

**BEZMİALEM VAKIF ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**ADOLESANLARDA SAĞLIK OKURYAZARLIĞI İLE SAĞLIKLI YAŞAM
BİÇİMİ DAVRANIŞLARI ARASINDAKİ
İLİŞKİNİN BELİRLENMESİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Merve KARAGÖZOĞLU

Hemşirelik Anabilim Dalı

Hemşirelik Tezli Yüksek Lisans Programı

Tez Danışmanı: Doç. Dr. Nesrin İLHAN

ŞUBAT 2021

**BEZMİALEM VAKIF ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**ADOLESANLARDA SAĞLIK OKURYAZARLIĞI İLE SAĞLIKLI YAŞAM
BİÇİMİ DAVRANIŞLARI ARASINDAKİ
İLİŞKİNİN BELİRLENMESİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**Merve KARAGÖZOĞLU
(185324012)**

Hemşirelik Anabilim Dalı

Hemşirelik Tezli Yüksek Lisans Programı

Tez Danışmanı: Doç.Dr. Nesrin İLHAN

ŞUBAT 2021

Bezmialem Vakıf Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü'nün 185324012 numaralı Yüksek Lisans Öğrencisi Merve KARAGÖZOĞLU, ilgili yönetmeliklerin belirlediği gerekli tüm şartları yerine getirdikten sonra hazırladığı "ADOLESANLARDA SAĞLIK OKURYAZARLIĞI İLE SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARI ARASINDAKİ İLİŞKİNİN BELİRLENMESİ" başlıklı tezini aşağıda imzaları olan jüri önünde başarı ile sunmuştur.

Tez Danışmanı : **Doç. Dr. Nesrin İLHAN**
İstanbul Medeniyet Üniversitesi

Jüri Üyeleri : **Dr. Öğretim Üyesi Özcan ERDOĞAN**
Bezmialem Vakıf Üniversitesi

Dr. Öğretim Üyesi Nadire ERCAN
Sağlık Bilimleri Üniversitesi

Teslim Tarihi : **02 Nisan 2021**
Savunma Tarihi : **10 Şubat 2021**

Aileme,



ÖNSÖZ

Yüksek lisans öğrenimim sırasında ve tez araştırmam boyunca değerli bilgi ve deneyimleri ile bana yol gösteren, bilimsel ve manevi anlamda desteklerini esirgemeyen, bana her daim vakit ayıran ve öğrencisi olduğum için kendimi her zaman şanslı hissettiğim kıymetli danışman hocam Sayın Doç. Dr. Nesrin İLHAN'a,

Araştırma verilerinin toplanması sürecinde araştırmayı kabul eden, soruları içtenlikle yanıtlayan İstanbul Atatürk Fen Lisesi, Üsküdar Zeynep Kamil Mesleki ve Teknik Anadolu Lisesi, Prof. Dr. Nabi Avcı Anadolu Lisesi ve Sancaktepe Anadolu Lisesi öğrencilerine ve yöneticilerine,

Bugünlere gelmemi sağlayan, her an sonsuz sevgisini hissettiğim, hayattaki en büyük şanslarım olan babam Çetin KARAGÖZOĞLU ve annem Filiz KARAGÖZOĞLU'na,

Sevgisini her zaman hissettiğim, her türlü desteği sonuna kadar sunan kardeşim Metin KARAGÖZOĞLU ve Boncuğuma,

Bu zorlu süreçte ilgisi ve desteği ile her zaman yanımda olan sevgili arkadaşlarımlarım Hem. Şeyma KAYIKCI'ya ve Hem. Gülfem ÖZSAMURİ'ye,

Tez yazım süresi boyunca her daim beni destekleyen, varlığıyla yanımda olan ve katkıda bulunan arkadaşlarıma tüm kalbimle sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Şubat 2021

Merve KARAGÖZOĞLU
(Hemşire)

BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün safhalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı, yine bu tezin çalışılması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını beyan ederim.

Merve KARAGÖZOĞLU

İÇİNDEKİLER

Sayfa

ÖNSÖZ	iv
BEYAN	v
İÇİNDEKİLER	vi
KISALTMALAR	viii
TABLO LİSTESİ	ix
ŞEKİL LİSTESİ	xi
ÖZET	xii
SUMMARY	xiv
1. GİRİŞ	0
1.1 Tezin Amacı	3
2. GENEL BİLGİLER	4
2.1 Adolesan Dönem	4
2.1.1 Adolesan dönem evreleri ve özellikleri.....	4
2.1.2 Adolesan dönemde fiziksel büyüme ve gelişme	5
2.1.3 Adolesan dönemde cinsel gelişme	6
2.1.4 Adolesan dönemde bilişsel gelişme	7
2.1.5 Adolesan dönemde psikososyal gelişme	7
2.1.6 Adolesan dönemde sağlık sorunları	8
2.2 Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları	10
2.3 Sağlık Okuryazarlığı	14
2.3.1 Sağlık okuryazarlığı tanımı	14
2.3.2 Sağlık okuryazarlığı sınıflandırılması (Düzeyleri)	15
2.3.3 Sağlık okuryazarlığını etkileyen faktörler	15
2.3.4 Adolesanlarda sağlık davranışları ile sağlık okuryazarlığı arasındaki ilişki	16
2.3.5. Adolesanların sağlık okuryazarlığını ve sağlık davranışlarını geliştirmede okul hemşiresinin rolü.....	17
3. GEREÇ VE YÖNTEM	19
3.1 Araştırmanın Amacı ve Tipi.....	19
3.2 Araştırma Yeri ve Zamanı.....	19
3.3 Araştırmanın Evren ve Örneklemi	19
3.4 Araştırmanın Veri Toplama Araçları	21
3.5 Verilerin Değerlendirilmesi	23
3.6 Araştırmanın Değişkenleri	23
3.7 Araştırmanın Etiği	24

3.8 Araşturmanın Sınırlıkları	24
4. BULGULAR	25
5. TARTIşMA	53
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	63
KAYNAKLAR	66
EKLER	76
ÖZGEÇMİş.....	91



KISALTMALAR

ABD	: Amerika Birleşik Devletleri
BKİ	: Beden Kitle İndeksi
CDC	: Centers for Disease Control and Prevention
CYBE	: Cinsel Yolla Bulaşan Enfeksiyonlar
DEHB	: Dikkat eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
FSH	: Follikül Stimüle Edici Hormon
LH	: Lütenize Edici Hormon
SGM	: Sağlık Geliştirme Modeli
TÜİK	: Türkiye İstatistik Kurumu
UNESCO	: United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization (Birleşmiş Milletler Eğitim, Bilim ve Kültür Örgütü)
WHO	: World Health Organization

TABLO LİSTESİ

Sayfa

Tablo 2.1 :	Bireysel ve sistemsel faktörler.....	16
Tablo 3.1 :	Liselerden örnekleme alınacak öğrenci sayısı	21
Tablo 4.1:	Öğrencilerin sosyo demografik özellikleri.....	25
Tablo 4.2:	Öğrencilerin ebeveynlerine ait sosyo demografik özellikleri	28
Tablo 4.3:	Öğrencilerin tedavi gördüğü hastalıklar, sürekli kullandığı ilaç ve ameliyat geçirme durumuna göre dağılımları.....	29
Tablo 4.4:	Öğrencilerin sağlıkla ilgili diğer özellikleri ve davranışları.....	31
Tablo 4.5:	Öğrencilerin Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği puan ortalamaları ve sağlık okuryazarlıkdağılımları.....	32
Tablo 4.6:	Adolesan Yaşam Biçimi Ölçeği II puan ortalamaları.....	33
Tablo 4.7:	Öğrencilerin cinsiyetlerine göre AYB II Ölçeği puan Ortalamalarının karşılaştırılması.....	34
Tablo 4.8:	Öğrencilerin sınıflarına göre AYB II Ölçeği puan ortalamalarının karşılaştırılması.....	35
Tablo 4.9:	Öğrencilerin yaşamının en uzun bölümünü geçirdiği yere göre AYB II Ölçeği puan ortalamalarının karşılaştırılması.....	36
Tablo 4.10:	Öğrencilerin aile tipine göre AYB II Ölçeği puan ortalamalarının karşılaştırılması.....	37
Tablo 4.11:	Öğrencilerin anne eğitim durumuna göre AYB II Ölçeği puan ortalamalarının karşılaştırılması.....	38
Tablo 4.12:	Öğrencilerin baba eğitim durumuna göre AYB II Ölçeği puan ortalamalarının karşılaştırılması.....	40
Tablo 4.13:	Öğrencilerin aile gelir durumuna göre AYB II Ölçeği puan ortalamalarının karşılaştırılması.....	42
Tablo 4.14:	Öğrencilerin okul dışında çalışma durumuna göre AYB II Ölçeği puan ortalamalarının karşılaştırılması.....	43
Tablo 4.15:	Öğrencilerin sosyal aktiviteye katılma durumuna göre AYB II Ölçeği puan ortalamalarının karşılaştırılması.....	44
Tablo 4.16:	Öğrencilerin kronik hastalığı olma durumuna göre AYB II Ölçeği puan karşılaştırılması (N=649).....	45
Tablo 4.17:	Öğrencilerin sürekli ilaç kullanma durumuna göre AYB II Ölçeği puan karşılaştırılması	46
Tablo 4.18:	Öğrencilerin daha önce ameliyat olma durumuna göre AYB II Ölçeği puan ortalamalarının karşılaştırılması.....	47

Tablo 4.19:	Öğrencilerin kendi sağlığını değerlendirme durumuna göre AYB II Ölçeği puan ortalamalarının karşılaştırılması	48
Tablo 4.20:	Öğrencilerin BKİ durumuna göre AYB II Ölçeği puan ortalamalarının karşılaştırılması	50
Tablo 4.21:	Öğrencilerin sağlık okuryazarlığı düzeylerine göre AYB II Ölçeği puan ortalamalarının karşılaştırılması.....	51
Tablo 4.22:	Öğrencilerin sağlık okuryazarlığı ile AYB II Ölçeği alt boyutlarının korelasyon Değerleri.....	52



ŞEKİL LİSTESİ

Sayfa

Şekil 2.1 : Yaşlara göre sistemlerin büyüme hızları.....	6
Şekil 2.2 : Pender'in Sağlığı Geliştirme Modeli.....	10



ADOLESANLARDA SAĞLIK OKURYAZARLIĞI İLE SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARI ARASINDAKİ İLİŞKİSİNİN BELİRLENMESİ

ÖZET

Bu araştırma adolesanlarda sağlık okuryazarlığı ile sağlık davranışları arasındaki ilişkinin belirlenmesi amacıyla ilişki arayıcı bir araştırma olarak gerçekleştirildi. Araştırma Aralık 2019 – Mart 2020 tarihleri arasında İstanbul Anadolu Yakasında dört lisede 649 öğrenci ile gerçekleştirildi. Verilerin toplanmasında sosyo demografik özellikler soru formu, Adolesan Yaşam Biçimi Ölçeği II (AYB II) ve Okul Çağındaki Çocuklar İçin Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği kullanıldı. Verilerin değerlendirilmesinde; tanımlayıcı istatistiksel yöntemler (ortalama, standart sapma, frekans), Student-t testi, tek yönlü varyans analizi (ANOVA) testi ve Pearson korelasyon analizi kullanıldı. Araştırmaya katılan adolesanların yaş ortalaması $15,54 \pm 0,95$ olup, %59,8'si kız ve %41,1'i 11. sınıf öğrencisidir. Adolesanların %65'inin BKİ'nin normal sınırlar içinde olduğu ve %48,7'sinin sağlığını iyi olarak değerlendirdiği, %85,4'ünün sağlık okuryazarlığı kavramını daha önce duymadığı belirlendi. Araştırmaya katılan öğrencilerin sağlık okuryazarlığı ölçeği puan ortalaması $28,95 \pm 5,79$ ve %61,9'unun orta sağlık okuryazarlığı düzeyinde olduğu belirlendi. AYB II ölçeği toplam puan ortalaması $114,35 \pm 17,48$ olduğu belirlendi. Kadınların sağlık sorumluluğu ve kişilerarası ilişkiler alt boyut puan ortalamalarının, erkeklere göre yüksek olduğu, erkeklerin beslenme ve fiziksel aktivite alt boyut puan ortalamalarının kadınlara göre yüksek olduğu belirlendi. 9. sınıf öğrencilerinin stres yönetimi alt boyut puan ortalaması, 11. sınıf öğrencilerine göre yüksek 11. sınıf öğrencilerinin spiritüel sağlık alt boyut puan ortalaması, 10. sınıf öğrencilerine göre yüksek, 9. sınıf öğrencilerinin AYB II ölçeği toplam puan ortalaması, 10. sınıf öğrencilerine göre yüksek bulundu. Annesi ilköğretim mezunu olan adolesanların stres yönetimi puan ortalaması, annesi okuryazar olmayan ve okuryazar olanlara göre yüksek bulundu. Parçalanmış aile yapısında olanların beslenme, stres yönetimi ve AYB II toplam puan ortalaması, çekirdek aile ve geniş aile yapısındaki adolesanlara göre düşük bulundu. Yaşamının en uzun bölümünü şehirde ve ilçede geçiren adolesanların sağlık sorumluluğu, pozitif yaşam algısı, kişilerarası ilişkiler, stres yönetimi ve AYB II Ölçeği puan ortalaması, yaşamının en uzun bölümünü köyde geçirenlere göre yüksek bulundu. Sosyal aktiviteye katılan adolesanların AYB II Ölçeği tüm alt boyut ve toplam puan ortalamaları, sosyal aktiviteye katılmayan öğrencilere göre yüksek bulundu. Kronik hastalığı olanların ve sürekli ilaç kullananların sağlık sorumluluğu alt boyut puan ortalaması yüksek, fiziksel aktivite alt boyut puan ortalaması düşük bulundu. Sağlık durumunu çok iyi olarak değerlendiren adolesanların sağlık sorumluluğu alt boyut puan ortalaması, sağlık durumunu kötü ve orta olarak değerlendirenlere göre yüksek bulundu. Obez olan adolesanların pozitif yaşam algısı alt boyut puan ortalaması, zayıf, normal ve fazla kilolu olanlara göre düşük bulundu. Sağlık okuryazarlığı düzeyi yüksek olanların, orta ve düşük olanlara göre, orta olanların düşük olanlara göre AYB II Ölçeği tüm alt boyut ve toplam puan ortalamaları yüksek bulundu. Sağlık okuryazarlığı puanı ile AYB II ölçeği arasında pozitif yönde anlamlı ilişki bulundu.

Araştırma sonucuda adolesanların sağlık okuryazarlık düzeyi arttıķķa sağlık davranışlarının olumlu yönde arttığı belirlendi.

Anahtar Kelimeler: Adolesan, sağlık okuryazarlığı, sağlık davranışları, okul sağlığı



DETERMINATION OF THE RELATIONSHIP BETWEEN HEALTH LITERACY AND HEALTHY LIFESTYLE BEHAVIORS IN ADOLESCENTS

SUMMARY

This study was conducted as a correlational study to determine the relationship between health literacy and health behaviors in adolescents. The study was carried out with 649 students in four high schools on the Anatolian side of Istanbul between December 2019 and March 2020. The socio-demographic characteristics questionnaire, the Adolescent Lifestyle Profile II (ALP-R2) and the Health Literacy Scale for School Age Children were used to collect the data. Descriptive statistical methods (mean, standard deviation, frequency), Student's t-test, one-way analysis of variance (ANOVA) test, and Pearson's correlation analysis were used to evaluate the data. The mean age of the adolescents who participated in the study was 15.54 ± 0.95 , 59.8% of them were girls, and 41.1% of them were 11th-grade students. It was determined that while 65% of adolescents had BMI within normal limits, 48.7% of them considered their health as good, and 85.4% of them had not heard of the concept of health literacy previously. It was determined that the mean score of the health literacy scale of the students who participated in the study was 28.95 ± 5.79 , and 61.9% of them had a moderate level of health literacy. The mean total score of the ALP-R2 scale was found to be 114.35 ± 17.48 . It was determined that females' mean score of the health responsibility and interpersonal relations sub-dimension was higher compared to males and that males' mean score of the nutrition and physical activity sub-dimension was higher compared to females. The mean score of the stress management sub-dimension of the 9th-grade students was higher compared to the 11th-grade students, the mean score of the spiritual health sub-dimension of the 11th-grade students was higher compared to the 10th-grade students, and the mean total score of the ALP-R2 scale of the 9th-grade students was higher compared to the 10th-grade students. The mean score of stress management of adolescents whose mothers were primary school graduates was found to be higher compared to the adolescents whose mothers were illiterate and literate. The mean total score of nutrition, stress management and the ALP-R2 scale of those with a broken family was found to be lower compared to the adolescents with a nuclear family and extended family. The mean score of health responsibility, positive perception of life, interpersonal relations, stress management and the ALP-R2 scale of the adolescents who spent the longest part of their life in cities and districts was found to be higher compared to those who spent the longest part of their life in the village. The mean score of all sub-dimensions of the ALP-R2 scale and mean total scores of the adolescents who participated in social activities were found to be higher compared to the students who did not participate in social activities. The mean score of the health responsibility sub-dimension of those with a disease that is constantly treated and those with medication was high. However, their mean score of the physical activity sub-dimension was found to be low. The mean score of the health responsibility sub-dimension of the adolescents who considered

their health status as very good was found to be high compared to those who considered their health status as poor and moderate.

The mean score of the positive perception of life sub-dimension of obese adolescents was found to be lower compared to those who were underweight, normal weight, and overweight. While the mean score of all sub-dimensions of the ALP-R2 scale and mean total scores of those with a high level of health literacy were found to be higher compared to those with a moderate and low level of health literacy, the mean score of all sub-dimensions of the ALP-R2 scale and mean total scores of those with a moderate level of health literacy were found to be higher compared to those with a low level of health literacy. A positive and significant relationship was found between health literacy score and the ALP-R2 scale. As a result of the study, it was determined that as the health literacy level of adolescents increased, their health behaviors increased positively.

Keywords: Adolescents, health literacy, health behaviors, school health



1 GİRİŞ

Adolesan dönem sosyal, fiziksel, biyolojik ve psikolojik açıdan hızlı gelişme ve olgunlaşmanın meydana geldiği, çocukluktan erişkinliğe geçiş dönemidir [1]. Adolesanlar toplumda bağımsız bir birey olma yolunda sosyal becerilerini geliştirip yeni ilişkiler kurarlar. Bu dönemde hayatlarının geri kalanında sürecek davranışları öğrenirler. Bu yüzden adolesan dönem insan gelişim dönemleri içinde en zorlu ve en önemli dönemdir [2].

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), 10-19 yaş arası adolesan dönem olarak tanımlar [3]. DSÖ göre 7,2 milyar insan var ve 3 milyardan fazla kişi 25 yaşın altındadır. Genç insanlar dünya nüfusunun % 42'sini oluşturuyor. Yaklaşık 1,2 milyarı 10-19 yaşları arasındaki adolesanlardır [2]. Ülkemizde ise Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) verilerine göre 2018 yılında toplam nüfusun %15.7'si ve 2019 yılında toplam nüfusun %15.3'ünü adolesan nüfusu oluşturmaktadır [4,5].

Adolesanlar genellikle sağlıklı bir grup olarak düşünülür. Adolesanlar akut ve kronik hastalıklar dışında sağlık hizmetlerini genellikle kullanmazlar. Nadiren önleyici sağlık hizmetlerini kullanırlar. Bu durum adolesanların sağlık sorunlarının gözden kaçmasına neden olabilir [6]. Adolesanlar kendi yaşam tarzı seçimlerini yapmak için özerklik almaya başlamaktadır ve bu durum adolesanlarda riskli sağlık davranışlarına yönelmesine neden olabilmektedir [7]. Adolesanlar için Hastalıkları Kontrol ve Önleme Merkezi (Centers for Disease Control and Prevention-CDC) tarafından altı riskli davranış biçimi belirlenmiştir. Bu risk davranışları; alkol ve madde kullanımı, yaralanma ve şiddet, sigara kullanımı, sağlıksız beslenme davranışları, yetersiz fiziksel aktivite, riskli cinsel davranışlardır [8]. Bu davranış biçimleri adolesan dönemde sık görülen sağlık sorunları arasında yer almakta ve gelecek dönemde yaşamını önemli ölçüde etkilemektedir. [6,9].

Yapılan araştırmalarda, adolesanlarda riskli davranış biçimi önlenip, sağlıklı davranışlara teşvik edildiğinde adolesan sağlığının iyileştirilebileceği vurgulanmıştır [10]. Günümüzde sağlık bakımında artan öz sorumluluk nedeniyle adolesanlardan sağlıkları hakkında bilgiyi anlaması ve sağlıkları hakkında kararlar alması istenebilir

[11]. Adolesanların sağlık bilgilerini daha iyi anlamaları, kendi sağlığı ile ilgili doğru kararlar verebilmeleri için yeterli sağlık okuryazarlığı düzeyine sahip olmaları gerekmektedir [12].

DSÖ'ne göre sağlık okuryazarlığı; "Bireylerin kendi sağlığını sürdürmek ve iyileştirmek için sağlıkla ilgili bilgilere ulaşip, anlaması ve bu bilgilerin kullanılması için gerekli sosyal ve bilişsel becerilere sahip olması" olarak tanımlanmaktadır [13]. Diğer tanımla sağlık bilgilerinin sözlü, yazılı veya dijital ortamdaki sağlık bilgilerini anlama ve yorumlamada ki bilişsel yeteneğine denir [14].

1974 yılında "Health Education as Social Policy" adlı bir makalede ilk defa sağlık okuryazarlığı yer almıştır [15]. 1986 yılında ise Ottawa'da yapılan "Uluslararası Sağlığı Geliştirme Konferansı (International Conference on Health Promotion) sonrası sağlık okuryazarlığı kavramı yaygınlaşmıştır [16]. Daha sonra başta Avrupa Ülkeleri olmak üzere tüm dünyada sağlık okuryazarlığı ile ilgili yapılan araştırmalar giderek artmıştır [17]. 2003 Ulusal Yetişkin Okuryazarlığı Değerlendirmesi verilerine göre Amerika'da 16 yaş ve üstündeki yetişkin bireylerin sağlık okuryazarlığı durumuna baktığımızda sadece %12'si yetkin düzeydedir. Geriye kalan yetişkinlerin %22'sinin temel düzeyde ve %14'ünün temel düzeyin altındadır. Ayrıca kadınların sağlık okuryazarlığı erkeklerden daha yüksektir. Amerika'da 16-18 yaş aralığındaki adolesanların %8'i yetkin düzeyde sağlık okuryazarlığına sahiptir. Geriye kalan adolesanların %23'ü temel düzeyde ve %11'i temel düzeyin altındadır [18].

Ülkemizde ise 2014 yılında Avrupa Sağlık Okuryazarlığı (HLS-EU-47) ölçeği temel alınarak Türkiye'de Sağlık Okuryazarlığı araştırmaları yapıldı. Araştırmaya göre Türkiye toplumunun yetersiz sağlık okuryazarlığı %24,5, sorunlu sağlık okuryazarlığı %40,1, yeterli sağlık okuryazarlığı %27,8 ve mükemmel sağlık okuryazarlığı %7,6 olarak belirlenmiştir. Türkiye'deki erişkin nüfusun 35 milyonunun yetersiz veya sorunlu sağlık okuryazarlığı kategorisinde yer aldığı anlamına gelmektedir. Araştırmada on sekiz yaşın altında adolesan yaş grubunda katılımcı bulunmamaktadır [19]. Bu gereksinimden yola çıkarak adolesanlarda sağlık okuryazarlığı ile ilgili davranışlarının geliştirilmesine yönelik araştırmalara daha fazla gereksinim olduğunu göstermektedir.

Sağlık okuryazarlığı son yıllarda önemli bir halk sağlığı sorunu haline gelmiştir. Avrupa Sağlık Araştırmalarına göre, düşük sağlık okuryazarlığı ile olumsuz sağlık sonuçları arasında bir ilişki olduğu tespit edilmiştir [20]. Sağlık okuryazarlığı, bireyin

kendi sağlığı ile ilgili doğru kararları alabilmesi için sağlık mesajlarını doğru anlaması gerekir. Doğru anladığını yaşam biçimine yansıtması gerekir [21]. Örneğin sigara içen adolesanların sağlık okuryazarlığının düşük olduğu tespit edilmiştir [12]. Başka bir araştırmada ise 12-15 yaş arasındaki adolesanların %25'inin sağlık okuryazarlığının düşük olduğu ve sağlık okuryazarlığı yüksek olanların yaşam kalitesinin daha iyi olduğu saptanmıştır [22]. Düşük sağlık okuryazarlığı düzeyine sahip bireylerin sonucunda gereksiz hastane harcamalarının arttığı, hastanede kalma sürelerinin uzadığı, gereksiz tahlil yaptırma oranlarının daha fazla olduğu bilinmektedir [21].

Araştırmalar, ocukların sağlık okuryazarlığının desteklenmesinin yetişkinlere göre daha olumlu sonuçlar bekleneceğini ifade etmiştir [20]. Literatür tarandığında ülkemizde ve Dünyada adolesanlarda sağlık okuryazarlığı ile sağlık davranışlarının ilişkisinin incelendiği araştırmaların kısıtlı olduğu görülmektedir.

1.1 Tezin Amacı

Araştırma, adolesanlarda sağlık okuryazarlığı ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasındaki ilişkinin belirlenmesi amacıyla gerçekleştirildi.

2 GENEL BİLGİLER

2.1 Adolesan Dönem

Adolesan “adolescere” kelimesinden türetilmiş olup, Latince’de “olgunluğa doğru büyüyen” anlamına gelmektedir. Türkçe’de aynı anlama gelen delikanlılık, ergenlik, bluğ çağı, puberte gibi kelimeler de kullanılmaktadır [23]. 10-19 yaş aralığını kapsayan psikososyal ve fiziksel gelişmenin olduğu çocukluktan yetişkinliğe geçiş sürecine Adolesan dönem denir [6]. Adolesan dönem motor beceri, zihinsel işlevlerde gelişme, hızlı büyüme, hormonal, sosyal gelişme ve emosyonel değişiklikler ile karakterize bir dönemdir [26]. Bu dönemde sinir sistemi, hormonal değişim ve fiziksel büyüme ile üreme sisteminde farklılaşma gibi vücutta çok çeşitli değişiklikler oluşmaktadır [27].

World Health Organization (WHO), 10-19 yaşları arasını adolesan, 15-24 yaş arasını genç ve 10-24 yaş arasını da genç insanlar olarak tanımlanmaktadır [24]. DSÖ göre; 10-19 yaş adolesan dönem olarak tanımlanır [3]. DSÖ’ye göre erken adolesan dönem (10-14 yaş), orta adolesan dönem (15-17 yaş) ve geç adolesan dönem (18-21 yaş) olmak üzere adolesan dönem üç bölümde incelenmektedir [6, 25, 32]. Türkiye Halk Sağlığı Kurumu ise adolesan dönemi 12-18 yaşları arasında çocukluktan yetişkinliğe geçiş dönemi olarak tanımlamaktadır. Erkeklerde 11-14 yaşları ve kızlarda ise 10-12 yaşları adolesan dönemin başlangıcı olarak kabul etmektedir [28]. Ama her birey kendine özgü değişik büyüme ve gelişme gösterdiği için; adolesan dönemi takvimsel yıllarla sınırlandırmak zordur. Her çocuk için adolesan döneminin süresi özeldir [25].

