



TÜRKİYE CUMHURİYETİ
ANKARA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ



**MESLEKİ VE TEKNİK ANADOLU LİSELERİNDE
OKUYAN ERGENLERİN RİSKLİ SAĞLIK
DAVRANIŞLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ**

Sevim UĞUR

**HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**DANIŞMAN
Prof. Dr. Ayfer TEZEL**

ANKARA

2019

**TÜRKİYE CUMHURİYETİ
ANKARA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**MESLEKİ VE TEKNİK ANADOLU LİSELERİNDE
OKUYAN ERGENLERİN RİSKLİ SAĞLIK
DAVRANIŞLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ**

Sevim UĞUR

**HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**DANIŞMAN
Prof. Dr. Ayfer TEZEL**

ANKARA

2019

Etik Beyan

Ankara Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü'ne,

Yüksek Lisans tezi olarak hazırlayıp sunduğum “Mesleki ve Teknik Anadolu Liselerinde Okuyan Ergenlerin Riskli Sağlık Davranışlarının Değerlendirilmesi” başlıklı tez; bilimsel ahlak ve değerlere uygun olarak tarafımdan yazılmıştır. Tezimin fikir/hipotezi tümüyle tez danışmanım ve bana aittir. Tezde yer alan deneysel çalışma /araştırma tarafımdan yapılmış olup, tüm cümleler, yorumlar bana aittir.

Yukarıda belirtilen hususların doğruluğunu beyan ederim.

Öğrencinin Adı Soyadı: Sevim UĞUR

Tarih:

İmza:

KABUL VE ONAY

Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Hemşirelik Anabilim Dalında

Sevim UĞUR tarafından hazırlanan

“Mesleki ve Teknik Anadolu Liselerinde Okuyan Ergenlerin Riskli Sağlık Davranışlarının Değerlendirilmesi” adlı tez çalışması aşağıdaki jüri tarafından YÜKSEK LİSANS TEZİ olarak OY BİRLİĞİ ile kabul edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi: 19.07.2019

İmza

Doç. Dr. Sevil ALBAYRAK

Kırıkkale Üniversitesi

Jüri Başkanı

İmza

Prof. Dr. Ayfer TEZEL

Ankara Üniversitesi

Danışman

İmza

Dr. Öğretim Üyesi Figen Işık ESENAY

Ankara Üniversitesi

Üye

Tez hakkında alınan jüri kararı, Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü yönetim kurulu tarafından onaylanmıştır.

İmza

Prof. Dr. Mehmet AKAN
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü

İÇİNDEKİLER

Etik Beyan	ii
Kabul ve Onay	iii
İçindekiler	iv
Önsöz	vi
Simgeler ve Kısaltmalar	vii
Şekiller	viii
Çizelgeler	ix
1. GİRİŞ	1
1.1. Problemin Tanımı	1
1.2. Sağlık, Risk ve Riskli Davranışlar	4
1.3. Ergenlik Döneminde Büyüme ve Gelişme Süreci	5
1.3.1. Ergenlik Döneminde Fiziksel Değişiklikler	5
1.3.2. Ergenlik Döneminde Psikososyal Değişiklikler	7
1.4. Ergenlerde Riskli Davranışlar	9
1.4.1. Psikososyal Davranışlar ile İlgili Riskler	9
1.4.2. Beslenme Davranışları ile İlgili Riskler	14
1.4.3. Fiziksel Aktivite Davranışları ile İlgili Riskler	16
1.4.4. Hijyen Davranışları ile İlgili Riskler	17
1.4.5. Madde Kullanımı Davranışları ile İlgili Riskler	20
1.4.6. Cinsel Davranışlar ile İlgili Riskler	21
1.5. Okul Sağlığı Hizmetleri ve Hemşirelik	23
2. GEREÇ VE YÖNTEM	26
2.1. Araştırmanın Şekli	26
2.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman	26
2.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	27
2.4. Bağımsız ve Bağımlı Değişkenler	29
2.5. Veri Toplama Formları	30
2.5.1. Ergene İlişkin Tanımlayıcı Özellikler Formu	30
2.5.2. Riskli Sağlık Davranışları Ölçeği (RSDÖ)	30
2.6. Etik İlkeler	34
2.7. Verilerin Toplanması	34
2.9. Verilerin Değerlendirilmesi	36
2.10. Araştırmanın Sınırlılıkları	36
3. BULGULAR	37
3.1. Öğrencilerin Tanımlayıcı Özelliklerine Ait Bulgular	37
3.2. Öğrencilerin Tanımlayıcı Özelliklerine Göre RSDÖ Alt Boyut ve Toplam Puan Ortalamalarının Dağılımına Ait Bulgular	39
4. TARTIŞMA	51
5. SONUÇ VE ÖNERİLER	59
ÖZET	62
SUMMARY	63
KAYNAKLAR	64
EKLER	80
Ek- 1. Ergene İlişkin Tanımlayıcı Özellikler Bilgi Formu	80

Ek- 2. Riskli Sağlık Davranışları Ölçeği (RSDÖ)	81
Ek- 3. Etik Kurul Kararı	83
Ek- 4. Kurum İzni	85
Ek- 5. Öğrenciler İçin Bilgilendirilmiş Onam Formu	86
Ek- 6. Ebeveynler İçin Bilgilendirilmiş Onam Formu	87
ÖZGEÇMİŞ	88



ÖNSÖZ

Bu çalışmada ergenlerin riskli sağlık davranışlarının değerlendirilmesi amaçlanmıştır. Çalışmada ergenlere ilişkin kişisel tanımlayıcı özelliklerin, ergenlerin riskli sağlık davranışlarında bulunma durumlarına olan etkisine dikkat çekilmiştir.

Yüksek lisans eğitimim boyunca sabrını, emeğini ve desteğini esirgemeyen, yoğun iş yüküne rağmen tezimin her aşamasında etkin bilgi ve deneyimleriyle bana rehberlik ederek değerli zamanını ayıran, tez danışmanım Değerli Hocam Sayın Prof. Dr. Ayfer TEZEL'e,

Yüksek lisans tez çalışmamın sunumuna jüri olarak katılan, değerlendirmeleri ve önerileriyle katkı sağlayan Değerli Hocalarım Doç. Dr. Sevil ALBAYRAK ve Dr. Öğretim Üyesi Figen Işık ESENAY'a

Araştırma verilerinin istatistiksel analizlerine yardım eden Sayın Mehmet KARADAĞ'a,

Araştırmaya katılmayı kabul ederek araştırma verilerinin toplanmasına katkı sağlayan tüm Aksaray Mesleki ve Teknik Anadolu Lisesi Öğretmen ve Öğrencilerine,

Desteğiyle ve sabrıyla yanımda olan Canım Oğluma, sonsuz teşekkür ve saygılarımı sunarım.

SİMGELER VE KISALTMALAR

AIDS	Acquired Immune Deficiency Syndrome (Kazanılmış Bağışıklık Yetmezliği Sendromu)
CDC	Centers for Disease Control and Prevention (Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezi)
HIV	İnsan Bağışıklık Yetmezliği Virüsü
Maks	Maksimum
MEB	Milli Eğitim Bakanlığı
Min	Minimum
n	Örneklem Sayısı
p	Önemlilik Belirleme Katsayısı
RSDÖ	Riskli Sağlık Davranışları Ölçeği
SS	Standart Sapma
T	T Test İstatistiği
TBMM	Türkiye Büyük Millet Meclisi
TÜİK	Türkiye İstatistik Kurumu
WHO	World Health Organization (Dünya Sağlık Örgütü)
\bar{X}	Ortalama

ŞEKİLLER

Şekil 1.1. Araştırma Planı

35



ÇİZELGELER

Çizelge 2.1. Çalışma Takvimi	27
Çizelge 2.2. Çalışmada Yapılan Tabakalı Rastgele Örneklem Yöntemi	29
Çizelge 2.3. RSDÖ Cronbach Alfa değeri	33
Çizelge 2.4. RSDÖ Alt Boyut ve Toplam Risk Puanlarından Alınan En Düşük ve En Yüksek Değerler	33
Çizelge 3.1. Öğrencilere Ait Tanımlayıcı Özellikler	37
Çizelge 3.2. RSDÖ Alt Boyut ve Toplam Risk Puan Ortalamalarına Ait Bulgular	39
Çizelge 3.3. Öğrencilerin Cinsiyetlerine Göre RSDÖ Alt Boyut Toplam Risk Puan Ortalamalarının Dağılımı	40
Çizelge 3.4. Öğrencilerin Sınıflarına Göre RSDÖ Alt Boyut ve Toplam Risk Puan Ortalamalarının Dağılımı	41
Çizelge 3.5. Öğrencilerin Anne Eğitim Durumuna Göre RSDÖ Alt Boyut ve Toplam Risk Puan Ortalamalarının Dağılımı	42
Çizelge 3.6. Öğrencilerin Baba Eğitim Durumuna Göre RSDÖ Alt Boyut ve Toplam Risk Puan Ortalamalarının Dağılımı	43
Çizelge 3.7. Öğrencilerin Aile İle Birlikte Yaşama Durumlarına Göre RSDÖ Alt Boyut ve Toplam Risk Puan Ortalamalarının Dağılımı	44
Çizelge 3.8. Öğrencilerin Gelir Getiren Bir İşte Çalışma Durumuna Göre RSDÖ Alt Boyut ve Toplam Risk Puan Ortalamalarının Dağılımı	44
Çizelge 3.9. Öğrencilerin Algılanan Ekonomik Durumuna Göre RSDÖ Alt Boyut ve Toplam Risk Puan Ortalamalarının Dağılımı	45
Çizelge 3.10. Öğrencilerin Algılanan Sağlık Durumuna Göre RSDÖ Alt Boyut ve Toplam Risk Puan Ortalamalarının Dağılımı	46
Çizelge 3.11. Öğrencilerin Algılanan Başarı Durumuna Göre RSDÖ Alt Boyut ve Toplam Risk Puan Ortalamalarının Dağılımı	47
Çizelge 3.12. Öğrencilerin Algılanan Anne-Baba Tutumuna Göre RSDÖ Alt Boyut ve Toplam Risk Puan Ortalamalarının Dağılımı	48

Çizelge 3.13.Tanımlayıcı Özellikler ile Riskli Sağlık Davranışları Puan Ortalamaları Arasındaki İstatiksel Farkın Dağılım Özeti

49



1.GİRİŞ

1.1. Problemin Tanımı

İnsan hayatı boyunca farklı yaşam evrelerinden geçer. Bu evrelerden biri olan ergenlik dönemi, 10-19 yaş aralığını kapsar. Ergenlik dönemi, gelişimin hızlı olduğu ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının şekillendiği bir yaşam evresidir. Bu dönemde bağımsız hareket etme, arkadaşlarıyla daha fazla zaman geçirme isteği olan ergenlerde, sağlıksız beslenme, yaralanmalara ve şiddete neden olan davranışlar, yetersiz fiziksel aktivite, tütün, alkol ve madde kullanımı, korunmasız ve istenmeyen gebeliklerle sonuçlanabilecek cinsel aktiviteler gibi riskli sağlık davranışlarına bağlı erken ölüm, hastalık ve yaralanma oranlarında artış görülmektedir (CDC, 2017; Nacar ve Günay, 2011; Yiğit, 2009 ve WHO, 2016).

Bilgi ve deneyim kazanmak, duygu ve ilişkileri yönetmeyi öğrenmek, sağlıklı yaşam stili geliştirmek gibi rol ve yeteneklerin kazanıldığı ergenlik döneminde sağlık için uygun olmayan pek çok davranış gelişebilir (Fares, 2007; Lloyd, 2005 ve Sawyer ve ark., 2012). Gelişen bu davranışlar yetişkinlikte de devam etmekte ve halk sağlığına önemli etkisi olan yetişkin sağlığını şekillendirmektedir (Kleinert ve Horton, 2016 ve Robeyns, 2005). Örneğin, sigara, alkol tüketimi gibi ergenlik döneminde kazanılan davranışlar genellikle yetişkinlik döneminde de sürdürülür (Hawkins ve ark., 1992 ve WHO, 2014). Benzer şekilde, motorlu araçlarla yapılan kazalar, şiddet, riskli cinsel davranışlar, ergenlik döneminde kazanılan ve yetişkinlik döneminde de olumsuz etkisi görülen davranışlardır (CDC, 2017; Kessler, 2005 ve Oyefara, 2012).

Ergenlerin riskli davranışlardan korunması ve olumlu sağlık algısı geliştirmesi için okul temelli yapılan çalışmaların ergenler üzerinde etkili olduğu görülmektedir. (Argaw ve ark., 2017; Barata ve Maricoto 2019; Khatoon ve ark., 2017 ve Kürtüncü

ve ark., 2015). Bu çalışmalar sadece ergenlik döneminde değil, çocuk okula başladığı andan itibaren yapılmalıdır. Okul dönemi bilişsel büyüme ve gelişmenin hızlandığı, mental ve sosyal ilişkilerin geliştiği, öğrencilerin öğrenme açısından istekli olduğu özel bir sağlık sürecidir. Okul sağlığı çalışmalarında amaç, okula devam eden tüm çocukların sağlığını korumak ve olabilecek en iyi yaşam kalitesine ulaşmasını sağlayarak, gelecek nesillerin sağlık düzeyini yükseltmektir (Erdoğan ve Bulduk, 2005; Özcebe ve ark., 2008 ve McEwen, 2002).

Okul sağlığı çalışmaları planlama, uygulama, değerlendirme ve kayıttan oluşan hizmetler bütünüdür. Ekip tarafından yürütülen okul sağlığı hizmetlerinde okul sağlığı hemşiresi öğrencilerin sağlıklı bir yaşam süreci geçirmesinde anahtar roledir. Okul sağlığı hemşiresi sunduğu hizmetler ile ergenlik dönemindeki bireylerin normal gelişimini destekleyerek, ergenlerin sağlıklı davranışlar geliştirme ve sürdürmesini, sağlığını riske atacak davranışlardan korunmasını sağlar (Ergün ve Şişman, 2016, s:76). Böylece yetişkinlikte sağlık sorunlarının önlenmesi ve gelecekte sağlıklı, üretken bir nesil oluşmasına katkı sağlanabilir.

Okul sağlığı ile ilgili literatürde riskli sağlık davranışlarını ele alan birçok çalışma bulunmuştur. Ancak riskli sağlık davranışlarının bütün boyutlarını değerlendiren çalışmalar sınırlıdır.

Bu çalışmanın amacı Mesleki ve Teknik Anadolu Liselerinde okuyan ergenlerin riskli sağlık davranışlarını değerlendirmektir. Ergenlerin riskli sağlık davranışlarını ve bu davranışları etkileyen faktörlerin belirlenmesi, okul sağlığı hizmetlerinin planlamasına ve uygulamasına rehberlik edecektir.

Araştırmanın amacı doğrultusunda aşağıda yer alan sorulara yanıt aranmıştır.

- 1) Ergenlerde riskli sağlık davranışları nelerdir?
- 2) Ergenlerin riskli sağlık davranışlarını etkileyen faktörler nelerdir?

1.2. Sağlık, Risk ve Riskli Davranışlar

Sağlık sadece hastalığın olmayışı değil, kişiisel sorumlukları ve yaşam kalitesini kapsayacak şekilde, optimal iyilik halini sağlamak ve korumak için gerekli davranışları içeren, subjektif ve dinamik bir olgudur (Bayat, 2012; z, 2010 ve Sağlık Bakanlığı, 2011). Risk gelecekte ortaya çıkması istenmeyen potansiyel problemler, tehdit ve tehlikeler gibi olasılıklardır (Berk, 1993, s:1 ve Fıkırkoca, 2003, s:24). Riskli davranışlar ise bireyin sağlığını olumsuz etkileyen, genellikle gelişimsel gecikme ve kayıplara neden olabilecek davranışlardır (Alikayıfoğlu, 2008).

Sağlık, kalıtım ve çevresel faktörlerle birlikte eğitim, kültürlenme ve sosyalleşme süreçlerinin bir ürünüdür. Dolayısıyla bireyin iyi olma hali kendi sağlık davranışlarına bağlıdır. Sağlık davranışı, bireyin iyi olmak ve iyilik halini sürdürmek için yaptığı davranışların bütünüdür. Bu davranışlar fiziksel aktivite, beslenme, madde kullanımı, hijyen davranışları, aile planlaması gibi sağlığı koruyucu ve geliştirici bilinçli çabalardan oluşur (Bayat, 2012; z, 2010, s:10 ve Tabak, 2000). Bireyler, karşılaşacakları sorunlar ya da doğru seçenekler konusunda bilgi sahibi olmadıklarında sağlığı bozacak tutum ve davranışlarda bulunabilirler. Özellikle büyüme ve gelişme sürecinin gençlik evresinde olan bireylerde, riskli davranışlarda bulunma eğilimi grlmektedir (Gençtanırım 2014). Ancak gençlik evresinin gelişimsel karşılığı olan ergenlik döneminde, riskli sağlık davranışlar daha sık sergilenmektedir (WHO, 2017). Bu nedenle bireylerin riskli sağlık davranışları konusunda bilgilendirilmeleri gereklidir (Erci, 2014, s:266).

1.3. Ergenlik Döneminde Büyüme ve Gelişme Süreci

Ergenlik dönemi büyüme ve gelişmenin hız kazandığı, çocukluktan erişkinliğe geçişi kapsayan hassas bir dönemdir (Erdoğan, 1998 ve Pekcan, 2004). Bu dönemde büyüme ve gelişmenin etkisi ile yaşam sürecini etkileyen fiziksel ve psikososyal değişimler görülür. Bu değişimlerin başlangıç ve tamamlanma süreci cinsiyete, kişiye ve çevreye göre farklılaşmaktadır (Ergün ve Şişman, 2016, s:76). Ergenlik döneminde görülen bu süreç, fiziksel değişiklikler ile psikososyal değişiklikler başlıkları altında ele alınmıştır.

1.3.1. Ergenlik Döneminde Fiziksel Değişiklikler

Ergenlik döneminde hızlanan fiziksel büyüme ve gelişme, ergenin bedensel yapısında önemli değişimlere neden olur (Kınık, 2000). Erkekler ve kızlarda ergen büyüme ve gelişiminin tamamlanması hemen hemen aynı yaş ortalamalarında olmasına rağmen, kızlarda ergenlik dönemi belirtileri yaklaşık iki yıl önce başlamaktadır (Ergün ve Şişman, 2016, s:77).

Onbir- 16 yaşları arasında başlayan ve ortalama 2-3 yıl süren büyüme artışına “büyüme atağı” denir. Ergen büyüme atağının etkisi ile birkaç yıl içinde erişkin hayattaki vücut ölçüm değerlerine ulaşır (Kınık, 2000).

Erişkin bir bireyin boy uzunluğunun %20-25'i ergenlik döneminde gerçekleşir. Kızların boyu 12-13 yaşlar, erkeklerin boyu ise 14-15 yaşlar arasında daha hızlı uzamaktadır (Özcebe, 2002).

Ergenlik döneminde büyüme atağının yanı sıra ikincil cinsiyet özelliklerin gelişmesine bağlı olarak erkeklerde testisler ve peniste büyüme, kıllanma, boynun ön bölgesinde adem elması denilen çıkıntıda belirginleşme ve ses kalınlaşma; kızlarda memelerin büyümesi ve menarş görülür (Ergün ve Şişman, 2016, s:79). İnsan vücudu bu dönemde oluşan gelişmeler sonucunda, üreme fonksiyonu kazanır. Ergenlerin cinsel organlarını tanıması, fonksiyonlarını bilmesi, hem yaşayabileceği gereksiz korkuların hem de olası sağlık problemlerinin tespit edilmesine katkı sağlamaktadır (Özmert ve ark., 2008).

Kıllanma: Ergenin vücudunda kıllanma, ilk olarak cinsel organların etrafında, daha sonra bacak ve kollarda görülür. Cinsel organların kıllanmasından yaklaşık bir yıl sonra koltuk altı kıllanır. En son kıllanan bölge yüzdür. Erkeklerde sakal ve bıyık çıkar. Ergen vücut kıllarının temizliği ve bakımı konusunda bilgilendirilmelidir (Ergün ve Şişman, 2016, s:80).

Ciltteki Değişiklikler: Ergenlik döneminde hormonal değişime bağlı olarak deride yağlanma durumu artar. Böylece saç ve cilt normalden daha yağlı görünür. Cildin aşırı yağlanması sonucu ciltteki gözenekler tıkanarak, siyah nokta ve sivilceler oluşur. Ergenin hormonları düzene girdiğinde, cilt normale döner. Cilt temizliği ve kişisel bakım konusunda ergen bilgilendirilmelidir (Ergün ve Şişman, 2016, s:80).

Terleme: Ergenlik döneminde terleme yoğun olarak yaşanır. Özellikle koltuk altı ve bacak araları en çok terleyen bölgelerdir. Bu nedenle ergene kişisel hijyenin önemi anlatılmalıdır (Ergün ve Şişman, 2016, s:80).

Memelerin Büyümesi: Kızlarda meme büyümesi ergenlik dönemin ilk belirtisidir. Bu dönemde memeler hassaslaşıp ağrı yapabilir. Bazı ergenlerde memelerin büyüklüğü eşit olmayabilir ve zamanla düzelir. Ergen meme boyutundan

hoşnut olmayabilir. Bu dönemde memelerin rahat etmesi ve desteklenmesi amacıyla sütyen kullanılabilir. Erkeklerde de memelerin etrafı belirginleşebilir. Ancak hormonlar düzene girdiğinde bu durum düzelir (Ergün ve Şişman, 2016, s:80).

Gece Boşalması: Ergenlik döneminde erkeklerde seksüel gelişime bağlı olarak, rüyanın görüldüğü uyku fazında, ereksiyonun olmasıyla meninin penisten dışarı atılmasıdır. Ergenin gece boşalmaları konusunda bilgilendirilmesi, gereksiz korku yaşamasını önleyebilir (Ergün ve Şişman, 2016, s:80).

Menarş: Menarş, ilk adet kanaması olup genellikle 10-12 yaş arası kızlarda görülür ve 15 yaşına kadar gecikme yaşanabilir. Başlangıçta adet kanaması aralıkları düzensiz olabilir. Ergenin olası adet kanaması düzensizlikleri ve genital bölge hijyeni hakkında menarş öncesinde bilgilendirilmesi önemlidir (Ergün ve Şişman, 2016, s:80).

1.3.2. Ergenlik Döneminde Psikososyal Değişiklikler

Ergenlerde fiziksel büyüme ve gelişme sürecinde yaşanan değişiklikler gibi, psikososyal gelişim sürecinde de değişimler yaşanmaktadır. Ergenlik döneminde kimlik oluşumu, zihinsel gelişimde hızlanma, bağımsız hareket etme isteği, bedensel ve duygusal değişimlere bağlı bazı zorluklar yaşanmasına rağmen, birçok ergen bu zorluklarla baş edebilir. Ancak bazı ergenler baş etme konusunda sıkıntı yaşayabilir (Çuhadaroğlu, 2010; Kuruoğlu, 2007 ve Özcebe, 2002).

Psikososyal gelişim süreci ergenlik dönemi için üç bölümde incelenmektedir. Her dönemin kendine özgü bir zaman aşaması vardır. Bu aşamalar erken ergenlik dönemi 10-13 yaş aralığını, orta ergenlik dönemi 14-17 yaş aralığını ve geç ergenlik dönemi

17-21 yaş aralığını kapsamaktadır (Ergün ve Şişman, 2016, s:78 ve Özmert ve ark., 2008). Bu dönemler ve dönemlerde görülen gelişmeler aşağıda açıklanmıştır.

Erken Ergenlik Dönemi (10-13 yaş): Erken ergenlik döneminde ergenler daha çok bedenleriyle ilgilenmektedir. Üreme yeteneğinin başladığını gösteren ikincil cinsiyet özelliklerinin gelişimi, ergenin kimlik algısını etkilemektedir. Ergende dış görünüşteki bazı değişimler, cinsel dürtülerde artma ve cinsel kimliğine yönelik farkındalığın artması toplumsal cinsiyet rollerini kazanmasını sağlar. Toplumsal cinsiyet rollerini içselleştiren ergende, cinsel kimlik kazanılmış olur. Bu dönemde akran birlikteliği önem kazanmaya başlar ve arkadaş grupları ergenin ilgi alanlarını ve kişisel tercihlerini etkiler (Derman, 2008; Ergün ve Şişman, 2016, s:79; Özcebe ve ark., 2008 ve Özmert ve ark., 2008).

Orta Ergenlik Dönemi (14-17 yaş): İkincil seks karakter gelişiminin devam ettiği ve büyümenin yavaşladığı bu dönemde sevgi, saygı, vicdan ve ahlaki değerler gibi soyut düşünceler olgunlaşmaya başlar. Bu dönemdeki ergen baskı altında kalırsa gelişimi geriler. Fiziksel gelişimin etkisi ile ergenin fiziksel olarak kendini üstün görmesi ve zarar görmeyeceğini hissetmesi riskli davranışlara eğilimini artırmaktadır (Özmert ve ark., 2008).

Ergenler ile ailesi arasında anlaşmazlıkların yoğunluğu bu dönemde artabilir. Ergenler, aileleri yerine kendi akranları ile vakit geçirmeyi tercih ederler ve akranlarının kendisine yönelik fikirlerini daha çok önemserler. Bu dönem bağımsızlık iç güdüsünün zirvede olduğu, akranların davranışlar üzerinde etkili olduğu bir dönemdir. Henüz kişisel kimlik gelişmemiş olsa da ergen, aileden bağımsız hareket etme çabası gösterir. Akran grubu, ön planda olma isteğinin karşılandığı, aitlik hissinin oluşturulduğu, grup otoritesi nedeni ile kurallara karşı çıkıldığı, kişisel gücün sınırlarının fark edilmeye ve merakın giderilmeye çalışıldığı bir ayna görevi görmektedir. Bu dönemdeki bir ergenin sergilediği davranışlar içinde bulunduğu akran

çevresine bakılarak tahmin edilebilir (Ergün ve Şişman, 2016, s:79; Özcebe ve ark., 2008 ve Özmert ve ark., 2008).

Geç Ergenlik Dönemi (17-21 yaş): Bu dönemde soyut düşünebilme yeteneğinin büyük oranda gelişmesiyle mantıklı ve gerçekçi bir düşünce yapısı gelişir. Ergende temel ahlaki değer yargıları oluşur. Aynı zamanda bağımsızlık duygusunun kazanıldığını hisseden ergende, ebeveynlerin değer yargıları tekrar önem kazanmaya başlar. Ayrıca akran grubu yerine ergenin anlaştığı kişiler ile arkadaşlık kurulur ve bu dönemin sonuna doğru evlenme ve aile olma planları yapılmaya başlanır (Ergün ve Şişman, 2016, s:78; Özcebe ve ark., 2008 ve Özmert ve ark., 2008).

1.4. Ergenlerde Riskli Davranışlar

Riskli davranışlar, doğrudan veya dolaylı olarak ergenlerin iyilik hallerini ve yaşam kalitesini olumsuz etkileyebilecek davranışlar olarak tanımlanmaktadır. Ergenler yeni deneyimler edinme isteği ile bu deneyimlerin getireceği olumsuz sonuçları düşünmeden riskli sağlık davranışlarda bulunurlar (Kelley ve ark, 2004 ve Wilde ve Murdock, 1982). Ergenlerde sık karşılaşılan riskli davranışlar aşağıda açıklanmıştır.

