

TC.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**LİSE ÖĞRENCİLERİNİN SAĞLIK DAVRANIŞLARI
VE
ETKİLEYEN ETMENLERİN İNCELENMESİ**

HAZIRLAYAN
NEZİHE İLHAN

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

İZMİR – 2009

TC.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**LİSE ÖĞRENCİLERİNİN SAĞLIK DAVRANIŞLARI
VE
ETKİLEYEN ETMENLERİN İNCELENMESİ**

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

NEZİHE İLHAN

Danışman Öğretim Üyesi
Yard.Doç. Saniye ÇİMEN

İZMİR - 2009

İÇİNDEKİLER

	Sayfa No
İçindekiler	i
Şekiller Dizini	iii
Tablolar Dizini	iii
Teşekkürler	v
Özet	vi
Abstrac.....	vi
1. GİRİŞ	
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi	1
1.2. Araştırmanın Amacı.....	6
1.3.Araştırma Soruları	6
2. GENEL BİLGİLER	
2.1. Sağlık ve Hastalık Kavramları	7
2.1.1. Sağlık Davranışı.....	9
2.1.2. Sağlık Geliştirme.....	10
2.1.2.1 Pender'in Sağlık Geliştirme Modeli	11
2.1.3. Pender'in Sağlık Geliştirme Modelinde Bilişsel Algılama ve Modifiye	

Edici Faktörler	14
2.2. Okul Sağlığı Hizmetleri ve Hemşireliği	18
2.3. Adolesan, Ergen ve Genç	21
2.4. Adolesanlarda Sağlık Davranışı	26
2.4.1. Psikososyal Davranışlar	26
2.4.2 Fiziksel Aktivite	29
2.4.3. Beslenme	31
2.4.4. Hijyen.....	35
2.4.5.Madde Kullanımı.....	37
2.4.6.Cinsel Davranışlar	40
3. GEREÇ VE YÖNTEM	
3.1. Araştırmanın Türü	43
3.2. Araştırmanın Yeri ve Özellikleri.....	43
3.3. Araştırmanın Örneklemi	43
3.4. Veri Toplama Araçları.....	45
3.5.Verilerin Toplanması	47
3.6.Çalışmanın Değişkenleri	47
3.6.1.Bağımlı Değişkenler.....	47
3.6.2.Bağımsız Değişkenler	47
3.7.Verilerin Değerlendirilmesi	48
3.8.Araştırma Etiği	48
3.9.Araştırmanın Zamanı	48
4. BULGULAR.....	49
5. TARTIŞMA	59

6. SONUÇ ve ÖNERİLER	
6.1.Sonuçlar	77
6.2. Öneriler	77
8. KAYNAKLAR	
7. EKLER	
Ek-1: Tanımlayıcı Özellikler Veri Toplama Formu	
Ek-2: Riskli Sağlık Davranışları Ölçeği	
Ek-3:Milli Eğitim Müdürlüğü'nün İzin Onayı	
Ek-4:Uygulama Yapılan Okulların Listesi	
Ek; 5: DEÜ Hemşirelik Yüksekokulu Etik Kurul Kararı	

ŞEKİLLER DİZİNİ

Sayfa No

Şekil 1. Pender' ın Sağlık Geliştirme Modeli	11
---	-----------

TABLolar DİZİNİ

Tablo 1. Balçova Bölgesinde Bulunan Liselerden Okul ve Sınıf Değişkenine göre Alınması Gereken Öğrenci Sayıları	41
Tablo 2. Riskli Sağlık Davranışları Ölçeği, Alt Boyutları ve Ham Puanları	43
Tablo 3. Öğrencilerin Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Dağılımı	46
Tablo 4. Öğrencilerin Riskli Sağlık Davranışları Ölçeği ve Alt Ölçeklerine Göre Puan Ortalamaları	47
Tablo 5. Öğrencilerin Cinsel Sağlıkla İlgili Davranışları	48
Tablo 6. Öğrencilerin Yaş Gruplarına Göre RSDÖ ve Alt Boyutlarından	

Aldıkları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....49

**Tablo 7. Öğrencilerin Cinsiyet Gruplarına Göre RSDÖ ve Alt Boyutlarından
Aldıkları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması..... 50**

**Tablo 8. Öğrencilerin Sağlık Düzeylerini Algılama Durumlarına Göre
RSDÖ ve Alt Boyutlarından Aldıkları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması...51**

**Tablo 9. Öğrencilerin Gelir Düzeylerine Göre RSDÖ ve Alt Boyutlarından
Aldıkları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması..... 53**

**Tablo 10. Öğrencilerin Aile Yapılarına Göre RSDÖ ve Alt Boyutlarından
Aldıkları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması..... 54**

TEŐEKKÖR

Bu çalışmanın tÖm aőamalarında değerli katkılarını esirgemeyen danıőmanım Yard.Doç.Dr. Saniye ÇİMEN'e, destekleri için Yard.Doç. Dr. Candan ÖZTÖRK'e çalışmaların yÖrÖtÖldÖğÖ liselerde rahat bir şekilde çalıőmama yardımcı olan okul çalıőanlarına, arkadaőlarıma ve bu çalışma sırasında bana en bÖyÖk desteği veren eőime teőekkÖr ederim.

LİSE ÖĞRENCİLERİNİN SAĞLIK DAVRANIŞLARI VE ETKİLEYEN ETMENLERİN İNCELENMESİ

ÖZET

Çalışma 15-18 yaş grubu liseye giden öğrencilerin riskli sağlık davranışları ve etkileyen etmenleri belirlemek amacıyla yapılmıştır. Lisede öğrenim gören 1234 öğrenci çalışmanın örneklemini oluşturmuştur. Veriler sosyodemografik veri toplama formu ve riskli sağlık davranışları ölçeği kullanılarak toplanmıştır. Verilerin analizinde bağımsız gruplarda t testi ve tek yönlü varyans analizi kullanılarak değerlendirilmiştir. Öğrencilerin %51.3'ü kız, %58.1'i 15-16 yaş grubundadır. Öğrencilerin riskli sağlık davranışları ölçeği puan ortalaması (43.0±7.0) olarak bulunmuş, alt boyutlardan sağlık davranışlarına ilişkin en yüksek risk puan ortalamasını fiziksel aktivite boyutundan aldığı (52.1±14.1) bunu sırası ile beslenme (50.77±9.16), psikososyal davranışların izlediği (43.30±10.68), risk puanının en düşük olduğu sağlık davranışlarının ise madde kullanımı (29.85 ±11.17) ve hijyen (30.83±1.12) davranışlarının olduğu görülmüştür. Adölesanların riskli sağlık davranışları üzerinde yaşın, cinsiyetin, aile yapısının, gelir düzeyinin ve sağlığı algılama durumlarının etkili olduğu bulunmuştur. Okul sağlığı hemşireleri öğrencilerin riskli sağlık davranışlarının azaltılması ve olumlu sağlık davranışlarının kazandırılması için girişimlerde bulunmalıdır.

Anahtar kelimeler; adölesan, riskli sağlık davranışları, lise öğrencileri, okul hemşiresi

**HEALTH BEHAVIORS OF THE HIGH SCHOOL STUDENTS
AND
FACTORS DETERMINING THESE BEHAVIORS**

ABSTRACT

This is a descriptive study and aimed to investigate health risk behaviors of the high school students between 15 and 18 years old and factors determining these behaviors. Sampling group of the study included 1234 students of high schools. This study data were collected by using a survey form sociodemographic characteristics and health risk behaviors scale. For the evaluation of the study results; independent samples t test and one-way ANOVA were applied. This study 51.3% students girls and 58.1% students between 15-16 years old. As a result, the adolescent received moderate scores from health risk behaviors scale (43.0 ± 7.0). The adolescent got the highest scores on the subscale of physical activity (52.1 ± 14.1), the falloved scores on the scale of eating habits (50.77 ± 9.16), psychosocial behaviors (43.30 ± 10.68) and the lowest score on the subscale of using substance (29.85 ± 11.17) and hygiene (30.83 ± 1.12). There was significant relation between age, gender, family structure, socioeconomic level and believe health and the scores of health risk behaviors scale and its subscales. The school nurse has to important roles for diagnosis health problems and protect healthy.

Key Words: Adolescent, health risk behaviors, high school students, school nurse

1.GİRİŞ

1.1.Problemin Tanımı ve Önemi

Toplumun geleceği o toplumu oluşturan bireylerin nitelikleri ile doğrudan ilişkilidir. Bireylerin niteliklerinin üstün olabilmesi için öncelikle sağlıklı olmaları gerekmektedir. Sağlıklı olmak, sağlığın geliştirilmesi ve hastalıkların önlenmesi amacıyla bireyin iyi olduğuna inanarak yaptığı faaliyetler olarak tanımlanan sağlık davranışlarının (Velioğlu, 1999) benimsenmesi ve uygulanması ile mümkündür. Sağlık davranışları arasında beslenme, bireysel temizlik, sigara, alkol gibi zararlı maddeleri kullanmama, egzersiz-dinlenme ve psikososyal davranışlar yer almaktadır (Edelman, 1998; Öz, 2004; Velioğlu, 1999).

Ergenlik dönemi genel olarak üç evrede; 10-14 yaş erken ergenlik, 15-16 yaş orta ergenlik, 17 yaş ve üzeri geç ergenlik dönemi olarak incelenir (Pillitteri, 1999). Bugünün dünyasında yaşayan her beş kişiden biri adölesan çağında olup dünya nüfusunun 1.2 milyarını adölesanlar oluşturmakta ve bu nüfusun %85'i gelişmekte olan ülkelerde yaşamaktadır (WHO, 2008). İzmir ilinin dokuz ilçesinde 2006-2007 öğretim yılında adölesan çağında olan 75510 lise öğrencisinin öğretim gördüğü bildirilmektedir (İzmir İli Milli Eğitim Müd. 2007).

Adölesan dönemi insan büyüme ve gelişmesinin en dinamik olduğu, çocukluktan erişkin hayatına geçiş dönemidir. Bu dönemde adölesanlar fiziksel, zihinsel, duygusal, sosyal, kültürel, ahlaki ve mesleki gelişimlerini tamamlamak zorunda oldukları yoğun bir süreç yaşarlar (Alikashiöğlu, 2005a). Geleneksel tıbbi yaklaşımla adölesanların sağlık açısından en sağlıklı oldukları dönem olarak kabul edilmektedir. Ancak bu dönemde mortalite ve morbidite nedeni olabilecek erken gebelik, kazalar, yaralanmalar, madde bağımlılığı gibi önlenebilir sağlık problemleride yüksek oranda görülmektedir (Edelman, 1998). Davranışsal sorunların büyüklüğüne istatistiksel olarak bakılacak olursa sorunun ne kadar önemli olduğu anlaşılmaktadır. Erken ölen her on erişkinden yedisi adölesan döneminde başlayan davranışlarıyla ilgili nedenlerle ölmektedir (WHO, 2008). Her gün 10-24 yaş arası 6500 genç HIV ile infekte olmakta, her beş dakikada bir 10-19 yaş arası 16 adölesan ölmektedir Sonuç

olarak adölesanların sağlık davranışlarının uygun ve istendik düzeyde olmadığı görülmektedir (WHO, 2008).

Adölesanların yaşamını olumsuz etkileyen riskli sağlık davranışları, sağlığın gelişimini koruyan davranışların aksine kötü beslenme, sigara-alkol gibi maddelerin kullanımı, yetersiz aktivite, kötü hijyen, psikososyal (şiddet davranışı, depresyon, intihar) davranışları ve korunmasız cinsel ilişki içerir (Lule ve ark 2005; WHO, 2008). Adölesanların riskli sağlık davranışları sıklığı ile ilgili veriler incelendiğinde obezitenin çocuk ve adölesanların %25-30'unu etkileyen önemli bir beslenme problemi olduğu görülmektedir (Şimşek ve ark 2005; Öztora, 2005; YRBSS, 2006). Yanlış beslenme alışkanlıkları arasında ayaküstü beslenme (fast food), öğünler arasında abur-cubur tüketme (Ercan, 2005a; Şimşek ve ark 2005; Öztora, 2005; YRBSS, 2006), öğün atlama sık görülmektedir. Ergenlik çağında özellikle kızlarda sağlığı olumsuz etkileyen riskli davranışlar arasında yemek yeme bozuklukları ya da isteyerek kusma, laksatif ve diüretik kullanımı da sıktır (Sormaz, 2006). Günümüzde dünyada madde kullanımı arasında en yaygın olan sigara kullanımı adölesanlar arasında %31.4-75.0 oranında (Ögel ve ark 2005; Taşçı ve ark 2005; Yorulmaz ve ark 2002; YRBSS, 2006), alkol kullanımı %8.3-70.0 oranında olduğu (Doğan, 2001; Ögel ve ark 2000; Özyurt ve Dinç 2006), esrar ve eroin gibi uyarıcı madde kullananların %7-53 ve uçucu madde kullananların %2-10 olduğu belirtilmiştir (Ercan, Alikasıfoğlu, Eringöz 2001; Şaşmaz ve ark 2006; Ögel ve ark 2000; William, ve ark. 2002). Fiziksel aktivite ve hijyen adölesan sağlığı için önemlidir. Zaborskis ve Lenciauskiene'nin (2006) yaptıkları araştırmada öğrencilerin %17'sinin günde bir kez bile dişlerini fırçalamadıkları, %32'sinin günde bir kez diş fırçaladıkları belirtilmiştir. Araştırmalarda öğrencilerin %37-72 oranında haftada bir saatten az ya da hiç egzersiz yapmadıkları belirlenmiştir (Ercan, Alikasıfoğlu, Eringöz, 2001; Selda ve ark 2005; YRBSS, 2006). Adölesanların %21.0-92.6'sının televizyon ve bilgisayar karşısında her gün bir saatten fazla zaman geçirdikleri saptanmıştır (Ercan, Alikasıfoğlu ve Eringöz 2001; Öztora, 2005).

Adölesan dönemi ölüm ve yaralanmalarla sonuçlanan şiddetler açısından da risk altında olan bir gruptur. 10-24 yaş arası ölümlerin %11'inin intihar, %31'inin motorlu taşıt kazalar, %15'inin silahlı yaralanmalar nedeniyle olduğu belirtilmiştir (YRBSS, 2006). Adölesanların %36.5'inin motorlu taşıt kullanırken emniyet kemerini kullanmadıkları, %4.1-22.0'sinin alkollü motorlu taşıt kullandıkları, %7.1-46.5'inin (bıçak, çakı, silah gibi) delici, batıcı ve ateşli silahları taşıdıkları, %24,3-46,5'inin fiziksel kavgaya karıştığı ve kavga esnasında %2.3-5.2'sinin yaralanarak ciddi tıbbi müdahale yapıldığı belirtilmiştir (YRBSS, 2006). 15-19

yaşlardaki gençlerde intihar ölüm nedenleri arasında üçüncü sırada yer almaktadır (Tüzün, 2005). Adölesanların %9.6-40.0'inin ciddi olarak intiharı düşündüğü, %6.2-15.7'sinin intihar girişiminde bulunduğu belirtilmiştir (YRBSS, 2006).

Adölesanların %10-90'ının cinsel olarak aktif oldukları (Ayça, Hızal ve Şanlı, 2005; Bulduk, Esin ve Umut, 2006; Chompion ve ark 2004), ortalama %45'inin kontraseptif yöntemleri hakkında bilgi sahibi olmadığı, %66'sının da hiç bir korunma yöntemi kullanmadığı belirtilmiştir (Ercan, Alikasıfoğlu ve Eringöz 2001).

Bireyin sağlık davranışlarını yaşı, gelişimsel ve psikolojik özellikleri, sağlığı tanılması, sosyal ve ekonomik durumu, çevresi (aile, okul, akranları, televizyon) geçmiş hastalık deneyimleri etkilemektedir (Edelman, 1998; Yörükoğlu, 2002). Çalışmalarda adölesanlar arasında kızların genel olarak olumsuz sağlık davranışlarının erkeklere göre daha az olduğu görülmüştür (Çimen,2003; Geçkil ve Dündar 2007; Ercan, Alikasıfoğlu ve Eringöz, 2001; Ceyhun ve Ceyhun, 2003). Beslenme davranışında cinsiyete göre farklı sonuçlar elde edilmiştir. Bazı çalışmalar da kızların beslenmeleri daha iyi bulunurken (Geçkil ve Yıldız 2006) bazı çalışmalarda farklılık bulunmamıştır (Çimen, 2003;Ercan, Alikasıfoğlu ve Eringöz 2001).

Diğer sağlık davranışlarına bakıldığında hijyen davranışının kızlarda daha iyi (Çimen, 2003, Ercan, Alikasıfoğlu ve Eringöz 2001), fiziksel aktivite davranışlarının erkeklerde daha iyi olduğu (Ercan, Alikasıfoğlu ve Eringöz, 2001; Siyez, 2005), madde kullanımı ve psikososyal davranışların erkeklerde daha yüksek oranda olduğu bulunmuştur (Ercan, 2005a; Ceyhun ve Ceyhun, 2003; Çimen, 2003; Çelik ve ark 2000; Doğan, 2001; Göksel, Cirit ve Bayındır, 2001; Ögel ve ark 2005; YRBSS, 2006). Sağlığı etkileyen davranışların yaşla da ilişkisi vardır. Yaş artıca riskli davranış sayısının özellikle sigara, alkol, uyuşturucu madde kullanımı ve şiddet gibi psikososyal davranışların da arttığı görülmüştür (Çelik ve ark, 2000; Göksel, Cirit ve Bayındır, 2001; Keskinöglu ve ark 2006). Sağlığı algılama durumu da bireyin sağlık davranışlarını etkilemektedir, riskli sağlık davranışları puan ortalamasının sağlık düzeyini iyi algılayanlarda en düşük olduğu, kötü algılayanlarda en yüksek olduğu belirlenmiştir (Çimen, 2003).

Aile yapısında ebeveynlerin birlikteliği değişkenini içeren bazı çalışmalar sağlığa yönelik davranışlar arasında fark bulunmadığını belirtirken (Göksel, Cirit ve Bayındır, 2001; Siyez, 2005), Ercan (2005a) çalışmasın da ise aile içi sorunların, ebeveyn birlikteliğinin (ebeveynlerin ayrı olup olmaması) gençlerin madde kullanımında etkili olduğunu belirtmiştir. Aile yapısına göre

çekirdek aile tiplerine sahip olan adölesanların öz bakım güçlerinin daha yüksek olduğu belirtilmiştir (Nahçıvan, 2000b).

Araştırmalarda sosyoekonomik durumu orta ve kötü olan ailelerde anne ve baba ilişkisinin çoğunlukla kötü ve adölesanın daha yüksek oranda şiddete tanık olduğu, beslenme problemlerinin daha fazla, fiziksel aktivitenin daha az olduğu belirtilmiştir (Selda ve ark 2005). Sosyoekonomik düzey yükseldikçe sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının da arttığı saptanmıştır (Çimen ve Savaşer, 2003; Geçkil ve Dündar, 2007).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), Avrupa Bölgesi için 21.Yüzyılda Herkes İçin Sağlık Hedefleri Arasında 4. Hedef olarak “Gençlerin Sağlığı” ele alınmış ve bu hedefte 2020 yılına kadar gençlerin daha sağlıklı olması ve toplumdaki rollerinin daha iyi yerine getirebilmelerinin sağlanması hedeflenmiştir. Bu hedeflere: Çocuklar ve gençler daha iyi yaşam becerileri ve sağlıklı seçim yapma kapasitesine sahip olmaları sağlandığında, gençlerin karıştığı şiddet ve kazalara bağlı ölüm ve sakatlık en az %50 azaltıldığında, ilaç, tütün ve alkol tüketimi gibi zararlı davranışlara yönelen gençlerin oranı azaltıldığında, adölesan gebeliklerin insidansı en az üçte bir azaltıldığında ulaşılabacağından söz edilmektedir (WHO, 2008).

19.Hedef ise “Sağlıkla İlgili Araştırma ve Bilgi” olarak belirlenmiştir. Bu hedefler doğrultusunda okul sağlığı programlarında başarı için gençlerin sağlık konusundaki bilgileri ve etkileyen etmenlerin saptanması yanı sıra gençlerin bireysel gelişim aşamaları dikkate alınarak davranışlarının da belirlenmesi gerekir (Aycan ve ark 2000). Hemşirelerin bireylerin sağlıklarının korunması ve geliştirilmesinde, hasta ve sağlıklı bireylerin günlük yaşam aktivitesinin sürdürülmesinde sorumlulukları vardır. Bireylere doğru bilgiler vererek uygun kararlar almasına yardımcı olmak hemşirenin primer rollerinden biridir. Bu doğrultuda risk altında olan adölesanların sağlıklarını geliştirme ve korunmasında öncülük etmelidir

Ergenler çoğunlukla genel nüfusun sağlıklı bir grubunu oluştursa da; dönem özellikleri nedeniyle bu grubun nispeten riske daha açık olması ve sağlığa zararlı davranışlar benimsemesi nedeniyle dikkat edilmesi gereken bir grup olduğu çalışma sonuçlarıyla da görülmektedir. Yapılan çalışmalarda adölesanların sağlık davranışları genellikle bir birinden bağımsız olarak ele alınmıştır (Çuhadaroğlu, 2001; Selda ve ark 2005; Yılmaz, 2002). Bu çalışmada kullanılan riskli sağlık davranışları ölçeğinde sağlık davranışları bir arada incelenmiştir.

Bu çalışmadan elde edilecek sonuçların; gençlerin gereksinim duyduğu konularda eğitilerek riskli sağlık davranışlarının önlenmesi ya da azaltılması amacıyla yapılacak okul sağlığı eğitim programlarının planlanması ve geliştirilmesinde, bu eğitim programlarının içeriği ve konularının öncelik sırasını belirlemede etkili olacağı, sonuç olarak daha başarılı, üretken ve sağlıklı nesillerin gelişmesini sağlamaya katkıda bulunacağı düşünülmüştür.

1.2. Araştırmanın Amacı

Adölesanların sağlık davranışlarını bütün yönleriyle ele alarak ve İzmir Balçova ilçesindeki liseye giden adölesanların sağlık davranışlarının profilini çıkarmak için yapılan bu çalışma, Balçova ilçesinde liseye öğrencilerinin sağlık davranışlarını ve etkileyen etmenleri belirlemek amacıyla yapılmıştır.

1.3.Araştırmanın soruları;

1. Lise öğrencilerinin yaş gruplarına göre riskli sağlık davranışları ve alt boyut puan ortalamaları arasında fark var mıdır?
2. Lise öğrencilerinin cinsiyetine göre riskli sağlık davranışları ve alt boyut puan ortalamaları arasında fark var mıdır?
3. Lise öğrencilerinin aile yapılarına göre riskli sağlık davranışları ve alt boyut puan ortalamaları arasında fark var mıdır?
4. Lise öğrencilerinin gelir durumlarına göre riskli sağlık davranışları ve alt boyut puan ortalamaları arasında fark var mıdır?
5. Lise öğrencilerinin sağlığı algılama düzeyine göre riskli sağlık davranışları ve alt boyut puan ortalamaları arasında fark var mıdır?
6. Lise öğrencilerinin cinsel sağlık davranışları ne düzeydedir?

2. GENEL BİLGİLER

Bu bölümde; sağlık, hastalık kavramları, sağlığı geliştirme modeli, okul sağlığı, adolesan, adolesanlar da sağlık davranışları ve ilgili bilgilere yer verilmiştir.

2.1. SAĞLIK/HASTALIK KAVRAMLARI

Sağlık evrensel bir kavram olmasına karşın herkes tarafından kabul edilen ortak bir tanımı yoktur. Toplumların kültürel özelliklerine göre farklılık gösterir (Velioglu, 1999). Pender ve arkadaşları (1990), sağlığı iyilik hali olarak tanımlayanların sağlığı geliştirme davranışları puan ortalamaları sağlığı hastalığın yokluğu olarak tanımlayanlardan yüksek bulmuştur. Pender kendini “iyi hissetmenin” sağlık durumunu yükseltmek için motivasyonel bir kaynak olabileceği vurgulamıştır. Dünya Sağlık Örgütü (WHO, 2008) sağlık ve hastalık kavramlarını şöyle tanımlanmıştır. Sağlık yalnızca hastalığın yokluğu değil fiziksel, ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik hali, hastalık ise fiziksel, ruhsal ve sosyal iyilik halinin yokluğudur (WHO, 2008). Sağlık kavramı subjektif ve objektif olarak ikiye ayrılmaktadır. Subjektif sağlık bireyin kendisinin fiziksel, sosyal ve ruhsal yönden durumunu algılaması halidir. Bu bakış açısına göre birey hasta olmadığı halde kendisini hasta, ya da hasta olduğu halde kendini sağlıklı algılayabilir. Objektif olarak sağlık doktor muayenesi ve tanı testleri sonuçlarına göre belirlenen hastalığın olmasıdır. Bu durumda bireye sağlıklı diyebilmek için hem bireyin kendisini subjektif olarak sağlıklı algılaması hem de objektif olarak da sağlıklı olması halidir (Biol, 2002). Sağlık mutlu ve kaliteli bir yaşamın vazgeçilmez koşullarıdır (Çimen, 2003) sağlıklı yaşam her bireyin temel hakkıdır. Bireylerin birbiri ile ve toplumla uyum içinde olması için genel olarak sağlık eğitimini, sağlık hizmetlerini, sağlıklı barınak, yeterli dengeli beslenme, sosyal güvence ve refah, uluslar arası gelirden dengeli pay alma gibi gereksinimlerinin yerine getirilmesi gereklidir (Biol, 2002). Sağlığı etkileyen bir çok faktör vardır. Ekonomik, sosyal, kültürel koşulların yanı sıra nüfus ve çevresel etmenlerde bu faktörlerin bir bölümüdür (Edelman, 1998).

Gelişmişlik düzeyinin artması ile birlikte bu faktörlerde meydana gelen olumlu değişiklikler sonucu daha iyi sağlık koşulları elde edilmektedir. Sağlıkla ilgili ulusal ve uluslar arası kurumlar sağlık alanında daha iyi koşulların elde edilmesi için hedefler tahmin etmektedirler (WHO, 2008).

20.yy sonlarına doğru hem toplum, hem de siyasi örgütler sağlık politikalarını sağlığı koruma ve geliştirme üzerine odaklanmaktadır. Her ülke kendi ulusal hedeflerini belirleyerek, hastalıklara yakalanma oranını düşürecek, sağlığın kalitesini yükseltecek ve sağlıklı uzun ömürlü yaşam sürmeyi sağlayacak amaçlara ulaşacak stratejilerini uygulamaya koymuştur. Dünya Sağlık Örgütü'nde global değişikliklere bağlı olarak, 21. yüzyıla hazırlık amacıyla, 1995 yılında herkes için sağlık stratejilerinin yenilenmesini amaçlayan bir girişim başlatmıştır. 14-18 Eylül 1998 tarihinde Kopenhag'da düzenlenen DSÖ 48. Avrupa Bölge Komite Toplantısında Herkes İçin Sağlık başlığı altında 21.yüzyılda 21 hedef sloganıyla resmen kabul edilmiştir Söz konusu bildirgede yer alan 21 hedeften dördüncüsü gençlerin sağlığına yöneliktir (Aycan ve ark 2000).

Hedef dört; Gençlerin sağlığı

- 2020 yılına kadar bölgedeki gençler sağlıklı olmalı ve toplumdaki rollerini daha iyi yerine getirebilmelidirler.
- Çocuklar ve gençler daha iyi yaşam becerileri ve sağlıklı seçim yapma kapasitesine sahip olmalıdırlar.
- Gençlerin karıştığı şiddet ve kazalara bağlı ölüm ve sakatlık en az % 50 azaltılmalıdır.
- İlaç, tütün ve alkol tüketimi gibi zararlı davranışlara yönelen gençlerin oranı azaltılmalıdır.
- Adolesan gebeliklerin insidansı en az üçte bir azaltılmalıdır (Aycan ve ark 2000).

Bir ülkenin geleceğini ifade eden gençlerin sağlığının korunması ve bunun düzeyinin yükseltilmesi de bu hedefte yer almaktadır. Birçok sorunu bünyesinde barındıran gençlik döneminde gençlerin karşılaşabileceği şiddet, kaza ve sakatlık oranlarının düşürülmesi de bir diğer sağlık hedefi olarak karşımıza çıkmaktadır (Ocakçı, 2005)

Hastalık da sağlık gibi çok boyutlu bir kavramdır. Hastalık yalnızca bir rahatsızlık ve hastalığın olmasıyla açıklanamaz. Hastalık normalden sapma olup bireyin fiziksel, entelektüel, sosyal ve ruhsal fonksiyonlarını daha önceki haline göre azaltır ya da tüketir. Hastalık bireyin çevresi ile uyumunu, etkileşimini, üretkenliğini bozar (Biro, 2002; Öz, 2004)

2.1.1. Sağlık Davranışı

Sağlık davranışı bireyin hastalıkların önlenmesi ya da sağlığın geliştirilmesi amacıyla inandığı ve yaptığı herhangi bir faaliyettir (Ocakçı, 2005; Öz, 2004; Velioğlu, 1999). Çocukların aşılması, arabada emniyet kemeri takılması gibi davranışlar olumlu sağlık davranışına örnektir. Olumlu sağlık davranışı, bireyin kendi sağlığını ve başkalarının sağlığını aktif biçimde korumak için bilinçli çabalardan oluşur. Sağlıklı bir yaşam için, o yaşamı denetleyip yönlendirebilecek becerileri, uyumsuzlukları çözümleme yeteneği açısından etkin biçimde iletişimde bulunma ve kendi adına aktif girişimde bulunma kapasitelerinin olması gerekmektedir (Ocakçı, 2005; Velioğlu, 1999).

Sağlık davranışının kategorileri;

- Davranışlar bireyin sağlığına yönelmiştir.
- Sağlık davranışı, sağlık bakımının kaynak ve kullanımı ile ilişkilidir.
- Bireysel sağlık davranışı, bir bütün olarak daha büyük toplumsal sağlık bakım sistemi ile ilişkilidir.

Birinci kategorideki bireyin sağlığına yönelik davranışları çok geniştir. Koruyucu davranışlar iyi dengelenmiş bir beslenme, yeterli dinlenme, günlük egzersiz programları gibi durumları kapsar. İkinci kategorideki koruyucu davranışlar bağışıklama, kanser belirtilerine karşı uyarılma veya dişlerin bakımı gibi sağlık sorunları hakkında danışma, bilgi alma gibi aktiviteleri kapsar. Buradaki sağlık davranışı hastalığı ortaya çıkarmaya yöneliktir. Üçüncü kategorideki davranışlar sağlık yasaları ve sağlık programlarında gönüllü olarak görev yapmayı kapsar (Velioğlu, 1999).

