2024

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Ayşegül KOÇAR



T.C.

ANKARA YILDIRIM BEYAZIT ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

OKUL HEMŞİRESİ BULUNAN VE BULUNMAYAN OKULLARDAKİ ADÖLESANLARIN SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARININ KARŞILAŞTIRILMASI

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Ayşegül KOÇAR

HEMŞİRELİK LİSANSÜSTÜ PROGRAMI

Ankara, 2024

T.C.
ANKARA YILDIRIM BEYAZIT ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

OKUL HEMŞİRESİ BULUNAN VE BULUNMAYAN OKULLARDAKİ ADÖLESANLARIN SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARININ KARŞILAŞTIRILMASI

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Ayşegül KOÇAR

Tez Danışmanı: Doç. Dr. Esma ATASOY

HEMŞİRELİK TEZLİ YÜLSEK LİSANS PROGRAMI

Ankara, 2024

T.C.
ANKARA YILDIRIM BEYAZIT ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

OKUL HEMŞİRESİ BULUNAN ve BULUNMAYAN OKULLARDAKİ ADÖLESANLARIN SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARININ KARŞILAŞTIRILMASI

Ayşegül KOÇAR

Yüksek Lisnas Tezi

15.08.2024

Tez Danışmanı
Doç. Dr. Esma Atasoy

Jüri Üyeleri

Okuduğumuz ve Savunmasını dinlediğimiz bu tezin bir Doktora derecesi için gereken tüm kapsam ve kalite şartlarını sağladığını beyan ederiz.

Prof. Dr. Esra ÇALIK VAR
Enstitü Müdürü

Bu tezin Yüksel Lisans derecesi için gereken tüm şartları sağladığını tasdik ederim.

BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün aşamalarda patent ve telif haklarını ihlal edici etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tezde kullanılmış olan tüm bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi beyan ederim.

15.08.2024

Ayşegül KOÇAR

İTHAF

Bu tez çalışması, Türkiye Cumhuriyeti'nin kurucusu Gazi Mustafa Kemal ATATÜRK ve kahraman silah arkadaşlarına ithaf edilmiştir.

TEŞEKKÜR

Bu teze başlarken bilimsel düşünceyi yaşam biçimi olarak algılamamı sağlayan, desteğini ve emeğini üzerimden eksik etmeyen sayın hocam Doç. Dr. Esma ATASOY'a sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Hiçbir zaman desteğini üzerimden eksik etmeyen ve her koşulda yanımda olan sevgili annem Fatma KOÇAR'a, sevgili babam Abdullah KOÇAR'a ve canım kardeşlerim İbrahim Halil ve Şehide Nur KOÇAR'a emekleri ve sevgileri için teşekkür ederim.

Ayşegül KOÇAR

15/08/2024

İÇİNDEKİLER

İÇİNDEKİLER ..... **i**
ÖZET ..... **iv**
ABSTRACT ..... **v**
SİMGE VE KISALTMALAR DİZİNİ ..... **vi**
TABLOLAR DİZİNİ ..... **vii**
1. GİRİŞ **1**
1.1. Araştırmanın Amaçları ve Beklenen Yararları 3
1.2. Araştırma Soruları 3
2. GENEL BİLGİLER **4**
2.1. Adölesan Dönem 4
2.1.1. Erken Adölesan Dönem 5
2.1.2. Orta Adölesan Dönem 5
2.1.3. Geç Adölesan Dönem 6
2.2. Adölesan Dönemde Psikososyal Gelişim 6
2.3. Adölesan Dönemde Bilişsel Gelişim 7
2.4. Adölesan Dönemde Riskli Sağlık Davranışları 8
2.5. Sağlığın Geliştirilmesi ve Teşviki 11
2.5.1. Avrupa'da Sağlığı Geliştiren Okullar Ağı Projesi 12
2.6. Pender'in Sağlığı Geliştirme Modeli 12
2.7. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları (SYBD) 15
2.8. Okul Sağlığı 23
2.9. Okul Sağlığı Hizmetleri 24
2.10. Dünya'da ve Türkiye'de Okul Sağlığı Hemşireliğinin Gelişimi 25
3. GEREÇ VE YÖNTEM **31**
3.1. Araştırmanın Şekli 31
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yerler 31
3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi 31
3.4. Veri Toplama Araçları 31
3.5. Verilerin Toplanması 33
3.6. Etik 34
3.7. Veri Analizi 34
4. BULGULAR **35**
5. TARTIŞMA **54**

6. SONUÇ VE ÖNERİLER **65**
7. KAYNAKÇA **67**
8. EKLER **84**
Ek-1. Anket Formu 84
Ek-2. Etik Kurul İzni 98
Ek-3. Kurum İzni 99
Ek-4. Nitel Görüşme Formu 100
Ek-5. Ölçek Kullanım İzni 101
Ek-6. Okul Hemşiresi Bulunan/Bulunmayan Okullardaki Öğrencilerin Cinsiyetlere Göre SYBDÖ – 2 Alt Boyutu ve Toplam Puanlarının Karşılaştırılması 102
Ek-7. Okul Hemşiresi Bulunan/Bulunmayan Okullardaki Öğrencilerin Ailenin Çalışması Durumuna Göre SYBDÖ – 2 Alt Boyutu ve Toplam Puanlarının Karşılaştırılması 104
Ek-8. Okul Hemşiresi Bulunan/Bulunmayan Okullardaki Öğrencilerin Herhangi Madde Kullanımına Göre SYBDÖ – 2 Alt Boyutu ve Toplam Puanlarının Karşılaştırılması 106
Ek-9. Okul Hemşiresi Bulunan/Bulunmayan Okullardaki Öğrencilerin Kronik Hastalık Durumuna Göre SYBDÖ – 2 Alt Boyutu ve Toplam Puanlarının Karşılaştırılması 107
Ek-10. Okul Hemşiresi Bulunan/Bulunmayan Okullardaki Öğrencilerin Hastaneye Gitme Sıklığına Göre SYBDÖ – 2 Alt Boyutu ve Toplam Puanlarının Karşılaştırılması 108
Ek-11. Okul Hemşiresi Bulunan/Bulunmayan Okullardaki Öğrencilerin Hastalıkta Düzenli İlaç Kullanma Durumuna Göre SYBDÖ – 2 Alt Boyutu ve Toplam Puanlarının Karşılaştırılması 112
Ek-12. Okul Hemşiresi Bulunan/Bulunmayan Okullardaki Öğrencilerin Sağlığı Değerlendirmeye Değişkenine Göre SYBDÖ – 2 Alt Boyutu ve Toplam Puanlarının Karşılaştırılması 114
Ek-13. Okul Hemşiresi Bulunan/Bulunmayan Okullardaki Öğrencilerin Ders Başarısına Göre SYBDÖ – 2 Alt Boyutu ve Toplam Puanlarının Karşılaştırılması 119
Ek-14. Okul Hemşiresi Bulunan/Bulunmayan Okullardaki Öğrencilerin Düzenli Egzersiz Yapma Durumuna Göre SYBDÖ – 2 Alt Boyutu ve Toplam Puanlarının Karşılaştırılması 122
Ek-15. Okul Hemşiresi Bulunan/Bulunmayan Okullardaki Öğrencilerin Egzersizin Motive Etme Durumuna Göre SYBDÖ – 2 Alt Boyutu ve Toplam Puanlarının Karşılaştırılması 124
Ek-16. Okul Hemşiresi Bulunan/Bulunmayan Okullardaki Öğrencilerin Düzenli Beslenme Programı Durumuna Göre SYBDÖ – 2 Alt Boyutu ve Toplam Puanlarının Karşılaştırılması 126

Ek-17. Okul Hemşiresi Bulunan/Bulunmayan Okullardaki Öğrencilerin Besin Gruplarına Dikkat Etme Durumuna Göre SYBDÖ – 2 Alt Boyutu ve Toplam Puanlarının Karşılaştırılması 128

Ek-18. Okul Hemşiresi Bulunan/Bulunmayan Okullardaki Öğrencilerin Düzenli Kahvaltı Yapma Durumuna Göre SYBDÖ – 2 Alt Boyutu ve Toplam Puanlarının Karşılaştırılması 130

Ek-19. Okul Hemşiresi Bulunan/Bulunmayan Okullardaki Öğrencilerin Günlük İnternet Kullanım Süresine Göre SYBDÖ – 2 Alt Boyutu ve Toplam Puanlarının Karşılaştırılması 134

Ek-20. Okul Hemşiresi Bulunan/Bulunmayan Okullardaki Öğrencilerin Çevreden Fikir Alma Durumuna Göre SYBDÖ – 2 Alt Boyutu ve Toplam Puanlarının Karşılaştırılması 137

Ek-21. Okul Hemşiresi Bulunan/Bulunmayan Okullardaki Öğrencilerin Stresli Durumlarda Çevreden Destek Almaya Göre SYBDÖ – 2 Alt Boyutu ve Toplam Puanlarının Karşılaştırılması 140

Ek-22. Okul Hemşiresi Bulunan/Bulunmayan Okullardaki Öğrencilerin Hedeflere Ulaşmakta Zorlanma Değişkenine Göre SYBDÖ – 2 Alt Boyutu ve Toplam Puanlarının Karşılaştırılması 144

Ek-23. Okul Hemşiresi Bulunan/Bulunmayan Okullardaki Öğrencilerin Sosyal Kulüplere Üyelik Durumuna Göre SYBDÖ – 2 Alt Boyutu ve Toplam Puanlarının Karşılaştırılması 148

Ek-24. Okul Hemşiresi Bulunan/Bulunmayan Okullardaki Öğrencilerin BKİ (Beden Kitle İndeksi) Değerleri ile SYBDÖ – 2 Alt Boyutu ve Toplam Puanlarının Karşılaştırılması 150

Ek-25. Okul Hemşiresi Bulunan/Bulunmayan Okullardaki Öğrencilerin Ölçek Puanlarının Birbiriyle İlişkilerinin İncelenmesi 151

Ek-26. Özgeçmiş 153

ÖZET

Okul Hemşiresi Bulunan ve Bulunmayan Okullardaki Adölesanların Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Karşılaştırılması

Araştırma okul hemşiresi bulunan ve bulunmayan okullardaki öğrencilerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının karşılaştırılması amacıyla yapılmıştır. Araştırma tanımlayıcı-karşılaştırmalı tipte bir çalışmadır. Okul hemşiresi bulunan (n:3) ve bulunmayan (n:3) liselerde öğrenim gören öğrenciler içerisinde araştırma evrenini temsil eden 702 öğrenci araştırma örneklem grubunu oluşturmuştur. Araştırmada veri toplama araçları olarak 'Sosyodemografik Bilgi Formu' ve 'Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II' kullanılmıştır. Ayrıca hemşirelerle nitel görüşme de yapılmıştır. Araştırmada katılımcılardan 274 kişi kız öğrenci, 428 kişi erkek öğrencidir. Öğrencilerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları puan ortalaması 136,15 bulunmuştur. Okul hemşiresi bulunan okullarda öğrenim gören öğrencilerin okul hemşiresi bulunmayan okullarda öğrenim gören öğrencilere oranla sağlıklı yaşam biçimi davranışları puanının daha yüksek olduğu, madde kullanım oranının daha düşük, hastalık halinde düzenli ilaç kullanım oranının daha yüksek, ders başarısının daha yüksek olduğu bulunmuştur **(**$p<0,001$). Tek değişkenli analizde anlamlı çıkan tüm parametrelerle yapılan regresyon modeli sonucunda sağlıklı yaşam biçimi toplam puanına en çok etkileyen değişkenin grup (okul hemşiresi bulunması), iyi ders başarısı ve egzersiz yapma durumu olduğu belirlenmiştir. Okul hemşiresi bulunan okullarda adölesan bireylerin daha sağlıklı yaşam biçimi davranışları sergilediği sonucuna varılmıştır. Her okula bir hemşire politikasının önemli olduğu ve hayata geçirilmesi gerektiği söylenebilir.

Anahtar Kelimeler: Adölesan, okul hemşiresi, sağlıklı yaşam biçimi davranışları.

ABSTRACT

Comparison of Healthy Lifestyle Behaviors of Adolescents in Schools with and Without School Nurses

The research was conducted to compare the healthy lifestyle behaviors of students in schools with and without a school nurse. The research is a descriptive-comparative type study. Among the students studying in high schools with (n:3) and without (n:3) school nurses, 702 students representing the research population constituted the research sample group. 'Sociodemographic Information Form' and 'Healthy Lifestyle Behavior Scale II' were used as data collection tools in the study. Qualitative interviews were also conducted with nurses. Among the participants in the study, 274 were female students and 428 were male students. The students' average score on healthy lifestyle behaviors was found to be 136.15. It was found that students studying in schools with a school nurse had a higher healthy lifestyle behavior score, a lower rate of substance use, a higher rate of regular medication use in case of illness, and higher academic success, compared to students studying in schools without a school nurse ($p<0.001$). . As a result of the regression model made with all parameters that were significant in univariate analysis, it was determined that the variables that most affected the healthy lifestyle total score were group (presence of a school nurse), good course success and exercise status. It was concluded that adolescent individuals exhibited healthier lifestyle behaviors in schools with school nurses. It can be said that a nurse policy in every school is important and should be implemented.

Key Words: Adolescent, healthy lifestyle behaviors, school nurse.

SİMGE VE KISALTMALAR DİZİNİ

ANA	: American Nurses Association (Amerikan Hemşireler Birliği)
APA	: American Psychological Association (Amerikan Psikoloji Birliği)
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
MEB	: Milli Eğitim Bakanlığı
NASN	: National Association Of School Nurses (Ulusal Okul Hemşireleri Birliği)
NMC	: The Nursing And Midwifery Council (İngiltere Hemşirelik ve Ebelik Konseyi)
PISA	: Programme for International Student Assessment (Uluslararası Öğrenci Değerlendirme Programı)
SGM	: Sağlığı Geliştime Modeli
SYBD	: Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları
SYBDÖ	: Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği
TUBİM	: Türkiye Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığı İzleme Merkezi
TÜİK	: Türkiye İstatistik Kurumu

TABLOLAR DİZİNİ

Tablo 4.1 *Okul hemşiresi bulunan/bulunmayan okullardaki öğrencilerin sosyodemografik özelliklerinin incelenmesi* 35

Tablo 4.2 *Okul hemşiresi bulunan/bulunmayan okullardaki öğrencilerin sağlık özelliklerinin incelenmesi* 37

Tablo 4.3 *Okul hemşiresi bulunan/bulunmayan okullardaki öğrencilerin fiziksel aktivite ve beslenme değişkenleri yönünden incelenmesi* 39

Tablo 4.4 *Okul hemşiresi bulunan/bulunmayan okullardaki öğrencilerin sosyal aktivite ve genel özellikler yönünden incelenmesi* 42

Tablo 4.5 *Okul hemşiresi bulunan/bulunmayan okullara göre bazı nicel bulguların karşılaştırılması* 45

Tablo 4.6 *SYBDÖ -2'ye ilişkin genel tanımlayıcı istatistiklerin dağılımı* 45

Tablo 4.7 *SYBDÖ -2'ye ilişkin güvenilirlik katsayıları dağılımı* 46

Tablo 4.8 *Okul hemşiresi bulunan/bulunmayan okullardaki öğrencilerin SYBDÖ – 2 alt boyutu ve toplam puanlarının karşılaştırılması* 46

Tablo 4.9 *SYBDÖ- 2 etkileyen değişkenlerin belirlenmesi* 48

Tablo 4.10 *SYBDÖ-2 ölçeğinin belirleyicileri* 48

1. GİRİŞ

Sağlık bireyin ve toplumların vazgeçilmez en temel ihtiyacıdır. Sağlıklı olma hali ‘sadece hastalık ve sakatlık hallerinin bulunmaması değil bununla birlikte bireyin fiziksel boyutta, ruhsal boyutta ve sosyal boyutta her zaman iyilik halinin olması’ şeklinde tanımlanmaktadır (DSÖ, 1948). Birey, yaşamında bebeklik ile başlayarak çocukluk dönemi, adölesan dönem, yetişkinlik dönemi ve yaşlılık dönemi olmak üzere çeşitli yaş ve dönem özellikleri gösterdiği bir döngü içerisinde yaşamaktadır. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından 10-19 yaş aralığı bireylerin adölesan dönemi olarak tanımlanmaktadır (DSÖ, 2003). Dünya üzerinde yaklaşık 1,3 milyar adölesan nüfus bulunmaktadır (DSÖ, 2024). Adölesan bireyler içinde bulundukları toplumun nüfus olarak büyük kısmını oluşturmaktadırlar. Bu sebeple adölesan bireylerin yaşam şekilleri ve davranışları hem bireylerin kendilerini hem de içinde bulundukları toplumu yakından etkilemektedir (Yulu, 2020). Geleceğin yetişkinleri olacak olan adölesan bireyler toprakta filizlenmeyi bekleyen fideler gibidir. Onlara ne kadar özenli bakılıp gelişimi olumlu yönde desteklenirse o kadar sağlıklı bir ağaca dönüşeceklerdir. Bu döngü nesilden nesile aktarılarak toplumlar bu çerçevede şekillenecektir. Bu sebeple adölesan dönemde bireyin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını benimsemesi ve davranış değişikliği oluşturabilmesi çok önemlidir.

Adölesan bireylerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını uygulayabilmesi, kendisini ve çevresini holistik (bütüncül) bir bakış açısıyla değerlendirebilmesine fırsat sunmaktadır. Bu değerlendirmeler doğrultusunda belirlenecek risklere karşı alınan önlemler toplumsal boyutta da mortalite ve morbiditenin önüne geçilmesinde büyük katkı sağlayacaktır (Dindar, 2022). Toplumda tüm bireylere sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının kazandırılması önemlidir. Adölesan bireylerde de dönem itibariyle gelişimin hızlı olmasından dolayı bu davranışların kazandırılması çok önemlidir (Newby ve ark., 2021).

Adölesan dönemde birey çevresinden fazla etkilenip riskli sağlık davranışları gösterebilmektedir. Bireyin arkadaş çevresi kendine olan özgüvenini etkileyebilir ve bu doğrultuda zararlı madde kullanımına sürüklenebilmektedir (Arslan ve Coşkunol, 2016).

Sağlıklı yaşam biçimi davranışları Walker tarafından (1987) hayat bulmuş ve gelişimler yaşayarak belirli başlıklar halinde günümüze yapılan çalışmalarla ulaşmıştır. Tanımlanmış olan sağlıklı yaşam biçimi davranışları; kişilerarası ilişkiler fiziksel aktivite, stres yönetimi, sağlık sorumluluğu, manevi gelişim, beslenme, şeklinde alt boyutlardan oluşmaktadır (Bahar ve ark., 2008). Adölesan bireylerde sağlıklı yaşam biçimi davranışları bireyi yeterli ve dengeli fiziksel aktivite, dengeli beslenme, kendi sağlık durumu ile ilgili sorumluluk alma, içsel huzur ve dengeyi sağlayabilme, stresli durumlarla baş edebilme ve diğer bireylerle iletişim kurabilmede desteklemektedir (Akgün ve ark., 2021).

Sağlıklı yaşam amacıyla oluşturulmuş davranış şekilleri bireylerin fiziksel, ruhsal ve sosyal olarak gelişimini desteklemektedir. Bu destek mekanizmaları; bireyin beden imajının şekillenmesi ve kronik hastalıklara karşı korunması, kendi ihtiyaçlarını daha rahat ifade edebilmesi, kendi sağlık durumunu yakından takip etmesi, yeme bozukluklarının engellenmesi, bireylerin etik değerlerine olan yaklaşımında hassasiyetin korunması, madde bağımlılığının önlenmesi, akran zorbalığının önüne geçilmesi, şiddetin engellenmesi ve bireylerin baş etme mekanizmalarının desteklenmesi vs. şeklindedir (Ergün ve ark. 2019).

Bireylerin ve çevresinin sağlık davranışlarını olumlu yönde etkilemek için okullar, içinde etkili faaliyetler gerçekleştirebilecek önemli alanlardır. Nitekim okul ortamı adölesan bireyin hayatının çok büyük parçası olan ve zamanının büyük bir çoğunluğunu geçirdiği yerlerdir. Adölesan sağlığının gelişebilmesi için okul ortamı bu bağlamda fırsat sunmaktadır (Ulutaşdemir ve ark., 2016). Bu doğrultuda adölesan bireyin sağlığının geliştirilmesi ve korunması amacıyla yapılacak olan çalışmaların aynı zamanda sağlık profesyonelleri önderliğinde olması gerektiği düşünülmektedir (Faial ve ark., 2019). Nitekim bu çalışmalarda okul hemşirelerinin faaliyetlerinin önemini dikkat çekmektedir (Akgül ve Ergün, 2021).

Amerikan Ulusal Okul Hemşireleri Birliği (NASN) okul hemşirelerinin görev tanımları içerisinde adölesan bireyin sağlığının gelişiminin desteklenmesinin önemli bir yere sahip olduğunu belirtmiştir (NASN, 2016). Adölesan bireyin sağlıklı bir yaşama sahip olması ve akademik başarısının da arttırılabilmesi için bireyin ve çevresinin değerlendirilebilmesi ve riskli durumlara karşı gerekli önlemlerin alınması, sağlık ihtiyaçlarının tespit edilmesi ve sağlıklı bir yetişkinlik dönemine

hazırlanmasında kazanması gereken davranış değişikliğinin oluşması amacıyla okul hemşirelerinin önemi üzerinde durulmalıdır (M. Altay ve ark., 2018).

Adölesan bireylere sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının kazandırılması amacıyla ihtiyaçlarının belirlenmesi ve okul hemşirelerinin rollerinin etkililiği üzerinde durulabilmesi bakımından bilimsel veriler önemlidir.

1.1. Araştırmanın Amaçları ve Beklenen Yararları

Bu araştırma ortaöğretim düzeyindeki okul hemşiresi bulunan okullar ile okul hemşiresi bulunmayan okullarda öğrenim gören öğrencilerin, sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını karşılaştırmak amacıyla yapılmıştır. Araştırmanın adölesanlarda sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını geliştirmek amacıyla ve okul hemşireliği uygulamalarında literatüre katkı sağlaması beklenmektedir.

1.2. Araştırma Soruları

1. Okul hemşiresi bulunan ve bulunmayan okullardaki öğrencilerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının ölçek puan düzeyi farklılaşmakta mıdır?

2. Okul hemşiresi bulunan ve bulunmayan okullarda öğrencilerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları sosyo-demografik özelliklerine göre farklılaşmakta mıdır?

3. Okul hemşirelerinin okul sağlığı hemşireliği uygulamaları hakkında düşünceleri nelerdir?

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Adölesan Dönem

Adölesan kelime olarak ‘adolescere’ kelimesinden köken almış olup Latincede ‘gelişen’ anlamına gelerek Stanley Hall tarafından 1904 yılında ilk kez literatürde kullanılmıştır. Psikiyatri sözlüğünde Amerikan Psikiyatri Birliği (Amerikan Psychiatric Association-APA) tarafından adölesan dönemin tanımı; psikososyal olgunlaşmanın başladığı, fiziksel ve duygusal olarak gelişimsel süreçlerin yaşandığı, bireylerin sosyal üretkenliğinin arttığı ve cinsel olgunlaşmalarının geliştiği, bağımsız davranışlarının arttığı dönem şeklinde tanımlanmıştır (Karakaya Suzan ve Çınar, 2021).

İnsan yaşamında adölesan döneme bakıldığında fiziksel, sosyal ve psikolojik olarak ciddi değişikliklerin yaşandığı bir dönem olup bu dönemde bedensel farklılaşmaların yaşandığı, psikolojik duygu durumunun hareketlendiği ve sosyal çevrenin insan davranışları üzerinde etkilerinin belirgin olarak görüldüğü durumlar ortaya çıkmaktadır (Geniş, 2020).

Yetişkinlik döneminin hemen öncesinde olan adölesan dönem bireyin geleceğinde sağlıklı bir yaşam sürdürebilmesi için imkanlar sunarken aynı zamanda çeşitli sağlık sorunlarının ortaya çıkması boyutunda da riskli bir dönem olabilmektedir (Marques ve ark., 2020). Bireyin gelişiminde önemli bir yere sahip olan bu dönemde çevreden bedensel ve ruhsal olarak birçok risk ile karşılaşabilir ve bunlarla baş etmek zorunda kalabilir. Tüm bu risklerle baş etmeye çalışırken yaşamına pozitif yönde etki edecek sağlık davranışları kazanması, hayatın ilerleyen dönemlerinde bireyin bedensel, ruhsal ve sosyal açıdan iyilik halinin oluşmasına katkı sağlamaktadır (Ergün ve ark., 2019).

DSÖ verilerine göre adölesan nüfus dünya nüfusunun yüzde 20 si oranındadır.2050 yılına kadar belirtilen oranın artarak ilerleyeceği ön görülmektedir. Dünya da büyük bir orana sahip olan adölesan dönemin sağlığının geliştirilmesi toplum sağlığının geliştirilmesinde önemli bir yere sahiptir. DSÖ’nün verilerine bakıldığında 10-19 yaş aralığı adölesan dönem olarak tanımlanmış ve dünya

nüfusunun %16'sından daha fazla orana sahip olduğunu ortaya koymuştur (DSÖ, 2018).

Yaş gruplamalarına bakıldığında erken adölesan döne 10-14 yaş, 15-17 yaş orta adölesan dönem, 18-21 yaş geç adölesan dönem olarak tanımlanmıştır (Civelek, 2019).

2.1.1. Erken Adölesan Dönem

Erken adölesan dönem 11-14 yaş aralığında olmakla birlikte bu dönemde vücut ağırlığının artması, boy uzaması, cinsel karakterlerin gelişimi gibi bedensel gelişim farklılıkları görülmektedir. Bu değişimlere karşı bireyin uyum sağlaması zor olabilir ve bunun sonucunda bireyin çevresine karşı olan davranışlarında beklenmedik tepkiler ortaya çıkabilmektedir (Altay ve ark. 2018). Cinsel karakterlerin gelişimi ve hızlı büyüme dönemi kızlarda erkeklere oranla iki yıl öncesinde görülmektedir. Erkekler ile kızların arasında görülen erken büyüme kızlarda depresyon oranının artışına, anksiyeteye, akranlarına ayak uydurmada güçlük yaşamasına, benlik saygısının azalmasına, yeme bozukluklarının yaşanmasına gibi birçok riskli davranışa sebep olabilmektedir. Bireylerin soyut düşünebilme ve duygusal dalgalanmaların daha sık görüldüğü bir dönemdir (Kökoğlu ve Ünlüoğlu, 2018). Fiziksel görünüm ve grup aktivitelerine dahil olmak ergen birey için daha önemli hale gelmiş ve karşı cinse olan ilgi de artış olmuştur. Bu döneminde ebeveynler tarafından bireyler neler yapabilecekleri ve neler yapamayacakları konusunda farklı yaklaşımlarla karşılaşabilmektedir ve ebeveynlerin fikirlerini sorgulayabilmektedir. Sosyal çevrede arkadaşlarının davranışlarının daha fazla göz önünde bulundurulduğu ve ebeveynlere karşı itaat ve başkaldırı arasında kararsız kaldığı duygular yaşayabilmektedir (Yurdakul, 2021).

2.1.2. Orta Adölesan Dönem

Orta adölesan dönem 15-17 yaş aralığında bulunan ve erken adölesan dönemde görülen davranışların yerini bambaşka davranış şekillerine bıraktığı bir dönemdir. Bireyde karmaşık duygu ve davranışlar yerini yeni bedenini alışmış ve rahat davranışların gözlemlendiği yeni bir sürece bırakmıştır. Akran ilişkilerinin karşı cinse yoğunlaştığı ve ebeveyn ilişkisinden daha uzak kalmaya çalışıldığı dönemdir (Koç,

2004). Akran baskısının arttığı bu dönemde birey kendini bir gruba ait hissetmeye çalışır ve kolaylıkla riskli sağlık davranışlarına sahip grupların üyesi haline gelebilmektedir.

Aynı zamanda cinsel çekiciliğin arttığı orta adölesan dönemde bireyler farklı cinsel deneyimler yaşamak isteyebilir ve kendilerini sağlığını tehdit eden riskli davranışların içinde bulabilir.

Ebeveynlere karşı onlardan farklı bir birey olduğunu kabul ettirmeye çalışma ve çatışmalar görülebilir. Fiziksel görünümleri önem kazanmış ve kendi kararlarını alırken bağımsız davranmaya çalışmak yaygındır. Bireyin bu dönemde bireyselleşmesi ve duygusal anlamda desteklenmesi ileriye yönelik olumlu yönde etkiler yaratmaktadır (Köse, 2011).

2.1.3. Geç Adölesan Dönem

Geç ergenlik dönemi 18-21 yaş arasındaki süreci kapsayan ve bireyin kendini çok daha iyi tanıdığı, kişilik özelliklerinin geliştiği, karar verme mekanizmasının güçlendiği bir evredir. Birey çevresinden davranışlarına karşı daha az müdahale görmektedir. Bu dönemde geleceğe yönelik gerçekçi planlamalar yapabilmekte ve karşılaştığı sorunlarla baş ederken uyum gösterebilmektedir (Köse, 2011). Bağımsız karar alma ve mesleki kararlar alma bu dönemde olur. Birey cinsel kimliğini netleştirir ve cinsellikle ilgili değerlerini bu dönemde oluşturur. Kapsamlı bir şekilde düşünmeye ve kendi saygınlığına değer vermeye başlar (Danış, 2019). Birey için bir gruba dahil olma düşüncesi eskisi kadar önemli olmamakla birlikte bireysel ilişkiler daha önemli hale gelmeye başlar. Birbirinden farklı özelliklerin ve davranışların görüldüğü bu dönemler bireyin toplumda edindiği yeri önemli oranda etkilemektedir (Geniş, 2020).

2.2. Adölesan Dönemde Psikososyal Gelişim

Yaşam da biyolojik ve fiziksel anlamda pek çok değişimin yaşandığı bu dönemde bireyler psikososyal anlamda da belirgin değişikler yaşamaya başlamaktadırlar. Yaşanılan bu gelişim sürecinden olumlu olarak etkilenmenin ana yolu belirli ihtiyaçlarının karşılanarak sosyal hayata adaptasyonunu gerçekleştirmektir (Dindar, 2022). Bireylerin bu dönemde yaşadıkları duygusal değişiklikler çok daha

büyük tepkilerle kendini gösterebilmektedir. Bunlar; hızlı ve kolay öfkelenme, kendi düşüncelerini kanıtlama ve kabul ettirme isteği, dikkat çekmeye çalışmak, etrafından ve yaşanan olaylardan çok daha kolay etkilenmek, isyan etmek vs. gibi örnek verilebilir (Kökoğlu ve Ünlüoğlu, 2018).

Adölesan dönemde yaşanan bu büyük ve şiddetli duygu değişikleri aynı zamanda bireyin saygı görme ve toplumda kendini bir yere ait hissetme isteğini de barındırmaktadır.

Meydana gelen duygularının ihtiyaç olarak karşılanması ve tepkilerin bu doğrultuda oluşturulmasında bireyin en yakını olan aile, arkadaş ve arkadaş grupları önemli bir yere sahiptir (Derman, 2008). Adölesan dönemde bireyin beden imajı ve ilişkilerini daha yakın olacak şekilde geliştirme arzusu, kimlik oluşturma çabasına sahip olması birey için çok daha sık ve önemli konular olarak yaşanmaktadır.

Yetişkin dönem özelliklerinin çok daha hızlı yaşanmak istenmesi çevresiyle kurduğu iletişimi de etkilemektedir ve bireyler yetişkin gibi davranmaktan hoşlanabilir (Akbaş ve Taşdemir Yiğitoğlu, 2021). Bireyin içinde bulunduğu sosyal çevre psikososyal gelişimini olumlu yönde destekleyecek nitelikte olmalıdır. Adölesan dönemde bireyin psikososyal anlamda ihtiyaçları karşılanmadığında ya da birey çevresinden bu desteği görmediği takdirde riskli sağlık davranışlarına daha açık hale gelebilmekte ve kendisi için sağlıklı olmayan ortamlara dahil olabilmektedir. Bulunacağı bu çevrelerde de fiziksel, psikolojik ve sosyal açıdan zarar görebilmektedir (Meydanlıoğlu, 2015).

2.3. Adölesan Dönemde Bilişsel Gelişim

Bilişsel gelişimi Piaget bireyin yaşamında 12 yaşından itibaren başlayan ve yetişkinlik dönemine kadar süren bir gelişim süreci olarak tanımlamıştır. Bu dönem de bireylerin soyut düşünebilme yetenekleri daha fazla ön plana çıkmaktadır. Soyut olan durumlarda ve problem çözerken bunları bir sembol sistemi aracılığıyla mantığı öne çıkararak tanımlayabilmektedir. Bilişsel gelişimi etkileyen faktörler Piaget'e göre bireyin daha önce yaşamış olduğu tecrübeler, fiziksel olgunluğa erişme düzeyi, nesiller boyu gelmiş toplumsal aktarımlar, dengelenme süreci olmak üzere dört esas olarak belirtmiştir. Bireyin bilişsel gelişiminin sınırlarını doğuştan gelen kalıtımsal özellikleri

de sınırlandırır (Bayraktar, 2017). Herhangi bir problemde bunun çözüm yollarını veya yaşayabileceği durumları daha detaylı bir şekilde yorumlayarak hipotezler kurabilir ve analizler yapabilmektedir. Bireylerin hayal edebilme ve bunların sonuçlarını deneylerden elde edeceği bilgilerle ortaya dökme yetenekleri yeni bilgiler edinme arzusunu da öne çıkarabilmektedir. Bu dönemde toplumsal ahlak konuları ve etik ilkeler bireyin düşünce yapısında daha fazla öne çıkmaktadır.

Ahlaki değerler hakkında yeni kazanımlar çok daha hızlı bir şekilde edinilmeye başlamaktadır. Bireylerin kendi düşünceleri ve istek mekanizmaları üzerinde ki kontrolleri artmıştır ve gelecekle ilgili kariyer planlamaları yapılabilmektedir.

Birey bu dönemde bilişsel anlamda kendi yeteneklerinin farkında olur ve bunlara yönelik mesleki planlarını şekillendirir (Ahioğlu Lindberg, 2011).

2.4. Adölesan Dönemde Riskli Sağlık Davranışları

Kişiye potansiyel anlamda zarar verme davranışları olan riskli sağlık davranışları bireyin yaşamında önemli bir yere sahiptir ve adölesan dönemde çok sık karşılaşılabilmektedir (Altunkürek ve Özçoban, 2020; Küçük, 2005).

Riskli sağlık davranışları olarak bilinen alkol, tütün ürünleri kullanımı, dengesiz ve yetersiz beslenme, şiddet, akran zorbalığı, güvensiz cinsel yaşam, bağımlılık yapan maddelerin tüketimi, psikolojik şiddet vs. birey de özellikle karakter ve fiziksel özelliklerin şekillendiği adölesan döneminde önemli düzeyde arttığı görülmektedir (Daysal Güler ve Altay, 2024). Bu döneminde bireyde riskli sağlık davranışlarında görülen artışın sebebi arkadaşlarının arasında bir gruba dahil olmaya çalışması, kimlik oluşturma uğraşı olması ve bireyin yetişkin bir birey gibi kabul görme çabası olarak belirlenmiştir (Danış, 2019).

Adölesan bireyler riskli sağlık davranışları gösterirken içinde bulunduğu sosyal çevre, aile, okul ve akranlarından da etkilenmektedir. Aile içerisinde ebeveynlerin olumsuz davranışlar sergilemesi, bireyin istismara uğramış olması, bireyde odaklanma sorunlarının bulunması veya bunlara sahip akran ve okul çevresinin olması çevresel riskleri göstermektedir (Atak, 2021). Bu riskler ayrı ayrı değerlendirildiğinde adölesan dönemindeki bireyin en çok sosyal çevreye sahip olduğu denilebilecek ve gün içinde zamanının büyük bir kısmını geçirdiği okul hayatı çok önemli bir yere sahiptir

(Semerci, 2016). Bu dönemindeki bireylerin aileleriyle olan ilişkilerinde çatışmaların yaşanması ve olumsuz davranışların sergilenmesi veya bu davranışlara sahip akranlarının bulunması olumsuz ve zararlı sağlık davranışları göstermeye olan eğilimin arttırıldığını göstermiştir (Sarı, 2006).

Olumsuz olan bu riskli sağlık davranışlarına bakıldığında alkol, uyuşturucu madde, tütün ve tütün ürünleri tüketimiyle sıklıkla karşılaşılmaktadır. Ebeveynleri ile yakın ilişki içerisinde olan bireylerin okul başarılarının arttığı ve riskli davranışları göstermeye daha uzak oldukları, uzun süreli endişe ve umutsuzluk yaşayanların ise riskli sağlık davranışları göstermeye daha eğilimli oldukları ortaya çıkmıştır (Semerci, Hacıhasanoğlu Aşılar, 2020).

Tütün ve Tütün Ürünleri Tüketimi

Tütün ve tütün ürünlerinin kullanımı adölesan dönemdeki bireyler arasında yaygın olmakla birlikte toplum sağlığını tehdit eden ciddi bir riskli sağlık davranışıdır (Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, 2017). Bireylerin tütün ürünlerini kullanmaya başlaması ve bağımlılığının oluşmasında içinde bulunduğu sosyal çevre, arkadaş etkisi, sosyal öğrenme ve kalıtım sebep olarak gösterilmektedir (Daysal Güler ve Altay, 2024).

TÜİK verilerine bakıldığında Türkiye'de tütün ve tütün kullanma oranı 15-24 yaş aralığındaki gençlerde 2016 senesinde %18,1 iken 2022 senesinde bu oran %19,3'e yükselmiştir (TÜİK, 2022). Adölesan bireylerde tütün ve tütün ürünleri kullanımı ve bağımlılığı yaşamın ilerleyen yetişkinlik döneminde de birçok sağlık probleminin ortaya çıkmasına sebep olduğu görülmüş ve adölesan dönemde tütün ürünleri tüketiminin önüne geçilmesi toplumun sağlığı korumak amacıyla mutlaka dikkatli olunması gereken bir halk sağlığı sorunu haline gelmiştir (Çolak Özdemir, 2011).

Alkol Tüketimi

Dünya çapında tüketiminin bilinçsizce yapıldığında ölümcül hastalıklara sebep olmasıyla alkol tüketimi de önemli bir halk sağlığı sorunudur. Adölesan dönemde bireylerde içinde bulunduğu sosyal çevre ve arkadaş ortamıyla alkol tüketimi erken yaşta başlayabilmekte ve yetişkinlik evresinde bireye çok ciddi hatta ölümcül

sonuçları olan istenmeyen durumlara sebep olabilmektedir. Türk iyede yapılan sağlık araştırmalarında TÜİK verilerine göre 2016 yılında 15-24 yaş aralığında ki gençlerde alkol tüketme oranı % 9,3 iken 2019 da bu oran %11,4 e yükselmiştir (TÜİK, 2022). Yetişkinlik döneminde de bireye çok ciddi sağlık sorunları yaşatabilen ve bağımlılıkla mücadele de çok önemli bir yere sahip olan alkol ürünlerinin tüketiminin adölesan dönemde engellenmesi toplum sağlığını önemli ölçüde etkilemektedir (Atak, 2021).

Uyuşturucu Madde Kullanımı

Dünya üzerinde toplumların ciddi halk sağlığı problemlerinden olan ve sonuçları ölümcül dahi olabilen, suç işlemeye yatkınlığı arttıran uyuşturucu madde kullanımı adölesan dönemdeki bireylerde de önüne geçilmesi gereken riskli davranışlardandır. Bireyin zihinsel ve fiziksel olarak ciddi sağlık problemleri yaşamasına ve psikolojik açıdan çok ciddi zarar görmesine sebep olabilmektedir. Uyuşturucu madde olarak benzodiazepinler, esrar, kokain, amfetamin vs. gibi maddeler kullanılmaktadır. Bu maddelerin kullanım şekli ve oranları toplumlar arasında farklılık gösterebilmektedir.

Uyuşturucu madde kullanımında çok riskli bir dönem olan adölesan dönemde gerekli önlemler alınmadığında çok ciddi toplumsal sağlık problemlerinin açığa çıkmasında zemin hazırlayabilmektedir. Türkiye'de Uyuşturucu Bağımlılığı İzleme Merkezi'nin (TUBİM) 2021 senesinde yaptığı araştırmada uyuşturucuya başlama yaşı ortalama 21.22 bulunmuş ve en riskli dönem 15-24 yaş aralığı olarak bulunmuştur.

Erken yaşta başlayan uyuşturucu madde kullanımı mutlaka mücadele edilmesi ve yenilmesi gereken bir bağımlılık ve halk sağlığı sorunudur (TUBİM, 2022).

Şiddet Davranışları ve Akran Zorbalığı

Şiddet davranışları uygulandığında bireylerin fiziksel, psikolojik, sözle veya cinsel yönden istismara uğramasıyla sonuçlanabilmektedir (Süner ve ark., 2021). Bireylerin maruz kaldığı ya da uyguladığı şiddet davranışları ev, toplum ve okullarda yaşanabilmektedir. Adölesan dönemindeki bireylerin hayatlarını olumsuz yönde etkileyebilen şiddet davranışları önüne geçilmediğinde toplum sağlığını tehdit etmektedir. Bireyin sahip olduğu aile yapısı, bireysel özellikleri, çevre yapısı şiddet görmesine veya şiddete maruz kalmasında risk etmenlerindendir (Kabasakal ve Akca,

2019). Adölesan dönemde şiddete meyil olması ya da maruz kalınması bireyin sonraki hayatını olumsuz etkileyebilmekte ve suça eğilimi arttırabilmektedir (Izğır, 2019). Toplumsal olarak sağlığın korunamaması ve güvenliğin tehdit edilmesine sebep olabilen bireysel davranışlar yaratabilmektedir. PISA (Programme for International Student Assesment) verilerine bakıldığında Türkiye'de öğrencilerin %28.5'i diğer öğrenciler tarafından yaralamak amaçlı tehdit edildiğini, %25.7'si okulda kesici alet ve silah taşıyan öğrencilerin var olduğunu gördüğünü söylemiştir. Bu verilerde Türkiye'de ki öğrencilerin %27'sinin zorbalığa maruz kaldığı belirlenmiştir. PISA tarafından sunulan veri sonuçları göstermektedir ki okullarda şiddet ve zorbalık mutlaka önüne geçilmesi gereken toplum sağlığı sorunlarındandır (MEB, 2022). Akran zorbalığı 21. yüzyılın en önemli sağlık sorunlarından biri haline gelmiştir ve akran zorbalığına maruz kalan veya maruz bırakan bireyler toplum sağlığını da olumsuz yönde etkilemektedir (Süner ve ark., 2021). Akran zorbalığı okullarda olabildiği gibi okul dışında da gerçekleşebilmekte ve fiziksel, psikolojik ve sosyal boyutlarda olabilmektedir. Bu sebeple toplumların ruh sağlığının korunması ve geliştirilmesi için akran zorbalığı önüne geçilmesi gereken bir toplum sağlığı sorunudur (Gürhan, 2017).

2.5. Sağlığın Geliştirilmesi ve Teşviki

Sanayileşme ve kentleşme oranının giderek artmasıyla birlikte toplum sağlığı üzerinde etki eden etmenler günden güne daha da hassas konular haline gelmiştir. Sağlığın korunması ve geliştirilmesinde etki eden olumsuz veya riskli etmenler de göz önüne alındığında yapılan çalışmaların amacını toplumsal, bireysel, çevresel ve ekonomik koşulların göz önüne alınarak olumlu yaşam şekillerinin oluşması ve geliştirilmesi olarak ortaya konmuştur. DSÖ' nün yıllar boyunca üzerinde durduğu ve geliştirmek için çalışma programları hazırladığı; çalışanların ve yaşlıların sağlığının korunması, anne ve çocuk sağlığının geliştirilmesi, yetersiz beslenme ve yetersiz aşılama gibi toplum sağlığını etkileyen konular sağlığın gelişim sürecinin daha yakından takip edilmesine katkı sağlamıştır. Bireyin sağlığının korunması ve geliştirilmesinde çevresel etmenlerin öneminin sağlığa karşı tutum ve davranışların tümüyle etkileşiminin ortaya konmasıyla toplum sağlığı üzerinde durulmaya başlanmıştır. Bireysel sağlığın toplum sağlığının korunması ve geliştirilmesiyle ilerleyebileceği görülmüştür. Uluslararası seviyede sağlığı geliştirmek için 7 ayrı

konferans yapılmıştır. 1986 senesinde yapılan Ottawa Sözleşmesi, 1988 senesinde Sağlıklı Kamu Politikaları Oluşturma, 1991 de Destekleyici Çevreler, 1997'ye gelindiğinde Jakarta, 2000 senesinde Meksika, 2005'de Bangkok ve 2009'da Nairobi bunlara örnek olarak verilebilir (Aydın, 2019).

2.5.1. Avrupa'da Sağlığı Geliştiren Okullar Ağı Projesi

Araştırma ve geliştirme projesi olan bu proje Avrupa'da 40'dan fazla ülkede uygulanmaktadır. Mali ve teknik ihtiyaçlar Avrupa Konsey ve Komisyonu tarafından desteklenmektedir. Okullarda sağlığın geliştirilmesi ve okul hemşirelerinin işlevselliğini göstermek amacıyla Avrupa'da okullar ağı projesi oluşturulmuştur.

Ülkemizde DSÖ, Milli Eğitim Bakanlığı ve Sağlık Bakanlığı tarafından projeye destek verilmiştir (Ulutaşdemir ve ark., 2016). Projeye bakıldığında 1995 senesinde ilköğretim öğrencilerinin sağlık bilgisinin ilerletilmesi, sağlıklı yaşam tarzının benimsenmesi, sağlıklı bir yaşam çevresinin oluşturulması amacıyla uygulanmaya başlamıştır.

