

**TÜRKİYE CUMHURİYETİ  
ANKARA ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**ANKARA'DAKİ İKİ LİSENİN ÖĞRENCİLERİNDE  
RİSKLİ SAĞLIK DAVRANIŞLARI VE BUNLARA  
AKRAN BASKISI İLE DİĞER BAZI FAKTÖRLERİN ETKİSİ**

**Gülcihan ARSLAN ŞAHİN**

**HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI  
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**DANIŞMAN  
Prof. Dr. Recep AKDUR**

**2011 ANKARA**

**TÜRKİYE CUMHURİYETİ  
ANKARA ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**ANKARA'DAKİ İKİ LİSENİN ÖĞRENCİLERİNDE  
RİSKLİ SAĞLIK DAVRANIŞLARI VE BUNLARA  
AKRAN BASKISI İLE DİĞER BAZI FAKTÖRLERİN ETKİSİ**

**Gülcihan ARSLAN ŞAHİN**

**HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI  
(Halk Sağlığı Hemşireliği Programı)  
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**DANIŞMAN  
Prof. Dr. Recep AKDUR**

**2011 ANKARA**

**Kabul ve Onay**

**Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü**

Halk Sağlığı Hemşireliği Programı

Çerçevesinde yürütülmüş olan bu çalışma, aşağıdaki jüri tarafından Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi:02/05 / 2011

Prof. Dr. Recep AKDUR  
Ankara Üniversitesi  
Jüri Başkanı

Prof. Dr. Ferda ÖZYURDA  
Ankara Üniversitesi  
Raportör

Prof. Dr. Feride AKSU TANIK  
Ankara Üniversitesi

Doç. Dr. Tuğrul ERBAYDAR  
Ankara Üniversitesi

Doç. Dr. Mustafa N. İLHAN  
Gazi Üniversitesi

**İÇİNDEKİLER**

Kabul ve Onay	ii
İçindekiler	iii
Önsöz	vi
Simgeler Ve Kısaltmalar	vii
Şekiller	ix
Çizelgeler	x
1.GİRİŞ	1
1.1.    Konunun Tanımı ve Önemi	1
1.2.    Araştırmanın Amacı	2
1.3.    Genel Bilgiler	2
1.3.1    Ergenliğin Dönemleri	5
1.3.2.    Ergenlerde Risk Almayı Açıklayan Psikolojik Örüntüler	8
1.3.3.    Gençlerde Risk Alma Davranışlarının Genel Özellikleri	11
1.3.4.    Gençlerde Riskli Sağlık Davranışları	13
1.3.5.    Akran Baskısı	28
2. GEREÇ VE YÖNTEM	32
2.1    Araştırmanın Tipi	32
2.2.    Araştırmanın Yeri	32
2.3.    Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	32
2.4.    Araştırmanın Hipotezleri	34
2.5.    Bağımlı ve Bağımsız Değişkenler	34
2.5.1.    Bağımlı Değişkenler	34
2.5.2.    Bağımsız Değişkenler	34
2.6.    Veri Toplama Araçları	35
2.6.1.    Kişisel Bilgi Formu	35

2.6.2.	Riskli Sağlık Davranışları Anketi	36
2.6.3.	Akran Baskısı Ölçeği (ABÖ)	41
2.7.	Anketin Ön Uygulaması	41
2.8.	Verilerin Analizi	41
2.9.	Araştırmada Kullanılan Bazı Tanım ve Gruplamalar	42
2.9.1.	Akran Baskısı Puanı (ABP)	42
2.9.2.	Olumlu Sağlık Davranışları Puanı	42
2.9.3.	Olumsuz Sağlık Davranışları Puanı	43
2.10.	Araştırma İle İlgili Olarak Çeşitli İzinlerin Alınması	43
2.11.	Süre ve Olanaklar	44
2.12.	Araştırmanın Sınırlılıkları	44
3. BULGULAR		45
3.1.	Öğrencilerin Tanımlayıcı Özelliklerine İlişkin Bulgular	45
3.2.	Öğrencilerin Riskli Sağlık Davranışları Anketine Verdikleri Yanıtların Dağılımı	54
3.2.1.	Riskli Sağlık Davranışları Anketine Verilen Bazı Cevapların Okul Türüne Göre Dağılımları	65
3.2.2.	Riskli Sağlık Davranışları Anketine Verilen Bazı Cevapların Cinsiyete Göre Dağılımları	85
3.2.3.	Riskli Sağlık Davranışları Anketine Verilen Bazı Cevapların Ekonomik Duruma Göre Dağılımları	102
3.2.4.	Riskli Sağlık Davranışları Anketine Verilen Bazı Cevapların Anne Öğrenim Durumuna Göre Dağılımları	105
3.2.5.	Riskli Sağlık Davranışları Anketine Verilen Bazı Cevapların Baba Öğrenim Durumuna Göre Dağılımları	107
3.3.	Riskli Sağlık Davranışları Puanı ve Akran Baskısı Puanı Arasındaki İlişki	110
3.4.	Öğrencilerin Riskli Sağlık Davranış Puanı, Akran Baskısı Puanı ve Bazı Sosyoekonomik Durum Bilgilerine İlişkin Bulgular	111

4.TARTIŞMA	124
4.1. Öğrencilerin Tanımlayıcı Özelliklerinin Değerlendirilmesi	124
4.2. Öğrencilerin Riskli Sağlık Davranışları Anketine Verdikleri Yanıtların Değerlendirilmesi	128
4.3. Riskli Sağlık Davranışları ve Akran Baskısı Puanlarının Bazı Tanımlayıcı Özelliklere Göre Değerlendirilmesi	131
5. SONUÇ VE ÖNERİLER	141
5.1. Öğrencilerin Tanımlayıcı Özelliklerine Ait Sonuçlar	141
5.2. Öğrencilerin Riskli Sağlık Davranışları Anketine Verdikleri Bazı Cevaplara Ait Sonuçlar	142
5.3. Öğrencilerin Riskli Sağlık Davranışları ve Akran Baskısı Puanlarına Ait Sonuçlar	143
5.4. Öneriler	144
ÖZET	146
SUMMARY	148
KAYNAKLAR	150
EKLER	159
EK-1	159
EK-2	160
EK-3	161
EK-4	165
EK-5	167
EK-6	168
ÖZGEÇMİŞ	171

## ÖNSÖZ

Araştırma konusunun seçimi, yürütülmesi ve tez yazımı aşamalarındaki tüm yardımlarından dolayı değerli tez danışmanım Prof. Dr. Recep AKDUR'a, deneyim ve bilgileriyle yön gösteren Doç. Dr. Deniz ÇALIŞKAN'a ve Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Öğretim Üyelerine,

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Biyoistatistik Anabilim Dalında Araştırma Görevlisi Derya ÖZTUNA'ya,

Yardımları ve desteklerini esirgemeyen sevgili eşim Hakan ŞAHİN'e ve aileme, araştırmaya katılmayı kabul eden tüm öğrencilere teşekkür ederim.

Gülcihan ŞAHİN

Ankara, Nisan 2011

## SİMGELER VE KISALTMALAR

ABD	Amerika Birleşik Devletleri
ABÖ	Akran Baskısı Ölçeği
ABP	Akran Baskısı Puanı
AIDS	Acquired Immune Deficiency Syndrome/Edinilmiş Bağışıklık Yetersizliği Sendromu
AP	Aile Planlaması
CDC	Center's of Disease Control and Prevention/ Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezi
CETAD	Cinsel Eğitim Tedavi ve Araştırma Derneği
CYBH	Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklar
ÇL	Çankaya Lisesi
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
ESPAD	European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs/ Alkol ve Diğer Uyuşturucu Kullanımına Yönelik Avrupa Okul Araştırma Projesi
HIV	Human Immunodeficiency Virus/ İnsan Bağışıklık Yetmezlik Virüsü
IQ	İntelligence Quotient/Zeka Katsayısı
KOAH	Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı
LSD	Liserjik Asid Dietilamid
RMSEA/(YHKOK)	Root Mean Square Error of Approximation/ Yaklaşımın Hata Kareler Ortalaması Karekökü
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences/ Sosyal Bilimler İçin İstatistik Paketi
TBMM	Türkiye Büyük Millet Meclisi
TNSA	Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması
TÜİK	Türkiye İstatistik Kurumu
UNESCO	United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization/ Birleşmiş Milletler Eğitim, Bilim ve Kültür Kurumu



UNICEF	United Nations International Children's Emergency Fund/Birleşmiş Milletler Uluslar arası Çocuklara Yardım Fonu.
YBL	Yıldırım Beyazıt Lisesi
YRBSS	Youth Risk Behavior Surveillance System/ Gençlik Riskli Davranış İzlem Sistemi

## ŞEKİLLER

Şekil 1.1. Risk Alma Davranışlarının Başlıca Nedenleri

10

## ÇİZELGELER

<b>Çizelge 1.1</b>	Adolesanların Psikososyal Gelişim Dönemleri (Özcebe, 2002).	7
<b>Çizelge 1.2.</b>	Madde Kullanım Açısından Risk Faktörleri	17
<b>Çizelge 1.3.</b>	Madde Kullanımı Açısından Koruyucu Faktörler	18
<b>Çizelge 2.1.</b>	Okulların Sınıflara Göre Evren ve Örneklem Dağılımı	33
<b>Çizelge 2.2.</b>	Riskli Sağlık Davranışları Anketi'nde Yer Alan Bilgi, Tutum ve Davranış Cümleleri	37
<b>Çizelge 2.3.</b>	Riskli Sağlık Davranışları Anketi Soru Cümlelerinin Faktör Yük Değerleri	40
<b>Çizelge 2.4</b>	Araştırmaya Katılan Öğrencilerin Akran Baskısı Düzeylerine Göre Dağılımı	42
<b>Çizelge 2.5</b>	Araştırmaya Katılan Öğrencilerin Olumlu Sağlık Davranış Düzeylerine Göre Dağılımı	43
<b>Çizelge 2.6</b>	Araştırmaya Katılan Öğrencilerin Olumsuz Sağlık Davranış Düzeylerine Göre Dağılımı	43
<b>Çizelge 3.1.</b>	Öğrencilerin Okullara Göre Cinsiyet ve Sınıf Dağılımları	46
<b>Çizelge 3.2.</b>	Öğrencilerin Okullara Göre Yaş Dağılımları	47
<b>Çizelge 3.3.</b>	Öğrencilerin Okullara Göre Doğum Yeri Dağılımları	48
<b>Çizelge 3.5.</b>	Öğrencilerin Okullarına Göre Anne Çalışma ve Baba Çalışma Durumlarının Dağılımları	51
<b>Çizelge 3.6.</b>	Öğrencilerin Okullarına Göre Sene Kaybı Durum Dağılımları	52
<b>Çizelge 3.7.</b>	Öğrencilerin Okullarına Göre Aile Tipi Dağılımları	52
<b>Çizelge 3.8.</b>	Öğrencilerin Ekonomik Durum ve Sağlık Durumlarını Algılamalarına Göre Okul Dağılımları	54
<b>Çizelge 3.9.</b>	Öğrencilerin Riskli Sağlık Davranışı Anketinde Bağımlılık Yapıcı Maddelere Ait Sorulara Verdikleri Cevaplar ve Dağılımları	56
<b>Çizelge 3.10.</b>	Öğrencilerin Riskli Sağlık Davranışı Anketinde Beslenme Davranışlarına Ait Sorulara Verdikleri Cevaplar ve Dağılımları	58
<b>Çizelge 3.11.</b>	Öğrencilerin Riskli Sağlık Davranışı Anketinde Yaralanmalara Ait Sorulara Verdikleri Cevaplar ve Dağılımları	60

<b>Çizelge 3.12.</b> Öğrencilerin Riskli Sağlık Davranışı Anketinde Üreme Sağlığına Ait Sorulara Verdikleri Cevaplar ve Dağılımları	61
<b>Çizelge 3.13.</b> Öğrencilerin Riskli Sağlık Davranışı Anketinde Fiziksel Aktiviteye Ait Sorulara Verdikleri Cevaplar ve Dağılımları	62
<b>Çizelge 3.14.</b> Öğrencilerin Riskli Sağlık Davranışı Anketinde Şiddet Davranışlarına Ait Sorulara Verdikleri Cevaplar ve Dağılımları	64
<b>Çizelge 3.15.</b> Sarhoşluk verici içecekler sağlığı olumsuz etkiler cümlesine verilen yanıtların okula göre dağılımları	65
<b>Çizelge 3.16.</b> Bağımlılık yapıcı maddeler sağlığa zararlıdır cümlesine verilen yanıtların okula göre dağılımları	66
<b>Çizelge 3.17.</b> Bağımlılık yapıcı ve keyif verici madde denedim cümlesine verilen yanıtların okula göre dağılımları	67
<b>Çizelge 3.18.</b> Her gün en az üç öğün yemek yerim cümlesine verilen yanıtların okula göre dağılımları	68
<b>Çizelge 3.19.</b> Fastfood türü yiyecekleri sık tüketirim cümlesine verilen yanıtların okula göre dağılımları	69
<b>Çizelge 3.20.</b> Fazla kilomdan dolayı diyet yaparım cümlesine verilen yanıtların okula göre dağılımları	70
<b>Çizelge 3.21.</b> Egzersiz yapmak sağlığı olumlu etkiler cümlesine verilen yanıtların okula göre dağılımları	71
<b>Çizelge 3.22.</b> Haftada en az iki gün spor yaparım cümlesine verilen yanıtların okula göre dağılımları	72
<b>Çizelge 3.23.</b> Her gün en az üç saat televizyon izlerim cümlesine verilen yanıtların okula göre dağılımları	73
<b>Çizelge 3.24.</b> Her zaman trafik kurallarına uyarım cümlesine verilen yanıtların okula göre dağılımları	74
<b>Çizelge 3.25.</b> Arabaya bindiğimde her zaman emniyet kemeri takarım cümlesine verilen yanıtların cinsiyete göre dağılımları	75
<b>Çizelge 3.26.</b> Alkollü sürücünün kullandığı arabaya binmem cümlesine verilen yanıtların okula göre dağılımları	76
<b>Çizelge 3.27.</b> Kendimi sık sık ümitsiz ve üzgün hissederim cümlesine verilen yanıtların okula göre dağılımları	77

<b>Çizelge 3.28.</b> Okul ve çevresinde yaralayıcı alet taşınmasını doğru bulmam cümlesine verilen yanıtların okula göre dağılımları	78
<b>Çizelge 3.29.</b> Arkadaşlarıma kantinden kendime zorla bir şeyler ısmarlatırım cümlesine verilen yanıtların okula göre dağılımları	79
<b>Çizelge 3.30.</b> AIDS ve Hepatit-B'den korunma yolları ile ilgili yeterli bilgin yok cümlesine verilen yanıtların okula göre dağılımları	80
<b>Çizelge 3.31.</b> Kan ve cinsel yolla bulaşan hastalıklar hakkında ihtiyacım olan bilgiyi sağlık personelinden almak isterim cümlesine verilen yanıtların okula göre dağılımları	81
<b>Çizelge 3.32.</b> Aile planlaması konusunda bilgilerimin yetersiz olduğunu düşünüyorum cümlesine verilen yanıtların okula göre dağılımları	82
<b>Çizelge 3.33.</b> RSDA' ya Verilen Cevapların Okul Türüne Göre X <sup>2</sup> ve P Değerleri	83
<b>Çizelge 3.34.</b> Sarhoşluk verici içecekler sağlığı olumsuz etkiler cümlesine verilen yanıtların cinsiyete göre dağılımları	85
<b>Çizelge 3.35.</b> Bağımlılık yapıcı maddeler sağlığa zararlıdır cümlesine verilen yanıtların cinsiyete göre dağılımları	86
<b>Çizelge 3.36.</b> Bağımlılık yapıcı ve keyif verici madde denedim cümlesine verilen yanıtların cinsiyete göre dağılımları	87
<b>Çizelge 3.37.</b> Her gün en az üç öğün yemek yerim cümlesine verilen yanıtların cinsiyete göre dağılımları	88
<b>Çizelge 3.38.</b> Fastfood türü yiyecekleri sık tüketirim cümlesine verilen yanıtların cinsiyete göre dağılımları	89
<b>Çizelge 3.39.</b> Fazla kilomdan dolayı diyet yaparım cümlesine verilen yanıtların cinsiyete göre dağılımları	90
<b>Çizelge 3.40.</b> Egzersiz yapmak sağlığı olumlu etkiler cümlesine verilen yanıtların cinsiyete göre dağılımları	91
<b>Çizelge 3.41.</b> Haftada en az iki gün spor yaparım cümlesine verilen yanıtların cinsiyete göre dağılımları	92
<b>Çizelge 3.42.</b> Her gün en az üç saat televizyon izlerim cümlesine verilen yanıtların cinsiyete göre dağılımları	93

<b>Çizelge 3.43.</b> Her zaman trafik kurallarına uyarım cümlesine verilen yanıtların cinsiyete göre dağılımları	94
<b>Çizelge 3.44.</b> Arabaya bindiğimde her zaman emniyet kemeri takarım emniyet kemeri takarım cümlesine verilen yanıtların cinsiyete göre dağılımları	95
<b>Çizelge 3.45.</b> Alkollü sürücünün kullandığı arabaya binmem cümlesine verilen yanıtların cinsiyete göre dağılımları	96
<b>Çizelge 3.46.</b> Kendimi sık sık ümitsiz ve üzgün hissedirim cümlesine verilen yanıtların cinsiyete göre dağılımları	97
<b>Çizelge 3.47.</b> Okul ve çevresinde yaralayıcı alet taşınmasını doğru bulmam cümlesine verilen yanıtların cinsiyete göre dağılımları	98
<b>Çizelge 3.48.</b> Arkadaşlarıma kantinden kendime zorla bir şeyler ısmarlatırım cümlesine verilen yanıtların cinsiyete göre dağılımları	99
<b>Çizelge 3.49.</b> AIDS ve Hepatit-B'den korunma yolları ile ilgili yeterli bilgim yok cümlesine verilen yanıtların cinsiyete göre dağılımları	100
<b>Çizelge 3.50.</b> Kan ve cinsel yolla bulaşan hastalıklar hakkında ihtiyacım olan bilgiyi sağlık personelinden almak isterim cümlesine verilen yanıtların cinsiyete göre dağılımları	101
<b>Çizelge 3.51.</b> Aile planlaması konusunda bilgilerimin yetersiz olduğunu düşünüyorum cümlesine verilen yanıtların cinsiyete göre dağılımları	102
<b>Çizelge 3.52.</b> Riskli Sağlık Davranışları ve Akran Baskısı Puanlarının Okullara Göre Dağılımı	111
<b>Çizelge 3.53.</b> Cinsiyete Göre Riskli Sağlık Davranış F1-F2 Puanı, Akran Baskısı Puan Dağılımı	112
<b>Çizelge 3.54.</b> Sınıf Düzeylerine Göre Akran Baskısı, Riskli Sağlık Davranış F1-F2 Puan Dağılımı	113
<b>Çizelge 3.55.</b> Doğum Yerlerine göre Akran Baskısı, Riskli Sağlık Davranış F1-F2 Puan Dağılımı	115
<b>Çizelge 3.56.</b> Anne Öğrenim Durumuna Göre Akran Baskısı, Riskli Sağlık Davranış F1-F2 Puan Dağılımı	117

<b>Çizelge 3.57.</b> Baba Öğrenim Durumuna Göre Akran Baskısı, Riskli Sağlık Davranış F1-F2 Puan Dağılımı	118
<b>Çizelge 3.58.</b> Anne Çalışma Durumuna Göre Akran Baskısı, Riskli Sağlık Davranış F1-F2 Puan Dağılımı	119
<b>Çizelge 3.59.</b> Baba Çalışma Durumuna Göre Akran Baskısı, Riskli Sağlık Davranış F1-F2 Puan Dağılımı	120
<b>Çizelge 3.60.</b> Aile Tipine Göre Akran Baskısı, Riskli Sağlık Davranış F1-F2 Puan Dağılımı	121
<b>Çizelge 3.61.</b> Ekonomik Duruma Göre Akran Baskısı, Riskli Sağlık Davranış F1-F2 Puan Dağılımı	122
<b>Çizelge 3.62.</b> Sağlık Durumunu Algılamalarına Göre Akran Baskısı, Riskli Sağlık Davranış F1-F2 Puan Dağılımı	123

## 1.GİRİŞ

### 1.1. Konunun Tanımı ve Önemi

Ergenlik dönemi bireyin hayatına yeni tecrübelerin girdiği ve değişimlerin yaşandığı bir dönemdir. Kuramcılara göre bu dönem buhranlı ve zor bir dönemdir (Yörükoğlu, 1985). 10-19 yaş grubu ergenler toplam nüfusun %18,5'ini oluşturmaktadır (TNSA, 2008). Çocukluktan erişkinliğe geçiş dönemi olan adolesan dönemi, bireyin hayatındaki en önemli süreçlerden biri olup; fiziksel, psikolojik değişimler ve erişkinliğe özgü rollerin, sorumlulukların kazanıldığı dinamik bir dönemdir ( Evren, 2008).

Tüm dünyada nüfusun beşte birini adolesanlar oluşturmaktadır. Bu nedenle ergenlik dönemi sorunlarını dikkate almak, sorunlarla baş edebilmede gençlere yardımcı olabilmek kaçınılmaz bir gereksinim olarak karşımıza çıkmaktadır. Riskli sağlık davranışlarının kazanılması adolesan dönemde başlayıp yetişkinliğe kadar devam ettiği gibi, sağlıkla ilgili olumlu bilgi, beceri ve davranışlarında kazanılması adolesan dönemde olmaktadır. Çocukluktan başlayarak yaşam boyunca bireylerin kazanması gereken olumlu sağlık davranışları; yeterli ve dengeli beslenme, zaman içinde bedende ve yaşamda oluşan değişimlerin farkında olma ve bunlarla baş edebilme, sağlığı geliştirici önlemleri uygulayabilme, sağlığa zararlı olan faktörlerden korunma olarak özetlenebilir (Bulut ve ark., 2005; Clemen ve ark., 2002). Ergenlik dönemde kazanılan birtakım riskli davranışların sonuçları erişkin döneme kadar yansiyabilmektedir.

Bu döneme ait riskli davranışların belirlenip değerlendirilmesi önemli bir çalışma alanını oluşturur. Ancak ülkemizde halen riskli sağlık davranışların belirlenmesine yönelik kalıcı ulusal bir yöntem geliştirilmemiş olsa da bir takım çaba ve çalışmalar görülmektedir. Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD) ergenler arasında sosyal problemlere, morbidite ve mortaliteye neden olan sağlık açısından riskli davranışları izlemek amacıyla Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezi (Center's of Disease Control and Prevention, CDC) Gençlik Riskli Davranış İzlem Sistemi'ni



(Youth Risk Behavior Surveillance System, YRBSS) geliştirmiştir. YRBSS; kasıtlı-kasıtsız yaralanmalar, tütün kullanımı, alkol ve diğer ilaç kullanımı, cinsel davranışlar (istenmeyen gebelik, cinsel yolla bulaşan hastalıklar, HIV “Human Immunodeficiency Virus” enfeksiyonu), beslenme alışkanlığı ve fiziksel aktivite olarak altı kategoriden oluşmaktadır (Brener ve ark., 2002). ABD, ulusal düzeyde iki yıl ara ile bu YRBSS anketini uygulamaktadır.

Riskli sağlık davranışları, gençlerin yaşları gereği en yoğun buldukları yer olan liselerde kazanılmaktadır (Kulaksızoğlu, 2000). Bu döneme ait sorunların belirlenip uygun girişimlerin ve sağlık politikalarının belirlenip ülke çapında planlanabilmesi için bu konu hakkında araştırmalara gereksinim vardır. Çalışmamızın bu yöndeki girişimlere katkı sağlayacağı ve yeni araştırmalara fikir sağlayacağı kanaatindeyiz.

## **1.2. Araştırmanın Amacı**

Bu alışma Ankara’daki iki lisenin öğrencilerinde riskli sağlık davranışları ve bunlara akran baskısı ile diğer bazı faktörlerle ilgisini irdelemek amacıyla Ankara’da iki ayrı lisede okuyan 638 öğrenci ile yapılmıştır. Öğrencilerin riskli sağlık davranış düzeylerini belirleyip ergenlere yönelik bireysel ve toplumsal sağlık hizmeti sunumunda iyileştirmeler yapabilmek için önerilerde bulunulmasını sağlayacak analizler yapmak amaçlanmıştır.

## **1.3. Genel Bilgiler**

Adolesans sözcüğü Latince bir sözcük olan “adolescere” sözcüğünden türemekte ve “büyüme”, “büyüyüp olgunlaşma” anlamına gelmektedir (Garisson ve ark., 1965). Ergenlik dönemi fiziksel ve duygusal süreçlerin yol açtığı cinsel ve psikososyal olgunlaşma ile başlayan ve bireyin bağımsızlığını, kimlik duygusunu ve sosyal üretkenliğini kazandığı zaman sona eren bir dönemdir (Derman, 2008). Çocukluktan yetişkinliğe geçişte yer alan ergenlik döneminde bireyler başta biyolojik olmak üzere

fiziksel, psikolojik, bilişsel ve sosyal açıdan pek çok değişim ve gelişim yaşamaktadır (Siyez ve Aysan, 2007). Ergenlik dönemindeki bireyin, fizyolojik anlamda cinsel özelliklerinde, vücut hatlarında ve cinsel ilgilerinde; sosyolojik anlamda toplumsal rollerinde ve bağımsızlık isteklerinde; bilişsel anlamda zihinsel gelişimlerinde ve öz benlik kavramlarında önemli ve çoğu kez de kendilerini rahatsız edici değişikliklerin gerçekleştiğini söylemek mümkündür (Koç, 2004).

Ergenlik dönemine tarihsel gelişim açısından bakıldığında ergenliğe çağlar boyu ilgi gösterilmektedir. İlk ve orta çağlarda ergenler toplum ve düzen için tehlike oluşturan, aileler içinse ekonomik gelir sağlayan bireyler olarak algılanmıştır. 19.yy.dan itibaren olumsuz tutum ve düşüncelerin yerini olumlu tutum ve düşüncelere bıraktığı görülmüş ve ergenler hakkında bilimsel çalışmalar başlamıştır (Demir, 2001).

Modern ergenlik psikolojisinin babası olarak kabul edilen G.Stanley Hall 1904'te ergen gelişiminin ilkel insanlıktan uygar topluma geçiş benzeri bir değişim olduğunu ileri sürmüş ve bu dönemi fırtına ve stres dönemi olarak değerlendirmiştir (Koç, 2004).

Anna Freud da ergenliği huzurlu bir büyüme sürecinin kesintiye uğraması olarak görmüş, ergenlik sürecinde tutarlı bir dengenin korunmasını ise anormal olarak değerlendirmiştir. Ortaya çıkan güçlü cinsel dürtüler karşısında kendini savunmaya çalışan güçsüz bir benlik kavramı üzerine kurulu olduğunu ifade etmiştir (Mottavali, 2000).

Erik Erikson ergenlik dönemini kişinin kendisine "ben kimim?" sorusunu sorduğu ve cevap aradığı dönem olarak görmektedir. Bu dönemde hem çocuğun kendisini ve dünyayı algılayışı, hem de diğer insanların çocuğu algılayışı eskisi gibi değildir. Bu dönemi başarıyla atlatanlar kimlik duygusu kazanırken, başarıyla atlatamayanlar rol karmaşasına düşmektedirler (Erden ve Akman, 2001). Çocuğun ailesinin gözetimi ve korumasının sağladığı güvenliğine daha az ihtiyaç duymaya başladığında, fizyolojik ve hormonal gelişimi yetişkin düzeyine yaklaştığında ve fizyolojik olgunluk çocuğu toplumda sorumluluk alma konusunda zorlamaya başladığında ergenliği başlamıştır (Adams, 1995).

Bu dönemde ergen bir yandan toplumca kabul gören değer ve amaçlara yönelme baskısı öte yandan vücudundaki hızlı fizyolojik gelişimin neden olduğu

biyokimyasal değişimlerle baş etmek gibi sorunlarla karşı karşıyadır. Bu nedenle ergenlik evresi en kritik çatışma ve karmaşaların yaşandığı dönemdir (Aydın, 2006).

Erikson'a (1958) göre yetişkin rollerine hazırlık ve toplumca onaylanan ahlaki standartlara uyum sorunlarının yaşandığı bu evrede, ergenin düşünsel ve duygusal yapısı, köklü bir değişime uğrar. Dolayısıyla ergen, özdeşim kuracağı davranış modellerine yoğun bir gereksinim duyar. Bu bağlam ergen sosyal ilişkileri içinde kendini kanıtlayarak, varlığını kabul ettirmek amacıyla akran gruplarına yönelir (Aydın, 2006).

“Ergenlik” ve “gençlik” kavramları bazı çalışmalarda birbirinin yerine kullanılmaktadır. Gençlik dönemi, ergenliği içine alan ve kronolojik olarak özelliklerini de bünyesinde taşıyan bir gelişim dönemidir (Koç, 2004).

Adolesan dönemi çocukluk ve yetişkinlik arasında kalan ara bir dönemdir. Milli Eğitim Bakanlığı'na göre gençlik, buluş çağına erme sebebi ile biyo-psikolojik bakımdan çocukluğun sonu ile toplum hayatında sorumluluk alma dönemi olan çocukluk ve genç erişkinlik arasında kalan 12-24 yaş arasındaki gruptur. UNESCO'ya göre genç; öğrenim yapan ve hayatını kazanmak için çalışmayan ve evi olmayan insandır (Yörükoğlu, 1985). Ergenlik dönemi, Unesco'nun sözü edilen bu tanımlamasında 15-25 yaşları arasında gösterilirken, Birleşmiş Milletler'in tanımında ise 12-25 yaşları arasında değerlendirilmiştir (Koç, 2004).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından;

- 10-19 yaş grubu “Ergen (Adolesan)” yaş grubu,
- 15-24 yaş grubu ise “Genç” yaş grubu olarak tanımlanmaktadır.
- Ergenlik ve gençlik dönemlerine ait yaşların kesişmesi nedeniyle de 10-24 yaş grubu “Genç İnsanlar”,

Yasalara göre ise;

Çocukluk 11 yaş öncesi

Ergenlik 11-15 yaş

Ergen 15-18 yaş

Erişkinlik 18 yaş üstü olarak değerlendirilmektedir (Bülbül, 2004).

Bugün dünyada her beş kişiden biri adolesandır ve 1,2 milyar olan adolesan nüfusunun % 85 i gelişmekte olan ülkelerde yaşamaktadır. Türkiye’de 2008 Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA-2008) verilerine göre 10-19 yaş grubu nüfusun tüm nüfus içindeki payı %18,5 olup, bunun % 9,4’ünü 10-14, % 9,1’ini 15-19 yaş grubundaki bireyler oluşturmaktadır (TNSA, 2008). Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) 2009 verilerine göre 10-14 ve 15-19 yaş grubundaki bireylerin nüfusu 12 736 986’dır (TÜİK, 2009).

### 1.3.1 Ergenliğin Dönemleri

Ergenlik toplumlara, dönemlere ve kişiye göre farklı özellikler göstermektedir. Puberte ile ilgili olaylar öngörülen bir sıraya göre oluşur, ancak başlama zamanı ve seyri bireyler arasında oldukça değişkendir (Kreipe ve McAnarney, 2001).

Adolesan dönem zor geçen bir dönem olup adolesanların bir kısmı bu dönemin zorlukları ile baş edememektedirler. Bu nedenle adolesanın psikososyal gelişiminin bilinmesi ve değerlendirilmesi karşılaştığı sorunların tanımlanması ve çözüm önerisi oluşturulması açısından önemlidir.

Adolesan dönem üçe ayrılmaktadır.

- 1.Erken adolesan dönem(10-13 yaş)
- 2.Orta adolesan dönem(14-16 yaş)
- 3.Geç adolesan dönem(17-19 yaş)

**Erken Adolesan Dönem:** Erken adolesan dönemde pubertenin başlaması ile oluşan fiziksel değişimler ve bu değişimlerle birlikte psikososyal değişimler gözlenmektedir (Türkiye Üreme Sağlığı Programı Katılımcı Rehberi, 2008).

Fiziksel değişikliklere karşı endişe duyguları yaşayan adolesan, bu değişikliklere adapte olamayarak davranış ve tepkilerinde ani reaksiyonlar gösterebilmektedir. Çevresindeki kişilerin onu anlamadığını ve sevmediğini düşünmekte, kendini soyutlamaya çalışmaktadır (Yavuz,, 2009). Adolesan ilerideki vücut yapısının hayalindeki vücut yapısına yakın olup olmayacağı endişesini de taşımaktadır (Özcebe, 2002). Bu dönemde temel olarak fiziksel değişimleri

özümsemeye ve bağımsızlık için mücadele etmeye çalışırlar (T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Üreme Sağlığı Programı Katılımcı Rehberi, 2008).

Erken büyümenin erkeklerin ruh sağlığı açısından genel olumlu etkisine karşılık, erken gelişen kızlarda akranlarından daha düşük benlik saygısı, daha yüksek depresyon oranı, anksiyete ve yeme bozuklukları görülmektedir (Derman, 2008).

Erken adolesan dönem, aileye olan bağımlılığın bağımsızlık davranışı şeklinde değiştirilmesi çabalarının başlangıcıdır. Somut düşünce hakimdir. Güncel karar ve eylemlerin uzun dönemdeki sonuçlarını algılayamama söz konusudur (Patton ve Haris, 2007). Bu dönemde yakın arkadaşlar önem kazanmaya başlar, daha çok aynı cinsiyetten arkadaş ve grup aktiviteleri tercih edilir ve arkadaş grupları ergenin ilgi alanlarını ve giyimini etkiler (Derman, 2008).

**Orta Adolesan Dönem:** Orta adolesan dönemde aileler ile olan çatışmalar daha fazladır ve arkadaşları çok daha önemlidir (Türkiye Üreme Sağlığı Programı Katılımcı Rehberi, 2008). Bütün olarak kişiliğin oluşması ve bağımsızlık bu dönemin başlıca özelliğini oluşturur (Kreipe ve McAnarney, 2001).

Soyut kavramlarda gelişme olur, yeni bir kişilik geliştirir. Bedenini kabul eder ve rahatlar. Kendine daha fazla vakit ayırır ve çekici görünmek için çok fazla vakit harcar (T.C. Sağlık Bakanlığı Çocuk ve Ergen Sağlığı Modülleri Eğitim Rehberi, 2008). Sekonder seks karakterleri iyi gelişmiştir. Boy erişkin boyunun % 95'ine varmıştır (Patton ve Haris, 2007). Arkadaş grupları çok önemlidir. Karşı cinse olan ilgide artış olmuştur. Erişkinler taklit edilmeye; sigara, alkol gibi zararlı alışkanlıklara başlanabilmektedir (Yavuz., 2009).

**Geç Adolesan Dönem:** Üst sınırı kültürel, ekonomik ve eğitsel faktörlerle kısmen değişebilir (Patton ve Haris, 2007). Akranlarla ilişkiler daha az önemlidir, kendi değer ve düşünceleri vardır. Genellikle duygusal bir beraberlik akranlarla olan iletişimine tercih edilir. Bu dönemde sakinleşme ve tekrar aileye bağlanma vardır. (T.C. Sağlık Bakanlığı Çocuk ve Ergen Sağlığı Modülleri Eğitim Rehberi, 2008). Bu döneme kadar kazanılmış duygular ve davranışlar harmanlanarak sentezlenir (Patton ve Haris, 2007). Sonunda ergen; kimlik duygusu edinme, yakın ilişkiler kurabilme, kendine iş ve eş seçebilme gibi becerileri kazanır ve toplum içinde erişkin rollerini üstlenecek sorumluluğa sahip olarak erişkinlik dönemine geçer (Çuhadaroğlu, 1996).

**Çizelge 1.1** Adolesanların Psikososyal Gelişim Dönemleri (Özcebe, 2002).

	<b>ERKEN ADOLESAN DÖNEM</b>	<b>ORTA ADOLESAN DÖNEM</b>	<b>GEÇ ADOLESAN DÖNEM</b>
Bağımsızlık	Aile aktivitelerine ilgisizlik çok fazla.	Aile ile çatışmalarda pik noktasına ulaşma.	Ailenin tavsiye ve değer yargılarını kabullenme.
Vücut imajı	Pubertal değişimler hakkında endişelenme, görünümü hakkında emin olmama.	Vücut görüntüsünün kabul edilmesi, daha cazip vücut görünümü için ilgi gösterme.	Pubertal değişimlerin kabulü.
Akran	Aynı cinsiyette arkadaşlarla yakınlaşma.	Akran değerlerinin kabulü, cinsel aktivite değerlerinde artış, vakit ayırma.	Akranlar daha az önemli ve derinlemesine ilişkiler daha fazla.
Kişilik gelişimi	Soyut kavramlarda gelişme, hayal kurma, gerçekçi olmayan meslek seçimleri, dürtülerinin kontrolünde eksiklik	Duygusallıkta artış, entelektüel kapasitede artış, güçlü olma duygusu, riskli davranışlar.	Uygulanabilir, gerçekçi meslek seçimleri, sosyal, dinsel, cinsel ve ruhsal değer yargılarının değerlendirilmesi, uzlaşmada artış, sınırlarını belirleme.

Ergenlerin genel özelliklerine bakıldığında öncelikler arasına alınması gereken bir grup olduğu açıkça görülmektedir:

- Ergenlerin bedensel, ruhsal ve sosyal yönden sağlık düzeyleri ile gelişimleri ve risk grupları bilinmemektedir,

- Yetişkinler (aile, öğretmen, kamu görevlileri ve işverenler) ergenler hakkında yeterli bilgiye sahip değildir,

- Ergenlere hizmet veren birimler arası iletişimde sorunlar vardır,

- Ergenlerle ilgili istatistiki bilgiler yetersizdir. Veri toplama sistemi, ergenlerle ilgili bilgi toplamaya uygun değildir,

- Ergenlere yönelik danışmanlık ve hizmet sunan birimler yetersizdir, sahada çalışan personel ergene yaklaşım hakkında yeterince bilgi sahibi değildir,

- Ergen konusunda yetişmiş sağlık çalışanı azdır. Sağlık personeli yetiştiren üniversitelerde de ergene yönelik özel uzmanlık eğitimleri sayıca yetersizdir,

- Ergenlerin çoğunda ciddi sonuçlar doğurabilecek sağlıksız davranışlar bulunmaktadır,
- Ergenlerin çoğu risk altında olduğunun farkında değildir,
- Pek çok genç sağlıklarını tehlikeye sokacak “bazı kişisel davranış tiplerine” sahiptir,
- Riskli davranışlarda bulunma yaşı, eski kuşaklara göre daha erken yaşlarda başlamaktadır (Bülbül, 2004).

### 1.3.2. Ergenlerde Risk Almayı Açıklayan Psikolojik Örüntüler

Majör mortalite ve morbiditeye neden olacak davranışlara sahip olma risk almadır. Yani sağlıkta negatif sonuçlara neden olacak davranışlarda bulunmadır. Genç insanlar bu davranışların yakın bir zamanda kendilerini nasıl etkileyeceğini düşünemezler (Bell N ve Bell R, 1996). DSÖ, tarafından sağlık açısından risk; “olumsuz bir sonucun gerçekleşme olasılığı veya bu olasılığı arttıran faktör” şeklinde tanımlanmaktadır (Evren, 2008).

Ergenlik, bireyin gelişiminin olumlu olması için fırsatlar sağlayan bir dönemdir. Ancak, bireylerin riskli davranışlara en fazla katıldıkları dönem olduğu da unutulmamalıdır. Riskli davranışlara katılma ile ergenler önemli tehlikelerle karşı karşıya gelebilir. Bu da çoğu zaman içinde bulunulan yaş, sosyal çevre ve arkadaş gruplarıyla ilgilidir (Akt: Esen, 2003 ). Risk alma davranışları, genel olarak sağlığı tehlikeye atan ve hayati tehlike yaratan, yani hastalık veya ölümle sonuçlanma ihtimali yüksek davranışlar olarak belirtilir (Esen, 2003).

Ergenler yeni deneyimlerin ve denemeye değer yüksek düzeyde uyarıların peşinde koşarlar ve getireceği sonuçları hesaba katmadan sıklıkla riskli davranışlarda bulunurlar. Bu yüzden, yaralanma ve ölüm riski; depresyon, anksiyete, uyuşturucu ilaç bağımlılığı ve yeme bozuklukları çocukluk ve yetişkinlik dönemlerine kıyasla ergenlik yıllarında çok daha fazladır (Kelley ve ark, 2004).

Moore ve Gullone (1996), risk alma davranışını “Olası olumsuz sonuçlar (kayıplar) içeren ancak algılanan birtakım olumlu sonuçlar (kazançlar) ile dengelenmiş olan davranış” olarak tanımlamaktadırlar. Eğer pozitif olan sonuçlar

negatif sonuçlara göre baskınsa davranışın “riskli” olarak değerlendirildiğini; eğer negatif sonuçlar pozitiflere göre baskınsa davranışın “aşırı riskli” hatta “aptalca” olarak nitelendiğini belirtmişlerdir.

Trimpop (1996)’a göre risk alma, sonucu hakkında kesin bir algılamamanın olmadığı, bilinçli ya da bilinçsiz olarak kontrol edilen bir davranıştır.

Levenson (1990), risk almayı, yenilik ya da tehlikeye sebep olan, çoğu davranışlara katılımını; yaşadıkları akran baskısı, potansiyel psikososyal güçlükler, ergenlerin arkadaş seçimi ve buna yönelik tutum ve davranışları, riskli davranışa katılımında elde edecekleri kârın yüksekliği, aile içi uyumsuzluklar ve olumsuz yaşantılara sahip olup olmamalarıyla birlikte buldukları yaş ve cinsiyetleri de etkilemektedir (Akt:Gülgez, 2007).

Bazı gençler strese ve sıkıntılara karşı bir risk olarak yanıt vermektedirler. Kişilik yapısı risk alma davranışını etkiler. Biyolojik olarak erken gelişme süreci yaşayan gençlerde risk alma davranışları gelişmeye daha yatkındır. Fiziksel, psikolojik ve sosyal gelişme sırasında gençler, yapmaları gereken davranışları belirlemede zorlanırlar. Gençler sıklıkla risk alma davranışlarını bir sorun olarak değil, bir çözüm olarak görmektedirler (Karabey ve Müftüoğlu, 2007).

Risk alma davranışları sosyoekonomik durum, ırk, cinsiyet gibi faktörlerle de bağlantılıdır. Kitle iletişim araçları ve toplumsal normlar gibi topluma ait etkiler risk davranışlarında önemli bir etkiye sahiptir.

Scott (2004), Igra ve Irwin’ e göre (1996) genetik özelliklerin risk alma üzerinde bir etkiye sahip olduğu söylenebilir. Hormonların ergenlerin risk alma davranışları üzerinde hem doğrudan, hem de ergenlik dönemine girişle birlikte dolaylı olarak önemli bir role sahip olduğu varsayılmaktadır.

Jessor’a (1998) göre, akranların baskısı, ergenlerin risk alma davranışı üzerinde ailenin etkisinden daha fazladır (Akt: Güney, 2007). Ergenler birtakım kazançlar elde etmek için riskli davranışları bilerek yapmaktadırlar. Bu kazançlar;

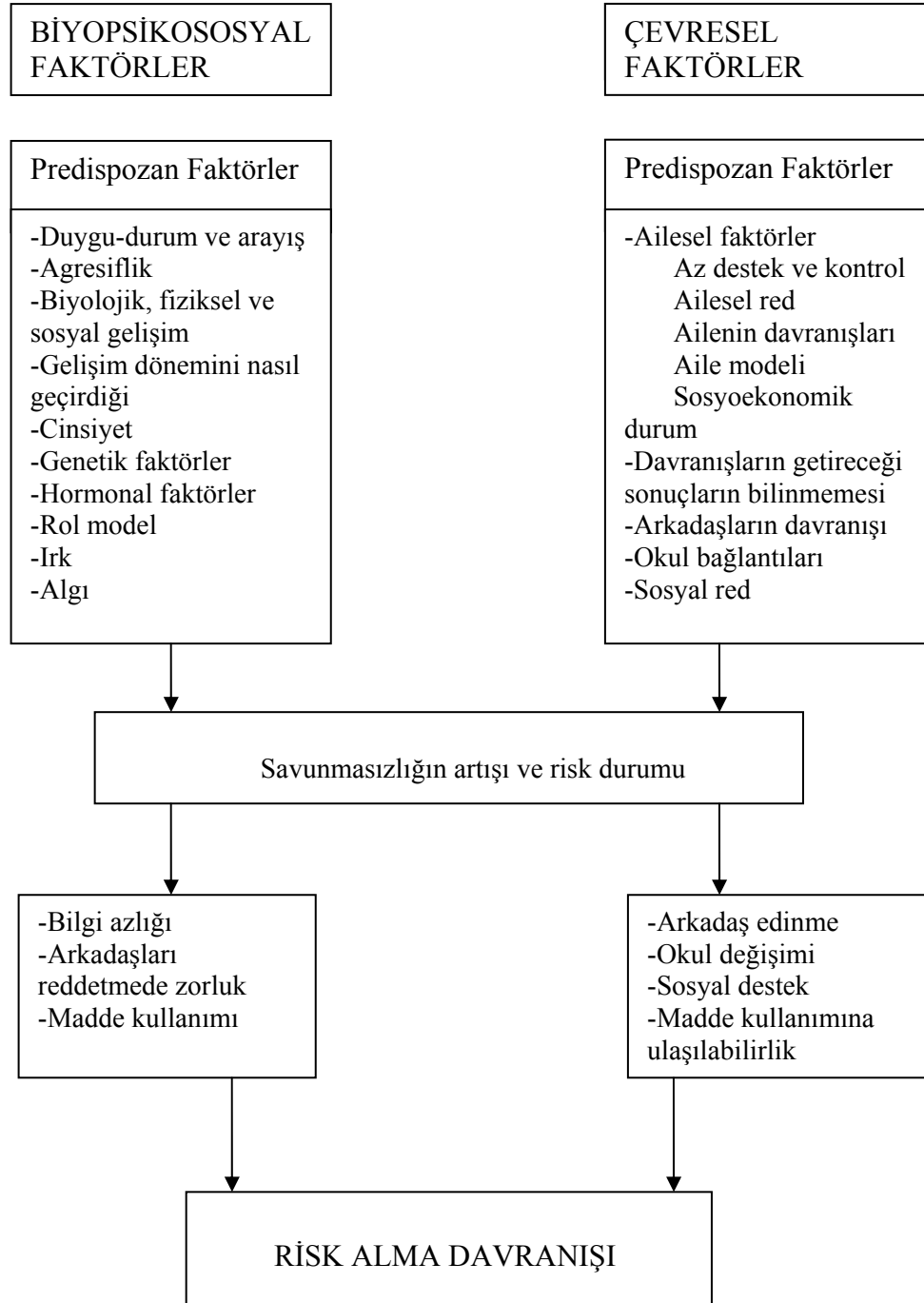
- (1) Yaşamlarını kontrol etme,
- (2) Yetişkin otoritesine, toplumsal geleneklere karşı gelme,
- (3) Anksiyete, engellenme, yetersizlik ve başarısızlık duyguları ile başa çıkma,
- (4) Akran gruplarına kabul edilme ve genç alt-kültür ile kimliğini kanıtlama,



(5) Kişisel kimliğini doğrulama,

(6) Olgunluğunu ilan etme ve genç-yetişkinliğe geçişe gelişimsel bir damga vurma olarak sıralanabilir (Jessor, 1992).

Irwin ve Millstein risk almayı etkileyen faktörleri, biyopsikososyal faktörler ve çevresel faktörler olarak iki alanda incelemiştir.