2.1.1 Adolesan dönem evreleri ve özellikleri

Erken adolesan dönem: 10-14 yaş arası cinsel olgunlaşmanın başlaması ve hızlı büyüme atağı ile karakterize bir dönemdir [6]. Kızlarda cinsel gelişim ve hızlı büyüme erkeklere göre daha öncedir [29]. Adolesanların en büyük uğraşları bu dönemde bedenleridir. Vücudunda ortaya çıkan değişimlere uyum sağlayıp, baş etmeye çalışırlar. En önemli değişim üreme olgunluğunun başlangıcına işaret eden ikincil

cinsiyet özelliğidir [6,29]. Değişimlere uyum sağlamak için çevrelerine karşı ani çıkışlar görülebilmektedir. Bilişsel gelişmede ise önemli soyut düşünme başlamaktadır [6]. Aile ilişkilerine ise bağımlılıktan bağımsızlığa doğru geçiş dönemidir. Aile ile olan aktiviteye karşı ilgi azalır. Aynı cinsten arkadaşlarla aktivitelere karşı ilgi artar [6,30].

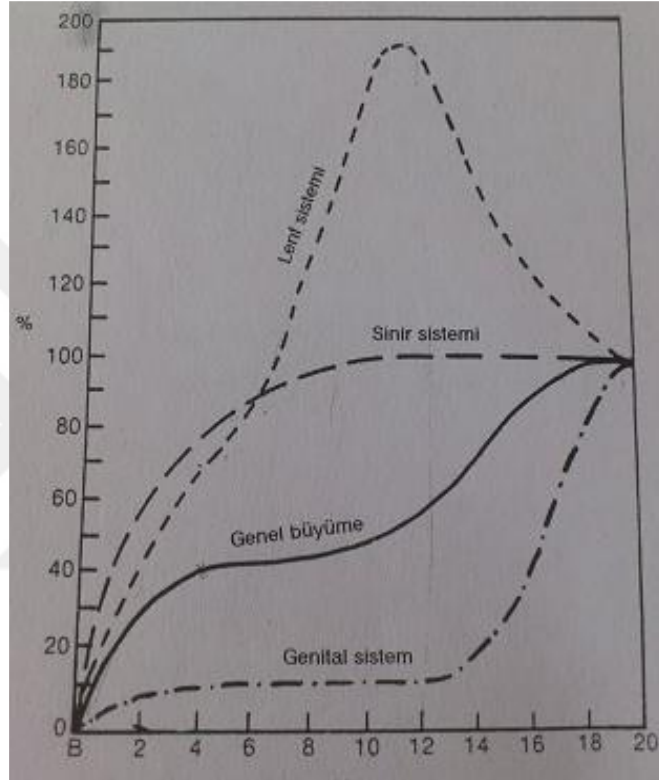
Orta adolesan dönem: 15-17 yaş arasındaki adolesanların bedensel ve cinsel açıdan büyümenin çoğunun tamamlandığı dönemdir [29]. Adolesanlar vücudundaki değişiklikleri kabullenmeye başlamaktadır. Kişiliği oluşmakta ve bağımsızlık geliştirme bu dönemin başlıca özelliklerindedir. Bağımsızlıktan dolayı anne ve babadan ayrılma, aile ile çatışma söz konusu olabilir [6]. Bu dönemin en önemli özelliği cinsel kimlik gelişimidir. Karşı cinse ilgi artmıştır. Özellikle erkeklerde üreme içgüdüğü artmıştır. Ayrıca adolesan kendini ölümsüz, karşı konulmaz hissettiği için riskli davranışlara karşı eğilimlidir [30]. Riskli davranışların sonucunda madde bağımlılığı, istenmeyen gebelikler, güvensiz cinsel ilişki, ruh sağlığı sorunları gibi durumlar ortaya çıkabilir [31].

Geç adolesan dönem: 18-21 yaş arasındaki adolesanların büyüme ve cinsel gelişmesinin son dönemidir. Adolesan dönemin başından beri kazanılan beceriler ve duygular sonucunda kimlik duygusu oluşmaktadır [6]. Mantıklı ve gerçekçi bir bilinç gelişmiştir. Kendini tanıyan ve kendini bir topluluğa hissedilen bir adolesan vardır [29, 30]. Bağımsızlık kazanmıştır ve erişkin rollerini üstlenebilecek sorumluluğa hazır duruma gelmiştir. Aile ilişkisinde ise yetişkin-yetişkin modeli şeklindedir [6, 30,34].

2.1.2 Adolesan dönemde fiziksel büyüme ve gelişme

Adolesan dönemde fizyolojik büyüme ve gelişme puberte ile başlamaktadır [6]. Adolesan dönemde fiziksel büyüme oldukça hızlı gelişir. Bu dönem başındaki çocuklar birkaç yıl içerisinde erişkin dönemdeki antropometrik ölçüm seviyesine ulaşır [23]. Bazı adolesanlarda bu süre iki, bazılarında altı senede tamamlanır [25]. Ayrıca cinsiyete göre farklılık gösterir ve kızlarda 1.5-2 yıl önceden değişimler gözlemlenir. Değişimler uç kısımdan bedene doğrudur. Önce eller en son kalça ve göğüste büyüme olmaktadır [6]. Adolesan dönemde genel büyüme ve gelişmeyle birlikte iskelet sistemi, organlar, bezler, yağ ve adale dokularında da değişimler gözlemlenir [23, 33]. İskelet kitlesi, akciğer, kalp, karaciğer, dalak, böbrek gibi organların büyüklükleri iki katına çıkar. En hızlı büyüme üreme organlarında meydana gelir. Büyüme hızlarında farklılıklar gösterebilir. [23]. Adolesan dönemde fiziksel

büyüme ve gelişmede hormonların etkisi fazladır. Başlangıç evresinde ise uykuda Lütenize Edici Hormon (LH) düzeyleri artar, daha sonraki evrelerde gün boyunca devam eder. Gonadların aktif olması için gonadotropinlerin uyarısı gereklidir. Erkeklerde LH, testislerden testosterona salgılanmasını uyaran ana hormondur. Follikül stimüle edici hormon (FSH) ise sertoli hücrelerini uyarak, spermatogenezini sağlar, Kızlarda ise FSH granüloza hücrelerini uyarak follikül ve östrojen yapımını sağlar. LH ise korpus luteum yapımını uyandır [23].



Şekil 2. 1: Yaşlara göre sistemlerin büyüme hızları [26].

Fiziksel büyümenin en belirgin özelliği kilo ve boy artışıdır. Boy uzama hızı kızlarda 10 yaş ve yıllık 6-8 cm, erkeklerde ise 12 yaş ve yıllık 7-8 cm olarak gözlenmektedir. Kızlar ortalama 16 kilo ve erkeklerde ortalama 20 kilo alabilmektedir [6].

2.1.3 Adolesan dönemde cinsel gelişme

Adolesan dönemde cinsel gelişme, üreme hormonlarındaki artış ve sekonder cinsiyet karakteri özellikleri ile ortaya çıkmaktadır [6]. Meme gelişimi ile başlayan adolesan dönem, ikincil seks karakteri özelliği olan; pubik kıllama, aksiller kıllanma ve ilk menstruasyon (menarş) bulguları ile devam eder. Pubik kıllanma (pubarş) meme

gelişiminden (telarş) ortalama 6 ay sonra başlar [23]. Kızların seksüel gelişimi ortalama 11.2 yaşdır. Ülkeden ülkeye bu oran değişmektedir. Çünkü genetik faktörler, ırk, sosyo-ekonomi durum, gibi faktörler etkilemektedir [27]. Yapılan araştırmalarda Türk kızlarında ortalama menarş yaşı 12.4'tür. Meme gelişimi ise başlangıç yaşı 10.4, erişkin evreye ulaşma yaşı 15-15.5 yaş olarak kabul edilir [23]. Cinsel gelişimin diğer değişiklikleri ise östrojenin etkisi ile ortaya çıkar. Vulva, vajen ve himen mukozasında kalınlaşma, vajinal sekresyonun asidik özellik kazanır. Mons pubiste yağlanma ve klitoriste hafif büyüme gözlemlenir [23, 27].

Erkeklerde pubertenin ilk belirtisi testis hacimlerinin artmasıdır [35]. Sekonder cinsel gelişme; testisler ve peniste büyüme, pubik kıllanma, aksiller kıllanma, yüz kıllanması, ses değişikliği ve spermarş sırasıyla ortaya çıkmaktadır [25]. Aksiller kıllanma pubertenin ortasına denk gelir. Daha sonra androjene duyarlı bölgelerde (karın, göğüs, sırt, yüz ve uylukların üst bölümü) kılların çıkması gözlemlenir [35]. Erkeklerde spermatogenezin başlaması ile üreme kapasitesi kazanılmaktadır [6]. Erkeklerde dış genital değişiklikleri 9 yaşından itibaren başlar. Ortalama başlangıcı ise 11.6 yaşdır. Kızlarda olduğu gibi ülkeden ülkeye bu ortalama değişmektedir [25, 27, 36].

2.1.4 Adolesan dönemde bilişsel gelişme

Adolesanlarda bilişsel gelişme, beynin işlevleri sayesinde çok sayıda becerinin gelişmesini kapsar. Örneğin sosyal ortamlarda, arkadaş ilişkilerinde, bilimsel konularda somut düşünüp, soyut kavramaları algılayabilme becerisidir [27]. Bilişsel gelişimin kuramcısı J. Piaget'tir. Bilişsel gelişimi, Piaget 12 yaşlarından başlayarak yetişkinlik dönemine kadar devam eden bir dönem olarak tanımlamıştır. Bilişsel gelişime döneminde ayırt etme, hayal kurma, soyut kavramları algılayabilme, değişkenleri belirleme ve kontrol etme yetenekleri gelişir [37]. Somut düşünme yerine soyut düşünce ön plana çıkar. Olayları analiz ederek sonuca ulaşır [26, 27]. Ortalama 15 yaşlarda bilişsel gelişiminin en üst seviyesine ulaşır. Bu dönemden sonra niteliksel gelişme ortaya çıkmaz, ancak bireye bağlı niceliksel gelişme mümkündür [37, 38].

2.1.5 Adolesan dönemde psikososyal gelişme

Değişim zamanı ve hayatın en önemli evresi olan adolesan dönemde yaşadığı değişimler, psikososyal gelişimini önemli ölçüde etkilemektedir. Fiziksel

değişimlerden dolayı adolesanlar beden imajlarıyla daha fazla meşguldür ve cinselliğinin farkındadır. Bu değişimlerden dolayı adolesanlar duygu karmaşası yaşayabilmektedir [6, 25]. Adolesan dönemde psikososyal gelişmenin en önemli özelliği kimlik kazanılmasıdır ve adolesan bireylerin erişkin bir birey olması için kimlik kazanması gerekir [27]. Erikson'a göre kimlik krizi bu dönemin normal parçasıdır. Kriz, bilişsel gelişimiyle seçilen yaşam, inanç ve değerlerine göre sonuçlanır [6, 37]. Adolesanlar bu dönemde yaşanan stres, akran baskısı gibi nedenlerle mantıklı kararlar alamazlar ve sağlıksız davranışlara karşı eğilimlidir [6].

2.1.6 Adolesan dönemde görülen sağlık sorunları

Adolesan dönemde görülen fiziksel, cinsel, bilişsel ve psikososyal değişimler sonucunda adolesan sağlığını ve daha sonraki yaşamını direk etkilemektedir [7]. Adolesan dönem genellikle sağlıklı bir grup olarak ele alınsada DSÖ göre 2015 yılında yaklaşık 1.2 milyon, günde 3000 adolesan yaşamını yitirmiştir [4]. Ölüm nedenlerinin çoğu intihar, şiddet, riskli cinsel davranış, sigara kullanımı, alkol ve madde kullanımıdır [4, 10]. CDC tarafından altı riskli davranış biçimi belirlenmiştir. Bunlar; alkol ve madde kullanımı, yaralanma ve şiddet, sigara kullanımı, sağlıksız beslenme davranışları, yetersiz fiziksel aktivite, riskli cinsel davranışlardır [8]. Bu davranış biçimleri adolesan dönemde sık görülen sağlık sorunları arasında yer almaktadır. [6,9]. Adolesan dönemde hızlı büyüme ve gelişmeden dolayı besin gereksinimleri en yüksek seviyededir. Bu nedenle günlük olarak yeterli enerji ve besinlerin düzenli öğünler şeklinde tüketmesi gerekmektedir. Yetersiz beslenme malnutrisyon ve şişmanlığa neden olabilmektedir. Malnutrisyon, pnömoni ve menenjitte yol açar. Şişmanlık ise erişkin dönemde tip 2 diyabet, karaciğerde yağlanma, obstruktif uyku apnesi ve kronik hastalıklara yatkınlığa neden olur. Ayrıca adolesan dönemde kızlarda fiziksel görünüm önemli hale geldiği için Anoreksi Nervosa, Bulimia Nervosa ve aşırı kusma hastalığı gibi hastalıklar oluşabilmektedir [25].

DSÖ verilerine göre gelişmekte olan ülkelerdeki adolesanların yeterli beslenmediği için erken ölümlere karşı daha savunmasız hale getirirken bir yanda da obez adolesanların sayısı artmaktadır. Örneğin obezite Güney-Doğu Asya bölgesinde %10'dan düşük iken, Amerika'da %30 üzerine çıkmaktadır [2]. Ülkemizde 2010 yılında yapılan araştırmada ise 6-18 yaş arasında obezite sıklığı % 8.2 olarak tespit edilmiştir [63].

Adolesan bireylerin kendini tanıyıp, cinsel kimlik ve rollerinin gelişmesi ile cinsel yaşamı başlamaktadır. Gelişmiş ülkelerde adolesanlar cinsellik hakkında bilgisi yeterli düzeyde değildir. Bu yüzden cinsel yolla bulaşan hastalıklar, erken cinsel yaşamın başlaması ve istenmeyen gebelikler gibi sorunlar karşımıza çıkmaktadır [7]. DSÖ verilerine göre Dünyadaki tüm doğumların yaklaşık %11'i 15-19 yaş arasındaki adolesan kızlara aittir [64]. Gelişmekte olan ülkelerde yaklaşık her yıl 2-4.4 milyon adolesan kızın istenmeyen gebelikleri sonlandırmak için güvensiz küretajlar yaptırdığı tahmin edilmektedir [65]. Riskli cinsel davranışlar ayrıca HIV/AIDS ve cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlara (CYBE) neden olmaktadır [10]. DSÖ verilerine göre 2016 yılında Dünyada yaklaşık 2.1 milyon adolesan HIV ile yaşamaktadır [64].

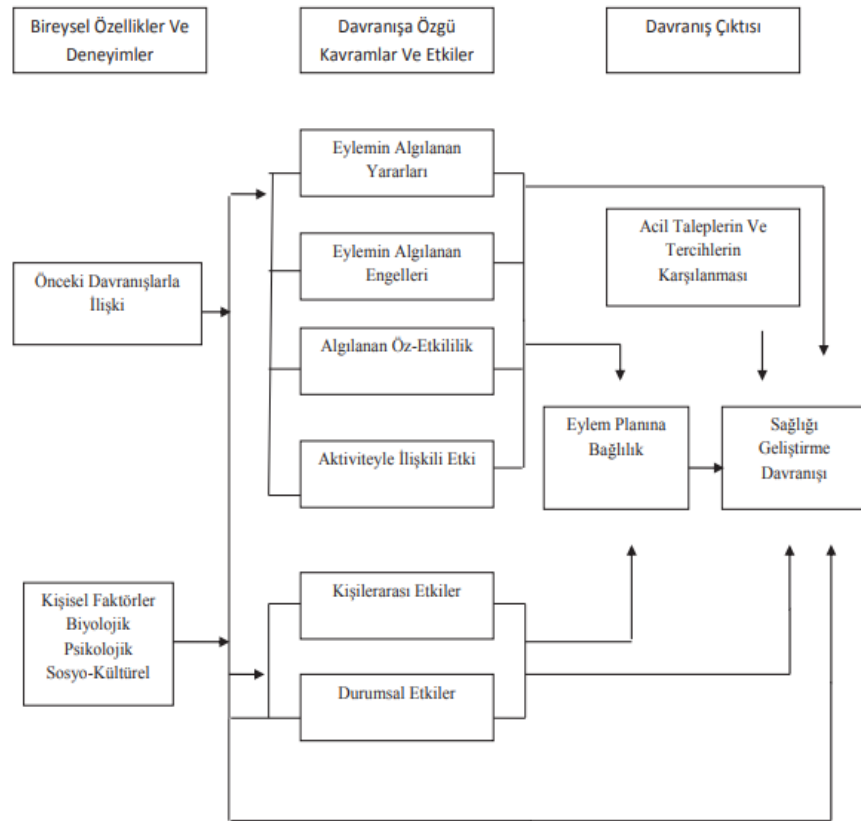
Şiddet, adolesan dönemde mortalite ve morbidite nedenleri arasında ilk sırada yer alır. Şiddet, fiziksel, cinsel ve suistimal olarak ele alınmaktadır. Birçok faktör adolesanlarda şiddet eğilimine yönelmesine neden olmaktadır. Ülkemizde şiddetin bir terbiye biçimi olarak algılanmaktadır. Aile içinde ve kamuda meşru olarak görülmesine neden olmaktadır. Sözde terbiye olarak çocuklar dayak yemekte, karanlık odalara kapatılmaktadır. Şiddet gören çocuklarda ileride sorunların şiddet ile çözmeye çalışan adolesan ve yetişkinlere neden olmaktadır [10, 25, 31]. DSÖ verilerine göre erkek adolesanların ölüm nedenleri arasında şiddet başta gelmektedir. 2016 yılı verilerine göre adolesanlarda küresel şiddet prevalansı %26 olarak bulunmuştur ve küresel cinayet suçlarının %43'ünü 10-29 yaş arası bireylerin işlediğini belirtmektedir [64]. Ülkemizde ise TÜİK verilerine göre adolesan erkeklerin %2.8; adolesan kızların %3.5'i cinayet işlemektedir. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığının verilerine göre adolesanların yaklaşık %23'ü bir sorunla karşılaştığında saldırgan davranış sergilemektedir [71, 83].

Adolesanlarda madde bağımlılığı gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde giderek artmaktadır. Çocukluktan itibaren sigara, alkol, uyuşturucu ve benzeri maddeler ile tanışmakta ve adolesan dönemde bağımlı haline gelmektedir [25]. Amaç adolesan dönemde otonomi ve bağımsızlığın kanıtlanması olabilir. Örnek aldığı bir yetişkini taklit etmek, yaşanan zorluklar ile baş etmek ya da arkadaşları tarafından kabul edilmek gibi bir çok neden olabilir [31]. DSÖ'nün 2014 yılı verilerine göre sigara kullanımı dünya çapında yaklaşık 6 milyon kişinin ölümüne neden olmaktadır. 13 ile 15 yaş arasındaki 10 adolesanların en az biri tütün kullanmaktadır. 2030 yılına kadar

tahmini 8 milyondan fazla ölüme neden olabileceği tahmin edilmektedir. Türkiye İlaç Raporu 2019 yılı verisine göre 15 yaş öğrencilerde yaşam boyu madde kullanım oranı % 1,5 olarak tespit edilmiştir [64, 66].

2.2 Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları

Sağlık davranışı, sağlığın korunması, geliştirilmesi ve iyileştirilmesi için yapılan davranışların tümüne denir [41]. Sağlıklı yaşam biçimi ise bireyin sağlığını etkileyebilecek tüm davranışlarını kontrol etmesi, günlük aktivitelerini kendi sağlık durumuna göre davranmasına denir [39, 40]. Sağlığı geliştirebilmek için bireylerin sağlıklı yaşam biçim davranışlarını davranışlarına yansıtması gereklidir [10]. Sağlıklı yaşam biçimi davranışları eskiden günümüze kadar birçok araştırmalar ile ele alınmıştır. Örneğin; Pender sağlıklı yaşam biçimini sağlığı geliştirmenin bir parçası olarak ifade etmiştir. 1982 yılında Sağlığı Geliştirme Modelini (SGM) geliştirmiştir.



Şekil 2. 2: Pender'in Sağlığı Geliştirme Modeli [48].

Sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını etkileyen faktörlerin belirlenmesini açıklayan bir modeldir. İnsanların sağlıklı yaşam davranışlarını benimseyip davranışlarına

yansıtmasını amaçlamıştır. Sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını; kişiler arası ilişkiler, egzersiz, sağlık sorumluluğu ve stres yönetimi olarak ele almıştır. [45 - 47]. DSÖ verilerine göre bireylerin sağlığının %60'ını yaşam tarzı etkilemektedir ve yaşam tarzı ile sağlıkları arasında doğrudan bir ilişki vardır [50]. Sağlıklı yaşam tarzı sağlığını doğrudan etkilediği için DSÖ 2000'li yıllarda sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının önemine odaklanmıştır. "Herkes İçin Sağlık" sloganı ile yola çıkarak, sağlıklı yaşam biçiminin önemi vurgulanmıştır. DSÖ'nün hedefi sağlıklı insan sayısının artmasıdır. Hedefe ulaşmak için insanların sağlıklı yaşam biçimini davranışlarına uygulayıp, yaşam kalitesini artırılmasıdır [43, 49].

Adolesan dönem, yetişkin döneminde sürece davranışlarını öğrendiği dönemdir. Sağlıkla ilgili davranışları da bu dönemde öğrenir ve gelecek dönemde yaşamını önemli ölçüde etkilemektedir. Bu yüzden sağlıklı yaşam biçimi davranışını adolesan grubunun öğrenmesi ve uygulaması önemlidir [6, 9, 44]. Walker ve arkadaşları dengeli ve yeterli beslenme, düzenli ve yeterli egzersiz yapma, kendini gerçekleştirme, stres yönetimi, kişilerarası ilişkiler ve kişinin sağlığını geliştirme ve korumasına ilişkin sorumluluk almasını sağlıklı yaşam biçimi davranışları olarak ele almaktadır [42].

Kendini gerçekleştirme (Manevi gelişim): Kişinin davranışlarının en önemli belirleyici kavram "benlik" kavramıdır. Davranışlarını yöneten etkende kendini gerçekleştirmesidir. Davranışları yöneten bir güdü ve erişilmeye çalışılan gelişme düzeyine kendini geliştirme denir. Odağı iç kaynaktır. Kişinin kendini tanımasını sağlar. Yeni deneyimler için fırsatlar sağlar. Kendini gerçekleştirme yaşam boyu sürer. Kendini gerçekleştiren birey kendini tanır. Kendisinin güçlü ve zayıf yönlerini bildiği için verimlidir. Belirli bir hedef doğrultusunda yaşamını sürdürdüğü için başarılarının farkındadır. Farklı bir tanımla ise hem fiziksel boyutta hemde kişinin ötesinde kişisel farkındalık olarak tanımlanır [10, 51, 52].

Sağlık sorumluluğu: Türk Dil Kurumuna göre, kişinin kendi davranışlarını ve sonuçlarını üstlenmesine denir. Başka bir tanımla kişinin kendi sağlığı hakkında gerektiğinde profesyonel yardım alıp, bilgilendiği ve kendi sağlığına özen göstermesine denir. Sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını benimseyen kişi kendi sağlığı ile ilgili sorumluluk duyar. Sorumluluk duyması ile sağlık için risk taşıyan

davranışlardan (sağlıksız beslenme, sigara ve alkol kullanımı vb.) uzak durmasını sağlar. [10, 44, 52, 53].

Kişilerin sağlıkları ile ilgili alabileceği sorumluluk düzeyi:

- Kendini ve vücudunu tanıdığı için değişiklik fark ettiğinde hekime ve sağlık kuruluşuna müracaat etmesi,
- Düzenli aralıklarla özen gösterip sağlık kontrollerini yaptırması,
- Sağlıkla ilgili konulara açık olup, tartışmalara girebilmesi,
- Sağlıkla ilgili yayınları takip edebilmesi,
- Sağlığını takip etmesi ve iyiliğini hissedebilmesi,
- Sağlığı ile ilgili sapmalar olduğunda yapması gereken önlemleri belirlerler [54].

Fiziksel aktivite ve egzersiz: Fiziksel aktivite, hafif, orta ve ağır egzersizlerin düzenli uygulanmasıdır [52]. Egzersiz, kardiyak output ve perfüzyonu ile akciğer kapasitesini arttırmakta, akciğerdeki sekresyonların birikimi önlemekte, kas gücünü, endüransını, eklem hareket açıklığını, bağ dokularının esnekliğini, kemik yoğunluğunu, metabolizma hızını arttırmakta, üriner stazı azaltmakta, iştahı ve barsak peristaltizmini düzenlemekte ve psikolojik iyilik halinin sağlanmasına yardımcı olmaktadır [56]. Fiziksel aktivite düzeyleri yaşam kalitesi ile doğrudan etkilidir. Fiziksel aktivite yetersizliği, diyabet, inme ve kanser gibi hastalıklar için önemli bir risk faktörüdür. DSÖ göre yetişkinlerin % 23'ü ve adolesanların % 81'i yeterli fiziksel aktivite yapmamaktadır. Düzenli ve yeterli bir şekilde fiziksel aktivite yapılmadığı için dünyada önemli bir sorun haline gelmiştir [56- 58].

DSÖ'nün adolesanlar için fiziksel aktivite önerileri:

- Hafta boyunca günde en az ortalama 60 dakika orta şiddetli yoğunlukta, çoğunlukla aerobik, fiziksel aktivite yapmalıdır.
- Haftada en az 3 gün güçlü aerobik aktivitelerin yanı sıra kas ve kemiği güçlendiren aktiviteleri de içermelidir.
- Hareketsiz kalmak için harcanan zamanı, özellikle de boş vakit geçirme süresini sınırlamalıdır [84].

Beslenme: Sağlığın korunması, iyileştirilmesi, geliştirilmesi, yaşamın sürdürülmesi ve yaşam kalitesinin artırılması için besinlerin kullanılmasına beslenme denir. Vücudun enerji ihtiyacını karşılanması, büyüme ve gelişme, hastalık durumunda vücudun

onarımı gibi durumlar beslenme ile olur. Yeterli ve dengeli beslenilmediği durumlarda vücudun direnci azalır ve hastalıklara yakalanma riski artar. Hastalık durumunda sürecin uzamasına neden olur [59].

Sağlıklı beslenme için proteinler, karbonhidratlar, yağlar, mineraller, vitaminler ve sudan oluşan altı ana besin grubundan yeterli ve dengeli beslenmesi gerekir [53]. Fiziksel, bilişsel, psikososyal gelişimin ve kimlik karmaşası yaşadığı dönemde adolesanlar dış görünüşleri ile daha fazla ilgilidir. Düzensiz öğün, ev ortamı yerine dışarıda yemek yeme gibi beslenme alışkanlıkları vardır. Sağlıksız yeme alışkanlıkları ve fiziksel aktivitenin yetersiz olması obezite riskini artırmaktadır [37]. DSÖ göre 5-19 yaş arası 340 milyondan fazla çocuk ve adolesan aşırı kilolu ve obezdir. 5-19 yaş arası çocuk ve adolesanların prevalansı 1975'te sadece % 4'iken, 2016'da ise % 18'in üzerine artmıştır [61]. Obez veya aşırı kilolu olmak gençlerin refahını olumsuz yönde etkileyebilir ve yetişkin obezitesi, tip 2 diyabet ve kanser gibi 33 kronik durum, 34 ve duygudurum bozuklukları riskini artırabilir [60].

DSÖ'nün adolesanlar için beslenme önerileri:

- Yaşam süresi boyunca serbest şeker alımının azaltılmalıdır. Serbest şeker alımının toplam enerji alımının % 10'undan daha azına düşürülmesini önerilmektedir.
- Adolesan kızlarda anemi ve demir eksikliğinin önlenmesi için aneminin yüksek olduğu ülkelerde (% 40 veya daha yüksek anemi prevalansı) günlük demir takviyesi önerilmektedir.
- Adolesan dönem fiziksel büyümenin en yüksek olduğu dönemdir. Aynı zamanda yetişkin yetenekleri ve becerilerin geliştiği dönemdir. Bu yüzden hem makro hem de mikro besin olan demir, kalsiyum, çinko, A vitamini ve D vitaminine gereksinimleri artar.
- Trans yağlar tüketilmemesi önerilmektedir.
- Güvenli çevre ve hijyene erişim sağlanmalıdır.
- Adolesanlar arasında kronik yetersiz beslenme ekonomik güç, sosyal statü, hastalık durumu, hamilelikte kötü anne sağlığı ve beslenmesi, bebeklikte beslenme ve bakımıyla ilişkilidir [85].

