



**T.C. SAğLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
ADANA TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİğİ ANABİLİM DALI**

**BİRİNCİ BASAMAKTA TAKİP EDİLEN 15-18 YAŞ
ARASI ERGENLERDE RİSKLİ SAğLIK
DAVRANIŞLARINA ETKİLİ OLAN FAKTÖRLERİN
BELİRLENMESİ VE AİLE İŞLEVSELLİğİNE
ETKİSİNİN ARAŞTIRILMASI**

Dr. Ezgi DOğAN AYDOğDU

TIPTA UZMANLIK TEZİ

ADANA, 2022



**T.C. SAğLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
ADANA TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİğİ ANABİLİM DALI**

**BİRİNCİ BASAMAKTA TAKİP EDİLEN 15-18 YAŞ
ARASI ERGENLERDE RİSKLİ SAğLIK
DAVRANIŞLARINA ETKİLİ OLAN FAKTÖRLERİN
BELİRLENMESİ VE AİLE İŞLEVSELLİğİNE
ETKİSİNİN ARAŞTIRILMASI**

Dr. Ezgi DOğAN AYDOğDU

Tez Danışmanı: Doç. Dr. Kenan TOPAL

TIPTA UZMANLIK TEZİ

ADANA, 2022

TEŞEKKÜR

Asistanlığım boyunca aile sıcaklığında bir eğitim ortamı oluşturan, aile hekimliğinin bütüncül bakış açısını kliniğimizde de yaşatan birinci basamak hekimliğinin önemini ve değerini anlamamıza yardımcı olan kıymetli hocam ve tez danışmanım Doç. Dr. Kenan TOPAL'a,

Kliniğe değerli katkılar sunan, hiçbir konuda yardımını esirgemeyen, bilgi birikimi ve tecrübesi ile her zaman destek olan Uzm. Dr. Hüseyin AKSOY'a,

Başta Dr. Ceren ZALLUHOĞLU ve Dr. Zeynep ASLAN HIŞMİOĞULLARI olmak üzere yolumun kesiştiği beraber çalıştığım tüm asistan arkadaşlarıma,

Sevgileri, ilgileri ve emekleri ile bugünlere gelmemi sağlayan canım annem Gülhan DOĞAN'a, canım babam Ayhan DOĞAN'a, kardeşim Ece DOĞAN'a, ikinci ailem Mümine AYDOĞDU ve Kenan AYDOĞDU'ya,

Her zaman yanımda olduğunu bildiğim, sevgisi ve ilgisi ile her koşulda destekçim olan kıymetli eşim Dr. Bedi Özkan AYDOĞDU'ya,

Çok teşekkür ederim.

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR.....	I
İÇİNDEKİLER	II
TABLolar LİSTESİ.....	IV
KISALTMALAR LİSTESİ.....	VI
ÖZET.....	VII
ABSTRACT.....	IX
1. GİRİŞ ve AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER	4
2.1. ERGENLİK (ADÖLESAN) DÖNEMİ.....	4
2.1.1. Ergenliğin Evreleri	5
2.1.1.1. Başlangıç evresi (erken ergenlik).....	5
2.1.1.2. Orta ergenlik.....	5
2.1.1.3. Geç ergenlik	6
2.1.2. Ergenlik Döneminde Fiziksel Büyüme ve Cinsel Gelişme.....	6
2.1.3. Ergenlerde Psikososyal ve Bilişsel Gelişim.....	8
2.2. ERGENLERDE RİSKLİ SAĞLIK DAVRANIŞLARI	9
2.2.1. Sigara Kullanımı	10
2.2.2. Alkol ve Madde Kullanımı.....	12
2.2.3. Ergenlerde Şiddet Davranışları	14
2.2.4. Kaza ve Motorlu Araç Kullanımı.....	17
2.2.5. Beslenme Davranışları	18
2.2.6. Fiziksel Aktivite Eksikliği	19
2.2.7. Hijyen Eksikliği	21
2.3. AİLE İŞLEVSELLİĞİ	22
2.4. RSDÖ ÖNLEMEDE AİLE HEKİMİ ROLÜ.....	23
3. GEREÇ ve YÖNTEM.....	26
3.1. ARAŞTIRMADA KULLANILACAK ÖLÇEKLER	28
3.1.1 Riskli Sağlık Davranışları Ölçeği	28
3.1.2. Aile APGAR Ölçeği.....	29
3.1.3. Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi	29

3.2. İSTATİSTİKSEL ANALİZ	30
4. BULGULAR	31
5. TARTIŞMA	66
6. SONUÇ ve ÖNERİLER.....	75
6.1. SONUÇLAR	75
6.2. ÖNERİLER.....	75
6.3. GÜÇLÜ YÖNLER.....	76
6.4. KISITLI YÖNLERİ	76
7. KAYNAKLAR	77
8. EKLER.....	89
8.1. VERİ TOPLAMA FORMU	89

TABLÖLAR LİSTESİ

<u>Tablo No</u>	<u>Sayfa No</u>
Tablo 1. Erkek ve kız ergenler için cinsel olgunlaşma evreleri	8
Tablo 2. Gençlerde tütün kullanımı ile ilişkili faktörler	12
Tablo 3. Ergenlerde madde kullanımı evreleri	13
Tablo 4. Madde kullanımı açısından koruyucu faktörler	14
Tablo 5. Gençlerde şiddete maruziyete ilişkin ortak risk faktörleri	16
Tablo 6. Gençlerde şiddete maruziyete ilişkin ortak koruyucu faktörler	17
Tablo 7. Katılımcıların sosyodemografik özellikleri	31
Tablo 8. Katılımcıların yaş, kardeş sayısı tablosu	31
Tablo 9. Katılımcıların kardeş sayıları	32
Tablo 10. Katılımcıların ailelerine yönelik sosyodemografik veriler	32
Tablo 11. Katılımcıların aile yaşam şekilleri	33
Tablo 12. Katılımcıların göç ettikleri yerler	33
Tablo 13. Katılımcıların kendilerine ait odalarının bulunma durumu	33
Tablo 14. Katılımcıların VKİ tablosu	34
Tablo 15. Katılımcılarda tanı almış bedensel hastalık bulunma verileri	34
Tablo 16. Katılımcıların Fagerström ölçeğine göre sigara bağımlılık durumları	34
Tablo 17. Katılımcıların alkol kullanma durumlarının ayrıntılı verileri	35
Tablo 18. Katılımcıların aile-akran-okul hakkındaki tutumları	36
Tablo 19. Katılımcıların aile-akran-okul hakkındaki tutumları	37
Tablo 20. Katılımcıların Aile APGAR ölçeğine göre sınıflandırılması	37
Tablo 21. Katılımcıların Riskli Sağlık Davranışları Ölçeği'nden aldıkları puanlar	37
Tablo 22. Katılımcıların cinsiyete göre aile, akran ve okulla ilgili tutumlarının kıyaslanması	38
Tablo 23. Katılımcıların cinsiyete göre aile, akran ve okulla ilgili tutumlarının kıyaslanması	39
Tablo 24. Katılımcıların cinsiyete göre bazı riskli sağlık davranışlarının karşılaştırılması	40
Tablo 25. Katılımcıların cinsiyete göre Aile APGAR puan ortalamalarının kıyaslanması	40
Tablo 26. Katılımcıların cinsiyete göre Riskli Sağlık Davranışları Ölçeği puan ortalamaları kıyaslanması	41
Tablo 27. Katılımcıların aile yapısına göre aile akran ve okul hakkındaki tutumu	42
Tablo 28. Katılımcıların aile yapısına göre aile akran ve okul hakkındaki tutumu	43
Tablo 29. Katılımcıların aile yapısına göre Aile APGAR puan ortalamalarının kıyaslanması	43
Tablo 30. Katılımcıların aile yapısına göre Riskli Sağlık Davranışları Ölçeği puan ortalamalarının kıyaslanması	44
Tablo 31. Katılımcıların ebeveynlerinin medeni durumuna göre aile akran ve okul hakkındaki tutumu	45
Tablo 32. Katılımcıların ebeveynlerinin medeni durumuna göre aile akran ve okul hakkındaki tutumu	46
Tablo 33. Katılımcıların ebeveynlerinin medeni durumuna göre Aile APGAR puan ortalamalarının kıyaslanması	47
Tablo 34. Katılımcıların ebeveynlerinin medeni durumuna göre Riskli Sağlık Davranışları Ölçeği puan ortalamalarının kıyaslanması	48
Tablo 35. Katılımcıların aile yaşam şekillerine göre Aile APGAR puan ortalamalarının kıyaslanması	48
Tablo 36. Katılımcıların aile yaşam şekillerine göre Riskli Sağlık Davranışları Ölçeği puan ortalamalarının kıyaslanması	48
Tablo 37. Katılımcıların göç yapısına göre Aile APGAR puan ortalamalarının kıyaslanması	49
Tablo 38. Katılımcıların göç durumuna göre Riskli Sağlık Davranışları Ölçeği puan ortalamalarının kıyaslanması	50

Tablo 39. Katılımcıların göç ettikleri birime göre Riskli Sağlık Davranışları Ölçeği puan ortalamalarının kıyaslanması.....	50
Tablo 40. Katılımcıların eğitim durumuna göre aile, akran ve okulla ilgili tutumlarının kıyaslanması	51
Tablo 41. Katılımcıların eğitim durumuna göre aile, akran ve okulla ilgili tutumlarının kıyaslanması	52
Tablo 42. Katılımcıların eğitim durumuna göre Riskli Sağlık Davranışları Ölçeği puan ortalamalarının kıyaslanması.....	53
Tablo 43. Katılımcıların çalışma durumuna göre aile, akran ve okulla ilgili tutumlarının kıyaslanması	54
Tablo 44. Katılımcıların çalışma durumuna göre aile, akran ve okulla ilgili tutumlarının kıyaslanması	55
Tablo 45. Katılımcıların çalışma durumuna göre Riskli Sağlık Davranışları Ölçeği puan ortalamalarının kıyaslanması.....	56
Tablo 46. Katılımcıların çalışma durumlarına göre Aile APGAR puan ortalamalarının kıyaslanması	56
Tablo 47. Katılımcıların kardeş sayısına göre aile, akran ve okulla ilgili tutumlarının kıyaslanması	57
Tablo 48. Katılımcıların kardeş sayısına göre aile, akran ve okulla ilgili tutumlarının kıyaslanması	58
Tablo 49. Katılımcıların kardeş sayısına göre Riskli Sağlık Davranışları Ölçeği puan ortalamalarının kıyaslanması.....	58
Tablo 50. Katılımcıların kardeş sayısına göre Aile APGAR puan ortalamalarının kıyaslanması	59
Tablo 51. Katılımcıların baba eğitim düzeyine göre Riskli Sağlık Davranışları Ölçeği'nden aldıkları puan ortalamalarının kıyaslanması	59
Tablo 52. Katılımcıların anne eğitim düzeyine göre Riskli Sağlık Davranışları Ölçeği'nden aldıkları puan ortalamalarının kıyaslanması	59
Tablo 53. Katılımcıların anne eğitim düzeyine göre Riskli Sağlık Davranışları Ölçeği'nin psikososyal ve beslenme alt boyutundan aldıkları puan ortalamalarının kıyaslanması	60
Tablo 54. Katılımcıların anne eğitim düzeyine göre Riskli Sağlık Davranışları Ölçeği'nin hijyen alt boyutu ve toplamından aldıkları puan ortalamalarının kıyaslanması	61
Tablo 55. Katılımcıların ailesinin gelir düzeyine göre Aile APGAR puan ortalamaları	62
Tablo 56. Katılımcıların ailesinin gelir düzeyine göre Aile APGAR puan ortalamaları	62
Tablo 57. Katılımcıların ailesinin gelir düzeyine göre Riskli Sağlık Davranışları Ölçeği'nden aldıkları puan ortalamalarının kıyaslanması	63
Tablo 58. Katılımcıların ailesinin gelir düzeyine göre Riskli Sağlık Davranışları Ölçeği'nden aldıkları puan ortalamalarının kıyaslanması	64
Tablo 59. Katılımcıların RSDÖ ve APGAR puanları ile yaş bulguları arasındaki ilişki.....	65

KISALTMALAR LİSTESİ

CDC	: Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezi
COD	: Cinsel Olgunlaşma Derecesi
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
FSH	: Folikül Stimulan Hormon
GnRH	: Gonadotropin Releasing Hormonu
KGTA	: Küresel Gençlik Tütün Araştırması
LH	: Luteinizan Hormon
VKİ	: Vücut Kitle İndeksi
YRBSS	: Youth Risk Behavior Surveillance System

ÖZET

Birinci Basamakta Takip Edilen 15-18 Yaş Arası Ergenlerde Riskli Sağlık Davranışlarına Etkili Olan Faktörlerin Belirlenmesi ve Aile İşlevselliğine Etkisinin Araştırılması

Amaç: Ergenlik dönemi, önemli özelliklerin kazanıldığı, gencin yaşamına yeni tecrübe ve deneyimlerin girdiği ve bazı deneyimlerde aşırıya gidilebilen bir dönemdir. Özellikle bu dönemde edinilen bazı riskli davranışların etkileri ve sonuçları erişkin döneme kadar yansımaktadır. Bu araştırmanın amacı birinci basamakta takip edilen ergenlerde riskli sağlık davranışlarına neden olan faktörleri saptamak ve aile işlevselliğine etkisini araştırmaktır. Aile hekimleri çoğu zaman yaşanan sorunlar için ilk başvuru yeri olduğundan ve riskli sağlık davranışlarının önlenabilir olmasından dolayı konunun birinci basamakta araştırılması önem taşımaktadır.

Gereç ve Yöntem: Bu araştırma 01 Temmuz-31 Ağustos 2022 tarihleri arasında Adana ili Köprülü Kışla Aile Sağlığı Merkezinde 221 (15-18 yaş arasındaki) birey ile yüz yüze görüşme yöntemi ile gerçekleştirilmiştir. Katılımcıların sosyodemografik verileri kaydedildikten sonra sağlık hizmet kullanımı yönünden verileri, özgeçmiş, aile-akran-okul hakkında bilgi tutum soruları soruldu. Ardından Riskli Sağlık Davranışları Ölçeği, Aile APGAR Ölçeği ve sigara içen bireylere Fagerström Nikotin Bağımlılık Ölçeği uygulandı. Veriler SPSS 26 programı kullanılarak analiz edildi.

Bulgular: Ergenlerin % 53,4'ünün kız ve yaş ortalamasının $16,7 \pm 1,1$ olduğu belirlendi. Adolesanların Riskli Sağlık Davranışları Toplam Puan ortalaması $43,3 \pm 8,3$ olup, en yüksek puan ortalamasının fiziksel aktivite ($55,6 \pm 16,5$) ve beslenme ($53,3 \pm 10,7$) alt boyutundan aldıkları ve bu bakımdan riskli oldukları söylenebilir. Erkek ergenlerle kız ergenler arasında riskli sağlık davranışları toplam puanı, psikososyal ve madde kullanımı alt boyut puanlarında anlamlı fark saptanmadı. Fiziksel aktivite ve beslenme alt boyut puanında kızlar erkeklerden daha riskli, hijyen alt boyutunda ise erkekler daha riskli saptandı. Çekirdek aile ve geniş aileye sahip ergenlerde riskli sağlık davranışı toplam puanı açısından fark saptanmayıp ebeveynleri boşanmış ergenlerin riskli sağlık davranışı toplam puanı anlamlı yüksek saptandı. Anne, baba ya da her ikisinden ayrı yaşayan ergenlerin riskli sağlık davranışı toplam puanı anne, baba, çocuklar birlikte şeklinde yaşam sürenlerden anlamlı yüksek saptandı. Çalışıp okula gitmeyen ergenler fiziksel aktivite, madde kullanımı ve riskli sağlık davranışı toplam puanından en yüksek puanı aldı. Göç geçmişi olan ergenler tüm alt boyutlarda ve ölçekten alınan toplam puanda göç etmeyenlere göre anlamlı yüksek puan aldı. Ergenlerden eğitim almayanlar ilkokul ve ortaokul mezunları tüm alt boyutlarda ve ölçekten alınan toplam puanda daha yüksek eğitim düzeyi olanlara göre daha yüksek riskli bulundu. Ergenlerin kardeş sayısına göre ölçek alt boyut ve toplam puanında anlamlı farklılık saptanmadı. Anne ve baba eğitim düzeyine göre psikososyal, beslenme, hijyen ve toplam ölçek puanında anlamlı fark saptandı. En yüksek risk eğitim almayanlarda

bulundu. Erkeklerin, ebeveynleri evli olanların, anne-baba-çocuk beraber şeklinde yaşam sürenlerin, hiç kardeşi olmayanların, ailesinin gelir düzeyi yüksek olanların aile işlevselliği daha iyi bulundu.

Sonuç: Ergenlerde riskli sağlık davranışlarına neden olan faktörleri bilip ergenlerde bu davranışları önlemek için aile hekimleri bütüncül bakım ilkesi çerçevesinde değerlendirme ile ergenin ruhsal ve bedensel sağlık ile ilgili risklerinin farkında olup gerektiğinde ergene bu konuda danışmanlık eğitimi vermelidir. Aile hekimleri olarak ileride daha sağlıklı bir toplumun oluşmasına katkı sağlayabiliriz.

Anahtar Sözcükler: Riskli Sağlık Davranışları, Ergen, Aile İşlevselliği, Aile hekimi



ABSTRACT

The Definition Factor of Dangerous Healthy Behaviors in 15-16 Age Adolescent and This Factor Researching The Family Functionality

The aim: The adolescent period gain important features at the same times in this period gains different features and handful features. These teenagers gain different experience in this periods. The effect and result of some risk of behaviors are reflected to mature period. Family medicine this problems more of than accession to family medicine. The risks healthy behavior often get through family medicine and this behavior prevention important issue in primary healthy systems.

Material and Methods: this researching was face to face at 01 July -30 August in Adana Köprülü Family Medicine Center 2022. After the data of participant socio-demographic is record. Data classification to about autobiography- family-scholl-perr related by applying family APGARsmokers fagerström nicotin depending scale. These data analysed according to SPSS 26.

Findings: Girls are 53,4% adolescent and determination age 16;7+-1;1 overage age. Risks healthy behaviours 43;3+-8;3 total of overage points. Most high averages score is physical activity and nutrition (55;6+-16;5) 83;3+-10;7) Total point of male adolescent to girl adolescent not determined meaningful differences (physical-social and substances use disorder). Girls more than risks male in sub-dimension physical activity male more risks than girls in hygiene dimension elementary family extended family not determining meaning full differences. But children of divorces determined meaning full differences. This factor effect to high life survey. The person with migrant history more risk than a migrant person. The untrained person more risks than training person. Parents training are most important issue. Those more risks than untrained people. This untrained family more risks than training and high intellectual level those. According to number of siblings are not determine differences in sub-lower dimension. The most risk determine untrained persons males the un-divorced parents elementary family more functional than others.

Results: Risks of the family prevent healthy behaviour important and critical position. We constitute more healthy society. Family medicine take role preventing care which risks of behavior healthy adolescent person.

Keywords: Risky health behaviors, Adolescent, Family functioning, Family physician

1. GİRİŞ ve AMAÇ

Ergenlik dönemi, önemli özelliklerin kazanıldığı, gencin yaşamına yeni tecrübe ve deneyimlerin girdiği ve bazı deneyimlerde aşırıya gidilebilen bir dönemdir. Özellikle bu dönemde edinilen bazı riskli davranışların etkileri ve sonuçları erişkin döneme kadar yansımaktadır. Bu nedenle bu döneme ait riskli davranışların belirlenip değerlendirilmesi ve bu davranışların önlenmesi açısından gerekli olan tedbirlerin alınması önemlidir.

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) 10-19 yaş aralığını ergen ve ergenlik dönemi olarak tanımlamaktadır (1). 2020 yılı sonu verilerine göre Türkiye'nin toplam nüfusu 83 milyon 614 bin 362 kişi olup 15-24 yaş grubundaki genç nüfus ise 12 milyon 893 bin 750 kişidir (2). Genç nüfus oranımızın fazla olması ve ergenlik döneminin tüm yetişkinlik yaşantısını ve toplum sağlığını doğrudan etkilemesinden ötürü önemi büyüktür.

İnsan yaşamında farklı gelişimsel dönemler bulunmakta ve dönemlere göre değişim gösteren farklı davranışlar ortaya çıkmaktadır. Bu değişimler fizyolojik, psikolojik ve sosyolojik dinamiklerden etkilenmektedir. Gelişim dönemlerinin uygun olarak tamamlanması, bireylerin algıladıkları yaşam kalitesi üzerine doğrudan etkili olmaktadır. Birey yaşam algıları da içerisinde bulundukları toplumu etkileyebilmektedir. Ergenlik dönemi, gerek gelişim süreci gerekse ortaya çıkardığı sonuçlar açısından, bireyi etkilediği kadar topluma da yansımaları olan kritik bir gelişim dönemidir (3). Toplumun geleceği, toplumu oluşturan bireylerin niteliği ile doğrudan ilişkilidir.

Ergenlik, fiziksel büyüme ve cinsel gelişmeyle birlikte psikososyal olgunlaşmanın gerçekleştiği ve insanın gelişim dönemleri içerisinde toplumsal etkilerin birey için en çok önem taşıdığı evredir. Bu gelişme ve olgunlaşma döneminin bir sonucu olarak ergenlerde davranış değişiklikleri gözlenmektedir (4).

Ergenler davranışlarının uzun vadeli ya da doğrudan etkilerini düşünmeden, o davranışın sınırlı ve bekledikleri yararıyla ilgili olarak, ancak davranışa ilişkin hiçbir deneyimleri olmadan risk alabilirler (5).

Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezi Gençlik Riskli Davranış İzlem Sistemi (Centers of Disease Control-CDC-Youth Risk Behavior Surveillance System-

YRBSS) genç ve yetişkin bireylerde hastalık ve ölüme sebep olabilen altı çeşit sağlık davranışı bulunduğunu bildirmiştir. Bunlar şiddet ve kasıtsız yaralanmaya sebep olan davranışlar, cinsel yolla bulaşan hastalık ve istenmeyen gebelikler, alkol ile diğer uyuşturucu madde kullanımı, sigara içmek, sağlıksız beslenme davranışları ve fiziksel aktivitede yetersizlik olarak gruplandırılmıştır (6).

2017’de yapılan Küresel Gençlik Tütün Araştırması 122.040 öğrencide yapılmış olup öğrencilerin %17.9’u bir tütün ürünü kullanmakta, %7.7’si sigara içmektedir ve öğrencilerin %40.2’si en az bir defa bir tütün ürünü denemiştir (Küresel Gençlik Tütün Araştırması (KGTA-2017) (7).

Sigara içimi çoğunlukla genç yaşta başlar ve alışkanlık olarak devam eder. Sigara içen insanların yaklaşık %80’i sigaraya 18 yaş öncesinde başlamaktadır. Sigarayı ilk kez çocukluğunda içenler ise sigara tiryakiliği açısından büyük risk taşımaktadır (8). Gençler arasında sigara kullanımının giderek artması çocuk ve ergenlerin sigarayı denemelerini önleyecek girişimlerin gerektiğini göstermektedir (9).

Ölümlü kazalar veya sakat bırakan trafik kazaları, çocuk ihmali ve istismarı, aile içi şiddet, iş kaybı gibi örnekleri daha da artırılabilir birçok problemin nedenlerinin başında alkol tüketimi gelmektedir. DSÖ’nün 2009 Küresel Sağlık Riskleri Raporu’na göre Avrupa’da 15–29 yaş arasındaki erkeklerde her 4 ölümden 1’i, kadınlarda ise her 10 ölümden 1’i alkole bağlıdır (10).

2014 DSÖ Alkol ve Sağlık Küresel Durum Raporu’na göre 15 yaş üzerindeki bireylerde yıllık alkol tüketim miktarı İngiltere’de kişi başına yaklaşık 13,8 litre iken Türkiye’de yaklaşık 17,3 litre olarak bulunmuştur (11). Ülkemizde gençlerde son bir ayda en az bir defa alkollü içki kullanma oranı % 16.5, uyuşturucu madde kullanım oranı ise % 2.9 olarak bildirilmiştir (12).

Ülkemizde liselerde yapılan bir araştırmada öğrencilerin %18,9’u son bir yılda intihar düşüncesi olduğunu belirtmiştir (13).

Ergenlik dönemi, cinselliğin keşfedilip riskli davranışların görüldüğü bir dönemdir. Cinsel aktif olan ergenlerin cinsel istismar, cinsel yolla bulaşan hastalıklar ve gebelik hakkında yetersiz bilgiye sahip olması hem biyolojik hem de ruhsal sorunlara yol açabilmektedir (14).

Adölesan dönemde sağlıksız ve dengesiz beslenmeye bağlı sağlık problemlerinin başında obezite, demir eksikliği ile B12 vitamin eksikliğine bağlı anemi, çinko eksikliğine bağlı büyüme gelişme geriliği, aşırı zayıflık, anoreksiya nervoza, bulimiya nervoza, diş çürükleri, akne vulgaris, anksiyete, depresyon, polikistik over sendromu gibi erişkin dönemde de etkisini sürdürebilecek sorunlar gelmektedir (15).

İnsan sağlığını olumsuz etkileyen, hastalıklara neden olan unsurlardan biri de yaşam şeklimizin giderek sedanter ve hareketsiz hale gelmesidir. O nedenle yaşam kalitesinin genç yaşlarda arttırılması uzun ve sağlıklı yaşam için zorunlu hale gelmiştir. Yaşam kalitesini arttırabilmenin bir yolu fiziksel aktivite (FA) yapmaktır (16).

Ergenlik döneminde çekinmeden ve düşünmeden gerçekleştirilen bazı davranışlar sağlık açısından ciddi tehlikeler oluşturmaktadır. Ayrıca yetişkinlikte kronik hastalık riskinin artmasına sebep olan ve kolaylıkla denetlenebilen ve önlenbilmesi mümkün olan etmenlerin başında davranışsal risk etmenleri gelmektedir (17).

Ergenlerde riskli davranışlara neden olan etkenlerin saptanması, riskli davranışların erken fark edilmesi ve çözüme yönelik yaklaşım geliştirilmesi ve bu şekilde sağlıklı bir toplumun oluşmasına katkı sağlaması açısından bu araştırma önem arz etmektedir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. ERGENLİK (ADÖLESAN) DÖNEMİ

Ergenlik, insan gelişim dönemlerinin içerisinde toplumsal etkilerin birey için en çok önem taşıdığı evredir; fiziksel büyüme, cinsel gelişim ve psikososyal olgunlaşmanın gerçekleşip çocukluktan erişkin hayata geçiş dönemidir. Puberteyle başlayan ergenlik, yaşam sürecinde en etkileyici biyolojik ve sosyal geçiş dönemlerinden biridir. Bu dönemde beyin, nöroendokrin sistem ve hormon konsantrasyonlarında değişim, fiziksel büyüme ile üreme sisteminde farklılaşma gibi çeşitli değişiklikler meydana gelmektedir (18). Bu büyüme gelişme ve olgunlaşma dönemine “adolesan dönem” adı da verilmektedir (19). Ergenlik dönemi UNESCO’da tanımlanmıştır. UNESCO ergenlik dönemini, kişinin öğrenim gördüğü, ekonomik bağımsızlığının olmadığı, hayatını kazanmakla meşgul olup evli olmadığı gelişim dönemi olarak tanımlar (20). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) 10-19 yaş grubunu “Adolesan” yaş grubu olarak, 15-24 yaş grubunu ise “Genç” olarak nitelendirmektedir. Adolesan ve gençlik dönemlerine ait yaşlar kesişmektedir bu nedenle 10-24 yaş grubu “Genç İnsanlar” olarak adlandırılır (21).

Ergenlik; toplum, dönem ve kişilere göre farklı özellikler gösterir. Puberteyle ilgili olaylar öngörülen bir sıraya göre oluşmaktadır ancak başlangıç zamanı ve seyri bireyler arasında oldukça değişkenlik göstermektedir (22). Ülkemizde, Neyzi O. ve arkadaşlarının yaptığı kapsamlı bir çalışmada, kızlarda ortalama meme gelişimi, pubik ve aksiller kıllanma yaşları sırasıyla 9,8, 10,4 ve 10,8 olarak saptanmış; ortalama menarş yaşı ise $12,36 \pm 0,01$ yıl olarak bulunmuştur (23).

Ergenlik dönemi ortalama başlama yaşı kızlar için 10 yaş (ortalama 8-13), erkekler için 12 yaş (ortalama 9-14); süresi kızlarda 3-5 yıl, erkeklerde 3-4 yıldır (24). Ergenliğin başlangıç süresi ırk, iklim koşulları ve beslenme şartları gibi faktörlere bağlı olarak da değişebilmektedir. Örnek olarak; Akdeniz ikliminin egemen olduğu yerlerde kızlar 8-10 yaşları arasında ergenlik dönemine girebilirken, kutuplarda yaşayan Eskimolarda ise 20’li yaşlara kadar uzayabilmektedir (20). Ergenlere yaklaşımda en büyük zorluklardan birisi gelişim süreçlerinin aynı anda başlamıyor olması ve her ergende farklı zamanlarda başlamasıdır. Bu nedenle aynı

sınıftaki ergenler arasında gelişim basamakları bakımından fark olduğu gibi, aynı ergen bireyin bir yıl içinde gelişim süreci de farklı olabilmektedir (25).

2.1.1. Ergenliğin Evreleri

Psikososyal gelişim açısından adolesan dönem; erken, orta ve geç adolesan dönem olmak üzere üç bölümde ele alınır (26).

2.1.1.1. Başlangıç evresi (erken ergenlik)

12-14 yaş arasındaki dönem olup bu dönemde hızlı gelişen fiziksel ve davranışsal değişimler görülür. Hızlı büyüme ve cinsel gelişim kızlarda erkeklere göre daha erken gerçekleşir. Erken büyümenin erkeklerde ruh sağlığı açısından genel olarak olumlu etkisi gözlenmekte olup, erken gelişen kızlarda ise akranlarından daha düşük düzeyde benlik saygısı, daha yüksek düzeyde depresyon oranı, anksiyete ve yeme bozuklukları görülebilmektedir. Erken ergenlik döneminde ergenlerin en büyük uğraşları kendi bedenleridir ve bu dönemdeki ergenlerde hızlı fiziksel gelişime uyum sağlayabilme ve bu değişikliklerle baş etme çabaları görülür. Erken ergenlik dönemi içerisinde ergen, cinsiyet organlarının gelişimi ile beraber, çevresindeki toplumsal kurallar çerçevesinde cinsel kimliğini oluşturmaya ve buna uygun davranmaya başlar. Bu dönemde ergen arkadaşlarına yönelir, yakın arkadaşlıklar önem kazanmaya başlar, genelde aynı cinsiyetten arkadaş ve grup aktiviteleri tercih edilir ve arkadaş grupları ve onların düşünceleri ergenin ilgi alanını, davranışını ve giyimini etkiler (25).

2.1.1.2. Orta ergenlik

Orta ergenlik dönemi 15-18 yaş arası dönem olup ergen ebeveynlerinden ayrışma çabası içerisindedir ve bunu ailesine kabul ettirmeye çalışır. Aile ile çatışmalar artarken arkadaşları ile ilişkileri yoğunlaşır ve bu dönemde arkadaş gruplarının etkisi daha belirgin olur, davranışlarını arkadaşlarını merkeze alıp onlara göre yönlendirir. Giyim, görünüm ve davranışlarının temelinde akranları tarafından beğenilip onaylanma gereksinimi bulunmaktadır (25).

