



**TÜRKİYE CUMHURİYETİ
ANKARA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**



ERGENLERİN SAĞLIK OKURYAZARLIĞI İLE SAĞLIK ALGISI, TUTUMU VE SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARI ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ

Nuran YULU

**HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**DANIŞMAN
Dr. Öğr. Üyesi Figen Işık ESENAY**

**ANKARA
2020**

**TÜRKİYE CUMHURİYETİ
ANKARA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**ERGENLERİN SAĞLIK OKURYAZARLIĞI İLE
SAĞLIK ALGISI, TUTUMU VE SAĞLIKLI YAŞAM
BİÇİMİ DAVRANIŞLARI ARASINDAKİ İLİŞKİNİN
İNCELENMESİ**

Nuran YULU

**HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**DANIŞMAN
Dr. Öğr. Üyesi Figen Işık ESENAY**

**ANKARA
2020**

Etik Beyan

Ankara Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü'ne,

Yüksek Lisans tezi olarak hazırlayıp sunduğum “Ergenlerin Sağlık Okuryazarlığı İle Sağlık Algısı, Tutumu Ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi” başlıklı tez; bilimsel ahlak ve değerlere uygun olarak tarafımdan yazılmıştır. Tezimin fikir/hipotezi tümüyle tez danışmanım ve bana aittir. Tezde yer alan deneysel çalışma/araştırma tarafımdan yapılmış olup, tüm cümleler, yorumlar bana aittir. Yukarıda belirtilen hususların doğruluğunu beyan ederim.

Öğrencinin Adı Soyadı: Nuran Yulu

Tarih: 05.02.20

İmza:

Nuran Yulu

KABUL VE ONAY

Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Hemşirelik Anabilim Dalında
Nuran YULU tarafından hazırlanan
“Ergenlerin Sağlık Okuryazarlığı ile Sağlık Algısı, Tutumu ve Sağlıklı Yaşam Biçimi
Davranışları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi” adlı tez çalışması
aşağıdaki jüri tarafından YÜKSEK LİSANS TEZİ olarak OY BİRLİĞİ
ile kabul edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi: 05.02.2020


Doç. Dr. Berna BREN FİDANCI
Sağlık Bilimleri Üniversitesi
Gülhane Hemşirelik Fakültesi
Jüri Başkanı


Dr. Öğr. Üyesi Figen Işık ESENAY
Ankara Üniversitesi
Hemşirelik Fakültesi
Üye


Dr. Öğr. Üyesi Deniz HARPUTLU
Ankara Üniversitesi
Hemşirelik Fakültesi
Üye

Tez hakkında alınan jüri kararı, Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulu tarafından onaylanmıştır.

Prof. Dr. Mehmet AKAN
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü

İÇİNDEKİLER

Etik Beyan	ii
Kabul ve Onay	iii
İçindekiler	iv
Önsöz	vi
Simgeler ve Kısaltmalar	vii
Şekiller	ix
Çizelgeler	x
1. GİRİŞ	1
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi	1
1.2. Araştırmanın Amacı	4
1.3. Araştırmanın Soruları	4
1.4. Genel Bilgiler	5
1.4.1. Ergenliğin Tanımı	5
1.4.2. Ergenlik Dönemi	6
1.4.3. Sağlık Okuryazarlığı	7
1.4.4. Sağlık Algısı	13
1.4.5. Sağlık Tutumu	14
1.4.6. Ergenlerde Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları	15
1.4.7. Ergenlerde Riskli Sağlık Davranışları	22
2. GEREÇ VE YÖNTEM	27
2.1. Araştırmanın Şekli	27
2.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer Ve Zaman	27
2.3. Araştırmanın Evreni	29
2.4. Araştırmanın Örneklemi	30
2.4.1. Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri	36
2.5. Veri Toplama Araçları	36
2.5.1. Sosyo-Demografik Veri Formu	36
2.5.2. Sağlık Okuryazarlık Ölçeği (SOYÖ)	36
2.5.3. Sağlık Tutum Ölçeği (STÖ)	38
2.5.4. Sağlık Algısı Ölçeği (SAÖ)	39
2.5.5. Sağlıklı Yaşam Biçim Davranışları Ölçeği II (SYBDÖ II)	40
2.6. Pilot Çalışma	42
2.7. Veri Toplama Araçlarının Uygulanması	44
2.8. Veri Analizi	45
2.9. Araştırmanın Değişkenleri	46
2.10. Araştırmanın Etik Yönü	46
2.11. Araştırmanın Güçlü Yönleri Ve Sınırlılıkları	47
3. BULGULAR	48
3.1. Ergenlerin Sosyo-demografik Özelliklerine İlişkin Bulgular	48
3.2. Ergenlerin SOYÖ, STÖ, SAÖ, SYBDÖ II Ölçeklerinin Puan Ortalaması ile Sosyodemografik Özellikler Arasındaki İlişkiye Yönelik Bulgular	50

3.3.Ergenlerin SOYÖ Puanı ile STÖ, SAÖ, SYBDÖ II Ölçek Puanları Arasındaki ilişkiye Yönelik Bulgular	54
3.4. Ergenlerin SOYÖ, STÖ, SAÖ, SYBDÖ II Ölçeklerinin Alt Boyut Puanları Arasındaki İlişkiye Yönelik Bulgular	56
4. TARTIŞMA	61
4.1.Ergenlerin Sosyodemografik Özelliklerine İlişkin Bulguların Tartışılması	61
4.2. Ergenlerin SOYÖ, STÖ, SAÖ, SYBDÖ II Ölçeklerinden Aldıkları Puan Ortalamasının Tartışılması	62
4.3. Ergenlerin SOYÖ, STÖ, SAÖ, SYBDÖ II Puan Ortalaması ile Sosyodemografik Özellikleri Arasındaki İlişkiye Yönelik Bulguların Tartışılması	65
4.4. Ergenlerin Sağlık Okuryazarlık Ölçeği Puanı ile STÖ, SAÖ, SYBDÖ II Puanları Arasındaki İlişkiye Yönelik Bulguların Tartışılması	69
5. SONUÇ VE ÖNERİLER	76
ÖZET	79
SUMMARY	80
KAYNAKLAR	81
EKLER	101
Ek 1: Sosyo-demografik Veri Formu	101
Ek 2: Sağlık Okuryazarlık Ölçeği (SOYÖ)	102
Ek 3: Sağlık Tutum Ölçeği (STÖ)	103
Ek 4: Sağlık Algısı Ölçeği (SAÖ)	104
Ek 5: Sağlıklı Yaşam Biçim Davranışları Ölçeği II (SYBDÖ II)	105
Ek 6: Etik Kurul İzni	107
Ek 7: Ankara Valiliği Milli Eğitim Müdürlüğü Kurum İzni	108
Ek 8: Aydınlatılmış Onam Formları	109
ÖZGEÇMİŞ	113

ÖNSÖZ

Çalışma, ergenlerin sağlık okuryazarlık düzeyini belirlemek ve bu düzey ile sağlık algısı, sağlık tutumu, sağlıklı yaşam biçimi davranışı arasında nasıl bir ilişki olduğunu ortaya koymak amacıyla Ankara ilinin yedi merkez ilçeden bir lise seçimi yapılarak yedi lisede gerçekleştirildi.

Yüksek lisans eğitimim boyunca desteğini, tecrübesini, bilgisini esirgemeyen bana yol gösteren değerli hocam ve danışmanım Dr. Öğretim Üyesi Figen Işık ESENAY'a, tezimin istatistiksel analizinde yardım ve anlayışları için Prof. Dr. Safa GÜRCAN'a ve İstatistik Danışmanı Nazmiye KURŞUN'a, güler yüzlülüğü, bilgisi ve ilgisi ile yardımlarını esirgemeyen sevgili hocam Öğretim Görevlisi Dr. Tufan Aslı SEZER'e ve Arş. Gör. Dr. Aslıhan ÖZTÜRK EYİMAYA'ya,

Dostluğuyla, zekasıyla hayatıma renk katan canım arkadaşım Semanur GÜNEŞ'e, psikolojik desteklerinden dolayı Zeynep TUNÇ'a ve Merve Tansu ÇİL'e, yardımlarından dolayı Aylin ARIKAN'a ve Arş. Gör. Gülçin KORKMAZ YENİCE'ye, Ankara Güven Hastanesi pediatri kliniği ekibine, desteklerini eksik etmeyen tüm arkadaşlarıma,

Her zaman yanımda olan, beni seven ve biricik sevdiğim canım annem Elmast YULU'ya, canım babam Kinyas YULU'ya ve canım kardeşlerime, hayatımda her zaman değerli bir yere sahip olan Ali TOPLU'ya,

Veri toplama aşamasında yardımcı olan tüm okul yönetimine, araştırmaya katılmayı kabul eden katılımcılara,

En içten sevgilerimle teşekkür ederim.

SİMGELER VE KISALTMALAR

AIDS	Acquired Immune Deficiency Syndrome (Edinilmiş Bağışıklık Eksikliği Sendromu)
ANOVA	Varyans Analizi
ark.	Arkadaşları
CDC	Centers for Disease Control and Prevention (Hastalık Kontrol ve Korunma Merkezleri)
Dk	Dakika
HIV	Human Immunodeficiency Virus (İnsan Bağışıklık Yetmezliği Virüsü)
IOM	Institute of Medicine (Tıp Enstitüsü)
F	Oneway Anova test
Max	Maximum değer
Min	Minimum değer
N	Evren
N	Örnekleme sayısı
Ort	Ortalama
P	Önemlilik Derecesi
R	Pearson Korelasyonu
SS	Standart Sapma
Sağlık-Sen	Sağlık Ve Sosyal Hizmet Çalışanları Sendikası
SAÖ	Sağlık Algısı Ölçeği
SPSS	Statistical Package of Social Sciences
SOY	Sağlık Okuryazarlık
SOYÖ	Sağlık Okuryazarlık Ölçeği
STÖ	Sağlık Tutum Ölçeği
SYBDÖ II	Sağlıklı Yaşam Biçim Davranışları Ölçeği II

t	T Test
TDK	Türk Dil Kurumu
TNSA	Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması
UNICEF	United Nations International Children's Emergency Fund (Birleşmiş Milletler Çocuklara Yardım Fonu)
WHO	World Health Organization (Dünya Sağlık Örgütü)
%	Yüzde



ŞEKİLLER

Şekil 1.1. Nüfus piramidi, hanehalkı nüfusunun yüzde dağılımı	6
Şekil 1.2. Sağlık okuryazarlığı kavramsal modeli	8
Şekil 2.1. Basit rastgele örneklem seçimi	31



ÇİZELGELER

Çizelge 2.1. İlçelere Göre Araştırmaya Dahil Edilen Öğrenci Sayıları	30
Çizelge 2.2. Çankaya Faik Güngör Kız Anadolu İmam Hatip Lisesi Tabaka Ağırlığı Hesaplaması	32
Çizelge 2.3. Keçiören Kalaba Anadolu Lisesi Tabaka Ağırlığı Hesaplaması	33
Çizelge 2.4. Altındağ Atatürk Mesleki ve Teknik Anadolu Lisesi Tabaka Ağırlığı Hesaplaması	33
Çizelge 2.5. Yenimahalle Mehmet Rüştü Üzer Mesleki ve Teknik Anadolu Lisesi Tabaka Ağırlığı Hesaplaması	34
Çizelge 2.6. Mamak Prof. Dr. Rağıp Üner Mesleki ve Teknik Anadolu Lisesi Tabaka Ağırlığı Hesaplaması	34
Çizelge 2.7. Sincan Ersin Bacaksız Anadolu Lisesi Tabaka Ağırlığı Hesaplaması	35
Çizelge 2.8. Etimesgut Şehit Ömer Halisdemir Anadolu Lisesi Tabaka Ağırlığı Hesaplaması	35
Çizelge 2.9. Çankaya Ayrancı Anadolu Lisesi Tabaka Ağırlığı Hesaplaması	44
Çizelge 3.1. Katılımcıların sosyo-demografik özelliklerine yönelik bulguları	49
Çizelge 3.2. Ergenlerin SOYÖ, STÖ, SAÖ, SYBDÖ II Ölçeklerinin Puan Ortalaması	50
Çizelge 3.3. Ergenlerin SOYÖ, STÖ, SAÖ, SYBDÖ II Ölçeklerinin Puan Ortalaması ile Yaşı Arasındaki İlişkiye Yönelik Bulgular	50
Çizelge 3.4. Ergenlerin SOYÖ, STÖ, SAÖ, SYBDÖ II Ölçeklerinin Puan Ortalaması ile Cinsiyet Arasındaki İlişkiye Yönelik Bulgular	51
Çizelge 3.5. Ergenlerin SOYÖ, STÖ, SAÖ, SYBDÖ II Ölçeklerinin Puan Ortalaması ile Sınıf Arasındaki İlişkiye Yönelik Bulgular	52

Çizelge 3.6. Ergenlerin SOYÖ, STÖ, SAÖ, SYBDÖ II Ölçeklerinin Puan Ortalaması ile Anne Eğitimi ve Baba Eğitimi Arasındaki İlişkiye Yönelik Bulgular	53
Çizelge 3.7. Ergenlerin SOYÖ ile STÖ, SAÖ, SYBDÖ II Ölçekleri Arasındaki İlişki	55
Çizelge 3.8. Ergenlerin Sağlık Okuryazarlık Ölçeğinin Alt Boyutları ile Sağlık Tutum Ölçeğinin Alt Boyutları Arasındaki İlişki	56
Çizelge 3.9. Ergenlerin Sağlık Okuryazarlık Ölçeğinin Alt Boyutları ile Sağlık Algısı Ölçeğinin Alt Boyutları Arasındaki İlişki	57
Çizelge 3.10. Ergenlerin Sağlık Okuryazarlık Ölçeğinin Alt Boyutları ile Sağlıklı Yaşam Biçim Davranışları II Ölçeğinin Alt Boyutları Arasındaki İlişki	59
Çizelge 3.11. SOY Ölçeğinin STÖ, SAÖ, SYBDÖ II üzerine etkisi	60

1.GİRİŞ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Simonds (1974) tarafından ilk kez “Health Education as Social Policy” adlı makalede sağlık eğitimi için politika hedeflerini belirleme aşamasında “bireylerin sağlık okuryazarlık (SOY) düzeylerinin saptanması” maddesinde ‘sağlık okuryazarlık’ terimi kullanılmıştır. Bu terimin ortaya atılmasıyla birlikte çeşitli tanımlamalar ve önemi konusunda çeşitli araştırmalar yapılmıştır. Dünya Sağlık Örgütüne (1998) göre SOY “sağlıkta iyilik halini korumak ve geliştirmek için, bireylerin sağlık bilgisine erişim, bilgiyi anlama ve kullanma kabiliyetleri ile istekleri konusundaki bilişsel ve sosyal becerilerdir” şeklinde tanımlanmıştır. Sağlık okuryazarlığı, bireyin sağlıkla ilgili yazılı bir metni okurken içeriğini anlayabilmesi, problem çözme sürecinde bilgisini kullanabilmesi, hastalıkla başa çıkma ve öz yönetime sahip olması konusunda büyük bir öneme sahiptir (Mayer ve Villaire, 2007).

Sağlık okuryazarlığını iyileştirmeye yönelik yapılan girişimlere rağmen, ABD'deki yetişkinlerin %88'inin sağlık okuryazarlığı düzeylerinin yetersiz olduğu saptanmıştır (National Center for Education Statistics, 2013). Yetersiz sağlık okuryazarlığı ciddi bir halk sağlığı sorunu olmaya devam etmektedir (Office of Disease Prevention and Health Promotion, 2010). Çok sayıda çalışma, düşük sağlık okuryazarlığının yetişkinlerde olumsuz sağlık sonuçları üzerindeki etkisini bildirmiştir (Özdemir ve ark., 2010; Yılmazel ve Çetinkaya, 2015; Berkman ve ark., 2011) Ancak ergenler üzerinde yapılan çalışma sayısı sınırlıdır (Bröder ve ark., 2017). Bu nedenle, sağlık okuryazarlığının ergen sağlığı ile ilişkisinin daha iyi anlaşılması, sebep olabilecek olumsuz sağlık sonuçlarının saptanabilmesi önemlidir (Park ve ark., 2017).

Birçok araştırma, ergenlerin okuryazarlık becerileri ile sağlık sonuçları; agresif davranış (Miles ve Stipek, 2006), madde kullanımı (Page ve ark., 2010; Primack ve ark., 2006; Primack ve Hobbs, 2009 ve Salgado ve ark., 2012), ve cinsel yolla bulaşan enfeksiyon ile enfekte durumu (Fortenberry ve ark., 2001) gibi riskli sağlık davranışları arasındaki ilişkiye odaklanmıştır. Sadece birkaç çalışma sağlık okuryazarlığı ile ergenlerin sağlık sonuçları arasındaki ilişkiyi incelemiştir. Bu çalışmalar, sağlık okuryazarlığı zayıf olan 16-21 yaş arasındaki kadın üreme sağlığı kliniğine devam eden 127 kadının cinsel yolla bulaşan enfeksiyon bilgi ve cinsel davranış düzeyinin daha düşük olduğu (Needham ve ark., 2010), 12-19 yaş arasında obez olan 239 ergenin beden kitle indeksinin daha yüksek olduğu (Chari ve ark., 2014), 16- 24 yaş arasında HIV ile enfekte olan 128 ergenin zayıf ilaç uyumu gösterdikleri (Murphy ve ark., 2010), Tayvanlı 1601 ergenin sağlığı geliştirici davranış düzeyinin düşük olduğu saptanmıştır. Düşük sağlık okuryazarlığı sağlık sonuçları açısından artmış bir risk olduğunu göstermektedir. Bununla birlikte, bu çalışmalar, sınırlandırılmış örneklem özellikleri (obez çocuklar, HIV virüsü ile enfekte olan ergenler, kadın üreme sağlığı kliniğine devam eden kadınlar, Tayvanlı ergenler) sebebiyle Türkiye’de yaşayan ergenlere genelleme açısından zayıf durumdadır.

Sağlık okuryazarlığı ile sağlık tutum arasındaki ilişkiye bakıldığında; tanımlayıcı tipte yapılan bir çalışmada 13-15 yaş arasındaki 3852 ergenin spor kulübü etkinliklerine katılan ve katılmayanlar arasındaki sağlık okuryazarlığı düzeyleri karşılaştırılmış ve sonuç olarak, spor takımlarına katılan ergenlerin sağlık okuryazarlıklarının daha yüksek olduğu ortaya çıkmıştır (Paakkari ve ark., 2017). Melas ve arkadaşları (2013) 15-19 yaş arasındaki 426 ergenin depresyon ve şizofreni hakkındaki ruh sağlığı okuryazarlık düzeyi incelenmiştir. Ruh sağlığı okuryazarlık düzeyi düşük olan ergenlerin şizofrenik semptomlara yönelik damgalayıcı tutumlarının yüksek olduğunu saptamıştır (Melas ve ark., 2013).

Sağlık okuryazarlığı ile sağlık algısı arasındaki ilişkiye bakıldığında ise; yetersiz sağlık okuryazarlık düzeyinin sağlık bilgilerine, koruyucu sağlık hizmetlerine erişimi azalttığını (Scott ve ark., 2002), hastalık, hastalık algısını ve hastaneye yatma gibi sonuçları arttırdığını göstermiştir (Nielsen- Bohlman ve ark., 2004). Ayrıca sağlık okuryazarlık puanı düşük olan bireylerin hipertansiyon, diyabet, astım ve HIV / AIDS hastalarının kronik hastalıkları ve yönetimi konusunda daha az bilgiye sahip olduklarını göstermektedir (Kalichman ve ark., 2000; Schillinger ve ark., 2002 ve Williams ve ark., 1998 a,b).

Sağlık okuryazarlığı ile sağlık davranışları arasındaki ilişkiye bakıldığında; Hoffman ve arkadaşları (2017) tanımlayıcı tipte gerçekleştirdikleri çalışmada 210 lise öğrencisinin sağlık okuryazarlığı ile alkol tüketim oranı arasındaki ilişkiyi incelemiş ve sonuç olarak sağlık okuryazarlığı düşük olan ergenlerin alkol tüketim oranının daha yüksek olduğunu belirlemişlerdir. Chang (2011) kesitsel tipte yaptığı çalışmasında 1601 lise öğrencisinin sağlık okuryazarlığı ile sağlığı geliştiren davranışlar arasındaki ilişkiyi incelemiştir. Çalışmanın sonucuna göre sağlık okuryazarlığı düşük olan ergenlerin sağlık durumunu iyi algılama olasılığının daha düşük olduğu, sağlığı geliştiren davranışlardan beslenme ve kişilerarası ilişki davranışlarını olumlu yönde sergileme oranlarının daha düşük düzeyde olduğu saptanmıştır (Chang, 2011). Tanımlayıcı tipte gerçekleştirilen dört çalışma, sigara içmekte olan ergenlerin sigara içme okuryazarlığının düşük olduğunu tespit etmiştir (Page ve ark., 2010; Primack ve ark.,2006; Primack ve Hobbs, 2009 ve Salgado ve ark., 2012). Kısa süreli prospektif tipte yapılan bir çalışmada 250 ergenin sağlık okuryazarlığı ile sağlık ve riskli davranışlar arasındaki ilişkiyi incelemiş, sonuç olarak düşük sağlık okuryazarlığa sahip ergenlerin daha sağlıksız beslendiği, daha yüksek vücut ağırlığına sahip olduğu ve daha fazla problemleri sergilediği ortaya konulmuştur (Park ve ark., 2017).

Baker (2006) sağlık okuryazarlığı ve sağlık sonuçları arasındaki ilişkiyi bir kavramsal model ile açıklamıştır. Modele göre, sözlü ve yazılı sağlık okuryazarlığı; yeni bilgi edinilmesine, olumlu sağlık tutumuna, öz-yeterlik düzeyinde, sağlık sonuçlarında ve sağlık davranışlarında artışa yol açan birçok faktörden (kültür ve sosyal normlar, sağlık hizmetlerine erişim gibi) biridir (Baker, 2006).

Literatürdeki araştırmalar, ergenlerin sağlık okuryazarlığı ile sağlık sonuçları arasındaki ilişkiye değinmektedir. Bu çalışmalara katkı sağlayacak ve ülkemizde sağlık okuryazarlığı ile sağlık algısı, tutumu ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasında nasıl bir ilişki olabileceğini anlamaya yönelik çalışmalara ihtiyaç vardır.

1.2. Araştırmanın Amacı

Araştırmanın amacı ergenlerde sağlık okuryazarlık düzeyinin belirlenmesi ve belirlenen düzey ile sağlık algısı, sağlık tutumu, sağlıklı yaşam biçimi davranışı arasındaki ilişkinin incelenmesidir.

1.3. Araştırma Soruları

1. Ergenlerin “Sağlık Okuryazarlık leği” toplam puan ortalaması kaçtır?
2. Ergenlerin “Sağlık Algısı leği” toplam puan ortalaması kaçtır?
3. Ergenlerin “Sağlıklı Tutum leği” toplam puan ortalaması kaçtır?
4. Ergenlerin “Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları leği” toplam puan ortalaması kaçtır?

5. Ergenlerin SOYÖ, STÖ, SAÖ, SYBDÖ II ölçeklerinin toplam puan ortalaması ile sosyodemografik özellikler arasındaki ilişki nedir?
6. Ergenlerin sağlık okuryazarlığı ile sağlık algısı arasındaki ilişki nasıldır?
7. Ergenlerin sağlık okuryazarlığı ile sağlık tutumu arasındaki ilişki nasıldır?
8. Ergenlerin sağlık okuryazarlığı ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasındaki ilişki nasıldır?
9. SOY, STÖ, SAÖ, SYBDÖ II ölçeklerinin alt boyutları arasındaki ilişki nedir?

1.4. Genel Bilgiler

1.4.1. Ergenliğin Tanımı

Ergen kelimesi birçok farklı tanımlaması olup Türk Dil Kurumu'na göre döl verebilecek duruma gelmiş olan, erin, yeni yetme, akıl baliğ, henüz evlenmemiş, bekâr olarak tanımlanmaktadır (TDK, 2019). Ergenlik, adölesan olarak da kullanılmakta olup dilimize latineden geçmiştir. 'Adolescence' oxford sözlük tanımına göre, 'kişinin çocukluktan yetişkinliğe dönüştüğü an' şeklinde tanımlanmıştır (Oxford Dictionary, 2019).

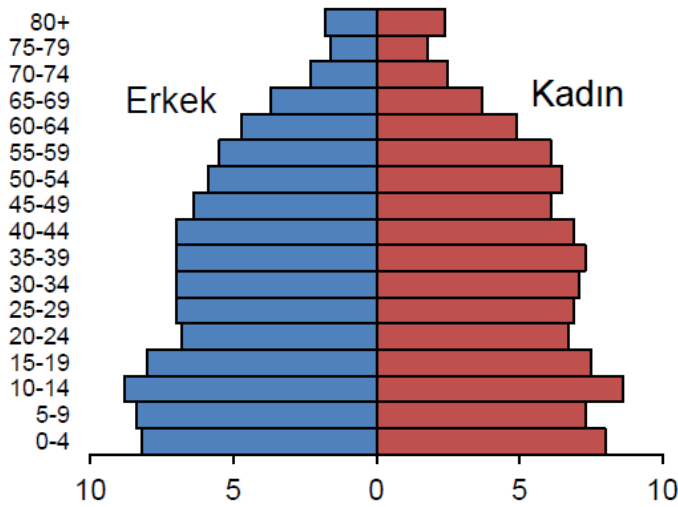
Ergenlik dönemi tam bir çocukluk veya tam bir yetişkinlik olmayıp bu dönemler arasında bir geçiş evresi olmakla birlikte fiziksel, zihinsel ve cinsel değişimin hızla yaşandığı bir dönemdir. Bu dönemin yaş bakımından geçiş evreleri birçok kişi tarafından farklı değerlendirilmektedir. Ergenliğin yaş sınırları genel olarak 10-19 yaşlar arasında tanımlanmaktadır (UNİCEF, 2019 ve WHO, 2019). Bir sosyal bilimci olan Arnett ergenliği 10-13 arasını kapsayan yaşları erken ergenlik,

14-17 yaş arasını kapsayan yaş aralığını orta ergenlik, 18-22 yaş arasını kapsayan aralığı ise ileri ergenlik olarak ayırım yapmıştır (Arnett, 2000). Conk ve arkadaşları (2013) erken ergenliği 11-14 yaş, orta ergenliği 15-17 yaş, geç ergenliği 18-21 yaş aralığında nitelendirmiştir.

1.4.2. Ergenlik Dönemi

Her zamankinden daha fazla genç nüfusa sahip dünyada 7,2 milyar insan yaşamakta ve dünya nüfusunun %42'sini oluşturan 3 milyardan fazla kişi 25 yaşın altındadır. Bu gençlerin yaklaşık 1,2 milyarı 10 ile 19 yaşları arasındaki ergenler oluşturmaktadır (WHO, 2019).

Ülkemizde yapılan Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2018 yılı verilerine göre 10-19 yaş grubu tüm nüfusun %19'unu oluşturmaktadır. Nüfusun önemli bir bölümünü oluşturan (Şekil 1.1) ergenlerin yaşadığı bu dönem biyolojik, toplumsal, psikolojik, ekonomik açıdan bir geçişler dönemidir.



Şekil 1.1. Nüfus Piramidi, Hanehalkı nüfusunun yüzde dağılımı (TNSA, 2018)

Bireyler ergenlik döneminde kendilerinin daha çok farkına varır, daha bağımsız olur ve geleceğin ne getireceği konusunda daha çok düşünür, daha fazla hayal kurarlar. Çağdaş psikolog John Hill'e göre ergenlik dönemi üç özelliğe göre şekillenmektedir. 1-Erinliğin başlaması, 2-daha ileri düşünme yeteneklerinin ortaya çıkışı, 3-toplumda yeni rollere geçiş olarak sınıflamıştır. Bu değişimlerin evrensel olarak ve herhangi bir ayrıcalık olmaksızın bütün toplumlardaki ergenlerde gerçekleştiği vurgulanmaktadır (Steinberg, 2007).

1.4.3. Sağlık Okuryazarlığı

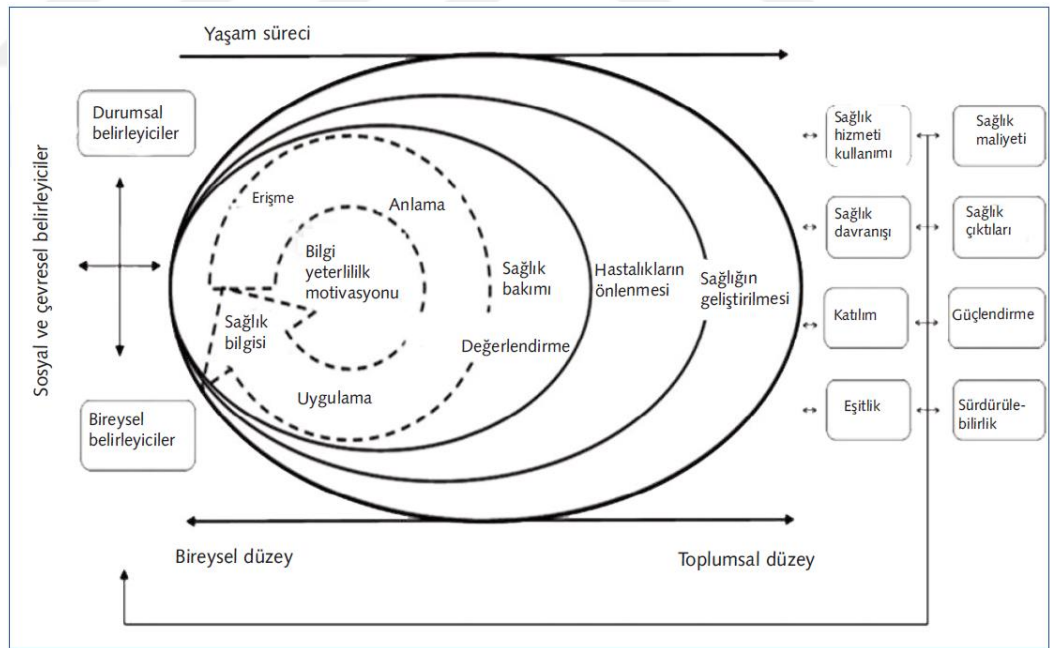
Simonds (1974) tarafından Sağlık okuryazarlığı teriminin ilk defa kullanılmasıyla birlikte birçok tanımlama yapılmıştır. Yıllar içerisinde tanımlamasında sürekli değişime uğrayan sağlık okuryazarlığı Dünya Sağlık Örgütüne göre "sağlıkta iyilik halini korumak ve geliştirmek için, bireylerin sağlık bilgisine erişim, bilgiyi anlama ve kullanma kabiliyetleri ile istekleri konusundaki bilişsel ve sosyal becerilerdir" şeklinde tanımlanmıştır (DSÖ, 1998). Sağlık okuryazarlığı, "Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi Sözlüğü"nde (2011) bireylerin bilgiye erişerek bilgiyi anlama, kullanma kabiliyeti sonucunda sağlığını sürdürebilmesi ve bireyin sosyal-bilişsel becerileri temsil etmesi şeklinde tanımlanmıştır. Sorenson ve arkadaşları (2012) şu ana kadar yapılan tanımlamaları değerlendirerek kapsamlı bir tanımlama yapmışlardır. Sağlık okuryazarlığı genel okuryazarlık ile bağlantılı olduğunu belirtmişlerdir. Bireyin yaşamı boyunca sağlığı geliştirme-teşvik etme, hastalığı önleme ile ilgili günlük yaşamda karar vermek ve karar almak için sağlık bilgilerine erişmesi, anlaması, değerlendirmesi ve uygulaması; bilgi, motivasyon ve becerilerini kullanmasıdır.

Sağlık okuryazarlığının öneminin giderek artmasıyla birlikte çeşitli modeller geliştirilmiştir. Nutbean (2000) sağlık okuryazarlığını 3 düzeyli bir modelleme

yaparak tanımlamıştır. Fonksiyonel, interaktif, kritik okuryazarlık şeklinde sınıflandırmıştır;

1. **Fonksiyonel okuryazarlık;** Bireyin sağlık kavramları ile ilgili okuma ve yazma kabiliyetini ele alır. Fonksiyonel okuryazarlığı ölçen ve geçerlilik güvenilirlik çalışması yapılmış Yetişkinlerde Fonksiyonel Sağlık Okuryazarlık Ölçeği mevcuttur.
2. **İnteraktif okuryazarlık;** bireyin sosyal becerilerini ve gelişmiş okuryazarlık düzeyini kapsamaktadır.
3. **Kritik okuryazarlık;** bireyin gelişmiş bilişsel ve sosyal yeteneklerini kapsamaktadır.

Sorensen ve arkadaşları (2012) geliştirdikleri matriks modeli ile sağlık okuryazarlığını etkileyen birçok etkenin önemli rol oynadığını göstermişlerdir (Şekil 1.3).



Şekil 1.3. Sağlık okuryazarlığı kavramsal modeli (Sorensen ve ark., 2012)

Modele göre;

- Bilgi, yeterlilik ve motivasyon merkezde yer almaktadır.
- Sağlık bilgisine ulaşma-anlama-yorumlama-davranış geliştirme maddelerinin kullanılması sonucunda sağlık bakımı, hastalıkları önleme, sağlığın geliştirilmesi maddeleri sağlık durumunun devamlılığı için güçlendirilmiş olacaktır.
- Ayrıca model bireysel ve toplumsal seviyelerin de etkileşim halinde olduğunu göstermektedir.