Gelecek kuşakların sağlık kalitesi bu kuşakların sağlık davranışına bağlıdır. Bireyin sağlık davranışı sağlığı tehdit eden etmenlere ve koruyucu önlemlere gösterecekleri tepkiler yönünden değişiklikler gösterir. Bu değişikliklerin bir bölümü bireysel farklılıkların incelenmesiyle açıklanabilir (Öz, 2004). Bir çocuğun sağlığa ilişkin inanç geliştirmesi ve sağlık davranışını benimsemesi kuşkusuz kültürün bir parçasıdır. Çocukların yaşı, gelişimsel ve psikolojik özellikleri, sağlığı tanımlaması, sosyoekonomik durumu, ırk ve çevresel faktörleri (aile, okul, akran, televizyon), geçmiş hastalık deneyimleri yanı sıra sağlık hizmeti veren kişilerle etkileşimide sağlık davranışlarını etkileyen önemli bir faktördür (Alikışıfoğlu, 2005a; Çimen ,2003; Baltaş, 2000; Spear ve Kulbok, 2001; Edalman, 1998; Tabak ve Akköse, 2006).

Sağlıklı yaşam biçimi, bireyin sağlığını etkileyen tüm davranışlarını kontrol etmesi, günlük aktivitelerini düzenlemede kendi sağlık statüsüne uygun davranışları seçerek düzenlemesi olarak tanımlanmıştır. Yaşam biçimi, sağlık davranışlarının sergilendiği bir kavram olarak tanımlanmaktadır. Pender 1987 yılında sağlıklı yaşam biçiminin sağlığı geliştirmenin bir bileşeni olduğunu belirtmiştir. Sağlığı geliştiren davranışlar; bireyin iyilik düzeyini arttıran, kendini gerçekleştirmeyi sağlayan davranışları içermektedir. Sağlıklı yaşam biçimi; yeterli ve dengeli beslenme, stres yönetimi, yeterli ve düzenli egzersiz yapma, sigara alkol kullanmama, yaşa uygun aşılama, sağlık sorumluluğu ve hijyenik önlemleri kapsamaktadır. Pender'e göre sağlıklı yaşam biçimi davranışları; kendini gerçekleştirme, sağlık sorumluluğu, egzersiz, beslenme, kişiler arası destek ve stres yönetimini içermektedir (Pender, 1987).

2.1.2.Sağlığı Geliştirme

Sağlığı geliştirme bireylerin fiziksel ve ruhsal yönden yüksek sağlık düzeyine ve sosyal çevreye erişebilmeleri için davranışlarını değiştirmelerini sağlayan yolları ve değişim sürecini etkileyen faktörleri içeren bir süreçtir (Srof ve Velsor, 2006; Pender, 1990). Bu süreci başarıyla uygulayan birey sağlıklıdır. Çünkü sağlık insanların öğrendikleri, yaşadıkları, eğlendikleri ve sevdikleri yerde, günlük yaşam ortamında kendileri tarafından yaratılır ve yaşatılır (Tabak ve Akköse, 2006). Bu nedenle fiziksel, ruhsal ve sosyal anlamda iyi olma durumunu sağlayabilmek için birey isteklerinin farkında olmalı, çevreyi değiştirebilmeli ve çevreye uyum sağlayabilmelidir (Kallio, 2001; Tabak ve Akköse, 2006).

Donnell (1987) sağlığı geliştirmeyi “insanları mümkün olan en yüksek sağlık düzeyine taşıyacak yaşam biçimi geliştirmek için insanlara yardım etme bilimi ve sanatı ” olarak tanımlar. Sağlığı geliştirme sadece egzersiz ve beslenme bilgisi değil, aynı zamanda bütün bakım düzeylerinde aktif karar vermeyi de içerir (Çimen, 2003). Sağlığı geliştirmek için olumlu sağlık davranışının kazandırılması ve sürdürülmesi gerekir. Bu nedenle bireyler daha iyi sağlık düzeyine ulaşma çabası içinde olmalıdırlar (Kallio, 2001; Whitehead, 2002). Davranış değişikliği üzerine odaklanan sağlığı geliştirme kavramında sağlık düzeyini en üst seviyeye çıkartmak için bilgi, beceri, tutum ve olumlu davranışların kazandırılması gerekir. Bu durum ancak sağlıklı yaşam davranışları ile alışkanlık haline gelebilir (Tabak ve Akköse, 2006).

Sağlığı geliştirme davranışları belli bir hastalıktan korunmaya yönelmekten çok birey, aile ve toplumun genel sağlığını sürdürmeye ve geliştirmeye, doğumdan ölüme kadar yaşam

kalitesini güçlendirmeye odaklanır. Bireyin ve toplumun sağlığını geliştirmesinde toplum katılımı önemli bir faktördür. Tüm bireylerin en üst potansiyellerine ulaşmaları, sağlıklı yaşam biçimini benimsemeleri ve kendi sağlıklarını geliştirmede aktif rol almaları ile sağlanır (Edelman ,1998; Whitehead, 2002).

Sağlığı geliştirmek için yapılandırılan programların çoğu model ya da teoriler kullanılarak oluşturulmuştur. Bu modelleri ortak özellikleri sağlığı biyopsikososyal yaklaşımla ele alan bir çerçeveyi benimsemiş olmalarıdır (Srof ve Velsor, 2006).

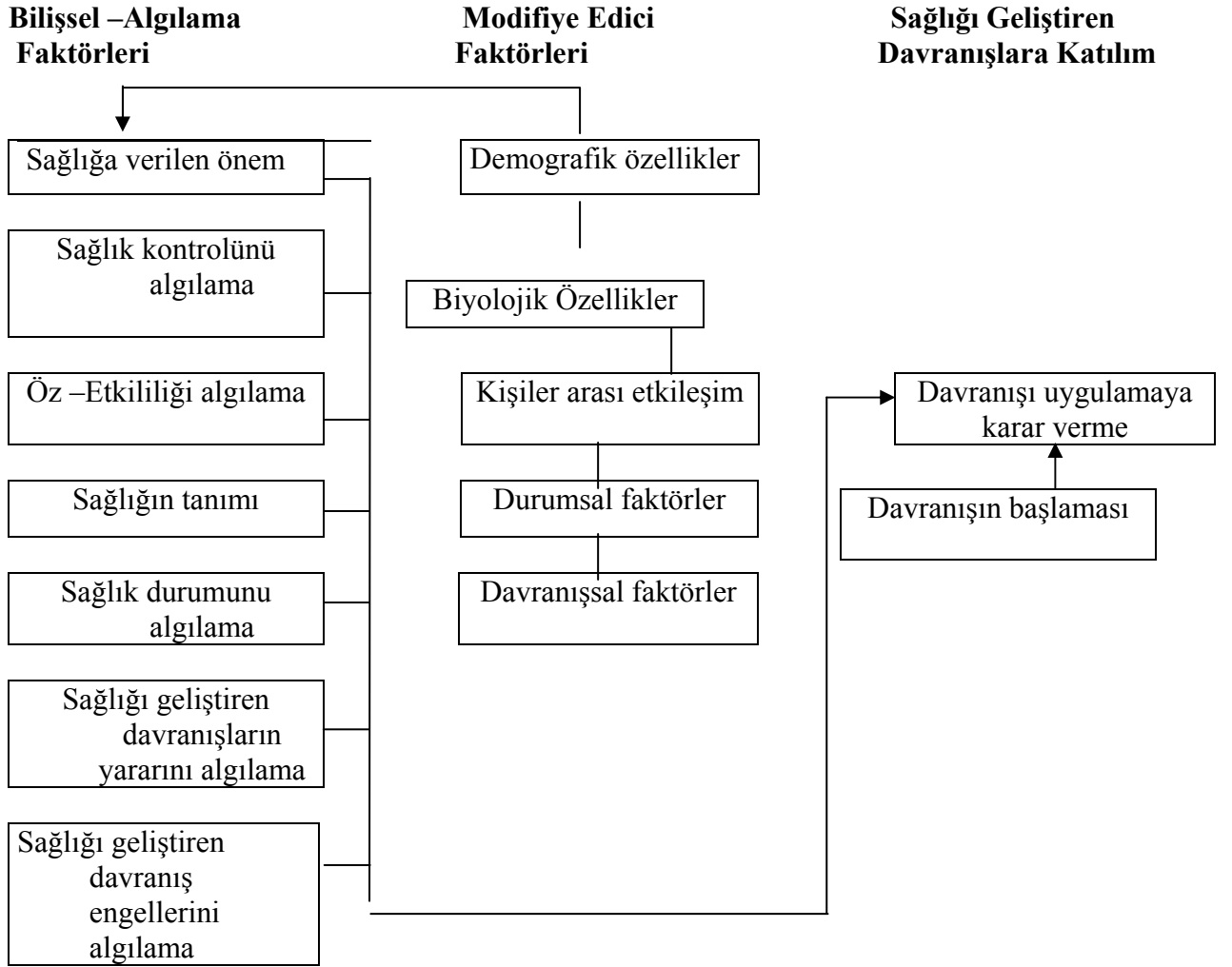
Bu modeller arasında Rogers (1984) tarafından geliştirilen sağlık davranışlarını motivasyonel etmenler açısından değerlendiren **Koruma Güdüsü Modeli**, Leventhal ve arkadaşları (1987) tarafından geliştirilen **Kendini Dengeleme Modeli**, Tery ve arkadaşları tarafından (1993) geliştirilen **Planlı Davranış Modeli**, Schwarzer tarafından geliştirilen **Sağlık Eylem Süreci**, Weinstein (1988) tarafından geliştirilen **Sosyal Bilişsel Model**, Rosenstoch (1974) tarafından ortaya konan, Becker ve Maiman (1975) tarafından geliştirilen, **Sağlık İnanç Modeli** sayılabilir (Srof ve Velsor, 2006).

2.1.2.1 Pender’ın Sağlığı Geliştirme Modeli

Bu bölümde geçerliliği birçok çalışma ile kanıtlanmış Sağlık inanç modeli ve Sosyal bilişsel modeli temel alınarak geliştirilen Pender’ın **Sağlığı Geliştirme Modeli** ele alınmıştır. Pender tarafından geliştirilen sağlığı geliştirme modelinde bireyin sağlık davranışı üzerinde doğrudan ve dolaylı etkisi olan faktörler tanımlanmakta ve bireyi etkileyen bilinçsel süreçlerin önemi açıklanmaktadır (Pender, Barbrauskas ve Hayman, 1992). Pender’ın Sağlığı Geliştirme Modeli sağlığı geliştiren unsurları ve tahmin edilen nedensel mekanizmaları açıklamakta ve sağlığın geliştirilmesi alanındaki uygulamalara yol gösterecek nitelikleri taşımaktadır (Srof ve Velsor, 2006). Sağlığı Geliştirme Modelinde “bilişsel-algısal” olarak belirtilen faktörler sağlığı geliştirme davranışlarının kazanılması ve devamında başlıca motive edici faktörler olarak belirtilmektedir. Bu faktörler; “sağlığa verilen önem”, “öz etkililik ve yeterliliği algılama”, “sağlığın kontrolünü algılama”, “sağlık durumunu algılama”, “sağlığı geliştiren davranışların yararını algılama”, “sağlığı geliştiren davranışları destekleyen ve engelleyen faktörleri algılama” olarak sıralanmaktadır. Sağlığı Geliştirme Modelindeki bilişsel algılama faktörleri, sağlığı geliştirme davranışlarının kazanılması ve sürdürülmesinde başlıca motivasyonel mekanizma olarak belirtilmektedir. **Şekil 1**’de görülen bilişsel algılama faktörlerinin her biri

sağlığı geliştiren davranışın uygulanması üzerinde doğrudan etkilidir. Modeldeki etkileyen faktörler; bireye ait demografik ve biyolojik özellikler ile kişiler arası etkileşim, durumsal ve davranışsal faktörleri içermektedir (Srof ve Velsor, 2006 ; Pender, Barbrauskas ve Hayman, 1992)

Şekil.1. Pender'in Sağlığı Geliştirme Modeli (Pender 1987)



Pender N. J. (1987). Health Promotion in nursing Practice . -2nd.ed. USA.

2.1.2.2. Pender'in Sağlığı Geliştirme Modelinde Bilişsel Algılama ve Modifiye Edici

Faktörler

Pender'in Sağlığı Geliştirme Modelinde Bilişsel Algılama Faktörleri arasında yer alan

a- Sağlığa verilen önem; bireyin sağlığı geliştirme davranışına başlamasını ve devam ettirmesini önemli derecede etkilemektedir. Bu faktöre göre; birey sağlık probleminin olmadığını düşünüyor ise sağlığı geliştirmek için gerekli çabayı göstermeyecektir (Whitehead, 2002). Sağlığa verilen önem artıkça sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının da artma olacağı belirtilmektedir. Bireyin sağlığa verdiği önemi bilmek, sağlığı geliştirme için uygulanacak hemşirelik girişimlerinin planlanması ve uygulanmasında önemli yer almaktadır (Pender ve ark 1990).

b- Sağlık kontrolünü algılama; bireyin sağlık davranışlarını nasıl algıladığının ve kontrol ettiğinin bilinmesi bireye yeni bir davranış kazandırmada önemli yer almaktadır Bireyin sağlık kontrolü, içsel sağlık kontrolü, dışsal sağlık kontrolü ve şans etkisi olmak üzere üç düzeyde açıklanmaktadır. Bireyin sağlığının içsel kontrolü kendi sağlığı üzerindeki sorumluluk düzeyini yansıtmaktadır. Dışsal sağlık kontrolü ise bireyin sağlığı üzerindeki diğer kişilerin (aile bireyleri, arkadaş, hekim, hemşire vb.) etki düzeyini göstermektedir. şans etkisi ise bireyin sağlığını şansa bırakma düzeyini açıklamaktadır. Dışsal etki ve şans etkisi düzeyinin yüksek olması bireyin olumlu sağlık davranışına sahip olma ya da kazanma düzeyinin düşük olacağını göstermektedir (Whitehead, 2002).

c- Öz - Etkiliği Algılama; Güçlü bir bireysellik hissinin; daha sağlıklı olma, daha yüksek başarı ve daha sosyal bütünleşme ile ilişkili olduğu saptanmıştır. Birey bir sonuca ulaşabileceğine inaniyorsa, daha aktif davranmakta ve yaşamının seyrini kendisi belirleyebilmektedir. İnsan davranışları üzerinde etkili, bilişsel faktörlerden birisi olarak gösterilen öz –etkilik - yeterlilik; bireyin belli bir davranışı başarılı bir şekilde yapabileceğine ilişkin kendisi hakkındaki yargısı, inancı olarak tanımlanmaktadır. Pender'e göre öz-etkililik, sağlık davranışının öğretilmesinden sonra, bilginin ve becerinin uygulanmasını sağlayan temel etmen olarak gösterilmiştir (Srof ve Velsor, 2006)

d- Sağlık durumunu algılama; bireylerin sağlığı algılayış biçimlerini anlamak, semptomların fark edilmesini, hastalıktan zarar görmeye ait düşüncelerini ve tedaviye başvuru

davranışlarını açıklamada oldukça yardımcı olacağı belirtilmiştir. Bu faktöre göre birey sağlık durumunu iyi, çok iyi, kötü veya çok kötü olarak algılayabilmektedir (Srof ve Velsor, 2006). Pender, Barkauskas ve Hayman, (1992) kendini iyi hissetmenin sağlık durumunu yükseltmek için motivasyonel bir kaynak olabileceği vurgulanmıştır. Algılanan sağlık, kişinin kendi puanladığı sağlıktır, kişinin kendi global sağlığını subjektif olarak algılamasıdır. Yaş ve algılanan fiziksel sağlık durumunun, sağlığı geliştiren davranışları doğrudan ve dolaylı olarak etkilediği, yaş arttıkça, sağlığı geliştirme davranışlarının azaldığını, kronik hastalık sayısı algılanan sağlığı doğrudan, sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına katılmayı dolaylı olarak etkilediğini belirtmiştir (Srof ve Velsor, 2006). **Sağlığı geliştiren davranışın yararını algılama;** Sağlığı Geliştirme Modeli' ne göre "kişinin hastalık ve sağlık konularında kendini nasıl hissettiği ve algıladığı" önem taşımaktadır. Bu algı, psikolojik olarak kişinin sağlık davranışını uygulamaya açık olup olmadığını belirlemektedir. Sağlık İnanç Modeli'ne göre sağlık davranışına hazır olmayı belirleyen faktörler arasında hastalığın bir tehdit olarak algılanması bulunmaktadır. Hastalığın tehdit olarak algılanması ise yarar ve engel algısı olarak ikiye ayrılmaktadır (Pender, 1987; Whitehead, 2002). Olumlu sağlık davranışlarını uygulama ve sürdürme olasılığını anlatan en önemli etken engel algısı ile yarar algısı arasındaki fark olarak ortaya çıkmaktadır. Yarar algısı engel algısına üstün geldikçe olumlu sağlık davranışlarını uygulama olasılığı artmaktadır (Srof ve Velsor, 2006). **Yarar algısı;** bireylere sağlığı geliştiren davranışlarının uygulanması ve sürdürmesinin, yaşam kalitesine olumlu etkileri konusunda verilen eğitim sonucunda birey olumlu sağlık davranışı sergileyebilmekte ve böylece kendi sağlığını kontrol etme olasılığını arttırmaktadır (Whitehead, 2002). **Engel algısı;** Birey psikolojik, kültürel, bireysel özellikler gibi çeşitli nedenlere bağlı olarak olumlu sağlık davranışları için bireysel ve toplumsal düzeyde engeller algılayabilmektedir. Olumlu sağlık davranışlarını uygulama ve devam ettirme olasılığını azaltan en önemli etken engel algısı ile yarar algısı arasındaki farktır. Yarar algısı engel algısına üstün geldikçe olumlu sağlık davranışlarını uygulama olasılığı artmaktadır (Srof ve Velsor, 2006). Bu çalışmada adolesanların sağlığı algılama durumlarına ve sağlık davranışları üzerinde etkisine yer verilmiştir.

e- Modifiye Edici Faktörler; Sağlığın sadece fiziksel iyilik hali olmadığını, psiko-sosyal değişkenlerden etkilendiği kabul edilmektedir. Sağlık davranışları bireyin fiziksel, psikolojik özellikleri, motivasyonu, kişisel ve davranışsal özellikleri ve değişimi fark etme düzeyinden etkilenmektedir. Kişilerin sağlığı algılayış biçimlerini anlamak, semptomların fark edilmesini,

hastalıktan zarar görmeye ait düşüncelerini ve tedaviye başvuru davranışlarını açıklamada hemşirelere oldukça yardımcı olacağı belirtilmektedir (Biol, 2002). Sağlığı Geliştirme modeline göre **yaş** arttıkça sağlığı geliştiren davranışlara sahip olma düzeyi de artmaktadır. Yaş ve **eğitimin** sağlıklı yaşam biçimi davranışlarında etkili olduğunu belirtmektedir (Kallio, 2001). Pender'in sağlığı geliştirme modeline göre **biyolojik özelliklerden** özellikle vücut ağırlığı bireyin sağlık davranışlarını etkilemektedir. Bireyin boy, kilo gibi biyolojik özelliklerinin sağlık davranışlarını etkilediği, Kilolu bireylerde düzenli egzersiz yapma oranının düşük olduğunu ve düzenli egzersiz programları düzenlerken bireyin kilosunun önemli olduğu da belirtilmektedir (Srof ve Velsor, 2006). **Kişilerarası etkileşim;** aile, arkadaş, sağlık görevlileri, akrabalarla iyi etkileşimin bireyin olumlu sağlık davranışını kazanma düzeyini etkilediği bildirilmektedir (Pender, 1987; Pender, Barkauskas ve Hayman, 1992) **Durumsal faktörler;** bireyin içinde yaşadığı çevre bireyin davranış oluşumunu etkilemektedir. Birey ya da grubun bedensel, ruhsal ve sosyal açıdan iyilik haline ulaşabilmesi için çevresi ile uyumlu yaşaması, çevresini değiştirebilmesi, isteklerini belirleyebilmesi, tanıyabilmesi ve doyum alması gerekmektedir. Kişinin; sağlık davranışlarını inançları, beklentileri, güdüleri, değerleri, algıları ve diğer bilişsel faktörlerinden kişisel tutumları ve bunlara ek olarak, psikolojik özellikleri, yaşam biçimleri ve alışkanlıkları etkilemektedir (Srof ve Velsor, 2006; Whitehead, 2002). **Davranışsal faktörler;** bireyin bilgi ve beceri düzeyinin davranış kazanmada etkili olduğu belirtilmektedir (Pender, 1987).

Sağlığı geliştiren davranışların temelinde bireyin sağlığını nasıl algıladığı bulunmaktadır. Bireyin sağlığa bakış açısı sağlık davranışlarının uygulamasını olumlu ya da olumsuz olarak etkilemektedir. Hemşireler bakım verdikleri bireyler ile etkili iletişim kurabilmek ve bakımı sağlayacak hedefleri belirleyebilmek için bireylerin sağlığı nasıl tanımladıklarını bilmeleri gerekmektedir (Biol, 2002).

2000'li yılların sağlık hedefi olan "sağlığı geliştirme" hedefine ulaşmak için hemşireler bilimsel bilgi birikimlerini eğitici ve öğretici rolleri ile bireylerin davranışlarını değiştirmede kullanılırsa gelişimin sağlıklı olması kaçınılmazdır (Edelman, 1998).

Çocuklar dünyamızın geleceğidir. Olumlu bir gelişme onların sadece hayatta kalmalarını için değil aynı zamanda fiziksel, ruhsal ve sosyal yönden sağlıklı bireyler olarak gelişmeleri için de gereklidir. Bu nedenle onların içinde bulunduğu çevreye dikkat edilmesi ve gelecek için hazırlanması gerekmektedir (Çimen, 2003).

Sağlığın korunması ve geliştirilmesinde bazı riskli gruplar daha önceliklidir. Toplum içerisindeki riskli gruplardan biri de ergenlik ve gençlik dönemindeki bireylerdir. Bu dönem sağlıklı olarak geçirildiği zaman sağlıklı yetişkin olma olasılığı yüksektir (Yörükoğlu, 2002). Bağımsız davranma çabasında olan bu grubun kararlarındaki, ilişkilerindeki, tutum ve davranışlarındaki bilinçlilik ve duyarlılık düzeyi sağlık ve gelişim özelliklerini belirler. Gençlik döneminin en önemli özelliklerinden biri de riskli davranışlara yönelmedir. Pek çoğu yetişkinlik döneminde de devam edecek sakatlık ya da ölüm ile sonuçlanabilecektir (Bulut, Nalbant ve Çokar, 2002).

Sağlığın geliştirilmesinde, bireyin olduğu kadar hemşirelerin de önemli rolü vardır. Birey sağlığın geliştirilmesinde sağlıklı yaşam biçimini sergileme ve bu yaşam biçimine ilişkin aktiviteleri yerine getirmede aktif rol oynar. Eğer bireyler kendi sağlığının sorumluluğunu almayı öğrenirse yaşam biçimindeki değişiklikler günümüzün pek çok sağlık sorununu önleyebilir veya giderebilir. Sonuçta bireyin iyilik düzeyi bulunduğu durumdan daha yüksek düzeye çıkabilir (Biol, 2002; Velioğlu, 1999).

Sosyal öğrenme teorisinin sağlığın korunması ve geliştirilmesindeki etkisi;

Sağlığın geliştirilmesi alanında araştırma ve uygulamalara yol gösterecek nitelikleri taşıyan ve Pender tarafından geliştirilen “sağlığı geliştirme modeli” Bandura’nın “ Sosyal öğrenme Teorisini” temel almaktadır (Herken ve Özkan 2000). Bandura’ya göre insanlar sosyal alanlarda başkalarının davranışlarını gözlemleyerek hızlı ve kolay öğrenirler. Sosyal öğrenme kuramının en önemli ögesi modeldir. İnsanların bir davranışı öğrenebilmesi için o davranışın model tarafından nasıl yapıldığını görmeleri gerekmektedir (Bandura, 1998). Örneğin, bireyler cinsel kimlik rollerini sosyal öğrenme kuramına göre öncelikle anne ve babasını gözleyip taklit ederek öğrenirler; ancak giderek kendi değerleri doğrultusunda bu rol modellerini değerlendirir ve kendi düşünce sürecine göre biçimlendirir. İnsanlar her gördüğü davranışı almazlar veya taklit etmezler. Gözlemleyene davranışların dolaylı etkisi sadece sonuçlarda değil, modelin karakteristik yapısından da kaynaklanır. Modelle gözlemleyen karakter benzerlikleri veya özellikleri davranış taklit edilmesini oranını artırır. O halde modelle gözlemleyen arasındaki etkileşimde bazı temel özellikler bulunmaktadır.

1. Yaş: İnsanlar yaşlarına yakın model seçerler.
2. Cinsiyet: İnsanlar cinslerinin daha çok davranışlarını model alırlar.

3. Karakter: İnsanlar çoğu zaman toplumda öne çıkmış iyi karakterli ve insan ilişkileri iyi olan kişileri model alırlar.
4. Benzerlik: İnsanlar kendine uygun kişileri daha çok model alırlar. Yani ortak noktalarının olduğu modelleri.
5. Statü: Yüksek statülü modeller düşük statülü modellerden daha çok etkilidir (Bandura, 1998).

Anne- baba veya kardeşleri sigara içen bireylerin, anne-baba veya kardeşleri sigara içmeyen bireylere oranla daha çok sigara kullandıkları belirtilmiştir. Sigara içme davranışı sosyal öğrenme ve model alma ile olmaktadır. Model alınan birey ne kadar saygın ve yüksek kariyerde olursa o kadar etkili olmaktadır. Erken adölesan dönemde aile fertleri model alınırken yaşla birlikte ilgi ve dikkat aile dışına akranlara kaydığı da bilinmektedir (Herken ve Özkan 2000). Olumlu sağlık davranışlarının kazanılması ve sürdürülmesi, sağlıklı bir sosyal çevre ve doğru modellerin oluşturulması ile mümkündür. Bu nedenle ergen tarafından model olarak alınan ailenin yanı sıra küçük bir toplum olan okullarda da gerekli girişimlerin ve eğitimlerin planlanması atlanmaması gereken önemli bir konudur.

2.2. OKUL SAĞLIĞI HİZMETLERİ VE HEMŞİRELİĞİ

Toplumumuzda doğru sağlık alışkanlıkları istenilen düzeyde değildir. Okul çağı, çocuklar ve gençler için davranış oluşturma dönemidir. Okullar çocukların öğrenmeye geldikleri, uygun sınıf eğitimi, uygun disiplin, fiziksel aktivite ve sağlık hizmetleri aracılığıyla bilgi tutum ve davranışların geliştirilmesi için çok sayıda fırsatların oluşturulabildiği ortamlardır. Doğru ve sağlıklı bilgi, tutum ve davranışı geliştiren öğrenciler, çevrelerine örnek, uyarıcı hatta eğitici rolü oynayabilirler (Yılmaz, 2002).

Okul sağlığı ve ergen konusu geniş olarak ele alınması gereken. Ergenlik dönemi eğitiminin verilmesi için gereken başlıca mekanın eğitim kurumları olması gerektiği günümüzde kabul gören bir gerçektir. Örgün eğitimde verilmek istenen eğitim; ergenlikte oluşabilecek kaygıyı azaltma, sorunların üstesinden tek başına gelebilme becerisini kazandırma amacını taşımaktadır. Ergenlerin kendi kendine yeterli, gelişmeye açık, kendini ifade edebilen, sağlıklı bireyler olmalarına destek sağlanmalıdır (Yılmaz, 2002).

Okul, bilgi, tutum ve davranışların geliştirilmesi için çok sayıda fırsatlar oluşturan bir ortama sahiptir. Okul tüm topluma erişebilmektedir. Ayrıca doğru sağlıklı bilgi, tutum ve davranışları

geliştiren öğrenciler, çevrelerinde örnek, uyarıcı ve hatta eğitici kişi rolü oynayabilirler (Alkan ve ark 2005). Okul sağlığı hizmetleri öğrencilerin ve okul personelinin sağlığının değerlendirilmesi, geliştirilmesi, sağlıklı okul yaşamının sağlanması ve sürdürülmesi, öğrenciye ve dolayısıyla topluma sağlık eğitiminin verilebilmesi için yapılan çalışmaların tümüdür. Bu çalışmalar toplumda okul çağındaki bütün çocukların mümkün olan en iyi bedensel, ruhsal ve sosyal sağlığa kavuşmalarını sağlamak ve sürdürmek, böylece çocukların, dolayısı ile toplumun sağlık düzeyini yükseltme gerekliliğinden doğmaktadır (Alkan ve ark 2005).

Okul sağlığı hizmetleri dört bölümde incelenmektedir:

1. Öğrencilerin sağlık durumlarının değerlendirilmesi, koruma ve geliştirilmesi.
2. Sağlık eğitimi
3. Okul ve çevre sağlığının değerlendirilmesi,
4. Okul sağlığı kayıt sistemi (Alkan ve ark 2005).

Okul sağlığı hizmetleri birey, aile, toplum ve sağlık profesyonelinin iş birliğini gerektiren halk sağlığı hizmetleridir ve bu hizmetlerde multidisipliner bir ekip çalışması gerektirir (Seçginli, Erdoğan ve Demirezen, 2004). Ülkemiz için ekipte en azından “bir hekim, bir hemşire, öğretmen” ve anne baba olmalıdır. Olanaklar doğrultusunda ekibe diş hekimi, rehberlik uzmanı, psikolog, sosyal hizmet uzmanı gibi elemanların dahil edilebileceği bildirilmektedir (Alkan ve ark 2005; Yılmaz, 2002).

Okul hemşiresi okul sağlığı hizmetlerinde önemli rol üstlenir. Okul hemşiresi ekip üyeleri ile sıkı işbirliği içinde çalışarak hizmetin eş güdümünü sağlar. Okul hemşiresi okul toplumunun sağlığının korunması, geliştirilmesi ve sürdürülmesi hizmetlerinde bilgi ve becerisi olan, eğitici, danışman, olgu yöneticisi, bakım verici, savunucu ve araştırmacı etkinliklerden sorumlu meslek üyesi olarak tanımlanmaktadır (Seçginli, Erdoğan ve Demirezen, 2004). Multidisipliner ekibin bir üyesi olarak bir taraftan ilk yardım bakımı verme, diğer taraftan çeşitli sağlık tarama hizmetleri (görme, işitme, skolyoz, hipertansiyon, diyabet taramaları gibi), büyüme gelişiminin değerlendirilmesi, bağışıklama, ilk yardım uygulamaları, bağışıklama ve diğer sağlığı geliştirme eğitimleri ile önemli rol oynar. Hemşire diğer ekip üyeleriyle sürekli işbirliği içinde öğrencilerin sağlık gereksinimlerini tanımlar ve gerektiğinde çözüme ilişkin bir çok kişiyle iletişimi koordine eder (Çimen, 2003).