**Şekil 1.1.** Risk Alma Davranışlarının Başlıca Nedenleri (Irwin ve Millstein,1986).

### 1.3.3. Gençlerde Risk Alma Davranışlarının Genel Özellikleri

Gençlerin risk alma davranışının genel özellikleri şu şekildedir.

- İlk defa gençlik döneminde denenen birçok davranış kişinin yaşamı boyunca sağlığını olumlu ya da olumsuz olarak etkileyebilir (Örneğin sigara içme, aktif cinsel yaşam, fizik aktivite yapma, beslenme alışkanlıkları vb).

- Davranışların sağlık üzerindeki riskleri hemen (alkol ve araba sürme), gecikmiş (madde kullanımı ve eğitime devam etme) veya uzun vadede (sigara içme ve akciğer kanseri) ortaya çıkabilir.

- Gençlik döneminde sağlığı etkileyen davranışların belirleyicileri kazanılır ve pekiştirilir (değer, tutum, motivasyon, kendi kavramları, genel yaşam tarzı vb).

- Birden fazla risk davranışı sorunların artarak ortaya çıkmasına neden olur (sigara içme, alkol içme, kişiler arası şiddet, intihar girişimi, okuldan kaçma, aileden ayrılma, kumar ve şans oyunları oynama, silah taşıma ve madde kullanımı).

- Gelişme döneminin herhangi bir döneminde alınan risk, bu dönemdeki toplam risk faktörü sayısını yansıtır ve toplam risk faktörleri yaşamın erken döneminde etkisini gösterir. Etki kümülatif olmayabilir, ancak diğer risk alma davranışlarının ortaya çıkmasına neden olabilir (uzun süreli alkol ya da madde kullanımı ile araba sürme ve intihar girişimi) (Öztek, 2001).

Lise öğrencilerinde görülen riskli davranışların olumsuz sağlık sonuçlarının görülme sıklığının artması sonucu lise dönemindeki adolesanlar halk sağlığı açısından öncelikli risk grupları arasında yer almaya başlamıştır.

Gençlikte riskli davranışlarla ilgili düzenli veri Amerika Birleşik Devletleri'nde CDC tarafından YRBSS ile okul temelli 9-12. sınıfta öğrenim gören öğrencileri temsil eden örneklemden ulusal düzeyde, eyalet düzeyinde ve yerel düzeyde elde edilir. İlk kez 1990 yılında yapılandırılan ve 1991 yılından itibaren iki yılda bir yenilenen bu tarama ile riskli davranışların dağılımı saptanmakta ve süreç içinde bu davranışlardan hangilerinin arttığı, azaldığı ya da aynı kaldığı değerlendirilmektedir (Kaptanoğlu, 2004). İncelenen riskli davranış kategorileri; Sigara kullanımı, alkol ve madde kullanımları, sağlıksız beslenme davranışları,

yetersiz fiziksel etkinlik, istenmeyen gebelik ve HIV enfeksiyonunu da içeren cinsel yolla bulaşan hastalıklara yardımcı cinsel davranışlar, kasıtlı olmayan yaralanma ve şiddete yardım eden davranışlardır (YRBS 2009).

Araştırmaya katılan eyalet ve büyükşehir eğitim kurumları YRBS verilerinin gençliğin sağlık davranışlarını anlamak için önemli olduğunu saptamışlar, gençler için program ve politika geliştirmek amacıyla değişik şekillerde kullanmışlardır (Kaptanoğlu, 2004).

Ülkemizde kalıcı ulusal bir yöntem geliştirilmemiş olsa da bu döneme ait riskli davranışları belirleme ve boyutunu saptamaya yönelik çabalar görülmektedir.

Ergenin biyolojik, genetik ve kişilik özellikleri ile çevresel etkenlerin etkileşimi sonucunda şekillenen riskli davranışları, psikososyal gelişimi olumsuz yönde etkileyebilmektedir. Kavga etme, madde kötüye kullanımı, intihar ve cinsel etkinlik gibi riskli davranışlar ergenlik ve gençlik dönemlerinde sağlık ve güvenlik açısından en önemli tehlikeleri oluşturmaktadır.

Erkeklerde madde kötüye kullanımı, şiddet ve erken cinsel etkinlik, kızlarda ise intihar girişimi daha sık olarak bildirilen riskli davranışlardır. Riskli davranışların bireylerde toplanma eğilimi gösterdiği, bir riskli davranışı olan ergenin başka riskli davranışlara da yatkınlık taşıdığı bildirilmektedir (Aras, 2007). Yetişkinlerde hastalık ve ölümlerin önde gelen nedenleri arasında yer alan sağlık yönünden risk taşıyan davranışlar, sıklıkla gençlik döneminde ortaya çıkmakta ve yetişkin dönemde de devam etmektedir. Erişkin dönemdeki ilk iki ölüm nedeni olan kalp damar sistemi hastalıkları ve kanser ile ilgili olan riskli davranışların büyük kısmı adolesan dönemde edinilmektedir (Çamur, 2007).

TÜİK verilerine göre il ve ilçe merkezlerinden bildirilen 15-24 yaş arası ölümlerde en fazla görülen nedenler sırasıyla, motorlu taşıt kazaları dışındaki kazalar, intiharlar ve kendini yaralama, motorlu taşıt kazaları ve kalp hastalıklarıdır (TÜİK, 2008).

Uluslararası Sağlık ve Sosyal Bilimler Forumu'nun yaptığı araştırma sonuçlarına göre;

- Dünyada küresel hastalık yükünün yaklaşık %10'unu 10-19 yaş grubundaki gençlerin sorunları oluşturmaktadır.

- Gençler arasında beslenme bozuklukları (obezite, bulimia, anoreksiya) giderek artmaktadır.
- Dünyada, bu yaş grubunda intiharlar ikinci sırada olup geçen her 5 dakika içinde 40 genç insanın intihara teşebbüs ettiği tahmin edilmektedir.
- İçki içmeye 15 yaş ve altında başlamış olan gençlerin ileride alkolik olma olasılığı 21 yaş ve sonrasında başlayanlara göre dört kat daha fazladır.
- Kötü sosyoekonomik koşullarda yaşayan gençler arasında, davranışsal sorunların görülmesi ve psikiyatrik bozukluklara yakalanma olasılığı daha yüksektir.
- Güneydoğu Asya'da 13-15 yaş arası erkeklerin %30'u tütün ürünleri kullanmaktadır. Bu da, özellikle gelişmekte olan ülkelerde tütün endüstrisinin gençleri sigaraya alıştırmaya çabalarının ne kadar başarılı olduğunun bir göstergesidir.
- Kitle iletişim araçları tarafından yaratılan rol modelleri de gençlerin ahlaki ve etik değerlerinin gelişimini etkileyerek, gençlerin şiddet ve risk alma davranışlarını arttırabilmektedir (Karabey ve Müftüoğlu, 2007).

#### 1.3.4. Gençlerde Riskli Sağlık Davranışları

**Madde Bağımlılığı:** Doğal ya da sentetik bir ilacın veya maddenin yinelenen bir biçimde alınması sonucu kişiye veya topluma zarar veren, sürekli bir zehirlenme durumudur (DSÖ Narkotik İlaçlar Komitesi Tanımı).

- Bağımlılık yapan maddeyi almaya başlayanlar, sürekli kullanmak için kaçınılmaz, dayanılmaz bir istek göstermektedirler.
- Herkesin doyum için alınan miktar sürekli arttırılmaktadır.
- İlaç veya maddenin etkilerini karşı ruhsal veya fiziksel bağımlılık gelişmektedir.
- En yaygın olarak kullanılan maddeler alkol ve sigaradır (Saltık, 1997).

Bağımlılık yapan maddeler şu şekilde sınıflandırılabilirler;

1. Sigara (tütün),

2. Alkol,
3. Opiyatlar; morfin, eroin, kodein, metodon, meperidin,
4. Uyarıcılar; amfetamin, kokain, ecstasy, kafein,
5. Merkezi Sinir Sistemini baskılayanlar; barbitüratlar, meprobonat, benzodiazepin (diazem), akineton,
6. Hallüsinojenler; LSD (liserjik asid dietilamid), meskalin, psilocybin vb.,
7. Uçucu maddeler (volatile hydrocarbons); tiner, benzin, gazolin, yapıştırıcılar (bali ve uhu gibi yapıştırıcılar),
8. Esrar ve benzerleri,
9. Fensiklidindir (Aksoy, 2006; Ögel, 2001).

Madde kullanımı ve bağımlılığı, günümüzde ırk ve etnik farklılıkları da aşarak bütün toplumların yüzleşmek zorunda kaldığı en önemli halk sağlığı sorunlarından biri haline gelmiştir. Sağlığı büyük ölçüde tehdit edebilen bu maddelerin kullanımına ise genellikle orta adolesan dönemde başlanmaktadır. Adolesan döneminde başlanan madde kullanımı ilerleyen yaşla birlikte bağımlılığa dönüşüp, bireyin yaşamını tehdit eder düzeylere ulaşabilmektedir. Adolesanlar arasında madde kullanımının artması ve ilk defa kullanma yaşlarının giderek aşağılara düşmesi bu sorunu önemli bir toplumsal sorun olarak karşımıza çıkarmaktadır (Karatay, 2004).

Türkiye’de genç nüfusta madde kullanım yaygınlığına yönelik olarak bu güne kadar ülke genelini kapsayan bir çalışma yapılmamıştır. Bazı bölgelerde yapılan çalışmalar bulunmakla beraber düzenli aralıklarla ölçüm olmadığı için kullanım trendlerini ve değişimi etkileyen faktörleri değerlendirmek güçtür.

Bu konuda ilk kapsamlı çalışmalar Ögel ve arkadaşları tarafından 1998 yılında yapılmış, 15 ilde 15-17 yaş grubundaki 20 000 öğrenci arasında, son bir ay içerisinde alkol kullanımı % 17,3; yaşam boyu en az bir kez esrar kullanımı % 3,6; uçucu madde kullanımı % 8,6; eroin kullanımı % 1,6; kokain kullanımı % 1,4; ve benzodiazepin kullanımı % 3,3; olarak saptanmıştır.

Yine Ögel ve arkadaşları tarafından yapılan bir diğer çalışmada; 2001 yılında 9 ilde 15-17 yaş grubundaki 11 989 öğrenci arasında, son bir ay içerisinde tütün

kullanımı % 27; son bir ay içerisinde alkol kullanımı % 15,9; yaşam boyu en az bir kez esrar kullanımı % 3; yaşam boyu en az bir kez uçucu madde kullanımı % 4,3; son bir ay içerisinde uçucu madde kullanımı % 1,9; son bir ay içerisinde eroin kullanımı % 1,2; son bir ay içerisinde ecstasy ve kokain kullanımı % 1 olarak tespit edilmiştir (Türkiye Uyuşturucu Raporu, 2010).

Türkiye’de Madde Kullanımı ve Bağımlılığı Profili Araştırması 2002 sonuçlarına göre; yaşam boyu en az bir kez madde kullandığını belirtenlerin oranı % 1,3’tür. Erkeklerde kadınlara göre, 15-24 yaş grubunda ise 25 yaş üstüne göre madde kullanım yaygınlığı daha yüksek olarak bulunmuştur (Mollahaliloğlu, 2007).

2003 yılında Adana, Ankara, Diyarbakır, İzmir, İstanbul ve Samsun’da yapılan ESPAD (Alkol ve Diğer Uyuşturucu Kullanımına Yönelik Avrupa Okul Araştırma Projesi) araştırmasına göre 22; son 12 aylık dönemde kullanıldığı bildirilen maddeler içinde, öğrencilerin % 4’ünden fazlası esrar ve % 3’ü de uçucu madde kullandığını ifade etmiştir. Erkeklerdeki oranlar, kızlara göre daha yüksektir. Son 30 günlük dönem için esrar kullanım oranı % 2 olarak görülmüştür.

Diğer bir çalışma 2007 yılında TBMM tarafından 60 ildeki 261 okulda (130 resmi, 131 özel) yapılmıştır. Bu çalışmada 26 009 öğrenciye okulda şiddet olaylarının yanı sıra detaya girilmeden madde kullanımı da sorulmuştur. Araştırma sonuçlarına göre, son üç ay içinde uyuşturucu/uyarıcı madde kullanım oranı % 2,9 olarak tespit edilmiştir. Çanakkale il merkezindeki liselerde öğrenim gören öğrencilerde madde kullanımı araştırması Çanakkale il merkezinde bulunan tüm lise ve dengi okullarda 2009-2010 eğitim-öğretim döneminde 16 lisede bulunan 6 959 öğrenciden 5 546’sıyla yapılmıştır. Araştırmaya katılan öğrencilerin % 52,8’i (2 928) erkek iken % 47,2’si (2 618) kızdır. Öğrencilerin yaşlarına bakıldığında % 8,3’ü 14; % 25,3’ü 15; % 26,6’sı 16; % 29,7’si 17 ve % 10,1’i 18 ve üzeri yaşındadır.

Öğrenciler arasında en az bir kez kullanım yaygınlığı esrar (% 1,4), uçucu maddeler (% 1,2) ve diğerleri (ecstasy, kokain, eroin, LSD, captagon, yeşil/kırmızı reçete) (% 0,9) takip etmektedir. Öğrencilerin son bir ay içerisinde alkol kullanım oranı % 17,9; sigara kullanım oranı % 12,5’dir. Araştırmaya katılan öğrencilerin ilk kez sigara deneme yaş ortalaması 13,5±2,4; alkol deneme yaş ortalaması 13,4±2,6’dır (Türkiye Uyuşturucu Raporu, 2010).

Çocuklarda ve gençlerde artan şiddet eğilimi ile okullarda meydana gelen olayların araştırılarak alınması gereken önlemlerin belirlenmesi amacıyla kurulan TBMM Araştırma Komisyonu'nun 2007 yılında yaptığı çalışmaya TÜİK tarafından seçilen 60 ildeki okullarda (130 resmî, 131 özel) öğrenim gören 26 009 öğrenci dahil edilmiştir. Sigara kullanımına devam eden öğrencilerin oranı %15,6; son bir ayda en az bir defa alkollü içki kullananların oranı % 16,5; son üç ay içinde uyuşturucu/uyarıcı madde kullananların oranı ise % 2,9 bulunmuştur (Türkiye Uyuşturucu Raporu, 2009).

Özkan (2002) tarafından 1990-2000 öğretim yılında Adana şehir merkezinde yapılan "Adana İl Merkezinde Bulunan Liselerde Okuyan Öğrencilerde Alkol ve Uyuşturucu Yatkinliğinin Araştırılması" konulu araştırmada, lise öğrencileri arasında alkol ve uyuşturucu yaygınlığı ve nedenlerinin belirlenmesi amaçlanmıştır.

Öğrenciler arasında uyuşturucu madde kullanmaya iten en önemli sebepler; % 50 arkadaş çevresi ile % 40 sorunlardan uzaklaşma isteğidir ( Eneç, 2007). Madde kullanmaktan dolayı haklarında polis tarafından yasal işlem yapılan şahısların genel bir profilini ortaya çıkarmak amacıyla 2009 yılı içerisinde maddeyle ilgili suçlardan dolayı haklarında yasal işlem başlatılıp madde kullandığını beyan eden ve araştırmaya katılmaya istekli olan 2385 kişiyle çalışma yapılmıştır. Madde kullanıcıları maddeyi neden kullandıkları sorusuna % 40,5 ile merak olduğunu beyan etmişlerdir. İkinci sırada % 23,6 ile arkadaş etkisi, üçüncü olarak % 15,2 ile aile sorunları ve dördüncü olarak da % 12,1 ile kişisel sorunlar olduğu görülmüştür (Madde Kullanımı Risk Analizi Anket Formu, 2009).

Madde bağımlılığının risk alma davranışları ile bulunması önemlidir. Kullanılan alkolün ve maddenin etkisi ile motorlu taşıt kazalarının meydana geldiği bilinmektedir. Bunun yanı sıra alkol ve madde kullanımı adolesan dönemde şiddet, intihar, depresyon, cinsel yolla bulaşan hastalıklar ve istenmeyen gebelikler gibi birçok problemle birliktelik gösterir (Dattani, 2004).

Ergenlik madde kullanımına başlamada olası bir risk faktörüdür. Bu nedenle ergenlikte madde kullanımını anlayabilmek için temel etmenlerin kişilik, aile ve akran belirleyicilerinin göz ardı edilmemesi gerekmektedir. Eğer kişilik, aile ve akranların olumsuz etkileri varsa ergenin madde kullanma olasılığı artmaktadır. Bu etmenlerden bir veya daha fazlası güçlü pozitif etki gösteriyorsa, ergen yüksek risk

altında olsa dahi bu onu madde kullanımına karşı koruyabilmektedir (Eneç, 2007). Bu bağlamda madde kullanımı açısından risk faktörleri ve koruyucu faktörler bu konuya yaklaşımda bize fikir verecektir

**Çizelge 1.2.** Madde Kullanım Açısından Risk Faktörleri

<p><b>Aile</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Kaotik aile yapısı</li> <li>-Ebeveynlerin aşırı serbest tutumu</li> <li>-Ebeveynlerin aşırı otoriter oluşu</li> <li>-Ebeveynlerin madde kullanması</li> <li>-Evde maddelerin bulundurulması</li> <li>-Fiziksel ve/veya cinsel istismar</li> </ul> <p><b>Arkadaş</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Arkadaş gruplarınca kabul edilme gereksinimi</li> <li>-Arkadaş gruplarına ait olma</li> <li>-Arkadaşların madde kullanımı, antisosyal davranışları</li> <li>-Arkadaşların baskısı</li> <li>-Madde kullanan gruplarla ilgilenme ve birlikte olmaya eğilim</li> <li>-Sosyal izolasyon ve/veya can sıkıntısı</li> <li>-Arkadaşlarla bağlarının olmaması</li> </ul> <p><b>Okul</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Okulla bağların kaybedilmesi</li> <li>-Gelecekle ilgili hedeflerin olmaması</li> <li>-Okul başarısının düşük olması</li> </ul>	<p><b>Bireysel faktörler</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Duygusal veya davranışsal sorunlar</li> <li>-Kendini daha iyi hissetme isteği</li> <li>-Asilik, özgürlük arayışı</li> <li>-Kendini tehlikeye atma ve risk alma eğilimi</li> <li>-Daha büyük görünme isteği</li> <li>-Benlik saygısını arttırma isteği</li> <li>-Akademik veya sportif performansı arttırma isteği</li> <li>-Eğlence dünyasında veya medyada görünen hoş giden kişilere benzeme isteği</li> </ul> <p><b>Toplumsal</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Maddeye kolay ulaşma</li> <li>-Kaotik toplumsal yapı</li> <li>-Fakirlik</li> <li>-Suç işleme ve madde kullanma oranı yüksek bir çevrede yaşama</li> <li>-Gözlemlenen erişkin davranışları</li> <li>-Çevrenin madde kullanımına tolerans göstermesi</li> </ul> <p><b>Medya</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Sosyal kurumlarla bağlarının olmaması</li> </ul>
--	--



**Çizelge 1.3. Madde Kullanımı Açısından Koruyucu Faktörler**

<p><b>Kişisel</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>-Yüksek IQ</li><li>-Benlik saygısı</li><li>-Optimizm</li><li>-Etkin baş etme becerileri</li><li>-Aile öyküsünün olmaması</li><li>-Normlara ve toplumsal değerlere bağlılık</li></ul> <p><b>Aile</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>-Sıcak ve destekleyici ebeveyn ergen ilişkisi</li><li>-Tutarlı disiplin ve süpervizyon</li><li>-Madde kullanımı konusunda tutarlı mesajlar ve uygun rol modelleri</li></ul> <p><b>Arkadaş</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>-Madde kullanmayan arkadaşlar</li><li>-Geleneksel toplumsal değer yargılarına önem veren arkadaş grupları</li></ul> <p><b>Okul</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>-Başarıyı yakalama şansı sunan eğitim sistemi</li><li>-Okula bağlı olma</li><li>-Gelecekle ilgili hedefleri olma</li></ul>
---

Ergenliğin hedefi güçlü bir kimlik oluşturmaktır. Bu nedenle ergen otonomi ve bağımsızlığını kanıtlamak için madde kullanabilir. Erişkin yaşam biçimlerini taklit etmek, ergenlik sürecinde yaşanan zorluklarla baş edebilmek, sosyal bir ortama uyum sağlamak, arkadaşları tarafından kabul edilmek ya da medyanın etkisi ile de gençler madde kullanabilir (Alikışifoğlu , 2005).

**Sigara Kullanımı:** Sigara, kuşkusuz günümüzün en önemli toplum sağlığı sorunlarından birisidir. Sigara içme alışkanlığı, sağlığımızı tehdit eden durumları oluşturan, aynı zamanda da önlenabilir bir durumdur (Gençöz ve ark., 2003 ). DSÖ sigarayı dünyanın en hızlı yayılan ve en uzun süren salgını olarak tanımlamaktadır (Polatkan, 2007). Dünya nüfusunun % 30'u yani yaklaşık bir milyar 250 milyon kişi sigara bağımlıdır. Her sene bunlardan 5,4 milyonu sigaranın neden olduğu sağlık sorunları nedeniyle ölmektedir. Her on ölümden biri doğrudan sigaraya bağlı bir nedenden oluşmaktadır (Akdur, 2009).

Tütün kullanımı, dünyada en sık görülen sekiz ölüm nedeni arasında olan iskemik kalp hastalığı, serebrovasküler hastalıklar, alt solunum yolu enfeksiyonu, KOAH, tüberküloz, akciğer kanseri için risk faktörüdür. Türkiye sigara tüketiminde Avrupa ülkeleri arasında üçüncü, dünya ülkeleri arasında onuncu sıradadır (DSÖ Küresel Tütün Salgını Raporu, 2008). 2006 yılında gerçekleştirilen Aile Yapısı Araştırmasına göre Türkiye genelinde 18 ve daha yukarı yaştaki kişilerin % 33,4'ü sigara kullanmaktadır (Akdur, 2009). Gençlerde sigara içme oranlarını saptamaya yönelik DSÖ, CDC, UNICEF ve Milli Eğitim Bakanlığı ile işbirliği içerisinde düzenlenen Küresel Gençlik Tütün Araştırmasına 61 ilimizde 202 okulda eğitim gören toplam 15 957 öğrenci katılmıştır. Anket sonuçlarına göre öğrencilerin % 29,3'ü en az bir kez sigara içmeyi denediğini belirtmiştir (Demirel ve ark., 2004). DSÖ'ne göre Türkiye'de 13-15 yaş grubu erkek adolesanlarda sigara içme sıklığı % 14,4 kız adolesanlarda % 7,4'tür (DSÖ, 2009). Türkiye'de yaklaşık 17 milyon sigara kullanan kişi vardır ve her yıl 100-120 bin kişinin sigaraya bağlı nedenlerle yaşamını kaybettiği tahmin edilmektedir. Gençler arasında sigara bağımlılığı giderek artmaktadır. Ergen dönemde sigara ile tanışma genellikle erken ve orta ergenlik dönemlerinde olmaktadır. Bilir ve arkadaşlarının yaptığı araştırmada lise öğrencilerinde halen sigara kullananların oranı % 27,1 olarak bulunmuştur (erkeklerde % 31,5 ve kızlarda % 19,9). Gençlerin sigaraya başlamasında arkadaş etkisi son derece önemlidir. Çok yakın arkadaşların sigara ikramı, ısrarı ve baskısı sigaraya başlamada çok önemli bir etkidir ve gençlerin sigaraya başlama olasılığını 3-4 kat arttırmaktadır.

Gençler sigarayı sosyal çevre edinmenin ve yalnızlıktan kurtulmanın bir aracı gibi algılayabilmektedir. Arkadaşlar ve grup arasında kendine yer bulma isteği de sigaraya başlamada önemli bir etkidir (Göksel ve ark., 2001; Akdur, 2009).

Evdeki büyüklerin sigara içmesi, sevilen veya önemsenen kişilerin sigara içmeleri, okul başarısızlıkları, kötü sosyo-ekonomik koşullar, aile içi çatışmalar ve sevgisizlik, yalnızlık duygusu, alkol-uyuşturucu madde kullanımı ve stres gibi sosyal ve psikolojik nedenler çocukların okul yaşlarında sigaraya başlamasında rol oynayan diğer etmenler olarak gösterilmektedir (Pıçakçıefe ve ark., 2007).

Sigara kullanımı beraberinde eş zamanlı davranış değişikliklerini de getirebilmektedir. Birçok çalışmada ergenlerde sigara kullanımı ile diğer risk alma davranışları arasında ilişki olduğu ileri sürülmektedir. Sigara içen ergenlerin hiç içmeyenlere oranla yaşam boyu madde kullanımı, fiziksel bir kavgaya karışma, intihara teşebbüs ve riskli cinsel davranışta bulunmaya dair bildirimleri daha fazladır. Ayrıca çalışmalarda içilen sigara sayısına dolayısı ile doza bağlı olarak madde kötüye kullanımı arasında ilişki olduğu ileri sürülmektedir (Karatay, 2004; Camenga ve ark., 2006).

**Alkol Kullanımı:** Alkol ve madde bağımlılığı ergenler arasında mortalite ve morbiditenin önemli nedenlerindedir (Danatti, 2004). Ergenlik çağında görülen riskli davranışlar içerisinde madde kullanımı eğlence amaçlı kullanımdan bağımlılığa geçiş ve onun ciddi sonuçları nedeniyle özel bir yer tutmaktadır (Alikashifoğlu, 2005). Alkolizm tüm dünya ülkelerinde olduğu gibi, ülkemizde de en önemli sağlık sorunlarından biridir. İnsan vücuduna zararlı etkileri olan alkol, kolay ulaşılabilir olması, toplumdaki kullanım sıklığının artması ve uzun bir kullanım döneminden sonra insanı yavaş yavaş zehirlemesi nedeniyle büyük bir toplumsal tehlike oluşturmaktadır (Sağlık Bakanlığı, 2002).

DSÖ'nün tanımına göre alkolik, içkinin işine değil, işinin içki içme isteğine engel olduğunu düşünen kişidir. Bir Latin atasözünün dediği gibi: "Kişi önce alkolü içer, sonra alkol alkolü içer, sonunda alkol kişiyi içer (Aksoy, 2006)."

Gençlerin alkol ve uyuşturucu madde kullanımına zemin hazırlayan çok sayıda risk etkeni tanımlanmaktadır. Bu risk etkenleri ailesel, arkadaş ortamı, okul, bireyin kişisel özellikleri, diğer riskli davranışların görülmesi, toplumsal ve çevresel etkenler olarak sıralanmaktadır (Akfert ve ark., 2009).

Gençler kendilerinin ya da diğer insanların içki içmesinin yaratacağı fiziksel, emosyonel ve sosyal zararlara daha yatkındır. Yüksek riskli içicilik, şiddet, güvenli olmayan cinsel davranış, trafik ve diğer kazalar, kalıcı sakatlıklar ve ölüm arasında güçlü bağlantılar vardır. Genç insanların alkole bağlı problemlerinin sağlık, sosyal ve ekonomik açıdan maliyetleri toplum için büyük bir yük oluşturmaktadır (Gençlik ve Alkol Deklerasyonu, 2001).

Dünya Sağlık Örgütü'ne (DSÖ) göre; dünya genelinde 2 milyar insan alkollü içecekler kullanmaktadır. Lise öğrencilerinin yaklaşık olarak 1/3'ünün 13 yaşından önce alkol kullanmaya başladıkları belirtilmektedir (Taşçı ve ark., 2005). Eneç tarafından Edirne'de lise öğrencilerinin riskli sağlık davranışlarının belirlenmesi amacıyla şehir merkezindeki liselerde okumakta olan 5 301 öğrenciyle yapılan çalışmada; yaşamı boyunca en az bir kez alkol kullanım oranı % 52,1 dir (Eneç, 2007).

Alkolizm, Amerika Birleşik Devletlerinde kalp-damar hastalıkları ve kanserden sonra üçüncü sırada yer alan bir sağlık sorunudur ve her yıl 100 000 kişi alkolizm nedeniyle ölmektedir (Karatay ve ark., 2004). Avrupa'da ise alkole bağlı olarak her yıl trafik kazalarına bağlı 17 000 ölüm (tüm trafik kazalarına bağlı ölümlerin üçte biri), 27 000 diğer kazalara bağlı ölüm, 2 000 cinayet (tüm kasıtsız ve kasten cinayetlerin 4/10'u), 10 000 intihar (her altı intihardan biri) meydana gelmektedir. Genç kız ölümlerinin % 10'undan fazlası ve genç erkek ölümlerinin % 25 civarı alkole bağlı olmaktadır (Anderson ve ark., 2006).

2002 Dünya Sağlık Raporu'na (Riskleri Azaltmak, Sağlıklı Yaşamı Arttırmak) göre alkol, sağlık açısından 10 temel risk faktöründen biridir. Dünya çapında alkol, küresel hastalık yükünün % 4'üne eşit olan, ki bu oran Amerika ve Avrupa'da en yüksektir, yılda 1.8 milyon kişinin ölümüne neden olmaktadır. Tüm dünyada alkolün özefagial kanserlerin, akciğer hastalıklarının, epilepsinin, motorlu araç kazalarının, intihar ve diğer kasıtlı yaralanmaların % 20-30'una sebep olduğu tahmin edilmektedir. DSÖ, dünya çapında, 15-29 yaşları arasındaki genç ölümlerinin % 5'inin alkol kullanımına bağlı olduğunu ve 140 milyon insanın alkol bağımlılığından şikayet ettiğini belirtmektedir (Evren, 2008).

**Beslenme:** İnsanın büyümesi ve gelişmesi sağlıklı üretken olarak yaşamını sürdürebilmesi için gerekli olan besinlerin alınmasıdır (Gökçay ve Garipağaoğlu,

2002). Yetersiz ve dengesiz beslenme ile çocukluk döneminden itibaren kazanılan yanlış beslenme alışkanlıkları yetişkinlikte obezite başta olmak üzere kalp-damar hastalıkları, diyabet, kanser gibi pek çok hastalığın oluşumunda etkili olmakta, bu hastalıklar ise doğrudan veya dolaylı olarak yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilemektedir (Polatkan, 2007).

Adolesan dönemde büyümenin hızlanmasıyla vücudun temel besin maddelerine olan ihtiyacı artar (Gökçay ve Garipağaoğlu, 2002). Beslenme alışkanlıklarını etkileyen etmenlerden bazıları arasında yaş, cinsiyet, öğrenim durumu, medeni durum gibi kişisel özellikler; sosyoekonomik durum, kişilerin içinde buldukları kültürel, geleneksel ve sosyal ortamlarına ilişkin bazı özellikler ve yine kişilerin beden algılamaları ile ilgili özellikleri sayılabilir. Bu algı ve imaj değişiklikleri adolesanlar için çok etkili olabilmektedir. Bu nedenle, adolesanlar, yeme davranışları ile ilişkili olarak olumsuz riskler taşımaktadırlar. Kişilerin fiziksel görünümüne gereğinden fazla önem vermesi, adolesanlarda görülen "anoreksia nervoza" ve "bulimia nervoza" gibi hastalıkların artışı beraberinde getirmektedir

Şişmanlık da adolesan döneminde başlayan beslenme sorunlarından (Aslan ve Yeşildal, 2003). Dünya üzerinde en az 300 milyonu şişman olmak üzere 1 milyardan fazla aşırı kilolu yetişkin bulunmaktadır.

Türkiye'de okul çağı çocuk ve gençlerde beslenme ile ilişkili sorunlar arasında zayıflık, şişmanlık ve ilgili sorunlar, avitaminozlar, anemi, basit guatr ve diş çürükleri yer almaktadır. Bunların yanı sıra, yetersiz ve dengesiz beslenmenin öğrencilerin dikkat sürelerini kısalttığı, algılamalarını azalttığı, öğrenmede güçlük ve davranış bozuklukları ile okula devamsızlık ve okul başarısında düşmeye neden olduğu bildirilmektedir (Demirezen ve Coşansu, 2005).

**Fiziksel Aktivite:** Enerji kullanarak vücut hareketlerini anlatmak için kullanılan uluslararası bir terimdir (Baltacı ve ark., 2006). Fiziksel etkinliğin birçok koruyucu fonksiyonu vardır. Fiziksel olarak aktif ergenler, sedanter yaşayan yaşlılarına göre daha az stres ve anksiyete yaşarlar ve kendilerine güvenleri daha yüksektir. Aynı zamanda daha az somatik yakınma gösterirler ve daha iyi vücut görünümüne sahiptirler. Ayrıca egzersiz, iskelet kasında metabolik kapasitenin, kan akımının, kuvvet ve kontraktilitenin artmasına, yaralanma riskinde ise azalmaya yol açmaktadır. Tendon ve bağ dokusu kuvvetinde artış, eklem stabilitesi ve bu yapıların

destek fonksiyonunun kuvvetlenmesi de egzersizin sağladığı olumlu etkiler arasındadır (Akt: Eneç, 2007).

Fiziksel aktivitenin sağlığa faydaları şu şekilde özetlenebilir;

- Kalp rahatsızlığından erken ölüm,
- Diabetin gelişmesi,
- Kan basıncının yükselmesi,
- Kolon kanseri olma riskini azaltır.
- Yüksek olan kan basıncını,
- Depresyon ve anksiyeteyi azaltır.
- Kilo kontrolünde,
- Sağlıklı kemik, kas ve eklem yapısının oluşturulması ve devam ettirilmesinde,
- Güçlü ve çevik yaşlanmayı sağlayarak yaşlıların düşmeden, rahatça hareket etmesinde,
- Fizyolojik olarak kendini iyi hissetmede yardımcı olur

Sağlıklı ve verimli bir toplumun geleceği olan ergenlerde sağlıklı yaşamın kalitesi ve yıllarını artırmak, olabilecek sağlık problemlerini elimine etmek ve boş zamanlarında aktivitesi olmayanlar için aktivite süresini artırmak amacıyla okul saatleri dışında geçirilen saatlerde boş ve spor alanların kullanım olanakları sağlanmalı ve fiziksel aktivite ve fitness programlarını özendirme çalışmaları artırılmalıdır (Baltacı ve ark. 2006 ).

**Üreme Sağlığı ve Cinsel Yaşam:** Cinsellik insan yaşamının ve gelişiminin önemli bir parçasıdır. Cinsellik aşk, üreme, tatmin, toplumsal cinsiyet rolleri, kimlik ve sağlığa ilişkin adetleri kapsayabilir. Cinsellik farklı şekillerde ifade edilen; sosyal, kültürel, duygusal, biyolojik ve fiziksel bir olaydır (T.C. Sağlık Bakanlığı Gençlere Yönelik Üreme Sağlığı Hizmetleri Katılımcı Kitabı, 2005).

Üreme sağlığı bireylerin doyurucu ve güvenli bir cinsel yaşama, üreme yeteneğine ve bu yeteneği ne zaman ne sıklıkta kullanacakları konusunda karar verme özgürlüğüne sahip olmaları anlamına gelmektedir (Şimşek, 2005). DSÖ'nün yapmış olduğu uluslararası cinsellik tanımı şöyledir: Cinsellik; insan hayatının önemli bir parçasıdır ve toplumsal cinsiyet kimlikleri ve rolleri, cinsel uyum, erotizm, tatmin, yakınlaşma ve üremeyi kapsar.

Gençlerin, özellikle gelişmekte olan ülkelerde, genellikle kendi ve karşı cinsin özellikleri, vücut işlevleri ve üreme özellikleri konularında yeterli bilgilerinin olmadığı da bilinmektedir (Kınık, 2000). Ülkemizde cinsel konularda yeterli eğitimin bireyler tarafından ne okulda ne de ailede alınamamış olması, ailelerin cinsel konularda konuşmaya kapalı olmaları ve çocukların ergenlik dönemine geçerken yaşadıkları sıkıntıların pek çok aile tarafından yok sayılması, ilk ilişki yaşının daha önceki yıllara göre düşmüş olması, hükümetlerin cinsel sağlık hakları konusunda duyarsız davranmaları, HIV/AIDS ve cinsel yolla bulaşan diğer enfeksiyonları, adolesan gebelikleri, doğumları, kürtaj gibi istenmeyen tabloları ortaya çıkarmaktadır (DSÖ Raporu, 1998). Gençlerin üreme sağlığına ilişkin sorunları genellikle erken yaşta cinsel ilişki, erken yaşta evlilik, gebelikler, cinsel yolla bulaşan hastalıklar ve aile planlaması yöntemine ulaşamama başlıkları altında incelenmektedir (Kınık, 2000). Dünyada ilk cinsel ilişki yaşı düşmektedir. Gençler arasında kontraseptif kullanım oranı oldukça düşük olup, kullanılanlar da genellikle geleneksel yöntemlerdir. Her yıl meydana gelen 14 milyon adolesan gebeliğin yaklaşık üçte ikisi planlanmamış gebeliklerdir. Her yıl güvenli olmayan 20 milyon düşük yapan vakanın % 25'ini 15-19 yaş kızlar oluşturmaktadır. Dünyadaki 340 milyon cinsel yolla bulaşan hastalığın üçte biri, gençler arasında görülmekte olup, her gün yaklaşık yarım milyon genç insan bu hastalıklara yakalanmaktadır. Dünyada, yılda görülen 2,4 milyon yeni HIV enfeksiyonunun yaklaşık yarısı 15-24 yaşlar arasında görülmektedir. Her gün, 4 bin gencin HIV/AIDS ile teması olduğu tahmin edilmektedir (Akin, 2008).

Cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlara yakalanmamak veya yakalanma risklerini azaltmak, istenmeyen, planlanmamış bir zamanda gebe kalmayı engellemek için yapılabilecekler, güvenli cinsel davranış biçimleri olarak tanımlanmaktadır. Güvenli cinsel davranışların başında cinsel ilişkiden kaçınma ya da cinsel ilişkiyi erteleme gelmektedir. Özellikle cinsel ilişkiye başlama yaşının küçülmesi, genç yaşta gebelik, gebelik sonlandırma ve cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlara yakalanma sıklıklarının artması cinsel ilişkiden kaçınma/erteleme yönünde uyarı ve önerileri artırmakta, cinsel gereksinimleri karşılamak için de çeşitli alternatifler sunulmaktadır. Bu alternatiflerin başında tek eşlilik, eğer olamıyorsa korunmalı cinsel ilişkiyi alışkanlık haline getirme ve kondom kullanmak gelmektedir (Karabey ve Müftüoğlu, 2007).

**Şiddet ve Kasıtlı-Kasıtsız Yaralanmalar:** Saldırganlık, “başka bir insana zarar vermeye, acı çektirmeye veya yaralamaya yönelik herhangi bir tür davranışa verilen ad”dır. Şiddet de benzer anlamda kullanılan bir kavram olarak “güç kullanmak, baskı uygulamak, başka insanlara zarar vermeye ve yaralamaya dönük hareketler” anlamına gelmektedir (www.saglik.tr.net, E.T.: 12.12.2009).

Saldırgan davranışlar ve şiddet eylemleri öfke, kaygı, korku, stres gibi duyguların sonucudur (Köknel,1996).

Saldırganlık sözel ya da fiziksel enerji harcayarak genellikle bir hedefe yönelen eylem olup öfke, hiddet veya düşmanlık benzeri duygulanımların motor karşılığıdır (Başoğlu,1998).

DSÖ yaptığı tanıma göre şiddet; kişinin kendisine, bir başka kişiye ya da bir gruba karşı yaralanma, ölüm, psikolojik hasar, gelişme bozukluğu ya da yoksunlukla sonuçlanacak ya da sonuçlanma olasılığı yüksek bir biçimde tehdit yoluyla ya da doğrudan istemli olarak fiziksel güç ve erk kullanılmasıdır. Ülkemizde yapılan topluma dayalı bir çalışmada ergenlerin % 38’i okulda şiddete tanık olduğunu, % 16’sı evde şiddete tanık olduğunu, % 30’u mahallede şiddete tanık olduğunu belirtmişlerdir (Özcebe ve ark., 2008).

İstatistikler, şiddet olaylarının daha çok gençler tarafından gerçekleştirildiğini ve gençlerin daha çok suça eğilim gösterdiklerini ortaya koymaktadır. Ülkemizde T.B.M.M. Çocuklarda ve Gençlerde Artan Şiddet Eğilimi ile Okullarda Meydana Gelen Olayların Araştırılarak Alınması Gereken Önlemlerin Belirlenmesi Amacıyla Kurulan Meclis Araştırması Komisyonu (10/337, 343, 356, 357) Türkiye’de Ortaöğretime Devam Eden Öğrencilerde Şiddet ve Bunu Etkileyen Etmenlerin Saptanması (2007) araştırmasında tüm ülke düzeyinde 261 okulda toplam 26 677 öğrenciye ulaşılmıştır.

Bu araştırmanın sonuçlarına göre:

- Gençlerin % 22’si fiziksel şiddet ile karşılaştığını, % 35,5’i ise fiziksel şiddet uyguladığını ,
- Gençlerin % 53’ü sözel şiddet ile karşılaştığını, % 48,7’si ise sözel şiddet uyguladığını,
- Gençlerin % 36,3’ü duygusal şiddet ile karşılaştığını, % 27,6’sı ise duygusal şiddet uyguladığını,



- Gençlerin % 15,8'i cinsel şiddetle karşılaştığını, %11,7'si ise cinsel şiddet uyguladığını belirtmiştir (Özcebe ve ark. , 2008).

Şiddete neden olan etkenler çok boyutludur.

### 1. Bireysel Etmenler:

- Tutum ve inançlar,
- İletişim becerilerinin yetersizliği,
- Alkol ve madde kullanımı,
- Kişinin kendisinin daha önce şiddete maruz kalmış ya da şahit olmuş olması,
- Ateşli silahlara veya diğer silahlara ulaşım kolaylığıdır.

### 2. Ailesel Etmenler:

- Ebeveyn sevgi ve desteğinden yoksun olma,
- Evde şiddete maruz kalma veya istismara uğrama,
- Ebeveyn veya kardeşlerin suç işleyen kişiler olmasıdır.

### 3. Ekonomik ve Toplumsal Faktörler:

- Toplumda ayrımcılık ve cinsiyetler arası eşitsizlik,
- Yoksulluk, bozuk şehirleşme ve aşırı nüfus artışı,
- Hızlı ekonomik gelişime karşın genç nüfusta işsizlik düzeyinin yüksek oluşu,
- Medyanın olumsuz etkisi,
- Şiddet içeren davranışları destekleyen sosyal normlar,
- Silah sahibi olmayı destekleyen yasal ve toplumsal düzenlemelerdir.

Okul çağı çocuklarının yaşadığı ve tanık olduğu şiddet sadece çocukları değil ailelerini, arkadaşlarını ve toplumun tamamını etkileyen bir sağlık sorunudur.

Şiddetin etkileri kısaca şöyledir;

- Ölüm,
- Yaralanma,
- Yaşam kalitesinde düşme,
- Konsantrasyon ve öğrenme yeteneğinde azalma,
- Okuldan kaçma,
- Okulu bırakma,
- Madde bağımlılığı,
- Yalan söyleme,
- Güvensiz otomobil kullanma,

- Cinsel yolla bulaşan enfeksiyonların görülme sıklığında artıştır. (Özcebe ve ark. , 2008).

Kasıtlı ve kasıtsız yaralanmalar gençlerin önemli morbidite ve mortalite nedenleri arasındadır. Bütün yaralanmalar önlenebilir olarak değerlendirilir, fakat yaralanmaların önlenmesi tıp ve halk sağlığı çalışanlarının öncelikli amaçları arasındadır.

Kasıtsız yaralanmalar aşağıdaki nedenlerle oluşmaktadır:

- Trafik kazaları,
- Otomobil kazaları dışında trafik kazaları (motosiklet, mobilet),
- Bisiklet kazaları,
- Diğer taşıtlar,
- Boğulma,
- Ateşli silah yaralanmaları,
- Zehirlenmeler,
- Spor yaralanmaları (T.C. Sağlık Bakanlığı Gençlere Yönelik Üreme Sağlığı Hizmetleri Katılımcı Kitabı, 2005)

Motorlu araç kullanma adolesan dönemde en sık rastlanılan riskli davranışlardandır. Araç kullanma yaşı gelmeden araç kullanma, alkollü olarak araç kullanma, gerekli emniyet önlemlerinin alınmaması, hızlı araç kullanma en sık rastlanılan riskli davranışlardır. Bu davranışların sonuçları kötü olmakta ve buna bağlı olarak mortalite ve morbidite oranı yükselmektedir (Blau ve ark., 1996).

15-24 yaş ölümlerinin % 50'si kazalara bağlıdır. Taşıtlı kazaları bunların % 80'ine neden olur. Ülkemizde TÜİK'in 2008 yılı verilerine göre il ve ilçe merkezlerinde seçilmiş 50 nedene göre ölümler incelendiğinde 15-24 yaş grubunda görülen toplam 3 109 ölümün %5,7'sine motorlu taşıtlı kazalarının neden olduğu belirlenmiştir (TÜİK, 2008). DSÖ'nün Gençlik ve Yol Güvenliği Raporu'na (2007) göre, her yıl 25 yaş altında yaklaşık 400 000 genç yol trafik kazalarında ölmekte olup, yol trafik kazaları 10-24 yaş grubundaki gençler arasında önde gelen ölüm sebebidir (Gençlik ve Yol Güvenliği Raporu, 2007).

### 1.3.5. Akran Baskısı

Ergenlik döneminin rahat atlatılabilmesi ve bu dönemin sorunlarıyla başedebilme birçok faktöre bağlıdır (Alisinanoğlu, 2001). Bu faktörlerin en önemlilerinden biri de akran ilişkileridir.

Akran, sözlük tanımına göre “yaşça denk, yaşıt” anlamına gelmektedir. Bir başka ifadeye göre de akran yapılan iş açısından denk olan, aynı yaşta bulunanların oluşturduğu yaş grupları olarak tanımlanmaktadır (T.D.K., 2010).

Akran grubu, küçük, kapalı ve yakın arkadaşlığa dayanan gruptur; genellikle iki ya da üç kişiden oluşur. Kimin arkadaş olacağını çeşitli etkenler belirler (Gander ve ark., 1998).

Akran, özellikle ergenlik döneminde kişiyi olumsuz yönde etkileyebileceği gibi; düzenli fizik egzersiz yapma, yeterli ve dengeli beslenme alışkanlıklarının kazanılması vb. gibi olumlu davranışlar kazanılması konusunda da katkı sağlayabilir (Gander ve ark., 1998). Ergenler sorunlarını akranları ile paylaşınca kendilerini rahatlamış hissederler. Akranlarının duygularını yetişkinlerden daha iyi anladığına inanırlar ve sonuçta akran gruplarıyla daha fazla vakit geçirmeye başlarlar. Kendilerini o grubun bir parçası olarak görmeye başlarlar. Grubun aldığı kararları uygular ve diğer üyelere benzemeye çalışırlar (Esen, 2002).

Bir grubun parçası olmanın sonucunda kazanılan birtakım yararlar aynı zamanda grup normlarına uyma konusunda da güçlü baskılar ortaya çıkarabilmektedir. Normlardan dikkat çekici derecede sapma olması o kişiyi grubun gözlerinin üstüne çevrileceği bir konuma getirerek bunun sonucunda hizaya getirme baskılarının artmasına yol açacaktır. Uyumlu olamama gruptan dışlanmaya bile yol açabilecektir (Erwin, 2000). Böylece gencin bazı durumlarda onaylamadığı davranışlara da akranları tarafından dışlanmamak için uyma kararı alacağı düşünülebilir.