Baker (2006) sağlık okuryazarlığı ve sağlık sonuçları arasındaki ilişkiyi bir kavramsal model ile açıklamıştır. Modele göre, sözlü ve yazılı sağlık okuryazarlığı; yeni bilgi edinilmesine, olumlu sağlık tutumuna, öz-yeterlik düzeyinde, sağlık sonuçlarında ve sağlık davranışlarda artışa yol açan birçok faktörden (kültür ve sosyal normlar, sağlık hizmetlerine erişim gibi) biridir (Baker, 2006). Giderek önem kazanan sağlık okuryazarlığı bir sonraki aşamada ölçümünün nasıl yapılacağı sorusunu doğurmaktadır. Yapılan çalışmalar sonucunda SOY düzeyini ölçmek için ilk ölçeğin geliştirilmesi National Assesment of Adult Literacy (NAAL-Ulusal Yetişkin Okuryazarlığının Değerlendirilmesi) olup, bireylerin sağlık eğitimi değerlendirilmiş ve geribildirimler toplanmıştır. Zamanla ölçek geliştirme çalışmaları artmış, birçok farklı ölçek geliştirilmiştir (Çopurlar ve ark., 2016). Tıp Enstitüsü (2004) "Sağlık Okuryazarlığı: Karışıklığa son vermek için Yönerge (Health Literacy: Prescription to End Confusion)" isimli bir makale yayımlayarak sağlık okuryazarlıkla ilgili ölçekleri incelemişlerdir. Ölçeklerin özellikleri, sınırlılıkları ve güçlü yönleri bu yönergede bir araya getirilmiş ve yönerge kılavuz görevi görmüştür. Ölçekler değerlendirilip şu şekilde sınıflandırılmıştır (IOM, 2004):

- **Yetişkinlerde Fonksiyonel Sağlık Okuryazarlığı Testi (TOFHLA):**
Parker ve ark (1995) tarafından geliştirilen ölçek sayısal ve sözel anlama becerileri değerlendirilerek sağlık okuryazarlığını ölçmektedir. Ölçek iki bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümde katılımcılara sağlıkla ilgili bilgilendirmede bulunup verilen bilgilere yönelik sorular

sorulmaktadır. İkinci bölümde sağlıkla ilgili bilgileri içeren verilen paragrafta uygun kelimeleri seçmesi istenmektedir. Sayısal ve sözel anlama becerilerini ölçmeyi amaçlayan TOFHLA ölçeğinin bu yönü ölçeğin güçlü yönünü yansıtmaktadır. Sınırlılıkları ise ölçeğin uygulama aşamasının uzun sürmesi, bireyin okuma yeteneğine dayanmasıdır.

- **Tıpta Yetişkin Okuryazarlığının Hızlı Değerlendirilmesi (REALM):** Ölçek Davis ve arkadaşları (1991) tarafından geliştirilmiştir. Kısa sürede gerçekleştirebildikleri bir tarama testi olarak geliştirmişlerdir. REALM testinin en son geliştirilmiş hali 66 kelimeden oluşmakta, ölçeğin uygulaması yaklaşık 3-6 dakika sürmektedir. Ölçeğin güçlü yönü uygulamasının kısa sürede yapılabilmesi, sınırlılığı ise sözel ve sayısal beceriyi ölçmemesidir.
- **Sağlık Aktiviteleri Okuryazarlığı Ölçeği (HALS):** Ölçek geniş bir değerlendirme yapmakta ve sayısal beceri, belge okuryazarlığını ölçen maddeler içermektedir. Yaklaşık 40 dakika sürmektedir. Ölçeğin sınırlılığı uygulamasının uzun olmasıdır.
- **En Yeni Yaşamsal Belirteç (NVS):** Weiss ve arkadaşları tarafından (2005) geliştirilen ölçek 6 sorudan oluşmaktadır. Katılımcının besin etiketini okuyabilme ve anlayabilme becerisini ölçer. Yaklaşık 3-6 dakikada sürmektedir. Okuma ve sayısal beceriyi ölçmesi, uygulama süresinin kısa olması avantajları arasındadır.

Çocuklar için sağlık okuryazarlık düzeyini belirlemek için geliştirilen çok az sayıda ölçek mevcuttur. Bu ölçekler arasında en çok bilinen ölçekler şu şekildedir:

- **Tıpta Adölesan Okuryazarlığının Hızlı Tahmini Ölçeği (REALM Teen):** Ergenlerde kullanılan ölçek Manganello ve arkadaşları tarafından (2017) geliştirilmiştir. 10-19 yaş arasındaki ergen grubu için uygun bir ölçektir. Okuma kabiliyetini ölçmek için bir kelime listesi kullanır, ancak okuduğunu anlama ve sayısal beceriyi ölçmemektedir.

- **E-Sağlık Okur-Yazarlığı Ölçeği (eHEALS):** The eHealth Literacy Scale): 2006 yılında Norman ve Skinner tarafından geliştirilmiştir. İnternet kullanıcılarının e-sağlık okuryazarlığı tutumlarının belirlenmese yönelik geliştirilen bir ölçektir. Türkçe geçerlik ve güvenirliği Coşkun ve Bebiş (2015) tarafından ergen grubunda yapılmıştır.

Erken yaşlarda sağlık okuryazarlığı ile ilgili bilgi edinmek, kişinin yaşamının sonraki evrelerinde olumlu sağlık sonuçları doğuracaktır. Farklı çalışmalarda sağlık okuryazarlığının ergenlerle çalışılması gerektiğine dair pek çok önemli gerekçe sunulmuştur (Manganello, 2007);

- Ergenlerin okuma, anlama seviyesi sanıldığından daha düşük olabilmektedir (Biancarosa ve Snow, 2004; Davis ve ark., 2006; Loureiro ve ark., 2013; Manganello ve Sojka, 2016; Melas ve ark., 2013). Bu gruba sağlık okuryazarlık eğitiminin verilmesi sağlık becerilerini arttıracaktır.
- Kronik hastalığa (astım, tip 1 diyabet, kistik fibrozis gibi) sahip ergenler için sağlık okuryazarlığı büyük öneme sahiptir (Apter ve ark., 2006; Boice, 1998; Feldman ve Elliott, 1990; Jordan ve ark., 2019 ve Rosenfeld ve ark., 2011). Çünkü bu bireyler sağlık kurumlarıyla daha erken tanışmakta, daha sık uğramakta ve sağlık personeliyle daha çok iletişime geçmektedir.
- Ergenlerin sağlık bakım hizmetleriyle ilgili yeterli bilgiye sahip olmaları sağlık tercihlerini (tedavi seçeneklerini değerlendirmesi, bakım ihtiyaçlarının farkında olması) de etkileyecektir (Murphy, 2010).
- Ergenlik döneminde bireyde fiziksel, duygusal, bilişsel değişiklikler meydana gelmesiyle ergenin kendisiyle ilgili önemli kararları verebilecek otonominin geliştirilmesi beklenir. Sonuç olarak bu dönem sağlık okuryazarlığını geliştirmesi ergen için uygun bir zamandır (Steinberg, 2007).

Ergenlerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını kazanmaları ve bu davranışları ileri yaşlarda sürdürmeleri önemlidir. Birçok çalışma bireylerin sağlık okuryazarlık düzeyi ile sağlık davranışları arasında anlamlı düzeyde pozitif yönlü ilişki saptamıştır. Sağlık okuryazarlık düzeyi düşük bireylerin sigara içme oranlarının yüksek olduğu (Page ve ark., 2010;Primack ve ark.,2006; Primack ve Hobbs, 2009 ve Salgado ve ark., 2012), alkol tüketim oranlarının daha fazla olduğu (Chisolm ve ark., 2014), daha sağlıksız beslendikleri (Park ve ark., 2017), vücut kitle indeksinin daha yüksek olduğu (Sharif, 2010) saptanmıştır.

Yapılan araştırmalarda sağlık okuryazarlık düzeyi ile sağlık tutumu ve sağlık algısı bakımından da anlamlı ilişki bulunmaktadır. Sağlık okuryazarlık düzeyi düşük kronik hastalığı olan bireylerin hastalığı hakkındaki bilgilerinin daha kısıtlı olduğu, hastalık yönetimlerinin daha düşük olduğu bildirilmiştir (Kalichman ve ark., 2000; Schillinger ve ark., 2002; Williams ve ark., 1998 a,b). Sağlık okuryazarlık düzeyi düşük bireylerin hastalık algısının ve hastaneye yatma oranlarının daha yüksek olduğu belirtilmiştir (Nielsen- Bohlman ve ark., 2004).

Ergenlik döneminde ergenlerin sağlığını koruması, sağlıklı yaşam biçim davranışları geliştirmesi yetişkinlik döneminde bu davranışları sürdürmesi toplum sağlığı açısından önemlidir. Sonuç olarak sağlık okuryazarlık düzeyinin önemle üzerinde durulmalı, bireylerin SOY düzeyi değerlendirilmeli ve bu düzeyin arttırılması için farkındalığı arttırılmalı, iyileştirici çalışmalar yapılmalı, gelişimsel döneme uygun eğitim programları planlanmalı. Toplumun her kesimi başta sağlık personelleri, SOY düzeyini geliştirmek için daha fazla sorumluluk üstlenmelidir (Çopurlar ve ark., 2016 ve Özdemir, 2019).

1.4.4. Sağlık Algısı

Bireyler tecrübe ettikleri hastalığa dair his ve düşüncelerine ilişkin şemalar oluştururlar. Bu şemalar hastalığın yok olmasına dair istekleri de içermektedir. Hastalık dönemindeki his ve düşünceleri ile hastalığa karşı tutumu fiziksel ve ruhsal sağlık durumunu önemli derecede etkilemektedir. Bu iki durum arasındaki ilişki değerlendirildiğinde mental ve hissi yaklaşımların hücreler üzerindeki etkisi saptanmıştır. Mental ve ruhsal olarak kendini kontrol edemeyen bireylerin sağlık durumları üzerinde negatif etkiler oluşturduğu görülmüştür (Glozah, 2014).

Sağlık algısı, bireyin kendi sağlığıyla ilgili öznel değerlendirmesini içeren basit olmakla beraber oldukça güçlü olan bir veridir (Erengin ve Dedeoğlu, 1997). Başka bir deyişle “bireyin kendi sağlığına ilişkin kişisel duygu, düşünce, önyargı ve beklentilerinin bir bileşimi” dir (Çapık, 2006). Sağlık algısı, sağlık davranışlarını etkilemesi bakımından önemli bir gösterge olarak karşımıza çıkmaktadır. Sağlık algısı arttıkça bireyin sağlıklı davranış sergileme olasılığı da artmaktadır. (Karabayır, 2019). Sağlık durumunu çok iyi olarak algılayan bir birey kötü olarak algılayan bir bireye göre yaşamını daha kaliteli olarak değerlendirebilir (Altay ve ark., 2016). Adıyaman Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik Bölümü öğrencileriyle yapılan bir çalışmada sağlıklı davranışı ve sağlık algısı arasında olumlu yönde ilişki bulunmuştur. Sağlık algıları ‘çok iyi’ şeklinde olan öğrencilerin sağlıklı yaşam biçimi davranışı ölçeğinden aldıkları puanların da yüksek olduğu değerlendirilmiştir (Karaca ve Aslan, 2019). Bir başka araştırmada da bu bulgu desteklenmiş ve sağlık algısı ile riskli sağlık davranışları arasında negatif yönlü ve zayıf bir ilişki bulunmuştur (Kılıç, 2019). Bunlar ve benzeri olan araştırmaların da gösterdiği gibi sağlıklı bir yaşam için gerekli olan sağlıklı davranışlar, sağlık algısıyla önemli ölçüde ilişkilidir. İyi bir sağlık algısının sağlıklı davranışları da beraberinde getirmesi olasıdır.

Alan yazında sağlık algısı ile ilgili yapılan çalışmalarda bu algıyı etkileyen çeşitli faktörlerin üzerinde durulmuştur. Sağlıkla ilgili çeşitli tanı ve testlere dayanan objektif değerlendirmeler çoğunlukla sağlık algısı ile ilişkili bulunmuştur. Herhangi bir sağlık problemiyle karşılaşmış bir bireyin sağlık algısının, herhangi bir hastalık geçirmeyen bir bireye göre daha yüksek olduğu saptanmıştır (Özdelikara ve ark., 2018). Ebeveynlerin çocuklarının sağlık algısı ve sağlık davranışları geliştirmeleri üzerinde önemli bir etkisi vardır. Alkolsüz içeceklerle yönelik tutumların değerlendirildiği bir çalışmada çocuklar ve ebeveynlerinin sağlık algılarının önemli derecede ilişkili olduğu bulunmuştur (Bucher ve Siegrist, 2015).

1.4.5. Sağlık Tutumu

Tutum kişinin benliği dahi içerebilecek çok çeşitli nesnelere, konulara veya insanlara ilişkin değerlendirmeler şeklinde tanımlanmıştır (Petty ve ark., 2007). Tutumların oluşmasındaki en önemli etkenler ise; doğrudan kişisel deneyim, aile, okul ve çevrenin etkisi, klasik koşullanma, örnek almadır. Tutum bilişsel, duygusal ve davranışsal olmak üzere 3 boyuttan oluşmaktadır. Bilişsel boyut, belli bir nesne hakkında sahip olunan fikirleri ve inanışları içermektedir. Duygusal boyut, bir nesneye karşı hissedilen duygular olarak ifade edilmektedir. Davranışsal boyut ise kişinin nesneye karşı hareket eğilimini içermektedir (Sakallı Uğurlu, 2018).

Sosyal psikoloji alanında geliştirilen daha sonra pek çok alanda kullanılmaya başlanan Planlanmış Davranış Teorisine göre bir davranışın gerçekleşebilmesi için öncelikle o davranışın amacının oluşması gereklidir. Bu amacı etkileyen faktörler ise davranışa yönelik tutum, öznel normlar ve algılanan davranış kontrolüdür. Davranışa yönelik tutum, davranışı gerçekleştirecek olan bireyin o davranışa karşı olan olumlu veya olumsuz değerlendirmesini içermektedir (Ajzen, 1992).

Planlanmış Davranış Teorisi kullanılarak bir kişinin diyet hakkındaki tutumundan bu kişinin gerçekten diyet yapıp yapmayacağını ve kilo verip vermeyeceği tahmin edilebilir. Bu kurama göre, kişinin diyetle ilişkin tutumu, bu kişinin diyet konusunda sosyal kuralları olumlu mu yoksa olumsuz mu değerlendirdiği ve diyet süresince kendisini kontrol edip edemeyeceği konusundaki algılamalarından etkilenecektir. Bu üç unsur kişinin niyetini etkileyecektir. Eğer bir kişi, kilo kaybetmenin sağlığı için gerekli olduğuna inanıyorsa diyet yapma olasılığı artacaktır. Bu kişi diyet süresince kendisini kontrol edebileceğini, isterse yemek yemeyi azaltabileceğini düşünüyor ve bu konuda ailesinden ve arkadaşlarından destek görebiliyorsa bu kişinin diyet yapma olasılığı daha da artacak, davranışı yapma niyeti gerçek davranışa dönüşecektir (Sakallı Uğurlu, 2018).

Bir davranışın ortaya konmasında, o davranışa yönelik tutumun etkili olduğundan hareketle sağlık davranışlarında da benzer şekilde tutumun belirleyici etkisinden söz edilebilir. Sağlık tutum ve davranışlarının da bireyin tüm yaşantısını etkilemesi beklenmektedir. Bu sebeple ergenlerin sağlık tutumları hakkında bilgi sahibi olmak gelecekteki sağlık durumları ile ilgili önemli bir yordayıcıdır. Alan yazın taraması sırasında sağlık tutumunu birebir inceleyen bir çalışmaya rastlanmamakla birlikte Pelitoğlu tarafından geliştirilen ve bu araştırmada da kullanılan sağlık tutum ölçeği alandaki önemli bir ihtiyaca cevap vermektedir (Pelitoğlu, 2002).

1.4.6. Ergenlerde Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları

Sağlık davranışı bireyin sağlığını etkileyen eylemlerinin toplamıdır. Bu eylemler kasıtlı veya kasıtsız olabileceği gibi bireyin ve çevresindeki kişilerin

sağlığını olumlu veya olumsuz etkileyebilir (Short ve Mollborn, 2015). Daha geniş kapsamlı olan bir başka tanıma göre sağlık davranışı sağlığın korunması, geliştirilmesi, sağlık problemlerinin oluşmasının önlenmesi, pozitif beden algısının sağlanması amacıyla yapılan aktivitelerdir. Birçok insanın sağlık davranışları hastalıkları ve yaralanmaları önleme amacıyla planlanmışken, başka insanların farklı amaçları söz konusu olabilir. Örneğin; kalp hastalıkları ve diyabet gibi kronik hastalıklara sahip olan kişiler hastalıklardan kaynaklanan fizyolojik hasarları diyet, egzersiz, ilaç kullanımı gibi sağlıkla ilişkili aktivitelerle kontrol etmeye çalışmaktadırlar. Vücut görünümelerini ve fiziksel formlarını geliştirmek üzerine motive olmuş başka insanlar da diyet ve egzersiz gibi sağlık artırıcı ve geliştirici aktivitelerle meşgul olabilmektedirler (Cockerham, 2014). Yaygın olarak bilinen sağlığı geliştiren davranışlar düzenli egzersiz yapmak, dengeli bir diyet ve gerekli aşıları olmaktır (Journal Of Forensic Psychology, 2019).

Ergenlik yaşamın kritik bir dönemidir. İnsanların bağımsız bireyler haline geldiği, yeni ilişkiler kurduğu, sosyal becerilerini geliştirdiği ve hayatlarının geri kalanında sürececek davranışları öğrendiği bir zamandır (WHO, 2018b). Ergenlik döneminde fiziksel, psikolojik, sosyal ve biyolojik yönden görülen değişimlerin yanı sıra davranış yönünden de birçok değişim gözlemlenmektedir. Bu davranış değişimleriyle beraber ergenin sağlık davranışları da oluşmaktadır. Ergenlik döneminde sağlıklı davranışları teşvik etmek ve gençleri sağlık risklerinden daha iyi korumak için adımlar atmak, yetişkinlikte sağlık sorunlarının önlenmesi ve ülkelerin gelecekteki sağlık gelişimi için kritik öneme sahiptir (WHO, 2018a).

Sağlığı Geliştirme Modeli'ne göre ergenlerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları yedi başlıkta incelenmektedir (Pender ve ark., 2011);

- Beslenme
- Fiziksel Aktivite
- Stres Yönetimi
- Kişiler Arası İlişkiler

- Sağlık Sorumluluğu
- Pozitif Yaşam Bakış Açısı
- Spirituel Sağlık

Beslenme: Ergenler günlük olarak uyması gereken fiziksel aktivite ve beslenme çizelgesine göre uygun hareket etmemektedir (Lowry ve ark., 2015). Önerilere uyulmaması aşırı kilo ve obezite ile ilişkilidir (Sahoo ve ark. 2015). Ergenlerde aşırı kilo %85 ve %95 persantilleri arasında bir vücut kitle indeksi olarak tanımlanırken; obezite %95 veya daha yüksek persentil aralığında tanımlanmaktadır (Ogden ve Flegal, 2010). Günümüzde ergenlerin % 14'ü fazla kilolu ve % 20,5'i obezdir (Ogden ve ark., 2014). Aşırı kilolu ve obezite olan ergenler toplumda halk sağlığı problemi olan obez yetişkinler için bir risk faktörüdür (Simmonds ve ark., 2016). Ergenlere yönelik fiziksel aktivitenin artırılması, kişiye uygun diyetin planlanması, aile desteğinin sağlanması, konu hakkındaki algı ve niyetlerinin gözden geçirilerek düzeltilmesi, öz yeterlik ve otonom motivasyonunun artırılması sağlıklı beslenme davranışlarını etkileyen faktörler olarak değerlendirilmiş, uygulanması tavsiye edilmiştir (Kelly ve ark., 2017).

Fiziksel Aktivite: Pender ve arkadaşları (2011) fiziksel aktiviteyi “sağlıklı, enerjik ve üretken yaşamın temeli olan sağlıklı yaşam biçimi davranışı” olarak tanımlamıştır. Ergenlik döneminde fiziksel aktivite genellikle azalır ve hareketsiz aktiviteler (video oyunları gibi) artar (Dumith ve ark., 2011). Ergenlik döneminde yüksek fiziksel aktivite düzeyine sahip olan bireyler, yaşlandıkça daha az sağlık bakım hizmeti kullanımı ile bile yaşam boyunca fiziksel olarak sağlıklı kalma olasılıkları daha yüksektir (Rockwood ve ark., 2011). Kızların fiziksel aktivite düzeyi erkeklere oranla daha düşük olabilmekte; bunun önemli sebepleri arasında ise kültürel ve beden imajlarının etkisi, rekabetçi sporların ve okullardaki tesislerin eksikliği (soyunma odaları, tuvaletler, duşlar gibi) sayılabilir (Pearson ve ark., 2015). Fiziksel aktivite düzeyinin çocuklukta yeterli olduğu, ancak ergenlik döneminde düşüş yaşandığı ergenlikteki düşüşün kızlarda erkeklerden çok daha belirgin olduğu

görülmüştür (Corder ve ark., 2015). Fiziksel aktivitenin artırılmasını sağlayan politika önlemleri, sağlıklı bir diyet ve fiziksel aktivite hakkındaki eğitim, fiziksel aktiviteyi teşvik eden çevresel değişiklikler ergenlerde fiziksel aktivite davranışını artırıcı nitelikte olacaktır (Pearson ve ark., 2015).

Stres Yönetimi: Amerikan Pediatri Akademisi stresi; endişeli, korkmuş, öfkeli, sinirli veya bunalmış olduğunuzda aldığınız rahatsızlık hissi olarak tanımlamaktadır (APA, 2014). Toksik stres ise, sağlık bakım hizmeti sağlayıcıları tarafından kötüye kullanım, ihmal, temel ihtiyaçlara erişim eksikliği ve yoksulluk içinde yaşam gibi zayıf sosyal belirleyicilere tekrar maruz kalmayı tanımlamak için kullanılan bir terimdir (Compton ve Shim, 2015). Toksik stres, ayrıca günlük işleyişle ilişkili stres faktörleri (örneğin; ilişki sorunları, akademik baskı ve zorluklar, zaman yönetimi ile ilgili sorunlar) anksiyete, depresyon, davranış sorunları ve karın ağrısı, baş ağrısı gibi somatik şikayetler şeklinde ortaya çıkabilir (Fallin ve ark., 2001). Ergenler arasında ikinci önde gelen ölüm nedeni olan intihar, ruh sağlığı tanıları ve stres faktörlerinin etkileşiminden kaynaklanabilir (CDC, 2013). Gelişim döneminde ortaya çıkan stres maruziyeti olgunlaşma sürecini kalıcı olarak değiştirebilir (Andersen, 2019). Stres yönetimi stratejilerini öğrenmek stresin olumsuz etkilerini azaltabilir. Pender ve arkadaşları (2011) stres yönetimi kavramını “değişim ve stresle yüzleşme sürecine adapte olma ve normal duruma geri dönme süreci” şeklinde tanımlamaktadır. Diyafragmatik solunum, ileri kas gevşeme teknikleri, hipnoz, meditasyon ve farkındalık (mindfulness) gibi gevşeme stratejileri, refahı ve sağlığı iyileştirmek için etkili araçlar olabilir (Grossman ve ark., 2004). Yapılan bir çalışmada hipnoz ve farkındalığı içeren stres yönetimi stratejilerinin anksiyete semptomlarını azaltmada, kalp hızı değişkenliğini arttırmada ve çocuklarda genel refahı ve psikososyal işlevselliği geliştirmede başarılı olduğunu göstermiştir (Bothe ve ark., 2013). Amerikan Pediatri Akademisi ergenler için uygulanacak rehberlik sürecinin stres yönetimi stratejilerini içermesini önermektedir (AAP, 2014).

Kişiler Arası İlişkiler: Yalnızlık, bir kişinin sosyal ilişkilerindeki nitelik veya nicelik eksikliklerinden kaynaklanan hoş olmayan bir deneyim olarak tanımlanmakta ve ergenlik döneminde sıklıkla karşılaşılmaktadır (Hawthorne, 2008). Ergenlik, samimi sosyal ilişkilerin kurulduğu, benlik kavramlarının geliştirildiği ve daha birçok duygusal gelişimsel zorluklarla başa çıkma becerilerinin oluşturulduğu bir dönemdir (Laursen ve Hartl, 2013). Ancak ergenlerin neredeyse %80'i bu dönemde kendini sürekli yalnız hissetmekte (Hawkley ve Cacioppo, 2010) ve çok sayıda çalışma, yalnızlık prevalansının erken ergenlik döneminde zirveye ulaştığını öne sürmektedir (Roekel ve ark., 2010). Yalnızlığın ergenlerin ruh sağlığı ve davranışları üzerinde olumsuz etkileri de mevcuttur (Heinrich ve Gullone, 2006). Ergenlik döneminde yalnızlıktaki keskin artış, daha düşük yaşam memnuniyeti (Kapıkıran, 2013), daha zayıf akademik performans (Benner, 2011), yüksek okul terk oranları (Asher ve Paquette, 2003), daha düşük sağlık uygulamaları (Stickley ve ark., 2014), daha düşük benlik saygısı (Vanhalst ve ark., 2013), daha az sağlığı teşvik eden davranışlar (Lasgaard ve ark., 2011) ve daha şiddetli internet bağımlılığı (Özdemir ve ark., 2014) ile ilişkilidir. Ayrıca, ciddi derecede yalnızlık duygusu yaşayan ergenler depresyon (Ladd ve Ettekal, 2013), kaygı (Lasgaard ve ark., 2011), sosyal fobi (Schinka ve ark., 2013) ve intihar (Dulmen ve Goossens, 2013) gibi daha büyük bir krize yol açabilecek sorunlar yaşayabilmektedir. Araştırmalar kişiler arası ilişkiler ile yalnızlık arasında negatif bir ilişki olduğunu ileri sürmektedir (Cheng ve Furnham, 2002; Vanhalst ve ark., 2014). Özellikle ergenlik döneminde kişilerarası ilişkilerin kalitesi, yalnızlık ile güçlü bir şekilde ilişkili olduğu saptanmıştır (Woodhouse ve ark., 2012). Yapılan bir çalışma sonucunda kişiler arası ilişki düzeyi düşük olan ergenlerin sosyal ilişkilerde de sorunlar yaşadığı, ergenlerin aynı cinsiyetten bireylerle daha kuvvetli ilişkiler kurdukları, öğrenci-öğretmen ilişkilerinin zayıf oldukları ve erkeklerin yalnızlık düzeyinin kişiler arası ilişki kalitesinden daha fazla etkilendikleri saptanmıştır (Zhang ve ark., 2015). Ergenlerin uzun süre vakit geçirdikleri ortam olan okullarda kişiler arası etkileşimi olumlu yönde etkileyecek aktivitelerin düzenlenmesi duygusal gelişime fayda sağlayacaktır.

Sağlık Sorumluluğu: Ergenler bulundukları dönemde beden ve zihin gelişimine uyum sağlamaya çalışırken gelecekte bağımsız bir birey olabilmek için yeni sorumluluklar üstlenmeyi, öz kimlik ve özerklik faktörlerini oluşturmayı da öğrenmelidir (DiClemente ve ark., 2013). Bu geçiş ile sağlığı iyileştirmek ve hastalığı önlemek için fırsatlar ve zorluklar ortaya çıkmakta ve genellikle ergenler çocukluktan yetişkinliğe doğru ilerledikçe, günlük sağlık alışkanlıkları için bireysel sorumluluğu arttırmaktadırlar (Ayres ve Pontes, 2018). Ergenliğin bu yıllarında yetişkin rollerini ve davranışlarını taklit etmeye çalışmak normal ve sağlıklıdır, ancak bazı ergenler sağlık ve güvenliklerini tehlikeye atacak, yetişkinlikte kronik hastalığın gelişimine katkıda bulunacak şekilde riskli sağlık davranışlarını denemektedirler (Ulusal Araştırma Konseyi [NRC] ve Tıp Enstitüsü [IOM], 2009). Ayrıca, erişkinlerde morbiditenin yaklaşık üçte birinin ve erken ölümlerin üçte ikisinin ergenlik döneminde gelişen davranışlarla ilişkili olduğu bildirilmiştir (Lassi ve ark., 2015). Bu nedenle ergenlik döneminde gelişen davranışlar, bireyin bir yetişkin olarak sağlık durumunu etkilemektedir (IOM, 2009). Ergenlik döneminde özerkliğin geliştirilmesi, sorumluluk duygusuna ve kendini yönlendirmeye izin verilmesi sorumluluk sahibi bir yetişkin olmanın gerekli parçasıdır (Murphy ve ark., 2008). Bu aşamada, davranışsal, duygusal ve özerklikle birlikte bir kimlik duygusu oluşturmak önemli bir psikolojik süreci içermekte ve özerkliği artırmaya yönelik bu ilerlemenin sağlıklı gelişimin bir özelliği olduğu düşünülmektedir (Askin ve Wilson, 2007). Bu nedenle, ergenlere, kendi sağlık davranışlarını yönetmede aktif bir rol oynamaları, kendi sağlık yaşam biçimi için sorumluluk üstlenmeleri konusunda teşvik ederek, sağlık çevresinde özerklik geliştirme ve uygulama fırsatları verilmelidir (Ayres ve Pontes, 2018).

Pozitif Yaşam Bakış Açısı: Pozitif yaşam bakışı “geleceğe veya bir şeyi başarmaya dair umutlu yaşam bakış açısı” olarak tanımlanmakta, fiziksel sağlık, ergenin kişilik özellikleri, ruh sağlığı ile ilişkilendirilmektedir (Singh ve Mishra, 2012). Psikolojide önemli rol oynayan bu kavram optimizm yani iyimserlik başlığı ile de ilişkilendirilmekte ve iyimserlik kavramı, genellikle herhangi bir yaşamsal olay veya durum karşısında olumlu sonuçlar beklemek olarak tanımlanmaktadır

(Mavioglu ve ark., 2015). İyimserlik birçok zihinsel ve fiziksel sağlık durumu ve kişiliğin birçok boyutu ile ilişkilendirilmiştir. İyimserlik düşük depresyon düzeyleri (Patton ve ark., 2011), daha az akademik stres (Huan ve ark., 2006), problemle başa çıkma(Nes ve Segerstrom, 2006) ve daha yüksek yaşam kalitesi (Mannix ve ark., 2009) ile ilişkilidir. İyimserlik sosyal ilişkiler için de olumlu bir kaynak olmakta (Carver ve ark., 2010), olumlu fiziksel sağlık sonuçlarını öngörmekte (Rasmussen ve ark., 2010), daha düşük ağrı seviyeleri (Sipilä ve ark., 2006), daha yüksek düzeyde serum antioksidanı (Boehm ve ark., 2013a) ve sağlıklı lipit profilleri (Boehm ve ark., 2013b) ile ilişkilendirilmektedir.

Spiritüel Sağlık: Spiritüalite yani maneviyat “bireyin kutsallığa, kendinden daha büyük bir varlığa olan inancı ve kendini aşmak için sahip olduğu içsel kapasite” olarak tanımlanmıştır (Yust ve ark., 2006). Spiritüalite, bilgelik ve merhamet, hayattaki merak ve sevinç deneyimi, ahlaki duyarlılıklar ve fikirleri içeren geniş bir kavramdır (Michaelson ve ark., 2016). Ergenlerde spiritüalite ve riskli sağlık davranışlar arasında doğrudan bir ilişki vardır (Najarkolae ve ark., 2014). Bu yaş grubunda manevi sağlık, ruh sağlığının bir yordayıcısı olarak kabul edilmekte (Yahaya ve ark., 2012) ve çalışmalar, maneviyatın ergenlerde sağlığı olumlu yönde etkilediğini göstermiştir (Dang, 2012; Kim ve Esquive, 2011). Ruhsal sağlık ile yaşam kalitesi ve umut arasında pozitif bir ilişki vardır (Shukla ve Rishi, 2014). İnanç ve spiritüel inançlar, umut ve iyimserliğe ilham veren olumlu beklentiler yaratmaktadır (Levin, 2010). Umut yaşama anlam vermekte (Malmqvist ve Zeiler, 2015) ve spiritüalite yaşamdaki anlamlılığın kaynağını oluşturmaktadır (Lysne ve Wachholtz, 2010). Ayrıca, umut, dayanıklılık, spiritüalite ve yaşamdan memnuniyet arasında doğrudan pozitif bir ilişki olmakla birlikte, spiritüalite ve spiritüel sağlık umut ve yaşam doyumu ile artmaktadır (Marques ve ark., 2013). Gelecekle ilgili anksiyete gibi stres faktörlerinin ergenler arasında yaygın olduğu ve ergen sağlığını olumsuz yönde etkileyebildikleri göz önüne alındığında, sağlık hizmeti profesyonelleri ergenlerde umudu, spiritüaliteyi artırarak ergenlerde ve sonuç olarak tüm toplumda sağlık sonuçlarını teşvik edebilirler (Rassouli ve ark., 2010).

1.4.7. Ergenlerde Riskli Sağlık Davranışları

Yaş aralığı 10-19 olan 1.1 milyondan fazla ergen 2016 yılında çoğunlukla önlenebilir veya tedavi edilebilir nedenlerden özellikle de trafik kazası yaralanmalarından dolayı yaşamını yitirdi (WHO, 2018c). Ergen ölümlerinin diğer önemli nedenleri arasında intihar, kişilerarası şiddet, HIV / AIDS ve gastrointestinal hastalıkları sayılabilir. Dünya nüfusunun altıda birini oluşturan ergenlerin yarısından çoğu sağlıklı olmakla birlikte hala erken ölüm, yaralanma ve hastalık oranı oldukça yüksektir (WHO, 2018c).