2.6. Pender'in Sağlığı Geliştirme Modeli

Dünya'da sağlık harcamalarının giderek fazlalaşması, tedaviden önce hastalıkların oluşmasının önlenmesinin ekonomik avantajları ve toplum sağlığı üzerine kıymetinin anlaşılmasıyla birlikte sağlığı koruma ve geliştirme kavramları kendini göstermiştir. Sağlığın korunması ve geliştirmesi kavramlarının uygulamada faydaları anlaşılınca sağlıklı yaşam biçimi davranışları meydana gelmiştir. Bu kavram tanımlanırken bireyde sağlığını korumak ve yükseltmek şeklinde hedefler oluştururken aynı zamanda bunları bilinç ve davranış düzeyine taşıyarak holistik (bütüncül) bir yaklaşım oluşturulmuştur. Bireyin seçimleri ve davranışları kendi sağlığını yükseltmeyi ve korumayı hedeflediği için bireyle başlayıp toplumsal düzeye erişen sağlığın korunması ve geliştirilmesi de böylelikle sağlanmaktadır (Çalık ve Kapucu, 2017).

Model oluşturulurken iki farklı teoriden ilham alınarak ortaya çıkarılmıştır. Bu teoriler Beklenti Değer Teorisi ve Sosyal Bilişsel Teori'dir. Beklenti Değer Teorisi'ne göre bir bireyin bir amacı gerçekleştirirken sonuçlarının onun için ne kadar önem arz

ettiği, bireyin amacına ulaşmak için içinde bulunan arzuyla doğru orantılıdır. Sosyal Bilişsel Teori'ye bakıldığında birey tek bir boyuttan oluşmaz ve bireyin davranışları incelenirken düşünceleri ve çevresi de birlikte değerlendirilmelidir. Çünkü bunlar birbirini karşılıklı olarak etkilemektedir. Sağlığı Geliştirme Modeli(SGM) daha önce yapılan modellerin yeterli olmadığı noktalarda eksikleri tamamlanarak oluşturulmuş bir modeldir. Pender daha önce oluşturulan Sosyal Öğrenme Teorisi'nin bilişsel değişkenleri bulundurmaması üzerine 1987 senesinde Sağlığı Geliştirme Modelini (SGM) oluşturmuştur. 1996 senesine gelindiğinde Pender, SGM'yi revize etmiş ve daha kapsamlı bir model haline getirmiştir.

SGM'nin birey üzerindeki amacına bakıldığında üç ayrı başlıktan söz edilebilir. Bunlar incelendiğinde bireyin yaşam tarzı ve sağlığı geliştirme bileşenleri arasındaki bağlantıyı incelemek, bireyin sağlık algısına bakılarak sağlığı geliştirme davranışlarına olan bakış açısını ortaya koymak ve sağlık profesyonellerinin bireylerin sağlıklı bir yaşam sürmeleri için kişisel sağlığına yönelik davranışlarının sebeplerinin incelenmesidir (Uludağ, 2020).

Sağlığı Geliştirme Modeli bireyin sağlığını geliştiren ve sağlığının gelişimini engelleyen unsurları kapsamaktadır.

Modele göre sağlığın gelişimi için bireyin kazanacağı davranış öncelikle bilişsel düzeyde bunu kavraması ve tercihlerini bu doğrultuda yapabilmesiyle başlamaktadır.

Bireyin öz yeterlilik algısı sağlığı geliştiren davranışların ağırlık merkezinde yer almaktadır. 1982 senesinde temelleri atılan ve 1996'da revize edilip eksik olduğu noktalar tamamlanan model bireyi, çevresini, bakımı, sağlığı ve hastalığı daha detaylı incelemeyi sağlamıştır. Model; bireysel özellikler ile deneyimler, davranışa özel algılar ve etkiler, davranışsal sonuçlar, aktivite ile ilgili etkiler, davranışa karar verme, acil gereksinimler ve istekler başlıkları altında toplanmıştır (Karataş, 2019).

Bireyin bir sağlık davranışını gerçekleştirebilmesinde öncelikli üzerinde durulması gereken nokta bireysel özellikleri ve daha önce yaşamış olduğu olaylardır (Muniz ve ark., 2022). Bireyin tecrübeleri davranışını ortaya dökmesinde olumlu ya da olumsuz etkilere sahip olabilmektedir. Biyolojik, psikolojik, sosyo-kültürel etmenler bireyin özelliklerini oluşturarak davranışın şeklinin oluşmasına etki eden

önemli faktörlerdir. Yaş, cinsiyet, benlik saygısı, kişisel yetenekleri, algıladığı sağlık durumu, içinde yaşadığı kültürel yapı, eğitim düzeyi, ekonomik şartları vs. bireysel özellikler ve deneyimleri incelenirken bakılacak bazı etkenlerdir (Uludağ, 2020). Davranışa özel algılar ve etkenlerde gerçekleştirilen eylemin algılanan yararları yani bireyin ortaya koyduğu davranışın çıktısı olarak sağlık durumunun pozitif yönde etkilenip etkilenmeyeceğini düşünüp düşünmediği önemlidir. Eylemin algılanan engelleri, bireyin davranışı ortaya koyarken sağlığı üzerinde herhangi olumlu etkileri olacağına inanmaması ve bu doğrultuda negatif düşüncelere kapılması şeklinde düşünce yapısını oluşturmasıdır. Algılanan öz etkililik, bireyin davranışı ortaya koyarken karar verme yeteneğine sahip olmasıdır. Aktivite ile ilgili etki, ortaya konulan davranışın getirdiği pozitif duygulardır ve davranışın sürekliliğini sağlaması için gereklidir.

Kişilerarası etkiler, bireyin çevresi ile sürekli olarak etkileşim halinde olması ve davranışı ortaya koyarken hangi çevreden ne kadar etkilendiğiyle ilgilidir. Durumsal etkiler, ortaya konulan davranışta bireyin oluşturduğu algılar ve yaşadığı durumun davranışlarına yansıyan etkilerini kapsar. Davranışsal sonuçlar içerisinde davranışa karar verme aşaması bireyin yapması gereken davranışın eyleme dökülmesidir.

Acil gereksinimler ve istekler, bireyin planladığı davranışın dışında acil bir durumun ortaya çıkması ve buna yönelik davranış değişikliği oluşturması gerektiğinde kontrolünü kaybetmemesidir. Birey kararlarını verirken sağlığını olumlu etki edecek yönde ve kontrolü kendi elinde tutarak hareket etmelidir.

Health promotion (sağlığı geliştirme) kapsamında Pender'in oluşturduğu model, bireyin kendi potansiyelini gösterebilmesi ve yaşam koşullarını bunlarla uyum içinde sürdürebilmesi, kendi yeteneklerini değerlendirerek farkındalığının oluşması, davranışları sürekli olarak sağlığını pozitif yönde geliştirecek şekilde düzenlemesi, kendini kabullenerek davranış değişikliği oluşturabilmesini sağlamaktadır (Dağhan ve ark., 2022).

2.7. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları (SYBD)

Bireyin sağlığı üzerindeki kontrolünün artması ve kendi sağlığının geliştirilmesiyle sağlıklı yaşam biçimi davranışları ortaya çıkmıştır. Sağlıklı yaşam biçiminde birey sağlığını geliştirmeye yönelik bilinç ve aktivitelere sahiptir (Ko ve ark., 2023; Savucu, 2020). Bireyin sağlığı üzerinde kontrol noktası kendisidir (Aktaş Özakgül ve ark., 2016). Dünya da sağlığın korunması ve geliştirilmesi adına yüzyıllardır birçok gelişmeler yaşanmıştır. Sağlık üzerindeki bu gelişmelerin uygulayıcı ve takipçisi olarak sağlık profesyonelleri, bilim insanları ve sivil toplum örgütleri gelişmeler doğrultusunda çalışmalar yapmaktadır. Bireyle başlangıç noktasına alarak toplum düzeyine genişletilen sağlık olgusu tek bir bireyi veya toplumu değil diğer toplumları ve dünyayı etkilemektedir. Bireyin kendi sağlığı üzerindeki kontrolünün oluşturulmasıyla, sağlıklı yaşam bilincinin benimsenmesi sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının pozitif getirisi olarak ortaya çıkmıştır (Bahar ve ark., 2008).

Sağlıklı yaşam biçimine etki eden belli başlı etmenler bulunmaktadır. Bunlar; Bireyin sahip olduğu biyolojik özellikler, demografik özellikler, durumsal etmenler, kişilerarası iletişim ve davranışsal etmenlerdir (Soykan ve Şengül, 2021).

Biyolojik özelliklere bakıldığından bireyin sahip olduğu vücut ağırlığı ya da boy uzunluğu gibi etmenler olduğu görülmektedir. Bu etmenler bireyin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını gerçekleştirmesini olumlu ya da olumsuz etkileyebilmektedir. Aynı zamanda sağlıklı yaşam biçimini davranışlarını gerçekleştirmesi ya da gerçekleştirmemesi sonucunda da doğrudan pozitif veya negatif olarak karşılıklı etkilenmektedir.

Demografik özelliklere bakıldığında bireyin yaşı, medeni hali, eğitim durumu yine sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını ne kadar gerçekleştirdiğini etkilemektedir (Duran, 2024).

Durumsal etmenlere bakıldığında birey sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını ortaya koyarken içinde bulunduğu ortamdan etkilenmektedir. Bireyin içinde bulunduğu çevre ve yaşadığı olaylar kendi sağlığı üzerindeki kararlarını etkilemektedir. Kişilerarası iletişim etmenine göre değerlendirme yapıldığında bireyin çevresini oluşturan aile ortamı, iş ortamı, okul ortamı gibi içinde bulunduğu insan

toplulukları da sağlığının gelişimi için gerçekleştireceği sorumluluklarını ve düşünce yapısını etkilemektedir (Ergün ve ark., 2019). Birey etrafında bulunan kişilerle ne kadar sağlıklı iletişim kurabilirse ve destek görürse sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını yaşamına kazandırması o kadar kolaylaşır. Davranışsal etmenlere bakıldığında ise bireyin eğitim düzeyi ve kişisel becerileri de sağlığı ile ilgili karar almasında önemlidir. Aldığı bu kararları davranışa dökebilmesi ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını gerçekleştirebilmesi bireyin bilgi düzeyiyle de doğrudan ilişkilidir (Ortanca, 2021). Sağlıklı yaşam biçimi davranışları kişilerin bireysel sağlığı ile ilgili sorumluluk alabilmesi, karar verebilmesi ve yaşamının kalitesini arttırmak amacıyla geliştirilmiştir. Bunlar şu şekildedir: 'Fiziksel aktivite, beslenme, sağlık sorumluluğu, stres yönetimi, kişilerarası ilişkiler, manevi gelişim' (Buyuruk, 2021).

Fiziksel Aktivite

İskelet kasları aracılığıyla günlük hayatta enerji harcanarak meydana gelen her hareket fiziksel aktivite adını almaktadır (Güldür ve ark., 2020). Fiziksel aktivitelerin yapılma oranına göre hafif, orta ve ağır olarak derecelendirilir. Hafif dereceli fiziksel aktivite yüksek düzeyde enerji harcamadan yapılan aktivitelerdir. Yavaş tempoda yürüyüş yapmak, bulaşık yıkamak vs. örnek verilebilir. Orta dereceli fiziksel aktivite çok yorulmayacak şekilde ama hafif dereceli aktivitelere göre daha fazla enerji harcanarak yapılan aktivitelerdir. Yüzmek örnek verilebilir. Ağır dereceli fiziksel aktivite çok daha fazla enerji harcanarak yapılan aktivitelerdir. Koşmak, futbol oynamak vs. örnek verilebilir (Kasapoğlu, 2023). Fiziksel aktivite yapmanın bireyin sağlığı üzerine etkileri hakkında çeşitli çalışmalar yapılmıştır.

Yapılan bu çalışmaların sonucunda düzenli olarak gerçekleştirilen fiziksel aktivite egzersizlerinin; bireyin metabolizmasının çalışmasını düzenlediği, obezite ve kalp damar hastalıklarının önlenmesinde çok önemli rolü olduğu ve bireyin psikolojik olarak da iyilik halinin pozitif yönde etkilendiğini ortaya koymuştur (Dost ve ark, 2021).

Literatürde adölesan bireylerin düzenli fiziksel aktivite yapma oranının düşük olduğu (Yüksel ve Akıl, 2019); fiziksel aktivite yapmanın sağlıklı yaşam biçimi davranışları uyumu ve akademik başarı oranı bakımından önemli olduğu belirtilmektedir (Çoşkun ve Karagöz, 2021).

Adölesan dönemde düzenli olarak fiziksel aktivite yapmaya teşvik edilmenin sağlıklı bir yetişkinlik döneminin yaşanmasını destekleyeceği söylenebilir. Ayrıca planlı, düzenli ve uygun yoğunluk derecesine özen gösterilerek yapılan fiziksel aktiviteler; bireyin hastalıklara karşı korunmasında, sağlıklı bir beden imajına sahip olmasında ve psikolojik olarak kaygı, depresyon gibi durumlarda başa çıkma mekanizmaları geliştirilmesine fayda sağlamaktadır (Avan, 2022; Kalınca ve Polat, 2022).

Fiziksel aktivitenin davranış haline getirilmesi adölesan bireyin daha esnek kas yapısına sahip olmasına, beden kitle indeksinin ideal olan oranda olmasına destek olmaktadır. Böylelikle bireyin akranları ile daha olumlu bir iletişim kurarken akademik olarak da başarısının yükselmesi ve kendine duyduğu benlik saygısının artması sağlanabilir. Fiziksel aktivitenin düzenli bir davranış kalıbı haline getirilmesinde çevresel koşulların faktör olduğu gözetilerek bireyin günlük yaşam rutinlerine dâhil edilmesi çok önemlidir. Fiziksel aktiviteyi arttırmaya yönelik yapılabilecek örnek aktivitelere bakacak olursak; okullarda merdiven kullanımı, bisiklet sürerek veya yürüyerek ulaşımın sağlanması, öğrencilerin okul içinde spor yapanlardan sosyal kulüpler oluşturulması ve okul içinde egzersiz yapabilecekleri alanlara sahip olmaları şeklinde olabilmektedir (Avan, 2022). Bu bakımdan okul sağlığı hemşireliği uygulamaları adölesan bireylerde fiziksel aktivitenin davranışsal hale getirilmesi ve çevresel koşulların uygunluğunun düzenlenmesinde fırsatlar sunabilir.

Beslenme

Beslenme bireyin yaşamında temel bir yere sahiptir. Birey anne karnında olduğu andan itibaren yaşam son buluncaya kadar hücrelerinin gelişimi ve büyümesini besinlerden aldığı enerji ile sağlamaktadır. Besinlerden alınan bu enerji beslenme ile bireyin bedenine girdiğinde sadece fizyolojik olarak değil psikolojik ve sosyolojik ihtiyaçlarının da karşılanmasını sağlamaktadır. (Yeşilfidan ve Adana, 2019).

Beslenme derecelendirildiğinde yeterli ve dengeli beslenme, yetersiz ve dengesiz beslenme olarak ikiye ayrılır. Yetersiz ve dengesiz beslenme günlük yaşamda bireyin tükettiği besin miktarının bedeninin ihtiyacından daha az veya daha fazla olduğu durumlardır. Bireyin ihtiyacı olan besinlerden aldığı enerji az olabilir ve vücut

fonksiyonlarının yerine getirilmesi zorlaşabilir. Gereğinden fazla aldığı besin enerjisi de vücutta yağ olarak depolandığı için bireyin sağlığını olumsuz etkileyebilir. Yeterli ve dengeli beslenme bireyin besinler yoluyla aldığı enerji miktarının yeterli olması ve her besin grubundan dengeli bir oranda bu enerjiyi alabilmesidir. Beslenme fiziksel olarak etkilediği gibi ruhsal olarak da etkilemektedir (Karakaya Suzan, Çınar, 2021). Beslenme alışkanlıklarına yapılan araştırmalara bakıldığında ekonomik, sosyokültürel yapı gibi birçok etkenden etkilendiği görülmüştür. Bireye beslenme alışkanlığı kazandırılırken yaşamın ilk evrelerinde bu kazanımın başladığı ve ömür boyu devam ettiği görülmüştür (Kalmi, 2021).

Adölesan bireyin bedeni bu dönemde fiziksel olarak büyümenin hızlandığı ve değişimlerin meydana geldiği bir süreç yaşar. Büyümenin ve fiziksel değişimlerin hızla meydana gelmesi besinlerden alınan enerji miktarını da etkilemektedir. Yeterli ve dengeli olarak beslenen ve her besin grubundan belli oranda tüketen adölesan bireyin fiziksel olarak ihtiyaç duyduğu enerji miktarı yeterli oranda karşılanacağı için bedenini ve ruh sağlığını olumlu yönde etkiler. Fiziksel olarak beden imajının olumlu yönde etkilenmesi adölesan bireyin özgüvenini doğrudan etkileyerek ruhsal ve sosyolojik açıdan da pozitif bir yaklaşım ortaya çıkarır (Buyuruk, 2021).

Yeterli ve dengeli beslenmenin olmaması durumunda bireyde olumsuz bir beden imajı, obezite, kronik hastalıklar, kalp ve damar hastalıkları, diyabet gibi birçok sağlık sorunu yaşanabilmektedir. Bireyin Beden Kitle İndeksi (BKİ) değerine bakılarak beslenme durumu ile ilgili önemli bir veri elde edilebilmektedir.

Bireyin kilosunun (kg), boy uzunluğunun (m) karesine bölünerek hesaplanan BKİ değeri çıkan sonuca göre belirlenmiş değer aralıklarında olmalıdır. Bu değer aralıkları bireyin beslenme durumu hakkında ve ihtiyaç varsa yeme bozuklukları tedavisiyle ilgili sağlığını geliştirmede pozitif yönlendirmeler yapılmasını sağlamaktadır (Kocaman ve Telatar, 2020; Yılmaz, 2021).

‘*BKİ < 18,5 ise zayıf kiloda, BKİ 18,6-24,9 ise normal kiloda, BKİ 25,0-29,9 ise fazla kilolu, BKİ 30.0-34,9 ise obez (sınıf 1), BKİ 35,0-39,9 ise obez (sınıf 2), BKİ 40,0 ve üzerinde ise obez (sınıf 3) morbid obez’* olarak tanımlanmaktadır (Ortanca, 2021).

Bireyin sağlıklı beslenmek için beslenme alışkanlıklarını düzenlenmesi çok önemlidir. Günde 5 porsiyondan az olmayacak miktarda sebze veya meyve tüketimi, bol sıvı tüketimi, tuz ve şeker tüketiminin azaltılması, sıvı yağların kullanılması, düzenli bir şekilde öğünlerin tüketilmesi kazanılması gereken alışkanlıklardandır. Yeterli ve dengeli beslenmede besin ögelerine göre süt ve süt ürünleri, ekmek ve tahıllar, et ve türevi ürünler, mineraller, vitaminler düzenli olarak alınmalıdır. Sağlıklı beslenme piramidine bakıldığında tahıl grubu en altta ve tüketilmesi gereken miktar (4,5-8 porsiyon), sebze grubu (2,5-4 porsiyon) olarak ikinci basamakta, süt ürünleri (3 porsiyon)-et ürünleri (2,5-4 porsiyon) olarak üçüncü basamaktadır. Piramidin en üstünde en az tüketilmesi gereken şeker, yağ, tuz grubu bulunmaktadır. Adölesan bireyin belirtilen oranlarda besin ögelerini tüketerek bunu alışkanlık haline getirmesi sağlıklı bir yetişkinlik dönemi içinde çok önemlidir (Marques ve ark., 2020).

Beden algısındaki değişikliklerin birey için önem kazandığı adölesan dönemde kilo kaygılarına bağlı anoreksiya nervoza ve bulimia nevroza gibi beslenmeye bağlı yeme bozuklukları ortaya çıkabilmektedir. Aynı zamanda aşırı besin tüketimine bağlı olarak da obezite ortaya çıkabilmekte ve birçok farklı kronik hastalıkların (hipertansiyon, kalp yetmezliği vs.) insan bedeninde oluşmasına sebep olabilmektedir (Congdon, 2019). Bireyin yeterli ve dengeli bir beslenme alışkanlığı kazanması yaşamı boyunca fiziksel, ruhsal ve sosyolojik açıdan toplum sağlığını da etkilemektedir. Sağlıklı bir toplum bireyin sağlıklı olmasıyla oluşur. Okul hemşirelerinin adölesan dönemdeki bireylerin beslenme alışkanlıklarını denetlemesi ve gerekli önlemleri alması sağlıklı yetişkinlerin gelişmesinin tohumlarını ekmektedir (Taşkın Kılınç, 2018).

Sağlık Sorumluluğu

Sağlık sorumluluğu bireyin yaşamı boyunca sağlığını koruyup geliştirebilmesi için pozitif bir tutuma sahip olması ve pozitif yönde davranış değişikliği oluşturabilmesidir (Demir Avcı, 2016). Pender'e göre sağlık sorumluluğu bireyin sağlığını korumak, geliştirmek ve tedavi etmek için hangi düzeyde sorumluluk aldığı ve bunun ne kadarını davranışlarıyla ortaya koyabildiğidir.

Sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını benimseyerek uygulamaya koyabilmesi bireysel sağlığı ile ilgili ne kadar bilinçli ve sorumluluk sahibi olduğunu

göstermektedir. Hastalık halinde düzenli ilaç kullanılması, riskli sağlık davranışlarına karşı kendini koruyabilmesi, ihtiyaç halinde sağlık kuruluşlarına başvurabilmesi bireysel olarak alabileceği sağlık sorumluluk davranışlarına örnek verilebilir. Bireyin öz bakımının geliştirilerek bunlara yönelik davranış değişikliğinin oluşturulabilmesi, toplumsal destek mekanizmalarına daha rahat ulaşabilmesi ve toplumsal düzeyde bu gelişimin sağlanabilmesi amacıyla DSÖ ile Sağlık Bakanlığı arasında 'Çok Sektörlü Sağlık Sorumluluğu İşbirliği 2023' hedefleri hazırlanmıştır (Kasapoğlu, 2023).

Bireyin sağlığını koruması, geliştirmesi, tedavi etmesi ve rehabilite etmesi için doğru bilgilerle hareket etmesi ve ertelenmemesi toplum sağlığının geliştirilmesinde önemli bir yere sahiptir. Kaliteli bir yaşam bireyin kendi sağlığıyla ilk olarak kendisinin yakından ilgilenmesi ile başlamaktadır (Karagözoğlu, 2021).

Adölesan bireylerin bu dönemde yaşadıkları hızlı büyüme onlara bireysel sağlığı ile ilgili sorumluluklar alması gerektiğini göstermektedir. Fiziksel, ruhsal ve sosyolojik olarak davranış değişikliklerinin yaşandığı, madde bağımlılığı gibi sağlıklı olmayan riskli davranışların daha fazla yaşandığı, aileden bağımsız olma isteğinin arttığı adölesan dönemde birey aldığı sağlık sorumluluk davranışlarıyla nasıl bir yetişkinlik dönemi yaşayacağını şekillendirebilmektedir (Soykan ve Şengül, 2021). Adölesan bireyin sağlık kontrollerini yaptırması, sağlıklı yaşam için bilgisini yenileyebilmesi ve bunlara yönelik araştırma yapması, bedeninde meydana gelen değişikliklerde anormal bir durum yaşadığında fark edebilmesi, riskli davranışlardan uzak durabilmesi, sağlığını korumak için önlemler alabilmesi gerçekleştirebileceği sağlık sorumluluk davranışlarına örnek verilebilir. Sağlıklı bir gelecek için adölesan dönemdeki bireyler sağlıklarıyla ilgili sorumluluk alması konusunda teşvik edilmelidir (Güngörmüş, 2001).

Stres Yönetimi

Stresi tanımlamak gerekirse genel anlamıyla bireyin vücudunu fiziksel, zihinsel ve duygusal olarak etkileyebilen, çevreden gelen uyarıların tamamına verilen tepki olarak tanımlanmıştır. Stres çevresel faktörler, psikolojik sorunlar ve fiziksel olarak yaşanan travmalara bağlı meydana gelebilmektedir (Geniş, 2020).

Stres yönetimi meydana gelen stres durumuyla bireyin baş edebilmesi ve yaşam kalitesini arttırmak için tepkilerini değiştirebilmesidir. Stres durumuyla baş

edebilmek için birey kendini nasıl rahatlatabileceğini keşfetmelidir. Her bireyin stres yönetimi kendine özgüdür. Adölesan dönemde birey stresli durumlarla sık sık karşılaşabilmektedir. Büyüme ve gelişmede yaşanılan değişiklikler, akran ortamı, akademik sorumluluklar, aile ortamı stresle sık karşılaşılan durumlardır (Civelek, 2019). Adölesan bireyin stresinin anlaşılabilmesi, yönetilebilmesi ve olumsuz sonuçlarında korunabilmesi sağlıklı bir birey olabilmesi için elzem bir değere sahiptir. Birey de öfke, kaygı, uyku bozukluğu, sosyal olarak kendini geri çekme, zararlı madde kullanımı, okul başarısının düşmesi gibi belirtiler yaşadığı stresi yönetemediğinin bir göstergesidir. Bireyin stres yönetimi sağlayabilmesi için önce stresin sebebi, ortaya çıkardığı değişiklikler ve baş etme mekanizması incelenmelidir (Kökoğlu ve Ünlüoğlu, 2018). Adölesan bireyin baş etme mekanizmaları güçlendirilerek stresin olumsuz etkileri ortadan kaldırılabilmektedir. Egzersiz yapmak, güçlü yönlerinin farkına varmak, sanatla uğraşmak gibi yönlendirmeler yapılarak adölesan bireyin yaşadığı stresle baş etmesi desteklenebilir. Adölesan bireylere stres yönetimini öğretmek ve uygulayabilmesini sağlamak amacıyla verilen rehberlik hizmeti çok önemlidir (Akbaş ve Taşdemir Yiğitoğlu, 2021).

Kişilerarası İlişkiler

İnsan olarak yaşamımız boyunca en temel ihtiyaçlarımızdan biri haline gelmiş olan iletişim, kişiler arasındaki ilişkilerin oluşmasını sağlamaktadır. Bireyin diğer bireylerle arasında kurmuş olduğu sözlü veya sözsüz bu iletişim şekli aralarındaki ilişkiyi gösterir. İletişim ne kadar etkili ise iletişim yoluyla verilen mesajın etkisi o kadar yüksek olmaktadır. Yaşam kalitesinin artabilmesi için bireyin diğer kişilerle arasındaki ilişkileri geliştirebilmesi çok önemlidir. Birey diğer bireylerle kurduğu iletişim aracılığıyla ilişkilerini yorumlar, bu yoruma bağlı bir algı oluşturur ve sonuca varır. Kişilerarası ilişkilerini pozitif yönde geliştirebilmiş bireyler problemlerini daha açık ve net ifade edebildikleri için problemleriyle başa çıkabilme mekanizmaları daha güçlü olmaktadır (Şen, 2020). Adölesan dönemde kişilerarası ilişkiler çok önemli bir hale gelmektedir. Bireyin yaşadığı fiziksel ve psikolojik değişiklikler çevresine uyum sağlaması konusunda sorunlar yaşayabilmesine sebep olabilmektedir.

Kişilerarasındaki ilişkilerde iletişim dili bu sorunların çözüme kavuşturulmasında gerekli olan bir yoldur. Akran iletişiminin aile ile olan iletişime göre daha yoğun yaşandığı adölesan dönemde bireyin benlik saygısı kazanabilmesi,

sorunlarını ifade edebilmesi, çatışmaların engellenmesi için iletişimi doğru bir şekilde kurabiliyor olması gereklidir (Geniş, 2020). Bireyin bu dönemde ilişki kurduğu arkadaş çevresi, bedensel ve ruhsal sağlığını direkt olarak etkilemektedir. Zararlı alışkanlıkları olan bir çevreye sahip olan adölesan bireyin riskli sağlık davranışı gösterme ihtimali artmaktadır. Tam tersi yönde olumlu sağlık davranışlarına sahip bir akran çevresi olan adölesan bireyin de gelişiminin pozitif yönde olma ihtimali artmaktadır. Adölesan bireylerde kişilerarası ilişkilerini doğru yorumlama ve yönetme yeteneği kazandırılması yetişkinlik dönemi için de olmazsa olmazdır. Kişilerarası ilişkilerini geliştirebilmiş ve doğru iletişim kurabilen bir birey kazandığı özgüvenle, benlik saygısını da korumuş olmaktadır (Buyuruk, 2021).

Manevi Gelişim

Manevi gelişim bireyin öğrendiği bir durumun veya kavramın sadece kurallarının öğrenilmesi değil aynı zamanda bu öğrenme sonucunda sergiledikleri tutumların ve davranışlarının etkilerinin neler olabileceğini de düşünmesidir. Manevi gelişim bireylerin yaşamdaki amacı ve bireysel farkındalığını gösterir (Özcan ve Bozhüyük, 2016). Manevi gelişim, manevi değerlerin öğrenilmesi ve uygulanması ile sağlanmaktadır. Manevi değerler içsel bir dünyada oluşan; ait olma, sevme, sevilme, kendini gerçekleştirebilme, saygı duyma, güven vs. pozitif duyguların gelişmesi şeklindedir. Bireyin manevi gelişimi içsel kaynaklardan başlayarak ilişki kurma, iç huzurun sağlanması ve yeni deneyimler için fırsat sağlama ile ortaya çıkmaktadır. Birey kim olduğunu ve neler yapabileceği konusunda kendini gerçekleştirme isteği ile hareket ederek yaşadığı evren ile uyum içinde olduğunun farkına varması manevi gelişim ile mümkün olmaktadır (Çokkeser, 2023).

Maslow bireyin kendini gerçekleştirmek için kimlik farkındalığı yaşaması ve öğrenme, keşfetme arzusunun güdülenmesine ihtiyaçlar hiyerarşisi modelinin en üst basamağında yer vermiştir (Buyuruk, 2021).

Manevi gelişim birey için tıpkı fiziksel ve psikolojik gelişim gibi önemlidir. Stres altında olunan ve ölüm korkusunun arttığı anlarda veya başka bireylere zarar verme durumu söz konusu olduğunda manevi gelişim kendini göstermektedir.

Yaşama karşı inancın arttırılabilmesi, olumlu düşünceye teşvik edilebilmesi ve yapacağı hareketlerin sonuçlarını düşünebilmesi kişinin manevi gelişimini pozitif

yönde ilerlemesini sağlamaktadır (Ortanca, 2021). Sağlığın geliştirilmesi ve bireyin iyilik halinin devam edebilmesi için güdülenmesidir. Adölesan bireyin temel olan ahlaki ve insani değerleri öğrenmesi ve bu değerlere karşı duyarlı olmaları manevi gelişimle mümkündür (Akarçay Ulutaş ve Kırlıoğlu, 2021). Bu değerlerin farkında olan ve tutumlarını bunlara göre belirleyen adölesan bireyler çevresiyle çok daha olumlu ilişkiler kurabilmektedir ve etik kurallara uyum sağlayabilmektedir. Ailede başlayan manevi gelişim süreci okullarda sağlanacak rehberlik program desteğiyle öğrencilerin yaşamına katkı sağlayabilmektedir (Yeniyol, 2021).

2.8. Okul Sağlığı

Okul; bireyin eğitim ve öğrenim gördüğü öğrenci, okul personeli ve okul aile birliklerinden oluşan yapıdır (Kabasakal ve Emiroğlu, 2017). MEB 2022-2023 verilerine bakıldığında ülkemizde toplam ortaöğretim kurumu 12.686, bu kurumlarda eğitim gören öğrenci sayısı 6.789.681 ve öğretmen sayısının 394.557 kişi olduğu görülmüştür. Erkek öğrenci sayısı 3.560.053, kız öğrenci sayısının ise 3.229.628 kişi olduğu görülmüştür (MEB, 2023). Sadece ortaöğretim kurumlarına yönelik verilen sayısal değerlere bakıldığında adölesan dönemde olan ve yine bu dönem öğrencilere eğitim veren okul personelinin sayısının toplumda küçümsenemeyecek bir orana sahip olduğu görülmektedir.

Toplum sağlığının korunması ve geliştirilmesi için okullarda öğrencilerin ve diğer okul personeli çalışanlarının sağlığının korunması ve geliştirilmesi okul sağlığının temel konusudur (Kurum, 2019). Okul sağlığı hizmetleri bireylere sağlık hizmeti sunarken öğrenciyi, ailesi ve tüm çevresiyle fizyolojik, sosyolojik ve psikolojik açıdan değerlendirerek bütüncül bir yaklaşımla sağlığına katkıda bulunmayı hedefler.

Okullarda sağlık hizmeti sunumunun birey ve çevresini kapsaması toplum sağlığını da doğrudan etkiler (Ferro Carvajalino ve ark., 2020). Geleceğin yetişkini olacak ve gelecek nesillerin yetiştirilmesinin devamlı döngüsünde okullarda geçirilen zaman bireylerin hayatında önemli bir yere sahiptir (Akgül ve Ergün, 2021). Bireyin sağlığının gelişmesinde, zamanının küçümsenemeyecek kadar büyük bir kısmının geçtiği okullar büyük bir etken halini almaktadır ve okulda oluşan çevrede bu gelişimde önemli bir yere sahiptir (Yetiş, 2014). Okul sağlığı birey ve çevresine olan

bütüncül yaklaşımıyla koruma, riskleri belirleme, acil durumlara müdahale etme, sağlığı geliştirmek gibi fayda sağlayacak amaçla hizmet etmektedir (Ferro Carvajalino ve ark., 2020). Okullar bireyin sağlığının geliştirilmesi için büyük bir fırsat olmakla birlikte geleceğin sağlıklı nesillerinin yetiştirilmesi ve sonuçta sağlık bakımından gelişmiş bir topluma sahip olmak için fırsat sunmaktadır (Dağdeviren, 2010).

2.9. Okul Sağlığı Hizmetleri

Okul sağlığı hizmetlerine tanım olarak bakıldığında bireyin sağlığının değerlendirilmesi, korunması, geliştirilmesi amacıyla sağlık profesyonelleri tarafından sunulan hizmetlerin tamamıdır. Bütüncül bir yaklaşım gerektiren okul sağlığı hizmetleri bireyin kendisi ve çevresini ele alarak sağlık bakım hizmetlerinin sunulmasıdır. Sağlık hizmeti sunumunda amaç biyolojik, sosyolojik ve psikolojik bir yaklaşımla ihtiyaçları belirleyip karşılamaktır (Muniz ve ark., 2022). Bireyde sağlık hizmeti sunumuyla farkındalık oluşturularak bilinç ve davranışlarda değişikliğe sebep olup pozitif yönde gelişmesini desteklemek amaçlanmaktadır. Bireyin okul çağında eğitim ve öğretim hayatının kesintiye uğramaması ve devamlılığının sağlanmasında okul sağlığı hizmetlerinin aktif bir şekilde sunulması öncü olmuştur (Kabasakal, 2019; Kalkanlı, 2019). Okul ortamında bulunan öğrencilerin ve okul personelinin sağlığının korunması, geliştirilmesi, erken teşhis ile hasta olanların iyileştirilmesi, öğrencinin çevresinin değerlendirilerek olumsuz etkileyecek risklerin belirlenmesi ve kontrol altına alınması, kronik hastalıkların takip ve tedavisinde uygulamalar yapılması, rehabilitasyon süreçlerine katkı sağlanması, sağlık taramaların yapılması ve kayıt altına alınması gibi birçok bakım hizmetinin sunulmasıdır (Leroy ve ark. 2017; Yaramış, 2003). Bireylerin okul ortamında sağlık bakım hizmetlerinden en yüksek oranda fayda sağlayacak şekilde bakım almasıdır (Atak, 2021).

Ülkemizde okul sağlığı hizmetleri ‘Umumi Hıfzısıhha Kanunu Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Kanunu’ ile sağlık hizmetlerinin sunumunda ana ögeler arasında yer almıştır (Dağdeviren, 2010). Okul sağlığı hizmetleri sunulurken bireye felsefi açıdan gelişimlerini sağlayacak eğitim programları sunulabilmektedir. Okul sağlığı hizmeti olarak rasyonel duygucu davranışçı eğitim (RDDE) sunulabilmekte ve bireyin ruh sağlığının pozitif açıdan gelişimini desteklemektedir. Okullarda hemşireler tarafından ruh sağlığının gelişiminin pozitif yönde olabilmesi

için çalışmalar yapılmaktadır (Kabasakal, 2018). Okul hemşiresi tarafından bireye adölesan dönemde ruh sağlığı ile ilgili olumlu yönde davranışların kazandırılması sadece bireyin kendisini değil çevresini de olumlu yönde etkileyerek toplum ruh sağlığının gelişmesini de desteklemektedir. Aynı zamanda okul sağlığı hizmetleri hem aile merkezli hem de birey merkezli bakımı ele alan bir sağlık yönetim şeklidir. Bireyin sağlıklı bir gelişim dönemi yaşamasını sağlayan aile merkezli bakım ile bireyin sağlığının yine çok yönlü incelendiği birey merkezli bakım sunulan okul sağlığı hizmetlerine entegrasyonu yapılarak bütüncül bir yaklaşımı sağlamaktadır. Böylelikle birey ve aile odaklı bakımda önemli bir işlev görerek okul sağlığı hizmetlerinde kullanılan bir yöntem olarak karşımıza çıkmaktadır (Kabasakal ve Emiroğlu, 2017).

2.10. Dünya'da ve Türkiye'de Okul Sağlığı Hemşireliğinin Gelişimi

Dünyada ilk olarak ABD'de 1902 senesinde Lillian Wald tarafından yapılan çalışmalarla sesini duyuran okul sağlığı hemşireliği hizmetleri Dünyada daha fazla ülkeye yayılarak hizmet vermeye başlamıştır (Ergün, 2003). Bulaşıcı hastalıklar nedeniyle okula devamsızlığı olan öğrencilerin sağlığına kavuşabilmesi, eğitimine devam etmesi, bulaşıcı hastalıkların bulaşıcılığının ortadan kaldırılması gibi amaçlarla başlayan okul sağlığı hemşireliği hizmetleri yıllar içerisinde gelişerek öğrencilerin sadece bulaşıcı hastalıklara karşı korunması değil diğer sağlık ihtiyaçlarının karşılanması ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları oluşturmasına kadar kanıta dayalı bilimsel gelişmelerle devam etmiştir Okul sağlığı hemşireliği hizmetleri sadece öğrencilerin değil diğer okul personelinin sağlığının da kontrol altına alındığı çalışmalar olarak günümüzde hedefine giden yolda ilerlemeye devam etmektedir (Özdemir, 2022). 1969 senesinde Ulusal Okul Hemşireliği Birliği (NASN) okul hemşirelerinin sundukları hizmetlerin denetlenebilmesi amacıyla kurulmuştur. Ulusal

Okul Hemşireliği Birliği'nin okul hemşireliği tanımına bakıldığında öğrenciyi merkeze alarak koordineli bir bakım sağlayan, toplumla birlikte bireylerin sağlığını geliştirmeleri için bütün potansiyellerini kullanan ve sağlık sistemi ile eğitim sistemi arasında bağlantı kuran sağlık profesyonelleri olarak anlatılmıştır (NASN, 2016). Dünya üzerinde gelişmiş ülkelerde okul hemşireliği bağımsız bir uzmanlığı olan alan şeklinde yasal olarak haklarını kazanmıştır.

Ülkemizde 2011 senesine gelindiğinde görev alanı, yetkileri ve sorumlulukları belirlenen ‘okul sağlığı hemşireliği’ halk sağlığı hemşireliğinin alt dallarında biri olarak faaliyet göstermektedir (Akçay ve Özpulat, 2021).

Fransa’da 1837 senesinde başlayan okullarda sağlığın korunması için denetimler okul yönetiminin yetkilenmesini sağlayarak 1950’li senelere gelindiğinde aşılama ve rutin muayeneler yapılarak devam etmiştir. Hemşireler için 2009 senesinden itibaren lisans mezuniyeti şartı getirilerek uzmanlaşmanın önü açılmıştır (Atak, 2021).

İngiltere’de ilk okul hemşiresi Amy Hughes’dır.1880 senesinde İngiltere de ilköğretim halk için zorunlu kılınmıştır. Yine aynı senelerde yaklaşık 10 sene sonra okula devam eden öğrenci sayısında azalma meydana gelmiştir. Sebebine bakıldığında bulaşıcı hastalıkların olduğu ve okul ortamında yayılmasının hızlı olduğu ve okullarda çok sayıda okul kazalarının da yaşandığı tespit edilmiştir. Bunların önüne geçebilmek için ziyaretçi hemşireler okullarda çalışmalarına gönüllü olarak başlamıştır. Okullarda hemşireye ihtiyaç olduğu böylelikle fark edilmiştir. Amy Hughes’ın öğrencilerin sağlığını korumak ve geliştirmek adına ailelerin de ziyaret edilmesiyle öğrencinin çevresinde bulunan ve sağlığı tehdit eden etmenler incelenerek gerekli müdahaleler yapılmış. Yapılan tüm müdahaleler olumlu yönde etki göstermiş ve okula devam eden öğrenci sayısının zamanla arttığı görülmüştür. Böylelikle okullarda okul hemşiresinin ne kadar elzem bir ihtiyaç olduğu ortaya konmuştur. Tüm bu ilerlemeler Londra’da bulunan okullardan 500 ilköğretim okulun da 5 hemşirenin 4 okulu günlük olarak ziyaret etmesi ve 100 öğrencinin bakım almasını sağlamakla devam etmiştir (Tokur Kesgin ve Çağlar, 2019). İngiltere’de ve Londra’da 1898 senesine gelindiğinde okul hemşirelerinin örgütlenmeye başlaması Okul Sağlığı Hemşireleri Derneklerinin kurulmasıyla olmuştur. 1900 senesinde Londra’da bulunan okullara hemşirelerin atanması sağlanarak ziyaret şeklinde hizmet yerine tam zamanlı bakım vermeleri sağlanmıştır.

İngiltere de 1977 senesinde hemşireler halk sağlığı pratisyenleri olarak hizmet vermeye başlamıştır. Okullarda sağlığı korumak ve geliştirmek için görev yapan okul sağlığı hemşireleri için de sertifika programına yönelik mevzuatlar yayınlanmıştır. Okul sağlığı hemşireleri görevlendirilirken Hemşirelik ve Ebelik Konseyi’nin (NMC) verdiği sertifika programı zorunlu hale getirilmiştir (Atak, 2021).

Amerika'da okul sağlığını gelişimi 1900 senesinde bulaşıcı hastalıkların yaygınlaşması sonucu başlamıştır. 1902 senesinde Lilian Wald tarafından okullarda başlatılan çalışmalarla ilk kez okul sağlığı hemşireliği uygulamaları yapılmıştır. Lilian Wald ve meslektaşı Mary Brewster tarafından ev ziyaretleri yapılmış ve yaşam koşullarının değerlendirilerek gerekli önlemlerin alınması sağlanmıştır. Yapılan bu ziyaretler kurumsallaşarak New York' ta Ziyaretçi Hemşireler Birliğinin kurulmasını sağlamıştır. Lilian Wald'un önerisi ile birlikte okullarda devamsızlığı önlemek amacıyla 4 okula okul hemşiresinin görevlendirilmesi teklifi sunulmuştur. Lina Rogers belirlenen okullarda tarama yaparak, tıbbi müdahalelerde bulunarak ve ev ziyaretleri yaparak da sağlığı tehdit eden etmenleri belirlemiş iyileştirme çalışmaları yapmıştır. Bu hemşirelik bakımları sayesinde okullarda öğrencilerin devamsızlığının azaldığı ve aynı zamanda okul başarısının arttığı görülmüştür. Tüm bu iyileştirme çalışmaları sayesinde 22 okul hemşiresi resmi olarak görevlendirilmiştir. Yirminci yüzyılın başına gelindiğinde ilköğretim de sağlanan bu hemşirelik bakım programına ortaokul ve liselerde de ihtiyaç olduğu belirlenmiştir. Hemşirelerin bakım sağlarken yaş ve dönem özelliklerini göz önünde bulundurarak bakımının kapsamının genişletildiği ortaya konmuştur. New York'da birbirini takip eden gelişmelerden sonra 1910 senesinde hemşirelik eğitim müfredatına okul sağlığı hemşireliği de eklenmiştir. Hemşireler 1940 senesinde okullarda tam zamanlı çalışmış ve öğrenci ve öğrencinin çevresinin bakım ihtiyaçlarını belirleyip gerekli bakımı sunmuştur (Özdemir, 2022). ANA, 1960 senesinde Halk Sağlığı Hemşireliği Birliği'nin 'Okul Sağlığı Hemşireleri Şubesi' okul sağlığı hemşirelerinin işlev ile özelliklerini tanımlayan bildiriyi kabul etmiştir. 1970 senesinde Colorado üniversitesinde ilk kez okul sağlığı hemşireliği eğitimi başlamıştır. 1979 senesinde NASN kurulmuş ve 1983 senesinde ANA tarafından okul sağlığı hemşirelerinin uygulama standartları ilk kez yayınlanmıştır (Kaya, 2014).

Türkiye'de ilk defa 1930 senesinde Umumi Hıfzısıhha Kanunu ile okul sağlığı ile ilgili sunulacak hizmetler ele alınmıştır. Reviri bulunan okullarda okul sağlığı hemşiresi bulunması 1949 senesinde onaylanmıştır.

Okullarda okul sağlığı hemşireliği uygulamalarını ülkemizde ilk başlatan kişi Prof. Dr.İnci Erefe'dir. Okul sağlığı hemşireliği projesini 1985 senesinde başlatarak sonraki süreçte akademisyenlerin bu çalışmalara devam etmesinin öncüsü olmuştur.

Ülkemizde okul sağlığı hizmetleri 1996 senesinde ‘Okul Sağlığı Hizmetleri İş Birliği Protokolü’ yoluyla standart hale getirilmiştir (Atak, 2021; Madenoğlu, 2015).

