Tahıl Grubu: Tahıl ve tahıl ürünleri vitamin, mineral, karbonhidrat (nişasta, lif) ayrıca tahıl tanelerinde bulunan vitamin E içermeleri sebebiyle sağlık açısından önemli yere sahiptirler. Ağır ve yorucu işte görev yapan ve enerji gereksinim miktarı fazla olan insanlar bu gruptaki besinlerden daha çok tüketebilir (100).

Yetişkinlerde olduğu gibi ergenlerde de boy kilo indeksi büyük önem arz etmektedir. Şişman ya da kilolu olmak, çoğu kronik hastalıkların altında yatan en büyük sebeplerden biridir ve kronik hastalıkları da ciddi anlamda etkilemektedir. Zayıf olmak ise vücut direncini ve verimliliğini azaltan, sağlığı olumsuz yönde etkilemektedir. Bu durumun her zaman dengede olması gerekmekte ve bu dengenin korunması için çocuklar için kullanılan çocuğun yaşları arasında boy, kilo, sıralamasını gösterir, persentil değeri ise belirli yaş grubundaki kız ve erkek çocukların boy, kilo dağılımını göstermektedir (101). BKİ: Ağırlık (kg) / Boy Uzunluğu (m)² formülü ile hesaplanır.

Yaş	Erkek (kg/m ²)		Kız (kg/m ²)		
	En az,	En fazla	En az,	En fazla	
12	16.9	23.0	16.0	24.2	
13	16.9	24.8	17.3	27.5	
14	17.7	24.6	18.4	26.2	
15	18.7	25.6	18.4	26.2	
16	19.0	26.3	19.7	26.9	(101).

Ergenlik döneminde sağlıklı beslenmeyi ve düzenli fiziksel aktiviteyi alışkanlık haline getirmek yetişkinlikte sağlıklı olmanın temel şartlarındandır. Sağlıklı beslenme, sağlıklı büyüme ve gelişmede katkıda bulunmaktadır. Beslenme bozukluğu, diş çürüğü, kabızlık ve demir eksikliği anemisi gibi pek çok olumsuz sağlık riskinin azalmasına yardımcı olduğu ifade edilmektedir. Ayrıca okul başarısının artmasını sağlayarak sağlıklı davranışların oluşmasına katkıda bulunmaktadır (102).

2.5.4 Manevi Gelişim

Manevi gelişim, insan bedenini ve ruhunu etkileyen ve bununla beraber ruhtan da etkilenen birleştirici bir güç olarak tanımlanmıştır. Manevi gelişim, kişinin kendisi ve varoluşunun çok ötesinde bir güçtür. Hem bedensel açıdan hem de daha ötesinde

bir farkındalık durumudur. Birey, hayatın anlamını ve amacını ulaştığı yer onun tinsel alanıdır (103). Kendini gerçekleştirme, insanın iç güdüsünü yöneten bir davranış olduğu kadar, imkansızı yapmaya çalışan bir gelişme seviyesidir. Kendini tam anlamıyla gerçekleştirmiş bir birey, kendinin nasıl biri olduğunu bilir ve hedefleri doğrultusunda kendi amaçlarına yönelik bir yaşam sürer bu sebeple ki kendini gerçekleştirme manevi gelişim olarak oldukça önemli bir yere sahiptir (104).

İnsanların davranışını ele alan psikologlar, insan davranışını belirleyen en önemli faktörün “benlik kavramı”, insan davranışını yönetmekte olan güdünün de “kendini gerçekleştirme” güdüsü olduğu ifade etmektedirler. Maslow’a göre kendini gerçekleştirme, kişiyi bütün olarak odaklamak ve özümseyerek yaşam dolu ve coşku ile yaşamasıdır (105).

Kendini gerçekleştirme, gereksinim hiyerarşisinin üst basamağında bulunur. İnsanın alt düzeydeki fizyolojik gereksinimleri karşılandıktan sonra, üst düzeydeki psikososyal gereksinimleri ortaya çıkar. Maslow bu beş esas gereksinimin haricinde 2 gereksinim daha belirtmiştir. Bunlar duyuşsal ve bilişsel gereksinimlerdir. Kendini gerçekleştirme güdüsü bu gereksinimleri da kapsar. Bunlar da ayrı ayrı incelenmelidir (106). Kendini gerçekleştirmiş bireyler, kendilerini ve başkalarını olduğu gibi kabul ederler, plan ve program içerisinde belirli hedefe ve amaca göre yaşamını sürerler, başarının da farkındadırlar. Kişilerin kendilerinden memnuniyeti, kendilerini değerli bulması da kendilerini gerçekleştirebildiğini gösterir. Ortaokul öğrencilerinin de öncelikle kendilerini, kendini gerçekleştirme konusunda geliştirmeleri ve sonrasında sorumluluklarını gerçekleştirme konusunda desteklemeleri gerekmektedir (107).

Ergenlik döneminin manevi açıdan gelişmiş olması sağlığının geliştirilmesi için en önemli faktörlerdendir. Ergenin manevi açıdan eksik olması anksiyete, depresyon, intihar girişimi, zararlı madde kullanımı gibi olumsuz sağlık davranışlara

neden olabilmektedir. Ergenlerin kimlik kazanma, hayatın amacı ve anlamı, umut, sevgi ve ait olma gibi manevi ihtiyaçları bulunmaktadır. Bu yüzden ergenlik döneminde manevi durumun gelişmesi hem kişiler arası ilişkilerinde olumlu davranışlara hem de zararlı alışkanlıklardan uzak durmasına önem arz etmektedir (108).

2.5.5 Kişiler Arası İlişkiler

Kişilik genel manada bireysel birini hem birey, hem insan kılan bütün etkenlerin toplamıdır. İnsanları diğerlerinden tamamen farklı kılan en önemli faktör kişiliktir. Bireyin değişmeyen, belirgin, tutarlı özelliklerinin tümüne denir. Kişilik gelişimi ergenlik döneminin sonlarında tanımlanır ve kalıtım unsurları ailevi faktörler eğitim ve sosyal çevre faktörlerinden etkilenir. Kişiliğin büyük kısmı ergenlik döneminde tamamlansa bile hayatın geri kalan kısmında yaşanılanlar, deneyimler ve ilişkiler kişilik oluşumunu etkiler (109).

Türk Dil Kurumuna göre ilişki kavramı iki şey arasındaki karşılıklı bağ, ilgi, temas, bağlantı ve münasebet olarak tanımlanır. Kişiler arası ilişkiler kavramı ise en az iki insanın karşılıklı bir biçimde düşünce, duygu, yaşantı, ve bilgilerini belli yöntemlerle paylaştığı psikososyal süreç şeklinde tanımlanır. Bunu somutlaştıracak olursak evli çiftin etkileşimi, bireyin çevresiyle (akraba, arkadaş, meslektaşları) etkileşimi şeklindedir. Chen, “insanlar arası ilişkinin desteğini; yakın arkadaşlar ile zaman geçirmek, başkaları ile tatmin edici ve anlamlı iletişim, başkalarına karşı sevgi ve ilgiyi ifade etme ve onlara karşı samimi olma, kendisine yakın insanlara dokunmak ve onların da dokunmalarından hoşnut olmak, şahsi problemlerini yakın arkadaşlar ve aile üyeleriyle paylaşmak” şeklinde ifade etmiştir (110).

Bireyin yaşamı boyunca kendisi ve çevresi ile olan iletişimi kaçınılmazdır. Bütün ilişkiler, kişinin hayatında bir gelecek ve deneyime yönelik alınacak tedbirler

bakımından yol gösteren nitelikte olmaktadır. Kişiler arası ilişkinin gelişim aşamaları (111).

1. Kontak Kurma: Karşısındaki kişi ile etkileşimsel veya algısal olarak bağlantı kurmadır. Etkileşimsel ve algısal kontak kurmak şeklinde ikiye ayrılmaktadır. Etkileşimsel, sözlü mesajlar veya da sözel olmayan mesajların tümüdür. Algısal karşıdaki kişinin nasıl görüldüğüyle alakalıdır (112).

2. Katılım: Karşıdaki kişi hakkında daha çok bilgi sahibi olmaya çalışılır. İlk başta karşı taraf test edilir ve sonra kişi kendisini anlatır.

3. Yakınlık: Karşı tarafla en yakın olunan, arkadaş, sevgili veya iş ortağı olunan aşamadır.

4. Bozulma: Kişiler arası bağ memnuniyetsizlik güven kaybı nedenlerden dolayı bozulmasıdır.

5. Onarma: İlişkide problemlerin başlaması sonucunda ilişkileri düzeltmek adına girişimde bulunmaktır.

6. Çözülme: Karşı tarafla ilişkilerin tamamen sonlandığı, ayrılığı gerçekleştiği aşamadır (113).

Kişiler arası destek ergenin şu anki hayatında önemli olduğu kadar gelecekte olan yaşamını da etkileyen, sağlığını olumlu yönde geliştiren, ergene stresle baş etme yeteneği ve problem çözebilme yetisi kazandıran sosyal bir gereksinim olduğu belirtilmektedir. Kişiler arası desteğin hastalıkların ve ölümlerin üzerine olumlu etkileri gösteren çalışmalar kişiler arası sosyal ilişkilerin sağlığını belirleyicilerinden biri olduğunu ifade edilmektedir (114).

Ergenlik döneminde akranlarıyla ilişki kurmada zorluk, karşı cinsle ilişkilerde çekingenlik, duygularını ifade edememe gibi problemler ergenlik döneminde sık sık görülebilmektedir. Aile üyelerinin kendilerini anlamadıklarını savunurlar. Özellikle

aile içindeki geçimsizlik, ilişkilerde bozukluk veya sağlıklı iletişim kuramama, ailenin baskıcı ve otoriter tutumu ergenlerin aileden uzaklaşıp kötü ortamlara ve kötü alışkanlıklara alışmasına eden olmaktadır. Bu yüzden aile üyelerinin ergenlik döneminde çocuklarıyla sağlık iletişim kurarak onları kişiler arası ilişkilerde olumlu davranışlar kazandırılması çok önemli bir etkidir (115).

2.5.6 Stres Yönetimi

Stres hayatın bir gerçeğidir. Günlük yaşamımızda değişikliğe sebep olan ufacak bir şey bu fiziksel, sosyal, mental faktörlerde ki değişiklikler stres sebebidir. Verilen tepkilerin her biri, vücudun genel işlevini bozarak, hastalıklarla savaşıma yeteneğini etkiler ve hastalığın gelişimine neden olabilir. İnsanın strese uyum eğilimi vardır ve stres durumuna uyum göstermeye çalışır (116). Stres ile baş etmeye yönelik olarak:

- Sağlıklı yaşam tarzı geliştirmek,
- Baş etme stratejileri geliştirmek,
- Gevşeme yöntemlerini geliştirmek,
- Eğitim,
- Sosyal destekleri geliştirmek gibi yöntemler kullanılabilir (117).

Ergenler geçiş döneminde olması nedeniyle fizyolojik ve psikolojik değişimlerle baş etme, otokontrol kazanımı, meslek seçimi, gelecek kaygısı, okul ve sınavlar, aile ve arkadaş ilişkileri, yetişkin rolüne hazırlanmak gibi birçok stresörle karşı karşıya kalabilmektedir. Ergenlerin bu stresli gelişim ve geçiş dönemine kolay uyum sağlamaları için etkili bir biçimde stresle baş etme yöntemlerini öğrenmesi gerekmektedir (118).

2.6 Ortaokul Öğrencilerinde Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Önemi

Ortaokul öğrencilerinin sağlığı geliştirme girişimleri arasında, sağlığı olumsuz etkileyebilecek alışkanlıkların toplumdaki yaygınlığını ve risk faktörlerini belirleme, topluma sağlıklı yaşam bilincini kazandırma ve sağlıksız davranışların sağlığı geliştirme davranışlarına dönüştürme sağlayabilir (119). Ortaokul öğrencilerinin korumaya ilişkin etkinlikleri, öncelikli olarak sağlığın geliştirilmesinin öneminin kavranması, kendi sağlıkları kadar kişilerin sağlık davranışlarını pozitif olarak düzeltmeleri için gereken yöntemleri öğrenmelerinin yararlı olacağı vurgulanmaktadır (120).

Ortaokul öğrencilerinin, başka insanlara sağlıklı davranışlar hususunda bilgi vermesi ve yönlendirmesi için, öncelikle kendilerinin de bu şekilde davranışlar sergilemesi ve bu anlamda rol-model olması gerekir (121).

Okul hayatı bireylerin yaşamında önemli değişikliklerin yaşandığı bir dönemdir. Bu dönemde bireyin hem mesleki eğitimi ve gelişimi sağlanmaktadır hem de bireyin kişiliğinde, bireysel yaşamında ve sağlık davranışları geliştirmesinde de önemli değişiklikler meydana gelmektedir. Oluşan değişiklikler bireyin ileriki yaşamını, ailesini ve dolayısıyla toplumu etkilediği için önemlidir. Özellikle sağlıklı yaşam biçimi davranışları kazanmaları daha sağlıklı bir toplum gelişmesinde etkilidir. Bir toplumun sağlık düzeyi, toplumdaki sağlıklı bireylerin sayısı ile ölçülmektedir (122).

Ortaokul öğrencileri bir ülkenin sosyokültürel özelliklerini gösteren unsurlardan biridir. Ortaokul öğrencileri genelde 12-15 yaş grubu arasında yer alan ve ortaokulda eğitim gören bireyler olarak kabul edilmektedir. Bu dönem adölesan dönemin de bir kısmını içermektedir. Bireyler ergenlik döneminde fiziksel, sosyal ve

psikolojik olarak birçok değişiklikler yaşamaktadırlar. Ergenlik döneminden sonra Lise yaşamının başlamasıyla da bireyin yaşamında birçok değişiklikler oluşmaktadır. Lise yaşamına geçiş yapan bireyler başta ailesinden ayrılma olmak üzere birçok psikolojik değişiklikler yaşamaktadırlar. Aileden ayrılma, beraberinde üniversite öğrencisinin yaşam biçiminde de önemli değişikliklere neden olmaktadır (123).

Ortaokul öğrencilerinin çocukluk dönemlerinde geliştirmiş oldukları sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını üniversite döneminde de sürdürmeleri sağlıklı bir toplumun oluşması açısından önem teşkil etmektedir (124). Ortaokul öğrencileri toplum sorunlarına duyarlı olarak, problemleri çözme yeteneğini geliştirerek, demokratik olarak, kendine güvenerek sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının temellerini oluşturmuş olmaktadır. Herkesin kendi sağlığından sorumlu olduğu bir üniversite gençliğine sahip bir toplumun sağlık düzeyi üst seviyelere yükselecektir (125).

Yapılan araştırmalar düzenli olarak fiziksel aktivite ya da spor yapan bireylerin ileriki yaşamlarında kardiyovasküler, diyabet, kanser gibi kronik hastalıklara yakalanma risklerinin azaldığını göstermektedir (126). Vücudun temel gereksinimi olan beslenmeyi sağlıklı yaşamın bir parçası olarak gören, tutum ve davranışlarını sağlıklı beslenme olarak devam ettiren üniversite öğrencilerinin ileriki yaşamlarında hastalıklara yakalanma riskleri azalmaktadır. Ortaokul öğrencileri bu dönemde yaşamış oldukları değişimleri ve değişimlerin kişide yarattığı stresle baş etmeyi geliştirdikleri sağlıklı yaşam biçimi davranışları ile sağlamaktadırlar (127).

2.7 Ergende Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Geliştirmede Çocuk Hemşiresinin Rolü

Sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını belirlemek amacıyla ilk adım bireyin mevcut sağlık davranışlarının geliştirmesi sağlanmasıyla olduğu düşünülmektedir.

Hastalıklardan korunma ve sağlığı geliştirmek ise sağlık davranışının temel basamakları oluşturmaktadır. Sağlığı geliştirmenin temelinde bireyin sağlık davranışında değişiklikler yaratarak ve bu değişikliklerin olumlu olarak kazandırılması ve devamlılığı sağlanması gerekmektedir. Sağlık davranışları sergileyebilmesi için de toplumlarda rol model olan hemşirelere önemli görevler düşmektedir (128).

Hemşire ergenin hastalığa uyumunda aile yapısının ve desteğinin de çok önemli olduğunu bilmesi ve aileye de eğitim vermesi gerekmektedir. Ailelerin aşırı koruyucu, aşırı kaygılı, mkemmelliyetci, denetleyici ya da tam tersi aşırı hoşrl, teslimiyetçi, ilgisiz ve reddedici olmaları ergenin hastalığa uyumunu g hale getirecektir. Ergen bir bireyle ilişki kurarken dengeli, duygularını serbestçe ifadesine izin veren, çatışmaların az, işbirliğinin fazla olduğu bir ailede ergenin hastalığa en iyi Şekilde uyum göstermektedir. Ayrıca ergenin güven duydukları hekim ve hemşire ile iletişimini sürdürmek istemeleri de desteklenmelidir. Hemşire, ergenle çalışmada, açık ve esnek olmalı, olaylara mizah katabilmeli ve ergenin ne söylediğini dinlemeye istekli olarak ergeni cesaretlendirmeleri gerektiği ifade edilmektedir (129).

Hemşirenin sağlığı geliştirmedeki rolleri Şunlardır:

- Hemşire, hem çocuktan hem de aileden kaynaklı risk faktörlerinin belirleyici role sahiptir.
- Hemşire, ocuğun sağlıklı yaşam biçiminin önemini algılanmasını ve uygulamaya yardımcı olarak kendi sağlığı ile ilgili sorumlulukların farkında olmasını sağlaması için destek vermelidir.
- Hemşire, ocuğa bttncl ele alarak sağlığı geliştirme aktiviteleri yapmaya cesaretlendirmelidir.

- Çocuğun kendi durumunu en iyi şekilde açıklayacak tıbbi tanımları bilmesine, kendine yönelik yapılan her türlü bakım ve tedavileri öğrenmesine, kabul ya da reddetme hakkının var olduğu hakkında bilgi vermelidir.
- Hemşire, aktiviteleri önem sırasına göre sıralayarak belirli bir programla gözden geçirir, öncelikleri belirler.
- Hemşire, sağlıklı bir yaşam biçimi oluşturulmasında eğitici ve bilgi verici olarak önemli bir yere sahiptir. Burada hemşire, bireylere sağlıkları hakkında bilgi verir (130).

2.8 Konu İle İlgili (Literatür Çalışmaları)

Konu ile ilgili literatür çalışmaları tablo 1’de sunulmuştur. Literatürde yer alan çalışmada sonuçlarına bakıldığında yapılan 5 çalışmada Dağdevire, Z., ve Şimşek, Z. (2013); Kürtüncü, M., Uzun, M., ve Ayoğlu, F. N. (2015); Sümen, A., ve Öncel, S. (2017); Almutairi, K. M. ve arkadaşları, (2018) ve Özyazıcıoğlu, N., ve arkadaşları, (2011), ergenlerin sağlığından ve özellikle sağlıklı yaşam tarzı davranışlarının öğretilmesinden, yasal düzenlemelere uyumun sağlanması, değiştirilebilen risk faktörlerine odaklanmak ve sağlık eğitimi programları için sağlığı teşvik stratejilerine dayanan bir yaklaşımın sunulması gerektiği savunulmuştur.

Son beş yılda Türkçe yayınlanan ergenlerde sağlık algısı, sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve hemşire anahtar kelimeleriyle taramalar sonucunda bu çalışmalara ulaşılmıştır. Çalışmaların sonucunda ise; sağlık algılarını geliştirmek ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları kazandırmak için gerekli çalışmalar yapılması gerektiğinin önemi vurgulanmıştır.

Tablo 1. İlgili Araştırmalar ve Sonuçları

Yazar (lar)/ Dergi	Araştırmanın Adı	Amaç	Yer ve Örneklem	Yöntem ve Kullanılan Ölçekler	Anahtar Bulgular
Dağdevire, Z., ve Şimşek, Z. (127), (2013) <i>TAF Preventive Medicine Bulletin</i>	Şanlıurfa İl Merkezindeki Lise Öğrencilerinin Sağlığı Geliştirme Davranışları ve İlişkili Faktörler	Şanlıurfa İl Merkezindeki Lise Öğrencilerinin Sağlığı Geliştirme Davranışları ve İlişkili Faktörlerin belirlenmesi amacıyla yapılmıştır.	Türkiye, Şanlıurfa ilinde bulunan bir lise. Örneklem, 1023 öğrenci	Kesitsel çalışma Sosyodemografik Veri Formu', 'Sağlıklı Yaşam Tarzı Davranışı (SYBD) Ölçeği' ve 'Sağlık Kontrol Odak Noktası Ölçeği	Araştırma bulgularına dayanarak; ergenlerin sağlığından ve özellikle sağlıklı yaşam tarzı davranışlarının öğretilmesinden, yasal düzenlemelere uyumun sağlanması, değiştirilebilen risk faktörlerine odaklanmak ve sağlık eğitimi programları için sağlıklı teşvik stratejilerine dayanan bir yaklaşımın sunulması gerektiği saptanmıştır.

Yazar (lar)/ Dergi	Araştırmanın Adı	Amaç	Yer ve Örneklem	Yöntem ve Kullanılan Ölçekler	Anahtar Bulgular
Kürtüncü, M., Uzun, M., ve Ayoğlu, F. N. (126), (2015) <i>Yükseköğretim ve Bilim Dergisi</i>	Ergen Eğitim Programının Riskli Sağlık Davranışları ve Sağlık Algısına Etkisi	Lise öğrenimi gören ergenlerin riskli sağlık davranışlarının belirlenerek, bu riskli davranışlardan korunma ve çözüm önerilerine yönelik 'modül' bazlı eğitimler yoluyla öğrencilerin bilinçlendirilmesi amacıyla gerçekleştirilmiştir.	Zonguldak 926 lise öğrencisi	Çalışmada veri toplamak için Kişisel Bilgi Formu, "COOP (Community Oriented Primary Care) Adolescent Chart" (Topluma Yönelik Birinci Basamak Sağlık Hizmeti Ergen Ölçeği), Ergenlerde Sorunlarla Başa Çıkma Ölçeği, Ergenlerin Şiddete Yönelik Tutumlar Ölçeği, Ergenlerde Risk Alma Ölçeği kullanılmıştır.	Ergenlere verilen riskli davranışları önleme eğitimlerinin sonucunda; şiddete yönelik tutumlar ölçeği, risk alma ölçeği ve toplumsal konumla ilgili risk alma, trafikle ilgili risk alma, madde kullanımı ile ilgili risk alma alt grup puanları ortalamalarının düştüğü belirlenmiştir. Ergenlerde sorunlarla başa çıkma ölçeği ve alt grupları, beslenme davranış ölçeği ve beslenme tutum ölçeği puanları ortalamalarında ise yükselme olmuştur. Yine hijyen, uyku, egzersiz gibi ergenin sağlık algısını yansıtan alan puanlarında yükselme olurken, karın ağrısı, baş ağrısı, halsizlik gibi somatik belirtileri gösteren alan puanlarında düşme olmuştur. Sonuç olarak; ergenlere riskli sağlık davranışları hakkında verilen eğitimin, riskli davranışlardan korunma ve olumlu sağlık algısı geliştirilmesi yönünde etkili olduğu görülmüştür.

Yazar (lar)/ Dergi	Araştırmanın Adı	Amaç	Yer ve Örneklem	Yöntem ve Kullanılan Ölçekler	Anahtar Bulgular
Sümen, A., ve Öncel, S. (130), (2017) <i>European Journal of Therapeutics</i>	Türkiye’de lise öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını etkileyen faktörler: Sistematik derleme	Lise öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını etkileyen faktörleri ortaya çıkarmak amaçlanmıştır.	1997 yılından itibaren lise öğrencileri ile yapılan çalışmalar.	SYBDÖ SYBDÖ ölçekleri kullanılmıştır.	I Bu çalışmada sosyodemografik özelliklerden; erkek, uzun süre yaşadığı yer köy olan, genel sağlık algısı iyi, anne ve baba eğitimi yüksek, gelir durumu iyi, aile ilişkisi iyi, çekirdek aileye sahip, sosyal güvencesi olan, anne ve babası çalışan, spor yapan, sosyal aktivitelere katılanların sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını olumlu yönde etkilediği bulunmuştur. Sağlık geliştirme programlarının planlanmasında sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını etkileyen faktörlerin göz önüne alınarak müdahale programlarının oluşturulmasının önemli olduğu sonucuna varılmıştır.

Yazar (lar)/ Dergi	Araştırmanın Adı	Amaç	Yer ve Örneklem	Yöntem ve Kullanılan Ölçekler	Anahtar Bulgular
Almutairi, K. M. ve arkadaşları, (131), 2018	Suudi Arabistan'daki üniversite öğrencilerinin sağlığını teşvik eden yaşam tarzı	Suudi Arabistan'daki sağlık kolejlerinde ve sağlık dışındaki kolejlerde öğrencilerin sağlığı teşvik eden yaşam tarzlarını değerlendirmek amacıyla yapılmıştır.	Suudi Arabistan, Riyad 1656 kolej öğrencisi	Kişisel bilgi formu Sağlığın Teşviki Yaşam Tarzı Yaşam Biçimi Ölçeği II'	Üniversite öğrencilerinin çoğunluğunun sağlıksız beslendiği ve zayıf fiziksel aktivite seviyesine sahip olduğu sağlıksız yaşama sahip oldukları saptanmıştır. Üniversiteler sağlığı geliştirme programlarının uygulanması için ideal ortamlardır. Bu nedenle, öğrencileri kendi sağlıklarından daha fazla sorumluluk sahip olmaları gerektiği, fiziksel aktivitelere daha fazla katılmaları ve sağlıklı beslenme alışkanlıkları ve diğer sağlıklı yaşam biçimlerini pekiştirmeleri için motive edecek programlar planlamak ve uygulamak çok önemli olduğu düşünülmektedir.

