

**T.C.
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**ADÖLESANLARDA SAĞLIK KONTROL ODAĞI VE ÖZ
YETERLİLİĞİ GÜÇLENDİRMEYE YÖNELİK YAPILAN
ÇÖZÜM ODAKLI GÖRÜŞMELERİN SAĞLIĞI GELİŞTİREN
YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARINA ETKİSİNİN
BELİRLENMESİ**

Funda ASLAN

**Halk Sağlığı Hemşireliği Programı
DOKTORA TEZİ**

ANKARA

2019

**T.C.
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**ADÖLESANLARDA SAĞLIK KONTROL ODAĞI VE ÖZ
YETERLİLİĞİ GÜÇLENDİRMEYE YÖNELİK YAPILAN
ÇÖZÜM ODAKLI GÖRÜŞMELERİN SAĞLIĞI GELİŞTİREN
YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARINA ETKİSİNİN
BELİRLENMESİ**

Funda ASLAN

Halk Sağlığı Hemşireliği Programı

DOKTORA TEZİ

TEZ DANIŞMANI

Prof. Dr. Gülümser KUBLAY

ANKARA

2019

ONAY SAYFASI

**ADÖLESANLARDA SAĞLIK KONTROL ODAĞI VE ÖZ YETERLİLİĞİ
GÜÇLENDİRMEYE YÖNELİK YAPILAN ÇÖZÜM ODAKLI
GÖRÜŞMELERİN SAĞLIĞI GELİŞTİREN YAŞAM BİÇİMİ
DAVRANIŞLARINA ETKİSİNİN BELİRLENMESİ**

Funda ASLAN

Danışman: Prof. Dr. Gülümser KUBLAY

Bu tez çalışması 23.11.2018 tarihinde jürimiz tarafından “Halk Sağlığı Hemşireliği Programı”nda doktora tezi olarak kabul edilmiştir.

Jüri Başkanı Prof.Dr. Naile BİLGİLİ
Gazi Üniversitesi



Üye Prof. Dr.Oya Nuran EMİROĞLU
Hacettepe Üniversitesi



Üye Doç. Dr. Deniz KOÇOĞLU TANYER
Selçuk Üniversitesi



Üye Doç Dr. Sergül DUYGULU
Hacettepe Üniversitesi



Üye Dr. Öğr. Üyesi Nuriye YILDIRIM ŞİŞMAN
Düzce Üniversitesi



Bu tez, Hacettepe Üniversitesi Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliğinin ilgili maddeleri uyarınca yukarıdaki jüri tarafından uygun bulunmuştur.

03 Ocak 2019



Prof. Dr. Diclehan ORHAN

Enstitü Müdürü

YAYIMLAMA VE FİKRİ MÜLKİYET HAKLARI BEYANI

Enstitü tarafından onaylanan lisansüstü tezimin/raporumun tamamını veya herhangi bir kısmını, basılı (kağıt) ve elektronik formatta arşivleme ve aşağıda verilen koşullarla kullanıma açma iznini Hacettepe Üniversitesine verdiğimi bildiririm. Bu izinle Üniversiteye verilen kullanım hakları dışındaki tüm fikri mülkiyet haklarım bende kalacak, tezimin tamamının ya da bir bölümünün gelecekteki çalışmalarda (makale, kitap, lisans ve patent vb.) kullanım hakları bana ait olacaktır.

Tezin kendi orijinal çalışmam olduğunu, başkalarının haklarını ihlal etmediğimi ve tezimin tek yetkili sahibi olduğumu beyan ve taahhüt ederim. Tezimde yer alan telif hakkı bulunan ve sahiplerinden yazılı izin alınarak kullanılması zorunlu metinlerin yazılı izin alınarak kullandığımı ve istenildiğinde suretlerini Üniversiteye teslim etmeyi taahhüt ederim.

Yükseköğretim Kurulu tarafından yayınlanan “*Lisansüstü Tezlerin Elektronik Ortamda Toplanması, Düzenlenmesi ve Erişime Açılmasına İlişkin Yönerge*” kapsamında tezim aşağıda belirtilen koşullar haricince YÖK Ulusal Tez Merkezi / H.Ü. Kütüphaneleri Açık Erişim Sisteminde erişime açılır.

- Enstitü / Fakülte yönetim kurulu kararı ile tezimin erişime açılması mezuniyet tarihimden itibaren 2 yıl ertelenmiştir. ⁽¹⁾
- Enstitü / Fakülte yönetim kurulunun gerekçeli kararı ile tezimin erişime açılması mezuniyet tarihimden itibaren 6 ay ertelenmiştir. ⁽²⁾
- Tezimle ilgili gizlilik kararı verilmiştir. ⁽³⁾

03/01/2019


Funda ASLAN

“*Lisansüstü Tezlerin Elektronik Ortamda Toplanması, Düzenlenmesi ve Erişime Açılmasına İlişkin Yönerge*”

- (1) Madde 6. 1. Lisansüstü teze ilgili patent başvurusu yapılması veya patent alma sürecinin devam etmesi durumunda, tez danışmanının önerisi ve enstitü anabilim dalının uygun görüşü üzerine enstitü veya fakülte yönetim kurulu iki yıl süre ile tezin erişime açılmasının ertelenmesine karar verebilir.
- (2) Madde 6. 2. Yeni teknik, materyal ve metotların kullanıldığı, henüz makaleye dönüşmemiş veya patent gibi yöntemlerle korunmamış ve internette paylaşılması durumunda 3. şahıslara veya kurumlara haksız kazanç imkanı oluşturabilecek bilgi ve bulguları içeren tezler hakkında tez danışmanının önerisi ve enstitü anabilim dalının uygun görüşü üzerine enstitü veya fakülte yönetim kurulunun gerekçeli kararı ile altı ayı aşmamak üzere tezin erişime açılması engellenebilir.
- (3) Madde 7. 1. Ulusal çıkarları veya güvenliği ilgilendiren, emniyet, istihbarat, savunma ve güvenlik, sağlık vb. konulara ilişkin lisansüstü tezlerle ilgili gizlilik kararı, tezin yapıldığı kurum tarafından verilir*. Kurum ve kuruluşlarla yapılan işbirliği protokolü çerçevesinde hazırlanan lisansüstü tezlere ilişkin gizlilik kararı ise, ilgili kurum ve kuruluşun önerisi ile enstitü veya fakültenin uygun görüşü üzerine üniversite yönetim kurulu tarafından verilir. Gizlilik kararı verilen tezler Yükseköğretim Kuruluna bildirilir.

Madde 7.2. Gizlilik kararı verilen tezler gizlilik süresince enstitü veya fakülte tarafından gizlilik kuralları çerçevesinde muhafaza edilir, gizlilik kararının kaldırılması halinde Tez Otomasyon Sistemine yüklenir.

* Tez danışmanının önerisi ve enstitü anabilim dalının uygun görüşü üzerine enstitü veya fakülte yönetim kurulu tarafından karar verilir.

ETİK BEYAN

Bu çalışmadaki bütün bilgi ve belgeleri akademik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi, görsel, işitsel ve yazılı tüm bilgi ve sonuçları bilimsel ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu, kullandığım verilerde herhangi bir tahrifat yapmadığımı, yararlandığım kaynaklara bilimsel normlara uygun olarak atıfta bulunduğumu, tezimin kaynak gösterilen durumlar dışında özgün olduğunu, Prof. Dr. Gülümser KUBLAY danışmanlığında tarafımdan üretildiğini ve Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tez Yazım Yönergesine göre yazıldığını beyan ederim.


Funda ASLAN

TEŞEKKÜR

Yazar, bu çalışmanın gerçekleşmesinde katkılarından dolayı, aşağıda adı geçen kişi ve kuruluşlara içtenlikle teşekkür eder.

Sayın Prof. Dr. Gülümser KUBLAY'a tez çalışması süresince verdiği danışmanlık için,

Sayın Prof.Dr. Oya Nuran EMİROĞLU'na, tez çalışmasının başlangıcından itibaren verdiği rehberlik ve değerli geri bildirimleri için,

Doç. Dr. Deniz Tanyer'e tez izlem süresince verdiği değerli katkılar için

Jüri üyelerine tez sınavında verdikleri değerli geri bildirimleri için,

Ahmet Andiçen ve Mareşal Fevzi Çakmak ortaokulunun değerli öğretmenlerine ve öğrencilerine araştırmanın gerçekleşmesi sürecinde işbirlikleri için,

Tez çalışmalarım süresince geniş aileme verdikleri sonsuz destek için,

Bu süreçte eşime ve kızıma, sevgi ve anlayışları ile en büyük destekçim ve motivasyon kaynağım oldukları için teşekkür ederim..

ÖZET

Aslan F., Adölesanlarda Sağlık Kontrol Odağı ve Öz Yeterliliği Güçlendirmeye Yönelik Yapılan Çözüm Odaklı Görüşmelerin Sağlığı Geliştiren Yaşam Biçimi Davranışlarına Etkisinin Belirlenmesi, Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Hemşireliği Programı, Ankara 2019. Bu çalışma, sağlık kontrol odağı ve öz yeterliliği güçlendirmeye yönelik yapılan çözüm odaklı görüşmelerin, sağlığı geliştiren yaşam biçimi davranışlarına etkisinin değerlendirilmesi amacı ile yapılmıştır. Araştırmada ön test- son test kontrol gruplu yarı deneysel düzen kullanılmıştır. Çalışmanın müdahale grubunu 1. Okulda öğrenim gören 28 öğrenci, kontrol grubunu ise 2. okulda öğrenim gören 30 öğrenci oluşturmuştur. Veri toplama aracı olarak kişisel bilgi formu ve sağlığı geliştiren davranışlar ölçeği kullanılmıştır. Müdahale grubundaki katılımcılarla 6 Şubat-12 Mayıs 2017 tarihleri arasında hafta bir gün toplamda 9 oturum olacak şekilde çözüm odaklı yaklaşım kullanılarak görüşmeler yapılmıştır. Uygulama sonrası her iki grubada sağlığı geliştiren davranışlar ölçeği tekrar uygulanmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde Statistical Package for Social Science (SPSS) 22.0 programı kullanılmıştır. Tanımlayıcı istatistikler için ortalama \pm standart sapma, demografik özellikler ile ön test–son test ve karşılaştırmalarında Bağımsız Örneklem t Testi, Bağımsız iki kategorik değişken arasında ilişki olup olmadığını belirlemek için Ki-Kare Testi ve ANCOVA analizlerinden yararlanılmıştır. Araştırmada sağlık kontrol odağı ve öz yeterliliği güçlendirmeye yönelik yapılan çözüm odaklı görüşmeler sonrasında, müdahale grubunu oluşturan adölesanların sağlığı geliştiren yaşam biçimi davranışları ölçeğinden aldıkları genel ve tüm alt boyutlara ilişkin puanların ön test puanlarına kıyasla istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde arttığı belirlenmiştir. Çözüm odaklı yaklaşım ile yapılacak olan görüşmelerin okullarda sağlığı geliştirme kapsamında planlanacak uygulamalarda hemşireler tarafından kullanılması; farklı örneklem grupları ve farklı konular için, randomize kontrol gruplu araştırmaların yapılması önerilmektedir.

Anahtar kelimeler: Çözüm odaklı yaklaşım, sağlığı geliştirme, sağlık kontrol odağı, öz yeterlilik, hemşirelik, okul

ABSTRACT

Aslan F., Determining the Effect of Solution Oriented Interviews that Health Locus Of Control and Self Efficacy Empowering on Adolescents' Health Promotive Lifestyle Behaviours, Hacettepe University, Graduate School of Health Sciences, Public Health Nursing Program, Ankara 2019. This study was aimed to determine the effect of solution oriented health locus of control and self-efficacy empowering interviews on adolescents' health promotion lifestyle behaviours. During research pretest/posttest, semi experimental pattern with control group was applied. The intervention group of the study was consisting of 28 students from 1. school, 30 students from 2. school. As data collection tool personal information form and health promotion behaviour scale were applied. Between the dates of 6th of February – 12th of May, 2017 for 9 weeks, each in every week 9 sessions of interviews with solution oriented approach were conducted. After the interviews scales has been applied to both groups. During the evaluation of data, Statistical Package for Social Science (SPSS) 22.0 software was used. For definitive statistics average and standart deviation, demographic attributes, pretest posttest and for comparisons Independent Sampling t Test, for two categorical independent variable relationships Chi-Square and ANCOVA analysis were applied. In the study after the solution oriented health control focus and self efficacy empowering interviews, it was determined that according to the general grades that obtained from health promotion behaviour scale and average pretest grades obtained from whole lower group scales; they are increasing with statistically meaningful pattern. At the end of the study, it is recommended that the use of solution-oriented approach by nurses in the practices to be planned within the scope of health promotion in schools; to conduct randomized control group research for different sample groups and different subjects..

Key Words: Solution Oriented Approach, Health Promotion, Health locus of Control Focus, Self-Efficacy, Nursing, School

İÇİNDEKİLER

ONAY SAYFASI	iii
YAYIMLAMA VE FİKRİ MÜLKİYET HAKLARI BEYANI	iv
ETİK BEYAN	v
TEŞEKKÜR	vi
ÖZET	vii
ABSTRACT	viii
İÇİNDEKİLER	ix
ŞEKİLLER	xii
TABLolar	xiii
1. GİRİŞ	1
1.1. Problem Tanımı ve Önemi	1
1.2. Araştırmanın Amacı	6
1.3. Araştırmanın Hipotezi	6
2. GENEL BİLGİLER	7
2.1. Adolesan Sağlığı	7
2.1.1. Adolesan Sağlığı Kavramsal Çerçeve	7
2.1.2. Adolesan Sağlığının Geliştirilmesi	9
2.2. Sağlık Kontrol Odağı	10
2.2.1. Sağlık Kontrol Odağı ve Sağlığın Geliştirilmesi	11
2.3. Öz Yeterlilik	11
2.3.1. Öz Yeterlilik ve Sağlığın Geliştirilmesi	12
2.4. Sağlığın Geliştirilmesi, Sağlık Kontrol Odağı ve Öz Yeterlilik	13
2.5. Çözüm Odaklı Yaklaşım	14
2.5.1. Çözüm Odaklı Yaklaşım Nedir?	14
2.5.2. Çözüm Odaklı Yaklaşımla İlgili Temel Kavramlar	14
2.5.3. Çözüm Odaklı Yaklaşım ve Sağlığın Geliştirilmesi	15
2.5.4. Çözüm Odaklı Yaklaşım ve Hemşirelik	18
2.5.5 Okul Sağlığı Hizmetleri	20
3. BİREYLER VE YÖNTEM	22
3.1. Araştırmanın Şekli	22
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri	22

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklem	23
3.4. Verilerin Toplanması	28
3.4.1. Veri Toplama Araçları	28
3.5. Araştırmanın Uygulanması	30
3.5.1. Ön Uygulama Süreci	30
3.5.2. Araştırmanın Uygulanması	30
3.5.3. Uygulanan Girişim	34
3.6. Araştırmanın Etik Boyutu	42
3.7. Verilerin Değerlendirilmesi	42
4. BULGULAR	43
5. TARTIŞMA	48
5.1. Öz Yeterlilik ve İçsel Sağlık Kontrol Odağını Geliştirmeye Yönelik Çözüm Odaklı Yaklaşımın Sağlığı Geliştirme Davranışlarına Etkisi	48
6. SONUÇ ve ÖNERİLER	53
6.1. Sonuçlar	53
6.2. Öneriler	54
7. KAYNAKÇA	55
8. EKLER	
Ek 1. Kişisel Bilgiler Formu	
Ek 2. Sağlığı Geliştiren Davranışlar Ölçeği	
Ek 3. Öz Yeterlilik Ölçeği	
Ek 4. Çok Boyutlu Sağlık Kontrol Odağı Ölçeği	
Ek 5. Etik Kurul İzni	
Ek 6. Ölçek İzni	
Ek 7. Adölesanların En Çok Değiştirmek İstedikleri Özellikleri - Araştırma Sırasında Araştırmacının Gözlemleri	
Ek 8. Ekstra Analiz Tabloları ve Açıklamalar	
Ek 9. Ankara İl Milli Eğitim Müdürlüğü İzin Yazısı	
Ek 10. Çözüm Odaklı Yaklaşım Kursu Katılım Belgesi	
Ek 11. Araştırma Amaçlı Çalışma için Çocuk Rıza – Aile Bilgilendirme Formu	
Ek 12. Derecelendirme Sorusu Skala	
Ek 13. Mucize Soru Tekniği	

Ek 14. Amaç Belirleme Formu

Ek 15. Orjinallik Ekran Çıktısı

Ek 16. Dijital Makbuz

9. ÖZGEÇMİŞ

ŞEKİLLER

Şekil		Sayfa
2.1.	Çözüm odaklı yaklaşımda yol haritası.	17
2.2.	Hemşirelikte çözüm odaklı yaklaşım basamakları	19
3.1.	Örnekleme seçimi ve müdahale	25
3.2.	Araştırmanın zaman çizelgesi ve akış şeması	33

TABLULAR

Tablo		Sayfa
3.1.	Araştırmaya katılan öğrencilere ilişkin tanımlayıcı özellikler	26
3.2.	Adolesanlarla ilgili bazı tanımlayıcı özellikler	28
3.3.	Sağlık kontrol odağı ve öz yeterliliği güçlendirmeye yönelik hazırlanan görüşme içeriklerinin çözüm odaklı yaklaşım doğrultusunda uygulama basamakları	41
4.1.	Deney ve kontrol gruplarında çözüm odaklı yaklaşım ile görüşmeler öncesi sağlığı geliştiren davranışlar ölçeği genel ve alt boyut puanlarının dağılımı	43
4.2.	Sağlığı geliştiren davranışları ölçeği genel ve alt boyutlarının ön test puanlarına göre düzeltilmiş son test puanları bakımından deney ve kontrol grupları arasındaki farklılığın incelenmesi	44
4.3.	Sağlık kontrolü davranışının ön test puanlarına göre düzeltilmiş son test puanları bakımından deney ve kontrol grupları arasındaki farklılığın incelenmesi	46
4.4.	Öz Yeterlilik ve alt boyutlarının ön test puanlarına göre düzeltilmiş son test puanları bakımından deney ve kontrol grupları arasındaki farklılığın incelenmesi	47

1. GİRİŞ

1.1. Problem Tanımı ve Önemi

Uzun bir süredir sağlıkla ilgili çalışan araştırmacılar, bireylerin sağlığa ilişkin risk algıları ve koruyucu davranışlara yönelik tutumlarını anlamaya; sağlığın geliştirilmesine ilişkin bireysel ve toplumsal boyutta nasıl bir değişim yapılması gerektiğine ilişkin bilgi birikimini artırmaya çalışmaktadırlar [1, 2]. Bu kapsamda bütün yaş gruplarının ayrı birer öneme sahip olduğu vurgulanmakta; fakat aile, akranlar, toplum, sosyal ve kültürel değerlerin etkileri ile hem içinde bulunulan zaman dilimi hem de gelecekteki sağlık ve iyi olma halinin şekillendiği yetişkinliğe geçiş süreci olan adölesanların, hassasiyetle ele alınması gereken bir grup olduğunun altı çizilmektedir [3, 4].

Adölesan dönem, fiziksel ve duygusal süreçlerin yol açtığı cinsel ve psikososyal olgunlaşma ile başlayan; bireyin bağımsızlığını, kimlik duygusunu ve sosyal üretkenliğini kazandığı bir dönemdir [5, 6]. İnsan yaşamında ikinci büyüme ve gelişme dönemi olarak ta belirtilen bu dönem karmaşık deneyimleri beraberinde getirmesi nedeniyle adölesanları zorlamakta ve adaptasyonu zorlaştırmaktadır [7, 8]. Bu geçiş sürecinde adölesan bireyler, sağlık riskleri başta olmak üzere birçok riskli davranış ve olumsuz etkilenmelere karşı daha savunmasız olmaktadır [9, 10]. Yaşam dönemleri içinde diğer yaş gruplarına kıyasla fiziksel sağlık durumlarının daha iyi olması bu durum üzerindeki en önemli etkidir [11]. Dünya Sağlık Örgütü adölesanlara ilişkin yayınladığı raporunda; obezite, intihar, madde kullanımı ve kazalar için göstergelerin bu dönemdeki bireyler için alarm verir düzeyde olduğunu işaret etmektedir [9]. Ülkemize bakıldığında ise durumun çok farklı olmadığı görülmektedir. Yapılan çalışmalar adölesan dönemdeki bireylerde sigara kullanım oranlarının [12], obezite görülme sıklığının yüksek olduğunu [13] beslenme alışkanlıkları [14], ruhsal problemler [15-17] ve sağlıksız cinsel davranışlar açısından da risk altında olduklarını göstermektedir [18]. Bu durum adölesanların sağlığının geliştirilmesi yönündeki önemli gereksinimi gözler önüne sermektedir [18].

Ergenlik döneminde meydana gelen değişikliklerin, sağlık davranışlarının değişimi ile paralellik gösterdiği belirtilmektedir. Bu dönemde adölesanlar artık ebeveyn kontrollü sağlık bakımından kişisel sağlık sorumluluğunu alma yönünde bir

değişim yaşarlar [18]. Yaşanan bu değişim ve beraberinde getirdiği savunmasızlık, bu dönem için sağlığın geliştirilmesi kavramını ve yapılması gerekenleri de ön plana çıkartmaktadır (13). Bu kapsamda adölesanların sağlığını geliştirmek konusunda bilgi vermenin tek başına etkili olmayacağı farklı yöntemlerin uygulanmasının yararlı olacağı belirtilmektedir [19]. Bu farklı yaklaşımların bireysel güçlendirme ve sağlık sorumluluğu kazandırma temelinde olmasının öncelikli olduğuna işaret edilmektedir [20]

Yenilik ve değişime diğer yaş dönemlerinden daha uygun olduğu belirtilen bu dönemin sağlığı öğretme ve sağlıklı davranışları kazandırma açısından da bir fırsat dönemi olduğu göz ardı edilmemelidir [19, 21]. Adölesan bireyler olup bitenleri pasif bir şekilde kabullenmek yerine çevreleri ile ilgili olan olaylar ve almaları gereken kararlarda aktif yapıcı, seçici ve şekillendirici konumdadırlar [22]. Bireylerin sağlık durumunu iyileştirmek için onların sağlığı tehdit eden etkenler üzerindeki kontrollerini artırmayı amaçlayan bir süreç olarak tanımlanan sağlığın geliştirilmesi kavramında da esas öncül, bireylerin sağlıksız olan davranışları ve bu davranışları değiştirmek konusunda istekli olmalarını sağlayabilmek olarak belirtilmektedir [22, 23]. Bu nedenle, Suresh ve arkadaşları (2013) bu döneme ilişkin etkili müdahaleler geliştirilmesinde, adölesanların sağlık ve sağlıkla ilgili vermeleri gereken kararlarda etkili olan süreci iyi bilmenin önemli olduğunu vurgulamıştır [24]. Çünkü istenilen davranış değişikliğinin potansiyel yararlarına inanmayan bireylerde davranış değişikliğini sağlamanın kolay olmadığı ve özellikle adolesan dönemdeki bireylerin sağlığını geliştirmede bu durumun en önemli engellerden birisi olduğu belirtilmektedir [22, 24]. Bu kapsamda amaçlanan değişikliği sağlama noktasında adolesan bireylerde bilişsel - algısal faktörler içinde yer alan, algılanan kontrol ve algılanan öz yeterliliğin güçlü belirleyiciler olduğu belirtilmektedir [25].

Sağlığı geliştiren davranışların kazandırılmasındaki en önemli ve kolaylaştırıcı bileşenlerden birisi olarak gösterilen sağlık kontrol odağı [26], toplumsal öğrenme geleneği içinde bireyin beklentilerini ve beklentilerinin güçlendiricilerle olan bağlantısı şeklinde ifade edilmektedir [27, 28]. Buna göre karşılaşılan davranışların, sonucu üzerinde kontrolü olduğuna inan bireyler “*iç denetimli*”, kontrolün diğer güçlü kişilere bağlı olduğuna inananlar “*dış denetimli*”, kontrolün şans, kader ve benzeri kaynaklara bağlı olduğuna inananlar da “*kaderci*”

olarak ifade edilmektedir. İç kontrolü yüksek (iç denetimli) bireyler sağlığını, bireysel kararlar , sağlıklı yada sağlıksız yaşam şeklinin bir ürünü olduğunu düşünür, dış kontrolü yüksek (dış denetimli) bireyler ise sağlıkları üzerinde kendi karar ve seçimlerini etkin görmezler [27, 29]. Yapılan çalışmalar iç denetim odağının; algılanan sağlık, sağlıkla ilgili bilgi arama ve sağlığı geliştirme davranışları ile pozitif yönde ilişki içinde olduğunu göstermektedir [30-32]. Steptoe ve Wardel'in (2001), 18 ülke'de adolesanlarda sağlık davranışları ile sağlık kontrol odağı ilişkisini araştırdığı çalışmalarında, iç kontrol odağının birçok sağlık davranışı üzerinde pozitif yönde etkisi olduğu belirlenmiştir [33]. Yine Helmer ve Arkadaşlarının (2012) yaptığı çalışmada da iç kontrol odağı yüksek olan adolesanların sağlıklı beslenme ve fiziksel aktivite düzeylerinin yüksek olduğu, dış kontrol odağı yüksek olanların ise düşük fiziksel aktivite düzeyine sahip oldukları ve daha sağlıksız beslendikleri gösterilmiştir [34]. Ülkemizde sağlık davranışları ve sağlık kontrol odağı ilişkisini belirlemeye yönelik bazı çalışmalarda da, düzenli fiziksel aktivite yapma ile iç kontrol odağı arasında [35], sigara içme ile dış kontrol odağı arasında pozitif yönde ilişki [36] olduğu belirlenmiştir; Tabak ve Akköse (2006) tarafından yapılan çalışmada ise iç kontrol odağı yüksek olan bireylerin kendi sağlıkları konusunda daha fazla sorumluluk almaya istekli olduğu; özellikle sigara içme, dış firçalama ve tıbbi muayeneler gibi sağlık davranışları açısından daha aktif oldukları belirlenmiştir [20]. Bu nedenle adölesan dönemdeki bireylerin sağlıklarının geliştirilmesinde sağlık kontrol odağının geliştirilmesine yönelik yapılacak çalışmaların öncelikli ve etkili adımlardan birisi olduğu düşünülmektedir.

Sağlığı geliştiren davranışların açıklanmasında bir diğer kavram ise öz yeterlilik'tir. Bireyin bir işi yapmak için gerekli becerilere sahip olduğu konusundaki inancı olarak tanımlanan "*öz yeterlik*" inancı adolesan dönemde şekillenir [37]. Bir davranışın eyleme dönüşmesinin öncesinde inanç vardır, bu noktada öz yeterlilik teorik bilgi ve pratik arasında bağlayıcı roldedir [38]. Bu nedenle öz yeterliliğin gelişimini destekleyecek olan yaklaşımların sağlığı geliştirme içinde önemli bir araç olduğuna dikkat çekilmektedir [39]. Bu kapsamda öz yeterliliğe ilişkin inançların yaşamın tüm dönemlerinde önemli ve düzenleyici bir fonksiyonun olduğu fakat psikososyal bir karmaşa dönemi olarak nitelendirilen adolesan döneme geçişte daha da önemle üzerinde durulması gerektiği

vurgulanmaktadır [40]. Konuya ilişkin yapılmış çalışmalarda öz yeterlilik inancının, adolesanların sağlıklı beslenmesinde, risk alma davranışlarının azaltılmasında, sosyal becerilerinin gelişiminde ve akran baskısına karşı koyarak davranış problemlerini azaltma ve okul başarısını artırmada etkili olduğu yönündedir [41-45]. Örneğin Mitchell ve arkadaşları (2017) öz yeterliliği artırmaya yönelik müdahale çalışmalarının adolesan bireylerde koruyucu cinsel davranışlar üzerinde olumlu etkileri olduğunu bildirmişlerdir [46].

Sosyal becerilerin geliştirilmesine ihtiyaç duyulan, beden ve sağlık algısında değişimlerin yaşandığı ve riskli davranışlara daha açık olan adölesan dönemde sağlığın geliştirilmesi, bireylerin sağlıkla ilgili sorumluluk almaları yönünde desteklenmeleri ve bireysel güçlendirmeye yönelik müdahale programları ile sağlanabilir [22, 47]. Sağlığı geliştirmeye yönelik müdahale programlarının, bireylerin değiştirmeleri gereken davranışları tanımaları, bu değişimi gerçekleştirebilecekleri yönünde desteklenmeleri ve bu doğrultuda motivasyon sağlama adımlarını içerdiği bilinmektedir [48]. Bu doğrultuda Bandura adölesan dönemdeki bireylerin sağlığının geliştirilmesinde; deneyimlerin dinlendiği ve paylaşıldığı küçük tartışma grupları ile yapılan müdahalelerin etkili olduğunu belirtmiştir [49]. Lassi ve arkadaşları'da (2015) adolesan dönemde sağlığı geliştirme için farklı yaklaşımlara gereksinim olduğuna dikkat çekmiştir [19] Bu kapsamda, sağlığı geliştirme amacı ile planlanacak girişimlerde klasik probleme dayalı yaklaşımdan daha avantajlı olduğu düşünülen, bir çözüm geliştirmek ve bireyleri güçlendirme temeline dayanan "*çözüm odaklı yaklaşım*" in kullanılabileceği belirtilmiş ve literatürde farklı dönemlerde sağlığı geliştirme amacına yönelik olumlu sonuçlar elde edildiği bildirilmiştir [50-52]

Çözüm odaklı yaklaşım, 1980 'li yıllarda Steve de Shezar ve Inso Kim Berg tarafından yapılan çalışmalar sonucu oluşturulmuş, problemler yerine bireyin güçlü yönlerini ön plana çıkarmayı çalışan bir yaklaşımdır [53]. Bu yaklaşımda esas amaç bireyleri sorunlarını konuşmak yerine, çözümlere konuşmaya yönlendirmektir. Söz konusu yaklaşım, temel felsefesini belirleyen üç temel kural ile terapötik süreci inşa etmektedir. Bu kurallar; "*Bozulmamışsa onar.*", "*İşleyen çözüm yollarını uygula.*" ve "*İşlemeyen çözüm yollarına başvurmada ısrarcı olma, farklı çözüm yolları dene.*" şeklinde formüle edilmektedir [54, 55]. Çözüm odaklı yaklaşım farklı yaş

gruplarında ve farklı problemler için uygulanan bir yöntem olarak belirtilmektedir. Bu konuların içinde çocukların korunması, aile trapisi, aile içi şiddet, akan zorbalığı, alkol ve madde bağımlılığı, depresyon ve intihar girişimi , çeşitli davranış problemleri (anksiyete, depresyon) [53], rehabilitasyona ilişkin problemler [56], hasta hemşire ilişkisinin geliştirilmesi [57] gibi birçok alanın yanı sıra, fiziksel aktivite ve beslenme gibi sağlığı geliştirme kapsamında yapılacak müdahalelerde etkili olduğu belirtilmektedir.

