



T.C.

HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI

ADOLESAN SAĞLIĞININ İZLENMESİNDE
AİLE, OKUL ve AİLE HEKİMİNİN ROLÜ

Dr. Burcu KÜÇÜK BİÇER

UZMANLIK TEZİ

olarak hazırlanmıştır.

ANKARA

2014



T.C.

HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ

HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI

ADOLESAN SAĞLIĞININ İZLENMESİNDE

AİLE, OKUL ve AİLE HEKİMİNİN ROLÜ

Dr. Burcu KÜÇÜK BİÇER

UZMANLIK TEZİ

olarak hazırlanmıştır.

ANKARA

2014

DANIŞMAN

Prof. Dr. Hilal ÖZCEBE

TEŞEKKÜR

Hekimlik mesleğinin öğrenilmesinde ara kademelerden biri olan asistanlık eğitimin sonuna gelmiş bulunmaktayım. Halk Sağlığı Biliminin ayrıntılarını öğrenmek ve hizmet sunduğum topluma zarar vermeden faydalı olmak için önümde aşmam gereken birçok engel olduğunun farkında olarak;

Uzmanlık eğitimim boyunca ilminden faydalandığım, insani ve ahlaki değerleri ile de örnek edindiğim, yanında çalışmaktan onur duyduğum ve ayrıca tecrübelerinden yararlanırken göstermiş olduğu hoşgörü ve sabırdan dolayı değerli hocam sayın Prof. Dr. Hilal Özcebe'ye,

Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı'ndaki sayın hocalarıma ve diğer branş rotasyon eğitimimde bana yardımcı olan hocalarıma ve ekiplerindeki herkese; birlikte çalışmaktan zevk aldığım asistan arkadaşlarıma;

Ayrıca tezimin izin aşamasında bana desteklerini sunan sayın İl Sağlık Müdürlüğü ve İl Milli Eğitim Müdürlüğü yönetici ve çalışanlarına, veri toplama aşamasında sayın okul müdürü ve rehberlik öğretmenlerine, sayın aile hekimlerine, sayın velilere, veri toplama döneminde beni yalnız bırakmayan eşim Uzm. Dr. Tolga Biçer'e, tezim sırasında desteğini esirgemeyen Dr. Deniz Yüce'ye,

Bu günlere gelmemde büyük pay sahibi olan aileme, eğitimim ve tez sürecimde yaptığım çalışmalarına gösterdiği sabır için kızım İrem Biçer'e ve dostlarıma teşekkürlerimi sunarım.

Dr. Burcu KÜÇÜK BİÇER

ÖZET

KÜÇÜK BİÇER B. Adolesan Sağlığının İzlenmesinde Aile, Okul ve Aile Hekiminin Rolü. Halk Sağlığı Uzmanlığı'nda Uzmanlık Tezi olarak hazırlanmıştır. Ankara, 2014. Bu çalışmanın planlanmasında adolesanların yaşam tarzları ve becerilerinin saptanması; aile, okul ve sağlık hizmetleri kapsamında değerlendirilmesi, aile, okul ve sağlık hizmetlerinin adolesan sağlığının koruma ve geliştirilmesindeki koordinasyonuna ilişkin öneri geliştirebileceği düşünülmüştür. Araştırmanın birinci bölümü kesitsel; ikinci bölümü vaka-kontrol tipte epidemiyolojik çalışmadır. Araştırmanın birinci aşaması orta ve alt sosyo-ekonomik seviyeden sekiz okulda yürütülmüştür. Örneklem seçilmemiş ve 1462 öğrenciye ulaşılmıştır. Riskli Sağlık Davranışları Ölçeği'ne (RSDÖ) göre puan hesaplanması yapılmış ve puana göre ortancanın üzerinde olan öğrencilerin riskli sağlık davranışlarının (RSD) olduğu kabul edilmiştir. İkinci aşamada seçilen 156 öğrencinin aileleri, öğretmenleri ve aile hekimlerinden öğrenciler ile ilgili bilgi alınmıştır. SPSS 21.0 istatistik paket programlarında veri girişi ve analizler yapılmıştır. Bu araştırmada lise öğrencilerinde riskli sağlık davranışlarının yaygın olduğu ve sağlıklı yaşam davranışları konusunda bilinç gelişmediği gözlemlenmiştir. Çeşitli RSDlerin birlikte görülme eğiliminde olduğu saptanmıştır. Özellikle erkek öğrenciler, aile tutumları olumsuz öğrenciler, sosyoekonomik durumu düşük öğrenciler ve okul başarısı düşük öğrencilerin daha fazla risk altında olduğu değerlendirilmektedir. Adolesanların yanıtları ile aile, öğretmen ve aile hekimlerinin yanıtları arasında tutarlılık saptanmamıştır. Ailesi, öğretmeni ve aile hekimi adolesanın en yakın sosyal çevresidir. Adolesanın sosyal çevresi olarak yakın iletişim içinde bulunmalı ve adolesanın izlemlerinin yapılmasını sağlamalıdır. Takip ettiği bireyleri bir bütün olarak değerlendiren aile hekiminin adolesan sağlığı hizmeti verirken tüm bu riskli sağlık davranışlarını da dikkate alması önemlidir. Adolesan dönemdeki bireylerin sağlık açısından RSDleri olabileceği göz önünde bulundurularak hekim, aile ve öğretmenleri kapsayan multidisipliner ve fiziksel, psikolojik ve sosyal bir yaklaşım sağlıklı sonuçlar elde edebilmek için son derece gereklidir.

Anahtar kelimeler: RSDÖ, ABTÖ, AYÖ, Adolesan, Okul, Aile hekimi, Aile

Destekleyen kuruluşlar: Hacettepe Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri Koordinasyon Birimi, Proje no: 013D01106001

İNGİLİZCE ÖZET

KUCUK BICER B. Family, School and Family Practitioner's Role at Adolescent Health Monitoring. Speciality at Medicine at Public Health Thesis.

The aim of this research was to determine adolescents' risk taking behaviors, life styles; evaluating at the level of family, school and health services; enhancing suggestions for family, school and health services coordination in order to protect and improve adolescents' health. First phase of the study was coss-sectional and the second phase was case-control type epidemiologic study. First phase of the study was conducted at eight middle-low income schools. No sample was selected and 1462 students were attained. Risky Health Behaviors Scale (RHBS) was used to determine adolescents with risk taking behaviors. At the second phase; 156 students were selected and information was gathered from their mothers, teachers and family practitioners. SPSS 21.0 were used for analyzes. Risk taking behaviors and risky health behaviors (RHB) were common at high schools. The awareness of healthy life behaviors weren't develop adequately. It was seen that some RHBs had tendency to be seen together. Males, negative family attitudes, low socioeconomical status and low academical achievement were the risk factors of RHB. There wasn't a consistency between adolescents' answers and familys', teachers' and family practitioners' answers on RHBs and family attitudes. Family, teacher and family practitioner are the closest social environment of an adolescent. They should have good communication skills in order to monitor the adolescent and RHBs. Family practitioner should consider all of the RHBs while evaluating the individuals holistically. Regarding to RHBs of adolescent period, multidisiciplinary, physical, physchological and social approach covering family, teacher and family practitioner would provide healthy outputs at adolescent health and development.

Key words: Adolescent, Family, School, Family Practitioner, PSS, RS, RHBS

Supported by: Hacettepe University, Scientific Research Projects Coordination Unit, Project number: 013D01106001

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR	iii
ÖZET	iv
İNGİLİZCE ÖZET	v
İÇİNDEKİLER	vi
SİMGELER ve KISALTMALAR	viii
ŞEKİLLER	ix
TABLolar	x
1. GİRİŞ	1
1.1. Amaçlar	7
2. GENEL BİLGİLER	8
2.1. Adolesan Gelişme Dönemleri	9
2.1.1. Erken Adolesan Dönem	9
2.1.2. Geç Adolesan Dönem	10
2.2. Adolesan Dönem Sağlık Sorunları	11
2.2.1. Fiziksel Sağlık Sorunları	12
2.2.2. Ruhsal Sağlık Sorunları	13
2.2.3. Davranışsal Sağlık Sorunları	14
2.3. Adolesanın Yaşam Tarzını Etkileyen Etmenler	15
2.3.1. Aile	15
2.3.2. Okul Ortamı	19
2.3.3. Sağlık Hizmetleri	21
3. GEREÇ ve YÖNTEM	30
3.3. Araştırma Bölgesinin Tanıtımı	30

3.4. Araştırmanın Tipi	30
3.5. Araştırmanın Evreni	30
3.6. Araştırmanın Örneklemi	31
3.7. Araştırmanın Hipotezi	35
3.8. Araştırmanın Değişkenleri	35
3.9. Veri Toplama.....	36
3.10. Veri Analizi.....	40
3.11. Tanımlar.....	49
3.12. Etik Konular.....	50
3.13. Araştırma Sırasında Karşılaşılan Zorluklar	51
3.14. Araştırmanın Zaman Çizelgesi	52
4. BULGULAR.....	53
4.3. Birinci Aşama.....	53
4.4. İkinci Aşama.....	86
4.5. Bölüm Tutarlılık Analizleri	114
6. SONUÇ ve ÖNERİLER.....	143
7. KAYNAKLAR	149
EK.1.....	164
EK-2	172
EK-3	178
EK-4	182
EK-5	185
EK-6	186
EK-7	187

SİMGELER VE KISALTMALAR

ABTÖ:	Anne Baba Tutum Ölçeği
AYÖ:	Aile Yılmazlık Ölçeği
BİT:	Bilgi iletişim Teknolojileri
ÇHS:	Çocuk Haklarına dair Sözleşme
ÇKK:	Çocuk Koruma Kanunu
DSÖ:	Dünya Sağlık Örgütü
IARC:	International Agency for Research on Cancer
KHK:	Kanun Hükmünde Kararname
PSS:	Parenting Style Scale
RG:	Resmi Gazete
RHBs:	Risky Health Behaviors
RHBS:	Risky Health Behaviors Scale
RS:	Resilience Scale
RSD:	Riskli Sağlık Davranışları
RSDÖ:	Riskli Sağlık Davranışları Ölçeği

ŞEKİLLER

Şekil 1.1. Adolesanların sosyal çevreleri ve gelişimlerine etkisi.....	3
Şekil 1.2. Riskli ailenin çocuk ve erişkin sağlığı üzerindeki etkileri.....	4
Şekil 3.1. Adolesan, aile, öğretmen ve aile hekimi iletişimde ortak bağlantılar.....	42
Şekil 3.2. Araştırmanın akış şeması.....	45

TABLÖLAR

Tablo 3.1. Riskli sağlık davranışları olan öğrencilerin sigara ve alkol içme durumları (Mamak-Ankara, 2013)	32
Tablo 3.2. Riskli sağlık davranışları olan, sigara ve alkol kullanan öğrencilerin okullarının dağılımı (Mamak-Ankara, 2013)	33
Tablo 3.3. Riskli sağlık davranışları olmayan öğrencilerin sigara ve alkol içme durumları (Mamak-Ankara, 2013).....	34
Tablo 3.4. Veri toplama formu değişkenleri	39
Tablo 3.5. RSD Ölçeği, Alt Boyutları ve Ham Puanları.....	46
Tablo 3.6. ABTÖ Ölçeği, Alt Boyutları ve Ham Puanlarına göre anne baba tutumunun belirlenmesi.....	48
Tablo 4.1. Adölesanların kayıtlı oldukları okullar (Mamak-Ankara, 2013).....	53
Tablo 4.2. Adölesanların yaşı ve cinsiyet özellikleri (Mamak-Ankara, 2013)	54
Tablo 4.3. Adölesanların Anadolu ve Düz liselerde eğitim alma durumlarına göre yaş ve cinsiyet özellikleri (Mamak-Ankara, 2013).....	55
Tablo 4.4. Adölesanların anne ve babalarının öğrenim ve çalışma durumları (Mamak-Ankara, 2013)	56
Tablo 4.5. Adölesanların kardeşlerinin özellikleri (Mamak-Ankara, 2013).....	57
Tablo 4.6. Adölesanların görüşlerine göre ailelerinin sosyoekonomik düzeylerinin dağılımı (Mamak-Ankara, 2013).....	58
Tablo 4.7. Adölesanların harçlık miktarlarını değerlendirmeleri (Mamak-Ankara, 2013)....	59
Tablo 4.8. Adölesanların en sık yaptıkları üç boş zaman aktivitelerinin dağılımı (Mamak-Ankara, 2013)	60
Tablo 4.9. Adölesanların kendi görüşlerine göre aileleri ile ilişkileri (Mamak-Ankara, 2013)	62
Tablo 4.10. Adölesanların okul başarılarını değerlendirmeleri (Mamak-Ankara, 2013).....	63
Tablo 4.11. Adölesanların kendi beslenme durumları ve vücut yapıları hakkındaki görüşlerinin dağılımı (Mamak-Ankara, 2013)	64
Tablo 4.12. Adölesanların bilgisayar ve internet kullanım özellikleri (Mamak-Ankara, 2013)	66
Tablo 4.13. Adölesanların cep telefonu kullanım özellikleri (Mamak-Ankara, 2013).....	68
Tablo 4.14. Adölesanların bazı riskli sağlık davranışları (Mamak-Ankara, 2013).....	70
Tablo 4.15. Adölesanların Riskli Sağlık Davranışları Ölçeğinden aldıkları puanlar (Mamak-Ankara, 2013)	72
Tablo 4.16. Adölesanların Riskli Sağlık Davranışları Ölçeği'nden aldıkları puanların ortanca kesim noktasına göre dağılımı (Mamak-Ankara, 2013)	73
Tablo 4.17. Cinsiyete göre RSDÖ ve alt boyutlarından alınan puanların ortanca kesim noktasına göre dağılımı (Mamak-Ankara, 2013).....	74

Tablo 4.18. Anne öğrenim durumuna göre RSDÖ ve alt boyutlarından alınan puanların ortanca kesim noktasına göre dağılımı (Mamak-Ankara, 2013)	75
Tablo 4.19. Baba öğrenim durumuna göre RSDÖ ve alt boyutlarından alınan puanların ortanca kesim noktasına göre dağılımı (Mamak-Ankara, 2013)	76
Tablo 4.20. Aile gelir durumuna göre RSDÖ ve alt boyutlarından alınan puanların ortanca kesim noktasına göre dağılımı (Mamak-Ankara, 2013)	77
Tablo 4.21. Adölesanların Anne Baba Tutum Ölçeği ve alt boyutlarından aldıkları puanlar (Mamak-Ankara, 2013).....	79
Tablo 4.22. Adölesanların Anne Baba Tutum ölçeğinden aldıkları puanlara göre anne baba yaklaşımları (Mamak-Ankara, 2013).....	80
Tablo 4.23. Cinsiyete göre ABTÖ ve alt boyutlarından alınan puanların ortanca kesim noktasına göre dağılımı (Mamak-Ankara, 2013).....	81
Tablo 4.24. Anne öğrenim durumuna göre ABTÖ ve alt boyutlarından alınan puanların ortanca kesim noktasına göre dağılımı (Mamak-Ankara, 2013)	82
Tablo 4.25. Baba öğrenim durumuna göre ABTÖ ve alt boyutlarından alınan puanların ortanca kesim noktasına göre dağılımı (Mamak-Ankara, 2013)	83
Tablo 4.26. Aile gelir durumuna göre ABTÖ ve alt boyutlarından alınan puanların ortanca kesim noktasına göre dağılımı (Mamak-Ankara, 2013)	84
Tablo 4.27. Riskli sağlık davranışı olan ve olmayan adölesanların ABTÖ ve alt boyutlarından aldıkların puanların ortanca kesim noktasına göre dağılımı (Mamak-Ankara, 2013)	85
Tablo 4.28. Riskli sağlık davranışları olan ve olmayan adölesanların cinsiyet ve yaşı dağılımı (Mamak-Ankara, 2013).....	86
Tablo 4.29. Riskli sağlık davranışları olan ve olmayan adölesanların okullarının dağılımı (Mamak-Ankara, 2013).....	87
Tablo 4.30. Riskli sağlık davranışları olan ve olmayan adölesanların RSDÖ ve alt boyutlarından aldıkları puanlar (Mamak-Ankara, 2013)	88
Tablo 4.31. Riskli sağlık davranışları olan ve olmayan adölesanların ailelelerinin bazı sosyodemografik özellikleri (Mamak-Ankara, 2013).....	90
Tablo 4.32. Riskli sağlık davranışları olan ve olmayan adölesanların ailelerine göre okul başarıları (Mamak-Ankara, 2013).....	91
Tablo 4.33. Riskli sağlık davranışları olan ve olmayan adölesanların ailelerine göre adölesanların kendileriyle ilgili algıları (Mamak-Ankara, 2013).....	92
Tablo 4.34. Riskli sağlık davranışları olan ve olmayan adölesanların ailelerine göre adölesanların en sık yaptığı boş zaman aktiviteleri (Mamak-Ankara, 2013).....	93
Tablo 4.35. Riskli sağlık davranışları olan ve olmayan adölesanların ailelerine göre aralarındaki ilişki durumu (Mamak-Ankara, 2013)	94
Tablo 4.36. Riskli sağlık davranışları olan ve olmayan adölesanların ailelerine göre bazı riskli sağlık davranışlarının öğretmen ve aile hekimi tarafından bilinme durumları (Mamak-Ankara, 2013)	96
Tablo 4.37. Riskli sağlık davranışları olan ve olmayan adölesanların ailelerinde bazı riskli sağlık davranışların olma durumu (Mamak-Ankara, 2013).....	97
Tablo 4.38. Riskli sağlık davranışları olan ve olmayan adölesanların anne ve babaları arasındaki ilişki (Mamak-Ankara, 2013)	97

Tablo 4.39. Riskli sağlık davranışları olan ve olmayan adolesanların ailelerinin Aile Yılmazlık Ölçeği'nden aldıkları puanların dağılımı (Mamak-Ankara, 2013)	98
Tablo 4.40. Riskli sağlık davranışları olan ve olmayan adolesanların öğretmenlerinin yaş ve cinsiyet özellikleri (Mamak-Ankara, 2013)	99
Tablo 4.41. Riskli sağlık davranışları olan ve olmayan adolesanların öğretmenlerine göre okul başarıları (Mamak-Ankara, 2013)	100
Tablo 4.42. Riskli sağlık davranışları olan ve olmayan adolesanların öğretmenlerine göre kendileri ile ilgili algılarının dağılımı (Mamak-Ankara, 2013)	101
Tablo 4.43. Riskli sağlık davranışları olan ve olmayan adolesanların öğretmenlerine göre boş zaman aktivitelerinin yüzde dağılımı (Mamak-Ankara, 2013)	102
Tablo 4.44. Riskli sağlık davranışları olan ve olmayan adolesanların öğretmenlerine göre anne ve baba tutumları (Mamak-Ankara, 2013)	103
Tablo 4.45. Riskli sağlık davranışları olan ve olmayan adolesanların öğretmenlerine göre bazı riskli sağlık davranışlarının aile ve aile hekimi tarafından bilinme durumları (Mamak-Ankara, 2013)	105
Tablo 4.46. Riskli sağlık davranışları olan ve olmayan adolesanların aile hekimlerinin hekimlik ve öğrenciyi tanıma süreleri (Mamak-Ankara, 2013)	106
Tablo 4.47. Riskli sağlık davranışları olan ve olmayan adolesanların aile hekimlerinin son bir yılda adolesanı görme durumları (Mamak-Ankara, 2013)	106
Tablo 4.48. Riskli sağlık davranışları olan ve olmayan adolesanların aile hekimlerine göre adolesanların okul başarıları (Mamak-Ankara, 2013)	107
Tablo 4.49. Riskli sağlık davranışları olan ve olmayan adolesanların aile hekimlerine göre kendileri ile algıları (Mamak-Ankara, 2013)	108
Tablo 4.50. Riskli sağlık davranışları olan ve olmayan adolesanların aile hekimlerine göre boş zaman aktiviteleri (Mamak-Ankara, 2013)	109
Tablo 4.51. Riskli sağlık davranışları olan ve olmayan adolesanların aile hekimlerine göre aileleri ile ilişki durumları (Mamak-Ankara, 2013)	111
Tablo 4.52. Riskli sağlık davranışları olan ve olmayan adolesanların aile hekimlerine göre bazı riskli sağlık davranışlarının olma durumu (Mamak-Ankara, 2013)	113
Tablo 4.53. Riskli sağlık davranışları olan ve olmayan adolesanların ABTÖ ve alt boyutlarından aldıkları puanlar (Mamak-Ankara, 2013)	115
Tablo 4.54. Riskli sağlık davranışları olan ve olmayan adolesanların ile aile, öğretmenleri ve aile hekimlerinin sigara ve alkol içme durumları konusundaki tutarlılıkları (Mamak-Ankara, 2013)	116
Tablo 4.55. Riskli sağlık davranışları olan ve olmayan adolesanların aileleri ile öğretmenleri ve aile hekimlerinin sigara ve alkol içme durumları konusundaki tutarlılıkları (Mamak-Ankara, 2013)	117
Tablo 4.56. Riskli sağlık davranışları olan ve olmayan adolesanların Anne tutum, Baba tutum, Destek alma ve Okul başarısı konularında verdikleri cevapların Aile, Öğretmen ve Aile Hekimlerinin yanıtları ile karşılaştırılması (Mamak-Ankara, 2013)	119

1. GİRİŞ

Çocukluk dönemi yaşam boyu sağlıklı olmak için yatırım yapılması gereken temel bir dönem olarak tanımlanmaktadır (1). Cenevre Çocuk Hakları Bildirisi (1924) ve 20 Kasım 1959 tarihinde Birleşmiş Milletler Teşkilatı Genel Kurulunca kabul edilen Çocuk Hakları Bildirisi gibi birçok uluslararası belgede çocukluk döneminin tanımı yapılmıştır. Birleşmiş Milletler Genel Kurulu tarafından 20 Kasım 1989 yılında kabul edilen Çocuk Haklarına dair Sözleşmede (ÇHS) ise çocukluk dönemi şu şekilde tanımlanmaktadır: “Çocuğa uygulanabilecek olan kanuna göre daha erken yaşta reşit olma durumu hariç, on sekiz yaşına kadar her insan çocuk sayılmaktadır” (2). Türkiye’de de ÇHS ile ilgili yasalara göre 18 yaş altındaki herkes çocuk olarak kabul edilmektedir (2-4). Bu sözleşmeyi onaylayan devletler, her çocuğun büyüme ve gelişme açısından en üst düzeye ulaşması ile ilgili sorumluluğu kabul etmektedirler (2).

Çocukluk döneminde birçok değişim bir arada ve hızlı olarak yaşanmaktadır. Çocukluk dönemi 18 yıl sürmekle birlikte, farklı özellikleri nedeniyle alt dönemlere ayrılmaktadır. Dönemler arasında büyüme ve gelişme açısından farklılıklar olduğu gibi, çocuklar açısından farklı sağlık riskleri ile de karşılaşmaktadır. Çocukluk dönemlerinde ortaya çıkan sorunlar büyüme ve gelişmeyi olumsuz olarak etkilemekte, yeni sağlık sorunlarının da ortaya çıkmasına neden olabilmektedir (5).

Çocukluk dönemlerinden biri olan adolesan dönem Dünya Sağlık Örgütü’nün tanımına göre 10-19 yaş grubunu kapsamaktadır (6). Adolesan dönemde fiziksel, psiko-sosyal, cinsel büyüme ve gelişme tamamlanmaktadır. Adolesan dönemde büyüme ve gelişmeye bağlı sağlık sorunlarının yanı sıra psikososyal gelişme nedeniyle de pek çok davranışsal sorun ortaya çıkabilmektedir (7, 8). Bu dönemde sigara, alkol ve madde kullanımı ile bağımlılığına ilişkin sağlık sorunlarının ortaya çıkabilmektedir. Madde kullanımının yanı sıra, son yıllarda cep telefonu, internet gibi farklı bağımlılıklar da gündeme gelmektedir. Son zamanlarda vücudunda daimi iz bırakan dövme ve piercing uygulamaları da adolesanların riskli sağlık davranışları arasında kabul edilmesi konusunda tartışmalar yapılmaktadır. Ayrıca adolesan dönemde kaza

ve şiddet sonucu olan yaralanmalar ölüm nedenleri arasında yer almakta ve öncelikli sağlık sorunları arasında tanımlanmaktadır (9-11).

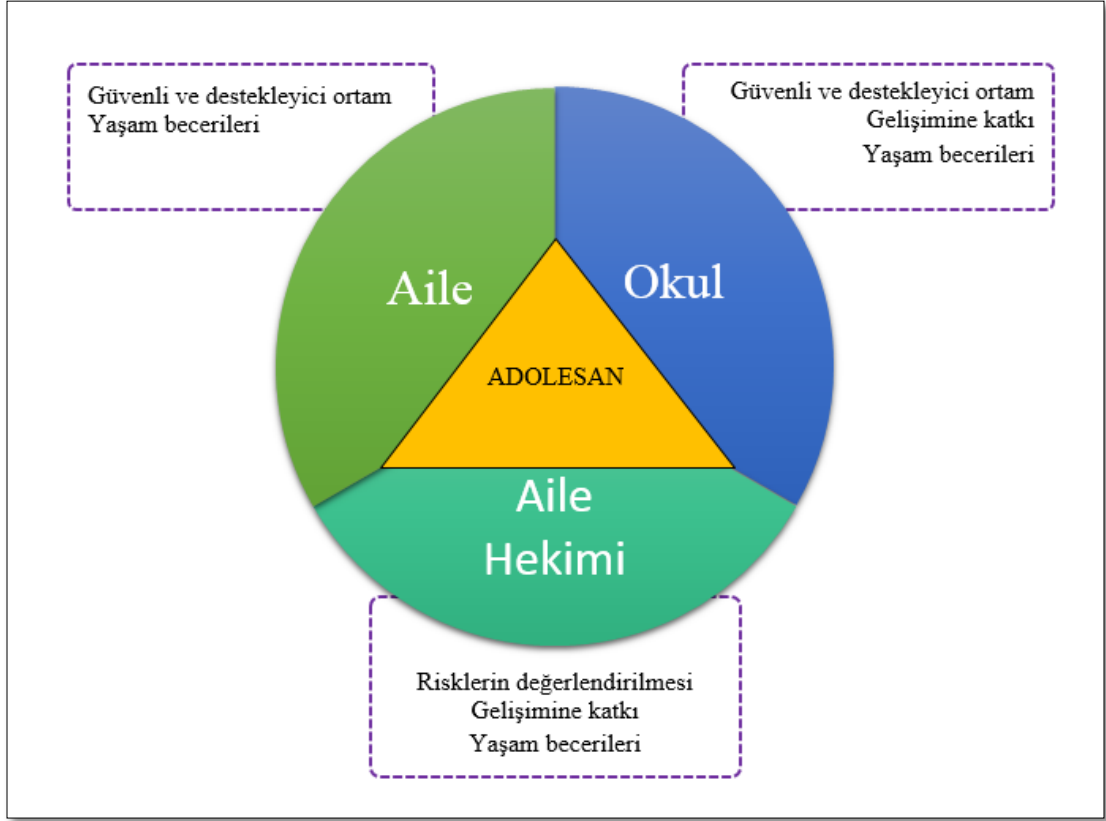
Adolesan dönemde büyüme, gelişme ve değişim çok hızlı olarak olmaktadır. Dünyada adolesan dönemdeki büyüme atağı giderek daha erken yaşlara doğru çekilirken pek çok toplumda evlenme gibi sosyal rollerin değiştiği olaylar daha ileri yaşlara doğru kaymaktadır. Bu da fiziksel ve cinsel büyüme ve gelişme sürecinin tamamlanmasına karşılık psikososyal gelişimin daha uzun bir zamana yayılmasına neden olabilmektedir (12). Diğer taraftan küreselleşen dünyada hızlı sanayileşme, internet ve sosyal medya erişimi ile adolesanlar geneline ulaşarak büyüme ve gelişmektedirler (8). Büyümenin getirdiği etkilerin beyin gelişimi ve sosyal medya ile etkileşiminin hızla yaygınlaşması adolesanların sosyal gelişimini önemli ölçüde etkilemektedir (12, 13). Sosyal değişim sürecinde pek çok etkenin etkisi altında olan adolesanın bu dönemde özel ilgiye gereksinimi olmaktadır (14, 15).

Dünyadaki adolesan yaş grubu nüfusunun artması ulusal refahı arttıracak sağlıklı yaş grubunun işgücüne katılması olarak değerlendirilmektedir (9, 16-18). Oysa, adolesan nüfusun büyük bir bölümü gelir düzeyi düşük ya da orta olan ülkelerde yaşamaktadır. Bu ülkelerde kaynaklara erişmede ve kaynakların kullanımında, etnik köken, cinsiyet ve sosyal sınıflar arasında eşitsizlikler yaşanmaktadır (19). Bu durum farklı sosyal gruplarda adolesanların öğretim kurumlarına ulaşamamasına ve nitelikli işgücüne katılamamasına neden olabilmektedir. Adolesan dönemdeki bireyleri etkileyen ekonomik ve politik karar ve uygulamalar etkileşim halindedirler. En önemli politika ve uygulamalardan biri eğitime verilen önemdir. Eğitim, işsizliği azaltmanın yanı sıra, insan haklarının sunumunu sağlamak ve toplumun refah düzeyini arttırmak ve sağlığın geliştirilmesi için iyi bir strateji olarak kullanılmaktadır (20).

Adolesan dönemde yaşanan hormonal ve fiziksel değişimler çok iyi bilinmektedir. Toplumun da etkisiyle yaşanan farklı sosyal rollerin doğası gereği, adolesanların gelecekleri ve kendileri ile ilişkili isteklerinde önemli farklılıklar görülmektedir (8, 21, 22).

Adolesanın büyüme ve gelişme sürecinde sosyal çevresi önemli rol oynamaktadır. Bu dönemde sosyal çevrenin bileşenleri koordinasyon içerisinde

bulunarak adolesanın sağlıklı gelişiminin takibini yapabilmelidirler. Sosyal çevrenin bileşenleri aile, okul, sağlık hizmetleri ve dış etkenler olarak gruplandırılabilir (Şekil 1.1).

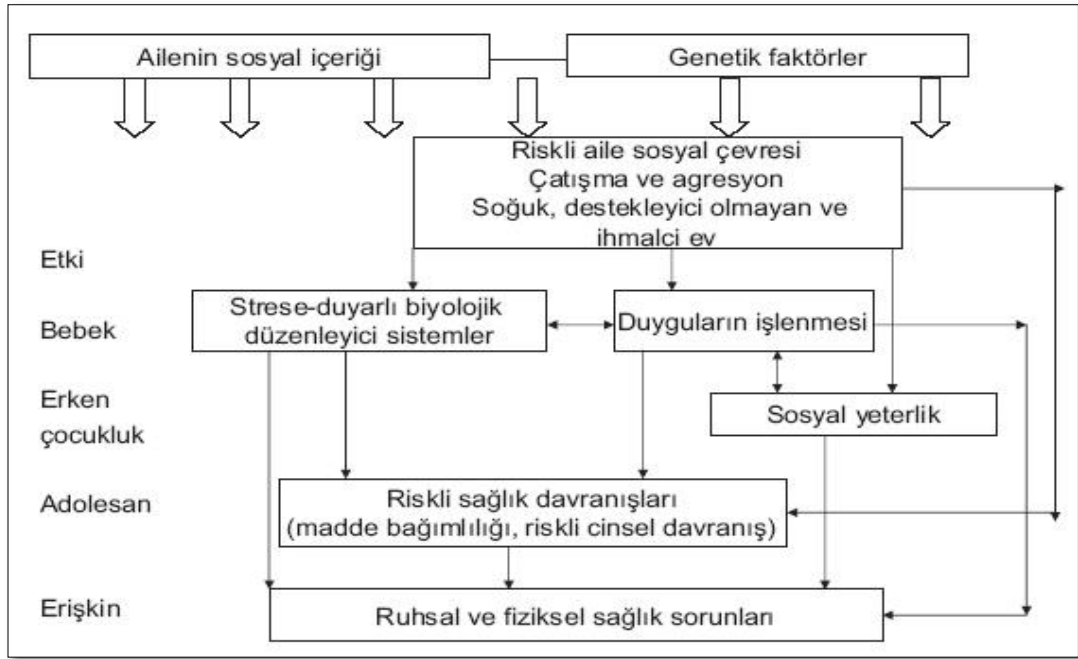


Şekil 1.1. Adolesanların sosyal çevreleri ve gelişimlerine etkisi

Aile çocuğun büyüme ve gelişim sürecinde en etkili sosyal yapıdır. Ailenin rolü büyüme ve gelişim sürecinde yaşayabileceği değişikliklere uyum sağlanmasında önemlidir (23). Aile içindeki güvenli ve olumlu çevre koşullarının adolesanda sağlığı geliştirme davranışlarının en temel belirleyicilerindendir. Adolesan ailesinden aldığı sosyal destek ile çevresinde oluşabilecek riskli durumlarla kolaylıkla baş edebilmektedir. Diğer taraftan aile içerisindeki risk faktörleri adolesanın normal gelişimini olumsuz yönde etkileyebilmektedir (24, 25).

Ailenin yaşam kalitesi riskli davranışların oluşması ile ilişkilidir (Şekil 1.2) (26). Aile yaşam kalitesi ile ilgili belirleyiciler incelendiğinde; sağlık (aile üyelerinin

bedensel ve ruhsal iyilik hali), ekonomik iyilik hali (ailenin ekonomik geliri), aile ilişkileri (aile içi ilişkilerden memnun olma), diğer insanlardan destek alma (aile ve akrabalarla vakit geçirme, onlardan destek görme), engeli olduğu bir durumda bu durumu ile ilgili hizmetlerden destek alma, dini ve toplumsal inançlar, kariyer (aile üyelerinin iş ve meslek durumları), boş zaman etkinlikleri ve yaşamdan zevk alma, toplumsal katılım (çeşitli gruplara, organizasyonlara katılma) ön plana çıkmaktadır (27). Yine ailenin yeterli sosyal desteği vermemesi, ebeveynin bazı riskli davranışlarının adolesana örnek olması, ebeveynin adolesan üzerinde kontrolü ve izlemlerinin yeterli olmaması, evlilik içi yaşanan sorunlar, ebeveynlerin sorumluluklarını bilmemesi, adolesan-ebeveyn çatışması, aile içi şiddet riskli davranışların ortaya çıkmasında rol oynamaktadır (27-34).



Şekil 1.2. Riskli ailenin çocuk ve erişkin sağlığı üzerindeki etkileri

Okul ortamı, adolesanın yaşam becerileri geliştirmesinde temel sosyal çevre bileşenlerinden biri olarak rol oynamaktadır. Eğitim süreci ve eğitim ortamı, bireyin yaşadığı çevreye ve topluma uyum sağlamasını öğrenmesini sağlamaktadır. Okul ile adolesan arasında sağlıklı bir etkileşim ve işbirliğinin oluşturulması, gelecekteki

sağlıklı yaşam davranışlarının belirlenmesinde önem taşımaktadır. Özellikle on iki yıllık ilköğretim döneminin son dört yıllık dönemi geç adolesan dönemine denk gelmektedir. Geç adolesan dönemi çevreye uyum sağlamakta zorlanılan çalkantılı bir süreç olarak yaşanabilmektedir. Bu yılların sağlıklı geçirilmesi, erişkinliğe sağlıklı ve uyumlu bir geçişi sağlamaktadır. Adolesanın uyumlu bir kişilik kazanabilmesi ve sağlıklı gelişmesi için uygun bir eğitim-öğretim ortamında bulunması önem taşımaktadır.

Okulda başarısız olan adolesanlarda riskli davranışlarının daha fazla olduğu (35-38) ve ders başarısı yüksekliğinin ise sağlıklı davranışlarla ilişkili olduğu bilinmektedir (39, 40).

Adolesana yönelik sağlık hizmetlerinin temel amacı onların fiziksel, ruhsal ve sosyal yönden tam iyilik haline ulaşmasına yönelik olmalıdır. Adolesanı riskli durumlara karşı korumak, gelişiminin sağlıklı olmasına katkı sağlamak ve ortaya çıkan sağlık sorunlarını erken dönemde tespit etmek ve tedavi etmek sağlık düzeyinin yükseltilmesi sağlamak açısından önem taşımaktadır (5).

Adolesan dönemde özellikle sağlığı koruyucu ve geliştirici hizmetlerin önemi büyüktür. Adolesanların gelişimlerinin sağlıklı olabilmesi ve sağlıklı bir yaşam biçimi geliştirmeleri, birincil ve ikincil koruma programlarıyla gerçekleştirilebilir. Adolesanların pek çok riskli, davranışı bir arada gösterebilecekleri ve bu riskli davranışların birbirleriyle ilişkili olabileceği bilinmektedir. Bu nedenle sağlıklı davranışların geliştirilmesi, riskli davranışların önlenmesinde daha önemli hale gelmektedir (5).

Adolesanları riskli durumlardan ve bu durumlara bağlı oluşabilecek zararlardan korunabilmesi temel amaç olarak tanımlanmaktadır (5, 41). Adolesanın içinde bulunduğu çevrenin sağlıklı davranışlar kazanabilmesi için önemli bir yeri vardır. Bu çevrenin oluşturan aile, okul ve sağlık hizmetleri etkileşiminde koordinasyon sağlanması, olumlu bir yaklaşım modelinin sergilenmesi gerekmektedir. Bu etkileşim içerisinde adolesanın etrafındaki aile, okul ve sağlık hizmetlerinin rol ve sorumlulukları birbirinden farklıdır. Aile, okul sistemi ve sağlık hizmetlerinde adolesanın sahip olabileceği farklı riskler tanımlanabileceği gibi, adolesanın yaşam

kalitesini yükseltecek bilgi ve becerilere sahip olması konusunda da farklı katkılar sağlanabilir.

Bu çalışmanın planlanmasında adolesanların yaşam tarzları ve becerilerinin saptanması; aile, okul ve sağlık hizmetleri kapsamında değerlendirilmesi, okul ve sağlık hizmetlerinin adolesan sağlığının koruma ve geliştirilmesindeki koordinasyonuna ilişkin öneri geliştirebileceği düşünülmüştür.

1.1. Amaçlar

Bu çalışma Ankara İlinin Mamak İlçesine kayıtlı lise ve dengi eğitim veren sekiz okulun lise üçüncü sınıf öğrencileri ile; bu öğrencilerden seçilen bir grup öğrencinin öğretmenleri, aileleri ve aile hekimleri ile Mart-Haziran 2013 döneminde yapılmıştır.

Bu araştırmada lise 3. sınıf öğrencilerinin,

1. Kendi ifadelerine göre adolesanların;

- Yaşam tarzları ve riskli sağlık davranışlarının saptanması
- Aileleri ile olan ilişkilerinin tanımlanması

2. Riskli sağlık davranışlarına sahip olan adolesanların;

- Ailelerinin ifadelerine göre adolesanın yaşam tarzı ve riskli sağlık davranışları ile adolesan ile ilişkilerinin tanımlanması,
- Öğretmenlerinin ifadelerine göre adolesanın yaşam tarzı, riskli sağlık davranışları ile adolesan ve ailesinin arasındaki ilişkinin tanımlanması,
- Aile hekimlerinin ifadelerine göre adolesanın yaşam tarzı, riskli sağlık davranışları ile adolesan ve ailesinin arasındaki ilişkinin tanımlanması,
- Adolesanın yaşam tarzı ve riskli sağlık davranışları hakkında aile, okul ve aile hekiminin görüşlerinin karşılaştırılması,

Elde edilecek sonuçların ve geliştirilecek önerilerin sağlık ve eğitim kurumlarındaki ilgili yöneticilerle paylaşılarak, sağlık ve öğretim kurumlarında adolesanın gelişimi için izleme sistemine ilişkin öneriler oluşturulacaktır.

2. GENEL BİLGİLER

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ); 10-19 yaş grubu arası adolesan dönem, 20-24 yaş grubu gençlik dönemi ve 10-24 yaş grubu ise genç insanlar olarak tanımlamaktadır. Dünya nüfusunun %17,5 kadarının 15-24 yaş grubunda olduğu tahmin edilmektedir (8, 13,14).

Adolesan dönem bir geçiş süreci olması sebebiyle büyüme ve gelişmesinin yanısıra bazı riskli davranışlar gündeme gelmektedir. Bu dönemde sigara, alkol ve madde kullanımı ve bağımlılığın ilişkili sağlık sorunlarının ortaya çıktığı bilinmektedir. Adolesan dönemde cinsel büyüme ve gelişmenin yaşanması ile ilgili sorunlar da önem kazanmaktadır. Kaza ve şiddet sonucu olan yaralanmalar da, diğer öncelikli sağlık sorunları arasında tanımlanmaktadır (5, 6).

Adolesan yaş grubu homojen bir grup olmayıp, biyolojik ve duygusal gelişim açısından adolesanlar arasında büyük farklılıklar göstermektedirler. Her adolesanın yaşamdan beklentisi ve fırsatlara karşı tepkisi kendine özgü ve kişisel olmaktadır. Ek olarak, çocukluktan yetişkinliğe geçiş esnasında fizyolojik, psikolojik ve sosyal değişiklikler, eş zamanlı ve uyum içinde olması beklenmekle beraber; bazen bir önceki uyum düzeyine gerileme ve tekrar ilerleme dönemleri ile seyredilmektedir. Her adolesanın fizyolojik, psikolojik ve sosyal gelişimine uyan standart bir gelişim tanımlamak mümkün olamamaktadır. Ancak bu dönemi fizyolojik, psikolojik ve sosyal gelişim açısından, her adolesanda farklı şekillerde ve üst üste seyreden erken ve geç adolesan olmak üzere iki evreye ayırarak incelenmektedir (42). Adolesanın riskli davranışlardan uzak kalarak sağlığını geliştirici davranışları benimsemesi, topluma katılabilmesi, yetişkinler arasında yerini ve konumunu alabilmesi, bu evrelerde kazandığı bilgi, beceri ve deneyimlere bağlı olmaktadır (5, 6).

2.1. Adolesan Gelişme Dönemleri

2.1.1. Erken Adolesan Dönem

Erken adolesan, döneme özgü belirtiler ile başlar. Erken adolesan dönem belirtilerinin başlaması ırk, aile ve beslenme durumu gibi parametrelerden etkilendiği için adolesan dönem başlama yaşı değişkenlik gösterebilir. Genelde 10-14 yaşları ve ortaokul yıllarını kapsayan dönem, erken adolesan olarak kabul edilmektedir. Türk çocuklarında bu belirtiler kızlarda 10, erkeklerde 12 yaşında başlamaktadır. Meydana gelen fiziksel değişiklikler, sürekli olarak adolesanın zihnini meşgul ederken; sürekli olarak normal bir yapıya sahip olup olmadıklarını sormaktadırlar. Görünümü, cazibesi, alımlılığı hakkında şüpheleri, tereddütleri olan adolesan, vücudunu diğer adolesanlar ile karşılaştırmaktadır. Vücudundaki cinsel gelişim konularına ilgileri artmıştır (5, 42-44).

Bu dönemde anne ve babaya bağıllık ve anne ve babanın bulunduğu faaliyetlere ilgi azalmaya başlamıştır. Anne ve babanın öğütlerine razı olma ve özgürlük ile ilgili sorunlar ortaya çıkmaya başlamıştır. Aileye bağıllığın azalması arkadaşlarına olan bağıllığın artması anlamına gelmektedir. Genelde aynı cinsiyetten arkadaşı olan adolesanların bu durumu daha yoğun yaşadıkları bilinmektedir (5, 42-44).

Fiziksel değişikliklerin hızlı olduğu bu dönemde, erken adolesanın bilişsel yetilerinde de gelişmeler olmaya başlamıştır. Piaget'in bilişsel teorisine göre bu durum, somut düşünceden, soyut düşünceye geçişin evrimsel bir uyumudur. Bu uyum sonucu, adolesanın olayları soyutlama yeteneği artar. Yanlış davranmaktan, ceza korkusu ile değil kendisi de doğru bulmadığı için kaçınmayı öğrenmektedir (5, 42-44).

Erken adolesanlar hayal kurmak ve bu hayallerin gerçekleşebileceği konusunda çok derin bir öngörüyle düşünme gücüne sahiptirler. Hedef belirlerken gerçek dışı veya aşırı idealist mesleki hedefler koymaktadırlar. Aileleri, öğretmenleri ve kardeşleri ile yakın iletişim içinde buldukları bireyler ile sık sık sorun yaşamaktadırlar. Yaşanan bu durum sırasında kendilerini haklı görmekte ve empati kuramamaktadırlar. Adolesanların mahremiyetleri bu dönemde çok önem

taşımaktadır. Vücutlarında oluşan değişimleri gizlemek istemektedirler. Erken adolesan dönemde görülebilen bazı davranışlar; kapıları kilitlemek, kardeşlerini yanlarında istememek, telefon görüşmelerini saklı yapmak, günlük ve hatıra defteri tutmak ve başkalarının okunmasını engellemeye çalışmaktır (42-44).

2.1.2. Geç Adolesan Dönem

Genelde 15-19 yaşları ve lise yıllarına denk gelen adolesanlar da, döneme özgü belirtilerin büyük bir kısmı meydana gelmiştir (42-44). Bu dönemde 17 yaşındaki erkekler ile 15 yaşındaki kızlar, erişkin boylarının %99'una ulaşmıştır. Artık adolesanın zihni, vücudunda meydana gelen değişikliklerle daha az ilgilenmektedir.

Aileye bağlılık daha da azalmıştır. Arkadaş grupları oluşturmaya başlamışlardır. Arkadaş grupları, rastgele bir araya gelen topluluklar değildir. Onları bir arada tutan özellikler vardır. Adolesan, gruptaki arkadaşları ile özdeşim yapar ve onların tutum ve davranışlarını benimser. Ailesine karşı, grubun görüşlerini kendi fikirleriymiş gibi savunur. Bu dönemde evden ayrılma girişimleri olabilmektedir. Anne babadan kopma eğilimi onu bir bakıma boşlukta bırakmıştır. Bu boşluğu arkadaş ilişkileri ile doldurmaya çalışan adolesan, evde kişiliğini kanıtlamaya çalışırken, grup içinde aşırı uyumlu bir kimliğe sahiptir (5, 42-44).

Geç adolesanlarda, kızlı erkekli gruplaşmalar, ikili arkadaşlıklar ve sonra flörtler başlamaktadır. Bazı adolesanların duygusal ve cinsel yaşam deneyimleri kazanmaya başlarlar. Amerika ve Avrupa'da 18 yaşın altındaki kızların %40'nın cinsel deneyimi olduğu belirtilmektedir (44).

Geç adolesan dönemde mantığa dayanan soyut düşünme yeteneği artmaktadır. Adolesanlar başkalarının hislerini anlamaya başlamışlardır. Yaratıcılık ve entelektüellikleri artmıştır. Adolesanlarda bu dönemde riskli davranışlar ile bunlara bağlı alkol, madde kullanımı, gebelik, cinsel yolla geçen hastalık, özkıyım ve kazaların görülme sıklığı da artabilmektedir. Bu dönem ayrılma ve kimlik mücadelesinin yaşandığı son dönem olarak tanımlanmaktadır. Eğer adolesanlığın erken evreleri, uygun aile ve arkadaş desteği ile geçirilmiş ise bu evrede adolesanın, bunları pekiştirme ve yetişkin sorumluluğu alması kolay olmaktadır (42-44).

Geç adolesan huzursuzluğun azaldığı, toplumla bütünleşmenin, arttığı bir dönem olmaktadır. Adolesan artık ailesinden ayrı bir birey haline gelerek adolesan dönemin getirdiği çalkantılı süreci geçirmektedir. Geç adolesan dönemde bireyin dış görünüşü, ailesi ve arkadaşları ile ilgili bir problemi kalmamıştır ve bununla ilgilenmemektedirler. Erkeklerde 18-19 yaşlarında, kızlarda 16-18 yaşlarında epifizlerin kapanması ile büyüme büyük oranda durmuştur (42-44).

Arkadaş grupları yerini adolesanın kendi kimliği ve değerleri almaktadır. Adolesan ilişkilerinde deneyim sahibi olurken, daha paylaşımcı ve karşı cinsiyetten arkadaş seçimi ortak zevke ve karşılıklı anlaşmaya dayanmaktadır. Bu dönemde adolesanlar mantıklı ve gerçekçi olurken ani isteklerini kontrol etme yetenekleri artmaktadır. Mesleki kapasitelerini tespit ederek, meslek seçiminde kendilerine sınırlar koymaktadırlar. Cinsel, dini ve ahlaki değerlere saygı duymaya başlamaktadırlar (42-44).

Sonuç olarak, adolesan dönemi bireyin amaçlarını belirlediği bir süreç olarak yaşanmaktadır. Adolesan geleceği ile ilişkili birçok sorunun cevabını bilmek istemektedir. Adolesan çevresi ile iletişim kurduğu bu dönemde, kimlik duygusunu geliştirmekte ve kendini tanımaya çalışmaktadır (5).