Ergenlik döneminde yoğunlaşan ait olma, kabul görme, bağlanma gibi sosyal gereksinimler, gencin tümüyle akran grubunun kontrolüne girmesine yol açabilir (Aydın, 1999). Akran grubunun kontrolüne girme akran baskısını da getirmektedir. Akran baskısı kelimesi, yetişkinler tarafından çok defa korkudan sinmek olarak anlaşılır. Akran baskısı, kelime olarak olumsuz çağrışımlarla yüklenmiştir. Akran

baskısı birçok araştırmacı tarafından benzer şekillerde tanımlanmıştır. Clasen ve Brown (1985), akran baskısını, kişinin isteyip istememesinin önemli olmadığı, bir şey yapmaktan kaçınmak veya bir şeyi yapmak için akranlarından gelen baskı olarak tanımlamışlardır.

Santor ve arkadaşları (2000) ise, akran baskısını bireyin sahip olduğu yaş gruplarının aktivitelerinde bir şeyi yapmak için bireye ısrar etmesi ve cesaretlendirmesi olarak tanımlamaktadır ( Akt: Esen, 2002).

Başka bir kaynakta ise akran baskısı bireye yaşlıları tarafından düşünce, duygu ve davranışlarını etkilemek amacıyla yapılan zorlama olarak tanımlanmaktadır (İKGV, 2002).

Kandel (1987) akran gruplarının genelde benzer tutum ve davranışlar içerisinde olduğunu ifade etmiştir. Çocuğun akranlarından biri uyuruşturucu kullanıyorsa kendisinin de uyuruşturucu kullanma ihtimali yüksektir.

Bazı çalışmalarda (Resource Guide, 1996; Foreman, 2001; Lingren 2001) akran baskısının sadece olumsuz değil olumlu da olabileceği belirtilmiştir. Araştırmacılara göre olumlu akran baskısının müzik, spor gibi etkinliklere ve toplumsal yardım faaliyetlerine katılmada, ders veya ders dışı etkinliklere katılmada ergenleri cesaretlendirici etkisi olabilir (Akt: Aktuğ, 2006).

Akran baskısı sonucu ergenler, birçok istenmeyen davranışlar gösterebilir. Yapılan birçok araştırma (Jenkins, 1996; Urberg, Değirmencioğlu ve Pilgrim, 1997; Maxwell, 2002; Bonino, Cattellino, Ciairano, 2003) özellikle madde, sigara, alkol kullanımı ve korunmasız cinsel ilişki konularında ergenlerin akranlarının etkisi altında kaldıklarını göstermektedir (Akt: Güney, 2007).

Maxwell (2002)'e göre akranlar ergenlerin sigara içme, tütün çiğneme, alkol kullanma, esrar kullanma ve cinsel ilişkide bulunma gibi farklı riskli davranışlarda bulunmalarına neden olmaktadır (Akt: Güney, 2007).

Dahil olunan akran grubunun üyelerinin sigara içiyor olması ergenin sigaraya başlaması için çoğu zaman yeterli olabilmektedir. Yazgan ve İnanç'da (1994) ergenlerin arkadaş grubunda sigara içme davranışının varlığının, onların sigaraya başlama ve sürdürmelerinde önemli olduğunu belirtmektedir. Bazı araştırmalar, sigara içme ile akran baskısı arasında ilişki olduğunu ortaya koyarken (Arenlie, 2001; Barber, Bolitho and Bertrand, 1999; Simons and Morton, Haynie, Cramp, Eitel

and Saylor, 2001; Smith and Stutts, 1999), Guttman (1995) sigara içmenin en önemli nedeni olarak akran baskısını görmektedir (Akt: Esen, 2002).

May, Nichols ve Eltzroth (1999), risk alma davranışında akran baskısının etkili olduğunu ancak cinsiyet, ırk ve sosyal sınıfın anlamlı bir etkisi olmadığını belirtirken, Gullone ve Moore (2000) risk alma davranışlarının ve şiddetin cinsiyetle ilişkisinde aynı yaş grubunda bulunan ergenlerden erkeklerin kızlara göre daha fazla bu davranışları sergilediğini ifade etmiştir. Santor ve arkadaşları (2000) riskli davranışlarla akran baskısının ilişkili olduğunu ifade etmiştir. Akran baskısının risk alma davranışı, cinsel aktivite, diğer grup üyelerine bağlılık, grup normlarına uyma, karşı gelme, antisosyal aktivitelere katılım ve okul başarısızlığı ile ilgili olduğu çeşitli araştırmalarda gösterilmiştir (Akt: Yıldırım, 2007).

May ve arkadaşları (1999), risk alma davranışında akran baskısının etkili olduğunu, ancak cinsiyet, ırk veya sosyal sınıfın anlamlı bir etkisi olmadığını belirtirken, Gullone ve Moore (2000), risk alma davranışının cinsiyetle ilişkisinde, aynı yaş grubunda bulunan ergenlerden erkeklerin kızlara göre daha fazla riskli davranışlarda bulunduğunu belirtmektedir. Bayar'da (1999) bu görüşü desteklemektedir.

Farrell ve arkadaşlarının (2000) ergenlerde sorunlu davranışların sıklığını incelemek için yaptıkları araştırmada saldırganlığa yönelik tutumlar ve uyuşturucu kullanımı ile akran baskısı arasında pozitif bir ilişki olduğu belirtilmiştir (Akt: Esen, 2003).

Ülkemizde akran ilişkilerini, akran etkisini ve akran baskısını inceleyen çalışmaların oldukça sınırlı sayıda olduğu dikkati çekmektedir. Bununla birlikte akranların davranışlarının çeşitli değişkenlerle ilişkili olduğu ve doğrudan ya da dolaylı etkileriyle ergenlik döneminde önemli yeri olduğu görülmektedir. Araştırmalara genel olarak bakıldığında artan akran baskısı ile ergenlerde olumsuz özelliklerin (düşük okul başarısı, sigara içme, suç kabul edilen davranış, risk alma vb.) daha çok birlikte görüldüğü, akran baskısının azalması ile ergenlerde olumsuz özelliklerin daha az görüldüğü söylenebilir.

Toplumların gelişme potansiyelinin en önemli unsuru olan genç nüfusun sağlıklı, üretken ve nitelikli olması gelecek açısından büyük önem taşımaktadır. Ülkemiz nüfusunda gençlerin oranı düşünüldüğünde bu durumun önemi daha iyi

anlaşılmaktadır. Lise öğrencilerinin riskli davranışlarını en aza indirgeyecek önlemlerin alınabilmesi için sorun alanlarının doğru saptanabilmesi, uygulanabilir çözüm yollarına ulaşılması için riskli davranışların düzenli aralıklarla izlenmesi gerekmektedir.

## **2. GEREÇ VE YÖNTEM**

### **2.1 Araştırmanın Tipi**

Çalışmamız Ankara'daki iki lisenin öğrencilerinde riskli sağlık davranışları ve bunlara akran baskısı ve diğer bazı faktörlerin etkisini belirleyebilmek için tanımlayıcı tipte planlanmıştır.

### **2.2. Araştırmanın Yeri**

Araştırma Ankara'daki sosyoekonomik düzeyi yüksek olan Çankaya ilçesinde yer alan Çankaya Lisesinde ve sosyoekonomik düzeyi düşük olan Altındağ ilçesinde yer alan Yıldırım Beyazıt Lisesinde yapılmıştır.

### **2.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi**

Araştırmanın evrenini Ankara'daki Çankaya Lisesi ve Yıldırım Beyazıt Lisesinin; birinci, ikinci, üçüncü ve dördüncü sınıfta okuyan toplam 1942 öğrenci oluşturmaktadır.

**Çizelge 2.1.** Okulların Sınıflara Göre Evren ve Örneklem Dağılımı

Okul	ÇL			YBL		
	Mevcut Öğrenci Sayısı	Çalışmaya Alınan Öğrenci Sayısı	% Yüzde	Mevcut Öğrenci Sayısı	Çalışmaya Alınan Öğrenci Sayısı	% Yüzde
<b>Sınıflar</b>						
9	468	117	35,1	174	87	28,5
10	392	98	29,4	168	84	27,5
11	296	74	22,2	122	61	20,0
12	176	44	13,2	146	73	23,9
TOPLAM	1332	333	100,0	610	305	100,0

( $X^2=12,72$  p=0,005)

Örneklem hacmi belirlenirken “evrenin bilindiği durumlarda örnek büyüklüğü hesabı” kullanılmıştır. Bu formülde lise öğrencilerinde riskli sağlık davranışların görülme sıklığı %50, alfa =0.05 olarak alınmıştır. Çankaya Lisesinin örneklem hacmi 298, Yıldırım Beyazıt Lisesinin örneklem hacmi 236 olarak hesaplanmıştır.

Araştırmaya dahil edilecek öğrenciler, okulların sınıf listesinden Çankaya Lisesinde 1/4 sistematik yöntemle Yıldırım Beyazıt Lisesinde ise 1/2 sistematikle seçilmiş, başlangıç öğrencileri kura ile belirlenmiştir.

Sonuçta Çankaya Lisesinden 333, Yıldırım Beyazıt Lisesinden 305 olmak üzere toplan 638 öğrenciye ulaşılmıştır. Öğrencilere Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu dağıtılmış kendisinin ve ailesinin yazılı izni alınarak çalışmaya dahil edilmiştir (Bakınız Ek.1).



## 2.4. Araştırmanın Hipotezleri

Araştırmanın yürütüldüğü iki lise öğrencilerinde;

1. Riskli sağlık davranışı puanları açısından okullar arasında fark yoktur.
2. Riskli sağlık davranışı puanları ile sosyo-demografik değişkenler (cinsiyet, yaş, okul, anne-baba eğitimi, anne-baba çalışma durumu, ekonomik durumu aile tipi vb.) arasında ilişki yoktur.
3. Riskli sağlık davranışları ile akran baskısı arasında ilişki yoktur.
4. Riskli sağlık davranışları (sigara içme, alkol ve madde kullanma, sağlıksız beslenme, yetersiz fiziksel hareket, sağlıksız cinsel davranışlar, kasıtlı ve kasıtsız yaralanmalar) ile devam edilen okul, cinsiyet, ekonomik durum, anne ve baba öğrenim durumu arasında ilişki yoktur.

## 2.5. Bağımlı ve Bağımsız Değişkenler

### 2.5.1. Bağımlı Değişkenler

- Riskli sağlık davranışı puanı (F1 ve F2)
- Riskli sağlık davranışları

### 2.5.2. Bağımsız Değişkenler

- Devam edilen okul
- Devam edilen sınıf
- Cinsiyet
- Yaş
- Doğum yeri

- Anne eğitimi
- Baba eğitimi
- Annenin çalışma durumu
- Babanın çalışma durumu
- Aile tipi
- Ekonomik durum
- Kendi sağlığını algılama durumu
- Akran Baskısı puanı (ABP)

## 2.6. Veri Toplama Araçları

Araştırmada veri toplama aracı olarak aşağıda tanımlanan bölümlerden oluşan anket kullanılmıştır.

1. Kişisel Bilgi Formu,
2. Riskli Sağlık Davranışları Anketi
3. Akran Baskısı Ölçeği .

Birinci bölüm araştırmacı tarafından hazırlanan 13 sorudan oluşmakta olup katılımcıların kişisel bilgilerini toplamayı amaçlamaktadır (Bakınız Ek 2). Anketin ikinci bölümü katılımcıların riskli sağlık davranışlarını saptamayı amaçlayan 51 sorudan oluşmaktadır (Bakınız Ek 3). Üçüncü bölüm ise Kıran (2002) tarafından geliştirilen “Akran Baskısı Ölçeği”nden (ABÖ) oluşmaktadır (Bakınız Ek 4).

Anket formları öğrenciler tarafından sınıflarında araştırmacı gözetiminde doldurulmuştur.

### 2.6.1. Kişisel Bilgi Formu

Çalışma grubunda yer alan ergenlerin sosyal ve demografik koşullarını belirlemek amacıyla “Kişisel Bilgi Formu” hazırlanmıştır. Formda yaş, cinsiyet, boy, kilo, okul,

sınıf, doğum yeri, ailenin tipi, ailenin ekonomik durumu, anne eğitim düzeyi ve baba eğitim düzeyi, anne çalışma durumu, baba çalışma durumu, başarı durumu, sağlığı algılama durumu gibi açık ve kapalı uçlu 13 soru sorulmuştur.

### **2.6.2. Riskli Sağlık Davranışları Anketi**

Yapılan literatür taramasında, Türkiye’de ergenlik döneminde riskli sağlık davranışlarını belirlemeye yönelik, ülkemizde geçerliliği güvenilirliği test edilmiş bir ölçeğe ulaşılamamıştır. Riskli sağlık davranışlarını belirlemeye yönelik yapılan bazı çalışmalarda ABD’nde CDC tarafından 9. ve 12. sınıflar arasındaki öğrencilerin riskli davranışlarını izlemek için geliştirilen Youth Risk Behaviours Survey (YRBS) formu kullanılmıştır (CDC, 2009).

Çalışmamızda gerek YRBS gerek yurt içi ve yurt dışında gençler üzerinde yürütülen çalışmalar ışığında beşli likert ölçeği kullanılarak ergenlik döneminde bulunan lise öğrencilerinin riskli sağlık davranışlarını belirlemek amacıyla bilgi, tutum veya davranışa yönelik 51 cümleden oluşan “Riskli Sağlık Davranışları Anketi” (RSDA) hazırlanmıştır (Bakınız Çizelge 2.2). Ankette yer alan maddelerin karşısında birbirini izleyen sırada “kesinlikle katılıyorum”, “katılıyorum”, “kararsızım”, “katılmıyorum” ve “kesinlikle katılmıyorum” şeklinde beş seçenek verilmiştir. Öğrencilerden düşüncelerini en iyi ifade eden seçeneği işaretlemeleri istenmiştir.

**Çizelge 2.2.** Riskli Sağlık Davranışları Anketi'nde Yer Alan Bilgi, Tutum ve Davranış Cümleleri

1	Okulda bağımlılık yapıcı maddelerin zararları hakkında yeterli eğitim aldım
2	Her zaman trafik kurallarına uyarım
3	Her gün yeterli ve dengeli beslenirim
4	Sarhoşluk verici içecekler sağlığı olumsuz etkilerler
5	Egzersiz yapmak sağlığı olumlu etkiler
6	Bağımlılık yapıcı ve keyif verici maddeleri kullanmayı düşünmem
7	Dengeli beslenme ile ilgili yeterli bilgiye sahibim
8	Bağımlılık yapıcı maddeler sağlığa zararlıdır
9	Her gün en az 3 öğün yemek yerim
10	Fastfood türü yiyecekleri (hamburger, tost gibi) sık tüketirim
11	Fazla kilomdan dolayı diyet yaparım
12	Kilo vermek için spor yaparım
13	Daha çok sebze ve meyve ağırlıklı beslenirim
14	Süt ve süt ürünlerini sık tüketirim
15	Haftada en az 2 gün egzersiz yaparım
16	Bağımlılık yapıcı ve keyif verici madde denedim
17	Okulda kazalar ve kazalardan korunma ile ilgili yeterli bilgi edindim
18	Ehliyeti olmayan sürücünün kullandığı arabaya binmem
19	Bağımlılık yapıcı madde kullanan arkadaşlarımdan etkilenirim
20	Arabaya bindiğimde emniyet kemerini takarım
21	Motorlu araç kullanırken kask takmak gerekli ve koruyucudur
22	Üreme sağlığı ile ilgili yeterli bilgiye sahibim
23	Üreme sağlığı ile ilgili bilgileri arkadaşlarımdan edinirim
24	AIDS ve Hepatit-B' den korunma yolları ile ilgili yeterli bilgim yok
25	Kan ve cinsel yolla bulaşan hastalıklar hakkında ihtiyacım olan bilgiyi sağlık personelinde almak isterim
26	Alkollü bir sürücünün kullandığı arabaya binmem
27	Okulda disiplin suçu teşkil eden davranışlar sergilemem
28	Arkadaşlarıma kantinden kendime zorla bir şeyler ısmarlatırım
29	İstediklerimi yapmayan kişileri arkadaş grubum içerisinde istemem
30	Yaralayıcı alet taşıyan öğrencilerden uzak dururum
31	Okulda ve çevresinde yaralayıcı alet taşınmasını doğru bulmam
32	Erkek arkadaşına fiziksel ve psikolojik zorlamada bulunmam
33	Kız arkadaşına fiziksel ve psikolojik zorlamada bulunmam
34	Bisiklet veya motosiklete binerken kask takarım
35	Gruptan dışlanmamak için arkadaşlarımdan isteklerini yerine getiririm
36	Kendimi sık sık ümitsiz ve üzgün hissedirim
37	Kendimi ümitsiz ve üzgün hissettiğim zamanlarda öğretmenlerimle paylaşmaktan çekinmem
38	İnsanların keyif verici ve bağımlılık yapıcı maddeleri kullanarak kendilerini riske attıklarını düşünürüm
39	Kendimi kilolu buluyorum
40	Kilo kaybetmek veya almak için ilaç vb. kimyasal maddeler kullanmayı doğru bulurum
41	Sağlıklı olmak için her gün sebze ve meyve tüketilmelidir
42	Her gün en az 3 saat televizyon izlerim
43	Her gün en az 3 saat bilgisayar kullanırım
44	Kendime zarar verici hareketlerde bulunurum
45	Sabahları uykumu almış olarak uyanırım
46	Beslenme, hijyen, aile planlaması ve bulaşıcı hastalıklar gibi konularda sağlık eğitimine gereksinim duyarım
47	Aile planlaması konusunda bilgilerimin yetersiz olduğunu düşünüyorum
48	Arkadaşlarıma lakap takarak onlarla dalga geçerim
49	Çevremdekilere karşı argo ve küfürlü konuşurum
50	Arkadaşlarımla geç saatlere kadar dışarıda kalmakta sakınca görmem
51	İnternette sakıncalı ve uygunsuz siteleri ziyaret etmem

### **Riskli Sağlık Davranışları Anketinin Geliştirilmesi ve Değerlendirilmesi:**

Araştırmacı tarafından literatüre uygun şekilde seçilen 51 maddelik RSDA'ya verilen yanıtlar yapı geçerliliği açısından faktör analizi ile değerlendirilmiştir. Faktör analizi ile, ölçülmek istenen yapının kaç boyutlu (temel bileşenleri) olduğu belirlenir. Maddelerin taşıdığı yükler doğrultusunda, birbirleriyle ilişki gösteren maddeler-faktörler oluşturulur (Tezbaşaran, 1997). Faktör analizinde aynı faktörü ölçen maddeler bir araya toplanarak oluşan gruba, maddelerin içeriğine göre bir ad verilmeye çalışılır. Bu araştırmada maddelerden oluşan soru bankasının tek boyutluluk varsayımını sağlayıp sağlamadığını belirlemek için kategorik verilerde açıklayıcı faktör analizi (AFA) uygulanmıştır. AFA sonucunda herhangi bir boyuta yüklenmeyen (her bir boyuttaki faktör yükü  $<0.40$  olan) veya faktör yüklerine göre inceleme yapıldığında anlamlı bir boyutlanmaya sahip olmadığı belirlenen maddeler (14 soru) çalışmada analizlere alınmamıştır. AFA uygulanmasında MPlus (Muthen and Muthen, 2007) paket programı kullanılmıştır.

Riskli sağlık davranışları birleşik puanının güvenilirlik çalışması için iç tutarlılık katsayıları (Cronbach alpha) hesaplanmıştır. RSDA'nın 24 maddeden oluşan "Olumlu Sağlık Davranışları" alt puanı için alpha değeri:0.87, 13 maddeden oluşan "Olumsuz Sağlık Davranışları" alt puanı için alpha değeri:0.75 bulunmuştur.

Soru bankasında yer alan maddelerin kaç boyutta toplanması gerektiğine karar verirken uyum istatistiklerinden yararlanılmıştır. Uyum istatistikleri, modelin kabul edilip edilemeyeceğine ilişkin sınır değerler kullanılarak yorumlanır. En yaygın kullanılan uyum iyiliği istatistiği Yaklaşımın Hata Kareler Ortalaması Karekökü (YHKOK) [*Root Mean Square Error of Approximation (RMSEA)*]'dır. Bu değer 0.05'in altında olması iyi bir uyum, 0.08'in altında olması ise kabul edilebilir bir uyum olduğunu gösterir. Sağlık davranışları anketine verilen yanıtların faktör analiz sonucunda Faktör 1'e Olumlu Sağlık Davranışları, Faktör 2'ye Olumsuz Sağlık Davranışları adı verilerek faktör yük değerleri hesaplanmıştır.(Bakınız Çizelge 2.3).

**Olumlu ve Olumsuz Sağlık Davranış Puanlarının Hesaplanması:** Olumlu sağlık davranışları sağlığı koruyucu, geliştirici davranışlardır, olumsuz davranışlar ise kişilerin sağlığını riske atmasına sebep olan davranışlardır. RSDA'da yer alan soruların 24'ü (1, 2, 3, 4, 5, 6, 8, 13, 17, 18, 20, 21, 25, 26, 27, 30, 31, 32, 33, 34, 38,

41, 46, 51. sorular) olumlu, 13'ü (11, 12, 16, 19, 28, 29, 35, 39, 40, 44, 48, 49, 50. sorular) olumsuz sağlık davranışlarını belirlemektedir. Olumlu sağlık davranışları soruları için verilen yanıtlar 5- kesinlikle katılıyorum, 4-katılıyorum, 3-kararsızım, 2-katılmıyorum ve 1-kesinlikle katılmıyorum şeklinde, olumsuz sağlık davranışları soruları için 5-kesinlikle katılmıyorum, 4-katılmıyorum, 3-kararsızım, 2-katılıyorum, 1- kesinlikle katılıyorum şeklinde puanlanarak birleşik indeks ile her birey için olumlu ve olumsuz sağlık davranışı puanı hesap edilmiştir. RSDA'dan elde edilebilecek en dūřuk puan 37, en yūksək puan 185'tir.

Anketten elde edilen F1 puanının artması olumlu sağlık davranışlarının fazla olduğunu, F2 puanının artması olumsuz sağlık davranışlarının fazla olduğunu gōstermektedir.

**Çizelge 2.3.** Riskli Sağlık Davranışları Anketi Soru Cümlelerinin Faktör Yük Değerleri

RSDA Cümle No	F1 Olumlu Sağlık Davranışları	F2 Olumsuz Sağlık Davranışları
1	0,430	0,105
2	0,595	-0,062
3	0,420	0,143
4	0,598	-0,147
5	0,536	-0,077
6	0,635	-0,179
8	0,693	-0,169
11	-0,210	-0,615
12	0,295	0,465
13	0,421	0,176
16	0,292	-0,577
17	0,465	0,137
18	0,539	0,007
19	0,110	-0,478
20	0,541	0,110
21	0,660	-0,138
25	0,460	0,017
26	0,572	-0,130
27	0,593	-0,231
28	0,224	-0,565
29	0,059	-0,590
30	0,572	-0,105
31	0,657	-0,241
32	0,630	-0,200
33	0,668	-0,152
34	0,489	0,100
35	-0,084	-0,530
38	0,634	-0,239
39	-0,080	-0,506
40	0,166	-0,672
41	0,605	-0,059
44	0,347	-0,533
46	0,405	0,137
48	0,266	-0,609
49	0,337	-0,622
50	0,247	-0,472
51	0,445	-0,092

### 2.6.3. Akran Baskısı Ölçeği (ABÖ)

Akran Baskısı Ölçeği Esen (2002) tarafından geliştirilmiş olup ergenlerin akran baskısını ölçmeyi amaçlayan 5'li likert tipi bir ölçektir. Çalışmada ele alınan akran baskısı değişkenini ölçen ölçme aracı 34 maddeden oluşmaktadır. Ölçekte yer alan maddelerin karşısında birbirini izleyen sırada “hiçbir zaman”, “ara sıra”, “bazen”, “sık sık” ve “her zaman” biçiminde davranış sıklığını içeren beş seçenek verilmiştir. Öğrencilerden davranışların sıklığını en iyi belirten seçeneği işaretlemeleri istenmiştir. Puanlaması; “Hiçbir zaman: 1, Ara sıra: 2, Bazen: 3, Sık sık: 4, Her zaman: 5 şeklinde olup ölçekten alınabilecek en düşük puan 34, en yüksek puan ise 170'tir. Puanların yüksek olması akran baskısının yüksek, düşük olması ise akran baskısının düşük olduğunu göstermektedir.

### 2.7. Anketin Ön Uygulaması

Ön uygulama araştırmacı tarafından evrenin dışındaki Anıttepe Lisesi'nde okuyan 20 öğrenciye gerekli izinlerin alınmasından sonra yapılmıştır. Ön deneme sonuçlarına göre gerekli düzenlemeler yapılmıştır.

### 2.8. Verilerin Analizi

Verilerin analizinde SPSS 15. 0 for Windows istatistik paket programı kullanılmıştır. Riskli sağlık davranışları sıklığını etkileyen faktörleri belirlemek için Ki-kare, akran baskısı ve riskli sağlık davranışları arasındaki ilişkiyi belirlemek için Spearman Sıra Korelasyon, iki okul akran baskı puanları arasındaki farkı belirlemek, riskli sağlık davranışları ve cinsiyet arasındaki ilişkiyi belirlemek için Mann-Whitney U testi, riskli sağlık davranışları ve ekonomik düzey arasındaki ilişkiyi, ebeveynlerin sosyodemografik özellikleriyle riskli sağlık davranışları arasındaki ilişkiyi belirlemek için Kruskal-Wallis Testi kullanılmıştır.



## 2.9. Araştırmada Kullanılan Bazı Tanım ve Gruplamalar

### 2.9.1. Akran Baskısı Puanı (ABP)

ABP'ni belirlemek için örnekleme giren 638 öğrencinin ABÖ'nden aldıkları puanlar düşükten yükseğe doğru sıralanmış ve puanlar %25'lik dilimlere ayrılmıştır. 39 puan ve altında alanların akran baskısı düşük, 40- 47 arası puan alanların akran baskısı orta, 48- 62 puan alanların akran baskısı yüksek, 63 ve üstü puan alanları akran baskısı çok yüksek olarak sınıflandırılmıştır (Bakınız Çizelge 2.4).

**Çizelge 2.4** Araştırmaya Katılan Öğrencilerin Akran Baskısı Düzeylerine Göre Dağılımı

Akran Baskısı Düzeyi	Akran Baskısı Puanı	n	Yüzde (%)
Düşük	$\leq 39$	157	24.6
Orta	40-47	165	25.9
Yüksek	48-62	157	24.6
Çok Yüksek	$\geq 63$	159	24.9
Toplam		638	100.0

### 2.9.2. Olumlu Sağlık Davranışları Puanı

Olumlu ve olumsuz sağlık davranışı puanını belirlemek için örnekleme giren 638 öğrencinin RSDA'nden aldıkları puanlar düşükten yükseğe doğru sıralanmış ve puanlar %25'lik dilimlere ayrılmıştır. Faktör 1 alt puanı, 39 puan ve altında alanların olumlu sağlık davranış puanı düşük, 40- 47 arası puan alanların olumlu sağlık davranış puanı orta, 48- 58 puan alanların olumlu sağlık davranış puanı yüksek, 59 ve üstü puan alanları olumlu sağlık davranış puanı çok yüksek olarak sınıflandırılmıştır (Bakınız Çizelge 2.5).

**Çizelge 2.5** Araştırmaya Katılan Öğrencilerin Olumlu Sağlık Davranış Düzeylerine Göre Dağılımı

<b>Olumlu Sağlık Davranış Düzeyi</b>	<b>Olumlu Sağlık Davranış (F1) Puanı</b>	<b>n</b>	<b>Yüzde (%)</b>
Düşük	< = 39	172	27.0
Orta	40-47	150	23.5
Yüksek	48-58	160	25.0
Çok Yüksek	> = 59	156	24.5
Toplam		638	100.0

### 2.9.3. Olumsuz Sağlık Davranışları Puanı

Faktör 2 alt puanı ise 23 puan ve altında alanların olumsuz sağlık davranış puanı düşük, 24- 28 arası puan alanların olumsuz sağlık davranış puanı orta, 29- 35 puan alanların olumsuz sağlık davranış puanı yüksek, 36 ve üstü puan alanları olumsuz sağlık davranış puanı çok yüksek olarak sınıflandırılmıştır (Bakınız Çizelge 2.6).

**Çizelge 2.6** Araştırmaya Katılan Öğrencilerin Olumsuz Sağlık Davranış Düzeylerine Göre Dağılımı

<b>Olumsuz Sağlık Davranış Düzeyi</b>	<b>Olumsuz Sağlık Davranış (F2) Puanı</b>	<b>n</b>	<b>Yüzde (%)</b>
Düşük	< = 23	170	26.6
Orta	24-28	160	25.1
Yüksek	29-35	152	23.8
Çok Yüksek	> = 36	156	24.5
Toplam		638	100.0

### 2.10. Araştırma İle İlgili Olarak Çeşitli İzinlerin Alınması

İl Milli Eğitim Müdürlüğünden ve Ankara Valiliği'nden gerekli izinler (Bakınız Ek5) alınmıştır. Ankara Üniversitesi Etik Kurul'undan onay alınmıştır (Bakınız Ek6).

### **2.11. Süre ve Olanaklar**

Araştırmanın planlanmasına Eylül 2009'da başlanmıştır. Aralık 2009'da tez önerisi olarak sunulmuştur. Gerekli izinler alındıktan sonra 1 Mart- 31 Mayıs 2009 arasında veriler toplanmış, veri girişi yapılmıştır. 1 Haziran 2009- 31. Ocak 2010 arasındaki süre verilerin analizi, 1 Şubat 2010- 1 Şubat 2011 arasındaki süre ise tez yazımı için kullanılmıştır. Tez yazımı 2011 yılı Nisan ayında tamamlanmıştır.

### **2.12. Araştırmanın Sınırlılıkları**

İl Milli Eğitim Müdürlüğü Amerika'da riskli sağlık davranışlarını ölçmek için kullanılan ve ülkemizde de zaman zaman bazı çalışmalarda da kullanılmış olan YRBS formundaki, sigara, alkol, uyuşturucu, ve cinsellikle ilgili bazı soruların sorulmasına öğrencileri olumsuz etkilediği gerekçesiyle izin vermemiş, bu yüzden araştırmacı tarafından literatür incelemesi sonrası hazırlanan ankette bu sorulara sınırlama getirilmiştir.

Araştırmada insan gücü ve maddi kaynaklar yalnızca araştırmacı tarafından karşılanmıştır. Araştırma sadece iki okulda yürütüldüğünden söz konusu örneklem ile sınırlı kalmıştır.

### 3. BULGULAR

Bulguların birinci bölümünde sosyo-demografik özellikler başlığı altında her iki lise öğrencilerinin okul, cinsiyet, sınıf, yaş, doğum yeri, anne-baba öğrenim durumu, anne-baba çalışma durumu, başarı durumu, aile tipi, ekonomik durumu ve sağlık durumunu tanımlamaya ilişkin bulgulara yer verilmiştir.

İkinci bölümde riskli sağlık davranışları anketine verilen bazı cevaplar ve bu cevapların, okul türü, cinsiyet, ekonomik durum, anne ve baba öğrenim durumuna göre dağılımları sunulmuştur.

Üçüncü bölümde ise riskli sağlık davranışlar puanları ile akran baskısı puanı arasındaki ilişkiye ve okul türüne, cinsiyete, sınıf düzeyine, yaşa, doğum yerine, anne-baba öğrenim durumuna, anne-baba çalışma durumuna, başarı durumuna, aile tipine, ekonomik durumuna ve sağlık durumlarına göre riskli sağlık davranışları ve ABP durumuna ait veriler sunulmuştur.

#### 3.1. Öğrencilerin Tanımlayıcı Özelliklerine İlişkin Bulgular

Çalışmamıza katılan öğrencilerin %52,2'sinin (n=333) Çankaya Lisesi (ÇL), %47,8'inin (n=305) Yıldırım Beyazıt Lisesi (YBL) öğrencisi olduğu belirlenmiştir.

Öğrencilerin %56,3'ü (n=359) kız, %43,7'si (n=279) erkektir. ÇL'de öğrencilerin %55,6'sı (n=185), YBL'de ise %43'ü (n=174) kız iken erkek öğrencilerin oranı ÇL'de %44,4 (n=148), YBL'de %57'dir (n=131). Cinsiyete göre dağılımda iki okul açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ( $X^2=0,144$ ,  $p=0,704$ ).

ÇL de 9.sınıf öğrencilerin oranı %35,1 (n=117), YBL de %28,5 (n=98), ÇL de 10. sınıf öğrencilerin oranı %29,4 (n=98), YBL de %27,5'dir (n=84). 11. sınıf öğrencilerin oranı ÇL de %22,2 (n=74), YBL de %20 (n=60), 12. sınıf öğrencilerin oranı ÇL de %13,2 (n=44), YBL de %23,9'dur (n=73). Çalışmaya katılan toplam öğrencilerin %32'si (n=204) 9.sınıf, %28,5'i (n=182) 10.sınıf, %21,2'si (n=135) 11.sınıf, %18,3'ü (n=117) 12.sınıf öğrencisidir. Sınıflara göre dağılım açısından okullar arasında fark vardır ( $X^2=12,72$ ,  $p=0,005$ ). Bu fark ÇL de 12. sınıf öğrenci

sayılarının az, 9. sınıf öğrenci sayılarının daha fazla olmasından kaynaklanıyor olabilir (Bakınız Çizelge 3.1).

**Çizelge 3.1.** Öğrencilerin Okullara Göre Cinsiyet ve Sınıf Dağılımları

Okul	ÇL		YBL		Toplam	
	n	%	n	%	n	%
<b>Cinsiyet*</b>						
Erkek	148	44,4	131	57,0	279	43,7
Kız	185	55,6	174	43,0	359	56,3
<b>Sınıflar**</b>						
9	117	35,1	87	28,5	204	32,0
10	98	29,4	84	27,5	182	28,5
11	74	22,2	61	20,0	135	21,2
12	44	13,2	73	23,9	117	18,3
TOPLAM	333	100,0	305	100,0	638	100,0

\* $X^2=0,144$   $p=0,704$  \*\* $X^2=12,72$   $p=0,005$

Öğrencilerin yaş ortalaması ( $\pm$  SS)  $16,54 \pm 1,30$ 'dur. 14- 15 yaşındaki öğrencilerin oranı ÇL de %28,5 (n=95), YBL de %22,2 (n=67), 16 yaşındaki öğrencilerin oranı ÇL de %31,8 (n=106), YBL de %28,4 (n=86), 17 yaşındaki öğrencilerin oranı ÇL de %18,3 (n=61), YBL de %17,5'dir (n=53). 18 yaşındaki öğrencilerin oranı ÇL de %15,9 (n=53), YBL de %24,1 (n=73), 19 yaşındaki öğrencilerin ÇL de %3,9, YBL de %5,3 (n=16), 20- 21 yaşındaki öğrencilerin oranı ÇL de %1,5, YBL de %2,6'dır (n=8). Yaş dağılımı açısından okullar arasında fark saptanmamıştır ( $X^2=13,70$  p=0,057). (Bakınız Çizelge 3.2).

**Çizelge 3.2.** Öğrencilerin Okullara Göre Yaş Dağılımları

Okul	ÇL		YBL		Toplam	
	n	%	n	%	n	%
<b>Yaş*</b>						
14- 15	95	28,5	67	22,2	162	25,5
16	106	31,8	86	28,4	192	30,2
17	61	18,3	53	17,5	114	17,9
18	53	15,9	73	24,1	126	19,8
19	13	3,9	16	5,3	29	4,6
20-21	5	1,5	8	2,6	13	2,1
TOPLAM	333	100,0	303**	100,0	636	100,0

(\* $X^2=13,70$  p=0,057) \*\*Soruya yanıt vermeyen 2 kişi analizlere dahil edilmemiştir.

ÇL'nde köy doğumlu öğrencilerin oranı %5,1, YBL de %9,5, ÇL de belde doğumlu öğrencilerin oranı %1,2, YBL de %3,3, ÇL de ilçe doğumlu öğrencilerin oranı %20,4, YBL de %27,5'dir. İl doğumlu öğrencilerin oranı ÇL de %68,8, YBL de %59, yabancı ülke doğumlu öğrencilerin oranı ÇL de %4,5, YBL de %0,7'dir. Doğum yerlerine göre dağılım açısından okullar arasında fark vardır. Bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır ( $X^2=22,01$ ,  $p=0,00$ ).

ÇL'nde il doğumlu öğrencilerin oranı en yüksekken belde doğumlu öğrencilerin oranı en düşüktür. YBL'nde il doğumlu öğrencilerin oranı en yüksek yabancı ülke doğumluların oranı en düşüktür (Bakınız Çizelge 3.3).

**Çizelge 3.3. Öğrencilerin Okullara Göre Doğum Yeri Dağılımları**

Okul	ÇL		YBL		Toplam	
	n	%	n	%	n	%
<b>Doğum Yeri</b>						
Köy	17	5,1	29	9,5	46	7,2
Belde	4	1,2	10	3,3	14	2,2
İlçe	68	20,4	84	27,5	152	23,8
İl	229	68,8	180	59,0	409	64,1
Yabancı ülke	15	4,5	2	0,7	17	2,7
Toplam	333	100,0	305	100,0	638	100,0

( $X^2=22,01$ ,  $p=0,00$ )

Annesi okuryazar olmayan öğrencilerin oranı ÇL'nde %3,0 (n=10), YBL'nde %14,4 (n=44)'tür. İlkokul mezunu annelerin oranı ÇL'nde %15,9 (n=53), YBL'nde %47,2 (n=144)'tür. Ortaokul mezunu annelerin oranı ÇL'nde %13,5 (n=45), YBL'nde %17,7 (54)'tür. Lise mezunu annelerin oranı ÇL'nde %36,9 (n=123), YBL'nde %16,1 (n=49)'dur. Üniversite mezunu anneye sahip öğrencilerin oranı ÇL'nde %30,6 (n=102), YBL'nde %4,6'tür (n=14). Anne öğrenim düzeyleri açısından okullar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır ( $X^2=161,9$ ,  $p=0,00$ ).

Annesi okuryazar olmayan, ilkokul mezunu, ortaokul mezunu annelerin oranı YBL'nde, annesi lise ve üniversite mezunu annelerin oranı ise ÇL'nde daha yüksektir (Bakınız Çizelge 3.4).

Babası okuryazar olmayan öğrencilerin oranı ÇL'nde %0,9 (n=3), YBL'nde %3,6'dır (n=11). İlkokul mezunu babaların oranı ÇL'nde %9,6 (n=32), YBL'nde %38,4 (n=117)'dir. Ortaokul mezunu babaların oranı ÇL'nde %9,6 (n=32), YBL'nde %23,0 (n=70)'dir. Lise mezunu babaların oranı ÇL de %31,5 (n=105), YBL'nde %25,9 (n=79)'dur. Üniversite mezunu babaya sahip öğrencilerin oranı ÇL'nde %48,3 (n=161), YBL'nde %9,2'dir (n=28). Baba öğrenim düzeyleri açısından okullar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır ( $X^2=163,5$ ,  $p=0,00$ ). Babası okuryazar olmayan, ilkokul ve ortaokul mezunu babaların oranı YBL'nde, babası lise ve üniversite mezunu babaların oranı ise ÇL'nde daha yüksektir (Bakınız Çizelge 3.4).



**Çizelge 3.4.** Öğrencilerin Okullarına Göre Anne Öğrenim ve Baba Öğrenim Durumlarının Dağılımları

Okul	ÇL		YBL		Toplam	
	n	%	n	%	n	%
<b>*Anne Öğrenim Durumu</b>						
**Okuryazar değil	10	3,0	44	14,4	54	8,5
İlkokul mezunu	53	15,9	144	47,2	197	30,9
Ortaokul mezunu	45	13,5	54	17,7	99	15,5
Lise mezunu	123	36,9	49	16,1	172	27,0
Üniversite Mezunu	102	30,6	14	4,6	116	18,2
<b>***Baba Öğrenim Durumu</b>						
**Okuryazar değil	3	0,9	11	3,6	14	2,2
İlkokul mezunu	32	9,6	117	38,4	149	23,4
Ortaokul mezunu	32	9,6	70	23,0	102	16,0
Lise mezunu	105	31,5	79	25,9	184	28,8
Üniversite Mezunu	161	48,3	28	9,2	189	29,6
TOPLAM	333	100,0	305	100,0	638	100,0

(\* $X^2=161,9$ ,  $p=0,00$ , \*\*Okuma yazma bilen ve herhangi bir okuldan mezun olmayanlar bu gruba dahil edilmiştir. \*\*\* $X^2=163,5$ ,  $p=0,00$ )

Ev hanımı annelerin oranı ÇL'nde %57,4 (n=191), YBL'nde %82,6 (n=252), emekli annelerin oranı ÇL'nde %10,2 (n=34), YBL'nde %4,6 (n=14), çalışan annelerin oranı ÇL'nde %32,4 (n=108), YBL'nde %12,8'dir (n=39).

Anne çalışma durumu açısından okullar arasında fark vardır ve bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır ( $X^2=47,98$ ,  $p=0,00$ ). Ev hanımı annelerin oranı YBL'nde yüksekken emekli ve çalışan annelerin oranı ÇL'nde daha yüksektir (Bakınız Çizelge 3.5).

Çalışmayan babaların oranı ÇL’nde %1,5 (n=5), YBL’nde %10,9 (n=33), emekli babaların oranı ÇL’nde %18,4 (n=62), YBL’nde %15,1 (n=46), çalışan babaların oranı ÇL’nde %80,1 (n=256), YBL’nde %74,0 (n=226)’dır.

Baba çalışma durumu açısından okullar arasında fark vardır ve bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır ( $X^2=24,89$ ,  $p=0,00$ ). Çalışmayan babaların oranı YBL’nde yüksekken emekli ve çalışan babaların oranı ÇL’nde daha yüksektir (Bakınız Çizelge 3.5).

**Çizelge 3.5.** Öğrencilerin Okullarına Göre Anne Çalışma ve Baba Çalışma Durumlarının Dağılımları

Okul	ÇL		YBL		Toplam	
	n	%	n	%	n	%
<b>*Anne Çalışma Durumu</b>						
Ev Hanımı	191	57,4	252	82,6	443	69,4
Emekli	34	10,2	14	4,6	48	7,5
Çalışan	108	32,4	39	12,8	147	23,0
<b>**Baba Çalışma Durumu</b>						
Çalışmıyor	5	1,5	33	10,9	38	6,0
Emekli	62	18,4	46	15,1	107	16,9
Çalışan	266	80,1	226	74,0	490	77,2
TOPLAM	333	100,0	305	100,0	638	100,0

(\* $X^2=47,98$ ,  $p=0,00$ ) (\*\* $X^2=24,89$ ,  $p=0,00$ )

“Sene kaybınız var mı?” sorusuna öğrencilerin %13,6’sı (n=87) evet, %86,4’ü (n=551) hayır cevabı vermiştir. Sene kaybı olan öğrencilerin %12,3’ü (n=41) ÇL’nde, %15,1’i (n=46) YBL’nde öğrenim görmektedir. Sene kaybı açısından okullar arasında anlamlı fark saptanmamıştır ( $X^2=1,037$ ,  $p=0,309$ ) (Bakınız Çizelge 3.6).

**Çizelge 3.6.** Öğrencilerin Okullarına Göre Sene Kaybı Durum Dağılımları

Okul	ÇL		YBL		Toplam	
	n	%	n	%	n	%
<b>Sene Kaybı</b>						
Evet	41	12,3	46	15,1	87	13,6
Hayır	292	87,7	259	84,9	551	86,4
TOPLAM	333	100,0	305	100,0	638	100,0

Soruya yanıt vermeyen 2 kişi analizlere dahil edilmemiştir.  
( $X^2=1,037$ ,  $p=0,309$ )

Çekirdek aileye sahip öğrencilerin %84,7'si (n=282) ÇL'nde, %84,6'sı (n=258) YBL'nde, geniş aileye sahip olanların %8,1'i (n=27) ÇL'nde, %12,8'i (n=39) YBL'nde okumaktadır. Diğer aile tipine sahip olanların %7,2'si (n=24) ÇL'nde %2,6'sı (n=8) YBL'nde öğrenim görmektedir. Aile tipi dağılımı açısından okullar arasında fark vardır ve istatistiksel olarak anlamlıdır ( $X^2=10,03$ ,  $p=0,007$ ). Geniş aileye sahip öğrencilerin oranı YBL'nde yüksekken diğer aile tipine sahip öğrencilerin oranı ÇL'nde yüksek bulunmuştur (Bakınız Çizelge 3.7).

**Çizelge 3.7.** Öğrencilerin Okullarına Göre Aile Tipi Dağılımları

Okul	ÇL		YBL		Toplam	
	n	%	n	%	n	%
<b>Aile Tipi</b>						
Çekirdek Aile	282	84,7	258	84,6	540	84,6
Geniş Aile	27	8,1	39	12,8	66	10,3
Diğer	24	7,2	8	2,6	32	5,0
Toplam	333	100,0	305	100,0	638	100,0

( $X^2=10,03$ ,  $p=0,007$ )

Ekonomik durum tanımlamalarına göre dağılımlara baktığımızda; ÇL'nde ekonomik durumumuz çok iyi diyenlerin oranı %12,0 (n=40) YBL'nde %1,3 (n=4), ÇL'nde iyi diyenlerin oranı %49,8 (n=166), YBL'nde %23'dür (n=70). Ekonomik durumumuz orta diyenlerin oranı ÇL'nde %34,5 (n=115), YBL'nde %65,9 (n=201), kötü diyenlerin oranı ÇL'nde %2,1 (n=7), YBL'nde %8,5, çok kötü yanıtını verenlerin oranı ÇL'nde %1,5 (n=5), YBL'nde %1,3'dür (n=4). Ekonomik durumunu tanımlamalarına göre dağılımlarda istatistiksel olarak anlamlı fark vardır ( $X^2=101,92$ ,  $p=0,00$ ). Ekonomik durumunu çok iyi, iyi, çok kötü olarak tanımlayanların oranı ÇL'nde daha yüksekken, orta ve kötü olarak tanımlayanların oranı YBL'nde daha yüksektir (Bakınız Çizelge 3.8).

ÇL'nde sağlık durumunu mükemmel olarak tanımlayan öğrencilerin oranı %25,5 (n=85) , YBL'nde %14,8 (n=45), sağlık durumunu çok iyi olarak tanımlayanların oranı ÇL'nde %35,1 (n=117), YBL'nde %20'dir (n=61). ÇL'nde sağlık durumunu iyi olarak tanımlayanların oranı %32,4 (n=108), YBL'nde %48,5 (n=148), ÇL'nde sağlık durumunu orta olarak tanımlayanların oranı %6 (n=20), YBL'nde %14,1 (n=43), ÇL'nde kötü olarak tanımlayanların oranı %0,9 (n=3), YBL'nde %2,6'dır (n=8). Sağlık durumunu tanımlamalarına göre okullar arasında fark vardır ve bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır ( $X^2=45,70$ ,  $p=0,00$ ). Sağlık durumum mükemmel ve çok iyi diyenlerin oranı ÇL'nde daha yüksek, iyi, orta ve kötü diyenlerin oranı ise YBL'nde daha yüksektir (Bakınız Çizelge 3.8).