1.4.1. Psikososyal Davranışlar ile İlgili Riskler

Ergenlik döneminde yaşanan hızlı gelişim ve değişimin yarattığı gerilim; bilgi ve deneyim eksikliği ile birleşerek ergenin sosyal düzene ve kurallara uyum sağlamasını zorlaştırarak riskli sağlık davranışlarda bulunma eğilimini artırmaktadır (Gültekin ve

ark., 2006). Psikososyal davranışlarla ilgili riskli sağlık davranışları trafik ile ilgili davranışlar, internet kullanımı ile ilgili davranışlar, yeme bozuklukları ile ilgili davranışlar, şiddete yönelik davranışlar ve intihar girişimleri olmak üzere aşağıda açıklanmıştır.

Trafik ile İlgili Davranışlar: DSÖ, 2016 yılında 135.000' den fazla ergenin, trafik kazaları nedeniyle hayatını kaybettiğini açıklamıştır. Hayatını kaybedenlerin çoğunluğunu yayalar, bisikletliler ya da iki tekerlekli motorlu taşıt kullanıcıları dahil olmak üzere kask, emniyet kemeri gibi koruyucu ekipmanları bulunmayan araç sürücüleridir (WHO, 2017).

Ehliyetsiz motorlu araç kullanmak, alkollü olarak araç kullanmak, gerekli koruyucu önlemlerin alınmaması, hız limitini aşma ergenlik döneminde en sık görülen riskli sağlık davranışlardandır. Bu davranışların sonucunda ölüm ve sakat kalma oranı artmaktadır (WHO, 2017). Yapılan bir çalışmaya göre, araç kullanan lise öğrencilerin %57,1'i emniyet kemerini nadiren taktığını ya da hiç takmadığını bildirmiştir (Şimşek ve ark., 2007). Trafik kazalarının tahmin edilebilir ve önlenebilir olduklarını vurgulayan DSÖ, çocuklar için daha güvenli oyun alanlarının sağlanması, yol güvenliğinin sağlanması, hız limitlerinin düşürülmesi, alkollü araba kullanma konusunda caydırıcı yaptırımların artırılması, emniyet kemeri kullanımının teşvik edilme ve zorunlu hale getirilmesi, çocuk araba koltukları kullanımının zorunlu tutulması ve motosiklet koruyucu ekipmanların takılması gibi ileri tedbirler alınmasının ölüm ve yaralanma sayısını azaltmada etkili olabileceğini bildirmiştir (WHO, 2017).

İnternet Kullanımı ile İlgili Davranışlar: Bilgisayar ve internet kullanımının önemi her geçen gün artmaktadır. Bütün dünyayı saran bilgisayar, telefon, tablet gibi elektronik cihazlar ile ulaşılabilen internet ağı dünyadaki diğer insanlara ve bilgilere

kolayca ulaşma fırsatı sunarken bazı olumsuzlukları (internetin problemlili kullanımı gibi) da beraberinde getirmektedir. İnternetin problemlili kullanımı günlük yaşamdan kaynaklanan sorunlardan uzaklaşmak için internete girmek ve sosyal yaşamı olumsuz etkileyecek boyutta internette zaman geçirmek olarak tanımlanmaktadır (Davis, 2001 ve Griffiths, 2000). İnternet yoluyla iletişimden doyum almanın internet bağımlılığına olan yatkınlığı arttırdığı bilinmektedir (Chou ve Hsiao, 2000). Özellikle psikososyal gelişimin ortasında (akran kabulü ve sosyal onayın ön planda olduğu orta ergenlik döneminde) olan ergenler, aşırı internet kullanımı gibi bağımlılık yapıcı ajanların zararlı etkilerine daha açık hale gelmekte ve hem akademik hem de kişisel gelişimleri olumsuz etkilenmektedir (Kaltiala-Heino ve ark., 2004 ve Tsai ve Lin, 2003). Ergenler üzerinde yapılan çalışmalarda internet kullanım süreleri arttıkça ergenlerin günlük işler, uyku ve yemek düzenlerinin aksadığını, aile, arkadaş ve öğretmen ilişkilerinin olumsuz etkilendiğini, ergenlerde göz kırpma sayısında azalmaya bağlı gözyaşı fonksiyon testlerinde bozulma ve kuru göz semptomları, postür bozuklukları, kas ve iskelet ağrılarının yaşandığı bildirilmiştir (Büyükbaş ve ark., 2012; Doğan, 2013; Harris ve Straker, 2000; Jacobs ve Baker, 2002 ve Kuzu ve ark., 2008).

Yeme Bozuklukları ile İlgili Davranışlar: Yeme bozukluklarının hem fiziksel hem de psikososyal boyutu vardır. Bireyin yemek yeme, kilo ve dış görüntüsüne yönelik düşüncesi, yeme davranışında bozuklukla kendini gösterir (Becker ve ark., 1999). Yeme bozukluğu olan kişiler kendini olduğundan kilolu ve biçimsiz bulma, çok az beslenme, aşırı fiziksel aktivite yapma, yemeklerden sonra kusma veya kendini kusturmaya çalışma, bağırsak boşaltıcı kullanma gibi davranışlar sergileyebilirler (Abraham ve ark., 1997). Seksenli yıllardan itibaren insidasında artış gözlenen anoreksiya nervoza ve bulimiya nervoza gibi yeme bozuklukları özellikle ergenlerde daha sık görülmele beraber vücuda vereceği zarardan dolayı erken tespit ve tedavi edilmesi gerekmektedir (Janout ve Janoutova, 2004).

Anoreksiya nervoza, genellikle ergenlik döneminde başlayan ve hayati tehlike oluşturan bir yeme bozukluğudur. Sıklıkla ergen kızlarda görülmektedir. Ergende

yaşına ve boyuna uygun olan vücut ağırlığını reddetme, kilo almaktan korkma, kendini zorlayarak kilo kaybetme, vücut ağırlığını ya da beden görüntüsünü algılamada bozukluk ile karakterize bir hastalıktır (K.Törüner, ve Büyükgönelç, 2017, s:607 ve Üneri, 2010). Bu hastalığa sahip ergende depresyon belirtileri, yalnız kalma isteği ve intihar düşünceleri yaygın olup, obsesif-kompulsif bozukluk, anksiyete bozukluğu gibi hastalıklarla beraber görülür ve istismar öyküsü olabilir (K.Törüner ve Büyükgönelç, 2017, s:608). Anoreksiya nervozası olan ergenlerin davranış ve tutumları dikkat çeker. Örneğin, sofrada herkesle yemek yemekten kaçınabilir, gizlice yemeklerin tadına bakabilir ya da başkasına çeşitli yiyecekler hazırlarken, kendisine düşük kalorili yiyecekler hazırlayabilir, çok yediğini ve tok olduğunu ifade edebilir. Bu ergenlerde zayıflamaya rağmen, kilo alma korkusu devam eder. Kilo almayı önlemek için, uzun süreli egzersiz yapabilir, kilo vermek için bağırsak boşaltıcı ve idrar söktürücü ilaçlar kullanabilir. Hastalık ilerledikçe ergen daha inceldiğini ve vücudunun daha güzel olduğunu düşünür. Ergenin kilo kaybı ciddi boyutta olmasına rağmen, enerjisi yerindedir. Tedavide fiziksel sorunların ele alınmasıyla birlikte davranışsal ve bilişsel yaklaşımlar ve aile terapisi önerilmektedir (Ergün ve Şişman, 2016, s:81 ve K.Törüner ve Büyükgönelç, 2017, s:608).

Bulimiya nervoza ,genellikle geç ergenlik dönemi ve genç erişkinlerde görülen, kısa süreli aralıklarla tekrarlayan aşırı besin tüketimi atakları ile aşırı yeme isteğini kontrol edememe korkusu ve sonrasında kilo oluşmaması için uygun olmayan davranışların (örn: kusma, bağırsak boşaltıcı kullanımı, aşırı egzersiz) sergilendiği bir hastalıktır. Ergen kızlarda sıklıkla görülen bu vakalarda kilo verme ve fiziksel görüntüsüne yönelik yoğun düşünce, üç ay boyunca haftada ortalama iki defa aşırı besin tüketme atağı görülür (Ergün ve Şişman, 2016, s:82; Köroğlu, 2001 ve K.Törüner ve Büyükgönelç, 2017, s:609). Özellikle anoreksiya nervoza öyküsü olanlarda ortaya çıkar ve uzun süre aç kalmaya bağlı gizlice yemek yeme davranışı görülür. Kişi bu davranışın ardından kusarak suçluluk ve kızgınlık duygularından kurtulmaya çalışır. Tedavi süreci fizyolojik belirtilerin tedavisi, psikoterapi ve düzenli yeme alışkanlığının sağlanması içerir (Ergün ve Şişman, 2016, s:82 ve K.Törüner ve Büyükgönelç, 2017, s:610).

Şiddete Yönelik Davranışlar: DSÖ, şiddeti yaralama ve öldürme amaçlı istemli olarak kişinin kendisine veya başkalarına karşı fiziksel güç kullanması olarak tanımlamıştır.

Şiddet, ergenin ölümüne neden olan durumlar arasında üçüncü sıradadır. Özellikle 15-19 yaşları arasında yer alan üç ergen kız çocuğundan neredeyse birinin (84 milyon), eş veya partnerleri tarafından şiddet (fiziksel, duygusal, cinsel) mağduru olduğu bilinmektedir (WHO, 2017). Halk sağlığı alanında yapılan çalışmalar, ergen ve genç bireylerde şiddetin artarak devam ettiğini göstermektedir (TBMM Araştırma Komisyon Raporu, 2007). Yalnız olma, aile, arkadaş ve öğretmen desteğinden yetersiz olma, ruhsatsız silah taşıma ve alkolü zararlı kullanma durumları ergenlerde şiddet eğilimlerini artırdığı belirtilmiştir (Haskan ve Yıldırım, 2014 ve WHO, 2017).

Ebeveyn ve çocuk arasındaki olumlu ilişkiyi güçlendirmek, yaşam becerileri eğitimi vermek, alkol ve silahlara erişimi azaltmak, şiddete bağlı yaralanmaları ve ölümleri önlemeye yardımcı olabilir. Şiddet eğilimi ve mağduru olan ergenlere destek için etkili ve empatik bakım yaşadığı sorunlarla başa etmede destek olabilir (WHO, 2017).

İntihar Girişimleri: Ergen ölüm nedenleri arasında kendine zarar vermeye bağlı intihar ve kaza sonucu ölümler yer almaktadır. İntihar, ergen ölümleri arasında ikinci sırada yer alır. Cinsiyet farklılıkları, şiddet, yoksulluk, aşağılanma, kendini değersiz hissetme, yakın ilişkilerde yaşanan problemler ve depresyon gibi psikiyatrik sorunlar ergenlerde intihar girişimi ile bağlantılı önemli etkenlerdir (Cebecioğlu ve Altıparmak, 2017; Ünlü ve ark., 2014 ve WHO, 2017). Ayrıca bu etkenler dijital şiddete bağlı intihar riskini de artırmaktadır. Dijital şiddet, siber taciz, zorbalık ve tartaklama gibi farklı kavramlar olarak tanımlanmaktadır (Şener, 2013). Yapılan bir araştırmada, televizyon, bilgisayar, video oyunu gibi sosyal medya ve dijital platform kullanımının intihar riski ile bağlantılı olduğu bulunmuştur (Rostad ve ark., 2018).

Ergenlerde intihar amacı ile kendini asma, bıçaklama, araç önüne atlama, ateşli silahlar, kendini yakma ve ilaç alımı gibi farklı öldürücü yöntemler uygulandığı görülmektedir (Pfeffer, 2007). En sık görülen intihar girişimi yöntemi ise istemli olarak aşırı dozda ilaç kullanımı olduğu bilinmektedir. Bu yöntem özellikle kız ergenlerde daha sık uygulanmakta olup ve intihar girişimlerinin ölümle sonuçlandığı bulunmuştur (Boeninger ve ark., 2010).

Herhangi bir psikiyatrik sorunu olmaksızın kişilerarası ilişkilerde sorun yaşayan ergenlere problem çözme ve baş etmeye yönelik becerilerin kazandırılması, intihar girişimi öyküsü olan ergenlerin iyi değerlendirilerek psikiyatrik tedaviye katılımlarının desteklenmesi, aile, okul ve arkadaş çevresine yönelik gerekli müdahaleler intihar girişimi açısından koruyucu olabilir (Ünlü ve ark., 2014).

1.4.2. Beslenme Davranışları ile İlgili Riskler

Beslenme organizmanın büyüme ve gelişmesi, dokuların fonksiyonlarını sürdürebilmesi ve kendini yenilemesi, hayat döngüsünün sağlıklı olması için gerekli olan besinlerin uygun miktarda alınmasıdır (Müftüoğlu, 2003 ve Spark, 1998).

Ergenlik döneminde fiziksel ve psikososyal değişikliklerin yanında yeme davranışları ve besin tercihlerinde değişiklik olur. Yemeklerin daha çok ev dışında yenmesi, öğün atlamak ya da öğün aralarında atıştırmak, fast-food beslenme gibi alışkanlıklar uygun olmayan beslenme davranışlarıdır. Bu davranışların oluşmasında sosyodemografik özellikler ile kitle iletişim araçlarının etkisi fazladır (Demirzen ve Coşansu, 2005; Dudek, 1993; Müftüoğlu, 2004; Pekcan, 2004 ve Süren ve Sosyal, 2002). Hayat boyunca devam edecek beslenme davranışları ergenlik döneminde kazanılır. Özellikle yanlış beslenme davranışları ve yeme problemleri daha

çok bu dönemde görülür (Gonzales ve ark, 2007). Doğru beslenme davranışları küçük yaşlarda ve ergenlik döneminde kazanılmazsa, erişkinlik dönemde kronik hastalıkların oluşma riski artmaktadır (Stang ve Story, 2005).

Obezite: Obezite, kalori fazlalığına bağlı olarak vücut yağ kitlesinin artması sonucu ortaya çıkan ve beraberinde metabolik hastalıkların oluşmasına zemin hazırlayan sağlık sorunudur (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2017). Dünya Sağlık Örgütü, halk sağlığını tehlikeye atan obezitenin, son yıllarda giderek arttığını ve 2016 yılında 10-19 yaşları arasındaki altı ergenden birinin obez olduğunu açıklamıştır (WHO, 2017 ve WHO, 2018). Çocukluk ve ergenlik döneminde başlayan obeziteye, yetişkin dönemde solunum, kardiyovasküler ve kas iskelet sistem hastalıklarına yol açması, ayrıca hormonal ve psikiyatrik bozukluklara neden olmasından dolayı erken müdahale edilmesi gerekmektedir (Han ve ark., 2010).

Alınan kalorinin fazla olması obezitenin en önemli nedenidir. Altta yatan organik bir rahatsızlığın olmadığı vakalar dış kaynaklı obezite olarak adlandırılır ve obez kişilerin çoğunluğu bu grupta yer alır. Dış kaynaklı obezite fazla kalori alımı ve bu kalorinin harcanması arasındaki yetersizliğe bağlı oluşsa da, genetik faktörler, yaş, cinsiyet, egzersiz yapma durumu, beslenme alışkanlıkları, kültürel ve sosyoekonomik düzey obezitenin oluşmasını etkileyen önemli faktörler olarak bilinmektedir (Berberoğlu, 2008).

Obeziteden korunmak için sağlıklı beslenme ile birlikte düzenli egzersiz yapma davranışı kazanmak gerekir. Sağlıklı beslenme alışkanlıklarının küçük yaşlardan itibaren edinilmiş olması, kronik hastalıkları önlemenin en önemli yollarından biridir (Berberoğlu, 2008).

Vejeteryan Beslenme Eğilimi: Vejeteryanlık, genellikle hayvansal kaynaklı besinlerin yerine bitkisel kaynaklı besinlerin tercih edildiği bir beslenme biçimidir. Hayvansal besinleri sınırlı miktarda tüketip, daha çok bitkisel kaynaklı besin tüketen kişilere vejeteryan, hiç hayvansal kaynaklı besin tüketmeyen kişilere ise vegan denir (Özcan ve Baysal, 2016).

Vejeteryan beslenme biçiminin, beslenmeye bağlı pek çok kronik hastalığın oluşmasını engellediği belirtilmektedir. Bu beslenme biçimi obezite ve kalp damar hastalıklarının kontrolü ve önlenmesinde etkilidir. Ancak vitamin ve mineral açısından yetersiz vejeteryan diyetler de beslenme bozukluklarına ve metabolik hastalıklara neden olabilmektedir. Bu yüzden vejeteryan diyetlerde vücut için gerekli temel besin öğelerinin miktarı ve içeriğinin yeterli olması gerekmektedir (Ergün ve Şişman, 2016,s: 83 ve Özcan ve Baysal, 2016)

1.4.3. Fiziksel Aktivite Davranışları ile İlgili Riskler

Sağlıklı yaşamın en önemli unsurlarından biri de fiziksel aktivitedir. Fakat gelişen teknoloji ile birlikte insanların ev ve işyerlerinde eskiye oranla daha az hareket etmeye başlamaları sedanter (fiziksel aktivitenin düzensiz ve yetersiz olması) bir yaşam tarzının benimsenmesine sebep olmuştur (Memiş ve Yıldırım, 2008). Sedanter yaşam tarzı, uzun dönemde vücutta harcanan enerji oranının azalmasına bağlı olarak kişilerde aşırı kilolu ve obez olma riskini artırabileceği ve buna bağlı olarak diyabet, yüksek tansiyon, yüksek kolesterol ve astım gibi hastalıkların da ortaya çıkabileceği bilinmektedir (CDC, 2017). Yetişkinlikte ortaya çıkan, kaynağında sedanter yaşamın da etken olduğu bu rahatsızlıklardan gelecek nesilleri korumanın en önemli yollarından biri de çocukluk yıllarında fiziksel aktivite alışkanlığı kazandırmaktır. Yapılan araştırma sonuçları çocukluk ve ergenlik yıllarında yapılan yüksek düzeyde fiziksel aktivite ile yetişkinlikteki aktivite düzeyi arasında olumlu bir ilişki olduğunu

ortaya koymaktadır (Tammelin ve ark., 2004; Telema ve ark., 2005 ve Thompson, 2001). Fiziksel aktivite alışkanlığı nasıl sonraki yıllara taşıyorsa, sedanter yaşam tarzı da çocuklukta benimsendiğinde, yetişkinlikte de kendini göstermektedir. Bundan dolayı, düzenli fiziksel aktivite biçimleri gösteremeyen çocukların, yetişkinliklerinde de sedanter bireyler olma riski taşıyacakları bir gerçektir (NASPE, 2003). Akman ve ark., (2012), Aksoydan ve Çakır, (2011) ergenlerde fiziksel aktivitenin yetersiz olduğunu bildirmişlerdir. Ergenlik döneminde yapılan fiziksel aktiviteler, iyilik halini korumak ve sürdürmek, büyüme ve gelişmeyi sağlamak, kemik sağlığını koruyarak ilerde osteoporoz oluşma riskini azaltmak, obezite ve buna bağlı olarak erişkin dönemde oluşabilecek kronik hastalıkların önüne geçmek amacıyla yapılmaktadır. Bu nedenle ergenler, doğru fiziksel aktivite için desteklenip, rehberlik edilmelidir. Ayrıca ergenlik döneminde, bedensel değişim ve gelişimin üst düzeyde olması nedeniyle, bu değişikliklere uyum sağlamakta bazı sorunlar yaşanabilir. Gelişim sürecinde olan kasların güç ve esnekliğindeki dengesizlik ergenin zorlayıcı hareketlerde bulunmasına bağlı olarak yaralanmalara neden olabilmektedir. Bu yüzden bireyin fiziksel kapasitesine uygun egzersizler önerilmektedir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2011).

1.4.4. Hijyen Davranışları ile İlgili Riskler

Türk Dil Kurumu'na göre hijyen, sağlığa zarar verecek alanlardan korunmak için yapılması gereken uygulama ve alınan temizlik tedbirleridir. Temizlik uygulamaları sağlığın korunma ve sürdürülmesi için hijyen kurallarına göre yapılmalıdır (Barata ve Maricoto 2019 ve Öncel ve ark., 2016, s:221).

Kişiyi özgü bir konu olan hijyen davranışlarının kazanımı ailede başlayıp, okul döneminde devam etmektedir. Özellikle okul çağındaki çocuklar öğrenmeye ve daha karmaşık beceriler kazanmaya elverişli yaş aralığındadır. Okullar, toplumun sosyal yapısını etkileyen ve öğrencilerin sağlığını geliştirecek davranışların kazanıldığı

kurumlar olması nedeniyle çocuğa kişisel hijyen alışkanlıkları ve çevreyi temiz tutma becerilerini kazandırma açısından iyi değerlendirilmelidir (Barata ve Maricoto 2019 ve Öncel ve ark., 2016, s: 221). Okul sağlığı hizmetleri kapsamında kişisel hijyen davranışlarına yönelik yapılan eğitimlerin öğrencilerin bilgi ve becerilerini iyileştirdiği gözlenmiştir (Argaw ve ark., 2017; Barata ve Maricoto 2019 ve Khattoon ve ark., 2017).

Kişisel hijyen, el ve tırnak hijyeni, vücut ve saç hijyeni için düzenli banyo yapılması, ayak hijyeni, perine hijyeni, tuvalet hijyeni, ağız ve diş hijyeni gibi bireyin sağlıklı olmak için yaptığı uygulamaların tümünü kapsar (Öncel ve ark., 2016, s: 222). Bebeklik ve erken çocukluk döneminde kişisel hijyen aktivitelerinin uygulanmasında yardıma ihtiyaç varken, okul çağı ile birlikte bu uygulamalar bağımsız bir şekilde yerine getirilebilir. Özellikle ergenlik döneminde tüm hijyen uygulamaları bağımsız bir şekilde yapılabilir. Kişi küçük yaştan itibaren hedeflenen kişisel hijyen alışkanlıklarını kazanamadığında ise sağlığı olumsuz yönde etkilenir (Amiru ve ark., 2017 ve Yılmaz ve Özkan, 2009).

El ve Tırnak Hijyeni: Eller pek çok hastalığın yayılmasını sağlar ve ellerin yıkanması hastalıkların önlenmesinde etkilidir. Ellerin özellikle yemek hazırlığı yapmadan önce ve hazırladıktan sonra, tuvaletten önce ve sonra, hayvana, yıkanmamış yiyeceklere dokunduktan sonra, yara, enfekte alanlar, gözle görülen kir ve çöplere dokunduktan sonra, dışarıdan geldikten sonra mutlaka sabun ve temiz su ile uygun yıkama tekniği ile yıkanması gerekir. Eğer elleri su ve sabunla yıkama imkanı yoksa alkol bazlı temizleyiciler kullanılabilir (Aunger ve ark, 2016; Öncel ve ark., 2016, s: 223).

Vücut ve Saç Hijyeni: Deri vücudun yüzeyini saran, vücudu dış etkenlerin zararlarına karşı koruyan önemli bir organdır. Derinin yapısı bebeklik döneminde daha ince ve hassas olup, okul döneminde derinin direnci artmıştır. Ancak bu yaş dönemi

çocukların hareketli olmasıyla düşme ve travmalara bağlı deri bütünlüğünde bozulmalar olabilmektedir. Ergenlik döneminde ise hormonal değişikliğe bağlı olarak çeşitli deri ve saç sorunları ortaya çıkabilir. Özellikle bu yaş grubundaki çocukların sık banyo ve deriye uygun temizleyiciler kullanması önerilir. Banyo yapmak temizliği sağlar, vücudu atık maddelerden arındırarak, kötü kokuları önler. Bireye ferahlık ve güven duygusu verir (Öncel ve ark., 2016, s: 224).

Ayak Hijyeni: Terlemeye bağlı olarak ayakta oluşabilecek koku, mantar enfeksiyonları ve nasır gibi rahatsızlıkları önlemek için ayakların yıkanması ve kuru tutulması gerekir. Ayrıca çorapların ter emici özellikte olması ve her gün değiştirilmesi, ayakkabıların ayağın yapısını bozmayacak kalıpta seçilmesi de ayak sağlığını koruma ve sürdürmeye yardımcı olur (Öncel ve ark., 2016, s: 225).

Perine Hijyeni: İç çamaşırların temiz, ütülenmiş olması ve günlük değiştirilmesi, perine bölgesinin kıllardan uygun yok ediciler ile arındırılması, kullanılan petlerin temiz olması ve sık değiştirilmesi, pet uygulamadan önce ellerin temiz olması perine hijyeni uygulamaları arasında yer alır (Öncel ve ark., 2016, s :226).

Tuvalet Hijyeni: Tuvaletlerde bulunan yüzeylerin kirli olduğu düşünülerek özellikle kamuya açık alanlarda çeşme, kapı gibi yüzeylere peçete ile dokunmak, tuvalet kağıdının ruloda kalan kısmını kirletmemek, tuvaletler kullanıldıktan sonra sifonu çekmek, işlem bittiğinde elleri sabun ve suyla uygun bir şekilde yıkamak tuvalet hijyeni için gereklidir (Öncel ve ark., 2016, s: 227).

Ağız ve Diş Hijyeni: Diş çürükleri, ağız kokusu ve yetersiz ağız bakımının neden olabileceği hastalıklardan korunmak için, dişlerin günlük doğru fırçalama tekniği ile sabah ve akşam fırçalanma, düzenli diş ipi kullanma, diş hekimi kontrolünü ve sağlıklı beslenme alışkanlıkları önemlidir (Deinzer ve ark., 2019).

1.4.5. Madde Kullanımı Davranışları ile İlgili Riskler

Madde kullanımı dünyanın pek çok yerinde olduğu gibi ülkemizde de özellikle ergenler olmak üzere toplumun birçok kesimini etkileyebilen biyolojik, psikolojik ve toplumsal boyutları olan mevcut ve gelecek nesillerin sağlığını tehdit eden halk sağlığının önemli sorunlarından biridir (Albayrak ve Balcı, 2014).

Madde kullanımı bunalım, merak, tavsiye, eğlence gibi pek çok nedenle başlayabilir. Herhangi bir nedenle maddeye yönelen bireyin, “bir kere kullanır ve bırakırım” düşüncesi ile madde kullanımını başlattığı ve madde kullanımının tekrarlanmasına bağlı olarak bağımlılık oluşturduğu ve bireyin hayatını tehlikeye atacak düzeye ulaştığı bilinmektedir (Ergün ve Şişman, 2016, s: 83).

Ergenlerin madde kullanımına başlamasında kişisel, ailesel, arkadaş çevresi, biyolojik ve sosyo-kültürel faktörler etkili olabilmektedir (Ögel ve ark., 2004). Baş etme sorunu yaşayan, ailesel sorunları olan, okula devamsızlık yapan, yakın çevresinde madde kullanan bireyleri olan ve istenmeyen bir durumla karşılaşan ergenlerin okul sağlığı hizmetleri bünyesinde takiplerinin yapılması gereklidir. Okullarda ergenlerin akran baskısına karşı bilinçlendirilmesine yönelik faaliyetlerin oluşturulması ve düzenli olarak uygulanması, herhangi bir madde kullandığı bilinen öğrencilerin başka maddeleri de kullanım durumlarının izlenmesi ergen sağlığı açısından önem taşımaktadır (Karatay ve Kubilay, 2004).

Tütün, Alkol ve Madde Kullanımı: İnsanların büyük çoğunluğunun tütün kullanımına ergenlik döneminde başladığı bilinmektedir. Dünya çapında 13-15 yaşları arasındaki en az 10 ergenden birinin tütün kullandığı bilinmektedir. Çocuklara tütün ürünleri satışının yasaklanması, tütün ürünleri fiyatının arttırılması, tütün reklamlarının yapılmaması ve sigara içilmeyen ortamların oluşturulması ergenlik

dönemi tütün kullanımını büyük oranda önleyebilmektedir (Siyez ve Aysan, 2007 ve WHO, 2017).