Sağlığa ilişkin davranışlar yalnızca sağlığı geliştiren davranışlar değil aynı zamanda sağlığa zarar veren davranışları da içermektedir. Bu davranışlara riskli sağlık davranışları denilmektedir. Bireylerde hastalık ve ölüme sebep olabilen riskli sağlık davranışları belirlenmiştir. Bu davranışları sadece mevcut sağlığı değil, aynı zamanda yetişkinlik dönemindeki sağlık durumunu da tehlikeye atabilir (WHO, 2018c). Riskli sağlık davranışları şunlardır ((CDC, 2018; Lewycka ve ark., 2018);

- Şiddet ve Yaralanmalar
- Alkol-Madde Kullanımı
- Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklar-Riskli Gebelikler
- Sigara İçme
- Hareketsizlik
- Dengesiz Beslenme

Şiddet ve Yaralanmalar: Kişilerarası şiddet, dünya genelinde büyük ölçüde değişmesine rağmen, küresel olarak ergenlerde üçüncü önde gelen ölüm nedenidir. DSÖ Amerika Kıta'sının düşük ve orta gelirli ülkelerinde tüm ergen erkek ölümlerinin yaklaşık üçte birine neden olmaktadır. Dünyada 15-19 yaş arasındaki (84 milyon) her üç kadından yaklaşık biri, eşi veya partneri tarafından uygulanan duygusal, fiziksel veya cinsel şiddetin kurbanı olmuştur. Ebeveynler ve çocuklar

arasındaki ilişkilerin erken yaşta geliştirilmesi, yaşam becerileri eğitimi verilmesi ve alkol, ateşli silahlara erişimin azaltılması şiddet nedeniyle yaralanma ve ölümlerin önlenmesine yardımcı olabilir. Sürekli destek dahil olmak üzere şiddet mağduru ergenler için etkili ve empatik bakım, fiziksel ve psikolojik sonuçlara yardımcı olabilir (WHO, 2018c).

Alkol-Madde Kullanımı: Ergenler arasında zararlı içki içmek birçok ülkede önemli bir sorundur. Kendini kontrol etmeyi azaltmakla birlikte güvenli olmayan cinsel ilişki veya tehlikeli araç kullanımı gibi riskli davranışları arttırabilmektedir (Lewycka ve ark., 2018). Ergenin daha sonraki yaşamında sağlık sorunlarına yol açabilir ve yaşam beklentisini etkiler. İnsanların büyük çoğunluğu madde kullanımına ergenlik döneminde başlamaktadır. Uyuşturucu kullanımı 15-19 yaş arasındaki ergenlerde kullanımı diğer yaş gruplarına göre daha yaygındır (WHO, 2018c). Yasal alkol tüketim yaşı ve gençleri hedefleyen ulusal medya kampanyalarını minimuma indirme, alkol-madde tüketim vergilerini artırma, gençlerin alkol reklamlarına maruz kalma oranını azaltma, toplum temelli programların geliştirilmesi gibi önlemler alkol-madde tüketimini engelleme stratejileri arasında yer almaktadır (CDC, 2019; Lassi ve ark, 2015).

Sigara İçme: Günümüzde tütün kullanan insanların büyük çoğunluğu ergenlik çağındayken ilk olarak kullanmaya başlamışlardır. Yaş aralığı 13-15 olan 10 ergenden en az biri tütün kullanmakla birlikte bu rakamın çok daha yüksek olduğu tahmin edilmektedir. Ergenler arasında sigara kullanımı bazı yüksek gelirli ülkelerde diğer ülkelere göre daha az olmaktadır. Tütün ürünlerinin reşit olmayanlara (18 yaş altı) satışının yasaklanması ve yüksek vergilerle tütün ürünlerinin fiyatının artırılması, tütün reklamlarının yasaklanması ve dumansız ortamların sağlanması ergenlerin riskli sağlık davranışını engellemede önemli stratejiler arasındadır (WHO, 2018c).

Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklar-Riskli Gebelikler: Birçok genç, istenmeyen sağlık sonuçlarına yol açabilecek cinsel riskli davranışlar ve deneyimlerle uğraşır. Lisede yapılan bir çalışmada öğrencilerin % 30'u son 3 ay içinde cinsel ilişkiye yaşadığı ve % 46'sının son cinsel ilişkileri sırasında prezervatif kullanmadığı saptanmıştır (Kann ve ark., 2018). Cinsel yolla bulaşan HIV'in 2016 yılında 2.1 milyon ergenin sahip olduğu ve büyük çoğunluğunu Afrika bölgesinin oluşturduğu tahmin edilmektedir (Patton ve ark., 2016; WHO, 2018c). Yeni HIV tanılarının %21'inin gençler (13-24) ve bunların %87'si erkekler oluşturmaktadır (Hess ve ark., 2018). HIV ilişkili ölümlerin azalmış ancak ergenlerde bu oranın henüz beklenen düzeye ulaşamamıştır. Bu durum günümüzde ergenlerin çoğunun antiretroviral tedavi ile anneden çocuğa HIV bulaşmasının önlenmesinden önce doğduğu gerçeğini yansıtmaktadır (WHO, 2018c). Sürdürülebilir Kalkınma Hedefleri'nden biri; 2030 yılına kadar AIDS, tüberküloz, sıtma ve ihmal edilmiş tropikal hastalıklar, hepatit, su yoluyla bulaşan ve diğer bulaşıcı hastalıkların salgınlarına bir son verilmesi gerektiğidir (Nilsson ve ark., 2016). Virüsün cinsel yolla bulaşmasını önlemek için prezervatif erişiminin kolaylaştırılması, HIV testi ve danışmanlığının artırılması ve HIV testi pozitif olan ergenler için tedavi hizmetlerine daha kolay erişim riskli bulaşı engellemeyi hedefleyen önlemler arasındadır (WHO, 2018c).

Dünyada 15-19 yaş arası kız çocuklarında önde gelen ölüm nedeni gebelik ve doğumdan kaynaklanan komplikasyonlardır. Dünyadaki tüm doğumların yaklaşık % 11'i 15-19 yaşlarındaki kızlara aittir ve bu doğumların büyük çoğunluğu düşük ve orta gelirli ülkelerde gerçekleşmektedir. Sürdürülebilir Kalkınma Hedefleri'nden biri; 2030 yılına kadar dünyada bilgi, eğitim, üreme sağlığının entegrasyonu da dahil olmak üzere cinsel ve üreme sağlığı hizmetlerine evrensel erişim sağlanmalıdır (Nilsson ve ark., 2016). Ergen sağlığı için önerilen küresel strateji planı erken yaşta doğum oranını azaltmaktır. Kontraseptif bilgi ve hizmetlere daha iyi erişim, hamile kalan ve çok küçük yaşta doğum yapan kızların sayısını azaltabilir. Asgari evlilik yaşının 18 yaş olduğunu belirten yasaların olması, ergen gebeliklerinin doğum öncesi bakıma erişmelerinin sağlanması, yasaların izin verdiği yerlerde gebeliği

sonlandırmayı tercih eden ergenlerin güvenli kürtaja erişiminin olması komplikasyonlara karşı alınan önlemler arasında sayılabilir (WHO, 2018c).

Hareketsizlik: Fiziksel aktivite, ergenler için gelişmiş kardiyovasküler sistem, kas-kemik sağlığı, sağlıklı bir vücut ağırlığının korunması ve psikososyal açıdan faydalar dahil olmak üzere sağlıklı bir yaşam biçimi sağlar. DSÖ, ergenlerin günde en az 60 dakikalık orta ila kuvvetli yoğunlukta fiziksel aktivite yapmalarını tavsiye eder; bunlar arasında oyunlar, spor, bisiklet ve yürüyüş gibi ulaşım aktivitesi, beden eğitimi olabilir. Dünyada her 5 ergenden sadece birinin bu tavsiyelere uyduğu tahmin edilmektedir. Hareketsizlik prevalansı tüm dünyadaki ergenlerde yüksek olmakla birlikte kadınlardaki oran erkeklere göre daha yüksektir. Hareketsizlik seviyesini azaltmak için ülkeler ve toplumlar ergenler için fiziksel aktivite olanağı sağlayan güvenli ortamlar yaratmalıdır (WHO, 2018c).

Dengesiz Beslenme: Gelişmekte olan ülkelerdeki birçok ergen bu dönemde yetersiz besleniyor ve bu durum ergenleri hastalıklara, erken ölümlere karşı daha savunmasız hale getiriyor. Öte yandan düşük, orta ve yüksek gelirli ülkelerde aşırı kilolu veya obez olan ergenlerin sayısı artmaktadır. Küresel açıdan 2016 yılında 10-19 yaş arası altı ergenden birinin aşırı kilolu olduğu tespit edilmiştir (WHO, 2018c). Ergenlikte sağlıklı beslenme alışkanlıklarının geliştirilmesi, yetişkinlikte sağlığın temelidir. Doymuş yağlar, trans yağ asitleri, serbest şekerler veya tuz bakımından zengin gıdaların pazarlanması azaltmak ve sağlıklı gıdalara erişim sağlamak herkes için, özellikle de çocuklar ve ergenler için önemlidir. Hamile ve emziren ergen kadınlar demir eksikliği riskini taşımakla birlikte demir eksikliğine sahip anne adayları düşük doğum ağırlığı ile karşılaşmaktadır (Gibbs ve ark., 2012). Bu sebeplerden dolayı hamileliğe devam eden kadınlara besin veya demir-folik asit takviyesi, besin kaybını azaltmak için zayıflama, ilk hamileliğin geciktirilmesi, sonraki doğumların aralıklandırılması ve doğum öncesi beslenme danışmanlığı ve eğitimi alınabilecek önlemler arasında sayılabilir (Bhutta ve ark., 2013).

Sağlık bakım hizmetleri ergenlerin yardım ihtiyacına göre değişmektedir. Ergenlerin en fazla vakit geçirdiği ortamlardan biri olan okul ortamı sağlık bakım hizmetlerinin geliştirilmesi gereken önemli alanlardan biridir. Okul merkezli sağlık hizmetlerinin artırılması, kitle iletişim araçları ve sosyal medyanın bilgilendirme amacıyla kullanılması, sağlık okuryazarlık düzeyinin artırılması sağlık hizmetlerine ulaşmadaki engelleri azaltmada potansiyel rollere sahiptir (Patton ve ark., 2016). Düşük ve orta gelirli ülkelerde, ortaöğretim öğrencilerinin katılımı arttıkça okul merkezli sağlık bakım hizmetlerinin gelişimi de artmaktadır (Kauer ve ark., 2014). Sağlık bakım hizmeti, tam donanımlı ve sürekli çalışan tıbbi, hemşirelik ve danışmanlık hizmeti veren merkezlerden haftada sadece birkaç saat bakım hizmetleri sunan kliniklere kadar uzanmaktadır. Ergenlerin bu merkezlere ulaşımını kolaylaştırmak riskli davranışları azaltıcı etkiye sahiptir.

2. GEREÇ VE YÖNTEM

2.1. Araştırmanın Şekli

Bu araştırma, ergenlerin sağlık okuryazarlığını belirlemek ve sağlık algısı, tutumu ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasındaki ilişkiyi saptamak amacıyla yapılan tanımlayıcı tipte bir araştırmadır.

2.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırma, Çankaya Faik Güngör Kız Anadolu İmam Hatip Lisesi, Keçiören Kalaba Anadolu Lisesi, Altındağ Atatürk Mesleki ve Teknik Anadolu Lisesi, Yenimahalle Mehmet Rüştü Üzer Mesleki ve Teknik Anadolu Lisesi, Mamak Prof. Dr. Rağıp Üner Mesleki ve Teknik Anadolu Lisesi, Sincan Ersin Bacaksız Anadolu Lisesi, Etimesgut Şehit Ömer Halisdemir Anadolu Lisesi'nde yapılmıştır. Çalışma gerekli izinler alındıktan sonra Eylül 2019- Kasım 2019 tarihleri arasında eğitim-öğretim saatleri içerisinde yürütülmüştür.

Çankaya Faik Güngör Kız Anadolu İmam Hatip Lisesi'nde 37 öğretmen çalışmakta olup 223 öğrenci eğitim görmektedir. 9. ve 10. sınıftaki öğrenciler alan seçmemekte, aynı dersleri işlemektedir. 11. sınıfta alan seçimi yaparak 11. ve 12. Sınıfta sosyal veya sayısal ağırlıklı dersleri işlemektedir. Ders başlama saati 08:00 olup bitiş saati 15:20'dir. Her bir ders 40 dk sürmektedir.

Keçiören Kalaba Anadolu Lisesi'nde 70 öğretmen çalışmakta olup 1230 öğrenci eğitim görmektedir. 9. ve 10. sınıftaki öğrenciler alan seçmemekte, aynı dersleri işlemektedir. 11. sınıfta alan seçimi yaparak 11. ve 12. sınıfta sözel, eşit ağırlık veya sayısal ağırlıklı dersleri işlemektedir. 11. ve 12. sınıftaki öğrencilerin tümü sayısal alanını seçmiştir. Okul ders işleme açısından sabah ve öğle grubu olmak üzere iki adet vakit çizelgesine sahiptir. Sadece 10. sınıflar öğlen grubuna gelmektedir. Diğer sınıflar sabah grubundadır. Sabah grubunun ders başlama saati 07:30, bitiş saati 13:25'dir. Öğlen grubunun ders başlama saati 13:40, bitiş saati 19:35'dir.

Altındağ Atatürk Mesleki ve Teknik Anadolu Lisesi'nde 115 öğretmen çalışmakta olup 1077 öğrenci eğitim görmektedir. 9. sınıftaki öğrenciler aynı dersleri görmekte olup yıl sonunda alan seçimi yaparak 10., 11. ve 12. sınıfta sözel derslerin ağırlıkta olduğu alanları seçmektedir. Ders başlama saati 08:30 olup bitiş saati 15:20 ile 17:00 arasında değişmektedir. Her bir ders 40 dk sürmektedir.

Yenimahalle Mehmet Rüştü Üzer Mesleki ve Teknik Anadolu Lisesi'nde 75 öğretmen çalışmakta olup 500 öğrenci eğitim görmektedir. 9. sınıftaki öğrenciler aynı dersleri görmekte olup yıl sonunda kimya veya gıda alanlarından birini seçerek 10., 11. ve 12. sınıfta bu bölümler ile ilgili ağırlıklı dersleri işlemektedirler. Ders başlama saati 08:30 olup bitiş saati 15:00 ile 17:30 arasında değişmektedir. Her bir ders 40 dk sürmektedir.

Mamak Prof. Dr. Rağıp Üner Mesleki ve Teknik Anadolu Lisesi'nde 44 öğretmen çalışmakta olup 324 öğrenci eğitim görmektedir. 9. ve 10. sınıftaki öğrenciler alan seçmemekte, aynı dersleri işlemektedir. 11. sınıfta hemşire yardımcılığı, ebe yardımcılığı veya sağlık bakım teknisyeni alanlarından birini seçerek 11. ve 12. sınıfta bu bölümler ile ilgili ağırlıklı dersleri işlemektedirler. Ders başlama saati 08:30 olup bitiş saati 17:15'dir. Her bir ders 40 dk sürmektedir.

Sincan Ersin Bacaksız Anadolu Lisesi'nde 60 öğretmen görev yapmakta olup 830 öğrenci eğitim görmektedir. 9. ve 10. sınıftaki öğrenciler alan seçmemekte, aynı dersleri işlemektedir. 11. sınıfta alan seçimi yaparak 11. ve 12. sınıfta sözel, eşit ağırlık veya sayısal ağırlıklı dersleri işlemektedir. Öğrenciler eşit ağırlık veya sayısal alanlarından birini seçmiştir. Sözel alanını seçen herhangi bir öğrenci bulunmamaktadır. Ders başlama saati 08:45 olup bitiş saati 16:00'dir. Her bir ders 40 dk sürmektedir.

Etimesgut Şehit Ömer Halisdemir Anadolu Lisesi'nde 72 öğretmen görev yapmakta olup 767 öğrenci eğitim görmektedir. 9. ve 10. sınıftaki öğrenciler alan seçmemekte, aynı dersleri işlemektedir. 11. sınıfta alan seçimi yaparak 11. ve 12. sınıfta sözel, eşit ağırlık veya sayısal ağırlıklı dersleri işlemektedir. Öğrenciler eşit ağırlık veya sayısal alanlarından birini seçmiştir. Sözel alanını seçen herhangi bir öğrenci bulunmamaktadır. Ders başlama saati 08:00 olup bitiş saati 15:20'dir. Her bir ders 40 dk sürmektedir.

2.3. Araştırmanın Evreni

Araştırmanın evrenini, Eylül-Kasım 2019 tarihleri arasında Ankara Milli Eğitim Müdürlüğüne bağlı merkez ilçelerdeki liselerde öğrenim görmekte olan 14-18 yaş grubu ergenler (N=175.720) oluşturmaktadır.

2.4. Araştırmanın Örneklemi

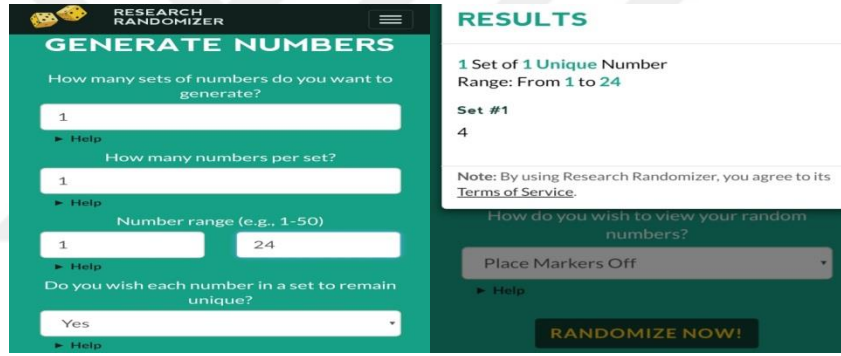
Araştırma Ankara ilinin merkez ilçelerinde bulunan devlet liselerinde yapılmıştır. Araştırmamızın evrenini oluşturan Ankara ilinin merkez ilçelerine bağlı devlet liselerinde (9-10-11-12. Sınıf) toplam 175.720 öğrenci okumaktadır. Araştırmaya alınacak örneklemin temsil gücünün hesaplanması “G*Power 3.1.9.2” programı ile yapılmıştır. Dağdeviren ve Şimşek’in (2013) yapmış olduğu çalışmada Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları II ölçeğinden aldıkları puan ortalamasının $118,4 \pm 20,0$ olduğu görülmüştür. Ölçek puanının 2 puanlık farkı olabileceği varsayımı altında 0.95 güven aralığı alınarak hesaplama yapılmış ve çalışmaya 770 ergen dahil edilmiştir.

Araştırma örnekleminin evreni temsil etmesi amacı ile Ankara’nın merkez ilçeleri (<http://www.ankara.gov.tr/ilcelerimiz>) olan Çankaya, Keçiören, Altındağ, Yenimahalle, Mamak, Sincan, Etimesgut ilçelerinden lise seçimi yapılmıştır. Her ilçe bir kümeyi temsil etmektedir. Her ilçedeki lisede okuyan öğrenci sayısının toplam (Ankara’da bulunan) lise öğrencisi sayısına oranı ile her ilçeden kaç öğrencinin araştırmaya dahil olacağı belirlenmiştir (Çizelge 2.1).

Çizelge 2.1. İlçelere Göre Araştırmaya Dahil Edilen Öğrenci Sayıları

Küme Numarası	Küme Adı	Öğrenci Sayısı	Küme Ağırlığı	Örnekleme Giren Öğrenci Sayısı
1	Çankaya İlçesi	34477	$34477/175720=0,19$	$0,19*770=149$
2	Keçiören İlçesi	26621	$26621/175720=0,15$	$0,15*770=118$
3	Altındağ İlçesi	20173	$20173/175720=0,11$	$0,11*770=87$
4	Yenimahalle İlçesi	32237	$32237/175720=0,18$	$0,18*770=141$
5	Mamak İlçesi	23018	$23018/175720=0,13$	$0,13*770=103$
6	Sincan İlçesi	21092	$21092/175720=0,12$	$0,12*770=95$
7	Etimesgut İlçesi	18102	$18102/175720=0,10$	$0,10*770=77$
Toplam	7 İlçe	175.720	~1,00	~770

Her ilçeden örnekleme girecek sayı tamamlanana kadar o ilçedeki öğrenci sayıları göz önüne alınarak kaç lisenin örnekleme dahil edileceği belirlenmiştir. Buna göre her ilçeden bir lise araştırmaya dahil edilmiştir. Liselerin seçimi basit rastgele yöntemi ile yapılmıştır.. Rastgele seçimin olması için <https://www.randomizer.org/> sitesinden faydalanılmıştır. İlçedeki liselere birer numara verilmiştir. Yapılan numaralandırma sisteme yazılarak seçimin bu sayılar arasında yapılması sağlanmıştır. Örneğin; Sincan ilçesinde bulunan 24 adet liseye 1’den 24’e kadar bir sayı verilerek, sistemde minimum sayı bölümüne 1, maksimum sayı bölümüne 24 yazılmıştır. Sistemin bir adet seçim yapması sağlanmış ve sistemin yapmış olduğu seçim sonucunda ortaya çıkan sayının temsil ettiği lise araştırmaya dahil edilmiştir. Bu uygulama her ilçedeki lise seçimi için aynı şekilde yapılmıştır.



The image shows a screenshot of the Research Randomizer website. The left panel is titled 'GENERATE NUMBERS' and contains the following fields: 'How many sets of numbers do you want to generate?' with a value of 1; 'How many numbers per set?' with a value of 1; 'Number range (e.g., 1-50)' with a range from 1 to 24; and 'Do you wish each number in a set to remain unique?' with a dropdown menu set to 'Yes'. The right panel is titled 'RESULTS' and shows the output: '1 Set of 1 Unique Number', 'Range: From 1 to 24', and 'Set #1' with the number 4. Below the results, there is a note about the Terms of Service and a dropdown menu for 'How do you wish to view your random numbers?' set to 'Place Markers Off'. A 'RANDOMIZE NOW!' button is at the bottom right.

Şekil 2.1. Basit Rastgele Örneklem Seçimi (<https://www.randomizer.org>)

Bu yöntemle örnekleme seçilen liseler, Çankaya Faik Güngör Kız Anadolu İmam Hatip Lisesi, Keçiören Kalaba Anadolu Lisesi, Altındağ Atatürk Mesleki ve Teknik Anadolu Lisesi, Yenimahalle Mehmet Rüştü Üzer Mesleki ve Teknik Anadolu Lisesi, Mamak Prof. Dr. Rağıp Üner Mesleki ve Teknik Anadolu Lisesi, Sincan Ersin Bacaksız Anadolu Lisesi, Etimesgut Şehit Ömer Halisdemir Anadolu Lisesi olmuştur.

İlçelerden örnekleme katılacak olan öğrenci sayısı belirlendikten sonra seçilen liselere göre tabakalandırma işlemi yapılmıştır. Her liseden araştırmaya dahil

edilecek öğrencilerin, sınıflarına ve alanlarına göre dağılımı orantılı tabakalama yöntemine göre belirlenmiştir. Tabakalandırma heterojen örneklem oluşturmak amacıyla sınıflara ve varsa öğrencilerin seçmiş olduğu farklı alanlara göre yapılmıştır (Çizelge 2.2, 2.3, 2.4, 2.5, 2.6, 2.7, 2.8). Belirlenen sayılara göre öğrenci seçimi basit rastgele örnekleme yöntemine göre yapılmıştır. İşlem basamakları şu şekilde gerçekleşmiştir;

- Seçilen lisedeki öğrenci sayısının okul müdürleri ile iletişime geçilerek tespit edilmesi,
- Lisenin bulunduğu ilçeden örnekleme dahil edilecek öğrenci sayısı ile seçilen lisenin öğrenci sayısı arasındaki oranın hesaplanarak tabaka ağırlığının bulunması,
- Tabaka ağırlık oranı kullanılarak sınıflardan (9-10-11-12) örnekleme alınacak öğrenci sayısının belirlenmesi,
- Öğrencilerin farklı olarak seçmiş olduğu herhangi bir alan varsa alanlarda okuyan öğrenci sayısı ile tabaka ağırlık oranı kullanılarak seçilmiş olan alandan kaç öğrencinin örnekleme dahil edileceğinin belirlenmesidir. Aynı düzey sınıflar arasındaki öğrenciler aynı alanı seçmişse tabaka ağırlığı işlemi yapılmamıştır.

Çizelge 2.2. Çankaya Faik Güngör Kız Anadolu İmam Hatip Lisesi Tabaka Ağırlığı Hesaplaması

Sınıflar	Öğrenci Sayısı	Tabaka Ağırlığı	Örnekleme Katılacak öğrenciler	Alan Seçiminin Etkisi	
9. sınıf	10	149/213=0,70	0,70*10=7	Alan yok	
10. sınıf	32		0,70*32=23	Alan yok	
11. sınıf	104		0,70*104=72	Sözel= 18	0.70*18=12
				Eşit ağırlık=62	0.70*62=43
				Sayısal=24	0.70*24=17
12.sınıf	67		0,70*67=47	Eşit ağırlık=44	0.70*44=31
				Sayısal=23	0.70*23=16
Toplam	213		149	149	

Çizelge 2.3. Keçiören Kalaba Anadolu Lisesi Tabaka Ağırlığı Hesaplaması

Sınıflar	Öğrenci Sayısı	Tabaka Ağırlığı	Örnekleme Katılacak öğrenciler	Alan Seçiminin Etkisi
9. sınıf	330	118/1230=0.09	0,09*330=31	Alan yok.
10. sınıf	650		0,09*650=61	Alan yok.
11. sınıf	140		0,09*140=15	Sayısal*
12.sınıf	110		0,09*110=11	Sayısal*
Toplam	1230		118	

*: 11. ve 12. sınıftaki öğrenciler sayısal dışında farklı bir alan seçmemişlerdir. Bu yüzden alana göre tabakalandırma işlemi yapılamamıştır.

Çizelge 2.4. Altındağ Atatürk Mesleki ve Teknik Anadolu Lisesi Tabaka Ağırlığı Hesaplaması

Sınıflar	Öğrenci Sayısı	Tabaka Ağırlığı	Örnekleme Katılacak öğrenciler	Alan Seçiminin Etkisi
9. sınıf	359	87/1077=0,08	0,08*359=30	Alan yok.
10. sınıf	178		0,08*178=14	Alan yok.
11. sınıf	289		0,08*289=22	Sözel*
12.sınıf	251		0,08*251=21	Sözel*
Toplam	1077		87	87

*: 11. ve 12. sınıftaki öğrenciler sözel dışında farklı bir alan seçmemişlerdir. Bu yüzden alana göre tabakalandırma işlemi yapılamamıştır.

Çizelge 2.5. Yenimahalle Mehmet Rüştü Üzer Mesleki ve Teknik Anadolu Lisesi Tabaka Ağırlığı Hesaplaması

Sınıflar	Öğrenci Sayısı	Tabaka Ağırlığı	Örnekleme Katılacak öğrenciler	Alan Seçiminin Etkisi
9. sınıf	58	141/500=0,28	0,28*58=16	Alan yok.
10. sınıf	72		0,28*72=21	Gıda=18 Kimya=54
11.	218		0,28*218=62	Kimya*
12.	152		0,28*152=42	Kimya*
Toplam	500		141	141

*: 11. ve 12. sınıftaki öğrenciler kimya dışında farklı bir alan seçmemişlerdir. Bu yüzden alana göre tabakalandırma işlemi yapılamamıştır.

Çizelge 2.6. Mamak Prof. Dr. Rağıp Üner Mesleki ve Teknik Anadolu Lisesi Tabaka Ağırlığı Hesaplaması

Sınıflar	Öğrenci Sayısı	Tabaka Ağırlığı	Örnekleme Katılacak öğrenciler	Alan Seçiminin Etkisi
9. sınıf	132	103/324=0,31	0,31*132=41	Alan yok.
10.	98		0,31*98=31	Alan yok.
11. sınıf	32		0,31*32=10	Hemşire yardımcılığı=16 Sağlık bakım teknisyeni=16
12. sınıf	62		0,31*62=21	Hemşire yardımcılığı=25 Sağlık bakım teknisyeni=23 Ebe yardımcılığı=14
Toplam	324		103	103

Çizelge 2.7. Sincan Ersin Bacaksız Anadolu Lisesi Tabaka Ağırlığı Hesaplaması

Sınıflar	Öğrenci Sayısı	Tabaka Ağırlığı	Örnekleme Katılacak öğrenciler	Alan Seçiminin Etkisi	
9. sınıf	230	95/830=0,11	0,11*230=27	Alan yok	
10. sınıf	270		0,11*270=30	Alan yok	
11. sınıf	210		0,11*210=25	Eşit ağırlık=84	0.11*84=10
				Sayısal=126	0.11*126=15
12.sınıf	120		0,11*120=13	Eşit ağırlık=23	0.11*23=3
				Sayısal=97	0.11*97=10
Toplam	830		95	95	

Çizelge 2.8. Etimesgut Şehit Ömer Halisdemir Anadolu Lisesi Tabaka Ağırlığı Hesaplaması

Sınıflar	Öğrenci Sayısı	Tabaka Ağırlığı	Örnekleme Katılacak öğrenciler	Alan Seçiminin Etkisi	
9. sınıf	274	77/767=0,1	0,1*274=27	Alan yok.	
10. sınıf	220		0,1*220=22	Alan yok.	
11. sınıf	165		0,1*165=16	Eşit ağırlık=32	0.1*32=3
				Sayısal=133	0.1*133=13
12.sınıf	108		0,1*108=11	Eşit ağırlık=28	0.1*28=3
				Sayısal=80	0.1*80=8
Toplam	767		77	77	

Bu tabakalara uygun sayıda öğrenciler, okul öğrenci listelerinden basit rastgele örnekleme yöntemiyle seçilmiştir. Rastgele seçimin olması için <https://www.randomizer.org/> sitesi kullanılmıştır. Okul listesindeki sıraya göre numaralandırma yapılmış, numara aralığı ve uygun sayıda seçimin yapılması için her bir sınıftan örnekleme girecek öğrenci sayısı yazılmıştır. Sistemin seçim yapması sağlanarak ortaya çıkan sayılar ile eşleşen öğrenciler örnekleme alınmıştır. Gönüllülük esas alınarak araştırmaya dahil edilme kriterlerini taşıyan öğrenciler örnekleme alınmıştır.

2.4.1. Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri

- Lisede okuyan ve ergen yaş grubunda olmak,
- Türkçe okur-yazar olmak,
- Görme-işitme sorunu, mental retardasyonu olmamak,
- Araştırmaya katılmayı kabul etmek araştırmanın dahil edilme kriterleridir.

2.5. Veri Toplama Araçları

2.5.1. Sosyo-demografik Veri Formu

Çalışmanın verilerini elde etmek amacı ile literatürden faydalanılarak katılımcıların sosyo-demografik özelliklerini yansıtan araştırmacı tarafından oluşturulan 4 sorudan oluşmaktadır. Katılımcıların yaşını, sınıfını, cinsiyetini ve anne-baba eğitim durumu öğrenmeye yönelik sorulardan oluşmaktadır.

2.5.2. Sağlık Okuryazarlık Ölçeği (SOYÖ)

Türkiye’de geçerlilik ve güvenilirliği yapılmış ve ergen yaş grubuna uygun olarak hazırlanmış Sağlık Okuryazarlık Ölçeği bulunamamıştır. Literatür taraması yapılarak ergenlere uygulanabilecek ölçekler belirlenmiştir. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği alanında iki uzmanın görüşü alınarak geçerlilik güvenilirliği Aras ve Bayık Temel (2017) tarafından yapılan Sağlık Okuryazarlık Ölçeği seçilmiştir.

Sağlık Okuryazarlık Ölçeği, Sorensen (2013) tarafından geliştirilmiştir. Toçi, Bruzari ve Sorensen (2013) tarafından tekrar çalışarak sadeleştirilmiştir. Ölçeğin Cronbach alpha değeri 0,95 olup alt ölçeklerin Cronbach alpha değerleri 0,90 ile 0,94 arasında değişmektedir. Türkçe geçerlilik güvenirlik çalışması Aras ve Bayık Temel tarafından 2017 yılında yapılan ölçek hastanede yatarak tedavi gören 18 yaş üstü 250 hastada uygulanmıştır. Ölçeğin Cronbach Alpha değeri 0,92 bulunmuştur. Alt boyutlarının Cronbach alpha değerleri 0,62 ile 0,79 arasında değişmekte olup bu yaş grubunda kullanımın uygun olduğunu göstermektedir. Ölçeğin ergenlerde uygulanabilirliğini hesaplamak için pilot çalışma yapılmıştır (bakınız pilot çalışma). Ölçek 25 madde ve dört alt boyuttan oluşmaktadır. Bu dört alt boyut;

- Bilgiye erişim,
- Bilgileri anlama,
- Değer biçme/ Değerlendirme,
- Uygulama/ Kullanmadır.

Bilgiye erişim alt boyutu beş madde (1-5) içermektedir, bu alt ölçekten alınacak minimum puan 5, maksimum puan 25'dir. Bilgileri anlama alt boyutu yedi madde (6-12) içermektedir, bu alt ölçekten alınacak minimum puan 7, maksimum puan 35'dir. Değer biçme/ değerlendirme alt boyutu sekiz madde (13-20) içermektedir, bu alt boyuttan alınacak minimum puan 8, maksimum puan 40'dır. Uygulama/ kullanma alt boyutu beş madde (21-25) içermektedir, bu alt ölçekten alınacak minimum puan 5, maksimum puan 25'dir. Ölçekten toplamda alınabilecek en düşük puan 25, en yüksek puan 125'dir. Puan arttıkça sağlık okuryazarlık düzeyi de artmaktadır. Beşli likert yapıda olan ölçek katılımcılar tarafından "5=Hiç zorluk çekmiyorum, 4=Az zorluk çekiyorum, 3=Biraz zorluk çekiyorum, 2=Çok zorluk çekiyorum, 1=Yapamayacak durumdayım" şeklinde yanıtlanmaktadır. Ölçeğin tüm maddeleri olumlu yapıda olup herhangi olumsuz bir madde bulunmamaktadır (Aras ve Bayık Temel, 2017). Çalışmamızda SOY ölçeğinin Cronbach alpha değeri 0,92 olarak hesaplanmıştır.

2.5.3. Sağlık Tutum Ölçeği (STÖ)

Türkiye’de geçerlilik ve güvenirliği yapılmış ergen yaş grubuna uygun olarak hazırlanmış Sağlık Tutum Ölçeği bulunamamıştır. Literatür taraması yapılarak ergenlere uygulanabilecek ölçekler belirlenmiştir. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği alanında iki uzmanın görüşü alınarak Pelitoğlu ve Özgür (2013) tarafından geliştirilen Sağlık Tutum Ölçeği seçilmiştir.