2.2. Adolesan Dönem Sağlık Sorunları

Yapılan araştırmalarda adolesan döneminde önceden sağlıklı olan gençlerin beşte birinde yeni sağlık problemlerinin ortaya çıktığı belirlenmiştir (6). Bunların büyük bir kısmı bedeninin hızlı büyümesine ve gelişmesine bağlı sağlık problemleri olup az bir kısmı ise yüksek tansiyon ve yüksek kolesterol gibi erişkin dönem problemlerinin adolesanda başlamasından kaynaklanmaktadır.

Adolesan dönemde meydana gelen ölüm nedenleri araştırıldığında ise bu dönemde ağır enfeksiyon hastalıkları, doğumsal hastalıklar ve bazı kanser türleri gibi ciddi biyolojik problemlere bağlı ölümlerin çok az olduğu, ancak adolesan ölümlerinin dörtte üçünün yaralanmalar (özellikle trafik kazaları), cinayet ve intihar gibi doğal olmayan ve önlenbilir problemlerden kaynaklandığı saptanmıştır.

Adolesan döneminde sık karşılaşılan davranışlar ve sağlık sorunları şunlardır (5, 7):

2.2.1. Fiziksel Sağlık Sorunları

- **Cilt problemleri:** Adolesan dönemde her iki cinsiyette artmış olan seks hormonları ciltteki yağ bezlerini ve apokrin denilen özel bezleri uyarak ciltte akne gelişimine ve özel vücut kokusuna neden olurlar. Adolesanların %80'inde ancak erkeklerde daha sık görülmektedir. Akne cildin yağlı kısımlarında, en çok alın, burun çevresi, çene, omuzlar ve sırtta görülmektedir. Aknelerde görülen bu yerleşim yerleri adolesanda kozmetik kaygılar yaratabilmektedir.
- **Göz problemleri:** Adolesan dönemde vücuttaki hızlı büyüme hamlesi sırasında göz küresinin büyümesi ve eğiminin artması ile görme bozuklukları belirgin hale geçebilmektedir. En yaygın gözlenen problem uzağı görememe -miyopluktur.
- **Ağız ve diş problemleri:** Adolesan dönemde son geçici dişler (süt dişleri) dökülür ve kalıcı dişler tamamlanır. Hızlı çene büyümesine bağlı diş yerleşim bozuklukları meydana gelebilmektedir.
- **Tiroid bezi ile ilişkili sorunlar:** Boyundaki tiroid bezinin aşırı fonksiyon göstermesi sonucu hipertiroidi, az fonksiyon göstermesi ise hipotiroidi olarak tanımlanmaktadır. Adolesanlarda hipertiroidi daha sık görülen bir tiroid sorunudur. Çok değişik bulgulara neden olabilmektedir; çarpıntı, sinirlilik, terleme, halsizlik gibi. Kızlarda tiroid sorunları erkeklere göre daha sık görülmektedir.
- **Yaralanmalar:** Kasıtsız yaralanmalar gençlerde ölüm ve sakatlıkların başta gelen sebeplerindedir. Trafik kazalarına bağlı yaralanmalar dünyada her gün 700 adolesanın kaybına sebep olmaktadır. Güvenli sürüş teknikleri, kurallara uyma, alkol ve madde etkisi altında iken araç kullanmama konusunda gençlere bilgi verilmesi yaralanmalardan korunmada önem taşımaktadır. Yaralanmalar sosyal olarak daha aktif, dışarıda daha fazla zaman harcayan, toplumsal olarak daha riskli davranışları yapabilen (hızlı araç kullanmak, kavga etmek, kesici-delici

alet taşımak) erkek adolesanlarda kız adolesanlara göre daha sık görülmektedir.

- **Erken gebelikler ve doğumlar:** Dünyada 15-19 yaş grubu kızların 16 milyonu her yıl doğum yapmaktadır ki bütün doğumların %11'ini oluşturmaktadır. Bu doğumlar sıklıkla gelişmekte olan ülkelerde görülmektedir. Adolesan yaş grubunda görülen gebelikler ileri yaşlarda görülen gebeliklere oranla daha risklidir. Yasaların erken evlilik yaşını belirlemesi, toplumun bu konuda yapılan yasalara destek vermesinin sağlanması, kontrasepsiyon yöntemleri konusunda bilgilendirme ile erken gebelikler azaltılabilmektedir. Gebe olan adolesanlara antenatal bakım ve doğum hizmetlerinin sağlanması gerekmektedir. Yasaların uygun olduğu ülkelerde doğumu sağlıklı koşullarda sonlandırmaları sağlanmalıdır.
- **HIV enfeksiyonu:** Dünyada adolesan yaş grubunun da bir dönemini içeren 15-24 yaş grubu 2012 yılında görülen yeni HIV enfeksiyonlarının %40'ını oluşturmaktadır. Dünyada hergün 2.400 genç enfekte olmakta ve küresel olarak beş milyon genç HIV/AIDS ile yaşamaktadır.

2.2.2. Ruhsal Sağlık Sorunları

- Adolesan dönemindeki bireylerde artmış duygusallık ve başkalarıyla özdeşleşme sonucunda ani ruhsal değişimler, depresyon ve intihar daha sık görülmektedir. Yine bu dönemde fizik koordinasyon ve güç arttığı, cinsel özellikleri gelişmeye başladığı için kendini ve dünyayı keşfetme isteği, yeni arayışlar ve riskli davranışlar (örneğin alkollü araç kullanma, hızlı araç kullanma, emniyet kemeri takmama, dövme ve piercing uygulamaları) sık gözlenmektedir. Sigara, alkol, zayıflatıcı ilaçlar, uyarıcı ve uyuşturucu maddelere bağımlılık adolesan dönemde başlamaktadır.
- Genel olarak, adolesanların %20'sinde bir ruh sağlığı sorunu, özellikle depresyon ya da anksiyete bozukluğu görülebilmektedir. Şiddete maruz kalma, yoksul olma ya da intihar gibi durumlar bu riski arttırmaktadır.

2.2.3. Davranışsal Sağlık Sorunları

- **Sigara içme:** Dünyada sigara içenlerin büyük kısmı adolesan dönemde sigaraya başlamış ve yaklaşık 150 milyon genç insan sigara içmektedir.
- **Alkolün kullanım bozukluğu:** Birçok ülkede giderek artan ilgi uyandırmaktadır. Alkol tüketimi erken yaşlarda başlamaktadır ve 2012 yılında adolesan kızların %14'ü, erkeklerin %18'i 13-15 yaşlarında alkol tüketmeye başladıkları rapor edilmiştir. Alkolün kötüye kullanımı kişisel kontrolü azaltmakta ve riskli davranışların oluşmasına sebep olmaktadır.
- **Şiddet:** Şiddet gençler arasında görülen ölümlerin önemli sebepleri arasındadır. Dünyada her gün kişiler arası şiddete bağlı 10-24 yaş grubunda 430 kişi hayatını kaybetmektedir. Her ölüm için ise 20-40 gencin hastanede tedavi gördüğü tahmin edilmektedir. Aile çocuk arasındaki ilişkilerin güçlendirilmesi, yaşam becerilerinin sağlanması, alkol ve silaha ulaşımın engellenmesi şiddetin azaltılmasında etkili olan yaklaşımlardır. Şiddet mağduru veya suçlusu olan adolesanlara empati yaklaşımı şiddetin fiziksel ve psikolojik etkilerinin azalmasını sağlayabilmektedir.
- **Malnütrisyon:** Gelişmekte olan ülkelerde birçok kız ve erkek, adolesan döneme girdiğinde beklenen sağlık potansiyeline sahip olamamaktadır. Bu da onları hastalıklara ve erken ölümlere karşı hassas hale getirmektedir. Adolesan dönemde fazla kiloluluk ve şişmanlık sıklığı artmaktadır. Bu durum ciddi sağlık sorunlarına sebep olmaktadır.
- **Yeme bozuklukları:** Özellikle adolesan kızlarda görülür. Bunlarda beden imgesiyle ilgili saplantılar ve buna bağlı aşırı diyet yapma isteği söz konusudur. Günümüzde giderek daha sık ortaya çıkan bu sorun ölüme kadar varan sonuçlara yol açabilir. Mutlaka hekim müdahalesi gerekmektedir.

2.3. Adolesanın Yaşam Tarzını Etkileyen Etmenler

Problem davranış teorisi adolesan döneminde görülebilen problemlili davranışları tek bir etkenle açıklamak yerine bireyin kişiliği, algıladığı sosyal çevre ve davranış sistemi olmak üzere üç sistemden oluştuğunu savunmaktadır (45). Her bir sistem içerisinde hem koruyucu hem de riskli faktörler yer almaktadır. Koruyucu faktörler adolesanın riskli davranışlardan uzak kalmasına yardımcı olurken; riskli etmenler ise bu davranışlarla ilgilenme olasılığını ortaya kayabilmektedir (46).

Algılanan çevre içerisinde yer alan ebeveyn kontrolü, arkadaş kontrolü, ebeveyn-arkadaş etkisi gibi problem davranışları doğrudan etkilemeyen değişkenlerin dışında, arkadaş yapısı, arkadaş modelleri gibi doğrudan etkileyen değişkenleri içermektedir. Yine ailenin sosyal yapı içindeki yeri, eğitimi, gelir düzeyi gibi değişkenlerde bazı davranışların geliştirilmesinde önem kazanmaktadır (46). Aile, aynı zamanda çocuğa, aile ve toplumun bir üyesi olduğu bilincini aşılarken ve uyum biçimlerinin temelini atmaktadır. Adolesanın sevgi ve güven ortamında sağlıklı yetişmesini sağlamak, yol göstermek, davranışlarına yön vermek ve kurallara uyumunu sağlamak ailenin görevleri arasındadır (47).

Ebeveynler, ebeveynlerinin onları yetiştirirken gösterdikleri davranışları model olarak ya da kitap, dergi, internet gibi kaynaklardan ebeveynliğin doğasına ilişkin elde ettikleri bilgilere dayalı olarak ebeveynlik yapmaktadırlar. Anne ve babaların tutumları, inançları, düşünceleri ve duyguları ebeveyn davranışlarının belirleyicisidir (47).

2.3.1. Aile

Adolesan dönemde yaşanan davranış sorunları ile aile etkileşiminin rolü bilinmektedir. Ebeveyn tutumu, aile ortamı, aile desteği, aile içi uyum ve ilişkiler gibi aileye ilişkin değişik özellikler ile kişilik özellikleri, kaygı, depresyon, psikolojik sağlık ve davranış bozuklukları arasında önemli bağlantılar bulunmuştur (48). Aile içi iletişimin dengeli ve açık olması, adolesanın olumlu kimlik, baş etme ve sosyal becerilerini geliştirmesine yardımcı olmaktadır. Yine ebeveyn-adolesan arasındaki

iletişimin olumlu, destekleyici bir yapıya sahip olmasının, adolesan dönemdeki gencin bağımsız bir kişilik geliştirmesinde önemli olduğu belirtilmektedir (47-49).

Çocuklarda ve adolesanlarda davranış ve psikolojik problemlerle bazı aile değişkenleri arasındaki bağlantının incelendiği birçok araştırma bulunmaktadır. Aile ortamının olumlu olmadığı adolesanlarda, psikolojik problemler ve okulda şiddet olaylarının içinde olma, yaşlıları tarafından haksızlığa uğrama gibi durumları daha fazla yaşadıkları belirlenmiştir (48). Özellikle, aile çatışmaları, aile ile olumsuz ilişkiler ve aile desteğinin olmaması, davranış ve psikolojik problemlerin gelişmesinde oldukça önemli faktörler olarak tanımlanmaktadır (47-49).

Adolesan dönemde aile ve adolesan ilişkisinde belirlenmiş dört boyut yer almaktadır. Bunlar ebeveynin kontrolü, ilişkideki açıklık, olgunluk beklentisi ve bakım vermedir. Ebeveynin kontrolü, adolesanın koyulan kurallara uyma zorunluluğunun derecesini göstermektedir. Ebeveyn ve ailesi arasındaki açıklık, ailede verilecek kararlarda, adolesanın fikirlerine ve düşüncelerine saygı gösterilmesi olarak tanımlanmaktadır. Açıklık kavramı içerisinde adolesanların fikir ve düşüncelerini açıklamada teşvik edilmesi, ailede sınırlar koyulduysa nedenlerini adolesanlara açıklamaları da yer almaktadır. Olgunluk beklentisi boyutunda ise ebeveynlerin adolesanları zihinsel, sosyal ve duygusal alanda başarılı olmaları için ne düzeyde teşvik ettikleri yer almaktadır. Bakım boyutunda anne ve babaların adolesanlarla ilişki kurarken gösterdikleri yakınlık ve sevecenlik dereceleri yer almaktadır (50-54).

Buradan hareketle üç temel anne-babalık yaklaşımı ortaya konmuştur. Bunlar otoriter, demokratik ve izin verici stillerdir. Otoriter ebeveynlikte adolesanların kurallara koşulsuz uymasını ve itaat etmesini beklenmektedir. Bu tür ailelerde kurallara uyulmadığında ceza uygulanmaktadır ve ebeveynler adolesanlar ile görüş alışverişinde bulunmamaktadırlar. Otoriter aile tarzında adolesandan beklenen her şeyi sorgulamadan kabul etmesi beklenmektedir. Demokratik stilde ise ebeveynler adolesanlardan olgun davranışlar beklemektedirler. Yine gerekli kurallara uymaları beklenmektedir. Ebeveynler sıcak ve ilgilidirler, adolesanları sabırla dinlerler ve aile içinde verilecek kararlarda görüşüne başvurulmaktadır. Adolesanın gelişiminde akılcı ve demokratik bir yaklaşım izlenmesi esastır. Bu stilde hem ebeveynlerin hem de adolesanların hakları önemlidir. İzin verici ebeveynler ise çocuklarına fazlaca

özgürlük verilirken, adolesan kontrol edilmemektedir. Bazen de ihmalin söz konusu olabileceği bir müsamaha söz konusu olabilmektedir. Aileler sıcak ve sevecen olmakla beraber, bütün kararlarını adolesanların kendilerinin vermesini beklenmektedir (55).

Bu yaklaşımdan farklı olarak anne babalık yaklaşımları duyarlılık ve talepkarlık/kontrol boyutlarında ele alınabilmektedir. Talepkarlık ebeveynin adolesanı sosyalleştirme çabalarını, duyarlılık ise adolesanın bireyselliğini kabul etmesi olarak görülmektedir. Bu görüşe göre izin verici tarzındaki yaklaşım bölünerek; İzin verici/müsamahakâr, izin verici/ihmalkâr (55).

Demokratik tutum kabul ve ilgi, psikolojik özerklik ve davranışsal kontrol boyutlarında tanımlanmaktadır. Kabul ve ilgi ebeveynin adolesana karşı sıcak, duyarlı ve ilgili olması konusunda bilgi verirken, kontrol ve denetim boyutu ebeveynin adolesana getirdiği zamanla ilgili kısıtlamaları ve denetlemesini içermektedir. Psikolojik özerklik boyutu ise, anne ve babaların zorlayıcı olmayan, demokratik disiplin anlayışları ve adolesanın aile içindeki bireyselliğini gösterebilmesini ne kadar teşvik ettiklerini anlatmaktadır. Demokrat tutumdaki ebeveynler, adolesanın benlik saygısını arttırmaktadırlar. Yüksek benlik saygısı ise bireyin riskli davranışlardan koruyucu özellik taşımaktadır. Ebeveynlerini otoriter olarak tanımlayan adolesanların daha sıklıkla sigara kullandığı saptanmıştır. Üniversite öğrencileri ile yapılan bir çalışmada anne babalarını baskıcı ve otoriter olarak niteleyen adolesanların alkole başlama tehlikelerinin daha yüksek olduğu saptanmıştır (Akman ve Tuğrul, 1996). Yine otoriter anne baba tutumunun hakim olduğu ailelerde adolesanların sigaraya başlama ve alışkanlık haline getirme olasılığının belirgin biçimde azaldığı ifade edilmektedir. Otoriter yapıda aileye sahip adolesanlarda okul döneminde daha fazla davranış bozuklukları saptandığı belirtilmektedir. Ailelerin adolesanlara karşı daha fazla saygı duyduğu, dinlediği, kuralları ve kararları hakkında açıklamalar yaptığı durumlarda, adolesanların daha az sigara ve alkol kullandıkları saptanmıştır (55-58).

Adolesanlar yaşamlarının ilk yıllarında sosyal, duygusal ve bilişsel gelişimlerini aile ortamında tamamlamaktadırlar. Bu gelişimin sorunsuz biçimde tamamlanması için ise ebeveynlerin bazı kişisel özellikleri önem taşımaktadır. Ailelerin bu özellikleri adolesanın döneme daha iyi uyum sağlayabilmesinde etkili olmaktadır. Bu özellikler:

- Mücadelecilik
- Öz-Yetkinlik
- Yaşama Bağlılık
- Kontrol

Mücadelecilik özelliği ebeveynlerin sorunları çözmesinde, aile ortamında çatışmaların aşılmasında, öz-yetkinlik ise ebeveynlerin kişisel gelişimlerini tamamlaması aşamasında önem taşımaktadır. Ebeveynlik öz-yeterliği, ebeveynlerin ebeveynlik rollerini etkili bir şekilde gerçekleştirebilmelerinde etkili olmaktadır. Öz-yeterlik, ebeveynlerin inançlarını, yetenekleriyle bağdaştırarak farklı görevler için düzenlenmiş birtakım eylemleri ve duruma özgü görevleri gerçekleştirebilmeleri anlamına gelmektedir. Bu sayede adolesanlar açısından risk oluşturabilecek durumlar oluşmadan önlenmiş olabilmektedir. Yapılan araştırmalarda ebeveynlik öz-yeterliğinin annelik depresyonu, annenin stres düzeyi, adolesanın kişisel özellikleri ve ruh hali ile toplumda sunulan sosyal destek, ebeveynlik rolleri ve becerileri, adolesanların okuma yaklaşımları, okul başarıları, annelerin adolesan dönem ile ilgili farkındalıkları ve adolesanın sosyal-duygusal uyum düzeyi gibi birçok faktörle ilişkili olduğu düşünülmektedir (58).

Yaşama bağlılık boyutunda anne ve babaların ilişkilerinde aşırı çatışmaların olmaması, düzenli sağlık davranışlarını yerine getiriyor olmaları, ailenin bir arada birtakım davranışları yapabilmesi anlamına gelmektedir. Yaşama bağlılık yaşamdan elde edilen doyum içinde önem taşımaktadır. Yaşam doyumu, bireyin iyilik halinin bir bileşeni olarak değerlendirilmektedir. Kontrol özelliği ebeveynlerin belirli bir takım davranışları denetimleri altında tutma isteği olarak belirtilmektedir. Kontrol özelliği aşırı olmadığı sürece adolesanın daha düzenli olmasına ve riskli davranışlardan uzak kalmasına yardımcı olabilmektedir. Bu özellikler adolesanın birçok durum karşısında vereceği tepkilerin şekillenmesi açısından önem taşırken, ailenin adolesanın yaşayacağı zor durumlar karşısında vereceği desteğin de belirleyicisi olarak rol oynayabilmektedirler (59).

Ailenin çocuğa tepki vermek konusundaki duyarlılığı ve adolesandan talepleri adolesana karşı sergiledikleri tutum ve davranışlarının oluşmasında etkili

olabilmektedir. Adolesan dönemde ailenin adolesanın içinde bulunduğu durumu kabul etmesi, sevecen davranması ve ihtiyacı olan ilgiyi göstermesi adolesanın aile ile bağlarının kopmamasında belirleyici olmaktadır. Ailenin adolesanı kontrol etmesi istenen ve beklenen bir davranış olmaktadır fakat kontrol boyutunun denetleme olarak algılanması adolesanı aileden uzaklaştırmakta arkadaş ve diğer çevrelere doğru itebilmektedir. Her birey gibi adolesan da özerk olmak, kendi hakkındaki kararlara katılabilmek ve belirleyici olmayı istemektedir. Adolesanlar aileleri tarafından cesaretlendirilmek istemektedirler (60).

2.3.2. Okul Ortamı

Adolesan dönem gencin aileden uzaklaşıp dış dünyaya açıldığı bir dönemdir. Ailesinden uzaklaşan adolesan romantik ilişkiler, limitleri zorlama ve riskli durumlarla karşılaşmaya açık hale gelmektedir. Adolesanın rol model olarak alacağı bireyler bu dönemde önem kazanmaktadır (61-65).

Okul, aileden sonra çocuğun vaktinin büyük kısmını geçirdiği ve burada birçok etkileşime açık olduğu yerdir. Okul ortamında hem öğretmenlerinin davranışlarından hem de akranlarının davranışlarından etkilenme yaşanır. Bu öğrenme sürecinde adolesan hem doğru hem de yanlış davranışlar geliştirebilmektedir. Öğrenme-öğretme sürecine ilişkin olarak okul başarısını artıran faktörler üzerinde yapılan araştırmalar, okul başarısı üzerinde okul-aile dayanışmasının önemli bir etkiye sahip olduğunu göstermektedir (66-69).

Bir sosyal birim olarak okul, hem dışardaki sosyal kurumlardan ayrıdır hem de onlardan dolaylı ve dolaysız olarak etkilenir. Okul, aynı zamanda çevresindeki diğer toplumsal kurumlara da grup üyesi alıp verme yolu ile etki eder. Öğretmenler hem rol model olarak hem de okul ile adolesan arasında işbirliğinin sağlanmasında ve geliştirilmesinde en önemli ve kritik rolü onamaktadır. Çünkü öğretmenler öğrenci ile doğrudan etkileşim içerisinde bulunmakta ve onların ilgi ve ihtiyaçlarını yakından izlemektedirler. Öğretmenlerin hızla değişen rolü “Öğrenciyle bütünleşerek onların duygularını anlaması, öğretim ortamını düzenlemesi, meslektaşları ve anne-babalar ile sürekli etkileşim kurması gerekir” şeklinde belirtilmiştir (70-73). Öğretmen-öğrenci ilişkilerinde öğretmenin bir iktidar ve otoritesi vardır; bu, öğretmenin rolünün

gereğidir. Öğretmen, okuldaki öğrenme faaliyetlerini düzenleyen, öğrencileri belli bir düzen içinde tutan; baskı, zorlama, övme, ödüllendirme, bilgi üstünlüğü gibi yollarla verimli ve karşılıklı etkileşim durumu yaratabilen kişidir. Bu şekilde öğretmen öğrencilerine istediği davranış şekillerini kazandırabilmektedir (61).

Öğretmenlerin okul içerisinde çizilen rolleri dışında okul aile bağına kurmada da etkisi önem teşkil etmektedir. Okul ve aile işbirliği ve sorunları konusunda yapılan bir araştırmada; “öğretmenlerin okul-aile ilişkilerini geliştirmede başarılı çalışmalar yaptığı, anne-babaların ise okul-aile ilişkilerini yapılandırmadaki yetersizlikleri, anne-baba eğitiminin okul-aile ilişkilerini düzene koymada ve öğrencilerin okul başarılarının arttırmada etkili olacağı sonucuna varılmıştır (62). Yine bir başka araştırmada da öğretmenlerin; “okul ile işbirliği içinde çocuğu ile ilgilenen velilerin okul başarısını olumlu yönde etkilediği, çocuğu yanlış bir yönlendirmeden korumak, öğretmen-aile çelişkisini önlemek amacıyla velilerin okul tarafından eğitilmelerinin gerekli olduğu” görüşünde oldukları saptanmıştır (63). Adölesanları doğrudan ve dolaylı yollardan eğittikleri için, anne-babayı çocuğun evdeki öğretmenleri olarak ele alan görüşler de bulunmaktadır. Okulda öğretmen tarafından kazandırılacak olumlu bir davranışın evde anne-baba tarafından kolaylıkla bozulabileceğini belirten bu görüş günümüzün eğitimci ve öğretmenleri öğrencilerin evdeki öğretmenleri olarak velilerin önemini anlamış durumdadırlar (64).

Diğer yandan anne-baba ve öğretmenler arasında kurulacak düzenli iletişimin önemi büyüktür. Velilerle okuldaki etkinlikler konusunda mektuplaşma, okul kuralları, düzeni ve velinin gereksinim duyduğu yardımcı bilgiler konusunda hazırlanmış broşürler, kurulacak bu iletişimin geleneksel araçlarıdır. Öğrencilerle ilgili kişisel raporlar, öğretmen-aile telefon görüşmeleri, veli-öğretmen toplantıları, çocukla ilgili özel tartışma ve görüşmelerin yapılacağı toplantılar, ayrıca çocuğun aile çevresi konusunda öğretmenlerin bilgileceği ev ziyaretleri, çocuklarının sınıf içi etkinliklerini görme fırsatı elde edecekleri anne-babaya açık sınıf günleri, okul-aile ilişkilerinde uzun yıllardır uygulanan iletişim yollarıdır (65).

Adölesan ile öğretmen arasında iletişim kurmak adölesanın sorunlarının erken dönemde saptanması açısından önem kazanmaktadır. Öğretmenler gerek sınıf içinde, gerekse bire bir iletişim kurarak adölesanı yakından takip edebilmektedirler

(66).Öğretmenler adolesanların medyada yer alan bazı negatif durumlarından dolayı öğrenciler ile iletişim kurmakta zorlanabilmektedir (67). Bu durum adolesan ile okul arasındaki etkileşime zarar vererek adolesanın yalnızlaşmasına sebep olabilmektedir. Bu yalnızlık beraberinde bazı riskli davranışları getirebilmektedir (68).

Okul sisteminin en başta gelen görevlerinden birisi, içinde yer aldığı toplumun gelişmesini sağlamaktır. Okullar bu görevi belirli derslerle yapmaktadır. Bir taraftan seçme ve mesleki yerleştirme görevi; diğer taraftan toplumsal değerler, kurallar ve sosyal roller öğretilir. Okulun, okul dışı toplumsal alanda çok önemli görevleri olduğu gibi, bireylerin kimliklerinin oluşmasında, yaşamda başarılı olmasında, kendi başına karar verebilmesinde önemli görevleri vardır. Adolesan açısından ise okul sosyalleşmesinin ve yetkin olmasının yanı sıra sosyal ilişkilerinin düzenlenmesinde görevi vardır. Okulda yetenekleri geliştirilmeyen, belli yönlendirilmeler yapılmayan öğrenciler sosyal hayata katılmada ve birey olmada zorlanabilirler (62-63).

Okuldaki sosyal etkileşim ailedekinden farklıdır. Araştırmalara göre adolesanlar için öğretmenin bilgi ve sosyal yetenekleri olduğunu ortaya çıkarmak okulun en temel görevi olarak tanımlanmaktadır. Öğrenci okulda kendisine yüklenen sosyal role göre davranırken; öğretmeni rol model olarak kişilik özelliklerine, görev bilincine ve değerler yargısına uygun hareket etmek konusunda yön geliştirmektedir (61).

2.3.3. Sağlık Hizmetleri

Adolesan dönem koruyucu sağlık hizmetlerinin öneminin arttığı dönemlerden biridir. Adolesanlar risklere karşı daha duyarlı hale gelerek bu hizmetlere daha büyük ihtiyaç hissetmektedirler (70-73).

Adolesanlara yönelik öncelikle yapılması gereken müdahalelerde biri güvenli ve destekleyici çevre oluşturulmasıdır.

- Sağlıkla ilgili konularda bilgilendirme
- Yeteneklerin geliştirilmesi
- Danışmanlık hizmeti sunulması

- Sağlık hizmeti sunulması önemlidir.

Sağlık hizmeti ile bilgilendirme ve danışmanlık sağlanırken, sağlık sorunlarının taraması, tanısı ve sevki sağlanmaktadır. Adölesanların sağlık hizmetlerinden beklentileri ise; talep ettikleri sağlık hizmetinin sunumu, adölesan dostu sağlık kurumlarından kaliteli hizmete ulaşmaktır. Adölesanlara yönelik adölesan dostu ve kaliteli sağlık hizmeti sunumunda destekleyici politikalar ve toplum katılımı hizmetin olumlu yönde gelişmesinde önemli basamaklardır. Sunulan sağlık hizmetinin kapsamı ise koruyucu sağlık hizmetleri felsefesi içine yerleştirilmelidir. Bunun amacı fiziksel ve ruh sağlığını geliştirmek ve sağlıklı fiziksel, psikolojik ve sosyal büyüme ve gelişmeyi desteklemektir (70-73).

Adölesan dönemde izlem ve takiplerin aksatılmaması gerekliliği üzerinde durulmaktadır. Bu dönemde adölesanın sağlığını tehdit eden biyolojik etkenler azalmış olsa dahi çevresel faktörler artmaktadır. Adölesan büyüme ve gelişiminin basamaklarını bilirken, bu dönemde karşılaşılabileceği tehlikeler konusunda da bilgilendirilmelidir. Bu konuda en sağlıklı bilgiye de sağlık personeli ile ulaşabilmesi mümkündür. Yine merak ettiği konularda danışmanlık olarak doğru yönlendirilmesi ancak sağlık hizmetleri sayesinde olmaktadır.

American Halk Sağlığı Kurumu (American Public Health Association-APHA)Adölesana Verilmesi Gereken Sağlık Taraması Hizmetlerini şu şekilde tanımlamaktadır (74):

- Hipertansiyon Taraması: Yıllık genel kontrolleri sırasında tüm adölesanların kan basınçları ölçülmelidir
- Hiperlipidemi Taraması: Tüm adölesanlara hiperlipidemi taramasının yapılması gerekliliği halen tartışılmakta olan bir konudur.
- Tüm adölesanların yılda bir kez vücut ağırlığı ve boy uzunluğu ölçümleri alınarak beden algılarıyla ilgili sorular sorularak yeme bozuklukları ve obezite açısından taranmalıdır.
- Tüm adölesanlar yıllık genel kontrolleri sırasında sigara ve benzeri tütün ürünlerinin kullanımını açısından taranmalıdır.

- Tüm adolesanlar yıllık genel kontrolleri sırasında alkol ve uçucu uyuşturucu maddelerin kullanımı, tıbbi olmayan amaçlarla reçete edilmiş veya edilmemiş ilaçların kullanımı açısından taranmalıdır.
- Adolesanlar yıllık kontrolleri sırasında istenmeyen gebelikler ve HIV dahil cinsel yolla bulaşan hastalıklarla sonlanabilecek cinsel davranışları açısından taranmalıdır. Adolesan cinsel olarak aktifse cinsel tercihi, kondom ve diğer doğum kontrol yöntemlerinin kullanımı, partner sayısı ve cinsel yolla bulaşan hastalık öyküsü açısından değerlendirilmelidir.
- Tüm adolesanlar yıllık kontrolleri sırasında tekrarlayan ve ciddi depresyon veya intihar riski olduğunu düşündürecek davranışların ve duyguların varlığı açısından taranmalıdır.
- Tüm adolesanlar yıllık kontrolleri sırasında duygusal fiziksel ve cinsel istismar açısından taranmalıdır.
- Tüm adolesanlar yıllık kontrolleri sırasında öğrenme güçlüğü ve okul sorunları açısından taranmalıdır.
- Aktif tüberkülozlu bireyle teması olan adolesanlar tüberküloz açısından PPD testiyle taranmalıdırlar.
- Ayrıca; tüm adolesanlara daha önce yapılmamışsa ve kızamık, kızamıkçık, kabakulak geçirme öyküsü yoksa 2. Doz MMR aşısı yapılmalıdır. Hepatit B aşısı yapılmamış olan adolesanların hepatit B'ye karşı aşılınması gerekir. Suçiçeği geçirme öyküsü olmayan adolesanlar suçiçeğine karşı aşılmalıdır.

Adolesana verilmesi gereken sağlık danışmanlığı hizmetleri ise (72, 73, 75, 76):

- Tüm adolesanlar normal fiziksel, psikososyal ve cinsel gelişimleri konularında bilgilendirilmelidir.
- Ayrıca adolesanlara kazaları veya yaralanmaları önlemek amacıyla danışmanlık sunulmalıdır.
- Tüm adolesanlar her yıl sağlıklı beslenmenin anlamı, yararları ve sağlıklı kilo kontrolü yöntemleri dahil olmak üzere beslenme alışkanlıkları konusunda danışmanlık hizmeti almalıdır.

- Düzenli egzersizin yararları anlatılmalıdır.
- Adolesanlar sorumlu cinsel davranışlar, kondom kullanımı ve cinsel yolla bulaşan hastalıklardan korunma ve gebeliklerin önlenmesi konularında gelişim düzeylerine uygun olarak danışmanlık hizmeti almalıdır.
- Tüm adolesanlar sigara, alkol ve diğer maddelerin kullanımının önlenmesi için danışmanlık hizmeti almalıdır.
- Adolesanın çevresiyle bir bütün olup, etkileşim sürecindedir. Aile de adolesana rol model olarak davranışlarının pekişmesinde önem taşımaktadır. Bu durumda aileye yönelik danışmanlık verilmesi de sağlık hizmetlerinin önemli görevlerinden biridir.
- Adolesanın ailesi adolesanın fiziksel cinsel ve duygusal gelişimi dahil olmak üzere normal adolesan gelişimi, adolesan çağında sık karşılaşılan fiziksel ve duygusal sorunların bulgu ve belirtileri ve adolesanın sağlık gelişimini destekleyecek ebeveyn davranışları konularında bilgilendirilmelidir.
- Adolesanlar ebeveynlerinin davranışlarını örnek alarak sağlıklı davranış geliştirebilirler. Bu nedenle ebeveynler davranışlarının çocukları üzerindeki etkisi hakkında bilinçlendirilmelidir.
- Ayrıca ebeveynler evde silah bulundurmuyarak, adolesanı araba kullanırken yalnız bırakmayarak veya ev dışında geçirdiği saatlerde nerede ve kimlerle birlikte olduğunu izleyerek, bilişim ve medya kullanırken takipçisi olarak adolesanın potansiyel zararlı olabilecek davranışlarda bulunmasını önleyebilirler.

Okul, her türlü eğitim ve öğretimin toplu olarak yapıldığı yer olarak tanımlanmaktadır (70). Adolesanların daha sağlıklı, daha üretken bir hayat sürmeleri amacıyla eğitim ve öğretim gördükleri kurum olan okulların amacı, adolesanın tam bir iyilik hali içinde gelişebilmesine, kendi ilgi ve becerilerine göre bir meslek seçmesine yardımcı olmaktır. Yine yaşadığı bölgenin kültürel ve normlarının öğretilmesi de istenmektedir (8, 70).

Okul, çocuğun büyüme ve gelişmesinde önemli rol oynamasının yanısıra; adolesan dönemde sağlıklı davranışları kazanması ve riskli davranışlardan uzak

durmayı öğrenmesi gereken yerlerin başında okul yer almaktadır. Okul döneminin adolesanlar için sorun oluşturabilecek sigara, alkol ve madde kullanıma, güvensiz davranışlar gibi farklı sağlık sorunlarının çevreden ya da akranlarından etkilenecek benimsenebileceği bir süreç olduğu da bilinmektedir. Adolesanlara yaşadıkları yerlerden biri olan okullarda yaşam becerileri ve sağlıklı davranışlara sahip olabilmeleri için destek sunulması hem adolesanın hem de yaşadığı toplumun sağlığını yükseltmektedir. (67, 69).

Okul sağlığı, öğrencilerin ve okul personelinin sağlığının değerlendirilmesi, geliştirilmesi, sağlıklı okul yaşamının sağlanması ve sürdürülmesi, öğrenciye ve dolayısıyla topluma sağlık eğitiminin verilmesi için yapılan çalışmaların tümü olarak tanımlanmaktadır. Okul sağlığı hizmetleri, öğrenciler ve okul personelinin aileleri ile birlikte sağlığının değerlendirilmesi, geliştirilmesi, sağlıklı okul yaşamının sağlanması ve sürdürülmesi; öğrenciye, okula ve dolayısıyla toplumun yaklaşık beşte birini oluşturan topluluğa (aileler hariç) sağlık eğitimi verilebilmesi için yapılan çalışmalardır (77).

Okul sağlığı bir ekip işidir ve DSÖ raporunda okul sağlığı çalışmalarının sağlık ekibi tarafından sunulmasının gerekliliği üzerinde durulmaktadır. Bu ekipte; hekim, hemşire, öğretmen, diş hekimi, psikolojik danışman ve rehberin görev alması önemlidir (70-73, 76).

Okul döneminde 6, 8 ve 10. yaşlarda ve sonrasında 18 yaşına kadar yılda bir kez izlem yapılması, sağlık sorunu olan çocuklarda ise bu izlemlerin daha sık yapılması önemlidir.

Bu izlemlerde:

- Öykü
- Fizik muayene
- Psikosoyal durum ve okul başarısının değerlendirilmesi
- Yaşına uygun tarama testleri
- Bağışıklama hizmetleri
- Sağlık eğitimi çalışmaları yapılmalıdır (78, 79).

Sağlık hizmetleri, adolesan sağlığının korunması ve geliştirilmesinde önemlidir (80). Türkiye’de okul sağlığı hizmetleri 1961-2005 yılları arasında Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Yasası kapsamında verilmekteydi (81). Bu hizmet sunumunda öncelikli olarak sağlık ocakları yer almaktaydı. Yönergede ‘sağlık hizmetlerinin sosyalleştirildiği bölgelerde sağlık ocağı hekimi sorumludur’ ibaresi yer almıştır. Yine hemşire, ebe, sağlık memuru, okul öğretim personeli ve aileler aralarında sıkı işbirliği kurarak ekip halinde çalışmalarının zorunlu olduğu belirtilmektedir. Okul sağlığı hizmetleri sağlığı koruma ve geliştirme kapsamında değerlendirilmiştir. Çocuğun hastalığının erken tanısı ve tedavisine ilişkin bir hizmet anlayışı içermektedir. Nüfusu 3000’in üstünde olan okullara hekim atanması zorunluluğu 1966 yılında getirilmiştir.

Milli Eğitim Temel Kanunu’nda okullarda çocuğun sağlığının korunması ve geliştirilmesine ilişkin amaç “Beden, zihin, ahlak, ruh ve duygu bakımlarından dengeli ve sağlıklı şekilde gelişmiş kişiliğe ve karaktere, hür ve bilimsel düşünme gücüne, geniş bir dünya görüşüne sahip, insan haklarına saygılı, kişilik ve teşebbüse değer veren, topluma karşı sorumluluk duyan, yapıcı yaratıcı ve verimli kişiler olarak yetiştirmek” olarak belirtilmiştir (82). Resmi Gazete (RG) yayınlanan “Milli Eğitim Bakanlığına bağlı Sağlık Merkezlerinin Kuruluş ve Çalışmaları Hakkındaki yönetmeliğe” göre hizmet veren Sağlık Eğitim Merkezleri (83), 2005 yılında RG’de yayınlanarak yürürlüğe giren “Bazı Kamu Kurum ve Kuruluşlarına ait Sağlık Birimlerinin Sağlık Bakanlığına Devri Hakkındaki Kanun” ile Sağlık Bakanlığı’na devredilmiştir (84).

Milli Eğitim Bakanlığı, resmi kurumlar, üniversiteler, sivil toplum kuruluşları ve uluslararası pek çok kuruluşla işbirliği yaparak, okul sağlığı ile ilgili kitap, kitapçık, afiş, broşür, poster gibi çeşitli yayınlar yapmaktadır. Yine program geliştirme ve mevzuat çalışmaları da yapmaktadır.

Son dönemde sağlık hizmetlerinin sunumuna ilişkin sistemde yeni yapılanma sürecine gidilmiştir. Sosyalleştirmeden Aile Hekimliği Uygulamasına 2005 yılında geçilmiştir (85). Aile Hekimliği Uygulaması içerisinde okul sağlığı hizmetleri aile hekimi ile Toplum Sağlığı Merkezi (TSM) arasında paylaşılmaktadır (86). Ülkemizde

Sağlık Bakanlığı Merkez Teşkilatı içinde Halk sağlığı Kurumu TSM Daire Başkanlığı tarafından okul sağlığı hizmetlerinin yürütülmesinde görevlidir (87).

Sağlık Bakanlığında okul sağlığı hizmetleri 663 sayılı Kanun Hükmünde Kararname (KHK) öncesinde Temel Sağlık Hizmetleri tarafından koordine edilmektedir. Bu KHK ile birlikte kurulmuş olan Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Başkan Yardımcılığı'na bağlı Toplum Sağlığı Hizmetleri Daire Başkanlığı tarafından koordine edilmektedir. Diğer taraftan Bulaşıcı Hastalıklar Kontrol Programları Başkan Yardımcılığına bağlı Aşı ile Önlenabilir Hastalıklar Daire Başkanlığı, Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar-Program ve Kanser Başkan Yardımcılığına bağlı daire başkanlıkları ile Tüketici ve Çalışan Sağlığı Başkan Yardımcılığına bağlı Çevre Sağlığı Daire Başkanlığı da kendi görev alanına giren konularda okul sağlığı hizmetlerine katkı yapmaktadır. Okul sağlığı kapsamında, Sağlık Bakanlığı Sağlık Geliştirme Genel Müdürlüğü'nün de sağlığın korunması ve geliştirilmesine yönelik uygulamaların yürütülmesi görevleri arasındadır (88).

2004 yılında pilot kanun olarak uygulanmaya başlanan sistem; 2011 yılında 663 sayılı Kanun Hükmündeki Kararname ile Aile Hekimliği Kanunu olarak yasalaşmıştır. Aile Hekimliği Yönetmeliğinde kayıtlı kişilerin yaş, cinsiyet ve hastalık gruplarına yönelik izlem ve taramalarının yapılması aile hekiminin görev, yetki ve sorumlulukları arasında sayılmıştır. Yönetmelikte aile hekiminin okul çağındaki çocuğun genel sağlık durumundan sorumlu olduğu, okul çağındaki çocukların sağlık sorunlarına yönelik tanı ve tedavi hizmetlerini vermekle yükümlü olduğu ifade edilmektedir (89).

Toplum Sağlığı Merkezlerinin Kurulması ve Çalıştırılmasına Dair Yönerge'de benzer şekilde, okul sağlığı hizmetlerinin Toplum Sağlığı Merkezlerinin görevleri arasında olduğunu kabul etmektedir. Yönergede koruyucu sağlık hizmetleri kapsamında okul sağlığı hizmetleri yer almaktadır. Yönergenin 29. maddesi; 'Bölgesinde okul, özellikle yatılı bölümü olan veya özellikli okul, yurt, huzurevi ve çocuk esirgeme kurumu, otel, motel, pansiyon gibi konaklama yerlerinin sağlık ve genel sağlık bilgisi kuralları yönünden yılda en az iki kez kontrolünü yapar. Bu kontrol esnasında okullardaki hastalık yoğunluğunu değerlendirir. Kurum ve kuruluşlardaki suların kaynaklarını, şebeke durumunu ve depo denetimini yaparak bakteriyolojik ve

kimyasal değerlendirmeler için su numuneleri alır, ayrıca tuvaletler, kantin, yemekhane, yatakhane, spor sahası, havuzlar v.b. bölümleri değerlendirir. Bölgesindeki ğrencinin okula kayıtlarında aile hekimince periyodik muayenesinin yapılmasını sağlar, sonuçları ve aşılama durumlarını okul idaresi ile birlikte değerlendirir. Okullarda aile sağlığı merkezleri ve diğer sağlık kurumları ile işbirliği yaparak, aile ve okul idaresinin katılımıyla madde bağımlılığına ve şiddete karşı eğitim yolu ile mücadele edilmesini sağlar. Bakanlığın belirlediği sağlıklı beslenme, fiziksel aktivite ve benzeri eğitim ve uygulamalarla ilgili konularda okul idaresi ile işbirliği yapar.’ İbaresini yer almaktadır. Yine Toplum Sağlığı Merkezlerinin çalışmalarının içerisinde okul sağlığı hizmetlerini sunmak performans puanı olarak etki ederek önemli yer tutmaktadır (87).

Okul sağlığı uygulamalarında okul sağlığı hemşiresi çok önemlidir. RG’de yayımlanan ‘Hemşirelik Yönetmeliği’nde, 19.04.2011 tarihinde değişiklik yapılarak, ‘Okul Sağlığı Hemşiresinin görev yetki ve sorumlulukları belirlenmiştir (89).

Türkiye’de okul sağlığı hizmetleri Milli Eğitim Bakanlığı (MEB) ve Sağlık Bakanlığı arasında 25.09.2006 tarihinde imzalanan Okul Sağlığı İşbirliği Protokolü ile yürütülmektedir.

Türkiye’de 2009 yılında yürürlüğe giren Aile Hekimliği Kanunu ile okula başlama dönemi olan beş yaşa kadar yapılması gerekli izlemler aile hekimleri tarafından yapılmaktadır (90). Okul döneminde olan çocuklar, bağışıklama hizmetleri dışında ancak herhangi bir hastalık durumlarında aile hekimlerine başvurmaktadırlar. Ayrıca aile hekimine başvurmak dışında özel hekimlerine ve ikinci-nc basamak hizmet veren sağlık kuruluşlarından da hizmet alabilmektedirler (70-73, 90).

Pratikte, sağlık hizmetlerini okul döneminde olan adolesanlar bağlı buldukları aile hekiminden almaktadırlar. Okul sağlığında çocukların fiziki muayene taramaları aile hekimi ile yapılmaktadır. Okulun evre koşullarının iyileştirilmesine yönelik hizmetler ise toplum sağlığı merkezi tarafından sunulmaktadır (70-73, 76, 90).

Bu hizmetlere ulaşımın karşılıklı koordinasyon içerisinde olması ve düzenli yapılması adolesan döneminin sağlığını geliştirme ve yaşam kalitesini arttırma

alışmalarında önem taşımaktadır. Adolesan sağlığı aile, okul ve sağlık hizmetlerinin karşılıklı etkileşim içerisinde bütüncül yaklaşımını gerektiren bir durumdur. Bu sosyal çevrelerden herhangi birinin halkanın dışında kalması oluşabilecek problemlere yanıtı güçleştirmekte ve müdahalede geç kalınmasına neden olabilmektedir.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.3. Araştırma Bölgesinin Tanıtımı

Ankara İli Mamak İlçesi 1930'lu yıllardan itibaren gecekondulaşmaya başlamıştır. Mamak Bölgesi 1970'den başlayarak 1990'lı yıllara kadar başlayan yoğun göç dalgası neticesinde, yüzde 90'ı gecekondulardan oluşan bir yerleşim bölgesi olmuştur.

TUİK 2008 yılı verilerine göre ilçenin 15-19 yaş grubunda 42.526 birey bulunmaktadır. Bu kişilerin 21.760'ı erkektir (91).

Mamak İlçesinde 163 okul ve 95.226 öğrenci bulunmaktadır. Araştırma yapıldığı dönemde ilçede 29 lise ve dengi okul bulunmaktadır (92).

3.4. Araştırmanın Tipi

Araştırmanın birinci bölümü kesitsel; ikinci bölümü vaka-kontrol tipte epidemiyolojik çalışmadır.

3.5. Araştırmanın Evreni

3.5.3. Birinci aşama

Çalışmanın evreni 2012-2013 yılında seçilen Mamak İlçesi'nde yer alan okulların lise 3. sınıf öğrencileri oluşturmaktadır. Lise 3 öğrencileri adolesan dönemin sonuna denk gelen bir yaş grubudur. Adolesan dönemi geçmiş ve ikinci bağımsızlık dönemini yaşamış olan bireyin bu dönemi riskli sağlık davranışlarının gelişimi açısından önemli olabileceği düşünülmüştür.

Mamak İlçesinde eğitim yapan ve İl Millî Eğitim Müdürlüğü'ne bağlı lise ve dengi okullarda çalışma yapılmıştır. Düz lise ve Anadolu lisesi statüsünde olan ve çalışmaya katılmayı kabul eden sekiz okul ile çalışma gerçekleştirilmiştir.

Araştırmaya dahil edilen okulların listesi aşağıdaki gibidir:

- Abidinpaşa Anadolu Lisesi
- Başkent Anadolu Lisesi
- Cumhuriyet Anadolu Lisesi
- Yavuz Sultan Selim Anadolu Lisesi
- Ege Lisesi
- Gülveren Lisesi
- Mamak Lisesi
- Suzan Mehmet Gönç Lisesi

Araştırma yapılan sekiz okulun toplam mevcudu 1768 öğrencidir. Dönem başından beri 152 öğrenci okula devam etmediği saptanmıştır. Araştırmanın birinci aşamasında ulaşılmaması planlanmış öğrenci mevcudu 1636 öğrencidir.

3.5.4. İkinci aşama

Araştırmanın ikinci aşamasının evrenini birinci aşamada ulaşılabilen Lise 3 öğrencilerinin anneleri, öğretmenleri ve aile hekimleri oluşturmaktadır.