Ergenlerde alkolün zararlı kullanımı birçok ülkede büyük bir endişe kaynağıdır. Alkol bireyin öz kontrolünü azaltır, güvensiz cinsel ilişki ve tehlikeli araç kullanımı gibi riskli davranışları artırır. Alkol yaralanmalar (sıklıkla trafik kazaları), şiddetin (özellikle partneri tarafından) ve erken ölümlerin temel nedenidir. Ayrıca uzun süreli alkol kullanımı sağlık sorunları oluşturarak yaşam süresini azaltmaktadır. Alkol almak ve tüketmek için asgari yaşın belirlenmesi ve alkollü içeceklerin satışının takip edilmesi, alkolün zararlı kullanımını azaltma stratejileri arasında yer almaktadır (WHO, 2017).

Madde kullanımı özellikle 15-19 yaş arasındaki ergenlerde küresel bir endişe kaynağıdır. Bağımlılık yapan maddelerin kontrolünü sağlamak için bireysel, toplumsal ve kurumsal düzeyde müdahaleler gerekmektedir (WHO, 2017).

1.4.6. Cinsel Davranışlar ile İlgili Riskler

Hayatın vazgeçilmez unsurlarından biri olan cinsel davranışlar, ergenlik döneminden itibaren başlar. Bu dönemde karşı cinse ilginin artması, ergenlerde cinsel heyecan aramaya neden olabilir. Özellikle erkeklerde üreme iç güdüsünün daha belirgin olması, sosyokültürel değişiklikler, aile sorunları ve medya gibi faktörler, ergenlerin riskli cinsel davranışta bulunma oranını artırmaktadır (Kıyılıoğlu ve Dönmez, 2016 ve Özcebe, 2010). Bu riskli cinsel davranışlar, ergenlerde yaşam kalitesini azaltan enfeksiyonlara ve istenmeyen gebeliklere yol açmaktadır (Şatıroğlu, 2010 ve WHO, 2017)

Sağlıklı nesiller oluşturmak için, bireylere çocukluk yıllarından itibaren cinsellikle ilgili doğru mesaj vermek ve sağlıklı cinsel davranışlar kazandırmak gerekmektedir. Bu amaç doğrultusunda aile içinde başlayan cinsel eğitimlerin, çocuk okula başladığı andan itibaren planlı öğrenme aktiviteleri ile desteklenmesi gerekmektedir (Canada.ca, 2015).

Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklar: Cinsel aktivite, gerekli korunma önlemleri alınmadan yapıldığında sağlık açısından tehlikeli durumlar oluşturabilir. Bu durumlardan en tehlikelisi ise HIV/AIDS (Kazanılmış Bağışıklık Yetmezliği Hastalığı)'tir. HIV/AIDS, kondom kullanımında bulaşma oranı düşük olmasına rağmen, olası sonuçlarından dolayı ölümcül olabilmektedir.

Dünyada yaklaşık olarak HIV ile yaşayan iki milyondan fazla ergen olduğu ve 2006 yılından itibaren HIV/AIDS ile ilişkili ölümlerin toplam sayısı % 30 azalmış olsa da, Afrika Bölgesi'nde riskli cinsel davranışlara bağlı ergenlik dönemindeki HIV/AIDS ölümlerinin arttığı bilinmektedir (WHO, 2017). Kondom kullanılmadan yaşanan cinsel aktiviteler ve küçük yaşta cinsel deneyimlere başlama bireyin hayatını tehlikeye atabilecek yüksek riskli cinsel davranışlardır (Stulhofer ve ark. 2009).

Ergen Gebelikler: Riskli cinsel davranışlar başlığı altında ele alınan ve ergen hayatını tehdit eden küresel sorunlardan biri de, özellikle 15-19 yaş grubu ergen kızlarda hamilelik ve doğumdan kaynaklanan sorunlardır. Dünya genelinde çoğunluğu geri kalmış ülkelerde görülen doğumların % 11'i 15-19 yaş arasındaki ergenlerdir (WHO, 2017). Ülkemizde ise ergen evlilik ve gebelikleri halen devam etmektedir. Ergen anneler ve bu annelerden doğan çocukların kronik hastalık ve ölüm riski taşıması nedeniyle ergen gebelikler toplum sağlığı açısından önemli sorunlar arasındadır (Bulut ve ark., 2008; Demiröz ve Canbulat 2008; Keskinoglu ve ark., 2007 ve Şen ve Kavlak 2011). Ayrıca cinsel kimliği gelişmemiş ve bu konuda eğitim almamış ergen kızların evlenmesi ve gebe kalması bedensel sorunlarla birlikte

psikososyal problemler oluşturabilir (Aydın, 2013; DeVito, 2010; Ergün ve Şişman, 2016, s: 84 ve WHO, 2017).

1.5. Okul Sağlığı Hizmetleri ve Hemşirelik

Okullar, fiziksel ve sosyokültürel yapısı ile sağlığı doğrudan ve dolaylı etkileyen kurumlardır. Ayrıca okullar, sağlık hakkında doğru bilgi ve becerilerin geliştirilmesine ve sağlık hizmetlerinin topluca sunulmasına elverişli ortamlardır (Bahar, 2010; Ceylan ve Turan, 2009 ve Erefe ve Aksayan, 1998). Okul dönemi, büyüme ve gelişme sürecinin önemli bir parçasıdır (Ceylan ve Turan, 2009; Neyzi, 2005 ve Özmen ve Ergin, 2005). Zamanlarının çoğunu okulda geçiren çocukların iyilik hallerini korumak, hem çocukların hem de toplumun sağlık düzeyini artırmak için okul sağlığı hizmetlerine ihtiyaç vardır (Ceylan ve Turan, 2009).

Okul sağlığı hizmetleri öğrencilerin, öğretmenlerin ve personelin sağlığını korumak amacıyla düzenlenmiş faaliyetler bütünüdür. Okul sağlığı hizmetleri multidisipliner ekip yaklaşımı ile sürdürülür. Bu hizmetleri yürüten ekipte temel rol üstlenen okul sağlığı hemşiresi öğrenci sağlığının korunma ve geliştirilmesinden sorumludur (Bahar, 2010).

Okul sağlığı hemşireliği ilk olarak 1902 yılında Amerika Birleşik Devletleri'nde Lilian Wald'ın çalışmaları ile başlamıştır. Bulaşıcı hastalıkları önlemek için çalışmalar yapan Lina Rogers, ilk okul sağlığı hemşiresidir. Ayrıca ev ziyaretleri yaparak, ailelere bulaşıcı hastalıklardan korunma ve çocuk bakımına yönelik eğitimler vermiştir. Yaptığı uygulamalar ile hastalıkların bulaşma oranını azaltarak, öğrencilerin okula devam edebilmelerine katkı sağlamıştır. O yıllarda okul hemşireliği programları, bulaşıcı hastalıklarla mücadele, ev ziyaretleri ve sağlık eğitim programları kapsamında

yürütülmüştür. DSÖ, 1950 yılında düzenlemiş olduğu okul sağlığı hizmetleri toplantısından sonra, okul sağlığı hemşire sayısını artırıp, hemşirelik uygulamalarına tarama programları ve sağlık kurumlarına sevk zinciri oluşturarak hizmet modelinin kapsamını artırmıştır. Okul sağlığı hizmetlerinin denetimi ve kalitesinin artırılması için Ulusal Okul Hemşireliği Birliği 1969 yılında kurulmuştur. İlerleyen yıllarda okul sağlığı merkezlerinin kurulması ile okul sağlığı hemşireliği uygulamalarının kapsamı artırılmış ve hemşireler ruh sağlığı, bağışıklama, üreme sağlığı gibi alanlarda da hizmet vermeye başlamıştır (Bahar ve Öztürk Haney, 2016, s: 10).

Türkiye’de ise okul sağlığı hizmetleri ilk defa Umumi Hıfzıssıhha Kanunu ile 1930 yılında ele alınmış ve 1949 yılında reviri olan okullarda okul sağlığı hemşiresi bulundurulmasına karar verilmiştir. Sağlık hizmetlerinin sosyalleştirildiği 1961 yılında ise okul sağlığı hizmetlerinin yürütülmesi ekip işbirliği ile sağlık ocakları sorumlu olmuştur. Bu kapsamda Milli Eğitim Şurası tarafından 1962 yılında okul hemşiresi, okul ve okul spor hekimi yetiştirilmesine karar verilmiştir. Okul sağlığı hizmetlerinin içeriği ve uygulanma şekli 1984 yılında tanımlanmıştır. 1996 yılında imzalanan protokol ile okul sağlığı hizmetleri ülke genelinde standardize edilmiştir (Bahar ve Öztürk Haney, 2016, s: 11).

Ülkemizde okul sağlığı hemşiresinin görev, yetki ve sorumlukları Sağlık Bakanlığı tarafından 2011 yılında çıkarılan yönetmelik ile tanımlanmıştır (Bahar ve Öztürk Haney, 2016, s: 12 ve Erci, 2014). Yönetmelik doğrultusunda okul sağlığı hemşiresi çocukların bağışıklama gereksinimlerini kontrol etme, bağışıklama konusunda öğrencileri ve aileleri eğitme, öğrencilerin mental gelişimlerini takip ederek problemleri erken dönemde saptama ve ilgili birimlere yönlendirme, sağlıklı beslenme programları hazırlama, öğrencilerin kişisel hijyen alışkanlıklarını geliştirme, tüm çocukların uyku sağlığını değerlendirme ve uyku bozukluğu olan çocukların tedavisini devam ettirme, okul tabanlı fiziksel aktivite programlarında aktif rol alma, üreme ve cinsel sağlık konularında topluma, ailelere, okul çalışanları ve öğrencileri bilgilendirme, öğrencilerin güvenliğinin sağlanmasında, kazaların ve hastalıkların

önlenmesinde ailelere ve okul çalışanlara rehberlik etme, okul çağı çocuklar ve ailelerini sağığın korunması ve hastalık yönetimi hakkında bilgilendirme yapma gibi sağık hizmetlerinde bulunur (Öncel ve ark., 2016, s: 227).

Ergen bireylere sağık hizmeti verecek olan hemşireler ergenlerin büyüme gelişmesini, bireysel farklılıklarını, normal ve anormal sınırlarını, ergenin sağık risklerini ve bunların etkilerini bilmelidir. Hemşire ergene sağık hizmeti verirken, ergene sunulan sağığı sürdürmeye ve geliştirmeye yönelik sağık hizmetinin amaç ve yararları hakkında ergene ve ailesine bilgi vermeli, sağığı sürdürme ve geliştirmeye yönelik girişimlere ergen ve aileyi etkin olarak katmalıdır. Ergene verilen sağığı sürdürmeye ve geliştirmemeye yönelik eğitim ve danışmanlık hizmetleri, ergenin büyüme gelişmesi ve psikososyal uyumu tamamlanıncaya kadar devam etmelidir (Dolgun ve ark., 2011; Johnson, 2005).

2. GEREÇ VE YÖNTEM

2.1. Araştırmanın Şekli

Araştırma, Mesleki ve Teknik Anadolu Liselerinde okuyan ergenlerin riskli sağlık davranışlarının değerlendirilmesi amacıyla tanımlayıcı olarak planlanmıştır.

2.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Bu araştırma, Mart 2018 – Haziran 2018 tarihleri arasında Aksaray il merkezinde bulunan; Hüseyin Cahit Korkmaz, Necmiye-Mehmet Yazıcı, Aksaray, Ulurmak, Fatih, 75. Yıl, Türkiye Odalar ve Borsalar Birliği (TOBB) Mesleki ve Teknik Anadolu Liseleri'nde yapılmıştır. MEB' e bağlı olan bu liselerde 2017-2018 eğitim ve öğretim yılına kayıtlı 4934 öğrenci bulunmaktadır. Öğrencilere okul sağlığı hizmetleri kapsamında rehberlik biriminde çalışan rehber öğretmenler hizmet vermektedir. Bu liselere ait okul sağlığı hemşiresi bulunmamaktadır.

Araştırmanın çalışma takvimi; tez konusunun belirlenmesi ve literatür taranması (Eylül- Kasım 2017), etik kurul ve kurumsal izinlerin alınması (Ocak- Şubat 2018), tez önerisi sunumu ve kabulü (Aralık 2018- Mart 2019), verilerin toplanması (Mart-Haziran 2018), verilerin girişi ve değerlendirilmesi (Temmuz- Aralık 2018), rapor yazımı ve sunumu (Ocak- Temmuz 2019) şeklindedir. Çalışma takvimi Çizelge 2.1' de gösterilmiştir.

Çizelge 2.1. Çalışma Takvimi

	2017			2018										2019										
	Eylül	Ekim	Kasım	Aralık	Ocak	Şubat	Mart	Nisan	Mayıs	Haziran	Temmuz	Ağustos	Eylül	Ekim	Kasım	Aralık	Ocak	Şubat	Mart	Nisan	Mayıs	Haziran	Temmuz	Ağustos
Tez Konusunun Belirlemesi ve Literatür Taranması	*	*	*																					
Etik Kurul ve Kurumsal İzinlerin Alınması					*	*																		
Tez Önerisi Sunumu ve Kabulü				*	*																			
Verilerin Toplanması							*	*	*	*														
Verilerin Girişi ve Değerlendirilmesi										*	*	*	*	*	*	*								
Rapor Yazımı ve Sunumu																	*	*	*	*	*	*	*	*

2.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırma evreni, Aksaray il merkezinde bulunan Mesleki ve Teknik Anadolu Liselerinin 9., 10., 11. ve 12. sınıflarına devam eden öğrencilerden oluşmaktadır. İl merkezinde toplam yedi adet Mesleki ve Teknik Anadolu Lisesi ve bu liselerde 2017-2018 eğitim ve öğretim yılında kayıtlı toplam 4934 öğrenci bulunmaktadır.

Araştırma için uygun örneklem büyüklüğünü belirlemede “Evrende Birey Sayısı Bilinen Örneklem Genişliği” formülü uygulanmıştır (Büyüköztürk ve ark. 2012, s.:82). Bu formül ile örneklem büyüklüğü en az 652 kişi olarak hesaplanmıştır.

$$n = \frac{N \times t^2 \times p \times q}{[d^2 \times (N - 1)] + [t^2 \times p \times q]}$$

N = Evrendeki birey sayısı (4934)

n = Örnekleme alınacak birey sayısı

p = Araştırılacak vakanın görülme sıklığı (0.5)

q = Araştırılacak vakanın görülme sıklığı (1-p)= (0.5)

t = Güven düzeyini karşılayan t tablo değeri (1.96)

d = Vakanın görülme sıklığına göre yapılmak istenen sapma değeri (0.03)

$$n = \frac{4934 \times 1.96^2 \times 0.5 \times 0.5}{[0.03^2 \times (4934 - 1)] + [1.96^2 \times 0.5 \times 0.5]}$$

n = 652 öğrenci

Bu araştırma kapsamına; 2017-2018 eğitim ve öğretim yılına kayıtlı, araştırmaya gönüllü katılan ve iletişime engel herhangi bir durumu olmayan öğrenciler dahil edilmiştir.

Örnekleme alınacak öğrenciler, okullara göre yedi tabakaya ayrılmıştır. Bu tabakalardaki öğrenci sayısı, evrendeki öğrenci sayısına bölünerek her tabakanın ağırlığı hesaplanmıştır. Bulunan tabaka ağırlığı ile örneklem sayısı çarpılarak tabakaya alınacak öğrenci sayısı belirlenmiştir. Araştırmaya gönüllü katılma ve dâhil edilme kriterlerini karşılayan öğrenciler, sınıf ve şube numarasına göre numaralandırılmıştır. Öğrencilere verilen numaralar, basit rast gele sayılar tablosundan her tabakaya düşen

sayı tamamlanincaya kadar seçilerek örneklem belirlenmiştir (Esin, 2018, s.: 179). Çalışmada yapılan tabakalı rastgele örnekleme yöntemi Çizelge 2.2 de gösterilmiştir.

Çizelge 2.2. Çalışmada Yapılan Tabakalı Rastgele Örnekleme Yöntemi

Tabaka No	Tabaka Adı (Mesleki ve Anadolu Teknik Lisesi)	Öğrencilerin Sayısı	Tabakanın Ağırlığı	Örnekleme Giren Öğrencilerin Sayısı
1	Hüseyin Cahit Korkmaz	507	$507/4934=0.102$	$0.102 \times 652=66$
2	Necmiye-Mehmet Yazıcı	833	$833/4934=0.168$	$0.168 \times 652=110$
3	Aksaray	1810	$1810/4934=0.366$	$0.366 \times 652=239$
4	75.Yıl	250	$250/4934=0.050$	$0.050 \times 652=33$
5	Ulurmak	360	$360/4934=0.072$	$0.072 \times 652=50$
6	Fatih	1150	$1150/4934=0.233$	$0.233 \times 652=151$
7	TOBB	24	$24/4934=0.004$	$0.004 \times 652=3$
Toplam	7	4934	1.00	652 Öğrenci

2.4. Bağımsız ve Bağımlı Değişkenler

Bağımsız Değişkenler: Ergene ilişkin tanımlayıcı özellikler (yaş, cinsiyet, sınıf, anne ve baba eğitim düzeyi, aile ile birlikte yaşama, gelir getiren işte çalışma, algılanan ekonomik, sağlık, okul başarı durumu ve anne-baba tutumu)

Bağımlı Değişkenler: Riskli Sağlık Davranışları Ölçek (RSDÖ) alt boyut (psikososyal, beslenme, fiziksel aktivite, hijyen, madde kullanımı) ve toplam puan ortalamaları

2.5. Veri Toplama Formları

Araştırmanın verileri; Ergene İlişkin Tanımlayıcı Özellikler Formu (EK- 1) ve Riskli Sağlık Davranışları Ölçeği (RSDÖ) (EK- 2) ile toplanmıştır.

2.5.1. Ergene İlişkin Tanımlayıcı Özellikler Formu (EK-1)

Ergene İlişkin Tanımlayıcı Özellikler Formu (EK- 1), literatür taraması (Muslu Karayağız ve Aygün, 2017; Sandıkçı, 2018 ve Uludağlı ve Sayıl, 2009) sonucu araştırmacı tarafından oluşturulan; öğrencinin yaşını, cinsiyetini, sınıf düzeyini, anne ve babasının eğitimi, aile ile birlikte yaşama ve gelir getiren işte çalışma durumunu, algılanan ekonomik, sağlık ve okul başarı durumu, algılanan anne-baba tutumunu içeren bir açık uçlu ve 10 çoktan seçmeli olmak üzere toplam 11 sorudan oluşmaktadır.

2.5.2. Riskli Sağlık Davranışları Ölçeği (RSDÖ) (EK- 2)

Ergenlerde riskli sağlık davranışlarının değerlendirilebilmesi amacıyla kullanılan RSDÖ, 2003 yılında Çimen ve Savaşer tarafından geliştirilmiştir. Bir öz değerlendirme formu olan RSDÖ, toplam 35 madde ve beş alt boyuttan oluşmaktadır. Alt boyutları; psikososyal, beslenme, fiziksel aktivite, hijyen ve madde kullanımındır.

- Madde 13, 14, 15, 16, 24, 26, 28, 29, 30, 32 psikososyal,
- Madde 1, 2, 3,4, 5, 6, 9, 10, 11, 12, 27 beslenme,
- Madde 22, 23, 25, 31 fiziksel aktivite,
- Madde 7, 8, 17, 18, 19 hijyen,

- Madde 20, 21, 33, 34 madde kullanımı alt boyutunu oluşturmaktadır. Ölçeğin geçerlilik ve güvenilirliğinin yapıldığı çalışmada, 35. Madde teorik olarak hiçbir madde ile uyuşmadığından ölçek faktör analizine dahil edilmemiştir ve ölçek beş alt boyut ile sınırlandırılmıştır. Ölçeğin toplam puanları hesaplanırken 35 madde üzerinden hesaplanmıştır.

Ölçek maddeleri riskli sağlık davranışlarının günlük yaşamda uygulanma durumuna göre “1 = Hiçbir zaman, 2 = Oldukça seyrek, 3 = Bazen, 4 = Çoğunlukla ve 5 = Hemen her zaman” şeklinde puanlanmaktadır. Ölçeğin puanlanma işlemi; madde 3- 9- 11- 13- 20- 21- 24- 26- 27- 28- 29- 30-31- 32- 33- 34- 35’e verilen puanlar aynen alınır. Madde 1- 2- 4-5- 6- 7- 8- 10- 12-14- 15- 16- 17- 18- 19- 22- 23- 25’e verilen puanlar tersine çevrilir. Tersine çevrilen maddelerde cevap 1 ise 5, 2 ise 4, 3 ise 3, 4 ise 2 ve 5 ise 1 olacak şekilde yeniden puanlanır. Toplam ölçek ve alt boyutların madde puanları toplanarak ham puan elde edilir. Toplam ham puan 35-175 arasındadır. Ölçek ve alt boyutların toplam ham puanı 20-100 arası puana dönüştürülerek kullanılır. Bu dönüştürme işlemleri sırasıyla aşağıda belirtilmiştir.

Ölçeğin tümü için 20-100 arası puana dönüştürülmesi işlemi: 35 maddeden alınan puanlar toplanarak ham puana ulaşılır. Elde edilen ham puan, ölçek maksimum ham puanına bölünür ve elde edilen puan 100 ile çarpılır. 20-100 arasında bir puan değeri bulunur. Sağlık davranışları açısından 20 puan riskin olmadığını, puanın 100 olması ise risk oranının yüksek olduğunu belirtmektedir.

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

Örneğin; bireyin 35 maddenin toplamından aldığı ham puan 125 olsun. Ölçekten alınan maksimum puan değeri 175 ise;

$$\text{Bireyin ölçek puanı} = \frac{125}{175} \times 100$$

= **71**'dir.

Ölçeğin alt boyutları için 20-100 arası puana dönüştürülmesi işlemi: Tersine dönüştürme işlemi tamamlandıktan sonra alt boyutu oluşturan maddelere verilen puanların toplanmasıyla ham puan bulunur. Ham puan alt boyutun maksimum ham puanına bölünür ve bulunan sonuç 100 ile çarpıldığında 20-100 arasında bir puan değerine ulaşılır.

$$\text{Alt boyuttan alınan puan} = \frac{\text{Alt boyuttan alınan toplam ham puan}}{\text{Alt boyutun maksimum ham puanı}} \times 100$$

Örneğin; fiziksel aktivite alt boyutu için; bireyin maddelere verdiği cevaplardan alınan puanlar (dönüştürme işleminden sonra) ; 3-2-2-3 olsun. Bu bireyin alt boyuttan aldığı ham toplam puanı '**10**'dur. Fiziksel aktivite alt boyutunun maksimum ham puanı '**20**' olduğuna göre,

$$\text{Fiziksel aktivite alt boyut puanı} = \frac{10}{20} \times 100$$

= **50**'dir.

Ölçeğin Yorumlanması: Ölçeğin ve alt boyutlarından alınan toplam puan değerlerinin yüksek olması kişilerin riskli sağlık davranışlar sergilediğini, puanların düşük olması ise sağlık davranışlarının iyi olduğunu belirtmektedir.

Çimen ve Savaşer tarafından geliştirilen, geçerlik ve güvenirlik düzeyi yüksek bulunan Riskli Sağlık Davranışları Ölçeği'nin Cronbach alfa değeri 0.86' dır. Bu araştırmanın örnekleminde ölçeğin Cronbach alfa değeri .71 bulunmuştur (Çizelge 2.3).

Çizelge 2.3. RSDÖ Cronbach Alfa değeri (n=652)

	Ölçeğin Cronbach Alfa Değeri	Örneklemin Cronbach Alfa Değeri
RSDÖ Toplam	.86	.71

Çizelge 2.4. RSDÖ Alt Boyut ve Toplam Puanlarından Alınan En Düşük ve En Yüksek Değerler (n=652)

RSDÖ Alt Boyutları	Ölçeğin Min- Maks Değeri	Örneklemin Min- Maks Değeri	Örneklemin $\bar{X} \pm SS$
Psikososyal	20-100	22,22-100	48,00±13,54
Beslenme	20-100	30-100	56,97±10,77
Fiziksel aktivite	20-100	24,29-100	37,13±11,22
Hijyen	20-100	20,83-100	32,41±10,10
Madde kullanımı	20-100	22,22-100	27,91±11,83
RSDÖ Toplam	20-100	30,5-100	52,93±8,85

Çizelge 2.4' te en yüksek risk puan ortalamasının beslenme ($56,97\pm 10,77$) alt boyutundan alındığı, bunu sırası ile psikososyal davranış ($48,00\pm 13,54$), fiziksel aktivite ($37,13\pm 11,22$), hijyen ($32,41\pm 10,10$) ve madde kullanımına ($27,91\pm 11,83$) ilişkin boyutların takip ettiği saptanmıştır. RSDÖ toplam puan ortalaması $52,93\pm 8,85$ olarak bulunmuştur.

2.6. Etik İlkeler

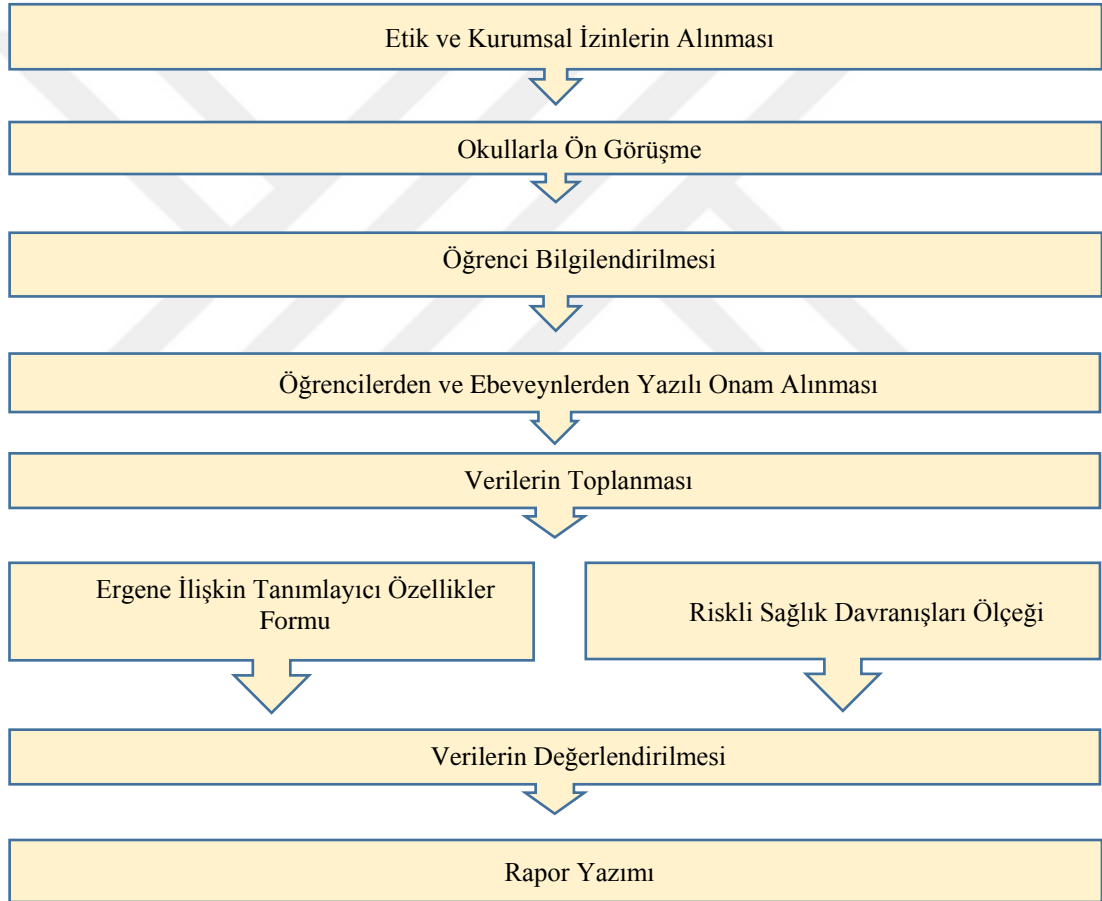
Araştırmanın yürütülmesi için, 12.02.2018 tarih ve 2018/26 sayılı Aksaray Üniversitesi Rektörlüğü İnsan Araştırmaları Etik Kurulu'ndan onay (Ek-3), 26.02.2018 tarih ve 85705372- 44- E. 4051788 sayılı T.C Aksaray Milli Eğitim İl Müdürlüğü'nden kurumsal izin (Ek-4), araştırmanın amacı ve uygulama yöntemi anlatılarak tüm öğrencilerden yazılı onam (Ek 5) ve 18 yaşını doldurmamış öğrencilerin ebeveynlerinden de yazılı onam (Ek-6) alınmıştır. Ergenlere araştırmadan istedikleri zaman ayrılacakları belirtilerek, kendilerine ait bilgilerin korunacağı ve 'kimliğinin gizli kalacağı' bildirilmiştir.