Yazar (lar)/ Dergi	Araştırmanın Adı	Amaç	Yer ve Örneklem	Yöntem ve Kullanılan Ölçekler	Anahtar Bulgular
Özyazıcıoğlu, N., ve arkadaşları, (132), 2011 <i>Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi</i>	Hemşirelik öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının belirlenmesi	Bu çalışma Uludağ Üniversitesinde okuyan öğrencilerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını ve etkileyen demografik faktörleri belirlemek amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.	Bursa Uludağ Üniversitesi Hemşirelik öğrencileri 336 öğrenci	Tanımlayıcı Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği-II	Yapılan çalışmada öğrencilerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları puanları orta düzeyde bulunmuştur. Alt ölçeklerden sırasıyla sağlık sorumluluğu ve manevi gelişim en yüksek puan ortalamasına sahipken, fiziksel aktivite ve beslenme en düşük puan ortalamasındadır. Öğrencinin geldiği okul ve gelir beslenme davranışında farklılık oluşturduğu belirlendi. Yine öğrencilerin cinsiyetlerinin genel olarak sağlıklı yaşam biçimi davranışları, sağlık sorumluluğu, beslenme ve kişilerarası ilişkiler üzerinde farklılık oluşturduğu saptanmıştır.

Bölüm 3

GEREÇ VE YÖNTEM

3.1 Araştırmanın Tipi

Bu araştırma; Gazi Mağusa İlçesinde bulunan ortaokul öğrencilerinin sağlık algısı ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının değerlendirilmesi amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

3.2 Araştırmanın Yapıldığı Yer

Araştırma 2017-2018 Eğitim-Öğretim yılı döneminde Gazi Mağusa merkezde bulunan üç devlet ortaokulu, bir özel ortaokul olmak üzere toplam dört ortaokulda yapılmıştır. Üç devlet ortaokulu Canbulat Özgürlük, Çanakkale ve Türk Maarif Koleji, özel okul ise Doğu Akdeniz Doğa Koleji 6. 7. ve 8. Sınıf öğrencileri ile yapılmıştır.

3.3 Araştırmaya Dâhil Olma Kriterleri

- 12-14 yaş arasında olmak
- Çocuk ve ebeveynlerinin araştırmaya katılımı kabul etmesi.
- Araştırma yönergelerini anlayıp uygun yanıtlar verebilmesi.

3.4 Evren ve Örneklem

Araştırmanın evrenini Gazi Mağusaya bağlı merkezdeki ortaokullarda bulunan, 12- 14 yaş gurubu toplam 1696 öğrenci oluşturmaktadır. Örneklem büyüklüğü ise %95 güven aralığında 'bilinen evrenden örneklem büyüklüğü hesaplama formülü' kullanılarak 314 bulunmuştur (23, 24, 25).

Tabakalı Örneklemde Örneklem Genişliği Tahmini

$$n = \frac{Nt^2pq}{d^2(N-1) + t^2pq}$$

N: Evrendeki birey sayısı

n: Örneklem alınacak birey sayısı

p: İncelenen olayın görülüş sıklığı

q: İncelenen olayın görülmeyiş sıklığı

t: Belirli serbestlik derecesinde ve saptanan yanılma düzeyinde t tablosundan bulunan teorik değer

d: Olayın görülüş sıklığına göre yapılmak istenen sapma

$$n = \frac{(1696)(1.96)^2(0.50)(0.50)}{(0.0435)^2(1696-1) + (1.96)^2(0.50)(0.50)}$$

n= 314 minimum toplam olgu miktarı

Tablo 2. Okullardan Alınan Öğrenci Sayıları

Okullar	6.sınıf	7.sınıf	8.sınıf	Toplam
Canbulat-Özgürlük Ortaokulu	39	42	39	120
Çanakkale Ortaokulu	49	49	43	141
Doğa Koleji	10	8	15	33
Türk Maarif Koleji	20	18	14	52
Toplam	118	117	111	346

Tabaka sayısının çok olması ve toplamda alınacak olgu sayısının kayıpları göz önüne alındığında en az 340 olarak alınması uygun olmuştur.

Araştırmanın örneklem seçiminde tabakalı ve basit rastgele örneklem seçim yöntemleri kullanılmıştır. Her bir okuldan, belirlenen sayıda öğrencinin seçiminde

basit rastgele sayılar tablosu kullanılmıştır. Bu amaçla 6. 7. ve 8. Sınıflarda okuyan öğrencilerin isim listesi oluşturulmuş ve listedeki sıra numarasına göre rastgele sayılar tablosu doğrultusunda örnekleme seçilecek öğrenciler belirlenmiştir. Araştırmaya katılmayı kabul etmeyen ya da başka nedenlerle örneklemden çıkacak öğrenciler olabileceği düşüncesi ile % 10-15 oranında fazla öğrenci seçimi yapılmıştır.

3.5 Veri Toplama Araçları

Veri toplama aracı olarak ‘Tanıtıcı Bilgi Formu’, çocukların sağlık algısını değerlendirmek için ‘sağlık algısı ölçeği’ ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını belirlemek içinde ‘sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği II’ kullanılmıştır.

3.4.1 Tanıtıcı Bilgi Formu

Öğrencinin yaşı, cinsiyeti, kaçınıcı sınıf olduğu, kardeş sayısı, anne-baba çalışma durumu, gelir durumu, anne-baba eğitim durumu, aile yapısı, sosyal güvencesi, sağlığı etkileyecek zararlı alışkanlıkları, yaşam yeri, hobilerinin olması ve anne- baba ve çocuğun sağlık problemlerinin olma durumunu kapsayan toplam 17 sorudan oluşan bir soru formudur. Literatür taranarak araştırmacı tarafından oluşturulmuştur (Ek-1), (26, 27).

3.4.2 Sağlık Algısı Ölçeği

Diamond ve arkadaşları (2007) tarafından geliştirilmiş olan Sağlık Algısı Ölçeği Orijinal dili İngilizce olan beşli likert tipi bir ölçektir (18). Türkçe güvenilirlik ve geçerliği Kadioğlu ve Yıldız tarafından 2012 yılında yapılmıştır (26). Ölçek 15 madde ve dört alt boyuttan oluşmaktadır. 1., 5., 9., 10., 11. ve 14. maddeler olumlu ifadeler, 2., 3., 4., 6., 7., 8., 12., 13. ve 15. maddeler olumsuz ifadelerdir. Olumlu ve olumsuz ifadeler “Çok katılıyorum= 5”, “Katılıyorum= 4”, “Kararsızım= 3”, “Katılmıyorum= 2”, “Hiç katılmıyorum= 1” şeklinde puanlanmaktadır.

Ölçekten alınabilecek en az puan 15, en çok puan 75'dir. Ölçeğin, "Kontrol merkezi", "Öz farkındalık", "Kesinlik" ve "Sağlığın Önemi" alt başlıklı dört alt boyutu bulunmaktadır. Ölçeğin; 2., 3., 4., 12., 13. Maddeleri 'Kontrol merkezi' boyutuna, 6., 7., 8., 15. maddeleri 'Kesinlik' boyutuna, 1., 9., 11. maddeleri 'Sağlığın Önemi' boyutuna ve 5., 10., 14. maddeleri 'Öz farkındalık' boyutuna ait bilgi vermektedir. Alınan düşük puan sağlık algısının kötü olduğunu, yüksek puan ise iyi olduğunun göstergesidir (Ek-2).

Ölçeğin orijinali için alt gruplarına göre Cronbach Alpha Değerleri; Kontrol merkezi 0.90; Öz farkındalık 0.91; Kesinlik 0.91; Sağlığın Önemi 0.82 olarak rapor edilmiştir. (28). Araştırmamızda Sağlık Algısı Cronbach alfa sayısı = 0.680 olarak saptanmıştır. Çalışmamızın sonuçlarına göre sağlık algısı ölçeği alt boyutunun sırası ile cronbach alpha değerleri: kontrol merkezi 0.622; öz farkındalık 0.559 kesinlik 0.598; sağlığın önemi 0.536'dır.

3.4.3 Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II

Walker ve arkadaşları (1987) tarafından geliştirilmiş, 1996 yılında tekrar revize edilmiştir (52). Bahar ve arkadaşları (2008) tarafından geçerlik ve güvenirlik çalışması yapılan Ölçek bireyin sağlıklı yaşam biçimi ile ilişkili olarak sağlığı geliştiren davranışları ölçmektedir (58). Ölçek toplam 52 maddeden oluşmuş olup 6 alt faktörü vardır. Alt gruplar, manevi gelişim, sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, beslenme, kişilerarası ilişkiler ve stres yönetimidir. Ölçeğin genel puanı sağlıklı yaşam biçimi davranışları puanını vermektedir. Ölçeğin tüm maddeleri olumludur. Derecelendirme 4'lü likert şeklindedir. Hiçbir zaman (1), bazen (2), sık sık (3), düzenli olarak (4) olarak kabul edilmektedir. Ölçeğin tamamı için en düşük puan 52, en yüksek puan 208'dir. Ölçekten alınan en yüksek puan olumlu sağlık davranışı sergilediğini ve alınan en düşük puan ise olumsuz sağlık davranışı

sergilediğini göstermektedir. Ölçeğin Cronbach Alpha güvenilirlik katsayısı 0.94'dir. Ergenlerde kullanılabilirliği olan bir ölçektir (Ek-3). Yapılan bu çalışmanın sonuçlarına göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II Cronbach alfa sayısı = 0.898 olarak saptanmıştır. Grupların sırası ile cronbach alpha değerlerine bakıldığında: sağlık sorumluluğu 0.740; fiziksel aktivite 0.765; beslenme 0.522; manevi gelişim 0.705; kişilerarası ilişkiler 0.708; stres yönetimi 0.636'dır.

3.6 Veri Toplama Süreci

Veriler 2017- 2018 eğitim öğretim yılı içinde Gazi Mağusadaki merkez ortaokullarında bulunan üç devlet okulu ve bir özel okuldan, sınıf ortamında eğitimi aksatmayacak şekilde Rehberlik veya boş olan ders saatinde araştırmacı tarafından toplanmıştır. Her bir okuldan, belirlenen sayıda öğrencinin seçiminde basit rastgele sayılar tablosu kullanılmıştır. Bu amaçla 6. 7. ve 8. Sınıflarda okuyan öğrencilerin isim listesi oluşturulup ve listedeki sıra numarasına göre rastgele sayılar tablosu doğrultusunda örnekleme seçilecek öğrenciler belirlenmiştir. Öğrenciler belirlendikten sonra okul iş birliğiyle ailelere ulaşılarak sözlü onam alındıktan sonra gönüllü olur formu imzalatılmıştır. Araştırmaya katılmayı kabul etmeyen ya da başka nedenlerle örneklemden çıkacak öğrenciler olabileceği düşüncesi ile % 10-15 oranında fazla öğrenci seçimi yapılmıştır. Veri toplama sürecini değerlendirmek amacıyla da araştırmacı 30 öğrenciye ön uygulamayı öğrencilerin uygun olan ders saatinde yapmıştır. Ön uygulamaya dahil edilen öğrenciler daha sonra araştırmanın kapsamı dışında tutulmuştur. Ön uygulama ile veri toplama sürecinin değerlendirilmesi araştırmacı tarafından yapılmıştır. Öğrencilere uygulanacak form ve ölçekler uzun gelmediği için katılımcı guruba 'Tanıtıcı Bilgi Formu' , 'Sağlık Algısı Ölçeği' ve

‘Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II’nin 45 dakikada doldurulmasını sağlamıştır.

3.7 Verilerin İstatistiksel Analizi

Araştırma verilerinin istatistiki açıdan çözümlenmesinde Statistical Package for Social Science (SPSS) 25.0 yazılımı kullanılmıştır.

Öğrencilerin ve ebeveynlerinin tanıtıcı özelliklerine ve sağlık durumlarına göre dağılımlarının belirlenmesi amacıyla frekans analizi uygulanmış, öğrencilerin Sağlık Algısı Ölçeği ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları II ölçeğinden aldıkları puanlara ait tanımlayıcı istatistikler (ortalama, standart sapma, alt ve üst değer) verilmiştir.

Araştırma kapsamına alınan öğrencilerin ve ebeveynlerinin tanıtıcı özelliklerine ve sağlık durumlarına göre Sağlık Algısı Ölçeği ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları II ölçeğinden aldıkları puanları karşılaştırmada kullanılacak olan test istatistiklerinin belirlenmesi için verilerin normal dağılıma uyumlu olup olmama durumu Kolmogorov-Smirnov testi, QQ plot grafiği ve basıklık-çarpıklık değerleri incelenerek belirlenmiş ve normal dağılıma uyumlu olduğu tespit edilmiştir. Buna göre bağımsız değişkenin iki gruptan oluştuğu karşılaştırmalar bağımsız örneklem t testi kullanılarak, üç ve daha fazla gruptan oluştuğu karşılaştırmalar ise ANOVA kullanılarak yapılmıştır. ANOVA sonuçlarına göre post-hoc test olarak Tukey testi uygulanmıştır. Öğrencilerin Sağlık Algısı Ölçeği ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları II ölçeğinden aldıkları puanlar arasındaki korelasyonlar ise Pearson korelasyon analizi ile incelenmiştir.

3.8 Araştırmanın Sınırlılıkları

Bu araştırmanın sonuçları araştırmanın yapıldığı Gazi Mağusa ilçesinde bulunan ortaokullar ile sınırlandırılmıştır. Bu nedenle sonuçlar sadece bu gruba genellenebilir.

3.9 Araştırmanın Etik Boyutu

Araştırmanın yürütülebilmesi için Doğu Akdeniz Üniversitesi Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Kurulu'ndan (Ek-7) yazılı izin alınmıştır, çalışmanın uygulanabilmesi için K.K.T.C Milli Eğitim Bakanlığından (MEB) (Ek-8), Çalışmaya katılmayı kabul eden öğrenci ile ailelerinden, Bilgilendirilmiş gönüllü olur formu (Ek-6) ve Sağlık Algısı Ölçeği (Ek-4) ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II (Ek-5) yazılı izinleri alınmıştır.

3.10 Araştırma Takvimi



Şekil 1. Araştırma Takvimi Akış Şeması

Bölüm 4

BULGULAR

Bu bölümde, ortaokul öğrencilerinin sağlık algısı ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını değerlendirmek amacıyla yapılan araştırma bulgularına yer verilmiştir.

Tablo 3. Öğrencilerin tanıtıcı özelliklerin dağılımı (n=346)

Tanıtıcı Özellikler	Sayı (n)	Yüzde (%)
Yaş		
12 yaş	105	30.4
13 yaş	147	42.5
14 yaş	94	27.1
Cinsiyet		
Kız	166	48
Erkek	180	52
Sınıf		
6.'ncı sınıf	118	34.1
7.'nci sınıf	119	34.4
8.'nci sınıf	109	31.5
Aile yapısı		
Çekirdek aile	257	74.3
Geniş aile	36	10.4
Parçalanmış aile	53	15.3
Ailenin ekonomik durumu		
İyi	222	64.2
Kötü	16	4.6
Orta	108	31.2
Ailenin sosyal güvence durumu		
Yok	29	8.4
Var	317	91.6
Hobi sahibi olma durumu		
Yok	20	5.8
Var	326	94.2
Yaşanılan yer		
Köy	98	28.3
Şehir	248	71.7
Anne çalışma durumu		
Çalışan	227	65.6
Çalışmayan	119	34.4
Baba çalışma durumu		
Çalışan	338	97.7
Çalışmayan	8	2.3
Anne eğitim durumu		
İlköğretim ve altı	105	30.4
Lise	131	37.9
Lisans/Lisansüstü	110	31.8
Baba eğitim durumu		
İlköğretim ve altı	109	31.5
Lise	118	34.1
Lisans/Lisansüstü	119	34.4

Tablo 3’de araştırmaya katılan öğrencilerin tanıtıcı özelliklerine göre dağılımı verilmiştir.

Tablo 3 incelendiğinde, araştırmaya dahil edilen öğrencilerin, %42.49’unun 13 yaşında, %52.02’sinin erkek olduğu, %34.39’nun 7.’nci sınıf olduğu görülmüştür. Araştırmaya katılan öğrencilerin aile yapıları ve sosyal durumları incelendiğinde, %74.28’inin çekirdek aile, %64.16’sının ailesinin ekonomik durumunun iyi, %91.62’sinin ailesinin sosyal güvencesi olduğu %94.22’sinin hobisinin olduğu, %71.68’unun şehirde yaşadığı tespit edilmiştir. Araştırma kapsamına alınan öğrencilerin %65.61’inin annesinin çalıştığı, %97.69’unun babasının çalıştığı, öğrencilerin annesinin eğitim durumu sonuçlarında %37.86’sının lise, %34.39’nun lisans/lisansüstü mezunu olduğu saptanmıştır.

Tablo 4. Öğrencilerin ve ebeveynlerinin sağlık durumlarına göre dağılımı (n=346)

Tanıtıcı Özellikler	Sayı (n)	Yüzde (%)
Herhangi bir sağlık sorunu		
Yok	300	86.7
Var	46	13.3
Annenin herhangi bir sağlık sorunu		
Yok	310	89.6
Var	36	10.4
Babanın herhangi bir sağlık sorunu		
Yok	315	91.0
Var	31	9.0
Sağlığa zararlı alışkanlık		
Var	32	9.3
Yok	314	90.7

Tablo 4’de araştırmaya katılan öğrencilerin %86.71’inin ebeveynlerinin herhangi bir sağlık sorunu olmadığı, %89.60’ının annesinin herhangi bir sağlık sorunu olmadığı, %91.04’ünün babasının herhangi bir sağlık sorunu olmadığı, öğrencilerin %90.75’inin sağlığa zararlı alışkanlığı olmadığı tespit edilmiştir.

Tablo 5. Öğrencilerin Sağlık Algısı Ölçeği ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları II ölçeğinden aldıkları puanlar (n=346)

Sağlık Algısı Ölçeği/ SYBD II	n	\bar{x}	ss	Min	Max
Kontrol Merkezi	346	17.02	4.04	5	25
Kesinlik	346	12.95	3.25	4	20
Sağlığın Önemi	346	11.72	2.38	3	15
Öz Farkındalık	346	11.27	2.33	4	15
Sağlık Algısı Ölçeği	346	52.96	7.73	32	73
Sağlık Sorumluluğu	346	19.01	5.02	9	34
Fiziksel Aktivite	346	19.28	5.15	8	32
Beslenme	346	20.37	3.90	11	32
Manevi Gelişim	346	27.17	5.09	15	40
Kişilerarası İlişkiler	346	24.48	4.62	11	36
Stres Yönetimi	346	20.14	4.21	9	32
SYBD II	346	130.42	20.71	76	190

Öğrencilerin Sağlık Algısı Ölçeği ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları II ölçeğinden aldıkları puanlar incelendiğinde, araştırmaya dahil edilen öğrencilerin sağlık algısı ölçeği alt boyutu olan Kontrol merkezi puan ortalamasının 17.02 ± 4.04 , Kesinlik puan ortalamasının 12.95 ± 3.25 , Sağlığın önemi puan ortalamasının 11.72 ± 2.38 ve Öz farkındalık puan ortalamasının 11.27 ± 2.33 olduğu saptanmıştır. Sağlık algısı ölçek geneli puan ortalaması 52.96 ± 7.73 , minimum alınan puan 32, maksimum alınan puan 73 olarak hesaplandığı öğrencilerin sağlık algılarının orta olduğu belirlenmiştir.

Öğrencilerin Sağlıklı yaşam biçimi davranışları II ölçeği alt boyutu olan Sağlık sorumluluğu puan ortalaması 19.01 ± 5.02 , Fiziksel aktivite puan ortalamasının 19.28 ± 5.15 , Beslenme puan ortalamasının 20.37 ± 3.90 , Manevi gelişim puan ortalaması 27.17 ± 5.09 , Kişilerarası ilişkiler puan ortalaması 24.48 ± 4.62 ve Stres yönetimi puan ortalamasının 20.14 ± 4.21 olduğu görülmüştür. Öğrencilerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları II ölçek geneli puan ortalaması 130.42 ± 20.71 , alınan minimum puan 76, maksimum puan 190 olarak hesaplanmıştır. Araştırma sonucuna göre ise öğrenciler orta düzeyde sağlık davranışı sergilediği saptanmıştır.

Tablo 6. Öğrencilerin yaş gruplarına göre Sağlık Algısı Ölçeği ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları II ölçeğinden aldıkları puanları karşılaştırılması (n=346)

SAÖ/SYBD II	Yaş	n	\bar{x}	ss	Min	Max	F	P	Fark
Kontrol Merkezi	12 yaş	105	16.77	3.84	5	25	0.671	0.512	
	13 yaş	147	16.95	4.06	5	25			
	14 yaş	94	17.41	4.24	6	25			
Kesinlik	12 yaş	105	13.17	3.33	6	20	2.358	0.096	
	13 yaş	147	12.52	3.09	4	20			
	14 yaş	94	13.37	3.36	5	20			
Sağlığın Önemi	12 yaş	105	11.71	2.65	4	15	0.029	0.972	
	13 yaş	147	11.76	2.27	3	15			
	14 yaş	94	11.68	2.26	5	15			
Öz Farkındalık	12 yaş	105	11.42	2.37	4	15	1.433	0.240	
	13 yaş	147	11.02	2.37	4	15			
	14 yaş	94	11.48	2.22	6	15			
Sağlık Algısı Ölçeği	12 yaş	105	53.08	8.11	38	72	1.421	0.243	
	13 yaş	147	52.24	7.19	33	69			
	14 yaş	94	53.95	8.08	32	73			
Sağlık Sorumluluğu	12 yaş	105	19.67	5.16	9	34	3.486	0.032*	1-2
	13 yaş	147	18.18	4.88	9	31			
	14 yaş	94	19.55	4.95	9	32			
Fiziksel Aktivite	12 yaş	105	20.15	4.89	8	32	3.883	0.022*	1-2
	13 yaş	147	18.41	5.22	8	31			
	14 yaş	94	19.65	5.15	8	32			
Beslenme	12 yaş	105	21.05	3.91	11	30	2.315	0.100	
	13 yaş	147	20.05	3.76	13	32			
	14 yaş	94	20.11	4.06	12	30			
Manevi Gelişim	12 yaş	105	27.55	5.44	16	40	1.377	0.254	
	13 yaş	147	26.64	5.05	15	39			
	14 yaş	94	27.56	4.74	17	36			
Kişilerarası İlişkiler	12 yaş	105	24.55	4.80	14	36	2.083	0.126	
	13 yaş	147	23.97	4.24	11	34			
	14 yaş	94	25.20	4.92	14	36			
Stres Yönetimi	12 yaş	105	20.70	4.59	11	32	1.626	0.198	
	13 yaş	147	19.73	4.00	9	28			
	14 yaş	94	20.18	4.06	9	30			
SYBD II	12 yaş	105	133.62	22.31	90	190	3.691	0.026*	1-2
	13 yaş	147	126.98	19.83	76	173			
	14 yaş	94	132.26	19.62	87	173			

*p<0,05

Tablo 6’da öğrencilerin yaş gruplarına göre Sağlık Algısı Ölçeği ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları II ölçeğinden aldıkları puanlar verilmiştir.

Araştırmaya dahil edilen öğrencilerin yaş gruplarına göre Sağlık Algısı Ölçeği alt boyutları ve ölçek genel puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0,05$). Katılımcıların yaşlarına bakılmaksızın ölçek puanlarının benzer olduğu görülmüştür.

Öğrencileri yaşlarına göre sağlık sorumluluğu ve fiziksel aktivite puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edilmiştir ($p<0,05$). 12 yaşındaki öğrencilerin ölçek puanları, diğerlerinden daha yüksek olarak hesaplanmıştır ve aralarındaki puan farkı istatistiksel olarak anlamlı düzeydedir. 12 yaşındaki öğrencilerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları alt gurupları olan sağlık sorumluluğu ve fiziksel aktivitelerin diğer yaş guruplarına göre daha olumlu olduğu saptanmıştır.

Katılımcıların yaşlarına göre ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Ölçeği genel puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark görülmüştür ($p<0,05$). 12 yaşındaki katılımcıların ölçek genel puanları, yaşları daha büyük olan katılımcılardan daha yüksek hesaplanmıştır ve aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı düzeydedir. 12 yaş gurubu öğrencilerin diğer yaş guruplarına göre olumlu sağlıklı yaşam biçimi davranışları sergiledikleri saptanmıştır.