Bu kapsamda sağlığı geliştirmeye yönelik çözüm odaklı yaklaşımın kullanıldığı yarı müdahalesel ve müdahalesel olarak düzenlenmiş bazı araştırmalarda; obezite [58-60], alkol ve madde kullanımının önlenmesi [61], kronik durumlarda hastalık yönetimi gibi konuların ele alındığı görülmektedir [62]. Örneğin, Valve ve arkadaşlarının (2013) adölesanlarda sağlık davranışlarının geliştirilmesi amacı ile çözüm odaklı yaklaşımı kullandıkları çalışmalarında uzun dönemli ve olumlu sonuçlar aldıkları belirlenmiş [63] ve okul sağlığı kapsamında hemşireler tarafından kullanılabilmesi belirtilmiştir [64]

Çözüm odaklı yaklaşımın, hemşirelere sosyokültürel yapı içerisinde objektif bir bakış ile değerlendirme imkanı sağladığı ve sadece var olan semptomların giderilmesi yerine sağlığı geliştirme konusunda da proaktif olmalarına yardımcı olduğu vurgulanmaktadır. Bu nedenle bu yaklaşımın sağlık profesyonelleri tarafından sağlığı geliştirme amacı ile yapılacak olan girişimlere adapte edilebilir olduğu belirtilmektedir [64, 65]. Sağlığı geliştirmek için kullanılacak yararlı ve zamanı etkin kullanmaya yardımcı; yanlış davranışlardan kaynaklanan riskler konusunda farkındalığı artıran, davranış değiştirmede bireyin sorumluluğunu vurgulayan, değişim için farklı öneri ve stratejiler sunabilen ve amaçlara ulaşmada destekleyici özellikleri olan bu yöntemin halk sağlığı hemşireleri tarafından da kullanılması tavsiye edilmektedir [65].

Hemşirelerin en öncelikli işlevi sağlığın geliştirilmesi ve korunmasıdır. Hemşirelik kuramcılarında Orem'in de vurguladığı gibi; hemşireler bu işlevlerini en iyi, bireylerin kendi potansiyel güçlerini kullanmaları yönünde onları güçlendirerek yerine getirmeye çalışacaklardır [66]. Bu kapsamda hemşirelerinde problem odaklı yaklaşım yerine çözüm odaklı yaklaşımı kullanmalarının bireylere yardım etmede ihtiyaç duydukları alternatif yolları sağlaması açısından önemli olduğu

belirtilmektedir [67]. Özellikle adolesan dönem gibi yetişkinliğe adım sürecinde bu güçlendirme için doğan ihtiyacın daha fazla olması okul sağlığı kapsamında sağlığı geliştirmeye yönelik müdahale çalışmalarının yapılma gerekçesini güçlendirmektedir. Bu bağlamda, yerli alan yazında sağlık kontrol odağı ve öz yeterliliği güçlendirmeye dayalı sağlığı geliştirmeye ilişkin müdahale programlarının çok az olduğu [20]; sağlık kontrol odağını ve öz yeterliliği güçlendirmeye yönelikte hemşireler tarafından yapılan müdahale çalışması olmadığı görülmektedir. Bu düşünceden hareketle çözüm odaklı yaklaşımın adolesan dönemdeki bireylerin kendi sağlıklarına ilişkin kontrollerini ve öz yeterliliklerini güçlendirerek sağlığı geliştirmeye yönelik davranışlarını artırma yönünde gerçekleştirilecek bir müdahale çalışmasının, hemşireler tarafından okul sağlığı uygulamaları kapsamında uygulanabilir olduğunun gösterilebilmesinin gerekli ve literatüre kanıt sağlayacağı düşünülmektedir.

1.2. Araştırmanın Amacı

Bu araştırma, çözüm odaklı yaklaşım kullanılarak sağlık kontrol odağı ve öz yeterliliği geliştirmeye yönelik yapılacak olan grup görüşmelerinin, adolesanların sağlığı geliştirme davranışları üzerindeki etkisini değerlendirmek amacı ile yapılmıştır.

1.3. Araştırmanın Hipotezi

Araştırmada aşağıda yer alan hipotezler aşağıda verilmiştir.

1. H1: Sağlık kontrol odağı ve öz yeterliliği güçlendirme temelinde yapılan çözüm odaklı görüşmeler, adolesanların sağlığı geliştirme davranışları üzerinde etkilidir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Adolesan Sağlığı

2.1.1. Adolesan Sağlığı Kavramsal Çerçeve

Adolesan sağlığı, bazı kaynaklarda bir paradoks yani çelişkili bir durum olarak nitelendirilmektedir. Çünkü adolesanlar hem sağlığın zirvesinde varsayılabılırken aynı zamanda erken zamanda oluşması muhtemel hastalıklara yol açabilecek davranışları sergilemektedirler [22, 68]. Bir çok hastalığın temelini genç yaşlarda atıldığı bilirse de hastalıkların orta ve ileri yaşlarda ortaya çıkıyor olması bu dönem için alınması gereken önlemlerin geri plana itilmesine neden olmaktadır. Bu bakış açısı adolesan bireylerin sağlıkları ile ilgili kaygılarının önemsiz düzeyde kalmasına neden olmaktadır [22]. Bu dönem, adolesan bireylerin yetişkinliklerini karakterize edecekleri değer ve davranışları aramaya çalıştıkları, aynı zamanda sağlıklarında bozulmaya neden olabilecek bir çok alışkanlığın başlangıcı olabilmektedir. Çünkü toplumsal ve bilişsel becerileri öğrenirken sağlıkla ilgili farklı davranış ve tutumları da edinmeye başlarlar [69]. Bu davranışlar arasında sağlığı olumsuz yönde etkileyen sigara kullanımı, sağlıksız beslenme, yetersiz fiziksel aktivite, madde kullanımı vb gibi davranışlar yer almaktadır.

Mevcut durumun değerlendirilmesi amacı ile adolesan sağlığına ilişkin yapılan çalışmalar incelendiğinde, hem uluslararası boyutta hem de ulusal düzeyde bahsi geçen riskli davranışların görülme sıklığının yadsınamayacak düzeyde olduğu görülmektedir. Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezi'nin (Center for Disease Control and Prevention, CDC) adolesan sağlığını tehdit eden bu riskli davranışları; sigara kullanma, sağlıksız beslenme, yetersiz fiziksel aktivite, alkol ve madde suistimalleri, cinsel davranışlar ve şiddet eylemleri olarak sınıflandırmıştır [70] Patton ve arkadaşlarının Lancet Dergisinde adolesanların sağlık ve iyilik hallerine ilişkin küresel düzeyde bir resim ortaya koymaya çalıştıkları çalışmalarında sigara kullanımının adolesan dönem için majör sağlık risklerinden birisi olduğu bununla birlikte alkol ile tanışma ve başlama, obezite görülme sıklığındaki artışta dikkat çekilen risk faktörleri olduğunu belirtmişlerdir [23]. Yine farklı ülkelerde yapılan çalışmalarda bu verileri destekler niteliktedir [71-73]

Ülkemize bakıldığında da adolesan dönemdeki sağlık risklerinin çok farklı olmadığı görülmektedir. Ünal ve ark. tarafından yapılan bir çalışmada öğrencilerin %72.7'sinin sigara kullandığı belirtilmiştir [74], Dinç ve arkadaşlarının çalışmasında ise 16 -17 aralığında sigara içme oranı %10-%30 arasında olduğu bulunmuştur[75] Literatürde adölesanlar arasında fiziksel hareketsizliğin çok yaygın olduğu ve obezitenin giderek arttığı belirtilmektedir Aksoydan ve Çakır (2011) araştırmalarında adolesanların %79'unun fiziksel olarak inaktif olduklarını bildirmişlerdir [76]. Demirezen ve Coşansu ise “Beslenme Alışkanlıkları İndeksi” ile yaptıkları çalışmada ise adölesanların %99.8'inin riskli beslenme alışkanlığına sahip olduğunu belirtmişlerdir [14]

Yaşam sürecinde önemli bir aşama olarak nitelendirilen adolesan dönem çoğunlukla politika yapıcılar başta olmak üzere ihmal edilen bir alandır. Sağlık alanında yapılan çalışmalar değerlendirildiğinde, bu çalışmaların genellikle doğumdan itibaren ve 5 yaşına kadar olan süreçteki küçük çocuklar üzerinde yoğunlaştığı görülmektedir. Fakat dünya üzerinde yaşayan her altı kişiden birinin adolesanlar olduğu düşünüldüğünde bu yaş grubunu ihmal etmenin yanlış olacağı açıktır [23, 77]. Bu kapsamda uluslararası düzeyde yayınlanan çalışmalar ve raporlarda hem yerel hem de küresel düzeyde adolesan sağlığına odaklanmanın gerekliliği savunulmaktadır. Bu kapsamda; The Lancet dergisi adolesan sağlığına ilişkin yayınladığı seride aynı durumu vurgulamakta, UNICEF ve Dünya Sağlık Örgütü ise adölesanlara ilişkin oluşturdukları raporda konunun önemine dikkat çekmeye çalışmaktadır [10, 78]. Adolesan sağlığına çekilmeye çalışılan dikkatin temel nedeni bu dönemin gelişim süreci içinde ikinci kritik dönem olarak adlandırılması ve yetişkinlikten bir adım önce kazanılacak davranışların tüm yaşama yön verebilme potansiyeline sahip olmasıdır.

Mc Daid ve arkadaşları bu amaca ulaşılabilmesi durumunda elde edilecek kazanımlara ekonomik getiriyi de eklemiş ve adolesan dönemde sağlığı korumak ve geliştirmeye yönelik müdahalelerin uzun vadede karşılaşılabilecek olumsuz etkileri hafifletebilmeleri nedeniyle önemli ölçüde ekonomik kazanım sağlayabileceğini bildirmişlerdir (alıntı [3] asıl kaynak [4]). Bu noktada kaynakları ekonomik olarak kullanarak sağlıklı kalmaları yönünde motive edebilmek için neler yapılması gerekliliği ön plana çıkmaktadır.

2.1.2. Adolesan Sağlığının Geliştirilmesi

1980’li yıllardan beri sağlığı geliştirilmesi üzerinde önemle durulan bireysel ve ülke düzeyinde kalkınmayı sağlamak adına sürekli vurgulanan ve hergeçen gün daha da önem kazanan bir konudur. Yaşamın diğer evrelerine göre nispeten daha sağlıklı geçirilen yıllar olan adolesan dönemin bu amaç için bir fırsat olduğu düşüncesinin daha çok kabul görmeye başlaması ile birlikte bu dönem içindeki bireylerde yaşam stili değişikliğinin nasıl sağlanacağı sorusuna da cevap aranmaya çalışılmıştır. Yaşam değişikliğine ilişkin değişiklikleri sağlamak ve sürdürmenin, kronik hastalığı olan bireylerde bile zor olduğu vurgulanırken; Coates ve arkadaşları (2013) neden fiziksel olarak herhangi bir sağlık sorununu müdahaleimlememiş adolesanların bu değişikliği sağlama ihtiyacı duymaları gerektiği sorusunu dile getirmişlerdir [22]

Dünya Sağlık Örgütü adolesan sağlığına ilişkin yayınladığı en son raporunda günde ortalama 3000’den fazla adolesanın önlenebilir nedenlerden dolayı öldüğünü bildirmekte [10]; küresel ve ulusal düzeyde adolesan sağlığını korunması ve geliştirilmesi için yapılacak yenilikçi “müdahalelere ihtiyaç olduğunu vurgulamaktadır. Bu kapsamda ulusal düzeyde değişmekle beraber adolesanların sağlığını geliştirmede yeni stratejilere ihtiyaç olduğu kaçınılmaz bir gerçektir [10, 11]

Uluslararası düzeyde sağlığa ilişkin gerçekleştirilen birçok konferansta odak noktasını bugünün toplumlarında önemli bir çoğunluğu oluşturan ve geleceğin yetişkinleri olan adolesanlar ve onların sağlıklarını korumak ve geliştirmek için neler yapılabileceği oluşturmaktadır. Bu kapsamda yine DSÖ’nün aynı raporunda sağlıkla ilgili davranışlarının altında yatan, çevre, aile, sosyal değerler, normlar vb. gibi birçok belirleyicinin olduğu; arzu edilen amaca ulaşmada bu belirleyicileri bilinmesi ve bunlara yönelik etkili müdahalelerin oluşturulmasının önemli olduğunun altı çizilmektedir [11]. Bu amaç doğrultusunda ise adolesanların günlerinin önemli bir bölümünü geçirdikleri okulların sağlıklı yaşam alışkanlıklarının ve yaşam boyu sürmesi istenen sağlık davranışlarının kazandırılması amacı ile yapılacak olan müdahaleler için en doğru başlangıç noktası olduğu belirtilmektedir

2.2. Sağlık Kontrol Odağı

Sağlık kontrol odağı, genelleştirilmiş kontrol odağı kavramının bir alt kümesidir. Sağlık kontrol odağı bireylerin sağlık sonuçlarının kontrol edilebilirliği konusundaki algılarını ve hastalıkların sorumluluğunun kendi davranışlarında veya dış etkilerle ilgili olup olmadığının göstergesidir [27, 79]. Wallston ve De Vellis sağlık kontrol odağını üç farklı inanç yapısına göre boyutlara ayırır bunlar:

- Sağlığın kontrolü içsel kontrole dayalıdır, bu durumu bireyi kendi sağlığından sorumlu kılar
- Sağlık ve sağlıksızlık kararlarımız sağlık profesyonelleri ve üst düzey sağlık hizmetleri sunucuları gibi güçlü kişiler tarafından kontrol edilir
- Sağlık çıktıları şansa bağlıdır ve bu nedenle tamamen bizim kontrolümüz dışındadır

Kontrol odağı kavramına göre, bireyler yaptıkları davranışları takip eden “olumlu ya da olumsuz pekiştiriciler aracılığıyla hayatta yaşayacakları tecrübelerin kendilerinden mi yoksa şans veya dış etmenlerden mi kaynaklanacağına dair beklentiler oluşturmaktadır [80].

Daha genel bir çerçeveden bakıldığında, içsel kontrol eğiliminin sağlık hakkında bilgi aramaya ve aktif baş etme stratejileri kullanmaya meyilli olmak ile bağlantılı olduğu (Lefcourt, 1982; Lefcourt ve Wine, 1969) ve dışsal kontrol eğiliminin daha yüksek endişe seviyeleri, stres kaynakları ile baş edememe ve bunların sonucunda kaçınmacı baş etme stratejileri kullanımı ile bağlantılı olduğu belirtilmektedir.

Dışsal sağlık kontrol odağı “diğer kişiler” alt boyutu yüksek olan bireyler arasında onları yönlendirebilecek kişilere (doktorlar, din adamları) güvenin daha yüksek olması, onların tavsiyelerine uymaları ihtimalini arttırmaktadır [81, 82]. Bu kapsamda, iç kontrol odağı yüksek olan bireylerin önleyici sağlık davranışlarını hayatlarına adapte etme oranlarının daha yüksek olduğunu, dış kontrol odağı yüksek olanların ise sağlığı geliştirme davranışlarına daha az yakın oldukları bildirilmektedir

2.2.1. Sağlık Kontrol Odağı ve Sağlığın Geliştirilmesi

Sağlık kontrol odağı algısı, sağlığı geliştirme davranışlarını etkileyen önemli belirleyicilerden bir tanesidir ve yapılan çalışmalar bu durumu destekler niteliktedir. Örneğin; Cankseven ve Akbaş (2016) iç kontrol odağı yüksek olan adolesanların psikolojik iyi olma durumlarının daha yüksek olduğunu bildirmişlerdir [83]. Dağdeviren ve Şimşek (2013), yaptıkları çalışmalarında adolesanların sağlık davranışlarının sağlık kontrol odağı kavramı içinde yer alan iç ve dış kontrol odağı ile ilişkili olduğunu belirlemişler ve bu kapsamda bireylerin iç kontrol odağını güçlendirmeye yönelik planlanacak olan müdahalelerin önemli olduğuna dikkat çekmişlerdir [84]. Bu kapsamda bireylerde içsel kontrolün erken dönemde oluşturulması ve güçlendirilmesi ile ilerleyen dönemlerde sağlığı geliştirme kapsamında bireysel sorumluluğun kazandırılmasının daha kolay olacağını altı çizilmektedir. Bilgili ve Ayaz'da (2009) kadınların sağlığı geliştirme davranışlarını gerçekleştirmeleri için sağlık kontrol odağının önemli bir belirleyici olduğunu bildirmişlerdir [85]. Pender ve arkadaşları'da iş ortamında sağlığın geliştirilmesi ile ilgili belirleyicileri araştırdıkları çalışmalarında sağlık kontrol odağının önemli bir birleşen olduğunu desteklemişlerdir [86]. Butterfield ve arkadaşları ise sigara kullanan adolesanların iç kontrol odağı puanlarının düşük olduğunu bildirmişlerdir [87]

2.3. Öz Yeterlilik

Öz yeterlilik kavramı, insan davranışlarının önemli bir belirleyicisi olarak Sosyal-Bilişsel Kuram kapsamında, tarafından ele alınmıştır. Bandura'nın yaptığı kapsamlı tanımda; " bireyin belli bir performansı göstermek için gerekli etkinlikleri organize edip başarılı olarak yapma kapasitesine ilişkin kendi yargısı olarak tanımlanmaktadır. "Başka bir anlatımla,öz yeterlik bireyin gelecekte karşılaşılabileceği güç durumların üstesinden gelmede ne derecede başarılı olabileceğine ilişkin kendisi hakkındaki yargısı ve inancıdır [88].

Öz yeterlilik yetenekli olmaya değil, ama kişinin kendi kaynaklarına güvenmesini ifade eder. Karşılaşılan durumla baş etmede yeterli becerileri olan, ancak öz yeterliliği düşük olan kişi, söz konusu becerilerini harekete geçiremeyecektir. Öz yeterlilik, bir eylemin planlanması, gerekli becerilerin farkında

olunması ve örgütlenmesi, zorluklarla birlikte elde edilecek kazançların gözden geçirilmesi sonucunda oluşan güdülenme düzeyi gibi öğeleri içerir. Güçlü bir öz yeterlilik başarı ve iyilik halinin oluşmasını ve en önemlisi kişisel gelişimi ve becerilerin çeşitlenmesini sağlar. Başarılı müdahaleler, kişisel olarak benzer özellikleri taşıyan diğer insanların başarıları, çevreden gelen olumlu geri dönüşler ve olumlu ruh hali öz yeterlilik inancını kuvvetlendiren kaynaklardır. Bir eylem başarısızlıkla sonuçlandığında, öz yeterliliği yüksek olan bir kişi, bu başarısızlığı kendi eksikliğine değil, kullanılan yöntem ve stratejilerin yanlışlığına bağlar. Bandura'ya göre (1997) öz yeterliliği düşük ve yüksek olanları ayırt eden en önemli özellik, öz yeterliliği yüksek olanların başarısızlıkları karşısında çabuk toparlanıp pes etmemeleridir[89, 90]

Bandura'nın davranış üzerine etkili olduğunu düşündüğü temel kavramlardan biri olan öz-etkililik-yeterlilik, sosyal öğrenme kuramının temel bileşenlerinden birisidir [88, 91] ve Pender'in sağlığı geliştirme modelinde de sağlığı geliştiren davranışların başlatılması ve sürdürülmesindeki önemli belirleyicilerden bir tanesidir [48].

2.3.1. Öz Yeterlilik ve Sağlığın Geliştirilmesi

Öz yeterlilik farklı sağlık davranışlarının yapılmasına ilişkin bir belirleyici olarak görülmekte ve sağlığı geliştirme davranışlarında kolaylaştırıcı bir rol oynadığı bildirilmektedir [91]. Sigara bırakma, [92] kanserlere ilişkin erken tanı yöntemlerine başvurulması [88, 93], kilo kontrolü ve sağlıklı beslenme [94], tedaviye uyum [95], düzenli fiziksel aktivite yapma [96], ve öz bakım [97] gibi birçok sağlığı geliştirme davranışında öz yeterliliğin önemli bir belirleyici olduğu belirtilmektedir bireysel olarak yapabilirlik durumu

Sağlıklarını yönetme konusunda bireyle"ri mümkün olduğunca bağımsız bir hale getirebilmek sağlık profesyonellerinin en önemli rollerinden birisidir. Bu bağımsızlığı kazandırabilmek ise bazen bireyleri zorlayacak olan bazı davranış değişikliklerinin sağlanması gerekliliğini beraberinde getirmektedir. Bu davranış değişikliğinin sağlanması sürecinde etkili farklı değişkenler bulunmaktadır. Bu değişkenlerin en önemlilerinden birisi de öz yeterliliğidir.

2.4. Sađlđın Geliştirilmesi, Sağlık Kontrol Odağı ve z Yeterlilik

Sağlıklı yaşam davranışı, kişinin sağlıklı kalmak, hastalıktan korunmak ve hastalıklara yakalanmamak için gösterdiği davranışlardır. Gochman, kişinin sağlık davranışlarının, inançları, beklentileri, güdüleri, değerleri, algıları, duygusal-psikolojik özellikleri, davranış biçimleri ve alışkanlıkları ile ilişkili olduğunu belirtmektedir

Sağlıkla ilgili davranışlar, bireylerin sağlıklarını geliştirmek ve sürdürmek amacı ile sağlığa ilişkin bilgileri arama, belirli aralıklarla sağlık kontrollerini yaptırma, düzenli fiziksel aktivite ve sağlıklı beslenme gibi aktiviteleri kapsayan çok boyutlu bir kavramdır. Bu nedenle, algılanan öz denetim ve sağlık davranışları arasındaki bağlantının araştırılması sağlık davranışı ile ilgilenen araştırmacıların önemli konularından biridir.

Özellikle sosyal öğrenme teorisinden elde edilen olan öz yeterlilik ve sağlık kontrol odağı üzerinde en çok araştırma yapılan ve sağlık davranışlarını etkilediği gösterilen kavramlar olarak ön plana çıkmaktadır [98]

Hem z yeterlilik hemde sağlık kontrol odağı bireyin kendini algılaması ve beklentisi ile ilgili kavramlardır. Bu iki kavramın farklılığı Bandura tarafından şöyle ifade edilmektedir; öz yeterlilik bireyin kendi ile ilgili sağlığını iyileştirmek ve sürdürmek için yapabileceklerini algılaması; sağlık kontrol odağı ise bireysel sağlık davranışları ve sağlık durumuna ilişkin algılanan kontroldür [89].

Tsai ve arkadaşları'da (2013), sağlık davranışlarının belirleyicilerini açıklamaya çalıştıkları çalışmalarında sağlık kontrol odağı ve öz yeterliliğin sağlık davranışlarını etkileyen birbirinden bağımsız kavramlar olduğunu belirtmişlerdir [99].

İç kontrol odağı yüksek olan bireyler sağlıklarına ilişkin durumların birincil sorumlularının kendi davranışları olduğunu dşnrlr. Dış kontrol odağı yüksek olan bireyler ise sağlıkları ile ilgili durumların nedenlerini kendi kontrolleri dışındaki olaylarla ilişkilendirme eğilimindedirler [100]

2.5. Çözüm Odaklı Yaklaşım

2.5.1. Çözüm Odaklı Yaklaşım Nedir?

Steve de Shaze ve Insoo Kim Berg öncülüğünde 1980'lerde "Brief Therapy" adı altında geliştirilmiştir [101]. Çözüm Odaklı Yaklaşım, bireyleri çözüme yönlendiren, sorunu çözmeye odaklanmaktan ziyade, çözümün kendisi üzerine odaklanan bir yaklaşımdır.

Bu yaklaşım ile, bireyin güçlü yönleri ve başarmak istedikleri üzerine yoğunlaşır. Çözümün kişinin kendi içine olduğu ve ona ulaşmanın kişinin öz değerlendirmesini olumlu etkilediğini savunur. Kişinin şimdiye kadar yapamadığı ile değil geçmişteki başarıları ile ilgilenir, kişi sorunlarının üstesinden gelebileceği yönünde cesaretlendirilir. Var olan sorunu ortadan kaldırmayı amaçlamak yerine olumlu olan şeyleri varlığı hatırlatılmaya ve artırılmaya çalışılır. Yani bu yaklaşım, kişinin geçmişte ve/veya şimdi yaşadığı sorunlarına değil, sorunun çözülebilmeye olasılığının olduğu geleceğe odaklanmasına yardım etmektedir [101, 102]

2.5.2. Çözüm Odaklı Yaklaşımla İlgili Temel Kavramlar

Çözüm odaklı yaklaşım, 1980 'li yıllarda Steve de Shezar ve Inso Kim Berg tarafından yapılan çalışmalar sonucu oluşturulmuş, problemler yerine bireyin güçlü yönlerini ön plana çıkarmayı çalışan bir yaklaşımdır [103]. Söz konusu bu yaklaşım, temel felsefesini belirleyen üç temel kural ile terapötik süreci inşa etmektedir.

Bu kurallar;

- Bozulmamışsa onar
- İşleyen çözüm yollarını uygula
- İşlemeyen çözüm yollarına başvurmada ısrarcı olma
- Farklı çözüm yolları dene

şeklinde formüle edilmektedir [104].

Bu yaklaşımda temel amaç bireyi sorunları konuşmak yerine çözümlere konuşmaya yönlendirmektir [105]. Böylece bireyin işleyebileceğini düşündüğü çözüm yollarına odaklanması sağlanır [106] ve bireyin kendi amaç ve bunlara yönelik çözüm önerilerini saptayabileceği düşünüldüğüne inanılır [106]. Şimdiki an

ve geçmiş üzerine odaklanmaktan çok sorunun çözülebileceği düşüncesi ile geleceğe odaklanma ön plandadır. Bu zamanlar sorundan şikayet edilmeyen zamanlardır ve sorunun olmadığı zamanlar, istisnalar olarak ifade edilmektedir [107]

Bu yaklaşıma ilişkin temel kavramlar kısaca aşağıdaki gibidir

a. *Sorun analizinden kaçınma*; ihtiyaç sadece bazı şeylerin nasıl işlediğinin betimlenmesi ise ayrıntılı bir açıklama yapmak yersizdir

b. *Müdahalelerde yeterli olma*; burada bireye çözüm yolları üretmede yardımcı olma önceliklidir. Sorunun kaynağını bulmak için çaba gösterilmez. Birey için değil bireyle planlama yapılır.

c. *Şimdi ve gelecek üzerine odaklanma*; bireyin hedefi ne? Ulaşılmak istenen hedef doğrultusunda gerçekçi bir yol haritası belirlenmesi

d. *İç görü yerine eylem üzerine odaklanma*; iç görünümünün gelişmesinin zaman alıcı olduğu düşüncesinden hareketle eylem üzerine odaklanmanın önemli olduğu savunulur [107, 108].

Çözüm odaklı yaklaşımda kabul edilen varsayımlara göre yol haritası Şekil 2.1'de sunulmuştur.

2.5.3. Çözüm Odaklı Yaklaşım ve Sağlığın Geliştirilmesi

Sağlığın geliştirilmesi süreci içinde davranış değişikliğinin sağlanmasının önemli bir rolü vardır [91]. Bu kapsamda bireylerin davranışlarının değiştirilmesine ilişkin birçok çalışma mevcuttur. Fakat burda altı çizilmesi gereken nokta, bu davranış değişikliğinin temelde bireylerin kendi yeterliliklerini artırmaya yönelik amacı taşıyıp taşımadığıdır [109]. Bu doğrultuda, İngiltere Sağlık Enstitüsü (The National For Health and Care Excellence-NICE) yayınlamış olduğu ‘‘*Halk Sağlığında Davranış Değişikliği Rehberinde*’’ sağlıkla ilgili davranış değişikliği sağlamayı amaçlayan yeni müdahale programlarının geliştirilmesi ile bireylerin güçlü yönlerinin geliştirilmesine odaklanılarak; becerilerinin, yeteneklerinin ve kapasitelerinin ortaya çıkarılabileceğini vurgulamıştır [110].

Farklı yaş grupları için sağlığın geliştirilmesi kapsamında oluşturulan kanıt temelli rehberlerde de bireylerin güçlü yönlerine vurgunun artırılması ve bireysel güçlendirmenin öneminin altı çizilmekte ve sağlık profesyonelleri tarafından uygulamada kullanılmasının olumlu sonuçlar elde etmede etkili olabileceği

belirtilmektedir [111] bu kapsamda sağlığı geliştiren uygulamalarda farklı anlayışların benimsenmesi gerekliliği ön plana çıkmaktadır. Bu amaç doğrultusunda, sağlığı geliştirme amacı ile planlanacak girişimlerde klasik probleme dayalı yaklaşımdan daha avantajlı olduğu dűřünűlen, bir çözüml geliştirmek ve bireyleri güçlendirme temeline dayanan, problemde ziyade çözüme odaklanan bir yaklaşım olan “*çözüml odaklı yaklaşım*” ın kullanılabilereği belirtilmektedir [50, 52, 112]



Şekil 2.1. Çözüm odaklı yaklaşımda yol haritası.

Çözüm odaklı yaklaşımın etkinliğini belirlemeye yönelik olan çalışmalarda; bu yöntemin pozitif çıktıları elde etmede başarılı olduğunu, zaman ve maliyet

konusunda da kullanıcılara avantaj sağlayacağı bildirilmektedir [103, 105]. Farklı yaş gruplarında ve farklı problemler için uygulanan bu yöntemin çocukların korunması, aile terapisi, aile içi şiddet, akran zorbalığı, alkol ve madde bağımlılığı, depresyon ve intihar girişimi, çeşitli davranış problemleri (anksiyete, depresyon vb.) [103], rehabilitasyona ilişkin problemler [56] ve hasta hemşire ilişkisinin geliştirilmesi [57] gibi birçok alanda kullanıldığı görülmektedir.

Sağlığı geliştirme kapsamında çözüm odaklı yaklaşımın kullanıldığı yarı müdahalesel ve müdahalesel olarak düzenlenmiş araştırmaların obezite [58-60], alkol ve madde kullanımının önlenmesi [61], kronik durumlarda hastalık yönetimi [62] ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının kazandırılması [113] gibi alanlara yönelik olduğu ve olumlu sonuçlar elde edildiği belirlenmiştir. Örneğin Örneğin, Valve ve arkadaşlarının (2013) genç adolesanlarda sağlık davranışlarının geliştirilmesi amacı ile çözüm odaklı yaklaşımı kullandıkları çalışmalarında uzun dönemli ve olumlu sonuçlar aldıkları belirlenmiştir [63]. Litaratür, öz yeterlilik ve sağlık kontrol odağı kapsamında bu yöntemin kullanılmış olduğu çalışmalar açısından incelendiğinde; Taathadi'nin (2014) adolesanların öz yeterliliklerini artırmak amacı ile çözüm odaklı yaklaşımı kullandığı müdahale grubunun öz yeterlilik algılarının iyileştiğini [114]. Sarvi ve Ghazi'nin de (2016) yine öz yeterliliği artırmaya yönelik çalışmalarında çözüm odaklı yaklaşımın etkili ve bu amaç için kullanılabilir olduğunu bildirdikleri görülmüştür [115]

2.5.4. Çözüm Odaklı Yaklaşım ve Hemşirelik

Sağlığı geliştirme kapsamında hemşireler oldukça kritik bir pozisyonadılar [116]. Fakat hemşireler tarafından yapılan sağlığı geliştirme müdahalelerinde, genellikle teorik temelde bireysel olarak güçlendirmenin önemli olduğu vurgulanırken, yapılan uygulamalar güçlendirmeye tam anlamıyla yer verilmediğini göstermektedir [117]. Oysaki hemşirelerin en önemli rollerinin başında bireylerin kendi potansiyel güçlerini kullanmaları yönünde desteklemeleri olduğunun altı çizilmektedir [66]. Bu kapsamda hemşirelerinde problem odaklı yaklaşım yerine çözüm odaklı yaklaşımı kullanmalarının bireylere yardım etmede ihtiyaç duydukları alternatif yolları sağlaması açısından önemli olduğu belirtilmektedir [67].