3.6. Araştırmanın Örnekleme

1. Aşama

Araştırmaya orta ve alt sosyo-ekonomik seviyeden sekiz okul katılmayı kabul etmiştir. Örneklem seçilmeden okullarda bu yaş grubu bütün öğrencilere ulaşılması planlanmıştır. Çalışma kapsamında 1462 öğrenciye ulaşılmıştır. Çalışmaya katılım yüzdesi %89,4'tür. Öğrencilerin 1368'inin veri toplama formunda isimleri bulunmaktadır. Çalışmanın tanımlayıcı tabloları sunulurken 1368 veri toplama formu, çalışmanın RSDÖ, ABTÖ ölçek puanları hesaplanırken bütün sorulara tam olarak yanıt veren 1253 öğrencinin veri toplama formu dikkate alınmıştır.

2. Aşama

Öğrencilerin Riskli Sağlık Davranışları Ölçeği'ne göre puanları hesaplanmıştır. RSDÖ puanı grubun üzerinde olan öğrencilerin riskli sağlık

davranışlarının olduğu kabul edilmiştir. Bu puana göre 576 öğrencinin riskli sağlık davranışları olduğu saptanmıştır.

Araştırmanın ikinci aşaması vaka grubu seçim kriterleri:

- RSDÖ puanında ortanca ve üzerinde puan almış olmak,
- Bazen, çoğunlukla ya da her zaman sigara içmek,
- Bazen, çoğunlukla ya da her zaman alkol içmek

Sigara ve alkol içme sorusuna bazen, sık sık ve her zaman cevabını veren öğrenciler ikinci aşamanın örneklemini oluşturmuştur (Tablo 3.1).

Tablo 3.1. Riskli sağlık davranışları olan öğrencilerin sigara ve alkol içme durumları (Mamak-Ankara, 2013)

(n=576)	Sayı	Yüzde
Sigara kullanma		
Hiçbir zaman	468	76,7
Oldukça seyrek	32	15,2
Bazen	26	6,4
Çoğunlukla	12	1,5
Hemen her zaman	38	0,2
Alkol kullanma		
Hiçbir zaman	357	55,0
Oldukça seyrek	77	14,6
Bazen	85	18,2
Çoğunlukla	24	5,1
Hemen her zaman	33	7,1

İkinci aşamanın örneklemini oluşturan öğrencilerin okudukları okulların dağılımı Tablo 3.2’de sunulmuştur.

Tablo 3.2. Riskli sağlık davranışları olan, sigara ve alkol kullanan öğrencilerin okullarının dağılımı (Mamak-Ankara, 2013)

Okul adı	Vaka	
	Sayı	Yüzde
Abidinpaşa Anadolu Lisesi	8	9,8
Başkent Anadolu Lisesi	8	9,8
Cumhuriyet Anadolu Lisesi	3	3,7
Ege Lisesi	20	24,4
Gülveren Lisesi	4	4,9
Mamak Lisesi	12	14,6
Suzan Mehmet Gönç Lisesi	14	17,1
Yavuz Sultan Selim Anadolu Lisesi	13	15,9
Toplam	82	100,0

Araştırmanın seçim kriterlerine göre 82 adolesan vaka grubunu oluşturmuştur. Örnekleme çıkan 82 öğrencinin 4’ünün veri toplama formunda bazı bilgiler yetersiz olduğu için 78 adolesan vaka grubuna dahil olmuştur. Vaka grubuna yaş, cinsiyet, sınıf ve okul bakımından eşleştirilmiş 78 adolesan çalışmanın kontrol grubunu oluşturmuştur.

Kontrol grubu seçim kriterleri:

- Adolesanların RSDÖ puanlarının ortancanın altında olması,
- Sigara içme sorusuna hiçbir zaman/oldukça seyrek yanıtını vermiş olmak,
- Alkol içme sorusuna hiçbir zaman/ oldukça seyrek yanıtını vermiş olmaktadır.

RSD olan (78 adolesan) vaka grubunu ve riskli sağlık davranışları olmayan (78 adolesan) kontrol grubunu oluşturmuştur. Seçilen 156 adolesanın aileleri, öğretmenleri ve aile hekimlerinden öğrenciler ile ilgili bilgi alınmıştır.

RSD olmayan öğrencilerin sigara ve alkol içme durumları Tablo 3.3'de sunulmuştur.

Tablo 3.3. Riskli sağlık davranışları olmayan öğrencilerin sigara ve alkol içme durumları (Mamak-Ankara, 2013)

(n=576)	Sayı	Yüzde
Sigara kullanma		
Hiçbir zaman	61	78,2
Oldukça seyrek	17	21,8
Bazen	-	-
Çoğunlukla	-	-
Hemen her zaman	-	-
Alkol kullanma		
Hiçbir zaman	53	68,0
Oldukça seyrek	25	32,0
Bazen	-	-
Çoğunlukla	-	-
Hemen her zaman	-	-

3.7. Araştırmanın Hipotezi

Araştırmanın ikinci aşaması için hipotezimiz:

Ho: Mamak ilçesine bağlı okullarda öğrenim gören riskli sağlık davranışları olduğu tespit edilen adolesanların riskli sağlık davranışları olmayan adolesanlara göre öğretmen, aile ve aile hekimlerinin iletişimleri arasında fark yoktur.

H₁: Mamak ilçesine bağlı okullarda öğrenim gören riskli sağlık davranışları olduğu tespit edilen adolesanların riskli sağlık davranışları olmayan adolesanlara göre öğretmen, aile ve aile hekimleri arasında iletişim eksikliği yaşanmaktadır.

3.8. Araştırmanın Değişkenleri

3.8.3. Araştırmanın 1. Aşamasının değişkenleri

Adolesana ait değişkenler

Yaş, cinsiyet, sosyoekonomik özellikler, bilgisayar, internet ve cep telefonu kullanımı, öğrencilerin harçlık kullanımı, bazı boş zaman aktiviteleri, okul başarısı, anne ve babanın öğrenim durumu, çalışma durumu, kardeş sayısı, sosyoekonomik durumu, anne ve baba tutumuna ilişkin bazı özellikler, bazı riskli sağlık davranışları, Riskli Sağlık Davranışları Ölçeği, Anne Baba Tutum Ölçeği puanları

3.8.4. Araştırmanın 2. Aşamasının değişkenleri

Adolesana ait değişkenler

Adolesanın bazı boş zaman aktiviteleri, okul başarısı, anne ve babanın tutumu, sigara ve alkol içme durumu, kendine ait algısı, bazı riskli sağlık davranışları, Riskli Sağlık Davranışları Ölçeği, Anne Baba Tutum Ölçeği puanları

Aileye ait değişkenler

Adolesanın yaş, cinsiyet, ekonomik durumu, sigara ve alkol kullanma durumu, okul başarısı, kendine ait algısı, bazı yaşam davranışları ve boş zaman

aktiviteleri, bazı riskli sağlık davranışlarının saptanma durumu, adolesanin ailesi ile ilişkisi,

Ailenin yaşı, öğrenim durumu, bazı riskli sağlık davranışları, adolesana karşı ailenin tutumu, Aile Yılmazlık ölçeği

Öğretmene ait değişkenler

Adolesanın okul başarısı, kendine ait algısı, bazı yaşam davranışları ve boş zaman aktiviteleri, bazı riskli sağlık davranışların saptanma durumu, adolesan ve ailesi arasındaki ilişki

Öğretmenin yaş, cinsiyet, öğretmenlik süresi, öğrenciyi tanıma süresi, öğrencinin ailesi ile ilişkisi.

Aile hekimine ait değişkenler

Adolesanın kendine ait algısı, ailesi ile ilişkisi, okul başarısı, bazı yaşam davranışları ve boş zaman aktiviteleri, bazı riskli sağlık davranışlarının saptanma durumu

Aile hekiminin yaş, cinsiyet, öğrenciyi son bir yılda görme durumu, hekimlik süresi ve bazı riskli sağlık davranışları

3.9. Veri Toplama

Araştırma sırasında kullanılması planlanan veri toplama formunun geliştirilmesi sırasında Türkiye’de yapılmış araştırmalara ait veri toplama formları, yurt içi ve dışı araştırmalarda istatistiksel olarak önemli bulunan değişkenler ve araştırmacıların bilgi ve deneyimlerinden yararlanılmıştır.

3.9.3. Veri toplama formları

Araştırma kapsamında öğrencilere uygulanacak veri toplama formu, aileler için, öğretmenler için ve aile hekimleri için farklı birer veri toplama formu olmak üzere dört ayrı form kullanılmıştır.

Veri toplama formlarının içeriği şu şekildedir:

Araştırmanın 1. Aşaması

Öğrenci veri toplama formu (Ek 1):

Öğrencilerden veri toplamak amacıyla kişisel bilgilerin istendiği soruları, Riskli Sağlık Davranışları Ölçeği'nin bazı soruları ve Anne Baba Tutum Ölçeği kullanılmıştır.

Öğrenci veri toplama formu: Araştırmaya katılan adolesanlar hakkında bazı bilgileri toplanması amacıyla araştırmacı tarafından “Öğrenci Veri toplama Formu” hazırlanmıştır. Bu formda adolesanların yaş, cinsiyet, sınıf, anne babalarına ait genel bilgiler, öğrenim düzeyleri ve bazı riskli sağlık davranışlarını belirlemeye yönelik soruların olduğu Riskli Sağlık Davranışları ölçeği ve Anne Baba Tutum ölçeği bulunmaktadır. Riskli Sağlık Davranışları ve Anne Baba Tutum ölçeği'ne ilişkin bilgi kullanılan ölçekler bölümünde yer almaktadır.

RSDÖ ve ABTÖ soruları için öğrenci veri toplama formuna (Ek 1) bakınız.

Araştırmanın 2. Aşaması

Birinci aşamada elde edilen adolesana ilişkin bazı bilgiler ile aile, öğretmen ve aile hekimlerinden yarı yapılandırılmış veri toplama formu kullanılarak toplanan bilgiler araştırmanın ikinci aşamasında kullanılmıştır.

Aile veri toplama formu (Ek 2):

Aileye uygulanan anket formunun amacı adolesan dönemde meydana gelen riskli durumları ve bu durumun kendi çocuklarına yansımalarının farkındalıklarını saptamak, riskli durumlardaki tutumlarını belirlemek ve bu durumlara aile içi ilişkilerin etkilerini saptamaktır.

Riskli sağlık davranışları olan ve olmayan adolesanlardan belirlenen iki grubun ailelerine aile ve adolesana ilişkin sorular ile AYÖ'den oluşan veri toplama formu kullanılmıştır.

Ailelere yönelik hazırlanmış veri toplama formunda; kişisel bilgiler, adolesan ile ilişki, ebeveynlik sorumlulukları, riskli sağlık davranışlarını değerlendirme, Aile Yılmazlık ölçeği, herhangi bir risk şüphesinde yapılanlar ve adolesanın yaşam davranışları konusundaki bilgilerine yönelik bilgilerin öğrenilmesi amaçlanmıştır.

AYÖ soruları için aile veri toplama formuna (Ek 2) bakınız.

Öğretmen veri toplama formu (Ek 3):

Öğretmene uygulanacak veri toplama formunun amacı adolesan dönemde meydana gelen riskli durumları ve bu durumun öğrencilere yansımalarının farkındalıklarını saptamak, riskli durumlardaki tutumlarını belirlemek ve bu durumlara okul içi ilişkilerin etkilerini saptamaktır.

Riskli sağlık davranışları olan ve olmayan adolesanlardan belirlenen iki grubun sınıf öğretmenlerine adolesan tanıtım formu kullanılarak toplanmıştır.

Öğretmenlere yönelik hazırlanmış formda; kişisel bilgiler, adolesan ile ailenin arasındaki ilişki, adolesanın okul başarısı, riskli sağlık davranışlarını değerlendirme, herhangi bir risk şüphesinde yapılanlar, adolesanın yaşam davranışları ile aile, adolesan ve öğretmen arasındaki etkileşime ilişkin bilgilerin öğrenilmesi amaçlanmıştır.

Aile hekimi veri toplama formu (Ek 4):

Adolesanın aile hekimine uygulanacak veri toplama formunun amacı izlemedeki adolesanın riskli durumlarının aile hekimi tarafından ne kadarının farkında olduğunu saptamaktır.

Riskli sağlık davranışları olan ve olmayan adolesanlardan belirlenen iki grubun aile hekimlerinden adolesana ilişkin soruların bulunduğu bir veri toplama formu kullanılarak veriler toplanmıştır.

Aile hekimine yönelik hazırlanmış formda; kişisel bilgiler, adolesan değerlendirilme yaklaşımları, günlük hasta değerlendirilmeleri, adolesanın riskli sağlık davranışları,, herhangi bir risk şüphesinde yapılanlar ve adolesan, aile, öğretmen ile hekim ilişkisine yönelik bilgiler öğrenilmiştir.

Tablo 3.4’de veri toplama formlarında bulunan değişkenler verilmiştir.

Tablo 3.4. Veri toplama formu değişkenleri

Değişkenler	Aile			
	Adolesan	Aile	Öğretmen	hekimi
Sosyodemografik özellikler	+	+	+	+
Harçlık durumu	+			
Bilgisayar, internet, cep telefonu kullanma	+			
Beslenme özellikleri ve vücut yapısı	+			
Bazı boş zaman aktiviteleri	+	+	+	+
Anne ve baba ile ilişki	+	+	+	+
Destek alma	+	+	+	+
Okul başarısı	+	+	+	+
RSDÖ	+			
ABTÖ	+			
Eşler arası ilişki		+		
Ailede bazı riskli sağlık davranışları		+		
AYÖ		+		
Bazı riskli sağlık davranışlarının saptanması		+	+	+
Adolesanın riskli sağlık davranışları saptandığında yapılanlar		+	+	+

Ön deneme

Hazırlanmış olan veri toplama formlarının on lise üçüncü sınıf öğrencisi, bu öğrencilerin anne ve öğretmenleri ile ön denemeler yapılmıştır. Ön deneme sonrası veri toplama formlarında gerekli düzenlemelere gidilmiştir.

Öğrencilerden üçünün aile hekimi ile görüşülmüş ve oluşturulan veri toplama formunun ön denemesi yapılmıştır.

3.9.4. Sahada veri toplama

Araştırmada gerekli olan izinlerin alınması sonrası Mart 2013 döneminde sekiz okulda öğrenim gören lise üçüncü sınıf öğrencilerinden gözlem altında veri toplama tekniği kullanılarak veriler toplanmıştır. Okullarda lise üçüncü sınıf öğrencilerinden sorumlu rehber öğretmenler ile iletişime geçilerek uygun ders saatleri ayarlanmış ve araştırmacı bu saatlerde okullarda bulunarak veri toplama formunu uygulamıştır.

Analizler sonrası araştırmanın ikinci aşaması için belirlenen öğrencilerin okullarına gidilmiştir. Rehber ğretmenlerinin yardımıyla riskli yaşam tarzı olan ve olmayan öğrencilerin sınıf öğretmenlerine ulaşılmış ve yapılandırılmış veri toplama formları yüz yüze veri toplama tekniği kullanılarak araştırmacı tarafından uygulanmıştır.

Belirlenen ğrencilerin ailelerine araştırmanın amacını anlatan bir davet mektubu gönderilmiştir. Belirlenen tarihte okula gelen annelerden yüz yüze veri toplama tekniği kullanılarak yapılandırılmış veri toplama formları ile bilgiler alınmıştır. Belirlenen tarihte okulda bulunmayan öğrencilerin ailelerinin evine gidilmiştir.

Öğrencilerin aile hekimlerinin isimleri okul yönetimlerinin izniyle alınmış ve hekimlerin kayıtlı oldukları aile sağlığı merkezleri ziyaret edilmiştir. Aile hekimlerinin uygun oldukları zaman dilimlerinde yapılandırılmış soruların bulunduğu veri toplama formu yüz yüze veri toplama tekniği kullanılarak doldurulmuştur.

3.10. Veri Analizi

Verilerin bilgisayara girişinde kullanılmak üzere bir veri kodlama yönergesi geliştirilmiştir. Araştırmanın verileri SPSS 21.0 paket programı kullanılarak analiz edilmiştir.

3.10.3.Birinci Aşama Analizler

Verilerin frekans dağılımları yapılarak tanımlayıcı istatistikler sunulmuştur. Cinsiyet, öğrenim durumu ve riskli sağlık davranışları ile liseler arasında yapılan karşılaştırmalar için ki-kare, t-testi ve ANOVA kullanılmıştır.

Riskli sağlık davranışları ölçeği puanları kullanılarak riskli sağlık davranışları olan ve riskli sağlık davranışları olmayan grupta bulunan adolesanlar belirlenmiştir.

3.10.4.İkinci Aşama Analizler

Adolesanlardan sigara ve/veya alkol kullananların tamamı riskli sağlık davranışları olan grup olarak kabul edilmiş ve vaka grubunu oluşturmuştur. Bu gruba kontrol grubu olarak; aynı okuldan, aynı sınıftan, aynı cinsiyet ve aynı yaştan sigara ya da alkol kullanma durumuna ‘hiçbir zaman ya da çok seyrek’ yanıtları veren ve riskli sağlık davranışları olan grupta olmayan adolesan seçilmiştir.

Seçilen grubun aileleri ile görüşülmüştür. Görüşme sırasında aile yılmazlığı ve çocuğun riskli sağlık davranışlarını bilme durumları saptanmış ve aile içi ilişkiler değerlendirilmek istenmiştir.

Seçilen grubun rehber öğretmenleri ile görüşülerek okulun öğrenciyi ne kadar tanıdığı ve riskli sağlık davranışları olup olmadığı saptanmıştır.

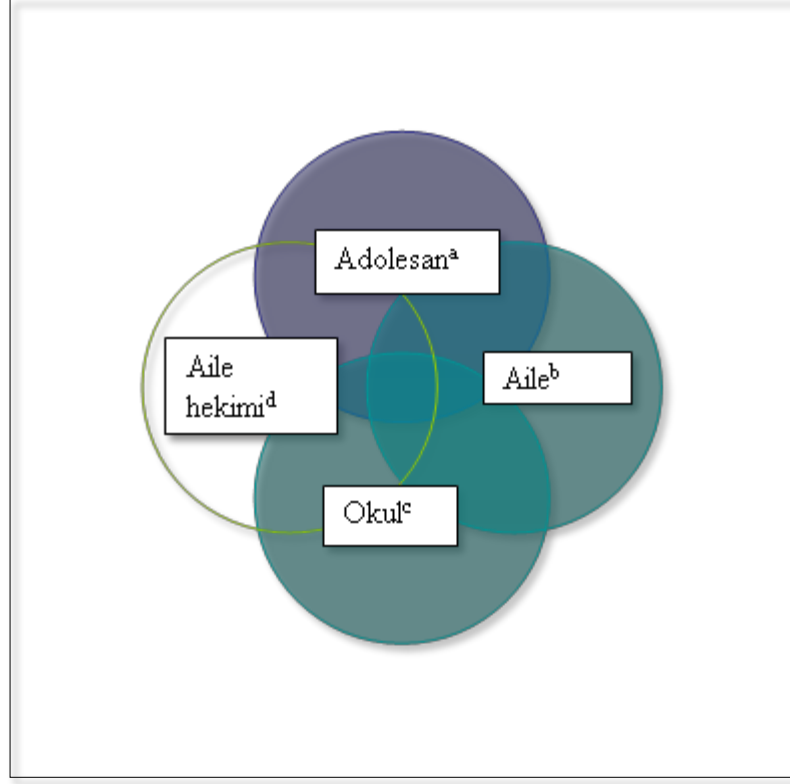
Bu grupta bulunan adolesanların aile hekimlerinden adolesanın değerlendirilmesi konusunda bilgi alınmıştır.

Tanımlayıcı tablolar sonrası ilişkiler ki-kare, kappa ve t-testi ile değerlendirilmiştir.

3.10.5.Tutarlılık

1. Riskli grupta bulunan öğrencilerin yanıtları ile aile, öğretmen ve hekimlerinin adolesan konusunda verdiği yanıtlar ile tutarlılığı

2. Riskli grupta bulunmayan öğrencilerin yanıtları ile aile, öğretmen ve hekimlerinin adolesan konusunda verdiği yanıtlar ile tutarlılığı



Şekil 3.1. Adolesan, aile, öğretmen ve aile hekimi iletişimde ortak bağlantılar

Bu analize göre (Şekil 3.1);

- Adolesan ile aile ifadesinin karşılaştırılması (a * b)
- Adolesan ile öğretmen ifadesinin karşılaştırılması (a * c)
- Adolesan ile aile hekimi ifadesinin karşılaştırılması (a * d)
- Aile ile öğretmen ifadesinin karşılaştırılması (b * c)
- Aile ile aile hekiminin ifadesinin karşılaştırılması (b * d)
- Öğretmen ile aile hekimi ifadesinin karşılaştırılması yapılmıştır (c * d).

Akış Şeması (Şekil 3.2)

Basamak 1.

Araştırma konusunun belirlenmesi ve planlama yapılmıştır. Planlama sonrası araştırma için gerekli izinler alınmıştır (Etik kurul izni, İl Sağlık Müdürlüğü ve İl Milli Eğitim Müdürlükleri'nden araştırmanın yapılabilmesi için gerekli izinler).

Basamak 2.

Veri toplama aşamasında araştırmacı okullara gitmiştir. Öğrencilerden geliştirilmiş veri toplama formu kullanılarak gözlem altında verileri toplanmış ve SPSS 21.0 İstatistik Paket Programı kullanılarak değerlendirilmiştir.

Basamak 3.

Öğrencilerin RSD olma ve olmama durumlarına göre değerlendirilmesi RSDÖ puanına göre araştırmacı tarafından yapılmıştır. RSD olan ve olmayan iki grup seçilerek araştırmanın ikinci aşamasının vaka ve kontrol grubu oluşturulmuştur.

Basamak 4.

Seçilmiş öğrencilerin aileleri ile aileler için hazırlanmış veri toplama formu uygulanarak ve adolesan hakkındaki görüşleri alınarak görüşmeler yapılmıştır. Aile adolesan ilişkisinin durumu ve adolesanın bu ilişkiden etkilenip etkilenmediği belirlenmiştir.

Basamak 5.

Seçilmiş öğrencilerin öğretmenleri (sınıf öğretmeni/rehber öğretmen) ile okulda görüşülmüştür. Görüşme sırasında öğretmenler için hazırlanmış veri toplama formu doldurulmuş ve adolesan ile ilişkili izlenimlerinin alındığı bir görüşme yapılmıştır.

Basamak 6.

Seçilen öğrencilerin aile hekimlerine gidilmiş ve aile hekimlerinin bu öğrencileri bir veri toplama formu yardımı ile değerlendirmeleri istenmiştir. Bu değerlendirme sonrası adolesanların RSD konusunda bilgileri saptanmıştır. Aile hekimlerinin adolesan takiplerinin durumu izlenmeye çalışılmıştır.

Basamak 7.

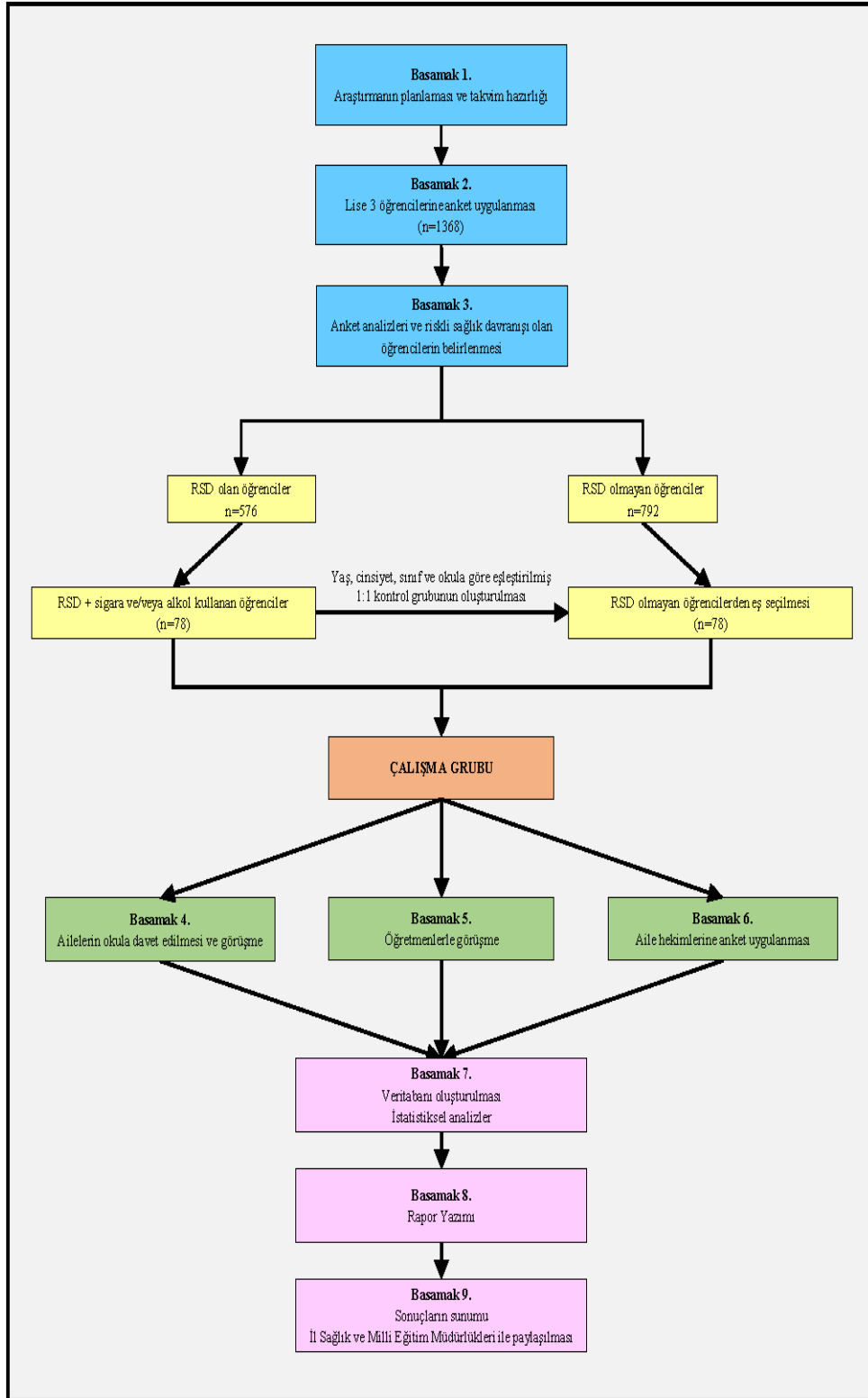
Adolesan, okul, aile ve aile hekimlerinden toplanan veriler değerlendirilecek ve gerekli karşılaştırmalar yapılarak durum saptanmıştır.

Basamak 8.

Sonuçlar doğrultusunda bir rapor yazılmıştır. Yazılan rapor araştırmacının tezi niteliğindedir.

Basamak 9.

Sonuçların sunumunun yapılarak; İl Milli Eğitim ve Sağlık Müdürlüklerinin ilgili kişileriyle paylaşılması planlanmıştır.



Şekil 3.2. Araştırmanın akış şeması

Kullanılan Ölçekler

3.10.6.Riskli Sağlık Davranışları Ölçeği (93, 94):

Riskli Sağlık Davranışları Ölçeği Çimen tarafından 2003 yılında “15- 18 yaş grubu gençlerde Riskli Sağlık Davranışları”nı belirlemek için geliştirilmiştir. Psikososyal (10 madde), beslenme (11 madde), fiziksel aktivite (4 madde), hijyen (5 madde), madde kullanımı (4 madde) olmak üzere 5 alt boyut ve cinsel ilişkide korunma sorusundan oluşan ölçekte toplam 35 madde bulunmaktadır.

Riskli Sağlık Davranışları Ölçeği'nin (RSDÖ) maddeleri 1'den 5'e kadar değişen likert tipi puanlama ile derecelendirilmiştir. Derecelendirme olumsuz ifadelerden (1) olumlu ifadelere (5) doğru yapılmıştır. Ölçeğin puanlamasında; 1, 2, 4, 5, 6, 7, 8, 10, 12, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 22, 23, 25. maddeye verilen yanıtların puanı ters, diğer maddeleri aynen alınarak toplam ham puan elde edilmektedir (Tablo 3.5). Ham puan (35–175 arasında) mutlak değer cinsinden 100'e çevrilerek 20–100 arasında puan edilmektedir. Her bir alt ölçeğin puanları da mutlak değer cinsinden 20–100 arasında bir puana dönüştürülerek kullanılmaktadır.

Tablo 3.5. RSD Ölçeği, Alt Boyutları ve Ham Puanları

RSDÖ ve Alt Boyutlar	Madde Numaraları	Madde sayısı	En küçük ham puan	En büyük ham puan
RSDÖ	1-35	35	35	175
Alt Boyutlar				
Psikososyal	13-16, 24, 26, 28-30, 32	10	10	50
Beslenme	1-6, 9-12, 27	11	11	55
Fiziksel	22, 23, 25, 31	4	4	20
Hijyen	7, 8, 17-19	5	5	25
Madde Kullanımı	20, 21, 33, 34	4	4	20

Ölçekten ve alt boyutlarından alınan toplam puanların yüksek olması bireyin riskli sağlık davranışlarının olduğunu; düşük olması ise sağlık davranışlarının riskli boyutta olmadığını belirtmektedir.

İl Milli Eğitim Müdürlüğü'nden izin alma aşamasında RSDÖ'nün bazı sorularının çalışma dışı bırakılması istenmiştir. Bu sorular ölçek dışında bırakılması; kullanılan ölçeğin geçerliliği ve güvenilirliği ile ilgili olarak kısıtlılık yaratmıştır.

Çalışmada 'Herhangi bir nedenle uyarıcı madde/haplar kullandığım olur.' 'Herhangi bir nedenle bağımlılık yapıcı bir madde (uyuşturucu, tiner, bali, uhu vb.) kullandığım olur.' ve 'Korunmasız cinsel ilişkide (ben ya da partnerim kılıf/kondom/ prezervatif kullanmadan) bulunurum.' soruları kullanılamamıştır.

RSDÖ'nin soruları için öğrenci veri toplama formuna (Ek 1) bakınız.

3.10.7. Anne Baba Tutum Ölçeği (ABTÖ) (95, 96):

Çocuğa tepki vermede duyarlılık (responsiveness) ve talepkarlık (demandingness) boyutlarından ve ayrıca anne-baba tutumu ile ilgili var olan diğer ölçeklerden (Dornbusch ve ark., Steinberg ve ark.) yararlanılarak Lamborn, Mounts, Steinberg ve Dornbusch tarafından 1991 yılında geliştirilmiştir. Ölçek puanlarına uygulanan faktör analizi sonucu 3 faktör ortaya çıkmıştır. Bu faktörler; kabul/ilgi (acceptance/involvement), kontrol/denetleme (strictness/supervision) ve psikolojik özerklik (psychological autonomy) boyutlarıdır.

Ölçekte kabul/ilgi boyutu, çocukların ebeveynlerini ne derece sevecen, ilgili ve katılımcı olarak algıladıklarını ölçmeyi amaçlar (Örnek ifade: 'Herhangi bir sorunum olduğunda, eminim annem ve babam bana yardım ederler'). Kontrol/denetleme boyutu çocukların ebeveynlerini ne derece kontrollü ve denetleyici olarak algıladıklarını ölçmeyi amaçlar (Örnek ifade: 'Annen ve baban okul zamanı gece arkadaşlarıyla bir yere gitmene izin verirler mi?'). Psikolojik özerklik boyutu çocukların anne-babanın demokratik tutumu ne derece uyguladığı ve çocuğun bireyselliğini ifade etmesini ne derece cesaretlendirdiği konularındaki algısını ölçmeyi amaçlar (Örnek ifade: 'Annem ve babam büyüklerle tartışmamam gerektiğini söylerler'). Kabul/ilgi boyutu 9, kontrol/denetleme boyutu 8 ve psikolojik özerklik boyutu 9 maddeyle ölçülmektedir.

Birinci ve üçüncü boyuttaki maddeler 4 dereceli Likert Tipi ölçek üzerinde, ikinci boyuttaki maddelerin ilk ikisi 7 dereceli, diğer maddeler ise 3 dereceli Likert tipi ölçek üzerinde değerlendirilmektedir.

Ölçekten, anne baba tutumlarının alt boyutlarında kabul/ilgi ve kontrol/denetleme boyutlarının kesişmesinden 4 anne-baba tutumu ayırt edilmektedir. Kabul/ilgi ve kontrol/denetleme boyutunda ortancanın üzerinde puan alan katılımcıların anne-babaları ‘demokratik’; altında puan alanların anne-babaları ise ‘izin verici-ihmkar’; kabul/ilgi boyutunda ortancanın altında ve kontrol/denetleme boyutunda ortancanın üzerinde puan alan katılımcıların anne-babaları ‘otoriter’; kabul/ilgi boyutunda ortancanın üzerinde, kontrol/denetleme boyutunda ortancanın altında puan alanların anne babaları ise ‘izin verici-müsamahakar’ (Tablo 3.6) olarak adlandırılmıştır.

Tablo 3.6. ABTÖ Ölçeği, Alt Boyutları ve Ham Puanlarına göre anne baba tutumunun belirlenmesi

Kabul/ilgi alt boyutu	Kontrol/denetleme alt boyutu	Anne baba tutumu
Ortancanın üzeri	Ortancanın üzeri	Demokratik
Ortancanın altı	Ortancanın altı	İzin verici ihmkar
Ortancanın altı	Ortancanın üzeri	Otoriter
Ortancanın üzeri	Ortancanın altı	İzin verici müsamahakar

Ülkemizde ölçeğin geçerlik ve güvenilirlik çalışması ilk olarak ilköğretim, lise ve üniversite öğrencileri ile yapılmıştır (96).

ABTÖ soruları için öğrenci veri toplama formuna bakınız (Ek 1).

3.10.8.Aile Yılmazlık Ölçeği (AYÖ) (97):

Anne-babaların yılmazlık algısını değerlendirmeyi amaçlamaktır. Ölçeğin geçerlilik ve güvenilirlik çalışmalarında 524 anne-babadan oluşan (özel eğitim

kurumlarında eğitim alan 105 ve normal gelişim gösteren 419 çocuğun anne-babaları) bir grup ile yapılmıştır. Bir dizi geçerlik çalışması yürütülmüş ve 87 maddelik ölçek soru sayısı 37 maddeye indirilmiştir.

Analizler sonucunda AYÖ'nden elde edilen alt ölçekler, alt ölçeklerin açıklamaları, içerdikleri maddelerin numaraları ve puanlama sistemi;

- Mücadelecilik-Meydan Okuma: Bu alt ölçek, güç koşullarla mücadele edebilme, zorlukların üstesinden gelebilme, olumsuz koşullara rağmen ayakta kalabilme ve risk alabilme gücüyle ilgili 17 maddeden oluşmaktadır.
- Öz-Yetkinlik: Bu alt ölçekteki maddeler bireylerin yaşamını etkili şekilde sürdürebilmesi için gerekli özellikleri ifade etmektedir. Dokuz maddeden oluşmaktadır.
- Yaşama Bağlılık: Bu alt ölçek yaşama olumlu bakışı ve yaşama olumlu katılımı ifade eden sekiz maddeyi içermektedir.
- Kontrol: Üç maddeden oluşan alt ölçek bireyin yaşamını kontrol edebilmesini değerlendirmeyi amaçlamaktadır.

Katılımcılar 5'li Likert tipi ölçek üzerinde kendilerine en uygun gelen yanıt seçeneğini işaretlemektedirler (beni çok iyi tanımlıyor=5 puan, beni iyi tanımlıyor=4 puan, beni orta düzeyde tanımlıyor=3 puan, beni biraz tanımlıyor=2 puan, beni hiç tanımlamıyor=1 puan).

Aile yılmazlığı düzeyi toplam puan ile belirlenmekler beraber, her bir alt ölçekten alınan puanlarla da değerlendirme yapılabilmektedir. Tüm maddeler olumlu yönde ifade edilmiştir. Ölçekten yüksek puan almak bireyin yılmazlık algısının yüksek düzeyde olduğuna işaret etmektedir.

AYÖ soruları için aile veri toplama formuna (Ek 2) bakınız.

3.11. Tanımlar

Riskli Davranış tanımı; adolesanı tehlikeye atan ve hayati anlamda tehlike yaratan hastalık ve ya ölümle sonuçlanma ihtimali yüksek davranışlardır. Diğer bir deyişle; adolesanlarda yaşamlarını olumsuz etkileyecek hal ve davranışlardır. Fiziksel

şiddet, silah niteliğindeki araçları taşımak, erken ve riskli cinsel ilişki kurmak, sigara, alkol ve madde kullanımı, olumsuz/hatalı arkadaş ilişkileri, intihar düşünceleri ve girişimleri, evden kaçma, okuldan kaçma, suç işleme ve suça yönelik davranışlar, kendine zarar verme davranışlarıdır (98-100). Farklı bir tanıma göre ise “riskli davranışlar, adolesanların iyilik halini tehdit eden ve sorumlu birer yetişkin olma hallerini engelleyen davranışlardır (98).

Riskli Sağlık Davranışları: Tüm gençler büyümenin normal bir parçası olarak riskli davranışları gösterirler.

Risk, gençlerin sağlıklı ve iyi halde olma durumlarına herhangi bir şekilde zarar veren durumlar olarak tanımlanabilir. DSÖ, sağlık açısından riski; “olumsuz bir sonucun gerçekleşme olasılığı veya bu olasılığı arttıran faktör” şeklinde tanımlanmaktadır (101, 102).

Davranış ise; bireysel olarak, kişinin olaylara ve durumlara karşı uyguladığı tutumdur. Toplumsal davranış, bir toplumda ya da toplumsal kümede, genellikle alışkanlık durumuna gelen ve hemen herkeste aynı biçimde görülen eylem türüdür (103).

Bu davranışlar, uzun yıllardan beri araştırmalara konu olmakla birlikte problem davranışların neden ortaya çıktığını açıklayan bazı yaklaşımlarda sadece ebeveyn ya da arkadaş ortamı gibi tek bir faktörün bu davranışlara neden olabileceği gibi (104), bazı yaklaşımlarda ise ebeveyn, okul, arkadaş vb. pek çok alanı içeren daha kapsamlı açıklamalar yapmaktadır (105).

3.12. Etik Konular

Araştırma öncesi Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu’ndan etik kurul izni alınmıştır (Ek 5).

Milli Eğitim Müdürlüğü ve Sağlık Müdürlüklerinden yazılı izinler alınmıştır (Ek 6 ve Ek 7).

Veri toplama uygulanacak okulların yöneticilerine ve aile hekimlerine araştırma hakkında bilgi verilerek sözel olarak izin alınmıştır.

Ayrıca her okulda öğrenci, öğretmen ve ailelerden sözlü izinleri alınmıştır.

RSD olan öğrenciler tespit edildikten sonra bu konuda okul öğretmenleri bilgilendirilmiştir. Bu öğrenciler için danışma verilerek riskli sağlık davranışları konusunda bilgilendirilmeleri sağlanmıştır.

3.13. Araştırma Sırasında Karşılaşılan Zorluklar

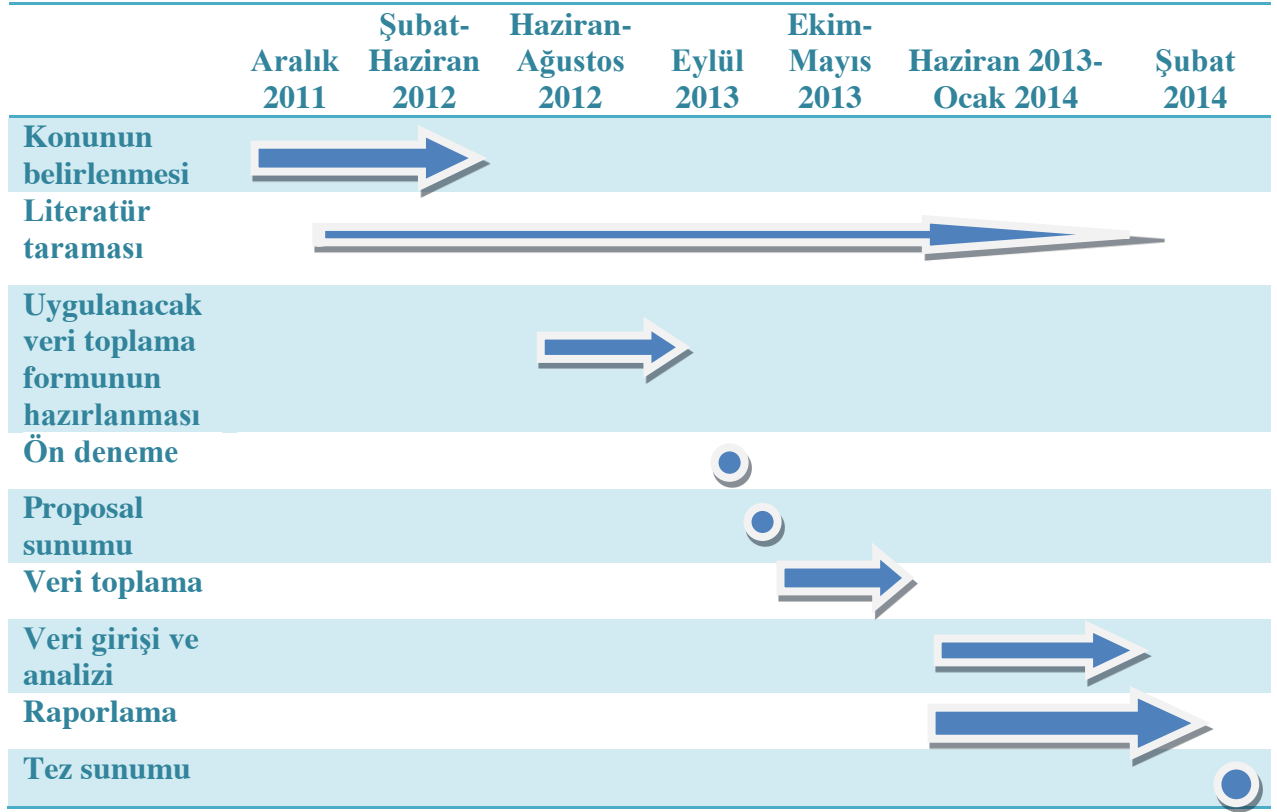
Araştırmanın Milli Eğitim Müdürlüğü'nden gerekli izninin alınması sürecinde bazı soruların uygun bulunmaması dolayısıyla, Riskli Sağlık Davranışları Ölçeği'nin geçerliliği ve güvenilirliği sağlanamamıştır.

Araştırmanın veri toplama aşamasında ailelerin okula gelmesi mümkün olamamış, evlerinde ziyaret edilmişlerdir. Bu da araştırmanın veri toplama süresinin uzamasına neden olmuştur.

Okullarda öğrencilerin öğretmenlerine ulaşmak konusunda rehber öğretmenler ile iletişim kurulması sorun yaratmıştır.

Aile hekimlerinin ağır iş yükleri nedeniyle veri toplama dönemi için ayrılan sürelerin gereğinden uzun olmasına neden olmuştur.

3.14. Araştırmanın Zaman Çizelgesi



4. BULGULAR

Aile, okul ve sağlık personelinin adolesan sağlığındaki rolünün saptanması amacıyla Mamak ilçesi'nde yapılan araştırmaya 1368 adolesan katılmıştır.

4.3. Birinci Aşama

Adolesanların Bazı Sosyodemografik Özellikleri ve Aileleri ile İlişkileri

Adolesanların okullarına göre dağılımı Tablo 4.1. Adolesanların kayıtlı oldukları okullar (Mamak-Ankara, 2013)'de sunulmuştur.

Tablo 4.1. Adolesanların kayıtlı oldukları okullar (Mamak-Ankara, 2013)

Lisenin adı	Sayı	Yüzde
Ege Lisesi	259	18,9
Suzan Mehmet Gönç Lisesi	218	15,9
Mamak Lisesi	169	12,4
Yavuz Sultan Selim Anadolu Lisesi	163	11,9
Başkent Anadolu Lisesi	161	11,8
Gülveren Lisesi	155	11,3
Cumhuriyet Anadolu Lisesi	128	9,4
Abidinpaşa Anadolu Lisesi	115	8,4
Toplam	1368	100,0

Adolesanların %43,5'i erkek, %83,5'i 17 yaşında olduğunu belirtmiştir. Katılımcıların yaş ortalamaları $17,15 \pm 0,45$ 'dir (ortanca: 17 yaş, en küçük: 16 yaş, en büyük: 21 yaş) (Tablo 4.2).

Tablo 4.2. Adölesanların yaş ve cinsiyet özellikleri (Mamak-Ankara, 2013)

Sosyo-demografik özellikler	Sayı	Yüzde
Cinsiyet		
Erkek	599	43,9
Kız	767	56,1
Toplam*	1366	100,0
Yaş		
16	20	1,6
17	1055	83,5
18	165	13,1
19	22	1,7
21	1	0,1
Toplam**	1263	100,0

*2 adölesan cinsiyetini, **105 adölesan yaşını belirtmemiştir.

Tablo IV.1.1'deki okullar Anadolu ve düz lise olarak gruplanmıştır. Anadolu lisesinde eğitim gören adölesanların %42,6'sı, düz liselerde eğitim alan adölesanların %44,1'i erkektir ($p=0,846$). Anadolu lisesinde eğitim gören adölesanların %77,2'si 17, %11,1'i 18 yaşındayken, düz liselerde eğitim gören adölesanların %83,3'ü 17, %13,8'i 18 yaşındadır ($p=0,371$) (Tablo 4.3).

Tablo 4.3. Adölesanların Anadolu ve Düz liselerde eğitim alma durumlarına göre yaş ve cinsiyet özellikleri (Mamak-Ankara, 2013)

Cinsiyet ve Yaş	Anadolu Lisesi		Düz Lise		p
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	
Cinsiyet					
Erkek	249	42,6	342	44,1	p=0,846
Kız	322	57,4	453	55,9	
Toplam*	571	100,0	795	100,0	
Yaş					
16	8	1,5	12	1,6	p=0,371
17	438	77,2	617	83,3	
18	63	11,1	102	13,8	
19	13	2,3	9	1,2	
21	-	-	1	0,1	
Toplam**	522	100,0	741	100,0	

***2 adölesan cinsiyetini, **105 adölesan yaşını blirtmemiştir.**

Çalışmaya katılan adölesanların anne ve babalarının öğrenim ve çalışma durumları Tablo 4.4'de sunulmuştur. Anadolu lisesinde eğitim alan adölesanların annelerinin %28,9'u ilkokul, %17,3'ü ortaokul, %16,5'i üniversite ve üzeri öğrenim almışken düz liselerde eğitim gören adölesanların annelerinin %48,0'ı ilkokul, %22,1'i ortaokul ve %20,8'i lise öğrenimi almıştır (p<0,001). Anadolu lisesinde eğitim alan adölesanların annelerinin %25,2'si çalışırken, düz liselerde eğitim alan adölesanların annelerinin %20,5'i çalışmaktadır (p=0,001).

Anadolu lisesinde eğitim alan adölesanların babalarının %15,8'i ilkokul, %18,3'ü ortaokul, %31,1'i lise ve %26,2'si üniversite ve üzeri öğrenim aldığı öğrenilmi; düz liselerde eğitim gören adölesanların babalarının %30,6'sı ilkokul, %26,2'si ortaokul, %29,8'i lise ve %9,1'i üniversite öğrenimi aldığı belirlenmiştir (p<0,001). Anadolu lisesinde eğitim alan adölesanların babalarının %79,5'i çalışırken, düz liselerde eğitim alan adölesanların annelerinin %82,1'i halen çalışmaktadır (p=0,305).

Tablo 4.4. Adolesanların anne ve babalarının öğrenim ve çalışma durumları (Mamak-Ankara, 2013)

Öğrenim ve çalışma durumu	Anadolu Lisesi	Düz Lise	Toplam	p
Anne öğrenim durumu				
Okuryazar değil	0,9	2,5	1,8	p<0,001
Okuryazar	0,9	1,7	1,4	
İlkokul	28,9	48,0	40,0	
Ortaokul	17,3	22,1	20,1	
Lise	32,2	20,8	25,6	
Yüksekokul	3,1	0,8	1,8	
Üniversite/ Lisansüstü	16,5	4,1	9,3	
Toplam	543	759	1302	
Anne çalışma durumu				
Evet	25,2	20,5	22,5	p=0,001
Hayır	69,4	77,4	74,1	
Emekli	5,0	1,8	3,1	
Emekli halen çalışıyor	0,4	0,4	0,2	
Toplam	555	786	1341	
Baba öğrenim durumu				
Okuryazar değil	0,2	0,5	,4	p<0,001
Okuryazar	0,2	1,2	,8	
İlkokul	15,8	30,6	24,4	
Ortaokul	18,3	26,2	22,9	
Lise	31,1	29,8	30,3	
Yüksekokul	8,2	2,6	5,0	
Üniversite	26,2	9,1	16,3	
Toplam	546	759	1305	
Baba çalışma durumu				
Evet	79,5	82,1	80,8	p=0,305
Hayır	1,3	2,1	1,8	
Emekli	11,5	10,0	11,0	
Emekli halen çalışıyor	7,7	5,9	6,5	
Toplam	541	780	1321	

Adolesanların annelerinin yaş ortalaması $40,85 \pm 5,04$ 'dür (ortanca:40 yaş, en küçük:30 yaş, en büyük:60 yaş) ve Anadolu liselerinde öğrenim gören adolesanların annelerinin ($38,49 \pm 2,01$) düz liselerde öğrenim gören adolesanların annelerinden ($41,45 \pm 3,02$) istatistiksel açıdan anlamlı şekilde daha genç yaşta olduğu saptanmıştır ($p=0,005$). Katılımcıların babalarının yaş ortalaması $45 \pm 5,39$ (ortanca:44 en küçük:30, en büyük:91)'dur. Anadolu liselerinde eğitim gören adolesanların babalarının

(44,56±5,01) düz liselerde eğitim gören adolesanların babalarından (46,87±3,89) istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha genç yaşta olduğu belirlenmiştir (p=0,028).