Pelitoğlu ve Özgür (2013) tarafından geliştirilen öğrencilerin sağlığa yönelik tutumlarının belirlendiği sağlık tutum ölçeği, 6. Ve 7. Sınıf ilköğretim öğrencileri üzerinde uygulanmıştır. Ölçeğin Cronbach alpha değeri 0.96 olup alt boyutlarının Cronbach alpha değeri 0.87-0.96 arasında değişmektedir. Ölçeğin ergen grubuna uygulanabilirliğini hesaplamak için pilot çalışma yapılmıştır (bakınız pilot çalışma). Ölçek 34 madde ve 3 alt boyuttan oluşmaktadır. Bu boyutlar;

- Sağlık sorumluluğu,
- Çevre ve güvenlik sağlığı,
- Bütünüyle sağlıklı bir insandır.

Sağlık sorumluluğu alt boyutu 17 maddeden oluşmaktadır. En düşük 17, en yüksek 51 puan alınmaktadır. Yüksek puan alınması olumlu olarak değerlendirilmektedir. Çevre ve güvenlik sağlığı alt boyutu 9 maddeden oluşmaktadır. En düşük 9, en yüksek 27 puan alınmaktadır. Bütünüyle sağlıklı bir insan alt boyutu 8 maddeden oluşmaktadır. En düşük 8, en yüksek 24 puan alınmaktadır. Ölçek içerisinde olumlu ve olumsuz maddeleri içermektedir. Olumsuz maddeler 6., 7., 11., 12, 13., 15., 16., 20., 22., 23., 24., 26., 27., 28., 29., 30., 31., 32., 33. ve 34.’dür. Olumlu maddeler 1., 2., 3., 4., 5., 8., 9., 10., 14., 17., 18., 19., 21., 25.’dir. Katılımcılar tarafından olumlu maddeler “1=Katılıyorum, 2=Kararsızım, 3=Katılmıyorum” şeklinde puanlanmıştır. Olumsuz maddeler ters şekilde

puanlanmıştır (Pelitoğlu ve Özgür, 2013). Çalışmamızda Sağlık Tutum Ölçeğinin Cronbach alpha değeri 0,72 olarak hesaplanmıştır.

2.5.4. Sağlık Algısı Ölçeği (SAÖ)

Diamond ve arkadaşları (2007) tarafından geliştirilen sağlık algısı ölçek 322 kişiden oluşan yetişkin grubuna uygulanmış ve alt gruplarının Cronbach alpha değerleri 0,82 ile 0,91 arasında hesaplanmıştır. Türkçe geçerlilik ve güvenirliği Kadioğlu ve Yıldız (2012) tarafından yapılan ölçek kişinin sağlık algısını değerlendirmek için kullanılmaktadır. Ölçek 18 yaş üstü üniversite hemşirelik öğrencisine (n=287) ve öğrencilerin aile bireylerine (n=307) uygulanmıştır. Cronbach alpha katsayısı hemşirelik öğrencilerinde 0,77, öğrencilerin ailelerinde 0,70 olarak hesaplanmıştır. Ölçeğin alt boyutlarının Cronbach alpha değerleri 0,53 ile 0,76 arasında değişmektedir. SAÖ 15 maddeden ve 4 alt boyuttan oluşmaktadır. Bu boyutlar;

- Kontrol merkezi,
- Öz farkındalık,
- Kesinlik,
- Sağlığın önemidir.

Kontrol merkezi alt boyutu 5 maddeden oluşmaktadır. Bu maddeler şunlardır: 2, 3, 4, 12, 13. En az 5, en çok 25 puan alınmaktadır. Öz farkındalık alt boyutu 3 maddeden oluşmaktadır. Bu maddeler şunlardır: 5, 10, 14. En düşük 3, en yüksek 15 puan alınmaktadır. Kesinlik alt boyutu 4 maddeden oluşmaktadır. Bu maddeler şunlardır: 6, 7, 8, 15. En düşük 4, en yüksek 20 puan alınmaktadır. Sağlığın önemi alt boyutu 3 maddeden oluşmaktadır. Bu maddeler şunlardır: 1, 9, 11. En düşük 3, en

yüksek 15 puan alınmaktadır. Ölçek içerisinde olumlu ve olumsuz maddeler bulunmaktadır. Olumlu maddeler 1., 5., 9., 10., 11. ve 14.'dür. Olumsuz maddeler, 2., 3., 4., 6., 7., 8., 12., 13. ve 15.'dir. Olumlu maddeler “Çok katılıyorum= 5”, “Katılıyorum= 4”, “Kararsızım= 3”, “katılmıyorum= 2”, “Hiç katılmıyorum= 1” şeklinde puanlanmış olup olumsuz ifadeler ise tam tersi olarak puanlanmıştır. Ölçekten alınabilecek en yüksek puan 15 olup en düşük puan 75'dir. Alınan puan arttıkça kişinin sağlık algı düzeyi de artmaktadır. Kılıç (2019) ergenlerde uyguladığı çalışmada sağlık algısı ölçeğinin Cronbach alpha değerini 0,71 olarak hesaplamıştır. Hesaplanan değer ölçeğin ergenlerde uygulamak için güvenilir olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Çalışmamızda sağlık algısı ölçeğinin Cronbach alpha değeri 0,79 olarak hesaplanmıştır.

2.5.5. Sağlıklı Yaşam Biçim Davranışları Ölçeği II (SYBDÖ II)

Walker ve ark. (1996) tarafından geliştirilen ölçek sağlık davranışlarını ölçmek amacıyla kullanılmaktadır. Ölçeğin Cronbach alpha güvenirlik katsayısını 0,94 olarak hesaplanmıştır. Ölçeğin alt faktörlerinin değerleri 0,79-0,87 arasında değişmektedir. Bahar ve arkadaşları (2008) tarafından ölçeğin Türkçe'ye uyarlaması yapılmıştır. Ölçek 18 yaş üstü 522 kişiye uygulanmış ve ölçeğin Cronbach alpha değeri 0,92 olarak hesaplanmıştır. Alt faktörlerin Cronbach alpha değerleri 0.64-0.80 arasında değişmektedir. Madde sayısı 52 olan ölçek toplamda 6 alt faktörden oluşmaktadır. Bunlar;

- Manevi gelişim,
- Sağlık sorumluluğu,
- Fiziksel aktivite,
- Beslenme,
- Kişilerarası ilişkiler,

- Stres yönetimidir.

Sağlık sorumluluğu alt boyutu 9 maddeden oluşmaktadır. Bu maddeler şunlardır: 3, 9,15, 21, 27, 33, 39, 45, 51. En düşük 9, en yüksek 36 puan alınmaktadır. Yüksek puan alınması olumlu olarak değerlendirilmektedir. Fiziksel aktivite alt boyutu 8 maddeden oluşmaktadır. Bu maddeler şunlardır: 4, 10, 16, 22,28, 34, 40, 46. En düşük 8, en yüksek 32 puan alınmaktadır. Beslenme alt boyutu 9 maddeden oluşmaktadır. Bu maddeler: 2, 8, 14, 20, 26, 32, 38, 44, 50. En düşük 9, en yüksek 36 puan alınmaktadır. Manevi gelişim alt boyutu 9 maddeden oluşmaktadır. Bu maddeler şunlardır: 6, 12, 18, 24, 30, 36, 42, 48, 52. En düşük 9, en yüksek 36 puan alınmaktadır. Yüksek puan alınması olumlu olarak değerlendirilmektedir. Kişilerarası ilişkiler alt boyutu 9 maddeden oluşmaktadır. Bu maddeler şunlardır: 1, 7, 13, 19, 25, 31, 37, 43, 49. En düşük 9, en yüksek 36 puan alınmaktadır. Stres yönetimi alt boyutu 8 maddeden oluşmaktadır. Bu maddeler şunlardır: 5, 11, 17, 23, 29, 35, 41, 47. . En düşük 8, en yüksek 32 puan alınmaktadır. Alt boyutlardan yüksek puan alınması olumlu olarak değerlendirilmektedir (Bahar ve ark., 2008).

Ölçek herhangi bir olumsuz madde içermemekte tüm maddeleri olumludur. 4'lülükert yapıdaki ölçek “ Hiçbir zaman=1, bazen=2, sık sık=3, düzenli olarak=4” olarak puanlandırılmaktadır. Ölçekten alınabilecek en yüksek puan 52, en düşük puan 208'dir. Katılımcının aldığı puan arttıkça sağlık davranışları düzeyi de artmaktadır. Yeşilfidan, (2016) ergenler üzerinde yaptığı çalışmasında Cronbach alpha değerini 0,94 olarak hesaplamıştır. İç tutarlılığın yüksek olduğu SYBDÖ II ölçeğinin ergen grubuna uygulanabilir olduğu görülmüştür. Çalışmamızın sonucunda SYBDÖ II ölçeğinin Cronbach alpha değeri 0,94 olarak hesaplanmıştır.

2.6. Pilot Çalışma

Türkiye’de geçerlilik ve güvenirliği yapılmış ergen yaş grubuna uygun olarak hazırlanmış Sağlık Okuryazarlık Ölçeği ve Sağlık Tutum Ölçeği bulunamamıştır. Literatür taraması yapılarak ergenler için uygun parametreler içeren ölçekler belirlenmiştir. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği alanında uzmanın görüşü alınarak ergenler için en uygun parametrelerin içeren ölçekler seçilmiştir. Türkçe Geçerlilik ve güvenirliği Aras ve Bayık Temel (2017) tarafından yapılan Sağlık Okuryazarlık Ölçeği, Pelitoğlu ve Özgür (2013) tarafından geliştirilen Sağlık Tutum Ölçeği belirlenmiştir.

Sağlık Okuryazarlık Ölçeğinin uyarlayıcılarına e-mail yoluyla ulaşarak ölçeğin ergen grubuna uygulanması konusundaki önerilerine başvurulmuştur. Uyarlayıcılar sadece katılımcının tehlikeli davranışlar konusundaki düşüncesini ölçmeyi amaçlayan madde içerisindeki örneklerden birinin uygun olmadığına, bu örnek yerine ergenlere uygun örneğin yazılmasını önermişlerdir. Uygun olmayan örneğin “içkili araba kullanma” olduğunu bu örnek yerine “emniyet kemeri kullanmama” örneğinin verilmesini tavsiye etmişlerdir. Tavsiye edilen değişiklik yapılmış, Sağlık Okuryazarlık Ölçeğinin ergenlerde kullanımının uygun olduğunun saptanması için iç tutarlılık (Cronbach alpha) değerinin hesaplanmasına karar verilmiştir.

Sağlık Tutum Ölçeğini geliştiren araştırmacılara e-mail yoluyla ulaşarak ölçeğin ergen grubuna uygulanması konusundaki önerilerine başvurulmuştur. Ölçeği geliştiren araştırmacılar Sağlık Tutum Ölçeğindeki maddelerin ergenlerin anlayabileceği düzeyde olduğunu pilot çalışma yapılarak iç tutarlılığın hesaplanması gerektiğini tavsiye etmişlerdir. Sağlık Tutum Ölçeğinin ergenlerde kullanımının uygun olduğunun saptanması için iç tutarlılık (Cronbach alpha) değerinin hesaplanmasına, pilot çalışma yapılmasına karar verilmiştir.

Metodolojik araştırmalarda örneklem büyüklüğü hesaplanmasında ölçek madde sayısının 3-10 katının alınması tavsiye edilmektedir (Preacher & MacCallum, 2002). SOY 25 maddeden, ST ise 34 maddeden oluşmaktadır. Ölçek madde sayısı dikkatte alınarak madde sayısı yüksek olan ST (34 madde) zerinden örneklem hesaplaması yapılmıştır. Sağlık tutum leğinin madde sayısının 6 katı alınmıştır. Her iki ölçek için toplam $34 \times 6 = 204$ öğrenciye (rneklemde yer almayan okullardan) ulaşılması planlanmıştır.

Pilot çalışmanın yapılacağı okulun seçimi Ankara'nın merkezi ilçeleri arasında yapılmış ve rastgele seçimin olması için <https://www.randomizer.org/> sitesinden faydalanılmıştır. Seçim aşamasında 7 merkezi ile numaralandırılmıştır. Yapılan numaralandırmalar sisteme yazılarak seçimin bu sayılar arasında yapılması sağlanmıştır. Ortaya çıkan numaranın temsil ettiği ilçedeki liseye kendi içinde numaralandırma yapılmıştır. Yapılan numaralandırmalar sisteme yazılarak seçimin bu sayılar arasında yapılması sağlanmıştır. Sistemin yapmış olduğu seçim sonucunda ortaya çıkan sayının temsil ettiği lise pilot çalışmada kullanılmıştır.

Pilot çalışmanın ankaya Ayrancı Anadolu Lisesi'nde yapılmasına karar verilmiş ve örneklemenin sınıfa göre tabakalandırması yapılmıştır. Bu işlem şu şekilde gerçekleşmiştir (izelge 2.9);

- Lisedeki ğrenci sayısının okul müdürü ile iletişime geçilerek tespit edilmesi,
- Pilot çalışmaya dahil edilecek ğrenci sayısı ile seçilen lisenin ğrenci sayısı arasındaki oranın hesaplanarak tabaka ağırlığının bulunması,
- Tabaka ağırlık oranı kullanılarak sınıflardan (9, 10, 11, 12) rneklem alınacak ğrenci sayısının belirlenmesidir.

Çizelge 2.9. Çankaya Ayrancı Anadolu Lisesi Tabaka Ağırlığı Hesaplaması

Sınıflar	Öğrenci Sayısı	Tabaka Ağırlığı	Örnekleme Katılacak öğrenciler	Alan Seçiminin Etkisi
9. sınıf	190	204/630=0.32	0.32*190=61	Alan yok.
10. sınıf	185		0.32*185=60	Alan yok.
11. sınıf	135		0.32*135=44	Sayısal*
12.sınıf	120		0.32*120=39	Sayısal*
Toplam	630		204	

*: 11. ve 12. sınıftaki öğrenciler sayısal dışında farklı bir alan seçmemişlerdir. Bu yüzden alana göre tabakalandırma işlemi yapılamamıştır.

Yapılan veri analizi sonucunda sağlık tutum ölçeğinin Cronbach Alpha değeri 0,72 olarak hesaplanmış ve iç tutarlılığın güvenilir olduğu sonucuna varılmıştır. Sağlık okuryazarlık ölçeğinin Cronbach Alpha değeri 0,92 olarak hesaplanmış ve iç tutarlılığı yüksek güvenilirlikte olduğu sonucuna varılmıştır. Ergenlerde ön çalışması yapılan her iki ölçeğin de ana çalışmada kullanmak için uygun ölçekler olduğu kanaatine varılmıştır.

2.7. Veri Toplama Araçlarının Uygulanması

Çalışma Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulu, Ankara Üniversitesi Rektörlüğü Etik Kurulu ve Ankara Valiliği Milli Eğitim Müdürlüğü tarafından onaylanmasının ardından uygulanmaya başlanmıştır.

Seçimi yapılan okulların müdürleri ile iletişime geçilerek uygulamaya katılacak öğrencilerin sınıfları ve uygulamanın yapılacağı ders saati öğrencilerin eğitim ve öğretim faaliyetlerini engellemeyecek şekilde belirlenmiştir. Okul müdürlüğü

tarafından uygun görülen ders saati rehberlik dersi olarak belirlenmiştir. Rehberlik saatinin olacağı günden bir gün önce sınıflara gidilmiş ve belirlenen öğrencilere araştırma hakkında bilgilendirme yapılarak araştırmanın sonuçlarının gizlilik içerisinde isimlerinin yer almayacağı şekilde yayınlanacağı söylenmiştir. Katılımcılara öğrenciler ve aileler için olan onam formları dağıtılmıştır. Onam formları imzalatıldıktan sonra ölçekleri cevaplandıracakları söylenmiştir. Rehberlik saatinin olacağı günde onamlar toplanmış araştırmaya katılmayı kabul eden katılımcılara veri toplama araçları hakkında bilgilendirmeler yapılmıştır. Katılımcılara Sosyodemografik Veri Formu, Sağlık Okuryazarlık Ölçeği, Sağlık Tutum Ölçeği, Sağlık Algısı Ölçeği ve Sağlıklı Yaşam Biçim Davranışları II Ölçeği dağıtılarak bir ders saati içerisinde doldurmaları sağlanmıştır. Ergenlerin ölçeklerle ilgili olası sorularının yanıtlanabilmesi için uygulamanın yapıldığı süre boyunca araştırmacı sınıflarda bulunmuştur. Ölçekleri doldurmayı bitiren öğrencilerden ölçekler toplanmıştır. Verilerin toplanma aşaması yaklaşık 2 ay sürmüştür.

“Sosyodemografik Veri Formu”nun doldurulması ortalama bir dakika, “Sağlık Okuryazarlık Ölçeği”nin doldurulması yaklaşık yedi dakika, “Sağlık Tutum Ölçeği”nin doldurulması yaklaşık yedi dakika, “Sağlık Algısı Ölçeği”nin doldurulma süresi yaklaşık beş dakika ve “Sağlıklı Yaşam Biçim Davranışları II Ölçeği”nin doldurulma süresi yaklaşık on dakika sürmüştür. Verilerin toplama süresi yaklaşık 30 dakikadır.

2.8. Veri Analizi

- ❖ Araştırma verileri SPSS (Statistical Package of Social Sciences) 20.0 istatistik programı kullanılarak analiz edilmiştir.
- ❖ Verilerin normal dağılım gösterdiği saptanarak parametrik analizler uygulanmıştır.

- ❖ Sosyodemografik özelliklerin değerlendirilmesinde sayı, yüzdelik
- ❖ Bağımsız iki grup ortalamasının karşılaştırılmasında t testi,
- ❖ SOYÖ ile STÖ, SAÖ, SYBDÖ II ortalamalarının karşılaştırılmasında tek yönlü varyans analizi (ANOVA),
- ❖ Tek yönlü varyans analizi sonrasında gruplar arasındaki farkın anlamlı olduğu durumlar için ileri analizlerin yapıldığı Post Hoc testi (Tukey),
- ❖ Ölçekler ve alt boyutlar arasındaki ilişkinin belirlenmesi için Pearson Korelasyon analizi kullanılmıştır.
- ❖ Anlamlılık seviyesi $p<0.05$ olarak kabul edilmiştir.

2.9. Araştırmanın Değişkenleri

Bağımsız değişkenler: Ergenlerin sosyodemografik özellikleri ve sağlık okuryazarlık puanları

Bağımlı değişkenler: Ergenlerin sağlık algısı, sağlık tutumu ve sağlıklı yaşam biçim davranış puanları

2.10. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmanın yapılabilmesi amacıyla Sağlık Okuryazarlık Ölçeği, Sağlık Tutum Ölçeği, Sağlık Algısı Ölçeği ve Sağlıklı Yaşam Biçim Davranışları II Ölçeği kullanılabilmesi için, ölçeği geliştiren yazarlar ile e-posta aracılığıyla görüşülmüş ve uygulama için gerekli izinler alınmıştır. Ankara Üniversitesi Rektörlüğü Etik Kurulu'ndan (06.05.2019 tarih ve 56786525-050.04.04/31009 sayılı) etik izin (Ek 6),

Ankara Valiliği Milli Eğitim Müdürlüğü’nden (02.07.2019 tarih ve 14588481-60.99-E.12760931 sayılı) kurum izni alınmıştır (Ek 7). Araştırmaya dahil edilecek ergenlere uygulama öncesi araştırma ile ilgili bilgilendirmeler yapılmış hem kendileri hem de aileleri için yazılı onam formu dağıtılarak izinleri alınmıştır (Ek 8). Böylelikle araştırmada etik ilkeler olan “Bilgilendirilmiş Onam İlkesi”, “Gönüllülük İlkesi”, “Gizliliğin Korunması İlkesi” yerine getirilmiştir.

2.11. Araştırmanın Güçlü Yönleri ve Sınırlılıkları

Güçlü Yönleri;

- Sağlık okuryazarlık düzeyinin sağlık tutumu, sağlık algısı ve sağlıklı yaşam biçim davranışları olmak üzere üç parametre ile arasındaki ilişkinin incelenmiş olması,
- Örneklem seçimi yapılırken evreni daha iyi temsil etmesi bakımında Ankara’nın yedi merkez ilçesindeki liselerde yapılması,
- Örneklem seçiminin her aşamasında (okul öğrenci sayısı hesaplanması, sınıf ve alana göre öğrenci hesaplanması) tabaka ağırlığı hesaplaması yapılarak daha heterojen dağılımın sağlanması,
- Katılımcı belirlemede seçimin araştırmacıya bırakılmadan rastgele atamanın yapılması,
- 0,95 güven aralığı seçilerek geniş örneklemin kullanılmasıdır.

Sınırlılıkları;

- Ölçek ve madde sayısının fazla olması sebebiyle öğrenci konsantrasyonunu sağlamada güçlük çekilmesi araştırmanın sınırlılığıdır.

3. BULGULAR

Ergenlerin sağlık okuryazarlığı ile sağlık algısı, sağlık tutumu, sağlıklı yaşam biçim davranışları arasındaki ilişkinin incelenmesinin amaçlandığı tanımlayıcı tipteki araştırmanın analizi sonucunda ortaya çıkan bulgular şu şekilde sıralanmıştır;

1. Ergenlerin sosyodemografik özelliklerine ilişkin bulgular
2. Ergenlerin SOYÖ, STÖ, SAÖ, SYBDÖ II ölçeklerinin puan ortalaması ile sosyodemografik özellikler arasındaki ilişkiye yönelik bulgular
3. Ergenlerin SOYÖ puanı ile STÖ, SAÖ, SYBDÖ II ölçek puanları arasındaki ilişkiye yönelik bulgular
4. Ergenlerin SOYÖ, STÖ, SAÖ, SYBDÖ II ölçeklerinin alt boyut puanları arasındaki ilişkiye yönelik bulgular

3.1. Ergenlerin Sosyodemografik Özelliklerine İlişkin Bulgular

Ergenlerin sosyodemografik özelliklerine ilişkin bulguları Çizelge 3.1.'de verilmiştir. Ergenlerin tanıtıcı özelliklerine bakıldığında Çizelge 3.1'e göre; ergenlerin çoğunluğunun (%27,5) 15 yaşında olduğu görölmektedir. Araştırmaya katılan ergenlerin %18,3'ü 14 yaşında, %26,9'u 16 yaşında, %23,6'sı 17 yaşında ve %3,6'sı 18 yaşında olduğu saptanmıştır. Ergenlerin yaş ortalaması $15,67 \pm 1,13$ olarak bulunmuştur.

Çizelge 3.1. Ergenlerin sosyo-demografik özelliklerine yönelik bulguları (n=770)

Tanıtıcı özellikler		n	%
Yaş	14	141	18,3
	15	212	27,5
	16	207	26,9
	17	182	23,6
	18	28	3,6
Cinsiyet	Kız	413	53,6
	Erkek	357	46,4
Sınıf	9. sınıf	203	26,4
	10. sınıf	205	26,6
	11. sınıf	210	27,3
	12. sınıf	152	19,7
Anne eğitimi	Okuryazar değil	35	4,5
	İlköğretim	197	25,6
	Lise	280	36,4
	Üniversite	222	28,8
	Lisansüstü	36	4,7
Baba eğitimi	Okuryazar değil	13	1,7
	İlköğretim	189	24,5
	Lise	284	36,9
	Üniversite	243	31,6
	Lisansüstü	41	5,3
Toplam		770	100

Ergenleri yaş aralıklarına göre erken, orta ve geç dönem şeklinde dağılımına bakıldığında %78,1 oranla orta ergenlik dönemindeki katılımcıların daha fazla sayıda (n=601) olduğu görülmektedir. Çalışmaya katılan ergenlerin çoğunluğunu (% 53,6) kız öğrenciler, %27,3 ile 11. Sınıf öğrencileri oluşturmaktadır. Anne eğitimi en yüksek oranla (%36,4) lise mezunu olduğu, en düşük oranla (%4,5) okuryazar olmadığı görülmektedir. Baba eğitimi ise en yüksek oranla(%36,9) lise mezunu olduğu, en düşük oranla (%1,7) okuryazar olmadığı görülmektedir (Çizelge 3.1).

3.2. Ergenlerin SOYÖ, STÖ, SAÖ, SYBDÖ II Ölçeklerinin Puan Ortalaması ile Sosyodemografik Özellikler Arasındaki İlişkiye Yönelik Bulgular

Çizelge 3.2. Ergenlerin SOYÖ, STÖ, SAÖ, SYBDÖ II Ölçeklerinin Puan Ortalaması

Ölçekler	Ort. ±SS	Minimum	Maksimum	Cronbach Alpha
SOYÖ	105,21±15,24	32	125	0,92
STÖ	55,42±7,69	40	103	0,72
SAÖ	53,87±8,50	30	72	0,79
SYBDÖ	137,95±26,25	52	230	0,94

Çizelge 3.3. Ergenlerin SOYÖ, STÖ, SAÖ, SYBDÖ II Ölçeklerinin Puan Ortalaması ile Yaşı Arasındaki İlişkiye Yönelik Bulgular

Yaş	SOYÖ	STÖ	SAÖ	SYBDÖ II
	Ort. ±SS	Ort. ±SS	Ort. ±SS	Ort. ±SS
14	109,36±13,47 ^a	53,42±5,76 ^a	56,14±7,45 ^a	141,80±22,89
15	104,69±15,14 ^b	53,34±7,45	54,41±8,65	139,70±27,27
16	103,08±15,05 ^b	56,12±7,99 ^b	52,31±8,60 ^b	133,22±26,48
17	105,22±16,21	55,76±8,50 ^b	53,67±8,48	138,81±27,24
18	102,00±16,01	58,75±8,36 ^b	51,25±9,15 ^b	134,82±26,25
Toplam	105,21±15,24	55,42±7,69	53,87±8,50	137,95±26,25
Test	F: 4,01	F:8,02	F:7,14	F:1,96
İstatistiği	p: 0,003 a>b*	p:0,000 a<b*	p:0,001 a>b*	p:0,141

* Tukey-Posthoc ileri analizine göre anlamlılığın kaynaklandığı grup, aynı sütunda a ve b harf indisleri arasında anlamlı fark vardır.

Araştırmada kullanılan ölçeklerin puan ortalamalarının hesaplanması ve sosyodemografik özelliklere göre dağılımının belirlenmesi Çizelge 3.2 ve Çizelge 3.3’ de gösterilmektedir.

Ergenlerin yaşları bakımından SOYÖ, STÖ ve SAÖ puanları arasında fark bulunmuştur ($p<0,05$). Anlamlılığın bulunduğu yaş grubunun tespiti için Post-Hoc ileri analizi Tukey testi kullanılmıştır. 14 yaşındaki bireylerin SOYÖ puanları 15, 16 yaşındaki bireylerin SOYÖ puanlarına göre anlamlı düzeyde yüksektir ($p<0,05$). SOYÖ puan değerlendirmesinde puan arttıkça bireyin sağlık okuryazarlık düzeyi artmaktadır. 14 yaşındaki bireylerin STÖ puanları 16, 17, 18 yaşındaki bireylerin STÖ puanlarına göre anlamlı düzeyde düşüktür ($p<0,05$). STÖ puan değerlendirmesinde puan azaldıkça bireyin sağlık tutum düzeyi artmaktadır. 14 yaşındaki bireylerin SAÖ puanları 16,18 yaşındaki bireylerin SAÖ puanlarına göre anlamlı düzeyde yüksektir ($p<0,05$). SAÖ puan değerlendirmesinde puan arttıkça bireyin sağlık algısı düzeyi artmaktadır. Diğer yaş grupları arasında ölçek puanları bakımından anlamlı fark bulunmamıştır.

Çizelge 3.4. Ergenlerin SOYÖ, STÖ, SAÖ, SYBDÖ II Ölçeklerinin Puan Ortalaması ile Cinsiyeti Arasındaki İlişkiye Yönelik Bulgular

Cinsiyet	SOYÖ	STÖ	SAÖ	SYBDÖ II
	Ort. $\pm$ SS	Ort. $\pm$ SS	Ort. $\pm$ SS	Ort. $\pm$ SS
Kadın	106,67 $\pm$ 13,58 ^a	54,41 $\pm$ 6,91 ^a	53,63 $\pm$ 8,11	141,18 $\pm$ 26,19 ^a
Erkek	103,53 $\pm$ 16,82 ^b	56,59 $\pm$ 8,36 ^b	54,15 $\pm$ 8,94	135,17 $\pm$ 26,02 ^b
Test	t:2,82	t:3,9	t:0,83	t:3,18
İstatistiği	p:0,005	p:0,000	p:0,402	p:0,002
	a>b*	a<b*		a>b*

* Tukey-Posthoc ileri analizine göre anlamlılığın kaynaklandığı grup, aynı sütunda a ve b harf indisleri arasında anlamlı fark vardır.

Ergenlerin cinsiyetlerine göre SOYÖ, STÖ ve SYBDÖ II puanları bakımından fark bulunmuştur ($p<0,05$). Kadınların SOYÖ ve SYBDÖ II puanları erkeklerin puanlarına göre anlamlı düzeyde yüksektir. STÖ puanı ise anlamlı düzeyde düşük bulunmuştur ($p<0,05$). Ergenlerin STÖ'den aldıkları puan arttıkça sağlık tutum düzeyi de azalmaktadır. Bu sebeple kadınların tutum düzeyi erkeklerden yüksektir.

Çizelge 3.5. Ergenlerin SOYÖ, STÖ, SAÖ, SYBDÖ II Ölçeklerinin Puan Ortalaması ile Sınıf Düzeyi Arasındaki İlişkiye Yönelik Bulgular

Sınıf Düzeyi	SOYÖ	STÖ	SAÖ	SYBDÖ II
	Ort. $\pm$ SS	Ort. $\pm$ SS	Ort. $\pm$ SS	Ort. $\pm$ SS
9.	107,99 $\pm$ 14,04 ^a	54,54 $\pm$ 6,93	55,39 $\pm$ 8,15 ^a	140,31 $\pm$ 23,28
10.	103,91 $\pm$ 15,77 ^b	56,09 $\pm$ 7,93	52,63 $\pm$ 8,92 ^b	135,88 $\pm$ 29,17
11.	103,91 $\pm$ 15,20 ^b	55,88 $\pm$ 7,62	53,84 $\pm$ 8,19	135,6 $\pm$ 25,32
12.	106,23 $\pm$ 15,59	55,05 $\pm$ 8,33	53,56 $\pm$ 8,58	140,87 $\pm$ 26,79
Test	F:4,21	F:1,76	F:3,7	F:2,1
İstatistiği	p:0,004	p:0,152	p:0,011	p:0,090
	a>b*		a>b*	

* Tukey-Posthoc ileri analizine göre anlamlılığın kaynaklandığı grup, aynı sütunda a ve b harf indisleri arasında anlamlı fark vardır.

Sınıf grupları arasında SOYÖ ve SAÖ puanları bakımından fark bulunmuştur ($p<0,05$). 9. sınıftaki bireylerin SOYÖ puanları 10. ve 11. sınıftaki bireylerin SOYÖ puanlarına göre anlamlı düzeyde yüksektir ($p<0,05$). 9. sınıftaki bireylerin SAÖ puanları 10. sınıftaki bireylerin SAÖ puanlarına göre anlamlı düzeyde yüksektir ($p<0,05$).

Çizelge 3.6. Ergenlerin SOYÖ, STÖ, SAÖ, SYBDÖ II Ölçeklerinin Puan Ortalaması ile Anne Eğitimi ve Baba Eğitimi Arasındaki İlişkiye Yönelik Bulgular

Tanıtıcı Özellikler		SOYÖ	STÖ	SAÖ	SYBDÖ II
		Ort. ±SS	Ort. ±SS	Ort. ±SS	Ort. ±SS
Anne Eğitimi	Okuryazar değil	101,71±18,05	57,31±9,11 ^b	52,42±8,31	134,80±25,72
	İlkokul	104,13±14,84 ^b	56,45±7,85 ^b	53,15±8,20	132,35±25,16 ^b
	Lise	104,23±15,89	56,16±8,19 ^b	53,59±8,58	136,22±25,12 ^b
	Üniversite	107,69±13,99 ^a	53,54±6,44 ^a	54,83±8,46	143,78±26,45 ^a
	Lisansüstü	106,88±15,39	53,77±6,07	55,47±9,58	149,33±30,79
	Toplam	105,21±15,24	55,42±7,69	53,87±8,5	137,95±26,25
	Test İstatistiği	F:2,59 p:0,035 a>b*	F:5,91 p:0,000 a<b*	F:1,71 p:0,144	F:7,33 p:0,000 a>b*
Baba Eğitimi	Okuryazar değil	97,30±18,02	57,38±9,40	53,07±10,70	136,15±24,69
	İlkokul	104,88±14,60 ^b	56,46±7,91 ^b	53,16±8,34	132,61±25,52 ^b
	Lise	103,27±16,24	56,41±8,37 ^b	53,43±8,62	135,30±25,55 ^b
	Üniversite	107,74±14,19 ^a	53,60±6,50 ^a	54,79±8,20	144,09±26,78 ^a
	Lisansüstü	107,75±13,78	53,90±5,31	54,97±9,27	145,17±24,05
	Toplam	105,21±15,24	55,42±7,69	53,87±8,50	137,95±26,25
	Test İstatistiği	F:4,07 p:0,003 a>b	F:6,20 p:0,000 a<b	F:1,42 p:0,223	F:6,99 p:0,000 a>b

* Tukey-Posthoc ileri analizine göre anlamlılığın kaynaklandığı grup, aynı sütunda a ve b harf indisleri arasında anlamlı fark vardır.

