

T.C.
ERZİNCAN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**LİSE SON SINIF ÖĞRENCİLERİNDE RİSKLİ SAĞLIK
DAVRANIŞLARI VE ALGILANAN SOSYAL DESTEK
İLİŞKİSİ**

Murat SEMERCİ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI YÜKSEK LİSANS TEZİ

Tez Danışmanı




Doç. Dr. Rabia HACİHASANOĞLU AŞILAR

ERZİNCAN

2016

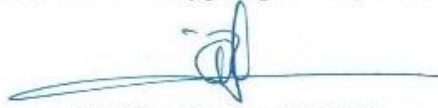
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

Doç. Dr. Rabia HACIHASANOĞLU AŞILAR danışmanlığında, 137801005 nolu Yüksek Lisans öğrencisi Murat SEMERCİ tarafından hazırlanan bu çalışma 07.06.2016 tarihinde saat 13.00 de jürimiz tarafından oy birliği ile Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir. 07.06.2016

	Unvan Adı Soyadı	İmza
Juri Başkanı	Doç.Dr.Rabia HACIHASANOĞLU AŞILAR	
Üye	Doç.Dr. Arzu YILDIRIM	
Üye	Doç.Dr.Cantürk ÇAPIK	

ONAY:

Bu tez Erzincan Üniversitesi Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliğinin ilgili maddeleri uyarınca yukarıdaki jüri üyeleri tarafından uygun görülmüş ve Enstitü Yönetim kararıyla kabul edilmiştir.



Yrd.Doç.Dr. İlyas SAYAR

Enstitü Müdürü

İÇİNDEKİLER

Sayfa No

TEŞEKKÜR	IV
SİMGELER VE KISALTMALAR	V
TABLolar DİZİNİ	VI
ŞEKİLLER DİZİNİ	VII
ARAŞTIRMACININ ÖZGEÇMİŞİ	VIII
ÖZET	IX
ABSTRACT	XI
1.GİRİŞ	1
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi	1
1.2. Araştırmanın Amacı	3
1.3 Araştırmanın Soruları	3
2. GENEL BİLGİLER	4
2.1. Ergenlik (Adölesan) Dönemi	4
2.1.1. Ergenlik Döneminde Büyüme ve Gelişme	5
2.1.2.Ergenlik Döneminde Fiziksel Büyüme ve Gelişme	5
2.1.2. Ergenlik Döneminde Bilişsel, Psikososyal ve Ahlaki Gelişim	6
2.2. Ergenlerde Riskli Sağlık Davranışları	8
2.2.1. Sigara, Alkol ve Madde Kullanımı	9
2.2.2. Sigara Kullanımı	9
2.2.3. Alkol Kullanımı	10
2.2.4. Madde Kullanımı	11
2.2.5. Şiddet Davranışları	13

2.2.6. Kaza ve Motorlu Araç Kullanımı.....	13
2.2.7. Beslenme Davranışları.....	14
2.2.8. Fiziksel Aktivite Eksikliği	15
2.2.9. Hijyen Eksikliği.....	16
2.3. Sosyal Destek	16
2.3.1. Sosyal Destek Türleri.....	17
2.3.2. Sosyal Destek Kaynakları	17
2.3.3. Sosyal Desteğin Önemi ve İşlevleri.....	19
2.3.4. Riskli Sağlık Davranışlarını Önleme ve Sosyal Destek Sağlamada Hemşireliğin Rolü	20
3. MATERYAL VE METOD	23
3.1. Araştırmanın Türü	23
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman	23
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	23
3.4. Araştırmanın Değişkenleri.....	23
3.5. Veri Toplamada Kullanılan Formlar	24
3.6. Verilerin Toplanması.....	26
3.7. Verilerin Analizi.....	26
3.8. Araştırmanın Etik İlkeleri	26
3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları.....	26
4. BULGULAR.....	28
5. TARTIŞMA.....	40
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	53
7. KAYNAKLAR	55
8. EKLER	70

EK I: Tanımlayıcı Soru Formu

EK II: Riskli Sağlık Davranışları Ölçeği (RSDÖ)

EK III: Riskli Sağlık Davranışları Ölçeği (20-100 arası puana dönüştürme)

EK IV: Algılanan Sosyal Destek Ölçeğinin Revizyonu (ASDÖ-R)

EK V: Etik Kurul Onayı

EK VI: Milli Eğitim İl Müdürlüğü İzin Yazısı

EK VII: Bilgilendirilmiş Onam Formu

EK VIII: Ölçek Sahibinin İzin Yazısı

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans öğrenimim boyunca ve tezimin tüm aşamalarında yardımını esirgemeyen, bana ışık olan, bilgi ve tecrübelerinden yararlandığım danışman hocam Sayın Doç. Dr. Rabia HACIHASANOĞLU AŞILAR' a

Yüksek lisans öğrenimim ve tezimde önerileri ile önemli katkılar sağlayan Sayın Doç. Dr. Arzu YILDIRIM'a, önerileri ile katkı sağlayan Sayın Doç. Dr. Cantürk ÇAPIK' a, tez çalışması süresinde yanında olduğumu hissettiğim, deneyimlerinden yararlandığım Sayın Yrd. Doç. Dr Çağla YİĞİTBAŞ'a, verilerin toplandığı liselerde görev yapan müdürler, müdür yardımcıları ve öğretmenlere, veri tabanını oluşturan öğrencilere, hayatımın her anında desteğini esirgemeyen saygıdeğer aileme ve arkadaşlarıma teşekkürlerimi sunarım.

Arş. Gör. Murat SEMERCİ

SİMGELER VE KISALTMALAR

DSÖ:	Dünya Sağlık Örgütü
TÜİK:	Türkiye İstatistik Kurumu
RSDÖ:	Riskli Sağlık Davranışları Ölçeği
ASDÖ-R:	Algılanan Sosyal Destek Ölçeği-Revizyonu
AİD:	Aile Desteği
ARD:	Arkadaş Desteği
ÖĞD:	Öğretmen Desteği

TABLÖLAR DİZİNİ

Tablo No

Tablo 1. Öğrencilerin Tanımlayıcı Özelliklerinin Dağılımı	28
Tablo 2. RSDÖ ve ASDÖ-R'nun Toplam ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Dağılımı	30
Tablo 3. Öğrencilerin Tanımlayıcı Özelliklerine Göre RSDÖ Toplam ve Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması.....	31
Tablo 4. Öğrencilerin Tanımlayıcı Özelliklerine Göre ASDÖ-R Toplam ve Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması.....	35
Tablo 5. Öğrencilerin RSDÖ ve ASDÖ-R Puan Ortalamaları Arasındaki İlişki....	39

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil No

Şekil 1. Ergenlik Döneminde Psikososyal Değişimler.....	7
Şekil 2. Sosyal Desteğin Fiziksel Sağlıkla İlişisini Gösteren Broad Modeli.....	19
Şekil 3. Çalışmanın Kuramsal Yapısı ve Değişkenler.....	24



ARAŞTIRMACININ ÖZGEÇMİŞİ

Araştırmacı Karamanın Ermenek ilçesinde doğdu. İlköğretim ve lise eğitimini tamamladıktan sonra Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesini Hemşirelik Bölümünü 2012 yılında tamamladı. Sağlık Bakanlığı Mengücek Gazi Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde 2013 yılında hemŐire olarak göreve başlayan araştırmacı, aynı yıl Erzincan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı'nda yüksek lisans öğrenimine baŐladı ve Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü'nde 2013 yılından itibaren araştırma görevlisi olarak görev yapmaktadır.

Murat SEMERCİ

ÖZET

Lise Son Sınıf Öğrencilerinde Riskli Sağlık Davranışları ve Algılanan Sosyal

Destek İlişkisi

Bu araştırma lise son sınıf öğrencilerinde riskli sağlık davranışları ve algılanan sosyal destek ilişkisini belirlemek amacı ile tanımlayıcı ilişki arayıcı nitelikte yapılmıştır. Araştırmanın evrenini Gümüşhane il merkezinde eğitim veren liselerin son sınıf öğrencileri (N=904) oluşturmuştur. Araştırmada örnekleme seçimine gidilmemiş, araştırmaya alma ölçütlerini karşılayan tüm öğrencilere ulaşılması hedeflenmiş ve 609 öğrenci çalışma kapsamına alınmıştır. Araştırmanın verileri Aralık 2014-Ocak 2015 tarihleri arasında Tanımlayıcı Soru Formu, Riskli Sağlık Davranışları Ölçeği (RSDÖ) ve Algılanan Sosyal Destek Ölçeği Revizyonu (ASDÖ-R) ile sınıf ortamında toplandı.

Öğrencilerin % 53.7'sinin erkek ve yaş ortalamasının 17.28 ± 0.67 olduğu belirlendi. Öğrencilerin Riskli Sağlık Davranışları Toplam Puan ortalaması 64.51 ± 10.81 olup, en yüksek puan ortalamasının beslenme (60.94 ± 11.68) ve psikososyal (47.48 ± 13.14) alt boyuttan aldıkları ve bu bakımdan riskte oldukları söylenebilir. ASDÖ-R toplam puan ortalaması 122.36 ± 15.16 olup algılanan sosyal desteğin yüksek olduğu söylenebilir. Erkek öğrencilerin riskli sağlık davranışları toplam, psikososyal, hijyen ve madde kullanımı alt boyut puanları kız öğrencilerden önemli düzeyde yüksek; başarı durumunu algılama ile riskli sağlık davranışları toplam, beslenme ve hijyen; ailesinin ekonomik durumunu algılama ile riskli sağlık davranışları toplam; psikososyal, hijyen ve madde kullanımı puanı arasında önemli bir fark olduğu saptandı. Çalışan öğrencilerin psikososyal ve madde kullanımı puanlarının çalışmayanlara göre önemli düzeyde daha fazla olduğu, baba eğitim durumu ile riskli sağlık davranışları toplam ve psikososyal; genel olarak kendini mutlu hissetme durumu ile riskli sağlık davranışları toplam ve tüm alt boyutlar; sağlığını algılama ile riskli sağlık davranışları toplam, beslenme ve madde kullanımı puanı arasında önemli bir fark olduğu saptandı.

Kız öğrencilerin algıladıkları sosyal destek toplam, aile ve arkadaş desteği alt boyut puanı erkeklere göre önemli düzeyde yüksek; akademik başarı durumunu algılama ile algılanan sosyal destek toplam, aile ve öğretmen desteği alt boyut; ailesinin ekonomik durumunu algılama ile sosyal destek toplam, aile ve öğretmen desteği; annesinin kendisini yetiştirme tutumunu algılama ile aile desteği; gelir getiren işte çalışan öğrencilerin algılanan sosyal destek toplam ve öğretmen desteği puanlarının çalışmayanlara göre önemli düzeyde yüksek; babasının kendisini yetiştirme tutumunu algılama ile sosyal destek toplam, aile ve öğretmen desteği; genel olarak kendini mutlu hissetme durumu ile sosyal destek toplam ve tüm alt boyut puanları arasında önemli bir fark olduğu belirlendi. Kronik hastalığı olan öğrencilerin olmayan öğrencilere göre önemli düzeyde düşük sosyal destek toplam puanına sahip olduğu, sağlığını algılama ile sosyal destek toplam ve tüm alt boyut puanları arasında önemli bir fark olduğu saptandı. Ayrıca Riskli Sağlık Davranışları Ölçeği ve Aileden Algılanan Sosyal Destek Ölçeği Revizyonu puan ortalamaları arasında yapılan Spearman Korelasyon Analizi sonucunda negatif yönde zayıf bir ilişki belirlendi.

Sosyal destek riskli sağlık davranışlarının oluşumunu engelleyen önemli bir faktör olup, okul sağlığı hemşirelerinin yaşamın her döneminde ihtiyaç duyulan sosyal desteğin ergenlik döneminde önemini arttırdığını vurgulayarak ailelere, öğretmenlere yönelik verilecek rehberlik hizmetleri içinde yer alması ve riskli sağlık davranışlarının oluşmasını önleyecek danışmanlık hizmetlerini vermesi önerilmektedir.

Anahtar kelimeler: Riskli Sağlık Davranışları, Ergen, Sosyal Destek, Okul Sağlığı Hemşiresi

ABSTRACT

The Relationship between Risky Health Behaviors and Perceived Social Support in Last Year High School Students

This descriptive study was conducted to explore the relationship between risky health behaviors and perceived social support in last year high school students. The study population consisted of the last year students (N=904) of the high schools providing education at the provincial center of Gümüşhane. No sampling was attempted for the study with the goal of reaching all the students who meet the inclusion criteria and 609 students were enrolled in the end. The study data were collected between December 2014 and January 2015 using a Descriptive Questionnaire, the Risky Health Behaviors Scale (RHBS) and the Perceived Social Support Scale Revised (PSSS-R), which were collected in the classroom.

The mean age of the students was 17.28 ± 0.67 and 53.7% of them were male. The mean total score of risky health behaviors of students was 64.51 ± 10.81 , the highest mean score of nutrition was (60.94 ± 11.68), and psychosocial (47.48 ± 13.14) and is said that receive from these sub-dimensions and in this regard they are at risk. The mean of ASDO-R total score was 122.36 ± 15.16 and is said to have high level of perceived social support. The overall risky health behaviors scores and the substance abuse, hygiene and psychosocial subdomain scores of male students were significantly higher than those of female students. Significant correlations were found between the perceived success scores and the overall risky health behaviors and nutrition and hygiene scores; between the perceived economic status of their family scores and the overall risky health behaviors scores; and between the psychosocial, hygiene and substance abuse scores. The psychosocial and substance abuse scores of working students were significantly higher than those of unemployed students. There were significant correlations between the father's educational status scores and the overall risky health behaviors and psychosocial scores; between the happiness scores and the overall risky health behaviors and all subdomain scores; between the perceived health scores and the overall risky health behaviors and nutrition and substance abuse scores.

The overall perceived social support scores and the family and friend support subdomain scores of the female students were significantly higher than those of male students. There were significant correlations between the perceived success scores and the overall perceived social support and family and teacher support subdomain scores; between the perceived economic status of their family and the overall social support and family and teacher support subdomain scores; the overall social support and teacher support scores of working students were significantly higher than those of unemployed students; between the perceived mother's way of her/his rearing scores and the family support scores; between the perceived father's way of her/his rearing scores and the overall social support and family and teacher support scores; between the overall happiness scores and the overall social support and all subdomain scores. Students who had chronic diseases had significantly lower overall social support scores than healthy students and there was a significant correlation between perceived health scores and overall social support and all subdomain scores. The spearman correlation analysis performed between the mean scores of PSSS-R and RHBS showed a weak correlation in the negative direction.

Social support is a major factor for preventing the occurrence of risky health behaviors and it is suggested that school health nurses should stress the fact that social support, which is needed at all stages of life, gains more importance in adolescence, should participate in guidance services to be provided to families and teachers and should provide consultancy services towards preventing risky health behaviors.

Keywords: Risky Health Behaviors, Adolescents, Social Support, School Health Nurses

1.GİRİŞ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Ergenlik çocukluk ile erişkinlik dönemi arasında yer alan gelişme, ruhsal olgunlaşma ve hayata hazırlık dönemi olup (1) gencin düşünme yetisinde önemli gelişmelerin olduğu, sağlık davranışlarının şekillenmeye başladığı, seçeceği meslekle ilgili düşüncelerin olduğu (2) çelişkilerin yaşandığı, sorgulamadan risk alındığı bir dönemdir (3). Dünya Sağlık Örgütüne (DSÖ) göre 10-19 yaş arası ergen ve ergenlik dönemi, 10-13 yaş arası erken ergenlik, 14-16 yaş arası orta ergenlik, 17-19 yaş arası geç ergenlik olarak tanımlanmaktadır (4). DSÖ' nün tanımladığı yaş grubuna göre dünya nüfusunun % 20'sinin ergen olduğu, bu yaş grubunun %15'inin gelişmiş ülkelerde yaşadığı, ülkemizde ise bu oranın %20 olduğu bildirilmiştir (3). Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) verilerine göre nüfusun %8.4'ünü 15-19 yaş arası gençlerin oluşturduğu rapor edilmiştir (5).

Risk kavramı ergenlerin sağlığını ve iyilik halini tehdit eden bir etkene maruz kalma üzerine yapılmıştır. Risk davranışı önlem alınmazsa kazalar, sigara, alkollü içki ve uyuşturucu madde kullanımı, beslenme bozukluğu, cinsel yolla bulaşan hastalıklar, şiddet davranışı, intihar gibi birçok problem yaşanabilmektedir (6). Çocukluktan erişkinliğe adım atan ergen davranışlarında, günlük aktivitelerinde, alışkanlıklarında değişimler yaşamakla birlikte çeşitli sağlık problemleri ile de karşı karşıya kalmaktadır (3). Birçok davranışın olumlu veya olumsuz olarak ergenin sağlığını, riskli sağlık davranışlarının da birbirlerini etkilediği, alkol ve uyuşturucu madde kullanımının kazalara ve bunun sonucunda yaralanma ve ölümlere yol açtığı ve ergenlerin ruhsal sağlığını olumsuz etkilediği bilinmektedir (6). Küresel Gençlik Tütün Araştırma Raporuna göre ülkemizde 13- 15 yaş arası gençlerin % 6.9'unun sigara, % 26.3'ünün yaşamın herhangi bir döneminde tütün (7) ve TÜİK verilerine göre gençlerin % 8.6'sının alkollü içki kullandığı bildirilmiştir (8). Ülkemizde gençlerde son bir ayda en az bir defa alkollü içki kullanma oranı % 16.5, uyuşturucu madde kullanım oranı ise % 2.9 olarak bildirilmiştir (9). Ergenlerin yaşam boyu

intihar girişim yaygınlığının % 3.5- % 11 arasında olduğu (10), liselerde yapılan bir çalışmaya göre öğrencilerin % 18.9'nun intiharı düşündüğü (11), 11-17 yaş grubu öğrenciler üzerinde yapılan bir araştırmada da % 99.8'inin farklı derecelerde riskli beslenme davranışları gösterdikleri ve önemli sağlık riskleri taşıdıkları belirlenmiştir (12).

Sosyal destek kişni kendisi, değerleri, durumu hakkındaki belirsizliği azaltan alıcı ve verici arasındaki sözlü ve sözsüz iletişim olup, kişinin yaşamında bireysel kontrol algısını artırma işlevi görmektedir (13). Aynı zamanda sosyal destek, fiziksel sağlık, hastalık ve ölüm oranları ile doğrudan ilişkili olup (14), sosyal destek sisteminin bireyin sosyolojik ve psikolojik sorunlarının çözümü, önlenmesi ve tedavisinde, problemlerle başa çıkabilmede güçlü bir kaynak olduğu bilinmektedir (15). Üniversite öğrencileri ile yapılan bir çalışmada arkadaştan algılanan sosyal destek ile benlik saygısı arasında önemli bir ilişki olduğu (16), diğer bir çalışmada sağlık sorunu olan öğrencilerin olmayan öğrencilere göre aile alt boyut puanı önemli düzeyde düşük düzeyde olduğu bildirilmiştir (17).

Sosyal destek yaşam kalitesinde önemli bir etken olup, insanların yaşamlarında destekleyici etkileşimlerin ve destekleyici ilişkilerin var olması fiziksel sağlık, duygusal iyilik hali ve iş performansında rol oynadığı bildirilmiştir (18). Geçen son yüzyılda basit suçları işlemeye devam eden gençlerin ve çocukların sosyal destek ve bakım yetersizliğinden dolayı suç işleyip ceza aldıkları ve sorunları ile baş edebilmeleri için kendilerine destek olabilecek bireylere ihtiyaç duyduğu gösterilmiştir (19). Ergenler genellikle aile dışından birisi ile istek, sorun ve endişelerini paylaşmak istediğinde onlara olanak verilmeli problemlerini ve isteklerini kolayca ifade etmeleri sağlanmalıdır (2). Ergenlerin sağlığını geliştirmek için fiziksel çevrenin olumlu hale getirilmesi, beslenme eğitimi verilmesi, bulaşıcı hastalıklardan ve kazalardan korunması, ruhsal ve fiziksel sağlığın sağlık eğitimi yapılarak iyileştirilmesi ile olumlu sağlık davranışları kazandırılabilir, ruhsal sağlık, sosyal yeterlilik, sorumluluk ve okul başarısı artırılabilir(20).

Ergenlerde riskli davranışların önlenmesi, erken tanınması ve çözüme yönelik yaklaşımların oluşturulması ve bu doğrultuda sağlıklı bir toplumun gelişmesine katkı sağlaması bakımından bu araştırma önemlidir.

1.2. Araştırmanın Amacı

Lise son sınıf öğrencilerinde riskli sağlık davranışları ve algılanan sosyal destek ilişkisini belirlemek amacı ile yapılan bu çalışmada aşağıdaki sorulara yanıt aranmıştır.

1.3 Araştırmanın Soruları

1. Öğrencilerin riskli sağlık davranışları ve algılanan sosyal destek düzeyleri nedir?
2. Öğrencilerin tanımlayıcı özellikleri riskli sağlık davranış düzeylerini etkiler mi?
3. Öğrencilerin tanımlayıcı özellikleri algılanan sosyal destek düzeylerini etkiler mi?
4. Riskli sağlık davranışları ile algılanan sosyal destek arasında ilişki var mı?

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Ergenlik (Adölesan) Dönemi

Ergenlik dönemi; Latince de gelişerek olgunlaşma anlamına gelen fiziksel, ruhsal ve sosyal yönden birçok değişimin olduğu, birey ve çevresi için çalkantılı, sıkıntılı (21), özel sağlık ve gelişim ihtiyaçları ve hakları olan bir yaşam dönemidir. Aynı zamanda bilgi beceri geliştirme, duygu ve ilişkiyi yönetmeyi öğrenme, yetişkin rollerini üstlenme ve ergenlik döneminin mutlu geçirilmesinde önemli olan yetenek ve katkıları kazandığı dönemdir (22). Diğer bir tanıma göre ergenlik dönemi; gözdağının verildiği, değişimlerin yaşandığı bir dönemdir. İnsan gelişiminin hiçbir basamağında bu kadar büyük değişim, bu kadar kısa bir zamanda ve çok alanda gerçekleşemez. Bu dönemde vücudumuz zihnimiz yeteneklerimiz kişisel arası ilişkilerimiz değişmektedir (23). Ergenlik dönemi yaş ile sınırlı olmayıp ırk, iklim, gibi faktörlerden etkilenmekte ve Akdeniz ikliminin etkin olduğu sıcak bölgelerde kızlar 8-10 yaşlarında ergenliğe girebilirken, kutuplarda yaşayan Eskimolarda ise bu durum 20 yaşına kadar gecikebilmektedir (24).

Erken ergenlik döneminde hızlı bir şekilde davranış değişikliği ve fiziksel büyüme görülmekte olup ergen, cinsiyet organlarının gelişimi ile beraber, çevresindeki toplumsal kurallar çerçevesinde cinsel kimliğini oluşturur ve buna uygun davranmaya başlar (25). Bu dönemde ilgi bedenine dönük olup, kendine yabancılaşma hissedebilir, cinsel çatışma ve korkular canlanır, çelişkili duygular yaşıyorsa cinsiyet rollerini daha derinden öğrenir ve aynı cinsiyetle arkadaşlık kurar (26). Orta ergenlik döneminde ergen ebeveynlerinden ayrılmaya ve bunu da ailesine kabul ettirmeye çalıştığından aile ile çatışma yaşarken arkadaşları ile ilişkileri artar ve bu dönemde arkadaş gruplarının etkisi kuvvetlenir, davranışlarını arkadaşlarını merkeze alarak yönlendirir ve kimliğini onlara göre oluşturur (27). Ayrıca bu dönemde ergen aile dışında yeni sevgi kaynakları arayışında bulunur, eleştirel ve soyut düşünce derinleşir, bilişsel gelişim hızlanır. Çalışma zorunluluğunu duyma ve zevk alma arasında kararsızlıklar görülebilir (26). Geç ergenlik döneminde cinsel,

mesleki ve toplumsal yönden kimlik gelişimi tamamlanmış olup bu dönemde ergen genişleyen sosyal çevresi ile başa çıkmak, arkadaş ve iş bulmak, birçok farklı sosyal ortamda kendini gösterebilmek için sosyal iletişim becerilerini geliştirmeyi öğrenir (28). İletişim becerisini geliştiremeyen, cinsel, mesleki, toplumsal kimliğini oluşturamayan ergenlerde ise kimlik kargaşası görülür (25).

Sonuç olarak kritik bir dönem olan ergenlik, tüm yaşam dönemleri içinde, gençler, aileleri ve öğretmenleri arasında muhtemelen en çalkantılı, zorlu ve stresli olan (27), gencin istikrarlı bir şekilde kişiliğinin oluştuğu, özerkliğini kazandığı dönemdir (28). Bu nedenle eşsiz ve önemli doğası olan ergenliğin sağlık politikaları ve programlarda açık ve özel dikkatle ele alınmalıdır (22).

2.1.1. Ergenlik Döneminde Büyüme ve Gelişme

Ergenlik insan gelişiminin en hızlı aşamalarından birisi olup, hem bireysel hem de çevresel özellikler gelişiminde etkilidir (22). Hücre sayılarının ve büyüklüğünün artmasıyla meydana gelen vücut kütlelerinin ve hacminin artması büyüme, organların biyolojik ve işlevsel olarak olgunlaşması ise gelişme olarak tanımlanmaktadır (29). Ergenlik dönemi fiziksel, sosyal ve cinsel açıdan büyüme ve gelişmenin en hızlı olduğu dönem olup (4), bu dönemde hipofizden salgılanan büyüme hormonunun artmasıyla ergen hızlı bir şekilde büyür ve hemen hemen erişkin büyüklüğüne ulaşır (30). Ergenlik döneminin başlarında çok yoğun olarak yaşanan bedensel ve cinsel değişikliklerin yaşandığı süreç puberte (buluş) dönemi olarak adlandırılmaktadır. Bu dönemin kızlarda 10-12, erkeklerde ise 12-14 yaş aralığında olduğu ve erkeklerde geç, kızlarda ise erken olgunlaşmanın duygusal olarak sorun oluşturabileceği söylenebilir (26).