Tablo 7. Öğrencilerin cinsiyetlerine göre Sağlık Algısı Ölçeği ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları II ölçeğinden aldıkları puanların karşılaştırılması (n=346)

SAÖ/SYBD II	Cinsiyet	n	\bar{x}	ss	t	p
Kontrol Merkezi	Kız	166	17.15	3.91	0.576	0.565
	Erkek	180	16.90	4.16		
Kesinlik	Kız	166	12.84	3.12	-0.574	0.566
	Erkek	180	13.04	3.37		
Sağlığın Önemi	Kız	166	11.75	2.35	0.183	0.855
	Erkek	180	11.70	2.42		
Öz Farkındalık	Kız	166	11.31	2.45	0.362	0.718
	Erkek	180	11.22	2.23		
Sağlık Algısı Ölçeği	Kız	166	53.05	7.94	0.225	0.822
	Erkek	180	52.87	7.56		
Sağlık Sorumluluğu	Kız	166	18.79	5.25	-0.770	0.442
	Erkek	180	19.21	4.81		
Fiziksel Aktivite	Kız	166	18.83	5.15	-1.547	0.123
	Erkek	180	19.69	5.12		
Beslenme	Kız	166	20.25	4.09	-0.549	0.583
	Erkek	180	20.48	3.73		
Manevi Gelişim	Kız	166	26.93	5.24	-0.841	0.401
	Erkek	180	27.39	4.96		
Kişilerarası İlişkiler	Kız	166	24.89	4.65	1.595	0.112
	Erkek	180	24.10	4.57		
Stres Yönetimi	Kız	166	19.94	4.33	-0.868	0.386
	Erkek	180	20.33	4.10		
SYBD II	Kız	166	129.63	21.91	-0.682	0.495
	Erkek	180	131.15	19.57		

*p>0,05

Tablo 7’de öğrencilerin cinsiyetlerine göre Sağlık Algısı Ölçeği ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları II ölçeğinden aldıkları puanlar karşılaştırılmıştır.

Tablo 7’de araştırma kapsamına alınan öğrencilerin cinsiyetlerine göre sağlık algısı ölçek genelinden ve ölçekten yer alan kontrol merkezi, kesinlik, sağlığın önemi ve öz farkındalık alt boyutlarından aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır (p>0,05). Kadın ve erkek öğrencilerin sağlık algısı ölçek genelinden ve ölçekten yer alan tüm alt boyutlarda istatistiksel olarak fark yoktur.

Öğrencilerin cinsiyetlerine göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları II ölçeği genelinden ve ölçekte yer alan fiziksel aktivite, beslenme, manevi gelişim, kişilerarası ilişkiler ve stres yönetimi alt boyutlarından aldıkları puanlar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı düzeyde olmadığı saptanmıştır ($p>0,05$). Kadın ve erkek öğrenciler Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları II ölçeği genelinden ve ölçekte yer alan fiziksel aktivite, beslenme, manevi gelişim, kişilerarası ilişkiler ve stres yönetimi alt boyutlarından benzer puanlar almıştır.

Tablo 8. Öğrencilerin sınıflarına göre Sağlık Algısı Ölçeği ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları II ölçeğinden aldıkları puanların karşılaştırılması (n=346)

SAÖ/SYBD II	Sınıf	n	\bar{x}	ss	Min	Max	F	P	Fark
Kontrol Merkezi	6.'nci sınıf	118	16.81	3.96	5	25	1.237	0.292	
	7.'nci sınıf	119	16.76	3.97	5	25			
	8.'nci sınıf	109	17.52	4.20	6	25			
Kesinlik	6.'nci sınıf	118	13.06	3.35	6	20	1.341	0.254	
	7.'nci sınıf	119	12.37	3.02	4	20			
	8.'nci sınıf	109	13.46	3.31	5	20			
Sağlığın Önemi	6.'nci sınıf	118	11.68	2.55	4	15	0.491	0.612	
	7.'nci sınıf	119	11.89	2.28	3	15			
	8.'nci sınıf	109	11.59	2.31	5	15			
Öz Farkındalık	6.'nci sınıf	118	11.41	2.36	4	15	1.334	0.265	
	7.'nci sınıf	119	10.98	2.41	4	15			
	8.'nci sınıf	109	11.42	2.21	6	15			
Sağlık Algısı Ölçeği	6.'nci sınıf	118	52.96	7.79	38	72	1.878	0.154	
	7.'nci sınıf	119	52.01	7.49	33	69			
	8.'nci sınıf	109	53.99	7.87	32	73			
Sağlık Sorumluluğu	6.'nci sınıf	118	19.52	5.29	9	34	3.695	0.026*	1-2
	7.'nci sınıf	119	18.00	4.66	9	30			2-3
	8.'nci sınıf	109	19.55	4,98	9	32			
Fiziksel Aktivite	6.'nci sınıf	118	19.93	5.03	8	32	3.042	0.049*	1-2
	7.'nci sınıf	119	18.36	5.21	8	31			2-3
	8.'nci sınıf	109	19.57	5.10	8	32			
Beslenme	6.'nci sınıf	118	20.86	3.95	11	30	1.565	0.211	
	7.'nci sınıf	119	20.25	3.73	13	32			
	8.'nci sınıf	109	19.96	4.02	12	30			
Manevi Gelişim	6.'nci sınıf	118	27.25	5.48	15	40	0.026	0.974	
	7.'nci sınıf	119	27.12	4.75	15	39			
	8.'nci sınıf	109	27.13	5.07	17	36			
Kişilerarası İlişkiler	6.'nci sınıf	118	24.22	4.84	11	36	2.380	0.094	
	7.'nci sınıf	119	24.02	4.08	14	34			
	8.'nci sınıf	109	25.27	4.86	14	36			
Stres Yönetimi	6.'nci sınıf	118	20.46	4.54	9	32	0.674	0.510	
	7.'nci sınıf	119	20.14	3.96	9	28			
	8.'nci sınıf	109	19.81	4.13	9	30			
SYBD II	6.'nci sınıf	118	132.18	22.10	76	190	1.407	0.246	
	7.'nci sınıf	119	127.89	19.74	80	173			
	8.'nci sınıf	109	131.28	20.13	87	173			

*p<0,05

Tablo 8.'de öğrencilerin sınıflarına göre Sağlık Algısı Ölçeği ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları II ölçeğinden aldıkları puanların karşılaştırılması ANOVA testi kullanılarak verilmiştir.

Tablo 8.'de araştırmaya dahil edilen öğrencilerin sınıflarına göre, Sağlık algısı ölçek geneli ve alt boyutlarından aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0,05$). Farklı sınıflara mensup öğrencilerin puanları benzer olarak hesaplanmıştır.

Öğrencilerin sınıflarına göre SYBD II ölçeği alt boyutu olan Sağlık Sorumluluğu ve Fiziksel Aktivite puanları karşılaştırılmış ve aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). 8. Sınıfa giden öğrencilerin Sağlık Sorumluluğu puanları, diğer sınıflara mensup öğrencilerin puanlarından daha yüksektir ve aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı düzeydedir.

Öğrencilerin sınıflarına göre Sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçek geneli puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur ($p>0,05$). 6. Sınıf öğrencilerin puan ortalaması, diğerlerinden daha yüksek bulunmasına karşın bu fark istatistiksel olarak anlamlı düzeyde değildir.

Tablo 9. Öğrencilerin kardeş sahibi olma durumlarına göre Sağlık Algısı Ölçeği ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları II ölçeğinden aldıkları puanların karşılaştırılması (n=346)

S.A.Ö/ SYBD II	Kardeş	n	\bar{x}	ss	t	p
Kontrol Merkezi	Yok	45	16.11	4.29	-1.622	0.106
	Var	301	17.16	3.99		
Kesinlik	Yok	45	13.16	3.38	0.459	0.647
	Var	301	12.92	3.24		
Sağlığın Önemi	Yok	45	12.00	2.58	0.837	0.403
	Var	301	11.68	2.36		
Öz Farkındalık	Yok	45	11.58	2.18	0.961	0.337
	Var	301	11.22	2.36		
Sağlık Algısı Ölçeği	Yok	45	52.84	7.55	-0.104	0.917
	Var	301	52.97	7.77		
Sağlık Sorumluluğu	Yok	45	19.33	5.22	0.468	0.640
	Var	301	18.96	5.00		
Fiziksel Aktivite	Yok	45	20.53	4.79	1.764	0.079
	Var	301	19.09	5.18		
Beslenme	Yok	45	21.02	3.71	1.208	0.228
	Var	301	20.27	3.93		
Manevi Gelişim	Yok	45	29.20	5.08	2.900	0.004*
	Var	301	26.86	5.04		
Kişilerarası İlişkiler	Yok	45	25.78	4.50	2.029	0.043*
	Var	301	24.29	4.62		
Stres Yönetimi	Yok	45	20.47	3.90	0.550	0.583
	Var	301	20.10	4.26		
SYBD II	Yok	45	136.33	20.59	2.064	0.040*
	Var	301	129.53	20.62		

*p<0,05

Tablo 9'da öğrencilerin kardeş sahibi olma durumlarına göre Sağlık Algısı Ölçeği ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları II ölçeğinden aldıkları puanların karşılaştırılması bağımsız örneklem t testi kullanılarak verilmiştir.

Öğrencilerin kardeş sahibi olma durumlarına göre Sağlık Algısı Ölçeği alt boyutları ve ölçek geneli puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır (p>0,05). Kardeş sahibi olma durumlarına bakılmaksızın öğrenciler ölçekten benzer puanlar almışlardır.

Öğrencilerin kardeş sahibi olma durumlarına göre manevi gelişim ve kişilerarası ilişkiler alt ölçekleri ve SYBD II ölçeği genel puanları arasında istatistiksel

olarak anlamlı fark vardır ($p<0,05$). Kardeşi olmayan öğrencilerin manevi gelişim, kişilerarası ilişki puanları ve SYBD II ölçek genel puanları, kardeşi olan öğrencilerden daha yüksek hesaplanmıştır.

Tablo 10. Öğrencilerin anne çalışma durumlarına göre Sağlık Algısı Ölçeği ve SYBD II ölçeğinden aldıkları puanların karşılaştırılması (n=346)

S.A.Ö/ SYBD II	Anne çalışma durumu	n	\bar{x}	s	t	p
Kontrol Merkezi	Çalışan	227	17.22	3.90	1.273	0.204
	Çalışmayan	119	16.64	4.29		
Kesinlik	Çalışan	227	13.20	3.32	2.021	0.044*
	Çalışmayan	119	12.46	3.07		
Sağlığın Önemi	Çalışan	227	11.68	2.36	-0.475	0.635
	Çalışmayan	119	11.81	2.44		
Öz Farkındalık	Çalışan	227	11.48	2.17	2.374	0.018*
	Çalışmayan	119	10.86	2.58		
Sağlık Algısı Ölçeği	Çalışan	227	53.58	7.61	2.086	0.038*
	Çalışmayan	119	51.76	7.86		
Sağlık Sorumluluğu	Çalışan	227	18.95	5.02	-0.277	0.782
	Çalışmayan	119	19.11	5.05		
Fiziksel Aktivite	Çalışan	227	19.60	4.92	1.628	0.104
	Çalışmayan	119	18.66	5.51		
Beslenme	Çalışan	227	20.49	3.92	0.831	0.406
	Çalışmayan	119	20.13	3.88		
Manevi Gelişim	Çalışan	227	27.50	5.11	1.692	0.092
	Çalışmayan	119	26.53	5.03		
Kişilerarası İlişkiler	Çalışan	227	24.56	4.67	0.467	0.641
	Çalışmayan	119	24.32	4.55		
Stres Yönetimi	Çalışan	227	20.31	4.21	1.026	0.305
	Çalışmayan	119	19.82	4.21		
SYBD II	Çalışan	227	131.39	20.73	1.207	0.228
	Çalışmayan	119	128.56	119		

* $p<0,05$

Tablo 10'da öğrencilerin anne çalışma durumlarına göre Sağlık Algısı Ölçeği ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları II ölçeğinden aldıkları puanlar, bağımsız örneklem t testi yapılarak karşılaştırılmıştır.

Araştırma kapsamına alınan öğrencilerin anne çalışma durumlarına göre Sağlık algısı ölçek geneli ve ölçekte yer alan kesinlik ve öz farkındalık alt

boyutlarından aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farkın olduğu görülmüştür ($p<0,05$). Annesi çalışan öğrencilerin Sağlık algısı ölçek geneli ve ölçekte yer alan kesinlik ve öz farkındalık alt boyutlarından aldıkları puanlar annesi çalışmayanlara göre daha yüksektir

Araştırmaya katılan öğrencilerin annelerinin çalışma durumlarına göre SYBD II ölçek geneli ve ölçek alt boyutlarından aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$). Çalışan annelerin çocuklarının puanları, çalışmayan annelerin çocuklarından daha yüksek olmasına karşın, aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı düzeyde değildir.

Tablo 11. Öğrencilerin baba çalışma durumlarına göre Sağlık Algısı Ölçeği ve SYBD II ölçeğinden aldıkları puanların karşılaştırılması (n=346)

S.A.Ö/ SYBD II	Baba çalışma durumu	n	\bar{x}	s	t	p
Kontrol Merkezi	Çalışan	338	17.02	4.07	0.103	0.918
	Çalışmayan	8	16.88	2.70		
Kesinlik	Çalışan	338	12.99	3.26	1.386	0.167
	Çalışmayan	8	11.38	2.56		
Sağlığın Önemi	Çalışan	338	11.74	2.38	1.017	0.310
	Çalışmayan	8	10.88	2.75		
Öz Farkındalık	Çalışan	338	11.31	2.32	2.177	0.030*
	Çalışmayan	8	9.50	2.33		
Sağlık Algısı Ölçeği	Çalışan	338	53.06	7.73	1.606	0.109
	Çalışmayan	8	48.63	7.07		
Sağlık Sorumluluğu	Çalışan	338	19.04	5.04	0.929	0.354
	Çalışmayan	8	17.38	4.00		
Fiziksel Aktivite	Çalışan	338	19.31	5.15	0.709	0.479
	Çalışmayan	8	18.00	5.32		
Beslenme	Çalışan	338	20.39	3.88	0.635	0.526
	Çalışmayan	8	19.50	4.99		
Manevi Gelişim	Çalışan	338	27.17	5.12	-0.046	0.963
	Çalışmayan	8	27.25	4.20		
Kişilerarası İlişkiler	Çalışan	338	24.51	4.66	0.761	0.447
	Çalışmayan	8	23.25	1.83		
Stres Yönetimi	Çalışan	338	20.19	4.19	1.288	0.198
	Çalışmayan	8	18.25	4.86		
SYBD II	Çalışan	338	130.58	20.77	0.938	0.349
	Çalışmayan	8	123.63	18.23		

*p<0,05

Araştırma kapsamına alınan öğrencilerin baba çalışma durumlarına göre Sağlık Algısı Ölçeği ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları II ölçeğinden aldıkları puanların karşılaştırılması Tablo 11’de verilmiştir.

Bağımsız örneklem t testi kullanılarak karşılaştırılan babanın çalışma durumuna göre öğrencilerin aldıkları Sağlık Algısı Ölçeği öz farkındalık alt boyutları dışında puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır (p>0,05). Babası çalışan öğrencilerin puan ortalaması, babası çalışmayan öğrencilerden daha yüksek hesaplanmasına karşın, aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı düzeyde değildir. Öğrencilerin baba çalışma durumuna göre öz farkındalık alt

boyutundan aldıkları puanlar arasında anlamlı bir fark bulunduğu ve babası çalışan öğrencilerin daha yüksek puan aldığı tespit edilmiştir ($p < 0,05$).

Araştırmaya katılan öğrencilerin babalarının çalışma durumlarına göre SYBD II ölçek geneli ve ölçek alt boyutlarından aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p > 0,05$). Çalışan babaların çocuklarının puanları, çalışmayan babaların çocuklarından daha yüksek olmasına karşın, aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı düzeyde değildir.

Tablo 12. Öğrencilerin anne eğitim durumlarına göre Sağlık Algısı Ölçeği ve SYBD II ölçeğinden aldıkları puanların karşılaştırılması (n=346)

SAÖ/SYBD II	Anne Eğt.	n	\bar{x}	ss	Min	Max	F	P	Fark
Kontrol Merkezi	İlköğretim ve altı	105	15.61	4.21	5	24	11.939	0.000*	1-2
	Lise	131	17.15	3.68	7	25			1-3
	Lisans/Lisansüstü	110	18.21	3.91	5	25			
Kesinlik	İlköğretim ve altı	105	12.15	3.26	4	20	5.337	0.005*	1-3
	Lise	131	13.07	3.04	5	20			
	Lisans/Lisansüstü	110	13.56	3.36	6	20			
Sağlığın Önemi	İlköğretim ve altı	105	11.58	2.42	4	15	0.404	0.668	
	Lise	131	11.71	2.38	4	15			
	Lisans/Lisansüstü	110	11.87	2.36	3	15			
Öz Farkındalık	İlköğretim ve altı	105	11.15	2.26	6	15	0.373	0.689	
	Lise	131	11.23	2.49	4	15			
	Lisans/Lisansüstü	110	11.42	2.23	4	15			
Sağlık Algısı Ölçeği	İlköğretim ve altı	105	50.50	7.79	32	72	9.934	0.000*	1-2
	Lise	131	53.16	7.60	33	73			1-3
	Lisans/Lisansüstü	110	55.06	7.23	39	72			
Sağlık Sorumluluğu	İlköğretim ve altı	105	18.30	4.98	9	30	1.567	0.210	
	Lise	131	19.41	4.81	9	34			
	Lisans/Lisansüstü	110	19.20	5.27	9	32			
Fiziksel Aktivite	İlköğretim ve altı	105	18.38	4.66	9	29	3.058	0.048*	1-3
	Lise	131	19.30	5.25	8	31			
	Lisans/Lisansüstü	110	20.11	5.36	8	32			
Beslenme	İlköğretim ve altı	105	19.87	3.77	12	28	1.394	0.250	
	Lise	131	20.46	3.65	13	30			
	Lisans/Lisansüstü	110	20.74	4.28	11	32			
Manevi Gelişim	İlköğretim ve altı	105	25.75	5.00	15	38	6.944	0.001*	1-3
	Lise	131	27.38	4.75	17	40			
	Lisans/Lisansüstü	110	28.26	5.31	15	39			
Kişilerarası İlişkiler	İlköğretim ve altı	105	24.11	4.38	15	35	4.871	0.008*	1-3
	Lise	131	23.84	4.37	11	34			2-3
	Lisans/Lisansüstü	110	25.59	4.97	14	36			
Stres Yönetimi	İlköğretim ve altı	105	20.16	4.02	9	30	0.106	0.900	
	Lise	131	20.02	3.97	10	30			
	Lisans/Lisansüstü	110	20.27	4.68	9	32			
SYBD II	İlköğretim ve altı	105	126.57	20.19	76	178	3.613	0.028*	1-3
	Lise	131	130.41	19.05	88	190			
	Lisans/Lisansüstü	110	134.13	22.57	80	182			

*p<0,05

Tablo 12.'de öğrencilerin anne eğitim durumlarına göre Sağlık Algısı Ölçeği ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları II ölçeğinden aldıkları puanların ANOVA testi kullanılarak karşılaştırılmıştır.

Öğrencilerin anne eğitim durumlarına göre Sağlık Algısı Ölçeği ve SYBD II ölçeğinden aldıkları puanların karşılaştırılması incelendiğinde, araştırma kapsamına alınan öğrencilerin anne eğitim durumlarına göre sağlık algısı ölçeği genelinden ve ölçekte yer alan kontrol merkezi, kesinlik alt boyutlarından aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<0,05$). Annesi lisans/lisansüstü mezunu olan öğrenciler sağlık algısı ölçeği genelinden ve ölçekte yer alan kontrol merkezi alt boyutundan diğer öğrencilere göre anlamlı düzeyde yüksek puan almıştır. Ayrıca annesi lisans/lisansüstü mezunu olan öğrencilerin ölçekte yer alan kesinlik alt boyutundan aldıkları puanlar annesi ilköğretim ve altı düzeyde eğitim almış öğrencilere göre daha yüksek bulunmuştur.

Katılımcıların anne eğitim durumlarına göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları II ölçeği genelinden ve ölçekte yer alan fiziksel aktivite, manevi gelişim ve kişilerarası ilişkiler alt ölçeklerinden aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edilmiştir ($p<0,05$). Annesi lisans/lisansüstü mezunu olan öğrencilerin fiziksel aktivite, manevi gelişim ve kişilerarası ilişkiler alt ölçeklerinden aldıkları puanlar annesi ilköğretim ve altı düzeyde eğitim almış öğrencilere göre daha yüksek bulunmuştur. Annesi lisans/lisansüstü mezunu olan öğrencilerin kişilerarası ilişkiler alt ölçeğinden aldıkları puanlar annesi lise mezunu olan öğrencilere göre daha yüksektir.

Tablo 13. Öğrencilerin baba eğitim durumlarına göre Sağlık Algısı Ölçeği ve SYBD II ölçeğinden aldıkları puanların karşılaştırılması (n=346)

SAÖ/SYBD II	Baba Eğt.	n	\bar{x}	ss	Min	Max	F	P	Fark
Kontrol Merkezi	İlköğretim ve altı	109	16.19	4.14	5	24	5.762	0.003*	1-3
	Lise	118	16.84	4.26	6	25			
	Lisans/Lisansüstü	119	17.96	3.53	8	25			
Kesinlik	İlköğretim ve altı	109	12.49	3.16	4	20	1.842	0.160	
	Lise	118	13.02	3.37	5	20			
	Lisans/Lisansüstü	119	13.30	3.19	6	20			
Sağlığın Önemi	İlköğretim ve altı	109	11.67	2.35	4	15	0.624	0.536	
	Lise	118	11.92	2.23	6	15			
	Lisans/Lisansüstü	119	11.58	2.56	3	15			
Öz Farkındalık	İlköğretim ve altı	109	11.28	2.52	4	15	0.016	0.985	
	Lise	118	11.28	2.27	5	15			
	Lisans/Lisansüstü	119	11.24	2.23	4	15			
Sağlık Algısı Ölçeği	İlköğretim ve altı	109	51.63	7.83	37	72	2.882	0.057	
	Lise	118	53.05	7.78	33	73			
	Lisans/Lisansüstü	119	54.08	7.47	32	72			
Sağlık Sorumluluğu	İlköğretim ve altı	109	18.55	4.94	9	34	1.811	0.165	
	Lise	118	19.71	5.04	9	31			
	Lisans/Lisansüstü	119	18.72	5.05	9	32			
Fiziksel Aktivite	İlköğretim ve altı	109	18.64	4.86	8	29	1.221	0.296	
	Lise	118	19.51	5.37	8	32			
	Lisans/Lisansüstü	119	19.62	5.16	8	32			
Beslenme	İlköğretim ve altı	109	20.13	3.46	13	28	0.344	0.710	
	Lise	118	20.40	3.92	12	30			
	Lisans/Lisansüstü	119	20.55	4.27	11	32			
Manevi Gelişim	İlköğretim ve altı	109	26.39	4.70	15	40	3.151	0.044*	1-3
	Lise	118	26.99	5.19	16	38			
	Lisans/Lisansüstü	119	28.05	5.25	15	39			
Kişilerarası İlişkiler	İlköğretim ve altı	109	23.59	4.15	14	34	3.238	0.040*	1-3
	Lise	118	24.69	4.59	14	35			
	Lisans/Lisansüstü	119	25.09	4.96	11	36			
Stres Yönetimi	İlköğretim ve altı	109	19.91	3.96	9	30	0.442	0.643	
	Lise	118	20.42	4.14	10	30			
	Lisans/Lisansüstü	119	20.08	4.51	9	32			
SYBD II	İlköğretim ve altı	109	127.21	18.61	76	190	1.934	0.146	
	Lise	118	131.67	21.58	93	178			
	Lisans/Lisansüstü	119	132.13	21.49	80	182			

*p<0,05

Tablo 13’de öğrencilerin baba eğitim durumlarına göre Sağlık Algısı Ölçeği ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları II ölçeğinden aldıkları puanlar ANOVA testi kullanılarak karşılaştırılmıştır.

Öğrencilerin baba eğitim durumlarına göre Sağlık Algısı Ölçeği ve SYBD II ölçeğinden aldıkları puanların karşılaştırılması incelendiğinde, araştırma kapsamına alınan öğrencilerin baba eğitim durumlarına göre Sağlık algısı ölçek geneli ve kontrol merkezi dışındaki ölçek alt boyutlarından aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$). Genel olarak babası lisans/lisansüstü eğitimini tamamlamış öğrencilerin puan ortalamaları diğerlerinden daha yüksek bulunmasına karşın, aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı düzeyde değildir. Öğrencilerin baba eğitim durumlarına göre ölçekte yer alan kontrol merkezi alt ölçeğinden aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülmüştür ($p<0,05$). Babası lisans/lisansüstü mezunu olan öğrencilerin kontrol merkezi alt ölçeğinden aldıkları puanları babası ilköğretim ve alt düzeyde eğitim almış olan öğrencilere göre daha yüksektir.

Araştırmaya katılan öğrencilerin baba eğitim durumlarına göre SYBD II ölçek geneli ve manevi gelişim ve kişilerarası ilişkiler dışındaki alt ölçeklerden aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$). Baba eğitim durumlarına bakılmaksızın katılımcılar ölçek genelinden ve manevi gelişim ve kişilerarası ilişkiler dışındaki alt ölçeklerinden benzer puanlar almışlardır. Öğrencilerin baba eğitim durumlarına göre manevi gelişim ve kişilerarası ilişkiler alt ölçeklerinden aldıkları puanlar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmış olup, babası lisans/lisansüstü mezunu olan öğrencilerin bu alt ölçeklerden babası ilköğretim ve alt düzeyde eğitim almış olan öğrencilere göre daha yüksek olduğu tespit edilmiştir ($p<0,05$).