2.1.1.3. Geç ergenlik

18 yaş dolaylarında başlayıp kimlik duygusunun bütünleşmesiyle tamamlanır. Bu dönemin fiziksel özelliklerine bakıldığında; fiziksel gelişimin tamamlandığı görülmüştür (27). Akademik ve sanatsal arayışların, sosyal aktivitelerin, sosyal bağların ergenin kendini daha iyi ifade etmesine ve kendini bir topluluğa ait hissetmesine neden olduğu dönemdir (25). Ergen arkadaş edinmek ve iş bulmak, farklı sosyal ortamlarda kendini gösterebilmek için sosyal iletişim becerilerini geliştirmeye çalışır (28). İletişim becerisini yeterince geliştiremeyen, mesleki, toplumsal ve cinsel kimlik oluşturamayan ergenlerde kimlik kargaşası görülür (25).

2.1.2. Ergenlik Döneminde Fiziksel Büyüme ve Cinsel Gelişme

Hücre sayısı ve hücre büyüklüğünün artmasıyla meydana gelen vücut kütle ve hacminin artması büyüme, organların biyolojik ve işlevsel olarak olgunlaşması gelişme olarak tanımlanır (29).

Ergenlik döneminde hızlı bir şekilde biyolojik gelişme başlamaktadır (1). Bu dönem sonunda erişkin hayattaki antropometrik ölçüm değerlerine ulaşılmaktadır. Genel büyüme gerçekleşirken bir yandan iç organ ve salgı bezlerinin büyüklüklerinde ve kemik, kas ve yağ kitlelerinde belirgin artış olmaktadır. Baş ve beynin büyümesi 10 yaş civarında, erişkin değerlerinin yaklaşık %96'sına ulaştığı için puberte ile belirgin değişiklik görülmez. Üreme sistemindeki büyüme, seksüel maturasyon ile bu dönemde hızla gerçekleşir. Farklı olarak lenfoid dokularda ise (timus, tonsiller, adenoidler) gerileme olmaktadır (30). Hızlı büyüme ve gelişme sebebi ile besin gereksinimleri; yani protein, kalsiyum, demir, vitamin, çinko, folik asit ve iyot gereksinimleri artar.

Ergenliğe kadar kızlar ve erkekler erişkin boylarının %80'ine ulaşmış olmaktadır. Adolesan dönemin önemli özelliklerinden birisi de büyüme hızlanmasıdır. Ergenlik öncesi yıllık büyüme hızı 5-6 cm olurken ergenlikte kızlarda 7-8 cm, erkeklerde ise 8-9 cm'ye çıkmaktadır. Büyüme nadiren de olsa ergenliğin başında yavaşlayıp, sonra hızlanabilir.

Ergenlik süresince kızlar 25 cm, erkekler 28 cm civarında uzar ve kızlarda yaklaşık 15, erkeklerde ise 17 yaş civarında kemik olgunlaşması tamamlanıp büyüme kıkırdaklarının kapanması ile büyüme yavaşlamaya başlar.

Ergenlik öncesinde kız ve erkekler yılda 2-2,5 kg arası ağırlık artışı gösterir. Ergenlikte erkeklerde ortalama 9 kg/yıl, kızlarda 8,3 kg/yıl ağırlık artışı olur ve ergenlik boyunca kızlar toplam ortalama 16 kg, erkekler ise 20 kg alırlar (31).

Ergenlik döneminde görülen en önemli gelişmelerden bir tanesi cinsiyet karakterlerinin gelişimidir. Puberte, gonadotropin releasing hormonu (GnRH) salgılayan medial bazal hipotalamik nöronların inhibisyonundan kurtulması ile başlar. GnRH salgısı hipofizden pulsatil folikül stimulan hormon (FSH) ve luteinizan hormon (LH) salınmasına neden olur. Hipofizden gonadotropinlerin salgılanması gonadlarda büyüme ve olgunlaşmayı başlatır. Over kaynaklı östradiol memelerin, testislerden salgılanan testosteron penisin büyümesini etkiler. Her iki hormon da boy uzamasını hızlandırır. Adrenarş (pubik kıllanma) kızlarda adrenal androjenler, erkeklerde ise testosteron etkisi ile düzenlenir (32).

Hormonal aktivitenin artması ile beraber erkeklerde ve kızlarda kendine özgü sıra takip edilerek ergen birey yetişkin erkek ve kadın vücut yapılarına ulaşırlar (33). Pubertenin kızlarda meme gelişiminin Tanner evre 2 olmasıyla, erkeklerde testis volümünün 4 ml üzerine çıkmasıyla başladığı kabul edilmektedir. Marshall ve Tanner'in 1960 yılında İngiliz kızları arasında yaptığı çalışmada kızlarda meme gelişimi ve menarş yaşının ortalama 11.2 ve 13.5 yıl olduğu vurgulanmıştır (34).

Cinsel olgunlaşma derecesi (COD) Tanner Evrelemesi olarak tanımlanır. COD 1 (prepuberte) ve COD 5 (yetişkinlik) arasında derecelendirilir. Bu evreleme Tablo 1'de özetle anlatılmıştır. COD kızlarda ve erkeklerde pubik kıllanma, meme gelişimini ve genital olgunluğu içerir (35).

Bu sınıflamayla gelişimsel ve değişimsel olarak ergen bireylerin göründüklerinden daha az ya da daha fazla olgunlaşıp olgunlaşmadıkları belirlenmiş olur. Bu açıdan ergenlere rehberlik hizmeti verilmesinde yardımcı olur. Çoğu ergen ergenlik evreleri arasında bir dönemden daha fazla fark olmadan gelişmesine rağmen özellikle iki evrelik farklar yine de olgunlaşmanın normal sınırları içerisinde olabilir. Dolayısıyla ergen sağlık bakımı gereksinimlerinin belirlenmesinde ve gelişimsel sorunlarının tanımlanmasında COD kronolojik yaşa oranla daha faydalıdır (36).

Tablo 1. Erkek ve kız ergenler için cinsel olgunlaşma evreleri (35)

Cinsel olgunlaşma derecesi (COD)	Kızlar	Erkekler
Evre 1	Ergenlik öncesinde papillalar kabarık gözlenir. Pubik kıllanma ise henüz yoktur.	Penis, testis, skrotum ergenlik öncesi özellikte olup henüz pubik kıllanma yoktur.
Evre 2	Meme tomurcuğu ve areola mammaria çapı artar. Özellikle labialar boyunca tek tek uzanan pubik kıllar mevcuttur.	Penis boyutu bu evrede değişmez, testis ve skrotum daha fazla büyür, skrotum derisi kırmızılaşıp özellikle penis tabanında tek tek uzun pubik kıllar belirir.
Evre 3	Meme ve areola mamaria büyür, kontürler daha ayrılmamıştır. Pubik kıllar daha koyu renkte ve kalındır ve pubik alana henüz yayılmıştır.	Penis daha da uzar, testis ve skrotum büyümeye devam eder. Pubik kıllar daha koyudur ve daha kalındır ve pubik alana artık yayılmıştır
Evre 4	Meme daha da büyür. Areola ve papillalar yükselir. Pubik kıllar daha koyu renkte ve kalındır, yetişkinden daha az sayıdadır ve uyluğa henüz yayılmamıştır.	Penis genişliği ve uzunluğu artar. Testis ve skrotum da büyür. Pubik kıllar daha koyu renkte ve kalındır, yetişkinden daha az sayıda ve uyluğa yayılmamıştır.
Evre 5	Meme yetişkin memesine benzer şekline kavuşur, areola meme kontürüne geri dönmüştür. Pubik kıllanmanın yoğunluk derecesi artar, alan uyluğa doğru yayılır.	Penis, testis, skrotum artık matür görünür. Pubik kıllanmanın yoğunluk derecesi artar, alan uyluğa doğru yayılır.

Sekonder cinsiyet karakterlerinin gelişmesi, menarş ve spermatogenezin başlaması ile birlikte üreme kapasitesi kazanılmış olmaktadır (37). Cildin aşırı yağlanması sonucunda cilt delikleri tıkanır, siyah noktalar ve iltihaplanma oluşur sivilcelenme görülür ve erkeklerde ses kalınlaşmaya başlar (38).

2.1.3. Ergenlerde Psikososyal ve Bilişsel Gelişim

Ergenlik dönemi fiziksel, psikososyal, kültürel ve bilişsel açıdan hızlı değişimlerin yaşandığı bir dönem olup bu dönemde meydana gelen fiziksel değişimler diğer gelişimsel değişiklikler için zemin oluşturmaktadır (28). Kişilik özellikleri benliğin özünü oluştururken kimlik oluşumu ergenlik döneminde temel gelişimsel olaydır (40). Ergenlik döneminde kimlik oluşum süreciyle beraber bilişsel gelişimin hızlanması, dürtüsel gereksinim ve duygu yoğunluğunda artma, meslek seçimi, karşı cins ile kurulan ilişkiler, anne babadan ayrılıp bireyselleşme sürecinin yaşantılanması gibi sebeplerle ergenler bu döneme özgü zorluk ve çatışmalar

yaşamaktadır (25). Piaget'nin çocuklarda zekanın ve düşüncenin gelişimini açıklayan araştırmalarına göre, 12 yaşlarından başlayarak çocuklarda soyut düşünme yeteneği hızlı bir gelişme göstermektedir. Zaman içinde çocukluğun somut düşünme şekli yerini soyut kavramlar ve simgelerle düşünmeye bırakmaktadır (41).

Erken ergenlik döneminde aile aktivitelerine ilgisizlik, aynı cinsiyetten arkadaşları ile daha çok yakınlaşma, vücudunda meydana gelen pubertal değişimler için kaygı, soyut kavramlarda gelişme, dürtü kontrolünde zorluk, gerçekçi olmayan meslek seçimleri ve gizlilik için artan istek ön plandadır.

Orta ergenlik döneminde aile ile çatışmalar en üst düzeye ulaşmıştır, vücut görünümünü kabul edip daha iyisi için çaba gösterme, cinsel aktivite deneyiminde artma ve buna daha fazla vakit ayırma, duygusallıkta artış, entellektüel kapasitede artış ve riskli davranışlarda artış görülür.

Geç ergenlik döneminde ise ailenin önerilerini tavsiyelerini dikkate alma, ailenin değer yargılarını kabul etme görülür. Pubertal değişimleri kabul eder, akranlarına eski önemi vermez. Gerçekçi meslek seçimleri yapmaya başlar. Sosyal, cinsel ve ruhsal ve dinsel yargıların değerlendirmesini yapabilir. Kendi sınırlarını belirleyip uzlaşmada artış görülür (42).

2.2. ERGENLERDE RİSKLİ SAĞLIK DAVRANIŞLARI

Farklı deneyimler yaşama ve risk alma davranışları ergenlere özgü bir özelliktir (43). Ayrıca gençler davranışlarının dolaylı, doğrudan ve uzun vadede etkilerini düşünmeden yaptıkları davranışın sınırlı ve bekledikleri yararıyla ilgili olarak risk alabilmektedirler (44). Alkol almak, sigara içmek, yetersiz ve dengesiz beslenme, bağımlılık yapıcı madde kullanımı, güvensiz ve korunmasız cinsel yaşam ve şiddet riskli sağlık davranışları olarak değerlendirilmekte olup (29), ergenlik döneminde bu davranışlarda artış gözlenmektedir (45).

Riskli Sağlık Davranışları, Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezi ("Centers of Disease Control, CDC") tarafından ise istemsiz yaralanmalara sebep olan davranışlar, istemli yaralanma ile şiddete neden olan davranışlar, alkol ve diğer maddelerin kullanımı, cinsel davranışlar, yanlış beslenme alışkanlıkları ve fiziksel aktivite yetersizliği olarak tanımlanmaktadır (46).

Ergenin akranları arasında kabul görme isteği, kendisine yetişkin birey gibi davranılmasını istemesi ve yeni bir kimlik oluşturma çabası içerisinde olması onların risk almasına ve riskli sağlık davranışlarına yönelmesine neden olmaktadır (35). Bu dönemde riskli davranışlara yönelmede ve riskli davranışların ortaya çıkmasında ergenlerin sosyal çevreleri ve aile bireyleri ile olan etkileşimleri etkili olmaktadır (47). Ergenin içerisinde bulunduğu sosyal çevre tarafından yetersiz veya eksik sosyal destek sunulması sonucunda ergenlerde değişik uyum problemleri ortaya çıkabilmektedir (48). Aile içerisinde yaşanan çatışmaların fazla oluşu ergenlerde görülen sigara, alkol ve madde kullanımı ve erken yaşta cinsel ilişkide bulunmada artışa neden olduğu görülmüştür (45). Ebeveynlerin ergenlerin aktivitelerine ilgi gösterip katıldıkları, uzaktan olsa bile onları izledikleri, bilgi edinmeye çalışıp aktiviteler üzerinde kontrol sağladıkları durumlarda ergenlerin riskli davranışa karışma olasılığının daha düşük olduğu bildirilmiştir (49). Mancini ve Huebner (2004) tarafından yapılan bir araştırmada okula bağlılığı ve okul başarısı yüksek, anne ile babasıyla olumlu ilişkileri olan ve zamanı iyi değerlendiren ergenlerin daha az riskli davranışlarda bulunduğu; erkek ergenlerin, yaşça daha büyük olanların ve yakın bir arkadaşı olan ergenlerin daha fazla riskli davranışlarda bulunma eğiliminde oldukları bulunmuştur (50).

Ergenlik döneminde yaşanan olaylar, kazanılan deneyimler, sahip olunan alışkanlık ve davranışlar ergenin tüm yaşantısını etkileyecek uzun dönemli sonuçlara neden olmaktadır. İleriki yaşlarda oluşabilecek önlenemez kronik hastalıkların, hastanede tedavi almaya neden olacak hastalık ve yaralanmaların, hatta ölümlerin en önemli nedeni riskli sağlık davranışlarıdır (28). Bu dönemde edinilen riskli sağlık davranışları ergenin hayatında önemli etkiler bırakabilmektedir.

2.2.1. Sigara Kullanımı

Sigara içiminde alışkanlığa neden olan nikotin tütün bitkisinin yapraklarında bulunmaktadır. Sigaranın içerdiği diğer maddeler karbonmonoksit ve katrandır. Karbonmonoksit zehirli bir gazdır ve beyin ile vücut dokularında oksijeni azaltır. Katran, kanser yapıcı maddeleri taşır. Akciğerler ile solunum sistemine zararlıdır. Sigaranın içerdiği bu maddeler, sigaranın yanan ucundaki dumanda bulunduğu gibi,

sigara içmediği halde, sigara içenlerin yanında bulunan kişileri pasif sigara içici olarak olumsuz etkilemektedir (51).

Tütünün içerdiği nikotin bağımlılık yapar ve tütün kullanımı solunum yolu ve kardiyovasküler hastalıklar ile yirmiden fazla farklı kanser türü ve diğer birçok zayıflatıcı sağlık durumu için önemli bir risk faktörüdür. Her yıl 8 milyondan fazla insan tütün kullanımından ötürü ölmektedir (52).

Sigara içimi çoğunlukla genç yaşta başlar ve alışkanlık olarak devam eder. Sigara içen insanların yaklaşık %80'i sigaraya 18 yaş öncesinde başlamaktadır. Sigarayı ilk kez çocukluğunda içenler ise sigara tiryakiliği açısından büyük risk taşımaktadır (8). Farklı bir kimlik oluşturup farklı bir görüntü oluşturmak isteyen gençler sigarayı; bağımsızlığın ve kişiliğin sembolü olarak görürler. Genellikle ergenlik döneminde gösteriş, taklit, büyüme veya özgürlük ifadesi olarak başlanılan sigara içme davranışı, kısa sürede bağımlılığa neden olmaktadır (53).

Türkiye'de de Sağlık Bakanlığı koordinasyonunda, MEB, DSÖ ve CDC işbirliğinde gençlerde tütün kullanımının ve tütün kullanımına ilişkin temel göstergelerin izlenmesi amacıyla 2017'de yapılan Küresel Gençlik Tütün Araştırması'na göre öğrencilerin % 17.9'u (erkeklerin % 23.2'si, kızların % 12.1'i) bir tütün ürünü içmektedir. Öğrencilerin % 7.7'si (erkeklerin % 9.9'u ve kızların % 5.3'ü) halen sigara içmektedir. Hayatında en az bir defa sigara deneyenler ise % 28.0'dir (7).

Gençlerin sigara içme nedenlerine bakıldığında; daha rahat iletişim kurmak, kendilerini daha rahat hissetmek, arkadaşlarının etkisi altında kalmak, sigara içen arkadaşlarından aşağı kalmadıklarını gösterip kendini kanıtlamak, arkadaşlarıyla aynı zevk ve değerlere sahip olduğunu göstermek, can sıkıntısı ve üzüntüsünü gidermek, yorgunluklarını azaltmak gibi nedenlerle olduğu görülmektedir (51).

Gelişmekte olan ülkelerde yapılan araştırmalarda, üniversite öğrencilerinin çoğunun üniversiteye başlamadan önceki dönemde sigaraya başladıklarını göstermektedir. Bu nedenle sigara kullanımını önlemede yapılacak çalışmalar sigaraya başlamadan önceki adölesan yaşa yönelik olmalı ve bireyler sigaraya başlamadan ve bağımlı hale gelmeden önce gerekli önlemler alınmış olmalıdır (54).

Tablo 2. Gençlerde tütün kullanımı ile ilişkili faktörler (55)

- Düşük gelir düzeyi veya eğitim dahil olmak üzere daha düşük sosyoekonomik statü
- Ebeveynlerin tütün ürünü kullanıyor olması
- Ebeveyn desteği ve ilgisinin yetersiz oluşu
- Tütün ürünlerinin erişilebilirliği, bulunabilirliği ve fiyatı
- Mağazalarda, televizyonda, internette, filmlerde veya dergi ve gazetelerde tütün ürünü reklamları görmek
- Benlik saygısının düşük oluşu
- Daha önce tütün benzeri ve eşdeğeri maddelerin kullanımı
- Düşük akademik başarı
- Tütün kullanımına yönelik teşviklere hayır diyememe
- Stresle başa çıkmada işe yaradığı düşüncesi
- Kilo vermeye yardımcı bir araç olarak görülmesi

Ergen sigara içme davranışı açısından sigara kullanmıyorsa başlamaması, sigara kullanıyorsa da bırakması yönünde teşvik edilmelidir (26). Sigara kullanımı beraberinde davranış değişiklikleri de oluşturabilmektedir. Birçok çalışmada ergenlerde sigara kullanımı ile diğer riskli davranışlar arasında bir ilişki olduğu ileri sürülmektedir. Sigara içen ergenlerin hiç içmeyenlere göre yaşam boyu bağımlılık yapan madde kullanımı, fiziksel bir kavgaya karışma, intihar girişimi ve riskli cinsel davranışta bulunmaya dair bildirimleri daha fazladır (56).

2.2.2. Alkol ve Madde Kullanımı

Psikoaktif madde kullanımı ve bu maddelere bağımlılık durumu, dünyanın pek çok ülkesinde önemli sağlık sorunlarına neden olmaktadır. En yaygın kullanılanlar sigara ile alkoldür ve bunu diğer uyarıcı maddeler takip etmektedir (57).

Alkol ve diğer psikoaktif maddelere başlama yaşı genellikle ergenlik veya genç erişkinlik dönemidir (58). Dünya çapında 15-19 yaşındaki ergenlerin dörtte birinden fazlası şu anda mevcut alkol tüketicisidirler (59). Bu döneme denk gelen üniversite yılları, ergenliğin karmaşasına ilave olarak evden ve aile bireylerinden ayrılma, yeni bir çevreye adaptasyon, bir meslek seçiminde bulunma ve iş bulmaya ilişkin belirsizlik gibi birçok sorunun olduğu yıllardır. Bu sorunlara bağlı olarak hissedilen aşırı stresin bu gençlerde tütün, alkol ve madde kullanımını arttırdığı ileri sürülmüştür (58,59).

Gençlerde alkol kullanımı trafik kazaları, kaza sonucu ölüm ve özürlülük gibi sonuçlara yol açmanın yanı sıra zamanla ciddi sağlık problemlerini de beraberinde getirmektedir (61). Alkolün bilinçsiz kullanımına bağlı olarak kanser, kalp ve damar

hastalıkları ile sirozun neden olduğu ölümler olmaktadır (62). Dünya Sağlık Örgütü'nün raporuna göre alkole başlama yaşının yaşamın ileriki dönemlerinde alkol bağımlılığı ve alkolle ilişkili hastalıklarda en belirleyici faktör olduğu belirtilmiştir (61).

Madde bağımlılığı ergen bireyler arasında morbidite ve mortalitenin en önemli nedenlerindendir. Prevalansı bölgelere, etnik gruplara, yaş ve cinsiyete göre farklılık göstermektedir. Madde bağımlılığının direkt etkilerine ek olarak risk alma tutum ve davranışları ile birlikte olması önemlidir. Kullanılan maddenin etkisi ile birlikte bu maddelerin kullanımının motorlu taşıt kazalarına sebep olduğu bilinmektedir. Bunun yanı sıra alkol ve madde kullanımı adolesan dönemde de diğer birçok problemle beraberlik gösterir. Şiddet, intihar, depresyon ve cinsel yolla bulaşan hastalıklarla istenmeyen gebelikler buna örnek olarak sayılabilir (63).

Ergen bireylerin risk almaya ve riskli davranışlarda bulunmaya yönelimli oldukları bilinmektedir. Ergenlikte görülen riskli davranışlar içinde madde kullanımı eğlence amacıyla kullanımdan bağımlılığa geçiş evresi ve onun ciddi sonuçları sebebi ile özel bir yer tutmaktadır (64).

Bu konuda çok ciddi koruyucu önlemler almak gerekli ve önemlidir. Öncelikle, ergenlerde madde kullanımının anlaşılması konusu koruyucu çalışmalara yön verecektir. Bu bağlam çerçevesinde ergenlerde madde kullanımının evrelerini çok iyi bilmek önemlidir

Tablo 3. Ergenlerde madde kullanımı evreleri (65)

-Bira, şarap gibi alkollü madde kullanımı
-Sigara, ağır alkollü içeceklerin tüketilmesi
-Esrar tüketimi
-Eroin, sedatif hipnotik ve halüsinojenler gibi farklı yasadışı maddelerin tüketilmesi

Madde veya alkol kullanım sorunu kullanım süresinden ziyade erken yaşta madde kullanımına başlama ve gittikçe artan miktarlarda kullanma ile ilgilidir. Madde kullanımına daha erken yaşta başlayan bireylerde ilk denemeden başlayarak bağımlılığa kadar geçen süre zarfı yetişkin dönemde başlayanlara göre çok daha kısadır. Ergenlik döneminde madde kullanımına başlayan yetişkinlerde ise yaşam boyu uçucu madde kullanımı ve esrar kullanım sıklığı oranı fazladır. Ergenlik bu bağlamda madde kullanımına başlama konusunda olası bir risk faktörü sayılır (66).

Bu sebeple ergenlikte madde kullanımını daha iyi anlayabilmek için kişilik, aile ve akran belirleyicilerinin önemsenmesi gerekir. Eğer kişilik gelişim sürecinde, aile ve akranların olumsuz etkileri var ise ergen bireyin madde kullanma olasılığı oransal olarak nispeten artmaktadır. Eğer bu etmenlerden sadece bir tanesi yeteri kadar güçlü bir olumsuz etkiye sahip ise bile diğerlerinin olumsuz etkileri minimal düzeyde olsa dahi yine de ergende madde kullanma olasılığı oransal olarak yüksektir. Bu etkenlerden bir ya da daha fazlası güçlü pozitif etkiliyse, ergen birey yüksek risk altında olsa bile bu etmen onu madde kullanımı konusuna karşı koruyabilmektedir (65).

Bu konuda yapılan ilk çalışma 1991 yılındadır. 1500 lise öğrencisi ile yapılan bu anket çalışmasında herhangi bir maddeyi hayatında en az bir kez kullanan gençlerin oranı %2.6, esrar kullanım oranı ise %0.7 olarak bulunmuştur. Bu anket İstanbul’da dört okulla sınırlı olarak yürütülmüştür (67).

Madde kullanım bozukluklarının önlenmesinde koruyucu faktörlerin çok önemli etkisinin olduğu gözlenmektedir (66).

Tablo 4. Madde kullanımı açısından koruyucu faktörler (64)

Kişisel -Yüksek zeka seviyesine sahip olmak -Benlik saygısı -Optimist olmak -Etkin baş etme yetilerine sahip olmak -Aile öyküsünün olmaması -Toplumsal değerlere ve normlara bağlı olmak Aile -Destekleyici ve sıcak ebeveyn ergen ilişkisi -Tutarlı disiplin ve süpervizyona sahip olmak -Madde kullanımı hakkında tutarlı mesajlar ve uygun rol modellerine sahip olmak	Arkadaş -Madde kullanmayan arkadaşlara sahip olmak -Geleneksel toplumsal değer yargılarına önem veren arkadaş gruplarına sahip olmak Okul -Başarıyı yakalama şansı sunan eğitim sistemi -Okula bağlı olma davranışı -Gelecekle ilgili hedeflere sahip olma Toplum -Sağlık ve sosyal destek servislerinin yeterli olması -Madde kullanımına tolerans göstermeyen güvenli yakın çevreye sahip olunması -Sosyal kurumlara bağlı olmak
---	---

2.2.3. Ergenlerde Şiddet Davranışları

Şiddet davranışsal ya da fiziksel olarak yaralanma veya ölüm ile sonuçlanabilen tehdit veya direkt fiili güç kullanımı olup, şiddet gelişimi nedenlerini açıklamaya yönelik olarak yapılan çalışmalarda şiddet eğilimi göstermeye yatkın

bireylerde belirli bir eylemden ziyade bireysel, çevresel ve sosyal pek çok faktörün etkili olduğu anlaşılmıştır. Ergenlerin hayatını olumsuz etkileyen önemli sosyal olaylardan birisi de şiddettir. Ergenlerde şiddet davranışlarının belirlenmesi ve sıklığı, her ülkede farklı olmakla birlikte, ergenler arasında şiddet davranışları ve şiddete maruz kalmanın artış eğilimi gösterdiği belirtilmektedir (68).

Şiddet içeren davranışlar evde, okulda ve toplum içerisinde, fiziksel, sözel, psikolojik ya da cinsel istismar şeklinde olabilmektedir (69).

Ayrıca medyada şiddete maruz kalıyor olmak, çetelere katılmak, silah taşımak, kabadayılık, zorbalık ve madde kullanmak adolesanların yaşamında şiddet sıklığını belirleyici faktörler arasında sayılmaktadır (70).

Dünyada her gün 180 ergenin şiddet olayları sebebi ile hayatını kaybettiği ve bunların üçte birinin gelişmemiş ülkeler ile gelişmekte olan ülkelere olduğu rapor edilmiştir (71).

Ülkemizde ise 2007 yılında 261 okulda yapılan bir araştırmanın sonuçlarına göre; son üç ay içerisinde öğrencilerin % 22'si fiziksel, % 53'ü sözel, %36.3'ü duygusal, %15.8'i cinsel şiddete maruz kaldığını ve %35.5'i fiziksel, %48.7'si sözel, %27.6'sı duygusal, %11.7'si ise cinsel şiddet uyguladığını belirtmiştir (72).

Gençlerde şiddet davranışı yaralanmalar veya ölüm ile sonuçlanan önemli toplum sağlığı sorunudur. ABD'de 10-24 yaş ölümlerin %71'inin nedeni olarak motorlu araç kazaları (%31), diğer kasıtsız yaralanmalar (%14), cinayet (%15) ve intiharlar (%11) belirtilmiştir (73).

ABD'de yapılan bir araştırmada lise öğrencilerinin %33'ü son 12 ay içerisinde bir veya daha fazla fiziksel kavgaya karışmıştır, %27'si araştırmadan önceki dönemde bir ay içerisinde bir veya daha fazla gün silah (sopa, bıçak veya ateşli silah) taşımıştır ABD'deki 6-10. Sınıf öğrencilerinden %30'u tehdit eden, edilen veya her ikisi konumundayken bir kavgaya karışmıştır. Tıbbi harcamalarda artış, üretim kaybı, yaşam kalitesinin düşmesi gibi birçok nedenden dolayı gençlerde şiddetin direkt ya da dolaylı etkileri mevcuttur. Yaralanma veya ölüme sebep olmasının yanında gençlerde şiddet davranışı sağlık giderlerini arttırmakta, üretim kaybına yol açmakta, mülkiyet değerlerini düşürmekte ve sosyal hizmetlerin işleyişini bozmakta ve bu nedenlerle toplumu etkilemektedir. Fiziksel kavgalara erkek ergenler kız ergenlerden daha fazla oranla karışmaktadır. Gençlerdeki şiddet

davranışını anlamaya yönelik yapılan araştırmalar bazı toplulukların suç işlemeye ve şiddete maruz kalmaya daha yatkın olduklarını göstermiştir. Şiddet davranışı ve şiddete maruz kalan kişilerin profilleri incelendiğinde birçok risk faktörünün ortak olduğu göze çarpmaktadır. Risk faktörleri şiddet uygulayan gençlerde de benzerlikler göstermektedir. Ancak risk faktörleri gençlerdeki şiddet davranışının birebir nedeni değildir, eğilimi ve yatkınlığı artıran göstergelerdir. Araştırmalarda gençlerde şiddete maruziyete ilişkin ortak bazı risk faktörleri tespit edilmiştir (74).

Tablo 5. Gençlerde şiddete maruziyete ilişkin ortak risk faktörleri (74)

Bireysel risk faktörleri -Geçmişte şiddete maruz kalma öyküsü veya bir şiddet olayına dahil olma -Dikkat eksikliği, hiperaktivite, öğrenme güçlüğü -Küçük yaşta saldırgan davranış öyküsü -Sigara, alkol, madde kullanımı -Düşük zeka düzeyi -Davranış ve dürtü kontrolünde zorluk -Sosyal, bilişsel veya bilgi işlem süreçlerinde yetersiz olunması -Duygusal stresin fazla olması -Psikiyatrik tedavi alma öyküsü -Antisosyal inanç ve tutumlar -Aile içerisinde çatışma ve şiddete maruz kalmış olmak Ailesel risk faktörleri -Çocuk yetiştirmede otoriter tutum benimsemek -Sert, tutarsız tutumlar -Ebeveynin ilgisizliği -Ebeveyn ya da bireyi yetiştiren kişi ile bağlanma problemleri -Ebeveynlerde düşük eğitim düzeyi -Ebeveynlerde madde kullanımı, suça eğilimli olmaları -Aile işlevselliğinin yetersizliği -Çocuğun takibinde ve denetiminde yetersizlik	Arkadaş/okul açısından risk faktörleri -Çeteye dahil olmak -Arkadaşlarının suça meyilli olması -Sosyal red -Sosyal aktivitelere katılımda eksiklik -Okul başarısının düşük olması -Okula devamlılığa dair sorumluluk duygusunda eksiklik Toplumsal risk faktörleri -Maddi olanaklarda eksiklik -Ekonomik gelir düzeyi düşük mahallelerde yerleşim -Göçebelik -Aile bütünlüğünün olmaması -Toplumsal birliğin yeterince olmadığı gruplar -Komşuluk ilişkilerinde yetersizlik
---	---

Koruyucu faktörler (Tablo 6) risk faktörleri kadar çalışılmamasına ve incelenmemesine rağmen gençlerde şiddet davranışını azaltıcı etki göstermektedir (74).