2.1.2. Ergenlik Döneminde Fiziksel Büyüme ve Gelişme

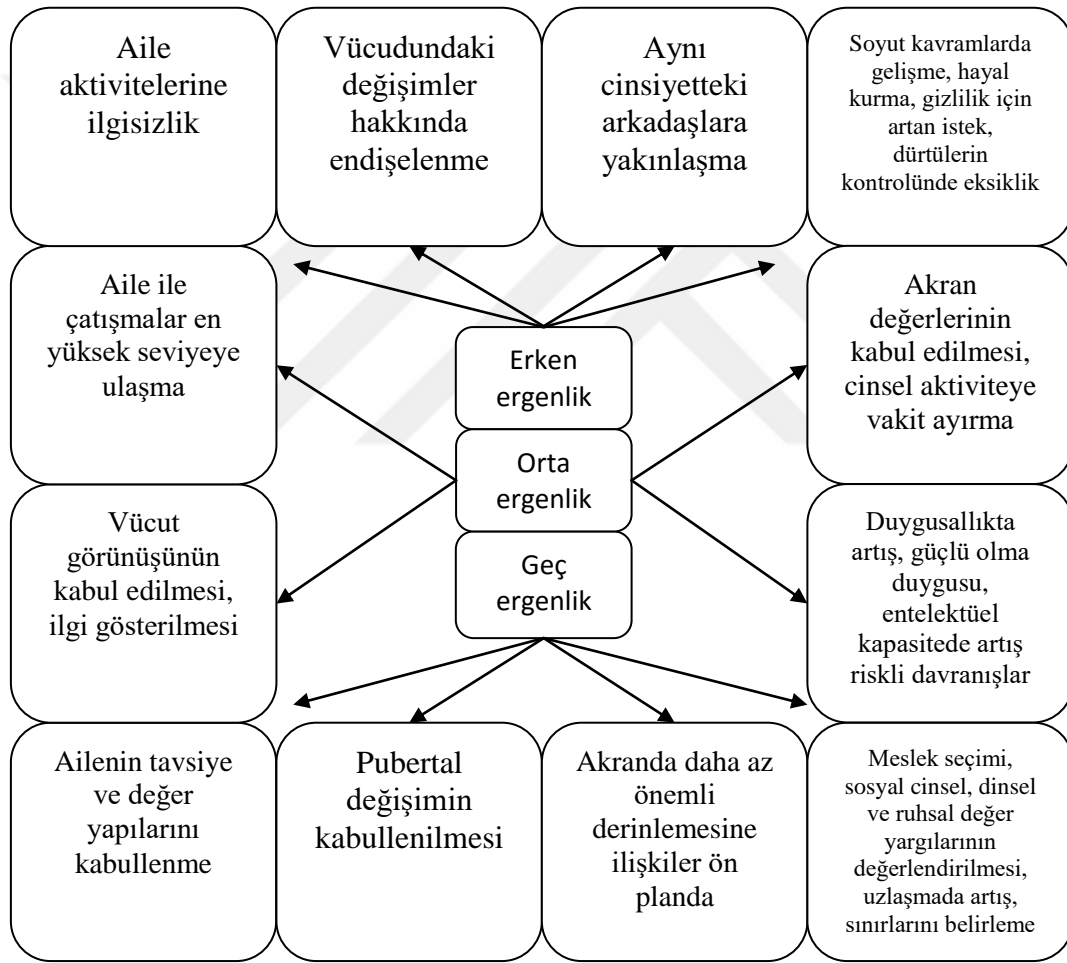
Ergenlik döneminde ortaya çıkan gelişimsel değişimler yaygın görülmeyle beraber gencin fonksiyonlarının hemen hemen her alanında etkili olmaktadır. Çocukluk döneminden başka yaşamın diğer aşamalarında bu kadar hızlı değişimler yaşanmamaktadır (23). Ergenlik döneminde hızlı bir şekilde biyolojik olarak gelişme başlar (4) ve büyüme hormonunun etkisi ile kemik, yağ ve kas dokusunda artma, iç organlarda, cinsel organlarda büyüme ve gelişme görülür. Beyin ve baş gelişiminin

% 96'sı tamamlandığından bu bölgelerde gözle görülür bir gelişme olmaz, lenfoid dokularda ise farklı olarak küçülme görülür. Boy uzama hızı erkeklerde 12, kızlarda 10 yaş civarında artmaya başlar ve erişkin dönemdeki ağırlığının yarısına, boy uzunluğunun %25'ine büyüme atağının olduğu dönemde ulaşılır (31). Ergenlik döneminde görülen en önemli gelişme cinsiyet karakterlerinin gelişimi olup hormonal aktivitenin artması ile erkeklerde ve kızlarda kendine özgü sıra takip ederek ergen birey yetişkin erkek ve kadın vücut yapılarına ulaşırlar (21). Sekonder cinsiyet karakterlerinin gelişmesi, menarş ve spermetogenezin başlaması ile birlikte üreme kapasitesi kazanılmış olur (32). Bu gelişimlerin yanı sıra cildin aşırı yağlanması sonucu cilt delikleri tıkanır, siyah noktalar ve iltihaplanma oluşması ile birlikte sivilce görülür ve erkeklerde ses kalınlaşmaya başlar (26).

2.1.2. Ergenlik Döneminde Bilişsel, Psikososyal ve Ahlaki Gelişim

Ergenlik fiziksel, psikososyal, kültürel ve bilişsel olarak hızlı değişimlerin olduğu bir dönem olup bu dönemdeki fiziksel değişim diğer gelişimsel değişiklikler için zemin hazırlamaktadır (28). Erkeklerde sperm üretiminin olması, kızlarda menarşın başlaması dışında bilişsel, psikososyal ve ahlaki gelişim de, ergenin gelişimindeki önemli belirleyiciler olup, sosyal çevre kurma ve yeni fikirler ile tanışma ergenin bilişsel gelişimine katkıda bulunmaktadır (33). Bilişsel gelişimin en önemli özelliği bireyin soyut düşünebilme özelliğini kazanması olup, soyut düşünceler analiz edilip, soyut kavramlar anlaşılır hale getirebilir. Bu dönemde bireyin evrende kendini konumlandırma çabası, kendi içindeki değerler ile toplumsal değerlerin çatışması elde edilen sonuca göre belirlenir (26). Psikososyal değişimler, bağımsızlık mücadelesindeki artış, kimlik gelişimi ve bilişsel değişiklikler, sosyal değişimler ise akranlar, arkadaşlar, aileden olmayan diğer yetişkinlerle destekleyici ilişkilerin kurulmasındaki artışla karakterizedir (34). Psikososyal gelişim süreci DSÖ' nün tanımlamış olduğu ergenlik dönemi evreleri paralelinde farklı özellikler taşımakta olup, erken ergenlik döneminde olan ergen, vücudunda çok hızlı bir şekilde meydana gelen fiziksel değişimlere ayak uydurmak ve cinsel dürtülerle baş etmek zorundadır (35). Bilişsel açıdan karmaşık olan bu dönemde ergen mantıklı düşünmeye, kendileri ve başkaları için soyutlama yapmaya başlar (20). Orta ergenlik döneminde ergen, vücudundaki değişiklikleri kabullenmeye başlar ve arkadaşları ile ilişkilerini artırır

(36). Ergenin bağımsızlık içgüdüğü zirvede olduğu için ebeveynlerden ayrışma, farklı bir birey olma ve durumu ebeveynlere kabul ettirme bu dönemde yoğunlaşmaktadır (20). Geç ergenlik döneminde kimlik oturmuştur ve soyut düşünce yeteneği gelişmiş olur (29). Soyut düşünme becerisinin kazanılması, ergenin tek başına üstesinden geleceği bir durum olmayıp, aile ve okul kurumunun bireye sorumluluk yüklemesi, projeler sunması, ergenin çözümleme, karşılaştırma ve senteze ulaşmasına yardım edecek etkinlikleri düzenlemesi gerekmektedir (26).



Şekil 1. Ergenlik döneminde psikososyal değişimler (36)

Ergenlikte, genç bireyin ailesi ile olan ilişkileri daha az önemli hale gelirken, akranları ile olan ilişkisi ve yetişkin dünyanın iş hayatı, hazzı ve sosyal

sorumluluğa verdiği değer daha önemli hale gelmektedir (28). Sorumluluk alma davranışında artma ve seçimlerini yapmaya başlayan ergen yetişkinliğe geçiş işaretlerini göstermekte olup bu dönemde iş bulmak için evden ayrılıp kendisi için önemli olan kişilerle ilişki kurabilir (26). Ahlaki gelişim, soyut düşünce gelişimi ve dini gelişim ile birlikte paralel bir gelişim göstermekte olup ergenin uygun ve yeterli bir bilişsel gelişimini tamamlaması ile ahlaki değerleri, vicdan, suçluluk ve adalet duygusu gelişmektedir (24).

2.2. Ergenlerde Riskli Sağlık Davranışları

Deneyim yaşama ve risk alma davranışları ergenlere özgü bir özellik (37) olup, riskli davranışlar, doğrudan veya dolaylı olarak ergenlerin sağlığını, iyilik halini ve hayatını etkileyen, kişiye potansiyel olarak zarar verebilecek davranışlar olarak tanımlanmaktadır (38). Alkol, sigara, yetersiz ve dengesiz beslenme, bağımlılık yapıcı maddelerin kullanılması, güvensiz cinsel yaşam ve şiddet riskli sağlık davranışları olup (29), ergenlik döneminde bu davranışlar önemli oranda artış göstermektedir (39). Ergenin arkadaşları arasında kabul görme, kendisine yetişkin bir birey gibi davranılmasını isteme ve yeni bir kimlik oluşturma çabası risk alma ve riskli sağlık davranışlarına yönelmeye neden olmaktadır (28). Ergenlerin davranışında ailesi, arkadaşları ve çevresi önemli belirleyiciler olup (40), özellikle riskli davranışlar göstermesinde bireysel ve olumsuz aile faktörleri, akran, okul ve sosyal çevre rol oynamaktadır. Olumsuz ebeveyn davranışı, gencin istismar edilmesi, sabıkalı aile üyesinin olması olumsuz aile faktörlerine; antisosyal özellik, hiperaktivite, odaklanma eksikliği bireysel faktörlere ve bu özelliklere sahip arkadaşlara veya çevreye sahip olma da çevresel faktörlere örnek olarak verilebilir (41). Ergenlerle yapılan bir çalışmada aile içerisinde yaşanan çatışma ile problemlili davranışlar arasında önemli bir farkın olduğu belirlenmiş olup bu bulgu alkol, sigara, uyuşturucu madde kullanımı gibi olumsuz davranışların arttığı şeklinde yorumlanmıştır (39). Zamanı iyi kullanan, anne baba ile yakın ilişki içinde olan okul başarısı ve okula bağlılığı yüksek olan ergenlerin risk davranışlarını daha az gösterdikleri (42), sürekli kaygı ve umutsuzluk içinde olmanın ise riskli davranışları göstermede önemli değişkenler olduğu bildirilmiştir (43). Ayrıca ergenin akademik

başarısını algılama düzenini artması da problem davranışlarını görülme ihtimalini azalttığı bildirilmiştir (39).

Ergenlik döneminde yaşanan olayların, edinilen deneyimlerin, sahip olunan alışkanlık ve davranışların ergenin tüm yaşamını etkileyen uzun dönemli sonuçları olmaktadır (28). Ergenlerle yapılan bir çalışmada risk almaya eğilimi olan ergenlerin probleme davranışları daha fazla gösterdikleri bildirilmiştir (39). Hoyt'un yapmış olduğu çalışmaya göre adölesanlık boyunca olumlu iyilik hali göstermenin, genç yetişkinlik boyunca daha az riskli sağlık davranışları göstermede ve genel olarak sağlığın daha iyi algılamada önemli olduğu belirlenmiştir (44). İleriki yaşlarda oluşabilecek kronik hastalıkların, hastanede tedavi almaya neden olacak yaralanma ve hastalıkların, hatta ölümlerin nedeni riskli sağlık davranışlarıdır (28). Sigara içme, alkol kullanma ve cinsel yolla bulaşabilecek bir hastalığa yakalanmasına neden olacak güvensiz cinsel ilişki, ergenin hayatını altüst edebilmektedir (40).

2.2.1. Sigara, Alkol ve Madde Kullanımı

Batı toplumunda ve gelişmekte olan ülkelerde önemli bir konu olan madde kullanımı ergeni ruhsal ve biyolojik açıdan olumsuz olarak etkilemektedir (34) ve ülkemizde madde kullanım sıklığı son yıllarda giderek artmaktadır (45). Olumsuz akran baskısı, medya mesajları, ailevi sorunlar ergenin sigara alkol ve uyuşturucu kullanımına yönlendirebilmektedir (26). Korunmada uluslararası öneme sahip olan sigara, alkol ve uyuşturucu madde kullanımı dünya çapında ergenlerin ve toplumun sağlığını tehdit etmektedir (46).

2.2.2. Sigara Kullanımı

Tütün kullanımı ergenler arasında yaygın önemli bir halk sağlığı sorunu olup sigara kullanımı diğer bağımlılık yapan maddeler gibi arkadaş etkisi, sosyal çevre, kalıtımsal etki ve sosyal öğrenme ile başlamaktadır (46). Sigaranın sağlığa etkisi uzun vadede erişkinlik döneminde ortaya çıkmakta ve sigara bağımlısı olan, sigara içmeye devam eden yetişkinler ergenlik yıllarında sigara içmeye başladıkları için bu dönemde ergenlerin korunması önem taşımaktadır (28). TÜİK 2013 verilerine göre halen sigara kullanan bireylerin yaklaşık %75'inin tütün mamulünü 19 yaşından önce

ergenlik ve çocukluk döneminde, %90'dan fazlasının ise 24 yaşından önce kullandıkları bildirilmiştir (47).

Dünya nüfusunun % 22'si (15 yaşından büyük nüfus içinde) sigara kullanmakta (48) ve dünyada her yıl beş milyon sigara kullanıcısı ve 600.000 pasif içici sigara nedeniyle ölmekte gerekli önlemler alınmazsa 21. yüzyılda bir milyar insanın sigara nedeniyle hayatını kaybedeceği tahmin edilmektedir (49). Küresel Gençlik Tütün Araştırma Raporuna göre ülkemizde 13- 15 yaş arası gençlerde yaşamın herhangi bir döneminde tütün kullanma oranı % 26.3, halen sigara kullanma oranı ise % 6.9 olarak rapor edilmiştir (7). TÜİK 2012 verilerine göre 15-24 yaş arası gençlerin %14.3'ünün her gün tütün mamulü kullandığı (8) TÜİK 2014 yılı verilerine göre de gençlerde tütün kullanım oranının %18.5'e yükseldiği ve sigara kullanan erkeklerin oranının kızlardan altı kat daha fazla olduğu bildirilmiştir (50).

2.2.3. Alkol Kullanımı

Alkol yüzyıllardır kullanılan psikoaktif bir madde olup kötüye kullanımı birçok hastalığa sosyal ve ekonomik yüke neden olmaktadır (51). Dünyada 2.5 milyon insanın hayatını kaybetmesine neden olan alkol, erişkinleri etkilediği gibi ergenleri de etkilemektedir. Küresel düzeyde sağlığın bozulmasına öncülük eden etkenlerden birisi olan alkolün (52) bilinçsiz kullanımı sonucu kanser, kalp damar hastalıkları ve sirozun neden olduğu ölümler görülmektedir (48).

Erken yaşlarda alkole başlanması ve fazla kullanılması, sigara ve uyuşturucu bağımlılığı, suça eğilim, şiddet, korunmasız cinsel ilişki gibi birçok riskli davranışlara neden olmaktadır (41, 46). Ayrıca trafik kazaları da önemli bir risk faktörü olup gençlerin neden olduğu ölümlerle sonuçlanan trafik kazalarının yaklaşık üçte birinin alkol kullanımı nedeni ile ortaya çıktığı bilinmektedir (53).

Ergenler için alkol, sosyal ilişkilerde daha etkili ve rahat olmayı sağlayan gerginliği azaltan, cesareti artıran, bilişsel ve davranışsal değişikliklere neden olan önemli etken olarak görülebilmekte ve kullanılmaktadır (53). Yapılan bir çalışmada ergenlerin bir kısmı alkol kullanma nedeni olarak sosyal ortamlara uyum sağlama, kişisel problemlerinden uzaklaşma, grup tarafından kabul görme ve katıldıkları eğlencelerde daha mutlu olmayı isteme olarak bildirmişlerdir (39). Kadın ve erkek

ergenler arasında alkol kullanımında genel bir artış söz konusu olup erkeklerin alkol kullanması toplum olarak normal karşılanmakta, bu nedenle erkeklerin alkol kullanma oranı ve alkole bağlı oluşan zararlar daha fazla görülmektedir (54). Dünya Sağlık Örgütü raporuna göre 2012 yılında dünyada erkeklerin %7.6' sının kadınların ise %4'ünün ölümünden alkolün sorumlu olduğu bilinmektedir (51).

TÜİK verilerine göre 2010 yılında gençlerin % 8.6'sı alkol kullanmakta olup erkeklerin kadınlardan yaklaşık olarak beş kat daha fazla, 2014 yılında ise gençlerin alkol kullanma oranının % 13.3 olduğu ve erkeklerin kadınlardan dört kat daha fazla alkol tükettiği bildirilmiştir (50). Alkol kullananların yaklaşık olarak % 60'ının ilk alkol kullanma yaşınının 20 yaşından önce ergenlik ve çocukluk döneminde, büyük çoğunlukta merak, özenti, eğlence ve arkadaş etkisinin alkol kullanımının nedeni olduğu bildirilmiştir (47).

2.2.4. Madde Kullanımı

Madde kullanımı gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerin birçoğunda önemli toplumsal sorun olup ciddi sağlık sorunlarına sebep olmaktadır. Sigara ve alkol dışında en çok kullanılan psikoaktif maddeler arasında esrar, kokain, uyku ilaçları, benzodiazepinler, amfetamin gibi uyarıcılar yer almaktadır (55).

Madde kullanım oranı ve şekli cinsiyete göre toplumdan topluma ve ülkeden ülkeye değişiklik göstermekte olup 2012 yılı tahminlerine göre küresel olarak 15-64 yaş arasında 243 milyon kişinin (yaklaşık nüfusun % 5.2'si) son bir yıl içinde esrar, kokain, opioid madde veya amfetamin kullandığı (56), esrarın ergenler arasında kullanılan en yaygın uyuşturucu madde olduğu ve kullanım sıklığının giderek arttığı bildirilmiştir (28). Dünyada 100.000 ölüme beş ölüm uyuşturucu madde kullanımıyla ilişkili olup uyuşturucu madde kullanım yaygınlığının ve ölümlerin erkek bireylerde daha fazla olduğu rapor edilmiştir (57).

Madde kullanımı konusunda en önemli risk dönemi ergenlik dönemi olup, ilk madde kullanımı genellikle bu dönemde başlar ve bu dönemde başlayan madde kullanımı yetişkinlik döneminde inatçı bir şekilde devam eder (58). Yapılan bir araştırma sonucuna göre ergenlik döneminde madde kullanım şeklinin, yetişkinlikteki madde kullanım şeklini belirlediği belirtilmiştir (59). İştahsızlık, ruh durumunda ani

değişiklikler, çevreye ilgisiz, okula ilgisiz, sınıfta kalma, disiplin cezası alma, ev ve okulla ilgisi olmayan yeni arkadaşlıklar edinme, sürekli kavga etme, evi terk etme farklı müzik dinleme ve farklı giyinme gibi davranışlar madde bağımlılığa işaret ettiğinden aileler bu konuda bilgili olmalı ve dikkatli davranmalıdırlar (60).

Ülkemizdeki madde kullanımını ölçen yeterli sayıda araştırma bulunmamakta olup Türkiye Uyuşturucu Bağımlılığı İzleme Merkezi tarafından yapılan bir araştırmaya göre genç nüfusta yaşam boyu madde kullanım yaygınlığı %1.5, maddeyi ilk kez kullanma yaşı ortalama olarak 13 olduğu bildirilmiştir (61).

Ergenler madde kullanımına, daha kolay ulaşabileceği maddelerle başlamaktadır. İlk aşamada sigara ve alkol kullanan ergen, sonraki aşamalarda esrar ve eroin gibi diğer uyuşturucu maddelere yönelmektedir. Sigara ve alkol kullanımına iten risk faktörleri, uyuşturucu maddeler için de geçerli olup madde kullanımı diğer riskli davranışlara da yol açmaktadır (41). Madde kullanımı, tutum ve davranışları olumsuz olarak etkilemekte ve genellikle ruhsal sağlık problemi ile eş zamanlı olarak görülmektedir (62).

Korunma programlarında madde kullanımının sağlık, sosyal ve ekonomik olarak olumsuz etkileri verilmekte ve madde kullanmaya başlamamış ergenlerin korunmasına yönelik madde kullanımını etkileyen veya tetikleyen durumlar üzerinde önemle durulması gerektiği vurgulanmaktadır (63). Hastalıklardan korunma tedaviden daha kolay ve ucuz olduğu gibi bağımlılıktan koruyucu programların uygulanması da kolay ve ucuz olup, yanı sıra riskli grupların belirlenip önlemlerin alınması ve yasal yaptırımların uygulanmasının da önemi büyüktür (64). Ülkemizde madde bağımlılığının önlenmesi için yasal zorunluluklar getirilmiş ve uyuşturucu maddelerin ruhsatsız olarak yetiştirilmesi, temini, kullanımı, alışverişinin yapılması kanunen yasaklanmıştır. Ayrıca uyuşturucu maddenin etkisinde iken araç kullanmanın da önemli derecede cezai yaptırımları bulunmaktadır (65). Madde kullanan bireylerin tedavisi gerekli koşulları sağlayarak kamu ve özel kuruluşlar tarafından açılan Alkol-Madde Bağımlılığı Araştırma, Tedavi ve Eğitim Merkezi (AMATEM) tarafından yapılmaktadır (66).

2.2.5. Şiddet Davranışları

Şiddet davranışsal ya da fiziksel olarak yaralanma, ölüm veya yoksunluk ile sonuçlanabilen tehdit veya doğrudan fiili güç kullanımı olup (67), şiddet içeren davranışlar ev, okul ve toplum içinde, fiziksel, sözel, psikolojik veya cinsel istismar şeklinde olabilmektedir (68). Şiddet gelişimi nedenlerini açıklamaya yönelik çalışmalarda şiddet eğilimi göstermeye belirli bir eylemden ziyade bireysel, çevresel ve sosyal birçok faktörün sebep olduğu anlaşılmıştır (67).

Ergenlerin hayatını olumsuz bir şekilde etkileyen önemli sosyal olaylardan biri şiddettir. Ergenlerde suç işleme ve şiddet davranışlarının belirlenmesi ve sıklığı, ülkeden ülkeye değişmekle birlikte, gençler arasında şiddete maruz kalma ve şiddet davranışları artış eğilimi göstermektedir (67). Dünya genelinde her gün 180 ergenin hayatını şiddet olayları yüzünden kaybettiği ve bunların üçte birinin gelişmemiş ve gelişmekte olan ülkelerde meydana geldiği rapor edilmiştir (69). Ergenlik dönemindeki olumsuz yaşantılar, aile yapısı ve ailede yaşanan sorunlar, olumsuz çevre yapısı genç bireyi öfkelenmekte ergenin şiddet davranışında bulunmasına ve şiddete maruz kalmasına sebep olmaktadır (30). Ayrıca medyada şiddete maruz kalmak, çetelere katılmak, silah taşımak, kabadayılık, zorbalık ve madde kullanıyor olmak ergenlerin yaşantısında şiddet sıklığını belirleyen faktörler arasında yer almaktadır (38) ve ergenlikte yaşanan bu problemler ise ergenlik döneminden sonraki hayatın olumsuz etkilenmesine neden olmaktadır (40).

Ülkemizde 2007 yılında 261 okulda yapılan araştırma sonuçlarına göre; son üç ay içinde öğrencilerin % 22' si fiziksel, % 53'ü sözel, %36.3'ü duygusal, %15.8'i cinsel şiddete maruz kaldığını ve %35.5'i fiziksel, %48.7'si sözel, %27.6'sı duygusal, %11.7'si ise cinsel şiddet uyguladığını belirtmiştir (70).

2.2.6. Kaza ve Motorlu Araç Kullanımı

Trafik kazaları, kara yollarında, motorlu veya motorsuz taşıtlar ile gelişen, özellikle 5-24 yaş grubu yolcu ve sürücüleri, yaya ve hayvanları etkileyen kazalardır (71). Ergen kendini ispatlamak için trafikte hız, hatalı sollama ve dönüşler, zik zak çizme hareketlerini yapma gibi trafikte seyir halindeki diğer bireylerin güvenliğini tehlikeye atan birçok davranışı ortaya koymaktadır (72). Uyuşturucu ve alkol kullanımı, riskli

ve tehlikeli davranışlara özendirilen reklamlar çalışma ortamının tehlikeli olması, güvenlik önlemlerinin yeterli olmaması kazaların temel nedenleridir (36). Özellikle ergenler tarafından alkol ve uyuşturucu madde kullanımının hem şimdiki hem de gelecekteki iyilik hallerini etkilediği ve ergenlerin bu maddelerin etkisi altındayken kazalara ve yaralanmalar gibi riskli davranışlara daha yatkın olduğu unutulmamalıdır (53). İstenmeyen kazalar ergenler arasında yaralanmalara, geri dönüşü olmayan sakatlanmalara ve ölümlere sebep olmaktadır. Ergenler arasında ölümlere en çok neden olan % 80 oran ile yaralanmalar ve şiddet olayları olup bunlar arasında en fazla görüleni trafik kazaları ve bu kazaların yarısı ise alkollü araç kullanma sebebi ile olmaktadır (73). Dünya Sağlık Örgütü verileri 2012 yılında yaklaşık olarak 120 000 ergenin trafik kazaları sonucunda hayatını kaybettiğini bildirmiştir (69). TÜİK ve Emniyet Genel Müdürlüğü verilerine göre ülkemizde 2013 yılında, 10-20 yaş arasında 70 genç sürücünün trafik kazaları sonucunda hayatını kaybettiği, yaklaşık olarak on beş bin sürücü gencin de yaralandığı bildirilmiştir. Aynı yıl sürücü, yolcu ve yaya olan toplamda dört yüzden fazla gencin hayatını kaybettiği ve elli binden fazla gencin de yaralandığı bildirilmiştir (74).

