



**T.C.
SIVAS CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**LİSE ÖĞRENCİLERİNDE SAĞLIK ALGISI VE RİSKLİ
SAĞLIK DAVRANIŞLARI ARASINDAKİ İLİŞKİ**

BETÜL KILIÇ

**YÜKSEK LİSANS TEZİ
ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ
ANA BİLİM DALI**

SIVAS-2019

**T.C.
SİVAS CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**LİSE ÖĞRENCİLERİNDE SAĞLIK ALGISI VE RİSKLİ
SAĞLIK DAVRANIŞLARI ARASINDAKİ İLİŞKİ**

BETÜL KILIÇ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ
ANA BİLİM DALI**

**TEZ DANIŞMANI
DR. ÖĞR. ÜYESİ EMİNE ALTUN YILMAZ**

SİVAS-2019

“Lise Öğrencilerinde Sağlık Algısı ve Riskli Sağlık Davranışları Arasındaki İlişki” adlı
Yüksek Lisans Tezi, Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Lisansüstü
Tez Yazım Kılavuzuna uygun olarak hazırlanmış ve jürimiz tarafından
Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü **Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları**
Hemşireliği Ana Bilim Dalında **Yüksek Lisans** tezi olarak kabul edilmiştir.

Başkan Dr. Öğr. Üyesi Emine ALTUN YILMAZ



Üye Doç. Dr. Gülçin BOZKURT



Üye Dr. Öğr. Üyesi İlknur YILDIZ



ONAY

Bu tez çalışması, 20/08/2019 tarihinde Enstitü Yönetim Kurulu tarafından belirlenen ve yukarıda imzaları bulunan jüri üyeleri tarafından kabul edilmiştir.

Prof. Dr. Zübeyda AKIN POLAT
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRÜ

Bu tez, Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Senatosu'nun 18.02.2015 tarihli ve 4/4 sayılı kararı ile kabul edilen Sağlık Bilimleri Enstitüsü Lisansüstü Tez Yazım Kılavuzuna göre hazırlanmıştır.

TEŞEKKÜR

Araştırmanın her aşamasında görüş ve önerileriyle bana destek olan ve yardımlarını hiçbir zaman esirgemeyen tez danışmanım ve değerli hocam **Dr. Öğr. Üyesi Emine ALTUN YILMAZ'a**, Pediatri Hemşireliğine gönül vermemde katkısı olan değerli hocalarım **Öğr. Gör. Öznur GÖRGEN** ve **Öğr. Gör. Aşlı BELLİKLİ YILMAZ'a**, araştırmanın yapılmasında gösterdikleri kolaylıklar nedeniyle araştırmanın yürütüldüğü okullarda görev yapan **yöneticilere ve öğretmenlere**, her daim yanımda olan tüm **değerli arkadaşlarıma**, yaşamımın her döneminde beni destekleyen **sevgili aileme** sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

ÖZET

LİSE ÖĞRENCİLERİNDE SAĞLIK ALGISI VE RİSKLİ SAĞLIK DAVRANIŞLARI ARASINDAKİ İLİŞKİ

Betül KILIÇ

Yüksek Lisans Tezi

Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı

Danışman: Dr. Öğr. Üyesi Emine ALTUN YILMAZ

2019, 108 sayfa

Bu araştırma lise öğrencilerinin sağlık algısı ile riskli sağlık davranışları arasındaki ilişkinin belirlenmesi amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

Araştırmanın evrenini Ağrı ili Eleşkirt ilçe merkezinde bulunan liselerde öğrenim gören öğrenciler (N=1748) oluşturmuştur. Tabakalı basit rastgele örnekleme yöntemine göre 339 öğrenci örnekleme alınmıştır.

Araştırmanın verileri Kişisel Bilgi Formu, Sağlık Algısı Ölçeği (SAÖ) ve Riskli Sağlık Davranışları Ölçeği (RSDÖ) ile toplanmıştır. Verilerin istatistiksel değerlendirilmesinde Shapiro-Wilk's, Mann Whitney U Testi, Kruskal-Wallis H testi, Post-Hoc Çoklu Karşılaştırma Testi ve Spearman's Korelasyon Analizi kullanılmıştır.

Araştırma kapsamındaki öğrencilerin %50.4'ü erkek, %49.6'sı kız olup %31'i 9.sınıfta öğrenim görmektedir. Öğrencilerin %75.5'inin çekirdek ailede olduğu, %76.1'inin ailesi ile birlikte yaşadığı, %56'sının 4-6 kardeşi olduğu, %43.4'ünün ailesinin aylık gelir düzeyinin 1500-2500 TL olduğu, 49.6'sının aile tutumunun demokratik olduğu ve %37.8'inin son 30 gün içerisindeki sağlık durumunu iyi olarak değerlendirdiği saptanmıştır.

Elde edilen bulgulara göre Sağlık Algısı Ölçeği toplam puan ortalaması 53.14 ± 8.27 'dir. Araştırma kapsamına alınan öğrencilerden; kız öğrencilerde, Sağlık Meslek Lisesi'nde öğrenim görenlerde, lise 9. sınıfta öğrenim görenlerde, liseyi istemeyerek tercih edenlerde, 4-6 kardeşe ve parçalanmış aileye sahip olanlarda, ailesinin aylık geliri 2500-3500 TL olanlarda, aile tutumu demokratik olanlarda, annesi ve babası lise mezunu olanlarda toplam puan ortalamalarının yüksek olduğu

belirlenmiştir. Öğrencilerin Riskli Sağlık Davranışları ölçeği toplam puan ortalaması ise 43.45 ± 7.22 olup; toplam puan ortalamalarının erkek öğrencilerde, Çok Programlı Lise'de öğrenim görenlerde, lise 11. sınıfta öğrenim görenlerde, liseyi istemeyerek tercih edenlerde, 10 ve üstü kardeşe ve geniş aileye sahip olanlarda, ailesinin aylık geliri 1500-2500 TL olanlarda, aile tutumu ilgisiz olanlarda, annesi ortaokul mezunu olanlarda, babası okur-yazar olmayanlarda yüksek olduğu belirlenmiştir. Sağlık Algısı ile Riskli Sağlık Davranışları arasında da negatif yönlü ve zayıf bir ilişki olduğu bulunmuştur ($r:-0.389$).

Sonuç olarak sağlık algısının, riskli sağlık davranışları üzerinde önemli bir faktör olduğu tespit edilmiştir. Sağlığa yönelik iyi tutum geliştirmek ve riskli sağlık davranışlarını önlemek için ergenlik dönemi fırsat olarak değerlendirilmelidir.

Anahtar Kelimeler: Lise Öğrencileri, Sağlık Algısı, Riskli Sağlık Davranışları, Hemşirelik.

ABSTRACT

THE RELATIONSHIP BETWEEN HEALTH PERCEPTION AND RISKY HEALTH BEHAVIORS IN HIGH SCHOOL STUDENTS

Betül KILIÇ

Master Thesis, Department of Child Health and Diseases Nursing

Consultant: Dr. Lecturer Member Emine ALTUN YILMAZ

2019, 108 page

This study was conducted as a descriptive study in order to determine the relationship between health perception and risky health behaviors of high school students.

The population of the study consisted of high school students (N = 1748) in Eleşkirt district of Ağrı province. According to the stratified simple random sampling method, 339 students were sampled.

The data of the study was collected by Personal Information Form, Health Perception Scale and Risky Health Behaviors Scale. Shapiro-Wilk's, Mann Whitney U Test, Kruskal-Wallis H Test, Post-Hoc Multiple Comparison Test and Spearman's Correlation Analysis were used for statistical evaluation of the data.

50.4% of the students in the study are male, 49.6% are female and 31% are in 9th grade. It was determined that 75.5% of the students were in nuclear family, 76.1% lived with their families, 56% had 4-6 siblings, 43.4% of the students had a monthly income level of 1500-2500 TL, 49.6 of them had a democratic family and 37.8% of them evaluated their health status as good in the last 30 days.

According to the findings, the mean total score of the Health Perception Scale was 53.14 ± 8.27 . Among the students included in the scope of the research, female students, those attending the Health Vocational High School, those who were studying in the 9th grade of high school, and those who preferred unwillingly to high school, who had 4-6 siblings and broken families, whose monthly income of the family was 2500-3500 TL, whose family attitude was democratic, and whose mother and father were high school graduates, the total scores were found to be high. The mean score of the students' Risk Health Behaviors Scale was 43.45 ± 7.22 . It was determined that the total score averages were higher among male students, Multi-Program High School students, 11th grade high school students, and those who preferred high school unwillingly, who had

10 or more siblings and extended families, whose monthly income of the family was 1500-2500 TL, whose family attitude was unconcerned, whose mother was secondary school graduate and whose father was illiterate. It was found that there was a negative and weak relationship between health perception and risky health behaviors ($r:-0.389$).

As a result, it was determined that health perception is an important factor on risky health behaviors. Adolescence should be considered as an opportunity to develop good attitudes towards health and to prevent risky health behaviors.

Key Words: High School Students, Health Perception, Risky Health Behaviors, Nursing.



İÇİNDEKİLER

| | <u>Sayfa No</u> |
|---|-----------------|
| İÇ KAPAK | i |
| ONAY..... | ii |
| YÖNERGE..... | iii |
| TEŞEKKÜR | v |
| ÖZET | vii |
| ABSTRACT..... | ix |
| İÇİNDEKİLER | xi |
| TABLolar DİZİNİ..... | xiii |
| KISALTMALAR DİZİNİ | xv |
| 1. GİRİŞ | 1 |
| 1.1. Problemin Tanımı ve Önemi..... | 1 |
| 1.2. Araştırmanın Amacı | 3 |
| 2. GENEL BİLGİLER..... | 4 |
| 2.1. Ergenlik | 4 |
| 2.1.1. Ergenlik Döneminde Fiziksel Gelişim | 5 |
| 2.1.2. Ergenlik Döneminde Cinsel Gelişim..... | 6 |
| 2.1.3. Ergenlik Döneminde Bilişsel Gelişim | 7 |
| 2.1.4. Ergenlik Döneminde Duygusal Gelişim..... | 8 |
| 2.1.5. Ergenlik Döneminde Sosyal Gelişim | 8 |
| 2.2. Sağlık Algısı..... | 9 |
| 2.3. Ergenlerde Riskli Sağlık Davranışları..... | 10 |
| 2.3.1. Sigara Kullanımı..... | 11 |
| 2.3.2. Alkol Kullanımı..... | 12 |
| 2.3.3. Uyuşturucu Kullanımı | 13 |
| 2.3.4. Sağlıksız Beslenme..... | 14 |
| 2.3.5. Fiziksel Aktivite Eksikliği..... | 15 |
| 2.3.6. Üreme Sağlığı ve Cinsel Yaşam..... | 15 |
| 2.3.7. Hijyen Eksikliği..... | 16 |
| 2.3.8. Şiddet Davranışları | 17 |
| 2.3.9. Kaza ve Motorlu Araç Kullanımı | 19 |
| 2.3.10. Depresyon ve İntihar..... | 19 |
| 2.4. Riskli Sağlık Davranışlarının Önlenmesinde Hemşirelik Yaklaşımı..... | 21 |
| 3. GEREÇ VE YÖNTEM..... | 25 |

| | |
|--|-----------|
| 3.1. Araştırmanın Tipi..... | 25 |
| 3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri..... | 25 |
| 3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi | 25 |
| 3.4. Veri Toplama Araçları | 26 |
| 3.4.1. Kişisel Bilgi Formu | 26 |
| 3.4.2. Sağlık Algısı Ölçeği (SAÖ)..... | 26 |
| 3.4.3. Riskli Sağlık Davranışları Ölçeği (RSDÖ)..... | 27 |
| 3.5. Veri Toplama Araçlarının Uygulanması | 28 |
| 3.6. Verilerin Değerlendirilmesi..... | 28 |
| 3.7. Araştırmanın Etik Yönü | 28 |
| 4. BULGULAR..... | 30 |
| 4.1. Öğrencilerin ve Ebeveynlerinin Sosyo-Demografik Özelliklerine İlişkin Bulgular..... | 30 |
| 4.2. Sağlık Algısı Ölçeğine İlişkin Bulgular | 33 |
| 4.3. Riskli Sağlık Davranışları Ölçeğine İlişkin Bulgular..... | 44 |
| 5. TARTIŞMA..... | 56 |
| 5.1. Ergenlerin Sağlık Algısı Ölçeği ve Alt Boyut Puanlarının Bireysel Özelliklere Göre Tartışılması..... | 56 |
| 5.2. Ergenlerin Riskli Sağlık Davranışları Ölçeği ve Alt Boyut Puanlarının Bireysel Özelliklere Göre Tartışılması..... | 59 |
| 6. SONUÇLAR..... | 65 |
| 7. ÖNERİLER..... | 68 |
| 8. KAYNAKLAR | 69 |
| 9. EKLER | 83 |
| Ek 1. Kişisel Bilgi Formu..... | 83 |
| Ek 2. Sağlık Algısı Ölçeği (SAÖ) | 87 |
| Ek 3. Riskli Sağlık Davranışları Ölçeği (RSDÖ)..... | 88 |
| Ek 4. Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurul Başkanlığı Kurul Kararı | 91 |
| Ek 5. Eleşkirt İlçe Milli Eğitim Müdürlüğü Araştırma İzni | 93 |
| ÖZGEÇMİŞ | 94 |

TABLULAR DİZİNİ

Sayfa No

| | |
|---|----|
| Tablo 1. Öğrencilerin Bazı Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Dağılımı | 30 |
| Tablo 2. Öğrenci Ebeveynlerinin Sosyo-Demografik Özellikleri..... | 32 |
| Tablo 3 . Öğrencilerin Sağlık Algısı Ölçeği Puan Ortalamaları | 33 |
| Tablo 4. Öğrencilerin Cinsiyetlerine Göre Sağlık Algısı Ölçeği Puan Ortalamaları | 33 |
| Tablo 5. Öğrencilerin Yaşlarına Göre Sağlık Algısı Ölçeği Puan Ortalamaları | 34 |
| Tablo 6. Öğrencilerin Eğitim Gördüğü Okula Göre Sağlık Algısı Ölçeği Puan Ortalamaları | 35 |
| Tablo 7. Öğrencilerin Sınıf Düzeyine Göre Sağlık Algısı Ölçeği Puan Ortalamaları | 36 |
| Tablo 8. Öğrencilerin Liseyi Tercih Şekline Göre Sağlık Algısı Ölçeği Puan Ortalamaları | 37 |
| Tablo 9. Öğrencilerin Kardeş Sayısına Göre Sağlık Algısı Ölçeği Puan Ortalamaları... | 38 |
| Tablo 10. Aile Tipine Göre Sağlık Algısı Ölçeği Puan Ortalamaları | 39 |
| Tablo 11. Ailenin Aylık Ortalama Toplam Gelirine Göre Sağlık Algısı Ölçeği Puan Ortalamaları | 40 |
| Tablo 12. Annenin Eğitim Durumuna Göre Sağlık Algısı Ölçeği Puan Ortalamaları.... | 41 |
| Tablo 13. Babanın Eğitim Durumuna Göre Sağlık Algısı Ölçeği Puan Ortalamaları | 42 |
| Tablo 14. Öğrencilerin Aile Tutumuna Göre Sağlık Algısı Ölçeği Puan Ortalamaları .. | 43 |
| Tablo 15. Öğrencilerin Riskli Sağlık Davranışları Ölçeği Puan Ortalamaları..... | 44 |
| Tablo 16. Öğrencilerin Cinsiyetlerine Göre Riskli Sağlık Davranışları Ölçeği Puan Ortalamaları | 44 |
| Tablo 17. Öğrencilerin Yaşlarına Göre Riskli Sağlık Davranışları Ölçeği Puan Ortalamaları | 45 |
| Tablo 18. Öğrencilerin Eğitim Gördüğü Okula Göre Riskli Sağlık Davranışları Ölçeği Puan Ortalamaları | 46 |
| Tablo 19. Öğrencilerin Sınıf Düzeyine Göre Riskli Sağlık Davranışları Ölçeği Puan Ortalamaları | 47 |
| Tablo 20. Öğrencilerin Liseyi Tercih Şekline Göre Riskli Sağlık Davranışları Ölçeği Puan Ortalamaları | 48 |

| | |
|--|----|
| Tablo 21. Kardeş Sayısına Göre Riskli Sağlık Davranışları Ölçeği Puan Ortalamaları . | 49 |
| Tablo 22. Aile Tipine Göre Riskli Sağlık Davranışları Ölçeği Puan Ortalamaları..... | 50 |
| Tablo 23. Ailenin Aylık Ortalama Toplam Gelirine Göre Riskli Sağlık Davranışları Ölçeği Puan Ortalamaları..... | 51 |
| Tablo 24. Annenin Eğitim Durumuna Göre Riskli Sağlık Davranışları Ölçeği Puan Ortalamaları | 52 |
| Tablo 25. Babanın Eğitim Durumuna Göre Riskli Sağlık Davranışları Ölçeği Puan Ortalamaları | 53 |
| Tablo 26. Öğrencilerin Aile Tutumuna Göre Riskli Sağlık Davranışları Ölçeği Puan Ortalamaları | 54 |
| Tablo 27. Sağlık Algısı Ölçeği ile Riskli Sağlık Davranışları Ölçeği Puanları Arasındaki İlişki..... | 55 |

KISALTMALAR DİZİNİ

| | |
|---------------|---|
| DSÖ | Dünya Sağlık Örgütü |
| WHO | World Health Organization |
| TÜİK | Türkiye İstatistik Kurumu |
| SAÖ | Sağlık Algısı Ölçeği |
| RSDÖ | Riskli Sağlık Davranışları Ölçeği |
| CDC | Centers for Disease Control and Prevention |
| YRBS | Youth Risk Behavior Survey |
| KGTA | Küresel Gençlik Tütün Araştırması |
| UNFPA | United Nations Population Fund |
| EMCDDA | European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction |
| UNICEF | United Nations International Children's Emergency Fund |
| SEKAM | Sosyal, Ekonomik ve Kültürel Araştırmalar Merkezi |
| THSK | Türkiye Halk Sağlığı Kurumu |

1. GİRİŞ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Ergenlik, çocukluktan erişkinliğe geçiş dönemi olup, bu dönemde fiziksel, bilişsel, psikolojik ve sosyal açıdan gelişme ve olgunlaşma gerçekleşir (Önal ve ark., 2008; Yavuzer, 2015; Çavdar ve ark., 2016; Kökoğlu ve Ünlüoğlu, 2018; Büyükgebiz, 2019). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) ergenleri “10 ila 19 yaş arasındaki insanlar” şeklinde tanımlar (WHO, 2014a). Dünyadaki 10-19 yaşlarındaki 1.2 milyar ergen dünya nüfusunun yaklaşık % 16’sını oluşturur (UNICEF, 2018). Türkiye’de 10-19 yaş grubundaki nüfus 12.725.029 olup toplam nüfus içindeki oranı %15.5’dir (TÜİK, 2018). Ergenler toplumların geleceği olarak görüldüğü için ergenlik döneminin sağlıklı bir şekilde geçirilmesi hem bireysel hem de toplumsal gelişim için önemlidir (Gençtanırım ve Ergene, 2014).

Ergenlik dönemi, sağlıkla ilgili davranış ve tutumların kazanılmasında kritik öneme sahiptir (Akman ve ark., 2012; Santrock, 2017). Türk Dil Kurumu’na göre sağlık “Bireyin fiziksel, sosyal ve ruhsal yönden tam bir iyilik durumunda olması, vücut esenliği, esenlik, sıhhat, afiyet” şeklinde tanımlanmaktadır (<https://sozluk.gov.tr/> Erişim: 07.03.2019). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) sağlığı “Yalnızca hastalık veya sakatlığın yokluğu değil; bedensel, ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik hali” olarak tanımlamaktadır (WHO, 2014b). Sağlık bireylerin çevrelerindeki değişime uyum sağlayarak iyi olma durumunu sürdürdükleri bir süreçtir (Alkan ve ark., 2017). Sağlık bireyin fizyolojik, sosyolojik, psikolojik ve sosyal boyutlarda fonksiyonlarını devam ettirebilmesini ve uyum sağlayabilmesini ifade eder. Sağlık evrensel bir kavram olmasına rağmen, anlamı kişiden kişiye, toplumdan topluma değişiklik gösterir (Efteli ve Khorshid, 2016). Bireyler kendi değerlerine göre sağlığı tanımlamaktadırlar (Alkan ve ark., 2017).

Sağlık algısı “Bireyin kendi sağlığına ilişkin kişisel duygu, düşünce, önyargı ve beklentilerinin bir bileşimi” olarak ifade edilebilir (Özdelikara ve ark., 2018). Sağlık algısı, bireyin kendi sağlığını değerlendirmesiyle ölçülür (Idler ve Benyamini, 1997; Tuğut ve Bekar, 2008; Alkan ve ark., 2017). Algılanan sağlık, mortalite ve morbidite oranlarının tersine, genel sağlık açısından öznel bir göstergedir (Tennebø, 2013). Sağlık

algısı, bireylerin sağlık davranışlarını ve sağlık sorumluluğunu etkilemektedir (Bottorff ve ark., 1996). Bireyler sağlık algıları doğrultusunda sağlık davranışlarını düzenlerler.

Ergenlerde sağlık algısı ile ilgili yapılan çalışmalara bakıldığında Şengel (2016) ergenlere uygulanan sosyal sorumluluk programının sağlık algısı puanını yükselttiğini bulmuştur. Evren ve arkadaşlarının (2011) çalışmasında, şiddete maruz kalmış gençlerin sağlığını kötü olarak algıladığı saptanmıştır. Küçük (2017), sağlıklarını iyi algılayan ergenlerin psikolojik dayanıklılığının da yüksek olduğunu bulmuştur. Öğrencilerin okudukları bölümün sağlık algılarını etkilediğini gösteren yayınların yanı sıra (Karaoğlu ve Pehlivan, 1997; Zaybak ve Fadiloğlu, 2004; Alpar ve ark., 2008; Açıksöz ve ark., 2013; Alkan ve ark., 2017; Doğu ve Atasoy, 2017) etkilemediğini bildiren yayınlarda mevcuttur (Hui, 2002; Ünal ve ark., 2007; Eser ve ark., 2012; Efteli ve Khorshid, 2016; Oral, 2018).

Ergenlik döneminde bağımsız davranışlar artar. Riskli davranışlar diğer yaş gruplarına göre ergenlik döneminde daha fazla görülür (Kürtüncü ve ark., 2015). Riskli davranışlar ergenlerin sağlık ve iyilik hallerini ve yaşam tarzlarını doğrudan veya dolaylı olarak etkileyen, istenmeyen sonuçlara yol açabilen davranışlar olarak tanımlanmaktadır (Alikashişoğlu ve Ercan, 2009; Okutan ve ark., 2017). Şiddet ve yaralanmalar, cinsel yolla bulaşan hastalıklar ve riskli gebelikler, alkol ve uyuşturucu kullanımı, sigara içme, dengesiz beslenme ve yetersiz fiziksel aktivite gibi davranışlar Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezi Gençlik Riskli Davranış İzlem Sistemi'nin ergenler için tanımladığı riskli davranışlar kapsamında yer almaktadır (CDC, 2018a).

Ergenler sonuçlarını düşünmeden sıklıkla riskli davranışlarda bulunurlar. Bu sebeple yaralanma, özkıym, depresyon, anksiyete, madde bağımlılığı ve beslenme bozuklukları diğer dönemlere göre ergenlikte daha yaygın görülür (Kürtüncü ve ark., 2015). Galler'de 2016 yılında 15-19 yaş arası gençlerdeki sorunlar; stres ile başa çıkma (%44.5), okul ve çalışma sorunları (%39.9), beden imajı (%30.6), depresyon (%23.6), aile çatışması (%23.5), kişisel güvenlik (%19.9), zorbalık/duygusal istismar (%16.1), ayrımcılık (%14.3), intihar (%13.4), uyuşturucu (%8.9), alkol (%6.8), kumar (%4.4) olarak belirlenmiştir (Bailey ve ark., 2016). Nebraska'daki lise öğrencilerinde son 30 günde sigara kullanım oranı %7.4, alkol kullanım oranı %24.4, esrar kullanımı oranı %13.4 bulunmuştur (YRBS, 2017). Alabama'daki ergenlerde cinsel aktivite %35, uyuşturucu kullanma %16.6, tütün kullanma %29.4, alkol kullanma %38.1, silah taşıma %17.0, şiddet %25.8, kasıtsız yaralanma %58.9 oranlarında bulunmuştur (March ve

Knol, 2010). Küresel Gençlik Tütün Araştırma Raporu'na göre ülkemizde 13- 15 yaş grubu kızlarda %5.3, erkeklerde %9.9 oranında sigara kullanımı tespit edilmiştir (KGTA, 2017).

Ergenlik döneminde edinilen davranışların çoğu ömür boyu devam eder ve gelecek nesillerin de sağlık ve iyilik halini etkiler (WHO, UNFPA ve UNICEF, 1997). Ergenlerde gözlenen riskli sağlık davranışları önlenabilir özelliğe sahiptir. Bu nedenle, riskli sağlık davranışlarının sonraki dönemlere taşınmasını önlemek için ergenlik dönemi iyi değerlendirilmelidir (Çavdar ve ark., 2016).

Değişen ve gelişen hemşirelik rolleriyle beraber hastalıkların tedavisinden çok sağlığın korunması ve geliştirilmesi önem kazanmıştır (Tuğut ve Bekar, 2008). Hastalıklardan korunmak ve sağlığı geliştirmek için riskli sağlık davranışlarının azaltılması ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının kazandırılması önemlidir (Zaybak ve Fadıloğlu, 2004; Erol ve Erdoğan, 2007). Farkındalık kazandırma ve eğitim ile sağlık davranışlarının geliştirilmesi mümkündür (Doğu ve Atasoy, 2017). Bireyin yaşamını bütün yönleriyle ele alan hemşirelik mesleği, sağlığın geliştirilmesi için bireylere sağlık potansiyellerini en üst düzeye çıkaracak bir yaşam biçimini seçmelerini sağlayacak davranış ve becerileri kazandırmayı hedefler (Dolgun ve ark., 2011). Bu nedenle ergenlerde görülebilecek riskli sağlık davranışlarının önlenmesinde ve ergenlere sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının kazandırılmasında hemşirelere büyük sorumluluklar düşmektedir.

Bu araştırma ergenlik dönemindeki lise öğrencilerinin sağlık algısı ve riskli sağlık davranışları arasındaki ilişkinin incelenmesi amacıyla yapılmıştır. Araştırma sonucunda, lise öğrencilerinin sağlık algısı ve riskli sağlık davranışları arasındaki ilişkinin belirlenmesi ve ergenlerdeki riskli sağlık davranışlarının önlenmesine yönelik çözüm önerileri geliştirilmesi bakımından konu ile yapılacak olan çalışmalara ve hemşirelik literatürüne katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

1.2. Araştırmanın Amacı

Bu araştırma, lise eğitimine devam eden öğrencilerin sağlık algısı ile riskli sağlık davranışları arasındaki ilişkinin incelenmesi amacıyla yapılmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Ergenlik

“Ergen” kelimesi, Batı literatüründe yer alan “adolescent”ın karşılığı olarak kullanılmıştır. “Adolescere” Latince büyüme, olgunlaşmak anlamında kullanılır ve bu kelimenin kökünden gelen ergenlik kelimesi hızlı ve gelişime açık bir dönemi ifade eder (Yavuzer, 2015).

Ergenlik terimi ilk olarak 15. yüzyılda kullanılmış olsa da çocukluk ve yetişkinlik arasındaki geçiş dönemi Platon ve Aristoteles’in metinlerinde de yer almıştır (Fröjd, 2008). Platon akıl yürütmenin ilk olarak ergenlikte ortaya çıktığına, Aristoteles ise ergenliğin en önemli yönünün seçme yeteneği olduğuna değinmiştir. On sekizinci yüzyılda Fransız filozof J.J. Rousseau ergenliğe entellektüel bir bakış açısı ile yaklaşmış ve çocuk ya da ergen olmanın yetişkinlikten farklı olduğunu savunmuştur (Santrock, 2017). Ergenlik ile ilgili bilimsel çalışmalar, yirminci yüzyılın başlarında Stanley Hall tarafından başlamıştır (Fröjd, 2008). Stanley Hall ergenleri, çocukluktan yetişkinliğe biyolojik geçişi deneyimledikçe, duygusal, davranışsal ve fizyolojik karışıklık yaşayan kişiler olarak tanımlamıştır (Perez-Felkner, 2013).

Ergenlik dönemi, insan gelişiminin en hızlı aşamalarından biridir (WHO, 2014c; Yavuzer, 2015). Ergenlik, çocukluktan yetişkinliğe geçiş dönemi olup fiziksel, cinsel, bilişsel, duygusal ve sosyal açıdan çarpıcı değişimlerin ve sorunların yaşandığı gelişim dönemi olarak tanımlanabilir (Tunç ark., 2012). Ergenlik döneminde hızlı bedensel büyüme ve cinsel gelişim biyolojik gelişimi, bilişsel gelişim ve kimlik gelişimi ise psikolojik gelişimi belirler. Sosyal olarak da ergen bu dönemde genç yetişkin rolüne hazırlanır (Parlaz ve ark., 2012).

Ergenlik dönemindeki değişimler genellikle kızlarda 10-12 yaşlar, erkeklerde ise 11-14 yaşlar arasında başlamaktadır. Ergenliğe kızlar, ortalama olarak erkeklerden 2 yıl önce girerler ve ergenliği erkeklerden ortalama 2 yıl önce tamamlarlar (Karabey ve Müftüoğlu, 2006; Parlaz ve ark., 2012; Büyükgebiz, 2019). Irk, iklim şartları, cinsiyet, ailesel özellikler, beslenme durumu, çevresel uyaranlar ve sosyoekonomik şartlar ergenliğe giriş yaşını etkiler (Eryılmaz ve Yazıcıoğlu, 2013; Büyükgebiz, 2019).

Değişimlerin sırası evrensel gibi görünse de, zamanları ve değişim hızları bireysel farklılık göstermektedir (WHO, 2014c).

2.1.1. Ergenlik Döneminde Fiziksel Gelişim

Ergenlik, muazzam bir gelişim ve fiziksel büyüme evresidir (Garber ve ark., 2013). Bu dönemdeki bedensel gelişim; bilişsel, duygusal ve sosyal olgunluğa temel oluşturmaktadır. Yani ergenlik biyolojik değişimlerle başlar ve fiziksel, bilişsel ve ruhsal gelişmeyle son bulur (Yavuzer, 2015). Fiziksel büyüme, gelişimin diğer yönlerinde olduğu gibi, genetik ve çevresel faktörlerin karmaşık etkileşimi sonucunda oluşur (Manna, 2014).

Erinlik (buluş) dönemi, seksüel organların olgunlaştıkları esnada, kısa sürede gerçekleşen fizyolojik değişiklikler evresidir. Bu evre ergenlik döneminin bir bölümünü oluşturur ve kızlarda altı aydan biraz uzun sürerken; erkeklerde iki yıl, hatta daha uzun da sürebilir (Yavuzer, 2014). Erinlikte gerçekleşen fiziksel değişimler, kanda dolaşan büyüme ve cinsiyet hormonlarının seviyelerinin artması sonucu meydana gelir (Smith, 2017).

Puberteye yönelik büyüme kızlarda 9-12, erkeklerde ise 11-14 yaşları arasında başlamaktadır (Çavuşoğlu, 2013). Pubertenin ilk fiziksel belirtisi kızlarda genellikle memelerin büyümesi (telarş)'dir. Ancak kızların %10-20'sinde ilk belirti pubik kıllanma (pubarş) olabilir. Erkek çocuklarında pubertenin ilk fiziksel belirtisi pubik kıllanma gibi görünse de, ilk fiziksel belirti testislerin büyümesidir (Ercan, 2008). Kızlar ergenlikte bacakların eğimli olması, geniş kalça ve dar omuz yapısı ile, erkekler ise bacakların düz olması, dar kalça yapısı ve geniş omuzlar şeklinde tanımlanmaktadır (Yavuzer, 2015).

Ergenlikte 3-5 yıl gibi kısa bir süre içerisinde yetişkin hayattaki antropometrik ölçülere ulaşılır; iç organ ve salgı bezlerinde, kemik, yağ ve kas dokularında belirgin bir artış olur. İskelet hacmi, kalp, karaciğer, dalak, pankreas, tiroid, penis ve uterus, gonadlar, akciğerler, böbrekler, adrenaller ergenlik döneminde büyüklük ve ağırlık açısından 2 katına ulaşır (Parlaz ve ark., 2012).

Ergenlik döneminde yetişkin ağırlığının %50'si, yetişkin boy uzunluğunun %25'i ve yetişkin kas kitlesinin %50'si kazanılır (Büyükgebiz, 2019). Boy uzunluğunda kızlarda ortalama 23-28 cm, erkeklerde ise 26-28 cm artış olur. Erkek ergenlerde boy uzaması en hızlı 14-15 yaşları arasında olurken, kızlarda ise en hızlı artış dönemi 12-13 yaşları arasındadır (Parlaz ve ark., 2012). Uzun kemiklerde epifizlerin kapanması ile

boydaki uzama, kızlarda 16-17, erkeklerde ise 18-20 yaşlarında sonlanır. Ergenlik döneminde erkekler yaklaşık 7-30 kg, kızlar ise 7-25 kg ağırlık kazanır (Çavuşoğlu, 2013).

2.1.2. Ergenlik Döneminde Cinsel Gelişim

Ergenlik dönemi, ikincil cinsiyet karakterlerinin gelişimiyle birlikte cinselliğin uyandığı, vücudun cinsel kimliğinin belirginleştiği bir dönemdir (Tunç ve ark., 2012). Ergenlik dönemindeki değişiklikler, cinsel salgı bezlerinin salgıladıkları hormonların kandaki düzeyinin artmasına bağlı olarak başlamaktadır. Erkeklerde testosteron kızlarda östrojen hormonları beyindeki hipofiz bezinin uyarılmasına bağlı olarak fazla miktarda üretilmeye başlar (Cüceloğlu, 2013). Ergenlik döneminin kendine has özellikleri vardır. Kız ve erkeklerde büyüme ve gelişme açısından çeşitli farklılıklar gösterir (Abalı, 2018).

Kızlarda; genital organlarda büyüme, meme dokusunda gelişme (telarş), pubik ve aksiller kıllanma ve ilk adet kanaması (menarş) görülür. Kızlarda 8-14 yaş arasında telarş, 8.5-14 yaş arasında pubik kıllanma (pubarş) ve 9-16 yaş arasında ise menarş başlar. Cinsel gelişimin en belirgin özelliği kızlarda menarşın başlamasıdır. Menarş, memelerin gelişmeye başlamasını takiben yaklaşık 2 yıl sonra olur. İlk zamanlarda menarş, ovülasyon olmadan gerçekleşir. Ovülasyon, menarştan yaklaşık 1-2 yıl sonra başlar. Menstrual siklusa ilk 1-2 yıl içinde düzensizlik görülebilir (Çavuşoğlu, 2013).