Şekil 2.2. Hemşirelikte çözüm odaklı yaklaşım basamakları

Çözüm odaklı yaklaşım hemşirelik perspektifinde incelendiğinde, birkaç önemli nokta ön plana çıkmaktadır. Bunlardan ilki; karşılaşılan zorlukların vurgulanmayışı ve problemin birey / hasta – hemşire ilişkisinin merkezine konmamasıdır. Problem odaklı yaklaşımdaki gibi yine klinik bir sorun vardır fakat burada yaratıcı, mantıklı öğeler, hayal kurma ve amaç bölümleri vardır ve var olan kapasitenin maksimum düzeyde ortaya çıkarılması hedeflenir [118]. Bu noktada, Bowles ve arkadaşları (2001), çözüm odaklı yaklaşım ile hemşirelerin bireylerin güçlü yönlerini, yeteneklerini açığa çıkarabileceğini ve güçlendirebileceklerini bildirmişlerdir [119]. Hemşirelikte çözüm odaklı yaklaşımın üç aşamadan oluştuğu belirtilmekte ve bu aşamalar McAllister (2003) ve McAllister ve Venturato (2006) tarafından şekil 2.2’de ki gibi tanımlanmaktadır.

Çözüm odaklı yaklaşımın hemşirelere, bireye sosyokültürel yapı içerisinde objektif bir bakış açısı sağladığı ve sadece var olan semptomların giderilmesi yerine

hemşirelere sağlığı geliştirme konusunda da proaktif bir yaklaşım imkanı sağladığı vurgulanmaktadır. Bu nedenle bu yaklaşımın hemşireler tarafından sağlığı geliştirme amacı ile yapılacak olan girişimlere adapte edilebilir olduğu belirtilmektedir [64, 120].

Hemşirelerin bu yöntemi kullandığı çalışmaların incelenmesi amacı ile yapılan uluslararası literatür incelemesinde; Kvarme ve arkadaşlarının (2010) adolesanlarda öz yeterliliği geliştirmek için bu yaklaşımı kullandığı görülmüştür [64]. Yerli literatürde ise sadece Akgül ve arkadaşlarının (2018) sağlığı geliştirme amacı ile obez çocuklarda kullandığı ve olumlu sonuçlara ulaştığı belirlenmiştir.

2.5.5 Okul Sağlığı Hizmetleri

Okul sağlığı hizmetleri ve hemşirelik Okul sağlığı; öğrencilerin ve okul çalışanlarının sağlığının değerlendirilmesi, geliştirilmesi, sağlıklı okul yaşamının sağlanması ve sürdürülmesi, öğrenciye ve dolayısıyla topluma sağlık eğitiminin verilmesi için yapılan çalışmaların tümü olarak tanımlanmaktadır [121].

Türkiye’de okul sağlığı kapsamında yapılanlar ne yazık ki istenen düzeyde değildir. Okul sağlığı hizmetlerinden sorumlu hale getirilen toplum sağlığı merkezleri de bu hizmetlerin sunumunda gerekli yeterliliklere sahip değildir [122, 123]. Bu kapsamda, yıllar içinde imzalanan protokoller ile okul sağlığı kapsamında farklı projeler ve işbirlikleri geliştirilmektedir. Milli Eğitim Bakanlığı ile Sağlık Bakanlığı arasında 2006 yılında imzalanmış olan en kapsamlı protokolün değişen ihtiyaçları karşılamadığı noktasından hareketle yeni bir protokol hazırlanmış ve 2017 imzalanarak yürürlüğe girmiştir. Yeni imzalanan Okullarda Sağlığın Korunması ve Geliştirilmesi adlı programda; *okul çağındaki bütün çocukların bedenlen, ruhen ve sosyal yönden tam bir iyilik halinde olmasının sağlanması ve sürdürülmesi, sağlıklı bir çevrede gelişimi, ailelerin ve toplumun sağlık düzeyinin yükseltilmesi hedeflenmektedir* (<https://okulsagligi.meb.gov.tr/www/okul-sagligi-hizmetleri-isbirligi-protokolu-okulda-sagligin-korunmasi-ve-gelistirilmesi-programi-uygulama-kilavuzu/icerik/50>). Bu hedefler doğrultusunda değişen dünya içerisinde farklı yaklaşımlar ile okul sağlığı hizmetlerinin desteklenmesinin gerektiği açıktır.

Bu kapsamda, eğitim ve farklı sertifika programları ile kendilerini daha fazla geliştirme şansı olan lisans hemşirelerin okul sağlığı hizmetleri içinde daha etkin ve verimli çalışabileceklerdir [124]. Bu kapsamda hemşirelerin her fırsatta okul sağlığı alanında yapacakları çalışmalar, etkinliklerini gösterme ve okul sağlığı uygulamalarına kanıt oluşturması açısından önemlidir.

3. BİREYLER VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın şekli

Bu çalışma; adolesanlarda, sağlık kontrol odağını ve öz yeterliliği güçlendirmeye yönelik çözüm odaklı yaklaşım ile yapılan görüşmelerin sağlığı geliştirme davranışlarına etkisini değerlendirmeyi amaçlayan, benzer fakat randomize olmayan gruplarda ön test-son test kontrol gruplu yarı deneysel bir araştırmadır [125].

3.2. Araştırmanın yapıldığı yer ve özellikleri

Araştırma Ankara ili Sincan İlçesinde yer alan Ahmet Andiçen Ortaokulu Okulu ve Mareşal Fevzi Çakmak Ortaokulunda yapılmıştır. Sincan ilçesi 2016 yılı itibari ile 520.000 kişilik nüfusa sahip, gelişmekte olan ve köyden kente yapılan göçlerde yerleşim yeri olarak ilk tercih edilen ilçelerinden birisidir. İlçelerin sosyo ekonomik gelişmişlik sıralaması araştırmasında da Ankara ilinin sosyo ekonomik gelişmişlik açısından düşük bölgeleri arasında yer almaktadır [126]. Araştırmanın bu bölgede yapılma nedeni; sağlığı geliştirmenin önemli bileşenleri olan öz yeterlilik ve sağlık kontrol odağının adolesan bireylerin sosyo-ekonomik statüleri ile paralellik göstermeleri ve öncelikli olarak bu bölgede yaşayan adolesanların bu yönlerinin güçlendirilmesine daha fazla gereksinim duyuyor olmalarıdır [22, 64, 127].

Okulların özellikleri

- Ahmet Andiçen Ortaokulu (müdahale grubunun yer aldığı okul): 79 öğretmen ve 1200 öğrencinin bulunduğu okulda eğitim sabah ve öğlen olmak üzere yarım gündür. İkinci kademedeki toplam sınıf sayısı (5, 6, 7, ve 8. Sınıflar) 16'dır. 7. Sınıflarda dört şube mevcuttur ve mevcutları ortalama 25-30 civarındadır.
- Mareşal Fevzi Çakmak Ortaokulu (Kontrol grubunun yer aldığı okul): 41 öğretmen ve 800 öğrencinin bulunduğu okulda eğitim sabah ve öğlen olmak üzere yarım gündür. İkinci kademedeki toplam sınıf sayısı (5, 6, 7, ve 8. sınıflar) 15'tir. 7. sınıflarda dört şube mevcuttur. Mevcutları ortalama 22 – 28 civarındadır.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklem

Araştırmanın evrenini Ankara ili Sincan ilçesinde bulunan Ahmet Andiçen ve Mareşal Fevzi Çakmak Ortaokullarında öğrenim gören (12-13 yaş grubu) 7. Sınıf öğrencileridir. Çalışmanın bu dönemdeki çocuklarla yapılmasının nedeni sağlık davranışlarına ilişkin bireysel sorumluluğun bu yaşlarda kazanılıyor olması, yaşam dönemi içinde sağlık risklerine en açık olunan bir dönem olması ile birlikte kişisel güçlendirmenin önemli olmasıdır. 7. Sınıf öğrencilerinin seçilme nedeni ise bireysel farkındalığın altıncı sınıflara göre daha gelişmiş olması, liselere giriş sınavı nedeni ile araştırmacının bu gruptaki öğrencileri çalışma için organize edebilecek ve devamlılığı daha kolay sağlayabilecek olmasıdır.

Katılımcılar bu iki ortaokulda öğrenim gören, 7. Sınıf öğrencileridir. Araştırmaya dahil etme ve dışlama kriterleri şu şekilde belirlenmiştir.

Araştırmaya dahil edilme kriterleri

- Öğrencilerin 7. Sınıfta öğrenim görüyor olması
- Öğretmenler ve okul yönetimi ile yapılan görüşmeler ile katılım sağlayacak olan adolesanların herhangi fiziksel (oturumlara katılımı engelleyecek) veya ruhsal bir tanısının olmadığı belirlenmesi
- Adolesanların çalışmaya katılmayı kabul etmeleri ve ebeveynlerinden ve kendilerinden yazılı onamlarının alınması

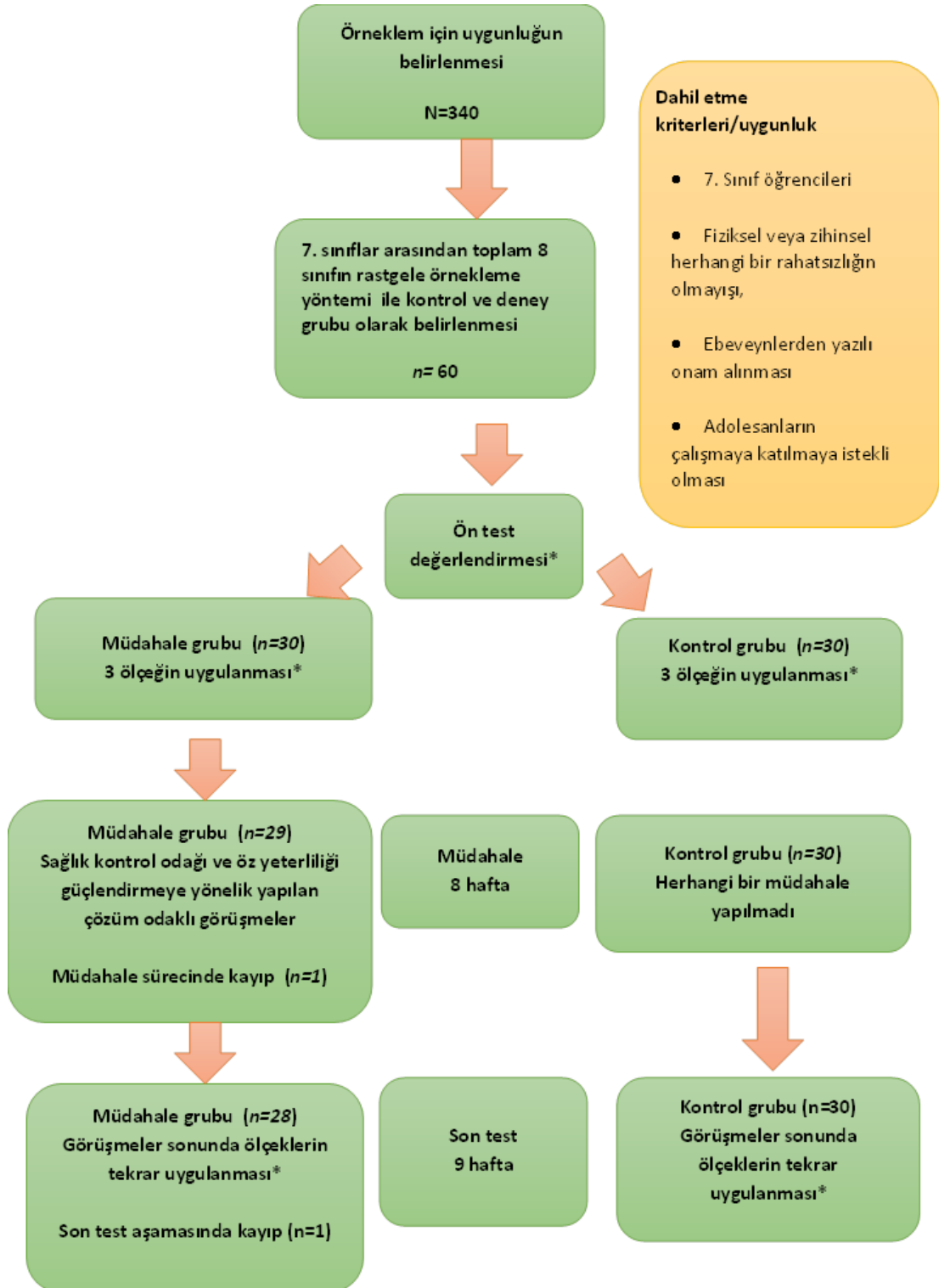
Dışlama kriterleri

- Yapılacak olan görüşmelere 2 oturumdan fazla katılmama durumunda, katılımcıların araştırma dışında bırakılmasına karar verilmiştir.

Araştırmanın çalışma grubunun belirlenmesi için örneklem büyüklüğü G*Power programı yardımı ile hesaplanmış; bunun için çalışmanın değerlendirme araçlarından olan ve daha öncesinde çözüm odaklı yaklaşım yardımı ile beslenme, fiziksel aktivite düzeyinin artırılmaya çalışıldığı bir çalışma kullanılmıştır [128]. Bu kapsamda, beslenme ve fiziksel aktiviteye ilişkin ulaşılan orta düzeydeki etki büyüklüğü (0.35 - 0.65) referans alınarak tahmini bir örneklem büyüklüğü hesaplanmıştır. Buna göre araştırmanın gücü %80 ve α değeri 0.05 olarak kabul edilmiş ve örneklem büyüklüğü ortalama 24 kişi olarak belirlenmiştir. Sonrasında

deney grubu olarak belirlenen Ahmet Andiçen Ortaokulu'nda mevcut olan 4 tane 7. sınıf şubesi arasından bir sınıf rastgele örneklem yöntemi ile müdahale grubu olarak diğer okuldaki 4 sınıftan biriside kontrol grubu olarak seçilmiştir.

Müdahale grubunda çözüm odaklı yaklaşım gereği görüşmelerin ortalama 12-15 kişi ile yapılması tavsiye edildiği için müdahale grubu olarak seçilen 30 kişilik sınıf, öğrencilerin devamsızlık yapma durumu nedeni ile grup sayısında eksilme olabileceği göz önünde bulundurularak 15 ve 15 kişilik iki grup oluşturulmuştur. Bir grupta iki öğrenci görüşmelere düzenli katılım sağlamadığı için çalışma, müdahale grubunda toplamda 28 kişi ile tamamlanmıştır. (Şekil 1). Çalışma grubuna ait bazı tanımlayıcı özellikler Tablo 3.1'de yer almaktadır.



Şekil 3.1. Örneklem seçimi ve müdahale

*sağlığı geliştiren davranışlar ölçeği, öz yeterlilik ölçeği ve sağlık kontrol odağı ölçeği uygulanmıştır

Tablo 3.1. Araştırmaya katılan öğrencilere ilişkin tanımlayıcı özellikler

	Müdahale (N=28)		Kontrol (N=30)		P
	N	%	N	%	
Cinsiyet					
Kadın	14	50,0	13	43,3	0,611
Erkek	14	50,0	17	56,7	
Anne Eğitim Durumu					
Hiç okula gitmemiş	1	3,6	3	10,0	0,653
İlkokul bitirmemiş	4	14,3	2	6,7	
İlkokul mezunu	17	60,7	15	50,0	
Lise mezunu	4	14,3	6	20,0	
Üniversite mezunu	2	7,1	4	13,3	
Anne Çalışma Durumu					
Evet	4	14,3	5	16,7	0,802
Hayır	24	85,7	25	83,3	
Anne Meslek					
Özel	4	100,0	5	100,0	-
Kamu	0	0,0	0	0,0	
Baba Eğitim Durumu					
Hiç okula gitmemiş	1	3,6	2	6,7	0,990
İlkokul bitirmemiş	1	3,6	1	3,3	
İlkokul mezunu	9	32,1	9	30,0	
Lise mezunu	15	53,6	16	53,3	
Üniversite mezunu	2	7,1	2	6,7	
Baba Çalışma Durumu					
Evet	28	100,0	29	96,7	1,000
Hayır	0	0,0	1	3,3	
Baba Meslek					
Özel	19	67,9	18	62,1	0,647
Kamu	9	32,1	11	37,9	
Kardeş Sayısı					
1	6	21,4	7	23,3	0,982
2	17	60,7	18	60,0	
3	5	17,9	5	16,7	
Ailenin Ekonomik Durumu					
Çok Kötü	4	14,3	4	13,3	1,000
Kötü	1	3,6	1	3,3	
Orta	13	46,4	14	46,7	
İyi	4	14,3	5	16,7	
Çok İyi	6	21,4	6	20,0	
Toplam	28	100	30	100	

Tablo 3.1. incelendiğinde, müdahale grubundaki adolesanların %50'sinin kadın %50'sinin erkek olduğu; %60,7'sinin annesinin ilkökul mezunu, %14,3'ünün lise, %7,1'inin ise üniversite mezunu olduğu görülmektedir. Araştırmaya katılan adolesanların %14,3'ünün annesi çalışırken, %85,7'sinin ise çalışmamakta; çalışan annelerin ise tamamı özel sektöre ilişkin bir iş yapmaktadır. Müdahale grubunda adolesanların babalarının %32,1'i ilkökul mezunu, %53,6'sı lise, %7,1'i ise üniversite mezunudur ve tamamı çalışmaktadır. Yine müdahale grubundaki adolesanların %21,4'ü 1 kardeşe sahip iken %60,7'si 2, %17,9'u 3 kardeşe sahiptir ve %14,3'ü ekonomik durumunu çok kötü tanımlarken %46,4'ü orta, %14,3'ünün iyi, %21,4'ünün ise çok iyi olarak tanımlamıştır. Kontrol grubuna bakıldığında ise araştırmaya katılan adolesanların %43,3'ünün kadın %56,7'si erkek olduğu görülmektedir. Bu grupta yer alanların %10,0'ının annesi hiç okula gitmemiş iken %6,7'si ilkökulu bitirmemiş, %50,0'ı ilkökul mezunu, %20,0'ı lise mezunu, %13,3'ü ise üniversite mezunudur ve %16,7'sinin annesi çalışmakta, %83,3'ünün ise çalışmamaktadır. %6,7'sinin babası hiç okula gitmemiş iken %3,3'ü ilkökulu bitirmemiş, %30,0'ı ilkökul mezunu, %53,3'ü lise mezunu, %6,7'si ise üniversite mezunudur. Babaların tamamına yakını (%96,7) çalışırken %62,1'i özel sektörde, %37,9'u ise kamuda görev yapmaktadır. Bu grupta yer alan adolesanların %23,3'ü 1 kardeşe sahip iken %60,0'ı 2, %16,7'si 3 kardeşe sahiptir. Ve son olarak kontrol grubundaki adolesanların adolesanların %13,3'ü ekonomik durumlarını çok kötü olarak tanımlarken %3,3'ü kötü, %46,7'si orta, %16,7'si iyi, %20'si ise çok iyi olarak tanımlamıştır.

Tablo 3.2. Adolesanlarla ilgili bazı tanımlayıcı özellikler

	Deney (N=28)		Kontrol (N=30)		P
	N	%	N	%	
Kendi Sağlık Tanımı					
Çok Kötü	2	7,1	3	10,0	0,811
Kötü	13	46,4	10	33,3	
Orta	6	21,4	8	26,7	
İyi	7	25,0	9	30,0	
Çok İyi	2	7,1	3	10,0	
Sağlık Sorumluluğunu Bilme Durumu					
Evet biliyorum	5	17,9	5	19,2	1,000
Hayır bilmiyorum	23	82,1	21	80,8	
Sağlık Sorumluluğu					
Sağlıklı olmak için bir şeyler yapmak	3	60,0	3	60,0	1,000
Kendini tanımak	2	40,0	2	40,0	
Kronik Hastalık Durumu					
Yok	24	85,7	22	84,6	1,000
Var	4	14,3	4	15,4	
Var Olan Kronik Hastalık					
Tip 1 dm	1	25,0	1	25,0	1,000
Astım	3	75,0	3	75,0	
Sağlıkla İlgili Değişimlerde Rolünüz					
Önemli rolüm yok	1	3,7	2	6,9	0,652
Bazen rolüm var	9	33,3	7	24,1	
Rolüm var	15	55,6	15	51,7	
Her zaman rolüm olduğunu düşünürüm	2	7,4	5	17,2	

3.4.Verilerin Toplanması

3.4.1.Veri Toplama Araçları

Araştırma süresince, katılımcıların sosyo demografik bilgileri - öznel sağlık değerlendirmelerine ilişkin soruların yer aldığı ve araştırmacı tarafından literatüre dayanılarak hazırlanan kişisel bilgiler formu (Ek 1.) ve sağlıklı geliştirme davranışlarının değerlendirilmesi amacı ile *Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği* (Ek 2) veri toplama araçları olarak kullanılmıştır.

3.4.1.1. Kişisel Bilgi Formu

Kişisel bilgi formu araştırmaya katılan öğrenci ve ailelerine yönelik tanımlayıcı bilgileri ve sağlık durumlarına ilişkin hususlar (*kendi sağlık tanımları*,

sağlık sorumluluğu ile ilgili düşünceler vb.) hakkındaki verileri toplamak için ilgili literatüre dayanarak (42,44) araştırmacı tarafından hazırlanmıştır (Ek 1.)

3.4.1.2. Sağlık Geliştirici Davranışlar Ölçeği

Chen ve arkadaşları tarafından 2003 yılında geliştirilen ölçek 40 maddeden oluşan 5'li likert tipte bir ölçektir [129]. Ölçek 6 alt boyuttan oluşmaktadır. 7 maddesi sosyal destek, 8 maddesi yaşam memnuniyeti, 10 maddesi sağlık sorumluluğunu, 6 maddesi beslenme davranışlarını, 4 maddesi fiziksel aktiviteyi ve 5 maddesi'de stres yönetimini temsil etmektedir. Bayık ve arkadaşları (2011) tarafından yapılan geçerlilik güvenirlik çalışmasında ölçeğin toplam geçerlilik güvenirlik chronbach alpha katsayısı 0.93 olarak bulunmuş alt boyutlar için ise chronbach alpha katsayısının 0.75 ile 0.88 arasında değiştiği bildirilmiştir. Ölçekten alınabilecek minimum puan 40, maksimum puan ise 200'dür. Alınan puanın artması sağlığı geliştiren davranışların uygulanma düzeyinin de arttığını gösterir. Bu çalışmada bu ölçeğin kullanılabilmesi için izin alınmıştır (Ek 6).

1. Yaşam memnuniyeti: toplamda 10 maddeden oluşan bu alt boyutta, güçlü ve zayıf yönlerin anlaşılması, kusurları düzeltme yönünde çabalama, yaşamamın bir amacı olduğuna inanma, program yapma ve öncelikleri belirleme, yiyeceklerin etiketini okuma, sağlıkla ilgili bilgi arama gibi sorular yer almaktadır.
2. Sağlık sorumluluğu: 15 maddeden oluşan bu alt boyutta; lifli gıda tüketimi, su içme, insan ilişkileri, kilo takibi, sağlık sorunlarını bir uzmana danışma ihtiyacı, hijyen kuralları, mutlu olma, olumlu düşünme, düzenli uyku alışkanlığı ile ilgili sorular yer almaktadır.
3. Fiziksel aktivite: 4 maddeden oluşan bu alt boyutta yer alan sorular, gevşeme egzersileri, beden eğitimi dersine katılım, düzenli egzersiz başlıklarından oluşmaktadır
4. Sosyal destek: bu alt boyut 4 maddeden oluşmakta ve sosyal iletişim, endişeleri açıklama, başkalarını önemseme gibi sorular yer almaktadır.
5. Stres yönetimi: 3 maddeden oluşan bu alt boyutta yer alan sorular stres kaynağını belirleme ve ruh halini izleme ile ilgilidir

6. Beslenme davranışları: 3 maddeden oluşan bu alt buyutta yer alan sorular, düzenli öğün sayısı, kahvaltı yapma ve tüm besin gruplarının tüketme durumu ile ilgilidir.

3.5. Araştırmanın Uygulanması

3.5.1. Ön Uygulama Süreci

Araştırma kapsamında ön uygulamanın yapılabilmesi için izin alınan okullardan birisi olan Hacı Bayram 1 Veli Ortaokulunda 7. Sınıfların bir şubesinde öğrenim gören ön uygulamaya katılmayı kabul eden 15 öğrenci ile çalışmanın ön uygulaması gerçekleştirilmiştir. 05 – 09 Aralık 2016 tarihleri arasında ön uygulamada yer alan öğrencilere kişisel- tanıtıcı bilgiler formu, öz yeterlilik ölçeği, çok boyutlu sağlık kontrol odağı ölçeği ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği uygulanmış, her bir form için yaklaşık olarak 15- 35 dk süre verilerek öğrencilerin doğru bir şekilde doldurmaları sağlanmıştır. Ayrıca 05 Aralık ve 09 Aralık tarihlerinde iki gün ve toplamda 2 görüşme olacak şekilde 40-45 dakikalık çözüm odaklı yaklaşım grup görüşmesi uygulanmıştır. Bu şekilde araştırmacı, anketlerin öğrenciler tarafından anlaşılabilirliğini kontrol edebilmiş ve gerekli düzeltmeleri yapmıştır.

3.5.2. Araştırmanın Uygulanması

Araştırmanın uygulama süreci araştırmacı tarafından yürütülmüş ve araştırmacı bu kapsamda bilgi ve becerisini geliştirmek için Yrd. Doç. Dr. Nevin Dölek tarafından Kasım 2015 tarihinde verilen 2 günlük başlangıç düzeyi çözüm odaklı yaklaşım kursuna katılarak sertifika almış ve örnek olarak yapılan uygulamalar ile uygulama becerisi kazanmıştır (Ek 10.).

Araştırma kapsamında müdahale gruplarına haftada birer kez olmak üzere toplamda 9 görüşme olacak şekilde, sağlık kontrol odağı ve öz yeterliliği geliştirmeye yönelik çözüm odaklı yaklaşım ortalama 40 – 45 dk sürecek şekilde, okul ortamında yönetim tarafından belirlenen toplantı odalarında uygulanmıştır. Yapılan bu grup görüşmelerinin, çözüm odaklı yaklaşım tekniği ilkeleri kullanılarak

ve her bir görüşme müdahale grubunda yer alan iki grup içinde eşit süre ve içerikte olacak şekilde uygulanmıştır.

Tüm oturumlar araştırmacı tarafından litartüre dayanılarak hazırlanmıştır [63, 64, 130]. İşsel sağlık kontrol odağı ve öz yeterliliği güçlendirmeye yönelik hazırlanan içeriğin çözüm odaklı yaklaşım ilkeleri ve tekniği ile nasıl birleştirildiği Tablo 3.3'de başlıklar halinde gösterilmiş ve görüşme içeriklerinde ayrıntılı olarak sunulmuştur.

Uygulama Basamakları

Araştırmanın müdahale ve kontrol grubunun oluşturulmasından tamamlanmasına kadar süreçteki basamaklar aşağıda yer almaktadır. Ayrıca araştırma akış diyagramında da sunulmuştur (Şekil 3.2)

1. Basamak (19 -23 Aralık 2016): bu ilk aşamada, Ahmet Andiçen ve Mareşal Fevzi Çakmak ortaokullarında rehber öğretmenler yönetimleri ile görüşülmüştür. Bu kapsamda 7. Sınıflardan seçilecek olan bir sınıfın ikiye bölünmesi ve ders saatlerinin grup görüşmeleri için ayarlanması konusunda daha fazla yardım sağlayacak olan Ahmet Andiçen Ortaokulu müdahale grubu olarak belirlenmiştir. Bu okulda yer alan 4 tane 7. Sınıf şubesi içinden bir tanesi rastgele seçilmiş ardından 30 kişilik olan sınıf (kızlar ve erkekler eşit dağılacak şekilde) rastgele sayılar metodu kullanılarak ikiye bölünmüş ve iki tane müdahale grubu oluşturulmuştur. Mareşal Fevzi Çakma Ortaokulundaki 4 tane 7. Sınıf şubesinden 30 kişilik mevcudu olan bir sınıfta araştırmanın kontrol grubu olarak belirlenmiştir.

2. Basamak (26 - 29 Aralık 2016): bu basamakta, hem müdahale grubuna hem de kontrol grubunda yer alan öğrenciler 18 yaşın altında oldukları için ailelerinden yazılı onam almak amacı ile evlerine çalışmanın amacı, içeriği ve süresi hakkında bilgi verme amaçlı bir yazı ve ebeveyn yazılı onam dilekçesi (Ek 11) okul yönetiminin yardımı ve onayı; rehber öğretmenlerinin ve öğrencilerin aracılığı ile evlere gönderilmiştir. Bir sonraki süreçte yazılı onamların gelmesi ile birlikte aynı hafta içinde hem müdahale grubundaki okulda hem de kontrol grubundaki okuldaki öğrencilere çalışmanın içeriği, süresi hakkında bilgilendirici bir toplantı yapılmış ve çalışmada yer alan form ve ölçekler ilk ölçüm amacı ile araştırmacının kontrolünde uygulanmıştır. Yine bu süre zarfında müdahale grubundaki okulda müdür yardımcısı

ile hangi ders saatlerinde görüşmelerin yapılabileceği görüşülmüş ve görüşmeler için bir takvim oluşturulmuştur. Görüşmelerin yapılacağı ders saatleri genellikle her hafta aynı gün 2 saat olacak şekilde ve her görüşme farklı bir derse getirilmeye özen gösterilerek ayarlanmış ve bu kapsamda yönetim tarafından uygun olan ders saatleri tercih edilmiştir.