2.2.7. Beslenme Davranışları

Adölesan dönemde beslenme özellikle beslenme ihtiyacının artması nedeni ile önemli bir konudur (21). Beslenme büyümek gelişmek ve hayatı sağlıklı bir şekilde sürdürebilmek için gerekli besinlerin tüketilmesidir (75). Dünyada birçok insan açlık ve yoklukla mücadele ederken, birçoğu da hatalı ve fazla beslenmeden dolayı iş göremez hale gelmekte, hastalanmakta ve hayatını kaybetmektedir (76). Çocuklarda görülen beslenmeye bağlı sağlık sorunları tüm dünyada hastalık ve ölüm nedenleri arasında yer almakta ve önemli düzeyde ölüme ve hastalığa katkı sağlamaktadır (77). Yetersiz ve dengesiz beslenme şişmanlık, zayıflık, vitamin veya mineral yetersizliğine (anemi, raşitizm iyot yetersizlikleri vb.) yol açar, kronik hastalıkların oluşumuna zemin hazırlar ya da doğrudan sebep olur (29). Gelişmiş ülkelerde sebze ve meyvelerle hazırlanan yemeklerin yerini atıştırmalık olarak hızlı bir şekilde hazırlanan bol kalorili ve tuzlu fast food tüketiminin alması obezite ve dengesiz beslenmeye neden olmuştur (34). Yurt dışında yapılan bir çalışmada ebeveynlerinin yüksek yağlı yemek ya da tatlılar sunduğunu belirten gençlerin sağlık yeme indeks

puanlarının düşük olduğu bildirilmiştir (78). Ülkemizde yetersiz ve dengesiz beslenme özellikle ergenlerin önemli sorunlarından birisi olup (76), büyüme ve gelişmenin en hızlı olduğu ergenlik döneminde beslenmeye önem verilmesi gerekmektedir. Ergenin vücuttaki değişiklikleri gibi yeme alışkanlıkları da değişebilmekte enerji, protein vitamin, mineral ihtiyacı ve iştahı artmakta ve çeşitli problemlerle karşılaşabilmektedir (79). Ülkemizde okul çağında olan çocuklarda ve gençlerde zayıflık, şişmanlık, demir eksikliği anemisi, iyot yetersizliğinden kaynaklanan hastalıklar, diğer vitamin ve mineral yetersizlikleri, diş çürükleri, obezite gibi beslenmeye bağlı sağlık sorunlarının sıkça görüldüğü bilinmektedir (77). Beslenme yetersizliğine bağlı anemi görülmesi ülkemizde önemli bir halk sağlığı sorunlarından biri olup (32), özellikle 15-19 yaş arası kızlarda erkeklere oranla anemi prevalansı belirgin bir şekilde fazladır (68). Yeme bozukluklarından anoraksiya nevroza ve bulumiya nevroza da ergenler arasında özellikle kızlarda daha fazla görülen sağlığı etkileyen önemli bir bozukluktur (46).

2.2.8. Fiziksel Aktivite Eksikliği

Düzenli fiziksel aktivite ve egzersiz yapma ergenin sağlıklı bir şekilde büyüme ve gelişimini sağlamaktadır (79). Fiziksel aktivite, bedenimizin tüm hareketlerini içeren genel bir tanım olup (29), yürümek, koşmak, yüzmek, bisiklete binmek, kol, bacak, baş, gövde hareketleri vb. temel vücut hareketlerinin bir kısmını veya tamamını içeren spor dalları, dans, egzersiz ve oyunlar fiziksel aktivite olarak sayılmaktadır (75).

Son yıllarda ergenlerde fiziksel aktivitenin giderek azaldığı video, bilgisayar oyunu veya televizyon izleme gibi pasif aktivitelerin arttığı ve bu durumun önemli bir sorun olduğu bildirilmiştir (77). Mevcut araştırmalara göre dünyada dört ergenden sadece birinin düzenli olarak egzersiz yaptığı (69), ülkemizde yapılan Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması (2010) sonucuna göre ise 12-14 yaş grubu erkeklerin % 41.4'ünü, 15-18 yaş grubu erkeklerin % 44.6'sının, 12-14 yaş grubu kızların % 69.8'inin, 15-18 yaş grubunun % 72.5'inin egzersiz yapmadığı belirlenmiştir (80). Fiziksel aktivite ergenler için kendini enerjik hissetme, iyi bir görünüm kazanma, okul başarısı ve yaşam boyu doğru bir alışkanlık kazanmak için önemli bir sağlık davranışıdır (31). Ayrıca fiziksel aktivite çocukların normal büyüme ve gelişmesinde, metabolik

fonksiyonları ve kronik hastalıkların önlenmesinde, ideal beden kitle indeksini korumada, çocukların kendine olan güveninin, arkadaş ve işbirliği sayısının artırmada, ruhsal sağlığı iyileştirme ve akademik başarıyı artırma gibi birçok etkileri söz konusudur (77). Yapılan araştırmalar, yapılandırılmış programlar ve ortamların oluşturulması durumunda, belli bir amaca yönelik yapılan aktivitelerin ve organize sporlara katılmanın ergenin ruh sağlığı bakımından olumlu etkilere sahip olduğunu göstermektedir (35).

2.2.9. Hijyen Eksikliği

Kişisel hijyen bireyin sağlıklı kalabilmesi için yapmış olduğu “öz bakım” davranışlarını içermektedir. Birey bu davranışlarına başkasının yardımı olmadan yapabilmeli ve aile bunu çocuğuna kazandırmalıdır. Fiziksel ve ruhsal sağlık için hijyen aktivitelerini düzenli bir şekilde yapılması önemli olup, ergenlik döneminde bu aktiviteler bağımsız bir şekilde yerine getirilebilir (77). Adölesan dönemde yaşanan hormonal değişimler, hijyen uygulamalarının sıklığını etkilemekte olup, bu dönemde terleme daha fazla görüldüğünden vücut temizliğine daha fazla özen gösterilmelidir (81). Okul, toplumun sosyal yapısını etkiler ve öğrencinin sağlığını geliştirilmesinde önemli bir yeri vardır Bu nedenle okul yaşamında çocuğa kişisel hijyen ve çevreyi temiz tutma davranışları öğretilmeli ve kazandırılmalıdır (77).

2.3. Sosyal Destek

Sosyal destek bireyler arasında belirli bir sosyal çevrede benlik saygısını artırmaya yönelik teşvik ve destek sağlayan dinamik karşılıklı bir süreç olup (34), iletişim, belirsizliği azaltma ve kontrolü artırma sosyal desteğin önemli özellikleridir (13). Sosyal destek bireyin çevresinden sağladığı sosyal ve psikolojik destek olarak da belirtilmektedir (82). Hem destek sağlayıcı hem de alıcılar için destekleyici ilişkiler ikilem oluşturabilmesine rağmen kişinin akrabalarından arkadaşlarından güvenilir destek sistemlerine sahip olma algısı hastalık riskini azalttığı, ruhsal ve fiziksel hastalıklarda iyileşmeyi artırdığı ve kişinin kendisi ve başkalarında kötüye kullanımı riskini azalttığı bildirilmiştir. Sosyal destek stresle ilişkili belirsizliği yönetmeyi sağlar ve kişilerin çevresinde etkililik ve kişisel kontrol duygusunu artırır (18). Sosyal desteğin fiziksel ve ruhsal hastalıkların ortaya çıkması, ilerlemesi ve süresi üzerinde önemli etkileri vardır (83). İyilik halinin devamı ve hayattan memnuniyet

ile sosyal destek arasındaki ilişkinin varlığı bu konu üzerine yapılan çalışmalarla belirlenmiş olup (84), ergenin akademik başarısını belirleyen değişkenlerden birinin de öğrencinin algıladığı sosyal destek olduğu bildirilmiştir (85).

2.3.1. Sosyal Destek Türleri

Sosyal destek türlerini Cohen ve Wills (1985) incelediği araştırma sonuçlarına göre aşağıdaki gibi gruplandırmıştır.

Saygı Desteği: Bir kişinin saygınlığının/saygıdeğer olduğunun kabul edilmesi bilgisidir. Benlik saygısı, bireyin sahip olduğu değer ve deneyimlerine önem verilerek ve herhangi bir zorluk ya da kişisel hatalara rağmen kabul edilerek iletişim kurularak artırılır. Bu tür sosyal destek, duygusal destek, dışavurumcu destek, benlik saygısı desteği, açığa vurma ve yakın destek olarak ta atfedilmektedir.

Bilgilendirici Destek: Tanımlama, anlama ve sorunlu olaylarla başa çıkmaya yardımcı olmaktır. Aynı zamanda danışma, değerlendirme desteği ve bilişsel rehberlik olarak adlandırılmıştır.

Yaygın Destek: Sosyal arkadaşlık, eğlence ve dinlence aktiviteleri ile diğerleriyle vakit geçirmektir. Bu (sosyal arkadaşlık), başkalarıyla bağlantı kurma ve yakın ilişki gereksinimini karşılayarak, kişinin dikkatini sorunlara ilişkin endişesinden başka yöne çekmeye yardımcı olarak ya da olumlu duygu durumu kolaylaştırarak stresi azaltır. Bu boyut yaygın destek ve aidiyet olarak ta atfedilir.

Araçsal (yardımcı) Destek: Mali yardım, maddi kaynaklar ve gerekli hizmetlerin sağlanmasıdır. Araçsal yardım, araçsal sorunların doğrudan çözümü ya da gevşeme ve eğlence gibi aktivitelerle daha fazla zaman geçirmeyi sağlayarak stresi azaltmaya yardımcı olabilir. Araçsal destek aynı zamanda yardımcı, maddi destek ve somut destek olarak ta isimlendirilmektedir (86).

2.3.2. Sosyal Destek Kaynakları

Sosyal destek bir iletişim çeşidi olup bireye durum üzerinde kontrol hissi sağladığından kişinin kendini daha emin hissetmesini sağlar (13). Bireyin ailesi, aile üyeleri, anne, baba, kardeş, eş, arkadaşlar, öğretmenler, komşular, ait olduğu sosyal grup ve bireyin içinde yaşadığı toplum gibi faktörler bireylerin sosyal destek

kaynaklarını oluşturmaktadır. Bireyin sosyal destek düzeyleri kendisinde veya destek kaynaklarında meydana gelen değişiklikler nedeniyle değişebilmektedir (82). Aile tarafından sağlanan destek, ergenin hayata ve yeteneklerine bakış açısını etkilemekte, birçok ergen ve ailesi, ebeveyn desteğinin sağladığı faydaları önemsememekte ve deneyimleri görmezden gelebilmektedir (87). Yapılan bir çalışmada aile ilişkilerinin iyi olduğu söyleyen ve sağlıklı davranış sergileyen anne ve babaya sahip olan ergenlerin riskli davranışları gösterme ihtimallerinin daha az olduğu bildirilmiştir (39). Adölesanlar ailede güçlü olarak algıladıkları ebeveyn kendilerine örnek alırlar ve ebeveynler kendilerine karşı demokratik, baskın, diktatör, eşitlikçi, hoşgörülü ya da aldırılmaz tutum gösterebilirler. Adölesan demokratik tutum gösteren ebeveynleri kendilerine yakın hisseder ve onlar gibi davranmaya başlarlar. Bunun yanında diktatör ve aldırılmaz tutum sergileyen ebeveynlerin yetiştirdiği çocuklar ya çok özgür ya da çok kısıtlanmış olarak kendilerini hissederler ve sorumsuz, bağımlı olurlar ve sorunlu davranışlar gösterirler. Sevecen ve orta derece kontrolü elinde tutan ailelerde yetişen ergenler ise sorumluluk sahibi olarak yetişir ve bağımsızlıklarını daha kolay elde ederler (21).

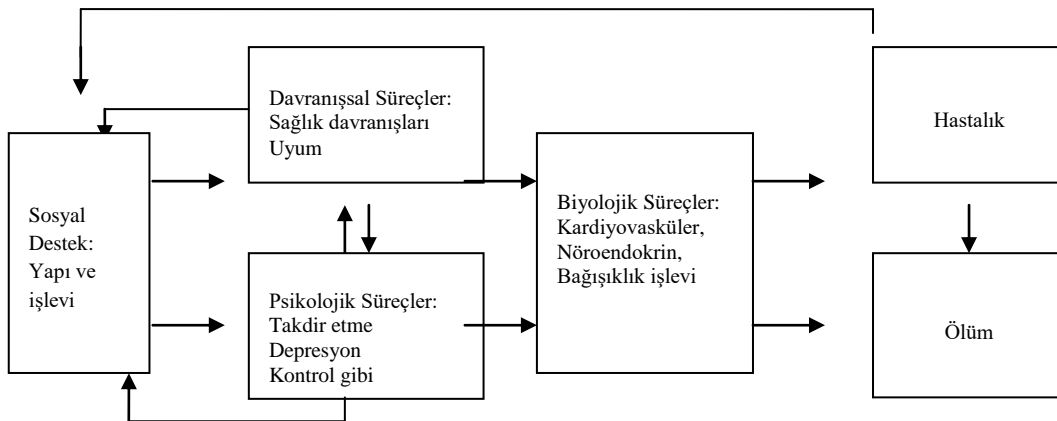
Erken ergenlikte sosyal destek kaynağı aile olurken orta ergenlikte arkadaş gruplarının desteği ve ilişkileri daha önemli hale gelmektedir (88). Ergen ailesi ve diğer yetişkinlerle geçirdiği zamanın iki katından fazlasını arkadaş gruplarıyla geçirmekte ve genç ergenler diğer ergenlere göre arkadaş gruplarından daha fazla etkilenmekte ve arkadaş grubunun etkisi ile riskli davranışlar gösterebilmektedir (62). Yapılan bir çalışmada sigara, alkol kullanımı gibi riskli davranışları yapmaya zorlanan arkadaşlara sahip olan ergenlerin bu davranışları daha fazla yapma eğiliminde oldukları bildirilmiştir (39). Okulda veya dışarıda öğrencilere destek sağlayan, ilişkilerinde yapıcı, güvenilir olan, ergenlere değer veren, onları birey olarak gören öğretmenler, öğrencilerin okul başarısını ve kendine güvenini olumlu etkilemektedir (87). Ergenin güvenliğini sağlama, aile tipi, uyuşturucu maddelere ve silahlara kolay erişim, ergenlerin suça karışmasındaki oran artışı, yasalara uymayan gelişmemiş toplumların temel ihtiyaçlarının sağlanmaması, sağlık ve eğitim hizmetlerine ulaşımın olmaması, gürültü, ısı ve sıcaklık, çevre temizliği ergenin iyilik halini etkileyen çevresel faktörler olarak bildirilmiştir (89). Yapılan bir çalışmada sosyal destek kaynakları olan aile, arkadaş ve öğretmen davranışının

ergenlerin problem davranışları sergilemesinde koruyucu olabildiği gibi risk faktörlerine dönüşebileceğini bildirmesi sosyal destek kaynaklarının önemini ortaya koymaktadır (39).

2.3.3. Sosyal Desteğin Önemi ve İşlevleri

Ergenlik, fizyolojik sosyal, manevi ve ruhsal açıdan önemli değişikliklerin yanı sıra, yetişkinlerle iletişim kurmakta zorlanılan bir dönem olması nedeni ile bu dönemde ergenlere destek olunması önemlidir (87). Gelişmekte olan ve ailesinin sınırları dışında hareket etmeye başlayan genç ergenler savunmasızdır ve olaylardan daha çabuk etkilenirler. Adölesan dönemde kazanılan sağlık sonuçları sadece bu dönemi değil yaşam boyunca sağlığı etkiler (22). Sosyal destek düşünceleri duyguları ve davranışları sağlığı geliştirecek yönde düzenler ve ergenin sağlığına ilişkin bir anlam oluşturmasına yardım eder (16).

Egzersiz, doğru beslenme, sigara içmeme, daha fazla ilaca uyum gibi sağlık davranışlarını kolaylaştırdığı için sosyal destek aynı zamanda sağlığı geliştirir. Sonuç olarak psikolojik ve davranışsal düzeyler sosyal desteği karşılıklı olarak etkiler. Örneğin psikolojik sıkıntı destek algısını etkileyebilir ve olumsuz sosyal etkileşimlere yol açar. Broad modeline göre sosyal destek ile fiziksel sağlık arasındaki ilişki Şekil 2 de gösterilmiştir(14).



Şekil 2 Sosyal desteğin fiziksel sağlıkla ilişkisini gösteren Broad Modeli (14)

Sosyal destek kaynaklarından olan aile, arkadaş ve çevrenin ergenin sergilediği sigara ve uyuşturucu madde kullanımını gibi riskli davranışları göstermesinde veya bu davranışlardan korunmasında önemli etkisi vardır (28). Yapılan bir çalışmada anne ve babadan algılanan sosyal destek ile problem davranışlar arasından negatif yönde önemli bir ilişkinin olduğu bildirilmiştir (39). Ergene verilen uygun sosyal destekle birlikte birçok olumlu geribildirim alınmaktadır. Bu durumda ergeni sigara, alkol ve uyuşturucu madde kullanımında azalma, özgüveninde artma, kalıplaşmış olumsuz düşüncelerin olmaması, endişe ve depresyon oranında azalma, iyi bir kimlik gelişimi ve daha iyi bir benlik, daha az suç işleme ve daha fazla sorumluluk alabilme, daha az okul devamsızlığı yapması, okul başarısında artış ve sağlık sorunlarında azalmaya katkı sağlamaktadır (87).

Ergenlerin bireysel ve toplumsal özellikler nedeni ile kapasiteleri, motivasyon şekilleri, stres durumunda verdikleri geribildirimler birbirlerinden farklılık göstermektedir. Bu nedenle ergenlere onların özelliklerine göre sosyal destek sağlanması daha iyi bir toplumun oluşmasına katkı sağlaması bakımından önemlidir (34). Ergenlerle yapılan bir çalışmada sosyal yetkinlik ile aile, arkadaş ve öğretmenden alınan sosyal destek arasında önemli bir ilişkinin olduğu ve algılanan bu desteklerin sosyal yetkinliği önemli düzeyde açıkladığı belirlenmiştir (90).

2.3.4. Riskli Sağlık Davranışlarını Önleme ve Sosyal Destek Sağlamada Hemşireliğin Rolü

Ergen gelişimi, gençlerin aileleri ile olan ilişkilerinin otonomiye doğru yeni adımları da kapsayacak şekilde yeniden şekillenmesini gerektirmektedir (37). Riskli davranışları önleme ve müdahalede kapsamlı ekolojik yaklaşım ve çoklu seviyelerde sosyal destek girişimlerinin harekete geçirilmesi gerekmektedir (42). Hastaların sağlığına kavuşmasında dinamik bir güç olan hemşirelik mesleği, bireylerin hastalıklardan korunması, sağlık ve esenliğin devamının sağlanması ve yaşam kalitesinin artırılmasında rol almaktadır (91). Riskli sağlık davranışlarını önleme ve sosyal desteği iyileştirmede de hemşirelerin aktif rol almaları, anne ve babalara çocuk ve ergen bakımı ve ergenlik dönemindeki sosyal gereksinimler hakkında eğitim verilmesi gibi birçok konuda sağlık politikalarına etkin olarak katılması önemlidir (92). Aile ve okul yönetimi ile işbirliği yaparak ergenlerin sağlıklı

beslenme konusunda eğitimlerin hazırlanması ve okul kantinlerinde sağlık için önerilen yiyecek ve besinlerin satılması konusunda teşvik etmede görev alabilirler (93). Okul hemşiresi okulda yapılabilecek fiziksel aktivite programlarında aktif olarak görev alabilir, öğrencilerin fiziksel aktivite ile ilgili hedeflerini başarmada destek sağlar, vücut ve saç hijyeni, eli, tırnak hijyeni, ayak, perine hijyeni, kişisel güvenlik gibi konularda eğitim verir, danışmanlık yapar ve girişimlerde bulunur (77). Ergenlerde görülen şiddet olayları sürekli değerlendirilmeli, öfke kontrolü, stres yönetimi, çatışma ve sorun çözme gibi konularda eğitimler verilmelidir (94). Yurt dışında lisede okuyan kız öğrencilerle yapılan bir çalışmada öğrencilere verilen stres yönetimi eğitiminden sonra eğitim verilen grupta stresin azaldığı ve akademik başarının arttığı (95) belirlenmiş olup özellikle bu dönemlerde eğitim verilmesinin gerekliliğini ortaya koymuştur. Sağlıklı yaşam biçimi davranışlarında sağlıklı seçimler yapma ve ilgisini ona vermeye ilişkin bilişsel inançları güçlendirmede stratejileri uygulama önemlidir (44). Ergenler arasında sigara, alkol ve uyuşturucu kullanımının engellenmesi için gerekli politikaların geliştirilmesi ve cinsel yolla bulaşan hastalıklarla mücadele için eğitimlerin verilmesinde sağlık kuruluşlarının da içinde bulunduğu birçok kurum ve kuruluşun desteği gereklidir (96). Ergenin iyilik halinin devamı için sosyal desteğin sağlanması ve devam etmesi önemli olup hemşireler sosyal desteğe ihtiyaç duyan ergeni tespit etmeli, gerekli hemşirelik tanımlarını ve girişimleri uygulayarak danışmanlık yapmalıdır (83). Ergenlere günlük sorunları ile başa çıkmasında destek olunmalı, aile ve okul yönetimi ile işbirliği yapılmalı (97) ve hemşireler bu konuda aktif rol almalıdır. Anne-babaların hemşireler tarafından ergenlik dönemi, sorunları, sosyal ve duygusal gereksinimleri konusunda bilgilendirilmeleri, ergenlerin sosyal destek kaynaklarının artırılması, çevrelerinden yeterli desteği göremeyen ergenlere özellikle hemşireler tarafından gereken desteğin sağlanması önemlidir. Ülkemizde, ergenlerin sağlıklı bireyler olarak yetişebilmeleri için erken tanı ve tedavi yöntemlerinden yararlanılması ve özellikle hemşirelerin koruyucu sağlık politikaları geliştirilmesinde rol almaları ergen sağlığının korunmasında önemlidir (92). Yeterli bilgi ve birikime sahip, iyi bir gözlemci olan hemşirelerin aile ziyaretleri yaparak veri toplama, tedavi edici iletişim tekniklerini kullanarak ergen bireye ve ailesine danışmanlık yapılmasında, ergenler arasında iletişimi ve bilgi alışverişini sağlayan akran eğitimi hizmetinin

verilmesi için programların düzenlenmesinde rol almalıdır (98). Ergenlerin büyük çoğunluğunun okullarda eğitim görmekte olduğu göz önüne alındığında okul sağlığı hemşirelerine önemli görevler düşmektedir. Resmi gazetede yayımlanan Hemşirelik Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelikte (2011) okul sağlığı hemşireliğinin görev yetki ve sorumlulukları belirtilmiştir (99). Bu çerçevede okul sağlığı hemşiresi hemşirelik rollerini kullanarak görevini yerine getirmeli ve sağlığın her alanında olduğu gibi ergenlerin sağlığının korunmasında, geliştirilmesinde etkin rol almalıdır (100). Ergenlerin akademik başarısını arttırmaya yönelik hizmet içi eğitim kapsamında öğretmenlere verilmesi önerilen sosyal destek eğitim programları (85) ve sağlıkla ilgili konuların eğitiminin ve danışmanlığının verilmesi gibi birçok konuda da hemşireler rol alabilirler (101).

3. MATERYAL VE METOD

3.1. Araştırmanın Türü

Araştırma tanımlayıcı ilişki arayıcı nitelikte yapıldı.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Gümüşhane il merkezinde toplam 11tane lise eğitimi veren okul bulunmaktadır. Bu liselerin bir tanesinden çalışma izni alınamadığından ve bir lisenin de sağlık meslek lisesi olması nedeni ile araştırma kapsamı dışında bırakıldığından araştırma dokuz lisede yürütüldü. Araştırma Aralık 2014- Haziran 2016 tarihleri arasında tamamlandı.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örnekleme

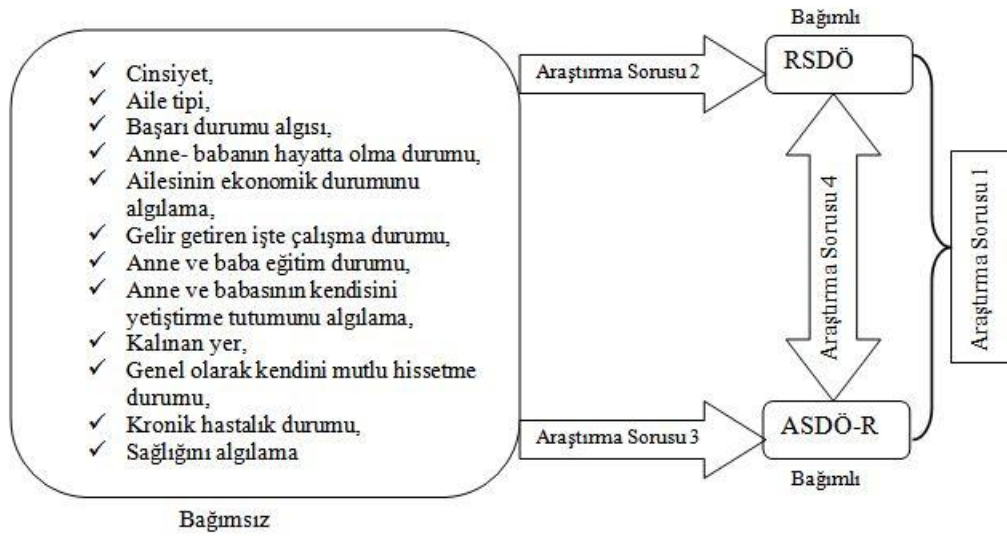
Araştırmanın evrenini Gümüşhane il merkezinde eğitim veren ilgili liselerin son sınıf öğrencileri (N=904) oluşturmuştur. Araştırmada örnekleme seçimine gidilmemiş olup araştırmaya alma kriterlerini karşılayan 609 (evrenin %67.36'sı) öğrenciyeye ulaşılmıştır.