Erkeklerde üreme organlarındaki değişiklik yaklaşık olarak 13-14 yaşlarında başlar (Kulaksızoğlu, 2018). Ergenlik döneminde erkeklerde penis ve testislerde büyüme, pubik kıllanma, ses değişiklikleri, ejakülasyon, maksimum büyümenin başlaması, koltuk altında ve yüzde kıllanma görülür (Santrock, 2017).

Fiziksel, sosyal ve kültürel faktörler ile toplumların çoğunda ergenlerin cinsel davranışlarının sınırlandırılmasına bağlı olarak cinsel kimlik belirlemektedir. Ergenin cinsel kimliği, cinsellikle alakalı sosyal normlardan önemli derecede etkilenmektedir. Ergenin cinsel davranışı üzerinde bu sosyal normların önemli bir etkisi vardır (Santrock, 2017). Ergen cinselliği, ergenin cinsel kimliğine uyum sağladığını gösteren ve normal gelişimin bir parçası olan karşı cinsten hoşlanma, flört etme isteği gibi birçok duygu ve davranışı kapsamaktadır. Ergenler fantezi ve kendini uyarma davranışından farklı formlardaki cinsel ilişkilere doğru çeşitli cinsel davranışlar sergileyebilir (Esen ve Siyez, 2017).

Gencin cinsellik hakkında doğru kararlar alması, kendi cinsel kimliğine uyum sağlaması ve değişen cinsiyet özelliklerine alışması zaman gerektirir. Gencin kendisiyle barışık bir şekilde bu dönemi atlatabilmesi için, kendini iyi tanıyarak güçlü ve güçsüz yönlerini bilmesi, yeteneklerine inanması, özgüven geliştirmesi ve kendini olduğu gibi kabul etmesi çok önemlidir (Karabey ve Müftüoğlu, 2006).

2.1.3. Ergenlik Döneminde Bilişsel Gelişim

Ergenlik döneminde bilişsel gelişim somut işlemler aşamasından soyut işlemler aşamasına geçer. Soyut işlemler aşamasındaki ergen artık yetişkinlerle tam bir iletişime girebilir çünkü artık bilişsel gelişimin en son aşamasına gelmiştir (Cüceloğlu, 2013). Piaget'ye göre yaşa bağlı olarak zihinsel yapılar ve zeka gelişmekte ve doğumdan ergenlik sonuna kadar bu olgunlaşma devam etmektedir (Kulaksızoğlu, 2018). Soyut işlemler gelişirken bireyin kişilik yapısı da gelişir, bireyin ahlak anlayışında ve kendini algılayışında da temel değişiklikler olmaktadır (Cüceloğlu, 2013).

Ergenlik döneminde görülen en çarpıcı değişimlerden biri düşünme yeteneğindeki gelişmedir. Çocuklarla kıyaslandığında ergenler, varsayımsal durumlar, arkadaşlık ve soyut kavramlar hakkında daha iyi düşünmektedir. Varsayımsal ve soyut kavramlara yönelik düşünme yeteneğindeki iyilik, ergenlerin kendileriyle, iletişimde buldukları kişilerle ve çevrelerindeki dünyayla ilgili düşüncelerini etkiler. Ergenler bu dönemde ilk kez gelecekteki yaşam, arkadaş ve aile ilişkileri hakkında mantıklı şekilde düşünebilir (Gazioğlu, 2012).

Ergenlik döneminde problem çözme ve karar verme becerileri de gelişir. Problem hakkında olasılıklar üzerine düşünebilir ve probleme yönelik hipotezler geliştirebilir. Kendi düşüncesi ve başkalarının düşünceleri arasındaki farkı görmeye başlar. Böylece kendisini ve dünyayı daha gerçekçi olarak değerlendirebilir (Çavuşoğlu, 2013). Ergenlik döneminde tümevarım ve tümdengelim yoluyla akıl yürütme vardır. Bu dönemde düşünceler eleştirilir, düzeltilir, kuramlar oluşturulur, deyim ve atasözlerinin gerçek anlamı daha iyi anlaşılır (Arıkan ve ark., 2013). Soyut sözcükleri kullanma ve anlama becerisi ergenlikte iyice gelişir, felsefe, din, siyaset ve ahlak gibi soyut konulara yönelik akıl yürütme başlamıştır (Kulaksızoğlu, 2018).

2.1.4. Ergenlik Döneminde Duygusal Gelişim

Pubertedeki fiziksel değişikliklerle beraber duygusal tepkilerde de değişiklikler gözlenir. Puberteden önceki durgunluk yerini fiziksel ve psikolojik değişikliklerin hızlandığı karmaşık bir döneme bırakır (Çavuşoğlu, 2013).

Ergen duygusal dünyasında bazı çelişkiler yaşamaktadır. Yalnızlıktan keyif alırken aynı zamanda bir gruba katılma özlemi, yetişkinleri beğenmeme ama ondan destek alma, anksiyete ve umutsuzluğa karşı geleceğe yönelik coşku duyma bu dönemin belirgin çelişkili duygularından bazılarıdır (Yavuzer, 2015).

Ergen bu dönemde duygularını çok dolu ve coşkulu bir şekilde yaşar. Diğer dönemlere göre daha çok hayal kurar. Hayalleri onu bazen gerçek yaşamdan uzaklaştırabilir. Ergen bedeninde gerçekleşen değişikliklere bağlı olarak çekingen bir tavır sergileyebilir. Kendini saklama ve yaşadığı değişimlerden çevreyi haberdar etmeme gibi tutum gösterebilir. Ergende yeni şeyler deneyimleme isteği artar. Ergenlikte otoriteye karşı çıkma, söz dinlememe, eleştirme, kusur bulma tutumları sergilenebilir. Ergenler bedenindeki değişime, cinsel ve duygusal gelişimine uyum sağlayamaz ise bu durum onları kimlik karmaşasına götürebilir (Eryılmaz ve Yazıcıoğlu, 2013).

Ergenlik döneminde duygusal olarak kızlar erkeklere göre daha önce olgunluğa ulaşır. Cinsiyetleri açısından ergenler karşılaştırıldığında kızların erkeklere göre daha heyecan dengesine sahip ve duygularını kontrol etme bakımından daha olgun olması muhtemeldir (Kulaksızoğlu, 2018).

2.1.5. Ergenlik Döneminde Sosyal Gelişim

Ergenin içinde yaşadığı toplum tarafından kabul edilebilir şekilde davranmayı öğrendiği sürece sosyal gelişme denir (Şahin ve Özçelik, 2016). Toplumumuzda sürekli değişim ve gelişim gösteren toplumsal değerler içinde ergen, okul hayatında başarılı olma, ekonomik güç kazanma, çevresinin onayını alma gibi konularda kaygı duymaktadır. Tüm toplumlarda ergen, çağına özgü olan duygu, düşünce, tutum, davranış ve eylem içindedir. Ergenlik döneminin temel özellikleri, duygusal coşku ve taşkınlık, çabuk değişen ilişkiler, kolay etki altında kalma, toplum içinde sivrilme, ilgi çekme, rol sahibi olma çabası şeklinde özetlenebilir (Yavuzer, 2015).

Ergenin sosyal ilişkileri, hayatının ilk yıllarındaki öğrenmelerine bağlı olarak gelişir. Aile ilişkileri, okul, arkadaş ilişkileri ve kitle iletişim araçları gibi birçok

faktörün ergenin sosyalleşmesinde önemli etkisi vardır (Şahin ve Özçelik, 2016). Bu dönemde ergen için arkadaşın yeri çok önemlidir (Eryılmaz ve Yazıcıoğlu, 2013). Kızların arkadaşlarından beklentileri erkeklere göre daha yüksektir. Kızlar arkadaşlarına daha fazla bağlanır ve yakınlaşır, arkadaşları ile daha sıkı bir ilişki kurar, onların dertlerini paylaşır ve sorunlarını çözmeye çalışırlar. Erkekler ise daha çok gruplar halinde arkadaşlık kurmayı tercih eder ve arkadaşlarıyla daha az duygu paylaşımları vardır (Büyükgebiz, 2019).

Tüm toplumlarda çocuklar ve yetişkin olmaya hazır görülen bireylere aynı davranılmamaktadır. Örneğin toplumumuzda araç kullanma, oy kullanma ve evlenme gibi hakları bireyler 18 yaşına gelince kazanır. Haklarda gözlenen bu değişimler toplumsal değişimler olarak isimlendirilir. Toplumsal değişimler kültürden kültüre değişiklik gösterse de ergenlikle birlikte sosyal statünün değişmesi evrenseldir (Gazioğlu, 2012).

2.2. Sağlık Algısı

Sağlık algısı “Bireyin kendi sağlığına ilişkin kişisel duygu, düşünce, önyargı ve beklentilerinin bir bileşimi” şeklinde tanımlanabilir (Özdelikara ve ark., 2018). Sağlığı algılama bireyin, genel olarak biyolojik, ruhsal ve toplumsal boyutları ile sağlık durumunu nasıl değerlendirdiğine ilişkin güçlü bir parametredir (Temel ve Çimen, 2017). Yaş, cinsiyet, eğitim, sosyoekonomik durum, çevresel ve kültürel etmenler, motivasyon gibi birçok faktör sağlık algısını etkilemektedir (Doğu ve Atasoy, 2017).

Sağlık algısı, bireyin kendi sağlığını değerlendirmesiyle ölçülür (Idler ve Benyamini, 1997; Tuğut ve Bekar, 2008; Alkan ve ark., 2017). Bireylerin sağlık algısı düzeyi belirlenirken, günlük hayatı oluşturan aktivitelerle ilgili işlevselliği, iyilik hali ve sağlıkla ilgili genel algılamalardan istenmeyen sapmaların tespiti ve değerlendirilmesi üzerinde odaklanılmaktadır (Efteli ve Khorshid, 2016). Bireyin kendi sağlığına yönelik olumlu inançlarının olması “iyi sağlık algısı”; olumsuz inançlarının olması ise “kötü sağlık algısı” olarak isimlendirilir (Alkan ve ark., 2017).

Bireylerin sağlık davranışlarının oluşumunda inanç, tutum gibi psikososyal değişkenlerin önemli etkisi vardır (Diamond ve ark., 2007). Bu düşünce, bireylerin kişisel bakım sorumluluğu almasını sağlar ve kendi sağlığı hakkında doğru kararlar alması için bireyi motive eder (Alkan ve ark., 2017). Bireyin kendi sağlık davranışlarını

nasıl algıladığının bilinmesi yeni bir davranış kazandırmada önem taşır (Tuğut ve Bekar, 2008).

2.3. Ergenlerde Riskli Sağlık Davranışları

Ergenlik biyolojik, psikolojik ve sosyal birçok değişimin birlikte yaşandığı kritik öneme sahip yaşam dönemidir (Kurt ve Ergene, 2017). Çocukluktan erişkinliğe geçiş süreci olan ergenlik döneminde bağımsız davranışlar artar. Ergenler sağlık ve gelişim durumlarını, kararları ve davranışlarıyla daha fazla etkiler. Riskli davranışlar diğer yaş gruplarına göre ergenlik döneminde daha fazla görülür (Kürtüncü ve ark., 2015).

Jessor (1998) riskli davranışları “Kişisel, sosyal veya gelişimsel olarak istenmeyen sonuçlar için risk faktörleri” şeklinde tanımlamıştır. Riskli davranışların bir başka tanımı ise “Ergenlerin iyilik halini tehdit eden ve sorumlu birer yetişkin olma hallerini engelleyen davranışlar” olarak belirtilmektedir (Gençtanırım ve Ergene, 2014). Şiddet ve yaralanmalar, cinsel yolla bulaşan hastalıklar ve riskli gebelikler, alkol ve uyuşturucu kullanımı, sigara içme, dengesiz beslenme ve yetersiz fiziksel aktivite gibi davranışlar Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezi Gençlik Riskli Davranış İzlem Sistemi'nin ergenler için tanımladığı riskli davranışlar kapsamında yer almaktadır (CDC, 2018a). Ergenler yaş, cinsiyet, bireysel özellikler, akademik başarı durumu, aile yaşam şekli, arkadaş çevresi, sosyal çevre ve sosyoekonomik faktörlere bağlı olarak riskli davranışlarda bulunabilir (Uysal ve Bingöl, 2014). Yapılan çalışmalara bakıldığında Asante ve arkadaşları (2014) lise öğrencilerinin %56'sından fazlasının en az bir defa alkol kullandığı, bu sayının ise yaklaşık %59'unun erkek olduğunu bulmuştur. Reena (2015) tarafından Tirupati'de (Hindistan) ergenler üzerinde yapılan çalışmada kızların %80.9'unun üreme sağlığı sorunlarını anneleriyle paylaşmadığı ve kızların %73.2'sinin problem çözme sürecinde kendi kararlarını aldığı bildirilmiştir. Taylandlı ergenlerin %5-8'inin depresif belirtileri olduğu tespit edilmiştir ve %1.1'i intihar girişiminde bulunmuştur (AlBuhairan ve ark., 2012). Türkiye Sağlık Araştırması'na göre 15-24 yaş grubunda her gün tütün ve tütün mamulü kullanma oranı %18.1 , alkol kullanım oranı %9.3, fazla kilolu (obez öncesi) birey oranı %34.3 olarak bulunmuştur (Sağlık İstatistikleri Yıllığı, 2017). Ergenlik döneminde edinilen davranışlar, yetişkin dönemde yaşam biçimi haline dönüşür. Bu nedenle ergenlerde görülebilecek riskli sağlık davranışlarının önlenmesi ve ergenlere sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının kazandırılması çok önemlidir.

Ergenler bir ülkenin bugünü ve geleceğini oluşturdukları için fiziksel, emosyonel ve mental sağlıklarını olumsuz etkileyen hiçbir risk faktörü göz ardı edilmemelidir (Akın, 2009). Ergenlik döneminde kazanılan davranışların sonuçları yetişkinlik dönemini etkiler. Bu yüzden ergenlikteki riskli sağlık davranışlarının belirlenip değerlendirilmesi çok önemlidir (Özakar Akça ve Selen, 2016).

Ergenlerdeki risk alma eğilimi sigara, alkol ve madde kullanımı; güvensiz cinsel ilişki; besin değeri düşük, yağ ve kalori oranı yüksek besin maddeleri tüketme; hareketsiz yaşam gibi sağlığı olumsuz etkileyen davranış ve tutumların edinilmesine yol açmaktadır (Çavdar ve ark., 2016).

2.3.1. Sigara Kullanımı

Tütün kullanımının bağımlılık yapması, hastalıklara ve erken ölümlere neden olması, duman maruziyetinin de benzer riskler taşıması nedeniyle tütün kullanımı sağlık açısından önemlidir (Baykan ve Naçar, 2014). Sigara dumanında 7000'den fazla madde bulunur ve bu maddelerin en az 250'si toksik, 60'dan fazlası da kanserojendir (Aşut ve ark., 2019). Sigara başta akciğer ve solunum yolları, kardiyovasküler sistem olmak üzere hemen hemen bütün organlarımıza zarar verir, akciğer kanserinin birincil nedenidir (Saygılı, 2016).

Ergenler sigara içmeye özgüvenlerini arttırdığı, kendilerini daha önemli hissettikleri, streslerini azalttığı ve arkadaş etkisi gibi nedenlerle başlarlar (Büyükgebiz, 2019). Lise öğrencileriyle yapılan bir çalışmada arada sırada sigara içenlerin oranı %6.1, her gün sigara içenlerin oranı %5.4 olarak bulunmuştur (Çiçek ve Çetinkaya, 2017). Üniversite öğrencileriyle yapılan başka bir çalışmada ise ayda birkaç kez sigara içenlerin oranı %6.1, haftada birkaç kez sigara içenlerin oranı %5.5, her gün sigara içenlerin oranı %24.2 olarak bulunmuştur (Atlam ve ark., 2017). Sigaraya başlama nedenlerinin incelendiği bir çalışmada aileden özenme %9.6, arkadaşlardan özenme %30.1, televizyondan etkilenme %4.8, bireysel deneyimleme %30.4 oranlarında bulunmuştur (Özakar Akça ve Selen, 2015). Karadağ ve Lafçı'nın (2015) hemşirelik öğrencileri ile yaptığı çalışmada ise sigara içen öğrencilerin sigaraya başlama nedeninin özentisi ve merak olduğu belirlenmiştir.

Sigaranın sağlığa etkisi uzun süre kullanımın ardından yetişkinlik döneminde ortaya çıkmaktadır. Sigara kullanan yetişkinlerin çoğu ergenlik döneminde sigaraya başladığı için ergenlerin sigara kullanımını önlemek gerekir (Diclemente ve ark., 2009).

Sigara içenlerin sigara içmeyenlere oranla alkol, esrar ve kokain kullanma, fiziksel kavgaya girme, silah taşıma ve intihar girişiminde bulunma olasılığı daha yüksektir (YRBS, 2015).

2.3.2. Alkol Kullanımı

Alkol günümüzde ergenlerin zevk almak amacıyla en çok tercih ettiği maddedir. Alkol kullanımında son yıllarda artış olmakla beraber, alkol kullanmaya başlama yaşı giderek küçülmekte ve ergenlik döneminde alkol kullanımı yaygınlaşmaktadır (Akkuş ve ark., 2017). Ülkemizde alkol ile tanışma genellikle yeni düşünce ve heyecanların geliştiği, aileden ve toplumdan beklentilerin farklılaştığı, bağımsızlığın kanıtlanmaya çalışıldığı çocukluktan yetişkinliğe geçiş dönemi olan ergenlikte olur (SEKAM, 2016).

Ebeveynlerin alkol kullanım sıklığı, aileye bağlanma düzeyi, çocukluk çağı travmaları, kontrol odağı, kişinin algıladığı sosyal destek alkol kullanımını yordayan faktörlerdir (Sevi Tok ve Eylen Özyurt, 2015). Michigan Lise Gençlik Risk Davranışı Anketi 2017 sonuçlarına göre öğrencilerde yaşamları boyunca en az bir kere alkol kullanma oranı kızlarda %67.3 erkeklerde % 55.6, ilk alkollü içeceklerini 13 yaşından önce içme oranı kızlarda %16.0 erkeklerde %16.2, halen alkol kullananların oranı kızlarda %33.0 erkeklerde %26.0 olarak bulunmuştur (CDC, 2017b). Avrupa ülkelerindeki 12-16 yaş arası ergenlerin alkol içme alışkanlıklarının incelendiği çalışmada “Riskli Kullanıcılar” arasında en yüksek orana Danimarka’nın (%30.4) sahip olduğu, Ermenistan’ın (% 4.4) ise en düşük orana sahip olduğu bulunmuştur (Braker ve Soellner, 2016). Akkuş ve arkadaşlarının (2017) lise öğrencileriyle yaptıkları çalışmada yaşam boyu hiç alkol kullanmayanların oranı %81.3, sadece 1 kez alkol kullananların oranı %10.7, haftada 1–5 kez alkol kullananların oranı %6.2, hemen her gün alkol kullananların oranı %1.8 olarak bildirilmiştir. Lise öğrencilerinin alkol kullanımı ile ilgili yapılan başka bir çalışmada ise “Ailemin haberi var ve kullanmamı istemiyorlar” diyenlerin oranı %4.5, “Ailemin haberi var ve kullanmama karışmıyorlar” diyenlerin oranı %2.5, “Ailemin haberi yok” diyenlerin oranı %10.1, “Kullanmıyorum” diyenlerin oranı %82.9 olarak bulunmuştur (Taylan ve Genç, 2017).

Alkol kullanımı alkol bağımlılığı, karaciğer sirozu, kanser ve yaralanmalar gibi ciddi sağlık sorunları geliştirme riski ile ilişkilidir (WHO, 2014d). Alkol kullanımı ciddi sağlık sorunlarının yanı sıra trafik kazaları, intihar, suça yönelme, aile huzursuzlukları, iş hayatında olumsuzluklar ve ekonomik sorunlar gibi toplum yapısına zarar veren

önemli bir problemdir (SEKAM, 2016). Gençlik döneminde alkol kullanımı, bireylerin gelecek dönemlerde bağımlılık yapıcı başka bir madde kullanmasına zemin hazırlayabilmektedir (Öz ve Alkeveli, 2018).

2.3.3. Uyuşturucu Kullanımı

Madde kullanımı ergenlerin riskli sağlık davranışları arasında yer alan ve gün geçtikçe yaygınlaşan önemli bir sorundur (Arıkan ve ark., 2013). Ülkemizdeki madde kullanımının yaygınlaşmasına bağlı olarak madde kullanmaya başlama yaşı giderek küçülmekte ve madde kullanım bozukluğu açısından ergenler önemli bir risk grubu oluşturmaktadır (Öngel Atar, 2016).

Gençler ümitsizlik, hayal kırıklıkları, iş bulma kaygısı, aile çatışmaları, bir defa deneme veya merak, kendini iyi hissetmek, farklı görmek, acılardan kaçınmak, heyecan aramak, utangaçlığı yenmek gibi sebeplerle uyuşturucu kullanımına başlayabilirler (Saygılı, 2016). Avrupa uyuşturucu raporuna göre 15-16 yaşlarındaki Avrupalı öğrencilerin ortalama olarak %18'i esrarı en az bir kez kullandığını (yaşam boyu yaygınlık) bildirmiştir (EMCDDA, 2018). 2003 ile 2017 yılları arasında Nebraska'daki lise öğrencilerinin uyuşturucu kullanımı incelendiğinde esrar kullanımı %34.6 dan %25.4'e, kokain kullanımı %6.9'dan %4.1'e, eroin kullanımı %2.7'den %2.1'e, ekstazi kullanımı %5.0'dan %3.9'a değişim göstermiştir (YRBS, 2017). Tansel'in (2017) lise öğrencileriyle yaptığı çalışmada ise kız öğrencilerin erkek öğrencilere göre bağımlılık yapıcı maddelere ilişkin daha bilinçli bir tutum içerisinde buldukları, erkek öğrencilerin bu tip maddelerin kullanılabilmesine ilişkin daha olumlu bir görüşe sahip oldukları sonucuna ulaşılmıştır.

Madde kullanımı bağımlılık, zehirlenme, yoksunluk, demans gibi çeşitli sağlık sorunları oluşturmaktadır (Softa ve ark., 2015). Madde kullanan ergenlerin madde kullanmayanlara oranla şiddete eğilimli, suça karışan ve madde kullanan arkadaşına sahip olma olasılığı daha yüksektir (SEKAM, 2016). Madde kullanımına başlama yaşı ne kadar küçük olursa devam eden kullanım, bağımlılık ve daha sonraki yaşlarda zarar görme olasılığı o kadar fazladır (Hodder ve ark., 2016). Madde kullanımının erken yaşlarda önlenmesi, daha sonraki dönemlerde madde kullanımını azaltır ve riskli davranışların görülmesi de azalır (Erdamar ve Kurupınar, 2014).

2.3.4. Sağlıksız Beslenme

Ergenlik dönemi büyüme ve gelişmenin en yüksek hıza ulaştığı ve çocukluktan yetişkinliğe dönüşümün gerçekleştiği özel bir dönemdir. Hızlı büyüme ve gelişme, enerji ve besin öğelerine olan ihtiyacı artırırken, artan ihtiyaçların karşılanmasında çeşitli problemler ortaya çıkabilir (Kılınç ve Çağdaş, 2012). Ergenlerde hızlı gelişime bağlı artan enerji ihtiyacı öncelikle iştah artışına neden olur ve sık aralıklarla besin tüketimi artar. Ergenlik döneminde hızlı, hazır yiyecek tüketimi ve ev dışında yemek yemeye eğilim artarken, ana öğünleri atlama sayısı da fazladır (Aksoydan ve Çakır, 2011; Erkan, 2011; Uzdil ve ark., 2017).

Ergenlerin beslenme alışkanlıklarını; aile, kişisel yeme seçimleri, beden algısı, medya, genetik faktörler, akranlar, toplum normları, inançlar, yaşam tarzları gibi faktörler etkilemektedir (Özmen ve ark., 2007; Şanlıer, 2009; Kılınç ve Çağdaş, 2012). Lise öğrencileriyle yapılan bir çalışmada öğrencilerin %36.1'inin normal kiloda olduğu, %33.5'inin beslenme konusunda eğitim kaynağı olarak radyo televizyonu seçtiği, %92.5'inin hazır gıda tükettiği, %79.4'ünün öğün atladığı saptanmıştır (Erdoğan ve Akın, 2017). Son 7 günde ergenlerin meyve ve sebze tüketme oranı incelendiğinde 2003 yılında %16.3 iken 2017 yılında %14.7 olarak bulunmuştur (YRBS, 2017). Başka bir çalışmada ise ergenlerin %22.1'inin öğle yemeği yemediği, öğle yemeği yiyen öğrencilerin %18'inin fast food tarzı yiyecekleri seçtiği tespit edilmiştir (Yalaki ve ark., 2015).

Ergenlerdeki beslenme bozuklukları; büyüme gelişme geriliği, puberte gecikmesi, demir eksikliği anemisi, akademik başarıda azalma, obezite, diyabet, kalp-damar hastalıkları, anoreksiya nervosa ve bulimia nervosa gibi önemli sağlık sorunlarına yol açabilmektedir (Akman ve ark., 2012; Karadamar ve ark., 2015).

Ergenlik döneminde optimal beslenme büyümeyi desteklemek, kemik yoğunluğunu arttırmak ve yetişkinlik dönemindeki kronik hastalıkları önlemek için gereklidir (Garber ve ark., 2013). Sağlıklı beslenme de dahil yaşam biçimi davranışları genellikle ergenlikte edinilir ya da yeniden şekillenir (Kılınç ve Çağdaş, 2012). Ergenlikte kazanılan yanlış beslenme alışkanlıklarının bireyin yaşamını olumsuz etkilememesi için, sağlıklı beslenme alışkanlıklarını erken yaşlarda öğrenmek, sağlıklı yaşam için kritik bir öneme sahiptir (Güneş ve Altınok, 2010; Büyük ve Duman, 2014; Kayapınar ve Aydemir, 2014). Ergenlikte sağlıklı beslenme alışkanlıklarının edinilmesi, yetişkinlikteki iyi sağlık için temel oluşturur (WHO, 2018).

2.3.5. Fiziksel Aktivite Eksikliği

Teknolojik gelişmelerle birlikte yaşam şartları kolaylaşmış olsa da gün geçtikçe hareketsiz bireylerin sayısı artmakta ve bu durum sağlığı olumsuz etkilemektedir (THSK, 2014). Günlük hayatımızın çoğunu oluşturan hareketsiz yaşam; şişmanlık, kalp-damar hastalıkları, kas-iskelet sistemi hastalıkları, diyabet, hipertansiyon, yüksek kolesterol ve kanser gibi hastalıklar için risk faktörüdür (Erginöz ve ark., 2011; Alper ve ark., 2017; Can, 2019).

Son yıllarda teknolojik gelişmelere bağlı olarak sedanter yaşam tarzının yaygınlaştığı görülmektedir (Semerci, 2016; Taşkın ve Şahin Özdemir, 2018; Can, 2019). Dünya Sağlık Örgütü'nün verilerine göre dünyada beş ergenden sadece birinin düzenli olarak egzersiz yaptığı bildirilmiştir (WHO, 2018). Ergenlerle yapılan bir çalışmada ergenlerin fiziksel aktivite düzeyi %14.9, sağlık sorumluluğu %11.2, olumlu yaşam perspektifi %25.7, stres yönetimi %14.9, spiritüel sağlık %13.5 oranlarında bulunmuştur (Esatbeyoğlu ve İşler, 2018). Ergenlerle yapılan başka bir çalışmada ise ergenlerin %11.1'inin düzenli spor yaptığı, %37.5'inin ise yalnızca beden eğitimi dersi kapsamında spor yaptığı belirlenmiştir (Yalaki, 2015).

Ergenlik döneminde fiziksel aktivite; optimal büyüme ve gelişmede, sağlıklı kemik ve kas gelişiminde, kötü alışkanlıklardan uzaklaşmada, sosyal ilişkilerde artmada, kilo kontrolünde, stres ve kaygıyı azaltmada, kronik hastalıkların oluşumunu en aza indirmede, yaşam kalitesinin artmasında, çeşitli hastalıkların tedavilerinin desteklenmesinde, benlik gelişiminde oldukça önemli bir role sahiptir (WHO, 2010; Erginöz ve ark., 2011; Menteş ve ark., 2011; Garber ve ark., 2013; Ceylan ve ark., 2015; Hekim, 2015; Alper ve ark., 2017). Fiziksel aktivite yapan ergenler, fiziksel olarak aktif olmayan yaşlılarına göre yetişkinlik döneminde fiziksel olarak aktif olma olasılığı daha yüksektir (Tennebø, 2013).

2.3.6. Üreme Sağlığı ve Cinsel Yaşam

10 ila 19 yaş arasındaki dönem olan ergenlik, birçok çarpıcı değişiklikle ilişkilidir ve bu durum ergenlerin cinsel sağlık ve üreme sağlığı ihtiyaçları hakkında yeterince bilgi sahibi olmadığı bu dönemde merak ve deneyime yol açar (Iqbal ve ark., 2017). Merak, öğrenme ve deneyim dönemi olan ergenlikte, yetişkinlere oranla riskli davranışlara yönelim daha fazladır ve bu durum birçok tehlike ve olumsuz sonucu da beraberinde getirmektedir (Gölbaşı, 2005; Şatıroğlu, 2008; Tekgül ve ark., 2014). Riskli cinsel

davranışlar içerisinde, erken yaşta cinsel ilişkinin başlatılması, korunmasız cinsel ilişkide bulunma, birden fazla seks partnerinin olması, erken yaşta gebelik ve küretaj sayılabilir (Ögel ve ark., 2005; Kincaid ve ark., 2012; Tekgül, 2014; Baams ve ark., 2015).

Ergenlik dönemindeki cinsel aktivite ve davranışları, fiziksel ve psikososyal gelişimin yanı sıra yaşanan toplum da etkilemektedir (Şen ve Ünder-Kavlak, 2009). UNICEF'in verilerine göre sadece 2016 yılı içinde 55 bin ergen AIDS'e bağlı nedenlerden dolayı hayatını kaybetmiştir (UNICEF, 2017). Ergenlerle yapılan başka bir çalışmada cinsel ilişkide bulunanların oranı %39.5, hayatı boyunca 4 ya da daha fazla cinsel ilişki partneri olanların oranı %9.7, cinsel hayatı sürekli aktif olanların oranı %28.7, son cinsel ilişki sırasında prezervatif kullananların oranı %53.8, etkili bir hormonal doğum kontrolü kullananların oranı %29.4, etkili hormonal doğum kontrolü ve prezervatif kullananların oranı %8.8 olarak bulunmuştur (CDC, 2017a).

Yeterli düzeyde bilgi alamayan gençlerin, cinsel konular hakkında yanlış bilgiler kazanması ve farklı davranışlara yönelmesi muhtemeldir (Civil ve Yıldız, 2010). Çocukluk döneminde cinsel eğitiminin ilk danışmanlığını ebeveynler yapar. Bilgi sağlamaya ek olarak ebeveynler, çocuklarının cinsel gelişiminde, cinsellikle ilgili tutumların ve değerlerin oluşumunda, riskli davranışların azaltılmasında önemli bir role sahiptir. Ancak Türkiye'de sosyokültürel faktörler nedeniyle cinsellik hala bir tabu olarak görülmektedir ve cinsellik hakkında eğitim, hizmet ve araştırmalar sınırlıdır (Yazıcı ve ark., 2011). Ergenler ve ebeveynleri arasında cinsellik hakkında konuşma ile ilgili yapılan çalışmalara bakıldığında cinsel konularla ilgili iletişimin sınırlı düzeyde olduğu görülmektedir (Gölbaşı, 2005; Ogle ve ark., 2008; Bulut ve Gölbaşı 2009; Akın ve ark., 2010; Civil ve Yıldız, 2010; Gürsoy ve Gençalp, 2010; Kulaksızoğlu, 2018). Halbuki cinsel konulardaki bilgi ve davranışlar; gelecekteki cinsel yaşamı, aile hayatını ve doğurganlık davranışlarını etkilemektedir (Gürsoy ve Gençalp, 2010). Olumsuz sonuçlar yalnızca gençlerin hayatını etkilemekle kalmaz aynı zamanda toplumsal zararlar açısından da önemli etkileri vardır (Kirby, 2011).

2.3.7. Hijyen Eksikliği

Hijyen, sağlığa zarar verecek etkenleri ortadan kaldırmak için yapılacak uygulamalar ve alınan temizlik önlemleri olarak tanımlanırken (Yılmaz ve Özkan, 2009; Şimşek ve ark., 2010; Kırım ve Hırça, 2015; Mermer ve ark., 2016; Özcebe ve Gülşen, 2017), kişisel

hijyen ise bireyin sağlığını koruyup devam ettirebilmek için yaptığı tüm temizlik uygulamaları olarak ifade edilir (Arat ve ark., 2014).

Kişisel hijyen, kişinin inançlarına, değerlerine ve alışkanlıklarına göre kazanılır (Pepe ve ark., 2012). Kişisel hijyen kapsamında yüz, göz ve kulak temizliği, el ve ayak temizliği, tırnak temizliği ve bakımı, saç temizliği ve bakımı, ağız ve diş temizliği, burun temizliği, genital bölge ve koltuk altı temizliği, vücut temizliği ve bakımı, kıyafet temizliği gibi uygulamalar yer almaktadır (Önsüz ve Hıdıroğlu, 2008; Yılmaz ve Özkan, 2009; Şimşek ve ark., 2010; Pepe ve ark., 2012; Arat ve ark., 2014; Kırım ve Hırça, 2015; Mermer ve ark., 2016). Ergenlik döneminde salgılanan hormonların etkisi ile ter ve yağ bezleri çocukluk dönemine göre daha fazla çalışır (Özcebe ve Gülşen, 2017). Bu yüzden ergenlik döneminde, hijyen uygulamalarına özen gösterilmesi önemlidir.