Kişiler arası ilişkiler/destek: Bireyin çevresiyle anlamlı ilişkiler kurup, sözel veya sözel olmayan mesajlar ile duygu ve düşüncelerini ifade etmesidir [62]. Başka bir tanımla ise kendine yakın arkadaşları ile birlikte vakit geçirip, tatmin edici ilişkiler

kurmaktır. Kişisel sorunları yakın çevresi ile paylaşmak ve fikir alışverişinde bulunup çözmektir [10, 53].

Stres yönetimi: Latince kökenlidir ve anlamı zorlanma, gerilme ve baskıdır. Gerilimi azaltmak ya da kontrol altına alabilmek için gösterilen çabadır. Diğer anlamda ise vücudun dengesini bozacak etkenlerin tümü olarak tanımlanır. Stres anında vücudumuz adrenalin hormonu salgılar. Fizyolojik olarak kalp hızı artar ve kan basıncı yükselir. Daha sonra kaslarda gerginlik olur. Stres devam ederse fizyolojik düzende bozulmalar ortaya çıkabilir. Aşırı stres baş ağrısı, uykusuzluk, depresyon, hipertansiyon, diyabet ve kalp hastalıklarına neden olabilir. Stres kontrolü kişiye özeldir çünkü neden olan faktöre bağlıdır. Stresle başa çıkmak için gevşeme teknikleri, egzersizler, neden olan faktörden uzak kalmak ve inanç gibi bir çok yöntem vardır [44, 52, 53].

2.3 Sağlık Okuryazarlığı

2.3.1 Sağlık okuryazarlığı tanımı

DSÖ sağlık okuryazarlığını bireylerin kendi sağlığı ile ilgili bilgilere ulaşması, anlaması ve bilişsel, sosyal yetenekleri bu bilgileri kullanması olarak tanımlamaktadır [13]. DSÖ ile T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü tarafından yayımlanan "Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi Sözlüğü" sağlık okuryazarlığını; bireyin sağlığını geliştirip, ömür boyu sağlıklı kalmak için bilişsel ve sosyal becerileri olarak tanımlamaktadır [72]. Amerikan Tıp Birliği (AMA) sağlık okuryazarlığını ise, sağlıkla ilgili temel okuma ve işlemsel görevlerini yerine getirme becerilerini bir takımyıldızı olarak tanımlamaktadır [11].

1986 yılında ise Ottawa'da yapılan "Uluslararası Sağlığı Geliştirme Konferansı (International Conference on Health Promotion) sonrası sağlık okuryazarlığı kavramı yaygınlaşmıştır. Konferansta, toplumun sağlıkla ilgili bilgilerinin düzenlenmesi ve toplumunda buna uygun davranış geliştirmesi gerektiği vurgulanmıştır. Bu sayede sağlık okuryazarlığı kavramının öne çıkmasını sağladı.

1990'lı yıllardan itibaren sağlık okuryazarlığının halk sağlığı alanında ki önemi giderek arttı [16, 21, 73]. Daha sonra 1998 yılında DSÖ "Sağlığın Geliştirilmesi Sözlüğünde (Health Promotion Glossary)" sağlık okuryazarlığı, "Bir bireyin sağlıkla ilgili bilgiye ulaşması, anlaması ve sağlığını geliştirici yönde bu bilgiyi kullanması için

motivasyonunu ve yeteneğini belirleyen sosyal ve bilişsel beceriler" olarak yeniden tanımlamıştır [74]. 2000'li yıllarda Amerika ve Avrupa'da sağlık okuryazarlığı kavramı ile ilgili araştırmalar giderek artmıştır [75].

Ülkemizde ise 2011 yılında Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Sağlığın Teşviki ve Geliştirmesi Sözlüğünde sağlık okuryazarlığı, bireyin toplum ve kendi sağlığını iyileştirmek amacı ile yaşam tarzı ve koşullarında değişiklik yapabilmesinde gerekli beceri, bilgi ve kendine güven düzeyine ulaşması" olarak tanımlanmıştır [72].

2.3.2 Sağlık okuryazarlığı sınıflandırılması (düzeyleri)

Sağlık okuryazarlığı kavramını Nutbeam, fonksiyonel (işlevsel), iletişimsel (etkileşimli) ve eleştirel (kritik) olmak üzere üç düzeyde ele almıştır. [76].

Fonksiyonel (İşlevsel) sağlık okuryazarlığı: Bireyin günlük hayatta okuma ve yazmada etkili olabilmesi için yeterli temel becerilere sahip olmasıdır. Örneğin; egzersiz, beslenme, ilkyardım gibi temel sağlık bilgilerini bilmesi ve anlama becerisidir [76].

İletişimsel (etkileşimli) sağlık okuryazarlığı: Günlük aktivitelere sosyal becerilerin eklenmesi ile bilgi almak, değişen koşullara yeni bilgiler uygulamak ve farklı iletişim biçimlerinden anlam çıkarmak için kullanılan daha gelişmiş bilişsel ve okuryazarlık becerisidir. Örneğin; birey ihtiyacı olduğu zaman nerden destek alacağı kurumu bilir [76].

Eleştirel (kritik) sağlık okuryazarlığı: Sosyal beceriler bilgisi ile eleştirel analiz edip ve bu bilgileri günlük hayatta daha fazla kontrol ederek kullandığı gelişmiş bilişsel becerisidir. Analiz yeteneği ve bilişsel becerilere sahip olmak olaraktan tanımlanır. Örneğin; takip ettiği sağlık haberlerini yorumlayabilir [76].

2.3.3 Sağlık okuryazarlığını etkileyen faktörler

Sağlık okuryazarlığını bireyin sosyo-ekonomik düzeyi, demografik özelliği, iş ortamı, dil, kültür, medya kullanımı, genel okuryazarlık düzeyi gibi birçok faktörler etkilemektedir [73, 77]. Amerikan Ulusal Tıp Akademisi bireylerin sağlık sistemleri, eğitim sistemleri, kültürel ve sosyal faktörlerin sonucunda sağlık okuryazarlığının ortaya çıktığını belirtmiştir [79]. Bireysel özellikler ve sağlık sistemi arasındaki etkileşim sonucunda sağlık okuryazarlığı ortaya çıkar. Bu yüzden etkileyen faktörler

bireysel faktörler ve sistemsel faktörler olarak ikiye ayrılır ve Tablo 2.1’de sunulmuştur [73, 77].

Tablo 2.1 : Bireysel ve sistemsel faktörler [77].

Bireysel Faktörler	Sistemsel Faktörler
Yaş ve Cinsiyet	Sağlık hizmeti sunanların iletişim yeteneği
Okuryazarlık becerileri	Sağlık bilgisinin karmaşıklığı
Bilişsel beceriler	Sağlık bakım ortamının özellikleri
Sağlık hakkındaki inançlar	Sağlık sisteminin hastalardan istekleri, beklentileri
Duygusal ve fiziksel sağlık	Sağlık bakım profesyonelleri üzerindeki zaman baskısıdır
Sağlık bakımı deneyimi	
Özel sağlık koşulları	
Motivasyon	
Sosyo-ekonomik statü	
Sosyal destek	

Sağlığın temel belirleyicileri bireysel faktörleri oluşturmaktadır [16]. Bireysel faktörler; görme, işitme ve konuşma becerileri, hafıza ve anlamlandırma, sosyal ve bilişsel becerilerden oluşmaktadır. Tüm bu becerilerin ve yeteneklerin azalması da düşük sağlık okuryazarlığını ortaya çıkartmaktadır [80]. Kanıtlar düşük sağlık okuryazarlığının bireylerin sağlığını olumsuz etkilediğini göstermektedir. Düşük sağlık okuryazarlığı koruyucu sağlık hizmetlerinin az düzeyde kullanımı, bireyin sağlık durumunu anlamasında yetersizlik, öz- bakım yetersizliği, sağlık bakım masraflarında artma ve mortalitede artış gibi durumlara neden olmaktadır [16].

2.3.4 Adölesanlarda sağlık davranışları ile sağlık okuryazarlığı arasındaki ilişki

Sağlık okuryazarlığı, sağlığın geliştirilmesi ve hastalıkların önlenmesi açısından önemli bir faktör olarak gösterilmektedir [67, 68]. Yetersiz sağlık okuryazarlığının

koruyucu sağlık hizmetlerini daha az kullanma ve erken tanı için tarama sıklığında azalma ile ilişkili olduğu; sağlık okuryazarlığı düşük olanların sağlık kurumlarına daha çok tedavi için başvuruda buldukları, hastaneye yatış oranlarının daha yüksek olduğu, tedavi uyumlarının da daha düşük olduğu bildirilmektedir [78]. Yetersiz sağlık okuryazarlığına sahip bireylerin sigara ve alkol kullanımı, yetersiz fiziksel aktivite ve sağlıksız beslenme davranışları gösterdikleri ve yaralanma davranışları açısından risk altında oldukları bildirilirken, yeterli sağlık okuryazarlığına sahip bireylerin sağlıklı beslenme, sağlık hizmetleri ve yaşam tarzı konusunda daha bilinçli karar verdikleri ifade edilmiştir [67].

Adolesanlarda sağlık davranışları ile e-sağlık okuryazarlığı arasındaki ilişkiyi inceleyen bir araştırmada sağlık davranışları ile e-sağlık okuryazarlığı arasında pozitif anlamlı ilişki olduğu gösterilmiştir [69]. Paakkari ve arkadaşlarının araştırmasında (2017) spor kulübü faaliyetlerine katılan ergenlerde algılanan sağlık okuryazarlığının daha yüksek olduğu bulunmuştur. Riiser ve arkadaşlarının (2020) araştırmasında sağlık okuryazarlığının adolesanların el yıkama davranışları ve yaşam kalitesiyle ilişkili olduğu gösterilmiştir. Başka bir araştırmada ise ortaokul öğrencilerinde sağlık okuryazarlığının öz yeterlilik, sosyal destek ve okul ortamı ile ilişkili olduğu bulunmuştur [81].

Adolesanlarda sağlık okuryazarlığı ile sağlık davranışları arasındaki ilişkileri inceleyen bir review araştırmasında, işlevsel ve medya sağlığı okuryazarlığının, sağlığı geliştirici davranışlarla önemli ölçüde ilişkili olduğu gösterilmiştir. Fonksiyonel sağlık okuryazarlığı, alkol kullanımının azalması ve madde kullanımı ile de ilişkili bulunmuştur. İşlevsel sağlık okuryazarlığının riskli cinsel davranış, tıbbi uyum ve sağlık bilgisi arama ile ilişkili bulunmamıştır [12]. İncelenen araştırmalarda sağlık okuryazarlığının tüm yönlerinin değerlendirilmese de sonuçların, adolesanlarda sağlık okuryazarlığı ile sağlık davranışları arasındaki ilişkinin anlamlı olduğunu ve daha fazla araştırılması gerektiğini önermektedir [12,67,69,81].

2.3.5 Adolesanların sağlık okuryazarlığını ve sağlık davranışlarını geliştirmede okul hemşiresinin rolü

Okul sağlığı hemşirelerinin sağlığın geliştirilmesinde önemli rolleri vardır. Okul sağlığı hemşireleri, okulda sağlık taramaları, bağışıklama, akut şikayetlerin

giderilmesi, kronik hastaların izlenmesi ve ilaç kullanımının yönetimi, sağlık eğitimi ve danışmanlık, okul çevresinin iyileştirilmesi, sağlık eğitimi ve ruh sağlığı hizmetleri gibi bir çok görevi yerine getirmektedir [87]. Bu görevler arasında sağlık eğitim çalışmaları önemli bir yer tutar. Okul sağlığı hemşireleri, başta öğrenciler olmak üzere, okul çalışanlarına ve ailelere yönelik çeşitli sağlığı geliştirme programları düzenler. Sağlık eğitim konuları; beslenme, egzersiz, sigara içmeyi önleme ve bırakma, ağız ve diş sağlığı, cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar ve diğer bulaşıcı hastalıklar, madde kullanımı ve bağımlılığı, aşılama, adolesan gebeliğini önleme gibi konulardır. Okul hemşireleri okul sağlığı programlarının bir parçasıdır ve çocukların tüm ihtiyaçlarının karşılanmasına ve okul başarılarının artırılmasında önemli katkı sağlar [10].

Çocukların sağlık okuryazarlığının desteklenmesiyle yetişkinlere göre daha olumlu sonuçlar bekleneceği ifade edilmektedir [20]. Yapılan araştırmalarda sağlık okur yazarlığının sağlık davranışları üzerinde olumlu etkileri olduğu gösterilmiştir [12,68]. Bu nedenle okul çocuklarının ve adolesanların sağlık davranışlarının geliştirilmesi için öncelikle sağlık okuryazarlıklarının geliştirilmesi önemlidir. Sağlık okuryazarlığını geliştirmede; sağlık hizmeti sunucularının önemli görevleri vardır [86]. Okulda yapılan sağlık eğitimlerinde konular, sağlık okuryazarlığı yaklaşımıyla verilmesi sağlanmalıdır. Öğrencilerin yaşına göre uygun pedagojik yöntemler kullanılarak sağlık, sağlık davranışlarının geliştirilmesi ile ilgili eğitimler verilmelidir. Sağlık okuryazarlığının geliştirilmesi için bilgiyi yorumlayabilme ve karar verebilme becerilerinin geliştirilmesiyle ilgili müdahalelere de eğitim programları içinde yer verilmesi önemlidir [82].

3 GEREÇ VE YÖNTEM

3.1 Araştırmanın Amacı ve Tipi

Bu araştırma adolesanlarda sağlık okuryazarlığı ile sağlık davranışları arasındaki ilişkinin belirlenmesi amacıyla ilişki arayıcı bir araştırma olarak gerçekleştirildi. Araştırma soruları;

- Adolesanların sağlık okuryazarlığı ne düzeydedir?
- Adolesanların sağlık davranışları ne düzeydedir?
- Adolesanların sosyodemografik özellikleri ile sağlık davranışları arasında ilişki var mıdır?
- Adolesanların sağlık okuryazarlığı ile sağlık davranışları arasında ilişki var mıdır?

3.2 Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma Aralık 2019 – Mart 2020 tarihleri arasında İstanbul İl Milli Eğitim Müdürlüğü'ne bağlı İstanbul Anadolu Yakasında bir Fen Lisesi, bir Mesleki ve Teknik Anadolu Lisesi ve iki Anadolu Lisesinde yürütüldü. Araştırmanın yapıldığı okulların bulunduğu ilçeler Kadıköy, Üsküdar, Ümraniye ve Sancaktepedir. Okullarda okul hemşiresi bulunmamaktadır.

3.3 Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Okulların seçiminde ilk olarak üç seçim bölgesinden İstanbul birinci seçim bölgesine karar verildi. Birinci seçim bölgesindeki ilçeler sosyo-ekonomi düzeyine göre sıralandı. Karar verilen dört ilçede yer alan Fen Lisesi, Anadolu Lisesi, Mesleki ve Teknik Lisesine karar verildi. Fen lisesi Türkiye'deki ikinci Fen Lisesi olarak kurulmuştur. 1982 yılından itibaren eğitim vermektedir. Ümraniye ilçesinde bulunan Anadolu Lisesi İstanbul'un seçkin okullarındandır. 1991 yılından itibaren eğitim

vermektedir. Diğer Anadolu Lisesi 2010-2011 yılından itibaren eğitim veren yeni bir lisedir. Mesleki ve Teknik Lisesi 1946 yılından itibaren sağlık eğitimi veren bir lisedir. Günümüzde ebe yardımcılığı, sağlık bakım teknisyenliği ve hemşire yardımcılığı olmak üzere 3 bölümde eğitim öğretime devam etmektedir. Araştırmanın evrenini, 2019- 2020 eğitim öğretim yılında İstanbul İl Milli Eğitim Müdürlüğü'ne bağlı bir Fen Lisesi, bir Mesleki ve Teknik Anadolu Lisesi ve iki Anadolu lisesi 9, 10, 11 ve 12. sınıflarda okuyan öğrenciler oluşturdu (N=3139)

Araştırmada örneklemin belirlenmesinde evreni bilinen örneklem hesabı denklemi ile yapılan hesaplama sonucunda örneklemin minimum 472 öğrenci olması gerektiği belirlendi. Denklemde 3.1'de hesaplanmıştır.

$$n = \frac{Nt^2 pq}{d^2(N-1) + t^2 pq} \quad (3.1)$$

N: Evren

n: Örnekleme alınacak birey sıklığı

p: İncelenen olayın görülüş sıklığı

q: İncelenen olayın görülmemiş sıklığı (1-p)

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

d: Olayın görülüş sıklığına göre yapılmak istenen \pm sapma

N: 3139 (Okulların toplam mevcudu)

n: Örnekleme alınacak birey sıklığı

p: 0,30 (Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Araştırması (2014) Türkiye'nin genel sağlık okuryazarlık indeksi 30,4)

q: 0,70

t: 2,57 (p<0,01)

d: 0,05

$$n = \frac{(3139)(2,57)^2(0,30)(0,70)}{(0,05)^2(3139-1) + (2,57)^2(0,30)(0,70)} \quad (3.1)$$

$n = 471,6 = 472$

Tabakalı rastgele örnekleme yöntemine göre okullardan alınması gereken öğrenci sayıları belirlendi.

Tablo 3.1 : Liselerden örnekleme alınacak öğrenci sayısı.

KURUM	Toplam Mevcut	Örnekleme alınacak öğrenci sayısı	Örnekleme alınan öğrenci sayısı
Fen Lisesi	470	70	73
Mesleki ve Teknik Anadolu Lisesi	727	110	242
Anadolu Lisesi 1	676	102	133
Anadolu Lisesi 2	1266	190	201

Örnekleme dahil edilme kriterleri:

- Araştırmanın yapıldığı liselerde öğrenci olmak
- Araştırmaya katılmayı gönüllü kabul etmek.
- Soruları anlamasını engelleyen görsel, bilişsel ve zihinsel bir engelinin olmaması.

Örnekleme dahil edilmeme kriterleri:

- Araştırmaya dâhil edilme kriterlerine uymayan ve soru formunu tam doldurmayan öğrenciler araştırma dışında tutulacaktır.

Araştırma, araştırmaya dahil edilme kriterlerini karşılayan 649 öğrenci ile gerçekleştirildi.

3.4 Araştırmanın Veri Toplama Araçları

Araştırmada veri toplama aracı olarak, araştırmacı tarafından geliştirilen Sosyo demografik özellikler soru formu, Adolesan Yaşam Biçimi (AYB) Ölçeği II ve Okul Çağındaki Çocuklar İçin Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği kullanıldı.

Sosyo demografik özellikler soru formu

Araştırmacı tarafından hazırlanan bu form 29 sorudan oluşmaktadır. Soru formunda öğrencilerin tanıtıcı özelliklerine (yaş, cinsiyet, sınıf, okul, yaşadığı yer, aile tipi, kardeş sayısı, anne/baba eğitimi, anne/baba mesleği, aile geliri, kiminle yaşadığı, okul başarısı, başka işte çalışma durumu, katıldığı sosyal aktivite), aile-arkadaş ilişkileri, sağlık problemi, ilaç kullanımı, geçirdiği ameliyatlar, boy, kilo, sigara, alkol, madde

kullanımı, sağlık algısı ve sağlık okuryazarlığı kavramına ilişkin sorular yer almaktadır. (EK A)

Adolesan Yaşam Biçimi (AYB) Ölçeği II

Adolesan Yaşam Biçimi (AYB) Ölçeği (Adolescent Lifestyle Profile); adolesanların sağlığı geliştiren davranışlarını ölçmek için 2006 yılında Hendricks, Murdaugh ve Pender tarafından geliştirilmiştir. 2009 yılında ölçeğin tekrar revizyonu yapılmıştır (ALP-R2). Ölçeğin Türkçe Geçerlik ve güvenilirlik çalışması İlhan (2012) tarafından yapılmıştır. AYB Ölçeği II'nin geçerlik ve güvenilirlik çalışmaları sonucunda ölçeğin cronbach alpha değeri toplam ölçek için 0,88, alt ölçekleri için sağlık sorumluluğu 0,72, fiziksel aktivite 0,76, beslenme 0,55, pozitif yaşam algısı 0,66, kişilerarası ilişkiler 0,64, stres yönetimi 0,55, spiritüel sağlık 0,66 bulunmuştur. AYB Ölçeği II 44 maddeden oluşan 4'lü likert tipte bir ölçektir. Ölçekte ki ifadelerden “Hiçbir zaman” 1 puan, “Bazen” 2 puan, “Sık sık” 3 puan” ve “Her zaman” 4 puandır. Ölçekten alınacak minumum puan 44, maximum puan 176'dır. Ölçek 44 madde ve 7 alt ölçekten oluşmaktadır. Alt ölçekleri;

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

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

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

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

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

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

Spiritüel Sağlık Alt Ölçeği (9, 15, 20, 29, 35, 41); Bireyin inançlarını, manevi görüşlerini, değer yargılarını belirler (Hendricks et al.2006). Ölçekten alınan puan arttıkça, olumlu sağlık davranış düzeyi artar. Bu çalışmada Adolesan Yaşam Biçimi (AYB) Ölçeği II Cronbach's alpha değeri 0,89 olarak bulundu (EK B).

Okul Çağındaki Çocuklar İçin Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği

Okul Çağındaki Çocuklar İçin Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği Paakkari ve arkadaşları (2016) tarafından geliştirilmiş, Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması Haney (2018) tarafından yapılmıştır (Cronbach's $\alpha = 0,77$). Ölçek, okul çağındaki çocukların beş alan ile ilgili sağlık okuryazarlığını değerlendirmektedir; teorik bilgi (madde 1, 5), pratik bilgi (madde 4,7), kritik düşünme (madde 3,9), öz-farkındalık (madde 8,10) ve vatandaşlık (madde 2,6). Ölçek maddeleri 4'lü likert tipi yanıtlama seçeneğine sahiptir (Kesinlikle doğru değil=1, Tamamen doğru değil=2, Biraz doğru=3, Kesinlikle doğru=4). Maddelerin toplanması ile elde edilen toplam puan 10-40 puan arasında değişmektedir; ölçek puanı: (10-25 puan) düşük, (26-35 puan) orta, (36-40 puan) yüksek sağlık okuryazarlığını tanımlamaktadır (Paakkari ve ark. 2017). Bu araştırmada Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği Cronbach's alpha değeri 0,865 olarak bulundu (EK C).

3.5 Verilerin Değerlendirilmesi

Verilerin değerlendirilmesinde IBM SPSS Statistics 22 (IBM SPSS, Türkiye) programı kullanıldı. Verilerin normal dağılıma uygunluğu Kolmogorov Smirnov testi ile değerlendirildi. Test sonucuna göre $p > 0,05$ olduğu için verilerin normal dağılıma uygun olduğu belirlendi. Veriler değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metotların (ortalama, standart sapma, frekans) yanı sıra niceliksel verilerin değerlendirilmesinde iki grup arası karşılaştırmalarında Student-t testi, ikiden fazla grup arası karşılaştırmalarında tek yönlü varyans analizi (ANOVA), farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını saptamak amacıyla ise Scheffe post hoc testleri kullanıldı. Ölçekler arasındaki ilişkinin değerlendirilmesinde Pearson Korelasyon Analizi kullanıldı. Anlamlılık $p < 0,05$ düzeyinde değerlendirildi.

3.6 Araştırmanın Değişkenleri

Araştırmanın bağımsız değişkenleri:

- Yaş,
- Cinsiyet,
- Yaşadığı yer,
- Anne eğitimi durumu,

- Baba eğitimi durumu,
- Annenin çalışma durumu,
- Babanın çalışma durumu,
- Ekonomik durumu,
- Okul başarısı,
- Hastalık ve sağlık durumu
- Sağlık okuryazarlığı hakkında bilgili olma durumu.

Araştırmanın bağımlı değişkenleri:

- Adolesan Yaşam Biçimi Ölçeği puanları
- Okul Çağındaki Çocuklar İçin Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği puanları

3.7 Araştırmanın Etiği

Araştırma için Bezmialem Vakıf Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulundan Etik Kurul Onayı alındı (Tarih: 30.07.2019, Karar no: 15/285) (EK D). İstanbul İl Milli Eğitim Müdürlüğüne başvurularak araştırmanın yürütülebilmesi için yazılı izin alındı (11.10.2019) (EK E). Lise yönetimleri ile görüşülerek araştırmanın amaçları açıklandı ve araştırmanın yürütülebilmesi için sözel izin alındı. Öğrencilerin araştırmaya katılması için öncelikle velilerden izin alındı. Veli Bilgilendirme Formu ile birlikte Veli Onay Formu öğrenciler aracılığı ile velilere gönderildi. Araştırmaya katılan öğrencilerden yazılı onam alındı. Veriler öğrencilerin sınıflarında toplandı. Veri toplamaya başlamadan önce öğrencilere araştırmayla ilgili bilgi verildi. Öğrencilerin soru formlarında ad-soyad bilgileri alınmadı.

3.8 Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırma sonuçları, araştırmanın yapıldığı İstanbul İl Milli Eğitim Müdürlüğü'ne bağlı Anadolu yakasında dört lisede öğrenim gören öğrenciler için genellenebilir. Araştırma öğrencilerin öz bildirimine dayalı olup, soru formuna verilen cevaplar ile sınırlıdır. Araştırmada herhangi bir gözlem ya da objektif bir değerlendirme yapılmamıştır.

4 BULGULAR

4.1 Öğrencilerin Demografik Özelliklerine İlişkin Bulgular

Araştırmanın bu bölümünde öğrencilerin sosyo demografik özellikleri ile ilgili bulgular tablolar halinde gösterildi.

Tablo 4.1: Öğrencilerin sosyo demografik özellikleri (n=649).

Özellikler	\bar{X}	Ss
Yaş	15,54	0,95
Kardeş Sayısı	2,73	1,20
	n	%
Sınıf		
9.sınıf	146	22,5
10.sınıf	236	36,4
11.sınıf	267	41,1
Cinsiyet		
Kadın	388	59,8
Erkek	261	40,2
Okul		
Fen Lisesi	73	11,2
Mesleki ve Teknik Anadolu Lisesi	242	37,3
Anadolu Lisesi 1	133	20,5
Anadolu Lisesi 2	201	31,0
Yaşamınızın büyük bir çoğunluğunun geçtiği yer		
Şehir	546	84,1
İlçe	88	13,6
Köy	15	2,3
Aile yapınız		
Çekirdek	559	86,1
Geniş	46	7,1
Parçalanmış	44	6,8
Ailenizin gelir durumu		
Gelir Giderden Az	105	16,2
Gelir Gidere Eşit	356	54,9
Gelir Giderden Fazla	188	29,0
Kiminle yaşadığı		
Aile	586	90,3
Arkadaş	7	1,1
Akraba	6	0,9

Tablo 4.1 (devam): Öğrencilerin sosyo demografik özellikleri (n=649).

Özellikler	\bar{X}	Ss
Yurt	50	7,7
Okul başarısı		
Kötü	65	10,0
Orta	276	42,5
İyi	245	37,8
Çok İyi	63	9,7
Okul dışında bir işte çalışma durumu		
Evet	26	4,0
Hayır	623	96,0
Okul içinde ve ya dışında sosyal aktiviteye katılma durumu		
Evet	322	49,6
Hayır	327	50,4
Aile ilişkisi		
Kötü	23	3,5
Orta	95	14,6
İyi	230	35,4
Çok İyi	301	46,4
Arkadaş ilişkisi		
Kötü	14	2,2
Orta	79	12,2
İyi	245	37,8
Çok İyi	311	47,9
Toplam	649	100,0

Araştırmaya katılan öğrencilerin yaş ortalaması $15,54 \pm 0,95$ ve kardeş sayısı ortalama $2,73 \pm 1,20$ olarak belirlendi. Öğrencilerin %22,5'i 9.sınıf, %36,4'ü 10. Sınıf ve %41,1'i 11. sınıf öğrencisidir.