Araştırmaya alma kriterleri:

- ✓ Verilerin toplandığı tarihlerde okulda bulunan,
- ✓ 18 yaş ve altında olup ailesinden izin alınan,
- ✓ Gönüllü olan tüm öğrenciler

3.4. Araştırmanın Değişkenleri

Araştırmanın ikinci ve üçüncü soruları için değişkenleri; cinsiyet, aile tipi, başarı durumu algısı, anne-babanın hayatta olma durumu, ailesinin ekonomik durumunu algılama, gelir getiren işte çalışma durumu, anne ve baba eğitim durumu, anne ve babasının kendisini yetiştirme tutumunu algılama, kalınan yer, genel olarak kendini mutlu hissetme durumu, kronik hastalık durumu, sağlığını algılama bağımsız, Riskli Sağlık Davranışları Ölçeği ve Algılanan Sosyal Destek Ölçeği puan ortalaması bağımlı değişkeni oluşturdu.



Şekil 3. Çalışmanın kuramsal yapısı ve değişkenler

3.5. Veri Toplamada Kullanılan Formlar

Veriler toplamada Tanımlayıcı Soru Formu, Riskli Sağlık Davranışları Ölçeği (RSDÖ) ve Algılanan Sosyal Destek Ölçeği Revizyonu (ASDÖ-R) olmak üzere üç form kullanıldı

Tanımlayıcı Soru Formu (Ek-I): Öğrencilerin tanımlayıcı özelliklerini belirleyen yaş, cinsiyet, aile tipi, başarı durumu algısı, anne-babanın hayatta olma durumu, ailesinin ekonomik durumunu algılama, gelir getiren işte çalışma durumu, anne ve baba eğitim durumu, anne ve babasının kendisini yetiştirme tutumunu algılama, kalınan yer, genel olarak kendini mutlu hissetme durumu, kronik hastalık durumu ve sağlığını algılama olmak üzere toplam 15 sorudan oluştu.

Riskli Sağlık Davranışları Ölçeği (RSDÖ) (Ek-II): Gençlerin riskli sağlık davranışlarını belirlemek amacıyla Çimen ve Savaşer tarafından 2003 yılında geliştirilmiş, 1-5 arası puanlanan Likert tipi bir ölçek olup, bireyden sağlık davranışlarını günlük yaşamda uygulama sıklığına göre ifade edilebilmesi için “1=Hiç bir zaman, 2= Oldukça seyrek, 3= Bazen, 4= Çoğunlukla ve 5=Hemen her zaman” seçeneklerinden birini seçmesi ve işaretlemesi istenen 35 maddeden oluşmaktadır. Ölçek Psikososyal (13, 14, 15, 16, 24, 26, 28, 29, 30, 32), Beslenme (1, 2, 3,4, 5, 6, 9, 10, 11, 12, 27), Fiziksel aktivite (22, 23, 25, 31), Hijyen (7, 8, 17, 18, 19) ve Madde kullanımını (20, 21, 33, 34) olmak üzere beş alt boyuttan

oluşmaktadır. Bu maddelerden 1, 2, 4, 5, 6, 7, 8, 10, 12, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 22, 23, 25. maddeleri tersine çevrilmekte, diğerleri aynen alınmakta ve 35. madde herhangi bir alt boyuta girmediğinden toplam ham puan 34-170 arasında değişmektedir. Ölçek toplam ham puanı mutlak değer cinsinden 100'e çevrilerek 20-100 arasında ölçek puanı elde edilir (Ek III). Ölçekten ve alt boyutlarından alınan toplam puanların yüksek olması bireyin riskli sağlık davranış puanının yüksek, yani kişilerin riskte olduğunu, puanların düşük olması ise riskli sağlık davranışları puanının düşük, diğer bir ifade ile sağlık davranışlarının iyi olduğunu ifade etmektedir. RSDÖ için Cronbach alfa değeri 0.86, alt ölçeklerden beslenme boyutu için 0.75, Fiziksel aktivite boyutu için 0.52, Psikososyal boyutu için 0.75, hijyen boyutu için 0.65, Madde kullanımı için 0.60 olarak bildirilmiştir (102). Bu çalışmada RSDÖ için Cronbach alfa değeri 0.77, alt ölçeklerden Beslenme boyutu için 0.71, Fiziksel aktivite boyutu için 0.33, Psikososyal boyutu için 0.62, Hijyen boyutu için 0.72, Madde kullanımı için 0.75 olarak bulunmuştur.

Algılanan Sosyal Destek Ölçeğinin Revizyonu (ASDÖ-R) (Ek-IV) : Yıldırım tarafından geliştirilen ve yine Yıldırım tarafından 2004 yılında revizyonu yapılmış olan ölçek öğrencilerin ailesinden, arkadaş ve öğretmeninden aldığı sosyal desteği belirlemek amacıyla kullanılmaktadır. Algılanan Sosyal Destek Ölçeği-Revizyonundaki her bir durum cümlesi Aile Desteği (AİD) 20, Arkadaş Desteği (ARD) 13, Öğretmen Desteği (ÖĞD) 17 olmak üzere, üç alt boyutta toplam 50 soru ile yanıtlanmaktadır. Likert tipi üçlü derecelendirme içeren ölçekte her bir madde bana uygun, kısmen bana uygun, bana uygun değil seçeneklerinden birini işaretleyerek doldurulmaktadır. Ölçeğin puan aralıkları AİD:20-60, ARD: 13-39, ÖĞD: 17-51 toplam ASDÖ-R 50-150 arasında değişmekte olup yüksek puan, kişinin daha fazla sosyal destek aldığı anlamına gelmektedir. ASDÖ-R için Cronbach alfa değeri 0.93, AİD için 0.94, ARD için 0.91, ÖĞD için 0.93 olarak bildirilmiştir. Elde edilen güvenirlik katsayıları ölçeğin güvenle kullanılabilceğini göstermektedir (103). Bu çalışmada ASDÖ-R için alfa değeri 0.92, AİD için 0.89, ARD için 0.88, ÖĞD için 0.93 olarak bulunmuştur.

3.6. Verilerin Toplanması

Veriler Aralık 2014-Ocak 2015 tarihleri arasında araştırmacı tarafından sınıf ortamında toplanmış olup, formların doldurulması ortalama olarak 20-25 dakika sürmüştür.

3.7. Verilerin Analizi

İstatistiksel analizler SPSS (Statistical Package For Social Science for Windows) paket programı 15.0 sürümü kullanılarak yapıldı ve anlamlılık düzeyi $p < 0.05$ olarak kabul edildi. Verilerin analizinde tanımlayıcı özellikler sayı ve yüzde dağılımı halinde verildi. Verilerin normal dağılıma uygunluğu Shapiro-Wilk testi ile değerlendirildi ve non-parametrik testler kullanıldı. Tanımlayıcı özellikler ile ölçeklerin puanlarının karşılaştırılmasında Kruskal Wallis H testi ve Man Whitney-U testi kullanıldı. Kruskal Wallis analizinde farklılığın nereden kaynaklandığını belirlemede ileri analiz olarak Man Whitney-U testi kullanıldı. Riskli Sağlık Davranışları Ölçeği puan ortalaması ile Algılanan Sosyal Destek Ölçeği puan ortalaması arasındaki ilişkiyi belirlemede Sperman korelasyon analizi kullanıldı. Ölçeklerin geçerliliğini değerlendirmek için ise Cronbach alfa analizi kullanıldı. Bu çalışmada RSDÖ fiziksel aktivite alt boyutunun Cronbach alfa değeri 0.33 çıktığın için alt boyut olarak kullanılmamış ancak toplam ölçek puanının hesaplanmasında kullanılmıştır.

3.8. Araştırmanın Etik İlkeleri

Araştırmaya başlamadan önce Erzincan Üniversitesi Etik Kurul onayı (Ek-V), Milli Eğitim İl Müdürlüğünden yazılı izin (Ek-VI), ilgili liselerin müdürlüklerinden sözlü izin, 18 yaşını doldurmayan öğrencilerin ailelerinden yazılı izin (Ek-VII) ve tüm öğrencilere çalışmanın amacı ve yöntemi anlatılarak sözel/ yazılı izin alındı. Ayrıca RSDÖ ve ASDÖ-R'nun araştırmada kullanılabilmesi için ölçek sahiplerinden yazılı izin alınmıştır (Ek-VIII).

3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmanın lise son sınıf öğrencilerinde yapılmış olması nedeni ile sınıf düzeyinde karşılaştırma yapılamaması, araştırma sonuçlarının yalnızca Gümüşhane ilindeki lise

son sınıf öğrencilerine genellenebilmesi araştırmanın birinci, fiziksel alt boyutunun değerlendirilememesi ise ikinci sınırlılığı olarak belirlenmiştir.



4. BULGULAR

Tablo 1. Öğrencilerin Tanımlayıcı Özelliklerinin Dağılımı(S=609)

Tanımlayıcı özellikler	Sayı	%
Cinsiyet		
Kız	282	46.3
Erkek	327	53.7
Aile Tipi		
Çekirdek	529	86.9
Geniş	69	11.3
Parçalanmış	11	1.8
Başarı durumunu algılama		
İyi	224	36.8
Orta	346	56.8
Kötü	39	6.4
Anne-babanın hayatta olma durumu		
İkisi de hayatta	582	95.6
Baba ölmüş	19	3.1
Anne ölmüş	8	1.3
Ailesinin ekonomik durumunu algılama		
İyi	200	32.9
Orta	379	62.2
Kötü	30	4.9
Gelir getiren işte çalışma durumu		
Çalışıyor	73	12.0
Çalışmıyor	536	88.0
Anne eğitim durumu		
Okuryazar değil	42	6.9
Okuryazar/İlkokul	345	56.6
Ortaokul/Lise	193	31.7
Üniversite ve ↑	29	4.8
Baba eğitim durumu		
Okuryazar değil	12	2.0
Okuryazar/İlkokul	163	26.8
Ortaokul mezunu/Lise	326	53.5
Üniversite ve ↑	108	17.7
Annenizin sizi yetiştirme tutumunu algılama		
Demokratik	135	22.2
Otoriter	84	13.8
İlgisiz	33	5.4
Koruyucu	270	44.3
Denetimci	87	14.3

Tablo-1 devamı

Tanımlayıcı özellikler	Sayı	%
Babanızın sizi yetiştirme tutumunu algılama		
Demokratik	142	23.3
Otoriter	155	25.4
İlgisiz	40	6.6
Koruyucu	198	32.5
Denetimci	74	12.2
Kalınan yer		
Ailesi ile evde	375	61.6
Öğrenci evinde	9	1.5
Evde yalnız	7	1.1
Akrabaları ile evde	5	0.8
Yurttta	213	35.0
Genel olarak kendini mutlu hissetme durumu		
Evet	253	41.6
Hayır	83	13.6
Bazen	273	44.8
Kronik hastalık durumu		
Var	39	6.4
Yok	570	93.6
Sağlığını algılama		
İyi	372	61.1
Orta	206	33.8
Kötü	31	5.1

Öğrencilerin % 53.7'si erkek, % 86.9'unun çekirdek aileye sahip olduğu , %56.8'inin başarı durumunu “orta düzeyde” algıladığı, % 95.6'sının anne ve babasının hayatta olduğu, % 62.2'sinin ailesinin ekonomik durumunu “orta düzeyde” algıladığı, %88'inin gelir getiren bir işte çalışmadığı, %56.6'sının annesinin okuryazar/ilkokul, % 53.5'inin babasının ortaokul/lise mezunu olduğu belirlenmiştir. Öğrencilerin % 44.3'ünün annesinin, % 32.5'inin babasının kendisini yetiştirmedeki tutumunu koruyucu olarak algıladığı, % 61.6'sının ailesi ile birlikte evde yaşadığı, % 44.8'inin kendini bazen mutlu hissettiği % 93.6'sının kronik hastalığı olmadığı, % 61.1'inin sağlığını iyi olarak algıladığı (Tablo 1) ve öğrencilerin yaş ortalamasının 17.28 ±0,67 olduğu belirlendi.

Tablo 2. RSDÖ ve ASDÖ-R'nun Toplam ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Dağılımı

Ölçekler ve alt boyutlar	Madde Sayısı	Alt ve üst değer	Alınan alt ve üst değer	X±SD
Psikososyal	10	20-100	21.74-100.00	47.48±13.14
Beslenme	11	20-100	25.00-100.00	60.94±11.68
Hijyen	4	20-100	20.00-100.00	32.05±12.89
Madde kullanımı	5	20-100	20.00-100.00	29.81±16.28
RSDÖ Toplam*	34	20-100	36.97-100.00	64.51±10.81
AİD	20	20-60	20-60	51.67±6.44
ARD	13	13-39	13-39	32.99±5.24
ÖĞD	17	17-51	17-51	37.69±8.76
ASDÖ-R Toplam	50	50-150	50-150	122.36±15.16

*Fiziksel aktivite alt boyutu değerlendirmeye alınmamıştır.

Öğrencilerin RSDÖ puan ortalaması 64.51 ± 10.81 olup, en yüksek puan ortalaması beslenme (60.94 ± 11.68), en düşük ise madde kullanımı (29.81 ± 16.28) alt boyutundan aldıkları belirlenmiştir. Ayrıca ASDÖ-R toplam puan ortalamasının 122.36 ± 15.16 olduğu, alınabilecek alt ve üst değerler dikkate alındığında en düşük puanın ÖĞD alt boyutundan alındığı belirlenmiştir (Tablo 2).

Tablo 3. Öğrencilerin Tanımlayıcı Özelliklerine Göre RSDÖ Toplam ve Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması (s=609)

Tanımlayıcı özellikler	s	Psikososyal	Beslenme	Hijyen	Madde kullanımı	RSDÖ
Cinsiyet		Ort (%25-75)	Ort (%25-75)	Ort (%25-75)	Ort (%25-75)	Ort (%25-75)
Kız	282	41.3(34.7-47.8)	62.5(54.1-70.8)	24.0(20.0-32.0)	20.0(20.0-20.0)	61.3(54.6-68.0)
Erkek	327	50.0(41.3-60.8)	60.4(52.0-66.6)	32.0(28.0-40.0)	25.0(20.0-40.0)	63.8(57.9-73.9)
Test ve önemlilik		U=25555.500 p<0.001	U=42004.000 p=0.580	U=28232.000 p<0.001	U=29320.000 p<0.001	U=34003.000 p<0.001
Aile tipi						
Çekirdek	529	45.6 (36.9-56.5)	60.4(52.0-68.7)	28.0(24.0-36.0)	20.0(20.0-35.0)	62.1(56.3-70.5)
Geniş	69	43.4 (36.9-52.1)	60.4(52.6-66.6)	32.0(21.0-40.0)	20.0(20.0-40.0)	63.4(57.3-72.4)
Parçalanmış	11	46.7 (40.7-59.2)	64.5(52.0-75.5)	28.0(23.0-44.0)	22.5(20.0-40.0)	70.1(60.0-74.3)
Test ve önemlilik		KW=0.926 p=0.629	KW=0.814 p=0.666	KW=0.535 p=0.765	KW=1.684 p=0.431	KW=2.946 p=0.229
Başarı durumunu algılama						
İyi	224	45.6(36.9-54.3)	58.3(52.0-68.7)	28.0(20.0-36.0)	20.0(20.0-30.0)	61.3(54.6-69.7)
Orta	346	45.6(36.9-54.3)	60.4(52.0-68.7)	28.0(24.0-36.0)	20.0(20.0-35.0)	63.0(56.5-71.4)
Kötü	39	50.0(39.1-60.8)	64.5(58.8-70.8)	36.0(28.0-44.0)	30.0(20.0-43.7)	71.4(63.0-81.7)
Test ve önemlilik		KW=3.253 p=0.197	KW=9.022 p=0.011*	KW=21.158 p<0.001	KW=5.531 p=0.063	KW=23.506 p<0.001
Anne-Babanın hayatta olma durumu						
İkisi de hayatta	582	45.6(36.9-54.3)	60.4(52.0-68.7)	28.0(24.0-36.0)	20.0(20.0-35.0)	63.0(56.3-71.2)
Baba ölmüş	19	50.0(39.6-59.7)	51.0(44.7-66.1)	28.0(24.0-54.0)	20.0(20.0-20.0)	61.7(54.6-68.2)
Anne ölmüş	8	58.6(44.0-65.2)	52.0(46.8-63.5)	30.0(20.0-51.0)	30.0(20.0-62.5)	65.1(50.6-85.2)
Test ve önemlilik		KW=.3.019 p=0.221	KW=.1.415 p=0.493	KW=.0.384 p=0.825	KW=.3.176 p=0.204	KW=.0.390 p=0.823
Ailesinin ekonomik durumunu algılama						
İyi	200	47.8(36.9-56.5)	60.4(52.0-66.6)	28.0(20.0-36.0)	20.0(20.0-32.5)	62.1(55.4-71.4)
Orta	379	43.4(36.9-54.3)	60.4(52.0-68.7)	28.0(24.0-36.0)	20.0(20.0-35.0)	62.1(57.1-69.7)
Kötü	30	54.3(44.0-61.9)	64.5(57.8-72.9)	34.0(32.0-41.0)	30.0(20.0-46.2)	71.4(62.3-79.2)
Test ve önemlilik		KW=7.227 p=0.027*	KW=4.6651 p=0.098	KW=20.075 p<0.001	KW=10.843 p=0.004**	KW=12.949 p=0.002**
Gelir getiren işte çalışma durumu						
Çalışıyor	73	52.1(43.4-63.0)	58.3(50.0-64.5)	28.0(24.0-44.0)	30.0(20.0-40.0)	64.7(55.4-75.6)
Çalışmıyor	536	43.4(36.9-54.3)	60.4(52.0-68.7)	28.0(24.0-36.0)	20.0(20.0-30.0)	62.1(56.3-70.5)
Test ve önemlilik		U=13849.000 p<0.001	U=17386.500 p=0.122	U=17964.000 p=0.251	U=15870.500 p=0.003**	U=17529.000 p=0.149
Anne eğitim durumu						
Okuryazar değil	42	46.7(39.1-57.6)	62.5(54.1-68.7)	28.0(20.0-40.0)	20.0(20.0-40.0)	65.1(56.0-77.5)
Okuryazar/İlkokul	345	45.6(36.9-54.3)	60.4(52.0-68.7)	28.0(24.0-36.0)	20.0(20.0-35.0)	63.0(56.3-71.4)
Ortaokul/Lise	193	45.6(36.9-56.5)	60.4(52.0-66.6)	28.0(24.0-36.0)	20.0(20.0-32.5)	61.3(56.7-72.2)
Üniversite ve ↑	29	47.8(36.9-54.3)	60.4(51.0-68.7)	28.0(20.0-34.0)	20.0(20.0-25.0)	61.3(55.0-68.4)
Test ve önemlilik		KW=0.782 p=0.854	KW=1.110 p=0.775	KW=5.170 p=0.160	KW=2.175 p=0.537	KW=2.012 p=0.570
Baba eğitim durumu						
Okuryazar değil	12	52.1 (37.5-71.7)	65.6(55.2-75.0)	26.0(20.0-52.0)	35.0(20.0-65.0)	75.2(58.4-84.8)
Okuryazar/İlkokul	163	43.4(36.9-56.5)	60.4(54.1-66.6)	32.0(24.0-36.0)	20.0(20.0-35.0)	63.8(57.1-71.4)
Ortaokul/Lise	326	47.8(36.9-56.5)	61.4(52.0-70.8)	28.0(24.0-36.0)	20.0(20.0-35.0)	63.0(57.1-72.2)
Üniversite ve ↑	108	41.3(36.9-50.0)	58.3(52.0-64.5)	28.0(20.0-32.0)	20.0(20.0-30.0)	59.2(53.7-68.4)
Test ve önemlilik		KW=9.778 p=0.021*	KW=6.202 p=0.102	KW=3.667 p=0.299	KW=4.920 p=0.178	KW=14.735 p=0.02**

*p<0.05. **p<0.01; U: MW-U testi

Tablo-3 devamı

Tanımlayıcı özellikler	S	Psikososyal Ort (%25-75)	Beslenme Ort (%25-75)	Hijyen Ort (%25-75)	Madde kullanımı Ort (%25-75)	RSDÖ Ort (%25-75)
Annesinin kendisini yetiştirme tutumunu algılama						
Demokratik	135	45.6(36.9-56.5)	60.4(52.0-68.7)	28.0(24.0-36.0)	20.0(20.0-35.0)	62.1(56.3-69.7)
Otoriter	84	45.6(36.9-52.1)	60.4(54.1-69.7)	28.0(20.0-40.0)	20.0(20.0-30.0)	63.0(55.8-70.5)
İlgisiz	33	52.1(41.3-69.5)	60.4(52.0-75.0)	28.0(24.0-36.0)	30.0(20.0-60.0)	75.6(60.5-82.3)
Koruyucu	270	45.6(36.9-56.5)	60.4(52.0-68.7)	28.0(24.0-36.0)	20.0(20.0-33.7)	62.1(56.3-71.4)
Denetimci	87	45.6(39.1-54.3)	60.4(54.1-66.6)	28.0(24.0-36.0)	20.0(20.0-35.0)	63.0(56.3-69.7)
Test ve önemlilik		KW=7.270 p=0.122	KW=1.714 p=0.788	KW=1.780 p=0.776	KW=6.641 p=0.156	KW=6.891 p=0.142
Babasının kendisini yetiştirme tutumunu algılama						
Demokratik	142	45.6(36.9-54.3)	60.4(52.0-68.7)	28.0(24.0-36.0)	20.0(20.0-35.0)	62.1(56.3-70.5)
Otoriter	155	47.8(39.1-56.5)	60.4(52.0-68.2)	28.0(24.0-36.0)	20.0(20.0-35.0)	63.4(57.1-70.5)
İlgisiz	40	45.6(36.9-60.8)	64.5(53.1-77.0)	28.0(22.0-40.0)	20.0(20.0-45.0)	64.7(60.9-81.0)
Koruyucu	198	43.4(36.9-54.3)	60.4(54.1-68.7)	28.0(24.0-36.0)	20.0(20.0-35.0)	62.1(56.3-71.4)
Denetimci	74	45.6(38.5-54.8)	58.3(54.1-64.5)	30.0(24.0-36.0)	20.0(20.0-30.0)	61.3(55.4-69.9)
Test ve önemlilik		KW=1.599 p=0.809	KW=6.388 p=0.172	KW=4.938 p=0.294	KW=4.211 p=0.378	KW=5.222 p=0.265
Kalınan yer						
Ailesi ile evde	375	45.6(39.1-56.5)	60.4(52.0-68.7)	28.0(24.0-36.0)	20.0(20.0-35.0)	63.0(56.3-71.4)
Öğrenci evinde	9	48.9(33.1-65.7)	63.5(53.6-70.8)	30.0(20.0-47.0)	42.0(20.0-77.5)	71.0(55.6-90.7)
Evde yalnız	7	45.6(41.3-59.7)	64.5(58.3-67.7)	40.0(32.0-60.0)	20.0(20.0-40.0)	65.5(59.2-80.2)
Akrabaları ile evde	5	67.3(34.7-78.2)	70.8(51.0-81.2)	32.0(26.0-40.0)	35.0(20.0-55.0)	84.8(51.6-88.6)
Yurtta	213	43.4(34.7-54.3)	60.4(54.1-68.7)	28.0(24.0-36.0)	20.0(20.0-30.0)	63.0(57.1-69.7)
Test ve önemlilik		KW=7.536 p=0.110	KW=7.640 p=0.106	KW=3.206 p=0.524	KW=5.292 p=0.259	KW=2.506 p=0.644
Genel olarak kendini mutlu hissetme durumu						
Evet	253	43.4(36.9-52.1)	56.2(50.0-64.5)	28.0(20.0-36.0)	20.0(20.0-30.0)	59.6(54.4-66.3)
Hayır	83	50.0(41.3-60.8)	64.5(52.0-70.8)	32.0(24.0-40.0)	30.0(20.0-45.0)	69.7(59.6-78.9)
Bazen	273	47.8(36.9-56.5)	62.5(54.1-70.8)	28.0(24.0-40.0)	20.0(20.0-35.0)	64.7(58.8-72.2)
Test ve önemlilik		KW=15.503 p<0.001	KW=27.010 p<0.001	KW=9.830 p=0.007**	KW=19.567 p<0.001	KW=45.286 p<0.001
Kronik hastalık durumu						
Var	39	45.6(39.1-51.6)	61.4(52.0-68.7)	32.0(28.0-36.0)	22.5(20.0-40.0)	62.6(58.8-74.5)
Yok	570	45.6(36.9-56.5)	60.4(52.0-68.7)	28.0(24.0-36.0)	20.0(20.0-35.0)	63.0(56.3-70.5)
Test ve önemlilik		U=10206.500 p=0.411	U=11062.000 p=0.989	U=9599.500 p=0.159	U=9350.500 p=0.068	U=9565.000 p=0.154
Sağlığını algılama						
İyi	372	44.5(36.9-54.3)	58.3(52.0-64.5)	28.0(24.0-36.0)	20.0(20.0-30.0)	61.3(55.4-68.9)
Orta	206	47.8(36.9-56.5)	64.5(54.1-70.8)	28.0(24.0-40.0)	20.0(20.0-40.0)	65.9(57.9-73.9)
Kötü	31	50.0(39.1-57.6)	64.5(56.2-75.0)	32.0(26.0-40.0)	30.0(20.0-40.0)	69.7(60.9-79.8)
Test ve önemlilik		KW=3.590 p=0.166	KW=23.980 p<0.001	KW=5.385 p=0.068	KW=10.964 p=0.004**	KW=27.957 p<0.001

*p<0.05. **p<0.01

U: MW-U testi

Bu çalışmada erkek öğrencilerin riskli sağlık davranışları toplam, psikososyal, hijyen ve madde kullanımı alt boyut puanları kız öğrencilerden önemli düzeyde yüksek ($p<0.001$), beslenme alt boyutunda ise önemli bir fark olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$).