Tablo 14. Öğrencilerin herhangi bir sağlık sorunları olması durumuna göre Sağlık Algısı Ölçeği ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları II ölçeğinden aldıkları puanların karşılaştırılması (n=346)

S.A.Ö/SYBD II	Sağlık sorunu	N	\bar{x}	s	t	p
Kontrol Merkezi	Yok	300	17.12	4.04	1.134	0.258
	Var	46	16.39	4.03		
Kesinlik	Yok	300	13.06	3.23	1.592	0.112
	Var	46	12.24	3.33		
Sağlığın Önemi	Yok	300	11.80	2.36	1.613	0.108
	Var	46	11.20	2.48		
Öz Farkındalık	Yok	300	11.31	2.30	0.965	0.335
	Var	46	10.96	2.52		
Sağlık Algısı Ölçeği	Yok	300	53.29	7.69	1.657	0.098
	Var	46	50.78	7.78		
Sağlık Sorumluluğu	Yok	300	19.01	4.97	0.008	0.993
	Var	46	19.00	5.40		
Fiziksel Aktivite	Yok	300	19.32	5.13	0.451	0.652
	Var	46	18.96	5.29		
Beslenme	Yok	300	20.48	3.95	1.376	0.170
	Var	46	19.63	3.54		
Manevi Gelişim	Yok	300	27.05	5.11	-1.097	0.273
	Var	46	27.93	4.97		
Kişilerarası İlişkiler	Yok	300	24.27	4.55	-1.203	0.303
	Var	46	25.87	4.91		
Stres Yönetimi	Yok	300	20.14	4.20	-0.051	0.960
	Var	46	20.17	4.33		
SYBD II	Yok	300	130.24	20.79	-0.403	0.687
	Var	46	131.57	20.41		

*p>0,05

Tablo 14.'de öğrencilerin herhangi bir sağlık sorunu olması durumuna göre Sağlık Algısı Ölçeği ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları II ölçeğinden aldıkları puanlar bağımsız örneklem t testi kullanılarak karşılaştırılmıştır.

Tablo 14. incelendiğinde, araştırma kapsamına alınan öğrencilerin sağlık sorunu yaşama durumlarına göre Sağlık algısı ölçek geneli ve ölçek alt boyutlarından aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır (p>0,05). Sağlık sorunu olan ve sağlık sorunu yaşamayan öğrencilerin puanları benzerdir.

Araştırmaya katılan öğrencilerin sağlık sorunu yaşama durumlarına göre SYBD II ölçek geneli ve ölçek alt boyutlarından aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$). Genel olarak sağlık sorunu yaşayan katılımcıların puanları, sağlık sorunu yaşamayan katılımcılardan daha yüksek olmasına karşın, aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı düzeyde değildir.

Tablo 15. Öğrencilerin annesinin herhangi bir sağlık sorunu olması durumuna göre Sağlık Algısı Ölçeği ve SYBD II ölçeğinden aldıkları puanların karşılaştırılması (n=346)

S.A.Ö/SYBD II	Annenin sağlık sorunu	n	X	ss	t	p
Kontrol Merkezi	Yok	310	17.05	4.02	0.423	0.672
	Var	36	16.75	4.23		
Kesinlik	Yok	310	13.01	3.33	0.982	0.327
	Var	36	12.44	2.49		
Sağlığın Önemi	Yok	310	11.77	2.37	1.035	0.301
	Var	36	11.33	2.50		
Öz Farkındalık	Yok	310	11.32	2.31	1.175	0.241
	Var	36	10.83	2.52		
Sağlık Algısı Ölçeği	Yok	310	53.14	7.76	1.309	0.191
	Var	36	51.36	7.43		
Sağlık Sorumluluğu	Yok	310	19.11	5.05	1.165	0.245
	Var	36	18.08	4.79		
Fiziksel Aktivite	Yok	310	19.39	5.18	1.161	0.246
	Var	36	18.33	4.83		
Beslenme	Yok	310	20.54	3.93	2.463	0.014*
	Var	36	18.86	3.37		
Manevi Gelişim	Yok	310	27.45	5.01	3.080	0.002*
	Var	36	24.72	5.20		
Kişilerarası İlişkiler	Yok	310	24.62	4.65	1.614	0.107
	Var	36	23.31	4.22		
Stres Yönetimi	Yok	310	20.39	4.22	3.272	0.001*
	Var	36	18.00	3.54		
SYBD II	Yok	310	131.48	20.72	2.817	0.005*
	Var	36	121.31	18.59		

* $p<0,05$

Tablo 15’te öğrencilerin annesinin herhangi bir sağlık sorunu olması durumuna göre Sağlık Algısı Ölçeği ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları II ölçeğinden aldıkları puanları bağımsız örneklem t testi kullanılarak karşılaştırılmıştır.

Araştırma kapsamına alınan öğrencilerin annelerinin sağlık sorunu yaşama durumlarına göre Sağlık algısı ölçek geneli ve ölçek alt boyutlarından aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$). Sağlık sorunu olan ve sağlık sorunu yaşamayan annelerin çocuklarının puanları benzerdir.

Öğrencilerin anne sağlık sorunu yaşama durumlarına göre SYBD II ölçeği alt boyutları olan beslenme, manevi gelişim ve stres yönetimi alt ölçek puanları ve SYBD II ölçeği genel puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p<0,05$). Annesi sağlık sorunu yaşayan katılımcıların söz konusu ölçeklerden aldıkları puanlar, diğerlerinden daha yüksek bulunmuştur ve bu fark istatistiksel olarak anlamlı düzeydedir.

Tablo 16. Öğrencilerin babasının herhangi bir sağlık sorunu olması durumuna göre Sağlık Algısı Ölçeği ve SYBD II ölçeğinden aldıkları puanların karşılaştırılması (n=346)

S.A.Ö/ SYBD II	Babanın sağlık sorunu	n	\bar{x}	ss	t	P
Kontrol Merkezi	Yok	315	17.14	3.95	1.758	0.080
	Var	31	15.81	4.76		
Kesinlik	Yok	315	13.05	3.25	1.941	0.053
	Var	31	11.87	3.12		
Sağlığın Önemi	Yok	315	11.83	2.34	2.741	0.006*
	Var	31	10.61	2.58		
Öz Farkındalık	Yok	315	11.30	2.35	0.745	0.457
	Var	31	10.97	2.17		
Sağlık Algısı Ölçeği	Yok	315	53.32	7.56	2.819	0.005*
	Var	31	49.26	8.62		
Sağlık Sorumluluğu	Yok	315	19.09	5.04	0.981	0.327
	Var	31	18.16	4.81		
Fiziksel Aktivite	Yok	315	19.36	5.16	1.008	0.314
	Var	31	18.39	5.02		
Beslenme	Yok	315	20.43	3.92	0.886	0.376
	Var	31	19.77	3.71		
Manevi Gelişim	Yok	315	27.31	5.12	1.674	0.095
	Var	31	25.71	4.68		
Kişilerarası İlişkiler	Yok	315	24.56	4.72	0.972	0.332
	Var	31	23.71	3.45		
Stres Yönetimi	Yok	315	20.26	4.22	1.679	0.094
	Var	31	18.94	4.00		
SYBD II	Yok	315	130.98	20.98	1.621	0.106
	Var	31	124.68	17.08		

*p<0,05

Tablo 16’da öğrencilerin babasının herhangi bir sağlık sorunu olması durumuna göre Sağlık Algısı Ölçeği ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları II ölçeğinden aldıkları puanların karşılaştırılmasına ilişkin yapılan bağımsız örneklem t testi sonuçları verilmiştir.

Babanın sağlık sorunu yaşama durumuna göre öğrencilerin aldıkları Sağlık algısı ölçek geneli ve ölçek alt boyutu olan sağlığın önemi puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır (p<0,05). Babası sağlık sorunu yaşamayan öğrencilerin puan ortalaması, babası sağlık sorunu yaşayan öğrencilerin puan

ortalamasından daha yüksek hesaplanmıştır ve aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı düzeydedir.

Öğrencilerin babalarının sağlık sorunu yaşama durumlarına göre SYBD II ölçeği alt boyutları ve ölçek geneli puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur ($p>0,05$). Babası sağlık sorunu yaşayan ve babası sağlık sorunu yaşamayan öğrencilerin puanları benzerdir.

Tablo 17. Öğrencilerin aile tiplerine göre Sağlık Algısı Ölçeği ve SYBD II ölçeğinden aldıkları puanların karşılaştırılması (n=346)

SAÖ/ SYBD II	Aile tipi	n	\bar{x}	ss	Min	Max	F	P	Fark
Kontrol Merkezi	Çekirdek aile	257	17.18	3.99	5	25	2.088	0.125	
	Geniş aile	36	15.72	4.52	5	24			
	Parçalanmış aile	53	17.13	3.85	7	25			
Kesinlik	Çekirdek aile	257	13.15	3.12	4	20	3.163	0.044*	1-2
	Geniş aile	36	11.72	3.57	5	20			
	Parçalanmış aile	53	12.79	3.53	6	20			
Sağlığın Önemi	Çekirdek aile	257	11.64	2.39	3	15	0.569	0.567	
	Geniş aile	36	11.94	2.43	5	15			
	Parçalanmış aile	53	11.96	2.33	5	15			
Öz Farkındalık	Çekirdek aile	257	11.30	2.39	4	15	0.928	0.396	
	Geniş aile	36	10.78	2.61	4	15			
	Parçalanmış aile	53	11.42	1.83	8	15			
Sağlık Algısı Ölçeği	Çekirdek aile	257	53.28	7.59	32	72	2.640	0.073	
	Geniş aile	36	50.17	9.22	33	73			
	Parçalanmış aile	53	53.30	7.08	41	72			
Sağlık Sorumluluğu	Çekirdek aile	257	18.82	5.07	9	34	1.332	0.265	
	Geniş aile	36	20.28	4.99	9	27			
	Parçalanmış aile	53	19.04	4.75	9	31			
Fiziksel Aktivite	Çekirdek aile	257	19.13	5.14	8	32	0.456	0.634	
	Geniş aile	36	19.94	4.79	8	31			
	Parçalanmış aile	53	19.51	5.43	8	30			
Beslenme	Çekirdek aile	257	20.34	3.76	12	30	2.864	0.058	
	Geniş aile	36	21.64	4.52	13	32			
	Parçalanmış aile	53	19.64	4.01	11	30			
Manevi Gelişim	Çekirdek aile	257	27.22	4.94	15	40	0.048	0.953	
	Geniş aile	36	27.03	5.93	15	39			
	Parçalanmış aile	53	27.02	5.34	17	39			
Kişilerarası İlişkiler	Çekirdek aile	257	24.36	4.57	14	36	0.374	0.689	
	Geniş aile	36	24.97	4.59	18	34			
	Parçalanmış aile	53	24.74	4.92	11	36			
Stres Yönetimi	Çekirdek aile	257	20.29	4.22	9	32	0.692	0.502	
	Geniş aile	36	19.47	3.74	11	28			
	Parçalanmış aile	53	19.91	4.49	9	30			
SYBD II	Çekirdek aile	257	130.13	20.48	76	190	0.401	0.670	
	Geniş aile	36	133.33	22.80	80	173			
	Parçalanmış aile	53	129.85	20.63	93	182			

*p<0,05

Tablo 17.'de öğrencilerin aile tiplerine göre Sağlık Algısı Ölçeği ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları II ölçeğinden aldıkları puanları ANOVA testi kullanılarak karşılaştırılmıştır.

Tablo 17'de ise, öğrencilerin aile tiplerine göre Sağlık Algısı Ölçeği genelinden ve ölçekte bulunan kesinlik dışındaki diğer alt ölçeklerden aldıkları puanlar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı tespit edilmiştir ($p>0,05$). Araştırmaya dahil edilen öğrencilerin aile tiplerine göre kesinlik alt ölçeği puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<0,05$). Aile tipi çekirdek olan katılımcıların puanları, diğer aile tiplerine mensup katılımcılardan daha yüksektir ve bu fark istatistiksel olarak anlamlı düzeydedir.

Araştırmaya katılan öğrencilerin aile tiplerine göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları II ölçeğinde yer alan stres yönetimi puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu görülmemiştir. Çekirdek aile mensubu öğrencilerin puan ortalaması diğerlerinden daha yüksek bulunmuştur. Öğrencilerin ölçek genelinden ve ölçekte yer alan diğer alt ölçeklerden aldıkları puanlar arasında istatistiksel anlamlı bir fark bulunmamıştır.

Tablo 18. Öğrencilerin ailelerinin gelir durumlarına göre Sağlık Algısı Ölçeği ve SYBD II ölçeğinden aldıkları puanların karşılaştırılması (n=346)

S.A.Ö/SYBD II	Gelir	n	\bar{x}	ss	Min	Max	F	p	Fark
Kontrol Merkezi	İyi	222	16.83	4.01	5	25	1.053	0.350	
	Kötü	16	18.19	3.45	12	24			
	Orta	108	17.23	4.17	5	25			
Kesinlik	İyi	222	13.33	3.25	5	20	6.530	0.002*	1-3
	Kötü	16	13.81	3.02	8	20			2-3
	Orta	108	12.04	3.11	4	19			
Sağlığın Önemi	İyi	222	12.07	2.30	4	15	6.899	0.001*	1-2
	Kötü	16	11.00	3.63	3	15			1-3
	Orta	108	11.11	2.21	5	15			
Öz Farkındalık	İyi	222	11.45	2.24	5	15	3.092	0.047*	1-2
	Kötü	16	11.75	2.74	5	15			1-3
	Orta	108	10.81	2.41	4	15			
Sağlık Algısı Ölçeği	İyi	222	53.68	7.65	37	73	4.298	0.014*	1-2
	Kötü	16	54.75	8.38	33	72			1-3
	Orta	108	51.19	7.58	32	69			
Sağlık Sorumluluğu	İyi	222	19.53	4.95	9	34	3.706	0.026*	1-2
	Kötü	16	19.00	5.48	10	30			1-3
	Orta	108	17.94	4.98	9	31			
Fiziksel Aktivite	İyi	222	19.87	4.91	8	32	4.762	0.009*	1-2
	Kötü	16	19.50	5.57	8	28			1-3
	Orta	108	18.03	5.37	8	29			
Beslenme	İyi	222	20.89	3.88	12	32	5.814	0.003*	1-2
	Kötü	16	19.94	4.19	13	28			1-3
	Orta	108	19.36	3.74	11	30			
Manevi Gelişim	İyi	222	27.67	5.23	16	40	4.798	0.009*	1-3
	Kötü	16	28.44	3.48	23	35			2-3
	Orta	108	25.94	4.83	15	36			
Kişilerarası İlişkiler	İyi	222	24.73	4.83	11	36	1.406	0.247	
	Kötü	16	25.06	3.96	17	31			
	Orta	108	23.87	4.24	14	32			
Stres Yönetimi	İyi	222	20.48	4.10	9	32	1.947	0.144	
	Kötü	16	19.50	3.63	11	24			
	Orta	108	19.56	4.47	9	30			
SYBD II	İyi	222	133.14	20.54	87	190	6.235	0.002*	1-2
	Kötü	16	131.44	18.69	100	161			1-3
	Orta	108	124.69	20.35	76	180			

*p<0,05

Tablo 18.'de öğrencilerin ailelerinin gelir durumlarına göre Sağlık Algısı Ölçeği ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları II ölçeğinden aldıkları puanlar ANOVA testi ile karşılaştırılmıştır.

Araştırmaya dahil edilen öğrencilerin aile gelir durumlarına göre sağlık algısı leği genelinden ve ölçekte yer alan kesinlik, sağlığın önemi ve öz farkındalık alt ölçeklerinden aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunduğu tespit edilmiştir ($p<0,05$). Geliri iyi olan öğrencilerin sağlık algısı leği genelinden ve ölçekte yer alan kesinlik, sağlığın önemi ve öz farkındalık alt ölçeklerinden aldıkları puanlar diğer öğrencilere göre yüksek bulunmuştur.

Öğrencilerin aile gelir durumlarına göre SYBD II lek geneli ve sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, beslenme ve manevi gelişim alt boyutu puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edilmiştir ($p<0,05$). Aile gelir durumu iyi olan ğrencilerin SYBD II lek geneli ve sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, beslenme ve manevi gelişim puanları daha yüksek bulunmuştur. Ayrıca geliri kötü olan öğrencilerin manevi gelişim puanları diğer öğrencilere göre daha yüksektir.

Tablo 19. Öğrencilerin ailelerinin sosyal güvencesi olma durumuna göre Sağlık Algısı Ölçeği ve SYBD II ölçeğinden aldıkları puanların karşılaştırılması (n=346)

S.A.Ö/SYBD II	Sosyal güvence	n	\bar{x}	ss	t	p
Kontrol Merkezi	Yok	29	16.72	3.41	-0.412	0.681
	Var	317	17.05	4.10		
Kesinlik	Yok	29	12.76	3.27	-0.327	0.744
	Var	317	12.97	3.25		
Sağlığın Önemi	Yok	29	11.38	2.37	-0.809	0.419
	Var	317	11.75	2.39		
Öz Farkındalık	Yok	29	11.14	2.47	-0.308	0.758
	Var	317	11.28	2.32		
Sağlık Algısı Ölçeği	Yok	29	52.00	7.86	-0.695	0.487
	Var	317	53.04	7.73		
Sağlık Sorumluluğu	Yok	29	17.72	4.77	-1.438	0.151
	Var	317	19.12	5.04		
Fiziksel Aktivite	Yok	29	18.48	4.90	-0.866	0.387
	Var	317	19.35	5.17		
Beslenme	Yok	29	20.83	4.18	0.663	0.508
	Var	317	20.32	3.88		
Manevi Gelişim	Yok	29	26.62	4.20	-0.603	0.547
	Var	317	27.22	5.17		
Kişilerarası İlişkiler	Yok	29	23.28	4.03	-1.468	0.143
	Var	317	24.59	4.66		
Stres Yönetimi	Yok	29	19.48	4.80	-0.884	0.378
	Var	317	20.21	4.16		
SYBD II	Yok	29	126.41	20.08	-1.088	0.277
	Var	317	130.78	20.76		

*p>0,05

Tablo 19’da öğrencilerin ailelerinin sosyal güvencesi olma durumuna göre Sağlık Algısı Ölçeği ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları II ölçeğinden aldıkları puanların karşılaştırılması verilmiştir.

Araştırma kapsamına alınan öğrencilerin ailelerinin sosyal güvencesi olma durumlarına göre Sağlık algısı ölçek geneli ve ölçek alt boyutlarından aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır (p>0,05). Sosyal güvencesi olan ailelerin çocukları ile sosyal güvencesi olmayan ailelerin çocuklarının puanları benzerdir.

Araştırmaya katılan öğrencilerin aile sosyal güvencesi olma durumlarına göre SYBD II ölçek geneli ve ölçek alt boyutlarından aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$). Ailelerin sosyal güvencesi olma durumuna bakılmaksızın öğrencilerin ölçekten aldıkları puanlar benzerdir.

Tablo 20. Öğrencilerin Sağlığa Zararlı Alışkanlıkları Olması Durumuna Göre Sağlık Algısı Ölçeği ve SYBD II Ölçeğinden Aldıkları Puanların Karşılaştırılması (n=346)

S.A.Ö/SYBD II	Sağlığa zararlı alışkanlık	n	\bar{x}	ss	t	p																																																																																																																						
Kontrol Merkezi	Var	32	16.09	4.02	-1.363	0.174																																																																																																																						
	Yok	314	17.11	4.04			Kesinlik	Var	32	12.25	3.02	-1.276	0.203	Yok	314	13.02	3.27	Sağlığın Önemi	Var	32	10.78	2.86	-2.360	0.019*	Yok	314	11.82	2.31	Öz Farkındalık	Var	32	10.47	2.36	-2.037	0.042*	Yok	314	11.35	2.32	Sağlık Algısı Ölçeği	Var	32	49.59	8.40	-2.604	0.010*	Yok	314	53.30	7.59	Sağlık Sorumluluğu	Var	32	18.88	4.53	-0.154	0.877	Yok	314	19.02	5.08	Fiziksel Aktivite	Var	32	19.48	4.72	0.236	0.813	Yok	314	19.25	5.19	Beslenme	Var	32	20.50	3.64	0.202	0.840	Yok	314	20.35	3.93	Manevi Gelişim	Var	32	27.09	5.54	-0.086	0.932	Yok	314	27.18	5.06	Kişilerarası İlişkiler	Var	32	24.75	4.36	0.347	0.729	Yok	314	24.45	4.65	Stres Yönetimi	Var	32	19.34	4.80	-1.129	0.260	Yok	314	20.23	4.15	SYBD II	Var	32	129.77	20.45	-0.181	0.856	Yok
Kesinlik	Var	32	12.25	3.02	-1.276	0.203																																																																																																																						
	Yok	314	13.02	3.27			Sağlığın Önemi	Var	32	10.78	2.86	-2.360	0.019*	Yok	314	11.82	2.31	Öz Farkındalık	Var	32	10.47	2.36	-2.037	0.042*	Yok	314	11.35	2.32	Sağlık Algısı Ölçeği	Var	32	49.59	8.40	-2.604	0.010*	Yok	314	53.30	7.59	Sağlık Sorumluluğu	Var	32	18.88	4.53	-0.154	0.877	Yok	314	19.02	5.08	Fiziksel Aktivite	Var	32	19.48	4.72	0.236	0.813	Yok	314	19.25	5.19	Beslenme	Var	32	20.50	3.64	0.202	0.840	Yok	314	20.35	3.93	Manevi Gelişim	Var	32	27.09	5.54	-0.086	0.932	Yok	314	27.18	5.06	Kişilerarası İlişkiler	Var	32	24.75	4.36	0.347	0.729	Yok	314	24.45	4.65	Stres Yönetimi	Var	32	19.34	4.80	-1.129	0.260	Yok	314	20.23	4.15	SYBD II	Var	32	129.77	20.45	-0.181	0.856	Yok	314	130.48	20.77								
Sağlığın Önemi	Var	32	10.78	2.86	-2.360	0.019*																																																																																																																						
	Yok	314	11.82	2.31			Öz Farkındalık	Var	32	10.47	2.36	-2.037	0.042*	Yok	314	11.35	2.32	Sağlık Algısı Ölçeği	Var	32	49.59	8.40	-2.604	0.010*	Yok	314	53.30	7.59	Sağlık Sorumluluğu	Var	32	18.88	4.53	-0.154	0.877	Yok	314	19.02	5.08	Fiziksel Aktivite	Var	32	19.48	4.72	0.236	0.813	Yok	314	19.25	5.19	Beslenme	Var	32	20.50	3.64	0.202	0.840	Yok	314	20.35	3.93	Manevi Gelişim	Var	32	27.09	5.54	-0.086	0.932	Yok	314	27.18	5.06	Kişilerarası İlişkiler	Var	32	24.75	4.36	0.347	0.729	Yok	314	24.45	4.65	Stres Yönetimi	Var	32	19.34	4.80	-1.129	0.260	Yok	314	20.23	4.15	SYBD II	Var	32	129.77	20.45	-0.181	0.856	Yok	314	130.48	20.77																			
Öz Farkındalık	Var	32	10.47	2.36	-2.037	0.042*																																																																																																																						
	Yok	314	11.35	2.32			Sağlık Algısı Ölçeği	Var	32	49.59	8.40	-2.604	0.010*	Yok	314	53.30	7.59	Sağlık Sorumluluğu	Var	32	18.88	4.53	-0.154	0.877	Yok	314	19.02	5.08	Fiziksel Aktivite	Var	32	19.48	4.72	0.236	0.813	Yok	314	19.25	5.19	Beslenme	Var	32	20.50	3.64	0.202	0.840	Yok	314	20.35	3.93	Manevi Gelişim	Var	32	27.09	5.54	-0.086	0.932	Yok	314	27.18	5.06	Kişilerarası İlişkiler	Var	32	24.75	4.36	0.347	0.729	Yok	314	24.45	4.65	Stres Yönetimi	Var	32	19.34	4.80	-1.129	0.260	Yok	314	20.23	4.15	SYBD II	Var	32	129.77	20.45	-0.181	0.856	Yok	314	130.48	20.77																														
Sağlık Algısı Ölçeği	Var	32	49.59	8.40	-2.604	0.010*																																																																																																																						
	Yok	314	53.30	7.59			Sağlık Sorumluluğu	Var	32	18.88	4.53	-0.154	0.877	Yok	314	19.02	5.08	Fiziksel Aktivite	Var	32	19.48	4.72	0.236	0.813	Yok	314	19.25	5.19	Beslenme	Var	32	20.50	3.64	0.202	0.840	Yok	314	20.35	3.93	Manevi Gelişim	Var	32	27.09	5.54	-0.086	0.932	Yok	314	27.18	5.06	Kişilerarası İlişkiler	Var	32	24.75	4.36	0.347	0.729	Yok	314	24.45	4.65	Stres Yönetimi	Var	32	19.34	4.80	-1.129	0.260	Yok	314	20.23	4.15	SYBD II	Var	32	129.77	20.45	-0.181	0.856	Yok	314	130.48	20.77																																									
Sağlık Sorumluluğu	Var	32	18.88	4.53	-0.154	0.877																																																																																																																						
	Yok	314	19.02	5.08			Fiziksel Aktivite	Var	32	19.48	4.72	0.236	0.813	Yok	314	19.25	5.19	Beslenme	Var	32	20.50	3.64	0.202	0.840	Yok	314	20.35	3.93	Manevi Gelişim	Var	32	27.09	5.54	-0.086	0.932	Yok	314	27.18	5.06	Kişilerarası İlişkiler	Var	32	24.75	4.36	0.347	0.729	Yok	314	24.45	4.65	Stres Yönetimi	Var	32	19.34	4.80	-1.129	0.260	Yok	314	20.23	4.15	SYBD II	Var	32	129.77	20.45	-0.181	0.856	Yok	314	130.48	20.77																																																				
Fiziksel Aktivite	Var	32	19.48	4.72	0.236	0.813																																																																																																																						
	Yok	314	19.25	5.19			Beslenme	Var	32	20.50	3.64	0.202	0.840	Yok	314	20.35	3.93	Manevi Gelişim	Var	32	27.09	5.54	-0.086	0.932	Yok	314	27.18	5.06	Kişilerarası İlişkiler	Var	32	24.75	4.36	0.347	0.729	Yok	314	24.45	4.65	Stres Yönetimi	Var	32	19.34	4.80	-1.129	0.260	Yok	314	20.23	4.15	SYBD II	Var	32	129.77	20.45	-0.181	0.856	Yok	314	130.48	20.77																																																															
Beslenme	Var	32	20.50	3.64	0.202	0.840																																																																																																																						
	Yok	314	20.35	3.93			Manevi Gelişim	Var	32	27.09	5.54	-0.086	0.932	Yok	314	27.18	5.06	Kişilerarası İlişkiler	Var	32	24.75	4.36	0.347	0.729	Yok	314	24.45	4.65	Stres Yönetimi	Var	32	19.34	4.80	-1.129	0.260	Yok	314	20.23	4.15	SYBD II	Var	32	129.77	20.45	-0.181	0.856	Yok	314	130.48	20.77																																																																										
Manevi Gelişim	Var	32	27.09	5.54	-0.086	0.932																																																																																																																						
	Yok	314	27.18	5.06			Kişilerarası İlişkiler	Var	32	24.75	4.36	0.347	0.729	Yok	314	24.45	4.65	Stres Yönetimi	Var	32	19.34	4.80	-1.129	0.260	Yok	314	20.23	4.15	SYBD II	Var	32	129.77	20.45	-0.181	0.856	Yok	314	130.48	20.77																																																																																					
Kişilerarası İlişkiler	Var	32	24.75	4.36	0.347	0.729																																																																																																																						
	Yok	314	24.45	4.65			Stres Yönetimi	Var	32	19.34	4.80	-1.129	0.260	Yok	314	20.23	4.15	SYBD II	Var	32	129.77	20.45	-0.181	0.856	Yok	314	130.48	20.77																																																																																																
Stres Yönetimi	Var	32	19.34	4.80	-1.129	0.260																																																																																																																						
	Yok	314	20.23	4.15			SYBD II	Var	32	129.77	20.45	-0.181	0.856	Yok	314	130.48	20.77																																																																																																											
SYBD II	Var	32	129.77	20.45	-0.181	0.856																																																																																																																						
	Yok	314	130.48	20.77																																																																																																																								

* $p<0,05$

Tablo 20.'de öğrencilerin sağlığa zararlı alışkanlıkları olması durumuna göre Sağlık Algısı Ölçeği ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları II ölçeğinden aldıkları puanların karşılaştırılmış ve bağımsız örneklem t testi sonuçları verilmiştir.