Milli Eğitim Bakanlığı tarafından 1958 senesinde Sağlık İşleri Genel Müdürlüğü kurulmuştur. Okullarda verilen okul sağlığı hizmetleri için diğer bakanlıklarla iş birliği yapılması amaçlanmıştır. Okul sağlığı hizmetleri ve görevlendirilecek kişilerle alakalı tanımlamalar 1961 senesinde 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi hakkındaki kanunu esas alarak 154 sayılı yönergeyle sunulmuştur. Milli Eğitim Bakanlığı tarafından 1982 senesinde ilk planlı olarak yapılan okul sağlığı çalışması aynı senede çıkarılan genelgeyle başlatılmıştır. 1984 senesine gelindiğinde Sağlık İşleri Daire Başkanlığı okul sağlığı hemşiresinin tanımına ‘Sağlık Hizmetleri Uygulama Rehberinde’ yer verilmiştir (Özdemir, 2022). 1995 senesinde ülkemiz ‘Avrupa’da Sağlığı Geliştiren Okullar’ ağına dahil olmuştur. Ülkemizde bulunan iki bakanlık arasında (Milli Eğitim Bakanlığı ve Sağlık Bakanlığı) 25/09/2006 senesinde ‘Okul Sağlığı İşbirliği Protokolü’ imzalanmış ve okullarda sunulan sağlık hizmetlerinin detaylandırılması sağlanmıştır. Ülkemizde okullarda sağlığı geliştirmek ve korumak adına bazı projeler yapılmıştır ve bunlar;

‘2006: Beyaz Bayrak Projesi

2007: Okul Kantinlerinin Denetimi ve Uyulacak Hijyen Kuralları Genelgesi

2017: Bağımlılıkla Mücadele Eğitimi Projesi Uygulama Protokolü

2017: Okul Sağlığı Hizmetleri İşbirliği Protokolü

2017: Okulda Diyabet Programı İşbirliği Protokolü

2019: Okul Kantinlerinde Satışa Sunulan Gıdalar ve Bu Gıdalarda Kullanılacak Logo Uygulamasına İlişkin İşbirliği Protokolü

2021: Eğitim Kurumlarında Hijyen Şartlarının Geliştirilmesi ve Kontrol İş Birliği Protokolü

2021: Bakanlığı ile Unilever Sanayi ve Ticaret Türk Anonim Şirketi İş Birliği Protokolü

2021: İlköğretim Öğrencilerinde Ağız ve Diş Sağlığı Bilincinin Geliştirilmesine Yönelik İş Birliği Protokolü' şeklindedir.

Sağlık bakanlığı ile Milli Eğitim Bakanlığı 17/05/2016 tarihinde ortak bir protokole imza atmış ve Okul Sağlığı Hizmetleri İşbirliği Protokolü ile okullarda sağlığın korunması ve geliştirilmesi programı hayata geçirilmiştir (MEB, 2016).

Bu programla birlikte okullarda sunulan sağlık hizmetinin kapsamı detaylandırılmış ve çerçevesi geliştirilmiştir. Okul sağlığı programının ana hatlarıyla incelendiğinde; sağlık eğitimi, sağlıklı ve güvenli okul çevresi, sağlıklı beslenme, fiziksel aktivite, aile/toplum katılımı olduğu görülmüştür (MEB, 2017).

Ülkemizde 20/02/2019 tarihinde öncü niteliğinde sayılabilecek bir adımla Üniversite ile İl Milli Eğitim Müdürlüğü arasında 'Okul Sağlığı Hemşireliği Saha Uygulaması Protokolü' imzalanarak öğrenci, veli ve okul personelinin içinde bulunduğu atölye çalışmaları, sağlık eğitimleri ve danışmanlık gibi faaliyetler yapılmıştır. Ülkemizde henüz Milli Eğitim Bakanlığına bağlı tüm devlet okullarında standart okul sağlığı hemşireliği uygulamaları bulunmamaktadır (Kabasakal, 2019). Türkiye'de yapılan okul sağlığı ile ilgili bazı çalışmalarda; ebeveynlerin okul hemşiresinin rollerini yeterince algılamadıkları (Yıldırım ve ark., 2021); ülkemizde her okula bir hemşire atanması ile bulaşıcı hastalıkların daha kolay kontrol altına alınmasının mümkün olabileceği (Aydın ve Ekici, 2021); okul hemşirelerinin sayısının arttırılmasıyla okullarda gelişebilecek fiziksel ve psikolojik şiddetin önüne geçilebileceği (Arslan ve Savaşer, 2009); ülkemizde kaynaştırma öğrencisi gibi özel gereksinimli ve kronik hastalığa sahip öğrenciler bakımından da bütüncül sağlık hizmetine ihtiyaç olduğu, okula devam ve uyum konusunda iyileştirici olduğu (Kabasakal, 2019) belirtilmiştir.

Bunların yanında okul hemşiresi bulunan okullarda; öğrencilerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlar düzeylerinin daha iyi durumda olduğu (Kontenius, 2023); beslenme şeklinin daha sağlıklı olduğu (Tucker ve Lanningham-Foster (2015); fiziksel aktivitenin yüksek olduğu (Friedman ve ark., 2018); öğrencilerin egzersiz programlarının düzenlenmesinde okul hemşirelerinin aktif katkılarının bulunduğu (Brigham ve ark., 2019) ortaya konmuştur.

Ülkemizde okul hemşirelerinin durumuna bakıldığında; okullarda yeterli sayıda hemşirenin görev yapmadığı fakat okul hemşirelerinin öğrencilerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları kazanmalarında önemli bir destek mekanizması oluşturduğu (Akgül ve Ergün, 2021); okul hemşirelerinin okullarda görevlendirilmesiyle ilgili yeterli sağlık politikaları olmadığı ve okul sağlığının gelişmesinde bu durumun engel olarak görüldüğü (Özcan ve ark., 2013); okullarda kronik hastalıkların vaka yönetiminde okul hemşiresi olmayan okullardaki öğrencilerin çeşitli sağlık sorunları yaşadığı (Çakır ve Altay, 2021); okullardaki fiziki ortam koşullarının bulaşıcı hastalıkların yayılmasında risk oluşturduğu ve bu riskin oluşmaması için her okulda bir hemşirenin görev yapması gerektiği (Akçay, 2017) belirtilmektedir.

Yurt dışı literatüründe okul hemşiresi bulunan okullarda; öğrencilerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını günlük hayatında uygulamada zorlanmadıkları (Kindi ve ark., 2022); okullarda öğrenim gören öğrencilerin sağlıklı bir yaşam için tam potansiyellerini ortaya koymada okul hemşirelerinin eğitimleri ve bakımlarının öncü olduğu (Kontenius, 2023; Mak ve ark., 2018); öğrencilerin okula olan devamlılığının okul hemşiresi bulunan okullarda daha yüksek olduğu (Drakopoulou ve ark., 2022); okul hemşiresi bulunan okullarda acil durumlarda tıbbi müdahalenin daha hızlı olduğu (Swaffield ve Olympia, 2022) ortaya konmuştur. Dolayısıyla okullarda okul sağlığının korunup gelişebilmesi için hemşirelerin aktif olarak görev yapması çok önemlidir. Bu çalışma okul hemşirelerinin okullarda bulunup bulunmaması durumunun adölesan dönemde olan bireylerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları üzerindeki etkisini araştırmak amacıyla yapılmıştır. Ülkemizde adölesan bireylerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ile ilgili çalışmalar mevcuttur (Ekici, 2021; Taş, 2018). Okul hemşirelerinin uygulamalarına yönelik çalışmalarda mevcutken (Böyükbaş, 2019) okul hemşiresi bulunan okul ile eş zamanlı okul hemşiresi bulunmayan okulların kıyaslandığı ve farkın ortaya konulduğu bir çalışmaya rastlanmamıştır.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Şekli

Araştırma tanımlayıcı- karşılaştırmalı tipte nicel bir çalışmadır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yerler

Araştırma Ankara ilinde okul hemşiresi bulunan ortaöğretim düzeyindeki liselerin bulunduğu Çankaya, Keçiören, Etimesgut ilçelerinde yürütülmüştür. Bu ilçelerde 'okul hemşiresi bulunan' üç lisenin ortaöğretim başarı düzeyi dikkate alınarak benzer düzeyde 'okul hemşiresi bulunmayan' üç lisede olmak üzere toplam altı okulda yürütülmüştür.

3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Araştırmaya dahil edilen okullardaki öğrenciler araştırmanın (N:4440) evrenini oluşturmuş, örneklem grubu basit rastgele örneklem hesaplama yöntemine göre toplam 702 öğrenciye ulaşılmıştır. Her okulda bütün kademelerden benzer sayıda olmak üzere sınıflardaki 117 öğrenci örneklem grubuna alınmıştır. Okul hemşiresi bulunan okullardan n=351, okul hemşiresi bulunmayan okullardan n=351 öğrenci örnekleme dahil edilmiştir.

3.4. Veri Toplama Araçları

Araştırmada öğrencilere yönelik veri toplama araçları olarak 'Tanıtıcı Özellikler Bilgi Formu' ve 'Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçek Formu' kullanılmıştır**. Tanıtıcı Özellikler Bilgi Formu,** oluşturulurken araştırmacı tarafından literatür taraması yapılarak farklı ölçeklerden yararlanılmıştır. Bunlar; Bilişsel Davranışçı Fiziksel Aktivite Ölçeği (Eskiler ve ark., 2016), Adölesanlar İçin Beslenme Alışkanlıkları Ölçeği (Yılmaz, 2021), Manevi Yetkinlik Ölçeği (akbaşUlutaş ve Kırlıoğlu, 2021), Öz Yeterlilik Ölçeği (Kesgin, 2006), Çok Boyutlu İlişki Ölçeği (Büyükşahin, 2005)'dir. Form 45 sorudan oluşmuş ve öğrencilerin sınıfı, cinsiyet, yaş,

aile eğitim durumu, aile gelir durumu, sigara alkol kullanım durumu, kronik hastalık varlığı, ders başarı durumu, okul dışı etkinliklere katılım durumu, bireyin kendi sağlığını nasıl değerlendirdiği, beslenme durumu vb. özelliklerini içermektedir.

Formda sağlıklı yaşam biçimi alt boyutlarıyla ilgili sorulan sorular şu şekildedir:

Fiziksel aktivite: 25,26,27,37

Beslenme: 28,29,30,31,32,33

Manevi gelişim:38,39

Stres yönetimi: 24,40

Sağlık sorumluluğu: 16,19,20,21

Kişilerarası ilişkiler: 41,43,44

Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği, 1987 senesinde S. Walker ve ak. tarafından 48 maddeden oluşan bir ölçektir (Walker ve ark., 1987). Oluşturulan ilk ölçek altı alt başlıktan oluşmaktadır. Bu alt başlıklar; sağlık sorumluluğu, egzersiz, beslenme, kişilerarası destek, stres yönetimi şeklindedir. Ölçeğin Alpha katsayısı ,92 bulunmuştur. Walker ve Hill- Polerecky tarafından (1996) senesinde revizyonu yapılarak belirli değişikliklere uğrayan ölçek Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II olarak 52 madde ve 6 alt başlıktan oluşacak şekilde tekrar oluşturulmuştur (Walker ve Hill-Polerecky, 1996). Ölçeğin alt başlıkları sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, beslenme, manevi gelişim, kişilerarası ilişkiler, stres yönetimidir. Cronbach Alpha değeri ,94 bulunarak geçerlilik ve güvenilirlik yapılan farklı çalışmalarla da ortaya konmuştur. Ölçek Bahar ve ark. tarafından (2008) 'Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II' olarak Türkçeye uyarlanmış, geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır. Toplam 52 sorudan oluşan ölçekte alt başlıklara göre sorulan soruların hangileri olduğu şu şekildedir:

Sağlık sorumluluğu; 3,9,15,21,27,33,39,45,51

Fiziksel aktivite; 4,10,16,22,28,34,40,46

Beslenme; 2,8,14,20,26,32,38,44,50

Manevi gelişim; 6,12,18,24,30,36,42,48,52

Kişilerarası ilişkiler; 1,7,13,19,25,31,37,43,49

Stres yönetimi; 5,11,17,23,29,35,41,47

Ölçeğin derecelendirmesi Hiçbir Zaman (1), Bazen (2), Sık Sık (3), Düzenli Olarak (4) şeklinde belirlenip hesaplanmıştır. Ölçeğin puanlamasına bakıldığında en düşük puan 52, en yüksek puan 208 olarak hesaplanmıştır (Bahar ve ark., 2008).

Bu araştırmada toplam ölçek puanına ilişkin Cronbach Alpha değeri 0,97; alt boyutları sırasıyla; sağlık sorumluluğu 0,90, fiziksel aktivite 0,89, beslenme 0,89, manevi gelişim 0,87, kişilerarası ilişkiler 0,88, stres yönetimi 0,87 olarak bulunmuştur.

Nitel Görüşme Formu, araştırmacı tarafından okul hemşirelerinin faaliyetlerine dair uygulamaya yönelik görüşlerini belirlemeye yönelik oluşturulmuş yarı yapılandırılmış formdur. Bu formda yer alan sorular aşağıda belirtilmiştir.

Soru 1: Okulunuzda yürüttüğünüz hemşirelik faaliyetleri nasıl değerlendiriyorsunuz?

Soru 2: Okul sağlığı hemşiresi olarak okulda yürüttüğünüz hizmetlerin öğrencilere nasıl etki ettiğini düşünüyorsunuz?

Soru 3: Okulunuzda öğrencilerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının geliştirilmesine yönelik ne düşünüyorsunuz?

Soru 4: Okulunuzda bulunan öğrencilerin sağlıklı yaşam biçimi ölçeği puan düzeyi hakkında ne düşünüyorsunuz?

3.5. Verilerin Toplanması

Veriler toplanırken okul idaresi tarafından belirlenen saatlerde öğrencilerin uygunluk durumları gözetilerek yüz yüze yöntemle anketler araştırmacı tarafından uygulanmıştır. Okullara tekrarlı ziyaretler yapılmıştır. Anketler dağıtılıp aile onamı alındıktan sonra tekrar ziyaretlerde yüz yüze anket yapılmaya devam edilmiştir.

Anketin cevaplanma süresi yaklaşık 25 dakika olup öğrencilerin anlamadıkları sorular yanıtlanmıştır. Nitel görüşmeler okul hemşireleri ile (n:3) yüz yüze ve telefonda yapılarak not edilmiş, bu görüşmeler yaklaşık 20 dakika sürmüştür.

3.6. Etik

Araştırma kapsamında Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Etik Kurul Komisyonu (2022-1336), Milli Eğitim Bakanlığı, Ankara İl Milli Eğitim Müdürlüğü ve okul müdürlerinden yazılı onam alınmıştır. Ölçek ve anket soruları için yazarlardan uygun atıflar yapma koşuluyla kullanım izni alınmıştır.

Katılımcılara araştırma kapsamında çalışmanın amacı ve yapılacak olan uygulamalar hakkında bilgi verilmiş ve adölesan bireylerden uygulama öncesinde veli izin, öğrenci izin formu doldurtularak gönüllü olan bireylerden yazılı onam alınmıştır.

3.7. Veri Analizi

Araştırma nicel verileri SPSS (IBM SPSS Statistics 27) adlı paket programıyla analiz edilmiştir. Parametrik olmayan yöntemlere uygun şekilde okul hemşiresi bulunan ve bulunmayan okullardaki öğrencilerin belirlenen tanımlayıcı sorulara göre olan ölçümlerinde iki bağımsız grubun ölçüm değerlerinin karşılaştırılmasında ‘Mann-Whitney U’ testi, üç veya daha fazla grubun ölçüm değerlerinin karşılaştırılmasında ‘Kruskal-Wallis H’ testi kullanılmıştır. Normal dağılıma sahip olmayan iki nicel değişkenin arasındaki ilişkinin incelenmesinde ‘Sperman’ korelasyon kat sayısı kullanılmıştır. İki nitel değişkenin arasındaki ilişkilerinin incelenmesinde ‘Pearson Ki Kare Testi’ çapraz tabloları kullanılmıştır. Üç veya daha fazla grup için anlamlı fark çıkan değişkenlerin ikili karşılaştırmaları için Bonferroni düzeltmesi uygulanmıştır. Ana bağımsız değişkenle grupların karşılaştırılmasında çoklu regresyon analizi kullanılmıştır. Güven aralığı %97 olarak yüksek güvenilir ve $p<0,05$’in altındaki değerler anlamlı kabul edilmiştir. Hemşirelerle yapılan nitel görüşmeler kapsamında tematik analiz yapılmıştır.

4. BULGULAR

Okul hemşiresi bulunan ve bulunmayan okullardaki öğrencilerin sosyodemografik özellikleri Tablo 1'de yer almaktadır.

Tablo 4.1 *Okul hemşiresi bulunan/bulunmayan okullardaki öğrencilerin sosyodemografik özelliklerinin incelenmesi*

Okul hemşiresi	Var (n=351)		Yok (n=351)		İstatistiksel analiz*
Değişken	**N**	**%**	**n**	**%**	**Olasılık**
Cinsiyet					
Erkek	184	52,4	244	69,5	χ^2=21,550
Kadın	167	47,6	107	30,5	**p<0,001**
Sınıf					
9.	284	80,9	281	80,1	χ^2=0,082
10.	67	19,1	70	19,9	p=0,775
Ailenin medeni hali					
Evli	330	94,0	335	95,4	χ^2=0,738
Boşanmış	18	5,1	14	4,0	p=0,692
Eşlerden birisi vefat etmiş	3	0,9	2	0,6	
Birlikte yaşanan kişi					
Öz anne – babasıyla	333	94,9	335	95,4	χ^2=0,124
Diğer kişiler	18	5,1	16	4,6	p=0,725
Kendine ait odası olması					
Var	247	70,4	236	67,2	χ^2=0,803
Yok	104	29,6	115	32,8	p=0,370
Anne eğitim düzeyi					
İlkokul ve altı	13	3,7	41	11,7	χ^2=43,906
Ortaokul	112	31,9	149	42,5	**p<0,001**
Lise	145	41,3	131	37,3	
Üniversite ve üzeri	81	23,1	30	8,5	
Baba eğitim düzeyi					
İlkokul ve altı	9	2,6	21	6,0	χ^2=88,486
Ortaokul	60	17,1	152	43,3	**p<0,001**
Lise	172	49,0	145	41,3	
Üniversite ve üzeri	110	31,3	33	9,4	
Ailede çalışma					
Anne ve baba çalışıyor	92	26,2	92	26,2	χ^2=0,476
Anne çalışmıyor, baba çalışıyor	254	72,3	254	72,4	p=0,924
Anne çalışıyor, baba çalışmıyor	2	0,6	1	0,3	
Anne ve baba çalışmıyor	3	0,9	4	1,1	
Sosyo-ekonomik düzey					
Çok kötü	-	-	3	0,9	χ^2=15,020
Kötü	2	0,6	3	0,9	**p=0,005**
Orta	117	33,3	146	41,6	
İyi	210	59,8	164	46,6	
Çok iyi	22	6,3	35	10,0	
Öğrencilik dışı çalışma					
Evet	1	0,3	6	1,7	χ^2=3,607
Hayır	350	99,7	345	98,3	p=0,058

*İki nitel değişkenin birbiriyle ilişkilerinin incelenmesinde "Pearson-χ^2" çapraz tabloları kullanılmıştır.

Okul hemşiresi bulunma durumu ile cinsiyet arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki tespit edilmiştir (χ^2=21,550; p<0,001). Okul hemşiresi bulunan okullarda 167 kişi (%47,6) kız öğrencidir. Okul hemşiresi olmayan okullardaki öğrencilerin ağırlıklı olarak erkek olduğu belirlenmiştir.

Okul hemşiresi bulunma durumu ile annenin eğitim düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki olduğu (χ^2=43,906; p<0,001); okul hemşiresi bulunan okuldaki 145 öğrencinin (%41,3) annesinin lise mezunu olduğu, okul hemşiresi bulunmayan okuldaki 149 öğrencinin (%42,5) annesinin ortaokul mezunu olduğu belirlenmiştir. Okul hemşiresi bulunan okullardaki öğrencilerin baba eğitim düzeyi ile okul hemşiresi bulunman okullardaki öğrencilerin baba eğitim düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki tespit edilmiştir (χ^2=88,486; p<0,001). Okul hemşiresi olan okullardaki öğrencilerin 172'sinin (%49,0) babasının lise mezunu olduğu, okul hemşiresi bulunmayan okullardaki öğrencilerden 152'sinin (%43,3) babasının ortaokul mezunu olduğu belirlenmiştir.

Okul hemşiresi bulunan okullardaki öğrencilerin sosyo-ekonomik düzeyi ile okul hemşiresi bulunman okullardaki öğrencilerin sosyo-ekonomik düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki tespit edilmiştir (χ^2=15,020; p=0,005). Okul hemşiresi bulunan okullardaki öğrencilerden 210'unun (%59,8) sosyo-ekonomik düzeyinin iyi olduğu, okul hemşiresi bulunmayan okullardaki öğrencilerden 146'sının (%41,6) sosyo-ekonomik düzeyinin orta olduğu belirlenmiştir.

Tablo 4.2 *Okul hemşiresi bulunan/bulunmayan okullardaki öğrencilerin sağlık özelliklerinin incelenmesi*

Okul hemşiresi	Var (n=351)		Yok (n=351)		İstatistiksel analiz*
Değişken	**n**	**%**	**n**	**%**	**Olasılık**
Herhangi madde kullanım					
Evet	26	7,4	96	27,4	χ^2=48,612
Hayır	325	92,6	255	72,6	**p<0,001**
Madde kullanım sıklığı					
Her gün	25	96,2	83	86,5	χ^2=2,319
Haftada birkaç defa	1	3,8	6	6,3	p=0,314
Ayda birkaç defa	-	-	7	7,2	
Kronik hastalık					
Var	16	4,6	20	5,7	χ^2=0,468
Yok	355	95,4	331	94,3	p=0,494
Sürekli ilaç kullanımı					
Evet	10	2,8	10	2,8	χ^2=0,000
Hayır	341	97,2	341	97,2	p=1,000
Hastaneye gitme sıklığı					
Yılda 2 kez	140	39,9	167	47,6	χ^2=12,723
Yılda 3-5 kez	186	53,0	177	50,4	**p=0,002**
Yılda 5'den fazla	25	7,1	7	2,0	
Hastalıkta düzenli ilaç					
Evet	279	79,5	121	34,5	χ^2=145,072
Hayır	72	20,5	230	65,5	**p<0,001**
Sağlığı değerlendirme					
Çok kötü	-	-	6	1,7	χ^2=223,893
Kötü	9	2,6	66	18,9	**p<0,001**
Orta	58	16,5	191	54,4	
İyi	234	66,7	70	19,9	
Çok iyi	50	14,2	18	5,1	
Ders başarısı					
Çok kötü	2	0,6	13	3,7	χ^2=248,556
Kötü	8	2,3	130	37,0	**p<0,001**
Orta	85	24,2	145	41,3	
İyi	192	54,7	45	12,8	
Çok iyi	64	18,2	18	5,2	
Okul dışı aktiviteler**					
İnternette vakit geçirme	344	25,1	336	40,9	χ^2=147,329
Aileyle vakit geçirme	238	17,3	110	13,4	**p<0,001**
Spor yapma	222	1,2	80	9,7	
Müzik dinleme	318	23,2	257	31,4	
Kitap okuma	250	18,2	38	4,6	

*İki nitel değişkenin birbiriyle ilişkilerinin incelenmesinde "Pearson-χ^2" çapraz tabloları kullanılmıştır. **Soruya birden fazla cevap verilmiştir ve yüzdeler artan örnek sayısına göre belirlenmiştir.

Okul hemşiresi bulunan okullardaki öğrencilerin madde kullanımı bakımından okul hemşiresi bulunmayan okullardaki öğrenciler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir (χ^2=48,612; p<0,001).

Okul hemşiresi bulunan okullardaki 325 öğrencinin (%92,6) herhangi madde kullanmadığı, okul hemşiresi bulunmayan okullardaki 96 öğrencinin (%27,4) herhangi madde kullandığı belirlenmiştir.

Okul hemşiresi bulunan okullardaki öğrencilerin hastaneye gitme sıklığı bakımından okul hemşiresi bulunmayan okullardaki öğrenciler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir (χ^2=12,723; p=0,002). Okul hemşiresi bulunan okuldaki öğrencilerden 186'sının (%53,0) yılda 3-5 kez hastaneye gittiği, okul hemşiresi bulunmayan okuldaki öğrencilerin 167'sinin (%47,6) yılda 2 kez hastaneye gittiği belirlenmiştir. Okul hemşiresi bulunan okullardaki öğrencilerin düzenli ilaç kullanma sıklığı bakımından okul hemşiresi bulunmayan okullardaki öğrenciler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir (χ^2=145,072; p<0,001). Okul hemşiresi bulunan okullardaki öğrencilerden 279'unun (%79,5) hastalık durumunda düzenli ilaç kullandığı, okul hemşiresi bulunmayan okullardaki öğrencilerin 230'unun (%65,5) hastalık durumunda düzenli ilaç kullanmadığı belirlenmiştir.

Okul hemşiresi bulunan okullardaki öğrencilerin sağlık durumunu değerlendirme bakımından okul hemşiresi bulunmayan okullardaki öğrenciler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir (χ^2=223,893; p<0,001). Okulunda okul hemşiresi bulunan öğrencilerden 234'ünün (%66,7) sağlık durumunu "iyi" değerlendirdiği, okul hemşiresi bulunmayan okullardaki öğrencilerden 191'inin (%54,4) sağlık durumunu "orta" düzeyde değerlendirdiği belirlenmiştir.

Okul hemşiresi bulunan okullardaki öğrencilerin okul başarısı bakımından okul hemşiresi bulunmayan okullardaki öğrenciler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir (χ^2=248,556; p<0,001). Okulunda okul hemşiresi bulunan öğrencilerden 192'sinin (%54,7) ders başarısının iyi olduğu, okul hemşiresi bulunmayan okullardaki öğrencilerden 145'inin (%41,3) ders başarısının orta düzeyde olduğu belirlenmiştir. Okul hemşiresi bulunan okullardaki öğrencilerin okul dışında yaptıkları aktiviteler bakımından okul hemşiresi bulunmayan okullardaki öğrenciler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir (χ^2=147,329; p<0,001). Okulunda okul hemşiresi bulunan öğrencilerden 344'ünün (%25,1) internette vakit geçirdiği, okul hemşiresi bulunmayan okullardaki 38 öğrencinin (%4,6) kitap okuduğu belirlenmiştir.

Tablo 4.3 *Okul hemşiresi bulunan/bulunmayan okullardaki öğrencilerin fiziksel aktivite ve beslenme değişkenleri yönünden incelenmesi*

Okul hemşiresi	Var (n=351)		Yok (n=351)		İstatistiksel analiz*
Değişken	**n**	**%**	**n**	**%**	**Olasılık**
Egzersize zaman bulma					
Evet	214	61,0	78	22,2	χ^2=108,455
Hayır	137	39,0	273	77,8	**p<0,001**
Düzenli egzersiz yapma					
Evet	101	28,8	41	11,7	χ^2=31,781
Hayır	250	71,2	310	88,3	**p<0,001**
Egzersizin motive etmesi					
Evet	289	82,3	194	55,3	χ^2=59,895
Hayır	62	17,7	157	44,7	**p<0,001**
Diyet uygulama					
Evet	8	2,3	12	3,4	χ^2=0,823
Hayır	343	97,7	339	96,6	p=0,364
Düzenli beslenme programı					
Evet	195	55,6	44	12,5	χ^2=144,648
Hayır	156	44,4	307	87,5	**p<0,001**
Besin gruplarına dikkat etme					
Evet	170	48,4	53	15,1	χ^2=103,967
Hayır	167	47,6	295	84,0	**p<0,001**
Bazen	14	4,0	3	0,9	
Günlük su tüketim sıklığı					
1-5 bardak	188	53,6	212	60,4	χ^2=3,460
6-10 bardak	130	37,0	113	32,2	p=0,117
10 bardaktan fazla	33	9,4	26	7,4	
Düzenli kahvaltı yapma					
Evet	158	45,0	70	20,0	χ^2=94,509
Hayır	48	13,7	158	45,0	**p<0,001**
Bazen	145	41,3	123	35,0	
Düzenli öğle yemeği yeme					
Evet	178	50,7	55	15,7	χ^2=167,489
Hayır	38	10,8	188	53,6	**p<0,001**
Bazen	135	38,5	108	30,7	
Düzenli akşam yemeği yeme					
Evet	269	76,6	200	57,0	χ^2=54,667
Hayır	16	4,6	82	23,4	**p<0,001**
Bazen	66	18,8	69	19,6	

*İki nitel değişkenin birbiriyle ilişkilerinin incelenmesinde "Pearson-χ^2" çapraz tabloları kullanılmıştır.

Okul hemşiresi bulunan okullardaki öğrencilerin egzersiz yapmaya zaman bulma bakımından okul hemşiresi bulunmayan okullardaki öğrenciler arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki tespit edilmiştir (χ^2=108,455; p<0,001). Okul hemşiresi bulunan okullardaki öğrencilerden 214'ünün (%61,0) egzersiz yapmaya zaman bulduğu, okul hemşiresi bulunmayan okullardaki öğrencilerden 273'ünün (%77,8) egzersiz yapmaya zaman bulamadığı belirlenmiştir.

Okul hemşiresi bulunan okullardaki öğrencilerin düzenli egzersiz yapma bakımından okul hemşiresi bulunmayan okullardaki öğrenciler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir (χ^2=31,781; p<0,001). Okul hemşiresi bulunan okullardaki 101 öğrencinin (%28,8) düzenli egzersiz yaptığı, okul hemşiresi bulunmayan okullarda ise 310 öğrencinin (%88,3) düzenli egzersiz yapmadığı belirlenmiştir.

Okul hemşiresi bulunan okullardaki öğrencilerin egzersiz motivasyonu bakımından okul hemşiresi bulunmayan okullardaki öğrenciler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir (χ^2=59,895; p<0,001). O hemşiresi bulunan okullardaki 289 öğrencinin (%82,3) egzersizden motive olduğu, okul hemşiresi bulunmayan okullarda ise 157 öğrencinin (%44,7) egzersizden motive olmadığı belirlenmiştir..

Okul hemşiresi bulunan okullardaki öğrencilerin düzenli beslenme programına sahip olma bakımından okul hemşiresi bulunmayan okullardaki öğrenciler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir (χ^2=144,648; p<0,001). Okul hemşiresi bulunan okullardaki 195 öğrencinin (%55,6) düzenli beslenme programına sahip olduğu, okul hemşiresi bulunmayan okullarda ise 307 öğrencinin (%87,5) düzenli bir beslenme programına sahip olmadığı belirlenmiştir..

Okul hemşiresi bulunan okullardaki öğrencilerin besin gruplarına dikkat etme bakımından okul hemşiresi bulunmayan okullardaki öğrenciler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir (χ^2=103,967; p<0,001). Okul hemşiresi bulunan okullardaki 170 öğrencinin (%48,4) besin gruplarına dikkat ettiği, okul hemşiresi bulunmayan okullarda ise 295 öğrencinin (%84,0) besin gruplarına dikkat etmediği belirlenmiştir.

Okul hemşiresi bulunan okullardaki öğrencilerin düzenli kahvaltı yapma bakımından okul hemşiresi bulunmayan okullardaki öğrenciler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir (χ^2=94,509; p<0,001). Okul hemşiresi bulunan okullardaki 158 öğrencinin (%45,0) düzenli kahvaltı yaptığı ve 145 kişinin (%41,3) bazen düzenli kahvaltı yaptığı, okul hemşiresi bulunmayan okullarda ise 158 öğrencinin (%45,0) düzenli kahvaltı yapmadığı belirlenmiştir.

Okul hemşiresi bulunan okullardaki öğrencilerin düzenli öğle yemeği yeme bakımından okul hemşiresi bulunmayan okullardaki öğrenciler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir (χ^2=167,489; p<0,001).

Okul hemşiresi bulunan okullardaki 178 öğrencinin (%45,0) düzenli öğle yemeği yediği ve 135 kişinin (%38,5) bazen düzenli öğle yemeği yediği, okul hemşiresi bulunmayan okullarda ise 188 öğrencinin (%53,6) düzenli öğle yemeği yemediği belirlenmiştir.

Okul hemşiresi bulunan okullardaki öğrencilerin düzenli akşam yemeği yeme bakımından okul hemşiresi bulunmayan okullardaki öğrenciler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir (χ^2=54,667; p<0,001). Okul hemşiresi bulunan okullardaki 269 öğrencinin (%76,6) düzenli akşam yemeği yediği, okul hemşiresi bulunmayan okullarda ise 188 öğrencinin (%53,6) düzenli akşam yemeği yemediği ve 69 kişinin (%69,9) bazen akşam yemeği yemediği belirlenmiştir.

Tablo 4.4 *Okul hemşiresi bulunan/bulunmayan okullardaki öğrencilerin sosyal aktivite ve genel özellikler yönünden incelenmesi*

Okul hemşiresi	Var (n=351)		Yok (n=351)		İstatistiksel analiz*
Değişken	**n**	**%**	**n**	**%**	**Olasılık**
Günlük TV izleme süresi					
1 saat ve altı	72	20,5	49	14,0	χ^2=40,302
2-4 saat	147	41,9	93	26,5	**p<0,001**
5-7 saat	130	37,0	192	54,7	
8 saat ve üzeri	2	0,6	17	4,8	
Günlük internet kullanımı					
1 saat ve altı	19	5,5	10	2,8	χ^2=201,172
2-4 saat	250	71,2	73	20,8	**p<0,001**
5-7 saat	72	20,5	252	71,8	
8 saat ve üzeri	10	2,8	16	4,6	
Hafta içi uyku süresi					
6 saatten az	123	35,0	77	21,9	χ^2=14,795
6 saat ve üzeri	228	65,0	274	78,1	**p<0,001**
Problemi kendi çözme					
Evet	152	43,3	55	15,7	χ^2=157,489
Hayır	34	9,7	183	52,1	**p<0,001**
Bazen	165	47,0	113	32,2	
Çevreden fikir alma					
Evet	200	57,0	59	16,8	χ^2=193,645
Hayır	30	8,5	189	53,8	**p<0,001**
Bazen	121	34,5	103	29,4	
Streste çevreden destek alma					
Evet	181	51,6	54	15,4	χ^2=169,542
Hayır	49	14,0	206	58,7	**p<0,001**
Bazen	121	34,4	91	25,9	
İnsanlara güven problemi					
Evet	82	23,4	178	50,7	χ^2=56,507
Hayır	160	45,6	99	28,2	**p<0,001**
Bazen	109	31,0	74	21,1	
Hedefe ulaşmakta zorlanma					
Evet	39	11,1	160	45,6	χ^2=102,850
Hayır	158	45,0	93	26,5	**p<0,001**
Bazen	154	43,9	98	27,9	
Sanat faaliyetlerine katılma					
Evet	229	65,2	50	14,2	χ^2=190,589
Hayır	122	34,8	301	85,8	**p<0,001**
Sosyal kulüplere üyelik					
Evet	238	67,8	56	16,0	χ^2=193,853
Hayır	113	32,2	295	84,0	**p<0,001**
Sanat kursuna gitme					
Evet	208	59,3	32	9,1	χ^2=196,114
Hayır	143	40,7	319	90,9	**p<0,001**

*İki nitel değişkenin birbiriyle ilişkilerinin incelenmesinde "Pearson-χ^2" çapraz tabloları kullanılmıştır.

Okul hemşiresi bulunan okullardaki öğrencilerin günlük TV izleme süresi bakımından okul hemşiresi bulunmayan okullardaki öğrenciler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir (χ^2=40,302; p<0,001). Okul hemşiresi bulunan

okullardaki 147 öğrencinin (%41,9) günlük 2-4 saat TV izlediği, okul hemşiresi bulunmayan okullarda ise 192 öğrencinin (%54,7) günlük 5-7 saat TV izlediği belirlenmiştir.

Okul hemşiresi bulunan okullardaki öğrencilerin günlük internet kullanım süresi bakımından okul hemşiresi bulunmayan okullardaki öğrenciler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir (χ^2=201,172; p<0,001). Okul hemşiresi bulunan okullardaki 250 öğrencinin (%71,2) günlük 2-4 saat internet kullandığı, okul hemşiresi bulunmayan okullarda ise 252 öğrencinin (%71,8) günlük 5-7 saat internet kullandığı belirlenmiştir.

Okul hemşiresi bulunan okullardaki öğrencilerin uyku süresi bakımından okul hemşiresi bulunmayan okullardaki öğrenciler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir (χ^2=14,795; p<0,001). Okul hemşiresi bulunan okullardaki 228 öğrencinin (%65,0) 6 saat ve üzeri uyuduğu, okul hemşiresi bulunmayan okullarda ise 77 öğrencinin (%21,9) 6 saatten az uyuduğu belirlenmiştir..

Okul hemşiresi bulunan okullardaki öğrencilerin problemlerini kendi çözme bakımından okul hemşiresi bulunmayan okullardaki öğrenciler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir (χ^2=157,489; p<0,001). Okul hemşiresi bulunan okullardaki 151 öğrencinin (%43,3) problemlerini kendi çözdüğü ve 165 kişinin (%47,0) bazen problemlerini kendi çözdüğü, okul hemşiresi bulunmayan okullarda ise 183 öğrencinin (%52,1) problemleri kendi çözmediği belirlenmiştir.

Okul hemşiresi bulunan okullardaki öğrencilerin durumlara ilişkin çevreden fikir alma bakımından okul hemşiresi bulunmayan okullardaki öğrenciler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir (χ^2=193,645; p<0,001). Okul hemşiresi bulunan okullardaki 200 öğrencinin (%57,0) çevreden fikir aldığı ve 121 kişinin (%34,5) bazen çevreden fikir aldığı, okul hemşiresi bulunmayan okullarda ise 189 öğrencinin (%53,8) çevreden fikir almadığı belirlenmiştir.

Okul hemşiresi bulunan okullardaki öğrencilerin stresle başa çıkma bakımından okul hemşiresi bulunmayan okullardaki öğrenciler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir (χ^2=169,542; p<0,001). Okul hemşiresi bulunan okullarda 181 öğrencinin (%51,6) stres durumunda çevreden destek aldığı ve 121 kişinin (%34,4) ise bazen çevreden destek aldığı, okul hemşiresi bulunmayan

okullardaki 206 öğrencinin (%58,7) stres durumunda çevreden fikir veya destek almadığı belirlenmiştir.

Okul hemşiresi bulunan okullardaki öğrencilerin insanlara güven problemi yaşama bakımından okul hemşiresi bulunmayan okullardaki öğrenciler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir (χ^2=56,507; p<0,001). Okul hemşiresi bulunan okullardaki 160 öğrencinin (%45,6) insanlara güven problemi olmadığı ve 109 kişinin (%31,0) bazen insanlara güven problemi olduğu, okul hemşiresi bulunmayan okullarda ise 178 öğrencinin (%50,7) insanlara güven problemi olduğu belirlenmiştir.

Okul hemşiresi bulunan okullardaki öğrencilerin hedeflere ulaşmada zorlanma bakımından okul hemşiresi bulunmayan okullardaki öğrenciler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir (χ^2=102,850; p<0,001). Okul hemşiresi bulunan okullardaki 158 öğrencinin (%45,0) hedeflere ulaşmakta zorlanmadığı ve 154 kişinin (%43,9) bazen hedeflere ulaşmakta zorlandığı, okul hemşiresi bulunmayan okullarda ise 160 öğrencinin (%45,6) hedeflere ulaşmakta zorlandığı belirlenmiştir.

Okul hemşiresi bulunan okullardaki öğrencilerin sanat faaliyetlerine katılma bakımından okul hemşiresi bulunmayan okullardaki öğrenciler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir (χ^2=190,589; p<0,001). Okul hemşiresi bulunan okullardaki 229 öğrencinin (%65,2) sanat faaliyetlerine katıldığı, okul hemşiresi bulunmayan okullarda ise 50 öğrencinin (%14,2) sanat faaliyetlerine katılmadığı belirlenmiştir.

Okul hemşiresi bulunan okullardaki öğrencilerin sosyal kulüplere üye olma bakımından okul hemşiresi bulunmayan okullardaki öğrenciler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir (χ^2=193,853; p<0,001). Oku hemşiresi bulunan 238 öğrencinin (%67,8) sosyal kulüplere üye olduğu, okul hemşiresi bulunmayan okullarda ise 295 öğrencinin (%84,0) sosyal kulüplere üye olmadığı belirlenmiştir. Okul hemşiresi bulunan okullardaki öğrencilerin sanat kurslarına gitme bakımından okul hemşiresi bulunmayan okullardaki öğrenciler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir (χ^2=196,114; p<0,001). Okul hemşiresi bulunan okullardaki 208 öğrencinin (%59,3) sanat kurslarına gittiği, okul hemşiresi

bulunmayan okullarda ise 319 öğrencinin (%90,9) sanat kurslarına gitmediği belirlenmiştir.

Tablo 4.5 *Okul hemşiresi bulunan/bulunmayan okullara göre bazı nicel bulguların karşılaştırılması*

Okul hemşiresi	Var (n=351)		Yok (n=351)		İstatistiksel analiz*
Değişken	$\bar{X} \pm S.S.$	Medyan [IQR]	$\bar{X} \pm S.S.$	Medyan [IQR]	Olasılık
Yaş (yıl)	14,99±0,69	15,0 [0,0]	15,23±0,57	15,0 [1,0]	Z=-0,351 p=0,725
Boy (cm)	170,14±8,63	171,0 [16,0]	170,85±8,82	172,0 [15,0]	Z=-1,178 p=0,238
Ağırlık (kg)	66,25±12,08	70,0 [20,0]	68,19±12,47	70,0 [20,0]	Z=-1,791 p=0,073
BKİ (kg/m^2)	22,78±3,30	22,8 [4,6]	23,28±3,53	23,1 [5,0]	Z=-1,718 p=0,086
Ailede yaşayan kişi sayısı	4,25±0,82	4,0 [1,0]	4,28±0,89	4,0 [1,0]	Z=-0,246 p=0,806
Kardeş sayısı	2,28±0,79	2,0 [1,0]	2,27±0,85	2,0 [1,0]	Z=-0,284 p=0,776

*Normal dağılıma sahip olmayan verilerde iki bağımsız grubun ölçüm değerleriyle karşılaştırılmasında "Mann-Whitney U" test (Z-tablo değeri) istatistikleri kullanılmıştır

Okul hemşiresi bulunan/bulunmayan gruplara göre yaş (yıl), boy (cm), ağırlık (kg), BKİ (kg/m^2), ailede yaşayan kişi sayısı ve kardeş sayısı açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktur (p>0,05). Gruplar belirtilen özellik açısından benzerdir.

Tablo 4.6 *SYBDÖ -2'ye ilişkin genel tanımlayıcı istatistiklerin dağılımı*

Değişken		Ortalama	S.S.	Medyan	Min.	Max.
Sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği – 2 (SYBDÖ 2)	Sağlık sorumluluğu	22,87	7,39	21,0	9,0	36,0
	Fiziksel aktivite	20,50	6,64	19,0	8,0	32,0
	Beslenme	23,11	7,04	22,0	9,0	36,0
	Manevi gelişim	24,76	6,69	24,0	9,0	36,0
	Kişilerarası ilişkiler	24,05	6,96	23,0	9,0	36,0
	Stres yönetimi	20,85	6,23	20,0	8,0	32,0
	SYBDÖ 2 – Toplam	136,15	38,65	129,0	52,0	208,0

Kişilerin ölçek alt boyutu ve toplam aldığı puanlara ilişkin tanımlayıcı bulgular tabloda verilmiştir.

Tablo 4.7 *SYBDÖ -2'ye ilişkin güvenilirlik katsayıları dağılımı*

Değişken		Madde sayısı	Cronbach-α katsayısı
Sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği – 2 (SYBDÖ 2)	Sağlık sorumluluğu	9	0,904
	Fiziksel aktivite	8	0,894
	Beslenme	9	0,890
	Manevi gelişim	9	0,876
	Kişilerarası ilişkiler	9	0,887
	Stres yönetimi	8	0,872
	SYBDÖ 2 – Toplam	52	0,979

Ölçek alt boyutları ve toplam puanına ilişkin kişilerin verdiği cevapların çok yüksek güvenilir düzeyde olduğu belirlenmiştir.

Tablo 4.8 *Okul hemşiresi bulunan/bulunmayan okullardaki öğrencilerin SYBDÖ – 2 alt boyutu ve toplam puanlarının karşılaştırılması*

Okul hemşiresi	Var (n=351)		Yok (n=351)		İstatistiksel analiz*
SYBDÖ – 2	$\bar{X} \pm S.S.$	Medyan [IQR]	$\bar{X} \pm S.S.$	Medyan [IQR]	Olasılık
Sağlık sorumluluğu	27,39±6,94	30,0 [10,0]	18,35±4,51	18,0 [6,0]	Z=-15,583 **p<0,001**
Fiziksel aktivite	24,41±6,15	26,0 [8,0]	16,59±4,45	16,0 [5,0]	Z=-15,085 **p<0,001**
Beslenme	27,35±6,71	30,0 [11,0]	18,87±4,25	19,0 [6,0]	Z=-15,115 **p<0,001**
Manevi gelişim	29,11±5,09	31,0 [7,0]	20,41±5,06	20,0 [6,0]	Z=-17,193 **p<0,001**
Kişilerarası ilişkiler	28,90±5,37	31,0 [7,0]	19,20±4,58	19,0 [6,0]	Z=-18,296 **p<0,001**
Stres yönetimi	24,77±5,49	27,0 [8,0]	16,92±4,07	17,0 [5,0]	Z=-16,326 **p<0,001**
SYBDÖ 2 – Toplam	161,95±33,41	175,0 [53,0]	110,35±23,25	109,0 [31,0]	Z=-17,089 **p<0,001**

*Normal dağılıma sahip olmayan verilerde iki bağımsız grubun ölçüm değerleriyle karşılaştırılmasında "Mann-Whitney U" test (Z-tablo değeri) istatistikleri kullanılmıştır.

Okul hemşiresi bulunan/bulunmayan okullardaki öğrencilerin sağlık sorumluluğu puanları yönünden istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur (Z=-15,583; p<0,001). Okul hemşiresi bulunan okullardaki öğrencilerin sağlık sorumluluğu puanları, okul hemşiresi bulunmayan okullardaki öğrencilere oranla anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu görülmüştür.