Kırım ve Hırça'nın (2015) ergenler ile yaptığı çalışmaya bakıldığında, ergenlerin kişisel hijyen ve temizlik alışkanlıklarının yeterli olmadığı sonucuna ulaşılmıştır. Kalkım'ın (2009) lise öğrencileriyle yaptığı çalışmada öğrencilerin hemen her zaman yaptıkları sağlık davranışları incelenmiş ve günde en az 2 kez diş fırçalama oranı %28.3, yemek yemeden önce el yıkama oranı %67.8, haftada en az 1-2 kez yıkanma oranı %79.5, tuvaletten sonra el yıkama oranı %87.4, el yıkamada sabun kullanma oranı %85.9 olarak bulunmuştur. Mermer ve arkadaşlarının (2016) çalışmasında, kapsamlı hijyen eğitimi verilen öğrencilerin bilgi düzeylerinde artma ve enfeksiyon kontrolüne bağlı olarak okul devamsızlıklarında azalma sağlanmışır.

Ergenlerin ilerleyen yıllarda toplumdaki rolü ve mesleki konumu düşünöldüğünde, gerekli temel bilgi ve niteliği kazanması çok önemlidir (Kırım ve Hırça, 2015). Sağlıkla ilgili tutum ve davranışlar bireyin kendisini, şimdiki ve gelecekteki hayatında ailesini ve toplumu etkilemektedir (Dokumacıoğlu ve ark., 2018).

2.3.8. Şiddet Davranışları

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) şiddeti "Bireyin kendisine, başka bir kişiye, grup veya topluluğa karşı yaptığı; yaralanma veya yaralanma tehlikesi, ölüm, psikolojik zarar, gelişim bozukluğu ya da yoksunluk ile sonuçlanan ya da sonuçlanma olasılığı yüksek olacak şekilde, fiziksel zor kullanma, güç uygulama veya tehdidi" şeklinde tanımlamaktadır (WHO, 2002). Şiddete eğilim göstermede sosyal olarak içine kapanık olma, eğitimsizlik, parçalanmış aile, madde bağımlılığı, şiddete uğrama, zorba bir arkadaş grubuna sahip olma, aşırı alingan olma, akademik başarısızlık, sağlıksız kişilik,

öfke kontrolünü becerememe, gelişimsel bozukluklar, bireysel farklılıklara toleranssızlık ve fevri olmak gibi özellikler risk faktörü olarak sayılabilir (Çapak ve Ferah, 2013; Avcı ve Yıldırım, 2014; Genç, 2016).

Ergenlerin duygu durumlarını düzenlemede yaşadıkları zorluk, ergenleri öfke kıskırtmalarına açık hale getirebilmektedir (Avcı ve Yıldırım, 2014). Ergenlik döneminde yaşanan kimlik sorunu, cinsel gelişime bağlı olarak hormonal değişimlerin olması ve akran ilişkilerinin aileden ön planda tutulması gibi özelliklere bağlı olarak ergenler saldırgan davranışlarda bulunabilmektedir (Kaplan ve Aksel, 2013). Şiddet göstermenin nedenleri olarak; ilgisiz anne-baba tutumları, aile içinde şiddete maruz kalmak, uyuşturucu madde alışkanlığı, davranış kontrolünde zorluk yaşama, düşük ve yüksek özgüven, ekonomik stres, çetelere katılma, toplumda şiddete maruz kalma, okul başarısızlığı, antisosyal arkadaş grupları, akran grubu reddi, anne-baba tarafından istismara uğrama, ilgisiz aile tutumu, tek ebeveynli aile, ev içinde şiddete tanık olma, öfke kontrolünde ve iletişim kurma becerilerinde zayıflık, yoksulluk, şiddet içerikli medya mesajları gibi faktörler sayılabilir (Çetin, 2011; Teyfur, 2014; Göldağ, 2015; Genç, 2016).

Gençlik şiddeti kavga, zorbalık, silahlı tehdit ve çete bağlantılı şiddet gibi farklı biçimlerde olabilmektedir. Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezi'nin verilerine göre 5 lise öğrencisinden 1'i okulda zorbalığa maruz kalırken, 7 öğrenciden 1'i ise elektronik zorbalığa maruz kalmaktadır (CDC, 2019). Lise öğrencileriyle yapılan başka bir çalışmada ise öğrencilerin %39.4'ünün annesinden, %28.8'inin babasından, %33'ünün ağabeyinden, %30.8'inin ablasından, %47.3'ünün kardeşinden ve %34.5'inin de öğretmeninden en az bir kez fiziksel şiddet gördüğü tespit edilmiştir (Genç, 2016). Aygen ve Açık'ın (2014) çalışmasında öğrencilerin %12.2'sinin fiziksel, %20.7'sinin duygusal, %3.2'sinin cinsel şiddete halen maruz kaldığı, öğrencilerin %31.7'sinin fiziksel şiddet, %41.5'inin duygusal şiddet %20.6'sının cinsel şiddet uyguladığı saptanmıştır. Avcı ve Yıldırım'ın (2014) çalışmasında ise yüksek şiddet eğilimi gösteren ergenlerin yalnızlık düzeylerinin yüksek; aile, arkadaş ve öğretmen desteklerinin düşük düzeyde olduğu bulunmuştur.

Şiddete maruz kalma özgüvenin azalmasına, yaşam kalitesinin düşmesine, madde kullanımına, sosyal uyumsuzluğa, konsantrasyon ve öğrenme düzeyinde azalmaya, anksiyeteye, fobilere, akademik başarısızlığa, kötü sağlık algısına, saldırgan

davranışlara yönelmeye, depresyona ve intihara yol açabilmektedir (Uzbaş, 2009; Evren ve ark., 2011; Kır ve ark., 2014).

Toplumların geleceğini gençler oluşturmaktadır. Gençlerin sağlıklı, eğitimli, bilgili, düşüncelerinde özgür ve başkalarının düşüncelerine saygılı ve demokratik tutum içinde yetişmeleri toplum geleceği için önemlidir (Gençoğlu ve ark., 2014).

2.3.9. Kaza ve Motorlu Araç Kullanımı

Motorlu taşıt kazaları riski, 16-19 yaşlar arasında diğer yaş gruplarına göre daha yüksektir. Gençlerin sürüş deneyimindeki eksiklik, risk alma davranışlarıyla birlikte kaza riskini arttırır. Gençlerin yetişkinlere göre tehlikeli durumları hafife alma veya tehlikeli durumları tanıyamama ve ciddi kazalara yol açabilecek kritik kararlarda hata yapma olasılığı fazladır (CDC, 2018b).

Bireyin kendini ispatlama isteğinin arttığı bu dönemde gençler trafikte aşırı hız, hatalı sollama/sağlama ve zik zak çizme hareketleri yapma gibi trafik güvenliğini tehlikeye sokacak birçok davranışı sergileyebilmektedir (Yılmaz, 2014). Dünya Sağlık Örgütü'nün verilerine göre 2016 yılında 135.000'den fazla ergen trafik kazaları nedeniyle hayatını kaybetmiştir (WHO, 2018). Diğer yaş gruplarıyla karşılaştırıldığında, gençler emniyet kemeri kullanımı açısından en düşük oranlara sahiptir. 2016 yılında binek araç kazaları sonucunda ölen gençlerin (16-19 yaş) en az % 48'i kaza anında emniyet kemeri takmadığı belirlenmiştir. Aynı yılda ölümcül kazalara karışan 15 ila 20 yaş arasındaki erkek sürücüler arasında, kaza anında %32'sinin hız yaptığı ve %21'inin alkol aldığı tespit edilmiştir (CDC, 2018b).

Gençler zamanla yetişkin bir birey olmakla beraber trafikte daha etkin bir şekilde yer alacağı için, iyi bir şekilde trafik eğitimi almaları, trafik kazalarına neden olan faktörleri ve bunun sonucunda olacakları iyi görebilmeleri ve soruna dahil olmak yerine çözüm üretebilmeleri büyük önem taşımaktadır (Yılmaz, 2014).

2.3.10. Depresyon ve İntihar

Ergenlik döneminde ergenler kimlik bulma, fizyolojik ve psikolojik değişikliklere uyum sağlama, sağlıklı bir yaşam için çeşitli beceriler kazanma, aileden ayrılma, meslek seçme, ahlaki ve toplumsal değerler kazanma gibi gelişimsel sorumluluklarla mücadele etmektedir. Bu mücadeleye bağlı ergenler çeşitli zorluklar yaşayabilir ve bunun sonucunda depresyon gelişebilir (Erözkan, 2009).

Depresyon sıradan faaliyetlerden zevk alamama, üzüntü, değersizlik ve suçluluk hissi, düşük özgüven, iştahsızlık, uykusuzluk, bellek işlevleri ve konsantrasyonda azalma, yüksek kaygı ve cinsel istek kaybı gibi belirtilerle ortaya çıkan duygusal bir durum olarak ifade edilir (Hastürk ve Şenişik, 2011; Dokumacıoğlu ve ark., 2018). Ayrıca bu sendromda öfke kontrolü sorunu, üzgünlük, kederli hissetme, konuşma ve hareketlerde yavaşlama, güçsüzlük, durgunluk, isteksizlik, akademik başarıda düşüş, öz bakımda azalma, enerji kaybı yaşama, karamsarlık ve intihara meyilli olma gibi semptomlar da gözlenmektedir (Kelleci, 2007; Hastürk ve Şenişik, 2011; Üstün ve Bayar, 2015).

Ergenlik döneminde olumsuz yaşam deneyimleri, sosyal destekte yetersizlik, aile ve arkadaş desteğindeki yetersizlik, akran istismarı, yakın arkadaş sayısının ikiden az olması gibi faktörler depresyon riskini arttırmaktadır (Bingöl ve ark., 2011). Malezya'daki 13-17 yaş arasındaki ergenlerle yapılan çalışmada öğrencilerin %33.2'sinde hafif, %21.5'inde orta, %18.1'inde şiddetli ve %3'ünde aşırı şiddetli depresyon belirtileri görüldüğü tespit edilmiştir (Latiff ve ark., 2016). Depresyonu olan ergenlerde intihar düşüncesi ve davranışı yaygındır. Ergenlerle yapılan bir çalışmada depresyonu olan olguların son 6 ay içerisinde %71.4'ünde (n=45) intihar düşüncesinin olduğu ve %27'sinin (n=17) intihar girişiminde bulunduğu saptanmıştır (Soylu ve ark., 2013).

Ergenlik döneminde ergenler, fiziksel değışikliklere uyum sağlamanın yanında rol karmaşası ve çok sayıda psikososyal sorunla mücadele etmektedir. Fiziksel ve sosyokültürel çevreden kaynaklı çeşitli faktörler ergenlerde stres sebebi olabilmektedir. Stresle baş etmede hissedilen yetersizlik, ergenleri riskli davranışlardan biri olan intihara yönlendirebilmektedir (Çetinkaya ve Gözen, 2016).

İntihar bireyin toplumsal ve ruhsal çeşitli faktörlerin etkisiyle istemli olarak kendine uyguladığı ölümlü sonuçlanan saldırgan davranıştır (Akin ve Berkem, 2012; Ünlü ve ark., 2014; Çetinkaya ve Gözen, 2016). İntihar kavramı, intihar ile ilgili düşünceler, intihar girişimi ve tamamlanmış intiharı içermektedir (Aktepe ve ark., 2005; Siyez, 2005; Çetinkaya ve Gözen, 2016). Ergenlerde intihar amacı ile ateşli silah, ilaç alımı, ası, kendini boğma, suda boğulma, yüksekten atma, yakma, bıçaklama, trafiğe atlama gibi çeşitli yöntemler uygulanmaktadır. Bu yöntemlerin içinde en sık kullanılanı yüksek dozda ilaç alımı olarak bildirilmiştir (Ünlü ve ark., 2014; Doğan ve ark., 2018).

Ergen intiharlarında risk faktörü olarak yaş, cinsiyet, umutsuzluk, aile içi şiddet, daha önceki intihar öyküsü, alkol-madde kullanımı, fiziksel hastalık, antisosyal davranış, cinsel uyum sorunları, ani stresörler, dürtüsel agresyon, ailede depresyon ve intihar geçmişi, ebeveyn ölümü ya da boşanma, aile içi sorunlar, akademik başarısızlık, ihmal ve istismar, sosyal destekte yetersizlik, depresyon, impulsif ya da obsesif kişilik özellikleri, şizofreni, bipolar bozukluk gibi psikiyatrik rahatsızlıklar sayılabilir (Aktepe ve ark., 2005; Yalaki ve ark., 2012; Ünlü ve ark., 2014; Çetinkaya ve Gözen, 2016; Gül ve ark., 2017; CDC, 2018c).

10 ila 34 yaş arasındaki insanlarda, önde gelen ikinci ölüm nedeninin intihar olduğu bildirilmiştir (CDC, 2018c). Lise öğrencilerine bakıldığında intihar planı yapanlar %13.6, intihara teşebbüs edenler %7.4, intihar girişimi sırasında yaralananlar %2.4 oranlarında bulunmuştur (CDC, 2017a). Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) verilerine göre 2015 yılında intihar edenlerin %34.3'ünü 15-29 yaş grubundaki kişilerin oluşturduğu rapor edilmiştir (TÜİK, 2016). 18 yaş altı intihar girişimleri incelendiğinde ise intihar girişiminde bulunanların %82'sinde ruhsal bozukluk tespit edilmiştir (Doğan ve ark., 2018). Ergenlerle yapılan başka bir çalışmada intihar girişimi nedeni olarak kızların %52.1'i uzun süredir devam eden depresyon, %29.2'si romantik ilişki problemleri ve sonrasında ortaya çıkan çaresizlik hissi, %12.5'i cinsel istismara uğrama sonrasında ne yapacağını bilememe ve %6.3'ü de hayal ettikleri akademik başarıya ulaşamamayı belirtmiştir. Erkeklerin ise %83.3 oranında uzun süredir devam eden depresyon, %16.7 oranında da romantik ilişki sorunları nedeniyle intihar girişiminde bulunduğu saptanmıştır (Gül ve ark., 2017).

İntiharı önlemeye yönelik olarak en önemli başlangıç bu eğilimi taşıyan gençlerle konuşmaktır. Bu konuşma değerlendirme ve yargılama tavırlarından uzak, destekleyici, samimi ve sıcak ilişki kurmaya yönelik olmalıdır. İkinci yol olarak ergenlerin sorunlarını çözebilmesi için geliştirdiği başatme yöntemlerini gözlemlemek ve ona bu konuda yeni stratejiler öğretmektir. Üçüncü olarak intihar eğilimi olanlara kaygı ve stres ile başedebilmesi için gevşeme tekniklerini ve özgüvenini desteklemek adına güvenli davranış tekniklerini öğretmek önerilebilir (Kulaksızoğlu, 2018).

2.4. Riskli Sağlık Davranışlarının Önlenmesinde Hemşirelik Yaklaşımı

Ergenlik döneminde birçok fiziksel ve psikososyal değişim gerçekleşirken, çocukluk ve yetişkinlik arasında karmaşalar yaşanmaktadır (Özakar Akça ve Yıldız, 2016). Gençler

bu dönemde bağımsızlık ve yeni statüler elde etmek için aileden duygusal olarak uzaklaşarak, kendine yeni ortamlar arar. Gençlerin dâhil oldukları yeni ortamlardaki kendini gösterme çabası, yeni deneyimler ve beraberinde yeni sorunları da getirebilmektedir (Tansel, 2017). Yeni şeyleri deneme merakı, psikolojik sorunlar, yetişkinleri örnek alma, arkadaş grubuna girebilme gibi sebepler riskli sağlık davranışlarını başlatabilmektedir (Canbulat ve Yıldız, 2011).

Riskli davranışlar ergenlerin sağlık ve iyilik hallerini ve yaşam tarzlarını doğrudan veya dolaylı olarak etkileyen, istenmeyen sonuçlara yol açabilen davranışlar olarak tanımlanmaktadır (Alikaşifoğlu ve Ercan, 2009; Okutan ve ark., 2017). Şiddet ve yaralanmalar, cinsel yolla bulaşan hastalıklar ve riskli gebelikler, alkol ve uyuşturucu kullanımı, sigara içme, dengesiz beslenme ve yetersiz fiziksel aktivite gibi davranışlar Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezi Gençlik Riskli Davranış İzlem Sistemi'nin ergenler için tanımladığı riskli davranışlar kapsamında yer alır (CDC, 2018a).

Ergenlik döneminde kazanılan sağlık açısından riskli davranışların sonuçları yetişkin döneme yansiyarak, yetişkinlikte mortalite ve morbidite hızlarında önemli artışlara sebep olur (Kara ve ark., 2003; Canbulat ve Yıldız, 2011; Özakar Akça ve Yıldız, 2016; Demir ve Artantaş, 2018). Ergenlikte edinilen riskli davranışlar yetişkin dönemde de devam edebileceği için ergenlerin riskli davranışlarının erken dönemde tespit edilmesi ve önlenmesi çok önemlidir. Bu sayede ergenin yetişkin dönemde ortaya çıkabilecek riskli davranışlarının azaltılması sağlanacak, sorunun büyümesi önlenecek ve sorun oluşturan davranışların değiştirilmesine rehberlik edilmiş olunacaktır (Özakar Akça ve Yıldız, 2015).

Toplumdaki riskli ergenleri belirlemede ve bu ergenlere yönelik koruyucu, önleyici müdahaleler geliştirmede hemşireler anahtar kişi rolünde olduğundan, hemşirelerin ergenleri ve ergenlerin riskli davranışlarını bilmesi çok önemlidir (Özakar Akça ve Yıldız, 2015, 2016). Sağlığı koruma, sürdürme ve geliştirme bir sağlık disiplini olan hemşireliğin temel amacıdır (Alkan ve ark., 2017). Hemşireler, ergene yönelik uygun yaklaşımın temel ilkelerini bilmeli, sağlığın korunması, sürdürülmesi ve geliştirilmesinde ergene gerekli rehberliği yapabilmelidir (Dolgun ve ark., 2011). Hemşireliğin çocuk ve ergenlere yönelik hemşirelik bakımı vermekle sorumlu uzmanlık alanı olan pediatri hemşireliği ise bu konuda önemli bir yere sahiptir (Yüzer ve ark., 2008).

Sağlık Bakanlığı pediatri hemşireliğini “Pediatri Hemşiresi; Evrensel çocuk hakları ve profesyonel hemşirelik rolleri doğrultusunda 0-18 yaş arasındaki çocukların aile ve toplum içinde fiziksel, bilişsel, duygusal ve sosyal yönden sağlıklı büyüme ve gelişmesi, hastalıklardan korunması ve sağlığının en üst düzeye çıkarılması; hastalandığında hasta çocuğun tedavisi, bakımı ve rehabilitasyonundan sorumlu hemşiredir.” şeklinde tanımlanmaktadır (Resmi Gazete, 2011). Pediatri hemşireleri hastanede, evde, okulda kısacası çocuğun olduğu her ortamda sağlık hizmeti vermektedir (Çetinkaya ve ark., 2017). Bireylerde davranış değişikliği oluşturup sağlık düzeyini yükseltebilmek için gerekli bilgi, beceri, tutum ve davranışın kazandırılması ve bunun sürekli hale getirilmesi gerekir. Bu da erken yaşlarda doğru sağlık davranışlarının kazandırılmasıyla mümkün olabilmektedir (Dokumacıoğlu ve ark., 2018). Ergen sağlığını geliştirmede en iyi fırsat ve ortamı ise okullar sağlamaktadır (Arslan ve ark., 2012).

Okul sağlığı hizmetlerinin amaçları; okul ve çevresinde olumsuz olarak sağlığı etkileyebilecek her türlü etmenin denetimini sağlamak, okul çalışanlarına ve öğrencilerine sağlık bilinci kazandırmak, sağlıklı bir çevre oluşturmak, sağlık eğitimleri vermek, öğrencilerin olabilecek en iyi fiziksel, ruhsal ve toplumsal sağlığa ulaşmalarını sağlamak ve sürdürmek, öğrencilerin, ailelerinin ve toplumun sağlık seviyesini yükseltmek olarak sayılabilir (Arabacı, 2010; Gündüz ve Albayrak, 2014; Ulutaşdemir ve ark., 2016). Multidisipliner bir organizasyon olan okul sağlığı hizmetleri birçok alanı kapsamaktadır (Ulutaşdemir ve ark., 2016). Farklı alanlarda çalışabilme ve hizmetler arasında koordinasyon sağlama gibi özelliklerinden dolayı okul sağlığı hemşireleri bu ekip içinde anahtar rol oynamaktadır (Bahar, 2010; Gündüz ve Albayrak, 2014; Ulutaşdemir ve ark., 2016).

Pediatri alanının da kapsamına giren okul sağlığı hemşireliğinin lisans ve yüksek lisans programlarıyla eğitim niteliğinin artırılması gereklidir (Emiroğlu ve ark., 2007). Okul sağlığı hemşirelerinin sağlıklı toplumun temelini atma, sağlık sorunlarını belirleme ve çözüme, sağlığı geliştirme, doğrudan sağlık bakımı sunma, sağlık taramaları ve izlemi yapma, sağlık eğitimi verme, vakaların evde yönetimini yürütme, acil durumlara müdahale etme, herhangi bir problem varlığında veya olasılığında aile veya farklı kurumlarla işbirliği sağlama, danışmanlık ve liderlik yapma, kaliteli bir şekilde okul sağlığı hizmetlerinin sunumunu sağlama ve okul çevresini sağlıklı hale getirme gibi pek

çok önemli görevi bulunmaktadır (Bulduk ve Pek, 2005; Ayaz, 2014; Gündüz ve Albayrak, 2014; Ulutaşdemir ve ark., 2016).



3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Araştırma lise eğitimine devam eden öğrencilerin sağlık algısı ile riskli sağlık davranışları arasındaki ilişkinin incelenmesi amacıyla tanımlayıcı tipte yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Araştırma “Eleşkirt Anadolu Lisesi, Çok Programlı Anadolu Lisesi, Recep Tayyip Erdoğan Anadolu İmam Hatip Lisesi, Eleşkirt Mesleki ve Teknik Anadolu Lisesi, Eleşkirt 70. Yıl Cumhuriyet Mesleki ve Teknik Anadolu Lisesi” olmak üzere Ağrı ili Eleşkirt ilçe merkezinde bulunan 5 lisede yapılmıştır.

Tam gün eğitim uygulanan okullarda revir ve sağlık personeli bulunmamaktadır. Bilişim teknolojisi sınıfı, kütüphane, konferans salonu, atölye, spor salonu, kantin, fen laboratuvarı ve farklı sosyal aktiviteler için sınıflar okulların imkanına göre değişiklik göstermektedir. Çok Programlı Anadolu Lisesi, Recep Tayyip Erdoğan Anadolu İmam Hatip Lisesi ve Eleşkirt Mesleki ve Teknik Anadolu Lisesinde pansiyon bulunmaktadır.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini Ağrı ili Eleşkirt ilçe merkezindeki liselerde 2018-2019 eğitim öğretim yılında öğrenim gören 1748 öğrenci oluşturmaktadır. Tabakalı basit rastgele örnekleme yöntemine göre %95 güven ve %5 duyarlılıkla 1748 olan evrenden hesaplama yapılarak 315 öğrencinin örnekleme alınmasına karar verilmiştir (Çıngı, 2009). Veri kaybına karşı örneklem %10 arttırılarak, 347 olarak elde edilen örneklem hacmi okul, sınıf ve yaş tabakalarına dağıtılmıştır.

| | 9.SINIF | | 10. SINIF | | 11.SINIF | | 12.SINIF | | Toplam |
|--|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|------------|
| | KIZ | ERKEK | KIZ | ERKEK | KIZ | ERKEK | KIZ | ERKEK | |
| Eleşkirt Anadolu Lisesi | 14 | 13 | 18 | 17 | 13 | 11 | 11 | 10 | 107 |
| Çok Programlı Anadolu Lisesi | 13 | 7 | 9 | 5 | 5 | 3 | 6 | 5 | 53 |
| Recep Tayyip Erdoğan Anadolu İmam Hatip Lisesi | 15 | 12 | 13 | 10 | 10 | 10 | 8 | 4 | 82 |
| Eleşkirt Mesleki ve Teknik Anadolu Lisesi | 0 | 24 | 0 | 20 | 0 | 9 | 0 | 6 | 59 |
| Eleşkirt 70. Yıl Cumhuriyet Mesleki ve Teknik Anadolu Lisesi | 9 | 5 | 4 | 2 | 8 | 5 | 9 | 4 | 46 |
| Toplam | 51 | 61 | 44 | 54 | 36 | 38 | 34 | 29 | 347 |

Öğrenciler sınıf listelerinden kura yöntemi ile belirlenmiştir. Örnekleme alınan öğrencilerden 8'i araştırmaya katılmayı kabul etmediği için toplam 339 öğrenci araştırmaya alınmıştır.

Araştırmaya alınma kriterleri; Verilerin toplandığı tarihlerde okulda bulunan, ailesinden izin alınan ve çalışmaya katılmayı gönüllü kabul eden öğrenciler çalışmaya dahil edilmiştir.

Araştırmadan çıkarılma kriterleri; Verilerin toplandığı tarihlerde okulda bulunmayan, çalışmaya katılmayı kabul etmeyen öğrenciler ve araştırma formunu eksik dolduran, boş bırakan ya da gelişigüzel ardı sıra aynı yanıtları veren, anket yanıtlarında bariz çelişki ve tutarsızlık bulunan öğrenciler araştırma kapsamı dışında tutulmuştur.

3.4. Veri Toplama Araçları

Verilerin toplanmasında, ergenlerin sosyo-demografik özelliklerinin belirlenmesine yönelik araştırmacı tarafından hazırlanan Kişisel Bilgi Formu (EK 1), sağlık algılarını belirlemek amacıyla Sağlık Algısı Ölçeği (SAÖ) (EK 2) ve riskli sağlık davranışlarını belirlemek amacıyla Riskli Sağlık Davranışları Ölçeği (RSDÖ) (EK 3) kullanılmıştır.

3.4.1. Kişisel Bilgi Formu

Araştırmacı tarafından literatür taraması yapılarak hazırlanan kişisel bilgi formu öğrencilerin cinsiyet, sınıfı, liseyi tercih şekli, kardeş sayısı, aile tipi, ailenin ekonomik durumu, anne-baba eğitim durumları, yaşadığı yer, aile tutumu, okul başarısı gibi sosyo-demografik bilgilerini sorgulamaya yönelik 27 sorudan oluşmaktadır

3.4.2. Sağlık Algısı Ölçeği (SAÖ)

Sağlık Algısı Ölçeği 2007 yılında Diamond ve arkadaşları tarafından sağlık algısını değerlendirmek amacıyla geliştirilmiştir. Beşli likert tipi ölçeğin ülkemizdeki geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Kadioğlu ve Yıldız (2012) tarafından yapılmıştır.

Ölçeğin 15 maddesi ve 4 alt boyutu (kontrol merkezi, öz farkındalık, kesinlik ve sağlığın önemi) vardır. Kontrol merkezi alt boyutunda sağlıklı olma konusunda kendini merkezde ne düzeyde gördüğü; öz farkındalık alt boyutunda bireyin fiziksel aktivite, sağlıklı beslenme gibi davranışlarıyla sağlıklı kalabilmesinin, kendi elinde olup olmadığına yönelik düşüncesi; kesinlik alt boyutunda sağlıklı olmak için yapılması

gerekenlere yönelik kesin bir düşünceye sahip olup olmadığı; sağlığın önemi alt boyutunda ise bireyin sağlığına ne kadar önem verdiği ölçülür. Ölçekten alınabilecek en az puan 15, en çok puan 75'dir. 1., 5., 9., 10., 11. ve 14. maddeler olumlu, 2., 3., 4., 6., 7., 8., 12., 13. ve 15. maddeler olumsuz ifadelerdir. Olumlu ifadeler “Çok Katılıyorum=5”, “Katılıyorum= 4”, “Kararsızım=3, “Katılmıyorum= 2”, “Hiç Katılmıyorum= 1” olacak şekilde puanlanmıştır. Ölçekteki olumsuz ifadeler için ters puanlama yapılmıştır. Ölçeğin Cronbach alpha değeri 0.77 bulunmuştur. Ölçeğin alt boyutlarına göre Cronbach alpha değerleri: “Kontrol merkezi 0.76”, “Öz farkındalık 0.63”, “Kesinlik 0.71”, “Sağlığın önemi 0.60”dır (Kadıoğlu ve Yıldız, 2012). Bu çalışmada SAÖ için Cronbach alpha değeri 0.71, alt boyutlardan kontrol merkezi için 0.73, öz farkındalık için 0.69, kesinlik için 0.70, sağlığın önemi için 0.69 olarak bulunmuştur. Ölçekten alınan puanın yüksek olması, bireylerin sağlığını olumlu algıladığını, puanın düşük olması ise bireylerin sağlığını olumsuz algıladığını ifade etmektedir.

3.4.3. Riskli Sağlık Davranışları Ölçeği (RSDÖ)

Riskli Sağlık Davranışları Ölçeği 2003 yılında Çimen ve Savaşer tarafından gençlerin riskli sağlık davranışlarını belirlemek amacıyla geliştirilmiş, 1-5 arası puanlanan (1=Hiç bir zaman, 2= Oldukça seyrek, 3= Bazen, 4= Çoğunlukla ve 5=Hemen her zaman) likert tipi bir ölçek olup, beş alt boyuttan (psikososyal, beslenme, fiziksel aktivite, hijyen ve madde kullanımı) oluşmaktadır (Çimen, 2003).

Ölçek 35 maddeden oluşur. Bu maddelerden 1, 2, 4, 5, 6, 7, 8, 10, 12, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 22, 23, 25. maddeleri ters puanlanmakta, diğerleri aynen alınmaktadır. 35 maddenin puanlarının toplanması ile 35–175 arasında toplam ham puan elde edilir. Ham puan mutlak değer cinsinden 100'e çevrilerek 20-100 arasında değişen ölçek puanı elde edilir. Ölçekten ve alt boyutlarından alınan toplam puanların yüksek olması bireyin riskli sağlık davranışlarının arttığını, puanların düşük olması ise riskli sağlık davranışlarının azaldığını, diğer bir deyişle sağlık davranışlarının iyi olduğunu ifade etmektedir. Ölçeğin Cronbach alfa değeri 0.86, alt boyutlar için beslenme alt boyutu 0.75, fiziksel aktivite alt boyutu 0.52, psikososyal alt boyutu 0.75, hijyen alt boyutu 0.65, madde kullanımı alt boyutu 0.60 olarak bildirilmiştir (Çimen, 2003). Bu çalışmada Cronbach alfa değeri 0.73, alt boyutlar için beslenme alt boyutu 0.70, fiziksel aktivite

alt boyutu 0.74 , psikososyal alt boyutu 0.71, hijyen alt boyutu 0.69, madde kullanımı alt boyutu 0.71 olarak bulunmuştur.

3.5. Veri Toplama Araçlarının Uygulanması

Veri toplama formları, Ağrı İli Eleşkirt İlçe Milli Eğitim Müdürlüğü'nden yazılı izinlerin alınmasından sonra 2018-2019 Eğitim Öğretim Yılı Güz Döneminde (17 Eylül 2018 - 18 Ocak 2019) uygulanmıştır. Örneklemeye alınan okullara gidilerek öğrencilere araştırmanın konusu ve amacı hakkında gerekli bilgiler verilmiştir. Velilere onam formu gönderilerek bilgilendirilmesi sağlanmış ve yazılı izinleri alınmıştır. Öğrencilerden de araştırmaya katılmayı kabul ettiklerine dair yazılı izin alınmıştır Daha sonra planlanan tarihte tekrar okullara gidilerek araştırmaya katılmayı kabul eden öğrencilere veri toplama formları eğitimi aksatmayacak şekilde uygulanmıştır. Sınıflarda öğretmenler eşliğinde gerekli açıklamalar yapıldıktan sonra veri toplama formları öğrencilere dağıtılıp, öğrencilerin öz bildirimleri ile doldurulmuştur. Veri toplama formlarının doldurulması 20-30 dakika sürmüştür. Araştırma sonucunda araştırmaya katılmayı kabul eden toplam 339 öğrenciye ulaşılmıştır.

3.6. Verilerin Değerlendirilmesi

Bu çalışmada elde edilen veriler IBM SPSS Statistics Version 22 paket programı ile analiz edilmiştir. Değişkenlerin normal dağılımdan gelme durumları araştırılırken birim sayıları nedeniyle Shapiro Wilk's'den yararlanılmıştır. Gruplar arasındaki farklılıklar incelenirken değişkenlerin normal dağılıma uymaması nedeniyle Mann Whitney U ve Kruskal Wallis-H testlerinden yararlanılmıştır. Kruskal Wallis-H testinde anlamlı farklılıkların görülmesi durumunda Post-Hoc Çoklu Karşılaştırma Testi ile aralarında farklılık olan gruplar belirlenmiştir. Normal dağılıma uymayan değişkenler arasındaki ilişkiler incelenirken Spearman's Korelasyon katsayısından yararlanılmıştır. Sonuçlar yorumlanırken anlamlılık düzeyi olarak 0.05 kullanılmıştır.

3.7. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmanın her aşaması etik ilkelere uygun şekilde yürütülmüştür. Araştırmanın uygulanabilmesi için Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Kurulu (Tarih: 28.05.2018, Karar No: 2018-05/08) (EK 4) ve Ağrı İli Eleşkirt İlçe Milli Eğitim Müdürlüğünden (Tarih: 28.09.2018, Sayı: 87052604-20-

E.17730237) (EK 5) yazılı izin alınmıştır. Öğrencilere ve velilere araştırmanın konusu ve amacı hakkında gerekli bilgiler verilmiştir. Araştırmaya alınacak öğrencilerden ve velilerden araştırmaya katılmayı kabul ettiklerine dair yazılı izin alınmıştır.