3. Basamak (6 Şubat – 12 Mayıs 2017): Aralık ayında ilk testlerin uygulanmasından sonra okulların yarıyıl tarihine girmesi ile görüşmeler ikinci yarıyıl başlayacak şekilde planlanmıştır. Her bir müdahale grubu ile 9 defa olmak üzere toplamda araştırmacı tarafından 18 grup görüşmesi yapılmıştır. Görüşme içerikleri aşağıda ayrıntılı olarak yer almaktadır. *(müdahale gruplarında görüşmeler ile bir ders saati bir grup, bir ders saati ikinci grupta olacak şekilde art arda gerçekleştirilmiştir)*

ARAŞTIRMANIN ZAMAN ÇİZELGESİ VE AKIŞ ŞEMASI

Ocak –Haziran 2016 Litaratür Tarama ve Araştırma Probleminin Oluşturulması

Hacettepe Üniversitesi Girişimsel Olmayan Etik Kurulundan araştırmanın etik ve bilimsel açıdan uygulanabilir olduğuna ilişkin Temmuz 2016 tarih GO 16/402 sayılı etik kurul izni alınması

05 - 09 Aralık 2016 araştırmanın ön uygulaması

19 -29 Aralık 2016 araştırmanın yapılacağı okullar ile görüşme

Görüşmelerin yapılacağı tarih, saat ve yerlerin belirlenmesi

Müdahale ve kontrol grubuna dahil edilecek okulların belirlenmesi ve sınıfların seçilmesi

Öğrencilerin - ailelerin ve müdahale grubunda yer alan okul yönetiminin bilgilendirilmesi

ön testlerin yapılması

6 şubat -12 mayıs 2017 her bir grupta 9 toplamda 18 görüşme olacak müdahale grubunda araştırmanın uygulanması müdahale ve kontrol grubu için son testlerin tamamlanması

Ağustos 2017- Ağustos 2018 Araştırma raporunun yazılması

Şekil 3.2. Araştırmanın zaman çizelgesi ve akış şeması

3.5.3. Uygulanan Girişim

Çözümler üzerine düşünme

Tanışma

İlk görüşmede grup kurallarının tanıtılması ve grubun amacının ortaya konması amaçlanmıştır ve araştırmacı tarafından grup kurallarının neler olduğu anlatılmıştır. Görüşmelerde neler yapılacağı ve katılımcılardan beklentiler ifade edilmiştir.

Birinci Grup Görüşmesi

Sağlık yaşam tarzı, düşünme, hissetme ve davranış üçgeni ilk görüşmenin içeriğini oluşturmuştur. Araştırmacı katılımcıların kendilerini yeterli gördükleri, iyi oldukları noktalar konusunda düşüncelerini isteyerek bu yönlerini fark etmelerini amaçlamıştır. Bu aşamada araştırmacı, her bireyin gerçekten iyi oldukları noktalar konusunda bir farkındalık sağlamaya çalışarak giriş yapmıştır. Öz yeterlilik ve sağlık kontrol odağı kavramların tanımlarını, yaşamdan farklı örnekler ile adolesanların katılımlarını sağlayarak birlikte yapmaya çalışmıştır. Bu kapsamda, görüşmelerin nasıl şekilleneceğine ilişkin ip uçları vermiştir. Bu kavramların yaşam şeklimize etkileri ve sağlığı geliştirme bağlamında nereden bakmalıyız ve bu yönleri nasıl değerlendirmeliyiz? Soruları gerçek hayattan örnekler ile cevaplanmaya çalışılmıştır. Bir sonraki hafta için yapılan bu giriş ile programa ilişkin genel bir giriş yapılmış ve katılımcıların bir sonraki görüşmeye kadar bu konular hakkında düşünceleri istenerek görüşme sonlandırılmıştır.

Ödev olarak bir sonraki görüşmeye kadar bireysel olarak güçlü olan yönlerinin neler olduğuna ilişkin düşünceleri istenmiştir.

İkinci görüşme

İkinci görüşmede ilk görüşmede değinilen güçlü yönlerle ilişkin grup içinde paylaşımı artırmak ve bu şekilde farklı görüş ve çözüm noktalarına odaklanmayı sağlamak amaçlanmıştır.

Bu kapsamda araştırmacı sağlık yaşam şekli, dűřünme, hissetme ve davranış üçgeninde yer alan her bir basamağı temel alarak yaşantımızda nasıl etkili olduğuna ilişkin sorular yöneltmiştir. Öncelikli olarak sağlıklı yaşama ilişkin görüşler paylaşılmış grup üyeleri birbirlerine sundukları farklı öneriler ile konuyu zenginleştirmişlerdir. Sonrasında araştırmacı dűřünme ve hissetmenin bizim davranışlarımızı nasıl şekillendirdiği konusunda ilk önce bireysel sonrasında beyin fırtınası yöntemi ile dűřünmelerini istemiş ve grupla paylaşmaları konusunda onları teşvik etmiştir

Sonrasında araştırmacı bir önceki hafta katılımcıların kendilerine ilişkin üzerinde dűřünmelerini istediği güçlü yönlerini grupla paylaşmaları konusunda onları teşvik etmiş ve iletişimi sürdürmede top yönteminden yararlanılmıştır. Bu yöntemle top atılan kişinin kendi güçlü yönlerinden bahsetmiş aynı zamanda grup üyeleri birbirlerinin farklı güçlü yönlerini vurgulaması istenmiş ve motivasyonlarını artırmaları sağlanmıştır.

Bir sonraki aşamada güçlü hissedilen alanlar ile ilgili olarak kötü hissedilen alanlarında vurgulandığı görülmüş; bunun üzerine bu alanların pozitif dűřünerek nasıl iyileştirilebileceği üzerine dűřünmeleri istenmiştir. Bu dűřünce sürecinde aklına gelenleri, alternatif çözüm yollarını not etmeleri için her bir katılımcıya kâğıt ve kalem verilmiştir. Dűřünme sürecinden sonra katılımcıların dűřüncelerini paylaşmaları istenmiş ve diğerlerinin bu süreçte katkı yapmaları sağlanmıştır. Grupla görüşlerin paylaşılması sırasında araştırmacı katılımcıları doğru ya da yanlış diye nitelendirmemiş ve diğer katılımcılarında bunu yapmaması sağlanmıştır.

İyi olan yönlerin ön plana çıkarılması ve pozitif dűřünme sürecinin başarılı olmasının hayatımıza nasıl katkı yapacağına ilişkin olarak katılımcılardan gerçek yaşama ve kendilerine ilişkin örnekler vermeleri istenmiş ve araştırmacı tarafında grup katılımı sağlanarak zenginleştirilmeye çalışılmıştır. Araştırmacı görüşmeyi, bir sonraki hafta için sağlık durumlarına ilişkin olaylarda bireysel özelliklerin “*etkili midir?/ nasıl etkili olur?*” sorularına ilişkin dűřüncelerini yazmalarını isteyen bir ödevle sonlandırmıştır. Ardından bireysel sağlık kavramına ilişkin katılımcıların görüşlerinin paylaşılması istenmiştir. Son olarak bir sonraki haftaya sağlıkları ile ilgili memnun olmadıkları ya da daha da iyileştirmek istedikleri alanlara ilişkin olarak kendilerinden bir amaç belirlemeleri istenmiştir.

Üçüncü Görüşme

Bu görüşmede grup üyelerinin öz yeterliliklerini artırabilecek aktiviteleri belirlemek ve bireysel olarak yeterli görülen noktaların nasıl geliştirilebileceğine odaklanılmıştır. Bunların sağlıkla ilgili davranışlarını nasıl etkili olduğuna ilişkin düşüncelerini sağlamak amaçlanmıştır. Araştırmacı ilk hafta konuşulan katılımcıların yeterli hissettikleri alanlara ilişkin genel bir konuşma yapmış ve bunların hepsinin birer avantaj olduğunu vurgulayarak hangi yönlerinin güçlendirmelerinin onları mutlu edeceğini sormuştur. Her bir katılımcının yeterli hissetmedikleri yönlerinin nasıl güçlendireceğine ilişkin engellerden ziyade sahip oldukları fırsatları ve kaynakları düşünceleri sağlanmıştır. Bu süreçte katılımcıların farklı alanlara ilişkin konularda grup arkadaşlarına çözüm önerileri sunmaları ve kendileri için oluşturulan çözüm önerilerinin uygulanabilirliğine ilişkin değerlendirme yapmaları desteklenmiştir.

Görüşmenin sonunda bir önceki hafta bireysel özelliklerin sağlıkla nasıl etkileşim içinde olduğuna ilişkin verilen ödevlerin grupta tartışılması ve farklı görüşlerin paylaşılması sağlanmıştır. Bu tartışmada sağlığı olumlu ve olumsuz etkileyen bireysel özelliklerin neler olduğuna ilişkin bir değerlendirme yapmaları istenmiştir. Ve bir sonraki hafta için kendi sağlık durumlarına ilişkin sevmedikleri/yanlış olduğunu düşündükleri ya da iyileştirmek istedikleri bir davranışı düşünerek, bu davranışa yönelik bir amaç belirlemeleri istenmiştir.

Hatalarım benim birer parçamdır

Dördüncü görüşme

Bu görüşmede sağlık davranışlarında bireysel öz değerlendirmelerini yapabilmeleri, bunu bireysel özellikleri ile ilişkilendirebilmeleri ve amaçlarına yönelik çözümleri keşfedebilmeleri amaçlanmıştır.

Bir önceki hafta verilen ev ödevlerine ilişkin yapılanların hem bireysel hem de grup olarak değerlendirilmesi yapılmıştır. Yanlış seyrettiği düşünülen davranışın nedenlerinden çok nasıl çözülebileceğine ilişkin katılımcıların bireysel ve gruba ilişkin fikir ve önerilerinin paylaşmaları sağlanmış ve bu durumun şuana kadar

devam etmiş olabileceğini fakat bundan sora devam edip etmeyeceğinin katılımcıların kontrolünde olduğuna yönelik farkındalık geliştirilmeye çalışılmıştır.

Sağlık davranışlarımızın nasıl şekillendiğine ilişkin bireysel değerlendirme yapmaları istenmiştir. Bu şekilde katılımcıların sağlık davranışları ile bireysel alışkanlıklar arasındaki ilişkiyi görebilmeleri amaçlanmıştır.

Bir önceki görüşmede değiştirmek istedikleri sağlık davranışları ile ilgili belirledikleri amaçlar üzerinde konuşulmuş; sahip oldukları hangi güçlü yönler ve yeterlilikler ile bu davranışları değiştirebileceklerinin paylaşımları istenmiştir. *(Bu amaçlar arasında yetersiz fiziksel aktivite yapmak, kahvaltı yapmamak, abur cubur tüketmek vb davranışlar en çok ön plana çıkanlardır).*

Bir sonraki aşamada değiştirilmek istenen bu davranışın katılımcıların hayatlarına ne derecede etkilediğini görebilmek ve sonrasında ki değişimi anlayabilmek için **derecelendirme soru tekniği** kullanılmış ve katılımcıların bu davranışın etkisini 1 ile 10 arasında bir değer vermeleri istenmiştir (Ek 12). Sonrasında gelecek hafta bu davranış değişikliğini sağlama yönünde fırsatlarının neler olduğunu düşünmeleri istenmiştir.

Değişiyorum

Beşinci görüşme

Bu görüşmede sağlıkla ilgili kendileri için belirledikleri amaca ulaşabilmek adına etkili (kendileri, çevre, şans..) olan faktörlerin neler olduğu?, işbirlikçilerinin kimler olduğu ve sahip oldukları ile nasıl çözüm yolları üretebileceklerine ilişkin farkındalık sağlamak amaçlanmıştır.

Bir önceki görüşmede sağlığa ilişkin konulan amaçlara ulaşabilmek için bireysel ve çevresel düzeyde fırsatların neler olduğuna ilişkin ev ödevi ile ilgili bireysel düşüncelerin grupla paylaşılması ile görüşmeye başlanmıştır. İstedikleri değişime ulaşmalarında kendilerinin, ailelerinin ve çevresel değerlerin etkinliğine ilişkin görüşlerinin paylaşılması istenmiş ve katılımcılar birbirlerine katkı vermeleri yönünde desteklemiştir. Bu etkileyciler karşısında içsel kontrolün nasıl ön plana çıkarılacağına ilişkin öncelikli olarak bireysel sonrasında beyin fırtınası methodu ile farklı çözüm önerileri üretmeleri istenmiştir.

Bu aşamada karşılaşılabilecekleri muhtemel engeller ve destekleyicilerin neler olduğuna ilişkin düşünceleri ve grupla paylaşımları istenmiştir. Ardından grup üyeleri birbirleri için alternatif yollar sunmaları için desteklenmiştir.

Bu noktada, belirlenen amaçlara ulaşabilmek amacı ile alternatif yollar oluşturabilmek adına **mucize soru tekniğini (Ek 13)** kullanmıştır. Bu kapsamda araştırmacı bütün katılımcılara:

‘Belirlediğiniz amaç doğrultusunda bir mucize olduğunu ve amacınıza ulaştığınızı düşünün....

Sizi bu amaca ulaştığınızı gösteren ip uçları neler olurdu?, yaşamınıza yansımaları nasıl olurdu?’ ...

Diye sormuş ve grup üyelerinin buna yönelik görüş ve düşüncelerini paylaşımları istenmiştir.

Altıncı görüşme

Bu görüşmede bireysel öz yeterliliğin sağlıkla ilgili amaçlara ulaşmada ve sürdürmede etkisi, bunun nasıl geliştirileceğine ve sürdürüleceğine yönelik farkındalık kazandırmak amaçlanmıştır.

Bir önceki hafta yapılan mucize soru etkinliği hatırlatılmış ve bu etkinlikteki elde edilen ip uçlarına ulaşmada bireysel öz yeterlilik ve içsel kontrolümüzün önemi konusunda konuşulmuştur. Araştırmacı, çevremizde bizim için aslında engel olan fakat bizim normalleştirdiğimiz durumların gerçek hayatta yansımalarına ilişkin örnekler vermiş ve katılımcılardan bu örnekleri zenginleştirmeleri istenmiştir. Bu kapsamda araştırmacı hedeflere ulaşmada bireysel öz yeterlilik inancı ve içsel kontrolün önemine ilişkin örnekler vererek grup üyelerinin katılımını sağlamıştır. Araştırmacı bu aşamada, mucize soruda elde edilen ip uçlarının aslında ulaşmak istediğimiz amacın önündeki engeli aşmada etkili olan bir yeterlilik alanımız olduğundan bahsetmiş ve düşündüğümüz engelleri fırsatlara çevirebilmek için sonrasında öz değerlendirmelerini yapabilmelerine fırsat tanımak adına amaç belirleme notları oluşturmalarını istenmiştir (Ek 14).

Yedinci görüşme

Bu görüşmede katılımcıların sağlığı kontrol etmede bireysel özelliklerin etkinliği hakkında farkındalık kazanmaları ve sağlıkla ilgili davranışlarında bu özelliklerinin onları nasıl etkilediğine yönelik farkındalık oluşturmak amaçlanmıştır.

Araştırmacı, bu görüşmede bir önceki hafta hazırladıkları amaç belirleme notlarının katılımcılar tarafından grupta paylaşılması istemiştir. Tartışılan bu amaçlar arasında (etkili iletişim kuramamak, yetersiz sosyal aktivite, kendine değer vermeme vb gibi birçok alanın ön plana çıktığı görülmüştür). Bu alanların nasıl iyileştirileceğine ilişkin çözüm önerilerinin neler olabileceği; bu davranışların nasıl pozitif hale getirilebileceğine ilişkin katılımcıların görüşlerini paylaşmaları istenmiştir. Bu kapsamda farklı alternatif yolların geliştirilebileceği ve olumlu özelliklere odaklanmanın öneminden bahsedilmiş ve değişimi yakalamak için kendini değiştirmenin **üç yolu etkinliği** kullanılmıştır. Bu amaçla grup üyelerinden hayranlık duydukları bir kişiyi düşünmeleri hayal etmeleri ve zihinlerinde onların yerlerinde oldukları böylece kendilerinde hangi değişikliklerin onlara yardımcı olabileceği düşünmeleri istenmiştir. Bu etkinliğe ilişkin görüşlerin bir kısmı bu hafta tartışılırken haftaya bununla ilgili düşünmeye devam etmeleri istenmiştir.

Araştırmacı sonrasında güçlendirme amacı ile amaç belirleme formuna yazılan ve bugün içinde alternatif yollarla değişimi sağlamayı istediğimiz özelliklerimizin sağlık davranışlarımızda nasıl bir rol oynayabileceğine ilişkin örnekler vermiş ve katılımcıların kendileri için bu özelliklerinin sağlık davranışlarını nasıl şekillendirdiğine ilişkin örnekler vermelerini istemiştir. Bu şekilde sağlıklarını kontrol etme noktasındaki eğilimlerini anlayabilmeleri için yol göstermiştir.

Sonlandırma

Sekizinci görüşme

Bu görüşmede araştırmacı katılımcıların bireysel öz yeterliliklerinin yaşamları üzerinde nasıl etkili olabileceği, kendilerini bu alanda nasıl geliştirebilecekleri, sağlıklarını kontrol etmede hangi rolleri olduğu konusunda geri bildirim almak ve sağlıklarına ilişkin geliştirmek istedikleri özelliğe yönelik koydukları amaca ulaşma hedefinde yaşadıkları zorlukların neler olduğunu belirlemek. Sağlık kontrolünde bireysel özelliklerimizi olumlu sağlıklı davranışlarını yaşamımıza entegre etmede nasıl fırsata çevirebiliriz? Konuları ele alınmıştır.

Bu görüşmede grup üyelerinin öz yeterlilik ve sağlık kontrolü inancına ilişkin değişimi keşfetmeleri yönünde farkındalık oluşturulmaya çalışılmıştır. Değiştirilmek istenen sağlık davranışlarına ilişkin belirlenen amaçlara ulaşmak amacı ile bireysel özelliklerimizi tanıma ve sağlıkla ilgili bireysel kontrolümüzü fark etme konusunda konuşulmuş, grup üyelerinin yaşantılarından örnekler ile konuyu zenginleştirmeleri istenmiştir. Bugüne kadar bizimle gelen davranışlarımızı değiştirmek ve sağlıklı bir yaşam şekline kavuşmak adına bireysel özelliklerimizi göz önünde bulundurarak nasıl bir plan yapmalıyız ve karşılaştığımız engelleri hangi güçlü noktalarımızı ön plana çıkararak aşmalıyız sorusuna birlikte cevap aranmış. Ve grup üyelerinin beyin fırtınası yaparak alternatif yollar üretmeleri desteklenmiştir.

9. görüşme - Son değerlendirme

Bu görüşmede, tüm içerik ve çözüme odaklı yaklaşımın ana felsefesi olan problemlerden ziyade çözüme odaklanma ve çalışmanın temel görüşü olan bireysel güçlenmenin önemine ilişkin kısa hatırlatmalar yapılarak gözden geçirilmiştir. Katılımcıların araştırmanın başından beri elde ettikleri kazanımlar gösterebilmek amacı ile ilk hafta kendileri için koydukları amaçlarda hangi aşamada olduklarını değerlendirmeleri amacı ile derece sorusunu tekrar yanıtlamaları istenmiştir. Görüşmelerin etkinliği ve yarattığı değişime ilişkin katılımcıların hem bireysel hem de grup adına geri bildirim vermeleri istenmiştir ve görüşme sonlandırılmıştır

Tablo 3.3. Sağlık kontrol odağı ve öz yeterliliği güçlendirmeye yönelik hazırlanan görüşme içeriklerinin çözüm odaklı yaklaşım doğrultusunda uygulama basamakları

Görüşme	Görüşme İçeriği	Çözüm Odaklı Yaklaşım Basamakları
Giriş tanışma	Özyeterlilik ve sağlık kontrol odağını güçlendirmeye dayalı Sağlığı Geliştirme Programının amaçlarının ve kurallarının tanıtılması. Katılımcıların beklentileri, ihtiyaçları	Gerçek merak (içtenlik), tanışma ve problemi anlama. Önce tanışılmalıdır. Tanışma ve selamlaşma sonrasında “Görüşmelerimizin nasıl olacağı hakkında sizlere bilgi vermek istiyorum...”
1. Hafta	Özyeterlilik ve sağlık kontrol odağı nedir? Sağlıklı yaşam tarzları; düşünme, hissetme, davranış üçgeni Neler düşünüyorlar? İstenilen şeyleri davranışa dönüştürme de yeterli hissediyorlar mı?	Grup dinamiklerini tanıma, kısa bilgiler verme, düşüncelerini sorma Bunlar hakkında ne düşünüyorsunuz?
2. Hafta	Güçlü ve yeterli hissedilen alanlar ile ilgili düşünme	Olumlu yönleri vurgulama, bireyin dilini ve çözüm dilini konuşmak..
3. Hafta	Kişisel becerilerin ve yeterliliklerin güçlendirmeye odaklanma	
4. Hafta	Sağlık davranışları ve sağlık davranışları ile bireysel alışkanlıklar arasındaki ilişkiyi inşa etme becerisi (yetersiz fiziksel aktivite, kahvaltı, fast food yeme vb.) kazanılmasında bireysel öz-değerlendirme.	Problemde ziyade sürecin nasıl işleyeceğini tanımlamak/ derecelendirme tekniği
5. Hafta	Öz-sağlık davranışları için amaçların belirlenmesi, bu kapsamda işbirlikçiler – engelleyciler kimler/ neler?	Amaç belirlemeye yönlendirmek/Bireyin güçlü yanlarından ve kaynaklarından faydalanmak. Bireyin tercih ettiği geleceği tanımlaması, güçlü yanlarını ve kaynaklarını fark etmesi sağlar. İç kaynaklar: Beceriler, güçlü yanlar, yetenekler, faydalı nitelikler/manışlar, telkin etme, kendi kendine emir verme, kendi kendine yardımcı olma, iç konuşmalar/ sesler vb. Dış kaynaklar: Bireyin destekleyici ilişkiler kurabileceği kişiler (ailesi, arkadaşları, öğretmeni, danışmanı) /mucize soru etkinliği
6. Hafta	Amaçlara ulaşmak ve onları sürdürmek	
7. Hafta	Bireysel kontrolün sağlıklı yaşam tarzı davranışlarındaki yeri (kaderci miyiz?, dışa bağımlı mı? yoksa iç kontrolü yüksek mi?)	
8. Hafta	Sağlıklı yaşam tarzı davranışlarını günlük hayata entegre etmek için kişisel alışkanlıklar nasıl kontrol edilir?	Problem yaşanılmayan zamanlara istisnalar yaparak ve bireyin probleminin çözümü için kullanmadığı kaynakları belirleyerek çözmek./ istisnalar yöntemi
9. Hafta	Derecelendirme sorusunu tekrarlama. Sorunun çözümünde neredeyiz? Hangi noktalarda güçlüyüz? Kurs içeriğinin gözden geçirilmesi, geri bildirim alınması	Amaçlarından hangilerine ne kadar ulaştıklarının belirlenmesi../ derecelendirme yöntemi

3.6. Araştırmanın Etik Boyutu

Araştırmanın kurumlarda yürütülebilmesi ve kurum izinlerinin alınabilmesi için önce Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Klinik Araştırmalara Etik Kuruluna başvurulmuş ve araştırmanın uygulanabileceğine dair 16.07.2016 Tarih, 16969557 sayılı ve GO 16/402-14 karar numaralı etik kurul izni alınmıştır (Ek 5). Çalışmanın yürütülebilmesi için ise İl Milli Eğitim Müdürlüğünden yazılı izinler alınmıştır (Ek 9). Çalışmaya katılmayı kabul eden öğrenci ve velilerine aydınlatılmış onam formu imzalatılmıştır (Ek 11)

3.7. Verilerin Değerlendirilmesi

Çalışma verileri IBM SPSS Statistics 22 (*SPSS, I. (2013). IBM SPSS statistics 22. New York: IBM Corp*) programına aktarılmış ve veri analizlerinde aşağıda belirtilen istatistiksel yöntemler kullanılmıştır;

- Analizlere başlamadan önce Sağlığı Geliştiren Davranışlar, Öz Yeterlilik Algıları ve Sağlık Kontrolü Davranışları ölçeklerine güvenilirlik analizi uygulanacak ve iç tutarlılık katsayıları verilmiştir
- Veriler değerlendirilirken kategorik değişkenler için frekans dağılımları, sayısal değişkenler için tanımlayıcı istatistikler ($\text{ort} \pm \text{ss}$) verilmiştir.
- Hipotezler doğrultusunda Ölçek ve alt boyutlarının ön test ve son test puanları arasındaki farklılıklar Bağımlı Örneklem T Testi ile incelenmiştir.
- Ölçek ve alt boyut puanlarının demografik özellikler ile karşılaştırmalarında ise Bağımsız Örneklem T Testi ile Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) kullanılmıştır.
- Grup içi ve gruplar arası etkileşimleri değerlendirmek için kovaryans analizi (ANCOVA) kullanılmıştır.

4. BULGULAR

Okullarda sağlığı geliştirme uygulamaları kapsamında bir hemşirelik girişimi olarak uygulanan, Sağlık kontrol odağı ve öz yeterliliği geliştirmeye y6nelik olarak yapılan 6z6m odaklı yaklaşıma dayalı g6r6şmeler ile elde edilen bulgular birincil ve ikincil bulgular olarak iki başlık altında sunulmuştur.

Birincil bulgular: Sağlık kontrol odağı ve öz yeterliliği g6çlendirme temelinde yapılan 6z6m odaklı g6r6şmelerin adolesanların sağlığı geliştirme davranışları 6zerine etkisi

İkincil bulgular: Sağlık kontrol odağı ve öz yeterliliği g6çlendirme temelinde yapılan 6z6m odaklı g6r6şmelerin 6z yeterlilik ve sağlık kontrol odağı algısı 6zerindeki etkisi

Tablo 4.1. Deney ve kontrol gruplarında 6z6m odaklı yaklaşım ile g6r6şmeler 6ncesi sağlığı geliştiren davranışlar 6leği genel ve alt boyut puanlarının dağılımı

6lekler	Deney		Kontrol		t	p
	N	Ort±SS	N	Ort±SS		
Sağlığı Geliştiren						
Davranışlar 6leği	28	120,64±16,70	30	126,70±20,07	-1,244	0,2
Genel Puan						
<u>Alt Boyutlar</u>						
Yaşam Memnuniyeti	28	29,54±6,82	30	31,43±7,24	-1,025	0,310
Sağlık Sorumluluğu	28	49,04±7,26	30	50,90±8,11	-0,920	0,362
Fiziksel Aktivite	28	11,18±3,28	30	11,50±3,31	-0,370	0,713
Sosyal Destek	28	12,21±2,91	30	12,67±2,98	-0,584	0,562
Stres Y6netimi	28	7,75±1,69	30	8,30±2,24	-1,048	0,299
Beslenme Davranışları	28	8,57±2,02	30	9,27±2,34	-1,203	0,234

Ort= Ortalama SS= Standart Sapma
t=Test İstatistiği p=Anlamlılık D6zeyi

Tablo 4.1’de Deney ve kontrol grubunda yer alan adolesanların çözüm odaklı yaklaşım ile yapılan görüşmeler öncesi sağlığı geliştiren davranışlar ölçeği genel puan dağılımları yer almaktadır. Buna göre, dağılım normal dağılıma uyduğu için yapılan bağımsız gruplarda t testi sonucu deney ve kontrol grubunun sağlığı geliştiren davranışlar ölçeği genel puanları arasında anlamlı bir fark olmadığı ($p=0.219$) belirlenmiştir ($p>0.05$).

Yapılan analizler sonucunda deney ve kontrol grupları arasında deney öncesi, sağlığı geliştiren davranışlar ölçeği alt boyutları olan, Yaşam Memnuniyeti Sağlık Sorumluluğu, Fiziksel Aktivite, Sosyal Destek, Stres Yönetimi, Beslenme Davranışları arasında da istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 4.2. Sağlığı geliştiren davranışları ölçeği genel ve alt boyutlarının ön test puanlarına göre düzeltilmiş son test puanları bakımından deney ve kontrol grupları arasındaki farklılığın incelenmesi

	Son Test Ortalama	Ön Test Puanlarına Göre Düzeltilmiş Son Test Ortalama	F	p
Sağlığı Geliştiren Davranış Ölçeği Genel Puan				
Deney	152,89	154,96	81,536	0,000***
Kontrol	127,70	125,77		
Alt Boyutlar				
Yaşam Memnuniyeti				
Deney	38,18	38,84	64,335	0,000***
Kontrol	31,50	30,88		
Sağlık Sorumluluğu				
Deney	59,79	60,48	67,937	0,000***
Kontrol	51,30	50,65		
Fiziksel Aktivite				
Deney	14,25	14,36	35,871	0,000***
Kontrol	11,67	11,57		
Sosyal Destek				
Deney	15,14	15,31	42,386	0,000***
Kontrol	12,87	12,71		
Stres Yönetimi				
Deney	10,29	10,49	30,494	0,000***
Kontrol	8,33	8,15		
Beslenme Davranışları				
Deney	11,75	11,98	60,070	0,000***
Kontrol	9,33	9,12		

***: $p<0,001$ F:Test İstatistiği, p:Anlamlılık Düzeyi

Tablo 4.2 incelendiğinde deney ve kontrol gruplarında çözüm odaklı yaklaşım ile yapılan görüşmeler sonrası sağlığı geliştiren davranışlar ölçeği genel puan dağılımı yer almaktadır. Son test puanlarına ait ortalamalar ve ön test puanlarına göre düzeltilmiş son test puan ortalamaları verilmiştir. Düzeltilmiş ortalamalar ön test puanları kontrol altında tutularak hesaplanmıştır. ANCOVA'da karşılaştırma düzeltilmiş ortalamalar üzerinden yapılmıştır. Uygulanan kovaryans analizi (ANCOVA) sonucunda, adolesanların sağlığı geliştiren davranış puanı ön test puanlarına göre düzeltilmiş son test puan ortalamaları bakımından deney ile kontrol grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu görülmüştür ($p<0,001$). Buna göre, çözüm odaklı yaklaşım kullanılarak görüşmeler yapılan adolesanların son test puan ortalamalarının, görüşme yapılmayan adolesanların son test puan ortalamalarına göre anlamlı derecede daha yüksek olduğu görülmektedir (**$p=0,000$**)

Uygulanan kovaryans analizi (ANCOVA) sonucunda, adolesanların sağlığı geliştiren davranış puanı ve alt boyutlarının ön test puanlarına göre düzeltilmiş son test puan ortalamaları bakımından deney ile kontrol grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu görülmüştür (**$p=0,000$**). Buna göre, çözüm odaklı yaklaşım kullanılarak görüşmeler yapılan deney grubunda, son test puan ortalamalarının, kontrol grubundaki adolesanların sağlığı geliştiren davranışlar ölçeğinde yaşam memnuniyeti, sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, sosyal destek, stres yönetimi, beslenme davranışları alt boyutlarına ilişkin son test puan ortalamalarına göre anlamlı derecede daha yüksek olduğu görülmektedir.

2. İkincil Bulgular: Sağlık kontrol odağı ve öz yeterliliği güçlendirme temelinde yapılan çözüm odaklı görüşmelerin öz yeterlilik ve sağlık kontrol odağı algısı üzerindeki etkisi

Bu bölümde, araştırmada güçlendirilmesi hedeflenen ve sağlığı geliştiren davranışları geliştirmek için araç olarak kullanılan öz yeterlilik ve sağlık kontrol odağı algılarının nasıl değiştiğini görmek amacı ile bu bulgularada yer verilmiştir.