Tablo 6. Gençlerde şiddete maruziyete ilişkin ortak koruyucu faktörler (74)

Bireysel koruyucu faktörler
-Değişiklik ve sapkınlığa toleransın düşük olması
-Yüksek zeka düzeyi
-Olumlu sosyal yönelim
Ailesel koruyucu faktörler
-Ebeveynlerle sorunları konuşabilme yetisi
-Aileye bağlılık ve aile dışı erişkinlerle ilişkinin güçlü olması
-Ebeveynlerle ortak aktivitelerde bulunma
-Uyanma, okuldan eve geliş, akşam yemeği ve yatma zamanı gibi durumlardan en az birinde ebeveyninin süregelen varlığı
-Sosyal aktivitelere katılım
Arkadaş ve okula dair koruyucu faktörler
-Okula dair sorumluluk duygusunun yüksek olması
-Sosyal aktivitelere katılımın fazla olması

2.2.4. Kaza ve Motorlu Araç Kullanımı

Trafik kazaları, kara yollarında, motorlu ya da motorsuz taşıtlar ile gelişen, özellikle 5-24 yaş grubu yolcular ve sürücüleri, yaya ve hayvanları etkileyen kazalardır (75).

Ergen kendini kanıtlamak için trafikte hız yapıp, hatalı sollama ve dönüşler, zikzak çizme hareketleri gibi trafikte seyir halindeki diğer bireylerin ve canlıların güvenliğini tehlikeye atan pek çok davranış ortaya koyabilmektedir (76).

Kazaların temel nedenleri arasında alkol ve uyuşturucu madde kullanımı, çalışma ortamının tehlikeli olması, ergenleri riskli davranışlara özendiren reklamlar ve yeterince güvenlik önlemleri alınmaması sayılabilir (77). Özellikle ergenlerin alkol ve uyuşturucu madde kullanımının gençlerin iyilik hallerini etkilediği ve ergenler bu maddelerin etkisi altında olduğu zamanlarda kaza ve yaralanmalar gibi riskli davranışlara daha yatkın olduğu bilinmektedir (78). İstenmeyen kazalar ergenler arasında yaralanmalar, geri dönüşü olmayan sakatlanmalar ile ölümlere sebep olmaktadır. Ergenler arasında ölümlere en çok sebep olan riskli davranış % 80 oran ile yaralanmalar ve şiddet olaylarıdır ve bunlar arasında en fazla görüleni trafik kazalarıdır, bu kazaların yarısı da alkollü araç kullanma sebebiyle olmaktadır (79).

Dünya Sağlık Örgütü verilerine göre 2012 yılında yaklaşık 120.000 ergen trafik kazaları sonucunda hayatını kaybetmiştir (71).

TÜİK ve Emniyet Genel Müdürlüğü verilerine göre ülkemizde 2021 yılında gerçekleşen trafik kazalarında 10-14 yaş arası 150 ergen ölmüş, 13.150 ergen yaralanmıştır. 15-17 yaş arası 179 ergen ölmüş 15.757 ergen yaralanmıştır. 18-20 yaş aralığında ise 275 ergen ölmüş, 26.070 ergen yaralanmıştır (80).

Otomobil ile yapılan kazalar daha küçük yaralanmalar ile sonuçlanabilirken, motosiklet ile yapılan kazalar daha kötü sonuçlara yol açmaktadır ve sonu genellikle ölümdür. Motosiklet için koruyucu başlıklar düşük hızla yapılan kazalarda kafa travmasını azaltırken, orta ve yüksek hızlarda ise kafanın dağılmasını önler. Motosiklet kazalarının en fazla görülen sebepleri ise alkol, çevresel faktörler (yağ sızıntısı, yoldaki tümsek ve engebeler), dikkatsizlik, araba sürücülerinin motosikleti fark edememeleridir. Bisiklet sürücülerinin de içinde olduğu kazalar da genelde dikkatsizlik ile tecrübesizlik durumundan kaynaklanır. Sürücü aracın kontrolünü kaybedip yere düşer. Genelde yaralanmalar yumuşaktır, fakat bazen bunlar ciddi olabilmekte kemik kırılmalarına veya bazı yumuşak doku lezyonlarına yol açmaktadır (81).

Ülkemizde liseye giden öğrencilerle yapılan bir çalışmada öğrencilerin %20,3'ünün hiçbir zaman emniyet kemeri kullanmadığı, bisiklete binen öğrencilerin %96,9'nun koruyucu başlık takmadığı, motosiklete binen öğrencilerin ise %91'inin hiçbir zaman koruyucu başlık takmadığı bulunmuştur (82).

2.2.5. Beslenme Davranışları

Beslenme büyüme, gelişme ve yaşamı sağlıklı şekilde devam ettirebilmek için gerekli besinlerin tüketilmesidir (83).

Çoğu ergende hızlı büyümenin sağlanabilmesi için gerekli kaloringin temin edilebilmesi ile artan enerji ihtiyacını karşılama gereksiniminin bir sonucu olarak iştah artmaktadır (11). Ergenlerde kg/m^2 olarak hesaplanan vücut kitle indeksi (VKİ) yaş ve cinsiyete göre %95 percentilin üzerinde olması fazla kilolu olmayı belirtir. %85-94 percentil arasında olmak ise fazla kilo için risk oluşturmaktadır (11,56). %5 percentilin altı zayıf olarak tanımlanmaktadır (73).

Obezitenin artan sıklığı birden çok faktöre bağlıdır ve aktivite derecesindeki değişimlerle birlikte yeme alışkanlığının özelliğine bağlıdır. Diyet alımının kontrol edilmesi ergenlerin aileden bağımsızlık kazanmak için kullandıkları belki de ilk

eylemlerden biridir. Batı kültürlerinde adölesan kızlar ile genç erişkinlerin çoğunda vücut şekillerinden dolayı beslenmekten hoşnut olmadıkları oldukları rapor edilmiştir (63).

Yeterli ve dengeli beslenme insan yaşamın her döneminde sağlığın temelini oluşturmaktadır. Gençlik dönemi iyi ve kötü alışkanlıkların kazanıldığı dönemlerden biridir. Gençlikte beslenmeyle ilgili yanlış tutumlar, kazanılan yanlış alışkanlıklar o zamanki sağlık düzeyi ve verimliliği azalttığı gibi, ileriki yaşlardaki sağlık ve verimlilik düzeyini de olumsuz yönde etkilemektedir (84).

Çocuklarda beslenmeye bağlı olarak görülen sağlık problemleri bütün dünyada hastalık ve ölüm nedenleri arasında yer alır ve önemli ölçüde hastalık ve ölüme neden olabilmektedir. Ülkemizde okul çağındaki çocuklarda ve gençlerde aşırı zayıflık, şişmanlık, obezite, demir eksikliği anemisi, diğer vitamin ve minerallerin eksikliği, diş çürükleri, akne vulgaris gibi beslenmeye bağlı sağlık problemlerinin sıkça görüldüğü bilinmektedir (87). Beslenme yetersizliğine bağlı anemi ülkemizde önemli bir halk sağlığı sorunudur özellikle de 15-19 yaş arası kızlarda erkeklere göre anemi prevalansı belirgin olarak fazladır (69). Yeme bozuklukları da ergenlerde görülen ve sağlığı etkileyen bir problemdir. Bunlar anoreksiya nervroza ve bulumiya nervroza olup ergen kızlarda daha fazla görüldüğü bilinmektedir (85).

Gelişmiş ülkelerde sebze ve meyvelerle hazırlanan sağlıklı yiyeceklerin yerini atıştırılabilirlik olarak hızlı şekilde hazırlanan yüksek kalorili ve tuzlu fast food tüketimi almıştır ve bu obezite ile dengesiz beslenme sorunlarına neden olmuştur (86).

Ülkemizde yetersiz, yanlış ve dengesiz beslenme özellikle ergenlerin önemli sorunlarından bir tanesi olup büyümenin ve gelişmenin en hızlı olduğu ergenlik döneminde beslenmeye önem verilmesi gerekmektedir.

2.2.6. Fiziksel Aktivite Eksikliği

Fiziksel aktivite, bedenimizin bütün hareketlerini içeren genel tanımdır.

Düzenli fiziksel aktivitede bulunmak ve egzersiz yapmak ergenin sağlıklı büyümesini ve gelişmesini sağlamaktadır (87).

Yürümek, koşmak, bisiklete binmek, yüzmek, baş, omuz, gövde, kol ve bacak hareketleri gibi temel vücut hareketlerinden bir kısmını veya tümünü içeren spor dalları, egzersiz, dans ve oyunlar fiziksel aktivite sayılmaktadır (83).

Son yıllarda ergenlerde fiziksel aktivitede bulunmanın azaldığı, televizyon izleme ve bilgisayar oyunu oynamak gibi pasif aktivitelerin arttığı bilinmekte ve bu durumun önemli bir sorun olduğu belirtilmektedir (88). Yapılan araştırmalara göre Dünya da her dört ergenden sadece biri düzenli olarak egzersiz yapmakta, ülkemizde yapılan Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması (2019) sonucuna göre herhangi bir işte fiziksel aktivite yapmayan 15-17 yaş grubundaki erkeklerin oranı %76.3, kadınların oranı ise %80.2'dir. DSÖ sağlık için fiziksel aktivite önerilerini karşılamayanların dağılımı Türkiye nüfusunda 15 ve üzeri yaş grubunda %37, 19 ve üzeri yaş grubunda %37.6'dır. Bu oranlara cinsiyet açısından bakıldığında 15 ve üzeri yaş grubunda erkeklerin %26.1'i kriterleri karşılamazken kadınlarda ise bu oran %47.8'dir. 19 ve üzeri yaş grubunda ise bu değerler sırasıyla %27.1 erkek, %48 kadındır. DSÖ fiziksel aktivite önerilerini karşılayanların dağılımı yaş grubu ilerledikçe azalmaktadır (89).

Fazla kilolu, obez ve riskli gruptaki ergenlerin sayısı artış göstermekte, düzenli fiziksel aktivitede bulunan ve dengeli beslenen ergenlerin sayısı ise azalmaktadır. Dolayısı ile tip 2 diyabet, hipertansiyon, kardiyovasküler hastalıklar ve hiperlipidemi giderek artmaktadır (90).

Fiziksel aktivitede bulunmak ergenler için iyi bir görünüm kazanma, enerjik ve zinde olma, okul başarısı ve hayat boyu doğru bir alışkanlık kazanmak açısından önemli bir sağlık davranışıdır (91).

Ayrıca fiziksel aktivitenin çocukların normal gelişiminde, metabolizmanın düzenlenmesinde ve kronik hastalıkların önlenmesinde, ideal vücut kitle indeksini sağlayıp korumada, çocukların özgüvenini, arkadaş ve sosyal ortam sayısını artırmada, ruhsal sağlığı korumada ve akademik başarıyı artırma gibi birçok durumda önemli etkisi bulunmaktadır (88).

Yapılan araştırmalar, belli bir amaca yönelik olarak yapılan aktivitelerin ve organize spor aktivitelerine katılmanın ergenin ruh sağlığı açısından olumlu etkilere sahip olduğunu göstermiştir (92).

Fiziksel etkinliklerin birçok koruyucu fonksiyonu bulunmaktadır. Hipertansiyon, diyabet ve kardiyovasküler hastalıklar gibi kronik hastalıklardan korumasının yanı sıra düzenli fiziksel aktivitede bulunanlarda mental hastalık görülme olasılığı daha azdır. Fiziksel olarak aktif olan ergenler, sedanter yaşayan

diğer yaşıtlarına göre daha az anksiyete ve stres yaşarlar, kendilerine güvenleri daha fazladır ve vücut görünüşleri daha iyidir. Ergenlerde cinsiyetler arasında da fiziksel aktivite açısından farklar bulunmaktadır. Çocukluk çağından itibaren ergenlik süresince erkekler kızlardan daha etkin olmaktadır ve ergenlik döneminde her iki cinsiyette de düşüş olmaktadır (93).

Ayrıca egzersiz, iskelet kasında metabolik kapasiteyi, kan akımını, kuvvet ve kontraktileti artırarak, yaralanma riskinde azalmayı sağlamaktadır. Tendon ve bağ dokusu dayanıklılığında artış, eklem stabilitesi ve bu yapıların destek fonksiyonunun güçlenmesi de egzersizin vücuda katkıları arasındadır (94).

Kızlarda ve erkekler arasında fiziksel aktivitede bulunmak adölesan dönem süresince azalma eğilimindedir. Sevilen egzersiz çeşidinin düzenli yapılması ve fiziksel aktivitenin yaşam boyunca alışkanlık haline getirilmesine çalışılmalıdır (63).

2.2.7. Hijyen Eksikliği

Hijyen, insanların hayatında sağlığın korunup geliştirilmesi açısından önemli yer tutmaktadır.

Kişisel hijyen; bireyin sağlığını sürdürebilmesi için yapmış olduğu “öz bakım” davranışlarını içerir. Kişi bu davranışları başkasının yardımı olmadan tek başına yapabilmeli ve aile bunu çocuğa kazandırmalıdır. Fiziksel ve ruhsal sağlık için hijyen aktiviteleri düzenli bir şekilde yapılmalıdır. Okul, toplumun sosyal ve kültürel yapısını etkiler ve öğrencinin sağlığının geliştirilmesinde önemli bir yer tutar. Bu nedenle okul hayatında çocuğa kişisel hijyen eğitimleri verilmeli ve çevreyi temiz tutma alışkanlığı kazandırılmalıdır (88).

Kişisel hijyenin iyilik ve kötülük hali kişiden kişiye değişmektedir. Bireylerin sosyokültürel durumları, ekonomik durumları, eğitim düzeyleri, arkadaş ve sosyal çevresi, ailesinden aldığı hijyen eğitimi, kendi vücutlarıyla ilgili düşünceleri ve kişiliği bu alışkanlığı etkiler. Eğer kişi kendini bakımlı ve güzel olarak görüyorsa hijyen uygulamalarını da bu görünüşün sürekliliğini sağlayacak şekilde uygular (95).

Adölesan dönemdeki hormonal değişimler, hijyen uygulamalarının sıklığını etkilemektedir, bu dönemde terleme arttığından dolayı vücut temizliğine daha çok özen gösterilmelidir (96).

Kişisel hijyen uygulamalarını şu şekilde gruplayabiliriz; Deri temizliği ve bakımı, saç temizliği ve bakımı, yüz göz burun kulak temizliği ve bakımı, el ayak temizliği ve bakımı, ağız diş temizliği ve bakımı, genital bölge temizliği ve bakımı (97).

Sadece görünen kirler olduğunda hijyen uygulamalarını yapmak doğru değildir. Sabah uyanıldığında yüz yıkamak, kıyafetleri değiştirmek gibi günlük uygulamaları da kişisel hijyen uygulaması olarak kabul ederiz (98).

El hijyeni başta olarak vücut hijyeni ve kişisel hijyen, soğuk algınlığı, grip ve diyare gibi viral enfeksiyonların yayılmasını önlemede kilit rol oynar. Diğer bulaşıcı hastalıkların da yayılmasının önlenmesine yardımcı olmaktadır (99).

2.3. AİLE İŞLEVSELLİĞİ

Toplum sisteminin temel yapı taşı olan bireyler ve bireylerin oluşturduğu en temel birim ise ailedir. Kişilerin bedensel ve ruhsal sağlığı için gerekli olan sevgi, şefkat, yakın ilgi ve bakım bulabilecekleri en doğal ortam olan aile ise, toplumsal yaşam açısından önemli işlevleri yerine getirmektedir.

Aile işlevlerinin sağlıklı bir biçimde yerine getirilmesini önleyen problemlerin tanımlanması ailelere verilecek sağlık hizmetlerinin iyi bir şekilde planlanması açısından hayati önem taşır. Bu sebeple sağlık sorunlarını biyopsikososyal boyutlarıyla değerlendiren birinci basamak Aile Hekimliği sağlık hizmetlerinin gerçekçi şekilde yürütülmesi ve kalitesinin artırılabilmesi için ailelerin işlevlerini de sağlıklı bir şekilde yerine getirip getirmediğinin anlaşılması gerekmektedir (100).

Aile, ortak yaşam alanının paylaşıldığı ve barınma ihtiyacının karşılanıp fiziksel durumların ötesinde dünyanın güvenli olarak algılanmasını sağlamaktadır. Satir'e göre yetişkin bir bireyin, bakımına ihtiyaç duyan çocuğun sosyalleşmesini sağlayan ilk yer ailedir (101).

Aile işlevselliği; problem çözme becerileri, iletişim biçimleri, rollerin paylaşılması, duyguların uygun biçimde ortaya çıkması, duygusal içerik ile genel işlevsellik boyutlarıyla değerlendirilmektedir. Aile, toplumun en küçük birimi olarak kabul edilmektedir ve üyelerinin etkileşimleriyle işlev görüp, bir aile üyesinin davranış biçimlerinin diğer aile üyelerini etkilediği bir sistemdir (102).

Aile içindeki ilişkiler, işlevselliğin sağlıklı olup olmadığını değerlendirme açısından önemli bir ölçüttür. Aile içi roller, normlara ve değerlere göre davranışların kontrol edilme şekli aile ilişkilerini oluşturmaktadır. Aile üyeleri arasında içten bir ilginin olması, birbirlerinin davranışlarına uygun tepkiler verebiliyor olmak, ortaya çıkan sorunların aile içerisinde çözülebilir olması ve bunların tamamını kapsayacak şekilde yapıcı iletişime sahip olma, olması gereken özelliklerdir (103). Problemlerini bir araya gelerek çözebilen, birbirlerine duygusal anlamda bağlı ve özgürlüklerini kısıtlamayacak şekilde ilgili, herkesin kendisinden beklenen rolü etkin ve etkili bir şekilde yerine getirebildiği, birbirlerinin davranışlarını aşırıya kaçmayarak kontrol edebilen ve aralarında açık, rahat ve doğrudan bir iletişim bulunan aileler, işlevlerini yerine getiren sağlıklı ya da fonksiyonel aileler olarak tanımlanmaktadır (104).

Yapılan bir araştırmaya göre annenin olgunluğu, stresli yaşam olayları, depresyon, sağlanan sosyal destek, sosyoekonomik seviye, aile kökeni ile aile işlevselliği arasındaki ilişki anlamlı bulunmuştur (105). Yine bir araştırmaya göre aile işlevselliği sağlıklı olmayan ailelerde çocuklar, şiddet eğilimli olabilmektedir (106).

Ergenlik döneminde anne ve baba ile olumsuz ilişkiler yaşamak, ergeni olumsuz etkilemektedir. Buna karşın, anne baba ile kurulan sıcak ve yakın ilişkiler, ergenin bireyselleşmesini sağlamakta ve yaşadığı değişimlere kolay adaptasyon sağlamasına yardımcı olmaktadır. Soğuk ve uzak ilişkiler ile katı tutumlar ise bu dönemi hem ergen için hem de anne baba için daha zorlu bir sürece dönüştürebilir. Aile ortamı fiziksel gereksinimlerin yanında sevilme, değer ve ilgi görme gibi duygusal ihtiyaçların karşılanmasını da sağlamaktadır. Ailede duygusal etkileşimin yeterli olmayışı ergenin yalnızca duygusal gelişimini olumsuz etkilemez, aynı zamanda suça yönelmesine de sebep olabilir (107).

2.4. RSDÖ ÖNLEMEDE AİLE HEKİMİ ROLÜ

Aile hekimi, bütüncül ve kesintisiz sağlık hizmeti sunan, bu konuda uzmanlık eğitimi almış tıp doktorudur. Yaş, cinsiyet, ırk ya da kişinin herhangi bir özelliğine bakılmaksızın kişinin bütün sağlık sorunlarıyla ilgilenir ve sağlıklı dönemlerde de gereken takipleri yapar. Birinci basamak sağlık hizmetlerinin sunulduğu yerlerde çalışarak kişilerin sağlık sistemiyle olan ilk tıbbi temas noktasını oluşturmaktadır.

Bireyin sağlıkla ilgili tüm sorunlarına kapsamlı olarak yaklaşırken biyolojik, psikolojik ve sosyal özellikleri bir bütün olarak değerlendirmektedir. Sunduğu hizmeti kişinin gereksinimlerine göre şekillendirip sorunları sadece bireysel olarak değil, aile ve toplumsal ilişkileri bakımından da ele alır. Aile hekimliği uzmanı ile sorumluluğunu aldığı bireyler arasında sürekliliği olan yakın bir ilişki vardır (37).

Ergenler, aile hekiminin takibinde yer alan, aile ve toplum içerisinde özellikli bir grubu oluşturmaktadır. Aile hekimleri birinci basamak sağlık hizmetini ergenlerin ihtiyaçları doğrultusunda düzenlerler. Ergenlik döneminde meydana gelen büyüme, gelişme ve bedensel değişiklikler, bu değişikliklerden dolayı oluşan ergenin psikolojik kaygıları, vücudun büyümesine bağlı beslenme ihtiyacının da değişmesi, anksiyete, depresyon, intihara eğilim, tütün kullanımı, alkol ile madde kullanımı ve diğer sağlık açısından risk oluşturan davranışlara eğilimi ergenlerde görülebilen sağlık sorunlarıdır. Çoğu zaman bu dönemdeki sağlık problemlerini aile bireyleri ile bile paylaşmayan ergene verilecek sağlık hizmetinin de özellikli olması gerekmektedir (108).

Ergenler, genel olarak toplumdaki sağlıklı kesimini oluşturmaktadır. Çeşitli alışmalar gençlik döneminde hastalığa veya lme sebep olan durumlarda genelde davranış faktörlerinin etkili olduğunu göstermiştir. Bu dönemde kazalar, intihar, cinayet, gebelik, sigara, alkol ile madde kullanımı ilk sırada gelmektedir. Özellikle gelişmekte olan ülkelerde hızlı bir şehirleşme ile endüstrileşme yaşanmakta, bu durum ergen sorunlarını etkilemektedir. Günümüzde toplumsal değişimler hızlı haberleşme ve kitle iletişim araçlarının etkisiyle çok hızlı bir şekilde olmaktadır. Bu nedenle toplumsal yapı hızlı bir değişime uğramakta ve alışkanlıklar değişmektedir, bu durumdan en fazla kendine yeni bir kimlik oluşturmaya çabalayan gençler etkilenmiştir (109).

Riskli sağlık davranışlarını önlenebilmesi ve sosyal desteğin iyileştirilebilmesi için aile hekimleri aktif rol almalıdır. Ebeveynlere ocuk ve ergen bakımı ile ergenlik döneminde olan değişimler ve sosyal gereksinimler hakkında eğitim verilmesi gibi konularda sağlık politikalarına etkin olarak katılması önem arz etmektedir.

Ergenlerde görülen şiddet olayları devamlı olarak değerlendirilmeli, stresle başa çıkma, öfke kontrolü, çatışma ve problem çözme gibi konularda destek olup

eğitimler verilmelidir (110). Yurt dışında liseye giden kız öğrencilerle yapılan bir çalışmada öğrencilere stres yönetimi eğitimi verdikten sonra eğitim verilen grupta stresin azalıp akademik başarının ise arttığı belirlenmiştir (111). Ergenlere günlük problemler ile baş etmek için destek olunmalı, aile ve okul yönetimi ile işbirliği içinde olunmalı (112) ve aile hekimleri aktif rol almalıdır.

Ergenler arasında sigara, alkol ve madde kullanımının önlenmesi için gereken politikaların geliştirilmesi, cinsel yolla bulaşan hastalıkların önlenmesi için gerekli eğitimlerin verilmesinde sağlık kurum ve kuruluşlarının da içinde bulunduğu birden çok kurum ve kuruluşun desteği gerekmektedir (113).

Ülkemizde, ergenlerin sağlıklı yetişebilmeleri için erken tanı ve tedavi önemli olup özellikle aile hekimlerinin ergen sağlığının korunması ve geliştirilmesinde yaptığı takipler oldukça önemlidir (114).

3. GEREÇ ve YÖNTEM

Kesitsel tipte olan bu tez çalışması, 1 Temmuz 2022 – 31 Ağustos 2022 tarihleri arasında Adana ilinde bulunan Köprülü Kışla Aile Sağlığı Merkezi'nde kayıtlı 221 (15-18 yaş arasındaki) birey ile yürütüldü.

Çalışmaya başlamadan önce Sağlık Bilimleri Üniversitesi Adana Şehir Hastanesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'nun 09.06.2022 tarihli ve 1977 sayılı onayı alındı. Çalışma, başından sonuna kadar Helsinki deklarasyonuna uygun olarak yürütüldü.

Araştırmaya katılan bütün katılımcılara, çalışmanın amacı, yöntemi ve hedefleri hakkında bilgi verilerek, katılımcılardan yazılı onam formu alındı.

Çalışma evreni Adana İli'ne bağlı Köprülü Kışla ASM'ye kayıtlı 15-18 yaş arası bireylerdir. Toplumda prevalansı %50 olarak kabul edilen riskli sağlık davranışları için bu araştırmada 1212 kişilik evrenden yeterli örneklem büyüklüğü (%80 güç %5 hata payı %90 güven aralığı) Epi-info programına göre 221 kişi olarak hesaplanmıştır.

Buna göre, araştırma süresince bu Aile Sağlığı Merkezi'ne gelen 15-18 yaş arasındaki bireylerle görüşme yapıldı ve çalışmaya katılmayı kabul edenler çalışmaya dahil edilerek 221 katılımcıyla görüşme sağlandı.

Çalışmaya dahil edilme kriterleri;

- Gönüllü olmak,
- 15-18 yaş arasında olup birinci basamakta takipli olmak olarak belirlendi.

Çalışmadan dışlanma kriterleri ise;

- Katılmayı reddetmek
- Araştırmaya dahil olmaktan vazgeçmek
- Mental durum bozukluğu olması ve/veya iletişim kurulamaması olarak belirlendi.

Anketin anlaşılabilirlik ve uygulanabilirliğini değerlendirmek amacıyla 10 kişiden oluşan bir örneklem ile pilot çalışma yapıldı, katılımcılardan gelen öneriler ile ankete son hali verildi ve her birey için veri toplama süresi ortalama 20 dakika kadar zaman aldı.

Araştırmaya katılan bütün katılımcılara araştırmanın amacı, nasıl yapılacağı, kullanılan formlar hakkında bilgi verilerek onamları alındı.

Katılımcılarla yüz yüze görüşme tekniği kullanılarak veri toplama formu dolduruldu.

Katılımcıların sosyodemografik verileri kaydedildikten sonra sağlık hizmet kullanımı yönünden verileri, özgeçmiş, aile-akran-okul hakkında bilgi tutum soruları soruldu. Ardından Riskli Sağlık Davranışları Ölçeği, Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları mevcut olan Aile APGAR Ölçeği ve sigara içen bireylere Fagerström Nikotin Bağımlılık Ölçeği uygulandı.

Hazırlanan veri formunun sosyodemografik veriler kısmında; yaşları, cinsiyetleri ve kaç kardeş oldukları kaydedildi. Katılımcılar eğitim durumlarına göre üç gruba ayrıldı. Eğitim almayanlar ile ilkökul ve ortaokul mezunları, liseye devam edenler ile lise mezunları ve üniversiteye gidenler şeklinde gruplandırıldı.

Katılımcıların çalışma durumları dört gruba ayrılarak incelendi. Çalışmayıp okula gidenler, çalışıp okula gidenler, çalışıp okula gitmeyenler, çalışmayıp okula gitmeyenler şeklinde gruplandırıldı.

Katılımcıların aile yapısı çekirdek ve geniş aile olarak gruplandırıldı, ebeveynlerin medeni durumları, hayatta olup olmadıkları ve ebeveynlerin öz olup olmadıkları soruldu. Katılımcıların aile yaşam şekilleri anne, baba ve çocuklar birlikte yaşayanlar ile anne veya baba yada her ikisinden ayrı yaşayan şeklinde gruplandırıldı. Katılımcıların ebeveynlerinin eğitim düzeyleri eğitim almamış, ilkökul, ortaokul, lise, üniversite şeklinde beş grupta sorgulanarak kaydedildi. Katılımcıların ebeveynlerinin gelir durumları üç gruba ayrılarak incelendi. Birinci grubu ekonomik düzeyi düşük (<5550 TL) kişiler, ikinci grubu ekonomik düzeyi orta (5550-11100 TL) kişiler ve üçüncü grubu ise ekonomik düzeyi yüksek (>11100 TL) kişiler oluşturmaktaydı. Katılımcıların göç durumu ve göç ettilerse nereden göç ettikleri sorgulanıp kaydedildi. Ayrıca katılımcılara kendilerine ait odaları olup olmadığı sorgulanarak kaydedildi.

Katılımcıların sağlık yönünden verileri bölümünde; antropometrik ölçümleri boy ve kilo olarak kaydedilerek, vücut kitle indeksleri hesaplandı. Katılımcılarda tanı almış bedensel hastalık bulunma durumu, katılımcıların sigara kullanma durumları sorgulandı. Sigara kullanan bireylere Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi uygulandı,

test puanları hesaplanarak belirtildi. Katılımcıların ayrıca alkol kullanma durumları sorgulandı.

Katılımcıların sağlık hizmet kullanımı yönünden verileri kısmında; son bir yılda acil servis başvuruları ve hastanede yatarak tedavi görme günleri sorgulanıp kaydedildi.

Katılımcılara aile-akran ve okul hakkındaki tutum ve düşüncelerini belirlemek amacıyla 5’li Likert tipi 12 soru soruldu.

Katılımcıların riskli sağlık davranışlarını belirleyebilmek için Riskli Sağlık Davranışları Ölçeği, aile işlevselliğini belirleyebilmek için Aile APGAR Ölçeği uygulandı. Çalışmamızın anket formu katılımcılara yöneltilen toplamda 82 sorudan oluşuyordu.

3.1. ARAŞTIRMADA KULLANILACAK ÖLÇEKLER

3.1.1 Riskli Sağlık Davranışları Ölçeği

15-18 yaş arasındaki gençlerin riskli sağlık davranışlarını belirlemek için Çimen ve Savaşer tarafından 2003 yılında geliştirilen 1-5 arası puanlanan Likert tipi bir ölçek olup, bireyden sağlık davranışlarını günlük yaşamda uygulama sıklığına göre ifade edilebilmesi için “1=Hiç bir zaman, 2= Oldukça seyrek, 3= Bazen, 4= Çoğunlukla ve 5=Hemen her zaman” seçeneklerinden birini seçerek işaretlemesi istenen 35 maddeden oluşmaktadır. Ölçeğin 5 alt boyutu bulunmaktadır. Ölçek Psikososyal (13, 14, 15, 16, 24, 26, 28, 29, 30, 32), Beslenme (1, 2, 3, 4, 5, 6, 9, 10, 11, 12, 27), Fiziksel aktivite (22, 23, 25, 31), Hijyen (7, 8, 17, 18, 19) ve Madde kullanımı (20, 21, 33, 34) olmak üzere beş alt boyuttan oluşmakta ve maddelerden 1, 2, 4, 5, 6, 7, 8, 10, 12, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 22, 23, 25’ e verilen puanlar ters çevrilmektedir. Yanıt 1 ise 5, 5 ise 1; 2 ise 4, 4 ise 2 olacak şekilde yeniden puanlanır. Puanı 3 olanlar değişmemektedir. Diğer maddelerin puanları ise aynen alınmaktadır ve 35. madde herhangi bir alt boyuta girmemekte ancak toplam puanın hesaplanmasında yer almaktadır. Toplam ölçek ve alt boyutların madde puanları toplanarak 35-175 arasında ham puan elde edilir. Ölçek toplam ham puanı mutlak değer cinsinden 100’e çevrilerek 20-100 arasında ölçek puanı elde edilir. Ölçekten ve ölçeğin alt boyutlarından alınan toplam puanların yüksek oluşu bireyin riskli sağlık davranış puanının yüksek, yani kişilerin riskte olduğunu, puanların düşük oluşu ise

riskli sağlık davranışları puanının düşük, diğer bir ifadeyle sağlık davranışlarının iyi olduğu anlamına gelmektedir. RSDÖ için Cronbach alfa değeri 0.86, alt boyutlardan beslenme boyutu için 0.75, fiziksel aktivite boyutu için 0.52, psikososyal boyutu için 0.75, hijyen boyutu için 0.65, madde kullanımı boyutu için 0.60 olarak bildirilmiştir (115).