Cinsiyetlerine göre dağılımları incelendiğinde; %59,8'si kadın, %40,2'si erkektir. %11,2'si Fen Lisesi, %37,3'ü Mesleki ve Teknik Anadolu Lisesi, %20,5'i Anadolu Lisesi bir, %31' i Anadolu Lisesi ikide eğitim görmektedir.

Öğrencilerin %84,1'i şehirde, %13,6'sı ilçede, %2,3'ü köyde ikamet ettiği belirlendi. Aile yapısı incelendiğinde; %86,1' i çekirdek, %7,1'i geniş, %6,8'i parçalanmış aile yapısına sahip olduğu belirlendi.

Öğrencilerin %16,2'sinin ailesinin geliri giderden az, %54,9'u geliri gidere eşit, %29'u geliri giderden fazla olarak belirlendi. Öğrencilerin %90,3'ünün ailesiyle, %1,1'inin arkadaşı ile, %0,9'unun akrabaları ile ve %7,7'sinin yurttan yaşadığı belirlendi. Öğrencilerin okul başarısı incelendiğinde %10'unun kötü, %42,5'inin orta,

%37,8'inin iyi, %9,7'sinin çok iyi olduğu belirlendi. Öğrencilerin %4'ünün okul dışında bir işte çalıştığı, %96' sının herhangi bir işte çalışmadığı belirlendi.

Öğrencilerin %49,6'sı okul içinde ve ya dışında katıldığı herhangi bir sosyal aktivite varken, %50,4'ü nde yoktur. Öğrencilerin ailesiyle ilişki durumu incelendiğinde %3,5'inin kötü, %14,6'sının orta, %35,4'ünün iyi, %46,4'ünün çok iyidir. Arkadaşlarıyla ilişki durumu incelendiğinde %2,2'sinin kötü, %12,2' sinin orta, %37,8'inin iyi, %47,9'unun çok iyi olduğu belirlendi (Tablo 4.1).



Tablo 4.2: Öğrencilerin ebeveynlerine ait sosyo demografik özellikleri (n=649).

Özellikler	n	%
Anne eğitim durumu		
Okuryazar Değil	33	5,1
Okur Yazar	28	4,3
İlkokul	186	28,7
Ortaokul	133	20,5
Lise	143	22,0
Üniversite	126	19,4
Baba eğitim durumu		
Okur Yazar	15	2,3
İlkokul	135	20,8
Ortaokul	142	21,9
Lise	188	29,0
Üniversite	169	26,0
Anne mesleği		
Memur	77	11,9
İşçi	66	10,2
Emekli	8	1,2
Serbest Meslek	49	7,6
Ev Hanımı	447	68,9
Vefat	2	0,3
Baba mesleği		
Memur	124	19,1
İşçi	246	37,9
Emekli	54	8,3
Serbest Meslek	203	31,3
Çalışmıyor	17	2,6
Vefat	5	0,8
Toplam	649	100,0

Öğrencilerin annelerinin %5,1'inin okuryazar değil, %4,3'ünün okuryazar, %28,7'sinin ilkokul, %20,5'inin ortaokul, %22'sinin lise, %19,4' ünün üniversite mezunu olduğu belirlendi. Öğrencilerin babalarının %2,3'ü okuryazar, %20,8'i ilkokul, %21,9'u ortaokul, %29'u lise, %26'sı üniversite mezunu olduğu belirlendi. Öğrencilerin annelerin % 11,9'u memur, % 10,2'si işçi, %1,2'si emekli, %7,6'sı serbest meslek, %68,9'u ev hanımı, %0,3'ü ise vefat etmiştir. Öğrencilerin babalarının %19,1'i memur, %37,9'u işçi, %8,3'ü emekli, %31,3'ü serbest meslek, %2,6'sı çalışmıyor, %0,8'i ise vefat etmiştir (Tablo 4.2).

Tablo 4.3: Öğrencilerin tedavi gördüğü hastalıklar, sürekli kullandığı ilaç ve ameliyat geçirme durumuna göre dağılımları (n=649).

Özellikler	n	%
Sürekli Tedavi Görülen hastalık		
Evet	69	10,6
Hayır	580	89,4
Hastalık Türü		
Solunum Sistemi Hastalıkları		
Alerjik Astım	26	37,7
Pectus Carinatum (Güvercin Göğüs)	1	1,4
Sinüzit	1	1,4
Kalp Hastalıkları	5	7,2
Ruhsal Sorunlar		
Dikkat Eksikliği	5	7,2
Psikiyatrik Bozukluk	2	2,9
Nefroloji (Böbrek Hastalıkları)	2	2,9
Hematolojik Hastalıklar		
FMF (Ailevi Akdeniz Ateşi)	5	7,2
Anemi	3	4,3
Nörolojik Sistem Hastalıkları		
Epilepsi	2	2,9
Gastroenteroloji (Sindirim Sistemi) Hastalıkları		
Reflü	2	2,9
Dermatoloji (Cilt) Hastalıkları		
Egzama	1	1,4
Oftalmoloji (Göz) Hastalıkları		
Göz, Miyop	7	10,1
Endokrin sistem hastalıkları		
Tiroid Hastalıkları	3	4,3
Polikistik Over	1	1,4
Birden fazla hastalığı olanlar		
Egzama, Böbrek Hastalıkları	2	2,9
Helicobacter Pylori, Majör Depresyon	1	1,4
Sürekli ilaç kullanma durumu		
Evet	59	9,1
Hayır	590	90,9
Ameliyat geçirme durumu		
Evet	116	17,9
Hayır	533	82,1
Toplam	649	100,0

Öğrencilerin sürekli tedavi gördüğü hastalık dağılımları incelendiğinde %10,6'sının tedavi gördüğü bir hastalığa varken, %89,4'ünün tedavi gördüğü hastalığı yoktur. Tedavi gören öğrencilerin hastalıkları incelendiğinde en çok görülen üç hastalık

sırasıyla %37,7 ile astım, %10,1 ile göz/miyop, %7,2 ile dikkat eksikliği olarak belirlendi. Öğrencilerin %9,1'inin sürekli ilaç kullandığı, %17,9'unun ameliyat olduğu belirlendi (Tablo 4.3).



Tablo 4.4: Öğrencilerin sağlıkla ilgili diğer özellikleri ve davranışları (n=649).

Özellikler	n	%
BKİ (Beden Kitle İndeksi)		
Zayıf	138	21,3
Normal	422	65,0
Fazla Kilolu	77	11,9
Obez	12	1,8
Sigara kullanma durumu		
Kullanan	62	9,6
Kullanmayan	587	90,4
Sigara kullanım süresi		
30 günden az	9	14,5
1-6 Ay	6	9,7
6ay-1 yıl arası	10	16,1
1 yıl üstü	37	59,7
Şu andaki sağlığınızı değerlendirme durumu		
Kötü	33	5,1
Orta	148	22,8
İyi	316	48,7
Çok İyi	152	23,4
Sağlık okuryazarlığını daha önce duyma durumu		
Evet	95	14,6
Hayır	554	85,4
Toplam	649	100,0

Öğrencilerin BKİ durumları incelendiğinde %21,3'ü zayıf, %65'i normal, %11,9'u fazla kilolu, %1,8'i obez olarak belirlendi. Öğrencilerin %9,6'sının sigara kullandığı, %90,4' ünün sigara kullanmadığı belirlendi. Sigara kullanım süresi dağılımları incelendiğinde %14,5'i 30 günden az, %9,7'si 1-6 ay, %16,1'i 6 ay-1 yıl, %59,7'si 1 yıl üzeridir kullandığı belirlendi. Öğrencilerin şuanaki sağlıklarını %5,1'i kötü, %22,8'i orta, %48,7'si iyi, %23,4' ü çok iyi olarak değerlendirmektedirler. Öğrencilerin %14,6'sının daha önce sağlık okuryazarlığını duyduğu, %85,4' ünün sağlık okuryazarlığını duymadığı belirlendi (Tablo 4.4).

1.2 Öğrencilerin Sağlık Okuryazarlığı Ölçeğine İlişkin Bulgular

Araştırmanın bu bölümünde öğrencilerin sağlık okuryazarlığı ölçeği ile ilgili bulgular tablolar halinde gösterildi.

Tablo 4.5: Öğrencilerin sağlık okuryazarlığı ölçeği puan ortalamaları ve sağlık okuryazarlık dağılımları (n=649).

Sağlık Okuryazarlığı	Min-Max	$\bar{x} \pm Ss$
Sağlık Okuryazarlığı	10 - 40	28,95±5,79
Sağlık Okuryazarlığı Grubu	n	%
Düşük	169	26,0
Orta	402	61,9
Yüksek	78	12,0
Toplam	649	100,0

Sağlık okuryazarlığı ölçeği puan ortalaması 28,95±5,79 belirlendi. Öğrencilerin sağlık okuryazarlığı dağılımları incelendiğinde %26'sı düşük, %61,9'u orta, %12'si yüksek sağlık okuryazarlığı düzeyindedir (Tablo 4.5).

1.3 Öğrencilerin Adolesan Yaşam Biçimi Ölçeğine İlişkin Bulgular

Araştırmanın bu bölümünde öğrencilerin Adolesan Yaşam Biçimi Ölçeği ile ilgili bulgular tablolar halinde gösterildi.

Tablo 4.6: Adolesan Yaşam Biçimi Ölçeği II puan ortalamaları (N=649).

AYB II Ölçeği Alt Boyutları	Min	Max	\bar{x}	Ss
Sağlık Sorumluluğu	7,00	26,00	15,80	3,52
Fiziksel Aktivite	6,00	24,00	14,46	3,93
Beslenme	7,00	28,00	17,62	3,36
Pozitif Yaşam Algısı	6,00	24,00	17,14	3,58
Kişilerarası İlişkiler	8,00	24,00	17,53	3,25
Stres Yönetimi	6,00	24,00	17,21	3,31
Spiritüel Sağlık	6,00	24,00	14,56	3,45
AYB II Toplam Puan	52,00	161,00	114,35	17,48

Öğrencilerin AYB II ölçeği alt boyut puan ortalamaları; sağlık sorumluluğu 15,80±3,52, fiziksel aktivite 14,46±3,93, beslenme 17,62±3,36, pozitif yaşam algısı 17,14 ±3,58, kişilerarası ilişkiler 17,53±3,25, stres yönetimi 17,21±3,31 ve spiritüel sağlık 14,56±3,45 olarak bulundu. AYB II ölçeği toplam puan ortalaması 114,35±17,48 olarak bulundu. Sağlık okuryazarlığı düzeyi incelendiğinde (\bar{X} = 28,95, Ss=5,79) orta düzeyde olduğu belirlendi (Tablo 4.6).

Tablo 4.7: Öğrencilerin cinsiyetlerine göre AYB II Ölçeği puan ortalamalarının karşılaştırılması (n=649).

AYB II Ölçeği Alt Boyutları	Cinsiyet	n	\bar{X}	s.s	t	p
Sağlık Sorumluluğu	Kadın	388	16,04	3,52	2,189	0,029
	Erkek	261	15,43	3,50		*
Fiziksel Aktivite	Kadın	388	13,59	3,84	-7,139	0,000
	Erkek	261	15,75	3,71		*
Beslenme	Kadın	388	17,31	3,38	-2,904	0,004
	Erkek	261	18,09	3,28		*
Pozitif Yaşam Algısı	Kadın	388	17,33	3,60	1,587	0,113
	Erkek	261	16,87	3,54		
Kişilerarası İlişkiler	Kadın	388	17,85	3,16	3,107	0,002
	Erkek	261	17,05	3,33		*
Stres Yönetimi	Kadın	388	17,39	3,37	1,695	0,090
	Erkek	261	16,95	3,21		
Spiritüel Sağlık	Kadın	388	14,65	3,55	0,823	0,411
	Erkek	261	14,42	3,31		
AYB II Toplam Puan	Kadın	388	114,20	17,39	-0,280	0,779
	Erkek	261	114,59	17,63		

*p<0,05 **p<0,01

***p<0,001

Öğrencilerin cinsiyetine göre AYB II ölçeği puan ortalamaları karşılaştırıldığında; kadınların sağlık sorumluluğu ve kişilerarası ilişkiler alt boyut puan ortalamaları, erkeklere göre istatistiksel açıdan anlamlı derecede yüksek bulundu ($p<0,05$, $p<0,01$). Erkeklerin beslenme ve fiziksel aktivite alt boyut puan ortalamaları, kadınlara göre istatistiksel açıdan anlamlı derecede yüksek bulundu ($p<0,01$, $p<0,001$). Öğrencilerin cinsiyetine göre pozitif yaşam algısı, stres yönetimi, spiritüel sağlık ve AYB II ölçeği toplam puan ortalamalarında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmadı ($p>0,05$) (Tablo 4.7).

Tablo 4.8: Öğrencilerin sınıflarına göre AYB II Ölçeği puan ortalamalarının karşılaştırılması (N=649).

AYB II Ölçeği Alt Boyutları	Sınıf	n	\bar{X}	s.s	F	p	Fark
Sağlık Sorumluluğu	9.Sınıf	146	15,86	3,33	0,031	0,969	
	10.Sınıf	236	15,77	3,80			
	11.Sınıf	267	15,79	3,38			
Fiziksel Aktivite	9.Sınıf	146	15,04	4,00	2,758	0,064	
	10.Sınıf	236	14,07	3,92			
	11.Sınıf	267	14,49	3,88			
Beslenme	9.Sınıf	146	17,80	3,16	1,487	0,227	
	10.Sınıf	236	17,32	3,54			
	11.Sınıf	267	17,79	3,29			
Pozitif Yaşam Algısı	9.Sınıf	146	17,65	3,37	2,228	0,109	
	10.Sınıf	236	16,85	3,56			
	11.Sınıf	267	17,13	3,69			
Kişilerarası İlişkiler	9.Sınıf	146	17,86	3,08	2,132	0,119	
	10.Sınıf	236	17,20	3,20			
	11.Sınıf	267	17,64	3,37			
Stres Yönetimi	9.Sınıf	146	17,82	3,19	3,363	0,035*	1-3
	10.Sınıf	236	17,14	3,34			
	11.Sınıf	267	16,95	3,32			
Spiritüel Sağlık	9.Sınıf	146	14,66	3,30	6,411	0,002**	2-3
	10.Sınıf	236	13,95	3,31			
	11.Sınıf	267	15,048	3,59			
AYB II Toplam Puan	9.Sınıf	146	116,71	15,77	3,034	0,049*	1-2
	10.Sınıf	236	112,33	17,93			
	11.Sınıf	267	114,86	17,82			

*p<0,05 **p<0,01 1=9. Sınıf, 2=10.Sınıf, 3=11.Sınıf

Öğrencilerin sınıflarına göre AYB II ölçeği puan ortalamaları karşılaştırıldığında 9. sınıf öğrencilerinin stres yönetimi alt boyut puan ortalaması, 11. sınıf öğrencilerine göre istatistiksel açıdan anlamlı derecede yüksek bulundu ($p<0,05$). 11. sınıf öğrencilerinin spiritüel sağlık alt boyut puan ortalaması, 10. sınıf öğrencilerine göre istatistiksel açıdan anlamlı derecede yüksek bulundu ($p<0,01$). 9. sınıf öğrencilerinin AYB II ölçeği toplam puan ortalaması, 10. sınıf öğrencilerine göre istatistiksel açıdan anlamlı derecede yüksek bulundu ($p<0,05$) (Tablo 4.8).

Tablo 4.9: Öğrencilerin yaşamının en uzun bölümünü geçirdiği yere göre AYB II Ölçeği puan ortalamalarının karşılaştırılması (N=649).

AYB II Ölçeği Alt Boyutları	Yaşamının En Uzun Bölümünü Geçirdiği Yer	n	\bar{X}	s.s	Sd	F	p	Fark
Sağlık Sorumluluğu	Şehir	546	15,89	3,53	2	4,376	0,013*	1-3
	İlçe	88	15,67	3,37				2-3
	Köy	15	13,20	3,40				
Fiziksel Aktivite	Şehir	546	14,56	4,04	2	1,237	0,291	
	İlçe	88	13,89	3,48				
	Köy	15	13,93	3,63				
Beslenme	Şehir	546	17,64	3,35	2	2,028	0,132	
	İlçe	88	17,79	3,40				
	Köy	15	15,93	3,10				
Pozitif Yaşam Algısı	Şehir	546	17,23	3,51	2	5,320	0,005**	1-3
	İlçe	88	17,10	3,83				2-3
	Köy	15	14,20	3,74				
Kişilerarası İlişkiler	Şehir	546	17,61	3,14	2	5,816	0,003**	1-3
	İlçe	88	17,50	3,55				2-3
	Köy	15	14,73	4,18				
Stres Yönetimi	Şehir	546	17,27	3,25	2	3,900	0,021*	1-3
	İlçe	88	17,27	3,46				2-3
	Köy	15	14,86	3,77				
Spiritüel Sağlık	Şehir	546	14,63	3,40	2	0,883	0,414	
	İlçe	88	14,23	3,91				
	Köy	15	13,80	2,45				
AYB II Toplam Puan	Şehir	546	114,87	17,08	2	5,014	0,007**	1-3
	İlçe	88	113,47	19,36				2-3
	Köy	15	100,66	15,47				

*p<0,05 **p<0,01 ***p<0,001 1= Şehir, 2= İlçe, 3= Köy

Öğrencilerin yaşamının en uzun bölümünü geçirdiği yere göre AYB II ölçeği puan ortalamaları karşılaştırıldığında yaşamının en uzun bölümünü şehirde ve ilçede geçiren öğrencilerin sağlık sorumluluğu, pozitif yaşam algısı, kişilerarası ilişkiler, stres yönetimi ve AYB II Ölçeği puan ortalaması, yaşamının en uzun bölümünü köyde geçirenlere göre istatistiksel açıdan anlamlı derecede yüksek bulundu ($p<0,05$). Öğrencilerin yaşamının en uzun bölümünü geçirdiği yere göre fiziksel aktivite, beslenme, ve spiritüel sağlık alt boyut puan ortalamalarında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmadı ($p>0,05$) (Tablo 4.9).

Tablo 4.10: Öğrencilerin aile tipine göre AYB II Ölçeği puan ortalamalarının karşılaştırılması (N=649).

AYB II Ölçeği Alt Boyutları	Aile Tipi	n	\bar{X}	s.s	Sd	F	p	Fark
Sağlık Sorumluluğu	Çekirdek	559	15,79	3,44	2	1,060	0,347	
	Geniş	46	16,39	3,79				
	Parçalanmış	44	15,31	4,15				
Fiziksel Aktivite	Çekirdek	559	14,52	3,93	2	2,307	0,100	
	Geniş	46	14,84	4,13				
	Parçalanmış	44	13,27	3,68				
Beslenme	Çekirdek ¹	559	17,68	3,32	2	3,164	0,043*	1-3
	Geniş ²	46	18,06	3,37				2-3
	Parçalanmış ³	44	16,45	3,64				
Pozitif Yaşam Algısı	Çekirdek	559	17,23	3,55	2	1,454	0,234	
	Geniş	46	16,84	3,27				
	Parçalanmış	44	16,34	4,24				
Kişilerarası İlişkiler	Çekirdek	559	17,57	3,20	2	1,687	0,186	
	Geniş	46	17,84	3,68				
	Parçalanmış	44	16,70	3,40				
Stres Yönetimi	Çekirdek	559	17,29	3,31	2	3,109	,045*	1-3
	Geniş	46	17,39	3,20				2-3
	Parçalanmış	44	16,02	3,28				
Spiritüel Sağlık	Çekirdek	559	14,58	3,40	2	0,798	0,450	
	Geniş	46	14,89	3,99				
	Parçalanmış	44	14,00	3,54				
AYB II Ölçeği Toplam Puan	Çekirdek	559	114,69	17,16	2	3,210	0,041*	1-3
	Geniş	46	116,28	19,07				2-3
	Parçalanmış	44	108,11	18,91				

*p<0,05

1= Çekirdek, 2=Geniş, 3= Parçalanmış

Öğrencilerin aile tipine göre AYB II ölçeği puan ortalamaları karşılaştırıldığında, parçalanmış aile yapısında olan öğrencilerin beslenme, stres yönetimi ve AYB II toplam puan ortalaması, çekirdek aile ve geniş aile tipindeki öğrencilerin puan ortalamalarına göre istatistiksel açıdan anlamlı derecede düşük bulundu (p<0,05).

Öğrencilerin aile tipine göre sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, pozitif yaşam algısı, kişilerarası ilişkiler ve spiritüel sağlık alt boyut puan ortalamalarında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmadı (p>0,05) (Tablo 4.10).

Tablo 4.11: Öğrencilerin anne eğitim durumuna göre AYB II Ölçeği puan ortalamalarının karşılaştırılması (N=649).

AYB II Ölçeği Alt Boyutları	Anne Eğitim Durumu	n	\bar{X}	s.s	Sd	F	p	Fark
Sağlık Sorumluluğu	Okuryazar değil	33	15,48	3,41	5	0,461	0,805	
	Okur Yazar	28	16,46	3,17				
	İlkokul	186	15,79	3,55				
	Ortaokul	133	15,97	3,85				
	Lise	143	15,55	3,50				
Fiziksel Aktivite	Okuryazar değil	33	13,84	3,41	5	1,579	0,164	
	Okur Yazar	28	14,50	3,65				
	İlkokul	186	14,25	3,95				
	Ortaokul	133	14,18	3,90				
	Lise	143	14,37	3,93				
Beslenme	Okuryazar değil	33	16,06	3,96	5	1,981	0,080	
	Okur Yazar	28	17,85	3,84				
	İlkokul	186	17,51	3,30				
	Ortaokul	133	18,03	3,03				
	Lise	143	17,79	3,41				
Pozitif Yaşam Algısı	Okuryazar değil	33	16,39	3,95	5	,810	0,543	
	Okur Yazar	28	17,10	3,31				
	İlkokul	186	17,46	3,51				
	Ortaokul	133	17,27	3,72				
	Lise	143	16,86	3,76				
Kişilerarası İlişkiler	Okuryazar değil	33	16,87	3,96	5	0,702	0,622	
	Okur Yazar	28	17,50	2,47				
	İlkokul	186	17,76	3,15				
	Ortaokul	133	17,46	3,33				
	Lise	143	17,29	3,31				
Stres Yönetimi	Okuryazar değil	33	16,39	4,10	5	2,474	0,031*	1-3
	Okur Yazar	28	16,57	3,46				2-3
	İlkokul	186	17,88	3,01				
	Ortaokul	133	17,06	3,25				
	Lise	143	16,93	3,42				
Spiritüel Sağlık	Okuryazar değil	33	14,51	3,35	5	0,226	0,951	
	Okur Yazar	28	14,89	3,25				
	İlkokul	186	14,45	3,50				
	Ortaokul	133	14,56	3,55				
	Lise	143	14,45	3,34				
AYB II Ölçeği Toplam Puan	Okuryazar değil	33	109,57	20,27	5	0,774	0,569	
	Okur Yazar	28	114,89	17,82				
	İlkokul	186	115,13	17,24				
	Ortaokul	133	114,56	17,67				
	Lise	143	113,25	17,26				
Üniversite	126	115,37	17,09					

*p<0,05

1= Okuryazar değil, 2= Okuryazar, 3= İlkokul, 4=Ortaokul, 5=Lise, 6=Üniversite

Öğrencilerin anne eğitim durumuna göre AYB II ölçeği puan ortalamaları karşılaştırıldığında annesi ilkokul mezunu olan öğrencilerin stres yönetimi puan ortalaması anne eğitimi okuryazar olmayan ve okuryazar olan öğrencilere göre istatistiksel açıdan anlamlı derecede yüksek bulundu ($p<0,05$). Öğrencilerin anne eğitim durumuna göre sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, beslenme, pozitif yaşam algısı, kişilerarası ilişkiler, spiritüel sağlık ve AYB II Ölçeği puan ortalamalarında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmadı ($p>0,05$) (Tablo 4.11).



Tablo 4.12: Öğrencilerin baba eğitim durumuna göre AYB II Ölçeği puan ortalamalarının karşılaştırılması (n=649).

AYB II Ölçeği Alt Boyutları	Baba Eğitim Durumu	n	\bar{X}	s.s	Sd	F	p
Sağlık Sorumluluğu	Okuryazar	15	15,73	4,02	4	0,301	0,877
	İlkokul	135	15,89	3,64			
	Ortaokul	142	16,03	3,35			
	Lise	188	15,70	3,56			
	Üniversite	169	15,64	3,50			
Fiziksel Aktivite	Okuryazar	15	14,60	3,96	4	0,991	0,412
	İlkokul	135	14,21	4,08			
	Ortaokul	142	14,17	3,53			
	Lise	188	14,40	4,01			
	Üniversite	169	14,95	4,05			
Beslenme	Okuryazar	15	17,33	4,48	4	0,179	0,949
	İlkokul	135	17,45	3,43			
	Ortaokul	142	17,64	3,24			
	Lise	188	17,74	3,35			
	Üniversite	169	17,64	3,33			
Pozitif Yaşam Algısı	Okuryazar	15	17,20	2,98	4	1,052	0,379
	İlkokul	135	17,05	3,63			
	Ortaokul	142	17,54	3,74			
	Lise	188	17,28	3,65			
	Üniversite	169	16,74	3,36			
Kişilerarası İlişkiler	Okuryazar	15	17,06	3,12	4	0,267	0,900
	İlkokul	135	17,50	3,24			
	Ortaokul	142	17,67	3,11			
	Lise	188	17,39	3,23			
	Üniversite	169	17,63	3,43			
Stres Yönetimi	Okuryazar	15	17,66	4,06	4	0,193	0,942
	İlkokul	135	17,27	3,40			
	Ortaokul	142	17,32	3,20			
	Lise	188	17,19	3,25			
	Üniversite	169	17,07	3,36			
Spiritüel Sağlık	Okuryazar	15	14,93	3,41	4	0,452	0,771
	İlkokul	135	14,48	3,55			
	Ortaokul	142	14,38	3,42			
	Lise	188	14,48	3,43			
	Üniversite	169	14,84	3,45			
AYB II Ölçeği Toplam Puan	Okuryazar	15	114,53	22,08	4	0,054	0,995
	İlkokul	135	113,88	18,09			
	Ortaokul	142	114,78	16,86			
	Lise	188	114,20	17,72			
	Üniversite	169	114,53	16,96			

Öğrencilerin baba eğitim durumuna göre AYB II ölçeği puan ortalamaları karşılaştırıldığında sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, beslenme, pozitif yaşam

algısı, kişilerarası ilişkiler, stres, spiritüel sağlık ve AYB II Ölçeği puan ortalamalarında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmadı ($p>0,05$) (Tablo 4.12).



Tablo 4.13: Öğrencilerin aile gelir durumuna göre AYB II Ölçeği puan ortalamalarının karşılaştırılması (N=649).