Tablo 20’de araştırmaya dahil edilen öğrencilerin sağlığa zararlı alışkanlığı olması durumuna göre Sağlık algısı ölçek geneli ve ölçekte yer alan sağlığın önemi ve öz farkındalık alt boyutlarından aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu bulunmuştur ($p>0,05$). Sağlığa zararlı alışkanlığı olmayan öğrencilerin ölçek puanları diğerlerinden daha yüksek olarak hesaplanmıştır.

Araştırmaya katılan öğrencilerin sağlığa zararlı alışkanlıkları olması durumlarına göre SYBD II lek geneli ve alt boyutlarından aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$). Sağlığa zararlı alışkanlığı olup olmaması durumuna bakılmaksızın öğrencilerin aldıkları puanlar benzerdir.

Tablo 21. Öğrencilerin Hobi Sahibi Olma Durumlarına Göre Sağlık Algısı Ölçeği Ve SYBD II Ölçeğinden Aldıkları Puanların Karşılaştırılması (N=346)

S.A.Ö/SYBD II	Hobi	n	\bar{x}	ss	t	p
Kontrol Merkezi	Yok	20	16.15	2.78	-0,992	0.322
	Var	326	17.07	4.10		
Kesinlik	Yok	20	11.40	3,03	-2,206	0.028*
	Var	326	13.04	3.24		
Sağlığın Önemi	Yok	20	10.60	2.66	-2,181	0.030*
	Var	326	11.79	2.35		
Öz Farkındalık	Yok	20	11.10	2.36	-0,327	0.744
	Var	326	11.28	2.34		
Sağlık Algısı Ölçeği	Yok	20	49.25	6.51	-2,221	0.027*
	Var	326	53.18	7.75		
Sağlık Sorumluluğu	Yok	20	16.20	4.85	-2,595	0.010*
	Var	326	19.18	4.99		
Fiziksel Aktivite	Yok	20	14.63	5.21	-4,141	0.000*
	Var	326	19.55	5.02		
Beslenme	Yok	20	19.55	4.39	-0,964	0.336
	Var	326	20.42	3.87		
Manevi Gelişim	Yok	20	25.10	5.60	-1,877	0.061
	Var	326	27.29	5.04		
Kişilerarası İlişkiler	Yok	20	22.45	4.55	-2,033	0.043*
	Var	326	24.60	4.60		
Stres Yönetimi	Yok	20	17.45	4.33	-2,981	0.003*
	Var	326	20.31	4.15		
SYBD II	Yok	20	114.42	23.07	-3,520	0.000*
	Var	326	131.35	20.22		

*p<0,05

Tablo 21’de öğrencilerin hobi sahibi olma durumlarına göre Sağlık Algısı Ölçeği ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları II ölçeğinden aldıkları puanların karşılaştırılması verilmiştir.

Bağımsız örneklem t testi kullanılarak karşılaştırılan katılımcıların hobi sahibi olma durumlarına göre Sağlık algısı ölçeği alt boyutu olan Kesinlik ve Sağlığın önemi ile ölçek genel puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu görülmüştür (p<0,05). Herhangi bir hobi sahibi olan öğrencilerin kesinlik ölçek puan ortalaması, olanlardan daha yüksek bulunmuş, hobi sahibi katılımcıların Sağlığın önemi ve Sağlık algısı ölçek genel puanları diğerlerinden daha yüksek olarak hesaplanmıştır.

Öğrencilerin, hobi sahibi olma durumlarına göre SYBD II ölçeği alt boyutlarından Sağlık Sorumluluğu, Fiziksel aktivite, Kişilerarası ilişkiler ve Stres yönetimi puanları ve SYBD II ölçek genel puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edilmiştir($p<0,05$). Hobisi olan katılımcıların söz konusu ölçeklerden aldıkları puanlar, hobisi olmayanlardan daha yüksektir ve aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı düzeydedir.

Tablo 22. Öğrencilerin Yaşadıkları Yerleşim Birimine Göre Sağlık Algısı Ölçeği ve SYBD II ölçeğinden aldıkları puanların karşılaştırılması (n=346)

S.A.Ö/SYBD II	Yaşanılan yer	n	\bar{x}	ss	t	p
Kontrol Merkezi	Köy	98	17.28	4.29	0.738	0.461
	Şehir	248	16.92	3.94		
Kesinlik	Köy	98	13.04	3.09	0.333	0.739
	Şehir	248	12.91	3.32		
Sağlığın Önemi	Köy	98	11.65	2.42	-0.340	0.734
	Şehir	248	11.75	2.37		
Öz Farkındalık	Köy	98	11.41	2.23	0.712	0.477
	Şehir	248	11.21	2.38		
Sağlık Algısı Ölçeği	Köy	98	53.38	7.71	0.636	0.525
	Şehir	248	52.79	7.75		
Sağlık Sorumluluğu	Köy	98	18.45	4.58	-1.297	0.195
	Şehir	248	19.23	5.18		
Fiziksel Aktivite	Köy	98	19.22	4.80	-0.133	0.894
	Şehir	248	19.30	5.28		
Beslenme	Köy	98	20.56	3.76	0.581	0.562
	Şehir	248	20.29	3.96		
Manevi Gelişim	Köy	98	27.29	4.87	0.271	0.787
	Şehir	248	27.12	5.19		
Kişilerarası İlişkiler	Köy	98	24.65	4.39	0.438	0.662
	Şehir	248	24.41	4.72		
Stres Yönetimi	Köy	98	20.05	4.15	-0.259	0.796
	Şehir	248	20.18	4.25		
SYBD II	Köy	98	130.13	19.32	-0.159	0.874
	Şehir	248	130.53	21.27		

*p>0,05

Tablo 22’de öğrencilerin yaşadıkları yerleşim birimine göre Sağlık Algısı Ölçeği ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları II ölçeğinden aldıkları puanlar bağımsız örneklem t testi kullanılarak karşılaştırılmıştır.

Öğrencilerin yaşadıkları yerleşim birimine göre Sağlık Algısı Ölçeği ve SYBD II ölçeğinden aldıkları puanların karşılaştırılması incelendiğinde, araştırmaya dahil edilen öğrencilerin yaşadıkları yerleşim birimine göre Sağlık algısı ölçek geneli ve ölçek alt boyutlarından aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır (p>0,05). Şehirde ve köyde yaşayan katılımcılar, ölçekten benzer puanlar almışlardır.

Araştırmaya katılan öğrencilerin yaşadıkları yerleşim birimine göre SYBD II ölçek geneli ve ölçek alt boyutlarından aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$). Köyde yaşayan öğrencilerin puan ortalaması, şehirde yaşayanlardan daha yüksek hesaplanmasına karşın, aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı düzeyde değildir.

Tablo 23. Öğrencilerin Sağlık Algısı Ölçeği ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları II ölçeğinden aldıkları puanlar arasındaki ilişki (n=346)

		Kontrol Merkezi	Kesinlik	Sağlığın Önemi	Öz Farkındalık	Sağlık Algısı Ölçeği
Sağlık Sorumluluğu	r	0.091	0.208	0.361	0.083	0.271
	p	0.092	0.000*	0.000*	0.124	0.000*
Fiziksel Aktivite	r	0.068	0.293	0.220	0.204	0.288
	p	0.205	0.000*	0.000*	0.000*	0.000*
Beslenme	r	0.039	0.200	0.325	0.159	0.253
	p	0.469	0.000*	0.000*	0.003*	0.000*
Manevi Gelişim	r	0.163	0.243	0.308	0.194	0.341
	p	0.002*	0.000*	0.000*	0.000*	0.000*
Kişilerarası İlişkiler	r	0.141	0.144	0.159	0.173	0.235
	p	0.009*	0.007*	0.003*	0.001*	0.000*
Stres Yönetimi	r	0.085	0.205	0.260	0.133	0.251
	p	0.116	0.000*	0.000*	0.014*	0.000*
SYBD II	r	0.135	0.297	0.367	0.214	0.372
	p	0.012*	0.000*	0.000*	0.000*	0.000*

* $p<0,05$

Tablo 23’de öğrencilerin Sağlık Algısı Ölçeği ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları II ölçeğinden aldıkları puanlar arasındaki korelasyonlar pearson korelasyon analizi kullanılarak hesaplanmıştır.

Araştırmaya katılan öğrencilerin sağlık algısı ölçeğinde yer alan kontrol merkezi alt boyutundan aldıkları puanlar ile Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları II ölçeği genelinden ve ölçekte yer alan manevi gelişim ve kişilerarası ilişkiler alt

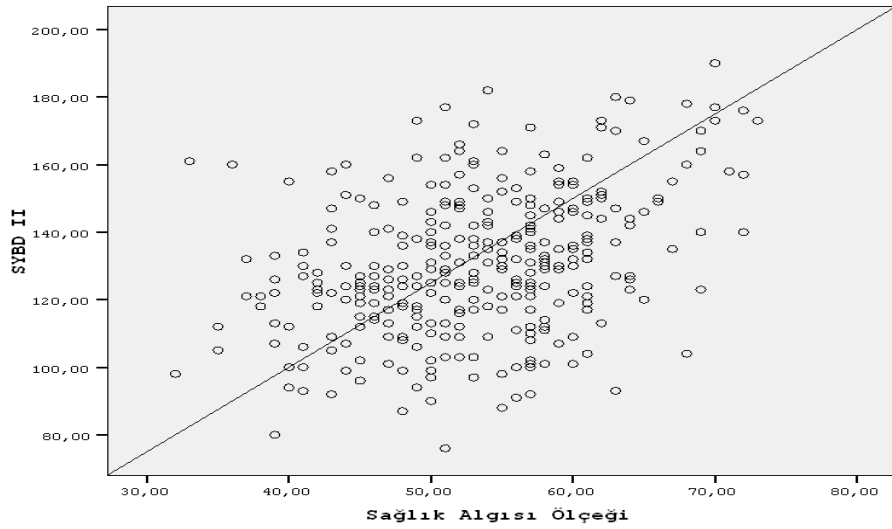
boyutlarından aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı ve pozitif yönlü korelasyonlar olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). Öğrencilerin kontrol merkezi alt boyutundan aldıkları puanlar arttıkça, Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları II ölçeği genelinden ve manevi gelişim ve kişilerarası ilişkiler alt boyutlarından aldıkları puanlar da artmaktadır.

Öğrencilerin sağlık algısı ölçeğinde yer alan kesinlik alt boyutundan aldıkları puanlar ile Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları II ölçeği genelinden ve ölçekte yer alan alt boyutlardan aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı ve pozitif yönlü korelasyonlar olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). Öğrencilerin sağlık algısı ölçeğinde yer alan kesinlik alt boyutundan aldıkları puanlar arttıkça, Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları II ölçeği genelinden ve alt boyutlarından aldıkları puanlar da artmaktadır.

Araştırmaya katılan öğrencilerin sağlık algısı ölçeğinde yer alan sağlığın önemi alt boyutundan aldıkları puanlar ile Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları II ölçeği genelinden ve ölçekte yer alan tüm alt boyutlardan aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı ve pozitif yönlü korelasyonlar olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). Buna göre öğrencilerin sağlığın önemi alt boyutundan aldıkları puanlar ile Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları II ölçeği genelinden ve ölçekte yer alan tüm alt boyutlardan aldıkları puanlar da artmaktadır.

Öğrencilerin sağlık algısı ölçeğinde yer alan öz farkındalık alt boyutundan aldıkları puanlar ile Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları II ölçeği genelinden ve ölçekte yer alan tüm alt boyutlardan aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı ve pozitif yönlü korelasyonlar olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). Araştırmaya katılan öğrencilerin sağlık algısı ölçeğinde yer alan öz farkındalık alt boyutundan aldıkları puanlar arttıkça Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları II ölçeği genelinden ve ölçekte yer alan tüm alt boyutlardan aldıkları puanlar da artmaktadır.

Araştırma kapsamına alınan öğrencilerin sağlık algısı ölçeği genelinden aldıkları puanlar ile Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları II ölçeği genelinden ve ölçekte yer alan tüm alt boyutlardan aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı ve pozitif yönlü korelasyonlar olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). Öğrencilerin sağlık algısı ölçeği genelinden aldıkları puanlar arttıkça, Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları II ölçeği genelinden ve ölçekte yer alan tüm alt boyutlardan aldıkları puanlar artmaktadır.



Şekil 2. Öğrencilerin Sağlık Algısı Ölçeği ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları II Ölçeğinin Regresyon Doğrusu ve Korelasyon Grafiği

Bölüm 5

TARTIŞMA

Çalışmamızda, KKTC Gazimağusa ilçesinde yer alan (ortaokul 6, 7, 8. sınıf) öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışları, SYBD-II (52 madde) ölçeği kullanılarak değerlendirilmiştir. Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti ve Türkiye’de farklı öğrenci gruplarıyla SYBD ölçeği kullanılarak yapılmış çalışmalardan ulaşılabilen çalışma sonuçları ile tartışılmıştır. Çalışmamızın sonuçları ve literatürde yer alan çalışmalarda sağlık algısı ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları II ölçeğinde yer alan öğrencilerin yaş, cinsiyet, sınıf, aile yapısı, ailenin gelir durumu, sosyal güvence durumu, hobi sahibi olma durumu ve yaşanan yer sonuçları ile tartışılmıştır.

Araştırmaya dahil edilen öğrencilerin sağlık algısı ölçeği genel puan ortalaması 52.96 ± 7.73 olarak hesaplanmıştır (Tablo 5). Minimum alınan puan 32, maksimum alınan puan 73 olarak hesaplanmıştır. Bu sonuca göre çalışmamıza katılan öğrencilerin sağlık algısı orta düzeye olduğu belirlenmiştir. Cala ve arkadaşları (2016)’nın, Ortaokullarda Ergenlerin Sağlık Eğitimi Algıları üzerine yaptıkları çalışmada sağlık algısı ölçeği toplam puanının orta düzeyde olduğu belirlenmiştir (133). Al-Qallaf ve arkadaşları (2016)’nın, Kuveyt, Ortaokullarda Sağlığa İlişkin Sorunlara Ergen Algısı üzerine 2428 ortaokul öğrencisi ile yaptıkları çalışmada öğrencilerin ölçekten aldıkları puan ortalamasının $43,8 \pm 5,5$, olduğu saptanmıştır (134). Yang ve arkadaşları (2006)’nın, Tayvan'daki ergenler arasında düzensiz kahvaltı ve sağlık durumu 1609 ergen ile yaptıkları çalışmada ergenlerin sağlık algısının zayıf olduğu bulunmuştur (135).

Çalışmaya dahil edilen öğrencilerin sağlık algısı ölçeği alt boyutu olan Kontrol merkezi puan ortalamasının 17.02 ± 4.04 , olduğu, kesinlik puan ortalamasının 12.95 ± 3.25 olduğu, Sağlık önemi puan ortalamasının 11.72 ± 2.38 ve Öz farkındalık puan ortalamasının 11.27 ± 2.33 olduğu saptanmıştır (Tablo 5). Oral (2018), Erciyes üniversitesi öğrencilerinin sağlık algısı ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları üzerine 1286 üniversite öğrencisi ile yaptığı çalışmada 14.03 gibi düşük puan ortalamasını belirlemiştir (136). Yine Efteli ve Khorshid (2016)'nin, çalışmasında 16.1 ± 3.4 olduğu, Çaka ve arkadaşları (2017)'nin, çalışmasında da 17.2 ± 3.9 olduğu belirlenmiş olup üniversite öğrencileri ile bizim çalışmaya katılan ortaokul öğrencilerinin sağlık algısı ölçeği alt boyutlarından alınan puanların hemen hemen aynı olmaları üniversitede öğrenim gören öğrencilerin sağlık algılarının düşük olması, ergenlik döneminde sağlığı algılamanın erken yetişkinlik dönemine göre daha yüksek olması bu dönemde sağlığa verilen önemin daha fazla olduğu düşünülmektedir.

Araştırmaya katılan öğrencilerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları II ölçeğinden alınan puan ortalaması 130.42 ± 20.71 olduğu belirlenmiştir (Tablo 5). Ölçekten alınan minimum puan 76, maksimum puan 190 olarak hesaplanmıştır. Ölçekten alınan maksimum puan 190 olduğuna göre araştırmaya katılan öğrencilerin puan ortalamaları orta düzeyin üzerinde olduğu belirlenmiştir. Literatürde yapılan çalışma sonuçlarına bakıldığında, aynı amacı taşıyan birçok çalışma yapıldığı belirlenmiştir. Tambağ (2011), Hatay sağlık yüksekokulu öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve etkileyen faktörler üzerine 197 öğrenci ile yaptıkları çalışmada, hemşirelik bölümünde okuyan öğrencilerinin SYBDÖ puan ortalamasının 122.09 ± 16.93 olarak belirlenmiştir (137). Adıbelli ve arkadaşları (2017)'nin, Hemşirelik öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve etkileyen faktörler üzerine 384 Sağlık yüksekokulu öğrencisi yaptıkları çalışmada 121.92 ± 1.10

olduğu belirlenmiştir (138). Açıksöz ve arkadaşları (2013)'nın, Hemşirelik öğrencilerinin sağlık algısı ile sağlığı geliştirme davranışları arasındaki ilişkinin incelenmesi üzerine 361 hemşirelik öğrencisi ile yaptıkları çalışmada öğrencilerinin ölçek puan ortalamaları 121.8 olduğu saptanmıştır (15). You ve arkadaşları (2014)'nın, Lise öğrencilerine yönelik sosyal ve duygusal sağlık algısı üzerine 2000 öğrenci ile yaptıkları çalışmada ise lise öğrencilerinde ise SYBD ölçeği toplam puan ortalaması 118 ± 17.78 olarak belirlenmiştir (139).

Çalışmaya katılan öğrencilerin yaş gruplarına göre Sağlık Algısı Ölçeği alt boyutları ve ölçek genel puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamamıştır ($p > 0,05$) (Tablo 6). Savaş, Güler (2017), Van Sağlık Yüksekokulu Öğrencilerinin Sağlıklı Yaşam Biçimlerinin ve Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesini incelemek amacıyla 556 hemşirelik ve ebelik öğrencileri ile yaptığı çalışmada Sağlık Algısı Ölçeği alt boyutları ve ölçek genel puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunduğu belirlenmiştir (140). Öğrencilerin yaşları arttıkça, sağlık konusunda sahip oldukları bilgi birikiminin de artmasına bağlı olarak sağlığı geliştiren davranışlara sahip olma düzeyleri de artabileceğinden, ölçek puan ortalamalarının anlamlı bir şekilde yükselmesi beklenen bir sonuç olduğu ifade edilmiştir (141).

Çalışma kapsamına alınan öğrencilerin cinsiyetlerine göre sağlık algısı ölçek genelinden ve ölçekten yer alan kontrol merkezi, sağlığın önemi ve öz farkındalık alt boyutlarından aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamamıştır ($p > 0,05$), (Tablo 7). Savaş, Güler (2017), yaptığı çalışmada benzer sonuç ile öğrencilerin cinsiyetleri ile sağlıklı yaşam belirleme ölçeği arasındaki ilişki değerlendirildiğinde, gruplar arasında anlamlı bir farkın olmadığı saptanmıştır (140). Cho ve arkadaşları (2010)'nın, Koreli ve Çinli Hemşirelik Öğrencilerinin Sağlığın Geliştirilmesi Yaşam Biçimlerinin ve Benlik Saygısının Karşılaştırılması üzerine 623

kolej öğrencileri ile yaptıkları çalışmada genel toplam puanı ile cinsiyet arasında anlamlı bir fark bulunmadığı belirlenmiştir (141). Piernas ve Popkin (2010)'nin, Amerikalı ergenlerde sağlıklı beslenme ve sağlık davranışlarının cinsiyetlere göre değişim gösterip göstermediğini inceleyen çalışmada ölçek puan ortalamalarına göre gruplar arasında anlamlı bir farkın olmadığı saptanmıştır (142).

Araştırmaya dahil edilen öğrencilerin sınıflarına göre, Sağlık algısı ölçek geneli ve alt boyutlarından aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$), (Tablo 8). Savaş, Güler (2017), yaptığı çalışmada öğrencilerin okudukları sınıflara göre sağlıklı yaşam belirleme davranışı ölçek puan ortalamaları ile gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olmadığı belirlenmiştir (140). Özyazıcıoğlu ve arkadaşları (2011)'nin, yaptıkları çalışmada dördüncü sınıfta eğitim gören öğrencilerin ölçek puanları ile birinci sınıfta eğitim gören öğrencilere göre daha yüksek bulunmasına rağmen genel toplam ve alt ölçek puanları arasında anlamlı farklılık bulunmadığı saptanmıştır (132). Açıksöz ve arkadaşları (2013)'nin, yaptığı çalışmada da öğrencilerin sağlıklı yaşam belirleme davranışı ölçeği toplam puan ortalamaları ile okudukları sınıflar arasında anlamlı bir farkın olmadığı saptanmıştır (15). Vural ve Bakır (2015)'nin, Meslek yüksekokulu öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve etkileyen faktörleri üzerine 460 öğrenci yaptıkları çalışmada, öğrencilerin sınıfları puanları ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeğinden aldıkları puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farkın olmadığı saptanmıştır (143). Literatürde yapılan çalışma sonuçları ile bizim çalışma sonuçlarımız ile paralellik gösterdiği belirlenmiştir.