Tablo 4.3. Sağlık kontrolü davranışının ön test puanlarına göre düzeltilmiş son test puanları bakımından deney ve kontrol grupları arasındaki farklılığın incelenmesi

	Son Test Ortalaması	Ön Test Puanlarına Göre Düzeltilmiş Son Test Ortalaması	F	p
Sağlık Kontrol Odağı Ölçeği				
İçsel Sağlık Kontrol Odağı				
Deney	22,00	22,26	93,258	0,000***
Kontrol	17,00	16,76		
Dışsal Sağlık Kontrol Odağı				
Deney	10,18	8,93	149,622	0,000***
Kontrol	17,33	18,50		
Kadercilik				
Deney	15,36	14,97	43,258	0,000***
Kontrol	18,67	19,03		

***: $p < 0,001$ F:Test İstatistiği, p:Anlamlılık Düzeyi

Tablo 4.4'te uygulanan kovaryans analizi (ANCOVA) sonucunda, adolesanların sağlık kontrolü davranışının ön test puanlarına göre düzeltilmiş son test puan ortalamaları bakımından deney ile kontrol grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu görülmektedir ($p < 0,001$). Buna göre, çözüm odaklı yaklaşım kullanılarak görüşmeler yapılan adolesanların (deney) son test içsel sağlık kontrol odağı puan ortalamalarının, görüşme yapılmamış (kontrol) adolesanların son test içsel sağlık kontrol odağı puan ortalamalarına göre anlamlı derecede daha yüksek

olduğu; dışsal kontrol odağı ve kaderciliğe ilişkin puanlarının ise azalmış olduğunu söyleyebiliriz.

özüm odaklı yaklaşım kullanılarak görüşmeler yapılan deney grubunda yer alan adolesanların son test dışsal kontrol odağı ve kadercilik puan ortalamalarının, kontrol grubunda yer alan adolesanların son test dışsal kontrol odağı ve kadercilik puan ortalamalarına göre anlamlı derecede daha düşük olduğunu söyleyebiliriz ($p<0,001$).

Tablo 4.4. Öz Yeterlilik ve alt boyutlarının ön test puanlarına göre düzeltilmiş son test puanları bakımından deney ve kontrol grupları arasındaki farklılığın incelenmesi

	Son Test Ortalama	Ön Test Puanlarına Göre Düzeltilmiş Son Test Ortalama	F	p
Genel Öz Yeterlilik Puanı				
Deney	74,75	75,70	104,361	0,000***
Kontrol	64,63	63,74		
Alt Boyutlar				
Duygusal Öz Yeterlilik				
Deney	24,07	24,38	95,018	0,000***
Kontrol	20,17	19,88		
Sosyal Öz Yeterlilik				
Deney	25,14	25,37	34,106	0,000***
Kontrol	22,00	21,78		
Akademik Öz Yeterlilik				
Deney	25,54	25,92	71,014	0,000***
Kontrol	22,47	22,11		

***: $p<0,001$ F:Test İstatistiği, p:Anlamlılık Düzeyi

Tablo 4.5'te, uygulanan kovaryans analizi (ANCOVA) sonucunda, adolesanların öz yeterlilik puanı ve alt boyutlarının ön test puanlarına göre düzeltilmiş son test puan ortalamaları bakımından deney ile kontrol grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu görülmüştür ($p<0,001$). Buna göre, çözüm odaklı yaklaşım kullanılarak görüşmeler yapılan adolesanların (deney) son test puan ortalamalarının, görüşme yapılmamış (kontrol) adolesanların son test puan ortalamalarına göre anlamlı derecede daha yüksek olduğu görülmektedir

5. TARTIŞMA

Bu araştırmada literatürden yararlanılarak oluşturulan kavramsal çerçevede, öz yeterlilik ve sağlık kontrol odağının sağlığı geliştirmede önemli belirleyiciler olmaları noktasından yola çıkılmıştır. Bu amaçla öz yeterlilik ve içsel sağlık kontrol odağının nasıl geliştirilebileceğine yönelik soru araştırmaya yön vermiş ve bu amaçla çözüm odaklı yaklaşım ilkelerinden yararlanılmıştır. Fakat daha önce bu kapsamda gerçekleştirilen bir deney çalışması olmadığı için elde edilen sonuçlar literatürdeki bire bir aynı olmayan fakat benzer çalışma sonuçları karşılaştırılarak tartışılmaya çalışılmıştır.

Bu kapsamda tartışma bölümünde sağlık kontrol odağı ve öz yeterliliği güçlendirme temelinde yapılan çözüm odaklı görüşmelerin, adolesanların sağlığı geliştirme davranışları üzerindeki etkisi ele alınmıştır.

5.1. Öz Yeterlilik ve İçsel Sağlık Kontrol Odağını Geliştirmeye Yönelik Çözüm Odaklı Yaklaşımın Sağlığı Geliştirme Davranışlarına Etkisi

Sağlığı geliştirmede psikososyal belirleyiciler temelinde girişimlerin yapılmasına yönelik vurgunun arttığı, fakat literatürde konuya ilişkin yapılan incelemede genellikle risk algısının öncelendiği görülmektedir [131]. Pender, algılanan riskin, geliştirdiği modelde önemli olduğunu bildirir [132] fakat risk algısını yükselten mesajlar yerine, kontrol altına alınabilecek risk algısının sağlığı geliştiren davranışları geliştirmede daha etkili olabileceği kabul görmeye başlamaktadır [133]. Baruh, büyük bir örneklem grubu ile yaptığı çalışmada, olumlu sağlık davranışlarının geliştirilmesinde riski ön plana çıkarmanın bireyler üzerinde negatif bir etki yaratacağını, bunun yerine güçlü yönlerin vurgulanmasının daha uygun olacağını bildirmiştir [134]. Nitekim bu çalışmada, çözüm odaklı yaklaşım kullanarak yapılan görüşmeler ile, içsel sağlık kontrol odağını ve öz yeterliliği ele alınarak bireysel güçlendirmenin sağlanması hedeflenmiştir. Literatürde, sağlığı geliştirmeye yönelik deneylerin planlanmasında psikolojik faktörlerin göz önünde bulundurulmasının ihmal edildiğine yapılan vurgular dikkate alındığında [24, 135] bu çalışmanın sonuçları, sağlığı geliştirme kapsamında yapılacak olan uygulamalarda sağlık kontrol odağı ve öz yeterlilik kavramlarının çözüm odaklı yaklaşımın ilkeleri

doğrultusunda birlikte ele alınmasının istendik sonuçlara ulaşmada uygulanabilir olduğunu göstermiştir.

Literatürde çözüm odaklı yaklaşım kullanılarak öz yeterlilik ve sağlık kontrol odağının güçlendirilmeye çalışıldığı sınırlı sayıda ki çalışma da bu durumu destekler niteliktedir. Lloyd ve Dallos'un (2008), farklı bir örneklem grubu olarak zihinsel engelli olan çocukların annelerinde çözüm odaklı yaklaşım kullanarak içsel kontrol odağını güçlendirdiklerini ve buna bağlı olarak annelerin farklı baş etme şekilleri geliştirebildiklerine ilişkin bulgular ortaya koymuşlardır [136]

Kvarme ve arkadaşları (2010), sosyal geri çekilme riski altında olan 12 -13 yaş aralığındaki çocuklarla gerçekleştirdikleri amaç geliştirme, amaçlara ulaşma temelinde hazırlanan öz yeterlilik programı ile çözüm odaklı yaklaşım kapsamında 6 görüşmeden oluşan yarı deneysel düzendeki çalışmalarında, genel öz yeterlilik puanlarında artışa ulaşmışlardır [64]. Taathadi ve arkadaşları (2014), öz yeterliliği geliştirme amacı ile üniversite öğrencileri ile yaptıkları çözüm odaklı görüşmeler sonucunda yaptıkları nicel değerlendirmede deney grubunda yer alan bireylerin öz yeterlilik puanlarındaki artışın istatistiksel olarak anlamlı olduğunu belirlemişler; niteliksel olarak yaptıkları değerlendirmeler sonucunda ise, bireylerin kendilerini daha iyi ifade etmeye başladıklarını, sosyal ortamlara katılımlarının arttığı, aile üyeleri ile iletişimlerinin güçlendiği yönünde geri bildirimlere ulaşmışlardır [114]. Sarvi ve Ghazi (2016), öz yeterlilik düzeyi düşük olduğu belirlenen toplam 16 kız öğrenci ile 5 oturum olarak çözüm odaklı yaklaşım çerçevesinde gerçekleştirdikleri görüşmelerde, deney grubunda yer alan kız öğrencilerin duygusal, akademik, sosyal öz yeterlilik düzeylerinin kontrol grubunda yer alan kız öğrencilere göre istatistiksel açıdan anlamlı olarak artış gösterdiğini bildirmişler ve bu yaklaşımın özellikle gelişmekte olan ülkelerde kız öğrencilerin öz yeterlilik düzeyini geliştirmede etkili bir yöntem olduğunu göstermişlerdir

Literatürde çözüm odaklı yaklaşıma dayalı yapılan çalışmalara bakıldığında, sağlığı geliştirme davranışlarına olan etkisinin incelemesine yönelik çalışmaların sayısının oldukça sınırlı olduğu görülmektedir. Bu kapsamda bu çalışma sağlığı geliştirme amacı ile yapılan çözüm odaklı görüşmelerde sağlık kontrol odağı ve öz yeterliliği elen alan ilk çalışma niteliğindedir.

Bu çalışmada öz yeterliliği ve içsel sağlık kontrol odağının geliştirilmesine dayalı çözüm odaklı görüşmelerin adolesanların sağlığı geliştirme davranışlarında etkili bir yöntem olduğu belirlenmiştir. Bu amaçla yapılan çalışmalarda, özellikle adolesanlar da motivasyon ve yaşam için önemli amaçlar belirleme arasında önemli bir ilişki olduğu bildirilmiş; pozitif motivasyon sağlanan adolesanların sağlıklı yaşam becerilerini geliştirmeye yönelik amaçlar koyma (sağlıklı beslenme, sigara kullanmama, alkol tüketiminin azaltılması vb) ve bu amaçlara ulaşmada başarılı oldukları gösterilmiştir [23, 137]. Bir hemşirelik girişimi olarak okullarda adolesanlar ile yapılan çözüm odaklı görüşmelerin sağlığı geliştirme davranışlarına etkisini değerlendirmek amacı ile yapılan bu çalışmada, adolesanların hem sağlığı geliştiren davranışlar ölçeği genel puanının (Bkz. Tablo 4.3) hem de alt boyutlara (*yaşam memnuniyeti sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, sosyal destek, stres yönetimi, beslenme davranışları*) ilişkin puanlarının (Bkz. Tablo 4.4) istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde yükseldiği belirlenmiştir. Ulaşılan bu sonuçlar ile, sağlık kontrol odağı ve öz yeterliliği güçlendirme temelinde hazırlanan çözüm odaklı yaklaşım ile adolesanlar ile yapılan görüşmelerin sağlığı geliştiren yaşam biçimi davranışlarında etkili olacağı yönünde kurulan hipotezimiz desteklenmiştir.

Literatürde yapılan sınırlı sayıda çalışma sonuçlarına bakıldığında; üzerinde hem fikir olunan noktanın; çözüm odaklı yaklaşımda sağlanan geri bildirimlerin ve ileriye yönelik yapılan denetimin, bilgilendirme ve güçlendirme sürecini hızlandırdığı yönünde olduğudur. Bu şekilde katılımcılara kendi yapabilirliklerinin sınırlarını çizme ve bu çizilen çerçeve içerisinde farklı stratejileri görme becerisi kazandırılabilceği bildirilmektedir [63, 128, 138]. Bizim çalışmamızda da ilk görüşmeden itibaren adolesanların sağlığı geliştiren yaşam biçimi davranışlarına yönelik hedef koyma ve bu hedefe ulaşma sürecinde hem kendi ifadeleri hem de araştırmacının gözlemleri ve yapılan değerlendirmeler sonucunda başarılı sonuçlara ulaştıkları belirlenmiştir. Bu geri bildirimlerde bunun nedenin, görüşmeler sırasında sağlıklı yaşam davranışlarının farklı alanlarına (beslenme, fiziksel aktivite, stres yönetimi vb.) bir çok konunun ele alınması ve herkesin sunduğu görüşler ile farklı bakış açıları elde edebilmelerinin motivasyonlarını artırdığı şeklinde ifade edildiği görülmüştür. Bu noktada çözüm odaklı yaklaşımın temel ilkesi olan *Nasıl Başarabilirim?, Nasıl üstesinden gelirim?* gibi soruların alternatif çözümlerin

bulunmasında ve motivasyonun sağlanmasında başarılı olduğu görülmüştür. Olsen ve arkadaşları' da (2015), sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının geliştirilmesinde sağlık koçluğu gibi motivasyon artırıcı ve güçlendirme temeline dayanan yaklaşımlar ile önemli sonuçlar elde edildiğini göstermişlerdir [137]

Valve ve arkadaşlarının (2013) yaptıkları çalışma, çözüm odaklı yaklaşımın sağlığı geliştiren davranışlar üzerindeki etkisini belirlemek amacı ile adolesanlar ile yürütülen sınırlı çalışmalardan birisidir. Bu çalışmada, 17– 21 yaş aralığındaki geç adolesan dönemde ki kızlardan oluşan bir örneklem grubu için, sağlıklı yaşam şekline ilişkin davranışların geliştirilmesine yönelik olarak planlanan destekleyici çözüm odaklı görüşmeler ile, adolesanların fiziksel aktivite düzeylerinde artış sağlandığı, daha sağlıklı beslendikleri ve uyku alışkanlıklarının olumlu yönde geliştiği bildirilmiştir [63].

Çözüm odaklı yaklaşım ile yapılan görüşmelerin, sağlığı geliştirme kapsamında farklı bir örneklem grubu olan engelli adolesanlarla da etkili bir yöntem olduğu bildirilmiştir. Örneğin McPherson ve arkadaşları (2017) çözüm odaklı yaklaşım kapsamında yaptıkları görüşmeler ile, deney grubunda yer alan engelli çocukların, fiziksel aktivite ve sağlıklı beslenme konularına ilişkin geleceğe yönelik amaç koyabildiklerini ve bu amaca ulaşmada başarıya ulaştıklarını bildirmişlerdir [138]. Bu noktada Swartz (2017), çocuk ya da adolesan dönemde engelliler gibi farklı örneklem gruplarında hem birey hem de ailelerde güçlendirmeye dayalı çözüm odaklı yaklaşımın kullanılmasının geleneksel metodların dışında problemden ziyade güçlü yönler vurgu yaparak istenilen hedefe ve daha iyi bakıma ulaşmada kullanılmasının iyi bir alternatif olacağını bildirmiştir [139]. Bizim çalışmamızda da ulaşılan sonuçlar, çözüm odaklı yaklaşım ile yapılan görüşmelerin sağlığı geliştiren davranışlara ilişkin amaçlar belirlemede ve bu amaçlara ulaşmada etkili olduğunu göstermiştir.

Literatürde çözüm odaklı yaklaşımın kullanıldığı bir diğer örneklem grubunun kilolu ve obez çocuklar olduğu görülmektedir. Sağlığı geliştirmenin alt boyutları olan sağlıklı beslenme ve fiziksel aktivitenin artırılmasına ilişkin olarak obez çocuklar ile yapılan çözüm odaklı görüşmeler sonucunda, bu çocukların beslenme ve fiziksel aktiviteye ilişkin tutumlarının geliştiği, beslenme şekillerini yönetmede başarılı oldukları ve fiziksel aktivite düzeylerinin arttığı bildirilmiştir

[140, 141]. Bu çalışmada da sağlığı geliştiren davranışlar ölçeğinin alt boyutları olan sağlıklı beslenme ve fiziksel aktivite alt boyutlarında istatistiksel açıdan anlamlı artışlara ulaşılmıştır.

Çözüm odaklı yaklaşımda davranışsal değişimi görebilmek için 1 ya da 2 senelik bir izlem süresine gerek olduğu belirtilmektedir. örneğin, Kreier ve arkadaşları (2014), 559 obez adolesan ile yaptıkları çözüm odaklı görüşmelerde son değerlendirmede yapılan ilk ölçümde tutum düzeyinde olumlu sonuçlara ulaştıklarını bildirirken; 2. sene sonunda yapılan ölçümlerde BMI değerlerinde önemli düşüşler olduğunu bildirmişlerdir [142]. Ülkemizde sağlığı geliştirme kapsamında çözüm odaklı yaklaşımın kullanıldığı tek çalışma olan ve örneklem grubunu yine obez adolesanların oluşturduğu araştırmada Gündoğdu ve arkadaşları (2017) 16'sı kontrol 16 deney grubunda olan obez adolesanlarla gerçekleştirdikleri çözüm odaklı görüşmeler sonucunda sağlıklı beslenme ve fiziksel aktiviteye ilişkin ölçeklerde alınan puanların istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde arttığını bildirmişlerdir.

Çözüm odaklı yaklaşımın ana felsefesine benzer olan destekleyici küçük gruplar ve güçlendirme temeline dayalı Ardıç ve Erdoğan (2016) tarafından, öğrencilerde sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını geliştirmeye yönelik yapılan çalışmada bir yıllık bir izlem süresi sonunda, beslenme ve fiziksel aktivite düzeyinde bilgisel düzeyde istatistiksel olarak anlamlı bir artış sağlanmasına karşın; BKİ (Beden Kitle İndeksi), depresyona ilişkin yapılan değerlendirmeler deney ve kontrol grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı belirlenmiştir [143].

Bu çalışmada adolesanlar ile çözüm odaklı yaklaşım kullanılarak yapılan görüşme içeriklerinde her bireyin kendini tanımlarına, problemlerini tanımlarken kendi yapabilecekleri ile birlikte, güçlü ve zayıf yönlerini de bu tanımın için yerleştirmelerine yardım etmeleri sağlanmıştır. Her bir görüşme sonunda adolesanlardan alınan geri bildirimler; içsel farkındalığın sağlanmasının bireysel olarak güçlenmeyi sağlamada, bu görüşmelerin en zengin yönü olduğunun vurgulandığı görülmüştür.

6. SONUÇ ve ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

Okullarda sağlığı geliştirme uygulamaları kapsamında bir hemşirelik girişimi olarak uygulanan, içsel sağlık kontrol odağı ve öz yeterliliği güçlendirmeye yönelik çözüm odaklı yaklaşıma dayalı görüşmeler doğrultusunda yapılan araştırmanın hipotezlerine yönelik elde edilen sonuçlara göre;

- Bir hemşirelik girişimi olarak uygulanan, sağlık kontrol odağı ve öz yeterliliği güçlendirmeye yönelik olarak yapılan çözüm odaklı yaklaşıma dayalı görüşmeler sonunda, deney grubunda yer alan adolesanların sağlığı geliştiren davranışlar ölçeği genel puanı yükselmiş ve bu değişim istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (Bkz. Tablo 4.3) (**p<0.05**)
- Bir hemşirelik girişimi olarak uygulanan, sağlık kontrol odağı ve öz yeterliliği güçlendirmeye yönelik olarak yapılan çözüm odaklı yaklaşıma dayalı görüşmeler sonunda deney grubunda yer alan adolesanların sağlığı geliştiren davranışlar ölçeğinde yaşam memnuniyeti, sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, sosyal destek, stres yönetimi, beslenme davranışları alt boyutlarının hepsinde alınan puanlar yükselmiş ve bu değişim istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (Bkz. Tablo 4.3) (**p<0.05**)
- Bir hemşirelik girişimi olarak uygulanan, sağlık kontrol odağı ve öz yeterliliği güçlendirmeye yönelik olarak yapılan çözüm odaklı yaklaşıma dayalı görüşmeler ile deney grubunda içsel sağlık kontrol odağı puanları artarken, kader ve dışsal sağlık kontrol alt boyutlarına ilişkin puanlarda istatistiksel olarak anlamlı bir azalma sağlanırken (Bkz. Tablo 4.5) (**p<0.001**); öz yeterlilik genel puanı ve her bir alt boyutunda (duygusal, sosyal ve akademik öz yeterlilik) artış sağlanmış ve istatistiksel açıdan anlamlı sonuçlara ulaşılmıştır (Bkz Tablo 4.4- 4.5) (**p<0.001**)

6.2. Öneriler

Okullarda sağlığı geliştirme uygulamaları kapsamında bir hemşirelik girişimi olarak uygulanan, içsel sağlık kontrol odağı ve öz yeterliliği güçlendirmeye yönelik olarak yapılan çözüm odaklı yaklaşıma dayalı görüşmeler ile elde edilen sonuçlar doğrultusunda;

Uygulamaya yönelik öneriler

- Okullar sağlığı geliştirme programlarının entegre edilebileceği ve sağlık eğitimlerinin yapılabileceği önemli alanlardır. Bu durum adolesan nüfusun fazla olduğu ülkemiz gibi ülkeler için bir fırsattır. Ülkemizde her okulda bir hemşirenin olmadığı göz önünde bulundurulduğunda maliyet etkin ve kabul edilebilir sağlığı geliştirme programlarına ihtiyaç duyulduğu açıktır. Bu kapsamda bu yöntemin bu ihtiyacı karşılamak adına alternatif bir yol olarak kullanılması,
- Çözüm odaklı yaklaşım ile kullanılan metotlar (rol play, ayna ve mucize sorular, istisnalar ve ev ödevleri...) adolesanların aktif katılımını sağlamış ve çalışmaya adaptasyon sürecini kısaltarak kısa zamanda verimli sonuçlar alınmasını sağlamıştır. Bundan sonra oluşturulacak olan sağlığı geliştirme programlarında hemşire ve sağlık profesyonellerine kısa zamanda verimli sonuçlara ulaşmalarını kolaylaştıracağı için uygulamaya entegre edilmesi,
- Bundan sonra yapılacak çalışmaların davranışsal düzeyde ilerlemeyi gösterebilmesi açısından daha uzun ve izlem süresi olacak şekilde planlanması,
- Çözüm odaklı yaklaşımın sağlığı geliştirme kapsamında belirlenmiş spesifik konularda (sağlıklı beslenme, fiziksel aktivitenin artırılması vb.) ve farklı örneklem gruplarında randomize kontrol gruplu olarak yapılması önerilebilir.

7. KAYNAKÇA

1. Viner, R.M., et al., *Adolescence and the social determinants of health*. The Lancet, 2012. **379**(9826): p. 1641-1652.
2. Kokko, S., A. Liveng, and S. Torp, *20 years of health promotion research in the Nordic countries: Health, wellbeing and physical activity*. 2018, SAGE Publications Sage UK: London, England.
3. Currie, C. and A.Y. Alemán-Díaz, *Building knowledge on adolescent health: reflections on the contribution of the Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study*. The European Journal of Public Health, 2015. **25**(suppl_2): p. 4-6.
4. McDaid, D., et al., *Investing in the wellbeing of young people: making the economic case*. Vol. 5. 2014: Wiley-Blackwell.
5. Crockett, L.J., *Pathways through adolescence: Individual development in relation to social contexts*. 2014: Psychology Press.
6. Derman, O., *Ergenlerde psikososyal gelişim*. Adolesan Sağlığı II Sempozyum Dizisi, 2008. **63**: p. 19-21.
7. DuBois, D.L., et al., *A prospective study of life stress, social support, and adaptation in early adolescence*. Child development, 1992. **63**(3): p. 542-557.
8. Saha, R., et al., *Social coping and life satisfaction in adolescents*. Social Indicators Research, 2014. **115**(1): p. 241.
9. Organization, W.H., *Adolescents: health risks and solutions*. Fact sheet, 2014. **345**.
10. W.H.O. *Health for the World's Adolescents. A second chance in the second decade, 2014*. URL: http://apps.who.int/adolescent/second-decade/files/1612_MNCAH_HWA_Executive_Summary.pdf [accessed 2015-09-09][WebCite Cache ID 6bPyeGf3i], 2015.
11. Dick, B. and B.J. Ferguson, *Health for the world's adolescents: a second chance in the second decade*. Journal of Adolescent Health, 2015. **56**(1): p. 3-6.
12. Siyez, D.M., *Lise öğrencilerinde problem davranışların görülme sıklığı: İzmir örnekleme*. Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi, 2016. **3**(28).
13. Aktaş, D., F.N. Öztürk, and Y. Kapan, *Adölesanlarda obezite sıklığı ve etkileyen risk faktörleri, beslenme alışkanlıklarının belirlenmesi*. TAF Preventive Medicine Bulletin, 2015. **14**(5).
14. Demirezen, E. and G. Coşansu, *Adölesan çağı öğrencilerde beslenme alışkanlıklarının değerlendirilmesi*. Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi, 2005. **14**(8): p. 174-178.
15. Reiss, F., *Socioeconomic inequalities and mental health problems in children and adolescents: a systematic review*. Social science & medicine, 2013. **90**: p. 24-31.

16. Bor, W., et al., *Are child and adolescent mental health problems increasing in the 21st century? A systematic review*. Australian & New Zealand Journal of Psychiatry, 2014. **48**(7): p. 606-616.
17. Guler, N., et al., *Lise öğrencileri arasında sigara, alkol kullanımı ve intihar düşüncesi sıklığı*. Cumhuriyet Medical Journal, 2009. **31**(4): p. 340-345.
18. Özcebe, H., et al., *Türkiye gençlerde cinsel sağlık ve üreme sağlığı araştırması*. Nüfus Bilim Derneği Yayını, Ankara, 2007.
19. Lassi, Z.S., et al. *An unfinished agenda on adolescent health: opportunities for interventions*. in *Seminars in perinatology*. 2015. Elsevier.
20. Tabak, R.S. And K. Akköse, *Ergenlerin Sağlık Denetim Odağı Algılama Düzeyleri Ve Sağlık Davranışlarına Etkileri*. Taf Preventive Medicine Bulletin, 2006. **5**(2).
21. UNICEF. (2011). *The state of the World's children 2011: adolescence-an age of opportunity*. Unicef.
22. Coates, T.J., A.C. Petersen, and C. Perry, *Promoting adolescent health: A dialog on research and practice*. 2013: Academic Press.
23. Patton, G.C., et al., *Health of the world's adolescents: a synthesis of internationally comparable data*. The Lancet, 2012. **379**(9826): p. 1665-1675.
24. Suresh, A., M. Jayachander, and S. Joshi, *Psychological Determinants Of Well Being Among adolescents*. Asia Pacific Journal of Research Vol: I Issue XI, 2013.
25. Martinelli, A.M., *An explanatory model of variables influencing health promotion behaviors in smoking and nonsmoking college students*. Public Health Nursing, 1999. **16**(4): p. 263-269.
26. Norman, P., *Health locus of control and health behaviour: An investigation into the role of health value and behaviour-specific efficacy beliefs*. Personality and Individual Differences, 1995. **18**(2): p. 213-218.
27. Wallston, K.A., *Hocus-pocus, the focus isn't strictly on locus: Rotter's social learning theory modified for health*. Cognitive therapy and research, 1992. **16**(2): p. 183-199.
28. Lau, R.R., *Origins of health locus of control beliefs*. Journal of personality and social psychology, 1982. **42**(2): p. 322.
29. Reich, J.W., K.J. Erdal, and A.J. Zautra, *Beliefs about control and health behaviors*. Handbook of health behavior research, 1997. **1**: p. 93-111.
30. Richards, S.T. and C.L. Nelson, *Problematic parental drinking and health: Investigating differences in adult children of alcoholics status, health locus of control, and health self-efficacy*. Journal of Communication in Healthcare, 2012. **5**(2): p. 84-90.
31. Strickland, B.R., *Internal-external expectancies and health-related behaviors*. Journal of consulting and clinical psychology, 1978. **46**(6): p. 1192.

32. Yi, M. and J. Kim, *Factors influencing health-promoting behaviors in Korean breast cancer survivors*. European Journal of Oncology Nursing, 2013. **17**(2): p. 138-145.
33. Steptoe, A. and J. Wardle, *Locus of control and health behaviour revisited: a multivariate analysis of young adults from 18 countries*. British journal of Psychology, 2001. **92**(4): p. 659-672.
34. Helmer, S.M., A. Krämer, and R.T. Mikolajczyk, *Health-related locus of control and health behaviour among university students in North Rhine Westphalia, Germany*. BMC research notes, 2012. **5**(1): p. 703.
35. Akkoyun, M., *The Relationships of physical exercise, optimism and health locus of control*. 2002.
36. Cenkseven, F., *Sigara içme durumlarına göre üniversite öğrencilerinin kontrol odağı ve öğrenilmiş güçlülük düzeylerinin karşılaştırılması*. Çukurova Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi, 2001. **2**(21): p. 8-16.
37. Luszczynska, A., B. Gutiérrez-Doña, and R. Schwarzer, *General self-efficacy in various domains of human functioning: Evidence from five countries*. International journal of Psychology, 2005. **40**(2): p. 80-89.
38. Bandura, A. and E.A. Locke, *Negative self-efficacy and goal effects revisited*. Journal of applied psychology, 2003. **88**(1): p. 87.
39. Urdan, T. and F. Pajares, *Self-efficacy beliefs of adolescents*. 2006: IAP.
40. Caprara, G.V., et al., *Impact of adolescents' perceived self-regulatory efficacy on familial communication and antisocial conduct*. European Psychologist, 1998. **3**(2): p. 125-132.
41. Henson, M., et al., *Identifying Protective Factors to Promote Health in American Indian and Alaska Native Adolescents: A Literature Review*. The journal of primary prevention, 2017. **38**(1-2): p. 5-26.
42. Balkis, M., D. Erdinç, And M. Buluş, *Şiddete Yönelik Tutumların Özyeterlik Medya Şiddete Yönelik İnanç Arkadaş Grubu Ve Okula Bağlılık Duygusu İle İlişkisi*. Ege Eğitim Dergisi, 2005. **6**(2).
43. Caprara, G.V., et al., *The contribution of self-efficacy beliefs to psychosocial outcomes in adolescence: Predicting beyond global dispositional tendencies*. Personality and individual Differences, 2004. **37**(4): p. 751-763.
44. Cerezo, N., *Problem-based learning in the middle school: A research case study of the perceptions of at-risk females*. RMLE Online, 2004. **27**(1): p. 1-13.
45. Cha, E., et al., *Health literacy, self-efficacy, food label use, and diet in young adults*. American journal of health behavior, 2014. **38**(3): p. 331-339.
46. Mitchell, C.M., et al., *Self-Efficacy About Sexual Risk/Protective Behaviors: Intervention Impact Trajectories Among American Indian Youth*. Journal of Research on Adolescence, 2017.
47. Houck, G.M. and L. Stember, *Small group experience for socially withdrawn girls*. The Journal of school nursing, 2002. **18**(4): p. 206-211.