AYB II Ölçeği Alt Boyutları	Aile Gelir Durumu	n	\bar{X}	s.s	Sd	F	p
Sağlık Sorumluluğu	Gelir giderden az	105	16,06	4,03	2	0,878	0,416
	Gelir gidere eşit	356	15,86	3,35			
	Gelir giderden fazla	188	15,53	3,53			
Fiziksel Aktivite	Gelir giderden az	105	14,10	4,16	2	1,597	0,203
	Gelir gidere eşit	356	14,35	3,76			
	Gelir giderden fazla	188	14,87	4,11			
Beslenme	Gelir giderden az	105	17,36	3,90	2	1,038	0,355
	Gelir gidere eşit	356	17,55	3,20			
	Gelir giderden fazla	188	17,90	3,32			
Pozitif Yaşam Algısı	Gelir giderden az	105	17,25	4,05	2	0,057	0,945
	Gelir gidere eşit	356	17,13	3,43			
	Gelir giderden fazla	188	17,12	3,59			
Kişilerarası İlişkiler	Gelir giderden az	105	16,97	3,45	2	2,467	0,086
	Gelir gidere eşit	356	17,75	3,17			
	Gelir giderden fazla	188	17,43	3,26			
Stres Yönetimi	Gelir giderden az	105	16,79	3,58	2	1,351	0,260
	Gelir gidere eşit	356	17,38	3,24			
	Gelir giderden fazla	188	17,14	3,28			
Spiritüel Sağlık	Gelir giderden az	105	14,29	4,00	2	1,333	,264
	Gelir gidere eşit	356	14,46	3,35			
	Gelir giderden fazla	188	14,89	3,32			
AYB II Ölçeği Toplam Puan	Gelir giderden az	105	112,84	20,96	2	0,502	0,606
	Gelir gidere eşit	356	114,50	16,33			
	Gelir giderden fazla	188	114,92	17,50			

Öğrencilerin aile gelir durumuna göre AYB II ölçeği puan ortalamaları karşılaştırıldığında sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, beslenme, pozitif yaşam algısı, kişilerarası ilişkiler, stres, spiritüel sağlık ve AYB II Ölçeği toplam puan ortalamalarında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmadı ($p>0,05$) (Tablo 4.13).

Tablo 4.14: Öğrencilerin okul dışında çalışma durumuna göre AYB II Ölçeği puan ortalamalarının karşılaştırılması (N=649).

AYB II Ölçeği Alt Boyutları	Okul Dışında Çalışma Durumu	n	\bar{X}	s.s	t	p
Sağlık Sorumluluğu	Evet	26	14,80	3,69	-1,468	0,143
	Hayır	623	15,84	3,51		
Fiziksel Aktivite	Evet	26	14,84	4,09	0,507	0,612
	Hayır	623	14,44	3,93		
Beslenme	Evet	26	16,50	3,26	-1,747	0,081
	Hayır	623	17,67	3,36		
Pozitif Yaşam Algısı	Evet	26	16,23	4,30	-1,334	0,183
	Hayır	623	17,18	3,55		
Kişilerarası İlişkiler	Evet	26	16,19	4,14	-1,698	0,101
	Hayır	623	17,59	3,20		
Stres Yönetimi	Evet	26	16,50	4,60	-0,820	0,419
	Hayır	623	17,24	3,25		
Spiritüel Sağlık	Evet	26	14,23	3,74	-0,503	0,615
	Hayır	623	14,57	3,45		
AYB II Ölçeği Toplam Puan	Evet	26	109,30	20,08	-1,505	0,133
	Hayır	623	114,56	17,35		

Öğrencilerin okul dışında çalışma durumuna göre AYB II ölçeği puan ortalamaları karşılaştırıldığında sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, beslenme, pozitif yaşam algısı, kişilerarası ilişkiler, stres, spiritüel sağlık ve AYB II Ölçeği puan ortalamalarında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmadı ($p>0,05$) (Tablo 4.14).

Tablo 4.15: Öğrencilerin sosyal aktiviteye katılma durumuna göre AYB II Ölçeği puan ortalamalarının karşılaştırılması (N=649).

AYB II Ölçeği Alt Boyutları	Sosyal Aktiviteye Katılma	n	\bar{X}	s.s	t	p
Sağlık Sorumluluğu	Evet	322	16,17	3,50	2,685	0,007**
	Hayır	327	15,43	3,50		
Fiziksel Aktivite	Evet	322	15,96	3,72	10,424	0,000***
	Hayır	327	12,98	3,57		
Beslenme	Evet	322	18,08	3,33	3,462	0,001***
	Hayır	327	17,17	3,33		
Pozitif Yaşam Algısı	Evet	322	17,45	3,50	2,171	0,030*
	Hayır	327	16,84	3,64		
Kişilerarası İlişkiler	Evet	322	17,89	3,20	2,808	0,005**
	Hayır	327	17,18	3,27		
Stres Yönetimi	Evet	322	17,48	3,11	2,055	0,040*
	Hayır	327	16,95	3,48		
Spiritüel Sağlık	Evet	322	15,32	3,28	5,666	0,000***
	Hayır	327	13,81	3,47		
AYB II Ölçeği Toplam Puan	Evet	322	118,38	16,79	5,976	0,000***
	Hayır	327	110,39	17,26		

*p<0,05 **p<0,01

***p<0,001

Öğrencilerin sosyal aktiviteye katılma durumuna göre AYB II ölçeği puan ortalamaları karşılaştırıldığında sosyal aktiviteye katılan öğrencilerin AYB II Ölçeği tüm alt boyut ve toplam puan ortalamaları, sosyal aktiviteye katılmayan öğrencilere göre istatistiksel açıdan anlamlı derecede yüksek bulundu ($p<0,05$) (Tablo 4.15).

Tablo 4.16: Öğrencilerin kronik hastalığı olma durumuna göre AYB II Ölçeği puan ortalamalarının karşılaştırılması (N=649).

AYB II Ölçeği Alt Boyutları	Kronik Hastalığı Olma Durumu	n	\bar{X}	s.s	t	p
Sağlık Sorumluluğu	Evet	69	16,79	4,15	2,145	0,035*
	Hayır	580	15,68	3,42		
Fiziksel Aktivite	Evet	69	13,56	4,13	-2,006	0,045*
	Hayır	580	14,56	3,90		
Beslenme	Evet	69	17,91	3,89	0,747	0,455
	Hayır	580	17,59	3,29		
Pozitif Yaşam Algısı	Evet	69	16,97	4,23	-0,437	0,662
	Hayır	580	17,17	3,50		
Kişilerarası İlişkiler	Evet	69	17,17	3,88	-0,830	0,409
	Hayır	580	17,57	3,17		
Stres Yönetimi	Evet	69	17,14	3,84	-0,196	0,845
	Hayır	580	17,22	3,25		
Spiritüel Sağlık	Evet	69	14,36	3,86	-0,516	0,606
	Hayır	580	14,58	3,41		
AYB II Ölçeği Toplam Puan	Evet	69	113,92	21,56	-0,217	0,829
	Hayır	580	114,41	16,95		

*p<0,05

Öğrencilerin kronik hastalığı olma durumuna göre AYB II ölçeği puan ortalamaları karşılaştırıldığında kronik hastalığı olan öğrencilerin sağlık sorumluluğu alt boyut puan ortalaması, sürekli tedavi gördüğü hastalığı olmayanlara göre istatistiksel açıdan anlamlı derecede yüksek bulundu ($p<0,05$). Kronik hastalığı olmayan öğrencilerin fiziksel aktivite alt boyut puan ortalaması, kronik hastalığı olanlara göre istatistiksel açıdan anlamlı derecede yüksek bulundu ($p<0,05$). Öğrencilerin kronik hastalığı olma durumuna göre beslenme, pozitif yaşam algısı, kişilerarası ilişkiler, stres yönetimi, spiritüel sağlık ve AYB II Ölçeği puan ortalamalarında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmadı ($p>0,05$) (Tablo 4.16).

Tablo 4.17: Öğrencilerin sürekli ilaç kullanma durumuna göre AYB II Ölçeği puan ortalamalarının karşılaştırılması (N=649).

AYB II Ölçeği Alt Boyutları	Sürekli İlaç Kullanma Durumu	n	\bar{X}	s.s	t	p
Sağlık Sorumluluğu	Evet	59	16,91	4,14	2,556	0,011*
	Hayır	590	15,68	3,44		
Fiziksel Aktivite	Evet	59	13,37	4,25	-2,236	0,026*
	Hayır	590	14,57	3,89		
Beslenme	Evet	59	17,67	3,80	0,122	0,903
	Hayır	590	17,62	3,31		
Pozitif Yaşam Algısı	Evet	59	16,64	4,35	-,950	0,346
	Hayır	590	17,20	3,49		
Kişilerarası İlişkiler	Evet	59	17,06	3,91	-0,975	0,333
	Hayır	590	17,58	3,18		
Stres Yönetimi	Evet	59	16,81	4,06	-0,817	0,417
	Hayır	590	17,25	3,23		
Spiritüel Sağlık	Evet	59	14,20	3,82	-0,843	0,400
	Hayır	590	14,60	3,42		
AYB II Ölçeğ Toplam Puan	Evet	59	112,69	22,12	-0,618	0,539
	Hayır	590	114,52	16,96		

*p<0,05

Öğrencilerin sürekli ilaç kullanma durumuna göre AYB II ölçeği puan ortalamaları karşılaştırıldığında, sürekli ilaç kullanan öğrencilerin sağlık sorumluluğu alt boyut puan ortalaması, sürekli ilaç kullanmayanlara göre istatistiksel açıdan anlamlı derecede yüksek bulundu (p<0,05). Sürekli ilaç kullanmayan öğrencilerin fiziksel aktivite alt boyut puan ortalaması, sürekli ilaç kullananlara göre istatistiksel açıdan anlamlı derecede yüksek bulundu (p<0,05). Öğrencilerin sürekli kullandığı ilaç olma durumuna göre beslenme, pozitif yaşam algısı, kişilerarası ilişkiler, stres yönetimi, spiritüel sağlık ve AYB II Ölçeği puan ortalamalarında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmadı (p>0,05) (Tablo 4.17).

Tablo 4.18: Öğrencilerin daha önce ameliyat olma durumuna göre AYB II Ölçeği puan ortalamalarının karşılaştırılması (N=649).

AYB II Ölçeği Alt Boyutları	Daha Önce Ameliyat Olma Durumu	n	\bar{X}	s.s	t	p
Sağlık Sorumluluğu	Evet	116	15,36	3,57	-1,482	0,139
	Hayır	533	15,89	3,51		
Fiziksel Aktivite	Evet	116	14,14	3,91	-0,953	0,341
	Hayır	533	14,53	3,94		
Beslenme	Evet	116	17,84	3,37	0,769	0,442
	Hayır	533	17,57	3,36		
Pozitif Yaşam Algısı	Evet	116	16,90	3,71	-0,810	0,419
	Hayır	533	17,20	3,55		
Kişilerarası İlişkiler	Evet	116	17,23	3,46	-1,102	0,271
	Hayır	533	17,60	3,20		
Stres Yönetimi	Evet	116	16,73	3,49	-1,745	0,081
	Hayır	533	17,32	3,26		
Spiritüel Sağlık	Evet	116	14,22	3,57	-1,173	0,241
	Hayır	533	14,63	3,43		
AYB II Ölçeği Toplam Puan	Evet	116	112,44	18,26	-1,300	0,194
	Hayır	533	114,77	17,29		

Öğrencilerin daha önce ameliyat olma durumuna göre AYB II ölçeği puan ortalamaları karşılaştırıldığında AYB II Ölçeği puan ortalamalarında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmadı ($p>0,05$) (Tablo 4.18).

Tablo 4.19: öğrencilerin kendi sağlığını değerlendirme durumuna göre AYB II Ölçeği puan ortalamalarının karşılaştırılması (N=649).

AYB II Ölçeği Alt Boyutları	Kendi Sağlığını Değerlendirme Durumu	n	\bar{X}	s.s	Sd	F	p	Fark
Sağlık Sorumluluğu	Kötü	33	14,45	4,19	3	4,775	0,003**	1-4
	Orta	148	15,41	3,32				2-4
	İyi	316	15,75	3,29				
	Çok İyi	152	16,57	3,88				
Fiziksel Aktivite	Kötü	33	12,75	3,79	3	12,327	0,000***	1-4
	Orta	148	13,49	3,73				2-4
	İyi	316	14,40	3,64				3-4
	Çok İyi	152	15,88	4,31				
Beslenme	Kötü	33	16,45	3,93	3	7,426	0,000***	1-4
	Orta	148	16,97	3,21				2-4
	İyi	316	17,60	3,27				3-4
	Çok İyi	152	18,57	3,34				
Pozitif Yaşam Algısı	Kötü	33	13,90	3,99	3	21,766	0,000***	1-4
	Orta	148	16,16	3,52				2-4
	İyi	316	17,30	3,27				3-4
	Çok İyi	152	18,48	3,49				
Kişilerarası İlişkiler	Kötü	33	14,72	3,33	3	17,915	0,000***	1-4
	Orta	148	16,77	3,26				2-4
	İyi	316	17,66	2,94				3-4
	Çok İyi	152	18,61	3,33				
Stres Yönetimi	Kötü	33	13,93	4,11	3	19,032	0,000***	1-4
	Orta	148	16,60	3,18				2-4
	İyi	316	17,34	3,12				3-4
	Çok İyi	152	18,25	3,09				
Spiritüel Sağlık	Kötü	33	12,42	3,70	3	11,166	0,000***	1-4
	Orta	148	13,94	3,28				2-4
	İyi	316	14,56	3,33				3-4
	Çok İyi	152	15,63	3,50				
AYB II Ölçeği	Kötü	33	98,66	20,09	3	25,189	0,000***	1-4
	Orta	148	109,37	16,00				2-4
	İyi	316	114,64	15,86				3-4
	Çok İyi	152	122,02	17,72				

*p<0,05 **p<0,01 ***p<0,001
1= Kötü, 2= Orta, 3= İyi, 4=Çok İyi

Öğrencilerin sağlık durumunu değerlendirme durumuna göre AYB II ölçeği puan ortalamaları karşılaştırıldığında; sağlık durumunu çok iyi olarak değerlendiren öğrencilerin sağlık sorumluluğu alt boyut puan ortalaması, sağlık durumunu kötü ve orta olarak değerlendirenlere göre istatistiksel açıdan anlamlı derecede yüksek bulundu (p<0,01). Sağlık durumunu çok iyi olarak değerlendiren öğrencilerin fiziksel

aktivite, beslenme, pozitif yaşam algısı, kişilerarası ilişkiler, stres yönetimi, spiritüel sağlık alt boyutları ve AYB II toplam puan ortalamaları, sağlık durumunu kötü, orta ve iyi olarak değerlendirenlere göre istatistiksel açıdan anlamlı derecede yüksek bulundu ($p<0,001$) (Tablo 4.19).



Tablo 4.20: Öğrencilerin BKİ durumuna göre AYB II Ölçeği puan ortalamalarının karşılaştırılması (N=649).

AYB II Ölçeği Alt Boyutları	BKİ	n	\bar{X}	s.s	Sd	F	p	Fark
Sağlık Sorumluluğu	Zayıf	138	15,56	3,00	3	0,425	0,735	
	Normal	422	15,91	3,65				
	Fazla Kilolu	77	15,67	3,61				
	Obez	12	15,41	4,14				
Fiziksel Aktivite	Zayıf	138	14,49	3,93	3	0,494	0,686	
	Normal	422	14,53	3,98				
	Fazla Kilolu	77	14,19	3,66				
	Obez	12	13,33	4,09				
Beslenme	Zayıf	138	17,13	3,13	3	1,801	0,146	
	Normal	422	17,77	3,31				
	Fazla Kilolu	77	17,87	3,81				
	Obez	12	16,58	4,12				
Pozitif Yaşam Algısı	Zayıf	138	17,06	3,55	3	4,412	0,004**	1-4
	Normal	422	17,24	3,55				2-4
	Fazla Kilolu	77	17,33	3,49				3-4
	Obez	12	13,50	3,96				
Kişilerarası İlişkiler	Zayıf	138	17,87	3,25	3	0,894	0,444	
	Normal	422	17,42	3,17				
	Fazla Kilolu	77	17,64	3,53				
	Obez	12	16,83	4,32				
Stres Yönetimi	Zayıf	138	17,36	3,46	3	1,395	0,243	
	Normal	422	17,27	3,24				
	Fazla Kilolu	77	16,93	3,32				
	Obez	12	15,50	3,77				
Spiritüel Sağlık	Zayıf	138	14,34	3,30	3	0,799	0,495	
	Normal	422	14,60	3,52				
	Fazla Kilolu	77	14,88	3,31				
	Obez	12	13,50	3,98				
AYB II Ölçeği	Zayıf	138	113,84	15,67	3	1,351	0,257	
	Normal	422	114,76	17,64				
	Fazla Kilolu	77	114,54	17,94				
	Obez	12	104,66	26,11				

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

1= Zayıf, 2= Normal, 3= Fazla Kilolu, 4=Obez

Öğrencilerin BKİ düzeylerine göre AYB II ölçeği puan ortalamaları karşılaştırıldığında Obez olan öğrencilerin pozitif yaşam algısı alt boyut puan ortalaması, zayıf, normal ve fazla kilolu olan öğrencilere göre istatistiksel açıdan anlamlı derecede düşük bulundu ($p<0,05$). Öğrencilerin BKİ düzeylerine göre diğer alt boyut ve AYB II Ölçeği puan ortalamalarında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmadı ($p>0,05$) (Tablo 4.20).

Tablo 4.21: Öğrencilerin sağlık okuryazarlığı düzeylerine göre AYB II Ölçeği puan ortalamalarının karşılaştırılması (N=649).

	Sağlık Okuryazarlığı Düzeyleri	n	\bar{X}	s.s	S d	F	p	Fark
Sağlık Sorumluluğu	Düşük	169	14,73	3,36	2	23,890	0,000***	1-2
	Orta	402	15,82	3,47				1-3
	Yüksek	78	17,96	3,12				2-3
Fiziksel Aktivite	Düşük	169	13,21	3,38	2	12,559	0,000***	1-2
	Orta	402	14,81	4,04				1-3
	Yüksek	78	15,35	3,90				2-3
Beslenme	Düşük	169	16,86	3,43	2	14,685	0,000***	1-2
	Orta	402	17,62	3,23				1-3
	Yüksek	78	19,30	3,26				2-3
Pozitif Yaşam Algısı	Düşük	169	15,60	3,50	2	33,777	0,000***	1-2
	Orta	402	17,38	3,34				1-3
	Yüksek	78	19,30	3,56				2-3
Kişilerarası İlişkiler	Düşük	169	16,20	3,26	2	32,601	0,000***	1-2
	Orta	402	17,69	3,03				1-3
	Yüksek	78	19,56	3,11				2-3
Stres Yönetimi	Düşük	169	15,76	3,56	2	28,233	0,000***	1-2
	Orta	402	17,54	3,01				1-3
	Yüksek	78	18,70	3,13				2-3
Spiritüel Sağlık	Düşük	169	13,52	3,51	2	24,871	0,000***	1-2
	Orta	402	14,58	3,17				1-3
	Yüksek	78	16,74	3,75				2-3
AYB II Ölçeği	Düşük	169	105,91	16,88	2	46,490	0,000*	1-2
	Orta	402	115,46	15,93				1-3
	Yüksek	78	126,94	17,43				2-3

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

1= Düşük, 2= Orta, 3= Yüksek

Öğrencilerin sağlık okuryazarlık düzeylerine göre AYB II ölçeği puan ortalamaları karşılaştırıldığında; sağlık okuryazarlığı düzeyi yüksek olanların, orta ve düşük olanlara göre AYB II Ölçeği tüm alt boyut ve toplam puan ortalamaları istatistiksel açıdan anlamlı derecede yüksek bulundu ($p<0,001$). Sağlık okuryazarlığı düzeyi orta olanların, düşük olanlara göre AYB II Ölçeği tüm alt boyut ve toplam puan ortalamaları istatistiksel açıdan anlamlı derecede yüksek bulundu ($p<0,001$) (Tablo 4.21).

Tablo 4.22: Öğrencilerin sağlık okuryazarlığı ile AYB II Ölçeği alt boyutlarının korelasyon değerleri (n=649).

	Sağlık Okuryazarlığı	AYB II Ölçeği	Sağlık Sorumluluğu	Fiziksel Aktivite	Beslenme	Pozitif Yaşam Algısı	Kişilerarası İlişkiler	Stres Yönetimi	Spiritüel Sağlık
Sağlık Okuryazarlığı	1	0,407**	0,308*	0,218*	0,224*	0,342*	0,335*	0,320*	0,298*
AYB II Ölçeği Toplam		1	0,696*	0,638*	0,700*	0,792*	0,727*	0,681*	0,779*
Sağlık Sorumluluğu			1	0,363*	0,439*	0,446*	0,397*	0,293*	0,539*
Fiziksel Aktivite				1	0,413*	0,364*	0,290*	0,248*	0,429*
Beslenme					1	0,445*	0,368*	0,387*	0,470*
Pozitif Yaşam Algısı						1	0,595*	0,572*	0,557*
Kişilerarası İlişkiler							1	0,548*	0,497*
Stres Yönetimi								1	0,417*
Spiritüel Sağlık									1

*p<0,05 **p<0,01

Sağlık okuryazarlığı puanı ile AYB II ölçeği toplam puanı, sağlık sorumluluğu, pozitif yaşam algısı, kişilerarası ilişkiler, stres yönetimi ve spiritüel sağlık alt boyutları arasında pozitif zayıf bir ilişki olduğu belirlendi (p<0,01). Sağlık okuryazarlığı ile fiziksel aktivite, beslenme alt boyutları arasında pozitif çok zayıf ilişki bulundu (p<0,01).

AYB II Ölçeği ile sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite ve stres yönetimi arasında pozitif orta ilişki olduğu belirlendi (p<0,01). AYB II Ölçeği ile beslenme, pozitif yaşam algısı, kişilerarası ilişkiler ve spiritüel sağlık pozitif yüksek bir ilişki olduğu belirlendi (p<0,01). Alt boyutlar arasındaki korelasyon değerleri tabloda görülmektedir (Tablo 4.22).

5 TARTIŞMA

Adolesanlarda sağlık okuryazarlığı ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasındaki ilişkinin belirlenmesi amacıyla yapılan araştırmada Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği puan ortalaması $28,95\pm 5,79$ bulundu. Öğrencilerin çoğunluğun % 61,9'unun sağlık okuryazarlığı düzeylerinin orta, %26'sının düşük olduğu belirlendi (Tablo 4.5). Haney'in ortaokul öğrencileriyle yaptığı araştırmada (2020) sağlık okuryazarlığı ölçeği puan ortalaması $33,67\pm 4,62$ bulunmuş ve öğrencilerin %41,2'sinin sağlık okuryazarlığı düzeylerinin yüksek olduğu bulunmuştur. Haney'in sonuçları araştırma sonucuna göre yüksek bulunmuştur [88]. Öztürk ve arkadaşlarının Ortaokul öğrencileriyle yaptığı araştırmada (2020) %64'ünün orta düzeyde sağlık okuryazarlığına sahip olduğu bulunmuştur [100]. Sukys ve arkadaşlarının Litvanya'da yaşayan adolesanlar öğrencileriyle yapılan araştırmada (2019) %70,5'inin orta düzeyde sağlık okuryazarlığına sahip olduğu bulunmuştur [101]. Armstrong ve arkadaşlarının Pekin ve Melbourne'da yaşayan ortaokul öğrencileri ile yaptıkları araştırmada (2020) Melbourne öğrencilerinin sağlık okuryazarlığı daha yüksek olsada her iki grupta düşük sağlık okuryazarlığına sahiptir [119]. şimşek'in Kayseri ilindeki lise öğrencileriyle yaptığı araştırmada (2019) Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği puan ortalaması $21,45\pm 19,07$ olduğu, Sağlık Okuryazarlığı Senaryo Ölçeği esas alındığında ise sağlık okuryazarlık düzeylerinin yetersiz ve sorunlu sağlık okuryazarlık kategorisinde değerlendirilebileceği bulunmuştur [89]. Bu farklılığın araştırma yapılan Şehir ve bölgesel özelliklerden ve yaş gruplarının farklı olmasından kaynaklandığı düşünölmektedir. Ölkemizde Avrupa Sağlık Okuryazarlığı (HLS-EU-47) ölçeği temel alınarak Türkiye'de Sağlık Okuryazarlığı araştırmada (2014) Türkiye toplumunun yetersiz sağlık okuryazarlığı %24,5, sorunlu sağlık okuryazarlığı %40,1, yeterli sağlık okuryazarlığı %27,8 ve mükemmel sağlık okuryazarlığı %7,6 olarak belirlenmiştir [19]. Yetişkin bireyler ile araştırma bulguları kıyaslandığında her iki grubunda sağlık okuryazarlığı düzeylerinin düşük olduğu görölmektedir. Adolesanların sağlık

okuryazarlığı düzeyinin yükseltilmesi halinde ileride yetişkin bir birey oldukları zamanda sağlık okuryazarlığı düzeyinin yüksek olması sağlanabilir.

Sağlık okuryazarlığı, sağlığın geliştirilmesi ve hastalıkların önlenmesi açısından önemli bir faktör olarak gösterilmektedir [67, 68]. Ancak araştırmada öğrencilerin yalnızca %14,6'sı daha önce sağlık okuryazarlığını duyduğunu belirtmiştir (Tablo 4.4). Bu nedenle adolesan yaş grubunun sağlık okuryazarlığının önemini kavramaları ve sağlık okuryazarlığının düzeylerinin geliştirilmesi için çaba gösterilmelidir.

AYB II ölçeği adolesan dönemdeki bireylerin sağlığı geliştiren davranışlarının düzeyini göstermektedir. AYB II Ölçeği ve alt ölçeklerinde alınan puanın yüksek olması olumlu sağlık davranışları düzeyinin arttığını göstermektedir [10]. AYB II ölçeği toplam puan ortalaması $114,35 \pm 17,48$ olarak bulundu (Tablo 4.6). Bu sonuca göre ölçekten alınabilecek alt ve üst değerler göz önüne alındığında öğrencilerin sağlık davranışlarının orta düzeyde olduğu söylenebilir. İlhan (2012) tarafından lise öğrencilerinde AYB II ölçeği kullanılarak yapılan araştırmada (2012) AYB II Ölçeği toplam puan ortalaması kontrol grubunda $118,21 \pm 15,39$ ve deney grubunda $119,54 \pm 16,80$ olarak bulunmuştur [10]. Hendricks ve arkadaşlarının (2006) AYB ölçeği kullanılarak yapılan araştırmada 117 ± 19 bulunmuştur [121]. Ardic'in lise öğrencilerinde AYB ölçeği kullanılarak yapılan araştırmasında (2008) toplam puan ortalaması $112,1 \pm 14,5$ olarak bulunmuştur [90]. Arıkan'ın üniversite öğrencilerinde AYB II ölçeği kullanılarak yapılan araştırmasında (2020) toplam puan ortalaması $126,94 \pm 18,92$ olarak bulunmuştur [44]. Yapılan araştırmalarda adolesanların sağlık davranışlarının benzer olduğu görülmektedir.

Adolesanların AYB II Ölçeği puan ortalamaları alt ölçekler puan ortalamalarına göre incelendiğinde adolesanların en yüksek puanı beslenme $17,62 \pm 3,36$ ve en düşük puanı ise fiziksel aktivite $14,46 \pm 3,93$ alt ölçeğinden aldıkları belirlendi. Arıkan'ın (2020) araştırmasında ise en düşük puan fiziksel aktivite $17,38 \pm 5,15$ olarak belirlenmiştir. İlhan'ın (2012) araştırmasında fiziksel aktivite puanı kontrol ve deney grubunda sırasıyla $13,89 \pm 3,73$ - $14,36 \pm 3,73$ olarak bulunmuştur [10]. Hendricks ve arkadaşlarının (2006) AYB ölçeği kullanılarak yapılan araştırmada fiziksel aktivite 17 ± 4 bulunmuştur [121]. Kara'nın (2014) lise öğrencilerinde AYB II ölçeğine göre fiziksel aktivite puan ortalaması $15,21 \pm 3,97$ olarak bulunmuştur [91]. Çiçek ve Çetinkaya'nın (2017) araştırmasında ise en yüksek puanı pozitif yaşam algısı

18,8±3,8, en düşük puanı ise fiziksel aktivite 13,9±3,8 olduğu görülmektedir [93]. Yapılan araştırmalarda fiziksel aktivite alt ölçek puanlarının birbirine benzer ve genellikle araştırmalarda en düşük puan olduğu belirlenmiştir. Bu sonuçlar adolesanların fiziksel aktivite davranışlarının yetersiz olduğunu göstermektedir. DSÖ dünya genelinde okula giden 11-17 yaş grubundaki ergenlerin % 80'inden fazlasının en az bir saatlik fiziksel aktivite ile ilgili güncel tavsiyeleri karşılamadığını bildirmektedir (Kızlar %85, erkekler %78) [58]. İlköğretim öğrencileri fiziksel aktivite araştırmasında (2013) erkeklerin %94'ü ve kızların %85'i günde önerilen adım sayısını geçemediği belirlenmiştir (erkeklerde 10924, kızlarda 9733) [58, 92]. Bu duruma çocuk ve adolesanlara fiziksel aktivite yapacakları yeterli fiziksel şartların sağlanamaması, gelişen teknoloji ve değişen yaşam koşullarının etkisiyle çocuk ve adolesanların daha fazla ekran karşısında kalmalarının etkili olduğu düşünülebilir. Ayrıca öğrencilerin yoğun ders temposundan dolayı fiziksel aktiviteye vakit ayıramaması düşünülebilir. Adolesan dönemde fiziksel aktivitenin artırılması için yerel yönetimleri, Sağlık Bakanlığı ve Milli Eğitim Bakanlığı gibi birçok sektörün eş güdüm halinde daha fazla çaba harcamaları gerekmektedir.