4. BULGULAR

Bu çalışmanın bulguları üç bölümde verilecektir;

4.1. Öğrencilerin ve Ebeveynlerinin Sosyo-Demografik Özelliklerine İlişkin Bulgular

Tablo 1. Öğrencilerin Bazı Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Dağılımı (n=339)

| Özellikler | | n | % |
|-----------------------------------|----------------------------------|-----|------|
| Cinsiyet | Kız | 168 | 49.6 |
| | Erkek | 171 | 50.4 |
| Yaş | 14 | 65 | 19.2 |
| | 15 | 62 | 18.3 |
| | 16 | 103 | 30.4 |
| | 17 | 79 | 23.3 |
| | 18 | 30 | 8.80 |
| Yaş Ortalaması: 15.85±1.24 | | | |
| Okul Türü | Anadolu Lisesi | 109 | 32.2 |
| | Çok Programlı Lise | 53 | 15.6 |
| | İmam Hatip Lisesi | 80 | 23.6 |
| | Teknik ve Endüstri Meslek Lisesi | 52 | 15.3 |
| | Sağlık Meslek Lisesi | 45 | 13.3 |
| Sınıf | 9.sınıf | 105 | 31.0 |
| | 10.sınıf | 97 | 28.6 |
| | 11.sınıf | 74 | 21.8 |
| | 12.sınıf | 63 | 18.6 |
| Liseyi Tercih Şekli | İsteyerek | 290 | 85.6 |
| | İstemeyerek | 49 | 14.4 |
| Kardeş Sayısı | 1-3 | 78 | 23.0 |
| | 4-6 | 190 | 56.0 |
| | 7-9 | 56 | 16.6 |
| | 10 ve üstü | 15 | 4.40 |
| Yaşadığı Yer | Aile yanında | 258 | 76.1 |
| | Başka bir aile yanında | 2 | 0.60 |
| | Yurтта | 78 | 23.0 |
| | Tek başına evde | 1 | 0.30 |
| Okul Başarı Durumu | Çok başarılı | 30 | 8.90 |
| | Başarılı | 120 | 35.4 |
| | Orta | 173 | 51.0 |
| | Başarısız | 13 | 3.80 |
| | Çok başarısız | 3 | 0.90 |
| İşte Çalışma Durumu | Evet | 18 | 5.30 |
| | Hayır | 321 | 94.7 |

Tablo 1. Öğrencilerin Bazı Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Dağılımı (n=339)
(devam)

| Özellikler | | n | % |
|---|----------|-----|------|
| Sürekli İlaç Kullanmayı Gerektirecek Herhangi Bir Sağlık Sorununun Varlığı | Evet | 11 | 3.20 |
| | Hayır | 328 | 96.8 |
| Okulda Sigara Kullanan Arkadaş Varlığı | Evet | 152 | 44.8 |
| | Hayır | 187 | 55.2 |
| Son 30 Gün İçinde Herhangi Bir Nedenle Sağlık Kuruluşuna Başvuru Durumu | Evet | 90 | 26.6 |
| | Hayır | 249 | 73.4 |
| Son 30 Gün İçinde Genel Olarak Sağlığın Değerlendirilmesi | Çok iyi | 55 | 16.2 |
| | İyi | 128 | 37.8 |
| | Orta | 122 | 36.0 |
| | Kötü | 26 | 7.70 |
| | Çok kötü | 8 | 2.30 |

Tablo 1’de öğrencilerin tanıtıcı özelliklerine göre dağılımı verilmiştir. Öğrencilerin %50.4’ünün erkek ve yaş ortalamasının 15.85 ± 1.24 olduğu, %32.2’sinin Anadolu Lisesi’ne, %15.6’sının Çok Programlı Lise’ye, %23.6’sının İmam Hatip Lisesi’ne, %15.3’ünün Teknik ve Endüstri Meslek Lisesi’ne, %13.3’ünün Sağlık Meslek Lisesi’ne gittiği, %31.0’ının 9.sınıfta olduğu, %85.6’sının liseyi isteyerek tercih ettiği, %56.0’ının 4-6 arasında kardeşe sahip olduğu belirlendi.

Öğrencilerin %76.1’inin ailesinin yanında kaldığı, %51.0’ının okul başarısını orta olarak tanımladığı, %94.7’sinin bir işte çalışmadığı, %96.8’inin sürekli ilaç kullanmayı gerektirecek herhangi bir sağlık sorununun olmadığı, %55.2’sinin okulda sigara kullanan arkadaşının olmadığı, %73.4’ünün son 30 gün içinde herhangi bir nedenle sağlık kuruluşuna başvurmadığı, %37.8’inin son 30 gün içinde genel olarak sağlığını iyi olarak değerlendirdiği saptanmıştır (Tablo 1).

Tablo 2. Öğrenci Ebeveynlerinin Sosyo-Demografik Özellikleri (n=339)

| Özellikler | | n | % |
|---|-------------------------------|-----|------|
| Aile Tipi | Çekirdek aile | 256 | 75.5 |
| | Geniş aile | 74 | 21.8 |
| | Parçalanmış aile | 9 | 2.70 |
| Ailenin Ekonomik Durumu | Çok iyi | 24 | 7.10 |
| | İyi | 146 | 43.1 |
| | Orta | 155 | 45.7 |
| | Kötü | 10 | 2.90 |
| | Çok kötü | 4 | 1.20 |
| Ailenin Aylık Ortalama Toplam Geliri | 1500 TL ve altı | 120 | 35.4 |
| | 1500-2500 TL | 147 | 43.4 |
| | 2500-3500 TL | 43 | 12.7 |
| | 3500 ve üstü | 29 | 8.50 |
| Annenin Eğitim Durumu | Okur-yazar değil | 113 | 33.3 |
| | Okur-yazar | 44 | 13.0 |
| | İlkokul mezunu | 136 | 40.1 |
| | Ortaokul mezunu | 38 | 11.2 |
| | Lise mezunu | 8 | 2.40 |
| Annenin Yaşı | 35-39 yaş | 167 | 49.3 |
| | 40-44 yaş | 104 | 30.7 |
| | 45-49 yaş | 41 | 12.1 |
| | 50 yaş ve üzeri | 27 | 7.90 |
| Annenin Çalışma Durumu | Çalışıyor | 12 | 3.50 |
| | Çalışmıyor | 327 | 96.5 |
| Babanın Eğitim Durumu | Okur-yazar değil | 13 | 3.80 |
| | Okur-yazar | 36 | 10.6 |
| | İlkokul mezunu | 127 | 37.5 |
| | Ortaokul mezunu | 87 | 25.7 |
| | Lise mezunu | 56 | 16.5 |
| | Yüksekokul- üniversite mezunu | 20 | 5.90 |
| Babanın Yaşı | 35-39 yaş | 29 | 8.60 |
| | 40-44 yaş | 154 | 45.4 |
| | 45-49 yaş | 76 | 22.4 |
| | 50 yaş ve üzeri | 80 | 23.6 |
| Babanın Çalışma Durumu | Çalışıyor | 248 | 73.2 |
| | Çalışmıyor | 91 | 26.8 |
| Aile Tutumu | Demokratik | 168 | 49.6 |
| | Otoriter | 46 | 13.6 |
| | İlgisiz | 10 | 2.90 |
| | Koruyucu | 81 | 23.9 |
| | Denetimci | 34 | 10.0 |

Tablo 2’de görüldüğü gibi öğrencilerin %75.5’inin çekirdek ailede yaşadığı, %45.7’sinin ailesinin ekonomik durumunu orta olarak tanımladığı, %43.4’ünün

ailesinin gelir düzeyinin 1500-2500 TL arasında olduğu, %49.6'sının aile tutumunun demokratik olduğu belirlenmiştir. Öğrencilerin annelerinin %40.1'inin eğitim düzeyi ilkokul mezunu olup, %49.3'ünün 35-39 yaş aralığında ve %96.5'inin ev hanımı olduğu, babalarının ise %37.5'inin eğitim düzeyi ilkokul mezunu olup, %45.4'ünün 40-44 yaş aralığında ve %73.2'sinin bir işte çalıştığı saptanmıştır.

4.2. Sağlık Algısı Ölçeğine İlişkin Bulgular

Tablo 3 . Öğrencilerin Sağlık Algısı Ölçeği Puan Ortalamaları (n=339)

| Alt Boyutlar | X ±SS | Elde Edilen En Yüksek ve En Düşük Puan (Min-Max) |
|------------------------|------------|--|
| Kontrol Merkezi | 17.36±4.46 | 6-25 |
| Kesinlik | 12.76±3.67 | 4-20 |
| Sağlığın Önemi | 11.53±2.54 | 3-15 |
| Öz Farkındalık | 11.49±2.40 | 5-15 |
| TOPLAM PUAN | 53.14±8.27 | 22-75 |

Tablo 3'e bakıldığında öğrencilerin Sağlık Algısı Ölçeği toplam puan ortalaması 53.14±8.27 olarak belirlenmiştir. Sağlık Algısı Ölçeği alt boyutları incelendiğinde kontrol merkezi alt boyut puan ortalamasının 17.36±4.46, kesinlik alt boyut puan ortalamasının 12.76±3.67, sağlığın önemi alt boyut puan ortalamasının 11.53±2.54 ve öz farkındalık alt boyut puan ortalamasının 11.49±2.40 olduğu tespit edilmiştir.

Tablo 4 . Öğrencilerin Cinsiyetlerine Göre Sağlık Algısı Ölçeği Puan Ortalamaları (n=339)

| Alt Boyutlar | Cinsiyet | n | X±SS | Test* | |
|------------------------|----------|-----|------------|--------|--------------|
| | | | | Z | p |
| Kontrol Merkezi | Kız | 168 | 17.95±4.65 | -2.366 | 0.018 |
| | Erkek | 171 | 16.78±4.19 | | |
| Kesinlik | Kız | 168 | 12.92±3.73 | -1.043 | 0.297 |
| | Erkek | 171 | 12.60±3.62 | | |
| Sağlığın Önemi | Kız | 168 | 11.43±2.64 | -0.518 | 0.604 |
| | Erkek | 171 | 11.63±2.45 | | |
| Öz Farkındalık | Kız | 168 | 11.32±2.46 | -1.152 | 0.249 |
| | Erkek | 171 | 11.66±2.34 | | |
| TOPLAM PUAN | Kız | 168 | 53.63±8.36 | -1.256 | 0.209 |
| | Erkek | 171 | 52.67±8.17 | | |

* Mann Whitney U Testi

Tablo 4'e bakıldığında öğrencilerin cinsiyetlerine göre kontrol merkezi alt boyut puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmaktadır ($p < 0.05$). Erkeklerin kontrol merkezi alt boyut puan ortalaması 16.78 ± 4.19 olup kızlara göre anlamlı derecede düşüktür.

Tablo 5. Öğrencilerin Yaşlarına Göre Sağlık Algısı Ölçeği Puan Ortalamaları (n=339)

| Alt Boyutlar | Yaş | n | X±SS | Test* | |
|-----------------|-----|-----|------------|-------|-------|
| | | | | KW-H | p |
| Kontrol Merkezi | 14 | 65 | 17.03±4.74 | 9.3 | 0.053 |
| | 15 | 62 | 18.79±4.18 | | |
| | 16 | 103 | 17.29±4.37 | | |
| | 17 | 79 | 16.77±4.40 | | |
| | 18 | 30 | 16.90±4.47 | | |
| Kesinlik | 14 | 65 | 13.23±4.24 | 1.8 | 0.768 |
| | 15 | 62 | 12.66±3.33 | | |
| | 16 | 103 | 12.78±3.79 | | |
| | 17 | 79 | 12.66±3.45 | | |
| | 18 | 30 | 12.17±3.26 | | |
| Sağlık Önemi | 14 | 65 | 11.75±2.60 | 2.4 | 0.655 |
| | 15 | 62 | 11.56±2.10 | | |
| | 16 | 103 | 11.65±2.55 | | |
| | 17 | 79 | 11.22±2.80 | | |
| | 18 | 30 | 11.40±2.59 | | |
| Öz Farkındalık | 14 | 65 | 11.71±2.66 | 7.1 | 0.132 |
| | 15 | 62 | 11.48±2.35 | | |
| | 16 | 103 | 11.30±2.27 | | |
| | 17 | 79 | 11.27±2.36 | | |
| | 18 | 30 | 12.30±2.47 | | |
| TOPLAM PUAN | 14 | 65 | 53.72±9.21 | 3.5 | 0.474 |
| | 15 | 62 | 54.50±7.82 | | |
| | 16 | 103 | 53.02±8.19 | | |
| | 17 | 79 | 51.91±8.16 | | |
| | 18 | 30 | 52.77±7.53 | | |

* Kruskal-Wallis H testi

Öğrencilerin yaş grupları açısından Sağlık Algısı Ölçeği puan ortalamaları incelendiğinde farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlenmiştir ($p > 0.05$) (Tablo 5).

Tablo 6. Öğrencilerin Eğitim Gördüğü Okula Göre Sağlık Algısı Ölçeği Puan Ortalamaları (n=339)

| Alt Boyutlar | Okul Türü | n | X±SS | Test* | |
|------------------------|----------------------------------|-----|------------|--------|--------------|
| | | | | KW-H | p |
| Kontrol Merkezi | Anadolu Lisesi | 109 | 18.21±4.37 | 22.115 | 0.001 |
| | Çok Programlı Lise | 53 | 16.23±4.00 | | |
| | İmam Hatip Lisesi | 80 | 16.74±4.27 | | |
| | Teknik ve Endüstri Meslek Lisesi | 52 | 16.02±5.04 | | |
| | Sağlık Meslek Lisesi | 45 | 19.29±3.83 | | |
| Kesinlik | Anadolu Lisesi | 109 | 13.10±3.58 | 7.798 | 0.099 |
| | Çok Programlı Lise | 53 | 11.96±3.93 | | |
| | İmam Hatip Lisesi | 80 | 13.18±4.16 | | |
| | Teknik ve Endüstri Meslek Lisesi | 52 | 12.08±3.06 | | |
| | Sağlık Meslek Lisesi | 45 | 12.93±3.17 | | |
| Sağlığın Önemi | Anadolu Lisesi | 109 | 11.45±2.42 | 28.471 | 0.001 |
| | Çok Programlı Lise | 53 | 10.13±2.78 | | |
| | İmam Hatip Lisesi | 80 | 12.37±2.58 | | |
| | Teknik ve Endüstri Meslek Lisesi | 52 | 11.50±2.32 | | |
| | Sağlık Meslek Lisesi | 45 | 11.91±2.02 | | |
| Öz Farkındalık | Anadolu Lisesi | 109 | 11.40±2.41 | 5.983 | 0.200 |
| | Çok Programlı Lise | 53 | 10.92±2.62 | | |
| | İmam Hatip Lisesi | 80 | 11.48±2.32 | | |
| | Teknik ve Endüstri Meslek Lisesi | 52 | 11.88±2.31 | | |
| | Sağlık Meslek Lisesi | 45 | 11.96±2.33 | | |
| TOPLAM PUAN | Anadolu Lisesi | 109 | 54.17±8.63 | 24.114 | 0.001 |
| | Çok Programlı Lise | 53 | 49.25±8.36 | | |
| | İmam Hatip Lisesi | 80 | 53.76±7.70 | | |
| | Teknik ve Endüstri Meslek Lisesi | 52 | 51.48±7.99 | | |
| | Sağlık Meslek Lisesi | 45 | 56.09±6.74 | | |

* Kruskal Wallis H Testi

Tablo 6'da öğrencilerin eğitim gördüğü okula göre Sağlık Algısı Ölçeği puan ortalamalarına bakıldığında; kontrol merkezi alt boyut, sağlığın önemi alt boyut ve ölçek toplam puan ortalamaları bakımından eğitim görülen okullar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmaktadır ($p<0.05$).

Çok Programlı Lise'de okuyanların kontrol merkezi alt boyut puanı Anadolu Lisesi'nde ve Sağlık Meslek Lisesi'nde okuyanlara göre; İmam Hatip Lisesi ve Teknik ve Endüstri Meslek Lisesi'nde okuyanların kontrol merkezi alt boyut puanı ise Sağlık Meslek Lisesi'nde okuyanlara göre anlamlı derecede düşüktür ($p<0.05$).

Çok Programlı Lise'de okuyanların sağlığın önemi alt boyut puanı Anadolu Lisesi, İmam Hatip Lisesi ve Sağlık Meslek Lisesi'nde okuyanlara göre; Anadolu

Lisesi'nde okuyanların sağlığın önemi alt boyut puanı ise İmam Hatip Lisesi'nde okuyanlara göre anlamlı derecede düşüktür ($p<0.05$).

Çok Programlı Lise'de okuyanların ölçek toplam puanı Anadolu Lisesi, İmam Hatip Lisesi ve Sağlık Meslek Lisesi'nde okuyanlara göre; Teknik ve Endüstri Meslek Lisesi'nde okuyanların ölçek toplam puanı ise Sağlık Meslek Lisesi'nde okuyanlara göre anlamlı derecede düşüktür ($p<0.05$).

Tablo 7. Öğrencilerin Sınıf Düzeyine Göre Sağlık Algısı Ölçeği Puan Ortalamaları (n=339)

| Alt Boyutlar | Sınıf | n | X±SS | Test* | |
|-----------------|----------|-----|------------|-------|--------------|
| | | | | KW-H | p |
| Kontrol Merkezi | 9.sınıf | 105 | 17.22±4.68 | 6.104 | 0.107 |
| | 10.sınıf | 97 | 18.08±4.41 | | |
| | 11.sınıf | 74 | 16.69±4.22 | | |
| | 12.sınıf | 63 | 17.27±4.37 | | |
| Kesinlik | 9.sınıf | 105 | 13.09±4.09 | 1.633 | 0.652 |
| | 10.sınıf | 97 | 12.80±3.52 | | |
| | 11.sınıf | 74 | 12.43±3.70 | | |
| | 12.sınıf | 63 | 12.54±3.12 | | |
| Sağlığın Önemi | 9.sınıf | 105 | 11.88±2.40 | 8.291 | 0.040 |
| | 10.sınıf | 97 | 11.34±2.56 | | |
| | 11.sınıf | 74 | 11.88±2.33 | | |
| | 12.sınıf | 63 | 10.84±2.85 | | |
| Öz Farkındalık | 9.sınıf | 105 | 11.79±2.56 | 3.819 | 0.282 |
| | 10.sınıf | 97 | 11.27±2.17 | | |
| | 11.sınıf | 74 | 11.39±2.40 | | |
| | 12.sınıf | 63 | 11.46±2.49 | | |
| TOPLAM PUAN | 9.sınıf | 105 | 53.97±9.41 | 3.599 | 0.308 |
| | 10.sınıf | 97 | 53.49±7.99 | | |
| | 11.sınıf | 74 | 52.39±6.96 | | |
| | 12.sınıf | 63 | 52.11±8.08 | | |

* Kruskal Wallis H Testi

Tablo 7'de öğrencilerin sınıf düzeylerine göre Sağlık Algısı Ölçeği puan ortalamalarına bakıldığında; sağlığın önemi alt boyut puan ortalamaları bakımından sınıflar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmaktadır ($p<0.05$). 12.sınıfta okuyanların sağlığın önemi alt boyut puanı 9. ve 11.sınıflarda okuyanlara göre anlamlı derecede düşüktür.

Tablo 8. Öğrencilerin Liseyi Tercih Şekline Göre Sağlık Algısı Ölçeği Puan Ortalamaları (n=339)

| Alt Boyutlar | Liseyi Tercih Şekli | n | X±SS | Test* | |
|-----------------|---------------------|-----|------------|--------|-------|
| | | | | Z | p |
| Kontrol Merkezi | İsteyerek | 290 | 17.22±4.39 | -1.447 | 0.148 |
| | İstemeyerek | 49 | 18.20±4.79 | | |
| Kesinlik | İsteyerek | 290 | 12.87±3.60 | -1.210 | 0.226 |
| | İstemeyerek | 49 | 12.14±4.05 | | |
| Sağlığın Önemi | İsteyerek | 290 | 11.59±2.48 | -0.875 | 0.382 |
| | İstemeyerek | 49 | 11.16±2.90 | | |
| Öz Farkındalık | İsteyerek | 290 | 11.47±2.44 | -0.219 | 0.826 |
| | İstemeyerek | 49 | 11.65±2.18 | | |
| TOPLAM PUAN | İsteyerek | 290 | 53.14±8.08 | -0.426 | 0.670 |
| | İstemeyerek | 49 | 53.16±9.41 | | |

*Mann Whitney U Testi

Öğrencilerin liseyi tercih şekillerine göre Sağlık Algısı Ölçeği puan ortalamaları incelendiğinde farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$) (Tablo 8).

Tablo 9. Öğrencilerin Kardeş Sayısına Göre Sağlık Algısı Ölçeği Puan Ortalamaları (n=339)

| Alt Boyutlar | Kardeş Sayısı | n | X±SS | Test* | |
|-----------------|---------------|-----|------------|-------|-------|
| | | | | KW-H | p |
| Kontrol Merkezi | 1-3 | 78 | 16.88±4.68 | 2.978 | 0.395 |
| | 4-6 | 190 | 17.69±4.38 | | |
| | 7-9 | 56 | 17.14±4.23 | | |
| | 10 ve üstü | 15 | 16.47±5.15 | | |
| Kesinlik | 1-3 | 78 | 12.97±3.81 | 2.293 | 0.514 |
| | 4-6 | 190 | 12.71±3.65 | | |
| | 7-9 | 56 | 13.00±3.28 | | |
| | 10 ve üstü | 15 | 11.47±4.55 | | |
| Sağlığın Önemi | 1-3 | 78 | 11.85±2.22 | 1.902 | 0.593 |
| | 4-6 | 190 | 11.52±2.65 | | |
| | 7-9 | 56 | 11.32±2.38 | | |
| | 10 ve üstü | 15 | 10.80±3.21 | | |
| Öz Farkındalık | 1-3 | 78 | 11.44±2.30 | 1.641 | 0.650 |
| | 4-6 | 190 | 11.62±2.41 | | |
| | 7-9 | 56 | 11.29±2.41 | | |
| | 10 ve üstü | 15 | 10.93±2.89 | | |
| TOPLAM PUAN | 1-3 | 78 | 53.14±8.63 | 3.991 | 0.262 |
| | 4-6 | 190 | 53.54±8.36 | | |
| | 7-9 | 56 | 52.75±7.03 | | |
| | 10 ve üstü | 15 | 49.67±9.31 | | |

* Kruskal Wallis H Testi

Öğrencilerin kardeş sayılarına göre Sağlık Algısı Ölçeği puan ortalamaları açısından farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$) (Tablo 9).

Tablo 10. Aile Tipine Göre Sağlık Algısı Ölçeği Puan Ortalamaları (n=339)

| Alt Boyutlar | Aile Tipi | n | X±SS | Test* | |
|-----------------|------------------|-----|------------|-------|-------|
| | | | | KW-H | p |
| Kontrol Merkezi | Çekirdek aile | 256 | 17.37±4.52 | 0.078 | 0.962 |
| | Geniş aile | 74 | 17.32±4.24 | | |
| | Parçalanmış aile | 9 | 17.44±4.90 | | |
| Kesinlik | Çekirdek aile | 256 | 12.66±3.76 | 0.939 | 0.625 |
| | Geniş aile | 74 | 12.96±3.32 | | |
| | Parçalanmış aile | 9 | 13.89±3.89 | | |
| Sağlığın Önemi | Çekirdek aile | 256 | 11.44±2.60 | 5.264 | 0.072 |
| | Geniş aile | 74 | 11.64±2.41 | | |
| | Parçalanmış aile | 9 | 13.22±0.97 | | |
| Öz Farkındalık | Çekirdek aile | 256 | 11.49±2.47 | 0.106 | 0.948 |
| | Geniş aile | 74 | 11.50±2.25 | | |
| | Parçalanmış aile | 9 | 11.56±2.07 | | |
| TOPLAM PUAN | Çekirdek aile | 256 | 52.96±8.35 | 0.933 | 0.627 |
| | Geniş aile | 74 | 53.42±8.02 | | |
| | Parçalanmış aile | 9 | 56.11±8.27 | | |

* Kruskal Wallis H Testi

Öğrencilerin aile tipine göre Sağlık Algısı Ölçeği puan ortalamaları incelendiğinde farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$) (Tablo 10).

Tablo 11. Ailenin Aylık Ortalama Toplam Gelirine Göre Sağlık Algısı Ölçeği Puan Ortalamaları (n=339)

| Alt Boyutlar | Ailenin Aylık Ortalama Toplam Geliri | n | X±SS | Test* | |
|------------------------|--------------------------------------|-----|------------|-------|--------------|
| | | | | KW-H | p |
| Kontrol Merkezi | 1500 TL ve altı | 120 | 16.75±4.06 | 6.062 | 0.109 |
| | 1500-2500 TL | 147 | 17.50±4.59 | | |
| | 2500-3500 TL | 43 | 18.58±4.40 | | |
| | 3500 ve üstü | 29 | 17.38±5.15 | | |
| Kesinlik | 1500 TL ve altı | 120 | 12.40±3.39 | 2.585 | 0.460 |
| | 1500-2500 TL | 147 | 12.88±3.84 | | |
| | 2500-3500 TL | 43 | 13.19±3.49 | | |
| | 3500 ve üstü | 29 | 13.03±4.21 | | |
| Sağlığın Önemi | 1500 TL ve altı | 120 | 11.38±2.49 | 1.295 | 0.730 |
| | 1500-2500 TL | 147 | 11.49±2.76 | | |
| | 2500-3500 TL | 43 | 11.84±2.17 | | |
| | 3500 ve üstü | 29 | 11.90±2.11 | | |
| Öz Farkındalık | 1500 TL ve altı | 120 | 11.14±2.37 | 3.888 | 0.274 |
| | 1500-2500 TL | 147 | 11.70±2.46 | | |
| | 2500-3500 TL | 43 | 11.49±2.36 | | |
| | 3500 ve üstü | 29 | 11.90±2.26 | | |
| TOPLAM PUAN | 1500 TL ve altı | 120 | 51.67±7.00 | 8.306 | 0.040 |
| | 1500-2500 TL | 147 | 53.56±9.20 | | |
| | 2500-3500 TL | 43 | 55.09±7.80 | | |
| | 3500 ve üstü | 29 | 54.21±8.22 | | |

* Kruskal Wallis H Testi

Tablo 11'e bakıldığında ailenin aylık ortalama gelir durumuna göre Sağlık algısı ölçeği toplam puan ortalamaları incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmaktadır ($p<0.05$). Aylık geliri 1500 TL ve daha az olanların Sağlık algısı ölçeği toplam puanı aylık geliri 1500-2500 TL arasında ve 2500-3500 TL arasında olanlara göre anlamlı derecede düşüktür.

Tablo 12. Annenin Eğitim Durumuna Göre Sağlık Algısı Ölçeği Puan Ortalamaları (n=339)

| Alt Boyutlar | Annenin Eğitim Durumu | n | X ±SS | Test* | |
|------------------------|-----------------------|-----|------------|-------|-------|
| | | | | KW-H | p |
| Kontrol Merkezi | Okur-yazar değil | 113 | 16.82±4.28 | 4.3 | 0.369 |
| | Okur-yazar | 44 | 18.36±3.98 | | |
| | İlkokul mezunu | 136 | 17.52±4.51 | | |
| | Ortaokul mezunu | 38 | 17.34±5.04 | | |
| | Lise mezunu | 8 | 16.75±5.50 | | |
| Kesinlik | Okur-yazar değil | 113 | 12.65±3.18 | 1.6 | 0.815 |
| | Okur-yazar | 44 | 13.05±3.60 | | |
| | İlkokul mezunu | 136 | 12.79±3.91 | | |
| | Ortaokul mezunu | 38 | 12.58±4.18 | | |
| | Lise mezunu | 8 | 13.00±4.63 | | |
| Sağlığın Önemi | Okur-yazar değil | 113 | 11.44±2.46 | 7.4 | 0.117 |
| | Okur-yazar | 44 | 11.20±2.28 | | |
| | İlkokul mezunu | 136 | 11.62±2.75 | | |
| | Ortaokul mezunu | 38 | 11.47±2.44 | | |
| | Lise mezunu | 8 | 13.38±1.41 | | |
| Öz Farkındalık | Okur-yazar değil | 113 | 11.42±2.44 | 5.0 | 0.283 |
| | Okur-yazar | 44 | 12.16±2.44 | | |
| | İlkokul mezunu | 136 | 11.42±2.38 | | |
| | Ortaokul mezunu | 38 | 11.11±2.46 | | |
| | Lise mezunu | 8 | 12.00±1.51 | | |
| TOPLAM PUAN | Okur-yazar değil | 113 | 52.34±7.85 | 4.7 | 0.323 |
| | Okur-yazar | 44 | 54.77±7.27 | | |
| | İlkokul mezunu | 136 | 53.35±8.48 | | |
| | Ortaokul mezunu | 38 | 52.50±9.62 | | |
| | Lise mezunu | 8 | 55.13±8.77 | | |

*Kruskall-Wallis H testi

Annenin eğitim durumuna göre Sağlık Algısı Ölçeği puan ortalamalarına bakıldığında farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlenmiştir (p>0.05) (Tablo 12).

Tablo 13. Babanın Eğitim Durumuna Göre Sağlık Algısı Ölçeği Puan Ortalamaları (n=339)

| Alt Boyutlar | Babanın Eğitim Durumu | n | X±SS | Test* | |
|-----------------|-------------------------------|-----|------------|-------|-------|
| | | | | KW-H | p |
| Kontrol Merkezi | Okur-yazar değil | 13 | 17.23±3.09 | 2.4 | 0.794 |
| | Okur-yazar | 36 | 17.47±4.59 | | |
| | İlkokul mezunu | 127 | 17.43±4.23 | | |
| | Ortaokul mezunu | 87 | 16.84±4.87 | | |
| | Lise mezunu | 56 | 17.66±4.75 | | |
| | Yüksekokul- üniversite mezunu | 20 | 18.05±3.99 | | |
| Kesinlik | Okur-yazar değil | 13 | 13.46±3.89 | 2.7 | 0.741 |
| | Okur-yazar | 36 | 12.33±3.79 | | |
| | İlkokul mezunu | 127 | 13.00±3.57 | | |
| | Ortaokul mezunu | 87 | 12.44±3.77 | | |
| | Lise mezunu | 56 | 12.82±3.73 | | |
| | Yüksekokul- üniversite mezunu | 20 | 12.90±3.81 | | |
| Sağlığın Önemi | Okur-yazar değil | 13 | 11.00±2.65 | 5.8 | 0.328 |
| | Okur-yazar | 36 | 11.31±2.84 | | |
| | İlkokul mezunu | 127 | 11.18±2.72 | | |
| | Ortaokul mezunu | 87 | 11.90±2.32 | | |
| | Lise mezunu | 56 | 12.09±2.02 | | |
| | Yüksekokul- üniversite mezunu | 20 | 11.50±2.87 | | |
| Öz Farkındalık | Okur-yazar değil | 13 | 12.08±2.22 | 7.2 | 0.207 |
| | Okur-yazar | 36 | 11.86±2.76 | | |
| | İlkokul mezunu | 127 | 11.23±2.35 | | |
| | Ortaokul mezunu | 87 | 11.29±2.43 | | |
| | Lise mezunu | 56 | 12.07±2.21 | | |
| | Yüksekokul- üniversite mezunu | 20 | 11.40±2.37 | | |
| TOPLAM PUAN | Okur-yazar değil | 13 | 53.77±6.81 | 3.5 | 0.625 |
| | Okur-yazar | 36 | 52.97±9.49 | | |
| | İlkokul mezunu | 127 | 52.84±8.30 | | |
| | Ortaokul mezunu | 87 | 52.46±8.36 | | |
| | Lise mezunu | 56 | 54.64±8.29 | | |
| | Yüksekokul- üniversite mezunu | 20 | 53.85±6.79 | | |

* Kruskal-Wallis H testi

Babanın eğitim durumuna göre Sağlık Algısı Ölçeği puan ortalamaları karşılaştırıldığında farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı tespit edilmiştir (p>0.05) (Tablo 13).

Tablo 14. Öğrencilerin Aile Tutumuna Göre Sağlık Algısı Ölçeği Puan Ortalamaları (n=339)

| Alt Boyutlar | Aile Tutumu | n | X±SS | Test* | |
|------------------------|-------------|-----|-------------|-------|--------------|
| | | | | KW-H | p |
| Kontrol Merkezi | Demokratik | 168 | 17.65±4.45 | 1.6 | 0.811 |
| | Otoriter | 46 | 17.17±4.86 | | |
| | İlgisiz | 10 | 16.60±4.55 | | |
| | Koruyucu | 81 | 17.10±4.16 | | |
| | Denetimci | 34 | 17.00±4.73 | | |
| Kesinlik | Demokratik | 168 | 12.92±3.61 | 2.0 | 0.743 |
| | Otoriter | 46 | 12.22±3.81 | | |
| | İlgisiz | 10 | 13.00±3.50 | | |
| | Koruyucu | 81 | 12.67±3.56 | | |
| | Denetimci | 34 | 12.85±4.18 | | |
| Sağlığın Önemi | Demokratik | 168 | 11.92±2.36 | 12.6 | 0.013 |
| | Otoriter | 46 | 11.46±2.54 | | |
| | İlgisiz | 10 | 8.90±3.41 | | |
| | Koruyucu | 81 | 11.28±2.54 | | |
| | Denetimci | 34 | 11.06±2.67 | | |
| Öz Farkındalık | Demokratik | 168 | 11.79±2.38 | 12.5 | 0.014 |
| | Otoriter | 46 | 10.89±2.30 | | |
| | İlgisiz | 10 | 9.30±2.79 | | |
| | Koruyucu | 81 | 11.49±2.21 | | |
| | Denetimci | 34 | 11.50±2.63 | | |
| TOPLAM PUAN | Demokratik | 168 | 54.29±7.74 | 9.0 | 0.061 |
| | Otoriter | 46 | 51.74±9.07 | | |
| | İlgisiz | 10 | 47.80±10.43 | | |
| | Koruyucu | 81 | 52.54±7.92 | | |
| | Denetimci | 34 | 52.41±9.15 | | |

* Kruskal-Wallis H testi

Aile tutumlarına göre Sağlık Algısı Ölçeği puan ortalamaları karşılaştırıldığında; sağlığın önemi ve öz farkındalık alt boyut puan ortalamaları bakımından aile tutumları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$). Bu iki alt boyutta da ilgisiz aile tutumu puan ortalamalarının anlamlı derecede düşük olduğu görülmektedir (Tablo 14).

4.3. Riskli Sağlık Davranışları Ölçeğine İlişkin Bulgular

Tablo 15. Öğrencilerin Riskli Sağlık Davranışları Ölçeği Puan Ortalamaları (n=339)

| Alt Boyutlar | X ±SS | Elde Edilen En Yüksek ve En Düşük Puan (Min-Max) |
|--------------------------|-------------|--|
| Psikososyal | 43.40±11.22 | 20-84 |
| Fiziksel Aktivite | 56.30±15.84 | 20-95 |
| Beslenme | 52.17±10.13 | 21.82-87.27 |
| Hijyen | 32.27±13.69 | 20-100 |
| Madde Kullanımı | 25.16±10.19 | 20-90 |
| TOPLAM PUAN | 43.45±7.22 | 21.71-74.29 |

Tablo 15’de de görüldüğü gibi öğrencilerin Riskli Sağlık Davranışları Ölçeği puan ortalamasının 43.45±7.22 olduğu belirlenmiştir. Riskli Sağlık Davranışları Ölçeği alt boyut puan ortalamalarına bakıldığında ise psikososyal alt boyut puan ortalamasının 43.40±11.22, fiziksel aktivite alt boyut puan ortalamasının 56.30±15.84, beslenme alt boyut puan ortalamasının 52.17±10.13, hijyen alt boyut puan ortalamasının 32.27±13.69 ve madde kullanımı alt boyut puan ortalamasının 25.16±10.19 olduğu saptanmıştır.