**Çizelge 3.8.** Öğrencilerin Ekonomik Durum ve Sağlık Durumlarını Algılamalarına Göre Okul Dağılımları

Okul	ÇL		YBL		Toplam	
	n	%	n	%	n	%
<b>*Ekonomik Durum</b>						
Çok iyi	40	12,0	4	1,3	44	6,9
İyi	166	49,9	70	23,0	236	37,0
Orta	115	34,5	201	65,9	316	49,5
Kötü	7	2,1	26	8,5	33	5,2
Çok kötü	5	1,5	4	1,3	9	1,4
<b>**Sağlık Durumu</b>						
Mükemmel	85	25,5	45	14,8	130	20,4
Çok iyi	117	35,1	61	20,0	178	27,9
İyi	108	32,5	148	48,5	256	40,1
Orta	20	6,0	43	14,1	63	9,9
Kötü	3	0,9	8	2,6	11	1,7
TOPLAM	333	100,0	305	100,0	638	100,0

(\* $X^2=101,92$ ,  $p=0,00$  \*\* $X^2=45,70$ ,  $p=0,00$ )

### 3.2. Öğrencilerin Riskli Sağlık Davranışları Anketine Verdikleri Yanıtların Dağılımı

Bu bölümde öğrencilerin bağımlılık yapıcı maddeler, beslenme davranışları, yaralanmalar, fiziksel aktivite, cinsel davranışları ve şiddet davranışları alt başlıklarında verdikleri cevapların dağılımları verilmiştir. 5li likert skalasına verilen “kesinlikle katılıyorum” ve “katılıyorum” yanıtları birleştirilerek “katılıyorum” ifadesiyle sıklık oranları verilecektir.

“İnsanların keyif verici ve bağımlılık yapıcı maddeleri kullanarak kendilerini riske attıklarını düşünürüm” cümlesine öğrencilerin % 82’si (n=523) katılıyorum yanıtı vermiştir.

“Bağımlılık yapıcı maddeler sağlığa zararlıdır” cümlesine katılıyorum diyenlerin oranı %86,8’dir (n=552).

“Bağımlılık yapıcı veya keyif verici madde denedim” cümlesine katılıyorum diyenlerin oranı %20,9’dur (n=133).

“Sarhoşluk verici içecekler sağlığı olumsuz etkiler” cümlesine katılıyorum diyenlerin oranı %78,4’dür (n=500). (Bakınız Çizelge 3.9).

**Çizelge 3.9.** Öğrencilerin Riskli Sağlık Davranışı Anketinde Bağımlılık Yapıcı Maddelere Ait Sorulara Verdikleri Cevaplar ve Dağılımları

	n \ %	Kesinlikle Katılıyorum	Katılıyorum	Kararsızım	Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum	Toplam	
<b>Bağımlılık Yapıcı Maddelere Ait Sorular</b>								
1	Okulda bağımlılık yapıcı maddelerin zararları hakkında yeterli eğitim aldım	n	203	168	110	61	96	638
	%	31,8	26,3	17,3	9,6	15,0	100	
2	İnsanların keyif verici ve bağımlılık yapıcı maddeleri kullanarak kendilerini riske attıklarını düşünürüm	n	423	100	59	15	41	638
	%	66,3	15,7	9,2	2,4	6,4	100	
3	Bağımlılık yapıcı veya keyif verici maddeleri kullanmayı düşünmem	n	434	100	51	12	41	638
	%	68,0	15,7	8,0	1,9	6,4	100	
4	Bağımlılık yapıcı maddeler sağlığa zararlıdır	n	458	94	36	19	29	636
	%	72,0	14,8	5,7	3,0	4,5	100	
5	Bağımlılık yapıcı veya keyif verici madde denedim	n	65	68	41	76	385	635
	%	10,2	10,7	6,5	12,0	60,6	100	
6	Bağımlılık yapıcı madde kullanan arkadaşlarımdan etkilenirim	n	58	57	74	95	354	638
	%	9,1	8,9	11,6	14,9	55,5	100	
7	Sarhoşluk verici içecekler sağlığı olumsuz etkilerler	n	372	128	44	45	49	638
	%	58,3	20,1	6,9	7,0	7,7	100	

“Daha çok sebze ve meyve ağırlıklı beslenirim” cümlesine öğrencilerin %45,8’i (n=356),

“Her gün en az 3 öğün yemek yerim” cümlesine %67’si (n=427) katılıyorum cevabı vermiştir.

“Fastfood türü yiyecekleri sık tüketirim” cümlesine katılıyorum diyenlerin oranı %52,5 (n=335),

“Fazla kilomdan dolayı diyet yaparım” cümlesine ise %26,5’dir (n=169),

“Kilo kaybetmek veya almak için ilaç vb. maddeler kullanmayı doğru bulurum” cümlesine katılıyorum diyenlerin oranı %14,6 (n=93),

“Kilo vermek için spor yaparım” cümlesine katılıyorum diyenlerin oranı %41,7 (n=266),

“Dengeli beslenme ile ilgili yeterli bilgiye sahibim” cümlesine katılıyorum diyenlerin oranı %71,1’dir (n=454). (Bakınız Çizelge 3.10).



**Çizelge 3.10.** Öğrencilerin Riskli Sağlık Davranışı Anketinde Beslenme Davranışlarına Ait Sorulara Verdikleri Cevaplar ve Dağılımları

		n \ %	Kesinlikle Katılıyorum	Katılıyorum	Kararsızım	Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum	Toplam
<b>Beslenme Davranışlarına Ait Sorular</b>								
8	Daha çok sebze ve meyve ağırlıklı beslenirim	n	179	177	170	60	52	638
		%	28,1	27,7	26,6	9,4	8,2	100
9	Her gün en az 3 öğün yemek yerim	n	255	172	94	69	48	638
		%	40,0	27,0	14,7	10,8	7,5	100
10	Fastfood türü yiyecekleri sık tüketirim	n	160	175	125	113	65	638
		%	25,1	27,4	19,6	17,7	10,2	100
11	Fazla kilomdan dolayı diyet yaparım	n	88	81	80	120	269	638
		%	13,8	12,7	12,5	18,8	42,2	100
12	Kilo vermek için spor yaparım	n	135	131	101	102	169	638
		%	21,2	20,5	15,8	16,0	26,5	100
13	Kendimi kilolu buluyorum	n	109	76	103	96	253	637
		%	17,1	11,9	16,2	15,1	39,7	100
14	Süt ve süt ürünlerini sık tüketirim	n	247	165	105	68	53	638
		%	38,7	25,9	16,5	10,6	8,3	100
15	Dengeli beslenme ile ilgili yeterli bilgiye sahibim	n	242	212	126	33	25	638
		%	37,9	33,2	19,7	5,3	3,9	100
16	Kilo kaybetmek veya almak için ilaç vb. maddeler kullanmayı doğru bulurum	n	55	38	71	82	392	638
		%	8,6	6,0	11,1	12,9	61,4	100
17	Her gün yeterli ve dengeli beslenirim	n	159	212	169	72	25	637
		%	25,0	33,3	26,5	11,3	3,9	100
18	Sağlıklı olmak için her gün sebze ve meyve tüketilmelidir	n	404	113	63	23	35	638
		%	63,3	17,7	9,9	3,6	5,5	100

“Her zaman trafik kurallarına uyarım” cümlesine öğrencilerin %76’sı (n=485), “Arabaya bindiğimde emniyet kemerimi takarım” cümlesine ise %45,4’ü (n=289) katılıyorum yanıtı vermiştir.

“Alkollü bir sürücünün kullandığı arabaya binmem” cümlesine katılıyorum diyenlerin oranı %70,2’dir (n=448),

“Ehliyeti olmayan sürücünün kullandığı arabaya binmem” cümlesine katılıyorum diyenlerin oranı %51,7 (n=330),

“Motorlu araç kullanırken kask takmak gerekli ve koruyucudur” cümlesine katılıyorum diyenlerin oranı %82,3 (n=525),

“Okulda kazalar ve kazalardan korunma ile ilgili yeterli bilgi edindim” cümlesine katılıyorum diyenlerin oranı %47,6 (n=304),

“Bisiklet veya motosiklete binerken kask takarım” cümlesine katılıyorum diyenlerin oranı %49,7’dir (n=316). (Bakınız Çizelge 3.11).

**Çizelge 3.11.** Öğrencilerin Riskli Sağlık Davranışı Anketinde Yaralanmalara Ait Sorulara Verdikleri Cevaplar ve Dağılımları

		n \ %	Kesinlikle Katılıyorum	Katılıyorum	Kararsızım	Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum	Toplam
<b>Yaralanmalara Ait Sorular</b>								
19	Ehliyeti olmayan sürücünün kullandığı arabaya binmem	n	224	106	124	79	105	638
		%	35,1	16,6	19,4	12,4	16,5	100
20	Her zaman trafik kurallarına uyarım	n	220	265	94	27	32	638
		%	34,5	41,5	14,7	4,2	5,0	100
21	Arabaya bindiğimde emniyet kemerimi takarım	n	158	131	156	95	95	636
		%	24,8	20,6	24,5	14,9	14,9	100
22	Motorlu araç kullanırken kask takmak gerekli ve koruyucudur	n	382	143	63	18	32	638
		%	59,9	22,4	9,9	2,8	5,0	100
23	Okulda kazalar ve kazalardan korunma ile ilgili yeterli bilgi edindim	n	133	171	149	90	95	638
		%	20,8	26,8	23,4	14,1	14,9	100
24	Alkollü bir sürücünün kullandığı arabaya binmem	n	362	86	81	39	70	638
		%	56,7	13,5	12,7	6,1	11,0	100
25	Bisiklet veya motosiklete binerken kask takarım	n	183	133	120	90	109	635
		%	28,8	20,9	18,9	14,2	17,2	100

“Üreme sağlığı ile ilgili bilgileri arkadaşlarımdan edinirim” cümlesine öğrencilerin %31,5’i (n=200),

“Aile planlaması konusunda bilgilerimin yetersiz olduğunu düşünüyorum” cümlesine öğrencilerin %37,1’i (n=237),

“AIDS ve Hepatit-B’ den korunma yolları ile ilgili yeterli bilgim yok” cümlesine ise %37,8’i (n=235) katılıyorum cevabını vermiştir.

“Kan ve cinsel yolla bulaşan hastalıklar hakkında ihtiyacım olan bilgiyi sağlık personelinde almak isterim” cümlesine ise %75,1’i (n=479) katılıyorum cevabını vermiştir. (Bakınız Çizelge 3.12).

**Çizelge 3.12.** Öğrencilerin Riskli Sağlık Davranışı Anketinde Üreme Sağlığına Ait Sorulara Verdikleri Cevaplar ve Dağılımları

		n \ %	Kesinlikle Katılıyorum	Katılıyorum	Kararsızım	Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum	Toplam
<b>Üreme Sağlığına Ait Sorular</b>								
26	Üreme sağlığı ile ilgili yeterli bilgiye sahibim	n	238	201	119	35	43	636
		%	37,4	31,6	18,7	5,5	6,8	100
27	Üreme sağlığı ile ilgili bilgileri arkadaşlarımdan edinirim	n	90	110	163	128	145	636
		%	14,2	17,3	25,6	20,1	22,8	100
28	Aile planlaması konusunda bilgilerimin yetersiz olduğunu düşünüyorum	n	92	145	135	121	145	638
		%	14,4	22,7	21,2	19,0	22,7	100
29	AIDS ve Hepatit-B' den korunma yolları ile ilgili yeterli bilgim yok	n	113	122	127	115	161	638
		%	17,7	19,1	19,9	18,0	25,2	100
30	Kan ve cinsel yolla bulaşan hastalıklar hakkında bilgiyi sağlık personelinde almak isterim	n	338	141	72	30	57	638
		%	53,0	22,1	11,3	4,7	8,9	100
31	Beslenme, hijyen, aile planlaması, bulaşıcı hastalıklar vb konularda sağlık eğitimine gereksinim duyarım	n	240	174	95	53	74	636
		%	37,7	27,4	14,9	8,3	11,6	100

“Egzersiz yapmak sağlığı olumlu etkiler” cümlesine öğrencilerin %92’si (n=585),

“Haftada en az 2 gün egzersiz yaparım” cümlesine %41,5’i (n=264) katılıyorum yanıtı vermiştir.

“Her gün en az 3 saat televizyon izlerim” diyenlerin oranı ise %54,5 (n=348).

“Her gün en az 3 saat bilgisayar kullanırım” diyenlerin oranı ise %39,8 (n=256),

“Sabahları uykumu almış olarak uyanırım” diyenlerin oranı ise %38,7’dir (n=247). (Bakınız Çizelge 3.13).

**Çizelge 3.13.** Öğrencilerin Riskli Sağlık Davranışı Anketinde Fiziksel Aktiviteye Ait Sorulara Verdikleri Cevaplar ve Dağılımları

		n \ %	Kesinlikle Katılıyorum	Katılıyorum	Kararsızım	Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum	Toplam
<b>Fiziksel Aktiviteye Ait Sorular</b>								
32	Egzersiz yapmak sağlığı olumlu etkiler	n	471	114	16	9	26	636
		%	74,1	17,9	2,5	1,4	4,1	100
33	Haftada en az 2 gün egzersiz yaparım	n	156	108	140	115	117	636
		%	24,5	17,0	22,0	18,1	18,4	100
34	Her gün en az 3 saat televizyon izlerim	n	196	152	114	83	93	638
		%	30,7	23,8	17,9	13,0	14,6	100
35	Her gün en az 3 saat bilgisayar kullanırım	n	148	106	123	123	138	638
		%	23,2	16,6	19,3	19,3	21,6	100
36	Sabahları uykumu almış olarak uyanırım	n	134	113	166	77	147	637
		%	21,0	17,7	26,1	12,1	23,1	100

“Kendimi sık sık ümitsiz ve üzgün hissedirim” cümlesine öğrencilerin %40’ı (n=254),

“Kendimi ümitsiz ve üzgün hissettiğim zamanlarda öğretmenlerimle paylaşmaktan çekinmem” cümlesine öğrencilerin %28,9’u (n=184),

“Okulda disiplin suçu teşkil eden davranışlar sergilemem” cümlesine %77,2’si (n=491),

“Yaralayıcı alet taşıyan öğrencilerden uzak dururum” cümlesine ise %64,9’u (n=413) katılıyorum cevabı vermiştir.

“Okulda ve çevresinde yaralayıcı alet taşınmasını doğru bulmam” cümlesine %77,4’ü (n=493),

“Arkadaşlarıma kantinden kendime zorla bir şeyler ısmarlatırım” cümlesine ise %20,6’sı (n=131) katılıyorum yanıtı vermiştir.

“Arkadaşlarımla geç saatlere kadar dışarıda kalmakta sakınca görmem” cümlesine %43’ü (n=274),

“Kendime zarar verici hareketlerde bulunurum” cümlesine %14’ü (n=89) katılıyorum yanıtı vermiştir. (Bakınız Çizelge 3.14).

**Çizelge 3.14.** Öğrencilerin Riskli Sağlık Davranışı Anketinde Şiddet Davranışlarına Ait Sorulara Verdikleri Cevaplar ve Dağılımları

		n \ %	Kesinlikle Katılıyorum	Katılıyorum	Kararsızım	Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum	Toplam
<b>Şiddet Davranışlarına Ait Sorular</b>								
37	Kendimi sık sık ümitsiz ve üzgün hissedirim	n	150	104	142	119	121	636
		%	23,6	16,4	22,3	18,7	19,0	100
38	Kendimi ümitsiz ve üzgün hissettiğim zamanlarda öğretmenlerimle paylaşmaktan çekinmem	n	109	75	140	93	220	637
		%	17,1	11,8	22,0	14,6	34,5	100
39	Okulda disiplin suçu teşkil eden davranışlar sergilemem	n	349	142	76	35	34	636
		%	54,9	22,3	11,9	5,6	5,3	100
40	Arkadaşlarıma kantinden kendime zorla bir şeyler ısmarlatırım	n	84	47	66	94	346	637
		%	13,2	7,4	10,4	14,8	54,3	100
41	İstediklerimi yapmayan kişileri arkadaş grubum içerisinde istemem	n	101	53	101	118	264	637
		%	15,9	8,3	15,9	18,5	41,4	100
42	Yaralayıcı alet taşıyan öğrencilerden uzak dururum	n	289	124	92	57	74	636
		%	45,4	19,5	14,5	9,0	11,6	100
43	Okulda ve çevresinde yaralayıcı alet taşınmasını doğru bulmam	n	401	92	73	25	46	637
		%	63,0	14,4	11,5	3,9	7,2	100
44	Erkek arkadaşıma fiziksel ve psikolojik zorlamada bulunmam	n	353	112	60	37	72	634
		%	55,7	17,7	9,5	5,8	11,4	100
45	Kız arkadaşıma fiziksel ve psikolojik zorlamada bulunmam	n	350	98	67	38	85	638
		%	54,9	15,4	10,5	6,0	13,3	100
46	Gruptan dışlanmamak için arkadaşlarımla isteklerini yerine getiririm	n	49	45	93	136	315	638
		%	7,7	7,1	14,6	21,3	49,4	100
47	Arkadaşlarıma lakap takarak onlarla dalga geçerim	n	70	82	106	143	237	638
		%	11,0	12,9	16,6	22,4	37,1	100
48	Çevremdekilere karşı argo ve küfürlü konuşurum	n	69	64	118	131	255	637
		%	10,8	10,0	18,5	20,6	40,0	100
49	Arkadaşlarımla geç saatlere kadar dışarıda kalmakta sakınca görmem	n	151	123	98	82	184	638
		%	23,7	19,3	15,4	12,9	28,8	100
50	İnternette sakıncalı ve uygunsuz siteleri ziyaret etmem	n	359	72	71	36	100	638
		%	56,3	11,3	11,1	5,6	15,7	100
51	Kendime zarar verici hareketlerde bulunurum	n	56	33	78	130	340	637
		%	8,8	5,2	12,2	20,4	53,4	100

### 3.2.1. Riskli Sağlık Davranışları Anketine Verilen Bazı Cevapların Okul Türüne Göre Dağılımları

Riskli Sağlık Davranışları anketine verilen yanıtların okul türüne göre  $X^2$  ve p değerleri Çizelge 3.33'te sunulmuştur.

“Sarhoşluk verici içecekler sağlığı olumsuz etkiler” cümlesine verilen yanıtlar açısından okul türleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ( $X^2=35.75$   $p<0.05$ ). ÇL öğrencilerinin %73,2'si (n=244), YBL öğrencilerinin %84'ü (n=256) katılıyorum yanıtını vermiştir. (Bakınız Çizelge 3.15).

**Çizelge 3.15.** Sarhoşluk verici içecekler sağlığı olumsuz etkiler cümlesine verilen yanıtların okula göre dağılımları

Okul		Sarhoşluk verici içecekler sağlığı olumsuz etkiler					
		Kesinlikle Katılıyorum	Katılıyorum	Kararsızım	Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum	Toplam
ÇL	n	158	86	28	26	35	333
	%	47,4	25,8	8,4	7,8	10,5	100,0
YBL	n	214	42	16	19	14	305
	%	70,2	13,8	5,2	6,2	4,6	100,0
<b>Toplam</b>	n	372	128	44	45	49	638

$X^2=35,75$   $p<0,05$



“Bağımlılık yapıcı maddeler sağlığa zararlıdır” cümlesine verilen yanıtlar açısından okul türleri arasında farklılık yoktur ( $X^2=6,52$   $p>0,05$ ). (Bakınız Çizelge 3.16.).

**Çizelge 3.16.** Bağımlılık yapıcı maddeler sağlığa zararlıdır cümlesine verilen yanıtların okula göre dağılımları

Okul		Bağımlılık yapıcı maddeler sağlığa zararlıdır					
		Kesinlikle Katılıyorum	Katılıyorum	Kararsızım	Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum	Toplam
ÇL	n	227	54	23	9	19	332
	%	68,4	16,3	6,9	2,7	5,7	100,0
YBL	n	231	40	13	10	10	304
	%	76,0	13,2	4,3	3,3	3,3	100,0
<b>Toplam</b>	n	458	94	36	19	29	636

$X^2=6,52$   $p>0,05$  Soruya yanıt vermeyen 2 kişi analizlere dahil edilmemiştir.

“Bağımlılık yapıcı ve keyif verici madde denedim” cümlesine verilen yanıtlar açısından okul türleri arasında farklılık saptanmıştır ( $X^2=19,36$   $p<0,05$ ). ÇL öğrencilerinin 24,5’i (n=81), YBL öğrencilerinin %17,1’i (n=52) katılıyorum demiştir. (Bakınız Çizelge 3.17).

**Çizelge 3.17.** Bağımlılık yapıcı ve keyif verici madde denedim cümlesine verilen yanıtların okula göre dağılımları

Okul		Bağımlılık yapıcı ve keyif verici madde denedim					
		Kesinlikle Katılıyorum	Katılıyorum	Kararsızım	Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum	Toplam
ÇL	n	40	41	29	46	174	330
	%	12,1	12,4	8,8	13,9	52,7	100,0
YBL	n	25	27	12	30	211	305
	%	8,2	8,9	3,9	9,8	69,2	100,0
<b>Toplam</b>	n	65	68	41	76	385	635

$X^2=19,36$   $p<0,05$  Soruya yanıt vermeyen 3 kişi analizlere dahil edilmemiştir.

“Her gün en az üç öğün yemek yerim” cümlesine verilen yanıtlar açısından okul türleri arasında farklılık saptanmamıştır ( $X^2=3,47$   $p>0,05$ ). (Bakınız Çizelge 3.18).

**Çizelge 3.18.** Her gün en az üç öğün yemek yerim cümlesine verilen yanıtların okula göre dağılımları

Okul		Her gün en az üç öğün yemek yerim					
		Kesinlikle Katılıyorum	Katılıyorum	Kararsızım	Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum	Toplam
ÇL	n	130	86	57	34	26	333
	%	39,0	25,8	17,1	10,2	7,8	100,0
YBL	n	125	86	37	35	22	305
	%	41,0	28,2	12,1	11,5	7,2	100,0
<b>Toplam</b>	n	255	172	94	69	48	638

$X^2=3,47$   $p>0,05$

“Fastfood türü yiyecekleri sık tüketirim” cümlesine verilen yanıtlar açısından okul türleri arasında farklılık saptanmıştır ( $X^2=3,47$   $p<0,05$ ). ÇL öğrencilerinin %58,8’i (n=196), YBL öğrencilerinin %45,6’sı (n=139) katılıyorum yanıtı vermişlerdir. (Bakınız Çizelge 3.19).

**Çizelge 3.19.** Fastfood türü yiyecekleri sık tüketirim cümlesine verilen yanıtların okula göre dağılımları

Okul		Fastfood türü yiyecekleri sık tüketirim					
		Kesinlikle Katılıyorum	Katılıyorum	Kararsızım	Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum	Toplam
ÇL	n	100	96	69	39	29	333
	%	30,0	28,8	20,7	11,7	8,7	100,0
YBL	n	60	79	56	74	36	305
	%	19,7	25,9	18,4	24,3	11,8	100,0
<b>Toplam</b>	n	160	175	125	113	65	638

$X^2=23,41$   $p<0,05$

“Fazla kilomdan dolayı diyet yaparım” cümlesine verilen yanıtlar açısından okul türleri arasında farklılık saptanmamıştır ( $X^2=6,84$   $p>0,05$ ). (Bakınız Çizelge 3.20.)

**Çizelge 3.20.** Fazla kilomdan dolayı diyet yaparım cümlesine verilen yanıtların okula göre dağılımları

Okul		Fazla kilomdan dolayı diyet yaparım					
		Kesinlikle Katılıyorum	Katılıyorum	Kararsızım	Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum	Toplam
ÇL	n	56	39	38	66	134	333
	%	16,8	11,7	11,5	19,8	40,2	100,0
YBL	n	32	42	42	54	135	305
	%	10,5	13,8	13,8	17,7	44,2	100,0
<b>Toplam</b>	n	88	81	80	120	269	638

$X^2=6,84$   $p>0,05$

“Egzersiz yapmak sağlığı olumlu etkiler” cümlesine verilen yanıtlar açısından okul türleri arasında farklılık saptanmamıştır ( $X^2=1,23$   $p>0,05$ ). (Bakınız Çizelge 3.21).

**Çizelge 3.21.** Egzersiz yapmak sağlığı olumlu etkiler cümlesine verilen yanıtların okula göre dağılımları

Okul		Egzersiz yapmak sağlığı olumlu etkiler					
		Kesinlikle Katılıyorum	Katılıyorum	Kararsızım	Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum	Toplam
ÇL	n	241	60	10	5	15	331
	%	72,8	18,1	3,0	1,5	4,6	100,0
YBL	n	230	54	6	4	11	305
	%	75,4	17,7	2,0	1,3	3,6	100,0
<b>Toplam</b>	n	471	114	16	9	26	636

$X^2=1,23$   $p>0,05$  Soruya yanıt vermeyen 2 kişi analizlere dahil edilmemiştir.

“Haftada en az iki gün spor yaparım” cümlesine verilen yanıtlar açısından okul türleri arasında farklılık saptanmamıştır ( $X^2=5,72$   $p>0,05$ ). (Bakınız Çizelge 3.22).

**Çizelge 3.22.** Haftada en az iki gün spor yaparım cümlesine verilen yanıtların okula göre dağılımları

Okul		Haftada en az iki gün spor yaparım					
		Kesinlikle Katılıyorum	Katılıyorum	Kararsızım	Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum	Toplam
ÇL	n	91	59	73	52	56	331
	%	27,5	17,8	22,1	15,7	16,9	100,0
YBL	n	65	49	67	63	61	305
	%	21,3	16,1	22,0	20,6	20,0	100,0
<b>Toplam</b>	n	156	108	140	115	117	636

$X^2=5,72$   $p>0,05$  Soruya yanıt vermeyen 2 kişi analizlere dahil edilmemiştir.

“Her gün en az üç saat televizyon izlerim” cümlesine verilen yanıtlar açısından okul türleri arasında farklılık saptanmıştır ( $X^2=9,91$   $p<0,05$ ). ÇL öğrencilerinin %49,5’i (n=165), YBL öğrencilerinin %60’ı (n=183) katılıyorum yanıtını vermiştir. (Bakınız Çizelge 3.23).

**Çizelge 3.23.** Her gün en az üç saat televizyon izlerim cümlesine verilen yanıtların okula göre dağılımları

Okul		Her gün en az üç saat televizyon izlerim					
		Kesinlikle Katılıyorum	Katılıyorum	Kararsızım	Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum	Toplam
ÇL	n	98	67	71	44	53	333
	%	29,4	20,1	21,3	13,3	15,9	100,0
YBL	n	98	85	43	39	40	305
	%	32,1	27,9	14,1	12,8	13,1	100,0
<b>Toplam</b>	n	196	152	114	83	93	638

$X^2=9,91$   $p<0,05$



“Her zaman trafik kurallarına uyarım” cümlesine verilen yanıtlar açısından okul türleri arasında farklılık saptanmıştır ( $X^2=13,98$   $p<0,05$ ). ÇL öğrencilerinin %73,5’i (n=245), YBL öğrencilerinin %78,7’si (n=240) katılıyorum yanıtını vermiştir. (Bakınız Çizelge 3.24).

**Çizelge 3.24.** Her zaman trafik kurallarına uyarım cümlesine verilen yanıtların okula göre dağılımları

Okul		Her zaman trafik kurallarına uyarım					
		Kesinlikle Katılıyorum	Katılıyorum	Kararsızım	Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum	Toplam
ÇL	n	98	147	52	12	24	333
	%	29,4	44,1	15,6	3,7	7,2	100,0
YBL	n	122	118	42	15	8	305
	%	40,0	38,7	13,8	4,9	2,6	100,0
<b>Toplam</b>	n	220	265	94	27	32	638

$X^2=13,98$   $p<0,05$

“Arabaya bindiğimde her zaman emniyet kemeri takarım” cümlesine verilen yanıtlar açısından okul türleri arasında farklılık saptanmamıştır ( $X^2=7,87$   $p>0,05$ ). (Bakınız Çizelge 3.25).

**Çizelge 3.25.** Arabaya bindiğimde her zaman emniyet kemeri takarım cümlesine verilen yanıtların cinsiyete göre dağılımları

Okul		Arabaya bindiğimde her zaman emniyet kemeri takarım					
		Kesinlikle Katılıyorum	Katılıyorum	Kararsızım	Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum	Toplam
ÇL	n	85	61	87	42	56	331
	%	25,7	18,4	26,3	12,7	16,9	100,0
YBL	n	73	70	69	53	39	305
	%	23,9	23,0	22,7	17,5	12,9	100,0
<b>Toplam</b>	n	158	131	156	95	95	636

$X^2=7,87$   $p>0,05$  Soruya yanıt vermeyen 2 kişi analizlere dahil edilmemiştir.

“Alkollü sürücünün kullandığı arabaya binmem” cümlesine verilen yanıtlar açısından okul türleri arasında farklılık saptanmıştır ( $X^2=14,60$   $p<0,05$ ). ÇL öğrencilerinin %64,4’ü ( $n=221$ ), YBL öğrencilerinin %74,4’ü ( $n=227$ ) katılıyorum yanıtını vermiştir. (Bakınız Çizelge 3.26).

**Çizelge 3.26.** Alkollü sürücünün kullandığı arabaya binmem cümlesine verilen yanıtların okula göre dağılımları

Okul		Alkollü sürücünün kullandığı arabaya binmem					
		Kesinlikle Katılıyorum	Katılıyorum	Kararsızım	Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum	Toplam
ÇL	n	167	54	52	23	37	333
	%	50,2	16,2	15,6	6,9	11,1	100,0
YBL	n	195	32	29	16	33	305
	%	63,9	10,5	9,6	5,2	10,8	100,0
<b>Toplam</b>	n	362	86	81	39	70	638

$X^2=14,60$ ,  $p<0,05$

“Kendimi sık sık ümitsiz ve üzgün hissederim” cümlesine verilen yanıtlar açısından okul türleri arasında farklılık saptanmıştır ( $X^2=15,59$   $p<0,05$ ). ÇL öğrencilerinin %33,8'i (n=112), YBL öğrencilerinin 46,5'i (n=142) katılıyorum yanıtını vermiştir. (Bakınız Çizelge 3.27).

**Çizelge 3.27.** Kendimi sık sık ümitsiz ve üzgün hissederim cümlesine verilen yanıtların okula göre dağılımları

Okul		Kendimi sık sık ümitsiz ve üzgün hissederim					
		Kesinlikle Katılıyorum	Katılıyorum	Kararsızım	Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum	Toplam
ÇL	n	59	53	76	69	74	331
	%	17,8	16,0	23,0	20,8	22,4	100,0
YBL	n	91	51	66	50	47	305
	%	29,8	16,7	21,6	16,4	15,4	100,0
<b>Toplam</b>	n	150	104	142	119	121	636

$X^2=15,59$ ,  $p<0,05$  Soruya yanıt vermeyen 2 kişi analizlere dahil edilmemiştir.

“Okul ve çevresinde yaralayıcı alet taşınmasını doğru bulmam” cümlesine verilen yanıtlar açısından okul türleri arasında farklılık saptanmamıştır ( $X^2=8,26$   $p>0,05$ ). (Bakınız Çizelge 3.28)

**Çizelge 3.28.** Okul ve çevresinde yaralayıcı alet taşınmasını doğru bulmam cümlesine verilen yanıtların okula göre dağılımları

Okul		Okul ve çevresinde yaralayıcı alet taşınmasını doğru bulmam					
		Kesinlikle Katılıyorum	Katılıyorum	Kararsızım	Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum	Toplam
ÇL	n	192	55	42	14	29	332
	%	57,8	16,6	12,6	4,2	8,7	100,0
YBL	n	209	37	31	11	17	305
	%	68,5	12,1	10,2	3,6	5,6	100,0
<b>Toplam</b>	n	401	92	73	25	46	637

$X^2=8,26$ ,  $p>0,05$  Soruya yanıt vermeyen 1 kişi analizlere dahil edilmemiştir.

“Arkadaşlarıma kantinden kendime zorla bir şeyler ısmarlatırım” cümlesine verilen yanıtlar açısından okul türleri arasında farklılık saptanmıştır ( $X^2=15,58$   $p<0,05$ ). ÇL öğrencilerinin %25,5’i ( $n=85$ ), YBL öğrencilerinin %15,1’i ( $n=46$ ) katılıyorum yanıtını vermiştir. (Bakınız Çizelge 3.29)

**Çizelge 3.29.** Arkadaşlarıma kantinden kendime zorla bir şeyler ısmarlatırım cümlesine verilen yanıtların okula göre dağılımları

Okul		Arkadaşlarıma kantinden kendime zorla bir şeyler ısmarlatırım					
		Kesinlikle Katılıyorum	Katılıyorum	Kararsızım	Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum	Toplam
ÇL	n	55	30	36	54	158	333
	%	16,5	9,0	10,8	16,2	47,5	100,0
YBL	n	29	17	30	40	188	304
	%	9,5	5,6	9,9	13,2	61,8	100,0
<b>Toplam</b>	n	84	47	66	94	346	637

$X^2=15,58$ ,  $p<0,05$  Soruya yanıt vermeyen 1 kişi analizlere dahil edilmemiştir.

“AIDS ve Hepatit-B’ den korunma yolları ile ilgili yeterli bilgin yok” cümlesine verilen yanıtlar açısından okul türleri arasında farklılık saptanmamıştır ( $X^2=8,26$   $p>0,05$ ). (Bakınız Çizelge 3.30)

**Çizelge 3.30.** AIDS ve Hepatit-B’den korunma yolları ile ilgili yeterli bilgin yok cümlesine verilen yanıtların okula göre dağılımları

Okul		AIDS ve Hepatit-B' den korunma yolları ile ilgili yeterli bilgin yok					
		Kesinlikle Katılıyorum	Katılıyorum	Kararsızım	Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum	Toplam
ÇL	n	51	57	65	63	97	333
	%	15,3	17,1	19,5	18,9	29,1	100,0
YBL	n	62	65	62	52	64	305
	%	20,3	21,3	20,3	17,0	21,0	100,0
<b>Toplam</b>	n	113	122	127	115	161	638

$X^2=8,26$ ,  $p>0,05$

“Kan ve cinsel yolla bulaşan hastalıklar hakkında ihtiyacım olan bilgiyi sağlık personelinde almak isterim” cümlesine verilen yanıtlar açısından okul türleri arasında farklılık saptanmıştır ( $X^2=15,58$   $p<0,05$ ). ÇL öğrencilerinin %66,9’u ( $n=223$ ), YBL öğrencilerinin %83,9’u ( $n=256$ ) katılıyorum yanıtını vermiştir. (Bakınız Çizelge 3.31)

**Çizelge 3.31.** Kan ve cinsel yolla bulaşan hastalıklar hakkında ihtiyacım olan bilgiyi sağlık personelinde almak isterim cümlesine verilen yanıtların okula göre dağılımları

Okul		Kan ve cinsel yolla bulaşan hastalıklar hakkında ihtiyacım olan bilgiyi sağlık personelinde almak isterim					
		Kesinlikle Katılıyorum	Katılıyorum	Kararsızım	Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum	Toplam
ÇL	n	150	73	48	20	42	333
	%	45,0	21,9	14,5	6,0	12,6	100,0
YBL	n	188	68	24	10	15	305
	%	61,6	22,3	7,9	3,3	4,9	100,0
<b>Toplam</b>	n	338	141	72	30	57	638

$X^2=27,39$ ,  $p<0,05$



“Aile planlaması konusunda bilgilerimin yetersiz olduğunu düşünüyorum” cümlesine verilen yanıtlar açısından okul türleri arasında farklılık saptanmıştır ( $X^2=10,73$   $p<0,05$ ). ÇL öğrencilerinin %32,4’ü (n=108), YBL öğrencilerinin %42,3’ü (n=129) katılıyorum yanıtını vermiştir. (Bakınız Çizelge 3.32)

**Çizelge 3.32.** Aile planlaması konusunda bilgilerimin yetersiz olduğunu düşünüyorum cümlesine verilen yanıtların okula göre dağılımları

Okul		Aile planlaması konusunda bilgilerimin yetersiz olduğunu düşünüyorum					
		Kesinlikle Katılıyorum	Katılıyorum	Karasızım	Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum	Toplam
ÇL	n	43	65	67	75	83	333
	%	12,9	19,5	20,1	22,6	24,9	100,0
YBL	n	49	80	68	46	62	305
	%	16,1	26,2	22,3	15,1	20,3	100,0
<b>Toplam</b>	n	92	145	135	121	145	638

$X^2=10,73$ ,  $p<0,05$

**Çizelge 3.33.** RSDA' ya Verilen Cevapların Okul Türüne Göre X<sup>2</sup> ve P Değerleri

	<b>RİSKLİ SAĞLIK DAVRANIŞLARI ANKETİ</b>	<b>X<sup>2</sup></b>	<b>P</b>
1	Okulda bağımlılık yapıcı maddelerin zararları hakkında yeterli eğitim aldım	4,56	0,335
2	Her zaman trafik kurallarına uyarım	13,98	0,007
3	Her gün yeterli ve dengeli beslenirim	9,95	0,041
4	Sarhoşluk verici içecekler sağlığı olumsuz etkilerler	35,75	0,000
5	Egzersiz yapmak sağlığı olumlu etkiler	1,23	0,872
6	Bağımlılık yapıcı ve keyif verici maddeleri kullanmayı düşünmem	6,15	0,188
7	Dengeli beslenme ile ilgili yeterli bilgiye sahibim	21,35	0,000
8	Bağımlılık yapıcı maddeler sağlığa zararlıdır	6,52	0,163
9	Her gün en az 3 öğün yemek yerim	3,47	0,481
10	Fastfood türü yiyecekleri (hamburger, tost gibi) sık tüketirim	23,41	0,000
11	Fazla kilomdan dolayı diyet yaparım	6,84	0,144
12	Kilo vermek için spor yaparım	6,41	0,170
13	Daha çok sebze ve meyve ağırlıklı beslenirim	2,78	0,594
14	Süt ve süt ürünlerini sık tüketirim	14,45	0,006
15	Haftada en az 2 gün egzersiz yaparım	5,72	0,220
16	Bağımlılık yapıcı ve keyif verici madde denedim	19,36	0,001
17	Okulda kazalar ve kazalardan korunma ile ilgili yeterli bilgi edindim	2,29	0,681
18	Ehliyeti olmayan sürücünün kullandığı arabaya binmem	9,31	0,054
19	Bağımlılık yapıcı madde kullanan arkadaşlarımdan etkilenirim	4,65	0,325
20	Arabaya bindiğimde emniyet kemerini takarım	7,87	0,163
21	Motorlu araç kullanırken kask takmak gerekli ve koruyucudur	10,40	0,034
22	Üreme sağlığı ile ilgili yeterli bilgiye sahibim	18,57	0,001
23	Üreme sağlığı ile ilgili bilgileri arkadaşlarımdan edinirim	5,09	0,278
24	AIDS ve Hepatit-B'den korunma yolları ile ilgili yeterli bilgim yok	8,26	0,082
25	Kan ve cinsel yolla bulaşan hastalıklar hakkında ihtiyacım olan bilgiyi sağlık personelinde almak isterim	27,39	0,000
26	Alkollü bir sürücünün kullandığı arabaya binmem	14,60	0,006
27	Okulda disiplin suçu teşkil eden davranışlar sergilemem	19,88	0,001
28	Arkadaşlarıma kantinden kendime zorla bir şeyler ısmarlatırım	15,58	0,004
29	İstediklerimi yapmayan kişileri arkadaş grubum içerisinde istemem	12,62	0,013
30	Yaralayıcı alet taşıyan öğrencilerden uzak dururum	12,53	0,014
31	Okulda ve çevresinde yaralayıcı alet taşınmasını doğru bulmam	8,26	0,082
32	Erkek arkadaşına fiziksel ve psikolojik zorlamada bulunmam	7,78	0,100
33	Kız arkadaşına fiziksel ve psikolojik zorlamada bulunmam	3,71	0,446
34	Bisiklet veya motosiklete binerken kask takarım	8,20	0,084
35	Gruptan dışlanmamak için arkadaşlarımdan isteklerini yerine getiririm	1,87	0,758
36	Kendimi sık sık ümitsiz ve üzgün hissederim	15,59	0,004
37	Kendimi ümitsiz ve üzgün hissettiğim zamanlarda öğretmenlerimle paylaşmaktan çekinmem	3,60	0,462
38	İnsanların keyif verici ve bağımlılık yapıcı maddeleri kullanarak kendilerini riske attıklarını düşünürüm	19,92	0,001
39	Kendimi kilolu buluyorum	5,35	0,253

	<b>RİSKLİ SAĞLIK DAVRANIŞLARI ANKETİ</b>	<b>X<sup>2</sup></b>	<b>P</b>
40	Kilo kaybetmek veya almak için ilaç vb. kimyasal maddeler kullanmayı doğru bulurum	17,55	0,002
41	Sağlıklı olmak için her gün sebze ve meyve tüketilmelidir	6,51	0,164
42	Her gün en az 3 saat televizyon izlerim	9,91	0,042
43	Her gün en az 3 saat bilgisayar kullanırım	13,27	0,010
44	Kendime zarar verici hareketlerde bulunurum	16,97	0,002
45	Sabahları uykumu almış olarak uyanırım	3,66	0,454
46	Beslenme, hijyen, aile planlaması ve bulaşıcı hastalıklar gibi konularda sağlık eğitimine gereksinim duyarım	31,47	0,000
47	Aile planlaması konusunda bilgilerimin yetersiz olduğunu düşünüyorum	10,73	0,030
48	Arkadaşlarıma lakap takarak onlarla dalga geçerim	4,45	0,348
49	Çevremdekilere karşı argo ve küfürlü konuşurum	3,36	0,498
50	Arkadaşlarımla geç saatlere kadar dışarıda kalmakta sakınca görmem	35,37	0,000
51	İnternette sakıncalı ve uygunsuz siteleri ziyaret etmem	7,53	0,110

### 3.2.2. Riskli Sağlık Davranışları Anketine Verilen Bazı Cevapların Cinsiyete Göre Dağılımları

“Sarhoşluk verici içecekler sağlığı olumsuz etkiler” cümlesine verilen yanıtlar açısından cinsiyetler arasında fark saptanmıştır ( $X^2=19,02$   $p<0,05$ ). Kız öğrencilerin %82,4’ü (n=299), erkek öğrencilerin %73,1’i (n=204) katılıyorum yanıtını vermiştir. (Bakınız Çizelge: 3.33)

**Çizelge 3.34.** Sarhoşluk verici içecekler sağlığı olumsuz etkiler cümlesine verilen yanıtların cinsiyete göre dağılımları

Cinsiyet		Sarhoşluk verici içecekler sağlığı olumsuz etkiler					
		Kesinlikle Katılıyorum	Katılıyorum	Kararsızım	Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum	Toplam
<b>Kız</b>	n	233	63	24	22	17	359
	%	64,9	17,5	6,7	6,2	4,7	100,0
<b>Erkek</b>	n	139	65	20	23	32	279
	%	49,8	23,3	7,2	8,2	11,5	100,0
<b>Toplam</b>	n	372	128	44	45	49	638

$X^2=19,02$   $p<0,05$

“Bağımlılık yapıcı maddeler sağlığa zararlıdır” cümlesine verilen yanıtlar açısından cinsiyetler arasında farklılık saptanmamıştır ( $X^2=7,57$   $p>0,05$ ). (Bakınız Çizelge: 3.34)

**Çizelge 3.35.** Bağımlılık yapıcı maddeler sağlığa zararlıdır cümlesine verilen yanıtların cinsiyete göre dağılımları

Cinsiyet		Bağımlılık yapıcı maddeler sağlığa zararlıdır					
		Kesinlikle Katılıyorum	Katılıyorum	Kararsızım	Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum	Toplam
<b>Kız</b>	n	270	45	18	12	12	357
	%	75,6	12,6	5,0	3,4	3,4	100,0
<b>Erkek</b>	n	188	49	18	7	17	279
	%	67,4	17,6	6,4	2,5	6,1	100,0
<b>Toplam</b>	n	458	94	36	19	29	636

$X^2=7,57$   $p>0,05$  Soruya yanıt vermeyen 2 kişi analizlere dahil edilmemiştir.

“Bağımlılık yapıcı ve keyif verici madde denedim” cümlesine verilen yanıtlar açısından cinsiyetler arasında farklılık saptanmamıştır ( $X^2=8.30$   $p>0.05$ ). (Bakınız Çizelge: 3.35)

**Çizelge 3.36.** Bağımlılık yapıcı ve keyif verici madde denedim cümlesine verilen yanıtların cinsiyete göre dağılımları

Cinsiyet		Bağımlılık yapıcı ve keyif verici madde denedim					
		Kesinlikle Katılıyorum	Katılıyorum	Kararsızım	Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum	Toplam
<b>Kız</b>	n	31	32	21	40	234	358
	%	8,7	8,9	5,9	11,2	65,3	100,0
<b>Erkek</b>	n	34	36	20	36	151	277
	%	12,3	13,0	7,2	13,0	54,5	100,0
<b>Toplam</b>	n	65	68	41	76	385	635

$X^2=8,30$   $p>0,05$  Soruya yanıt vermeyen 3 kişi analizlere dahil edilmemiştir.

“Her gün en az üç öğün yemek yerim” cümlesine verilen yanıtlar açısından cinsiyetler arasında farklılık saptanmamıştır ( $X^2=6,36$   $p>0,05$ ). (Bakınız Çizelge 3.36)

**Çizelge 3.37.** Her gün en az üç öğün yemek yerim cümlesine verilen yanıtların cinsiyete göre dağılımları

Cinsiyet		Her gün en az üç öğün yemek yerim					
		Kesinlikle Katılıyorum	Katılıyorum	Kararsızım	Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum	Toplam
<b>Kız</b>	n	98	103	71	57	30	359
	%	27,3	28,7	19,8	15,8	8,4	100,0
<b>Erkek</b>	n	62	72	54	56	35	279
	%	22,2	25,8	19,4	20,1	12,5	100,0
<b>Toplam</b>	n	160	175	125	113	65	638

$X^2=6,36$   $p>0,05$

“Fastfood türü yiyecekleri sık tüketirim” cümlesine verilen yanıtlar açısından cinsiyetler arasında farklılık saptanmıştır ( $X^2=26,86$   $p<0,05$ ). Kız öğrencilerin %31,5’i (n=113), erkek öğrencilerin %20,1’i (n=56) katılıyorum yanıtı vermişlerdir. (Bakınız Çizelge 3.37)

**Çizelge 3.38.** Fastfood türü yiyecekleri sık tüketirim cümlesine verilen yanıtların cinsiyete göre dağılımları

Cinsiyet		Fastfood türü yiyecekleri sık tüketirim					
		Kesinlikle Katılıyorum	Katılıyorum	Kararsızım	Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum	Toplam
<b>Kız</b>	n	57	56	57	65	124	359
	%	15,9	15,6	15,9	18,0	34,5	100,0
<b>Erkek</b>	n	31	25	23	55	145	279
	%	11,1	9,0	8,2	19,7	52,0	100,0
<b>Toplam</b>	n	88	81	80	120	269	638

$X^2=26,86$   $p<0,05$



“Fazla kilomdan dolayı diyet yaparım” cümlesine verilen yanıtlar açısından cinsiyetler arasında farklılık saptanmıştır ( $X^2=12,56$   $p<0,05$ ). Kız öğrencilerin %63,3’ü ( $n=227$ ), erkek öğrencilerin %71,7’si ( $n=200$ ) katılıyorum yanıtı vermişlerdir. (Bakınız Çizelge 3.38)

**Çizelge 3.39.** Fazla kilomdan dolayı diyet yaparım cümlesine verilen yanıtların cinsiyete göre dağılımları

Cinsiyet		Fazla kilomdan dolayı diyet yaparım					
		Kesinlikle Katılıyorum	Katılıyorum	Kararsızım	Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum	Toplam
<b>Kız</b>	n	123	104	59	46	27	359
	%	34,3	29,0	16,4	12,8	7,5	100,0
<b>Erkek</b>	n	132	68	35	23	21	279
	%	47,3	24,4	12,5	8,3	7,5	100,0
<b>Toplam</b>	n	255	172	94	69	48	638

$X^2=12,56$   $p<0,05$

“Egzersiz yapmak sağlığı olumlu etkiler” cümlesine verilen yanıtlar açısından cinsiyetler arasında farklılık saptanmamıştır ( $X^2=6,71$   $p>0,05$ ). (Bakınız Çizelge 3.39)

**Çizelge 3.40.** Egzersiz yapmak sağlığı olumlu etkiler cümlesine verilen yanıtların cinsiyete göre dağılımları

Cinsiyet		Egzersiz yapmak sağlığı olumlu etkiler					
		Kesinlikle Katılıyorum	Katılıyorum	Kararsızım	Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum	Toplam
<b>Kız</b>	n	273	60	7	2	16	358
	%	76,3	16,8	2,0	0,4	4,5	100,0
<b>Erkek</b>	n	198	54	9	7	10	278
	%	71,2	19,4	3,2	2,6	3,6	100,0
<b>Toplam</b>	n	471	114	16	9	26	636

$X^2=6,71$   $p>0,05$  Soruya yanıt vermeyen 2 kişi analizlere dahil edilmemiştir.