Beslenme Alt Ölçeği; bireyin öğünlerini seçme ve düzenleme yiyecek seçimindeki değişiklikleri belirler [10]. Araştırmada beslenme alt ölçeği puan ortalaması 17,62±3,36 bulundu. Adolesanların en yüksek puanı beslenme alt ölçeğinden aldıkları görülmek birlikte, ölçekten alınabilecek alt ve üst değerlere (8-28) göre adolesanların beslenme davranışlarının düşük olduğu görülmektedir. Çiçek ve Çetinkaya'nın (2017) araştırmasında lise öğrencilerinin Adolesan Yaşam Biçimi Ölçeğine göre en yüksek ikinci sırada 17,7±3,7 puan ile beslenme bulunmuştur [93]. İlhan'ın (2012) araştırmasında beslenme puan ortalaması kontrol ve deney grubunda sırasıyla 18,35±3,01-18,75±2,84 olarak bulunmuştur [10]. Ardıç'ın lise öğrencilerinde AYB ölçeği kullanılarak yapılan araştırmada (2008) beslenme alt grup toplam puan ortalaması 18,4±3,2 olarak bulunmuştur [90]. Kalay ve Türkmen'in (2015) 18 yaş ve altı adolesanlarda gerçekleştirdikleri araştırmasında beslenme ve egzersiz davranışlarının orta düzey olduğu bulunmuştur [94]. Hendricks ve arkadaşlarının (2006) AYB ölçeği kullanılarak yapılan araştırmada 22±5 bulunmuştur [121]. Yapılan araştırmalar ile bu araştırmadaki adolesanların beslenme davranışlarının benzer şekilde düşük olduğu görülmektedir. Bu sonuçlar adolesanların beslenme ve egzersiz davranışlarının geliştirilmesine yönelik araştırmalara daha fazla gereksinim olduğunu göstermektedir.

Araştırmada spiritüel sağlık puan ortalaması $14,56\pm 3,45$ bulundu. Ardıç'ın araştırmasında (2008) spiritüel sağlık toplam puan ortalaması $17,3\pm 3,13$ olarak bulunmuştur [90]. Bu sonuç araştırmaya göre daha yüksek bulunmuştur. Bu farklılığın araştırmanın yapıldığı yıl, araştırma yapılan yerin bölgesel özelliklerin farklı olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir. Kara'nın (2014) araştırmasında spiritüel sağlık puan ortalaması $15,65\pm 3,55$ olarak bulunmuştur [91]. İlhan'ın (2012) araştırmasında spiritüel sağlık puan ortalaması kontrol ve deney grubunda sırasıyla $15,63\pm 3,67$ - $15,93\pm 3,53$ olarak bulunmuştur [10]. Araştırma sonuçlarının genel olarak benzer olduğu görülmektedir.

Sağlık sorumluluğu bireyin kendi sağlığı üzerindeki sorumluluk düzeyini, sağlık eğitimi ve gerektiğinde yardım aramayı içeren kendi sağlığına ne düzeyde katıldığı anlamına gelmektedir [10]. Bu araştırmada sağlık sorumluluğu alt ölçeği puan ortalaması $15,80\pm 3,52$ bulundu (Tablo 4.6). Özakgöl ve arkadaşlarının (2016) lise öğrencileri ile ilgili araştırmasında sağlık sorumluluğu alt ölçeği puan ortalaması $17,24\pm 4,52$ olarak bulunmuştur [105]. Kara'nın (2014) lise öğrencilerinde AYB II ölçeğine göre sağlık sorumluluğu puan ortalaması $15,21\pm 3,97$ olarak bulunmuştur [91]. İlhan'ın (2012) araştırmasında sağlık sorumluluğu puan ortalaması kontrol ve deney grubunda sırasıyla $15,70\pm 3,52$ - $15,98\pm 3,39$ olarak bulunmuştur [10]. Kefeli'nin (2010) araştırmasında sağlık sorumluluğu puan ortalaması $18,33\pm 4,36$ olarak bulunmuştur [96]. Hendricks ve arkadaşlarının (2006) AYB ölçeği kullanılarak yapılan araştırmada 16 ± 4 olarak bulunmuştur [121]. Araştırma sonuçlarının genel olarak benzer olduğu görülmektedir. Altay (2006) yaptığı araştırmasında 20-49 yaşında olanların 15-19 yaşa göre sağlık sorumluluğunun arttığı bulunmuştur [106]. Yaş ilerledikçe sağlık sorumluluğunun artması ve henüz adolesanların bilişsel gelişimi tamamlanmadığı için sağlık sorumluluğunun düşük olması beklenen sonuç olabilir.

Pozitif yaşam algısı, bireyin hayatı olumlu algılamasını, umut, umutsuzluk gibi kavramları belirlemesi olarak tanımlanır [10]. Araştırmada pozitif yaşam algısı alt ölçeği puan ortalaması $17,14\pm 3,58$ bulundu (Tablo 4.6). Kara'nın (2014) lise öğrencilerinde AYB II ölçeğine göre pozitif yaşam algısı puan ortalaması $17,95\pm 3,55$ olarak bulunmuştur [91]. İlhan'ın (2012) araştırmasında pozitif yaşam algısı puan ortalaması kontrol ve deney grubunda sırasıyla $19,06\pm 3,17$ - $18,81\pm 3,50$ olarak bulunmuştur [10]. Adolesan dönemde yaşadığı değişimlerden dolayı duygu karmaşası yaşayabilmektedir bu yüzden pozitif yaşam algısının düşük olması beklenen sonuç olabilir.

Kişilerarası ilişkiler bireyin yakın çevresi ile iletişimini ve süreklilik düzeyinin belirlenmesi olarak tanımlanır [10]. Araştırmada kişilerarası ilişkiler alt ölçeği puan ortalaması $17,53 \pm 3,25$ bulundu (Tablo 4.6). Özakgöl ve arkadaşlarının (2016) lise öğrencileri ile ilgili araştırmasında kişilerarası ilişkiler alt ölçeği puan ortalaması $24,09 \pm 4,39$ olarak bulunmuştur [105]. Kara'nın (2014) lise öğrencilerinde AYB II ölçeğine göre kişilerarası ilişkiler puan ortalaması $17,95 \pm 3,55$ olarak bulunmuştur [91]. İlhan'ın (2012) araştırmasında kişilerarası ilişkiler puan ortalaması kontrol ve deney grubunda sırasıyla $18,04 \pm 2,73$ - $18,87 \pm 3,02$ olarak bulunmuştur [10]. Araştırma sonuçlarında farklılık olması ebeveynlerin çocuklarına karşı sergilediği iletişimden kaynaklı olabilir. Ülkemizde şiddet bir terbiye biçimi olarak algılanmaktadır. Aile içinde şiddet ortamında yetişen adolesanların sorunlarını iletişim ile çözmek yerine şiddet davranışıyla çözmeye çalışmakta olabilir.

Stres yönetimi bireyin stres kaynaklarını tanıma düzeyini, stres kontrol mekanizmalarını ve stresle baş etme düzeyini belirlemesi olarak tanımlanmaktadır [10]. Araştırmada stres yönetimi alt ölçeği puan ortalaması $17,21 \pm 3,31$ bulundu (Tablo 4.6). Kara'nın (2014) lise öğrencilerinde AYB II ölçeğine göre stres yönetimi puan ortalaması $17,77 \pm 3,09$ olarak bulunmuştur [91]. İlhan'ın (2012) araştırmasında stres yönetimi puan ortalaması kontrol ve deney grubunda sırasıyla $17,53 \pm 2,88$ - $17,84 \pm 2,98$ olarak bulunmuştur [10]. Kaya ve arkadaşlarının (2020) hemşirelik öğrencileri ile ilgili yaptığı araştırmada stres yönetimi puan ortalaması $18,58 \pm 4,29$ olarak bulunmuştur [107]. Adolesan dönemde yaşanan hızlı değişimler, kimlik kazanımı, eğitim ve meslek seçimi gibi kararların verildiği bir dönemdir. Bu yüzden stres yönetimin düşük olması beklenen bir sonuçtur.

Araştırmada adolesanların cinsiyetine göre sağlık davranışlarında önemli farklılıklar olduğu görüldü. Kız öğrencilerin sağlık sorumluluğu ve kişilerarası ilişkiler açısından erkeklere göre daha iyi düzeyde olduğu, erkeklerin de beslenme ve fiziksel aktivite davranışları açısından kızlara göre daha iyi düzeyde oldukları belirlendi (Tablo 4.7). Çiçek ve Çetinkaya'nın (2017) araştırmasında bu araştırmanın sonuçlarıyla benzer şekilde erkeklerin fiziksel aktivite ve beslenme puanları yüksek, kızların ise kişilerarası ilişkiler ve pozitif yaşam algısı puanları yüksek bulunmuştur. Yapılan araştırmalarda erkeklerin genel olarak kızlara göre daha fazla fiziksel aktivite yaptıkları bilinmektedir [58, 92, 93]. Kızların fiziksel aktivite davranışlarını arttırmak için eğitim programlarında daha fazla çaba gösterilmelidir. Araştırmada 9. sınıf öğrencilerinin stres yönetimi 11. sınıf öğrencilerinden, 11. sınıf öğrencilerinin spiritüel

sağlık puanları 10. sınıf öğrencilerinden daha yüksektir. 9. sınıf öğrencilerinin AYB II ölçeği toplam puan ortalaması, 10. sınıf öğrencilerine göre yüksektir. Stres yönetiminde en düşük 11. sınıf olmasının nedeni üniversite sınavı kaygısından dolayı olabilir. 9. sınıf öğrencilerinin sağlık davranışlarının daha yüksek olmasının da henüz sınav stresi gibi streslerin, daha az olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir. Kara'nın araştırmasında (2014) 12. sınıf öğrencilerinin spiritüel sağlık alt ölçeği puan ortalaması, 9. sınıflara göre yüksek bulunmuştur. Özakgöl ve arkadaşlarının (2016) 12. sınıf lise öğrencilerinin spiritüel sağlık alt ölçeği puan ortalaması $25,18 \pm 4,58$ olarak yüksek bulunmuştur [105]. Regnerus ve arkadaşlarının (2004) araştırmasında ailenin ve arkadaşlarının adolesanlar üzerinde spiritüel etkisinin fazla olduğunu bulmuştur [116]. Desrosiers ve arkadaşlarının (2011) araştırmasında özellikle anne iletişimi ve baba sevgisinin maneviyatın gelişimini kolaylaştırdığı bulunmuştur [117]. Kefeli'nin (2010) araştırmasında ise manevi gelişim puan ortalamasında öğrencilerin yaş gruplarına göre istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır [96]. Bu sonuç yaş arttıkça spiritüel yönden öğrencilerin daha çok gelişim gösterdiğini göstermektedir. Ancak manevi gelişim yaşamın başlangıcından başlamaktadır. Aile ve okul gibi ortamların etkisi fazladır [118].

Öğrencilerin yaşamın en uzun bölümünü geçirdiği yer şehir olanların sağlık sorumluluğu, pozitif yaşam algısı, kişilerarası ilişkiler, stres yönetimi ve genel yaşam biçimi yüksek olduğu belirlendi (Tablo 4.9). Ardıç'ın araştırmasında (2008) yaşantısının büyük çoğunluğunu büyük şehirde geçirenlerin sağlık davranış düzeyi daha yüksek bulunmuştur [90]. Bu sonuca yaşamının uzun bölümünü şehirde geçiren öğrencilerin eğitim, kültür, sağlık vb. imkanlara daha kolay ulaşabilmesinin katkı sağladığı düşünülmektedir. Kara'nın (2014) öğrencilerin yaşantısının en büyük çoğunluğunu geçirdikleri yere göre AYB II ölçeği puan ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmamıştır [91].

Öğrencilerin aile tipine göre AYB II ölçeği puan ortalamaları karşılaştırıldığında geniş aile yapısında olanların stres yönetimin en yüksek ve parçalanmış ailenin ise en düşük olduğu belirlendi (Tablo 4.10). Kefeli'nin (2010) araştırmasında parçalanmış aile yapısındaki öğrencilerin stres yönetimi düşük olması araştırma sonuçlarını desteklemektedir [96]. Bu sonuçlara göre anne ve babanın boşanmasının, adolesanlar için büyük bir stres oluşturduğunu göstermektedir. Bu nedenle anne ve babası boşanan, aile içerisinde sorun yaşayan öğrenciler okul rehberlik birimleri ve okul hemşireleri

tarafından izlenerek, danışmanlık yapılmalı, olası ruhsal sorunlar erken dönemde belirlenmeli ve gerekli olduğu durumda da çocuk ve ergen psikiyatri kliniklerine destek almaları konusunda yönlendirilmelidirler.

Bu araştırmada annesi ilkokul mezunu olan öğrencilerin stres yönetimi puan ortalamasının anne eğitimi okuryazar olmayan ve okuryazar olan öğrencilere göre göre yüksek olduğu belirlendi. Araştırmada annesi üniversite mezunu olanların stres yönetimi puanlarının annesinin eğitim düzeyi düşük olanlardan yüksek olsa da diğerleriyle benzer olduğu görülmektedir. Kefeli'nin (2010) araştırmasında stres yönetimi en fazla yüksekokul /üniversite mezun annelerin olduğu bulunmuştur [96]. Diez ve Fortis (2009) tarafından Meksika'da yapılan araştırmada anne eğitim düzeyi arttıkça stres yönetiminin anlamlı olarak arttığı görülmüştür [97]. Yapılan araştırmalar ile bu araştırma sonuçlarının farklı olduğu belirlendi. Bu farklılığın araştırma yapılan şehir ve bölgesel özelliklerden ve yaş gruplarının farklı olmasından kaynaklanmış olabileceği düşünülmektedir.

Araştırmada sosyal aktiviteye katılan öğrencilerin sağlık davranışlarını tüm boyutlarda ve toplamda sosyal aktivitelere katılmayanlara göre daha yüksektir. Kara'nın (2014) öğrencilerin sosyal aktiviteye katılanların katılmayanlara göre sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, beslenme, pozitif yaşam algısı, stres yönetimi, spiritüel sağlık alt ölçek puan ortalamaları daha yüksek bulunmuştur [91]. Yıldırım ve Bekar'ın (2005) araştırmasında sosyal aktiviteye katılanların manevi gelişim, sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, kişilerarası ilişkiler, stres yönetimi katılmayanlara göre daha yüksek bulunmuştur [98]. Yapılan araştırmalar bu araştırmanın sonuçlarını desteklemektedir. Öğrencilerin sosyal bir aktiviteye düzenli katılmalarının sağlık davranışlarına olumlu katkı sağladığı görülmektedir. Bu nedenle adolesanların daha fazla sosyal aktivitelere katılmalarını destekleyecek ortamlar yaratılmalıdır.

Kronik hastalığı olan ve sürekli ilaç kullanan öğrencilerin sağlık sorumluluğu yüksekken, fiziksel aktivite de bulunma davranışı daha düşüktür. Benzer şekilde Pirinççi ve arkadaşlarının (2020) araştırmasında kronik hastalıklara sahip olan üniversite öğrencilerinin fiziksel aktivite puanları daha düşük olduğu bulunmuştur [95]. Ergün (2017) araştırmasında sağlık yüksekokulu öğrencileri üzerinde yapılan araştırmada kronik hastalığı olanların sağlık okuryazarlığı düzeylerinin daha düşük olduğu bulunmuştur [99]. Kara'nın (2014) araştırmasında kronik hastalığı olan öğrencilerin fiziksel aktivite alt ölçek puan ortalaması düşük olduğu bulunmuştur [91].

Kronik hastalığı olan adolesanların hastalık sürecinden ve hastalık nedeniyle oluşan kısıtlamalar nedeniyle fiziksel aktivitelerden uzak kaldıkları yada kalmak istemiş olabilecekleri düşünülmektedir.

Araştırmada sağlık durumunu çok iyi olarak ifade eden öğrencilerin sağlık davranışları tüm boyutlarda ve toplamda sağlık durumu kötü ve orta olanlara göre daha yüksek olduğu görüldü. Kefeli'nin (2010) araştırmasında sağlık durumu çok iyi olan öğrencilerin beslenme, fiziksel aktivite, stres yönetimi, manevi gelişim puanları ve toplamda yüksek bulunmuştur [96]. Kara'nın (2014) araştırmasında sağlık durumu çok iyi olan öğrencilerin tüm boyutlarda ve toplam puanda sağlık durumu kötü ve iyi olan öğrencilere göre yüksek bulunmuştur [91]. Yapılan araştırmalar bu araştırmanın sonuçlarını desteklemektedir. Burada iki yönlü bir ilişkiden söz edebiliriz. Kendini sağlık açısından daha iyi algılayan adolesanların sağlık davranışlarının olumlu yönde geliştiği, sağlık davranışlarının gelişmesinin de yaşamın ilerleyen yıllarında sağlık durumuna olumlu etki edebileceği şeklinde düşünülebilir.

Araştırmada BKİ sınıflandırılmasına göre öğrencilerin %21,3'ü zayıf, %65'i normal, %11,9'u fazla kilolu, %1,8'i obez olarak belirlendi. Kefeli'nin (2010) araştırmasında öğrencilerin %6,9'unun fazla kilolu olduğu, %22'sinin zayıf ve %2,6'sının obez olduğu bulunmuştur [96]. Özkese (2020) lise öğrencileri ile yaptığı araştırmada BKİ değerlerine göre % 9,3'ü obez, %16,6'sı ise fazla kilolu olarak belirlenmiştir [113]. Son 20 yılda dünya genelinde 10-19 yaş arasındaki adolesanlarda obezite oranı %1,9'dan %5,6'ya çıkmıştır. Ülkemizde ise 10-19 yaş arası adolesanlarda obezite sıklığı %9,8 olduğu saptanmıştır [112]. Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması (2010), sonuçlarına göre; 12-14 yaş grubunda hafif şişman; % 14, obezite; % 9,8, 15-18 yaş grubunda hafif şişman; % 13,3, obezite; % 8,3 olarak bildirilmiştir [115]. Adolesanlarda gerçekleştirilen bir araştırmada fazla kilolu olma oranı % 28, obezite oranı % 21,1 olarak bulunmuştur [114]. Araştırma grubunda yapılan diğer araştırmalara göre obezite sıklığının daha düşük olduğu görülmektedir. Obeziteyi anne ve babanın BKİ'si, öğrencilerin günlük beslenmesi gibi bir çok faktör etkilediği için farklılığın araştırma yapılan şehir ve bölgesel özelliklerden kaynaklandığı düşünülmektedir.

BKİ'ne göre obez olan öğrencilerin pozitif yaşam algısı zayıf, normal ve fazla kilolu olanlara göre daha düşüktür. Pozitif yaşam algısı, bireyin hayatı olumlu algılamasını, umut, umutsuzluk gibi kavramları belirler [10]. Obez öğrencilerde obezite nedeniyle

oluşan beden algısının öğrencilerin pozitif yaşam algısını olumsuz yönde etkilediğini söyleyebiliriz. Literatürde obezite ile düşük benlik saygısı, akran zorbalığı, ilişki kurmaktan kaçınma, içe kapanma, sürekli dışlanma hissi, depresyon, anksiyete, alkol ve madde kullanımı ilişkili bulunmuştur [109]. Tezcan'ın araştırmasında (2009) obez kişilerin benlik saygısı obez olmayanlara göre anlamlı oranda düşük bulunmuştur [111]. Işık ve arkadaşlarının (2020) araştırmasında obez ergenlerde özellikle DEHB ve sosyal anksiyete bozukluğunun yüksek olduğu tespit edilmiştir [109]. Öğrencilerin BKİ düzeylerine göre diğer alt boyut ve AYB II Ölçeği puan ortalamalarında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmadı (Tablo 4.20). Kara'nın (2014) araştırmasında [91] ve Berçin'nin (2010) araştırmasında öğrencilerin vücut ağırlıklarını değerlendirmeleri ile sağlık davranışları arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır [102]. Obezite, vücuttaki tüm sistemler ve psikososyal durum üzerine olumsuz etkileri nedeniyle bir çok sağlık sorununa neden olabilmektedir [108,110]. Bu nedenle geleceğin yetişkinlerini oluşturacak adolesanların sağlıklı bir yaşam sürdürebilmesi için olumlu sağlık davranışlarının geliştirilmesi için çaba harcanmalıdır. Olumlu davranışların kazandırılabilmesi için toplumun tüm kesimleriyle yakından ilişkide olan hemşirelere önemli rol ve sorumluluklar düşmektedir [108].

Araştırmada adolesanlarının sağlık okuryazarlık düzeylerinin sağlık davranışlarını olumlu olarak etkilediği görüldü. Sağlık okuryazarlığı düzeyi yüksek olanların, orta ve düşük olanlara göre, sağlık okur yazarlığı orta olanların da düşük olanlara göre AYB II Ölçeği tüm alt boyut ve toplam puan ortalamaları daha yüksektir. Öğrencilerin, sağlık okuryazarlığı ile AYB II ölçeği toplam puanı, sağlık sorumluluğu, pozitif yaşam algısı, kişilerarası ilişkiler, stres yönetimi ve spiritüel sağlık alt boyutları arasında pozitif zayıf bir ilişki olduğu belirlendi. Sağlık okuryazarlığı ile fiziksel aktivite, beslenme alt boyutları arasında pozitif çok zayıf ilişki bulundu. Araştırma sonucunda adolesanların sağlık okuryazarlık düzeyi arttıkça sağlık davranışlarının olumlu yönde arttığı görüldü. Öztürk ve Alkaya'nın (2020) araştırma sonuçları sağlık okuryazarlığı ile sağlıklı geliştirme davranışları arasında pozitif ve orta düzeyde bir ilişki olduğunu ve adolesanların sağlık okuryazarlığı arttıkça sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının da arttığını ortaya koymuştur [100]. Park ve arkadaşlarının (2017) araştırmasında sağlık okuryazarlığı düşük olan lise öğrencilerin sağlıksız beslendiği, fazla kilolu olduğu ve daha fazla riskli davranışlara katılma eğilimli olduğu

bulunmuştur [103]. Chang'ın (2011) araştırmasında sağlık okuryazarlığı düzeyi düşük olan adolesanların yüksek sağlık okuryazarlığına sahip olan adolesanlara göre sağlığı geliştirme davranışları sergileme olasılığının daha düşük olduğu bulunmuştur [104]. Yang ve arkadaşlarının üniversite öğrencileri ile yaptığı araştırmasında (2017) yeterli sağlık okuryazarlığına sahip bireylerin sağlıklı seçimler yaparak sağlıklı yaşam tarzlarını benimseyecek bilgi ve becerisine sahip olduğu bulunmuştur [120]. Yapılan araştırmalar bu araştırmanın sonuçlarını desteklemektedir. Adolesan sağlık okuryazarlığının sağlık davranışlarını olumlu yönde etkilediği görülmektedir. Bu nedenle adolesanların sağlık okuryazarlık düzeylerinin geliştirilmesi için çaba gösterilmelidir. Lise eğitim müfredatına sağlık ve sağlıklı yaşam ile ilgili derslerin eklenmesinin yanı sıra adolesanlara ve ebeveynlerine yönelik sağlık okuryazarlığı ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları ile ilgili eğitimlerin öğrencilerin sağlık okuryazarlığının ve sağlık davranışlarının geliştirilmesine katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

AYB II Ölçeği ile sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite ve stres yönetimi arasında pozitif orta ilişki olduğu belirlendi. AYB II Ölçeği ile beslenme, pozitif yaşam algısı, kişilerarası ilişkiler ve spiritüel sağlık pozitif yüksek bir ilişki olduğu belirlendi (Tablo 4.22). Kara'nın (2014) AYB II ölçeğinin tüm alt ölçekleri arasında çok zayıf ilişki, AYB toplamı ile zayıf ilişki bulunmuştur [91]. Adolesanların sağlık davranışlarının tüm boyutları arasında anlamlı ilişkiler olduğu görülmektedir. Bu nedenle adolesanların sağlık davranışları düzeyinin yükseltilmesi için sağlığı geliştirme programları düzenlenirken, sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının tüm boyutlarına yönelik girişimlerin planlanması önemlidir.

6 SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu araştırma sonucunda;

- Araştırmaya katılan adolesanların yaş ortalaması $15,54 \pm 0,95$ olup, %59,8'si kız ve %41,1'i 11. sınıf öğrencisidir.
- Adolesanların %65'inin BKİ'nin normal sınırlar içinde olduğu belirlendi.
- Adolesanların %48,7'sinin sağlıklarını iyi olarak değerlendirdiği belirlendi.
- Adolesanların %85,4'ünün sağlık okuryazarlığını daha önce duymadığı belirlendi.
- Araştırmaya katılan adolesanların sağlık okuryazarlığı ölçeği puan ortalaması $28,95 \pm 5,79$ ve %61,9'unun orta sağlık okuryazarlığı düzeyinde olduğu belirlendi.
- Araştırmaya katılan adolesanların AYB II Ölçeği toplam puan ortalamasının $114,35 \pm 17,48$ olduğu belirlendi.
- Kadınların sağlık sorumluluğu ve kişilerarası ilişkiler alt boyut puan ortalamalarının, erkeklere göre yüksek olduğu, erkeklerin beslenme ve fiziksel aktivite alt boyut puan ortalamalarının kadınlara göre yüksek olduğu belirlendi.
- 9. sınıf öğrencilerinin stres yönetimi alt boyut puan ortalaması, 11. sınıf öğrencilerine göre yüksek 11. sınıf öğrencilerinin spiritüel sağlık alt boyut puan ortalaması, 10. sınıf öğrencilerine göre yüksek 9. sınıf öğrencilerinin AYB II ölçeği toplam puan ortalaması, 10. sınıf öğrencilerine göre yüksek bulundu.
- Annesi ilkokul mezunu olan adolesanların stres yönetimi puan ortalaması anne eğitimi okuryazar olmayan ve okuryazar olanlara göre yüksek bulundu.
- Parçalanmış aile yapısında olanların beslenme, stres yönetimi ve AYB II toplam puan ortalaması, çekirdek aile ve geniş aile tipindeki adolesanların puan ortalamalarına göre düşük bulundu.
- Yaşamının en uzun bölümünü şehirde ve ilçede geçiren adolesanların sağlık sorumluluğu, pozitif yaşam algısı, kişilerarası ilişkiler, stres yönetimi ve AYB

II Ölçeği puan ortalaması, yaşamının en uzun bölümünü köyde geçirenlere göre yüksek bulundu.