Anadolu lisesinde eğitim gören adolesanların %93,6'sının kardeşinin olduğu, düz liselerde eğitim gören adolesanların %93,2'sinin kardeşinin olduğu saptanmıştır. Adolesanların kardeşlerinin olma durumu ve kardeş sayıları açısından istatistiksel açıdan anlamlı fark saptanmamıştır (sırasıyla p=0,769, p=0,137) (Tablo 4.5).

Anadolu lisesinde eğitim gören adolesanların %89,1'inin ailesinin çekirdek aile tipinde olduğu, düz liselerde eğitim gören adolesanların ailelerinin %86,2'sinin çekirdek aile tipinde olduğu saptanmıştır. Düz liselerde eğitim gören öğrenciler Anadolu liselerinde eğitim gören öğrencilere göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha fazla geniş ailelerde yaşamaktadır (p=0,041) (Tablo 4.5).

Tablo 4.5. Adolesanların kardeşlerinin özellikleri (Mamak-Ankara, 2013)

Aile yapısı	Anadolu Lisesi	Düz Lise	Toplam	p
Kardeş olması				
Var	93,6	93,2	93,4	p=0,769
Yok	6,4	6,8	6,6	
Toplam	564	796	1360	
Kardeş sayısı				
Ort±SS	1,66±1,09	1,76±1,08	1,72±1,08	p=0,137
Ortanca	1	2	1	
En küçük	1	1	1	
En büyük	10	10	10	
n	560	785	1345	
Aile tipi				
Çekirdek	89,1	86,2	87,4	p=0,041
Geniş	5,4	9,4	7,7	
Tek ebeveynli aile	5,5	4,4	4,9	
Toplam	560	789	1349	

Adolesanların görüşlerine göre ailelerinin sosyoekonomik durumu belirlenmiştir. Anadolu lisesinde öğrenim gören adolesanların ailelerinin %81,5'i orta, %11,5'i yüksek düzeyde sosyoekonomik duruma sahip olduğunu belirtirken; düz liselerde eğitim gören adolesanların ailelerinin %81,5'i orta, %6,8'i yüksek sosyoekonomik duruma sahip olarak belirtmektedir. Anadolu liselerinde eğitim gören adolesanların ailelerinin sosyoekonomik düzeyi düz liselerde eğitim gören adolesanların ailelerine göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha yüksektir (p=0,003) (Tablo 4.6).

Tablo 4.6. Adolesanların görüşlerine göre ailelerinin sosyoekonomik düzeylerinin dağılımı (Mamak-Ankara, 2013)

Ailenin sosyo-ekonomik durum algısı	Anadolu Lisesi	Düz Lise	Toplam	p
Çok düşük	1,3	1,4	1,3	
Düşük	5,8	9,7	8,1	
Orta	80,2	81,5	81,0	p=0,003
Yüksek	11,5	6,8	8,7	
Çok yüksek	1,3	0,6	0,9	
Toplam	556	784	1340	

Anadolu liselerinde eğitim gören adolesanların %56,5'i kendi harçlık durumlarını yeterli, %10,8'i ise yetersiz bulduğunu belirtmiştir. Düz liselerde eğitim gören adolesanların %45,2'si kendi harçlık durumunu yeterli, %13,5'i ise yetersiz olduğunu ifade etmiştir. Düz liselerde eğitim gören öğrenciler istatistiksel olarak anlamlı şekilde harçlıklarını daha fazla yetersiz bulmaktadır ($p<0,001$) (Tablo 4.7).

Tablo 4.7. Adolesanların harçlık miktarlarını değerlendirmeleri (Mamak-Ankara, 2013)

Harçlık miktarını değerlendirme	Anadolu Lisesi	Düz Lise	Toplam	p
Yeterli	56,5	45,2	49,9	
Kısmen yeterli	32,7	39,4	36,6	p<0,001
Yetersiz	10,8	15,4	13,5	
Toplam	554	777	1331	

Anadolu liselerinde eğitim gören adolesanların en sık yaptıkları üç boş zaman aktivitesi müzik dinlemek, arkadaşlarıyla beraber olmak ve internete girmektir. Düz liselerde eğitim gören adolesanların en sık yaptığı üç boş zaman aktivitesi ise müzik dinlemek, kitap okumak ve internete girmektir (Tablo 4.8).

Tablo 4.8. Adolesanların en sık yaptıkları üç boş zaman aktivitelerinin dağılımı (Mamak-Ankara, 2013)

Okul dışı zaman aktivitesi*	Anadolu Lisesi	Düz Lise	Toplam
Müzik dinleme	51,7	56,2	54,3
İnternete girme	39,0	33,0	35,5
Kitap okuma	31,0	34,0	32,7
Arkadaşlarla beraber olma	36,7	29,8	32,7
Televizyon izleme	27,9	30,8	29,6
Spor yapma	24,3	28,3	26,7
Gezme	19,9	28,0	24,6
Cep telefonu ile konuşmak, mesajlaşmak	23,8	23,1	23,4
Bilgisayar oyunu oynama	19,6	17,5	18,3
Sinema, tiyatroya gitme	10,4	12,9	11,8
Müzik aleti çalma	7,1	7,9	7,5
Diğer**	5,8	5,0	5,3
Resim yapma	3,5	4,1	3,9

*Her bir satır Anadolu lisesi için n=567; Düz lise için n=801 ve toplamda n=1368 üzerinden hesaplanmıştır.

**Bale yapmak, satranç oynamak, dans etmek vb.

Anadolu lisesinde eğitim gören adolesanların %35,0'ı annelerinin genellikle olumlu, %29,6'sının her zaman olumlu ve düz liselerde ise adolesanların annelerinin %32,1'inin bazen olumlu, bazen olumsuz ve %31'8'inin genellikle olumlu tutum sergilediğini belirtmiştir. Anadolu lisesinde eğitim gören adolesanların %31,0'ı babalarının genellikle olumlu, düz liselerde eğitim gören adolesanların %28,1'i ise her zaman olumlu tutum sergilediğini belirtmiştir. Adolesanların anne ve babalarının sergilediği tutumlar arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark saptanmamıştır ($p=0,499$; $p=0,730$) (Tablo 4.9).

Anadolu liselerinde eğitim gören adolesanların %43,3'ü özel yaşamında problemleri olduğunda destek ve yardım alabileceği kimse(leri) olduğu fikrine katılırken; düz liselerde eğitim alan adolesanların %38,2'si bu fikre katıldığını ifade etmiştir. Adolesanların özel yaşamlarında problemleri olduğu zaman destek ve yardım alabileceği kimse(ler) olması konusundaki düşünceleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark saptanmamıştır ($p=0,289$) (Tablo 4.9).

Tablo 4.9. Adölesanların kendi görüŖlerine göre aileleri ile iliŖkileri (Mamak-Ankara, 2013)

Bazı özellikler	Anadolu		Toplam	p
	Lisesi	Düz Lise		
Annenin tutumu				
Her zaman olumlu	29,6	30,6	30,2	
Genellikle olumlu	35,0	31,8	33,1	
Bazen olumlu, bazen olumsuz	28,8	32,1	30,7	p=0,499
Genellikle olumsuz	3,9	3,6	3,7	
Her zaman olumsuz	2,7	1,9	2,2	
Toplam	560	787	1347	
Babannn tutumu				
Her zaman olumlu	30,1	28,1	28,9	
Genellikle olumlu	31,0	30,2	30,5	
Bazen olumlu, bazen olumsuz	30,8	31,7	31,3	p=0,730
Genellikle olumsuz	4,8	6,3	5,7	
Her zaman olumsuz	3,3	3,7	3,6	
Toplam	542	776	1318	
Destek ve yardım alma				
Tamamen katılıyorum	28,9	28,7	28,8	
Katılıyorum	43,3	38,2	40,3	
Fikrim yok	14,7	17,8	16,	p=0,289
Katılmıyorum	7,4	8,5	8,1	
Hiç katılmıyorum	5,7	6,7	6,3	
Toplam(n)	564	787	1351	

4.3.3. Adölesanların Bazı Riskli Sağlık Davranışları ve Yaşam

Tarzları Hakkındaki Görüşleri

Anadolu liselerinde eğitim gören adölesanların %33,6'sı okul başarısını iyi, %17,9'u ise kötü bulduğunu belirtmiştir. Düz liselerde eğitim gören adölesanların %32,0'ı kendi okul başarısını iyi, %11,6'sı ise kötü olduğunu ifade etmiştir. Düz liselerde eğitim gören öğrenciler istatistiksel olarak anlamlı şekilde kendilerini daha başarılı bulmaktadır ($p=0,001$) (Tablo 4.10).

Tablo 4.10. Adölesanların okul başarılarını değerlendirmeleri (Mamak-Ankara, 2013)

Okul başarısı	Anadolu			p
	Lisesi	Düz Lise	Toplam	
Çok iyi	6,0	7,7	7,0	p=0,001
İyi	33,6	32,0	32,7	
Orta	39,6	47,4	44,2	
Kötü	17,9	11,6	14,2	
Çok kötü	2,9	1,3	1,9	
Toplam	553	782	1335	

Anadolu liselerinde eğitim gören adolesanların %55,3'ü beslenmesinin yeterli ama dengesiz, %32,4'ü yeterli ve dengeli, %8,3'ü ise hem yetersiz hem de dengesiz bulmaktadır. Düz liselerde eğitim gören adolesanların %50,8'i beslenmesini yeterli ama dengesiz, %36,2'si yeterli ve dengeli, %8,5'i ise hem yetersiz hem de dengesiz bulmaktadır. Anadolu liselerinde eğitim gören öğrenciler beslenme durumlarını istatistiksel açıdan anlamlı şekilde daha fazla yeterli fakat dengesiz bulmaktadır (p=0,037) (Tablo 4.11).

Anadolu liselerinde eğitim gören adolesanların %54,6'sı ideal kiloda, %19,7'si zayıf, %19,7'si ise hafif toplu olduğunu ifade etmiştir. Düz eğitim gören adolesanların %57,2'si ideal kiloda, %18,8'i hafif toplu, %17,6'sı zayıf olduğunu belirtmiştir (p=0,209) (Tablo 4.11).

Tablo 4.11. Adolesanların kendi beslenme durumları ve vücut yapıları hakkındaki görüşlerinin dağılımı (Mamak-Ankara, 2013)

Beslenmesi hakkında görüşü	Anadolu Lisesi	Düz Lise	Toplam	p
Yeterli ve dengeli	32,4	38,8	36,2	p=0,037
Yeterli ama dengesiz	55,3	47,6	50,8	
Yetersiz ama dengeli	3,9	5,1	4,6	
Yetersiz ve dengesiz	8,3	8,5	8,5	
Toplam	559	788	1347	
Vücut yapısı hakkında görüşü				
Çok zayıf	2,1	3,8	3,1	p=0,209
Zayıf	19,7	17,6	18,4	
İdeal kiloda	54,6	57,2	56,1	
Hafif toplu	19,7	18,8	19,2	
Şişman	3,9	2,7	3,2	
Toplam	559	792	1351	

Anadolu liselerinde eğitim gören adolesanların %76,2'sinin bilgisayar sahibi iken, düz liselerde eğitim gören adolesanların %72,2'sinin bilgisayar olduğu belirlenmiştir (p=0,082). Anadolu liselerinde öğrenim gören adolesanların günlük bilgisayar kullanma süreleri ile düz liselerde eğitim gören adolesanların günlük bilgisayar kullanma süreleri açısından istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur (p=0,199). Anadolu liselerinde eğitim gören adolesanların bilgisayar sahibi olma süresi düz liselerde eğitim gören öğrencilere göre istatistiksel açıdan anlamlı şekilde daha kısadır (p<0,001) (Tablo 4.12).

Anadolu liselerinde eğitim gören adolesanların %86,2'sinin interneti varken, düz liselerde eğitim gören adolesanların %74,6'sının interneti olduğu belirlenmiştir. Anadolu lisesindeki öğrenciler düz liselerdeki öğrencilere göre daha fazla sıklıkta internete sahip olduğunu belirtmiştir (p<0,001). Anadolu liselerinde öğrenim gören adolesanların günlük internet kullanma süreleri ile düz liselerde eğitim gören adolesanların günlük internet kullanma süreleri açısından istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur (p=0,741). Anadolu liselerinde eğitim gören adolesanların internete sahip olma süreleri düz liselerde eğitim gören öğrencilere göre istatistiksel açıdan anlamlı şekilde daha kısadır (p<0,001) (Tablo 4.12).

Anadolu liselerinde eğitim gören adolesanların %67,7'si bilgisayar ve interneti sosyal paylaşım ağlarına girmek için, %56,4'ü film izlemek ve MP3 dinlemek için, %48,3'ü ise ödev yapmak için kullandığını belirtmiştir. Düz liselerde eğitim gören adolesanların ise %66,3'ü ödev yapmak, %64,5'i sosyal paylaşım ağlarına girmek ve %54,6'sı film izlemek ve MP3 dinlemek için kullandığını belirtmiştir (Tablo 4.12).

Tablo 4.12. Adölesanların bilgisayar ve internet kullanım özellikleri (Mamak-Ankara, 2013)

Bilgisayar ve İnternet	Anadolu Lisesi	Düz Lise	Toplam	p
Bilgisayarı olması (%)	76,4	72,2	73,9	p=0,082
Toplam	555	783	1338	
Bilgisayara kullanma süresi (saat/gün)				p=0,199
Ort±SS	2,68±1,97	3,90±3,53	3,57±3,22	
Ortanca	1,89	2,86	2,48	
En küçük- En büyük	1,17-8,74	1,17-16,83	1,17-16,83	
n	518	661	1179	
Bilgisayar kullanma (yıl)				p<0,001
Ort±SS	9,63±2,80	10,62±2,98	10,10±2,94	
Ortanca	10	10	10	
En küçük-En büyük	1-16	1-16	1-16	
n	518	661	1179	
İnterneti olması	86,2	74,6	79,4	p<0,001
Toplam	559	788	1347	
İnternet kullanma süresi ((saat/gün)				p=0,741
Ort±SS	3,31±4,24	3,69±3,30	3,61±3,49	
Ortanca	1,92	2,83	2,45	
En küçük-en büyük	1,5-16,67	1,17-16,83	1,17-16,83	
n	482	593	1075	
İnternet kullanma (yıl)				p<0,001
Ort±SS	10,89±2,36	11,71±2,74	11,34±2,61	
Ortanca	11	12	12	
En küçük-en büyük	1-16	1-16	1-16	
n	482	593	1075	
Kullanım amaçları*				
Sosyal paylaşım ağları	67,7	64,5	65,9	
Ödev	48,3	66,3	58,8	
Film -MP3 müzik indirmek	56,4	54,6	55,3	
Oyun oynamak	31,0	29,2	30,0	
Web' de Sörf yapmak	23,5	16,1	9,2	
Diğer**	5,8	5,6	5,7	
Toplam	522	741	1368	

*Birden fazla yanıt verilebilen soruda, toplam sayılar üzerinden yüzde hesaplanmıştır.

**Özel kullanım, kick box, bilimsel tartışmaları izlemek ve bilgi edinmek yer almıştır.

Anadolu liselerindeki adolesanların %96,3'ü, düz liselerdeki adolesanların ise %91,4'ünün cep telefonunun olduğu saptanmıştır. Anadolu liselerindeki adolesanların cep telefonu olma durumu düz liselerdeki öğrencilere göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha fazladır ($p<0,001$). Okullara göre adolesanların cep telefonu kullanma süreleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark saptanmamıştır ($p=0,062$). Anadolu liselerindeki öğrenciler ile düz liselerdeki öğrenciler arasında cep telefonu kullanmak için uykudan uyanma sıklığı ($p=0,160$), cep telefonundan her zaman ulaşılabilir olmayı isteme durumu ($p=0,203$), arkadaşlarının cep telefonundan ulaşamamaları durumundaki stres miktarları ($p=0,516$) ve kendilerine göre cep telefonu kullanım süreleri ($p=0,060$) arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark saptanmamıştır (Tablo 4.13).

Tablo 4.13. Adölesanların cep telefonu kullanım özellikleri (Mamak-Ankara, 2013)

Cep telefonu kullanım özellikleri	Anadolu Lisesi	Düz Lise	Toplam	p
Cep telefonu olma durumu				
Evet	96,3	91,4	93,4	p<0,001
Hayır	3,7	8,6	6,6	
Toplam	562	792	1354	
Cep telefonu kullanma süresi (saat/gün)				
Ort±SS	2,20±1,33	3,97±3,78	3,58±3,47	p=0,062
Ortanca	1,5	2,25	1,83	
En küçük-en büyük	1,17-5,17	1,17-16,83	1,17-16,83	
n	552	763	1315	
Cep telefonu kullanmak için (aramak, aranamak, mesaj gibi) uykudan uyanma				
Hiçbir zaman	67,4	62,5	64,6	p=0,160
Ara sıra	23,8	25,2	24,6	
Ayda birkaç	1,8	2,4	2,2	
Haftada birkaç	2,9	2,8	2,8	
Neredeyse hergün	4,1	6,9	5,8	
Toplam	558	777	1335	
Cep telefonundan her zaman ulaşılabilir olmayı isteme				
Hiçbir zaman	4,5	6,0	5,4	p=0,203
Hergün değil	19,0	22,6	21,1	
Hergün ama her zaman değil	46,1	42,0	43,7	
Bütün gün/her saat	30,4	29,4	29,8	
Toplam	553	755	1308	
Arkadaşlarının cep telefonundan ulaşamamaları durumunda				
Etkilenmem	51,5	48,3	49,7	p=0,516
Az stres olurum	38,9	40,2	39,7	
Çok stres olurum	6,0	6,4	6,2	
Diğer*	3,6	5,1	4,5	
Toplam	550	751	1301	
Sizce cep telefonunuzu kullanma süreniz				
Çok kullanıyorum	19,6	15,7	17,3	p=0,060
Yeterince kullanıyorum	43,1	39,7	41,1	
Az kullanıyorum	22,5	24,9	23,9	
Hemen hemen hiç kullanmıyorum	12,0	16,5	14,6	
Azaltmaya çalıştım ama başaramadım	2,9	3,1	3,0	
Toplam	552	763	1315	

* Ortalama yıkarım, merak ederim, arkadaşımı ararım, kişiye göre stresin boyutu değişir şeklinde yanıtlar verilmiştir.

Adolesanların %26,0'ı hergün düzenli olarak üç öğün beslendiğini, %32,4 kahvaltı yaptığını, %44,6'sı cips, döner, hamburger gibi yiyeceklerden tüketmediğini belirtmiştir. Katılımcıların %23,5'i hergün çikolata gofret, şekerleme gibi yiyeceklerden yemektir. Adolesanların %36,6'sı hergün yemekten önce elini yıkamadığını, %44,7'si dişlerini düzenli olarak iki defa fırçaladığını ifade etmiştir.

Katılımcıların %7,1'i kendini korumak amacıyla yanlarında farklı aletler taşıdıklarını belirtmiştir. Katılımcıların %5,5'i her zaman, %1,8i çoğunlukla sigara içtiğini; %4,4 her zaman, %3,2'si çoğunlukla alkol içtiğini ifade etmiştir.

Adolesanların 33,3'ü günde iki saatten fazla televizyon izlediğini, 27,12'si bilgisayar/atari başında kaldığını belirtmiştir. Katılımcıların %14,3'ü tavsiye almadan rejim yaptığını, %2,6'sı yemeklerden sonra kustuğunu ifade etmiştir.

Adolesanların %10,5'inin çoğunlukla tehlikeli sporlardan yaptığını, %10,9'u ehliyetsiz araç kullandığı ve %7,7'sinin çoğunlukla bir kavgada yaralandığı saptanmıştır. Katılımcıların %16,0'ının çoğunlukla/her zaman iki haftadan uzun süren ve günlük aktivitelerini kısıtlayacak karamsarlık dönemleri olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.14).

Tablo 4.14. Adölesanların bazı riskli sağlık davranışları (Mamak-Ankara, 2013)

Bazı Sağlık Davranışları	Hiç bir zaman	Oldukça seyrek	Bazen	Çoğunlukta	Hemen her zaman	Toplam (n)
Günde üç öğün beslenirim.	6,5	9,4	26,0	31,6	26,0	1345
Sabahları kahvaltı ederim.	11,7	15,8	21,0	19,0	32,4	1344
Her gün cips, döner, hamburger, tost gibi yiyeceklerden yerim.	11,8	32,8	33,1	15,3	7,0	1296
Her gün taze meyve ve yeşil salata, havuç, domates gibi sebzelerden yerim.	4,3	16,1	34,1	27,2	18,2	1327
Her gün pişmiş sebze yemeklerinden yerim.	14,1	27,4	34,0	17,5	6,9	1334
Her gün tavuk, hindi, balık veya kırmızı et türü yiyeceklerden ya da mercimek, nohut, fasulye, bezelye gibi kuru baklagillerden birini yerim.	2,7	9,3	34,9	36,4	16,8	1347
Dişlerimi düzenli olarak günde en az iki kere fırçalarım.	2,5	8,9	18,9	25,1	44,7	1344
Yemek yemeden önce ellerimi yıkarım.	1,3	4,3	9,4	21,6	63,4	1324
Her gün çikolata, gofret, şekerleme gibi yiyeceklerden yerim.	4,0	20,5	28,1	23,9	23,5	1306
Her gün süt, ayran, yoğurt, peynir türü besinlerden birini/bir kaçını tüketirim.	2,4	8,5	20,3	29,1	39,7	1334
Her gün nescafe, kola, gazoz gibi içeceklerden içerim.	7,8	26,1	28,8	20,6	16,7	1341
Her gün ortalama 8-10 bardak su içerim.	8,8	16,8	25,7	24,5	24,2	1322
Kendimi korumak amacıyla yanımda farklı aletler taşıırım.	75,0	10,7	7,3	3,2	3,9	1322
Arabanın ön koltuğunda oturduğumda emniyet kemerini takarım.	24,8	16,6	21,2	14,5	22,8	1328
Sorunlarımı yakınlarımla paylaşarak çözmeye çalışırım.	13,9	16,8	23,5	25,0	20,8	1318
Birisiyle anlaşamadığımda bunu kendisiyle konuşarak çözmeye çalışırım.	9,8	12,3	25,9	31,1	20,9	1330
En az haftada 1-2 kez yıkanırım.	0,9	1,0	1,3	9,9	86,9	1341
Tuvaletten çıktıktan sonra ellerimi yıkarım.	1,0	0,8	1,6	6,9	89,7	1341
Ellerimi yıkarken sabun kullanırım.	1,2	0,8	2,1	7,7	88,3	1304
Sigara içerim.	84,9	3,6	4,2	1,8	5,5	1315
Alkollü içecekler içerim.	67,0	13,2	12,2	3,2	4,4	1298
Haftada en az 3 gün, her seferinde 20-30 dakika; futbol oynama, koşma, hızlı bisiklet sürme gibi kalp atışlarımı hızlandıran fiziksel aktiviteleri yaparım.	22,3	22,9	21,6	11,5	21,7	1339
Haftada en az 5 gün veya her gün, her seferinde 20-30 dakika; yürüme, yavaş bisiklet sürme, paten yapma gibi kendimi fazla zorlamayan bir fiziksel aktivite yaparım.	22,7	24,6	21,1	12,2	19,4	1335
Günde 2 saatten fazla televizyon izlerim.	14,7	24,9	27,1	18,5	14,8	1342
Geceleri en az 8 saat uyurum.	7,9	13,2	22,5	27,4	29,1	1305
Günde en az 2 saat bilgisayar/atari başında vakit geçiririm.	30,9	24,8	17,1	12,6	14,5	1277
Bir sağlık elemanının tavsiyesi olmadan zayıflamak için rejim yaparım.	63,1	10,1	12,5	7,1	7,2	1323
Yemeklerden sonra sık sık kusarım.	90,8	4,3	2,3	1,0	1,6	1336
Boks gibi tehlikeli sporlardan herhangi birini yaparım.	76,4	7,9	5,3	3,1	7,4	1329
Motosiklet ya da herhangi bir aracı ehliyetsiz kullanırım.	70,3	9,2	9,6	4,1	6,8	1318
İki haftadan uzun süren ve günlük aktivitelerimi engelleyecek şekilde karamsarlık dönem(ler)im olur.	37,0	24,4	22,7	8,9	7,1	1331
Bir kavga sırasında yaralandığım oldu.	66,0	14,9	11,4	3,3	4,4	1345

RSDÖ'nden alınan puan ortalamaları sırasıyla Anadolu ve düz 43,55±7,42 ve 43,99±7,88'dir (p=0,143). Psikososyal alt boyutlarında alınan puan ortalamaları 40,77±11,04 ve 42,64±12,28'dir (p=0,003). Fiziksel alt boyutunda alınan puan ortalamaları 55,23±16,63 ve 53,14±15,72'dir (p=0,024) (Tablo 4.15).

Tablo 4.15. Adölesanların Riskli Sağlık Davranışları Ölçeğinden aldıkları puanlar (Mamak-Ankara, 2013)

	Anadolu Lisesi (n=518)				Düz Lise (n=735)				p
	Ortalama± SS	Ortanca	En küçük	En büyük	Ortalama± SS	Ortanca	En küçük	En büyük	
RSDÖ	43,55±7,42	43,13	11,25	80,63	43,99±7,88	43,75	5	69,3	p=0,321
								8	
RSDÖ alt boyutları									
Psikososyal	40,77±11,04	38	12	86	42,64±12,28	40	10	92	p=0,006
Beslenme	51,78±10,05	52	10	85	51,76±10,99	45	2	86	p=0,962
Fiziksel	55,23±16,63	55	-	95	53,14±15,72	60	-	95	p=0,024
Hijyen	27,68±10,18	24	12	100	27,92±10,08	20	-	92	p=0,676
Madde kullanımı	28,49±17,88	20	-	100	29,85±19,03	20	-	100	p=0,203

Anadolu liselerinde eğitim gören adolesanların %43,6'sı; düz liselerde eğitim gören adolesanların %49,8'i Riskli Sağlık Davranışları Ölçeği'nden ortancanın üzerinde puan almıştır. Riskli Sağlık Davranışları Ölçeği'nden ortancanın üzerinde puan almıştır (p=0,031) (Tablo 4.16).

Tablo 4.16. Adolesanların Riskli Sağlık Davranışları Ölçeği'nden aldıkları puanların ortanca kesim noktasına göre dağılımı (Mamak-Ankara, 2013)

Riskli Sağlık Davranışları	Sayı	Yüzde	p
Anadolu lisesi (n=518)			
43,13 ve altı puan	292	56,4	p=0,031
43,14 ve üstü puan	226	43,6	
Düz lise (n=735)			
43,13 ve altı puan	369	50,2	
43,14 ve üstü puan	366	49,8	

Erkeklerin %41,6'sı, kızların %43,1'i RSDÖ puanı ortanca kesim noktasına göre yüksek puan almıştır ($p<0,001$). Erkeklerin %72,4'ü, kızların %28,0'ı RSDÖ psikososyal alt boyutundan ortanca ve üzerinde puan almıştır ($p<0,001$). Erkeklerin %44,8'i, kızların %50,7'si besleme alt boyutundan ortanca ve üstünde puan almıştır ($p=0,037$). Erkeklerin %45,8'i, kızların 55,2'si fiziksel alt boyutundan; erkeklerin %60,2'si, kızların %36,2'si hijyen alt boyutundan ve erkeklerin %45,3'ü, kızların %28,7'si madde kullanımı alt boyutundan ortanca ve üstünde puan almıştır ($p<0,001$) (Tablo 4.17).

Tablo 4.17. Cinsiyete göre RSDÖ ve alt boyutlarından alınan puanların ortanca kesim noktasına göre dağılımı (Mamak-Ankara, 2013)

	Erkek	Kız	p
RSDÖ			
Ortanca altı	41,6	56,9	p<0,001
Ortanca ve üstü	58,4	43,1	
RSDÖ alt boyutları			
Psikososyal durum			
Ortanca altı	27,6	72,0	p<0,001
Ortanca ve üstü	72,4	28,0	
Beslenme durumu			
Ortanca altı	55,2	49,3	p=0,037
Ortanca ve üstü	44,8	50,7	
Fiziksel durum			
Ortanca altı	72,2	27,8	p<0,001
Ortanca ve üstü	45,8	54,2	
Hijyen			
Ortanca altı	39,8	63,8	p<0,001
Ortanca ve üstü	60,2	36,2	
Madde kullanımı			
Ortanca altı	54,7	71,3	p<0,001
Ortanca ve üstü	45,3	28,7	
Toplam	543	710	

Anne öğrenim durumuna göre Anadolu liselerinde öğrenim gören adolesanların %28,8'inin, düz liselerde öğrenim gören adolesanların %41,6'sının RSDÖ madde kullanımını alt boyutundan ortanca ve üstünde puan almıştır ($p<0,001$) (Tablo 4.18).

Tablo 4.18. Anne öğrenim durumuna göre RSDÖ ve alt boyutlarından alınan puanların ortanca kesim noktasına göre dağılımı (Mamak-Ankara, 2013)

	Anne öğrenim durumu		p
	İlkokul ve altı	Ortaokul ve üstü	
RSDÖ			
Ortanca altı	49,8	50,7	p=0,770
Ortanca ve üstü	50,2	49,3	
RSDÖ alt boyutları			
Psikososyal durum			
Ortanca altı	53,7	51,7	p=0,497
Ortanca ve üstü	46,3	48,3	
Beslenme durumu			
Ortanca altı	50,2	53,7	p=0,223
Ortanca ve üstü	49,8	46,3	
Fiziksel durum			
Ortanca altı	55,4	59,2	p=0,191
Ortanca ve üstü	44,6	40,8	
Hijyen			
Ortanca altı	50,2	55,9	p=0,048
Ortanca ve üstü	49,8	44,1	
Madde kullanımı			
Ortanca altı	71,2	58,4	p<0,001
Ortanca ve üstü	28,8	41,6	
Toplam	518	681	

Babaların öğrenim durumlarına göre RSDÖ toplam puan ve alt grupları arasında ortanca kesim noktasına göre fark saptanmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 4.19).

Tablo 4.19. Baba öğrenim durumuna göre RSDÖ ve alt boyutlarından alınan puanların ortanca kesim noktasına göre dağılımı (Mamak-Ankara, 2013)

	Baba öğrenim durumu		p
	İlkokul ve altı	Ortaokul ve üstü	
RSDÖ			
Ortanca altı	49,7	50,8	
Ortanca ve üstü	50,3	49,2	p=0,737
RSDÖ alt boyutları			
Psikososyal durum			
Ortanca altı	53,2	52,3	
Ortanca ve üstü	46,8	47,7	p=0,790
Beslenme durumu			
Ortanca altı	51,3	52,5	
Ortanca ve üstü	48,7	47,5	p=0,722
Fiziksel durum			
Ortanca altı	55,8	58,2	
Ortanca ve üstü	44,2	41,8	p=0,469
Hijyen			
Ortanca altı	49,0	55,1	
Ortanca ve üstü	51,0	44,9	p=0,063
Madde kullanımı			
Ortanca altı	66,5	63,5	
Ortanca ve üstü	33,5	36,5	p=0,356
Toplam	310	894	

Aile gelir durumuna göre RSDÖ toplam puan ve alt grupları arasında ortanca kesim noktasına göre fark saptanmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 4.20).

Tablo 4.20. Aile gelir durumuna göre RSDÖ ve alt boyutlarından alınan puanların ortanca kesim noktasına göre dağılımı (Mamak-Ankara, 2013)

	Ailenin gelir durumu			p
	Düşük	Orta	Yüksek	
RSDO				
Ortanca altı	53,8	50,3	44,5	
Ortanca ve üstü	46,2	49,7	55,5	p=0,344
RSDO alt boyutları				
Psikososyal durum				
Ortanca altı	54,6	53,1	47,9	
Ortanca ve üstü	45,4	46,9	52,1	p=0,511
Beslenme durumu				
Ortanca altı	54,6	51,5	50,4	
Ortanca ve üstü	45,4	48,5	49,6	p=0,779
Fiziksel durum				
Ortanca altı	58,8	57,0	56,3	
Ortanca ve üstü	41,2	43,0	43,7	p=0,915
Hijyen				
Ortanca altı	46,2	53,5	58,8	p=0,144
Ortanca ve üstü	53,8	46,5	41,2	
Madde kullanımı				
Ortanca altı	58,8	65,7	57,1	
Ortanca ve üstü	41,2	34,3	42,9	p=0,082
Toplam	119	996	119	

4.3.4. Anne ve baba tutumları

Anadolu liselerinde eğitim gören adolesanların ABTÖ puan ortalamaları $54,45 \pm 6,13$, düz liselerde eğitim gören adolesanların puan ortalamaları $52,51 \pm 6,54$ 'dir ($p < 0,001$). Psikolojik özerklik alt boyutunda puan ortalamaları $23,49 \pm 5,40$ ve $21,48 \pm 4,51$ 'dir ($p < 0,001$). Diğer alt boyutlarda adolesanların ortalamaları arası fark saptanmamıştır (Tablo 4.21).

Tablo 4.21. Adölesanların Anne Baba Tutum Öölçeği ve alt boyutlarından aldıkları puanlar (Mamak-Ankara, 2013)

ABTÖ	Anadolu Lisesi (n=518)				Düz Lise (n=735)				p
	Ortalama± SS	Ortanc a	En küçük	En büyük	Ortalama ±SS	Ortanc a	En küçük	En büyük	
ABTÖ toplam puanı	54,45±6,13	55	32	85	52,51±6,54	52	26	78	p<0,001
ABTÖ alt boyutları									
Kabul ve ilgi	16,51±4,28	16	-	36	16,56±4,65	15	-	35	p=0,850
Psikolojik özerklik	23,49±5,40	24	-	37	21,48±4,51	21	-	37	p<0,001
Kontrol ve denetleme	15,44±4,25	16	-	20	15,32±4,07	16	-	20	p=0,610

Anadolu liselerinde eğitim gören adolesanların ailelerinin %32,6'sı demokratik, %12,9'u izin verici-ihmkâr, %30,3'ü otoriter ve %24,1'i izin verici-müşamahakâr iken düz liselerde eğitim gören adolesanların ailelerinin %27,9'u demokratik, %12,2'sinin izin verici-ihmkâr, %32,2'sinin otoriter ve %25,5'nin izin verici-müşamahakar olduğu belirlenmiştir. Ailelerin tutumları arasında okullara göre fark saptanmamıştır (p=0,267).

ABTÖ'nün ikinci değerlendirme tipine göre anne baba tutumları üç grup şeklinde incelenmektedir. Bu değerlendirmeye göre Anadolu liselerinde eğitim gören adolesanların anne ve babalarının %19,1'i demokratik, %50,2'si bir ölçüde demokratik ve %30,7'si bir ölçüde demokratik tutumda olmayan grupta iken; düz liselerdeki adolesanların anne ve babalarının %13,3'ü demokratik, %44,6'sı bir ölçüde demokratik ve %42,1'i bir ölçüde demokratik tutumda olmayan grupta buldukları belirlenmiştir (p<0,001) (Tablo 4.22).

Tablo 4.22. Adolesanların Anne Baba Tutum Ölçeğinden aldıkları puanlara göre anne baba yaklaşımları (Mamak-Ankara, 2013)

Anne Baba Tutum Ölçeği	Anadolu Lisesi	Düz Lise	Toplam	p
Değerlendirme 1	(n=518)	(n=735)	(n=1253)	
Demokratik	32,6	27,9	29,8	
İzin verici-ihmkâr	12,9	12,2	12,5	p=0,267
Otoriter	30,3	33,3	32,2	
İzin verici-müşamahakâr	24,1	26,5	25,5	
Anne Baba Tutum Ölçeği				
Değerlendirme 2				
Demokratik	19,1	13,3	15,7	
Bir ölçüde demokratik	50,2	44,6	46,9	p<0,001
Bir ölçüde demokratik tutumda olmayan	30,7	42,1	37,4	

Erkeklerin %60,6'sı, kızların %51,4'ü ABTÖ kabul ve ilgi alt boyutundan ortalanca kesim noktasının üzerinde puan almıştır (p=0,001). Erkeklerin %50,6'sı, kızların %58,6'sı psikolojik özerklik alt boyutundan ortalanca kesim noktasının üzerinde puan almıştır (p=0,005) (Tablo 4.23).

Tablo 4.23. Cinsiyete göre ABTÖ ve alt boyutlarından alınan puanların ortalanca kesim noktasına göre dağılımı (Mamak-Ankara, 2013)

ABTÖ alt boyutları	Erkek	Kız	p
Kabul ve ilgi			
Ortanca altı	39,4	48,6	
Ortanca ve üstü	60,6	51,4	p=0,001
Psikolojik özerklik			
Ortanca altı	49,4	41,4	
Ortanca ve üstü	50,6	58,6	p=0,005
Kontrol ve denetleme			
Ortanca altı	37,9	38,2	
Ortanca ve üstü	62,1	61,8	p=0,933
Toplam	543	710	

Annelerinin öğrenim durumu ilkokul ve altı olan adolesanların %61,6'sı, ortaokul ve üstü olan adolesanların %51,1'i ABTÖ kabul ve ilgi alt boyutunun ortanca kesim noktasının üstünde puan almıştır (p=0,001). Annelerinin öğrenim durumu ilkokul ve altı olan adolesanların %52,1'i, ortaokul ve üstü olanların %58,3'ü ABTÖ psikolojik özerklik alt boyutunun ortanca kesim noktasının üstünde puan almıştır (p=0,033). Annelerinin öğrenim durumu ilkokul ve altı olan adolesanların %57,9'u, ortaokul ve üstü olan adolesanların %65,6'sı ABTÖ kontrol ve denetleme alt boyutunun ortanca kesim noktasının üstünde puan almıştır (p=0,006) (Tablo 4.24).

Tablo 4.24. Anne öğrenim durumuna göre ABTÖ ve alt boyutlarından alınan puanların ortanca kesim noktasına göre dağılımı (Mamak-Ankara, 2013)

ABTÖ alt boyutları	Anne öğrenim durumu		p
	İlkokul ve altı	Ortaokul ve üstü	
Kabul ve ilgi			
Ortanca altı	38,4	48,9	
Ortanca ve üstü	61,6	51,1	p=0,001
Psikolojik özerklik			
Ortanca altı	47,9	41,7	
Ortanca ve üstü	52,1	58,3	p=0,033
Kontrol ve denetleme			
Ortanca altı	42,1	34,4	
Ortanca ve üstü	57,9	65,6	p=0,006
Toplam	518	681	

Babalarının öğrenim durumu ilkokul ve altı olan adolesanların %62,9'u, ortaokul ve üstü olan adolesanların %52,8'i ABTÖ kabul ve ilgi alt boyutunun ortanca kesim noktasının üstünde puan almıştır (p=0,002). Babalarının öğrenim durumu ilkokul ve altı olan adolesanların %48,1'i, ortaokul ve üstü olan adolesanların %58,3'ü ABTÖ psikolojik özerklik alt boyutunun ortanca kesim noktasının üstünde puan almıştır (p=0,002) (Tablo 4.25).

Tablo 4.25. Baba öğrenim durumuna göre ABTÖ ve alt boyutlarından alınan puanların ortanca kesim noktasına göre dağılımı (Mamak-Ankara, 2013)

ABTÖ alt boyutları	Baba öğrenim durumu		p
	İlkokul ve altı	Ortaokul ve üstü	
Kabul ve ilgi			
Ortanca altı	37,1	47,2	
Ortanca ve üstü	62,9	52,8	p=0,002
Psikolojik özerklik			
Ortanca altı	51,9	41,7	
Ortanca ve üstü	48,1	58,3	p=0,002
Kontrol ve denetleme			
Ortanca altı	39,4	37,1	
Ortanca ve üstü	60,6	62,9	p=0,487
Toplam	310	894	

Aile gelir durumu düşük olan adolesanların %52,1'i, orta olanların %63,1'i ve yüksek olanların %63,0'ı ABTÖ psikolojik özerklik alt boyutunun ortanca kesim noktasının üstünde puan almıştır (p=0,010) (Tablo 4.26).

Tablo 4.26. Aile gelir durumuna göre ABTÖ ve alt boyutlarından alınan puanların ortanca kesim noktasına göre dağılımı (Mamak-Ankara, 2013)

ABTO alt boyutları	Ailenin gelir durumu			p
	Düşük	Orta	Yüksek	
Kontrol ve denetleme				
Ortanca altı	47,9	36,9	37,0	
Ortanca ve üstü	52,1	63,1	63,0	p=0,065
Kabul ve ilgi				
Ortanca altı	47,9	36,9	37,0	
Ortanca ve üstü	52,1	63,1	63,0	p=0,010
Psikolojik özerklik				
Ortanca altı	52,9	44,8	38,7	
Ortanca ve üstü	47,1	55,2	61,3	p=0,083
Toplam	119	996	119	

RSD olmayan adolesanların %53,4'ü, olanların %73,0'ı ABTÖ kabul ve ilgi alt boyutundan ortalanca kesim noktasının üzerinde puan almıştır ($p<0,001$). RSD olmayan adolesanların %56,1'i, olanların %46,8'i ABTÖ psikolojik özerklik alt boyutundan ortalanca kesim noktasının üzerinde puan almıştır ($p=0,048$). RSD olmayan adolesanların %62,9'u, olanların %53,2'si ABTÖ kontrol ve denetleme alt boyutundan ortalanca kesim noktasının üzerinde puan almıştır ($p=0,033$) (Tablo 4.27).

Tablo 4.27. Riskli sağlık davranışı olan ve olmayan adolesanların ABTÖ ve alt boyutlarından aldıkları puanların ortalanca kesim noktasına göre dağılımı (Mamak-Ankara, 2013)

ABTO alt boyutları	RSD olmayan grup	RSD olan grup	p
Kabul ve ilgi			
Ortanca altı	46,6	27,0	
Ortanca ve üstü	53,4	73,0	p<0,001
Psikolojik özerklik			
Ortanca altı	43,9	53,2	
Ortanca ve üstü	56,1	46,8	p=0,048
Kontrol ve denetleme			
Ortanca altı	37,1	46,8	
Ortanca ve üstü	62,9	53,2	p=0,033
Toplam	1127	126	

4.4. İkinci Aşama

Riskli Sağlık Davranışları Ölçeği'ne göre 576 öğrencinin riskli sağlık davranışları olduğu saptanmıştır. Bazen, çoğunlukla ve her zaman sigara ve alkol kullandığını belirten 78 adolesan araştırmanın ikinci bölümünün vakalarını oluşturmuştur. Adolesanlara yaş, cinsiyet, sınıf ve okul bakımından bire bir olarak eşleştirilmiş 78 adolesan araştırmanın ikinci bölümünün kontrol kısmını oluşturmuştur. Araştırmanın ikinci bölümünde toplam 156 adolesanın ailesi, öğretmeni ve aile hekimi yer almıştır.

İkinci aşamanın bazı sosyodemografik özellikleri Tablo IV.1. 28'de sunulmuştur.

RSD olmayan adolesanların %28,2'si erkektir. RSD olmayan adolesanların yaş ortalamaları $17,21 \pm 0,45$ (ortanca: 17 yaş, en küçük: 16 yaş, en büyük: 19 yaş) iken RSD olan adolesanların yaş ortalamaları $17,41 \pm 0,44$ (ortanca: 17 yaş, en küçük: 16 yaş, en büyük: 19 yaş)'dır (Tablo 4.28).

Tablo 4.28. Riskli sağlık davranışları olan ve olmayan adolesanların cinsiyet ve yaş dağılımı (Mamak-Ankara, 2013)

Sosyo-demografik özellikler	RSD olan grup		RSD olmayan grup		
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	
Cinsiyet					
Erkek öğrenci	56	71,8	56	71,8	p=0,067
Kız öğrenci	22	28,2	22	28,2	
Toplam	78	100,0	78	100	
Yaş					
16	3	3,8	4	5,1	p=0,141
17	60	76,9	59	75,6	
18	12	15,4	12	15,4	
19	3	3,9	3	3,9	
Toplam	78	100,0	78	100,0	

RSD olan adolesanların ve olmayan adolesanların okullara göre dağılımları Tablo 4.29’da sunulmuştur.

Tablo 4.29. Riskli sağlık davranışları olan ve olmayan adolesanların okullarının dağılımı (Mamak-Ankara, 2013)

Okul adı	RSD olan grup		RSD olmayan grup		
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	
Abidinpaşa Anadolu Lisesi	8	10,2	8	10,2	
Başkent Anadolu Lisesi	8	10,2	8	10,2	
Cumhuriyet Anadolu Lisesi	3	3,9	3	3,9	
Ege Lisesi	18	23,1	18	23,1	p=0,197
Gülveren Lisesi	3	3,9	3	3,9	
Mamak Lisesi	11	14,1	11	14,1	
Suzan Mehmet Gönç Lisesi	14	18,0	14	18,0	
Y.Sultan Selim Anadolu Lisesi	13	16,6	13	16,6	
Toplam	78	100,0	78	100,0	

Katılımcıların riskli sağlık davranışları olma durumlarına göre ölçeklerden aldıkları puanlar Tablo 4.30’da sunulmuştur. Riskli Sağlık Davranışları Ölçeği’nden alınan toplam puanlar arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark saptanmıştır. Riskli sağlık davranışları olduğu belirlenen gruptaki adolesanların RSDÖ toplam puanı ortalaması, riskli sağlık davranışları olmayan grupta olan adolesanların puanından istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha yüksektir ($p<0,001$). RSD olan adolesanların RSDÖ psikososyal boyutunda, beslenme boyutunda ve madde kullanımı alt boyutlarından aldıkları puanlar istatistiksel olarak anlamlı şekilde riskli sağlık davranışları olmayan gruptaki adolesanların puanlarından yüksektir ($p<0,001$).

Tablo 4.30. Riskli sağlık davranışları olan ve olmayan adolesanların RSDÖ ve alt boyutlarından aldıkları puanlar (Mamak-Ankara, 2013)

	RSD olan grup (n=78)					RSD olmayan grup (n=78)					P
	Ortalama	SS	Ortanca	En küçük	En büyük	Ortalama	SS	Ortanca	En küçük	En büyük	
RSDÖ											
RSDÖ toplam puan	53,8	6,1	53,1	43,8	71,9	44,3	8,9	44,7	0	60,6	p<0,001
RSDÖ psikososyal durum	55,1	12,9	56	32	84	43,2	12,5	42	0	72	p<0,001
RSDÖ beslenme durumu	57,5	8,5	56,4	45,5	80	50,8	10,7	50,9	0	70,9	p<0,001
RSDÖ fiziksel durum	58,2	15,1	60	20	90	52,8	17,4	55	0	95	p=0,086
RSDÖ hijyen durumu	32,2	11,9	28	20	72	29,6	10,8	28	0	68	p=0,245
RSDÖ madde kullanımı	72,2	17,7	70	50	100	34	21,2	20	0	100	p<0,001

4.4.3. Ailelere göre Adolesanların Değerlendirilmesi

RSD incelendiği çalışmada katılımcıların RSDÖ'ye göre risk alma davranışı olup olmadığı saptanmıştır. RSDÖ'de risk alma davranışı olan adolesanlar içerisinde bazen, çoğunlukla ve her zaman sigara/alkol içen adolesanlar ile eş bir kontrol grubu oluşturulmuştur. Bu bölümde RSD olan ve olmayan adolesanların bazı özellikleri sunulmuştur.

Adolesanların riskli sağlık davranışı olma durumlarına göre anne ve babalarının bazı sosyodemografik özellikleri Tablo 4.31'de sunulmuştur. RSD olan adolesanların %20,8'i ilköğretim mezunu, %4,1'i üniversite veya yüksekokul mezunu, RSD olmayan adolesanların annelerinin %32,2'si ilköğretim mezunu ve %16,8'i üniversite veya yüksekokul mezunudur ($p<0,001$). RSD olan adolesanların babalarının %30,6'sı ilkokul mezunu, %9,1'i üniversite veya yüksekokul mezunu, RSD olmayan adolesanların babalarının %15,8' ilkokul mezunu ve %26,2'si üniversite veya yüksekokul mezunudur ($p<0,001$).