Tablo 16. Öğrencilerin Cinsiyetlerine Göre Riskli Sağlık Davranışları Ölçeği Puan Ortalamaları (n=339)

| Alt Boyutlar | Cinsiyet | n | X±SS | Test* | |
|--------------------------|----------|-----|-------------|--------|--------------|
| | | | | Z | p |
| Psikososyal | Kız | 168 | 39.49±9.55 | -6.365 | 0.001 |
| | Erkek | 171 | 47.25±11.42 | | |
| Fiziksel Aktivite | Kız | 168 | 61.55±14.26 | -6.271 | 0.001 |
| | Erkek | 171 | 51.14±15.65 | | |
| Beslenme | Kız | 168 | 53.66±10.57 | -2.796 | 0.005 |
| | Erkek | 171 | 50.71±9.48 | | |
| Hijyen | Kız | 168 | 31.05±13.92 | -2.997 | 0.003 |
| | Erkek | 171 | 33.47±13.40 | | |
| Madde Kullanımı | Kız | 168 | 22.62±6.77 | -4.700 | 0.001 |
| | Erkek | 171 | 27.66±12.19 | | |
| TOPLAM PUAN | Kız | 168 | 42.81±6.99 | -1.336 | 0.182 |
| | Erkek | 171 | 44.08±7.41 | | |

*Mann Whitney U Testi

Tablo 16’da öğrencilerin cinsiyetlerine göre Riskli Sağlık Davranışları Ölçeği puan ortalamalarına bakıldığında; cinsiyetler arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmaktadır (p<0.05). Kızların fiziksel aktivite alt boyut puan ortalaması 61.55±14.26 ve beslenme alt boyut puan ortalaması 53.66±10.57 olup erkeklere göre istatistiksel

olarak anlamlı derecede yüksektir. Erkeklerin ise psikososyal alt boyut puan ortalaması 47.25 ± 11.42 hijyen alt boyut puan ortalaması 33.47 ± 13.40 , madde kullanımı alt boyut puan ortalaması 27.66 ± 12.19 olup kızlara göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksektir.

Tablo 17. Öğrencilerin Yaşlarına Göre Riskli Sağlık Davranışları Ölçeği Puan Ortalamaları (n=339)

| Alt Boyutlar | Yaş | n | X±SS | Test* | |
|-----------------|-----|-----|-------------|-------|-------|
| | | | | KW-H | p |
| Psikososyal | 14 | 65 | 40.86±10.10 | 4.7 | 0.319 |
| | 15 | 62 | 42.29±9.19 | | |
| | 16 | 103 | 45.55±12.89 | | |
| | 17 | 79 | 43.49±10.33 | | |
| | 18 | 30 | 43.60±12.61 | | |
| Beslenme | 14 | 65 | 50.12±9.76 | 4.9 | 0.301 |
| | 15 | 62 | 52.02±10.59 | | |
| | 16 | 103 | 53.33±10.70 | | |
| | 17 | 79 | 52.94±9.99 | | |
| | 18 | 30 | 50.90±7.83 | | |
| Fiziksel | 14 | 65 | 57.77±15.86 | 4.9 | 0.298 |
| | 15 | 62 | 55.81±18.02 | | |
| | 16 | 103 | 54.27±15.85 | | |
| | 17 | 79 | 58.92±13.79 | | |
| | 18 | 30 | 54.17±15.71 | | |
| Hijyen | 14 | 65 | 32.25±13.19 | 3.3 | 0.515 |
| | 15 | 62 | 31.40±12.28 | | |
| | 16 | 103 | 31.78±12.80 | | |
| | 17 | 79 | 30.34±10.45 | | |
| | 18 | 30 | 28.56±9.86 | | |
| Madde Kullanımı | 14 | 65 | 23.62±9.98 | 11.7 | 0.021 |
| | 15 | 62 | 22.42±5.71 | | |
| | 16 | 103 | 26.70±11.87 | | |
| | 17 | 79 | 25.89±8.58 | | |
| | 18 | 30 | 27.00±13.87 | | |
| TOPLAM PUAN | 14 | 65 | 42.26±8.09 | 4.7 | 0.319 |
| | 15 | 62 | 42.76±7.31 | | |
| | 16 | 103 | 44.48±7.76 | | |
| | 17 | 79 | 43.95±5.85 | | |
| | 18 | 30 | 42.63±6.18 | | |

* Kruskal-Wallis H testi

Öğrencilerin yaş grupları açısından Riskli Sağlık Davranışları Ölçeği puan ortalamaları incelendiğinde; madde kullanımı alt boyut puan ortalamasının 14 ve 15 yaş gruplarında diğer yaş gruplarına göre anlamlı derecede düşük olduğu görülmektedir ($p<0.05$) (Tablo 17).

Tablo 18. Öğrencilerin Eğitim Gördüğü Okula Göre Riskli Sağlık Davranışları Ölçeği Puan Ortalamaları (n=339)

| Alt Boyutlar | Okul Türü | n | X±SS | Test* | |
|-------------------|----------------------------------|-----|-------------|--------|-------|
| | | | | KW-H | p |
| Psikososyal | Anadolu Lisesi | 109 | 43.65±12.30 | 20.646 | 0.001 |
| | Çok Programlı Lise | 53 | 44.00±9.50 | | |
| | İmam Hatip Lisesi | 80 | 42.13±10.41 | | |
| | Teknik ve Endüstri Meslek Lisesi | 52 | 47.96±10.64 | | |
| | Sağlık Meslek Lisesi | 45 | 39.11±10.75 | | |
| Fiziksel Aktivite | Anadolu Lisesi | 109 | 55.14±16.53 | 14.994 | 0.005 |
| | Çok Programlı Lise | 53 | 61.70±13.93 | | |
| | İmam Hatip Lisesi | 80 | 58.12±14.91 | | |
| | Teknik ve Endüstri Meslek Lisesi | 52 | 50.48±14.86 | | |
| | Sağlık Meslek Lisesi | 45 | 56.22±16.93 | | |
| Beslenme | Anadolu Lisesi | 109 | 52.49±11.18 | 5.096 | 0.278 |
| | Çok Programlı Lise | 53 | 54.92±10.76 | | |
| | İmam Hatip Lisesi | 80 | 51.23±9.50 | | |
| | Teknik ve Endüstri Meslek Lisesi | 52 | 50.91±9.02 | | |
| | Sağlık Meslek Lisesi | 45 | 51.27±8.60 | | |
| Hijyen | Anadolu Lisesi | 109 | 31.19±13.83 | 6.834 | 0.145 |
| | Çok Programlı Lise | 53 | 35.40±16.65 | | |
| | İmam Hatip Lisesi | 80 | 31.05±11.65 | | |
| | Teknik ve Endüstri Meslek Lisesi | 52 | 33.08±9.74 | | |
| | Sağlık Meslek Lisesi | 45 | 32.44±16.48 | | |
| Madde Kullanımı | Anadolu Lisesi | 109 | 24.68±10.21 | 7.336 | 0.119 |
| | Çok Programlı Lise | 53 | 26.60±10.60 | | |
| | İmam Hatip Lisesi | 80 | 23.50±7.77 | | |
| | Teknik ve Endüstri Meslek Lisesi | 52 | 27.31±11.48 | | |
| | Sağlık Meslek Lisesi | 45 | 25.11±11.55 | | |
| TOPLAM PUAN | Anadolu Lisesi | 109 | 43.28±7.82 | 12.653 | 0.013 |
| | Çok Programlı Lise | 53 | 45.63±6.85 | | |
| | İmam Hatip Lisesi | 80 | 42.61±6.76 | | |
| | Teknik ve Endüstri Meslek Lisesi | 52 | 44.16±5.92 | | |
| | Sağlık Meslek Lisesi | 45 | 41.97±7.92 | | |

* Kruskal Wallis H Testi

Tablo 18’de öğrencilerin eğitim gördüğü okula göre Riskli Sağlık Davranışları Ölçeği puan ortalamalarına bakıldığında; psikososyal alt boyut, fiziksel aktivite alt boyut ve ölçek toplam puan ortalamaları bakımından eğitim görülen okullar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmaktadır ($p<0.05$). Sağlık Meslek Lisesi’nde okuyanların psikososyal alt boyut ve ölçek toplam puan ortalamasının, Teknik ve Endüstri Meslek Lisesi’nde okuyanların fiziksel aktivite alt boyut ortalamasının diğer okullarda okuyanlara göre istatistiksel olarak anlamlı derecede düşük olduğu saptandı.

Tablo 19. Öğrencilerin Sınıf Düzeyine Göre Riskli Sağlık Davranışları Ölçeği Puan Ortalamaları (n=339)

| Alt Boyutlar | Sınıf | n | X±SS | Test* | |
|-------------------|----------|-----|-------------|-------|--------------|
| | | | | KW-H | p |
| Psikososyal | 9.sınıf | 105 | 42.10±11.36 | 4.335 | 0.227 |
| | 10.sınıf | 97 | 45.34±10.98 | | |
| | 11.sınıf | 74 | 43.70±11.90 | | |
| | 12.sınıf | 63 | 42.25±10.27 | | |
| Fiziksel Aktivite | 9.sınıf | 105 | 55.57±15.88 | 3.488 | 0.322 |
| | 10.sınıf | 97 | 54.74±17.33 | | |
| | 11.sınıf | 74 | 57.36±13.80 | | |
| | 12.sınıf | 63 | 58.65±15.61 | | |
| Beslenme | 9.sınıf | 105 | 50.86±10.65 | 8.685 | 0.034 |
| | 10.sınıf | 97 | 52.61±10.67 | | |
| | 11.sınıf | 74 | 54.18±8.67 | | |
| | 12.sınıf | 63 | 51.31±9.77 | | |
| Hijyen | 9.sınıf | 105 | 33.98±15.08 | 7.680 | 0.053 |
| | 10.sınıf | 97 | 32.12±11.82 | | |
| | 11.sınıf | 74 | 33.19±15.94 | | |
| | 12.sınıf | 63 | 28.57±10.26 | | |
| Madde Kullanımı | 9.sınıf | 105 | 24.90±11.81 | 3.988 | 0.263 |
| | 10.sınıf | 97 | 24.54±9.02 | | |
| | 11.sınıf | 74 | 26.01±9.10 | | |
| | 12.sınıf | 63 | 25.56±10.32 | | |
| TOPLAM PUAN | 9.sınıf | 105 | 42.81±8.61 | 4.103 | 0.251 |
| | 10.sınıf | 97 | 43.85±7.00 | | |
| | 11.sınıf | 74 | 44.57±6.31 | | |
| | 12.sınıf | 63 | 42.60±5.85 | | |

* Kruskal Wallis H Testi

Tablo 19’da öğrencilerin sınıf düzeylerine göre Riskli Sağlık Davranışları Ölçeği puan ortalamalarına bakıldığında; beslenme alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmaktadır ($p<0.05$). 9.sınıfta okuyanların beslenme

alt boyut puan ortalamalarının üst sınıflara göre anlamlı derecede düşük olduğu görüldü.

Tablo 20. Öğrencilerin Liseyi Tercih Şekline Göre Riskli Sağlık Davranışları Ölçeği Puan Ortalamaları (n=339)

| Alt Boyutlar | Liseyi Tercih Şekli | n | X±SS | Test* | |
|-------------------|---------------------|-----|-------------|--------|-------|
| | | | | Z | p |
| Psikososyal | İsteyerek | 290 | 42.75±11.04 | -2.737 | 0.006 |
| | İstemeyerek | 49 | 47.27±11.6 | | |
| Fiziksel Aktivite | İsteyerek | 290 | 55.14±15.51 | -2.851 | 0.004 |
| | İstemeyerek | 49 | 63.16±16.19 | | |
| Beslenme | İsteyerek | 290 | 51.62±9.85 | -2.322 | 0.020 |
| | İstemeyerek | 49 | 55.44±11.21 | | |
| Hijyen | İsteyerek | 290 | 32.21±13.86 | -0.536 | 0.592 |
| | İstemeyerek | 49 | 32.65±12.76 | | |
| Madde Kullanımı | İsteyerek | 290 | 24.72±10.2 | -3.144 | 0.002 |
| | İstemeyerek | 49 | 27.76±9.79 | | |
| TOPLAM PUAN | İsteyerek | 290 | 42.89±7.1 | -3.611 | 0.001 |
| | İstemeyerek | 49 | 46.79±7.11 | | |

*Mann Whitney U Testi

Tablo 20’de öğrencilerin liseyi tercih şekline göre Riskli Sağlık Davranışları Ölçeği puan ortalamalarına bakıldığında; psikososyal alt boyut, fiziksel aktivite alt boyut, beslenme alt boyut, madde kullanımı alt boyut ve ölçek toplam puan ortalamaları açısından farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir (p<0.05). Liseyi istemeyerek tercih edenlerin psikososyal alt boyut, fiziksel aktivite alt boyut, beslenme alt boyut, madde kullanımı alt boyut ve ölçek toplam puan ortalamalarının liseyi isteyerek tercih edenlere göre anlamlı derecede yüksek olduğu saptanmıştır.

Tablo 21. Kardeş Sayısına Göre Riskli Sağlık Davranışları Ölçeği Puan Ortalamaları (n=339)

| Alt Boyutlar | Kardeş Sayısı | n | X±SS | Test* | |
|-------------------|---------------|-----|-------------|-------|-------|
| | | | | KW-H | p |
| Psikososyal | 1-3 | 78 | 44.74±10.96 | 3.944 | 0.268 |
| | 4-6 | 190 | 42.99±11.31 | | |
| | 7-9 | 56 | 42.04±11.15 | | |
| | 10 ve üstü | 15 | 46.80±11.36 | | |
| Fiziksel Aktivite | 1-3 | 78 | 56.41±15.46 | 7.105 | 0.069 |
| | 4-6 | 190 | 55.16±15.95 | | |
| | 7-9 | 56 | 57.77±14.83 | | |
| | 10 ve üstü | 15 | 64.67±18.46 | | |
| Beslenme | 1-3 | 78 | 51.40±10.08 | 2.050 | 0.562 |
| | 4-6 | 190 | 52.23±10.35 | | |
| | 7-9 | 56 | 53.51±9.11 | | |
| | 10 ve üstü | 15 | 50.42±11.47 | | |
| Hijyen | 1-3 | 78 | 33.18±14.53 | 0.550 | 0.908 |
| | 4-6 | 190 | 31.81±13.31 | | |
| | 7-9 | 56 | 32.21±12.38 | | |
| | 10 ve üstü | 15 | 33.60±19.05 | | |
| Madde Kullanımı | 1-3 | 78 | 25.51±10.31 | 3.825 | 0.281 |
| | 4-6 | 190 | 25.24±10.96 | | |
| | 7-9 | 56 | 23.66±6.78 | | |
| | 10 ve üstü | 15 | 28.00±9.96 | | |
| TOPLAM PUAN | 1-3 | 78 | 43.80±7.50 | 2.797 | 0.424 |
| | 4-6 | 190 | 43.16±7.56 | | |
| | 7-9 | 56 | 43.45±5.77 | | |
| | 10 ve üstü | 15 | 45.30±6.53 | | |

* Kruskal Wallis H Testi

Öğrencilerin kardeş sayılarına göre Riskli Sağlık Davranışları Ölçeği puan ortalamaları açısından farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$) (Tablo 21).

Tablo 22. Aile Tipine Göre Riskli Sağlık Davranışları Ölçeği Puan Ortalamaları (n=339)

| Alt Boyutlar | Aile Tipi | n | X±SS | Test* | |
|-------------------|------------------|-----|-------------|-------|-------|
| | | | | KW-H | p |
| Psikososyal | Çekirdek aile | 256 | 43.44±11.19 | 1.580 | 0.454 |
| | Geniş aile | 74 | 43.86±11.61 | | |
| | Parçalanmış aile | 9 | 38.67±8.12 | | |
| Fiziksel Aktivite | Çekirdek aile | 256 | 56.97±16.39 | 2.322 | 0.313 |
| | Geniş aile | 74 | 54.53±13.70 | | |
| | Parçalanmış aile | 9 | 51.67±16.01 | | |
| Beslenme | Çekirdek aile | 256 | 52.13±10.23 | 0.155 | 0.925 |
| | Geniş aile | 74 | 52.21±10.15 | | |
| | Parçalanmış aile | 9 | 52.93±7.58 | | |
| Hijyen | Çekirdek aile | 256 | 31.91±13.03 | 1.744 | 0.418 |
| | Geniş aile | 74 | 34.16±16.18 | | |
| | Parçalanmış aile | 9 | 27.11±7.69 | | |
| Madde Kullanımı | Çekirdek aile | 256 | 24.94±10.04 | 2.230 | 0.328 |
| | Geniş aile | 74 | 26.28±11.11 | | |
| | Parçalanmış aile | 9 | 22.22±4.41 | | |
| TOPLAM PUAN | Çekirdek aile | 256 | 43.43±7.27 | 1.110 | 0.574 |
| | Geniş aile | 74 | 43.83±7.30 | | |
| | Parçalanmış aile | 9 | 40.95±5.10 | | |

* Kruskal Wallis H Testi

Öğrencilerin aile tiplerine göre Riskli Sağlık Davranışları Ölçeği puan ortalamaları incelendiğinde farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır (p>0.05) (Tablo 22).

Tablo 23. Ailenin Aylık Ortalama Toplam Gelirine Göre Riskli Sağlık Davranışları Ölçeği Puan Ortalamaları (n=339)

| Alt Boyutlar | Ailenin Aylık Ortalama Toplam Geliri | n | X±SS | Test* | |
|-------------------|--------------------------------------|-----|-------------|-------|-------|
| | | | | KW-H | p |
| Psikososyal | 1500 TL ve altı | 120 | 43.03±10.30 | 2.852 | 0.415 |
| | 1500-2500 TL | 147 | 43.39±11.51 | | |
| | 2500-3500 TL | 43 | 41.86±10.83 | | |
| | 3500 ve üstü | 29 | 47.31±13.46 | | |
| Fiziksel Aktivite | 1500 TL ve altı | 120 | 55.88±14.99 | 4.464 | 0.216 |
| | 1500-2500 TL | 147 | 57.76±16.74 | | |
| | 2500-3500 TL | 43 | 55.58±13.51 | | |
| | 3500 ve üstü | 29 | 51.72±17.44 | | |
| Beslenme | 1500 TL ve altı | 120 | 51.74±9.69 | 0.869 | 0.833 |
| | 1500-2500 TL | 147 | 52.79±10.77 | | |
| | 2500-3500 TL | 43 | 52.01±9.52 | | |
| | 3500 ve üstü | 29 | 51.03±9.73 | | |
| Hijyen | 1500 TL ve altı | 120 | 32.67±11.94 | 4.661 | 0.198 |
| | 1500-2500 TL | 147 | 33.09±16.01 | | |
| | 2500-3500 TL | 43 | 30.42±9.49 | | |
| | 3500 ve üstü | 29 | 29.24±12.92 | | |
| Madde Kullanımı | 1500 TL ve altı | 120 | 24.75±8.81 | 5.002 | 0.172 |
| | 1500-2500 TL | 147 | 24.97±10.83 | | |
| | 2500-3500 TL | 43 | 25.12±11.15 | | |
| | 3500 ve üstü | 29 | 27.93±10.73 | | |
| TOPLAM PUAN | 1500 TL ve altı | 120 | 43.15±6.45 | 0.805 | 0.848 |
| | 1500-2500 TL | 147 | 43.90±7.88 | | |
| | 2500-3500 TL | 43 | 42.64±6.58 | | |
| | 3500 ve üstü | 29 | 43.65±7.84 | | |

* Kruskal Wallis H Testi

Ailenin aylık ortalama toplam gelir durumuna göre Riskli Sağlık Davranışları Ölçeği puan ortalamaları açısından farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$) (Tablo 23).

Tablo 24. Annenin Eğitim Durumuna Göre Riskli Sağlık Davranışları Ölçeği Puan Ortalamaları (n=339)

| Alt Boyutlar | Annenin Eğitim Durumu | n | X±SS | Test* | |
|-------------------|-----------------------|-----|-------------|-------|-------|
| | | | | KW-H | p |
| Psikososyal | Okur-yazar değil | 113 | 43.72±11.32 | 0.8 | 0.941 |
| | Okur-yazar | 44 | 43.82±9.76 | | |
| | İlkokul mezunu | 136 | 43.22±11.49 | | |
| | Ortaokul mezunu | 38 | 42.79±11.03 | | |
| | Lise mezunu | 8 | 42.75±15.56 | | |
| Beslenme | Okur-yazar değil | 113 | 51.48±8.96 | 4.6 | 0.332 |
| | Okur-yazar | 44 | 50.83±9.63 | | |
| | İlkokul mezunu | 136 | 52.81±10.97 | | |
| | Ortaokul mezunu | 38 | 54.64±10.18 | | |
| | Lise mezunu | 8 | 46.59±11.62 | | |
| Fiziksel Aktivite | Okur-yazar değil | 113 | 55.40±14.63 | 3.9 | 0.418 |
| | Okur-yazar | 44 | 54.77±15.09 | | |
| | İlkokul mezunu | 136 | 56.25±17.04 | | |
| | Ortaokul mezunu | 38 | 60.79±15.27 | | |
| | Lise mezunu | 8 | 56.88±17.92 | | |
| Hijyen | Okur-yazar değil | 113 | 32.42±12.34 | 4.3 | 0.368 |
| | Okur-yazar | 44 | 31.06±10.47 | | |
| | İlkokul mezunu | 136 | 30.71±12.26 | | |
| | Ortaokul mezunu | 38 | 30.26±12.72 | | |
| | Lise mezunu | 8 | 26.66±6.67 | | |
| Madde Kullanımı | Okur-yazar değil | 113 | 25.75±10.96 | 2.1 | 0.724 |
| | Okur-yazar | 44 | 25.80±12.57 | | |
| | İlkokul mezunu | 136 | 24.63±9.46 | | |
| | Ortaokul mezunu | 38 | 24.34±7.73 | | |
| | Lise mezunu | 8 | 26.25±7.44 | | |
| TOPLAM PUAN | Okur-yazar değil | 113 | 43.51±6.89 | 1.1 | 0.894 |
| | Okur-yazar | 44 | 43.03±6.42 | | |
| | İlkokul mezunu | 136 | 43.46±7.74 | | |
| | Ortaokul mezunu | 38 | 44.31±6.89 | | |
| | Lise mezunu | 8 | 40.91±9.37 | | |

*Kruskall-Wallis H testi

Annenin eğitim durumuna göre Riskli Sağlık Davranışları Ölçeği puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı tespit edilmiştir (p>0.05) (Tablo 24).

Tablo 25. Babanın Eğitim Durumuna Göre Riskli Sağlık Davranışları Ölçeği Puan Ortalamaları (n=339)

| Alt Boyutlar | Babanın Eğitim Durumu | n | X±SS | Test* | |
|-------------------|-------------------------------|-----|-------------|-------|-------|
| | | | | KW-H | p |
| Psikososyal | Okur-yazar değil | 13 | 44.15±13.08 | 2.5 | 0.778 |
| | Okur-yazar | 36 | 44.11±10.88 | | |
| | İlkokul mezunu | 127 | 43.62±10.16 | | |
| | Ortaokul mezunu | 87 | 44.05±12.50 | | |
| | Lise mezunu | 56 | 41.29±11.04 | | |
| | Yüksekokul- üniversite mezunu | 20 | 42.60±11.46 | | |
| Beslenme | Okur-yazar değil | 13 | 52.16±10.47 | 1.2 | 0.948 |
| | Okur-yazar | 36 | 51.91±9.03 | | |
| | İlkokul mezunu | 127 | 52.22±9.47 | | |
| | Ortaokul mezunu | 87 | 52.89±10.84 | | |
| | Lise mezunu | 56 | 51.01±11.20 | | |
| | Yüksekokul- üniversite mezunu | 20 | 52.37±10.75 | | |
| Fiziksel Aktivite | Okur-yazar değil | 13 | 60.77±14.41 | 8.5 | 0.129 |
| | Okur-yazar | 36 | 57.50±15.38 | | |
| | İlkokul mezunu | 127 | 53.96±16.56 | | |
| | Ortaokul mezunu | 87 | 55.11±15.83 | | |
| | Lise mezunu | 56 | 59.46±14.64 | | |
| | Yüksekokul- üniversite mezunu | 20 | 62.25±13.52 | | |
| Hijyen | Okur-yazar değil | 13 | 36.41±11.36 | 14.5 | 0.013 |
| | Okur-yazar | 36 | 31.11±12.01 | | |
| | İlkokul mezunu | 127 | 31.39±9.78 | | |
| | Ortaokul mezunu | 87 | 31.91±13.90 | | |
| | Lise mezunu | 56 | 29.28±12.74 | | |
| | Yüksekokul- üniversite mezunu | 20 | 26.00±6.80 | | |
| Madde Kullanımı | Okur-yazar değil | 13 | 23.08±6.30 | 3.1 | 0.691 |
| | Okur-yazar | 36 | 25.42±9.29 | | |
| | İlkokul mezunu | 127 | 25.00±9.88 | | |
| | Ortaokul mezunu | 87 | 25.11±12.25 | | |
| | Lise mezunu | 56 | 25.54±9.61 | | |
| | Yüksekokul- üniversite mezunu | 20 | 25.75±7.83 | | |
| TOPLAM PUAN | Okur-yazar değil | 13 | 44.85±6.86 | 1.6 | 0.898 |
| | Okur-yazar | 36 | 43.73±6.37 | | |
| | İlkokul mezunu | 127 | 43.28±6.28 | | |
| | Ortaokul mezunu | 87 | 43.85±8.48 | | |
| | Lise mezunu | 56 | 42.56±7.74 | | |
| | Yüksekokul- üniversite mezunu | 20 | 43.15±6.94 | | |

*Kruskall-Wallis H testi

Babanın eğitim durumuna göre Riskli Sağlık Davranışları Ölçeği puan ortalamalarına bakıldığında; hijyen alt boyut puan ortalamaları açısından farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p < 0.05$). Hijyen alt boyutundan en yüksek puanı okur-yazar olmayanlar (36.41 ± 11.36) alırken, en düşük puanı ise yükseköğretim mezunları (26.00 ± 6.80) almıştır (Tablo 25).

Tablo 26. Öğrencilerin Aile Tutumuna Göre Riskli Sağlık Davranışları Ölçeği Puan Ortalamaları (n=339)

| Alt Boyutlar | Aile Tutumu | n | X±SS | Test* | |
|-------------------|-------------|-----|-------------|-------|-------|
| | | | | KW-H | p |
| Psikososyal | Demokratik | 168 | 42.21±10.72 | 12.8 | 0.012 |
| | Otoriter | 46 | 46.22±10.06 | | |
| | İlgisiz | 10 | 48.60±11.04 | | |
| | Koruyucu | 81 | 42.20±12.15 | | |
| | Denetimci | 34 | 46.82±11.66 | | |
| Beslenme | Demokratik | 168 | 50.45±8.93 | 10.8 | 0.029 |
| | Otoriter | 46 | 55.06±10.51 | | |
| | İlgisiz | 10 | 57.27±11.92 | | |
| | Koruyucu | 81 | 52.83±11.00 | | |
| | Denetimci | 34 | 53.64±11.25 | | |
| Fiziksel Aktivite | Demokratik | 168 | 56.25±16.36 | 0.6 | 0.962 |
| | Otoriter | 46 | 55.98±15.90 | | |
| | İlgisiz | 10 | 58.00±16.19 | | |
| | Koruyucu | 81 | 56.17±15.68 | | |
| | Denetimci | 34 | 56.76±14.19 | | |
| Hijyen | Demokratik | 168 | 30.28±10.98 | 3.5 | 0.479 |
| | Otoriter | 46 | 33.18±15.32 | | |
| | İlgisiz | 10 | 29.34±9.01 | | |
| | Koruyucu | 81 | 31.19±12.19 | | |
| | Denetimci | 34 | 33.44±12.23 | | |
| Madde Kullanımı | Demokratik | 168 | 24.64±10.66 | 6.1 | 0.191 |
| | Otoriter | 46 | 26.96±11.38 | | |
| | İlgisiz | 10 | 26.50±8.18 | | |
| | Koruyucu | 81 | 25.43±9.46 | | |
| | Denetimci | 34 | 24.26±8.27 | | |
| TOPLAM PUAN | Demokratik | 168 | 42.35±6.93 | 13.6 | 0.009 |
| | Otoriter | 46 | 45.68±7.51 | | |
| | İlgisiz | 10 | 46.59±7.02 | | |
| | Koruyucu | 81 | 43.34±7.62 | | |
| | Denetimci | 34 | 45.22±6.43 | | |

*Kruskall-Wallis H testi

Aile tutumuna göre Riskli Sağlık Davranışları Ölçeği puan ortalamalarına bakıldığında; psikososyal alt boyut, beslenme alt boyut ve ölçek toplam puan ortalamaları ile aile tutumları arasında istatistiksel olarak farkın anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$). Psikososyal alt boyut, beslenme alt boyut ve ölçek toplam puan ortalamalarının aile tutumu ilgisiz öğrencilerde yüksek olduğu görülmektedir (Tablo 26).

Tablo 27. Sağlık Algısı Ölçeği ile Riskli Sağlık Davranışları Ölçeği Puanları Arasındaki İlişki (n: 339)

| | | Kontrol Merkezi | Kesinlik | Sağlığın Önemi | Öz Farkındalık | Sağlık Algısı Ölçeği Toplam Puanı |
|--|---|-----------------|----------|----------------|----------------|-----------------------------------|
| Psikososyal | r | -.149** | -.158** | -.244** | -.114* | -.247** |
| | p | 0.006 | 0.004 | 0.001 | 0.036 | 0.001 |
| Fiziksel Aktivite | r | -0.073 | -.144** | -.210** | -.238** | -.234** |
| | p | 0.177 | 0.008 | 0.001 | 0.001 | 0.001 |
| Beslenme | r | -.123* | -.157** | -.261** | -.250** | -.287** |
| | p | 0.023 | 0.004 | 0.001 | 0.001 | 0.001 |
| Hijyen | r | 0.001 | -.168** | -.242** | -.123* | -.175** |
| | p | 0.980 | 0.002 | 0.001 | 0.023 | 0.001 |
| Madde Kullanımı | r | -.123* | -.160** | -0.069 | -0.067 | -.173** |
| | p | 0.023 | 0.003 | 0.202 | 0.219 | 0.001 |
| Riskli Sağlık Davranışları Ölçeği Toplam Puanı | r | -.176** | -.248** | -.356** | -.258** | -.389** |
| | p | 0.001 | 0.001 | 0.001 | 0.001 | 0.001 |
| *p<0.05 **p<0.01 | | | | | | |

* Spearman's Korelasyon Testi

Tablo 27 incelendiğinde sağlık algısı ile riskli sağlık davranışları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmaktadır ($p<0.05$). Sağlık Algısı ile Riskli Sağlık Davranışları arasında negatif yönlü ve zayıf bir ilişki olduğu ($r:-0.389$), buna göre Sağlık Algısı Ölçek puanı arttıkça, Riskli Sağlık Davranışları Ölçek puanının azaldığı belirlenmiştir.

5. TARTIŞMA

5.1. Ergenlerin Sağlık Algısı Ölçeği ve Alt Boyut Puanlarının Bireysel Özelliklere Göre Tartışılması

Çalışmamızın sonuçlarına göre SAÖ toplam puan ortalaması 53.14 ± 8.27 'dir. SAÖ toplam puan ortalamasını Efteli ve Khorshd (2016) iki farklı bölümün sağlık algılarını karşılaştırdıkları çalışmalarında Hemşirelik bölümü öğrencilerinde 43.83 ± 5.45 ve Elektrik-Elektronik Mühendisliği bölümü öğrencilerinde 43.85 ± 6.52 , Alkan ve arkadaşları (2017) Hemşirelik bölümü öğrencilerinin sağlık algılarını tespit ettiği çalışmalarında 42.34 ± 6.33 , Çaka ve arkadaşları (2017) Hemşirelik bölümü öğrencilerinin sağlık algısı ile özgüvenleri arasındaki ilişkiyi inceledikleri çalışmalarında ise 49.61 ± 6.28 , Çilingir ve Aydın'ın (2017) Hemşirelik bölümü öğrencileriyle yaptıkları çalışmada 37.9 ± 6.6 , Özdelikara (2018) Hemşirelik bölümü öğrencilerinin sağlık algısı, sağlık anksiyetesi ve etkileyen faktörleri incelediği çalışmasında 50.57 ± 4.60 , Oral (2018) Tıp, Mühendislik, Eğitim ve Edebiyat Fakültelerindeki öğrencilerin sağlık algısı ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını incelediği çalışmasında 40.7 ± 6.2 olarak tespit etmişlerdir ve bu puanlar bizim puanımızdan düşüktür. Çalışma grubumuzdaki öğrencilerin, sağlığı daha olumlu algıladığı söylenebilir

Bu çalışmada öğrencilerin cinsiyetlerine göre SAÖ puan ortalamaları incelendiğinde; erkeklerin kontrol merkezi alt boyut puan ortalaması 16.78 ± 4.19 olup kızlara göre anlamlı derecede düşüktür ($p < 0.05$) (Tablo 4). Literatüre bakıldığında Alkan ve arkadaşlarının (2017) çalışmasında cinsiyete göre kontrol merkezi alt boyut puan ortalamaları arasında fark olmadığı tespit edilmiştir. Öğrencilerin cinsiyeti ile SAÖ puan ortalamaları arasında ilişki bulunmayan araştırmalar da vardır (Eser ve ark, 2012; Efteli ve Khorshd, 2016; Doğu ve Atasoy, 2017; Oral, 2018). Demir ve Artantaş (2018) tıp ve hemşirelik öğrencileriyle yaptıkları çalışmada, kız öğrencilerde sağlık sorumluluğunu daha yüksek bulmuştur. Ergenlerle sağlığı geliştirme ile ilgili yapılan başka bir çalışmada da kızların sağlık sorumluluğu alt boyut puanının, erkeklere göre yüksek olduğu belirlenmiştir (Ortabağ ve ark, 2011). Çalışmamızda kontrol merkezi alt boyut puanının kızlarda erkeklere oranla yüksek olması, kızların sağlığı kontrol konusunda daha fazla sorumluluk aldığını gösterir. Geleneksel kültürümüze bağlı olarak

kadınların kendi sağlığına ve çevresindeki insanlara karşı daha koruyucu bir tavır sergilemesi, onlarda sağlık sorumluluğu bilincini geliştirir (Demir ve Artantaş, 2018). Sağlık sorumluluğu bilinci, bireyde sağlığı kontrol etme çabasını arttırdığı söylenebilir.