Okul sağlığı çalışmalarında yapılan sağlık eğitimi ile çocukların sağlıkla ilgili kavramları daha iyi anlamaları sağlanabileceği gibi, tüm yaşantıları boyunca gerekli olacak bazı davranış biçimlerini benimsemeleri de gerçekleşebilir (Alkan ve ark 2005).

Okul sağlığı eğitiminin ilk dönemlerinde Tüberküloz, kolera, difteri, boğmaca, tetanoz, tifo ve diğer bulaşıcı hastalıkların oluşturduğu salgınlar, nedeniyle bu hastalıklardan korunma yollarının oğretilmesi zorunlu hale gelmiştir. İlerleyen dönemlerde, okulda sağlık eğitimi çabalarının büyük bölümünü alkol, sigara ve uyurucu gibi alışkanlıklara karşı yapılan alışmalar, AIDS, cinsel yolla bulaşan hastalıklar ve aile planlaması gibi zaman zaman ortaya çıkan sorunlara yönelik geçici programlar oluşturmuştur (Alkan ve ark 2005).

Ancak günümüzde kapsamlı okul sağlığı eğitimi programı ile okullarda

1. Toplum sağlığı,
2. Tüketicisi sağlığı,
3. evre sağlığı,
4. Aile sağlığı,
5. Büyüme ve gelişme,
6. Zihinsel ve duygusal sağlık,
7. Beslenme,
8. Kişisel sağlık,
9. Hastalıkların nlenmesi ve korunması,
10. Güvenlik ve kazaların korunması,
11. Madde kullanımı ve alışkanlığı başlıkları altında 11 konuyu içermektedir (Alkan ve ark 2005; Seçginli, Erdoğan ve Demirezen, 2004)

Bilişsel, duygusal ve davranışsal hedefler tüm konu içeriklerinde yer almalıdır. Kişinin bildikleri önemlidir fakat inandıkları, inançları daha büyük öneme sahiptir. İnançlar davranışların önemli belirleyicileridir. Bireyler bildikleriyle ne yapacaklarını belirler ancak inandıklarını uygularlar. Bu nedenle öğrencilerin eğitiminde bilişsel gelişimleri kadar duyguları ve tutumları da eğitime katılmalıdır (Seçginli, Erdoğan ve Demirezen, 2004).

Sağlık konuları ile ilgili bilgi artışı kişinin sağlık tutum ve davranışlarını etkilediğinden, olumlu sağlık davranışlarının geliştirilmesi için sağlık eğitimi verilmesi önemli hizmet alanlarından biridir. Okullar da sağlık eğitiminin temel amacı; ğrencisi, ğretmen ve aileleri

sağlık konusunda bilgilendirmek, onlara kendilerinin ve çevrelerindeki bireylerin sağlıklarını koruyucu ve geliştirici davranışlar kazandırmaktadır (Mandleco ve Potts 2002).

Okullarda sağlık hizmeti kapsamında; sağlık işleri tarafından hazırlanan eğitim materyalleri okullarda dağıtılmakta, ilköğretimde sağlık bilgisi, hayat bilgisi, fen bilgisi ve biyoloji dersleri içinde, liselerde ise sağlık bilgisi dersi kapsamında verilmektedir. Bu programlar hazırlanırken her ülkenin kendine özgü sorunları, değerleri, kaynakları, örgütlenme yapısı göz önüne alınmalıdır. Milli eğitim bakanlığının farklı kurumlarla yaptığı iş birliği ile sağlığın korunması ve geliştirilmesi konusunda bazı özel projeler uygulanmaktadır. Bunlar; ağız diş sağlığı eğitimi projesi, ergenlik dönemi değişim projesi, okul sağlığı taramaları projeleri, ilk yardım eğitim projesi, ergenlerde sağlık bilincinin geliştirilmesi projesi, madde bağımlılığı savaşı projesi, sigara karşıtı etkinlikler, her şey gençlik için projesi.

2.3. ADÖLESAN /ERGEN/ GENÇ

Dünya nüfusunun %30'unu 15-24 yaş arası gençler oluşturmaktadır, bu gençlerin yaklaşık %80'i gelişmekte olan ülkelerde yaşamaktadır (WHO, 2003). Bugün dünyamızda yaklaşık 1.2 milyar ergen (10-19) yaş ve 1.5 milyar gencin (10-24) yaş arasında olduğu düşünülmektedir. Her beş genç insandan biri gelişmekte olan bir ülkededir. Türkiye de ergen ve genç yetişkinler nüfusun önemli bir bölümünü oluşturmaktadır. 15-24 yaş grubu toplam nüfusun %20'sini, 10-24 yaş arası ise yaklaşık %30'unu oluşturmaktadır (Bulut, Nalbant ve Çokar, 2002). Türkiye genç nüfusa sahip bir ülkedir. 2007 verilerine göre 10-14 yaş arası toplam da 6.770.563, 15-19 yaş arası toplamda 6.509.295, 20-24 yaş arası 6.571.835 genç olduğu belirtilmiştir (<http://www.nvi.gov.tr/hizmetler/istatistikler.nufus-kutukleri-istatistikleri-html>).

Ergen kelimesinin batı dillerinde ve bizde de kullanılan karşılığı olan adolesan kelimesi, Latince “adolescere” yani büyümek ve yetişkinliğe ermek teriminde gelmektedir. Adolesan kavramı 19. yüzyıl sonlarına kadar kaynaklarda yer almayan bir terimdir. Bu sözcük yapısı gereği bir durum değil, bir süreci belirtmektedir (Parman, 1997). Ergenlik başkalaşım (metamorphose) ve dönüşüm (mutation) demektir. Ergenlik döneminde birey hem bedensel, hem ruhsal, hem de toplumsal alanda değişime ve dönüşüme uğrar. Biyolojik, psikolojik, sosyal gelişme ve olgunlaşma dönemi olan adolesanlık (Ercan, 2005b), çocuğun ergenliğe hazırlığından başlayarak ergenliğin tamamlandığı, bedensel büyüme ve olgunlaşmanın son şekline yaklaştığı zihinsel ve duyuşsal değişimin erişkinlik düzeyine ulaştığı, hızlı büyüme ve

değişmelerin yaşandığı dönemdir (Ünalın ve ark. 2007). Geniş açılımı ve anlamıyla ergenlik; çok hızlı bir şekilde biyolojik, fiziksel, psikolojik ve sosyal açıdan bir gelişme ve olgunlaşmanın meydana geldiği çocukluktan erişkinliğe geçiş dönemi olarak kabul edilir (Yavuzer, 2001). Hal tarafından bu dönem “ fırtına ve ergenlik” evresi olarak tanımlanmıştır. O’na göre bu dönemdeki değişiklikler cinsel olgunluk sonucu oluşur, yani biyolojik kaynaklıdır (Yavuzer, 2001, Çuhadaroğlu, 2001). Psikolojik anlamda ergenlik; ilk ergenliğin fiziksel belirtileriyle başlayan zihinsel bir süreç, bir tutum ve yaşam tarzıdır. Bireyin anne-baba denetiminden bağımsızlığı kazanmasıyla sona erer. Bazıları için psikolojik ergenlik yirmili yaşlarda sona ermekte, bazıları için otuzlu hatta daha ileri yaşlara kadar devam edebilmektedir. Bu anlamda ergen, sadece fiziksel değil sosyal ve toplumsal bir gelişme içindedir (Yavuzer, 2001; Yörükoğlu, 2002). Toplumsal açıdan ergen ailesi ile birlikte oturan ve ya ekonomik olarak onlara bağlı olan, genel ya da mesleki eğitime ve öğretime devam eden kişidir (Parma, 1997).

Adolesan yaş grubu için bazı yaş sınırlamaları getirilmeye çalışılsa da, bu dönemi kesin bir yaş grubu olarak ayırmak oldukça zordur. DSÖ adolesanları 10-19 yaşları arasındaki kişiler olarak tanımlar (WHO, 2003). Ergenlik dönemi genel olarak üç evrede; 10-14 yaş erken ergenlik dönemi, 15-16 yaş orta ergenlik dönemi, 17 yaş ve üzeri geç ergenlik dönemi olarak incelenir (Parman, 1997).

DSÖ tarafından 10-19 yaş grubu arası adolesan dönemi, 20-24 yaş grubu gençlik dönemi ve 10-24 yaş grubu ise genç insanlar olarak tanımlanmıştır (WHO, 2003).

Erken adolesan döneminde; olan adolesan vücudunda olan hızlı fiziksel değişikliklere karşı şaşkınlık ve endişe duyguları yaşamaktadır. Ayrıca bu değişikliklere ayak uyduramama nedeniyle çevresindeki kişilere karşı davranış ve tepkilerinde ani çıkışlar görülmektedir (Özcebe, 2002; Parman, 1997).

Orta adolesan döneminde; adolesan vücudundaki fiziksel değişiklikleri kabullenmeye başlamaktadır. Arkadaş grupları da onun için çok önemli olmaktadır. Bunun yanı sıra karşı cinse olan ilgisi de artmaktadır. Erişkinleri taklit etmeye sigara ve alkol kullanma gibi gencin fiziksel gelişmesini olumsuz olarak etkileyen alışkanlıklara başlayabilmektedirler (Yavuzer, 2001; Parman, 1997).

Geç adolesan dönemi; büyüme ve gelişme tamamlandığı için fiziksel değişikliklere yönelik kuşkular kaybolmuştur (Yavuzer, 2001). Cinsel kimlik gelişmiş, genç geleceğe ilişkin kararlar verebilecek sosyal olgunluğa erişmiş ve çevresi ile rahat ilişki kurabilmektedir (Özcebe, 2002)

Ergenin tutum ve davranışları toplumun kültürel, ailenin sosyoekonomik yapısı ve anne babanın eğitim düzeyleriyle yakından ilişkilidir (Yılmaz, 2002). Bu dönem özel sorunları ile ön plana çıkan önemli bir dönem olup, bireyin bağımsızlığını ve sosyal üretkenliğini kazandığı bir dönemdir (Yavuzer, 2001). Bu dönemde birey kendine özgü nitelikler kazanır. Ergenin bu gelişim hızına ve değişimlere hazır olup olmaması, toplumun kendisi için belirlediği ölçülerle ergenin olgunluğu arasındaki uyumsuzluk, onun davranışlarında etkili olur. Ergenin davranışlarına rehberlik edecek değerleri kazanması ve sosyal yönden sorumlulukları üstlenmesi konusunda yardıma gereksinimi vardır. Demografik veriler ergenlerin durumunun pek de iç açıcı olmadığını önemli sayıda gencin gelişmeleri göğüsleyemediği, göstermektedir. Dünya üzerinde milyonlarca ergen sokaklarda yaşamakta ve çalışmaktadır. 100 milyon genç kızın tedavi edilebilir cinsel yolla bulaşan hastalıklarla enfekte olduğu, tüm yeni HIV enfeksiyonlarının %40'ının 15-24 yaşları arasında olduğu tahmin edilmektedir (WHO, 2003).

Ergenlerin bugün en sık karşılaştıkları sorunlar depresyon ve intihar eğilimi, kazalar, şiddet, cinsel yolla bulaşan hastalıklar, plansız gebelik, alkol ve madde bağımlılığı, şişmanlık ve beslenme bozuklukları gibi kısmen önlenemez sorunlardır (WHO, 2008). Okul başarısızlığı evden kaçmalar ve ergen suç sayısındaki hızlı artış gençliği tehdit eden diğer sorunlar arasındadır (Yavuzer, 2001).

Ergenlerin risk ve olumsuz etkilenmelere oldukça açık olduğu bilinmektedir. Ancak sağlık hizmeti sunulurken, ergenlere doğru yöntemlerle ulaşılması sonucu ruhsal ve bedensel açıdan hızlı bir değişim içeren bu dönemi, birey ve toplum sağlığı açısından bir fırsat dönemi haline getirilebilir (Ünal ve ark 2007).

Ergenlik döneminde ergenin bedeninin ve duygularının, bir “bütün” olarak değişmesi, gelişmesi, dünyayı, insanları ve kendini anlamakta kullandığı zihinsel becerilerinin hızlanmasıdır. Ancak bu hızlanma hemen bir yetişkin gibi düşünmek ve davranmak şeklinde ulaşamaz. Ergenin bedeninde ortaya çıkan değişikliklere uyum sağlamakta yaşadığı güçlük, kendisine ve ailesine karşı yabancılaşma hissetmesine yol açmaktadır. Bu dönemde kişi,

özgür davranmak, kendi kararlarını kendisi vermek ve kendi seçimini yapmak istemektedir. Zaman zaman aileden uzaklaşmakta çaresizlik, yalnızlık, güvensizlik duyguları ile karşılaşmaktadır. Dengeli ve uyumlu çocuk, yerini tedirgin, güç beğenen ve çabuk tepki gösteren bir ergene bırakmaktadır (Yavuzer, 2001).

Ergenlerin genel özelliklerine bakıldığında öncelikler arasına alınması gereken bir grup olduğu açıkça görülmektedir. Adölesanlarla ilgili bazı verileri sıralayacak olursak;

- Ergenlerin bedensel, ruhsal ve sosyal yönden sağlık düzeyleri ile gelişimleri ve risk grupları bilinmemektedir.
- Yetişkinler ergenler hakkında yeterli bilgiye sahip değildir.
- Ergenlerle ilgili istatistik veriler yetersizdir.
- Ergen konusunda yetişmiş sağlık çalışanı azdır.
- Ergenlerin çoğunda ciddi sonuçlar doğurabilecek sağlıksız davranışlar bulunmaktadır.
- Ergenlerin çoğu risk altında olduklarının farkında değildir.
- Riskli davranışlarda bulunma yaşı zamanla daha küçük yaşlara çekilmeye başlamıştır.

Bu dönemde ergenlerin tutum ve davranışı toplumun kültür yapısı, ailenin sosyal-ekonomik yapısı ve anne-babanın eğitim düzeyleri ile yakından ilişkilidir. Bu etkenler birçok ergende bireysel farklılıkları da beraberinde getirmektedir (Alkan ve ark 2005).

Ergenlerin sağlık sorunlarına yol açan riskli davranışlar; korunmasız ve erken yaşta başlayan cinsel ilişki, alkol ve sigara kullanımı, saldırgan davranışlar, silah yada delici-batıcı (yaralayıcı) aletler taşıma araba kullanma ve dengesiz ve yetersiz beslenme, bilinçsiz kilo verme ve fiziksel aktivite eksikliğidir. Adölesanların tümünde olmasa da bir kısmında sigara, alkol ve diğer maddelerin kullanımı ve güvensiz cinsel ilişki gibi birçok riskli davranış birlikte görülmektedir (Alikashiöglu, 2005a).

Adölesan dönemi yaşam sürecinde en sağlıklı dönem olarak değerlendirilmiştir. Ancak, adölesan çağının önemli özelliği; mortalite ve morbidite nedeni olabilecek erken gebelik, kazalar ve yaralanmalar, madde bağımlılığı gibi daha çok davranışlarla ilgili sorunlar yaşanmasıdır (WHO, 2008).

Adolesonların da diğer yaş grupları gibi akut ve kronik tıbbi sorunları olabilmekle birlikte, bu dönemdeki hastalık ölüm ve sakatlıkların önemli bir bölümünün riskli davranışlar ve riski çevreyle ilgili olduğu görölmektedir (Kara ve ark 2003)

Sağlık açısından riskli davranışlar genellikle adolesan dönemde edinilir. Sonuçları erişkin dönem yansıyarak, bu dönemde mortalite ve morbidite oranlarında önemli artışa neden olur. Adolesan dönemde meydana gelen ölümlerin en başta gelen nedenlerden olan kazalar ve intiharlar riskli davranışlarla yakın ilişkilidir. Aynı şekilde erişkin dönemde mortalite de ilk iki sırada yer alan kardiyovasküler hastalıklar ve kanserlerde adolesan dönemdeki sigara kullanımı, alkol veya diğer madde bağımlılıkları, fiziksel inaktivite, sağlıksız diyet gibi riskli tutum ve davranışlarla yakından ilgilidir (Edelman 1998; Mandleco ve Potts 2002).

WHO (2008) istatistik verilerine bakıldığın da ;

- Her beş dakikada bir 10-19 yaş arası adolesanın öldüğu,
- Erken ölen her on erişkinden yedisinin adolesan çağında başlayan davranışlarıyla ilgili nedenlerden dolayı öldüğu,
- Her gün 10-24 yaş arası 6500 genç HIV enfeksiyonu olduğu, .
- Her yıl 100.000 adolesan intihar ederek yaşamına son verdiği,
- 18 yaşın altında doğum yapan kızların doğum sırasında ölme riski 20'li yaşlarda doğum yapanlara göre 3-5 kat daha fazla olduğu,
- 15-24 yaş arasında ölümlerin %72'si motorlu araç kazaları, beklenmeyen kazalar, cinayet, intihar neden olduğu görölmüştür.

Adolesanlar bedensel, cinsel ve psikolojik olarak hızlı bir değişimin getirdiği şaşkınlık, bunlara ayak uyduramamanın doğurduğu sıkıntı ve cinsel gelişme ile birlikte uyanan dürtülerin etkisinde olup gergindirler. Bağımsızlık, kendilerini arama, bulma, yaratma ve kanıtlayıp kabul ettirme çabası içinde anlayış ve yardıma gereksinimleri vardır (Edelman, 1998; Yavuzer, 2001).

2.4.ADÖLESANLARDA SAĞLIK DAVRANIŞI

2.4.1. Psikososyal davranışlar

Adolesan döneminin en önemli psikososyal yönü kimliğin kazanılmasıdır, adolesanların bu dönemde sağlam bir kimlik duygusu geliştirebilmesi gerekir (Göka ve Türkçaparaoğlu, 2003; Siyez, 2005).

Ergenlerin gelişimleri sağlıklı bir şekilde tanıyabilmeleri ve bir üst gelişim basamağına geçebilmeleri için bu dönem içerisinde yer alan gelişim görevlerini tanımlamaları gerekmektedir (Göka ve Türkçaparaoğlu, 2003).

Bireylerin bedensel özelliklerini kabul etmeleri, duygusal bağımsızlıklarını kazanmaları, mesleki tercihler yapmaları, cinsel rol kimliklerini belirlemeleri, toplumsal sorumluluklarını üstlenmeleri ve kendi değer yargılarının oluşturmaları bu dönem içerisinde gerçekleştirmeleri gereken gelişim görevleri içerisinde yer almaktadır (Göka ve Türkçaparaoğlu, 2003; Siyez, 2005).

Ergenlerin gelişim görevlerini başarı ile tamamlayabilmeleri ve kimlik kazanmalarını sağlayabilmek için “ben kimim”, “neyim” gibi sorulara yanıt vermesi gereklidir (Siyez, 2005).

Ancak her gelişim döneminde olduğu gibi ergenlik döneminde kendi çatışmalarını beraberinde getirmekte ve bu dönemde ergenler kendi içlerinde, aile ve arkadaşlık ilişkilerinde bazı bocalamalar ve zorlanmalar yaşayabilmektedir (Yavuzer, 2001). Bu geçiş döneminde ergenlerin sosyal destek sistemlerinin yetersiz veya yoksun olması yaşadığı çatışmaların daha ciddi problemlere dönüşmesine neden olabilmektedir (Birsöz, 1991; Yörükoğlu, 2002).

Kimlik oluşumunun gelişmeye başladığı ve henüz tam oturmadığı bu dönemdeki gençler saldırganlık, içine kapanma gibi farklı duygular ve davranışlar gösterebilirler (Alikaşifoğlu, 2005a; Çuhadaroğlu 2001; Göka ve Türkçaparaoğlu, 2003; Yavuzer, 2001). liseye giden gençlerle yapılan çalışmalarda psikososyal davranışlarında sorun olduğu alkollü ve ehliyetsiz araba kullanma, kask ya da emniyet kemeri kullanmama, yanında bıçak, silah taşıma, kavgaya karışma ve kavgada yaralanma davranışlarının yüksek oranda olduğu bulunmuştur (Brener ve ark. 2006; Kara ve ark. 2003; Siyez, 2005; YRBSS 2006; Yılmazçetin, Taner ve Ögel 2005; Von ve ark. 2004). Adölesanların intihar girişimini düşünme ve planlama davranışlarının yaygın olduğu, umutsuzluk oranlarının yüksek olduğu da görülmüştür (Alikaşifoğlu ve Ercan 2002; Yılmazçetin, Taner ve Ögel 2005).

Bu dönemin sıkıntılı günlerini dengeli biçimde atlatamayan geçlerde ruhsal sorunlar ortaya çıkabilir. Bunlar arasında antisosyal davranışlar, sigara, alkol, uyuşturucu kullanımları, risk alma alışkanlıkları, kişilik problemi olan çocuklarda kendini yargılama ve intihar sık görülen

sorunlardır (Çuhadaroğlu, 2001; Yavuzer, 2001). Sigara yanıkları, küçük kesikler, tekrarlayan kazalar, dikkatsiz ve hızlı araba kullanma, düzensiz cinsel yaşam ve kendine bakmama, sürekli kavga etme gibi durumlarda sık görülmektedir (Siyez, 2005).

Konuyla ilgili yapılan çalışmalar;

Adolesanlarla yapılan pek çok çalışmada erkek adölesanların kızlara oranla daha fazla riskli sağlık davranışlarında buldukları saptanmıştır (Çimen ve Savaşer 2003; Geçkil ve Dünder 2007; Spear ve Kulbok, 2001; Kara ve ark 2003; Yılmazçetin, Taner ve Ögel 2005; Yörükoğlu, 2002).

Araba kullanma; beceri, karar verme ve deneyim gerektiren kompleks bir aktivitedir. Gençler karar verme yetersizliği, otoriteye karşı koyma ve bağımsızlığını gösterme gereksinimleri nedeniyle deneyimsiz olarak hızlı araba sürme eğilimindedirler (Siyez, 2005).

ABD’de adölesanlarda ölüm nedenleri arasında ilk sırada kasıtsız yaralanmalarla ölümlerin geldiği, yaralanmaların yaklaşık yarısının motorlu taşıt kazalarıyla oluştuğu, bu kişilerde madde ve alkol kullanımının yaygın olduğu, ayrıca %38’inin emniyet kemeri takmadığı, %85’inin bisiklet kullanırken kask kullanmadığı ya da çok seyrek kullandıkları belirtilmiştir. Bu grupta ölüm nedenleri arasında ikinci sırada intiharların geldiği, öğrencilerin %6.9’unun yanında silah, sopa, bıçak vb. delici batıcı araçları taşıdıkları belirtilmiştir (SHPPS, 2006).

Adölesan döneminde ölümlere sebep olan durumlardan genel olarak davranış faktörlerinin etkili olduğu bilinmektedir. Bunlar kazalar, intiharlar, öldürülme, şiddete maruz kalma, alkol ve madde kullanımı, adölesan gebeliği gibi nedenler olarak sıralanabilir (Birsöz, 1991).

SHPPS (2006) verilerine göre Adölesanlarda intihar prevalansı 2000’de %66.4 iken 2006 yılında %79.9 oranında, şiddet olayları da 2000’de %73.4’, 2006’da %83.6 olduğu belirtilmiştir. YRBSS (2006) verilerine göre adölesanların %34.9’u araba kazası, kavga, dövüş sırasında yaralandıkları; %9.4’ünün partnerleri tarafından fiziksel şiddete maruz kaldıkları belirtilmiştir. ABD’de 15-19 yaş grubunda intihar nedeniyle ölümler üçüncü sırada yer almakta olup, bu da adölesan depresyonunun en önemli belirleyicisi olmaktadır (WHO 2003).

Ülkemizde ergenler tarafından işlenen suç sayısının erken ergen döneme göre orta dönemde, erkeklerde kızlara göre 9-10 kat daha fazla görüldüğü, ergen suçları arasında hırsızlıktan sonra yaralanma ve darbin geldiği bildirilmektedir (Göka ve Türkçaparoğlu, 2003; Tüzün, 2005). Paxton ve arkadaşları (2007) lise öğrencileriyle yaptıkları çalışmada da aile yapısının bunun yanı sıra kültürel, ekonomik durumun ve cinsiyete göre depresyon belirtileri arasında anlamlı

fark olduğu saptanmıştır. Siyez (2006) lise öğrencileri ile yaptığı çalışmasında cinsiyete göre farklılık göstermekle birlikte depresyon ve intihar riski arasında anlamlı bir ilişki bulunduğu, ekonomik sıkıntı, aile içindeki çatışma, ebeveynlerin ayrı olması, yeniden evlenmesi, aile üyelerinde depresyon ve madde kullanımının olması da intihar için risk faktörü olduğu belirtilmiştir. Aktepe ve arkadaşları (2006) intihar girişiminde bulunan adolesanların bir ebeveyn kaybını (boşanma, ölüm) yaşayanların daha fazla intihar eğiliminde olduğu istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Yine aynı çalışmada kızların erkeklere göre daha fazla intihar girişiminde buldukları görülmüştür. Ceyhun ve Ceyhun (2003) lise öğrencileriyle yaptıkları çalışmada 17-18 yaş lise öğrencilerinin umutsuzluk oranları istatistiksel olarak anlamlı bulunmuş, bu yaş grubunda olan lise öğrencilerinin ergenlik dönemine özgü sorunlarının yanı sıra üniversiteye girme hazırlığı içinde olduğundan dolayı umutsuzluk puanları yüksek bulunmuştur. Aynı çalışmada lise öğrencilerinde intihar fikri ile umutsuzluk arasında anlamlı bir ilişki olduğu, umutsuzluğun artması ile intihar riskinin de yükseldiği görülmüştür. Adölesan döneminde aile yapısının yanısıra sosyoekonomik durumunda psikosozal davranışlar üzerinde etkili olduğu yapılan birçok çalışmada belirtilmiştir (Selda ve ark 2005; Spear ve Kulbok, 2001; Kaya ve ark 2006; Paxton ve ark 2007; Ögel ve ark, 2000).

Gençlik döneminde arkadaşlık çok önemlidir. Arkadaşlık ortamı birçok sorunun paylaşıldığı ve birçok bilginin öğrenildiği bir ortamdır özellikle, cinsel sağlık ve üreme sağlığı gibi hassas konular arkadaşlar ile paylaşılarak öğrenilmektedir. Erken adölesan dönemindeki sorunlar anne ile daha fazla paylaşılırken orta adölesan döneminde annenin yerini arkadaşlar almaya başlar (Mandleco ve Potts 2002). Özcebe ve Dam (2005) lise öğrencileriyle yaptıkları çalışmada, öğrencilerin fiziksel sağlığı ile ilgili sağlık sorunlarını anne ile paylaşma oranının yüksek olduğu, erkek öğrencilerin kız arkadaşları ile ilgili sorunlarını arkadaşları ile çözüme yoluna gittikleri belirtilmiştir. Baba ile sorun paylaşma oranı ise oldukça azdır (%3.4). Genç ruhsal dengesini koruyabilmek ve olumlu davranışlara yönlendirebilmek önem taşır (Göka ve Türkçaparoğlu, 2003). Sorunların çözümünde, empati eğitimi, problem çözme becerisi, iç güdü ve öfke yönetimi, sorumluluk alma, arkadaşlık kurma gibi becerilerin geliştirilmesi önemlidir (Yörükoğlu, 2002).

Lise dönemindeki ergen bireyin psikososyal olarak aşması gereken problemleri vardır. Bu dönem kişilik gelişimi açısından önemlidir. Okul hekimi, okul hemşiresi, öğretmen, sosyal hizmet uzmanı ve psikoloğtan oluşan okul sağlığı ekibi; okul içinde ve etrafında ergenin sağlıklı bir gelişim dönemi geçirebilmesi için gerekli ortamı hazırlamalı, sağlıklı benlik

gelişimi gereklerini yerine getirmelidir. Beden imgesinin önem kazandığı bu dönemde ergenin bedenlerine yönelik ilgileri fazla olacaktır. Bu nedenle ergene ve ailesine verilecek sağlık eğitimi önemlidir (Çuhadaroğlu, 2001).

2.4.2 Fiziksel Aktivite ve Dinlenme

Fiziksel aktivite; iskelet kasları tarafından üretilen, enerji harcanmasına ek olarak enerji harcanmasına önemli artış sağlayan vücut hareketleridir. Fiziksel aktivitenin temel özelliği kas kasılması nedeniyle enerji harcamasının olmasıdır.

Endüstrileşme ve şehirleşmenin sonucu insanlar bedenlerini daha az kullanır hale getirmişlerdir. Evlerde iş kolaylaştıran aletlerin çoğalması, ulaşım kolaylıkları, araba kullanımının ve televizyon izlenmesinin yaygınlaşması aktivitenin ve enerji harcanmasının azalmasına yol açmaktadır (Danacı, 2008).

Hızlı bir büyüme ve gelişmenin olduğu gençlik döneminde fiziksel aktivitelerin desteklenmesi, değişik kas gruplarının tonüs ve gücünün artırılması ve yaşam boyu egzersiz alışkanlığının kazandırılması için önemlidir (Mondleco ve Potts 2002). Düzenli fiziksel aktivite; haftanın hemen her günü tercih edilen bir fiziksel aktivitede bulunmak veya haftanın beş veya daha fazla günü günde en az 30 dakika aktivitede bulunmak veya haftanın üç veya daha fazla günü günde kesintisiz olarak en az 20-60 dakika şiddetli aktivitede bulunmak olarak kabul edilmiştir. Bu yaş gruplarında gelişim sürdüğünden dolayı ağırlık kaldırma gibi sporlar tehlikeli olabilir ve önerilmemektedir (Edelman, 1998; Mandleco ve Potts 2002).

Her yaş grubundan insanın sağlığına yararlı olan düzenli fiziksel aktivitenin çocuklar ve gençler için önemi büyüktür. Hareketsizliğin kemik döngüsüne olumsuz etkisi nedeniyle çocukluktan erişkinliğe girerken kemik kütesinin yeterli olabilmesi için kalsiyum alımı kadar kemiklerin ve kasların gerilmesini sağlayacak türde fiziksel aktivite yapılması da önemlidir (Edelman, 1998; Mandleco ve Potts 2002).

Sağlıklı beslenme alışkanlığı kadar düzenli egzersiz de sağlığın korunması ve geliştirilmesi için büyük önem taşımaktadır. Adolesan çağı bireylerde düzenli fiziksel aktivite vücut ağırlığının kontrolünü, vücut yağının azalmasını sağlayarak obezite riskini minimuma düşürmesi, kemik, kas ve eklem gelişimini önemli derecede etkilemesi, farklı kas gruplarının tonüs ve gücünün artması ve sağlıklı yaşam alışkanlıklarının gelişmesi açısından önemlidir (Mandleco ve Potts 2002). Bu dönemde spor ve çeşitli sosyal aktivitelere yönelme, artmış olan dürtüsel yoğunlukla da baş etmede gençlere yardımcı olabilmektedir (Danacı 2008).