“Haftada en az iki gün spor yaparım” cümlesine verilen yanıtlar açısından cinsiyetler arasında farklılık saptanmıştır ( $X^2=34,81$   $p<0,05$ ). Kız öğrencilerin %45,3’ü ( $n=150$ ), erkek öğrencilerin %53,8’i ( $n=149$ ) katılıyorum yanıtı vermişlerdir. (Bakınız Çizelge 3.40)

**Çizelge 3.41.** Haftada en az iki gün spor yaparım cümlesine verilen yanıtların cinsiyete göre dağılımları

Cinsiyet		Haftada en az iki gün spor yaparım					
		Kesinlikle Katılıyorum	Katılıyorum	Kararsızım	Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum	Toplam
<b>Kız</b>	n	91	59	73	52	56	331
	%	27,5	17,8	22,1	15,7	16,9	100,0
<b>Erkek</b>	n	95	54	49	35	44	277
	%	34,3	19,5	17,7	12,6	15,9	100,0
<b>Toplam</b>	n	156	108	140	115	117	636

$X^2=34,81$   $p<0,05$  Soruya yanıt vermeyen 2 kişi analizlere dahil edilmemiştir.

“Her gün en az üç saat televizyon izlerim” cümlesine verilen yanıtlar açısından cinsiyetler arasında farklılık saptanmamıştır ( $X^2=7,30$   $p>0,05$ ). (Bakınız Çizelge 3.41)

**Çizelge 3.42.** Her gün en az üç saat televizyon izlerim cümlesine verilen yanıtların cinsiyete göre dağılımları

Cinsiyet		Her gün en az üç saat televizyon izlerim					
		Kesinlikle Katılıyorum	Katılıyorum	Kararsızım	Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum	Toplam
<b>Kız</b>	n	97	88	74	47	53	359
	%	27,0	24,5	20,6	13,1	14,8	100,0
<b>Erkek</b>	n	99	64	40	36	40	279
	%	35,5	22,9	14,3	12,9	14,4	100,0
<b>Toplam</b>	n	196	152	114	83	93	638

$X^2=7,30$   $p>0,05$

“Her zaman trafik kurallarına uyarım” cümlesine verilen yanıtlar açısından cinsiyetler arasında farklılık saptanmıştır ( $X^2=14,58$   $p<0,05$ ). Kız öğrencilerin %79,3’ü ( $n=285$ ), erkek öğrencilerin %71,7’si ( $n=200$ ) katılıyorum yanıtını vermiştir. (Bakınız Çizelge 3.42)

**Çizelge 3.43.** Her zaman trafik kurallarına uyarım cümlesine verilen yanıtların cinsiyete göre dağılımları

Cinsiyet		Her zaman trafik kurallarına uyarım					
		Kesinlikle Katılıyorum	Katılıyorum	Kararsızım	Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum	Toplam
<b>Kız</b>	n	138	147	53	11	10	359
	%	38,4	40,9	14,8	3,1	2,8	100,0
<b>Erkek</b>	n	82	118	41	16	22	279
	%	29,4	42,3	14,7	5,7	7,9	100,0
<b>Toplam</b>	n	220	265	94	27	32	638

$X^2=14,58$   $p<0,05$

“Arabaya bindiğimde her zaman emniyet kemeri takarım” cümlesine verilen yanıtlar açısından cinsiyetler arasında farklılık saptanmamıştır ( $X^2=4,07$   $p>0,05$ ). (Bakınız Çizelge 3.43)

**Çizelge 3.44.** Arabaya bindiğimde her zaman emniyet kemeri takarım emniyet kemeri takarım cümlesine verilen yanıtların cinsiyete göre dağılımları

Cinsiyet		Arabaya bindiğimde her zaman emniyet kemeri takarım					
		Kesinlikle Katılıyorum	Katılıyorum	Kararsızım	Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum	Toplam
<b>Kız</b>	n	95	74	89	53	47	358
	%	26,5	20,7	24,9	14,8	13,1	100,0
<b>Erkek</b>	n	63	57	67	42	48	278
	%	22,7	20,5	24,1	15,4	17,3	100,0
<b>Toplam</b>	n	158	131	156	95	95	636

$X^2=4,07$   $p>0,05$  Soruya yanıt vermeyen 2 kişi analizlere dahil edilmemiştir.

“Alkollü sürücünün kullandığı arabaya binmem” cümlesine verilen yanıtlar açısından cinsiyetler arasında farklılık saptanmıştır ( $X^2=12,31$ ,  $p<0,05$ ). Kız öğrencilerin %74,7’si ( $n=268$ ), erkek öğrencilerinin %64,5’i ( $n=180$ ) katılıyorum yanıtını vermiştir. (Bakınız Çizelge 3.44).

**Çizelge 3.45.** Alkollü sürücünün kullandığı arabaya binmem cümlesine verilen yanıtların cinsiyete göre dağılımları

Cinsiyet		Alkollü sürücünün kullandığı arabaya binmem					
		Kesinlikle Katılıyorum	Katılıyorum	Kararsızım	Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum	Toplam
<b>Kız</b>	n	225	43	41	18	32	359
	%	62,7	12,0	11,4	5,0	8,9	100,0
<b>Erkek</b>	n	137	43	40	21	38	279
	%	49,1	15,4	14,3	7,5	13,6	100,0
<b>Toplam</b>	n	362	86	81	39	70	638

$X^2=12,31$ ,  $p<0,05$

“Kendimi sık sık ümitsiz ve üzgün hissederim” cümlesine verilen yanıtlar açısından cinsiyetler arasında farklılık saptanmıştır ( $X^2=9,96$ ,  $p<0,05$ ). Kız öğrencilerin %41,3’ü ( $n=148$ ), erkek öğrencilerin %38,2’si ( $n=106$ ) katılıyorum yanıtını vermiştir. (Bakınız Çizelge 3.45).

**Çizelge 3.46.** Kendimi sık sık ümitsiz ve üzgün hissederim cümlesine verilen yanıtların cinsiyete göre dağılımları

Cinsiyet		Kendimi sık sık ümitsiz ve üzgün hissederim					
		Kesinlikle Katılıyorum	Katılıyorum	Kararsızım	Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum	Toplam
<b>Kız</b>	n	92	56	91	61	58	358
	%	25,7	15,6	25,4	17,0	16,2	100,0
<b>Erkek</b>	n	58	48	51	58	63	278
	%	20,9	17,3	18,3	20,9	22,7	100,0
<b>Toplam</b>	n	150	104	142	119	121	636

$X^2=9,96$ ,  $p<0,05$  Soruya yanıt vermeyen 2 kişi analizlere dahil edilmemiştir.



“Okul ve çevresinde yaralayıcı alet taşınmasını doğru bulmam” cümlesine verilen yanıtlar açısından cinsiyetler arasında farklılık saptanmıştır ( $X^2=12,53$ ,  $p<0,05$ ). Kız öğrencilerin %80,5’i (n=288), erkek öğrencilerin %73,5’i (n=205) katılıyorum yanıtını vermiştir. (Bakınız Çizelge 3.46).

**Çizelge 3.47.** Okul ve çevresinde yaralayıcı alet taşınmasını doğru bulmam cümlesine verilen yanıtların cinsiyete göre dağılımları

Cinsiyet		Okul ve çevresinde yaralayıcı alet taşınmasını doğru bulmam					
		Kesinlikle Katılıyorum	Katılıyorum	Kararsızım	Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum	Toplam
<b>Kız</b>	n	244	44	31	12	27	358
	%	68,2	12,3	8,7	3,4	7,5	100,0
<b>Erkek</b>	n	157	48	42	13	19	279
	%	56,3	17,2	15,1	4,7	6,8	100,0
<b>Toplam</b>	n	401	92	73	25	46	637

$X^2=12,53$ ,  $p<0,05$  Soruya yanıt vermeyen 1 kişi analizlere dahil edilmemiştir.

“Arkadaşlarıma kantinden kendime zorla bir şeyler ısmarlatırım” cümlesine verilen yanıtlar açısından cinsiyetler arasında farklılık saptanmıştır ( $X^2=14,95$ ,  $p<0,05$ ). Kız öğrencilerin %17’si ( $n=61$ ), erkek öğrencilerin %25,1’i ( $n=70$ ) katılıyorum yanıtını vermiştir. (Bakınız Çizelge 3.47)

**Çizelge 3.48.** Arkadaşlarıma kantinden kendime zorla bir şeyler ısmarlatırım cümlesine verilen yanıtların cinsiyete göre dağılımları

Cinsiyet		Arkadaşlarıma kantinden kendime zorla bir şeyler ısmarlatırım					
		Kesinlikle Katılıyorum	Katılıyorum	Kararsızım	Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum	Toplam
<b>Kız</b>	n	42	19	31	49	217	358
	%	11,7	5,3	8,7	13,7	60,6	100,0
<b>Erkek</b>	n	42	28	35	45	129	279
	%	15,1	10,0	12,5	16,1	46,2	100,0
<b>Toplam</b>	n	84	47	66	94	346	637

$X^2=14,95$ ,  $p<0,05$  Soruya yanıt vermeyen 1 kişi analizlere dahil edilmemiştir.

“AIDS ve Hepatit-B’den korunma yolları ile ilgili yeterli bilgin yok” cümlesine verilen yanıtlar açısından cinsiyetler arasında farklılık saptanmamıştır ( $X^2=3,35$ ,  $p>0,05$ ). (Bakınız Çizelge 3.48).

**Çizelge 3.49.** AIDS ve Hepatit-B’den korunma yolları ile ilgili yeterli bilgin yok cümlesine verilen yanıtların cinsiyete göre dağılımları

Cinsiyet		AIDS ve Hepatit-B' den korunma yolları ile ilgili yeterli bilgin yok					
		Kesinlikle Katılıyorum	Katılıyorum	Kararsızım	Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum	Toplam
<b>Kız</b>	n	63	68	79	66	83	359
	%	17,5	18,9	22,0	18,4	23,1	100,0
<b>Erkek</b>	n	50	54	48	49	78	279
	%	17,9	19,4	17,2	17,6	28,0	100,0
<b>Toplam</b>	n	113	122	127	115	161	638

$X^2=3,35$ ,  $p>0,05$

“Kan ve cinsel yolla bulaşan hastalıklar hakkında ihtiyacım olan bilgiyi sağlık personelinden almak isterim” cümlesine verilen yanıtlar açısından cinsiyetler arasında farklılık saptanmamıştır ( $X^2=7,78$ ,  $p>0,05$ ). (Bakınız Çizelge 3.49).

**Çizelge 3.50.** Kan ve cinsel yolla bulaşan hastalıklar hakkında ihtiyacım olan bilgiyi sağlık personelinden almak isterim cümlesine verilen yanıtların cinsiyete göre dağılımları

Cinsiyet		Kan ve cinsel yolla bulaşan hastalıklar hakkında ihtiyacım olan bilgiyi sağlık personelinden almak isterim					
		Kesinlikle Katılıyorum	Katılıyorum	Kararsızım	Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum	Toplam
<b>Kız</b>	n	191	90	32	16	30	359
	%	53,2	25,1	8,9	4,4	8,4	100,0
<b>Erkek</b>	n	147	51	40	14	27	279
	%	52,7	18,3	14,3	5,0	9,7	100,0
<b>Toplam</b>	n	338	141	72	30	57	638

$X^2=7,78$ ,  $p>0,05$

“Aile planlaması konusunda bilgilerimin yetersiz olduğunu düşünüyorum” cümlesine verilen yanıtlar açısından cinsiyetler arasında farklılık saptanmamıştır ( $X^2=4,40$ ,  $p>0,05$ ). (Bakınız Çizelge 3.50).

**Çizelge 3.51.** Aile planlaması konusunda bilgilerimin yetersiz olduğunu düşünüyorum cümlesine verilen yanıtların cinsiyete göre dağılımları

Cinsiyet		Aile planlaması konusunda bilgilerimin yetersiz olduğunu düşünüyorum					
		Kesinlikle Katılıyorum	Katılıyorum	Kararsızım	Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum	Toplam
<b>Kız</b>	n	51	77	72	78	81	359
	%	14,2	21,4	20,1	21,7	22,6	100,0
<b>Erkek</b>	n	41	68	63	43	64	279
	%	14,7	24,4	22,6	15,4	22,9	100,0
<b>Toplam</b>	n	92	145	135	121	145	638

$X^2=4,40$ ,  $p>0,05$

### 3.2.3. Riskli Sağlık Davranışları Anketine Verilen Bazı Cevapların Ekonomik Duruma Göre Dağılımları

“Sarhoşluk verici içecekler sağlığı olumsuz etkilerler” cümlesine verilen yanıtlar açısından ekonomik durumlar arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmamıştır ( $X^2=21,66$   $p>0,05$ ).

“Bağımlılık yapıcı maddeler sağlığa zararlıdır” cümlesine verilen yanıtlar açısından ekonomik durumlar arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark saptanmıştır ( $X^2=31,78$   $p<0,05$ ). Ekonomik durumunu çok iyi tanımlayanların %68,2’si (n=30) , iyi olarak tanımlayanların %86,9’u (n=205), orta olarak tanımlayanların %79,4’ü (n=281), kötü olarak tanımlayanların %87,9’u (n=29), çok kötü olarak

tanımlayanların % 77,8'i (n=7) katılıyorum yanıtı vermiştir. Ekonomik düzey düştükçe cümleye katılma oranı artmaktadır.

“Bağımlılık yapıcı ve keyif verici madde denedim” cümlesine verilen yanıtlar açısından ekonomik durumlar arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark saptanmıştır ( $X^2=35,07$   $p<0,05$ ). Ekonomik durumunu çok iyi tanımlayanların %45,5'i (n=20), iyi olarak tanımlayanların %18,3'ü (n=43), orta olarak tanımlayanların %18,7'si (n=59), kötü olarak tanımlayanların %30,3 (n=10), çok kötü olarak tanımlayanların % 12,5'i (n=1) katılıyorum yanıtı vermiştir. Ekonomik düzey yükseldikçe bağımlılık yapıcı madde deneme oranı artmaktadır.

“Her gün en az üç öğün yemek yerim” cümlesine verilen yanıtlar açısından ekonomik durumlar arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark saptanmamıştır ( $X^2=23,48$   $p>0,05$ ).

“Fastfood türü yiyecekleri sık tüketirim” cümlesine verilen yanıtlar açısından ekonomik durumlar arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark saptanmıştır ( $X^2=30,19$   $p<0,05$ ). Ekonomik durumunu çok iyi tanımlayanların %54,5'i (n=24), iyi olarak tanımlayanların %88,6'sı (n=158), orta olarak tanımlayanların %46,8'i (n=148), kötü olarak tanımlayanların %39,4'ü (n=13), çok kötü olarak tanımlayanların % 22,2'si (n=2) katılıyorum yanıtı vermiştir. Ekonomik durumla fastfood tüketimi arasında aynı yönlü ilişki vardır.

“Fazla kilomdan dolayı diyet yaparım” cümlesine verilen yanıtlar açısından ekonomik durumlar arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark saptanmamıştır ( $X^2=28,04$   $p>0,05$ ).

“Egzersiz yapmak sağlığı olumlu etkiler” cümlesine verilen yanıtlar açısından ekonomik durumlar arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark saptanmamıştır ( $X^2=19,38$   $p>0,05$ ).

“Haftada en az iki gün spor yaparım” cümlesine verilen yanıtlar açısından ekonomik durumlar arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark saptanmıştır ( $X^2=29,29$   $p<0,05$ ). Ekonomik durumunu çok iyi tanımlayanların %54,6'sı (n=24), iyi olarak tanımlayanların %49,1'i (n=115), orta olarak tanımlayanların %35,7'si (n=113), kötü olarak tanımlayanların %30,3'ü (n=10), çok kötü olarak tanımlayanların % 22,2'si (n=2) katılıyorum yanıtı vermiştir. Ekonomik durumla haftada en az iki gün spor yapma arasında aynı yönlü ilişki vardır.

“Her gün en az üç saat televizyon izlerim” cümlesine verilen yanıtlar açısından ekonomik durumlar arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark saptanmamıştır ( $X^2=11,80$   $p>0,05$ ).

“Her zaman trafik kurallarına uyarım” cümlesine verilen yanıtlar açısından ekonomik durumlar arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark saptanmıştır ( $X^2=34,36$   $p<0,05$ ). Ekonomik durumunu çok iyi tanımlayanların %68,2’si ( $n=30$ ), iyi olarak tanımlayanların %75’i ( $n=177$ ), orta olarak tanımlayanların %78,8’i ( $n=249$ ), kötü olarak tanımlayanların %72,7’si ( $n=24$ ), , çok kötü olarak tanımlayanların %2,2’si ( $n=5$ ) katılıyorum yanıtı vermiştir. Ekonomik durumu orta olanlar her zaman trafik kurallarına uyarım cümlesine en yüksek oranda katılıyorum yanıtı vermişlerdir.

“Arabaya bindiğimde her zaman emniyet kemeri takarım” cümlesine verilen yanıtlar açısından ekonomik durumlar arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark saptanmamıştır ( $X^2=16,03$   $p>0,05$ ).

“Alkollü sürücünün kullandığı arabaya binmem” cümlesine verilen yanıtlar açısından ekonomik durumlar arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark saptanmamıştır ( $X^2=19,85$   $p>0,05$ ).

“Kendimi sık sık ümitsiz ve üzgün hissederim” cümlesine verilen yanıtlar açısından ekonomik durumlar arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark saptanmamıştır ( $X^2=22,56$   $p>0,05$ ).

“Okul ve çevresinde yaralayıcı alet taşınmasını doğru bulmam” cümlesine verilen yanıtlar açısından ekonomik durumlar arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark saptanmıştır ( $X^2=38,83$   $p<0,05$ ). Ekonomik durumunu çok iyi tanımlayanların %68,2’si ( $n=30$ ), iyi olarak tanımlayanların %79,7’si ( $n=188$ ) , orta olarak tanımlayanların %77,8’i ( $n=245$ ), kötü olarak tanımlayanların %78,8’i ( $n=26$ ), çok kötü olarak tanımlayanların %44,4’ü ( $n=4$ ) katılıyorum yanıtı vermiştir. Okul ve çevresinde yaralayıcı alet taşınmasını doğru bulmam cümlesine ekonomik durumunu çok kötü olarak tanımlayanlar en düşük oranda katılıyorum yanıtı vermişlerdir.

“Arkadaşlarıma kantinden kendime zorla bir şeyler ısmarlatırım” cümlesine verilen yanıtlar açısından ekonomik durumlar arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark saptanmamıştır ( $X^2=24,46$   $p>0,05$ ).

“AIDS ve Hepatit-B’den korunma yolları ile ilgili yeterli bilgim yok” cümlesine verilen yanıtlar açısından ekonomik durumlar arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark saptanmamıştır ( $X^2=22,77$   $p>0,05$ ).

“Kan ve cinsel yolla bulaşan hastalıklar hakkında ihtiyacım olan bilgiyi sağlık personelinde almak isterim” cümlesine verilen yanıtlar açısından ekonomik durumlar arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark saptanmamıştır ( $X^2=26,23$   $p>0,05$ ).

“Aile planlaması konusunda bilgilerimin yetersiz olduğunu düşünüyorum” cümlesine verilen yanıtlar açısından ekonomik durumlar arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark saptanmamıştır ( $X^2=22,25$   $p>0,05$ ).

#### **3.2.4. Riskli Sağlık Davranışları Anketine Verilen Bazı Cevapların Anne Öğrenim Durumuna Göre Dağılımları**

“Sarhoşluk verici içecekler sağlığı olumsuz etkilerler” cümlesine verilen yanıtlar açısından anne öğrenim durumu arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmuştur ( $X^2=64,61$   $p<0,05$ ). Annesi okuryazar olmayan öğrencilerin %79,6’sı ( $n=43$ ), ilkokul mezunu olan öğrencilerin %84,7’si ( $n=167$ ), ortaokul mezunu olanların %79,8’i ( $n=79$ ), lise mezunu olanların %77,9’u ( $n=134$ ), üniversite mezunu olanların %66,3’ü ( $n=77$ ) katılıyorum cevabı vermişlerdir. Sarhoşluk verici içecekler sağlığı olumsuz etkiler cümlesine annesi üniversite mezunu olanlar en düşük oranda katılıyorum yanıtı vermişlerdir.

“Bağımlılık yapıcı maddeler sağlığa zararlıdır” cümlesine verilen yanıtlar açısından anne öğrenim durumu arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark saptanmamıştır ( $X^2=15,89$   $p>0,05$ ).

“Bağımlılık yapıcı ve keyif verici madde denedim” cümlesine verilen yanıtlar açısından anne öğrenim durumu arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark saptanmamıştır ( $X^2=24,69$   $p>0,05$ ).

“Her gün en az üç öğün yemek yerim” cümlesine verilen yanıtlar açısından anne öğrenim durumu arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark saptanmamıştır ( $X^2=21,90$   $p>0,05$ ).



“Fastfood türü yiyecekleri sık tüketirim” cümlesine verilen yanıtlar açısından anne öğrenim durumu arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark saptanmıştır ( $X^2=42,79$   $p<0,05$ ). Annesi okuryazar olmayan öğrencilerin %27,8’i ( $n=15$ ), ilkokul mezunu olan öğrencilerin %46,7’si ( $n=92$ ), ortaokul mezunu olanların %54,6’sı ( $n=54$ ), lise mezunu olanların %64,6’sı ( $n=111$ ), üniversite mezunu olanların %54,3’ü ( $n=63$ ) katılıyorum cevabı vermişlerdir. Annesi lise mezunu olan öğrenciler en yüksek düzeyde fastfood türü yiyecek tüketmektedir.

“Fazla kilomdan dolayı diyet yaparım” cümlesine verilen yanıtlar açısından anne öğrenim durumu arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark saptanmamıştır ( $X^2=13,29$   $p>0,05$ ).

“Egzersiz yapmak sağlığı olumlu etkiler” cümlesine verilen yanıtlar açısından anne öğrenim durumu arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark saptanmamıştır ( $X^2=8,33$   $p>0,05$ ).

“Haftada en az iki gün spor yaparım” cümlesine verilen yanıtlar açısından anne öğrenim durumu arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark saptanmıştır ( $X^2=52,68$   $p<0,05$ ). Annesi okuryazar olmayan öğrencilerin %24,1’i ( $n=13$ ), ilkokul mezunu olan öğrencilerin %50,6’sı ( $n=67$ ), ortaokul mezunu olanların %39,4’ü ( $n=39$ ), lise mezunu olanların %43,3’ü ( $n=74$ ), üniversite mezunu olanların %61,8’i ( $n=71$ ) katılıyorum cevabı vermişlerdir. Haftada en az iki gün spor yaparım cümlesine annesi üniversite mezunu olan öğrenciler en yüksek düzeyde katılıyorum yanıtı vermişlerdir.

“Her gün en az üç saat televizyon izlerim” cümlesine verilen yanıtlar açısından anne öğrenim durumu arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark saptanmamıştır ( $X^2=21,19$   $p>0,05$ ).

“Her zaman trafik kurallarına uyarım” cümlesine verilen yanıtlar açısından anne öğrenim durumu arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark saptanmamıştır ( $X^2=24,05$   $p>0,05$ ).

“Arabaya bindiğimde her zaman emniyet kemeri takarım” cümlesine verilen yanıtlar açısından anne öğrenim durumu arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark saptanmamıştır ( $X^2=17,52$   $p>0,05$ ).

“Alkollü sürücünün kullandığı arabaya binmem” cümlesine verilen yanıtlar açısından anne öğrenim durumu arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark saptanmamıştır ( $X^2=23,84$   $p>0,05$ ).

“Kendimi sık sık ümitsiz ve üzgün hissederim” cümlesine verilen yanıtlar açısından anne öğrenim durumu arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark saptanmamıştır ( $X^2=24,40$   $p>0,05$ ).

“Okul ve çevresinde yaralayıcı alet taşınmasını doğru bulmam” cümlesine verilen yanıtlar açısından anne öğrenim durumu arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark saptanmamıştır ( $X^2=23,59$   $p>0,05$ ).

“Arkadaşlarıma kantinden kendime zorla bir şeyler ısmarlatırım” cümlesine verilen yanıtlar açısından anne öğrenim durumu arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark saptanmamıştır ( $X^2=20,15$   $p>0,05$ ).

“AIDS ve Hepatit-B’den korunma yolları ile ilgili yeterli bilgim yok” cümlesine verilen yanıtlar açısından anne öğrenim durumu arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark saptanmıştır ( $X^2=27,41$   $p<0,05$ ). Annesi okuryazar olmayan öğrencilerin %44,5’i ( $n=24$ ), ilkokul mezunu olan öğrencilerin %43,6’sı ( $n=86$ ), ortaokul mezunu olanların %35,3’ü ( $n=35$ ), lise mezunu olanların %34,3’ü ( $n=59$ ) üniversite mezunu olanların %26,8’i ( $n=31$ ) katılıyorum cevabı vermişlerdir. Anne eğitim düzeyi ile cümleye katılım arasında ter yönlü ilişki vardır.

“Kan ve cinsel yolla bulaşan hastalıklar hakkında ihtiyacım olan bilgiyi sağlık personelinde almak isterim” cümlesine verilen yanıtlar açısından anne öğrenim durumu arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark saptanmamıştır ( $X^2=21,02$   $p>0,05$ ).

“Aile planlaması konusunda bilgilerimin yetersiz olduğunu düşünüyorum” cümlesine verilen yanıtlar açısından anne öğrenim durumu arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark saptanmamıştır ( $X^2=22,59$   $p>0,05$ ).

### **3.2.5. Riskli Sağlık Davranışları Anketine Verilen Bazı Cevapların Baba Öğrenim Durumuna Göre Dağılımları**

“Sarhoşluk verici içecekler sağlığı olumsuz etkilerler” cümlesine verilen yanıtlar açısından baba öğrenim durumları arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark

bulunmuştur ( $X^2=51,40$   $p<0,05$ ). Babası okuryazar olmayan öğrencilerin %71,4'ü ( $n=10$ ), ilkokul mezunu olan öğrencilerin %89,2'si ( $n=133$ ), ortaokul mezunu olanların %80,4'ü ( $n=81$ ), lise mezunu olanların %77,7'u ( $n=143$ ), üniversite mezunu olanların %70,3'ü ( $n=133$ ) katılıyorum cevabı vermişlerdir. Sarhoşluk verici içecekler sağlığı olumsuz etkilerler cümlesine babası üniversite mezunu olanlar en düşük oranda katılıyorum yanıtı vermişlerdir.

“Bağımlılık yapıcı maddeler sağlığa zararlıdır” cümlesine verilen yanıtlar açısından baba öğrenim durumu arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark saptanmamıştır ( $X^2=23,59$   $p>0,05$ ).

“Bağımlılık yapıcı ve keyif verici madde denedim” cümlesine verilen yanıtlar açısından baba öğrenim durumu arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark saptanmıştır ( $X^2=29,70$   $p<0,05$ ). Babası okuryazar olmayan öğrencilerin %15,4'ü ( $n=2$ ), ilkokul mezunu olan öğrencilerin %16,8'i ( $n=25$ ), ortaokul mezunu olanların %22,5'i ( $n=23$ ), lise mezunu olanların %67,8'i ( $n=45$ ), üniversite mezunu olanların %20,2'si ( $n=38$ ) katılıyorum cevabı vermişlerdir. Babası lise mezunu olanlar en yüksek oranda, okuryazar olmayanlar en düşük oranda bağımlılık yapıcı ve keyif verici madde denemişlerdir.

“Her gün en az üç öğün yemek yerim” cümlesine verilen yanıtlar açısından baba öğrenim durumu arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark saptanmamıştır ( $X^2=18,30$   $p>0,05$ ).

“Fastfood türü yiyecekleri sık tüketirim” cümlesine verilen yanıtlar açısından baba öğrenim durumu arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark saptanmıştır ( $X^2=41,76$   $p<0,05$ ). Babası okuryazar olmayan öğrencilerin %21,4'ü ( $n=3$ ), ilkokul mezunu olan öğrencilerin %40,9'si ( $n=61$ ), ortaokul mezunu olanların %78,8'i ( $n=60$ ), lise mezunu olanların %57,6'sı ( $n=106$ ), üniversite mezunu olanların %55,6'sı ( $n=105$ ) katılıyorum cevabı vermişlerdir. Fastfood türü yiyecekleri sık tüketirim cümlesine babası okuryazar olmayan öğrenciler en düşük oranda katılıyorum yanıtı vermişlerdir.

“Fazla kilomdan dolayı diyet yaparım” cümlesine verilen yanıtlar açısından baba öğrenim durumu arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark saptanmamıştır ( $X^2=9,52$   $p>0,05$ ).

“Egzersiz yapmak sağlığı olumlu etkiler” cümlesine verilen yanıtlar açısından baba öğrenim durumu arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark saptanmamıştır ( $X^2=23,20$   $p>0,05$ ).

“Haftada en az iki gün spor yaparım” cümlesine verilen yanıtlar açısından baba öğrenim durumu arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark saptanmıştır ( $X^2=53,18$   $p<0,05$ ). Babası okuryazar olmayan öğrencilerin %14,3’ü ( $n=2$ ), ilkokul mezunu olan öğrencilerin %34,2’si ( $n=51$ ), ortaokul mezunu olanların %29,7’si ( $n=30$ ), lise mezunu olanların %44’ü ( $n=81$ ), üniversite mezunu olanların %53,1’i ( $n=100$ ) katılıyorrum cevabı vermişlerdir. Haftada en az iki gün spor yaparım cümlesine babası üniversite mezunu olanlar en yüksek oranda katılıyorrum yanıtı vermişlerdir.

“Her gün en az üç saat televizyon izlerim” cümlesine verilen yanıtlar açısından baba öğrenim durumu arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark saptanmamıştır ( $X^2=14,64$   $p>0,05$ ).

“Her zaman trafik kurallarına uyarım” cümlesine verilen yanıtlar açısından baba öğrenim durumu arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark saptanmamıştır ( $X^2=26,11$   $p>0,05$ ).

“Arabaya bindiğimde her zaman emniyet kemeri takarım” cümlesine verilen yanıtlar açısından baba öğrenim durumu arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark saptanmamıştır ( $X^2=18,02$   $p>0,05$ ).

“Alkollü sürücünün kullandığı arabaya binmem” cümlesine verilen yanıtlar açısından baba öğrenim durumu arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark saptanmamıştır ( $X^2=17,28$   $p>0,05$ ).

“Kendimi sık sık ümitsiz ve üzgün hissederim” cümlesine verilen yanıtlar açısından baba öğrenim durumu arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark saptanmamıştır ( $X^2=23,18$   $p>0,05$ ).

“Okul ve çevresinde yaralayıcı alet taşınmasını doğru bulmam” cümlesine verilen yanıtlar açısından baba öğrenim durumu arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark saptanmamıştır ( $X^2=10,35$   $p>0,05$ ).

“Arkadaşlarıma kantinden kendime zorla bir şeyler ısmarlatırım” cümlesine verilen yanıtlar açısından baba öğrenim durumu arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark saptanmamıştır ( $X^2=18,83$   $p>0,05$ ).

“AIDS ve Hepatit-B’den korunma yolları ile ilgili yeterli bilgim yok” cümlesine verilen yanıtlar açısından baba öğrenim durumu arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark saptanmamıştır ( $X^2=20,75$   $p>0,05$ ).

“Kan ve cinsel yolla bulaşan hastalıklar hakkında ihtiyacım olan bilgiyi sağlık personelinde almak isterim” cümlesine verilen yanıtlar açısından ekonomik durumlar arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark saptanmamıştır ( $X^2=23,29$   $p>0,05$ ).

“Aile planlaması konusunda bilgilerimin yetersiz olduğunu düşünüyorum” cümlesine verilen yanıtlar açısından baba öğrenim durumu arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark saptanmamıştır ( $X^2=17,66$   $p>0,05$ ).

### **3.3. Riskli Sağlık Davranışları Puanı ve Akran Baskısı Puanı Arasındaki İlişki**

ÇL öğrencilerinin ( $n=333$ ) riskli sağlık davranış F1 puanı 49 (yüksek), riskli sağlık davranış F2 puanı 30 (yüksek), akran baskısı puanı 49 (yüksek) dir. YBL öğrencilerinin ( $n=305$ ) riskli sağlık davranış F1 puanı 45 (orta), riskli sağlık davranış F2 puanı 27 (orta), akran baskısı puanı 46 (orta) dır.

Riskli Sağlık Davranışları F1 puanı açısından okullar arasında farklılık vardır ve bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır ( $p<0,001$ ). ÇL öğrencilerinin olumlu sağlık davranış düzeyi YBL öğrencilerinin olumlu sağlık davranış düzeyinden yüksektir.

Riskli Sağlık Davranışları F2 puanı açısından okullar arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlıdır ( $p<0,001$ ). ÇL öğrencilerinin olumsuz sağlık davranış düzeyi YBL öğrencilerin olumsuz davranış düzeyinden yüksektir.

Okullara göre akran baskısı puanları arasında fark vardır ve bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır ( $p<0,01$ ). ÇL öğrencilerinin akran baskı düzeyi YBL öğrencilerinin akran baskı düzeyinden yüksektir. (Bakınız Çizelge 3.51)

**Çizelge 3.52.** Riskli Sağlık Davranışları ve Akran Baskısı Puanlarının Okullara Göre Dağılımı

Okul türü	Riskli Sağlık Davranışları F1 Puanı*		Riskli Sağlık Davranışları F2 Puanı**		Akran Baskısı Puanı***	
	Ortalama ±Standart sapma	Ortanca (min-max)	Ortalama ±Standart sapma)	Ortanca (Min-Max)	Ortalama ±Standart sapma	Ortanca (Min-Max)
ÇL (n=333)	52,19±16,36	49 (24-120)	31,40±9,75	30 (15-61)	57,96±25,0	49 (34-170)
YBL (n=305)	47,30±13,28	45 (24-96)	28,28±8,16	27 (13-58)	49,93±14,8	46 (34-117)
Toplam (n=638)	49,85±15,15	47 (24-120)	29,91±9,15	28 (13-61)	54,12±21,1	47 (34-170)

Mann-Whitney U Testi \*p<0,001, \*\*p<0,001, \*\*\*p<0,01)

Akran baskısı puanı ile riskli sağlık davranışları F1 puanı arasında aynı yönlü ilişki vardır ve bu ilişki istatistiksel olarak anlamlıdır (spearman's rho testi  $r = ,469$   $p < 0.001$ ). Öğrencilerin akran baskısı arttıkça olumlu sağlık davranışları düzeyi artmaktadır.

Akran baskısı puanı ile riskli sağlık davranışları F2 puanı arasında aynı yönlü ilişki vardır ve bu ilişki istatistiksel olarak anlamlıdır (spearman's rho testi  $r = ,371$   $p < 0.001$ ). Öğrencilerin akran baskısı arttıkça olumsuz sağlık davranış düzeyi artmaktadır.

#### 3.4. Öğrencilerin Riskli Sağlık Davranış Puanı, Akran Baskısı Puanı ve Bazı Sosyoekonomik Durum Bilgilerine İlişkin Bulgular

Kız öğrencilerin (n=359) riskli davranış F1 puanı ortalama 44 (orta) iken, erkek öğrencilerin (n=279) riskli davranış F1 puanı 52 (yüksek) dir. Riskli Sağlık Davranışları F1 puanı açısından cinsiyetler arasında farklılık vardır ve bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır ( $p < 0,001$ ). Erkek öğrencilerin olumlu sağlık davranış düzeyi kız öğrencilerin olumlu sağlık davranış düzeyinden fazladır.

Kız öğrencilerin riskli davranış F2 puanı 28 (orta), erkek öğrencilerin 30 (yüksek) olduğu saptanmıştır. Riskli Sağlık Davranışları F2 puanı açısından cinsiyetler arasında farklılık vardır ve bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır ( $p<0,01$ ). Erkek öğrencilerin olumsuz sağlık davranış düzeyi kız öğrencilerin olumsuz sağlık davranış düzeyinden fazladır.

Kız öğrencilerin akran baskısı puanı 44 (orta), erkek öğrencilerin puanı 55 (yüksek) dir. Cinsiyete göre akran baskısı puanları arasında fark vardır ve bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır ( $p<0,05$ ). Erkek öğrencilerin akran baskı düzeyi kız öğrencilerden yüksektir.(Bakınız Çizelge 3.52).

**Çizelge 3.53.** Cinsiyete Göre Riskli Sağlık Davranış F1-F2 Puanı, Akran Baskısı Puan Dağılımı

Cinsiyet	n	Riskli Sağlık Davranışı F1 Puanı*	Riskli Sağlık Davranışı F2 Puanı**	Akran Baskısı Puanı***
<b>Kız</b>	359	44 (24- 120) (orta)	28 (13- 61) (orta)	44 (34- 146) (yüksek)
<b>Erkek</b>	279	52 (24- 120) (yüksek)	30 (13- 61) (yüksek)	55 (34- 170) (yüksek)
<b>Toplam</b>	638	47 (24-120)	28 (13-61)	47 (34-170)

(Mann-Whitney Testi \* $p<0,001$ \*\* $p<0,01$ ) (Kruskal-Wallis Testi \*\*\* $p<0,05$ )

Sınıf düzeyleri açısından riskli sağlık davranışları puanlarına bakıldığında; 9. sınıf öğrencilerin ( $n=204$ ) riskli sağlık davranış F1 puanı 43 (orta), F2 puanı ise 28 (orta) dir. 10. sınıf öğrencilerin ( $n=182$ ) F1 puanı 48 (yüksek), F2 puanı 28 (orta), 11. sınıf öğrencilerin ( $n=135$ ) F1 puanı 51 (yüksek), F2 puanı 30 (yüksek) dir. 12. sınıf öğrencilerin ( $n=117$ ) F1 puanı 49 (yüksek), F2 puanı 29 (yüksek) dur.

Riskli sağlık davranışları F1 puanı açısından sınıf düzeyleri (9- 10.sınıf, 9- 11.sınıf, 9-12.sınıf, 10-11.sınıf ) arasında farklılık vardır, bu farklılık istatistiksel olarak anlamlıdır ( $p<0.001$ ). 9. sınıf öğrencilerin riskli sağlık davranış F1 puanı 10., 11., 12. sınıf öğrencilerinkinden düşüktür. 10.sınıf öğrencilerinin puanı ise 11.sınıf öğrencilerinkinden daha düşüktür. Riskli sağlık davranış F1 puanı en yüksek sınıf

11.sınıf, en düşük sınıf ise 9. sınıftır. Riskli sağlık davranışları F2 puanı açısından sınıf düzeyleri arasında farklılık yoktur ( $p>0.05$ ).

9. sınıf öğrencilerin ( $n=204$ ) akran baskısı puanı 51 (yüksek), 10. sınıf öğrencilerin ( $n=182$ ) akran baskısı puanı 55 (yüksek)dir. 11. sınıf öğrencilerin ( $n=135$ ) akran baskısı puanı 57 (yüksek), 12. sınıf öğrencilerin ( $n=117$ ) akran baskısı puanı 56 (yüksek) dir. Sınıf düzeylerine göre akran baskısı puanları arasında fark vardır ve bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır( $p<0,05$ ). (Bakınız Çizelge 3.53).

**Çizelge 3.54.** Sınıf Düzeylerine Göre Akran Baskısı, Riskli Sağlık Davranış F1-F2 Puan Dağılımı

Sınıf	n	Riskli Sağlık Davranış F1 puanı*	Riskli Sağlık Davranış F2 puanı**	Akran Baskısı Puanı***
9.sınıf	204	43 (24- 85) (Orta)	28 (13- 61) (Orta)	51 (34- 146) (yüksek)
10.sınıf	182	48 (24- 112) (yüksek)	28 (15- 50) (Orta)	55 (35- 144) (yüksek)
11.sınıf	135	51 (31- 108) (yüksek)	30 (14- 59) (yüksek)	57 (34- 165) (yüksek)
12.sınıf	117	49 (24- 120) (yüksek)	29 (16- 55) (yüksek)	56 (34- 170) (yüksek)
<b>Toplam</b>	638	47 (24-120)	28 (13-61)	55 (34-170)

(Kruskal Wallis Testi \* $p<0,001$ , \*\*  $p>0,05$ , Anova Testi \*\*\* $p<0,05$ )

Yaş ile Riskli Sağlık Davranışları F1 puanı arasında aynı yönlü ilişki vardır ve bu ilişki istatistiksel olarak anlamlıdır (Spearman's rho testi  $r= ,256$   $p<0,001$ ). Yaş arttıkça olumlu sağlık davranış düzeyi artmakta, yaş azaldıkça olumlu davranış düzeyi azalmaktadır.

Yaş ile Riskli Sağlık Davranışları F2 puanı arasında aynı yönlü bir ilişki vardır ve bu ilişki istatistiksel olarak anlamlı değildir (Spearman's rho testi  $r= ,043$   $p>0,05$ ).

Yaş ile akran baskısı puanı arasında aynı yönlü ilişki vardır ve bu ilişki istatistiksel olarak anlamlıdır (Spearman's rho testi  $r= ,152$   $p<0,001$ ). Yaş



yükseldikçe akran baskısı düzeyi yükselmekte yaş düştükçe akran baskısı düzeyi düşmektedir.

Köy doğumlu öğrencilerin (n=46) riskli davranış F1 puanı 42,5 (orta), F2 puanı 25 (orta) dır. Belde doğumlu öğrencilerin (n=14) riskli davranış F1 puanı 54,5 (yüksek), F2 puanı 28 (orta) dır. İlçe doğumlu öğrencilerin (n=152) riskli davranış F1 puanı 46,0 (orta), F2 puanı 28 (orta)dır. İl doğumlu öğrencilerin (n=409) riskli davranış F1 puanı 48 (yüksek), F2 puanı 29 (yüksek), yabancı ülke doğumlu öğrencilerin (n=17) riskli davranış F1 puanı 63 (çok yüksek), F2 puanı 25 (orta) dır. Riskli Sağlık Davranışları F1 puanı açısından doğum yerleri (köy-yabancı ülke, ilçe-yabancı ülke, il-yabancı ülke) arasında farklılık vardır ve bu farklılık istatistiksel olarak anlamlıdır ( $p<0,01$ ). Doğum yerlerine göre riskli sağlık davranışları F1 puanını karşılaştırdığımızda yabancı ülke doğumlu öğrencilerin olumlu sağlık davranış düzeyinin köy, ilçe ve il doğumlu öğrencilerden fazla olduğu görülmektedir. Riskli Sağlık Davranışları F2 puanı açısından doğum yerleri arasında farklılık yoktur ( $p>0,05$ ).

Doğum yerlerine göre akran baskısı puanına bakıldığında köy doğumlu öğrencilerin (n=46) akran baskısı puanı 47 (orta), belde doğumlu öğrencilerin (n=14) 48,5 (yüksek), ilçe doğumlu öğrencilerin (n=152) 46,5 (orta), il doğumlu öğrencilerin (n=409) 47 (orta), yabancı ülke doğumlu öğrencilerin (n=17) 59 (yüksek) dir. Doğum yerlerine göre akran baskısı puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur ( $X^2=2,605$ ,  $p>0,05$ ). (Bakınız Çizelge 3.54).

**Çizelge 3.55.** Doğum Yerlerine göre Akran Baskısı, Riskli Sağlık Davranış F1-F2 Puan Dağılımı

<b>Doğum Yeri</b>	<b>n</b>	<b>Riskli Sağlık Davranışı F1 Puanı*</b>	<b>Riskli Sağlık Davranışı F2 Puanı**</b>	<b>Akran Baskısı Puanı***</b>
<b>Köy</b>	46	42.5 (25- 120) (orta)	25 (14- 55) (orta)	47 (34- 146) (orta)
<b>Belde</b>	14	54.5 (35- 89) (yüksek)	28 (17- 48) (orta)	48 (35- 144) (yüksek)
<b>İlçe</b>	152	46 (24- 108) (orta)	28 (13- 61) (orta)	46.5 (34- 165) (orta)
<b>İl</b>	409	48 (24- 112) (yüksek)	28 (13- 61) (yüksek)	47 (34- 170) (orta)
<b>Yabancı Ülke</b>	17	63 (41- 120) (çok yüksek)	25 (20- 57) (orta)	59 (34- 142) (yüksek)
<b>Toplam</b>	638	47 (24-120)	28 (13-61)	47 (34-170)

(Kruskal Wallis Testi \* $p < 0,01$  \*\* $p > 0,05$  \*\*\* $p > 0,05$ )

Annesi üniversite-yüksek okul mezunu olan öğrencilerin (n=116) riskli sağlık davranış F1 puanı 50 (yüksek), F2 puanı ise 31 (yüksek) dir. Annesi lise mezunu olan öğrencilerin (n=172) F1 puanı 48,5 (yüksek), F2 puanı 30 (yüksek), ortaokul mezunu olanların (n=99) F1 puanı 47 (orta), F2 puanı 29 (yüksek) dir. İlkokul mezunu olanların (n=197) F1 puanı 44 (orta), F2 puanı 26 (orta) ve okuryazar olmayan öğrencilerin (n=54) riskli sağlık davranışları F1 puanı 50 (yüksek), F2 puanı 27 (orta) bulunmuştur.

Riskli sağlık davranışları F1 puanı açısından anne öğrenim durumları (ilkokul-lise, ilkokul-üniversite) arasında farklılık vardır, bu farklılık istatistiksel olarak anlamlıdır ( $p < 0,05$ ). Annesi ilkokul mezunu öğrencilerin olumlu sağlık davranış düzeyi annesi lise ve üniversite mezunu olan öğrencilerin olumlu sağlık davranış düzeyinden daha düşüktür.

Riskli sağlık davranışları F2 puanı açısından anne öğrenim durumları (okuryazar olmayan-lise, okuryazar olmayan-üniversite, ilkokul-ortaokul, ilkokul-

lise, ilkokul-üniversite) arasında farklılık vardır, bu farklılık istatistiksel olarak anlamlıdır ( $p<0.01$ ).

Annesi okuryazar olmayan öğrencilerin olumsuz sağlık davranışları düzeyi, annesi lise ve üniversite mezunu olan öğrencilerin olumsuz sağlık davranış düzeyinden daha düşüktür. Annesi ilkokul mezunu olan öğrencilerin olumsuz sağlık davranış düzeyi, annesi ortaokul, lise ve üniversite mezunu olan öğrencilerin olumsuz sağlık davranış düzeyinden düşüktür.