2.7. Verilerin Toplanması

Bu araştırmanın verileri, Mart 2018 – Haziran 2018 tarihleri arasında toplanmıştır.

Araştırmada kullanılan veri toplama araçlarının değerlendirilmesi amacıyla 60 ergene ön uygulama yapılmış, yeterince anlaşılmayan sorular yeniden değerlendirilmiştir. Ön uygulama verileri araştırmaya dahil edilmemiştir. Araştırma

kapsamındaki öğrencilere düzenlenen veri toplama formlarının uygulanması için; okul yöneticileri ile görüşülerek veri toplama süreci planlanmıştır. Öğrenciler, okulun rehberlik birimi eşliğinde çalışma hakkında bilgilendirilmiş ve ailelerine gönderilmek üzere Ebeveyn Bilgilendirilmiş Onam Formu dağıtılmıştır. Ertesi gün Ebeveyn Bilgilendirilmiş Onam Formu' nu imzalı olarak getiren ve araştırmaya katılmayı isteyen öğrencilere veri toplama formları dağıtılmıştır. Formların doldurulması ile ilgili bilgilendirmeler yapılmıştır. Formlarının doldurulma süresi yaklaşık olarak 15-20 dakikada tamamlanmıştır (Şekil 2.1).



Şekil 2.1. Araştırma Planı

2.9. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırma verilerinin analizi bilgisayar ortamında SPSS Windows versiyon 24.0 paket programı kullanılmış olup; verilerin normal dağılıma uygunluğu Shaphiro-wilk testi ile test edilmiş, normal dağılıma sahip özelliklerin iki bağımsız grupta karşılaştırılmasında Student t testi, normal dağılmayan özelliklerin iki bağımsız grupta karşılaştırılmasında Mann Whitney U testi kullanılmıştır. Ayrıca sayısal verilerin ikiden fazla bağımsız grupta karşılaştırılmasında normal dağılım gösteren özellikler için tek yönlü varyans analizi (ANOVA) ve LSD çoklu karşılaştırma testleri, normal dağılmayan özellikler için ise Kruskal Wallis testi ve test sonrası çoklu karşılaştırma (All pairwise) testi kullanılmıştır. Tanımlayıcı istatistik olarak sayısal değişkenler için ortalama±standart sapma, kategorik değişkenler için ise sayı ve yüzde değerleri verilmiş olup, bütün istatistiksel değerlendirmelerde önemlilik düzeyi $<0,05$ olarak alınmıştır.

2.10. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmanın sonuçları planlandığı şekilde yürütülmüştür ve sınırlılığı bulunmamaktadır.

3. BULGULAR

Araştırmanın bulguları iki kategoride ele alınmıştır:

3.1. Öğrencilerin tanımlayıcı özelliklerine ait bulgular

3.2. Öğrencilerin tanımlayıcı özelliklerine göre RSDÖ alt boyut ve toplam risk puan ortalamaları dağılımına ait bulgular

3.1. Öğrencilerin Tanımlayıcı Özelliklerine Ait Bulgular

Öğrencilerin tanımlayıcı özelliklerine ait bulgular Çizelge 3.1’ de sunulmuştur.

Çizelge 3.1. Öğrencilere Ait Tanımlayıcı Özellikler (n=652)

Tanımlayıcı Özellikler	Sayı (n)	Yüzde (%)
Yaş	($\bar{X} \pm SS = 16,50 \pm 1,04$ min-maks= 15- 18)	
Cinsiyet		
Kadın	303	46,5
Erkek	349	53,5
Sınıf		
9.sınıf	154	23,6
10.sınıf	158	24,3
11.sınıf	160	24,5
12.sınıf	180	27,6
Annenin eğitim durumu		
Okur yazar değil	37	5,7
Okur yazar	44	6,7
İlköğretim mezunu	495	75,9
Lise mezunu	65	10,0
Üniversite mezunu	11	1,7
Toplam	652	100

Çizelge 3.1. Devam

Tanımlayıcı Özellikler	Sayı (n)	Yüzde (%)
Babanın eğitim durumu		
Okur yazar değil	7	1,3
Okur yazar	40	6,1
İlköğretim mezunu	444	68,1
Lise mezunu	131	20,1
Üniversite mezunu	29	4,4
Aile ile birlikte yaşama durumu		
Birlikte	589	90,3
Ayrı	63	9,7
Gelir getiren işte çalışma durumu		
Evet	103	15,8
Hayır	549	84,2
Algılanan ekonomik durum		
İyi	291	44,6
Kötü	19	2,9
Orta	342	52,5
Algılanan sağlık durumu		
İyi	558	85,6
Kötü	6	0,9
Orta	88	13,5
Algılanan başarı durumu		
İyi	378	58,0
Kötü	5	0,8
Orta	269	41,2
Algılanan anne-baba tutumu		
Baskıcı ve otoriter	127	19,5
Aşırı koruyucu	197	30,2
İlgisiz	24	3,7
Mükemmeliyetçi	98	15,0
Demokratik	206	31,6
Toplam	652	100

Çizelge 3.1’de öğrencilerinin tanımlayıcı özellikleri verilmiştir. Araştırmaya katılan öğrencilerin yaşlarının ortalaması $16,50 \pm 1,04$ tür. Öğrencilerin %53,5’i erkek, ve %27,6’sı 12. sınıftadır.

Araştırmaya katılan öğrencilerin annelerinin %75,9’ u ve babalarının %68,1’i ilköğretim mezunudur. Öğrencilerin %90,3’ü ailesi ile beraber yaşamakta ve %15,8’i

gelir getiren işte çalışmaktadır. Öğrencilerin %52,5'i ekonomik durumunu orta, %85,6'sı sağlık durumunu iyi ve %58,0' i başarı durumlarını iyi olarak tanımlamıştır (Çizelge 3.1).

Araştırma kapsamına alınan öğrencilerin %3,7'si ilgisiz ve %31,6'sı demokratik anne-baba tutumuna sahip ebeveynlerinin olduğunu ifade etmişlerdir (Çizelge 3.1).

Çizelge 3.2. RSDÖ Alt Boyut ve Toplam Risk Puan Ortalamalarına Ait Bulgular (n=652)

RSDÖ Alt Boyutları	Ortalama (\bar{X})	Standart Sapma (SS)
Psikososyal	48,00	13,54
Beslenme	56,97	10,77
Fiziksel aktivite	37,13	11,22
Hijyen	32,41	10,10
Madde kullanımı	27,91	11,83
RSDÖ Toplam	52,93	8,85

Çizelge 3.2' de RSDÖ alt boyut ve toplam risk puan ortalamaları sunulmaktadır. Riskli sağlık davranışlarından en yüksek alt boyut risk puan ortalaması beslenme ($56,97 \pm 10,77$), en düşük risk puan ortalaması madde kullanımı ($27,91 \pm 11,83$) ve RSDÖ toplam puan ortalaması $52,93 \pm 8,85$ ' dir.

3.2. Öğrencilerin Tanımlayıcı Özelliklerine Göre RSDÖ Alt Boyut ve Toplam Puan Ortalamalarının Dağılımına Ait Bulgular

Bu bölümde öğrencilerin tanımlayıcı özellikleri açısından RSDÖ alt boyut ve toplam puan ortalamalarının dağılımına ait bulgular bulunmaktadır.

Çizelge 3.3. Öğrencilerin Cinsiyetlerine Göre RSDÖ Alt Boyut ve Toplam Risk Puan Ortalamalarının Dağılımı (n=652)

Cinsiyet	RSDÖ Alt Boyutlar					RSDÖ Toplam
	Psikososyal $\bar{X}\pm SS$	Beslenme $\bar{X}\pm SS$	Fiziksel Aktivite $\bar{X}\pm SS$	Hijyen $\bar{X}\pm SS$	Madde Kullanımı $\bar{X}\pm SS$	$\bar{X}\pm SS$
Kadın	42,2 ± 10,74	59,49±11,5	40,84±10,0	30,93± 9,59	24,4 ± 6,3	51,78±7,85
Erkek	53,04± 13,72	54,78±9,59	33,9±11,23	33,69±10,37	30,95±14,39	53,93 ± 9,53
Test Değeri	t=-11,113	t=5,703	t=8,277	t=-3,515	t=-7,325	t=-3,112
Önemlilik	p=0,001	p=0,001	p=0,001	p=0,001	p=0,001	p=0,002

*P değerleri Student t testinden elde edilmiştir.

Çizelge 3.3'te cinsiyete göre psikososyal, beslenme, fiziksel aktivite, hijyen ve madde kullanımı alt boyut ve RSDÖ toplam risk puan ortalamaları arasındaki farklılık düzeyleri istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0,05$). Erkeklerin psikososyal (53,04±13,72), hijyen (33,69±10,37) ve madde kullanım (30,95±14,39) alt boyut risk puan ortalamaları kadınlarınkinden daha yüksekken, kadınlarda beslenme (59,49±11,5) ve fiziksel aktivite (40,84±10,0) alt boyut risk puan ortalamaları erkeklerinkinden daha yüksek bulunmuştur.

RSDÖ toplam risk puan ortalamaları erkeklerde 53,93±9,53, kadınlarda 51,78±7,85 olup, erkeklerin kızlardan daha fazla riskli davranışlarda bulunduğu tespit edilmiştir ($p<0,05$, Çizelge 3.3).

Çizelge 3.4. Öğrencilerin Sınıflarına Göre RSDÖ Alt Boyut ve Toplam Risk Puan Ortalamalarının Dağılımı (n=652)

Sınıf	RSDÖ Alt Boyutlar					RSDÖ Toplam
	Psikososyal $\bar{X} \pm SS$	Beslenme $\bar{X} \pm SS$	Fiziksel Aktivite $\bar{X} \pm SS$	Hijyen $\bar{X} \pm SS$	Madde Kullanımı $\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$
9.sınıf	50,85±14,55 ^{ab}	56,55± 9,76	37,56±11,19 ^a	33,38±9,64 ^a	26,15±9,39 ^a	53,52±8,58 ^a
10.sınıf	48,41±13,80	57,21±10,90	36,55±11,47 ^b	32,09± 9,47	27,10±11,44	52,88±8,59 ^b
11.sınıf	45,87±11,00 ^a	55,80±10,73	34,73±10,96 ^{ac}	30,26±9,10 ^{ab}	26,59± 9,87 ^b	50,81±7,71 ^{ab}
12.sınıf	47,09±14,09 ^b	58,14±11,45	39,38±10,82 ^{bc}	33,75±11,51 ^b	31,26±14,66 ^{ab}	54,33±9,87
Test Değeri	F=3,957	F=1,447	F=5,181	F=4,057	F=7,054	F=4,875
Önemlilik	p=0,008	p=0,228	p=0,002	p=0,007	p=0,001	p=0,002

*F değeri Anova, testinden elde edilmiştir.

**Aynı sütunda yer alan a, b ve c harf indislerinin aynı harfleri arasındaki fark anlamlıdır.

Çizelge 3.4’ te psikososyal, fiziksel aktivite, hijyen ve madde kullanımı alt boyutu ile RSDÖ toplam risk puan ortalamaları sınıflara göre farklılık göstermektedir ($p < 0,05$). Beslenme alt boyut risk puan ortalamalarının sınıflar bakımından istatistiksel olarak fark yaratmadığı görülmektedir ($p = 0,228$). LSD testi ile ileri analizde farklılığın hangi gruptan kaynaklandığı saptanmıştır. Psikososyal alt boyut risk puan ortalamalarında 9. sınıf ile 11.sınıf ve 9. sınıf ile 12. sınıf arasında; fiziksel aktivite alt boyut risk puan ortalamalarında 9. sınıf ile 11. sınıf, 10. sınıf ile 12. sınıf ve 11. sınıf ile 12. sınıf arasında; hijyen alt boyut risk puan ortalamalarında 9. sınıf ile 11 sınıf ve 11. sınıf ile 12. sınıf arasında; madde kullanımı alt boyu risk puan ortalamalarında 9. sınıf ile 12. sınıf ve 11. sınıf ile 12. sınıf arasında; RSDÖ toplam risk puan ortalamalarında 9. sınıf ile 11.sınıf ve 10. sınıf ile 11. sınıf arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık vardır.

Psikososyal (50,85±14,55), fiziksel aktivite (39,38±10,82), hijyen (33,75±11,51) ve madde kullanım alt boyut risk puan ortalamaları (31,26±14,66) 9 ile 12.sınıflarda; RSDÖ toplam risk puan ortalamaları (54,33±9,87) 9 ve 10. sınıflarda yüksek bulunmuştur (Çizelge 3.4).

Çizelge 3.5. Öğrencilerin Anne Eğitim Durumuna Göre RSDÖ Alt Boyut ve Toplam Risk Puan Ortalamalarının Dağılımı (n=652)

Annenin eğitimi	RSDÖ Alt Boyutlar					RSDÖ Toplam
	Psikososyal X̄±SS	Beslenme X̄±SS	Fiziksel Aktivite X̄±SS	Hijyen X̄±SS	Madde Kullanımı X̄±SS	X̄±SS
Okur yazar değil	47,38±10,55	60,27± 9,39	36,19±9,26	36,26±10,05 ^{ab}	27,47±10,30	54,28±7,01
Okur yazar	48,63±10,80	57,27±11,25	34,98±10,71	33,23±11,31	25,88± 9,12	52,72±7,62
İlköğretim	47,69±13,00	56,65±10,77	37,52±11,43	32,23±9,63 ^b	27,73±11,78	52,73±8,90
Lise	48,71±12,09	56,55± 9,39	35,87±10,79	30,32± 8,57 ^a	29,74±13,26	52,73±7,67
Üniversite	57,37±17,67	61,09±18,05	38,31±11,63	36,36±23,86	34,34±16,81	59,18±17,92
Test Değeri	F=1,476	F=1,410	F=0,852	χ^2 =10,448	χ^2 =6,812	F=1,677
Önemlilik	p=0,206	p=0,229	p=0,492	p=0,034	p=0,146	p=0,154

*F değeri Anova, Ki kare (χ^2) istatistikleri Kruskal Wallis testinden elde edilmiştir.

**Aynı sütunda yer alan a ve b harf indislerinin aynı harfleri arasındaki fark anlamlıdır.

Çizelge 3.5'te anne eğitim durumu farklı olan bireylerde sadece hijyen alt boyut risk puan ortalaması bakımından farklılıklar gözlenmiştir (p<0,05). Yapılan Kruskal Wallis testi sonrası çoklu karşılaştırmalara göre annesi okur yazar olmayan öğrenciler ile annesi lise mezunu olan öğrenciler ve annesi okur yazar olmayan öğrenciler ile annesi ilköğretim mezunu öğrenciler arasında farklılık vardır. Annesi okur yazar olmayan öğrencilerin hijyen alt boyutundan alınan risk puan ortalaması (36,26±10,05) daha yüksek bulunmuştur.

Çizelge 3.6. Öğrencilerin Baba Eğitim Durumuna Göre RSDÖ Alt Boyut ve Toplam Risk Puan Ortalamalarının Dağılımı (n=652)

Babanın eğitimi	RSDÖ Alt Boyutlar					RSDÖ Toplam
	Psikososyal $\bar{X}\pm SS$	Beslenme $\bar{X}\pm SS$	Fiziksel Aktivite $\bar{X}\pm SS$	Hijyen $\bar{X}\pm SS$	Madde Kullanımı $\bar{X}\pm SS$	$\bar{X}\pm SS$
Okur yazar değil	54,72±18,81	61,75±11,63	33,03± 7,33	36,45±17,50	27,77±10,28	56,47±8,96
Okur yazar	50,83±11,45 ^a	57,25±7,90	35,26±10,97	35,31±11,32	27,22± 8,03	54,00±7,55
İlköğretim	46,95±13,22 ^{ab}	56,69±10,73	37,23±11,61	32,13±9,24	27,12±11,11	52,34±8,53
Lise	48,88±13,35	57,11±11,23	38,38± 9,87	32,53±11,76	30,57±14,96	53,96±9,36
Üniversite	54,32±17,60 ^b	58,82±12,50	33,49±11,10	30,89±10,23	28,73± 9,74	54,75±1,87
Test Değeri	$\chi^2=8,457$	F=0,693	F=1,731	F=1,403	F=2,239	F=1,728
Önemlilik	p=0,019	p=0,597	p=0,141	p=0,232	p=0,063	p=0,142

*F değeri Anova,, Ki kare (χ^2) istatistikleri Kruskal Wallis testinden elde edilmiştir.

**Aynı sütunda yer alan a ve b harf indislerinin aynı harfleri arasındaki fark anlamlıdır.

Çizelge 3.6’da baba eğitim durumu farklı olan bireylerde sadece psikososyal alt boyut risk puan ortalaması bakımından farklılıklar gözlenmiştir ($p<0,05$). Yapılan Kruskal Wallis testi sonrası çoklu karşılaştırmalara göre; babası ilköğretim mezunu olan öğrenciler ile okur yazar olan öğrenciler ve babası ilköğretim mezunu olan öğrenciler ile üniversite mezunu olan öğrenciler arasında farklılık vardır. Babası okur yazar ve üniversite mezunu olan öğrencilerde psikososyal alt boyutundan alınan risk puan ortalaması daha yüksek saptanmıştır.

Çizelge 3.7. Öğrencilerin Aile İle Birlikte Yaşama Durumlarına Göre RSDÖ Alt Boyut ve Toplam Risk Puan Ortalamalarının Dağılımı (n=652)

Aile ile birlikte yaşama durumu	RSDÖ Alt Boyutlar $\bar{X} \pm SS$					RSDÖ Toplam $\bar{X} \pm SS$
	Psikososyal $\bar{X} \pm SS$	Beslenme $\bar{X} \pm SS$	Fiziksel Aktivite $\bar{X} \pm SS$	Hijyen $\bar{X} \pm SS$	Madde Kullanımı $\bar{X} \pm SS$	
Birlikte	47,96± 13,7	56,7 ±10,75	36,95±11,14	32,31±10,15	27,59±11,48	52,72±8,84
Ayrı	48,36±12,02	59,49±10,79	38,78±11,89	33,33 ± 9,67	30,86±14,42	54,86 ± 8,75
Test Değeri	t=-0,220	t=-1,953	t=-1,228	t=-0,766	t=-1,745	t=-1,825
Önemlilik	p=0,826	p=0,055	p=0,220	p=0,444	p=0,085	p=0,068

*P değerleri Student t testinden elde edilmiştir.

Çizelge 3.7’de ailesi birlikte yaşayan ile ayrı yaşayan öğrencilerin RSDÖ alt boyut ve toplam risk puan ortalamasının benzer olduğu gözlenmiştir ($p>0,05$).

Çizelge 3.8. Öğrencilerin Gelir Getiren Bir İşte Çalışma Durumlarına Göre RSDÖ Alt Boyut ve Toplam Risk Puan Ortalamalarının Dağılımı (n=652)

Gelir getiren işte çalışma	RSDÖ Alt Boyutlar $\bar{X} \pm SS$					RSDÖ Toplam $\bar{X} \pm SS$
	Psikososyal $\bar{X} \pm SS$	Beslenme $\bar{X} \pm SS$	Fiziksel Aktivite $\bar{X} \pm SS$	Hijyen $\bar{X} \pm SS$	Madde Kullanımı $\bar{X} \pm SS$	
Evet	55,9 ± 15,94	58,85±12,08	37,17±12,74	33,37±11,4	34,95±16,12	57,37±10,63
Hayır	46,52±12,52	56,62±10,49	37,12±10,92	32,23±9,84	26,58±10,32	52,09 ± 8,22
Test Değeri	t=6,662	t=1,760	t=0,042	t=1,059	t=6,817	t=5,688
Önemlilik	p=0,001	p=0,081	p=0,966	p=0,290	p=0,001	p=0,001

*P değerleri Student t testinden elde edilmiştir.

Çizelge 3.8’de riskli sağlık davranışlarından psikososyal alt boyutu ve RSDÖ toplam risk puan ortalamaları, öğrencilerin gelir getiren işte çalışma durumları bakımından istatistiksel olarak farklıdır ($p<0,05$). Çalışan öğrencilerin psikososyal ($55,9 \pm 15,94$) alt boyut ile RSDÖ toplam risk puan ortalamaları ($57,37 \pm 10,63$) daha yüksek saptanmıştır.

Çizelge 3.9. Öğrencilerin Algılanan Ekonomik Durumuna Göre RSDÖ Alt Boyut ve Toplam Risk Puan Ortalamalarının Dağılımı (n=652)

Algılanan ekonomik durum	RSDÖ Alt Boyutlar $\bar{X} \pm SS$				RSDÖ Toplam $\bar{X} \pm SS$	
	Psikososyal $\bar{X} \pm SS$	Beslenme $\bar{X} \pm SS$	Fiziksel Aktivite $\bar{X} \pm SS$	Hijyen $\bar{X} \pm SS$	Madde Kullanımı $\bar{X} \pm SS$	
İyi	46,81 \pm 12,89 ^a	55,90 \pm 10,44 ^{ab}	36,72 \pm 11,05	31,15 \pm 9,77 ^a	27,37 \pm 11,56	51,83 \pm 8,19 ^{ab}
Orta	56,84 \pm 19,46 ^b	60,94 \pm 10,69 ^{ab}	40,03 \pm 9,11	34,56 \pm 13,62 ^a	33,62 \pm 20,82	59,23 \pm 12,83 ^{ac}
Kötü	48,52 \pm 13,52 ^{ab}	57,65 \pm 10,97 ^a	37,31 \pm 11,45	33,33 \pm 10,06	28,03 \pm 11,31	53,50 \pm 8,94 ^{bc}
Test Değeri	F=5,503	F=3,436	F=0,877	F=4,270	F=2,548	F=7,972
Önemlilik	p=0,004	p=0,033	p=0,417	p=0,014	p=0,079	p=0,001

*F değeri Anova testinden elde edilmiştir.

**Aynı sütunda yer alan a, b ve c harf indislerinin aynı harfleri arasındaki fark anlamlıdır.

Çizelge 3.9’da psikososyal, beslenme, hijyen alt boyut ve RSDÖ toplam risk puan ortalamaları öğrencilerin ekonomik durumlarını algılama bakımından istatistiksel açıdan farklılık göstermektedir ($p<0,05$). LSD testi ile ileri analizde farklılığın hangi gruptan kaynaklandığı saptanmıştır. Psikososyal alt boyut risk puan ortalamaları ekonomik durumu iyi ile kötü olan ve orta ile kötü olan öğrenciler arasında; beslenme alt boyutundan alınan risk puan ortalamaları ekonomik durumu iyi ile kötü olan ve iyi ile orta olan öğrenciler arasında; RSDÖ toplam risk puan ortalamaları ekonomik durumu iyi ile orta olan, iyi ile kötü ve orta ile kötü olan öğrenciler arasında farklı bulunmuştur.

Çizelgeye göre psikososyal (56,84±19,46), beslenme (60,94±10,69) ve hijyen alt boyut risk puan ortalamaları (34,56±13,62) ekonomik durumu orta olan öğrenciler ile RSDÖ toplam risk puan ortalamaları (53,50±8,94) ekonomik durumu kötü olan öğrencilerde daha yüksek bulunmuştur (Çizelge 3.9).

Çizelge 3.10. Öğrencilerin Algılanan Sağlık Durumuna Göre RSDÖ Alt Boyut ve Toplam Risk Puan Ortalamalarının Dağılımı (n=652)

Algılanan sağlık durumu	RSDÖ Alt Boyutlar					RSDÖ Toplam
	Psikososyal $\bar{X}\pm SS$	Beslenme $\bar{X}\pm SS$	Fiziksel Aktivite $\bar{X}\pm SS$	Hijyen $\bar{X}\pm SS$	Madde Kullanımı $\bar{X}\pm SS$	$\bar{X}\pm SS$
İyi	47,59±13,34	56,11±10,48 ^{ab}	36,76±11,27	32,19±10,15	27,74±11,45	52,36±8,60 ^{ab}
Orta	64,44±23,51	68,33±14,38 ^a	35,71±11,06	35,41±16,82	48,14±33,45	65,24±17,78 ^a
Kötü	49,44±13,36	61,59±10,87 ^b	39,52±10,63	33,52±9,23	27,52±10,18	65,62±8,60 ^b
Test Değeri	$\chi^2 = 5,224$	$\chi^2 = 22,779$	$\chi^2 = 5,593$	$\chi^2 = 2,667$	$\chi^2 = 3,215$	$\chi^2 = 14,391$
Önemlilik	p=0,073	p=0,001	p=0,061	p=0,264	p=0,200	p=0,001

*Ki kare (χ^2) istatistikleri Kruskal Wallis testinden elde edilmiştir.

**Aynı sütunda yer alan a ve b harf indislerinin aynı harfleri arasındaki fark anlamlıdır.

Çizelge 3.10' da öğrencilerin algılanan sağlık durumu bakımından RSDÖ alt boyut ve toplam risk puan ortalamalarına ilişkin değerler verilmiştir. Beslenme alt boyut ve RSDÖ toplam risk puan ortalamalarında öğrencilerin sağlık durumlarını algılama bakımından anlamlı farklılık tespit edilmiştir (p<0,05). Kruskal Wallis testi sonrası çoklu karşılaştırmalara göre; beslenme alt boyut risk puan ortalaması sağlık durumu iyi ile orta ve sağlık durumu iyi ile kötü olan öğrenciler arasında; RSDÖ toplam risk puan ortalaması sağlık durumu iyi ile orta ve sağlık durumu iyi ile kötü olan öğrenciler arasında istatistiksel olarak farklılığın anlamlı olduğu tespit edilmiştir.