Katılımcıların sınıflarına göre SYBD II ölçeği alt boyutu olan Sağlık Sorumluluğu ve Fiziksel Aktivite puanları karşılaştırılmış ve aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). 8. Sınıfa giden öğrencilerin puanları,

diğer sınıflara mensup öğrencilerin puanlarından daha yüksek olduğu ve aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı düzeyde olduğu belirlenmiştir (Tablo 8). Bebiş ve arkadaşları (2015)'nin Bir ortaöğretim okulundaki adölesanların sağlığı geliştirme davranışlarının incelenmesi üzerine 935 öğrenci ile yaptıkları çalışmada öğrencilerin okudukları sınıf ile SYBD puan ortalamaları arasında anlamlı farkın olduğu, Sadece 9. sınıfların yüzdesinin üst sınıflara göre daha fazla olduğu saptanmıştır (144). Aral ve Keskin (2012)'nin, Sağlıklı Yaşam Davranışlarının Çocuklara Kazandırılmasını incelenmesi için yaptıkları çalışmada, SYBD ölçeği puan ortalaması dördüncü sınıflarda istatistiksel bir fark olmasa da yüksek bulunduğu belirlenmiştir (145). El Ansari ve arkadaşları (2011)'nin İngiltere'de Sağlık teşvik davranış ve yaşam tarzı yedi üniversitede öğrenci özellikleri üzerine yaptıkları bir çalışmada birinci sınıfta okuyan öğrencilerin SYBD'de ölçeğinde en yüksek puanı aldıklarını, okudukları sınıf ilerledikçe puanın düştüğü ve sınıflar arasındaki farkın da önemli olduğu bulunmuştur (146). SYBD ölçeği puanlarının ileri sınıflarda artış göstermesi, sağlıklı ilgili herhangi bir sınıfta eğitim gören öğrencilerin ilgili dersleri almaları ve sağlık bilincinin artması ile açıklanabilir. Diğer tarafta, çalışmalarda ve ayrıca bizim çalışmamızda da altıncı sınıf SYBD ölçek puan toplamı (118.0) ve sekizinci sınıfta okuyan öğrencilerin SYBD ölçek toplam puanı (109.0) arasında sağlıklı yaşam biçimi davranışlarında yüksek bir artışın bulunmaması, öğrencilerin öğrendikleri bilgileri uygulama aşamasında yeterince çaba sarf etmemeleri ve sağlığı geliştirme, koruma ve devam ettirme bilgilerini günlük yaşamları ile ilişkisiz bulmalarından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Araştırmaya katılan katılımcıların kardeş sahibi olma durumlarına göre manevi gelişim ve kişilerarası ilişkiler alt ölçekleri ve SYBD II ölçeği genel puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farkın olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). Kardeşi olmayan

öğrencilerin manevi gelişim, kişilerarası ilişki puanları ve SYBD II ölçek genel puanları, kardeşi olan öğrencilerden daha yüksek hesaplanmıştır (Tablo 9). Ergenlerde riskli davranışlarla ilgili yapılan çalışmaların pek çoğunda aile faktörü ele alındığı belirlenmiştir. Aras ve arkadaşları (2007)'nin lise öğrencilerinin riskli davranışlarını belirlemek amacıyla 847 ergen ile yaptıkları çalışmada, kardeş sayısı ile SYBD II ölçeği genel puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farkın olduğu saptanmıştır (147).

Araştırmaya katılan öğrencilerin anne ve babalarının çalışma durumlarına göre SYBD II ölçek geneli ve ölçek alt boyutlarından aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$). Çalışan anne ve babaların çocuklarının puanları, çalışmayan annelerin çocuklarından daha yüksek olmasına karşın, aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı düzeyde olmadığı belirlenmiştir (Tablo 10, 11). Motlagh ve arkadaşları (2011)'nin, Tıp öğrencileri üniversitesi arasında sağlığı geliştirme davranışlarının incelenmesi üzerine 440 öğrenci ile yaptıkları benzer bir çalışmada anne ve babası çalışan ve çalışmayanlar arasında anlamlı bir farkın olmadığı belirlenmiştir (148).

Araştırmaya katılan öğrencilerin anne eğitim durumlarına göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları II ölçeği genelinden ve ölçekte yer alan fiziksel aktivite, manevi gelişim ve kişilerarası ilişkiler alt ölçeklerinden aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edilmiştir ($p<0,05$). Annesi lisans/lisansüstü mezunu olan öğrencilerin fiziksel aktivite, manevi gelişim ve kişilerarası ilişkiler alt ölçeklerinden aldıkları puanlar annesi ilköğretim ve altı düzeyde eğitim almış öğrencilere göre daha yüksek bulunmuştur. Annesi lisans/lisansüstü mezunu olan öğrencilerin kişilerarası ilişkiler alt ölçeğinden aldıkları puanlar annesi lise mezunu olan öğrencilere göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir (Tablo 12, 13). Sağlıklı yaşam tarzının kazandırılmasının

temel olarak ailede başladığı, geliştirildiği ve sürdürüldüğü belirtilmektedir. Her sağlık davranışı bir aile etkinliğidir. Ailenin sahip olduğu eğitim düzeyi sağlıklı olumlu veya olumsuz yönden etkileyebilmektedir. Çalışma sonuçlarında da görüldüğü gibi öğrencilerin anne-baba eğitim durumları ile SYBD ölçeği arasındaki ilişki incelendiğinde anne ve babası üniversite mezunu olan öğrencilerin ortalamaları, anne babası lise, ilköğretim ve okur yazar olmayan öğrencilerin ortalamalarından daha yüksek olduğu tespit edilmiştir ve gruplar arasında anlamlı bir ilişki elde edilmiştir. Literatürde yer çalışma sonuçlarına bakıldığında anne-baba eğitim düzeyi ile SYBD ölçeği toplam puan arasında anlamlı bir fark saptandığı belirlenmiştir. Díez ve arkadaşları (2012)'nin Üniversite öğrencilerine sağlıklı geliştirme müdahalesinin etkinliğini incelemek için Meksika'da yaptıkları kontrollü bir çalışmada anne-baba eğitim düzeyi arttıkça, SYBD ölçek puanı da paralel olarak arttığı ve gruplar arasında anlamlı bir farkın olduğu belirlenmiştir (149). Genel olarak gruplar arasında farklılıklar olmakla birlikte anne eğitim düzeyi yükseldikçe öğrencilerin sağlık sorumluluğu da yükseldiği gözlemlenmiştir. Bozhüyük (2010), Öğrencilerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Değerlendirilmesi üzerine yaptığı tez çalışmasında anne eğitim düzeyine göre sadece sağlık sorumluluğu alt ölçeğinin puan ortalamalarında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farkın olduğu belirlenmiştir. Sağlık sorumluluğu alt ölçeğindeki farkın “Okur/Yazar-İlköğretim”, “İlköğretim, Üniversite” ve “Lise, Üniversite” grupları arasındaki farktan kaynaklandığı bulunmuştur (150). Ayaz arkadaşları (2005)'nin, hemşirelik öğrencileri ile yaptığı çalışmada annenin öğrenim düzeyine göre incelendiğinde; annesi okuryazar olmayanların sağlık sorumluluğu en düşük, annesi üniversite mezunu olanların sağlık sorumluluğu en yüksek olduğu ve gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı saptanmıştır (71).

Araştırmaya katılan öğrencilerin aile tiplerine göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları II ölçeğinde yer alan stres yönetimi puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu görülmüştür ($p<0,05$). Çekirdek aile mensubu öğrencilerin puan ortalaması diğerlerinden daha yüksek bulunmuştur. Öğrencilerin ölçek genelinden ve ölçekte yer alan diğer alt ölçeklerden aldıkları puanlar arasında istatistiksel anlamlı bir farkın olmadığı belirlenmiştir (Tablo 17). Bostan (2013). Hemşirelerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını etkileyen faktörlerini inceleyen çalışmada, aile tipi ile SYBD ölçek puan ortalamaları arasında statiksel olarak anlamlı farkın olmadığı saptanmıştır (151). Dağdevire ve arkadaşları (2013)'nin, yaptıkları çalışmada da parçalanmış aileye sahip adölesanların sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının daha düşük olduğu ifade edilmiştir (127). Chen ve arkadaşları (2007)'nin, Farklı aile yapılarında ergen sağlığı ile ilgili davranışların karşılaştırılması üzerine 546 ergen ile yaptıkları çalışmada da kız adölesanların sağlığı geliştirme davranışları ile aile yapıları arasında anlamlı bir ilişki saptandığı belirlenmiştir (152). Bu durum aile yapısı ile ilgili çocuklara ayrılan zaman ve paylaşımların, ailenin ekonomik, sosyal ve diğer sorunlarının olması gibi nedenlerle diğer çalışmalarda da sıkça vurgulanan beklenen bir sonuç olduğu düşünülmektedir.

Araştırmaya dahil edilen öğrencilerin aile gelir durumlarına göre SYBD II ölçek geneli ve sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, beslenme ve manevi gelişim alt boyutu puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farkın olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$). Aile gelir durumu iyi olan öğrencilerin SYBD II ölçek geneli ve sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, beslenme puanları daha yüksek bulunmuştur. Ayrıca geliri kötü olan öğrencilerin manevi gelişim puanları diğer öğrencilere göre daha düşük olduğu saptanmıştır (Tablo 18). Hu ve arkadaşları (2016)'nin, 1990-2010 yılları arasında 17 Avrupa ülkesinde öz-değerlendirilmiş sağlıkta sosyoekonomik

eşitsizliklerin eğilimleri üzerinde yaptıkları çalışmada ülkelerde gelir durumu azaldıkça sağlık durumunun kötü olabildiği belirtilmektedir (153). Maniecka-Bryla ve arkadaşları (2012)'nin, Polonyo'da Lodz ilinde kırsal ve kentsel alanlar arasında sağlık eşitsizliklerini inceleyen çalışmada gelir durumuyla kişilerin kendi tanımlamalarına göre algıladıkları sağlık durumları arasında ilişki olmadığı belirlenmiştir (154). Meireles ve arkadaşları (2015)'nin, Kentsel ergenler arasında kendi kendine derecelendiren sağlık: yaşın, cinsiyetin rolü ve ilişkili faktörleri üzerine 1042 ergen ile Brezilya'da yaptıkları çalışmada öğrencilerin aile gelir durumlarına göre sağlıklı yaşam belirleme ölçeği puanları ile gelir durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı farkın olduğu saptanmıştır (155). Aslında gelir düzeyi artarken algılanan sağlığın da artması beklenen bir sonuç olduğu düşünülmektedir. Yalnız literatürde yapılan bazı çalışmalarda gelir düzeyinin ölçüme dayalı belirlenmesi, bizim çalışmamızda ise öğrencilerin ekonomik durumlarının kendi ifadelerine göre sorgulanmış olması olabilir. Ekonomik durumu algılama gelir düzeyi ile yakından ilişkili olsa da pek çok farklı bireysel, sosyal ve kültürel değişkenlerden de etkilenmektedir. Kötü ekonomik durumun adölesan ve ergenler üzerinde oluşturduğu stresin kendilerini dinleme ve algılamada uyanık tutmasına ve bireylerin sağlıklarına daha fazla önem vermesine ve sorumluluk almasına neden olabileceği de göz ardı edilmemelidir.

Araştırmaya katılan öğrencilerin aile sosyal güvencesi olma durumlarına göre SYBD II ölçek geneli ve ölçek alt boyutlarından aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$). Ailelerin sosyal güvencesi olma durumuna bakılmaksızın öğrencilerin ölçekten aldıkları puanlar benzer olduğu belirlenmiştir (Tablo 19). Adölesanların kendi sağlık sorumluluklarını önemli ölçüde aldıklarını ve sağlık hizmetlerinden nasıl yararlanacaklarını bildiklerini düşünülmektedir. Tambağ ve Turan (2012)'nin, Öğrencilerin sağlıklı yaşam biçimi

davranışları halk sağlığı hemşireliği dersi'nin etkisi üzerine yaptıkları çalışmada sosyal güvencesi olma durumlarına göre sağlıklı yaşam belirleme davranış ölçeği ile ölçek alt boyutlarından aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadığı belirlenmiştir (137).

Çalışmaya dahil edilen öğrencilerin, hobi sahibi olma durumlarına göre SYBD II ölçeği alt boyutlarından Fiziksel aktivite, Manevi gelişim, Kişilerarası ilişkiler ve Stres yönetimi puanları ve SYBD II ölçek genel puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edilmiştir ($p<0,05$). Hobisi olan katılımcıların söz konusu ölçeklerden aldıkları puanlar, hobisi olmayanlardan daha yüksektir ve aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı düzeyde olduğu belirlenmiştir (Tablo 21). Vural ve Bakır (2015)'in, yaptıkları çalışmada da benzer şekilde öğrencilerin Herhangi bir hobisinin olduğunu ifade eden öğrencilerin, fiziksel aktivite, manevi gelişim, kişilerarası ilişkiler, stres yönetimi, alt grupların puan ortancaları ile ölçekten toplam puan ortancasının herhangi bir hobisi olmadığını ifade eden öğrencilerden istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirlenmiştir (143). Cihangiroğlu ve Deveci (2011)'nin, Fırat Üniversitesi Elazığ Sağlık yüksekokulu öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve etkileyen faktörleri üzerine yaptıkları çalışmada da hobisi olan öğrencilerin olmayanlara göre kendini gerçekleştirme puanlarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir (156). Herhangi bir sosyal aktiviteye katılmak bireylerin iyilik ve sağlık seviyesini arttırarak, olumlu sağlık davranışları geliştirmeleri için yararlı olduğu düşünülmektedir.

Araştırmaya katılan öğrencilerin yaşadıkları yerleşim birimine göre SYBD II ölçek geneli ve ölçek alt boyutlarından aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$). Köyde yaşayan öğrencilerin puan ortalaması, şehirde yaşayanlardan daha yüksek hesaplanmasına karşın, aralarındaki fark

istatistiksel olarak anlamlı düzeyde olmadığı belirlenmiştir (Tablo 22). Köyde yaşayan öğrencilerin, şehirde yaşayan öğrencilerden daha yüksek hesaplanmasının temel nedeni, şehirde yaşayan kişilerin sosyal anlamda daha aktif ve birbirleri ile olan ilişkilerinin yoğun olmasından dolayı adölesanların sağlık davranışlarını olumlu yönde etkilemesi beklenen sonuç olduğu düşünülmektedir. Bu konu ile ilgili yapılan çalışma sonuçlarına bakıldığında, Dağdevire ve Şimşek (2013)'in, yaptıkları çalışma sonuçları ile bizim çalışma sonuçlarımız benzer sonuçların olduğu belirlenmiştir (127). Ünalın ve arkadaşları (2007)'nin, Meslek yüksekokullarının sağlık ve sosyal programlarında öğrenim gören öğrencilerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve öz-bakım gücü düzeyleri arasındaki ilişkinin incelenmesi üzerine yaptıkları çalışmada da öğrencilerin yaşadıkları yerleşim birimine göre SYBD II ölçek geneli ve ölçek alt boyutlarından aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadığı belirlenmiştir (157).

Bölüm 6

SONUÇ VE ÖNERİLER

Gazi Mağusa İlçesinde bulunan ortaokul öğrencilerinin sağlık algısı ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının değerlendirilmesini incelemek amacıyla yaptığımız çalışmada öğrencilerin %42.49'unun 13 yaşında olduğu, %47.98'nin kız, %52.02'sinin erkek olduğu ve %34.39'nun 7.'nci sınıf olduğu saptanmıştır.

6.1 Sonuçlar

- Öğrencilerin sağlık algısının 52.96 ± 7.73 , orta düzeye olduğu,
- Öğrencilerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları II ölçek geneli puan ortalaması 130.42 ± 20.71 , orta düzeyde olduğu,
- Öğrencilerin yaşlarına göre ve sağlıklı yaşam biçimi ölçeği genel puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farkın olduğu,
- Öğrencileri yaşlarına göre sağlık sorumluluğu ve fiziksel aktivite puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farkın olduğu,
- Öğrencilerin kardeş sahibi olma durumlarına göre manevi gelişim ve kişilerarası ilişkiler alt ölçekleri ve SYBD II ölçeği genel puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farkın olduğu,
- Öğrencilerin baba çalışma durumuna göre öz farkındalık alt boyutundan aldıkları puanlar arasında anlamlı bir farkın bulunduğu ve babası çalışan öğrencilerin daha yüksek puan aldığı,
- Öğrencilerin anne eğitim durumlarına göre sağlık algısı ölçeği genelinden ve ölçekte yer alan kontrol merkezi, kesinlik alt boyutlarından aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunduğu,

- Babanın sağlık sorunu yaşama durumuna göre öğrencilerin aldıkları Sağlık algısı ölçek geneli ve ölçek alt boyutu olan sağlığın önemi puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farkın olduğu,
- Öğrencilerin anne/baba sağlık sorunu yaşama durumuna göre öğrencilerin aldıkları Sağlık algısı ölçek geneli ve ölçek alt boyutu olan sağlığın önemi puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farkın olduğu,
- Öğrencilerin aile gelir durumlarına göre sağlık algısı leği genelinden ve ölçekte yer alan kesinlik, sağlığın önemi ve öz farkındalık alt ölçeklerinden aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunduğu,
- Öğrencilerin sağlığa zararlı alışkanlığı olması durumuna göre Sağlık algısı ölçek geneli ve ölçekte yer alan sağlığın önemi ve öz farkındalık alt boyutlarından aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu
- Öğrencilerin aile gelir durumlarına göre SYBD II lek geneli ve sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, beslenme ve manevi gelişim alt boyutu puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farkın olduğu saptanmıştır.

Özetle sağlık algısını etkileyen faktörlerin; aile tipi, anne-baba çalışma durumu, anne-baba eğitim durumu, baba sağlık sorunu, aile gelir durumu, sağlığa zararlı alışkanlıklar, hobi sahibi olma durumu olduğu ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını etkileyen faktörlerin de sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, yaş, kardeş sayısı, anne sağlık sorunu, aile gelir durumu, hobi sahibi olma durumunun etkilediği sonucuna ulaşılmıştır. Ayrıca sağlık algıları ve sağlık yaşam biçimi davranışları arasında pozitif ilişiki olmasından dolayı ergenlerin sağlık algılamaları arttırıka olumlu davranış biçimi gösterdikleri görülmüştür.

6.2 Öneriler

- Ergenlerin tanıtıcı ve ailesel özelliklerden yaşadığı yerin, öğrenim görülen sınıfın, anne ve baba eğitim düzeylerinin, anne çalışma durumunun ve aile gelir düzeyinin sağlığı geliştirici davranışları etkilediği saptandığından eğitimler ve programlar planlanırken bu faktörlerin de göz önüne alınması gerektiği,
- Sağlık algılarının ve sağlıklı yaşam davranışlarının gelişmesinde anne ve baba desteğinin sağlanması, bu konularda belirli aralıklarla anne ve babaya yönelik de eğitim programlarının düzenlenmesi,
- Ergenlerin Sağlığı geliştirici davranışları değerlendiren araştırmaların sonucunda bireysel destek verilmesi gereken öğrencilerin saptanması ve bu öğrencilere yönelik programlar oluşturulması,
- Sağlık algısı ile sağlıklı yaşam davranışlarının olumlu bir ilişkide oluşması ve öğrencilere kendini gerçekleştirmede, sağlık sorumluluğunu almada ve sağlıklarını doğru bir şekilde algılamalarını sağlayan davranışlarının kazandırılmasında farkındalığın oluşturulması, gerekirse bireysel özelliklerine göre öğrencilerin desteklenmesi gerektiği önerilmektedir.

KAYNAKLAR

- [1] Altıparmak, S., Taner, Ş., Türk Soyer, M., Eser E., (2012), *İzmir/Bornova İlköğretim İkinci Kademe Devlet Okullarındaki Ergenlerde Yaşam Kalitesi*, Anadolu Psikiyatr Derg, 167-173.
- [2] Alikashiöglu, M. (2005), *Approach to adolescent*, Turk Arch Pediatrics, 191-198.
- [3] Abalı, O. (2014), *Ergenlik Dönemi ve Ruhsal Yaklaşım*, İstanbul: Adeda Yayınları.
- [4] Derman, O. (2008), *Ergenlerde Psikososyal Gelişim*, İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri, Adölesan Sağlığı II, Sempozyum Dizisi, 63:19-21.
- [5] Eneçcan, F. N., Şahin, E. M., Erdal, M., Aktürk, Z., Kara, M., (2011), *Edirne Şehir Merkezindeki Lise Öğrencilerinde Riskli Sağlık Davranışlarının Değerlendirilmesi*, TAF Preventive Medicine Bulletin, 10:687-700.
- [6] Sarı, C. (2006), *Lise Öğrencilerinde Riskli Sağlık Davranışları*, Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi, İstanbul.
- [7] Oliver, M., Schofield, GM., Schluter, PJ., (2010), *Parent influences on preschoolers' objectively assessed physical activity*, Journal of Science and Medicine in Sport, 13:403–409.

- [8] Kutlu, R., Çivi, S., (2009), *Özel Bir ilköğretim Okulu Öğrencilerinde Beslenme Alışkanlıklarının ve Beden Kitle Endekslerinin Değerlendirilmesi*, Selçuk Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı, KONYA, Fırat Tıp Dergisi,14(1): 18-24.
- [9] Kayıran, S., M., (2015), *Pediatric*, 1. Baskı, İstanbul: Selen Yayınevi, 210-220.
- [10] Aslan, D., Gürtan, E., Hacım, A., Karaca, N., Şenol, E., Yıldırım, E., (2003), *Ankara'da Eryaman Sağlık Ocağı Bölgesi'nde Bir Lisenin İkinci Sınıfında Okuyan Kız Öğrencilerin Beslenme Durumlarının ve Bazı Antropometrik Ölçümlerinin Değerlendirmeleri*, C. Ü. Tıp Fakültesi Dergisi, 25, 55-62.
- [11] https://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/child_hospital/
(Erişim Tarihi: Temmuz 2017)
- [12] Velioglu, P. (2012), *Hemşirelikte Kavramlar Ve Kuramlar*, Akademi Basın ve Yayıncılık. Ankara, 89-103.
- [13] Çapık, C. (2006), *Yoksul Ve Yoksul Olmayan Kadınlarda Sağlık Algısını Etkileyen Etmenlerin İncelenmesi*. Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İzmir, (Danışman: Prof. Dr. Zuhal Bahar.
- [14] Doğanay, S., Uçku, ŞR., (2012), *Yaşlılarda Kötü Sağlık Algısı Koroner Kalp Hastalığı Ve Ölümleri Belirler Mi?* Turkish Journal Of Geriatrics, 15, 396–402.

- [15] Açıksöz, S., Uzun, Ş., Arslan, F. (2013), *Hemşirelik Öğrencilerinin Sağlık Algısı İle Sağlığı Geliştirme Davranışları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi*, Gülhane Med J. ; 55: 181-187.
- [16] Cevizci, S., Uludağ, A., Babaoğlu, Ü. T., Karahmet, E., Vural, A., Şahin, E. M., Özdemir, H., Ünver, A., (2015), *Dezavantajlı Öğrencilerde Sağlık Algısının ve Psikososyal Becerilerinin Geliştirilmesi: Okul Tabanlı Bir Müdahale Çalışması*, TAF Preventive Medicine Bulletin, 14: 39-48.
- [17] Semerci, B. (2007), Ergen Ruh Sağlığı, *Aileler ve Ergenler İçin*, 2. Baskı, İstanbul: Alfa Yayınları;. P. 10-1.
- [18] Diamond, J. J., Becker, J.A., Arenson, C.A., Chambers, C.V., Rosenthal, M.P.(2007), *Development Of A Scale To Measure Adults Perceptions Of Health: Priliminary Findings*. Journal Of Community, Psychology, 35:557-61.
- [19] Unicef, (2002), *Adolesan Sağlığı ve Gelişimi Programı Rehber Kitabı*, TC. Sağlık Bakanlığı AÇS/AP Genel Müdürlüğü, Ankara.
- [20] Johnson, RL. (2005), *Gender Differences İn Health Promoting Life Styles Of African Americans*, Public Health Nursing, 22: 130-7.
- [21] Bertan, M. (2003), *Introduction. In: Adolescence And Adolescent Reproductive Health. International Children's Center*, Meteksan AŞ, Ankara, 118-123.

- [22] Özcebe, H. (2007), *Gençlerde Riskli Davranışlar ve Sağlığın Geliştirilmesi: Türkiye’de Gençlerin Sağlığına Genel Bir Bakış*, XI. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi Kitabı, 23-26 Ekim, Denizli:149-153.
- [23] Sümbüloğlu, K., Sümbüloğlu, V., (2007), *Biyoistatistik*. 12. Baskı. İstanbul; Hatiboğlu Basımevi, 266.
- [24] Dişçi, R. (2008), *Biyoistatistik*. İstanbul; Medikal Yayıncılık, 220-221.
- [25] Ayaz, M., Ayaz, A.B., Soylu, N.,(2012), *Çocuk ve Ergen Adli Olgularda Ruhsal Değerlendirme*, Sakarya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği, Sakarya, Gaziantep Çocuk Hastanesi, Gaziantep Klinik Psikiyatri;15:33-40.
- [26] Kadıoğlu, H., Yıldız, A., (2012), *Sağlık Algısı Ölçeği’nin Türkçe Çevriminin Geçerlilik ve Güvenilirliği*. Türkiye Klinikleri, 32:47-53.
- [27] Doğan, T. (2011). Sosyal görünüş kaygısı ölçeğinin psikometrik özelliklerinin ergenlerden oluşan bir örnekleme de incelenmesi. *İlköğretim Online*, 10(1), 12-19.
- [28] Binay, Ş. (2012). Ergenlerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları İle Öz Yeterlilikleri Arasındaki İlişki. Yüksek Lisans Tezi, Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı, Mersin.
- [29] Can, G. (2018). Kişilik gelişimi. *Pegem Atıf İndeksi*, Ankara, s:123-163.