Aynı zamanda düzenli egzersiz yapılması gencin kendine güveni arttırır, gerginlik ve anksiyete duygusu azaltır, psikolojik iyilik halinin gelişimine, sağlıklı uyku alışkanlığının kazanılmasına katkı sağlar. Ayrıca uzun dönemde diyabet, kolon kanseri, hipertansiyon, hiperlipidemi gelişimi azaltılarak erken yaşta ölümleri ve kalp hastalıklarını azaltır (Rosenfeld, 2000).

Fiziksel aktivite ile enerji harcanması arasındaki etkileşim şişmanlığın oluşmasında önemli rol oynar. Düşük düzeyde veya hiç fiziksel aktivite yapılmaması obezitenin nedeni olmaktan çok sonucu da olabileceği tanımlanmıştır (Parlak ve Çetinkaya, 2006).

Adolesanların her gün düzenli olarak en az sekiz saat uykuya ihtiyaçları vardır. Adolesanlar yoğun programları, aşırı stresli ve yorgun olmaları nedeniyle uyku sorunları yaşayabilmektedirler ve yeterli uyuyamazlar. Yetersiz uyku çoğunlukla zihnin bulanıklığına neden olur, kaza eğilimini artmasına, ev, aile ve okulda birtakım sorunların ortaya çıkmasına neden olabilir (Edelman ,1998; Mandlco ve Potts 2002).

Televizyonun pasif yaşamda etkisi olduğu aşırı televizyon izlemenin çocukların fiziksel aktivitelerini ve gerçek kişilerle ilgilenmeyi azaltarak sosyal izolasyona, obezite ve saldırganlık davranışlarının gelişmesine neden olabileceği bildirilmiştir. Adolesanda günlük en fazla iki-üç saat televizyon izleme veya bilgisayar başında vakit geçirmeleri normal sınır olarak belirtilmiştir (Rosenfeld, 2000).

Konuyla ilgili yapılan çalışmalar;

Öztor (2005) Lise öğrencileri ile yaptığı çalışmada adolesan döneminde televizyon izlemenin erken erişkinlik döneminde fazla ağırlık, artmış serum kolesterolü ile ilişkili olduğu belirtilmiştir.

Arıkan, Metintaş ve Kalyoncu (2008) Lise öğrencileri ile yaptıkları çalışmada %88'inin günde ortalama beş saat dolayında televizyon izlediği bulunmuştur. Diğer bir unsur olan bilgisayar, çocukların sosyal gelişimlerini etkilemektedir. Bu çalışmada bilgisayar başında çok zaman geçiren okul çocuklarında sosyal izolasyon ve psikolojik problemleri, örneğin depresyon, yanı sıra ebeveynlerle de problemlerin arttığı bulunmuştur.

YRBSS (2006) verilerine göre adolesanların fiziksel aktivite durumlarına bakıldığında %28.7'si haftanın yedi günü en az 20 dakika egzersiz yaptıkları belirtilmiş, sonuç olarak fiziksel aktivitenin yetersiz olduğu görülmektedir.

Nelson ve arkadaşları (2006) adolesanlarla yaptıkları çalışmada adolesanların günde en fazla iki- üç saat televizyon izlemenin yeterli olacağı, televizyon seyretme süresi arttıkça adolesanlarında sağlığının zamanla olumsuz etkileneceği belirtilmiştir.

Adölesanlarla yapılan bir çok çalışmada yaş ilerledikçe fiziksel aktivitenin azaldığı (17-18 yaş grubundaki gençlerin 15-16 yaşa göre daha az aktivitede buldukları) saptanmıştır (Çimen ve Savaşer 2003; Geçkil ve Dünder 2007; Nelson ve ark. 2006; Mot ve ark. 2007; Souza, Fatima ve Duarte 2005; Zabinski ve ark 2007; Ward ve ark 2006).

Çalışmalarda fiziksel aktivitede bulunmada cinsiyetin de etkili olduğu, erkek adolesanlar da kızlara göre daha fazla fiziksel aktivitede buldukları, belirtilmiştir (Arıkan, Metintaş ve Kalyoncu 2008; Çimen ve Savaşer 2003; Geçkil ve Dünder 2007; Mot ve ark 2007; Souza, Fatima ve Duarte 2005).

Arıkan, Metintaş ve Kalyoncu (2008) Lise öğrencileri ile yaptıkları çalışmada haftada ortalama televizyon izleme ve bilgisayar kullanım süresi cinsiyete göre erkeklerde daha yüksek olduğu, hafta sonları bu aktivitelere daha fazla zaman ayrıldığı, beden eğitimi dersinde erkeklerin %25'inin, kızların %17'sinin aktif olduğu belirtilmiştir.

Fiziksel aktivite okuldan bağımsız olarak düşünülemez. Beden eğitimi dersleri adolesanlar açısından fiziksel aktivite için çok önemlidir. İyi değerlendirilebilen ve bilinçli yapılan beden eğitimi dersleri çocukların fiziksel aktivite yönünden ihtiyacını büyük oranda karşılayabilir (Mot ve ark 2007).

Okul hemşireleri gençlerin fiziksel ve psikososyal sorunlarının yanı sıra onların yapabilecekleri spor faaliyetleri konusunda danışmanlık yaparak ve büyüme gelişmelerini değerlendirerek, günde sekiz saat uyku gereksinimleri olduğu ve fiziksel gelişmeleri nedeniyle uyku ve dinlenmenin önemi anlatılarak onlara yardımcı olabilirler (Alkan ve ark 2005).

2.4.3. Beslenme

Beslenme; büyüme ve gelişme, sağlığın korunması ve geliştirilmesi, sağlıklı ve üretken olarak uzun süre yaşamın sürdürülmesi için gerekli besin öğelerinin vücuda alınıp kullanılmasıdır (Lule ve ark 2005). Beslenme yaşamın her döneminde sağlığın temelini oluşturur. Bireyin, ailenin, toplumun sağlıklı ve üretken bir yaşam sürebilmesi için fiziksel, ruhsal ve sosyal yönden gelişmesini ve organizmanın yapısının bozulmadan devam etmesini sağlar. Beslenmemenin amacı bireyin yaşı, cinsiyeti ve içinde bulunduğu fizyolojik ortama göre gerekli olan besin öğelerinin yeterince alınmasıdır (Edelman, 1998; Lule ve ark 2005).

Yeterli, beslenme; sağlıklı ve üretken olabilmek için organizmaya gerekli olan enerjinin sağlanması anlamına gelir (Mondleco ve Potts, 2002). Dengeli beslenme; vücudun enerji

gereksinimini karşılayacak miktarda besin maddelerinin alınması, dengesiz beslenme ise vücudun gereksinimi olan enerji sağlandığı halde, sağlık için gerekli olan vitamin, protein ve minerallerin yeterince alınmaması durumudur. Yetersiz ve dengesiz beslenme özellikle az gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerin sağlık sorunudur. Hızlı nüfus artışı, eğitimsizlik, tüketimin artıp, üretimin azalması, ekonomik koşullar nedeniyle satın almada yetersizlik, yetersiz ve dengesiz beslenme nedenleri arasında sayılabilir. Kötü beslenme büyüme ve gelişmeyi engeller sağlığı bozar ve hastalıkların iyileşmesini geciktirir (Lule ve ark 2005; Rosenfeld, 2000).

Beslenme, içeriğinde farklılıklar olsa da yaşamın her döneminde önemli olan temel insan gereksinimlerinden birisidir. Vücudun yenilenmesi ve çalışması için gerekli olan besin öğelerinin yeterli miktarda alınması ve vücutta uygun şekilde kullanılması yeterli ve dengeli beslenmenin temelidir (Sormaz, 2006).

Genç adolesan döneminde ileri fizyolojik farklılaşma ve vücut bileşenlerinde değişim ile beslenme gereksinimleri daha da önem kazanmaktadır. Karbonhidratlar ve yağlar vücut için enerjini temel kaynaklarıdır. Proteinler büyümeyi, doku iyileşmesi ve tamirini, vücudun hastalıklara karşı dirençli olmasını sağlar. Vitamin ve minerallerin ise vücudun tüm fonksiyonlarını gerçekleştirebilmesi için gereksinim vardır. Kalsiyum iskelet sistemi için, çinko, seksüel gelişim ve vücut gelişimi için, demir kan volümü için gereklidir.

Kız adolesanların menstrasyon dönemlerinde demir kayıpları olduğu için demir alımı önemlidir. Adolesan döneminde yüksek kalsiyum içerikli süt ve süt ürünleri, demir için yeşil sebze ve et ürünleri, çinko alımı için de süt, et, balık gibi besinlerin tüketilmesi gereklidir (Mandleco ve Potts 2002). Erkek adolesanların kızlara göre daha çok kaloriye ihtiyaçları vardır. Kızların günlük kalori ihtiyacı 2000 kcal iken erkek adolesanların günlük alması gereken kalori miktarı 2500-3000 kcal olmalıdır (Edelman, 1998; Rosenfeld, 2000).

Örneğin adolesan döneminde özellikle vücut çatısını oluşturan kemik ve kas dokularının büyüme ve gelişmesi için, beslenmenin temel taşları olan karbon hidratların, yağların, protein, vitamin ve minerallerin önerilen miktarlarda alınması gereklidir (Lule ve ark 2005).

Aynı zamanda adolesanlarda yağsız vücut kitlesindeki artış ile protein gereksinimi, boy uzaması ile kalsiyum gereksinimi artmaktadır. Diyet öyküleri değerlendirilen adolesanların özellikle kalsiyum, demir, vitamin A ve C alımlarının yetersiz olduğu ifade edilmektedir (Edelman 1998; Mandleco ve Potts 2002).

Hızlı hazır yiyeceklerle beslenme (fast-food) özellikle kentsel bölgelerde gençlerde yaygın bir beslenme şekline gelmiştir. Bu şekilde beslenme doymuş yağ asitleri ve sodyum yönünden

zengin ve posa içeriği, A ve C vitaminleri yönünden yetersiz olup yetersiz ve dengesiz beslenmeye neden olmakta, şişmanlık, kalp damar hastalıklarının oluşma riskini arttırmaktadır. Sodyum tüketiminin aşırı yüksek olması nedeniyle ileriki yaşlarda hipertansiyon, kalp ve damar hastalıklarının oluşmasına neden olmaktadır. Adolesanlar günlük beslenmelerinde genellikle boş kaloriler alarak beslenmektedir (Mandleco ve Potts 2002). Adolesan döneminde beslenmenin yetersiz ve dengesiz olmasının diğer bir sebebi ise bu dönemde beden imajının önemli olmasıdır. Özellikle kız adolesanlarda daha sık görülen anorexia nervosa, bulimia nervosa gibi yeme bozuklukları ortaya çıkmaktadır (Rosenfeld, 2000). Adolesanlarda özellikle zayıflık ve şişmanlık, demir yetersizliği anemisi, vitamin yetersizlikleri, iyot yetersizliklerinden kaynaklanan hastalıklar, diş çürükleri sık rastlanan sorunlardır (Alkan ve ark 2005).

Konuyla ilgili yapılan çalışmalar;

Adolesanların beslenme durumunu inceleyen çalışmalarda Türkiye de temel besinin ekmek ve diğer tahıl ürünleri olduğu saptanmıştır (Türk, Gürsoy ve Ergin 2007, Sormaz, 2006).

YRBSS (2006) verilerine göre adolesanların %32.4'ünün şişman, %12.2'si fazla kilolu olduğu belirtilmiştir.

Günlük enerjinin %44'ünü sadece ekmekten, %58'i ise diğer tahıl ürünlerinden sağlanmaktadır. Yıllar içerisinde besin tüketim eğilimi incelendiğinde ekmek, süt, yoğur, et ve et ürünleri, taze sebze ve meyve tüketiminin azaldığı, kuru baklagil, yumurta, şeker tüketiminin ise arttığı, genelde toplam yağ tüketimi miktarının katı yağa oranla artığı gözlenmiştir (Sormaz, 2006). Türk, Gürsoy ve Ergin (2007) adolesanlarla yaptığı çalışmada enerji ve besin öğelerin yönünden beslenme durumu incelendiğinde enerjinin yetersiz düzeyde olmasına rağmen alınan proteinin çoğu bitkisel kaynaklıdır. Hayvansal protein tüketimi ise yetersiz bulunmuştur. Yine aynı çalışmada öğrencilerin %81'inin öğün atladıkları en çok atlanılan öğünün %62.7 oranında sabah kahvaltısı olduğuda belirtilmiştir. Sormaz (2006) adolesanlarla yaptığı çalışmada Kalsiyum(%13-24), vitamin A (%3-31) ve riboflavini (%34-40) yetersiz tüketme oranları oldukça yüksek bulunmuştur. Kalsiyum ve riboflavin yetersizliğinin temel nedeni olarak özellikle süt ve süt ürünlerinin yetersiz düzeyde tüketildiği bildirilmiştir.

Dünya sağlık örgütü obezitenin dünyanın her yerinde özellikle gelişmekte olan bazı ülkelerde en önemli halk sağlığı problemi olduğu bildirilmiştir (WHO, 2008).

Öztora'nın (2005) 15-17 yaş grubuyla yaptığı çalışmada 299 öğrenci içerisinde 47 kız ve 58 erkek olmak üzere toplam 105 (%35.1) obez olduğu saptanmıştır. Aynı araştırmada bilgisayar ve televizyon karşısında günde dört saat ve üzerinde vakit geçiren adolesanlarda obezite görülme riski anlamlı düzeyde farklı bulunmuştur. Parlak ve Çetinkaya (2006) yaptığı çalışmalarda 11-15 yaş arası çocuklarda, şişmanlık oranı kızlarda %7.1, erkeklerde % 3.5 olarak bulmuştur. Demirezen ve Coşansu (2005) lise öğrencileri ile yaptığı çalışmada öğrencilerin önemli ölçüde sağlıksız beslenme alışkanlıklarına sahip olduklarını ve bu açıdan risk altında oldukları belirlemiş, öğrencilerin %25'i düzenli egzersiz yapmadığı, kızlarda egzersize katılımın daha az olduğu, ek olarak sebze, meyve ve kompleks karbonhidratların adolesanlar arasında çok kabul edilen besinler olmadığı, bu nedenle adolesanların obezite riski ile karşı karşıya oldukları, % 64.1'inin orta düzeyde, %21.1'i ise yüksek düzeyde riskli beslendikleri, erkek adolesanların kızlara göre daha riskli beslenme davranışlarında buldukları, kahve, çay ve kola gibi içecek tüketiminin de istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek süt alımının da oldukça düşük olduğu belirtilmiştir. Özmen ve arkadaşları (2007) lise öğrencileriyle yaptıkları çalışmada öğrencilerin her gün düzenli kahvaltı yapma oranı %66 olarak saptanmış, her gün düzenli kahvaltı alışkanlığı yapma ile cinsiyet ve sosyoekonomik düzey arasında anlamlı fark bulunmuştur. Kızlarda ve alt sosyoekonomik düzeye sahip olan öğrencilerde her gün düzenli kahvaltı yapmama oranı daha yüksek bulunmuştur. Aynı araştırmada öğrencilerin %52.6'sı televizyon izlerken bir şeyler atıştırdığı, %20.4'ünün aldıkları kaloriye karşılık yeterli fiziksel aktivitede bulunmadıkları belirtilmiştir. Öğrencilerin %7.8'inde yemek yedikten sonra kustukları, %6.5'inin düzenli olarak laktasif kullandıkları belirtilmiştir. Şimşek ve arkadaşlarının (2005) lise öğrencileri ile yaptıkları çalışmada öğrencilerin %7.8'inin obez olduğu obezlerin %50.6'sı kız olduğu saptanmıştır. Aynı çalışmada beslenme alışkanlıkları beslenme alışkanlıkları ve aktivite durumları ile obezitenin çok yakından ilişkili olduğu belirtilmiştir.

Çocukların sağlık izleniminde çocuğun ve ailenin obezite riski açısından değerlendirilmesi ve gerekli koruma önlemlerinin alınması önemlidir. Okul sağlığı hizmetlerinde çocuklara uygun beslenme eğitiminin verilmesinin okul kantinlerinin sağlığa ve normal çocuk beslenmesine uygun olarak düzenlenmesi, eğitim programlarında şişmanlığın önlenmesine yönelik eğitimlerin yer alması ve çocukların fiziksel aktivitelerinin artırılması obezite den korunmada önem taşımaktadır (Yılmaz, 2002)

2.4.4. Hijyen

Hijyen sözlük anlamı olarak sağlık- sağlıklı anlamına gelmektedir . bireysel temizlik cildin durumu tüm vücudun sağlık durumunu yansıtır. Sağlığa zarar verecek ortamlardan korunmak için yapılacak uygulamalar ve alınan temizlik önlemlerinin tümüne hijyen denir (Kaya ve ark 2006). Cildin temizliği sağlıklı olmaya yardımcı olduğu gibi kişinin rahatlamasına, benlik saygısının artmasını sağlar. Bireysel hijyen bireyin kendi sağlığını devam ettirmesi için yaptığı (Özbakım) uygulamalarını içerir (Nahçıvan, 2000a). Bireysel hijyen önlemleri bulaşıcı hastalıklar başta olmak üzere bir çok hastalığı önleyecektir. yalnızca beden temizliği değil yaşamın ortamında temiz olması bireysel hijyen açısından önemlidir (Seçginli, Erdoğan ve Demirezen, 2004).

bireysel hijyen kavramı kişinin doğuştan var olan veya sonradan kazandığı nitelik ve yeteneklerinin kültürel faaliyetlerinin geliştirilmesi, giyim, temizlik, egzersiz, beslenme, bulaşıcı hastalıklardan korunma gibi alışkanlıkların düzenlenmesi ile ilişkilidir (Kaya ve ark 2006). Başka bir deyişle bireysel hijyen sosyokültürel, ekonomik, çevresel faktörlerden bireyin kendi vücudunu algılayış biçiminden (Beden imajı) ve eğitim düzeyinden etkilenir, bu nedenle her bireyin hijyen alışkanlıkları ve uygulamaları farklı olabilir (Mandleco ve Potts 2002). Bu alışkanlıklar çocukluktan itibaren aileden öğrenilmeye başlar ve daha önce sözü edilen faktörlerden etkilenerek yaşam boyu değişiklikler gösterebilmektedir (Alikışıfoğlu ve Ercan, 2002). Bunların yanı sıra sağlam bireyin sağlığının korunması ve devamı, günlük yaşam aktivitelerini sağlama ya da bu aktivitelerin gerçekleşmesinde onlara yardımcı olma gibi, sorumlulukları olan hemşireliği meslek olarak seçmiş kişiler diğer bireylere örnek olabilmeleri için kendi sağlıklarını korumaya yönelik, doğru bireysel hijyen alışkanlıklarını kazanmış ve bunları aktarabiliyor olması gereklidir (Edalman, 1998). Adolesan dönemi bu konuda da olumsuz etkilenmelere ve risklere açıktır. Günlük yaşamda vücudun dış ortam ile en çok ilişkide olan ve dolayısıyla en fazla kirlenen bölgesi ellerdir. Kirli yüzeylere dokunan eller yıkanmadığı zaman mikrop barınağı olurlar. Başta fekal-oral yolla bulaşan hastalıklar, bazı deri ve göz hastalıkları olmak üzere çeşitli enfeksiyonlar yalnızca el yıkama ile önemli oranda azalmaktadır. Bu nedenle eller düzenli olarak yıkanmalıdır (Kaya ve ark 2006).

Özellikle yemekten önce ve sonra yiyeceklerden temastan önce, diş, ağız, yüz temizliği yapmadan önce, ve tuvaletten önce ellerin su ve sabun ile yıkanması gerekmektedir. (Seçginli, Erdoğan ve Demirezen, 2004).

Cildin temizliği sabun ve ılık su ile yapılmalıdır. Banyo bedensel temizlik sağladığı gibi kas tonüsünü ve dolaşıma etki ederek rahatlık ve relaksasyon sağlar, bireyin benlik saygısını

artırır. Banyo yapma sıklığı kültüre, geleneklere, sosyoekonomik düzeye, bireyin günlük aktivite ve ısıya göre değişiklikler gösterebilir (Seçginli, Erdoğan ve Demirezen, 2004). Terleme bu dönemde fazladır. Her gün ya da haftada en az bir-iki defa banyo yapılması önerilmektedir (Potts, Mandleco ve Potts 2002). Kız adolesanların bireysel hijyen alışkanlıkları arasında perine bölge temizliği, menstrasyon hijyeninin önemi, genital ve ürüenal enfeksiyonlarından korunması yer almaktadır. Kadınlarda üretra ve vulva ve anüsün birbirine yakınlığı ve ayrıca üretranın kısa olması perinial bakterilerin üretraya veya vajınaya ulaşmasını kolaylaştırabilir. Ülkemizde kadınların %25-50' sinde genital enfeksiyon olduğu bilinmektedir (Nahçıvan, 2000b). Kız adolesanların genita ürenal enfeksiyonlarından korunabilmesi için dikkat etmesi gerekenler;

- El- vücut temizliğine dikkat edilmesi,
- İç çamaşırlarının sık aralıklarla (mümkünse her gün) değiştirilmesi,
- Çamaşırların beyaz , pamuklu ve kişiye özgü olmalı,
- Perine temizliği su veya tuvalet kağıdım üretradan rektuma doğru yapılmalı,
- Vücudu çok sıkı saran, havasız bırakacak giysilerden kaçınılmalı,
- Menstrasyon döneminde petlerin sık aralıklarla değiştirilmesi, (Önsüz ve Hıdıroğlu 2008).

Günümüzde diş sağlığı dünyada önemli bir sorun olarak görülmekte ve genel sağlığın devamında diş sağlığının önemi gittikçe artmaktadır. Diş çürüklerinin %50'sinin çocukluk çağında başlayarak etkili ve düzenli ağız- diş temizliği ile önlenebileceği ileri sürülmüştür. Ülkemizde nüfusun %70'ten fazlasının ağız-diş sorunu olduğu belirtilmiştir (Altun, Özdemir ve Ersoy 2005). Diş çürüklerinin beslenme alışkanlıklarıyla da ilişkisi olduğu bilmektedir. Düşük proteinli, yüksek karbonhidratlı, özellikle şeker içeren besinler, florsuz su diş çürüme nedenleri arasında yer almaktadır (Edelman, 1998; Mandleco ve Potts 2002).

Diş çürüklerini önlemek için; karbonhidrat alınımının kısıtlanması, dişlerin günde en az 3 kez fırçalanması, dişlerin arasında kalan artık ve plakaların diş ipi gibi diğer yardımcı araçlarla temizlenmesi önerilmektedir (Altun, Özdemir ve Ersoy 2005).

Konuyla ilgili yapılan çalışmalar;

Kaya ve arkadaşları (2006) 236 lise öğrencisiyle yaptıkları çalışmada öğrencilerin hijyen davranışlarının iyi olduğu bulunmuştur. Öğrencilerin %99.1'inin ellerini sabun kullanarak yıkadıkları, %92.5'inin yemeklerden sonra, %90.5'inin tuvalet sonrası ellerini yıkadıkları belirtilmiştir. Lise öğrencileri ile yapılan çalışmalarda kız öğrencilerin erkeklere göre hijyen davranışları daha iyi olduğu belirtilmiştir (Altun, Özdemir ve Ersoy 2005; Çimen ve Savaşer 2003;

Geçkil ve Dündar 2007; Nahçıvan, 2000b; Önsüz ve Hıdıroğlu 2008). Doğan'ın (2001) Sivas'ta yaptığı bir çalışmada ortaokul son sınıf öğrencilerin mensturasyon hijyenine yönelik bilgilerinin yetersiz olduğu, mensturasyon dönemlerinde çeşitli nedenlerden dolayı banyo yapmadıklarını belirtmişlerdir.

2.4.5.Madde kullanımı

Adolesanların risk almaya ve riskli davranışlarda bulunmaya eğilimli oldukları bilinmektedir. Adolesan çağında görülen riskli davranışlar içerisinde madde kullanımı eğlence amaçlı kullanımdan bağımlılığa geçiş ve onun ciddi sonuçları nedeniyle özel bir yer tutmaktadır (Alikaşifoğlu, 2005b; Oral, 2005; Yüncü, 2006).

Riskli davranışların normal gelişimsel süreçlerin adolesanların risk almaya ve riskli davranışlarda bulunma eğiliminde oldukları bilinmektedir (Yüncü, 2006). Adolesan çağının herhangi bir döneminde adolesanların büyük çoğunluğu sigara, alkol veya diğer maddeleri dener (Oral, 2005; Alikaşifoğlu, 2005c). Adolesanda madde bağımlılığı dört evrede gerçekleşir. Deneme, sosyal kullanım, zihnin maddeyle devamlı meşguliyeti ve bağımlılık. Adolesan bu evrelerden hangisinde bulunduğunu saptamak uygun önlemler ve müdahale girişimlerinin yapılabilmesi açısından yardımcıdır (Alikaşifoğlu, 2005b).

Birinci evre; Deneme, Adolesan döneminin erken evrelerinde özellikle erkek çocuklar deneme amaçlı pek çok aktivitede bulunurlar ve alkol veya diğer maddeleri de deneme eğilimindedirler. Araştırmalar adolesanların çoğunlukla ilk önce alkol, sigar gibi maddelerle denediklerini göstermektedir. Bu nedenle bu maddeler (Geçiş maddesi) olarak kabul edilirler. Bazı adolesanların denedikleri ilk maddenin etkilerinden hoşlanmadıkları için kullanmamaya karar verirken, bir kısmı ise aynı duyguları yaşayabilmek için kullanmaya devam eder. Ya da diğer maddeleri de denemek ister. Bu dönemde madde küçük miktarlarda kullanılır. Adolesan kognatif gelişim düzeyi ve hiç bir şeyin ona zarar vermeyeceği algısı maddeleri denemeye devam etmesinde yardımcı olur (Alikaşifoğlu 2005b; Oral, 2005).

İkinci evre; sosyal kullanma; adolesan madde kullanımının yarattığı duyguları tekrar tekrara yaşayabilmek için madde kullanmaya devam eder. Bu evrede adolesan maddeyi kendi normlarına göre uygun bulduğu örneğin arkadaş grupları gibi ortamlarda kullanmaya başlar (Alikaşifoğlu, 2005b).

Üçüncü evre; zihnin maddeyle sürekli meşgul olduğu dönem; bu evrede maddeyi sadece uygun sosyal ortamlarda kullanır. Onu yaşamının büyük bölümünde ve okulda da kullanır hale gelmiştir. Bu evrede adolesanın giderek artan oranda zamanı, zihni, enerjisi ve parası

kendini iyi hissedebilmek ve maddeyi düzenli, olarak sağlayabilmek için harcar. Aktif olarak maddeyi aramaya başlar. Madde adolesanın yaşantısında ailesinden, arkadaşlarından ve diğer aktivitelerinden daha önemli bir yer tutmaya başlar (Alikaşifoğlu, 2005b).

Dördüncü evre; Bağımlılık; bu devrede adolesan sadece maddeyi kullanmakla ilgilenir. Zaman içinde kendisi hakkında geliştirdiği olumsuz hisleri ve sosyal çevresiyle bozulmuş ilişkileri nedeniyle madde kullanımına duyduğu gereksinim artar ve daha sık kullanmaya başlar. Adolesan kendini iyi hissetmek için değil, normal hissetmek için madde kullanmaya devam eder (Alikaşifoğlu, 2005b; Oral, 2005; Yüncü, 2006).

İnsan yaşamında doğumdan önce başlayan ve hayatın sonuna kadar etkisini sürdüren bir kurum olarak aile, fizyolojik olduğu kadar, ekonomik, kültürel ve toplumsal yönleriyle kişinin ruhsal gelişimine davranışlarını biçimlendirip yönlendirir.

Aile çocuğun ruhsal gelişiminde tartışmasız en önemli ortam ve en önemli toplumsal kurumdur. Hatalı anne baba tutumu ve bozuk aile yapısı sağlıksız bir gelişimin ve uyumsuzlukların başlıca kaynağı olabilir (Herken, Özkan ve Kaya, 2006).

Anne, baba veya kardeşleri sigara kullanan bireyler diğer bireyler oranla çok daha yüksek oranda sigara kullandıkları bildirilmektedir (Yorulmaz ve ark 2002).

Konuyla ilgili yapılan çalışmalar;

Herken, Özkan ve Kaya'nın (2006) yaptıkları araştırmada erkeklerde kızlara göre daha yaygın sigara kullanımının olduğu, sigara kullanım oranınının 1019 lise öğrencisinin %45'inin sigarayı aktif içici olarak kullandığı belirtilmiştir.

Alkol kullananların yaklaşık yarısı alkol kullanmaya 15 yaşından önce başladıklarını belirtmektedirler (Özyurt ve Dinç 2006).

Adolesan döneminin herhangi bir döneminde adolesanlar büyük çoğunluğu sigara, alkol veya diğer maddeleri dener. Yapılan çalışmalarda yaşla birlikte madde kullanımında artma olduğu bulunmuştur (Çimen ve Savaşer 2003; Geçkil ve Dünder 2007; Doğan, 2001; Tot ve ark 2002)

Adolesanlarla yapılan pek çok çalışmada da cinsiyetin de madde kullanımı üzerine etkili olduğu, erkeklerde madde kullanımının daha yüksek olduğu saptanmıştır (Doğan, 2001; Miller ve ark 2007; Tot ve ark 2002; Ögel ve ark 2004; Ögel ve ark 2000; Şaşmaz ve ark 2006; Wu ve Howerd 2007).

Son yıllarda Türkiye'de lise öğrencileri arasında yapılan araştırmalar madde kullanım yaygınlığının bölgelere ve maddenin türüne göre değişmekle birlikte genel olarak artış gösterdiği belirtilmiştir (Doğan, 2001; Özyurt ve Dinç 2006; Özcebe ve ark 2002).

Bu nedenle risk faktörlerinin belirlenmesi, koruyucu çalışmaların yapılması açısından önem kazanmaktadır.

Madde kullanımına yol açan çevresel risk faktörleri üzerine yapılan çalışmalarda arkadaş özellikleri ve arkadaş etkisi ön plana çıkmıştır (Özcebe ve ark 2002).

Araştırmalara göre ergenlerde silah taşıma ve suç işleme, kavga, çatışma gibi şiddet içeren davranışlar madde kullanımı ile birlikte görülebilmektedir (Yorulmaz ve ark 2002). evden kaçma, erken yaşta ve korunmasız cinsel ilişkiye girme, akademik başarısızlık, intihara teşebbüs, kendine zarar verme davranışları da madde kullanımıyla ilişkilidir (Yüncü, 2006; Yorulmaz ve ark 2002).