Öğrencilerin yaş grupları açısından SA puan ortalamaları incelendiğinde, farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlenmiştir (Tablo 5). Alkan ve arkadaşlarının (2017) Hemşirelik bölümü öğrencileriyle yaptıkları çalışmada da yaş grupları ve puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamış olup bu durum çalışma sonucumuzu desteklemektedir. Mevcut alışma sonucuna göre yaşın sağlığı algılama durumunda önemli bir belirleyici olmadığı söylenebilir. Buna karşın Ayaz ve arkadaşlarının (2005) Hemşirelik bölümü öğrencileriyle yaptıkları çalışmada ise yaş ile sağlık sorumluluğu arasında pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmasına karşın, yaş ile stresle başetme arasında negatif yönde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur.

Öğrencilerin eğitim gördüğü okula göre SA puan ortalamalarına bakıldığında; kontrol merkezi alt boyut, sağlığın önemi alt boyut ve ölçek toplam puan ortalamaları bakımından eğitim görülen okullar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmaktadır ($p < 0.05$). Okullar arasında en yüksek kontrol merkezi alt boyut ve ölçek toplam puanının Sağlık Meslek Lisesi'nde olduğu bulunmuştur (Tablo 6). Mevcut alışma sonucuna göre Sağlık Meslek Lisesi'nde kazanılan bilgi ve becerinin, bireylerin kendileriyle ilgili sorumluluk almalarını desteklediği düşünülebilir. Okullar arasında en düşük sağlığın önemi alt boyut puanı çok Programlı Lise'de iken, en yüksek sağlığın önemi alt boyut puanı ise İmam Hatip Lisesi'nde olduğu tespit edilmiştir (Tablo 6). Literatürde ğrencilerin okudukları bölümlerin sağlık algılarını etkilediği sonucuna ulaşılan çalışmaların yanı sıra (Karaoğlu ve Pehlivan, 1997; Zaybak ve Fadiloğlu, 2004; Alpar ve ark, 2008; Açıksöz ve ark., 2013; Alkan ve ark, 2017; Doğu ve Atasoy, 2017) etkilemediği sonucuna ulaşılan çalışmalarda mevcuttur (Hui, 2002; nalın ve ark 2007; Eser ve ark. 2012; Efteli ve Khorshid, 2016; Oral, 2018).

Bu çalışmada öğrencilerin sınıf düzeylerine göre sağlığın önemi alt boyut puan ortalamalarına bakıldığında, sınıflar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p < 0.05$). 12. sınıfta okuyanların sağlığın önemi alt boyut puanı 9. ve 11.sınıflarda okuyanlara göre anlamlı derecede düşüktür. Literatürde sınıf seviyesi attıkça riskli davranışların arttığı bildirilmiştir (Enean ve ark, 2011; Sever, 2015; şimşek ve pl, 2018). Sağlığa verilen önemin azalması riskli sağlık davranışlarını

arttırdığı düşünülebilir. Ortabağ ve arkadaşlarının (2011) ergenlerin sağlığı geliştirme davranışlarını incelediği çalışmalarında da benzer şekilde sınıf düzeyi arttıkça sağlığı geliştirme davranışının azaldığı saptanmıştır. Fakat literatür incelendiğinde sınıf düzeyi ve sağlık algısı arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmayan çalışmalarda mevcuttur (Eser ve ark, 2012; Efteli ve Khorshid, 2016; Çaka ve ark, 2017; Oral, 2018). Çalışma sonuçlarına bakıldığında sınıf düzeyi ile sağlık algısı arasındaki ilişki açısından farklı sonuçlar bildirilmektedir.

Öğrencilerin aile tipine göre SAÖ puan ortalamalarına bakıldığında farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$) (Tablo 10). Bunun nedeni çalışmamıza katılan öğrencilerin büyük çoğunluğunun (%75,5) çekirdek aile tipine sahip olması olabilir. Çalışma sonucumuz, Zaybak ve Fadiloğlu'nun (2004) üniversite öğrencileriyle yaptığı çalışma sonucu ile uyumludur. Çalışmamızdan farklı olarak Şenol ve arkadaşları (2010) çalışmasında, geniş ailede yaşamının sağlık algısını olumsuz etkilediğini bildirmiştir.

Ailenin aylık ortalama gelir durumuna göre SAÖ toplam puan ortalamalarına bakıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmaktadır (Tablo 11) ($p<0.05$). Aylık geliri 1500 TL ve daha az olanların SAÖ toplam puanı, aylık geliri 1500-2500 TL arasında ve 2500-3500 TL arasında olanlara göre anlamlı derecede düşüktür. Bizim sonucumuza benzer olarak literatürde gelir düzeyi ile sağlık/iyilik hali arasında pozitif yönde ilişki olduğu saptanan çalışmalar vardır (Özbaşaran ve ark, 2004; Zaybak ve Fadiloğlu, 2004; Şenol ve ark, 2010; Efteli ve Khorshid, 2016; Alkan, 2017). Bu sonuçlardan farklı olarak Özyazıcıoğlu ve arkadaşlarının çalışmasında (2011) iyi gelir seviyesine sahip olmanın, olumlu sağlık davranışlarından sadece beslenme davranışı üzerinde etkisinin olduğu saptanmıştır. Oral'ın (2018) çalışmasında ise ekonomik durumlarını iyi olarak tanımlayan öğrencilerin, SAÖ toplam puanının anlamlı ölçüde düşük olduğu bulunmuştur. Eser ve arkadaşlarının (2012), Doğu ve Atasoy'un (2017) ve Çilingir ve Aydın'ın (2017) çalışmalarında, ailenin aylık ortalama gelirinin sağlık algısını etkilemediği bildirilmiştir. Mevcut çalışma sonucuna göre gelir düzeyinin artmasının sağlığa yönelik fırsatlara ulaşma imkanını da arttığı düşünülebilir.

Anne ve baba eğitim durumu ile SAÖ puan ortalamalarına bakıldığında farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$) (Tablo 12,13). Doğu ve Atasoy'un (2017), Eser ve arkadaşlarının (2012) çalışma sonucu ile bizim çalışma sonucumuz benzerlik göstermektedir. Sağlığı geliştirme davranışlarının incelendiği bazı

çalışmalarda anne-baba öğrenim düzeyi yükseldikçe sağlık davranışlarının da pozitif yönde etkilendiği bulunurken (Özbaşaran ve ark, 2004; Ayaz, 2005; Tuğut ve Bekar, 2008) istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamayan çalışmalarda mevcuttur (Karadeniz ve ark, 2008; Cihangiroğlu ve Deveci, 2011). Mevcut çalışma sonucu öğrencilerin anne ve baba eğitim seviyelerinin birbirine yakın olmasıyla ilişkili olabilir.

Aile tutumlarına göre SAÖ puan ortalamaları karşılaştırıldığında, sağlığın önemi ve öz farkındalık alt boyut puan ortalamaları bakımından aile tutumları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır. Bu iki ölçek alt boyutunda ilgisiz aile tutumunun istatistiksel olarak anlamlı derecede düşük olduğu görölmektedir ($p<0.05$) (Tablo 14). Sağlığın önemi ölçek alt boyutu bireyin sağlığına ne ölçüde değer verdiğini belirlerken, öz farkındalık ölçek alt boyutu ise sağlıklı olmanın bireyin davranışlarına bağlılığıyla ilgili değerlendirmesini tespit eder. İlgisiz ailede yetişen bireylerin sağlığına gereken özeni göstermemesi ve kendini önemsememesi, ilgisiz ve duyarsız aile tavrı sonucu olduğu düşünölmektedir.

5.2. Ergenlerin Riskli Sağlık Davranışları Ölçeği ve Alt Boyut Puanlarının Bireysel Özelliklere Göre Tartışılması

Bu çalışmada öğrencilerin RSDÖ toplam puan ortalaması 43.45 ± 7.22 'dir (Tablo 15). RSDÖ toplam puan ortalamasını Kalkım (2009) göç ile riskli sağlık davranışları arasındaki ilişkiyi incelediği çalışmasında 44.24 ± 7.25 , Tümer ve şahin'in (2011) ergenlerin riskli sağlık davranışlarını saptadıkları çalışmalarında 43.80 ± 7.52 , Çimen'in (2003) çalışmasında 43.0 ± 8.0 , İlhan (2009) ise çalışmasında 43.0 ± 7.0 olarak bulmuştur ve bu sonuçlar bizim çalışmamıza benzemektedir. Semerci (2016) riskli sağlık davranışları ve sosyal destek algısı arasındaki ilişkiyi incelediği çalışmasında 64.51 ± 10.81 , Muslu ve Aygün (2017) riskli sağlık davranışlarını hangi faktörlerin etkilediğini belirledikleri çalışmalarında 58.92 ± 6.63 olarak tespit etmiştir ve bu puanlar bizim puanımızdan yüksektir.

Bu çalışmada erkek öğrencilerin psikososyal, hijyen ve madde kullanımı alt boyut puan ortalamalarının kız öğrencilerden anlamlı düzeyde yüksek olduğu bulunmuştur (Tablo 16). Literatürde riskli davranışların incelendiği diğer çalışmalarda, erkeklerin kızlara göre daha fazla riskli davranışta bulunduğu sonucuna ulaşılmıştır ve bizim sonucumuz literatürle örtüşmektedir (Çimen, 2003; Özyurt ve Dinç, 2006; Aras ve ark., 2007; Geçkil ve Dündar, 2007; Kalkım, 2009; İlhan, 2009; Eneçcan ve ark.,

2011; Tümer ve Şahin, 2011; Karaman, 2013; Dost ve Keklik, 2014; Gülgez ve Kısaç, 2014; Uysal ve Bingöl, 2014; Semerci, 2016; Körük, 2016; Çavuş ve ark., 2017; Muslu ve Aygün, 2017; Hacıoğlu, 2018). Ebeveynler erkek çocuklarına karşı daha özgür bir tutum sergilerler, kız çocuklarına ise daha denetimci davranırlar (Gülgez ve Kısaç, 2014). Bu geleneksel yaklaşımın çalışma sonucumuzu etkilediği düşünülebilir. Çalışmamızda ayrıca kız öğrencilerin fiziksel aktivite ve beslenme alt boyut puan ortalamaları erkek öğrencilere göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu bulunmuştur (Tablo 16). Yapılan çalışmalara bakıldığında beslenme davranışları açısından kızların erkeklere göre daha fazla riskli davranışları olduğu sonucuna ulaşılan çalışmaların yanı sıra (Çimen, 2003; Geçkil ve Dündar, 2007; Kalkım, 2009; Büyük ve Duman, 2014) erkeklerin kızlara oranla daha fazla riskli davranışları olduğunu saptayan çalışmalarda mevcuttur (Demirezen ve Coşansu, 2005; Şanlıer, 2009; Akman ve ark, 2012). Fiziksel aktivite açısından bakıldığında ise çalışmamıza uyumlu olarak kızların daha az aktif olduğu görülmektedir (Geçkil ve Dündar, 2007; Özmen ve ark, 2007; Kalkım, 2009; Aksoydan ve Çakır, 2011; Akman ve ark, 2012; Çiçek ve Çetinkaya, 2017; Demir ve Artantaş, 2018). Bu sonuç erkeklerin kızlara oranla sokak oyunlarına ve akran gruplarıyla sportif faaliyetlere daha fazla katılması ile açıklanabilir. Çalışma sonuçlarından farklı olarak Muslu ve Aygün'ün (2017) ergenlerle yapmış olduğu çalışmada, fiziksel aktivite alt boyut puanları erkeklerde daha yüksek bulunmuştur.

Öğrencilerin yaş grupları açısından RSDÖ puan ortalamaları incelendiğinde madde kullanımı alt boyut puan ortalamalarının 14 ve 15 yaş grubunda diğer yaş gruplarına göre düşük olduğu görülmektedir ($p<0.05$) (Tablo 17). Literatürde madde kullanımının yaşla birlikte arttığı saptanmıştır (Çimen, 2003; Keskinöglü, 2006; Özyurt ve Dinç, 2006; Kalkım; 2009; Arslan, 2012; Gülgez ve Kısaç, 2014; Muslu ve Aygün, 2017). Bizim çalışmamızda da madde kullanımının 14 ve 15 yaş gruplarında, diğer yaş gruplarından düşük olması sonucu literatürle örtüşmektedir. Ergen yaşının artmasıyla birlikte ebeveynlerin çocuk üzerindeki denetiminin azalmasının riskli davranışları arttırdığı düşünülebilir (Tümer ve Şahin, 2011). Bu sonuçlardan farklı olarak Yalaki ve arkadaşları (2015) sigara içen ergenlerin yaklaşık yarısının 15 yaşın altında sigaraya başladığını tespit etmiştir.

Öğrencilerin eğitim gördüğü okula göre RSDÖ puan ortalamalarına bakıldığında; psikososyal alt boyut, fiziksel aktivite alt boyut ve ölçek toplam puan ortalamaları bakımından eğitim görülen okullar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark

bulunmaktadır ($p<0.05$). Liseler içinde Teknik ve Endüstri Meslek Lisesi psikososyal alt boyutundan en yüksek puanı almıştır (Tablo 18). Aras ve arkadaşlarının (2007) yaptığı çalışmada meslek lisesinde öğrenim gören öğrencilerde kural dışı davranış eğiliminin daha yüksek olduğu bildirilmiştir. Yalaki ve arkadaşlarının (2015) yaptıkları çalışmada ise meslek lisesinde okuyanlarda sigara kullanımının daha sık olduğu görülmüştür. Fiziksel aktivite alt boyut ve ölçek toplam puan ortalamaları bakımından eğitim görülen okullar arasında en yüksek puanı Çok Programlı Lise almıştır. Çok Programlı Lise’de anadolu ve meslek lisesi programları bir arada yürütülmektedir. Mevcut çalışma sonucumuzu öğrencilerin kişisel özellikleri, yaşanan çevre, hayata bakış açısı gibi faktörlerin etkilediği düşünebilir.

Çalışmamızda öğrencilerin sınıf düzeylerine göre RSDÖ puan ortalamaları incelendiğinde; beslenme alt boyut puan ortalamaları bakımından sınıflar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmaktadır ($p<0.05$) (Tablo 19). 9.sınıfta okuyanların beslenme alt boyut puan ortalaması, 11.sınıflarda okuyanlara göre anlamlı derecede düşüktür. Yaş arttıkça beslenmeye yönelik riskli davranışların arttığı görülmektedir. Literatüre baktığımızda daha çok yaş parametresi ile riskli davranışlar arasındaki ilişki değerlendirilmiştir. Demir ve Artantaş’ın (2018) çalışmasında yaş ve sağlıklı beslenme arasında pozitif yönlü bir ilişki tespit etmiştir. Çimen’in (2003) çalışmasında ise beslenme alt boyut puan ortalamaları bakımından yaş grupları arasında fark bulunmamıştır. İlhan (2009) ve Telef’in (2014) yaptıkları çalışmalarda da ergenlerin beslenme alışkanlıkları yaş grupları arasında anlamlı fark saptanmamıştır. Ergenlerde yaşın ilerlemesi ile birlikte dışarıda arkadaşlarıyla birlikte geçirdiği zamanın artmasına bağlı olarak ergenlerin yemek yeme alışkanlıklarında değişim olduğu bildirilmektedir (Çiçek ve Çetinkaya, 2017).

Öğrencilerin liseyi tercih şekline göre RSDÖ puan ortalamalarına bakıldığında; psikososyal alt boyut, fiziksel aktivite alt boyut, beslenme alt boyut, madde kullanımı alt boyut ve ölçek toplam puan ortalamaları bakımından istatistiksel olarak farkın anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$) (Tablo 20). Liseyi istemeyerek tercih edenlerin psikososyal alt boyut, fiziksel aktivite alt boyut, beslenme alt boyut, madde kullanımı alt boyut ve ölçek toplam puan ortalamaları liseyi isteyerek tercih edenlere göre anlamlı derecede yüksektir. Akademik başarıyı önemseme, geleceğe dair olumlu beklentiler içinde olma ve okula yönelik olumlu tutum içinde olmanın riskli davranışları azaltabileceği bildirilmektedir (Siyez ve Aysan, 2007).

Öğrencilerin kardeş sayılarına göre RSDÖ puan ortalamaları incelendiğinde farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$) (Tablo 21). Literatürde kardeş sayısının artmasının, sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını negatif yönde etkilediğini bulan çalışmalar mevcuttur (Karadamar, 2010; Dil, 2015; Muslu ve Aygün, 2017). Çalışmamıza katılan öğrencilerin yarıdan fazlasının kardeş sayısının aynı olmasının (öğrencilerin %56'sı 4-6 kardeşe sahip) mevcut çalışma sonucumuzu etkilediği düşünülmektedir.

Öğrencilerin aile tiplerine göre RSDÖ puan ortalamalarına bakıldığında farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$) (Tablo 22). Kalkım (2009) ve Semerci'nin (2016) lise öğrencileriyle yaptıkları çalışmalarda da aile tipi ile RSDÖ puan ortalamaları arasında anlamlı bir farkın olmadığı tespit edilmiştir. Bu sonuçlardan farklı olarak İlhan (2009) çalışmasında çekirdek aile tipine sahip olan ergenlerde, riskli sağlık davranışları puan ortalamasının daha düşük olduğunu saptamıştır.

Çalışmamızda ailenin aylık ortalama toplam gelir durumuna göre RSDÖ puan ortalamaları karşılaştırıldığında aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı tespit edilmiştir ($p>0.05$) (Tablo 23). Kalkım (2009) ve İlhan'ın (2009) ergenlerle yaptığı çalışmalarda da ekonomik durum ile RSDÖ puan ortalaması arasında anlamlı bir farkın olmadığı tespit edilmiştir. Keskinöğlü ve arkadaşlarının (2006) yaptığı çalışmada öğrencinin sigara içme durumu ile ailenin sosyoekonomik düzeyi arasında herhangi bir ilişki saptanmamıştır. Muslu ve Aygün'ün (2017) çalışmasında ailesinin gelir düzeyi yüksek olan ergenlerde riskli davranışların arttığı bulunmuştur. Çavuş ve arkadaşlarının (2017) çalışmasında da aile gelir durumunun artmasının çocuklardaki riskli davranışları arttırdığı sonucunu bulmuştur. Karaman'ın (2013) ergenlerle yaptığı çalışmasında orta sosyoekonomik düzeyde olan ergenlerde risk kaynaklarının daha yüksek olduğu bulunmuştur. Çiçek ve Çetinkaya'nın (2017) çalışmasında sosyoekonomik durumu düşük olan ergenlerde, fiziksel aktivite ve beslenme davranışlarının daha sağlıklı olduğu belirtilmiştir. Hacıoğlu'nun (2018) hemşirelik öğrencileriyle yaptığı çalışmada düşük gelirli olan öğrencilerde madde kullanımının daha yüksek olduğu bulunmuştur. Çalışma sonuçlarına bakıldığında gelir düzeyi ile riskli sağlık davranışları arasındaki ilişki açısından farklı sonuçlar bildirilmektedir. Mevcut çalışmanın sonuçlarının çelişkili olduğu, riskli sağlık davranışları ve sosyoekonomik yapının irdelenmesi için daha fazla çalışma yapılması gerekmektedir.

Annenin eğitim durumuna göre RSDÖ puan ortalamaları karşılaştırıldığında aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı tespit edilmiştir ($p>0.05$) (Tablo 24). Semerci (2016)'nin lise öğrencileriyle yaptığı çalışmasında da anne eğitim durumu ile RSDÖ puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark olmadığı bulunmuştur. Uludağlı ve Sayıl'ın (2009) ve Muslu ve Aygün'ün (2017) çalışmalarında annenin eğitim düzeyi ile öğrencilerdeki risk alma davranışları arasında pozitif bir ilişki saptanmıştır. Aras ve arkadaşlarının çalışmasında (2007) annesi lise veya yüksekokul mezunu olan kız öğrencilerde, annesi ilkokul mezunu olanlara göre kural dışı davranış anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Önder'in çalışmasında (2012) ergenlerde egzersiz yapma durumu, anne eğitim düzeyi lise ve üstü olanlarda %26.8, ortaokul ve altı olanlarda %19.4 oranlarında bulunmuştur. Akman ve arkadaşlarının (2012) ergenlerle yaptıkları çalışmada annenin eğitim düzeyindeki artışın ergenin meyve tüketimini olumsuz etkilediği, çay tüketimini düşürdüğü ve günde 3 öğün beslenme oranını yükselttiği sonucuna ulaşılmıştır. Dil ve arkadaşları (2015)'nin çalışmasında ise anne eğitim düzeyi ile ergenlerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasında pozitif bir ilişki saptanmıştır.

Babanın eğitim durumuna göre RSDÖ puan ortalamaları incelendiğinde; hijyen alt boyut puan ortalamaları bakımından babanın eğitim durumu arasında istatistiksel olarak farkın anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$). Hijyen alt boyutu puan ortalamaları incelendiğinde en yüksek puanı okur-yazar olmayanlar alırken, en düşük puanı ise yüksekokul-üniversite mezunu olanlar almıştır (Tablo 25). Kalkım'ın (2009) çalışma sonucu ile bizim çalışma sonucumuz uyumluluk göstermektedir. Semerci'nin (2016) çalışmasında ise baba eğitim durumu ile hijyen alt boyut puan ortalaması arasında anlamlı bir fark olmadığı belirlenmiştir. Ebeveynlerin eğitim düzeyi arttıkça sağlığa yönelik riskli davranışlar hakkında farkındalığının artması ve risklere yönelik koruyucu tedbirlerin alınması beklenmektedir (Muslu ve Aygün, 2017).

Aile tutumuna göre RSDÖ puan ortalamaları incelendiğinde; psikososyal alt boyut, beslenme alt boyut ve ölçek toplam puan ortalamaları bakımından aile tutumları arasında istatistiksel olarak farkın anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$). Psikososyal alt boyut, beslenme alt boyut ve ölçek toplam puan ortalamaları incelendiğinde, aile tutumları içinde en yüksek puanı ilgisiz tutum almıştır (Tablo 26). Ateş ve Akbaş'ın (2012) yaptığı çalışmada ailelerinden yeterli ilgi görmeyen ergenlerde kural dışı davranış gösterme oranı daha yüksek bulunmuştur. Uysal ve Bingöl'ün (2014) ergenlerle yaptığı çalışmada ilgisiz aile tutumunun ergenlerde risk alma davranışını

arttırdığı tespit edilmiştir. Dil ve arkadaşlarının (2015) çalışmasında aileleriyle birlikte kaliteli zaman geçiren ergenlerde sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Körük (2016) ergenlerle yaptığı çalışmada algılanan sosyal destek düzeyi ile riskli davranışlar arasında negatif bir ilişki saptamıştır. Kurt ve Ergene'nin (2017) çalışmasında, algıladığı aile desteği yüksek olan ergenlerin riskli davranışları daha az sergilediği sonucuna ulaşılmıştır. Bu sonuçlar çalışma sonucumuzu desteklemektedir. İlgisiz ailelerin çocuklarında, riskli sağlık davranışlarının arttığı düşünülebilir.

Sağlık algısı ile riskli sağlık davranışları arasında negatif yönlü ve zayıf bir ilişki olduğu belirlenmiştir ($r:-0.389$) (Tablo 27) . Buna göre sağlığı algılama düzeyi ne kadar iyi olursa riskli sağlık davranışları da o oranda azalmaktadır (Çimen, 2003; Tümer ve Şahin, 2011). Çalışmamıza benzer şekilde, algılanan sağlık düzeyine göre RSDÖ puan ortalamalarına bakıldığında Çimen (2003) sağlık düzeyini 'iyi' algılayanlarda 41.9 ± 7.5 , 'orta' algılayanlarda 46.3 ± 8.1 , 'kötü' algılayanlarda 51.7 ± 11.3 olarak bulurken, Tümer ve Şahin (2011) ise sağlığını çok iyi (43.46 ± 7.39), iyi (43.16 ± 7.14), orta (44.89 ± 8.0), kötü (47.64 ± 6.96) ve çok kötü (56.00 ± 12.98) algılayanların puan ortalamalarında sırasıyla bir artış olduğunu saptamıştır. Semerci'nin (2016) çalışmasında sağlığını 'iyi' olarak algılayan öğrencilerin RSDÖ toplam, beslenme ve madde kullanımı alt boyut puanlarının 'kötü' ve 'orta' algılayanlara göre önemli düzeyde düşük olduğu saptanmıştır. Yurtsever'in (2011) çalışmasında sigara içme (gün içinde bir paketten fazla) oranları kendini 'sağlıklı' olarak ifade edenlerde %20.7, 'sağlıklı değilim' olarak ifade edenlerde %23.1 ve 'kısmen sağlıklıyım' olarak ifade edenlerde %7.7 oranlarında bulunmuştur. Önder'in (2012) çalışmasında uyuşturucu/uyarıcı madde kullanma durumu, sağlık algısı 'çok iyi/iyi' olanlarda %0.9, 'orta' olanlarda %0.8, 'kötü/çok kötü' olanlarda %5.3 oranlarında saptanmıştır. Şahin'in (2011) çalışmasında ise riskli sağlık davranışları puanları açısından sağlık durumu tanımlamaları arasında farklılık olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$). Literatürde lise öğrencilerinde sağlık algısı ve riskli sağlık davranışları arasındaki ilişkiyi inceleyen sınırlı sayıda çalışma bulunmaktadır. Konunun irdelenmesi için daha fazla çalışma yapılması gerekmektedir.

6. SONUÇLAR

Lise öğrencilerinin sağlık algısı ile riskli sağlık davranışları arasındaki ilişkinin incelenmesi amacıyla yapılan bu araştırmada aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir

- Öğrencilerin %50.4'ünün erkek ve yaş ortalamasının 15.85 ± 1.24 olduğu, %31.0'nin 9.sınıfta olduğu, %85.6'sının liseyi isteyerek tercih ettiği, %76.1'inin ailesinin yanında kaldığı, %51.0'nin okul başarısını orta olarak tanımladığı, %94.7'sinin bir işte çalışmadığı, %96.8'inin sürekli ilaç kullanmayı gerektirecek herhangi bir sağlık sorununun olmadığı, %44.8'inin okulda sigara kullanan arkadaşının olduğu saptanmıştır (Tablo 1).
- Öğrencilerin %75.5'inin çekirdek ailede yaşadığı, %45.7'sinin ailesinin ekonomik durumunu orta olarak tanımladığı belirlenmiştir. Öğrencilerin annelerinin %40.1'inin eğitim düzeyi ilköğretim mezunu olup, %49.3'ünün 35-39 yaş aralığında ve %96.5'inin ev hanımı olduğu saptanmıştır (Tablo 2).
- SAÖ toplam puan ortalaması 53.14 ± 8.27 olduğu tespit edilmiştir (Tablo 3).
- Erkeklerin kontrol merkezi alt boyut puan ortalaması kızlara göre anlamlı derecede düşüktür ($p < 0.05$) (Tablo 4).
- Öğrencilerin yaş grupları açısından SAÖ puan ortalamaları incelendiğinde farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlenmiştir ($p > 0.05$) (Tablo 5).
- SAÖ kontrol merkezi alt boyut, sağlığın önemi alt boyut ve ölçek toplam puan ortalamaları bakımından eğitim görülen okullar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmaktadır ($p < 0.05$) (Tablo 6).
- SAÖ sağlığın önemi alt boyut puan ortalamalarının 12.sınıfta okuyanlarda 9. ve 11.sınıflarda okuyanlara göre anlamlı derecede düşük olduğu saptanmıştır ($p < 0.05$) (Tablo 7).
- Öğrencilerin liseyi tercih şekillerine göre SAÖ puan ortalamaları incelendiğinde farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlenmiştir ($p > 0.05$) (Tablo 8).
- Öğrencilerin kardeş sayılarına göre SAÖ puan ortalamaları açısından farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır ($p > 0.05$) (Tablo 9).
- Öğrencilerin aile tipine göre SAÖ puan ortalamaları incelendiğinde farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlenmiştir ($p > 0.05$) (Tablo 10).

- SAÖ toplam puan ortalamalarının, aylık geliri 1500 TL ve daha az olanlarda, aylık geliri 1500-2500 TL ve 2500-3500 TL arasında olanlara göre anlamlı derecede düşük olduğu saptanmıştır ($p<0.05$) (Tablo 11).
- Annenin eğitim durumuna göre SAÖ puan ortalamaları açısından farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$) (Tablo 12).
- Babanın eğitim durumuna göre SAÖ puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı tespit edilmiştir ($p>0.05$) (Tablo 13).
- Aile tutumlarına göre SAÖ puan ortalamaları karşılaştırıldığında; sağlığın önemi ve öz farkındalık alt boyut puan ortalamaları, aile tutumu ilgisiz olanlarda anlamlı derecede düşük olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$) (Tablo 14).
- RSDÖ puan ortalamasının 43.45 ± 7.22 olduğu belirlenmiştir (Tablo 15).
- Erkek öğrencilerin psikososyal alt boyut, hijyen alt boyut ve madde kullanımı alt boyut puan ortalamalarının kızlara göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0.05$) (Tablo 16).
- Öğrencilerin madde kullanımı alt boyut puan ortalamasının 14 ve 15 yaş gruplarında diğer yaş gruplarına göre anlamlı derecede düşük olduğu saptanmıştır ($p<0.05$) (Tablo 17).
- Öğrencilerin eğitim gördüğü okula göre RSDÖ puan ortalamalarına bakıldığında; psikososyal alt boyut, fiziksel aktivite alt boyut ve ölçek toplam puan ortalamaları bakımından eğitim görülen okullar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmaktadır ($p<0.05$) (Tablo 18).
- Öğrencilerin sınıf düzeylerine göre RSDÖ puan ortalamalarına bakıldığında; beslenme alt boyut puan ortalamaları bakımından sınıflar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmaktadır. 9.sınıfta okuyanların beslenme alt boyut puan ortalamalarının üst sınıflara göre anlamlı derecede düşük olduğu görülmüştür ($p<0.05$) (Tablo 19).
- Öğrencilerin liseyi tercih şekline göre RSDÖ puan ortalamalarına bakıldığında; liseyi istemeyerek tercih edenlerin psikososyal alt boyut, fiziksel aktivite alt boyut, beslenme alt boyut, madde kullanımı alt boyut ve ölçek toplam puan ortalamalarının liseyi isteyerek tercih edenlere göre anlamlı derecede yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0.05$) (Tablo 20).
- Öğrencilerin kardeş sayılarına göre RSDÖ puan ortalamaları açısından farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$) (Tablo 21).

- Öğrencilerin aile tiplerine göre RSDÖ puan ortalamaları açısından farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$) (Tablo 22).
- Ailenin aylık ortalama toplam gelir durumuna göre RSDÖ puan ortalamaları açısından farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$) (Tablo 23).
- Annenin eğitim durumuna göre RSDÖ puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı tespit edilmiştir ($p>0.05$) (Tablo 24).
- Babanın eğitim durumuna göre RSDÖ puan ortalamalarına bakıldığında; hijyen alt boyut puan ortalamaları ile babanın eğitim durumu açısından farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$) (Tablo 25).
- Aile tutumuna göre RSDÖ puan ortalamalarına bakıldığında; psikososyal alt boyut, beslenme alt boyut ve ölçek toplam puan ortalamaları ile aile tutumları arasında istatistiksel olarak farkın anlamlı olduğu belirlenmiştir. Psikososyal alt boyut, beslenme alt boyut ve ölçek toplam puan ortalamalarının ilgisiz aileye sahip öğrencilerde yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0.05$) (Tablo 26).
- Sağlık Algısı ile Riskli Sağlık Davranışları arasında negatif yönlü ve zayıf bir ilişki olduğu ($r:-0.389$), buna göre Sağlık Algısı Ölçek puanı arttıkça, Riskli Sağlık Davranışları Ölçek puanının azaldığı belirlenmiştir (Tablo 27).

7. ÖNERİLER

Araştırmadan elde edilen bulgular ışığında aşağıdaki önerilerde bulunulmuştur;

- Bu araştırma sonuçlarının Milli Eğitim Müdürlüğü ile paylaşarak öğrencilerin sağlık algısını ve riskli sağlık davranışlarını etkileyen cinsiyet, yaş, okul türü, sınıf düzeyi, liseyi tercih şekli, ebeveyn eğitim durumu ve aile tutumu üzerine öğretmenlere ve ailelere seminerler verilmesi,
- Ergenlerle çalışan bireylerin ergenlik dönem özellikleri hakkında bilgilendirilmesi,
- Ergenlere doğru sağlık bilgileri kazandırmak ve olumlu davranışlar geliştirmek için okullarda sağlık eğitim faaliyetleri düzenlenmesi,
- Ergenleri riskli sağlık davranışlarından korumak için, ergenlere riskli sağlık davranışları ile ilgili eğitimler düzenlenmesi, rehberlik ve danışmanlık hizmetleri planlanması,
- Ergenlere belirli aralıklarla riskli sağlık davranışlarını saptamaya yönelik taramalar yapılması, risk altında olduğu belirlenen gruplara yönelik gerekli müdahale programlarının oluşturulması,

8. KAYNAKLAR

- Abalı, O. (2018). Ergenlik Dönemi, Adeda Yayıncılık, İstanbul, 15.
- Açıksöz, S., Uzun, Ş., Arslan, F. (2013). Hemşirelik öğrencilerinin sağlık algısı ile sağlığı geliştirme davranışları arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Gülhane Tıp Dergisi*, 55(3): 182-186.
- Akın, A. (2009). Adölesan ve Gençlerde Cinsel Yolla Bulaşan Enfeksiyonlar, Halk Sağlığı ile İlgili Güncel Sorunlar ve Yaklaşımlar. Aslan, D. (Ed.), Grafker Matbaası, Ankara, 108.
- Akın, B., Ege, E., Arıkan, Ç., Bursa, D., Demirören, N. (2010). Anneler ve adölesan çocukları arasında cinsellik konusunda iletişim: Annelerin bakış açısı. *Turkish Journal Of Research Development in Nursing*, 12(2), 39-50.
- Akın, E., Berkem, M. (2012). İntihar girişiminde bulunan ergenlerde psikiyatrik tanılarının, demografik ve klinik özelliklerin değerlendirilmesi. *Fırat Tıp Dergisi*, 17(4): 228-232.
- Akkuş, D., Karaca, A., Şener, D. K., Ankaralı, H. (2017). Lise öğrencileri arasında sigara ve alkol kullanma sıklığı ve etkileyen faktörler. *Anadolu Kliniği*, (22)1: 36-45.
- Akman, M., Tüzün, S., Ünalın, P. C. (2012). Adölesanlarda sağlıklı beslenme ve fiziksel aktivite durumu. *Nobel Medicus Journal*, 8(1): 24-29.
- Aksoydan, E., Çakır, N. (2011). Adölesanların beslenme alışkanlıkları, fiziksel aktivite düzeyleri ve vücut kitle indekslerinin değerlendirilmesi. *Gülhane Tıp Dergisi*, 53(4): 268-269.
- Aktepe, E., Kandil, S., Topbaş, M. (2005). Çocuk ve ergenlerde intihar davranışı. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni*, 4(2): 88-97.
- AlBuhairan, F., Areemit, R., Harrison, A., Kaufman, M. (2012). Adolescent psychosocial development and evaluation: global perspectives, *Complementary Pediatrics*, Özdemir, Ö. (Ed.), Intech. (<https://www.intechopen.com/books/complementary-pediatrics/adolescent-psychosocial-development-and-evaluation-global-perspectives> Erişim Tarihi: 5.8.2018)
- Alikaşifoğlu, M., Ercan, O. (2009). Ergenlerde riskli davranışlar. *Türk Pediatri Arşivi*, 44: 1-6.
- Alkan, S.A., Özdelikara, A., Boğa, N.M. (2017). Hemşirelik öğrencilerinin sağlık algılarının belirlenmesi. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 6(2): 11-21.
- Alpar, S.E., Şenturan, L., Karabacak, Ü., Sabuncu, N. (2008). Change in the health promoting lifestyle behaviour of Turkish university nursing students from beginning to end of nurse training. *Nurse Education Practice*, 8(6): 382-388.
- Alper, Y., Pündük, Z., Akçakoyun, F., Göktaş, Z. (2017). Balıkesir Fen Lisesi öğrencilerinde beslenme ve fiziksel aktivite alışkanlıklarının incelenmesi. *Sportif Bakış: Spor ve Eğitim Bilimleri Dergisi*, 4(2): 101-110.
- Arabacı, I. B. (2010). Ortaöğretim okullarında sağlık hizmetlerinin yönetici, öğretmen ve öğrenci görüşlerine göre incelenmesi. *Eğitim ve Bilim*, 35(158): 101-114.
- Aras, Ş., Günay, T., Özan, S., Orçın, E. (2007). İzmir ilinde lise öğrencilerinin riskli davranışları. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 8: 186-196.