- [30] Deniz, M. E. (2017). Erken çocukluk döneminde gelişim. *Pegem Atıf İndeksi*, 1-388.
- [31] Parlaz, E. A., Tekgül, N., Karademirci, E., & Öngel, K. (2012). Ergenlik dönemi: fiziksel büyüme, psikolojik ve sosyal gelişim süreci. *Turkish Family Physician*, 3(2), 10-16.
- [32] Kağıtçıbaşı, Ç., Baydar, N., & Akçınar, B. (2018). Erken Ergenlikte Ahlak Gelişimi: Bir Müdahale Araştırması.
- [33] Özvarış Ş.B., (2011). Sağlığı Geliştirme ve Sağlık Eğitimi, Hacettepe Üniversitesi Yayınları, Ankara. s-33-34.
- [34] Arslan, E. (2017). Erken çocuklukta bilişsel gelişim. *Pegem Atıf İndeksi*, 2-24.
- [35] Gülay, H. (2010). *Okul öncesi dönemde akran ilişkileri*. Pegem Akademi Yayıncılık., 2-38
- [36] Meydanlıoğlu, A. (2015). Çocuklarda fiziksel aktivitenin biyopsikososyal yararları. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 7(2), 125-135.
- [37] Ahioğlu-Lindberg, E.N. (2011). Piaget ve ergenlikte bilişsel gelişim. *Kastamonu Eğitim Dergisi*, (19)1, 1-10.

- [38] Gül, E. (2016). Ergenlerde Sosyal Görünüş Kaygısı ve Sosyal Karşılaştırmanın Fonksiyonel Olmayan Tutum ve Bilişsel Çarpıtmalarla İlişkisi. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üsküdar Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- [39] Küçükkaragöz, H. (2018). Bilişsel gelişim ve dil gelişimi. *Pegem Atıf İndeksi*, 83-121.
- [40] Korkmaz, İ. (2018). Sosyal öğrenme kuramı. *Pegem Atıf İndeksi*, 245-269.
- [41] Erden, Ş. (2017). Duygusal gelişim. *Pegem Atıf İndeksi*, 180-212.
- [42] Dishion, T. J., & Tipsord, J. M. (2011). Peer contagion in child and adolescent social and emotional development. *Annual review of psychology*, 62, 189-214.
- [43] Grogan, S. (2016). *Body image: Understanding body dissatisfaction in men, women and children*. Routledge.
- [44] Holland, G., & Tiggemann, M. (2016). A systematic review of the impact of the use of social networking sites on body image and disordered eating outcomes. *Body image*, 17, 100-110.
- [45] Fenton, C., Brooks, F., Spencer, N. H., & Morgan, A. (2010). Sustaining a positive body image in adolescence: an assets-based analysis. *Health & social care in the community*, 18(2), 189-198.

- [46] İlhan, N., Batmaz, M., Akhan, L.U., (2010), *Üniversite Öğrencilerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları*, Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi, 3:3.
- [47] Haspolat, Y.K., Karabel, M., Karabel, D., Kelekçi, S., Tuncel, T., Şen, V., Uluca, Ü., Tan, İ.,(2016), *Ergen Polikliniğine Başvuran Olguların Sosyodemografik Özelliklerinin Değerlendirilmesi*, Dicle Tıp Dergisi / 2016; 43 (1): 62-66.
- [48] <https://www.tuseb.gov.tr/enstitu> Erişim Tarihi: 29.12.2018
- [49] https://www.unicef.org/turkey/dcd05/_sum05_3.html Erişim Tarihi: 29.12.2018
- [50] <http://www.devplan.org/frame-tr.html> Erişim Tarihi: 29.12.2018
- [51] Patton, G. C., Sawyer, S. M., Santelli, J. S., Ross, D. A., Afifi, R., Allen, N. B., ... & Kakuma, R. (2016). Our future: a Lancet commission on adolescent health and wellbeing. *The Lancet*, 387(10036), 2423-2478.
- [52] Tucker, S. J., Weymiller, A. J., Cutshall, S. M., Rhudy, L. M., & Lohse, C. M. (2012). Stress ratings and health promotion practices among RNs: a case for action. *Journal of Nursing Administration*, 42(5), 282-292.
- [53] Yılmazel, G., Çetinkaya, F., & Naçar, M. (2013). Hemşirelik Öğrencilerinde Sağlığı Geliştirme Davranışları. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 12(3).

- [54] Açıkgöz, K.Ü. (1996) *Maslow'un Gereksinim Kuramı: Etkili Öğrenme ve Öğretme*. Kanyılmaz Matbaası, 193-201, İzmir.
- [55] Deniz, M.E. (2008). *Ergenlik Çağı Sosyal İlişkileri*. A.M. Sünbül. (Ed.). Eğitime Yeni Bakışlar içinde. Konya: Eğitim Akademi.
- [56] Roditis, M., Delucchi, K., Cash, D., & Halpern-Felsher, B. (2016). Adolescents' perceptions of health risks, social risks, and benefits differ across tobacco products. *Journal of Adolescent Health, 58*(5), 558-566.
- [57] Cloninger, C. R., & Zohar, A. H. (2011). Personality and the perception of health and happiness. *Journal of affective disorders, 128*(1-2), 24-32.
- [58] Bahar, Z., Beşer, A., Gördes, N., Erşdn, F., ve Kıssal, A. (2008), Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II'nin Geçerlilik ve Güvenirlik Çalışması. C.Ü.Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 12(1).
- [59] Oşar, Z. (2004) *Beslenme ve metabolizmada temel kavramlar*. Oşar Z, Erkan T. *Sağlıkta ve Hastalıkta Beslenme*. İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri. Sempozyum Dizisi No:41, 13-17, İstanbul.
- [60] Steiner, H. (2008). *Ergen Terapisi*. (Çeviren: Y. Ö. Şallı) İstanbul: Prestij. S:36-45
- [61] Carpenter, C. J. (2010). A meta-analysis of the effectiveness of health belief model variables in predicting behavior. *Health communication, 25*(8), 661-669.

- [62] Umberson, D., Crosnoe, R., & Reczek, C. (2010). Social relationships and health behavior across the life course. *Annual review of sociology*, 36, 139-157.
- [63] Aykut, M. (2011) *Yeterli ve Dengeli Beslenme. İçinde Halk Sağlığı Genel Bilgiler*.
- [64] İlhan, N., Batmaz, M., & Akhan, L. U. (2010). Üniversite öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışları. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, 3(3), 34-44.
- [65] Sawyer, S. M., Afifi, R. A., Bearinger, L. H., Blakemore, S. J., Dick, B., Ezeh, A. C., & Patton, G. C. (2012). Adolescence: a foundation for future health. *The Lancet*, 379(9826), 1630-1640.
- [66] Eser, E., Yüksel, H., Baydur, H., Erhart, M., Saatli, G., Özyurt, B. C., ve Ravens-Sieberer, U. (2008). Çocuklar İçin Genel Amaçlı Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesi Ölçeği (Kid-KINDL) Türkçe Sürümünün Psikometrik Özellikleri. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 19(4).
- [67] Kiecolt-Glaser, J. K., Gouin, J. P., Weng, N. P., Malarkey, W. B., Beversdorf, D. Q., & Glaser, R. (2011). Childhood adversity heightens the impact of later-life caregiving stress on telomere length and inflammation. *Psychosomatic medicine*, 73(1), 16.
- [68] Sevindik, F. (2011). Fırat üniversitesi öğrencilerinde problemlili internet kullanımı ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının belirlenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Malatya,

- [69] İlhan, N., Batmaz, M. ve Utaş, Akhan L, (2010) *Üniversite Öğrencilerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları*. Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim Ve Sanatı Dergisi,: 3(3): s.34-44. İstanbul.
- [70] Bozhüyük, A., Özcan, S., Kurdak, H., Akpınar, E., Saatçı, E. vee Bozdemir, N. (2012) *Sağlıklı Yaşam Biçimi ve Aile Hekimliği*, Turkish Journal Of Family Medicine And Primary Care, 1:13-21.
- [71] Ayaz, S., Tezcan, S. ve Akıncı, F. (2005) *Hemşirelik Yüksekokulu Öğrencilerinin Sağlığı Geliştirme Davranışları*. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi,: 9(2): s.26-34. Sivas.
- [72] Memik, N. C., Ağaoğlu, B., Coşkun, A., Üneri, O. S., & Karakaya, I. (2007). Çocuklar için yaşam kalitesi ölçeğinin 13-18 yaş ergen formunun geçerlik ve güvenilirliği. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 18(4), 353-363.
- [73] Kocaakman, M., Aksoy, G. Ve Eker, H.H. (2010) *İstanbul İlindeki Hemşirelik Yüksekokulu Öğrencilerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları*. S.D.Ü. Tıp Fak. Derg.:17(2)/ 19-24. İzmir.
- [74] Diclemente, R. J., Hansen, W. B., & Ponton, L. E. (Eds.). (2013). *Handbook of adolescent health risk behavior*. Springer Science & Business Media.
- [75] Kuşdemir, C.D. (2015) *Üniversite Öğrencilerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının İncelenmesi*, Yüksek Lisans Tezi.

- [76] Akyol, A., Bilgi., P. ve Ersoy, G. (2008) *Fiziksel Aktivite, Beslenme Ve Sağlıklı Yaşam*. Sağlık Bakanlığı Yayınları, Klasmat Matbaacılık, Ankara.
- [77] Bahar, Z., ve Açıl, D. (2014). Sağlığı geliştirme modeli: kavramsal yapı. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 7(1).
- [78] Şener, D. K., & Ocakçı, A. F. (2014). Yoksulluğun Çocuk Sağlığı Üzerine Çok Boyutlu Etkileri. *Ankara Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 13(1), 57-68.
- [79] Unicef, (2002), *Adolesan Sağlığı ve Gelişimi Programı Rehber Kitabı*, TC. Sağlık Bakanlığı AÇS/AP Genel Müdürlüğü, Ankara.
- [80] Strasburger, V. C., Jordan, A. B., & Donnerstein, E. (2010). Health effects of media on children and adolescents. *Pediatrics*, 125(4), 756-767.
- [81] Koltarla, S., (2008) *Taksim Eğitim ve Araştırma Hastanesi Sağlık Personelinin Yaşam Kalitesinin Araştırılması*. Uzmanlık Tezi.
- [82] Bertan, M. (2003), *Introduction. In: Adolescence And Adolescent Reproductive Health. International Children's Center, Meteksan AŞ, Ankara*, 118-123.
- [83] Fişek, G.O. (1996). *Psikolojik Danışmanlıkta Yeni Ufuklara bir örnek: Duygusal Zekâ*. İstanbul: IX. Ulusal Psikoloji Kongresi Bilimsel Çalışmalar. Türk Psikologlar Derneği Yayınları.

- [84] Birol, I. (2004) *Sağlık ve Hastalık Kavramı Hemşirelik Süreci*. 6. Basım. Etki Matbaacılık, İzmir.
- [85] Bottorff, J.L., Johnson, J.L., Ratner, P.A. And Hayduk, L.A. *The Effects Of Cognitive-Persceptual Factors On Health Promotion Behavior Maintenance*. Nurs Res; 45(1):30-36, 1996.
- [86] Baltacı, G. (2008). Çocuk ve spor. *Ankara: Hacettepe Üniversitesi-Sağlık Bilimleri Fakültesi, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Bölümü, Birinci Basım: Şubat*.
- [87] Bek, N. *Fiziksel Aktivite ve Sağlığımız*. <http://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/t43.pdf>
- [88] Öztürk M. (2005) *Üniversitede Eğitim-Öğretim Gören Öğrencilerde Uluslararası Fiziksel Aktivite Anketinin Geçerliliği ve Güvenirliği ve Fiziksel Aktivite Düzeylerinin Belirlenmesi*. Yüksek Lisans Tezi.
- [89] Aktürk, Z. (2013) *Sağlıklı Yaşam: Beden Eğitimi Danışmanlığı*. Anadolu Üniversitesi Açıköğretim Fakültesi Yayınları, 1.Baskı, Eskişehir.
- [90] T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye'ye özgü beslenme rehberi TC Sağlık Bakanlığı. *Türkiye Fiziksel Aktivite Rehberi* (2014). Ankara: Kuban Matbaacılık Yayıncılık Sağlık Bakanlığı Yayınları.
- [91] Pekcan, H. (2015). Adölesan (delikanlı) sağlığı. *Halk Sağlığı Temel İlkeleri, Bölüm, 9*, 486-538.

- [92] Marcus BH, Albrecht AE, King TK, Et al. *The efficacy of exercise as an aid for smoking cessation in women: a randomized controlled trial*. Archives of Internal Medicine 1999;159 (11):1229-1234
- [93] Biddle, S. J., & Asare, M. (2011). Physical activity and mental health in children and adolescents: a review of reviews. *British journal of sports medicine*, 45(11), 886-895.
- [94] Banerjee, S., Dias, A., Shinkre, R., & Patel, V. (2011). Under-nutrition among adolescents: A survey in five secondary schools in rural Goa. *The National medical journal of India*, 24(1), 8.
- [95] Martin CK, Church TS, Thompson AM, Earnest CP, Blair SN. *Exercise dose and quality of life: a randomized controlled trial*. Archives of Internal Medicine. 2009;169 (3):269-278.
- [96] World Health Organization. *Global health risks: mortality and burden of disease attributable to selected major risks*: World Health Organization; 2009.
- [97] Sencer E, Orhan Y. (2005) *Beslenme*. İstanbul: Medikal Yayıncılık: 1-8, İstanbul,.
- [98] Soylu, M. (2006) *Sağlıklı Beslenme-Sağlıklı Süt*. I. Ulusal Sağlığı Geliştirme ve Sağlık Eğitimi Kongresi Özet Kitabı. 37. Marmaris-Muğla, 9-12 Kasım: Muğla,
- [99] Güler, Akın, Ç. (2015), Adelosan, sağlığı. *Halk Sağlığı Temel Bilgiler*, 3, 486-538.

- [100] Alper, Y., Pündük, Z., Akçakoyun, F., ve Göktaş, Z. (2017), Balıkesir Fen Lisesi Öğrencilerinde Beslenme ve Fiziksel Aktivite Alışkanlıklarının İncelenmesi. *Sportif Bakış: Spor Ve Eğitim Bilimleri Dergisi*, 4(2), 101-110.
- [101] Geckil, E., & Dündar, Ö. (2011). Turkish adolescent health risk behaviors and self-esteem. *Social Behavior and Personality: an international journal*, 39(2), 219-227.
- [102] Neyzi, O., Ertuğrul, T., (2002), *Pediatric Cilt 1. 3. Baskı*, İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri, 210-220.
- [103] Aksoy, T. (2010) *Hemşirelik Öğrencilerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları*. Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi, Ankara.
- [104] Özcebe, H. (2007), *Gençlerde Riskli Davranışlar ve Sağlığın Geliştirilmesi: Türkiye’de Gençlerin Sağlığına Genel Bir Bakış*, XI. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi Kitabı, 23-26 Ekim, Denizli:149-153.
- [105] Gürses, İ., & Kılavuz, M. A. (2011). Erikson’un psiko-sosyal gelişim dönemleri teorisi açısından kuşaklararası din eğitimi ve iletişiminin önemi. *Uludağ Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi*, 20(2).
- [106] Fırıncı, T. (2017), Ergenlik Çağındaki Gençlerde Sağlıklı Yaşam Biçimi Araştırması. Gazi Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Dergisi,1(2).

- [107] Desrosiers, A., Kelley, B. S., & Miller, L. (2011). Parent and peer relationships and relational spirituality in adolescents and young adults. *Psychology of Religion and Spirituality*, 3(1), 39.
- [108] Arslan, C., Hamarta, E., Arslan, E., & Saygın, Y. (2010). Ergenlerde saldırganlık ve kişilerarası problem çözmenin incelenmesi. *İlköğretim Online*, 9(1).
- [109] Chen M.Y., Shiao Y.C., Gau Y.M. (2007), Comparison of Adolescent Health-Related Behavior in Different Family Structures. *Journal of Nursing Research*, 15: 1-10.
- [110] Tümkaya, S., Çelik, M., & Aybek, B. (2013). Ergenlerin Kişilerarası İlişkilerini Etkileyen Sosyal Yaşantı Değişkenlerinin İncelenmesi. *Sosyal Ve Beşeri Bilimler Araştırmaları Dergisi*, (24), 163-178.
- [111] Çetinkaya, Ş. (2013). *Lise öğrencisi erkek ergenlerde problem çözme eğitiminin; problem çözme becerisi, kişilerarası ilişki tarzı ve öfke kontrolü üzerine etkisi*, Yüksek Lisan Tezi Adnan Menderes Üniversitesi, Eğitim Bilimleri Entitüsü, Aydın.
- [112] Morelli, S. A., Lee, I. A., Arnn, M. E., & Zaki, J. (2015). Emotional and instrumental support provision interact to predict well-being. *Emotion*, 15(4), 484.
- [113] Bayhan, P., ve Işıtan, A. G. S. (2010). Ergenlik döneminde ilişkiler: akran ve romantik ilişkilere genel bakış. *Sosyal Politika Çalışmaları Dergisi*, 20(20).

- [114] Davis, K. (2013). Young people's digital lives: The impact of interpersonal relationships and digital media use on adolescents' sense of identity. *Computers in Human Behavior*, 29(6), 2281-2293.
- [115] Adana, F., ve Arslantaş, H. (2011). Ergenlikte öfke ve öfkenin yönetiminde okul hemşiresinin rolü, ADÜ Tıp Fakültesi Dergisi, 12(1) : 57 – 62
- [116] Saral, K. (2013). Yetiştirme yurdunda kalan ergenlerin stresle başa çıkma tarzları eğitim-öğretim yaşantılarında stresle başa çıkma ve sosyal karşılaştırma düzeylerinin bazı değişkenler açısından incelenmesi, Yüksek Lisans Tezi İstanbul Arel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- [117] Cohen, J. A., Issues, T. W. G. O. Q., & AACAP Work Group on Quality Issues. (2010). Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with posttraumatic stress disorder. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 49(4), 414-430.
- [118] Özçelik, H. (2012) *Isparta İl Merkezinde Görev Yapan Toplum Öncüsü Bazı Meslek Üyelerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Değerlendirilmesi*. Süleyman Demirel Üniversitesi, sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, (Danışman: Yrd. Doç. Dr. Yonca Sönmez), Isparta.
- [119] Sezgen, A. (2016). *Lise öğrencilerinin antidepresan kullanma durumları ve bunu etkileyen faktörlerin belirlenmesi*, Doktora Tezi, Koç Üniversitesi. İstanbul.

- [120] Özbaşaran, F., Çetinkaya, A. ve Güngör, N. (2004) *Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Öğrencilerinin Sağlık Davranışları*. Atatürk Üniv. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, Cilt: 7, Sayı: 3,Erzurum.
- [121] Ulutaşdemir, N., Balsak, H., Çopur, E. Ö., ve Demiroğlu, N. (2016). Halk Sağlığı Hemşireliğinin Bir Dalı: Okul Sağlığı Hemşireliği. *Turkiye Klinikleri J Public Health Nurs-Special Topics*, 2(1), 121-4.
- [122] Türnüklü, A., Şahin, İ. (2004). *13-14 Yaş Grubu Öğrencilerin Çatışma Çözme Stratejilerinin İncelenmesi*. Türk Psikoloji Yazıları,
- [123] Berçin, T. (2010). Lise öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve bu davranışları etkileyen faktörlerin belirlenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hacettepe Üniversitesi, Ankara.
- [124] Kefeli, B. (2010). Samsun il merkezindeki lise öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının değerlendirilmesi. *Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Yüksek Lisans Tezi Samsun*.
- [125] Şimşekoğlu, N., & Mayda, A. S. (2016). Bir Üniversite Hastanesinde Görevli Hemşirelerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Sağlık Kaygısı Düzeyleri. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 6(1), 19-29.
- [126] Kürtüncü, M., Müge, U. Z. U. N., ve Ayoğlu, F. N. (2015). The Effect Of Adolescent Training Program On Risky Health Behaviours And Health Perception. *Yükseköğretim Ve Bilim Dergisi*, 5(2), 187-195.

- [127] Dağdevire, Z., ve Şimşek, Z. (2013). Şanlıurfa İl Merkezindeki Lise Öğrencilerinin Sağlığı Geliştirme Davranışları ve İlişkili Faktörler. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 12(2).
- [128] Çavuşoğlu H. Çocuk Sağlığı Hemşireliği. Cild 1, Ankara: Hürbilek Matbaası, 2008: 51-67.
- [129] Yalçınkaya, M., Özer, F. G., ve Karamanoğlu, A. Y. (2007). Sağlık çalışanlarında sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının değerlendirilmesi. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni*, 6(6), 409-420.
- [130] Sümen, A., & Öncel, S. (2017). Türkiye’de lise öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını etkileyen faktörler: Sistematik derleme. *Eur J Ther*, 23, 74-82.
- [131] Almutairi, K. M., Alonazi, W. B., Vinluan, J. M., Almigbal, T. H., Batais, M. A., Alodhayani, A. A., ... & Alhoqail, R. I. (2018). Health promoting lifestyle of university students in Saudi Arabia: a cross-sectional assessment. *BMC public health*, 18(1), 1093.
- [132] Özyazıcıoğlu, N., Kılıç, M., Erdem, N., Yavuz, C., & Afacan, S. (2011). Hemşirelik öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının belirlenmesi. *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi*, 8(2), 277-332.
- [133] Cala, V. C., Soriano-Ayala, E., & González, A. J. (2016). Adolescents Perceptions of Health Education in Secondary Schools: The Need for a Dialectical,

Practical and Transcultural Proposal. *Practice and Theory in Systems of Education*, 11(1), 27-35.

[134] Al-Qallaf, B. A., Nmb Al-Otaibi, B., & AM Al-Othman, H. (2012). Perception of Adolescents Towards Health Related Issues in Secondary Schools, Kuwait. *European Journal of General Medicine*, 9(3).

[135] Yang, R. J., Wang, E. K., Hsieh, Y. S., & Chen, M. Y. (2006). Irregular breakfast eating and health status among adolescents in Taiwan. *BMC public health*, 6(1), 295.

[136] Oral, B. (2018), Erciyes Üniversitesi Öğrencilerinin Sağlık Algısı ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları, Tıpta Uzmanlık Tezi, Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Kayseri.

[137] Tambağ H (2011). Hatay Sağlık Yüksekokulu Öğrencilerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ve Etkileyen Faktörler. Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi, 47-58.

[138] Adıbelli, D., Olğun, S., & Turan, G. S. (2017). Hemşirelik Öğrencilerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ve Etkileyen Faktörler. *Cumhuriyet Hemşirelik Dergisi*, 6(1), 8-17.

[139] You, S., Furlong, M. J., Dowdy, E., Renshaw, T. L., Smith, D. C., & O'Malley, M. D. (2014). Further validation of the Social and Emotional Health Survey for high school students. *Applied Research in Quality of Life*, 9(4), 997-1015.

- [140] Savaş, Güler, Z. (2017). Van Sağlık Yüksekokulu Öğrencilerinin Sağlıklı Yaşam Biçimlerinin ve Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Van Yüzüncü Yıl Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Esasları Programı, Van.
- [141] Cho, H., Lee, S. J., & Cui, R. S. (2010). Comparison of health promotion lifestyles and self-esteem of Korean and Chinese nursing students. *Journal of Korean Academy of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 19(1), 22-33.
- [142] Piernas, C., & Popkin, B. M. (2010). Trends in snacking among US children. *Health affairs*, 29(3), 398-404.
- [143] Vural, P. I., ve Bakır, N. (2015). Meslek yüksekokulu öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve etkileyen faktörler. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi Cilt: 6;1*.
- [144] Bebiş, H., Akpunar, D., Özdemir, S., & Kılıç, S. (2015). Bir ortaöğretim okulundaki adölesanların sağlığı geliştirme davranışlarının incelenmesi. *Gülhane Tıp Dergisi*, 57, 129-135.
- [145] Aral, N., & Keskin, A. D. (2012), The Acquisition of Healthy Life Behaviors to Children. *Research on Education*, 348. International Association of Social Science Research.
- [146] El Ansari, W., Stock, C., John, J., Deeny, P., Phillips, C., Snelgrove, S., ... & Mabhala, A. (2011). Health promoting behaviours and lifestyle characteristics

of students at seven universities in the UK. *Central European journal of public health*, 19(4).