Davranış bozukluğu gösteren ergenler benzer davranışlar gösteren arkadaşlar edinmektedir. Antisosyal edinme, madde kullanma riskini artırmaktadır. Madde kullanımı için belirlenen önemli risk faktörlerinden birisi ergenin madde kullanan arkadaşlarının olmasıdır. Bununla birlikte polisle başı belaya giren, başkasının malına bilerek zarar veren, sık sık okuldan kaçan, disiplin cezası alan veya okuldan atılan, arkadaşı olan ergenlerin madde kullanma riski artmaktadır (Erdem ve ark 2006).

14 yaş ve altında alkol kullanmaya başlayan gençlerin, 20 yaş ve üstünde alkol kullanmaya başlayan gençlere göre bağımlı olma olasılığı dört kat daha fazladır. Lise öğrencilerinin yaklaşık olarak 1/3'ünün 13 yaşından önce alkol kullanmaya başladıkları belirtilmiştir (Alikashiöglu, 2005b; Taşçı ve ark 2005).

Yapılan araştırmalara göre madde bağımlısı erişkinlerin yaklaşık %80'i ilk madde kullanma deneyimini 18 yaş altında yaşamaktadır (Oral, 2005).

ABD 'de beş adolesandan birinin esrar, üç adolesandan birinin de sigara kullandığı belirtilmektedir. ABD'de lise sınıf öğrencilerinin %41'i esrar kullanmış olduğunu ifade ederken %2'sinin her gün esrar aldığı belirtilmiştir (YRSB 2006)

Özyurt ve Dinç (2006) adolesanlar ile yaptığı çalışmada öğrencilerin %68.3'ünün halen alkol kullandıkları yaş arttıkça alkol denemenin arttığı, erkeklerde kızlara göre daha fazla olduğu bulunmuştur. Yine aynı çalışmada sosyoekonomik düzeyi yüksek olan ailelerin çocuklarında alkolü denemenin daha yüksek olduğu belirtilmiştir. Erdem ve arkadaşları (2006) lise öğrencileriyle yaptıkları çalışmada ise erkeklerin riskli davranışları olan arkadaşları bulunma olasılığı, kızlara göre daha fazla olduğu ve madde kullanan arkadaşlarının olma oranı yüksek ise adolesanında madde kullanma oranı yüksek olarak bulunmuştur. Keskinöglu ve arkadaşları (2006) lise öğrencileri ile yaptıkları çalışmada öğrencilerin %18.6'sının aktif içici oldukları, Göksel, Cirit ve Bayındır (2001), Herken, Özkan ve Kaya'nın (2006) lise

öğrencileriyle yaptıkları çalışmalarda da aynı değerlere yakın sonuçlar bulmuşlardır. Çalışmalar da erkeklerde kızlara oranla daha sık madde kullandıkları, erkeklerin madde kullanımını açısından daha risk altında oldukları belirtilmiştir. Herken, Özkan ve Kaya'nın (2006) çalışmasında ek olarak parçalanmış aileye sahip olan adolesanların çekirdek aile ve geniş aile sahip adolesanlara göre madde kullanma oranı daha yüksek bulunmuştur.

Ülkemizde lise öğrencileri ile yapılan bir çalışmada sigara içme oranı kızlarda %11, erkeklerde %18 dir. En az haftada bir kez alkol alanların oranı kızlarda %3.3, erkeklerde %8.4, uyarıcı madde kullanımını kızlarda %2.0, erkeklerde %4.3 olduğu, lise 1 ve üçüncü sınıfa doğru düzenli olarak madde kullanımında artış olduğu belirtilmiştir (Alikashiöglu ve Ercan 2002).

Günümüzde madde kullanımının kişi, aile ve toplum üzerinde yarattığı tehlikelere karşı bir ilgi artışı olmuştur. İnsanlık ve sağlık sorunu haline gelen çeşitli maddelerle mücadele etmeye yönelik, yaptırım gücü olan ortak çalışmalar uluslar arası düzeyde gün geçtikçe artmaktadır. Sağlık elemanları toplum eğitiminde ve madde kullanımının engellenmesinde anahtar role sahiptir. Günümüzde hemşirelerin temel rollerinden olan eğitici rolünün amacı; birey, aile ve topluma sağlıklarını geliştirecek, koruyacak bilgiyi, tutum ve davranışları uygun ve planlı bir şekilde kazandırmaktadır. Hemşireler hizmet verdikleri her bireyi ailesiyle birlikte ele aldıklarında madde kullanımını yönünden riskli aileleri belirleyebilirler ve bu aileler için danışmanlık hizmeti sunabilirler (Taşçı ve ark 2005).

2.4.6.Cinsel davranışlar

Cinsellik, gelecekteki yaşamı da etkileyebilen, ergenlik çağının önemli sağlık konularındandır ve fiziksel, ruhsal ve toplumsal iyilik halinin önemli bir unsurudur (Özcebe ve Dam 2005). Cinsel davranış çeşitlilik gösterir ve birçok etkenin karmaşık ilişkisiyle belirlenir. Kişinin başkalarıyla olan ilişkilerinden, yaşam koşullarından ve içinde yaşadığı kültürden etkilenir. Bireyin cinselliği ile tüm kişiliği birbiri içine girmiştir ve cinselliği tek başına ele almak mümkün değildir (Başer, 2000).

Dünyada bir çok ülkede adolesanların pek çok konuda bilgi eksiklikleri olduğu bilinmektedir. Gençlerin, özellikle gelişmekte olan ülkelerde, genellikle kendi ve karşı cinsiyetin özellikleri, vücut fonksiyonları ve üreme özellikleri konularında yeterli bilgiye sahip olmadıkları bilinmektedir. Adolesan tüm yaşamını önemli ölçüde etkileyecek olan üreme sağlığı konusunda da yeterince bilgi sahibi olmadığı için, cinsel gelişim ile beraber üreme sağlığı sorunları açısından da risk altındadır (Başer, 2000; Gölbaşı, 2003). Bu bilgisizlikle cinsel yaşamın başlaması ve güvensiz cinselliğin yaşanması, üreme sağlığı sorunlarının ortaya çıkmasına

neden olmaktadır. Üreme sağlığı sorunları beraberinde toplumsal sorunları da getirmektedir. Erken evlilik, erken yaşta cinsel ilişki, istenmeyen gebelikler, erken yaşta çocuk doğurma, HIV/AIDS yayılımı ve diğer cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar bu konular arasında yer almaktadır (Özcebe ve Dam 2005). Birçok insanın cinsel eğitimi yetersiz veya hiç yoktur Gençler cinsellikle ilgili bilgilerini genellikle ailelerindeki ve çevrelerindeki bir eriştinden ya da kendi yaş grubundaki bireylerden almaktadırlar (Başer 2000; Gölbaşı, 2003). Türkiye’de cinsellik, başka birçok ülkede olduğu gibi, üstü kapalı bir konu olarak kalmıştır ve bu konuda eğitim, hizmet ve araştırma sınırlıdır. Ülkemizde ergenlere yönelik yapılandırılmış bir cinsel eğitim programı yoktur (Gölbaşı, 2003). Aile içerisinde başlaması beklenen cinsel eğitimi verecek olan ebeveynlerin de bu konuda yeterli bilgi birikimine sahip olduklarını söyleyemeyiz. Kaldı ki, sosyal ve kültürel faktörler nedeniyle cinsel konuların ailede halen tabu konumunda olduğu bilinmektedir. Kültürel farklılıklar olmakla beraber gelişmekte olan ülkelerin çoğunda adolesanlar ile aileleri arasında cinsel sorunların çok az tartışıldığı ve konuşulduğu bilinmektedir (Set, Dağdeviren ve Aktürk 2005). Ergenlere yönelik cinsel ve üreme sağlığı çalışmaları, üzerinde önemle durulması gereken bir konudur. Dünyada ergen nüfusun hızla artmasıyla birlikte ergenlerin cinsel ve üreme sağlığı gereksinimleri de artmıştır (Özcebe ve Dam 2005).

Konuyla ilgili yapılan çalışmalar;

Ögel ve ark (2005) 3483 lise öğrenci ile yaptıkları çalışmada ilk cinsel deneyim yaşının 13-15 yaş arasında olduğu, cinsel ilişki sırasında öğrencilerin %3.8’inin hiçbir korunma yöntemi kullanmadığı belirtilmiştir. WHO (2008) sonuçlarında adolesan gebeliklerinden dolayı mortalite ve morbidite oranının adolesan kızlarda büyük sorun olduğu 15 yaş altı gebelerde mortalite oranı %60 olduğu belirtilmiştir. Chompion ve arkadaşları (2004) adolesanlarla yaptıkları çalışmada %49’unun her hangi bir korunma yöntemi kullanmadan cinsel ilişkide buldukları belirtilmiştir.

Günümüzde ABD’de 13 yaşına gelindiğinde çocukların %7-9’unun cinsel ilişkiyi deneyimlemiş olduğu 15 yaşındaki erkeklerin %40’ının kızların %31’inin 17 yaşındaki her iki cinsin %50’sinin cinsel ilişkiyi deneyimlemiş olduğu , %13.8’inin birden çok partnerle cinsel ilişkide buldukları, %24.2’sinin alkol aldıktan sonra cinsel ilişkide buldukları, %29.6’sının cinsel ilişki sırasında korunmadıkları belirtilmiştir (YRBSS, 2006).

Ülkemizde yapılan bir çalışmada lise öğrencilerinde cinsel ilişkiye girme oranı%16 (erkeklerde kızlara göre yaklaşık 20 kat fazla), erkeklerde prezaratif kullanmadan en az bir

kere ilişkiye girme oranı %34 olarak bulunmuş, lise bir ve üçüncü sınıflarda öğrenim gören erkekler arasında anlamlı düzeyde artış olduğu saptanmıştır (Ögel ve ark 2005).

Erken ve korunmasız cinsel ilişki; beklenmedik gebelik, ve cinsel yolla bulaşan hastalık (CYBH) riskini arttırmakta. Sosyal ve psikolojik gelişimi olumsuz etkiler (Aras ve ark 2005) . Dünyada her gün 6500'ün üzerinde genç insan HIV ile enfekte olmakta, toplam 2.4 milyon olan vakaya her yıl toplamın %50'si kadar yeni vakalar eklenmektedir (Set, Dağdeviren ve Aktürk 2005). Birleşmiş Milletlerde gençlerde istenmeyen gebelik, CYBH ve AIDS ten ölüm oranının giderek arttığı bildirilmektedir. Amerika'da 15-19 yaş grubunda ölüm nedeni olarak AIDS dokuzuncu sıradadır. Doğum oranı %5.1'dir. ve bunların %86'sı istenmeyen gebeliktir (YRBSS, 2006). Cinsel sağlık konusunda eğitim erken yaşlarda yapılmalıdır. Gençlerde korunmasız cinsel davranışlar HIV gibi ciddi sonuçları olan hastalıkların bulaşmasına neden olur. Günümüzde dünya çapında AIDS salgının önlemek için HIV enfeksiyonundan korunmak önem taşıdığından herkes güvenli seks alışkanlıkları konusunda eğitilmelidir (Set, Dağdeviren ve Aktürk 2005). Cinsel ilişki sırasında prezaratif kullanmak güvenli cinsel davranışın en önemli bileşenlerindedir. Cinsel olarak aktif olmayı seçen gençlere doğru kontrol yöntemlerinin öğretilmesi gerekmektedir (Özcebe ve Dam 2005)

Aileler çocukları ya da kendileri yeterli bilgiye sahip olmadıkları için ya da konuşulursa cinsel aktivitenin uyarılacağına inandıkları için cinsellik konusunu konuşmaktan kaçındıkları belirtilmiştir. Gençlere doğru bilgiler vererek uygun kararlar alınmasında yardımcı olmak hemşirenin primer rollerinden biridir (Ögel ve ark 2005). Aras ve arkadaşları (2005) adolesanlara yönelik çalışmada cinsel ilişki yaşayan adolesanların erkek cinsiyette olması, ailenin maddi durumu iyi olanlarda, madde kullananlarda anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur.

Bulduk, Esin ve Umut'un (2006) yaptıkları çalışmada kızların %68.4'ünün, erkeklerin %42.4'ünün AIDS ve HIV'in bulaşma yolları hakkında yanlış bilgiye sahip oldukları belirtilmiştir.

Ögel ve arkadaşları (2005) adolesanlarla yaptıkları çalışmada cinsel ilişkiye giren öğrencilerin %3.8'inin hiçbir koruma yöntemi kullanmadıkları, madde kullanımına göre değerlendirildiğinde madde kullanan gençlerin cinsel ilişkide bulunma oranının kullanmayanlara göre 4.8 kat fazla olduğu saptanmıştır.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Türü

Araştırma İzmir'in Balçova ilçesinde liseye giden öğrencilerin sağlık davranışlarını ve etkileyen etmenleri saptamak amacıyla kesitsel ve karşılaştırmalı tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Evreni

İzmir iline bağlı Balçova'da bulunan dört lisede öğretim gören 1900 lise öğrencisi oluşturmuştur.

3.3. Araştırmanın Örnekleme

Örneklem büyüklüğü, daha önce yapılan bir araştırma sonucuna göre (Çimen 2003); Yaş değişkeni için orta adölesan grubu (15-16 yaş) RSDÖ puan ortalaması 42.5 ± 7.9 , geç adölesan grubu (17-18 yaş) 43.6 ± 8.1 verisi kullanılarak $\alpha=0.05$ ve testin gücü %80 ($\beta= 0.20$) güvenilirlikte olacak şekilde (http://www.dssresearch.com/toolkit/sscale/size_a2.asp) adresindeki online istatistik programında hesaplanmış ve her bir örneklem grubu için **654 kişinin** alınması gerektiği saptanmıştır. Cinsiyet değişkenine göre hesaplandığında bu sayı 70 olarak bulunmuştur. Bu sayı yaş değişkeni için yetersiz olacağından, yaş değişkenine göre örneklem büyüklüğüne karar verilmiştir. Yaş değişkeninin alt grubunda iki grup bulunduğundan $2 \times 654 = 1308$ öğrenci alınması gerekmektedir.

Balçova'da dört okulda **1900** öğrenci bulunmaktadır. Araştırmaya 1308 öğrenci yapılması planlanmış fakat okula gelmeyen öğrencilere ulaşamadığı için 1234 öğrenci ile araştırma yapılmıştır. Öğrencilerin kesin yaşlarını çalışma öncesi belirlemek güç olduğundan yaş durumunu belirlemede en uygun kriter olarak görülen sınıf değişkenine göre tabakalı örnekleme gidilmiştir. Çalışma sonrası elde edilen verilere göre yaş değişkeni için testin gücü 80 olarak bulunmuştur.

Okul ve sınıf düzeyine göre tabakalı örnekleme alınması gereken sayı Tablo 1'de verilmiştir.

Tablo 1. Balçova Bölgesinde Bulunan Liselerden Okul ve Sınıf Değişkenine göre Alınması Gereken Öğrenci Sayıları.

Okul Adı	Toplam Öğrenci Sayısı	Alınan Öğrenci Sayısı*	9.Sınıf Toplam Öğrenci Sayısı	9.Sınıf Alınacak Öğrenci Sayısı**	10.Sınıf Toplam Öğrenci Sayısı	10.Sınıf Alınacak Öğrenci Sayısı**	11.Sınıf Toplam Öğrenci Sayısı	11.Sınıf Alınacak Öğrenci Sayısı**	12.Sınıf Toplam Öğrenci Sayısı	12.Sınıf Alınacak Öğrenci Sayısı**
Balçova lisesi	369	254	112	77	102	70	94	65	61	42
Sacide Ayaz Lisesi	395	272	117	81	107	74	106	73	65	45
Salih Dede Lisesi	596	410	184	127	175	120	142	98	95	65
Nevvar Salih İşören Lisesi	540	372	180	124	160	110	140	96	60	41
TOPLAM	1900	1308	593	409	544	374	482	332	281	193

* İlçedeki her liseden = $\frac{\text{Çalışmaya alınacak toplam öğrenci sayısı}}{\text{İlçedeki toplam öğrenci sayısı}} \times \text{Her bir lisedeki öğrenci sayısı}$

Örnek; Salih Dede Lisesinden alınacak öğrenci sayısı = $\frac{1308}{1900} \times 596 = 410$

** Liselerden sınıf düzeylerine göre öğrenci sayısı = $\frac{\text{liseden çalışmaya alınacak öğrenci sayısı}}{\text{lisedeki toplam öğrenci sayısı}} \times \text{Sınıf düzeyindeki öğrenci sayısı}$

Örnek; Salih Dede Lisesinde 9.sınıftan alınacak öğrenci sayısı = $\frac{410}{5} \times 184 = 127$

3.4. Veri Toplama Araçları

- Tanımlayıcı Özellikler Veri Toplama Formu

Veri toplama formunda çalışmanın bağımsız değişkenleri olan adölesanların sosyodemografik özelliklerini saptamaya yönelik yedi soru ve sağlık düzeyini algılama durumlarını belirleyen bir soru bulunmaktadır.

- Riskli Sağlık Davranışları Ölçeği (RSDÖ)

Riskli Sağlık Davranışları Ölçeği; Çimen ve Savaşer tarafından riskli sağlık davranışlarının belirlenmesi amacıyla geliştirilen, bireylerin kendi kendilerine yanıtlayabilecekleri 35 maddeden oluşan, 1-5 arası puanlanan Likert tipi bir ölçektir. Bireylerin sağlık davranışlarını günlük yaşamda uygulama sıklığına göre “1 = Hiçbir zaman, 2 = Oldukça seyrek, 3 = Bazen, 4 = Çoğunlukla ve 5 = Hemen her zaman” olmak üzere beş seçeneği bulunmaktadır. RSDÖ’de 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 10, 12, 13, 15, 16, 17,18, 19, 20, 23, 24, 25 maddelere verilen yanıtların puanı tersine çevrilir, yani yanıt 1 ise 5, 5 ise 1; 2 ise 4, 4 ise 2 olacak şekilde yeniden puanlanır, puan 3 olalar değişmemektedir. Tersine çevrilmeyen maddelerin puanları aynen alınır. Ölçeğin test-tekrar test güvenilirliği $r = .98$, Cronbach α değeri $.86$; madde-toplam puan güvenilirliği $r = .32-.64$ arasında bulunmuştur. Yapı geçerliliği için yapılan faktör analizinde; Psikososyal (10 madde), Beslenme (11 madde), Fiziksel Aktivite (4 madde), Hijyen (5 madde), Madde Kullanımı (4 madde) olmak üzere 5 boyut elde edilmiştir. Alt boyutların test-tekrar test güvenilirliği $r = .91-.99$, Cronbach α iç tutarlık kat sayısı = $.52-.75$, madde-toplam puan güvenilirlikleri $r = .34-.87$ olarak bulunmuştur. Puanlama; 35 maddenin puanının toplanması ile elde edilen riskli sağlık davranışları puan 35-175 arasında değişmektedir. Ham puan mutlak değer cinsinden 100’e çevrilerek 20-100 arasında ölçek puanı elde edilmektedir.

Tablo 2. Riskli Sağlık Davranışları Ölçeği, Alt Boyutları ve Ham Puanları:

RSDÖ ve Alt Boyutlar	Madde Numaraları	Madde Sayısı	Minimum Ham Puan	Maksimum Ham Puan
RSDÖ (Tüm Ölçek)	1-35	35	35	175
Alt Boyutlar				
Psikososyal	13,14,15,16,24,26,28,29,30,32	10	10	50
Beslenme	1,2,3,4,5,6,9,10,11,12,27	11	11	55
Fiziksel	22,23,25,31	4	4	20
Hijyen	7,8,17,18,19	5	5	25
Madde Bağımlılığı	20,21,33,34	4	4	20

*Koyu renk olanlar puanlamada tersine çevrilir.

Alt boyutların madde sayıları farklı olduğu için her bir alt boyuttan elde edilen en küçük ve en büyük puanlar farklıdır, bu nedenle toplam puanlar da birbirinden farklıdır. Boyutlar arasında yorum yapıla bilmesi için, her bir alt boyutun puanı, toplam ölçekte olduğu gibi mutlak değer cinsinden 20-100 arası bir puana dönüştürülerek kullanılmaktadır. Alt boyutların puanlarının dönüştürülmesinde kullanılan maksimum puan, her alt boyutun kendi maksimum puanıdır.

Ham Puanın 20-100 arası puana dönüştürme işlemi;

Ölçek İçin;

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

Örneğin; bir bireyin 35 maddeden aldığı toplam ham puan 125 olsun. Ölçeğin maksimum puanı 175'tir (35× 5= 175).

$$\begin{aligned}\text{Ölçek puanı} &= (125/175) \times 100 \\ &= 0.71 \times 100\end{aligned}$$

Ölçek puanı = 71'dir

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

Örneğin; hijyen alt boyutu için ;

Kişinin maddelere verdiği puanlar (dönüştürülme işleminden sonra) ; 2-1-4-2-3 olsun. Bu kişinin bu boyuttan aldığı toplam ham puanı '12'dir.

Hijyen alt boyutunun maksimum ham puanı; 5 madde bulunduğu için '25'dir (5×5=25).

$$\begin{aligned}\text{Hijyen alt boyut puanı} &= (12 / 25) \times 100 \\ &= 0.48 \times 100 \\ &= 48'dir.\end{aligned}$$

Yorumlama: Ölçekten ve alt boyutlarından alınan toplam puanların yüksek olması bireyin riskli sağlık davranış puanının yüksek, yani kişilerin risk altında olduğunu ifade eder. Puanların düşük olması sağlık davranışlarının iyi olduğunu göstermektedir.

Bu çalışmada ölçeğin iç tutarlılık güvenilirliği cronbach $\alpha = 77$ olarak bulunmuştur. Alt boyutlarının α değerleri Beslenme = 56; Hijyen = 71; Psikososyal = 66; Madde kullanımı = 54; Fiziksel aktivite = 40 olarak değerlendirilmiştir.

3.5.Verilerin Toplanması

Veriler araştırmacı tarafından Tanımlayıcı Özellikler Veri Toplama Formu ve Riskli Sağlık Davranışları Ölçeği (RSDÖ) sınıf ortamında öğrencilere dağıtılarak toplanmıştır. Veri toplama süreci yaklaşık 10-15 dk sürmüştür.

3.6.Çalışmanın Değişkenleri

3.6.1.Bağımlı Değişkenler; Riskli sağlık davranışları ölçeği ve alt boyut puanları

3.6.2.Bağımsız Değişkenler; Yaş, cinsiyet, aile yapısı, gelir durumu, sağlık durumunu algılama düzeyi

3.7.Verilerin Değerlendirilmesi

Yaş grubu ve cinsiyete göre RSDÖ puan ortalamalarının karşılaştırılması bağımsız gruplarda t testi, aile yapısı, gelir durumu ve sağlığı algılama düzeylerine göre RSDÖ puan ortalamalarının karşılaştırılması tek yönlü varyans analizi kullanılarak değerlendirilmiştir. Varyans analizi sonrası ileri analiz olarak Tukey testi yapılmıştır (Akgöl, 2005; Sümbüloğlu ve Sümbüloğlu 2002).

3.8.Araştırma etiği

- DEÜ. Hemşirelik Yüksek Okulu Etik Kurulu'ndan yazılı izin,
- İzmir İl Milli Eğitim Müdürlüğü'nden yazılı izin,
- Öğrencilerden bilgilendirme sonrası sözel izin alınarak araştırma yapılmıştır. Öğrencilerin kimlik gizliliğini sağlamak için anketlere isim ve sınıf yazılması istenmemiştir.

3.9.Araştırmanın Zamanı

Araştırma, İzmir iline bağlı Balçova'da bulunan dört lisede gerekli izinler alınarak 2007-2009 tarihleri arasında yürütölmüştür.

4. BULGULAR

Bu bölümde öğrencilerin tanımlayıcı özellikleri, RSDÖ'den aldıkları puanlar ve bazı özelliklerine göre RSDÖ puan ortalamalarının karşılaştırma sonuçları yer almaktadır.

Tablo 3. Öğrencilerin Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Dağılımı (s:1234)

Değişkenler	Sayı	%
Yaş grubu		
15-16 yaş	716	58.1
17-18 yaş	518	41.9
Cinsiyet		
Kız	633	51.3
Erkek	601	48.7
Sınıf		
1.sınıf	386	31.3
2.sınıf	344	27.8
3.sınıf	312	25.3
4.sınıf	192	15.6
Aile yapısı		
Çekirdek Aile	1067	86.5
Geniş Aile	73	5.9
Parçalanmış Aile	94	7.6
Gelir Durumu		
Gelir giderden az	167	13.5
Gelir gidere denk	815	66.0
Gelir giderden fazla	252	20.5
Sağlığı Algılama Düzeyi		
Çok iyi	194	15.7
İyi	697	56.5
Orta	284	23.0
Kötü	59	4.8

Öğrencilerin %58.1'i 15-16 yaş grubunda, %51.3'ü kız ve %31.3'ü birinci sınıfta öğrenim görmektedir. Öğrencilerin %86.5'i çekirdek ailede yaşamaktadır ve %66.0'ının gelir gidere denktir. Sağlık algılama durumlarına bakıldığında öğrencilerin %56.5'i sağlığını iyi olarak algılamaktadır.

Tablo 4. Öğrencilerin Riskli Sağlık Davranışları Ölçeği ve Alt Ölçeklerine Göre Puan Ortalamaları. (s:1234)

RSDÖ ve Alt Boyutları	Ölçekten Alınabilecek Endüşük ve Yüksek Puan	Öğrencilerin Endüşük ve Yüksek Puan	\bar{X}	SS
Psikososyal	20-100	22.0-82.0	43.3	10.7
Fiziksel Aktivite	20-100	20.0-90.0	52.1	14.1
Beslenme	20-100	27.3-81.8	50.8	9.2
Hijyen	20-100	20.0-71.0	30.8	11.1
Madde Kullanımı	20-100	20.0-75.0	29.9	11.2
Riskli Sağlık Davranışları Ölçeği Toplam Puanı	20-100	25.7-68.0	43.0	7.0

Çalışmaya katılan lise öğrencilerinin riskli sağlık davranışları puan ortalaması 43.0 ± 7.0 olarak bulunmuştur. Öğrencilerin riskli sağlık davranışları ölçeği alt boyutlarından aldıkları en yüksek puan sırasıyla fiziksel aktivite (52.1 ± 14.1), beslenme (50.8 ± 9.2), psikososyal (43.3 ± 10.7) en düşük puan ise madde kullanımı (29.9 ± 11.2) ve hijyen boyutudur (30.8 ± 11.1).

Tablo 5. Öğrencilerin Cinsel Sağlıkla İlgili Davranışları**(s:1234)**

Korunmasız Cinsel İlişkide Bulunma	s	%
Hiçbir zaman	977	79.2
Oldukça Seyrek	51	4.1
Bazen	55	4.5
Çoğunlukla	47	3.8
Hemen Herzaman	104	8.4
Total	1234	100.0

Öğrencilerin % 79.2'sinin korunmasız cinsel ilişkide bulunmadığı, diğerlerinin korunmasız cinsel ilişkide bulunduğu saptanmıştır (Tablo 5).

RSDÖ'de yer alan cinsellikle ilgili soru tek olduğu için alt boyut olarak yer almamaktadır. Bu nedenle ayrıca değerlendirilmiştir (Tablo 5).

15-18 yaş grubu öğrencilerin yaş gruplarına göre RSDÖ ve alt boyutlarının puan ortalamaları bağımsız gruplarda t testi ile karşılaştırılmıştır.

Tablo 6. Öğrencilerin Yaş Gruplarına Göre RSDÖ ve Alt Boyutlarından Aldıkları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması. (s:1234)

Ölçek ve Alt Boyutları		Yaş Gruplarına Göre Puan $\bar{X} \pm SS$		t	p
		15-16 yaş (s= 716)	17-18 yaş (s=518)		
Riskli Sağlık Davranışları		42.9±6.7	43.3±7.5	1.193	.233
Alt Boyutlar	Psikososyal	44.0±10.5	42.3±10.9	2.696	.007
	Fiziksel Aktivite	50.3±12.9	54.6±15.3	5.353	.000
	Beslenme	50.9±8.9	50.6±9.5	.466	.641
	Hijyen	31.2±11.0	30.3±11.1	1.469	.142
	Madde Kullanımı	27.9±10.1	32.5±11.9	7.276	.000

Yaş gruplarına göre öğrencilerin riskli sağlık davranışları ölçeğinden aldıkları puan ortalamaları incelendiğinde 15-16 yaş grubundaki gençlerin puan ortalamaları ile 17-18 yaş grubu gençlerin puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur ($p > .05$). Psikososyal boyutundan alınan risk puanı ortalaması 15-16 yaş grubunda 17-18 yaş grubuna göre daha yüksek olduğu ve aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p < .01$). Fiziksel aktivite ve madde kullanımı alt boyutlarından alınan risk puan ortalaması ise 17-18 yaş grubundaki gençlerde 15-16 yaş grubuna göre istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı olacak şekilde daha yüksek bulunmuştur ($p < .001$). Beslenme ve hijyen alt boyutlarından alınan risk puanı her iki grupta benzer olup gruplar arasında anlamlı fark yoktur ($p > .05$, Tablo 6).

15-18 yaş grubu öğrencilerin cinsiyet gruplarına göre RSDÖ ve alt boyutlarının puan ortalamaları bağımsız gruplarda t testi ile karşılaştırılmıştır

Tablo 7. Öğrencilerin Cinsiyet Gruplarına Göre RSDÖ ve Alt Boyutlarından Aldıkları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

(s:1234)

Ölçek ve Alt Boyutları		Cinsiyet Gruplarına Göre Puan $\bar{X} \pm SS$		t	p
		Kız (s=633)	Erkek (s=601)		
Riskli Sağlık Davranışları		41.0±6.0	45.1±7.3	10.906	.000
Alt Boyutlar	Psikososyal	38.5±8.3	48.3±10.6	18.039	.000
	Fiziksel Aktivite	55.8±13.1	48.2±14.2	9.771	.000
	Beslenme	50.8±9.4	50.8±8.9	.065	.948
	Hijyen	27.5±8.4	34.3±12.5	11.225	.000
	Madde Kullanımı	26.9±9.4	33.0±12.0	9.893	.000

Cinsiyete göre riskli sağlık davranışları ölçeğinden aldıkları puan ortalamaları incelendiğinde erkek öğrencilerin puan ortalaması kızlardan yüksek olup, aradaki fark istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı bulunmuştur ($p < .001$). Psikososyal, hijyen ve madde kullanımı alt boyutlarında riskli sağlık davranışları puan ortalamaları erkek öğrencilerde kızlara göre anlamlı olarak yüksek bulunmuştur ($p < .001$). Fiziksel aktivite alt boyutunda ise kız öğrencilerin puan ortalamaları erkek öğrencilerden ileri düzeyde anlamlı olarak yüksek bulunmuştur ($p < .001$). Beslenme alt boyutunda cinsiyete göre riskli sağlık davranışı puan ortalamalarının benzer olduğu ve gruplar arasında anlamlı farkın olmadığı saptanmıştır ($p > .05$, Tablo 7).