RSD olan adolesanların annelerinin %20,8'i halen çalıştığını, RSD olmayan adolesanların annelerinin %25,8'i halen çalıştığını ifade etmiştir ($p=0,345$). RSD olan adolesanların babalarının %87,2'si halen çalıştığını, RSD olmayan adolesanların babalarının %87,9'u halen çalıştığını ifade etmiştir ($p<0,001$).

RSD olan adolesanların %7,1'inin anneleri aylık gelir durumlarını kötü olduğunu, RSD olmayan adolesanların annelerinin %10,2'si aylık gelir durumlarının kötü olduğunu belirtmiştir ($p=0,116$).

Tablo 4.31. Riskli sağlık davranışları olan ve olmayan adolesanların ailelerinin bazı sosyodemografik özellikleri (Mamak-Ankara, 2013)

Ailelerin bazı özellikleri	RSD olan grup (n=78)		RSD olmayan grup (n=78)	
	Anne	Baba		
Öğrenim durumu				
Okuryazar değil	2,5	0,9	0,5	0,2
Okuryazar	1,7	0,9	1,2	0,2
İlkokul mezunu	48,0	28,9	30,6	15,8
Ortaokul mezunu	22,1	17,3	26,2	18,3
İlköğretim mezunu	20,8	32,2	29,8	31,1
Lise mezunu	0,8	3,1	2,6	8,2
Üniversite/yüksekokul mezunu	4,1	16,8	9,1	26,2
p	p<0,001		p<0,001	
Çalışma durumu				
Evet, halen çalışıyor	20,8	25,8	87,2	87,9
Hayır, halen çalışmıyor	77,4	69,4	1,3	2,1
Emekli	1,8	5,0	11,5	10,0
p	p<0,001		p=0,345	
Aylık gelir durumu				
İyi	10	12,8	6	8,3
Orta	63	80,2	64	81,5
Kötü	5	7,1	8	10,2
p	p=0,116			

Adolesanların anneleri RSD olan adolesanların %46,2'sinin okul başarısının orta düzeyde olduğunu ve %11,2'si bilmediğini belirtmiştir. RSD olmayan anneler ise adolesanların %39,7'sinin okul başarısının iyi olduğunu belirtmiştir (p=0,456) (Tablo 4.32).

Tablo 4.32. Riskli sağlık davranışları olan ve olmayan adolesanların ailelerine göre okul başarıları (Mamak-Ankara, 2013)

Okul başarısı	RSD olan grup		RSD olmayan grup		p
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	
Çok iyi	3	3,8	9	11,5	p=0,456
İyi	13	16,7	31	39,7	
Orta	36	46,2	25	32,1	
Kötü	13	16,7	13	16,7	
Çok Kötü	4	5,3	-	-	
Bilmiyor	9	11,5	-	-	
Toplam	78	100,0	78	100,0	

Adolesanların ailelerine göre RSD olan adolesanların %89,7'si; RSD olmayan adolesanların %83,3'ü kendi olmaktan memnundur (Tablo 4.33).

Tablo 4.33. Riskli sağlık davranışları olan ve olmayan adolesanların ailelerine göre adolesanların kendileriyle ilgili algıları (Mamak-Ankara, 2013)

Ailesine göre öğrencinin kendi ile ilgili algısı*	RSD olan grup (n=78)		RSD olmayan grup (n=78)	
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
Kendi olmaktan memnun	70	89,7	65	83,3
Kendi olmaktan memnun değil	8	10,3	13	16,7
Kendini üstün görmekte	15	19,2	3	3,8
Kendini değersiz görmekte	12	15,9	1	1,3
Kıskanç	19	24,4	5	6,4
Utangaç	5	6,4	8	10,3
Tırnak kemiriyor	16	20,5	2	2,6
Çevresiyle uyumsuz.	8	10,3	4	5,1
Bilmiyorum	-	-	-	-

* Her satır riskli öğrencilerde n=78, riskli olmayan öğrencilerde n=78 üzerinden hesaplanarak yüzde alınmıştır.

RSD olan adolesanların annelerine göre en sık üç boş zaman aktivitesi televizyon izleme, arkadaşlarla beraber olma ve müzik dinlemekken, riskli olmayan adolesanların annelerine göre bu aktiviteler müzik dinlemek, kitap okumak ve arkadaşlarla beraber olmaktır (Tablo 4.34).

Tablo 4.34. Riskli sağlık davranışları olan ve olmayan adolesanların ailelerine göre adolesanların en sık yaptığı boş zaman aktiviteleri (Mamak-Ankara, 2013)

Bazı boş zaman aktiviteleri	RSD olan grup		RSD olmayan grup	
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
Televizyon izleme	56	71,8	5	7,7
Arkadaşlarla beraber olma	35	54,7	32	49,2
Müzik dinlemek	35	44,9	38	58,5
Gezmek	33	42,3	35	44,9
Kitap Okumak	25	38,5	40	51,3
Bilgisayar oyunu oynamak	30	38,5	24	30,8
İnternete girmek	26	31,7	32	41,0
Spor yapmak	20	31,3	29	37,2
Cep telefonu ile konuşmak/ mesajlaşmak	12	15,4	8	12,3
Müzik aleti çalmak	5	7,9	9	11,5
Sinema/Tiyatroya gitme	2	2,4	18	23,1
Resim yapmak	1	1,6	3	3,9

* Her satır riskli öğrencilerde n=78, riskli olmayan öğrencilerde n=78 üzerinden hesaplanarak yüzde alınmıştır.

Adolesanların annelerine göre, RSD olan adolesanların annelerinin %41,0'ı olumsuz tutum sergilerken, RSD olmayan annelerinin %7,7'si olumsuz tutum sergilemektedir. Annelere göre RSD olan adolesanların babalarının %29,5'i olumsuz tutum sergilerken, RSD olmayan babaların %10,2'si olumsuz tutum sergilemektedir. Annelere göre riskli adolesanların %24,3'ünün ailesiyle ilişkisi fena değilken, riskli olmayan adolesanların %8,9'unun fena değildir. Annelere göre riskli adolesanların %10,3'ünün problemleri olduğu dönemde destek alabilecekleri kimseler bulunmazken bu sıklık riskli olmayan grupta %3,9'dur (Tablo 4.35).

Tablo 4.35. Riskli sağlık davranışları olan ve olmayan adolesanların ailelerine göre aralarındaki ilişki durumu (Mamak-Ankara, 2013)

Adolesan ile ilişkileri	RSD olan grup (n=78)		RSD olmayan grup (n=78)		p
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	
Annenin tutumu					
Her zaman olumlu	10	12,8	20	25,6	
Genellikle olumlu	36	46,2	52	66,7	
Bazen olumlu, bazen olumsuz	30	38,5	6	7,7	
Genellikle olumsuz	2	2,5	-	-	
Her zaman olumsuz	-	-	-	-	
Babannın tutumu					
Her zaman olumlu	10	12,8	30	38,5	
Genellikle olumlu	45	57,7	40	51,3	
Bazen olumlu, bazen olumsuz	20	25,6	8	10,2	
Genellikle olumsuz	3	3,9	-	-	
Her zaman olumsuz	-	-	-	-	
Adolesanın ailesi ile ilişkisi					
Çok iyi	17	21,8	20	25,6	
İyi	39	50,0	50	64,1	
Fena değil	19	24,3	7	8,9	
Kötü	-	-	1	1,4	
Çok kötü	3	3,9	-	-	
Destek ve yardım alma					
Tamamen katılıyorum	20	25,6	4	5,1	
Katılıyorum	50	64,1	71	91,0	
Fikrim yok	-	-	-	-	
Katılmıyorum	8	10,3	3	3,9	
Hiç katılmıyorum	-	-	-	-	

Ailelerine göre riskli sağlık davranışı olan adolesanların %6,1'i sigara, %2,4'ü alkol içmektedir. Ailelere göre, RSD olan adolesanların %3,7'si kavga etmiştir, %12,8'inin internet/bilgisayar bağımlılığı, %37,2'sinin cep telefonu bağımlılığı ve %3,6'sının diğer bir riskli durumu mevcuttur. RSD olmayan adolesanların %2,6'sı kavga etmiştir. RSD olmayan adolesanların %1,3'ünün internet/bilgisayar bağımlılığı, %1,3'ünün cep telefonu bağımlılığı ve %1,3'ünün diğer bir riskli durumu bulunmaktadır.

Ailelerin ifadelerine göre, öğretmenlerin %6,5'i RSD olan adolesanların sigara içtiği ve hiçbirinin alkol içmediği bilinmektedir. Ailelerine göre RSD olan adolesanların öğretmenlerinin %9,0'ı kavga ettiğini, %1,2'si internet/bilgisayar bağımlılığı olduğunu, %2,6'sı cep telefonu bağımlılığı ve %10,8'inin diğer bir riskli durumu bulunduğunu bilmektedir.

Aileleri, RSD olmayan adolesanların aile hekimlerinin %5,1'inin diğer bir riskli durumu olduğunu bilmektedir (Tablo 4.36).

Tablo 4.36. Riskli sağlık davranışları olan ve olmayan adolesanların ailelerine göre bazı riskli sağlık davranışlarının retmen ve aile hekimi tarafından bilime durumları (Mamak-Ankara, 2013)

Riskli sağlık davranışları	Riskli sağlık davranışları olan grup (n=78)						Riskli sağlık davranışları olmayan grup (n=78)					
	retmen		Aile		Aile hekimi		retmen		Aile		Aile hekimi	
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
Sigara içme	5	6,5	5	6,1	1	1,2	-	-	-	-	-	-
Alkol kullanma	-	-	2	2,4	-	-	-	-	-	-	-	-
Kavga etme	7	9,0	3	3,7	-	-	4	5,1	2	2,6	-	-
İnternet/bilgisayar bağımlılığı	1	1,2	10	12,8	1	1,2	2	2,6	1	1,3	-	-
Cep telefonu bağımlılığı	2	2,6	29	37,2	-	-	-	-	1	1,3	-	-
Diğer, riskli durum	9	10,8	3	3,6	6	7,7	5	6,5	1	1,3	4	5,1

RSD olan adolesanların %57,7'sinin evinde sigara içilirken RSD olmayan adolesanlarda bu sıklık %39,7'dir (p=0,089). RSD olan adolesanların %37,2'sinin evinde alkol içilirken RSD olmayan adolesanların evinde alkol içilme sıklığı %44,9'dur (p=0,051) (Tablo 4.37).

Tablo 4.37. Riskli sağlık davranışları olan ve olmayan adolesanların ailelerinde sigara ve alkol içme durumu (Mamak-Ankara, 2013)

Bazı riskli sağlık davranışları	RSD olan grup (n=78)		RSD olmayan grup (n=78)		p
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	
Sigara içme	45	57,7	31	39,7	p=0,089
Alkol kullanma	29	37,2	35	44,9	p=0,051

RSD olan adolesanların %75,6'sının, riskli olmayan gruptaki adolesanların %44,9'unun anne babaları arasındaki ilişki iyi olarak nitelendirilmiştir (p=0,044) (Tablo 4.38).

Tablo 4.38. Riskli sağlık davranışları olan ve olmayan adolesanların anne ve babaları arasındaki ilişki (Mamak-Ankara, 2013)

Anne baba ilişkisi*	RSD olan grup (n=78)		RSD olmayan grup (n=78)	
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
Çok iyi	11	14,1	41	52,3
İyi	59	75,6	35	44,9
Orta	-	-	3	3,8
Kötü	8	10,3	-	-
Çok Kötü	-	-	-	-

*p=0,044

Annelerin cevapladığı, anne yılmazlık ölçeği puan ortalamaları, RSD Ort±SS:135±20, riskli olmayan grupta Ort±SS:165±17,'dir (p=0,045) (Tablo 4.39).

Tablo 4.39. Riskli sağlık davranışları olan ve olmayan adolesanların ailelerinin Aile Yılmazlık Ölçeği'nden aldıkların puanların dağılımı (Mamak-Ankara, 2013)

Aile Yılmazlık Ölçeği*	RSD olan grup (n=78)	RSD olmayan grup (n=78)
Ort±SS	135±20	165±17
Ortanca	128	157
En küçük	112	148
En büyük	155	182

* p=0,045

4.4.4. Öğretmenlere göre Adölesanları Değerlendirilmesi

RSD olan ve olmayan adölesanların sınıf öğretmenleri ile görüşülmüştür. Adölesanların okul başarıları, aileleri ile ilişkileri, bazı boş zaman aktiviteleri, kendi olmaktan memnun olma durumları ve bazı riskli davranışları konusu ile bu konuda yapılanlar hakkında bilgi alınmıştır. Araştırma kapsamında 42 sınıf öğretmeniyle görüşülmüştür.

Görüşülen sınıf öğretmenlerinin yaş ve cinsiyet dağılımları Tablo Tablo 4.40'de sunulmuştur.

Riskli sağlık davranışları olan grupta eğitim veren öğretmenlerin yaş ortalaması $36,22\pm 3,21$; öğretmenlik süresi $11,91\pm 4,72$ yıl; öğrenciyi tanıma süresi $18,20\pm 9,32$ ay; riskli sağlık davranışları olmayan grupta eğitim veren öğretmenlerin yaş ortalaması $36,33\pm 3,24$; öğretmenlik süresi $12,08\pm 4,72$ yıl ve öğrenciyi tanıma süresi $18,32\pm 9,41$ aydır.

Tablo 4.40. Riskli sağlık davranışları olan ve olmayan adölesanların öğretmenlerinin yaş ve cinsiyet özellikleri (Mamak-Ankara, 2013)

Yaş ve cinsiyet	RSD olan grup		RSD olmayan grup	
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
Cinsiyet				
Erkek	24	30,8	25	32,1
Kadın	54	69,2	53	67,9
Yaş				
31-35	39	50,0	38	48,7
36-40	33	46,2	34	47,5
41-45	6	3,8	6	3,8
Toplam	78	100,0	78	100,0

Öğretmenlere göre; riskli sağlık davranışları olan gruptaki adolesanların %46,8'i orta, %5,2'si çok kötü okul başarısına sahiptir. Riskli sağlık davranışları olmayan gruptaki adolesanların ise %39,7'si iyi, %32,1'i orta düzeyde başarılıdırlar (p=0,038) (Tablo 4.41).

Tablo 4.41. Riskli sağlık davranışları olan ve olmayan adolesanların öğretmenlerine göre okul başarıları (Mamak-Ankara, 2013)

Okul başarısı	RSD olan grup		RSD olmayan grup	
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
Çok iyi	3	3,9	9	11,5
İyi	13	16,9	31	39,7
Orta	36	46,8	25	32,1
Kötü	20	26,0	9	11,5
Çok Kötü	4	5,2	3	3,8
Bilmiyor	1	1,3	-	-
Toplam (n)	78	100,0	78	100,0

***p=0,038**

Öğretmenleri, riskli sağlık davranışları olan grupta olan adolesanların %60,3'ü kendi olmaktan memnunken, %17,9'unun memnun olmadığını belirtmişlerdir. Riskli sağlık davranışları olmayan gruptaki adolesanların ise %82,1'inin kendi olmaktan memnun olduğunu ifade etmişlerdir (p=0,042) (Tablo 4.42).

Tablo 4.42. Riskli sağlık davranışları olan ve olmayan adolesanların öğretmenlerine göre kendileri ile ilgili algularının dağılımı (Mamak-Ankara, 2013)

	RSD olan grup		RSD olmayan grup		p
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	
Kendi olmaktan memnun	47	60,3	64	82,1	p=0,042
Kendi olmaktan memnun değil	14	17,9	8	10,3	p=0,038
Kendini üstün görmekte	5	6,1	5	6,4	-
Kendini değersiz görmekte	8	10,4	5	6,4	-
Kıskanç	12	15,4	12	15,4	p=0,141
Utangaç	17	21,8	13	16,7	p=0,051
Tırnak kemiriyor	5	6,1	4	5,1	-
Çevresiyle uyumsuz.	7	9,0	4	5,1	-
Bilmiyorum	1	1,3	-	-	-

*Her satır riskli öğrencilerde n=78, riskli olmayan öğrencilerde n=78 üzerinden hesaplanarak yüzde alınmıştır.

Öğretmenlerine göre RSD olan adolesanların en sık yaptığı üç boş zaman aktivitesi arkadaşlarla beraber olmak, müzik dinlemek ve gezmek iken riskli olmayan gruptaki adolesanların en sık boş zaman aktiviteleri müzik dinlemek, arkadaşlarla beraber olmak ve kitap okumaktır (Tablo 4.43).

Tablo 4.43. Riskli sağlık davranışları olan ve olmayan adolesanların öğretmenlerine göre boş zaman aktivitelerinin yüzde dağılımı (Mamak-Ankara, 2013)

Boş zaman aktiviteleri*	RSD olan grup	RSD olmayan grup
Arkadaşlarla beraber olma	54,7	49,2
Müzik dinlemek	39,0	58,5
Gezmek	35,9	38,5
İnternete girmek	31,7	28,2
Bilgisayar oyunu oynamak	31,3	29,2
Kitap Okumak	18,3	43,0
Spor yapmak	18,3	21,8
Cep telefonu ile konuşmak ya da mesajlaşmak	12,5	12,3
TV izleme	9,4	7,7
Müzik aleti çalmak	7,9	6,3
Sinema/Tiyatroya gitme	2,4	10,3
Resim yapmak	1,6	1,3
Diğer**	1,2	1,3

* Her satır RSD olan öğrencilerde n=78, RSD olmayan öğrencilerde n=78 üzerinden hesaplanarak yüzde alınmıştır.

**İbadet etme, öykü yazma.

Öğretmenlerine göre RSD olan adolesanların annelerinin %14,5'i her zaman olumlu, %41,9'u genellikle olumlu; RSD olmayan adolesanların annelerinin %32,3'ü her zaman olumlu, %49,2'si genellikle olumlu tutum sergilemektedir. Öğretmenleri, RSD olan adolesanların babalarının %8,6'sının, RSD olmayan adolesanların babalarının %25,0'ının her zaman olumlu tutum sergilediğini ifade etmişlerdir. Öğretmenlerine göre RSD olan adolesanların %14,6'sının destek alabileceği kimseler varken, RSD olmayan grupta bu sıklık %46,2 olarak belirtilmiştir (Tablo 4.44).

Tablo 4.44. Riskli sağlık davranışları olan ve olmayan adolesanların öğretmenlerine göre anne ve baba tutumları (Mamak-Ankara, 2013)

Anne ve baba tutumu	RSD olan grup (n=78)		RSD olmayan grup (n=78)		p
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	
Annenin tutumu					
Her zaman olumlu	9	14,5	21	32,3	p=0,043
Genellikle olumlu	26	41,9	32	49,2	
Bazen olumlu, bazen olumsuz	12	19,4	5	7,7	
Genellikle olumsuz	2	3,2	-	-	
Her zaman olumsuz	-	-	-	-	
Bilmiyor	13	21,0	7	10,8	
Babanın tutumu					
Her zaman olumlu	5	8,6	16	25,0	p=0,051
Genellikle olumlu	23	39,7	23	35,9	
Bazen olumlu, bazen olumsuz	10	17,2	11	17,2	
Genellikle olumsuz	2	3,4	2	3,1	
Her zaman olumsuz	-	-	1	1,6	
Bilmiyor	18	31,0	11	17,2	
Destek ve yardım alma					
Tamamen katılıyorum	12	14,6	30	46,2	p=0,036
Katılıyorum	36	43,9	23	35,4	
Fikrim yok	6	9,4	7	10,8	
Katılmıyorum	10	15,6	5	7,7	
Hiç katılmıyorum	-	-	-	-	

Öğretmenlerine göre RSD olan adolesanların %6,5'i sigara, hiçbiri alkol içmemektedir. Öğretmenlerine göre RSD olmayan adolesanların ise hiç biri alkol ya da sigara içmemektedir. RSD olan adolesanların %9,0'ı kavga etmiştir, %3,8'inin internet/bilgisayar bağımlılığı, %2,6'sının cep telefonu bağımlılığı ve %10,8'inin okulu sevmeme, okuldan kaçma ya da içine kapanıklık şeklinde tarif edilen diğer bir riskli durumu olduğu ifade edilmiştir. Öğretmenleri RSD olmayan adolesanların %5,1'inin kavga ettiğini, %2,6'sının internet/bilgisayar bağımlılığı ve %6,5'inin diğer bir riskli durumu olduğunu belirtmişlerdir.

Öğretmenlere göre adolesanların ailelerinin %6,1'i RSD olan adolesanın sigara içtiğini, %2,4'ü alkol içtiğini bilmektedir. Öğretmenlere göre ailelerin %3,7'si RSD olan adolesanların kavga ettiğini, %3,7'si internet/bilgisayar bağımlılığı olduğunu ve %3,7'si diğer bir riskli durumu olduğunu bilmektedir. Öğretmenler RD olmayan adolesanların ailelerinin %2,6'sının adolesanın kavga ettiğini, %1,3'ünün internet/bilgisayar bağımlılığı, %1,3'ünün cep telefonu bağımlılığı ve %1,3'ünün diğer bir riskli durumu olduğunu bildiğini ifade etmişlerdir.

Öğretmenlerine göre aile hekimlerinin %1,2'si RSD olan adolesanların İnternet/bilgisayar bağımlılığı olduğunu bilmektedir (Tablo 4.45).

Tablo 4.45. Riskli sağlık davranışları olan ve olmayan adolesanların öğretmenlerine göre bazı riskli sağlık davranışlarının aile ve aile hekimi tarafından bilime durumları (Mamak-Ankara, 2013)

Riskli sağlık davranışları	RSD olan grup						RSD olmayan grup					
	Öğretmen		Aile		Aile hekimi		Okul		Aile		Aile hekimi	
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
Sigara içme	5	6,5	5	6,1	-	-	-	-	-	-	-	-
Alkol kullanma	-	-	2	2,6	-	-	-	-	-	-	-	-
Kavgı etme	7	9,0	3	3,7	-	-	4	5,1	2	2,6	-	-
İnternet/bilgisayar bağımlılığı	3	3,7	3	3,7	1	1,2	2	2,6	1	1,3	-	-
Cep telefonu bağımlılığı	2	2,6	-	-	-	-	-	-	1	1,3	-	-
Diğer, riskli durum *	9	10,8	3	3,7	-	-	5	6,5	1	1,3	-	-

*okulu sevmeme, içine kapanıklık, okuldan kaçma

4.4.5. Aile Hekimlerine göre Adolesanların Değerlendirilmesi

Araştırma kapsamında 36 aile hekimi ile yüz yüze görüşme yapılmıştır. Çalışmaya katılan adolesanların aile hekimlerinin bazı sosyodemografik özellikleri Tablo 4.46'de verilmiştir. RSD olan adolesanların hekimlerinin hekimlik süreleri ortalaması 16,27±3,21 yıl, adolesanı tanıma süresi ortalaması 11,95±4,72 ay, riskli gupta olmayan adolesanların hekimlerinin hekimlik süreleri ortalaması 18,33±3,25 yıl, adolesanı tanıma süresi ortalaması 18,09±4,72 aydır.

Tablo 4.46. Riskli sağlık davranışları olan ve olmayan adolesanların aile hekimlerinin hekimlik ve öğrenciyi tanıma süreleri (Mamak-Ankara, 2013)

	RSD olan grup (n=78)			RSD olmayan grup (n=78)		
	Ort±SS	Ortanca	En küçük- En büyük	Ort±SS	Ortanca	En küçük- En büyük
Hekimlik süresi (yıl)	16,27±3,21	15,7	7-25	18,33±3,25	17,1	10-30
Tanıma süresi (ay)	11,95±4,72	8	0-32	18,09±4,72	11	0-39

Riskli adolesanların %58,8'i son bir yılda aile hekimi ile hiç karşılaşmamışken; RSD olan adolesanların %56,4'ü aile hekimini ziyaret etmiştir (p<0,001) (Tablo 4.47).

Tablo 4.47. Riskli sağlık davranışları olan ve olmayan adolesanların aile hekimlerinin son bir yılda adolesanı görme durumları (Mamak-Ankara, 2013)

Son bir yılda öğrenciyi görme	RSD olan grup (n=78)		RSD olmayan grup (n=78)		p
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	
Evet	32	41,2	44	56,4	p<0,001
Hayır	46	58,8	34	44,6	
Toplam	78	100,0	78	100,0	

Aile hekimlerinin %74,4'ü RSD olan adolesanların okul başarısını bilmediğini, RSD olmayan adolesanların ise %65,5'inin okul başarısını bilmediklerini ifade etmişlerdir (Tablo 4.48).

Tablo 4.48. Riskli sağlık davranışları olan ve olmayan adolesanların aile hekimlerine göre adolesanların okul başarıları (Mamak-Ankara, 2013)

Okul başarısı	RSD olan grup (n=78)		RSD olmayan grup (n=78)	
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
Çok iyi	3	3,8	-	-
İyi	1	1,3	10	12,8
Orta	6	7,7	5	6,4
Kötü	6	7,7	5	6,4
Çok Kötü	4	5,1	7	8,9
Bilmiyor	58	74,4	51	65,5
Toplam	78	100,0	78	100,0

Aile hekimlerine göre RSD olan adolesanların %21,8'i, RSD olmayan adolesanların %25,6'sı kendi olmaktan memnundur (Tablo 4.49).

Tablo 4.49. Riskli sağlık davranışları olan ve olmayan adolesanların aile hekimlerine göre kendileri ile algıları (Mamak-Ankara, 2013)

	RSD olan grup (n=78)		RSD olmayan grup (n=78)	
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
Kendi olmaktan memnun	17	21,8	20	25,6
Kendi olmaktan memnun değil	3	3,8	3	3,8
Kendini üstün görmekte	-	-	-	-
Kendini değersiz görmekte	8	10,3	5	6,5
Kıskanç	-	-	-	-
Utangaç	7	8,9	3	3,8
Tırnak kemiriyor	-	-	-	-
Çevresiyle uyumsuz.	7	8,9	4	5,1
Bilmiyorum	58	74,4	51	65,5
Toplam (n)	78	100,0	78	100,0

Aile hekimlerine göre RSD olan adolesanların %6,4'ü, RSD olmayan adolesanların %15,4'ü en sık boş zaman aktivitesi olarak spor yapmaktadır (Tablo 4.50).

Tablo 4.50. Riskli sağlık davranışları olan ve olmayan adolesanların aile hekimlerine göre boş zaman aktiviteleri (Mamak-Ankara, 2013)

Boş zaman aktiviteleri	RSD olan grup (n=78)		RSD olmayan grup (n=78)	
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
Spor yapmak	5	6,4	12	15,4
Kitap Okumak	-	-	-	-
Resim yapmak	-	-	-	-
Müzik dinlemek	-	-	-	-
Müzik aleti çalmak	-	-	-	-
Sinema/Tiyatroya gitme	-	-	-	-
Bilgisayar oyunu oynamak	-	-	-	-
İnternete girmek	-	-	-	-
TV izleme	-	-	-	-
Cep telefonu ile konuşmak ya da mesajlaşmak	-	-	-	-
Arkadaşlarla beraber olma	-	-	-	-
Gezmek	-	-	-	-

Aile hekimlerine göre riskli adolesanların %5,1'inin anneleri genellikle olumsuz tutum sergilemektedir. Adolesanların %74,4'ünün anne tutumları bilinmemektedir. RSD olmayan adolesanların %6,4'ünün annesi bazen olumlu bazen olumsuz tutum sergilemektedir. Adolesanların %65,5'inin annesinin tutumu bilinmemektedir.

Aile hekimlerine göre adolesanların babalarının tutumları bilinmemektedir.

Aile hekimlerine göre RSD olan adolesanların %23,1'inin problemleri olduğunda destek alabileceği kimseler bulunmadığını belirtirken, bu sıklık riskli olmayan grupta %3,8'dir (Tablo 4.51).

Tablo 4.51. Riskli sağlık davranışları olan ve olmayan adolesanların aile hekimlerine göre aileleri ile ilişki durumları (Mamak-Ankara, 2013)

Aile ile ilişki	RSD olan grup (n=78)		RSD olmayan grup (n=78)	
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
Annenin tutumu				
Her zaman olumlu	-	-	-	-
Genellikle olumlu	16	20,5	22	28,2
Bazen olumlu, bazen olumsuz	-	-	5	6,4
Genellikle olumsuz	4	5,1	-	-
Herzaman olumsuz	-	-	-	-
Bilmiyor	58	74,4	51	65,5
Babanın tutumu				
Her zaman olumlu	-	-	-	-
Genellikle olumlu	-	-	-	-
Bazen olumlu, bazen olumsuz	-	-	-	-
Genellikle olumsuz	-	-	-	-
Herzaman olumsuz	-	-	-	-
Bilmiyor	78	100,0	78	100,0
Destek ve yardım alma				
Tamamen katılıyorum	2	2,6	20	25,6
Katılıyorum	-	-	-	-
Fikrim yok	-	-	-	-
Katılmıyorum	18	23,1	3	3,8
Hiç katılmıyorum	-	-	-	-
Bilmiyor	58	74,4	51	65,5

Aile hekimlerine göre RSD olan adolesanların %5,1'inin diğer bir riskli durumu bulunmaktadır. Aile hekimlerine göre RSD olmayan adolesanların %2,3'ünün diğer riskli bir durumu vardır.

Aile hekimlerine göre, RSD olan adolesanların %6,1'inin sigara içtiği, %2,4'ünün alkol içtiği ve %3,7'sini kavga ettiği aileleri bilmektedir. RSD olmayan adolesanların %2,3'ünün kavga ettiği aileleri tarafından bilinmektedir.

Aile hekimlerine göre; RSD olan adolesanların %6,5'inin sigara içtiği, %2,3'ünün kavga ettiği ve %5,1'inin diğer bir riskli durumu olduğu; RSD olmayan adolesanların %5,1'inin kavga ettiği ve %2,3'ünün diğer bir riskli durumu olduğu öğretmenleri tarafından bilinmektedir (Tablo 4.52).

Tablo 4.52. Riskli sağlık davranışları olan ve olmayan adolesanların aile hekimlerine göre bazı riskli sağlık davranışlarının olma durumunu (Mamak-Ankara, 2013)

Riskli sağlık davranışları	RSD olan grup (n=78)						RSD olmayan grup (n=78)					
	retmen		Aile		Aile hekimi		retmen		Aile		Aile hekimi	
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
Sigara içme	5	6,5	5	6,1	-	-	-	-	-	-	-	-
Alkol kullanma	-	-	2	2,4	-	-	-	-	-	-	-	-
Kavga etme	2	2,3	3	3,7	-	-	4	5,1	2	2,3	-	-
İnternet/bilgisayar bağımlılığı	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Cep telefonu bağımlılığı	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Diğer, riskli durum	4	5,1	-	-	4	5,1	2	2,3	-	-	2	2,3

4.5. Bölüm Tutarlılık Analizleri

Bu bölümde adolesanların sigara ve alkol içme durumları ile aileleri, öğretmenleri ve aile hekimlerinin sigara ve alkol içtiklerini bilmeleri konusundaki farkındalıları incelenmektedir.

4.5.3. Tutarlılık ve Karşılaştırmalar

RSD olan adolesanların Anne Baba Tutum Ölçeği'nin kabul ve ilgi boyutu puan ortalamaları kontrol grubunda yer alan adolesanların puan ortalamalarından istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha yüksektir ($p=0,009$).

RSD olan adolesanların annelerinin AYÖ'den aldıkları puan ortalaması ($90,3\pm 12,9$), RSD olmayan adolesanların annelerinin AYÖ puan ortalamalarından ($88,2\pm 12,5$) daha yüksek olarak saptanmıştır ($p=0,649$) (Tablo 4.53).

Tablo 4.53. Riskli sağlık davranışları olan ve olmayan adolesanların ABTÖ ve alt boyutlarından aldıkları puanlar (Mamak-Ankara, 2013)

	RSD olan grup (n=78)				RSD olmayan grup (n=78)				p
	Ortalama±SS	Ortanca	En küçük	En büyük	Ortalama±SS	Ortanca	En küçük	En büyük	
ABTÖ									
ABTÖ kabul_ilgi	16,7±4,1	17	8	29	15±4,5	15	0	32	0,009
ABTÖ psikolojik_özerklik	19,7±4,9	19	9	30	21,1±6,4	21,5	0	33	0,052
ABTÖ kontrol_denetleme	15,6±2,9	16	8	20	15,2±4,5	16	0	20	0,933
AYÖ puanı	90,3±12,9	89	64	151	88,2±12,5	89	37	116	0,649

Adolesanların sigara ve alkol içme durumları ile aile, okul ve aile hekimlerinin bu davranışları bilme durumları Tablo 4.54’de verilmiştir. Adolesanın sigara içmesi konusunda verdiği yanıtlar ile ailesinin verdiği yanıtlar arasında düşük düzeyde tutarlık ($p<0,001$) saptanmıştır. Adolesanın sigara içmesi konusunda verdiği yanıtlar ile öğretmenin verdiği yanıtlar arasında düşük düzeyde tutarlık ($p<0,001$) saptanmıştır. Adolesanın alkol içmesi konusunda verdiği yanıtlar ile öğretmenin verdiği yanıtlar arasında düşük düzeyde tutarlık ($p<0,001$) saptanmıştır. Adolesan ve aile hekiminin yanıtları arasında tutarlılık saptanmamıştır.

Tablo 4.54. Riskli sağlık davranışları olan ve olmayan adolesanların ile aile, öğretmenleri ve aile hekimlerinin sigara ve alkol içme durumları konusundaki tutarlılıkları (Mamak-Ankara, 2013)

	Aile		Öğretmen		Aile hekimi	
	Evet	Hayır	Evet	Hayır	Evet	Hayır
Sigara içme						
RSD olan						
Evet	15	23	4	46	1	-
Hayır	5	35	1	27	-	-
p	p=0,419		p=0,618			
RSD olmayan						
Evet	5	9	-	16	-	-
Hayır	3	61	-	62	-	-
p	p<0,001		p<0,001			
Alkol içme						
RSD olan						
Evet	17	47	11	53	-	-
Hayır	-	14	-	14	-	-
p	p=0,143		p=0,261			
RSD olmayan						
Evet	3	9	13	11	-	-
Hayır	-	56	1	53	-	-
p	p=0,065		p<0,001			

Ailelerin adolesanların sigara içmeleri konusunda verdikleri yanıtlar ile öğretmen ve aile hekimlerinin verdikleri yanıtlar arasında tutarlılık saptanmamıştır ($p>0,05$). Ailelerin adolesanların alkol içmeleri konusunda verdikleri yanıtlar ile öğretmen ve aile hekimlerinin verdikleri yanıtlar arasında tutarlılık saptanmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 4.55).

Tablo 4.55. Riskli sağlık davranışları olan ve olmayan adolesanların aileleri ile öğretmenleri ve aile hekimlerinin sigara ve alkol içme durumları konusundaki tutarlılıkları (Mamak-Ankara, 2013)

	Öğretmen		Aile hekimi	
	Evet	Hayır	Evet	Hayır
Sigara içme				
RSD olan aile				
Evet	1	20	-	21
Hayır	4	52	-	-
p	p=0,456		p=0,456	
RSD olmayan aile				
Evet	-	6	-	6
Hayır	-	72	-	-
p	p<0,610		p<0,610	
Alkol içme				
RSD olan aile				
Evet	1	16	-	17
Hayır	10	51	-	-
p	p=1,000		p=1,000	
RSD olmayan aile				
Evet	2	1	-	3
Hayır	12	63	-	-
p	p=0,774		p=0,774	

*Aile hekimleri RSD olan 57 adolesanın sigara, 72 adolesanın alkol içmesi konusunda; RSD olmayan 61 adolesanın sigara, 75 asistanın alkol içmesi konusuna yanıt vermemişlerdir.

Adolesanların anne tutumlarını değerlendirmeleri istenen sorulara verdikleri yanıtlar ile ailenin, öğretmenlerin ve aile hekimlerin verdikleri yanıtlar arasında tutarlılık saptanmamıştır ($p=0,257$; $p=0,369$; $p=0,369$).

Adolesanların baba tutumlarını değerlendirmeleri istenen sorulara verdikleri yanıtlar ile ailenin, öğretmenlerin ve aile hekimlerin verdikleri yanıtlar arasında tutarlılık saptanmamıştır ($p=0,321$; $p=0,911$; $p=0,911$) (Tablo 4.56).

Adolesanların zor zamanlarında destek alabilecekleri biri olması durumuna verdikleri yanıtlar ile ailenin, öğretmenlerin ve aile hekimlerin verdikleri yanıtlar arasında tutarlılık saptanmamıştır ($p=0,848$; $p=0,973$; $p=0,973$) (Tablo 4.56).

Adolesanların okul başarılarını değerlendirmeleri ile ailenin, öğretmenlerin ve aile hekimlerin değerlendirmeleri arasında tutarlılık saptanmamıştır ($p=0,445$; $p=0,408$; $p=0,408$) (Tablo 4.56).

Adolesanların riskli olma durumlarına göre aile, öğretmen ve aile hekimlerinin yanıtları arasında tutarlılık bakılmıştır. RSD olan adolesanların yanıtları ile aile, öğretmen ve aile hekimlerinin yanıtları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir tutarlılık görülmemiştir ($p>0,05$). Kontrol grubunda yer alan adolesanların verilen sorulara yanıtları ile aile, öğretmen ve aile hekimlerinin yanıtları arasında da istatistiksel olarak anlamlı bir tutarlılık saptanmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 4.56).

Tablo 4.56. Riskli sağlık davranışları olan ve olmayan adolesanların Anne tutum, Baba tutum, Destek alma ve Okul basarisı konularında verdikleri cevapların Aile, Öğretmen ve Aile Hekimlerinin yanıtları ile karşılaştırılması (Mamak-Ankara, 2013)

Tutumlar		RSD olan grup (n=78)		RSD olmayan grup (n=78)	
		Kappa	p	Kappa	p
Anne tutum	Adolesan-aile	0,052	0,577	0,118	0,257
	Adolesan -öğretmen	0,053	0,408	-0,059	0,369
	Adolesan-aile hekimi	0,053	0,408	-0,059	0,369
Baba tutum	Adolesan -aile	-0,055	0,539	0,128	0,321
	Adolesan -öğretmen	-0,019	0,763	0,007	0,911
	Adolesan-aile hekimi	-0,019	0,763	0,007	0,911
Destek alma	Adolesan -aile	0,11	0,097	0,013	0,848
	Adolesan -öğretmen	-0,066	0,397	0,002	0,973
	Adolesan-aile hekimi	-0,066	0,397	0,002	0,973
Okul basarisı	Adolesan -aile	-0,097	0,16	-0,056	0,445
	Adolesan -öğretmen	0,096	0,138	-0,059	0,408
	Adolesan-aile helkimi	0,096	0,138	-0,059	0,408

5. TARTIŞMA

Adolesan dönemde yaşanan değişimler ve bu değişimlere bağlı oluşabilecek riskli durumlar sağlık ile bir takım sosyal faktörlerin bir denge içerisinde seyretmesi sonucu sorunsuz bir şekilde aşılabilmektedir. Adolesan dönemde amaç sadece sağlığı korumak olmamakta, bununla beraber sağlığın geliştirilmesi de amaçlanmaktadır.

Adolesan sağlığının korunması ve geliştirilmesinde riskli sağlık davranışların tespiti ve bu davranışlara yönelik müdahaleler planlanması önemli bir yer kaplamaktadır. Bu amaçla yapılan araştırmada lise üçüncü sınıfa devam etmekte olan adolesanların bazı riskli sağlık davranışları belirlenmiştir. Kesitsel tipteki çalışmada Mamak İlçesindeki düz lise ve Anadolu liselerinde eğitim gören öğrenciler ile görüşülmüş ve toplam sekiz okuldan 1462 öğrenciye ulaşılmıştır. Bu adolesanların veri toplama formlarında isim değişkeninde eksiklikler olması sebebiyle toplam 1368 form (%83,7) değerlendirilmeye alınmıştır.

İkinci aşamada ise; riskli sağlık davranışları olduğu saptanan bu adolesanların sosyal yapıda içinde yer aldığı ve adolesanın davranışlarının biçimlenmesinde, erken saptanmasında ve tedavi edilmesinde yeri olan ailesi, öğretmeni ve aile hekimleri ile görüşülmüştür. RSD olan öğrencilere RSD olmayan öğrenciler arasında sosyal yapının belirleyicileri ve bu yapıda yer alan bireylerin davranışları arasındaki benzer ve farklılıklar incelenmek istenmiştir.

Sosyodemografik Özellikler

Araştırmaya katılan adolesanların %58,5'i düz liselere devam etmekte ve %43,5'i erkektir. Adolesanların %83,5'i 17 yaşındadır ve yaş ortalamaları $17,15 \pm 0,45$ 'dir (ortanca: 17 en küçük: 16 en büyük: 21). Cinsiyet ($p=0,846$) ve yaş ($p=371$) dağılımları incelendiğinde Anadolu ve Düz liselerin benzer özellikte oldukları saptanmıştır; fakat genel olarak bakıldığında araştırmada kız adolesanların sayıca fazla olması RSD sıklığının düşmesine sebep olmuş olabileceği gibi, yaş grubunun adolesan/genç olması sağlık davranışlarının riskli olmasını etkilemiş olabileceğini düşündürmektedir. Nitekim 9-12. sınıfların katıldığı 'Gençlerde Görülen Riskli

Davranışlar Surveyansı' (Youth Risk Behavior Surveillance) çalışmasında, yaş ortalamasının artışı ile RSD sıklığının arttığı saptanmıştır (17).

Anadolu lisesinde eğitim alan adolesanların annelerinin üçte biri ilkokul, %17,3'ü ortaokul, %16,5'i üniversite ve üzeri öğrenim almıştır. Düz liselerde eğitim gören adolesanların annelerinin neredeyse yarısı ilkokul, %22,1'i ortaokul ve %20,8'i lise öğrenimi almıştır Anadolu liselerinde öğrenim gören adolesanların annelerinin öğrenim durumu düz liselerde öğrenim gören öğrencilere göre daha yüksektir ($p<0,001$). Yüksek Öğrenim Kurulu (YÖK) tarafından yapılan ve ülkeyi temsil eden bir çalışmada lise dönemini henüz bitiren ve üniversiteye başlayan adolesanların annelerinin %43,0'ının ilkokul ve %12'sinin lise mezunu olduğu saptanmıştır (106). Araştırmada Anadolu liselerinde eğitim gören adolesanların annelerinin öğrenim durumu üniversite öğrencilerinin annelerine göre daha yüksekken, düz liselerde öğrenim gören adolesanların annelerinin öğrenim durumlarının düşük olduğu belirlenmiştir.

Anadolu lisesinde eğitim alan adolesanların babalarının %15,8'i ilkokul, %18,3'ü ortaokul, %31,1'i lise ve dörtte biri üniversite ve üzeri öğrenim almıştır. Düz liselerde eğitim gören adolesanların babalarının dörtte üçü ortaokul ve altı düzeyde ve %9,1'i üniversite öğrenimi almıştır. Anadolu liselerinde öğrenim gören adolesanların babaları düz liselerde öğrenim gören adolesanların babalarına göre daha yüksek öğrenim düzeyine sahiptir ($p<0,001$). YÖK çalışmasında, üniversite öğrencilerinin babalarının %34'ünün ilkokul, %15'inin lise ve %20'sinin üniversite ve üzeri öğrenime sahip olduğu belirlenmiştir (106). Anadolu liselerinde öğrenim gören adolesanların babalarının öğrenim düzeyi ülke genelinden daha yüksek iken düz liselerde öğrenim gören adolesanların babalarının öğrenim düzeyi düşüktür. Adolesanların RSDlerinin gelişmesinde anne ve babanın öğrenim durumunun etkili olduğu bilinmektedir (61).

Anadolu lisesinde eğitim alan adolesanların annelerinin %25,2'si çalışırken, düz liselerde eğitim alan adolesanların annelerinin %20,5'i çalışmaktadır. Annelerin çalışma durumları arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark saptanmıştır ($p=0,001$). Adolesanların babalarının çalışma durumları açısından fark saptanmamıştır. Resnick ve ark. yaptığı bir çalışmada annelerin haftada 20 saat ve üzeri çalıştığı saptanmıştır

(107). Meslek liselerinde yapılan bir çalışmada anne ve babalarının çalışma durumlarının benzer olduğu saptanmıştır (108) Üneri ve Tanıdır'ın bir grup lise öğrencisinde internet bağımlılığını değerlendirdikleri bir çalışmada annelerin üçte birinden fazlasının çalıştığı saptanmıştır (109) Babaların toplumun kültürel yapısının öğrenim durumuna bakmaksızın çalışma gerekliliğini taşıyor olmasından ve toplumsal cinsiyet rollerinin gerekliliklerinden kaynaklanmış olabilir. Diğer bir sebep ise toplumda kadına çalışma hayatında yeterli istihdam olanağının sunulamaması sonucu annelerin ücretsiz ev işçisi olarak hayatlarını idame ettirmeleri de olabilir (110).

Anadolu liselerinde öğrenim gören adolesanların annelerinin ($38,49 \pm 2,01$) düz liselerde öğrenim gören adolesanların annelerinden ($41,45 \pm 3,02$) istatistiksel açıdan anlamlı şekilde daha genç yaşta olduğu saptanmıştır ($p=0,005$). Anadolu liselerinde öğrenim gören adolesanların babalarının ($44,56 \pm 5,01$) düz liselerde eğitim gören adolesanların babalarından ($46,87 \pm 3,89$) istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha genç yaşta olduğu belirlenmiştir ($p=0,028$). Anadolu liselerinde öğrenim gören adolesanların anne ve babalarının daha genç yaşta olması öğrenciyle olan ilişkilerinin ileri yaş anne ve babalara göre daha farklı olmasına neden olabilir. Aile ile adolesan arasında kuşak çatışmalarının daha az yaşandığı ailelerde adolesanın riskli durumlar konusunda daha bilinçli olabileceği ve mevcut durumların daha erken dönemlerde saptanabileceği de bilinmektedir (51).

Adolesanların kardeşlerinin olma durumu ve kardeş sayıları açısından istatistiksel açıdan anlamlı fark saptanmamıştır ($p=0,769$, $p=0,137$). Anadolu lisesinde eğitim gören adolesanların %89,1'inin ailesinin çekirdek aile tipinde olduğu, düz liselerde eğitim gören adolesanların ailelerinin %86,2'sinin çekirdek aile tipinde olduğu saptanmıştır. Düz liselerde eğitim gören öğrenciler Anadolu liselerinde eğitim gören öğrencilere göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha fazla geniş ailelerde yaşamaktadır ($p=0,041$). Kardeş sayıları arasında fark saptanmaksızın aile yapıları arasında fark olması adolesanların çekirdek bireyler dışında birtakım aile üyeleri ile aynı evi paylaştığını düşündürmektedir. Anadolu liselerinde öğrenim gören anne ve babalarının daha genç olması, çalışma yaşamına daha etkin katılıyor olması, çekirdek aile yapısının daha yaygın olması geniş aileye göre farklı bakış açısı geliştirmelerine neden olabilir (37). Düz liselerde öğrenim gören adolesanların bazı aile büyükleri ya

da birinci derece akrabaları dışındaki aile bireyleri ile yaşamaları kültürel örüntünün farklılığından kaynaklanmış olabileceği gibi, ekonomik durumun da aileleri birlikte yaşamaya teşvik etmiş olabileceğini düşündürmüştür. Kalabalık ailelerde adolesana ayrılan zaman ve dikkat çekirdek ailelerde olduğu kadar olmayabilmektedir. Diğer taraftan aileden kaynaklanan denetim geniş ailelerde azalma eğiliminde olacaktır. Bu durum öğrencinin okul ihlalleri yapmasına ve birtakım riskli sağlık davranışlarına sahip olmasına neden olmuş olabilir (48).

Katılımcıların büyük çoğunluğu ailelerinin ekonomik durumunu orta olarak değerlendirmiştir. Anadolu liselerinde eğitim gören adolesanların ailelerinin sosyoekonomik düzeyi düz liselerde eğitim gören adolesanların ailelerine göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha yüksektir ($p=0,003$). Anadolu liselerindeki adolesanların anne ve babalarının daha yükseköğrenime sahip olması istihdam edilebilmelerini sağlamak ve sosyoekonomik durumunun daha da artırılması şeklinde ortaya çıkabilmektedir. Diğer açıdan ailelerin çekirdek aile yapısında olması, hem anne hem de babanın çalışmakta olması ailenin ekonomik durumuna pozitif yönde katkı sunmaktadır (37). Sosyoekonomik durumun istenen düzeyde olmamasına bağlı olarak araştırmada düz liselerde eğitim gören adolesanların harçlıklarını yetersiz buldukları istatistiksel olarak anlamlı bulmuştur ($p<0,001$). Yapılan bazı çalışmalarda anneleri çalışan adolesanlar ailelerinin sosyoekonomik durumunu orta ve yüksek olarak değerlendirmişlerdir (107, 110). Araştırmada ailelerinin ekonomik durumunu diğer çalışmalara göre daha yüksek bir sıklıkta orta olarak değerlendirmeleri ülkede zaman içerisinde yaşanan ekonomik değişiklikler ve Ankara'nın yaşama şartlarının daha zor olmasından kaynaklanmış olabilir.