Öğrencilerin aile tipi ile riskli sağlık davranışları toplam ve alt boyut puanları arasında önemli bir fark olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$)

Başarı durumunu algılama ile riskli sağlık davranışları toplam ($p<0.001$), beslenme ($p<0.05$) ve hijyen alt boyut puanı arasında önemli bir fark olduğu ($p<0.001$), psikososyal ve madde kullanımı puanı arasında ise önemli bir fark olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$). Beslenme alt boyutunda farklılığın başarı durumunu kötü olarak algılayan gruptan, hijyen alt boyut ve riskli sağlık davranışları toplamında ise farklılığın tüm gruplardan kaynaklandığı belirlenmiştir.

Anne-babanın hayatta olma durumu, anne eğitim durumu, annesinin ve babanın kendisini yetiştirme tutumunu algılama, kalınan yer ve kronik bir hastalığa sahip olma durumu ile Riskli Sağlık Davranışları toplam ve alt boyut puanları arasında önemli bir fark belirlenmemiştir ($p>0.05$).

Ailesinin ekonomik durumunu kötü algılayan öğrencilerin orta ve iyi algılayan öğrencilere göre riskli sağlık davranışları toplam ve psikososyal, hijyen, madde kullanımı alt boyutlarında daha yüksek puana sahip olduğu, farklılığın hijyen hariç kötü algılayan gruptan, hijyen de ise tüm gruptan kaynaklandığı ($p<0.001$), beslenme alt boyutunda ise önemli bir farkın olmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$).

Gelir getiren bir işte çalışanların psikososyal ve madde kullanımı puanlarının gelir getiren bir işte çalışmayanlara göre önemli düzeyde daha fazla olduğu ($p<0.001$), riskli sağlık davranışları toplam, beslenme ve hijyen alt boyut puanları arasında önemli bir fark olmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$).

Baba eğitim durumu ile riskli sağlık davranışları toplam ve psikososyal alt boyut puanı arasında önemli bir fark olduğu ($p<0.05$), beslenme, hijyen ve madde kullanımı alt boyutları ile önemli bir fark olmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$). Farklılığın psikososyal alt boyutu için ortaokul/lise ile üniversite ve üzeri mezunu arasında, riskli sağlık davranışları toplam da ise üniversite ve üzeri mezunlarından kaynaklandığı belirlendi.

Genel olarak kendini mutlu hissetme durumu ile riskli sağlık davranışları toplam ve tüm alt boyut puanları arasında önemli düzeyde bir fark saptanmış olup ($p<0.001$), en yüksek puana kendini mutlu hissetmeyen grubun sahip olduğu ve farklılığın riskli sağlık davranışları toplam, psikososyal ve madde kullanımı boyutlarında tüm

gruplardan, beslenme ve hijyen boyutlarında ise kendini mutlu hisseden gruptan kaynaklandığı belirlendi.

Sağlık durumunu algılama ile riskli sağlık davranışları toplam, alt boyutlardan ise beslenme ve madde kullanımı puanı arasında önemli bir fark bulunurken ($p<0.001$), psikososyal ve hijyen alt boyutu puanı arasında önemli bir fark belirlenmemiştir ($p>0.05$). Farklılığın sağlık durumunu iyi olarak algılayan gruptan kaynaklandığı belirlenmiştir (Tablo 3).



Tablo 4. Öğrencilerin Tanımlayıcı Özelliklerine Göre ASDÖ-R Toplam ve Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması (s=609)

Tanımlayıcı özellikler	s	AİD Ort (%25-75)	ARD Ort (%25-75)	ÖGD Ort (%25-75)	ASDÖ-R Ort (%25-75)
Cinsiyet					
Kadın	282	53.0(49.0-57.0)	35.0(33.0-37.0)	39.0(33.0-45.0)	125.0(117.0-134.0)
Erkek	327	53.0(48.0-56.0)	34.0(29.0-37.0)	38.0(33.0-45.0)	124.0(113.0-133.0)
Test ve önemlilik		U=41775.5 p=0.045*	U=37773.5 p<0.001	U=44467.0 p=0.448	U=41069.5 p=0.020*
Aile tipi					
Çekirdek	529	53.0(49.0-56.0)	35.0(31.0-37.0)	39.0(33.0-45.0)	124.0(115.0-133.7)
Geniş	69	52.5(48.0-56.7)	35.5(29.2-36.0)	39.5(34.0-45.0)	126.0(114.0-134.7)
Parçalanmış	11	52.0(49.2-58.0)	34.0(28.7-37.0)	36.0(34.5-45.5)	127.0(118.5-131.0)
Test ve önemlilik		KW=0.015 p=0.992	KW=1.409 p=0.494	KW=1.805 p=0.406	KW=1.255 p=0.534
Başarı durumunu algılama					
İyi	224	54.0(50.0-57.0)	35.0(31.7-37.0)	41.0(34.0-46.0)	127.0(119.0-136.0)
Orta	346	53.0(49.0-55.0)	35.0(30.2-37.0)	38.0(33.0-44.0)	124.0(113.0-133.0)
Kötü	39	48.5(43.0-53.7)	33.5(29.0-36.7)	34.0(23.5-38.7)	114.0(105.0-119.7)
Test ve önemlilik		KW=25.975 p<0.001	KW=5.529 p=0.063	KW=18.162 p<0.001	KW=28.486 p<0.001
Anne-Babanın hayatta olma durumu					
Her ikisi de hayatta		53.0(49.0-56.0)	35.0(31.0-37.0)	39.0(33.0-45.0)	125.0(115.0-134.0)
Baba ölmüş		52.5(45.5-55.0)	33.5(26.5-36.0)	42.5(34.0-45.0)	123.0(119.5-127.0)
Anne ölmüş		45.0(41.5-55.7)	31.5(27.0-36.7)	37.0(34.0-46.5)	115.5(112.0-130.0)
Test ve önemlilik		KW=5.357 p=0.690	KW=1.731 p=0.421	KW=0.46 p=0.997	KW=2.471 p=0.291
Ailesinin ekonomik durumunu algılama					
İyi	200	54.0(50.0-57.0)	35.0(30.0-37.0)	40.0(34.0-45.0)	127.0(117.0-135.5)
Orta	379	53.0(43.0-56.0)	35.0(31.0-37.0)	39.0(33.0-44.0)	124.0(114.0-132.0)
Kötü	30	51.0(42.2-54.5)	33.0(26.0-36.0)	36.0(25.5-44.5)	117.5(105.0-129.5)
Test ve önemlilik		KW=19.258 p<0.001	KW=4.632 p=0.099	KW=7.947 p=0.019*	KW=17.177 p<0.001
Gelir getiren işte çalışma durumu					
Çalışıyor	73	54.0(49.0-57.0)	34.0(30.0-37.0)	41.0(34.0-48.0)	125.0(119.0-135.0)
Çalışmıyor	536	53.0(49.0-56.0)	35.0(31.0-37.0)	38.0(33.0-44.0)	124.0(115.0-133.0)
Test ve önemlilik		U=18203.500 p=0.334	U=19274.500 p=0.836	U=15992.000 p=0.011*	U=16640.000 p=0.038*
Anne eğitim durumu					
Okuryazar değil	42	51.0(47.0-54.2)	34.5(27.0-37.0)	37.5(31.0-44.2)	122.0(108.7-131.5)
Okuryazar/İlkokul	345	53.0(48.0-56.0)	35.0(31.0-37.0)	39.0(33.0-45.0)	125.0(114.0-134.0)
Ortaokul/Lise	193	53.0(50.0-57.0)	35.0(30.0-37.0)	38.0(33.0-44.5)	124.0(115.0-133.0)
Üniversite ve ↑	29	54.0(49.0-57.5)	35.0(29.0-37.0)	35.0(31.5-40.0)	124.0(110.0-130.5)
Test ve önemlilik		KW=4.914 p=0.178	KW=0.609 p=0.894	KW=3.814 p=0.282	KW=2.898 p=0.408
Baba eğitim durumu					
Okuryazar değil	12	53.0(49.5-59.0)	35.0(27.5-37.5)	40.0(35.0-44.0)	123.0(114.5-135.5)
Okuryazar/İlkokul	163	53.0(48.0-56.0)	35.0(30.0-36.0)	39.0(33.0-45.0)	123.0(113.5-133.5)
Ortaokul/Lise	326	53.0(49.0-56.0)	35.0(31.0-37.0)	39.0(33.0-45.0)	125.0(114.0-133.0)
Üniversite ve ↑	108	54.0(50.0-57.0)	35.0(31.0-37.0)	36.0(32.5-43.5)	124.0(114.0-132.5)
Test ve önemlilik		KW=5.960 p=0.114	KW=0.830 p=0.842	KW=2.399 p=0.494	KW=0.909 p=0.823

*p<0.05.

U: MW-U testi

Tablo-4 devamı

Tanımlayıcı özellikler		AİD Ort (%25-75)	ARD Ort (%25-75)	ÖĞD Ort (%25-75)	ASDÖ-R Ort (%25-75)
Annesinin kendisini yetiştirme tutumunu algılama					
Demokratik	135	54.0(50.0-57.0)	35.0(32.0-37.0)	40.0(34.0-47.0)	127.0(118.0-137.0)
Otoriter	84	53.0(49.0-57.0)	35.0(30.0-37.0)	38.0(33.0-44.5)	124.0(115.5-133.0)
İlgisiz	33	46.0(37.0-56.0)	35.0(29.0-38.0)	35.0(28.0-45.0)	118.0(104.0-127.0)
Koruyucu	270	53.0(49.0-56.0)	35.0(31.0-37.0)	38.0(33.0-44.0)	124.0(114.2-133.0)
Denetimci	87	51.0(48.0-56.0)	33.0(29.0-37.0)	40.0(34.0-44.0)	122.0(112.0-133.0)
Test ve önemlilik		KW=10.743 p=0.030*	KW=6.425 p=0.170	KW=2.622 p=0.623	KW=6.834 p=0.145
Babasının kendisini yetiştirme tutumunu algılama					
Demokratik	142	54.0(51.0-57.0)	35.0(32.0-37.0)	40.0(34.0-45.0)	127.0(117.0-136.0)
Otoriter	155	53.0(49.0-56.0)	35.0(30.0-37.0)	38.0(32.0-44.7)	122.0(114.0-133.7)
İlgisiz	40	47.0(39.0-55.5)	35.0(33.0-37.0)	36.0(28.0-45.0)	119.0(105.0-127.0)
Koruyucu	198	53.0(49.0-56.0)	35.0(30.0-37.0)	38.0(34.0-44.0)	125.0(114.0-132.0)
Denetimci	74	52.0(48.0-55.0)	34.0(31.0-37.0)	40.5(34.0-46.0)	125.0(116.0-133.0)
Test ve önemlilik		KW=20.012 p<0.001	KW=2.869 p=0.580	KW=12.136 p=0.016*	KW=11.635 p=0.020*
Kalınan yer					
Ailesi ile evde	375	53.0(49.0-57.0)	35.0(31.0-37.0)	39.0(33.0-45.0)	125.0(115.0-134.0)
Öğrenci evinde	9	59.0(52.7-60.0)	35.5(29.7-37.5)	34.5(19.2-44.2)	127.0(104.0-138.5)
Evde yalnız	7	54.0(48.5-55.0)	33.0(32.0-35.0)	37.0(34.5-40.5)	124.0(117.5-127.5)
Akrabaları ile evde	5	53.0(51.5-56.5)	32.0(27.0-36.5)	49.0(28.5-50.0)	132.0(108.0-143.0)
Yurtta	213	53.0(49.0-55.0)	34.0(30.0-36.0)	39.0(33.0-44.5)	124.0(114.5-132.0)
Test ve önemlilik		KW=9.575 p=0.483	KW=4.593 p=0.332	KW=2.051 p=0.726	KW=1.633 p=0.803
Genel olarak kendini mutlu hissetme durumu					
Evet	253	55.0(52.0-57.0)	36.0(33.0-37.0)	41.0(34.0-46.0)	128.5(120.0-136.2)
Hayır	83	50.0(44.0-54.0)	33.0(26.0-36.0)	36.0(31.0-44.0)	119.0(105.0-127.0)
Bazen	273	51.0(48.0-55.0)	34.0(29.0-36.0)	38.0(33.0-44.0)	121.0(111.5-132.0)
Test ve önemlilik		KW=57.548 p<0.001	KW=39.059 p<0.001	KW=15.922 p<0.001	58.606 p<0.001
Kronik hastalık durumu					
Var	39	52.5(48.0-55.0)	33.0(29.0-36.0)	36.0(32.2-40.5)	119.5(112.5-126.5)
Yok	570	53.0(49.0-56.0)	35.0(31.0-37.0)	39.0(33.0-45.0)	125.0(115.0-134.0)
Test ve önemlilik		U=9201.500 p=0.076	U=10053.000 p=0.331	U=9284.500 p=0.090	U=8987.000 p=0.049*
Sağlığını algılama					
İyi	372	54.0(50.0-57.0)	35.0(32.0-37.0)	40.0(34.0-45.0)	127.0(118.0-135.0)
Orta	206	51.0(47.0-55.0)	34.0(28.0-37.0)	36.0(32.0-44.0)	120.0(110.0-130.0)
Kötü	31	48.0(40.7-51.7)	32.0(24.2-35.7)	32.5(24.0-43.5)	109.0(96.0-124.7)
Test ve önemlilik		KW=39.798 p<0.001	KW=16.152 p<0.001	KW=21.533 p<0.001	KW=48.245 p<0.001

*p<0.05.

U: MW-U testi

Bu çalışmada kız öğrencilerin algılanan sosyal destek toplam, aile ve arkadaş desteği alt boyut puanı erkeklere göre önemli düzeyde yüksek $p<0.05$, $p<0.001$), öğretmen desteği boyutunda ise önemli bir fark olmadığı saptandı ($p>0.05$).

Öğrencilerin aile tipi ile algılanan sosyal destek toplam ve alt boyut puanları arasında önemli bir fark olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$).

Başarı durumunu algılama ile arkadaş desteği alt boyutu puanı arasında önemli bir fark olmadığı ($p>0.05$) algılanan sosyal destek toplam ($p<0.001$), aile ($p<0.001$) ve öğretmen desteği alt boyut puanı arasında önemli bir fark olduğu belirlenmiştir ($p<0.001$). Farklılığın nereden kaynaklandığını belirlemek için yapılan ileri analizde algılanan aile desteği alt boyutunda farklılığın başarı durumunu iyi olarak algılayanlardan, algılanan öğretmen desteği ve algılanan sosyal destek toplamda ise tüm gruplardan kaynaklandığı ve başarı durumunu kötü olarak algılayan öğrencilerin en düşük puan sahip olduğu belirlendi.

Anne-babanın hayatta olma durumu ile algılanan sosyal destek toplam ve alt boyut puanları arasında önemli bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$).

Ailesinin ekonomik durumunu algılama ile algılanan sosyal destek toplam ($p<0.001$), aile ($p<0.001$) ve öğretmen desteği alt boyut puanı arasında önemli fark olduğu ($p<0.05$), arkadaş desteği boyutu ile önemli bir fark olmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$). Farklılığın nereden kaynaklandığı belirlemek için yapılan analizde farklılığın aile alt boyut ve sosyal destek toplam puanı için tüm gruplardan kaynaklandığı, öğretmen alt boyutu için kötü ve iyi olarak algılayan grup arasında fark olduğu belirlendi.

Çalışan öğrencilerin algılanan sosyal destek toplam ve öğretmen desteği alt boyut puanının çalışmayan öğrencilerden önemli düzeyde yüksek ($p<0.05$), aile ve arkadaş desteği alt boyutu arasında ise önemli bir fark olmadığı saptandı ($p>0.05$).

Anne ve babanın eğitim durumu ile algılanan sosyal destek toplam, aile, arkadaş ve öğretmen alt boyutu arasında anlamlı bir fark olmadığı belirlendi ($p>0.05$).

Annesinin kendisini yetiştirme tutumunu algılama ile sosyal destek toplam, arkadaş ve öğretmen alt boyut puanı arasında önemli bir fark olmadığı ($p>0.05$), aile desteği ile farkın önemli olduğu ($p<0.05$), en düşük puana annesinin kendisini yetiştirme tutumunu ilgisiz olarak algılayan grubun sahip olduğu ve farklılığın ilgisiz olan gruptan kaynaklandığı, ayrıca denetimci grup ile demokratik grup arasında da önemli bir farkın olduğu belirlendi.

Babasının kendisini yetiştirmedeki tutumunu algılama ile algılanan sosyal destek toplam ($p<0.05$), aile desteği ($p<0.001$) ve öğretmen desteği alt boyut puanı arasında

önemli fark olduğu ($p<0.05$), arkadaş desteği ile önemli bir fark olmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$). Algılanan aile desteği boyutunda farklılığın babasını ilgisiz algılayan gruptan kaynaklandığı, ayrıca demokratik ile denetimci ve otoriter algılayan grup arasında da önemli bir fark olduğu belirlenmiştir. Öğretmen desteği boyutu için farkın denetimci gruptan kaynaklandığı, ayrıca demokratik ve otoriter grup arasında da önemli bir fark olduğu belirlenmiştir. Sosyal destek toplam puanında ise farklılığın demokratik gruptan kaynaklandığı ayrıca ilgisiz ve denetimci grup arasında da önemli fark olduğu saptandı.

Kalınan yer ile algılanan sosyal destek ve tüm alt boyut puanları arasında önemli bir fark olmadığı saptandı ($p>0.05$).

Genel olarak kendini mutlu hissetme durumu ile sosyal destek toplam ve tüm alt boyut puanları arasında önemli bir fark belirlenmiş olup ($p<0.001$), kendini mutlu hisseden grubun en yüksek puana sahip olduğu, algılanan sosyal destek toplam ve aile boyutu için farklılığın tüm gruplardan, arkadaş ve öğretmen alt boyutunda farklılığın kendini mutlu hisseden gruptan kaynaklandığı belirlendi.

Kronik hastalığı olan öğrencilerin olmayan öğrencilere göre önemli düzeyde düşük sosyal destek toplam puanına sahip olduğu ($p<0.05$) alt boyutlarda ise önemli bir fark olmadığı belirlendi ($p>0.05$).

Sağlığını algılama ile sosyal destek toplam ve tüm alt boyut puanları arasında önemli bir fark olduğu ($p<0.001$) ve farklılığın arkadaş boyutu için sağlığını iyi algılayan gruptan diğer boyutlarda ise tüm gruplardan kaynaklandığı belirlendi (Tablo 4).

Tablo 5. Öğrencilerin RSDÖ ve ASDÖ-R Puan Ortalamaları Arasındaki İlişki

		Psikososyal	Beslenme	Hijyen	Madde kullanımı	RSDÖ
AİD	r	-0.170	-0.215	-0.238	-0.126	-0.268
	p	p<0.001	p<0.001	p<0.001	p=0.002*	p<0.001
ARD	r	-0.169	-0.121	-0.180	-0.038	-0.178
	p	p<0.001	p=0.003*	p<0.001	p=0.352	p<0.001
ÖĞD	r	-0.128	-0.159	-0.122	-0.144	-0.192
	p	p=0.002*	p<0.001	p=0.003*	p<0.001	p<0.001
ASDÖ-R	r	-0.221	-0.246	-0.223	-0.168	-0.316
	p	p<0.001	p<0.001	p<0.001	p<0.001	p<0.001

r_s: Spearman korelasyon analizi *p<0.01

Öğrencilerin RSDÖ ve ASDÖ-R toplam puan ortalamaları arasında yapılan spearman korelasyon analizi sonucunda negatif yönde zayıf bir ilişki olduğu belirlendi (p<0.001). ASDÖ-R alt boyutlardan aile desteği ile psikososyal (p<0.001), beslenme (p<0.001), hijyen (p<0.001) ve madde kullanımı arasında negatif yönde çok zayıf (p<0.01) ve RSDÖ puan ortalaması ile negatif yönde zayıf düzeyde bir ilişki olduğu bulunmuştur (p<0.01). Arkadaş desteği alt boyutu ile psikososyal (p<0.001), beslenme (p<0.01), hijyen alt boyutları ve RSDÖ toplam puan ortalaması arasında negatif yönde çok zayıf düzeyde önemli bir ilişki (p<0.001) bulunmuş olup, madde kullanımı puan ortalaması ile önemli bir ilişki olmadığı belirlenmiştir (p>0.05). Öğretmen desteği alt boyutu ile psikososyal (p<0.01), beslenme (p<0.001), hijyen (p<0.01), madde kullanımı (p<0.001) ve RSDÖ puan ortalaması arasında negatif yönlü çok zayıf düzeyde önemli bir ilişki belirlenmiştir. ASDÖ-R toplam puan ortalaması ile psikososyal, beslenme, hijyen ve madde kullanımı alt boyut puan ortalamaları arasında negatif yönde çok zayıf düzeyde önemli bir ilişki saptanmıştır (p<0.001) (Tablo 5).

5. TARTIŞMA

Lise son sınıf öğrencilerinde riskli sağlık davranışları ile algılanan sosyal destek ilişkisini belirlemek için yapılan bu araştırmada bulgular dört bölümde tartışılmış ve araştırmanın sorularına yanıt aranmıştır.

Bu çalışmada öğrencilerin RSDÖ puan ortalaması 64.51 ± 10.81 olup, en yüksek puan ortalamasının beslenme (60.94 ± 11.68), en düşük ise madde kullanımı (29.81 ± 16.28) alt boyutunda aldıkları, psikososyal alt boyut 47.48 ± 13.14 ve hijyen alt boyutu puan ortalamasının 32.05 ± 12.89 olduğu belirlenmiştir. Ölçekten alınabilecek en düşük ve en yüksek puana göre özellikle beslenme ve psikososyal alt boyutları açısından öğrencilerin riskte olduğu söylenebilir (Tablo 2). Bu sonuç araştırmanın birinci sorusunu açıklamaktadır. Aynı ölçek kullanılarak lise öğrencileri yapılan bir çalışmada en yüksek puanın beslenme, en düşük puanın madde kullanımı alt boyutundan alındığı bildirilmiştir (104). Ayrıca aynı ölçek kullanılarak lise öğrencileri ile yapılan diğer bir çalışmada RSDÖ toplam puan ortalaması 43.80 ± 7.52 , beslenme 50.97 ± 8.43 , psikososyal davranış 46.50 ± 13.24 , hijyen 29.15 ± 15.03 ve madde kullanımı puan ortalaması 27.95 ± 12.38 olarak bildirilmiş (105) olup, mevcut çalışmada elde edilen puan ortalamalarının daha yüksek olduğu ve en yüksek puanın beslenme, en düşük puanın ise madde kullanımı alt boyutundan alındığı ve bu sonuçların mevcut çalışma sonucu ile benzer olduğu görülmüştür.

Adölesanların ASDÖ-R toplam puan ortalaması 122.36 ± 15.16 , Aile 51.67 ± 6.44 , Arkadaş 32.99 ± 5.24 ve Öğretmen alt boyutu için puan ortalamasının 37.69 ± 8.76 olduğu belirlenmiştir. Ölçekten alınabilecek alt ve üst değerler dikkate alındığında öğrencilerin algıladıkları sosyal destek toplam, aile ve arkadaş desteği puanlarının yüksek, öğretmen desteği puanının ise orta düzeyin üzerinde olduğu söylenebilir (Tablo 2). Bu sonuç araştırmanın birinci sorusunu açıklamaktadır. Adölesanlarla aynı ölçek kullanılarak yapılan bir çalışmada da Algılanan Sosyal Destek Ölçeği Aile alt boyutu için puan ortalamasının 53.62 ± 7.21 Arkadaş için 35.33 ± 4.65 ve Öğretmen için

39.27±9.22 olduğu bildirilmiş olup bu sonuçlar mevcut çalışma sonucu ile benzerlik göstermektedir (90).

Bu çalışmada erkek öğrencilerin riskli sağlık davranışları toplam, psikososyal, hijyen ve madde kullanımı alt boyut puanlarının kız öğrencilerden önemli düzeyde yüksek olduğu beslenme boyutu ile cinsiyet arasında önemli bir fark olmadığı saptanmıştır. Lise öğrencileri ile yapılan çalışmalarda erkek öğrencilerin RSDÖ puanının yüksek olduğu (105, 43), diğer bir çalışmada riskli sağlık davranışlarını önemli düzeyde daha fazla gösterdikleri bildirilmiştir (106). Ercan ve arkadaşlarının (2001) yaptığı çalışmada da sigara ve alkol kullanma oranlarının kız öğrencilerden önemli düzeyde yüksek olduğu ve beslenme davranışları açısından önemli bir farklılığın olmadığı, dişlerini fırçalamama, düzenli olarak emniyet kemeri takmama ve silah taşıma gibi riskli davranışları erkeklerin daha fazla yaptığı bildirilmiştir (107). Ayrıca Yalaki ve arkadaşlarının (2015) yapmış olduğu çalışmada da erkek öğrencilerde sigara ve alkol kullanımının kız öğrencilerden (108), orta ve ileri ergenlik dönemindeki risk davranışlarını inceleyen bir araştırma sonucuna göre de erkek öğrencilerin kız öğrencilere göre daha fazla oranda risk alma davranışı gösterdikleri de bildirilmiştir (109). Mevcut çalışma sonucu erkeklerin toplumda riskli sağlık davranışlarına daha eğilimli olmaları ile açıklanabilir.

Bu çalışmada öğrencilerin aile tipi ile riskli sağlık davranışları toplam ve alt boyut puanları arasında önemli bir fark olmadığı saptanmıştır. Ergenin gelişiminde aile önemli bir faktör olup yapılan bir çalışmada sağlıklı işlev gösteren aileye sahip ergenlerin, sağlıklı işlev gösteren aileye sahip ergenlere göre daha önemli düzeyde kural dışı davranışlar gösterdikleri belirlenmiştir (110). Mevcut çalışma sonucunda parçalanmış aile sayısının az olmasının etkili olabileceği düşünülmektedir.