3.1.2. Aile APGAR Ölçeği

Aile işlevselliğini ölçmek için birçok yöntem vardır. Aile işlevlerini pratik olarak değerlendirmeyi sağlayan araçlardan birisi de Smilkstein'in geliştirdiği Family APGAR'dır. Ölçeğin Türkçe geçerlilik güvenirlik çalışması, 2011 yılında Özcan ve arkadaşları tarafından yapılmıştır. Bu ölçek hekimlere kişilerin aile işlevi hakkında hızlı bir şekilde fikir edinebilme imkanı sağlayan bir tarama testidir. Kişilerin ailelerinin işlevselliği ile ilgili algılarını ve tutumlarını kapalı uçlu 5 soru ile değerlendirebilmeyi sağlayan bu ölçek aile işlevselliğindeki eksiklik ve zayıflıkları anlamaya, bu konudaki problemlere odaklanmaya yardımcı olmayı sağlamaktadır. Aile işlevselliği sıralanan 5 parametrede; uyum sağlama (adaptation), ortaklık (partnership), gelişme (growth), duygulanım (affection), karar verme (resolve) incelemektedir. APGAR kelimesi bu parametrelerin her birinin baş harfinden oluşmaktadır. Ölçekteki her bir parametre için memnuniyetin sıklığını ifade eden üç farklı seçenek bulunmaktadır. Bunlar 0 (neredeyse hiçbir zaman), 1 (bazen) ve 2 (neredeyse her zaman) olacak şekilde sıralanır. Ölçekteki her bir parametreden alınan puanlar toplanarak, toplam puan elde edilir. Alınabilecek puan aralığı 0 ile 10 arasında olmaktadır. Alınan puanın yüksek olması aile işlevselliği memnuniyetinin göstergesidir. Değerlendirme sonucunda alınan puana göre aile işlevselliği 7-10 'aile fonksiyonları yüksek', 4-6 'orta derecede disfonksiyonel', 0-3 'ağır derecede disfonksiyonel' olarak tanımlanmaktadır (116).

3.1.3. Fagerström Nikotin Bağımlılığ Testi

Fagerström Nikotin Bağımlılığ Testi sigaraya fiziksel bağımlılığın derecesini saptamak amacı ile Fagerström tarafından geliştirilmiştir. Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması Uysal ve ark. (2004) tarafından yapılmıştır. Güvenirlik analizinde ölçeğin Cronbach alfa değeri 0,56 olarak hesaplanmıştır. Ölçek her biri

farklı puanlar alan 6 sorudan oluşmaktadır. Ölçekten alınabilecek puan aralığı 0-10 arasında olmaktadır. Ölçekten alınan toplam puana göre 0-3 puan hafif nikotin bağımlısı, 4-6 puan orta nikotin bağımlısı, 7-10 şiddetli nikotin bağımlısı olarak üç grupta incelenmiştir (117).

3.2. İSTATİSTİKSEL ANALİZ

Bu çalışma gözlemsel tipte tanımlayıcı kesitsel bir araştırmadır. Veriler SPSS 26.0 programında analiz edilmiştir. Katılımcıların sosyodemografik verileri, sağlık hizmet kullanımı yönünden verileri, çalışmada kullanılan ölçeklerden aldıkları puanlarla ilgili tanımlayıcı istatistikler yapıldı. Sürekli değişkenler ortalama±standart sapma ve en küçük-en büyük olarak, kategorik değişkenler sayı ve yüzde olarak ifade edildi. Çalışma verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metodlar (Ortalama, Standart Sapma, Medyan, Frekans, Oran, Minimum, Maksimum) dışında niceliksel verilerin karşılaştırılmasında normal dağılım gösteren parametrelerin iki grup karşılaştırmalarında Student t Testi, normal dağılım göstermeyen parametrelerin iki grup karşılaştırmalarında ise Mann Whitney U testi kullanıldı. İki'den fazla grup arasındaki karşılaştırmalarda One Way Anova ve Post-hoc Tukey testi kullanıldı. Sayısal veriler arasındaki ilişkilerin değerlendirilmesinde Spearman's Korelasyon Analizi kullanılmıştır. P değeri <0,05 olduğu durumlarda aradaki fark anlamlı kabul edildi.

4. BULGULAR

Kesitsel tipte bu araştırma, Köprülü Kışla ASM'ye 1 Temmuz-31 Ağustos 2022 tarihleri arasında başvuran 221 kişi ile yürütüldü. Çalışmaya katılanların %46,6'sı erkek (n=103), %53,4'ü kız (n=118)'dir. Katılımcıların eğitim durumuna bakıldığında %10'u (n=22) eğitim almayanlar ile ilkokul ve ortaokul mezunları oluştururken, %75,5'ini(n=167) liseye devam edenler ile lise mezunları oluşturmakta ve %14,5'u (n=32) üniversiteye başlamış olanlar oluşturmaktaydı. Katılımcıların çalışma durumlarına bakıldığında; %67,9'u (n=150) çalışmayıp lise, üniversite veya çıraklık okuluna gidenler, %16,3'ü (n=36) çalışıp lise, üniversite veya çıraklık okuluna gidenler, %7,2'si (n=16) çalışıp lise, üniversite veya çıraklık okuluna gitmeyenler, %8,6'sı (n=19) çalışmayıp lise, üniversite veya çıraklık okuluna gitmeyenler oluşturmaktaydı.

Tablo 7. Katılımcıların sosyodemografik özellikleri

Sosyodemografik özellikler (n=221)		n	%
Cinsiyet	Kız	118	53,4
	Erkek	103	46,6
Eğitim durumu	Eğitim almayanlar ile ilkokul ve ortaokul mezunları	22	10
	Liseye devam edenler ile lise mezunları	167	75,5
	Üniversiteye gidenler	32	14,5
Çalışma durumu	Çalışmayıp okula gidenler	150	67,9
	Çalışıp okula gidenler	36	16,3
	Çalışıp okula gitmeyenler	16	7,2
	Çalışmayıp okula gitmeyenler	19	8,6

Katılımcıların yaş durumlarına bakıldığında; en az 15, en çok 18 yaş idi ortalama değeri ise 16,7 idi. Katılımcıların kardeş sayısı en az 0, en çok 9, ortalama değeri 2,2 idi. Katılımcıların kardeş sayısına bakıldığında; %4,5'unun (n=10) hiç kardeşi yoktu, %63,3'ünün (n=140) 1-2 kardeşi vardı, %32,1'inin (n=71) ise 3 ve daha fazla kardeşi bulunmaktaydı.

Tablo 8. Katılımcıların yaş, kardeş sayısı tablosu

(n=221)	Ort.±SS*	En az- En çok
Yaş	16,7±1,1	15-18
Kardeş sayısı	2,2±1,5	0-9

Tablo 9. Katılımcıların kardeş sayıları

Katılımcıların kardeş sayıları	n=221	n	%
	Hiç kardeşi olmayan	10	4,5
	1-2 kardeşi olanlar	140	63,3
	3 ve üzeri kardeşi olanlar	71	32,1

Katılımcıların aile yapısına bakıldığında %82,8'i (n=183) çekirdek aile iken %17,2'si (n=38) geniş aileden oluşmaktaydı. Ebeveynlerin medeni durumu %90,5 i (n=200) evli iken %9,5'u (n=21) boşanmış idi. Katılımcıların babalarının %95,9'u (n=212) hayatta iken %4,1'i (n=9) hayatını kaybetmişti. Babaların %99,1'i (n=219) öz iken %0,9'u (n=2) üveydir. Katılımcıların annelerinin %99,1'i (n=219) hayatta iken %0,9'u (n=2) hayatta değildir. 221 katılımcının annelerinin hepsi özdü.

Katılımcıların ebeveynlerinin eğitim düzeylerine bakıldığında; katılımcıların annelerinin %16,3'ü (n=36) eğitim almamış, %25,3'ü (n=56) ilkokul mezunu, %13,6'sı (n=30) ortaokul mezunu, %22,2'si (n=49) lise mezunu, %22,6'sı (n=50) üniversite mezunu idi. Katılımcıların babası ise %7,2'si (n=16) eğitim almamış, %32,1'i (n=71) ilkokul mezunu, %14,9'u (n=33) ortaokul mezunu, %24,9'u (n=55) lise mezunu, %20,8'i (n=46) üniversite mezunu idi.

Katılımcıların ebeveynlerinin gelir düzeylerine bakıldığında %38,9'u (n=86) düşük gelire sahipti. %27,1'i (n=60) orta düzeyde gelire sahipti. %34'ü (n=75) ise yüksek düzey gelire sahipti. Katılımcıların göç durumlarına bakıldığında %34,8'i (n=77) daha önce göç ettiğini belirtti. Katılımcıların %65,2'si (n=144) ise daha önce göç etmediğini belirtti.

Tablo 10. Katılımcıların ailelerine yönelik sosyodemografik veriler

Sosyodemografik özellikler (n=221)	n	%
Aile yapısı	Çekirdek aile	183
	Geniş aile	38
Ebeveynlerin medeni durumu	Evli	200
	Boşanmış	21
Baba	Hayatta	212
	Hayatta değil	9
Baba	Öz	219
	Üvey	2
Anne	Hayatta	219
	Hayatta değil	2
Anne	Öz	221
Annenin eğitim durumu	Eğitim almamış	36
	İlkokul	56
	Ortaokul	30
	Lise	49
	Üniversite	50

Tablo 10'un devamı

Babanın eğitim durumu	Eğitim almamış	16	7,2
	İlkokul	71	32,1
	Ortaokul	33	14,9
	Lise	55	24,9
	Üniversite	46	20,8
Ebeveyn gelir düzeyi	Düşük	86	38,9
	Orta	60	27,1
	Yüksek	75	34,0
Göç durumu	Evet	77	34,8
	Hayır	144	65,2

Katılımcıların aile yaşam şekline bakıldığında; %83,7'si (n=185) anne, baba ve çocuklar birlikte olarak yaşarken, %12,2'si (n=27) anne ile birlikte yaşamakta, %2,7'si (n=6) baba ile yaşamakta, %0,9'u (n=2) akrabalar ile yaşarken, %0,5'u (n=1) ise sadece kardeşleri ile yaşamaktaydı.

Tablo 11. Katılımcıların aile yaşam şekilleri

Katılımcıların aile yaşam şekilleri		n	%
	Anne, baba ve çocuklar birlikte	185	83,7
	Anne veya baba ya da her ikisinden ayrı yaşayan	36	16,3

Katılımcıların göç ettikleri yerlere bakacak olursak %14'ü (n=31) köyden göç etmişti. %6,3'ü (n=14) kasaba veya ilçe merkezinden göç etmişti. %14,5'i (n=32) ise il merkezinden göç etmişti.

Tablo 12. Katılımcıların göç ettikleri yerler

(n=77)		n	%
Göç edilen yerleşim yeri şekli	Köy	31	14
	Kasaba/İlçe merkezi	14	6,3
	İl merkezi	32	14,5

Katılımcıların kendilerine ait odaları olup olmadığı sorgulandı. %69,7'unun (n=154) kendine ait odası bulunmaktaydı. %30,3' ünün (n=67) ise kendine ait odası yoktu.

Tablo 13. Katılımcıların kendilerine ait odalarının bulunma durumu

(n=221)		n	%
Kendine ait oda olma durumu	Evet	154	69,7
	Hayır	67	30,3

Katılımcıların vücut kitle indekslerine bakıldığında, minimum 14,2 kg/m², maksimum 37,1 kg/m² olup ortalaması 22,1 olup standart sapması 3,7’dir.

Tablo 14. Katılımcıların VKİ tablosu

(n=221)	Ort.±SS*	Minimum-Maksimum
VKİ *	22,1±3,7	14,2-37,1

*Vücut Kitle İndeksi

Katılımcıların tanı almış bedensel hastalıkları sorgulandığında; %4,5’unun (n=10) tanı almış bedensel hastalığı bulunurken %95,5’unda (n=211) tanı almış bedensel hastalık bulunmamaktaydı. Katılımcıların sigara kullanma durumları sorgulandığında; %19’u (n=42) sigara kullanırken, %81’i (n=179) sigara kullanmıyordu. Katılımcıların alkol kullanma durumlarına bakıldığında; %81’i (n=179) alkol kullanmadığını belirtirken, %19’u (n=42) alkol kullandığını belirtti. Alkol kullanma durumları ayrıntılı incelendiğinde; %81’i (n=179) alkolü hiçbir zaman kullanmadığını, %4,5’u (n=10) alkolü sadece düğün, toplantı gibi ortamlarda aldığını, %13,1’i (n=29) sadece arkadaşları ile birlikteyken alkol aldığını, %1,4’ü (n=3) yalnız olduğu zamanlarda da alkol aldığını belirtti.

Tablo 15. Katılımcılarda tanı almış bedensel hastalık bulunma verileri

(n=221)		n	%
Bedensel hastalık durumu	Evet	10	4,5
	Hayır	211	95,5
Sigara kullanma durumu	Evet	42	19
	Hayır	179	81
Alkol kullanma durumu	Evet	42	19
	Hayır	179	81

Katılımcıların Fagerström puanlarına bakıldığında sigara kullanan 42 kişinin ortalama test puanı 2,81 bulunmuştur. Katılımcıların %13,1’i (n=29) hafif nikotin bağımlısı, %4,5’i (n=10) orta düzeyde nikotin bağımlısı, %1,4 (n=3) kişi ise şiddetli nikotin bağımlısı olarak sınıflandırılmıştır.

Tablo 16. Katılımcıların Fagerström ölçeğine göre sigara bağımlılık durumları

Fagerström ölçeği(n=42)	n	%
Hafif nikotin bağımlısı	29	69,0
Orta derece nikotin bağımlısı	10	23,8
Şiddetli nikotin bağımlısı	3	7,1

Tablo 17. Katılımcıların alkol kullanma durumlarının ayrıntılı verileri

Sosyodemografik özellikler (n=221)	n	%
Hiç kullanmıyorum	179	81,0
Sadece düğün toplantı gibi ortamlarda	10	4,5
Sadece arkadaşlarımla olduğumda	29	13,1
Yalnız olduğumda da alkol alırım	3	1,4

Katılımcıların son 12 ayda acil servise başvurma durumlarına baktığımızda; %37,6'sının (n=83) acil servise başvurusu bulunmaktaydı. %62,4'ü (n=138) ise son 12 ayda acil servise hiç başvurmamıştı. Acil servise başvurusu olanlar en az 1 kez, en çok 8 kez başvurmuştu. Ortalama başvuru 2,0 olup standart sapması 1,3'tür. Başvurusu bulunanlardan bir kez başvuranlar %39,8 (n=33) iken iki kez başvuranlar %33,7 (n=28), üç ve üzeri kez başvuranlar ise %26,5 (n=22) olarak bulunmuştur.

Katılımcıların son 12 ayda hastanede yatarak tedavi alma durumlarına baktığımızda; %8,6'sı (n=19) hastanede yatarak tedavi gördüğünü belirtirken, %91,4'ü (n=202) hastanede yatarak tedavi görmediğini belirtti. Hastanede yatarak tedavi görenler ise en az 1 gece en çok 5 gece tedavi görmüştü. Ortalaması 1,7'ydi, standart sapması 1,3'tü. 1 gece yatarak tedavi görenler %68,4 (n=13) iken 2 gece ve üzeri yatarak tedavi görenler ise %31,6 (n=6) olarak bulundu.

Katılımcıların aile akran ve okul hakkındaki tutumu beşli likert (1 kesinlikle katılmıyorum, 5 kesinlikle katılıyorum) sistemiyle sorgulandığında; katılımcıların ailesinin zararlı olduğu şeyleri arkadaşı isterse düşünmeden gerçekleştirme durumu ortalama puanı $1,5 \pm 0,7$ ve test değeri olarak alınan 3 puana göre anlamlı olarak düşük saptandı ($t=-28,829$, $p=0,000$). Katılımcıların ailesine söylemediği sırlarını arkadaşlarına rahatça anlatabilme durumu ortalama puanı $2,7 \pm 1,1$ ve test değeri olarak alınan 3 puana göre anlamlı olarak düşük saptandı ($t=-3,641$ $p=0,000$). Arkadaşlarının yanında ailesinin yanında olduğundan daha rahat hissetme durumu ortalama puanı $2,8 \pm 1,1$ ve test değeri olarak alınan 3 puana göre istatistiksel olarak anlamlı saptanmadı ($t=-1,412$ $p=0,159$). Ailesinden görmediği ilgi ve sevgiyi arkadaşlarından görme durumu ortalama puanı $2,0 \pm 1,0$ ve test değeri olarak alınan 3 puana göre anlamlı olarak düşük saptandı ($t=-13,953$ $p=0,000$). Arkadaşlarının kendisi hakkındaki fikirlerini önemseme durumu ortalama puanı $3,1 \pm 1,0$ ve test değeri olarak alınan 3 puana göre anlamlı olarak yüksek saptandı ($t=2,576$ $p=0,011$). Katılımcıların ailesinin kendilerinin fikirlerine saygı göstermemesinin kendilerini arkadaşları ile daha fazla vakit geçirmeye itme durumu ortalama puanı $2,8 \pm 1,2$ ve

test değeri olarak alınan 3 puana göre istatistiksel olarak anlamlı saptanmadı ($t=-1,648$ $p=0,101$). Karşı cins ile ilgili merak ettiklerini ailesine sormanın arkadaşlarına sormaktan daha fazla utanç verme durumu ortalama puanı $2,9\pm1,2$ ve test değeri olarak alınan 3 puana göre istatistiksel olarak anlamlı saptanmadı ($t=-1,119$ $p=0,265$). Bu sorulara verilen cevapların puan ortalamasının yüksek oluşu riskin de yüksek olduğunu ifade etmekteydi.

Tablo 18. Katılımcıların aile-akran-okul hakkındaki tutumları

Katılımcıların aile akran ve okul hakkındaki tutumu (n=221)	Ort. $\pm$ SS	Tek Örneklemli t testi, Test Değeri 3,0	
		t**	p
Ailesinin zararlı olduğunu düşündüğü şeyleri arkadaşı isterse düşünmeden gerçekleştirme	1,5 $\pm$ 0,7	-28,829	0,000 [†]
Ailesine söylemediği sırlarını arkadaşlarına rahatça anlatabilme	2,7 $\pm$ 1,1	-3,641	0,000 [†]
Arkadaşlarının yanında ailesinin yanında olduğundan daha rahat hissetme	2,8 $\pm$ 1,1	-1,412	0,159
Ailesinden görmediği ilgi ve sevgiyi arkadaşlarından görme	2,0 $\pm$ 1,0	-13,953	0,000 [†]
Arkadaşlarının kendisi hakkındaki fikirlerini önemseme	3,1 $\pm$ 1,0	2,576	0,011
Ailesinin kendilerinin fikirlerine saygı göstermemesinin kendilerini arkadaşları ile daha fazla vakit geçirmeye itme durumu	2,8 $\pm$ 1,2	-1,648	0,101
Karşı cins ile ilgili merak ettiklerini ailesine sormanın arkadaşlarına sormaktan daha fazla utanç verme durumu	2,9 $\pm$ 1,2	-1,119	0,265

** Tek Örneklemli t testi, test değeri 3,0 alınmıştır. [†] $p<0,01$. Katılımcıların sorulara verdiği cevaplar 1: Hiç 5: Çok fazla 5'li Likert tipi olarak puanlanmıştır.

Katılımcıların aile akran ve okul hakkındaki tutumu beşli likert (1 kesinlikle katılmıyorum, 5 kesinlikle katılıyorum) sistemiyle sorgulandığında; okulda genellikle başarılı bir öğrenci olduğunu düşünme durumu ortalama puanı $3,4\pm0,9$ ve test değeri olarak alınan 3 puana göre anlamlı olarak yüksek saptandı ($t=7,075$ $p=0,000$). Ailemin aylık gelirinin ihtiyaçlarımı karşılama durumu ortalama puanı $3,2\pm1,2$ ve test değeri olarak alınan 3 puana göre anlamlı olarak yüksek saptandı ($t=3,290$ $p=0,001$). Ev ortamında fikirlerinin önemsenme durumu ortalama puanı $3,2\pm1,0$ ve test değeri olarak alınan 3 puana göre anlamlı olarak yüksek saptandı ($t=3,985$ $p=0,000$). Evde tek başına kalabileceği bir alana sahip olma durumu ortalama puanı $3,5\pm1,1$ ve test değeri olarak alınan 3 puana göre anlamlı olarak yüksek saptandı ($t=6,973$ $p=0,000$). Arkadaşları tarafından sevildiğini düşünme durumu ortalama puanı $3,6\pm1,0$ ve test değeri olarak alınan 3 puana göre anlamlı

olarak yüksek saptandı ($t=8,909$ $p=0,000$). Bu sorulara verilen cevapların puan ortalamasının yüksek oluşu riskin düşük olduğunu ifade etmekteydi.

Tablo 19. Katılımcıların aile-akran-okul hakkındaki tutumları

Katılımcıların aile akran ve okul hakkındaki tutumu (n=221)	Ort.±SS	Test Değeri 3,0	
		t**	p
Okulda genellikle başarılı bir öğrenci olduğunu düşünme	3,4±0,9	7,075	0,000 [†]
Ailemin aylık gelirinin ihtiyaçlarımı karşılama durumu	3,2±1,2	3,290	0,001 [†]
Ev ortamında fikirlerinin önemseneceği durumu	3,2±1,0	3,985	0,000 [†]
Evde tek başına kalabileceği bir alana sahip olma durumu	3,5±1,1	6,973	0,000 [†]
Arkadaşları tarafından sevildiğini düşünme durumu	3,6±1,0	8,909	0,000 [†]

** Tek Örneklemli t testi, test değeri 3,0 alınmıştır. [†] $p<0,01$ Katılımcıların sorulara verdiği cevaplar 1: Hiç 5: Çok fazla 5'li Likert tipi olarak puanlanmıştır.

Katılımcıların Aile APGAR'ına göre puan ortalamaları $6,6\pm2,6$ iken katılımcıların %13,6'sı ($n=30$) ağır derecede disfonksiyonel aile işlevselliğine, %29,9'u ($n=66$) orta düzey disfonksiyonel aile işlevselliğine, %56,6'sı ($n=125$) fonksiyonel aile işlevselliğine sahiptir.

Tablo 20. Katılımcıların Aile APGAR ölçeğine göre sınıflandırılması

APGAR	n=221	%
Ağır derecede disfonksiyonel	30	13,6
Orta düzey disfonksiyonel aile	66	29,9
Aile fonksiyonları yüksek	125	56,6

Katılımcıların Riskli Sağlık Davranışları Ölçeği'ne göre ölçekten aldıkları toplam puan ortalaması $43,3\pm8,3$ 'tür. Ölçeğin 5 alt boyutundan alınan puanlara bakıldığında; psikososyal alt boyuttan alınan puan ortalaması $40,1\pm9,7$ 'dir. Beslenme alt boyutundan alınan puan ortalaması $53,3\pm10,7$ 'dir. Fiziksel alt boyutundan alınan puan ortalaması $55,6\pm16,5$ 'tir. Hijyen alt boyutundan alınan puan ortalaması $33,5\pm16,7$ 'dir. Madde kullanımı alt boyutundan alınan puan ortalaması $27,4\pm11,1$ 'dir.

Tablo 21. Katılımcıların Riskli Sağlık Davranışları Ölçeği'nden aldıkları puanlar

(n=221)	Ort.±SS	Alınabilecek alt ve üst değer
Psikososyal	40,1±9,7	20-100
Beslenme	53,3±10,7	20-100
Fiziksel Aktivite	55,6±16,5	20-100
Hijyen	33,5±16,7	20-100
Madde kullanımı	27,4±11,1	20-100
Toplam RSDÖ	43,3±8,3	20-100

RSDÖ: Riskli Sağlık Davranışları Ölçeği

Katılımcıların aile akran ve okul hakkındaki tutumu cinsiyete göre karşılaştırıldığında; Ailesinin zararlı olduğu şeyleri arkadaşı isterse düşünmeden gerçekleştirme durumu ile cinsiyet arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı ($t=-1,606$ $p=0,110$). Ailesine söylemediği sırlarını arkadaşlarına rahatça anlatabilme durumu ortalama puanı erkeklerde ($2,4\pm1,2$) kızlara ($2,9\pm1,0$) göre anlamlı olarak düşüktü ($t=-3,387$, $p=0,001$). Arkadaşlarının yanında ailesinin yanında olduğundan daha rahat hissetme durumu ile cinsiyet arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı. Ailesinden görmediği ilgi ve sevgiyi arkadaşlarından görme durumu ortalama puanı erkeklerde ($1,9\pm0,9$) kızlara ($2,1\pm1,0$) göre anlamlı olarak düşüktü ($t=-2,103$, $p=0,037$). Arkadaşlarının kendisi hakkındaki fikirlerini önemseme durumu ortalama puanı erkeklerde ($2,9\pm0,9$) kızlara ($3,3\pm1,0$) göre anlamlı olarak düşüktü ($t=-2,849$, $p=0,005$). Ailesinin kendilerinin fikirlerine saygı göstermemesinin kendilerini arkadaşları ile daha fazla vakit geçirmeye itme durumu ortalama puanı erkeklerde ($2,6\pm1,1$) kızlara ($3,0\pm1,2$) göre anlamlı olarak düşüktü ($t=-3,030$, $p=0,003$). Karşı cins ile ilgili merak ettiklerini ailesine sormanın arkadaşlarına sormaktan daha fazla utanç verme durumu ortalama puanı erkeklerde ($2,6\pm1,1$) kızlara göre ($3,1\pm1,2$) anlamlı olarak düşüktü ($t=-2,928$, $p=0,004$).

Tablo 22. Katılımcıların cinsiyete göre aile, akran ve okulla ilgili tutumlarının kıyaslanması

n=221	Erkek, (n=103) Ort.±SS	Kız, (n=118) Ort.±SS	t *	p
Ailesinin zararlı olduğunu düşündüğü şeyleri arkadaşı isterse düşünmeden gerçekleştirme	1,4±0,7	1,6±0,7	-1,606	0,110
Ailesine söylemediği sırlarını arkadaşlarına rahatça anlatabilme	2,4±1,2	2,9±1,0	-3,387	0,001
Arkadaşlarının yanında ailesinin yanında olduğundan daha rahat hissetme	2,7±1,1	2,9±1,1	-1,278	0,203
Ailesinden görmediği ilgi ve sevgiyi arkadaşlarından görme	1,9±0,9	2,1±1,0	-2,103	0,037
Arkadaşlarının kendisi hakkındaki fikirlerini önemseme	2,9±0,9	3,3±1,0	-2,849	0,005
Ailesinin kendilerinin fikirlerine saygı göstermemesinin kendilerini arkadaşları ile daha fazla vakit geçirmeye itme durumu	2,6±1,1	3,0±1,2	-3,030	0,003
Karşı cins ile ilgili merak ettiklerini ailesine sormanın arkadaşlarına sormaktan daha fazla utanç verme durumu	2,6±1,1	3,1±1,2	2,928	0,004

*İki bağımsız örneklemli t testi kullanılmıştır. Katılımcıların sorulara verdiği cevaplar 1: Hiç 5:Çok fazla 5'li Likert tipi olarak puanlanmıştır

Katılımcıların aile akran ve okul hakkındaki tutumu cinsiyete göre karşılaştırıldığında; Okulda genellikle başarılı bir öğrenci olduğunu düşünme durumu ortalama puanı erkeklerde (3,3±1,0) kızlara (3,6±0,8) göre anlamlı olarak düşük bulundu ($t=-2,322$ $p=0,021$). Ailemin aylık gelirinin ihtiyaçlarımı karşılama durumu ile cinsiyet arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı ($t=0,818$ $p=0,414$). Ev ortamında fikirlerinin önemsenme durumu ile cinsiyet arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı ($t=-0,660$ $p=0,510$). Evde tek başına kalabileceği bir alana sahip olma durumu ile cinsiyet arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı ($t=0,125$ $p=0,901$). Arkadaşları tarafından sevildiğini düşünme durumu ile cinsiyet arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı ($t=0,543$ $p=0,588$).

Tablo 23. Katılımcıların cinsiyete göre aile, akran ve okulla ilgili tutumlarının kıyaslanması

n=221	Erkek, (n=103) Ort.±SS	Kız, (n=118) Ort.±SS	t*	p
Okulda genellikle başarılı bir öğrenci olduğunu düşünme	3,3±1,0	3,6±0,8	-2,322	0,021
Ailemin aylık gelirinin ihtiyaçlarımı karşılama durumu	3,3±1,2	3,2±1,2	0,818	0,414
Ev ortamında fikirlerinin önemsenme durumu	3,2±1,0	3,3±1,0	-0,660	0,510
Evde tek başına kalabileceği bir alana sahip olma durumu	3,5±1,2	3,5±1,0	0,125	0,901
Arkadaşları tarafından sevildiğini düşünme durumu	3,6±1,0	3,6±1,1	0,543	0,588

*İki bağımsız örneklemli t testi kullanılmıştır. Katılımcıların sorulara verdiği cevaplar 1: Hiç 5:Çok fazla 5'li Likert tipi olarak puanlanmıştır

Katılımcıların cinsiyete göre sigara kullanımları karşılaştırıldığında, istatistik olarak anlamlı bir fark mevcut değildi ($X^2=1,386$ $p<0,239$).

Katılımcıların cinsiyete göre alkol kullanımları karşılaştırıldığında, istatistik olarak anlamlı bir fark bulunmadı ($X^2=0,240$ $p<0,624$).

Katılımcıların cinsiyete göre son 12 ayda acil servise başvuru durumu karşılaştırıldığında, istatistik olarak anlamlı bir fark mevcut değildi ($X^2=3,463$ $p<0,063$).

Katılımcıların cinsiyete göre son 12 ayda hastanede yatarak tedavi görme durumu karşılaştırıldığında, istatistik olarak anlamlı bir fark mevcut değildi ($X^2=0,091$ $p<0,763$).