Öğrencilerin sağlık düzeylerini algılama durumlarına göre RSDÖ ve alt boyutlarının puan ortalamaları tek yönlü varyans analizi ile karşılaştırılmıştır.

Tablo 8. Öğrencilerin Sağlık Düzeylerini Algılama Durumlarına Göre RSDÖ ve Alt Boyutlarından Aldıkları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (s =1234)

Ölçek ve Alt Boyutları	Algılanan Sağlık Düzeyine Göre Puan $\bar{X} \pm SS$				F	p	Anlamlı Fark	
	Çok İyi ¹ (s=194)	İyi ² (s=694)	Orta ³ (s=284)	Kötü ⁴ (s=59)				
Riskli Sağlık Davranışları	40.4±6.9	42.9±7.0	44.3±6.7	46.1±5.4	17.404	.000	1<2<3,4	
Alt Boyutlar	Psikososyal	42.1±10.5	43.4±10.5	43.6±11.7	44.1±8.9	.958	.412	
	Fiziksel Aktivite	45.7±12.9	50.8±13.8	57.9±12.9	61.4±16.1	43.451	.000	1<2<3,4
	Beslenme	48.0±9.3	50.9±8.9	51.9±9.7	53.6±7.7	9.541	.000	1<2,3,4
	Hijyen	26.3±7.0	30.9±10.9	32.9±12.6	35.0±12.7	17.527	.000	1<2,3,4 2<4
	Madde Kullanımı	28.8±10.6	29.5±11.0	31.0±11.9	31.4±11.0	2.216	.085	

Öğrencilerin sağlık düzeyini algılama durumlarına göre riskli sağlık davranışları puan ortalamaları varyans analizi ile karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p < .001$, Tablo 8). Farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını bulmak için yapılan ileri analizde (Tukey) sağlığı çok iyi algılayanların puan ortalamasının sağlığını iyi, orta ve kötü algılayanlara göre anlamlı düzeyde düşük olduğu ($p < .001$), iyi algılayanların puan ortalamasının da orta ve kötü algılayanlara göre anlamlı düzeyde düşük olduğu (sırasıyla $p < .05$, $p < .01$) saptanmıştır.

Sağlığı algılama düzeylerine göre öğrencilerin fiziksel aktivite, beslenme ve hijyen alt boyutu puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı fark bulunmuştur ($p < .001$, Tablo 8). Yapılan ileri analizde (tukey) sağlığını çok iyi algılayanların hem fiziksel aktivite, hem beslenme, hem de hijyen davranışları puan ortalamalarının diğer gruplardan daha düşük ($p < .01$) olduğu saptanmıştır. Ayrıca fiziksel aktivite boyutunda sağlığını iyi algılayanların puan ortalamasının orta ve kötü algılayanlardan anlamlı düzeyde düşük olduğu ($p < .001$),

hijyen alt boyutunda ise sağlığını iyi algılayanların puan ortalamasının kötü algılayanlardan anlamlı düzeyde düşük olduğu saptanmıştır ($p < .05$).

Öğrencilerin sağlığı algılama durumlarına göre psikososyal ve madde kullanımı alt boyut puan ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmamıştır ($p > .05$, Tablo 8).

Öğrencilerin gelir düzeylerine göre RSDÖ ve alt boyutlarının puan ortalamaları tek yönlü varyans analizi ile karşılaştırılmıştır

Tablo 9. Öğrencilerin Gelir Düzeylerine Göre RSDÖ ve Alt Boyutlarından Aldıkları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (s:1234)

Ölçek ve Alt Boyutları	Gelir Düzeylerine Göre Puan $\bar{X} \pm SS$			F	p	Anlamlı Fark	
	Gelir giderden fazla ¹ (s=252)	Gelir gidere denk ² (s=815)	Gelir giderden az ³ (s=167)				
Riskli Sağlık Davranışları	43.3±7.6	42.8±6.7	43.7±7.6	1.586	.205		
Alt Boyutlar	Psikososyal	44.9±11.2	42.7±10.4	43.8±11.0	4.194	.015	1>2
	Fiziksel Aktivite	48.7±14.3	52.7±13.7	54.8±15.0	10.962	.000	1<2,3
	Beslenme	51.9±9.0	50.4±9.0	51.0±10.1	2.604	.074	
	Hijyen	29.0±9.5	31.0±11.0	32.9±13.3	6.623	.001	1<2,3
	Madde Kullanımı	31.1±12.0	29.5±11.0	29.6±10.7	2.104	.122	

Öğrencilerin gelir düzeylerine göre riskli sağlık davranışları puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak fark bulunmamıştır ($p>.05$, Tablo 9).

Öğrencilerin gelir düzeylerine göre psikososyal, fiziksel aktivite ve hijyen alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<.05$, Tablo 9). Yapılan ileri analizde (tukey) psikososyal boyutta geliri giderden fazla olanların puan ortalamasının gelir gidere denk olanlardan anlamlı düzeyde yüksek olduğu ($p<.05$), fiziksel aktivite ve hijyen davranışları boyutunda ise gelir gideri fazla olanların puan ortalamasının diğer gruplardan anlamlı düzeyde daha düşük olduğu bulunmuştur (sırasıyla $p<.001$, $p<.05$).

Beslenme ve madde kullanımı alt boyutlarında ise anlamlı fark yoktur ($p>.05$, Tablo 9).

Öğrencilerin aile yapılarına göre RSDÖ ve alt boyutlarının puan ortalamaları tek yönlü varyans analizi ile karşılaştırılmıştır.

Tablo 10. Öğrencilerin Aile Yapılarına Göre RSDÖ ve Alt Boyutlarından Aldıkları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

(s:1234)

Ölçek ve Alt Boyutları	Aile Yapılarına Göre Puan $\bar{X} \pm SS$			F	p	Anlamlı Fark	
	Çekirdek Aile ¹ (s= 1067)	Geniş Aile ² (s=73)	Tek Ebeveynli Aile ³ (s=94)				
Riskli Sağlık Davranışları	42.7±7.0	44.9±6.2	44.8±6.8	6.588	.001	1<2,3	
Alt Boyutlar	Psikososyal	42.9±10.7	46.3±8.0	46.0±11.7	6.973	.001	1<2,3
	Fiziksel Aktivite	52.3±14.1	50.8±17.2	51.4±12.5	.542	.582	
	Beslenme	50.4±9.2	51.5±9.1	54.0±7.5	7.001	.001	1<3
	Hijyen	30.4±10.8	38.5±13.4	30.2±10.6	19.046	.000	1,3<2
	Madde Kullanımı	29.8±11.2	28.97±10.1	31.2±11.4	1.075	.342	

Öğrencilerin aile yapılarına göre grupların riskli sağlık davranışları puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p<.01, Tablo 10). Farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını bulmak için yapılan ileri analizde (tukey) çekirdek aile olanların puan ortalamasının geniş aile ve tek ebeveynli olanlara göre anlamlı düzeyde düşük olduğu saptanmıştır (p<.01 Tablo 10).

Aile yapılarına göre öğrencilerin psikososyal, beslenme ve hijyen alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı fark bulunmuştur (p<.01, Tablo 10). Yapılan ileri analizde (tukey) çekirdek ailede yaşayanların psikososyal davranışları puan ortalamaları diğer iki gruptan anlamlı düzeyde daha düşük olduğu (p<.05), beslenme davranışları puan ortalamasının ise sadece tek ebeveynle yaşayanlardan anlamlı olarak düşük olduğu (p<.01) saptanmıştır. Hijyen alt boyutunda ise geniş ailede yaşayanların puan ortalamasının diğer gruplardan anlamlı düzeyde daha yüksek (p<.001) olduğu saptanmıştır.

Aile yapılarına göre fiziksel aktivite ve madde kullanımı alt boyut puan ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmamıştır.

5. TARTIŞMA

Çalışma, lisede öğrenim gören 15-18 yaş grubu gençlerde sağlık davranışlarını ve etkileyen etkenlerin belirlemek amacıyla gerçekleştirilmiştir. Tartışma, bulguların veriliş sırası ile yapılmıştır.

Çalışma grubundaki adolesanların riskli sağlık davranışları puan ortalamaları (Tablo 4)

20-100 puan üzerinde değerlendirilmiş ve 43.0 ± 7.0 olarak bulunmuştur. Adolesanların alt boyutlardan sağlık davranışlarına ilişkin en yüksek risk puan ortalamasını fiziksel aktivite boyutundan aldığı (52.1 ± 14.1) bunu sırası ile beslenme (50.8 ± 9.2), psikososyal davranışların izlediği (43.3 ± 10.7), riskin düşük olduğu, başka bir değişle en iyi düzeyde bulunan sağlık davranışlarının ise madde kullanımının az olduğu (29.9 ± 11.2) ve hijyen (30.8 ± 11.1) davranışlarının iyi olduğu görülmüştür.

Yüksek puan sağlık davranışlarının kötü olduğunu ifade ettiği için öğrencilerin fiziksel aktivite ve beslenme davranışlarının en yetersiz olduğu, hijyen ve madde kullanımı davranışların iyi olduğu görülmüştür. Fakat madde kullanımı çok riskli davranış olarak kabul edildiği için hiç olmaması beklenmektedir.

Çimen ve Savaşer'in (2003) İstanbul da 15-18 yaş grubu adolesanlarla yaptığı çalışmada riskli sağlık davranışları ölçeği puan ortalamasını (43.0 ± 8.0) olarak, Geçkil ve Dündar'ın (2007) Adıyaman da lise öğrencileri ile yaptığı çalışmada ise (43.0 ± 6.7) olarak bulmuştur. Bu çalışmadaki öğrencilerin riskli sağlık davranışları puan ortalamaları diğer çalışmalarla çok benzer bulunmuştur. Çimen ve Savaşer'in (2003) ve Geçkil ve Dündar'ın (2007) çalışmasında sırasıyla öğrencilerin alt boyutlardan sağlık davranışına ilişkin en yüksek risk puan ortalamasını beslenme boyutundan aldıkları (52.7 ± 10.3 ; 51.9 ± 9.1), bunu sırası ile fiziksel aktivite (50.3 ± 14.0 ; 54.9 ± 15.6), psikososyal (42.7 ± 11.5 ; 42.4 ± 11.7), hijyen (30.8 ± 8.9 ; 32.6 ± 10.8) ve madde kullanımı (28.1 ± 10.9 ; 25.5 ± 4.4) izlediği bulunmuştur. Çimen ve Savaşer'in (2003) ve Geçkil ve Dündar'ın (2007) çalışmalarındaki riskli sağlık davranışları alt boyutlarındaki puan ortalamaları ve sonuçları da çok benzer bulunmuştur. İlk iki sırada fiziksel aktivite ve beslenmenin yer aldığı, psikososyal boyutun bunu izlediği, madde kullanımının ve hijyen davranışının en iyi olduğu, bu çalışma sonuçlarıyla paralellik gösterdiği görülmüştür. Farklı olan yönü Çimen ve Savaşer'in çalışmasındaki öğrencilerin riskli olarak birinci sırada fiziksel aktivite yerine az bir puan farkı ile beslenme davranışlarının yer almasıdır. En iyi davranış boyutu olan madde kullanmama tüm

çalışmalarda aynı bulunmuş, ancak Geçkil ve Dündar'ın(2007) çalışmasında puan ortalaması daha düşük bulunmuştur. Bunun Adıyaman ilinin İzmir ve İstanbul'a göre daha küçük olması ve madde kullanım riskinin daha az olmasına bağlı olabileceği düşünölmüştür. Büyük şehirlerde madde kullanımını oranı daha yüksektir. İzmir ve İstanbul en çok madde kullanımının olduğu şehirler olarak sıralanmıştır (Ögel ve ark 2004). Veri toplama yönteminin farklı olduğu lise öğrencileri ile yapılan pek çok çalışmada da egzersiz yapma davranışlarının en yetersiz olduğu beslenme davranışlarının da bunu izlediği görölmektedir (Doğan, 2001; Tot ve ark 2002, şen ve ark 2008). Ayrıca pek çok çalışma sonucu da lise öğrencilerinin kötü beslendikleri (Geçkil ve Yıldız, 2006; Kara ve ark 2003; Perez ve ark 2006; Türk, Gürsoy ve Ergin 2007; Özmen ve ark 2007) ve yetersiz egzersiz yaptıkları (Perez ve ark 2006; Sormaz, 2006; Souza, Fatima ve Duarte 2005; Ward ve ark 2006) ve televizyon izleme saatlerinin çok olduğunu göstermektedir (Kara ve ark. 2003; Perez ve ark. 2006; Sormaz, 2006).

Hızlı bir büyüme ve gelişmenin olduğu gençlik döneminde fiziksel aktivitelerin desteklenmesi, değişik kas tonüs ve gücün artırılması ve yaşam boyu egzersiz alışkanlığının kazandırılması (Mondleco ve Potts, 2002) ve aynı zamanda bu dönemde artmış dürtüsel yoğunlukla baş etme, kendine olan güvenin artması (Rosenfelt, 2000) için önemlidir. Gençlerde beslenme ve egzersiz yapma bu çalışma sonucunda olduğu gibi yeterli düzeyde değildir.

Adolesanların beslenme davranışlarını olumsuz etkileyen pek çok etmen olduğu bilinmektedir. Bunlardan bazıları akranlarıyla dışarıda yemek yeme, bağımsız olma isteği gibi nedenlerle bilinçsizce hatalı beslenme davranışı göstermektedirler (Sormaz, 2006). Ayrıca bu dönemde beden imajı önemli olduğu için adolesanlarda kilo alma korkusu nedeniyle yetersiz ve dengesiz beslendikleri, sağlık elamanı desteği almadan bilinçsizce diyet yaptıkları bilinmektedir (Öztora, 2005). Öğrencilerin zaman yokluğu ve canının istememesi nedeniyle de özellikle sabah kahvaltılarını atladıkları görölmektedir (Sormaz, 2006).

Adolesanlarda beslenmenin kötü olması, öğrencilerin beslenmelerinde sıklıkla fast food, hamburger, tost, kola, cips, şekerlemeler yeme gibi sağlıksız gıdaların tüketiminin yüksek olması, öğünlerin sıklıkla sabah kahvaltısının atlanması gibi nedenler görölmektedir (Edalman, 1998). Bu konuda önemli olan adolesanların yanlış beslenme alışkanlıklarının kalıcı hale gelmeden gerekli önlemin alınmasıdır. Bu önlemler arasında okullarda yemekhane ve kantinlerde sağlıklı gıdaların sunulması ve özellikle kronik hastalıklar açısından okullardan başlamak üzere kültürel özelliklere uygun etkin bir beslenme eğitimi yapılması önerilmektedir (Sormaz, 2006; Öztora, 2005).

Çalışmada, ölçeğin iletişim ve güvenlik ile ilgili davranışları kapsayan **psikososyal boyutu** risk yönünden üçüncü sırada yer almaktadır. Çimen ve Savaşer (2003), Geçkil ve Dündar (2007) çalışmalarında da aynı sıranın izlendiği görülmüştür. Veri toplama aracı olarak farklı ölçme araçlarının kullanıldığı pek çok çalışmada liseye giden gençlerin psikososyal davranışlarında sorun olduğu alkollü ve ehliyetsiz araba kullanma, kask ya da emniyet kemeri kullanmama, yanında bıçak, silah taşıma, kavgaya karışma ve kavgada yaralanma davranışlarının yüksek oranda olduğu bulunmuştur (Alikaşifoğlu, 2005c; Brener ve ark 2006; Kara ve ark 2003; Siyez, 2005; Von ve ark 2004; YRBS 2006; Yılmazçetin, Taner ve Ögel 2005). Adölesanların intihar girişimini düşünme ve planlama davranışlarının yaygın olduğu, umutsuzluk oranlarının yüksek olduğu da görülmüştür (Alikaşifoğlu, 2005a; Ceyhun ve Ceyhun 2003; Yılmazçetin, Taner ve Ögel 2005). Kimlik oluşumunun gelişmeye başladığı, henüz tam oturmadığı bu dönemdeki gençler günü gününe uymayan hırçınlık, alınganlık, saldırganlık, içine kapanıklık gibi farklı duygular ve davranışlar gösterebilirler (Yavuzer, 2001). Risk alma davranışları, kişilik problemleri olan adolesanlarda kendini yaralama ve intihar sık görülen sorunlardır (Birsöz, 1991; Siyez, 2005). Her gelişim döneminde olduğu gibi ergenlik döneminde kendi çatışmalarını beraberinde getirmekte ve dönemde ergenler kendi içlerinde, aile ve arkadaşlık ilişkilerinde bazı bocalamalar ve zorlanmalar yaşayabilmektedirler (Yavuzer, 2001). Bu yaş grubunda riskli psikososyal davranışların oranının yüksek olması, ülkemizde yaşanan sosyal değişimlere bağlı olarak ortaya çıkan kuşak çatışmaları, geleneksel aile yapısını sürdürmek isteyen ebeveynler tarafından gençlere uygulanan baskı ve kısıtlamalar ayrıca üniversite sınavlarına hazırlık stresinin daha lise birinci sınıfta yaşanmaya başlanmasına, bu dönemlerde yoğun kurs ve sınav temposuna girilmesine bağlı etkenlerden dolayı psikososyal davranışların kötü olduğu düşünülmüştür. Bu dönemin sıkıntılı günlerini dengeli biçimde atlatamayan gençlerde ruhsal sorunlar ortaya çıkabilir (Yörükoğlu, 2002).

Adolesanın psikososyal olarak aşması gereken sorunları vardır. Bu dönem kişilik gelişimi açısından önemlidir. Okul hemşiresi ergenin sağlıklı bir gelişim dönemi geçirebilmesi için gerekli ortamı hazırlamalı sağlıklı benlik gelişimi gereklerini yerine getirebilmelidir (Göka ve Türkçaparoglu, 2003). Bu çalışma sonuçlarına göre de adolesanların olumsuz psikososyal davranışları oldukça fazla olup hem çalışma sonuçları hem de literatürü desteklemektedir.

Hijyen boyutunun risk puanı beslenme, fiziksel aktivite ve psikososyal boyuta göre oldukça düşük bulunmuştur.

Kaya ve arkadaşları (2006) 236 lise öğrencisiyle yaptıkları çalışmada öğrencilerin hijyen davranışlarının iyi olduğu bulunmuştur. Öğrencilerin %99.1'inin ellerini sabun kullanarak yıkadıkları, %92.5'inin yemeklerden sonra, %90.5'inin tuvalet sonrası ellerini yıkadıkları belirtilmiştir. Adölesanların hijyen davranışlarının iyi olmasında bu dönemde beden imajının, dış görünümünün oldukça önemli olması, kendi akran grubu içinde ve karşı cinse kendini beğendirme, kabul görmek için temizliğe dikkat etmesi, ter bezlerinin bu dönemde hızlı çalışması nedeniyle adölesanın daha sık banyo yapma gereksinimi hissetmesi gibi nedenlerin etkili olduğu söylenebilir. Sonuçlar diğer çalışma sonuçlarıyla da benzerlik göstermektedir (Çimen ve Savaşer 2003; Geçkil ve Dünder 2007).

Çalışma grubu en düşük risk puanını **madde kullanımı** boyutundan almıştır. Geçkil ve Dünder (2007); Çimen ve Savaşer (2003) lise öğrencileri ile yaptığı çalışmalarda da madde kullanım oranı düşük bulunmuştur. Sağlık davranışı için en az risk puanına sahip olsa da, olması hiç istenmeyen bir davranıştır. Farklı veri toplama yöntemleri ile yapılan çalışmalarda sigara içme oranı %16.3 -%42; alkol kullanımı %35-%55; uyarı madde kullanma oranları %3.7 -%21 oranlarında bulunmuştur (Alikashiöglü ve Ercan 2002; Erdem ve ark 2006; Şaşmaz ve ark 2006; Özcebe ve ark 2002; Ögel ve ark 2004; Oral, 2005; Yüncü, 2006). Adölesan dönemi kimlik gelişiminin olduğu, çatışmaların yaşandığı bir dönemdir. Bu dönemde bir çok riskli davranışında ortaya çıktığı görülmektedir. Sorunlarıyla sağlıklı baş edemeyen ya da yönlendirilmeyen gençler etkisiz baş etme yöntemlerini kullanmaya yönelebilmektedir. Arkadaşlığın ön planda olduğu bu dönem arkadaşlarının etkisi nedeniyle madde kullanımına eğilimlerinin olabileceği düşünülmüştür.

Tüm alt boyutlarda görüldüğü gibi adölesanların olumlu veya riskli sağlık davranışlarında bulunmasında kültürel çeşitliliklerin ve akran etkisinin olduğu bilinmektedir. Kültürlerin farklı olmasının yanı sıra sağlık davranışları üzerinde sosyal öğrenme ve model alma önemli rol almaktadır. Adölesan döneminde model alınan kişiler genelde kendi akranları ya da çok beğenilen seçkin popüler bireyler olmaktadır. Adölesan model olarak aldığı akranın olumsuz veya olumlu sağlık davranışlarını benimseyerek onun gibi olmaya çalışmaktadır. Model alınan akran madde kullanımı olan, beslenme, hijyen davranışları kötü olan biri ise model alan adölesanda bu olumsuz davranışlarda bulunmaktadır (Herken ve Özkan 2000).

Öğrencilerin cinsel sağlıkla ilgili davranışlarına bakıldığında (Tablo 5).

%20.8'inin korunmasız cinsel ilişkide buldukları saptanmıştır. Cinsel ilişkide bulunup bulunmama durumları bu çalışmada sorulmamıştır. Aras ve arkadaşları (2005) 861 lise öğrencisi ile yaptıkları çalışmada öğrencilerin %32.4 oranında cinsel ilişkide buldukları, bunlardan kızların %67.4'ünün erkeklerin ise %22.7'sinin cinsel ilişki sırasında korundukları belirtilmiştir. Chompion ve arkadaşları (2004) adolesanlarla yaptıkları çalışmada %49'unun her hangi bir korunma yöntemi kullanmadan cinsel ilişkide buldukları belirtilmiştir. Teksasta yapılan bu çalışmada oranın yüksek olması, o toplumda cinsel davranışların daha serbest olmasına bağlanmıştır. Burada da görüldüğü gibi adolesanlar güvenli cinsel davranışlarda bulunmamaktadırlar. Ögel ve arkadaşları (2005) 3483 lise öğrenci ile yaptıkları çalışmada ilk cinsel deneyim yaşının 13-15 yaş arasında olduğu, cinsel ilişki sırasında öğrencilerin %3.8'inin hiçbir korunma yöntemi kullanmadığı belirtilmiştir. WHO (2008) sonuçlarında adolesan gebeliklerinden dolayı mortalite ve morbidite oranının adolesan kızlarda büyük sorun olduğu 15 yaş altı gebelerde mortalite oranı %60 olduğu belirtilmiştir. Ayça, Hızel ve Şanlı (2005) adolesanların korunma yöntemleri ve cinsel yolla bulaşan hastalıklar hakkında bilgi düzeylerini belirlemek amacıyla yaptığı çalışmada bilgi düzeylerinin yetersiz olduğu görülmüştür.

Bu çalışmada öğrencilerin bilgi düzeyleri incelenmemiştir. Öğrencilerin %20.8'inin cinsel ilişki sırasında korunma yöntemi kullanmadıkları görülmekte ve gençler risk altında olduğu düşünülmektedir. Gençlerin üreme sağlığı bilgi kaynaklarının arkadaş, gazete-dergi, televizyon, internet ve kitaplar olduğu bilinmekte, erkekler ve kızların çoğunun "güvenli cinsellik" davranışlar göstermedikleri görülmektedir (Bulduk, Esin ve Umut, 2006; Aras ve ark 2007; Bulut, Nalbant ve Çokar, 2002). Bu dönem cinsel davranış ve kararların verildiği bir dönemdir. Gençler erken ve korunmasız cinsel ilişkiden çok daha yoğun olarak etkilenmektedirler. Birçok genç insan cinsel bir ilişkiyi ya da sonuçlarını düşünmeden cinsel olarak aktif bir yaşama başlar. Gençler, medyanın etkisi ile kültürel değerlerin değiştiği ve cinselliğin daha fazla olduğu toplumlarda yaşamaktadır. Kentlerin hızlı büyümesi, çatışmalar, ekonomik zorluklar ve aile bağlarının zayıflaması, genç kız ve erkeklerin daha erken yaşlarda cinselliği yaşamasına neden olmaktadır. Cinsel eğitim adolesanların doğru korunma yöntemleri ve cinsel yolla bulaşan hastalıkları doğru yollardan öğrenilmesini sağlayacaktır.

Yaş gruplarına göre;

Adolesanların yaş gruplarına göre riskli sağlık davranışları incelendiğinde 15-16 yaş grubu ile 17-18 yaş grubu adolesanların puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmadığı (Tablo 6), yaşın etkili olmadığı görülmüştür.

Çimen ve Savaşer (2003); Geçkil ve Dündar (2007) Lise öğrencileri ile yaptıkları çalışmada sırasıyla 17-18 yaş grubundaki gençlerin riskli sağlık davranışları puan ortalaması 15-16 yaş grubuna göre daha yüksek ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu (Çimen, 15-16 yaş=42.5±7.9; 43.6±8.1; Geçkil, 42.0±6.5; 17-18 yaş= 44.3±6.8) bulunmuştur, ancak bu çalışmalardaki puan farklılıkları çok azdır. Bu çalışmada yaşın etkili olmadığı görülmüştür. Yaşa göre riskli sağlık davranışlarının alt boyutlara göre farklılık görüldüğü saptanmıştır. Bazı boyutlarda yaşa göre azalma varken, bazı boyutlarda artma görülmektedir. İlerleyen bölümlerde tartışılan bu duruma göre, alt boyutlar arasında olan artma ve azalmanın toplam puanı nötrleştirdiği, farklılık yokmuş gibi gösterdiği söylenebilir.

Bu çalışmada **yaşın psikososyal davranış** üzerinde etkili olduğu görülmektedir. 17-18 yaş grubu adolesanlar da psikososyal davranışlar 15-16 yaş grubuna göre daha iyidir. Çimen ve Savaşer (2003) çalışmasında 17-18 yaş grubunda puanlarda anlamlı olmayan bir artışın olduğu, Geçkil ve Dündar (2007) çalışmasında ise yaşla anlamlı olacak şekilde bir puan artışının olduğu, yaş arttıkça davranışların daha kötü olduğu bulunmuştur. Sonuçların farklı olması, bölgesel özelliklerin farklı olmasından kaynaklanabileceği düşünülmüştür. Geç adölesan döneminde psikososyal davranış sorunlarının daha az olması da yaşın artmasıyla gencin sorunlarla baş etmeyi öğrenmiş olabileceği, çatışmaların daha az yaşanabileceği düşünülmüştür.

Bu çalışmada **yaşın fiziksel aktivite** yapmada etkili olduğu, 17-18 yaş grubundaki gençlerin 15-16 yaşındakilere göre daha az aktivitede bulunduğu görülmektedir. Aynı ölçek aracını kullanarak yaptıkları çalışmada Çimen ve Savaşer (2003); Geçkil ve Dündar (2007) lise öğrencileriyle yaptıkları çalışmalarda da 17-18 yaş grubundaki gençlerin 15-16 yaşa göre daha az aktivitede buldukları saptanmıştır. Farklı ölçme yöntemlerinin kullanıldığı 15-18 yaş grubu gençlerle yapılan diğer çalışmalarda da sonuçlar benzerdir (Nelson ve ark 2006; Mot ve ark 2007; Souza, Fatima ve Duarte 2005; Zabinski ve ark 2007; Ward ve ark 2006). Bilgisayarların ve

televizyonun günümüzde hemen her evde olması ve ergenlerin bilgisayar başında uzun süre kalmaları, beden eğitimi derslerine gerekli önem verilmemesi, üniversite sınavına hazırlık, yoğun kurs ve sınav koşuşturmaları nedeniyle fiziksel aktiviteye zaman ayırmama ileriki dönemlerde de iş hayatına atılma gibi nedenlerden dolayı standart yaşama daha çok geçilmesi, bu nedenlerden dolayı da yaş ilerledikçe fiziksel aktivitenin de azaldığı söylenebilir. 17-18 yaş grubunda aynı zamanda üniversite sınavlarına hazırlık nedeniyle öğrencilerin fiziksel aktiviteye daha az zaman ayırdıkları, zamanlarını ders çalışma ile geçirdikleri, boş zamanlarında ise daha çok bilgisayar başında geçirmeyi tercih ettikleri gözlemlenmektedir. Fiziksel aktivitenin yaşla azalmasında bunların etkili olabileceği düşünülmüştür.

Çalışmada **yaş gruplarının madde kullanımını** etkilediği bulunmuştur. Madde kullanma davranışının 17-18 yaş grubunda 15-16 yaşa göre daha fazla olduğu bulunmuştur. Çimen ve Savaşer'in (2003); Geçkil ve Dündar'ın (2007) lise öğrencileriyle yaptıkları çalışmalarda da bu çalışmayı destekler sonuçlar bulunmuştur. Farklı ölçek yöntemleri kullanılarak lise öğrencileri ile yapılan diğer çalışmalarda da 17-18 yaş grubunda madde kullanımının 15-16 yaşa göre istatistiksel olarak daha fazla olduğu görülmüştür (Tot ve ark 2002; Şen ve ark 2008; Doğan, 2001). Adolesan döneminin herhangi bir döneminde adolesanlar büyük çoğunluğu sigara, alkol veya diğer maddeleri dener. Adolesanların risk alma ve riskli davranışlarda bulunma eğiliminde oldukları bilinmektedir (Yüncü, 2006). Yaşla birlikte madde kullanımına yönelmede artma görülmesinde geç adolesan döneminde gençlerin erken adolesan döneme göre daha özgür olmaları, zamanını daha çok dışarıda geçirebilmesi, aile korkusunun azalması ve daha kolay risk alabilmeleri nedeniyle madde kullanımlarının artmış olabileceğinin etkili olabileceği düşünülmüştür. Ayrıca maddeye yaş ilerledikçe daha kolay ulaşılabilir (Alikışifoğlu, 2005c; Ögel ve ark 2005).