Okul hemşiresi bulunan/bulunmayan okullardaki öğrencilerin fiziksel aktivite puanları yönüyle istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur (Z=-15,085; p<0,001). Okul hemşiresi bulunan okullardaki öğrencilerin fiziksel aktivite puanları,

okul hemşiresi bulunmayan okullardaki öğrencilere oranla anlamlı düzeyde daha yüksek çıkmıştır.

Okul hemşiresi bulunan/bulunmayan okullardaki öğrencilerin beslenme puanları yönüyle istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir ($Z=-15,115$; $p<0,001$). Okul hemşiresi bulunanların beslenme puanları, okul hemşiresi bulunmayan okullardaki öğrencilere göre anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur.

Okul hemşiresi bulunan/bulunmayan okullardaki öğrencilerin manevi gelişim puanları yönünden istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir ($Z=-17,193$; $p<0,001$).

Okul hemşiresi bulunan okullardaki öğrencilerin manevi gelişim puanları, okul hemşiresi bulunmayan okullardaki öğrencilere oranla anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur.

Okul hemşiresi bulunan/bulunmayan okullardaki öğrencilerin kişilerarası ilişkiler puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur ($Z=-18,296$; $p<0,001$). Okul hemşiresi bulunan okullardaki öğrencilerin kişilerarası ilişkiler puanları, okul hemşiresi bulunmayan okullardaki öğrencilere oranla anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur.

Okul hemşiresi bulunan/bulunmayan okullardaki öğrencilerin stres yönetimi puanları yönüyle istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir ($Z=-16,326$; $p<0,001$). Okul hemşiresi bulunan okullardaki öğrencilerin stres yönetimi puanları, okul hemşiresi bulunmayan okullardaki öğrencilere oranla anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur.

Okul hemşiresi bulunan/bulunmayan okullardaki öğrencilerin SYBDÖ – 2 toplam puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir ($Z=-17,089$; $p<0,001$). Okul hemşiresi bulunan okullardaki öğrencilerin SYBDÖ – 2 toplam puanları, okul hemşiresi bulunmayanlara göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Tablo 4.9 *SYBDÖ- 2 etkileyen değişkenlerin belirlenmesi*

Değişken	B	S.H.	t	p	95% Güven Aralığı (B)	
					Alt	Üst
Sabit	106,725	1,649	64,738	**<0,001**	103,488	10,9,961
Grup	42,430	2,680	15,834	**<0,001**	37,169	47,692
Ders başarısı	11,993	2,569	4,668	**<0,001**	6,949	17,037
Egzersiz yapma	6,643	2,353	2,823	0,005	2,023	11,263

Karşılaştırmalı çalışmalarda karşılaştırılan grupların temel özelliklerinin benzer olması beklenmektedir. Böylelikle bağımlı değişkende ortaya çıkan farklılığın ana bağımsız değişkenden kaynaklanıp kaynaklandığı tam olarak belirlenebilir. Bu çalışma da okul hemşiresinin okullarda göre yapma ve yapmama durumu ana bağımsız değişkendir, ancak okullar cinsiyet, anne-baba eğitimi sosyoekonomik durum bakımından da farklılık göstermektedir. Bu nedenle bu farklılara dayalı çoklu regresyon analizi yapıldı. Analize göre baba eğitimi ve sosyoekonomik durum modele anlamlı katkı sağlamamaktadır. Kız öğrencilerin SYBDÖ-2 puanı erkek öğrencilere göre daha düşükken (β =-0.118), anne eğitimin artması da puanı düşürmektedir (β=0.120i).

Modele en anlamlı katkı sağlayan değişken okulda okul sağlığı hemşiresinin varlığıdır (β=0,733). Diğer değişkenlerin etkisi kontrol edildiğinde bile yüksek korelasyon gösterdiği belirlendi (r=0.686). Bu değişkenler SYBDÖ-2'deki puanın değişimin % 48'ini açıklamaktadır (AdjR^2=0.48, F=130,274, p<0.001).

Tablo 4.10 *SYBDÖ-2 ölçeğinin belirleyicileri*

Değişkenler	B	SE	Beta	t	Sig.	Zero-order	Partial	Tolerance	VIF
(Constant)	156,7	8,4		16,631	<,001				
Okul (Okul Sağlığı Hemşiresi)	56,6	2,2	,733	24,897	<,001	,668	,686	,856	1,169
Cinsiyet (kız)	-9,3	2,2	-,118	-4,223	<,001	-,007	-,158	,950	1,052
Anne egitim	-5,2	1,4	-,120	3,585	<,001	,017	,135	,660	1,516
Baba eğitim	-2,2	1,6	-,050	-1,424	,155	,133	-,054	,612	1,635
Sosyoekonomik	1,7	1,6	,029	1,035	,301	,049	,039	,969	1,032

Tek değişkenli analizde anlamlı çıkan tüm parametrelerle yapılan regresyon modeli sonucunda; optimal model tablo 10'da verilmiştir. Grup, ders başarısı ve egzersiz yapmanın sağlıklı yaşam biçimini etkileyen anlamlı parametreler olduğu

belirlenmiştir. SYBDÖ – 2 toplam puanına en çok etkileyen değişkenin grup (okul hemşiresi bulunan), daha sonra iyi ders başarısı ve egzersiz yapma durumu olduğu belirlenmiştir.

Analiz sonucunda elde edilen diğer bulgulara ilişkin tablolar ekler bölümünde yer almaktadır.

Nitel Bulgular

Katılımcılar üç okulda bulunan üç ayrı okul hemşiresinden oluşmaktadır. Okul hemşireleri; okul hemşiresi 1 (OH1: mesleki deneyim yılı:28 yıl; okul deneyim yılı: 6 yıl), okul hemşiresi 2 (OH2: mesleki deneyim yılı:10 yıl; okul deneyim yılı: 10 yıl), okul hemşiresi 3 (OH3: mesleki deneyim yılı:12 yıl; okul deneyim yılı: 21 yıl) şeklinde ifade edilmiştir.

Okul Hemşirelerinin Okul Sağlığı Hemşirelik Hizmetlerine İlişkin Görüşleri

Okul hemşirelerinin okullarda yürüttükleri hemşirelik hizmetlerini değerlendirirken zaman sıkıntısı yaşadıklarını, mevzuat eksikliğinin hizmetlerin yürütülmesinde engel oluşturduğu, öğrencilerin faaliyetlere katılmaya yönelik isteksizlik yaşadıklarını ve aileler ile işbirliği bakımından yetersizlikler olduğunu belirtmişlerdir. Bu kapsamda hemşirelerin görüşleri aşağıda belirtilmiştir.

Zaman Sıkıntısı

Okul hemşiresi 1: Okulda gelişen acil durumlarda öğrenciye hastaneye giderken eşlik ettiğinde, okulda bulunamadığı için diğer vakalara yetişemediğini belirtmiştir.

'*…hastaneye öğrenciyle gittiğimde okulda aynı gün ilgilenmem gereken öğrencilere yetişemiyorum' OH1.*

Mevzuat Eksikliği

Okul hemşiresi 2: Acil durumlarda ambulansla hastaneye gitmek konusunda okul idaresi tarafından zorunlu tutulduğunu ama mevzuatta bununla ilgili kesin ifadelerin olmadığını belirtmiştir.

'*…hemşire hanım siz öğrenciye eşlik edin öğretmenin işi var' OH2.*

Öğrencilerin Faaliyetlere Katılmada İsteksizliği

Okul hemşiresi 3: Okulda düzenlediği sağlık eğitimleri konusunda lise son sınıf öğrencilerinin sınav seneleri olduğu için verilen sağlık eğitimlerine katılmadıklarını öğrencilerin bazen bu durumda istekli olmadıklarını belirtmişlerdir.

'*Benim bu yıl üniversite sınavım var eğitime katılacak vaktim yok. diyorlar..' OH3.*

İş Birliği Yetersizliği

Okul hemşiresi 1: Okulda öğrencinin sağlık sorunu olduğunda ailelerin tavsiyelerini dikkate almadığını belirtmiştir.

'…… öğrenci bazen büyük bir depresyon yaşıyor ve ailesine psikoloğa götürseniz iyi olur dediğimde çocuğuna deli mi demek istediğimi söyleyip tepki alıyorum' OH1.

Okul Hemşirelerinin Okulda Yürütülen Sağlık Faaliyetlerinin Öğrencilere Etkisine İlişkin Görüşleri

Okul hemşirelerinin hemşirelik uygulamalarının öğrencilere etkisine yönelik görüşleri değerlendirildiğinde sistemli bir bakım vermelerini sağladığını, öğrencilerin doğru sağlık bilgisine ulaşmasını sağladıkları ve öğrencilerin sağlık gereksinimlerine zamanında müdahale edebildiklerini belirtmişlerdir. Bu kapsamda hemşirelerin görüşleri aşağıda belirtilmiştir.

Sistemli Bakım

Okul hemşiresi 3: MEB ve Sağlık Bakanlığı'nın hazırlamış olduğu formlar (BKİ formu, ilaç takip formu, bağışıklama formu, öğrenci sağlık tanıma formu, acil durum formu) sayesinde öğrencilere daha sistemli bir bakım verdiğini belirtmiştir.

'....MEB ve Sağlık bakanlığı bizim için formlar gönderiyor ve bu formlar doğrultusunda öğrencilere bakım veriyorum, adım adım bakım vermemi sağlıyor' OH3.

Doğru Sağlık Bilgisine Erişim

Okul Hemşiresi 1: Yaptığı uygulamalarda öğrencinin ihtiyacına göre eğitim düzenlediğini ve geri dönüşlerin olumlu olduğunu ve bu kapsamda öğrencilerin doğru sağlık bilgisine eriştiklerini belirtmiştir.

'*Öğrencilere eğitim düzenlerken okulun rehberlik hocasıyla birlikte yapıyoruz ve öğrencilere eğitimde merak ettikleri soruları soruyorlar, bazen çok şaşırıyorlar. Örneğin bir öğrenci nargile içmenin tütün ürünü olduğunu bilmediğini su buharı olduğunu zannettiğini söyledi' OH1.*

Öğrencinin Sağlık Gereksinimine Zamanında Müdahale

Okul hemşiresi 2: Kullandığı bakım formları doğrultusunda öğrenciye müdahale ederken daha rahat müdahale ettiğini ve müdahale sonrası meydana gelen değişiklikleri daha kolay gözlemleyebildiğini belirtmiştir.

'Öğrencinin kronik hastalığını bilince mesela diyabeti olan bir öğrenci olsun şekeri düştüğünde insüline bağlı olduğunu tahmin edebiliyorum ve o gün için ilacını alıp almadığını kontrol edebiliyorum' OH2.

Okul hemşiresi 3: Öğrencinin kronik hastalığını bildiği için ilaç takibini kontrollü yaptığını belirtmiştir.

'…… astım tedavisi gören öğrencim var her gün ventolin ilacını sabah dokuzda benim gözetimimde kullanıyor' OH3.

Okul Hemşirelerinin Öğrencilerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranış Puan Düzeyine İlişkin Görüşleri

Okul hemşireleri öğrencilerin sağlıklı yaşam biçimi davranış puan ortalamalarının yüksek olmasına ilişkin; okulda yürütülen sağlığı koruma ve geliştirme eğitimleri ve farkındalık çalışmalarının etkili olduğunu belirtmişlerdir. Hemşirelerin okulda yürüttükleri faaliyetlere ilişkin açıklamaları aşağıda yer almaktadır.

Sağlığı Geliştirme Aktiviteleri

HEMŞİRE	GÖRÜŞLER	FAALİYET
OH 1	*"Beden eğitimi öğretmeniyle birlikte doğa yürüyüşü düzenledik"*	Fiziksel Aktivite
	"...okulumuzda sağlığın korunması ve geliştirilmesi için her ay sağlık eğitimleri düzenliyorum..".	Eğitim
	"Düzenli insülin kullanan öğrencilere her sabah iğne saatini bana hatırlat diye hatırlatıp hatırlatmayacağı yönünde sorumluluklar veriyorum'"	Sorumluluk Bilinci
	"Okulda rehber öğretmeniyle birlikte bağımlılıkla ilgili eğitim düzenledim ve broşür hazırlayıp öğrencilere dağıttım"	Eğitim, Materyal
	"..Öğrencilerle sürekli iletişim halindeyim ve benimle çoğu sorununu rahatlıkla paylaşabiliyorlar. Bende onları gerekirse rehber hocasıyla konuşup doğru yönlendirmeye çalışıyorum.	İletişim, Yönlendirme
OH2	*"Öğrenciler özellikle sınav haftalarında çok stresli oluyorlar, biraz daha sakinleşmeleri için sabah ders başlamadan bazen birlikte nefes egzersizleri yapıyoruz"*	Egzersiz
	"Okullarda kantin ve yemekhaneleri okul idaresiyle birlikte denetliyorum ve okulda okul müdürüyle birlikte beslenme saati etkinliği düzenledik"	Denetim, Etkinlik

	"...öğrenciler yatılı olarak kaldığı için sürekli bana ulaşabiliyorlar ve birebir ilgileniyorum"	İletişim
	"...mesela Çölyak hastalığıyla ilgili diyetisyenle görüşüp sağlık eğitimi düzenledim"	Eğitim
	"...düzenli ilaç kullanmayan öğrenciler oluyor. İlaçlarını günlük nasıl kullanacaksa ben veriyorum ve takibini yapıyorum"	Vaka yönetimi
OH3	*"...öğrenciler yatılı olarak kaldığı için sürekli bana ulaşabiliyorlar ve birebir ilgileniyorum"*	İletişim
	"Öğrencilerde fiziksel aktiviteyi arttırmak için beden eğitimi öğretmenleriyle birlikte bisiklet sürme aktivitesi düzenledik"	Fiziksel aktivite
	"...sağlık eğitimlerini düzenlerken farkındalığı arttırmayı amaçlıyorum ve gerekirse eğitim tekrarı yapıyorum"	Eğitim
	"...sağlık eğitimleri yaparken interaktif sunumlardan yararlanıyorum"	Materyal
	"Akran zorbalığıyla ilgili seminer düzenledim ve okulun koridorlarına afişler astım"	Eğitim, Materyal

5. TARTIŞMA

Bu tez çalışması okul hemşiresi bulunan okullar ve bulunmayan okullarda okuyan adölesan dönemdeki bireylerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını değerlendirmek amacıyla yapılmıştır.

Adölesan bireylerin sağlıklı yaşam biçimi davranış düzeyleri okullara göre değerlendirildiğinde; tüm okullarda (136,15) ve okul hemşiresi bulunmayan okullarda orta düzeyde (110,35±23,2) iken okul hemşiresi bulunan okullarda yüksek düzeyde (161,95±33,4) olduğu bulunmuştur. Bireylerin sağlıklı yaşam biçimi davranış puanının yüksek olması sağlıklı olan davranış bilincinin yüksek olduğu ve bu davranışları daha fazla ortaya koyduğunu göstermektedir. Araştırmada yapılan regresyon analizi sonuçları da okul hemşiresi bulunmasının, ders başarısının ve egzersiz yapma durumunun sağlıklı yaşam biçimi davranış puan ortalamasını arttırdığını ortaya koymaktadır. Literatüre bakıldığında adölesan dönemdeki öğrencilerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarıyla ilgili çalışmalarda genellikle orta düzeyde olduğu (Akoğuz Yazıcı, 2022; Çiçek ve Çetinkaya, 2017; Çoşkun ve Karagöz, 2021; Tatoğlu ve Kuzlu Ayyıldız, 2022) bununla birlikte yüksek düzeyde sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına sahip öğrencilerin bulunduğu çalışmaların da olduğu (Cengiz, 2020; Ergün ve ark., 2019; Temircan, 2022) belirtilmektedir. Bu çalışmanın ana bulgusu mahiyetinde niteleyeceğimiz "okul hemşiresi bulunan okullardaki öğrencilerin daha yüksek düzeyde sağlıklı yaşam biçimi davranışına sahip olması" okullarda görev yapan bireylerin ve öğrencilerin sağlık durumunu yakından takip eden okul hemşiresinin varlığının önemine dikkat çekmektedir. Okullarda görev yapan hemşirelerle yapılan nitel görüşmelerde okul hemşirelerinin sağlık eğitimleri, BKİ takibi, beslenme ile ilgili denetimler, okul idaresiyle iş birliği yaparak öğrencilerin fiziksel aktivite yapabilecekleri etkinlikler düzenlemesi, akran zorbalığına karşı okul rehberlik servisiyle iş birliği içinde seminerler düzenlemesi, düzenli sağlık taramaları, bağışıklama çalışmaları vs. sunduğu sağlık bakım hizmetleri okullarda yürütülen hemşirelik faaliyetlerinin öğrencilerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını arttırmaya yönelik olduğu anlaşılmaktadır. Literatürde öğrencilerin okul hemşirelerinin sunduğu vaka takibi hizmetiyle kronik hastalıklarla baş edebildiği (Efthymiou ve ark., 2021); düzenlediği sağlık eğitimleriyle beslenme ve fiziksel

aktivite gibi sağlıklı yaşam davranışlarına yönelik durumları düzenlendiği (Bak ve ark., 2020) çalışmalar mevcuttur.

Nitekim aile gelir düzeyi ve eğitim düzeyi yüksek olan öğrencilerin sağlıklı yaşam biçimi davranış puan ortalamalarının yüksek olduğuna dair çalışmalar da mevcuttur (Sümen ve Öncel, 2017). Aile eğitim düzeyi yükseldikçe sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının arttığı (Aksungur ve ark., 2011); sosyoekonomik düzey yükseldikçe bireylerin daha sağlıklı bir yaşam için davranış değişikliği oluşturduğu (Aksoy ve Uçar, 2014) ortaya konmuştur. Benzer şekilde bu araştırmada da okul hemşiresi bulunan okullardaki sağlıklı yaşam biçimi davranış düzeyleri yüksek olan öğrencilerin sosyoekonomik düzeyinin daha yüksek seviyede değerlendirdiği, anne baba eğitim durumlarının daha yüksek olduğu ve ebeveynlerinin bir işte çalıştıkları göz ardı edilmemelidir.

Araştırmada okul hemşiresi olan ve olmayan okullardaki öğrencilerin BKİ değerlerinde istatiksel anlamlı bir fark görülmemiştir. Gruplar yaş, boy, kilo, BKİ değerleri olarak benzerlik göstermektedir Benzer şekilde BKİ ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasında fark bulunmayan çalışmalar da mevcuttur (Beyazgül ve Özer, 2024; Cihangiroğlu ve Deveci, 2011). Bu bakımdan katılan öğrencilerin BKİ değerleri benzer olduğundan araştırmaya katılan gruplar arasında fark bulunmamaktadır.

Araştırmada diğer bir değişken olarak cinsiyetin, öğrencilerde sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına sahip olma bakımından anlamlılık gösterdiği ve okul hemşiresi olan okullarda öğrenim gören erkek öğrencilerin kız öğrencilere göre daha yüksek oranda sağlıklı yaşam biçimi davranışları puan düzeyine sahip oldukları bulunmuştur. Literatürde erkek öğrencilerin sağlıklı yaşam biçimi puan düzeyinin kız öğrencilere oranla daha yüksek olduğuna (Akoğuz Yazıcı, 2022) rastlanmaktadır. Sağlıklı yaşam biçimi davranış puanının cinsiyete göre anlamlı farlılık göstermediği çalışmalar da mevcuttur (Aktaş Özakgül ve ark., 2016; Çebi ve İmamoğlu, 2018; Özkan ve ark., 2021). Kız öğrencilerin daha yüksek düzeyde sağlıklı yaşam biçimi davranış puanına sahip olabildiği de ortaya konmuştur (Temircan, 2022). Bu araştırmanın aksine literatürde cinsiyet ile sağlıklı yaşam biçimi davranış puanlarının incelendiği meta analiz çalışmalarında da cinsiyet önemsiz düzeyde bir etken olarak bulunmuştur (Yılmaz Işıkhan ve Güleç, 2018). Dolayısıyla cinsiyet değişkeni sağlıklı yaşam biçimi

davranışlarına sahip olmak bakımından tek başına bir faktör olarak değerlendirilmemektedir.

Okul hemşiresi bulunan okullarda öğrenim gören öğrencilerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları alt boyutlarından aldıkları puan ortalamalarının, okul hemşiresi bulunmayan okullarda öğrenim gören öğrencilerin bu alt boyutlardan aldığı puan ortalamalarından daha yüksek olduğu bulunmuştur. Okul hemşiresi bulunan okullarda alt boyutlar puan sıralaması yüksekten düşüğe; manevi gelişim, kişilerarası ilişkiler, sağlık sorumluluğu, beslenme, stres yönetimi ve fiziksel aktivite şeklindeyken, okul hemşiresi bulunmayan okullarda bu sıralama; manevi gelişim, kişilerarası ilişkiler, beslenme, sağlık sorumluluğu, stres yönetimi ve fiziksel aktivite şeklinde farklılık göstermektedir. Fakat her iki grupta da en yüksek puan manevi gelişim en düşük puan ise fiziksel aktivite alt boyutundan alınmıştır. Literatürde yapılan çalışmalara bakıldığında benzer şekilde en düşük puanın fiziksel aktivite alt boyutundan alındığı çalışmalar mevcuttur. (Gömleksiz ve ark., 2020; Güldür ve ark., 2022; Irmak Vural ve Bakır, 2015; Özyazıcıoğlu ve ark., 2011; Şen ve ark., 2017). Literatürde öğrencilerin farklı olarak en yüksek alt boyut puanının manevi gelişim (Baydar Arıcan, 2021) veya sağlık sorumluluğu bulunan çalışmalar da mevcuttur (Özyazıcı ve ark., 2011).

Bireylerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları alt boyutlarından aldığı puan arttıkça sağlığını korumaya ve geliştirmeye yönelik davranışlar sergiledikleri (Güzel Ertop ve ark., 2012); sağlığını geliştirmek için alt boyutların geliştirilmesi gerektiği (Yaşar ve ark., 2018) üzerinde durulmaktadır. Bu doğrultuda alt boyutlardan alınan puan ortalaması arttıkça sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının da arttığı anlaşılmaktadır. Sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını yeterince uygulayamayan öğrencilerde bu alt boyut puanlarının düşük düzeyde olduğu da görülmektedir (Musavian ve ark., 2014). Bu doğrultuda okul hemşiresi bulunan okullarda alt boyutlardan alınan puanın yüksek olması sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının bu okuldaki öğrencilerde daha yüksek olduğunu düşündürtmektedir. Literatürde de okul hemşiresi bulunan okullarda sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının hemşirelerin faaliyetleriyle arttığı bilinmektedir (Longobucco ve ark., 2023; Pavelová ve ark., 2021).

Okul hemşiresi bulunan ve bulunmayan okullardaki öğrencilerde kronik hastalık durumunun sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına göre değerlendirilmesinde anlamlı bir fark göstermediği söylenebilir.

Nitekim araştırmamızda öğrenciler arasında kronik hastalıkları olduğunu belirtilen 36 öğrenci bulunmaktadır ve bu dağılım okullar arasında anlamlı bir fark oluşturmamaktadır. Fakat literatürde kronik hastalık oluşma riskli ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasında anlamlı fark olan ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları yükseldikçe kronik hastalık riskinin azaldığını gösteren çalışmalar da mevcuttur (Beyazgül ve Özer, 2024; Bülbül ve ark., 2020). Öğrenciler yanı sıra sağlık sorumluluğu bakımından değerlendirildiğinde; okul hemşiresi bulunan okullarda öğrenim gören öğrencilerin (27,39±6,94) okul hemşiresi bulunmayan okullardaki öğrencilerden (18,35±4,51) daha yüksek düzeyde sağlık sorumluluğuna sahip oldukları bulunmuştur. Okul hemşiresi bulunan okullardaki öğrencilerin; sağlığını daha objektif değerlendirmesi, hastalık halinde düzenli ilaç kullanması, düzenli egzersiz yapması, düzenli beslenme programına sahip olması, sağlık sorumluluk puanının yükselmesini sağlayan etkenler olarak değerlendirilmiştir. Literatüre bakıldığında sağlık sorumluluk alt boyutunun yükselmesinin sebebi; sağlıklı, yeterli ve dengeli beslenme (Güzel Ertop ve ark., 2012); düzenli egzersiz yapma (Küçük Yetgin ve Agopyan, 2017); anne ve baba eğitim düzeyinin yüksek olması (Irmak Vural ve Bakır, 2015) şeklinde okul hemşiresi bulunan okullarda belirtilen faktörlerle ortak noktalar olduğu anlaşılmaktadır. Bu doğrultuda okul hemşirelerinin, öğrencileri kendi sağlığıyla ilgili sorumluluk alması konusunda desteklediği düşünülmektedir. Sağlık sorumluluk alt boyut puanı yüksek olan öğrencilerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını uygulamada daha aktif oldukları ortaya konmuştur (Suwalska ve ark., 2022). Nitekim hemşirelerin sağlıklı bir yaşam için farkındalığı arttırmaya yönelik yaptığı eğitimler, sağlık okuryazarlığının desteklenmesi, öğrencilerde kendi sağlığıyla ilgili sorumluluğu oluşturma çalışmaları, sağlık sorumluluk bilicinin oluşmasını desteklemektedir (Borawski ve ark., 2015).

Okul hemşiresi bulunmayan okullardaki öğrencilerin sağlık sorumluluğu alt boyut puanı yapılan diğer çalışmalarla benzerlik göstermektedir [Güzel Ertop ve ark., 2012 (21,12±5,07); Irmak Vural ve Bakır, 2015 (19,92±5,08); Şen ve ark., 2017 (18,90±4,4)]. Fakat literatürde okul hemşiresi bulunan okullardaki öğrencilerin sağlık

sorumluluk alt boyut puanıyla yakınlık gösteren çalışmalarda mevcuttur [Duran ve ark., 2018 (23,40±4,00); Karaca ve Aslan, 2019 (24,01±3,48)]. Çalışmamızın aksine sağlıklı yaşam biçimi davranış puanları benzer olan fakat sağlık sorumluluk alt boyut puanları arasında fark bulunan çalışmalar da mevcuttur (Irmak Vural ve Bakır, 2015; Şen ve ark., 2017).

Bu doğrultuda sağlıklı yaşam biçimi davranışları değerlendirilirken sağlık sorumluluk alt boyutunun önemli bir değişken olduğu fakat tek başına değil de diğer alt boyutlarla birlikte değerlendirilmesi gerektiği düşünülmüştür.

Araştırmada fiziksel aktivite alt boyut sonuçlarına bakıldığında okul hemşiresi bulunan okullarda öğrenim gören öğrencilerin okul hemşiresi bulunmayan okullardaki öğrencilere oranla daha aktif oldukları ortaya çıkmıştır. Literatürde fiziksel aktivite puan ortalamaları okul hemşiresi bulunmayan okullarla benzerlik gösteren çalışmalar mevcuttur [Baydar Arıcan, 2021 (18,3±1,0); Soykan ve Şengül, 2021 (16,67±4,71)]. Fakat okul hemşirelerinin bulunduğu okullardaki öğrencilerin fiziksel aktivite alt boyut puanıyla yakınlık gösteren çalışmaya da rastlanmıştır (Çebi ve İmamoğlu, 2018). Aynı zamanda düzenli olarak fiziksel egzersiz yapmak ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasında anlamlı fark bulan ve fiziksel aktivitenin düzenli yapılmasının sağlıklı yaşam biçimini pozitif yönde etkilediğini ortaya koyan çalışmalarda mevcuttur (Çoşkun ve Karagöz, 2021; Irmak Vural ve Bakır, 2015). Egzersiz yapmaya zaman ayrılmadığında (Akman ve ark., 2012), egzersiz yapmaya karşı motivasyon desteklenmediğinde ve internette geçirilen zaman uzadığında (Gülbetekin ve ark., 2021) fiziksel aktivitenin azaldığı ortaya çıkmıştır. Bu çalışmada ise okul hemşirelerinin görev yaptığı okullarda; egzersiz yapmaya zaman bulma, düzenli egzersiz yapma, egzersiz yapmanın motive ettiğinin düşünülmesi, sosyal kulüplere katılma, günlük internet kullanım süresinin az olması gibi durumlarda fiziksel aktivite puanının arttığı tespit edilmiştir. Okullarda hemşirelerin öğrencilere düzenli fiziksel aktiviteyle ilgili eğitimler düzenlemelerinin ve düzenli BKİ takibi yapmalarının öğrencileri sedanter yaşam tarzından uzaklaştırdığı düşünülmüştür. Okullarda öğrencilerin fiziksel aktivite düzeylerinin hemşirelerin bakım ve eğitimleriyle arttığı (Meydanlıoğlu, 2013); fiziksel aktivite puanları ile adölesanların sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasında anlamlı bir fark olduğu ve fiziksel aktivite puanı arttıkça sağlıklı bir yaşam için uğraşıldığı (Çekiç ve ark., 2021; Çoşkun ve Karagöz, 2021), fiziksel

aktivitenin arttıkça diğer sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının geliştiği ve okul hemşirelerinin bu gelişimde önemli bir yeri olduğu (Chu-ko ve Chong, 2021) ortaya konmuştur. Bu doğrultuda okullarda fiziksel aktivite düzeyinin yükselmesi için okul hemşirelerinin çalışmalarının sağlığın gelişiminde teşvik edici olduğu düşünülmüştür.

Adölesan dönemde okullarda karşılaşılan okul sağlığının gelişimini tehdit eden problemlerden biri de sağlıksız beslenmedir (Cerim ve Haney, 2021).

Bu dönemde sık görülen ve sağlığı olumsuz etkileyen fastfood tüketim oranının yüksek olması (%89.4) sağlıklı yaşam biçimini olumsuz etkilediği düşünülürken (Bebiş ve ark., 2015); öğrencilerin büyük çoğunluğunun fastfood gibi sağlıksız besinlerle beslendiğini (Ok ve ark., 2022) düşündüren çıktılar mevcuttur. Araştırmamızın alt boyutlarından biri olan beslenme alt boyutunda okul hemşiresi bulunan okullar ile okul hemşiresi bulunmayan okullar arasında anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır. Okul hemşiresi bulunan okullarda beslenme alt boyut puan ortalaması (27,35±6,71) okul hemşiresi bulunmayan okullarda (18,87±4,25) öğrenim gören öğrencilerden yüksektir. Bu sonuçlar doğrultusunda okul hemşiresi bulunan okullardaki öğrencilerde beslenme faktörünün daha iyi durumda olduğu düşünülmektedir. Okul hemşiresi bulunmayan okullar ile literatürde bazı çalışmalarda beslenme alt boyut puan ortalaması (Baydar Arıcan, 2021 (17,7±1,7); Karagözoğlu, 2021 (17,62±3,36); Soykan ve Şengül, 2021 (19,91±4,22)) benzerlik göstermektedir. Beslenme puanını düşüren durumlara bakıldığında; dengesiz diyetler yapılması ve beslenme saatlerinin düzensiz olması (Köseoğlu ve Tayfur, 2017); besin gruplarından yeterli miktarda tüketilmemesi (Gümüş ve ark., 2011); ailenin sosyoekonomik durumunun düşük olması (Kalay ve Türkmen, 2015); beslenme okuryazarlığının yeterince gelişmemesi ve bu konuda yeterli eğitimlerin verilmemesi (Can ve Şahin Kaya, 2022) şeklinde önümüze çıkmaktadır. Bu doğrultuda okul hemşiresi görev yapan okullarda ise düzenli beslenme programlarının uygulanması, besin gruplarının tüketimine dikkat edilmesi, düzenli kahvaltı, öğle ve akşam yemeklerinin yenildiğinin belirtilmesi, beslenme puanının yüksek olmasına sebep olduğu düşünülmektedir. Okul hemşireleriyle olan görüşmelerde öğrencilerin sağlıklı bir beslenme düzenine sahip olması için düzenli BKİ takibi yapıldığı, kantinlerin denetlendiği, okul idaresiyle iş birliği içinde beslenme saatleri düzenlendiği, kronik hastalığa sahip bireylere diyetleriyle ilgili eğitimlerin verildiği belirtilmiştir. Literatürde de yapılan

çalışmalarda okullarda beslenmenin iyileştirilmesi ve okul sağlığının gelişiminin okul hemşirelerinin faaliyetleriyle mümkün olacağı üzerinde durulmuştur (Altay ve ark., 2018; Cerim ve Haney, 2021; Yabancı, 2011). Adölesan sağlığını tehdit eden sağlıklı olmayan beslenme şekillerinin önüne geçilmesinin, kişinin sağlığının korunması ve geliştirilmesi için önemli olduğu (Choi, 2020; Savucu, 2020; Uğur, 2018) ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının uygulanması için beslenmenin düzenlenmesinin ve iyileştirilmesini önemi (Akoğuz Yazıcı, 2022) üzerinde durulmaktadır.

Bu çalışmada okul hemşiresi bulunan okullardaki öğrencilerin kişilerarası ilişkiler alt boyut puanının (28,90±5,37) okul hemşiresi bulunmayan okullardaki öğrencilere (19,20±4,58) oranla daha yüksek düzeyde olduğu görülmüştür. Literatürde yapılan bazı çalışmalar da okul hemşiresi bulunan okullardaki öğrencilerin puanıyla benzerlik göstermektedir [Akoğuz Yazıcı, 2022 (23,82±5,05); Irmak Vural ve Bakır, 2015 (25,56±4,33); Şen ve ark., 2017 (23,44±5,2)]. Fakat okul hemşiresi bulunmayan okullarla benzerlik gösteren çalışmalarda mevcuttur [Duran ve ark., 2018 (20,06±3,44); Turgay ve Arslan, 2015 (20,70±3,75)]. Bu doğrultuda adölesan dönemde kişilerarası ilişkiler boyutunda bireylerin daha aktif olduğu düşünülmektedir. Kişilerarası ilişkilerin gelişmiş olduğu bireylerde kendini ifade etmede ve çevresiyle olan iletişiminde sorun yaşanmadığı, sağlık ihtiyaçlarını ifade edebilmesi, fiziksel ve ruhsal sağlık sorunlarını paylaşabilmesini de kolaylaştırdığı ortaya çıkmıştır (Sümen ve Öncel, 2017). Okul hemşiresi bulunan okullarda öğrenciler stres halinde çevreden destek aldıklarını ve hedeflerine ulaşmada zorlanmadıklarını belirtmişlerdir. Literatürde yapılan meta analiz çalışmalarda adölesan bir bireyin eğitim hayatında en az iki defa akran zorbalığına maruz kaldığı tespit edilmiştir (Talu ve Gümüş, 2022). Okul hemşireleriyle yapılan görüşmede okulların rehberlik servisiyle iş birliği içinde oldukları ve öğrencilere bu doğrultuda iletişim eğitimleri, zorbalığa yönelik bilinçlendirme eğitimleri yapıldığı anlatılmıştır. Okul hemşirelerinin bu faaliyetlerinin adölesan bireylerde kişilerarası ilişkileri desteklediği düşünülmüştür.

Araştırma doğrultusunda stres yönetim alt boyutunda okul hemşiresi bulunan okullarla okul hemşiresi bulunmayan okullar arasında anlamlı fark olduğu tespit edilmiştir. Okul hemşiresi bulunan okullarda stres yönetim puanı (24,77±5,49) okul hemşiresi bulunmayan okullara (16,92±4,07) oranla daha yüksek bulunmuştur.

Stres yönetim puan ortalamaları okul hemşiresi bulunmayan okullarla benzer düzeyde düşük olan çalışmalara rastlanmaktadır (Cihangiroğlu ve Deveci, 2011 (17.73±3,95); Soykan ve Şengül, 2021 (19,20±4,17)). Bu doğrultuda stres yönetiminin azalmasının sebepleri; obezite gibi yeme bozuklukları (Ardıç, 2020); fiziksel aktivite yapma oranının düşük olması, ailenin sosyoekonomik düzeyinin düşük olması (Bebiş ve ark., 2015) ve stresin nasıl yönetileceğinin bilinmemesi (Yıldırım Şişman ve Arslan Çakır, 2021) gibi faktörlerle önümüze çıkmaktadır. Okul hemşiresi bulunan okullarda; çevreden fikir almaya daha açık olunması, stres durumunda destek hissetmeleri gibi belirtilen faktörlerin stres yönetimini kolaylaştığı düşünülmektedir.

Okul hemşireleriyle yapılan görüşmelerde öğrencilere stresli durumlara karşı rahatlama egzersizleri öğretildiği, gerekli durumlarda ailelerle görüşülerek psikolojik destek almaları sağlandığı belirtilmektedir. Bu doğrultuda okul hemşiresi bulunan okullardaki öğrencilerin stres yönetiminin daha iyi düzeyde olması okul hemşirelerinin ruhsal desteklerinin önemli olduğunu düşündürmüştür.

Araştırma sonuçlarımızda sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının alt boyutlarından olan manevi gelişimin okul hemşiresi bulunan okullarda (29,11±5,09) okul hemşiresi bulunmayan okullara (20,41±5,06) oranla daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Okul hemşiresi bulunan okullardaki öğrencilerin manevi gelişim puan ortalaması literatürde yapılan çalışmalarla benzerlik göstermektedir [Akgün ve ark., 2021 (26,86±4,4); Gömleksiz ve ark., 2020 (24,06±4,50); Özyazıcıoğlu ve ark., 2011 (26,93±4,06)]. Manevi gelişim düzeyi yükseldikçe bireyin etik kavramlara bakışı da değişmekte, çevresiyle olan iletişimi etkilenmekte ve baş etme mekanizmaları güçlenip zor durumlarda iyileşmeye güç ve umut bulabilmektedir (Sümen ve Öncel, 2017). Manevi gelişim psikolojik sağlamlığı ve iyi oluşluğu da göstermektedir. Bu doğrultuda okul hemşirelerinin öğrencilerin psikolojik olarak gelişimini destekleri sonucuna ulaşılabilir.

Araştırmanın bir diğer sonucunda okullarda okul hemşiresi bulunma durumu ile madde kullanımı (Tütün ve tütün ürünleri, alkol ve diğer zararlı alışkanlıklar vs.) arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Okul hemşiresi bulunan okullarda madde kullanımı %7,3 iken okul hemşiresi olmayan okullarda madde kullanımı %27,4 olarak daha yüksek düzeyde bulunmuştur. Sonuçlara bakıldığında okul hemşiresi bulunan okullarda madde kullanımının daha az olduğu öğrenciler tarafından belirtilmiştir.

Adölesan dönemde madde kullanımıyla ilgili sigara içen birey sayısının (%32,1) yüksek olduğu (Soykan ve Şengül, 2021); TÜİK verilerine bakıldığında 15 yaş ve üzeri bireylerin tütün ve tütün ürünü tüketim oranının %26.5 olduğu ve giderek arttığı (TÜİK, 2016); adölesan dönemde madde kullanımı için farkındalığın arttırılması gerektiği ve zararlı madde tüketim oranının artma riskinin yükselerek devam ettiği ortaya konmuştur (Avan ve Nacar, 2023; Thomasius ve ark., 2022). Madde kullanımı ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasında anlamlı bir fark bulunmazken literatür de madde kullanımı ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasında anlamlı fark bulan çalışmalar bireyin sağlığını olumsuz etkilediğini ortaya koymaktadır (Arslan ve Coşkunol, 2016; Beyazgül ve Özer, 2024; Vural ve Bakır, 2015).

Madde kullanımı ve bağımlılığın engellenmesinde farkındalık oluşturmak için hemşireler tarafından eğitimler verilmesi gerektiği (Asi Karakaş ve Ersöğütçü, 2016); okullardaki öğrencilerin madde kullanımını engellemek için kullanım sebeplerin okul hemşireleri tarafından araştırılmasının önemli olduğu (Baysan Arabacı ve ark., 2017); öğrencilerin sağlığını tehdit eden madde kullanımının engellenmesine yönelik bilinç oluşturmak için seminerler düzenlemesinin (Uzun ve Kelleci, 2018) önemi vurgulanmaktadır. Bu çalışma doğrultusunda okul hemşiresi bulunan okullarda madde kullanım oranının daha az olmasının sebebinin okullarda sağlığın korunması ve geliştirilmesi için hemşirelerin verdiği sağlık eğitimleri, öğrencilerin sağlık durumunun düzenli taramalarla sağlık tanılama formlarıyla kontrol altında tutulması olduğu düşünülmektedir. Fakat her ne kadar sağlıklı yaşam biçimi davranışları ile madde kullanımı arasında anlamlı bir fark bulunmasa da öğrencilerin madde kullanım oranına dair çekimser yanıt oranının daha yüksek olabileceği düşünülmüştür.

Bu araştırmanın sonuçlarından biri de öğrencilerin okul dışında gerçekleştirdiği aktivitelere bakıldığında, okul hemşiresi olan okullardaki öğrencilerin okul hemşiresi olmayan okullardaki öğrencilerle arasında internette vakit geçirme oranında anlamlı fark olduğu bulunmuştur. Bu çalışmada okul hemşiresi bulunan okullardaki öğrenciler okul hemşiresi bulunmayan okullardaki öğrencilere oranla internette daha az zaman geçirdiklerini belirtmişlerdir. TÜİK (2023) verilerine bakıldığında 16-74 yaş aralığı internet kullanım oranının yüksek olduğu (%87,1) olduğu görülmektedir (TÜİK, 2023). İnternet kullanımının yüksek olmasının etkilerine bakıldığında da sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını olumsuz etkilediği ve

bireylerin sağlığını tehdit ettiği üzerinde durulmuştur (Deniz ve ark., 2022; Özdemir ve ark., 2020; Sevindik, 2011).

Okullarda internet kullanımının sağlıklı yaşam biçimini olumsuz etkilememesi için okul hemşirelerinin okullarda bulunan rehber öğretmenler, psikiyatri hemşireleri ve ailelerle birlikte farkındalık oluşturabileceği (Çakır ve Turan, 2021), okullarda dijital bağımlılığın önlenmesinde okul hemşirelerinin sunduğu bakım hizmetiyle etkili olacağı (Deniz ve ark., 2022) belirtilmektedir. Bu sonuçlar çalışmada eriştiğimiz okul hemşiresi bulunan okullarda internet kullanım oranının daha düşük olması sonucunu desteklemektedir.

Yurtdışı literatürde okul hemşireleriyle ilgili yapılan çalışmalara bakıldığında okul hemşirelerinin adölesan bireylerin ruh sağlığının gelişimi üzerinde olumlu yönde etkileri olduğu (Antilla ve ark., 2020), okul hemşirelerinin sunduğu sağlık hizmetiyle öğrencilerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının gelişimine katkı sağladığı (Dibakware ve Peu, 2018), okul hemşirelerinin kanıta dayalı bilimsel uygulamalar gerçekleştirmesi konusunda desteklenmesi ve okul sağlığının gelişimi üzerinde pozitif etkileri olduğu (Hsieh ve Chen, 2020), okullarda öğrencilerin kronik hastalıklara karşı korunması ve tedavi edilmesinde okul hemşirelerinin görev yapmasının önemi (Kindi ve ark., 2021), okullarda gelişebilecek acil durumlara karşı ilk müdahalenin okul hemşireleri tarafından yapılmasının önemi (Yoon ve Son, 2021), okul hemşiresi bulunan okullardaki öğrencilerin okul başarısının daha yüksek ve okula devamsızlığın daha az olduğu, okul hemşirelerinin varlığının akademik olarak da öğrencilerin desteklenmesinde önemli olduğu (Darnell ve ark., 2019), okul hemşiresi bulunan okullardaki öğrencilerin sağlıklı yaşama teşvikinde okul hemşirelerinin destek oldukları (Barnes ve ark., 2004) ortaya konmuştur.

Ülkemizde okullarda okul sağlığının gelişebilmesi için okul hemşirelerinin istihdamına ihtiyaç olduğu belirtilmektedir. (Akçay ve Özpulat, 2021; Akgül ve ark., 2024; Akgül ve Ergün, 2021; Güler, 2022; Özcan ve ark., 2013; Tokur Kesgin ve Çağlar, 2019; Ulutaşdemir ve ark., 2016). Bu doğrultuda hemşireler tarafından okullarda sağlık eğitimi ve bakımı verildiği müdahale çalışmaları mevcuttur (Akca, 2023; Arslan, 2022; Koçoğlu ve Emiroğlu, 2011; Meydanlıoğlu, 2013; Seçginli ve ark., 2004). Okul hemşirelerinin okul sağlığının gelişimi üzerine etkileriyle ilgili; okullarda verdiği sağlık hizmetinin gerekli olduğu (Kabasakal, 2019), okullarda

şiddetin önlenmesinde okul hemşirelerinin eğitim vermesi gerektiği (Coşkun ve Bebiş, 2014), akran zorbalığını önlemede hemşirenin rollerinin etkililiği (Avşar ve Ayaz Alkaya, 2018; Demir ve Küçük, 2020), bulaşıcı hastalıkların önlenmesinde okul hemşirelerinin faaliyetlerinin önemi (Savaşer ve ark., 2011), okullardaki adli olaylar, şiddet, istismar vb durumlarında okul hemşirelerinin koruyucu, önleyici ve vaka yöneticisi rollerinin olduğu (Kabasakal ve Akca, 2019), okullarda bulaşıcı hastalıkların önüne geçilmesinde okul hemşirelerinin görev yapması gerektiği (Akçay, 2017), okul sağlığının gelişiminde okullarda okul hemşirelerinin görevlendirilmesinin öğrencilerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları geliştirmeleri açısından önemli olduğu (Bebiş ve Özdemir, 2013) anlatılmıştır.

Bu araştırma da elde edilen sonuçlara göre okul hemşiresi bulunan okullardaki sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının daha yüksek düzeyde olması okul hemşireliğinin okul sağlığı üzerindeki önemini ve okullarda görevlendirilmeleri gerektiğini ortaya koymaktadır.

Literatüre bakıldığında ülkemizde adölesan dönemde sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının incelenmesiyle ilgili araştırmalara çok sık rastlanırken okul hemşiresi bulunan ve bulunmayan okullarda bu değişkenlerin kıyaslandığında farklılıkların kaynaklarını belirlemeye yönelik herhangi bir araştırmaya rastlanılmamaktadır. Araştırma bu yönüyle okul sağlığı hemşireliği uygulamalarının adölesan bireylerin sağlığına dair ilişkisel faktörleri ortaya koyma bakımından literatüre önemli bir katkı sağlamaktadır.