Tablo 24. Katılımcıların cinsiyete göre bazı riskli sağlık davranışlarının karşılaştırılması

		Kız n (%)	Erkek n (%)	χ^2 *	p
Sigara kullanımı	Evet kullanıyorum	19 (16,1)	23 (22,3)	1,386	0,239
	Hayır kullanmıyorum	99 (83,9)	80 (77,7)		
Alkol kullanımı	Evet kullanıyorum	21 (17,8)	21 (20,4)	0,240	0,624
	Hayır kullanmıyorum	97 (82,2)	82 (79,6)		
Son 12 ayda acil servise başvuru durumu	Evet başvurdum	51 (43,2)	32 (31,1)	3,463	0,063
	Hayır başvurmadım	67 (56,8)	71 (68,9)		
Son 12 ayda hastanede yatarak tedavi görme durumu	Evet yatarak tedavi gördüm	9 (7,6)	9 (8,7)	0,091	0,763
	Hayır yatarak tedavi görmedim	109 (92,4)	94 (91,3)		

*Ki kare testi kullanılmıştır.

Katılımcıların cinsiyete göre Aile APGAR puan ortalamalarının karşılaştırıldığında; erkeklerde $7,0 \pm 2,1$ kızlara göre $6,2 \pm 2,9$ anlamlı olarak yüksek bulundu ($t=2,550$ $p=0,011$).

Tablo 25. Katılımcıların cinsiyete göre Aile APGAR puan ortalamalarının kıyaslanması

n=221	Erkek, (n=103) Ort.±SS	Kız, (n=118) Ort.±SS	t*	p
Aile APGAR puanı	7,0±2,1	6,2±2,9	2,550	0,011

*İki bağımsız örneklemli t testi kullanılmıştır.

Katılımcıların cinsiyete göre Riskli Sağlık Davranışları Ölçeği puan ortalamaları karşılaştırıldığında; ölçeğin psikososyal alt boyutundan erkeklerin aldığı puan ortalaması $41,5 \pm 10,3$ olup kızların aldığı puan ortalaması $39,0 \pm 9,1$ dir ve istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($t=1,905$ $p=0,058$). Ölçeğin beslenme alt boyutundan erkeklerin aldığı puan ortalaması $51,2 \pm 10,6$ olup kızların aldığı puan ortalaması $55,1 \pm 10,5$ olup kızlarda anlamlı olarak yüksek bulunmuştur ($t=2,748$ $p=0,006$). Fiziksel aktivite alt boyutuna bakıldığında erkeklerin aldığı puan ortalaması $49,6 \pm 17,0$ olup kızların aldığı puan ortalaması $60,8 \pm 14,1$ dir ve kızlarda anlamlı olarak yüksek bulunmuştur ($t=-5,317$ $p=0,000$). Hijyen alt boyutundan erkeklerin aldığı puan ortalaması $36,5 \pm 19,0$ olup kızların aldığı puan ortalaması $30,9 \pm 14,0$ ’tür ve erkeklerde anlamlı olarak yüksek bulunmuştur ($t=2,504$ $p=0,013$). Madde kullanımı alt boyutundan erkeklerin aldığı puan ortalaması $28,3 \pm 10,6$ olup kızların aldığı puan ortalaması $26,6 \pm 11,5$ ’dir ve istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($t=1,157$ $p=0,248$). Ölçekten alınan toplam puan ortalamasına

bakıldığında erkeklerde $43,0 \pm 9,3$ olup kızlarda $43,6 \pm 7,5$ tür ve cinsiyetler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($t=-0,516$ $p=0,607$).

Tablo 26. Katılımcıların cinsiyete göre Riskli Sağlık Davranışları Ölçeği puan ortalamaları kıyaslanması

n=221	Erkek, (n=103) Ort.±SS	Kız, (n=118) Ort.±SS	t*	p
Psikososyal	41,5±10,3	39,0±9,1	1,905	0,058
Beslenme	51,2±10,6	55,1±10,5	2,748	0,006
Fiziksel Aktivite	49,6±17,0	60,8±14,1	-5,317	0,000
Hijyen	36,5±19,0	30,9±14,0	2,504	0,013
Madde kullanımı	28,3±10,6	26,6±11,5	1,157	0,248
Toplam RSDÖ	43,0±9,3	43,6±7,5	-0,516	0,607

RSDÖ: Riskli Sağlık Davranışları Ölçeği *İki bağımsız örneklemli t testi kullanılmıştır.

Katılımcıların aile yapısına göre aile akran ve okul hakkındaki tutumu kıyaslandığında ailesinin zararlı olduğu şeyleri arkadaşı isterse düşünmeden gerçekleştirme durumu puan ortalaması çekirdek ailelerde $1,5 \pm 0,7$ iken geniş ailelerde $1,5 \pm 0,6$ 'dır ve istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($t=0,233$ $p=0,816$). Ailesine söylemediği sırlarını arkadaşlarına rahatça anlatabilme durumu puan ortalaması çekirdek ailelerde $2,7 \pm 1,1$ iken geniş ailelerde $2,6 \pm 1,0$ 'dır ve istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($t=0,363$ $p=0,717$). Arkadaşlarının yanında ailesinin yanında olduğundan daha rahat hissetme durumu puan ortalaması çekirdek ailelerde $2,9 \pm 1,1$ iken geniş ailelerde $2,8 \pm 1,0$ 'dır ve istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($t=0,447$ $p=0,655$). Ailesinden görmediği ilgi ve sevgiyi arkadaşlarından görme durumu puan ortalaması çekirdek ailelerde $2,0 \pm 0,9$ iken geniş ailelerde $2,0 \pm 1,0$ 'dır ve istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($t=0,011$ $p=0,991$). Arkadaşlarının kendisi hakkındaki fikirlerini önemseme durumu puan ortalaması çekirdek ailelerde $3,1 \pm 1,0$ iken geniş ailelerde $3,1 \pm 0,9$ dur ve istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($t=0,298$ $p=0,766$). Ailesinin kendilerinin fikirlerine saygı göstermemesinin kendilerini arkadaşları ile daha fazla vakit geçirmeye itme durumu puan ortalaması çekirdek ailelerde $2,8 \pm 1,2$ iken geniş ailelerde $2,7 \pm 1,1$ 'dir ve istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($t=0,558$ $p=0,577$). Karşı cins ile ilgili merak ettiklerini ailesine sormanın arkadaşlarına sormaktan daha fazla utanç verme durumu puan ortalaması çekirdek ailelerde $2,8 \pm 1,2$ iken geniş ailelerde $3,0 \pm 1,1$ 'dir ve istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($t=-0,657$ $p=0,512$).

Tablo 27. Katılımcıların aile yapısına göre aile akran ve okul hakkındaki tutumu

n=221	Çekirdek aile, (n=183) Ort.±SS	Geniş aile, (n=38) Ort.±SS	t*	p
Ailesinin zararlı olduğunu düşündüğü şeyleri arkadaşı isterse düşünmeden gerçekleştirme	1,5±0,7	1,5±0,6	0,233	0,816
Ailesine söylemediği sırlarını arkadaşlarına rahatça anlatabilme	2,7±1,1	2,6±1,0	0,363	0,717
Arkadaşlarının yanında ailesinin yanında olduğundan daha rahat hissetme	2,9±1,1	2,8±1,0	0,447	0,655
Ailesinden görmediği ilgi ve sevgiyi arkadaşlarından görme	2,0±0,9	2,0±1,0	0,011	0,991
Arkadaşlarının kendisi hakkındaki fikirlerini önemseme	3,1±1,0	3,1±0,9	0,298	0,766
Ailesinin kendilerinin fikirlerine saygı göstermemesinin kendilerini arkadaşları ile daha fazla vakit geçirmeye itme durumu	2,8±1,2	2,7±1,1	0,558	0,577
Karşı cins ile ilgili merak ettiklerini ailesine sormanın arkadaşlarına sormaktan daha fazla utanç verme durumu	2,8±1,2	3,0±1,1	-0,657	0,512

İki bağımsız örneklemli t testi kullanılmıştır. Katılımcıların sorulara verdiği cevaplar 1: Hiç 5:Çok fazla 5'li Likert tipi olarak puanlanmıştır

Katılımcıların aile yapısına göre aile akran ve okul hakkındaki tutumu kıyaslandığında; okulda genellikle başarılı bir öğrenci olduğunu düşünme durumu puan ortalaması çekirdek ailelerde 3,4±0,9 iken geniş aileye sahip katılımcılarda 3,3±0,9'dır ve istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (t=1,018 p=0,310). Ailemin aylık gelirinin ihtiyaçlarımı karşılama durumu puan ortalaması çekirdek ailelerde 3,3±1,2 iken geniş aileye sahip katılımcılarda 3,1±1,2'tür ve istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (t=0,927 p=0,355). Ev ortamında fikirlerinin önemsenme durumu puan ortalaması çekirdek ailelerde 3,3±1,0 iken geniş aileye sahip katılımcılarda 3,0±1,0'dır ve istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (t=1,825 p=0,069). Evde tek başına kalabileceği bir alana sahip olma durumu puan ortalaması çekirdek ailelerde 3,5±1,1 iken geniş aileye sahip katılımcılarda 3,5±1,1'dir ve istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (t=0,251 p=0,802). Arkadaşları tarafından sevildiğini düşünme durumu puan ortalaması çekirdek aileye sahip katılımcılarda 3,6±1,0 iken geniş aileye sahip katılımcılarda 3,6±1,1'dur ve istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (t=0,097 p=0,923).

Tablo 28. Katılımcıların aile yapısına göre aile akran ve okul hakkındaki tutumu

n=221	Çekirdek aile, (n=183) Ort.±SS	Geniş aile, (n=38) Ort.±SS	t*	p
Okulda genellikle başarılı bir öğrenci olduğunu düşünme	3,4±0,9	3,3±0,9	1,018	0,310
Ailemin aylık gelirinin ihtiyaçlarımı karşılama durumu	3,3±1,2	3,1±1,2	0,927	0,355
Ev ortamında fikirlerinin önemsenme durumu	3,3±1,0	3,0±1,0	1,825	0,069
Evde tek başına kalabileceği bir alana sahip olma durumu	3,5±1,1	3,5±1,1	0,251	0,802
Arkadaşları tarafından sevildiğini düşünme durumu	3,6±1,0	3,6±1,1	0,097	0,923

*İki bağımsız örneklemli t testi kullanılmıştır. Katılımcıların sorulara verdiği cevaplar 1: Hiç 5:Çok fazla 5'li Likert tipi olarak puanlanmıştır

Katılımcıların aile yapısına göre Aile APGAR puan ortalamaları karşılaştırıldığında; çekirdek aileye sahip katılımcıların puan ortalaması $6,7 \pm 2,5$ iken geniş aileye sahip olan katılımcıların puan ortalamaları $5,9 \pm 2,7$ 'ydi ve Aile APGAR puanı aile yapısına göre kıyaslandığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı ($t=1,817$ $p=0,071$).

Tablo 29. Katılımcıların aile yapısına göre Aile APGAR puan ortalamalarının kıyaslanması

n=221	Çekirdek aile, (n=183) Ort.±SS	Geniş aile, (n=38) Ort.±SS	t*	p
Aile APGAR puanı	6,7±2,5	5,9±2,7	1,817	0,071

*İki bağımsız örneklemli t testi kullanılmıştır.

Katılımcıların aile yapısına göre Riskli Sağlık Davranışları Ölçeği puan ortalamaları karşılaştırıldığında; ölçeğin psikososyal alt boyutundan çekirdek aileye sahip olan katılımcıların aldığı puan ortalaması $39,7 \pm 9,4$ iken geniş aileye sahip olan katılımcıların aldığı puan ortalaması $42,1 \pm 11,0$ 'dır ve istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($t=-1,335$ $p=0,183$). Ölçeğin beslenme alt boyutundan çekirdek aileye sahip olan katılımcıların aldığı puan ortalaması $52,9 \pm 11,1$ iken geniş aileye sahip olan katılımcıların aldığı puan ortalaması $55,3 \pm 8,5$ 'dir ve istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($t=-1,289$ $p=0,199$). Ölçeğin fiziksel aktivite alt boyutundan çekirdek aileye sahip olan katılımcıların aldığı puan ortalaması $54,7 \pm 16,9$ iken geniş aileye sahip olan katılımcıların aldığı puan ortalaması $59,8 \pm 13,5$ 'dir ve istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($t=-1,742$).

p=0,083). Ölçeğin hijyen alt boyutundan çekirdek aileye sahip olan katılımcıların aldığı puan ortalaması 33,5±17,0 iken geniş aileye sahip olan katılımcıların aldığı puan ortalaması 33,6±15,8'dır ve istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (t=-0,037 p=0,971). Ölçeğin madde kullanımı alt boyutundan çekirdek aileye sahip olan katılımcıların aldığı puan ortalaması 27,0±10,6 iken geniş aileye sahip olan katılımcıların aldığı puan ortalaması 29,2±13,3'dır ve istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (t=-1,087 p=0,278). Ölçekten alınan toplam puan ortalamasına bakıldığında çekirdek aileye sahip olan katılımcıların aldığı puan ortalaması 42,8±8,7 iken geniş aileye sahip olan katılımcıların aldığı puan ortalaması 45,4±5,9'dur ve iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (t=-1,750 p=0,082).

Tablo 30. Katılımcıların aile yapısına göre Riskli Sağlık Davranışları Ölçeği puan ortalamalarının kıyaslanması

n=221	Çekirdek aile, (n=183) Ort.±SS	Geniş aile, (n=38) Ort.±SS	t*	p
Psikososyal	39,7±9,4	42,1±11,0	-1,335	0,183
Beslenme	52,9±11,1	55,3±8,5	-1,289	0,199
Fiziksel Aktivite	54,7±16,9	59,8±13,5	-1,742	0,083
Hijyen	33,5±17,0	33,6±15,8	0,037	0,971
Madde kullanımı	27,0±10,6	29,2±13,3	-1,087	0,278
Toplam RSDÖ	42,8±8,7	45,4±5,9	-1,750	0,082

RSDÖ: Riskli Sağlık Davranışları Ölçeği *İki bağımsız örneklemli t testi kullanılmıştır.

Katılımcıların ebeveynlerinin medeni durumuna göre aile akran ve okul hakkındaki tutumu kıyaslandığında; ailesinin zararlı olduğu şeyleri arkadaşı isterse düşünmeden gerçekleştirme durumu puan ortalaması ebeveynleri evli olan katılımcılarda 1,5±0,7 iken ebeveynleri boşanmış olan katılımcılarda 1,8±0,9'dur ve istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (Z=-1,170 p=0,242). Ailesine söylemediği sırlarını arkadaşlarına rahatça anlatabilme durumu puan ortalaması ebeveynleri evli olan katılımcılarda 2,7±1,1 iken ebeveynleri boşanmış olan katılımcılarda 2,7±1,3'tür ve istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (Z=-0,171 p=0,864). Arkadaşlarının yanında ailesinin yanında olduğundan daha rahat hissetme durumu puan ortalaması ebeveynleri evli olan katılımcılarda 2,8±1,1 iken ebeveynleri boşanmış olan katılımcılarda 3,3±1,2'tür ve istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (Z=-1,717 p=0,086). Ailesinden görmediği ilgi ve sevgiyi arkadaşlarından görme durumu puan ortalaması ebeveynleri evli olan katılımcılarda 2,0±0,9 iken ebeveynleri boşanmış olan katılımcılarda 2,5±1,2'dir ve istatistiksel

olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($Z=-1,953$ $p=0,051$). Arkadaşlarının kendisi hakkındaki fikirlerini önemseme durumu puan ortalaması ebeveynleri evli olan katılımcılarda $3,1\pm1,0$ iken ebeveynleri boşanmış olan katılımcılarda $3,1\pm1,1$ 'dir ve istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($Z=-0,158$ $p=0,875$). Ailesinin kendilerinin fikirlerine saygı göstermemesinin kendilerini arkadaşları ile daha fazla vakit geçirmeye itme durumu puan ortalaması ebeveynleri evli olan katılımcılarda $2,8\pm1,2$ iken ebeveynleri boşanmış olan katılımcılarda $3,3\pm1,1$ ve ebeveynleri boşanmış olan katılımcılarda anlamlı olarak yüksek bulunmuştur ($Z=-2,028$ $p=0,043$). Karşı cins ile ilgili merak ettiklerini ailesine sormanın arkadaşlarına sormaktan daha fazla utanç verme durumu puan ortalaması ebeveynleri evli olan katılımcılarda $2,9\pm1,2$ iken ebeveynleri boşanmış olan katılımcılarda $2,9\pm1,0$ 'dır ve istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($Z=-0,196$ $p=0,845$).

Tablo 31. Katılımcıların ebeveynlerinin medeni durumuna göre aile akran ve okul hakkındaki tutumu

n=221	Ebeveynleri evli, (n=200) Ort.±SS	Ebeveynleri boşanmış, (n=21) Ort.±SS	Z*	p
Ailesinin zararlı olduğunu düşündüğü şeyleri arkadaşı isterse düşünmeden gerçekleştirme	1,5±0,7	1,8±0,9	-1,170	0,242
Ailesine söylemediği sırlarını arkadaşlarına rahatça anlatabilme	2,7±1,1	2,7±1,3	-0,171	0,864
Arkadaşlarının yanında ailesinin yanında olduğundan daha rahat hissetme	2,8±1,1	3,3±1,2	-1,717	0,086
Ailesinden görmediği ilgi ve sevgiyi arkadaşlarından görme	2,0±0,9	2,5±1,2	-1,953	0,051
Arkadaşlarının kendisi hakkındaki fikirlerini önemseme	3,1±1,0	3,1±1,1	-0,158	0,875
Ailesinin kendilerinin fikirlerine saygı göstermemesinin kendilerini arkadaşları ile daha fazla vakit geçirmeye itme durumu	2,8±1,2	3,3±1,1	-2,028	0,043
Karşı cins ile ilgili merak ettiklerini ailesine sormanın arkadaşlarına sormaktan daha fazla utanç verme durumu	2,9±1,2	2,9±1,0	-0,196	0,845

*Mann-Whitney U Testi kullanılmıştır. Katılımcıların sorulara verdiği cevaplar 1: Hiç 5:Çok fazla 5'li Likert tipi olarak puanlanmıştır

Katılımcıların ebeveynlerinin medeni durumuna göre aile akran ve okul hakkındaki tutumu kıyaslandığında; okulda genellikle başarılı bir öğrenci olduğunu

düşünme durumu puan ortalaması ebeveynleri evli olan katılımcılarda $3,5\pm0,9$ iken ebeveynleri boşanmış olan katılımcılarda $3,0\pm0,8$ 'dir ve ebeveynleri evli olan katılımcılarda anlamlı olarak yüksek bulunmuştur ($Z=-2,220$ $p=0,026$). Ailemin aylık gelirinin ihtiyaçlarımı karşılama durumu puan ortalaması $3,2\pm1,2$ iken ebeveynleri boşanmış olan katılımcılarda $3,2\pm1,2$ tür ve istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($Z=-0,080$ $p=0,937$).

Ev ortamında fikirlerinin önemsenme durumu puan ortalaması ebeveynleri evli olan katılımcılarda $3,3\pm0,9$ iken ebeveynleri boşanmış olan katılımcılarda $2,8\pm1,1$ olup ebeveynleri evli olan katılımcılarda anlamlı olarak yüksek bulunmuştur ($Z=-2,006$ $p=0,045$). Evde tek başına kalabileceği bir alana sahip olma durumu puan ortalaması ebeveynleri evli olan katılımcılarda $3,5\pm1,1$ iken ebeveynleri boşanmış olan katılımcılarda $3,6\pm1,0$ 'dır ve istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($Z=-0,333$ $p=0,739$). Arkadaşları tarafından sevildiğini düşünme durumu puan ortalaması ebeveynleri evli olan katılımcılarda $3,6\pm1,0$ iken ebeveynleri boşanmış olan katılımcılarda $3,3\pm1,0$ 'dır ve istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($Z=-1,311$ $p=0,190$).

Tablo 32. Katılımcıların ebeveynlerinin medeni durumuna göre aile akran ve okul hakkındaki tutumu

n=221	Ebeveynleri evli, (n=200) Ort.±SS	Ebeveynleri boşanmış, (n=21) Ort.±SS	Z*	p
Okulda genellikle başarılı bir öğrenci olduğunu düşünme	3,5±0,9	3,0±0,8	-2,220	0,026
Ailemin aylık gelirinin ihtiyaçlarımı karşılama durumu	3,2±1,2	3,2±1,2	-0,080	0,937
Ev ortamında fikirlerinin önemsenme durumu	3,3±0,9	2,8±1,1	-2,006	0,045
Evde tek başına kalabileceği bir alana sahip olma durumu	3,5±1,1	3,6±1,0	-0,333	0,739
Arkadaşları tarafından sevildiğini düşünme durumu	3,6±1,0	3,3±1,0	-1,311	0,190

*Mann-Whitney U Testi kullanılmıştır. Katılımcıların sorulara verdiği cevaplar 1: Hiç 5:Çok fazla 5'li Likert tipi olarak puanlanmıştır.

Katılımcıların ebeveynlerin medeni durumuna göre Aile APGAR puan ortalamaları karşılaştırıldığında; ebeveynleri evli olan katılımcıların puan ortalaması $6,7\pm2,5$ iken ebeveynleri boşanmış olan katılımcıların puan ortalaması $4,9\pm2,6$ 'tir ve ebeveynleri evli olan katılımcıların Aile APGAR puanı anlamlı olarak yüksek bulunmuştur ($Z=-3,027$ $p=0,002$).

Tablo 33. Katılımcıların ebeveynlerin medeni durumuna göre Aile APGAR puan ortalamalarının kıyaslanması

n=221	Ebeveynleri evli, (n=200) Ort.±SS	Ebeveynleri boşanmış, (n=21) Ort.±SS	Z*	p
Aile APGAR puanı	6,7±2,5	4,9±2,6	-3,027	0,002

**Mann-Whitney U Testi kullanılmıştır.*

Katılımcıların ebeveynlerinin medeni durumuna göre Riskli Sağlık Davranışları Ölçeği puan ortalamaları karşılaştırıldığında; ölçeğin psikososyal alt boyutundan ebeveynleri evli olan katılımcıların aldığı puan ortalaması 39,7±9,4 iken ebeveynleri boşanmış olan katılımcıların puan ortalaması 44,2±11,8'dir ve istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($Z=-1,701$ $p=0,089$). Ölçeğin beslenme alt boyutundan ebeveynleri evli olan katılımcıların aldığı puan ortalaması 52,7±10,8 iken ebeveynleri boşanmış olan katılımcıların puan ortalaması 58,7±7,5'dir ve ebeveynleri boşanmış olan katılımcılarda anlamlı olarak yüksek saptanmıştır ($Z=-2,553$ $p=0,011$). Ölçeğin fiziksel aktivite alt boyutundan ebeveynleri evli olan katılımcıların aldığı puan ortalaması 55,7±16,8 iken ebeveynleri boşanmış olan katılımcıların puan ortalaması 55,0±13,8 ve istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($Z=-0,564$ $p=0,573$). Ölçeğin hijyen alt boyutundan ebeveynleri evli olan katılımcıların aldığı puan ortalaması 33,5±16,9 iken ebeveynleri boşanmış olan katılımcıların puan ortalaması 33,7±14,9 tür ve istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($Z=-0,707$ $p=0,480$). Ölçeğin madde kullanımı alt boyutundan ebeveynleri evli olan katılımcıların aldığı puan ortalaması 26,7±10,4 iken ebeveynleri boşanmış olan katılımcıların puan ortalaması 33,8±15,2'tür ve ebeveynleri boşanmış olan katılımcılarda anlamlı olarak yüksek saptanmıştır ($Z=-2,224$ $p=0,026$). Ölçekten alınan toplam puan ortalamasına bakıldığında ebeveynleri evli olan katılımcıların aldığı puan ortalaması 42,9±8,4 iken ebeveynleri boşanmış olan katılımcıların puan ortalaması 47,0±7,1'dir ve ebeveynleri boşanmış olan katılımcılarda anlamlı olarak yüksek saptanmıştır ($Z=-2,369$ $p=0,018$).

Tablo 34. Katılımcıların ebeveynlerinin medeni durumuna göre Riskli Sağlık Davranışları Ölçeği puan ortalamalarının kıyaslanması

n=221	Ebeveynleri evli, (n=200) Ort.±SS	Ebeveynleri boşanmış, (n=21) Ort.±SS	Z*	p
Psikososyal	39,7±9,4	44,2±11,8	-1,701	0,089
Beslenme	52,7±10,8	58,7±7,5	-2,553	0,011
Fiziksel Aktivite	55,7±16,8	55,0±13,8	-0,564	0,573
Hijyen	33,5±16,9	33,7±14,9	-0,707	0,480
Madde kullanımı	26,7±10,4	33,8±15,2	-2,224	0,026
Toplam RSDÖ	42,9±8,4	47,0±7,1	-2,369	0,018

RSDÖ: Riskli Sağlık Davranışları Ölçeği *Mann-Whitney U Testi kullanılmıştır.

Katılımcıların aile yaşam şekillerine göre Aile APGAR puan ortalamaları karşılaştırıldığında; anne, baba ve çocuklar birlikte şeklinde yaşayanların puan ortalaması 6,8±2,5 iken anne veya baba yada her ikisinden ayrı yaşayanların puan ortalaması 5,3±2,6 idi ve anne veya baba yada her ikisinden ayrı yaşayanlarda anlamlı olarak düşük saptandı (t=3,377; p=0,001).

Tablo 35. Katılımcıların aile yaşam şekillerine göre Aile APGAR puan ortalamalarının kıyaslanması

n=221	Anne, baba ve çocuklar birlikte(n=185) Ort.±SS	Anne veya baba yada her ikisinden ayrı yaşayanlar(n=36) Ort.±SS	t*	p
Aile APGAR puanı	6,8±2,5	5,3±2,6	3,377	0,001

*İki bağımsız örneklemli t testi kullanılmıştır.

Katılımcıların aile yaşam şekillerine göre Riskli Sağlık Davranışları Ölçeği puan ortalamaları karşılaştırıldığında; beslenme ve madde kullanımı alt boyutlarında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır, ölçekten alınan toplam puanda da iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark mevcuttu. Anne veya baba yada her ikisinden ayrı yaşayanlarda RSDÖ puanı anne, baba ve çocuklar birlikte şeklinde yaşayanlara göre anlamlı olarak yüksek saptandı (t=-2,941 p=0,004).

Tablo 36. Katılımcıların aile yaşam şekillerine göre Riskli Sağlık Davranışları Ölçeği puan ortalamalarının kıyaslanması

n=221	Anne, baba ve çocuklar birlikte (n=185) Ort.±SS	Anne veya baba ya da her ikisinden ayrı yaşayanlar(n=36) Ort.±SS	t*	p
Psikososyal	39,8±9,3	41,9±11,5	-1,184	0,238
Beslenme	52,2±10,3	58,8±10,8	-3,488	0,001[†]
Fiziksel Aktivite	55,0±16,6	58,6±15,6	-1,181	0,239

Tablo 36'nın devamı

Hijyen	33,5±16,9	33,8±16,0	-0,115	0,908
Madde kullanımı	25,9±9,2	34,8±16,3	-4,567	0,000[†]
Toplam RSDÖ	42,6±8,2	47,0±8,1	-2,941	0,004[†]

RSDÖ: Riskli Sağlık Davranışları Ölçeği *İki bağımsız örneklemli t testi kullanılmıştır.. [†] p<0, 01

Katılımcıların göç durumuna göre Aile APGAR puan ortalamaları karşılaştırıldığında; daha önce göç eden katılımcıların puan ortalaması 6,3±2,5 iken daha önce göç etmeyen katılımcıların puan ortalamaları 6,7±2,6'dı ve Aile APGAR puanı göç durumuna göre kıyaslandığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı (t=-1,111 p=0,270).

Tablo 37. Katılımcıların göç yapısına göre Aile APGAR puan ortalamalarının kıyaslanması

n=221	Göç edenler, (n=77) Ort.±SS	Göç etmeyenler, (n=144) Ort.±SS	t *	p
Aile APGAR puanı	6,3±2,5	6,7±2,6	-1,111	0,270

*İki bağımsız örneklemli t testi kullanılmıştır.

Katılımcıların göç durumuna göre Riskli Sağlık Davranışları Ölçeği puan ortalamaları karşılaştırıldığında; ölçeğin psikososyal alt boyutundan daha önce göç eden katılımcıların aldığı puan ortalaması 42,3±11,2 iken göç etmeyenlerin aldığı puan ortalaması 39,0±8,7 olup daha önce göç edenlerde anlamlı olarak yüksek bulunmuştur (t=2,424 p=0,016). Ölçeğin beslenme alt boyutundan daha önce göç eden katılımcıların aldığı puan ortalaması 55,7±11,0 iken göç etmeyenlerin aldığı puan ortalaması 52,0±10,3 olup daha önce göç edenlerde anlamlı olarak yüksek bulunmuştur (t=2,440 p=0,015). Ölçeğin fiziksel aktivite alt boyutundan daha önce göç eden katılımcıların aldığı puan ortalaması 59,6±15,5 iken göç etmeyenlerin aldığı puan ortalaması 53,4±16,7 olup daha önce göç edenlerde anlamlı olarak yüksek bulunmuştur (t=2,693 p=0,008). Ölçeğin hijyen alt boyutundan daha önce göç eden katılımcıların aldığı puan ortalaması 42,3±23,0 iken göç etmeyenlerin aldığı puan ortalaması 28,8±9,2 olup göç edenlerde anlamlı olarak yüksek bulunmuştur (t=6,157 p=0,000). Ölçeğin madde kullanımı alt boyutundan daha önce göç eden katılımcıların aldığı puan ortalaması 29,4±10,2 iken göç etmeyenlerin aldığı puan ortalaması 26,3±11,4 olup göç edenlerde anlamlı olarak yüksek bulunmuştur (t=2,021 p=0,044). Ölçekten alınan toplam puan ortalamasına

bakıldığında daha önce göç eden katılımcıların aldığı puan ortalaması $46,8 \pm 10,1$ iken göç etmeyenlerin aldığı puan ortalaması $41,4 \pm 6,5$ olup göç edenlerde anlamlı olarak yüksek bulunmuştur ($t=4,723$ $p=0,000$).

Tablo 38. Katılımcıların göç durumuna göre Riskli Sağlık Davranışları Ölçeği puan ortalamalarının kıyaslanması

n=221	Göç edenler, (n=77) Ort.±SS	Göç etmeyenler, (n=144) Ort.±SS	t*	p
Psikososyal	42,3±11,2	39,0±8,7	2,424	0,016
Beslenme	55,7±11,0	52,0±10,3	2,440	0,015
Fiziksel Aktivite	59,6±15,5	53,4±16,7	2,693	0,008 [†]
Hijyen	42,3±23,0	28,8±9,2	6,157	0,000 [†]
Madde kullanımı	29,4±10,2	26,3±11,4	2,021	0,044
Toplam RSDÖ	46,8±10,1	41,4± 6,5	4,723	0,000 [†]

RSDÖ: Riskli Sağlık Davranışları Ölçeği *İki bağımsız örneklemli t testi kullanılmıştır. [†] $p<0, 01$

Katılımcıların göç ettikleri birime göre Riskli Sağlık Davranışları Ölçeği puan ortalamaları karşılaştırıldığında; ölçeğin psikososyal alt boyutundan alınan puanlarda gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark mevcuttu ($X^2=9,660$ $p<0,008$). Ölçeğin beslenme alt boyutundan alınan puanlarda gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark mevcuttu ($X^2=7,382$ $p<0,025$). Ölçeğin madde kullanımı alt boyutundan alınan puanlarda gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmaktaydı ($X^2=8,635$ $p<0,013$). Ölçekten alınan toplam puan ortalamasına bakıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptandı ($X^2=11,557$ $p<0,003$).