Ergenlerin anne eğitim düzeyine göre SOYÖ, STÖ ve SYBDÖ II puanları bakımından fark bulunmuştur ($p<0,05$). Anne eğitimi üniversite olan bireylerin SOYÖ puanları anne eğitimi ilkokul olan bireylerin SOYÖ puanlarına göre anlamlı

düzeyde yüksektir. Anne eğitimi üniversite düzeyinde olan bireylerin STÖ puanları anne eğitimi ilkokul, lise ve okuryazar olmayan bireylerin STÖ puanlarına göre anlamlı düzeyde düşüktür. Anne eğitimi üniversite düzeyinde olan bireylerin SYBDÖ II puanları anne eğitimi ilkokul ve lise düzeyinde olan bireylerin SYBDÖ II puanlarına göre anlamlı düzeyde yüksektir ($p<0,05$).

Ergenlerin baba eğitim düzeyine göre SOYÖ, STÖ ve SYBDÖ II puanları bakımından fark bulunmuştur ($p<0,05$). Baba eğitimi üniversite olan bireylerin SOYÖ puanları baba eğitimi ilkokul olan bireylerin SOYÖ puanlarına göre anlamlı düzeyde yüksektir. Baba eğitimi üniversite düzeyinde olan bireylerin STÖ puanları baba eğitimi ilkokul ve lise düzeyinde bireylerin STÖ puanlarına göre anlamlı düzeyde düşüktür. Baba eğitimi üniversite olan bireylerin SYBDÖ II puanları baba eğitimi ilkokul ve lise olan bireylerin SYBDÖ II puanlarına göre anlamlı düzeyde yüksektir. Baba eğitimi lisansüstü olan bireylerin SYBDÖ II puanları baba eğitimi ilkokul düzeyinde olan bireylerin SYBDÖ II puanlarına göre anlamlı düzeyde yüksektir ($p<0,05$). Ölçeklerin puan değerlendirilmesinde STÖ hariç diğer ölçeklerde puan arttıkça düzey de artmaktadır. STÖ puan değerlendirmesinde puan azaldıkça bireyin sağlık tutum düzeyi artmaktadır.

3.3.Ergenlerin SOYÖ Puanı ile STÖ, SAÖ, SYBDÖ II Ölçek Puanları Arasındaki İlişkiye Yönelik Bulgular

Ergenlerin SOYÖ ile STÖ, SAÖ, SYBDÖ II Ölçekleri arasındaki korelasyon ilişkisi Çizelge 3.8’de gösterilmektedir. Korelasyon katsayısının güç değerlendirilmesinde 0.00 - 0.25 çok zayıf, 0.26 - 0.49 zayıf, 0.50 - 0.69 orta düzeyde ilişki şeklinde tanımlanırken 0.70 - 0.89 yüksek, 0.90 - 1.0 çok yüksek düzeyde ilişki şeklinde tanımlanmıştır (Köse, 2008). Pearson korelasyon analizinin değerlendirmesi bu tanımlamaya göre yapılmıştır.

Çizelge 3.7. Ergenlerin Sağlık Okuryazarlık Ölçeği ile STÖ, SAÖ, SYBDÖ II Ölçekleri arasındaki ilişki

Ölçekler**		SOYÖ	STÖ	SAÖ
STÖ	r*	0,61		
	p	0,000		
SAÖ	r*	0,67	0,58	
	p	0,000	0,000	
SYBDÖ II	r*	0,61	0,52	0,67
	p	0,000	0,000	0,000

*Pearson Korelasyon katsayısı, $p < 0,05$

**SOYÖ: Sağlık Okuryazarlık Ölçeği, STÖ: Sağlık Tutum Ölçeği, SAÖ: Sağlık Algısı Ölçeği, SYBDÖ II: Sağlıklı Yaşam Biçim Davranışları Ölçeği II

Çizelge 3.7'e göre Sağlık Okuryazarlık Ölçeği ile Sağlık Tutum Ölçeği arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmaktadır ($p < 0,01$). Sağlık Okuryazarlık Ölçeği ile Sağlık Tutum Ölçeği arasında pozitif yönlü bir ilişki ($r = 0,61$) olduğu görülmektedir. Ergenlerin sağlık okuryazarlık düzeyi arttıkça sağlık tutum düzeyi de artmaktadır. Sağlık Okuryazarlık Ölçeği ile Sağlık Algısı Ölçeği arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmaktadır ($p < 0,01$). Sağlık Okuryazarlık Ölçeği ile Sağlık Algısı Ölçeği arasında pozitif yönlü bir ilişki ($r = 0,67$) olduğu görülmektedir. Ergenlerin sağlık okuryazarlık düzeyi arttıkça sağlık algısı düzeyi de artmaktadır. Sağlık Okuryazarlık Ölçeği ile Sağlıklı Yaşam Biçim Davranışları Ölçeği II arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmaktadır ($p < 0,01$). Sağlık Okuryazarlık Ölçeği ile Sağlık Tutum Ölçeği arasında pozitif yönlü bir ilişki ($r = 0,61$) olduğu görülmektedir. Ergenlerin sağlık okuryazarlık düzeyi arttıkça sağlıklı yaşam biçim davranış düzeyi de artmaktadır. STÖ, SAÖ ve SYBDÖ II arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmaktadır ($p < 0,01$). SAÖ ile STÖ

arasında ($r=0,52$), SYBDÖ II ile STÖ arasında ($r=0,52$), SAÖ ile SYBDÖ II arasında ($r=0,67$) pozitif yönlü ilişki bulunmaktadır (Çizelge 3.7).

3.4. Ergenlerin SOYÖ, STÖ, SAÖ, SYBDÖ II Ölçeklerinin Alt Boyut Puanları Arasındaki İlişkiye Yönelik Bulgular

SOY, STÖ, SAÖ, SYBD II Ölçeklerinin alt boyutları arasındaki ilişki Çizelge 3.8, Çizelge 3.9 ve Çizelge 3.10’da gösterilmektedir.

Çizelge 3.8. Ergenlerin Sağlık Okuryazarlık Ölçeğinin Alt Boyutları ile Sağlık Tutum Ölçeğinin Alt Boyutları Arasındaki İlişki

	Sağlık Okuryazarlık Ölçeği	Bilgiye Erişim Alt boyutu	Bilgileri Anlama Alt boyutu	Değer Biçme/ Değerlendirme Alt boyutu	Uygulama/ Kullanma Alt boyutu
Sağlık Tutum Ölçeği	r^* : 0,61 p : 0,000	0,41 0,000	0,53 0,000	0,55 0,000	0,55 0,000
Sağlık Sorumluluğu Alt Boyutu	r^* : 0,58 p : 0,000	0,41 0,000	0,49 0,000	0,51 0,00	0,53 0,000
Çevre Ve Güvenlik Sağlığı Alt Boyutu	r^* : 0,37 p : 0,000	0,24 0,000	0,31 0,000	0,35 0,000	0,34 0,000
Bütünüyle Sağlıklı Bir İnsan Alt Boyutu	r^* : 0,16 p : 0,000	0,09 0,01	0,17 0,000	0,15 0,000	0,11 0,002

*Pearson Korelasyon katsayısı, $p<0,05$

Sağlık Okuryazarlık Ölçeği ile Sağlık Tutum Ölçeğinin alt boyutları arasında istatistiksel olarak ilişki vardır ($p<0,01$). Sağlık Okuryazarlık ile Sağlık Tutum

Ölçeğinin alt boyutları arasındaki korelasyon analizine bakıldığında; sağlık sorumluluğu alt boyutu arasında orta düzeyde ($r=0,58$), çevre güvenliği alt boyutu arasında zayıf düzeyde ($r=0,37$), bütünüyle sağlıklı bir insan alt boyutu arasında çok zayıf düzeyde ($r=0,16$) pozitif yönlü ilişki bulunmaktadır. Sağlık Tutum Ölçeği ile Sağlık Okuryazarlık Ölçeğinin alt boyutları arasında istatistiksel olarak ilişki vardır ($p<0,01$). Sağlık Tutumu ile Sağlık Okuryazarlık Ölçeğinin alt boyutları arasındaki korelasyon analizine bakıldığında; Bilgiye erişim alt boyutu arasında zayıf düzeyde ($r=0,41$), bilgileri anlama alt boyutu arasında orta düzeyde ($r=0,53$), değer biçme/değerlendirme alt boyutu arasında orta düzeyde ($r=0,55$), uygulama/kullanma alt boyutu arasında orta düzeyde ($r=0,55$) pozitif yönlü ilişki bulunmaktadır. Sağlık Okuryazarlık Ölçeğinin alt boyutları ile Sağlık Tutum Ölçeği alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmaktadır ($p<0,01$). Tüm alt boyutlar arasında korelasyon analizine bakıldığında pozitif yönlü ilişki vardır (Çizelge 3.8).

Çizelge 3.9. Ergenlerin Sağlık Okuryazarlık Ölçeğinin Alt Boyutları ile Sağlık Algısı Ölçeğinin Alt Boyutları Arasındaki İlişki

		Sağlık Okuryazarlık Ölçeği (r,p)	Bilgiye Erişim Alt boyutu	Bilgileri Anlama Alt boyutu	Değer Biçme/ Değerlendirme Alt boyutu	Uygulama/ Kullanma Alt boyutu
Sağlık Algısı Ölçeği	r^* :	0,67	0,44	0,57	0,61	0,61
	p:	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
Kontrol Merkezi Alt Boyutu	r^* :	0,50	0,32	0,41	0,57	0,46
	p:	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
Öz farkındalık Alt Boyutu	r^* :	0,44	0,29	0,40	0,40	0,39
	p:	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
Kesinlik Alt Boyutu	r^* :	0,51	0,33	0,45	0,46	0,44
	p:	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
Sağlığın Önemi Alt Boyutu	r^* :	0,44	0,31	0,34	0,41	0,45
	p:	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000

*Pearson Korelasyon katsayısı

Sağlık Okuryazarlık Ölçeği ile Sağlık Algısı Ölçeğinin alt boyutları arasında istatistiksel olarak ilişki vardır ($p<0,01$). Sağlık Okuryazarlık ile Sağlık Algısı Ölçeğinin alt boyutları arasındaki korelasyon analizine bakıldığında; kontrol merkezi sorumluluğu alt boyutu arasında orta düzeyde ($r=0,50$), öz farkındalık alt boyutu arasında zayıf düzeyde ($r=0,44$), kesinlik alt boyutu arasında orta düzeyde ($r=0,51$), sağlığın önemi alt boyutu arasında zayıf düzeyde ($r=0,44$) pozitif yönlü ilişki bulunmaktadır.

Sağlık Algısı Ölçeği ile Sağlık Okuryazarlık Ölçeğinin alt boyutları arasında istatistiksel olarak ilişki vardır ($p<0,01$). Sağlık Algısı Ölçeği ile Sağlık Okuryazarlık Ölçeğinin alt boyutları arasındaki korelasyon analizine bakıldığında; Bilgiye erişim alt boyutu arasında zayıf düzeyde ($r=0,44$), bilgileri anlama alt boyutu arasında orta düzeyde ($r=0,57$), değer biçme/değerlendirme alt boyutu arasında orta düzeyde ($r=0,61$), uygulama/kullanma alt boyutu arasında orta düzeyde ($r=0,61$) pozitif yönlü ilişki bulunmaktadır. Sağlık Okuryazarlık Ölçeğinin alt boyutları ile Sağlık Algısı Ölçeği alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmaktadır ($p<0,01$). Tüm alt boyutlar arasında korelasyon analizine bakıldığında pozitif yönlü ilişki vardır (Çizelge 3.9).

Çizelge 3.10. Ergenlerin Sağlık Okuryazarlık Ölçeğinin Alt Boyutları ile Sağlıklı Yaşam Biçim Davranışları II Ölçeğinin Alt Boyutları Arasındaki İlişki

		Sağlık Okuryazarlık Ölçeği	Bilgiye Erişim Alt boyutu	Bilgileri Anlama Alt boyutu	Değer Biçme/ Değerlendirme Alt boyutu	Uygulama/ Kullanma Alt boyutu
SYBDÖ II Ölçeği	r*:	0,61	0,43	0,52	0,56	0,55
	p:	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
Sağlık Sorumluluğu Alt Boyutu	r*:	0,70	0,39	0,48	0,50	0,47
	p:	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
Fiziksel Aktivite Alt Boyutu	r*:	0,80	0,29	0,36	0,42	0,40
	p:	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
Beslenme Alt Boyutu	r*:	0,81	0,31	0,40	0,40	0,41
	p:	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
Manevi Gelişim Alt Boyutu	r*:	0,84	0,40	0,47	0,51	0,50
	p:	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
Kişilerarası İlişkiler Alt Boyutu	r*:	0,78	0,37	0,47	0,49	0,48
	p:	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
Stres Yönetimi Alt Boyutu	r*:	0,82	0,35	0,41	0,44	0,43
	p:	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000

*Pearson Korelasyon katsayısı

SOYÖ ile SYBD II Ölçeğinin alt boyutları arasında istatistiksel olarak ilişki vardır ($p<0,01$). SOY Ölçeğinin toplam puanı ile SYBD II Ölçeğinin alt boyut puanları arasındaki korelasyon analizine bakıldığında; sağlık sorumluluğu alt boyutu arasında yüksek düzeyde ($r=0,70$), fiziksel aktivite alt boyutu arasında yüksek düzeyde ($r=0,80$), beslenme alt boyutu arasında yüksek düzeyde ($r=0,81$), manevi gelişim alt boyutu arasında yüksek düzeyde ($r=0,84$), kişilerarası ilişkiler alt boyutu arasında yüksek düzeyde ($r=0,78$), stres yönetimi alt boyutu arasında yüksek düzeyde ($r=0,82$) pozitif yönlü ilişki bulunmaktadır. SYBD II Ölçeğinin toplam puanı ile SOY Ölçeğinin alt boyut puanları arasındaki korelasyon analizine bakıldığında; Bilgiye erişim alt boyutu arasında zayıf düzeyde ($r=0,43$), bilgileri anlama alt boyutu

arasında orta düzeyde ($r=0,52$), değer biçme/değerlendirme alt boyutu arasında orta düzeyde ($r=0,56$), uygulama/kullanma alt boyutu arasında orta düzeyde ($r=0,55$) pozitif yönlü ilişki bulunmaktadır. Sağlık Okuryazarlık Ölçeğinin alt boyutları ile Sağlıklı Yaşam Biçim Davranışları II Ölçeğinin alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmaktadır ($p<0,01$). Tüm alt boyutlar arasında korelasyon analizine bakıldığında pozitif yönlü ilişki vardır (Çizelge 3.10).

Çizelge 3.11. SOY Ölçeğinin STÖ, SAÖ, SYBDÖ II üzerine etkisi

Bağımlı Değişken (Y)**	Model*	Test İstatistiği
STÖ	$88,006-0,31X$	R²: 0,37 $p<0,01$
SAÖ	$14,385+0,375X$	R²: 0,45 $p<0,01$
SYBDÖ II	$26,248+1,062X$	R²: 0,38 $p<0,01$

*: $Y=a+bX$, **SOYÖ: Sağlık Okuryazarlık Ölçeği, STÖ: Sağlık Tutum Ölçeği, SAÖ: Sağlık Algısı Ölçeği, SYBDÖ II: Sağlıklı Yaşam Biçim Davranışları Ölçeği II

Sağlık okuryazarlığının, sağlık tutumu, algısı ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları üzerine etkisi regresyon analizi yapılarak incelenmiştir. Kurulan modele göre sağlık okuryazarlığı düzeyinin sağlık tutuma olan etkisinin anlamlı ve negatif yönlü olduğu görülmektedir (Çizelge 3.11). Bu negatif ilişki, Sağlık Tutum Ölçeğinden alınan puan arttıkça sağlık tutum düzeyinin azalmasından kaynaklanmaktadır. Bu sebeple ergenlerin sağlık okuryazarlık düzeyinin sağlık tutum düzeyini anlamlı ve olumlu yönde etkilediği söylenebilir ($R^2: 0,37$), ($p<0,01$). Modele göre ergenlerin sağlık okuryazarlık düzeyi sağlık algısı düzeyini ($R^2: 0,45$) ve sağlıklı yaşam biçimi davranışı düzeyini ($R^2: 0,38$) anlamlı ve olumlu yönde etki etmektedir ($R^2: 0,45$).

4.TARTIŞMA

Bu bölümde ergenlerde sağlık okuryazarlık düzeyi ile bu düzeyin sağlık algısı, sağlık tutumu ve sağlıklı yaşam biçim davranışları ile ilişkisini ortaya koymak amacıyla yapılan tanımlayıcı tipteki araştırmanın bulguları tartışılmıştır. Şu şekilde sıralanmıştır;

1. Ergenlerin sosyodemografik özelliklerine ilişkin bulguların tartışılması
2. Ergenlerin SOYÖ, STÖ, SAÖ, SYBDÖ II Ölçeklerinden aldıkları puan ortalamasının tartışılması
3. Ergenlerin SOYÖ, STÖ, SAÖ, SYBDÖ II puan ortalaması ile sosyodemografik özellikleri arasındaki ilişkiye yönelik bulguların tartışılması
4. Sağlık Okuryazarlık Ölçeği ile STÖ, SAÖ, SYBDÖ II arasındaki ilişkiye yönelik bulguların tartışılması

4.1.Ergenlerin Sosyodemografik Özelliklerine İlişkin Bulguların Tartışılması

Ergenlerin katılımıyla gerçekleştirilen araştırmamızın verileri liselerden toplanmıştır. Bu sebeple araştırmamız 14-18 yaş aralığındaki ergen grubunu içermiştir. 14, 15, 16, 17 yaşlarındaki ergen sayısı birbirine (sırasıyla %18,3-%27,5-%26,9-%23,6) yakın olmakla birlikte 18 yaşındaki ergen sayısı (%3,6) oldukça azdır. 18 yaşındaki öğrenci sayısının diğer yaş gruplarındaki öğrenci sayısına göre daha az olmasının sebebi Türkiye’de ebeveynlerin öğrencileri okula yaklaşık 5,5 yaşında (Buldu ve Er, 2016) kayıt yaptırmaları olabilir. Öğrenciler müfredatı aksatmadan bitirdikleri takdirde 18 yaşından önce liseden mezun olmaktadırlar. Ergenlerin yaş ortalaması 15,67 olarak hesaplanmış ve bu ortalama örneklem grubunu lise

grubundan seçmiş olan birçok araştırmayla benzer bulunmuştur (Danış, 2019; Daysal, 2019; İzğır, 2019).

Araştırmamızda kadın sayısı (%53,6) çoğunlukta olmakla birlikte erkek sayısına yakındır. Ebeveyn eğitim düzeyi okuryazar olmayan (sırasıyla %4,5-%1,7) ve lisansüstü olanlar (sırasıyla %4,7-%5,3) sayıca az, İlköğretim (sırasıyla %25,6-%24,5), lise (sırasıyla %36,4-%36,9) ve üniversite (sırasıyla %28,8-%31,6) mezunu olanlar sayıca daha fazladır. Lise örnekleminin seçildiği birçok araştırmada okuryazar olmayan ebeveyn sayısı ilköğretim, lise, lisans mezun sayısından daha az olarak bulunmuştur (Baylyyeva, 2019; Engin, 2019; Karaca, 2018).

4.2. Ergenlerin SOYÖ, STÖ, SAÖ, SYBDÖ II Ölçeklerinden Aldıkları Puan Ortalamasının Tartışılması

Sağlıklı bir toplumun oluşması için öncelikle toplumdaki bireylerin sağlıklı olması, sağlıklı bir birey olabilmek için sağlık okuryazarlık düzeyinin artırılması gerekir. Sağlık okuryazarlığı düşük olan insanların oluşturduğu bir toplum savunmasız toplum olarak kabul edilmektedir (Chang ve ark., 2004). Tıp Enstitüsü (IOM) sağlık okuryazarlığını, bireylerin gerekli sağlık kararlarını/tedbirlerini alabilmek için temel sağlık bilgilerini ve hizmetlerini kavrayarak uygulayabilme kapasitesine sahip olması şeklinde tanımlamakta, sadece bilgileri anlamanın yeterli olmadığı bu doğrultuda eyleme geçmenin de gerekliliğini vurgulamaktadır (Ratzan ve Parker, 2000). Toplumdaki bireylerin sağlık sistemine katılımı, kendi sağlığı konusunda söz ve sorumluluk alma becerisi ve motivasyonu değerlendirilirken toplumun önemli bir kesimi olan ergenlerin de sağlık okuryazarlık düzeyinin saptanması gerekmektedir.

Çalışmamızda ergenlerin Sağlık Okuryazarlık Ölçeğinden aldıkları toplam puan $105,21 \pm 15,24$ (min.32-max.125) olarak saptanmıştır. Çalışmamızda kullandığımız SOY ölçeği ile yapılmış örneklemini ergenlerin oluşturduğu herhangi bir çalışmaya rastlanmamıştır. Erişkinlerle yapılan çalışmalara bakıldığında; Aras ve Bayık Temel'in (2017) 18 yaş üstü 250 hastada geçerlilik güvenirlik çalışmasını yaptığı araştırmada toplam ölçek puan ortalaması $90,30 \pm 12,35$ olarak hesaplanmıştır. Aras ve Bayık Temel'in (2017) 65 yaş üstü 550 kronik hastalığı olan bireylerin sağlık algısı ile sağlık okuryazarlık ilişkisini incelediği başka bir çalışmada bireylerin SOY ölçeğinden aldıkları toplam puan ortalaması $87,96 \pm 13,89$ şeklinde hesaplanmıştır. Barutcu'nun (2019) 18 yaş üstü 215 bakıcının sağlık okuryazarlık düzeyi ile bakım verici yükü arasındaki ilişkinin incelediği araştırmada Sağlık Okuryazarlık Ölçeğinden aldıkları toplam puan ortalaması $102,30 \pm 19,67$ olarak hesaplanmıştır. Çalışmamızda kullandığımız SOY ölçeğinin ergenlerde uygulanan herhangi bir çalışmaya rastlanmadığından değerlendirme bu çalışmalara göre yapılmıştır. Araştırmalara göre çalışma grubumuzu oluşturan ergenler diğer çalışma gruplarındaki bireylere göre daha yüksek sağlık okuryazarlık düzeyine sahiptir. Bu sonucun, çalışmalardaki yaş farkından kaynaklanmış olabileceği, yaşça küçük olan bireylerin yaşça büyük olanlara kıyasla gerek bir bütün olarak eleştirel düşünme gücü, gerekse tündengelim ve yorumlama gücü düzeyleri açısından daha yüksek düzeye sahip olduğunu gösteren çalışma (Kürüm, 2002) dikkate alındığında bu durumun SOY düzeyini de etkileyebileceği söylenebilir.

Farklı SOY ölçekleri kullanılarak ergenlerde yapılan çalışmalara bakıldığında ise; Denктаş (2019) ilköğretim son sınıf öğrencilerinin ($n=322$) sağlık okuryazarlık düzeyini incelediği araştırmasında e-sağlık Okuryazarlığı Ölçeğinden alınan toplam puan $27,77 \pm 6,36$ (min.8-max.40) olmuştur. Daşdemir (2019) lise öğrencilerinde sağlık okuryazarlığı düzeyi ve ilişkili faktörlerin incelendiği çalışmada Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeğini (TSOY-32) kullanmıştır. Ölçekten alınan toplam puanın $29,95 \pm 10,14$ olduğu ve bu puanın sorunlu – sınırlı sağlık okuryazarlığı kategorisinde yer aldığı rapor edilmiştir. Çalışmamızda ergenlerin Sağlık Okuryazarlık Ölçeğinden aldıkları toplam puan $105,21 \pm 15,24$ (min.32-max.125)

olup ortalama puanın üzerinde bir puan almışlardır. Ergenlerin farklı ölçeklerden aldıkları puan sonucunda farklı okuryazarlık düzeyine sahip olduğu görülmektedir. Bu farklılığın kaynağı kullanılan ölçeklerin madde-içerik yönünden farklı olmasından kaynaklanmış olabilir.

Çalışmamızda ergenlerin Sağlık Tutum Ölçeğinden aldıkları toplam puanın $55,42 \pm 7,69$ (min.40-max.103) olduğu görülmektedir. Ölçekten alınan puan değeri arttıkça bireyin sağlık tutum düzeyi azalmaktadır. Çalışmamızdaki ergenlerin ölçekten aldıkları puan, ortalama puan değerinden düşük olup sağlık tutum düzeyleri yüksek olarak değerlendirilmiştir. Sağlık Tutum Ölçeğinin ergenler üzerinde kullanılan herhangi bir çalışmaya rastlanmamış ve sağlık tutumunu ölçen farklı ölçeklerin kullanıldığı çalışmalar dikkate alınarak değerlendirme yapılmıştır. Şahin'in (2019) lise öğrencilerinin yeterli ve dengeli beslenme tutumlarını incelediği çalışmasında öğrenciler Yeterli ve Dengeli Beslenme Tutumu Ölçeğinden aldıkları toplam puan $46,13 \pm 6,74$ (min.25-max.64) olup ortalama puandan yüksek puan almışlardır. Tanrıverdi ve arkadaşları (2011) lise öğrencilerinin yeme tutumları, yeme davranışları ve benlik saygılarını inceledikleri çalışmada Yeme Tutum Ölçeğinden alınan toplam puanı $21,88 \pm 12,09$ olarak hesaplamıştır. Ölçeğin kesme noktası 30 olup puan artışı yeme davranış bozukluğu riskindeki artışla ilişkilendirilmektedir. Katılımcıların tutum düzeylerinin farklılık gösterdiği görülmektedir. Bu farklılığın kaynağı kullanılan ölçeklerin birbirinden farklı olmasıyla açıklanabilir.

Çalışmamızda ergenlerin Sağlık Algısı Ölçeğinden aldıkları toplam puan $53,87 \pm 8,50$ (min.30-max.72) olarak saptanmıştır. Aynı ölçek kullanılarak yapılan çalışmalara bakıldığında; Kılıç (2019) lise öğrencilerinde sağlık algısı ve riskli sağlık davranışları arasındaki ilişkiyi incelediği çalışmasında SAÖ toplam puan ortalaması $53,14 \pm 8,27$, Gültekin (2019) ergenlerde sağlık algısının besin etiketi okuma alışkanlıkları üzerine etkisini incelediği çalışmasında SAÖ toplam puan ortalaması 46 (min.15-max.71) olarak bulmuştur. Dünder (2019) çıraklık eğitimi gören

ergenlerin sağlık algısı ve stresle başa çıkma tarzları arasındaki ilişkiyi incelediği çalışmasında SAÖ toplam puan ortalaması $48,87 \pm 6,87$ olarak hesaplamıştır. Yapılan araştırmalara göre değerlendirildiğinde çalışma grubumuzu oluşturan ergenlerin sağlık algısı Kılıç'ın (2019) çalışmasına katılan ergenler ile benzer diğer çalışmalara katılan ergrenlere göre daha yüksek düzeye sahiptir.

Çalışmamızda ergenlerin Sağlıklı Yaşam Biçim Davranışları II Ölçeğinden aldıkları toplam puan ortalaması $137,95 \pm 26,25$ (min.52-max.230) olarak saptanmıştır. Dağdeviren ve Şimşek (2013) lise öğrencilerinin sağlığı geliştirme davranışlarını incelediği çalışmada Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları II ölçeğinden aldıkları puan ortalamasını $118,4 \pm 20,0$, Kaya (2016) çocukluk çağında kanser tedavisi almış ergenlerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını incelediği çalışmasında toplam puan ortalamasını $137,57 \pm 20,57$ olarak hesaplamıştır. Kefeli (2010) lise öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçim davranışlarını değerlendirdiği çalışmasında toplam puan ortalamasını $126,31 \pm 18,26$, Yalçın (2018) lise öğrencilerinin fiziksel aktivite düzeyleri ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasındaki ilişkiyi incelediği çalışmasında toplam puan ortalamasını $113,29 \pm 20,86$ olarak hesaplamıştır. Yapılan araştırma sonuçlarına göre çalışma grubumuzu oluşturan ergenler diğer çalışma gruplardaki bireylere göre daha yüksek sağlıklı yaşam biçim davranışı düzeyine sahiptir.

4.3. Ergenlerin SOYÖ, STÖ, SAÖ, SYBDÖ II Puan Ortalaması ile Sosyodemografik Özellikleri Arasındaki İlişkiye Yönelik Bulguların Tartışılması

Ergenlerin sosyodemografik özellikleri ile SOYÖ, STÖ, SAÖ, SYBD II ölçeklerinin puan ortalamaları arasındaki ilişki incelenmiş ve istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar saptanmıştır. SOYÖ, STÖ ve SAÖ puan ortalamaları bakımından

14 yaşındaki ergenler ile 15, 16, 17, 18 yaşındaki ergenler arasında anlamlı farklılıklar mevcuttur (Çizelge 3.3). 14 yaşındaki ergenlerin sağlık okuryazarlık, sağlık tutum ve sağlık algısı düzeyi diğer yaş grubundaki ergenlere göre anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur ($p<0,05$). 9. sınıfta okuyan ergenlerin SOY  ve SA  puan ortalamalarının 10., 11., 12. sınıfta okuyan ergenlere göre yüksek düzeyde olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). Perry (2017) orak hücreli anemi hastası olan ergenlerin SOY düzeyini belirlemek amacıyla yaptığı çalışmasında yaş ve sınıf düzeyi arttıkça SOY düzeylerinin de arttığı sonucuna ulaşmıştır. Daşdemir (2019) lise  ğrencilerinde sağlık okuryazarlığı düzeyini incelediği çalışmasında eğitim seviyesi arttıkça genel sağlık okuryazarlığı ortalamasının da arttığını tespit etmiştir. Skre, (2013) ergenlerin ruh sağlığı okuryazarlık düzeyini geliştirmek için yaptığı çalışmasında uygulama öncesinde ruh sağlığı okuryazarlık düzeyini incelemiş ve yaş grupları arasında anlamlı bir farklılık saptamamıştır. Bunun yanı sıra SOY düzeyi ile yaş ve eğitim düzeyi arasında negatif ilişki olduğunu gösteren çalışmalar da mevcuttur. Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Araştırması'nda (2014) yaşın artmasıyla beraber sağlık okuryazarlık düzeyinin azaldığı tespit edilmiştir. Akbolat ve arkadaşlarının (2016) 18 yaş üzerindeki bireylerin sağlık okuryazarlık düzeylerini belirlemek amacıyla gerçekleştirdikleri çalışmasında SOY düzeyi ile yaş arasında anlamlı bir ilişki olduğu ve yaş ilerledikçe SOY düzeyinin düştüğü ortaya konmuştur. Shah ve arkadaşlarının (2010)  alışmasında  niversite eğitimi almış Amerikalı bireylerin %38 kadarında sınırlı sağlık okuryazarlığı saptanmıştır. Ortabağ ve arkadaşlarının (2011) ergenlerin sağlığı geliştirme davranışlarını incelediği çalışmada da benzer şekilde sınıf düzeyi arttıkça sağlığı geliştirme davranışının azaldığı saptanmıştır. Yapılan başka bir çalışmada yaşça küçük olan bireylerin yaşça büyük olanlara kıyasla gerek bir bütün olarak eleştirel düşünme gücü, gerekse tümdengelim ve yorumlama gücü düzeyleri açısından daha yüksek düzeye sahip oldukları saptanmıştır (Kürüm, 2002). Bu sonuçlara dayanarak yaş azaldıkça eleştirel düşünme gücünün artması çalışmamızdaki ergenlerin sağlık okuryazarlığını, algısını ve tutumunu etkilemiş olabilir. Ayrıca  alışma sonucumuzun doğru yorumlanabilmesi için ergenlerin dönem özelliği dikkate alınarak değerlendirme yapılmalıdır. 15-18 yaş arası orta ergenlik dönemindeki ergenlerin kendilerini herşeyi yapabilir olarak algılamaları, riskleri olduğundan daha az görmeleri,

akranlarının bakış açısıyla kendilerini değerlendirerek görünüm, giyim tarzı ve davranışlarını akranları tarafından onaylanma ihtiyacı hissetmeleri (Derman, 2008) ergenlerde olumsuz sağlık sonuçlarına sebep olacaktır. Liseye yeni başlamış erken ergenlik döneminde olan 14 yaşındaki ergenlerin henüz bu davranışları sergilemesi beklenmemektedir. Çalışmamızın sonuçları bu doğrultuda değerlendirildiğinde; bu durum 14 yaşındaki ergenlerin sağlık okuryazarlık, sağlık tutum ve sağlık algısı düzeyinin 15-18 yaş arasındaki ergenlerden daha yüksek olmasının sebebi olarak açıklanabilir.

Çalışmamızda, kadınların sağlık okuryazarlık, sağlık tutumu ve sağlıklı yaşam biçimi davranış düzeyinin erkeklerden yüksek olduğu (Çizelge 3.5) ve bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür ($p<0,05$). Ergenlerle yapılan, sağlık okuryazarlığının riskli sağlık davranışları üzerindeki etkisinin incelendiği (Koçak, 2019), sağlık okuryazarlık düzeyinin belirlendiği (Chang 2010; Öztekin, 2019; Skre, 2013), sağlık algısı ve riskli sağlık davranışları arasındaki ilişkinin saptandığı (Kılıç, 2019) çalışmalarda araştırmamızla benzer sonuçlara ulaşılmıştır. Bu çalışmaların aksini gösteren çalışmalar da mevcuttur (Durusu-Tanrıöver ve ark., 2014; Efteli ve Khorshid, 2016). Türkiye'nin geleneksel yapısı sebebiyle kadınların kendi sağlığına ve çevresindeki insanlara karşı daha koruyucu bir tavır sergilemesinin kadınlarda sağlık sorumluluğu bilincini geliştirdiği düşünülmektedir (Demir ve Artantaş, 2018). Literatürde kadınların sağlık sorumluluğunun, erkeklere göre daha yüksek olduğunu gösteren çalışmalar da mevcuttur (Demir ve Artantaş, 2018; Ortabağ ve ark., 2011). Ayrıca ebeveynlerin erkek çocuklarına karşı daha özgür bir tutum, kız çocuklarına ise daha denetimci davranışlar sergilemesi (Gülgez ve Kısaç, 2014) kız çocuklarının sorumluluk düzeyinde artışa sebep olabileceği ve bu durumun çalışma sonucumuzu etkileyebileceği düşünülmektedir.