Bu çalışmada akademik başarı durumunu kötü olarak algılayan öğrencilerin orta ve iyi algılayan öğrencilere göre RSDÖ toplam, beslenme ve hijyen alt boyut puanının yüksek olduğu ve beslenme boyutunda farklılığın kötü olan gruptan, RSDÖ toplam ve hijyen boyutlarında tüm grupların birbirinden önemli düzeyde farklı olduğu bulunmuştur. Başarı durumu ile psikososyal ve madde kullanımı puanı arasında ise önemli bir fark olmadığı belirlendi. Akademik başarıya önem veren, geleceğe ve okula yönelik olumlu beklentileri ve tutumları olan ergenlerin riskli davranışları daha

az sergileme olasılıklarının olduğu bilinmektedir (39). Lise öğrencileri ile yapılan bir çalışmada başarı durumunu iyi olarak algılayan ve düzenli olarak ders çalışan öğrencilerin sigara ve alkol kullanım oranlarının önemli düzeyde düşük (111) ve diğer bir çalışmada akademik başarı ile riskli davranış puanı arasında önemli bir ilişki olduğu bildirilmiştir (43). Ortaöğretimde başarı durumu kötü olan öğrencilerin orta ve iyi olan öğrencilere göre çok yüksek şiddete eğilimli olma riskini artırmasına rağmen istatistiksel olarak önemli bir fark bildirilmemiştir (112). Diğer bir çalışmada başarı durumu düşük olan öğrencilerin şiddete eğilimli oldukları bildirilmiştir (113). Başarı durumunun kötü algılanmasında bireysel özelliklerle birlikte birçok özelliğin etkili olabileceği ve başarı durumunun kötü algılanmasının riskli sağlık davranışlarına yatkınlığı arttırdığını düşündürmektedir.

Anne-babanın hayatta olma durumu ile RSDÖ toplam ve tüm alt boyut puanları arasında önemli bir fark olmadığı belirlenmiştir. Ortaöğretimde okuyan öğrencilerle yapılan bir çalışmada da anne ve babanın sağ olup olmamasının çok yüksek şiddet eğilimine etki eden bir faktör olduğu bildirilmemiştir (112). Ergenlerin sağlıklı olarak yaşamalarında kişisel, ailesel ve yaşadıkları toplum gibi birçok faktör etkili olabilir. Mevcut çalışma sonucunda anne ve babası olmayan öğrenci sayısının toplamında çok az olması (% 4.4) anne ya da babanın kaybedildiği zaman gibi faktörler etkili olabilir.

Bu çalışmada ailesinin ekonomik durumunu kötü algılayan öğrencilerin tüm alt boyut ve RSDÖ toplam puanının yüksek olduğu, hijyen boyutunda farklılığın tüm gruplardan, RSDÖ toplam, psikososyal, madde kullanımı boyutunda ise kötü olan gruptan kaynaklandığı, beslenme alt boyutunda ise önemli bir farkın olmadığı saptanmıştır. Lise öğrencileri ile yapılan bir çalışmada düşük sosyoekonomik düzeye sahip öğrencilerde düzenli kahvaltı yapmama akşam yemeği yememe, abur cubur yeme gibi davranışlarının önemli düzeyde yüksek olduğu (114), diğer bir çalışmada öğrencilerin sosyoekonomik düzeyi arttıkça motosiklete binerken kask kullanım, emniyet kemeri kullanma, bıçak taşımama, sigara ve alkol satın alma oranlarının azaldığı bildirilmiştir (115). Ayrıca lise öğrencileri ile yapılan bir çalışmada ailenin gelir düzeyi arttıkça sağlıklı yaşam biçimi davranışları toplam, kendini gerçekleştirme ve kişiler arası destek alt boyut puanlarının önemli düzeyde

yükseldiği bildirilmiştir (116). Ailenin gelir durumu iyileştikçe şiddet eğilim puanının arttığı (117), ailenin ekonomik durumu ile sigara ve alkol kullanma durumu arasında önemli bir fark olmadığı da bildirilmiştir (111). Ortaöğretimde okuyan öğrencilerle yapılan çalışmada ise geliri giderinden daha fazla olduğunu algılayan öğrencilerin sağlığı geliştirme ölçeğinden aldıkları toplam ve beslenme ve egzersiz alt boyut puan ortalamalarının geliri giderine eşit ve az olarak algılayan öğrencilere göre önemli düzeyde düşük puan ortalamasına sahip oldukları belirlenmiştir (93). Ailesinin ekonomik durumunu algılama ile riskli sağlık davranışları gösterme arasında farklı sonuçlar bildirilmekle beraber mevcut çalışmada öğrencilerin beklentileri, hayat bakışı gibi birçok faktörün etkili olabileceği düşünülmektedir.

Bu çalışmada çalışan öğrencilerin psikososyal ve madde kullanımı alt boyut puanları çalışmayan öğrencilerden önemli düzeyde yüksek, beslenme, hijyen alt boyut ve RSDÖ toplam puanları ile çalışma durumu arasında önemli bir fark olmadığı belirlendi. Tuygar ve Arslan'ın (2015) yapmış olduğu çalışmada gelir getiren bir işte çalışan öğrencilerin çalışmayanlara göre sağlıklı yaşam biçimi davranışları puanlarının daha iyi olduğu bildirilmiştir (118). Mevcut çalışma sonucuna göre paraya ulaşmanın bazı riskli sağlık davranışların oluşmasında risk oluşturabileceğini düşündürmektedir.

Bulgulara göre anne eğitim durumu ile RSDÖ toplam ve tüm alt boyut puanları arasında önemli bir fark olmadığı belirlenmiştir. Adölesanlarla yapılan çalışmalarda anne eğitim durumu ile öğrencilerin sağlığı geliştirme davranışları toplam, kendini gerçekleştirme sağlık sorumluluğu beslenme ve stresle başa çıkma alt boyutları puan ortalamaları arasında önemli bir fark olmadığı (116), diğer bir çalışmada anne eğitim düzeyi ile öğrencilerin sağlığı geliştirme davranışları toplam puan arasında fark yokken, yalnızca anne eğitimi lise ve üzeri olan öğrencilerin beslenme ve egzersiz alt boyut puanlarının önemli düzeyde yüksek olduğu bildirilmiştir (93). Anne eğitim durumu ile sigara ve alkol kullanma durumu arasında önemli bir fark olmadığı da bir başka çalışma sonucudur (111). Mevcut çalışma sonucunda annelerin bireysel özellikleri gibi birçok faktörün etkili olabileceği düşünülmektedir.

Bu çalışmada baba eğitim durumu ile RSDÖ toplam ve psikososyal alt boyut puanı arasında önemli bir fark olduğu, babası üniversite ve üzeri mezuniyete sahip olan öğrencilerin en düşük RSDÖ toplam ve psikososyal puanına sahip olduğu ve psikososyal boyutta farklılığın ortaokul/lise ve üniversite ve üzeri gruptan, RSDÖ toplamda ise üniversite ve üzeri olan gruptan kaynaklandığı, beslenme, hijyen ve madde kullanımı alt boyut puanları ile baba eğitim durumu arasında önemli bir fark olmadığı belirlenmiştir. Ortaöğretimde okuyan öğrencilerle yapılan bir çalışmada sağlığı geliştirici davranışları toplam, beslenme ve egzersiz davranışları alt boyut puan ortalamaları arasında fark saptanmış olup baba eğitim seviyesi yüksek olan öğrencilerin sağlığı geliştirici davranış puan ortalamalarının daha iyi olduğu belirlenmiştir (93). Lise öğrencileri ile yapılan bir çalışmada baba eğitim durumu ile alkol ve sigara kullanımı (111), diğer bir çalışmada da sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasında önemli bir fark olmadığı bildirilmiştir (116). Baba eğitim durumu ile riskli sağlık davranışları arasında farklı sonuçlar bildirilmiş olmakla birlikte mevcut çalışma sonucunda babanın bireysel özellikleri, yaşam biçimi, değer yargıları gibi birçok faktörün etkili olabileceği düşünülmektedir.

Bu çalışmada anne ve babasının kendisini yetiştirme tutumunu algılama ile RSDÖ toplam ve tüm alt boyut puanları arasında önemli bir fark olmadığı belirlenmiştir. Yapılan bir çalışmada demokratik tutum sergileyen anne ve babası olan öğrencilerin, baskılayıcı ve tutarsız ilgisiz anne babaya sahip öğrencilere göre önemli düzeyde daha az sigara tükettikleri, alkol tüketim açısından ise önemli bir fark olmadığı bildirilmiştir (111). Diğer bir çalışmada da yasaklayıcı tutum sergileyen ebeveynlerin çocuklarının daha fazla riskli davranışları gösterdikleri bildirilmiştir (109). Mevcut çalışma sonucuna göre baba tutumu öğrenciler tarafından farklı algılanmış olsa bile baba tutumunu önemsememiş olmalarının etkili olabileceği düşünülmektedir

Mevcut çalışmada kalınan yer ile RSDÖ toplam ve tüm alt boyut puanları arasında önemli bir fark olmadığı belirlenmiştir. Üniversite öğrencilerinde yapılan bir çalışmada arkadaşları ile beraber kalan öğrencilerin yurttan ve evde kalan öğrencilere göre alkol ve sigarayı daha fazla oranda tükettikleri ve ikamet edilen yer ile sigara ve alkol kullanımı arasında önemli bir fark olduğu (119), diğer bir çalışmada da ikamet edilen yer ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları puan ortalaması arasında önemli bir

fark olduğu bildirilmiştir (120). Tuygar ve Arslan'ın(2015) yapmış olduğu çalışmada yaşanan yerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını etkilemediği bildirilmiştir(118). Mevcut çalışma sonucunda öğrencilerin yarısından fazlasının ailesi yaşıyor olmasından kaynaklanmış olabilir.

Bu çalışmada genel olarak kendini mutlu hissetme durumu ile RSDÖ toplam ve tüm alt boyut puanları arasında önemli bir fark olduğu ve en yüksek puana kendini mutlu hissetmeyen grubun sahip olduğu, farklılığın RSDÖ toplam ve madde kullanımında tüm gruplardan, beslenme ve hijyen boyutunda ise kendini mutlu hisseden gruptan kaynaklandığı belirlendi. Olumsuz yaşantılar ergenlerin riskli davranışlar göstermesinde etken olabileceği gibi (121) kendini mutsuz hissetmesinde de önemli bir risk faktörü olabilir. Bu nedenle ergenlerin kendilerini mutsuz hissetmelerine neden olan faktörleri belirleyip baş etmelerine yardımcı olacak etkinliklere yer verilmesi önemlidir. Lise öğrencileri ile yapılan bir çalışmada kendini yalnız hisseden öğrencilerin daha fazla sigara kullandıkları (111), ortaöğretimde okuyan öğrencilerle yapılan bir çalışmada yüksek şiddet eğilimi olan öğrencilerin yalnızlık puan ortalamalarının şiddet eğilimi göstermeyen gruptan daha yüksek olduğu bildirilmiştir (122). Ayrıca lise öğrencileri ile yapılan diğer bir çalışmada öznel iyi oluş puanı yüksek olan öğrencilerin toplumsal konum ile ilgili risk alma düzeylerinin daha düşük olduğu ve kendini devamlı iyi hissetmenin riskli davranışları yapmama önemli bir faktör olduğu bildirilmiştir (123). Bu sonuçlar mevcut çalışma sonucunu desteklemekte olup mevcut çalışmada öğrencilerin hayattan beklentileri, beklentilerini karşılanmış olması, hayata bakışları gibi bir çok faktörün etkili olabileceği düşünülmektedir.

Bu çalışmada kronik hastalığa sahip olma durumu ile RSDÖ toplam ve tüm alt boyut puanları arasında önemli bir fark olmadığı saptanmıştır. Yapılan bir araştırmada da kronik hastalığa sahip olma durumu ile sağlığı geliştirici davranışlar (93), diğer araştırmada öz-bakım gücü arasında önemli bir fark olmadığı belirlenmiştir (124). Tuygar ve Arslan'ın(2015) yapmış olduğu çalışmada ise kronik hastalığı olan öğrencilerin olmayanlara göre sağlıklı yaşam biçimi davranışları toplam puan ortalamalarının önemli bir fark bildirilmemiş olsa da yüksek olduğu belirlenmiştir (118). Bu çalışma sonuçları mevcut çalışma sonucu ile benzerlik göstermekle

birlikte, mevcut çalışmada sahip olunan kronik hastalığın ciddiyeti, hastalığın tanı konulma zamanı, tedavisinin etkileri gibi birçok faktöründe etkili olabileceği düşünülmektedir.

Sağlığını iyi olarak algılayan öğrencilerin RSDÖ toplam, beslenme ve madde kullanımını alt boyut puanlarının kötü ve orta algılayanlara göre önemli düzeyde düşük olduğu, psikososyal ve hijyen boyutunda ise önemli bir fark olmadığı saptanmıştır. Lise öğrencileri ile yapılan bir çalışmada da benzer şekilde sağlığını çok iyi algılayan öğrencilerin en düşük RSDÖ puanına sahip olduğu bildirilmiştir (105). Hoyt ve arkadaşlarının(2012) yapmış olduğu çalışmada adolesanlık boyunca olumlu iyilik hali genç yetişkinlikte daha az riskli davranışlar yapıldığını (44), diğer çalışmada sağlığını çok iyi olarak değerlendiren öğrencilerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları puan ortalamalarının önemli düzeyde yüksek olduğu (125) ve Tuygar ve Aslan'ın(2015) çalışmasında en yüksek sağlıklı yaşam biçimi davranışları puanına sağlığını çok iyi olarak algılayan öğrencilerin sahip olduğu, ancak bu yüksekliğin önemli bir farklılık oluşturmadığı bildirilmiştir (118). Sağlığın algılanma durumu gerçek sağlık durumunu yansıtmayabilir. Mevcut çalışma sonucuna göre sağlığını iyi algılayanların daha iyi davranış gösterebilecekleri sonucuna varılmış olsa da yapılan bir çalışmada kendisini obez olarak algılayan kız öğrencilerin aslında üçte birinin zayıf, üçte ikisinin ise normal kiloda olması (126) algılama ile gerçek durum arasında farklılığın unutulmaması gerektiğini göstermektedir.

Bu sonuçlar araştırmanın ikinci sorusu olan 'Öğrencilerin tanımlayıcı özellikleri riskli sağlık davranışlarını etkiler mi?' sorusunun cevabını oluşturmaktadır.

Bu çalışmada kız öğrencilerin algılanan aile, arkadaş ve sosyal destek toplam puanlarının erkek öğrencilerden önemli düzeyde yüksek olduğu, öğretmen desteği ile önemli bir fark olmadığı belirlenmiştir. Aile desteği için istatistik olarak anlamlı fark olmasına rağmen ortancaların eşit olduğu görülmektedir. Bu farklılık puan dağılımlarından kaynaklanmakta olup aile desteğine cinsiyet etkisi farklı çalışmalarda değerlendirilmelidir. Üniversite öğrencileri ile yapılan bir çalışmada kız öğrencilerin aileden ve arkadaştan algıladıkları sosyal destek puan ortalamasının erkek öğrencilerden (127), diğer bir çalışmada da cinsiyet ile sosyal destek arasında önemli bir fark olmasa da kız öğrencilerin sosyal destek puanının daha yüksek

olduğu bildirilmiştir (128). Lise öğrencileri ile yapılan bir çalışmada ise erkek öğrencilerin arkadaş, öğretmen ve toplam sosyal destek puanlarının kız öğrencilerden yüksek olduğu ve bu yüksekliğin arkadaş ve toplam sosyal destek puanları ile önemli bir fark oluşturduğu, aile ve öğretmen desteği puanı ile önemli bir fark oluşturmadığı (129), ortaöğretimde okuyan öğrencilerle yapılan çalışmada da cinsiyet değişkenine göre sosyal destek alt ölçek puanlarının farklı olmadığı saptanmıştır (130). Mevcut çalışma ile yapılan bu çalışmalar benzerlik ve farklılıklar göstermekte olup, kız çocuklarının arkadaş ve aile ile daha paylaşımcı olmuş olmalarının etkili olabileceği düşünülmektedir.

Öğrencilerin aile tipi ile algılanan sosyal destek toplam ve alt boyut puanları arasında önemli bir fark olmadığı saptanmıştır Üniversite öğrencileri ile yapılan bir çalışmada da algılanan sosyal destek ve aile tipi arasında önemli bir farkın olmadığı bildirilmiştir (128). Mevcut çalışma sonucunda parçalanmış aile tipinin az sayıda olmasını etkili olabileceği düşünülmektedir.

Başarı durumunu iyi olarak algılayan öğrencilerin toplam ve tüm alt boyutlarda en yüksek sosyal destek puanına sahip olduğu ve öğrencinin başarı durumunu algılaması ile aile, öğretmen ve sosyal destek toplam puanları arasında önemli bir fark olduğu aile desteği için farklılığın iyi olan gruptan öğretmen ve algılanan sosyal destek toplamda ise tüm gruplardan kaynaklandığı belirlendi. Kahrıman ve Polat'ın (2003) yapmış olduğu çalışmada derste söz alan öğrencilerin aileden ve arkadaştan algıladıkları sosyal destek puanının önemli düzeyde yüksek (92), Yıldırım'ın çalışmalarında da algılanan akademik başarı ile algılanan sosyal destek arasında pozitif yönde bir ilişkinin olduğu belirtilmiştir (85, 131). Ortaöğretim öğrencilerinin öğretmenlerden aldıkları sosyal destek arttıkça akademik başarısının arttığı (132) ve lise öğrencilerinin de algıladıkları aile desteğinin akademik başarıyı olumlu bir şekilde etkilediği bildirilmiştir (133). Üniversite öğrencilerinde akademik başarı ile algılanan sosyal destek arasında önemli bir fark olmadığı, ancak başarı durumunu iyi olarak algılayan öğrencilerin puanlarının daha yüksek olduğu saptanmıştır (134). Aile ve öğretmen desteği iyi olan öğrencilerin olumlu ilişkiler kurabilme, etkili iletişim gibi yeteneklerinin daha iyi olmasının öğrencilerin başarı durumunu algılamalarına olumlu etki ettiği düşünülmektedir.

Bu çalışmada anne-babanın hayatta olma durumu ile algılanan sosyal destek toplam ve alt boyut puanları arasında önemli bir fark saptanmamış, ancak ebeveynlerinin ikisi de hayatta olan öğrencilerin öğretmen desteği hariç algıladıkları sosyal destek puanlarının daha yüksek olduğu bulunmuştur. Sosyal destek özel insan ve arkadaş alt ölçeği ile annenin sağ olması arasında önemli bir fark yokken babanın sağ olması ile önemli bir ilişki bildirilmiştir (135). Yapılan diğer çalışmalarda ebeveynlerinin ikisi de hayatta olan öğrencilerin algıladığı sosyal destek puanlarının (130, 134), diğer bir çalışmada ise ebeveynlerinden birini kaybeden öğrencilerin aile ve arkadaş desteklerinin daha yüksek olduğu bildirilmiştir (92). Anne babası hayatta olmayan ergenlerin beklentileri, bireysel özellikleri, hayata bağlılığı gibi birçok faktör bu çalışma sonucunda etkili olabilir.

Bu çalışmada ailesinin ekonomik durumunu iyi algılayan öğrencilerin en yüksek aile, öğretmen ve sosyal destek toplam puanına sahip olduğu ve ekonomik durum ile aile, öğretmen ve sosyal destek toplam puanı arasında önemli bir fark olduğu, önemliliğin aile ve sosyal destek toplam da tüm gruplardan, öğretmen alt boyutunda ise kötü ve iyi olan gruptan kaynaklandığı belirlenmiştir. Üniversite öğrencileri ile yapılan çalışmalarda ekonomik durum ile sosyal destek arasında önemli bir fark bildirilmemiş olup (128, 134), diğer bir çalışmada ise önemli bir fark bildirilmemesine karşın ekonomik durumunu iyi olarak algılayan öğrencilerin sosyal destek puanlarının yüksek olduğu saptanmıştır (136). Ergenlerin beklentilerinin gerçekleşmesi için ekonomik durum önemli bir faktör olup, mevcut çalışma sonucunda ergenlerin ekonomik açıdan rahat olmayı isteme ve bunu sağlamak için de çalışmayı, kazanmayı hedeflemiş olmaları algıladıkları aile, öğretmen ve sosyal destek toplam puanlarının iyi olması ile açıklanabilir.

Çalışan öğrencilerin sosyal destek toplam, aile ve öğretmen alt boyut puanları çalışmayan öğrencilerden daha yüksek olup, çalışma durumu ile yalnızca öğretmen ve sosyal destek toplam puanları arasında önemli bir fark olduğu saptandı. Üniversite öğrencilerinde yapılan bir çalışmada ise çalışan ve çalışmayan öğrencilerin algıladıkları sosyal destek puanları arasında önemli bir fark olmadığı saptanmıştır (128). Mevcut çalışma sonucunda öğrencilerin okul yaşamı dışında sosyal bir ortamlarının olmasının etkili olabileceği düşünülmekte olup çalışan çalışmayan tüm

öğrencilerin daha çok sosyal destek almalarına yönelik çalışmaların yapılması önemlidir.

Bu çalışmada anne ve baba eğitim durumu ile algılanan sosyal destek toplam ve tüm alt boyut puanları arasında önemli bir fark olmadığı belirlenmiştir. Yapılan bir çalışmada ise anne eğitim durumu ile aile ve arkadaştan algılanan sosyal destek puanı arasında önemli bir fark olduğu, annesi üniversite mezunu olanların en yüksek sosyal destek puanına sahip olduğu (134), diğer bir çalışmada da sosyal destek ölçeği bilgisel maddi ve duygusal destek alt boyut puanlarının önemli düzeyde üniversite ve üzeri mezunu annesi olanlarda yüksek olduğu bildirilmiştir (130). Yapılan bazı çalışmalarda baba eğitim ile algılanan sosyal destek ve alt boyut puanları arasında (92, 130), bir çalışmada anne eğitim durumu ile algılanan sosyal destek puanı arasında önemli bir fark olmadığı saptanmıştır (92). Yılmaz ve arkadaşları tarafından 2008 yılında yapılan bir çalışmada ise anne eğitim düzeyi ilköğretim olan öğrencilerin, annesi okuryazar olmayan ve lise ve üzeri olan öğrencilerin puanlarından daha fazla olduğu bildirilmiştir (128). Anne ve baba eğitim durumu ile algılanan sosyal destek arasında farklı sonuçlar bildirilmiş olmakla birlikte mevcut çalışma sonucunda aile yapısının önemli olduğu düşünülmektedir.

Bu çalışmada annesinin kendisini yetiştirme tutumunu demokratik algılayan öğrencilerin en yüksek, ilgisiz algılayan grubun en düşük aile desteği puanına sahip olduğu ve annesinin kendisini yetiştirme tutumunu algılama ile aile desteği arasında önemli bir farkın olduğu, arkadaş öğretmen alt boyut ve sosyal destek toplam puan arasında önemli bir fark olmadığı belirlenmiştir. Farkın ilgisiz gruptan kaynaklandığı, ayrıca denetimci ile demokratik grup arasında da önemli bir farkın olduğu belirlendi. Üniversite öğrencileriyle yapılan bir çalışmada ailesi ile ilişkileri iyi olan öğrencilerin orta düzeyde olan öğrencilere göre aile alt boyut puanlarının daha yüksek olduğu (17), diğer bir çalışmada genel olarak, ergenlerin algıladıkları anne baba tutumları ile sosyal becerileri arasında önemli bir ilişki olmadığı bildirilmiştir (137). Mevcut çalışma sonucunda demokratik anne babanın çocuklarına sevgi dolu aynı zamanda denetleyici ve onların ihtiyaçlarını karşılamaya yönelik bir tutum sergilemiş olmalarının etkili olabileceği düşünülmektedir. Ayrıca öğrencinin annesi ile ilişkilerinin iyi olması aile sosyal destek algısının yüksek olmasına ve bu

durumunda annesinin kendisini yetiştirme tutumunu algılamaya olumlu yansıdığı düşünülmektedir.

Babanın kendisini yetiştirme tutumu ile algılanan sosyal destek toplam, aile ve öğretmen desteği alt boyut puanı arasında önemli bir fark olduğu, arkadaş desteği puanı ile fark olmadığı belirlenmiştir. Algılanan aile desteği alt boyutunda en yüksek puana babasını demokratik, en düşük puana ilgisiz algılayan grubun sahip olduğu, farklılığın ilgisiz gruptan kaynaklandığı, demokratik ile denetimci ve otoriter grup arasında da farkın olduğu; öğretmen desteğinde en yüksek puanı denetimci grubun aldığı ve farkın bu gruptan kaynaklandığı, demokratik ve otoriter grup arasında da önemli bir fark belirlenmiştir. Sosyal destek toplam boyutunda ise farkın demokratik gruptan kaynaklandığı ayrıca ilgisiz ve denetimci grup arasında da önemli fark olduğu saptandı. Yapılan bir çalışmada anne baba tutumunu demokratik olarak algılayan öğrencilerin algılanan aile desteği puan ortalamasının önemli düzeyde yüksek, arkadaş desteği puan ortalaması ile anne baba tutumu arasında ise önemli bir fark olmadığı belirtilmiştir (134). Yapılan diğer çalışmalarda demokratik anne baba tutumu gösteren ebeveynlerin çocuklarının algıladığı sosyal destek puanlarının en yüksek, ilgisiz ve tutarsız çocuk yetiştirme şekli olan ebeveynlerin çocuklarının ise en düşük puana sahip olduğu bildirilmiştir (127, 138). Bu sonuçlar mevcut çalışma sonucunu destekler nitelikte olup, babalarının demokratik olduğunu düşünen öğrencilerin algıladıkları sosyal desteğin yüksek olması, ergenlerin sağlıklı yetişmesinde önemli bir bulgu olarak değerlendirilmiştir.

Çalışma verilerine göre kalınan yer ile algılanan sosyal destek toplam, aile, arkadaş ve öğretmen desteği alt boyut puanları arasında önemli bir fark olmadığı tespit edilmiştir. Yapılan bir çalışmada ailesinin yanında olan öğrencilerin algıladıkları aile ve sosyal destek toplam puanlarının yurtda kalan öğrencilerden önemli düzeyde yüksek olduğu, arkadaş ve öğretmen alt boyut puanları arasında ise önemli bir fark olmadığı bildirilmiştir (129). Üniversite öğrencileri ile yapılan bir araştırmada ikamet edilen yer ile algılanan arkadaş ve aile desteği (134), diğer çalışmada (128) toplam ve alt boyut puanları arasında önemli bir fark olmadığı bildirilmiş olup bu çalışma sonucunu desteklemektedir. Mevcut çalışma sonucuna göre kalınan yerin algılanan sosyal destekte önemli bir belirleyici olmadığı söylenebilir.