Araştırma bulguları hemşirelerin adölesan bireylerin sağlığının korunması ve geliştirilmesi için önemini ortaya koymaktadır. Bu bakımdan okul sağlığının korunması ve geliştirilmesi ve sağlıklı bir toplum oluşturulmasında her okula bir hemşirenin görevlendirilmesi toplum sağlığının korunması ve geliştirilmesi açısından önemini bir kez daha ortaya koymuştur. Politika yapıcıların her okulda bir hemşire bulunmasına yönelik çalışmaları desteklemesi önemlidir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Araştırmanın sonuçları ve önerileri aşağıda belirtildiği gibi özetlenebilir:

Okul hemşiresi bulunma durumuna göre sağlıklı yaşam biçimi davranış ölçek toplam puanları arasında istatistiksel düzeyde anlamlı fark bulunmuştur (Z=-17,089, p<0,001). Okul hemşiresi bulunan okullarda sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçek toplam puanın yüksek düzeyde iken okul hemşiresi bulunmayan okullarda orta düzeyde olduğu tespit edilmiştir.

Okul hemşiresi bulunan okullarda alt boyutlarda; fiziksel aktivite (Z=-15,085), sağlık sorumluluğu (Z=-15,583), beslenme (Z=-15,115), manevi gelişim (Z=-17,193), kişilerarası ilişkiler (Z=-18,296), stres yönetimi (Z=-16,326) puanları açısından anlamlı farklılıklar bulunmuştur. Okul hemşiresi bulunan okullarda sağlıklı yaşam biçimi davranış alt boyut puanları okul hemşiresi bulunmayan okullara oranla daha yüksek düzeyde bulunmuştur.

Okul hemşiresi bulunan okullardaki öğrencilerin hastalık halinde düzenli ilaç kullanım oranı (χ^2=145,072; p<0,001), düzenli beslenme oranı (χ^2=144,648; p<0,001) okul hemşiresi bulunmayan okullardaki öğrencilere oranla daha yüksektir.

Okul hemşiresi bulunan okullardaki öğrencilerin madde kullanım oranı, okul hemşiresi bulunmayan okullara oranla daha düşük bulunmuştur (χ^2=48,612; p<0,001).

Okul hemşiresi bulunan okullardaki öğrencilerin ders başarı düzeyi ağırlıklı olarak ‘iyi’ bulunurken, okul hemşiresi bulunmayan okullardaki öğrencilerde bu düzey ağırlıklı olarak ‘orta’ bulunmuştur.

Okul hemşiresi bulunan okullardaki öğrencilerin internette vakit geçirme oranı, okul hemşiresi bulunmayan okullardaki öğrencilere kıyasla daha düşüktür.

Sonuç olarak sağlıklı yaşam biçimi davranışları bireyin sağlığını tek bir boyutta değil birden fazla boyutta değerlendirmektedir. Bu değerlendirmeler bireyi fiziksel, ruhsal ve sosyal olarak sağlıklı davranışlar gösterebileceği yönde desteklemektedir. Okul hemşirelerinin okullarda faaliyetlerinin sağlığı geliştirmeye yönelik olduğu daha

önce yapılan okul hemşirelerinin okul sağlığını arttırdığı yönde olan araştırma bulgularını desteklemektedir. Adölesan bireylerin pek çok fiziksel, ruhsal ve sosyal değişimler yaşandığı bu dönemde, okul hemşirelerinin holistik (bütüncül) bir yaklaşımla sağlık hizmeti verdiği ortaya konmuştur. Okul hemşirelerinin adölesan dönemde bulunan öğrencilerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını kazandırmada etkili olduğu tespit edilmiştir. Bu doğrultuda:

1. Okul hemşiresi bulunmayan okullardaki öğrencilerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını konusunda desteklenmeleri gerektiği,

2. Adölesan dönemdeki öğrencilerin sedanter yaşam tarzından uzaklaşmak için fiziksel aktivite konusunda daha fazla desteklenmeleri gerektiği,

3. Okul hemşiresi bulunmayan okullarda öğrencilerin sağlığının gelişiminin desteklenmesi için okul hemşirelerinin görevlendirilmesi gerektiğine dair politikaların desteklenmesi gerektiği,

4. Okullarda okul sağlığının gelişmesi aynı zamanda toplum sağlığının gelişmesinde büyük bir etken olduğu bu sebeple sağlık düzeyi yüksek toplumlar için sağlığı geliştiren okullar projesine devam edilmesi,

5. İleri araştırmalarda okul hemşirelerinin faaliyetleriyle ilgili nitel ve deneysel çalışmaların yürütülmesi önerilmektedir.

7. KAYNAKÇA

Ahioğlu Lindberg, E. N. (2011). Piaget ve ergenlikte bilişsel gelişim. *Kastamonu Eğitim Dergisi, 19*(1), 1-10.

Akarçay Ulutaş, D., & Kırlıoğlu, M. (2021). Adaptation of spiritual competency scale (SCS-R-II) to turkish; validity and reliability study. *Toplum ve Sosyal Hizmet, 32*(4), 1371-1387.

Akbaş. E., & Taşdemir Yiğitoğlu, G. (2021). Adölesan dönemde psikososyal sorunlar. *Uluslararası Toplum Araştırmaları Dergisi, 18*(43), 7277-7299.

Akca, A. (2023). *Adölesanlarda sağlık okuryazarlığı temelli motivasyonel görüşmenin ve sağlık eğitiminin beslenme ile fiziksel aktivite davranışlarına etkisi* (Tez No. 836827)[Doktora tezi, Gazi Üniversitesi]. YÖK Tez Merkezi. https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tezSorguSonucYeni.jsp

Akçay, D. (2017). Okul ortamında bulaşıcı hastalıklardan korunma. *Cumhuriyet Hemşirelik Dergisi*, *5*(2), 84-94.

Akçay, D., & Özpulat, F. (2021). Özel okullarda görevli okul hemşirelerinin rol ve fonksiyonlarının değerlendirilmesi: Ankara örneği. *Halk Sağlığı Hemşireliği Dergisi, 3*(2), 107-119.

Akgül, E., & Ergün, A. (2021). Toplum sağlığının geliştirilmesinde okul sağlığı hemşireliği. *Halk Sağlığı Hemşireliği Dergisi*, *3*(2), 141-153.

Akgül, E., Ergün, A., & Gür, K. (2024). Güncel yasal düzenlemeler doğrultusunda okul sağlığı hemşireliği. *Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi, 11*(2), 337-343.

Akgün, Ş., Hançer Tok, H., & Öztaş, D. (2021). Hemşirelik öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve sağlık okuryazarlık düzeyleri. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 10*(2), 247-256.

Akman, M., Tüzün, S., & Ünalan, P. C. (2012). Adölesanlarda sağlıklı beslenme ve fiziksel aktivite durumu. *Nobel Medicus Journal*, *8*(1).

Akoğuz Yazıcı, N. (2022). Lise öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının incelenmesi. *Akdeniz Spor Bilimleri Dergisi*, *5(*2), 1139-1154.

Aksoy, T., & Uçar, H. (2014). Hemşirelik öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışları. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi,* 53-67.

Aksungur, A., Göktaş, B., Önder, Ö.R., & Cankul, İ.H.(2011). Öğrencilerin sağlıklı yaşam davranışlarının değerlendirilmesi. *Ankara Üniversitesi Dikimevi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Dergisi, 10*(1), 1-12.

Aktaş Özakgül, A., Atabek Aştı. T., Ataç. M., & Mercan, K. (2016). Lise son sınıf öğrencileri sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına sahipler mi?. *F.N. Hemşirelik Dergisi, 24*(1), 16-23.

Altay, M., Cabar, H.D., & Altay, B. (2018). Adölesan döneminde beslenme ve okul sağlığı. *Sinop Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, *2*(1), 173-180.

Altunkürek. Ş.Z., & Özçoban, K. (2020). Lise öğrencilerinin internet bağımlılıkları ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları. *Bağımlılık Dergisi, 21*(4), 275-284.

Anttila, M., Ylitalo, M., Kurki, M. H., Hipp, K., & Välimäki, M. (2020). School nurses' perceptions, learning needs and developmental suggestions for mental health promotion: focus group ınterviews. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 17*(24), 9503. https://doi.org/10.3390/ijerph17249503

Ardıç, A. (2020). Fazla kilolu ve obez adolesanların depresyon anksiyete ve stres düzeyleri. *Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care*, *14*(3), 384-390.

Arslan, G. (2022, September 4). Ergenlerde ruh sağlığı ve iyilik halinin desteklenmesinde okul temelli pozitif psikoloji müdahalesinin etkililiği. *OSF Preprints.* https://doi.org/10.31219/osf.io/9tkxv

Arslan, Ş. F., & Coşkunol, H. (2016). Sağlık profesyonelinin eğitim rolü: alkol ve madde bağımlılarında sağlıklı yaşam biçimi davranışı geliştirme eğitimi. *Tıp Eğitimi Dünyası, 15*(47).

Arslan. S., & Savaşer. S. (2009). Akran zorbalığını önlemede okul hemşiresinin rolü. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, *2*(3), 118-123.

Asi Karakaş, S., & Ersöğütçü, F. (2016). Madde bağımlılığı ve hemşirelik. *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi*, *3*(2), 133-139.

Atak, M. (2021). *Okullarda sağlık risklerinin yönetimi programı; operasyonel epidemiyoloji ile eyüpsultan modeli* (Tez No. 662202)[Doktora tezi, İstanbul Üniversitesi]. YÖK Tez Merkezi. https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tezSorguSonucYeni.jsp

Avan, H. (2022). *Adölesanlarda sağlığı geliştirme modeline göre verilen eğitimin sağlıklı yaşam biçimleri ve öz etkililik üzerine etkisi* (Tez No. 764444)[Doktora tezi, Erciyes Üniversitesi]. YÖK Tez Merkezi. https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tezSorguSonucYeni.jsp

Avşar, F., & Ayaz Alkaya, S. (2018). Akran zorbalığının önlenmesinde okul sağlığı hemşiresinin rolü. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, *5*(1), 78-84.

Ayaz, S. (2014). İlköğretim öğretmenlerinin okul sağlığı hemşireliğine ilişkin görüşleri. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, *1*(2), 42-52.

Aydın, B., Ekici, E. (2021). Covid-19 pandemisinde okul sağlığı hemşirelerinin rol ve sorumlulukları. *İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi, 6*(3), 193-198.

Aydın, N. (2019). Sağlığın teşviki ve geliştirilmesi. *Black Sea Journal of Health Science, 2*(1), 21-29.

Bahar, Z., Beşer, A., Gördes, N., Ersin, F., & Kıssal, A. (2008). Sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği II'nin geçerlik ve güvenirlik çalışması. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 12*(1), 1-13.

Bak, M. A. R., Hoyle, L. P., Mahoney, C., & Kyle, R. G. (2020). Strategies to promote nurses' health: a qualitative study with student nurses. *Nurse Education in Practice, 48*, 102860. https://doi.org/10.1016/j.nepr.2020.102860

Barnes, M., Courtney, M. D., Pratt, J., & Walsh, A. M. (2004). School-based youth health nurses: roles, responsibilities, challenges, and rewards. *Public Health Nursing* (Boston, Mass.), *21*(4), 316–322.

Baydar Arıcan, H.Ö. (2021). Üniversite öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışları. *Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Spor Bilimleri Dergisi, 4*(2), 59-73.

Bayraktar, M. M. (2017). *Jean Piaget'nin bilişsel gelişim kuramına yöneltilen eleştiriler bağlamında Türkiye'de yapılan din eğitimi çalışmalarının değerlendirilmesi* (Tez No. 463272)[Doktora tezi, Necmettin Erbakan Üniversitesi]. YÖK Tez Merkezi. https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tezSorguSonucYeni.jsp

Baysan Arabacı, L., Taş, G., & Dikeç, G. (2017). Çocuk ve ergenlerde madde kullanımı, suça yönelme, ruhsal bozukluklar ve hemşirelik bakımı. *Bağımlılık Dergisi*, *18*(4), 135-144.

Bebiş, H., Akpunar, D., Özdemir, S., & Kılıç, S. (2015). Bir ortaöğretim okulundaki adölesanların sağlığı geliştirme davranışlarının incelenmesi. *Gülhane Tıp Dergisi, 57*(2), 129-135.

Beyazgül, A., & Özer, C. (2024). Tıp fakültesi öğrencilerinde sağlıklı yaşam biçimi davranışları ile esenlik halinin incelenmesi. *Farabi Tıp Dergisi, 3*(1), 6-13. https://doi.org/10.1111/j.0737-1209.2004.21404.x

Borawski, E. A., Tufts, K. A., Trapl, E. S., Hayman, L. L., Yoder, L. D., & Lovegreen, L. D. (2015). Effectiveness of health education teachers and school nurses teaching sexually transmitted infections/human immunodeficiency virus prevention knowledge and skills in high school. *The Journal Of School Health*, *85*(3), 189–196. https://doi.org/10.1111/josh.12234

Böyükbaş, Z. (2019). *Okul hemşiresinin sağlığı geliştirme modeli temelli çocukluk obezitesini önlemeye yönelik uygulamaları, öz etkililik düzeyleri, algıladıkları yarar ve engeller* (Tez No. 591308)[Yüksek Lisans tezi, Marmara Üniversitesi. YÖK Tez Merkezi. https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tezSorguSonucYeni.jsp

Brigham, E., Brady, J., & Olympia, R. P. (2019). School nurses on the front lines of medicine: emergencies associated with sport and physical activities: part 1. *NASN School Nurse (Print)*, *34*(3), 155–161. https://doi.org/10.1177/1942602X18819223

Buyuruk, M. (2021). *Üniversite öğrencilerinin boş zaman tutumları ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının incelenmesi* (Tez No. 696073). [Yüksek Lisans tezi, Muş Alparslan Üniversitesi]. YÖK Tez Merkezi.https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tezSorguSonucYeni.jsp

Bülbül, E., Çelik, S., Alçiçek, H., Dindar, A., Furtana, M., Günal, M., Karga, S., Öztunç, B., & Yılmaz, A. (2020). Hemşirelik öğrencilerinde diyabet riski ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının belirlenmesi. *Türkiye Diyabet ve Obezite Dergisi*, *4*(3), 230-238.

Büyükşahin, A. (2005). Çokboyutlu İlişki Ölçeği: Geçerlilik ve güvenirlik çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi, 16(2)*, 97-105

Can, T., & Şahin Kaya, A. (2022). Adölesanlarda beslenme okuryazarlığı. *Current Perspectives on Health Sciences*, *3*(2), 74-81.

Cengiz, F. (2020). *Edirne ili Uzunköprü ilçesi lise öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve etkileyen etmenler* (Tez No. 652142) [Yüksek Lisans tezi, Trakya Üniversitesi]. YÖK Tez Merkezi.https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tezSorguSonucYeni.jsp

Cerim, S., & Haney, M. Ö. (2021). Hemşire Liderliğinde Okul Temelli Sağlıklı Beslenme Temalı Motor Oyun Aktiviteleri. *Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care*, *15*(1), 179-185.

Chu-Ko, F., Chong, M. L., Chung, C. J., Chang, C. C., Liu, H. Y., & Huang, L. C. (2021). Exploring the factors related to adolescent health literacy, health-promoting lifestyle profile, and health status. *BMC Public Health*, *21*(1), 2196. https://doi.org/10.1186/s12889-021-12239-w

Choi J. (2020). Impact of stress levels on eating behaviors among college students. *Nutrients*, *12*(5), 1241. https://doi.org/10.3390/nu12051241

Cihangiroğlu, Z., & Deveci, S. E. (2011). Fırat Üniversitesi Elazığ Sağlık Yüksekokulu öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve etkileyen faktörler. *Fırat Tıp Dergisi, 16*(2), 78-83.

Civelek, E. (2019). Adölesan dönemi ve özkıyım girişimi. *Türkiye Çocuk Hastalıkları Dergisi*, *1*, 1-2.

Congdon P. (2019). Obesity and urban environments. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *16*(3), 464.

Coşkun, S., & Bebiş, H. (2014). Şiddetin okul sağlığına etkisi ve hemşirelik. *Cumhuriyet Hemşirelik Dergisi*, *3*(1), 15-23. https://doi.org/10.3390/ijerph16030464

Çakır, Y., & Turan, N. (2021). Adölesanlarda Teknolojik Oyun Bağımlılığı İle Karakter Gelişimi Arasındaki İlişki. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar, 13*(1), 270-280.

Çalık, A., & Kapucu, S. (2017). Diyabetli hastalarda sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını geliştirme: Pender'in sağlığı geliştirme modeli. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi, 4*(2), 62-75.

Çebi, M., & İmamoğlu, O. (2018). Spor bilimleri fakültesi öğrencilerinin cinsiyete göre sağlıklı yaşam biçimi davranışları. *Spor Eğitim Dergisi, 2*(1), 12-20.

Çiçek, E., & Çetinkaya, F. (2017). Seçilmiş ilçe merkezindeki lise öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışları. *Sağlık Bilimleri Dergisi, 26*(1), 29-38.

Çokkeser, Ş.P. (2023). *Adölesanlarda dijital bağımlılık, obezite, kronotip ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasındaki ilişkinin belirlenmesi* (Tez No. 834281)[Yüksek Lisans tezi, Başkent Üniversitesi]. YÖK Tez Merkezi. https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tezSorguSonucYeni.jsp

Çolak Özdemir, S. (2011). *Zonguldak il merkezindeki liselerde sigara ile mücadelede akran eğitiminin etkisi* (Tez No. 289191)[Yüksek Lisans tezi, Karaelmas Üniversitesi]. YÖK Tez Merkezi. https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tezSorguSonucYeni.jsp

Çoşkun, A., & Karagöz, Ş. (2021). Adölesan dönemdeki çocuklarda obezite sıklığı, fiziksel aktivite düzeyi ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının incelenmesi. *Türkiye Spor Bilimleri Dergisi, 5*(2), 63-72. Dağdeviren, Z. (2010). *Şanlıurfa il merkezindeki lise öğrencilerinin sağlığı geliştirme davranışları ve ilişkili faktörler* (Tez No. 298840)[Yüksek Lisans tezi, Harran Üniversitesi]. YÖK Tez Merkezi. https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tezSorguSonucYeni.jsp

Dağhan, Ş., Kalkim, A., Unlu, E., Şahin, H. K., & Yüksel, M. (2022). Factors affecting eHealth literacy of early adolescents: school-based research. *Comprehensive child and adolescent nursing*, *45*(4), 383-394.

Danış, Z. (2019). *Liseye giden öğrencilerin riskli davranışlarının belirlenmesi* (Tez No. 560319)[Yüksek Lisans tezi, Harran Üniversitesi]. YÖK Tez Merkezi. https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tezSorguSonucYeni.jsp

Darnell, T., Hager, K., & Loprinzi, P. D. (2019). The ımpact of school nurses in kentucky public high schools. *The Journal of School Nursing : The Official Publication of The National Association of School Nurses, 35*(6), 434–441. https://doi.org/10.1177/1059840518785954

Daysal Güler, B., & Altay, B. Adölesanlarda riskli sağlık davranışları ve hemşirelik Yaklaşımı. *Hitit Sağlık Dergisi*, *2*, 27-39.

Demir Avcı, Y. (2016). Kişisel sağlık sorumluluğu. *TAF Preventive Medicine Bulletin, 15*(3).

Demir, K., & Küçük, S. (2020). Akran zorbalığı önleme ve müdahale programlarında güncel yaklaşımlar ve hemşirelik rolleri. *Türkiye Sağlık Bilimleri ve Araştırmaları Dergisi*, *3*(2), 87-102.

Deniz, G., Aydın, S., & Odabaş, D. (2022). Ankara il merkezindeki ortaokul ve lise öğrencilerinin dijital oyun bağımlılığı ve anne baba tutumlarının incelenmesi. *Halk Sağlığı Hemşireliği Dergisi*, *4*(1), 43-55.

Derman, O. (2008). Ergenlerde psikososyal gelişim. *Adolesan Sağlığı II Sempozyum Dizisi*, *63*(1), 19-21.

Dibakwane, S. T., & Peu, M. D. (2018). Experiences of school health nurses regarding the provision of the school health service delivery in the Tshwane district. African Journal Of Primary Health Care & Family Medicine, *10*(1), 1-8. https://doi.org/10.4102/phcfm.v10i1.1807

Dindar, S. (2022). *Lisede öğrenim gören adölesanlarda sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının değerlendirilmesi* (Tez No. 776874)[Yüksek Lisans tezi]. Çankırı Karatekin Üniversitesi. YÖK Tez Merkezi. https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tezSorguSonucYeni.jsp

Dost, A., Doğan, A. K., & Aslan, D. (2021). Hemşirelik öğrencilerinde internet bağımlılığı. *Ordu Üniversitesi Hemşirelik Çalışmaları Dergisi*, *4*(3), 393-401.

Drakopoulou, M., Begni, P., Mantoudi, A., Mantzorou, M., Gerogianni, G., Adamakidou, T., Alikari, V., Kalemikerakis, I., Kavga, A., Plakas, S., Fasoi, G., & Apostolara, P. (2022). Care and safety of schoolchildren with type 1 diabetes mellitus: parental perceptions of the school nurse role. *Healthcare (Basel, Switzerland)*, *10*(7), 1228. https://doi.org/10.3390/healthcare10071228

Duran, E. (2024). *Spor okuryazarlığı algısının sağlıklı yaşam biçimi davranışları üzerindeki etkisi: üniversite öğrencileri üzerine bir araştırma* (Tez No. 847380) [Yüksek Lisans tezi, Selçuk Üniversitesi]. YÖK Tez Merkezi. https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tezSorguSonucYeni.jsp

Dünya Sağlık Örgütü (1948). *Dünya sağlık örgütü anayasası temel ilkeleri.* https://www.who.int/about/governance/constitution

Dünya Sağlık Örgütü. (2003). *Child and adolescent health and development: progress report 2002-2003.* https://www.who.int/publications/i/item/9241592230

Dünya Sağlık Örgütü (2024). *New report maps efforts to improve adolescent health and well-being.* https://www.who.int/news/item/29-05-2024-new-report-maps-efforts-to-improve--adolescent-health-and-well-being

Efthymiou, D., Panayi, P., Feketea, G., Pitsios, C., Muntean, I. A., & Vassilopoulou, E. (2021). Alliance with the school personnel ıs crucial for the management of food allergy and anaphylaxis in school children. *Foods (Basel, Switzerland)*, *10*(9), 2083. https://doi.org/10.3390/foods10092083

Ekici, S. (2021). *Tip 1 diyabetli kardeşi olan ergenlerde psikolojik belirtilerin ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının incelenmesi* (Tez No. 683095)[Yüksek Lisans tezi, Atatürk Üniversitesi]. YÖK Tez Merkezi. https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tezSorguSonucYeni.jsp

Ergün, S., Kızıl Sürücüler, H.,& Işık, R. (2019). Ergenlerde e- sağlık okuryazarlığı ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları Balıkesir örneği. *Jaren, 5*(3), 194-203.

Ergün, A. (2003). *Hemşirelik bakımı sınıflama modelleri doğrultusunda okul sağlığı hemşireliği uygulamaları* (Tez No. 124241)[Doktora tezi, İstanbul Üniversitesi]. YÖK Tez Merkezi. https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tezSorguSonucYeni.jsp

Eskiler, E., Küçükibiş, F., Gülle, M., & Soyer, F. (2016). Bilişsel davranışçı fiziksel aktivite ölçeği: Geçerlik ve güvenirlik çalışması. *Journal of Human Sciences, 13(2),* 2577-2587.

Faial, L. C. M., Silva, R. M. C. R. A., Pereira, E. R., & Faial, C. S. G. (2019). Health in the school: perceptions of being adolescent. *Revista Brasileira de Enfermagem, 72*(4), 964–972. https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0433

Ferro Carvajalino, M. C., Fuentes Ramírez, A., Chinchilla Salcedo, T. C., & Sánchez Herrera, B. (2020). education and health: a care bond. school-nursing model for Colombia investigacion. *y Educacion en Enfermeria, 38*(2), e5.https://doi.org/10.17533/udea.iee.v38n2e05

Friedman, K. J., Mattey, B., & Newton, F. (2018). School nurses can ımprove the lives of students with myalgic encephalomyelitis/chronic fatigue syndrome. *NASN School Nurse (Print), 33(*6), 372–379. https://doi.org/10.1177/1942602X18795299

Geniş, Ç. (2020). *Adölesan dönemde dijital oyun bağımlılığı, sosyal kaygı ve anne baba tutumları* [Yüksek Lisans tezi]. Gazi Üniversitesi. YÖK Tez Merkezi.

Gömleksiz, M., Yakar, B., & Pirinççi, E. (2020). Tıp fakültesi öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve ilişkili faktörler. *Dicle Tıp Dergisi, 47*(2), 347-358.

Gülbetekin, E., Güven, E., & Tuncel, O. (2021). Adölesanların dijital oyun bağımlılığı ile fiziksel aktivite tutum ve davranışlarını etkileyen faktörler. *Bağımlılık Dergisi, 22*(2), 148-160.

Güldür, B. B., Miyaç Göktepe, M., & Özkan, A. (2020). Sağlık hizmetleri meslek yüksekokulu öğrencilerinin fiziksel aktivite düzeyi ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının incelenmesi. *Uluslararası Güncel Eğitim Araştırmaları Dergisi, 6*(1), 112-126.

Güler, R. (2022). Okul çağı çocuklarında sağlık okuryazarlığı ve okul sağlığı hemşireliği. *Genel Sağlık Bilimleri Dergisi, 4*(3), 330-338.

Gümüş, H., Bulduk, S., & Akdevelioğlu, Y. (2011). Yetiştirme yurtlarında kalan adölesanların beslenme ve fiziksel aktivite durumlarının vücut kompozisyonları ile ilişkisinin saptanması. *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi, 8*(1), 785-808.

Güngörmüş, Z. (2001). *Bilinçsiz ve reçetesiz ilaç kullanımı ile sağlık sorumluluğu arasındaki ilişki* (Tez No. 138447)[Yüksek Lisans tezi, Atatürk Üniversitesi]. YÖK Tez Merkezi.https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tezSorguSonucYeni.jsp

Gürhan, N. (2017). Her yönü ile akran zorbalığı. *Turkiye Klinikleri J Psychiatr Nurs-Special Topics, 3*(2), 175-81.

Güzel Ertop, N., Yilmaz, A., & Erdem, Y. (2012). Üniversite öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimleri. *Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 14*(2), 1-7.

Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. (2017). *Küresel gençlik tütün araştırması*. https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/tutun-ve-madde-bagimliligi-ile-mucadele-db/dokumanlar/KGTA-2017_pdf.pdf

Hsieh, P. L., & Chen, S. H. (2020). Effectiveness of an evidence-based practice educational ınterventıon among school nurses. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 17*(11), 4063.

https://doi.org/10.3390/ijerph17114063

Irmak Vural, P.,& Bakır, N. (2015). Meslek yüksekokulu öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve etkileyen faktörler. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 1,* 36-42.

Izğır, G. (2019). *Lise öğrencilerinde akran zorbalığının yaygınlığı* (Tez No. 544862)[Yüksek Lisans tezi, Adnan Menderes Üniversitesi]. YÖK Tez Merkezi.

Kabasakal, E. (2018). *Kaynaştırma öğrencisi bulunan sınıflarda rasyonel duygucu eğitimin diğer öğrencilerin, rasyonel düşünme, öznel iyi oluş, öz yeterlilik ve sosyal kabul düzeyine etkisi* (Tez No. 510786)[Doktora tezi, Hacettepe Üniversitesi]. YÖK Tez Merkezi.https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tezSorguSonucYeni.jsp

Kabasakal, E. (2019). Her okula bir hemşire: Kaynaştırma öğrencileri ve sağlık gereksinimleri. *Journal Of Contemporary Medicine, 9*(2), 191-195.

Kabasakal, E., & Akca, A. (2019). *Okul sağlığı hemşiresinin adli olaylara yaklaşımı.* [pp.345-351], Uluslararası 5. Adli Hemşirelik 4. Sosyal Hizmet 3. Gerontoloji Kongresi, Ankara, Türkiye.

Kabasakal, E., & Emiroğlu, O.N. (2017). Okul sağlığı hemşireliğinde öğrenci ve aile odaklı bakım. *Public Health Nurs-Special Topics, 3*(2), 88-95.

Kalay, R., & Türkmen, A. S. (2015). Adölesanlarda beslenme ve egzersiz davranışlarını etkileyen faktörlerin belirlenmesi. *International Peer-Reviewed Journal of Nutrition Research*, *5*, 1-14.

Kalınca, B., & Polat, M. (2022). Düzenli egzersizin ergen çocukların gelişimsel özelliklerine etkisinin araştırılması. *Sivas Cumhuriyet University Journal of Sport Sciences*, *3*(2), 52-58.

Kalkanlı, T. M. (2019). *Ortaokul ve lise öğrencilerinin akademik sosyal yeterlilik algılarının sağlığı geliştirme davranışı üzerine etkisi* (Tez No. 549294) [Yüksek Lisans tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi]. YÖK Tez Merkezi. https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tezSorguSonucYeni.jsp

Kalmi, S. (2021). *Ortaokul öğrencilerinin su karnesi su içme alışkanlıkları ve içme suyu özelliklerinin üst bilişsel farkındalık düzeyleri ile ilişkisi* (Tez No. 692324) [Yüksek Lisans tezi, Celal Bayar Üniversitesi]. YÖK Tez Merkezi. https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tezSorguSonucYeni.jsp

Karaca, T. ve Aslan, S. (2019). Hemşirelik konularında sağlık durumu algılarının ve sağlıklı yaşam biçiminin belirlenmesi. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, *4*, 734-739.

Karagözoğlu, M. (2021). *Adölesanlarda sağlık okuryazarlığı ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasındaki ilişkinin belirlenmesi* (Tez No. 665233)[Yüksek Lisans tezi, Bezmialem Vakıf Üniversitesi]. YÖK Tez Merkezi. https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tezSorguSonucYeni.jsp

Karakaya Suzan, Ö., & Çınar, N. (2021). *Dünya'da ve ülkemizde adölesan sağlığı In:adölesan sağlığını koruma ve geliştirme* (pp. 1-19), Akademisyen Kitapevi. DOI: 10.37609/akya.568

Karataş, T. (2019). *Pender'in sağlığı geliştirme modeline dayalı eğitim programının koroner arter hastalarının egzersiz davranışına etkisi* (Tez No. 613863) [Doktora tezi, Gazi Üniversitesi]. YÖK Tez Merkezi. https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tezSorguSonucYeni.jsp

Kasapoğlu, S. (2023). *Bir lisedeki kadın adölesanların sağlıklı yaşam biçimi davranışları* (Tez No. 779688)[Yüksek Lisans tezi, Atatürk Üniversitesi]. YÖK Tez Merkezi. https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tezSorguSonucYeni.jsp

Kaya, H. (2014). *Okul hemşirelerinin mesleki standartları bilme ile uygulama durumlarını etkileyen etmenlerin incelenmesi* (Tez No. 361331)[Yüksek Lisans tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi]. YÖK Tez Merkezi. https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tezSorguSonucYeni.jsp

Kesgin, E. (2006). *Okul öncesi eğitim öğretmenlerinin öz-yeterlilik düzeyleri ile problem çözme yaklaşımlarını kullanma düzeyleri arasındaki ilişkinin incelenmesi* (Tez No. 210955)[Yüksek lisans tezi, Pamukkale Üniversitesi]. YÖK Tez Merkezi. https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tezSorguSonucYeni.jsp

Kindi, A. Z., McCabe, C., & Mc Cann, M. (2021). School nurses' available education to manage children with asthma at schools: a scoping review. *Journal Of Pediatric Nursing, 60*, 46–57. https://doi.org/10.1016/j.pedn.2021.01.027

Kindi, Z. A., McCabe, C., & McCann, M. (2022). Impact of nurse-led asthma ıntervention on child health outcomes: a scoping review. *The Journal of School Nursing : The Official Publication of The National Association of School Nurses, 38*(1), 84–97. https://doi.org/10.1177/10598405211003303

Ko, M. Y., Rosenberg, S. M., Meza, B. P. L., Dudovitz, R. N., Dosanjh, K. K., & Wong, M. D. (2023). Perceptions of school climate shape adolescent health behavior: a longitudinal multischool study. *The Journal of School Health, 93*(6), 475-484. https://doi.org/10.1111/josh.13274

Kocaman, F., & Telatar, B. (2020). Yetişkinlerde beden kitle indeksine göre sağlıkla ilgili yaşam kalitesinin, sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının ve zayıflama girişimlerinin değerlendirilmesi. *Turkısh Journal of Family Medicine and Primary Care, 14*(4), 497-506.

Koç, M. (2004). Gelişim psikolojisi açısından ergenlik dönemi ve genel özellikleri. *Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, 2*(17), 231-256.

Koçoğlu, D., & Emiroğlu, O. N. (2017). The impact of comprehensive school nursing services on students' academic performance. *Journal of caring sciences, 6*(1), 5.

Kostenius C. (2023). School nurses' experiences with health dialogues: a swedish case. *The Journal of School Nursing : The Official Publication of The National Association of School Nurses, 39*(5), 345–356. https://doi.org/10.1177/10598405211022597

Kökoğlu, B., & Ünlüoğlu, İ. (2018). Adölesan dönemi ve psikiyatrik bozukluklar. *Türkiye Klinikleri Family Medicine Special Topics*, 61-64.

Köse, D. (2011). *Orta ve geç adölesanlarda beslenme alışkanlıklarının beden kitle indeksi ve kan basıncı üzerine etkisi* (Tez No. 302694)[Yüksek Lisans tezi, İstanbul Üniversitesi]. YÖK Tez Merkezi. https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tezSorguSonucYeni.jsp

Köseoğlu, S. Z. A., & Tayfur, A. Ç. (2017). Adölesan dönemi beslenme ve sorunları. *Nutrition and Issues in Adolescence Period. Güncel Pediatri, 15*(2), 44-57.

Kurum, G. (2019). *Okul gelişimini destekleyen bir okul öz-değerlendirme modeli* (Tez No. 552230)[Doktora tezi, Ankara Üniversitesi]. YÖK Tez Merkezi. https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tezSorguSonucYeni.jsp

Küçük, S. (2005). *Kırşehir ili ortaöğretim öğrencilerinin genel sağlık sorunlarının belirlenmesi* (Tez No. 194340)[Yüksek Lisans tezi, Erciyes Üniversitesi]. YÖK Tez Merkezi. https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tezSorguSonucYeni.jsp

Küçük Yetgin, M., & Agopyan, A. (2017). Spor bilimleri fakültesi öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışları. *SPORMETRE Beden Eğtimi ve Spor Bilimleri Dergisi*, *15*(3), 177-184.

Leroy, Z. C., Wallin, R., & Lee, S. (2017). The role of school health services in addressing the needs of students with chronic health conditions. *The Journal of School Nursing : The Official Publication of The National Association of School Nurses*, *33*(1), 64–72. https://doi.org/10.1177/1059840516678909

Longobucco, Y., Ricci, M., Scrimaglia, S., Camedda, C., Dallolio, L., & Masini, A. (2023). Effects of school nurse-led ınterventions in collaboration with kinesiologists in promoting physical activity and reducing sedentary behaviors in children and adolescents: a systematic review. *Healthcare (Basel, Switzerland)*, *11*(11), 1567. https://doi.org/10.3390/healthcare11111567

Madenoğlu Kıvanç, M. (2015). Evrensel sağlık bildirgeleri ve Türkiye'de sağlık reformları. *Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi*, *2*(3), 162-166.

Mak, Y. W., Kao, A. H. F., Tam, L. W. Y., Tse, V. W. C., Tse, D. T. H., & Leung, D. Y. P. (2018). Health-promoting lifestyle and quality of life among Chinese nursing student. *Primary Health Care Research & Development*, *19*(6), 629-636. https://doi.org/10.1017/S1463423618000208

Marques, A., Loureiro, N., Avelar-Rosa, B., Naia, A., & Matos, M. G. (2020). Adolescents healthy lifestyle. *Jornal de Pediatria*, *96*(2), 217–224. https://doi.org/10.1016/j.jped.2018.09.002

Meydanlıoğlu, A. (2015). Çocuklarda fiziksel aktivitenin biyopsikososyal yararları. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, *7*(2), 125-135.

Milli Eğitim Bakanlığı. (2016). *Okul sağlığı hizmetleri iş birliği protokolü/ Okulda sağlığın korunması ve geliştirilmesi programı uygulama kılavuzu*. https://okulsagligi.meb.gov.tr/www/okul-sagligi-hizmetleri-isbirligi-protokolu-okulda-sagligin-korunmasi-ve-gelistirilmesi-programi-uygulama-kilavuzu/icerik/50

Milli Eğitim Bakanlığı. (2017). *Okulda sağlığın korunması ve geliştirilmesi programı uygulama kılavuzu*.

https://okulsagligi.meb.gov.tr/meb_iys_dosyalar/2017_03/24172657_OKUL_SAYLIYININ_KORUNMASI_VE_GELYYTYRLMESY_PROGRAMI_UYGULAMA_KILAVUZU_3256836380940747639.pdf

Milli Eğitim Bakanlığı. (2022). *PISA Türkiye raporu.* https://pisa.meb.gov.tr/meb_iys_dosyalar/2024_03/21120745_26152640_pisa2022_rapor.pdf

Milli Eğitim Bakanlığı. (2023). Milli Eğitim İstatistikleri. https://www.meb.gov.tr/2021-2022-orgun-egitim-istatistikleri-aciklandi/haber/27552/tr#:~:text=Buna%20g%C3%B6re%20T%C3%BCrkiye'de%20okul,571%20%C3%B6%C4%9Frenci%2C%20%C3%B6rg%C3%BCn%20e%C4%9Fitim%20ald%C4%B1.

Muniz, E. A., Queiroz, M. V. O., Pinheiro, P. N. D. C., Silva, M. R. F. D., Moreira, T. M. M., Oliveira, E. N., Almeida, I. F. D. P., & Barbosa Filho, V. C. (2022). School nursing guide for student health promotion: construction and validity. *Revista Brasileira de Enfermagem, 76*(1), e20220260. https://doi.org/10.1590/0034-7167-2022-0260

Musavian, A. S., Pasha, A., Rahebi, S. M., Atrkar Roushan, Z., & Ghanbari, A. (2014). Health promoting behaviors among adolescents: a cross-sectional study. *Nursing and Midwifery Studies, 3*(1), e14560. https://doi.org/10.17795/nmsjournal14560

NASN. (2016) . *21. yüzyılda okul hemşiresinin rolü beyanı*. https://www.nasn.org/nasn-resources/framework

Newby, H., Marsh, A. D., Moller, A. B., Adebayo, E., Azzopardi, P. S., Carvajal, L., Fagan, L., Friedman, H. S., Ba, M. G., Hagell, A., Morgan, A., Saewyc, E., & Guthold, R. (2021). A scoping review of adolescent health ındicators. *The Journal of Adolescent Health : Official Publication of the Society for Adolescent Medicine. 69*(3), 365-374. https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2021.04.026

Ok, E. Ak, G., & Durmuş, S. (2022). Lise öğrencilerinin fast food tüketim, tutum ve davranışlarının obeziteye etkisi. *Socrates Journal of Interdisciplinary Social Studies*, *15*, 137-151.

Ortanca, D. (2021). *Trakya üniversitesi son sınıf lisans öğrencilerinin sağlık algısı ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasındaki ilişkinin incelenmesi* (Tez No. 665341)[Uzmanlık tezi, Trakya Üniversitesi]. YÖK Tez Merkezi. https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tezSorguSonucYeni.jsp

Özcan, C., Kılınç, S., & Gülmez, H. (2013). Türkiye'de okul sağlığı ve yasal durum. *Ankara Medical Journal, 13*(2), 71-81.

Özcan, S., & Bozhüyük, A. (2016). Çukurova Üniversitesi sağlık bilimleri öğrencilerinin sağlıklı yaşam davranışları. *Çukurova Medical Journal*, *41*(4), 664-674.

Özdemir, İ. N. (2022). *Ulusal okul sağlığı hemşireliği sertifika programı müfredatı geliştirme projesi: bir delphi çalışması* (Tez No. 739955)[Doktora tezi, Marmara Üniversitesi]. YÖK Tez Merkezi. https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tezSorguSonucYeni.jsp

Özdemir, S., Küçük, F., Balcı, S., & Türköz, A. (2020). 11-18 yaş arasındaki adolesanların internet bağımlılık düzeyleri. *Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi, 9*(2), 83-92.

Özkan, A. M., Çekiç, A., & Çepikkurt, F. (2021). Üniversite öğrencilerinin sosyal görünüm kaygıları ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları. *Türkiye Spor Bilimleri Dergisi*, *5*(2), 98-111.

Öztürk, M. (2010). *Çocukların beslenme alışkanlıklarının sağlık davranışı etkileşim modeline göre incelenmesi* (Tez No. 261028)[Doktora tezi, İstanbul Üniversitesi]. YÖK Tez Merkezi. https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tezSorguSonucYeni.jsp

Özyazıcıoğlu, N., Kılıç, M., Erdem, N., Yavuz, C., & Afacan, S. (2011). Hemşirelik öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının belirlenmesi. *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi*, *8*(2), 277-332.

Pavelová, Ľ., Archalousová, A., Slezáková, Z., Zrubcová, D., Solgajová, A., Spáčilová, Z., Krištofová, E., & Slamková, A. (2021). The need for nurse ınterventions in sex education in adolescents. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *18*(2), 492. https://doi.org/10.3390/ijerph18020492

Sarı, C. (2006). *Lise öğrencilerinde riskli sağlık davranışları* (Tez No. 193627)[Yüksek Lisans tezi, Marmara Üniversitesi]. YÖK Tez Merkezi. https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tezSorguSonucYeni.jsp

Savaşer, S., Yalçın, ZH, Balcı, S., Ceylan, N., Yalçın, Z., Direk, M., Balcı, F., & Bardak, N. (2011). Lise öğrencilerinde hepatit B hastalığı ve hastalıktan korunmaya yönelik kalıcı durum. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, *19* (1), 1-8.

Savucu, Y. (2020). Sağlıklı yaşam biçimi davranışları. *Spor ve Rekresyon Araştırmaları Dergisi*, *2*(1), 34-43.

Seçginli, S., Erdoğan, S., & Demirezen, E. (2004). Okul sağlığı tarama programı: bir pilot çalışma örneği. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, *13*(12), 462-465.

Semerci, M. (2016). *Lise son sınıf öğrencilerinde riskli sağlık davranışları ve algılanan sosyal destek ilişkisi* (Tez No. 431572)[Yüksek Lisans tezi, Erzincan Üniversitesi]. YÖK Tez Merkezi. https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tezSorguSonucYeni.jsp

Semerci, M., & Hacıhasanoğlu Aşılar, R. (2020). Lise son sınıf öğrencilerinde riskli sağlık davranışları ve algılanan sosyal destek ilişkisi. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 9*(3), 232-244.

Sevindik, F. (2011). *Fırat üniversitesi öğrencilerinde problemli internet kullanımı ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının belirlenmesi* (Tez No. 282091)[Doktora tezi]. İnönü Üniversitesi. YÖK Tez Merkezi. https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tezSorguSonucYeni.jsp

Soykan, H., & Şengül, H. (2021). Sağlık okuryazarlığının sağlıklı yaşam biçimi davranışlarıyla ilişkisi. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, *10*(4), 691-704.

Suwalska, J., Kolasińska, K., Łojko, D., & Bogdański, P. (2022). Eating behaviors, depressive symptoms and lifestyle in university students in Poland. *Nutrients*, *14*(5), 1106. https://doi.org/10.3390/nu14051106

Süner, A.F., Emli Alpay, E., & Ünal. B. (2021). Akran zorbalığına kısa bir bakış; birinci basamak sağlık çalışanlarına tavsiyeler. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, *30*(6), 444-450.

Swaffield, T. P., & Olympia, R. P. (2022). School nurses on the front lines of healthcare: emergencies associated with sport and physical activities (part 2): sudden cardiac arrest, hypovolemic shock, and spinal cord ınjury. *NASN School Nurse (Print)*, *37*(3), 141–146. https://doi.org/10.1177/1942602X211046048

Şen, H. N. (2020). *Adölesanlarda sağlığı geliştirme davranışlarının stresle başa çıkma ve öz-yeterlilik ile ilişkisinin incelenmesi* (Tez No. 619466)[Yüksek Lisans tezi, Cumhuriyet Üniversitesi]. YÖK Tez Merkezi. https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tezSorguSonucYeni.jsp#top2

Şen, M. A., Ceylan, A., Kurt, M. E., Palancı, Y., & Adın, C. (2017). Sağlık hizmetleri meslek yüksekokulu öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve etkileyen faktörler. *Dicle Tıp Dergisi*, *44*(1), 1-12.

Talu, E., & Gümüş, G. (2022). Türkiye'de akran zorbalığının ergenler arasında yaygınlığının incelenmesi: bir meta analiz çalışması. *Trakya Eğitim Dergisi*, *12*(3), 1673-1682.

Taş, M. (2018). *Ergenlerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ile sosyal destek arasındaki ilişki* (Tez No. 534124)[Yüksek Lisans tezi, Marmara Üniversitesi]. YÖK Tez Merkezi. https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tezSorguSonucYeni.jsp

Taşkın Kılınç, G. (2018). *Ankara'da seçilmiş okullarda öğrencilerin beslenme özelliklerinin beslenme dostu okul olma durumuna göre değerlendirilmesi* (Tez No. 5177799 [Yüksek Lisans tezi, Ankara Üniversitesi]. YÖK Tez Merkezi. https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tezSorguSonucYeni.jsp

Tatoğlu, N., & Kuzlu Ayyıldız, T. (2022). Risk grubu ergenlerde sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve benlik saygısı üzerine bir değerlendirme. *Yüksek İhtisas Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, *3*(3), 53-61.

Temircan, Z. (2022). Assessment of executive functioning and social emotional learning among adolescents. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, *14*(1), 286-292.