Tablo 39. Katılımcıların göç ettikleri birime göre Riskli Sağlık Davranışları Ölçeği puan ortalamalarının kıyaslanması

n=221	Köyden göç edenler, (n=31) Ort.±SS	Kasaba, ilçe merkezinden göç edenler, (n=14) Ort.±SS	İl merkezinden göç edenler, (n=32)	X^{2*}	p
Psikososyal	44,5±10,7	47,8±11,3	38,2±10,0	9,660	0,008 ^{††}
Beslenme	56,0±12,8	61,9±6,8	52,7±9,8	7,382	0,025 [†]
Fiziksel Aktivite	62,9±15,7	63,5±11,6	54,2±16,0	5,536	0,063
Hijyen	47,2±25,9	48,2±24,5	34,6±17,6	3,889	0,143
Madde kullanımı	31,6±10,4	34,6±11,1	25,7±9,0	8,635	0,013 [†]
Toplam RSDÖ	48,9±11,1	52,5± 7,8	42,3±8,2	11,557	0,003 ^{††}

*Kruskall Wallis Testi kullanılmıştır. [†] $p<0, 05$. ^{††} $p<0, 01$

Katılımcıların eğitim durumuna göre aile akran ve okul hakkındaki tutumu kıyaslandığında; ailesine söylemediği sırlarını arkadaşlarına rahatça anlatabilme durumuna verilen cevaplarda eğitim almayanlar ile ilkököl ve ortaokul mezunlarında, liseye devam edenler ile lise mezunlarında ve üniversiteye gidenler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark mevcuttu ($X^2=10,074$ $p<0,006$). Eğitim düzeyi arttıkça puanlar artıyordu. Arkadaşlarının yanında ailesinin yanında olduğundan daha rahat hissetme durumuna verilen cevaplarda gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark mevcuttu ($X^2=11,455$ $p<0,003$). Eğitim düzeyi arttıkça puanlar artıyordu. Arkadaşlarının kendisi hakkındaki fikirlerini önemseme durumuna verilen cevaplarda gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark mevcuttu ($X^2=15,212$ $p<0,000$). Karşı cins ile ilgili merak ettiklerini ailesine sormanın arkadaşlarına sormaktan daha fazla utanç verme durumuna verilen cevaplarda gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark mevcuttu ($X^2=7,803$ $p<0,020$). Eğitim düzeyi arttıkça puanlar artıyordu. Ailesinin zararlı olduğu şeyleri arkadaşı isterse düşünmeden gerçekleştirme, ailesinden görmediği ilgi ve sevgiyi arkadaşlarından görme, ailesinin kendilerinin fikirlerine saygı göstermemesinin kendilerini arkadaşları ile daha fazla vakit geçirmeye itme durumuna verilen cevaplarda gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı.

Tablo 40. Katılımcıların eğitim durumuna göre aile, akran ve okulla ilgili tutumlarının kıyaslanması

n=221	Eğitim almayanlar ile ilkököl ve ortaokul mezunları (n=22) Ort.±SS	Liseye devam edenler ile lise mezunları (n=167) Ort.±SS	Üniversiteye gidenler (n=32) Ort.±SS	X^2^*	p
Ailesinin zararlı olduğunu düşündüğü şeyleri arkadaşı isterse düşünmeden gerçekleştirme	1,3±0,9	1,5±0,7	1,4±0,6	3,946	0,139
Ailesine söylemediği sırlarını arkadaşlarına rahatça anlatabilme	2,0±0,9	2,7±1,1	2,8±1,0	10,074	0,006[†]
Arkadaşlarının yanında ailesinin yanında olduğundan daha rahat hissetme	2,1±0,8	2,9±1,1	3,0±0,9	11,455	0,003[†]
Ailesinden görmediği ilgi ve sevgiyi arkadaşlarından görme	1,8±0,6	2,0±1,0	2,2±1,0	1,989	0,370
Arkadaşlarının kendisi hakkındaki fikirlerini önemseme	2,4±0,8	3,2±1,0	3,1±0,8	15,212	0,000[†]

Tablo 40'ın devamı

Ailesinin kendilerinin fikirlerine saygı göstermemesinin kendilerini arkadaşları ile daha fazla vakit geçirmeye itme durumu	2,3±1,0	2,8±1,2	3,1±1,0	5,397	0,067
Karşı cins ile ilgili merak ettiklerini ailesine sormanın arkadaşlarına sormaktan daha fazla utanç verme durumu	2,2±0,9	2,9±1,1	3,1±1,2	7,803	0,020

*Kruskall Wallis Testi kullanılmıştır. Katılımcıların sorulara verdiği cevaplar 1: Hiç 5:Çok fazla 5'li Likert tipi olarak puanlanmıştır. †p<0, 01

Katılımcıların eğitim durumuna göre aile akran ve okul hakkındaki tutumu kıyaslandığında; okulda genellikle başarılı bir öğrenci olduğunu düşünme durumuna verilen cevaplarda eğitim almayanlar ile ilkökul ve ortaokul mezunlarında, liseye devam edenler ile lise mezunlarında ve üniversiteye gidenler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark mevcuttu ($X^2=20,169$ p<0,000). Eğitim düzeyi arttıkça puanlar artıyordu. Ailemin aylık gelirinin ihtiyaçlarımı karşılama durumuna verilen cevaplarda gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark mevcuttu ($X^2=17,676$ p<0,000). Ev ortamında fikirlerinin önemsenme durumuna verilen cevaplarda gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark mevcuttu ($X^2=9,451$ p<0,009). Evde tek başına kalabileceği bir alana sahip olma durumuna verilen cevaplarda gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark mevcuttu ($X^2=13,531$ p<0,001). Arkadaşları tarafından sevildiğini düşünme durumuna verilen cevaplarda gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark mevcuttu ($X^2=14,464$ p<0,001). Eğitim düzeyi arttıkça puanlar artıyordu.

Tablo 41. Katılımcıların eğitim durumuna göre aile, akran ve okulla ilgili tutumlarının kıyaslanması

n=221	Eğitim almayanlar ile ilkökul ve ortaokul mezunları (n=22) Ort.±SS	Liseye devam edenler ile lise mezunları (n=167) Ort.±SS	Üniversiteye gidenler (n=32) Ort.±SS	X^2^*	p
Okulda genellikle başarılı bir öğrenci olduğunu düşünme	2,5±1,0	3,5±0,9	3,7±0,6	20,169	0,000 [†]
Ailemin aylık gelirinin ihtiyaçlarımı karşılama durumu	2,4±1,0	3,4±1,2	2,9±1,2	17,676	0,000 [†]
Ev ortamında fikirlerinin önemsenme durumu	2,5±1,0	3,3±0,9	3,2±1,1	9,451	0,009 [†]
Evde tek başına kalabileceği bir alana sahip olma durumu	2,6±1,2	3,6±1,0	3,5±1,1	13,531	0,001 [†]

Tablo 41'in devamı

Arkadaşları tarafından sevildiğini düşünme durumu	2,6±1,2	3,7±1,0	3,8±0,8	14,464	0,001 [†]
---	---------	---------	---------	--------	--------------------

*Kruskall Wallis Testi kullanılmıştır. Katılımcıların sorulara verdiği cevaplar 1: Hiç 5:Çok fazla 5'li Likert tipi olarak puanlanmıştır. [†]p<0, 01

Katılımcıların eğitim durumuna göre Riskli Sağlık Davranışları Ölçeği puan ortalamaları karşılaştırıldığında; ölçeğin psikososyal alt boyutundan alınan puanlarda eğitim almayanlar ile ilkokul ve ortaokul mezunlarında, liseye devam edenler ile lise mezunlarında ve üniversiteye gidenler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark mevcuttu ($X^2=19,783$ p<0,000). Ölçeğin beslenme alt boyutundan alınan puanlarda da gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunuyordu ($X^2=28,247$ p<0,000). Ölçeğin fiziksel aktivite alt boyutundan alınan puanlarda da gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark mevcuttu ($X^2=19,190$ p<0,000). Ölçeğin hijyen alt boyutundan alınan puanlarda da gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunuyordu ($X^2=25,687$ p<0,000). Ölçeğin madde kullanımı alt boyutundan alınan puanlarda da gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardı ($X^2=22,629$ p<0,000). Toplam ölçek puanına bakıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark mevcuttu ($X^2=37,295$ p<0,000).

Tablo 42. Katılımcıların eğitim durumuna göre Riskli Sağlık Davranışları Ölçeği puan ortalamalarının kıyaslanması

n=221	Eğitim almayanlar ile ilkokul ve ortaokul mezunları (n=22) Ort.±SS	Liseye devam edenler ile lise mezunları (n=167) Ort.±SS	Üniversiteye gidenler (n=32) Ort.±SS	X ^{2*}	p
Psikososyal	48,6±7,5	39,3±9,5	38,5±9,7	19,783	0,000 [†]
Beslenme	62,9±8,5	51,5±10,5	56,1±9,1	28,247	0,000 [†]
Fiziksel Aktivite	67,2±11,8	52,9±16,6	61,4±13,9	19,190	0,000 [†]
Hijyen	65,0±25,1	30,1±11,0	29,8±11,5	25,687	0,000 [†]
Madde kullanımı	34,3±9,5	25,8±10,5	30,7±12,7	22,629	0,000 [†]
Toplam RSDÖ	55,7±8,5	41,4±7,0	44,5±7,4	37,295	0,000 [†]

RSDÖ: Riskli Sağlık Davranışları Ölçeği *Kruskall Wallis Testi kullanılmıştır. [†]p<0, 01

Katılımcıların çalışma durumuna göre aile akran ve okul hakkındaki tutumu kıyaslandığında; gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı.

Tablo 43. Katılımcıların çalışma durumuna göre aile, akran ve okulla ilgili tutumlarının kıyaslanması

n=221	Çalışmayıp okula gidenler, (n=150) Ort.±SS	Çalışıp okula gidenler, (n=36) Ort.±SS	Çalışıp okula gitmeyenler, (n=16) Ort.±SS	Çalışmayıp okula gitmeyenler, (n=19) Ort.±SS	X ² *	p
Ailesinin zararlı olduğunu düşündüğü şeyleri arkadaşı isterse düşünmeden gerçekleştirmeye	1,5±0,7	1,6±0,9	1,3±0,6	1,5±0,7	0,937	0,817
Ailesine söylemediği sırlarını arkadaşlarına rahatça anlatabilme	2,7±1,1	2,7±1,1	2,3±1,0	2,7±1,1	1,519	0,678
Arkadaşlarının yanında ailesinin yanında olduğundan daha rahat hissetme	2,9±1,1	2,7±1,2	2,7±1,2	3,1±1,1	1,852	0,604
Ailesinden görmediği ilgi ve sevgiyi arkadaşlarından görme	2,0±1,0	1,9±0,9	1,8±0,9	2,2±0,9	2,187	0,535
Arkadaşlarının kendisi hakkındaki fikirlerini önemseme	3,2±1,0	3,1±1,0	2,9±0,5	2,8±0,7	4,990	0,173
Ailesinin kendilerinin fikirlerine saygı göstermemesinin kendilerini arkadaşları ile daha fazla vakit geçirmeye itme durumu	2,9±1,2	2,5±0,9	2,9±1,2	2,8±1,1	2,048	0,563
Karşı cins ile ilgili merak ettiklerini ailesine sormanın arkadaşlarına sormaktan daha fazla utanç verme durumu	3,0±1,2	2,6±1,1	2,3±1,1	2,9±0,9	7,134	0,068

*Kruskall Wallis Testi kullanılmıştır. Katılımcıların sorulara verdiği cevaplar 1: Hiç 5:Çok fazla 5'li Likert tipi olarak puanlanmıştır

Tablo 44. Katılımcıların çalışma durumuna göre aile, akran ve okulla ilgili tutumlarının kıyaslanması

n=221	Çalışmayıp okula gidenler, (n=150) Ort.±SS	Çalışıp okula gidenler, (n=36) Ort.±SS	Çalışıp okula gitmeyenler, (n=16) Ort.±SS	Çalışmayıp okula gitmeyenler, (n=19) Ort.±SS	X ^{2*}	p
Okulda genellikle başarılı bir öğrenci olduğunu düşünme	3,5±0,9	3,2±0,9	3,1±0,9	3,4±1,0	4,258	0,235
Ailemin aylık gelirinin ihtiyaçlarımı karşılama durumu	3,3±1,2	2,9±1,3	3,0±1,3	3,2±1,0	4,842	0,184
Ev ortamında fikirlerinin önemseneceği durumu	3,3±0,9	3,0±0,9	3,6±1,2	3,0±1,1	6,285	0,099
Evde tek başına kalabileceği bir alana sahip olma durumu	3,6±1,1	3,4±1,3	3,2±1,0	3,4±1,2	2,333	0,506
Arkadaşları tarafından sevildiğini düşünme durumu	3,7±1,0	3,3±1,1	3,5±1,1	3,8±0,9	4,041	0,257

*Kruskall Wallis Testi kullanılmıştır. Katılımcıların sorulara verdiği cevaplar 1: Hiç 5:Çok fazla 5'li Likert tipi olarak puanlanmıştır.

Katılımcıların çalışma durumuna göre Riskli Sağlık Davranışları Ölçeği puan ortalamaları karşılaştırıldığında; fiziksel aktivite alt boyutundan çalışmayıp okula gidenlerin aldığı puan ortalaması 53,9±17,2 iken, çalışıp okula gidenlerin puan ortalaması 56,1±14,9, çalışıp okula gitmeyenlerin puan ortalaması 70,3±12,1, çalışmayıp okula gitmeyenlerin puan ortalaması ise 55,5±10,7'dır ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır ($X^2=14,913$ $p<0,002$). Ölçeğin madde kullanımı alt boyutundan çalışmayıp okula gidenlerin aldığı puan ortalaması 25,5±9,2 iken, çalışıp okula gidenlerin puan ortalaması 28,6±9,9, çalışıp okula gitmeyenlerin puan ortalaması 35,9±11,2, çalışmayıp okula gitmeyenlerin puan ortalaması ise 33,1±19,4'tür ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır ($X^2=16,664$ $p<0,001$). Ölçeğin psikososyal, beslenme, hijyen alt boyutlarında ise gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark mevcut değildir. Ölçeğin toplam puanına bakılacak olursa çalışmayıp okula gidenlerin aldığı puan

ortalaması 42,1±8,2 iken çalışıp okula gidenlerin puan ortalaması 45,5±9,0, çalışıp okula gitmeyenlerin puan ortalaması 48,8±6,9, çalışmayıp okula gitmeyenlerin puan ortalaması ise 43,9±6,6'dır ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır ($X^2=15,139$ $p<0,002$).

Tablo 45. Katılımcıların çalışma durumuna göre Riskli Sağlık Davranışları Ölçeği puan ortalamalarının kıyaslanması

n=221	Çalışmayıp okula gidenler, (n=150) Ort.±SS	Çalışıp okula gidenler, (n=36) Ort.±SS	Çalışıp okula gitmeyenler, (n=16) Ort.±SS	Çalışmayıp okula gitmeyenler, (n=19) Ort.±SS	X^{2*}	p
Psikososyal	39,3±9,3	42,6±9,2	42,5±12,2	40,2±11,6	5,593	0,133
Beslenme	52,2±11,3	55,1±10,7	58,3±7,4	53,9±6,3	7,509	0,057
Fiziksel Aktivite	53,9±17,2	56,1±14,9	70,3±12,1	55,5±10,7	14,913	0,002[†]
Hijyen	32,7±15,5	38,4±22,5	34,2±17,5	30,7±11,3	0,632	0,889
Madde kullanımı	25,5±9,2	28,6±9,9	35,9±11,2	33,1±19,4	16,664	0,001[†]
Toplam RSDÖ	42,1±8,2	45,5±9,0	48,8±6,9	43,9±6,6	15,139	0,002[†]

RSDÖ: Riskli Sağlık Davranışları Ölçeği *Kruskal Wallis Testi kullanılmıştır. [†] $p<0,01$

Katılımcıların çalışma durumlarına göre Aile APGAR puan ortalamaları karşılaştırıldığında; gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı ($X^2=4,940$ $p<0,176$).

Tablo 46. Katılımcıların çalışma durumlarına göre Aile APGAR puan ortalamalarının kıyaslanması

n=221	Çalışmayıp okula gidenler, (n=150) Ort.±SS	Çalışıp okula gidenler, (n=36) Ort.±SS	Çalışıp okula gitmeyenler, (n=16) Ort.±SS	Çalışmayıp okula gitmeyenler, (n=19) Ort.±SS	X^{2*}	p
Aile APGAR puanı	6,7±2,7	6,6±1,8	6,9±2,4	5,5±2,5	4,940	0,176

*Kruskal Wallis Testi kullanılmıştır.

Katılımcıların kardeş sayısına göre aile akran ve okul hakkındaki tutumu kıyaslandığında; hiç kardeşi olmayanlar ile 1-2 kardeşi olanlar ve 3 ve üzeri kardeşi olanlarda ailemin aylık gelirinin ihtiyaçlarını karşılama durumu, ev ortamında fikirlerinin önemsenme durumu ve evde tek başına kalabileceği bir alana sahip olma

durumu sorularına verilen cevaplarda gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark mevcuttu. Ailemin aylık gelirinin ihtiyaçlarımı karşılama durumuna verilen cevapların puan ortalaması hiç kardeşi olmayanlarda $3,1\pm1,2$ iken 1-2 kardeşi olanlarda $3,4\pm1,2$, 3 ve üzeri kardeşi olanlarda ise $2,8\pm1,2$ olup gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunuyordu ($X^2=12,486$ $p<0,002$). Ev ortamında fikirlerinin önemsenme durumuna verilen cevapların puan ortalaması hiç kardeşi olmayanlarda $3,4\pm0,9$ iken 1-2 kardeşi olanlarda $3,3\pm0,9$, 3 ve üzeri kardeşi olanlarda ise $3,0\pm1,0$ olup gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunuyordu ($X^2=6,250$ $p<0,044$). Evde tek başına kalabileceği bir alana sahip olma durumuna verilen cevapların puan ortalaması hiç kardeşi olmayanlarda $4,0\pm0,9$ iken 1-2 kardeşi olanlarda $3,6\pm1,1$, 3 ve üzeri kardeşi olanlarda ise $3,2\pm1,1$ olup gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunuyordu ($X^2=9,124$ $p<0,010$).

Tablo 47. Katılımcıların kardeş sayısına göre aile, akran ve okulla ilgili tutumlarının kıyaslanması

n=221	Hiç kardeşi olmayanlar (n=10) Ort.±SS	1-2 kardeşi olanlar (n=140) Ort.±SS	3 ve üzeri kardeşi olanlar (n=71) Ort.±SS	X ² *	P
Ailesinin zararlı olduğunu düşündüğü şeyleri arkadaşı isterse düşünmeden gerçekleştirme	2,0±1,2	1,5±0,7	1,4±0,7	2,559	0,278
Ailesine söylemediği sırlarını arkadaşlarına rahatça anlatabilme	2,8±1,1	2,6±1,1	2,8±1,1	1,717	0,424
Arkadaşlarının yanında ailesinin yanında olduğundan daha rahat hissetme	2,9±0,8	2,8±1,1	3,0±1,1	2,019	0,364
Ailesinden görmediği ilgi ve sevgiyi arkadaşlarından görme	1,6±0,5	2,0±0,9	2,2±1,0	3,917	0,141
Arkadaşlarının kendisi hakkındaki fikirlerini önemseme	3,5±0,9	3,0±1,0	3,3±1,0	3,261	0,196
Ailesinin kendilerinin fikirlerine saygı göstermemesinin kendilerini arkadaşları ile daha fazla vakit geçirmeye itme durumu	2,8±1,3	2,7±1,1	3,0±1,3	2,269	0,322
Karşı cins ile ilgili merak ettiklerini ailesine sormanın arkadaşlarına sormaktan daha fazla utanç verme durumu	3,5±0,7	2,8±1,1	3,0±1,2	4,847	0,089

*Kruskall Wallis Testi kullanılmıştır. Katılımcıların sorulara verdiği cevaplar 1: Hiç 5:Çok fazla 5'li Likert tipi olarak puanlanmıştır.

Tablo 48. Katılımcıların kardeş sayısına göre aile, akran ve okulla ilgili tutumlarının kıyaslanması

n=221	Hiç kardeşi olmayanlar (n=10) Ort.±SS	1-2 kardeşi olanlar (n=140) Ort.±SS	3 ve üzeri kardeşi olanlar (n=71) Ort.±SS	X ^{2*}	p
Okulda genellikle başarılı bir öğrenci olduğunu düşünme	3,3±0,8	3,5±1,0	3,3±0,9	1,162	0,559
Ailemin aylık gelirinin ihtiyaçlarımı karşılama durumu	3,1±1,2	3,4±1,2	2,8±1,2	12,486	0,002 [†]
Ev ortamında fikirlerinin önemsenme durumu	3,4±0,9	3,3±0,9	3,0±1,0	6,250	0,044
Evde tek başına kalabileceği bir alana sahip olma durumu	4,0±0,9	3,6±1,1	3,2±1,1	9,124	0,010
Arkadaşları tarafından sevildiğini düşünme durumu	3,8±0,9	3,6±1,0	3,5±1,2	0,169	0,919

*Kruskall Wallis Testi kullanılmıştır. Katılımcıların sorulara verdiği cevaplar 1: Hiç 5:Çok fazla 5'li Likert tipi olarak puanlanmıştır. [†]p<0, 01

Katılımcıların kardeş sayısına göre Riskli Sağlık Davranışları Ölçeği puan ortalamaları kıyaslandığında; gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı.

Tablo 49. Katılımcıların kardeş sayısına göre Riskli Sağlık Davranışları Ölçeği puan ortalamalarının kıyaslanması

n=221	Hiç kardeşi olmayanlar(n=10) Ort.±SS	1-2 kardeşi olanlar(n=140) Ort.±SS	3 ve üzeri kardeşi olanlar(n=71) Ort.±SS	X ^{2*}	p
Psikososyal	38,8±10,6	39,8±9,4	41,0±10,3	1,055	0,590
Beslenme	50,3±14,7	53,0±10,6	54,3±10,2	2,006	0,367
Fiziksel Aktivite	55,0±18,5	54,1±15,9	58,5±17,2	4,417	0,110
Hijyen	26,8±8,2	33,6±16,2	34,4±18,5	2,106	0,349
Madde kullanımı	22,5±3,5	27,8±11,9	27,1±10,1	1,224	0,542
Toplam RSDÖ	40,1±9,7	43,0±8,3	44,4±8,2	3,913	0,141

RSDÖ: Riskli Sağlık Davranışları Ölçeği *Kruskall Wallis Testi kullanılmıştır.

Katılımcıların kardeş sayısına göre Aile APGAR puan ortalamaları karşılaştırıldığında; hiç kardeşi olmayanların puan ortalaması 7,4±2,1 iken 1-2 kardeşi olanların puan ortalaması 6,9± 2,4 olup 3 ve üzeri kardeşi olanlarda ise 5,9±2,8 idi ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark mevcuttu. Kardeş sayısı arttıkça Aile APGAR puanı azalıyordu. (X²=6,915 p<0,032).

Tablo 50. Katılımcıların kardeş sayısına göre Aile APGAR puan ortalamalarının kıyaslanması

n=221	Hiç kardeşi olmayanlar (n=10) Ort.±SS	1-2 kardeşi olanlar (n=140) Ort.±SS	3 ve üzeri kardeşi olanlar (n=71) Ort.±SS	X ^{2*}	p
Aile APGAR puanı	7,4±2,1	6,9±2,4	5,9±2,8	6,915	0,032

*Kruskall Wallis Testi kullanılmıştır.

Katılımcıların baba eğitim düzeyine göre Riskli Sağlık Davranışları Ölçeği'nden aldıkları puan ortalamaları kıyaslandığında; ölçeğin psikososyal, beslenme ve hijyen alt boyutları ile ölçeğin tamamından alınan puanlar arasında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı.

Tablo 51. Katılımcıların baba eğitim düzeyine göre Riskli Sağlık Davranışları Ölçeği'nden aldıkları puan ortalamalarının kıyaslanması

n=221	Eğitim almamış, (n=16) Ort.±SS	İlkokul mezunu, (n=71) Ort.±SS	Ortaokul mezunu, (n=33) Ort.±SS	Lise mezunu, (n=55) Ort.±SS	Üniversite mezunu, (n=46)	X ^{2*}	p
Psikososyal	45,3±10,2	41,6±10,0	38,3±10,6	40,1±9,2	37,4±8,4	11,243	0,024
Beslenme	60,3 ±10,5	54,1±10,6	53,7± 8,5	52,1±11,0	50,6±11,0	11,658	0,020
Fiziksel Aktivite	61,8±20,5	56,6±16,0	55,0 ±16,0	53,1±16,9	55,2±15,6	3,862	0,425
Hijyen	52,7± 27,0	34,3±18,4	30,5 ±13,9	31,4±12,2	30,4±11,4	10,280	0,036
Madde kullanımı	28,4±9,6	29,4±12,6	27,5±10,5	25,8±9,8	25,7±11,0	6,334	0,176
Toplam RSDÖ	50,7± 11,4	44,4± 8,6	42,5± 7,7	42,2 ±7,2	40,8 ±7,0	11,755	0,019

RSDÖ: Riskli Sağlık Davranışları Ölçeği *Kruskall Wallis Testi kullanılmıştır.

Katılımcıların anne eğitim düzeyine göre Riskli Sağlık Davranışları Ölçeği'nden aldıkları puan ortalamaları kıyaslandığında; ölçeğin psikososyal, beslenme ve hijyen alt boyutları ile ölçeğin tamamından alınan puanlar arasında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı.

Tablo 52. Katılımcıların anne eğitim düzeyine göre Riskli Sağlık Davranışları Ölçeği'nden aldıkları puan ortalamalarının kıyaslanması

n=221	Eğitim almamış, (n=36) Ort.±SS	İlkokul mezunu, (n=56) Ort.±SS	Ortaokul mezunu, (n=30) Ort.±SS	Lise mezunu, (n=49) Ort.±SS	Üniversite mezunu, (n=50)	F**	p
Psikososyal	45,0±11,5	40,2±10,0	40,0±8,5	39,0±10,1	37,8±7,2	3,187	0,014 [†]
Beslenme	58,3 ±10,4	53,6±10,1	54,6± 12,6	50,5±10,1	51,3±9,9	3,483	0,009 ^{† †}
Fiziksel Aktivite	61,3±18,3	57,0±15,7	56,3 ±18,6	51,8±15,8	53,1±14,4	2,247	0,065
Hijyen	51,1± 27,1	29,7±12,3	30,4 ±10,9	29,3±9,0	31,3±11,9	14,774	0,000 ^{† †}
Madde kullanımı	29,5±9,6	28,1±10,9	26,5±8,8	26,8±13,6	26,2±11,1	0,624	0,646
Toplam RSDÖ	49,8± 11,9	43,1± 6,4	43,2± 7,8	40,9 ±6,7	41,2 ±6,7	8,115	0,000 ^{† †}

RSDÖ: Riskli Sağlık Davranışları Ölçeği. **Oneway Anova Testi kullanılmıştır [†]p<0, 05. ^{† †}p<0,001

Psikososyal alt boyuttan alınan puanlarda gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptandı ($F=3,187$, $p=0,014$). Beş grup arasındaki farkın nereden kaynaklandığını saptamak amacıyla yapılan Post-Hoc Tukey testine göre eğitim almayanların puanı lise mezunu olanlara ($p=0,041$) göre ve üniversite mezunu ($p=0,007$) olanlara anlamlı olarak daha yüksek bulundu.

Beslenme alt boyutundan alınan puanlarda gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptandı ($F=3,483$, $p=0,009$). Beş grup arasındaki farkın nereden kaynaklandığını saptamak amacıyla yapılan Post-Hoc Tukey testine göre eğitim almayanların puanı lise mezunu ($p=0,007$) olanlara göre ve üniversite mezunu ($p=0,023$) olanlara göre anlamlı olarak daha yüksek bulundu.

Hijyen alt boyutundan alınan puanlarda gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptandı ($F=14,774$, $p=0,000$). Beş grup arasındaki farkın nereden kaynaklandığını saptamak amacıyla yapılan Post-Hoc Tukey testine göre eğitim almayanların puanı ilkokul mezunu olanlara ($p=0,000$), ortaokul mezunu olanlara ($p=0,000$), lise mezunu olanlara ($p=0,000$) ve üniversite mezunu olanlara ($p=0,000$) göre anlamlı olarak daha yüksek bulundu.

Toplam ölçekten alınan puanlarda da gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptandı ($F=8,115$, $p=0,000$). Beş grup arasındaki farkın nereden kaynaklandığını saptamak amacıyla yapılan Post-Hoc Tukey testine göre eğitim almayanların puanı ilkokul mezunu olanlara ($p=0,001$), ortaokul mezunu olanlara ($p=0,007$), lise mezunu olanlara ($p=0,000$) ve üniversite mezunu olanlara ($p=0,000$) göre anlamlı olarak daha yüksek bulundu.