Anadolu liselerinde eğitim gören adolesanların en sık yaptıkları üç boş zaman aktivitesi müzik dinlemek, arkadaşlarıyla beraber olmak ve internete girmektir. Düz liselerde eğitim gören adolesanların en sık yaptığı üç boş zaman aktivitesi ise müzik dinlemek, kitap okumak ve internete girmektir. Lise üçüncü sınıflarla yapılan çalışmamızda adolesanların hem lise döneminin sonunda olmaları hem de gelecek üniversite sınavı sebebiyle ders çalışma zorunluluklarından kaynaklanan zaman sorunu onların spor ve diğer orta ve ağır fizik aktivitelerden uzak durmalarına; evde yapılabilecek türde aktivitelere ilgi duymalarına sebep olmuş olabilir.

Adolesanların üçte ikisi dengesiz beslendikleri yönünde görüş bildirmişlerdir. Anadolu liselerinde eğitim gören öğrenciler düz liselerdekilere göre beslenme durumlarını daha fazla yeterli fakat dengesiz olarak görmektedir ($p=0,037$). Adolesan dönemde bireyler evde daha az zaman geçirmekte ve daha çok sosyal ortamlarda bulunmaktadır. Bu ortamlarda ayaktan hızlı gıdalar ile beslenen öğrenciler yeterli beslendiklerini fakat bu beslenmenin dengeli olmadığını düşünmektedirler. Yine sınav sisteminin öğrencileri okul sonrası zamanlarını dershanelerde geçirmelerine teşvik etmesi beslenmenin dengesiz olmasının nedeni olabilir. Okul kantinlerinde yer alan gıdaların değişmesini sağlayan yasal uygulamalar ile adolesanların zamanlarının büyük çoğunluğunu geçirdikleri okul ortamlarında dengeli ve sağlıklı beslenmeleri sağlanabilir (111). Lise öğrencileri ile yapılan çalışmalarda adolesanların kilo almaktan korktuğu için üç öğün beslenmediği saptanmıştır (112, 113). Çalışmamızda adolesanların dörtte birinin hergün düzenli olarak üç öğün beslendiği bulunmuştur. Avusturalya'daki çocuk ve adolesanların sağlıklı beslenmeleri konusunda oluşturulmuş rehberlere göre adolesan dönemdeki bireylerin düzenli olarak üç öğün beslenmeleri gerekmektedir (114). Lise birinci sınıflarla yapılan bir çalışmada adolesanların yüzde sekseninin öğün atladığı belirlenmiştir (115). Çalışmamızda adolesanların üçte birinin her gün düzenli olarak kahvaltı yaptığı saptanmıştır. Okullarda kahvaltının önemi konusunda küçük yaşlardan itibaren farkındalık yaratmak önem taşımaktadır. Bu kapsamda ülkemizde okul sütü programı kahvaltı etmeden okula gelen öğrenciler için önemli bir müdahaledir. Adolesanların yarısından fazlası cips, döner, hamburger gibi yiyeceklerden, dörtte biri her gün şekerleme, gofret tüketmektedir. DSÖ'nün 2011 yılında yayınladığı raporda bu türde beslenmenin sağlık sorunlarına neden olabileceği üzerinde durulmuştur (116). Bu beslenme şekli özellikle yoğun ders dönemine sahip adolesanların ayaküstü beslenmelerinden ve ev dışında daha fazla zaman harcıyor olmalarından da kaynaklanmış olabilir.

Adolesan dönem beslenmesinde amaç, sağlıklı büyüme ve gelişmeyi sağlayarak, hastalıklara karşı direnci arttırmaktır. Bunun yanı sıra, bilişsel gelişimine destek sağlaması da önemlidir. Yapılan bir çalışmada adolesan dönemde yaş artışı ile riskli beslenme şekli arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır (117). Araştırmada görüşülen adolesanların, %14,3'ü tavsiye almadan rejim yaptığını, %2,6'sı yemeklerden sonra kustuğunu ifade etmiştir. Lise adolesanlarında beden algısı önem

taşımaktadır bu sebeple sıkı yapılan diyetler ve bazı beslenme bozuklukları bu döneme özgü sağlık sorunları içinde sayılmaktadır (48). Sınav döneminde bulunan lise üçüncü sınıf adolesanların beslenme alışkanlıkları konusunda farkındalıklarının artması da sağlanmalıdır.

Belenme ve fizik aktivite adolesan sağlığının önemli belirleyicilerindedir. Çocuk ve adolesanlarda boş zaman aktivitelerinin değerlendirilmesi sonucu okulda sınıf artışıyla yapılan orta ve ağır egzersiz miktarı azalmakta ve sedanter egzersizlerin arttığı görülmektedir (118). Çalışmamızda adolesanlarda spor yapmak ve diğer fizik aktivitelerin adolesanların çok sık tercih ettiği okul dışı boş zaman aktiviteleri içinde geri planda kaldıkları görülmüştür. Adolesanların okul ortamlarının fizik aktivite dostu olacak şekilde planlanması ve okul zamanı içerisinde fizik aktivite için yeterli süre bırakılmasının sağlanması okul sağlığı hizmetleri açısından değerlidir.

Adolesanların %36,6'sı her gün yemekten önce elini yıkamakta ve yarısı dişlerini düzenli olarak iki defa fırçalamaktadır. Adolesan dönem bireyin dışarıya dönük olduğu bir süreçtir. Adolesan öncesi dönemde temizlik alışkanlıklarının belirlendiği bilinmektedir. Ankara'da lisede yapılan bir çalışmaya göre el yıkama sıklığı yemekten önce erkeklerde %82,6, kızlarda %79,7, yemekten sonra erkeklerde %76,1, kızlarda %82,4, eve girince erkeklerde %74,3, kızlarda %90,1, tuvaletten sonra el yıkama sıklığı erkeklerde %98,2 kızlarda ise %100'dür (119). Liselerde yapılan bir başka çalışma da ise kızların erkek öğrencilere göre daha sıklıkla el yıkadığı saptanmıştır (120). Adolesan dönemde diş fırçalama alışkanlıklarının sorulduğu bir çalışmada adolesanların %44,6'sı uyumadan önce diş fırçaladıklarını ifade etmişlerdir (121). Adolesanlara yapılacak eğitimlerde el yıkama ve diş fırçalama sıklığı konusunda destek sağlanmalıdır (119, 120).

Son zamanlarda adolesan dönemde sık görülen riskli sağlık davranışları içine bilgisayar/ internet bağımlılığı ve cep telefonu bağımlılığı girmeye başlamıştır. Bu tür davranışlar birey ve toplum sağlığı için tehlike oluşturmaktadır. Araştırmada adolesanların beşte dördünün evinde internet olduğu saptanmıştır. Anadolu lisesindeki öğrenciler düz liselerdeki öğrencilere göre daha fazla sıklıkta internete sahip olduğunu belirtmiştir ($p<0,001$). Bu durum içinde yaşanan dönemin özelliği olarak karşımıza çıkmaktadır. Lise öğrencileri ile yapılan bir çalışmada adolesanların %38'inin her gün

internet kullandıkları ve bu kullanımın sosyoekonomik durum artışıyla arttığı saptanmıştır (122). Türkiye’de de dünyada olduğu gibi ev ve işyerlerinde bilgisayar ve internet kullanımı giderek artmaktadır (123). Türkiye İstatistik Kurumu’nun (TÜİK) yaptığı bir çalışmada bireylerin %39,5’i interneti düzenli olarak hergün kullandığı saptanmıştır (124). Araştırmada interneti olmanın sıklığının daha yüksek olarak saptanması adolesanların Ankara’nın merkezi bir bölgesinde yaşıyor olmasından ve son beş yıl içinde internet ağının ülke genelinde genişlemesinden kaynaklanmış olabileceği gibi okullarda eğitimin bir parçası haline gelmiş olması da olabilir.

Anadolu liselerinde eğitim gören öğrenciler interneti sıklıkla sosyal paylaşım ağlarına girmek, film izlemek ve MP3 dinlemek ve ödev yapmak için kullandığını belirtmiştir. Düz liselerde eğitim gören öğrenciler ise ödev yapmak, sosyal paylaşım ağlarına girmek, film izlemek ve MP3 dinlemek için kullandığını belirtmiştir. Yaş dağılımı 16-18 olan öğrencilerle yapılan bir çalışmada internet kullanım amaçları en sık chat, Msn ve Facebook, ödev ve araştırma yapmak, oyun oynamak ve cinsellik olarak saptanmıştır (122). Yapılan birçok yurt içi ve yurt dışı çalışmada bağımlılık düzeyinin yüksek olmasının insanların sosyal hayatlarını olumsuz yönde etkilediği, ailevi ve işle ilgili konularda problemler ortaya çıkardığı vurgulanmıştır. Uygunsuz internet kullanımı sonucunda kişisel, ailevi ve işle ilgili konularda diğer bağımlılıklarda yaşanan problemlerle karşılaştıkları belirtilmiştir. Bunun yanı sıra bağımlılarda zaman harcanmasından kaynaklanan uyku problemleri, yorgunluk gibi fiziksel şikâyetler bulunmuştur (125). Aksaçlıoğlu ve Yılmaz’ın yaptığı bir çalışmada internete girmek, televizyon izlemek gibi aktiviteler ile okumak arasında negatif bir yapıda (ters yönlü) ilişki olduğu saptanmıştır (126). Adolesanların üçte biri günde iki saatten fazla televizyon izlediğini, dörtte biri bilgisayar/atari başında kaldığını belirtmiştir. Okul sonrası dönemde adolesanlarda tv ve bilgisayar başında geçirilmesi gereken süre günde iki saati aşmamalıdır fakat bizim çalışmamızda bu süreler aşılmaktadır. Yapılan bir çalışmada adolesanların günde 4,4 saat televizyon ve bilgisayar başında kaldıkları saptanmıştır (127). Günde iki saatten daha uzun televizyon başında kalan çocuklarda şişmanlık riski olduğu bilinmektedir (128, 129). Çalışmamızda adolesan grubun sık internet kullanması kitap okuma davranışları üzerine etkileri incelenmemiş olup, lise yaş grubunda internet ve bilgisayar kullanımının diğer etkilerinin de incelendiği çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır.

Adolesanların %90'ından fazlasının cep telefonu olduğu saptanmıştır. Anadolu liselerindeki adolesanların cep telefonu olma durumu düz liselerdeki öğrencilere göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha fazladır ($p<0,001$). Anadolu liselerindeki adolesanların ailelerinin sosyoekonomik durumunun düz liselerdeki öğrencilere göre daha yüksek olmasından kaynaklandığı düşünülmüştür. TUIK'in Hanehalkı Bilişim Teknolojileri Kullanım Araştırması'na göre erişkinlerin %44,1'i cep telefonlarını internete girmek için kullandığını belirtmiştir (124). Çalışmada sadece adolesanların olması ve adolesanların sosyal medyayı takip etmek, araştırma-ödev yapmak amacıyla interneti kullanıyor olması cep telefonuna sahip olma sıklığını arttıran bir neden olabilir. Adolesanların %29,8'i cep telefonundan her zaman ulaşılabilir olmayı istediğini, %5,8'i her gün cep telefonuna bağlı bir sebeple uykudan uyandığını ve %10,7'si arkadaşları tarafından ulaşamazsa stres durumunun aşırı olacağını belirtmiştir. Cep telefonlarında görülen hızlı teknolojik gelişmeler, kullanımının yaygınlaşması özel hayata ve iş yaşamında önemli bir iletişim aracı haline geldiğinin göstergesi sayılmaktadır. Bu kadar yaygın kullanımı olan cep telefonlarının olası sağlık etkilerini incelemek, cep telefonuna maruz kalımın yan etkilerini tanımlamak gerekmektedir.

Uykusuzluk, yorgunluk, eklem ve kulak ağrısı gibi fiziksel bazı etkilerinin dışında cep telefonuna maruz kalımı psikolojik ve sosyal duruma etki ettiği belirtilmektedir (130, 131). Adolesan ve üniversite öğrencileri ile yapılan bir çalışmada ileri düzeyde bilgi ve iletişim (BİT) teknolojileri kullanan kişilerdeki cep telefonu kullanımı da bu grupta yer almakta, psikolojik ve sosyal belirtilere rastlandığı belirtilmiştir (132). Yine çalışma sonunda bu belirtiler mekanizmalarının açıklanamadığı sonucuna varılmıştır. Başka bir çalışmada öğrenciler bir yıl takip edilmiş ve yüksek düzeyde BİT kullananlarda ruh sağlığı ile ilişkili semptomlar olduğu sonucuna varılmıştır. İnternetin yanlış kullanım, aşırı kullanım ya da kullanıcı hatalarına bağlı olarak stress, depresyon ve uyku bozuklukları görülebildiği saptanmış. Yüksek düzeyde kullanımın açıklamasında kişisel bağımlılık öne sürülmektedir. Okul, çalışma ve sosyal yaşamında her an ulaşılabilir olmanın etkileri ve kişinin istekleri diğer etkileyen faktörler olarak belirtilmiştir. Bu faktörler zaten depresyon ve stresin de önde gelen sebepleri arasında sunulmaktadır. Yüksek düzeyde cep telefonu kullanımının mental yüklenme, uyku bozuklukları, özgür hissedememe,

rol karmaşaları ve bütün arama ve mesajlara yanıt verememeye bağlı gelişen suçluluk duygusuna yol açtığı belirtilmektedir. İleri bir düşünce olarak ise bağımlılık ya da onsuz olamama ayrı bir problem alanı olarak görülmektedir. Aynı çalışmada birçok adolesan için önemli olan unsur ulaşılabilir olamama şeklinde bulunmuştur. Bu çalışmada sonuç olarak birçok faktörün BİT ve cep telefonu kullanımını etkileyebileceği düşünülmüştür (133). İngiltere’de sıklıkla 25-43 yaş grubunun oluşturduğu bir grupta yapılan çalışmada, katılımcıların %46’sının cep telefonlarından vaz geçemeyecekleri saptanmıştır. Bu grubunda konuşmaktan daha çok mesaj yazmak için cep telefonu kullanacağı sonucuna yer verilmiştir (134). Araştırmalar riskli sağlık davranışı geliştikten sonra önleyici müdahalelerin başarısının düşük olduğunu göstermektedir (135, 136). Halk sağlığı bakış açısıyla yapılan riskli sağlık davranışlarının gelişiminin önlenmesi müdahaleleri daha etkili olacaktır.

Adolesanlarda risk alma davranışları ve süreci amaçlarına yöneliktir ve adolesanlar için sorun değil çözümdür. Bu paradoks adolesanların risk alma davranışlarını açıklamaktadır. Ancak, yüksek risk alma davranışı gösteren adolesanların yönetimini de zorlaştıran önemli bir etmendir (136). Katılımcıların %7,1’i kendini korumak amacıyla yanlarında farklı aletler taşıdıklarını, %5,5’i her zaman, %1,8i çoğunlukla sigara içtiğini ve %4,4 her zaman, %3,2’si çoğunlukla alkol içtiğini ifade etmiştir. Türkiye Küresel Tütün Araştırması sonuçlarına göre halen sigara içme sıklığı %10,9 ($\pm 1,1$)’dir (137). Türkiye Büyük Millet Meclisi Çocuklarda ve Gençlerde Artan Şiddet Eğilimi ile Okullarda Meydana Gelen Olayların Araştırılarak Alınması Gereken Önlemlerin Belirlenmesi Amacıyla Kurulan Meclis Araştırması Komisyonu çalışmasında ortaöğretime devam eden adolesanların %15,6’sının halen sigara içtiğini, %16,5’inin halen alkol içtiğini saptamıştır (138). Bizim çalışmamızda daha düşük sonuçlar almamız adolesanların bu davranışları gizleme eğiliminden kaynaklanmış olabilir. Sigara ve alkol içimi adolesanlar arasında artmaktadır; riskli sağlık davranışları sağlık durumlarını ve yaşam kalitelerini etkilemektedir. Bütün adolesanlara ve özellikle risk altındaki adolesanlara ulaşılması gerekmektedir. Adolesan dönemde sağlık açısından riskli sağlık davranışlarının olabileceği göz önünde bulundurularak hekim, aile ve öğretmenleri de kapsayan çok taraflı müdahaleler önemlidir.

Aynı çalışmada delici kesici alet taşıma sıklığı %9,2 olarak belirtilmiştir. Bu sıklık erkeklerde daha yüksektir (138). Bizim çalışmamızda da delici kesici aleti kendilerini korumak için taşıyan adolesanların sıklığı meclis komisyonunda yapılan araştırma sonucu ile benzer bulunmuştur. Lise öğrencileri ile yapılan bir çalışmada kesici delici alet taşıma sıklığı %11,9 olarak saptanmıştır (139).

Adolesanların %10,5'i çoğunlukla tehlikeli sporlar yaptığını, %10,9'u ehliyetsiz araç kullandığını ve %7,7'si çoğunlukla bir kavgada yaralandığını belirtmiştir. Katılımcıların %16,0'ı çoğunlukla/her zaman iki haftadan uzun süren ve günlük aktivitelerini kısıtlayacak karamsarlık dönemleri olduğu belirlenmiştir. Eneçcan ve ark. Edirne'de yaptığı lise öğrencileri ile yaptıkları çalışmada, en sık karşılaşılan üç riskli sağlık davranışları sırasıyla kasksız bisiklet kullanma, alkol kullanma ve sigara satın alma olarak ifade edilmiştir (139). Lise döneminde adolesanlara risk tanımının yapılması ve risk alma davranışlarının anlatılması önemlidir. Risk alma davranışlarının özel okullarda okuyan öğrencilerde daha sık gözüktüğü saptanmıştır. Ehliyetsiz araç kullanımı, kavgaya karışma, alkollü içki satın alma ve içme özel okullarda okuyan öğrencilerde, devlet okullarında okuyan öğrencilere göre daha sık rastlandığı belirtilmektedir (139). Bizim çalışmamızda risk alma davranışları açısından Anadolu liseleri ile devlet liseleri arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır.

Anadolu lisesinde eğitim gören adolesanların üçte ikisi annelerinin olumlu, %2,7'si ise her zaman olumsuz tutum sergilediğini, düz liselerde eğitim gören adolesanların annelerinin üçte biri bazen olumlu, bazen olumsuz, %1,9'unun her zaman olumsuz tutum sergilediğini belirtmiştir (p=0,499). Anadolu lisesinde eğitim gören adolesanların üçte biri babalarının genellikle olumlu, düz liselerde eğitim gören adolesanların üçte biri ise babalarının her zaman olumlu tutum sergilediğini belirtmiştir (p=0,730). Çeşitli çalışma örneklerinde sosyal zorlukların, ebeveynsel ve ailesel sorunların adolesan yaşamı üzerine etkileri olduğu görülmüştür (38, 140). Adolesanların anne babalarıyla kurdukları iletişim izleme, denetleme ve cezalandırma yaklaşımı üzerinden sürmektedir. Bu yaklaşımda iletişimin şekli önem taşımaktadır. Olumlu bir aile ortamında adolesan isteklerini ve düşüncelerini rahatlıkla dile getirebilirken; olumsuz aile ortamında ise tam tersi korkacak ve çekinecektir (48, 49).

Anadolu liselerinde ebeveynlerin öğrenim durumunun düz liselerdeki ebeveynlerden yüksek olması adolesanla olumlu iletişimin kurulabilmesine yardımcı olabilir. Aile çevresinin pozitif olmadığı adolesanlarda psikolojik problemler ve okulda şiddet, yaşlıları tarafından haksızlığa uğrama gibi durumlar için risk faktörü olduğu belirlenmiştir (48, 50). Özellikle, aile çatışmaları, aile ile olumsuz ilişkiler ve aile desteğinin olmaması davranış ve psikolojik problemlerin gelişmesinde oldukça önemli faktörler gibi görülmektedir (51, 52). Çalışmada adolesanların anne ve babalarının tutumlarının olumlu yönde olduğu saptanmıştır. Anne ve babaların çocuk gelişimi konusunda daha bilinçli olması ve ilerleyen yaştaki doğumlara bağlı yaş farkının kapanarak adolesanla arkadaş olma çabası bunda etkili olmuş olabilir.

Anadolu liselerinde eğitim gören adolesanların dörtte üçü (%72,2), düz liselerde eğitim alan adolesanların %66,9'u zor dönemlerde destek alacak birisi olduğu fikrine katıldığını ifade etmiştir. Adolesanların toplumsallaşma sürecinde aile önemlidir. Aile bilgi, değer, tutum, rol ve alışkanlıkların aktarılmasında etkilidir. Bu yüzden adolesan kişiliğinin biçimlendiği bu dönemde ailesinin desteğini görmelidir. Adolesan döneminde anne babanın etkisi ortadan kalkmazken akran etkisi de giderek artmaktadır. Sorunlarını, yaşadıklarını ve duygularını arkadaşları ile paylaşabilen adolesanlar kendilerini daha rahat hissetmekte, arkadaşlarının onları daha iyi anladığını düşünmekte ve daha fazla birlikte zaman geçirmektedirler (141). Çalışmada adolesanların yarıya yakını zor dönemlerinde destek alabilecek birisi olmadığını belirtmiştir. Okul sisteminde olan adolesanlar aile, arkadaş desteği almadıkları dönemlerde rehberlik sisteminden yararlanabilmektedirler (142). Bu durumun çok iyi bilinmiyor olması ya da rehberlik danışmanlarının okullarda yeterli olmaması veya etkin düzeyde danışmanlık verilmiyor olmasının adolesanların bu şekilde düşünmesine neden olmuş olabileceği düşünülmektedir.

Adolesanların kendi okul başarılarını değerlendirmeleri istendiğinde düz liselerde eğitim gören adolesanların istatistiksel olarak anlamlı şekilde kendilerini daha başarılı buldukları görülmüştür ($p=0,001$). Bu durum düz liselerde yapılan eğitimlerde adolesanların Anadolu liselerinde yapılan eğitimler kadar zorlanmamasından kaynaklanmış olabilir. Yine Anadolu liselerinde öğrenciler kendileri gibi belirli bir düzeydeki diğer akranları ile yarış içerisinde üniversite

eğitimlerine hak kazanmak için çalışmaktadırlar. Düz liselerde bu kaygının Anadolu liselerinde olduğu kadar yüksek olmadığı düşünülmektedir (143). Adolesan dönem yaşanan fiziksel, sosyal ve psikolojik değişimler sonucu adolesan açısından çalkantılı geçmektedir. Bu dönemde yaşanan diğer stres etmenleri okul başarısına etki etmektedir. Yapılan çalışmalarda adolesanın sosyal çevresinin okul başarısında etkili olduğu gösterilmiştir. Okul ve aile ortamında yaşanan uyumsuzluklar okul başarısında gerileme ile birlikte gidebilmektedir (144). Çalışmamızda Anadolu liselerindeki öğrenciler kendilerini düz liselerdeki öğrencilere göre daha düşük başarılı olarak görmektedirler ($p<0,001$). Anadolu liselerindeki sınav kaygısının daha yoğun yaşanması ve başarılı olma arzusunun daha yüksek olması öğrencinin kendisini akranlarından daha az başarılı görmesine neden olmuş olabileceği gibi, Anadolu liselerinde müfredatın daha yoğun bir şekilde işlenmesi öğrencinin aldığı notların düşük olmasına neden olmuş olabilir. Çalışmada adolesanların okul başarıları beyana dayalı olarak alınmış fakat doğrulanmamıştır. Düz liselerde adolesanların kendi okul başarılarını gerçekçi değerlendirememiş olmaları da ihtimal dâhilindedir.

Riskli Sağlık Davranışları ve Tutumlar

RSDÖ'nden alınan puan ortalamaları sırasıyla Anadolu ve düz liselerinde benzer bulunmuştur. RSDÖ'nün psikososyal alt boyutlarında alınan puan ortalamaları incelendiğinde düz liselerde öğrenim gören adolesanların daha yüksek puan aldıkları saptanmıştır. $41,44\pm 11,17$ ve $43,50\pm 12,18$ 'dir ($p=0,003$). Düz liselerde öğrenim gören adolesanların anne ve baba tutumları Anadolu liselerinde öğrenim gören öğrencilere göre daha olumsuz, zor zamanlarında destek alma konusundaki ihtiyaçları daha az karşılanmakta ve sosyal yaşamlarının niteliği sosyoekonomik durumla paralel olarak daha düşüktür. Psikolojik ve sosyal boyutta Anadolu liselerinde öğrenim gören adolesanların buldukları konum sebebiyle memnuniyetlerinin fazla olması beklenen bir durumdur. Ülkemizde riskli sağlık davranışı ölçeğinin geçerliliği ve güvenilirliği çalışması dışında araştırmaya rastlanmamıştır. Ölçeğin geçerlilik çalışmasında kullanılan soruların birkaçı Milli Eğitim Müdürlüğü'nde izin alınamaması sebebiyle kullanılmadığı için madde kullanımı boyutunun değerlendirilmesinde kısıtlılık yaşanmıştır. İleride yapılacak çalışmalarda bütün sorular kullanılarak ölçeğin faktör analizlerinin tekrardan yapılması önemlidir. Adolesanların her iki okul tipinde de

yarıya yakını riskli sağlık davranışları ölçeğinden ortancanın üstünde puan almıştır. Mamak ilçesinin sosyoekonomik durumu, liselerin Ankara ilinde öncelikli istenen liseler olmaması, adolesanların aile öğrenim çalışma ve gelir düzeyinin düşük olması RSDÖ puanlarının yüksek olmasına neden olmuş olabilir.

Cinsiyete göre incelendiğinde RSDÖ alt boyutlarında erkeklerin psikolojik özerklik, hijyen ve madde kullanımı alt boyutlarında kızlardan daha yüksek puan aldıkları, kızların ise beslenme ve fiziksel durum alt boyutlarında erkeklerden daha yüksek puan aldıkları saptanmıştır ($p<0,001$). Yapılan bir çalışmada erkeklerin kadınlara göre iki kat daha fazla riskli sağlık davranışına sahip olduğu saptanmıştır (145). Pek çok uluslararası çalışmada da erkeklerin kızlara göre daha fazla riskli sağlık davranışına sahip olduğu belirlenmiştir (146, 147). Erkeklerin toplumsal bakış ve rolleri sebebiyle daha sıklıkla dışarıda zaman geçirmeleri onların riskli davranışlara sebep olabilecek ortamlarda bulunmalarına neden olabilmektedir.

Kızlarda ise adolesan dönemde fiziksel görünüm önem kazanmaktadır. Aşırı diyet programları ve egzersiz yapabilecekleri gibi, sedanter bir yaşam tarzı belirleyerek şişmanlık ile de sıklıkla karşılaşmaktadırlar. Johansen ve ark. yaptığı çalışmada yemek sonrası kusma davranışının kız adolesanlarda kilo alma kaygısına bağlı daha sık görüldüğünü belirtmişlerdir (148).

ABTÖ puanları arası farklar belirgin olarak psikolojik özerklik konusunda dikkat çekmektedir. Anadolu liselerine devam eden adolesanların psikolojik özerklik boyutunda aldıkları puanlar düz liselerde öğrenim gören öğrencilerden yüksektir ($p<0,001$). Kabul ve ilgi ile kontrol ve denetleme alt boyutlarında bu fark saptanmamıştır. Yapılan bir çalışmada da ABTÖ alt grupları arasında vaka ve kontrol grupları arası fark saptanmadığı ifade edilmiştir (149). Öğrencilere tanınan özerklik anne babanın demokratiklik davranışından etkilenmektedir. Anne-babaların demokratik olmasının çocukların akademik başarısı ile ilişkili olduğu bulunmuştur (96).

Geçerlilik ve güvenilirlik çalışmalarında ABTÖ iki farklı grup olarak incelenmektedir. İkinci türde yapılan değerlendirmede anne baba yaklaşımlarına göre gruplandırılma yapılmaktadır. Bizim çalışmamızda anne baba yaklaşımları açısından

fark saptanmamıştır. ABTÖ toplam puanı kullanılmamakla beraber çalışmada ABTÖ toplam puanının Anadolu liselerinde daha yüksek olduğu saptanmıştır. Kabul ve ilgi boyutu ile psikolojik özerklik boyutlarında yüksek puanlar adolesanlar için olumlu aile yaklaşımı kapsamında değerlendirilmektedir. Bu boyutlarda Anadolu liseleri daha yüksek puan alırken kontrol ve denetleme boyutunda düz liseler daha düşük puan almıştır. Düz liselerdeki ailelerin sosyokültürel yapısı, günlük iş telaşları ve düşük öğrenim durumuna sahip olmaları adolesanların üzerindeki kontrol ve denetlemenin azalmasına neden olmuş olabilir. Yine düz liselerde öğrenim gören adolesanların aileleri adolesanı olduğu gibi kabul ederek kişisel gelişimine katkı sunacak aktiviteler konusunda yeterli desteği sağlayamıyor olabilirler. Anadolu liselerindeki ailelerin farkındalıklarının daha yüksek olması adolesan üzerindeki kontrol ve denetleme yaklaşımının artmasına sebep olabilir.

Düz liselerde öğrenim gören adolesanların ailelerinin beşte birinin yaklaşımı izin verici-müsamahakâr boyutunda saptanmıştır. İzin verici-müsamahakâr ailelerde adolesan daha serbest davranabilir ve belli kontrol mekanizmalarından uzak kalarak riskli sağlık davranışlarına sahip olabilir. Her iki okulda da ailelerin üçte biri demokratik, üçte biri de otoriter olarak saptanmıştır. Demokratik ve otoriter aile yaklaşımı toplumdan gelen bir ikili yapıdır. Ataerkil yapıda otorite ön planda iken zaman içinde öğrenim durumunda ilerleme ve adolesana verilen değer artması sonucu demokratik ailelere de sıklıkla rastlanmaktadır. Çalışmada okullarda benzer yaklaşımlarda aileler olması ve yapılan diğer çalışmalarda saptanan aile yaklaşımlarını yansıtması araştırmanın ülke genelindeki aile yapısını yansıttığını düşündürmektedir (96, 149).

Erkek öğrenciler ABTÖ kabul ve ilgi alt boyutunda kızlardan daha yüksek puan alırken ($p=0,001$), psikolojik özerklik alt boyutunda kızlar daha yüksek puan almışlardır ($p=0,005$). Yapılan bir çalışmada ailenin kabul ve ilgisi okul başarısı üzerine etkili olarak saptanmıştır. Kabul ve ilginin yüksek olduğu ailelerde adolesan okula yönelik aktiviteler konusunda cesaretlendirilirken, bireysel düşünme ve işine uyum sağlama ve sosyal aktiviteler konusunda da bilinçlendirilmektedir (150). Kız adolesanların kendilerini psikolojik açıdan daha özerk olarak değerlendirmeleri ailelerinin kız çocuklarına karşı daha demokratik olmasından kaynaklanmış olabilir.

Anne öğrenim durumu yüksek olan adolesanların psikolojik özerklik ile kontrol ve denetleme alt boyutlarından daha yüksek puan aldığı, kabul ve ilgi boyutunda ise daha düşük puan aldığı saptanmıştır ($p<0,05$). Ailede ise annenin özel bir yeri olup, genellikle adolesana en yakın konumdaki kişidir. Adolesan ile annesi arasındaki iletişimin değerlendirilmesi ise; ailenin adolesana ne kadar ulaşabildiğinin bir göstergesi olarak kullanılabilir. Aile içindeki anne ve babanın adolesana karşı tutumu, anne ve baba ile iyi ilişkiler ve sağlıklı aile ortamının değişik boyutlarının kişilik yapısı üzerine etkisi olmaktadır (141).

Baba öğrenim durumu yüksek adolesanların da psikolojik özerklik alt boyutunda daha yüksek puan alırken, kabul ve ilgi boyutunda daha düşük puan aldıkları saptanmıştır ($p<0,05$). Öğrenim düzeyi yüksek anne ve babalar adolesanların büyüme ve gelişmesinde onları daha fazla dinleyerek, fikirlerine önem verebilirler. Demokratik bir tutuma sahip olan yüksek öğrenime sahip ebeveynlerde adolesana tanınan psikolojik özerklik daha yüksek olmaktadır (142, 149). Orta ve yüksek sosyoekonomik durumu olan ailelerde kabul ve ilgi boyutu puanlarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir ($p=0,010$). Öğrenim durumu yüksek olan ebeveynlerin çalışma hayatına katılımı daha yüksektir. Sosyoekonomik durumu daha yüksek olan ailelerde adolesana gösterilen kabul ve ilginin yüksek olmaktadır.

Araştırmada 576 öğrencinin riskli sağlık davranışları olduğu saptanmıştır. Adolesanların oldukça sık veya her zaman sigara içenleri ile oldukça sık veya her zaman alkol içenlerinden oluşan riskli sağlık davranışları olan bir grup yapılmıştır. Bu gruba cinsiyet, yaş, okul ve sınıf bakımından benzer, sigara ve alkol kullanmayan eşler seçilerek riskli sağlık davranışları olmayan ikinci bir grup oluşturulmuştur. Grupların yaş, cinsiyet ve okulları benzerdir ($p>0,05$). Adolesanların benzer çevre ve aynı okul ortamında olmaları benzer etkiler altında oldukları düşünülmektedir.

Riskli sağlık davranışları olan ve olmayan adolesanların öğretmenlerinin öğretmenlik yaptıkları süreler ile öğrenciyi tanıma süreleri benzerdir. Öğretmenlerine göre riskli sağlık davranışı olan adolesanların okul başarısı riskli sağlık davranışı olmayan öğrencilere göre daha düşüktür ($p=0,038$). Öğretmenleri, riskli sağlık davranışları olan gruptaki adolesanların üçte birinin, riskli sağlık davranışı olmayan adolesanların %82,1'inin kendi olmaktan memnun olduğunu ($p=0,042$); RSD olan

adolesanların beşte birinin, RSD olmayan adolesanların yaklaşık onda birinin kendi olmaktan memnun olmadığını belirtmişlerdir ($p=0,038$). Çalışmada öğretmenlerin adolesanlarının okul başarılarını ve kendi konularındaki algılarını öğrenciler ile benzer düzeyde bildikleri görülmüştür. Öğretmenlerine göre RSD olan ve olmayan adolesanların en sık yaptığı üç boş zaman aktivitesi benzerdir. Adolesanların sosyal yaşamlarında öğretmenleri ile iletişim kurmadıkları ön plana çıkmaktadır. Okul içerisinde öğrencisiyle iletişim kuran öğretmenler okul dışındaki zamanını nasıl geçirdiği konusunda öğrencilerle paylaşım sağlamakta yetersizlik yaşamaktadırlar.

Öğretmenler, RSD olmayan adolesanların annelerinin daha olumlu olduğunu belirtmişlerdir ($p=0,043$). RSD olmayan adolesanların anne öğrenim ve çalışma durumları RSD olan öğrencilerden daha yüksektir. Bu durum annelerin adolesanlara daha fazla ilgi göstermesine, öğretmen ile iletişim kurmasına sebep olmuş olabilir. Öğretmenler, RSD olmayan adolesanların zor zamanlarında RSD olan öğrencilere göre daha sıklıkla destek alabilecekleri ifade etmişlerdir ($p=0,036$). RSD olan adolesanların yaşadıkları stres durumlarında yalnız kalmaları öğretmenleri tarafından da fark edilmiştir. RSD olan öğrencileri fark eden öğretmenlerin okullarda bulunan psikolojik danışmanlar ile paylaşımında bulunarak çözüm yaratmaları önemlidir. Adolesan dönem öncesi belirlenen bazı tutum ve davranışların okul ortamında saptanması ve aile ile iletişime geçilerek ileriki dönemde oluşabilecek olası sağlık sorunlarından korunmada etkili bir yaklaşım olarak öne sürülmektedir (20, 150).

RSD olan adolesanların bütünü sigara ya da alkol içmektedir. Bu adolesanların onda birinden azı öğretmen tarafından bilinmektedir. Okul ortamında alkol içme davranışının saptanması düşük bir olasılık olmakla birlikte sigara içme sıklığının bilinmemesi dikkat çekicidir. Diğer riskli davranışlar olan bilgisayar, internet, cep telefonu kullanımı kavga etme gibi bazı durumlar da çok iyi bilinmemektedir. Öğretmenlerin öğrencileri ile ilgili bilgilerinin yetersiz olması öğrenci sayısının fazlalığından kaynaklanabileceği lise döneminde sınıf öğretmeni kavramının tam oturmuyor olmasından da kaynaklanmış olabilir. Öğretmen öğrenciyi tanıma fırsatını henüz yakalamışken dönemin sona ermesi, yeni bir öğretmenin tekrardan tanıma süreci ilişkinin ve iletişimin sekteye uğramasına sebep olmuş olabilir. Okullarda psikolojik danışmanlık hizmeti sunumu yapan görevlilerin öğrencileri daha yakından

takip etmesi olası olmakla birlikte çalışmada adolesanların veri toplama dönemindeki sınıf öğretmenleriyle görüşme yapılmıştır. RSD olan adolesanların çok ciddi bir uyum ya da sağlık sorunu yaratmadığı takdirde bilinmemektedir. Öğretmen aile ilişkisinin istenen düzeyde sağlanmadığı, riskli bir durum saptandığında ailelere haber verilmediği belirlenmiştir. Bu durum sağlık durumunu tehdit eden durumlar dışında öğrenci ile ilgili bilgi paylaşımında eksiklikler yaşanmasından; ailelerin çalışma temposu içerisinde veli toplantılarına iştirak edememesinden kaynaklanmış olabilir. Öğretmenlerin RSD olan öğrencileri hekimlerinin bilmesi konusundaki görüşleri de önemli bir bulgudur. Okul sisteminde aile hekiminin yeri ile ilgili farkındalıklarının olmadığı belirlenmiştir. Öğretmenler RSD olan öğrencileri genellikle hekimlerine bildirmediklerini belirtmişlerdir.

RSD içerisinde sıklıkla yer almayan fakat çalışma kapsamında dikkat çeken sosyal fobi, okulu sevmeme, içine kapanıklık gibi bazı durumlar da öğretmenler tarafından belirtilmiştir. İleride RSD konusunda yapılacak çalışmalarda bu başlıkların göz önünde tutulması önemlidir.

RSD olan adolesanların anne ve baba öğrenim durumları RSD olmayan öğrencilere göre daha düşük olduğu görülmüştür. Anne çalışma durumu RSD'nin önemli belirleyicilerinden biridir (151). RSD olan adolesanların anneleri daha az sıklıkla çalışmaktadır. RSD ebeveyn öğrenim ve sosyoekonomik durumundan etkilenmektedir. Çalışmamızda RSD olan öğrencilerde hem ekonomik durum hem de ebeveyn öğrenim durumu daha düşük olarak saptanmıştır. Lise öğrencileri ile yapılan bir çalışmada annenin okuryazar olması sağlıklı yaşam davranışları ile ilişkili olarak bulunmuştur (152). Adolesanın aile içi ilişkilerinde annenin özel bir yeri bulunmaktadır. Annenin evde olması, çocukları ile daha fazla zaman harcaması, onların büyüme ve gelişmelerinin takibini yakından yapması, adolesanın anne ile olan iletişimi artırmaktadır. Annenin öğrenim durumu bu iletişimin şekillenmesinde önemlidir. Adolesana nasıl davranacağını bilen annelerin iletişim problemi yaşamadıkları gibi, RSD'leri de erken aşamada fark ettikleri belirlenmiştir (151, 142). Erkek ve kız adolesanların evde en rahat iletişim kurdukları kişilerin başında anne gelmektedir. Sağlıklı yaşam davranışlarını anneler çocuklarına erken yaşlarda vermek konusunda bilinçlendirilmelidir.

Anneler RSD olan adolesanların okul başarılarının olmayan öğrencilere göre daha düşük olduğunu belirtmişlerdir. Bu durum annenin akademik başarıları konusunda adolesanları takip ettiğini göstermektedir. Yapılan bir çalışmada kabul ve ilginin yüksek olduğu ailelerde akademik başarının da daha yüksek olduğu saptanmıştır (153). Kabul ve ilgi adolesanın kendine yönelik özgüvenini pekiştirerek başarabilme duygusunu pekiştirmektedir (153)

RSD olan adolesanların annelerine göre en sık üç boş zaman aktivitesi televizyon izleme, arkadaşlarla beraber olma ve müzik dinlemekken, RSD olmayan adolesanların annelerine göre bu aktiviteler müzik dinlemek, kitap okumak ve arkadaşlarla beraber olmaktır. Anneler adolesanların sıklıkla yaptığı boş zaman aktivitelerini belirtirken çok zorlanmışlardır. Adolesanların birçok aktiviteyi yaptığını ve hangisinin en sık olduğunu bilemediklerini belirtmişlerdir. Bu durum adolesan ile annenin verdiği cevapların farklı olmasına neden olmuştur. Bundan sonra yapılacak çalışmalarda adolesanın en sık aktivitesinin sorulması ya da ailenin bu soruya yanıt vermesinin beklenmesi cevapların adolesanın aktivitesinin belirlenmesinde yardımcı olma düzeyini arttıracaktır.

Adolesanların ailelerine göre RSD olan adolesanların %6,5'i sigara içmekte ve bunların %6,1'i öğretmenleri, %1,2'si aile hekimleri tarafından bilinmektedir. Adolesanların aileleri alkol içtiklerini bilmediklerini fakat %2,4'ünün okul tarafından bildirildiğini ifade etmişlerdir. Aileler adolesanların sigara ve alkol kullanım sıklığını olduğundan düşük olarak belirtmişlerdir. Bu durum adolesanın ailesinin bilgisi dışında sigara ve alkol içtiğini düşündürmektedir. RSD olan ailelerde sosyoekonomik durum ve harçlık durumu da yetersizdir. Adolesanların alkol ve sigaraya hangi yollarla ulaştığı konusuna çalışmada yer verilmemiştir. İleriki çalışmalarda adolesanların sigara ve alkol gibi RSD'leri hangi ortamlarda yaptığı ve bunlara hangi yollardan ulaştığı incelenmelidir. Diğer RSD olan kavga, internet/bilgisayar bağımlılığı, cep telefonu bağımlılığı anneler tarafından çok bilinmemektedir. Birçok annenin bu davranışların riskli sağlık davranışı olduğu konusunda bilgisinin yetersiz olduğu görülmüştür. Annelere yönelik adolesan dönemde görülebilecek RSD konusunda bilgilendirmelere ihtiyaç bulunmaktadır. Öğretmen ve aile hekiminden RSD'ler konusunda bilgilendirilmenin çok yetersiz yapıldığı ifade edilmiştir.

RSD olan adolesanların yarısından fazlasını evinde sigara içilirken RSD olmayan adolesanlarda bu sıklık %39,7'dir (p=0,089). RSD olan adolesanların üçte birinin evinde alkol içilirken RSD olmayan adolesanların neredeyse yarısının evinde alkol içildiği saptanmıştır (p=0,051). Annelere göre evde babaların RSD davranışları bulunmaktadır. Yapılan bir çalışmada Türkiye'de 1997–2010 arası eğilim incelenmiş ve 2015 yılı için kestirim yapılmıştır. Bu çalışmada 25 yaş üzeri erkeklerde sigara içme sıklığının %18,8, kadınlarda %9.1 olmasının beklenebileceği ifade edilmiştir (154). Çalışmada evde sigara içilme sıklığı ülke genelinden yüksek olarak saptanmıştır. Bu sosyoekonomik fûrumun düşük olmasından ve Mamak ilçesinin kültürel özelliklerinden kaynaklanmış olabilir.

Annelere göre RSD olmayan ailelerde eşler arası ilişkiler daha iyi olarak değerlendirilmiştir (p=0,044). Anne babalar arası iyi iletişim kurulması adolesanların RSD olma olasılığını azaltmakta, adolesanlarla etkili iletişim kurabilmelerini sağlamaktadır (98, 155).

RSD olmayan adolesanların annelerinin AYÖ puanları daha yüksektir (p=0,045). AYÖ bir stres ya da risk durumunda ailenin bu durumla baş edebilmesi ya da zor durumlarla karşılaştığında verdiği yanıtı ölçmektedir. Adolesan yaşamında farklı stres yaratan durumlarla karşılaşmaktadır. Bu durumlarda ailenin desteği yadsınamaz. AYÖ'den alınan yüksek puanlar bireyin uyum sağlayabilme yeteneğini de ortaya koymaktadır (156, 157). Yapılan araştırmalarda ölçeğin toplamında normal gelişim gösteren çocuklu anne-babaların kendilerini, yetersizliği olan çocuklu anne-babalara göre daha yılmaz özelliklere sahip bireyler olarak algılamalarıdır. Son yıllarda ailelerin yılmazlığıyla ilgili çalışmalara ilgi artmaktadır fakat yetersizliği olan çocuklu ailelerin yılmazlığıyla ilgili çalışmalar son derece sınırlıdır (158, 159). RSD olan adolesanların ebeveynlerinin daha düşük puan alması bu yetersizlik sonucu olabilir.

Aile hekimlerinden adolesanlar konusunda bilgi almak konusunda zorluklar yaşanmıştır. Ankara ilinin Aile Hekimliği sistemine geçmesi aile hekimlerinin kapsadıkları nüfusu tanımaları zaman almıştır. Araştırma yapıldığı dönemde aile hekimleri bölgeyi tanıma aşamasında bulunmaktaydılar. Ayrıca ülkemizde özellikle büyük şehirlerde aile hekimi başına düşün nüfus yoğunluğunun fazla olması aile

hekimlerinin zaman ayırmalarının önünde engel olmaktadır. Yapılan çalışmada RSD olan ve olmayan adolesanların aile hekimlerinin hekimlik süreleri ve adolesanı tanıma süreleri benzer olmakla birlikte RSD olmayan adolesanların son bir yılda hekimi görme sıklığı daha yüksek bulunmuştur ($p<0,001$). Bu durum RSD olmayan adolesanların aile hekimlerine RSD dışı başka sebeplerle gittiklerini düşündürmüştür.

Aile hekimleri adolesanlarla ilgili olarak okul başarısı, kendinden memnun olma durumu, boş zaman aktiviteleri ve aile tutumları konusunda yeterli bilgiye sahip olmadıklarını belirtmişlerdir. RSD incelendiğinde ise aile hekimlerinin sigara içme ve kavga etme konusunda kısıtlı bilgiye sahip olduğu görülmüştür. Bu kavgaya bağlı olarak yaralanma yaşanmış olması, aile hekiminin bu durumu bilmesine neden olmuş olabilir. Aile hekimleri ile okul ve aile arasında iletişimin yetersiz olduğu belirlenmiştir. Aile hekimlerinin adolesanlar için önerilen rutin taramalar konusunda henüz farkındalıkları yeterli değildir (70, 72, 74, 90). Bu durum adolesanların RSD yanı sıra sağlık problemlerinin de atlanmasına neden olabilmektedir. Yapılan çalışmalarda sağlıklı bir grup olarak tanımlanan adolesanların hiç de azımsanmayacak sağlık sorunları olduğu görülmektedir. Daha önce bütün yaş gruplarını kapsayan bir çalışmada adolesan dönemi sağlık hizmeti kullanımı diğer yaş gruplarına göre oldukça düşük bulunmuştur (160). Sağlık sorunu olan adolesanların sağlık kurumuna en sık başvurma nedenleri göz, ağız ve diş sorunları olarak belirlenirken, daha sık görülen başka sağlık sorunları olduğu bilinmektedir. Yaşam kalitesini daha çok etkileyen sağlık sorunları olmaları sebebiyle daha çok sağlık kurumuna başvurmuş olabilecekleri ifade edilmiştir (161).

Tutarlılık

Çalışmanın ikinci aşamasının hipotezi riskli sağlık davranışları olan adolesanların riskli sağlık davranışları olmayan adolesanlara göre öğretmen, aile ve aile hekimleri arasında iletişim eksikliğinin yaşanmasıdır. Çalışmada RSD olan adolesanın sigara içtiğinin bilinmesi ailesi ve öğretmeni tarafından tutarlı olarak saptanmamıştır ($p=0,419$; $p=0,618$). RSD olmayan adolesanın sigara içtiği ise çok düşük düzeyde tutarlı olarak saptanmıştır ($p<0,001$). Alkol içme konusunda ise öğretmen ile adolesan arasında düşük düzeyde tutarlılık belirlenmiştir ($p<0,001$). Aile

hekimi ile öğretmenin sigara içilmesi konusunda bilgileri düşük düzeyde tutarlıdır ($p<0,001$).