Çizelge 3.11. Öğrencilerin Algılanan Başarı Durumuna Göre RSDÖ Alt Boyut ve Toplam Risk Puan Ortalamalarının Dağılımı (n=652)

Algılanan başarı durumu	RSDÖ Alt Boyutlar $\bar{X} \pm SS$					RSDÖ Toplam $\bar{X} \pm SS$
	Psikososyal $\bar{X} \pm SS$	Beslenme $\bar{X} \pm SS$	Fiziksel Aktivite $\bar{X} \pm SS$	Hijyen $\bar{X} \pm SS$	Madde Kullanımı $\bar{X} \pm SS$	
İyi	45,60±12,69 ^{ab}	56,18±11,41 ^a	36,91±10,94	31,43±9,80 ^a	27,04±10,81 ^{ab}	51,60±8,53 ^{ab}
Orta	68,88±18,25 ^a	58,40±10,80 ^a	40,71±13,26	33,33±4,16 ^a	45,55±24,34 ^a	63,40±13,33 ^a
Kötü	50,98±13,73 ^b	58,04± 9,74	37,36±11,57	33,75±10,45	28,78±12,58 ^b	54,59±8,81 ^b
Test Değeri	$\chi^2=33,317$	$\chi^2=6,542$	$\chi^2=0,682$	$\chi^2=9,434$	$\chi^2=12,809$	$\chi^2=23,394$
Önemlilik	p=0,001	p=0,001	p=0,711	p=0,009	p=0,002	p=0,001

*Ki kare (χ^2) istatistikleri Kruskal Wallis testinden elde edilmiştir

**Aynı sütunda yer alan a ve b harf indislerinin aynı harfleri arasındaki fark anlamlıdır.

Çizelge 3.11’ de psikososyal, beslenme, hijyen ve madde kullanımı alt boyut ve RSDÖ toplam risk puan ortalamalarının farklılık düzeyleri öğrencilerin başarı durumlarına göre anlamlıdır (p<0,05). Kruskal Wallis testi sonrası çoklu karşılaştırma sonucuna göre; psikososyal alt boyut ve RSDÖ toplam risk puan ortalaması okul başarı durumu iyi ile orta ve iyi ile kötü olan öğrenciler arasında; beslenme ve hijyen alt boyut risk puan ortalaması okul başarı durumu iyi ile orta olan öğrenciler arasında istatistiksel olarak farklıdır.

Psikososyal (68,88±18,25), beslenme (58,40±10,80), hijyen (33,75±10,45) ve madde kullanım alt boyut risk puan ortalaması (45,55±24,34) okul başarı durumu orta olan öğrencilerde ve RSDÖ toplam risk puan ortalaması (63,40±13,33), okul başarı durumu orta ile kötü olan öğrencilerde daha yüksek saptanmıştır (Çizelge 3.11).

Çizelge 3.12. Öğrencilerin Algılanan Anne-Baba Tutumuna Göre RSDÖ Alt Boyut ve Toplam Risk Puan Ortalamalarının Dağılımı (n=652)

Algılanan anne-baba tutumu	RSDÖ Alt Boyutlar					RSDÖ Toplam
	Psikososyal $\bar{X}\pm SS$	Beslenme $\bar{X}\pm SS$	Fiziksel Aktivite $\bar{X}\pm SS$	Hijyen $\bar{X}\pm SS$	Madde Kullanımı $\bar{X}\pm SS$	$\bar{X}\pm SS$
Baskıcı ve otoriter	50,27±14,25 ^a	59,00±11,26 ^{ab}	39,14±11,27 ^{ab}	34,61±12,29 ^a	31,23±15,30 ^{abc}	55,65±10,44 ^{abc}
Aşırı koruyucu	48,88±14,18 ^b	57,42±10,67 ^{cd}	37,30±10,16 ^c	32,88±9,94 ^b	27,80±11,64 ^a	53,49±8,18 ^{ade}
İlgisiz	49,90±11,36	62,91±13,02 ^{cef}	41,51±9,29 ^{de}	33,85±10,22	31,25±13,58 ^d	57,38±8,26 ^{df}
Mükemmeliyetçi	48,91±12,23 ^c	55,65±10,94 ^{ae}	34,40±10,36 ^{acd}	32,48±11,06	27,09±9,54 ^b	52,17±8,47 ^{bf}
Demokratik	45,10±12,90 ^{abc}	55,21±12,75 ^{bdf}	36,49±12,37 ^{be}	30,38±7,71 ^{ab}	25,94±9,70 ^{cd}	50,54±7,90 ^{ce}
Test Değeri	F=3,759	F=4,899	F=3,628	F=3,889	F=4,632	F=9,099
Önemlilik	p=0,005	p=0,001	p=0,006	p=0,004	p=0,001	p=0,001

*F değeri Anova testinden elde edilmiştir

**Aynı sütunda a, b,c, d, e, f harf indislerinin aynı harfleri arasındaki fark anlamlıdır.

Anne-baba tutumuna göre RSDÖ alt boyut ve toplam risk puan ortalamaları çizelge 3.12' de sunulmuştur. Riskli sağlık davranışlarından psikososyal, beslenme, fiziksel aktivite, hijyen ve madde kullanımı alt boyutu ve RSDÖ toplam risk puan ortalamalarında anne-baba tutumu bakımından farklılık anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$).). Anova testi sonrası yapılan karşılaştırma analizine (LSD) göre; psikososyal alt boyut risk puan ortalamaları baskıcı ve otoriter ile demokratik anne-baba tutumu, aşırı koruyucu ile demokratik anne- baba tutumu ve mükemmeliyetçi ile demokratik anne- baba tutumuna sahip öğrencilerde; beslenme alt boyut risk puan ortalamaları baskıcı ve otoriter ile mükemmeliyetçi anne- baba tutumu, baskıcı ve otoriter ile demokratik anne- baba tutumu, aşırı koruyucu ile ilgisiz anne- baba tutumu, aşırı koruyucu ile demokratik anne- baba tutumu ve ilgisiz ile mükemmeliyetçi anne-baba tutumuna sahip olanlarda; fiziksel aktivite alt boyut risk puan ortalamaları baskıcı ve otoriter ile mükemmeliyetçi anne- baba tutumu, baskıcı ve otoriter ile demokratik anne- baba tutumu, aşırı koruyucu ile mükemmeliyetçi anne- baba tutumu, ilgisiz ile

mükemmeliyetçi anne- baba tutumu ve ilgisiz ile demokratik anne- baba tutumuna sahip olan öğrencilerde; hijyen alt boyut risk puan ortalamaları baskıcı ve otoriter ile demokratik anne- baba tutumu ve aşırı koruyucu ile demokratik anne- baba tutumuna sahip olduğunu tanımlayan öğrencilerde; madde kullanımı alt boyut risk puan ortalamaları baskıcı ve otoriter ile aşırı koruyucu anne- baba tutumu, baskıcı ve otoriter ile mükemmeliyetçi anne- baba tutumu, baskıcı ve otoriter ile demokratik anne- baba tutumuna sahip öğrenciler arasında ve RSDÖ toplam risk puan ortalamaları baskıcı ve otoriter ile aşırı koruyucu anne- baba tutumu, baskıcı ve otoriter ile mükemmeliyetçi anne- baba tutumu ve baskıcı ve otoriter ile demokratik anne- baba tutumuna sahip öğrenciler arasında istatistiksel olarak farklı bulunmuştur ($p<0,05$, Çizelge 3.11).

Çizelge 3.13. Tanımlayıcı Özellikler ile Riskli Sağlık Davranışları Puan Ortalamaları Arasındaki İstatistiksel Farkın Dağılım Özeti

Tanımlayıcı Özellikler	RSDÖ Alt Boyutlar					RSDÖ Toplam
	Psikososyal	Beslenme	Fiziksel Aktivite	Hijyen	Madde Kullanımı	
Cinsiyet	*	*	*	*	*	*
Sınıf	*		*	*	*	*
Anne eğitim durumu				*		
Baba eğitim durumu	*					
Aile ile birlikte yaşama durumu						
Gelir getiren işte çalışma durumu	*					*
Algılanan ekonomik durum	*	*		*		*
Algılanan sağlık durumu		*				*
Algılanan başarı durumu	*	*		*	*	*
Algılanan anne-baba tutumu	*	*	*	*	*	*

* $p<0,05$

Çizelge 3.13'te öğrencilerin tanımlayıcı özelliklerine göre riskli sağlık davranışları ölçeği risk puan ortalamaları arasındaki istatistiksel farkın dağılım özeti sunulmuştur. Psikososyal alt boyut risk ortalamalarında ergenlerin cinsiyet, sınıf, baba eğitim durumu, gelir getiren işte çalışma, ekonomik ve başarı durumları ile anne- baba tutumları istatistiksel olarak fark yaratmıştır. Beslenme alt boyut risk ortalamalarında ergenlerin cinsiyet, ekonomik, sağlık ve başarı durumları ile anne- baba tutumlarının istatistiksel olarak fark yarattığı saptanmıştır. Fiziksel aktivite alt boyut risk ortalamalarında ergenlerin cinsiyet, sınıf ve anne- baba tutumları istatistiksel olarak fark yaratmıştır. Hijyen alt boyut risk ortalamalarında ergenlerin cinsiyet, sınıf, anne eğitim durumu, ekonomik ve başarı durumları ile anne- baba tutumları istatistiksel olarak fark yaratmıştır. Madde kullanımı alt boyut risk ortalamalarında ergenlerin cinsiyet, sınıf, başarı durumları ve anne- baba tutumları istatistiksel olarak fark yaratmıştır. RSDÖ toplam risk ortalamalarında ergenlerin cinsiyet, sınıf, gelir getiren işte çalışma, ekonomik, sağlık ve başarı durumları ile anne- baba tutumları istatistiksel olarak fark yaratmıştır

4. TARTIŞMA

Mesleki ve Teknik Anadolu Liselerinde okuyan ergenlerin riskli sağlık davranışlarının değerlendirilmesi amacıyla yapılan araştırmanın bulguları literatür doğrultusunda tartışılmıştır.

Bu çalışmaya katılan öğrencilerin RSDÖ alt boyut ve toplam risk puan ortalamalarına bakıldığında (Çizelge 3.2), öğrencilerin en yüksek alt boyut risk puan ortalamasının beslenme ($56,97\pm 10,77$), en düşük risk puan ortalama değerinin ise madde kullanım ($27,91\pm 11,83$) alt boyut puan ortalaması olduğu ve RSDÖ toplam risk puan ortalamalarının da $52,93\pm 8,85$ olduğu bulunmuştur. Çimen ve Savaşer (2003), RSDÖ geçerlilik güvenilirliğini değerlendirdiği çalışmasında öğrencilerin sağlık davranışına dair en yüksek risk puan ortalamasını beslenme ($52,07\pm 10,3$), en düşük risk puan ortalamasını ise madde kullanım ($28,1\pm 10,9$) alt boyutundan aldıklarını ve RSDÖ toplam risk puan ortalamasını $43,0\pm 8,0$ olarak saptamıştır. Bu araştırma bulgularının Çimen ve Savaşer' in (2003) ölçek bulgularıyla benzerlik gösterdiği görölmektedir. Ergenlerde yemek öğünleri dışında ayak üstü atıştırma şeklinde beslenmenin yaygın görölen bir beslenme davranışı olduğu, çoğu ergenin günlük düzenli yemek yemediğini (Özmen ve ark., 2007) ve ergenlerin beslenme davranışlarının düzensiz olduğunu (Turan ve ark., 2009) bildiren çalışmalar bu araştırma bulgusunu desteklemektedir. Bu sonucun; hazır gıda endüstrisi ve reklam piyasasının beslenme davranışını etkilemesi (Glickman ve ark., 2012; IOM, 2006 ve McGinnis ve ark., 2006), sosyal baskının ergenler üzerinde etki oluşturmaları (Story ve ark. 2002), yeterli ve dengeli beslenme konusunun sağlık ve eğitim sisteminin öncelikleri arasında yer almamasına bağlı ergenlerin sağlıklı beslenme konusunda gerekli bilgiye (Geçkil ve Yıldız, 2006 ve Kürtüncü ve ark., 2015) sahip olamaması gibi nedenlerden kaynaklanmış olabileceği düşünölmektedir.

Bu çalışmada öğrencilerin cinsiyetine göre RSDÖ alt boyut ve toplam risk puan ortalamaları değerlendirildiğinde (Çizelge 3.3), erkek ergenlerin psikososyal, hijyen, madde kullanımı alt boyutundan ve riskli sağlık davranışları toplamından aldıkları risk puan ortalamaları anlamlı düzeyde yüksekken, ergen kızlarda ise beslenme ve fiziksel aktivite alt boyutundan alınan risk puan ortalamaları daha yüksek tespit edilmiştir. Ergen erkeklerin psikososyal alt boyutundan aldıkları risk puan ortalamalarının yüksek olması erkeklerin internet bağımlılığı, trafik kurallarına uymama (kasksız bisiklet kullanma, emniyet kemeri takmama, ehliyetsiz araç kullanma), yanında bıçak, silah taşıma, şiddet, kavgaya karışma ve kavgada yaralanma gibi riskli davranışlara daha çok eğilim gösterdiğini düşündürmektedir. İnternet bağımlılığı, trafik ile ilgili riskli davranışlar (Di Nicola ve ark., 2017; Ekinci Erdoğan, 2016; Muslu Karayağız ve Aygün, 2017), yanında bıçak ve silah taşıma, saldırganlık, şiddet, zorbalık, öfke kontrolünde yetersizlik, kavgaya karışma ve kavgada yaralanma gibi riskli davranışların erkek ergenlerde daha sık sergilendiğini (Brenner ve ark 2006; Eneçcan ve ark., 2011 ve Kaya ve ark., 2012 ve Yılmazçetin ve ark., 2005) bildiren çalışmalar bu araştırma bulgusu ile benzerlik göstermektedir. Bu sonuç, özellikle bireysel, ailesel ve kültürel özelliklerin çocuk yetiştirme biçimini etkilemiş olması ve ergenin gelişim özellikleri ile açıklanabilir (Çetinkaya, 2013 ve Ergün ve Şişman, 2016 ve Ulusoy ve ark., 2005). Araştırma kapsamındaki ergen erkeklerin hijyen alt boyutundan aldıkları risk puan ortalamalarının yüksek olması, öz bakım ve hijyen davranışlarının yetersiz olduğunu göstermektedir. Tümer ve Şahin (2011) erkeklerin, öz bakım ve hijyen davranışlarının kızlardan daha kötü olduğunu bildirmişlerdir. Muslu Karayağız ve Aygün (2017) ergenlerde yapmış olduğu çalışmada, erkeklerin hijyen davranışlarının kızlardan daha iyi olduğunu bulmuştur. Kırım ve Hırca (2015) ise cinsiyetin hijyen davranışlarını etkilemediğini tespit etmişlerdir. Bu sonuçlar, cinsiyetin her zaman hijyen davranışlarını etkileyen bir faktör olmadığını düşündürmektedir. Ergen erkeklerin madde kullanımı alt boyutundan aldıkları risk puan ortalamalarının yüksek olması erkeklerde sigara, alkol ve madde kullanımı gibi davranışlara daha yatkın olduğunu düşündürmektedir. Ergenler üzerinde yapılan çalışmalarda erkeklerin sigara içme davranışlarına daha yatkın olduğu, sigara, alkol tüketim sıklığı ve ömür boyu madde kullanma durumlarının kadınlardan daha yüksek olduğu bildirilmiştir (Di Nicola ve ark., 2017; Ekinci Erdoğan, 2016; Eneçcan ve ark., 2011 ve Zhank ve ark.,

2018). Lise öğrencilerinde riskli davranışlarda bulunma eğilimini araştıran çalışmalarda, erkek öğrencilerin risk alma davranışlarını daha sık yaptıkları belirtilmiştir (Aras ve ark., 2007; Bahramnejad ve ark., 2017; Eneçcan ve ark., 2011; Karahan ve ark., 2006; Muslu Karayağız ve Aygün 2017 ve Tekliuk ve ark., 2019). Bu çalışmalar, bu araştırma bulguları ile uyumludur. Araştırmanın bulguları erkeklerin yetiştirilme biçimleri ve ergenlere rol model olabilecek aile, öğretmen gibi kaynakların sigara, alkollü içecekler tüketmesi ve bunları tüketen kişilerin yaygın olduğu ortamlarda (kahve, cafe, bar, disko vs) bulunma ile açıklanabilir (Baran ve ark., 2005; Barret ve Turner, 2006 ve Çetinkaya, 2013). Araştırma kapsamında yer alan ergen kızların fiziksel aktivite ve beslenme alt boyutundan aldıkları risk puan ortalamalarının yüksek olması kızların yetersiz aktivite yaptığını ve yanlış beslenme davranışları sergilediğini göstermektedir. Ergen kızların fiziksel aktivite davranışlarının yetersiz olduğunu, dengesiz beslenme eğilimleri ile sağlıksız kilo aldıklarını (Bebiş ve ark., 2015; Özgen ve ark., 2012; Tümer ve Şahin, 2011 ve Ekinci Erdoğan, 2016) ve beden imajına yönelik yapılan olumsuz değerlendirmelerin ergen kızların beslenme alışkanlıklarında bozulmaya neden olduğunu (Işıkol-Özge, 2013) bildiren çalışmalar bu araştırma bulgusuna benzerdir. Bu sonuç; ergenlik dönemi gelişim özelliklerinden (Derman, 2008 ve Siyez, 2013), fiziksel aktivite, yeterli ve dengeli beslenmeye yönelik öğretmen, medya ve toplum temelli eğitimlere (Özmen ve ark., 2007; Tanrıverdi ve ark., 2011 ve Turconi ve ark., 2008) gerekli önemin verilmemesinden ve ergenlik döneminde beden imajının önem kazanması ile beraber sosyal medyada zayıflığın güzellik ifadesi olarak yansıtılması, kız adölesanların fiziksel aktivite yapmadan ve uzman desteği almadan çeşitli diyetlerle zayıflama isteğinin de yetersiz ve dengesiz beslenmelerine (Öztora, 2005) neden olmuş olabileceğini düşündürmektedir.

Bu çalışmada öğrencilerin sınıf düzeylerine göre riskli sağlık davranışları incelendiğinde (Çizelge 3.4) 9. ve 12. sınıfta okuyan ergenlerin, riskli sağlık davranış puanları daha yüksek bulunmuştur. Ergenlerde sınıf düzeyine göre riskli davranışların görülme sıklığının inceleyen araştırmalar, genellikle dokuzuncu sınıftan sonra her türlü riskli davranışta artış olduğunu ve ergenlerin sınıf düzeyleri yükseldikçe riskli davranışlarda bulunma eğilimlerinin arttığını göstermekte ve bu çalışma bulgusunu

desteklemektedir (Ergene ve ark. 2013; Ekşi ve ark.,2016; Kabaran ve Mercanlıgil, 2013; Özgür ve ark. 2011 ve Tuzgöl Dost ve Keklik 2014). Bu sonuç ergenlerin gelişim özelliklerinin (yaşıtlarına uyum sağlamak, akran grupları tarafından kabul görmek, sorumluluk alma davranışlarında artma, kimlik oluşumu sürecinde aldıkları rol modeller, aileden bağımsız olma isteği, aile otoritesine karşı koyma) sınıf düzeyi arttıkça yani yaşları yükseldikçe, riskli davranışlarda bulunma durumunu etkilemiş olabileceğini düşündürmektedir (Ergene ve ark. 2013 ve Ergün ve Şişman, 2016, s: 77).

Ergenlerin anne eğitim durumuna göre riskli sağlık davranışlarına bakıldığında (Çizelge 3.5) hijyen alt boyutu risk puan ortalamaları annesi okur yazar olmayan ergenlerde daha yüksek bulunmuştur. Muslu Karayağız ve Aygün (2017), Sandıkçı (2018) ve Uludağlı ve Sayıl (2009) anne eğitim düzeyi arttıkça ergenlerde riskli davranışların attığını bildirmişlerdir. Yapılan başka çalışmalar ise çocukların anne eğitim düzeyi düşük olduğunda hijyen davranışlarının yetersiz olduğunu göstermiş ve bu araştırma bulgusuna benzerdir (Kaya ve ark., 2010; Sarkar, 2013 ve Vivas ve ark. 2010). Bu sonuç, bireyin hijyen uygulamalarını çocukluk döneminden itibaren ebeveynlerinden özellikle anneden öğrendiğini ve kazandığı bu davranışları genellikle yaşamı boyunca sürdürmesinden kaynaklandığını düşündürmektedir.

Ergenlerin baba eğitim durumuna göre riskli sağlık davranışları değerlendirildiğinde (Çizelge 3.6), okur yazar ve üniversite mezunu babalara sahip ergenlerde psikososyal alt boyut risk puan ortalamaları daha yüksek bulunmuştur. Baba eğitim düzeyi arttıkça ergenlerde riskli sağlık davranışlarının arttığını (Aycan 2018; Muslu Karayağız ve Aygün, 2017 ve Sandıklı, 2018) gösteren çalışmalar bu araştırma bulgusunu desteklemektedir. Bu sonuç, babaların eğitim durumunun artması sosyoekonomik durumları etkilemesi (Önsüz ve Hıdıroğlu 2008 ve Altun ve ark., 2005) ile ergene maddi açıdan daha çok imkan sunulmasına ve ergenlerin farklı fırsatlara erişme (akıllı telefon, tablet, internete erişim, motosiklet, otomobil gibi) şansına sahip olmasının ergenlerin riskli davranışlarda bulunma eğilimini artırmış

olabileceği ile açıklanabilir (Arnas Aktaş, 2005; Çavuş ve ark., 2017; Cenkseven Önder ve Yılmaz, 2012 ve Siyez ve Aysan, 2007).

Ergenlerin aile ile birlikte yaşama durumlarına göre riskli sağlık davranış puanları incelendiğinde (Çizelge 3.7), ailesi birlikte yaşayanlar ile ayrı yaşayanların RSDÖ alt boyuttan ve toplamından aldıkları risk puan ortalamalarının benzer olduğu ve bu durumun riskli davranışlarında bulunmalarını etkilemediği bulunmuştur. Aras ve ark. (2007) ve Hoffman (2006), ergenlerin aile ile birlikte yaşama ya da aileden ayrı olmalarının riskli davranışlar üzerinde etkisi olmadığını bildirmişlerdir. Ekinci Erdoğan' ın (2016) yaptığı çalışmada ise aile ile birlikte yaşayan ergenlerde beslenme davranışları ve uygun olmayan trafik davranışları görülürken, ailesinden ayrı yaşayan ergenlerde sigara, alkollü içki ve madde kullanımına yönelik riskli davranışlar saptanmıştır. Dinçer Set' in (2019) çalışmasında aile birlikteliği ya da ayrı olma durumunun ergenlerin evden kaçma gibi riskli davranışlarda bulunma durumunu etkilediği saptanmıştır. Bu çalışmada, araştırmaya katılan öğrencilerin hepsinin il merkezinde yaşıyor olması ile sosyokültürel özellikler açısından ortak sosyal çevreye sahip olduğu düşünüldüğünde aile ile birlikte yaşama durumları riskli davranışları etkilememiş olabilir.

Ergenlerin gelir getiren bir işte çalışma durumuna göre riskli sağlık davranış puanlarına bakıldığında (Çizelge 3.8), gelir getiren bir işte çalışan ergenlerin psikososyal, madde kullanımı alt boyutu ve riskli sağlık davranışları toplam risk puan ortalamaları daha yüksek bulunmuştur. Bu sonuç genç işçiliğinin yarattığı sorunlar ile olumsuz sosyal rol modellerle karşılaşma olasılığının artmasıyla açıklanabilir (Aycan, 2018 ve Tor, 2010). Ergenlerin çalışma hayatına katılmasıyla aile denetiminden ve korumasından uzaklaşmalarına dolayısıyla her türlü istismar ve ihmale açık olabileceğini ve çalışırken suça yönelme, sigara, alkol ve maddelere kolay ulaşma ve bu maddeleri kullananlarla karşılaşma durumları ergenlerde riskli sağlık davranışlarını artırmış olabilir (Barrett ve Turner, 2006 ve Fletcher ve ark., 2004).

Ergenlerin algılanan ekonomik durumları ile riskli sağlık davranışları değerlendirildiğinde (Çizelge 3.9), ekonomik durumunu orta olarak tanımlayan ergenlerde psikososyal, beslenme ve hijyen alt boyutu risk puan ortalamaları daha yüksekken, kötü olarak tanımlayan ergenlerde ise riskli sağlık davranışları toplam risk puan ortalamaları daha yüksek bulunmuştur. Çavuş ve ark. (2017), Karayağız Muslu ve Aygün (2017), Sandıkçı (2018) ve Siyez ve Aysan, (2007), yaptığı çalışmalarda bu araştırma bulgularının tersi yönünde ekonomik düzeyi yüksek olan aileye sahip ergenlerde sağlıkla ilgili riskli davranışların daha yaygın olduğunu saptamışlardır. Öte yandan ekonomik düzeyi düşük olan ergenlerde fiziksel şiddet, delici-batıcı alet taşıma, intihar girişimi, suç işleme, evden kaçma ve kendine zarar verme (Yılmazçetin ve ark., 2005), depresif belirtiler (Kaya ve ark., 2006) gibi psikososyal davranışlar (Paxton ve ark., 2007), kahvaltı ve akşam yemeğini düzensiz yapma, ara öğünlerde ve televizyon izlerken yiyecek atıştırma (Özmen ve ark., 2007), hijyen davranışlarında ve öz bakım uygulamalarını karşılamada yetersizlik (Altun ve ark, 2005 ve Önsüz ve Hıdıroğlu, 2008) ekonomik düzeyi yüksek olan ergenlere oranla daha yaygın görüldüğünü bildiren çalışmalar bu araştırma bulgularını desteklemektedir. Bu sonuç, ekonomik koşulları düşük olan ergenlerin yaşam koşullarının ağırlaşması, ekonomik sıkıntılarla gelen aile içi sorunlar, bireylerin baş etme becerilerindeki yetersizlikler ve geleceğe yönelik beklenti kaybı gibi faktörlerden (Landy 2005; Parker ve Roy 2001 ve Xie ve ark., 2002), hijyen davranışları için gerekli fiziksel ortam ve malzemeleri (sürekli sıcak su, sabun, şampuan, diş fırçası vb.) karşılamada yetersiz kalmış olmasından (Altun ve ark, 2005 ve Önsüz ve Hıdıroğlu, 2008) kaynaklanmış olabilir.

Ergenlerin algılanan sağlık durumları ile riskli sağlık davranışları değerlendirildiğinde (Çizelge 3.10), sağlığını orta ve kötü olarak tanımlayan ergenlerde beslenme alt boyut ile riskli sağlık davranışları toplam risk puan ortalaması daha yüksektir. Ergenlerin katıldığı bir çalışmada sağlığını kötü algılayan öğrencilerin yüksek riskli sağlık davranışları puanına sahip olduğu (Tümer ve Şahin, 2011), ergenlik döneminde sağlık durumu iyi olan çocukların, genç yetişkinlikte daha az riskli davranışlarda bulunduğunu (Hoyt ve ark., 2012) ve sağlığını çok iyi olarak belirten

ergenlerin yaşam biçimi davranışlarının daha sağlıklı olduğunu (Dağdevire ve Şimşek, 2013) gösteren çalışmalar bu araştırma bulgularını desteklemektedir. Bu sonuç, ergenin bedenine ilgisinin artmasıyla yanlış diyet uygulamaları ve yetersiz ya da aşırı fiziksel aktivite, bağımsız olma isteği ve kabul edilme çabası ile sağlık davranışlarını riske atacak ortamlarda bulunma durumunun ergenin sağlık durumunu algılamaya bağlı olarak riskli davranışlar sergilediğini düşündürmektedir (Aktürk, 2015; Eser, 2004; Ergün ve Şişman, 2016, s: 78; Işıkol-Özge 2013 ve Telef ve Karaca, 2011).