Öğrencilerin beslenme davranışları üzerine yaşın etkili olmadığı, her iki yaş grubunda risk puanları benzer olup, gruplar arasında anlamlı fark olmadığı bulunmuştur (Tablo 6). Çimen ve Savaşer (2003) lise öğrencileriyle yaptıkları çalışmada da benzer sonuçlar bulunmuştur. Geçkil ve Dündar (2007) lise öğrencileri ile yaptıkları çalışmada 17-18 yaş grubunda riskli beslenme davranışı daha fazla bulunmuştur. Bu farkın bölgesel yaşam özelliklerinden kaynaklanabileceği düşünülmüştür.

Bu çalışmada hijyen davranışları alt boyutlarında alınan risk puanı her iki yaş grubunda benzer olup gruplar arasında fark olmadığı bulunmuştur. Çimen ve Savaşer (2003) çalışmasında 17-18 yaş grubunda hijyen davranışı risk puanı düşerken Geçkil ve Dündar (2007) çalışmasında risk puanının yükseldiği görülmüştür. Bu iki çalışmada risk olarak yaş etkili bulunsa da gruplar arasındaki puan farkı bir civarında olup bu farklılık çok değildir. Bu nedenle yaşa göre hijyen davranışı benzer olduğu söylenebilir. Ergenin her döneminde arkadaş grubu tarafından kabul edilebilmek için ve karşı cinsiyete yönelme nedeniyle kendilerine daha iyi baktıkları, hijyen ve görünüme dikkat ettiği söylenebilir.

Cinsiyet gruplarına göre;

Erkek öğrencilerin riskli sağlık davranışları puanı kız öğrencilerden daha yüksek bulunmuştur (Tablo 7). Çimen ve Savaşer (2003), Geçkil ve Dündar'ın (2007) lise öğrencileri ile yaptıkları çalışmalarda da erkeklerin riskli sağlık davranışları puan ortalaması kızlardan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu bulunmuştur. Sonuçlar bu çalışma ile benzerdir. Erkeklerin kızlara göre daha fazla riskli davranışta buldukları görülmektedir. Bunun nedeni erkek öğrencilerin kız adölesanlara göre öfke kontrollerinin daha düşük olması, kavga olaylarına daha çok karışmaları, aileden daha çok bağımsız olma isteği, aileye kız adölesanlara göre daha çok karşı gelmeleri, madde kullanım imkanlarının daha kolay olması, risk almayı daha çok denemeleri olduğu düşünülmüştür.

Çalışmada **psikososyal davranışlar** üzerine cinsiyetin etkili olduğu bulunmuştur. Riskli psikososyal davranış puan ortalaması erkek öğrencilerde kızlara göre anlamlı düzeyde daha yüksektir (Tablo 7).

Aynı ölçeklerin kullanıldığı lise öğrencileri ile yapılan diğer çalışmalarda da psikososyal davranış alt boyutu risk puan ortalamasının erkeklerde kızlara göre daha yüksek olduğu (Çimen ve Savaşer 2003; Geçkil ve Dündar 2007) ve puanların benzer oldukları bulunmuştur. Spear ve Kulbok (2001), Kara ve arkadaşlarının (2003) adölesanlar ile yaptıkları çalışmalarda cinsiyetin riskli sağlık davranışlarında bulunmada farklılık gösterdiği, erkeklerde kask takmama, emniyet kemeri kullanmama, şiddet uygulama ve şiddete maruz kalma, yanında sopa, çakı, bıçak gibi aletler taşıma gibi sorunların kızlara oranla istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu bulunmuştur.

Yörükoğlu (2002), Yılmazcetin, Taner ve Ögel (2006) adolesanlarla yaptıkları çalışmalarda da erkeklerin kızlara oranla daha fazla riskli sağlık davranışlarında buldukları (intihar girişiminde bulunma, şiddet davranışları vb.) saptanmıştır. Erkek adolesanlar kızlara oranla daha çok riskli davranışta bulunmaktadır. Bunun nedeni içinde buldukları arkadaş ortamlarının farklı olması, erkek adolesana aileden kaynaklanan daha farklı bir özgürlüğün tanınıyor olması, kavgaya yada şiddet davranışlarına daha çok katılmaları ya da maruz kalmalarının neden olduğu söylenebilir . Aynı zaman da erkek adolesanların kız adolesanlara göre daha asi, daha özgür olma çabası içinde olduğu da bilinmektedir. Tüm bunlarda erkeklerde olumsuz psikososyal davranışların daha çok görülmesine neden olmaktadır.

RSDÖ Fiziksel aktivite davranışlar üzerine cinsiyetin etkili olduğu bulunmuştur. Risk puan ortalaması kızlarda erkeklerden istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı olarak daha yüksektir. Çimen ve Savaşer (2003), Geçkil ve Dündar'ın (2007) lise öğrenciler ile yaptıkları çalışmaların sonuçları bu çalışmayı desteklemektedir. Sonuç olarak fiziksel aktivitenin kızlarda erkeklere göre daha yetersiz olduğu görülmüş bu sonuç diğer çalışmalarla da desteklenmiştir. Siyez (2005), Holstein ve ark.(2007), Zabinski ve arkadaşları (2007), Nelson ve arkadaşları (2006), Arıkan, Metintaş ve Kalyoncu (2008) adolesanlarla yaptıkları çalışmalarda erkeklerin kızlara göre fiziksel aktivitede bulunma oranlarının anlamlı düzeyde yüksek olduğu bulunmuştur. Erkeklerde fiziksel aktivitede bulunma kızlara göre daha iyidir. Adolesan döneminde erkek adolesanların kızlara oranla daha çok beden eğitimi derslerinde aktif oldukları, futbolu daha çok oynadıkları bunların dışında farklı fiziksel aktivitelerde kızlardan daha aktif oldukları, sporla ilgilendikleri görülmektedir. Kız adolesanlar ise evde hareket yönünden daha çok pasif kalmayı tercih etmekte, spor ile daha az ilgilenmektedirler. Bedenlerindeki fizyolojik değişikliklerinde (göğüsleri büyümesinin verdiği çekingenlik, menstrasyon siklusunun neden olduğu ağrı ve yorgunluk hissi vb.) kızların fiziksel aktivitelerden geri kalmasına neden olabileceği - düşünülmüştür.

Çalışmada RSDÖ **beslenme alt boyutunda** cinsiyete göre farklılık yoktur. Cinsiyete göre farklılıkların olduğu bilinmektedir ancak kızlarda şeker, çikolata sık yeme gibi alışkanlıkların, erkeklerde ise çay, kahve, kola içme fast food tüketme gibi alışkanlıkların daha sık görülmesi nedeniyle beslenme boyutunda risk puanı ortalamasının dengelediği düşünülmüştür.

Çimen ve Savaşer (2003) çalışmasında da cinsiyetin beslenme davranışı üzerine etkili olmadığı, sadece Geçkil ve Dündar'ın (2007) çalışmasında beslenme davranışının erkeklerde kızlara göre daha iyi olduğu bulunmuştur.

Türk, Gürsoy ve Ergin (2007), Selda ve arkadaşları (2005), Siyez (2005), Courtenay, McCreary, Merighi, (2002), Özmen ve arkadaşları (2007), lise öğrencileri ile yaptıkları çalışmada bu çalışmayı destekler sonuçlar bulunmuş, beslenme ve cinsiyet arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı belirtilmiştir.

Hijyen alt boyutunda riskli sağlık davranışları puan ortalamaları erkek öğrencilerde kızlara göre daha yüksektir. Çimen ve Savaşer (2003), Geçkil ve Dündar (2007) lise öğrencileri ile yaptıkları çalışmalarda da kız öğrencilerin erkeklere göre hijyen davranışları daha iyi olup, sonuçlar bu çalışma sonuçlarıyla benzer bulunmuştur.

Altun, Özdemir ve Ersoy (2005) ve Nahçıvan'ın (2000b) çalışmalarında kız adolesanların öz bakım gücü ortalamasının erkeklerden istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu, Kaya ve arkadaşlarının (2006) yaptıkları çalışmada kız öğrencilerin aldıkları toplam hijyen puanının erkek öğrencilerden istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu bulunmuştur. Adolesanların hijyen davranışlarını değerlendirmek amacıyla yapılan Önsüz ve Hıdıroğlu'nun (2008) çalışmasında da kız adolesanların hijyen konusundaki tutum ve davranışları erkek adolesanlara göre daha iyi olduğu bulunmuştur.

Hijyen davranışı adölesan döneminde önemli bir yer tutmaktadır. Fakat araştırma sonuçlarında da görüldüğü gibi hijyen davranışları kız adölesanlarda erkeklere göre daha iyi olduğu görülmektedir. Kız adölesanlar bu dönemde beden imajı, dış görünüş ve temizliğe daha çok önem vermektedirler. Ayrıca mestrasyon dönemlerinde bu hijyen davranışları banyo, el yıkama vs. daha çok dikkat edilmektedir.

Madde kullanımı alt boyutu risk puan ortalaması erkek öğrencilerde kızlara göre anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur.

Çimen ve Savaşer (2003), Geçkil ve Dündar (2007) lise öğrencileri ile yaptıkları çalışmada erkek öğrencilerin kızlara göre madde kullanımı alt boyut risk puan ortalaması istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur, sonuç olarak erkek adölesanlarda madde kullanımı daha siktir.

Adolesanlarla yapılan pek çok çalışmada da cinsiyetin madde kullanımı üzerine etkili olduğu, erkeklerde madde kullanımının daha yüksek olduğu saptanmış, sonuçlar bu çalışma sonucunu desteklemiştir. (Doğan ,2001; Ögel ve ark 2004; Ögel ve ark 2005; Miller ve ark 2007; Şaşmaz ve ark 2006; Tot ve ark 2002; Wu ve Howerd 2007). Erkek adölesanlarda madde kullanımının daha yüksek olma nedeninin madde kullanımlarının çok fazla olduğu ortamlara (cafe, bar, disko vs) kız adölesanlara göre daha kolay girebilmesi ve bunlardan dolayı da daha sık, farklı maddeleri de deneyebildiği söylenebilir. Ayrıca erkekler daha özgür olup zamanını kızlara göre daha çok ev dışında geçirmekte, sigara, alkol, maddeye ulaşmaları ve kullanmaları da daha kolay olmaktadır.

Sağlığı algılama durumuna göre;

Adolesanların sağlığı algılama düzeyleri çok iyiden kötüye doğru giderken riskli sağlık davranışları puanları da yükselmiştir ve gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmuş, sadece orta ile kötü algılayan gruplar arasında fark bulunmamıştır (Tablo 8). Sağlığı algılama düzeyi orta ile kötü algılayan grupların arasındaki fark diğer gruplara göre benzer olmasına karşın sağlığı kötü algılayan grupta bulunan öğrenci sayısının az olmasının etkili olduğu düşünülmüştür. Adölesanlar sağlıklarını ne kadar iyi algılıyorsa sağlık davranışları da o kadar iyi yönde etkilenmektedir.

Çimen ve Savaşer (2003), Geçkil ve Dündar'ın (2007) lise öğrencileri ile yaptıkları çalışma sonuçları da bu çalışma sonuçlarıyla benzer bulunmuştur. Öğrencilerin sağlığı algılama düzeyi iyiye doğru arttıkça olumlu sağlık davranışlarının arttığı ve riskli sağlık davranışlarından kaçındığı söylenebilir.

Bireylerin sağlığı algılayış biçimlerini anlamak, semptomların fark edilmesini, hastalıktan zarar görmeye ait düşüncelerini ve tedaviye başvuru davranışlarını açıklamada oldukça yardımcı olacağı belirtilmiştir. Birey sağlık durumunu iyi, çok iyi, kötü veya çok kötü olarak algılayabilmektedir (Srof ve Velsor 2006; Pender, 1992; Whitehead, 2002) Algılanan sağlık, kişinin kendi puanladığı sağlıktır, kişinin kendi global sağlığını subjektif olarak algılamasıdır (Whitehead, 2002). Buna bağlı olarak da adölesanın hastalık ve sağlık konularında kendini nasıl hissettiği ve algıladığı önem taşımaktadır. Algılanan sağlık durumu ile sağlık davranışları arasında pozitif bir ilişki olduğu da bilinmektedir. Kendini iyi hissetmenin sağlık durumunu yükseltmek için motivasyonel bir kaynak olabileceği vurgulanmıştır.

Çalışmada öğrencilerin **sağlığı algılama durumunun psikososyal davranışlarda** etkili olmadığı görülmüştür. Çimen ve Savaşer (2003) lise öğrencileri ile yaptıkları çalışmada psikososyal davranış istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğunu belirtmişlerdir.

Şiddetten uzak duran, iletişim sorunları yaşamayan, sorunlarıyla olumlu şekilde baş eden bireylerin sağlıklarının daha iyi olacağı ve algılamalarını da etkileyebileceği söylenebilir. Ancak bu çalışmada sonuçlar bu yönde bulunmamıştır. Sağlığı algılama durumunun psikososyal davranışlar üzerinde tek başına etkili olmadığı düşünülmüştür.

Öğrencilerin **sağlığı algılama durumlarının fiziksel aktivite davranışları** üzerine etkisi vardır. Sağlığını çok iyi ve iyi algılayan adölesanların orta ve kötü algılayanlara göre fiziksel aktivite davranışlarının daha iyi düzeydedir. Çimen ve Savaşer (2003) lise öğrencileri ile yaptıkları sonuçlarının bu çalışma sonuçları ile benzerlik gösterdiği görülmüştür.

Courtenay, McCreary, Merighi (2002) lise öğrencileri ile yaptıkları çalışmada sağlığı algılama durumu ile fiziksel aktivite arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu, sağlığı çok iyi algılayanların fiziksel aktivitede bulunma oranlarının istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu bulunmuştur. Sağlığını iyi algılayan bireyin sağlığına dikkat ettiği ve daha çok fiziksel aktivitede bulunarak sağlığına katkıda bulunduğu düşünülmüştür.

Sağlığı algılama durumunun beslenme davranışları üzerinde etkili olduğu görülmüştür. Çimen ve Savaşer (2003) lise öğrencileri ile yaptıkları çalışmada sağlığını çok iyi algılayanların riskli sağlık davranışlarını en az yaptığı görülmektedir. Sağlığı algılama olumlu yönde artıka beslenme davranışların da anlamlı düzeyde risk puanı azalmıştır. Courtenay, McCreary, Merighi (2002) lise öğrencileri ile yaptıkları çalışmada da sağlığı iyi ve çok iyi algılayanların beslenme davranışlarının da anlamlı olarak çok iyi olduğu bulunmuştur. Beslenme alışkanlıkları ve davranışlarının sağlık durumunu olumlu etkilemesi beklenir. Beslenme davranışları iyi olanların sağlık durumlarının da iyi olduğu, kendisini sağlıklı kabüleden bireylerin bunu sürdürmek için riskli beslenme davranışlarından kaçınabileceği düşünülmüştür.

Çalışmada **hijyen alt boyutunda** da sağlığı iyi algılayan adölesanların davranışlarının daha iyi olduğu bulunmuştur. Çimen ve Savaşer (2003) lise öğrencileri ile yaptıkları çalışmada da bu çalışmayı destekler sonuçlar bulmuşlardır.

Altun, Özdemir ve Ersoy (2005) adolesanlarla yaptıkları çalışmada öğrencilerinin kendilerini sağlıklı hissettiğini ifade edenlerin öz bakım gücü ortalamalarının yüksek, sağlıklı değilim diyenlerin ise öz bakım gücü ortalamalarının çok düşük olduğu saptanmıştır. Kişilerin kendilerini sağlıklı olarak hissetmesi durumunda öz bakım gücünün de yükseldiği görülmüştür. Sağlıklarının zayıf olduğunu düşünen bireylerin pozitif bir girişim için artık geç kaldıklarını düşünebildikleri, sağlık durumunu iyi olarak algılayanların ise olumlu sağlık davranışı kazanma düzeyinin diğerlerine göre daha yüksek olduğu ifade edilmektedir (Altun, Özdemir ve Ersoy 2005). Bu çalışmada sağlığın iyi algılanması hijyen davranışlarının olumlu yönde etkilediği düşünülmüştür.

Çalışmada öğrencilerin **sağlığı algılama durumuna göre madde kullanımı** alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur. Çimen ve Savaşer (2003) lise öğrencileri ile yaptıkları çalışmada sağlığı algılama durumunun madde kullanımını etkilediği saptanmıştır.

Gelir durumuna göre;

Öğrencilerin gelir düzeylerinin bazı alt boyutlarında etkili olduğu ancak genel riskli sağlık davranışları puan ortalamaları üzerinde etkili olmadığı görülmüştür (Tablo 9). Bu çalışmaya benzer bir çalışma olmadığı için tartışılan çalışmalarda veri toplama yöntemleri farklı olduğu için puan ortalamaları ile karşılaştırılamamıştır.

Bu çalışmada geliri giderden fazla olanların **psikososyal davranışlarının** gelir gidere denk olanlara göre anlamlı olacak düzeyde daha kötü olduğu, geliri az olanların psikososyal davranışlarının geliri gidere denk olanlara göre daha kötü olduğu ancak farkın anlamlı olmadığı görülmüştür. Üner, Özcebe ve Çetin (2009) Lise öğrencileri ile yaptıkları çalışmada sosyoekonomik düzeyle psikososyal davranışlar arasında anlamlı bir fark olmadığını her iki grubunda içinde buldukları farklı sorunların durumu dengelediği belirtilmiştir. Selda ve arkadaşlarının (2005) adolesanlarla yaptıkları çalışmada sosyoekonomik düzeyi ile şiddetle yakın ilişki bulunmuş olup, sosyoekonomik durum yükseldiğinde şiddetin istatistiksel olarak azaldığı, sosyoekonomik durumu orta ve kötü olan ailelerde ise şiddet oranının arttığı belirtilmiştir. Spear ve Kulbok (2001) lise öğrencilerle yaptıkları çalışmalarda sosyoekonomik düzeyin yükseldikçe psikososyal davranışlarında olumlu olduğu, sosyoekonomik düzey

kötüleştikçe olumsuz psikososyal davranışlarda bulunma oranının da arttığı bulunmuştur. Yılmazçetin, Taner ve Ögel (2005) yaptıkları çalışmalarında gelir düzeyi düşük olanlarda fiziksel şiddet, delici-baticı alet taşıma, intihar girişimi, suç işleme, evden kaçma ve kendine zarar verme davranışlarının gelir düzeyi iyi ve yüksek olanlara göre daha yüksek oranda görüldüğü belirtilmiştir. Kaya ve arkadaşlarının (2006) çalışmasında sosyoekonomik düzeyi düşük ailelerde depresif belirtilerin geliri iyi ve denk olanlara göre daha yüksek olduğu belirtilmiştir.

Sosyoekonomik düzeyi kötü olanlarda psikososyal sorunların daha sık görüldüğü, depresyonun daha sık yaşandığı, sosyoekonomik düzeyi iyi ve yüksek olanlarda psikososyal davranışların daha olumlu olduğu ve depresyon belirtilerin çok düşük olduğu bilinmektedir. (Paxton ve ark 2007; Siyez ve Aysan 2007)

Adölesan döneminde gencin gereksinimleri ve beklentileri vardır. Bu gereksinim ve beklentilerin karşılanamaması sonucunda ergen çeşitli uyum problemleri, kendini eksik ve yetersiz hissetme gibi sorunlar yaşamakta ve olumsuz psikososyal davranışlara yönelebilmektedir (Siyez ve Aysan 2007).

Bu çalışmada ekonomik düzeyi yüksek olanlarda riskli sağlık davranış puanı daha yüksek bulunmuştur. Bu sonuç literatürle aynı yönde değildir. Ekonomik düzeyi yüksek olan grupta sonucu etkileyebilecek neler olabilir diyerek araştırıldığında, bu gruptaki adölesanların çoğunluğunu 15-16 yaş grubu ve erkek öğrencilerin oluşturduğu görülmüştür. 15-16 yaş ve erkek adölesan grubu çalışmada psikososyal davranışlar açısından en riskli bulunan gruplardır. Ekonomik düzeyi en yüksek olan grubun psikososyal davranışlarının en olumsuz olmasında psikososyal davranışlar açısından en sorunlu grup olan 15-16 yaş ve erkek adölesanların çoğunluğunun bu grupta toplanmış olması neden olabileceği düşünülmüştür.

Sosyoekonomik düzey yükseldiğinde ebeveynlerin eğitim düzeylerinin yükseldiği ve adölesanın yaşam şartlarının da iyi olduğu bilinmektedir. Ebeveynlerin eğitim düzeylerinin yükselmesi adölesanın iyi şartlarda yaşaması sağlık davranışlarını olumlu yönde etkilediği bilinmektedir (Kaivusilta, Rimpela ve Rimpela, 1999).

Çalışmada adölesanların **fiziksel aktivite davranışları** üzerinde sosyoekonomik düzeylerinin etkili olduğu ve sosyoekonomik düzeyi en yüksek olanların fiziksel aktivite davranışlarının en olumlu olduğu görülmektedir.

Nelson ve arkadaşları (2006); Spear ve Kulbok (2001); Selda ve arkadaşları (2005) lise öğrencilerle yaptıkları çalışmada sosyoekonomik düzey yükseldikçe fiziksel aktivitede

bulunma oranında istatistiksel olarak artığı bulunmuştur. Bu kaynaklarda sosyoekonomik düzey yükseldiğinde ebeveynlerin eğitim düzeyinin de yükseldiği, bu nedenle gencin doğru aktivitelere yönlendirilmesinden kaynaklandığı yorumu yapılmıştır. Bunun nedeninin ekonomik düzey yükseldikçe spor salonlarını kullanabilme, yüzme, futbol, voleybol gibi salon ve su sporlarına gidebildiği ve bunlara planlı olarak zaman ayırabildikleri, ailenin de genci bu konuda teşvik edip yönlendirdikleri de düşünülmüştür. Sosyoekonomik düzey düştükçe adolesan tarafından fiziksel aktivitelerin ertelenebildiği, ailenin önceliğinin evde oturup sadece ders çalışmasını istemesi ya da fiziksel aktivite yapması için gencin yönlendirilmemesi nedeniyle olduğu düşünülmüştür.

Bu çalışmada adolesanların sosyoekonomik düzeylerin **beslenme davranışlarında** etkili olmadığı bulunmuştur. Sosyoekonomik düzey tek başına yeterli ve düzenli beslenmeyi etkilememektedir. Sosyoekonomik düzeyi yüksek olan adolesan dışarıda sağlıklı olmayan yağlı fast foodlar ile beslenirken sosyoekonomik düzeyi düşük olan bireylerin tek besinle beslendikleri için bu konuda birbirlerini dengelediği düşünülmektedir.

Öğrencilerin ekonomik durumlarının **hijyen davranışlarında** etkili olduğu ekonomik düzeyi en yüksek olan grubun hijyen davranışlarının anlamlı olarak en iyi olduğu görülmüştür.

Önsüz ve Hıdıroğlu'nun (2008) çalışmasında sosyoekonomik düzeyi iyi olan adolesanların hijyenlerinin de iyi olduğu, öz bakım gereksinimlerini karşılama ile gelir düzeyi arasında anlamlı bir ilişki olduğu belirtilmiştir. Altun, Özdemir ve Ersoy'un (2005) çalışmasında sosyoekonomik düzeyi düşük olanların öz bakım gücü ortalamasının, gelir düzeyi iyi ve yüksek olanlara göre daha kötü olduğu, sosyoekonomik düzeyin öz bakım gücünü arttırmada etkili olduğu belirtilmiştir.

Sosyoekonomik düzeyin artmasıyla hijyen için gerekli fiziksel ortam (sürekli sıcak su, sabun, şampuan, diş fırçası vb.) daha uygun olduğu, aile tarafından bu konuda desteklendikleri, hijyen gereksinimlerini daha düzenli, daha sık ve öncelikli olarak yaptıkları söylenebilir. Sosyoekonomik düzeyi düşük olan bireylerde ise hijyen davranışı puanlarının daha düşük olmasında gerekli hijyen malzemelerinin (sıcak su, sabun, şampuan, diş fırçası vs) olmaması ya da öncelikli olmamasının rol alabileceği düşünülmüştür. Ebeveynlerin eğitim düzeylerinin de sosyoekonomik düzeyin yanında etkili olduğu da belirtilmiştir. (Önsüz ve Hıdıroğlu 2008; Altun, Özdemir ve Ersoy 2005). Ekonomik düzeyi iyi olan ebeveynlerin eğitim düzeyleri

daha yüksek olabilir. Eğitimin artmasıyla hijyen davranışlarının önemi bilindiğinden adölesanlar bu yönde desteklenmiş olabilir.

Bu çalışmada adölesanların sosyoekonomik düzeylerinin **madde kullanımında** etkili olmadığı bulunmuştur. Karatay ve Kubilay (2004) Lise öğrencileri ile yaptıkları çalışma bu çalışmayı destekler sonuçlar bulmuş, sosyoekonomik düzeyin madde kullanımını etkilemediği görölmüştür.

Aile gelir düzeyi açısından değerlendirildiğinde gelir durumu yüksek olan ailelerin çocuklarında, gelir düzeyi düşük olanlara göre madde kullanma oranının daha fazla olduğu

belirtilmiştir (Herken, Özkan ve Kaya, 2006). Göç ve işsizlik problemlerinin yoğun olarak

yaşandığı sosyoekonomik düzeyi düşük olan toplumlarda, yaşam koşullarının ağırlaşması,

ekonomik sıkıntılarla gelen aile içi sorunlar, bireylerin baş etme yeteneğindeki yetersizlikler

ve gelecekte beklenen kayı gibi faktörler adölesanları madde kullanmaya yönlendirebilmektedir. Bunun yanı sıra sosyoekonomik düzeyi yüksek ailelerde ise ergenlerle ilgili farklı sorunlar ortaya çıkabilmektedir. Adölesanlara daha fazla tolerans tanınması,

istediği her şeyi elde etme ve zamanla tatminsizlik duygusu yaşama gibi sebepler farklı

arayışlarla birlikte madde kullanımı için de zemin oluşturabilmektedir. Aynı zamanda maddi

olanakları ile de bu maddelere ulaşım kolaylığının olması bu riski daha da artırmaktadır

(Kaivusilta, Rimpela ve Rimpela, 1999). Sonuç olarak her iki grupta da farklı nedenlerden dolayı madde kullanımına yönelim olduğu bu nedenlerden dolayı grupların birbirini dengelediği sosyoekonomik düzeyle madde kullanımı arasında fark olmadığı düşünülmüştür.

Aile yapılarına göre;

Öğrencilerin aile yapılarının riskli sağlık davranışlarında etkili olduğu çekirdek aileye sahip olanların riskli sağlık davranışlarının geniş aile ve tek ebeveynli olanlara göre anlamlı düzeyde daha az olduğu saptanmıştır (Tablo 10).

Courtenay, McCreary ve Merighi (2002) yaptıkları çalışmada aile yapısının riskli sağlık davranışlarında bulunmaya etkili olduğu, ebeveynleri ayrı ve geniş ailelerde çekirdek aile yapısına göre daha fazla riskli sağlık davranışlarında buldukları belirtilmiştir.

Çalışmada aile yapılarına göre çekirdek ailede yaşayanların **psikososyal davranışları** puan ortalamaları diğer iki gruptan anlamlı düzeyde daha düşük olduğu bulunmuştur.

Siyez, (2006) lise öğrencileri ile yaptığı çalışmada ebeveynlerin ayrı olması, yeniden evlenmesinin adolesanda depresif belirtilerin görülmesi ve intihar için risk faktörü olduğu belirtilmiştir. Kaya ve arkadaşlarının (2006) çalışmasında parçalanmış aileye sahip olan adolesanlarda geniş ve çekirdek aileye sahip olan adolesanlara göre depresif belirtilerin yaygınlığı anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Paxton ve arkadaşlarının (2007) çalışmasında parçalanmış ve geniş aileye sahip olan adolesanlarda depresif belirtilerin anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirtilmiştir. Aktepe ve arkadaşlarının (2006) adolesanlarla yaptıkları çalışmada bir ebeveyn kaybını yaşamış olan adolesanların (boşanma, ölüm) anlamlı olarak daha fazla intihar eğiliminde oldukları bulunmuştur.

Adölesan dönemi kendine özgü sorunlar ile ön plana çıkmaktadır insan yaşamında doğumdan önce başlayan ve hayatın sonuna kadar etkisini sürdüren bir kurum olan aile fizyolojik olduğu kadar ekonomik, kültürel ve toplumsal yönleriyle de kişinin ruhsal gelişimini, davranışlarını biçimlendirip yönlendirir. Aile, çocuğun ve adölesanın gelişiminde tartışmasız en önemli ortam ve en önemli toplumsal kurumdur. Bozuk bir aile yapısı sağlıklı bir gelişimin uyumsuzlukların başlıca kaynağı olabilir (Herken, Özkan ve Kaya, 2006)

Geniş ya da tek ebeveynli ailede yaşayan adölesanların kendilerine yeterli ilgi gösterilmemesi, yönlendirilmemesi ve ebeveynlerin tutarsız davranışları nedeniyle daha özgür ve disiplinsiz kaldıkları, bu nedenle daha çok riskli sağlık davranışlarında bulunmuş olabilecekleri düşünülmüştür.

Aile yapılarının **fiziksel aktivite davranışları** puan ortalamaları üzerine etkili olmadığı bulunmuştur. Fiziksel aktivite davranışları üzerinde aile yapısının tek başına etkili olmadığı, sosyoekonomik düzey, ebeveynin eğitiminin fiziksel aktivite davranışı üzerinde daha etkili olduğu belirtilmiştir (Spear ve Kulbok, 2001; Nelson ve ark 2006; Selda ve ark 2005). Bu görüş sonucumuzu desteklemektedir.

Beslenme alt boyutunda aile yapısına göre çekirdek aile olanların, tek ebeveynli ve geniş aileye göre beslenmelerinin daha iyi olduğu görülmüştür. Farklı veri toplama yöntemleriyle yapılan çalışmalarda da benzer sonuçlar bulunmuştur (Aktepe ve ark 2006; Courtenay, McCreary, Merighi 2002). Çekirdek aile yapısına sahip olan adölesanlar ailelerin çoğunun gelişimine daha iyi ve özenli bir şekilde dikkat ettikleri, beslenmesine gereken önemi gösterdikleri düşünülmüştür. Bozuk ve kalabalık bir aile yapısında adölesanın beslenme alışkanlığını değerlendirme ve takip etme ebeveynler için gözden kaçan bir unsur olabileceği, ilginin farklı yönlerde olabileceği düşünülmüştür. Bozuk bir aile yapısına sahip olan adölesan tek ebeveynin yanında ya da aile büyüklerinin yanında kalıyor olması adölesan üzerinde olan kontrol ve hakimiyet çekirdek aileye sahip olan adölesandan daha farklı olabilmektedir. Çekirdek aileye sahip olan bir adölesan geniş ailenin kalabalığı ve parçalanmış ailenin stresinden uzak, daha fazla beslenmesine dikkat edildiği (önem gösterildiği) bu yönde yönlendirmelerin olduğu bir aile çevresi içindedir. Tüm bu etkenler baz alınarak adölesanın beslenmesinde ailenin önemli bir yeri olduğu söylenebilir.