Thomasius, R., Paschke, K., & Arnaud, N. (2022). Substance-use disorders in children and adolescents. *Deutsches Arzteblatt international*, *119*(25), 440–450. https://doi.org/10.3238/arztebl.m2022.0122

Tokur Kesgin, M., & Çağlar, S. (2019). Dünyada ve Türkiye'de okul hemşireliğinin gelişimi. *Koç Üniversitesi Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi, 16*(4), 343-352.

Tucker, S., & Lanningham-Foster, L. M. (2015). Nurse-led school-based child obesity prevention. *The Journal of School Nursing : The Official Publication of The National Association of School Nurses*, *31*(6), 450–466. https://doi.org/10.1177/1059840515574002

Turgay, Ş.F., & Arslan, M. (2015). Sağlık hizmetleri meslek yüksekokulu öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının incelenmesi. *SDÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, *6*(2).

Türkiye İstatistik Kurumu. (2016). *Türkiye sağlık araştırması.* Erişim: 20/04/2023. https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Turkey-Health-Survey-2016-24573#:~:text=Her%20g%C3%BCn%20t%C3%BCt%C3%BCn%20kullanan%20bireylerin%20oran%C4%B1%202014%20y%C4%B1l%C4%B1nda%20%27%2C3,ise%20%13%2C3%20oldu.&text=Son%2012%20ay%20i%C3%A7erisinde%2C%20yatakl%C4%B1,y%C4%B1l%C4%B1nda%20%11%2C3%20old.

Türkiye İstatistik Kurumu (2022). *Türkiye sağlık araştırması.* Erişim: 14/06/2024. https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Turkiye-Saglik-Arastirmasi-2022-49747

Türkiye İstatistik Kurumu (2023). *Hanehalkı bilişim teknolojileri kullanım araştırması.* Erişim: 22/07/2024. https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Hanehalki-Bilisim-Teknolojileri-(BT)-Kullanim-Arastirmasi-2023-49407

Türkiye Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığı İzleme Merkezi. (2022). *Madde kullanıcıları profil analizi 2021 yılı narkolog raporu*. Erişim: 18/08/2023. https://www.narkotik.pol.tr/kurumlar/narkotik.pol.tr/TUB%C4%B0M/Ulusal%20Yay%C4%B1nlar/NARKOLOG-2022-MADDE-KULLANICILARI-PROFIL-ANALIZI.pdf

Uğur, U. (2018). Gençlerin fastfood tüketimlerinin sembolik tüketim kapsamında değerlendirilmesi: Sivas ilinde bir araştırma. *Akademik Bakış Uluslararası Hakemli Sosyal Bilimler Dergisi, 67,* 1-19.

Uludağ, E. (2020). *Pender'in sağlığı geliştirme modeline göre yapılandırılmış motivasyonel görüşmenin tip 2 diabetes mellitüs de diyabet öz yönetim davranışları üzerine etkisi* (Tez No. 652886)[Doktora tezi, Atatürk Üniversitesi]. YÖK Tez Merkezi. https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tezSorguSonucYeni.jsp

Ulutaşdemir, N., Balsak, H., Çopur, E. Ö., & Demiroğlu, N. (2016). Halk sağlığı hemşireliğinin bir dalı: okul sağlığı hemşireliği. *Turkiye Klinikleri J Public Health Nurs-Special Topics, 2*(1), 121-4.

Uzun, S., & Kelleci, M. (2018). Lise öğrencilerinde madde bağımlılığı: Madde bağımlılığından korunma konusundaki öz yeterlikleri ve ilişkili faktörler. *Düşünen Adam, 31*(4), 356-363.

Walker SN, Sechrist KR, & Pender NJ. (1987). The health-promoting lifestyle profile: development and psychometric characteristics. *Nurs Res, 36*(2):76-81.

Walker SN, & Hill-Polerecky, D. M. (1996). Psychometric evaluation of the health promoting lifestyle profile II. unpublished manuscript, *University of Nebraska Medical Center, 11*, 849-856.

Yabancı, N. (2011). Okul Sağlığı ve Beslenme Programları. *TAF Preventive Medicine Bulletin, 10*(3).

Yaramış, N. (2003). *Nevşehir il merkezinde ilköğretim çağı çocuklarda göz hastalıklarının tespit edilmesinde hemşirenin rolü ve önemi* (Tez No. 124161)[Yüksek Lisans tezi, Erciyes Üniversitesi]. YÖK Tez Merkezi. https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tezSorguSonucYeni.jsp

Yaşar, Ö., Karadağ, N., & Kaymak, G.Ö. (2018). Hemşirelik bölümü öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının incelenmesi. *Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi, 7*(3), 81-86.

Yeniyol, A. (2021). Ortaöğretim öğrencilerinin manevi değer algılarının incelenmesi: Yalova ili örneği. *Türkiye Din Eğitimi Araştırmaları Dergisi*, *12*, 147-173.

Yeşilfidan, D., & Adana, F. (2019). Halk sağlığı hemşireliği bakış açısı ile ergenlerde obezite. *Hemşirelik Bilimi Dergisi*, *2*(2), 38-44.

Yetiş, G. (2014). *Kronik hastalığı olan çocukların algıladıkları sosyal desteğin okul başarısına etkisi* (Tez No. 359826) [Yüksek Lisans tezi, İnönü Üniversitesi]. YÖK Tez Merkezi. https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tezSorguSonucYeni.jsp

Yıldırım, J.G., Ardahan, M., & Kurt, A. (2021). Ebeveynlerin okul sağlığı hemşiresinin rollerini algılamaları. *İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, *6*(2), 85-91.

Yıldırım Şişman, N., & Çakır, G.A. (2021). Adölesanlarda öz-bakım gücü-sağlığı geliştirme arasındaki ilişki ve öz-bakım gücünü etkileyen faktörler. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, *8*(1), 29-34.

Yılmaz, A. G. (2021). *Adölesanlar için beslenme alışkanlıkları ölçeği geçerlik güvenirliği* (Tez No. 678178)[Yüksek Lisans tezi, Marmara Üniversitesi]. YÖK Tez Merkezi. https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tezSorguSonucYeni.jsp

Yılmaz Işıkhan, S., & Güleç, D. (2018). Tez çalışmalarında sağlıklı yaşam biçimi davranış puanlarının demografik bilgilerle sistematik derlenmesi ve meta-analizi. *Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, *11*(2), 123-133.

Yoon, J., & Son, H. (2021). Factors associated with school nurses' triage competency in South Korea. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 18*(16), 8279. https://doi.org/10.3390/ijerph18168279

Yulu, N. (2020). *Ergenlerin sağlık okuryazarlığı ile sağlık algısı, tutumu ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasındaki ilişkinin incelenmesi* (Tez No. 621820)[Yüksek Lisans tezi, Ankara Üniversitesi]. YÖK Tez Merkezi. https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tezSorguSonucYeni.jsp

Yurdakul, S. (2021). *Erken adölesanlarda sağlık okuryazarlığının sağlığı geliştirme davranışları ile ilişkisi* (Tez No. 701549)[Yüksek Lisans tezi, Karamanoğlu Mehmetbey Üniversitesi]. YÖK Tez Merkezi. https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tezSorguSonucYeni.jsp

Yüksel, E., & Akıl, M. (2019). Adölesanların fiziksel aktivite seviyeleri ile obezite farkındalık düzeyleri ve beslenme davranışlarının incelenmesi. *Niğde Üniversitesi Beden Eğitimi ve Spor Bilimleri Dergisi*, *13*(3), 185-193.

8. EKLER

Ek-1. Anket Formu

BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU

LÜTFEN BU DÖKÜMANI DİKKATLİCE OKUMAK İÇİN ZAMAN AYIRINIZ

Sizi Ayşegül KOÇAR tarafından yürütülen ve Doç.Dr. Esma Kabasakal danışmanlığında "Ankara Örneğinde Okul Hemşiresi Bulunan ve Bulunmayan Okullarda ki Öğrencilerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Karşılaştırılması" başlıklı tez **araştırmasına** davet ediyoruz. Bu araştırmaya katılıp katılmama kararını vermeden önce, araştırmanın neden ve nasıl yapılacağını bilmeniz gerekmektedir. Bu nedenle bu formun okunup anlaşılması büyük önem taşımaktadır. Eğer anlayamadığınız ve sizin için açık olmayan şeyler varsa, ya da daha fazla bilgi isterseniz bize sorunuz.

Bu çalışmaya katılmak tamamen **gönüllülük** esasına dayanmaktadır. Çalışmaya **katılmama** veya katıldıktan sonra herhangi bir anda çalışmadan **çıkma** hakkında sahipsiniz. **Çalışmayı yanıtlamanız, araştırmaya katılım için onam verdiğiniz** biçiminde yorumlanacaktır. Size verilen **formlardaki** soruları yanıtlarken kimsenin baskısı veya telkini altında olmayın. Bu formlardan elde edilecek bilgiler tamamen araştırma amacı ile kullanılacaktır.

Çalışmaya Katılım Onayı:

Yukarıda yer alan ve araştırmadan önce katılımcıya/gönüllüye verilmesi gereken bilgileri okudum ve katılmam istenen çalışmanın kapsamını ve amacını, gönüllü olarak üzerime düşen sorumlulukları tamamen anladım. **Çalışma hakkında yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen araştırmacı tarafından yapıldı, soru sorma ve tartışma imkanı buldum ve tatmin edici yanıtlar aldım. Bana, çalışmanın muhtemel riskleri ve faydaları sözlü olarak da anlatıldı.** Bu çalışmayı istediğim zaman ve herhangi bir neden belirtmek zorunda kalmadan bırakabileceğimi ve bıraktığım takdirde herhangi bir olumsuzluk ile karşılaşmayacağımı anladım.Bu koşullarda söz konusu araştırmaya kendi isteğimle, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Katılımcının (Kendi el yazısı ile)

Adı-Soyad:

İmza:

(Varsa) Velayet veya Vesayet Altında Bulunanlar İçin; veli veya Vasisinin (kendi el yazısı ile)

Adı-Soyad:

İmza:

Sayın Katılımcı;

Size doldurmanız için verilen bu form ile **'Ankara Örneğinde Okul Hemşiresi Bulunan ve Bulunmayan Okullardaki Öğrencilerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Karşılaştırılması'** isimli çalışmayı yapmayı planlamaktayız. Formun cevaplanması yaklaşık 10 dakika sürecektir. Tüm soruların doğru ve eksiksiz cevaplanması çalışmanın bilimsel değeri açısından oldukça önemlidir. Anketi dolduranların kimlik bilgileri kayıt edilmeyecektir. Anketi doldurma işi tamamen gönüllülük esasına göre olacaktır. Sonuçlar değerlendirildikten sonra yayınlanacaktır. Ayırdığınız zaman ve emek için **teşekkür ederiz.**

Hemşire Ayşegül KOÇAR

TANITICI ÖZELLİKLER BİLGİ FORMU

1.Cinsiyetiniz:

☐Erkek

☐Kız

2.Yaşınız:

3.En son boyunuz ve kilonuz……

4. Sınıfınız:

☐9.sınıf

☐10.sınıf

☐11.sınıf

☐12.sınıf

5.Anneniz-babanızın medeni durumu:

☐ Evli

☐ Boşanmış

☐ Eşi ölmüş

6.Kiminle beraber yaşıyorsunuz?

☐Öz anne ve babamla yaşıyorum

☐Diğer……..

7.Ailenizdeki birey sayısı (siz dahil):……

8.Toplam kardeş sayınız(siz dahil):…….

9.Evinizde kendinize ait bir odanız var mı?

☐ Var

☐ Yok

10.Annenizin eğitim durumu:

☐ Okur-yazar değil

☐ Okur-yazar

☐ İlkokul mezunu

☐ Ortaokul mezunu

☐ Lise mezunu

☐ Üniversite ve üstü

11.Babanızın eğitim durumu:

☐ Okur-yazar değil

☐ Okur-yazar

☐ İlkokul mezunu

☐ Ortaokul mezunu

☐ Lise mezunu

☐ Üniversite ve üstü

12.Anne ve babanızın gelir getirici bir işte çalışma durumu için size uygun olanı işaretleyiniz?

☐ Anne ve baba çalışıyor

☐ Anne çalışmıyor, baba çalışıyor

☐ Anne çalışıyor, baba çalışmıyor

☐ Her ikisi de çalışmıyor

13.Kendinizin/ailenizin sosyo-ekonomik düzeyini nasıl değerlendiriyorsunuz?

☐ Çok kötü

☐ Kötü

☐ Orta

☐ İyi

☐ Çok iyi

14.Öğrencilik dışında herhangi bir işte çalışıyor musunuz?

☐ Evet……(Evetse yazınız)

☐ Hayır

15.Sağlıklı olmayan herhangi bir madde kullanıyor musunuz?(Sigara,alkol vs. evetse yazınız)

☐ Evet

☐ Hayır

16.Kullanım sıklığı ….

17.İlk kaç yaşında kullanmaya başladınız ….

18.Kronik bir hastalığınız var mı?

☐ Evetse hastalığınız……..

☐ Hayır

19.Sürekli kullandığınız bir ilaç var mı?

☐ Evetse ilaçların adları……..

☐ Hayır

20.Hastaneye gitme sıklığınız nedir?

☐ Yılda iki kez

☐ Yılda üç ve beş

☐ Yılda altı ve üzeri

21.Hastalık halinde ilaçlarınızı düzenli kullanır mısınız?

☐ Evet

☐ Hayır

22.Sağlık durumunuzu nasıl değerlendiriyorsunuz?

☐ Çok kötü

☐ Kötü

☐ Orta

☐ İyi

☐ Çok iyi

23.Derslerinizdeki başarı durumunuzu nasıl değerlendiriyorsunuz?

☐ Çok kötü

☐ Kötü

☐ Orta

☐ İyi

☐ Çok iyi

24.Okul dışındaki zamanlarınızı nasıl değerlendiriyorsunuz (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)?

☐ İnternette vakit geçiririm

☐ Ailemle vakit geçiririm

☐ Spor yaparım

☐ Müzik dinlerim.

☐ Kitap okurum

Diğer ……

25.Egzersiz yapmaya zaman bulabiliyor musunuz?

☐ Evet

☐ Hayır

26.Düzenli yaptığınız bir egzersiz programınız var mı?

☐ Evet

☐ Hayır

27.Egzersiz yapmanın motivasyonunuzu etkilediğini düşünüyor musunuz?

☐ Evet

☐ Hayır

28.Yaptığınız herhangi bir diyetiniz var mı?

☐ Evet

☐ Hayır

29.Düzenli bir beslenme programınız var mı?

☐ Evet

☐ Hayır

30.Beslenirken besin gruplarına (karbonhidratlar, proteinler vb.) dikkat eder misiniz?

☐ Evet

☐ Hayır

31.Gün içinde ne kadar su tüketirsiniz?

☐ 1-5 bardak

☐ 6-10 bardak

☐ 11 bardak ve üzeri

32.Düzenli kahvaltı yapar mısınız?

☐ Evet

☐ Hayır

☐ Bazen

33.Düzenli öğle yemeği yer misiniz?

☐ Evet

☐ Hayır

☐ Bazen

34.Düzenli akşam yemeği yer misiniz?

☐ Evet

☐ Hayır

☐ Bazen

35.Günde kaç saat televizyon izlersiniz?

☐ 0-1 saat

☐ 2-4 saat

☐ 5-7 saat

☐ 8 saat ve üzeri

36.Günde kaç saat internette zaman geçirirsiniz?

☐ 0-1 saat

☐ 2-4 saat

☐ 5-7 saat

☐ 8 saat ve üzeri

37.Hafta içi günde kaç saat uyursunuz?

☐ 6 saatten az

☐ 6 saat ve üzeri

38.Problemlerinizi kendinizin düzeltebileceğinizi düşünür müsünüz?

☐ Evet

☐ Hayır

☐ Bazen

39.Bir problemle karşılaştığınızda yakın çevrenizden fikir veya destek alır mısınız?

☐ Evet

☐ Hayır

☐ Bazen

40.Stresli olduğunuz zamanlarda kendinizi rahatlatmak için yakın çevrenizle iletişime geçer misiniz?

☐ Evet

☐ Hayır

☐ Bazen

41.İnsanlara karşı güven probleminiz olduğunu düşünüyor musunuz?

☐ Evet

☐ Hayır

☐ Bazen

42.Hedeflerinize ulaşmakta zorlandığınızı düşünüyor musunuz?

☐ Evet

☐ Hayır

☐ Bazen

43.Sanat etkinliklerine katılır mısınız?

☐ Evet

☐ Hayır

44.Herhangi bir sosyal kulübe üye misiniz?

☐ Evet

☐ Hayır

45.Herhangi bir sanat dalı (resim, müzik, tiyatro vb.) alanında kursa gidiyor musunuz?

☐ Evet

☐ Hayır

SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARI ÖLÇEĞİ 2

Ankette şimdiki yaşam tarzınız ve alışkanlıklarınız ile ilgili sorular yer almaktadır. Lütfen soruları mümkün olduğu kadar doğru ve eksiksiz yanıtlayınız. Her alışkanlığınızın sıklığını uygun seçeneği işaretleyiniz.

SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARI ÖLÇEĞİ 2 **(Bahar ve ark., 2007)**	**HİÇBİR ZAMAN**	**BAZEN**	**SIK SIK**	**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 hissederim.				
7.İnsanları başarıları için takdir ederim.				
8.Şekeri ve tatlıyı kısıtlarım.				
9.Televizyonda sağlığı geliştirici programları izler ve bu konularla ilgili kitapları okurum.				
10. Haftada en az üç kez 20 dakika ve/veya daha uzun süreli egzersiz yaparım (hızlı yürüyüş, bisiklete binme, aerobik, dans gibi).				
11. Her gün rahatlamak için zaman ayırırım.				

12. Yaşamımın bir amacı olduğuna inanırım.				
13.İnsanlarla anlamlı ve doyumlu ilişkiler sürdürürüm.				
14. Her gün 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 yüzme, dans etme, bisiklete binme gibi eğlendirici fizik aktiviteler yaparım.				
23. Uyumadan önce güzel şeyler düşünürüm.				
24. Kendimle barışık ve kendimi yeterli hissederim.				
25. Başkalarına ilgi, sevgi ve yakınlık göstermek benim için kolaydır.				
26. Her gün 3-5 öğün sebze yerim.				
27. Sağlık sorunlarımı sağlık personeline danışırım.				

28. Haftada en az üç kere kas güçlendirme egzersizleri yaparım.				
29. Stresimi kontrol etmek için uygun yöntemleri kullanırım.				
30. Hayatımda ki uzun vadeli amaçlar için çalışırım.				
31. Sevdiğim kişilerle kucaklaşırım.				
32. Her gün 3-4 kez süt, yoğurt veya peynir yerim.				
33.Vücudumu fiziksel değişiklikler, tehlikeli bulgular bakımından ayda en az bir kez kontrol ederim.				
34.Günlük işler sırasında egzersiz yaparım (örneğin, yemeğe yürüyerek giderim, asansör yerine merdiven kullanırım, arabamı uzağa park ederim).				
35.İş ve eğlence zamanımı dengelerim.				
36. Her gün yapacak değişik ve ilginç şeyler bulurum.				
37. Yakın dostlar edinmek için çaba harcarım.				
38. Her gün 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.Gün de 15-20 dakika gevşeyebilmek, rahatlayabilmek için uygulamalar yaparım.				
42. Yaşamım da benim için önemli olan şeylerin farkındayım.				

43. Benzer sorunu olan kişilerden destek alırım.				
44.Gıda paketlerinin üzerindeki besin, yağ ve sodyum içeriklerini belirleyen etiketleri okurum.				
45. Bireysel sağlık bakımı ile ilgili eğitim programlarına katılırım.				
46. Kalp atımım hızlanana kadar egzersiz yaparım.				
47. Yorulmaktan kendimi korurum.				
48.İlahi bir gücün varlığına inanırım.				
49. Konuşarak ve uzlaşarak çatışmaları çözerim.				
50. Kahvaltı yaparım.				
51. Gereksinim duyduğumda başkalarından danışmanlık ve rehberlik alırım.				
52. Yeni deneyimlere ve durumlara açığım.				

Ek-4. Nitel Görüşme Formu

NİTEL GÖRÜŞME SORU FORMU

Bu formda yer alan sorular aşağıda belirtilmiştir.

Soru 1: Okulunuzda yürüttüğünüz hemşirelik faaliyetleri nasıl değerlendiriyorsunuz?

Soru 2: Okul sağlığı hemşiresi olarak okulda yürüttüğünüz hizmetlerin öğrencilere nasıl etki ettiğini düşünüyorsunuz?

Soru 3: Okulunuzda öğrencilerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının geliştirilmesine yönelik ne düşünüyorsunuz?

Soru 4: Okulunuzdaki öğrencilerin sağlıklı yaşam biçimi ölçeği puan düzeyi hakkında ne düşünüyorsunuz?

Ek-6. Okul Hemşiresi Bulunan/Bulunmayan Okullardaki Öğrencilerin Cinsiyetlere Göre SYBDÖ – 2 Alt Boyutu ve Toplam Puanlarının Karşılaştırılması

Cinsiyet	Erkek Öğrenci		Kız Öğrenci		İstatistiksel analiz*
Değişken	$\overline{X} \pm S.S.$	Medyan [IQR]	$\overline{X} \pm S.S.$	Medyan [IQR]	Olasılık
Hemşire var (n=351)					
Sağlık sorumluluğu	29,51±5,57	31,0 [5,0]	25,04±7,55	26,0 [14,0]	Z=-5,674 **p<0,001**
Fiziksel aktivite	26,13±5,09	28,0 [4,0]	22,53±6,66	24,0 [12,0]	Z=-5,114 **p<0,001**
Beslenme	29,58±5,24	31,0 [5,0]	24,89±7,29	26,0 [13,0]	Z=-6,070 **p<0,001**
Manevi gelişim	30,47±4,31	32,0 [4,0]	27,62±5,48	29,0 [8,0]	Z=-5,230 **p<0,001**
Kişilerarası ilişkiler	30,02±5,16	32,0 [5,0]	27,68±5,35	28,0 [8,0]	Z=-4,677 **p<0,001**
Stres yönetimi	26,04±5,06	28,0 [4,0]	23,36±5,61	25,0 [9,0]	Z=-4,825 **p<0,001**
SYBDÖ 2 – Toplam	171,78±28,89	181,0 [28,0]	151,11±34,75	154,0 [61,0]	Z=-5,748 **p<0,001**
Hemşire yok (n=351)					
Sağlık sorumluluğu	17,93±4,38	18,0 [5,8]	19,31±4,66	19,0 [6,0]	Z=-2,513 **p=0,012**
Fiziksel aktivite	16,32±4,56	16,0 [6,0]	17,20±4,15	17,0 [6,0]	Z=-1,971 **p=0,049**
Beslenme	18,63±4,19	18,0 [5,0]	19,42±4,38	19,0 [5,0]	Z=-1,684 p=0,092
Manevi gelişim	20,71±5,39	20,0 [6,8]	19,73±4,17	19,0 [6,0]	Z=-1,111 p=0,267
Kişilerarası ilişkiler	19,19±4,79	19,0 [6,0]	19,23±4,07	19,0 [4,0]	Z=-0,653 p=0,514
Stres yönetimi	16,86±4,18	16,5 [5,0]	17,06±3,81	17,0 [4,0]	Z=-0,914 p=0,361
SYBDÖ 2 – Toplam	109,63±23,10	106,0 [30,8]	111,98±23,61	113,0 [32,0]	Z=-1,266 p=0,206

*Normal dağılıma sahip olmayan verilerde iki bağımsız grubun ölçüm değerleriyle karşılaştırılmasında "Mann-Whitney U" test (Z-tablo değeri) istatistikleri kullanılmıştır.

Okul hemşiresi bulunan okullarda cinsiyete göre sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, beslenme, manevi gelişim, kişilerarası ilişkiler, stres yönetimi ve SYBDÖ – 2 toplam puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir ($p<0,05$).

Okul hemşiresi bulunan okullardaki öğrencilerden erkeklerin sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, beslenme, manevi gelişim, kişilerarası ilişkiler, stres yönetimi ve

SYBDÖ – 2 toplam puanları, kız öğrencilere göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Okul hemşiresi bulunmayan okullarda cinsiyete göre sağlık sorumluluğu ve fiziksel aktivite puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir ($p<0,05$). Okul hemşiresi bulunmayan okullarda kız öğrencilerin sağlık sorumluluğu ve fiziksel aktivite puanları, erkeklere göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Ek-7. Okul Hemşiresi Bulunan/Bulunmayan Okullardaki Öğrencilerin Ailenin Çalışması Durumuna Göre SYBDÖ – 2 Alt Boyutu ve Toplam Puanlarının Karşılaştırılması

Ailenin çalışması	Anne ve baba çalışıyor		Anne çalışmıyor, baba çalışıyor		İstatistiksel analiz*
Değişken	$\bar{X} \pm S.S.$	Medyan [IQR]	$\bar{X} \pm S.S.$	Medyan [IQR]	Olasılık
Hemşire var (n=351)					
Sağlık sorumluluğu	24,35±7,52	26,0 [13,7]	28,62±6,30	31,0 [7,0]	Z=-5,053 **p<0,001**
Fiziksel aktivite	21,81±6,74	23,0 [12,8]	25,42±5,61	27,0 [5,3]	Z=-4,616 **p<0,001**
Beslenme	24,32±7,02	26,0 [13,0]	28,64±6,13	31,0 [7,3]	Z=-5,268 **p<0,001**
Manevi gelişim	27,38±5,31	28,0 [8,5]	29,81±4,88	31,0 [5,3]	Z=-4,244 **p<0,001**
Kişilerarası ilişkiler	26,61±5,73	27,0 [9,0]	29,78±5,01	31,0 [5,0]	Z=-4,789 **p<0,001**
Stres yönetimi	22,39±5,88	23,5 [10,8]	25,77±4,99	28,0 [5,3]	Z=-5,022 **p<0,001**
SYBDÖ 2 – Toplam	146,86±34,89	150,0 [60,3]	168,04±30,91	179,0 [36,0]	Z=-5,138 **p<0,001**
Hemşire yok (n=351)					
Sağlık sorumluluğu	18,23±4,09	18,0 [4,8]	18,33±4,74	18,0 [6,0]	Z=-0,184 p=0,854
Fiziksel aktivite	16,25±4,14	16,0 [4,0]	16,63±4,55	16,0 [5,0]	Z=-1,001 p=0,317
Beslenme	18,48±3,89	18,0 [6,0]	18,96±4,33	19,0 [6,0]	Z=-0,684 p=0,494
Manevi gelişim	20,02±4,48	20,0 [6,0]	20,42±5,21	20,0 [6,0]	Z=-0,405 p=0,686
Kişilerarası ilişkiler	18,49±4,16	18,0 [5,8]	19,39±4,68	19,0 [5,0]	Z=-1,644 p=0,100
Stres yönetimi	16,41±3,63	17,0 [5,0]	17,01±4,15	17,0 [5,0]	Z=-1,053 p=0,292
SYBDÖ 2 – Toplam	107,89±21,34	105,0 [28,3]	110,75±23,75	109,5 [31,3]	Z=-0,987 p=0,324

*Normal dağılıma sahip olmayan verilerde iki bağımsız grubun ölçüm değerleriyle karşılaştırılmasında "Mann-Whitney U" test (Z-tablo değeri) istatistikleri kullanılmıştır.

Okul hemşiresi bulunan okullardaki öğrencilerin ailenin çalışması durumuna göre sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, beslenme, manevi gelişim, kişilerarası ilişkiler, stres yönetimi ve SYBDÖ – 2 toplam puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir ($p<0,05$). Okul hemşiresi bulunan okullarda annesi çalışmayıp babası çalışanların sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, beslenme, manevi

gelişim, kişilerarası ilişkiler, stres yönetimi ve SYBDÖ – 2 toplam puanları, hem annesi hem babası çalışanlara göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Okul hemşiresi bulunmayan okullarda ailenin çalışma durumuna göre ölçek alt boyutu ve toplam puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktur ($p>0,05$).

Ek-8. Okul Hemşiresi Bulunan/Bulunmayan Okullardaki Öğrencilerin Herhangi Madde Kullanımına Göre SYBDÖ – 2 Alt Boyutu ve Toplam Puanlarının Karşılaştırılması

Herhangi madde kullanımı	Evet		Hayır		İstatistiksel analiz*
Değişken	$\bar{X} \pm S.S.$	Medyan [IQR]	$\bar{X} \pm S.S.$	Medyan [IQR]	Olasılık
Hemşire var (n=351)					
Sağlık sorumluluğu	28,85±6,28	31,0 [5,3]	27,27±6,99	30,0 [10,0]	Z=-1,053 p=0,292
Fiziksel aktivite	25,81±5,05	27,5 [5,3]	24,30±6,23	26,0 [8,0]	Z=-0,993 p=0,321
Beslenme	28,92±5,30	30,5 [5,0]	27,23±6,80	30,0 [12,0]	Z=-0,880 p=0,379
Manevi gelişim	30,31±4,96	32,5 [6,0]	29,02±5,10	31,0 [7,0]	Z=-1,590 p=0,112
Kişilerarası ilişkiler	29,27±6,39	32,0 [4,3]	28,87±5,30	31,0 [8,0]	Z=-0,853 p=0,394
Stres yönetimi	26,19±4,76	27,5 [4,3]	24,65±5,53	26,0 [8,0]	Z=-1,276 p=0,202
SYBDÖ 2 – Toplam	169,35±30,94	182,5 [30,0]	161,36±33,57	174,0 [54,5]	Z=-1,120 p=0,263
Hemşire yok (n=351)					
Sağlık sorumluluğu	18,57±4,05	18,5 [5,0]	18,27±4,67	18,0 [6,0]	Z=-0,650 p=0,516
Fiziksel aktivite	16,55±3,76	16,0 [4,0]	16,60±4,69	16,0 [5,0]	Z=-0,305 p=0,706
Beslenme	18,83±3,90	18,0 [5,0]	18,89±4,39	19,0 [6,0]	Z=-0,013 p=0,990
Manevi gelişim	20,18±4,23	20,0 [4,8]	20,50±5,35	20,0 [7,0]	Z=-0,378 p=0,705
Kişilerarası ilişkiler	18,83±3,76	19,0 [4,8]	19,34±4,85	19,0 [6,0]	Z=-0,682 p=0,495
Stres yönetimi	16,59±3,49	17,0 [4,8]	17,04±4,27	17,0 [6,0]	Z=-0,429 p=0,668
SYBDÖ 2 – Toplam	109,56±19,94	108,0 [26,0]	110,65±24,41	109,0 [33,0]	Z=-0,239 p=0,811

*Normal dağılıma sahip olmayan verilerde iki bağımsız grubun ölçüm değerleriyle karşılaştırılmasında "Mann-Whitney U" test (Z-tablo değeri) istatistikleri kullanılmıştır.

Okul hemşiresi bulunan okullarda herhangi madde kullanımına göre ölçek alt boyutu ve toplam puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktur (p>0,05).

Okul hemşiresi bulunmayan okullarda herhangi madde kullanımına göre ölçek alt boyutu ve toplam puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktur (p>0,05).

Ek-9. Okul Hemşiresi Bulunan/Bulunmayan Okullardaki Öğrencilerin Kronik Hastalık Durumuna Göre SYBDÖ – 2 Alt Boyutu ve Toplam Puanlarının Karşılaştırılması

Kronik hastalık	Var		Yok		İstatistiksel analiz*
Değişken	$\bar{X} \pm S.S.$	Medyan [IQR]	$\bar{X} \pm S.S.$	Medyan [IQR]	Olasılık
Hemşire var (n=351)					
Sağlık sorumluluğu	27,06±7,83	32,0 [13,5]	27,40±6,91	30,0 [10,0]	Z=-0,168 p=0,867
Fiziksel aktivite	24,06±7,04	27,0 [12,2]	24,43±6,12	26,0 [8,0]	Z=-0,091 p=0,927
Beslenme	26,19±7,25	29,0 [11,3]	27,41±6,69	30,0 [11,0]	Z=-0,787 p=0,431
Manevi gelişim	28,13±5,78	30,0 [10,5]	29,16±5,06	31,0 [7,0]	Z=-0,671 p=0,502
Kişilerarası ilişkiler	27,18±5,95	28,5 [11,5]	28,98±5,34	31,0 [7,0]	Z=-1,120 p=0,260
Stres yönetimi	24,38±6,60	27,5 [11,8]	24,79±5,44	27,0 [8,0]	Z=-0,153 p=0,878
SYBDÖ 2 – Toplam	157,00±38,10	176,5 [72,5]	162,19±33,21	175,0 [53,0]	Z=-0,405 p=0,686
Hemşire yok (n=351)					
Sağlık sorumluluğu	18,70±3,93	18,5 [5,8]	18,33±4,55	18,0 [6,0]	Z=-0,251 p=0,801
Fiziksel aktivite	16,20±5,28	15,0 [4,8]	16,61±4,40	16,0 [5,0]	Z=-0,996 p=0,319
Beslenme	19,55±5,08	19,0 [7,3]	18,83±4,21	19,0 [6,0]	Z=-0,215 p=0,830
Manevi gelişim	21,35±6,68	20,0 [11,3]	20,36±4,95	20,0 [6,0]	Z=-0,316 p=0,752
Kişilerarası ilişkiler	21,05±5,51	21,0 [8,8]	19,09±4,50	19,0 [5,0]	Z=-1,511 p=0,131
Stres yönetimi	16,95±4,02	16,0 [5,8]	16,92±4,08	17,0 [5,0]	Z=-0,075 p=0,940
SYBDÖ 2 – Toplam	113,80±26,78	109,0 [45,5]	110,14±23,05	109,0 [30,0]	Z=-0,309 p=0,758

*Normal dağılıma sahip olmayan verilerde iki bağımsız grubun ölçüm değerleriyle karşılaştırılmasında "Mann-Whitney U" test (Z-tablo değeri) istatistikleri kullanılmıştır.

Okul hemşiresi bulunan okullarda kronik hastalık durumuna göre ölçek alt boyutu ve toplam puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktur (p>0,05).

Okul hemşiresi bulunmayan okullardaki öğrencilerin kronik hastalık durumuna göre ölçek alt boyutu ve toplam puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktur (p>0,05).

Ek-10. Okul Hemşiresi Bulunan/Bulunmayan Okullardaki Öğrencilerin Hastaneye Gitme Sıklığına Göre SYBDÖ – 2 Alt Boyutu ve Toplam Puanlarının Karşılaştırılması

Hastaneye gitme / Değişken	Yılda 2 kez (1)		Yılda 3-5 kez (2)		Yılda 5'den fazla (3)		İstatistiksel analiz* Olasılık
	$\bar{X} \pm S.S.$	Medyan [IQR]	$\bar{X} \pm S.S.$	Medyan [IQR]	$\bar{X} \pm S.S.$	Medyan [IQR]	
Hemşire var (n=351)							
Sağlık sorumluluğu	28,41±6,98	31,0 [5,0]	27,41±6,72	29,0 [9,3]	21,48±5,49	22,0 [9,5]	χ^2=25,633 **p<0,001 [1,2-3]**
Fiziksel aktivite	25,55±5,85	28,0 [6,0]	24,31±5,98	26,0 [8,0]	18,84±6,09	20,0 [9,5]	χ^2=25,590 **p<0,001 [1,2-3]**
Beslenme	28,80±6,11	31,0 [6,0]	27,06±6,93	30,0 [12,0]	21,40±4,51	20,0 [7,0]	χ^2=27,095 **p<0,001 [1,2-3]**
Manevi gelişim	30,21±4,54	32,0 [5,0]	28,94±5,06	29,0 [7,3]	24,20±5,36	25,0 [8,0]	χ^2=27,350 **p<0,001 [1-2,3] [2-3]**
Kişilerarası ilişkiler	30,22±4,37	31,5 [4,0]	28,74±5,52	30,5 [8,0]	22,64±4,91	23,0 [8,0]	χ^2=36,803 **p<0,001 [1,2-3]**
Stres yönetimi	25,96±5,12	28,0 [4,0]	24,56±5,37	26,0 [8,0]	19,68±5,39	20,0 [9,0]	χ^2=28,873 **p<0,001 [1-2,3] [2-3]**
SYBDÖ 2 – Toplam	169,18± 31,00	180,0 [27,8]	161,04± 33,22	168,5 [55,8]	128,24± 25,59	133,0 [46,5]	χ^2=31,404 **p<0,001 [1-2,3] [2-3]**
Hemşire yok (n=351)							
Sağlık sorumluluğu	18,13±4,16	18,0 [5,0]	18,68±4,75	19,0 [6,0]	15,28±5,40	14,0 [10,0]	χ^2=3,288 p=0,193
Fiziksel aktivite	16,31±4,23	16,0 [5,0]	16,72±4,43	16,0 [5,5]	19,86±8,23	19,0 [16,0]	χ^2=2,365 p=0,307
Beslenme	18,75±3,83	19,0 [5,0]	18,94±4,54	18,0 [6,0]	20,00±6,45	17,0 [13,0]	χ^2=0,057 p=0,972
Manevi gelişim	19,95±4,89	19,0 [6,0]	20,60±5,11	20,0 [6,0]	26,71±4,02	27,0 [4,0]	χ^2=12,139 **p=0,002 [1,2-3]**
Kişilerarası ilişkiler	18,83±4,51	18,0 [5,0]	19,49±4,60	20,0 [6,0]	20,57±5,50	20,0 [7,0]	χ^2=3,586 p=0,166
Stres yönetimi	16,56±3,85	16,0 [5,0]	17,17±4,24	17,0 [6,0]	19,00±4,08	20,0 [9,0]	χ^2=3,886 p=0,143
SYBDÖ 2 – Toplam	108,53± 21,52	107,0 [25,0]	111,63± 24,49	110,0 [34,0]	121,42± 29,05	117,0 [48,0]	χ^2=2,681 p=0,262

*Normal dağılıma sahip olmayan verilerde üç veya daha fazla bağımsız grubun ölçüm değerleriyle karşılaştırılmasında "Kruskal-Wallis H" test (χ^2-tablo değeri) istatistikleri kullanılmıştır.

Okul hemşiresi bulunan okullardaki öğrencilerin hastaneye gitme sıklığına göre sağlık sorumluluğu puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir (χ^2=25,633; p<0,001). Anlamlı farkın hangi gruptan kaynaklandığını tespit etmek için yapılan Bonferroni düzeltmeli ikili karşılaştırmalar sonucunda; yılda 2 kez ve yılda 3-5 kez hastaneye gidenler ile yılda 5'den fazla hastaneye gidenler arasında anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Yılda 2 kez ve yılda 3-5 kez hastaneye gidenlerin sağlık sorumluluğu puanları, yılda 5'den fazla hastaneye gidenlere göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Okul hemşiresi bulunan okullardaki öğrencilerin hastaneye gitme sıklığına göre fiziksel aktivite puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir (χ^2=25,590; p<0,001). Anlamlı farkın hangi gruptan kaynaklandığını tespit etmek için yapılan Bonferroni düzeltmeli ikili karşılaştırmalar sonucunda; yılda 2 kez ve yılda 3-5 kez hastaneye gidenler ile yılda 5'den fazla hastaneye gidenler arasında anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Yılda 2 kez ve yılda 3-5 kez hastaneye gidenlerin fiziksel aktivite puanları, yılda 5'den fazla hastaneye gidenlere göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Okul hemşiresi bulunan okullardaki öğrencilerin hastaneye gitme sıklığına göre beslenme puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir (χ^2=27,095; p<0,001). Anlamlı farkın hangi gruptan kaynaklandığını tespit etmek için yapılan Bonferroni düzeltmeli ikili karşılaştırmalar sonucunda; yılda 2 kez ve yılda 3-5 kez hastaneye gidenler ile yılda 5'den fazla hastaneye gidenler arasında anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Yılda 2 kez ve yılda 3-5 kez hastaneye gidenlerin beslenme puanları, yılda 5'den fazla hastaneye gidenlere göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Okul hemşiresi bulunan okullardaki öğrencilerin hastaneye gitme sıklığına göre manevi gelişim puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir (χ^2=27,350; p<0,001). Anlamlı farkın hangi gruptan kaynaklandığını tespit etmek için yapılan Bonferroni düzeltmeli ikili karşılaştırmalar sonucunda; yılda 2 kez hastaneye gidenler ile yılda 3-5 ve yılda 5'den fazla hastaneye gidenler arasında anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Yılda 2 kez hastaneye gidenlerin manevi gelişim puanları, yılda 3-5 kez ve yılda 5'den fazla hastaneye gidenlere göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu

belirlenmiştir. Aynı şekilde, olarak yılda 3-5 kez hastaneye gidenler ile yılda 5'den fazla hastaneye gidenler arasında anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Yılda 3-5 kez hastaneye gidenlerin manevi gelişim puanları, yılda 5'den fazla hastaneye gidenlere göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Okul hemşiresi bulunan okullardaki öğrencilerin hastaneye gitme sıklığına göre kişilerarası ilişkiler puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir (χ^2=36,803; p<0,001). Anlamlı farkın hangi gruptan kaynaklandığını tespit etmek için yapılan Bonferroni düzeltmeli ikili karşılaştırmalar sonucunda; yılda 2 kez ve yılda 3-5 kez hastaneye gidenler ile yılda 5'den fazla hastaneye gidenler arasında anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Yılda 2 kez ve yılda 3-5 kez hastaneye gidenlerin kişilerarası ilişkiler puanları, yılda 5'den fazla hastaneye gidenlere göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Okul hemşiresi bulunan okullardaki öğrencilerin hastaneye gitme sıklığına göre stres yönetimi puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir (χ^2=28,873; p<0,001). Anlamlı farkın hangi gruptan kaynaklandığını tespit etmek için yapılan Bonferroni düzeltmeli ikili karşılaştırmalar sonucunda; yılda 2 kez hastaneye gidenler ile yılda 3-5 ve yılda 5'den fazla hastaneye gidenler arasında anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Yılda 2 kez hastaneye gidenlerin stres yönetimi puanları, yılda 3-5 kez ve yılda 5'den fazla hastaneye gidenlere göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Aynı şekilde, olarak yılda 3-5 kez hastaneye gidenler ile yılda 5'den fazla hastaneye gidenler arasında anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Yılda 3-5 kez hastaneye gidenlerin stres yönetimi puanları, yılda 5'den fazla hastaneye gidenlere göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Okul hemşiresi bulunan okullardaki öğrencilerin hastaneye gitme sıklığına göre SYBDÖ – 2 toplam puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir (χ^2=31,404; p<0,001). Anlamlı farkın hangi gruptan kaynaklandığını tespit etmek için yapılan Bonferroni düzeltmeli ikili karşılaştırmalar sonucunda; yılda 2 kez hastaneye gidenler ile yılda 3-5 ve yılda 5'den fazla hastaneye gidenler arasında anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Yılda 2 kez hastaneye gidenlerin SYBDÖ – 2 toplam puanları, yılda 3-5 kez ve yılda 5'den fazla hastaneye gidenlere göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Aynı şekilde, olarak yılda 3-5 kez hastaneye gidenler ile yılda 5'den fazla hastaneye gidenler arasında anlamlı farklılık tespit

edilmiştir. Yılda 3-5 kez hastaneye gidenlerin SYBDÖ 2 - toplam puanları, yılda 5'den fazla hastaneye gidenlere göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Okul hemşiresi bulunmayan okullardaki öğrencilerin hastaneye gitme sıklığına göre manevi gelişim puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir (χ^2=12,139; p=0,002). Anlamlı farkın hangi gruptan kaynaklandığını tespit etmek için yapılan Bonferroni düzeltmeli ikili karşılaştırmalar sonucunda; yılda 2 kez ve yılda 3-5 kez hastaneye gidenler ile yılda 5'den fazla hastaneye gidenler arasında anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Yılda 5'den fazla hastaneye gidenlerin manevi gelişim puanları, yılda 2 kez ve yılda 3-5 kez hastaneye gidenlere göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Ek-11. Okul Hemşiresi Bulunan/Bulunmayan Okullardaki Öğrencilerin Hastalıkta Düzenli İlaç Kullanma Durumuna Göre SYBDÖ – 2 Alt Boyutu ve Toplam Puanlarının Karşılaştırılması

Hastalıkta düzenli ilaç kullanma	Evet		Hayır		İstatistiksel analiz*
Değişken	$\overline{X} \pm S.S.$	Medyan [IQR]	$\overline{X} \pm S.S.$	Medyan [IQR]	Olasılık
Hemşire var (n=351)					
Sağlık sorumluluğu	26,95±7,07	30,0 [10,0]	29,08±6,19	30,5 [6,8]	Z=-2,360 **p=0,018**
Fiziksel aktivite	24,12±6,27	26,0 [9,0]	25,59±5,52	27,0 [5,0]	Z=-1,721 p=0,085
Beslenme	26,95±6,81	30,0 [12,0]	28,90±6,14	31,0 [6,0]	Z=-2,123 **p=0,034**
Manevi gelişim	28,78±5,31	31,0 [8,0]	30,40±3,92	31,0 [5,0]	Z=-1,954 p=0,051
Kişilerarası ilişkiler	28,47±5,58	30,0 [8,0]	30,54±4,18	31,0 [4,0]	Z=-2,655 **p=0,008**
Stres yönetimi	24,46±5,64	26,0 [8,0]	25,97±4,66	27,0 [6,5]	Z=-1,803 p=0,071
SYBDÖ 2 – Toplam	159,74±34,38	173,0 [57,0]	170,50±27,90	178,0 [34,5]	Z=-2,136 **p=0,033**
Hemşire yok (n=351)					
Sağlık sorumluluğu	17,81±4,58	18,0 [5,0]	18,64±4,45	19,0 [5,3]	Z=-1,911 p=0,056
Fiziksel aktivite	16,41±5,10	16,0 [6,0]	16,68±4,07	16,0 [5,0]	Z=-1,177 p=0,239
Beslenme	19,13±4,31	19,0 [5,0]	18,73±4,23	18,0 [6,0]	Z=-0,436 p=0,663
Manevi gelişim	21,97±5,56	21,0 [8,0]	19,59±4,58	19,0 [6,0]	Z=-3,633 **p<0,001**
Kişilerarası ilişkiler	19,91±5,31	19,0 [6,0]	18,82±4,10	19,0 [5,0]	Z=-1,322 p=0,186
Stres yönetimi	17,13±4,67	17,0 [6,0]	16,81±3,74	17,0 [4,0]	Z=-0,035 p=0,972
SYBDÖ 2 – Toplam	112,38±24,01	108,0 [33,5]	109,28±22,83	109,0 [30,5]	Z=-0,676 p=0,499

*Normal dağılıma sahip olmayan verilerde iki bağımsız grubun ölçüm değerleriyle karşılaştırılmasında "Mann-Whitney U" test (Z-tablo değeri) istatistikleri kullanılmıştır.