Anne tutumu, baba tutumu, okul başarısı, zor zamanlarda destek alma ve boş zaman aktiviteleri konusunda aile, öğretmen ve aile hekimi arasında tutarlılık saptanmamıştır. Aile ile öğretmenin, aile ile aile hekiminin, aile hekimi ile öğretmenin adolesan konusunda bilgileri uyum göstermemektedir. Bu aile, öğretmen ve aile hekimi arasında iletişim eksikliği yaşandığının önemli bir kanıtıdır. Adolesanın çevresinin önemli bileşenleri olan aile, okul ve sağlık sistemi adolesanın RSD ve diğer yaşam davranışları konusunda yeterli bilgiye sahip olmadıkları belirlenmiştir.

Halk sağlığı bakışıyla adolesan dönemde sık olarak görülen veya görülme olasılığı olan sağlık sorunlarının özellikle sigara, alkol ve uyuşturucu madde kullanma, cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar ve istenmeyen gebelikler, ruhsal sorunların oluşmasının engellenmesi (birincil koruma) gerekmektedir. Bu sorunların görülme sıklığını azaltmak için, öncelikle, anneler ve adolesanların adolesan döneme özgü sorunları başta olmak üzere sık görülen genel sağlık sorunları konularında eğitilmeleri gerekmektedir. Akran etkisi bu çalışma kapsamında incelenmemiştir fakat literatürde olan ve arkadaş etkileşimi ile ortaya çıkan olumsuz sağlık davranışlarının önlenmesi konusunda müdahaleler planlanması önemlidir. Aile içindeki rolü olumlu olan anne ve baba, olumlu aile yaklaşımı ile adolesanları çevrelerindeki olumsuz davranışlardan koruyabilmektedirler. Anne ve adolesan arasında iletişimin kuvvetlendirilmesini sağlamak için öncelikle anneler adolesanları daha iyi tanımalı ve değişik iletişim tekniklerini kullanması öğrenmeleri gerekmektedir. Aile içinde kabul gören adolesan yaşayabileceği sorunları kolaylıkla paylaşmakta ve erken dönemde müdahale edilmesinin önü açılmaktadır. Ebeveynler arasında uyumun, ailenin adolesanı destekleyici yaklaşımının ve ailenin adolesanın okul etkinliklerine katılmasının, okul başarısı üzerinde önemli etkileri olduğu bilinmektedir. Anne-baba ve öğretmenlerin kaygısı, adolesanlara uyumlu bir öğrenme ortamı yaratabilmek olan çevrelerde RSD'lerin erken tanısı kolaylıkla konulurken ve sıklığının düşmesi yönünde etkilemektedir (51, 52). RSDleri olan adolesanların ailelerinin de istedikleri takdirde bu sorunlu davranışlarla nasıl baş edebilecekleri konusunda destek alabileceği sosyal

hizmetler sağlanması önemlidir. Bu hizmet okul tarafından sunulduğu takdirde aile ile okul etkileşimi artarken ve RSD olan adolesana müdahale daha başarılı olacaktır.

DSÖ'ye göre sağlık hizmetlerinin amacı sadece topluma hizmet sunmak olmamalıdır, aynı zamanda ihtiyaç sahiplerine belirli ihtiyaçların da yasal çerçevede sunumunu yapmaktır (162). Adolessanların sağlık hizmetlerine ihtiyaçları olduğu konusunda farkındalıkları ya yeterli değildir ya da bu hizmeti nereden ve nasıl alacakları konusunda bilgileri yoktur. Bu durumda okul tabanlı sağlık merkezleri (OTSM) önemli bir ihtiyaç olarak görülmektedir. OTSM'ler adolesanlara ulaşılabilir ve uygun sağlık hizmeti sunmaktadır. Zaman içerisinde hem kırılğan nüfusa hitap edebilecek, hem de çeşitli sağlık hizmetlerini sunabilecek bir model geliştirilmiştir (162-165). Bu merkezlerde sıklıkla üzerinde durulan konular şişmanlık, ruh sağlığı sorunları, RSD'ler ile diğer fiziksel birtakım hastalıklardır (164). OTSM'ler öncelikle birinci basamak hizmet sunumu yaparken, zaman içerisinde bazı kronik hastalıklar için ilaç, aile terapileri, aile planlaması hizmetleri ve bazı testleri de yapabilir hale gelmişlerdir (164, 165). OTSMler öğrencinin sınıfa hızlı olarak geri dönebilmesini sağladıkları için okul yöneticileri ve öğretmenler tarafından da kabul görmektedirler. Bu sayede adolesan eğitim ve sağlık hizmetlerini birlikte alabilmektedir (164). Okullarda hizmet sunacak böyle birimlerin olması aile için de önemlidir. Adolessanın herhangi bir sorununda paylaşabilecekleri ve adolesanın hizmet alabileceği birimler ailenin de hekim ile iletişimini arttırabilecektir.

Ülkemiz şartlarında hekim sayısı her okul için yeterli sayıda olmamakla beraber, okul sağlığı konusunda yetişmiş adolesan dönem ve bu dönemde yaşanabilecek sorunların farkında olan okul hemşireleri birincil müdahalelerde bulunabilmektedir (165). Adolessanların daha ileri bir bakıma ihtiyacı olması durumunda adolesanın ya da okula yakın bölgede hizmet sunan aile hekiminin desteği alınarak müdahaleler planlanabilir. Okul ile yakın temasta çalışabilecek bu aile hekimi RSD'lerin tan ve tedavisinde okul hemşiresine destek sağlayabilir. Aile hekimlerinin yoğun iş temposu bilinmekle beraber, aile hekimliği sistemi bireye bütüncül bakış açısı sergilemek temeline dayanmaktadır. Adolessan dönem bireyin zor dönemlerinden biridir. Bu dönemde okul hemşiresinin gözetiminde sunulacak olan okul sağlığı

hizmetlerine aile hekiminin haftalık rutin günlerde katkı sunması hizmet sunumunun iyileşmesine ve adolesan sağlığının gelişmesine etki edecektir.

Sonuç olarak adolesan dönem farklı fiziksel, psikolojik ve sosyal olayların yaşandığı bir süreçtir. Bu dönemde RSD adolesanın sorunlarından biri olabilmektedir. Adolesanın yakın çevresi olan aile, öğretmen ve hekimi adolesan dönemin farkında olarak, ortak işbirliği ve iletişim içinde bulunarak adolesanın korunmasını; gelişmiş olan RSD'lerin ise erken tanı ve tedavisinin yapılmasını sağlayabilirler.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu bölümde, araştırma sonuçlarının değerlendirilmesi yapılmıştır. Bu değerlendirmeler sonucunda hem uygulamaya hem de gelecekteki araştırmalara ilişkin öneriler sunulmuştur.

6.3. Sonuç

Araştırmada adolesanların Riskli Sağlık Davranışları alt ölçeklerine ilişkin sonuçları incelenmiştir.

Bu araştırmada lise adolesanlarında riskli sağlık davranışlarının yaygın olduğu ve sağlıklı yaşam davranışları konusunda bilinç gelişmediği gözlemlenmiştir. Çeşitli RSDlerin birlikte görülme eğiliminde olduğu saptanmıştır. Özellikle erkek öğrenciler, aile tutumları olumsuz öğrenciler, sosyoekonomik durumu düşük öğrenciler ve okul başarısı düşük adolesanların daha fazla risk altında olduğu değerlendirilmektedir.

Anne, öğretmen ve aile hekimleri; RSDleri olan adolesanların okul başarısı, bazı boş zaman aktivitelerini, kendilerine ilişkin algılarını ve aile tutumlarını RSDleri olmayan öğrencilere göre daha olumsuz olarak değerlendirmişlerdir. Anne ve öğretmen adolesanın yakın sosyal çevresi olması dolayısıyla bazı özellikleri konusunda farkındalıklarının olduğu fakat bu farkındalığın adolesanın izlenmesinde yeterli olmadığı saptanmıştır. Aile hekimleri ise sürecin henüz erken bir dönemi olması ve adolesan sağlığı konusunda yeterli ilgileri olmaması sebebiyle adolesan ve RSDler konusunda bilgiye sahip olmadıkları görülmüştür.

Anne ile öğretmen, anne ile aile hekimi arasında adolesan ve adolesanın yaşadığı RSDler konusunda iletişimin yeterli olmadığı görülmüştür.

Öğretmen ile aile hekimi teması olduğu fakat bu temasın bütün RSDleri olan adolesanları kapsamadığı saptanmıştır.

Aile hekimliği sisteminin bireylere bütüncül bir bakış sergilediği kanısıyla, adolesan dönemin de bu bütünün bir parçası olduğu bilinerek aile hekimlerinin adolesan takiplerinin yetersizliği saptanmıştır. Takip ettiği bireyleri bir bütün olarak

değerlendiren aile hekiminin adolesan sağlığı hizmeti verirken tüm RSDleri dikkate almalıdır.

6.4. Öneriler

Aşağıda araştırmada elde edilen bulgular ışığında uygulamalara ve bu konuda yapılacak araştırmalara yönelik önerilere yer verilmiştir.

6.4.3. Uygulamaya Yönelik Öneriler

- Adolesanlarda görülen riskli sağlık davranışlar gün geçtikçe daha çok dikkat çeken bir sorun haline gelmektedir, bu nedenle adolesanlarda saptanan riskli sağlık davranışlarının farkında olunması önemlidir. Okullarda görevli okul psikolojik danışmanlarının adolesanların bu davranışlardan hangilerini, ne sıklıkla gösterdiklerini saptamaları riskli sağlık davranışlarına yönelik önleme çalışmalarının planlanması açısından faydalı olacaktır.
- Riskli sağlık davranışı gösteren adolesanların yaşantıları incelenerek onlar için risk faktörü teşkil eden durumlar tespit edilerek; bu faktörlerin etkilerini azaltmaya ya da ortadan kaldırmaya yönelik çalışmalar planlanabilir. Bu çalışmalar yapılandırılmış ölçekler ile yıllık olarak adolesanların riskli sağlık davranışları takibi olabilir.
- Anne baba tutumları adolesanların riskli sağlık davranışları göstermelerinde önemli olan etmenlerden biridir. Ailelere adolesanlara karşı tutum belirlerken zaman zaman döneme uygun olmayan tutum ve davranışlarda bulunabilirler. Bu konularda ailelere uygun adolesan dönem tutumları, karşılaşılan riskli sağlık davranışlarına karşı gösterilecek tepkiler hakkında bilgi verilmesinin faydalı olacağı düşünülmektedir.
- Riskli Sağlık Davranışı olan adolesanların kendilerine dair memnuniyetleri düşük olduğu saptanmıştır. Adolesanların evde, okulda, arkadaş çevrelerinde sosyal açıdan doyumlarını arttırmaya yönelik okul dışı ve okul içi sosyal, sportif faaliyetler, anne babalara yönelik aile içi iletişimi artırıcı çalışmalar yapılabilir.

- Okul psikolojik danışmanları okullarındaki riskli sağlık davranışlarını engellemeye yönelik olarak; idare, öğretmen ve aileleri içeren sosyal etkinlikler, toplantılar gibi okul iklimini güçlendirici çeşitli etkinlikler düzenleyebilirler.
- Tam olarak fiziksel, mental ve sosyal anlamda iyi olma halini sağlayabilmek için; birey veya grup, isteklerinin farkında olabilmeli, isteklerini tanımlayabilmeli, çevreyi değiştirebilmeli ve uyum sağlayabilmelidir. Adolesanların yaşam becerilerini geliştirmek amacıyla ‘Öfke kontrolü, “Hayır” diyebilme becerisi, Israrlara karşı koyabilme becerisi, Kendini ortaya koyma becerisi, İletişim becerileri, Sorun çözme ve stresle başa çıkma becerileri ile Kendini tanıma’ konularında destek sağlanması erken adolesan dönemden itibaren önemlidir.
- Adolesanların zamanlarının çok büyük bir bölümünü okulda geçirdikleri bilinmektedir. Okul öğretmeni ve temel olarak öğretmenleri riskli sağlık davranışlarını gözlemlenmede öncelikli olarak görev almalıdır. Öğrencinin okulda tutulması, okulda bulunmadığı zaman aile ile temas geçilmesi öğrencinin okul dışı dönemde kazanabileceği riskli sağlık davranışlarını önlemede önemlidir.
- Riskli sağlık davranışlarının adolesan dönemde saptanması düzenli sağlık kontrolleri ile olmaktadır. Aile hekimlerinin rutin muayeneleri içine yıllık adolesan takiplerinin eklenmesi, profesyonel bir gözle bazı RSDlerin adolesan için geri dönülmez sonuçlara neden olmadan erken dönemde tespit ve tedavisini sağlayabilir.
- Ailenin okul dönemindeki adolesana çocuk gibi davranmaması, adolesanın karşılaşılabileceği güçlükleri bilerek buna uygun tutum sergilemesi için ana-baba eğitimleri düzenlenebilir.
- Olumlu davranışlar olan sağlığın geliştirilmesi davranışlarının anlatılması, riskli davranışlara karşı kendini kontrol edebilme ve pozitif davranışlar için sosyal destek sağlanması konusunda okul politikaları eğitim ve sağlık hizmetlerinin ortak çalışmaları ile gerçekleştirilmelidir.

- Okul sağlığı hizmetleri kapsamında değiştirilebilir risk faktörleri odaklı ve sağlık bilinci başta olmak üzere sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının kazandırılması gereklidir.
- Kız adolesanların okullaşma oranının yükseltilmesinin ve okulların niteliğinin iyileştirilmesinin önemli girişimler olacağı düşünölmektedir.
- Kitle iletişim araçlarını kullanan medya aile içi iletişim konularına daha fazla yer veren diziler, programların yapılmasını sağlamalıdır.
- Adolesan yaş grubunun aile hekimleri ile teması zorunlu hale getirilmelidir, bu konuda eğitim ve sağlık hizmetleri ortak çalışarak gerekli yasal düzenlemeleri yapmalıdırlar.

6.4.4. İlerideki Araştırmalara Yönelik Öneriler

- Bu çalışmada riskli sağlık davranışı gösteren adolesanların arkadaşlık ilişkileri ve medyanın ilişkilere katkısı boyutu incelenmemiştir. Riskli sağlık davranışı gösteren adolesanlarda arkadaş etkisi ve medyanın etkisi ilişkileri daha geniş kapsamlı incelenebilir.
- Bu çalışmada riskli sağlık davranışı gösteren adolesanların aile tutumları incelenmiştir. Bunun yanında ailenin diğer özellikleri (suça karışan birey(ler)in olup olmadığı v.b.) araştırılabilir.
- Adolesanların yaşadıkları çevre ile ilgili bilgiler toplanarak riskli sağlık davranışlarına ev ve okul ortamı dışında başka hangi faktörlerin etki edebileceği incelenebilir.
- Riskli sağlık davranışı gösteren adolesanların okula karşı olan duyguları, okuldan uzak olma istekleri, içine kapanma gibi diğer bazı davranışları incelenebilir.
- Geniş katılımlı bir çalışma yapılarak riskli sağlık davranışlarında şehirler arası, okul tipi (özel okul, devlet okulu v.b.)' ne göre gibi farklılıklar olduğu tespit edilebilir.
- Riskli sağlık davranışları olan adolesanlara; çeşitli önleme programları geliştirilerek bu programlar test edilip, yaygınlaştırılması için çalışmalar yapılabilir.
- Bu çalışmada aile okul, aile hekim, okul ve hekim ilişkilerinin kopuk olduğu saptanmıştır. Bu ilişkilerin güçlendirilmesi konusunda müdahale çalışmaları planlanabilir.
- Sağlık, fiziksel kapasiteyi olduğu kadar, sosyal ve kişisel kaynakları da vurgulayan pozitif bir kavramdır. Sağlığı geliştirme, yalnızca sağlık sektörüne ait bir sorumluluk değildir aynı zamanda sağlıklı yaşam tarzlarından kabulü ve uygulamasına ilişkin bir süreçtir. Buradan hareketle adolesan sağlığının geliştirilmesi bilinciyle Milli Eğitim ve Sağlık hizmetleri ortak çalışma protokolleri ile aileyi de içeride tutarak riskli sağlık davranışlarının erken dönemde saptanması ve müdahalesi yoluna gitmelidir.

- Ülkemizde kalıcı ulusal bir yöntem geliştirilmemiştir. Bu döneme ait riskli sağlık davranışlarını belirleme ve boyutunu saptamaya yönelik surveyans çalışmalarının yapılması konusunda çaba sarf edilmelidir.
- Kesitsel çalışmalar yapıldıkları toplumun o anki sağlık durumunu gösteren önemli çalışmalar olsa da sağlık politikalarını belirleyebilmek amacıyla bu tür çalışmalar ülke genelini yansıtabilecek düzeye çıkarılmalıdır.
- Riskli sağlık davranışlarına neden olan altta yatan nedenler (Yoksulluk, Hızlı Sosyal Değişim, Kentleşme, Toplumsal Cinsiyet, Ayrımcılık, İşsizlik) ve ara nedenleri (Yetersiz Bilgi ve Beceri, Eğitim ve Sağlık Kurumlarına Ulaşamama, Güvensiz Çevre, İstismar) ortaya koyacak çalışmalar planlanabilir.
- Özellikle yüksek riskli sağlık davranışları (Madde Kullanımı, Güvenli Olmayan Cinsellik, Yetersiz ve Dengesiz Beslenme, Kaza Riskini Artıran Davranışlar, Şiddet Nedenli Yaralanmalar, Sokakta Yaşayan Gençler, Çalışan Gençler) olan adolesanların ileriki dönemlerinde karşılaşacağı sağlık sorunlarına (Hastalık ve Ölüm Hızlarında Yükseklik, Üretimin Düşmesi, CYBE, HIV/AIDS, Gebelik, Düşük, Kasıtlı ve Kasıtsız Yaralanmalar, Sakatlıklar) yönelik daha kapsamlı çalışmalar planlanabilir.
- Çalışmada Milli Eğitim Müdürlüğü'nün izni dışında kalan madde kullanımı ve cinsel gelişim basamakları yeterli düzeyde incelenememiştir. Bu konular da adolesan dönemin öncelikli riskli sağlık davranışları içerisinde yer almaktadır. Bu davranışların da incelendiği çalışmalar planlanarak gerekli müdahalelerin tespiti önemlidir.

7. KAYNAKLAR

1. Elkind D. Değişen Dünyada Çocuk Yetiştirme Ve Eğitim. (Çev. Emine Gül Kapçı) Ankara Üniversitesi Çocuk Kültürü Araştırma ve Uygulama Merkezi Yayınları. 3. Ulusal Çocuk Kültürü Kongresi Dünyada ve Türkiye'de Değişen Çocukluk. Yayına Hazırlayan: Prof. Dr. Bekir ONUR. Ankara, **2001**.
2. Çocuk Haklarına Dair Sözleşme. www.tbmm.gov.tr. Erişim tarihi: 20.05.2012. 4058 Sayılı Onay Kanunu 11 Aralık 1994 gün ve 22138 Sayılı Resmi Gazete.
3. Çocuk Koruma Kanunu Kanunu. Kanun numarası: 5395, Kabul Tarihi: 3.7.2005, Yayımlandığı R.G: Tarih: 15.7.2005 Sayı: 25876, Tertip: 5, Cilt: 44.
4. Türkiye Cumhuriyeti Anayasası, R.G. Sayı: 2709, Tarih: 07.11.1982.
5. Özcebe H. Çocuk Sağlığı Bölüm 7 içinde Halk Sağlığı Temel Bilgiler. Ed.: Çağatay Güler, Levent Akın. ss:319-369. Hacettepe Üniversitesi Hastaneleri Basımevi, **2006**.
6. The Health of Youth A challenge and promise. World Health Organization Geneva; 20-31, **1993**.
7. Sawyer SM, Afifi R, Bearinger LH, Blakemore SJ, Dick B, Ezech AC, Patton GC. Adolescence: a foundation for future health. Lancet, 379: 1630–40, **2012**.
8. Özcebe, H. Genç olmak ve riskler. (Editör: Betül Ulukol), Türkiye Klinikleri Pediatrik Bilimler,4(6):107-110, **2008**.
9. Blum RW, Francisco IPM Bastos Kabiru CW, Le LC. Adolescent health in the 21st century. Published Online April 25, **2012** DOI:10.1016/S0140-6736(12)60407-3.
10. Omran AR. The epidemiologic transition: a theory of the epidemiology of population change. Milbank Mem Fund Q, 49: 509–38, **1971**.
11. UNICEF. The state of the world's children 2011. New York, NY: United Nations Children's Fund, **2011**.
12. Lokhorst AM, Werner CM, Staats H, Yan DE, Gale JL. Commitment and behavior change: A meta-analysis and critical review of commitment making strategies in environmental research. Environment and Behavior. Published

online before print June 9, **2011**, doi: 10.1177/0013916511411477. Published, **06/2011**.

13. UNICEF. Child poverty in perspective: an overview of child well-being in rich countries. Innocenti Report Card 7. Florence, Italy: United Nations Children's Fund, Innocenti Research Centre, **2007**.
14. WHO. Adolescent friendly health services: an agenda for change. Geneva: World Health Organization, **2002**.
15. WHO. Global health risks: mortality and burden of disease attributable to selected major risks. Geneva: World Health Organization, **2009**.
16. UNFPA. The state of the world population 2011. New York, NY: United Nations Population Fund, **2011**.
17. Eaton DK, Kann L, Kinchen S, Shanklin S, Ross J, Hawkins J. Youth risk behavior surveillance—United States, Centers for Disease Control and Prevention (CDC). *MMWR Surveillance Summaries* 2008, 57: 1-131, **2007**.
18. UNFPA. The case for investing in young people as part of a national poverty reduction strategy. New York, NY: United Nations Population Fund, **2010**.
19. Schwartz S. Youth and post-conflict reconstruction: agents of change. Washington, DC: USIP Press Books, **2010**.
20. Patton GC, Coffey C, Cappa C, Currie D. Health of the world's adolescents: a synthesis of internationally comparable data. Published Online: April 25, **2012** DOI:10.1016/S0140-6736(12)60203-7
21. Özcebe H. Okullarda Sağlık Hakkı, Eğitim Hakkı ve Eğitimde Haklar: Uluslararası İnsan Hakları Belgeleri Işığında Ulusal Mevzuatın Değerlendirilmesi içinde (Işık Tüzün, ed.), **2009**.
22. McGraw-Hill. Adolescent Development And Adjustment, by Lester D. Crow and Alice Crow. 1956. Pp. 555 Rutter, **1985**.
23. Werner CM, Haggard L. Temporal qualities of interpersonal relationships. In G. R. Miller-M. L. Knapp (Eds.), *Handbook of interpersonal communication* ss. 59-99. Beverly Hills: Sage. Published, **1985**.
24. Smith-Bird E, Turnbull AP. Linking Positive Behavior Support To Family Quality Of Life Outcomes. *Journal of Positive Behavior Interventions*,7 (3), 174-180. **2005**.

25. Buysse WH. Behaviour Problems And Relationships With Family And Peers During Adolescence. *Journal of Adolescence*, 20, 645-659, **1997**.
26. Özmert EN. Erken çocukluk gelişiminin desteklenmesi-III: Aile. *Çocuk Sağlığı ve hastalıkları Dergisi*. 49: 256-273, **2006**.
27. Albrecht AK, Galambos NL, Jansson SM. Adolescents' Internalizing and Aggressive Behaviors and Perceptions of Parents' Psychological Control: A Panel Study Examining Direction of Effect. *Journal Of youth Adolescence*, 36, 673-684, **2007**.
28. Cui M, Donnellan MB, Conger RD. Reciprocal Influences Between Parents' Marital Problems and Adolescent Internalizing and Externalizing Behavior. *Developmental Psychology*, 43, 6, 1544-1552, **2007**.
29. Trentacorta CJ, Shaw DS. Maternal Predictors of Rejecting Parenting and Early Adolescent Antisocial Behavior. *Abnormal Child Psychology*, 36, 247-259, **2008**.
30. Pardini DA, Loeber R, Stouthamer-Loeber M. Developmental Shifts In Parent and Peer Influences on Boys' Beliefs About Delinquent Behavior, *Journal Of Research On Adolescence*, 15,3, 299–323, **2005**.
31. Benson M, Buehler C, Gerard JM. Interparental Hostility And Early Adolescent Problem Behavior: Spillover Via Maternal Acceptance, Harshness, Inconsistency, And Intrusiveness. *Journal Of Early Adolescence*, 28, 428-454, **2008**.
32. Edens JF, Skopp NA, Cahill MA. Psychopathic Features Moderate the Relationship Between Harsh and Inconsistent Parental Discipline and Adolescent Antisocial Behavior. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 37, 2, 472–476, **2008**.
33. Torrente G, Vazsonyi A. The Salience of the Family in Antisocial and Delinquent Behaviors Among Spanish Adolescents. *The Journal of Genetic Psychology*, 169,2, 187-197, **2008**.
34. Bayraktar F. Olumlu Ergen Gelişiminde Ebeveyn Akran İlişkilerinin Önemi. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi*, 14,3, 157-166, **2007**.
35. Substance Abuse and Mental Health Services Administration. The NSDUH Report . April 1, **2005**. <http://www.oas.samhsa.gov> Erişim tarihi: 10.05.2012.

36. Pan American Health Organization. Tobacco Free Youth-Taking Action.
http://www.opsoms.org/English/DD/PUB/SP579_03.pdf Erişim tarihi: 10.05.2012.
37. Yılmaz T. Ergenlerde Risk Alma Davranışlarının İncelenmesi. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Ege Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Psikoloji Anabilim Dalı, İzmir, 2000.
38. He K, Kramer E, Houser RF, Chomitz VR, Hacker KA. Defining and understanding healthy lifestyles choices for adolescents. *J Adolesc an Health*, 35:26-33, 2004.
39. Tot S, Yazıcı K, Yazıcı A, Metin O, Bal N, Erdem P. Psychosocial correlates of substance use among adolescents in Mersin, Turkey. *Public Health*; 118:588-593, 2004.
40. Sawyer SM, Afifi RA, Bearinger LH, et al. Adolescence: a foundation for future health. *Lancet* 2012; published online April 25. DOI:10.1016/S0140-6736(12)60072-5.
41. Viner RM, Ozer EM, Denny S, et al. Adolescence and the social determinants of health. *Lancet* 2012; published online April 25. DOI:10.1016/S0140-6736(12)60149-4.
42. The State Of The World's Children 2011. Adolescence An Age of Opportunity. United Nations Children's Fund (UNICEF), February 2011 ISBN: 978-92-806-4555-2, Sales no.: E.11.XX.1 Page:6.
43. Stages of Adolescence. <http://www.healthychildren.org/English/ages-stages/teen/pages/Stages-of-Adolescence.aspx> Erişim tarihi: 01.06.2013.
44. Johnson SB, Blum RW, Giedd JN. Adolescent Maturity and the Brain: The promise and pitfalls of neuroscience research in adolescent health policy. *Journal of Adolescent*. Volume 45, Issue 3 , Pages 216-221, September 2009.
45. Jessor R. New perspectives on adolescent risk behavior. (Ed: R. Jessor), *New Perspectives on Adolescent Risk Behavior*, USA: Cambridge University Pres, 1998.
46. Jessor R, Donovan, JE, Costa FM. *Beyond Adolescence; Problem Behavior and Young Adult Development*, USA: Cambridge University Press, 1994.

47. Yörükoğlu A. Çocuk Ruh Sağlığı (23. Basım), Özgür Yayınları, İstanbul, **1998**.
48. Bahçivan-Saydam R. Gençöz T. Aile ilişkileri, ebeveynin çocuk yetistirme tutumu ve kendilik degerinin gençler tarafından belirtilen davranıs problemleri ile olan iliskisi. Türk Psikoloji Dergisi, 20, p.61-74, **2005**.
49. Avcı R. Siddet Davranısı Gösteren ve Göstermeyen Ergenlerin Ailelerinin Aile islevleri, Öfke ve Öfke ifade Tarzları Açısından incelenmesi. Yayınlanmamıs Yüksek Lisans tezi. Çukurova Üniversitesi, **2006**.
50. Calderhead J. Öğretmenlerin Uzmanlığının Tanınması ve Geliştirilebilmesi. Uluslararası dünya Öğretmen Eğitimi Konferansı, Milli Eğitim Basımevi. Ankara. 21, **1997**.
51. Estevez E, Musitu G, Herrero J. The Influence of Violent Behavior and Victimization At School on psychological Distress: The Rol of Parents and Teachers. Adolescence; Spring; 40, 157; pg.183, **2005**.
52. Rutter M. Family and school influences on behavioral development. Journal of Child and Adolescent Psychology, 26, 349-368, **1985**.
53. Darling N. Parenting Style and Its Correlates. Eric Digest: Mart, **1999**. <http://ecap.crc.illinois.edu/ecearchive/digests/1999/darlin99.pdf> Erişim tarihi: 01.12.2013.
54. Baumrind D. The influence of parenting style on adolescent competence and substance use. Journal of Early Adolescence, 11(1), 56-95, **1991**.
55. Yılmaz A. Çocuk Yetistirme Tutumları: Kuramsal Yaklaşımlar ve Görgül Çalışmalar, Türk Psikoloji Yazıları, 1(3), 99- 118, **1999**.
56. Steinberg L, Elmen JD, Mounts NS. Authoritative parenting psychosocial maturity and academic success among adolescents, Child Development, 60, 1424-1436, **1989**.
57. Grusec JE, Hastings PD. Introduction. In Grusec JE.-Hastings P D. (Editors). Handbook of socialization ss:1- 9. NY: Guildford Press, **2007**.
58. Yılmaz Y. Ortaöğretim Öğrencilerinde Görülen Kuraldışı Davranışların Yordayıcılarının İncelenmesi. Danışman: Yrd. Doç. Dr. Fulya Cenkseven Önder. Türkiye Cumhuriyeti Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Eğitim Bilimleri Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, Adana, **2011**.

59. Castrucci BC, Gerlach KK. Understanding the association between authoritative parenting and adolescent smoking. *Maternal and child health journal*, 10, 217-24, **2006**.
60. Rae-Grant N, Thomas H, Offord DR, And Boyle MH. Risk, Protective Factors, and the prevalence of behavioral and emotional disorders in children and adolescents. *Journal of the American Academy Child Adolescent Psychiatry*, 28, 262-268, **1989**.
61. Ergün M. Bir Sosyal Kurum Olarak Okul.in Eğitim Sosyolojisi, Bölüm 8, ss: 109-137.<http://www.egitim.aku.edu.tr/egsos.pdf> , Erişim tarihi:02.08.**2013**.
62. Bilgin M. Ankara Merkez İlçelerindeki Ortaokullarda Okul ve Ailenin İşbirliği ve Sorunları, A.Ü. Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yayınlanmamış Doktora Tezi, **1990**.
63. Çelenk S. Okul Başarısının Ön Koşulu: Okul Aile Dayanışması. *İlköğretim-Online 2* (2), sf. 28-34, **2003**.
64. Hollingsworth PM, Hoover HH. *İlköğretimde Öğretim Yöntemleri*, (Çev. Tanju Gürkan vd.), A. Ü. Rektörlüğü Yayınları, **1999**.
65. Burns CP, Roe BD, Ross EP. *Teaching Reading in Today's Elementary Schools*. Boston Houghton Mifflin Company, **1992**.
66. Drury J. Adolescent Communication with Adults in Authority. *Journal of Language and Social Psychology*, Vol. 22 No. 1, March **2003**.
67. Thurlow C. Teenagers in Communication, Teenagers on Communication. *Journal of Language and Social Psychology*, Vol. 22 No. 1, March **2003**.
68. Harter S, Waters P. Level of Voice Among Female and Male High School Students: Relational Context, Support, and Gender Orientation, *Developmental Psychology*, Vol. 34, No. 5, pgs. 892-901, **1998**.
69. Ergün M. Okulun Toplumunu Bütünleştirme ve Meşrulaştırma Görevi in Eğitim Sosyolojisi, Bölüm 6, ss: 76-108. <http://www.egitim.aku.edu.tr/egsos.pdf> Erişim tarihi:02.08.**2013**.
70. Özcebe H, Ulukol B, Mollahaliloğlu S, Yardım N ve Kahraman F (eds). *Sağlık Hizmetlerinde Okul Sağlığı Kitabı*. T.C. Sağlık Bakanlığı Refik Saydam Hıfzısıhha Merkezi Başkanlığı Hıfzısıhha Mektebi Müdürlüğü. Yücel Ofset, Ankara, **2008**.

71. Hikmet P. Okul Sağlığı. Bertan M, Güler Ç. (eds) Halk Sağlığı Temel Bilgiler (içinde) Güneş Kitabevi, Ankara, 210-224, **1997**.
72. İstanbul Üniversitesi Çocuk Sağlığı Enstitüsü, İstanbul İl Milli Eğitim Müdürlüğü, Çocuk Sağlığı Derneği. Türkiye’de Okul Sağlığı Hizmetlerinin Geliştirilmesi için Öneriler. Uzman Komite Raporu, İstanbul; Mayıs **2004**.
73. Özcebe H. Okul Sağlığı. In: Aslan D. (Ed). Halk Sağlığı İle İlgili Güncel Sorunlar ve Yaklaşımlar. Ankara Tabip Odası, Ankara, 114-7; **2009**.
74. Detailed ACTION Plan: Recommendations for Action by Families Schools, Communities and Policy Makers
<http://www.apha.org/programs/resources/obesity/obesitydetailedaction.htm>
Erişim tarihi: 02.11.2013.
75. Kadioğlu S, Edisan Z, Kadioğlu F. Okul Sağlığı Tarihçesinden Bir Yaprak: M.Cemal’in “Yeni Mektep Hıfzıssıhhası” Kitabı. Lokman Hekim Journal, 2(3):58-72, **2012**.
76. Ergün A. Hemşirelik bakımı sınıflama modelleri doğrultusunda okul sağlığı hemşireliği uygulamaları, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, İstanbul, **2003**.
77. Wang Y, She, Y, Gu B, Jia M, Zhang AL. An epidemiological study of behavior problems in school children in urban areas of being. Journal of Child Psychology and Psychiatry. 30, 907-912, **1989**.
78. Bundak R. Okul ve ergenlik yaşlarında büyümenin izlenmesi. Çocuk degisi. 7(suppl1): 23-25, **2007**.
79. Derman O, Kanbur ÖN. Adolesanda Klinik değerlendirmenin temel prensipleri. Hacettepe Tıp Dergisi, Cilt 32 (4); s:302-309, **2001**.
80. Özcan C, Kılınç S, Gülmez H. Türkiye’de Okul Sağlığı ve Yasal Durum. Ankara Medical Journal. 13(2):71-81, **2013**.
81. 8597 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Yürütülmesi Hakkında Yönerge. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. 20.12.2001.
82. Milli Eğitim Temel Kanunu, Kanun numarası: 1739, Kabul tarihi: 14.6.1973. RD: 24/6/1973 Sayı: 14574. Tertip: 5 Cilt: 12 Sayfa: 2342.
83. Milli Eğitim Bakanlığına Bağlı Sağlık Merkezlerinin Kuruluş ve Çalışmaları Hakkındaki Yönetmelik. Tarih: 15.11.1976; R. G. No:15764.

84. Bazı Kamu Kurum ve Kuruluşlarına ait Sağlık Birimlerinin Sağlık Bakanlığına Devri Hakkındaki Kanun. Tarih: 19.01.**2005**; R.G. No:25705.
85. Aile Hekimliği Yönetmeliği, Resmi Gazete, Sayı: 27591 Tarih 25.05.**2010**.
86. Aile Hekimliği Kanunu, Resmi Gazete, Sayı 5258 Tarih 24.11.**2004** (Değişiklik Sayı 6354 Tarih 12.07.2012).
87. 25143 Sayılı Toplum Sağlığı Merkezleri Kurulması Ve Çalıştırılmasına Dair Yönerge. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. 03.08.**2011**.
88. Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşların Teşkilat ve Görevleri Hakkında 663 Sayılı Kanun Hükmündeki Kararname. Tarih 02.11.**2011**; R. G. No: 28103.
89. Hemşirelik Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik. Tarih: 19 Nisan **2011**; R.G. No: 27910.
90. Özcebe H. Halk Sağlığı Bakış Açısıyla Okul sağlığı Hizmetlerinin Kapsamı. Halk Sağlığı Günleri 2. Okul Sağlığı Sempozyumu Bidiri Kitabı. Adana. ss:7-11. Mayıs, **2012**.
91. TÜİK (Türkiye İstatistik Kurumu), www.tuik.gov.tr Erişim Tarihi: 25.10.**2012**.
92. Mamak İlçesi okul ve öğrenci sayıları. <http://mamak.meb.gov.tr/> Erişim Tarihi: 25.10.**2012**.
93. Çimen S. 15-18 Yaş Grubu Gençlerde Riskli Sağlık Davranışları Ölçeğinin Geliştirilmesi. Hemşirelik Doktora Tezi. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, **2003**.
94. Tümer A, Şahin S. Ergenlerin Riskli sağlık Davranışları. Sağlık ve Toplum. Yıl:21. Sayı 1. ss:32-8.Sağlık ve Sosyal Yardım Vakfı Yayın Organı. Ocak-Mart **2011**. ISSN 1301-1421
95. Lamborn SD, Mounts NS, Steinberg L, Dornbusch SM. Patterns of competence and adjustment among adolescents from authoritative, authoritarian, indulgent, and neglectful families. Child Dev. Oct;62(5):1049-65, **1991**.
96. Yılmaz A. Anne-Baba Tutum Ölçeğinin Güvenirlilik ve Geçerlilik Çalışması, Çocuk Ruh Sağlığı Dergisi, 7 (3), 160-172, **2000**.

97. Kaner S, Bayraklı H. Aile Yılmazlık Ölçeği: Geliştirilmesi, Geçerliği ve Güvenirliği. Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Özel Eğitim Dergisi. 11(2) 47-62, **2010**.
98. Adams GR, Berzonsky MD. Blackwell Handbook Of Adolescence, Australia: Blackwell Publishing, **2003**.
99. Gullato, TP, Adams GR. Handbook Of Adolescent Behavioral Problems Evidence-Based Approaches To Prevention And Treatment, New York: Springer Science, **2005**.
100. Lindberg LD, Boggess S, Porter L, Williams S. Teen risk-taking: a statistical portrait, Urban Institute, **2000**. www.urban.org Erişim tarihi: 25.01.2012.
101. Dünya Sağlık Raporu **2002**. Sağlık Risklerinin Azaltılması, Sağlıklı Yaşamı Geliştiriyor. <http://undp.un.org.tr/who/bulten/turk/bul9dsraporozet.HTM> Erişim tarihi: 30.10.2013.
102. Gençlerin Risk Alma Davranışları ve Sağlığının Geliştirilmesi Paneli. Risk Alma Davranışları. Türkiye Üreme Sağlığı Programı Gençlik Danışmanlık ve Hizmet Merkezleri CSÜS Eğitimi. http://sbu.saglik.gov.tr/tusp/turkce/mudahale_alanlari/genclik/_Katilimci%20Rehberi.doc/5%20GUN/5_16_Panel/5_16_Panel_KN_A_15082005.do Erişim tarihi: 16.04.2013.
103. Öztekin Z. Halk Sağlığı Sözlüğü. Ankara: T. C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü. 173, **2001**.
104. Werner EE. Stress ve protective factors in children's lives. In Longitudinal Studies in child Psychology and Psychiatry, Nicole, A. (Ed.). London: John Wiley & Sons Ltd, pp. 335-355, **1985**.
105. Bingham CR, Shope JT. Adolescent Problem behavior and problem driving in young adulthood, Journal of Adolescent Research, 19 (2), 205-223, **2004**.
106. Yüksek Öğretim Kurulu. Üniversite öğrencileri aile gelirleri, eğitim harcamaları, mali yardım ve iş beklentileri araştırması, **2009**. <http://www.yok.gov.tr/egitim/raporlar/ailegel.html>. Erişim tarihi: 07.01.2014.

107. Resnick MD, Bearman PS, Blum RW, Bauman KE, Harris KM, Tabor JJ; Beuhring T, Sieving RE, Shew M, Ireland M, Bearinger LH, Udry JR. Protecting Adolescents From Harm Findings From the National Longitudinal Study on Adolescent Health. JAMA, september 10, vol 278 no: 10 823-832, **1997**.
108. Temel F, Hancı P, Kasapoğlu T, Kışla RM, Sarıkaya MS, Yılmaz MA, Özcebe H. Ankara'da bir meslek lisesi 10. ve 11. sınıf öğrencilerinin uyku kalitesi ve etkileyen faktörler. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi. 53: 122-131, **2010**.
109. Üneri ÖŞ, Tanıdır C. Bir Grup Lise Öğrencisinde İnternet Bağımlılığı Değerlendirmesi: Kesitsel Bir Çalışma. Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi. 24:265-272, **2011**. DOI: 10.5350/DAJPN2011240402
110. Akın A, Bahar-Özvarış Ş. Adolesanların/Gençlerin Cinsel ve Üreme Sağlığını Etkileyen Faktörler Projesi, Genç Dostu Cinsel Sağlık Üreme Sağlığı Hizmet Modeli ve İlgili Araştırmalar kitabı içinde A. Akın, (Ed.) WHO, HUKSAM, UNFPA, Damla Matbaacılık, Ankara, Aralık **2006**.
111. Okul Kantinlerine Dair Özel Hijyen Kuralları Yönetmeliği, T.C. Sağlık Bakanlığı. Tarih: Şubat **2013**. R.G. No: 28550.
112. Turkish Adolescent Health Risk Behaviors and Self-Esteem. Social Behavior and Personality: an international journal. 39(2): 219-227, 2011.
113. Özmen D, Çetinkaya A, Ergin D, Şen N, Dünder Erbay P. Eating Habits and Body Weight Control Behaviors of High School Students. TAF Prev Med Bull. **2007**.
114. Dietary Guidelines for Children and Adolescents in Australia. http://www.nhmrc.gov.au/_files_nhmrc/publications/attachments/n30.pdf. Erişim tarihi: 01.02.**2014**.
115. Türk M, Gürsoy ŞT, Ergin I. Kentsel bölgede lise birinci sınıf öğrencilerinin beslenme alışkanlıkları. Genel Tıp Dergisi. 17: 81-87, **2007**.
116. WHO. Young people: health risks and solutions. Fact sheet N°345, August **2011**.
117. Demirezen E, Coşansu G. Adölesan Çağı Öğrencilerde Beslenme Alışkanlıklarının Değerlendirilmesi. STED. cilt 14, sayı 8; 174, 2005.

118. Myers L, Strikmiller PK, Webber LS, Berenson GS. Tulane Center for Cardiovascular Health, Tulane School of Public Health and Tropical Medicine, New Orleans, LA 70112, USA. *Medicine and Science in Sports and Exercise*. 28(7):852-859, **1996**.
119. Sağlık Bakanlığı, Sağlıkın Geliştirilmesi Genel Müdürlüğü Türkiye El Yıkama Araştırması. Sağlık Bakanlığı Yayın No: 893: 45-46. Ankara **2012**. ISBN No: 978 - 975 - 590 - 445 - 0.
120. Kaya M, Büyükşerbetçi M, Meriç MB, Çelebi AE, Boybeyi Ö, Işık A, Bozkurt İH, Vaizoğlu SA, Güler Ç. Ankara'da Bir Lisenin 9 ve 10. Sınıf Öğrencilerinin Kişisel Hijyen Konusunda Davranışlarının Belirlenmesi STED cilt 15 sayı 10 s: 179-183, **2006**.
121. Bülbül S, Kurt G, Ünlü E, Kırılı E. Adölesanlarda uyku sorunları ve etkileyen faktörler. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi*. 53: 204-210, **2010**.
122. Bayhan V. Lise Öğrencilerinde İnternet Kullanma Alışkanlığı Ve İnternet Bağımlılığı, Malatya Uygulaması. Akademik Bilişim'11-XIII. Akademik Bilişim Konferansı Bildirileri. İnönü Üniversitesi, Malatya: 917-24. 2-4 Şubat **2011**.
123. Avrupa'da Okullarda BIT Aracılığıyla Öğrenme ve Yenilik Üzerine Temel Veriler 2011. EACEA P9 Eurydice, Brüksel: Mayıs **2011**. ISBN 978-92-9201-233-5. doi:10.2797/75742.
124. Hanehalkı Bilişim Teknolojileri Kullanım Araştırması, **2013**. <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=13569> Erişim tarihi:22.01.2014.
125. Chou C, Condrón L, Belland JC. A Review of the Research on Internet Addiction. *Educational Psychology Review*. 17;4, **2005**.
126. Aksaçlıoğlu AG, Yılmaz B. Öğrencilerin televizyon izlemeleri ve bilgisayar kullanmalarının Okuma Alışkanlıkları Üzerine Etkisi. *Türk Kütüphaneciliği* 21 (1):3-28 **2007**.
127. Akman M, Tüzün S, Ünalán PC. Adölesanlarda Sağlıklı Beslenme Ve Fiziksel Aktivite Durumu. *Nobel Medicus* 22, Cilt: 8, Sayı: 1: 24-29, **1998**.
128. Çifçili S, Ünalán P, Kalaça Ç, Apaydın Ç, Uzuner A. Çocukluk obezite ve televizyon. *Türkiye Klinikleri Pediatri Dergisi*. 12: 67-71, **2003**.

129. American Academy of Pediatrics. Committee on Public Education. Children, adolescents and Television. *Pediatrics*. 107: 423-426, **2001**.
130. Thomee S, Harenstam A, hagberg M. Mobile phone use and stress, sleep disturbances, and symptoms of depression among young adults - a prospective cohort study. *BMC Public Health* **2011**, 1q:66 doi:10.1186/1471-2458-11-66.
131. Thomée S, Eklöf M, Gustafsson E, Nilsson R, Hagberg M: Prevalence of perceived stress, symptoms of depression and sleep disturbances in relation to information and communication technology (ICT) use among young adults - an explorative prospective study. *Computers in Human Behavior*. 23(3):1300-1321, **2007**.
132. Ananova, Young people could not live without their mobiles, **2003**. http://www.ananova.com/news/story/sm_779110.html?menuZ.
133. Punamäki RL, Wallenius M, Nygard CH, Saarni L, Rimpela A: Use of information and communication technology (ICT) and perceived health in adolescence: The role of sleeping habits and waking-time tiredness. *Journal of Adolescence*. 30(4):569-585, **2007**.
134. Walsh SP, White KM, Young RM: Over-connected? A qualitative exploration of the relationship between Australian youth and their mobile phones. *Journal of Adolescence*, 31(1):77-92, **2008**.
135. Riesch SK, Anderson LS, Angresano N, Mitchell JC, Johnson DL, Krainuwat K. Evaluating content validity and test-retest reliability of the children's health risk behavior scale. *PHN*, 23(4):366-372, 2006.
136. Özcebe H. Gençlerde riskli davranışlar ve sağlığın geliştirilmesi: Türkiye'de gençlerin sağlığına genel bir bakış, XI. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi Kitabı, Denizli: 149-153; 23-26 Ekim **2007**.
137. Ergüder T, Soydal T, Uğurlu M, Çakır B, Warren CW. Tobacco use among youth and related characteristics, Turkey. *Soz Praventiv Med*. 51: 91–98, **2006**.
138. 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, Şubat **2007**.
139. Eneçcan FN, Şahin EM, Erdal M, Aktürk Z, Kara M. Edirne Şehir Merkezindeki Lise Öğrencilerinde Riskli Sağlık Davranışlarının Değerlendirilmesi. TAF Prev Med Bull. 10(6): **2011**. 687-700doi: 10.5455/pmb.20110909123041
140. Marttunen MJ, Aro HM, Lönnqvist JK. Precipitant stressors in adolescent suicide. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 32(6):1178-83, **1993**.
141. Şencan B. Lise Öğrencilerinin algıladığı sosyal destek düzeyi ile sosyal yetkinlik beklentisi düzeylerinin bazı değişkenlere göre incelenmesi. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Çukurova Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Eğitim Bilimleri Anabilim Dalı. Adana, **2009**.
142. Beam MR. The socioecological risk model for youth problem behavior and the mediating role of internalized values: A comparison of three ethnic group, Unpublished doctorate dissertation, University of California, USA, **2000**.
143. Küçük Biçer B, Üner S. Determination of the burnout levels of workers and factors affecting it in a district municipality, in central Ankara. TAF Prev Med Bull. 11(6): 673-680, 2012. doi: 10.5455/pmb.1-1325076722.
144. Eccles JS, Midgley C, Wigfield A, Buchanan CM, Reuman D, Flanagan C, Mac Iver D. Development during adolescence: The impact of stage-environment fit on young adolescents' experiences in schools and in families. American Psychologist, Vol 48(2), 90-101: Feb **1993**. doi: 10.1037/0003-066X.48.2.90
145. Çamur D, Çilingiroğlu N, Üner S, Özcebe H. Bir Üniversitenin Bazı Fakülte ve Yüksek Okullarında Okuyan Gençlerde Bazı Risk Alma Davranışları. Toplum Hekimliği Bülteni • Cilt 26, Sayı 3, Eylül-Aralık 2007.
146. Refaal A. Practice and awareness of health risk behaviour among Egyptian university students. EMHJ. 10(1-2):72-81, **2004**.
147. Cashell-Smith ML, Connor JL, Kypri, K. Harmful effects of alcohol on sexual behavior in a New Zealand university community. Drug and Alcohol Review. 26(6):645-51, **2007**.