Annesi üniversite-yüksek okul mezunu olan öğrencilerin ( $n=116$ ) akran baskısı puanı 47,5 (orta), annesi lise mezunu olan öğrencilerin ( $n=172$ ) akran baskısı puanı 50 (yüksek), ortaokul mezunu olanların ( $n=99$ ) akran baskısı puanı 49 (yüksek)dir. İlkokul mezunu olanların ( $n=197$ ) akran baskısı puanı 45 (orta) ve okuryazar olmayan öğrencilerin ( $n=54$ ) akran baskısı puanı 45 (orta) bulunmuştur. Anne öğrenim durumuna göre akran baskısı puanları arasında (okuryazar değil-ortaokul, okuryazar değil-lise, ilkokul-ortaokul, ilkokul-lise) fark vardır ve bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır( $p<0,01$ ). Annesi okuryazar olmayan öğrencilerin akran baskısı düzeyi annesi ortaokul ve lise mezunu olan öğrencilerin akran baskı düzeyinden düşüktür. Annesi ilkokul mezunu öğrencilerin akran baskısı düzeyi annesi ortaokul ve lise mezunu olan öğrencilerin akran baskı düzeyinden düşüktür.(Bakınız Çizelge 3.55).

**Çizelge 3.56.** Anne Öğrenim Durumuna Göre Akran Baskısı, Riskli Sağlık Davranış F1-F2 Puan Dağılımı

Anne Öğrenim Durumu	n	Riskli Sağlık Davranışı F1 Puanı	Riskli Sağlık Davranışı F2 Puanı	Akran Baskısı Puanı
<b>Okuryazar değil</b>	54	50 (28-112) (yüksek)	28 (13-61) (orta)	45 (34-146) (orta)
<b>İlkokul</b>	197	44 (24-87) (orta)	28 (15-50) (orta)	45 (34-170) (orta)
<b>Ortaokul</b>	99	47 (24-120) (orta)	30 (14-59) (yüksek)	49 (34-165) (yüksek)
<b>Lise</b>	172	48.5 (24-95) (yüksek)	29 (16-55) (yüksek)	50 (34-144) (yüksek)
<b>Üniversite</b>	116	50 (24-120) (yüksek)	31 (17-58) (yüksek)	47.5(34-142) (orta)
<b>Toplam</b>	638	47 (24-120)	28 (13-61)	47 (34-170)

(Kruskal-Wallis Testi \* $p<0.05$  \*\* $p<0.01$  \*\*\* $p<0,01$ )

Babası üniversite mezunu olan öğrencilerin (n=189) riskli sağlık davranış F1 puanı 49 (yüksek), F2 puanı ise 30 (yüksek) dir. Babası lise mezunu olan öğrencilerin (n=184) F1 puanı 48 (yüksek), F2 puanı 30 (yüksek), ortaokul mezunu olanların (n=102) F1 puanı 47 (orta), F2 puanı 28 (orta) dir. İlkokul mezunu olanların (n=149) F1 puanı 43 (orta), F2 puanı 26 (orta) ve okuryazar olmayan öğrencilerin (n=14) riskli sağlık davranışları F1 puanı 48,5 (yüksek), F2 puanı 23,5 (düşük) bulunmuştur. Riskli sağlık davranışları F1 puanı açısından baba öğrenim durumları (ilkokul-lise, ilkokul-üniversite) arasında farklılık vardır, bu farklılık istatistiksel olarak anlamlıdır ( $p<0.05$ ). Babası ilkokul mezunu öğrencilerin olumlu sağlık davranış düzeyi babası lise mezunu olan ve üniversite mezunu olan öğrencilerin düzeyinden daha düşüktür.

Riskli sağlık davranışları F2 puanı açısından baba öğrenim durumları (okuryazar olmayan-lise, okuryazar olmayan-üniversite, ilkokul-ortaokul, ilkokul-lise, ilkokul-üniversite) arasında farklılık vardır, bu farklılık istatistiksel olarak anlamlıdır ( $p<0.001$ ). Babası okuryazar olmayan öğrencilerin olumsuz sağlık davranış düzeyi babası lise ve üniversite mezunu olan öğrencilerin olumsuz sağlık davranış düzeyinden daha düşüktür. Babası ilkokul mezunu olan öğrencilerin

olumsuz sağlık davranış düzeyi babası ortaokul, lise ve üniversite mezunu olan öğrencilerin olumsuz sağlık davranış düzeyinden daha düşüktür.

Babası üniversite-yüksekokul mezunu olan öğrencilerin (n=189) akran baskısı puanı 49 (yüksek), babası lise mezunu olan öğrencilerin (n=184) akran baskısı puanı 48,5 (yüksek), ortaokul mezunu olanların (n=102) akran baskısı puanı 48,5 (yüksek)dir. İlkokul mezunu olanların (n=149) akran baskısı puanı 44 (orta) ve okuryazar olmayan öğrencilerin (n=14) akran baskısı puanı 40 (orta) bulunmuştur. Baba öğrenim durumuna göre akran baskısı puanları arasında (okuryazar değil-ortaokul) fark vardır ve bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır(p<0,05). Babası okuryazar olmayan öğrencilerin akran baskı düzeyi babası ortaokul mezunu olan öğrencilerin akran baskı düzeyinden daha düşüktür. (Bakınız Çizelge 3.56).

**Çizelge 3.57.** Baba Öğrenim Durumuna Göre Akran Baskısı, Riskli Sağlık Davranış F1-F2 Puan Dağılımı

<b>Baba Öğrenim Durumu</b>	<b>n</b>	<b>Riskli Sağlık Davranışı F1 Puanı*</b>	<b>Riskli Sağlık Davranışı F2 Puanı**</b>	<b>Akran Baskısı Puanı***</b>
<b>Okuryazar değil</b>	14	48.5 (30-112) (yüksek)	23.5 (16-39) (düşük)	40 (34-146) (orta)
<b>İlkokul</b>	149	43 (24-90) (orta)	26 (13-52) (orta)	44 (34-170) (orta)
<b>Ortaokul</b>	102	47 (28-120) (orta)	28 (13-58) (orta)	48.5 (34-165) (yüksek)
<b>Lise</b>	184	48 (24-108) (yüksek)	30 (15-61) (yüksek)	48.5 (34-144) (yüksek)
<b>Üniversite</b>	189	49 (24-120) (yüksek)	30 (15-61) (yüksek)	49 (34-142) (yüksek)
<b>Toplam</b>	638	47 (24-120)	28 (13-61)	47 (34-170)

(Kruskal-Wallis Testi \*p<0,05 \*\*p<0,001 \*\*\*p<0,05)

Annesi ev hanımı olan öğrencilerin (n=443) riskli sağlık davranış F1 puanı 47 (orta), F2 puanı 28'dir (orta). Annesi emekli olan öğrencilerin (n=48) F1 puanı 48 (yüksek), F2 puanı 31 (yüksek) ve annesi meslek sahibi olan öğrencilerin (n=147) F1 puanı 48 (yüksek), F2 puanı 29'dur (yüksek). Riskli sağlık davranışları F1 puanı

açısından anne çalışma durumları arasında farklılık yoktur ( $p>0.05$ ). Riskli Sağlık Davranışları F2 puanı açısından anne çalışma durumları arasında farklılık yoktur ( $p>0.05$ ).

Annesi ev hanımı olan öğrencilerin ( $n=443$ ) akran baskısı puanı 54 (yüksek), annesi emekli olan öğrencilerin ( $n=48$ ) akran baskısı puanı 59 (yüksek) ve annesi meslek sahibi olan öğrencilerin ( $n=147$ ) akran baskısı puanı 51'dir (yüksek). Akran baskısı puanı açısından anne çalışma durumları arasında farklılık yoktur( $p>0.05$ ). (Bakınız Çizelge 3.57).

**Çizelge 3.58.** Anne Çalışma Durumuna Göre Akran Baskısı, Riskli Sağlık Davranış F1-F2 Puan Dağılımı

Anne Çalışma Durumu	n	Riskli Sağlık Davranışı F1 Puanı*	Riskli Sağlık Davranışı F2 Puanı**	Akran Baskısı Puanı***
Ev hanımı	443	47 (24-120)	28 (13-61)	54 (34-170)
Emekli	48	48 (24-120)	31 (19-58)	59 (34-142)
Çalışıyor	147	48 (24-86)	29 (17-61)	51 (34-101)
<b>Toplam</b>	638	47 (24-120)	28.0 (13-61)	53 (34-170)

(Kruskal-Wallis Testi \* $p>0.05$  \*\* $p>0.05$  \*\*\* $p>0.05$ ).

Babası çalışmayan öğrencilerin ( $n=38$ ) riskli sağlık davranış F1 puanı 44,5 (orta), F2 puanı 27'dir (orta). Babası emekli olan öğrencilerin ( $n=107$ ) F1 puanı 51 (yüksek), F2 puanı 31 (yüksek) ve babası meslek sahibi olan öğrencilerin ( $n=490$ ) F1 puanı 47 (orta), F2 puanı 28'dir (orta). Riskli Sağlık Davranışları F1 puanı açısından baba çalışma durumları (çalışmıyor-emekli, emekli-meslek sahibi) arasında farklılık vardır ve bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır ( $p<0,01$ ). Babası çalışmayan öğrencilerin olumlu sağlık davranış düzeyi babası emekli olan öğrencilerin düzeyinden düşüktür. Babası emekli olan öğrencilerin olumlu sağlık davranış düzeyi babası meslek sahibi olan öğrencilerin düzeyinden yüksektir.

Riskli Sağlık Davranışları F2 puanı açısından baba çalışma durumları (çalışmıyor-emekli, emekli-meslek sahibi ) arasında farklılık vardır ve bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır ( $p<0.05$ ). Babası çalışmayan öğrencilerin olumsuz

sağlık davranış düzeyi babası emekli olan öğrencilerin düzeyinden düşüktür. Babası emekli olan öğrencilerin olumsuz sağlık davranış düzeyi babası meslek sahibi olan öğrencilerinkinden yüksektir.

Babası çalışmayan öğrencilerin (n=38) akran baskısı puanı 49 (yüksek), babası emekli olan öğrencilerin (n=107) akran baskısı puanı 58 (yüksek) ve babası meslek sahibi olan öğrencilerin (n=490) akran baskısı puanı 54'dür (yüksek). Akran baskısı puanı açısından baba çalışma durumları arasında farklılık yoktur ( $p>0.05$ ). (Bakınız Çizelge 3.58).

**Çizelge 3.59.** Baba Çalışma Durumuna Göre Akran Baskısı, Riskli Sağlık Davranış F1-F2 Puan Dağılımı

Baba Çalışma Durumu	n	Riskli Sağlık Davranışı F1 Puanı*	Riskli Sağlık Davranışı F2 Puanı**	Akran Baskısı Puanı***
Çalışmıyor	38	44 (25-90)	27 (17-58)	49 (34-115)
Emekli	107	51 (24-120)	31 (18-61)	58 (34-144)
Çalışıyor	490	47 (24-120)	28 (13-61)	54 (34-170)
<b>Toplam</b>	638	47 (24-120)	28.0 (13-61)	53 (34-170)

(Kruskal-Wallis Testi \* $p<0,01$  \*\* $p<0,05$  \*\*\* $p>0,05$ ).

Çekirdek aile yapısına sahip öğrencilerin (n=540) riskli sağlık davranış F1 puanı 47 (orta), F2 puanı 28'dir (orta). Geniş aile yapısına sahip öğrencilerin (n=66) riskli sağlık davranış F1 puanı 47 (orta), F2 puanı 27'dir (orta). Diğer aile yapısına sahip öğrencilerin (n=32) riskli sağlık davranış F1 puanı 54 (yüksek), F2 puanı 27,5'dir (orta). Riskli Sağlık Davranışları F1 puanı açısından aile tipleri arasında farklılık yoktur ( $p>0,05$ ). Riskli Sağlık Davranışları F2 puanı açısından aile tipleri arasında farklılık yoktur ( $p>0,05$ ).

Çekirdek aile yapısına sahip öğrencilerin (n=540) akran baskısı puanı 48 (yüksek), geniş aile yapısına sahip öğrencilerin (n=66) akran baskısı puanı 45 (orta), diğer aile yapısına sahip öğrencilerin (n=32) akran baskısı puanı 45'dir (orta). Akran baskısı puanı açısından aile tipleri arasında farklılık yoktur ( $X^2=0,054$ ,  $p>0,05$ ). (Bakınız Çizelge 3.59).

**Çizelge 3.60.** Aile Tipine Göre Akran Baskısı, Riskli Sağlık Davranış F1-F2 Puan Dağılımı

Aile Tipi	n	Riskli Sağlık Davranışı F1 Puanı	Riskli Sağlık Davranışı F2 Puanı	Akran Baskısı Puanı
<b>Çekirdek</b>	540	47 (24- 112) (orta)	28 (14- 55) (orta)	48 (34- 170) (yüksek)
<b>Geniş</b>	66	47 (28- 120) (orta)	27 (17- 48) (orta)	45 (34- 146) (orta)
<b>Diğer</b>	32	54 (24- 120) (yüksek)	27,5 (13- 61) (orta)	45 (35- 142) (orta)
<b>Toplam</b>	638	47 (24-120)	28.0 (13-61)	47 (34-170)

(Kruskal Wallis Testi \*p>0,05 \*\*p>0,05 \*\*\*p>0,05)

Ekonomik durumunun çok iyi olduğunu belirten öğrencilerin (n=44) riskli sağlık davranışlar F1 puanı 46,5 (orta), riskli sağlık davranışlar F2 puanı ise 35'dir (yüksek). İyi cevabı verenlerin (n=236) F1 puanı 48 (yüksek), F2 puanı 28 (orta), orta olduğunu söyleyenlerin (n=316) F1 puanı 47 (orta), F2 puanı 28'dir (orta). Ekonomik durumunu kötü olarak tanımlayanların (n=33) F1 puanı 44 (orta), F2 puanı 26 ekonomik durumunun çok kötü olduğunu söyleyen öğrencilerin (n=9) F1 puanı 52 (yüksek), F2 puanı ise 23 (düşük) olarak bulunmuştur. Öğrencilerin riskli sağlık davranışlar F1 puanı açısından ekonomik durum düzeyleri arasında farklılık yoktur ( $p>0,05$ ). Riskli sağlık davranışlar F2 puanı açısından ekonomik durum düzeyleri (çok iyi-orta, çok iyi-kötü, çok iyi-kötü ve orta-iyi) arasında farklılık vardır. Bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır ( $p<0,01$ ). Ekonomik duruma göre riskli davranışlar F2 puanını karşılaştırdığımızda ekonomik durumu çok iyi olan öğrencilerin olumsuz sağlık davranış düzeyi, ekonomik durumu orta, kötü ve çok kötü olan öğrencilerin olumsuz sağlık davranış düzeyinden yüksek, ekonomik durumu orta olanların olumsuz davranış düzeyi ise ekonomik durumu kötü olan öğrencilerden yüksek olduğu bulunmuştur.

Ekonomik durumunun çok iyi olduğunu belirten öğrencilerin (n=44) akran baskısı puanı 51,5 (yüksek), iyi cevabı verenlerin (n=236) akran baskısı puanı 48,5'dir (yüksek). Orta olduğunu söyleyenlerin (n=316) akran baskısı puanı 46 (orta), kötü yanıtını verenlerin (n=33) puanı 49 (yüksek), ekonomik durumunun çok



kötü olduğunu söyleyen öğrencilerin (n=9) akran baskısı puanı ise 45 (orta) olarak bulunmuştur. Ekonomik durumunu tanımlamaları açısından akran baskısı puanları arasında (çok iyi-orta) fark vardır ve istatistiksel olarak anlamlıdır ( $p<0,05$ ). Ekonomik durumunu çok iyi olarak tanımlayan öğrencilerin akran baskısı düzeyi orta olarak tanımlayanların akran baskı düzeyinden daha yüksektir. (Bakınız Çizelge 3.60).

**Çizelge 3.61.** Ekonomik Duruma Göre Akran Baskısı, Riskli Sağlık Davranış F1-F2 Puan Dağılımı

<b>Ekonomik Durum</b>	<b>n</b>	<b>Riskli Sağlık Davranışı F1 Puanı*</b>	<b>Riskli Sağlık Davranışı F2 Puanı**</b>	<b>Akran Baskısı Puanı***</b>
<b>Çok iyi</b>	44	46.5 (28- 120) (orta)	35 (15- 59) (yüksek)	51.5 (34- 146) (yüksek)
<b>İyi</b>	236	48 (24- 91) (yüksek)	27 (15- 61) (orta)	48.5 (34- 144) (yüksek)
<b>Orta</b>	316	47 (24- 120) (orta)	28 (13- 58) (orta)	46 (34- 170) (orta)
<b>Kötü</b>	33	44 (30- 80) (orta)	26 (14- 54) (orta)	49 (34- 104) (yüksek)
<b>Çok Kötü</b>	9	52 (35- 112) (yüksek)	23 (16- 39) (düşük)	45 (36- 146) (orta)
<b>Toplam</b>	638	47.0 (24-120)	28 (13-61)	47 (34-170)

(Kruskal-Wallis Testi \* $p>0,05$  \*\* $p<0,01$  \*\*\* $p<0,05$ ).

Sağlık durumunu mükemmel olarak tanımlayan öğrencilerin (n=130) riskli sağlık davranışları F1 puanı 47 (orta), F2 puanı 29 (yüksek), çok iyi olarak tanımlayanların (n=178) F1 puanı 46,5 (orta), F2 puanı 28'dir (orta). Sağlık durumum iyi diyen öğrencilerin (n=256) F1 puanı 47 (orta), F2 puanı 28 (orta), orta olarak tanımlayanların (n=63) F1 puanı 51 (yüksek), F2 puanı ise 29'dur (yüksek). Sağlık durumunu kötü olarak tanımlayanların (n=11) F1 puanı 58 (yüksek), F2 puanı 39 (çok yüksek) bulunmuştur. Riskli sağlık davranışları F1 puanı açısından sağlık durumu tanımlamaları arasında farklılık yoktur ( $p>0.05$ ). Riskli sağlık davranışları F2 puanı açısından sağlık durumu tanımlamaları arasında farklılık yoktur ( $p>0.05$ ).

Sağlık durumunu mükemmel olarak tanımlayan öğrencilerin (n=130) akran baskısı puanı 51 (yüksek), çok iyi olarak tanımlayanların (n=178) akran baskısı puanı

49'dur (yüksek). Sağlık durumum iyi diyen öğrencilerin (n=256) akran baskısı puanı 45 (orta), orta olarak tanımlayanların (n=63) akran baskısı puanı 48'dir (yüksek). Sağlık durumunu kötü olarak tanımlayanların (n=11) akran baskısı puanı 48 (yüksek) bulunmuştur. Akran baskısı puanı açısından sağlık durumlarını tanımlamaları arasında (mükemmel-iyi, çok iyi-iyi) farklılık vardır ve bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır ( $p<0,05$ ). Sağlık durumunu mükemmel olarak tanımlayanların akran baskısı düzeyi sağlık durumunu iyi olarak tanımlayanlardan daha yüksektir. Sağlık durumunu çok iyi olarak tanımlayan öğrencilerin akran baskısı düzeyi sağlık durumunu iyi olarak tanımlayanlardan daha yüksektir. (Bakınız Çizelge 3.61).

**Çizelge 3.62.** Sağlık Durumunu Algılamalarına Göre Akran Baskısı, Riskli Sağlık Davranış F1-F2 Puan Dağılımı

Sağlık Durumunu Algılama	n	Riskli Sağlık Davranışı F1 Puanı*	Riskli Sağlık Davranışı F2 Puanı**	Akran Baskısı Puanı***
<b>Mükemmel</b>	130	47 (24-120) (orta)	29 (15-61) (yüksek)	51 (34-146) (yüksek)
<b>Çok iyi</b>	178	46.5 (24-90) (orta)	28 (13-55) (orta)	49 (34-170) (yüksek)
<b>İyi</b>	256	47 (24-96) (orta)	28 (13-61) (orta)	45 (34-144) (orta)
<b>Orta</b>	63	51 (26-112) (yüksek)	29 (15-47) (yüksek)	48 (34-146) (yüksek)
<b>Kötü</b>	11	58 (24-108) (yüksek)	39 (20-57) (Çok yüksek)	48 (34-165) (yüksek)
<b>Toplam</b>	638	47 (24-120)	28 (13-61)	47 (34-170)

(Kruskal-Wallis Testi \* $p>0,05$  \*\* $p>0,05$  \*\*\* $p<0,05$ ).

## 4.TARTIŞMA

### 4.1. Öğrencilerin Tanımlayıcı Özelliklerinin Değerlendirilmesi

Çalışmamıza katılan her iki okul öğrencilerinin sosyo-demografik düzeylerini belirleyebilmek açısından bazı tanımlayıcı bulgular karşılaştırmalı olarak tartışılacaktır.

Çalışmamıza katılan öğrencilerin % 52,2'sinin (n=333) ÇL, % 47,8'inin (n=305) YBL öğrencisi olduğu belirlenmiştir. Çalışmamıza katılan öğrencilerin %56,3'ü kızdır. TNSA 2008 verilerine göre 14- 16 yaş arası çocukların % 61'inin liseye devam ettiği, bunların % 65'inin erkek, % 57'sinin kız olduğu görülmektedir (TNSA, 2008). Bizim bulgularımızda kız öğrencilerin fazla olduğu görülmekte olup bu durum Anakara'nın başkent ve Büyükşehir olmasından ve bizim çalışmamızda yaş aralığının daha geniş (14- 21) olmasından kaynaklanıyor olabilir. Türkiye nüfusunda kadın oranı %51, erkek oranı ise %49'dur (TNSA, 2008). Eneç'in 2007 yılında yürüttüğü "Edirne Şehir Merkezindeki Lise Öğrencilerinde Riskli Sağlık Davranışlarının Değerlendirilmesi" çalışmasında ise grubun %50,4'ünün kız, %49,6'sının erkek olduğu belirtilmiştir. Her iki çalışmada da kadın oranının fazla olduğu görülmekte olup, bu durum bizim verilerimizle benzerlik göstermektedir.

Çalışmamızda öğrencilerin yaşları 14- 21 arasında değişmekte olup, yaş ortalaması ( $\pm$  SS)  $16,54 \pm 1,30$ 'dur. Çeviren'in 2001 yılında Ankara Keçiören'de yaptığı "Üç farklı nitelikteki lise 2. sınıf öğrencilerinin riskli davranışlarının değerlendirilmesi" çalışmasında da yaş ortalaması 16,35 bulunmuştur. Göksel ve arkadaşlarının (2001) "İzmir ili lise öğrencilerin sigara alışkanlığını etkileyen faktörler" çalışmasında da yaş ortalaması  $16,3 \pm 0,7$  bulunmuş olup sonuçlar çalışmamızla benzerdir.

Her iki okul anne eğitim düzeyi açısından karşılaştırıldığında; ilköğretim düzeyinde öğrenime sahip anne oranı YBL'nde, lise ve üstü düzeyde öğrenime sahip anne oranının ÇL'nde daha yüksek olduğu görülmektedir. Eğitim düzeyi yüksek annelerin çalışma oranı ve buna bağlı olarak ekonomik durumunda yüksek

olabileceği ve bu durumun riskli sağlık davranışlarını etkileyebileceği düşünülmektedir.

Okuryazar olmayan toplam annelerin oranı % 8,5, ilköğretim mezunu olan annelerin oranı % 46,4 lise ve üstü öğrenim mezunu olanların oranı ise % 45,2'dir. TÜİK 2008 verilerine göre kentlerde yaşayan kadınların % 15'i herhangi bir eğitim düzeyini tamamlamamışken yüzde 26'sı en az lise mezunudur (TÜİK, 2008). Çalışmamızda eğitim düzeyinin 2008'e göre arttığı, okuma yazma bilmeyenlerin oranının zaman içinde azaldığı görülmektedir.

Sarı'nın 2006 yılında İstanbul'da yaptığı "Lise Öğrencilerinde Riskli Sağlık Davranışları" adlı çalışmasında öğrencilerin annesinin %87'si ilköğretim, %13'ü lise ve üstü mezunudur. Aksoy'un 2006 yılında Malatya'da 745 öğrenciyle yaptığı "lise öğrencilerinin bağımlılık yapan maddelere ilişkin tutumları ve bu tutumlara etki eden değişkenlerin incelenmesi" çalışmasında annesi ilkokul mezunu olan öğrencilerin oranı %36,4, lise ve üstü eğitim alanların oranı%23,2 bulunmuştur. Eneç'in (2007) çalışmasında ilkokul mezunu annelerin oranı %47,1, lise mezunu annelerin oranı % 24,8'dir. Bu durum geçen zaman içinde kadınlarda eğitim seviyesinin arttığını göstermektedir.

Baba öğrenim durumlarını karşılaştırdığımızda; yüksek öğretim düzeyinde öğrenime sahip babalarının oranı ÇL'de daha yüksekken, ilköğretim düzeyinde öğrenime sahip babaların oranı YBL'de daha yüksek bulunmuştur.

Çalışmamızda anne öğrenim durumu ile baba öğrenim durumu arasında da fark olduğu, babaların öğrenim durumunun özellikle yüksek öğrenimde daha fazla olduğu görülmüştür. Öğrencilerin toplam %39,4'ünün babası ilköğretim mezunu, %28,8'inin lise mezunu, %29,6'sının babası ise üniversite-yüksek okul mezunudur. Aksoy'un (2006) çalışmasında babaların % 23,6'si ilkokul mezunu, %28,2'si, lise, %19,1'i üniversite mezunudur. Eneç'in (2007) çalışmasında ilkokul mezunu babaların oranı %32,9, lise mezunu oranı %29,9, üniversite mezunu babaların oranı ise %28,3'tür. Yapılan bu çalışmalardaki bulgular bizim çalışmamızın bulgularıyla benzerlik göstermektedir. Zaman içerisinde erkeklerin yüksek öğrenim oranı da artış göstermiştir.

Anne çalışma durumuna baktığımızda ÇL'nde ev hanımı annelerin oranı yarıdan fazla iken YBL'nde yüzde 80'lerdeydi. Emekli annelerin oranı ÇL'nde

%10,2, YBL’nde bu oranın yarısı kadardır. Çalışan annelerin oranı ÇL’nde %32,4, YBL’nde %12,8’dir. Anne öğrenim düzeyinin daha yüksek olduğu ÇL’nde anne çalışma oranının da yüksek olduğu görülürken ev hanımı annelerin oranı da azımsanamayacak kadar yüksektir. Bu durum kadınların eğitim almalarına rağmen istihdam alanlarında yeterince yer bulamadıklarının göstergesi olabilir. YBL’nde anne çalışma oranının ÇL’ne göre daha düşük olmasının sebebi; YBL’nde anne öğrenim düzeyinin de düşük olması olabilir. Tüm öğrencilerin anne çalışma durumuna baktığımızda; %69,4’ü ev hanımı, %7,5’i emekli, % 23’ü meslek sahibi olduğu görülmektedir. TNSA 2008 verilerine göre kadınların çalışma oranı % 31’dir (TNSA, 2008). Evren’in (2008) yaptığı çalışmada annelerin %67,6’sının çalışmadığı, %22,3’ünün bir işe sahip olduğu görülmüştür ve bulgular bizim çalışmamızla benzerlik göstermektedir. Aksoy’un (2006) çalışmasında ise öğrencilerin annelerinin %82,2’sinin ev hanımı/çalışmadığı, %11,8’inin ise çalışıyor olduğu görülmüştür. Aksoy’un bulgularının bizim bulgularımızdan düşük olduğu ve bunun sebebinin de Aksoy’un çalışmayı yaptığı Malatya ilinin sosyo-kültürel yapısı gereği; geçimi sağlama görevinin erkeğe ait olması, kadınların öğrenim düzeyinin Ankara’da yaşayan kadınlara göre daha düşük olması ve çalışma alanlarında kadınlara yeterli istihdamın sağlanmamış olmasıyla ilişkili olabilir.

Baba çalışma durumuna bakıldığında çalışmayan babaların oranı ÇL’nde yok denecek kadar az, YBL’nde %10,9, emekli babaların oranı ÇL’nde ve YBL’nde hemen hemen aynıydı. Çalışan babaların oranı ÇL’nde %80,1, YBL’nde %74,0 dır. YBL’nde çalışmayan babalarının oranının yüksek, eğitim düzeyinin düşük olması bu ailelerin ekonomik düzeyinin de düşük olmasına yol açmakla birlikte bu durumun riskli sağlık davranış düzeyini etkileyebileceği düşünülmektedir. Tüm öğrencilerde meslek sahibi (%77,2)/emekli babaların (%16,9) oranının toplam %94,1, çalışmayanların oranının % 6,0 olduğu görülmüştür. Evren’in (2008) çalışmasında ise babaların %90,7’si çalışmakta, %5,1’i, çalışmamaktadır. Bu oran bizim bulgularımızla benzerlik göstermektedir.

Katılımcıların %13,6’sı sene kaybı olduğunu belirtmiştir. Her iki okul arasında sene kaybı açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark görülmemesine rağmen YBL’nde oran daha yüksektir. Eneç’in (2007) çalışmasında bu oran %9,5 bulunmuştur ve bizim çalışmamızın sonuçlarına yakındır.

Sahip olunan aile tiplerine bakıldığında çekirdek aileye sahip öğrencilerin oranı ÇL’nde %84,7, YBL’nde öğrencilerinde %84,6 dır. Geniş aileye sahip öğrencilerin oranı ÇL’nde %8,1, YBL’nde öğrencilerinde %12,8’i, diğer aile tipine sahip öğrencilerin oranı ÇL’nde %7,2, YBL’nde öğrencilerinde %2,6’dır. YBL’nde geniş aile yapısı oranının yüksek olmasının sebebinin ekonomik durum ve eğitim düzeyinin düşük olmasıyla ve ataerkil aile yapısıyla ilişkili olduğunu düşünmekteyiz. ÇL’nde ise diğer aile oranının daha yüksek olması ise öğrencilerin parçalanmış aile yani boşanmış ebeveynlere sahip olmasından kaynaklanmış olabileceğini düşündürmektedir. Uçan’ın (2005) boşanma sürecinde kriz merkezine başvuran kadınların retrospektif olarak değerlendirilmesi adlı araştırmasında çalışmaya katılan kadınların yüzde 70’inin ekonomik ve sosyal güvencesinin bulunması ve en az lise mezunu olması, eğitim ve çalışma hayatının boşanmayı etkilediğini göstermektedir. Bu sonuç bizim sonuçlarımızla paralellik göstermektedir. Katılımcıların toplam %84,6 oranla çekirdek aileye sahip oldukları görülmüştür. Sarı’nın (2006) yaptığı çalışmada katılımcıların % 66,5’i çekirdek aileye sahiptir. Evren’in 2008 yılında yaptığı “Trakya üniversitesi öğrencilerinin riskli sağlık davranışları ve sağlık hizmetleri kullanımı” çalışmasında katılımcıların %82,2’si çekirdek aileye sahip olduğunu belirtmiştir. Polatkan’ın 2007 yılında Ankara’da yaptığı “Hacettepe Üniversitesi Keçiören yerleşkesi Sosyal Hizmetler Yüksek Okulunda okuyan öğrencilerin riskli davranışlarının saptanması ve bunlarla ilişkili faktörlerin saptanması” çalışmasında katılımcıların %91,6 oranla çekirdek aileye sahip oldukları bulunmuştur. Bu sonuçlar sosyolojik açıdan Türk toplumunun aile yapısının değiştiğinin bir göstergesi olabilir.

Sosyoekonomik düzey; gelir, eğitim düzeyi, meslek ve toplum içerisindeki sosyal statü ile ilişkili bir durumdur. ÇL öğrencileri ekonomik durumunu genel olarak çok iyi ve iyi olarak tanımlarken, YBL öğrencilerinin çoğu orta ve kötü olarak tanımlamaktadır. Toplam çalışmamıza katılanlar %49,5 oranda orta düzeyde ekonomik duruma sahiptirler. Evren’in (2008) çalışmasında da öğrencilerin büyük çoğunluğu (%82,7) ailesinin ekonomik durumunu “orta” olarak değerlendirmiştir. Eneç’in (2007) araştırmasında da %41,4 oranında orta seviyede ekonomik durum tespit edilmiştir. Sarı’nın çalışmasında ise katılımcılar %46 oranında orta ekonomik düzeye sahip olduklarını ifade etmişlerdir. Ülke genelinde de orta düzey ekonomik

durumun en kalabalık grubu oluşturması muhtemeldir. Ailelerin ekonomik durumunun öğrencilerin sağlık davranışları üzerinde de önemli etkisi olabileceği düşünülmektedir ve ileriki bölümlerde tartışılacaktır.

Sağlık durumunu tanımlama oranlarına bakıldığında; sağlık durumunu çok iyi tanımlayanların oranı ÇL’nde yüksekken iyi, orta ve kötü olarak tanımlayanların oranı YBL’nde daha yüksektir. Bu durum sosyoekonomik düzeyin farklılığından kaynaklanıyor olabilir.

Sonuç olarak iki lisenin sosyoekonomik düzey açısından farklı olduğu, ÇL öğrencilerinin sosyoekonomik düzeyinin YBL öğrencilerinden daha yüksek olduğu görülmüştür.

#### **4.2. Öğrencilerin Riskli Sağlık Davranışları Anketine Verdikleri Yanıtların Değerlendirilmesi**

“İnsanların keyif verici ve bağımlılık yapıcı maddeleri kullanarak kendilerini riske attıklarını düşünürüm” cümlesine öğrencilerin % 82’si katılıyorum yanıtı vermiştir. “Bağımlılık yapıcı maddeler sağlığa zararlıdır” cümlesine katılıyorum diyenlerin oranı %86,8 dir. Sarı’nın 2006’da lise öğrencileriyle yaptığı çalışmada sigaranın sağlığa zararlı olduğunu düşünenlerin oranı %73,4 tür. Bizim bulgularımızın Sarı’nın bulgularından yüksek olmasının sebebi yapılan eğitim ve müdahale çalışmalarıyla öğrencilerin farkındalıklarının geçen zaman içerisinde artmış olması olabilir.

“Bağımlılık yapıcı veya keyif verici madde denedim” cümlesine katılıyorum diyenlerin oranı %20,9’dur. Sarı’nın çalışmasında sigara denedim diyenlerin oranı %26,8’dir. Çeviren’in 2001 yılında lise öğrencileriyle yaptığı çalışmada öğrencilerin %54,2’si sigara denemiştir. Eneç’in 2007’de lise öğrencileriyle yaptığı çalışmada ise en az 1 kez sigara deneme oranı %29,3 bulunmuştur. Bizim sonuçlarımız diğer tüm çalışmalardan düşük çıkmıştır. Çalışmamızın bu sonucu bize sigara kullanım oranının giderek azaldığını düşündürmektedir.

“Fazla kilomdan dolayı diyet yaparım” cümlesine öğrencilerin %26,5’i katılıyorum yanıtı vermiştir. Eneç’in çalışmasında son 1 ay içinde kilo vermek için diyet yaptım diyenlerin oranı %19,6, Sarı’nın çalışmasında fazla kilodan dolayı diyet yapanların oranı %18,8’dir. Gençler arasında zayıf olma konusundaki istek yapılan

çalışmaların ortak noktasıdır. Ancak beden imajına olan bu ilginin sağlıklı beslenme ve ideal vücut ağırlığının korunması gibi konulara yoğunlaştırılması gerekmektedir.

Her gün en az 3 öğün yemek yerim” cümlesine katılıyorum diyenlerin oranı %67, fastfood türü yiyecekleri sık tüketirim” diyenlerin oranı %52,5 dir. “Daha çok sebze ve meyve ağırlıklı beslenirim” cümlesine katılıyorum diyenlerin oranı %45,8 dir. Sarı'nın çalışmasında her gün üç öğün yemek yerim diyenlerin oranı %56,3, fastfood türü yiyecekleri sık yeme oranı %45,7, Geçmiş yedi gün içinde her gün sebze ve salat yeme oranı %21,9 dur. Üç öğün yemek yeme ve fastfood türü gıdaları tüketme oranında zamanla artış olduğu görülmektedir.

“Her zaman trafik kurallarına uyarım” cümlesine öğrencilerin %76'sı, “Arabaya bindiğimde emniyet kemerini takarım” cümlesine ise %45,4'ü katılıyorum yanıtı vermiştir. Sarı'nın çalışmasında “Her zaman trafik kurallarına uyarım” diyenlerin oranı %62,2, emniyet kemeri takanların oranı %56,8'dir. Eneç'in 2007 de Edirne de yaptığı çalışmada katılımcıların %22,2'si hiç emniyet kemeri takmadığını, %53,2'si nadiren taktığını, %24,5'i sürekli taktığını belirtmişlerdir. Evren'in çalışmasında başka birinin kullandığı arabada emniyet kemerini hiçbir zaman takmam diyenlerin oranı %11,1, her zaman takarım diyenlerin oranı %23,3 tür. Çeviren'in çalışmasında emniyet kemeri takmayanların oranı %44,6 dır. Tüm çalışmaların bulguları bizim bulgularımızla benzerlik göstermektedir.

Çalışmamızda “Alkollü bir sürücünün kullandığı arabaya binmem” cümlesine katılıyorum diyenlerin oranı %70,2 dir. Eneç'in çalışmasında geçen ay içerisinde alkollü biriyle yolculuk ettiğini belirtenlerin oranı %10,1'dir. Evren'in çalışmasında alkollü birinin kullandığı arabayla seyahat etmeyenlerin oranı %78,5, Kaptanoğlu'nun 2004 te yaptığı çalışmada ise %87,2 dir Çeviren'in çalışmasında öğrencilerin % 16,8'i alkollü sürücünün aracında yolculuk yapmıştır. Çalışmamızın bulguları diğer çalışmaların bulgularından farklılık göstermektedir. Alkollü bir sürücünün kullandığı arabaya binmeyeceğini belirten öğrencilerin oranı diğer çalışmaların oranlarından düşüktür.

“Aile planlaması konusunda bilgilerimin yetersiz olduğunu düşünüyorum” cümlesine öğrencilerin %37,1'i, “Kan ve cinsel yolla bulaşan hastalıklar hakkında ihtiyacım olan bilgiyi sağlık personelinden almak isterim” cümlesine ise %75,1'i katılıyorum cevabını vermiştir. Kaptanoğlu'nun çalışmasında AP konusunda eğitim



verilmesini isteyenlerin oranı %27,7, CYBH konusunda eğitim isteyenlerin oranı ise %32,1 dir. Çeviren'in çalışmasında öğrencilerin %77,2'si sağlık eğitimine ihtiyaç duyduğunu belirtmiştir. Çalışmaların sonuçları bizim sonuçlarımızla benzerlik göstermekle birlikte öğrencilerin yaklaşık 1/3'ü AP ve CYBH konusunda eğitime ihtiyaç duyduklarını belirtmişlerdir.

“Her gün en az 3 saat televizyon izlerim” diyenlerin oranı ise %54,5'dir. Eneç'in çalışmasında hafta içi günlerde 2 saatten fazla televizyon izleyenlerin oranı %64,1'dir. Evren'in çalışmasında hafta içi günlerde 3 saat televizyon izleyenlerin oranı %12,4. Kaptanoğlu'nun çalışmasında 1- 4 saat televizyon izleme oranı %56,9'dur. Evren'in çalışmasında televizyon izleme oranının düşük olmasının sebebi çalışma yapılan grubun üniversite öğrencisi olmasından ve ders dışındaki vakitlerini arkadaşlarıyla birlikte ev dışında geçirmelerinden ve daha farklı faaliyetlere ilgi duymalarından kaynaklanıyor olabilir Diğer çalışmaların sonuçları bizim çalışmalarımızla benzer bulunmuştur.

Çalışmamızda “Egzersiz yapmak sağlığı olumlu etkiler” cümlesine öğrencilerin %92'si katılıyorum, “Haftada en az 2 gün egzersiz yaparım” cümlesine %41,5'i katılıyorum yanıtı vermiştir. Evren'in çalışmasında son bir haftada 2 gün egzersiz yapanların oranı %13,4 tür. Sarı'nın çalışmasında hiç egzersiz yapmam diyenlerin oranı %39,5, haftada 3 saat yaparım diyenlerin oranı %17,1'dir. Çeviren'in çalışmasında düzenli ve kesintisiz spor ya da yürüyüş yapmayanların oranı %58,2'dir. Yapılan çalışmaların sonuçları ülkemizde fiziksel aktivite yapma sıklığının düşük olduğunu göstermektedir.

“Kendimi sık sık ümitsiz ve üzgün hissedirim” cümlesine öğrencilerin %40'ı katılıyorum cevabı vermiştir. Eneç'in çalışmasında son 1 yılda 15 gün veya fazla süreyle üzüntü ya da ümitsizlik hissettim diyenlerin oranı %33,2, Evren'in çalışmasında ise %60,5'dir. Çeviren'in çalışmasında son bir ay içinde kendini üzgün ve ümitsiz hissedenlerin oranı % 87'dir. Evren ve Çeviren'in bulguları bizim bulgularımızdan yüksek bulunmuştur.

Çalışmamızda “Okulda disiplin suçu teşkil eden davranışlar sergilemem” cümlesine ise %77,2'si, “Okulda ve çevresinde yaralayıcı alet taşınmasını doğru bulmam” cümlesine %77,4'ü katılıyorum yanıtı vermiştir. Eneç'in çalışmasında son bir ay içinde üzerinde kesici delici alet taşıyanların oranı %25,6'dır. Evren'in

çalışmasında son 1 ay içinde okul ve çevresinde delici kesici alet taşımadığını belirtenlerin oranı %95,1'dir. Kaptanoğlu'nun çalışmasında son 1 ay içinde okul ve çevresinde delici kesici alet taşımadığını belirtenlerin oranı %86,4'dir. Çeviren'in çalışmasında öğrencilerin %11,5'i üzerinde yaralayıcı alet taşımaktadır. Tüm çalışmaların bulguları bizim bulgularımızla benzerlik gösterirken Evren'in bulguları tüm çalışmalardan düşük çıkmıştır. Bunun sebebi çalışmanın üniversite öğrencileriyle yapılmış olmasından kaynaklanıyor olabilir.

#### **4.3. Riskli Sağlık Davranışları ve Akran Baskısı Puanlarının Bazı Tanımlayıcı Özelliklere Göre Değerlendirilmesi**

Olumlu ve olumsuz sağlık davranışlarını değişik faktörler etkileyebilmektedir. Akran baskısı puanı ile olumlu sağlık davranışları puanı arasında anlamlı bir ilişki olup olmadığı Spearman's rho korelasyon testi ile analiz edilmiştir. Analiz sonucuna göre Akran baskısı puanı ile olumlu sağlık davranışları puanı arasında aynı yönlü bir ilişki vardır ve bu ilişki istatistiksel olarak anlamlıdır ( $r = ,469$   $p < 0.001$ ).

Elde edilen bu bulgular ışığında ergenlik döneminde bulunan öğrencilerin akran baskısı arttıkça olumlu sağlık davranışları düzeyinin arttığı görülmektedir.

Genellikle akran gruplarının ergen üzerinde olumsuz etkilerinin olduğu görüşü hakimdir. Buna karşılık Dacey ve Travers (1996), akran gruplarının saldırgan dürtüleri kontrol altına almayı öğrenme, cinsiyet rollerini öğrenme ve cinselliğe yönelik tutumları geliştirme, ahlaki yargı ve değerleri güçlendirme, kendine saygıyı arttırma vb. gibi önemli olumlu işlevleri olduğunu ileri sürmektedir. Bu araştırma sonucunda ergenlerde akran baskısı ve olumlu sağlık davranışları arasında aynı yönlü ilişkinin bulunmuş olması bu görüşü desteklemektedir. Akran baskısı daha çok olumsuz davranışlarla (sigara içme, madde kullanma, kavga etme vb.) ilişkilendirilse de; ergenin sonradan pişman olacağı davranışları yapmasında kritik rol oynasa da olgun, sıcak, ilgili ve sömürücü olmayan akran, ergenin benlik kavramını oluşturmasında, kendini değerli hissetmesinde, geleceğini planlamasında kritik rol oynayabilir (Conger ve Galambos, 1996).

İnsan Kaynağını Geliştirme Vakfı (2003) tarafından akran baskısının ergeni olumlu yönde etkileyebileceği durumlar; okulda ve okul dışında kişiliği geliştirici

etkinliklerde görev almak, hedeflere ulaşmak (meslek seçimi, okul başarısı, olumlu kimlik geliştirme vb.), bedensel psikolojik ve cinsel sağlığa dikkat etmek şeklinde tanımlamıştır.

Akran baskısı puanı ile olumsuz sağlık davranışları puanı arasında aynı yönlü ilişki vardır ve bu ilişki istatistiksel olarak anlamlıdır ( $r= ,371$   $p<0.001$ ). Öğrencilerin yaşadıkları akran baskısı arttıkça olumsuz sağlık davranış düzeyi de artmaktadır. Akranlar bireylerin kişiliğinin gelişiminde ve sosyalleşmesinde olumlu etkiler gösterebilir. Bu dönemde yoğunlaşan ait olma, kabul görme gibi bazı ihtiyaçlar gencin tamamen akran grubunun kontrolüne girmesine neden olabilir (Akt: Esen, 2003). Santor, Messervey ve Kusumakar'ın (2000) bulgusuna göre akran baskısı bireylerin içinde bulunduğu akran gruplarının etkinliklerinde bir davranışı yapması için bireye ısrar etmekte ve onu cesaretlendirmektedir. Dolayısıyla ergenlerin riskli davranışta bulunmasında akran baskısı önemli etkenlerden biri olarak görülmektedir. Ergenlerde sorunlu davranışların (suçluluk, madde kullanımı, saldırganlık ) sıklığını inceleyen Farrell ve arkadaşları (2000) 2893 ortaokul öğrencisiyle yaptıkları çalışmada saldırganlık ve uyuşturucu madde kullanımı ile akran baskısı arasında pozitif bir ilişki olduğunu göstermişlerdir.

May ve arkadaşları (1999) 114 lise öğrencisi üzerinde yaptıkları çalışmada akran baskısı ve risk alma davranışı arasında ilişki olduğunu saptamıştır. Santor ve arkadaşları (2000) ise 11. ve 13. sınıfa devam eden 148 öğrenciyle yaptıkları çalışmada akran baskısı ve akran uyarlılığının risk alma davranışları ile ilişkili olduğunu bulmuşlardır.

Akran baskısıyla riskli davranışlar arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmalar, bizim çalışmamızda olduğu gibi akran baskısının ergenlerin riskli davranışlarını arttığını göstermiştir. Yapılan çalışmalar sadece riskli davranışlara yönelik görülmüştür. Bizim çalışmamızın literatürde yer alan riskli sağlık davranışları ile ilgili yapılan çalışmalardan farkı; olumsuz ve olumlu sağlık davranışları anket puanı elde edilerek bu anket puanının akran baskısı puanı ve bazı sosyodemeografik özelliklerle ilişkisinin incelenmesidir. Literatürdeki çeşitli çalışmalarda riskli sağlık davranışları anket soruları genellikle cinsiyet, yaş, sınıf düzeyi ve başarı durumu açısından tartışılmıştır. Biz çalışmamızda olumlu ve olumsuz sağlık davranışları puanını akran baskısı, cinsiyet, okul, yaş, anne-baba öğrenim durumu, anne-baba

çalışma durumu, aile tipi, ekonomik durumu ve sağlık durumunu tanımlamaları açısından irdeleyeceğiz.