48. Pender, N.J., *Heath Promotion Model Manual*. 2011. [Http://deepblue.lib.umich.edu](http://deepblue.lib.umich.edu)
49. Bandura, A. (2000). Self-efficacy: The foundation of agency. *Control of human behavior, mental processes, and consciousness: Essays in honor of the 60th birthday of August Flammer*, 16.
50. Browne, A.J., J.D. Shultis, and M. Thio-Watts, *Solution-focused approaches to tobacco reduction with disadvantaged prenatal clients*. *Journal of community health nursing*, 1999. **16**(3): p. 166-177.
51. Gingerich, W.J. and L.T. Peterson, *Effectiveness of solution-focused brief therapy: A systematic qualitative review of controlled outcome studies*. *Research on Social Work Practice*, 2013. **23**(3): p. 266-283.
52. O'Brien, R.A. and R.P. Baca, *Application of solution-focused interventions to nurse home visitation for pregnant women and parents of young children*. *Journal of Community Psychology*, 1997. **25**(1): p. 47-57.
53. Kim, J.S., *Examining the effectiveness of solution-focused brief therapy: A meta-analysis*. *Research on Social Work Practice*, 2008. **18**(2): p. 107-116.
54. Langdridge, D., *Solution Focused Therapy*. *Existential Analysis: Journal of the Society for Existential Analysis*, 2006. **17**(2).
55. Corcoran, J., *Solution-Focused Therapy*. *The Encyclopedia of Clinical Psychology*, 2015.
56. Cockburn, J.T., F.N. Thomas, and O.J. Cockburn, *Solution-focused therapy and psychosocial adjustment to orthopedic rehabilitation in a work hardening program*. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 1997. **7**(2): p. 97-106.
57. McCabe, C., *Nurse-patient communication: an exploration of patients' experiences*. *Journal of clinical nursing*, 2004. **13**(1): p. 41-49.
58. Nowicka, P., et al., *Family Weight School treatment: 1-year results in obese adolescents*. *International Journal of Pediatric Obesity*, 2008. **3**(3): p. 141-147.
59. Nowicka, P., A. Pietrobelli, and C.-E. Flodmark, *Low-intensity family therapy intervention is useful in a clinical setting to treat obese and extremely obese children*. *International Journal of Pediatric Obesity*, 2007. **2**(4): p. 211-217.
60. Reinehr, T., et al., *Body mass index patterns over 5 y in obese children motivated to participate in a 1-y lifestyle intervention: age as a predictor of long-term success*. *The American journal of clinical nutrition*, 2010. **91**(5): p. 1165-1171.
61. Froeschle, J., R. Smith, and R. Ricard, *The efficacy of a systematic substance abuse program for adolescent females*. *Professional School Counseling*, 2007. **10**(5): p. 498-505.
62. Viner, R., et al., *Motivational/solution-focused intervention improves HbA1c in adolescents with Type 1 diabetes: a pilot study*. *Diabetic Medicine*, 2003. **20**(9): p. 739-742.

63. Valve, P., et al., *LINDA—a solution-focused low-intensity intervention aimed at improving health behaviors of young females: a cluster-randomized controlled trial*. BMC public health, 2013. **13**(1): p. 1044.
64. Kvarme, L.G., et al., *The effect of a solution-focused approach to improve self-efficacy in socially withdrawn school children: A non-randomized controlled trial*. International journal of nursing studies, 2010. **47**(11): p. 1389-1396.
65. Evans, D., D. Coutsaftiki, and C.P. Fathers, *Health promotion and public health for nursing students*. 2017: Learning Matters.
66. Orem, D.E., *Self-care deficit nursing theory*. Nursing Theories: The Base for Professional Nursing Practice, 6/e, 2011: p. 113.
67. Ferraz, H. and N. Wellman, *The integration of solution-focused brief therapy principles in nursing: a literature review*. Journal of psychiatric and mental health nursing, 2008. **15**(1): p. 37-44.
68. Rasanathan, K., et al., *Ensuring multisectoral action on the determinants of reproductive, maternal, newborn, child, and adolescent health in the post-2015 era*. bmj, 2015. **351**: p. h4213.
69. Blakemore, S.-J. and K.L. Mills, *Is adolescence a sensitive period for sociocultural processing?* Annual review of psychology, 2014. **65**: p. 187-207.
70. Kann, L., et al., *Youth risk behavior surveillance—United States, 2013*. 2014.
71. Spear, L.P., *Adolescent alcohol exposure: are there separable vulnerable periods within adolescence?* Physiology & behavior, 2015. **148**: p. 122-130.
72. Ogden, C.L., et al., *Trends in obesity prevalence among children and adolescents in the United States, 1988-1994 through 2013-2014*. Jama, 2016. **315**(21): p. 2292-2299.
73. Hale, D.R. and R.M. Viner, *The correlates and course of multiple health risk behaviour in adolescence*. BMC public health, 2016. **16**(1): p. 458.
74. Ünalın, D., et al., *Meslek yükseköğretim kurumlarında sağlık ve sosyal programlarında öğrenim gören öğrencilerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve öz-bakım gücü düzeyleri arasındaki ilişkinin incelenmesi*. Turgut Özal Tıp Merkezi Dergisi, 2007. **14**(2).
75. Dinç, G., et al., *Çalışan ve çalışmayan gençlerde sigara kullanımı, Manisa 2008*. Turkish Journal of Public Health, 2014. **12**(1): p. 13.
76. Aksoydan, E. and N. Cakir, *Adolesanların Beslenme Alışkanlıkları, Fiziksel Aktivite Düzeyleri ve Vücut Kitle İndekslerinin Değerlendirilmesi*. Gülhane Tıp Dergi, 2011. **53**: p. 264-270.
77. Kleinert, S., *Adolescent health: an opportunity not to be missed*. The Lancet, 2007. **369**(9567): p. 1057.
78. Cappa, C., et al., *Progress for children: a report card on adolescents*. The Lancet, 2012. **379**(9834): p. 2323-2325.

79. Wallston, K.A., *The importance of placing measures of health locus of control beliefs in a theoretical context*. Health Education Research, 1991. **6**(2): p. 251-252.
80. Dağ, İ., *Kontrol odağı ölçeği (KOÖ): Ölçek geliştirme, güvenilirlik ve geçerlik çalışması*. Türk Psikoloji Dergisi, 2002. **17**(49): p. 77-90.
81. Ajzen, I., *Perceived behavioral control, self-efficacy, locus of control, and the theory of planned behavior*. Journal of applied social psychology, 2002. **32**(4): p. 665-683.
82. Freund, A., M. Cohen, and F. Azaiza, *The doctor is just a messenger: Beliefs of ultraorthodox Jewish women in regard to breast cancer and screening*. Journal of religion and health, 2014. **53**(4): p. 1075.
83. Cenkseven, F. and T. Akbaş, *Üniversite öğrencilerinde öznel ve psikolojik iyi olmanın yordayıcılarının incelenmesi*. Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi, 2016. **3**(27).
84. Dağdevire, Z. and Z. Şimşek, *Şanlıurfa İl Merkezindeki Lise Öğrencilerinin Sağlığı Geliştirme Davranışları ve İlişkili Faktörler*. TAF Preventive Medicine Bulletin, 2013. **12**(2).
85. Bilgili, N. and S. Ayaz, *Kadınların Sağlığı Geliştirme Davranışları ve Etkileyen Faktörler*. TAF Preventive Medicine Bulletin, 2009. **8**(6).
86. Pender, N.J., et al., *Predicting health-promoting lifestyles in the workplace*. Nursing research, 1990. **39**(6): p. 326-332.
87. Booth-Butterfield, M., R.H. Anderson, and S. Booth-Butterfield, *Adolescents' use of tobacco, health locus of control, and self-monitoring*. Health communication, 2000. **12**(2): p. 137-148.
88. Bandura, A., *Guide for constructing self-efficacy scales*. Self-efficacy beliefs of adolescents, 2006. **5**(307-337).
89. Bandura, A., *Self-efficacy mechanism in psychobiologic functioning*. Self-efficacy: Thought control of action, 1992. **2**.
90. Bandura, A., *Self-efficacy: The exercise of control*. 1997: Macmillan.
91. Bandura, A., *Health promotion by social cognitive means*. Health education & behavior, 2004. **31**(2): p. 143-164.
92. Schuck, K., et al., *Self-efficacy and acceptance of cravings to smoke underlie the effectiveness of quitline counseling for smoking cessation*. Drug and alcohol dependence, 2014. **142**: p. 269-276.
93. Moodi, M., et al., *Determinants of mammography screening behavior in Iranian women: A population-based study*. Journal of Research in Medical Sciences, 2012. **17**(8).
94. Shieh, C., et al., *How Self-Efficacy and Self-Regulation Influence Nutrition and Exercise Behaviors of a Community Sample of Adults*. 2016.
95. Walker, R.J., et al., *Effect of diabetes self-efficacy on glycemic control, medication adherence, self-care behaviors, and quality of life in a*

- predominantly low-income, minority population. Ethnicity & disease, 2014. 24(3): p. 349-355.*
96. Warner, L.M., et al., *Sources of self-efficacy for physical activity. Health Psychology, 2014. 33(11): p. 1298.*
 97. Bohanny, W., et al., *Health literacy, self-efficacy, and self-care behaviors in patients with type 2 diabetes mellitus. Journal of the American Association of Nurse Practitioners, 2013. 25(9): p. 495-502.*
 98. Rotter, J.B., *Social learning and clinical psychology. 1954.*<http://psycnet.apa.org>
 99. Tsai, T.-I., S.-Y.D. Lee, and Y.-W. Tsai, *Explaining selected health behaviors in a national sample of Taiwanese adults. Health promotion international, 2013. 30(3): p. 563-572.*
 100. Wallston, K.A. and B.S. Wallston, *Health locus of control scales. Research with the locus of control construct, 1981. 1: p. 189-243.*
 101. Visser, C.F., *The origin of the solution-focused approach. International Journal of Solution-Focused Practices, 2013. 1(1): p. 10-17.*
 102. Vogelaar, L., et al., *Solution focused therapy: A promising new tool in the management of fatigue in Crohn's disease patients: Psychological interventions for the management of fatigue in Crohn's disease. Journal of Crohn's and Colitis, 2011. 5(6): p. 585-591.*
 103. Kim, J.S., *Examining the effectiveness of solution-focused brief therapy: A meta-analysis. Research on Social Work Practice, 2007.*
 104. MEYDAN, B., *Çözüm Odaklı Kısa Süreli Psikolojik Danışma: Okullardaki Etkililiği Üzerine Bir İnceleme. Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi, 2013. 4(39): p. 120-129.*
 105. Gingerich, W.J. and S. Eisengart, *Solution-focused brief therapy: A review of the outcome research. Family process, 2000. 39(4): p. 477-498.*
 106. O'Connell, B., *Solution-focused therapy. 2005: Sage.*
 107. Murphy, J.J., *Solution-focused counseling in schools. 2015: John Wiley & Sons.*
 108. Doğan, S., *Okul Psikolojik Danışmanları İçin Yeni Ve Pratik Bir Yaklaşım: Çözüm-Odaklı Kısa Süreli Psikolojik Danışma. EĞİTİM VE BİLİM, 2000. 25(116).*
 109. Michie, S. and C. Abraham, *Interventions to change health behaviours: evidence-based or evidence-inspired? Psychology & Health, 2004. 19(1): p. 29-49.*
 110. National Institute for Health and Clinical Excellence (Grande-Bretagne). (2007). *How to change practice: Understand, identify and overcome barriers to change. National Institute for Health and Clinical Excellence.*
 111. Lis, K., et al., *Evidence-based guidelines on health promotion for older people. 2008: Austrian Red Cross Vienna.*

112. Gingerich, W.J. and L.T. Peterson, *Effectiveness of Solution-Focused Brief Therapy A Systematic Qualitative Review of Controlled Outcome Studies*. Research on Social Work Practice, 2013. **23**(3): p. 266-283.
113. Valve, P., et al., *LINDA—a solution-focused low-intensity intervention aimed at improving health behaviors of young females: a cluster-randomized controlled trial*. BMC public health, 2013. **13**(1): p. 1.
114. Taathadi, M.S., *Application of Solution-Focused Brief Therapy (SFBT) to Enhance High School Students Self-Esteem: An Embedded Experimental Design*. International Journal of Psychological Studies, 2014. **6**(3): p. 96.
115. Sarvi, Z. and M. Ghazi, *Effectiveness of Group Counseling with Solution Focused (Brief) Therapy (SFBT) on Increasing Self-Efficacy of Fifth Grade Primary School Female Students*. Modern Applied Science, 2016. **10**(12): p. 1.
116. Kemppainen, V., K. Tossavainen, and H. Turunen, *Nurses' roles in health promotion practice: an integrative review*. Health Promotion International, 2013. **28**(4): p. 490-501.
117. Irvine, F., *Examining the correspondence of theoretical and real interpretations of health promotion*. Journal of clinical nursing, 2007. **16**(3): p. 593-602.
118. McAllister, M., *Doing practice differently: Solution-focused nursing*. Journal of Advanced Nursing, 2003. **41**(6): p. 528-535.
119. Bowles, N., C. Mackintosh, and A. Torn, *Nurses' communication skills: an evaluation of the impact of solution-focused communication training*. Journal of Advanced Nursing, 2001. **36**(3): p. 347-354.
120. Evans, D., D. Coutsaftiki, and C.P. Fathers, *Health promotion and public health for nursing students*. 2014: Learning Matters.
121. Gereige, R.S., E.A. Zenni, and A.A.o.P.C.o.S. Health, *School Health Policy & Practice*. 2018: Am Acad Pediatrics.
122. Örsal, Ö., Emiroğlu, O., *Türkiye? deki Okul Sağlığı Hizmetlerine ve Okul Hemşireliğine İlişkin Yasal Düzenlemeler: Kritik Analiz*. 2016. **2**(1): p. 79-95.
123. Özcan, C., S. Kılınç, and H.J.A.M.J. Gülmez, *Türkiye'de okul sağlığı ve yasal durum*. 2013. **13**(2).
124. Stanhope, M. and J. Lancaster, *Public health nursing-e-book: Population-centered health care in the community*. 2015: Elsevier Health Sciences.
125. Erdoğan, S., N. Nahcivan, and M.N. Esin, *Hemşirelikte araştırma: süreç, uygulama ve kritik*. 2015: Nobel Tıp Kitabevi.
126. Teşkilatı, D.P., *İlçelerin sosyo-ekonomik gelişmişlik sıralaması araştırması*. Devlet Planlama Teşkilatı, Ankara, 2004.
127. Kvarme, L.G., et al., *Associations between general self-efficacy and health-related quality of life among 12-13-year-old school children: a cross-sectional survey*. Health and Quality of Life Outcomes, 2009. **7**(1): p. 85.

128. Akgul Gundogdu, N., E.U. Sevig, and N. Guler, *The effect of the solution-focused approach on nutrition–exercise attitudes and behaviours of overweight and obese adolescents: Randomised controlled trial*. Journal of clinical nursing, 2018. **27**(7-8): p. e1660-e1672.
129. Chen, M.Y., et al., *Adolescent health promotion scale: development and psychometric testing*. 2003. **20**(2): p. 104-110.
130. Tsai, T.-I., S.-Y.D. Lee, and Y.-W. Tsai, *Explaining selected health behaviors in a national sample of Taiwanese adults*. Health promotion international, 2013: p. dat085.
131. De Wit, J.B., E. Das, and R. Vet, *What works best: objective statistics or a personal testimonial? An assessment of the persuasive effects of different types of message evidence on risk perception*. Health Psychology, 2008. **27**(1): p. 110.
132. Pender, N.J., et al., *Health promotion in nursing practice*. 2006.
133. Health, N.I.f. and C. Excellence, *How to change practice: Understand, identify and overcome barriers to change*. 2007: National Institute for Health and Clinical Excellence.
134. BARUH, L., *Risk Algılarının, Sağlık Kontrol Odağının ve Dini İnançların Türkiye'de Bireylerin Kanserden Koruyucu Davranışta Bulunma ve Kanser Tarama Testi Yaptırma Eğilimleri ile İlişkisi*.
135. Hagger-Johnson, G.E. and M.C. Whiteman, *Conscientiousness facets and health behaviors: A latent variable modeling approach*. Personality and Individual Differences, 2007. **43**(5): p. 1235-1245.
136. Lloyd, H. and R. Dallos, *First session solution-focused brief therapy with families who have a child with severe intellectual disabilities: mothers' experiences and views*. Journal of Family Therapy, 2008. **30**(1): p. 5-28.
137. Olsen, J.M. and B.J. Nesbitt, *Health coaching to improve healthy lifestyle behaviors: an integrative review*. American Journal of Health Promotion, 2010. **25**(1): p. e1-e12.
138. McPherson, A.C., et al., *A feasibility study using solution-focused coaching for health promotion in children and young people with Duchenne muscular dystrophy*. Developmental Neurorehabilitation, 2017: p. 1-10.
139. Swartz, M.K., *A strength-based approach to care*. Journal of Pediatric Health Care, 2017. **31**(1): p. 1.
140. Towey, M., R. Harrell, and B. Lee, *Evaluation of “one body, one life”: a community-based family intervention for the prevention of obesity in children*. Journal of obesity, 2011. **2011**.
141. Wake, M., et al., *Shared care obesity management in 3-10 year old children: 12 month outcomes of HopSCOTCH randomised trial*. Bmj, 2013. **346**: p. f3092.

142. Kreier, F., et al., *An individual, community-based treatment for obese children and their families: the solution-focused approach*. *Obesity facts*, 2013. **6**(5): p. 424-432.
143. Ardic, A. and S. Erdogan, *The effectiveness of the COPE healthy lifestyles TEEN program: a school-based intervention in middle school adolescents with 12-month follow-up*. *Journal of advanced nursing*, 2017. **73**(6): p. 1377-1389.

8. EKLER

Ek 1. Kişisel Bilgiler Formu

Anket no:

Sayın katılımcılar,

Sağlık kontrol odağı ve özyeterliliği geliştirmeye yönelik çözüm odaklı yaklaşımın sağlık davranışlarını nasıl etkilediğini ortaya koymayı amaçlayan bu araştırma, Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Halk Sağlığı Hemşireliği ABD tarafından yapılmaktadır. Sizin yanıtlarınızdan elde edilecek sonuçlarla adölesanların sağlık davranışlarının geliştirilmesinde sağlık kontrol odağı ve özyeterliliği geliştirmeye yönelik çözüm odaklı yaklaşımın etkili bir yöntem olup olmadığı belirlenebilecek ve bu yönde okul sağlığı alanında planlamalar yapılabilecektir. Bu nedenle soruların tümüne içtenlikle cevap vermeniz büyük önem taşımaktadır.

Araştırmaya katılmanız gönüllülük esasına dayalıdır. Bu form aracılığı ile elde edilecek bilgiler gizli kalacaktır ve sadece araştırmaya amacıyla (veya bilimsel amaçlar için) kullanılacaktır. Çalışmaya katılmamayı tercih edebilirsiniz veya anketi doldururken son verebilirsiniz.

Anket formuna adınızı soyadınızı yazmayınız

Yanıtlarınızı, soruların altında yer alan seçenekler arasından işaretleyebilir, açık uçlu soruları sorunun altında bırakılan boşluğa yazabilirsiniz. Eğer sorunun yanıtları arasında "diğer" seçenği varsa ve yanıtınız varolan seçenekler arasında yer almıyorsa, bu durumda yanıtınızı diğer seçeneğindeki boşluğa yazınız.

Anketi yanıtladığınız için teşekkür ederiz.

Çalışma ile ilgili herhangi bir sorunuz olduğunda aşağıdaki kişi ile iletişim kurabilirsiniz.

Prof. Dr. Gülümser KUBLAY

Hacettepe Üniversitesi Halk Sağlığı ABD

1. Yaşınız:					
2. Cinsiyetiniz:		<input type="checkbox"/> Kadın		<input type="checkbox"/> Erkek	
3. Annenin eğitimi	<input type="checkbox"/> Hiç okula gitmemiş	<input type="checkbox"/> İlkokula gitmiş; bitirmemiş	<input type="checkbox"/> ilkokul mezunu		
	<input type="checkbox"/> Ortaokul mezunu	<input type="checkbox"/> Lise mezunu	<input type="checkbox"/> Üniversite mezunu		
4. Anne çalışıyor mu?	<input type="checkbox"/> Evet		<input type="checkbox"/> Hayır		
5. Annenin mesleği: Belirtiniz					
6. Babanın eğitimi	<input type="checkbox"/> Hiç okula gitmemiş	<input type="checkbox"/> İlkokula gitmiş; bitirmemiş	<input type="checkbox"/> ilkokul mezunu		
	<input type="checkbox"/> Ortaokul mezunu	<input type="checkbox"/> Lise mezunu	<input type="checkbox"/> Üniversite mezunu		
7. Baba çalışıyor mu?	<input type="checkbox"/> Evet		<input type="checkbox"/> Hayır		
8. Babanın mesleği Belirtiniz					
9. Kardeş sayısı					
10. Ailenin ekonomik durumu sizce aşağıdakilerden hangisine uymaktadır	<input type="checkbox"/> çok kötü	<input type="checkbox"/> kötü	<input type="checkbox"/> orta	<input type="checkbox"/> iyi	<input type="checkbox"/> çok iyi
	<input type="checkbox"/> çok kötü	<input type="checkbox"/> kötü	<input type="checkbox"/> orta	<input type="checkbox"/> iyi	<input type="checkbox"/> çok iyi
11. Kendi sağlığını nasıl tanımlarsınız?	<input type="checkbox"/> çok kötü	<input type="checkbox"/> kötü	<input type="checkbox"/> orta	<input type="checkbox"/> iyi	<input type="checkbox"/> çok iyi
12. Her hangi bir kronik hastalığınız var mı? (Cevabınız hayır ise 14. Soruya geçiniz.)	<input type="checkbox"/> Evet		<input type="checkbox"/> Hayır		
13. Var olan kronik hastalığınız	<input type="checkbox"/> Diyabet		<input type="checkbox"/> Astım		<input type="checkbox"/> Hipertansiyon
	<input type="checkbox"/> Diğer belirtiniz				
14. Sağlık sorumluluğu kavramını biliyor musunuz	<input type="checkbox"/> Evet duydum		<input type="checkbox"/> Hayır Duymadım		
15. Sağlık sorumluluğunu kısaca açıklayınız?					
16. Sağlığınıza ilişkin yaşadığınız değişimlerde (sağlıklı olma / hastalanma / yaralanma) kendi rolünüz sizce nedir?. Size uygun olan ifadeyi işaretleyiniz	<input type="checkbox"/> Önemli bir rolümün / etkimin olduğunu düşünmem	<input type="checkbox"/> Bazen rolüm / etkim olduğunu düşünürüm	<input type="checkbox"/> sıklıkla rolüm / Etkim olduğunu düşünürüm	<input type="checkbox"/> Her zaman çok rolüm / etkim olduğunu düşünürüm	

Ek 2. Sağlığı Geliştiren Davranışlar leği

	Hiçbir zaman	Bazen	Ara sıra	çoğunluk la Her zaman
1-Günde üç öğün yemek yerim				
2-Çok yağlı olmayan yiyecekleri seçerim				
3-Diyetim lifli gıdaları içerir				
4-Günde en az 1500 cc su içerim (veya 6-8 bardak)				
5-Her ğnm beş yiyecek grubunu içerir (rn; ekmek, et, süt, meyve, sebze)				
6-Her gün kahvaltı yaparım				
7-İlgimi ve itenliğimi başkalarına gösteririm				
8-Başkalarını nemserim ve onlarla iletişimimi sürdürürüm				
9-Başkaları ile endişelerimi tartışırım				
10-Her gün gülümsemek veya glmek için çaba harcarım				
11-Akrabalarım ile ilişkimi sürdürmekten hoşlanırım				
12-İyi kişilerarası ilişkiler gösteririm				
13-Başkalarıyla sıkıntılarım hakkında konuşurum				
14-Alış veriş yaparken yiyeceklerin etiketini okurum				
15-Kilomu takip ederim				
16-Sağlık sorunlarımı bir doktor veya hemşire ile tartışırım				
17-En az ayda bir defa				

vücudumu gözlerim

18-Yemeklerden sonra dişlerimi fırçalarım ve diş ipi kullanırım

19-Yemeklerden önce ellerimi yıkarım

20-Sağlıkla ilgili bilgileri araştırırım

21-Koruyucu içermeyen yiyecekleri seçmeye gayret ederim

22-Kendimi sevmeye gayret ederim

23-Mutlu ve memnun hissetmeye çaba gösteririm

24-Genellikle olumlu yönde düşünmeye çaba gösteririm

25-Güçlü ve zayıf yönlerimi anlamaya ve kabullenmeye çaba gösteririm

26-Kusurlarımı belirlemeye ve düzeltmeye çaba gösteririm

27-Benim için neyin iyi olduğunu bilmek için çaba gösteririm

28-Her günü farklı hissetmek ve meydan okumak için çaba gösteririm

29-Yaşamımın bir amacı olduğuna inanmaya çaba gösteririm

30-Her gün gevşeme egzersizi yaparım

31-Haftada en az üç defa 30 dakika düzenli egzersiz yaparım

32-Okulda her hafta beden

eğitimi dersine katılırım			
33-Düzenli egzersiz öncesi ısırırım			
34-Dik oturmaya veya kalkmaya çaba gösteririm			
35-Her gün kaslarımı gevşetmeye çaba gösteririm			
36-Stresimin kaynağını belirlemeye çaba gösteririm			
37-Ruh halimdeki değişiklikleri izlemeye çaba gösteririm			
38-Her gece 6-8 saat uyurum			
39-Program yapar, önceliklerimi belirlerim			
40-Akla uygun olmayan konularda uygun yanıtları kullanırım			

Ek 3. Öz Yeterlilik Ölçeği

Sevgili öğrenciler, aşağıdaki soruları dikkatlice okuyup, sizin duygu ve düşüncelerinizi yansıtan her soru için sadece bir cevabı işaretleyiniz. Aşağıdaki sorulara cevabınız “Hiç” ise 1’i, “Biraz” ise 2’yi “Oldukça iyi” ise 3’ü, “İyi” ise 4’ü “Çok iyi” ise 5’i işaretleyiniz. Teşekkürler.

		Hiç	Biraz	Oldukça iyi	İyi	Çok iyi
1.	Sınıf arkadaşlarınız sizinle aynı görüşte olmadığı zaman kendi görüşlerinizi ne kadar iyi ifade edebilirsiniz?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.	Olumsuz bir olay karşısında kendi kendinize moralinizi yükseltmeyi ne kadar iyi başatabiliyorsunuz?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3.	Yapılacak başka ilgi çekici şeyler olduğunda dersinizi ne kadar iyi çalışabiliyorsunuz?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4.	Çok korktuğunuzda yeniden sakinleşebilmeyi ne kadar iyi başatabiliyorsunuz?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5.	Çevrenizdeki diğer çocuklarla arkadaşlık kurmada ne kadar iyisiniz?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6.	Sınav için hazırlanmanız gereken bir üniteye ne kadar iyi çalışabiliyorsunuz?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7.	Tanımadığımız bir kişi ile sohbet etme konusunda ne kadar iyisiniz?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8.	Sinirlerinize ne kadar iyi hâkim olabilirsiniz?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9.	Her gün ev ödevlerinizi tamamlama konusunda ne kadar başarılısınız?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10.	Sınıf arkadaşlarınız ile ne kadar uyumlu çalışabiliyorsunuz?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11.	Duygularınızı ne kadar iyi kontrol edebiliyorsunuz?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

12.	Her dersinizde ders boyunca dikkatinizi ne kadar iyi toparlayabiliyorsunuz?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13.	Çevrenizdeki diğer çocuklara sizin hoşlanmadığınız bir şeyi yaptıklarını ne kadar iyi anlatabilirsiniz?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14.	Kendinizi iyi hissetmediğinizde kendi kendinize moral vermede ne kadar iyisiniz?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15.	Okuldaki derslerin tümünü anlamayı başarma konusunda ne kadar iyisiniz?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16.	Komik bir olayı bir öğrenci grubuna ne kadar iyi anlatabilirsiniz?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17.	Okuldaki çalışmalarınızla ailenizi memnun etmeyi ne kadar başarabiliyorsunuz?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18.	Diğer çocuklarla arkadaşlığınızı sürdürebilme konusunda ne kadar başarılısınız?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19.	Sizi rahatsız eden düşüncelerinizi bastırma konusunda ne kadar başarılısınız?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20.	Herhangi bir sınavı geçme konusunda ne kadar başarılısınız?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21.	Olması muhtemel şeyler için endişe etmeme konusunda ne kadar başarılısınız?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Ek.4. Çok Boyutlu Sağlık Kontrol Odağı Ölçeği

ÇOK BOYUTLU SAĞLIK KONTROL ODAĞI ÖLÇEĞİ

Aşağıda sağlık durumunuzu ele alışınızla ilgili 18 tane cümle verilmiştir. Her cümleyi dikkatli okuyarak altılı ölçek üzerinde (Kesinlikle Katılmıyorum, Katılmıyorum, Katılmama eğilimindeyim, Katılma eğilimindeyim, Katılıyorum, Kesinlikle Katılıyorum) size uygun dereceyi yuvarlak içine alarak işaretleyiniz. Seçiminizi yaparken, seçmeniz gerektiğini düşündüğünüz veya doğru olmasını arzu ettiğiniz cümleyi değil, gerçekten size uygun olan dereceyi seçiniz. Bu anket kişisel inançlarla ilgilidir; bu sebeple “doğru” yada “yanlış” cevap diye bir durum söz konusu değildir. Katılımınız için teşekkür ederim.

	Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Katılmama eğilimindeyim	Katılma eğilimindeyim	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
1. Hasta olursam çabuk iyileşmek benim kendi davranışlarıma bağlıdır						
2. Ne yaparsam yapayım hasta olacaksam, olurum.						
3. Hastalıktan kaçınmanın en iyi yolu düzenli olarak doktorumu görmektir.						
4. Sağlığımı etkileyen çoğu şey kaza ile başıma gelir.						
5. Kendimi iyi hissetmediğimde bir sağlık uzmanına başvurmalıyım.						
6. Sağlığımın iyi olup olmaması benim kontrolümdedir.						
7. Ailemin hasta olmam veya sağlıklı kalmam ile büyük ilgisi vardır.						
8. Hastalandığım zaman suçlanacak kişi benimdir						
9. Bir hastalıktan toparlanmamda şansın büyük bir payı vardır						
10. Sağlık durumumun iyi olup olmaması doktorlara bağlıdır						
11. Sağlığımın iyi olması büyük ölçüde şans işidir						

12. Sağlığımı etkileyen esas Şey benim kendi yaptıklarımıdır.						
13. Kendime iyi bakarsam hastalıklardan kaçınabilirim.						
14. Bir hastalığı atlatmanın çoğunlukla doktor, hemşire, aile fertleri ve arkadaşlar gibi başka insanların bana iyi bakıyor olmasından kaynaklanır						
15. Ne yaparsam yapayım hastalanma ihtimalim vardır						
16. Kaderde varsa sağlıklı olurum.						
17. Eğer doğru hareket edersem sağlıklı olurum						
18. Sağlığım konusunda sadece doktorumun bana yapmamı söylediklerini yaparım.						