148. Johansen A, Rasmussen S, Madsen M. Health behavior among adolescents in Denmark: Influence of school class and individual risk factors. *Scand J Public Health*. 34: 32–40, **2006**.
149. Çolakkadıoğlu O. Çatışma Kuramına Dayalı Olarak Geliştirilen Karar Verme Beceri Eğitimi Grup Uygulamalarının Ergenlerin Karar Verme Stilllerine Etkisi. Doktora Tezi. Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Eğitim Bilimleri Anabilim Dalı. Adana, **2010**.
150. Acat MB. Velinin Okula İlişkin Tutumunu ve Eğitim Programına Katılım Düzeyini Belirlemeye Dönük Ölçek Geliştirme Çalışması, III. Eğitim Yönetimi Kongresi. **2009**. <http://www.pegem.net/akademi/kongrebildiri> Erişim: 19 Kasım 2012.
151. Youth Risk Behaviour Surveillance (2009), Morbidity and Mortality Weekly Report, Vol. 59 ss:5; June 4, **2010**.
152. Dağdeviren Z, Şimşek Z. [Health Promotion Behaviors and Related Factors of High School Students in Şanlıurfa]. *TAF Prev Med Bull*. 12(2): 135-142, **2013**. doi:10.5455/pmb.1-1343653881
153. Gidey T. The interrelationship of parenting style, psychosocial adjustment and academic achievement among Addis Ababa high School students. PhD Thesis. The School of Addis Ababa graduate Studies 78-82, June **2002**.
154. Doğanay S, Sözmen K, Kalaça S, Ünal B. Türkiye’de toplumda sigara içme sıklığı nasıl değişiyor? *Türkiye Halk Sağlığı Dergisi*. 10(2) 93-115, **2012**.
155. Sprinthall A, Collins W.A. *Adolescent Psychology Developmental View*, New York: Mcgraw-HILL, INC, **1995**.
156. Gizir CA. Psikolojik Sağamlık, risk faktörleri ve koruyucu faktörler üzerine bir derleme çalışması. *Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi*. 28, 113-128, **2007**.
157. Gizir CA, Aydın G. Psikolojik Sağamlık ve Ergen Gelişim Ölçeği’nin uyarlanması: Geçerlik ve güvenilirlik çalışmaları. *Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi*. 26, 87-99, **2006**.

158. Kaner S, Bayraklı H. Güzeller CO. Anne-Babaların Yılmazlık Algılarının Bazı Değişkenler Açısından İncelenmesi. Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Özel Eğitim Dergisi. 12(2) 63-78, **2011**.
159. Bayraklı H, Kaner S. Zihin engelli ve engelli olmayan çocuğa sahip annelerde yılmazlığa etki eden değişkenlerin incelenmesi. Kuram ve Uygulamada Eğitim Bilimleri. 12 (2), 1-18, **2012**.
160. Ministry of Health Health Services, Utilization Survey in Turkey, BİGAŞ Survey Research Group, Ankara, **1996**.
161. Boraz E, Durmuş N, Ercan H, Erol C, Erol F, Bahçecik G. Nermin-Mehmet Çekiç Anadolu Lisesi Orta 3 ve Lise 1. sınıf öğrencilerinin sağlık hizmeti kullanımı ve beklentilerinin saptanması. Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı İntern Araştırma Raporu. Danışman: Doç. Dr. H. Özcebe, **1998**.
162. Highlights of the 56th World Health Assembly. <http://www.who.int/features/2003/05b/en/> Erişim tarihi: 11.01.**2014**.
163. Gustafson EM. History and overview of school-based health centers in the US. Nurs Clin North Am. 40(4):595-606, **2005**.
164. Laurie Scudder, Patricia Papa, Laura C. Brey. School-Based Health Centers: A Model for Improving the Health of the Nation's Children. The Journal for Nurse Practitioners. 3(10), ss:713-720, November **2007**. DOI: 10.1016/j.nurpra.2007.08.025.
165. Keeton V. School-Based Health Centers in an Era of Health Care Reform: Building on History. Curr Probl Pediatr Adolesc Health Care. ss:132-156, July **2012**.

EK.1.

.....Okulu Lise 3 Öğrencilerinin Bazı Yaşam Davranış Özellikleri Öğrenci Veri Toplama Formu

Sevgili öğrenciler,

Bu çalışma okul sağlığı hizmetlerinin geliştirilmesi amacıyla planlanmıştır. Araştırma sırasında sizlerin bazı yaşam davranışlarınızı öğrenmek istemekteyiz. Çalışmanın yöntemi gereği sizlerden kimlik bilgileriniz istenmektedir. Bu veri toplama formu ile öğrenilen bilgiler araştırmanın amacı dışında kullanılmayacaktır. Katılımınız için teşekkür ederiz.

Dr. Burcu KÜÇÜK BİÇER
Hacettepe Üniversitesi
Tıp Fakültesi
Halk Sağlığı Anabilim Dalı

Anket No:

Öğrenci No:

1. Doğum tarihinizi yazınız (gün, ay ve yıl olarak)/...../ 19.....

2. Cinsiyetinizi belirtiniz.

1. Erkek

2. Kadın

3. Lütfen anne ve babanızla ilişkili bilgileri kutucuk (X) ile işaretleyerek ya da yazarak yanıtlayınız.

Öğrenim durumunu seçiniz	Anne	Baba
Okuryazar değil		
Okuryazar		
İlkokul mezunu		
Ortaokul mezunu		
Lise mezunu		
Üniversite/yüksekokul mezunu		
Bilmiyor/Yanıtlamak istemiyor		
Çalışma durumunu seçiniz		
Evet, halen gelir getiren bir işte çalışıyor		
Hayır, halen çalışmıyor		
Emekli		
Bilmiyor/Yanıtlamak istemiyor		
Bitirdiği yaşını yazınız		
Bilmiyor/Yanıtlamak istemiyor		

4. Kardeşiniz var mı?

1.Evet (Sizin dışınızdaki kardeşlerinizin sayısını belirtiniz

2.Hayır

5.Aile tipinizi işaretleyiniz.

1.Çekirdek aile (Anne, baba ve çocuklar)

2.Geniş aile (Anne, baba, çocuklar dışında başkaları)

3.Yalnız anne ya da yalnız baba olan aile tipi (Boşanma, vefat ayrı yaşama)

4.

Diğer

(belirtiniz.....
.....)

6.Siz ailenizin gelir durumunu nasıl değerlendirirsiniz?

1.Çok düşük

2.Düşük

3.Orta

4.Yüksek

5.Çok yüksek

7. Siz, okuldaki zorunlu harcamalar dışındaki özel istekleriniz için var olan para miktarınızı nasıl değerlendirirsiniz?

1.Yeterli

2.Kısmen yeterli

3.Yetersiz

8.Geçen yılki okul başarınızı nasıl değerlendiriyorsunuz?

1.Çok iyi

2.İyi

3.Orta

4.Kötü

5.Çok kötü

9. Okul dışındaki boş zamanlarınızı değerlendirmede **en sık yaptığınız üç aktiviteyi** işaretleyiniz.

1. Spor yapmak

2. Kitap okumak

3. Resim yapmak

4. Bilgisayar oyunu oynamak

5. Müzik dinlemek

6. İnternete girmek

7.Gezmek

8. Müzik aleti çalmak

9. Arkadaşlarla beraber olma

10. TV izleme

11.Sinema/tiyatroya gitme

12. Cep telefonu ile konuşmak/mesajlaşmak

13.

Diğer

(Belirtiniz.....).

10. Kendinize ait bilgisayarınız var mı?

1. Evet
2. Hayır

11. İnternet kullanıyor musunuz?

1. Evet
2. Hayır

12. Evinizde kaç saat bilgisayar/internet kullanıyorsunuz?

Hafta içi gündedakika ya dasaat bilgisayar kullanıyorum.

Hafta sonu gündedakika ya dasaat bilgisayar kullanıyorum.

Hafta içi gündedakika ya dasaat internet kullanıyorum.

Hafta sonu gündedakika ya dasaat internet kullanıyorum.

13. Bilgisayar ve interneti ne kadar süredir kullanıyorsunuz?

.....yaşımdan beri bilgisayar kullanıyorum.

.....yaşımdan beri internet kullanıyorum.

14. Bilgisayar ve interneti daha çok hangi amaçlar için kullanıyorsunuz? Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz.

1. Ödev hazırlamak
2. Film -MP3 müzik indirmek
3. Sosyal paylaşım ağlarına girmek (facebook, twitter gibi)
4. Oyun oynamak
5. Web' de Sörf yapmak
6. Diğer

15. Cep telefonunuz var mı?

1. Evet
2. Hayır

16. Normal bir günde ortalama kaç dakika cep telefonuyla konuşarak geçirirsiniz?

Belirtiniz.....dakika ya dasaat

17. Geceleri cep telefonu kullanmak için (aramak, aranmak, mesaj gibi) uykudan ne sıklıkta uyanırsınız?

1. Hiçbir zaman
2. Ara sıra
3. Ayda birkaç kere
4. Haftada birkaç kere
5. Neredeyse hergün

18. Cep telefonunuzdan her zaman ulaşılabilir olmayı ister misiniz?

1. Hiçbir zaman
2. Her gün değil
3. Her gün ama her zaman değil
4. Bütün gün
5. Her saat

19. Arkadaşlarınızın size cep telefonunuzdan ulaşamamaları durumunda kendinizi nasıl değerlendirirsiniz?

1. Beni hiç etkilemez.
2. Bana az da olsa stres yaratır.
3. Benim için çok stresli bir olaydır.
4. Diğer (Belirtiniz.....)

20. Cep telefonunuzu kullanma sürenize ilişkin ne düşünüyorsunuz?

1. Çok kullanıyorum.
2. Yeterince kullanıyorum.
3. Az kullanıyorum.
4. Hemen hemen hiç kullanmıyorum.
5. Azaltmaya çalıştım ama başaramıyorum.

21. Genel olarak siz beslenme durumunuzu nasıl değerlendirirsiniz?

1. Yeterli ve dengeli
2. Miktar olarak yeterli ancak dengesiz
3. Miktar olarak yetersiz ancak dengeli
4. Yetersiz ve dengesiz

22. Kendi vücut yapınızı nasıl değerlendiriyorsunuz?

1. Çok zayıf
2. Zayıf
3. İdeal kiloda
4. Hafif toplu
5. Şişman

23. Anne ve babanızın size karşı olan yaklaşım ve tutumunu nasıl değerlendiriyorsunuz?

	Her zaman olumlu	Genellikle olumlu	Bazen olumlu, bazen olumsuz	Genellikle olumsuz	Her zaman olumsuz
Annenin yaklaşımı					
Babasının yaklaşımı					

24. **Son 3 ay içinde** anne ve babanız size hiç şiddet uyguladı mı? Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz.

Fiziksel şiddet: Fiziksel şiddet kapsamında itmek, tokat atmak, tekmelemek, tükürmek, yumruklamak, kol kıvırmak, kol-bacak kırmak, saçından sürüklemek, (su, yemek, uyku, tuvalete gitmek gibi) temel ihtiyaçlarını esirgemek, gerektiği halde tıbbi tedavi almasını engellemek, silahla yaralamak, öldürmek yer almaktadır.

Sözlü şiddet kapsamına ise sürekli eleştirmek, aşağılamak, küfür etmek, tehdit etmek, kararlara katılımını engellemek, sürekli sorguya çekmek, sık sık bağırarak, aşağılayıcı isim takmak, sık sık alay etmek, dini veya etnik kimliğine yönelik hakaret etmek, görüşlerini ve çalışmalarını küçümsemek girmektedir.

	Evet	Hayır	Fikrim yok
Annem bana sözel şiddet uyguladı.			
Annem bana fiziksel şiddet uyguladı.			
Babam bana sözel şiddet uyguladı.			
Babam bana fiziksel şiddet uyguladı.			

25. “Özel yaşamımda problemlerim olduğu zaman destek ve yardım alabileceğim kimse(ler) vardır” önermesine katılıyor musunuz katılmıyor musunuz?

1. Tamamen katılıyorum
2. Katılıyorum
3. Fikrim yok
4. Katılmıyorum
5. Hiç katılmıyorum

26. Sizden, tüm ifadeleri dikkatle okuyup, her ifadede belirtilen davranışları **son 1 ay** içinde gösterip göstermediğinizi doğru olarak işaretlemeniz beklenmektedir. Vereceğiniz karara göre ilgili ifade için 4 yanıt seçeneğinden birine X işareti koyunuz. Her ifade için yalnızca bir seçeneği işaretleyiniz. Lütfen, her ifadeyi cevaplayınız.

Sağlık Davranışları	Hiç bir	Oldukça	Bazen	Çoğunlukla	Hemen her
1. Günde üç öğün beslenirim.					
2. Sabahları kahvaltı ederim.					
3. Her gün cips, döner, hamburger, tost gibi yiyeceklerden yerim.					
4. Her gün taze meyve ve yeşil salata, havuç, domates gibi sebzelere yerim.					
5. Her gün pişmiş sebze yemeklerinden yerim.					
6. Her gün tavuk, hindi, balık veya kırmızı et türü yiyeceklerden ya da mercimek, nohut, fasulye, bezelye gibi kuru baklagillerden birini yerim.					
7. Dişlerimi düzenli olarak günde en az iki kere fırçalarım.					
8. Yemek yemeden önce ellerimi yıkarım.					
9. Her gün çikolata, gofret, şekerleme gibi yiyeceklerden yerim.					

10. Her gün süt, ayran, yoğurt, peynir türü besinlerden birini/bir kaçını tüketirim.					
11. Her gün nescafe, kola, gazoz gibi içeceklerden içerim.					
12. Her gün ortalama 8-10 bardak su içerim.					
13. Kendimi korumak amacıyla yanımda farklı aletler taşıyorum.					
14. Arabanın ön koltuğunda oturduğumda emniyet kemerini takarım.					
15. Sorunlarımı yakınlarımla paylaşarak çözmeye çalışırım.					
16. Birisiyle anlaşamadığımda bunu kendisiyle konuşarak çözmeye çalışırım.					
17. En az haftada 1-2 kez yıkanırım.					
18. Tuvaletten çıktıktan sonra ellerimi yıkarım.					
19. Ellerimi yıkarken sabun kullanırım.					
20. Sigara içerim.					
21. Alkollü içecekler içerim.					
22. Haftada en az 3 gün, her seferinde 20-30 dakika; futbol oynama, koşma, hızlı bisiklet sürme gibi kalp atışlarımı hızlandıran fiziksel aktiviteleri yaparım.					
23. Haftada en az 5 gün veya her gün, her seferinde 20-30 dakika; yürüme, yavaş bisiklet sürme, paten yapma gibi kendimi fazla zorlamayan bir fiziksel aktivite yaparım.					
24. Günde 2 saatten fazla televizyon izlerim.					
25. Geceleri en az 8 saat uyurum.					
26. Günde en az 2 saat bilgisayar/atari başında vakit geçiririm.					
27. Bir sağlık elemanının tavsiyesi olmadan zayıflamak için rejim yaparım.					
28. Yemeklerden sonra sık sık kusarım.					
29. Boks gibi tehlikeli sporlardan herhangi birini yaparım.					
30. Motosiklet ya da herhangi bir aracı kullanırım.					
31. İki haftadan uzun süren ve günlük aktivitelerimi engelleyecek şekilde karamsarlık dönem(ler)im olur.					
32. Bir kavga sırasında yaralandığım oldu.					

27. Lütfen aşağıdaki soruları kendi anne ve babanızı düşünerek dikkatli okuyunuz. Aşağıdaki durumun anne ve babanızın davranışına ne kadar benzediğini düşünün. Burada önemli olan sizin görüş ve duygularınızdır. İfadelerin sonundaki kutunun içine 'X' işareti koyunuz.

	Tamamen Benziyor	Biraz Benziyor	Benzemiyor	Hiç Benzemiyor
Herhangi bir sorunum olduğunda, eminim annem ve babam bana yardım ederler.				
Annem ve babam büyüklerle tartışmam gerektiğini söylerler.				
Annem ve babam yaptığım her şeyin en iyisini yapmam için beni zorlar.				
Annem ve babam herhangi bir tartışma sırasında başkalarını kızdırmamak için susmam gerektiğini söylerler.				
Annem ve babam bazı konularda "Sen kendin karar ver" derler.				
Derslerimden ne zaman düşük not alsam, annem ve babam kızar.				
Ders çalışırken anlayamadığım bir şey olduğunda, annem ve babam bana yardım ederler.				
Annem ve babam kendi görüşlerinin doğru olduğunu, bu görüşleri onlarla tartışmam gerektiğini söylerler.				

Annem ve babam benden bir şey yapmamamı istediklerinde niçin bunu yapmamam gerektiğini de açıklarlar.				
Annem ve babamla her tartıştığımda bana "Büyüdüğün zaman anlarsın" derler.				
Derslerimden düşük not aldığımda annem ve babam beni daha çok çalışmam için desteklerler.				
Annem ve babam yapmak istediklerim konusunda kendi kendime karar vermeme izin verirler.				
Annem ve babam arkadaşlarımı tanırlar.				
Annem ve babam istemedikleri bir şey yaptığımda bana karşı soğuk davranırlar ve küserler.				
Annem ve babam sadece benimle konuşmak için zaman ayırırlar.				
Derslerimden düşük notlar aldığımda, annem ve babam öyle davranırlar ki suçluluk duyar ve utanırım.				
Ailemle birlikte hoşça vakit geçiririz.				
Annemi ve babamı kızdıracak birşey yaptığımda, onlarla birlikte yapmak istediğim şeyleri yapmama izin vermezler.				

Genel olarak anneniz ve babanız okul zamanı hafta içinde gece arkadaşlarıyla bir yere gitmene izin verirler mi?

1. Evet
2. Hayır

Eğer cevabınız EVET ise, aşağıdaki soruyu cevaplayınız.

Hafta içinde en geç saat kaçta kadar gece dışarıda kalmanıza izin verilir? (Pazartesi-Cuma arası)

1. 8:00'dan önce
2. 8:00 - 8:59 arası
3. 9:00 - 9:59 arası
4. 10:00 - 10:59
5. 11:00 ya da daha geç
6. İstedğim saate kadar

Genel olarak anneniz ve babanız hafta sonları gece arkadaşlarıyla bir yere gitmene izin veriler mi?

- 1.Evet
- 2.Hayır

Eğer cevabınız EVET ise, aşağıdaki soruyu cevaplayınız.

Hafta sonları (Cuma ve cumartesi) akşamları en geç saat kaçta kadar gece dışarıda kalmanıza izin verilir?

- 1.8:00'dan önce
- 2.8:00 - 8:59 arası
- 3.9:00 - 9:59 arası
- 4.0:00 - 10:59
- 5.11:00 ya da daha geç
- 6.İstedğim saate kadar

Anneleriniz ve babalarınız aşağıdakileri öğrenmek için ne kadar çaba gösterirler? Lütfen uygun yanıtın kutucuğuna 'X' işareti koyarak belirtiniz.

	Hiç çaba göstermez.	Çok az çaba gösterir.	Çok çaba gösterir.
Eğer gece bir yere gittiysen nereye gittiğinizi			
Boş zamanlarınızda ne yaptığınızı			
Okuldan çıktıktan sonra ne yaptığınızı			
	Bilgileri yoktur.	Çok az bilgileri vardır.	Çok bilgileri vardır.
Eğer gece bir yere gittiysen nereye gittiğinizi			
Boş zamanlarında ne yaptığınızı			
Okuldan çıktıktan sonra nereye gittiğinizi			

Yanıtladığınız için teşekkür ederiz...

EK-2

.....Okulu Lise 3 Öğrencilerinin Bazı Yaşam Davranış Özellikleri Aile Veri Toplama Formu

Sevgili aileler,

Bu çalışma okul sağlığı hizmetlerinin geliştirilmesi amacıyla planlanmıştır. Araştırma sırasında sizlerden çocuklarınıza ait bazı yaşam davranışlarınızı öğrenmek istemekteyiz. Çalışmanın yöntemi gereği sizlerden kimlik bilgileriniz istenmektedir. Bu veri toplama formu ile öğrenilen bilgiler araştırmanın amacı dışında kullanılmayacaktır. Katılımınız için teşekkür ederiz.

*Dr. Burcu KÜÇÜK BİÇER
Hacettepe Üniversitesi
Tıp Fakültesi
Halk Sağlığı Anabilim Dalı*

Görüşme tarihi :.....
Çocuğa olan yakınlığı:.....

- 1) Anne ve babanın bazı özelliklerine ilişkin soruları (x) işareti koyarak yanıtlayınız.

Öğrenim durumu (En on bitirilen okul)	Anne	Baba
1. Okuryazar değil		
2. Okuryazar		
3. İlkokul mezunu		
4. Ortaokul mezunu		
5. İlköğretim mezunu		
6. Lise mezunu		
7. Üniversite mezunu ya da yüksekokul mezunu		
Halen gelir getiren bir işte çalışma durumu		
1. Evet, halen çalışıyor		
2. Hayır, halen çalışmıyor		
3. Emekli		
Halen yaptığımız işi belirtiniz (manav, sekreter, doktor, avukat gibi yazınız. Lütfen memur, serbest ve işçi kelimelerini kullanmayınız)		

- 2) Ailenizin aylık gelir düzeyinizi siz nasıl değerlendiriyorsunuz?

1. Çok iyi
2. İyi
3. Orta
4. Kötü
5. Çok kötü

3) Eşiniz ile olan ilişkinizi nasıl değerlendiriyorsunuz?

1. Çok iyi
2. İyi
3. Orta
4. Kötü
5. Çok kötü

4) Aynı hane içinde yaşayan aile bireyleri arasında son bir yıl içinde sigara içen kişi var mı?

1. Evet (Lütfen, kim olduğunu ya da kimler olduklarını yazınız.....)
2. Hayır

5) Aynı hane içinde yaşayan aile bireyleri arasında alkollü içki içen kişi var mı?

1. Evet (belirtiniz.....)
2. Hayır

6) Aşağıda çocuğunuzun okul dışındaki boş zamanlarınızı değerlendirmede yapabileceği aktiviteler verilmiştir. Sizce en sık hangi üç aktiviteyi yapmaktadır, işaretleyiniz.

1. Spor yapmak
 2. Kitap Okumak
 3. Resim yapmak
 4. Bilgisayar oyunu oynamak
 5. Müzik dinlemek
 6. İnternete girmek
 7. Gezmek
 8. Müzik aleti çalmak
 9. Arkadaşlarla beraber olma
 10. TV izleme
 11. Sinema/tiyatroya gitme
 12. Cep telefonu ile konuşmak /mesajlaşmak
 13. Diğer
- (beirtiniz.....)

7) Siz çocuğunuzun okul başarısını nasıl değerlendiriyorsunuz?

1. Çok Düşük
2. Düşük
3. Orta
4. Yüksek
5. Çok yüksek
6. Fikrim yok

8) Çocuğunuzun anne ve babası ile ilişkileri nasıldır?

	Çok iyi	İyi	Fena değil	Kötü	Çok kötü
Annesi ile ilişkisi					
Babası ile ilişkisi					

9) Sizlerin çocuğunuza olan yaklaşım ve tutumunu nasıl değerlendiriyorsunuz?

	Her zaman olumlu	Genellikle olumlu	Bazen olumlu, bazen olumsuz	Genellikle olumsuz	Her zaman olumsuz
Annenin yaklaşımı					
Babası ile ilişkisi					

10) Sizce çocuğunuzun aşağıdaki önermeyi nasıl yanıtlamıştır?

“Özel yaşamımda problemlerim olduğu zaman destek ve yardım alabileceğim kimse(ler) vardır”

1. Tamamen katılıyorum
2. Katılıyorum
3. Katılmıyorum
4. Hiç katılmıyorum
5. Fikrim yok

11) Çocuğunuzla olan ilişkilerinizi göz önünde bulundurarak aşağıda verilen durumlar için size en uygun gelen seçenektan birini X ile işaretleyiniz. Lütfen her soruyu yanıtlamadan geçmeyiniz.

	Kesinlikle yaparım	Yaparım	Fikrim yok	Yapmam	Kesinlikle Yapmam
Güçlükler karşısında yılmadan, sabırla mücadele ederim.					
Daha önceden de güçlükler yaşadığım için, zor şeylerin üstesinden gelirim.					
Başarı için olabildiğince yüksek ama ulaşılabilir hedeflerim var.					
Çıkabilecek problemleri önceden kestirerek önlemlerini alırım.					
Daha iyi duruma gelebilmek için risk alırım.					
Yeni şeyleri denemeyi severim.					
İşlerin belirsiz ve tahmin edilemez olması beni korkutmaz.					
Ciddi sorunlar karşısında bile iyimserliğimi kaybetmem.					
Başkalarının üstesinden gelemeyeceği olumsuz yaşam koşulları ile baş etmeyi bilirim.					
En zor şartlarda bile kendi kendimi iyileştirme yetisine sahibim.					
Bir plan yaptığımda, genellikle bunu gerçekleştirebileceğimden emin olurum					
Kimsenin fark edemediği yaratıcı çözüm yollarını görebilirim.					
Düşündüğümden daha güçlü bir insan olduğumu görüyorum.					
Zor olan durumları bile lehime çevirmekte hünerliyim.					
Çözüm yollarını hemen görerek uygulamaya koyarım					

Sokulgan, arkadaş canlısı ve sıcakkanlıyım.					
Genellikle hayatta gülecek bir şeyler bulabilirim.					
Yaşamak güzel.					
Aktif ve enerjik olmayı severim.					
Beklenmedik durumlarla etkili mücadele edebilme gücüne inanıyorum.					
Çoğu zaman yaşam benim için ilginç ve heyecan vericidir.					
Yaptığım şeylerde başarılı olmayı isterim.					
Bir kriz durumunda yararlı bir eylemde bulunmaya odaklanırım.					
Biri bana zarar vermek isterse bunu önlemek için elimden geleni yaparım.					
Genellikle önüme çıkan engellerin üstesinden gelebilirim.					
Yeni insanlarla tanışmak, yeni yaşantılar beni ürkütmez.					
Kendimle barışığım.					
Diğer insanlara karşı düşünceli ve saygılıyım.					
Genellikle yaşamıma bir önceki gün kaldığım yerden devam etmek isterim					
Biri beni üzen bir şey yaptığında, sakinleşip bunu tartışacak duruma geleceğim uygun zamanı beklerim.					
Çevremdekiler üzerinde olumlu izlenimler bırakarak onların güvenini kazanırım.					
Değiştiremeyeceğim şeyleri kabul ederim.					
Yaşamımda duygusal olarak bağlı olduğum kişiler var.					
Acil durumlarda insanlar bana güvenirlir.					
Beni zorlayan bir işi yaparken ne zaman kimden yardım isteyeceğimi bilirim.					
Zamanımı boşa harcamam.					
Sahip olduğum özellikleri değerli buluyorum					

12, 13 ve 14. sorularda;

- saptanma durumu (evet, hayır ve bilmiyorum)
- ne yapıldı (okul ile paylaşıldı, aile hekime haber verildi, çocuk uyarıldı, polise ulaşıldı gibi yanıtlar)
- sonuç için ise (sorun devam etmekte, çözümlendi, daha fazla zamana ihtiyaç var, tedavi devam etmekte) şeklinde yanıtlar beklenmektedir.

12)	Aile içinde saptanma durumu	Ne yapıldı?	Sonuç
Sigara içme Çocuğunuz sigara içer mi? Hiç sigara içtiğini gördünüz mü?			
Alkol kullanma Çocuğunuz alkollü içecek içer mi? Alkollü içecek içtiğini gördünüz mü?			
Kavga etme Çocuğunuz kavga eder mi? Böyle bir duruma hiç şahit oldunuz mu? Bu konuda hiç şikâyet aldınız mı?			
İnternet/bilgisayar bağımlılığı Çocuğunuz bilgisayar başında haftada 20 saatten fazla zaman geçirir mi? İnternet sağlayıcınızın size sunduğu kotayı aştığı olur mu, ne sıklıkta?			
Cep telefonu bağımlılığı Cep telefonunu ne sıklıkta kullanır, Sizce cep telefonuna bağımlı mıdır, değil midir?			
Diğer, riskli durum Sizce bu sayılan durumlar haricinde çocuğunuz için riskli sayılabilecek bir alışkanlığı ya da devamlı yaptığı ve vazgeçemediği bir davranışı var mı?			

13)	Aile hekiminde saptanma durumu	Ne yapıldı?	Sonuç
Sigara içme Çocuğunuzun sigara içip içmediği aile hekimince bilinmekte midir?			
Alkol kullanma Çocuğunuzun alkollü içecek içip içmediği aile hekimince bilinmekte midir?			
Kavga etme Çocuğunuzun kavga edip etmediği aile hekimince bilinmekte midir?			
İnternet/bilgisayar bağımlılığı Çocuğunuzun internet/ bilgisayar bağımlısı olup olmadığı aile hekimince bilinmekte midir?			
Cep telefonu bağımlılığı Çocuğunuzun cep telefonubağımlısı olup olmadığı aile hekimince bilinmekte midir?			
Diğer, riskli durum Sizce aile hekimi bu sayılan durumlar haricinde çocuğunuzun riskli sayılabilecek bir alışkanlığı ya da devamlı yaptığı ve vazgeçemediği bir davranışı olup olmadığını bilmekte midir?			

14)	Okulda saptanma durumu	Ne yapıldı?	Sonuç
Sigara içme Çocuğunuzun sigara içip içmediği okulu tarafından bilinmekte midir?			
Alkol kullanma Çocuğunuzun alkollü içecek içip içmediği okulu tarafından bilinmekte midir?			
Kavga etme Çocuğunuzun kavga edip etmediği okulu tarafından bilinmekte midir?			
İnternet/bilgisayar bağımlılığı Çocuğunuzun internet/ bilgisayar bağımlısı olup olmadığı okulu tarafından bilinmekte midir?			
Cep telefonu bağımlılığı Çocuğunuzun cep telefonubağımlısı olup olmadığı okulu tarafından bilinmekte midir?			
Diğer, riskli durum Sizce okulu bu sayılan durumlar haricinde çocuğunuzun riskli sayılabilecek bir alışkanlığı ya da devamlı yaptığı ve vazgeçemediği bir davranışı olup olmadığını bilmekte midir?			

Yanıtladığınız için teşekkür ederiz...

EK-3

.....Okulu Lise 3 Öğrencilerinin Bazı Yaşam Davranış Özellikleri Öğretmen Veri Toplama Formu

Sevgili eğitimciler,

Bu çalışma okul sağlığı hizmetlerinin geliştirilmesi amacıyla planlanmıştır. Araştırma sırasında sizlerden öğrencilerinize ait bazı yaşam davranışlarınızı öğrenmek istemekteyiz. Çalışmanın yöntemi gereği sizlerden kimlik bilgileriniz istenmektedir. Bu veri toplama formu ile öğrenilen bilgiler araştırmanın amacı dışında kullanılmayacaktır. Katılımınız için teşekkür ederiz.

*Dr. Burcu KÜÇÜK BİÇER
Hacettepe Üniversitesi
Tıp Fakültesi
Halk Sağlığı Anabilim Dalı*

Görüşme tarihi :

Öğrencinin no :

1.Öğretmenin cinsiyeti:

1. Kadın
2. Erkek

2.Doğum tarihinizi belirtiniz:/...../.....

3. Halen sigara içiyor musunuz?

1. Evet, içiyorum
2. Hayır, bıraktım.
3. Hayır hiç içmedim.

4.Kaç yıldır öğretmenlik yapıyorsunuz?.....

5.Öğrencinizi ne kadar zamandır tanıyorsunuz?.....yıl ya da
.....aydır.

6. Sizce öğrencinizin okul başarısı nasıldır?

1. Çok iyi
2. İyi
3. Orta
4. Kötü
5. Çok kötü
6. Bilmiyorum

7.Sizce öğrenciniz kendini nasıl algılamaktadır? Bide fazla seçenek işaretleyebilirsiniz.

- 1.Kendi olmaktan memnun
2. Kendi olmaktan memnun değil
3. Kendini üstün görmekte
- 4.Kendini değersiz görmekte
- 5.Kıskanç
- 6.Utangaç
- 7.Tırnak kemiriyor
- 8.Çevresiyle uyumsuz.
9. Bilmiyorum

8. Aşağıda öğrencinizin okul dışındaki boş zamanlarınızı değerlendirmede yapabileceği aktiviteler verilmiştir. Sizce en sık hangi üç aktiviteyi yapmaktadır, işaretleyiniz.

1. Spor yapmak
2. Kitap Okumak
- 3.Resim yapmak
- 4.Bilgisayar oyunu oynamak
- 5.Müzik dinlemek
- 6.İnternete girmek
- 7.Gezmek
- 8.Müzik aleti çalmak
- 9.Arkadaşlarla beraber olma
- 10.TV izleme
- 11.Sinema/Tiyatroya gitme
- 12.Cep telefonu ile konuşmak ya da mesajlaşmak
13. Diğer (belirtiniz.....).

9.Siz, ailesinin öğrencinize karşı yaklaşım ve tutumunu nasıl değerlendiriyorsunuz?

	Her zaman olumlu	Genellikle olumlu	Bazen olumlu, bazen olumsuz	Genellikle olumsuz	Her zaman olumsuz	Bilmiyorum
Annenin yaklaşımı						
Babasının yaklaşımı						

10. Sizce öğrenciniz aşağıdaki önermeyi nasıl yanıtlamıştır.

“Özel yaşamımda problemlerim olduğu zaman destek ve yardım alabileceğim kimse(ler) vardır”

- 1.Tamamen katılıyorum
- 2.Katılıyorum
- 3.Katılmıyorum
- 4.Hiç katılmıyorum
- 5.Fikrim yok

11, 12 ve 13. sorularda;

- saptanma durumu (evet, hayır ve bilmiyorum)
- ne yapıldı (okul ile paylaşıldı, aile hekime haber verildi, çocuk uyarıldı, polise ulaşıldı gibi yanıtlar)
- sonuç için ise (sorun devam etmekte, çözümlendi, daha fazla zamana ihtiyaç var, tedavi devam etmekte) şeklinde yanıtlar beklenmektedir.

11.	Okulda saptanma durumu	Ne yapıldı?	Sonuç
Sigara içme Öğrenciniz sigara içer mi? Hiç sigara içtiğini gördünüz mü?			
Alkol kullanma Öğrenciniz alkollü içecek içer mi? Alkollü içecek içtiğini gördünüz mü?			
Kavga etme Öğrenciniz kavga eder mi? Böyle bir duruma hiç şahit oldunuz mu? Bu konuda hiç şikâyet aldınız mı?			
İnternet/bilgisayar bağımlılığı Öğrenciniz bilgisayar başında haftada 20 saatten fazla zaman geçirir mi? İnternet sağlayıcınızın size sunduğu kotayı aştığı olur mu, ne sıklıkta?			
Cep telefonu bağımlılığı Öğrenciniz cep telefonunu ne sıklıkta kullanır, Sizce cep telefonuna bağımlı mıdır, değil midir?			
Diğer, riskli durum Sizce bu sayılan durumlar haricinde öğrenciniz için riskli sayılabilecek bir alışkanlığı ya da devamlı yaptığı ve vazgeçemediği bir davranışı var mı?			

12.	Ailesinde saptanma durumu	Ne yapıldı?	Sonuç
Sigara içme Öğrencinizin sigara içip içmediği ailesi tarafından bilinmekte midir?			
Alkol kullanma Öğrencinizin alkollü içecek içip içmediği ailesi tarafından hekimince bilinmekte midir?			
Kavga etme Öğrencinizin kavga edip etmediği ailesi tarafından bilinmekte midir?			
İnternet/bilgisayar bağımlılığı Öğrencinizin internet/ bilgisayar bağımlısı olup olmadığı ailesi tarafından bilinmekte midir?			
Cep telefonu bağımlılığı Öğrencinizin cep telefonubağımlısı olup olmadığı ailesi tarafından bilinmekte midir?			
Diğer, riskli durum Sizce ailesi bu sayılan durumlar haricinde öğrencinizin riskli sayılabilecek bir alışkanlığı ya da devamlı yaptığı ve vazgeçemediği bir davranışı olup olmadığını bilmekte midir?			

13.	Aile hekiminde saptanma durumu	Ne yapıldı?	Sonuç
Sigara içme Öğrencinizin sigara içip içmediği aile hekimince bilinmekte midir?			
Alkol kullanma Öğrencinizin alkollü içecek içip içmediği aile hekimince bilinmekte midir?			
Kavga etme Öğrencinizin kavga edip etmediği aile hekimince bilinmekte midir?			
İnternet/bilgisayar bağımlılığı Öğrencinizin internet/ bilgisayar bağımlısı olup olmadığı aile hekimince bilinmekte midir?			
Cep telefonu bağımlılığı Öğrencinizin cep telefonubağımlısı olup olmadığı aile hekimince bilinmekte midir?			
Diğer, riskli durum Sizce aile hekimi bu sayılan durumlar haricinde öğrencinizin riskli sayılabilecek bir alışkanlığı ya da devamlı yaptığı ve vazgeçemediği bir davranışı olup olmadığını bilmekte midir?			

Yanıtladığınız için teşekkür ederiz...

EK-4

Aile Hekimi Adolesan Değerlendirme Formu

Görüşme tarihi:.....

1) Kaç yıldır hekimlik yapıyorsunuz?

2) Halen sigara içiyor musunuz?

1. Evet, içiyorum
2. Hayır, bıraktım.
3. Hayır, hiç içmedim.

3) Ne kadar zamandır çocuğu tanıyorsunuz?

1.....yıl ya daaydır.

2. Tanımıyorum

4) Son bir yılda bu öğrenciyi gördünüz mü?

1. Evet (belirtiniz...../...../.....)
2. Hayır

5) Sizce bu öğrenci kendini nasıl algılamaktadır? Bide fazla seçenek işaretleyebilirsiniz.

- 1.Kendi olmaktan memnun
2. Kendi olmaktan memnun değil
3. Kendini üstün görmekte
- 4.Kendini değersiz görmekte
- 5.Kıskanç
- 6.Utangaç
- 7.Tırnak kemiriyor
- 8.Çevresiyle uyumsuz.
9. Bilmiyorum

6) Aşağıda adolesanın okul dışındaki boş zamanlarınızı değerlendirmede yapabileceği aktiviteler verilmiştir. Sizce en sık hangi üç aktiviteyi yapmaktadır, işaretleyiniz.

1. Spor yapmak
2. Kitap Okumak
3. Resim yapmak
4. Bilgisayar oyunu oynamak
5. Müzik dinlemek
6. İnternete girmek
- 7.Gezmek
8. Müzik aleti çalmak
9. Arkadaşlarla beraber olma
10. TV izleme
- 11.Sinema/Tiyatroya gitme
12. Cep telefonu ile konuşmak ya da mesajlaşmak
13. Diğer (belirtiniz.....)

7, 8 ve 9. sorularda;

- saptanma durumu (evet, hayır ve bilmiyorum)
- ne yapıldı (okul ile paylaşıldı, aile hekime haber verildi, çocuk uyarıldı, polise ulaşıldı gibi yanıtlar)
- sonuç için ise (sorun devam etmekte, çözümlendi, daha fazla zamana ihtiyaç var, tedavi devam etmekte) şeklinde yanıtlar beklenmektedir.

7)	Aile hekiminde saptanma durumu	Ne yapıldı?	Sonuç
Sigara içme Sigara içer mi? Hiç sigara içtiğini gördünüz mü?			
Alkol kullanma Alkollü içecek içer mi? Alkollü içecek içtiğini gördünüz mü?			
Kavga etme Kavga eder mi? Bu konuda hiç şikâyet aldınız mı?			
İnternet/bilgisayar bağımlılığı Bilgisayar/internet bağımlısı mıdır değil midir?			
Cep telefonu bağımlılığı Sizce cep telefonuna bağımlı mıdır, değil midir?			
Diğer, riskli durum Sizce bu sayılan durumlar haricinde bu ergenin riskli sayılabilecek bir alışkanlığı ya da devamlı yaptığı ve vazgeçemediği bir davranışı var mıdır?			

8)	Ailesinde saptanma durumu	Ne yapıldı?	Sonuç
Sigara içme Ergenin sigara içip içmediği ailesi tarafından bilinmekte midir?			
Alkol kullanma Ergenin alkollü içecek içip içmediği ailesi tarafından hekimince bilinmekte midir?			
Kavga etme Ergenin kavga edip etmediği ailesi tarafından bilinmekte midir?			
İnternet/bilgisayar bağımlılığı Ergenin internet/ bilgisayar bağımlısı olup olmadığı ailesi tarafından bilinmekte midir?			
Cep telefonu bağımlılığı Ergenin cep telefonubağımlısı olup olmadığı ailesi tarafından bilinmekte midir?			
Diğer, riskli durum Sizce ailesi bu sayılan durumlar haricinde ergenin riskli sayılabilecek bir alışkanlığı ya da devamlı yaptığı ve vazgeçemediği bir davranışı olup olmadığını bilmekte midir?			

9)	Okulda saptanma durumu	Ne yapıldı?	Sonuç
Sigara içme Ergenin sigara içip içmediği okulu tarafından bilinmekte midir?			
Alkol kullanma Ergenin alkollü içecek içip içmediği okulu tarafından hekimince bilinmekte midir?			
Kavga etme Ergenin kavga edip etmediği okulu tarafından bilinmekte midir?			
İnternet/bilgisayar bağımlılığı Ergenin internet/ bilgisayar bağımlısı olup olmadığı okulu tarafından bilinmekte midir?			
Cep telefonu bağımlılığı Ergenin cep telefonubağımlısı olup olmadığı okulu tarafından bilinmekte midir?			
Diğer, riskli durum Sizce okulubu sayılan durumlar haricinde ergenin riskli sayılabilecek bir alışkanlığı ya da devamlı yaptığı ve vazgeçemediği bir davranışı olup olmadığını bilmekte midir?			

10) Bu öğrencinin okul başarısı nasıldır?

1. Çok iyi
2. İyi
3. Orta
4. Kötü
5. Çok kötü

11) Siz, ailesinin öğrenciye karşı yaklaşım ve tutumunu nasıl değerlendiriyorsunuz?

	Her zaman olumlu	Genellikle olumlu	Bazen olumlu, bazen olumsuz	Genellikle olumsuz	Her zaman olumsuz	Bilmiyorum
Annenin yaklaşımı						
Babasının yaklaşımı						

12) Sizce öğrenci aşağıdaki önermeyi nasıl yanıtlamıştır.
“Özel yaşamımda problemlerim olduğu zaman destek ve yardım alabileceğim kimse(ler) vardır”

1. Tamamen katılıyorum
2. Katılıyorum
3. Katılmıyorum
4. Hiç katılmıyorum
5. Fikrim yok

Yanıtladığınız için teşekkür ederiz...

EK-5

Etik kurul izin Belgesi

HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSEL OLMAYAN
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

06100 Sıhhiye-Ankara
Telefon: 0 (312) 305 1082 - Faks: 0 (312) 310 0580
E-posta: goetik@hacettepe.edu.tr

Sayı: B.30.2.HAC.0.05.07.00 /17

03 Ocak 2013

ARAŞTIRMA PROJESİ DEĞERLENDİRME RAPORU

Toplantı Tarihi : 12 ARALIK 2012 ÇARŞAMBA
Toplantı No : 2012/12
Proje No : LUT 12/149 (Değerlendirme Tarihi 28.11.2012)
Karar No : LUT 12/149 - 28

Üniversitemiz Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, öğretim üyelerinden Prof. Dr. Hilal Özcebe'nin sorumlu araştırmacı olduğu Arş. Gör. Dr. Burcu Küçük Biçer'in tezi olan LUT 12/149 kayıt numaralı ve "Adolesan Sağlığının İzlenmesinde Aile, Okul ve Aile Hekiminin Rolü" başlıklı proje önerisi Kurulumuzda değerlendirilmiş olup, etik açıdan uygun bulunmuştur.

1. Prof. Dr. Nurten Akarsu (Başkan) 9 Prof. Dr. Songül Vaizoglu (Üye)

2. Prof. Dr. Nüket Örnek Buken (Üye) 10. Prof. Dr. Melahat Görduysus (Üye)

İZİNLİ

3. Prof. Dr. Hakan S. Orer (Üye) 11. Doç. Dr. R. Köksal Özgül (Üye)

4. Prof. Dr. Sevdâ P. Müftüoğlu (Üye) 12. Prof. Dr. Cansın Saçkesen (Üye)

5. Prof. Dr. Cenk Sokmensüer (Üye) 13 Doç. Dr. Ayşe Lale Doğan (Üye)

6. Prof. Dr. Kafiye Eroğlu (Üye) 14. Doç. Dr. S. Kutay Demirkan (Üye)

İZİNLİ

7. Prof. Dr. Volga Bayrakçı Tunay (Üye) 15. Yrd. Doç. Dr. H. Hüsrev Turnagöl (Üye)

GÖREVLİ

8. Prof. Dr. Yılmaz Selim Erdal (Üye) 16. Av. Meltem Onurlu (Üye)

EK-6

İL Milli Eğitim Müdürlüğü İzin Belgesi

T.C.
ANKARA VALİLİĞİ
Milli Eğitim Müdürlüğü

Sayı : B.08.4.MEM.0.06.20.01-60599/78266
Konu : Araştırma İzni
Burcu KÜÇÜK BİÇER

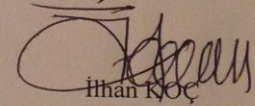
18 /10/2012

HACETTEPE ÜNİVERSİTESİNE
(Tıp Fakültesi)

İlgi: a) MEB Yenilik ve Eğitim Teknolojileri Genel Müdürlüğünün 2012/13 nolu genelgesi.
b) Üniversitenizin 14/09/2012 tarih ve 17485 sayılı yazısı.

Üniversiteniz Tıp Fakültesi araştırma görevlisi Dr. Burcu KÜÇÜK BİÇER' in "**Ergen sağlığının izlenmesinde aile, okul ve aile hekiminin rolü**" konulu araştırması ile ilgili çalışma yapma isteği Müdürlüğümüzce uygun görülmüş ve araştırmanın yapılacağı İlçe Milli Eğitim Müdürlüğüne bilgi verilmiştir.

Mühürlü anketler (17 sayfadan oluşan) ekte gönderilmiş olup, uygulama yapılacak sayıda çoğaltılması ve çalışmanın bitiminde iki örneğinin (CD/disket) Müdürlüğümüz Strateji Geliştirme Bölümüne gönderilmesini rica ederim.


İlhan KOC
Müdür a.
Şube Müdürü

EKLER :
Anket (17 sayfa)

İL Milli Eğitim Müdürlüğü-Beşevler
Bilgi İçin:Nermin ÇELENK

Tel : 221 02 17
istatistik06@meb.gov.tr

EK-7

İl Halk Sağlığı Kurumu İzin Belgesi

T.C.
TÜRKİYE HALK SAĞLIĞI KURUMU
Ankara Halk Sağlığı Müdürlüğü

19.07.2012 *013386

Sayı : B.10.1.HSK.4.06.05.00/
Konu : Dilekçe

Sayın; Prof. Dr. Hilal ÖZCEBE
(Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Ana Bilim Dalı)

İlgi: Müdürlüğümüze 13.07.2012 kayıt tarih ve 21205 kayıt sayı ile vermiş olduğunuz dilekçe.

İlgi dilekçeniz ve ekleri incelenmiştir. Dilekçede bahsi geçen "Adolesan Sağlığının İzlenmesinde Aile, Okul ve Aile Hekiminin Rolü" başlıklı projenin Sincan, Altındağ ve Mamak İlçelerinde uygulanmasının uygun olacağı değerlendirilmiştir. Projenin tarafınızdan gerekli izinlerin alınarak okullarda başlatılmasını takiben seçilecek öğrencilerin kayıtlı oldukları aile hekimlerinin liste ile tarafımıza gönderilmesi halinde ilgili aile hekimlerine bilgilendirme yapılacaktır.

Aile Hekimlerinin gönüllülük esasına göre ankete katılmalarının uygun olacağı değerlendirilmiş olup; çalışma sonuç raporunun Müdürlüğümüze sunulmadan yayınlanmaması gerekmektedir.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

Dr. Selami KILIÇ
Müdür a.
Halk Sağlığı Müdür Yrd.

Aile Hekimliği Uygulama Birimi
Bağdat Cad. No:16 Macunköy-Yenimahalle/ANKARA
Tel: (0 312) 385 97 00 / 1156 -1166-1180

e-posta : ankaraahuygulama@gmail.com
Faks : (0 312) 385 97 00/ 12 08