- [147] Aras, S., Günay, T., Özan, S., & Orcin, E. (2007). Izmir ilinde lise öğrencilerinin riskli davranışları/Risky behaviors among high school students in Izmir. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 8(3), 186.
- [148] Motlagh, Z., Mazloomi-Mahmoodabad, S., & Momayyezi, M. (2011). Study of Health-promotion behaviors among university of medical science students. *Zahedan Journal of Research in Medical Sciences*, 13(4), 29-34.
- [149] Díez, S. M. U., Fortis, A. P., & Franco, S. F. (2012). Efficacy of a health-promotion intervention for college students: a randomized controlled trial. *Nursing research*, 61(2), 121-132.
- [150] Bozhüyük A. (2010), Öğrencilerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Değerlendirilmesi. Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Uzmanlık tezi, Adana.
- [151] Bostan N. (2013). Hemşirelerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarını Etkileyen Faktörler. Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Hemşireliği Yüksek Lisans Tezi, İzmir.
- [152] Chen M.Y., Shiao Y.C., Gau Y.M. (2007), Comparison of Adolescent Health-Related Behavior in Different Family Structures. *Journal of Nursing Research*, 15: 1-10.

- [153] Hu, Y., van Lenthe, F. J., Borsboom, G. J., Looman, C. W., Bopp, M., Burström, B., ... & Leinsalu, M. (2016). Trends in socioeconomic inequalities in self-assessed health in 17 European countries between 1990 and 2010. *J Epidemiol Community Health*, jech-2015.
- [154] Maniecka-Bryla, I., Pikala, M., & Bryla, M. (2012). Health inequalities among rural and urban inhabitants of Łódź province, Poland. *Annals of Agricultural and Environmental Medicine*, 19(4).
- [155] Meireles, A. L., Xavier, C. C., de Souza Andrade, A. C., Proietti, F. A., & Caiaffa, W. T. (2015). Self-rated health among urban adolescents: the roles of age, gender, and their associated factors. *PLoS One*, 10(7), e0132254.
- [156] Cihangiroğlu Z, ve Deveci S.E. (2011), Fırat Üniversitesi Elazığ Sağlık Yüksekokulu Öğrencilerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Etkileyen Faktörler. *Fırat Tıp Dergisi*, 16:78-83.
- [157] Ünalın, D., Şenol, V., Öztürk, A., Erkorkmaz, Ü (2007). Meslek Yüksekokullarının Sağlık ve Sosyal Programlarında Öğrenim Gören Öğrencilerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Öz-Bakım Gücü Düzeyleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi, İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Derg, 14,2, 101-109.

EKLER

Ek 1: Tanıtıcı Bilgi Formu

Araştırma bilimsel bir nitelik taşıdığından, kişi ve aile bilgileriniz gizli tutulacaktır. Form 17 sorudan oluşmaktadır, soruları tam olarak okuduktan sonra kendinize en uygun olan seçeneği işaretleyiniz. Lütfen soruları boş bırakmayınız. Katkılarınızdan dolayı teşekkür ederim.

1) Yaşınız?

a) 12

b) 13

c) 14

2) Cinsiyetiniz?

a) Kız

b) Erkek

3) Kaçınıcı sınıfta okuyorsunuz?

a) 6

b) 7

c) 8

4) Kardeşiniz var mı?

a) Kardeşim yok

b) Kardeşim var

5) Annenizin çalışma durumu nedir?

a) Çalışıyor

b) Çalışmıyor

6) Babanızın çalışma durumu nedir?

a) Çalışıyor

b) Çalışmıyor

7) Annenizin eğitim düzeyi nedir?

a) Okur-yazar değil

b) İlkokul

c) Ortaokul

d) Lise

e) Üniversite

f) Lisans üstü

8) Babanın eğitim düzeyi nedir?

a) Okur-yazar değil

b) İlkokul

c) Ortaokul

d) Lise

e) Üniversite

f) Lisans üstü

9) Herhangi bir sağlık sorununuz var mı?

a) Hayır

b) Evet (açıklayınız)..... -

10) Annenizin herhangi bir sağlık problemi var mı?

a) Hayır

b) Evet (açıklayınız).....

11) Babanızın herhangi bir sağlık problemi var mı?

a) Hayır

b) Evet (açıklayınız).....

12) Aile yapınız nasıldır?

a) Çekirdek aile (Anne, baba ve çocuklardan oluşan aile)

b) Geniş aile (Büyük anne, büyük baba , anne, baba ve çocuklardan oluşan aile)

c) Anne-Baba ayrı

13) Ailenizin ekonomik durumunu nasıl değerlendirirsiniz?

- a) İyi
- b) Kötü
- c) Orta

14) Ailenizin sosyal güvencesi var mı?

- a) Yok
- b) Var

15) Sağlığa zararlı alışkanlığınız var mı?

- a) Var
- b) Yok

16) Herhangi bir hobiniz (spor yapma, müzik dinleme, kitap okuma...) var mı?

- a) Hayır
- b) Evet

17) Yaşadığınız yer?

- a) Köy
- b) Şehir

Ek 2: Sağlık Algısı Ölçeği

Açıklama: Aşağıda 15 cümle bulunmaktadır. Bir cümledeki ifadeye katılımınızı düşündüğünüzde ilgili numarayı şıklara yazınız.

1= Hiç katılmıyorum

2= Katılmıyorum

3= Kararsızım

4= Katılıyorum

5= Çok katılıyorum.

SAĞLIK ALGISI ÖLÇEĞİ	Çok Katılıyorum	Katılıyorum	Kararsızım	Katılmıyorum	Hiç katılmıyorum
1)Sağlığımı çok düşünürüm.					
2) Sağlıklı olmak büyük ölçüde şans işidir.					
3) Ben ne yaparsam yapayım, sağlıklı ya da hasta olacaksam zaten olan olur					
4) Sağlıklıysam bu Allah'ın bir lütfudur.					
5) Egzersiz yapar ve doğru beslenirsem sağlıklı kalırım.					
6) Sağlıklı kalmak için yapmam gerekenler konusunda sık sık kafam karışıyor.					
7) Daha sağlıklı olmayı isterim, fakat bunun için yapmam gerekenleri henüz yapamıyorum.					
8)Sağlığı koruyan yiyecek türleri üzerine o kadar çok farklı bilgi var ki ne yapmam gerektiğini bilmiyorum					
9)Benim için sağlıklı olan şeylere daha fazla para harcamaya hazırım					
10) Sağlıklı olup olmamak bana bağlıdır.					
11) Sağlığım hayatımdaki en önemli düşüncedir					
12) Sağlıklı olmak şans işidir.					
13) Ne yaparsam yapayım sağlığımı değiştiremem.					
14) İstedğim kadar sağlıklı olabilirim.					
15) Sağlıklı beslenme hakkında okuduğum her şeyi anlayamıyorum					

Ek 3: Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II

Açıklama: Bu ankette şu anki yaşam tarzınız ve alışkanlıklarınız ile ilgili sorular yer almaktadır. Lütfen soruları mümkün olduğu kadar doğru ve eksiksiz yanıtlayınız. Her alışkanlığınızın sıklığına uygun olan seçeneği işaretleyiniz.

1= Hiçbir zaman

2= Bazen

3= Sık sık

4= Düzenli olarak olarak değerlendirilmektedir.

Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II		Hiçbir Zaman	Bazen	Sık sık	Düzenli Olarak
1.	Bana yakın olan kişilerle endişelerimi ve sorunlarımı tartışırım.				
2.	Sıvı ve katı yağ, kolesterolü düşük bir diyeti tercih ederim.				
3.	Doktora ya da bir sağlık görevlisine, vücudumdaki olağandışı belirti ve bulguları anlatırım.				
4.	Düzenli bir egzersiz programı yaparım.				
5.	Yeterince uyurum.				
6.	Olumlu yönde değiştiğimi ve geliştiğimi hissederim.				
7.	İnsanları başarıları için takdir ederim.				
8.	Şekeri ve tatlıyı kısıtlarım.				
9.	Televizyonda sağlığı geliştirici programları izler ve bu konularla ilgili kitapları okurum.				
10.	Haftada en az üç kez 20 dakika ve/veya daha uzun süreli egzersiz yaparım (hızlı yürüyüş, bisiklete binme, aerobik, dans gibi)				
11.	Her gün rahatlamak için zaman ayırırım.				
12.	Yaşamımın bir amacı olduğuna inanırım.				
13.	İnsanlarla anlamlı ve doyumlu ilişkiler sürdürürüm.				
14.	Hergün 6-11 öğün ekmek, tahıl, pirinç ve makarna yerim.				
15.	Sağlık personeline önerilerini anlamak için soru sorarım.				
16.	Hafif ve orta düzeyde egzersiz yaparım (Örneğin haftada 5 kez ya da daha fazla) yürütürüm.				
17.	Yaşamımda değiştiremeyeceğim şeyleri kabullenirim.				
18.	Geleceğe umutla bakarım.				
19.	Yakın arkadaşlarıma zaman ayırırım.				
20.	Her gün 2-4 öğün meyve yerim.				
21.	Her zaman gittiğim sağlık personelinin önerileri ile ilgili sorularım olduğunda başka bir sağlık personeline danışırım.				
22.	Boş zamanlarımda yüzme, dans etme, bisiklete binme gibi eğlendirici fizik aktiviteler yaparım.				
23.	Uyumadan önce güzel şeyler düşünürüm.				
24.	Kendimle barışık ve kendimi yeterli hissederim.				
25.	Başkalarına ilgi, sevgi ve yakınlık göstermek benim için kolaydır.				
26.	Her gün 3-5 öğün sebze yerim.				
27.	Sağlık sorunlarımı sağlık personeline danışırım.				
28.	Haftada en az üç kere kas güçlendirme egzersizleri yaparım.				
29.	Stresimi kontrol etmek için uygun yöntemleri kullanırım.				
30.	Hayatımdaki uzun vadeli amaçlar için çalışırım.				
31.	Sevdiğim kişilerle kucaklaşırım.				
32.	Her gün 3-4 kez süt, yoğurt veya peynir yerim.				
33.	Vücudumu fiziksel değişiklikler, tehlikeli bulgular bakımından ayda en az bir kez kontrol ederim.				
34.	Günlük işler sırasında egzersiz yaparım (örneğin, yemeğe yürüyerek giderim, asansör yerine merdiven kullanırım, arabamı uzağa park ederim)				
35.	İş ve eğlence zamanımı dengelerim.				
36.	Hergün yapacak değişik ve ilginç şeyler bulurum.				
37.	Yakın dostlar edinmek için çaba harcarım.				
38.	Hergün et, tavuk, balık, kuru bakliyat, yumurta, çerez türü gıdalardan 3-4 porsiyon yerim.				
39.	Kendime nasıl daha iyi bakabileceğim konusunda sağlık personeline danışırım.				
40.	Egzersiz yaparken nabız ve kalp atışlarımı kontrol ederim.				
41.	Günde 15-20 dakika gevşeyebilmek, rahatlayabilmek için uygulamalar yaparım.				
42.	Yaşamımda benim için önemli olan şeylerin farkındayım.				
43.	Benzer sorunu olan kişilerden destek alırım.				
44.	Gıda paketlerinin üzerindeki besin, yağ ve sodyum içeriklerini belirleyen etiketleri okurum.				
45.	Bireysel sağlık bakımı ile ilgili eğitim programlarına katılırım.				
46.	Kalp atımım hızlanana kadar egzersiz yaparım.				
47.	Yorulmaktan kendimi korurum.				
48.	İlahi bir gücün varlığına inanırım.				
49.	Konuşarak ve uzlaşarak çatışmaları çözerim.				
50.	Kahvaltı yaparım.				

51.	Gereksinim duyduğumda başkalarından danışmanlık ve rehberlik alırım.				
52.	Yeni deneyimlere ve durumlara açığım.				

Ek 4: Sağlık Algısı Ölçeği izni

Sağlık Algısı Ölçeği Gelen Kutusu x 📧 🖨️ 📎

 **esra karabacak** <esrakarabacak2016@gmail.com> 9 Nis ☆ ↶ ↷

Alıcı: hasibek ▾

Hasibe Hocam Merhaba,

Ben Doğu Akdeniz Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Yüksek Lisans Öğrencisiyim, tez çalışmam da sizin geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasını yaptığınız Sağlık Algısı Ölçeğini kullanmak istiyorum.

İzninizi rica ediyorum.

 **hasibe kadioğlu** <hasibek@gmail.com> 📧 10 Nis ☆ ↶ ↷

Alıcı: bana ▾

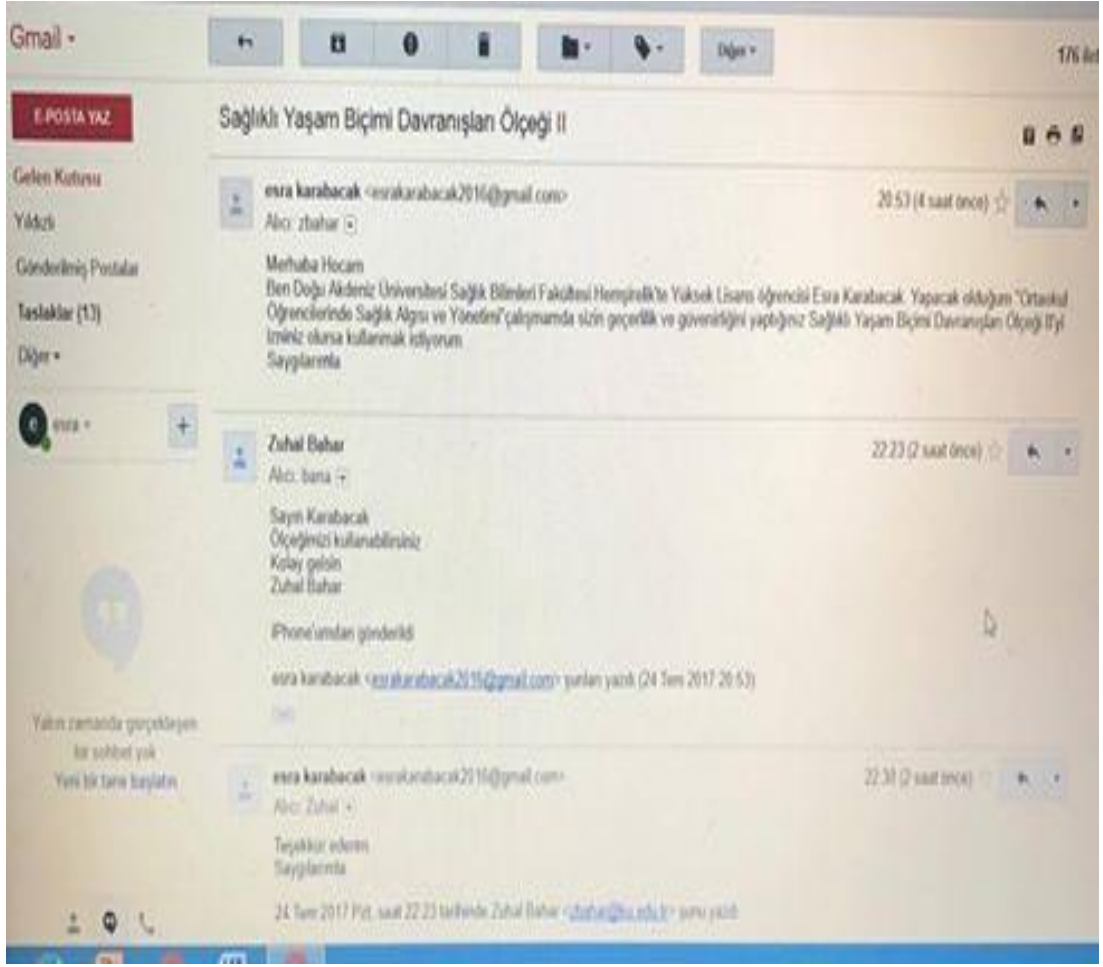
Merhaba Esra,

Ölçeği kullanabilirsin.
Çalışman da başarılar diliyorum.

Sevgilerimle

9 Nisan 2017 13:01 tarihinde esra karabacak <esrakarabacak2016@gmail.com> yazdı:

Ek 5: Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II izni



Ek 6: Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu



Doğu Akdeniz Üniversitesi
Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Kurulu
Sağlık Etik Alt Kurulu

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

ARAŞTIRMANIN ADI:

Bu form ile “Ortaokul Öğrencilerinde Sağlık Algısı Ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Değerlendirilmesi” isimli çalışmada yer almak üzere davet edilmiş bulunmaktasınız. Bu çalışma, araştırma amaçlı olarak yapılmaktadır ve katılım gönüllülük esasına dayalıdır. Araştırmaya katılıp katılmama kararı tamamen size aittir. Sizinle ilgili tüm bilgiler gizli tutulacaktır. Araştırmanın sonunda, kendi sonuçlarınızla ilgili bilgi istemeye hakkınız vardır. Araştırma bitiminde elde edilen sonuçlar, sizin kimliğiniz hiçbir şekilde açıklanmadan, tamamen saklı tutularak ilgili literatürde yayımlanabilecektir.

Araştırmaya katılma konusunda karar vermeden önce araştırma hakkında sizi bilgilendirmek istiyoruz. Katılmak isteyip istemediğinize karar vermeden önce araştırmanın neden yapıldığını, bilgilerinizin nasıl kullanılacağını, çalışmanın neleri içerdiğini, olası yararları ve risklerini ya da rahatsızlık verebilecek yönlerini anlamamız önemlidir. Lütfen aşağıdaki bilgileri dikkatlice okumak için zaman ayırınız. Araştırma hakkında tam olarak bilgi sahibi olduktan sonra ve sorularınız cevaplandıktan sonra eğer katılmak isterseniz, sizden bu formu imzalamanız istenecektir. Şu anda bu formu imzalarsanız bile istediğiniz herhangi bir zamanda bir neden göstermeksizin araştırmayı bırakmakta özgürsünüz. Aynı şekilde araştırmayı yürüten araştırmacı çalışmaya devam etmenizin sizin için yararlı olmayacağına karar verebilir ve sizi çalışma dışı bırakabilir. Çalışmaya katılmakla parasal bir yük altına girmeyeceksiniz ve size de herhangi bir ödeme yapılmayacaktır. Bu araştırma, Esra KARABACAK sorumluluğu altında yapılmaktadır.

Araştırmanın Konusu ve Amacı:

Bu çalışmanın amacı; “Ortaokul öğrencilerinin sağlık algısı ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının değerlendirilmesini” belirlemek amacıyla planlanmıştır.

Araştırmanın Yöntemi:

Araştırmanın verileri kurumlardan gerekli izinler alınarak, Gazimağusa ortaokullarında okuyan öğrencilerden toplanacaktır. Öncelikle araştırma, araştırmacı tarafından sözel olarak açıklanacaktır. Öğrencilere araştırmaya katılıp katılmama konusundaki kararın tamamen kendilerine ait olduğu ve kesinlikle verilerin gizliliğinin sağlanacağı belirtilecektir. Araştırmayı kabul eden öğrencilerden ve ailelerden sözel ve yazılı onam alınıp, Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu’ nu imzalamaları istenecektir. Ardından araştırmayı kabul eden öğrencilere uygulanacak form ve ölçekler uzun gelmezse araştırmacı ilk aşamada katılımcı guruba ‘Tanıtıcı Bilgi

Formu', 'Sağlık Algısı Ölçeği' ve 'Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II'nin doldurulmasını sağlayacaktır. Eğer form ve ölçekler uzun gelirse 1. Aşamada 'Tanıtıcı Bilgi Formu' ve 'Sağlık Algısı Ölçeği' doldurtulduktan sonra ara verilecek, aradan sonraki 2. Aşamada ise 'Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II'nin doldurulması sağlanacaktır. Veriler 2017- 2018 eğitim öğretim yılı içinde Gazi Mağusadaki merkez ortaokullarında bulunan üç devlet okulları ve bir özel okullardan araştırmacı tarafından, sınıf ortamında eğitimi aksatmayacak şekilde Rehberlik veya boş olan ders saatinde araştırmacı tarafından toplanacaktır. Veriler 2017-2018 akademik yıl içinde toplanacaktır. Veriler 07:55- 13:05 okul saatleri içinde toplanacaktır.

Soru, Daha Fazla Bilgi ve Problemler İçin Başvurulacak Kişiler :
Gereksiniminiz olduğunuzda aşağıdaki kişi ile lütfen iletişime geçiniz.

Soru, Daha Fazla Bilgi ve Problemler İçin Başvurulacak Kişiler:
Gereksiniminiz olduğunuzda aşağıdaki kişi ile lütfen iletişime geçiniz.

Adı-Soyadı: Esra KARABACAK
Görevi : Okutman
Telefon: 05338470097

Gönüllünün / Katılımcının Beyanı:

Bu araştırma ile ilgili yukarıdaki bilgiler bana aktarıldı ve ilgili metni okudum. Yukarıdaki bilgileri ilgili araştırmacı ile ayrıntılı olarak konuştum ve kendisi bütün sorularımı anlayacağı şekilde cevapladı.

Bu bilgilendirilmiş olur belgesini okudum ve anladım. Araştırmaya katılmam konusunda zorlayıcı bir davranışla karşılaşmadım. Eğer katılmayı reddedersem, bu durumun bana herhangi bir zarar getirmeyeceğini de biliyorum. Araştırma sırasında herhangi bir neden göstermeden araştırmadan çekilebilirim. Ayrıca araştırmacı tarafından araştırma dışı da tutulabilirim. Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmiyorum. Bana da herhangi bir ödeme yapılmayacaktır.

Araştırmadan elde edilen benimle ilgili kişisel bilgilerin gizliliğinin korunacağını biliyorum. Araştırma sırasında herhangi bir bilgi, soru sorma ihtiyacım olduğunda **Esra KARABACAK** ile iletişim kurabileceğimi biliyorum. Bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Bu koşullarla söz konusu araştırmaya kendi rızamla, hiç bir baskı ve zorlama olmaksızın, gönüllülük içerisinde katılmayı kabul ediyorum ve bu onay belgesini kendi hür irademle imzalıyorum. Araştırmacı, saklamam için imzalı bu belgenin bir kopyasını bana teslim etmiştir.

Gönüllü/Katılımcı

Adı, soyadı:
Adres:
Tel:
İmza:
Tarih:

Görüşme Tanığı

Adı, soyadı:

Adres:
Tel:
İmza:
Tarih:


Araştırmacı

Adı soyadı, unvanı: Esra KARABACAK, Okutman
Adres: Güney sok. no:5 Korkuteli/ G.MAĞUSA
Tel: 0533 847 00 97
İmza:

Ek 7: Doğu Akdeniz Üniversitesi Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Kurulu Uygunluk İzni

 <p>Doğu Akdeniz Üniversitesi "Uluslararası Kariyer İçin"</p>	<p>Eastern Mediterranean University "For Your International Career"</p>	<p>P.K.: 99628 Gazimağusa, KUZEY KIBRIS / Famagusta, North Cyprus, via Mersin-10 TURKEY Tel: (+90) 392 630 1995 Faks/Fax: (+90) 392 630 2019 bayek@emu.edu.tr</p>
<p>Etik Kurulu / Ethics Committee</p>		
<p>Sayı: ETK00-2018-0023 Konu: Etik Kurulu'na Başvurunuz Hk.</p>	<p>04.01.2018</p>	
<p>Sayın Esra Karabacak Hemşirelik Bölümü Yüksek Lisans Öğrencisi</p>		
<p>Doğu Akdeniz Üniversitesi Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Kurulu'nun 18.12.2017 tarih ve 2017/51-18 sayılı kararı doğrultusunda, Ortaokul Öğrencilerinin Sağlık Algısı ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Değerlendirilmesi adlı tez çalışmanızı, Yrd. Doç. Dr. Gülay Manav'ın danışmanlığında araştırmamız, Bilimsel ve Araştırma Etiği açısından uygun bulunmuştur.</p>		
<p>Bilginize rica ederim.</p>		
		
<p>Doç. Dr. Şükrü Tüzmen Etik Kurulu Başkanı</p>		
<p>ŞT/sky.</p>		

**Ek 8: KKTC Milli Eğitim ve Kültür Bakanlığı Genel Ortaöğretim
Dairesi Müdürlüğü İzin Formu**


**KUZEY KIBRIS TÜRK CUMHURİYETİ
MİLLİ EĞİTİM VE KÜLTÜR BAKANLIĞI
GENEL ORTAÖĞRETİM DAİRESİ MÜDÜRLÜĞÜ**

Sayı: GOÖ.0.00.35-A/17/18-516 15.02.2018

Sayın Esra Karabacak, /

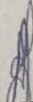
İlgi: 01.02.2018 tarihli başvurunuz.

Talim ve Terbiye Dairesi Müdürlüğü'nün TTD.0.00.03-12-18/176 sayı ve 09.02.2018 tarihli yazısı uyarınca "Ortaokul Öğrencilerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Değerlendirmesi" konulu çalışmanızın gizlilik ve gönüllülük ilkelerine riayet edilerek uygulanması müdürlüğümüzce uygun görülmüştür.

Ancak çalışmayı uygulamadan önce çalışmaya katılacak olanların bağlı bulunduğu okul müdürlüğüyle istişarede bulunulup, çalışmanın hangi okulda ne zaman uygulanacağı birlikte saptanmalıdır.

Çalışmayı uyguladıktan sonra sonuçlarının Talim ve Terbiye Dairesi Müdürlüğü'ne ulaştırılması yasa gereğidir.

Bilgilerinize saygı ile rica ederim.


**Nahide Yalyah
Müdür Muavini
Ve
Müdür (V) (a)**

M/MH/PC

Tel (90) (392) 228 3136 - 228 8187
Fax (90) (392) 227 8639
E-mail meb@mebnet.net

Lefkoşa-KIBRIS