Ek 5. Etik Kurul İzni



T.C.
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu

Sayı : 16969557 - 687

Konu :


ARAŞTIRMA PROJESİ DEĞERLENDİRME RAPORU


Toplantı Tarihi : 13 TEMMUZ 2016 ÇARŞAMBA
Toplantı No : 2016/14
Proje No : GO 16/402(Değerlendirme Tarihi : 14.06.2016)
Karar No : GO 16/402 - 14

(E) Üniversitemiz Hemşirelik Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı öğretim üyelerinden Prof. Dr. Gülümser KUBLAY'ın sorumlu araştırmacı olduğu ve Funda ASLAN'ın doktora tezi olan, GO 16/402 kayıt numaralı ve "Sağlık Kontrol Odağını ve Özyeterliliği Geliştirmeye Yönelik Çözüm Odaklı Yaklaşımın Adölesanlarda Sağlıkla İlgili Yaşam Biçim Davranışlarına Etkisinin Belirlenmesi" başlıklı proje önerisi araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş olup, etik açıdan uygun bulunmuştur.

- | | |
|--|---|
| 1. Prof. Dr. Sevda F. MÜFTÜOĞLU (Başkan) | 10 Prof. Dr. Oya Nuran EMİROĞLU (Üye) |
| 2. Prof. Dr. Nurten AKARSU (Üye) | 11 Yrd. Doç. Dr. Özay GÖKÖZ (Üye) |
| 3. Prof. Dr. M. Yıldırım SARA (Üye) | İZİNLİ
12. Doç. Dr. Gözde GİRGİN (Üye) |
| 4. Prof. Dr. Necdet SAĞLAM (Üye) | İZİNLİ
13. Doç. Dr. Fatma Visal OKUR (Üye) |
| 5. Prof. Dr. Hatice Doğan BUZOĞLU (Üye) | İZİNLİ
14. Yrd. Doç. Dr. Can Ebru KURT (Üye) |
| 6. Prof. Dr. R. Köksal ÖZGÜL (Üye) | 15. Yrd. Doç. Dr. H. Hüsrev TURNAGÖL (Üye) |
| 7. Prof. Dr. Ayşe Lale DOĞAN (Üye) | 16. Öğr. Gör. Dr. Müge DEMİR (Üye) |
| İZİNLİ
8. Prof. Dr. Elmas Ebru YALÇIN (Üye) | 17. Öğr. Gör. Meltem ŞENGELEN (Üye) |
| 9. Prof. Dr. Mintaze Kerem GÜNEL (Üye) | İZİNLİ
18. Av. Meltem ONURLU (Üye) |

Ek 6. Ölçek İzni

 **FATMA BASALAN** X

 **Compose**

Inbox 3,346

Starred

Snoozed

Important

Sent

Drafts 299


Categories


Junk


Personal








Travel


More

Funda  **Funda** +

 **oyuncu akif**
where are u


 **esra pınarbaşı**
Yor. Cim iyim. saol sn naslisi



      




ölçek izni  **Inbox** X


Fatma BASALAN İZ <fbasalan@gmail.com>
to me

Merhaba,
Çalışmanızda başanlar dileriz. Ölçek ekte yer almaktadır.

 **ADDESAN SAĞL...**

 **Reply**  **Forward**

1 of 1 < >   

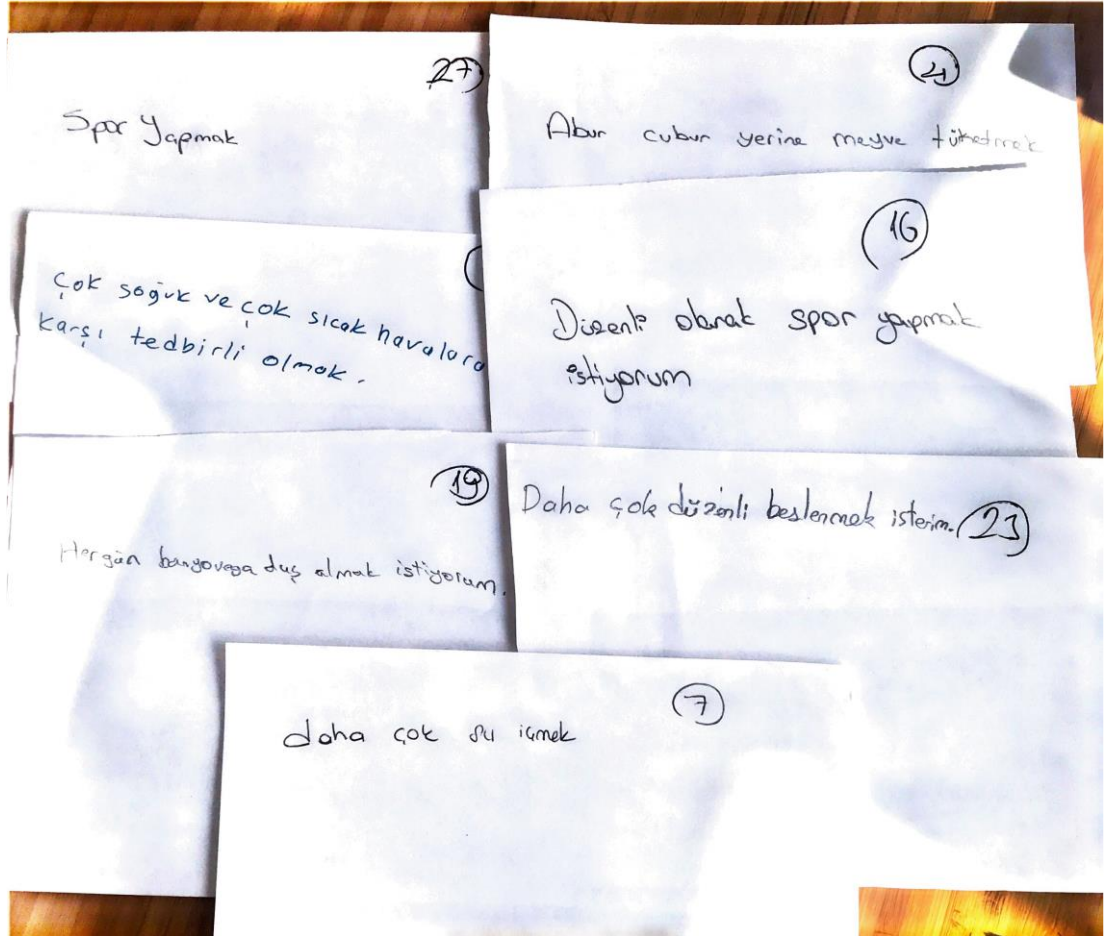
 Sat, Feb 20, 2016, 1:50 PM

Ek 7. Adölesanların En Çok Değiştirmek İstedikleri Özellikleri - Araştırma Sırasında Araştırmacının Gözlemleri

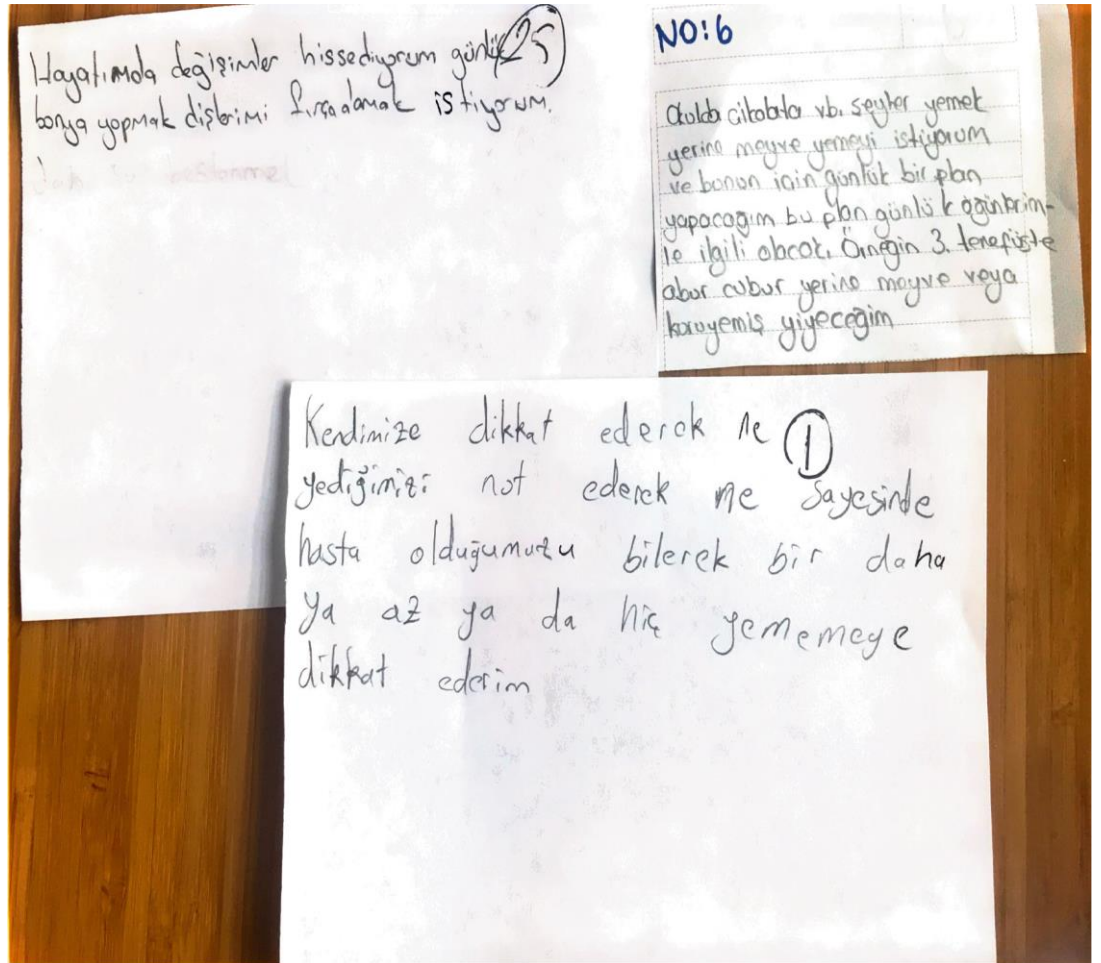
Araştırmanın başlangıcında hedef koyma aşamasında en çok dile getirilen ve adölesanların değiştirmek istedikleri kişisel alışkanlıkları arasında

- Fazla Abur Cubur Yeme
- Az Miktarda Su İçme
- Yetersiz Fiziksel Aktivite Yapma
- Arkadaşlar İle Yeterli İletişim Kuramama
- Geç Saatlerde Yatma
- Çok Fazla Bilgisayar Oyunu Oynama Gibi Durumlar Sıralanmıştır

Araştırmaya katılan adölesanların kendi ifadeleri değiştirmek istedikleri özellikleri ile ilgili bazı örneklere aşağıda yer verilmiştir.



Bu çalışmada içsel sağlık kontrol odağının ve öz yeterliliği geliştirilmesine dayalı çözüm odaklı görüşmelerin, adolesanların sağlığı geliştiren davranışlarının pozitif yönde geliştirilmesinde etkili bir yöntem olduğu belirlenmiştir. Çözüm odaklı yaklaşım ile yapılan görüşmeler sonunda elde edilen sonuçlar ve alınan geri bildirimler bu yaklaşım ile yapılan uygulamaların bilgilendirme ve güçlendirme sürecini hızlandırdığını göstermiştir. Bu şekilde katılımcılara kendi yapabilirliklerinin sınırlarını çizme ve bu çizilen çerçevede farklı stratejileri görme becerisi kazandırılmaya çalışılmıştır. Hem araştırmacının gözlemleri hem de katılımcıların kendi ifadeleri ile, ilk görüşmeden itibaren adolesanların sağlığı geliştiren yaşam biçimi davranışlarına yönelik hedef koyma ve bu hedefe ulaşma sürecinde başarılı oldukları görülmüştür. Aşağıda araştırmaya katılan adolesanların hedefe ulaşma süreci ile ilgili olarak kendi ifadelerinden bazılarını yer verilmiştir



Ek 8. Ekstra Analiz Tabloları ve Açıklamalar

Ek Tablo 8.1 Deney Ve Kontrol Gruplarında Tüm Ölçekler İçin Ön Test Son Test Değerleri

Grup	Ölçekler	Ön Test		Son Test	
		Ort.	Std. Sapma	Ort.	Std. Sapma
Deney	Sağlığı Geliştiren Davranış Puanı	120,64	16,703	152,89	15,206
	<u>Alt Boyutlar</u>				
	Yaşam Memnuniyeti	29,54	6,823	38,18	4,937
	Sağlık Sorumluluğu	49,04	7,260	59,79	6,454
	Fiziksel Aktivite	11,18	3,289	14,25	2,319
	Sosyal Destek	12,21	2,910	15,14	2,305
	Stres Yönetimi	7,75	1,691	10,29	2,016
	Beslenme Davranışları	8,57	2,026	11,75	1,713
	Sağlık Kontrolü Davranış Puanı				
	İçsel	16,32	4,667	22,00	2,419
	Dışsal	20,39	5,036	10,18	3,621
	Kader	20,07	4,988	15,36	2,656
	Öz Yeterlilik Puanı	61,96	12,001	74,75	8,622
	<u>Alt Boyutlar</u>				
	Duygusal Öz Yeterlilik	19,18	4,092	24,07	2,892
	Sosyal Öz Yeterlilik	21,21	5,094	25,14	3,450
	Akademik Öz Yeterlilik	21,57	4,550	25,54	3,350
	Sağlığı Geliştiren Davranış Puanı	126,70	20,073	127,70	18,771
	<u>Alt Boyutlar</u>				
	Yaşam Memnuniyeti	31,43	7,243	31,50	6,872
	Sağlık Sorumluluğu	50,90	8,113	51,30	7,684
Fiziksel Aktivite	11,50	3,319	11,67	3,089	
Sosyal Destek	12,67	2,987	12,87	2,738	
Stres Yönetimi	8,30	2,246	8,33	2,202	
Beslenme Davranışları	9,27	2,348	9,33	2,155	
Sağlık Kontrolü Davranış Puanı					
İçsel	17,03	5,242	17,00	5,199	
Dışsal	17,37	7,627	17,33	7,453	
Kader	18,87	4,939	18,67	4,700	
Öz Yeterlilik Puanı	64,30	11,591	64,63	11,613	
<u>Alt Boyutlar</u>					
Duygusal Öz Yeterlilik	19,97	4,123	20,17	4,094	
Sosyal Öz Yeterlilik	21,83	4,691	22,00	4,842	
Akademik Öz Yeterlilik	22,50	4,562	22,47	4,516	

**Öz Yeterlilik ve İçsel Sağlık Kontrol Odağını Güçlendirme
TemelindeYapılan Çözüm Odaklı Görüşmelerin Sağlığı Geliştirme Davranışları
Üzerine Etkisinin Adölesanların Sosyo Demografik Özelliklerine Göre
Değerlendirilmesi**

Tablo 4.5 incelendiğinde; uygulanan Bağımsız Örneklem T Testi sonucunda, sadece deney grubunun ön testinde fiziksel aktivite alt boyutunun puan ortalamalarına göre kızlar ile erkekler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu görülmüştür ($p<0,05$). Deney grubundaki kızların ön test fiziksel aktivite puan ortalaması 9,71 iken erkeklerin ortalaması 12,64'tür. Buna göre; kadınların ön test fiziksel aktivite puan ortalamasının, erkeklerin ön test ortalamasından anlamlı derecede daha düşük olduğu görülmektedir.

Ek Tablo 8.2 Sağlığı Geliştiren Davranışlar Ölçeği Puanı ve Alt Boyut Puanlarında Cinsiyete Göre Farklılığın İncelenmesi

	Cinsiyet	N	Ön Test			Son Test				
			Ort. ± SS	t	p	Ort. ± SS	t	p		
Deneysel	Sağlığı Geliştiren Davranış Puanı	Kız	14	118,64±15,71	-0,626	0,536	155,14±8,22	0,777	0,444	
		Erkek	14	122,64±17,99			150,64±20,04			
	Alt Boyutlar									
	Yaşam Memnuniyeti	Kız	14	29,29±6,49	-0,190	0,850	39,36±3,52	1,278	0,213	
		Erkek	14	29,79±7,37			37,00±5,93			
	Sağlık Sorumluluğu	Kız	14	48,93±7,46	-0,077	0,939	60,57±4,20	0,637	0,530	
		Erkek	14	49,14±7,32			59,00±8,21			
	Fiziksel Aktivite	Kız	14	9,71±2,49	-2,593	0,015*	13,64±1,78	-10,410	0,170	
		Erkek	14	12,64±3,41			14,86±2,68			
	Sosyal Destek	Kız	14	11,71±2,58	-0,906	0,373	15,29±1,85	0,322	0,750	
		Erkek	14	12,71±3,22			15,00±2,74			
	Stres Yönetimi	Kız	14	7,86±1,35	0,330	0,744	10,43±1,98	0,369	0,715	
		Erkek	14	7,64±2,02			10,14±2,10			
	Beslenme Davranışları	Kız	14	8,79±1,84	0,552	0,585	12,21±0,97	1,464	0,155	
Erkek		14	8,36±2,24	11,29±2,16						
Kontrol	Sağlığı Geliştiren Davranış Puanı	Kız	13	125,46±20,98	-0,291	0,773	125,62±19,03	-0,525	0,604	
		Erkek	17	127,65±19,94			129,29±18,99			
	Alt Boyutlar									
	Yaşam Memnuniyeti	Kız	13	31,85±7,30	0,269	0,790	31,85±7,09	0,237	0,814	
		Erkek	17	31,12±7,40			31,24±6,90			
	Sağlık Sorumluluğu	Kız	13	51,15±8,44	0,147	0,884	51,08±7,81	-0,137	0,892	
		Erkek	17	50,71±8,10			51,47±7,81			
	Fiziksel Aktivite	Kız	13	10,31±3,19	-1,784	0,085	10,54±2,90	-1,818	0,080	
		Erkek	17	12,41±3,20			12,53±3,02			
	Sosyal Destek	Kız	13	12,23±3,29	-0,693	0,494	12,31±2,92	-0,977	0,337	
		Erkek	17	13,00±2,78			13,29±2,59			
	Stres Yönetimi	Kız	13	8,38±2,46	0,177	0,860	8,23±2,24	-0,219	0,828	
		Erkek	17	8,24±2,13			8,41±2,23			
	Beslenme Davranışları	Kız	13	9,08±2,06	-0,381	0,706	9,08±1,89	-0,563	0,578	
Erkek		17	9,41±2,59	9,53±2,37						

Ek Tablo 8.3 Sağlığı Geliştiren Davranışlar Ölçeği Puanı ve Alt Boyut Boyutlarında Anne Eğitim Durumuna Göre Farklılığın İncelenmesi

	Anne Eğitim Durumu	N	Ön Test			Son Test				
			Ort. ± SS	t	p	Ort. ± SS	t	p		
Deney	Sağlığı Geliştiren Davranış Puanı	ilk okul<	22	118,59±16,49	-1,258	0,220	150,73±16,07	-	0,152	
		>Lise	6	128,17±16,64			160,83±8,18	1,474		
	Alt Boyutlar									
	Yaşam Memnuniyeti	ilk okul<	22	28,55±7,15	-1,505	0,144	37,45±5,29	-1,522	0,140	
		>Lise	6	33,17±4,07			40,83±1,72			
	Sağlık Sorumluluğu	ilk okul<	22	48,14±7,55	-1,269	0,216	59,09±6,97	-1,095	0,284	
		>Lise	6	52,33±5,31			62,33±3,26			
	Fiziksel Aktivite	ilk okul<	22	11,41±3,24	0,703	0,488	14,05±2,14	-0,890	0,382	
		>Lise	6	10,33±3,61			15,00±2,96			
	Sosyal Destek	ilk okul<	22	12,27±3,02	0,200	0,843	15,00±2,48	-0,621	0,540	
		>Lise	6	12,00±2,68			15,67±1,50			
	Stres Yönetimi	ilk okul<	22	7,55±1,62	-1,237	0,227	10,05±2,10	-1,218	0,234	
		>Lise	6	8,50±1,87			11,17±1,47			
	Beslenme Davranışları	ilk okul<	22	8,32±1,91	-1,281	0,211	11,55±1,79	-1,221	0,233	
>Lise		6	9,50±2,34	12,50±1,22						
Kontrol	Sağlığı Geliştiren Davranış Puanı	ilk okul<	20	124,45±20,16	-0,864	0,395	125,70±18,65	-0,821	0,419	
		>Lise	10	131,20±20,15			131,70±19,33			
	Alt Boyutlar									
	Yaşam Memnuniyeti	ilk okul<	20	30,70±8,20	-0,779	0,443	30,95±7,87	-0,613	0,545	
		>Lise	10	32,90±4,81			32,60±4,37			
	Sağlık Sorumluluğu	ilk okul<	20	50,30±8,75	-0,566	0,576	50,80±8,09	-	0,623	
		>Lise	10	52,10±6,91			52,30±7,08	0,497		
	Fiziksel Aktivite	ilk okul<	20	12,10±3,17	1,425	0,165	12,40±2,89	1,923	0,065	
		>Lise	10	10,30±3,43			10,20±3,08			
	Sosyal Destek	ilk okul<	20	12,25±2,93	-1,084	0,288	12,35±2,58	-	0,147	
		>Lise	10	13,50±3,06			13,90±2,88	1,492		
	Stres Yönetimi	ilk okul<	20	7,90±2,07	-1,402	0,172	7,85±2,05	-	0,089	
		>Lise	10	9,10±2,47			9,30±2,26	1,760		
	Beslenme Davranışları	ilk okul<	20	8,80±2,11	-1,579	0,126	8,80±1,82	-	0,054	
>Lise		10	10,20±2,61	10,40±2,45			2,016			

Ort: Ortalama, SS: Standart Sapma, t: Test İstatistiği, p: Anlamlılık Düzeyi İlkokul <: Hiç okula gitmemiş, İlkokul bitirmemiş, İlkokul mezunu / >Lise: Lise mezunu, Üniversite mezunu

Tablo 8.2 incelendiğinde; uygulanan bağımsız örneklem t testi sonucunda, sağlığı geliştiren davranış puanı ve alt boyut puan ortalamalarına göre eğitimsiz anneler ile eğitilmiş anneler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık görülmemiştir ($p>0,05$).

Tablo 8.3 incelendiğinde; uygulanan bağımsız örneklem t Testi sonucunda, deney grubunun ön testinde stres yönetimi alt boyutunun puan ortalaması ve kontrol grubunun ön test ve son testinde yaşam memnuniyeti alt boyutlarının puan ortalamalarına göre adolesanların babalarının eğitim düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu görülmüştür ($p<0,05$).

Deney grubunda, okuma yazma bilmeyen ve ilkokul mezunu babaların çocuklarının ön test stres yönetimi puan ortalaması 8,64 iken lise ve daha üstü eğitime sahip olan babaların çocukların ortalaması 7,18'dir. Buna göre; babaları ilkokul< eğitim düzeyinde olan adolesanların ön test stres yönetimi puan ortalamasının, > lise olan grubun ön test ortalamasından anlamlı derecede daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Kontrol grubu için ise, ilkokul mezunu babaların çocuklarının ön test yaşam memnuniyeti puan ortalaması 34,75 iken lise ve üstü eğitim düzeyine sahip olan babaların ortalaması 29,22'dir. Buna göre; Babaları ilkokul< eğitim düzeyinde olan adolesanların ön test ortalaması, > lise olan grubun ön test ortalamasından anlamlı derecede daha yüksek olduğu bulunmuştur.

Ek Tablo 8.4 Sağlığı Geliştiren Davranışlar Ölçeği Puanı ve Alt Boyut Boyutlarında Baba Eğitim Durumuna Göre Farklılığın İncelenmesi

		Baba Eğitim Durumu	N	Ön Test			Son Test			
				Ort. ± SS	t	p	Ort. ± SS	t	p	
Deneysel	Sağlığı Geliştiren Davranış Puanı	ilk okul<	11	125,09±19,45	1,140	0,265	151,91±22,13	-0,271	0,789	
		>Lise	17	117,76±14,55			153,53±9,10			
	Alt Boyutlar									
	Yaşam Memnuniyeti	ilk okul<	11	32,64±6,18	2,045	0,051	39,36±6,34	1,023	0,316	
		>Lise	17	27,53±6,61			37,41±3,79			
	Sağlık Sorumluluğu	ilk okul<	11	50,36±8,64	0,773	0,447	58,09±8,99	-1,123	0,272	
		>Lise	17	48,18±6,34			60,88±4,06			
	Fiziksel Aktivite	ilk okul<	11	11,64±3,35	0,585	0,563	14,36±2,87	0,205	0,839	
		>Lise	17	10,88±3,31			14,18±1,97			
	Sosyal Destek	ilk okul<	11	11,36±3,35	-1,257	0,220	14,91±2,38	-0,425	0,674	
		>Lise	17	12,76±2,53			15,29±2,31			
	Stres Yönetimi	ilk okul<	11	8,64±2,01	2,423	0,023*	10,64±2,24	0,734	0,469	
		>Lise	17	7,18±1,18			10,06±1,88			
	Beslenme Davranışları	ilk okul<	11	8,36±1,85	-0,430	0,671	11,18±2,18	-1,439	0,162	
>Lise		17	8,71±2,17			12,12±1,26				
Kontrol	Sağlığı Geliştiren Davranış Puanı	ilk okul<	12	132,25±20,80	1,248	0,222	132,50±18,77	1,150	0,260	
		>Lise	18	123,00±19,26			124,50±18,59			
	Alt Boyutlar									
	Yaşam Memnuniyeti	ilk okul<	12	34,75±5,49	2,176	0,038*	34,67±5,24	2,192	0,037*	
		>Lise	18	29,22±7,55			29,39±7,13			
	Sağlık Sorumluluğu	ilk okul<	12	52,83±9,03	1,068	0,294	53,00±8,25	0,989	0,331	
		>Lise	18	49,61±7,42			50,17±7,29			
	Fiziksel Aktivite	ilk okul<	12	12,00±3,74	0,667	0,510	11,92±3,52	0,356	0,724	
		>Lise	18	11,17±3,07			11,50±2,85			
	Sosyal Destek	ilk okul<	12	12,67±4,00	0,000	1,000	12,75±3,54	-0,187	0,853	
		>Lise	18	12,67±2,19			12,94±2,15			
	Stres Yönetimi	ilk okul<	12	9,08±2,712	1,601	0,121	9,08±2,61	1,560	0,130	
		>Lise	18	7,78±1,768			7,83±1,79			
	Beslenme Davranışları	ilk okul<	12	8,50±2,02	-1,491	0,147	8,67±2,06	-1,407	0,171	
>Lise		18	9,78±2,46			9,78±2,15				

Ort: Ortalama, SS: Standart Sapma, t: Test İstatistiği, p: Anlamlılık Düzeyi

İlkokul <: Hiç okula gitmemiş, İlkokul bitirmemiş, İlkokul mezunu / >Lise: Lise mezunu, Üniversite mezunu

Ek Tablo 8.5 Sağlığı Geliştiren Davranışlar Ölçeği ve Alt Boyut Puanlarında Sağlık Tanımına Göre Farklılığın İncelenmesi

	Kendi Sağlık Tanımı	N	Ön Test			Son Test		
			Ort. ± SS	t	p	Ort. ± SS	t	p
Sağlığı Geliştiren Davranış Puanı	Kötü-Orta	15	116,13±14,12	-1,576	0,127	150,87±17,22		
	İyi-Çok İyi	13	125,85±18,44			155,23±12,76		
<u>Alt Boyutlar</u>								
Yaşam Memnuniyeti	Kötü-Orta	15	28,87±5,81	-0,550	0,587	38,33±5,36		
	İyi-Çok İyi	13	30,31±8,00			38±4,60		
Sağlık Sorumluluğu	Kötü-Orta	15	46,6±6,04	-2,012	0,055	58,33±7,27		
	İyi-Çok İyi	13	51,85±7,74			61,46±5,12		
Fiziksel Aktivite	Kötü-Orta	15	10,47±2,5	-1,243	0,225	13,8±1,89		
	İyi-Çok İyi	13	12±3,91			14,77±2,71		
Sosyal Destek	Kötü-Orta	15	11,6±3,22	-1,210	0,237	14,87±2,38		
	İyi-Çok İyi	13	12,92±2,43			15,46±2,25		
Stres Yönetimi	Kötü-Orta	15	7,8±2,04	0,165	0,870	10,53±2,16		
	İyi-Çok İyi	13	7,69±1,25			10±1,87		
Beslenme Davranışları	Kötü-Orta	15	8,47±1,45	-0,289	0,775	11,53±1,84		
	İyi-Çok İyi	13	8,69±2,59			12±1,58		
Sağlığı Geliştiren Davranış Puanı	Kötü-Orta	13	122,62±18,37	-0,974	0,338	123,54±16,40		
	İyi-Çok İyi	17	129,82±21,28			130,88±20,29		
<u>Alt Boyutlar</u>								
Yaşam Memnuniyeti	Kötü-Orta	13	30,92±6,76	-0,332	0,742	30,85±6,54		
	İyi-Çok İyi	17	31,82±7,77			32±7,27		
Sağlık Sorumluluğu	Kötü-Orta	13	49,15±6,63	-1,032	0,311	49,77±6,11		
	İyi-Çok İyi	17	52,24±9,05			52,47±8,69		
Fiziksel Aktivite	Kötü-Orta	13	10,92±2,81	-0,828	0,415	11,15±2,67		
	İyi-Çok İyi	17	11,94±3,68			12,06±3,4		
Sosyal Destek	Kötü-Orta	13	11,92±3,77	-1,202	0,240	12,08±3,30		
	İyi-Çok İyi	17	13,24±2,16			13,47±2,12		
Stres Yönetimi	Kötü-Orta	13	8,62±2,69	0,666	0,511	8,54±2,47		
	İyi-Çok İyi	17	8,06±1,88			8,18±2,03		
Beslenme Davranışları	Kötü-Orta	13	8,69±1,70	-1,180	0,248	8,77±1,69		
	İyi-Çok İyi	17	9,71±2,71			9,76±2,41		

Tablo 8.5 incelendiğinde; uygulanan bağımsız örneklem t testi sonucunda, sağlığı geliştiren davranış puanı ve alt boyut puan ortalamalarına göre sağlık tanımı kötü-orta olanlar ile iyi-çok iyi olanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık görülmemiştir ($p>0,05$).