Hijyen alt boyutuna bakıldığında da çekirdek aileye sahip olan adölesanların hijyen davranışı geniş aileye ve tek ebeveynli aileye göre daha iyi olduğu görülmüştür. Aile yapısına göre çekirdek aile tiplerine sahip olan adölesanların öz bakım güçlerinin daha yüksek olduğu belirtilmiştir (Nahçıvan, 2000a). Nahçıvan'ın çalışması bu çalışmayı destekler yöndedir. Geniş aile ve tek ebeveynli ailelerde beslenme gibi hijyende atlanabilen bir konu olabilmektedir. Kalabalık ailede adölesan her zaman banyo yapması mümkün olmayabilir.

Bu çalışmada aile yapılarına göre **madde kullanımı** alt boyut puan ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmamıştır. Aile içindeki anne ve babanın adölesana karşı tutumu, anne ve baba ile iyi ilişkiler ve sağlıklı aile ortamının değişik boyutlarının kişilik yapısı üzerine etkisi olmaktadır (Yavuzer, 2001).

Herken, Özkan ve Kaya'nın (2006) lise öğrencileri ile yaptıkları çalışmada parçalanmış aileye sahip olan adölesanların çekirdek aile ve geniş aileye sahip adölesanlara göre madde kullanma oranı daha yüksek olduğu bulunmuştur.

Aile çocuğun ruhsal gelişiminde tartışmasız en önemli ortam ve en önemli toplumsal kurumdur. Hatalı anne baba tutumu ve bozuk aile yapısı sağlıksız bir gelişimin ve uyumsuzlukların başlıca kaynağı olabilir (Herken, Özkan ve Kaya, 2006).

6. SONUÇ ve ÖNERİLER

6.1. SONUÇLAR

- Lise öğrencilerinin riskli sağlık davranışları puan ortalaması 20-100 arasında 43.0 ± 7.0 olarak bulunmuştur. Öğrencilerin riskli sağlık davranışları ölçeği alt boyutlarından aldıkları en yüksek puan sırasıyla fiziksel aktivite, beslenme, psikososyal en düşük puan ise madde kullanımı ve hijyen boyutundan alınmıştır.

- 15-16 yaş grubunda 17-18 yaşa göre riskli psikososyal davranış puanı daha yüksektir, başka bir deyişle daha kötüdür. Fiziksel aktivitede bulunma 17- 18 yaş grubunda daha az olup, madde kullanımı daha fazladır.
- Erkeklerin psikososyal, hijyen davranışları kızlara göre daha kötü ve madde kullanımları daha fazladır.
- Kızlarda fiziksel aktivite davranışları erkeklere göre daha azdır.
- Sağlığını iyi algılayanların riskli sağlık davranışları daha azdır.
- Ekonomik düzeyi düşük olanlarda yüksek olanlara göre riskli sağlık davranışları daha fazladır.

6.2. ÖNERİLER

Gençlerde riskli sağlık davranışları azaltılması için girişimlerde bulunulmalıdır.

- 15-16 yaş grubunda 17-18 yaşa göre riskli psikososyal davranış puanı daha yüksek olduğundan, bu yaş grubunun psikososyal davranış gelişimi yönünden desteklenmesi ve izlenmesi,
- Fiziksel aktivite ve madde kullanımı puanı 17-18 yaşta daha yüksek olduğundan, bu yaş grubunun fiziksel aktivitelere daha fazla yönlendirilmesi, madde kullanımına yönelik eğitimler verilmesi ve izlenmesi,
- Erkeklerin psikososyal, hijyen ve madde kullanımı puanları daha yüksek olduğundan erkek öğrencilerin bu konularda eğitim ve hizmet programları ile desteklenmesi,
- Kızlarda fiziksel aktivite davranışları daha yetersiz (puanları daha yüksek) olduğundan kızların spor ve egzersiz programlarına yönlendirilmesi,
- Sağlığı iyi algılayanların riskli sağlık davranışları puanı daha düşük olduğundan, sağlık algısının geliştirilmesi sağlık kavramı ve önemi konusunda farkındalıklarının geliştirilmesi,
- Lise öğrencilerinde beslenme davranışlarının kötü olmasından dolayı okullarda yemekhane ve kantinlerde sağlıklı gıdaların sunulması açısından okullardan başlamak üzere kültürel özelliklere uygun etkin bir beslenme eğitimi yapılması önerilmektedir.
- Ekonomik düzeyi düşük olanların ekonomik düzeyi yüksek olanlara göre fiziksel aktivite ve hijyen davranışları daha yetersiz, psikososyal boyutta ise gelir gideri fazla olanlarda gelir gidere denk olanlara göre daha yetersiz olduğundan dolayı bu grupların

ücretsiz okul programları (danışmanlık eğitimi, aktivite programları) düzenlenerek desteklenmesi önerilmektedir.

7. KAYNAKÇA

1. Aktepe, E., Kandil, S., Göker, Z., Sarp, K.ve Ark. (2006). İntihar girişiminde bulunan çocuk ve ergenlerde sosyodemografik ve psikiyatrik özelliklerin değerlendirilmesi. TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni, 5(6), 444-454.
2. Akgül, A. (2005). Tıbbi araştırmalarda istatistiksel analiz teknikleri SSPS uygulamaları. Üçüncü Baskı. Emek Ofset Lmt.Şti, Ankara.

3. Alikashioglu, M. (2005a). Adolesana verilmesi gereken koruyucu sağlık hizmetleri. İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakóltesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri, Adölesan Sağlığı Sempozyum Dizisi No: 43, 29-38.
4. Alikashioglu, M. (2005b). Madde kullanımının evreleri ve epidemiyolojisi. İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakóltesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri, Adölesan Sağlığı Sempozyum Dizisi No: 43, 85-90.
5. Alikashioglu, M. (2005c). Madde kullanımı risk faktörleri ve koruyucu faktörler. İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakóltesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri, Adölesan Sağlığı Sempozyum Dizisi No: 43, 73-83.
6. Alikashioglu, M., Ercan, O. (2002). Ergenlerde madde kullanımı. Türk Pediatri Arşivi, 37 , 66-73.
7. Altun, İ., Özdemir, S., Ersoy, N. (2005). Lise öğrencilerindeki kişisel değerlerin öz bakım gücüne etkisi. VII Ulusal Hemşirelik Kongresi (Kongre kitabı). Antalya. 7-10 Mayıs, 366-372.
8. Alkan, E., Ertem, A., Hatemoğlu, E. ve Ark. (2005). Okul sağlığı mevcut durum raporu. T.C Sağlık Bakanlığı, Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı, Ankara, 14 Aralık .
9. Aras, ř., şemin, S., Günay, T. ve Ark. (2005). Lise öğrencilerinin cinsel tutum ve davranış özellikleri. Türk Pediatri Arşivi, 40, 72-82.
10. Arıkan, İ., Metintaş, S., Kalyoncu, C. (2008). Genç erişkinlerde fiziksel aktivite düzeyinin belirlenmesinde iki method karşılaştırılması, The comparison of the two methods at determinating the physical activity level at adolescent. Osman Gazi Tıp Dergisi, 30(1), 19-28.
11. Aycan, S., Afşar, O., Demirören, M., Evcı, D. (2000). 21.yüzyılda herkes için sağlık, 21.hedef. T.C.S.B. Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Ankara.
12. Ayça, A., Hızel, S., şanlı, C. (2005). Kırıkkale ilinde adölesanlara verilen üreme sağlığı eğitiminin değerlendirilmesi. Gazi Üniversitesi Tıp Fakóltesi Dergisi, 3(7), 23-28.

13. Baltaş, Z. (2000). Sağlık psikolojisi/ Halk Sağlığında Davranış Bilimleri. 1. Baskı; Remzi kitabevi, İstanbul, 57-88.
14. Bandura, A.(1998). Health promotion from the perspective of social cognitive theory. *Psychology and Health*, 13, 623-649.
15. Başer, M. (2000). Adolesan cinselliği ve gebeliği. *C.Ü Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 4(1), 50-54.
16. Birsöz, S. (1991). Gençlik dönemine ilişkin bio-psikososyal sorunlar ve sağlık, *Aile ve Toplum Dergisi*, 1(1), 103-107.
17. Birol, L. (2002). Hemşirelik bakımında sistematik yaklaşım, *Hemşirelik Süreci*. 5.Baskı, Etki Matbaacılık, 14-17, İzmir.
18. Brener, N.D, Eaton, D.K, Kann, L. et al. (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.
19. Bulduk, S., Esin, N.M, Umut, N. (2006). Adölesanların HIV/AIDS bilgi düzeyleri ve hastalığına karşı sosyal ön yargılar. *STED*, 15(8), 139-143.
20. Bulut, A., Nalbant, H., Çokar, M. (2002). Ergenlerin sağlık bilincinin geliştirme projesi. İstanbul,TC Milli Eğitim Müdürlüğü.
21. Ceyhun, A.G., Ceyhun, B. (2003). Lise ve üniversite öğrencilerinde intihar olasılığının değerlendirilmesi, *Klinik Psikiyatri*, 6(4), 217-224.
22. Chompion, J.D., Kelly, P., Shain, R.N., Piper, J.M. (2004). Rural Mexican-American adolescent sexual risk behavior. *The Journal of Rural Health*, 20(3), 279-285.
23. Courtenay, H.W., McCreary, D.R., Merighi, J.R. (2002). Gender and ethnic differences in health beliefs and behaviors. *Journal of Health Psychology*, 7(3), 219-231.
24. Çelik, P., Esen, A., Yorgancıoğlu, M. ve Ark. (2000). Manisa ilinde lise öğrencilerinin sigaraya karşı tutumları, *Toraks Dergisi*, 1(1), 61-66.

25. Çimen, S. (2003). 15-18 Yaş grubu gençlerde riskli sağlık davranışları ölçeğinin geliştirilmesi, Doktora Tezi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
26. Çimen, S., Savaşer, S. (2003). 15-18 Yaş grubu gençlerde riskli sağlık davranışları ölçeği'nin geliştirilmesi. 47.Milli Pediatri Kongresi ,21-23 Ekim, İstanbul; 44-50
27. Çuhadaroğlu, F. (2001). Ergenlik döneminde psikolojik gelişim özellikleri. Katkı Pediatri Dergisi, 21(6), 863-868.
28. Danacı, M.(2008). Adana ilinde farklı tipteki liselerde öğrenim gören adolesan dönemi öğrencilerde fiziksel aktivitenin değerlendirilmesi. Yüksek Lisans Tezi, Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Beden Eğitimi ve Spor Yüksek Okulu, Adana.
29. Demirezen, E., Coşansu, G. (2005). Adölesan çağı öğrencilerde beslenme alışkanlıklarının değerlendirilmesi. STED, 14(8), 174-178.
30. Doğan, O. (2001). Sivas ilindeki lise öğrencilerinde madde kullanımı yaygınlığı. Bağımlılık Dergisi, 38(2), 19-25.
31. Edelman, C. L. (1998). Healt promotion, young adult. Throughout the Lifspan, Fourth Ed. Mosby. St. Louis, 582-606.
32. Ercan, O. (2005a). Adolesanın sağlığı ve riskli davranışları ile aile ilişkisi. İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri, Adolesan Sağlığı Sempozyum Dizisi No: 43, 51-53.
33. Ercan, O. (2005b). Adolesanın Psikososyal Gelişimi. İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri, Adolesan Sağlığı Sempozyum Dizisi No: 43,17-21.
34. Ercan, O., Alikashişoğlu, M., Eringöz, E. (2001). İstanbul lise gençlerinde riskli davranışların sıklığı ve cinsiyete göre dağılımı. Cerrah Paşa Gençlik Sağlık Araştırmaları, Türk Pediatri Arşivi, 36: 199-211.
35. Erdem, G., Eke, Y.C., Ögel, K., Taner, S. (2006). Lise öğrencilerinde arkadaş özellikleri ve madde kullanımı. Bağımlılık Dergisi, 7, 111-116.

36. Geçkil, E., Yıldız, S. (2006). Adölesanlara yönelik beslenme ve stresle baş etme eğitiminin sağlığı geliştirmeye etkisi. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 10(2), 19-28.
37. Geçkil, E., Dünder, Ö. (2007). Adölesanların riskli sağlık davranışları ve benlik saygısı düzeylerinin belirlenmesi. I. Ulusal Pediatri Hemşirelik Kongresi, 21-23 Haziran, İzmir.
38. Gölbaşı, Z. (2003). Sağlıklı gençlik ve sağlık için bir adım; Cinsel sağlık eğitimi. Aile ve Toplum Dergisi, 6(2), 122-138
39. Göka, E., Türkçaparoğlu, H. (2003). Gençlik ve şiddet. Ege Bireysel Gelişim Yayınları, 10-14, İzmir.
40. Göksel, T., Cirit, M., Bayındır, Ü. (2001). İzmir ili lise öğrencilerinin sigara alışkanlığını etkileyen faktörler. Toraks Dergisi, 2(3), 49-53.
41. Herken, H., Özkan, İ. (2000). Sigara ve sosyal öğrenme. Genel Tıp Dergisi, 8(1),45-47.
42. Herken, H., Özkan, İ., Kaya, N. (2006). Gençlerdeki sigara kullanma davranışında anne baba tutumunun ve sosyo-kültürel düzeyin etkisi. Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri A.B.D.Yayımları, 285-289, Konya.
43. Holstein, E., Elena, H.P., Rikke, K. et al. (2007). Trends in vigorous physical activity versus physical inactivity among 11-15 years old from 2002 to 2007. Pediatrics, 169(1),37-42.
44. İzmir İli Milli Eğitim Müdürlüğü, Araştırma Planlama İstatistik Bölümü Sayısal Bilgiler 2005-2006. <http://izmir.meb.gov.tr/istatistik.php> Erişim; 12 Şubat 2007.
45. Kaivusilta, L.K., Rimpela, A.H., Rimpela, M.K. (1999). Health related lifestyle in adolescence origin of social class differences in health. Health education research, 14(3), 339-355.
46. Kallio, P.J. (2001). Health promotion and behavioral approaches in the prevention of periodontal disease in children and adolescents. Periodontology, 26, 135-145.

47. Karatay, G., Kubilay, G. (2004). Sosyo ekonomik düzeyi farklı iki lisede madde kullanma durumu ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi. *Hemşirelik Araştırma Geliştirme Dergisi*, 1(2), 57-77.
48. Kara, B., Hatun, Ş., Aydoğan, M. ve Ark.. (2003). Kocaeli ilindeki lise öğrencilerinde sağlık açısından riskli davranışların değerlendirilmesi. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi*, 46, 30-37.
49. Kaya, F., Büyükşerbetçi, M., Meriç, M. ve Ark. (2006). Ankara’da bir lisenin 9 ve 10. sınıf öğrencilerinin kişisel hijyen konusunda davranışlarının belirlenmesi. *STED*, 15(10), 179-183.
50. Keskinoglu, P., Karakuş, N., Pıçakçıefe, M. ve Ark. (2006). İzmir’de lise öğrencilerinde sigara içme sıklığı ve içicilik davranışı üzerine sosyal öğrenmenin etkisi, *Toraks Dergisi*, 7(3), 49-53.
51. Lule, E., Rosen, E.J., Singh, S. et al.(2005). Adolescent health programs. *Population Services International Washington Dc, Chapter*, 59, 1109-1125.
52. Mandlco, B.L., Potts, N.L. (2002). Growth and development the adolescent, *Pediatric Nursing Caring for Childrend and Their Families Delmar Thomson Learning, Fourth Ed. Mosby. St. Louis, United States of America*, 305-349.
53. Miller, J.W., Naimi, T.S., Brewer, R.D., Jones, S.E. (2007). Binge drinking and associated health risk behaviors among high school students. *Pediatrics*, 119(1), 76-85.
54. Mot, R.W., Dishman, R.K., Saunders, R.P. et al. (2007). Perception of physical and social environment variables and self-efficacy as correlates of self-reported physical activity among adolescent girls. *Journal Of Pediatric Psychology*, 32(1), 6-12.
55. Nahçıvan, N. (2000a). Sağlığı sürdürme, geliştirme ve hemşirelik. *Hemşirelik Bülteni*, 6(32), 29-35
56. Nahçıvan, N. (2000b). Sağlıklı gençlerde öz bakım gücü ve aile ortamının etkisi, *IV Ulusal Hemşirelik Kongresi Bildiri Özet Kitapçığı*, 24-27, Ankara.

57. Nelson, M.C., Neumark, D., Hannan, P. J. et al.(2006). Longitudinal and secular trends in physical activity and sedentary behavior during adolescence. *Pediatrics*, 118(6), 1627-1634.
58. Ocakçı, A. (2005). Sağlık ve toplum. Hemşireliğin Temelleri, Boz matbaacılık, İstanbul, 34-40.
59. Oral, G. (2005). Çocuk ve ergende madde kullanımı ve adli psikiyatri. İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri, Adölesan Sağlığı Sempozyum Dizisi No: 43, 97-110.
60. Ögel, K., Çorapçioğlu, A., Sır, A. ve Ark. (2004). Dokuz ilde ilk ve orta öğretim öğrencilerinde tütün, alkol ve madde kullanımının yaygınlığı. *Türk Psikiatri Dergisi*, 15(2), 112-118.
61. Ögel, K., Eke, C.Y., Erdoğan, N. ve Ark. (2005). İstanbul ‘da gençler arasında cinsellik araştırma raporu. Yeniden Yayın No:16, İstanbul.
62. Ögel, K., Tamer, D., Evren, C., Çakmak, D. (2000). İstanbul’da lise gençleri arasında sigara, alkol ve madde kullanım yaygınlığı. *Klinik Psikiatri Dergisi*, 3(3), 185-191.
63. Önsüz, M., Hıdıroğlu, S. (2008). İstanbul’da farklı iki ilk öğretim okulundaki öğrencilerin kişisel hijyen alışkanlıklarının belirlenmesi. *ADÜ Tıp Fakültesi Dergisi*, 9(1), 9-17.
64. Öz, F. (2004). Sağlık alanında temel kavramlar; sağlık ve hastalık. Bozkaya Matbaacılık; 48-57, Ankara.
65. Özcebe, H., Dam, A. (2005). Gençlere yönelik üreme sağlığı hizmetleri, Katılımcı Kitabı, T.C Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Ankara.
66. Özcebe, H., Çamur, D., Akansoy, S. ve Ark. (2002). Bir lisede ikinci sınıf öğrencilerinde sigara içme sıklığı. *Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakltesi Dergisi*, 6(4),32-40.
67. Özcebe, H. (2002). Birinci basamakta adolesan sorunlarına yaklaşım.*STED*, 11(10), 374-377.

68. Öztora, S. (2005). İlk öğretim çağındaki çocuklarda obezite prevalansının belirlenmesi ve risk faktörlerinin araştırılması, Gazi Üniversitesi Sağlık bilimleri, Uzmanlık Tezi, Ankara.
69. Özmen, D., Çetinkaya, A., Ergin, D. ve Ark. (2007). Lise öğrencilerinin yeme alışkanlıkları ve beden ağırlığı denetleme davranışları. TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni, 6(2), 98-105.
70. Özyurt, B., Dinç, G. (2006). Manisa’da okul çağı çocuklarda alkol kullanım sıklığı ve alkol kullanımı ile ilişkisi. TSK Koruyucu Hekim Bülteni, 5(2), 61-75.
71. Parman, T. (1997). Ergenlik: Bir giriş yazısı. 3P Dergisi, 5(4), 7-9.
72. Parlak, A., Çetinkaya, Ş. (2006). Çocuklarda obezitenin oluşumunu etkileyen faktörler. 42. Türk Pediatri Kongresi, 15-20 Mayıs, Antalya.
73. Paxton, R.J., Valois, R.F., Watkins, K.W. et al. (2007). Sociodemographic differences in depressed mood; results from a nationally representative sample of high school adolescents, Journal of School Health, 77(4), 180-186.
74. Perez, A., Reiningger, B.M., Senderson, M.I.A., Roberts, R.E. (2006). Physical activity and overweight among adolescent Mexico Border. Rev Panam Salud Publica, 19(4), 244-252.
75. Pender, N. J. (1987). Health Promotion in nursing Practice. -2nd.ed. USA.
76. Pender, N. J., Walker, N. S., Sechrist, R. K., Strombog, F. M. (1990). Predicting Health – Promoting Lifestyles in the Workplace. Nursing Research, 39/6.
77. Pender, N., Barkauskas, V., Hayman, L. (1992). Health Promotion and Disease Prevention Toward Excellence in Nursing Practice and Education. Nursing Outlook. 40/3.
78. Pillitteri, A. (1999). Child health nursing care of the child and family. Lippincott Philadelphia, 301-344.
79. Rosenfeld, A. J. (2000). Women’s Health In Primary Care. First Ed. Copyright, United States of America.

80. Seçginli, S., Erdoğan, S., Demirezen, E. (2004). Okul sağlığı tarama programı; Bir pilot çalışma örneği. STED, 13(12), 462-465.
81. SHPPS. School Health Policies and Programs Study (2006). Violence and suicide prevention, Journal of school Health, 77(8), 232-238.
82. Selda, H., Cihat, S., Serdar, F., Ayça, A. (2005). Lise öğrencilerinde riski oluşturan davranışlar. İ.Ü. Cerrah Paşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitim Etkinlikleri Sempozyum Dizisi, 43, 109-117.
83. Set, T., Dağdeviren, N., Aktürk, Z. (2006). Ergenlerde cinsellik. Genel Tıp Dergisi, 16(3), 137-141.
84. Siyez, D. (2006). Ergenlik döneminde intihar girişimleri; Bir gözden geçirme. Kastamonu Eğitim Dergisi, 14(2), 413-420.
85. Siyez, M. (2005). Ergen sağlığına yönelik davranışları ile bazı psikososyal değişkenler arasındaki ilişkinin incelenmesi. 3P Dergisi, 13(2), 119-125.
86. Siyez, M.D, Aysan, F. (2007). Ergenlerde görülen problem davranışların psikososyal risk faktörleri ve koruyucu faktörler açısından incelenmesi. Eğitim Fakültesi Dergisi, 20(1), 145-171.
87. Srof, B.J., Velsor, F.B. (2006). Health promotion in adolescents; A review of Pender's health promotion model. Nursing Science Quarterly, 19(4), 366-373.
88. Spear, H.J., Kulbok, P.A. (2001). Adolescent health behaviors and related factors;a review. Public Health Nursing, 18(2), 82-93.
89. Sormaz, Ü. (2006). İzmit'de lise öğrencilerinin besin tercihleri ve beslenme bilgi düzeyleri üzerinde bir araştırma. Ankara Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü, Ev Ekonomisi Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Ankara.
90. Souza, G.S., Fatima, M., Duarte, S. (2005). Behavior change stages related to physical activity in adolescents. Rev Bras Med Esporte, 11(2), 103-107.
91. Sümbüllüoğlu, V., Sümbüllüoğlu, K. (2002). Biyoistatistik. Hatiboğlu Yayınları, Ankara.

92. Şaşmaz, T., Buğdaycı, R., Toros, F. ve Ark. (2006). Ergenlerde alkol içme prevalansı ve olası risk faktörleri. Okul Tabanlı Kesitsel Bir Çalışma, TAF Preventive Medicine Bulletin, 5(2), 94-102.
93. Şimşek, F., Ulukol, B., Berberoğlu, M. ve Ark. (2005). Ankara’da bir ilköğretim okulu ve lisede obezite sıklığı. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 58, 163-166.
94. Tabak, R.S., Akköse, K. (2006). Ergenlerin sağlık denetim odağı algılama düzeyleri ve sağlık davranışlarına etkileri, TAF Preventive Medicine Bulletin, 5(2), 118-130.
95. Taşçı, E., Atan, Ş.Ü., Durmaz, N. ve Ark. (2005). Kız meslek lisesi öğrencilerinin madde kullanma durumları. Bağımlılık Dergisi, 6(3), 122-128.
96. Tot, Ş., Yazıcı, K., Yazıcı, A.E. ve Ark. (2002). Mersin Üniversitesi öğrencilerinde sigara ve alkol kullanım yaygınlığı ve özellikleri, Anadolu Psikiyatri Dergisi, 3, 227-231.
97. Türk, M., Gürsoy, Ş.T., Ergin, I. (2007). Kentsel bölgede lise birinci sınıf öğrencilerin beslenme alışkanlıkları. Genel Tıp Dergisi, 17(2), 81-87.
98. Tüzün, D.Ü. (2005). Gençlik dönemi depresyon ve intihar. İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri, Adölesan Sağlığı Sempozyum Dizisi No; 43, 53-58.
99. Ünalın, P.C., Kaya, Ç.A., Akgün, T. ve Ark. (2007). Birinci basamakta ergen sağlığına yaklaşımı. Türkiye Klinikleri J. Med Sci, 27, 567-576.
100. Üner, S., Özcebe, H., Çetik, H. (2009). Farklı sosyoekonomik düzeylerde yer alan üç lisenin birinci sınıf öğrencilerinde yaralanmalar ve risk faktörleri, Türk Klinikleri J.Med.Sci. 29 (1), 180-188.
101. Velioğlu, P. (1999). Hemşirelik kavram ve kurallar; sağlık/ hastalık kavramı. Altaş Ofset Matbaası, 78-90, İstanbul.
102. Von, D., Ebert, S., Ngamvitroj, A. et al. (2004). Predictors of health behaviours in college students. Journal Of Advanced Nursing, 48(5), 463-474
103. Yavuzer, H. (2001). Çocuk Psikolojisi. Remzi Kitabevi, Ankara, 263-325.

104. Yılmazçetin, 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.
105. Yılmaz, T. (2002). Okul sağlığı ve ergen, 38. Türk Pediatri Kongresi, Bildiri Sonuçları, 10-4 Haziran, 64-67, İstanbul.
106. YRBSS (2006). (Youth Risk Behavior Surveillance System), Division of Adolescent and School Health, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, CDC.
107. Yorulmaz, F., Aktürk, Z., Dağdeviren, N., Dalkılıç, A. (2002). Smoking among adolescents; relation to school success, socioeconomic status, nutrition and self-esteem, SwIss Med WKLY, (132), 449-454.
108. Yörükoğlu, A. (2002). Çocuk Ruh Sağlığı, Özgür Yayınları, Ankara, 375-397.
109. Yüncü, Z. (2006). Ergenlerde maddeye kötüye kullanımı, risk ve koruyucu faktörler. Comprehensive Textbook of Psychiatry, 4, 3471-3474.
110. Zabinski, M.F., Norman, G.J., Sallis, J.F. et al. (2007). Patterns of sedentary behavior among adolescents. Health psychology, 26(1), 113-120.
111. Zaborskis, A., Lenciauskiene, I. (2006). Health behavior among lithuania's adolescents in contex of european union. Croat Med. J., (47), 335-343.
112. Ward, D.S., Dowda, M., Trost, S.G. et al. (2006). Physical activity correlates in adolescent girls who differ by weight status. Obesity, 14(1), 97-107.
113. Whitehead, D. (2002). Evaluating health promotion; A Model for Nursing Practice, Journal of Advanced Nursing, 41(5), 490-498.
114. WHO, (2008). Adolescent health promotion; 10 facts on adolescent health, http://www.who.int/features/factfiles/adolescent_health/en/index.html; Erişim: 2 Mayıs 2009.

115. WHO, (2003). Dünya Sağlık Kurulu, 21.Yüzyıla Yönelik Herkes İçin Sağlık Politikası, Gündem Maddesi, 16-19 Mayıs; <http://www.who.ch/hpr/Declore.htm>; Erişim Tarihi; 23 Nisan 2008.
116. William, A., Jeremy, R., Roza, G. et al.(2002). Adolescent health risk behavior; when do pediatric psychologist, break confidentiality?. *Journal of Pediatric Psychology*, 27(6), 541-549.
117. Wu, L., Howard, M. (2007). Is inhalant use a risk factor for heroin and injection drug use among adolescents in the united states?. *Addictive Behaviors*, 32(2), 265-281.

8. EKLER

Ek-1

TANIMLAYICI ÖZELLİKLER VERİ TOPLAMA FORMU

1. Cinsiyetiniz :
 - a) Kız
 - b) Erkek

2. Yaşınız;
3. Kilonuz;.....
4. Boyunuz;.....
6. Aile tipi
 - a) Çekirdek aile
 - b) Geniş aile
 - c) anne-baba ayrı
7. Aylık gelir durumunuz;
 - a) Gelir-gidere denk
 - b) Gelir-giderden az
 - c) Gelir-giderden fazla
8. Sağlığınız size göre nasıl?
 - a) Çok kötü
 - b) Kötü
 - c) Orta
 - d) İyi
 - e) Çok iyi

Ek-2

RİSKLİ SAĞLIK DAVRANIŞLARI ÖLÇEĞİ

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



Sağlık Davranışları	Hiç bir zaman	Oldukça seyrek	Bazen	Çoğunlukla	Hemen her zaman
20. Sigara içerim.					
21. Alkollü içecekler içerim.					
22. Haftada en az 3 gün, her seferinde 20-30 dakika; futbol/voleybol oynama, koşma, hızlı bisiklet sürme gibi kalp atışlarımı hızlandıran fiziksel aktiviteleri yaparım.					
23. Haftada en az 5 gün veya her gün, her seferinde 20-30 dakika; yürüme, yavaş bisiklet sürme, paten yapma gibi kendimi fazla zorlamayan bir fiziksel aktivite yaparım.					
24. Günde 2 saatten fazla televizyon izlerim.					
25. Geceleri en az 8 saat uyurum.					
26. Günde en az 2 saat bilgisayar/atari başında vakit geçiririm.					
27. Bir sağlık elemanının tavsiyesi olmadan zayıflamak için rejim yaparım.					
28. Zayıflamak veya kilo almamak için yemek yedikten sonra kusmaya çalışırım.					
29. Boks, uzun atlama, motosiklet yarışı gibi 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 cinsel ilişkide (ben ya da partnerim kılıf/kondom/ prezervatif kullanmadan) bulunurum.					

EK-4

BALÇOVA BÖLGESİNDE BULUNAN LİSELER

1. Balçova Lisesi
2. Sacide Ayaz Lisesi
3. Salih Dede Lisesi
4. Nevvar Şain İşören Lisesi