Ebeveyn eğitim düzeyi açısından değerlendirildiğinde genel olarak SOYÖ, STÖ ve SYBDÖ II puanları bakımından istatistiksel açıdan anlamlı farklılık saptanmıştır ($p<0,05$). Eğitim düzeyi yüksek olan ebeveynlere sahip ergenlerin sağlık

okuryazarlığı, sağlık tutumu ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları bakımından daha yüksek düzeye sahip oldukları belirlenmiştir (Çizelge 3.7). Ergenlerin risk alma davranışına ebeveyn ve akran etkisinin incelendiği çalışmada, risk alma davranışları ile anne eğitim düzeyi arasında pozitif yönlü ilişki olduğu belirlenmiştir (Uludağlı ve Sayıl, 2009). Ergenlerin arkadaş bağlılığı ve internet bağımlılığının anne-baba eğitim düzeylerine göre incelendiği çalışmada ebeveyn eğitim düzeyi arttıkça internet bağımlılığının arttığı, arkadaş bağlılığının azaldığı tespit edilmiştir (Çevik ve Çelikkaleli, 2010). Çalışmamızın aksini gösteren araştırmalar olduğu gibi benzer sonuçların saptandığı araştırmalar da mevcuttur. Üniversite öğrencilerinin sağlığı algılama durumları ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasındaki ilişkinin incelendiği çalışmada anne-baba eğitim düzeyi arttıkça sağlık davranışlarının pozitif yönde artış gösterdiği saptanmıştır (Tuğut ve Bekar, 2008). Dil ve arkadaşlarının (2015) ergenlerin benlik saygısı ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının riskli sağlık davranışları ile ilişkisini incelediği çalışmasında anne eğitim düzeyi ile ergenlerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasında pozitif bir ilişki saptanmıştır. Anne-baba eğitim düzeyi arttıkça sağlık davranışlarının pozitif yönde artış gösterdiğini ortaya koyan başka çalışmalar da mevcuttur (Ayaz, 2005; Özbaşaran ve ark., 2004). Sonuç olarak aksinin gösteren çalışmalar olsa da ebeveyn eğitim düzeyi ile ergenlerin sağlık davranışları arasındaki pozitif ilişkiyi gösteren araştırmalar çalışmamızın sonuçlarını desteklemektedir. Ayrıca ebeveynlerin eğitim düzeyi arttıkça sağlığa yönelik riskli davranışlar hakkında farkındalığının artması ve risklere yönelik koruyucu tedbirlerin alınması beklenmektedir (Muslu ve Aygün, 2017). Eğitim düzeyi yüksek olan ebeveynlerin çocuklarına sağlık okuryazarlık becerilerini öğretmek için daha donanımlı olması ve ergenlerin bu becerileri öğrenmesi, uygulaması için daha fazla fırsata sahip olması araştırma sonucumuzu etkilemiş olabilir.

4.4. Ergenlerin Sağlık Okuryazarlık Ölçeği Puanı ile STÖ, SAÖ, SYBDÖ II Puanları Arasındaki İlişkiye Yönelik Bulguların Tartışılması

Sağlık okuryazarlığı “sağlıkta iyilik halini korumak ve geliştirmek için bireylerin sağlık bilgisine erişim, bilgiyi anlama ve kullanma motivasyonlarını, yeteneklerini belirleyen bilişsel ve sosyal beceriler” olarak tanımlanmıştır (DSÖ, 1998). Amerika Hastalığı Önleme ve Sağlığı Geliştirme Dairesi (2010) sağlık okuryazarlığını artırmaya yönelik ulusal eylem planı geliştirmiştir. Plana göre sağlık okuryazarlık düzeyinin artması sonucunda sağlık hizmetlerinin erişilebilirliği, kalitesi ve güvenliği artırılabilir; sağlık maliyeti azaltılabilir, insan sağlığı ve yaşam kalitesi iyileştirilebilir (Office of Disease Prevention and Health Promotion, 2010). Bu sebeple düşük sağlık okuryazarlığının ciddi bir halk sağlığı sorunu olduğu savunulmaktadır. Çok sayıda çalışma, düşük sağlık okuryazarlığının yetişkinlerde olumsuz sonuçlar üzerindeki etkisini bildirmiştir (Özdemir ve ark., 2010; Yılmazel ve Çetinkaya, 2015; Berkman ve ark., 2011) Ancak ergenler üzerinde yapılan çalışma sayısı sınırlıdır (Bröder ve ark., 2017). Ergen sağlığı davranışı yaşam boyu sağlık sonuçlarını etkileyebilecek sağlıklı bir yaşam tarzının gelişiminde önemli bir rol oynamaktadır (Park ve ark., 2010). Bu nedenle, sağlık okuryazarlığının ergen sağlığı ile ilişkisinin daha iyi anlaşılması, ergenlere yönelik sağlık okuryazarlığı müdahalelerini belirlenmesi önemlidir.

Çalışmamızın sonucunda Sağlık Okuryazarlık Ölçeği ile Sağlık Tutum Ölçeği arasında pozitif yönlü anlamlı düzeyde bir ilişki olduğu saptanmıştır ($r=0,61$) ($p<0,01$). SOYÖ'nin alt boyutları ile STÖ'nin alt boyutları arasında pozitif yönlü anlamlı düzeyde korelasyon bulunmuştur. En güçlü ilişki SOYÖ'nin Değerlendirme alt boyutu ile STÖ'nin Sağlık Sorumluluğu alt boyutu arasında olmuştur ($r=0,51$) ($p<0,01$). Ergenlerin sağlık okuryazarlık düzeyi arttıkça sağlık tutum düzeyi de artmaktadır. Chisolm ve arkadaşları (2014) 14-19 yaş arasındaki 293 ergenin sağlık okuryazarlık düzeyi ile alkol kullanımı ve alkol kullanmaya olan yatkınlık arasındaki ilişkiyi incelemiştir. Araştırma sonunda sağlık okuryazarlık düzeyi düşük olan

ergenlerin alkol kullanmaya olan yatkınlığın daha yüksek olduğu saptanmıştır. Salgado ve arkadaşları (2012) 12-17 yaş arasındaki 3470 ergenin sigara içme okuryazarlık düzeyi ile mevcut sigara içme durumu ve gelecekte sigara içmeye olan yatkınlıkla ilişkili olup olmadığını belirlemek amacıyla bir çalışma gerçekleştirmişlerdir. Yüksek okuryazarlığa sahip ergenlerin gelecekte sigara içmeye olan yatkınlıklarının daha düşük olduğu saptanmıştır (Salgado ve ark., 2012). Pinkleton ve arkadaşları (2008) 11-19 yaş arasındaki 532 ergen üzerinde yaptığı çalışmada okul programına medya okuryazarlığının ders olarak eklenmesi sonucunda cinsel davranışlara yönelik algı ve tutumlarındaki değişimlerini incelemiştir. Washington Üniversitesi'nin geliştirdiği The Teen Futures Media isimli medya ağı kullanılarak deney grubuna cinsel eğitim dersi verilmiştir. Eğitim sonunda deney grubundaki ergenlerin cinsel aktivitenin ileri yaşlarda olması konusunda daha olumlu tutumlara sahip oldukları saptanmıştır ($p<0,01$) (Pinkleton ve ark., 2008). Bilgi ve iletişim teknolojilerinin sağlık alanında bilgi kaynağı aracı olarak kullanılması, sağlık hizmetlerinde verimliliği artırmak amacıyla faydalanılması sonucunda oluşan okuryazarlığa e-sağlık okuryazarlığı denilmektedir (Coşkun ve Bebiş, 2015). Pinkleton ve arkadaşlarının (2008) çalışması bu çerçevede değerlendirildiğinde bireylerin sağlık okuryazarlık düzeyini arttırmak amacıyla güvenli iletişim araçlarının kullanılması önemlidir. Melas ve arkadaşları (2013) 15-19 yaş arasındaki 426 ergenin depresyon ve şizofreni hakkındaki ruh sağlığı okuryazarlık düzeyi incelenmiştir. Araştırmanın sonunda ergenlerin çoğunluğunun depresyonu (%57,3) ve şizofreniyi (%65,3) tanımlayamadığı saptanmıştır. Ayrıca çalışma katılımcılar tarafından kullanılan birtakım damgalayıcı ifadeleri ortaya çıkarmıştır. Ruh sağlığı okuryazarlık düzeyi düşük olan ergenlerin şizofrenik semptomlara yönelik damgalayıcı tutumlarının yüksek olduğunu saptamıştır (Melas ve ark., 2013). Bonabi ve arkadaşları (2016) bireylerin ruh sağlığı okuryazarlığı ile psikolojik yardım arama tutumu ve tedavi ihtiyacını algılama biçimi arasındaki ilişkiyi incelediği çalışmada, bireylerin ruh sağlığı okuryazarlık düzeyi arttıkça psikolojik yardım aramaya yönelik daha olumlu tutumlar geliştirdiklerini saptamışlardır. Ergenlerin sağlık okuryazarlık düzeyi sağlık tutum düzeyini olumlu yönde etkilediği görülmektedir. Literatürdeki çalışmalar çalışma sonucumuzu destekler niteliktedir. Ayrıca ergenler içinde bulundukları yaş grubu itibarıyla fiziksel ve ruhsal

sağlıklarına karşı umursamaz olabilir; hijyenine, beslenmesine ve fiziksel aktivitesine özen göstermeyebilir (Derman, 2008). Bunun önemli sebeplerinden biri de bilgi eksikliğidir (Kara ve ark., 2003; Kürtüncü ve ark., 2015). Buna bağlı olarak ergenlerin sağlık tutum düzeyinin düşük olması sağlık okuryazarlık düzeyinin düşük olmasıyla açıklanabilir.

Çalışmamızın sonucunda Sağlık Okuryazarlık Ölçeği ve Sağlık Algısı Ölçeği arasında pozitif yönlü anlamlı düzeyde bir ilişki olduğu saptanmıştır ($r= 0,67$) ($p<0,01$). SOYÖ'nin alt boyutları ile SAÖ'nin alt boyutları arasında pozitif yönlü anlamlı düzeyde korelasyon bulunmuştur. En güçlü ilişki SOYÖ'nin değerlendirme alt boyutu ile SAÖ'nin kontrol merkezi alt boyutu arasında olmuştur ($r=0,57$). Ergenlerin sağlık okuryazarlık düzeyi arttıkça sağlık algısı düzeyi de artmaktadır. Pinkleton ve arkadaşları (2008) 11-19 yaş arasındaki ergene ($n=532$) medya ağı kullanılarak uygulanan cinsel eğitimin sonunda deney grubundaki ergenlerin medya okuryazarlık düzeyinde artış olduğu ve medya okuryazarlığı yüksek olan ergenlerin cinsel normlara ilişkin daha doğru algıya sahip oldukları saptanmıştır. Bu çalışma bilgi ve iletişim teknolojilerinin sağlık alanında bilgi kaynağı aracı olarak kullanılması, sağlık hizmetlerinde verimliliği artırmak amacıyla faydalanılması sonucunda oluşan e-sağlık okuryazarlığı açısından değerlendirilerek yorumlanmıştır. Skre ve arkadaşları (2013) 13-15 yaş arasındaki 1070 ergen üzerinde akıl hastalıkları, akıl sağlığı sorunları ve mevcut akıl sağlığı hizmetleri konularını içeren 3 günlük eğitim programı uygulamış ve eğitim sonunda ergenlerin ruh sağlığı okuryazarlığının geliştirilip geliştirilemeyeceğini belirlemek istenmiştir. Araştırmanın sonunda eğitimin ruh sağlığı okuryazarlık düzeyini arttırdığı, ruh sağlığı okuryazarlık düzeyi yüksek olan ergenlerin daha düşük düzeyde önyargılı inançlara sahip oldukları saptanmıştır (Skre, 2013). Literatürde ergenler üzerinde az sayıda sağlık okuryazarlık ile sağlık algısı arasındaki ilişkinin incelendiği çalışmaya rastlanılmıştır. Bu sonuçlar bakımından değerlendirildiğinde ergenlerin sağlık okuryazarlık düzeyi arttıkça sağlık algısı düzeyi de artmaktadır. Literatürdeki sonuçlar çalışmamızı destekler nitelikte olup bireyin sahip olduğu bilgi düzeyi arttıkça sorunlarla başa çıkma inançlarının da artması (Yorulmaz ve ark., 2013) ergenlerin sağlık

okuryazarlık düzeyi ile sağlık algısı düzeyi arasındaki olumlu ilişkinin sebebi olarak açıklanabilir.

Çalışmamızın sonucunda Sağlık Okuryazarlık Ölçeği ile Sağlıklı Yaşam Biçim Davranışları Ölçeği arasında pozitif yönlü anlamlı düzeyde bir ilişki olduğu saptanmıştır ($r=0,61$) ($p<0,01$). SOYÖ'nin alt boyutları ile SYBDÖ'nin alt boyutları arasında pozitif yönlü anlamlı düzeyde korelasyon bulunmuştur. En güçlü ilişki SOYÖ'nin Değerlendirme alt boyutu ile SYBDÖ'nin Manevi Gelişim alt boyutu arasında olmuştur ($r=0,51$) ($p<0,01$). Ergenlerin sağlık okuryazarlık düzeyi arttıkça sağlıklı yaşam biçim davranış düzeyi de artmaktadır. Chisolm ve arkadaşları (2014) 14-19 yaş arasındaki 293 ergenin sağlık okuryazarlık düzeyi ile alkol kullanımı arasındaki ilişkiyi incelediği çalışmada sağlık okuryazarlık düzeyi düşük olan ergenlerin alkol kullanım miktarının daha yüksek olduğu saptanmıştır. Salgado ve arkadaşları (2012) 12-17 yaş arasındaki 3470 ergenin sigara içme okuryazarlık düzeyi ile mevcut sigara içme durumu ve gelecekte sigara içmeye olan yatkınlıkla ilişkili olup olmadığını belirlemek amacıyla bir çalışma gerçekleştirmişlerdir. Yüksek okuryazarlığa sahip ergenlerin sigara içme olasılıklarının ve gelecekte sigara içmeye olan yatkınlıklarının daha düşük olduğu saptanmıştır (Salgado ve ark., 2012). Ergenlerde sigara içme durumu ve sağlık okuryazarlık düzeyi arasında yapılan başka çalışmalarda da benzer sonuçlara ulaşılmıştır (Page ve ark., 2010; Primack ve ark., 2006; Primack ve Hobbs, 2009). Ran ve arkadaşları (2018) 12-15 yaş arasındaki ergenlerin ($n=1774$) yaşam kalitesi ile sağlık okuryazarlık düzeyi arasındaki ilişkinin incelendiği araştırmada sağlık okuryazarlık düzeyi düşük olan ergenlerin yaşam kalitesi puan ortalamasının daha düşük olduğu bildirmiştir. Ayrıca düşük okuryazarlık düzeyine sahip ergenlerin yaşam kalitesinin alt boyutları olan fiziksel, zihinsel, sosyal ve pubertal iyilik olma durumlarının daha düşük olduğu saptanmıştır (Ran ve ark., 2018). Park ve arkadaşları (2017), 14 yaşında 250 ergenin sağlık okuryazarlık düzeyi ile sağlık davranışları arasındaki ilişkiyi inceledikleri araştırmada SOY düzeyi düşük olan ergenlerin daha sağlıksız beslendiği, daha yüksek vücut ağırlığına sahip olduğu ve daha fazla problemleri davranışlar sergilediğini ortaya koymuşlardır. Paakkari ve arkadaşları (2017) 13-15 yaş

arasındaki 3852 ergenden spor kulübü faaliyetlerine katılanlar ve katılmayanlar arasında algılanan sağlık okuryazarlığı düzeylerini karşılaştırmak amaçlı bir çalışma gerçekleştirmişlerdir. Spor kulübü faaliyetlerine katılan ergenler arasında algılanan sağlık okuryazarlığının daha yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Sharif ve Blank (2010) 6-19 yaş arasındaki 107 aşırı kilolu çocuğun sağlık okuryazarlık düzeyi ile vücut kitle indeksi arasındaki ilişkisi incelenmiştir. Sağlık okuryazarlık düzeyi yüksek olan çocukların vücut kitle indeksi değerinin de yüksek olduğu bulunmuştur ($r=-0,37$), daha yüksek okuryazarlığın daha düşük vücut kitle indeksi ile anlamlı bir şekilde ilişkili olduğu bulunmuştur ($p<0,01$) (Sharif ve Blank, 2010). Pinkleton ve arkadaşları (2008) 11-19 yaş arasındaki ergene ($n=532$) medya ağı kullanılarak uygulanan cinsel eğitimin sonunda deney grubundaki ergenlerin cinsel davranış ve sonuçları konusunda daha fazla farkındalığa sahip oldukları saptanmıştır. Manganello ve Sojka' nın (2016) 14-17 yaş arasındaki Afrikalı Amerikan ergenlerin sağlık okuryazarlık düzeyini incelediği araştırmada sağlık okuryazarlık düzeyi düşük olan ergenlerin sağlık kaynaklarını kullanmada oldukça yetersiz olduklarını saptamıştır. Ayrıca inanç ve kültürün sağlık okuryazarlık düzeyini belirlemede önemli bir etken olduğunu, hemşirelerin bakımda kültürün rolünü ön planda tutmaları tavsiye edilmiştir (Manganello ve Sojka, 2016). Literatürdeki araştırma sonuçları çalışmamızı destekler nitelikte olup sağlık okuryazarlık düzeyi artan ergenlerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları düzeyinin de arttığı görülmektedir. Ülkemizde ergenlerin riskli sağlık davranış sergileme oranının yüksek olduğu ve bunun temel nedeninin eğitim eksikliğinden kaynaklandığı belirtilmiştir (Kara ve ark., 2003; Kürtüncü ve ark., 2015). Ayrıca literatür, bilginin eylem yoluyla olumlu sağlık sonuçlarına dönüşebileceğinin göz ardı edilmemesi gerektiğini vurgulamaktadır (Fleary ve ark., 2018). Bu sonuçlar kapsamında değerlendirildiğinde; ergenlerin sağlık sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını arttırmak için sağlık okuryazarlık düzeyinin de ele alınıp artırılması gerekmektedir.

Çalışmamızda sağlık okuryazarlığın STÖ, SAÖ ve SYBDÖ II üzerindeki etkisini incelemek için yapılan doğrusal regresyon analizinin sonucunda olumlu yönde etki ettiği görülmüştür. Sağlık okuryazarlık düzeyi sağlık tutum düzeyini %37,

sağlık algısı düzeyini %45 ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları düzeyini %38 oranında açıklamaktadır. Literatüre bakıldığında; sağlık algısı ve sağlık tutumu üzerine etkisini gösteren regresyon analizinin yapıldığı herhangi bir çalışmaya rastlanmamıştır. Sağlık okuryazarlığın sağlık davranışı üzerindeki etkisine bakıldığında ise; Tan ve arkadaşlarının (2017) 3379 lise öğrencisinin sağlık okuryazarlık düzeyinin sigara içme ve alkol kullanma oranına etkisini incelediği araştırmada sigara ve alkol insidansının sağlık okuryazarlığı düzeyleri farklı olan öğrenciler arasında anlamlı düzeyde farklı olduğu ($p<0,01$), sağlık okuryazarlık düzeyi yüksek olan öğrencilerin sigara içme ve alkol kullanma oranının daha düşük olduğu saptanmıştır (sırasıyla $R^2=0,15$ ve $R^2=0,52$). Chari ve arkadaşları (2014) 12-19 yaş arasındaki ergenlerin ($n=239$) sağlık okuryazarlık düzeyinin obezite üzerine etkisini inceledikleri çalışmada sağlık okuryazarlık düzeyi düşük olan ergenlerin obezite oranının daha yüksek olduğunu saptamışlardır (5.00 (1,26;19,8)). Ye ve arkadaşları (2014) 13-25 yaş arası toplam 3,821 öğrencinin katılımıyla gerçekleştirdikleri çalışmada sağlık okuryazarlık düzeyinin sağlık bilgisi ve sağlık davranışlarına etkisini incelemişlerdir. Yapılan lojistik regresyon analizi sonucunda (OR=3,0, %95 C.I=2,3-4,0) sağlık okuryazarlık düzeyinin sağlık bilgisi ve sağlık davranışlarına anlamlı ve olumlu yönde etkisi olduğu saptanmıştır (Ye ve ark., 2014). Lam ve Yang (2014) 12-16 yaş arası 1035 ergenin katılımıyla gerçekleştirdikleri çalışmada sağlık okuryazarlığın aşırı kilo ve obezite üzerine etkisini incelemişlerdir. Lojistik regresyon modelleme analizinin yapıldığı çalışmada (OR=1,84, %95 C.I=1,13-2,99) ergenlerde düşük sağlık okuryazarlığın hem aşırı kiloyu hem de obeziteyi negatif yönde etkilediği saptanmıştır (Lam ve Yang, 2014). Yapılan çalışmalar çalışmamızla benzer olarak ergenlerde sağlık okuryazarlığın sağlık davranışlarını etkilediğini göstermektedir. Ergenlerde sağlık okuryazarlık düzeyi sağlık tutumuna, sağlık algısına ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına olumlu yönde etkisi vardır.

Türkiye’de ergenler üzerinde yapılmış ve sağlık okuryazarlık ile sağlık algısı, sağlık tutumu, sağlık davranışları, riskli sağlık davranışları gibi parametreler arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmaya rastlanılmamıştır. Literatürde ise bu konuda

sınırlı sayıda çalışma bulunmaktadır. Konunun irdelenmesi, sorunların saptanabilmesi için literatüre katkı sağlayacak daha fazla çalışmaya ihtiyaç vardır.



5. SONUÇ VE ÖNERİLER

Ergenlerin sağlık okuryazarlık düzeyini belirlemek ve bu düzey ile sağlık algısı, tutumu ve sağlıklı yaşam biçimi davranışı arasındaki ilişkiyi saptamak amacıyla yapılan tanımlayıcı tipteki araştırmanın sonuçları şu şekildedir;

- Ergenlerin Sağlık Okuryazarlık Ölçeğinden aldıkları toplam puan ortalaması $105,21 \pm 15,24$ olarak saptanmıştır.
- Ergenlerin Sağlık Tutum Ölçeğinden aldıkları toplam puan ortalaması $55,42 \pm 7,69$ olarak saptanmıştır.
- Ergenlerin Sağlık Algısı Ölçeğinden aldıkları toplam puan ortalaması $53,87 \pm 8,50$ olarak saptanmıştır.
- Ergenlerin Sağlıklı Yaşam Biçim Davranışları II Ölçeğinden aldıkları toplam puan ortalaması $137,95 \pm 26,25$ olarak saptanmıştır.
- 14 yaşındaki ergenlerin sağlık okuryazarlık, sağlık tutum ve sağlık algısı düzeyi 15, 16, 17, 18 yaşındaki ergenlerden anlamlı düzeyde yüksektir ($p < 0,05$).
- SOYÖ, STÖ, SYBDÖ II puan ortalaması bakımından kadınlar erkeklerden anlamlı düzeyde yüksek puana sahiptir ($p < 0,05$).
- 9. sınıfta okuyan ergenlerin sağlık okuryazarlık ve sağlık algısı düzeyi 10., 11., 12. sınıfta okuyan ergenlerden anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptanmıştır ($p < 0,05$).
- Ebeveyn eğitim düzeyi üniversite olan ergenlerin SOYÖ, STÖ ve SYBDÖ II puan ortalaması ebeveyn eğitim düzeyi ilkokul olan ergenlerden anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptanmıştır ($p < 0,05$).
- Ebeveyn eğitim düzeyi üniversite olan ergenlerin STÖ ve SYBDÖ II puan ortalaması ebeveyn eğitim düzeyi lise olan ergenlerden anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptanmıştır ($p < 0,05$).

- Ergenlerin sağlık okuryazarlık düzeyi ile sağlık tutumu ($r=0,61$), sağlık algısı ($r=0,67$), sağlıklı yaşam biçimi davranışları ($r=0,61$) arasında anlamlı düzeyde pozitif yönlü korelasyon mevcuttur ($p<0,001$).
- Ergenlerin SOYÖ'nin alt boyutları ile STÖ'nin alt boyutları arasında anlamlı düzeyde pozitif yönlü korelasyon ilişki bulunmuştur ($p<0,001$). Korelasyon katsayısı değeri $r=0,09$ ile $r=0,51$ arasında değişmekte olup en güçlü ilişki SOYÖ'nin Değerlendirme alt boyutu ile STÖ'nin Sağlık Sorumluluğu alt boyutu arasında olmuştur ($r=0,51$).
- Ergenlerin SOYÖ'nin alt boyutları ile SAÖ'nin alt boyutları arasında anlamlı düzeyde pozitif yönlü korelasyon ilişki bulunmuştur ($p<0,001$). Korelasyon katsayısı değeri $r=0,31$ ile $r=0,57$ arasında değişmekte olup en güçlü ilişki SOYÖ'nin Değerlendirme alt boyutu ile SAÖ'nin Kontrol Merkezi alt boyutu arasında olmuştur ($r=0,57$).
- Ergenlerin SOYÖ'nin alt boyutları ile SYBDÖ'nin alt boyutları arasında anlamlı düzeyde pozitif yönlü korelasyon ilişki bulunmuştur ($p<0,001$). Korelasyon katsayısı değeri $r=0,31$ ile $r=0,50$ arasında değişmekte olup en güçlü ilişki SOYÖ'nin Değerlendirme alt boyutu ile SYBDÖ'nin Manevi Gelişim alt boyutu arasında olmuştur ($r=0,51$).
- Sağlık okuryazarlık düzeyi sağlık tutum ($R^2: 0,37$), sağlık algısı ($R^2: 0,45$) ve sağlıklı yaşam biçimi davranışı ($R^2: 0,38$) düzeyini anlamlı ve olumlu yönde etkilemektedir.

Araştırmanın sonuçları göz önüne alınarak;

- Ergenlerin sağlık okuryazarlık düzeyini arttıracak eğitim programları düzenlenmesi,
- Eğitim programının ergenin yaşı, eğitim seviyesi, cinsiyeti, ebeveyn eğitimi, kültürü dikkate alınarak hazırlanması,
- Ergenlere verilecek olan eğitim program içeriğinin doğru, ihtiyaca yönelik, eyleme geçirilebilir ve güvenli sağlık bilgilerini içermesi,
- Ergenler kolay ulaşabileceği güvenilir çevrimiçi sağlık bilgi kaynaklarının, web sitelerinin oluşturulması,

- Okul hemşirelerinin bulundukları eğitim kurumundaki bireylerin sağlık okuryazarlık düzeyini tespit etmeleri ve varsa eksikliğe yönelik eğitim programları düzenlemeleri,
- Ergenlerin sağlık okuryazarlık düzeyini belirlemek için saha çalışmaları gibi geniş örneklem üzerinde gerçekleştirilecek, daha güçlü sonuçların ortaya çıkmasını sağlayacak çalışmaların yapılması,
- Sağlık okuryazarlık düzeyini geliştirmek için kanıta dayalı araştırmalar, uygulamalar ve müdahalelerin artırılması önerilmektedir.



ÖZET

Ergenlerin Sağlık Okuryazarlığı İle Sağlık Algısı, Sağlık Tutumu ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

Tanımlayıcı tipte olan bu çalışma ergenlerin sağlık okuryazarlığını belirlemek ve bu düzey ile sağlık algısı, tutumu ve sağlıklı yaşam biçimi davranışı arasındaki ilişkiyi saptamak amacıyla yapılmıştır.

Araştırma Eylül 2019- Kasım 2019 tarihleri arasında 7 okulda gerçekleştirilmiştir. Araştırmanın evrenini oluşturan Ankara ilinin merkez ilçelerine bağlı devlet liselerinde okuyan 770 öğrenci araştırmaya katılmıştır. Merkez ilçeler kümeleri oluşturmıştır. Her bir kümeden yeteri kadar öğrenci sayısına ulaşıldığında lise seçimi de sonlandırılmıştır. Liseler basit rastgele örneklem yöntemi ile seçilmiştir. Bir sınıftan araştırmaya katılacak öğrenci sayısı hesaplanırken heterojen bir örneklemin olması hedeflenmiş ve hem sınıf düzeyine hem de alanlara göre tabakalandırma yapılmıştır. Öğrenci seçimi basit rastgele örneklem yöntemine göre yapılmıştır.

Veri toplamada Sağlık Okuryazarlık Ölçeği, Sağlık Algısı Ölçeği, Sağlık Tutum Ölçeği, Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları II Ölçeği ve sosyo-demografik bilgi formu kullanılmıştır. SPSS 20.0 paket programı kullanılarak, sosyodemografik özelliklerin değerlendirilmesinde sayı ve yüzdelik; bağımsız iki grup ortalamasının karşılaştırılmasında t testi; SOYÖ ile STÖ, SAÖ, SYBDÖ II ortalamalarının karşılaştırılmasında tek yönlü varyans analizi (ANOVA), farkın anlamlı olduğu durumlar için ileri analizlerin yapıldığı Post Hoc testi (Tukey); ölçekler ve alt boyutlar arasındaki ilişkinin belirlenmesi için korelasyon analizi yapılmıştır.

Araştırmada ergenlerin sağlık okuryazarlık düzeyi ile sağlık algısı, sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve sağlık tutumu arasında anlamlı düzeyde pozitif yönlü ilişki bulunmuştur ($p<0,01$). Bu anlamlılık korelasyon analizi ile değerlendirildiğinde sağlık tutumu, sağlık algısı ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları ile pozitif yönlü korelasyon bulunmuştur (sırasıyla $r=61$, $r=67$, $r=61$). Ergenlerin sağlık okuryazarlık düzeyleri arttıkça sağlık tutumu, sağlık algısı ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları da artmaktadır. Yapılan doğrusal regresyonda sağlık okuryazarlık düzeyi sağlık tutum ($R^2: 0,37$), sağlık algısı ($R^2: 0,45$) ve sağlıklı yaşam biçimi davranışı ($R^2: 0,38$) düzeyini anlamlı ve olumlu yönde etki ettiği görülmüştür.

Ergenlik döneminde kazanılan bilgi ve tecrübeler yetişkinlik dönemine de etki edecektir. Ergenlerin sağlık okuryazarlık düzeyinin artırılmasının önemli hedeflerin arasına alınması ve buna uygun sağlık eğitim programları düzenlenmesi gerektiği düşünülmektedir. Özellikle okul hemşirelerinin bulundukları eğitim kurumundaki bireylerin sağlık okuryazarlık düzeyini tespit etmeleri ve varsa eksikliğe yönelik eğitim programları düzenlemeleri tavsiye edilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Ergen, Pediatri Hemşireliği, Sağlık Algısı, Sağlık Davranışı, Sağlık Okuryazarlık

SUMMARY

Investigation of the Relationship Between Adolescents' Health Literacy and Health Perception, Health Attitude and Healthy Lifestyle Behaviors

This descriptive study was conducted to determine the health literacy of adolescents and to reveal the relationship between this level and health perception, health attitude and healthy lifestyle behavior.

The study was carried out in 7 schools between September 2019 and November 2019. 770 students studying in state high schools in the central districts of Ankara, which constituted the universe of the study, participated in the research. Central districts formed clusters. When enough number of students from each cluster was reached, high school selection was also terminated. High schools were selected by simple random sampling method. While calculating the number of students to participate in the research from a class, the existence of a heterogeneous sample was targeted and stratification was made according to both grade level and areas. Student selection was made according to simple random sampling method.

Health Literacy Scale, Health Perception Scale, Healthy Lifestyle Behavior II Scale and socio-demographic information form prepared by the researcher were used for data collection. Using SPSS 20.0 package program, in evaluation of sociodemographic characteristics, number and percentage were used; t-test for comparing mean scores of independent two groups; One-way analysis of variance (ANOVA) was used to compare the mean scores of SOYÖ and STÖ, SAÖ, and SYBDÖ II, Post Hoc test (Tukey) for further analysis in cases where the difference is significant and Pearson Correlation analysis was used to determine the relationship between scales and sub-scales.

There was a significant relationship between adolescents' health literacy level and health attitudes, health perception and healthy lifestyle behaviors ($p < 0.001$). When this significance was evaluated by correlation analysis, a positive correlation was found with health attitude, health perception and healthy lifestyle behaviors ($r = 61$, $r = 67$, $r = 61$, respectively). As health literacy levels of adolescents increase, health attitudes, health perception and healthy lifestyle behaviors increase. In the linear regression, it was observed that the health literacy level, health attitude ($R^2: 0.37$), health perception ($R^2: 0.45$) and healthy lifestyle behavior ($R^2: 0.38$) had a significant and positive effect.

The knowledge and experience gained during adolescence will also affect the adulthood. It is thought that increasing the health literacy level of adolescents should be among the important targets and health education programs should be organized accordingly. Especially it is recommended that individuals in the educational institution where the school nurses are located should determine the level of health literacy and organize training programs for deficiencies, if any.

Keywords: Adolescent, Pediatric Nursing, Health Perception, Health Behavior, Health Literacy

KAYNAKLAR

- AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS (2014). Erişim adresi: <https://www.healthychildren.org/English/healthy-living/emotional-wellness/Building-Resilience/Pages/For-Teens-A-Personal-Guide-for-Managing-Stress.aspx>. Erişim tarihi: 18.02.2020
- ANDERSEN SL (2019). Stress, sensitive periods, and substance abuse. *Neurobiology of stress*, **10**: 100140.
- APTER AJ, CHENG J, SMALL D, BENNETT IM, ALBERT C, FEIN DG, VAN HORNE S (2006). Asthma Numeracy Skill and Health Literacy. *Journal of Asthma*, **43**(9): 705-710.
- ARAS Z, BAYIK TEMEL A (2017). Sağlık Okuryazarlığı Ölçeğinin Türkçe Formunun Geçerlilik ve Güvenirliğinin Değerlendirilmesi. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, **25**(2): 85-94.
- ARNETT JJ (2000). Emerging Adulthood: A Theory Of Development from the Late Teens Through the Twenties. *American Psychologist*, **55**(5): 469.
- ASHER SR, PAQUETTE JA (2003). Loneliness and peer relations in childhood. *Current Directions in Psychological Science*, **12**(3): 75-78.
- ASKIN DF, WILSON D (2007). The high-risk newborn and family. Wong's nursing care of infants and children. Ed.: Wong DL, Hockenberry MJ, and Wilson D. St. Louis: Mosby/Elsevier. s.: 318-320.
- AYAZ S, TEZCAN S, AKINCI F (2005). Hemşirelik yüksekokulu öğrencilerinin sağlığı geliştirme davranışları. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, **9**(2): 26-34.
- AYRES CG, PONTES NM (2018). Use of theory to examine health responsibility in urban adolescents. *Journal of pediatric nursing*, **38**: 40-45.