Ergenlerin algılanan başarı durumları ile riskli sağlık davranışları puanlarına bakıldığında Çizelge 3.11), başarı durumunu orta ve düşük olarak tanımlayan ergenlerde psikososyal, beslenme, hijyen ve madde kullanımı alt boyut puan ve RSDÖ toplam risk puan ortalamaları yüksek bulunmuştur. Okulla ilgili olumsuz düşünceye sahip ergenlerde, öğün atlama gibi beslenme alışkanlıkları, tütün kullanımı, zorbalık ve kavgaya karışma gibi psikososyal problemlerin görüldüğünü (Guerrero ve ark., 2017; Maynard ve ark., 2012; Rasberry ve ark., 2015; Ünal, 2017 ve Xu ve ark., 2017) bildiren çalışmalar bu araştırma bulguları ile uyumludur. Bu sonuç, okul yönetimi ve öğretmenlerin ergen gelişimine yönelik bilgilerin yetersizliği ve aile ile iş birliği kurulamaması, okul rehberlik ve danışma hizmetlerinin yetersiz kalması sağlığı geliştirici davranışlar hakkında ergenlerin bilgilendirilmemesi, okulun fiziki ve sosyal çevresinin riskli davranışlara elverişli olması gibi durumlardan kaynaklanmış olabileceğini düşündürmektedir (Bedel ve Arı, 2011; Kabakçı ve Korkut, 2008; Yıldız ve Eşkisü, 2011 ve Yılmaz, 2004)

Bu çalışmada ergenlerin algılanan anne-baba tutumuna göre RSDÖ alt boyutu ve toplam risk puan ortalama değerleri incelendiğinde (Çizelge 3.12) baskıcı ve otoriter anne- baba tutumuna sahip olduğunu bildiren ergenlerde psikososyal, ve hijyen alt boyutundan aldıkları risk puan ortalamaları daha yüksekken, ilgisiz anne- baba tutumuna sahip ergenlerde beslenme, fiziksel aktivite, madde kullanımı alt boyutundan ve RSDÖ toplamından alınan risk puan ortalamaları daha yüksek bulunmuştur. Olumsuz anne-baba tutumuna sahip ergenlerde; ergenlerin problemlili ve saldırgan

davranma, öfke kontrolünde yetersizlik, madde kullanımı, riskli cinsel davranışlar, yetersiz beslenme, yetersiz hijyen davranışları, kask ve emniyet kemeri kullanmadan araç kullanma gibi risk alma davranışlarının daha fazla yaşandığını gösteren çalışmalar (Albayrak ve Kutlu, 2009; Aydoğan, 2011; Cenkseven Önder ve Yılmaz, 2012; Siyez ve Aysan, 2007; Uludağlı ve Sayıl 2009 ve Ünal, 2017) bu araştırma bulgularını desteklemektedir. Bu araştırma sonuçları, ergenlik döneminde, ailenin baskıcı ve otoriter tutumuna karşılık ergende bağımsız hareket etme isteğinin artması, ailenin ergenin nerede, ne zaman ve kimlerle olduğunu bilmemesi, ergenlik dönemin özellikleri hakkında ergeni bilgilendirmemesi ve ergenin sorunları ile ilgilenmemesi, okulların ergen sağlığına yönelik çalışmalarda aile ile işbirliği yapmaması gibi nedenlerle ergenin riskli davranışlarda bulunma durumunu etkilemiş olabileceğini düşündürmektedir (Ayan, 2007; Abbott ve ark., 2010; Arapaki ve ark., 2010; Bulut, 2010 ve Steinberg; 2007).

Ergen ve genç erişkinlik dönemi, genellikle iyilik halinin yüksek olduğu bir dönem olarak düşünülse de, hastalık yükü çalışmaları 10-24 yaşları arasında bulunan bireylerin kronik hastalık ve ölüm riski altında olduklarının önemini vurgulamaktadır (Blum, 2009 ve WHO, 2017). Bu yaş grubundaki hastalık yükü, fiziksel hastalıklardan değil madde kullanımı, beslenme ve fiziksel aktivitede yetersizlik gibi riskli sağlık davranışları nedeniyle gelişen hastalıklardan kaynaklanmaktadır (Loef ve ark, 2012 ve McCullough ve ark., 2011). Yapılan pek çok çalışma özellikle lise çağındaki ergenlerin riskli sağlık davranışlarında bulunduğunu göstermektedir (Bahramnejad ve ark., 2017; Çimen ve Savaşer, 20; Eneçcan ve ark., 2011; Muslu Karayağız ve Aygün, 2017; Tekliuk ve ark., 2019; Tümer ve Şahin 2011 ve Zhang ve ark., 2018).

5. SONUÇ VE ÖNERİLER

Mesleki ve Teknik Anadolu Liselerinde okuyan ergenlerin riskli sağlık davranışlarının değerlendirilmesi amacıyla yapılan çalışmada, araştırma sorularına y6nelik elde edilen sonuçlar aşağıda açıklanmıştır:

Araştırmaya katılan ergenlerin yaş ortalaması $16,50 \pm 1,04$ olup, minimum yaş 15 ve maksimum yaşı 18'dir.

Erkeklerde psikososyal, hijyen, madde kullanımı alt boyut ve riskli davranışlar toplam risk puan ortalamaları, kızlarda beslenme ve fiziksel aktivite alt boyutundan alınan risk puan ortalamaları daha y6ksek bulunmuştur ($p < 0,05$, izelge 3.3).

9. sınıfta okuyan ergenlerde psikososyal alt boyut risk puan ortalamaları ile 12. sınıfta okuyan ergenlerde fiziksel aktivite, hijyen, madde kullanımı alt boyut ve riskli davranışlar toplam risk puan ortalamaları daha y6ksek bulunmuştur ($p < 0,05$, izelge 3.4).

Bu çalışmada annesi okur yazar olmayan ergenlerin hijyen alt boyut risk puan ortalamaları daha y6ksektir ($p < 0,05$, izelge 3.5).

Babası okur yazar ve 6niversite mezunu olan ergenlerin psikososyal alt boyutu risk puan ortalamaları daha y6ksektir ($p < 0,05$, izelge 3.6).

Çalışmaya göre, ergenlerin aile ile birlikte yaşama durumlarına göre riskli sağlık davranışları risk puan ortalamaları benzer bulunmuştur ($p>0,05$, Çizelge 3.7).

Gelir getiren bir işte çalışan ergenlerin psikososyal alt boyut ve riskli sağlık davranışları risk puan ortalamalarının daha yüksek olduğu tespit edilmiştir ($p <0,05$, Çizelge 3.8).

Çalışmada ekonomik durumu orta olan ergenlerin psikososyal, beslenme ve hijyen alt boyut risk puan ortalamaları ile ekonomik durumu kötü olan ergenlerin riskli sağlık davranışları toplam risk puan ortalamaları daha yüksektir ($p <0,05$, Çizelge 3.9).

Sağlık durumu orta olan ergenlerde beslenme alt boyut risk puan ortalamaları ile sağlık durumu kötü olan ergenlerde riskli davranışlar toplam risk puan ortalamaları daha yüksektir ($p <0,05$, Çizelge 3.10).

Okul başarı durumu orta olan ergenlerde psikososyal, beslenme, madde kullanımı alt boyut ve riskli davranışlar toplam risk puan ortalamaları ile okul başarı durumu kötü olan ergenlerde hijyen alt boyut risk puan ortalamaları daha yüksektir ($p <0,05$, Çizelge 3.11).

Baskıcı ve otoriter anne-baba tutumlarına sahip ergenlerde psikososyal, hijyen ve madde kullanımı alt boyut risk puan ortalamaları ile ilgisiz anne baba tutumuna sahip ergenlerde beslenme, fiziksel aktivite ve riskli davranışlar toplam risk puan ortalamaları daha yüksek bulunmuştur ($p <0,05$, Çizelge 3.12).

Öneriler

Mesleki ve Teknik Anadolu Liselerinde okuyan ergenlerin riskli sağlık davranışlarının değerlendirilmesi amacıyla yapılan araştırmanın sonuçları doğrultusunda okul sağlığı hizmetleri kapsamında;

Ergen sağlığını koruma ve geliştirmeye yönelik kamu kurum ve kuruluşları, sivil toplum örgütleri, dernekler ve sosyal medya araçları ile ergen gelişim özellikleri, riskli sağlık davranışları hakkında toplumu bilinçlendirici programlar hazırlaması,

Ergenlere; ergenlik döneminin gelişim özellikleri, dengeli ve yeterli beslenme, kişisel hijyen davranışları, fiziksel aktivitenin önemi, sigara, alkol ve madde kullanımının sakıncaları, uygun trafik davranışları, olumlu üreme ve cinsel sağlık davranışları, öfke kontrolü, boş zamanları etkin değerlendirme gibi konularda bilgilendirici eğitimlerin hazırlanması ve bu eğitimlere okul yöneticileri, çalışanları ve ebeveynlerin de katılımının sağlanması,

Özellikle 9. ve 12. sınıfta okuyan, anne eğitim düzeyi düşük, baba eğitim düzeyi yüksek olan, düşük ekonomik duruma sahip, gelir getiren işte çalışan, sağlık durumu ve okul başarı durumu iyi olmayan, ilgisiz, aşırı baskıcı ve otoriter anne baba tutumuna sahip ergenlerin erken tespit edilmesine yönelik okul yönetimi, çalışanları ve ebeveynlerle iş birliği yapılarak önlem alma ve bu öğrencilerin izleminin yapılması önerilir.

ÖZET

Mesleki ve Teknik Anadolu Liselerinde Okuyan Ergenlerin Riskli Sağlık Davranışlarının Değerlendirilmesi

Bu araştırma, Mesleki ve Teknik Anadolu Liselerinde okuyan ergenlerin riskli sağlık davranışlarının değerlendirilmesi amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır. Araştırma örneklemini, Aksaray il merkezinde bulunan ve Milli Eğitim Bakanlığı'na bağlı Mesleki ve Teknik Anadolu Liselerinde okuyan 2017-2018 eğitim ve öğretim yılına kayıtlı öğrencilerden gönüllü, iletişime engeli olmayan 652 ergen oluşturmuştur.

Araştırmanın verileri Mart 2018 – Haziran 2018 tarihleri arasında Ergene İlişkin Tanımlayıcı Özellikler Formu ve Riskli Sağlık Davranışları Ölçeği (RSDÖ) aracılığı ile araştırmacı tarafından toplanmıştır. Verilerin değerlendirilmesi bilgisayar ortamında yapılmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde, sayı, yüzde, aritmetik ortalama ve standart sapma gibi tanımlayıcı istatistikler; sayısal verilerin ikiden fazla bağımsız grupta karşılaştırılmasında normal dağılım gösteren özellikler için tek yönlü varyans analizi (ANOVA) ve LSD çoklu karşılaştırma testleri, normal dağılmayan özellikler için ise Kruskal Wallis testi ve test sonrası çoklu karşılaştırma (All pairwise) testi kullanılmıştır.

Araştırmaya katılan öğrencilerin yaş grubu 15-18 olup, %46,5'i erkek, %23,6'sı 9. sınıf, %24,3'ü 10. sınıf, %24,5'i 11. sınıf ve %27,6'sı 12. sınıfta olduğu belirlenmiştir. Araştırmaya katılan öğrencilerin annelerinin %75,9' u ve babalarının %68,1'i ilköğretim mezunudur. Öğrencilerin %90,3' ü ailesi ile birlikte yaşadığı ve %15,8' nin gelir getiren bir işte çalıştığı tespit edilmiştir. Çalışmaya katılan öğrencilerin %52,5'i ekonomik durumunu orta, %85,6'sı sağlık durumunu iyi olarak tanımlamıştır. Öğrencilerin %58,0' i başarı durumlarını iyi olarak ifade etmişlerdir. Araştırma kapsamına alınan öğrencilerin %3,7'si ilgisiz ve %31,6'sı demokratik anne-baba tutumuna sahip ebeveynlerinin olduğunu ifade etmişlerdir.

Araştırmada, ergenin cinsiyet, sınıf düzeyi, gelir getiren bir işte çalışma durumu, ekonomik durumu, sağlık algısı, başarı algısı ve anne baba tutumuna yönelik algısı gibi tanımlayıcı özellikleri riskli sağlık davranışları toplam puan ortalamalarında istatistiksel olarak anlamlı fark yaratmıştır. Bu araştırma sonuçları doğrultusunda okul sağlığı hizmetleri kapsamında; ergen sağlığını koruma ve geliştirmeye yönelik kamu kurum ve kuruluşları, sivil toplum örgütleri, dernekler ve sosyal medya araçları ile ergen gelişim özellikleri, riskli sağlık davranışları hakkında toplumu bilinçlendirici programlar hazırlaması, ergenlere ergenlik dönemi gelişim özellikleri, dengeli ve yeterli beslenme, kişisel hijyen davranışları, fiziksel aktivitenin önemi, sigara, alkol ve madde kullanımının sakıncaları, uygun trafik davranışları, olumlu üreme ve cinsel sağlık davranışları, öfke kontrolü, boş zamanları etkin değerlendirme gibi konularda bilgilendirici eğitimlerin hazırlanması ve bu eğitimlere okul yöneticileri, çalışanları ve ebeveynlerin de katılımının sağlanması, özellikle 9. ve 12. sınıfta okuyan, anne eğitim düzeyi düşük, baba eğitim düzeyi yüksek olan, düşük ekonomik duruma sahip, gelir getiren işte çalışan, sağlık durumu ve okul başarı durumu iyi olmayan, ilgisiz, aşırı baskıcı ve otoriter anne baba tutumuna sahip ergenlerin erken tespit edilmesine yönelik okul yönetimi, çalışanları ve ebeveynlerle iş birliği yapılarak önlem alma ve bu öğrencilerin izleminin yapılması önerilir.

Anahtar Sözcükler: Ergen, ergen sağlığı, riskli davranışlar, riskli sağlık davranışları, sağlık davranışları

SUMMARY

Assessment of Risky Health Behaviors of Adolescents in Vocational and Technical Anatolian High Schools

This research was conducted as a descriptive study in order to evaluate risky health behaviors of adolescents attending Vocational and Technical Anatolian High Schools. The sample of the study consisted of 652 adolescents who were enrolled in the Vocational and Technical Anatolian High Schools in the city center of Aksaray and enrolled in the 2017-2018 academic year

The data of the study was collected by the researcher between March 2018 - June 2018 via the Descriptive Characteristics Form for Adolescents and Risky Health Behaviors Scale (RSRS). The data were evaluated by computer. In the evaluation of the data, descriptive statistics such as number, percentage, arithmetic mean and standard deviation; In comparison of numerical data in more than two independent groups, one-way analysis of variance (ANOVA) and LSD multiple comparison tests were used for normally distributed characteristics, and Kruskal Wallis test and post-test multiple comparison (All pairwise) tests were used for non-normally distributed properties.

The age group of the students who participated in the study was 15-18, 46,5% were male, 23,6% were 9th grade, 24,3% were 10th grade, 24,5% were 11th grade and 27,6% of them are in the 12th grade. 75,9% of the mothers and 68,1% of their fathers were primary school graduates. It was found that 90,3% of the students live with their families and 15,8% work in a job that generates income. Of the students participating in the study, 52,5% defined their economic status as moderate and 85,6% defined their health status as good. 58,0% of the students expressed their success as good. Of the students included in the study, 3,7% stated that they had unrelated parents and 31,6% of them had parents with democratic parental attitudes

In the study, the descriptive characteristics of adolescents such as gender, class level, working status in an income-generating job, economic status, perception of health, perception of success and perceptions of parental attitude made a statistically significant difference in the mean scores of risky health behaviors. In line with the results of this research, within the scope of school health services; To prepare public awareness programs about adolescent development characteristics, risky health behaviors with public institutions and organizations, non-governmental organizations, associations and social media tools aimed at protecting and improving adolescent health, adolescent developmental characteristics for adolescents, balanced and adequate nutrition, personal hygiene behaviors, physical to prepare informative trainings on issues such as the importance of activity, the disadvantages of smoking, alcohol and substance use, appropriate traffic behaviors, positive reproductive and sexual health behaviors, anger control, leisure time and to ensure the participation of school administrators, employees and parents in these trainings, especially 9. grade 12 and 12, low mother education level, father high education level, low economic status, working income-generating work, poor health and school success status, unrelated, excess repressive and authoritarian attitude of parents of adolescents with early detection for the school administration, staff and parents to take action by making cooperation and make the monitoring of these students is recommended.

Keywords: Adolescent, adolescent health, health behaviors, risk behaviors, risk health behaviors

KAYNAKLAR

- ABBOTT RD, CATALANO RF, FLEMING CB, HAGGERTY KP (2010). Relationships between level and change in family, school, and peer factors during two periods of adolescence and problem behavior at age 19. *Youth Adolescence*. **39**(6): 70–82.
- ABRAHAM S, LLEWELLYN-JONES D (1997). *Eating disorders the facts* (4. Baskı) (s.: 29-33). New York: Oxford University
- Adolesan Sağlığı ve Gelişimi Programı Rehber Kitabı. Ankara. T.C Sağlık Bakanlığı, Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, UNİCEF, 2002.
- Adolesan Sağlığı ve Gelişimi Programı Rehber Kitabı. TC. Sağlık Bakanlığı AÇS/AP Genel Müdürlüğü. Ankara: Unicef, 2002
- AİLE ve SOSYAL POLİTİKALAR BAKANLIĞI (2013). Türkiye ergen profili araştırması. Erişim Adresi:[http://ailetoplum.aile.gov.tr/data/5550ae00369dc51954e43500/tepa2013_teksf.pdf]. Erişim Tarihi: 19/10/2017
- AKMAN M, TÜZÜN S, ÜNALAN PC (2012). Ergenlerde sağlıklı beslenme ve fiziksel aktivite durumu. *Nobel Medicus Journal*, **8**: 24-29.
- AKSOYDAN E, ÇAKIR N, (2011). Ergenlerin beslenme alışkanlıkları, fiziksel aktivite düzeyleri ve vücut kitle indekslerinin değerlendirilmesi. *Gülhane Tıp Dergisi*, **53**: 264-270.
- AKTÜRK E (2015). *Hemşirelik son sınıf öğrencilerinin duygu kontrolü ve yaşam kalitelerinin incelenmesi*. (Yayımlanmamış yüksek lisans tezi). Selçuk Üniversitesi / Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Konya. file:///C:/Users/User/Downloads/409333.pdf
- ALBAYRAK B, KUTLU Y (2009). Ergenlerde öfke ifade tarzı ve ilişkili faktörler. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, **2**
- ALBAYRAK S, BALCI S (2014). Gençlerde madde bağımlılığının önlenmesi. *Hemşirelikte Eğitim Ve Araştırma Dergisi*, **11**: 30-37.
- ALİKAŞIFOĞLU M (2008). “Ergenlerde davranışsal sorunlar”. İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri, Adolesan Sağlığı II, Sempozyum Dizisi, 6
- ALTUN İ, ÖZDEMİR S, ERSOY N (2005). Lise öğrencilerindeki kişisel değerlerin öz bakım gücüne etkisi. *VII Ulusal Hemşirelik Kongresi* (Kongre kitabı). Antalya. 7-10 Mayıs, 366- 372.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA) (1993). Practice Guidelines for Eating Disorders. *Am Psychiatry*, **150**: 208-28.

- AMERİKAN PSİKİYATRİ BİRLİĞİ (2000). Psikiyatride hastalıkların tanımlanması ve sınıflandırılması el kitabı (4. Baskı). E KÖROĞLU (Çev.), Ankara: Hekimler Yayın Birliği.
- AMİRÜ D , ARGAW A , GERBABA M , AYANA G , NİGUSSİE A , JİSHA H , BELACHEW T (2017). Enhancing Personal Hygiene Behavior and Competency of Elementary School Adolescents through Peer-Led Approach and School-Friendly: A Quasi-Experimental Study. *27*: 245-254.
- ARAPAKİ A, KOKKEVİ A, RİCHARDSON C, ROTSİKA V (2010). Changes in associations between psychosocial factors and suicide attempts by adolescents in Greece from 1984 to 2007. *European Journal of Public Health*, **21**(6): 694–698.
- ARAS Ş, GÜNAY T, ÖZAN S, ORÇİN E (2007). İzmir ilinde lise öğrencilerinin riskli davranışları, *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, **8**: 187
- ARAS Ş, GÜNAY T, ÖZAN S, ORÇİN E (2007). İzmir ilinde lise öğrencilerinin riskli davranışları. *Anatolian Journal of Psychiatry*, **8**: 186-196.
- ARGAW A, GERBABA M , AYANA G , NİGUSSİE A , JİSHA H , BELACHEW T (2017). İlkokul Ergenlerinin Akran Öncesi ve Yaklaşımla Kişisel Hijyen Davranışlarını ve Yetkinliklerini Arttırmak: Yarı Deneysel Bir Çalışma. *Ethiop J Sağlık Bilimi*, **27**: 245-254
- ARNAS AKTAŞ Y (2005). Üç-18 yaş grubu çocuk ve gençlerin interaktif iletişim araçlarını kullanma alışkanlıklarının değerlendirilmesi. *The Turkish Online Journal of Educational Technology*, **4**(4): 59-66.
- AUNGER R, GREENLAND K, PLOUBİDİS G, SCHMİDT W, OXFORD J, CURTİS V (2016). The Determinants of Reported Personal and Household Hygiene Behaviour: A Multi-Country Study. *PLoS One*. **11**: e0159551. doi: 10.1371/journal.pone.0159551
- AYAN S (2007). Aile içinde şiddete uğrayan çocukların saldırganlık eğilimleri. *Anatolian Journal of Psychiatry*. **8**(3): 206-214
- AYCAN Z (2018). *Adölesanlarda nikotin bağımlılığının değerlendirilmesi.* (Yayımlanmamış tıpta uzmanlık tezi). Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Dr. Sami Ulus Kadın Doğum, Çocuk Sağlığı Ve Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Sağlık Uygulama Ve Araştırma Merkezi Adölesan Kliniği, Ankara. file:///C:/Users/User/Downloads/523327.pdf.
- AYDIN D (2013). Adölesan gebelik ve adölesan annelik. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, **16**: 4
- AYDOĞAN İ (2011). Genel liselerde öğrenim gören kız öğrencilerin problemleri. *Aile ve toplum*, **7**
- BAHAR Z (2010). Okul sağlığı hemşireliği. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi*, **3**: 195-200
- BAHAR Z, ÖZTÜRK HANEY M (2016). Okul sağlığı hemşireliği. S GÖZÜM (Ed.) (s.: 10-12). *Okul dönemindeki çocukların sağlığının geliştirilmesi*, Ankara: Vize.

- BAHRAMNEJAD A, IRANPOUR A, KARBAKHS M, NAKHAE N (2017). Development of risk-taking tendency tool for high school students. *Addict Health*, **9**: 237-242.
- BARAN G, DEMİR N, ULUSOY D (2005). Türkiye’de ergenlerin arkadaş-akran grupları ile ilişkileri ve sapmış davranışlar: Ankara örnekleme. *Bilig*, **32**: 83-108.
- BARATA AN VE MARİCOTOT (2019). Teaching children about hygiene: A primary prevention experience in Portugal. *J Family Med Prim Care*. **8**: 1017-1021. doi: 10.4103/jfmpc.jfmpc_428_18
- BARRETT AE, TURNER RJ (2006). Family structure and substance use problems in adolescence and early adulthood: examining explanations for the relationship, *Society Forthe Study of Addiction*, **101**: 109- 120.
- BAYAT M (2012). Sağlık ve hastalık. Ü SEVİĞ, G TANRIVERDİ (Ed.), *Kültürlerarası Hemşirelik* (s.: 9-18), İstanbul: Tıp.
- BEAUTRAİS AL, JOYCE PR, MULDER RT (1998). Youth suicide attempts: a social and demographic profile. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, **32**: 349-357, DOI: 10.3109/00048679809065527
- BEBİŞ H, AKPUNAR D, ÖZDEMİR S, KILIÇ S (2015). Bir ortaöğretim okulundaki ergenlerin sağlığı geliştirme davranışlarının incelenmesi. *Gülhane Tıp Derg.* **57**: 129-135.
- BECKER A, GRİNSPOON S, KLİBANSKİ A, HERZOG D (1999). Current concepts: eating disorders. *N Engl J Med*, **340**: 1092-8.
- BEDEL A, ARI R (2011). Kişilerarası sorun çözme beceri eğitiminin yetiştirme yurdunda yaşayan ergenlerin yapıcı problem çözme ve sürekli öfke düzeylerine etkisi. *Pegem Eğitim ve Öğretim Dergisi*, **1**(4): 1-10
- BERBEREOĞLU M. (2008). Ergenlerde obasite, *İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Sempozyum Dizisi*, **63**: 79-80.
- BERK N (1993). *Sigortacılıkta risk yönetimi*. (s.: 1), İstanbul.
- BLUM RW (2009). Young people: not as healthy as they seem. *Lancet*, **374**: 853-854. doi: 10.1016/S0140-6736(09)61607-X
- BOENİNGER DK, MASYN KE, FELDMAN BJ, CONGER RD (2010). Sex differences in developmental trends of suicide ideation, plans, and attempts among European American adolescents. *Suicide Life Threat Behav*, **40**: 451-464
- BRENER ND, EATON DK, KANN L (2006). The association of survey setting and mode with self-reported health risk behaviors among high school students. *Public Opinion Quarterly*, **70**(3): 354-374.
- BULUT F (2010). *Ergenlerde görülen kural dışı davranışların aile işlevselliği, aile risk faktörü ve yaşam kalitesi açısından incelenmesi*. (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Çukurova Üniversitesi/Sosyal Bilimler Enstitüsü, Adana.