Okul hemşiresi bulunan okullardaki öğrencilerin hastalıkta düzenli ilaç kullanma durumuna göre sağlık sorumluluğu, beslenme, kişilerarası ilişkiler ve SYBDÖ – 2 toplam puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir ($p<0,05$).

Okul hemşiresi bulunan okullardaki öğrencilerin hastalıkta düzenli ilaç kullanmayanların sağlık sorumluluğu, beslenme, kişilerarası ilişkiler ve SYBDÖ – 2

toplam puanları, hastalıkta düzenli ilaç kullananlara göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Okul hemşiresi bulunmayan okullardaki öğrencilerin hastalıkta düzenli ilaç kullanma durumuna göre manevi gelişim puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir ($Z=-3,633$; $p<0,001$). Okul hemşiresi bulunmayan okullardaki öğrencilerin hastalıkta düzenli ilaç kullananların manevi gelişim puanları, düzenli ilaç kullanmayanlara göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Ek-12. Okul Hemşiresi Bulunan/Bulunmayan Okullardaki Öğrencilerin Sağlığı Değerlendirmeye Değişkenine Göre SYBDÖ – 2 Alt Boyutu ve Toplam Puanlarının Karşılaştırılması

Sağlığı değerlendirme Değişken	Çok kötü/kötü (1)		Orta (2)		İyi/çok iyi (3)		İstatistiksel analiz* Olasılık
	$\bar{X} \pm S.S.$	Medyan [IQR]	$\bar{X} \pm S.S.$	Medyan [IQR]	$\bar{X} \pm S.S.$	Medyan [IQR]	
Hemşire var (n=351)							
Sağlık sorumluluğu	17,56±3,16	17,0 [3,0]	25,29±7,09	27,0 [12,0]	28,13±6,68	31,0 [8,8]	χ^2=24,261 **p<0,001 [1-2,3] [2-3]**
Fiziksel aktivite	14,89±4,76	14,0 [4,0]	22,62±6,36	24,0 [10,8]	25,09±5,82	27,0 [6,0]	χ^2=23,433 **p<0,001 [1-2,3] [2-3]**
Beslenme	18,56±2,35	18,0 [4,0]	25,20±7,07	27,0 [12,0]	28,07±6,45	30,0 [8,8]	χ^2=21,317 **p<0,001 [1-2,3] [2-3]**
Manevi gelişim	19,89±3,17	19,0 [4,5]	27,19±5,31	28,0 [9,0]	29,79±4,71	31,0 [5,8]	χ^2=31,831 **p<0,001 [1-2,3] [2-3]**
Kişilerarası ilişkiler	17,56±5,61	17,0 [8,5]	27,09±5,47	27,0 [9,0]	29,63±4,85	31,0 [6,0]	χ^2=29,752 **p<0,001 [1-2,3] [2-3]**
Stres yönetimi	15,11±3,33	15,0 [6,0]	23,38±5,55	24,5 [9,0]	25,36±5,20	27,0 [6,0]	χ^2=25,702 **p<0,001 [1-2,3] [2-3]**
SYBDÖ 2 – Toplam	103,56± 15,39	97,0 [25,0]	150,78± 34,29	157,0 [61,3]	166,08± 31,39	177,0 [42,0]	χ^2=28,809 **p<0,001 [1-2,3] [2-3]**
Hemşire yok (n=351)							
Sağlık sorumluluğu	17,96±3,60	18,0 [4,0]	18,50±4,54	18,0 [6,0]	18,35±5,09	19,0 [6,0]	χ^2=0,674 p=0,714
Fiziksel aktivite	15,69±2,74	16,0 [4,0]	16,71±4,37	16,0 [5,0]	17,05±5,55	16,0 [8,0]	χ^2=3,375 p=0,186
Beslenme	17,92±3,83	17,0 [5,8]	18,64±4,42	18,0 [5,0]	20,17±3,96	20,0 [5,0]	χ^2=14,125 **p<0,001 [1,2-3]**
Manevi gelişim	19,18±3,72	19,0 [4,0]	19,49±4,85	19,0 [7,0]	23,40±5,31	22,0 [7,0]	χ^2=38,654 **p<0,001 [1,2-3]**
Kişilerarası ilişkiler	17,68±3,41	17,5 [4,8]	19,06±4,54	19,0 [6,0]	20,75±5,03	20,5 [5,0]	χ^2=19,486 **p<0,001 [1-2,3] [2-3]**
Stres yönetimi	15,79±3,76	15,0 [5,0]	16,85±4,07	17,0 [5,0]	17,98±4,07	18,0 [5,8]	χ^2=12,696 **p=0,002 [1-3]**
SYBDÖ 2 – Toplam	104,22± 18,00	102,5 [26,0]	109,26± 24,41	109,0 [33,0]	117,72± 22,81	116,0 [30,3]	χ^2=16,729 **p<0,001 [1,2-3]**

*Normal dağılıma sahip olmayan verilerde üç veya daha fazla bağımsız grubun ölçüm değerleriyle karşılaştırılmasında "Kruskal-Wallis H" test (χ^2-tablo değeri) istatistikleri kullanılmıştır.1=çok kötü/ kötü, 2=orta, 3=iyi/ çok iyi şeklindedir.

Okul hemşiresi bulunan okullardaki öğrencilerin sağlığı değerlendirme durumuna göre sağlık sorumluluğu puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir (χ^2=24,261; p<0,001). Anlamlı farkın hangi gruptan kaynaklandığını tespit etmek için yapılan Bonferroni düzeltmeli ikili karşılaştırmalar sonucunda; çok

kötü/kötü olanlar ile orta ve iyi/çok iyi olanlar arasında anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Orta ve iyi/çok iyi olanların sağlık sorumluluğu puanları, çok kötü/kötü olanlara göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Aynı şekilde, orta olanlar ile iyi/çok iyi olanlar arasında anlamlı farklılık tespit edilmiştir. İyi/çok iyi olanların sağlık sorumluluğu puanları, orta olanlara göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Okul hemşiresi bulunan okullardaki öğrencilerin sağlığı değerlendirme durumuna göre fiziksel aktivite puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir (χ^2=23,433; p<0,001). Anlamlı farkın hangi gruptan kaynaklandığını tespit etmek için yapılan Bonferroni düzeltmeli ikili karşılaştırmalar sonucunda; çok kötü/kötü olanlar ile orta ve iyi/çok iyi olanlar arasında anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Orta ve iyi/çok iyi olanların fiziksel aktivite puanları, çok kötü/kötü olanlara göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Aynı şekilde, orta olanlar ile iyi/çok iyi olanlar arasında anlamlı farklılık tespit edilmiştir. İyi/çok iyi olanların fiziksel aktivite puanları, orta olanlara göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Okul hemşiresi bulunan okullardaki öğrencilerin sağlığı değerlendirme durumuna göre beslenme puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir (χ^2=21,317; p<0,001). Anlamlı farkın hangi gruptan kaynaklandığını tespit etmek için yapılan Bonferroni düzeltmeli ikili karşılaştırmalar sonucunda; çok kötü/kötü olanlar ile orta ve iyi/çok iyi olanlar arasında anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Orta ve iyi/çok iyi olanların beslenme puanları, çok kötü/kötü olanlara göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Aynı şekilde, orta olanlar ile iyi/çok iyi olanlar arasında anlamlı farklılık tespit edilmiştir. İyi/çok iyi olanların beslenme puanları, orta olanlara göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Okul hemşiresi bulunan okullardaki öğrencilerin sağlığı değerlendirme durumuna göre manevi gelişim puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir (χ^2=31,831; p<0,001).

Anlamlı farkın hangi gruptan kaynaklandığını tespit etmek için yapılan Bonferroni düzeltmeli ikili karşılaştırmalar sonucunda; çok kötü/kötü olanlar ile orta ve iyi/çok iyi olanlar arasında anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Orta ve iyi/çok iyi olanların manevi gelişim puanları, çok kötü/kötü olanlara göre anlamlı düzeyde daha yüksek

olduğu belirlenmiştir. Aynı şekilde, orta olanlar ile iyi/çok iyi olanlar arasında anlamlı farklılık tespit edilmiştir. İyi/çok iyi olanların manevi gelişim puanları, orta olanlara göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Okul hemşiresi bulunan okullardaki öğrencilerin sağlığı değerlendirme durumuna göre kişilerarası ilişkiler puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir (χ^2=29,752; p<0,001). Anlamlı farkın hangi gruptan kaynaklandığını tespit etmek için yapılan Bonferroni düzeltmeli ikili karşılaştırmalar sonucunda; çok kötü/kötü olanlar ile orta ve iyi/çok iyi olanlar arasında anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Orta ve iyi/çok iyi olanların kişilerarası ilişkiler puanları, çok kötü/kötü olanlara göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Aynı şekilde, orta olanlar ile iyi/çok iyi olanlar arasında anlamlı farklılık tespit edilmiştir. İyi/çok iyi olanların kişilerarası ilişkiler puanları, orta olanlara göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Okul hemşiresi bulunan okullardaki öğrencilerin sağlığı değerlendirme durumuna göre stres yönetimi puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir (χ^2=25,702; p<0,001). Anlamlı farkın hangi gruptan kaynaklandığını tespit etmek için yapılan Bonferroni düzeltmeli ikili karşılaştırmalar sonucunda; çok kötü/kötü olanlar ile orta ve iyi/çok iyi olanlar arasında anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Orta ve iyi/çok iyi olanların stres yönetimi puanları, çok kötü/kötü olanlara göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Aynı şekilde, orta olanlar ile iyi/çok iyi olanlar arasında anlamlı farklılık tespit edilmiştir. İyi/çok iyi olanların stres yönetimi puanları, orta olanlara göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Okul hemşiresi bulunan okullardaki öğrencilerin sağlığı değerlendirme durumuna göre SYBDÖ – 2 toplam puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir (χ^2=28,809; p<0,001). Anlamlı farkın hangi gruptan kaynaklandığını tespit etmek için yapılan Bonferroni düzeltmeli ikili karşılaştırmalar sonucunda; çok kötü/kötü olanlar ile orta ve iyi/çok iyi olanlar arasında anlamlı farklılık tespit edilmiştir.

Orta ve iyi/çok iyi olanların SYBDÖ – 2 toplam puanları, çok kötü/kötü olanlara göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Aynı şekilde, orta olanlar ile iyi/çok iyi olanlar arasında anlamlı farklılık tespit edilmiştir. İyi/çok iyi olanların

SYBDÖ – 2 toplam puanları, orta olanlara göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Okul hemşiresi bulunmayan okullardaki öğrencilerin sağlığı değerlendirme durumuna göre beslenme puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir (χ^2=14,125; p<0,001). Anlamlı farkın hangi gruptan kaynaklandığını tespit etmek için yapılan Bonferroni düzeltmeli ikili karşılaştırmalar sonucunda; çok kötü/kötü ve orta olanlar ile iyi/çok iyi olanlar arasında anlamlı farklılık tespit edilmiştir. İyi/çok iyi olanların beslenme puanları, çok kötü/kötü ve orta olanlara göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Okul hemşiresi bulunmayan okullardaki öğrencilerin sağlığı değerlendirme durumuna göre manevi gelişim puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir (χ^2=38,654; p<0,001). Anlamlı farkın hangi gruptan kaynaklandığını tespit etmek için yapılan Bonferroni düzeltmeli ikili karşılaştırmalar sonucunda; çok kötü/kötü ve orta olanlar ile iyi/çok iyi olanlar arasında anlamlı farklılık tespit edilmiştir. İyi/çok iyi olanların manevi gelişim puanları, çok kötü/kötü ve orta olanlara göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Okul hemşiresi bulunmayan okullardaki öğrencilerin sağlığı değerlendirme durumuna göre kişilerarası ilişkiler puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir (χ^2=19,486; p<0,001). Anlamlı farkın hangi gruptan kaynaklandığını tespit etmek için yapılan Bonferroni düzeltmeli ikili karşılaştırmalar sonucunda; çok kötü/kötü olanlar ile orta ve iyi/çok iyi olanlar arasında anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Orta ve iyi/çok iyi olanların kişilerarası ilişkiler puanları, çok kötü/kötü olanlara göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Aynı şekilde, orta olanlar ile iyi/çok iyi olanlar arasında anlamlı farklılık tespit edilmiştir. İyi/çok iyi olanların kişilerarası ilişkiler puanları, orta olanlara göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Okul hemşiresi bulunmayanlarda sağlığı değerlendirme durumuna göre stres yönetimi puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir (χ^2=12,696; p=0,002). Anlamlı farkın hangi gruptan kaynaklandığını tespit etmek için yapılan Bonferroni düzeltmeli ikili karşılaştırmalar sonucunda; çok kötü/kötü olanlar ile iyi/çok iyi olanlar arasında anlamlı farklılık tespit edilmiştir. İyi/çok iyi olanların stres

yönetimi puanları, çok kötü/kötü olanlara göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Okul hemşiresi bulunmayan okullardaki öğrencileri sağlığı değerlendirme durumuna göre SYBDÖ – 2 toplam puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir (χ^2=16,729; p<0,001). Anlamlı farkın hangi gruptan kaynaklandığını tespit etmek için yapılan Bonferroni düzeltmeli ikili karşılaştırmalar sonucunda; çok kötü/kötü ve orta olanlar ile iyi/çok iyi olanlar arasında anlamlı farklılık tespit edilmiştir. İyi/çok iyi olanların SYBDÖ – 2 toplam puanları, çok kötü/kötü olanlara göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Ek-13. Okul Hemşiresi Bulunan/Bulunmayan Okullardaki Öğrencilerin Ders Başarısına Göre SYBDÖ – 2 Alt Boyutu ve Toplam Puanlarının Karşılaştırılması

Ders başarısı / Değişken	Çok kötü/kötü (1) $\bar{X} \pm S.S.$	Çok kötü/kötü (1) Medyan [IQR]	Orta (2) $\bar{X} \pm S.S.$	Orta (2) Medyan [IQR]	İyi/çok iyi (3) $\bar{X} \pm S.S.$	İyi/çok iyi (3) Medyan [IQR]	İstatistiksel analiz* Olasılık
Hemşire var (n=351)							
Sağlık sorumluluğu	20,10±9,30	18,5 [20,0]	25,36±8,06	25,0 [15,5]	28,34±6,11	30,0 [8,8]	χ^2=13,697 **p=0,001 [1,2-3]**
Fiziksel aktivite	18,30±7,14	15,5 [13,8]	22,87±7,05	25,0 [14,0]	25,17±5,56	27,0 [6,0]	χ^2=10,729 **p=0,005 [1-3]**
Beslenme	21,40±7,11	19,0 [12,8]	25,43±7,54	25,0 [14,0]	28,23±6,16	30,0 [8,8]	χ^2=15,128 **p<0,001 [1,2-3]**
Manevi gelişim	23,80±6,97	22,5 [14,3]	27,68±5,85	30,0 [9,5]	29,79±4,52	31,0 [5,0]	χ^2=12,826 **p=0,002 [1-3]**
Kişilerarası ilişkiler	25,70±6,18	26,0 [11,0]	28,00±6,09	30,0 [8,0]	29,32±5,03	31,0 [6,8]	χ^2=5,169 p=0,075
Stres yönetimi	20,00±6,55	19,5 [12,3]	23,41±6,48	26,0 [11,5]	25,41±4,91	27,0 [6,0]	χ^2=8,877 **p=0,012 [1-3]**
SYBDÖ 2 – Toplam	129,30± 41,42	120,5 [87,8]	152,76± 38,66	170,0 [78,5]	166,27± 29,83	177,0 [41,8]	χ^2=13,002 **p=0,002 [1-3]**
Hemşire yok (n=351)							
Sağlık sorumluluğu	18,49±4,28	19,0 [5,0]	17,92±4,70	18,0 [5,5]	19,03±4,52	19,0 [6,0]	χ^2=3,381 p=0,184
Fiziksel aktivite	16,57±3,98	16,0 [5,0]	16,39±4,78	16,0 [6,5]	17,08±4,69	16,0 [6,0]	χ^2=1,214 p=0,545
Beslenme	18,84±4,07	18,0 [6,0]	18,49±4,53	18,0 [6,0]	19,84±3,91	20,0 [5,0]	χ^2=4,742 p=0,093
Manevi gelişim	19,48±4,06	19,0 [5,0]	20,34±5,41	19,0 [7,0]	22,69±5,63	22,0 [8,0]	χ^2=13,780 **p=0,001 [1,2-3]**
Kişilerarası ilişkiler	18,87±4,13	18,0 [5,0]	18,99±4,94	19,0 [5,5]	20,42±4,54	20,0 [6,0]	χ^2=5,626 p=0,060
Stres yönetimi	16,59±3,61	17,0 [5,0]	16,92±4,64	16,0 [5,0]	17,67±3,58	17,0 [5,0]	χ^2=3,582 p=0,167
SYBDÖ 2 – Toplam	108,83± 21,46	107,0 [27,0]	109,06± 25,41	108,0 [34,0]	116,75± 21,16	116,0 [30,0]	χ^2=7,293 **p=0,026 [1,2-3]**

*Normal dağılıma sahip olmayan verilerde üç veya daha fazla bağımsız grubun ölçüm değerleriyle karşılaştırılmasında "Kruskal-Wallis H" test (χ^2-tablo değeri) istatistikleri kullanılmıştır.

Okul hemşiresi bulunan okullardaki öğrencilerin ders başarısına göre sağlık sorumluluğu puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir (χ^2=13,697; p=0,001). Anlamlı farkın hangi gruptan kaynaklandığını tespit etmek için yapılan Bonferroni düzeltmeli ikili karşılaştırmalar sonucunda; çok kötü/kötü ve orta

olanlar ile iyi/çok iyi olanlar arasında anlamlı farklılık tespit edilmiştir. İyi/çok iyi olanların sağlık sorumluluğu puanları, çok kötü/kötü ve orta olanlara göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Okul hemşiresi bulunan okullardaki öğrencilerin ders başarısına göre fiziksel aktivite puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir (χ^2=10,729; p=0,005). Anlamlı farkın hangi gruptan kaynaklandığını tespit etmek için yapılan Bonferroni düzeltmeli ikili karşılaştırmalar sonucunda; çok kötü/kötü olanlar ile iyi/çok iyi olanlar arasında anlamlı farklılık tespit edilmiştir. İyi/çok iyi olanların fiziksel aktivite puanları, çok kötü/kötü olanlara göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Okul hemşiresi bulunan okullardaki öğrencilerin ders başarısına göre beslenme puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir (χ^2=15,128; p<0,001). Anlamlı farkın hangi gruptan kaynaklandığını tespit etmek için yapılan Bonferroni düzeltmeli ikili karşılaştırmalar sonucunda; çok kötü/kötü ve orta olanlar ile iyi/çok iyi olanlar arasında anlamlı farklılık tespit edilmiştir. İyi/çok iyi olanların beslenme puanları, çok kötü/kötü ve orta olanlara göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Okul hemşiresi bulunan okullardaki öğrencilerin ders başarısına göre manevi gelişim puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir (χ^2=12,826; p=0,002). Anlamlı farkın hangi gruptan kaynaklandığını tespit etmek için yapılan Bonferroni düzeltmeli ikili karşılaştırmalar sonucunda; çok kötü/kötü olanlar ile iyi/çok iyi olanlar arasında anlamlı farklılık tespit edilmiştir. İyi/çok iyi olanların manevi gelişim puanları, çok kötü/kötü olanlara göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Okul hemşiresi bulunan okullardaki öğrencilerin ders başarısına göre stres yönetimi puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir (χ^2=8,877; p=0,012).

Anlamlı farkın hangi gruptan kaynaklandığını tespit etmek için yapılan Bonferroni düzeltmeli ikili karşılaştırmalar sonucunda; çok kötü/kötü olanlar ile iyi/çok iyi olanlar arasında anlamlı farklılık tespit edilmiştir. İyi/çok iyi olanların stres yönetimi puanları, çok kötü/kötü olanlara göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Okul hemşiresi bulunan okullardaki öğrencilerin ders başarısına göre SYBDÖ – 2 toplam puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir (χ^2=13,002; p=0,002). Anlamlı farkın hangi gruptan kaynaklandığını tespit etmek için yapılan Bonferroni düzeltmeli ikili karşılaştırmalar sonucunda; çok kötü/kötü olanlar ile iyi/çok iyi olanlar arasında anlamlı farklılık tespit edilmiştir. İyi/çok iyi olanların SYBDÖ – 2 toplam puanları, çok kötü/kötü olanlara göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Okul hemşiresi bulunmayan okullardaki öğrencilerin ders başarısına göre manevi gelişim puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir (χ^2=13,780; p=0,001). Anlamlı farkın hangi gruptan kaynaklandığını tespit etmek için yapılan Bonferroni düzeltmeli ikili karşılaştırmalar sonucunda; çok kötü/kötü ve orta olanlar ile iyi/çok iyi olanlar arasında anlamlı farklılık tespit edilmiştir. İyi/çok iyi olanların manevi gelişim puanları, çok kötü/kötü ve orta olanlara göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Okul hemşiresi bulunmayan okullardaki öğrencilerin ders başarısına göre SYBDÖ – 2 toplam puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir (χ^2=7,293; p=0,026). Anlamlı farkın hangi gruptan kaynaklandığını tespit etmek için yapılan Bonferroni düzeltmeli ikili karşılaştırmalar sonucunda; çok kötü/kötü ve orta olanlar ile iyi/çok iyi olanlar arasında anlamlı farklılık tespit edilmiştir. İyi/çok iyi olanların SYBDÖ – 2 toplam puanları, çok kötü/kötü ve orta olanlara göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Ek-14. Okul Hemşiresi Bulunan/Bulunmayan Okullardaki Öğrencilerin Düzenli Egzersiz Yapma Durumuna Göre SYBDÖ – 2 Alt Boyutu ve Toplam Puanlarının Karşılaştırılması

Düzenli egzersiz yapma / Değişken	Evet $\bar{X} \pm S.S.$	Evet Medyan [IQR]	Hayır $\bar{X} \pm S.S.$	Hayır Medyan [IQR]	İstatistiksel analiz* Olasılık
Hemşire var (n=351)					
Sağlık sorumluluğu	28,54±6,26	31,0 [6,5]	26,92±7,17	29,0 [11,3]	Z=-1,693 p=0,090
Fiziksel aktivite	26,48±4,25	28,0 [5,0]	23,59±6,59	26,0 [11,0]	Z=-3,239 **p=0,001**
Beslenme	28,63±5,63	31,0 [7,5]	26,84±7,06	30,0 [13,0]	Z=-1,713 p=0,087
Manevi gelişim	30,21±3,79	31,0 [5,0]	28,67±5,48	31,0 [8,0]	Z=-1,565 p=0,117
Kişilerarası ilişkiler	30,15±4,34	31,0 [5,0]	28,39±5,67	30,0 [9,0]	Z=-2,271 **p=0,023**
Stres yönetimi	25,91±4,72	28,0 [6,0]	24,31±5,71	26,0 [9,0]	Z=-2,224 **p=0,026**
SYBDÖ 2 – Toplam	169,92±26,20	178,0 [35,0]	158,73±35,45	173,5 [63,0]	Z=-2,254 **p=0,024**
Hemşire yok (n=351)					
Sağlık sorumluluğu	17,66±4,29	19,0 [4,5]	18,45±4,53	18,0 [6,0]	Z=-0,680 p=0,497
Fiziksel aktivite	19,73±5,50	19,0 [7,0]	16,18±4,12	16,0 [5,0]	Z=-4,121 **p<0,001**
Beslenme	19,32±4,50	18,0 [6,5]	18,82±4,23	19,0 [5,3]	Z=-0,413 p=0,680
Manevi gelişim	23,53±6,47	24,0 [11,5]	20,00±4,71	20,0 [6,0]	Z=-3,435 **p<0,001**
Kişilerarası ilişkiler	20,83±5,47	21,0 [7,0]	18,98±4,41	19,0 [5,3]	Z=-2,032 **p=0,042**
Stres yönetimi	18,39±4,37	18,0 [7,0]	16,73±3,98	17,0 [5,0]	Z=-2,304 **p=0,021**
SYBDÖ 2 – Toplam	119,46±25,12	117,0 [40,5]	109,14±22,76	108,0 [28,0]	Z=-2,558 **p=0,011**

*Normal dağılıma sahip olmayan verilerde iki bağımsız grubun ölçüm değerleriyle karşılaştırılmasında "Mann-Whitney U" test (Z-tablo değeri) istatistikleri kullanılmıştır.

Okul hemşiresi bulunan okullardaki öğrencilerin düzenli egzersiz yapma durumuna göre fiziksel aktivite, kişilerarası ilişkiler, stres yönetimi ve SYBDÖ – 2 toplam puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir ($p<0,05$). Okul hemşiresi bulunan okullarda düzenli egzersiz yapanların fiziksel aktivite, kişilerarası ilişkiler, stres yönetimi ve SYBDÖ – 2 toplam puanları, düzenli egzersiz yapmayanlara göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Okul hemşiresi bulunmayan okullardaki öğrencilerin düzenli egzersiz yapma durumuna göre fiziksel aktivite, manevi gelişim, kişilerarası ilişkiler, stres yönetimi ve SYBDÖ – 2 toplam puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir ($p<0,05$). Okul hemşiresi bulunmayan okullardaki öğrencilerin düzenli egzersiz yapanların fiziksel aktivite, manevi gelişim, kişilerarası ilişkiler, stres yönetimi ve SYBDÖ – 2 toplam puanları, düzenli egzersiz yapmayanlara göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Ek-15. Okul Hemşiresi Bulunan/Bulunmayan Okullardaki Öğrencilerin Egzersizin Motive Etme Durumuna Göre SYBDÖ – 2 Alt Boyutu ve Toplam Puanlarının Karşılaştırılması

Egzersizin motive etmesi	Evet		Hayır		İstatistiksel analiz*
Değişken	$\overline{X} \pm S.S.$	Medyan [IQR]	$\overline{X} \pm S.S.$	Medyan [IQR]	Olasılık
Hemşire var (n=351)					
Sağlık sorumluluğu	28,07±6,19	30,0 [9,0]	24,21±9,12	26,5 [17,0]	Z=-2,454 **p=0,014**
Fiziksel aktivite	25,06±5,43	27,0 [7,0]	21,38±8,12	24,0 [15,0]	Z=-2,679 **p=0,007**
Beslenme	27,92±6,24	30,0 [9,0]	24,71±8,14	27,0 [16,0]	Z=-2,360 **p=0,018**
Manevi gelişim	29,42±4,65	31,0 [6,0]	27,65±6,63	30,5 [12,3]	Z=-1,161 p=0,245
Kişilerarası ilişkiler	29,32±4,92	31,0 [6,5]	26,90±6,82	29,0 [10,5]	Z=-2,084 **p=0,037**
Stres yönetimi	25,29±4,91	27,0 [7,0]	22,33±7,18	25,0 [13,3]	Z=-2,641 **p=0,008**
SYBDÖ 2 – Toplam	165,12±29,95	176,0 [42,5]	147,19±43,57	157,5 [88,8]	Z=-2,455 **p=0,014**
Hemşire yok (n=351)					
Sağlık sorumluluğu	17,77±4,28	18,0 [5,0]	19,07±4,96	19,0 [6,0]	Z=-2,707 **p=0,007**
Fiziksel aktivite	16,45±4,45	16,0 [5,0]	16,76±4,45	17,0 [5,0]	Z=-1,192 p=0,233
Beslenme	18,58±3,99	18,0 [5,0]	19,24±4,55	19,0 [6,0]	Z=-1,416 p=0,157
Manevi gelişim	20,54±5,11	20,0 [6,0]	20,25±5,02	20,0 [6,0]	Z=-0,105 p=0,916
Kişilerarası ilişkiler	19,01±4,64	19,0 [5,0]	19,43±4,50	19,0 [5,0]	Z=-1,313 p=0,189
Stres yönetimi	16,68±3,91	17,0 [5,0]	17,21±4,25	17,0 [5,0]	Z=-1,151 p=0,250
SYBDÖ 2 – Toplam	109,04±22,07	106,0 [28,0]	111,97±24,60	112,0 [34,0]	Z=-1,307 p=0,191

*Normal dağılıma sahip olmayan verilerde iki bağımsız grubun ölçüm değerleriyle karşılaştırılmasında "Mann-Whitney U" test (Z-tablo değeri) istatistikleri kullanılmıştır.

Okul hemşiresi bulunan okullardaki öğrencilerin egzersizin motive etmesi durumuna göre sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, beslenme, kişilerarası ilişkiler, stres yönetimi ve SYBDÖ – 2 toplam puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir ($p<0,05$).

Okul hemşiresi bulunan okullardaki öğrencilerin egzersizin motive ettiği kişilerin sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, beslenme, kişilerarası ilişkiler, stres yönetimi ve

SYBDÖ – 2 toplam puanları, egzersizin motive etmediği kişilere göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Okul hemşiresi bulunmayan okullardaki öğrencilerin egzersizin motive etmesi durumuna göre sağlık sorumluluğu puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir (Z=-2,707, p=0,007). Okul hemşiresi bulunmayan okullardaki öğrencilerin egzersizin motive etmediği kişilerin sağlık sorumluluğu puanları, egzersizin motive ettiği kişilere göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Ek-16. Okul Hemşiresi Bulunan/Bulunmayan Okullardaki Öğrencilerin Düzenli Beslenme Programı Durumuna Göre SYBDÖ – 2 Alt Boyutu ve Toplam Puanlarının Karşılaştırılması

Düzenli beslenme programı	Evet		Hayır		İstatistiksel analiz*
Değişken	$\bar{X} \pm S.S.$	Medyan [IQR]	$\bar{X} \pm S.S.$	Medyan [IQR]	Olasılık
Hemşire var (n=351)					
Sağlık sorumluluğu	30,44±4,21	32,0 [4,0]	23,57±7,76	24,0 [14,0]	Z=-8,264 **p<0,001**
Fiziksel aktivite	27,04±3,76	28,0 [4,0]	21,14±6,94	22,0 [13,0]	Z=-7,992 **p<0,001**
Beslenme	30,47±4,09	31,0 [4,0]	23,46±7,31	22,0 [14,0]	Z=-8,636 **p<0,001**
Manevi gelişim	30,84±3,72	32,0 [3,0]	26,95±5,73	28,0 [9,0]	Z=-6,507 **p<0,001**
Kişilerarası ilişkiler	30,79±3,82	32,0 [4,0]	26,54±6,08	27,0 [10,0]	Z=-6,621 **p<0,001**
Stres yönetimi	27,05±3,44	28,0 [4,0]	21,93±6,21	22,0 [11,5]	Z=-7,777 **p<0,001**
SYBDÖ 2 – Toplam	176,65±21,22	182,0 [24,0]	143,58±36,68	142,0 [65,8]	Z=-8,186 **p<0,001**
Hemşire yok (n=351)					
Sağlık sorumluluğu	18,06±4,79	18,0 [6,5]	18,39±4,48	18,0 [6,0]	Z=-0,524 p=0,600
Fiziksel aktivite	17,91±5,23	16,5 [6,8]	16,40±4,30	16,0 [5,0]	Z=-1,760 p=0,078
Beslenme	19,12±4,65	18,0 [6,8]	18,84±4,21	19,0 [5,0]	Z=-0,310 p=0,757
Manevi gelişim	21,54±5,49	20,5 [8,8]	20,25±4,99	20,0 [6,0]	Z=-1,290 p=0,197
Kişilerarası ilişkiler	19,34±4,61	19,5 [5,8]	19,18±4,58	19,0 [6,0]	Z=-0,188 p=0,851
Stres yönetimi	18,00±4,92	17,0 [5,8]	16,76±3,92	17,0 [5,0]	Z=-1,509 p=0,131
SYBDÖ 2 – Toplam	113,97±25,45	108,0 [42,0]	109,83±22,91	109,0 [31,0]	Z=-0,986 p=0,324

*Normal dağılıma sahip olmayan verilerde iki bağımsız grubun ölçüm değerleriyle karşılaştırılmasında "Mann-Whitney U" test (Z-tablo değeri) istatistikleri kullanılmıştır.

Okul hemşiresi bulunan okullardaki öğrencilerin düzenli beslenme programı olması durumuna göre sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, beslenme, manevi gelişim, kişilerarası ilişkiler, stres yönetimi ve SYBDÖ – 2 toplam puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir ($p<0,05$). Okul hemşiresi bulunan okullardaki öğrencilerin düzenli beslenme programı olanların sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, beslenme, manevi gelişim, kişilerarası ilişkiler, stres yönetimi ve

SYBDÖ – 2 toplam puanları, düzenli beslenme programı olmayanlara göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Okul hemşiresi bulunmayan okullardaki öğrencilerin düzenli beslenme programı olması durumuna göre ölçek alt boyutu ve toplam puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktur ($p>0,05$).

Ek-17. Okul Hemşiresi Bulunan/Bulunmayan Okullardaki Öğrencilerin Besin Gruplarına Dikkat Etme Durumuna Göre SYBDÖ – 2 Alt Boyutu ve Toplam Puanlarının Karşılaştırılması

Besin gruplarına dikkat etme / Değişken	Evet		Hayır		İstatistiksel analiz* Olasılık
	$\bar{X} \pm S.S.$	Medyan [IQR]	$\bar{X} \pm S.S.$	Medyan [IQR]	
Hemşire var (n=351)					
Sağlık sorumluluğu	29,50±5,26	31,0 [5,0]	25,44±8,02	28,0 [14,0]	Z=-4,405 **p<0,001**
Fiziksel aktivite	26,45±4,14	28,0 [4,0]	22,52±7,29	25,0 [14,0]	Z=-4,428 **p<0,001**
Beslenme	29,35±5,20	31,0 [5,0]	25,45±7,64	28,0 [14,0]	Z=-4,505 **p<0,001**
Manevi gelişim	30,63±3,69	32,0 [4,0]	27,91±5,89	30,0 [10,0]	Z=-3,979 **p<0,001**
Kişilerarası ilişkiler	30,51±3,81	31,0 [5,0]	27,64±6,26	29,0 [10,0]	Z=-3,722 **p<0,001**
Stres yönetimi	26,42±4,02	28,0 [4,3]	23,32±6,38	25,0 [11,0]	Z=-4,114 **p<0,001**
SYBDÖ 2 – Toplam	172,88±23,97	179,0 [29,3]	152,29±38,83	164,0 [71,0]	Z=-4,546 **p<0,001**
Hemşire yok (n=351)					
Sağlık sorumluluğu	17,56±4,70	18,0 [6,0]	18,39±4,34	18,0 [6,0]	Z=-1,208 p=0,227
Fiziksel aktivite	18,45±5,93	18,0 [8,5]	16,19±4,02	16,0 [5,0]	Z=-2,502 **p=0,012**
Beslenme	19,26±4,81	19,0 [7,0]	18,74±4,12	19,0 [5,0]	Z=-0,682 p=0,495
Manevi gelişim	22,49±6,21	21,0 [9,5]	19,96±4,70	20,0 [6,0]	Z=-2,638 **p=0,008**
Kişilerarası ilişkiler	20,28±5,89	19,0 [7,0]	18,94±4,23	19,0 [5,0]	Z=-0,980 p=0,327
Stres yönetimi	18,24±4,49	18,0 [5,5]	16,62±3,90	16,0 [5,0]	Z=-2,756 **p=0,006**
SYBDÖ 2 – Toplam	116,30±25,72	114,0 [40,0]	108,86±22,31	108,0 [28,0]	Z=-2,000 **p=0,045**

*Normal dağılıma sahip olmayan verilerde iki bağımsız grubun ölçüm değerleriyle karşılaştırılmasında "Mann-Whitney U" test (Z-tablo değeri) istatistikleri kullanılmıştır.

Okul hemşiresi bulunan okullardaki öğrencilerin besin gruplarına dikkat etme durumuna göre sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, beslenme, manevi gelişim, kişilerarası ilişkiler, stres yönetimi ve SYBDÖ – 2 toplam puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir ($p<0,05$). Okul hemşiresi bulunan okullardaki öğrencilerin besin gruplarına dikkat edenlerin sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, beslenme, manevi gelişim, kişilerarası ilişkiler, stres yönetimi ve SYBDÖ –

2 toplam puanları, besin gruplarına dikkat etmeyenlere göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Okul hemşiresi bulunmayan okullardaki öğrencilerin besin gruplarına dikkat etme durumuna göre fiziksel aktivite, manevi gelişim, stres yönetimi ve SYBDÖ – 2 toplam puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir ($p<0,05$). Okul hemşiresi bulunmayan okullardaki öğrencilerin besin gruplarına dikkat edenlerin fiziksel aktivite, manevi gelişim, stres yönetimi ve SYBDÖ – 2 toplam puanları, besin gruplarına dikkat etmeyenlere göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Ek-18. Okul Hemşiresi Bulunan/Bulunmayan Okullardaki Öğrencilerin Düzenli Kahvaltı Yapma Durumuna Göre SYBDÖ – 2 Alt Boyutu ve Toplam Puanlarının Karşılaştırılması

Düzenli kahvaltı / Değişken	Evet (1)		Hayır (2)		Bazen (3)		İstatistiksel analiz* Olasılık
	$\bar{X} \pm S.S.$	Medyan [IQR]	$\bar{X} \pm S.S.$	Medyan [IQR]	$\bar{X} \pm S.S.$	Medyan [IQR]	
Hemşire var (n=351)							
Sağlık sorumluluğu	27,94±6,57	30,0 [9,0]	21,58±7,48	22,0 [13,0]	28,71±6,21	31,0 [7,0]	χ^2=34,180 **p<0,001 [2-1,3]**
Fiziksel aktivite	24,67±5,95	27,0 [7,3]	20,90±6,36	22,0 [11,0]	25,31±5,92	28,0 [6,0]	χ^2=20,950 **p<0,001 [2-1,3]**
Beslenme	27,98±6,15	30,0 [9,0]	21,70±6,71	19,5 [10,8]	28,54±6,42	31,0 [6,5]	χ^2=35,314 **p<0,001 [2-1,3]**
Manevi gelişim	29,23±5,22	31,0 [7,0]	25,54±4,86	26,0 [8,8]	30,16±4,51	31,0 [6,0]	χ^2=32,221 **p<0,001 [2-1,3]**
Kişilerarası ilişkiler	28,77±5,94	31,0 [7,0]	25,54±4,65	25,0 [7,8]	30,15±4,41	31,0 [7,0]	χ^2=30,103 **p<0,001 [2-1,3]**
Stres yönetimi	24,86±5,58	26,0 [7,0]	21,14±5,94	21,0 [11,8]	25,88±4,74	28,0 [5,0]	χ^2=22,585 **p<0,001 [2-1,3]**
SYBDÖ 2 – Toplam	163,45± 33,43	175,0 [43,8]	136,42± 31,31	132,5 [56,3]	168,76± 30,13	180,0 [37,0]	χ^2=33,869 **p<0,001 [2-1,3]**
Hemşire yok (n=351)							
Sağlık sorumluluğu	17,58±5,24	17,5 [6,0]	18,51±4,20	18,0 [5,3]	18,58±4,44	19,0 [5,0]	χ^2=2,689 p=0,261
Fiziksel aktivite	16,86±5,02	16,0 [8,0]	16,33±4,09	16,0 [5,0]	16,77±4,57	16,0 [5,0]	χ^2=0,329 p=0,848
Beslenme	19,51±4,31	19,0 [6,3]	18,65±4,17	18,0 [6,4]	18,80±4,33	19,0 [5,0]	χ^2=1,359 p=0,507
Manevi gelişim	23,29±5,54	23,0 [8,0]	19,46±4,23	19,0 [6,0]	20,00±5,20	19,0 [6,0]	χ^2=24,832 **p<0,001 [1-2,3]**
Kişilerarası ilişkiler	20,57±5,32	20,5 [5,3]	18,79±4,13	19,0 [5,3]	18,94±4,56	19,0 [5,0]	χ^2=6,314 **p=0,043 [1-2,3]**
Stres yönetimi	17,89±3,99	17,5 [5,3]	16,60±3,75	17,0 [5,0]	16,78±4,45	16,0 [5,0]	χ^2=5,120 p=0,077
SYBDÖ 2 – Toplam	115,70± 23,41	112,0 [31,5]	108,35± 21,91	108,0 [33,3]	109,88± 24,54	108,0 [28,0]	χ^2=3,705 p=0,157

*Normal dağılıma sahip olmayan verilerde üç veya daha fazla bağımsız grubun ölçüm değerleriyle karşılaştırılmasında "Kruskal-Wallis H" test (χ^2-tablo değeri) istatistikleri kullanılmıştır. 1=evet, 2=hayır, 3=bazen şeklindedir.