Bu çalışmada kendini genel olarak mutlu hissetme durumu ile sosyal destek toplam ve tüm alt boyut puanları arasında önemli fark olduğu, farklılığın sosyal destek toplam ve aile alt boyutunda tüm gruplardan, arkadaş ve öğretmen boyutunda kendini mutlu hisseden gruptan kaynaklandığı belirlendi. Yapılan çalışmalarda da bu çalışmayı destekleyecek şekilde, kendini mutlu hissetme ile algılanan sosyal destek arasında pozitif yönde önemli bir ilişkinin olduğu belirtilmiştir (139, 140). Kendini mutlu hissetme ile sosyal destek kaynakları arasında olumlu bir ilişkinin olması, güçlü sosyal destek kaynaklarına sahip olan bireylerin kendilerinin daha mutlu ve verimli hissetmiş olmaları ile açıklanabilir.

Kronik hastalığı olan bireylerin sosyal destek kaynaklarının daha güçlü olması oluşabilecek problemin önlenmesi açısından önemlidir. Bu çalışmada kronik hastalığa sahip olan öğrencilerin algılanan sosyal destek toplam puanının kronik hastalığı olmayan öğrencilerden önemli düzeyde düşük olduğu, aile, arkadaş ve öğretmen alt boyut puanları arasında önemli bir fark olmadığı belirlenmiştir. Adölesanlarla yapılan bir çalışmada kronik hastalığı olanların kronik hastalığı olmayanlara göre arkadaştan algılanan sosyal destek puanının önemli düzeyde düşük olduğu, aileden algılanan sosyal destek puanının düşük olmasına rağmen önemli bir fark olmadığı bildirilmiştir (92). Mevcut çalışma sonucunda öğrencilerin algıladıkları sosyal destek toplam puanında bireysel özelliklerinin yanı sıra sahip oldukları hastalığın ciddiyeti gibi birçok özelliğin etkili olabileceği düşünülmüştür.

Bu çalışmada sağlığı algılama ile aile, arkadaş, öğretmen ve algılanan sosyal destek toplam puanı arasında önemli bir fark saptanmış olup, farklılığın arkadaş boyutu için iyi algılayan, diğer boyutlarda tüm gruplardan kaynaklandığı ve en yüksek puana sağlığını iyi algılayan öğrencilerin sahip olduğu bulunmuştur. Glozah ve Pevalin (2014) adölesanlarla yapmış olduğu çalışmada algılanan sosyal destek arttıkça sağlık ve iyilik halinin önemli düzeyde arttığı belirlenmiştir (141). Üniversite öğrencileri ile yapılan bir çalışma sonucuna göre sosyal desteği yüksek, başa çıkma tarzı olumlu olması durumunda memnuniyet ve iyilik halinin o kadar arttığı bildirilmiştir (84). Mevcut sonuç fiziksel ve ruhsal yönden sağlığı iyi algılamanın sosyal destek algısını olumlu yönde etkileyebileceğini düşündürmektedir.

Bu sonuçlar araştırmanın üçüncü sorusu olan ‘Öğrencilerin tanımlayıcı özellikleri algılanan sosyal destek düzeylerini etkiler mi?’ sorusunu açıklamaktadır.

Öğrencilerin RSDÖ madde kullanımı ve ASDÖ-R arkadaş alt boyut puan ortalamaları arasında önemli bir ilişki olmadığı, RSDÖ ve ASDÖ-R toplam puan ortalaması, RSDÖ ile ASDÖ-R tüm alt boyut puan ortalamaları arasında negatif yönde zayıf/çok zayıf düzeyde önemli bir ilişki belirlenmiştir. Bu sonuçlar araştırmanın dördüncü sorusunu açıklamaktadır. Kelly ve arkadaşlarının (2011) yapmış olduğu çalışmada adölesanların sağlıklı yaşam hakkındaki bilişsel inançları, sağlıklı yaşam sürdürmedeki davranışsal beceri, sosyal destek, seçimleri, onların tutumları ile önemli düzeyde ilişkili bulunmuş olup, sosyal destek ve onların tutumları ne kadar yüksek olursa sağlıklı yaşamda yetenekleri hakkındaki inançları o kadar güçlü olduğu bildirilmiştir (78). Lise öğrencileri ile yapılan bir çalışmada da sosyal destek arttıkça riskli davranışlarda azalma (142), ortaöğretimde okuyan öğrencilerle yapılan bir çalışmada da yüksek şiddet eğilimi olan öğrencilerde aile, öğretmen ve arkadaş destek düzeylerinin önemli düzeyde düşük olduğu bildirilmiştir (113). Steewes ve arkadaşlarının (2016) çalışmasına göre ise arkadaş ve ebeveyn desteği ile sağlıklı beslenme arasında önemli bir ilişki olmadığı belirlenmiştir (143). Sosyal destek bireyin yaşam memnuniyetini arttırmada önemli bir faktör olup, sağlıklı yaşam biçimi davranışı göstermede teşvik edici olabilir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Ergenlik dönemi fiziksel, psikolojik ve sosyal değişimlerin yaşandığı bir dönem olması nedeni döneme uyum sağlanamaması durumunda önemli sorunlar yaşanabilmektedir. Öğrencilerin RSDÖ puan ortalaması 64.51 ± 10.81 olup, en yüksek puan ortalamasının beslenme (60.94 ± 11.68) ve psikososyal (47.48 ± 13.14) alt boyutlarından alındığı ve bu bakımdan öğrencilerin riskte oldukları söylenebilir. Ayrıca öğrencilerin ASDÖ-R toplam puan ortalaması 122.36 ± 15.16 olup algılanan sosyal desteğin yüksek düzeyde olduğu söylenebilir.

Öğrencilerin yaş ortalaması 17.28 ± 0.67 olarak belirlenmiş olup, erkek öğrenci olma, başarı durumu ve ailesinin ekonomik durumunu kötü algılama, çalışıyor olma, baba eğitim düzeyinin düşük olması, genel olarak kendini mutlu hissetmeme ve sağlığını kötü algılama riskli sağlık davranışları toplam ve bazı alt boyutlarını genel olarak olumsuz yönde etkilediği belirlendi. Ayrıca RSDÖ ve ASDÖ-R ve alt boyut puan ortalamaları arasında yapılan spearman korelasyon analizi sonucunda negatif yönde önemli ilişkinin olduğu belirlendi.

Kız öğrenci olma, akademik başarı durumunu iyi ve ailesinin iyi bir ekonomik gelire sahip olduğunu algılama, çalışıyor olma, demokratik anne ve baba tutumu, genel olarak kendini mutlu hissetme, kronik hastalığı olmama ve sağlığını iyi olarak algılamanın genel olarak sosyal desteği olumlu yönde etkilediği belirlendi.

Bu sonuçlar doğrultusunda;

Sosyal destek riskli sağlık davranışlarının oluşumunu engelleyen önemli faktörlerden birisi olduğu için, okul sağlığı hemşiresinin yaşamın her döneminde ihtiyaç duyulan sosyal desteğin ergenlik döneminde öneminin daha da arttığını vurgulaması,

Ailelere, öğretmenlere yönelik verilecek rehberlik hizmetleri içinde okul sağlığı hemşiresinin yer alması ve riskli sağlık davranışlarının oluşmasını önleme, sosyal desteği artırmaya yönelik danışmanlık hizmetleri vermesi,

Sağlıklı beslenme davranışlarının kazandırılması için sürekli eğitim programları düzenlenmesi, ilgili müfredatların geliştirilmesi ve okul yönetiminin sağlıklı besin tüketimine yönelik gerekli önlemleri alması,

Problem çözme, iletişim becerileri ve stresle baş etme konularının ders müfredatlarında yer alması ve öğrencinin kendine olan güveninin artırmada potansiyellerini ortaya koyabilecekleri projelerde yer almalarında destek sağlama,

Toplumsal olarak refah, eğitim ve sağlık düzeyinin artması, ihtiyacı olan öğrencilere ekonomik destek sağlanması, okul başarısını arttırmaya yönelik etüt programlarının aktif biçimde kullanımı, gençlerin enerjilerini sağlıklı kullanımı için spor gibi aktivitelere yönlendirilmesi,

Ailelerin ve öğretmenlerin öğrencilere daha yaklaşımcı tutum içinde olmalarının sağlanması,

Birinci basamak sağlık kuruluşlarına herhangi bir nedenle başvuran ergenlerin özellikle erkek öğrencilerin daha kapsamlı ele alınması,

Okul sağlığı hemşiresinin sorunların olmaması ya da erken dönemde belirlenmesi ve en iyi şekilde çözümlenebilmesi için okul çalışanları, aileler ve ergenlerle iyi bir iletişim ve etkileşim içinde olması önerilmektedir.

7. KAYNAKLAR

1. Coles B. (2008). *Young people*. Alcock, P., May M., Rowlingsoon R.(eds). The Student's Companion to Social Policy. Australia: Blackwell Publishing. 392-398.
2. Yiğit R. (2009). *Çocukluk Dönemlerinde Büyüme ve Gelişme*. Ankara: Sistem Ofset
3. Nacar M., Günay O. (2011). *Adölesan sağlığı*. Öztürk Y., Günay O. Halk Sağlığı Genel Bilgiler. Kayseri: Önder Ofset. 711-750.
4. WHO. *Health for the World's Adolescents a Second Chance in the Second Decade: World Health Organization*. Erişim: 09.08.2015, <http://apps.who.int/adolescent/second-decade/>.
5. Türkiye İstatistik Kurumu. (2013). Nüfus Projeksiyonları. Erişim: 09.08.2015, <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=15844>.
6. Radzik M., Sherer S. (2002). *High risk and out of control behavior*. Neinstein L. (ed). Adolescent Health Care Practical Guide Book. 4. Edition Okdokey. 630-637.
7. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. (2010). Küresel Yetişkin Tütün Araştırması Türkiye Raporu. Sağlık Bakanlığı Yayın No: 803. Ankara.
8. Türkiye İstatistik Kurumu. (2013). *İstatistiklerle Gençlik*. Sayı: 13509. Erişim: 09.08.2015, <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=13509>
9. EMCDDA. (2007). Bağımlılık Yapıcı Maddeler ve Bağımlılık ile Mücadele 2007 Yılı Ulusal Raporu. Ankara.

10. Kerimoğlu E., Kılıç G., Gürkan K., Öztürk M. (2008). *Çocukluk ve ergenlik döneminde sık görülen ruhsal bozukluklar*. Öztürk O., Uluşahin A.(ed). Ruh Sağlığı ve Bozuklukları. Ankara: Nobel Tıp Kitapevi. 744-809.
11. Güler N., Güler G., Ulusoy H., Bekar M. (2009). Lise öğrencileri arasında sigara, alkol kullanımı ve intihar düşüncesi sıklığı. *Cumhuriyet Tıp Dergisi*. 31(4),340-345.
12. Demirezen E, Coşansu G. (2005). Adölesan çağı öğrencilerde beslenme alışkanlıklarının değerlendirilmesi. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*. 14(8),174-178.
13. Albrecht TL, Adelman MB. (1987) Communicating social support. Newbury Park, CA: Sage Publications.
14. Uchino BN. (2006). Social support and health. a review of physiological processes potentially underlying links to disease outcomes. *Journal of Behavioral Medicine*, 29(4), 377-387.
15. Yıldırım İ. (1997). Algılanan sosyal destek ölçeğinin geliştirilmesi güvenilirliği ve geçerliği. *Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 13:81-87.
16. Kaşıkçı M., İpek Çoban G., Ünsal A., Avşar G. (2009). Üniversite son sınıf öğrencilerinde aileden ve arkadaştan algılanan sosyal destek ve benlik saygısı. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 17(3), 158-165.
17. Ünsar S., Kurt Sadırlı S., Demir M., Zafer R., Erol Ö. (2009). Üniversite öğrencilerinin sosyal destek düzeyleri ve etkileyen etmenler. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi*. 1(1),17-29.
18. Albrecht. Terrance L, Burleson BR, Sarason I. (1992). Communication Research. 19(2),149-153.
19. Baldock J., Mitton L., Manning N. ve ark. (2007). *Social Policy*. New York: Oxford University Press.

20. Hacıoğlu N. (2013). *Adölesan sağlığı*. Erci B. (ed). Halk Sağlığı Hemşireliği. Amasya: Göktuğ. 141-161.
21. Pekçan H. (2015). *Adölesan (delikanlı) sağlığı*. Güler Ç., Akın L.(ed.) Halk Sağlığı Temel Bilgiler. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Yayınları. 486-538.
22. WHO. Adolescent development Maternal, newborn, child and adolescent health. Erişim:10.08.2015, http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/development/en/
23. Steiner H. Yalom ED. (2012). *Ergen Terapisi* (Özkardeşler Şallı, Y. Çev.). İstanbul: Prestij Yayınları. 7-10.
24. Koç M. (2004). Gelişim psikolojisi açısından ergenlik dönemi ve genel özellikleri. *Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*. 17,231-256.
25. Derman O. (2008). Ergenlerde psikososyal gelişim. *Adölesan Sağlığı II Sempozyum Dizisi*. 63,19-21.
26. Ergün A., Erol S., Gür K., Şişman NF. (2016).Sağlığın değerlendirilmesi. Gözüm S.(ed). *Okul Dönemindeki Çocukların Sağlığının Geliştirilmesi*. Ankara: Vize Basın Yayın. 75-185.
27. Haven P.(1996). *Adolescent Health : The Role of Individual Differences*. London: GBR Routledge.19-53
28. Diclemente RJ., Santelli JS., Crosby RA. (2009). *Adolescent Health : Understanding and Preventing Risk Behaviors*. Hoboken, NJ, USA: Jossey-Bass.
29. Özcebe H., Ulukol B., Mollahaliloğlu S., Yardım N., Karaman F. (2008). *Sağlık Hizmetlerinde Okul Sağlığı Kitabı*. Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı Yayın No: 719. Ankara.

30. Adana F., Arslantaş H. (2011). Ergenlikte öfke ve öfkenin yönetiminde okul hemşiresinin rolü. *Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*. 12,57-62.
31. Baltacı G., Ersoy G., Karaağaoğlu N., Derman O., Kanbur N. (2006). *Ergenlerde Sağlıklı Beslenme, Hareketli Yaşam*. Ankara: Sinem Matbaacılık.
32. Ünalın P., Kaya Ç., Akgün T., Yıkılkan H., İşgör A. (2007). Birinci basamakta ergen sağlığına yaklaşım. *Türkiye Klinikleri Journal of Medical Sciences*. 27(4),567-576.
33. Charlotte J. (2013). *Adolescence: A personal identity in a topsy turvy world*. Hindle, D., Smith M. (Ed.). (2013). *Personality Development : A Psychoanalytic Perspective*. London, US: Routledge. 116-138.
34. Hayman L., Mahon M., Turner JR. (2002). *Health and Behavior in Childhood and Adolescence*. New York, NY, USA: Springer Publishing Company.
35. Alpaslan AH. (2012). Ergen ruh sağlığı ve spor. *Kocatepe Tıp Dergisi*. 13(3),181-185.
36. Özcebe H. (2002). Birinci basamakta adölesan sorunlarına yaklaşım. *STED* 11(10), 374-377.
37. Steiner H., Feldman S. (2012). Genel prensipler ve özel problemler. Yalom ED. Steiner H.(eds). *Ergen Terapisi* (Özkardeşler Şallı, Y. Çev.). İstanbul: Prestij Yayınları. 19-53.
38. Alikasıfoğlu M. (2008). Ergenlerde davranışsal sorunlar. *Adolesan Sağlığı II Sempozyum Dizisi*. 63,55-59.
39. 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
40. Wuermli A., Duryea S., Baird S. ve ark. (2012). *Aggregate economic shocks during adolescence: transitions, mental health, and behaviors*. Lundberg M,

Wuermli A. (ed.). Directions in development : Children and Youth in Crisis : Protecting and Promoting Human Development in Times of Economic Shocks. Herndon, VA, USA: World Bank Publications. 189-217.

41. Welch KL. (2012). *Late Onset Offending and Substance Abuse*. USA: LFB Scholarly Publishing LLC.
42. Mancini JA., Huebner A J. (2004). Adolescents risk behaviors patterns: Effects of structured time-use, interpersonal connections, self-system characteristics, and sociodemographic influences. *Child and Adolescent Social Work Journal*. 21 (6), 647-668.
43. Tuzgöl Dost M., Keklik İ. (2015). Sürekli Kaygı, Umutsuzluk ve Benlik Saygısının Ergenlerin Riskli Davranışlarını Yordama Gücü. *Elektronik Sosyal Bilimler Dergisi*, 13(51),195-208.
44. Hoyt LT., Chase-Lansdale PL., McDade TW., Adam EK. (2012). Positive youth, healthy adults: does positive well-being in adolescence predict better perceived health and fewer risky health behaviors in young adulthood? *Journal of Adolescent Health*. 50(1),66-73.
45. Ögel K. (2005). Madde kullanım bozuklukları epidemiyolojisi. *Türkiye Klinikleri Dahili Tıp Bilimleri Dergisi Psikiyatri*. 1(47),61-64.
46. Evans DL., Foa EB., Gur RE. (2005). *Treating and Preventing Adolescent Mental Health Disorders : What We Know and What We Don't Know*. Cary, NC, USA: Oxford University Press, USA.
47. TÜİK. (2013). Sağlık Araştırması Health Survey 2012. Ankara: Türkiye İstatistik Kurumu.
48. WHO. (2011). Global Status Report on Noncommunicable Diseases 2010. World Health Organization. Switzerland
49. WHO. (2012). Global Report on Mortality Attributable to Tobacco: World Health Organization. Switzerland

50. TÜİK. (2014). Bireylerin tütün mamulü kullanma durumunun cinsiyet ve yaş grubuna göre dağılımı 2014. Erişim: 10.05.2016 http://www.tuik.gov.tr/PreTablo.do?alt_id=1095.
51. WHO. (2014). Global Status Report on Alcohol and Health: World Health Organization. Switzerland
52. WHO. (2010). Global Strategy to Reduce the Harmful Use of Alcohol: World Health Organization. Switzerland
53. Bonnie RJ, O'Connell ME. (2003). *Reducing Underage Drinking: A Collective Responsibility*. Washington, DC, USA: National Academies Press.
54. WHO. (2005). Alcohol Use and Sexual Risk Behaviour : A Cross-Cultural Study in Eight Countries. Geneve, CHE: World Health Organization.
55. Uluğ B., Öztürk O. (2008). *Psikoaktif madde kullanımına bağlı ruhsal sorunlar*. Öztürk O, Uluşahin A. (ed.) Ruh Sağlığı ve Bozuklukları. Nobel Tıp Kitapları. 687-735.
56. United Nations Office on Drugs and Crime. (2014). *World Drug Report 2014*. New York: United Nations Publications.
57. WHO. (2010). Atlas on Substance Use Resources for The Prevention and Treatment Of Substance Use Disorders. World Health Organization. Switzerland
58. Gürol DT. (2008). Madde bağımlılığı açısından riskli adölesan. *Adolesan Sağlığı II Sempozyum Dizisi*. 63,65-68.
59. Eringöz E. (2008). Adölesan, madde bağımlılığı ve halk sağlığı. *Adolesan Sağlığı II Sempozyum Dizisi*. 63,61-64.
60. Pekçan H. (2015). *Okul sağlığı*. Güler Ç., Akın L.(ed.) Halk Sağlığı Temel Bilgiler. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Yayınları. 440-483.

61. İçişleri Bakanlığı Emniyet Genel Müdürlüğü Kaçakçılık ve Organize Suçlarla Mücadele Daire Başkanlığı Türkiye Uyuşturucu Raporu. (2014). Yayın No:762
62. National Research Council Institute of Medicine . (1999). *Risks and Opportunities : Synthesis of Studies on Adolescence*. Washington, DC, USA: National Academies Press.
63. Vega WA., Gil AG. (1998). *Drug Use and Ethnicity in Early Adolescence*. Hingham, MA, USA: Kluwer Academic Publishers.
64. Öztekin Z., Üner N., Eren N. (2015). Halk sağlığı kavramı ve gelişmesi. Güler Ç., Akın L.(ed.) *Halk Sağlığı Temel Bilgiler*. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Yayınları. 487-538.
65. Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. (2012). *Madde Bağımlılığı Tanı ve Tedavi Kılavuzu El Kitabı*.Yayın No:879
66. Sağlık Bakanlığı Madde Bağımlılığı Tedavi Merkezleri Yönetmeliği. (2013). Resmi Gazete. Sayı : 28866. (29.12.2013).
67. Dickon Reppucci N., Carrie SF., Melinda GS.(2002). Youth Violence: Risk and Protective Factors . Corrado RR, Roesch R, Hart SD. (ed). *Multi-problem Violent Youth : a Foundation for Comparative Research on Needs*. Amsterdam, NLD: IOS Press. 3-22.
68. UNICEF. (2011). The State of the World's Children 2011:Adolescence an Age of Opportunity.USA.
69. WHO. (2014). Adolescent health risk and solutions. Erişim: 09.08.2015 <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs345/en/#>.
70. TBMM Araştırma Komisyonu Raporu. (2007). *Türkiye Büyük Millet Meclisi Çocuklarda Ve Gençlerde Artan Şiddet Eğilimi Ile Okullarda Meydana Gelen Olayların Araştırılarak Alınması Gereken Önlemlerin Belirlenmesi Amacıyla Kurulan Meclis Araştırması Komisyonu Raporu*. Ankara: Özel Eğitim ve Rehberlik Danışma Hizmetleri Genel Müdürlüğü.

71. Baysal SU., Yıldırım F., Bulut A. (2005). *Çocuk Güvenliği*. İstanbul Tıp Fakültesi Basımevi.
72. Yılmaz H. (2014). Türk eğitim sisteminde trafik eğitiminin yeri ve yapılması gerekenler. *Uluslararası Sosyal Araştırmalar ve Yönetim Dergisi*. 1(2),11-21.
73. Kıdak L. (2008). Ergen sağlığı yönetimi: ulusların gelecekları ile ilgili umutlarının anahtarı. *Celal Bayar Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*. 6(1),62-80.
74. Emniyet Genel Müdürlüğü, Türkiye İstatistik Kurumu. (2013). Trafik Kaza İstatistikleri Karayolu. Yayın No:4347. Ankara
75. Bozhüyük A., Özcan S., Kurdak H., Akpınar E., Saatçı E., Bozdemir N. (2012). Sağlıklı yaşam biçimi ve aile hekimliği. *Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care*. 6(1),13-21.
76. Baysal A. (2014). *Beslenme*. Ankara: Hatiboğlu Basım ve Yayım.
77. Öncel S., Akcan A., Meydanlıoğlu A. (2016). Sağlığın geliştirilmesi ve hastalıkların önlenmesi. Gözüm S.(ed.) *Okul Dönemindeki Çocukların Sağlığının Geliştirilmesi*. Ankara: Vize Basın Yayım. 188-253.
78. Kelly SA., Melnyk BM., Jacobson DL., O'Haver JA. (2011). Correlates among healthy lifestyle cognitive beliefs, healthy lifestyle choices, social support, and healthy behaviors in adolescents: implications for behavioral change strategies and future research. *Journal of pediatric health care*. 25(4),216-223.
79. Erkan T. (2011). *Ergenlerde Beslenme*. *Türk Pediatri Arşivi*. 46(11),49-53.
80. Sağlık Bakanlığı Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Beslenme ve Diyetetik Bölümü, Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi. Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması 2010:Beslenme Durumu ve Alışkanlıklarının Değerlendirilmesi Sonuç Raporu. Sağlık Bakanlığı Yayın No: 931,Ankara 2014

81. Akça Ay F (2008). Temel Hemşirelik Kavramlar, İlkeler Uygulamalar. İstanbul medikal yayıncılık, İstanbul.
82. Yıldırım, İ. (1997). Algılanan sosyal destek ölçeğinin geliştirilmesi, güvenilirliği ve geçerliliği. Hacettepe Eğitim Fakültesi Dergisi, 13, 147-157.
83. Ardahan M. (2006). Sosyal destek ve hemşirelik. *Journal of Anatolia Nursing and Health Sciences*. 9(2),68-75
84. Lin CC. (2016). The roles of social support and coping style in the relationship between gratitude and well-being. *Personality and Individual Differences*. 89,13-18.
85. Yıldırım İ., Ergene T. (2003). Lise son sınıf öğrencilerinin akademik başarılarının yordayıcısı olarak sınav kaygısı, boyun eğici davranışlar ve sosyal destek. *Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*. 25(25).224-234.
86. Cohen S, Wills TA. (1985). Stress, Social support, and the Buffering Hypothesis. *Psychol. Bull.* 98(2),310-57.
87. Scales PC., Leffert N. (2004). *Developmental Assets : A Synthesis of The Scientific Research on Adolescent Development (2nd edition)*. Minneapolis, MN, USA: Search Institute
88. Silbereisen RK. Lerner RM. (2007). Approaches to Positive Youth Development: A View of the Issues. Lerner RM, Silbereisen RK.(ed.). *Approaches to positive youth development*. London, GBR: SAGE Publications Inc. (US).
89. BayıkTemel A. (2016). Sağlıklı ve güvenli okul çevresi. Gözüm S.(ed.) *Okul Dönemindeki Çocukların Sağlığının Geliştirilmesi*. Ankara: Vize Basın Yayın. 270-316.
90. Traş Z., Arslan E. (2013). Ergenlerde sosyal yetkinliğin, algılanan sosyal destek açısından incelenmesi. *Elementary Education Online*, 12(4), 1133-1140.
91. Öz F. (2010). *Sağlık Alanında Temel Kavramlar*. Ankara: Mattek Matbacılık.