- BULUT S, GÜRKAN A, SEVİL Ü (2008). Adölesan gebelikler. *Aile ve Toplum Dergisi*, **4**(13): 37- 44.
- BÜYÜKBAŞ Z, GÜNDÜZ MK, BOZKURT B, ZENGİN N (2012). Bilgisayar kullanıcılarında görülen oküler yüzey değişikliklerinin değerlendirilmesi. DOI:10.4274/tjo.42.43265.
- BÜYÜKÖZTÜRK Ş, ÇAKMAK EK, AKGÜN ÖE, KARADENİZ Ş, DEMİREL F (2012). *Bilimsel araştırma yöntemleri*. (2. Baskı) (s.: 80-85), Ankara: Pegem.
- CANADA.CA (2015) .Sexual health. Erişim Adresi: [<https://www.canada.ca/en/public-health/services/sexual-health.html>]. Erişim Tarihi: 28/04/2019.
- CEBECİOĞLU G, ALTIPARMAK İB (2017). Dijital şiddet: sosyal paylaşım ağları üzerine bir araştırma. *Sakarya University Journal of Education*, **7**: 423-431. Doi: 10.19126/suje.305282
- CENKSEVEN-ÖNDER F, YILMAZ Y (2012). Ortaöğretim Öğrencilerinde Görülen Kuraldışı Davranışları Yordamada Yaşam Doyumu ve Anne-Baba Stillerinin Rolü, Kuram ve Uygulamada Eğitim Bilimleri, *Educational Sciences: Theory & Practice*, **12**: 1737-1748
- CENTERS for DISEASE CONTROL and PREVENTION (2005). Physical activity and the health of young people, u.s. department of health and human services, Atlanta, GA.
- CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (CDC). Adolescent and School Health. Erişim Adresi: [<https://www.cdc.gov/healthyyouth/data/yrbs/results.htm>]. Erişim Tarihi: 30/04/2019
- CEYLAN SS, TURAN T (2009). Bir ilköğretim okulunda okul sağlığı hemşireliği uygulama sonuçlarının değerlendirilmesi. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, **4**: 36-38
- CHOU C, HSIAO MC (2000). Internet addiction, usage, gratification, and pleasure experience: The Taiwan college student's case. *Computers and Education*, **35**: 65-80.
- ÇAVUŞ FÖ, ÇAVUŞ UY, GÖRPELİOĞLU, S (2017). Ankara ilindeki ergenlerde riskli davranışların sıklığı, dağılımı. *Türkiye Aile Hekimliği Dergisi*, **21**: 2-16
- ÇETİNKAYA SK (2013). Üniversite öğrencilerinin şiddet eğilimlerinin ve toplumsal cinsiyet rollerine ilişkin tutumlarının incelenmesi, *Nesne-Psikoloji Dergisi*, **2**: 21-43.
- ÇİMEN S (2003). *15-18 yaş grubu gençlerde 'riskli sağlık davranışları ölçeği'nin geliştirilmesi*. (Doktora Tezi). İstanbul Üniversitesi/Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
- ÇUHADAROĞLU F (2010). Ergenlerde psikososyal gelişim. E HASANOĞLU, R DÜŞÜNSEL, A BİDECİ (Ed.). *Temel pediatri* (1. Baskı) (s. 1568-70), Ankara: Güneş Tıp

- DAĞDEVİRE Z, ŞİMŞEK Z (2013). Şanlıurfa il merkezindeki lise öğrencilerinin sağlığı geliştirme davranışları ve ilişkili faktörler. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni*. **12**: 135-142
- DAVİS RA (2001). A cognitive-behavioral model of pathological Internet use (PIU). *Computers in Human Behavior*
- DEİNZER R , CORDES O , WEBER J , HASSEBRAUCK L , WEİK U , KRAMER N , MARGRAF-STİKSRUD J , (2019). Toothbrushing behavior in children – an observational study of toothbrushing performance in 12 year olds. *BMC Oral Health*. **19**: 68. doi: 10.1186/s12903-019-0755-z.
- DEMİREZEN E, COŞANSU G (2005). Ergen çağı öğrencilerde beslenme alışkanlıklarının değerlendirilmesi, *İstanbul Ü. Florence Nightingale HYO Halk Sağlığı Hemşireliği*, **14**: 174.
- DEMİRGÖZ M, CANBULAT N (2008). Adölesan gebelik. *Türkiye Klinikleri J Med Sci*, **28**(6): 947-52.
- DERMAN O (2008). Ergenlerde psikososyal gelişme. İÜ Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimleri Etkinlikleri Serisi. *Adolesan Sağlığı II Sempozyum Serisi* **63**: 19-21
- DERMAN O. (2008). Ergenlerde psikososyal gelişim. *Ergen Sağlığı II Sempozyum Dizisi*, **63**: 19-21.
- DEVİTO J (2010). How adolescent mothers feel about becoming a parent. *J Perinat Educ.*, **19**(2): 25- 34.
- Dİ NİCOLA M, FERRİ VR, MOCCİA L, PANACCİONE I, STRANGİO AM, TEDESCHİ D, GRANDİNETTİ P, CALLEA A, DE-GİORGİO F, MARTİNOTTİ G, JANİRİ L (2017). Gender differences and psychopathological features associated with addictive behaviors in adolescents. *ECollection*, **1**: 256. doi: 10.3389/fpsy.2017.00256.
- DİNÇER SET E (2019). *Ergenlerin benlik algıları ve aile dinamikleri temelli evden kaçma nedenlerinin koruyucu-önleyici sosyal hizmet müdahalesi perspektifinde değerlendirilmesi*. (Yayımlanmamış yüksek lisans tezi). Yıldırım Beyazıt Üniversitesi/ Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
file:///C:/Users/User/Downloads/536484%20(1).pdf
- DOĞAN A (2013). *İnternet bağımlılığı yaygınlığı*. (Yüksek Lisans Tezi). Dokuz Eylül Üniversitesi/ Eğitim Bilimleri Enstitüsü, İzmir.
- DOLGUN G, İNAL S, UĞURLU F (2011). Ergen sağlığının sürdürülme ve geliştirilmesinde hemşirenin rolü. *Türk Pediatri Arşivi Dergisi*, **46**: 4-8. DOI: 10.4274/tpa.46.21
- DUDEK SG (1993). *Nutrition Handbook for Nursing Practice*. (2. Baskı) (s.: 267-323), Philadelphia: J.B.Lippincott Company.
- EBİBİ ÇAKIR S (2018). *Madde kullanan ve kullanmayan ergenlerin anne baba tutumları ve aile işlevleri açısından karşılaştırılması*. (Yayımlanmamış yüksek lisans tezi). Kocaeli Üniversitesi / Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Kocaeli.
file:///C:/Users/User/Downloads/517777.pdf

- EKİNCİ ERDOĞAN Ö (2016). *Mersin merkezdeki liseli ergenlerde riskli davranışlar*. (Yayımlanmamış Tıpta uzmanlık tezi). Mersin Üniversitesi/ Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Mersin. file:///C:/Users/User/Downloads/448832.pdf
- EKŞİ H, ARICAN T, YAMAN KG (2016). Meslek lisesi öğrencilerinin riskli davranışlarının yordayıcısı olarak sosyal görünüş kaygısı ve mükemmeliyetçilik. *Ahi Evran Üniversitesi Kırşehir Eğitim Fakültesi Dergisi (KEFAD)* **17**: 527-545.
- EMİROĞLU ON (1998). Beslenme ilkeleri ve toplum beslenmesi halk sağlığı hemşireliği el kitabı. İ EREFE (Ed.). *Beslenme İlkeleri ve Toplum Beslenmesi* (s. 30-38), İstanbul.
- ENEÇCAN FN, ŞAHİN EM, ERDAL M, AKTÜRK Z, KARA M (2011). Edirne şehir merkezindeki lise öğrencinde riskli sağlık davranışlarının değerlendirilmesi. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni*, **10**: 687-700.
- ERCİ B (2014). Sağlığın geliştirilmesi ve sağlıklı yaşam. B ERCİ (Ed.) *Halk Sağlığı Hemşireliği*, s.: 266-281, Amasya: Göktuğ.
- EREFİ İ, AKSAYAN S (1998). Okul sağlığı ve hemşireliği". İ Erefe (Ed). *Halk sağlığı hemşireliği el kitabı*. (s.: 183-190), İstanbul: Koç Vakfı
- ERGENE, T. VE ARK. (2013). Prevalance of risk behaviors among high school students. *Dünya Psikolojik Danışma ve Rehberlik Kongresi*, İstanbul
- ERGÜN A, ŞİŞMAN FN (2016). Ergenlik dönemi. S GÖZÜM (Ed.), *Okul Dönemindeki Çocukların Sağlığının Geliştirilmesi* (s.: 76-84). Ankara: Vize.
- ESER E (2004). Yaşam kalitesinin sınıflandırılması ve sağlıkla ilgili yaşam kalitesinin ölçümü. *Sağlıkta Yaşam Kalitesi Sempozyumu*, İzmir **p.4**, 8-10 Nisan 2004
- ESİN N (2018). Örneklem. S ERDOĞAN, N NAHCİVAN, N ESİN (Edt.). *Hemşirelikte araştırma: Süreç,, uygulama ve kritik* (3.Baskı) (s.:178-180). İstanbul: Nobel
- ESİN NM (2014). Örneklem. S ERDOĞAN, N NAHCİVAN, MN ESİN (Ed.) *Hemşirelikte Araştırma* (s.: 178-180). İstanbul: Nobel Tıp Kitapevi.
- FARES J (2006). World development report 2007: development and the next generation. Washington, DC: The World Bank.
- FIKIRKOCA M (2003). *Bütünsel risk yönetimi*. (s.: 24), Ankara.
- FLETCHER AC, STEINBERG L, WILLIAMS WHEELER M (2004). Parental influences on adolescent problem behavior: Revisiting Stattin and Kerr. *Child Development*, **75**(3): 781- 796.
- GEÇKİL E, YILDIZ S (2006). Adölesanlara yönelik beslenme ve stresle başatme eğitiminin sağlığı geliştirmeye etkisi. *C.Ü. Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, **10**: 2

- GENCER H (2017). *Ortaokul öğrencilerinde internet bağımlılığı ve siber zorbalık davranışları ile ilişkili değişkenlerin incelenmesi*.(Yayımlanmamış yüksek lisans tezi). Cumhuriyet Üniversitesi/ Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Sivas
- GENÇTANIRIM D (2014). Riskli davranışlar ölçeği üniversite formu: Geçerlik ve güvenirlik çalışmaları. *Eğitimde ve Psikolojide Ölçme ve Değerlendirme Dergisi*, **5**: 24-34.
- GLİCKMAN D, PARKER L, SİM LJ, DAL VALLE COOK H, MİLLER EA (2012). Accelerating progress in obesity prevention: Solving the weight of the nation. Institute of Medicine. Washington, D.C.:National Academies Press.
- GONZALES A, KOHN MR, CLARKE SD (2007). Eating disorders in adolescents. *Australian Family Physician*, **36**: 614-9.
- GRİFFİTHS M (2000). Does Internet and computer "addiction" exist? Some case study evidence, *Cyberpsychology & Behavior*, **5**: 211-218.
- GUERRERO LR, DUDOVİTZ R, CHUNG PJ, DOSANJH KK, WONG MD (2016). Grit: A potential protective factor against substance use and other risk behaviors among Latino 95 adolescents. *Academic pediatrics*. **16**: 275-281. doi:10.1016/j.acap.2015.12.016.
- GÜLTEKİN K, TARI, I. & EKE, C.Y. (2006). Okullarda suç ve şiddeti önleme. (s.: 17). Yeniden: İstanbul.
- GÜNAY Ş, ÖZAN T, ORÇİN E (2007). İzmir ilinde lise öğrencilerinin riskli davranışları. *Anatolian Journal of Psychiatry*, **8**: 186-196.
- HAN JC, LAWLOR DA, KİMM SY (2010). Childhood Obesity. *Lancet*, **375**: 1737-48.
- HARRİS C, STRAKER L (2000). Survey of physical ergonomics issues associated with school children's use. *International Journal of Industrial Ergonomics*, **26**: 337-346.
- HASKAN AVCI Ö, YILDIRIM İ (2014). Ergenlerde şiddet eğilimi, yalnızlık ve sosyal destek. *Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi (H. U. Journal of Education)*, **29**: 157-168.
- HAWKİNS, JD, CATALANO RF, MİLLER, JY (1992). Risk and protective factors for alcohol and other drug problems in adolescence and early adulthood: implications for substance abuse prevention. *Psychological Bulletin*, **112**: 64 - 105.
- HOFFMAN JP (2006). Family structure, community context, and adolescent problem behaviors, *Journal Of Youth Adolescence*, **35**: 867-880.
- 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**: 66-73

- IŞIKOL-ÖZGE F (2013). İlköğretim ikinci kademe öğrencilerinin sosyal görünüş kaygıları ile benlik saygıları arasındaki ilişkinin incelenmesi (Üsküdar ilçesi örneği). (Yayınlanmış?Yüksek Lisans Tezi). Yeditepe Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul
- JACOBS K, BAKER NA (2002). The association between children's computer use and musculoskeletal discomfort. *Work*. **18**(3): 221-226.
- JANOUT V, JANOUTOVA G. (2004). Eating disorders risk groups in the Czech republic-cross-sectional epidemiologic pilot study. *Biomed Papers*, **148**: 189-93.
- JOHNSON RL (2005). Gender differences in healthpromoting lifestyles of African Americans. *Public Health Nursing*, **22**: 130-7.
- K. TÖRÜNER E, BÜYÜKGÖNENÇ L (2017). *Çocuk sağlığı temel hemşirelik yaklaşımları* (s.: 607-611). Ankara: Nobel.
- KABAKÇI ÖF, KORKUT F (2008). 6- 8. sınıftaki öğrencilerin sosyal-duygusal öğrenme becerilerinin bazı değişkenlere göre incelenmesi. *Eğitim ve Bilim*, **33**(148): 77-86. Kara, B.,
- KABARAN S, MERCANLIGİL SM (2013). Adolesan Dönem Besin Seçimleri Hangi Faktörler Etkiliyor?. *Güncel Pediatri Dergisi*, **11**: 121-127.
- KALTIALA-HEINO R, LINTONEN T, RIMPELA A (2004). Internet addiction? Potentially problematic use of the internet in a population of 12-18 year-old adolescents. *Addiction Research & Theory*, **12**(1): 89-96.
- KARAHAN TF, SARDOĞAN ME, GENÇOĞLU C, YILAN G (2006) .Lise öğrencilerinde trafik, madde kullanımı ve toplumsal konumla ilgili risk alma davranışı. *Eğitim ve Bilim*, **31**: 72-79.
- KARATAY G, KUBİLAY G (2004). Sosyoekonomik düzeyi farklı iki lisede madde kullanma durumu ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, **1**: 2.
- KARAYAĞIZ MUSLU G, AYGÜN Ö (2017). Ergenlerin riskli sağlık davranışlarının ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi. *DEUHFED*, **10**: 242-250.
- KAYA F, BİLGİN H, SİNGER MI (2012). Contributing factors to aggressive behaviors in high school students in Turkey. *The Journal of School Nursing*, **28**: 56-69.
- KAYA F, BÜYÜKŞERBETÇİ M, MERİÇ M (2006). Ankara'da bir lisenin 9 ve 10. sınıf öğrencilerinin kişisel hijyen konusunda davranışlarının belirlenmesi. *Sted*, **15**(10): 179-183.
- KAYA M, BÜYÜKBERBETÇİ M, MERİÇ MB, ÇELEBİ AE, BOYBEYİ Ö, IŞIK A, BOZKURT Hİ, VAİZOĞLU SA, GÜLER Ç (2010). Ankara'da bir Lisenin 9. ve 10. SINIF öğrencilerinin Kişisel Hijyen Konusunda Davranışlarının belirlenmesi. *Sted*, **15**(10): 167.
- KELLEY AE, SCHOTHEC T, LANDRY CF. (2004). Risk-taking and novelty seeking in adolescence: introduction to part-1. *Annals of the New York Academy of Science*, **1021**: 27-32.

- KESKİNOĞLU P, BİLGİC N, PİCAKÇİEFE M, GİRAY H, KARAKUS N, GUNAY T (2007). Perinatal Outcomes and Risk Factors of Turkish Adolescent Mothers, *J Pediatr Adolesc Gynecol*, **20**(1): 19-24.
- KESSLER, RE (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of dsm-iv disorders in the national comorbidity survey replication. *Archives of General Psychiatry*, **62**: 593–602.
- KHATOON R , SACHAN B , HAN MA , SRIVASTAVA JP (2017). Impact of school health education program on personal hygiene among school children of Lucknow district. *J Family Med Prim Care*. **6**: 97-100. doi: 10.4103/2249-4863.214973.
- KINIK, E (2000). Adolesan dönemde fiziksel büyüme ve cinsel gelişme. *Katkı Pediatri*, **21**: 720-740.
- KIRIM C, HIRCA N (2015). Lise öğrencilerinin kişisel hijyen ve temizlik alışkanlıklarının fen okur-yazarlığına göre değerlendirilmesi. *Bartın Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, **4**: 790 – 802.
- KIYILIOĞLU L, DÖNMEZ A (2016). HIV/AIDS'e yol açan riskli cinsel davranışla ilişkili psikososyal ve kültürel etmenler. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, **8**: 367-379.
- KLEİNERT S, HORTON R (2016). Adolescent health and wellbeing: a key to a sustainable future. Erişim Adresi: [http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736(16)30297-5.pdf]. Erişim Tarihi: 30/04/2019
- KURUOĞLU AÇ (2007). Ergenlik dönemi. AS AYSEV, YI TANER (Eds.), *Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları* (s.: 189-206), İstanbul: Golden Print.
- KUZU A, ODABAŞI F, ERİŞTİ SD, KABAKÇI I, KURT AA (2008). İnternet kullanımı ve aile araştırması. T.C. Başbakanlık Aile ve Sosyal Araştırmalar Genel Müdürlüğü Yayınları.
- KÜRTÜNCÜ M, UZUN M, AYOĞLU FN (2015). Ergen eğitim programının riskli sağlık davranışları ve sağlık algısına etkisi. *Yükseköğretim ve Bilim Dergisi*, **5**(2): 187-195. DOI: 10.5961/jhes.2015.121
- KÜRTÜNCÜ M, UZUN M, AYOĞLU FN (2015). Ergen eğitim programının riskli sağlık davranışları ve sağlık algısına etkisi. *Yükseköğretim ve Bilim Dergisi*, **5**(2) 187-205
- LANDY S (2005). Pathways to competence: Encouraging healthy social and emotional
- LLOYD C (2005). Growing up global: the changing transitions to adulthood in developing countries. Washington, DC. The National Academies Press.
- LOEF M, WALACH H (2012). The combined effects of healthy lifestyle behaviors on all cause mortality: a systematic review and meta-analysis. *Prev Med*. **55**: 163–170. doi: 10.1016/j.ypmed.2012.06.017;

- MASH EJ, WOLFE DA (2005). *Abnormal child psychology* (3. baskı). USA: Wadsworth
- MASÍ S, CHARAKÍDA M, WANG G, O'NEÍLL F, TADDEÍ S, DEANFIELD J (2010). Hope for the future: early recognition of increased cardiovascular risk in children and how to deal with it. *Eur J Cardiovasc Prev Rehabil*, **16**: 61.
- MAYNARD BR, SALAS-WRÍGHTE CP, VAUGHN MG, PETERS KE (2012) Who are truant youth? examining distinctive profiles of truant youth using latent profile analysis. *Journal of youth and adolescence*. **41**: 1671-1684. doi:10.1007/s10964-012-9788-1.
- MCCULLOUGH ML, PATEL AV, KUSHÍ LH, PATEL R, WÍLLETT WC, DOYLE C, THUN MJ, GAPSTUR S (2011). Following cancer prevention guidelines reduces risk of cancer, cardiovascular disease and all-cause mortality. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev*
- MCGÍNNÍ S JM, GOOTMAN JA, V.I. KRAAK EDS (2006). Food marketing to children and youth: Threat or opportunity? Institute of Medicine. Washington, D.C.: National Academies Press
- MEMÍŞ UA, YLDIRAN Í (2008). Çocukluk ve ergenlikteki fiziksel aktivite deneyimler ile yetişkinlikteki fiziksel aktivite düzeyleri arasındaki ilişki. *Gazi Beden Eğitimi ve Spor Bilimleri Dergisi (Gazi BESBD)*, **XIII**, **1**: 13 – 32
- MÜFTÜOĞLU O (2003). *Yaşasın hayat*. (s.: 32-87), İstanbul: Doğan
- MÜFTÜOĞLU O (2004). *Hafifleyin gençleşin* (s.: 57-85), İstanbul: Doğan
- NACAR M, GÜNAY O (2011). Ergen sağlığı. Y ÖZTÜRK, O GÜNAY (Ed.), *Halk Sağlığı Genel Bilgiler* (s.: 711-750). Kayseri: Önder Ofset.
- NATIONAL ASSOCIATION for SPORT and PHYSICAL EDUCATION (NASPA) (2003). Guidelines for Appropriate Physical Activity for Elementary School Children 2003 Update: The Comprehensive Report, Reston VA: NASPE Publications
- NEYZÍ O (2005). Batı dünyasında ve Türkiye’de okul sağlığı. Klinik Çocuk Forumu, 1-5.
- ODUKOYA OO, SOBANDE OO, ADENİRAN A, ADESOKAN A (2018). Parental monitoring and substance use among youths: A survey of high school adolescents in Lagos State, Nigeria. *Niger J Clin Pract*. **21**: 1468-1475. doi: 10.4103/njcp.njcp_15_16.
- OYEFARA, J (2012). Age at first birth and fertility differentials among women In Osun State, Nigeria. *European Scientific Journal*, **8**: 139–163.
- ÖGEL K, ÇORAPÇIOĞLU A, SIR A, TAMARA M, TOT G (2004). Dokuz ilde ilk ve ortaöğretim öğrencilerinde tütün, alkol ve madde kullanım yaygınlığı. *Türk Psikiyatri Dergisi*, **15**: 112-118.

- ÖNCEL S, AKCAN A, MEYDANLIOĞLU A (2016). Sağlığın geliştirilmesi ve hastalıkların önlenmesi. S GÖZÜM (Ed.). *Okul dönemindeki çocukların sağlığının geliştirilmesi*, (s.: 221-227), Ankara: Vize.
- ÖNSÜZ M, HIDIROĞLU S (2008). İstanbul'da farklı iki ilk öğretim okulundaki öğrencilerin kişisel hijyen alışkanlıklarının belirlenmesi. *ADÜ Tıp Fakültesi Dergisi*, **9**(1): 9-17.
- ÖZ F (2010). *Sağlık alanında temel kavramlar* (2. Baskı), (s.: 10-249), Ankara: Mattek.
- ÖZCAN T, BAYSAL S(2016). Vejetaryen beslenme ve sağlık üzerine etkileri. *UÜ. Ziraat Fakültesi Dergisi*, **30**: 101-116.
- ÖZCEBE H (2002). Birinci basamakta ergen sorunlarına yaklaşım. *Hacettepe Ü. Tıp Fak. Halk Sağlığı AD*, **11**: 374.
- ÖZCEBE H (2010). Adolesanlarda yüksek riskli davranışlar. In: E Hasanoğlu, R Düşünsel, A Bideci (eds). *Temel pediatri*. (1. Baskı) (s.: 1611- 13)Ankara: Güneş Tıp Kitabevleri.
- ÖZCEBE H, ULUKOL B, MOLLAHALİLOĞLU S, YARDIM N, KARAMAN F (2008). T.C. Sağlık Bakanlığı sağlık hizmetlerinde okul sağlığı kitabı. Erişim Adresi: [https://www.tuseb.gov.tr/enstitu/tacese/yuklemeler/ekitap/okulsagligi.pdf]. Erişim Tarihi: 17/04/2019.
- ÖZCEBE H, ULUKOL B, PEKCAN H (2008). *Birinci Basamak Sağlık Çalışanlarına Yönelik Okul Sağlığı Rehberi* (s.: 241).
- ÖZGEN L, KINACI, ARLI, B., M., (2012). Eating attitudes and behaviors of adolescents. *Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 2012, **45**: 229-247
- ÖZGÜR G, YÖRÜKOĞLU G, BAYSAN ARABACI L (2011). Lise öğrencilerinin şiddet algıları, şiddet eğilim düzeyleri ve etkileyen faktörler. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, **2**: 53-60
- ÖZMEN B, ENGİN S (2005). Okul sağlığına stratejik yaklaşım. *Klinik Çocuk Forumu*, 6-12.
- ÖZMEN D, ÇETİNKAYA AÇ, ERGİN D, ŞEN N, DÜNDAR-ERBAY P (2007). Öğrencilerinin yeme alışkanlıkları ve beden ağırlığını denetleme davranışları. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni*, **6**: 98-105
- ÖZMERT EN, DERNAN O, ESEN O, İBİŞ M, BEDİZ D, KALBUR N, KARAKA H, SEYREK H, GÜNDOĞAN A (2008). Eğitimciler için eğitim rehberi çocuk ve ergen sağlığı modülleri. Erişim Adresi: [https://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/t8.pdf]. Erişim Tarihi: 17/04/2019.
- ÖZTORA S (2005). İlk öğretim çağındaki çocuklarda obezite prevalansının belirlenmesi ve risk faktörlerinin araştırılması. (Uzmanlık Tezi). Gazi Üniversitesi/Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara

- PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION (1997). Adolescent health. Washington, DC; Pan American Health Organization. Erişim Adresi: [http://www.who.int/iris/handle/10665/286777] Erişim Tarihi: 17/04/2019.
- PARKER G, ROY K (2001) Adolescent depression: a review. *Aust NZJ Psychiatry*, **35**: 572.
- PAXTON RJ, VALOIS RF, WATKINS KW (2007). Sociodemographic differences in depressed mood; results from a nationally representative sample of high school adolescents, *Journal of School Health*, **77**(4): 180-186.
- PEKCAN G (2004). Ergenlik dönemiinde Beslenme. *Klinik Çocuk Forumu*, **4**: 38- 47.
- PFEFFER CR (2007). Suicidal behavior in children and adolescents: causes and management. A MARTİN, FR VOLKMAR (Eds.), *Lewis's child and adolescent psychiatry*. (4. Baskı) (s.: 529-538), Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins
- RASBERRY CN, TIU GF, KANN L (2015). Health-related behaviors and academic achievement among high school students — United States, 2015. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*, **66**:921–927. DOI: <http://dx.doi.org/10.15585/mmwr.mm6635a1>
- ROBEYNS I (2005). The capability approach: a theoretical survey. *J Hum Dev*, **6**: 93-114.
- ROSTAD WL, BAŞİLE KC, CLAYTON HB (2018). Association among television and computer/video game use, victimization, and suicide risk among u.s. high school students, 2018 Mar 1:886260518760020. doi: 10.1177/0886260518760020.
- SAĞLIK BAKANLIĞI (2012). Madde Bağımlılığı Tanı ve Tedabi El Klavuzu, Erişim Adres: [https://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/maddebagimliliği.pdf]. Erişim Tarihi: E.T: 30/04/2019
- SANDIKÇI Ç (2018). *Ergenlerde riskli davranışların kişilik özellikleri tarafından yordanmasında sosyal ilişki unsurlarının aracı rolü.* (Yayımlanmamış yüksek lisans tezi). Osmangazi Üniversitesi/ Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Eskişehir. file:///C:/Users/User/Downloads/504165.pdf
- SAWYER SM, AFİFİ RA, BEARİNGER LH, BLAKEMORE SJ, DİCK B, EZEH AC, PATTON GC (2012). Adolescence: a foundation for future health. *The Lancet*, **379**: 1630-1640. doi:https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)60072-5
- SAYAR MK, ÖZTÜRK M, ACAR B (2000). Aşırı Dozda İlaç Alımıyla İntihar Girişiminde Bulunan Ergenlerde Psikolojik Etkenler. *Klinik Psikiyatri Bülteni*, **10**: 133-138.
- SİYEZ DM (2013). Ergenlerde problem davranışlar. Pegem Akademi: Ankara
- SİYEZ DM, AYSAN F (2007). Ergenlerde Görülen Problem Davranışların Psiko-Sosyal Risk Faktörleri ve Koruyucu Faktörler Açısından Yordanması, *Dokuz Eylül Üniversitesi Buca Eğitim Fakültesi Dergisi*, **20**: 145-171.