- BAHAR Z, BEŞER A, GÖRDES N, ERSAN F, KISSAL A (2008). Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği'nde Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, **12(1)**: 1-13.
- BAKER DW (2006). The meaning and the measure of healthliteracy. *Journal of general internal medicine*, **21(8)**: 878-883.
- BARUTCU CD (2019). Relationship between Caregiver Health Literacy and Caregiver Burden. *Puerto Rico health sciences journal*, **38(3)**: 163-169.
- BAYIK TEMEL A, ÇİMEN Z (2017). Kronik Hastalığı Olan Yaşlı Bireylerde Sağlık Okuryazarlığı, Sağlık Algısı Ve İlişkili Faktörler. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, **33(3)**: 105-125.
- BAYLYYEVA C (2019). Lise Öğrencilerinde İnternet Bağımlılığı İle Problemlı İnternet Kullanımı Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi. Yüksek Lisans Tezi, Bülent Ecevit Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Zonguldak.
- BENNER AD (2011). Latino Adolescents' Loneliness, Academic Performance, and the Buffering Nature of Friendships. *Journal Of Youth And Adolescence*, **40(5)**: 556-567.
- BERKMAN ND, SHERIDAN SL, DONAHUE KE, HALPERN DJ, CROTTY K (2011). Low health literacy and health outcomes: an updated systematic review. *Annals of internal medicine*, **155(2)**: 97-107.
- BHUTTA ZA, DAS JK, RIZVI A (2013). Evidence-based interventions for improvement of maternal and child nutrition: what can be done and at what cost? *Lancet*, **382**: 452-77.
- BOEHM JK, WILLIAMS DR, RIMM EB, RYFF C, KUBZANSKY LD (2013a). The Association between optimism and serum antioxidants in the midlife in the United States study. *Psychosomatic medicine*, **75(1)**: 2.
- BOEHM JK, WILLIAMS DR, RIMM EB, RYFF C, KUBZANSKY LD (2013b). Relation between optimism and lipids in midlife. *The American journal of cardiology*, **111(10)**: 1425-1431.
- BOICE MM (1998). Chronic illness in adolescence. *Adolescence*, **33(132)**: 927-939.

- BONABI H, MULLER M, AJDACIC-GROSS V, EISELE J, RODGERS S, SEIFRITZ E, RUSCH N (2016). Mental health literacy, attitudes to help seeking, and perceived need as predictors of mental health service use: a longitudinal study. *The Journal of nervous and mental disease*, **204(4)**: 321-324.
- BOTHE DA, GRIGNON JB, OLNESS KN (2013). The effects of a stress management intervention in elementary school children. *J Dev Behav Pediatric*, **35**: 62-67.
- BRODER, OKAN O, BAUER U, BRULAND D, SCHLUPP S, BOLLWEG TM, JORDAN S (2017). Health literacy in childhood and youth: a systematic review of definitions and models. *BMC public health*, **17(1)**: 361.
- BUCHER T, SIEGRIST M (2015). Children's and Parents' Health Perception of Different Soft Drinks. *British Journal of Nutrition*, **113(3)**: 526-535.
- BULDU, M., & ER, S. (2016). Okula hazırbulunuşluk ve okula başlama yaşı: Türk öğretmen ve ailelerin yeni eğitim politikası üzerine görüş ve deneyimleri. *Eğitim ve Bilim*, **41(187)**: 97-114.
- CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION [CDC] (2013). Mental health surveillance among children United States, 2005-2011. *MMWR Surveill Summ*. **62(2)**: 1-35.
- CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION [CDC] (2018). Youth Risk Behavior Surveillance System (YRBSS). Erişim adresi: <https://www.cdc.gov/healthyyouth/data/yrbs/index.htm>. Erişim tarihi: 20.01.2020.
- CENTERS OF DISEASE CONTROL AND PREVENTION [CDC] (2019). Teens (Ages 12-19) Risk Behaviors. Erişim adresi: https://www.cdc.gov/parents/teens/risk_behaviors.html. Erişim tarihi: 20.02.20.
- CHANG BL, BAKKEN S, BROWN SS, HOUSTON TK, KREPS GL, KUKAFKA R, STAVRI, PZ (2004). Bridging the digital divide: Reaching vulnerable populations. *Journal of the American Medical Informatics Association: JAMIA*, **11**: 448-457.
- CHANG LC (2011). Health literacy, self reported status and health promoting behaviours for adolescents in Taiwan. *Journal of Clinical Nursing*, **20(1-2)**: 190-196.

- CHARI R, WARSH J, KETTERER T, HOSSAIN J, SHARIF I (2014). Association between health literacy and child and adolescent obesity. *Patient education and counseling*, **94(1)**: 61-66.
- CHENG H, FURNHAM A (2002). Personality, peer relations, and self-confidence as predictors of happiness and loneliness. *Journal of adolescence*, **25(3)**: 327-339.
- CHISOLM DJ, MANGANELLO JA, KELLEHER KJ, MARSHAL MP (2014). Health literacy, alcohol expectancies, and alcohol use behaviors in teens. *Patient education and counseling*, **97(2)**: 291-296.
- COCKERHAM WC (2014). Health Behavior. *The Wiley Blackwell Encyclopedia of Health, Illness, Behavior, and Society*, Ed: Cockerham, W.C., Dingwall, R, Quah S.R. 764–766.
- COMPTON MT, SHIM RS (2015). The social determinants of mental health. *Focus*, **13(4)**: 419-425.
- CONK Z, BAŞBAKKAL Z, YILMAZ HB, BOLIŞIK B (2013). Pediatri hemşireliği. 1. Baskı, Akademisyen Tıp Kitabevi, Ankara. s.:88.
- CORDER K, SHARP SJ, ATKIN AJ (2015). Change in objectively measured physical activity during the transition to adolescence. *Br J Sports Med*, **49**: 6-730.
- COŞKUN S, BEBİŞ H (2015). Adolesanlarda E-Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği: Türkçe Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması. *Gülhane Tıp Dergisi*, **57**: 378-84.
- ÇAPIK C (2006). Yoksul ve yoksul olmayan kadınlarda sağlık algısını etkileyen etmenlerin incelenmesi. Yüksek Lisans Tezi. Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir.
- ÇEVİK GB, ÇELİKKALELİ Ö (2010). Ergenlerin Arkadaş Bağlılığı ve İnternet Bağımlılığının Cinsiyet, Ebeveyn Tutumu ve Anne baba Eğitim Düzeylerine Göre İncelenmesi. *Journal of the Cukurova University Institute of Social Sciences*, **19(3)**: 225-240
- DAĞDEVİREN Z, ŞİMŞEK Z (2013). Şanlıurfa İl Merkezindeki Lise Öğrencilerinin Sağlığı Geliştirme Davranışları ve İlişkili Faktörler. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, **12(2)**: 291-296.

- DANG MT (2012). We need to pay attention to substance use among homeless youth. *J Addict Nurs.* **23(3)**: 149–51.
- DANIŞ Z (2019). Liseye Giden Öğrencilerin Riskli Davranışlarının Belirlenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Harran Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Şanlıurfa.
- DAŞDEMİR AC (2019). Lise Öğrencilerinde Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi ve İlişkili Faktörlerin Araştırılması. Yüksek Lisans Tezi, Cumhuriyet Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sivas.
- DAVIS TC, CROUCH M, LONG SW, JACKSON RH, BATES P, GEORGE RB (1991). Rapid assessment of literacy levels of adult primary care patients. *Family Medicine*, **23(6)**: 433-435.
- DAVIS TC, WOLF MS, ARNOLD CL (2006). Development and validation of the rapid estimate of adolescent literacy in medicine (REALM-Teen): a tool to screen adolescents for below-grade reading in healthcare settings. *Pediatrics*, **118**: 1707–1714.
- DAYSAL B (2019). Alaca İlçe Merkezindeki Lise Öğrencilerinde Akıllı Telefon Bağımlılığı Ve Psikososyal Faktörler.Yüksek Lisans Tezi, Hitit Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Çorum.
- DEMİR E, ARTANTAŞ AB (2018). Tıp ve hemşirelik öğrencilerinde sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının değerlendirilmesi: Kesitsel bir çalışma. *Ankara Medical Journal*, **18(2)**: 186-197.
- DENKTAŞ K (2019). Kırsal Kesimde İlköğretim Son Sınıf Öğrencilerinin Sağlık Okuryazarlığı ve E-Sağlık Okuryazarlığı. Yüksek Lisans Tezi, Celal Bayar Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Manisa.
- DERMAN O (2008). Ergenlerde psikososyal gelişim. *Adolesan Sağlığı II Sempozyum Dizisi*, **63**: 19-21.
- DICLEMENTE RJ, HANSEN WB, PONTON LE (2013). Handbook of Adolescent Health Risk Behavior. New York: Springer Science Business Media, LLC. s.: 1-4.
- DİL S, ŞENTÜRK SG, GİRGİN BA (2015). Çankırı İlinde Ergenlerin Benlik Saygısı Ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Riskli Sağlık Davranışları Ve Bazı Sosyodemografik Özelliklerle İlişkisi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, **16(1)**: 51-60.

- DULMEN MHM, GOOSSENS L (2013). Loneliness trajectories. *Journal of Adolescence*, **36(6)**: 1247-1249.
- DUMITH SC, GIGANTE DP, DOMINGUES MR, KOHL HW, (2011). Physical activity change during adolescence: a systematic review and a pooled analysis. *Int J Epidemiol*, **40**: 685–98.
- DURUSU-TANRIÖVER M, YILDIRIM HH, DEMİRAY-READY FN, ÇAKIR B, AKALIN HE (2014). Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Araştırması, Birinci Baskı, Sağlık-Sen Yayınları, Ankara.
- DÜNDAR GK (2019). Çıraklık Eğitimi Gören Adölesanların Sağlık Algısı Ve Stresle Başa Çıkma Tarzları. Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
- DÜNYA SAĞLIK ÖRGÜTÜ (1998). Health Promotion Glossary. Ed: Nutbeam D. *Health Promot Int*, **13**: 349-364.
- EFTELİ E, KHORSHTD L (2016) İki Farklı Bölüm Öğrencilerinin Sağlık Algılarının Karşılaştırılması İki Farklı Bölüm Öğrencilerinin Sağlık Algılarının Karşılaştırılması. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, **32(2)**: 1-10.
- ENGİN R (2019). Lise Öğrencilerinde Sosyal Destek Algısı Ve Ruhsal Sorunlar Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Atatürk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Erzurum.
- FALLIN K, WALLINGA C, COLEMAN M (2001). Helping children cope with stress in the classroom setting. *Child Education*, **78**: 17-24.
- FLEARY SA, JOSEPH P, PAPPAGIANOPOULOS JE (2018). Adolescent health literacy and health behaviors: a systematic review. *Journal of adolescence*, **62**: 116-127.
- FORTENBERRY JD, MCFARLANE MM, HENNESSY M, BULL SS, GRIMLEY DM, ST LAWRENCE J (2001). Relation of health literacy to gonorrhoea related care. *Sex Transm Infect*. **77(3)**: 206–211.
- GIBBS CM, WENDT A, PETERS S, HOGUE CJ (2012). The impact of early age at first childbirth on maternal and infant health. *Paediatr Perinat Epidemiol*, **26**: 259–84.

- GLOZAH FN, PEVALIN DJ (2014). Social support, stress, health, and academic success in Ghanaian adolescents: A path analysis. *Journal of Adolescence*, **37(4)**: 451-460.
- GROSSMAN P, NIEMEN L, SCHMIDT S, WALACH H (2004). Mindfulness-based stress reduction and health benefits: a meta-analysis. *J Psychosom Res.* **57**: 35-43.
- GÜLGEZ Ö, KISAÇ İ (2014). Lise Öğrencilerinin Olumsuz Risk Alma Davranışlarının Yaş, Cinsiyet ve Psikolojik Belirtiler Değişkenleri Açısından İncelenmesi. *Gazi Üniversitesi Endüstriyel Sanatlar Eğitim Fakültesi Dergisi*, **33**: 122-136.
- GÜLTEKİN B (2019). Adölesanlarda Sağlık Algısının Besin Etiketleri Okuma Alışkanlıkları Üzerine Etkisi. Yüksek Lisans Tezi, Necmettin Erbakan Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Konya.
- HAWKLEY LC, CACIOPPO JT (2010). Loneliness matters: a theoretical and empirical review of consequences and mechanisms. *Annals of Behavioral Medicine*, **40(2)**: 218-227.
- HAWTHORNE G (2008). Perceived social isolation in a community sample: its prevalence and correlates with aspects of peoples' lives. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, **43(2)**: 140-150.
- HEINRICH LM, GULLONE E (2006). The clinical significance of loneliness: A literature review. *Clinical Psychology Review*, **26(6)**: 695-718.
- HESS KL, JOHNSON SD, HU X, Lİ J, WU B, YU C, MORGAN MS (2018). Diagnoses of HIV infection in the United States and dependent areas, 2017. *HIV Surveillance Report*, **29**: 5-15.
- HOFFMAN S, MARSIGLIA FF, NEVAREZ L, PORTA M (2017). Health literacy among youth in Guatemala city. *Social Work in Public Health*, **32(1)**: 30-37.
- HUAN VS, YEO LS, ANG RP, CHONG WH (2006). The Influence Of Dispositional Optimism and Gender on Adolescents'perception of Academic Stress. *Adolescence*, **41(163)**: 533-546
- INSTITUTE OF MEDICINE (2004). Health literacy: A prescription to end confusion. Ed.: Nielsen-Bohlman L, Kindig DM, Panzer AM. National Academies Press. s.:31-51.

- İZĞİR G (2019). Lise öğrencilerinde akran zorbalığının yaygınlığı. Yüksek Lisans, Adnan Menderes Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Aydın.
- JORDAN DM, BUSH JS, OWNBY DR, WALLER JL, TINGEN MS (2019). The impact of traditional literacy and education on health literacy in adolescents with asthma. *Journal of Asthma*, **56(8)**: 882-890.
- JOURNAL OF FORENSIC PSYCHOLOGY (2019). Health Behavior. Erişim adresi: <https://www.longdom.org/scholarly/health-behavior-journals-articles-ppts-list-1431.html> Erişim tarihi: 26.12.2019
- KADIOĞLU H, YILDIZ A (2012). Sağlık Algısı Ölçeği'nin Türkçe Çevriminin Geçerlilik ve Güvenilirliği. *Türkiye Klinikleri Journal of Medical Sciences*, **32(1)**: 47-53.
- KALICHMAN SC, BENOTSCH E, SUAREZ T, CATZ S, MILLER J, ROMPA D (2000). Health literacy and health-related knowledge among persons living with HIV/AIDS. *American Journal of Preventive Medicine*, **18(4)**: 325-331.
- KANN L, MCMANUS T, HARRIS WA., SHANKLIN S, FLINT KH, QUEEN B, LIM C (2018). Youth risk behavior surveillance United States, 2017. *MMWR Surveillance Summaries*, **67(8)**: 1
- KAPIKIRAN S (2013). Loneliness and Life Satisfaction in Turkish Early Adolescents: The Mediating Role of Self Esteem and Social Support. *Social Indicators Research*, **111(2)**: 617-632.
- KARA B, HATUN Ş, AYDOĞAN M, BABAOĞLU K, GÖKALP AS (2003). Kocaeli İlindeki Lise Öğrencilerinde Sağlık Açısından Riskli Davranışların Değerlendirilmesi. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi*, **46**: 30-37.
- KARABAYIR N (2019). Lise Öğrencilerinde Sağlık Algısının Riskli Sağlık Davranışlarına Etkisi. Yüksek Lisans Tezi, Haliç Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
- KARACA E (2018). Sivas İlinde Bir Lisede Bulunan Öğrencilere Verilen Kişisel Bakım Eğitiminin Öz Benlik Saygısı Üzerine Etkisi: Çocuk Hakları Boyutuyla Değerlendirilmesi. Yüksek Lisans Tezi, Cumhuriyet Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sivas.

- KARACA T, ASLAN S(2019). Hemşirelik Öğrencilerinin Sağlık Durumu Algılarının ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Belirlenmesi. *ACU Sağlık Bilimleri Dergisi*,**10(4)**: 734-739.
- KAUER SD, MANGAN C, SANCI L (2014). Do online mental health services improve help-seeking for young people? A systematic review. *J Med Internet Res*, **16**: 66.
- KAYA E (2016). Çocukluk çağında kanser tedavisi almış ergenlerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Koç Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
- KEATING DP, LERNER RM, STEINBERGL (2004). Cognitive and brain development. *Handbook of Adolescent Psychology*, **2**: 45-84.
- KEFELİ B (2010). Samsun il merkezindeki lise öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının değerlendirilmesi. Yüksek Lisans Tezi, Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Samsun.
- KELLY S, STEPHENS J, HOYING J, MCGOVERN C, MELNYK BM, MILITELLO L (2017). A systematic review of mediators of physical activity, nutrition, and screen time in adolescents: Implications for future research and clinical practice. *Nursing outlook*, **65(5)**: 530-548.
- KILIÇ B (2019). Lise Öğrencilerinde Sağlık Algısı Ve Riskli Sağlık Davranışları Arasındaki İlişki. Yüksek Lisans Tezi, Cumhuriyet Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sivas.
- KIM S, ESQUIVEL GB (2011). Adolescent spirituality and resilience: Theory, research, and educational practices. *Psychol Schools*. **48(7)**: 755–65.
- KOÇ M (2004). Gelişim psikolojisi açısından ergenlik dönemi ve genel özellikleri. *Erciyes Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, **1(17)**: 231-238.
- KOÇAK K (2019). Adölesanlarda Sağlık Okuryazarlığının Riskli Sağlık Davranışları Üzerindeki Etkisi. Yüksek Lisans Tezi, Necmettin Erbakan Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Konya.
- KÖSE SK(2008). Korelasyon ve Regresyon Analizi. Erişim adresi:https://file.toraks.org.tr/TORAKSFD23NJKL4NJ4H3BG3JH/mse-ppt/pdf/Kenan_KOSE3.pdf Erişim tarihi: 20.12.2019

- KÖSEOĞLU SZA, ÇELEBİ TAYFUR A (2017). Adölesan dönemi beslenme ve sorunları. *Guncel Pediatri*, **15(2)**: 50-62.
- KÜRTÜNCÜ M, UZUN M, AYOĞLU FN (2015). Ergen Eğitim Programının Riskli Sağlık Davranışları ve Sağlık Algısına Etkisi. *Yükseköğretim ve Bilim Dergisi*, **5(2)**: 187-195.
- KÜRÜM D (2002). Öğretmen Adaylarının Eleştirel Düşünme Gücü. Yüksek Lisans Tezi, Anadolu Üniversitesi, Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Eskişehir.
- LADD GW, ETTEKAL I (2013). Peer-related loneliness across early to late adolescence: normative trends, intra-individual trajectories, and links with depressive symptoms. *Journal of adolescence*, **36(6)**: 1269-1282.
- LAM LT, YANG L (2014). Is low health literacy associated with overweight and obesity in adolescents: an epidemiology study in a 12–16 years old population, Nanning, China, 2012. *Archives of Public health*, **72(1)**: 11.
- LASGAARD M, GOOSSENS L, BRAMSEN RH, TRILLINGSGAARD T, ELKLIT A (2011). Different sources of loneliness are associated with different forms of psychopathology in adolescence. *Journal of research in personality*, **45(2)**: 233-237.
- LASSI ZS, SALAM RA, DAS JK, WAZNY K, BHUTTA ZA (2015). An unfinished agenda on adolescent health: Opportunities for interventions. *Seminars in Perinatology*, **39(5)**: 353–360.
- LAURSEN B, HARTL AC. (2013). Understanding loneliness during adolescence: Developmental changes that increase the risk of perceived social isolation. *Journal of adolescence*, **36(6)**: 1261-1268.
- LEVIN J (2010). Religion and mental health: theory and research. *Inter J Appl Psychoanal Stud.* **7(2)**: 102–15.
- LEWYCKA S, CLARK T, PEIRIS-JOHN R, FENAUGHTY J, BULLEN P, DENNY S, FLEMİNG T (2018). Downwards trends in adolescent risk-taking behaviours in New Zealand: Exploring driving forces for change. *Journal of paediatrics and child health*, **54(6)**: 602-608.

- LOUREIRO LM, JORM AF, MENDES AC, SANTOS JC, FERREIRA RO, PEDREIRO AT (2013). Mental health literacy about depression: a survey of Portuguese youth. *BMC psychiatry*, **13**(1): 129.
- LOWRY R, MICHAEL S, DEMISSIE Z, KANN L, GALUSKA DA (2015). Associations of physical activity and sedentary behaviors with dietary behaviors among US high school students. *Journal of Obesity*, **2015**: 876524.
- LYSNE CJ, WACHHOLTZ AB (2010). Pain, spirituality, and meaningmaking: What can we learn from the literature?. *Religions*. **2**(1): 1–16.
- MALMQVIST E, ZEILE K (2015). Bodily exchanges, bioethics and border crossing: Perspectives on giving, selling and sharing bodies. USA: Routledge s.: 153-165.
- MANGANELLO JA (2007). Health literacy and adolescents: a framework and agenda for future research. *Health Education Research*, **23**(5): 840-847.
- MANGANELLO JA, COLVIN KF, CHISOLM DJ, ARNOLD C, HANCOCK J, DAVIS T (2017). Validation of the rapid estimate for adolescent literacy in medicine short form (REALM-TeenS). *Pediatrics*, **139**(5): 1-10.
- MANGANELLO JA, SOJKA CJ, (2016). An exploratory study of health literacy and African American adolescents. *Comprehensive Child and Adolescent Nursing*, **39**(3): 221-239.
- MANNIX MM, FELDMAN JM, MOODY K (2009). Optimism and health-related quality of life in adolescents with cancer. *Child Care Health Dev*, **35**: 482–488.
- MARQUES SC, LOPEZ SJ, MITCHELL J. The role of hope, spirituality and religious practice in adolescents' life satisfaction: Longitudinal findings. *J Happiness Stud*. **14**(1): 251–61.
- MARSHALL WA (1978). Puberty in Human growth. *Springer Boston MA*. **6**:141-181
- MARSHALL WA, TANNERJM (1969). Variations in pattern of pubertal changes in girls. *Archives of Disease in Childhood*, **44**(235): 291.
- MAVIOGLU RN, BARTELS M, BOMMSMA DI (2015). Causes of Individual Differences in Adolescent Optimism: A Study in Dutch Twins and Their Siblings. *European Child and Adolescent Psychiatry*, **24**: 1381-1388.

- MAYER GM, VILLAIRE M (2007). Health literacy in primary care: A clinician's guide. Springer Publishing Company, Ed: Albert E. Barnett First Ed. s.:2-4.
- MELAS PA, TARTANI E, FORSNER T, EDHBORG M, FORSELL Y (2013). Mental health literacy about depression and schizophrenia among adolescents in Sweden. *European Psychiatry*, **28(7)**: 404-411.
- MICHAELSON V, BROOKS F, JIRÁSEK I, INCHLEY J, WHITEHEAD R, KING N, PICKETT W (2016). Developmental patterns of adolescent spiritual health in six countries. *SSM-population health*, **2**: 294-303.
- MILES SB, STIPEK D (2006). Contemporaneous and longitudinal associations between social behavior and literacy achievement in a sample of low-income elementary school children. *Child Dev.* **77(1)**: 103–117.
- MURPHY DA, GREENWELL L, RESELL J, BRECHT ML, SCHUSTER MA (2008). Early and middle adolescents' autonomy development: Impact of maternal HIV/AIDS. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, **13(2)**: 253–276.
- MURPHY DA, LAM P, NAAR-KING S, HARRIS DR, PARSONS JT, MUENZ LR (2010). Health literacy and antiretroviral adherence among HIV-infected adolescents. *Patient Education and Counseling*, **79(1)**: 25-29.
- MUSLU GK, AYGÜN Ö (2017). Ergenlerin Riskli Sağlık Davranışlarının ve Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, **10(4)**: 242-250.
- NAJARKOLAEI FR, NIKNAMI S, SHOKRAVI FA, TAVAFIAN SS, FESHARAKI MG, JAFARI MR (2014). Sexual behavioral abstine HIV/AIDS questionnaire: Validation study of an Iranian questionnaire. *J Educ Health Promot.* **3**: 10.
- NATIONAL CENTER FOR EDUCATION STATISTICS (2013). The Nation's Report Card: A First Look: Mathematics and Reading. Institute of Education Sciences, U.S. Department of Education; Washington, (NCES 2014-451).
- NEEDHAM HE, WIEMANN CM, TORTOLERO SR, CHACKO MR (2010). Relationship between health literacy, reading comprehension, and risk for sexually transmitted infections in young women. *J Adolesc Health.* **46(5)**: 506–508.

- NES LS, SEGERSTROM SC (2006). Dispositional optimism and coping: a meta-analytic review. *Personal Soc Psychol Rev*, **10**: 235–251.
- NILSSON M, GRIGGS D, VISBECK M (2016). Policy: map the interactions between Sustainable Development Goals. *Nature*, **534(7607)**: 320-322.
- NORMAN CD, SKINNER HA (2006). eHEALS: the eHealth literacy scale. *Journal of Medical Internet research*, **8(4)**: 1-7.
- OFFICE OF DISEASE PREVENTION AND HEALTH PROMOTION, U.S. Department of Health and Human Services (2010). National Action Plan to Improve Health Literacy. Washington, DC: Author.
- OGDEN CL, CARROLL MD, KIT BK, FLEGAL KM (2014). Prevalence of childhood and adult obesity in the United States, 2011-2012. *Journal of the American Medical Association*, **311(8)**: 806-814.
- OGDEN CL, FLEGAL KM (2010). Changes in terminology for childhood overweight and obesity. *Age*, **12**: 12.
- OXFORD DICTIONARY. Erişim adresi: <https://www.oxfordlearnersdictionaries.com/definition/english/adolescence>. Erişim tarihi:22.07.2019
- OZDEMİR H, ALPER Z, UNCU Y, BİLGEL N (2010). Health literacy among adults: a study from Turkey. *Health Educ Res*. **25(3)**: 464–477.
- ÖZBAŞARAN F, ÇETİNKAYA AÇ, GÜNGÖR N (2004). Healthbehaviors of students in school of health in Celal Bayar University. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, **7(3)**: 43-55.
- ÖZDELİKARA A, ALKAN SA, MUMCU N (2018). Hemşirelik Öğrencilerinde Sağlık Algısı, Sağlık Anksiyetesi ve Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi. *Medical Journal of Bakirkoy*, **14(3)**: 275-282.
- ÖZDEMİR F (2019). Ergen Sağlığı İçin Sağlık Okuryazarlığının Önemi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, **22(3)**: 211-216.

- ÖZDEMİR Y, KUZUCU Y, AK S (2014). Depression, loneliness and Internet addiction: How important is low self-control? *Computers in Human Behavior*, **34(0)**: 284-290.
- ÖZTEK F (2019). Lise Öğrencilerinin Sağlık Okuryazarlığı. Yüksek Lisans Tezi Marmara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
- PAKKARI L, KOKKO S, VILLBERG J, PAKKARI O, TYNJÄLÄ J (2017). Health literacy and participation in sports club activities among adolescents. *Scandinavian Journal of Public Health*, **45(8)**: 854-860.
- PAGE RM, PIKO BF, BALAZS MA, STRUK T (2010). Media literacy and cigarette smoking in Hungarian adolescents. *Health Education Journal*, **70(4)**: 446-457.
- PARK A, ECKERT TL, ZASO MJ, SCOTT- SHELTON LA, VANABLE PA, CAREY KB, Carey MP (2017). Associations between health literacy and health behaviors among urban high school students. *Journal of School Health*, **87(12)**: 885-893.
- PARKER RM, BAKER D.W, WILLIAMS MV, NURSSJR (1995). The test of functional health literacy in adults. A new instrument for measuring patients literacy skills. *Journal of General Medicine*, **10**: 537-541.
- PARLAZ EA, TEKGÜL N, KARADEMİRÇİ E, ÖNGEL K (2012). Ergenlik dönemi: fiziksel büyüme, psikolojik ve sosyal gelişim süreci. *Turkish Family Physician*, **3(2)**: 10-16.
- PATTON GC, SAWYER SM, SANTELLI JS, ROSS DA, AFIFI R, ALLEN NB, KAKUMA R (2016). Our future: a Lancet commission on adolescent health and wellbeing. *The Lancet*, **387(10036)**: 2423-2478.
- PATTON GC, TOLLIT MM, ROMANIUK H, SPENCE SH, SHEFFIELD J, SAWYE MG (2011). A prospective study of the effects of optimism on adolescent health risks. *Pediatrics*, **127(2)**: 308-316.
- PEARSON N, BRAITHWAITE R, BIDDLE SJ (2015). The effectiveness of interventions to increase physical activity among adolescent girls: a meta-analysis. *Acad Pediatr*, **15**: 9-18.

- PELİTOĞLU F, ÖZGÜR S (2013). İlköğretim Öğrencileri İçin Sağlık Tutum Ölçeği Geliştirilmesi. *Necatibey Eğitim Fakültesi Elektronik Fen ve Matematik Eğitimi Dergisi*, **7(1)**: 32-56.
- PENDER N, MURDAUGH C, PARSONS MA (2011). Health Promotion in Nursing Practice. United States of America: Pearson.
- PERRY E L, CARTER PA, BECKER HA, GARCIA AA, MACKERT M, JOHNSON KE (2017). Health literacy in adolescents with sickle cell disease. *Journal of pediatric nursing*, **36**: 191-196.
- PINKLETON BE, AUSTIN EW, COHEN M, CHEN YCY, FITZGERALD E (2008). Effects of a peerled media literacy curriculum on adolescents knowledge and attitudes toward sexual behavior and media portrayals of sex. *Health Communication*, **23(5)**:462-472.
- PREACHER KJ, MACCALLUM RC (2002). Exploratory factor analysis in behavior genetics research: Factor recovery with small sample sizes. *Behavior Genetics*, **32(2)**: 153-161.
- PRIMACK BA, GOLD MA, LAND SR, FINEMJ (2006). Association of cigarette smoking and media literacy about smoking among adolescents. *Journal of Adolescent Health*, **39(4)**: 465–472.
- PRIMACK BA, HOBBS R(2009). Association of various components of media literacy and adolescent smoking. *American Journal of Health Behavior*, **33(2)**: 192–201.
- 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(1)**: 1183.
- RASSOULI M, YAGHMAIE F, ALAVI MH (2010). Psychometric properties of "Institutionalized adolescents hope scale". *Payesh Quarterl.*, **9(2)**: 197–204.
- RATZAN SC, PARKER RM (2000). Health literacy. *National Library of Medicine current bibliographies in medicine*. Ed: Patrias, K., National Institutes of Health,s.: 1-24.
- ROCKWOOD K, SONG X, MITNITSKI A. (2011). Changes in relative fitness and frailty across the adult lifespan: evidence from the Canadian National Population Health Survey. *Can Med Assoc J*. **183**: 487–94.

- ROEKEL E, SCHOLTE RH, VERHAGEN M, GOOSSENS L, ENGELS RC (2010). Loneliness in adolescence: Gene× environment interactions involving the serotonin transporter gene. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, **51(7)**: 747-754.
- ROSENFELD L, RUDD R, EMMONS KM, ACEVEDO-GARCIA D, MARTIN L, BUKA S (2011). Beyond reading alone: the relationship between aural literacy and asthma management. *Patient education and counseling*, **82(1)**: 110-116.
- SAĞLIĞIN TEŞVİKİ VE GELİŞTİRİLMESİ SÖZLÜĞÜ (2011). Sağlık Okuryazarlığın Tanımı. Erişim adresi: <https://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/Sağlığınteşviki>. Erişim tarihi: 10.10.2019
- SAHOO K, SAHOO B, CHOUDHURY AK, SOFI, NY, KUMAR R, BHADORIA AS (2015). Childhood obesity: causes and consequences. *Journal of Family Medicine and Primary Care*, **4(2)**: 187.
- SAKALLI UĞURLU N (2018). Sosyal Psikolojide Tutumlar ve Tutum Değişimi. 1. Baskı, İmge Kitabevi, Ankara. s.: 26-75.
- SALGADO MV, PÉREZ-STABLE EJ, PRIMACK BA, KAPLAN CP, MEJIA RM, GREGORICH SE (2012). Association of media literacy with cigarette smoking among youth in Jujuy, Argentina. *Nicotine&TobaccoResearch*, **14(5)**: 516–521.
- SCHILLINGER D, GRUMBACH K, PIETTE J, WANG F, OSMOND D, DAHER C, PALACIOS J, SULLIVANGAD, BINDMAN AB (2002). Association of health literacy with diabetes outcomes. *Journal of the American Medical Association*, **288(4)**: 475–482.
- SCHINKA KC, DULMEN MH, MATA AD, BOSSARTE R, SWAHN M (2013). Psychosocial predictors and outcomes of loneliness trajectories from childhood to early adolescence. *Journal of adolescence*, **36(6)**: 1251-1260.
- SCOTT TL, GAZMARARIAN JA, WILLIAMS MV, BAKERDW (2002). Health literacy and preventive health care use among medicare enrollees in a managed care organization. *Medical Care*, **40(5)**: 395-404.
- SHAH LC, WEST P, BREMMMEYR K, SAVOY-MOORE RT (2010). Health literacy instrument in family medicine: the “newest vital sign” ease of use and correlates. *J Am Board Fam Med*, **23(2)**: 195-203.