Okul hemşiresi bulunan okullardaki öğrencilerin düzenli kahvaltı durumuna göre sağlık sorumluluğu puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit

edilmiştir (χ^2=34,180; p<0,001). Anlamlı farkın hangi gruptan kaynaklandığını tespit etmek için yapılan Bonferroni düzeltmeli ikili karşılaştırmalar sonucunda; düzenli kahvaltı yapanlar ve bazen düzenli kahvaltı yapanlar ile düzenli kahvaltı yapmayanlar arasında anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Düzenli kahvaltı yapanlar ve bazen düzenli kahvaltı yapanların sağlık sorumluluğu puanları, düzenli kahvaltı yapmayanlara göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Okul hemşiresi bulunan okullardaki öğrencilerin düzenli kahvaltı durumuna göre fiziksel aktivite puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir (χ^2=20,950; p<0,001). Anlamlı farkın hangi gruptan kaynaklandığını tespit etmek için yapılan Bonferroni düzeltmeli ikili karşılaştırmalar sonucunda; düzenli kahvaltı yapanlar ve bazen düzenli kahvaltı yapanlar ile düzenli kahvaltı yapmayanlar arasında anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Düzenli kahvaltı yapanlar ve bazen düzenli kahvaltı yapanların fiziksel aktivite puanları, düzenli kahvaltı yapmayanlara göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Okul hemşiresi bulunan okullardaki öğrencilerin düzenli kahvaltı durumuna göre beslenme puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir (χ^2=35,314; p<0,001). Anlamlı farkın hangi gruptan kaynaklandığını tespit etmek için yapılan Bonferroni düzeltmeli ikili karşılaştırmalar sonucunda; düzenli kahvaltı yapanlar ve bazen düzenli kahvaltı yapanlar ile düzenli kahvaltı yapmayanlar arasında anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Düzenli kahvaltı yapanlar ve bazen düzenli kahvaltı yapanların beslenme puanları, düzenli kahvaltı yapmayanlara göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Okul hemşiresi bulunan okullardaki öğrencilerin düzenli kahvaltı durumuna göre manevi gelişim puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir (χ^2=32,221; p<0,001). Anlamlı farkın hangi gruptan kaynaklandığını tespit etmek için yapılan Bonferroni düzeltmeli ikili karşılaştırmalar sonucunda; düzenli kahvaltı yapanlar ve bazen düzenli kahvaltı yapanlar ile düzenli kahvaltı yapmayanlar arasında anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Düzenli kahvaltı yapanlar ve bazen düzenli kahvaltı yapanların manevi gelişim puanları, düzenli kahvaltı yapmayanlara göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Okul hemşiresi bulunan okullardaki öğrencilerin düzenli kahvaltı durumuna göre kişilerarası ilişkiler puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir (χ^2=30,103; p<0,001). Anlamlı farkın hangi gruptan kaynaklandığını tespit etmek için yapılan Bonferroni düzeltmeli ikili karşılaştırmalar sonucunda; düzenli kahvaltı yapanlar ve bazen düzenli kahvaltı yapanlar ile düzenli kahvaltı yapmayanlar arasında anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Düzenli kahvaltı yapanlar ve bazen düzenli kahvaltı yapanların kişilerarası ilişkiler puanları, düzenli kahvaltı yapmayanlara göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Okul hemşiresi bulunan okullardaki öğrencilerin düzenli kahvaltı durumuna göre stres yönetimi puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir (χ^2=22,585; p<0,001). Anlamlı farkın hangi gruptan kaynaklandığını tespit etmek için yapılan Bonferroni düzeltmeli ikili karşılaştırmalar sonucunda; düzenli kahvaltı yapanlar ve bazen düzenli kahvaltı yapanlar ile düzenli kahvaltı yapmayanlar arasında anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Düzenli kahvaltı yapanlar ve bazen düzenli kahvaltı yapanların stres yönetimi puanları, düzenli kahvaltı yapmayanlara göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Okul hemşiresi bulunan okullardaki öğrencilerin düzenli kahvaltı durumuna göre SYBDÖ – 2 toplam puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir (χ^2=33,869; p<0,001). Anlamlı farkın hangi gruptan kaynaklandığını tespit etmek için yapılan Bonferroni düzeltmeli ikili karşılaştırmalar sonucunda; düzenli kahvaltı yapanlar ve bazen düzenli kahvaltı yapanlar ile düzenli kahvaltı yapmayanlar arasında anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Düzenli kahvaltı yapanlar ve bazen düzenli kahvaltı yapanların SYBDÖ – 2 toplam puanları, düzenli kahvaltı yapmayanlara göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Okul hemşiresi bulunmayan okullardaki öğrencilerin düzenli kahvaltı durumuna göre manevi gelişim puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir (χ^2=24,832; p<0,001). Anlamlı farkın hangi gruptan kaynaklandığını tespit etmek için yapılan Bonferroni düzeltmeli ikili karşılaştırmalar sonucunda; düzenli kahvaltı yapanlar ile düzenli kahvaltı yapmayanlar ve bazen düzenli kahvaltı yapanlar arasında anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Düzenli kahvaltı yapanların manevi gelişim puanları, düzenli kahvaltı yapmayanlara ve bazen düzenli kahvaltı yapanlara göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Okul hemşiresi bulunmayan okullardaki öğrencilerin düzenli kahvaltı durumuna göre kişilerarası ilişkiler puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir (χ^2=6,314; p=0,043). Anlamlı farkın hangi gruptan kaynaklandığını tespit etmek için yapılan Bonferroni düzeltmeli ikili karşılaştırmalar sonucunda; düzenli kahvaltı yapanlar ile düzenli kahvaltı yapmayanlar ve bazen düzenli kahvaltı yapanlar arasında anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Düzenli kahvaltı yapanların kişilerarası ilişkiler puanları, düzenli kahvaltı yapmayanlara ve bazen düzenli kahvaltı yapanlara göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Ek-19. Okul Hemşiresi Bulunan/Bulunmayan Okullardaki Öğrencilerin Günlük İnternet Kullanım Süresine Göre SYBDÖ – 2 Alt Boyutu ve Toplam Puanlarının Karşılaştırılması

Günlük internet Değişken	≤1 saat (1)		2-4 saat (2)		≥5 saat (3)		İstatistikse l analiz* Olasılık
	$\bar{X} \pm S.S.$	Medya n [IQR]	$\bar{X} \pm S.S.$	Medya n [IQR]	$\bar{X} \pm S.S.$	Medya n [IQR]	
Hemşire var (n=351)							
Sağlık sorumluluğ u	27,52±5,1 6	29,0 [8,0]	28,25±6,6 1	31,0 [8,0]	24,73±7,6 7	27,0 [14,0]	χ^2=15,356 **p<0,001 [2-3]**
Fiziksel aktivite	23,47±5,7 4	25,0 [10,0]	25,14±5,8 3	27,0 [6,0]	22,41±6,7 4	24,0 [13,0]	χ^2=11,940 **p=0,003 [2-3]**
Beslenme	26,63±5,7 7	27,0 [10,0]	28,22±6,4 5	31,0 [8,3]	24,89±7,1 4	26,0 [13,0]	χ^2=15,301 **p<0,001 [2-3]**
Manevi gelişim	28,15±5,8 4	31,0 [12,0]	29,84±4,6 6	31,0 [5,0]	27,12±5,6 4	28,0 [9,3]	χ^2=14,571 **p<0,001 [2-3]**
Kişilerarası ilişkiler	27,36±5,9 0	29,0 [9,0]	29,69±4,9 7	31,0 [6,0]	26,82±5,8 5	27,0 [9,0]	χ^2=17,881 **p<0,001 [2-3]**
Stres yönetimi	24,84±5,7 1	26,0 [9,0]	25,41±5,1 0	27,0 [6,0]	22,79±6,1 3	23,0 [12,0]	χ^2=10,167 **p=0,006 [2-3]**
SYBDÖ 2 – Toplam	158,00± 32,40	166,0 [55,0]	166,57± 31,50	178,0 [41,3]	148,78± 35,96	153,5 [67,5]	χ^2=15,182 **p<0,001 [2-3]**
Hemşire yok (n=351)							
Sağlık sorumluluğ u	16,70±6,1 4	17,0 [10,8]	18,76±4,3 5	19,0 [5,0]	18,30±4,4 9	18,0 [6,0]	χ^2=1,384 p=0,501
Fiziksel aktivite	16,10±4,3 8	16,5 [6,0]	17,09±4,6 4	17,0 [5,5]	16,47±4,4 0	16,0 [5,0]	χ^2=1,537 p=0,464
Beslenme	19,00±3,3 6	18,5 [6,3]	19,19±3,9 8	19,0 [5,5]	18,78±4,3 7	19,0 [5,8]	χ^2=0,414 p=0,813
Manevi gelişim	20,90±4,8 9	20,0 [8,8]	22,17±4,9 3	21,0 [7,0]	19,88±5,0 1	19,0 [6,0]	χ^2=12,136 **p=0,002 [2-3]**
Kişilerarası ilişkiler	19,60±4,4 5	19,5 [6,0]	19,62±4,4 3	19,0 [5,0]	19,07±4,6 3	19,0 [5,0]	χ^2=1,273 p=0,529
Stres yönetimi	17,60±3,6 6	17,0 [4,8]	17,07±4,5 9	17,0 [6,0]	16,85±3,9 4	17,0 [5,0]	χ^2=0,367 p=0,832
SYBDÖ 2 – Toplam	110,90± 20,02	105,5 [22,8]	113,90± 22,69	112,0 [31,0]	109,36± 23,49	108,0 [32,0]	χ^2=1,662 p=0,436

*Normal dağılıma sahip olmayan verilerde üç veya daha fazla bağımsız grubun ölçüm değerleriyle karşılaştırılmasında "Kruskal-Wallis H" test (χ^2-tablo değeri) istatistikleri kullanılmıştır.

Okul hemşiresi bulunan okullardaki öğrencilerin günlük internet kullanım süresine göre sağlık sorumluluğu puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit

edilmiştir (χ^2=15,356; p<0,001). Anlamlı farkın hangi gruptan kaynaklandığını tespit etmek için yapılan Bonferroni düzeltmeli ikili karşılaştırmalar sonucunda; 2-4 saat internet kullananlar ile 5 saat ve üzeri internet kullananlar arasında anlamlı farklılık tespit edilmiştir. 2-4 saat internet kullananların sağlık sorumluluğu puanları, 5 saat ve üzeri internet kullananlara göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Okul hemşiresi bulunan okullardaki öğrencilerin günlük internet kullanım süresine göre fiziksel aktivite puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir (χ^2=11,940; p=0,003). Anlamlı farkın hangi gruptan kaynaklandığını tespit etmek için yapılan Bonferroni düzeltmeli ikili karşılaştırmalar sonucunda; 2-4 saat internet kullananlar ile 5 saat ve üzeri internet kullananlar arasında anlamlı farklılık tespit edilmiştir. 2-4 saat internet kullananların fiziksel aktivite puanları, 5 saat ve üzeri internet kullananlara göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Okul hemşiresi bulunan okullardaki öğrencilerin günlük internet kullanım süresine göre beslenme puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir (χ^2=15,301; p<0,001). Anlamlı farkın hangi gruptan kaynaklandığını tespit etmek için yapılan Bonferroni düzeltmeli ikili karşılaştırmalar sonucunda; 2-4 saat internet kullananlar ile 5 saat ve üzeri internet kullananlar arasında anlamlı farklılık tespit edilmiştir. 2-4 saat internet kullananların beslenme puanları, 5 saat ve üzeri internet kullananlara göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Okul hemşiresi bulunan okullardaki öğrencilerin günlük internet kullanım süresine göre manevi gelişim puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir (χ^2=14,571; p<0,001). Anlamlı farkın hangi gruptan kaynaklandığını tespit etmek için yapılan Bonferroni düzeltmeli ikili karşılaştırmalar sonucunda; 2-4 saat internet kullananlar ile 5 saat ve üzeri internet kullananlar arasında anlamlı farklılık tespit edilmiştir. 2-4 saat internet kullananların manevi gelişim puanları, 5 saat ve üzeri internet kullananlara göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Okul hemşiresi bulunan okullardaki öğrencilerin günlük internet kullanım süresine göre kişilerarası ilişkiler puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir (χ^2=17,881; p<0,001). Anlamlı farkın hangi gruptan kaynaklandığını tespit etmek için yapılan Bonferroni düzeltmeli ikili karşılaştırmalar sonucunda; 2-4 saat internet kullananlar ile 5 saat ve üzeri internet kullananlar arasında anlamlı farklılık

tespit edilmiştir. 2-4 saat internet kullananların kişilerarası ilişkiler puanları, 5 saat ve üzeri internet kullananlara göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Okul hemşiresi bulunan okullardaki öğrencilerin günlük internet kullanım süresine göre stres yönetimi puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir (χ^2=10,167; p=0,006). Anlamlı farkın hangi gruptan kaynaklandığını tespit etmek için yapılan Bonferroni düzeltmeli ikili karşılaştırmalar sonucunda; 2-4 saat internet kullananlar ile 5 saat ve üzeri internet kullananlar arasında anlamlı farklılık tespit edilmiştir. 2-4 saat internet kullananların stres yönetimi puanları, 5 saat ve üzeri internet kullananlara göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Okul hemşiresi bulunan okullardaki öğrencilerin günlük internet kullanım süresine göre SYBDÖ – 2 toplam puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir (χ^2=15,182; p<0,001). Anlamlı farkın hangi gruptan kaynaklandığını tespit etmek için yapılan Bonferroni düzeltmeli ikili karşılaştırmalar sonucunda; 2-4 saat internet kullananlar ile 5 saat ve üzeri internet kullananlar arasında anlamlı farklılık tespit edilmiştir. 2-4 saat internet kullananların SYBDÖ – 2 toplam puanları, 5 saat ve üzeri internet kullananlara göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Okul hemşiresi bulunmayan okullardaki öğrencilerin günlük internet kullanım süresine göre manevi gelişim puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir (χ^2=12,136; p=0,002). Anlamlı farkın hangi gruptan kaynaklandığını tespit etmek için yapılan Bonferroni düzeltmeli ikili karşılaştırmalar sonucunda; 2-4 saat internet kullananlar ile 5 saat ve üzeri internet kullananlar arasında anlamlı farklılık tespit edilmiştir. 2-4 saat internet kullananların manevi gelişim puanları, 5 saat ve üzeri internet kullananlara göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Ek-20. Okul Hemşiresi Bulunan/Bulunmayan Okullardaki Öğrencilerin Çevreden Fikir Alma Durumuna Göre SYBDÖ – 2 Alt Boyutu ve Toplam Puanlarının Karşılaştırılması

Çevreden fikir alma Değişken	Evet (1)		Hayır (2)		Bazen (3)		İstatistiksel analiz* Olasılık
	$\bar{X} \pm S.S.$	Medyan [IQR]	$\bar{X} \pm S.S.$	Medyan [IQR]	$\bar{X} \pm S.S.$	Medyan [IQR]	
Hemşire var (n=351)							
Sağlık sorumluluğu	28,46±5,88	30,0 [7,8]	23,67±8,48	26,0 [16,3]	26,56±7,74	29,0 [14,0]	χ^2=8,675 **p=0,013 [1-2]**
Fiziksel aktivite	25,30±5,31	27,0 [6,0]	20,76±7,34	23,0 [13,3]	23,86±6,74	26,0 [11,0]	χ^2=10,044 **p=0,007 [2-1,3]**
Beslenme	28,08±6,23	30,0 [7,8]	24,56±6,32	25,5 [13,3]	26,85±7,14	30,0 [13,0]	χ^2=5,249 p=0,072
Manevi gelişim	29,76±4,58	31,0 [6,0]	26,20±5,44	27,0 [11,3]	28,78±5,55	31,0 [8,0]	χ^2=11,003 **p=0,004 [2-1,3]**
Kişilerarası ilişkiler	29,69±4,71	31,0 [6,0]	25,74±6,50	27,0 [12,3]	28,39±5,78	30,0 [9,0]	χ^2=10,662 **p=0,005 [1-2]**
Stres yönetimi	25,56±5,06	27,0 [6,0]	22,03±6,48	24,0 [12,5]	24,14±5,65	26,0 [9,5]	χ^2=10,251 **p=0,006 [1-2]**
SYBDÖ 2 – Toplam	166,84± 29,45	177,0 [39,0]	142,96± 38,87	152,0 [75,5]	158,58± 36,20	170,0 [63,5]	χ^2=10,457 **p=0,005 [1-2]**
Hemşire yok (n=351)							
Sağlık sorumluluğu	17,91±4,77	19,0 [5,0]	18,52±4,44	19,0 [6,0]	18,29±4,52	18,0 [6,0]	χ^2=0,740 p=0,691
Fiziksel aktivite	16,66±4,99	16,0 [8,0]	16,57±4,22	16,0 [5,0]	16,59±4,57	16,0 [5,0]	χ^2=0,098 p=0,952
Beslenme	19,41±4,59	20,0 [6,0]	18,69±3,98	18,0 [5,0]	18,90±4,56	18,0 [7,0]	χ^2=1,014 p=0,602
Manevi gelişim	22,20±5,56	22,0 [7,0]	19,83±4,67	19,0 [6,0]	20,45±5,26	20,0 [7,0]	χ^2=9,823 **p=0,007 [1-2]**
Kişilerarası ilişkiler	20,81±5,11	21,0 [7,0]	18,93±4,39	19,0 [5,0]	18,77±4,44	18,0 [5,0]	χ^2=6,767 **p=0,034 [1-2,3]**
Stres yönetimi	17,74±4,22	17,0 [6,0]	16,83±3,93	17,0 [5,0]	16,61±4,20	16,0 [5,0]	χ^2=2,570 p=0,277
SYBDÖ 2 – Toplam	114,74± 23,29	113,0 [31,0]	109,38± 22,85	108,0 [25,0]	109,62± 23,89	109,0 [31,0]	χ^2=2,670 p=0,263

*Normal dağılıma sahip olmayan verilerde üç veya daha fazla bağımsız grubun ölçüm değerleriyle karşılaştırılmasında "Kruskal-Wallis H" test (χ^2-tablo değeri) istatistikleri kullanılmıştır.

Okul hemşiresi bulunan okullardaki öğrencilerin çevreden fikir alma durumuna göre sağlık sorumluluğu puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir (χ^2=8,675; p=0,013).

Anlamlı farkın hangi gruptan kaynaklandığını tespit etmek için yapılan Bonferroni düzeltmeli ikili karşılaştırmalar sonucunda; çevreden fikir alanlar ile çevreden fikir almayanlar arasında anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Çevreden fikir alanların sağlık sorumluluğu puanları, çevreden fikir almayanlara göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Okul hemşiresi bulunan okullardaki öğrencilerin çevreden fikir alma durumuna göre fiziksel aktivite puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir (χ^2=10,044; p=0,007). Anlamlı farkın hangi gruptan kaynaklandığını tespit etmek için yapılan Bonferroni düzeltmeli ikili karşılaştırmalar sonucunda; çevreden fikir alanlar ve bazen fikir alanlar ile çevreden fikir almayanlar arasında anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Çevreden fikir alanların ve bazen fikir alanların fiziksel aktivite puanları, çevreden fikir almayanlara göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Okul hemşiresi bulunan okullardaki öğrencilerin çevreden fikir alma durumuna göre manevi gelişim puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir (χ^2=11,003; p=0,004). Anlamlı farkın hangi gruptan kaynaklandığını tespit etmek için yapılan Bonferroni düzeltmeli ikili karşılaştırmalar sonucunda; çevreden fikir alanlar ve bazen fikir alanlar ile çevreden fikir almayanlar arasında anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Çevreden fikir alanların ve bazen fikir alanların manevi gelişim puanları, çevreden fikir almayanlara göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Okul hemşiresi bulunan okullardaki öğrencilerin çevreden fikir alma durumuna göre kişilerarası ilişkiler puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir (χ^2=10,662; p=0,005). Anlamlı farkın hangi gruptan kaynaklandığını tespit etmek için yapılan Bonferroni düzeltmeli ikili karşılaştırmalar sonucunda; çevreden fikir alanlar ile çevreden fikir almayanlar arasında anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Çevreden fikir alanların kişilerarası ilişkiler puanları, çevreden fikir almayanlara göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Okul hemşiresi bulunan okullardaki öğrencilerin çevreden fikir alma durumuna göre stres yönetimi puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir (χ^2=10,251; p=0,006). Anlamlı farkın hangi gruptan kaynaklandığını tespit etmek için yapılan Bonferroni düzeltmeli ikili karşılaştırmalar sonucunda; çevreden fikir alanlar ile çevreden fikir almayanlar arasında anlamlı farklılık tespit edilmiştir.

Çevreden fikir alanların stres yönetimi puanları, çevreden fikir almayanlara göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Okul hemşiresi bulunan okullardaki öğrencilerin çevreden fikir alma durumuna göre SYBDÖ – 2 toplam puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir (χ^2=10,457; p=0,005). Anlamlı farkın hangi gruptan kaynaklandığını tespit etmek için yapılan Bonferroni düzeltmeli ikili karşılaştırmalar sonucunda; çevreden fikir alanlar ile çevreden fikir almayanlar arasında anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Çevreden fikir alanların SYBDÖ – 2 toplam puanları, çevreden fikir almayanlara göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Okul hemşiresi bulunmayan okullardaki öğrencilerin çevreden fikir alma durumuna göre manevi gelişim puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir (χ^2=9,823; p=0,007). Anlamlı farkın hangi gruptan kaynaklandığını tespit etmek için yapılan Bonferroni düzeltmeli ikili karşılaştırmalar sonucunda; çevreden fikir alanlar ile çevreden fikir almayanlar arasında anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Çevreden fikir alanların manevi gelişim puanları, çevreden fikir almayanlara göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Okul hemşiresi bulunmayan okullardaki öğrencilerin çevreden fikir alma durumuna göre kişilerarası ilişkiler puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir (χ^2=6,767; p=0,034). Anlamlı farkın hangi gruptan kaynaklandığını tespit etmek için yapılan Bonferroni düzeltmeli ikili karşılaştırmalar sonucunda; çevreden fikir alanlar ile çevreden fikir almayanlar ve bazen fikir alanlar arasında anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Çevreden fikir alanların kişilerarası ilişkiler puanları, çevreden fikir almayanlara ve bazen fikir alanlara göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Ek-21. Okul Hemşiresi Bulunan/Bulunmayan Okullardaki Öğrencilerin Stresli Durumlarda Çevreden Destek Almaya Göre SYBDÖ – 2 Alt Boyutu ve Toplam Puanlarının Karşılaştırılması

Streste destek / Değişken	Evet (1)		Hayır (2)		Bazen (3)		İstatistiksel analiz* Olasılık
	$\bar{X} \pm S.S.$	Medyan [IQR]	$\bar{X} \pm S.S.$	Medyan [IQR]	$\bar{X} \pm S.S.$	Medyan [IQR]	
Hemşire var (n=351)							
Sağlık sorumluluğu	29,16±5,73	31,0 [6,0]	20,42±6,95	19,0 [11,5]	27,56±6,90	30,0 [11,0]	χ^2=52,615 **p<0,001 [2-1,3]**
Fiziksel aktivite	25,81±5,39	28,0 [6,0]	18,76±6,39	16,0 [10,0]	24,63±5,84	26,0 [6,5]	χ^2=43,344 **p<0,001 [2-1,3]**
Beslenme	28,96±6,03	31,0 [6,5]	21,20±6,05	20,0 [9,5]	27,45±6,56	30,0 [11,5]	χ^2=49,546 **p<0,001 [2-1,3]**
Manevi gelişim	30,31±4,41	32,0 [5,5]	23,92±5,58	23,0 [9,0]	29,42±4,56	31,0 [6,0]	χ^2=48,501 **p<0,001 [2-1,3]**
Kişilerarası ilişkiler	30,45±3,91	31,0 [5,0]	22,42±6,19	22,0 [9,0]	29,21±5,03	31,0 [7,5]	χ^2=58,414 **p<0,001 [2-1,3]**
Stres yönetimi	25,92±4,75	27,0 [5,0]	19,12±5,88	18,0 [10,0]	25,33±4,97	27,0 [6,0]	χ^2=48,625 **p<0,001 [2-1,3]**
SYBDÖ 2 – Toplam	170,60± 27,98	180,0 [36,5]	125,85± 33,34	118,0 [58,0]	163,62± 31,45	177,0 [45,0]	χ^2=57,944 **p<0,001 [2-1,3]**
Hemşire yok (n=351)							
Sağlık sorumluluğu	18,11±3,63	18,0 [4,5]	18,34±4,81	18,0 [6,0]	18,51±4,31	19,0 [6,0]	χ^2=0,327 p=0,849
Fiziksel aktivite	16,78±4,03	16,0 [4,3]	16,39±4,49	16,0 [5,0]	16,91±4,60	16,0 [5,0]	χ^2=1,140 p=0,566
Beslenme	19,13±4,26	19,0 [5,0]	18,76±4,38	18,0 [5,0]	18,96±3,99	19,0 [6,0]	χ^2=0,421 p=0,810
Manevi gelişim	21,79±5,63	21,0 [7,3]	19,79±4,58	19,0 [6,0]	21,00±5,55	20,0 [6,0]	χ^2=5,437 p=0,066
Kişilerarası ilişkiler	20,89±5,08	20,0 [5,5]	18,60±4,54	18,0 [5,0]	19,56±4,08	20,0 [5,0]	χ^2=10,967 **p=0,004 [2-1,3]**
Stres yönetimi	17,59±4,15	17,0 [5,0]	16,42±4,01	16,0 [5,0]	18,64±4,06	18,0 [5,0]	χ^2=7,349 **p=0,025 [2-3]**
SYBDÖ 2 – Toplam	114,29± 21,56	112,0 [30,5]	108,33± 23,72	106,0 [28,8]	112,59± 22,87	114,0 [31,0]	χ^2=5,114 p=0,078

*Normal dağılıma sahip olmayan verilerde üç veya daha fazla bağımsız grubun ölçüm değerleriyle karşılaştırılmasında "Kruskal-Wallis H" test (χ^2-tablo değeri) istatistikleri kullanılmıştır.

Okul hemşiresi bulunan okullardaki öğrencilerin streste çevreden destek alma durumuna göre sağlık sorumluluğu puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir (χ^2=52,615; p<0,001). Anlamlı farkın hangi gruptan kaynaklandığını tespit etmek için yapılan Bonferroni düzeltmeli ikili karşılaştırmalar sonucunda; streste destek alanlar ve bazen destek alanlar ile destek almayanlar arasında anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Streste çevreden destek alanların ve bazen

destek alanların sağlık sorumluluğu puanları, streste çevreden destek almayanlara göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Okul hemşiresi bulunan okullardaki öğrencilerin streste çevreden destek alma durumuna göre fiziksel aktivite puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir (χ^2=43,344; p<0,001). Anlamlı farkın hangi gruptan kaynaklandığını tespit etmek için yapılan Bonferroni düzeltmeli ikili karşılaştırmalar sonucunda; streste destek alanlar ve bazen destek alanlar ile destek almayanlar arasında anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Streste çevreden destek alanların ve bazen destek alanların fiziksel aktivite puanları, streste çevreden destek almayanlara göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Okul hemşiresi bulunan okullardaki öğrencilerin streste çevreden destek alma durumuna göre beslenme puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir (χ^2=49,546; p<0,001). Anlamlı farkın hangi gruptan kaynaklandığını tespit etmek için yapılan Bonferroni düzeltmeli ikili karşılaştırmalar sonucunda; streste destek alanlar ve bazen destek alanlar ile destek almayanlar arasında anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Streste çevreden destek alanların ve bazen destek alanların beslenme puanları, streste çevreden destek almayanlara göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Okul hemşiresi bulunan okullardaki öğrencilerin streste çevreden destek alma durumuna göre manevi gelişim puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir (χ^2=48,501; p<0,001). Anlamlı farkın hangi gruptan kaynaklandığını tespit etmek için yapılan Bonferroni düzeltmeli ikili karşılaştırmalar sonucunda; streste destek alanlar ve bazen destek alanlar ile destek almayanlar arasında anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Streste çevreden destek alanların ve bazen destek alanların manevi gelişim puanları, streste çevreden destek almayanlara göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Okul hemşiresi bulunan okullardaki öğrencilerin streste çevreden destek alma durumuna göre kişilerarası ilişkiler puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir (χ^2=58,414; p<0,001). Anlamlı farkın hangi gruptan kaynaklandığını tespit etmek için yapılan Bonferroni düzeltmeli ikili karşılaştırmalar sonucunda; streste destek alanlar ve bazen destek alanlar ile destek almayanlar

arasında anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Streste çevreden destek alanların ve bazen destek alanların kişilerarası ilişkiler puanları, streste çevreden destek almayanlara göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Okul hemşiresi bulunan okullardaki öğrencilerin streste çevreden destek alma durumuna göre stres yönetimi puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir (χ^2=48,625; p<0,001). Anlamlı farkın hangi gruptan kaynaklandığını tespit etmek için yapılan Bonferroni düzeltmeli ikili karşılaştırmalar sonucunda; streste destek alanlar ve bazen destek alanlar ile destek almayanlar arasında anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Streste çevreden destek alanların ve bazen destek alanların stres yönetimi puanları, streste çevreden destek almayanlara göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Okul hemşiresi bulunan okullardaki öğrencilerin streste çevreden destek alma durumuna göre SYBDÖ – 2 toplam puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir (χ^2=57,944; p<0,001). Anlamlı farkın hangi gruptan kaynaklandığını tespit etmek için yapılan Bonferroni düzeltmeli ikili karşılaştırmalar sonucunda; streste destek alanlar ve bazen destek alanlar ile destek almayanlar arasında anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Streste çevreden destek alanların ve bazen destek alanların SYBDÖ – 2 toplam puanları, streste çevreden destek almayanlara göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Okul hemşiresi bulunmayan okullardaki öğrencilerin streste çevreden destek alma durumuna göre kişilerarası ilişkiler puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir (χ^2=10,967; p=0,004). Anlamlı farkın hangi gruptan kaynaklandığını tespit etmek için yapılan Bonferroni düzeltmeli ikili karşılaştırmalar sonucunda; streste destek alanlar ve bazen destek alanlar ile destek almayanlar arasında anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Streste çevreden destek alanların ve bazen destek alanların kişilerarası ilişkiler puanları, streste çevreden destek almayanlara göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Okul hemşiresi bulunmayan okullardaki öğrencilerin treste çevreden destek alma durumuna göre stres yönetimi puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir (χ^2=7,349; p=0,025). Anlamlı farkın hangi gruptan kaynaklandığını tespit etmek için yapılan Bonferroni düzeltmeli ikili karşılaştırmalar sonucunda;

streste bazen destek alanlar ile destek almayanlar arasında anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Streste bazen destek alanların stres yönetimi puanları, streste çevreden destek almayanlara göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Ek-22. Okul Hemşiresi Bulunan/Bulunmayan Okullardaki Öğrencilerin Hedeflere Ulaşmakta Zorlanma Değişkenine Göre SYBDÖ – 2 Alt Boyutu ve Toplam Puanlarının Karşılaştırılması

Hedeflerde zorlanma Değişken	Evet (1)		Hayır (2)		Bazen (3)		İstatistiksel analiz* Olasılık
	$\bar{X} \pm S.S.$	Medyan [IQR]	$\bar{X} \pm S.S.$	Medyan [IQR]	$\bar{X} \pm S.S.$	Medyan [IQR]	
Hemşire var (n=351)							
Sağlık sorumluluğu	22,30±8,67	18,0 [16,0]	28,91±5,59	31,0 [6,3]	27,11±7,11	30,0 [11,0]	χ^2=16,440 **p<0,001 [1-2,3]**
Fiziksel aktivite	20,38±7,89	18,0 [16,0]	25,34±5,35	27,0 [5,0]	24,50±6,05	26,0 [8,0]	χ^2=9,889 **p=0,007 [1-2,3]**
Beslenme	22,23±8,14	19,0 [14,0]	28,79±5,55	30,0 [7,0]	27,18±6,79	30,0 [11,0]	χ^2=18,546 **p<0,001 [1-2,3]**
Manevi gelişim	25,82±6,24	26,0 [11,0]	29,69±4,62	31,0 [5,0]	29,35±4,95	31,0 [7,3]	χ^2=14,051 **p<0,001 [1-2,3]**
Kişilerarası ilişkiler	26,72±5,97	27,0 [9,0]	29,56±5,17	31,0 [6,0]	28,77±5,30	30,0 [8,0]	χ^2=8,442 **p=0,015 [1-2,3]**
Stres yönetimi	21,77±6,57	20,0 [13,0]	25,68±4,65	27,0 [5,3]	24,60±5,72	26,5 [8,0]	χ^2=9,248 **p=0,010 [1-2,3]**
SYBDÖ 2 – Toplam	139,23± 40,55	132,0 [82,0]	167,98± 28,84	178,0 [34,3]	161,52± 33,49	173,5 [55,5]	χ^2=14,008 **p<0,001 [1-2,3]**
Hemşire yok (n=351)							
Sağlık sorumluluğu	18,36±4,43	19,0 [5,8]	17,84±4,51	18,0 [5,5]	18,82±4,63	19,0 [5,3]	χ^2=2,249 p=0,325
Fiziksel aktivite	16,41±4,08	16,0 [5,0]	16,18±4,24	16,0 [5,0]	17,26±5,13	16,0 [7,3]	χ^2=1,669 p=0,434
Beslenme	18,61±4,17	18,5 [5,0]	18,60±4,41	18,0 [5,0]	19,57±4,21	20,0 [5,3]	χ^2=4,655 p=0,097
Manevi gelişim	19,34±4,41	19,0 [6,0]	20,92±5,27	21,0 [6,5]	21,68±5,52	21,0 [7,3]	χ^2=14,587 **p<0,001 [1-2,3]**
Kişilerarası ilişkiler	18,87±4,31	19,0 [5,0]	18,54±4,51	18,0 [6,0]	20,38±4,88	20,0 [6,0]	χ^2=9,555 **p=0,007 [1,2-3]**
Stres yönetimi	16,58±3,73	17,0 [4,8]	16,74±4,47	17,0 [6,0]	17,64±4,14	17,0 [7,0]	χ^2=3,364 p=0,186
SYBDÖ 2 – Toplam	105,17± 22,82	105,0 [26,0]	108,83± 23,34	106,0 [29,5]	115,36± 23,34	112,5 [32,3]	χ^2=6,426 **p=0,040 [1-3]**

*Normal dağılıma sahip olmayan verilerde üç veya daha fazla bağımsız grubun ölçüm değerleriyle karşılaştırılmasında "Kruskal-Wallis H" test (χ^2-tablo değeri) istatistikleri kullanılmıştır.

Okul hemşiresi bulunan okullardaki öğrencilerin hedeflere ulaşmakta zorlanma durumuna göre sağlık sorumluluğu puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı

farklılık tespit edilmiştir (χ^2=16,440; p<0,001). Anlamlı farkın hangi gruptan kaynaklandığını tespit etmek için yapılan Bonferroni düzeltmeli ikili karşılaştırmalar sonucunda; hedeflere ulaşmakta zorlananlar ile zorlanmayanlar ve bazen zorlananlar arasında anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Hedeflere ulaşmakta zorlanmayan ve bazen zorlananların sağlık sorumluluğu puanları, hedeflere ulaşmakta zorlananlara göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Okul hemşiresi bulunan okullardaki öğrencilerin hedeflere ulaşmakta zorlanma durumuna göre fiziksel aktivite puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir (χ^2=9,889; p=0,007). Anlamlı farkın hangi gruptan kaynaklandığını tespit etmek için yapılan Bonferroni düzeltmeli ikili karşılaştırmalar sonucunda; hedeflere ulaşmakta zorlananlar ile zorlanmayanlar ve bazen zorlananlar arasında anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Hedeflere ulaşmakta zorlanmayan ve bazen zorlananların fiziksel aktivite puanları, hedeflere ulaşmakta zorlananlara göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Okul hemşiresi bulunan okullardaki öğrencilerin hedeflere ulaşmakta zorlanma durumuna göre beslenme puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir (χ^2=18,546; p<0,001). Anlamlı farkın hangi gruptan kaynaklandığını tespit etmek için yapılan Bonferroni düzeltmeli ikili karşılaştırmalar sonucunda; hedeflere ulaşmakta zorlananlar ile zorlanmayanlar ve bazen zorlananlar arasında anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Hedeflere ulaşmakta zorlanmayan ve bazen zorlananların beslenme puanları, hedeflere ulaşmakta zorlananlara göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Okul hemşiresi bulunan okullardaki öğrencilerin hedeflere ulaşmakta zorlanma durumuna göre manevi gelişim puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir (χ^2=14,051; p<0,001). Anlamlı farkın hangi gruptan kaynaklandığını tespit etmek için yapılan Bonferroni düzeltmeli ikili karşılaştırmalar sonucunda; hedeflere ulaşmakta zorlananlar ile zorlanmayanlar ve bazen zorlananlar arasında anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Hedeflere ulaşmakta zorlanmayan ve bazen zorlananların manevi gelişim puanları, hedeflere ulaşmakta zorlananlara göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Okul hemşiresi bulunan okullardaki öğrencilerin hedeflere ulaşmakta zorlanma durumuna göre kişilerarası ilişkiler puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir (χ^2=8,442; p=0,015). Anlamlı farkın hangi gruptan kaynaklandığını tespit etmek için yapılan Bonferroni düzeltmeli ikili karşılaştırmalar sonucunda; hedeflere ulaşmakta zorlananlar ile zorlanmayanlar ve bazen zorlananlar arasında anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Hedeflere ulaşmakta zorlanmayan ve bazen zorlananların kişilerarası ilişkiler puanları, hedeflere ulaşmakta zorlananlara göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Okul hemşiresi bulunan okullardaki öğrencilerin hedeflere ulaşmakta zorlanma durumuna göre stres yönetimi puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir (χ^2=9,248; p=0,010). Anlamlı farkın hangi gruptan kaynaklandığını tespit etmek için yapılan Bonferroni düzeltmeli ikili karşılaştırmalar sonucunda; hedeflere ulaşmakta zorlananlar ile zorlanmayanlar ve bazen zorlananlar arasında anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Hedeflere ulaşmakta zorlanmayan ve bazen zorlananların stres yönetimi puanları, hedeflere ulaşmakta zorlananlara göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Okul hemşiresi bulunan okullardaki öğrencilerin hedeflere ulaşmakta zorlanma durumuna göre SYBDÖ – 2 toplam puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir (χ^2=14,008; p<0,001). Anlamlı farkın hangi gruptan kaynaklandığını tespit etmek için yapılan Bonferroni düzeltmeli ikili karşılaştırmalar sonucunda; hedeflere ulaşmakta zorlananlar ile zorlanmayanlar ve bazen zorlananlar arasında anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Hedeflere ulaşmakta zorlanmayan ve bazen zorlananların SYBDÖ – 2 toplam puanları, hedeflere ulaşmakta zorlananlara göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Okul hemşiresi bulunmayan okullardaki öğrencilerin hedeflere ulaşmakta zorlanma durumuna göre manevi gelişim puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir (χ^2=14,587; p<0,001). Anlamlı farkın hangi gruptan kaynaklandığını tespit etmek için yapılan Bonferroni düzeltmeli ikili karşılaştırmalar sonucunda; hedeflere ulaşmakta zorlananlar ile zorlanmayanlar ve bazen zorlananlar arasında anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Hedeflere ulaşmakta zorlanmayan ve bazen zorlananların manevi gelişim puanları, hedeflere ulaşmakta zorlananlara göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Okul hemşiresi bulunmayan okullardaki öğrencilerin hedeflere ulaşmakta zorlanma durumuna göre kişilerarası ilişkiler puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir (χ^2=9,555; p=0,007). Anlamlı farkın hangi gruptan kaynaklandığını tespit etmek için yapılan Bonferroni düzeltmeli ikili karşılaştırmalar sonucunda; hedeflere ulaşmakta zorlananlar ve zorlanmayanlar ile bazen zorlananlar arasında anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Hedeflere ulaşmakta bazen zorlananların kişilerarası ilişkiler puanları, hedeflere ulaşmakta zorlananlara ve zorlanmayanlara göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Okul hemşiresi bulunmayan okullardaki öğrencilerin hedeflere ulaşmakta zorlanma durumuna göre SYBDÖ – 2 toplam puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir (χ^2=6,426; p=0,040). Anlamlı farkın hangi gruptan kaynaklandığını tespit etmek için yapılan Bonferroni düzeltmeli ikili karşılaştırmalar sonucunda; hedeflere ulaşmakta zorlananlar ve zorlanmayanlar ile bazen zorlananlar arasında anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Hedeflere ulaşmakta bazen zorlananların SYBDÖ – 2 toplam puanları, hedeflere ulaşmakta zorlananlara göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Ek-23. Okul Hemşiresi Bulunan/Bulunmayan Okullardaki Öğrencilerin Sosyal Kulüplere Üyelik Durumuna Göre SYBDÖ – 2 Alt Boyutu ve Toplam Puanlarının Karşılaştırılması

Sosyal kulüplere üyelik / Değişken	Evet		Hayır		İstatistiksel analiz* Olasılık
	$\overline{X} \pm S.S.$	Medyan [IQR]	$\overline{X} \pm S.S.$	Medyan [IQR]	
Hemşire var (n=351)					
Sağlık sorumluluğu	28,63±6,26	31,0 [6,3]	24,78±7,60	25,0 [14,0]	Z=-4,362 **p<0,001**
Fiziksel aktivite	25,33±5,37	27,0 [6,0]	22,49±7,18	24,0 [13,0]	Z=-3,098 **p=0,002**
Beslenme	28,62±5,83	30,0 [7,0]	24,69±7,63	26,0 [15,0]	Z=-4,126 **p<0,001**
Manevi gelişim	29,87±4,48	31,0 [5,0]	27,51±5,91	29,0 [10,0]	Z=-3,172 **p=0,002**
Kişilerarası ilişkiler	29,78±4,71	31,0 [6,0]	27,07±6,19	28,0 [10,5]	Z=-3,638 **p<0,001**
Stres yönetimi	25,62±4,84	27,0 [6,0]	22,98±6,31	24,0 [11,5]	Z=-3,496 **p<0,001**
SYBDÖ 2 – Toplam	167,84±29,31	178,0 [36,2]	149,53±36,97	152,0 [74,0]	Z=-3,883 **p<0,001**
Hemşire yok (n=351)					
Sağlık sorumluluğu	18,92±4,40	19,0 [6,0]	18,24±4,53	18,0 [6,0]	Z=-1,267 p=0,205
Fiziksel aktivite	18,25±5,29	18,5 [7,0]	16,27±4,21	16,0 [5,0]	Z=-2,415 **p=0,016**
Beslenme	18,98±4,14	18,5 [7,8]	18,85±4,28	19,0 [5,0]	Z=-0,294 p=0,769
Manevi gelişim	22,18±6,34	22,0 [10,0]	20,08±4,72	20,0 [6,0]	Z=-2,070 **p=0,038**
Kişilerarası ilişkiler	20,18±5,04	20,0 [7,8]	19,01±4,47	19,0 [5,0]	Z=-1,384 p=0,166
Stres yönetimi	17,92±4,64	18,5 [6,0]	16,72±3,93	17,0 [5,0]	Z=-1,800 p=0,072
SYBDÖ 2 – Toplam	116,45±25,66	117,5 [45,3]	109,19±22,62	108,0 [27,0]	Z=-1,949 p=0,051

*Normal dağılıma sahip olmayan verilerde iki bağımsız grubun ölçüm değerleriyle karşılaştırılmasında "Mann-Whitney U" test (Z-tablo değeri) istatistikleri kullanılmıştır.

Okul hemşiresi bulunan okullardaki öğrencilerin sosyal kulüplere üye olma durumuna göre sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, beslenme, manevi gelişim, kişilerarası ilişkiler, stres yönetimi ve SYBDÖ – 2 toplam puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir ($p<0,05$). Okul hemşiresi bulunan okullardaki öğrencilerin sosyal kulüplere üye olanların sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, beslenme, manevi gelişim, kişilerarası ilişkiler, stres yönetimi ve SYBDÖ – 2 toplam

puanları, sosyal kulüplere üye olmayanlara göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Okul hemşiresi bulunmayan okullardaki öğrencilerin sosyal kulüplere üye olma durumuna göre fiziksel aktivite ve manevi gelişim puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir ($p<0,05$). Okul hemşiresi bulunan okullardaki öğrencilerin sosyal kulüplere üye olanların fiziksel aktivite ve manevi gelişim puanları, sosyal kulüplere üye olmayanlara göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Ek-24. Okul Hemşiresi Bulunan/Bulunmayan Okullardaki Öğrencilerin BKİ (Beden Kitle İndeksi) Değerleri ile SYBDÖ – 2 Alt Boyutu ve Toplam Puanlarının Karşılaştırılması

Korelasyon*	**BKİ (kg/m^2)**	
	R	*P*
Hemşire var (n=351)		
Sağlık sorumluluğu	0,414	**<0,001**
Fiziksel aktivite	0,407	**<0,001**
Beslenme	0,427	**<0,001**
Manevi gelişim	0,308	**<0,001**
Kişilerarası ilişkiler	0,320	**<0,001**
Stres yönetimi	0,392	**<0,001**
SYBDÖ 2 – Toplam	0,407	**<0,001**
Hemşire yok (n=351)		
Sağlık sorumluluğu	0,031	0,560
Fiziksel aktivite	-0,080	0,136
Beslenme	-0,065	0,225
Manevi gelişim	-0,246	**<0,001**
Kişilerarası ilişkiler	-0,111	**0,037**
Stres yönetimi	-0,130	**0,015**
SYBDÖ 2 – Toplam	-0,125	**0,020**

*Normal dağılıma sahip olmayan iki nicel değişkenin ilişkilerinin incelenmesinde "Spearman" korelasyon katsayısı kullanılmıştır.

Okul hemşiresi bulunan okullardaki öğrencilerin BKİ değerleri ile sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, beslenme, manevi gelişim, kişilerarası ilişkiler, stres yönetimi ve SYBDÖ – 2 toplam puanları arasında pozitif yönde, zayıf derecede ve istatistiksel olarak anlamlı ilişki tespit edilmiştir ($p<0,05$). BKİ değerleri arttıkça, sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, beslenme, manevi gelişim, kişilerarası ilişkiler, stres yönetimi ve SYBDÖ – 2 toplam puanları artacaktır.

Okul hemşiresi bulunan okullardaki öğrencilerin BKİ değerleri ile manevi gelişim, kişilerarası ilişkiler, stres yönetimi ve SYBDÖ – 2 toplam puanları arasında negatif yönde, çok zayıf derecede ve istatistiksel olarak anlamlı ilişki tespit edilmiştir ($p<0,05$). BKİ değerleri arttıkça, manevi gelişim, kişilerarası ilişkiler, stres yönetimi ve SYBDÖ – 2 toplam puanları azalacaktır.

Ek-25. Okul Hemşiresi Bulunan/Bulunmayan Okullardaki Öğrencilerin Ölçek Puanlarının Birbiriyle İlişkilerinin İncelenmesi

Korelasyon*		Sağlık sorumluluğu	Fiziksel aktivite	Beslenme	Manevi gelişim	Kişilerarası ilişkiler	Stres yönetimi	**SYBDÖ 2 – Toplam**
Hemşire var (n=351)								
Sağlık sorumluluğu	*r*	1,000	0,873	0,923	0,803	0,852	0,864	0,955
	p	**.**	**<0,001**	**<0,001**	**<0,001**	**<0,001**	**<0,001**	**<0,001**
Fiziksel aktivite	*r*	0,873	1,000	0,863	0,786	0,779	0,859	0,920
	p	<0,001	**.**	**<0,001**	**<0,001**	**<0,001**	**<0,001**	**<0,001**
Beslenme	*r*	0,923	0,863	1,000	0,815	0,862	0,844	0,954
	p	<0,001	<0,001	**.**	**<0,001**	**<0,001**	**<0,001**	**<0,001**
Manevi gelişim	*r*	0,803	0,786	0,815	1,000	0,867	0,849	0,900
	p	<0,001	<0,001	<0,001	**.**	**<0,001**	**<0,001**	**<0,001**
Kişilerarası ilişkiler	*r*	0,852	0,779	0,862	0,867	1,000	0,826	0,921
	p	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	**.**	**<0,001**	**<0,001**
Stres yönetimi	*r*	0,864	0,859	0,844	0,849	0,826	1,000	0,928
	p	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	**.**	**<0,001**
SYBDÖ 2 – Toplam	*r*	0,955	0,920	0,954	0,900	0,921	0,928	1,000
	p	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	**.**
Hemşire yok (n=351)								
Sağlık sorumluluğu	*r*	1,000	0,693	0,750	0,532	0,673	0,677	0,821
	p	.	**<0,001**	**<0,001**	**<0,001**	**<0,001**	**<0,001**	**<0,001**
Fiziksel aktivite	*r*	0,693	1,000	0,689	0,648	0,644	0,737	0,848
	p	<0,001	.	**<0,001**	**<0,001**	**<0,001**	**<0,001**	**<0,001**
Beslenme	*r*	0,750	0,689	1,000	0,692	0,783	0,673	0,879
	p	<0,001	<0,001	.	**<0,001**	**<0,001**	**<0,001**	**<0,001**
Manevi gelişim	*r*	0,532	0,648	0,692	1,000	0,735	0,728	0,839
	p	<0,001	<0,001	<0,001	.	**<0,001**	**<0,001**	**<0,001**
Kişilerarası ilişkiler	*r*	0,673	0,644	0,783	0,735	1,000	0,729	0,884
	p	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	.	**<0,001**	**<0,001**
Stres yönetimi	*r*	0,677	0,737	0,673	0,728	0,729	1,000	0,868
	p	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	.	**<0,001**
SYBDÖ 2 – Toplam	*r*	0,821	0,848	0,879	0,839	0,884	0,868	1,000
	p	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	.

*Normal dağılıma sahip olmayan iki nicel değişkenin ilişkilerinin incelenmesinde "Spearman" korelasyon katsayısı kullanılmıştır.

Okul hemşiresi bulunan okullardaki öğrencilerin tüm ölçek puanlarının birbiriyle pozitif yönde ve istatistiksel olarak anlamlı düzeyde ilişkisi olduğu belirlenmiştir ($p<0,001$). Her bir puan arttığında, diğer puanlarında arttığı belirlenmiştir.

Okul hemşiresi bulunmayan okullardaki öğrencilerin tüm ölçek puanlarının birbiriyle pozitif yönde ve istatistiksel olarak anlamlı düzeyde ilişkisi olduğu belirlenmiştir ($p<0,001$). Her bir puan arttığında, diğer puanlarında arttığı belirlenmiştir.