- SİYEZ MD, AYSAN F (2007). Ergenlerde riskli araba kullanma davranışını yordayan psikososyal değişkenlerin değerlendirilmesi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Buca Eğitim Fakültesi Dergisi*, **21**: 01-10.
- SPARK A (1998). Nutrition Counseling. CL EDELMAN, CL MANDLE CL (Eds.), *In Health Promotion Throughout the Lifespan*, St.Louis: Mosby Company.
- STANG J, STORY M (2005). Guidelines for adolescent nutrition services. Erişim Adresi:[http://www.epi.umn.edu/lrt/pubs/adol_book.shtm]. Erişim Tarihi: 30/04/2019
- STEİNBERG L (2007). *Ergenlik*. İmge Kitabevi: Ankara.
- STORY M, LYTLE LA, BİRNBaum AS, PERY CL (2002) Peer-led, school-based nutrition education for young adolescent: Feasibility and process evaluation of the teens study. *The Journal of School Health*, **72** (3): 121-127.
- STULHOFER A, GRAHAM CA, BOZİCEVİC I, KUFRİN K, AJDUKOVİC A (2009). An assessment of HIV/STI vulnerability and related sexual risktaking in a nationally representative sample of young Croatian adults. *Arch Sex Behav*, **38**: 209-225
- SÜREN O, SOYSAL A (2002). *Okul Kantinleri ve Dengeli Beslenme*. İzmir: Olcay
- ŞATIROĞLU H (2010). Adolesanlarda cinsel sağlık. In: E Hasanoğlu, R Düşünsel, A Bideci (eds). *Temel pediatri*. (1. Baskı) (s.: 1581- 3) Ankara: Güneş Tıp Kitabevleri.
- ŞEN S, KAVLAK O (2011). Çocuk gelinler: Erken yaş evlilikleri ve adölesan gebeliklere yaklaşım. *Aile ve Toplum Dergisi*, **7**(25): 35-44
- ŞENER G (2013). Sosyal medyada mahrem ilişkiler, gözetleme ve dijital şiddet, Akademik Bilişim 2013 Konferansı, Akdeniz Üniversitesi, Antalya, (23-25 Ocak 2013)
- ŞİMŞEK Z, KORUK İ, ALTINDAĞ A (2007). Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi ve Fen-Edebiyat Fakültesi Birinci Sınıf Öğrencilerinin Riskli Sağlık Davranışları. *Toplum Hekimliği Bülteni*, **26**: 3.
- T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI (2011). Türkiye sağlıklı beslenme ve hareketli hayat programı (2010 - 2014). Erişim Adresi: [<https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/saglikli-beslenme-hareketli-hayat-db/Yayinlar/kitaplar/diger-kitaplar/egitim-modulleri.pdf>]. E.T: 17/04/2019
- T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI (2017). Obezite. Erişim Adresi: [<https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/obezite/obezite-nedir.html>] Erişim Tarihi: 17/04/2019.
- T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI TEMEL SAĞLIK HİZMETLERİ GENEL MÜDÜRLÜĞÜ (2011). *Sağlığı Teşviki ve Geliştirilmesi Sözlüğü* (1.baskı). Anıl Matbaacılık. Ankara

- TAMMELIN T, LAITINEN J, NAYHA S (2004). Change in the Level of Physical Activity from Adolescence into Adulthood and Obesity at the Age of 31 Years, *International Journal of Obesity*, **28**: 775-782.
- TANRIVERDİ D, SAVAŞ E, GÖNÜLLÜOĞLU N, KURDAL E, BALIK G (2011). Lise öğrencilerinin yeme tutumları, yeme davranışları ve benlik saygılarının incelenmesi. *Gaziantep Tıp Dergisi*, **17**(1): 33-39.
- TBMM ARAŞTIRMA KOMİSYONU (2007). Çocuklarda ve gençlerde artan şiddet eğilimi ile okullarda meydana gelen olayların araştırılarak alınması gereken önlemlerin belirlenmesi amacıyla kurulan (10/337,343,356,357) esas numaralı meclis araştırma komisyon raporu. Ankara: MEB Özel Eğitim Rehberlik ve Danışma Hizmetleri Genel Müdürlüğü
- TELAMA R, YANG X, VII KARI J, VALIMAKI I, WANNE O, RAITAKARI O (2005). Physical Activity from Childhood to Adulthood: A 21-Year Tracking Study, *American Journal of Preventive Medicine*, **28**(3): 267-273.
- TELEF BB, KARACA R (2011). Ergenlerin öz-yeterliklerinin ve psikolojik semptomlarının incelenmesi. *Mustafa Kemal Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, **8**(16): 499-518.
- THOMPSON AM (2001). Physical Activity from Childhood and Adolescence to Adulthood - A Longitudinal Analysis, The Degree of Doctor of Philosophy, The College of Kinesiology University of Saskatchewan, (Proquest Online Veri Tabanı UMI No: 63931, Erişim Tarihi: 25/07/2019).
- TIP ENSTİTÜSÜ (INSTITUTE OF MEDICINE - IOM) (2006). Food marketing to children and youth: threat or opportunity? Washington DC: The National Academies Press.
- TOR H (2010). Türkiye’de çocuk işçiliğinin boyutları. *Zeitschrift für die Welt der Türken*, **2**: 25-42
- TSAİ C, LİN SJ (2003). Internet addiction of adolescents in Taiwan: an interview study. *CyberPsychology & Behavior*, **6** (6): 649- 652.
- TURAN T, CEYLAN SS, ÇETİNKAYA B, ALTUNDAĞ S (2009). Meslek lisesi öğrencinin obezite sıkıntısı ve beslenme alışkanlıklarının incelenmesi. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni*, **8**: 5-12.
- TURCONİ G, GUARCELLO M, MACCARİNİ L, CİGNOLİ F, SETTİ S, BAZZANO R, ROGGİ C (2008). Eating habits and behaviors, physical activity. Nutritional and food safety knowledge and beliefs in an adolescent Italian population. *J Am Coll Nutr*, **27**(1): 31-43
- TUZGÖL DOST M, KEKLİK İ (2014). Sürekli kaygı, umutsuzluk ve benlik saygısının ergenlerin riskli davranışlarını yordama gücü. *Elektronik Sosyal Bilimler Dergisi*, **13**: 195-208
- TÜMER A, ŞAHİN S (2011). Ergenlerin riskli sağlık davranışları. *Sağlık ve Toplum*. **1**: 32-38.

- TÜRK DİL KURUMU. Güncel Türkçe sözlük. Erişim Adresi:
[http://www.tdk.gov.tr/index.php?option=com_gts&arama=gts&guid=TDK.GT.S.5ccec4fae539d3.57827315]. Erişim Tarihi: 05/05/2019.
- TÜRKİYE İSTATİSTİK KURUMU (TUİK) (2017). Erişim Adresi:
[<http://www.tuik.gov.tr/UstMenu.do?metod=istgosterge>]. Erişim Tarihi:
30/04/2019
- ULUDAĞLI NP, SAYIL M (2009). Orta ve ileri ergenlik döneminde risk alma davranışı: ebeveyn ve akranların rolü. *Türk Psikoloji Yazıları*, **12**: 14-24.
- ULUSOY D, ÖZCAN DEMİR N, GÖRGÜN BARAN A (2005). Ebeveynin çocuk yetiştirme biçimi ve ergen problemleri: Ankara ili örneği. *Gazi Üniversitesi Türk Eğitim Bilimleri Dergisi*, **3**(3): 367-386.
- ÜNAL B (2017). *Güzelbahçe İMKB Mesleki ve Teknik Anadolu Lisesi öğrencilerinde sağlık davranışları*. (Yayımlanmamış Tıpta uzmanlık tezi). Dokuz Eylül Üniversitesi / Tıp Fakültesi, İzmir. file:///C:/Users/User/Downloads/502295.pdf
- ÜNERİ ÖŞ (2010). Anoreksiya nervoza ve kaygı bozuklukları. *Türkiye Çocuk Hastalıkları Dergisi*, **4**: 4.
- ÜNLÜ G, AKSOY Z, ERSAN EE (2014). İntihar girişiminde bulunan çocuk ve ergenlerin değerlendirilmesi. *Pamukkale Tıp*, **7**: 176-183.
- WİLDE GJ, MURDOCK PA (1982). Incentive systems for accident-free driving in the general population. *Ergonomics*, **25**: 879- 890.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (2015). Tenfold increase in childhood and adolescent obesity in four decades: new study by Imperial College London and WHO, Erişim Adresi:[<http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2017/increase-childhood-obesity/en/>]. Erişim Tarihi: 30/04/2019.
- WORLD HEALTH ORGANİZATİON (2017). Global accelerated action for the health of adolescents (AA-HA!). Erişim Adresi:
[<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/255418/1/WHO-FWC-MCA-17.05-eng.pdf?ua=1>]. Erişim Tarihi: 17/04/2019.
- WORLD HEALTH ORGANİZATİON (2018). Taking action on childhood obesity. World Health Organization.). Erişim Adresi: [<http://www.who.int/iris/handle/10665/274792>]. License: CC BY-NC-SA 3.0 IGO Erişim Tarihi: 17/04/2019.
- XİE H, SWİFT DJ, CAİRNS RB (2002). Aggressive behaviors in social interaction and developmental adaption: A narrative analysis of interpersonal conflicts during early adolescence. *Social Development*, **11**: 205-224
- XU X, LİU D, SHARMA M, ZHAO Y (2017). Prevalence and determinants of current smoking and intention to smoke among secondary school students: a cross-sectional survey among han and tujia nationalities in China. *J. Environ. Res. Public Health* **14**: 1323; doi:10.3390/ijerph14111323

- YILDIZ SA, EŐKİSU M (2011). Problem çözüme becerisini geliştirme programının 9. Sınıf öğrencilerinin problem çözüme becerisi üzerindeki etkisi. *Erzincan Eğitim Fakültesi Dergisi*, **13**(1): 189- 206.
- YILMAZ N (2004). *Öfke ile başa çıkma eğitiminin ve grupla psikolojik danışmanın ergenlerin öfke ile başa çıkabilmeleri üzerindeki etkisi.* (Doktora Tezi) Hacettepe Üniversitesi/Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.
- YILMAZÇETİN C, TANER S, ÖGEL K (2005). İstanbul örnekleminde ergenlerde riskli davranışların yaygınlığı ve sosyodemografik etkenlerle ilişkisi. *II. Ulusal Alkol ve Madde Bağımlılığı Kongresi*, 14-19 Ekim, Bodrum.
- YİĞİT R (2009). *Çocukluk Dönemlerinde Büyüme ve Gelişme.* Ankara: Sistem Ofset.
- ZHANG T, ZHANG F, XIONG J (2018). Analysis on prevalence and influencing factors of health risk behaviors of Dong and Bai Nationality adolescents in rural of Wuling mountainous area in 2016. *Wei Sheng Yan Jiu.* **47**: 782-788.

EKLER

Ek- 1. Ergene İlişkin Tanımlayıcı Özellikler Bilgi Formu

ERGENE İLİŞKİN TANIMLAYICI ÖZELLİKLER BİLGİ FORMU

1. Yaşınız:
2. Cinsiyetiniz: () Kadın () Erkek
3. Sınıfınız: ()9. ()10. ()11. ()12.
4. Annenizin eğitim durumu nedir?
() Okur yazar değil () Okur yazar () İlköğretim mezunu () Lise mezunu
() Üniversite mezun
5. Babanızın eğitim durumu nedir?
() Okur yazar değil () Okur yazar () İlköğretim mezunu () Lise mezunu
() Üniversite mezunu
6. Aile birlikte yaşama durumunuz nedir?
() Birlikte () Ayrı
7. Gelir getiren bir işte çalışıyor musunuz?
() Evet () Hayır
8. Algılanan ekonomik durumunuz:
() İyi () Kötü () Orta
9. Algılanan sağlık durumunuz:
() İyi () Kötü () Orta
10. Algılanan okul başarı durumunuz:
() İyi () Kötü () Orta
11. Algılanan anne-baba tutumu:
() Baskıcı ve Otoriter
() Aşırı Koruyucu
() İlgisiz
() Mükemmeliyetçi
() Demokratik

Ek- 2. Riskli Sağlık Davranışları Ölçeği (RSDÖ)

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

Sağlık Davranışları	Hiç bir zaman	Oldukça seyrek	Bazen	Çoğunlukla	Hemen her zaman
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.					
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.					
35. Korunmasız (ben ya da partnerim kılıf/kondom/ prezervatif kullanmadan) cinsel ilişkide bulunurum.					

Ek- 3. Etik Kurul Kararı



T.C.
AKSARAY ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
İnsan Araştırmaları Etik Kurulu

Aksaray Üniversitesi - Aksaray Üniversitesi Rektörlüğü
- İnsan Araştırmaları Etik Kurulu
14.02.2018 16:03
Sayı: 34183927-202-03-02-E-00000257321
00000257321

Sayı : 2018/26
Konu : Başvurunuz Hk.

Sayın: Prof. Dr. Ayfer TEZEL.

09.02.2018 tarih ve 2018/26 protokol sayılı araştırma başvurunuz Üniversitemiz İnsan Araştırmaları Etik Kurulu'nun 13.02.2018 tarihli toplantısında görüşülmüş olup kurul karar örneği ekte sunulmuştur.

Bilgilerinizi rica ederim.

e-İmzalıdır
Prof. Dr. Necmettin AYGÜN
Aksaray Üniversitesi
İnsan Araştırmaları Etik Kurul
Başkanı

Ek: Kurul karar örneği

Aksaray Üniversitesi Rektörlüğü
Adres:tarih Bölümü
Tel:2882194

Bilgi için: Fen Edebiyat Fak
Fax:2882125
WEB: www.aksaray.edu.tr

Evrakın elektronik imzalı suretine <https://e-belge.aksaray.edu.tr> adresinden 1b55ce28-52ce-4588-b909-fa993aa7f3bf kodu ile erişebilirsiniz.
Bu Belge 5070 sayılı Elektronik İmza Kanunu'nun 5. Maddesi gereğince güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır

Karar 2018/20: Yürütücülüğünü Yrd. Doç. Dr. Meltem KESKİN KÖYLÜ'nün yaptığı "Kuşak Farklılıklarının Yatırım Tercihlerine Etkisi ve Ankara İli Örneği" başlıklı araştırma ile ilgili 2018/20 protokol numaralı başvuru Kurulumuz tarafından incelenmiş, Üniversitemizin İnsan Araştırmaları Etik Kurul Yönergesi'nde belirtilen etik ilkelere uygun olduğuna, toplantıya katılan üyelerin oy birliği ile karar verilmiştir.

Karar 2018/21: Yürütücülüğünü Yrd. Doç. Dr. Meltem KESKİN KÖYLÜ'nün yaptığı "Türkiye'de Bireysel Emeklilik Sisteminde Otomatik Katılımın OECD Ülkeleri İle Karşılaştırılması" başlıklı araştırma ile ilgili 2018/21 protokol numaralı başvuru Kurulumuz tarafından incelenmiş, Üniversitemizin İnsan Araştırmaları Etik Kurul Yönergesi'nde belirtilen etik ilkelere (8d, 8e, 8f, 8h eksik) uygun olmadığına, eksikliklerin giderilerek yeniden başvurusunato toplantıya katılan üyelerin oy birliği ile karar verilmiştir.

Karar 2018/22: Yürütücülüğünü Arş. Gör. MiyaseAVCI'ninyaptığı "Öğretim Elemanlarının Etik Tutumlarına İlişkin Hemşirelik Lisans Öğrencilerinin Algılarının Belirlenmesi" başlıklı araştırma ile ilgili 2018/22 protokol numaralı başvuru Kurulumuz tarafından incelenmiş, Üniversitemizin İnsan Araştırmaları Etik Kurul Yönergesi'nde belirtilen etik ilkelere uygun olduğuna, toplantıya katılan üyelerin oy birliği ile karar verilmiştir.

Karar 2018/23: Yürütücülüğünü Arş. Gör. MiyaseAVCI'ninyaptığı "Hemşirelerde Tükenmişlik ve Tıbbi Hataya Eğilim Düzeyleri Arasındaki İlişki" başlıklı araştırma ile ilgili 2018/23 protokol numaralı başvuru Kurulumuz tarafından incelenmiş, Üniversitemizin İnsan Araştırmaları Etik Kurul Yönergesi'nde belirtilen etik ilkelere uygun olduğuna, toplantıya katılan üyelerin oy birliği ile karar verilmiştir.

Karar 2018/24: Yürütücülüğünü Yrd. Doç. Dr. Asude Yasemin ZENGİN'in yaptığı "Yüksek Enflasyon Dönemlerinde Orta Sınıfın Tüketim Kalıpları" başlıklı araştırma ile ilgili 2018/24 protokol numaralı başvuru Kurulumuz tarafından incelenmiş, Üniversitemizin İnsan Araştırmaları Etik Kurul Yönergesi'nde belirtilen etik ilkelere uygun olduğuna, toplantıya katılan üyelerin oy birliği ile karar verilmiştir.

Karar 2018/25: Yürütücülüğünü Yrd. Doç. Dr. Leyla İÇERLİ'ninyaptığı "İşletmelerin Çevresel duyarlılıkları ve ekogirişimcilik yönelimleri" başlıklı araştırma ile ilgili 2018/25 protokol numaralı başvuru Kurulumuz tarafından incelenmiş, Üniversitemizin İnsan Araştırmaları Etik Kurul Yönergesi'nde belirtilen etik ilkelere uygun olduğuna, toplantıya katılan üyelerin oy birliği ile karar verilmiştir.

Karar 2018/26: Yürütücülüğünü Ankara Üniversitesi'nden Prof. Dr. Ayfer TEZEL'in yaptığı "Adölesanlarda Riskli Sağlık Davranışlarının Değerlendirilmesi" başlıklı araştırma ile ilgili 2018/26 protokol numaralı başvuru Kurulumuz tarafından incelenmiş, Üniversitemizin İnsan Araştırmaları Etik Kurul Yönergesi'nde belirtilen etik ilkelere uygun olduğuna, toplantıya katılan üyelerin oy birliği ile karar verilmiştir.

Karar 2018/27: Yürütücülüğünü Yrd. Doç. Dr. Alev ELÇİ'ninyaptığı "Yükseköğretimde Öğrenme ve Öğretme Amaçlı Sosyal Medya Kullanımına İlişkin Akademik Yönetici ve Öğretim Elemanı Görüşleri" başlıklı araştırma ile ilgili 2018/27 protokol numaralı başvuru Kurulumuz tarafından incelenmiş, Üniversitemizin İnsan Araştırmaları Etik Kurul Yönergesi'nde belirtilen etik ilkelere uygun olduğuna, toplantıya katılan üyelerin oy birliği ile karar verilmiştir.

Karar 2018/28: Yürütücülüğünü Yrd. Doç. Dr. Ferhat Kadir PALA'ninyaptığı "Pazarlamada Sosyal Medya Zekası Kullanımı" başlıklı araştırma ile ilgili 2018/28 protokol numaralı başvuru Kurulumuz tarafından incelenmiş, Üniversitemizin İnsan Araştırmaları Etik Kurul Yönergesi'nde belirtilen etik ilkelere uygun olduğuna, toplantıya katılan üyelerin oy birliği ile karar verilmiştir.

Karar 2018/29: Yürütücülüğünü Konya-Balcılar Çok Programlı Anadolu Lisesi ücretli öğretmeni Ayşe GÖKDENİZ'in yaptığı "Sosyal Bilgiler Öğretmenlerinin EBA(Eğitim Bilişim Ağı)'ya Yönelik Görüşlerinin Değerlendirilmesi" başlıklı araştırma ile ilgili 2018/29 protokol numaralı başvuru Kurulumuz tarafından incelenmiş, Üniversitemizin İnsan Araştırmaları Etik Kurul Yönergesi'nde belirtilen etik ilkelere (danışmanın adı yok, Yüksek Lisans Tezi için enstitü yönetim kurulu kararı yok, araştırmanın evren ve örneklem yeterince açıklanmamış) uygun olmadığına, gerekli düzeltmelerin yapıldıktan sonra tekrar başvurusuna, toplantıya katılan üyelerin oy birliği ile karar verilmiştir.

Karar 2018/30: Yürütücülüğünü öğrenci Hamide AKBAS'ın yaptığı "Öğretmen Adaylarının Sosyal Medya Bağımlılığı ve Akademik Erteleme Davranışları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi" başlıklı araştırma ile ilgili 2018/30 protokol numaralı başvuru Kurulumuz tarafından incelenmiş, Üniversitemizin İnsan Araştırmaları Etik Kurul Yönergesi'nde belirtilen etik ilkelere (danışmanın adı yok, enstitü yönetim kurulu kararı yok, yöntem daha açık yazılmalı, aydınlatılmış onay formunda kişi bilgileri eksik) uygun olmadığına, gerekli düzeltmelerin yapıldıktan sonra tekrar başvurusuna, toplantıya katılan üyelerin oy birliği ile karar verilmiştir.

Ek- 4. Kurum İzni



T.C.
AKSARAY VALİLİĞİ
İl Millî Eğitim Müdürlüğü

Sayı : 85705372-44-E.4051788
Konu :Araştırma ve Anket İzni

26/02/2018

VALİLİK MAKAMINA

İlgi: a) Millî Eğitim Bakanlığı Yenilik ve Eğitim Teknolojileri Genel Müdürlüğünün 12.09.2017 tarih ve 2017/25 Nolu Genelgesi.

b)Aksaray Üniversitesi Personel Daire Başkanlığının 20.02.2018 tarihli ve 71681210-900-E.258867 Sayılı Yazısı.

İlgi (b) yazıda belirtildiği üzere ; Aksaray Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Öğretim Görevlisi ve Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı yüksek lisans programı öğrencisi Sevim UĞUR; "**Adölesanlarda Riskli Sağlık Davranışlarının Değerlendirilmesi**" başlıklı tezi ile ilgili araştırma ve anket çalışmasını 01.03.2018-08.06.2018 tarihleri arasında ekli listede belirtilen liselerimizde yapmak istemektedir.

Konu ile ilgili belgelerin ve anket sorularının incelenmesi neticesinde; Başvurunun Araştırma, Yarışma ve Sosyal Etkinlik İzinleri konulu ilgi (a) da kayıtlı Genelgede belirtilen usul ve esaslara uygun olarak yapıldığı anlaşılmış olup;

Sevim UĞUR'un; "**Adölesanlarda Riskli Sağlık Davranışlarının Değerlendirilmesi**" başlıklı tezi ile ilgili araştırma ve anket çalışmasını 01.03.2018-08.06.2018 tarihleri arasında ekli listede belirtilen liselerimizde yapma isteği; çalışmanın gönüllülük esasına dayandığı gözönünde bulundurularak ilgi (a) Genelge esasları dahilinde; eğitim-öğretim faaliyetlerini aksatmamak, sorumluluk kurum müdürlerinde olmak ve rapor sonuçlarının basılı ve dijital ortamda birer örneğini İl Millî Eğitim Müdürlüğümüze vermek koşuluyla Müdürlüğümüzce uygun görülmektedir.

Makamlarınızca da uygun görüldüğü takdirde, olurlarınıza arz ederim.

Hacı Ömer KARTAL
İl Millî Eğitim Müdürü

OLUR
26/02/2018
Şahin BAYHAN
Vali a.
Vali Yardımcısı

Ek- 5. Öğrenciler İçin Bilgilendirilmiş Onam Formu

ÖĞRENCİLER İÇİN BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU

Sevgili Öğrenci,

Katıldığınız bu çalışma bilimsel bir araştırma olup, araştırmanın adı “*Mesleki ve Teknik Anadolu Liselerinde Okuyan Ergenlerin Riskli Sağlık Davranışlarının Değerlendirilmesi*” dir. Bu araştırmanın amacı, ergenlerde riskli sağlık davranışlarını değerlendirmektir. Bu araştırma sonucunda yeni bilgiler öğreneceğiz ve bu bilgiler okul sağlığı hizmetlerinin sunumu için rehberlik edecektir.

Bu araştırmada sizin ile ilgili bilgiler araştırmacılar tarafından hazırlanan bir anket ile toplanacaktır. Soru formu; yaş, cinsiyet, sınıf, annenin ve babanın eğitim durumu, aile ile birlikte yaşama durumu, gelir getiren işte çalışma durumu, algılanan ekonomik durum, algılanan sağlık durumu, algılanan okul başarı durumu ve algılanan anne-baba tutumu gibi sizi tanımlayan kişisel sorular ve sağlık davranışlarına ilişkin sorulardan oluşmaktadır. Bu soru formunu yanıtlamak sadece 20 dakika sürmektedir ve bu araştırmada yer almanız nedeniyle size hiçbir ödeme yapılmayacaktır. Araştırma sonuçları bilimsel amaçla kullanılacaktır ve sizin bilgileriniz gizli tutulacaktır.

Bu Proje/Araştırma'da yer alıp almamak tamamen size bağlıdır. Eğer katılmaya karar vererseniz bu yazılı bilgilendirilmiş olur formu imzalanmak için size verilecektir. Şu anda bu formu imzalarsanız bile istediğiniz herhangi bir zamanda bir neden göstermeksizin Proje/Araştırma'yı bırakmakta özgürsünüz. Bu nedenle hiç kimse size kızmaz ya da küsmez. Kabul etmediğiniz durumda da öğretmenleriniz size önceden olduğu gibi iyi davranır, önceye göre farklılık olmaz.

Aklınıza şimdi gelen veya daha sonra gelecek olan soruları istediğiniz zaman bana sorabilirsiniz. Telefon numaram ve adresim bu kağıtta yazıyor. Bu araştırmaya katılmayı kabul ediyorsanız aşağıya lütfen adınızı ve soyadınızı yazınız. Adınızı yazdıktan sonra size ve ailenize bu formun bir kopyası verilecektir.

Çalışmaya Katılma Onayı:

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

Bu formun imzalı bir kopyası bana verilecektir.

Öğrencinin,

Adı ve Soyadı:

Tarih ve İmza:

Açıklamaları yapan araştırmacının,

Adı ve Soyadı: Sevim Uğur

Adresi: Aksaray Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi / 05531622858

Ek- 6. Ebeveynler İçin Bilgilendirilmiş Onam Formu

EBEVEYNLER İÇİN BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU

Sevgili Ebeveyn;

Çocuğunuzun katılmasını istediğimiz bu çalışma bilimsel bir araştırma olup, araştırmanın adı “*Mesleki ve Teknik Anadolu Liselerinde Okuyan Ergenlerin Riskli Sağlık Davranışlarının Değerlendirilmesi*” dir. Bu araştırmanın amacı, ergenlerde riskli sağlık davranışlarını değerlendirmektir. Bu araştırma sonucunda yeni bilgiler öğreneceğiz ve bu bilgiler okul sağlığı hizmetlerinin sunumu için rehberlik edecektir.

Bu çalışmada çocuğunuz ile ilgili bilgiler araştırmacılar tarafından hazırlanan bir anket formu ile toplanacaktır. Soru formu; yaş, cinsiyet, sınıf, annenin ve babanın eğitim durumu, aile ile birlikte yaşama durumu, gelir getiren işte çalışma durumu, algılanan ekonomik durum, algılanan sağlık durumu, algılanan okul başarı durumu ve algılanan anne-baba tutumu ve sağlık davranışlarına ilişkin sorulardan oluşmaktadır. Bu soru formunu yanıtlamak sadece 20 dakika sürmektedir ve çocuğunuzun bu çalışmada yer alması nedeniyle hiçbir ödeme yapılmayacaktır. Araştırma sonuçları bilimsel amaçla kullanılacak ve çocuğunuzun bilgileri gizli tutulacaktır.

Çocuğunuzun bu çalışmada yer almasını kabul etmek, sizin isteğinize bağlıdır. Çocuğunuzun çalışmada yer almasını reddedebilirsiniz ya da herhangi bir aşamada çalışmadan ayrılabilirsiniz.

Çalışmaya Katılma Onayı:

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

Bu formun imzalı bir kopyası bana verilecektir.

Ebeveyn;

Adı ve Soyadı:

Tarih ve İmza

Adres ve Tel:

Araştırmacının,

Adı ve Soyadı: Sevim Uğur

Tel: 05531622858

ÖZGEÇMİŞ

I- Bireysel Bilgiler

Adı: Sevim

Soyadı: Uğur

Doğum yeri ve tarihi: Bolu- 1982

Uyruğu: T.C.

Medeni Durumu: Bekar

İletişim Adresi: sevim.ugur1414@gmail.com

II- Eğitimi

1999-2003 Gazi Üniversitesi Kastamonu Sağlık Yüksek Okulu

1996-1999 Bolu Lisesi

1993-1996 Canip Baysal Ortaokulu

1988-1993 Abdi Sin İlkokulu

Yabancı Dili: İngilizce

III- Ünvanı

2014- ... Öğretim Görevlisi

IV- Mesleki Deneyimi

2004-2012 Konya Doğanhisar Devlet Hastanesi, Hemşire

2012-2012 Manisa Devlet Hastanesi, Hemşire

2012-2014 Uşak Eşme Mesleki ve Teknik Anadolu Lisesi, Öğretmen

2014-... Aksaray Üniversitesi Sağlık bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü,
Öğretim Görevlisi

VI- Bilimsel İlgil Alanları

Uğur, S., Annelerin Tuvalet Eğitiminde Kullandıkları Ödül ve Ceza Stratejilerinin Çeşitli Değişkenlere Göre İncelenmesi. 2. Erciyes Pediatri Akademisi Kış Kongresi ve Erciyes Pediatri Hemşireliği Kongresi 3-5 Mart 2016, Kayseri (Sözel).

VIII- Diğer Bilgiler

19/03/2012- 30/03/2012 Elektrokardiyografi ve Acil İlk Yardım Kursu

10/06/2013- 02/08/2013 Pedagojik Formasyon Kursu

11/09/2017- 05/10/2017 Online SPSS Eğitimi