- Arat, A., Şimşek, I., Koç Erdamar, G. (2014). Yatılı ilköğretim bölge okulu II. kademe öğrencilerinin kişisel hijyen uygulamaları. *Gazi Üniversitesi Endüstriyel Sanatlar Eğitim Fakültesi Dergisi*, 33: 58-72.
- Arıkan D., Çelebioğlu A., Tüfekçi F. G. (2013). Çocukluk Dönemlerinde Büyüme ve Gelişme, Pediatri Hemşireliği, Conk, Z., Başbakkal, Z., Yılmaz, H. B., Bolışık, B. (Ed.), Akademisyen Tıp Kitapevi, Ankara, 90-93.
- Arslan, H. N., Terzi, Ö., Dabak, Ş., Pekşen, Y. (2012). Substance, cigarette and alcohol use among high school students in the provincial center of Samsun, Turkey. *Erciyes Medical Journal*, 34(2): 79-84.
- Asante L. M., Chun S., Yun M., Newell M. (2014). Social supply of alcohol to korean high school students: a cross-sectional international alcohol control study, *BMJ Open*; 4: 1-6. (<https://bmjopen.bmj.com/content/bmjopen/4/1/e003462.full.pdf> Erişim Tarihi: 23.05.2018)
- Aşut, Ö., Çalı, Ş., Özcan, A., Dünder, F., Palaz, Ç., Duran, A., Vaizoğlu, S. (2019). Lefkoşa'da bir üniversitenin türkçe tıp öğrencilerinde tütün kullanımı durumu. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, 28(1): 1-16.
- Ateş, F. B., Akbaş, T. (2012). Ergenlerde görülen kural dışı davranışların aile işlevselliği ve yaşam kalitesi açısından incelenmesi. *Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 21(2): 337-352.
- Atlam, D. H., Aldemir, E., Altıntoprak, A. E. (2017). Prevalence of risky behaviors and relationship of risky behaviors with substance use among university students. *Düşünen Adam The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences*, 30: 287-298.
- Avcı, Ö. H., Yıldırım, İ. (2014). Ergenlerde şiddet eğilimi, yalnızlık ve sosyal destek. *Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 29(1): 157-168.
- Avrupa Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığını İzleme Merkezi (EMCDDA). (2018), Avrupa Uyuşturucu Raporu 2018: Eğilimler ve Gelişmeler, Avrupa Toplulukları Resmi Yayınlar Bürosu, Lüksemburg.
- Ayaz, S., Tezcan, S., Akıncı, F. (2005). Hemşirelik yüksekokulu öğrencilerinin sağlığı geliştirme davranışları. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 9(2): 26-34.
- Ayaz, S. (2014). İlköğretim öğretmenlerinin okul sağlığı hemşireliğine ilişkin görüşleri. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 1(2): 42-52.
- Aygen, M., Açık, Y. (2014). Elazığ ilinde gençlerde şiddete başvurma ya da maruz kalma sıklığı, etkileyen faktörler ve öfke ile ilişkisi. *Kocaeli Tıp Dergisi*, 3: 8-17.
- Baams, L., Dubas, J. S., Overbeek, G., Van Aken, M. A. (2015). Transitions in body and behavior: a meta-analytic study on the relationship between pubertal development and adolescent sexual behavior. *Journal of Adolescent Health*, 56(6): 586-598.
- Bahar, Z. (2010). Okul sağlığı hemşireliği, Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi, 3 (4): 195-200. (http://acikerisim.deu.edu.tr:8080/xmlui/bitstream/handle/20.500.12397/4571/195-200_pdf.pdf?sequence=1 Erişim Tarihi: 20.04.2019).
- Bailey, V., Baker, A. M., Cave, L., Fildes, J., Perrens, B., Plummer, J., Wearing, A (2016). Mission Australia's 2016 Youth Survey Report, Mission Australia, 77.
- Baykan, Z., Naçar, M. (2014). Tıp fakültesi öğrencilerinin sigara kullanımı ve tütün kanununa ilişkin görüşleri. *Dicle Medical Journal*, 41(3): 483-490.

- Bingöl, F., Karakoç, A., Karaca, S., Ocakçı, A. F. (2011). 17-19 yaş üniversite öğrencisi ergenlerde depresyon düzeyi, sosyal işlevsellik ve sorun çözme becerisi arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Ankara Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 10(2): 35-45.
- Bottorff, J.L., Johnson, J.L., Ratner, P.A., Hayduk, L.A. (1996). The effects of cognitive-perceptual factors on health promotion behavior maintenance. *Nursing Research*, 45(1): 30-36.
- Bräker, A.B., Soellner, R. (2016). Alcohol drinking cultures of European adolescents. *The European Journal of Public Health*, 26(4): 581-586.
- Bulduk, S., Pek, H. (2005). İstanbul'da özel ilköğretim okullarında çalışan hemşirelerin rol ve işlevlerinin incelenmesi. *C.Ü. Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 9(2): 40-48.
- Bulut, F., Gölbaşı, Z. (2009). Adölesan kızların cinsellikle ilgili konularda anneleri ile olan iletişimlerinin değerlendirilmesi. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 8(1): 27-36.
- Büyük, E.T., Duman, G. (2014). Farklı okullarda okuyan lise öğrencilerinin yeme tutum ve davranışlarının değerlendirilmesi. *The Journal of Pediatric Research*, 1(4): 212-217.
- Büyükgebiz, A. (2019). A'dan Z'ye Ergenlik: Ergenlik Dönemi ve Sorunları, Destek Yayınları, İstanbul, 15-182.
- Can, S. (2019). Sedanter davranış, adım sayısı ve sağlık. *Spor Hekimliği Dergisi*, 54(1): 71-82.
- Canbulat, N., Yıldız, S. (2011). İstanbul'un Şişli ilçesi'nde gençlerin riskli sağlık davranışları. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 8(1): 46-52.
- Centers For Disease Control and Prevention (CDC). (2017a). Youth risk behavior survey data summary trends report 2007–2017.
- Centers For Disease Control and Prevention (CDC). (2017b). Michigan, High School Youth Risk Behavior Survey, (<https://nccd.cdc.gov/YouthOnline/App/Results.aspx?LID=MI> Erişim Tarihi: 01.02.2019)
- Centers For Disease Control and Prevention (CDC). (2018a). Youth Risk Behavior Surveillance System. (<https://www.cdc.gov/healthyyouth/data/yrbs/overview.htm>) Erişim Tarihi: 05.02.2019)
- Centers For Disease Control and Prevention (CDC). (2018b). Motor Vehicle Safety-Teen Drivers: Get the Facts. (https://www.cdc.gov/motorvehiclesafety/teen_drivers/teendrivrs_factsheet.html) Erişim Tarihi: 03.03.2019)
- Centers For Disease Control and Prevention (CDC). (2018c). Violence Prevention (<https://www.cdc.gov/violenceprevention/suicide/fastfact.html>) Erişim Tarihi: 08.03.2019)
- Centers For Disease Control and Prevention (CDC). (2019). Preventing Youth Violence. (<https://www.cdc.gov/violenceprevention/pdf/yv-factsheet508.pdf>) Erişim Tarihi: 05.07.2019)
- Ceylan, H. İ., Ildız, M., Saygın, Ö. (2015). Lise öğrencilerinin fiziksel benlik algısı, beden kompozisyonu ve fiziksel aktivite düzeyinin cinsiyete göre incelenmesi. *Uluslararası Hakemli Akademik Spor Sağlık ve Tıp Bilimleri Dergisi*, 17: 116-129.

- Cihangiroğlu, Z., Deveci, S.E. (2011). Healthy life style behaviours and related influencing factors of the students of Elazig High School of Health Sciences of Fırat University. *Fırat Medical Journal*, 16(2): 78-83.
- Civil, B., Yıldız, H. (2010). Erkek öğrencilerin cinsel deneyimleri ve toplumdaki cinsel tabulara yönelik görüşleri, Dokuz Eylöl Üniversitesi Hemşirelik Fakóltesi Elektronik Dergisi, 3(2): 58-64. (https://acikerisim.deu.edu.tr/xmlui/bitstream/handle/20.500.12397/4551/58-64_pdf.pdf?sequence=1&isAllowed=y Erişim Tarihi: 07.03.2019)
- Cüceloğlu, D. (2013). İnsan ve Davranışı, Remzi Kitabevi, İstanbul, 345-352.
- Çaka, S.Y., Topal, S., Suzan, Ö.K., Çınar, N., Altınkaynak, S. (2017). Hemşirelik öğrencilerin sağlık algısı ile özđüvenleri arasındaki ilişki. *Journal Of Human Rhythm*, 3(4): 198-203.
- Çapak, İ., Ferah, N. (2013). şiddet suçlarına sürüklenen ergenlerde dini potansiyeller. *İslami İlimler Dergisi*, 8(2): 57-92.
- Çavdar, S., Sümer, E.Ç., Eliaçık, K., Arslan, A., Koyun, B., Korkmaz, N., Kanık, A., Erginöz, E., Ercan, O., Alıkayıfoğlu, M. (2016). İzmir'de liseye devam eden ergenlerin sağlık davranışları. *Türk Pediatri Arşivi*, 51: 22-34.
- Çavuşoğlu, H. (2013). Çocuk Sağlığı Hemşireliği, Sistem Ofset Basımevi, Ankara, 106-111.
- Çavuş, F.Ö., Görpelioğlu, S., Çavuş, U.Y. (2017). Ankara ilindeki ergenlerde riskli davranışların sıklığı, dağılımı. *Türkiye Aile Hekimliği Dergisi*, 21(1): 2-16.
- Çetin, H. (2011). Ergenler için şiddete yönelik tutum ölçeğinin geçerlik ve güvenirlik çalışması, İlköğretim Online, 10(1), 68-79. (<http://dergipark.ulakbim.gov.tr/ilkonline/article/view/5000037982/5000036840> Erişim Tarihi: 18.06.2017).
- Çetinkaya, H., Gözen, D. (2016). Ergenlerde özkıyım, risk faktörleri ve hemşirelik yaklaşımı. *The Journal of Pediatric Research*, 3(3): 133-138.
- Çetinkaya, B., Turan, T., Ceylan, S.S., şakın, N. B. (2017). Pediatri hemşirelerinin rol ve fonksiyonlarını uygulama durumlarının belirlenmesi. *Pamukkale Tıp Dergisi*, 10(2): 152-156.
- Çıngı, H. (2009). Örnekleme Kuramı, Bizim Büro Basımevi, Ankara, 17-80.
- Çiçek, E., Çetinkaya, F. (2017). Seçilmiş ilçe merkezindeki lise öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışları. *Sağlık Bilimleri Dergisi*, 26 (1): 29-38.
- Çilingir, D., Aydın, A. (2017). Hemşirelik bölümünde öğrenim gören öğrencilerin sağlık algısı. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 25(3): 167-176.
- Çimen, S. (2003). 15-18 yaş Grubu Gençlerde "Riskli Sağlık Davranışları Ölçeği"nin Geliştirilmesi, Doktora Tezi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
- Demir, E., Artantaş, A.B. (2018). Tıp ve hemşirelik öğrencilerinde sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının değerlendirilmesi: Kesitsel bir çalışma. *Ankara Medical Journal*, 18(2), 186-197.
- Demirezen, E., Coşansu, G. (2005). Adölesan çağı öğrencilerde beslenme alışkanlıklarının değerlendirilmesi. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, 14:174-178.
- Diamond, J.J., Becker, J.A., Arenson, C.A., Chambers, C.V., Rosenthal, M.P. (2007). Development of a scale to measure adults' perceptions of health: Preliminary findings. *Journal of Community Psychology*, 35(5): 557-561.
- Diclemente, R.J., Santelli, J.S., Crosby, R.A. (2009). Adolescent Health : Understanding and Preventing Risk Behaviors, Jossey-Bass, San Francisco,132.

- Dil, S., Şentürk, S. G., Girgin, B.A. (2015). Çankırı ilinde ergenlerin benlik saygısı ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının riskli sağlık davranışları ve bazı sosyodemografik özelliklerle ilişkisi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 16(1): 51-60.
- Doğan, M., Öztürk, S., Esen, F., Demirci, E., Öztürk, M. A. (2018). İntihar girişiminde bulunan çocuk ve ergenlerin değerlendirilmesi. *Bozok Medical Journal*, 8(3): 30-34.
- Doğu, Ö., Atasoy, I. (2017). Hemşirelik lisans öğrencilerinde sağlık algısına cinsiyet ve diğer faktörlerin etkisi. *Türkiye Klinikleri Hemşirelik Bilimleri*, 9(2):107-113.
- Dokumacıoğlu, E., İskender, H., Kanbay, Y., Kılıç, N. (2018). Üniversite öğrencilerinde sağlıklı yaşam ve depresyon puan düzeyleri ile ilgili faktörlerin belirlenmesi. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 9(4): 414-423.
- Dolgun, G., İnal, S., Uğurlu, F. (2011). Ergen sağlığının sürdürülme ve geliştirilmesinde hemşirenin rolü. *Türk Pediatri Arşivi*, 46: 4-8.
- Dost, M.T., Keklik, İ. (2014). Sürekli kaygı, umutsuzluk ve benlik saygısının ergenlerin riskli davranışlarını yordama gücü, *Elektronik Sosyal Bilimler Dergisi*, 13(51),195-208.
(<http://dergipark.ulakbim.gov.tr/esosder/article/view/5000075297/5000069631>
Erişim Tarihi: 18.02.2018).
- Efteli, E., Khorshid, L. (2016). İki farklı bölüm öğrencilerinin sağlık algılarının karşılaştırılması. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 32(2): 1-10.
- Emiroğlu, O.N., Baybuğa, M.S., Örsal, Ö., Kesgin, M.T. (2007). Okul sağlığı hemşirelerinin mesleki rolleri ve hemşirelik tanılarına ilişkin algılamaları. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, 9(2): 37-45.
- Eneçcan, F.N., Şahin, E.M., Erdal, M., Aktürk, Z., Kara, M. (2011). Edirne şehir merkezindeki lise öğrencilerinde riskli sağlık davranışlarının değerlendirilmesi. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 10(6): 687-700.
- Ercan, O. (2008). Adolesanın Fiziksel Gelişimi. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Sempozyum Dizisi, 63: 13-18.
- Erdamar, G., Kurupınar, A. (2014). Ortaöğretim öğrencilerinde görülen madde bağımlılığı alışkanlığı ve yaygınlığı: Bartın ili örneği. *Sosyal Bilimler Dergisi*, 16(1): 65-84.
- Erdoğan, E.G., Akın, B. (2017). Lise öğrencilerinde beden kütle indeksi durumunun sosyodemografik ve beslenme özellikleri ile ilişkisi. *Journal of Human Sciences*, 14(2): 1571-1589.
- Erginöz, E., Alikashişoğlu, M., Ercan, O., Uysal, Ö., Ekici, B., Kaymak, D.A., Ocak, S. (2011). Türkiye'deki 11, 13, 15 yaşındaki okul çocuklarının fiziksel etkinlik düzeylerinin demografik özellikler, beslenme alışkanlıkları ve hareketsiz yaşam davranışlarıyla ilişkisi. *Türk Pediatri Arşivi*, 46(1): 13-20.
- Erkan, T. (2011). Adolescent nutrition. *Turkish Pediatrics Archive*, (46): 49-53.
- Erol, S., Erdoğan, S. (2007). Sağlık davranışlarını geliştirmek ve değiştirmek için transteoretik modelin kullanılması, *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 10(2): 86-94.
- Erözkan, A. (2009). İlköğretim sekizinci sınıf öğrencilerinde depresyonun yordayıcıları. *İlköğretim Online*, 8(2): 334-345.
(<http://dergipark.ulakbim.gov.tr/ilkonline/article/view/5000038155/5000037012>
Erişim Tarihi: 02.03.2017)
- Eryılmaz A., Yazıcıoğlu Y. (2013). Çocuk ve Ergen Bakımı. T.C. Anadolu Üniversitesi Yayını No: 2759 Açıköğretim Fakültesi Yayını No: 1717 Eskişehir, 91-93.

- Esatbeyoğlu, F., İşler, A. K. (2018). Physical activity levels, BMI and healthy life style behaviors in adolescents living in a rural district. *Türkiye Klinikleri Spor Bilimleri*, 10(1): 9-18.
- Esen, E., Siyez, M. (2017). Cinsel sağlık eğitimi programının 9. sınıf öğrencilerinin cinsel sağlık bilgi düzeyleri ve tutumlarına etkisi. *Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 32(3): 560-580.
- Eser S., İkinci S., Ocaktan M. E., Çalışkan D., Piyal B., Akdur R. (2012). Eczacılık Fakültesi Öğrencilerinde Sağlık Algısının Değerlendirilmesi, 15. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi Özet Kitabı, 2-6 Ekim, Bursa, 592-594.
- Evren, H., Tokuç, B., Ekuklu, G. (2011). Trakya üniversitesi öğrencilerinde şiddet davranışları ve algılanan sağlık ilişkisi. *Balkan Medical Journal*, (4): 383-384.
- Fröjd, S. (2008). Mental Health in Middle Adolescence, University of Tampere, School of Public Health, Academic Dissertation, Finland.
- Garber, A.K., Park, J.M., Brindis, C.D., Vaughn, B., Barry, M., Guzman, L. Berger, A. (2013). Physical development and daily health habits, *Child Trends*, 9, 1-8. (<https://www.childtrends.org/wp-content/uploads/2013/10/2013-09HealthyHabits.pdf> Erişim Tarihi:10.02. 2018).
- Gazioğlu, A.E.İ. (2012). Hayatın İlk Çeyreği (0-18 Yaş Gelişimi), Nakış Ofset, İstanbul, 95.
- Geçkil, E., Dündar, Ö. (2007). Adölesanların Riskli Sağlık Davranışları ve Benlik Saygısı Düzeylerinin İncelenmesi, 1. Ulusal Pediatri Hemşireliği Kongresi Özet Kitabı, 21-23 Haziran, İzmir, 81.
- Genç, Y. (2016). Gençleri fiziksel şiddete iten sebepler, öğrenme yolları ve şiddet eğilimleri. *The Journal of Academic Social Science Studies*, 44: 51-62.
- Gençoğlu, C., Kumcağız, H., Ersanlı, K. (2014). Ergenlerin şiddet eğilimine etki eden ailevi faktörler. *International Periodical For The Languages*, 9(2), 639-652.
- Gençtanırım, D., Ergene, T. (2014). Riskli davranışları ölçeğinin geliştirilmesi: Geçerlik ve güvenilirlik çalışmaları. *International Journal of Social Science*, 25(1): 125-138.
- Gölbaşı, Z. (2005). Adölesan dönem üreme sağlığı sorunları ve etkileyen faktörler. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 8(1): 100-108.
- Göldağ, B. (2015). Öğrencilerin Şiddet eğilimi düzeyleri ve değer algıları. *TÜBAV Bilim Dergisi*, 8(4): 1-15.
- Gül, H., Yürümez, E., Gül, A. (2017). Ergenlerde ilk intihar girişimi: Dürtüsellik ve kötü çocukluk çağı yaşantıları arasındaki ilişki. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi*, 24(1): 45-53.
- Gülgez, Ö., Kısaç, İ. (2014). Lise öğrencilerinin olumsuz risk alma davranışlarının yaş, cinsiyet ve psikolojik belirtiler değişkenleri açısından incelenmesi. *Gazi Üniversitesi Endüstriyel Sanatlar Eğitim Fakültesi Dergisi*, 33: 122-136.
- Gündüz, S., Albayrak, H. M. (2014). Okul sağlığında neredeyiz?. *Ankara Medical Journal*, 14(1): 29-33.
- Güneş, G., Altınok, Y. A. (2010). Malatya'da lise öğrencilerinin kilo kontrolüyle ilgili inanışları ve kilo verme davranışları özgün araştırma. *Türk Pediatri Arşivi*, 45(1): 41-48.
- Gürsoy, E., Gençalp, N. S. (2010). Cinsel sağlık eğitiminin önemi. *Sosyal Politika Çalışmaları Dergisi*, 23(23): 29-36.
- Hacıaloğlu, N. (2018). Hemşirelik öğrencilerinin sergilediği riskli davranışlar. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, 27(2): 73-79.

- Hastürk, M.O., Şenışık, S. (2011). Düzenli egzersiz yapan ve yapmayan ergenlerde depresyon düzeylerinin incelenmesi. *Spor Hekimliği Dergisi*, 46(2): 39-46.
- Hekim, M. (2015). Çocukluk çağı obezitesinin önlenmesinde fiziksel aktivite ve sporun önemi. *Journal of International Social Research*, 8(37): 1102-1106.
- Hodder, R.K., Freund, M. Bowman, J. Wolfenden, L. Gillham, K., Dray, J. Wiggers, J. (2016). Association between adolescent tobacco, alcohol and illicit drug use and individual and environmental resilience protective factors, *BMJ open*, 6(11), 1-11. (<https://bmjopen.bmj.com/content/bmjopen/6/11/e012688.full.pdf> Erişim Tarihi: 02.06.2018).
- Hui, W.H. (2002). The health-promoting lifestyles of undergraduate nurses in Hong Kong. *Journal of Professional Nursing*, 18(2):101-111.
- Idler, E. L. Benyamini, Y. (1997). Self rated health and mortality: A review of twenty seven community studies. *Journal of Health and Social Behavior*, 38(1): 21-37.
- Iqbal, S., Zakar, R., Zakar, M. Z., Fischer, F. (2017). Perceptions of adolescents sexual and reproductive health and rights: A cross-sectional study in lahore district, Pakistan. *BMC International Health and Human Rights*, 17(5):1-13.
- İlhan, N. (2009). Lise Öğrencilerinin Sağlık Davranışları ve Etkileyen Etmenlerin İncelenmesi, Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İzmir.
- Kadıoğlu, H. Yıldız, A. (2012). Sağlık algısı ölçeği'nin türkçe çevriminin geçerlilik ve güvenilirliği, *Türkiye Klinikleri Tıp Bilimleri Dergisi*, 32(1): 47-53.
- Kalkım, A. (2009). Göç Eden ve Göç Etmeyen Ergenlerin Riskli Sağlık Davranışlarının Belirlenmesi, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İzmir.
- Kaplan, B., Aksel, E. Ş. (2013). Ergenlerde bağlanma ve saldırganlık davranışları arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Nesne Psikoloji Dergisi*, 1(1): 20-49.
- Kara, B., Hatun, Ş., Aydoğan, M., Babaoğlu, K., Gökalp, A. S. (2003). Kocaeli ilindeki lise öğrencilerinde sağlık açısından riskli davranışların değerlendirilmesi. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi*, 46(1): 30-37.
- Karabey, S., Müftüoğlu, N. (2006). Gençlik ve Cinsellik. Cinsel Eğitim Tedavi ve Araştırma Derneği (CETAD) Bilgilendirme Dosyası (7), 12-33.
- Karadağ, G., Lafçı, D. (2015). Hemşirelik öğrencilerinin sigara içme durumları ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları. *Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 3(1): 1-2.
- Karadamar, M. (2010). Ergenlerin Kiloları ile İlgili Algılarının Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ile İlişkisi, Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Mersin.
- Karadamar, M., Yiğit, R., Sungur, M.A. (2015). Ergenlerin kiloları ile ilgili algıları ve kilo kontrolüne yönelik davranışlarının incelenmesi. *Turkish Journal of Research Development in Nursing*, 17(1): 51-61.
- Karadeniz, G., Uçum, E.Y., Dedeli, Ö., Karaağaç, Ö. (2008). The health life style behaviours of university students. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 7(6): 497-502.
- Karaman, N.G. (2013). Ergenlerde risk almanın içsel kaynaklarının benmerkezlilik, akran baskısı, sosyo-ekonomik düzey ve cinsiyet açısından incelenmesi, *İlköğretim Online*, 12(2): 445-460. (<http://dergipark.ulakbim.gov.tr/ilkonline/article/view/5000037788/5000036646> Erişim Tarihi: 02.06.2018)

- Karaoğlu, L., Pehlivan, E. (1997). Malatya il merkezinde farklı programlardaki lise son sınıf öğrencilerinin sağlıkla ilgili bilgi, tutum ve uygulamalarının incelenmesi. *Journal of Inonu University Medical Faculty*, 4(4): 391-398
- Kayapınar, F.Ç., Aydemir, R. (2014). Lise öğrencilerinin beslenme bilgi ve alışkanlıklarının incelenmesi (Kars Digor Anadolu Lisesi örneği). *International Journal Of Science Culture And Sport*, 2(2), 21-38.
- Kelleci, M. (2007). Fiziksel hastalıkla birlikte depresyonu olan hastaların hemşirelik bakımı. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 15(58): 54-60.
- Keskinoğlu, P., Karakuş, N., Pıçakçıfe, M., Giray, H., Bilgiç, N., Kılıç, B. (2006). İzmir’de lise öğrencilerinde sigara içme sıklığı ve içicilik davranışı üzerine sosyal öğrenmenin etkisi. *Toraks Dergisi*, 7(3):190-195.
- Kılınç, F.N., Çağdaş, D. (2012). Sağlık meslek lisesi öğrencilerinin beslenme alışkanlıklarının beslenme bilgi düzeylerinin ve vücut bileşimlerinin değerlendirilmesi. *Türk Pediatri Arşivi*, 47(3): 179-186.
- Kır, İ., Altay, C.A., Ceyhan, E. (2014). Lise 9. sınıf öğrencilerinin yabancılaşma düzeylerinin ve şiddete yönelik tutumlarının bazı değişkenler açısından incelenmesi. *KSÜ Sosyal Bilimler Dergisi*, 11(1): 155-174.
- Kırım, C., Hırça, N. (2015). Lise öğrencilerinin kişisel hijyen ve temizlik alışkanlıklarının fen okur-yazarlığına göre değerlendirilmesi. *Bartın Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 4(2): 790-802.
- Kincaid, C., Jones, D. J., Sterrett, E., McKee, L. (2012). A review of parenting and adolescent sexual behavior: The moderating role of gender. *Clinical Psychology Review*, 32(3), 177-188.
- Kirby, D. (2011). The impact of sex education on the sexual behaviour of young people. United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division.12: 1-19. (file:///C:/Users/HLL/Downloads/2011-12_Kirby_Expert-Paper.pdf Erişim Tarihi: 06.05.2016)
- Kökoğlu B, Ünlüoğlu İ. (2018). Adolesan Dönemi ve Psikiyatrik Bozukluklar. *Türkiye Klinikleri*, 9(5), 61-64.
- Körük, S. (2016). Ergenlerde Riskli Davranışların Güvensiz Bağlanma ve Algılanan Sosyal Destek Tarafından Yordanmasında Psikolojik Belirtilerin Aracı Rolü, Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Eskişehir.
- Kulaksızoğlu, A. (2018). Ergenlik Psikolojisi, Remzi Kitabevi, İstanbul, 47- 138.
- Kurt, D.G., Ergene, T. (2017). Türk ergenlerde riskli davranışların yordanması. *Eğitim ve Bilim*, 42(189): 137-152.
- Küçük, E.E. (2017). Psychological resilience and health perception among adolescents and related factors. *Medicine Science*, 6(3): 504-509.
- Küresel Gençlik Tütün Araştırması (KGTA-2017) (Erişim Adresi: (https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/tutun-mucadele-bagimlilik-db/duyurular/KGTA-2017_pdf.pdf Erişim Tarihi: 16.03.2019)
- Kürtüncü, M., Uzun, M., Ayoğlu, F.N. (2015). Ergen eğitim programının riskli sağlık davranışları ve sağlık algısına etkisi. *Yükseköğretim ve Bilim Dergisi*, 5(2): 187-195.
- Latiff, L.A., Tajik, E., Ibrahim, N., Abubakar, A. S., Ali, S. S. B. A. (2016). Depression and its associated factors among secondary school students in Malaysia. *Southeast Asian Journal of Tropical Medicine and Public Health*, 47(1):131-141.

- Manna, I. (2014). Growth development and maturity in children and adolescent: Relation to sports and physical activity. *American Journal of Sports Science and Medicine*, 2(5A): 48-50.
- March, A.L., Knol, L.L. (2010). Cluster analysis of Alabama adolescent health risk and health compromising behaviors, *Southern Online Journal of Nursing Research*, 10 (4). (<https://www.snrs.org/sites/default/files/SOJNR/2010/Vol10Num04Art12.pdf> Erişim Tarihi: 15.03.2018)
- Menteş, E., Mentеш, B., Karacabey, K. (2011). Adölesan dönemde obezite ve egzersiz. *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi*, 8(2): 963-977.
- Mermer, G., Durusoy, R., Türk, M., Coyle, S. B. (2016). Hijyen eğitiminin öğrencilerin bilgi düzeyine ve okul devamsızlığına etkisi, *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 9(1): 16-22. (<http://www.deuhyoedergi.org/index.php/DEUHYOED/article/view/203/219> Erişim Tarihi: 14.06.2018)
- Muslu, G. K., Aygün, Ö. (2017). Ergenlerin riskli sağlık davranışlarının ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi, *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 10(4): 242-250. (<http://www.deuhyoedergi.org/index.php/DEUHYOED/article/view/468/262> Erişim Tarihi: 06.07.2018)
- Ogle, S., Glasier, A., Riley, S.C. (2008). Communication between parents and their children about sexual health. *Contraception*, 77(4): 283-288.
- Okutan, S.B., Arı, E., Cin, F.M. (2017). Riskli davranış gösteren ergenlerde, çocukluk çağı travmaları ile ruhsal durum arasındaki ilişki. *İstanbul Ticaret Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 16(31): 81-93.
- Oral, B. (2018). Erciyes Üniversitesi Öğrencilerinin Sağlık Algısı ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları, Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Tıpta Uzmanlık Tezi, Kayseri.
- Ortabağ, T., Özdemir, S., Bakır, B., Tosun, N. (2011). Health promotion and risk behaviors among adolescents in Turkey. *Journal of School Nursing*, 27(4): 304-315.
- Ögel, K., Eke, C., Erdoğan, N., Taner, S., Erol, B. (2005). İstanbul'da gençler arasında cinsellik araştırması raporu. İstanbul: Yeniden Yayın, 16.
- Önal, A. E., Erbil, S., Gürtekin, B., Ayvaz, Ö., Özel, S., Cevizci, S., Güngör, G. (2008). İki ilköğretim okulunda öğrencilerin kendi sağlıklarını algılama düzeyi ve bildikleri sağlık sorunları. *Nobel Medicus*, 5(2): 25-28.
- Önder, A. (2012). Süleyman Demirel Üniversitesi Bazı Fakültelerinde Okuyan 1. Sınıf Öğrencilerinin Riskli Sağlık Davranışlarının Saptanması, Süleyman Demirel Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans tezi, Isparta.
- Öngel Atar, A., Yalçın, Ö., Uygun, E., Çiftçi Demirci, A., Erdoğan, A. (2016). Madde kullanım bozukluğu olan ergenlerde aile işlevlerinin, çift uyumunun ve anne baba tutumunun değerlendirilmesi. *Arch Neuropsychiatr*, 53: 35-41.
- Önsüz, M.F., Hıdıroğlu, S. (2008). İstanbul'da farklı iki ilköğretim okulundaki öğrencilerin kişisel hijyen alışkanlıklarının belirlenmesi. *ADÜ Tıp Fakültesi Dergisi*, 9(1): 9-17.
- Öz, B., Alkeveli, A. (2018). Öğrencilerin madde kullanımı ve bağımlılığında etkili olan faktörlere bakışının demografik özelliklere göre incelenmesi: Çukurova üniversitesi örneği. *Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 39: 29-43.