Tablo 53. Katılımcıların anne eğitim düzeyine göre Riskli Sağlık Davranışları Ölçeği'nin psikososyal ve beslenme alt boyutundan aldıkları puan ortalamalarının kıyaslanması

n=221	(I) Eğitim Durumu	(J) Eğitim Durumu	Ortalama Fark (I-J)	p
PSİKOSOSYAL ALT BOYUT	Eğitim almamış	İlkokul mezunu	4,750	0,143
		Ortaokul mezunu	5,000	0,220
		Lise mezunu	5,939	0,041 [†]
		Üniversite mezunu	7,160	0,007 ^{††}
	Lise mezunu	Eğitim almamış	-5,939	0,041 [†]
		İlkokul mezunu	-1,189	0,969
		Ortaokul mezunu	-0,939	0,993
		Üniversite mezunu	1,221	0,969
	Üniversite mezunu	Eğitim almamış	-7,160	0,007 ^{††}
		İlkokul mezunu	-2,410	0,697
		Ortaokul mezunu	-2,160	0,866
		Lise mezunu	-1,221	0,969

Tablo 53'ün devamı

BESLENME ALT BOYUTU	Eğitim almamış	İlkokul mezunu	4,729	0,220
		Ortaokul mezunu	3,727	0,605
		Lise mezunu	7,832	0,007^{††}
		Üniversite mezunu	6,952	0,023[†]
	Lise mezunu	Eğitim almamış	-7,832	0,007^{††}
		İlkokul mezunu	-3,103	0,557
		Ortaokul mezunu	-4,105	0,444
		Üniversite mezunu	-0,881	0,994
	Üniversite mezunu	Eğitim almamış	-6,952	0,023[†]
		İlkokul mezunu	-2,222	0,813
		Ortaokul mezunu	-3,224	0,673
		Lise mezunu	0,881	0,994

Tablo 54. Katılımcıların anne eğitim düzeyine göre Riskli Sağlık Davranışları Ölçeği'nin hijyen alt boyutu ve toplamından aldıkları puan ortalamalarının kıyaslanması

HİJYEN ALT BOYUTU	Eğitim almamış	İlkokul mezunu	21,397	0,000^{††}
		Ortaokul mezunu	20,711	0,000^{††}
		Lise mezunu	21,723	0,000^{††}
		Üniversite mezunu	19,751	0,000^{††}
	İlkokul mezunu	Eğitim almamış	-21,397	0,000^{††}
		Ortaokul mezunu	-0,686	1,000
		Lise mezunu	0,327	1,000
		Üniversite mezunu	-1,646	0,980
	Ortaokul mezunu	Eğitim almamış	-20,711	0,000^{††}
		İlkokul mezunu	0,686	1,000
		Lise mezunu	1,012	0,998
		Üniversite mezunu	-0,960	0,999
	Lise mezunu	Eğitim almamış	-21,723	0,000^{††}
		İlkokul mezunu	-0,327	1,000
		Ortaokul mezunu	-1,012	0,998
		Üniversite mezunu	-1,972	0,966
	Üniversite mezunu	Eğitim almamış	-19,751	0,000^{††}
		İlkokul mezunu	1,646	0,980
		Ortaokul mezunu	0,960	0,999
		Lise mezunu	1,972	0,966
TOPLAM RSDÖ PUANI	Eğitim almamış	İlkokul mezunu	6,735	0,001^{††}
		Ortaokul mezunu	6,657	0,007^{††}
		Lise mezunu	8,913	0,000^{††}
		Üniversite mezunu	8,577	0,000^{††}
	İlkokul mezunu	Eğitim almamış	-6,735	0,001^{††}
		Ortaokul mezunu	-0,078	1,000
		Lise mezunu	2,178	0,622
		Üniversite mezunu	1,842	0,752
	Ortaokul mezunu	Eğitim almamış	-6,657	0,007^{††}
		İlkokul mezunu	0,078	1,000
		Lise mezunu	2,255	0,733
		Üniversite mezunu	1,920	0,830

Tablo 54'ün devamı

	Lise mezunu	Eğitim almamış	-8,913	0,000^{††}
		İlkokul mezunu	-2,178	0,622
		Ortaokul mezunu	-2,255	0,733
		Üniversite mezunu	-0,335	1,000
	Üniversite mezunu	Eğitim almamış	-8,577	0,000^{††}
		İlkokul mezunu	-1,842	0,752
		Ortaokul mezunu	-1,920	0,830
		Lise mezunu	0,335	1,000

*Post-Hoc Tukey testi kullanılmıştır. [†] $p < 0,05$ ^{††} $p < 0,01$

Katılımcıların ailesinin gelir düzeyine göre Aile APGAR puan ortalamaları karşılaştırıldığında; gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark mevcuttu ($F=4,284$, $p=0,015$). Üç grup arasındaki farkın nereden kaynaklandığını saptamak amacıyla yapılan Post-Hoc Tukey testine göre yüksek düzey gelire sahip olanlarda Aile APGAR puanı orta düzey gelire sahip olanlara göre anlamlı olarak yüksek saptandı ($p=0,022$).

Tablo 55. Katılımcıların ailesinin gelir düzeyine göre Aile APGAR puan ortalamaları

n=221	Gelir Durumu			F**	p
	Düşük (n=86) Ort.±SS	Orta (n=60) Ort.±SS	Yüksek (n=75) Ort.±SS		
Aile APGAR puanı	6,3±2,4	6,1±2,8	7,3±2,4	4,284	0,015

**Oneway Anova Testi kullanılmıştır.

Tablo 56. Katılımcıların ailesinin gelir düzeyine göre Aile APGAR puan ortalamaları

n=221	(I) Gelir Durumu	(J) Gelir Durumu	Ortalama Fark (I-J)	p
Aile APGAR puanı	Düşük gelir	Orta gelir	0,244	0,839
		Yüksek gelir	-0,946	0,053
	Orta gelir	Düşük gelir	-0,244	0,839
		Yüksek gelir	-1,190	0,022 [†]
	Yüksek gelir	Düşük gelir	0,946	0,053
		Orta gelir	1,190	0,022 [†]

*Post-Hoc Tukey testi kullanılmıştır.. [†] $p < 0,05$.

Katılımcıların ailesinin gelir düzeyine göre Riskli Sağlık Davranışları Ölçeği'nden aldıkları puan ortalamaları karşılaştırıldığında; beslenme, fiziksel aktivite, hijyen ve toplam ölçekten alınan puanlarda gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunuyordu.

Tablo 57. Katılımcıların ailesinin gelir düzeyine göre Riskli Sağlık Davranışları Ölçeği'nden aldıkları puan ortalamalarının kıyaslanması

n=221	Düşük gelir düzeyi(n=86) Ort.±SS	Orta gelir düzeyi (n=60) Ort.±SS	Yüksek gelir düzeyi (n=75) Ort.±SS	F**	p
Psikososyal	41,0±10,0	41,5±10,3	38,0±8,6	2,701	0,069
Beslenme	55,5±10,7	52,5±11,2	51,3±9,9	3,356	0,037[†]
Fiziksel Aktivite	60,7±16,7	51,1±17,8	53,3±13,5	7,447	0,001^{††}
Hijyen	37,7±21,3	31,0±12,4	30,8±12,5	4,392	0,013[†]
Madde kullanımı	28,3±11,7	26,3±9,8	27,2±11,4	0,566	0,569
Toplam RSDÖ	45,5±9,5	42,4±7,9	41,4±6,6	5,557	0,004^{††}

****Oneway Anova Testi kullanılmıştır.. [†] p<0, 05. ^{††} p<0, 01**

Beslenme alt boyutundan alınan puanlarda gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptandı (F=3,356, p=0,037). Üç grup arasındaki farkın nereden kaynaklandığını saptamak amacıyla yapılan Post-Hoc Tukey testine göre katılımcıların ailelerinden düşük gelir düzeyine sahip olanların puanı yüksek gelir düzeyine sahip olanlardan anlamlı olarak yüksek bulundu (p=0,034).

Fiziksel aktivite alt boyutundan alınan puanlarda gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptandı (F=7,447, p=0,001). Üç grup arasındaki farkın nereden kaynaklandığını saptamak amacıyla yapılan Post-Hoc Tukey testine göre katılımcıların ailelerinden düşük gelir düzeyine sahip olanların puanı orta gelir düzeyine sahip olanlardan anlamlı olarak yüksek bulundu (p=0,001) ve düşük gelir düzeyine sahip olanların puanı yüksek gelir düzeyine sahip olanlardan anlamlı olarak yüksek bulundu (p=0,011).

Hijyen alt boyutundan alınan puanlarda gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptandı (F=4,392, p=0,013). Üç grup arasındaki farkın nereden kaynaklandığını saptamak amacıyla yapılan Post-Hoc Tukey testine göre katılımcıların ailelerinden düşük gelir düzeyine sahip olanların puanı orta gelir düzeyine sahip olanlardan anlamlı olarak yüksek bulundu (p=0,046) ve düşük gelir düzeyine sahip olanların puanı yüksek gelir düzeyine sahip olanlardan anlamlı olarak yüksek bulundu (p=0,025).

Toplam ölçekten alınan puanlarda da gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptandı (F=5,557, p=0,004). Üç grup arasındaki farkın nereden kaynaklandığını saptamak amacıyla yapılan Post-Hoc Tukey testine göre

katılımcıların ailelerinden düşük gelir düzeyine sahip olanların puanı yüksek gelir düzeyine sahip olanlardan anlamlı olarak yüksek bulundu ($p=0,005$).

Tablo 58. Katılımcıların ailesinin gelir düzeyine göre Riskli Sağlık Davranışları Ölçeği'nden aldıkları puan ortalamalarının kıyaslanması

n=221	(I) Gelir Durumu	(J) Gelir Durumu	Ortalama Fark (I-J)	p
BESLENME ALT BOYUTU	Düşük gelir	Orta gelir	2,984	0,219
		Yüksek gelir	4,215	0,034 [†]
	Orta gelir	Düşük gelir	-2,984	0,219
		Yüksek gelir	1,230	0,782
	Yüksek gelir	Düşük gelir	-4,215	0,034 [†]
		Orta gelir	-1,230	0,782
FİZİKSEL AKTİVİTE ALT BOYUTU	Düşük gelir	Orta gelir	9,589	0,001 ^{††}
		Yüksek gelir	7,422	0,011 [†]
	Orta gelir	Düşük gelir	-9,589	0,001 ^{††}
		Yüksek gelir	-2,167	0,717
	Yüksek gelir	Düşük gelir	-7,422	0,011 [†]
		Orta gelir	2,167	0,717
HİJYEN ALT BOYUTU	Düşük gelir	Orta gelir	6,654	0,046 [†]
		Yüksek gelir	6,841	0,025 [†]
	Orta gelir	Düşük gelir	-6,654	0,046 [†]
		Yüksek gelir	0,187	0,998
	Yüksek gelir	Düşük gelir	-6,841	0,025 [†]
		Orta gelir	-0,187	0,998
RSDÖ TOPLAM	Düşük gelir	Orta gelir	3,131	0,063
		Yüksek gelir	4,148	0,005 ^{††}
	Orta gelir	Düşük gelir	-3,131	0,063
		Yüksek gelir	1,017	0,756
	Yüksek gelir	Düşük gelir	-4,148	0,005 ^{††}
		Orta gelir	-1,017	0,756

*Post-Hoc Tukey testi kullanılmıştır. [†] $p<0,05$. ^{††} $p<0,01$

Katılımcıların Riskli Sağlık Davranışları Ölçeği'nden ve Aile APGAR Ölçeği'nden aldıkları puanlar ile sosyodemografik verileri arasındaki ilişki Spearman korelasyon analizi ile incelendiğinde aşağıdaki bulgular elde edildi.

Beslenme alt boyutu ile yaş bulguları arasında pozitif yönde anlamlı ilişki saptandı ($r=0,167$; $p=0,013$).

Fiziksel aktivite alt boyutu ile yaş bulguları pozitif yönde anlamlı ilişki saptandı ($r=0,213$; $p=0,001$).

Hijyen alt boyutu ile yaş bulguları negatif yönde anlamlı ilişki saptandı ($r=-0,137$; $p=0,042$).

Madde kullanımı alt boyutu ile yaş bulguları arasında pozitif yönde anlamlı ilişki saptandı ($r=0,361$; $p=0,000$).

RSDÖ toplam puanı ile yaşları arasında pozitif yönde anlamlı ilişki saptandı ($r=0,171$; $p=0,011$).

Tablo 59. Katılımcıların RSDÖ ve APGAR puanları ile yaş bulguları arasındaki ilişki

		Psikososyal alt boyut	Beslenme alt boyutu	Fiziksel aktivite alt boyutu	Hijyen alt boyutu	Madde kullanımı alt boyutu	RSDÖ toplam puan	APGAR puanı
Yaş	r	-0,027	0,167*	0,213**	-0,137*	0,361**	0,171*	-0,077
	p	0,689	0,013	0,001	0,042	0,000	0,011	0,256

*Spearman's rho korelasyon analizi kullanılmıştır. r = Spearman's rho katsayısı. * Korelasyon 0,05 düzeyinde anlamlıdır, $p<0,05$. ** Korelasyon 0,01 düzeyinde önemlidir $p<0,01$*

RSDÖ: Riskli Sağlık Davranışları Ölçeği

5. TARTIŞMA

Ergenlik, fiziksel büyüme ve cinsel gelişmeyle birlikte psikososyal olgunlaşmanın gerçekleştiği ve insanın gelişim dönemleri içerisinde toplumsal etkilerin birey için en çok önem taşıdığı evredir. Bu gelişme ve olgunlaşma döneminin bir sonucu olarak ergenlerde davranış değişiklikleri gözlenmektedir (4). Özellikle bu dönemde edinilen bazı riskli davranışların etkileri ve sonuçları erişkin döneme kadar yansımaktadır. Çalışmamızda birinci basamakta takip edilen 15-18 yaş arasındaki ergenlerde riskli sağlık davranışlarına neden olan faktörleri ve bu faktörlerin aile işlevselliğine etkisini aydınlatmaya çalıştık.

Bu çalışmada katılımcıların RSDÖ puan ortalaması $43,3 \pm 8,3$ olup, en yüksek puan ortalamasının fiziksel aktivite ($55,6 \pm 16,5$), en düşük ise madde kullanımı ($27,4 \pm 11,1$) alt boyutundan aldıkları, psikososyal alt boyut ($40,1 \pm 9,7$), beslenme alt boyut ($53,3 \pm 10,7$) ve hijyen alt boyutu puan ortalamasının ($33,5 \pm 16,7$) olduğu belirlenmiştir. Ölçekten alınabilecek en düşük ve en yüksek puana göre özellikle fiziksel aktivite ve beslenme alt boyutları açısından öğrencilerin riskte olduğu söylenebilir. En düşük puan madde kullanımından alınmış olsa da madde kullanımı zaten oldukça riskli bir davranış olduğundan bu puanın düşük olması yerine hiç olmaması istenmektedir. Tümer ve Şahin'in aynı ölçeği kullandıkları bir çalışmada ergenlerin RSDÖ puan ortalaması $43,8 \pm 7,5$ olarak belirlenmiştir. En yüksek risk puan ortalamasının fiziksel aktivite alt boyutundan ($52,6 \pm 9,4$) alındığı, bunu sırasıyla beslenme ($50,9 \pm 8,4$), psikososyal alt boyut ($46,5 \pm 13,2$), hijyen ($29,1 \pm 15,0$) ve madde kullanımına ($27,9 \pm 12,3$) ilişkin alt boyutların izlediği saptanmıştır(118). Bu çalışmanın bu yönüyle mevcut çalışmamızla benzer olduğu görülmüştür. Yine aynı ölçeğin kullanıldığı bir başka çalışmada katılımcıların RSDÖ puan ortalaması $58,9 \pm 6,6$ olup, en yüksek puan ortalamasının hijyen ($89,9 \pm 10,7$), en düşük ise madde kullanımı ($29,6 \pm 15,8$) alt boyutundan aldıkları, psikososyal alt boyut ($48,9 \pm 10,6$), beslenme alt boyut ($67,0 \pm 9,1$) ve fiziksel aktivite alt boyutu puan ortalamasının ($53,5 \pm 12,6$) olduğu belirlenmiştir (119). Yine Geçkil ve Dündar'ın yapmış olduğu bir çalışmada ergenlerde en yaygın riskli sağlık davranışı fiziksel aktivite eksikliği olarak belirtilmiştir (120). Yine Aras ve ark. 2007'de yaptığı bir çalışmada çalışmamızla benzer olarak ergenlerde en yaygın riskli sağlık davranışı fiziksel

aktivite eksikliği olarak belirtilmiştir (121). Farklı veri toplama yöntemleri ile lise öğrencilerinde yapılan birçok çalışma egzersiz yapma davranışının en yetersiz olduğunu ve beslenme davranışının bunu izlediğini göstermiştir (122,123). Ayrıca birçok çalışma sonucu da lise öğrencilerinin kötü beslendiklerini göstermiştir (124,125). Ergenlerde beslenmenin kötü olması, beslenmelerinde sıklıkla hamburger tost fast food, kola, şekerlemeler yeme ve sağlıksız gıda tüketiminin yüksek olması, genelde sabah kahvaltısının atlanması gibi sebepler görülmektedir (126).

Bu çalışmada, kullanılan ölçeğin iletişim ve güvenlik ile ilgili davranışları kapsayan psikososyal boyutu risk yönünden üçüncü sırada yer almaktadır. Geçkil ve Dünder (2007) Çimen ve Savaşer (2003)'ın çalışmaları da aynı sıranın izlendiğini göstermiştir. Birçok çalışma liseye giden ergenlerin psikososyal davranışlarında problem olduğu alkolü ve ehliyetsiz olarak araba kullanma, emniyet kemeri ya da kask kullanmama, yanında delici ve kesici alet taşıma, kavgaya karışıp kavgada yaralanma davranışlarının yüksek olduğu bulunmuştur (70,125). Ergenlerde intihar girişimi düşünme ile planlama davranışlarının yaygın olduğu, umutsuzluk oranlarının da benzer şekilde yüksek olduğu görülmüştür (70).

Bu ergen yaş grubunda riskli psikososyal davranış ve tutumların oranının yüksek olması, ülkemizde yaşanan sosyo-ekonomik değişikliklere göre şekillenen kuşak çatışmaları, geleneksel aile yapısını devam ettirmek isteyen ebeveynler tarafından ergenlere uygulanan baskılar, ayrıca üniversite sınavlarına hazırlık sürecinde yaşanan stresin daha lise birinci sınıfta yaşanmaya başlanması, bu dönemlerde ergen bireylerin yoğun kurs ve sınav temposuna girmesine bağlı etmenlerden dolayı psikososyal davranışların daha kötü olduğu düşünülmüştür. Bu dönemin sıkıntılı günlerini nispeten dengeli biçimde atlatamayan ergenlerde ruhsal sorunlar ortaya çıkmaktadır (127).

Hijyen boyutunun risk puanı fiziksel aktivite, beslenme ve psikososyal boyuttan sonra dördüncü sırada olduğu saptandı.

Kaya ve arkadaşlarının (2006) lisedeki ergenlerle yaptıkları çalışmada ergenlerin hijyen davranışlarının iyi olduğunu bulmuştur. Ergenlerin %99.1'inin ellerini sabun kullanarak yıkadıkları, %92.5'inin yemeklerden sonra, %90.5'inin tuvalet sonrasında ellerini yıkadıklarını belirtmiştir. Ergenlerin hijyen davranışlarının iyi olmasında bu dönemde dış görünüşün ergen için önem arz etmesi, beğenilme

arzusu, akran grupları içinde yer edinme isteği, karşı cinse kendini beğendirmek için hijyenin önemli olduğunu düşünmesi gibi nedenlerin etkili olduğunu düşünmekteyiz. Sonuçlar bu yönüyle diğer çalışma sonuçlarıyla benzerlik göstermektedir (115,124).

Bu çalışmada en düşük risk puanı madde kullanımı boyutundan alınmıştır. Çimen ve Savaşer (2003) ile Geçkil ve Dünder (2007); lise öğrencileri ile yaptığı çalışmalarda madde kullanımı alt boyutunu en düşük bulmuştur. Yapılan çalışmalarda madde kullanma oranları %3,7 -%21 bulunmuştur (70). Ergenlik dönemi kimlik gelişiminin yaşandığı ve çatışmaların olduğu bir dönemdir. Sorunlarıyla etkili baş edemeyen veya doğru yönlendirilmeyen ergenler farklı başa çıkma yöntemlerini kullanmaya yönelebilmektedir. Grup içerisinde yer edinme isteği ile arkadaşlığın ön plana çıktığı bu dönemde akran etkisiyle madde kullanımına eğilimin artabileceğini düşünmekteyiz.

Bu çalışmada erkek ergenlerin riskli sağlık davranışları hijyen alt boyut puanlarının kız ergenlerden önemli düzeyde yüksek olduğu, beslenme ve fiziksel aktivite alt boyut puanlarının ise kız ergenlerde erkek ergenlere göre önemli düzeyde yüksek bulunduğu saptanmış olup psikososyal ve madde kullanımı alt boyutu ve toplam ölçek puanı ile cinsiyet arasında önemli bir fark olmadığı saptanmıştır. Lise öğrencileri ile yapılan çalışmalarda erkeklerin psikososyal, madde kullanımı, hijyen alt boyutu ile toplam ölçek puan ortalamalarının kızlardan yüksek olduğu bulunmuştur (118,120). Çalışmamızda sigara ve alkol kullanımı ile cinsiyet arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Yalaki ve arkadaşlarının 2015'te yapmış olduğu çalışmada erkek öğrencilerde sigara ve alkol kullanımının kız öğrencilerden yüksek olduğu saptanmıştır (128). Yine 2010 yılında yapılan bir başka çalışmada erkeklerde sigara ve alkol kullanımının kız öğrencilerden yüksek olduğu saptanmıştır (129). Çalışmamızda farklı olan bu durumun zamanla sigara ve alkol kullanımının kızlarda da yaygınlaşmış olabileceğinden kaynaklandığını düşünmekteyiz. Yörükoğlu (2002), Taner ve Ögel (2006) ergenlerle yaptıkları çalışmalarda ise erkeklerin kızlara göre daha fazla riskli sağlık davranışlarında bulunduklarını (intihar girişiminde bulunma, şiddet davranışları vb.) saptamıştır. Bunun nedeni içinde bulundukları akran gruplarının farklı olması, erkek adölesana aile tarafından farklı bir özgürlüğün tanınması, kavgaya ya da şiddet davranışlarına daha fazla katılıp ya da daha fazla maruz kalmalarının neden olduğu düşünülmüştür. Bizim çalışmamızda psikososyal

boyut ile cinsiyet arasında fark saptanmamıştır. Çalışmamızda farklı olan bu durumun zaman içerisinde kız ergenlerde de girilen sosyal ortamlardan, gelişen ve kullanımı artan sosyal medya kullanımından, haberleşmenin kolaylaşması, ergenlere sunulan imkanların artması gibi durumlardan ötürü kızlarda da riskli davranışların artmış olabileceğini düşünüyoruz.

Fiziksel aktivite alt boyutunda cinsiyetin etkili olduğu saptanmıştır. Risk puan ortalaması kızlarda erkeklerden istatistiksel olarak anlamlı yüksek bulunmuştur. Çimen ve Savaşer (2003), Geçkil ve Dünder'in (2007) lise öğrencileri ile yapmış olduğu çalışmaların sonuçları bizim çalışmamızı desteklemektedir. Fiziksel aktivitenin kızlarda erkeklere göre yetersiz olduğu görülmüş bu sonuç diğer çalışmalarla da desteklenmiştir. Ergenlik döneminde erkek adölesanların kızlara göre beden eğitimi dersine katılımlarının daha fazla olduğu, bir spor dalıyla daha çok ilgilendikleri görülmektedir. Kız ergenler spor ile daha az ilgilenmekte evde geçirdikleri zamanda da daha çok pasif kalmaktadır. Kız ergenlerin bu dönemde bedenlerinde meydana gelen değişikliklerden dolayı menstruasyon döneminde olup kanamanın verdiği rahatsızlık hissi, karın ağrısı, çekingenlik, utanç duyma gibi durumların da fiziksel aktivitelerden geri kalmasında etkisi olabileceğini düşünmekteyiz.

Çalışmada beslenme alt boyutunda risk puan ortalaması kızlarda erkeklerden istatistiksel olarak anlamlı yüksek bulunmuştur. Geçkil ve Dünder'in (2007) çalışmasında beslenme davranışının erkeklerde kızlara göre daha iyi olduğu bulunmuştur. Bu durum çalışmamızı destekler niteliktedir. Kızların çikolata ve şekerlemelere daha düşkün olmasının beslenme alt boyutunda kızların daha yüksek risk puanı almasında etkili olduğunu düşünmekteyiz.

Çalışmada hijyen alt boyutunda riskli sağlık davranışları puan ortalamaları erkek ergenlerde kızlara göre yüksektir. Çimen ve Savaşer (2003), Geçkil ve Dünder (2007) lise öğrencileriyle yaptıkları çalışmalarda da erkek ergenlerin hijyen risk puanını kızlara göre daha yüksek bulmuştur bu durum çalışmamızı destekler niteliktedir. Kızların bu dönemde güzel görünme isteği, beden imajının kendileri için önem arz etmesi, karşı cinse kendini beğendirme isteği gibi durumlardan ötürü hijyene daha fazla önem verdiğini düşünmekteyiz. Ayrıca menstruasyon döneminde

de el yıkama, banyo yapma gibi durumlara daha çok dikkat edilmekte ve bu da hijyen davranışları edinmelerine fayda sağlamış olabilir.

Bu çalışmada madde kullanımı alt boyutu risk puan ortalaması ile cinsiyet arasında fark saptanmadı. Bu çalışmamızın dikkat çekici bir yönüdür. Çünkü literatürde yapılan çalışmaların çoğunda erkeklerde madde kullanımının daha yüksek olduğu belirtilmiştir. Çimen ve Savaşer (2003), Geçkil ve Dünder (2007) lise öğrencileriyle yapılan çalışmada erkek ergenlerin kızlara göre madde kullanımı alt boyutunun risk puan ortalamasını istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulmuştur. Adolesanlar ile yapılan birçok çalışma da cinsiyetin madde kullanımı üzerine etkili olduğunu, erkeklerde madde kullanımının daha fazla olduğunu saptamıştır (122,123). Madde kullanımı zaten oldukça riskli bir davranışken zaman içerisinde kız ergenlerde de yaygınlaşmış olması durumu irdelenmesi gereken bir konudur.

Bu çalışmada katılımcıların çekirdek aile yapısı ve geniş aile yapısı ile riskli sağlık davranışları toplam ve alt boyut puanları arasında önemli bir fark olmadığı saptanmıştır. Yapılan bir çalışmada aile yapısı ile RSDÖ puanı arasında anlamlı bir fark saptanamamıştır bu da bizim çalışmamızı destekler niteliktedir (130). Courtenay, McCreary ve Merighi (2002) yaptıkları bir çalışmada aile yapısının riskli sağlık davranışlarına eğilimde etkili olduğunu, ebeveynleri ayrı olanlar ve geniş ailelere sahip olan ergenlerin çekirdek ailelere göre daha fazla riskli sağlık davranışlarında bulunduklarını belirtmiştir. Çalışmamızda farklı saptanan bu durumun çekirdek ailelerde aile işlevselliğinin daha etkili olup, geniş ailelerde ise büyükanne büyükbaba sevgisi, kalabalık ailede daha aktif ve sosyal olabilme gibi durumlardan ötürü birbirini dengelemiş olabileceğini düşünüyoruz.

Bu çalışmada katılımcıların ebeveynleri boşanmış olanların RSDÖ toplam puanı ile beslenme ve madde kullanımı alt boyut puanlarının anlamlı olarak yüksek olduğu bulunmuştur. Ergen gelişiminde aile çok önemli bir faktördür ve yapılan bir çalışma ile sağlıklı işlev gösteren ailelere sahip olan ergenlerin, sağlıklı işlev gösteren ailelere sahip ergenlere göre önemli düzeyde kural dışı davranışlarda bulundukları belirlenmiştir (131). Herken, Özkan ve Kaya'nın (2006) lise öğrencileri ile yaptıkları bir çalışmada parçalanmış aileye sahip olan ergenlerin çekirdek aile ve geniş aileye sahip ergenlere göre madde kullanma oranının daha yüksek olduğunu

bulmuştur. Bu da çalışmamızı destekler niteliktedir. Hatalı anne baba tutumu ile bozuk aile yapısı sağlıklı bir gelişimin ve uyumsuzlukların temelini oluşturabilir (132). Tek ebeveynli ailede yaşayan ergenlerin ebeveynlerinden yeterli ilgi görmemesi, doğru yönlendirilmemesi, ebeveynlerin tutarsız davranışları ve disiplin eksikliği gibi nedenlerle daha özgür olduğu bu nedenle de daha çok riskli sağlık davranışlarında bulunuyor olabileceğini düşünüyoruz. Çalışmamızda ebeveynleri boşanmış olan ergenlerin Aile APGAR puanı da anlamlı olarak düşük saptanmış olup ebeveynleri boşanmış ergenlerin daha düşük aile işlevselliğine sahip olduğunu görmekteyiz. Aile yaşam şekillerine bakıldığında anne, baba ya da her ikisinden ayrı yaşayan ergenlerin RSDÖ toplam puanı ile beslenme ve madde kullanımı alt boyut puanlarının anne, baba ve çocuklar birlikte olarak yaşayanlara göre anlamlı olarak yüksek olduğu bulunmuştur. Bu da diğer bulgularımızı destekler niteliktedir. Anne, baba ya da her ikisinden ayrı yaşayan ergenlerin Aile APGAR puanı da anne, baba ve çocuklar birlikte olarak yaşayanlara göre anlamlı olarak düşük saptanmıştır.

Bu çalışmada göç edenlerin RSDÖ toplam puan ve tüm alt boyut puanları göç etmeyenlere göre anlamlı olarak yüksek saptandı. Bu da göç geçmişi olanların daha fazla riskli davranışta bulunduğunu göstermektedir. Gün ve Bayraktar (2008) “Türkiye’de İç Göçün Ergenlerin Uyumundaki Rolü” adındaki araştırmalarında kültürel açıdan farklı bölgelere göç etmenin ergenin ruh sağlığında birçok olumsuzlukla ilişkili olduğunu ifade etmiştir (133). Göç edenlerin daha fazla ortam değiştirmesi ve bu farklı sosyal ortamlarda sürekli kendini kanıtlama çabasına girmesinin riskli sağlık davranışlarını arttırmış olabileceğini düşünüyoruz.

Katılımcıların eğitim durumuna göre eğitim almayanlar ile ilkokul ve ortaokul mezunları, liseye devam edenler ve lise mezunları ile üniversiteye gidenler arasında RSDÖ toplam puan ve ölçek alt boyutlarından alınan puanlarda gruplar arasında anlamlı fark mevcuttu. Eğitim almayanlar ile ilkokul ve ortaokul mezunlarının risk puanları tüm alt boyutlarda ve toplam ölçek puanında en yüksek olarak saptandı.

Bu çalışmada katılımcıların çalışma durumuna göre RSDÖ ölçek puanı kıyaslamasında toplam ölçek puanında ve fiziksel aktivite ile madde kullanımı alt boyutunda gruplar arasında anlamlı düzeyde fark saptanmıştır. Fiziksel aktivite alt boyutunda en yüksek risk puanını çalışıp okula gitmeyenler alırken, madde kullanımı

alt boyutunda da en yüksek risk puanını çalışıp okula gitmeyenler almıştır. Toplam ölçek puanında da en yüksek puan ortalamasını çalışıp okula gitmeyen grup oluşturmuştur. Yapılan bir çalışmada çalışan öğrencilerin psikososyal alt boyut ve madde kullanımı alt boyut puanı çalışmayan öğrencilerden önemli düzeyde yüksek saptanmış, beslenme ve hijyen alt boyut ve RSDÖ toplam puanları ile çalışma durumu arasında anlamlı bir fark olmadığı belirlenmiştir (130). Bu durum da bize gelir getiren bir işte çalışıp paraya ulaşmanın bazı riskli davranışları artırabileceğini düşündürmektedir.

Bu çalışmada katılımcıların kardeş sayısına göre riskli sağlık davranışları toplam ve alt boyut puanları arasında önemli bir fark olmadığı saptanmıştır. Yapılan bir çalışmada kardeş sayısı dört ve dörtten daha fazla olan ergenlerin kardeş sayısı bir olan ergenlere göre beslenme alt boyutu ve toplam puan ortalamalarının daha yüksek olduğu saptanmıştır (119). Bizim çalışmamızda farklı saptanan bu durumun hiç kardeşi olmayan ergen sayısının az olmasından kaynaklı olabileceğini düşünüyoruz.

Bu çalışmada baba eğitim düzeyi ile RSDÖ toplam, psikososyal, beslenme ve hijyen alt boyut puanları arasında önemli bir fark olduğu saptanmıştır. RSDÖ toplam ve fark saptanan alt boyutlarda en yüksek puanı eğitim almayan grup almıştır. Babası üniversite mezunu olan ergenler RSDÖ toplam ve fark saptanan alt boyutlarda en düşük puanı almıştır. Ortaöğretimde eğitim gören öğrencilerle yapılan bir çalışmada baba eğitim düzeyi yüksek olan öğrencilerin sağlığı geliştirici davranış puan ortalamasının daha iyi olduğu bulunmuştur (134).