Ek Tablo 8.6 Sağlığı Geliştiren Davranış Puanı ve Alt Boyut Puanlarına Göre Kronik Hastalığı Olanlar İle Olmayanlar Arasındaki Farklılığın İncelenmesi

	Kronik Hastalık Durumu	N	Ön Test			Son Test		
			Ort. ± SS	t	p	Ort. ± SS	t	p
Sağlığı Geliştiren Davranış Puanı	Yok	46	120,63±16,71	-	0,226	138,02±21,16	-	0,361
	Var	8	128,75±20,58	1,226		145,63±23,93	0,921	
Alt Boyutlar								
Yaşam Memnuniyeti	Yok	46	29,65±6,79	-	0,351	34,22±6,90	-	0,391
	Var	8	32,13±7,318	0,941		36,50±6,78	0,865	
Sağlık Sorumluluğu	Yok	46	48,83±7,46	-	0,206	54,70±8,47	-	0,329
	Var	8	52,50±7,57	1,282		57,88±8,13	0,985	
Fiziksel Aktivite	Yok	46	10,96±3,12	-	0,591	12,61±2,86	-	0,390
	Var	8	11,63±3,81	0,541		13,63±4,10	0,867	
Sosyal Destek	Yok	46	12,43±3,03	-	0,704	14,07±2,78	-	0,604
	Var	8	12,00±2,56	0,382		13,5±3,07	0,522	
Stres Yönetimi	Yok	46	7,70±1,65	-	0,153	9,09±2,20	-	0,442
	Var	8	8,63±1,76	1,450		9,75±2,37	0,775	
Beslenme Davranışları	Yok	46	8,59±2,17	-	0,162	10,22±2,31	-	0,117
	Var	8	9,75±1,90	1,417		11,63±2,20	1,596	

Tablo 8.6 incelendiğinde; uygulanan Bağımsız Örneklem T Testi sonucunda, sağlığı geliştiren davranış puanı ve alt boyut puan ortalamalarına göre kronik hastalığı olanlar ve olmayanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı belirlenmiştir ($p>0,05$).

Ek Tablo 8.7 Deney Grubunda Alt Boyutların Ön Test Puanları Arasındaki İlişkilerin İncelenmesi

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12		
Deney – Ön Test	Sağlık Kontrol Odacı	1_ Yaşam Memnuniyeti	r	1										
			p											
		2_ Sağlık Sorumluluğu	r	0,631	1									
			p	0,000 ***										
		3_ Fiziksel Aktivite	r	0,136	0,229	1								
			p	0,491	0,241									
	Sağlığı Geliştirilmesi	4_ Sosyal Destek	r	0,326	0,503	-0,043	1							
			p	0,090	0,006 **	0,829								
		5_ Stres Yönetimi	r	0,298	0,275	0,148	-0,117	1						
			p	0,124	0,156	0,452	0,555							
		6_ Beslenme Davranışları	r	0,392	0,429	-0,305	0,305	0,151	1					
			p	0,039 *	0,023 *	0,115	0,114	0,442						
Sağlık Kontrol Odacı	7_ İçsel	r	0,327	0,513	0,329	-0,022	0,273	0,305	1					
		p	0,089	0,005 **	0,087	0,913	0,159	0,115						
	8_ Dışsal	r	-0,557	-0,329	0,148	-0,122	-0,071	-0,215	0,043	1				
		p	0,002 **	0,088	0,453	0,536	0,721	0,271	0,827					
	9_ Kader	r	-0,300	-0,031	0,306	-0,118	-0,055	-0,077	0,416	0,690	1			
		p	0,120	0,877	0,113	0,548	0,782	0,695	0,028 *	0,000 ***				
Öz Yeterlilik	10_ Duygusal Öz Yeterlilik	r	0,603	0,710	-0,110	0,538	0,066	0,403	0,034	-0,624	-0,287	1		
		p	0,001 **	0,000 ***	0,578	0,003 **	0,740	0,034 *	0,865	0,000 ***	0,138			
	11_ Sosyal Öz Yeterlilik	r	0,673	0,622	-0,137	0,294	0,290	0,468	0,377	-0,413	-0,199	0,561	1	
		p	0,000 ***	0,000 ***	0,486	0,129	0,134	0,012 *	0,048 *	0,029 *	0,310 ***	0,002 **		
	12_ Akademik Öz Yeterlilik	r	0,586	0,720	-0,109	0,413	0,077	0,666	0,418	-0,439	-0,188	0,685	0,685	1
		p	0,001 **	0,000 ***	0,582	0,029 *	0,697	0,000 ***	0,027 *	0,020 *	0,338	0,000 ***	0,000 ***	

Ek Tablo 8.8. Kontrol Grubunda Alt Boyutların Ön Test Puanları Arasındaki İlişkilerin İncelenmesi

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12		
Saglık Kontrol Odagi	1_ Yaşam Memnuniyeti	r	1											
		p	0,644	1										
	2_ Sağlık Sorumluluğu	r	0,000 ***											
		p	0,408	0,430	1									
	3_ Fiziksel Aktivite	r	0,025 *	0,018 *										
		p	0,353	0,555	0,083	1								
	4_ Sosyal Destek	r	0,056	0,001 **	0,661									
		p	0,418	0,384	0,308	0,123	1							
	5_ Stres Yönetimi	r	0,022 *	0,036 *	0,098	0,516								
		p	0,474	0,508	0,013	0,402	0,337	1						
	6_ Beslenme Davranışları	r	0,008	0,004	0,944	0,028 *	0,068							
		p	0,474	0,533	0,368	0,049	0,333	0,526	1					
Saglık Kontrol Odagi	7_ İçsel	r	0,008 **	0,002 **	0,046 *	0,796	0,072	0,003 **						
		p	-0,615	-0,590	-0,145	-0,321	-0,292	-0,431	-0,165	1				
	8_ Dışsal	r	0,000 ***	0,001 **	0,444	0,083	0,117	0,017 **	0,383					
		p	-0,303	-0,148	0,072	-0,127	-0,192	-0,053	0,284	0,649	1			
	9_ Kader	r	0,104	0,434	0,707	0,504	0,309	0,780	0,128	0,000 ***				
		p	0,566	0,723	0,147	0,520	0,206	0,357	0,212	-0,742	-0,374	1		
	10_ Duygusal Öz Yeterlilik	r	0,001 **	0,000 ***	0,437	0,003 **	0,275	0,053	0,260	0,000 ***	0,041			
		p	0,611	0,682	0,087	0,385	0,381	0,583	0,397	-0,515	-0,139	0,476	1	
	11_ Sosyal Öz Yeterlilik	r	0,000 ***	0,000 ***	0,646	0,036 *	0,038 *	0,001 **	0,030 *	0,004 **	0,463	0,008 ***		
		p	0,589	0,750	0,122	0,433	0,160	0,670	0,544	-0,630	-0,199	0,665	0,728	1
	12_ Akademik Öz Yeterlilik	r	0,001 **	0,000 ***	0,521	0,017	0,399	0,000 ***	0,002 **	0,000 ***	0,292	0,000 ***	0,000 ***	
		p	0,566	0,723	0,147	0,520	0,206	0,357	0,212	-0,742	-0,374	1		

Kontrol – Ön Test

Ek Tablo 8.9. Deneç Grubunda Alt Boyutların Son Test Puanları Arasındaki İlişkilerin İncelenmesi

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1_ Yaşam Memnuniyeti	r	1										
2_ Sağlık Sorumluluğu	p	0,674	1									
3_ Fiziksel Aktivite	p	0,000 ***		1								
4_ Sosyal Destek	p	0,287	0,466		1							
5_ Stres Yönetimi	p	0,139	0,012 *			1						
6_ Beslenme Davranışları	p	0,577	0,600	0,048			1					
7_ İçsel	p	0,001 **	0,001 **	0,806				1				
8_ Dışsal	p	0,400	0,224	0,372	0,142				1			
9_ Kader	p	0,035 *	0,252	0,051	0,470					1		
10_ Duygusal Öz Yeterlilik	p	0,421	0,651	0,193	0,394	0,129					1	
11_ Sosyal Öz Yeterlilik	p	0,026 *	0,000 ***	0,324	0,038 *	0,514						1
12_ Akademik Öz Yeterlilik	p	0,360	0,562	0,449	0,279	0,046	0,492					
Öz Yeterlilik	p	0,060	0,002 **	0,017 *	0,151	0,818	0,008 **					
	p	-0,145	-0,046	0,021	0,059	-0,017	0,019	0,004				
	p	0,462	0,817	0,916	0,766	0,930	0,922	0,983				
	p	-0,304	0,106	0,015	0,082	-0,359	0,045	0,248	0,467	1		
	p	0,115	0,591	0,939	0,678	0,061	0,821	0,203	0,012 *			
	p	0,689	0,779	0,152	0,643	0,041	0,475	0,445	-0,270	0,045		
	p	0,000 ***	0,000 ***	0,441	0,000 ***	0,837	0,011 *	0,018 *	0,165	0,821	1	
	p	0,475	0,572	0,176	0,379	-0,054	0,188	0,488	-0,035	0,136	0,682	1
	p	0,011 *	0,001 **	0,371	0,047 *	0,785	0,338	0,008 **	0,861	0,491	0,000 ***	
	p	0,332	0,483	-0,075	0,369	-0,232	0,308	0,516	-0,210	0,298	0,730	0,653
	p	0,084	0,009 **	0,704	0,054	0,235	0,111	0,005 **	0,284	0,123	0,000 ***	0,000 ***

Deneç – Son Test

Ek Tablo 8.10 Kontrol Grubunda Alt Boyutların Son Test Puanları Arasındaki İlişkilerin İncelenmesi

		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	
Kontrol – Son Test	Sağlık Kontrol Odacı	1_ Yaşam Memnuniyeti	r	1										
			p	1										
		2_ Sağlık Sorumluluğu	r	0,620***	1									
			p	0,000 ***										
		3_ Fiziksel Aktivite	r	0,398	0,465	1								
			p	0,029 *	0,010 *									
	Sağlık Kontrol Odacı	4_ Sosyal Destek	r	0,388	0,535	0,068	1							
			p	0,034 *	0,002 **	0,721								
		5_ Stres Yönetimi	r	0,433	0,424	0,286	0,139	1						
			p	0,017 *	0,020 *	0,126	0,463							
		6_ Beslenme Davranışları	r	0,347	0,464	0,048	0,323	0,390	1					
			p	0,060	0,010 *	0,800	0,081	0,033 *						
Sağlık Kontrol Odacı	7_ İçsel	r	0,466	0,538	0,359	0,065	0,379	0,542	1					
		p	0,009 **	0,002 **	0,052	0,731	0,039 *	0,002 **						
	8_ Dışsal	r	-0,600	-0,605	-0,139	-0,358	-0,280	-0,387	-0,157	1				
		p	0,000 ***	0,000 ***	0,464	0,052	0,134	0,035	0,409					
	9_ Kader	r	-0,268	-0,139	0,085	-0,135	-0,102	-0,050	0,305	0,645	1			
		p	0,152	0,463	0,656	0,477	0,591	0,793	0,102	0,000 ***				
Öz Yeterlilik	10_ Duygusal Öz Yeterlilik	r	0,552	0,716	0,146	0,553	0,192	0,337	0,262	-0,712	-0,334	1		
		p	0,002 **	0,000 ***	0,440	0,002 **	0,308	0,068	0,161	0,000 ***	0,071			
	11_ Sosyal Öz Yeterlilik	r	0,588	0,667	0,145	0,452	0,436	0,552	0,396	-0,514	-0,135	0,478	1	
		p	0,001 **	0,000 ***	0,444	0,012 *	0,016 *	0,002 **	0,030 *	0,004 **	0,477	0,008 **		
	12_ Akademik Öz Yeterlilik	r	0,577	0,723	0,155	0,474	0,171	0,557	0,543	-0,611	-0,184	0,674	0,694	1
		p	0,001 **	0,000 ***	0,414	0,008 **	0,366	0,001 **	0,002 **	0,000 ***	0,330	0,000 ***	0,000 ***	

r
İlişki Düzeyi
İlişki yok
Düşük
Orta
Yüksek
Mükemmel ilişki

r
İlişki Düzeyi
İlişki yok
Düşük
Orta
Yüksek
Mükemmel ilişki

r= - ise negatif ilişki
r= + ise pozitif ilişki

Ek 9. Ankara İl Milli Eğitim Müdürlüğü İzin Yazısı



T.C.
ANKARA VALİLİĞİ
Milli Eğitim Müdürlüğü

Funda ASLAN

Sayı : 14588481-605.99-E.14332123
Konu : Araştırma İzni

20.12.2016

HACETTEPE ÜNİVERSİTESİNE
(Hemşirelik Fakültesi Dekanlığı)

İlgi: a) MEB Yenilik ve Eğitim Teknolojileri Genel Müdürlüğü'nün 2012/13 nolu Genelgesi.
b) 12/12/2016 tarihli ve 818 sayılı yazınız.

Fakülteniz Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı Arş. Gör. Funda ASLAN'ın Prof. Dr. Gülümser KUBLAY danışmanlığında "**Sağlık Kontrol Odağını ve Öz Yeterliliği Geliştirmeye Yönelik Çözüm Odaklı Yaklaşımın Adölesanlarda Sağlıkla İlgili Yaşam Biçimi Davranışlarına Etkisinin Belirlenmesi**" konulu tez kapsamında uygulama talebi Müdürlüğümüzce uygun görülmüş ve uygulamanın yapılacağı İlçe Milli Eğitim Müdürlüğüne bilgi verilmiştir.

Uygulama formunun (3 sayfa) araştırmacı tarafından uygulama yapılacak sayıda çoğaltılması ve çalışmanın bitiminde bir örneğinin (cd ortamında) Müdürlüğümüz Strateji Geliştirme (1) Şubesine gönderilmesini rica ederim.

Vefa BARDAKCI
Vali a.
Milli Eğitim Müdürü

20 12 / 2016

Mahmut ÖZDEMİR

Ek 10. Çözüm Odaklı Yaklaşım Kursu Katılım Belgesi

2001
PPDR
Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Derneği
Turkish Psychological Counseling and Guidance Association
İstanbul Şubesi / İstanbul Branch

APAMER
www.apamer.com.tr

KATILIM BELGESİ
Sayın Funda ASLAN,

28-29 Kasım 2015 tarihlerinde Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Derneği İstanbul Şubesi ve APAMER Aktüel Psikolojik Danışmanlık Hizmetleri İşbirliği ile düzenlenen 20 akademik saatlik "Kısa Süreli Çözüm Odaklı Danışmanlık Yaklaşımı" eğitimine katılmıştır.

[Signature]
Dr. Nevin DÖLEK
Eğitimci
Bakış Eğitim ve Psikolojik
Danışmanlık Merkezi

[Signature]
Alparslan DARTAN
Türk Psikolojik Danışma
ve Rehberlik Derneği
İstanbul Şubesi Başkanı

Ek 11. Araştırma Amaçlı Çalışma için Çocuk Rıza – Aile Bilgilendirme Formu

Sevgili kardeşim,

Benim adım Funda ASLAN,. amacımız çözüm odaklı yaklaşım kullanılarak öz yeterliliği ve sağlık kontrol odağını geliştirmeye yönelik yapılacak olan grup görüşmelerinin, adolesanların sağlığı geliştirme davranışları üzerindeki etkisinin olup olmadığını öğrenmektir. Araştırma ile yeni bilgiler öğreneceğiz. Bu araştırmaya katılmanı öneriyoruz.

Araştırmayı ben, Funda ASLAN ve danışman hocam Prof. Dr. Gülümser KUBLAY ile birlikte yapıyoruz. Bu araştırmaya katılacak olursan toplam 9 hafta sürecek olan grup görüşmelerine katılacaksın. Bu görüşmelerde gizli ya da özel bilgiler paylaşılmayacaktır. Görüşmeler; araştırma amacına yönelik oluşturulan içerik ve grup katılımı sağlanarak gerçekleştirilecektir. Bu kapsamda hem araştırma öncesi hem de araştırma sonrası ortalama 15- 35 dakika arasında süren 3 ölçeği doldurman istenecektir. Bu araştırma sonunda elde ettiğimiz sonuçları literatüre katkı vermesi amacı ile yayınlayacağız fakat, senin adını söylemeyeceğiz.

Bu araştırmaya katılıp katılmamak için karar vermeden önce anne ve babandan da onaylarını/izinlerini alacağız. Anne ve baban tamam deseler bile sen kabul etmeyebilirsin. Bu araştırmaya katılmak senin isteğine bağlı ve istemezsen katılmazsın. Bu nedenle hiç kimse sana kızmaz ya da küsmez. Önce katılmayı kabul etsen bile sonradan vazgeçebilirsin, bu tamamen sana bağlı. Kabul etmediğin durumda önceye göre farklılık olmaz.

Aklına şimdi gelen veya daha sonra gelecek olan soruları istediğin zaman bana sorabilirsin. Telefon numaram ve adresim bu kağıtta yazıyor. Bu araştırmaya katılmayı kabul ediyorsan aşağıya lütfen adını ve soyadını yaz ve imzanı at. İmzaladıktan sonra sana ve ailene bu formun bir kopyası verilecektir.

Çocuğun adı, soyadı:

Çocuğun imzası:

Tarih:

Velisinin adı, soyadı:

Velisinin imzası:

Tarih:

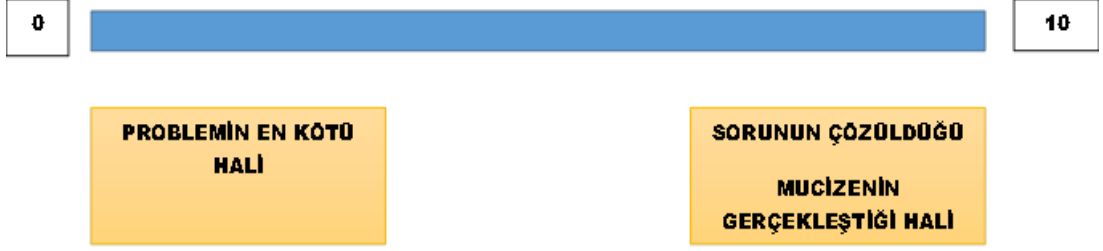
Araştırmacının Adı, Soyadı, ünvanı: Funda ASLAN

Adres: Hacettepe Üniv. Hemşirelik Fakültesi 33-24 nolu oda

Tel: 5077419353

İmza:

Ek 12. Derecelendirme Sorusu Skala



- **GEÇEN HAFTAKİ DURUMUNUZA BAKINCA NEREYE HAREKET ETTİNİZ**
- **EĞER GEÇEN HAFTA İLE AYNI DURUMDAYSANIZ NASIL DURAĞAN KALDINIZ**
- **EĞER SKALADA BİRAZ GERİYE GİTIYSENİZ İLERİYE TAŞIMAK İÇİN NE/ NELER YAPABİLEĞİNİZİ YAZINIZ**
- **DAHA ÇOK İLERİYE GİTMEK İÇİN NE/ NELER YAPABİLECEĞİNİZİ YAZINIZ**

Ek 13. Mucize Soru Tekniği



- SABAH UYANDIĞINIZDA DEĞİŞTİRMEK İSTEDİĞİNİZ ŐEYİN ARTIK HEDFLEDİĞİNİZ GİBİ HAYATINIZDA OLMADIĞINI GÖRSEYDİNİZ YAŐAMINIZDA NE GİBİ FARKLILIKLAR OLURDU?
- BUNUN BAŐLADIĐINI GÖSTEREN İLK KÜÇÜK İŞARET.....
- PROBLEMİN ÇÖZÜLMÜŐ OLDUĞUNU NASIL ANLAYACAKSINIZ?
- ÇEVRENİZDEKİLER SİZDE İLK NEYİ FARK EDERLERDİ?

Ek 14. Amaç Belirleme Formu

BU GRUPTA BULUNMA AMACINIZ NEDİR?

***SAĞLIK DAVRANIŞLARINIZI DÜŞÜNÜN...
KENDİNİZLE İLGİLİ DEĞİŞTİRMEK İSTEDİĞİNİZ EN
ÖNCELİKLİ ŞEY NEDİR?***

Ek 15. Orjinallik Ekran Çıktısı

ADÖLESANLARDA SAĞLIK KONTROL ODAĞI VE ÖZ YETERLİLİĞİ GÜÇLENDİRMEYE YÖNELİK YAPILAN ÇÖZÜM ODAKLI GÖRÜŞMELERİN SAĞLIĞI GELİŞTİREN YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARINA ETKİSİNİN BELİRLENMESİ

ORJİNALLİK RAPORU

% 10	% 8	% 7	% 4
BENZERLİK ENDEKSİ	İNTERNET KAYNAKLARI	YAYINLAR	ÖĞRENCİ ÖDEVLERİ

BİRİNCİL KAYNAKLAR

1	AKGÜL GÜNDOĞDU, Nurcan, ZİNCİR, Handan and GÜLER, Nuran. "Çözüm Odaklı Yaklaşım ve Hemşirelikte Kullanımı", Bilişsel Davranışçı Psikoterapiler Derneği, 2016.	% 1
	Yayın	
2	www.ejmanager.com	% 1
	İnternet Kaynağı	
3	csr.ku.edu.tr	% 1
	İnternet Kaynağı	
4	Submitted to Trakya University	% 1
	Öğrenci Ödevi	
5	www.pdrdergisi.org	% 1
	İnternet Kaynağı	
6	halksagligiokulu.org	<% 1
	İnternet Kaynağı	

Ek 16. Dijital Makbuz



Dijital Makbuz

Bu makbuz ödevinizin Turnitin'e ulaştığını bildirmektedir. Gönderiminize dair bilgiler şöyledir:

Gönderinizin ilk sayfası aşağıda gönderilmektedir.

Gönderen: Funda Aslan
Ödev başlığı: funda tez
Gönderi Başlığı: ADÖLESANLARDA SAĞLIK KONTR...
Dosya adı: zt_rk_bas_m_son_hali_en_son_-_...
Dosya boyutu: 1.01M
Sayfa sayısı: 56
Kelime sayısı: 11,865
Karakter sayısı: 85,319
Gönderim Tarihi: 21-Oca-2019 10:53AM (UTC+0300)
Gönderim Numarası: 1066540628



9. ÖZGEÇMİŞ

ÖZGEÇMİŞ

Adı Soyadı	Funda Aslan
Doğum tarihi:	12.11.1985
Medeni durum	Evli, 1 çocuk annesi
Mail	funda.aslan@hacettepe.edu.tr / fundaaslan03@gmail.com
Yabancı dil: İngilizce	YDS 2017 83.75 –YÖKDİL 2017. 87.25

Derece	Alan	Üniversite	Yıl
Lisans	Hemşirelik	Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimler Fakültesi	2010
Yüksek Lisans	Halk Sağlığı Hemşireliği ABD	Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi	2011- 2013
Doktora	Halk Sağlığı Hemşireliği ABD	Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi	2013-...

YAYINLAR

Ulusal Hakemli dergilerde makale

- **Aslan, F.**, & Kublay, G. (2016). Farklı Sosyodemografik Özelliklere Sahip Olan Ailelerin Dikkat Eksikliği Ve Hiperaktivite Bozukluğu Olan Çocuklara İlişkin Bilgi Düzeylerinin Belirlenmesi. *Türkiye Klinikleri Journal Of Public Health Nursing-Special Topics*, 2(1), 47-53.
- **Aslan, F.**, & Emiroğlu, O. N. (2017). Palyatif Bakımda Birey ve Aile Odaklı Bakım ve Halk Sağlığı Hemşireliği. *Türkiye Klinikleri Journal of Public Health Nursing-Special Topics*, 3(2), 109-116.
- **Aslan, F.**, & Şahin, N. E. (2017). Ebeveynlerin Çocuklarının Beslenme Ve Kilo Durumlarına İlişkin Görüşlerinin Belirlenmesi Determination Of Parental View On Feeding Patterns And Body Weights Of Children. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 6(1), 20-28.
- Ceylan, E., & **Aslan, F.** (2017). Team Work in Health Care From The Perspective Of Students. *Health Care Academician Journal*, 4(2), 96-102.
- Şahin, N. E., & **Aslan, F.** Öğretmenlerin Kronik Hastalığı Olan Öğrencilere İlişkin Görüşleri. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 6(3), 35-40.

- **Aslan, F.** (2017). Çocukluk Dönemi Engeliliğinde Habilitasyon Uygulamaları ve Hemşirelerin Rollerini. *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi*, 4(3), 260-266.
- **Aslan, F.** (2018) Okullarda Sağlığın Geliştirilmesi Uygulamalarında Medya Okur Yazarlığı Yaklaşımının Kullanılması. *STED/Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, 27(4), 284-290.

Uluslararası dergilerde makale

- Pars, H., R. Akın, N. E. Sahin, S. Cinar, **F. Aslan**, and S. Duygulu. "Turkish health field periodical editors' Views on publication process and ethical problems." *Nigerian journal of clinical practice* 21, no. 3 (2018): 264.

Uluslararası bilimsel toplantılarda sunulan ve bildiri kitabında (Proceedings) basılan bildiriler

- Alan H., **Aslan F.**, " Güvenli Annelik Programında Ne Kadar Başarılı Olduk? ", Uluslararası Katılımlı 1. Doğuma Hazırlık Eğitimi ve Eğiticiliği Kongresi, İzmir 2012,(Konferans)
- Sezer, T. A., Çınar, S., Yılmaz, A., **Aslan, F.** (2014). Hastanede Yatan Çocuk-Ergeenin Ruh Sağlığının Korunmasında Pediatri Hemşiresinin Rolü. 3. Uluslararası 7. Ulusal Psikiyatri Hemşireliği Kongresi, 1-3 Eylül Ankara (Poster Sunumu)
- **Aslan F.**, Arıkan Dönmez, A., Akdağ, C., (2014), Evaluation of Occupational Safety Implementations of a University Hospital by Medical Staff: Preliminary Evaluation Results, Oral Presentation, 6th International Nursing Management Conference, Bodrum, Türkiye
- Pars H., Akın R., Ercan Şahin N., **Aslan F.**, Çınar S. Duygulu S. 2017. Turkish health field periodical editors views on publication ethic. International Congress of Nursing. 16-18 Mart 2017. Antalya, Türkiye. (sözel bildiri)
- Emiroğlu ON. **Aslan F.**, Ercan Sahin N. "Diğer Sağlık Personeli" ve Hemşire Unvanının Korunması Sorunu. 1. Uluslararası İş Güvenliği ve Çalışan Sağlığı Kongresi. 6-7 Mayıs 2016. Kocaeli, Türkiye. (sözel bildiri)
- Ercan Sahin N., **Aslan F.** Sağlığı Geliştirme ve İş Sağlığı Hemşireliği. 1. Uluslararası İş Güvenliği ve Çalışan Sağlığı Kongresi. 6-7 Mayıs 2016. Kocaeli, Türkiye.
- **Aslan F.**, Ercan Sahin N. Sağlık Çalışanlarına Karşı Şiddeti Önleme; Uluslararası Kurumların Önerileri. 1. Uluslararası İş Güvenliği ve Çalışan Sağlığı Kongresi. 6-7 Mayıs 2016. Kocaeli, Türkiye. (sözel bildiri)

- **Aslan F.**, Ercan Sahin N. İş Sağlığı Hemşireliği Eğitimi. 1. Uluslararası İş Güvenliği ve Çalışan Sağlığı Kongresi. 6-7 Mayıs 2016. Kocaeli, Türkiye. (sözel bildiri)
- Ercan Sahin N., **Aslan F.**, Emiroğlu ON. Aile İçi Şiddetin Önlenmesi İçin Bir Model Önerisi: Halk Sağlığı Hemşiresinin Ev Ziyareti İle Aile İzlemi. 1. Uluslararası Kadın Çocuk Sağlığı ve Eğitimi Kongresi. 14-15 Nisan 2016. Kocaeli, Türkiye. (sözel bildiri)
- **Aslan, F.** (2017), Çocukluk Dönemi Engelliliğinde Rehabilitasyon Uygulamaları Ve Hemşirelerin Rollerini İncelenmesi 2. Uluslararası Kadın Çocuk Sağlığı ve Eğitimi Kongresi. 5-6 Ekim 2017. Kocaeli, Türkiye. (sözel bildiri)
- **Aslan F.** (2017), Türkiye’de Okul Temelli Olarak Yapılmış Cinsel Sağlık Eğitimlerine İlişkin Sistemik Bir Derleme, 2. Uluslararası Kadın Çocuk Sağlığı ve Eğitimi Kongresi. 5-6 Ekim 2017. Kocaeli, Türkiye. (sözel bildiri)
- Yücesan A., **Aslan F.** (2017), Gebelik Döneminde Kadına Yönelik Aile İçi Şiddet, 2. Uluslararası Kadın Çocuk Sağlığı ve Eğitimi Kongresi. 5-6 Ekim 2017. Kocaeli, Türkiye. (sözel bildiri)
- Yücesan A., **Aslan F.**, Emiroğlu O.N., (2017), Ankara İlinde Evde Bakım Uygulamaları, 5. Uluslararası 16. Ulusal Hemşirelik Kongresi, 2017 Ankara (Poster Bildiri)

Ulusal Bilimsel Toplantılarda Sunulan ve Bildiri Kitaplarında Basılan

Bildiriler:

- Ercan Şahin N., **Aslan F.** Öğretmenler Öğrencilerin Kronik Hastalıkları Hakkında Ne Biliyor? 1. Ulusal Halk Sağlığı Hemşireliği Kongresi. 17-20 Haziran 2015, İzmir, Türkiye. (poster bildiri)
- **Aslan F.**, Ercan Şahin N. Ebeveynlerin Çocuklarının Kilo, Beslenme, Fiziksel Aktivite Durumlarına İlişkin Algılarının Belirlenmesi. 1. Ulusal Halk Sağlığı Hemşireliği Kongresi. 17-20 Haziran 2015, İzmir, Türkiye. (poster bildiri).
- Çınar, S., Yılmaz, A., **Aslan, F.**, Baş, M., Sezer, T. A. (2014). Juvenil Romatoid Artritli Çocuklarda Hemşirelik Bakımı. II. Çocuk Romatoloji Kongresi, I. Pediatrik Romatoloji Hemşireliği Günleri, 25-26 Nisan, ANKARA.
- Bas, M., **Aslan, F.**, Çınar, S., Yılmaz, A., Sezer, T.A. (2014). Juvenil İdyopatik Artrit Tedavisinde Dikkat Edilmesi Gerekenler. . II. Çocuk Romatoloji Kongresi, I. Pediatrik Romatoloji Hemşireliği Günleri, 25-26 Nisan, ANKARA.
- Sezer, T.A., Çınar, S., Yılmaz, A., **Aslan, F.** (2014). Çocuk Acilde İlaç Uygulama Hatalarının Nedenleri ve Önlemeye Yönelik Öneriler. 8. Ege Pediatri ve 4. Ege Pediatri Hemşireliği Kongresi, 10-13 Haziran 2014, İzmir

- **Aslan F**, Kabasakal E, Öztürk E. Temel Halk Sağlığı Bağlamında Toplumun İlaç Kullanma Alışkanlığının İncelemesi Üzerine Bir Araştırma. 15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi, P-817. 02-06 Ekim 2012 Bursa.

Projeler

- H.Ü. Hemşirelik Fakültesi Dergisi nde yayınlanan yazıların özelliklerinin geriye dönük olarak incelenmesi. Araştırmacı. 03.06.2014-17.09.2015
- Sağlık alanının süreli yayın editörlerinin yayınlama sürecine ilişkin görüş ve önerileri. 03.06.2014- 15.07.2016

Görev aldığı komisyonlar

- Hacettepe Üniversitesi Tanıtım Komisyonu
- Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi Yayın Komisyonu

Katıldığı kurslar -sertifikalar

- HAMER, Hacettepe üniversitesi afetlere hazırlık eğitimi
- Meta analiz kursu
- İleri İstatistik kursu