- Özakar Akça, S., Selen, F. (2015). Gençlerin riskli davranış örüntüleri: cinsellik, madde kullanımı ve motorlu/eğlenceli araç kullanma. *Literatür Sempozyum*, 7: 16-22.
- Özakar Akça, S., Yıldız, S. (2015). Adölesanlarda risk alma davranışları ve adölesana yaklaşım. *Literatür Sempozyum*, 6: 14-22.
- Özakar Akça, S., Selen, F. (2016). Erkek ergenlerde riskli davranışlar: Bir lise örneği, *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 15 (3): 206-212.
- Özakar Akça, S., Yıldız, S. (2016). Riskli çevredeki adölesanlar ve hemşirelik. *Literatür Sempozyum*, 9: 33-39.
- Özbaşaran, F., Çetinkaya, A.Ç., Güngör, N. (2004). Health behaviors of students in school of health in Celal Bayar University. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 7(3): 43-55.
- Özcebe, H., Gülşen, M. (2017). Gençlerde Hijyen ve Cilt Sağlığı, Beslenme ve İlk Yardım El Kitabı, Türk Kızılayı Genel Müdürlüğü, Ankara, 12-14.
- Özdelikara, A., Alkan, S.A., Mumcu, N. (2018). Determination of health perception, health anxiety and effecting factors among nursing students. *Bakırköy Tıp Dergisi*, 14: 275-282.
- Özmen, D., Çetinkaya, A.Ç., Ergin, D., Şen, N., Erbay, P.D. (2007). Lise öğrencilerinin yeme alışkanlıkları ve beden ağırlığını denetleme davranışları. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni*, 6(2): 98-105.
- Özyazıcıoğlu, N., Kılıç, M., Erdem, N., Yavuz, C., Afacan, S. (2011). Hemşirelik öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının belirlenmesi. *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi*, 8(2): 277-332.
- Özyurt, B., Dinç, G. (2006). Manisa'da okul çağı çocuklarda alkol kullanım sıklığı ve alkol kullanımı ile ilişkili faktörler, *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni*, 5(2): 61-71.
- Parlaz, A. E., Tekgül, N., Karademirci, E., Öngel, K. (2012). Ergenlik dönemi: Fiziksel büyüme, psikolojik ve sosyal gelişim süreci. *Turkish Family Physician*, 3(4): 10-16.
- Pepe, K., Kara, D., Konar, N., Vardar, T. (2012). Sporcuların kişisel hijyen alışkanlıklarının ve özbakım uygulamalarının araştırılması. *Beden Eğitimi ve Spor Bilimleri Dergisi*, 6(1): 42-55.
- Perez-Felkner, L. (2013). Socialization in Childhood and Adolescence, Handbook of Social Psychology, J. DeLamater, A. Ward (Ed.), Springer Publishing, Dordrecht, 119-149.
- Reena, M. (2015). Psychological changes during puberty-adolescent school girls. *Universal Journal of Psychology*, 3(3): 65-68.
- Resmi Gazete. (2011). T.C. Resmî Gazete, 27910, 19 Nisan 2011.
- Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü: Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2017 (<https://dosyasb.saglik.gov.tr/Eklenti/30147,turkcesiydijiv1pdf.pdf?0> Erişim Tarihi: 15.04.2019)
- Santrock, J.W. (2017). Ergenlik, Nobel Akademik Yayıncılık (Çeviri: Siyez, D.M.), Ankara, 3-190.
- Saygılı, S. (2016). Ergenlik Sorunları, Çevik Matbaacılık, İstanbul, 140-146.
- Semerci, M. (2016). Lise Son Sınıf Öğrencilerinde Riskli Sağlık Davranışları ve Algılanan Sosyal Destek İlişkisi, Erzincan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Erzincan.
- Sever, G. (2015). Lise Öğrencilerinin Madde Kullanma Eğilimlerinin Algılanan Sosyal Destek ve Riskli Davranışlarla İlişkisinin İncelenmesi, Gaziantep Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Gaziantep.

- Sevi Tok, E.S., Eylen Özyurt, B. (2015). Üniversite öğrencilerinde riskli alkol kullanımını yordayan faktörler. *Yeni Symposium Dergisi*, 53(1): 1-10.
- Siyez, D. M. (2005). Ergenlik döneminde intiharın önlenmesi: Bir gözden geçirme. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi*, 12(2): 92-101.
- Siyez, D. M., Aysan, F. (2007). Ergenlerde görülen problem davranışların psiko-sosyal risk faktörleri ve koruyucu faktörler açısından yordanması. *Uludağ Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 20(1): 145-171.
- Smith, P.K. (2017). Ergenlik, Türkiye İş Bankası Kültür Yayınları (Çeviri: Özbek, Ç.), İstanbul, 21.
- Softa, H.K., Karaahmetoğlu, G.U., Ergun, S. (2015). Lise öğrencilerinde madde kullanımı ve ilişkili faktörlerin incelenmesi (Kastamonu ili örneği). *Bağımlılık Dergisi*, 16(4):167-174.
- Sosyal Ekonomik ve Kültürel Araştırmalar Merkezi (SEKAM). (2016). Türkiye’de Gençlik; Gençliğin Özellikleri, Sorunları, Kimlikleri ve Beklentileri (<http://sekam.com.tr/images/resimler/468b1dd1.pdf> Erişim Tarihi: 12.06.2019)
- Soylu, N., Taneli, Y., Taneli, S. (2013). Depresyonu olan ergenlerde intihar davranışını etkileyen sosyal, emosyonel ve kognitif faktörlerin araştırılması. *Nöropsikiyatri Arşivi*, 50: 352-359.
- Şahin, G. A. (2011). Ankara’daki İki Lisenin Öğrencilerinde Riskli Sağlık Davranışları ve Bunlara Akran Baskısı ile Diğer Bazı Faktörlerin Etkisi, Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Ankara.
- Şahin, Ş., Özçelik, Ç.Ç. (2016). Ergenlik dönemi ve sosyalleşme. *Cumhuriyet Hemşirelik Dergisi*, 5(1): 42-49.
- Şanlıer, N., Konaklıoğlu, E., Güçer, E. (2009). Gençlerin beslenme bilgi, alışkanlık ve davranışları ile beden kütle indeksleri arasındaki ilişki. *Gazi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 29(2): 333-352.
- Şatıroğlu, H. (2008). Ergenlikte Cinsellik. İ. Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Sempozyum Dizisi, 63: 41-46.
- Şen, E., Ünder-Kavlak, O. (2009). Adölesanların kontraseptif yöntem bilgisi ve yöntem kullanımları: Sistemik inceleme. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, 11(1): 38-51.
- Şengel, A. (2016). Sağlığa Yönelik Sosyal Sorumluluk Programının Ergenlerin Sağlık Algısı, Özgeci ve Empatik Becerilerine Etkisi, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.
- Şenol, V., Cetinkaya, F., Ünalın, D., Öztürk, E.B. (2010). Determinants of self-rated health in general population in Kayseri, Turkey. *Türkiye Klinikleri Journal of Medical Sciences*, 30(1): 88-96.
- Şimşek, Ç., Piyal, B., Tüzün, H., Çakmak, D., Turan, H., Seyrek, V. (2010). Ankara il merkezindeki bazı lise öğrencilerinde kişisel hijyen davranışları. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 9(5): 433-440.
- Şimşek, H., Çöplü, F. (2018). Lise öğrencilerinin riskli davranışlar gösterme düzeyleri ile okula bağlanma düzeyleri arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Ahi Evran Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 4(1): 18-30.
- T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu (THSK). (2014). Türkiye Fiziksel Aktivite Rehberi. 2.Basım, Sağlık Bakanlığı Yayın No: 940, Ankara.
- Tansel, B. (2017). Lise öğrencilerinin bağımlılık yapıcı maddelere yönelik tutumlarının incelenmesi. *Hitit Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 10(2): 1453-1472.

- Taşkın, G., Şahin Özdemir, F.N. (2018). Çocuklarda egzersizin önemi. *Gazi Journal of Physical Education and Sport Sciences*, 23(2): 131-141.
- Taylan, H.H., Genç, Y. (2017). Liselerde sigara, alkol ve uyuşturucu/uçucu/uyarıcı madde kullanım eğilimleri: Kocaeli örneği. *The Journal of Academic Social Science*, 5(47): 180-199.
- Tekgül, N., Saltık, D., Tuncer, Ö. (2014). Cinsel sağlık eğitiminin, ergenlerde sorumluluklarını arttırmadaki önemi. *Tepecik Eğitim Hastanesi Dergisi*, 24 (3): 179-185.
- Telef, B.B. (2014). Ergenlerde olumlu ve olumsuz duygular ile riskli davranışlar arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Kastamonu Education Journal*, 22(2): 591-604.
- Temel, A.B., Çimen, Z. (2017). Kronik hastalığı olan yaşlı bireylerde sağlık okuryazarlığı, sağlık algısı ve ilişkili faktörler. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 33(3): 108-109.
- Tennebø, K. (2013). Physical Activity and Perceived Health Among Adolescents in Troms, University of Tromsø Faculty of Health Sciences, Master's thesis, Norway.
- Teyfur, M. (2014). Basında yer alan okullarda şiddet ile ilgili olayların değerlendirilmesi, İlköğretim Online, 13(4); 1311-1330. (<http://dergipark.ulakbim.gov.tr/ilkonline/article/view/5000075277/5000070268> Erişim Tarihi: 08.05.2017)
- The World Health Organization, UNFPA and UNICEF. (1997). Action for Adolescent Health: Towards A Common Agenda. (Erişim Adresi: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/63489/WHO_FRH_ADH_97.9.pdf;jsessionid=2609A68F4580C3A7EA9898A511C56AEE?sequence=1 Erişim Tarihi: 12.10.2018).
- The World Health Organization (WHO). (2002). World Report on Violence and Health.
- The World Health Organization (WHO). (2010). Global Recommendations on Physical Activity for Health. (https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44399/9789241599979_eng.pdf;jsessionid=FC05C808D2AAD114AD0831DBCDF408B3?sequence=1 Erişim Tarihi: 12.05.2019)
- The World Health Organization (WHO). (2014a). Recognizing adolescence. Erişim adresi: (<http://apps.who.int/adolescent/second-decade/section2/page1/recognizing-adolescence.html> Erişim Tarihi: 14.10.2018)
- The World Health Organization (WHO). (2014b). Basic documents. Forty-eighth edition. Geneva, 1.
- The World Health Organization (WHO). (2014c). Adolescent development (Erişim Adresi: https://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/development/en/ Erişim Tarihi: 09.12.2018)
- The World Health Organization (WHO). (2014 d). Global Status Report on Alcohol and Health. (https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/112736/9789240692763_eng.pdf;jsessionid=3DFBEC385FC3FEE4E28BFCA07DD8465F?sequence=1) Erişim Tarihi: 05.04.2019
- The World Health Organization (WHO). (2018). Adolescents: Health Risks and Solutions. (<https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/adolescents-health-risks-and-solutions#> Erişim Tarihi : 07.05.2019)
- Tuğut, N., Bekar, M., (2008). Üniversite öğrencilerinin sağlığı algılama durumları ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasındaki ilişki. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 11(3): 18-20.

- Tunç, S., Kılıç, S., Tülü, İ.A., Devran, A., Su, F.A., Mollamahmutoğlu, L. (2012). 10-24 yaş arasındaki adölesan kızların kişisel, ruhsal, sosyokültürel ve politik özelliklerinin incelenmesi. *Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 10(3): 23-38.
- TÜİK (2015): İntihar İstatistikleri, 2015 Sayı: 21516 (<http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=21516> Erişim Tarihi: 03.12.2018)
- TÜİK (2018): Nüfus Projeksiyonları 2018-2080 (Yaş grubu ve cinsiyete göre nüfus 2018). (<http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=30567> Erişim Tarihi: 03.11.2018)
- Tümer, A., Şahin, S. (2011). Ergenlerin riskli sağlık davranışları. *Sağlık ve Toplum*, 21(1): 32-38.
- Türk Dil Kurumu: Sağlık (<https://sozluk.gov.tr/> Erişim Tarihi: 07.03.2019)
- Uludağlı, N.P., Sayıl, M. (2009). Orta ve ileri ergenlik döneminde risk alma davranışı: Ebeveyn ve akranların rolü. *Türk Psikoloji Yazıları*, 12(23): 14-24.
- Ulutaşdemir, N., Balsak, H., Çopur, E.Ö., Demiroğlu, N. (2016). Halk sağlığı hemşireliğinin bir dalı: Okul sağlığı hemşireliği. *Türkiye Klinikleri J Public Health Nurs-Special Topics*, 2(1): 121-124.
- UNICEF (2017). UNICEF: Dünya AIDS'le ilgili hedefinden uzaklaşırken küresel rehavet çocukların ve ergenlerin yaşamını tehdit ediyor. (<http://www.unicef.org/tr/basinmerkezidetay.aspx?id=32817> Erişim Tarihi:16.06.2019)
- UNICEF (2018). Adolescents Overview. (<https://data.unicef.org/topic/adolescents/overview/> Erişim Tarihi:10.11.2018)
- Uysal, R., Bingöl, T. Y. (2014). Ergenlerde risk alma davranışının öz-yeterlik ve farklı değişkenler açısından incelenmesi. *Akademik Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 2(8): 573-582.
- Uzbaş, A. (2009). Okul psikolojik danışmanlarının okulda saldırganlık ve şiddete yönelik görüşlerinin değerlendirilmesi. *Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 9(18): 90-110.
- Uzdil, Z., Özenoğlu, A., Ünal, G. (2017). Lise öğrencilerinde yeme tutumlarının beslenme alışkanlıkları, antropometrik ve demografik özellikleri ile ilişkisi. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 1(1): 11-18.
- Ünalın, D., Şenol, V., Öztürk, A., Erkorkmaz, Ü. (2007). Meslek yüksekokullarının sağlık ve sosyal programlarında öğrenim gören öğrencilerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve öz bakım gücü düzeyleri arasındaki ilişkinin incelenmesi. *İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 14(2): 101-109.
- Ünlü, G., Aksoy, Z., Ersan, E.E. (2014). İntihar girişiminde bulunan çocuk ve ergenlerin değerlendirilmesi. *Pamukkale Tıp Dergisi*, 7(3): 176-183.
- Üstün, A., Bayar, A. (2015). Üniversite öğrencilerinin depresyon, anksiyete ve stres düzeylerinin çeşitli değişkenlere göre incelenmesi. *Eğitim ve Öğretim Araştırmaları Dergisi*, 4(1): 384-390.
- Yalaki, Z., Çakır, İ., Taşar, M.A., Yalçın, N., Bilge, Y.D. (2012). Anne ve ergenlerdeki depresif belirtilerin ergen intiharları ile ilişkisi. *Dicle Tıp Dergisi*, 39(3): 350-358.
- Yalaki, Z., Çetin, F., Bilge, Y.D. (2015). Bir eğitim ve araştırma hastanesine başvuran adölesanlardaki riskli davranışların değerlendirilmesi. *Ege Tıp Dergisi*, 54(3): 127-133.

- Yavuzer, H. (2014). Ana-Baba ve Çocuk, Remzi Kitabevi, İstanbul, 245.
- Yavuzer, H. (2015). Çocuk Psikolojisi, Remzi Kitabevi, İstanbul, 261-275.
- Yazıcı, S., Dolgun, G., Öztürk, Y., Yılmaz, F. (2011). The level of knowledge and behavior of adolescent male and female students in Turkey on the matter of reproductive health. *Sexuality and Disability*, 29(3): 217-227.
- Yılmaz, E., Özkan, S. (2009). Bir ilçede iki farklı yerleşim yerindeki ilköğretim okulu öğrencilerinin kişisel hijyen alışkanlıklarının karşılaştırılması. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 4(10): 19-34.
- Yılmaz, H. (2014). Türk eğitim sisteminde trafik eğitiminin yeri ve yapılması gerekenler. *Uluslararası Sosyal Araştırmalar ve Yönetim Dergisi*, 1(2):11-21.
- Youth Risk Behavior Survey (YRBS). (2015) : Arkansas. (http://www.arkansased.gov/public/userfiles/Learning_Services/School_Health_Services/YRBS/2015/2015_Arkansas_Youth_Risk_Behavior_Survey_Book_06_24_16.pdf Erişim Tarihi: 27.03.2019)
- Youth Risk Behavior Survey (YRBS). (2017): State of Nebraska 2017 Youth Risk Behavior Survey Results, (https://bosr.unl.edu/Nebraska2017PreliminaryYRBSReport_Final.pdf Erişim Tarihi: 16.03.2019)
- Yurtsever, Z. (2011). Üniversite Gençlerinde Riskli Davranışlar, Erciyes Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Kayseri.
- Yüzer, S., Alıcı, D., Yiğit, R. (2008). Pediatri hemşirelerinin rolleri ve fonksiyonları ölçeğinin uygulanmasının geliştirilmesi: Güvenirliği ve geçerliliği. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 11(4): 19-29.
- Zaybak, A., Fadıloğlu, Ç. (2004) Üniversite öğrencilerinin sağlığı geliştirme davranışı ve bu davranışı etkileyen etmenlerin belirlenmesi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 20(1): 77-95.

9. EKLER

Ek 1. Kişisel Bilgi Formu

Sevgili Öğrenciler

Bu araştırmayı ergenlerin sağlığı algılama durumları ile riskli sağlık davranışları arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla yapmaktayız. Soruları cevaplayarak bu konuda hazırlanan bilimsel bir çalışmaya katkıda bulunmuş olacaksınız. Sorulara doğru ve eksiksiz cevaplar vermeniz araştırmanın güvenilirliği açısından çok önemlidir. Verdiğiniz yanıtlar hiçbir şekilde bireysel olarak kullanılmayacak, toplu olarak değerlendirilecek ve gizliliğe kesinlikle önem verilecektir. Katılımınız için şimdiden çok teşekkür ederiz.

1.) Cinsiyetin:

1) Kız

2) Erkek

2.) Yaşın:

3.) Eğitim Gördüğün Okul:

1) Anadolu Lisesi

2) Çok Programlı Lise

3) İmam Hatip Lisesi

4) Teknik ve Endüstri Meslek Lisesi

5) Sağlık Meslek Lisesi

4.) Kaçınıcı sınıfta okuyorsun?

1) 9. Sınıf

2) 10. Sınıf

3) 11. Sınıf

4) 12. Sınıf

5.) Liseyi tercih şeklin:

1) İsteyerek

2) İstemeyerek

6.) Kaç kardeşsiniz (sende dahil)?

1) Tek çocuğum

2) 1-3

3) 4-6

4) 7-9

5) 10 ve üstü

7.) Doğum yerin:

- 1) Köy 2) Belde/Kasaba 3) İlçe Merkezi 4) İl Merkezi 5) Yabancı ülke

8.) Aile tipiniz nedir?

- 1) Çekirdek aile 2) Geniş aile 3) Parçalanmış aile

9.) Ailenin ekonomik durumunun nasıl olduğunu düşünüyorsun?

- 1) Çok İyi 2) İyi 3) Orta 4) Kötü 5) Çok Kötü

10.) Ailenin aylık ortalama toplam geliri:

- 1) 1500 TL ve altı
2) 1500-2500 TL
3) 2500-3500 TL
4) 3500 ve üstü

11.) Şu an nerede yaşıyorsun?

- 1) Ailemin yanında
2) Başka bir ailenin yanında
3) Yurttan
4) Öğrenci evinde
5) Tek başıma evde

12.) Annenin eğitim durumu;

- 1) Okur-yazar değil
2) Okur-yazar
3) İlkokul mezunu
4) Ortaokul mezunu
5) Lise mezunu
6) Yüksekokul- üniversite mezunu

13.) Annenin yaşı;

- 1) 35-39 yaş 2) 40-44 yaş 3) 45-49 yaş 4) 50 yaş ve üzeri

14.) Annenin çalışma durumu; 1) Çalışıyor 2) Çalışmıyor

15.) Babanın eğitim durumu;

- 1) Okur-yazar değil
- 2) Okur-yazar
- 3) İlkokul mezunu
- 4) Ortaokul mezunu
- 5) Lise mezunu
- 6) Yüksekokul- üniversite mezunu

16.) Babanın yaşı;

- 1) 35-39 yaş
- 2) 40-44 yaş
- 3) 45-49 yaş
- 4) 50 yaş ve üzeri

17.) Babanın çalışma durumu; 1) Çalışıyor 2) Çalışmıyor

18.) Ailenin sana karşı tutumu nedir?

- 1) Demokratik
- 2) Otoriter
- 3) İlgisiz
- 4) Koruyucu
- 5) Denetimci

19.) Okul başarını nasıl değerlendirirsin?

- 1) Çok başarılı
- 2) Başarılı
- 3) Orta
- 4) Başarısız
- 5) Çok başarısız

20.) Gelir getiren bir işte çalışıyor musun?

- 1) Evet
- 3) Hayır

21.) Ailende kronik hastalığı olan birey var mı?

1. Evet (nedir?.....)

2. Hayır

22.) Tanısı konulmuş fiziksel bir hastalığın var mı?

1. Evet (nedir?.....)

2. Hayır

23.) Tanısı konulmuş ruhsal bir hastalığın var mı?

1. Evet (nedir?.....)

2. Hayır

24.) Sürekli ilaç kullanmanı gerektirecek herhangi bir sağlık sorunun var mı?

1. Evet (nedir?.....)

2. Hayır

25.) Okulda sigara kullanan arkadaşın var mı?

1. Evet

2. Hayır

26.) Son 30 gün içinde herhangi bir nedenle sağlık kuruluşuna başvurdu mu?

1. Evet (..... kez)

2. Hayır

27.) Son 30 gün içinde genel olarak sağlığını nasıl değerlendiriyorsun?

1) Çok iyi

2) İyi

3) Orta

4) Kötü

5) Çok kötü

Ek 2. Sağlık Algısı Ölçeği (SAÖ)

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

Ek 3. Riskli Sağlık Davranışları Ölçeği (RSDÖ)

Sevgili gençler, bu anket sağlık davranışlarını belirlemeye yöneliktir. Sağlığını etkileyebilecek tutum ve davranışlarınıza ilişkin verdiğiniz bilgiler bizim için çok değerlidir. Bu ankette adınızı yazmayınız. Cevaplarınız gizli tutulacak, hiç kimse ne yazdığınızı bilmeyecektir. Gerçek yaşamınızda ne yapıyorsanız, ona göre cevaplamamız sonuçların doğruluğu açısından önemlidir. Bu araştırmanın sonuçları, sizin gibi genç kişilere daha iyi bir sağlık eğitimi programlarının geliştirilmesinde yol gösterecektir.


Anketi doldurma süresi yaklaşık 10-15 dakikadır. Sağlık davranışlarına yönelik her bir ifadeyi okuyunuz. Günlük yaşamınızda uygulama sıklığınıza göre sizin davranışınızı en iyi tanımlayan veya yansıtan 5 seçenekten birini işaretleyiniz ("X", "✓" ya da "+" işareti koyunuz).

Katıldığınız için teşekkürler...

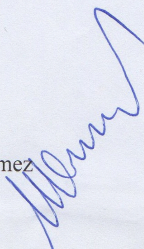
| Sağlık Davranışları | Hiç bir zaman | Oldukça seyrek | Bazen | Çoğunlukla | Hemen her zaman |
|--|----------------------|-----------------------|--------------|-------------------|------------------------|
| 1. Günde üç öğün beslenirim | | | | | |
| 2. Sabahları kahvaltı ederim | | | | | |
| 3. Her gün cips, döner, hamburger, tost gibi yiyeceklerden yerim | | | | | |
| 4. Her gün taze meyve ve yeşil salata, havuç, domates gibi sebzelerden yerim | | | | | |
| 5. Her gün pişmiş sebze yemeklerinden yerim | | | | | |
| 6. Her gün tavuk, hindi, balık veya kırmızı et türü yiyeceklerden ya da mercimek, nohut, fasulye, bezelye gibi kurubaklagillerden birini yerim | | | | | |
| 7. Dişlerimi düzenli olarak günde en az iki kere fırçalarım | | | | | |
| 8. Yemek yemeden önce ellerimi yıkarım | | | | | |
| 9. Her gün çikolata, gofret, şekerleme gibi yiyeceklerden yerim | | | | | |
| 10. Her gün süt, ayran, yoğurt, peynir türü besinlerden birini/bir kaçını tüketirim | | | | | |
| 11. Her gün nescafe, kola, gazoz gibi içeceklerden içerim | | | | | |
| 12. Her gün ortalama 8-10 bardak su içerim | | | | | |
| 13. Kendimi korumak amacıyla yanımda sopa, çakı gaz spreyi gibi şeyler taşıırım | | | | | |
| 14. Arabanı ön koltuğunda oturduğumda emniyet kemerini takarım | | | | | |
| 15. Sorunlarımı yakınlarımla paylaşarak çözmeye çalışırım | | | | | |
| 16. Birisiyle anlaşamadığımda bunu kendisiyle konuşarak çözmeye çalışırım | | | | | |
| 17. En az haftada 1-2 kez yıkanırım | | | | | |
| 18. Tuvaletten çıktıktan sonra ellerimi yıkarım | | | | | |
| 19. Ellerimi yıkarken sabun kullanırım | | | | | |

| Sağlık Davranışları | Hiç bir zaman | Oldukça seyrek | Bazen | Çoğunlukla | Hemen her zaman |
|---|---------------|----------------|-------|------------|-----------------|
| 20. Sigara içerim | | | | | |
| 21. Alkollü içecekler içerim | | | | | |
| 22. Haftada en az 3 gün, her seferinde 20-30 dakika; futbol oynama, koşma, hızlı bisiklet sürme gibi kalp atışlarımı hızlandıran fiziksel aktiviteleri yaparım | | | | | |
| 23. Haftada en az 5 gün veya her gün, her seferinde 20-30 dakika; yürüme, yavaş bisiklet sürme, paten yapma gibi kendimi fazla zorlamayan bir fiziksel aktivite yaparım | | | | | |
| 24. Günde 2 saatten fazla televizyon izlerim | | | | | |
| 25. Geceleri en az 8 saat uyurum | | | | | |
| 26. Günde en az 2 saat bilgisayar/atari başında vakit geçiririm | | | | | |
| 27. Bir sağlık elemanının tavsiyesi olmadan zayıflamak için rejim yaparım | | | | | |
| 28. Zayıflamak veya kilo almamak için yemek yedikten sonra kusmaya çalışırım | | | | | |
| 29. Boks, uzun atlama, motosiklet yarışı gibi sporlardan herhangi birini yaparım | | | | | |
| 30. Ehliyetsiz olarak herhangi bir aracı kullanırım | | | | | |
| 31. İki haftadan uzun süren ve günlük aktivitelerimi engelleyecek şekilde karamsarlık dönem(ler)im olur | | | | | |
| 32. Herhangi bir nedenle kavga-dövüş yaparken yaralandığım olur | | | | | |
| 33. Herhangi bir nedenle uyarıcı madde/haplar kullandığım olur | | | | | |
| 34. Herhangi bir nedenle bağımlılık yapıcı bir madde (uyuşturucu, tiner, bali, uhu vb.) kullandığım olur | | | | | |
| 35. Korunmasız cinsel ilişkide (ben ya da partnerim kılıf/kondom/prezervatif kullanmadan) bulunurum | | | | | |

Ek 4. Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurul Başkanlığı Kurul Kararı

|  | | CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU | | | |
|---|---|--|---------------------------------------|---------------------------------|---------------------------------------|
| ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI | | Lise Öğrencilerinde Sağlık Algısı ve Riskli Sağlık Davranışları Arasındaki İlişki | | | |
| ETİK KURUL BİLGİLERİ | ETİK KURULUN ADI | Cumhuriyet Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu | | | |
| | AÇIK ADRESİ: | Cumhuriyet Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Başhekimlik Girişi Kampüsü, TR-58140 Merkez/Sivas | | | |
| | TELEFON | 0 346 258 00 25 | | | |
| | FAKS | 0 346 258 00 24 | | | |
| | E-POSTA | gokaek2014@gmail.com | | | |
| BAŞVURU BİLGİLERİ | KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI | Dr. Öğret. Üyesi Emine Altun Yılmaz | | | |
| | KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI | Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği | | | |
| | KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ | Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı | | | |
| | DESTEKLEYİCİ | - | | | |
| | DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ | - | | | |
| | ARAŞTIRMANIN TÜRÜ | Yüksek lisans tezi | | | |
| | ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER | TEK MERKEZ <input checked="" type="checkbox"/> | ÇOK MERKEZLİ <input type="checkbox"/> | ULUSAL <input type="checkbox"/> | ULUSLARARASI <input type="checkbox"/> |

Etik Kurul Başkanının
Unvanı/Adı/Soyadı: Prof. Dr. Muhittin Sönmez
İmza:





CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI Lise Öğrencilerinde Sağlık Algısı ve Riskli Sağlık Davranışları Arasındaki İlişki

| DEĞERLENDİRİLEN BELGELER | Belge Adı | Tarihi | Versiyon Numarası | Dili |
|-----------------------------------|---|--------------------------|----------------------|--|
| | ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ | | | Türkçe <input checked="" type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/> |
| | BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU | | | Türkçe <input checked="" type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/> |
| | OLGU RAPOR FORMU | | | Türkçe <input type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/> |
| DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER | Belge Adı | Açıklama | | |
| | SİGORTA | <input type="checkbox"/> | | |
| | ARAŞTIRMA BÜTÇESİ | <input type="checkbox"/> | | |
| | BİYOLOJİK MATERİYEL TRANSFER FORMU | <input type="checkbox"/> | | |
| | İLAN | <input type="checkbox"/> | | |
| | YILLIK BİLDİRİM | <input type="checkbox"/> | | |
| | SONUÇ RAPORU | <input type="checkbox"/> | | |
| DİĞER: | <input type="checkbox"/> | | | |
| KARAR BİLGİLERİ | Karar No: 2018-05/08 | Tarih: 28.05.2018 | | |
| | Yukarıda bilgileri verilen başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmann/çalışmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve uygun bulunmuş olup araştırmann/çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerden gerekli izin alınarak gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına toplantıda katılan etik kurul üye tam sayısının salt çoğunluğu ile karar verilmiştir. | | | |

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

| | |
|---------------------------------|---|
| ETİK KURULUN ÇALIŞMA ESASI | Klinik Araştırmalar Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu, Helsinki Bildirgesi, Cumhuriyet Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurul Yönergesi |
| BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI: | Prof. Dr. Muhittin Sönmez |

| Unvanı/Adı/Soyadı | Uzmanlık Alanı | Kurumu | Cinsiyet | Araştırma ile ilişki | | Katılım * | | İmza |
|----------------------------------|--------------------------|---|--|--|--|--|--|------|
| Prof. Dr. Muhittin Sönmez | Anatomi | Cumhuriyet Üniversitesi, Tıp Fakültesi | E <input checked="" type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/> | E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/> | E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> | E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> | | |
| Prof. Dr. Yalçın Karagöz | Biyoistatistik | Cumhuriyet Üniversitesi, Tıp Fakültesi | E <input checked="" type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/> | E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/> | E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> | E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> | | |
| Doç. Dr. Hatice Özer | Patoloji | Cumhuriyet Üniversitesi, Tıp Fakültesi | E <input type="checkbox"/> K <input checked="" type="checkbox"/> | E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/> | E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> | E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> | | |
| Doç. Dr. Ercan Özdemir | Fizyoloji | Cumhuriyet Üniversitesi, Tıp Fakültesi | E <input checked="" type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/> | E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/> | E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> | E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> | | |
| Doç. Dr. Gülay Yıldırım | Tıp Tarihi ve Etik | Cumhuriyet Üniversitesi, Tıp Fakültesi | E <input type="checkbox"/> K <input checked="" type="checkbox"/> | E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/> | E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> | E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> | | |
| Dr. Öğret. Üyesi Mehmet Atas | Farmasötik Mikrobiyoloji | Cumhuriyet Üniversitesi, Eczacılık Fakültesi | E <input checked="" type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/> | E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/> | E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> | E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> | | |
| Dr. Öğret. Üyesi Binnur Bağcı | Beslenme ve Diyetetik | Cumhuriyet Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi | E <input type="checkbox"/> K <input checked="" type="checkbox"/> | E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/> | E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> | E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> | | |
| Dr. Öğret. Üyesi Engin Altınkaya | İç hastalıkları | Cumhuriyet Üniversitesi, Tıp Fakültesi | E <input checked="" type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/> | E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/> | E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> | E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> | | |
| Dr. Öğret. Üyesi Melih Ülgey | Protetik Diş Tedavisi | Cumhuriyet Üniversitesi, Diş Hekimliği Fakültesi | E <input checked="" type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/> | E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/> | E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> | E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> | | |

*: Toplantıda bulunma

Etik Kurul Başkanının

Unvanı/Adı/Soyadı: Prof. Dr. Muhittin Sönmez

İmza:

Ek 5. Eleşkirt İlçe Milli Eğitim Müdürlüğü Araştırma İzni



T.C.
ELEŞKİRT KAYMAKAMLIĞI
İlçe Milli Eğitim Müdürlüğü

Sayı : 87052604-20-E.17730237
Konu :Anket İzni

28/09/2018

KAYMAKAMLIK MAKAMINA

İlgi :Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Rektörlüğü Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü'nün
24/07/2018 tarihli ve 044-E.8433 sayılı yazısı.

Müdürlüğümüze bağlı 70. Yıl Cumhuriyet Mesleki ve Teknik Anadolu Lisesinde Sağlık Hizmetleri öğretmeni olarak görev yapan Betül KILIÇ'ın "Lise Öğrencilerinde Sağlık Algısı ve Riskli Sağlık Davranışları Arasındaki İlişki" adlı yüksek lisans tez çalışması için İlçe Merkezinde öğrenim gören lise öğrencilerine ekte belirtilen anketlerinin 17/09/2018 ile 18/01/2019 tarihleri arasında uygulaması Müdürlüğümüzce uygun görülmektedir.

Makamlarınızca da uygun görüldüğü takdirde; Olurlarınıza arz ederim.

Burhan KURT
İlçe Milli Eğitim Müdürü

OLUR
28/09/2018

Gülhani Ozan SARI
Kaymakam

Ek:
Üst yazı(1 sayfa)
İlgi yazılar ve anketler(23)

Cumhuriyet Cad.Hükümet Konağı Kat.4 Eleşkirt/AĞRI Ayrıntılı Bilgi İçin: Suat BURAK
E-mail:eleskirt04@meb.gov.tr Tel:(0472) 711 40 40

Bu evrak güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır. <https://evraksorgu.meb.gov.tr> adresinden 0185-a53b-3ee0-93a2-0aca kodu ile teyit edilebilir.

ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

| | |
|----------------------|---|
| Adı Soyadı | Betül KILIÇ |
| Doğum Yeri ve Tarihi | Tokat, 24/05/1993 |
| Medeni Hali | Bekar |
| Yabancı Dil | İngilizce |
| İletişim Adresi | Sivas Cumhuriyet Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, 58140-Sivas |
| E-posta Adresi | btklc.93@hotmail.com |

Eğitim ve Akademik Durumu

| | |
|---------------|-------------------------------------|
| Lise | Amasya Atatürk Lisesi, 2011 |
| Lisans | Amasya Üniversitesi, 2015 |
| Yüksek Lisans | Sivas Cumhuriyet Üniversitesi, 2019 |

İş Tecrübesi

| | |
|--|-----------------------------------|
| Amasya Üniversitesi Sabuncuoğlu Şerefeddin Eğitim ve Araştırma Hastanesi | Hemşire, 24.08.2015 - 24.02.2016 |
| Amasya Sabuncuoğlu Şerefeddin Mesleki ve Teknik Anadolu Lisesi | Öğretmen, 02.03.2016 - 19.08.2016 |
| Eleşkirt 70. Yıl Cumhuriyet Mesleki ve Teknik Anadolu Lisesi | Öğretmen, 29.08.2016 - 28.06.2019 |
| Artova Çok Programlı Anadolu Lisesi | Öğretmen, 01.07.2019 - Halen |