92. Kahrıman İ, Polat S. (2003). Adölesanlarda aileden ve arkadaşlardan algılanan sosyal destek ve benlik saygısı arasındaki ilişki. *Journal of Anatolia Nursing and Health Sciences*. 6(2),13-24.
93. Bebiş H., Akpunar D., Özdemir S., Kılıç S. (2015). Bir ortaöğretim okulundaki adölesanların sağlığı geliştirme davranışlarının incelenmesi. *Gülhane Tıp Dergisi*. 57(2),129-135.
94. 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(3),8-17.
95. MoghimIslama M, Jafari P, Hoseini M. (2013). Impact of stress management training on the girl high school student academic achievement. *Procedia - Social and Behavioral Sciences* 89, 22 – 26
96. Özmen F., Kubanç Y. (2013). Liselerde madde bağımlılığı mevcut durum ve önerilere ilişkin okul müdürleri ve öğretmenlerin bakış açıları. *Electronic Turkish Studies*. 8(3),357-382.
97. Yıldırım İ. (2004). Depresyonun yordayıcısı olarak sınav kaygısı, gündelik sıkıntılar ve sosyal destek. *Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*. 27(27),241-250.
98. Özkara Akça S., Yıldız S. (2016). Riskli çevredeki adölesanlar ve hemşirelik. *Psikiyatri. Nöroloji Davranış Bilimleri Dergisi*. (9),33-39.
99. Sağlık Bakanlığı. Hemşirelik Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik. Resmî Gazete. 2011;27910(19.04.2011).
100. Bahar Z., Öztürk Haney M. (2016). Okul sağlığı hemşireliği. Gözüm S.(ed.) *Okul Dönemindeki Çocukların Sağlığının Geliştirilmesi*. Ankara: Vize Basın Yayın. 10-54
101. Yurt S., Kadioğlu H., Bulduk S., Gür K. (2016). Okul sağlığında özel sorunlar. Gözüm S.(ed). *Okul Dönemindeki Çocukların Sağlığının Geliştirilmesi*. Ankara: Vize Basın Yayın. 329-432.

102. Çimen S., Savaşer S. (2003). 15–18 yaş grubu gençlerde “Riskli Sağlık Davranışları Ölçeği”nin geliştirilmesi. *47. Milli Pediatri Kongresi, 3. Milli Çocuk Hemşireliği Kongresi, 2. Pediatri Asistanları Toplantısı, Bilimsel Program ve Özet Kitabı*, İstanbul.
103. Yıldırım İ. (2004). Algılanan sosyal destek ölçeğinin revizyonu. *Eğitim Araştırmaları Eurasian Journal of Educational Research*. 17,221-236.
104. Kalkım A, Toraman AU. (2014). Determination of risky health behaviors of immigrant and nonimmigrant adolescents. *TAF Prev Med Bull*. 13(4): 289-294.
105. Tümer A., Şahin S. (2011). Ergenlerin riskli sağlık davranışları. *Sağlık ve Toplum*. (1),32-38.
106. Gülgez Ö., Kisaç 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.
107. Ercan O., Alikaş M., Erginöz E., Albayrak DK., Birol Hİ., Zeybek ÇA., et al. (2001). İstanbul lise gençlerinde riskli davranışların sıklığı ve cinsiyete göre dağılımı Cerrahpaşa gençlik sağlığı araştırması 2000. *Türk Pediatri Arşivi*. 36(4),200-211
108. Yalaki Z., Çetin F., Dallar Bilge Y. (2015). Bir eğitim ve araştırma hastanesine başvuran adölesanlardaki riskli davranışların değerlendirilmesi. *Ege Tıp Dergisi*. 54(3),127-133.
109. Uludağlı NP., Sayıl M. (2009). Orta ve ileri ergenlik döneminde risk alma davranışı: ebeveyn ve akranların rolü. *Türk Psikoloji Yazıları*. 12(23),14-24.
110. Ateş FB. Akbaş T. (2012). Ergenlerde görülen kural dışı davranışların aile işlevselliği ve yaşam kalitesi açısından incelenmesi. *Ç.Ü. Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*. 21,(2),337-352.

111. Hacıhasanoğlu R., Türkleş S., Yıldırım A., Kararkurt P.(2009). Lise öğrencilerinde madde bağımlılığı ve etkileyen faktörlerin incelenmesi. *Bağımlılık Dergisi*. (10),111-123.
112. Bebiş H., Çoşkun S., Açikel C. (2014). Bir ortaöğretim okulundaki öğrencilerin şiddet eğilim düzeyi ve ilişkili faktörlerin incelenmesi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*. 30 (1),1-17.
113. Avcı Haskan Ö., Yıldırım İ. (2015). Ergenlerde şiddet eğiliminin görülme sıklığı. *Afyon Kocatepe Üniversitesi Kuramsal Eğitimbilim Dergisi*. 8(1),106-124.
114. Özmen D., Çetinkaya AÇ., Ergin D., Şen N., Erbay PD. (2007). Lise öğrencilerinin yeme alışkanlıkları ve beden ağırlığını denetleme davranışları. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni*. 6(2),98-105.
115. Eneç Can F. (2007). Edirne Şehir Merkezindeki Lise Öğrencilerinde Riskli Sağlık Davranışlarının Değerlendirilmesi. Aile Hekimliği Anabilim Dalı Doktora Tezi. Trakya Üniversitesi: Edirne
116. Karadamar M., Yiğit R., Sungur MA. (2014). Ergenlerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının değerlendirilmesi. *Journal of Anatolia Nursing and Health Sciences*. 17(3),131-139.
117. Özgür G., Yörükoğlu G., Baysan Arabacı L. (2011). Lise öğrencilerinin şiddet algıları, şiddet eğilim düzeyleri ve etkileyen faktörler. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*. 2(2),53-60.
118. Tuygar ŞF., Arslan M. (2015). Sağlık hizmetleri meslek yüksekokulu öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının incelenmesi. *SDÜ Sağlık Bilimleri Dergisi*. 6(2),59-66.
119. Hacıhasanoğlu R., Türkleş S. (2009). Üniversite öğrencilerinde madde bağımlılığı ve etkileyen faktörlerin incelenmesi. *Bağımlılık Dergisi*. (10),88-96.

120. Hacıhasanoğlu R., Yıldırım A., Karakurt P., Sağlam R. (2011). Healthy lifestyle behaviour in university students and influential factors in eastern Turkey. *International Journal of Nursing Practice*. 17(1),43-51.
121. Telef BB. (2014). Ergenlerde olumlu ve olumsuz duygular ile riskli davranışlar arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Kastamonu Eğitim Dergisi*. 22(2),573-590.
122. Avcı Ö, Yıldırım İ. (2014). Ergenlerde şiddet eğilimi, yalnızlık ve sosyal destek. *Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*. 29(1),157-168.
123. Uçan A., Esen Kiran B. (2015). Ergenlerin öznel iyi oluşlarının toplumsal konum ile ilgili risk alma değişkenine göre incelenmesi. *Mersin Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*. 11(2),289-299.
124. Karakurt P., Hacıhasanoğlu R., Yıldırım A. (2009). Sağlık yüksekokulu öğrencilerinin sosyo-demografik özelliklerinin öz-bakım güçlerine etkisi. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*. 4(12),137-152.
125. Dağdevire Z., Şimşek Z. (2013). Şanlıurfa il merkezindeki lise öğrencilerinin sağlığı geliştirme davranışları ve ilişkili faktörler. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni*. 12(2),135-142.
126. Kara B., Hatun Ş., Aydoğan M., Babaoğlu K., Gökalp AS. (2003). Kocaeli ilindeki lise öğrencilerinde sağlık açısından riskli davranışların değerlendirilmesi. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi*. 46(1),30-37.
127. Çeçen R. (2008). Öğrencilerinin cinsiyetlerine ve anababa tutum algılarına göre yalnızlık ve sosyal destek düzeylerinin incelenmesi. *Türk Eğitim Bilimleri Dergisi*. 6(3),415-31.
128. Yılmaz E., Yılmaz E., Karaca F. (2008). Üniversite öğrencilerinin sosyal destek ve yalnızlık düzeylerinin incelenmesi. *Genel Tıp Dergisi*. 18(2),71-79.
129. Fırat N., Kaya F. (2015). Yurttan veya ailesinin yanında kalan öğrencilerin sosyal destek düzeyleri ve stresle başa çıkma stillerinin incelenmesi. *International Periodical for the Languages, Literature and History of Turkish or Turkic*. 10(7),407-426.

130. Uyan A. (2014). Ergenlerde Algılanan Stres ile Sosyal Destek Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. Psikoloji Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi. İstanbul Arel Üniversitesi. İstanbul.
131. Yıldırım İ. (2006). Akademik başarının yordayıcısı olarak gündelik sıkıntılar ve sosyal destek. *Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*. 30(30),258-267.
132. Ateş B. (2012). Ortaöğretim öğrencilerinin sosyal destek algılarının bazı değişkenlere göre incelenmesi. *Bakış Dergisi Uluslararası Hakemli Sosyal Bilimler E-Dergisi*. (30),1-16.
133. Kapıkıran Ş., Özgüngör S. (2009). Ergenlerin sosyal destek düzeylerinin akademik başarı ve güdülenme düzeyi ile ilişkileri. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi*. 16(1),21-30.
134. Kahrıman İ., Yeşilçiçek K. (2007). Karadeniz Teknik Üniversitesi Trabzon Sağlık Yüksekokulu öğrencilerinin aile ve arkadaşlarından algıladıkları sosyal destek düzeylerinin bazı değişkenler açısından incelenmesi. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*. 10(1),10-21.
135. Öztürk H., Nazik Sevindik F., Yaman SÇ. (2006). Öğrencilerde yalnızlık ve sosyal destek ile bunlara etki eden faktörlerin incelenmesi. *F.Ü. Sosyal Bilimler Dergisi*. 16 (1),384-394.
136. Yılmazel G. (2013). Sağlık yüksekokulu öğrencilerinde algılanan sosyal destek ve sağlıkla ilişkili davranışlar. *Yeni Symposium Journal*. 51(3),151-157
137. Özyürek A., Özkan İ. (2015). A study on the relationship between adolescents' perception the parental attitudes and their social competence level. *International Journal of Science Culture and Sport (IntJSCS)*. 3(3),73-88.
138. Sağlam S. (2007). Lise Öğrencilerinin Ana-Baba İletişimlerinin Ana-Babadan Algılanan Sosyal Destek ve Algılanan Ana-Baba Tutumu Arasındaki İlişkilerin İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi. Atatürk Üniversitesi. Erzurum.

139. Mitchell M., Lebow J., Uribe R., Grathouse H., Shoger W. (2011). Internet use, happiness, social support and introversion: a more fine grained analysis of person variables and internet activity. *Computers in Human Behavior*. 27(5),1857-1861.
140. Zhu X., Woo SE., Porter C., Brzezinski M. (2013). Pathways to happiness: from personality to social networks and perceived support. *Social networks*. 35(3),382-93.
141. Glozah FN., Pevalin DJ. (2014). Social support, stress, health, and academic success in Ghanaian adolescents: A Path Analysis. *Journal of Adolescence*. 37(4),451-460.
142. Gençtanırım D., Ergene T. (2014). Riskli Davranışlar Ölçeğinin Geliştirilmesi: Geçerlik ve Güvenirlik Çalışmaları. *The Journal of Academic Social Science Studies*, 25(1),125-138.
143. Anderson Steeves E., Jones-Smith J., Hopkins L., Gittelsohn J. (2016). Perceived social support from friends and parents for eating behavior and diet quality among low-income, urban, minority youth. *Journal of Nutrition Education and Behavior*. 48(5),304-310.

8. EKLER

EK I

TANIMLAYICI SORU FORMU

Sevgili Öğrenciler

Bu araştırmayı sizin sağlık davranışlarınızı ve algıladığınız sosyal destek ile ilişkisini belirlemek amacı ile yapmaktayım. Anketimizi cevaplayarak bu konuda bilimsel bir çalışmaya katkıda bulunmuş olacaksınız. Anketimizi cevaplarken adınızı soyadınızı yazmayınız ve lütfen size en uygun cevap seçeneğinin yanına (X) şeklinde işaret koyunuz.

Ankete katıldığınız için çok teşekkür ederim.

1.Yaşınız.....

2. Cinsiyetiniz

- a) Kız b) Erkek

3. Aile tipiniz nedir?

- a) Çekirdek aile b) Geniş aile c) Parçalanmış aile

4. Başarı durumunuzu nasıl algıyorsunuz?

- a) İyi b) Orta c) Kötü

5. Anne ve babanızın hayatta olma durumu nedir?

- a) Her ikisi de hayatta
b) Baba ölmüş anne hayatta
c) Anne ölmüş baba hayatta

6. Ailenizin ekonomik durumunu nasıl algıyorsunuz?

- a) İyi b) Orta c) Kötü

7. Gelir getiren bir işte çalışıyor musunuz?

- a) Evet b) Hayır

- 8.** Annenizin eğitim durumu nedir?
a) Okuryazar değil b) Okuryazar c) İlkokul mezunu d) Ortaokul mezunu
e) Lise mezunu f) Üniversite ve üzeri
- 9.** Babanızın eğitim durumu nedir?
a) Okuryazar değil b) Okuryazar c) İlkokul mezunu d) Ortaokul mezunu
e) Lise mezunu f) Üniversite ve üzeri
- 10.** Annenizin sizi yetiştirmedeki tutumunu nasıl algıyorsunuz?
a) Demokratik b) Otoriter c) İlgisiz d) Koruyucu e) Denetimci
- 11.** Babanızın sizi yetiştirmedeki tutumunu nasıl algıyorsunuz?
a) Demokratik b) Otoriter c) İlgisiz d) Koruyucu e) Denetimci
- 12.** Nerede kalıyorsunuz?
a) Ailem ile birlikte evde b) Öğrenci evinde c) Evde, yalnız
d) Akrabalar ile birlikte evde e) Yurtta
- 13.** Genel olarak kendinizi mutlu hisseder misiniz?
a) Evet b) Hayır c) Bazen
- 14.** Kronik hastalığınız var mı?
a) Evet b) Hayır
- 15.** Sağlığınızı nasıl algıyorsunuz?
a) İyi b) Orta c) Kötü

EK II**RİSKLİ SAĞLIK DAVRANIŞLARI ÖLÇEĞİ (RSDÖ)**

Sevgili gençler, bu anket sağlık davranışlarını belirlemeye yöneliktir. Sağlığınızı etkileyebilecek tutum ve davranışlarınıza ilişkin verdiğiniz bilgiler bizim için çok değerlidir.

Bu ankete adınızı yazmayınız. Cevaplarınız gizli tutulacak, hiç kimse ne yazdığınızı bilmeyecektir. Gerçek yaşamınızda ne yapıyorsanız, ona göre cevaplamanız 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...

Araştırmacı.....

RİSKLİ SAĞLIK DAVRANIŞLARI ÖLÇEĞİ

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 kuru baklagillerden 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 taşırım.					
14. Arabanın 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, motorsiklet yarışı gibi tehlikeli 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.					

EK III

Riskli Sağlık Davranışları Ölçeği (20-100 arası puana dönüştürme işlemi)

- **Ölçeğin tümü için;**

Tersine dönüştürme işlemi tamamlandıktan sonra 35 maddenin puanı toplanarak ham puan elde edilir. Ham puan, ölçeğin maksimum ham puanına bölünür, elde edilen değer 100 ile çarpılıp 20-100 arasında bir puan elde edilir. 20 puan; sağlık davranışları yönünden riskin olmadığını, 100 puan ise riskin yüksek olduğunu ifade etmektedir.

$$\text{Bireyin ölçek puanı} = \frac{\text{ölçekten alınan toplam ham puan}}{\text{ölçek maksimum ham puanı}} \times 100$$

Örneğin; bir bireyin 35 madde puanının toplamından aldığı ham puan 125 olsun. Ölçeğin maksimum puanı 175 olduğuna göre;

$$\begin{aligned} \text{Bireyin RSDÖ puanı} &= \frac{125}{175} \times 100 \\ &= 71 \text{ 'dir.} \end{aligned}$$

- *Alt boyut puanları için;*

$$\text{Alt Boyut Puanı} = \frac{\text{boyuttan alınan toplam ham puan}}{\text{alt boyut maksimum ham puanı}} \times 100$$

Örneğin; hijyen alt boyutu için;

Kişinin maddelere verdiği puanlar (dönüştürme işleminden sonra) ; 2-1-4-2-3 olsun.

Bu kişinin bu boyuttan aldığı ham toplam puanı '12'dir.

Hijyen alt boyutunun maksimum ham puanı '25' olduğuna göre;

$$\begin{aligned} \text{Hijyen puanı} &= \frac{12}{25} \times 100 \\ &= 48 \text{ dir.} \end{aligned}$$

Yorumlanması: Ölçekten ve alt boyutlarından alınan toplam puanların yüksek olması bireyin riskli sağlık davranış puanının yüksek, yani kişilerin riskte olduğunu, puanların düşük olması ise risk sağlık davranışları puanının düşük, diğer bir deyişle sağlık davranışlarının iyi olduğunu ifade eder.

EK IV

Algılanan Sosyal Destek Ölçeğinin Revizyonu

AİLEM	Bana Uygun	Kısmen Uygun	Bana Uygun Değil
1. Bana gerçekten güvenir	()	()	()
2. Sorunlarımı çözmeme yardım eder	()	()	()
<u>3. Bir haksızlığa uğradığımda beni gerçekten destekler</u>	()	()	()
4. Bana gerçekten değer verir	()	()	()
5. Bana doğru tavsiyelerde bulunur	()	()	()
<u>6. Doğru kararlar vermeme yardım eder</u>	()	()	()
7. Davranışlarımı takdir eder	()	()	()
8. İlgi duyduğum şeyleri yapmama yardım eder	()	()	()
<u>9. Hatalarımı nazikçe düzeltir</u>	()	()	()
10. Beni gerçekten anlar	()	()	()
11. Bana, aile gelirimize göre yeterince harçlık verir	()	()	()
<u>12. İyi ve kötü günlerimde yanımda olur</u>	()	()	()
13. Geleceğimle ilgili planlar yapmamda bana yardım eder	()	()	()
14. Üstün, güçlü yanlarımı vurgular	()	()	()
<u>15. İyi ve kötü yönlerimle beni sever</u>	()	()	()
16. Başarılı olmam için bana destek olur	()	()	()
17. Zaman ayırıp sıkıntılarımı gerçekten dinlemez	()	()	()
<u>18. Arkadaşlarımla ilişkilerimin güçlenmesini destekler</u>	()	()	()
19. Sosyal etkinliklere katılmama destekler	()	()	()
20. Başarılarımı takdir eder	()	()	()

ARKADAŞLARIM

	Bana Uygun	Kısmen Uygun	Bana Uygun Değil
21. Bana gerçekten güvenir	()	()	()
22. İhtiyaç duyduğumda beni gerçekten dinler	()	()	()
<u>23. Sorunlarımı çözmeme yardım eder</u>	()	()	()
24. Bir haksızlığa uğradığımda beni gerçekten destekler	()	()	()
25. Bana gerçekten değer verir	()	()	()
<u>26. Doğru kararlar vermeme yardım eder</u>	()	()	()
27. Hata yaptığımda bile beni kabul eder	()	()	()
28. Hatalarımı düzeltmeme yardım eder	()	()	()
<u>29. Beni gerçekten anlamaz</u>	()	()	()
30. Gerektiğinde harçlığını benimle paylaşır	()	()	()
31. Derslerle ilgili bilgilerini benimle paylaşır	()	()	()
32. İyi ve kötü günlerimde yanımda olur	()	()	()
33. Bir şeye sinirlendiğimde beni yatıştırır	()	()	()

ÖĞRETMENLERİM

	Bana Uygun	Kısmen Uygun	Bana Uygun Değil
34. Amaç, ilgi ve yeteneklerim konusunda benimle konuşur	()	()	()
35. Bana gerçekten güvenir	()	()	()
<u>36. Sorunlarımı çözmeme yardım eder</u>	()	()	()
37. Bir haksızlığa uğradığımda beni gerçekten destekler	()	()	()
38. Bana gerçekten değer verir	()	()	()
<u>39. Bana doğru tavsiyelerde bulunur</u>	()	()	()
40. Doğru kararlar vermeme yardım eder	()	()	()
41. Hatalarımı nazikçe düzeltir	()	()	()
<u>42. Beni gerçekten anlar</u>	()	()	()
43. Üstün, güçlü yanlarımı vurgular	()	()	()
44. Zaman ayırıp sıkıntılarımı gerçekten dinlemez	()	()	()
<u>45. Arkadaşlarımla ilişkilerimin güçlenmesini destekler</u>	()	()	()
46. Sosyal etkinliklere katılmamı teşvik eder	()	()	()
47. Çok çalıştığım ya da başarılı olduğum zaman beni över	()	()	()
<u>48. Duygu, düşünce ve inançlarıma saygı duyar</u>	()	()	()
49. Derslerde sorularıma içtenlikle cevap verir	()	()	()
50. Bana karşı genellikle adil davranır	()	()	()

EK V



T.C.
ERZİNCAN ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Etik Kurul Başkanlığı

Sayı : 44495147/188
Konu : Uzman Kurul Raporu

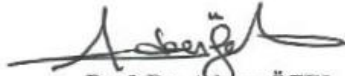
08/12/2014

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

İlgi: 18.11.2014 tarih ve 185 sayılı yazınız.


Üniversitemiz Etik Kurulu'na göndermiş olduğunuz Murat SEMERCİ'ye ait çalışma projesi 25/11/2014 tarih ve 06/6 sayılı kararı gereğince, Uzman Kurul tarafından değerlendirilerek, alınan karar ekte gönderilmiştir.

Gereğini bilgilerinize rica ederim.


Prof. Dr. Adnan ÖZEL
Etik Kurul Başkanı

EKLER:

Ek-1 : Kurul Raporu (1 Adet)
Ek-2 : Araştırma projesi.



SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ	
TARİH	9.12.2014
NUMARASI	417
Dönüş	

UZMAN KURULU KARARI

Erzincan Üniversitesi Rektörlüğü Etik Kurul Başkanlığı tarafından oluşturulan Uzman Kurulu Doç. Dr. Arzu YILDIRIM başkanlığında 04/12/2014 tarihinde toplanarak aşağıdaki kararı almıştır.

Karar:

Erzincan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans öğrencisi Murat SEMERCI'nin "Lise Son Sınıf Öğrencilerinde Riskli Sağlık Davranışları ve Algılanan Sosyal Destek İlişkisi" adlı tez konusu görüşüldü.

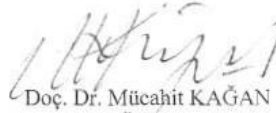
İlgilinin tez konusunun etik değerlere uygun olduğuna kurulun oy birliği ile karar verildi. 04/12/2014



Doç. Dr. Arzu YILDIRIM
Uzman Kurulu Komisyon Başkanı



Doç. Dr. Papatya KARAKURT
ÜYE



Doç. Dr. Mücahit KAĞAN
ÜYE



Doç. Dr. Mehmet ÖZBAŞ
ÜYE



Yrd. Doç. Dr. Serap SÖKMEN
ÜYE

EK VI



T.C.
GÜMÜŞHANE VALİLİĞİ
İl Millî Eğitim Müdürlüğü

Sayı : 77146347/804/6370419
Konu: Yüksek Lisans Tez Çalışması

11/12/2014

VALİLİK MAKAMINA

- İlgi: a- Millî Eğitim Bakanlığına Bağlı Okul ve Kurumlarda Yapılacak Araştırma ve
Araştırma Destieğine Yönelik İzin ve Uygulama Yönergesi,
b- Erzincaan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü'nün 09/12/2014 tarih ve 597 sayılı
yazıları .

Erzincaan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemsirelik Anabilim Dalı Yüksek
Lisans Öğrencisi Murat SEMERÇİ'nin "Lise Son Sınıf Öğrencilerinden Riskli Sağlık
Davranışları ve Algılanan Sosyal Destek İlişkisi" konulu Yüksek Lisans tez çalışmasını
ilimiz 12. Sınıf öğrencilerine yapmak istediği ilgi yazı ile belirtilmiştir.

Murat SEMERÇİ'nin bahsi geçen Yüksek Lisans Tez çalışmasını ilimiz ortaöğretim
kurumlarında uygulaması müdürlüğümüzce uygun görülmektedir.

Makamunuzca da uygun görüldüğü takdirde " OLUR " larmıza arz ederim.

Hüseyin ERDEN
İl Millî Eğitim Şube Müdürü

OLUR
.../12/2014

Mesut OLGUN
Vali a.
İl Millî Eğitim Müdürü V.

Karar Mah. Beşevlerin Aytaç Cad. No:4/GÜMÜŞHANE
Bölge Ofis: 0486 213 18 17
E-posta : gumushanecece@meb.gov.tr

Ortaöğretim Şube Müdürlüğü - Nilgün SEZGİN Şube Müdürü
Bölge Ofis : 0486 213 11 44 - 370
http://gumushane.meb.gov.tr

EK VII

BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU

Sayın Veli

Lise son sınıf öğrencilerinde sağlık davranışlarını ve algılanan sosyal destek ile ilişkisini belirlemek amacı ile bir araştırma yapmaktayım. Eğitimli, bilinçli, sağlıklı ve her konuda çevresine örnek olabilecek gençler yetiştirebilmede bize yol göstermesi bakımından bu araştırma için gerekli birkaç form sizin izin vermeniz ve öğrencinin araştırmaya katılmak istemesi durumunda öğrenci tarafından doldurulacaktır. Alınan bilgiler araştırma kapsamı dışında hiçbir yerde kullanılmayacak, çocuğunuzla veya sizinle ilgili bilgiler hiçbir kurumla paylaşılmayacaktır. Bu araştırmanın yapılabilmesi için çocuğunuzun araştırmaya katılmaya gönüllü olması gerekmektedir. Çocuğunuz araştırmayı kabul etse bile herhangi bir aşamada araştırmadan çekilebilir. Bu durumda yargılanmaz veya devam etmesi için zorlanamaz. Yardımlarınız için teşekkür ederim.

Yukarıdaki metni okudum. Bu koşullarda söz konusu araştırmaya kendi rızamla, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın çocuğumun katılmasını kabul ediyorum.

Araştırmayı yapan araştırmacının adı

Araştırma Görevlisi; Murat Semerci

Adres:

Veli

Öğrenci

Adı:

Adı Soyadı:

Soyadı

Adres

İmzası

İmzası

EK VIII

Sayın Murat Semerci,

Riskli Sağlık Davranışları Ölçeğini tez çalışmanızda kullanabilirsiniz. Çalışmanızda başarılar diliyorum.



02.10.2014

Yrd. Doç. Dr. Saniye Çimen
Mevlana Üniversitesi SYO
Hemşirelik Bölümü