Okul türüne göre akran baskısı puanı ve riskli sağlık davranışları puanları karşılaştırıldığında; ÇL öğrencilerinin akran baskısı puanı yüksek, olumlu sağlık davranış puanı ve olumsuz sağlık davranış puanı da yüksektir. YBL öğrencilerinin akran baskısı puanı orta, riskli sağlık davranış F1 puanı ve riskli sağlık davranış F2 puanı da orta olarak bulunmuştur. ÇL öğrencilerinin akran baskı düzeyi YBL öğrencilerinin akran baskı düzeyinden yüksektir. ÇL öğrencilerinin olumlu sağlık davranış düzeyi YBL öğrencilerinin olumlu sağlık davranış düzeyinden yüksektir. Öğrencilerin akran baskısı arttıkça olumlu sağlık davranışları düzeyi artmaktadır. ÇL öğrencilerinin olumsuz sağlık davranış düzeyi YBL öğrencilerin olumsuz sağlık davranış düzeyinden yüksektir. Öğrencilerin akran baskısı arttıkça olumsuz sağlık davranış düzeyi de artmaktadır.

Cinsiyetler açısından akran baskısı puanı ve riskli sağlık davranışları puanları karşılaştırıldığında kız öğrencilerin olumlu sağlık davranış puanı orta iken, erkek öğrencilerin olumlu davranış puanı yüksektir. Erkek öğrencilerin olumlu sağlık davranış düzeyi kız öğrencilerin olumlu sağlık davranış düzeyinden fazladır. Kız öğrencilerin olumsuz davranış ortanca puanı orta, erkek öğrencilerin yüksek olduğu saptanmıştır. Erkek öğrencilerin olumsuz sağlık davranış düzeyi kız öğrencilerin olumsuz sağlık davranış düzeyinden fazladır. Kız öğrencilerin akran baskısı puanı orta, erkek öğrencilerin puanı yüksektir. Erkek öğrencilerin akran baskı düzeyi kız öğrencilerden yüksektir.

Gülgez'in 2007 yılında yaptığı "Lise öğrencilerinin olumsuz risk alma davranışlarının psikolojik belirtiler, yaş ve cinsiyet değişkenleri açısından incelenmesi: Ankara ili örneği" çalışmasında erkek öğrencilerin kızlara göre daha fazla olumsuz risk alma davranışında buldukları tespit edilmiştir.

Esen'in 2002 yılında yaptığı "Akran baskısı düzeyi farklı olan öğrencilerin risk alma, sigara içme davranışı ve okul başarılarının incelenmesi" çalışmasında öğrencilerin yaşadıkları akran baskısı ile risk alma davranışları arasında anlamlı ve yüksek düzeyde ilişki olduğunu belirtmiştir. Kız ve erkeklerin akran baskısı düzeyleri yükseldikçe risk alma davranışının arttığı yani akran baskısı yüksek olanların, akran baskısı düzeyi düşük ve orta olanlara göre risk alma davranışına

daha fazla katıldıkları, akran baskısı düzeyleri aynı kız ve erkekler açısından bakıldığında erkeklerin kızlara göre riskli davranışlara daha fazla katıldıkları görülmüştür.

Yılmaz'ın (2000) yaptığı "Ergenlerde risk alma davranışlarının incelenmesi" çalışmasında erkeklerin risk alma davranış düzeylerinin kızlardan fazla olduğu bulunmuştur. Bu çalışmaların bulguları bizim bulgularımızla benzerdir. Erkek ergenlerin akran gruplarında yaşadıkları baskı kızlardan daha fazladır, riskli sağlık davranışları açısından bakıldığında erkeklerin kızlardan daha fazla riskli sağlık davranışı sergilediği görülmüştür. Erkeklerin birlikte serbest zaman geçirecekleri etkinlikler ve yerler; maç izlerken alkol kullanma gibi, kızlara oranla daha fazla riskli davranışlara olanak sağlamaktadır. Toplumumuz erkeklere göre kızlardan daha fazla cinsiyet kalıp yargılarına uygun biçimde davranmasını beklemekte, buda kızların birtakım riskli davranışları göstermesini engellemektedir (Güney, 2007). Ayrıca toplumumuzda anne ve babaların erkek çocuklarına daha fazla izin verici tutum sergilemesi erkekleri daha fazla riskli davranışlara yönlüyor olabilir.

Bayar (1999) ve Gullone ve ark.(2000) da erkeklerin kızlardan daha fazla riskli davranışlara katıldıklarını ortaya koymuşlardır. Pearl, Brayn ve Herzong (1990) ve Santor ve arkadaşları (2000) cinsiyet açısından riskli davranışlara katılmada erkeklerin kızlardan daha fazla akran baskısı yaşadıklarını belirtmişlerdir. Yapılan çalışmaların bulguları bizim çalışmamızın bulgularıyla benzerlik göstermektedir

Yaş ile olumlu sağlık davranışları puanı arasında aynı yönlü ilişki vardır ve bu ilişki istatistiksel olarak anlamlıdır ( $r= ,256$   $p<0,001$ ). Yaş arttıkça olumlu sağlık davranış düzeyi artmakta, yaş azaldıkça olumlu davranış düzeyi azalmaktadır.

Erken adolesan dönemde fiziksel değişikliklere karşı endişe duyguları yaşayan adolesan, bu değişikliklere adapte olamayarak davranış ve tepkilerinde ani reaksiyonlar gösterebilmektedir. Çevresindeki kişilerin onu anlamadığını ve sevmediğini düşünmekte, kendini soyutlamaya çalışmaktadır (Yavuz,, 2009). Yine bu dönem aileye olan bağımlılığın bağımsızlık davranışı şeklinde değiştirilmesi çabalarının başlangıcıdır (Patton ve Haris, 2007). Oysa geç adölesan dönemde sakinleşme ve tekrar aileye bağlanma vardır. (Çocuk ve Ergen Sağlığı Modülleri Eğitim Rehberi, 2008). Sonunda ergen; kimlik duygusu edinme, yakın ilişkiler kurabilme, kendine iş ve eş seçebilme gibi becerileri kazanır ve toplum içinde erişkin

rollerini üstlenecek sorumluluğa sahip olarak erişkinlik dönemine geçer. (Çuhadaroğlu, 1996). Yaş düzeyinin yükselmesiyle ergenin yüklendiği sorumlulukların ve becerilerin artması ve erişkinliğe geçmesi gösterdiği olumlu sağlık davranışlarının da artmasına sebep olduğunu düşündürmektedir.

Yaş ile olumsuz sağlık davranışları puanı arasında aynı yönlü ilişki vardır ve bu ilişki istatistiksel olarak anlamlı değildir ( $r= ,043$   $p>0,05$ ). Çalışmamızda yaş düzeyi olumsuz sağlık davranış düzeyini etkilememektedir. Gülgez'in (2007) çalışmasında olumsuz risk alma davranışlarının 18 yaşında en fazla görüldüğünü, yaş yükseldikçe olumsuz risk alma davranışlarının arttığını görülmüştür. Özkan'ın (2002) lise öğrencilerinin alkol ve uyuşturucu madde yatkınlığını incelediği araştırmada öğrencilerin sınıf düzeyi arttıkça ömür boyu alkol kullanım sıklığının, ömür boyu uyuşturucu madde kullanım sıklığının arttığını göstermiştir. Yılmaz'ın (2000) de yaptığı çalışmada 15-18 yaş grubunun risk alma davranış puanı, 12-14 yaş grubunun puanından yüksek bulunmuştur. Yapılan çalışmalar risk alma eğilimlerinin yaşla birlikte arttığını ortaya koymaktayken bu durum bizim çalışmamızın sonuçlarıyla uyumlu bulunmamıştır. Bunun sebebinin çalışılan örneklem grubunun büyüklüğünün ve sosyodemografik özelliklerinin farklı olmasından kaynaklanabileceğini düşünmekteyiz.

Yaş ile akran baskısı puanı arasında aynı yönlü ilişki vardır ve bu ilişki istatistiksel olarak anlamlıdır ( $r=,152$   $p<0,001$ ). Yaş yükseldikçe akran baskısı düzeyi yükselmekte yaş düştükçe akran baskısı düzeyi düşmektedir. Esen'in (2002) "Akran baskısı, akademik başarı ve yaş değişkenlerine göre lise öğrencilerinin risk alma davranışlarının yordanması" çalışmasında; Akran baskısı ve yaş değişkenleri risk alma davranışını pozitif yönde anlamlı olarak etkilediği görülmüştür. Esen'in bulguları bizim bulgularımızla benzerdir. Öğrencilerin yaş düzeyi yükseldikçe kendilerini daha özgür ve yetişkinliğe daha yakın hissettiklerini, arkadaş ortamlarında daha fazla vakit geçirdikleri için akran baskısının arttığını ve dolayısıyla riskli davranışlarında da artış olduğunu düşünmekteyiz.

Sosyoekonomik düzey (ekonomik düzey, anne-baba eğitim durumu, aile tipi vb.) ile riskli sağlık davranışlar arasında anlamlı ilişkiler bulunmuştur. Ailelerin sosyoekonomik düzeyi arttıkça çocuk daha iyi beslenmekte, daha iyi eğitim almakta ve olumlu alışkanlıkları daha erken ve kolay kazanmaktadır (Güzey, 1991).

Olumlu sağlık davranışları puanı açısından anne öğrenim durumları(ilkokul-lise, ilkokul-niversite) arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar bulunmuştur ( $p<0.05$ ). Annesi lise ve üstü eğitim grenen öğrencilerin olumlu sağlık davranış düzeyi annesi ilköğretim mezunu olan öğrencilerin olumlu sağlık davranış düzeyinden daha yüksektir. Olumsuz sağlık davranışları puanı açısından anne öğrenim durumları (okuryazar olmayan-lise, okuryazar olmayan-niversite, ilkokul-ortaokul, ilkokul-lise, ilkokul-niversite) arasında da istatistiksel olarak anlamlı farklılık vardır ( $p<0.01$ ). Annesi lise ve üstü öğrenim grenen öğrencilerin olumsuz sağlık davranışları düzeyi, annesi ilköğretim mezunu olan öğrencilerin olumsuz sağlık davranış düzeyinden daha yüksektir. Anne ğrenim durumuna göre akran baskısı puanları arasında (okuryazar değil-ortaokul, okuryazar değil-lise, ilkokul-ortaokul, ilkokul-lise) fark vardır ve bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır ( $p<0,01$ ). Anne eğitim düzeyi yükseldikçe akran baskı düzeyi de yükselmektedir. Annesi ortaokul ve lise mezunu olan öğrencilerin akran baskı düzeyi annesi okuryazar olmayan ve ilkokul mezunu olan öğrencilerin akran baskı düzeyinden yüksek bulunmuştur.

Olumlu sağlık davranışları puanı açısından baba öğrenim durumları (ilkokul-lise, ilkokul-niversite) arasında farklılık vardır, bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $p<0.05$ ). Babası ilkokul mezunu öğrencilerin olumlu sağlık davranış düzeyi babası lise ve niversite mezunu olan öğrencilerin düzeyinden daha düşüktür. Eğitim düzeyi azaldıkça olumlu sağlık davranış düzeyi de azalmaktadır.

Olumsuz sağlık davranışları puanı açısından baba öğrenim durumları (okuryazar olmayan-lise, okuryazar olmayan-niversite, ilkokul-ortaokul, ilkokul-lise, ilkokul-niversite) arasında farklılık vardır, bu farklılık istatistiksel olarak anlamlıdır ( $p<0.001$ ).

Babası lise ve niversite mezunu olan öğrencilerin olumsuz sağlık davranış düzeyi babası ilkokul mezunu ve okuryazar olmayan öğrencilerin olumsuz sağlık davranış düzeyinden daha yüksektir. Eğitim düzeyi arttıkça olumsuz sağlık davranış düzeyi de artmaktadır.

Baba ğrenim durumuna göre akran baskısı puanları arasında (okuryazar değil-ortaokul) fark vardır ve bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır ( $p<0,05$ ). Eğitim düzeyi yüksek babaya sahip öğrencilerin akran baskısı da yüksektir. Babası okuryazar

olmayan öğrencilerin akran baskı düzeyi babası ortaokul mezunu olan öğrencilerin akran baskı düzeyinden daha düşüktür. Yılmaz'ın (2000) yaptığı çalışmada da lise ve üniversite mezunu annelerin çocuklarının risk alma davranışı puanlarının daha alt eğitim düzeyindekilere göre yüksek olduğu görülmüştür. Baba eğitiminde ise üniversite mezunu babaların çocuklarının risk alma davranış puanlarının alt eğitim düzeyindekilere göre daha yüksek olduğu bulunmuştur.

Yüksek eğitim düzeyindeki ebeveynler daha az ceza uygulayan, daha hoşgörülü, izin verici ve demokratik tarzda davranışlar sergilemektedir. Yavuzer (1988) demokratik tutumları olan ebeveynlerin çocuklarının, girişim yeteneğine sahip, özgüveni olan, kendi kendine kararlar alıp bunların sorumluluğunu taşıyabilen ve bağımsız davranabilen kişiler olduğunu belirtmektedir. Ergenler içinde buldukları dönem özelliği nedeniyle bağımsız davranışlar sergileyerek yetişkinliğe geçtiklerini ispatlama çabası içerisine girerler. Ailelerinde izin verici tutumu nedeniyle risk alma davranışları sergileyecekleri ortamlarda daha fazla vakit geçirmeleri riskli sağlık davranışlarının görülme sıklığını arttırmakta olduğu düşünülmektedir. Eğitim düzeyi yüksek olan annelerin daha fazla oranda çalışıyor olmaları ve annesi çalışan ergenlerin annesi çalışmayan ergenlere göre daha az denetim altında olmaları ve davranışlarının daha az oranda izlenmesi nedeniyle daha fazla riskli sağlık davranış sergiliyor olabilir. Diğer taraftan annenin eğitim düzeyinin yüksek olması ve iş hayatında daha çok yer alması ile birlikte ailenin mali kaynaklarında da artış olmaktadır. Ergene maddi açıdan daha çok imkan sunulması, ergenin kimlik arama sürecinde daha fazla sayıda fırsatla karşılaşmasına ve doğal olarak da bunlar arasında riskli olanların da daha fazla yer almasına yol açmış olabilir (Arnett, 1992).

Annenin çalışma durumunun ergenlerin riskli sağlık davranışları üzerindeki etkisi incelenmiş olumlu sağlık davranışları puanı açısından anne çalışma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ( $p>0.05$ ). Olumlu sağlık davranışları puanı açısından da anne çalışma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktur ( $p>0.05$ ). Akran baskısı puanı açısından bakıldığında anne çalışma durumları arasında farklılık yoktur ( $p>0.05$ ). Aksoy'un (2006) çalışmasında lise öğrencilerinin bağımlılık yapan maddelere ilişkin tutumlarının annenin çalışıp çalışmamasına göre anlamlı bir şekilde farklılaşmadığı sonucu elde edilmiştir. Bu



bulgu bizim sonuçlarımızla benzerdir. Yılmaz'ın (2000) yaptığı çalışmada ise çalışanların çocukların risk alma davranışı puanının çalışmayanların çocuklarının puanından yüksek olduğunu belirtmiştir. Yenisey'in (1999) çalışmasında da çalışan annelerin çocuklarının risk alma davranışları yüksek bulunmuştur. Bu sonuçlar bizim çalışmamızın sonuçlarıyla çelişmektedir. Çalışan anneler ve çocukları üzerinde yapılan araştırmaların arasında tam bir tutarlılık olmamakla birlikte, bulgular genellikle annenin çalışmasının ergeni olumsuz yönde etkilediği şeklindedir. Bu konuda yapılan bazı çalışmalar ise, çalışan annelerin çocuklarının okul başarılarının ve sosyal gelişimlerinin çalışmayan annelerin çocuklarına göre daha üstün olduğu yönündedir. Buna karşın çalışan annelerin çocuklarına günde iki saatten daha az zaman harcamakla birlikte, evde olduğu saatlerde çocuğu ile daha fazla ilgilenerek bu yoksunluğunu telafi etmektedirler. Bir yandan günlük ev işleriyle ilgilenirken bir yandan da çocuğu ile konuşmakta, onu dinlemekte, sinemaya gitmek, alışveriş yapmak gibi etkinliklere de daha fazla zaman ayırmaktadır. Özellikle aile üyelerinin hep birlikte olduğu akşam saatlerinde ve hafta sonlarında zamanlarının çok büyük bölümünü birlikte ortak faaliyetlerde harcadıklarından annenin çalışmasının olumsuz etkisi ortadan kalkmaktadır (Akt: Aktaş, 1994).

Baba çalışma durumunun riskli davranışlara etkisi incelenmiş, olumlu sağlık davranışları puanı açısından baba çalışma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ( $p < 0,01$ ). Babası çalışmayan öğrencilerin olumlu sağlık davranış düzeyi babası emekli olan öğrencilerin düzeyinden düşüktür. Ülkemizde çalışma ve evi geçindirme görevi erkeğe ait olduğundan, çalışmayan babaların ailelerinin ekonomik düzeyinin kötü olduğunu, bununda sağlık davranışlarını olumsuz etkilediğini düşünmekteyiz. Babası emekli olan öğrencilerin olumlu sağlık davranış düzeyi babası meslek sahibi olan öğrencilerin düzeyinden yüksektir. Emekli olan babaların çocuklarına daha çok vakit ayırarak onlarla daha etkili zaman geçireceklerini, ergenlere iyi bir rol model olmalarını sağlayacağını ve bunun da sağlık davranışlarını olumlu yönde etkileyeceğini düşünmekteyiz.

Olumsuz sağlık davranışları puanı açısından baba çalışma durumları arasında farklılık vardır ve bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır ( $p < 0,05$ ). Babası çalışmayan öğrencilerin olumsuz sağlık davranış düzeyi babası emekli olan öğrencilerin düzeyinden düşüktür. Babası çalışmayan öğrencilerin ekonomik düzeyinin düşük

olduğunu düşünürsek bu durumun çocuğu riskli davranışa yöneltecek ortam ve maddelere ulaşmasını engellediğini söyleyebiliriz. Babası emekli olan öğrencilerin olumsuz sağlık davranış düzeyi babası meslek sahibi olan öğrencilerinkinden yüksektir. Kötü alışkanlıklara sahip olan ve vaktinin çocuğunu evde geçiren babaların ergenlere olumsuz yönde rol model olması söz konusu olabilir. Akran baskısı puanı açısından baba çalışma durumları arasında farklılık yoktur ( $p>0.05$ ).

Olumlu ve olumsuz sağlık davranışları puanı açısından aile tipleri arasında farklılık yoktur ( $p>0,05$ ). Akran Baskısı puanı açısından aile tipleri arasında farklılık yoktur ( $p>0,05$ ). Aksoy'un (2006) çalışmasında da bizim bulgularımıza benzer olarak lise öğrencilerinin bağımlılık yapan maddelere ilişkin tutumlarında anne babaların birlikte yaşayıp yaşamamasına göre önemli bir fark bulunmamıştır. Yılmaz'ın (2000) çalışmasında ise bizim çalışmamızın sonuçlarından farklı olarak parçalanmış aileye sahip ergenlerin risk alma davranış puanının bütün aileye sahip ergenlerinkinden daha yüksek olduğu bulunmuştur. Sarı'nın (2006) çalışmasında da geniş aileye sahip ergenlerin sigara içme davranışının daha fazla olduğu görülmüş ve bu durum evde ergene rol model olacak daha fazla bireyin olmasından kaynaklanabiliyor olabileceği şeklinde yorumlanmıştır.

Öğrencilerin olumlu sağlık davranışlar puanı açısından ekonomik durum düzeyleri arasında farklılık yoktur ( $p>0,05$ ). Olumsuz sağlık davranışlar puanı açısından ekonomik durum düzeyleri (çok iyi-orta, çok iyi-kötü, çok iyi-çok kötü ve orta-iyi) arasında farklılık vardır. Bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır ( $p<0,01$ ).

Ekonomik duruma göre olumsuz sağlık davranışlar puanlarını karşılaştırdığımızda ekonomik durumu çok iyi olan öğrencilerin olumsuz sağlık davranış düzeyi, ekonomik durumu orta, kötü ve çok kötü olan öğrencilerin olumsuz sağlık davranış düzeyinden yüksek, ekonomik durumu orta olanların olumsuz davranış düzeyi ise ekonomik durumu kötü olan öğrencilerden yüksek olduğu bulunmuştur. Yılmaz'ın (2000) çalışmasında da bizim sonuçlarımıza benzer olarak üst sosyoekonomik düzeyden gelen ergenlerin alt ve orta sosyoekonomik düzeyden gelen ergenlere göre daha fazla risk alma davranışı sergilediği görülmüştür. Arnett ve Jensen (1993) ergenlerle yaptığı çalışmada şehir merkezinde yaşayan üst sosyoekonomik düzeydeki ergenlerin risk alma davranışının yüksek olduğu görülmüş ve bunu büyük şehirlerde aile kontrolünün azalmasıyla açıklamışlardır. Güney'in

(2007) yaptığı çalışmada ise orta sosyoekonomik düzeydeki ergenlerin risk alma puanının üst ve alt sosyoekonomik düzeydeki ergenlere göre daha yüksek olduğunu belirtmiştir.

Üst sosyoekonomik düzeydeki grubun ebeveynlerinin ergene daha izin verici, bağımsızlık tanıdığı, hoşgörü gösterdiği düşünülür, alt ve orta düzeydeki grubun ise ergenden daha fazla sorumluluk istediği ve çocuktan itaat beklediği dikkate alındığında daha az riskli davranış göstermeleri mümkün olabilir. Üst sosyoekonomik düzeydeki ergenlerin boş zamanlarını geçirdiği mekan ve etkinlikler riskli davranışların ortaya çıkmasını kolaylaştırmış olabilir. Aynı zamanda orta ve alt sosyoekonomik düzeydeki ergen ise ders dışı zamanlarında bir işte çalışabilmekte ve akranlarıyla daha sınırlı zaman geçirebilmektedir. Riskli davranışlara neden olan maddelerin (sigara, uyuşturucu madde, alkol vb.) alımı için ekonomik bir güç gerekmektedir. Gelir düzeyinin yükselmesi maddeye ulaşımı kolaylaştırdığı düşünülmektedir.

Ekonomik durumunu tanımlamaları açısından akran baskısı puanları arasında (çok iyi-orta) istatistiksel olarak anlamlı fark vardır ( $p<0,05$ ). Ekonomik durumunu çok iyi olarak tanımlayan öğrencilerin akran baskı düzeyi orta olarak tanımlayanların akran baskı düzeyinden daha yüksek bulunmuştur.

Sağlık durumunu tanımlamaları ile riskli sağlık davranışları arasındaki ilişki incelenmiş ve olumlu sağlık davranışları puanı açısından sağlık durumu tanımlamaları arasında farklılık bulunmamıştır ( $p>0,05$ ). Olumsuz sağlık davranışları puanı açısından sağlık durumu tanımlamaları arasında da farklılık yoktur ( $p>0,05$ ). Sarı'nın (2006) yaptığı çalışmada sağlık durumunu kötü tanımlayanların sigara içme oranı % 40,2, orta olarak tanımlayanların %32,0, çok iyi olarak tanımlayanların oranı %24,4 olarak bulunmuştur ( $p<0,05$ ). Sağlık durumunun kötü olarak tanımlayanlarda sigara içme oranının yüksek olması sigaranın sağlık üzerindeki olumsuz etkilerinin genç yaşlardan itibaren görüldüğü şeklinde yorumlanmıştır. Sarı'nın bulgularının bizim bulgularımızdan farklı olmasının sebebi; bizim çalışmamızda riskli sağlık davranışları toplam puanın Sarı'nın çalışmasında ise sadece sigara içme davranışının ele alınması olabilir.

## 5. SONUÇ VE ÖNERİLER

Öğrencilerin %52,2'si ÇL, %47,8'i YBL öğrencisi, %56,3'ü kız, %43,7'si erkektir. Öğrencilerin yaş ortalaması ( $\pm$  SS) 16,54 $\pm$ 1,30'dur.

### 5.1. Öğrencilerin Tanımlayıcı Özelliklerine Ait Sonuçlar

1. Anne ve baba öğrenim düzeyleri açısından okullar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır. Annesi okuryazar olmayan (%14,4) ve ilkokul mezunu (%47,2) annelerin oranı YBL'nde, annesi lise (%36,9) ve üniversite mezunu (%30,6) annelerin oranı ise ÇL'nde daha yüksektir. Babası okuryazar olmayan (%3,6), ilkokul mezunu (%38,4) babaların oranı YBL'nde, babası lise (%31,5) ve üniversite (%48,3) mezunu babaların oranı ise ÇL'nde daha yüksektir.

2. Anne ve baba çalışma durumları açısından okullar arasında anlamlı fark vardır. Ev hanımı annelerin oranı (%82,6) YBL'nde yüksekken çalışan annelerin oranı (%32,4) ÇL'nde daha yüksektir. Çalışmayan babaların oranı (%10,9) YBL'nde yüksekken çalışan babaların oranı (%80,1) ÇL'nde daha yüksek bulunmuştur.

3. Sene kaybı olan öğrencilerin %12,3'ü ÇL'nde, %15,1'i YBL'nde öğrenim görmektedir. Sene kaybı açısından okullar arasında anlamlı fark saptanmamıştır.

4. Geniş aileye sahip öğrencilerin oranı (%12,8) YBL'nde yüksekken diğer aile tipine sahip öğrencilerin oranı (%7,2) ÇL'nde yüksek bulunmuştur.

5. Ekonomik durumunu tanımlamalarına göre dağılımlarda istatistiksel olarak anlamlı fark vardır. Ekonomik durumunu çok iyi tanımlayanların oranı (%12) ÇL'nde daha yüksekken, orta olarak tanımlayanların oranı (%65,9) YBL'nde daha yüksektir.

6. Sağlık durumunu tanımlamalarına göre okullar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır. Sağlık durumum mükemmel diyenlerin oranı (%25,5) ÇL'nde daha yüksek, kötü diyenlerin oranı (%2,6) ise YBL'nde daha yüksek bulunmuştur.

Bu bulgular iki lisenin sosyoekonomik düzey açısından farklı olduğunu, ÇL öğrencilerinin sosyoekonomik düzeyinin YBL öğrencilerinden daha yüksek olduğunu göstermektedir.

## 5.2. Öğrencilerin Riskli Sağlık Davranışları Anketine Verdikleri Bazı Cevaplara Ait Sonuçlar

Öğrencilerin riskli sağlık davranış anketine verdikleri bazı cevaplar şöyledir:

1. “İnsanların keyif verici ve bağımlılık yapıcı maddeleri kullanarak kendilerini riske attıklarını düşünürüm” diyenlerin oranı % 82,
2. “Bağımlılık yapıcı maddeler sağlığa zararlıdır” diyenlerin oranı %86,8 dir.
3. “Bağımlılık yapıcı veya keyif verici madde denedim” diyenlerin oranı %20,9,
4. “Sarhoşluk verici içecekler sağlığı olumsuz etkiler” diyenlerin oranı %78,4 dür.
5. “Fastfood türü yiyecekleri sık tüketirim” diyenlerin oranı %52,5,
6. “Fazla kilomdan dolayı diyet yaparım” diyenlerin oranı %26,5 dir.
7. “Egzersiz yapmak sağlığı olumlu etkiler” diyenlerin oranı %92,
8. “Daha çok sebze ve meyve ağırlıklı beslenirim” katılıyorum diyenlerin oranı %45,8,
9. “Her gün en az 3 öğün yemek yerim” diyenlerin oranı %67,
10. “Her zaman trafik kurallarına uyarım” diyenlerin oranı %76,
11. “Arabaya bindiğimde emniyet kemerini takarım” diyenlerin oranı ise %45,4’tür.
12. “Alkollü bir sürücünün kullandığı arabaya binmem” diyenlerin oranı %70,2 dir.
13. “AIDS ve Hepatit-B’den korunma yolları ile ilgili yeterli bilgim yok” diyenlerin oranı %37,8,
14. “Kan ve cinsel yolla bulaşan hastalıklar hakkında ihtiyacım olan bilgiyi sağlık personelinde almak isterim” diyenlerin oranı %75,1,
15. “Aile planlaması konusunda bilgilerimin yetersiz olduğunu düşünüyorum” diyenlerin oranı %37,1,
16. “Her gün en az 3 saat televizyon izlerim” diyenlerin oranı ise %54,5,
17. “Haftada en az 2 gün egzersiz yaparım” diyenlerin oranı ise %41,5’tir.
18. “Kendimi sık sık ümitsiz ve üzgün hissederim” cevabı veren öğrencilerin oranı %40,

19. “Okulda ve çevresinde yaralayıcı alet taşınmasını doğru bulmam” diyenlerin oranı ise %77,4 bulunmuştur.

### **5.3. Öğrencilerin Riskli Sağlık Davranışları ve Akran Baskısı Puanlarına Ait Sonuçlar**

Öğrencilerin riskli sağlık davranışları puanlarını akran baskısı düzeyi ve bazı tanımlayıcı özellikler açısından incelediğimizde şu sonuçlar elde edilmiştir.

1. Olumlu ve olumsuz sağlık davranışları puanı ile akran baskısı puanı açısından okullar arasında farklılık vardır ve bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır.

ÇL öğrencilerinin olumlu ve olumsuz sağlık davranış düzeyi ile akran baskısı düzeyi YBL öğrencilerinden yüksektir. Akran baskısı puanı ile olumlu ve olumsuz sağlık davranışları puanı arasında aynı yönlü ve istatistiki olarak anlamlı ilişki vardır. Öğrencilerin akran baskısı arttıkça olumlu ve olumsuz sağlık davranışları düzeyi artmaktadır.

2. Olumlu ve olumsuz sağlık davranışları puanı ve akran baskısı açısından cinsiyetler arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur. Erkek öğrencilerin olumlu ve olumsuz sağlık davranış düzeyi ve akran baskısı düzeyi kız öğrencilerden fazladır.

3. Olumlu sağlık davranış düzeyi 11.sınıfta en yüksek, 9. sınıfta en düşüktür. Olumsuz sağlık davranışları açısından sınıf düzeyleri arasında farklılık yoktur. Sınıf düzeylerine göre akran baskısı puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur. Sınıf düzeyi arttıkça akran baskısı düzeyi artmaktadır.

4. Yaş ile olumlu sağlık davranışları arasında aynı yönlü ilişki vardır ve bu ilişki istatistiksel olarak anlamlıdır. Yaş arttıkça olumlu sağlık davranış düzeyi artmaktadır. Yaş ile olumsuz sağlık davranışları arasında aynı yönlü bir ilişki vardır ve bu ilişki istatistiksel olarak anlamlı değildir. Yaş yükseldikçe akran baskısı düzeyi yükselmekte yaş düştükçe akran baskısı düzeyi düşmektedir.

5. Anne ve baba eğitim düzeyi azaldıkça olumlu ve olumsuz sağlık davranış düzeyi de azalmaktadır.

6. Anne çalışma durumu ile olumlu ve olumsuz sağlık davranış düzeyleri arasında anlamlı fark bulunmamıştır. Babası çalışmayan öğrencilerin olumlu ve olumsuz davranışlarının daha düşük olduğu saptanmıştır.

7. Aile tipleri ile riskli sağlık davranış düzeyleri arasında fark saptanmamıştır.

8. Ekonomik düzey ile olumlu sağlık davranış düzeyi arasında fark bulunmazken ekonomik düzeyi yüksek olan öğrencilerin olumsuz sağlık davranış düzeyi yüksek bulunmuştur.

9. Sağlık durumunu tanımlamaları ile riskli sağlık davranışları arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır.

#### 5.4. Öneriler

Literatür taramaları sırasında bu konuda yapılmış çalışmalara ulaşılamamıştır. Bu çalışmanın daha farklı ergen gruplarına, farklı nitelikteki okullarda (meslek lisesi ve imam hatip lisesi vb.) ve daha geniş örneklem üzerinde uygulanmasında yarar görülmektedir.

Araştırmamızda akran baskısı düzeyi yüksek öğrenciler akran baskısı düzeyi düşük öğrencilere göre, erkek öğrenciler kız öğrencilere göre, üst ekonomik seviyedeki öğrenciler alt ekonomik seviyedeki öğrencilere göre olumsuz sağlık davranışları açısından daha riskli bulunmuştur. Bu nedenle adolesan gruplarda riskli sağlık davranışını önlemeye yönelik müdahaleler planlanırken bu gruplara öncelik verilmelidir. Başka çalışmalarla olumsuz sağlık davranışların cinsiyetten kaynaklanan farklılığının kaynağı araştırılabilir.

Ergenlere yaşadıkları akran baskısına direnme yöntemlerini öğretmek amacıyla psikolojik danışmanlık çalışmalarının ve sosyal desteğin yararlı olacağına inanılmaktadır.

Lise öğrencilerine bağımlılık yapan maddelerin kullanımının önlenmesi ve azaltılması, fastfood türü beslenmenin azaltılıp sağlıklı beslenme yöntemleri ve yararları konusunda rehberlik hizmetlerinin verilmesinin yararlı olacağına inanılmaktadır. Fiziksel egzersizin yararları ve fiziksel aktiviteyi arttıran etkinliklere katılımın teşvik edilmesi, kan ve cinsel yolla bulaşan hastalıklardan korunma yolları

ve AP konusunda sağlık eğitimi verilmesi oğrencilerin riskli sağlık davranışlarının azaltılmasında yararlı olacağı dışunılmektedir.

Olumsuz sağlık davranışları mđdahale programları ile azaltılarak, olumlu davranışların arttırılması amacıyla anne-babalar, eğitimciler ve sağlık personeli ile işbirliği sağlanmalıdır.

Olumsuz sağlık davranışlarına yđnelik mđdahale programlarının sonuçlarının izlenmesi açısından lise oğrencileri riskli sağlık davranışları açısından dđzenli aralıklarla taranmalıdır.

Adolesana sunulacak hizmetlerde 6ncelik koruyucu sağlık hizmetlerine verilmelidir. Ayrıca koruyucu programlar sadece adolesana odaklanmamalı aileyi de kapsayacak şekilde olmalıdır.



## ÖZET

### Ankara'daki İki Lisenin Öğrencilerinde Riskli Sağlık Davranışları ve Bunlara Akran Baskısı ile Diğer Bazı Faktörlerin Etkisi

Araştırma, Ankara'daki iki lisenin öğrencilerinde riskli sağlık davranışları ve bunlara akran baskısı ile diğer bazı faktörlerin etkisini belirleyebilmek için tanımlayıcı tipte planlanmıştır. Çalışmaya alınan iki okul sosyoekonomik özellikler açısından birbirinden farklıdır. Araştırma, 1 Mart- 31 Mayıs 2009 arasında Çankaya Lisesinden 333, Yıldırım Beyazıt Lisesinden 305 olmak üzere toplam 638 öğrenciyle yürütülmüştür. Araştırmada veri toplama aracı olarak araştırmacı tarafından hazırlanan 13 soruluk “Kişisel Bilgi Formu”, 51 soruluk “Riskli Sağlık Davranışları Anketi” ve Kıran tarafından geliştirilen “Akran Baskısı Ölçeği” kullanılmıştır. Öğrencilerin riskli sağlık davranışlarını belirlemek amacıyla bilgi, tutum veya davranışa yönelik 51 cümleden oluşan “Riskli Sağlık Davranışları Anketi” (RSDA) hazırlanmıştır. RSDA'ya verilen yanıtlar yapı geçerliliği açısından faktör analizi ile değerlendirilmiş; 24 madde olumlu, 13. madde ise olumsuz sağlık davranışlarını belirlemektedir. Anlamli bir boyutlanmaya sahip olmadığı belirlenen maddeler (14 soru) puanlama çalışmasında analizlere alınmamıştır. Olumlu sağlık davranışları soruları için verilen yanıtlar 5- kesinlikle katılıyorum, 4-katılıyorum, 3-kararsızım, 2-katılmıyorum ve 1-kesinlikle katılmıyorum şeklindedir. Olumsuz sağlık davranışları soruları için 5-kesinlikle katılmıyorum, 4-katılmıyorum, 3-kararsızım, 2-katılıyorum, 1- kesinlikle katılıyorum şeklinde puanlanarak birleşik indeks hesaplanmış ve her öğrenci için olumlu ve olumsuz sağlık davranışı puanı elde edilmiştir. RSDA'dan elde edilebilecek en düşük puan 37, en yüksek puan 185'tir. Olumlu ve olumsuz sağlık davranışı puanını belirlemek için öğrencilerin RSD Anketinden aldıkları puanlar düşükten yükseğe doğru sıralanmış ve puanlar %25'lik dilimlere ayrılmıştır. Faktör 1 alt puanı 39 puan ve altında alanların olumlu sağlık davranış puanı düşük, 40- 47 arası puan alanların olumlu sağlık davranış puanı orta, 48- 58 puan alanların olumlu sağlık davranış puanı yüksek, 59 ve üstü puan alanları olumlu sağlık davranış puanı çok yüksek olarak sınıflandırılmıştır Verilerin analizinde SPSS 15. 0 for Windows istatistik paket programı kullanılmıştır. Riskli sağlık davranış sıklığını etkileyen faktörleri belirlemek için Ki-kare, akran baskısı ve riskli sağlık davranışları arasındaki ilişkiyi belirlemek için Spearman Sıra Korelasyon, iki okul akran baskı puanları arasındaki farkı belirlemek, riskli sağlık davranışları ve cinsiyet arasındaki ilişkiyi belirlemek için Mann-Whitney U testi, riskli sağlık davranışları ve ekonomik düzey arasındaki ilişkiyi belirlemek için, ebeveynlerin sosyodemografik özellikleriyle riskli sağlık davranışları arasındaki ilişkiyi belirlemek için Kruskal-Wallis Testi kullanılmıştır.

Çalışmaya katılan öğrencilerin %52,2'si Çankaya Lisesi, %47,8'i Yıldırım Beyazıt Lisesi öğrencisi, %56,3'ü kız, %43,7'si erkektir ve yaş ortalaması ( $\pm$  SS) 16,54 $\pm$ 1,30'dur. “Bağımlılık yapıcı veya keyif verici madde denedim” cümlesine katılıyorum diyenlerin oranı %20,9 (n=133), dur. “Her gün en az 3 öğün yemek yerim” cümlesine %67'si (n=427), “Fastfood türü yiyecekleri sık tüketirim” cümlesine %52,5'i (n=335), “Alkollü bir sürücünün kullandığı arabaya binmem” cümlesine %70,2'si (n=448) katılıyorum yanıtı vermiştir. “AIDS ve Hepatit-B' den korunma yolları ile ilgili yeterli bilgim yok” cümlesine ise %37,8'i (n=235) katılıyorum cevabını vermiştir. Çankaya Lisesi öğrencilerinin riskli sağlık davranış F1 puanı 49 (yüksek), riskli sağlık davranış F2 puanı 30 (yüksek) akran baskısı puanı 49,0 (yüksek) dir. Yıldırım Beyazıt Lisesi öğrencilerinin (n=305) riskli sağlık davranış F1 puanı 45 (orta), riskli sağlık davranış F2 puanı 27 (orta), akran baskısı puanı 46'dır (orta). ÇL öğrencilerinin olumlu ve olumsuz sağlık davranış düzeyi ile akran baskısı düzeyi YBL

öğrencilerinden yüksektir. Akran baskısı puanı ile riskli sağlık davranışları F1 ve F2 puanı arasında aynı yönlü ve istatistiki olarak anlamlı ilişki vardır. Öğrencilerin akran baskısı arttıkça olumlu ve olumsuz sağlık davranışları düzeyi artmaktadır. Erkek öğrencilerin olumlu ve olumsuz sağlık davranış düzeyi ve akran baskısı düzeyi kız öğrencilerden fazladır. Olumlu sağlık davranış düzeyi 11.sınıfta en yüksek, 9. sınıfta en düşüktür. Riskli sağlık davranışları F2 puanı açısından sınıf düzeyleri arasında farklılık yoktur. Sınıf düzeyi arttıkça akran baskısı düzeyi artmaktadır. Yaş ile riskli sağlık davranışları F1 puanı arasında aynı yönlü ilişki vardır ve bu ilişki istatistiksel olarak anlamlıdır. Yaş arttıkça olumlu sağlık davranış düzeyi artmaktadır. Yaş ile riskli sağlık davranışları F2 puanı arasında aynı yönlü bir ilişki vardır ve bu ilişki istatistiksel olarak anlamlı değildir. Yaş yükseldikçe akran baskısı düzeyi yükselmekte yaş düştükçe akran baskısı düzeyi düşmektedir. Anne ve baba öğrenim düzeyi arttıkça olumlu ve olumsuz sağlık davranış düzeyi de artmaktadır. Anne çalışma durumu ile olumlu ve olumsuz sağlık davranış düzeyleri arasında anlamlı fark bulunmamıştır. Babası çalışmayan öğrencilerin olumlu ve olumsuz sağlık davranışlarının daha düşük olduğu saptanmıştır. Aile tipleri ile riskli sağlık davranış düzeyleri arasında fark saptanmamıştır. Ekonomik düzey ile olumlu sağlık davranış düzeyi arasında fark bulunmazken ekonomik düzeyi yüksek olan öğrencilerin olumsuz sağlık davranış düzeyi yüksek bulunmuştur. Sağlık durumunu tanımlamaları ile riskli sağlık davranışları arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır.

Sonuç olarak; Akran baskısı ve bazı sosyoekonomik özelliklerin çalışmanın yapıldığı lise öğrencilerinin riskli sağlık davranışlarını etkilediği saptanmıştır. Akran baskısının artması riskli sağlık davranışlarını artırmaktadır. Çankaya lise öğrencilerinin ve erkek öğrencilerin olumlu ve olumsuz sağlık davranışları, yabancı ülke doğumlu olanların olumlu sağlık davranışları yüksek bulunmuştur. Anne-baba öğrenim düzeyinin artması olumlu ve olumsuz sağlık davranışlarını arttırmaktadır. Ekonomik durumun yükselmesi olumsuz sağlık davranışlarını, yaş ve sınıf düzeyinin artması olumlu sağlık davranışlarını arttırmaktadır.

**Anahtar Kelimeler:** Adolesan, Akran Baskısı, Lise öğrencisi, Olumsuz sağlık davranışları, Riskli sağlık davranışları,

## SUMMARY

### **The Behaviours That Pose Risk For Health and The Effect Of Peer Pressure and Some Other Factors on These Behaviours in Two High Schools in Ankara**

This study was planned to identify the behaviours that pose risk for health and the effect of peer pressure and some other factors on these behaviours in two high schools in Ankara. The socioeconomic properties of the two schools which were included in the study are different. The study was conducted between 1st March and 31st May 2009, enlisting 333 students from Cankaya High school and 305 from Yildirim Beyazit High School, reaching a total of 638 students. For the research, a 13 question "Personal Information Form", 51 question "Risky Health Behaviours Survey" and "Peer Pressure Measure" which was developed by Kiran, for the purposes of data collection, was utilized. To assess the students' risky behaviours, a survey entitled "Risky Health Behaviours survey" (RHBS) which consisted of 51 questions aimed at the information, standpoint and behaviour analysis was used. The answers given to RHBS was analyzed for construct compliance by using factor analysis; 13 of the queries reflected undesired health behaviours while 24 of the queries were regarding desired, positive health behaviours. 14 questions which were identified to not have a meaningful perspective were not included in the scoring analysis. The answers given to the desired health behaviours were 5-Definitely Agree, 4-Agree, 3-Uncertain 2-Disagree and 1-Definitely Disagree. The undesired health behaviours were scored 5-Definitely Agree, 4-Agree, 3-Uncertain 2-Disagree and 1-Definitely Disagree, then a compound index was calculated and an undesired health behaviour score was obtained for each student. The lowest point then can be obtained from RHBS is 37, and the highest possible score is 185. To evaluate the desired and undesired health behaviour score of the students, the scores were listed from the lowest to the highest, afterwards the scores were divided into 25% slices. Factor 1 sub score was classified as 39 points and lower having a low desired health behaviour score, 40-47 having a mediocre desired health behaviour score, 48-58 having a high desired health behaviour score, greater than 60 having a very high desired health behaviour score. SPSS 15.0 package program for Windows was used for the statistical analysis of the data. To determine the factors which effect the risky health behaviours' chi square, to determine the relationship between peer pressure and risky health behaviours Spearman's rho Correlation, to determine the difference of scores between two schools and the relationship between gender and the risky health behaviours Mann Whitney U test, to determine the relationship between risky health behaviours and socioeconomic status, parental sociodemographic properties, Kruskal-Wallis test was utilized.

52.2% of the students who participated in the study were attending Cankaya high School where as 47.8% of the students who participated in the study were attending Yildirim Beyazit High School. 56.3% of the students were girls and 43.7% of the students were boys and the average age was ( $\pm$  SS) 16,54 $\pm$ 1,30. The ratio of the students who agreed with the sentence "I have tried addictive or euphorogenic substances" was 20.9% (n=133), to the sentence, 67% of the students affirmed the sentence "I eat at least three meals of day" (n=427), whereas 52,5% of the students concorded with the sentence "I frequently eat fast food" (n=335), "I don't ride in a car with an alcoholic driver" was agreed by 70,2%si (n=448) of the students. 37,8% of the students agreed with the sentence "I don't have sufficient knowledge regarding ways to protect myself from AIDS and Hepatitis B" (n=235). The F1 risky health behaviour score of the Cankaya High School Students was 49 (high), the F2 risky health behaviour score was 30 (high) and the peer pressure score of the Cankaya

High School students was 49 (high). The F1 risky health behaviour score of the Yildirim Beyazid (n=305) High School Students was 45 (mediocre), the F2 risky health behaviour score was 27 (mediocre) and the peer pressure score of the Yildirim Beyazid High School students was 46 (mediocre). The desired and undesired health behaviour level and peer pressure level of students of Cankaya High School is higher than that of the students of Yildirim Beyazid High School. There is a statistically significant relationship between the F1 and F2 risky health behaviour score levels and peer pressure score. As the peer pressure increases, the levels of desired and undesired health behaviours increase. The levels of desired and undesired health behaviour and peer pressure is higher in male students when compared to female students. The desired health behaviour level is highest in the 11th grade and lowest in the 9th grade. The risky health behaviours do not differ between classes with respect to the F2 score. As the class the student at hand is increases the peer pressure level increases. There is a same-direction relationship between the risky health behaviours F1 score and age and this relationship is not statistically significant. As the age increases, the amount of peer pressure tends to increase, and when the age decreases the peer pressure decreases. As the educational status of the mother and father increases the level of desired and undesired health behaviours also tend to increase. No significant difference have been found in the desired and undesired health behaviours with respect to the mother's employment status. It has been identified that the desired and undesired health behaviour level of students whose father is unemployed is lower. No significant difference has been identified between different family types. While no difference has been identified in regard of the level of desired health behaviours with respect to economic status, it has been spotted that the students with better economic status tend to have a higher level undesired health behaviours. No significant relationship has been identified between the health status identifications and risky health behaviours.

To sum up; It has been identified that in the high schools in which the studies were conducted peer pressure and some socioeconomic properties effect the risky health behaviours. Peer pressure increases the risky health behaviours. The desired and undesired health behaviours of Cankaya High School students, and male students in general; the desired health behaviours of the students who were born in a foreign country, has been identified to be higher. The increase in the mother's and father's educational status increases the level of desired and undesired health behaviours. The increase in economic status brings about an increase in the undesired health behaviours, whereas an increase in age and the class, increases the desired health behaviours level.