- Sosyal aktiviteye katılan adolesanların AYB II Ölçeği tüm alt boyut ve toplam puan ortalamaları, sosyal aktiviteye katılmayan öğrencilere göre yüksek bulundu.
- Sürekli tedavi gören, hastalığı olan ve sürekli ilaç kullanan öğrencilerin sağlık sorumluluğu alt boyut puan ortalaması yüksek, fiziksel aktivite alt boyut puan ortalaması düşük bulundu.
- Sağlık durumunu çok iyi olarak değerlendiren adolesanların sağlık sorumluluğu alt boyut puan ortalaması, sağlık durumunu kötü ve orta olarak değerlendirenlere göre yüksek bulundu.
- Obez olan adolesanların pozitif yaşam algısı alt boyut puan ortalaması, zayıf, normal ve fazla kilolu olanlara göre düşük bulundu.
- Sağlık okuryazarlığı düzeyi yüksek olanların, orta ve düşük olanlara göre, orta olanların düşük olanlara göre AYB II Ölçeği tüm alt boyut ve toplam puan ortalamaları yüksek bulundu.
- Sağlık okuryazarlığı puanı ile AYB II ölçeği toplam puanı, sağlık sorumluluğu, pozitif yaşam algısı, kişilerarası ilişkiler, stres yönetimi ve spiritüel sağlık alt boyutları arasında pozitif zayıf bir ilişki, fiziksel aktivite, beslenme alt boyutları arasında pozitif çok zayıf ilişki bulundu.
- Araştırma sonucunda adolesanların sağlık okuryazarlık düzeyi arttıkça sağlık davranışlarının olumlu yönde arttığı görüldü.

Bu araştırmanın sonuçlarına göre öneriler:

- Adolesan dönemdeki öğrenciler sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının kazandırılması için sağlık eğitimi programları düzenlenerek, olumlu davranışlar kazanmaları teşvik edilmelidir.
- Sağlık eğitim programları düzenlenirken öğrencilerin sosyo-demografik özellikleri ve sağlık okuryazarlık düzeyleri dikkate alınmalıdır.
- Öğrencilerin sağlık okuryazarlığını artırmaya yönelik müfredata temel sağlık bilgilerini ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını içeren bir ders eklenmelidir.
- Adolesanların sağlık okuryazarlık düzeylerinin geliştirilmesine yönelik sağlık eğitim programları düzenlenmelidir.

- Okullarda adolesanların ilgisini artıracak ve okuryazarlıklarını geliştirecek görsel-işitsel kinestetik müdahaleleri kullanan eğitim programları düzenlenmelidir. Programlar düzenlenirken aile, öğretmen, okul sağlığı hemşireleri ile iş birliği içerisinde olmalıdır.
- Okullarda adolesanların sağlık okuryazarlığını ve sağlık davranışlarını geliştirmeye yönelik öğrencilere rol model olacak okul hemşirelerinin veya halk sağlığı hemşirelerinin istihdam edilmesi sağlanmalıdır.
- Adolesanlar fiziksel aktiviteye teşvik edilmesi için egzersiz, halk oyunları ve dans gibi hem fiziksel hem de sosyal etkinlikler arttırılmalıdır.
- Kronik hastalığı olan ve sürekli ilaç kullanan öğrencilerin tedavi ve bakımlarını gerçekleştirebilecekleri, malzemeleri güvenli muhafaza edebilecekleri özel alanlar oluşturulmalıdır.
- Adolesanların sağlık okuryazarlığını ve sağlık davranışlarını geliştirmeye yönelik TV ve sosyal medya aracılığı ile toplumun farkındalığının arttırılması sağlanmalıdır.
- Adolesanların sağlık okuryazarlığı konusunda daha geniş örnekleme kapsayan araştırmalar yapılmalıdır.
- Adolesanların sağlık okuryazarlığını ve sağlık davranışlarını geliştirmeye yönelik programları düzenlenerek, bu programların etkililik düzeyini belirlemeye yönelik deneysel araştırmalar planlanmalıdır.

KAYNAKLAR

- [1] **Gölbaşı, Z.** (2005). Adölesan Dönem Üreme Sağlığı Sorunları ve Etkileyen Faktörler. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 8(1), 100-108.
- [2] **World Health Organization** (2019). Coming of age: Adolescent health, Retrieved October 30, 2019, from <https://www.who.int/healthtopics/adolescents/coming-of-age-adolescent-health>
- [3] **World Health Organization** (2019). World Health Organization More than 1.2 million adolescents die every year, nearly all preventable, Retrieved October 23, 2019, from <http://www.who.int/en/newsroom/detail/16-05-2017-more-than-1-2-million-adolescents-die-every-year-nearlyall-preventable>
- [4] **Erik, H., Aslan, D., Tunç, B.** (2019). Türkiye’de 2009 Ve 2016 Yılları Arasında Adölesan Yaş Grubunda Ölüm Nedenlerinin Değerlendirilmesi. *Turkish Journal of Public Health*, 17(1), 28-37.
- [5] **Türkiye İstatistik Kurumu TÜİK** (2020). Erişim Tarihi: 10.03.2020, <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=30567>
- [6] **İlhan, N.** (2018). Improving Adolescent Health. Ozcanarslan, F., Shapekova, N. L., Sancar, B. Özdemir, A. (Eds.), *Recent Developments in Nursing and Midwifery*. Cambridge Scholars Publishing: UK.
- [7] **Özcebe, H.** (2002). Birinci Basamakta Adölesan Sorunlarına Yaklaşım. *Sürekli Tıp Eğitim Dergisi*, 11(10), 374-377.
- [8] **Centers for Disease Control and Prevention** (2019). Youth Risk Behavior Surveillance System (YRBSS), Retrieved November 21, 2019, from <https://www.cdc.gov/healthyyouth/data/yrbs/index.htm>
- [9] **Viner, R. M., Ozer, E. M., Denny, S., Marmot, M., Resnick, M., Fatusi, A., Currie, C.** (2012). Adolescence and the social determinants of health. *Lancet (London, England)*, 379(9826), 1641–1652.
- [10] **İlhan, N.** (2012). *Adölesanlarda Davranış İmaj Modeline Dayanan Kısa Görüşmelerin Sağlık Davranışlarına Etkisi*. (Doktora Tezi). Marmara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
- [11] **Yılmazel, G., Çetinkaya, F.** (2016). Sağlık Okuryazarlığının Toplum Sağlığı Açısından Önemi. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 15(1), 69-74.
- [12] **Fleary, S. A., Joseph, P., & Pappagianopoulos, J. E.** (2018). Adolescent health literacy and health behaviors: A systematic review. *Journal of adolescence*, 62, 116–127.
- [13] **World Health Organization** (2019). Health literacy and health behaviour, Retrieved May 5, 2019, from <https://www.who.int/healthpromotion/conferences/7gchp/track2/en/>

- [14] **Stocks, N. P., Hill, C. L., Gravier, S., Kickbusch, L., Beilby, J. J., Wilson, D. H., Adams, R. J.** (2009). Health literacy-a new concept for general practice?. *Australian family physician*, 38(3), 144- 147.
- [15] **Ratzan, S. C., Parker, R. M.** (2000). Health literacy. National library of medicine current bibliographies in medicine. Bethesda: National Institutes of Health, *US Department of Health and Human Services*, 1-33.
- [16] **Aktaş, H.** (2018). Sağlık ve Eğitimi Değerlendirmede Bir Ölçme Aracı; Sağlık Okuryazarlığı. *Sağlık Bilimlerinde Eğitim Dergisi*, 1(1), 12-16.
- [17] **Kaya, E., Sivrikaya, S.** (2019). Sağlık Okuryazarlığı ve Hemşirelik. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, 28(3), 216-221.
- [18] **Kutner, M., Greenburg, E., Jin, Y., Paulsen, C.** (2006). *The health literacy of America's Adults: Results from the 2003 National assessment of adult literacy*. NCES 2006-483. National Center for Education Statistics.
- [19] **Tanrıöver, D., Yıldırım, H., Ready, N., Çakır, B., Akalın, E.** (2014). Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Araştırması. *Sağlık ve Sosyal Hizmet Çalışanları Sendikası Yayınları*, 25 (1), 1-96.
- [20] **Haney, M. O.** (2018). Psychometric testing of the Turkish version of the Health Literacy for School-Aged Children Scale. *Journal of Child Health Care*, 22(1), 97-107.
- [21] **Çopurlar, C. K., Kartal, M.** (2016). Sağlık Okuryazarlığı Nedir? Nasıl Değerlendirilir? Neden Önemli?. *Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care*, 10(1), 43-47.
- [22] **Ran, M., Peng, L., Liu, Q., Pender, M., He, F., Wang, H.** (2018). The association between quality of life(QOL) and health literacy among junior middle school students: a cross-sectional study. *BMC Public Health*, 18(1183), 1-10.
- [23] **Kan Öntürk, Z, Ulus, B.** (2014). Okul Çağı ve Adolesan Değerlendirilmesi. Eti. Aslan, F. (Ed.), *Sağlığın Değerlendirilmesi* (267-291). Ankara: Akademisyen Tıp Kitabevi.
- [24] **World Health Organization** (2020). Recognizing adolescence, Retrieved February 21, 2020, from <http://apps.who.int/adolescent/seconddecade/section2/page1/recognizingadolescence.html>
- [25] **Hacılioğlu, N.** (2019). Adölesan (Ergen) Sağlığı. Erci, B. (Ed.), *Halk Sağlığı Hemşireliği* (122-136). Elazığ: Anadolu Nobel Tıp Kitabevler.
- [26] **Kavaklı, A.** (1992). *Çocukluk Yaşlarında Büyüme ve Gelişme*. İstanbul: Hilal Matbaacılık.

- [27] **Parlaz, A., Tekgöl, N., Karademirci, E., Öngel, K.** (2012). Ergenlik Dönemi: Fiziksel Büyüme. Psikolojik ve Sosyal Gelişim Süreci. *Turkish Family Physician Dergisi*, 4(6), 10-16.
- [28] **T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü** (2020). *Adölesan (Ergenlik) Çağı Çocuklarda Beslenme*, Erişim Tarihi: 23.04.2020, <https://hsqm.saglik.gov.tr/tr/beslenme/ergenlik-doneminde-beslenme.html>
- [29] **Derman, O.** (2008). Ergenlerde psikososyal gelişim. *İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Adölesan Sağlığı II Sempozyum Dizisi*, 63, 19-21.
- [30] **Ercan, O.** (2005). Adölesanın Psikososyal Gelişimi. Adölesan Sağlığı. *İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Adölesan Sağlığı II Sempozyum Dizisi*, 43, 17-21.
- [31] **Alikaşifoğlu, M.** (2008). Ergenlerde Davranışsal Sorunlar. *İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Adölesan Sağlığı II Sempozyum Dizisi*, 63, 55-59.
- [32] **Hatipoğlu, N.Ş.** (2013). Adölesanlarda psikososyal gelişim. *Türkiye Klinikleri J Fam Med Special Topics*, 4(1), 12-15.
- [33] **Yeşilfidan, D., Adana, F.** (2019). Halk Sağlığı Hemşireliği Bakış Açısı ile Ergenlerde Obezite. *Hemşirelik Bilimi Dergisi*, 2(2), 38-44.
- [34] **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), 1630-40.
- [35] **Ercan, O.** (2008). Adölesanın fiziksel gelişimi. *İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Adölesan Sağlığı II Sempozyum Dizisi*, 63, 13-8.
- [36] **Jaiswal, V. K., Khadilkar, V., Khadilkar, A., Lohiya, N.** (2019). Stretched Penile Length and Testicular Size from Birth to 18 Years in Boys from Western Maharashtra. *Indian journal of endocrinology and metabolism*, 23(1), 3–8.
- [37] **Törüner, E., Büyükgönenc, L.** (2012). *Çocuk Sağlığı Temel Hemşirelik Yaklaşımları*. İstanbul: Göktuğ Yayıncılık.
- [38] **Ergün, A., Şişman, F.** (2016). Ergenlik Dönemi. Gözüm, Sebahat. (Ed.), *Okul Dönemindeki Çocukların Sağlığının Geliştirilmesi*. Ankara: Vize Yayıncılık.
- [39] **Dashti, A., Yousefi, H., Maghsoudi, J., Etemadifar, M.** (2016). The effects of motivational interviewing on health promoting behaviors of patients with multiple sclerosis. *Iranian journal of nursing and midwifery research*, 21(6), 640–645.
- [40] **Aşilar, R. H., Yıldırım, A., Karakurt, P., Çelebi, F.** (2020). Healthy Lifestyle

Behaviors and Affecting Factors in University Staff. *Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care*, 14(1), 72-81.

- [41] **Gochman D.S.** (1988). Health Behavior. In: Gochman D.S. (eds) Health Behavior. Springer, Boston, MA. https://doi.org/10.1007/978-1-4899-0833-9_1
- [42] **Gürsel, N., Özbey, S., Güzel, P.** (2016). Öğretim elemanlarının sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve yaşam kalitesi. *International Journal of Social Science Research*, 5(2), 10-25.
- [43] **Cihangiroğlu, Z., Deveci, E.** (2011). Fırat Üniversitesi Elazığ Sağlık Yüksekokulu öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve etkileyen faktörler. *Fırat Tıp Dergisi*, 16(2), 78-83.
- [44] **Arıkan, A.** (2020). *Sağlık Okuryazarlığı Düzeyinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Üzerindeki Etkisi: Üniversite Öğrencileri Arasında Bir Araştırma*. (Yüksek Lisans Tezi). Hacettepe Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.
- [45] **Başgöl, Ş.** (2016). Pelvik taban disfonksiyonunu önlemede sağlıklı yaşam biçimidavranışlarını geliştirme: Pender'in sağlığı geliştirme modeli. *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi*, 3(1), 57-65.
- [46] **Yalçınürk, A.** (2018). Psikiyatri Hastalarında Fiziksel Egzersizin Desteklenmesi: Pender'in Sağlığı Geliştirme Modeli. *Hemşirelik Bilimi Dergisi*, 1(1), 33-37.
- [47] **Fitzpatrick, J. J., Werley, H. H.** (1984). Annual Review of Nursing Research. USA: Springer Publishing Company. https://books.google.com.tr/books?id=6evSCgAAQBAJ&printsec=frontcover&hl=tr&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false
- [48] **Çalık, A., Kapucu, S.** (2017). Diyabetli Hastalarda Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarını Geliştirme: Pender'in Sağlığı Geliştirme Modeli. *Journal of Hacettepe University Faculty of Nursing*, 4(2), 62- 75.
- [49] **Dashti, A., Yousefi, H., Maghsoudi, J., & Etemadifar, M.** (2016). The effects of motivational interviewing on health promoting behaviors of patients with multiple sclerosis. *Iranian journal of nursing and midwifery research*, 21(6), 640–645.
- [50] **Elahi, N., Ghannad, N., Haghhighizadeh, M. H.** (2018). The Relationship between Health Promoting Lifestyle with Life Satisfaction in Postmenopausal Women. *Journal of Research in Medical and Dental Science*, 6(5), 139-144.
- [51] **Yılmaz, M., Okyay, N.** (2009). Hemşirelerin Maneviyat ve Manevi Bakıma İlişkin Görüşleri. *Turkish Journal of Research & Development in Nursing*, 11(3), 202-208.

- [52] **Bahar, Z., Beşer, A., Gördes, N.** (2008). Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları-2'nin geçerlik ve güvenilirlik çalışması. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 12(1), 1-13.
- [53] **Bozhüyük, A., Özcan, S., Kurdak, H., Akpınar, E., Saatçı, E., Bozdemir, N.** (2012). Sağlıklı yaşam biçimi ve aile hekimliği. *Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care*, 6(1), 13- 21.
- [54] **Bottorff, J. L., Johnson, J. L., Ratner, P. A., Hayduk, L. A.** (1996). The effects of cognitive-perceptual factors on health promotion behavior maintenance. *Nursing research*, 45(1), 30–36.
- [55] **Yağcı, H., Güven, Z.** (2014). Aktivite ve Egzersizin Değerlendirilmesi. Eti. Aslan, F. (Ed.), *Sağlığın Değerlendirilmesi* (79-86). Ankara: Akademisyen Tıp Kitabevi.
- [56] **Savcı, S., D. Öztürk, M., Arıkan, H., İnce, D.** (2006). Üniversite Öğrencilerinin fiziksel aktivite düzeyleri. *Türk Kardiyoloji Derneği Arşivi*, 33(3), 166-172.
- [57] **Bulut, S.** (2013). Sağlıkta Sosyal Bir Belirleyici; Fiziksel Aktivite. *Türk Hijyen ve Deneysel Biyoloji Dergisi*, 70(4) 205-214.
- [58] **World Health Organization** (2020). Physical activity, Retrieved April 23, 2020, from <https://www.who.int/news-room/facts-in-pictures/detail/physical-activity>
- [59] **Horasan, E.** (2013). Hemşirelik Model ve Kuramları. Aştı, T. A., Karadağ, A. (Ed.), *Hemşirelik Esasları Hemşirelik Bilimi ve Sanatı* (902-943). İstanbul: Akademi Basın ve Yayıncılık.
- [60] **Sanci, L., Webb, M., Hocking, J.** (2018). Risk-taking behaviour in adolescents. *Australian journal of general practice*, 47(12), 829–834.
- [61] **World Health Organization** (2020). Obesity and overweight, Retrieved April 25, 2020, from <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>
- [62] **Özcan, A.** (2006). *Hasta Hemşire İlişkisi ve İletişim*. Ankara: Sistem Ofset.
- [63] **T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü** (2020). Türkiye'de Obezitenin Görülme Sıklığı, Erişim Tarihi: 10.04.2020, <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/obezite/turkiyede-obezitenin-gorulme-sikligi.html>
- [64] **World Health Organization** (2020), Adolescents: health risks and solutions (2020). Retrieved April 25, 2020, from <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/adolescents-health-risks-and-solutions>
- [65] **Mori, A. T., Kampata, L., Musonda, P., Johansson, K. A., Robberstad, B.,**

- Sandøy, I.** (2017). Cost-benefit and extended cost-effectiveness analysis of a comprehensive adolescent pregnancy prevention program in Zambia: study protocol for a cluster randomized controlled trial. *Trials*, 18(1), 604-614.
- [66] **Burak, M., Söyler, V., Pehlivan, E.** (2020). Adölesanlarda Sigara İçme ve Madde Kullanma Prevalansı. *Bağımlılık Dergisi*, 21(1), 64-71.
- [67] **Üstündağ, A.** (2020). Okul Çağındaki Çocukların Sağlık Okuryazarlığı Bilgi Düzeylerinin İncelenmesi. *İnsan ve Sosyal Bilimler Dergisi*, 3(2), 567-577.
- [68] **Paakkari, L., Kokko, S., Villberg, J., Paakkari, O., Tynjälä, J.** (2017). Health literacy and participation in sports club activities among adolescents. *Scandinavian journal of public health*, 45(8), 854–860.
- [69] **Gürkan, K. P., Ayar, D.** (2020). The Impact of e-Health Literacy on Health Promotion Behaviors of High School Students. *The Journal of Pediatric Research*, 7(4), 286-293.
- [70] **Zarcadoolas, C., Pleasant, A., & Greer, D. S.** (2009). *Advancing health literacy: A framework for understanding and action* (Vol. 45). John Wiley & Sons.
- [71] **Türkiye İstatistik Kurumu TÜİK** (2020). TÜİK, Erişim Tarihi: 1.05.2020, <https://biruni.tuik.gov.tr/ilgosterge/?locale=tr>
- [72] **Zaralı, F., Dede, Z.** (2011). Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, *Sağlığın Teşvik ve Geliştirilmesi Sözlüğü*. 1. Baskı, Ankara: Anıl Matbaacılık.
- [73] **Sorensen, K., Broucke, S.V., Fullam, J., Doyle, G., Pelikan, J., Slonska, Z., Brand, H.** (2012). Health Literacy and Public Health: A Systematic Review and Integration of Definitions and Models. *Biomed Central (BMC) Public Health*, 12(80), 1-13.
- [74] **Nutbeam, D.** (1998). Health promotion glossary. *Health promotion international*, 13(4), 349-364.
- [75] **Parnell, T. A., Stichler, J. F., Barton, A. J., Loan, L. A., Boyle, D. K., Allen, P. E.** (2019). A concept analysis of health literacy. *Nursing forum*, 54(3), 315–327.
- [76] **Nutbeam, D.** (2000). Health Literacy as a Public Health Goal: A Challenge for Contemporary Health Education and Communication Strategies into the 21st Century. *Health Promotion International*, 15(3), 259-267.
- [77] **Gözlü, K.** (2020). Sağlığın Sosyal Bir Belirleyicisi: Sağlık Okuryazarlığı. *Medical Journal of Suleyman Demirel University*, 27(1), 137- 144.
- [78] **T.C. Sağlık Bakanlığı** (2019). 2018 Sağlık İstatistikleri Yıllığı, Erişim Tarihi: 1.01.2021, <http://dspace.ceid.org.tr/xmlui/handle/1/879>

- [79] **Institute of Medicine (US) Committee on Health Literacy, Nielsen-Bohlman, L., Panzer, A. M., & Kindig, D. A. (Eds.). (2004). *Health Literacy: A Prescription to End Confusion*. National Academies Press (US).**
- [80] **Tokuda, Y., Doba, N., Butler, J. P., Paasche-Orlow, M. K. (2009). Health literacy and physical and psychological wellbeing in Japanese adults. *Patient education and counseling*, 75(3), 411–417.**
- [81] **Guo, S., Naccarella, L., Yu, X., Armstrong, R., Browne, G., Shi, Y., & Davis, E. (2020). Health Literacy and Its Mediating Role in Predicting Health Behaviors Among Chinese Secondary Students. *Asia-Pacific journal of public health*, 1010539520980926. Advance online publication.**
- [82] **Özcebe, H. (2019). Okullarda Sağlık Okuryazarlığını Güçlendirme. *Türkiye Klinikleri Halk Sağlığı-Özel Konular*, 5(1), 50-55.**
- [83] **Yörük, S. (2020). Üniversite Öğrencilerinde Öfke ve Saldırganlığı Etkileyen Duygu ve Düşünceler ile İlişkili Faktörler. *Hemşirelik Araştırma Dergisi*, 6(3), 561-570.**
- [84] **World Health Organization (2020). Physical activity, Retrieved December 26, 2020, from <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/physical-activity>**
- [85] **World Health Organization (2020). Guideline: implementing effective actions for improving adolescent nutrition, Retrieved December 26, 2020, from <https://www.who.int/nutrition/publications/guidelines/effective-actions-improving-adolescent/en/>**
- [86] **Avcı, E., Özkan, S. (2019). Dünyada ve Türkiye'de Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi ve Etkileyen Faktörler. *Türkiye Klinikleri Halk Sağlığı-Özel Konular*, 5(1), 16-21.**
- [87] **Ulutaşdemir, N., Balsak, H., Çopur, E. Ö., Demiroğlu, N. (2016). Halk sağlığı hemşireliğinin bir dalı: okul sağlığı hemşireliği. *Türkiye Klinikleri J Public Health Nurs-Special Topics*, 2(1), 121-4.**
- [88] **Ozturk, Haney. M. (2020). Health Literacy and Predictors of Body Weight in Turkish Children. *Journal of pediatric nursing*, 55, 257–262.**
- [89] **Şimşek, T. (2019). Kayseri İlindeki Lise Öğrencilerinin Sağlık Okuryazarlık Düzeylerinin Belirlenmesi ve Etkileyen Faktörlerin Saptanması. *Sağlık Bilimlerinde Eğitim Dergisi*, 2(1), 43-52.**
- [90] **Ardıç, A. (2008). *Adolesanların Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları*. (Yüksek Lisans Tezi). İstanbul Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.**

- [91] **Kara, Y.** (2014). *Lise Öğrencilerinin Sağlık Davranışları ve Etkileyen Faktörler*. (Yüksek Lisans Tezi). Haliç Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
- [92] **Aktif Yaşam Derneği** (2013). *İlköğretim Öğrencileri Fiziksel Aktivite Araştırması*, Erişim Tarihi: 1.1.2021 <https://aktifyasam.org.tr/pdf/cocuklarda-fiziksel-aktivite-arastirmasi.pdf>
- [93] **Çiçek, E., Çetinkaya, F.** (2017). Seçilmiş İlçe Merkezindeki Lise Öğrencilerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları. *Sağlık Bilimleri Dergisi*, 26(1),29-38.
- [94] **Yurt, S., Özdemir, T.** (2020). Üniversite Öğrencilerinin Beslenme Egzersiz Davranışlarının Belirlenmesi. *Koç Üniversitesi Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 17(3), 238-43.
- [95] **Pirinççi, C. Ş., Cihan, E., Yıldırım, N. Ü.** (2020). Üniversite öğrencilerinde fiziksel aktivite düzeyinin yaşam kalitesi, kronik hastalık varlığı, sigara kullanımı ve akademik başarıyla olan ilişkisi. *Karatay Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 1(1), 15-23.
- [96] **Kefeli, B.** (2010). *Samsun İl Merkezindeki Lise Öğrencilerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Değerlendirilmesi*. (Yüksek Lisans Tezi). Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Samsun.
- [97] **Ulla Díez, S. M., & Pérez-Fortis, A.** (2010). Socio-demographic predictors of health behaviors in Mexican college students. *Health promotion international*, 25(1), 85–93.
- [98] **Yıldırım, N.** (2005). *Üniversite Öğrencilerinin Bazı Sosyo-Demografik Özelliklerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarına Etkisi*. (Yüksek Lisans Tezi). Cumhuriyet Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sivas.
- [99] **Ergün, S.** (2017). Sağlık yüksekokulu öğrencilerinde sağlık okuryazarlığı. *Kocaeli Tıp Dergisi*, 6,1-6.
- [100] **Ozturk, F. O., Ayaz-Alkaya, S.** (2020). Health Literacy and Health Promotion Behaviors of Adolescents in Turkey. *Journal of pediatric nursing*, 54,31-35.
- [101] **Sukys, S., Trinkuniene, L., & Tilindiene, I.** (2019). Subjective Health Literacy among School-Aged Children: First Evidence from Lithuania. *International journal of environmental research and public health*, 16(18), 3397.
- [102] **Berçin, T.** (2010). *Lise Öğrencilerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Bu Davranışları Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi*. (Yüksek Lisans Tezi). Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara,
- [103] **Park, A., Eckert, T. L., Zaso, M. J., Scott-Sheldon, L., Vanable, P. A., Carey, K. B., Ewart, C. K., & Carey, M. P.** (2017). Associations Between

Health Literacy and Health Behaviors Among Urban High School Students. *The Journal of school health*, 87(12), 885–893.

- [104] **Chang, L. C.** (2011). Health literacy, self-reported status and health promoting behaviours for adolescents in Taiwan. *Journal of clinical nursing*, 20(1-2), 190–196.
- [105] **Özalgül, A., Atabek, Aşti. T., Ataç, M., Mercan, K.** (2016). Lise Son Sınıf Öğrencileri Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarına Sahipler mi?. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 24(1), 16-23.
- [106] **Altay, B.** (2006). Samsun 6 Nolu Sağlık Ocağı Bölgesindeki 15-49 Yaş Evli Kadınlrın Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları. *Deneysel ve Klinik Tıp Dergisi*, 23(1), 1-8.
- [107] **Kaya, S. P., Kaplan, S.** (2020). Hemşirelik Öğrencilerinde COVID-19 Pandemisi Farkındalıklarının ve Sağlık Davranışlarının Sağlık Okuryazarlığı ile İlişkisinin Değerlendirilmesi. *Koç Üniversitesi Hemşirelikte Eğitim Ve Araştırma Dergisi*, 17(4),304-311.
- [108] **Tedik, S. E.** (2017). Fazla kilo/obezitenin önlenmesinde ve sağlıklı yaşamın desteklenmesinde hemşirenin rolü. *Türkiye Diyabet ve Obezite Dergisi*, 1(2),54-62.
- [109] **Işık, Ü., Bağcı, B., Aktepe, E., Kılıç, F., & Pirgon, Ö.** (2020). Obezite Tanılı Ergenlerde Eşlik Eden Psikiyatrik Bozuklukların Araştırılması. *Turk J Child Adolesc Ment Health*, 27(2), 85-90.
- [110] **T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü** (2021). *Obezitenin Yol Açtığı Sağlık Problemleri*, Erişim Tarihi:12.01.2021, <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/obezite/obezitenin-yol-actigi-saglik-problemleri.html>
- [111] **Tezcan, B.** (2009). *Obez Bireylerde Benlik Saygısı, Beden Algısı Ve Travmatik Geçmiş Yaşantılar*. (Uzmanlık Tezi). T.C. Sağlık Bakanlığı Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul,
- [112] **Bilgin, S., Evcimen, H.** (2020). Fazla Kilolu ve Obez Adölesanlarda Motivasyonel Görüşme Tekniğinin Kullanımı. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 10(2), 258-262.
- [113] **Özkezer, T. G.** (2020). *Kastamonu İli Lise Çağı Öğrencilerinde Obezite Prevalansı ve İlişkili Faktörler* (Yüksek Lisans Tezi). Karabük Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Karabük.
- [114] **Şimşek, M.** (2016). *Adölesanların obezite ve hipertansiyon açısından taranması*. (Yüksek Lisans Tezi). Haliç Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.