- SHARIF I, BLANK AE (2010). Relationship between child health literacy and body massindex in overweight children. *Patient Education and Counseling*, **79(1)**: 43-48.
- SHUKLA P, RISHI P (2014). A Corelational Study of Psychosocial & SpiritualWell Being and Death Anxiety among Advanced Stage Cancer Patients. *AmJ Appl Psychol*. **2(3)**: 59–65.
- SIMMONDS M, LLEWELLYN A, OWEN CG, WOOLACOTT N (2016). Predicting adult obesity from childhood obesity: A systematic review and meta analysis. *Obesity Reviews*, **17(2)**: 95-107.
- SIMONDS SK (1974). Health education as social policy. *Health Education Monograph*, **2**: 1-25.
- SIPILÄ K, YLOSTALO PV, EK E, ZITTING P, KNUUTTILA ML (2006). Association between optimism and self-reported facial pain. *Acta Odontologica Scandinavica*, **64(3)**: 177-182.
- SINGH S, MISHRA S (2012). Optimism-Pessimism among Adolescents-A Gender Based Study. *International Journal of Science and Research*, **3(6)**: 1530-1532.
- SKRE I, FRIBORG O, BREIVİK C, JOHNSEN LI, ARNESEN Y, WANG CEA (2013). A school intervention for mental health literacy in adolescents: effects of a non-randomized cluster controlled trial. *BMC Public Health*, **13(1)**: 1-15.
- SORENSEN K, VAN DEN BROUCKE S, PELIKAN JM, FULLAM J, DOYLE G, SLONSKA Z, BRAND H (2012). Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. *BMC public health*, **12(1)**: 1-13.
- SORENSEN K, VAN DEN BROUCKE S, PELIKAN JM, FULLAM J, DOYLE G, SLONSKA Z, BRAND H (2013). Measuring health literacy in populations: illuminating the design and development process of the European Health Literacy Survey Questionnaire (HLS-EU-Q). *BMC public health*, **13(1)**: 1-15.
- STEINBERG L (2007). Ergenlik. Ed.:Çok, F., 2. Baskı, İmge Kitabevi, Ankara. s.: 40-93.
- STICKLEY A, KOYANAGI A, KOPOSOV R, SCHWAB-STONE M, RUCHKIN V (2014). Loneliness and health risk behaviours among Russian and US adolescents: a cross-sectional study. *Bmc Public Health*, **14(1)**: 366-377.

- ŞENGEL A (2016). Sağlığa Yönelik Sosyal Sorumluluk Programının Ergenlerin Sağlık Algısı, Özgeci Ve Empatik Becerilerine Etkisi. Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
- TAN XQ, YU XM, SONG YZ, HUANG SZ, GUO SJ, WANG J (2017). Association Between Health Literacy, Cigarette And Alcohol Use Among High School Students In Three Provinces. *Chinese Journal of Health Education*, **(3)**: 3.
- TANRIVERDİ D, SAVAŞ E, GÖNÜLLÜOĞLU N, KURDAL E, BALIK G (2011). Lise öğrencilerinin yeme tutumları, yeme davranışları ve benlik saygılarının incelenmesi. *Gaziantep Medical Journal*, **17(1)**: 33-39.
- TOCI E, BURAZERI G, SORENSEN K, JERLIU N, RAMADANI N, ROSHI E, BRAND H (2013). Health literacy and socioeconomic characteristics among older people in transitional Kosovo. *Journal of Advances in Medicine and Medical Research*, **3(4)**: 1646-1658.
- TUĞUT N, BEKAR M (2008). Üniversite öğrencilerinin sağlığı algılama durumları ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasındaki ilişki. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, **11(3)**: 17-26.
- TÜRK DİL KURUMU. Erişim adresi: <https://sozluk.gov.tr/?kelime=ergen>. Erişim tarihi: 22.07.2019
- TÜRKİYE NÜFUS VE SAĞLIK ARAŞTIRMASI (2018). Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü Ankara, Türkiye.
- ULUDAĞLI NP, SAYIL M (2009). Orta ve ileri ergenlik döneminde risk alma davranışı: Ebeveyn ve akranların rolü. *Türk Psikoloji Yazıları*, **12(23)**: 14-24.
- ULUSAL ARAŞTIRMA KONSEYİ (NRC), TIP ENSTİTÜSÜ (IOM), (2009). Committee on Adolescent Health Care Services and Models of Care for Treatment, Prevention, and Healthy Development. Adolescent Health Services: Missing Opportunities. Washington, DC: The National Academies Press.
- UNICEF (2019). Erişim adresi: <https://www.unicef.org/adolescence>, 2019 erişim tarihi: 28.12.2019.

- UZUNSAKAL E, YILDIZ D (2018). Alan Araştırmalarında Güvenilirlik Testlerinin Karşılaştırılması Ve Tarımsal Veriler Üzerine Bir Uygulama. *Uygulamalı Sosyal Bilimler Dergisi*, **2(1)**:14-28.
- VANHALST J, GOOSSENS L, LUYCKX K, SCHOLTE RH, ENGELS RC (2013). The development of loneliness from mid-to late adolescence: *Trajectory classes, personality traits, and psychosocial functioning*. *Journal of adolescence*, **36(6)**: 1305-1312.
- VANHALST J, LUYCKX K, GOOSSENS L (2014). Experiencing Loneliness in Adolescence: A Matter of Individual Characteristics, Negative Peer Experiences, or Both? *Social Development*, **23(1)**: 100-118.
- WALKER SN, HILL-POLERECKY DM (1996). Psychometric evaluation of The Health Promoting Lifestyle Profile II. Unpublished manuscript, University of Nebraska Medical Center, 120-26.
- WALKER SN, SECHRİST KR, PENDER NJ (1987). The Health Promoting Lifestyle Profile development and psychometric characteristics. *Nursing Research*, **36(2)**: 76-80.
- WEISS B, MAYS MZ, MARTZ W, CASTRO KM, DEWALT DA, PIGNONE MP (2005). Quick assessment of literacy in primary care: the newest vital sign. *Annual Family Medicine*, **3**: 514-22.
- WHO (2019). Coming of Age Adolescent Health.Erişim adresi:<https://www.who.int/health-topics/adolescents/coming-of-age-adolescent-health>. Erişim tarihi: 28.12.2019.
- WHO (2018a).Erişim adresi: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/adolescents-health-risks-and-solutions>. Erişim tarihi: 08.02.2020.
- WHO (2018b).Erişim adresi: <https://www.who.int/health-topics/adolescents/coming-of-age-adolescent-health>. Erişim tarihi: 08.02.2020.
- WHO (2018c).Erişim adresi: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/adolescents-health-risks-and-solutions>. Erişim tarihi: 08.02.2020.
- WILLIAMS MV, BAKER DW, HONIG EG, LEE TM, NOWLAN A (1998a). Inadequate literacy is a barrier to asthma knowledge and self-care. *Chest*, **114(4)**: 1008–1015.

- WILLIAMS MV, BAKER DW, PARKER RM, NURSS JR(1998b). Relationship of functional health literacy to patients' knowledge of their chronic disease. A study of patients with hyper tension and diabetes. *Archives of Internal Medicine*. **158(2)**: 166–172.
- WOODHOUSE SS, DYKAS MJ, CASSIDY J (2012). Loneliness and peer relations in adolescence. *Social Development*, **21(2)**: 273-293.
- YAHAYA N, MOMTAZ YA, OTHMAN M, SULAİMAN N, MAT F (2012). Spiritual wellbeing and mental health among Malaysian adolescents. *Life Sci J*. **9(1)**: 440–8.
- YALÇIN R (2018). Lise öğrencilerinin fiziksel aktivite düzeyleri ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasındaki ilişki. Yüksek Lisans Tezi, Cumhuriyet Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sivas.
- YE XH, YANG Y, GAO YH, CHEN SD, XU Y (2014). Status and determinants of health literacy among adolescents in Guangdong, China. *Asian Pac J Cancer Prev*, **15(20)**: 8735-40.
- YEŞİLFİDAN D (2016). Obezite açısından riskli ergenlere verilen olumlu sağlık davranışları geliştirme eğitiminin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve fiziksel aktivite üzerine etkisi. Yüksek Lisans Tezi, Adnan Menderes Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Aydın.
- YILMAZEL G, ÇETİNKAYA F (2015). Health literacy among schoolteachers in Çorum, Turkey. *Eastern Mediterr Health Journal*, **21(8)**: 598-605.
- YORULMAZ H, TATAR A, SALTUKOĞLU G, SOYLU G (2013). Diyabetli hastalarda hastalık algısını etkileyen faktörlerin incelenmesi. *FSM İlmî Araştırmalar İnsan ve Toplum Bilimleri Dergisi*, **(2)**: 367-387.
- YUST KM, JOHNSON AN, SASSO SE, ROEHLKEPARTAIN EC (2006). Traditional wisdom: Creating space for religious reflection on child and adolescent spirituality. *Nurturing child and adolescent spirituality: Perspectives from the world's religious traditions*, s.:1-14.
- ZHANG B, GAO Q, FOKKEMA M, ALTERMAN V, LIU Q (2015). Adolescent interpersonal relationships, social support and loneliness in high schools: Mediation effect and gender differences. *Social science research*, **53**: 104-117.

EKLER

Ek 1: Sosyo-demografik Veri Formu

Sevgili öğrenciler, bu çalışma, sizin sağlık ile ilgili bilgileri okuma ve anlama durumunuzu belirlemek ve bunun sağlık algı, tutum ve davranışları arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla yürütülecektir. Elde edilen bu bilgiler; ergenlerin sağlık okuryazarlık düzeyini belirleyecek ve sağlık personeli tarafından daha iyi bilgilendirilebilmeleri için yapılacak düzenlemelere yarar sağlayacaktır. Soru formunu yanıt-lamanız için gerekli süre ortalama 5 dakikadır. Soru formunu eksiksiz doldurmanız çalışmanın doğruluğu yönünden önemli olacaktır. Elde edilen bilgiler bilimsel amaçlar dışında kullanılmayacak ve kesinlikle gizli tutulacaktır. Zamanınızı ayırdığınız için teşekkür ederiz.

1. Yaşınız.....

2. Sınıfınız.....

3. Cinsiyetiniz nedir?

1)Kadın 2)Erkek

4. Annenizin eğitim durumu nedir?

1)Okuryazar değil 2)İlkokul 3)Lise 4)Üniversite 5)Lisansüstü
(Yüksek Lisans, Doktora vs.)

5. Babanızın eğitim durumu nedir?

1)Okuryazar değil 2)İlkokul 3)Lise 4)Üniversite 5)Lisansüstü
(Yüksek Lisans, Doktora vs.)

Ek 2: Sağlık Okuryazarlık Ölçeği

	Hiç Zorluk çekmiyorum	Az Zorluk Çekiyorum	Biraz Zorluk çekiyorum	Çok Zorluk çekiyorum	Yapamayacak durumdayım
1. Hastalıklar hakkında bilgiyi bulabiliyor musunuz?					
2. Tedaviler hakkında bilgileniyor musunuz?					
3. Sigara içme, şişmanlık gibi riskler hakkında bilgileri bulabiliyor musunuz?					
4. Nasıl sağlıklı kalınacağı hakkında bilgi bulabiliyor musunuz?					
5. Sağlıklı yiyecekler ve nasıl formda kalınacağı hakkında bilgi elde edebiliyor musunuz?					
6. İlaç kutularında bulunan prospektüslerin içeriğini anlayabiliyor musunuz?					
7. Tıbbi reçeteleri anlayabiliyor musunuz?					
8. Eczanelerde, hastanelerde ya da doktor muayenehanelerinde bulunan sağlıkla ilgili tehlikeler hakkında bilgi sağlayan broşürleri okuyabiliyor musunuz?					
9. Sigara içmek, uyuşturucu kullanmak, emniyet kemeri kullanmama vb. gibi tehlikeli davranışlar hakkındaki bilgileri anlayabiliyor musunuz?					
10. Besin etiketlerinin içeriğini anlayabiliyor musunuz?					
11. Sağlıklı yaşam biçiminin önemini anlayabiliyor musunuz?					
12. Ev, okul, işyeri, ya da mahallede sağlıklı çevrenin önemini anlayabiliyor musunuz?					
13. Doktorunuzla ya da eczacınızla tıbbi bilgileri tartışabiliyor musunuz?					
14. Tedavi seçeneklerinin tehlikelerini ya da yararlarını düşünebiliyor musunuz?					
15. Tıbbi önerilerden hangisinin sizin için en iyisi olduğuna karar verebiliyor musunuz?					
16. Tehlikeli davranışlarınızı belirleyebiliyor musunuz?					
17. Diğer insanların yaptığı tehlikeli davranışlardan ders alabiliyor musunuz?					
18. Sağlık yetkilileri, arkadaşlar, aile ya da radyo, gazete, televizyon gibi kaynaklardan edindiğiniz tehlikelerle ilgili bilgileri dikkatli biçimde değerlendirebiliyor musunuz?					
19. Sağlıkla ilgili alışkanlıklarınızı değerlendirebiliyor musunuz?					
20. Besinler ya da spor gibi sağlıklı seçimlerin tehlikelerini ve yararlarını düşünebiliyor musunuz?					
21. Doktor, hemşire ya da eczacının size verdiği önerilere uyabiliyor musunuz?					
22. Aşı yaptıрма, bir tarama programında yer alma, güvenli araba kullanma gibi sağlık personelinin size verdiği önerilere uyabiliyor musunuz?					
23. Eğer isterseniz tehlikeli alışkanlıklarınızı değiştirebiliyor musunuz?					
24. Sağlıklı ürünlere ulaşabiliyor musunuz?					
25. Sağlık ile ilgili bilgileri yararınız için kullanabiliyor musunuz?					

Ek 3: Öğrenci Sağlık Tutum Ölçeği:

		Katılıyorum	Kararsızım	Katılmıyorum
1	Sağlığım için yapmam gerekenleri öğrenmeyi seviyorum			
2	Çöplerimi her zaman ayrıştırarak bir çöp kutusuna atarım			
3	Alışverişe gitmeden önce alınacakları listelemek hoşuma gidiyor			
4	Zamanı gelince aşılarımı olurum			
5	Biten pilleri her zaman atık pil kutusuna atarım			
6	Hasta değilsem doktora kontrole gitmek istemiyorum			
7	Çocuk olarak haklarımı bilmiyorum			
8	Bana hediye olarak sağlıkla ilgili kitap verilmesinden hoşlanırım			
9	Tehlikeli sokak aralarında arkadaşlarımla oyun oynamam			
10	Geri dönüşümü dikkate alır, çöplerimi ayrıştırırım			
11	Vücudumu sevmiyorum			
12	Kendi güvenliğimden sorumlu değilim			
13	Sadece ekonomik öneme sahip bitki ve hayvanlar korunma altına alınmalıdır			
14	Çevremdekilerin sağlığına önem vermek hoşuma gidiyor			
15	Spor yapmaktan hoşlanmıyorum			
16	Kişisel bakım ve temizliğimi kendim yapmayı sevmiyorum			
17	Bazı insanların kendilerini diğerlerinden üstün görmelerine üzülüyorum			
18	Arabaya bindiğimde mutlaka emniyet kemerimi bağlarım			
19	Kendi sağlığıma önem verdiğime inanıyorum			
20	Öğretmenler okulda cinsel eğitim vermemeli çünkü bu konular özeldir			
21	Bir insan bana kaba davrandığında ona aynı şekilde karşılık vermem			
22	Aşı olunca hiç hasta olmam			
23	İnsanların diğer canlılara karşı sorumluluğu yoktur			
24	Trafik kurallarına sadece sürücüler uymak zorundadır			
25	İnsanların kendi sağlıklarına karşı sorumlulukları vardır			
26	Derslerde sağlıkla ilgili bilgi verilmesinden hoşlanmıyorum			
27	Sağlıklı olmak için hastalıklardan korunmak gerekir.			
28	Dişlerimi fırçalarken suyun boşa akmasının kimseye zararı olmaz			
29	İnsanların diğer canlılara göre genleri daha fazladır			
30	Sağlığım ile ilgili bilgileri doktordan öğrenmek hoşuma gider			
31	Ellerimi yıkamaktan hoşlanmıyorum			
32	Sıvı yiyecekler daha hızlı sindirilir			
33	Sağlığımdan anne-babam sorumludur			
34	İkizlerin genleri aynı olduğu için mikropalara karşı bağışıklık sistemleri de aynıdır			

Ek 4: Sağlık Algısı Ölçeği

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

Ek 5: Sağlıklı Yaşam Biçim Davranışları Ölçeği II

		Hiçbir Zaman	Bazen	Sık sık	Düzenli Olarak
1	Bana yakın olan kişilerle endişelerimi ve sorunlarımı tartışırım				
2	Sıvı ve katı yağı, kolesterolü düşük bir diyeti tercih ederim				
3	Doktora ya da bir sağlık görevlisine, vücudumdaki olağandışı belirti ve bulguları anlatırım				
4	Düzenli bir egzersiz programı yaparım				
5	Yeterince uyurum				
6	Olumlu yönde değiştiğimi ve geliştiğimi hissedirim				
7	İnsanları başarıları için takdir ederim				
8	Şekeri ve tatlıyı kısıtlarım				
9	Televizyonda sağlığı geliştirici programları izler ve bu konularla ilgili kitapları okurum				
10	Haftada en az üç kez 20 dakika ve/veya daha uzun süreli egzersiz yaparım (hızlı yürüyüş, bisiklete binme, aerobik, dans gibi)				
11	Her gün rahatlamak için zaman ayırırım				
12	Yaşamımın bir amacı olduğuna inanırım				
13	İnsanlarla anlamlı ve doyumlu ilişkiler sürdürürüm				
14	Hergün 6-11 öğün ekmek, tahıl, pirinç ve makarna yerim				
15	Sağlık personeline önerilerini anlamak için soru sorarım				
16	Hafif ve orta düzeyde egzersiz yaparım (Örneğin haftada 5 kez ya da daha fazla) yürürüm				
17	Yaşamımda değiştiremeyeceğim şeyleri kabullenirim				
18	Geleceğe umutla bakarım				
19	Yakın arkadaşlarıma zaman ayırırım				
20	Her gün 2-4 öğün meyve yerim				
21	Her zaman gittiğim sağlık personelinin önerileri ile ilgili sorularım olduğunda başka bir sağlık personeline danışırım				
22	Boş zamanlarımda yüzmeye, dans etmeye, bisiklete binme gibi eğlendirici fizik aktiviteler yaparım				

23	Uyumadan önce güzel şeyler düşünürüm				
24	Kendimle barışık ve kendimi yeterli hissederim				
25	Başkalarına ilgi, sevgi ve yakınlık göstermek benim için kolaydır				
26	Her gün 3-5 öğün sebze yerim				
27	Sağlık sorunlarımı sağlık personeline danışırım				
28	Haftada en az üç kere kas güçlendirme egzersizleri yaparım				
29	Stresimi kontrol etmek için uygun yöntemleri kullanırım				
30	Hayatımdaki uzun vadeli amaçlar için çalışırım				
31	Sevdiğim kişilerle kucaklaşıyorum				
32	Her gün 3-4 kez süt, yoğurt veya peynir yerim				
33	Vücudumu fiziksel değişiklikler, tehlikeli bulgular bakımından ayda en az bir kez kontrol ederim				
34	Günlük işler sırasında egzersiz yaparım (örneğin, yemeğe yürüyerek giderim, asansör yerine merdiven kullanırım, arabamı uzağa park ederim)				
35	İş ve eğlence zamanımı dengelerim				
36	Hergün yapacak değişik ve ilginç şeyler bulurum				
37	Yakın dostlar edinmek için çaba harcarım				
38	Hergün et, tavuk, balık, kuru bakliyat, yumurta, çerez türü gıdalardan 3-4 porsiyon yerim				
39	Kendime nasıl daha iyi bakabileceğim konusunda sağlık personeline danışırım				
40	Egzersiz yaparken nabız ve kalp atışlarımı kontrol ederim				
41	Günde 15-20 dakika gevşeyebilmek, rahatlayabilmek için uygulamalar yaparım				
42	Yaşamımda benim için önemli olan şeylerin farkındayım				
43	Benzer sorunu olan kişilerden destek alırım				
44	Gıda paketlerinin üzerindeki besin, yağ ve sodyum içeriklerini belirleyen etiketleri okurum				
45	Bireysel sağlık bakımı ile ilgili eğitim programlarına katılırım				
46	Kalp atımım hızlanana kadar egzersiz yaparım				
47	Yorulmaktan kendimi korurum				
48	İlahi bir gücün varlığına inanırım				
49	Konuşarak ve uzlaşarak çatışmaları çözerim				
50	Kahvaltı yaparım				
51	Gereksinim duyduğumda başkalarından danışmanlık ve rehberlik alırım				
52	Yeni deneyimlere ve durumlara açığım				

Ek 6: Etik Kurul İzni

**ANKARA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ALT ETİK KURULU
KARAR ÖRNEĞİ**

Karar Tarihi :06/05/2019

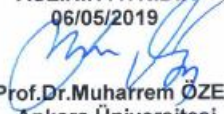
Toplantı Sayısı :11

Karar Sayısı :177

177-Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı yüksek lisans öğrencilerinden Nuran Yulu'nun "Ergenlerde Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi ile Sağlık Algısı, Sağlık Tutumu ve Sağlık Yaşam Biçimi Davranışları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi" başlıklı tezi ile ilgili 30/01/2019 tarihli "İnsan Üzerinde Yapılan Klinik Dışı Araştırmalar Başvuru Formu" Etik Kurulumuzca incelenmiştir.

Yapılan görüşmeler ve incelemeler sonucunda **Nuran Yulu'nun "Ergenlerde Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi ile Sağlık Algısı, Sağlık Tutumu ve Sağlık Yaşam Biçimi Davranışları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi" başlıklı tezi ile ilgili araştırma protokolüne uyulması ve etik onay tarihinden itibaren geçerli olması koşuluyla uygulanmasının etik açıdan uygun olduğuna oybirliği ile karar verildi.**

**ASLININ AYNIDIR
06/05/2019**


Prof. Dr. Muharrem ÖZEN
Ankara Üniversitesi
Etik Kurulu Başkanı

Ek 7:Ankara Valiliği Milli Eğitim Müdürlüğü Kurum İzni



T.C.
ANKARA VALİLİĞİ
Milli Eğitim Müdürlüğü

Sayı : 14588481-605.99-E.12760931
Konu : Araştırma İzni

02.07.2019

ANKARA ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE
(Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü)

İlgi: a)11.06.2019 tarihli ve 5506 sayılı yazınız.

b)MEB Yenilik ve Eğitim Teknolojileri Genel Müdürlüğü'nün 2017/25 nolu Genelgesi.

Enstitünüz Hemşirlik Anabilim Dalı yüksek lisans programı öğrencisi Nuran YULU'nun "**Ergenlerde Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi ile Sağlık Algısı, Sağlık Tutumu ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi**" konulu çalışması kapsamında İlimiz Altındağ, Çankaya, Etimesgut, Keçiören, Mamak, Sincan, Yenimahalle İlçelerine bağlı ortaöğretim kurumlarında uygulama talebi ilgi (b) Genelge çerçevesinde incelenmiştir.

Yapılan inceleme sonucunda, söz konusu araştırmanın Müdürlüğümüzde muhafaza edilen ölçme araçlarının; Türkiye Cumhuriyeti Anayasası, Milli Eğitim Temel Kanunu ile Türk Milli Eğitiminin genel amaçlarına uygun olarak, ilgili yasal düzenlemelerde belirtilen ilke, esas ve amaçlara aykırılık teşkil etmeyecek, eğitim-öğretim faaliyetlerini aksatmayacak şekilde okul ve kurum yöneticilerinin sorumluluğunda gönüllülük esasına göre uygulanması Müdürlüğümüzce uygun görülmüştür.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

Hayati KOCA
Vali a.
Milli Eğitim Müdür V.

Dağıtım:
Gereği:
Ankara Üniversitesi

Bilgi:
Altındağ, Çankaya, Etimesgut, Keçiören,
Mamak, Sincan, Yenimahalle İlçe MEM

Adres: Emniyet Mah. Alpansın Türkiye Cad. 4/A
Yenimahalle/ANKARA
Elektronik Ağ: www.meb.gov.tr
e-posta: isticilik06@meb.gov.tr

Bilgi için: D. KARAGÖZEL
Tel: 0 (312) 212 36 00
Faks: 0 (312) 221 02 16

Bu evrak güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır. <https://evraksorgu.meb.gov.tr> adresinden c5b1-bb81-302a-a840-525C kodu ile teyit edilebilir.

Ek 8:Aydınlatılmış Onam Formları

Ebeveyn Formu

Çocuğunuzun katılmasını istediğimiz bu çalışma bilimsel bir araştırma olup, araştırmanın adı, “Ergenlerde Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi İle Sağlık Algısı, Sağlık Tutumu Ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi ”dir. Bu araştırma, ergenlerin sağlık okuryazarlık düzeyini belirlemek ve bu düzeyin sağlık algısı, tutumu ve sağlıklı yaşam biçimi davranışı arasında nasıl bir ilişki olduğunu ortaya koymaktır. Bu ilişkiyi ölçmek için sınıf ortamında okul müdürünün izni alınarak ve öğretmen gözetiminde öğrencilere soru formu ve 4 adet ölçek dağıtılacaktır. Soru formu ve ölçeklerde rahatsızlık verici herhangi bir soru bulunmamaktadır.

Soru formu; yaş, cinsiyet, kilo, boy, sigara-alkol kullanımı ve sağlığını nasıl algıladığına ilişkin sorulardan oluşmaktadır. Sağlık okuryazarlık ölçeği; bilgiye erişim, anlama, değerlendirme, uygulama hakkında bazı soruları içermektedir. Hastalık ve tedavi hakkında bilgiye ulaşabilme, tıbbi reçeteleri anlayabilme, sağlıklı-riskli davranışlar konusundaki bilgileri anlayabilme ve bunları hayata geçirebilme kabiliyeti şeklinde sorulardan oluşmaktadır. **Sağlık algısı ölçeği**; Sağlıklı olmak bana bağlıdır veya şans işidir, sağlığımı düşünürüm, egzesiz yapar ve doğru beslenirsem sağlıklı kalabilirim, sağlık davranışları geliştirme konusunda sık sık kafam karışır veya tümüyle anlarım şeklinde sorulardan oluşmaktadır. **Sağlık tutum ölçeği**; alışverişe gitmeden önce alınacakları listelemek hoşuma gidiyor, çocuk olarak haklarımı bilmiyorum, spor yapmaktan hoşlanmıyorum, kişisel bakım ve temizliğimi kendim yapmayı sevmiyorum, aşı olunca hiç hasta olmam, dişlerimi fırçalarken suyun boşa akmasının kimseye zararı olmaz, sağlığımdan anne-babam sorumludur şeklinde sorulardan oluşmaktadır. **Sağlıklı yaşam biçim davranışları II ölçeği**; bana yakın olan kişilerle endişelerimi ve sorunlarımı tartışırım, yeterince uyurum, düzenli bir egzersiz programı yaparım, her gün 6-11 öğün ekmek, tahıl, pirinç ve makarna

yerim, geleceğe umutla bakarım, sağlık sorunlarımı sağlık personeline danışırım, yakın dostlar edinmek için çaba harcarım vs. sorulardan oluşmaktadır. Bu soru formunu ve ölçekleri yanıtlamak sadece 15-20 dakika sürmektedir.

Bu araştırmanın sonuçları bilimsel amaçla kullanılacaktır, size ve çocuğunuza ait bilgiler herhangi bir yerde paylaşılmayacaktır. Bu çalışmaya katılmanız için sizden herhangi bir ücret istenmeyecektir. Çalışmaya katıldığınız için size herhangi bir ödeme yapılmayacaktır. Çocuğunuzun bu araştırmada yer almasını kabul etmek tamamen sizin isteğinize bağlıdır. Çocuğunuzun araştırmada yer almasını reddedebilirsiniz ya da herhangi bir aşamada araştırmadan ayrılabilirsiniz. Bu çalışmaya katılmanızı ve iş birliği yapmanızı çok isteriz. Yardımlarınız için şimdiden teşekkür ediyoruz.

Çalışmaya Katılma Onayı:

Yukarıda yer alan ve araştırmaya başlanmadan önce gönüllüye verilmesi gereken bilgileri okudum. Aklıma gelen tüm soruları araştırmacıya sordum, yazılı ve sözlü olarak bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Çalışmaya katılmayı isteyip istemediğime karar vermem için bana yeterli zaman tanındı. Bu koşullar altında, söz konusu araştırmaya ilişkin bana yapılan katılım davetini hiçbir zorlama ve baskı olmaksızın büyük bir gönüllülük içerisinde kabul ediyorum. Bu formun imzalı bir kopyası bana verilecektir.

Ebeveyn;

Adı, soyadı:

İmza:

Araştırmacının,

Adı soyadı: Nuran YULU

İmza:

Öğrenci Formu

Sevgili Öğrenci,

Benim adım Nuran, “Ergenlerde Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi İle Sağlık Algısı, Sağlık Tutumu Ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi ” isimli çalışmayı yapmak istiyoruz. Çalışmayı danışmanım Dr. Öğretim Üyesi Figen Işık Esenay ile birlikte yapıyoruz. Bu araştırma, ergenlerin sağlık okuryazarlık düzeyini belirlemek ve bu düzeyin sağlık algısı, tutumu ve sağlıklı yaşam biçimi davranışı arasında nasıl bir ilişki olduğunu ortaya koymaktır. Bu ilişkiyi ölçmek için öğrencilere sınıf ortamında okul müdürünün izni alınarak ve öğretmen gözetiminde öğrencilere soru formu ve 4 adet ölçek dağıtılacaktır. Soru formu ve ölçeklerde rahatsızlık verici herhangi bir soru bulunmamaktadır.

Soru formu; yaş, cinsiyet, kilo, boy, sigara-alkol kullanımı ve sağlığını nasıl algıladığına ilişkin sorulardan oluşmaktadır. **Sağlık okuryazarlık ölçeği;** bilgiye erişim, anlama, değerlendirme, uygulama hakkında bazı soruları içermektedir. Hastalık ve tedavi hakkında bilgiye ulaşabilme, tıbbi reçeteleri anlayabilme, sağlıklı-riskli davranışlar konusundaki bilgileri anlayabilme ve bunları hayata geçirebilme kabiliyeti şeklinde sorulardan oluşmaktadır. **Sağlık algısı ölçeği;** Sağlıklı olmak bana bağlıdır veya şans işidir, sağlığımı düşünürüm, egzesiz yapar ve doğru beslenirsem sağlıklı kalabilirim, sağlık davranışları geliştirme konusunda sık sık kafam karışır veya tümüyle anlarım şeklinde sorulardan oluşmaktadır. **Sağlık tutum ölçeği;** alışverişe gitmeden önce alınacakları listelemek hoşuma gidiyor, çocuk olarak haklarımı bilmiyorum, spor yapmaktan hoşlanmıyorum, kişisel bakım ve temizliğimi kendim yapmayı sevmiyorum, aşı olunca hiç hasta olmam, dişlerimi fırçalarken suyun boşa akmasının kimseye zararı olmaz, sağlığımdan anne-babam sorumludur şeklinde sorulardan oluşmaktadır. **Sağlıklı yaşam biçim davranışları II ölçeği;** bana yakın olan kişilerle endişelerimi ve sorunlarımı tartışırım, yeterince uyurum, düzenli bir egzersiz programı yaparım, her gün 6-11 öğün ekmek, tahıl, pirinç ve makarna yerim, geleceğe umutla bakarım, sağlık sorunlarımı sağlık personeline danışırım,

yakın dostlar edinmek için çaba harcarım vs. sorulardan oluşmaktadır. Bu soru formunu ve ölçekleri yanıtlamak sadece 15-20 dakika sürmektedir.

Bu araştırmaya katılıp katılmamak için karar vermeden önce anne ve baban ile konuşup onlara danışmalısın. Onlara da bu araştırmadan bahsedip onaylarını/izinlerini alacağız. Anne ve baban kabul etseler bile sen kabul etmeyebilirsin. Bu araştırmaya katılmak senin isteğine bağlı ve istemezsen katılmayabilirsin. Bu araştırmaya katıldığın için herhangi bir ücret almayacaksın. Araştırmadan istediğin zaman ayrılabilirsin. Aklına şimdi gelen veya daha sonra gelecek olan soruları istediğin zaman bana sorabilirsin. Bana ulaşabileceğin dahili telefon numarası bu kağıtta yazıyor. Bu araştırmaya katılmayı kabul ediyorsan aşağıya lütfen adını ve soyadını yaz. Adını yazdıktan sonra sana ve ailine bu formun bir kopyası verilecektir. Bu çalışmaya katılmanızı ve iş birliği yapmanızı çok isteriz. Yardımlarınız için şimdiden teşekkür ediyoruz

Çocuğun adı, soyadı:

Tarih:

İmza:

Araştırmacının adı, soyadı, ünvanı:. Nuran YULU

Tel: 444 9494-2580

İmza:

Tarih:

ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Ad Soyad: Nuran YULU

Doğum Tarihi: 06.08.1994

Doğum Yeri: Iğdır

Mail Adresi: rnnylogu104@gmail.com

Eğitim Bilgileri

Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü 2017-2020

Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans

Eskişehir Osmangazi Üniversitesi 2012 - 2015

Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik Bölümü Lisans

Mesleki Deneyimler

Ankara Özel Güven Hastanesi Pediatri Servis Hemşireliği 2018-devam ediyor

Ankara Özel Koru Hastanesi Pediatri Servis Hemşireliği 2016 - 2017

Dernek Üyelikleri

Çocuk Hemşireleri Derneği (2019)

Türk Hemşireler Derneği (2019)

Bilimsel Yayın

Yulu N., Esenay FI. (2017). Stresin Çocuk Sağlığı Üzerine Etkilerinin Kavram Haritası ile İncelenmesi. 5. Uluslararası 16. Ulusal Hemşirelik Kongresi, 5 - 8 Kasım 2017, Ankara. (Poster Bildiri)