**Key words:** Adolescent, High School Student, Peer Pressure, Risky Health Behaviours, Undesired Health Behaviours.

## KAYNAKLAR

- ADAMS, J. F. (1995). Ergenliği Anlamak. Çev.: ONUR, B. İmge Kitabevi Yayınları, Ankara.
- AKDUR, R. (2009). Gençlerde Sigara Salgını. Sigara veya Sağlık Sempozyumu, Özet Kitabı, s.:37-55.
- AKFERT, K.S., ÇAKICI, E., ÇAKICI, M. (2009). Üniversite Öğrencilerinde Sigara-Alkol Kullanımı ve Aile Sorunları ile İlişkisi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, **10**: 40-47.
- AKIN, A. (2008). Prof. Dr. Ayşe Akın'ın Penceresinden. Hacettepe Üniversitesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı. s: 56-57.
- AKSOY, K. (2006). Lise Öğrencilerinin Bağımlılık Yapan Maddelere İlişkin Tutumları ve Bu Tutumlara Etki Eden Değişkenlerin İncelenmesi: Malatya İli Örneği. Yüksek Lisans Tezi, İnönü Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Malatya.
- AKTAŞ, Y. (1994). *Yaşadıkça Eğitim Dergisi*, **36** Erişim: [http://mail.baskent.edu.tr/~20394475/dosyalar/208.pdf]. Erişim Tarihi: 22.02.2011.
- AKTUĞ, T. (2006). Ergenlerde Akran Baskısı Benlik Saygısının İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Mersin Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Mersin.
- ALİKAŞİFOĞLU, M. (2005). Madde Kullanımı Risk Faktörleri ve Koruyucu Faktörler. İ.Ü. Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri, Adolesan Sağlığı, Sempozyum Dizisi No:43, s: 73-83.
- ALİKAŞİFOĞLU, M. (2008). Ergenlerde Davranışsal Sorunlar. İ.Ü. Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri, Adolesan Sağlığı II, Sempozyum Dizisi No: 63, s: 55-59.
- ALİSİNANOLU, F. (2002). Gençlik Dönemi Özellikleri ve Genç Anne Baba İletişimi, *Eğitim ve Bilim Dergisi*-**27**: 123, 62.
- ANDERSON, P., BAUMBERG, B. (2006). Avrupa'da Alkol Kullanımı. Halk Sağlığı Bakış Açısıyla, Avrupa Komisyonu İçin Rapor. [http://dse.univr.it/addiction/documents/External/alcoholineu.pdf] Erişim Tarihi: 09.12.2009.

- ARAS, Ş., GÜNAY, T., ÖZAN, S., ORÇİN, E. (2007). İzmir İlinde Lise Öğrencilerinin Riskli Davranışları. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, **8**: 186-196.
- ARNETT, J. (1992). Reckless Behavior in Adolescence: A Developmental Perspective. *Developmental Review*, **12**: 339-373.
- ARNETT, J., JENSEN, L.B. (1993). Cultural Bases of Risk Behavior: Danish Adolescents. *Child Development*, **64**: 1842-1855.
- ASLAN, D. ,YEŞİLDAL, N. (2003). Halk Sağlığı Bakış Açısıyla Adölesanlarda Beslenme. *STED* **2(10)**: 386.
- AYDIN, A. (2006). Gelişim ve Öğrenme Psikolojisi. 7. Baskı, s: 85-87.
- BALTACI, G., ERSOY, G., KARAAĞAOĞLU, N., DERMAN, O., KANBUR, N. (2006). Ergenlerde Sağlıklı Beslenme Hareketli Yaşam. Ankara. s: 1-48.
- BAŞOĞLU, C. (1998). Saldırganlık Davranışının Biyolojik Belirleyicilerinin Araştırılmasına Yönelik Bir Çalışma. Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi, Ankara: Gülhane Askeri Tıp Akademisi.
- BAYAR, N. (1999). Ergenlerde Risk Alma Davranışı: İçtepkisellik, Aile Yapısı ve Demografik Değişkenler Açısından Gelişimsel Bir İnceleme. Yayınlanmamış Yüksek Lisan Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.
- BELL, N., BELL, R. (1996). Adolescent Risk Taking. Sabe, USA.
- BLAU, G., GULLOTTA, T. (1996). Adolescent Dysfunctional Behavior. California.
- BRENER, N. D., KAAAN, L., MCMANUS, T.L., KİNCHEN, S., SUNDBERG, E.C., ROSS, J.G.(2000). Reliability of the 1999 Youth Risk Behavior Survey Questionnaire. *Journal of Adolescent Health*, **31**:336-342.
- BÜLBÜL, H. S. (2004). Ergen Etiği. *STED*, **13(6)**: 206-210.
- CAMENGA, D.R., KLEIN, J.D., ROY, J. (2006). The Changing Risk Profile of The American Adolescent Smoker: Implications for Prevention Programs and Tobacco Interventions, *Journal of Adolescent Health*, **39(120)**: 1-10.
- CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. Teen Drivers: *Fact Sheet*. [serial online]. 2006. Erişim: [http://www.cdc.gov/]. Erişim Tarihi: 10.11.2009.

- CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. Youth Risk Behavior Surveillance United States, 2009. *Morbidity&Mortality Weekly Report [serial online]* 2009. Erişim: [<http://www.cdc.gov/mmwr/pdf/ss/ss5905.pdf>]. Erişim Tarihi: 22.06.2010.
- CONGER, J.J. and GALAMBOS, N.,L.(1996). Adolescents and Their Pers. Adolescence and Youth. Longman: 176-205.
- ÇAMUR, D., ÜNER, S., ÇİLİNGİROĞLU, N., ÖZCEBE, H. (2007). Bir Üniversitenin Bazı Fakülte ve Yüksek Okullarında Okuyan Gençlerde Bazı Risk Alma Davranışları. *Toplum Hekimliği Bülteni*, **26(3)**: 32-38.
- ÇEVİREN, A. S. (2001). Üç Farklı Nitelikte Lise 2. Sınıfı Öğrencilerinin Riskli Davranışlarının Değerlendirilmesi (Ankara- Keçiören). Yüksek Lisans Tezi, Ankara Üniversitesi, Sağlık Bilimler Enstitüsü Sağlık Eğitimi Anabilim Dalı, Ankara.
- ÇUHADAROĞLU, F. (1996). Adolesanlarda Psikolojik Gelişim Özellikleri. *Katki Pediatri Dergisi*, **5**: 783-88.
- DACEY J., TRAVERS, J.F. and S. (1996). Human Development-Across the Life Span. Mc Graw Hill Pub, 3. Edition, New York.
- DATTANI, M.T., BROOK, C.G.D. (2004). Adolesan Sağlık Sorunları. Harrison İç Hastalıkları Prensipleri, Çev.: ÖZDİL, B., SAĞLIKER, Y., Editör: SAĞLIKER, Y., Nobel Tıp Kitabevleri; 15. baskı, 1:31-6.
- DEMİR, M. (2001). Ergenlik Kavramına Tarihsel Bakış. *Türk Psikoloji Bülteni*, **7(21)**: 39-44.
- DEMİREL, H., IŞIK, B.E., TUNÇEL, M., GÜZELGÖZ, O. (2004). Madde Kullanım ve Bağımlılığı ile Mücadele Programları. Küresel Gençlik Tütün Araştırması, Sağlık 2004. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı; s.: 33-4.
- DEMİREZEN, E., COŞANSU, G. (2005). Adolesan Çağı Öğrencilerde Beslenme Alışkanlıkları. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, **14(8)**: 174.
- DERMAN, O. (2008). Ergenlerde Psikososyal Gelişim. İ.Ü Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri. Adolesan Sağlığı II, Sempozyum Dizisi No: 63, s: 19-21.
- DSÖ RAPORU (2009). T.C. Sağlık Bakanlığı Yayınları, Ankara, 1998.
- DÜNYA SAĞLIK ÖRGÜTÜ AVRUPA TÜTÜN KONTROLÜ RAPORU (2007). Çev: BİLİR, N., ÖZCEBE, H., ASLAN, D., ERGÜDER, T., YARDIM, S.M., ESER, S., TELATAR, G., Editör: BİLİR, N.

- DÜNYA SAĞLIK RAPORU (2002). Sağlık Risklerinin Azaltılması, Sağlıklı Yaşamı Geliştiriyor, Bulgular ve Öneriler. Erişim: [<http://undp.un.org.tr/who/bulten/turk/bul9dsrbulgularoneriler>]. Erişim tarihi: 10.02.2009.
- ENEÇ, C.F. (2007). Edirne Şehir Merkezindeki Lise Öğrencilerinde Riskli Sağlık Davranışlarının Değerlendirilmesi. Uzmanlık Tezi, Trakya Üniversitesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Edirne.
- ERDEN, M., AKMAN, Y. (2001). Gelişim ve Öğrenme. Arkadaş Yayınevi, 9. Baskı, Ankara.
- ERWIN, P. (2000). Çocuk ve Ergenlikte Arkadaşlık (Çev.: AKINHAY, O.) Alfa Basım Yayın Dağıtım, İstanbul.
- ESEN, K.B. (2002). Akran Baskısı Düzeyi Farklı Olan Öğrencilerin Risk Alma, Sigara İçme Davranışı ve Okul Başarılarının İncelenmesi. Doktora Tezi, Gazi Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü.
- ESEN, K.B. (2003). Akran Baskısı, Akademik Başarı ve Yaş Değişkenlerine Göre Lise Öğrencilerin Risk Alma Davranışlarının Yordanması. *Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, **24**: 79-85.
- EVREN, H. (2008). Trakya Üniversitesi Öğrencilerinin Riskli Sağlık Davranışları ve Sağlık Hizmeti Kullanımları. Yüksek Lisans Tezi, Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Edirne.
- GANDER, J.M., GARDINER, W.H. (1998). Çocuk ve Ergen Gelişimi, Üçüncü Baskı, İmge Kitabevi, Ankara.
- GARISSON, R.C., GARISSON, K.C. (1965). Jr., Psychology of Adolescence. Prentice-Hall Inc., (New Jersey), p.:3-13.
- GENÇLİK BAŞIMDA DUMAN. Erişim: [[http://saglik.tr.net/ruh\\_sagligi\\_genclik\\_siddet\\_1.shtml](http://saglik.tr.net/ruh_sagligi_genclik_siddet_1.shtml)]. Erişim Tarihi: 10.01.2009.
- GENÇLİK VE ALKOL DEKLARASYONU (2001). Erişim: [[http://www.thb.hacettepe.edu.tr/arsiv/2002/sayi\\_2/baslik5.pdf](http://www.thb.hacettepe.edu.tr/arsiv/2002/sayi_2/baslik5.pdf)] Erişim Tarihi: 14.11.2009.
- GENÇÖZ, F., SOYKAN, Ç., SOYKAN, A., GENÇÖZ, T. (2003). Sigara Bağımlılığı ve Tedavisi. ART Ofset Matbaacılık Sn ve Tic Ltd Şti, Ankara s.: 1-48.
- GÖKA E., TÜRKÇAPAR H. Gençlik ve Şiddet (2). Erişim: [[http://saglik.tr.net/ruh\\_sagligi\\_genclik\\_siddet\\_2.shtml](http://saglik.tr.net/ruh_sagligi_genclik_siddet_2.shtml)]. Erişim Tarihi: 12.12.2009.



- GÖKÇAY, G., GARİPAĞAOĞLU, M. (2002). Çocukluk ve Ergenlik Döneminde Beslenme. İstanbul: Saga Yayınları **1**: 117-128.
- GÖKSEL, T., CİRİT, M., BAYINDIR, Ü. (2001). İzmir İli Lise Öğrencilerinin Sigara Alışkanlığını Etkileyen Faktörler. *Toraks Dergisi*, **2(3)**: 49-53.
- GULLONE, E. ve arkadaşları (2000). The Adolescent Risk-Taking Questionnaire: Development and Psychometric Evaluation. *Journal of Adolescent Research*, **15(2)**: 231-251.
- GULLONE, E., MOORE, S. (2000). Adolescent Risk-Taking and 5-Factors Model of Personality, *Journal of Adolescence*, **23(4)**: 393-407.
- GÜLGEZ, Ö. (2007). Lise Öğrencilerinin Olumsuz Risk Alma Davranışlarının Psikolojik Belirtiler, Yaş ve Cinsiyet Değişkenleri Açısından İncelenmesi: Ankara İli Örneği. Yüksek Lisans Tezi, Gazi Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi, Ankara.
- GÜNEY, N. (2007). Ergenlikte Risk Almanın İçsel Kaynaklarının Ben Merkezlilik, Akran Baskısı, Sosyoekonomik Düzey ve Cinsiyet Açısından İncelenmesi. Doktora Tezi, Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
- GÜZEY, A. (1991). İlkokul Öğrencilerine Yapılan Uygulamalı Beslenme Eğitiminin Çocukların ve Bilgi Aktarımı ile Annelerinin Beslenme, Sağlık Konusundaki Bilgi, Tutum ve Davranışlarına Etkisi Üzerine Bir Araştırma. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
- IRWIN, C., MILLSTEIN, S.G. (1986). Biopsychosocial Correlates of Risk-Taking Behaviors During Adolescence. *Journal of Adolescence Health Care*, **7**: 82-96.
- İNSAN KAYNAĞINI GELİŞTİRME VAKFI (İKGV, 2002). Öğretmen ve Öğretmen Adayları için Cinsel Sağlık Eğitimi. İstanbul: Ceren Tanıtım Ltd. Şti.
- JESSOR, R. (1992). Risk Behavior in Adolescence: A Psychosocial Framework for Understanding and Action, *Developmental Review*, **12**: 374-390.
- KAPTANOĞLU, S. (2004). Gençlikte Riskli Davranışlar Araştırma Formunun Uyarlama Çalışması. Yüksek Lisans Tezi, Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
- KARABEY, S., MÜFTÜOĞLU, N. (2007). Gençlik ve Cinsellik. Bilgilendirme Dosyası-7. Cinsel Eğitim Tedavi ve Araştırma Derneği.

- KARATAY, G., KUBİLAY, G., (2004). Sosyoekonomik Düzeyi Farklı İki Lisede Madde Kullanma Durumu ve Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, **1(2)**: 57-70.
- KELLEY, A.E., SCHOTHEC, T., LANDRY, C.F. (2004). Risk-Taking and Novelty Seeking in Adolescence: Introduction to Part-I. *Annals of the New York Academy of Science*, **1021**: 27-32.
- KINIK, E. (2000). Adolesan Dönemde Fiziksel Büyüme ve Cinsel Gelişme. *Katki Pediatri Dergisi*: **21(6)**: 720-740.
- KOÇ, M. (2004). Gelişim Psikolojisi Açısından Ergenlik Dönemi ve Genel Özellikleri. *Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, **17**: 231-256.
- KÖKNEL, Ö. (1996). Bireysel ve Toplumsal Şiddet. İstanbul: Altın Kitaplar Yayınevi.
- KREIPE, R.E., McANARNEY, E.R. (2001). Adolesan Dönemi. *Nelson of Pediatrics*. Çev: TUZCU, M. Nobel Tıp Kitabevi, 3. Baskı, s.: 226-62
- KULAKSIZOĞLU, A. (2000). Ergenlik Psikolojisi. İstanbul: Remzi Kitabevi.
- MADDE KULLANIMI RİSK ANALİZİ ANKET FORMU (U FORMU) 2009 YILI DEĞERLENDİRMESİ Erişim: [[http://www.kom.gov.tr/Tr/Dosyalar/u\\_formu\\_analizi\\_2009.pdf](http://www.kom.gov.tr/Tr/Dosyalar/u_formu_analizi_2009.pdf)]. Erişim Tarihi: 15.02.2011.
- MAY, D., NICHOLS, C.J.D. and ELTZROTH, P.L. (1999). Risky Behaviors Among Adolescents in the Midwest: Personal Gratification or Peer Pressure? Paper Presented at American Educational Research Association, Montreal, Canada.
- MOLLAHALİLOĞLU, S., HÜLÜR, Ü., YARDIM, N., ÖZBAY, H., ÇAYLAN, A.K., ÜNÜVAR, N., AYDIN, S. (2007). Türkiye’de Sağlığa Bakış, T.C. Sağlık Bakanlığı Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı. Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü. Bölük Ofset, s.: 81-85.
- MOTAVALLI, M.N. (2000). Ergenlik Çağı Ruhsal Gelişim Özellikleri. Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Ders Kitabı. POLVAN, Ö. (Editör). Nobel Tıp Kitabevi, s.: 16-20.
- MPOWER (2008), DSÖ Küresel Tütün Salgını Raporu, Çev: BİLİR, N., ÖZCEBE, H., ASLAN, D., ERGÜDER, T., Editör: BİLİR, N.
- MUTHEN, L. K., MUTHEN; B.O. (2007). *Mplus User Guide* . Fifth Edition. Los Angeles, CA: Muthen&Muthen.

- ÖGEL, K., TAMAR, D., EVREN, C., ÇAKMAK, D. (2001). Lise Gençleri Arasında Sigara, Alkol ve Madde Kullanım Yaygınlığı. *Türk Psikiyatri Dergisi*, **12(1)**: 47-52.
- ÖZCEBE, H. (2002). Birinci Basamakta Adolesan Sorunlarına Yaklaşım. *STED*, **11(10)**: 374.
- ÖZCEBE, H., ULUKOL, B., PEKCAN, H. (2008). Birinci Basamak Sağlık Çalışanlarına Yönelik Okul Sağlığı Rehberi. s.: 241.
- ÖZKAN, A. (2002). Adana İl Merkezinde Bulunan Liselerde Okuyan Öğrencilerde Alkol ve Uyuşturucu Yatkınlığının Araştırılması. Ç. Ü. Uzmanlık Tezi. Adana.
- ÖZTEK, Z. (2001). Halk Sağlığı Sözlüğü. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü, s.: 173.
- PATTON, D.D., HARRİS, J.R. (2007). Ergenlik Gelişimi ve Tarama, Current Aile Hekimliği Tanı ve Tedavi. Çev: MAZICIOĞLU, M.M., KUT, A., TOKALAK, İ., EMİNSOY, M.G., Güneş Tıp Kitabevi, s.: 129-38.
- PEARL, R., BRAYN, T., and HERZONG, A. (1990). Resisting or Acquiescing to Peer Pressure to Engage in Misconduct: Adolescents' Expectations of Probable Consequences. *Journal of Youth and Adolescence*, **19(1)**: 43-45.
- PIÇAKÇIEFE, M., KESKİNOĞLU, P., BAYAR, B., BAYAR K. (2007). Muğla Sağlık Yüksekokulu Öğrencilerinin Sigara İçicilik Sıklığı ve İçiciliği Arttıran Nedenler. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni*, **6(4)**: 267-272.
- POLATKAN, G. (2007). Hacettepe Üniversitesi Keçiören Yerleşkesi Sosyal Hizmetler Yüksekokulunda Okuyan Öğrencilerin Riskli Davranışlarının Saptanması ve Bunlarla İlişkili Faktörler Araştırması. Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
- SALTIK, A. (1997). Bağımlılık Yapan Maddelerden Nasıl Korunalım? Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, *Halk Sağlığı Ders Notu*, Edirne.
- SANTOR, D., MESSERVEY, D. and KUSUMAKAR, V. (2000). Measuring Peer Pressure, Popularity and Comformity in Adolescent Boys and Girls: Predicting School Performance, Sexual Attitudes and Substance Abuse. *Journal of Youth and Adolescence*, **29(2)**: 163-182.
- SARI, C. (2006). Lise Öğrencilerinde Riskli Sağlık Davranışları Yüksek Lisans Tezi. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimler Enstitüsü.

- SİYEZ, M., AYSA, F. (2007). Ergenlerde Görülen Problem Davranışların Psiko-Sosyal Risk Faktörleri ve Koruyucu Faktörler Açısından Yordanması. *Eğitim Fakültesi Dergisi*, **20**: 145-71.
- ŞİMŞEK, E. Sağlık Bakanlığı'nın Adolesan Sağlığına Yaklaşımı. 2005. İ.Ü Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri. Adolesan Sağlığı II, Sempozyum Dizisi No: 63, 200, s: 23-27.
- T.C. İçişleri Bakanlığı Emniyet Genel Müdürlüğü (2009). Türkiye Uyuşturucu 2009 Raporu.
- T.C. İçişleri Bakanlığı Emniyet Genel Müdürlüğü (2010). Türkiye Uyuşturucu 2010 Raporu.
- T.C. Sağlık Bakanlığı (2002). Alkol Hakkında Bilmemiz Gerekenler. Dizgi Yayıncılık, Ankara.
- T.C. Sağlık Bakanlığı (2010). Türkiye Obezite (Şişmanlık) ile Mücadele Kontrol Programı (2010-2014).
- T.C. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü (2005). Gençlere Yönelik Üreme Sağlığı Hizmetleri Katılımcı Kitabı. Ankara. s.: 14-18.
- T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetlerinde Okul Sağlığı Kitabı (2008). Edit.: ÖZCEBE, H., ULUKOL, B., MOLLAHALİLOĞLU, S., YARDIM, N., KARAMAN, F. s.: 91.
- T.C. Sağlık Bakanlığı, Sağlık Eğitimi Genel Müdürlüğü, Çocuk ve Ergen Sağlığı Modülleri. Eğitimciler İçin Eğitim Rehberi, 2008 Ankara.
- TAŞÇI, E., ATAN, Ş., DURMAZ, N., ERKUŞ, H., SEVİL, Ü. (2005). Kız Meslek Lisesi Öğrencilerinin Madde Kullanma Durumları. *Journal of Dependence*, **6**: 122-128.
- TEZBAŞARAN, A.,A. (1997). *Likert Tipi Ölçek Geliştirme Klavuzu*. Türk Psikologlar Derneği, Ankara.
- TNSA (2008) Türkiye Nüfus Sağlık Araştırması Raporu 2008. Erişim: [[http://www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2008/data/TNSA-2008\\_ana\\_Rapor-tr.pdf](http://www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2008/data/TNSA-2008_ana_Rapor-tr.pdf)]. Erişim Tarihi: 23.03.2010.
- TORUN, S. (2007). Akran Baskısı Düzeyi Farklı Olan Lise Öğrencilerinin Karar Stratejilerinin İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Ankara.

TÜİK (2008). İl ve İlçe Merkezlerinde Evlenme, Boşanma ve Ölüm İstatistikleri. (CD-ROM) ISSN 1300-1191 / ISBN 975-19-3609-8 Yayın Numarası: 2918).

TÜİK (2008). Türkiye İstatistik Yıllığı 2008. Erişim: [http://www.tuik.gov.tr/yillik/Ist\_gostergeler.pdf]. Erişim Tarihi: 15.01.2010.

Türk Dil Kurumu (2010). Erişim: [tdk.gov.tr]. Erişim Tarihi: 14.05.2010.

TÜRKİYE ÜREME SAĞLIĞI PROGRAMI (2008). Gençlik Danışmanlık ve Hizmet Merkezleri Cinsel Sağlık Üreme Sağlığı Eğitimi, Katılımcı Rehberi. "Gençlerin Risk Alma Davranışları ve Sağlığının Geliştirilmesi" Paneli .

UÇAN, Ö. (2007). Boşanma Sürecinde Kriz Merkezine Başvuran Kadınların Retrospektif Olarak Değerlendirilmesi. Klinik Psikiyatri, **10**: 38-45, Ankara.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Youth And Road Safety (2007). Erişim: [http://whqlibdoc.who.int/publications/2007/9241595116\_eng.pdf]. Erişim Tarihi: 12.11.2009

YAVUZ, R. (2009). Birinci Basamakta Adolesan Sağlığına Biyopsikososyal Yaklaşım. *Aile Hekimliği Dergisi* **3(1)**.

YAVUZER, H. (1988). Ana-Baba ve Çocuk. İstanbul: 2. Baskı, Remzi Kitapevi.

YILDIRIM, M. (2007). Şiddete Başvuran ve Başvurmayan Ergenlerin Yalnızlık Düzeyleri ve Akran Baskısı Düzeyleri Açısından İncelenmesi. Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, Adana.

YILMAZ, T. (2000). Ergenlerde Risk Alma Davranışlarının İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Ege Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.

YÖRÜKOĞLU, A. (1985). Gençlik Çağı. Türkiye İş Bankası Kültür Yayınları. Ankara, s.: 23-45.

**EKLER****EK-1****Versiyon No:01****Versiyon Tarihi:17.02.2010****BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU**

Sevgili Arkadaşlar,

Adım Gülcihan Arslan, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı'nın Halk Sağlığı Hemşireliği programında yüksek lisans öğrencisiyim. Bu çalışmayı, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı öğretim üyelerinden Prof. Dr. Recep Akdur ile birlikte yapıyorum.

Amacımız, siz öğrenciler arasında sağlık için sakıncalı olan davranışların (riskli sağlık davranışları) sıklığı ve bunun üzerindeki akran (arkadaş) etkileri konusunda bilgi edinmektir.

Bu araştırma için size 98 sorudan oluşan bir anket dağıtacağım. Sonuçların gençlerin sağlığına katkı getirebilmesi için bu anketteki tüm soruları eksiksiz ve yanıtları doğru olacak şekilde dikkatlice doldurmanız gerekmektedir.

Sizin adınızı ve bu ankette vereceğiniz cevapları başka kişilere asla söylemeyeceğiz. Bu araştırmanın sonuçlarını hazırlayacağımız raporlar ve makale aracılığı ile başka doktorlar, hemşireler ve diğer sağlık personeli ile paylaşacağız. Ancak bu çalışma ve paylaşımlarda sizin adınız asla geçmeyecektir.

Katılımınız gençlerin sağlığının geliştirilmesi çalışmalarını açısından önemli bilgiler edinmemize katkı verecektir. Bu nedenle bu araştırmaya katılmanızı öneriyoruz.

Bu araştırmaya katılıp katılmamak için karar vermeden önce anne ve baban ile konuşup onlara danışmalısın. Bu araştırmaya katılmak senin isteğine bağlı ve istemezsen katılmayabilirsin.

Aklına gelen veya gelebilecek olan soruları istediğin zaman bana sorabilirsin. Telefon numaram ve adresim bu kağıtta yazıyor. Bu araştırmaya katılmayı kabul ediyorsan lütfen aşağıya adını ve soyadını yazarak ve imzanı at.

Araştırmacının Adı Soyadı:

Gülcihan Arslan Tel:0539 468 00 10

**EK-2**

**ONAM FORMU**

Çalışma hakkında bilgilendirildim. Çalışmaya katılmayı kabul ediyorum.

Öğrencinin Adı-Soyadı:

Öğrencinin İmzası:

Tarih

Veli/Vasisinin Adı-Soyadı:

Veli/Vasisinin İmzası:

Tarih:

Araştırmacını Adı Soyadı:

İmza:

Tarih:

## EK-3

## GENÇLİKTE RİSKLİ SAĞLIK DAVRANIŞLARI ANKETİ

**Değerli Öğrenciler,**

Lise öğrencilerinin riskli sağlık davranışları ve bunlara akran baskısı ve diğer bazı faktörlerin etkisi ile ilgili bir yüksek lisans tezi çalışması yürütmekteyiz. Aşağıdaki sorular sizin riskli sağlık davranışlarınızı belirlemek amacıyla oluşturulmuş olup, sorulara doğru cevaplar vermeniz araştırmanın güvenilirliği açısından önemlidir. Anket formu, sosyo-ekonomik ve demografik özelliklere yönelik 13 sorudan oluşan Bölüm A, riskli sağlık davranışlarına yönelik olarak hazırlanan 51 sorudan oluşan Bölüm olmak üzere toplam 64 soru içermektedir. **Verdiğiniz yanıtlar hiçbir şekilde bireysel olarak kullanılmayacak, toplu olarak değerlendirilecek ve gizliliğe kesinlikle önem verilecektir.** Katılımınız için teşekkür ederim.

GÜLCİHAN ARSLAN  
YÜKSEK LİSANS  
ÖĞRENCİSİ

**BÖLÜM A**

1. Doğum tarihiniz (yıl):.....

2. Cinsiyetiniz?

Kız ( ) Erkek( )

3. Boyunuz : cm Kilonuz: kg

4. Kaç kardeşiniz (siz dahil) :

5. Doğum yeriniz :

a. Köy b. Belde c. İlçe Merkezi d. İl Merkezi e. Yabancı ülke

6. Yaşadığınız aile tipi nasıl tanımlar mısınız?

a. Çekirdek aile (anne,baba,kardeş)

b. Geniş aile (anne,baba,kardeş,anneanne,babaanne,dede vs)

c. Diğer(kimlerle yaşadığınızı belirtiniz).....

7. Sizce ailenizin ekonomik durumu aşağıdaki seçeneklerden hangisine uyuyor?

a.çok iyi

b.iyi

c.orta

d.kötü

e.çok kötü



**8.Eğitim boyunca sene kaybınız varmı?**

a.Evet .....tane yarıyıl

b.hayır

**9.Annenizin öğrenim durumunu belirtiniz.**

a.okur-yazar değil

b.ilkokul mezunu

c.ortaokul mezunu

d.lise mezunu

e.üniversite veya yüksekokul mezunu

**10.Babanızın öğrenim durumunu belirtiniz.**

a.okur-yazar değil

b.ilkokul mezunu

c.ortaokul mezunu

d.lise mezunu

e.üniversite veya yüksekokul mezunu

**11. Annenizin mesleği nedir?**

a) Ev hanımı b) Emekli c) Çalışıyorsa mesleğini belirtiniz.....

**12. Babanızın mesleği nedir?**

a) Çalışmıyor b) Emekli c) Çalışıyorsa mesleğini belirtiniz.....

**13.Sağlığını genel olarak nasıl tanımlarsınız?**

a.mükemmel

b.çok iyi

c.iyi

d.orta

e.kötü

		Kesinlikle Katılıyorum	Katılıyorum	Kararsızım	Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum
	<b>RİSKLİ SAĞLIK DAVRANIŞLARI ANKETİ</b>					
1	Okulda bağımlılık yapıcı maddelerin zararları hakkında yeterli eğitim aldım					
2	Her zaman trafik kurallarına uyarım					
3	Hergün yeterli ve dengeli beslenirim					
4	Sarhoşluk verici içecekler sağlığı olumsuz etkilerler					
5	Egzersiz yapmak sağlığı olumlu etkiler					
6	Bağımlılık yapıcı ve keyif verici maddeleri kullanmayı düşünmem					
7	Dengeli beslenme ile ilgili yeterli bilgiye sahibim					
8	Bağımlılık yapıcı maddeler sağlığa zararlıdır					
9	Hergün en az 3 öğün yemek yerim					
10	Fastfood türü yiyecekleri (hamburger,tost gibi) sık tüketirim					
11	Fazla kilomdan dolayı diyet yaparım					
12	Kilo vermek için spor yaparım					
13	Daha çok sebze ve meyve ağırlıklı beslenirim					
14	Süt ve süt ürünlerini sık tüketirim					
15	Haftada en az 2 gün egzersiz yaparım					
16	Bağımlılık yapıcı ve keyif verici madde denedim					
17	Okulda kazalar ve kazalardan korunma ile ilgili yeterli bilgi edindim					
18	Ehliyeti olmayan sürücünün kullandığı arabaya binmem					
19	Bağımlılık yapıcı madde kullanan arkadaşlarımdan etkilenirim					
20	Arabaya bindiğimde emniyet kemerini takarım					
21	Motorlu araç kullanırken kask takmak gerekli ve koruyucudur					
22	Üreme sağlığı ile ilgili yeterli bilgiye sahibim					
23	Üreme sağlığı ile ilgili bilgileri arkadaşlarımdan edinirim					
24	AIDS ve Hepatit-B'den korunma yolları ile ilgili yeterli bilgim yok					
25	Kan ve cinsel yolla bulaşan hastalıklar hakkında ihtiyacım olan bilgiyi sağlık personelinden almak isterim					
26	Alkollü bir sürücünün kullandığı arabaya binmem					
27	Okulda disiplin suçu teşkil eden davranışlar sergilemem					
28	Arkadaşlarıma kantinden kendime zorla birşeyler ısmarlatırım					
29	İstediklerimi yapmayan kişileri arkadaş grubum içerisinde istemem					
30	Yaralayıcı alet taşıyan öğrencilerden uzak dururum					
31	Okulda ve çevresinde yaralayıcı alet taşınmasını doğru bulmam					
32	Erkek arkadaşına fiziksel ve psikolojik zorlamada bulunmam					
33	Kız arkadaşına fiziksel ve psikolojik zorlamada bulunmam					
34	Bisiklet veya motosiklete binerken kask takarım					
35	Gruptan dışlanmamak için arkadaşlarımdan isteklerini yerine getiririm					

		Kesinlikle Katılıyorum	Katılıyorum	Kararsızım	Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum
36	Kendimi sık sık ümitsiz ve üzgün hissederim					
37	Kendimi ümitsiz ve üzgün hissettiğim zamanlarda öğretmenlerimle paylaşmaktan çekinmem					
38	İnsanların keyif verici ve bağımlılık yapıcı maddeleri kullanarak kendilerini riske attıklarını düşünürüm					
39	Kendimi kilolu buluyorum					
40	Kilo kaybetmek veya almak için ilaç vb. kimyasal maddeler kullanmayı doğru bulurum					
41	Sağlıklı olmak için hergün sebze ve meyve tüketilmelidir					
42	Hergün en az 3 saat televizyon izlerim					
43	Hergün en az 3 saat bilgisayar kullanırım					
44	Kendime zarar verici hareketlerde bulunurum					
45	Sabahları uykumu almış olarak uyanırım					
46	Beslenme, hijyen, aile planlaması ve bulaşıcı hastalıklar gibi konularda sağlık eğitimine gereksinim duyarım					
47	Aile planlaması konusunda bilgilerimin yetersiz olduğunu düşünüyorum					
48	Arkadaşlarıma lakap takarak onlarla dalga geçerim					
49	Çevremdekilere karşı argo ve küfürlü konuşurum					
50	Arkadaşlarımla geç saatlere kadar dışarda kalmakta sakınca görmem					
51	İnternette sakıncalı ve uygunsuz siteleri ziyaret etmem					

## EK-4

AKRAN BASKISI ÖLÇEĞİ						
Cinsiyet K ? E ?		Yaş :	Okul:			
<p>Sevgili Öğrenciler,            Bu ölçeğin amacı, sizlerin baskı altında hissettiğiniz durumları ve bu baskılar sonucunda katıldığınız etkinlikleri ortaya çıkarmaktır. Bu maddeler sizin için doğru ya da yanlış olabilir. Bu maddelere verdiğiniz cevaplar, araştırma amacıyla kullanılacağı için verdiğiniz cevaplar çok önemlidir. Sizin ve arkadaşlarınızın davranışlarının sıklık derecesini belirleyen cevap şikkımı işaretleyiniz. Katkılarınız için teşekkür ederim.</p>						
		Hiçbir zaman	Ara sıra	Bazen	Sık sık	Her zaman
1	Arkadaşlarım taşıdığı için ben de kesici aletler taşırım.					
2	Arkadaşlarım okuldan kaçmam için baskı yaparlar.					
3	Arkadaşlarım keyif verici içecekler içtiği zaman ben de içerim.					
4	Arkadaşlarımın cinsel deneyimlerle ilgili aktardıkları bende merak uyandırır.					
5	Arkadaşlarım bağımlılık yapıcı madde kullanmam için baskı yaparlar.					
6	Arkadaşlarım sınavlarda kopya çektiği için ben de kopya çekerim					
7	Arkadaşlarım karşı cinsten arkadaş edinmem için ısrar ederler.					
8	Arkadaşlarım korkak olduğumu düşünmesinler diye istediklerini yaparım.					
9	Arkadaşlarım ailemin izin vermediği yerlere gitmem için ısrar ederler.					
10	Arkadaşlarım bağımlılık yapıcı madde ikram ettiklerinde kendimi içmek zorunda hissederim.					
11	Arkadaş grubumun dışında kalmamak için istemediğim şeyleri de yaparım.					
12	Arkadaşlarım birlikte olduğumuz toplantılarda keyif verici içecekler içmem için baskı yaparlar.					
13	Arkadaşlarımın büyüdüğümü görmeleri için istediklerini yaparım.					
14	Arkadaşlarım korkmadığımı görsün diye kavgalara karışırım.					
15	Arkadaşlarım şans oyunları (at yarışı, spor loto, okey vb.) oynamam için ısrar ederler.					
16	Arkadaşlarım sevmediğim yiyecekleri yemem için ısrar ederler.					

17	Arkadaşlarım beni daha sonra rahatsız etmemesi için gönüllü olmasam da istediklerini yaparım.					
18	Arkadaşlarım internet kafe veya atari salonlarına gitmem için ısrar ederler.					
19	Arkadaşlarımın üzüleceğini düşündüğüm için istediklerini yaparım.					
20	İstemediğim şeyleri bile arkadaşlarımın saygısını kaybetmemek için yaparım.					
21	Arkadaşlarım cinsel deneyim yaşamam konusunda baskı yaparlar.					
22	Arkadaşlarım ile birlikte olmak için eve geç giderim.					
23	Arkadaşlarım ilgilenmediği için ben de derslerle ilgilenmem.					
24	Arkadaşlarım istemediğim bir çok şeyi yapmam için baskı yaparlar.					
25	Arkadaşlarım ile eğlenmeye daha fazla zaman ayırdığım için ders çalışmaya daha az zaman kalıyor.					
26	Arkadaşlarım kavga çıkarınca zorunlu olarak ben de karışırım.					
27	Arkadaşlarım argo konuştuğu için ben de onlar gibi konuşurum.					
28	Arkadaşlarım argo konuşmamı onaylar.					
29	Kavga edince arkadaşlarım beni ciddiye alırlar.					
30	Arkadaşlarım istediği için zamanımın çoğunu arkadaşlarım ile birlikte kafede veya atari salonlarında geçiririm.					
31	Arkadaşlarım ailemden izinsiz araba almam ve onlarla gezmem için baskı yaparlar.					
32	Arkadaşlarım girdiği için ben de internette yasak sitelere gizlice girerim.					
33	Arkadaşlarım siyasi amaçlı mitinglere katılmam için baskı yaparlar.					
34	Arkadaşlarım anne-babalarına karşı çıktığı için ben de karşı çıkarım.					

EK-5

T.C.  
ANKARA VALİLİĞİ  
Milli Eğitim Müdürlüğü

BÖLÜM : İstatistik Bölümü  
SAYI : B.B.08.4.MEM.4.06.00.06-312/ 12229  
KONU : Araştırma izni  
Gülcihan ARSLAN

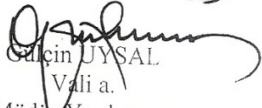
11/02/2010

..... KAYMAKAMLIĞINA  
(İlçe Milli Eğitim Müdürlüğü)

- İlgi: a) M.E.B. Bağlı Okul ve Kurumlarda Yapılacak Araştırma ve Araştırma Desteğine Yönelik İzin ve Uygulama Yönergesi.  
b) MEB EARGED' in araştırma izinlerine ilişkin 11/04/2007 tarih ve 1950 sayılı yazısı.  
c) 02/09/2009 tarih ve 74835 sayılı Valilik Onayı.  
d) 05/11/2009 tarih ve 98610 sayılı Valilik Onayı.  
e) Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsünün 15/01/2010 tarih ve 642 sayılı yazısı.

Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans öğrencisi Gülcihan ARSLAN' ın "Ankara'daki iki lise öğrencilerinde risk sağlık davranışları ve bunlara akrant baskısı ile diğer bazı faktörlerin etkisi" konulu tez çalışması ile ilgili anketi, ek listedeki ilçeniz okullarında uygulama yapılması isteği Müdürlüğümüz Değerlendirme Komisyonunca uygun görülmüştür.

Mühürlü anket örnekleri (6 sayfadan oluşan) araştırmacıya ulaştırılmış olup, uygulama yapılacak sayıda araştırmacı tarafından çoğaltılarak, araştırmanın ilgi (a) yönerge çerçevesinde gönüllülük esasına göre uygulanmasını rica ederim.

  
Gülçin UYSAL  
Vali a.  
Müdür Yardımcısı

**EKLER** :  
1-Okul Listesi (1 Sayfa)

**DAĞITIM** :  
Altındağ-Çankaya Kaymakamlığına

EK-6



T.C.  
ANKARA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ  
DEKANLIĞI



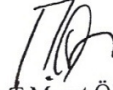
Sayı : B.30.2.ANK.0.20.05.04/050-04

Konu : Çalışma dosyası hakkında

5476 15.03.2010

Halk Sağlığı Anabilim Dalı  
Başkanlığına

Anabilim Dalınız öğretim üyesi Prof.Dr.Recep Akdur'un sorumluluğunda yürütülecek olan "Ankara'daki ili lisenin öğrencilerinde riskli davranışları ve bunlara akran baskısı ile diğer bazı faktörlerin etkisi" başlıklı anket dosyası, etik kurulumuzun 01 Mart 2010 tarihli etik kurul toplantısında görüşülmüş olup, alınan karar örneği ilişikte sunulmuştur.  
Bilgilerinizi ve ilgiliye tebliğini saygı ile rica ederim.

  
Prof.Dr. T. Murat ÖZSAN  
Dekan Yardımcısı

Eki: 2 karar örneği

## KLİNİK ARAŞTIRMA BAŞVURUSU ETİK KURUL DEĞERLENDİRME FORMU

ETİK KURULUN ADI	Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulu
AÇIK ADRES	Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlık Morfoloji Binası 06100 Sıhhiye/Ankara
TELEFON	0312 310 30 10/227
FAKS	0312 310 63 70
E-POSTA	etik@medicine.ankara.edu.tr

BAŞVURU BİLGİLERİ	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Ankara'daki ili lisenin öğrencilerinde riskli davranışları ve bunlara akran baskısı ile diğer bazı faktörlerin etkisi			
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜNÜN KODU				
	EUDRACT NUMARASI				
	SORUMLU ARAŞTIRMACI ÜNVANI/ADI/SOYADI	Prof.Dr.Recep Akdur			
	SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Halk Sağlığı			
	KOORDİNATÖRÜN ÜNVANI/ADI/SOYADI				
	KOORDİNATÖRÜN UZMANLIK ALANI				
	ARAŞTIRMA MERKEZİ	Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı			
	ARAŞTIRMA MERKEZİNİN AÇIK ADRESİ				
	BAŞVURULAN ETİK KURULUN ADI	Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurul Başkanlığı			
	DESTEKLEYİCİ VE AÇIK ADRESİ				
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ VE ADRESİ				
	UZMANLIK TEZİ/AKADEMİK AMAÇLI	UZMANLIK TEZİ <input checked="" type="checkbox"/>	AKADEMİK AMAÇLI <input type="checkbox"/>		
	ARAŞTIRMANIN FAZI VE TÜRÜ	FAZ 1	<input type="checkbox"/>		
		FAZ 2	<input type="checkbox"/>		
FAZ 3		<input type="checkbox"/>			
FAZ 4		<input type="checkbox"/>			
BE/BY		<input type="checkbox"/>			
	DİĞER	<input type="checkbox"/>	Diğer ise belirtiniz:		
	İLAÇ DIŞI ARAŞTIRMA	<input type="checkbox"/>	Belirtiliniz: Anket çalışması		
ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ <input checked="" type="checkbox"/>	ÇOK MERKEZLİ <input checked="" type="checkbox"/>	ULUSAL <input checked="" type="checkbox"/>	ULUSLAR ARASI <input type="checkbox"/>	

DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili		
		ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ	17.02.2010	01	Türkçe <input checked="" type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>
	ARAŞTIRMA BROŞÜRÜ			Türkçe <input type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU	17.02.2010	01	Türkçe <input checked="" type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>
	OLGU RAPOR FORMU			Türkçe <input type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>

DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	Belge Adı		Açıklama
		ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	<input checked="" type="checkbox"/>
	SİGORTA	<input type="checkbox"/>	
	HASTA KARTI/GÜNLÜKLERİ	<input type="checkbox"/>	
	ILAN	<input type="checkbox"/>	
	YILLIK BİLDİRİM	<input type="checkbox"/>	
	SONUÇ RAPORU	<input type="checkbox"/>	
	GÜVENLİLİK BİLDİRİMLERİ	<input type="checkbox"/>	
	DİĞER	<input type="checkbox"/>	



KARAR BİLGİLERİ	Karar No:08-143	Tarih: 01 Mart 2010
	Prof.Dr.Recep Akdur'un sorumluluğunda yapılması tasarlanan ve yukarıda başvuru bilgileri verilen klinik araştırma başvuru dosyası ve ilgili belgeler; araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri ve Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu dikkate alınarak incelenmiş, çalışmanın gerçekleştirilmesinde etik sakınca bulunmadığına toplantıya katılan etik kurul üyelerinin oybirliği ile karar verilmiştir.	
<b>ETİK KURUL BİLGİLERİ</b>		
<b>ÇALIŞMA ESASI</b>	Klinik Araştırmalar Hakkında Yönetmelik , İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu, ve Etik Kurul SOP	
<b>ETİK KURUL BAŞKANI UNVANI/ADI/SOYADI:</b>	Prof.Dr.İsmail Hakkı Ayhan	
<b>ETİK KURUL ÜYELERİ</b>		

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet		İlişki *		Katılım **		İmza
Prof.Dr.İsmail Hakkı Ayhan	Tıbbi Farmakoloji	Ankara Üniv. Tıp Fakültesi	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<i>İsmail Hakkı Ayhan</i>
Prof.Dr.Ahmet Demirkazık	Tıbbi Onkoloji	Ankara Üniv. Tıp Fakültesi	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<i>Ahmet Demirkazık</i>
Prof.Dr.Ajlan Tükün.	Tıbbi Genetik	Ankara Üniv. Tıp Fakültesi	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<i>Ajlan Tükün</i>
Prof.Dr.Nuhan Puralı	Biyofizik	Hacettepe Üni. Tıp Fakültesi	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<i>Nuhan Puralı</i>
Prof.Dr.H.Serdar Öztürk	Tıbbi Biyokimya	Ankara Üniv. Tıp Fakültesi	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<i>H.Serdar Öztürk</i>
Prof.Dr.Bülent Gümüşel	Eczacı- Öğr.Üyesi	Hacettepe Üni. Tıp Fakültesi	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<i>Bülent Gümüşel</i>
Prof.Dr.H.Serap Sivri	Çocuk Sağlığı	Hacettepe Üni. Tıp Fakültesi	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<i>H.Serap Sivri</i>
Doç.Dr.Banu Çakır	Halk Sağlığı	Hacettepe Üni. Tıp Fakültesi	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<i>Banu Çakır</i>
Doç.Dr.Muharrem Özen	Avukat- Öğr.Üyesi	Ankara Üniv. Hukuk Fakültesi	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<i>Muharrem Özen</i>
Öğr.Gör.Dr.Volkan Kavas	Deontoloji	Ankara Üniv. Tıp Fakültesi	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<i>Volkan Kavas</i>
Gülsüm Aslan	Sağlık Mes. Dışı- Emekli		<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<i>Gülsüm Aslan</i>

- \* :Araştırma ile İlişki  
\*\* :Toplantıda Bulunma



Prof.Dr. İsmail Hakkı Ayhan  
Başkan  
Ankara Üniv. Tıp Fakültesi

12 Mart 2010

## ÖZGEÇMİŞ

### I-Bireysel Bilgiler

Adı: Gülcihan

Soyadı: ŞAHİN

Doğum yeri ve tarihi: Osmaniye 10.03.1980

Uyruğu: T.C. Vatandaşı

Medeni durumu: Evli

İletişim adresi: Mevki Asker Hastanesi Yoğun Bakım Ünitesi

### II-Eğitimi

Yabancı dili: İngilizce

1999-2006 Hacettepe Hemşirelik Yüksek Okulu

1994-1998 Tekirdağ Sağlık Meslek Lisesi

1992-1994 Cevdet Paşa Orta Okulu Adana-Kadirli

1986-1991 Cumhuriyet İlkokulu Adana-Karaisalı

### III-Ünvanı

Yüksek Hemşire

### IV-Mesleki Deneyimi

10- yıl

### V- Üye Olduğu Bilimsel Kuruluşlar

### VI- Bilimsel Etkinlikler

12. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

IV. TSK Hemşirelik Kongresi

### VII-Diğer Bilgiler

Kurs:

Acil ve İlk Yardım

Yoğun Bakım Hemşireliği

Yer: Ankara GATA Acil AD

Yönetici Hemşirelik Kursu

Yer: İstanbul GATA Başhemşireliği

Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Eğitimliği

Yer: Mevki Asker Hastanesi.