- [115] **Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması** (2014). *Beslenme Durumu ve Alışkanlıklarının Değerlendirilmesi Sonuç Raporu 2010*, Sağlık Bakanlığı Yayın No: 931, Ankara.
- [116] **Regnerus, M. D., Smith, C., & Smith, B.** (2004). Social context in the development of adolescent religiosity. *Applied Developmental Science*, 8(1), 27-38.
- [117] **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.
- [118] **Shek, D. T.** (2012). Spirituality as a positive youth development construct: a conceptual review. *The Scientific World Journal*, 2012, 458953. <https://doi.org/10.1100/2012/458953>
- [119] **Guo, S., Yu, X., Davis, E., Armstrong, R., Riggs, E., & Naccarella, L.** (2020). Adolescent Health Literacy in Beijing and Melbourne: A Cross-Cultural Comparison. *International journal of environmental research and public health*, 17(4), 1242. <https://doi.org/10.3390/ijerph17041242>
- [120] **Yang, S. C., Luo, Y. F., & Chiang, C. H.** (2017). The Associations Among Individual Factors, eHealth Literacy, and Health-Promoting Lifestyles Among College Students. *Journal of medical Internet research*, 19(1), e15. <https://doi.org/10.2196/jmir.5964>
- [121] **Hendricks, C., Murdaugh, C., & Pender, N.** (2006). The Adolescent Lifestyle Profile: development and psychometric characteristics. *Journal of National Black Nurses' Association: JNBNA*, 17(2), 1–5.

EKLER

- EK A** : Sosyo Demografik Soru Formu
- EK B** : Adolesan Yaşam Biçimi Ölçeği II
- EK C** : Okul Çağındaki Çocuklar İçin Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği
- EK D** : Okul Çağındaki Çocuklar İçin Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği Kullanım İzni
- EK E** : Adolesan Yaşam Biçimi Ölçeği II Ölçeği Kullanım İzni
- EK F** : Etik Kurul Karar Formu
- EK G** : İzin Yazıları
- EK H** : Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu Örneği (Ebeveyn Formu)
- EK I** : Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu Örneği (Öğrenci Formu)

EK A

Değerli Öğrenciler,

Bu araştırma, Bezmialem Vakıf Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü'nde yürütülmekte olan “**Adolesanlarda Sağlık Okuryazarlığı İle Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi**” başlıklı yüksek lisans tez araştırması için yapılmaktadır. Ankette bulunan sorulara vereceğiniz cevaplar tarafımızca saklı tutulacak ve tamamen bilimsel amaçlı olarak kullanılacaktır.

Ankete vereceğiniz samimi ve doğru yanıtlar, araştırma bulgularının gerçeğe uygunluk derecesini yükseltecektir.

Araştırmaya katılmak tamamen gönüllülük temelindedir. Katılımınız için teşekkür ederim.

Merve KARAGÖZOĞLU
Hemşirelik Yüksek Lisans Öğrencisi

1. Yaşınız:

2. Cinsiyetiniz: 1.Kız () 2.Erkek ()

3. Sınıfınız:

1.9.sınıf ()

2.10.sınıf ()

3.11.sınıf ()

4.12.sınıf ()

4. Okulunuzun Adı: _____

5. Yaşamınızın büyük bir çoğunluğunun geçtiği yer:

1. Şehir ()

2. İlçe ()

3. Köy ()

4. Yurtdışı ()

6. Aile yapınız :

1. Çekirdek aile (anne-baba, çocuklar) ()

2. Geniş aile (anne-baba, çocuklar, aile büyükleri, akrabalar) ()

3. Parçalanmış aile (anne –baba ayrı/boşanmış) ()

7. Siz dâhil kaç kardeşiniz?

8. Annenizin eğitim durumu:

1.Okur-yazar değil ()

2.Okur-yazar ()

3. İlkokul ()

4. Ortaokul ()

5. Lise ()

6. Üniversite ve üzeri ()

9. Babanızın eğitim durumu:

1. Okur-yazar değil ()
2. Okur-yazar ()
3. İlkokul ()
4. Ortaokul ()
5. Lise ()
6. Üniversite ve üzeri ()

10. Annenizin mesleği:

1. Memur ()
2. İşçi ()
3. Emekli ()
4. Serbest meslek ()
5. Ev hanımı ()
6. Diğer.....

11. Babanızın mesleği:

1. Memur ()
2. İşçi ()
3. Emekli ()
4. Serbest meslek ()
5. Çalışmıyor ()
6. Diğer.....

12. Ailenizin gelir durumu için aşağıdakilerden hangisi sizin aileniz için uygundur.

1. Gelirimiz giderden az ()
2. Gelirimiz gidere eşit ()
3. Gelirimiz giderden fazla ()

13. Kiminle yaşıyorsunuz?

1. Aile ()
2. Arkadaş ()
3. Akraba ()
4. Yurt ()

14. Okul başarınızı nasıl değerlendirirsiniz?

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

15. Okul dışında bir işte çalışıyor musunuz?

1. Evet ()
2. Hayır ()

16. Okul içinde veya dışında katıldığımız herhangi bir sosyal aktivite var mı?

1. Evet ()
2. Hayır ()

17. Ailenizle ilişkiniz nasıl?

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

18. Arkadaşlarımızla ilişkiniz nasıl?

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

19. Sürekli tedavi gördüğünüz herhangi bir hastalığınız var mı? Evet, ise hastalığınız nedir?

1. Evet ().....
2. Hayır ()

20. Sürekli kullandığınız ilaçlar var mı? Var ise hangi ilaçları kullanıyorsunuz?

1. Evet ().....
2. Hayır ()

21. Geçirdiğiniz ameliyat var mı? Evet, ise hangi ameliyatı oldunuz?

1. Evet ().....
2. Hayır ()

22. Boyunuz: ____cm 23. Kilonuz: ____kg

24. Sigara kullanıyor musunuz?

1. Evet ()
2. Hayır ()

25. Evet ise ne kadar zamandır kullanıyorsunuz?

1. 30 günden az ()
2. 1-6 ay arası ()
3. 6 ay-1 yıl arası ()
4. 1yıl ve daha fazla ()

26. Alkol – madde kullanıyor musunuz? (Hangisi/ Hangileri?)

1. Evet ()
2. Hayır ()

27. Evet ise ne kadar zamandır kullanıyorsunuz?

1. 30 günden az ()
2. 1-6 ay arası ()
3. 6 ay-1 yıl arası ()
4. 1yıl ve daha fazla ()

28. Şu andaki sağlığınızı nasıl değerlendirirsiniz?

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

29. Sağlık okuryazarlığını daha önce hiç duydunuz mu?

1. Evet ()
2. Hayır ()



EK B

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

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

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

Hiçbir Zaman **Bazen** **Sık Sık** **Her zaman**

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

EK C

Aşağıdaki sağlık ile ilgili ifadeleri okuduktan sonra yan taraftaki seçeneklerden sizin için en uygun olanını (**sadece bir seçeneği**) işaretleyiniz.

Eminim ki...	Kesinlikle doğru değil	Tamamen doğru değil	Biraz doğru	Kesinlikle doğru
1. Sağlık konusunda bilgim iyidir.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Gerekli olduğunda yakın çevreme (ör. etrafımdaki insanlar, aile, arkadaşlar) sağlığın nasıl iyileştirileceği konusunda fikirler verebilirim.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Farklı kaynaklardan edindiğim sağlık ile ilgili bilgileri karşılaştırabilirim.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Sağlık personelinin (ör. hemşire, doktor) bana yaptığı açıklamaları uygulayabilirim.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Sağlığı iyileştiren şeyler hakkında kolayca örnekler verebilirim.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Davranışlarımın çevremdeki doğal ortamı nasıl etkilediğine karar verebilirim.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Gerektiğinde sağlık konusunda kolayca anlayabileceğim bilgiler bulabilirim.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Davranışlarımın sağlığımı nasıl etkilediğine karar verebilirim.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Sağlık ile ilgili bazı bilgilerin doğru ya da yanlış olduğunu genellikle anlayabilirim.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Sağlığım ile ilgili yaptığım seçimlerin nedenlerini açıklayabilirim.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

EK D

01.04.2020 Posta=Merve KARAGÖZÖĞLU • Outlook

Outlook Ara

Yeni ileti Yanıtla Sil Arşivle Gereksiz Süpür Taşı Kategorilere Ayr

Klasörler

- Gelen Kutusu 1728
- Gereksiz E-posta
- Taslatıklar 45
- Gönderilmiş Öğeler
- Silinmiş Öğeler 196
- Arşiv
- Notlar
- AVIVASA 3
- Conversation Hist...
- Fotoğraflar
- twitter
- twitterdaki sözler
- Yeni klasör

Re: Ölçek İzni Hakk.

İdeme bayrağı

Meryem.ozturk@deu.edu.tr
8.07.2019 Pzt 11:19
Siz

Sevgili Merve,

Ölçeği kullanabilirsiniz, iyi çalışmalar dilerim, Sevgiler, Meryem

7 Temmuz 2019 16:29, "Merve KARAGÖZÖĞLU" <mervekaragozogl@hotmail.com> yazdı:

Sayın Meryem ÖZTÜRK HANEY,
Bezmi Alem Vakıf Üniversitesinde Hemşirelik Yüksek Lisans öğrencisiyim. Dr. Öğr. Üyesi. Nesrin İLHAN danışman hocam ile birlikte "Adölesanlarda Sağlık Okuryazarlığı İle Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi" adlı tez çalışmamız için "Okul Çağındaki Çocuklar İçin Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği" kullanmak istiyoruz. Bunun için sizden izninizi rica ediyorum. Yardımcı olursanız çok sevinirim. Şimdiden çok teşekkür ederim.

Merve KARAGÖZÖĞLU

https://outlook.live.com/mail/0/nbox/ids/AQMkADAwATY0MDABLThmNWYmZmVMS0wMAHMDAKAEYAAAPHVQUlcoxySqBMSfXqslLz9wAMMhXSXG5xT6GxHGGCzJKZPPAAACAQwAAAAAMhXSXG5xT6GxHGG... 1/1

EK E

Ynt: Ölçek Hk.



Nesrin İlhan <nilhan@bezmialem.edu.tr>

13.01.2021 Çar 16:50

Kime: Siz



Sayın Merve Karagözoğlu,

AYB II Ölçeğini bilimsel çalışmanızda kaynak göstererek kullanabilirsiniz. Başarılar dilerim.

Kaynak: **İlhan N**, Yıldız A. Psychometric Characteristics of the Turkish Version of Adolescent Lifestyle Profile R2. *Journal of Nursing Measurement* 2018; 26(2):249-263. doi: <http://dx.doi.org/10.1891/0000-000Y.26.2>.

Gönderen: Merve KARAGÖZOĞLU <mervekaragozoglu@hotmail.com>

Gönderildi: 13 Ocak 2021 Çarşamba 16:47

Kime: nesrin ilhan; Nesrin İlhan

Konu: Ölçek Hk.

Sayın Nesrin İLHAN,

Bezmialem Vakıf Üniversitesinde Hemşirelik Yüksek Lisans öğrencisiyim. "Adolesanlarda Sağlık Okuryazarlığı İle Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi" adlı tez çalışmam için Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması yaptığınız "Adolesan Yaşam Biçimi (AYB) Ölçeği II" kullanmak istiyorum. Bunun için sizden izninizi rica ediyorum. Yardımcı olursanız çok sevinirim. Şimdiden çok teşekkür ederim.

Merve KARAGÖZOĞLU

EK F

Evrak Tarih ve Sayısı: 06/08/2019-13042



T.C.
BEZMİALEM VAKIF ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu



Sayı : 54022451-050.05.04-
Konu : Etik Kurul Kararı

Sayın Dr. Öğr. Üyesi Nesrin İLHAN

30.07.2019 tarihinde yapılan Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu toplantısında "Adölesanlarda Sağlık Okuryazarlığı ile Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi" başlıklı başvurunuz değerlendirilmiş olup karar yazısı ektedir. Bilgilerinize.

e-imzalıdır
Doç.Dr. Binnur TEMEL
Başkan V.

EK G



T.C.
İSTANBUL VALİLİĞİ
İl Millî Eğitim Müdürlüğü

Sayı : 59090411-44-E.19788922
Konu : Anket Araştırma İzni

14.10.2019

BEZMİALEM ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE

İlgi: a) 19.09.2019 tarihli ve 6713 sayılı yazınız.
b) Valilik Makamının 11.10.2019 tarihli ve 19661807 sayılı oluru.

Üniversiteniz Hemşirelik Bölümü yüksek lisans öğrencisi Merve KARAGÖZOĞLU'nun "Adölesanlarda Sağlık Okuryazarlığı ile Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi" konulu araştırma çalışması hakkındaki ilgi (a) yazınız ilgi (b) valilik onayı ile uygun görülmüştür.

Bilgilerinizi ve araştırmacının söz konusu talebi; bilimsel amaç dışında kullanmaması, uygulama sırasında bir örneği müdürlüğümüzde muhafaza edilen mühürlü ve imzalı veri toplama araçlarının kurumlarımıza araştırmacı tarafından ulaştırılarak uygulanması, katılımcıların gönüllülük esasına göre seçilmesi, araştırma sonuç raporunun müdürlüğümüzden izin alınmadan kamuoyuyla paylaşılması koşuluyla, gerekli duyurunun araştırmacı tarafından yapılması, okul idarecilerinin denetim, gözetim ve sorumluluğunda, eğitim-öğretimi aksatmayacak şekilde ilgi (b) Valilik Onayı doğrultusunda uygulanması ve işlem bittikten sonra 2 (iki) hafta içinde sonuçtan Müdürlüğümüz Strateji Geliştirme Bölümüne rapor halinde bilgi verilmesini arz ederim.

Timur TUĞRAL
Müdür a.
Şube Müdürü

EK:
1- Valilik Onayı
2- Ölçekler

EK H

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU ÖRNEĞİ (BGF) (EBEVEYN FORMU)

CALISMANIN ADI:

"Adölesanlarda Sağlık Okuryazarlığı ile Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi"

Aşağıda bilgileri yer almakta olan bir araştırma çalışmasına katılmamız istenmektedir. Çalışmaya katılıp katılmama kararı tamamen size aittir. 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. Eğer çalışmaya katılma kararı verirsiniz, Çalışmaya Katılma Onayı Formu'nu imzalarınız. Çalışmadan herhangi bir zamanda ayrılmakta özgürsünüz. Çalışmaya katıldığınız için size herhangi bir ödeme yapılmayacak ya da sizden herhangi bir maddi katkı/malzeme katkısı istenmeyecektir.

CALISMANIN KONUSU VE AMACI:

Sağlık okuryazarlığı son yıllarda önemli bir halk sağlığı sorunu haline gelmiştir. Günümüzde sağlığın geliştirilmesi için sağlık okuryazarlığı temel bir belirleyicidir ve yetersiz sağlık okuryazarlığı önemli derecede etkilemektedir. Sağlık okuryazarlığı, bireyin kendi sağlığı ile ilgili kararları doğru alabilmesi için sağlık mesajlarını doğru anlaması için önemlidir. Doğru anlaması sonucunda yaşam biçimine yansıtması gerekir. Yetersiz ve sınırlı sağlık okuryazarlığı düzeyi olan bireylerin, yeterli sağlık okuryazarlığı düzeyine sahip bireylere göre değerlendirildiğinde, gereksiz hastane masraflarının arttığı, hastane yatış sürelerinin uzadığı, gereksiz tetik yaptırma oranlarının daha yüksek olduğu bilinmektedir. Çalışmalar adölesanların sağlık okuryazarlığının desteklenmesi yetişkinlere göre daha olumlu sonuçların beklenmesini sağlayacaktır. Bu araştırma,

SORU VE PROBLEMLER İÇİN BASVURULACAK KİŞİLER :

ADI : Merve KARAGÖZÖĞLU
GÖREVİ : Yardımcı Araştırmacı
TELEFON : 0555 204 78 20

CALISMAYA KATILMA ONAYI

Yukarıdaki bilgileri ilgili araştırmacı ile ayrıntılı olarak tartışım ve kendisi bütün sorularımı cevapladı. Bu bilgilendirilmiş olur belgesini okudum ve anladım. Bu araştırmaya katılmayı kabul ediyorum ve bu onay belgesini kendi hür irademle imzalıyorum. Bu onay, ilgili hiçbir kanun ve yönetmeliği geçersiz kılmaz. Araştırmacı, saklamam için bu belgenin bir kopyasını çalışma sırasında dikkat edeceğim noktaları da içerecek şekilde bana teslim etmiştir.

Gönüllü Adı Soyadı:	Tarih ve İmza:
Telefon:	

Vaci (var ise) Adı Soyadı:	Tarih ve İmza:
Telefon:	

Görüşme Tanığı Adı Soyadı:	Tarih ve İmza:
Telefon:	

Araştırmacı Adı Soyadı:	Tarih ve İmza:
-------------------------	----------------

adölesanlarda sağlık okuryazarlığı ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasındaki ilişkinin belirlenmesi amacıyla planlanmıştır.

CALISMADA YER ALMAMIN YARARLARI NELERDİR?

Sağlık davranışları, alkol kullanımı, tütün kullanımı, tıbbi uyum, sağlıkla ilgili bilgi arama ve riskli cinsel davranışları içerir. Yapılan çalışmalar sağlık okuryazarlığı ile sağlık davranışları arasında ilişki bulunmuştur. Literatür tarandığında ülkemizde ve Dünyada adölesanlarda sağlık okuryazarlığı ile sağlık davranışlarının ilişkisinin incelendiği çalışmalar kısıtlıdır. Elde edilen veriler sayesinde ülkemizdeki durum tespit edilmiş olacaktır.

BU CALISMAYA KATILMAMIN MALİYETİ NEDİR? (Bu bölüm aynen korunacaktır)

Çalışmaya katılmakla parasal yük altına girmeyeceksiniz ve size de herhangi bir ödeme yapılmayacaktır.

CALISMAYA KATILMALIMYIM?

Bu çalışmada yer alıp almamak tamamen size bağlıdır. Şu anda bu formu imzalarınız bile istediğiniz herhangi bir zamanda bir neden göstermeksizin çalışmayı bırakmakta özgürsünüz. Eğer katılmak istemez iseniz veya çalışmadan ayrılırsanız, doktorunuz tarafından sizin için en uygun tedavi planı uygulanacaktır. Aynı şekilde çalışmayı yürüten doktor çalışmaya devam etmemizin sizin için yararlı olmayacağına karar verebilir ve sizi çalışma dışı bırakabilir, bu durumda da sizin için en uygun tedavi seçilecektir.

KİŞİSEL BİLGİLERİM NASIL KULLANILACAK?

Çalışma doktorunuz kişisel bilgilerinizi, araştırmayı ve istatistiksel analizleri yürütmek için kullanacaktır ancak kimlik bilgileriniz gizli tutulacaktır. Yalnızca gereği halinde, sizinle ilgili bilgileri etik kurullar ya da resmi makamlar inceleyebilir. Çalışmanın sonunda, kendi sonuçlarımızla ilgili bilgi istemeye hakkınız vardır. Çalışma sonuçları çalışma bitiminde tıbbi literatürde yayınlanabilecektir ancak kimliğiniz açıklanmayacaktır.

Telefon:	
----------	--

1: Gönüllünün bilgilendirilme işlemine bağından sonra da katılıp eden kişi

2: Gönüllüye araştırma hakkında bilgilendiren kişi

Belge sonu ■

EK I

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU ÖRNEĞİ (BGOF) (ÖĞRENCİ FORMU)

ÇALIŞMANIN ADI:

"Adölesanlarda Sağlık Okuryazarlığı İle Sağlıkli Yaşam Biçimi Davranışları Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi"

Aşağıda bilgileri yer almakta olan bir araştırma çalışmasına katılmamızı istenmektedir. Çalışmaya katılıp katılmama kararı tamamen size aittir. 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. Eğer çalışmaya katılma kararı vererseniz, **Çalışmaya Katılma Onayı Formu**'nu imzalayınız. Çalışmadan herhangi bir zamanda ayrılmakta özgürsünüz. Çalışmaya katıldığımız için size herhangi bir ödeme yapılmayacak ya da sizden herhangi bir maddi katkı/malzeme katkı istenmeyecektir.

ÇALIŞMANIN KONUSU VE AMACI:

Sağlık okuryazarlığı son yıllarda önemli bir halk sağlığı sorunu haline gelmiştir. Günümüzde sağlığı geliştirilmesi için sağlık okuryazarlığı temel bir belirleyicidir ve yetersiz sağlık okuryazarlığı sağlığı önemli derecede etkilemektedir. Sağlık okuryazarlığı, bireyin kendi sağlığı ile ilgili kararları doğru alabilmesi için sağlık mesajlarını doğru anlaması için önemlidir. Doğru anlaması sonucunda yaşam biçimine yansıtması gerekir. Yetersiz ve sınırlı sağlık okuryazarlığı düzeyi olan bireylerin, yeterli sağlık okuryazarlığı düzeyine sahip bireylere göre değerlendirildiğinde, gereksiz hastane masraflarının arttığı, hastane yatış sürelerinin uzadığı, gereksiz tetkik yaptırma oranlarının daha yüksek olduğu bilinmektedir. Çalışmalar adölesanların sağlık okuryazarlığının desteklenmesi yetişkinlere göre daha olumlu sonuçların beklenmesini sağlayacaktır. Bu araştırma,

SORU VE PROBLEMLER İÇİN BASVURULACAK KİŞİLER:

ADI : Merve KARAGOZOĞLU
GÖREVİ : Yardımcı Araştırmacı
TELEFON : 0555 204 78 20

ÇALIŞMAYA KATILMA ONAYI

Yukarıdaki bilgileri ilgili araştırmacı ile ayrıntılı olarak tartıştım ve kendisi bütün sorularımı cevapladı. Bu bilgilendirilmiş olur belgesini okudum ve anladım. Bu araştırmaya katılmayı kabul ediyorum ve bu onay belgesini kendi hür irademle imzalıyorum. Bu onay, ilgili hiçbir kanun ve yönetmeliği geçersiz kılmaz. Araştırmacı, saklamam için bu belgenin bir kopyasını çalışma sırasında dikkat edeceğim noktaları da içerecek şekilde bana teslim etmiştir.

Gönüllü Adı Soyadı:		Tarih ve İmza:
Telefon:		

Vasi (var ise) Adı Soyadı:		Tarih ve İmza:
Telefon:		

Görüşme Tarihi Adı Soyadı:		Tarih ve İmza:
Telefon:		

Araştırmacı Adı Soyadı:		Tarih ve İmza:
-------------------------	--	----------------

adölesanlarda sağlık okuryazarlığı ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasındaki ilişkinin belirlenmesi amacıyla planlanmıştır.

ÇALIŞMADA YER ALMAMIN YARARLARI NELERDİR?

Sağlık davranışları, alkol kullanımı, tütün kullanımı, tıbbi uyum, sağlıkla ilgili bilgi arama ve riskli cinsel davranışları içerir. Yapılan çalışmalar sağlık okuryazarlığı ile sağlık davranışları arasında ilişki bulunmuştur. Literatür tarandığında ülkemizde ve Dünyada adölesanlarda sağlık okuryazarlığı ile sağlık davranışlarının ilişkisinin incelendiği çalışmalar kısıtlıdır. Elde edilen veriler sayesinde ülkemizdeki durum tespit edilmiş olacaktır.

BU ÇALIŞMAYA KATILMAMIN MALİYETİ NEDİR? (Bu bölüm aynen korunacaktır)

Çalışmaya katılmakla parasal yük altına girmeyeceksiniz ve size de herhangi bir ödeme yapılmayacaktır.

ÇALIŞMAYA KATILMALIMIYIM?

Bu çalışmada yer alıp almamak tamamen size bağlıdır. Şu anda bu formu imzalarsanız bile istediğiniz herhangi bir zamanda bir neden göstermeksizin çalışmayı bırakmakta özgürsünüz. Eğer katılmak istemez iseniz veya çalışmadan ayrılırsanız, doktorunuz tarafından sizin için en uygun tedavi planı uygulanacaktır. Aynı şekilde çalışmayı yürüten doktor çalışmaya devam etmenizin sizin için yararlı olmayacağına karar verebilir ve sizi çalışma dışı bırakabilir, bu durumda da sizin için en uygun tedavi seçilecektir.

KİŞİSEL BİLGİLERİM NASIL KULLANILACAK?

Çalışma doktorunuz kişisel bilgilerinizi, araştırmayı ve istatistiksel analizleri yürütmek için kullanacaktır ancak kimlik bilgileriniz gizli tutulacaktır. Yalnızca gereği halinde, sizinle ilgili bilgileri etik kurullar ya da resmi makamlar inceleyebilir. Çalışmanın sonunda, kendi sonuçlarımızla ilgili bilgi istemeye hakkınız vardır. Çalışma sonuçları çalışma bitiminde tıbbi literatürde yayınlanabilecektir ancak kimliğiniz açıklanmayacaktır.

Telefon:	
----------	--

- 1- Gönüllünün bilgilendirilme işlemine başından sonuna dek tarafsız eden kişi
- 2- Gönüllüğü araştırma hakkında bilgilendiren kişi

Belge sonu ■

ÖZGEÇMİŞ

1. **Adı Soyadı** : Merve KARAGÖZOĞLU

2. **Doğum Tarihi ve Yeri** :

3. **E-posta** :

4. ÖĞRENİM DURUMU:

❖ **Lisans** : 2017, Acıbadem Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik

5. MESLEKİ DENEYİM :

- ❖ 2017-2020 Hemşire, Koç Üniversitesi Hastanesi, Pediatri Servisi
- ❖ 2020 Ekip Lideri Hemşire, Koç Üniversitesi Hastanesi, Pediatri Servisi

6. ULUSAL BİLİMSEL TOPLANTILARDA SUNULAN VE BİLDİRİ KİTABINDA BASILAN BİLDİRİLER :

- ❖ Karagözoğlu, M. (2018). İntravenöz Girişim Uygulanacak Çocuklarda Emla Krem Uygulanması Ağrı Oluşma Riskini Nasıl Etkilemektedir?. 17. Ulusal Hemşirelik Öğrenci Kongresi, Çanakkale. (Poster Bildiri-P-049)
- ❖ Karagözoğlu, M., Gültekin, T. (2018). Pediatri Hemşireliğinde Stoma Bakımı. 17. Ulusal Hemşirelik Öğrenci Kongresi, Çanakkale. (Poster Bildiri-P-085)
- ❖ Karagözoğlu, M. (2017). Y ve Z Kuşağı Çocuklarında Ağrı Algısı. 16. Ulusal Hemşirelik Öğrenci Kongresi, İstanbul. (Sözel Bildiri-S-045)
- ❖ Karagözoğlu, M. (2017). Respiratuvar Distres Sendromu Gelişen Preterm Bebeğin Hemşirelik Bakımı. 16. Ulusal Hemşirelik Öğrenci Kongresi, İstanbul. (Poster Bildiri-P-061)