Bu çalışmada anne eğitim düzeyi ile RSDÖ toplam, psikososyal, beslenme ve hijyen alt boyut puanları arasında önemli bir fark olduğu saptanmıştır. RSDÖ toplam ve fark saptanan alt boyutlarda en yüksek puanı eğitim almayan grup almıştır. Psikososyal ve beslenme alt boyutlarında farklılığın eğitim almayanlar ile lise ve üniversite mezunu olanlara göre yüksek riskli olduğu, hijyen alt boyutu ile toplam ölçek puanındaki farklılığın eğitim almayan gruptan kaynaklandığı saptanmıştır. Yapılan bir çalışmada anne eğitim düzeyi ile RSDÖ toplam puan ve alt boyutlarında anlamlı fark olmadığı belirtilmiştir (130). Bizim çalışmamızda elde ettiğimiz sonucun ebeveynlerin eğitim düzeyi arttıkça riskli davranışlar konusundaki farkındalığın artıyor olmasından ve ebeveyn ile ergen arasındaki iletişimin kalitesinin

artmasından ve bu durumun riskli sağlık davranışlarını önlemede koruyucu faktör olmasından kaynaklanıyor olabilir.

Katılımcıların ailesinin gelir düzeyi ile RSDÖ toplam, beslenme, fiziksel aktivite ve hijyen alt boyut puanları arasında önemli bir fark olduğu saptanmıştır. RSDÖ toplam ve beslenme alt boyutunda farklılığın düşük gelir düzeyi ile yüksek gelir düzeyine sahip olanlar arasından kaynaklandığı, fiziksel aktivite ve hijyen alt boyutunda farklılığın düşük gelir ve orta gelir ile düşük gelir ve yüksek gelir düzeyine sahip olanlardan kaynaklandığı saptandı. Düşük gelir düzeyine sahip aileler daha riskli saptandı. Aynı ölçek kullanılarak yapılan bir çalışmada ailesinin ekonomik düzeyini kötü algılayan ergenlerin bütün alt boyut ve RSDÖ toplam puanının yüksek olduğu bulunmuştur (130). Literatürde sosyoekonomik düzey ve riskli sağlık davranışlarının araştırıldığı çalışmalarda karşıt görüşler bulunmaktadır. Bazı çalışmalar düşük sosyoekonomik düzeyde yaşam koşullarının daha elverişsiz olması, sağlık bakım sistemine ulaşmada zorluk, sağlıklı yaşam davranışlarına ilişkin farkındalığın daha az oluşu gibi nedenlerle riskli sağlık davranışlarının daha fazla görüldüğünü belirtirken (135), bazı çalışmalar yüksek sosyoekonomik düzeye sahip ergenlerde hazır gıda erişimine kolaylık, fiziksel aktivite azlığı, bağımlılık yapıcı madde kullanımı gibi riskli davranışların daha fazla olduğunu belirtmiştir (120,115).

Amerika'da 2793 ergen ile yapılan bir araştırmada aile işlevselliğini ölçmek için kullanılan bir ölçekte en yüksek puan 24 iken erkekler ortalama 18,1 puan alırken kadınlar ise 17,7 puan almışlardır. Bu ölçek aile değerlendirme ölçeğinin genel fonksiyon skalasından türetilmiş 6 maddeden meydana gelmektedir. En yüksek puana oranladığımızda erkeklerin aile işlevselliği oranı 0,75 iken kadınların oranı 0,73; bizim çalışmamızın ortalamasının benzer oranı ise 0,66 olarak bulunmuştur ancak buradaki kültürel farklılıkların göz önünde bulundurulması gerekir (136). Bizim çalışmamızda cinsiyete göre aile işlevselliğine bakıldığında erkeklerde anlamlı olarak daha yüksek saptanmıştır. Ailenin çekirdek veya geniş yapıda olması ile aile işlevselliği farklılık göstermemekte ancak ebeveynleri boşanmış olanlarda aile işlevselliği anlamlı olarak düşük saptanmıştır ve kardeş sayısı arttıkça aile işlevselliği puanı da düşüş göstermekteydi. Bu durumun kardeş sayısı arttıkça ebeveynlerin ergenler üzerindeki ilgi ve kontrollerinin azalmasından kaynaklandığını düşünmekteyiz.

Ailesine söylemediği sırlarını arkadaşlarına rahatça anlatabilme, ailesinden görmediği ilgi ve sevgiyi arkadaşlarından görme, arkadaşlarının kendisi hakkındaki fikirlerini önemseme, ailesinin kendilerinin fikirlerine saygı göstermemesinin kendilerini arkadaşları ile daha fazla vakit geçirmeye itme durumu, karşı cins ile ilgili merak ettiklerini ailesine sormanın arkadaşlarına sormaktan daha fazla utanç verme durumu sorgulandığında ortalama puan kız ergenlerde erkek ergenlere göre anlamlı yüksek saptandı. Bu araştırmamızın dikkat çekici bir sonucudur. Literatürde genelde bunun karşıtı sonuçlar mevcut olup yapılan bir çalışmada cinsiyete göre erkek ergenlerin kız ergenlere göre arkadaş bağımlılık puan ortalamaları istatistiksel olarak anlamlı daha yüksek olduğu bulunmuştur (137). Literatürde erkeklerin riskli davranışları olan arkadaşları bulunma durumu kızlara göre daha fazladır. Ancak bir çalışmada kızların riskli davranışlara sahip arkadaşları olması halinde madde kullanma riskleri erkeklerden anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır. Özellikle hırsızlık yapıp bağımlılık yapıcı madde kullanan ve polisle başı belaya giren arkadaşına sahip kızlarda madde kullanım riskinin de arttığı belirtilmiştir (138). Yine bir çalışmada ergenin arkadaşlarının kendisini ebeveyninden daha iyi anladığını düşünmesi durumu ile cinsiyet arasındaki ilişkiye bakıldığında; arkadaşlarının kendisini ebeveyninden daha iyi anladığını düşünen kızların oranının (% 61,6) erkeklere (% 38,4) göre daha yüksek olduğu belirtilmiştir (139). Bu sonuç da çalışmamızı destekler niteliktedir.

Okulda başarılı bir öğrenci olduğunu düşünen kız ergenler erkek ergenlere göre anlamlı yüksek saptanmıştır. Bahar (2006) yapmış olduğu bir çalışmada kızların akademik başarı düzeylerinin erkeklerin akademik başarı düzeylerinden anlamlı olarak daha yüksek olduğunu bildirmiştir (140). Bahar ve Yıldırım (2017) tarafından üniversite öğrencileri ile gerçekleştirilen bir çalışmada ise kız öğrencilerin akademik başarı düzeylerinin erkeklerden daha yüksek olduğu bildirilmiştir (141). Bu çalışmalar bizim çalışmamızı destekler niteliktedir.

Çalışmanın Kısıtlılıkları

- Örneklem sayısının az olması
- Kontrol grubunun olmamasıdır.

6. SONUÇ ve ÖNERİLER

6.1. SONUÇLAR

- Ergenlerin riskli sağlık davranışları puan ortalaması $43,3 \pm 8,3$ olarak bulunmuştur. Alt boyutlardan en yüksek puan ortalaması sırasıyla fiziksel aktivite, beslenme, psikososyal, hijyen alt boyuttan alınmıştır en düşük puan ise madde kullanımından alınmıştır.

- Erkek ergenlerin hijyen davranışları kızlara göre daha kötüdür.
- Kızların fiziksel aktivitede bulunma davranışları erkeklere göre daha azdır.
- Kızlar erkeklere göre daha kötü beslenmektedir.
- Çekirdek aileye sahip ergenler ile geniş aileye sahip ergenlerde riskli davranışlar arasında fark görülmemiştir.
- Ebeveynleri boşanmış olanlar ebeveynleri evli olanlara göre daha risklidir.
- Göç geçmişi olan ergenler olmayanlara göre daha risklidir.
- Ergenlerin eğitim düzeyi arttıkça riskli davranışta bulunma durumu azalmaktadır.
- Gelir getiren işi olan ergenlerde risk daha fazladır.
- Kardeş sayısına göre riskli davranışlarda bulunma durumu değişmemektedir.
- Anne ve babası eğitim almayan ergenlerde riskli sağlık davranışları daha fazladır.
- Düşük gelir düzeyine sahip ailelerde ergenlerin riskli sağlık davranışları artmaktadır.
- Erkeklerin, ebeveynleri evli olanların, anne-baba-çocuk beraber şeklinde yaşam sürenlerin, hiç kardeşi olmayanların, ailesinin gelir düzeyi yüksek olanların aile işlevselliği daha iyi bulundu.

6.2. ÖNERİLER

Ergenlerde riskli sağlık davranışlarının azaltılması için toplum olarak bazı önlemler alınabilir.

- Erkeklerin hijyen puanı daha yüksek olduğundan erkek ergenlerin bu konularda eğitilmesi ve hizmet programları ile desteklenmesi,

- Kızlarda fiziksel aktivite davranışları daha yetersiz olduğundan kızların spor dallarına teşvik edilmesi ve egzersiz programlarına yönlendirilmesi,
- Sağlık algısının geliştirilmesi için sağlık kavramı ve önemi konusunda farkındalıklarının artmasını sağlamak,
- Ergenlerde beslenme davranışlarının kötü olmasından dolayı beslenmenin önemi hakkında ergeni bilgilendirmek, kronik hastalıkların ileri vadede insan sağlığına etkisini anlatmak; okul, yemekhane ve kantinlerde sağlıklı gıdalara erişim için okullarda beslenme eğitimi yapılması,
- Ebeveynleri boşanmış olan ergenlerin madde kullanım puanı daha yüksek olduğundan bu ergenlere danışmanlık eğitimi sağlamak, bu maddelerin zararlarını anlatmak,
- Göç geçmişi olanların psikososyal puanı yüksek olduğu için bu ergenlere ücretsiz danışmanlık eğitimi, aktivite programları düzenlenerek desteklemek ve sosyal ortamlara entegrasyonunu sağlamak,
- Ergenlere sigara ve alkol kullanımının zararlarını anlatmak ve yol açabileceği hastalıklar hakkında bilgi vermek

6.3. GÜÇLÜ YÖNLER

- Çalışmamızda, RSDÖ, Aile Apgar Ölçeği, Fagerström Nikotin Bağımlılık ölçeklerinin kullanılması
- Çalışmamızın önceki yapılan benzer yaş grubu ve popülasyonu ilgilendiren literatürle benzer sonuçlar vermesi
- Çalışmamızda kullanılan RSDÖ ölçeğindeki psikososyal, beslenme, fiziksel aktivite, hijyen ve madde kullanımı gibi çeşitlilik gösteren altboyutlarının olması

6.4. KISITLI YÖNLERİ

- Örneklem sayısının dar olması
- Seçilen popülasyon ile dezavantajlı grupların karşılaştırılmaması

7. KAYNAKLAR

1. **Dick B, Ferguson BJ.** Health for the World's Adolescents: A Second Chance in the Second Decade. *J Adolesc Health.* **2015;** 56(1):3-6.
2. **TÜİK Kurumsal.** Erişim adresi: <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Istatistiklerle-Genclik-2020-37242>, Erişim tarihi: 03 Ağustos 2022.
3. **Şimşek H, Çöplü F.** Lise öğrencilerinin riskli davranışlar gösterme düzeyleri ile okula bağlanma düzeyleri arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Ahi Evran Üniversitesi Sos Bilim Enstitüsü Derg.* **2018;** 4(1):18-30.
4. **C3-S4-ergenlik-donemi.pdf.** Erişim adresi: <http://turkishfamilyphysician.com/wp-content/uploads/2016/08/C3-S4-ergenlik-donemi.pdf>, Erişim tarihi: 03 Ağustos 2022.
5. **Karaman NG.** Investigation of Motives for Adolescent Risk Taking in Terms of Egocentrism, Peer Pressure, Sex and Gender. *İlkogretim Online*, **2013;** 12(2):16.
6. **YRBSS.** Gençlik Risk Davranışı Gözetleme Sistemi | Veri | Ergen ve Okul Sağlığı | HKM. **2021** Erişim adresi: <https://www.cdc.gov/healthyyouth/data/yrbs/index.htm>, Erişim tarihi: 04 Ağustos 2022.
7. **KGTA-2017_pdf.** Erişim adresi: https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/tutun-mucadele-bagimlilik-db/duyurular/KGTA-2017_pdf.pdf, Erişim tarihi: 21 Ağustos 2022.
8. **Elders MJ, Perry CL, Eriksen MP, Giovino GA.** The report of the Surgeon General: preventing tobacco use among young people. *Am J Public Health.* **1994;** 84(4):543-7.
9. **Unger JB.** Attitudes toward anti-tobacco policy among California youth: associations with smoking status, psychosocial variables and advocacy actions. *Health Educ Res.* **1999;** 14(6):751-63.
10. **World Health Organization.** World health statistics **2009.** World Health Organization; 2009. Erişim adresi: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/44078>, Erişim tarihi: 08 Ağustos 2022.
11. **World Health Organization.** World health statistics 2014 [Internet]. Geneva: World Health Organization, **2014;**177. Erişim adresi: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/112738>, Erişim tarihi: 08 Ağustos 2022.

12. **Geli Y.** Reitox Ulusal Temas Noktası. **2022**:114.
13. **Güler N, Güler G, Ulusoy H, Bekar M.** Lise öğrencileri arasında sigara, alkol kullanımı ve intihar düşüncesi sıklığı. *Cumhuriyet Medical Journal*, **2009**; 31(4):340-345.
14. **Ulu K.** The Knowledge of Sexually Transmitted Diseases amo.pdf. **2014**, Erişim adresi: <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/685977>, Erişim tarihi: 08 Ağustos 2022.
15. **Aydenk Köseoğlu SZ, Çelebi Tayfur A.** Nutrition and Issues in Adolescence Period. *Güncel Pediatri*. **2017**; 15(2):50-62.
16. **Marques A, Santos DA, Hillman CH, Sardinha LB.** How does academic achievement relate to cardiorespiratory fitness, self-reported physical activity and objectively reported physical activity: a systematic review in children and adolescents aged 6-18 years. *Br J Sports Med*. **2018**; 52(16):1039-1039.
17. **01-halk-sag-lig-i.pdf.** Erişim adresi: <https://www.recepakdur.com/media/1272/01-halk-sag-lig-i.pdf>, Erişim tarihi: 19 Ağustos 2022.
18. **Lerner RM, Steinberg LD.** Handbook of adolescent psychology. 2nd ed. Hoboken, N.J: John Wiley & Sons, **2004**:852.
19. **Tekgül A.** Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Aile Hekiml.pdf. Erişim adresi: https://smyrnatipdergisi.com/dosyalar_upload/belgeler/Adolesan%20merkezi%20%C3%B6rne%C4%9Fi1347910057.pdf, Erişim tarihi: 14 Ağustos 2022.
20. **Koç M.** Gelişim psikolojisi açısından ergenlik dönemi ve genel özellikleri. *Erciyes Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, **2004**; 1(17):231-238
21. **World Health Organization.** Promoting the health of young people in custody. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe **2003**:20.
22. **Kleigman S, Geme St, Behrman S.** *Nelson Pediatri Türkçe 2 Cilt*, Çev: Akçay T, Nobel Kitabevi, Ankara, **2015**.
23. **Neyzi O, Alp H, Orhon A.** Sexual maturation in Turkish girls. *Ann Hum Biol*. **1975**; 2(1):49-59.
24. **Unalan P, Apaydın Kaya Ç, Akguen T, Yikilkan HAİ.** Approach to adolescent health in primary care. *Turk Klin J Med Sci*. **2007**; 27:567-76.

25. **Derman O.** Ergenlerde psikososyal gelişim, İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Tıp Eğitimi Etkinlikleri, Adolsan Sağlığı II Sempozyum Dizisi, **2008**:19-21
26. **Chambers CV.** Childhood and adolescence. In: "Textbook of Family Practice". (ed) Rakel RE 5th ed. Philadelphia: WB. Saunders Company, **1995**:634-59.
27. **Steinberg C.** Adolescence. Ergenlik. İmge Kitabevi, **2007**.
28. **DiClemente RJ, Santelli JS, Crosby R.** *Adolescent health: Understanding and preventing risk behaviors*. John Wiley & Sons. **2009**; 580.
29. 2008-saglik-hizmetlerinde-okul-sagligi-kitabipdf.pdf, Erişim adresi: <https://tokatism.saglik.gov.tr/Eklenti/12308/0/2008-saglik-hizmetlerinde-okul-sagligi-kitabipdf.pdf>, Erişim tarihi: 13 Ağustos 2022
30. **Baltacı G, Ersoy G, Karaağaoğlu N, Derman O, Kanbur N.** Ergenlerde sağlıklı beslenme ve hareketli yaşam, **2012**, Erişim adresi: <https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/saglikli-beslenme-hareketli-hayat-db/Yayinlar/kitaplar/fiziksel-aktivite-bilgi-serisi/ergenlerde-saglikli-beslenme-ve-hareketli-yasam.pdf>, Erişim tarihi: 13 Ağustos 2022.
31. **Haspolat YK, Aktar F, Yolbas I.** Adolesanda büyüme ve puberte. Ankara: Cinius, **2015**.
32. **Nelson Pediatri Türkçe 2 Cilt**, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kitapları, Erişim adresi: <https://nobeltip.com/product/36/nelson-pediatri-turkce-2-cilt>, Erişim tarihi: 14 Ağustos 2022.
33. **Pekçan H.** Adölesan (delikanlı) sağlığı. Güler Ç., Akın L.(ed.) Halk Sağlığı Temel Bilgiler. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Yayınları. **2015**:486-538.
34. **Marshall WA, Tanner JM.** Variations in pattern of pubertal changes in girls. *Archives of disease in childhood*, **1969**; 44(235):291.
35. **Pataki CS.** Normal ergenlik (Çeviri: H. Aydın, A. Bozkurt, Editörler). Kaplan & Sadock comprehensive textbook of psychiatry, **2007**; 4(8).
36. **Patton DD, Harris JR.** Ergenlik gelişimi ve tarama. *MM Mazıoğlu çev.) A. Kut, İ. Tokalak ve MG Eminsoy (Ed.) Current Aile Hekimliği Tanı ve Tedavi*, **2007**; 129-138.
37. **Ünalın P.** Aile hekimliğinin tanımı ve temel ilkeleri. Aile doktorları için kurs notları -1. aşama'da. Ankara: TC Sağlık Bakanlığı, **2004**:9-16.

38. **Ergün A, Erol S, Gür K, Şişman NF.** Sağlığın değerlendirilmesi. Gözüm S.(ed). Okul Dönemindeki Çocukların Sağlığının Geliştirilmesi. Ankara: Vize Basın Yayın, **2016**.
39. **A DiClemente RJ, Santelli JS, Crosby R.** *Adolescent health: Understanding and preventing risk behaviors.* John Wiley & Sons. **2009**; 580.
40. **Raufelder D, Hoferichter F, Kulakow S, Golde S, Gleich T, Romund L, vd.** Adolescents' Personality Development, A Question of Psychosocial Stress. *Front Psychol.* **2021**;12:785610.
41. **Piaget J.** The Origin of Intelligence in the Child. *Routledge*, **1997**; 442.
42. **Özcebe H.** Birinci basamakta adolesan sorunlarına yaklaşım. *Sted* **2002**; 11(10):374-7.
43. **Şalh YÖ, Yalom ID, Steiner H.** Okul-çağı çocuklarının terapisi. 1. bs. İstanbul: Prestij Yayınları; **2007**:269.
44. **Karaman NG.** Investigation of Motives for Adolescent Risk Taking in Terms of Egocentrism, Peer Pressure, Sex and Gender. *Ilkogretim Online*, **2013**; 12(2).
45. **Siyez DM, Aysan F.** Ergenlerde görülen problem davranışların psiko-sosyal risk faktörleri ve koruyucu faktörler açısından yordanması. *Uludağ Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, **2007**; 20(1):145-171.
46. **Braxton J, Carey D, Davis DW, Flagg EW, Footman A, Grier L, Weinstock H.** Sexually transmitted disease surveillance 2013, **2014**.
47. **Şimşek H, Çöplü F.** Lise öğrencilerinin riskli davranışlar gösterme düzeyleri ile okula bağlanma düzeyleri arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Ahi Evran Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, **2018**; 4(1):18-30.
48. **Trotter BB.** Coparental conflict, competition, and cooperation and parents' perceptions of their children's social-emotional well-being following marital separation, The University of Tennessee, Master thesis, **1989**.
49. **Kurtuncu M, Uzun M, Ayoglu FN.** Ergen eğitim programının riskli sağlık davranışları ve sağlık algısına etkisi. *Journal of Higher Education and Science*, **2015**; 5:187-95.

50. **Mancini JA, Huebner AJ.** Adolescent Risk Behavior Patterns: Effects of Structured Time-Use, Interpersonal Connections, Self-System Characteristics, and Socio-Demographic Influences. *Child Adolesc Soc Work J.* **2004;** 21(6):647-68.
51. Kasatura PDİ. Gençlik ve bağımlılık, Evrim Yayınları, **1998**.
52. **WHO.** Tobacco. Erişim adresi: <https://www.who.int/health-topics/tobacco>, Erişim tarihi: 21 Ağustos 2022
53. **Kulaksızoğlu A.** Ergenlik psikolojisi,(6. Basım). İstanbul: Remzi Kitabevi, **2004**.
54. **Uskun E, Şahin Ü, Öztürk M, Ünlü M, Uskun E, Akkaya A.** Üniversite Öğrencilerinin Sigara Kullanım ve Bağımlılık Düzeylerini Etkileyen Faktörlerin İrdelenmesi. *Akciğer Arşivi*, **2000;** 2:73-79.
55. **CDC TobaccoFree.** Youth and Tobacco Use, Centers for Disease Control and Prevention. 2022, Erişim adresi: https://www.cdc.gov/tobacco/data_statistics/fact_sheets/youth_data/tobacco_use/index.htm, Erişim tarihi: 21 Ağustos 2022.
56. **Camenga DR, Klein JD, Roy J.** The Changing Risk Profile of the American Adolescent Smoker: Implications for Prevention Programs and Tobacco Interventions. *J Adolesc Health.* **2006;** 39(1):120.
57. **Öztürk OM.** *Ruh sağlığı ve bozuklukları*. Ankara: Nobel Tıp Kitapevleri, **2004**:75106.
58. **Hong SM, Giannakopoulos E.** Effects of age, sex, and university status on life-satisfaction. *Psychol Rep.* **1994;** 74(1):99-103.
59. **WHO.** Global Status Report on Alcohol and Health 2018. World Health Organization; **2019**:472.
60. **Shillington AM, Clapp JD.** Substance use problems reported by college students: combined marijuana and alcohol use versus alcohol-only use. *Subst Use Misuse.* **2001;** 36(5):663-72.
61. **Jernigan DH.** *Global status report: alcohol and young people* (No. WHO/MSD/MSB/01.1). World Health Organization, **2001**.
62. **Alwan A.** Global status report on noncommunicable diseases 2010. *Glob Status Rep Noncommunicable Dis 2010.* **2011;** 80-8.

63. **Dattani MT, Brook CGD, Sağlıker Y.** Adölesan sağık sorunları, Çeviri: B. Özdi, Y. Sağlıker. **2004**:31-6..
64. **Alikaşıfoğlu M.** Madde kullanımı risk faktörleri ve koruyucu faktörler. İçinde: Adölesan sağığı'nda İÜ Cerrahpaşa Tıp Faköltesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Sempozyum Dizisi No: 43 **2005**; 73-83.
65. **Tamar D, Ögel K.** Ergenlik döneminde madde kullanımı. **2005**. http://www.sabem.saglik.gov.tr/Akademik_Metinler/search.aspx?SDropName=0&find=%u00f6gel.
66. **Simkin DR.** Ergen madde kullanımı. (Çeviri: H. Aydın, A. Bozkurt, Editörler). Kaplan & Sadock comprehensive textbook of psychiatry, cilt 4, 8. baskı. Güneş Kitabevi, **2007**:3070-90.
67. **Özer ÖA.** Ortaöğretimde öğrencilerin psikoaktif madde kullanımına yaklaşımı ve demografik özellikler. Uzmanlık tezi. İstanbul: Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi; **1991**:18-34.
68. **Dickon Reppucci N, Carrie SF, Melinda GS.** Youth Violence: Risk and Protective Factors. Corrado RR, Roesch R, Hart SD. (ed). Multi-problem Violent Youth: a Foundation for Comparative Research on Needs. Amsterdam, NLD: IOS Press. **2002**:3-22.
69. **UNICEF.** The State of the World's Children 2011:Adolescence an Age of Opportunity. USA, **2011**.
70. **Alikaşıfoğlu M.** Ergenlerde davranışsal sorunlar. Adölesan Sağığı II Sempozyum Dizisi. **2008**; 63:55-59.
71. **WHO. (2014).** Adolescent health risk and solutions. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs345/en/#>, Erişim tarihi: 09.08.2022.
72. **TBMM Araştırma Komisyonu Raporu.** Türkiye Büyük Millet Meclisi Çocuklarda Ve Gençlerde Artan Şiddet Eğilimi İle Okullarda Meydana Gelen Olayların Araştırılarak Alınması Gereken Önlemlerin Belirlenmesi Amacıyla Kurulan Meclis Araştırması Komisyonu Raporu. Ankara: Özel Eğitim ve Rehberlik Danışma Hizmetleri Genel Müdürlüğü, **2007**.
73. **Centers for Disease Control and Prevention.** Youth risk behavior surveillance- United States, 2005. Morbidity & Mortality Weekly Report [serial online] 2006. <http://www.cdc.gov/HealthyYouth/YRBS/>.

74. **Centers for Disease Control and Prevention.** Youth violence (serial online). **2006.** <http://www.cdc.gov/>.
75. **Baysal SU, Yıldırım F, Bulut A.** Çocuk Güvenliği. İstanbul Tıp Fakültesi Basımevi, **2005.**
76. **Yılmaz H.** Türk eğitim sisteminde trafik eğitiminin yeri ve yapılması gerekenler. *Uluslararası Sosyal Araştırmalar ve Yönetim Dergisi*, **2014;** 1(2):11-21.
77. **Özcebe H.** Birinci basamakta adolesan sorunlarına yaklaşım. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, **2002;** 11(10):374-377.
78. **Bonnie RJ, O'Connell ME.** Reducing Underage Drinking: A Collective Responsibility. Washington, DC, USA: National Academies Press, **2003.**
79. **Kıdak L.** Ergen sağlığı yönetimi: ulusların gelecekleri ile ilgili umutlarının anahtarı. *Celal Bayar Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*. **2008;** 6(1),62-80.
80. **TÜİK Kurumsal.** Erişim adresi: <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Karayolu-Trafik-Kaza-Istatistikleri-2018-30640>, Erişim tarihi: 25 Ağustos 2022.
81. **Hancı İH, İşcanlı AC.** Motosiklet bisiklet kazaları [serial online]. <http://www.med.ege.edu.tr/~hanci/trafikmotor.html>.
82. **Ergin A.** Adolesanların Sık Karşılaştığı Kasıtsız Ve Kasıtlı Yaralanmalara Yönelik Riskli Davranışların Adana İl Merkezindeki Lise Öğrencileri Arasındaki Yaygınlığı (tez). Adana: Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, **2002.**
83. **Bozhüyük A, Özcan S, Kurdak H, Akpınar E, Saatçı E, Bozdemir N.** Sağlıklı yaşam biçimi ve aile hekimliği. *Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care*. **2012;** 6(1):13-21.
84. **Baysal A.** Gençliğin Beslenme Sorunları. *Sosyal Politika Çalışmaları Dergisi*, **1993;** 3(3).
85. **Evans DL, Foa EB, Gur RE.** Treating and Preventing Adolescent Mental Health Disorders : What We Know and What We Don't Know. Cary, NC, USA: Oxford University Press, USA, **2005.**
86. **Hayman L, Mahon M, Turner JR.** Health and Behavior in Childhood and Adolescence. New York, NY, USA: Springer Publishing Company, **2002.**

87. **Erkan T.** Ergenlerde Beslenme. *Türk Pediatri Arşivi*. **2011**; 46(11):49-53.
88. **Öncel S, Akcan A, Meydanlıoğlu A.** Sağlığın geliştirilmesi ve hastalıkların önlenmesi. Gözümler S.(ed.) Okul Dönemindeki Çocukların Sağlığının Geliştirilmesi. Ankara: Vize Basın Yayın. **2016**:188-253.
89. **Sağlık Bakanlığı, 2019.** TBSA_RAPOR_KITAP_20.08.pdf, Erişim adresi: https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/saglikli-beslenme-hareketli-hayat-db/Yayinlar/kitaplar/TBSA_RAPOR_KITAP_20.08.pdf, Erişim tarihi: 26 Ağustos 2022.
90. **Stephens MB.** Preventive health counseling for adolescents. *Am Fam Physician* **2006**; 74:1151-6.
91. **Baltacı G, Ersoy G, Karaağaoğlu N, Derman O, Kanbur N.** Ergenlerde Sağlıklı Beslenme, Hareketli Yaşam. Ankara: Sinem Matbaacılık, **2006**.
92. **Alpaslan AH.** Ergen ruh sağlığı ve spor. *Kocatepe Tıp Dergisi*. **2012**; 13(3):181-185.
93. **Stephens MB.** Ergenlerde fiziksel etkinlik (Çeviri: M. Çelik). Kut A, Tokalak İ, Eminsoy MG (Editörler). Current aile hekimliği tanı ve tedavi'de. Ankara: Güneş Tıp Kitabevleri, **2007**:139-49.
94. **Kozanoğlu ME.** Adölesan ve egzersiz. [serial online]. **2005**. http://www.sabem.saglik.gov.tr/Akademik_Metinler/linkdetail.aspx?id=1470.
95. **Yalçın Ö, Özkalp B.** Vücut Hijyeninin Önemi ve Yara Bakımında Yeni Gelişmeler, 4. Ulusal Sterilizasyon Dezenfeksiyon Kongresi, **2005**.
96. **Akça Ay F.** Temel Hemşirelik Kavramlar, İlkeler Uygulamalar. İstanbul Medikal Yayıncılık, İstanbul, **2008**.
97. **Türkal Gün Z.** Çalışan adölesanların kişisel hijyen bilgi ve davranışları, Master's thesis, Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, **2019**.
98. **Şimşek Ç.** Onbirinci Sınıf Öğrencilerinin Kişisel Bakım ve Sağlığın Korunmasına Yönelik Davranışlarının İncelenmesi. *Tezsiz Yüksek Lisans Dönem Projesi, Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü*, **2006**.

99. **Arat A, Şimşek I, Koç Erdamar G.** Yatılı ilköğretim bölge okulu II. Kademe öğrencilerinin kişisel hijyen uygulamaları, *Gazi Üniversitesi Endüstriyel Sanatlar Eğitim Fakültesi Dergisi* **2014;** 33:58-72.
100. **Topal K, Aksoyek A, Canatar T.** Ailede sağlık-hastalık kurguları ve ailenin işlevselliği family health-disease family functionality, *Klinik Tıp Aile Hekimliği*, **2019;** 11(1).
101. **Samancı AY, Ekici G.** Aile terapisi. *Düştünen Adam*, **1998;** 11(3):45-51.
102. **Miller IW, Ryan CE, Keitner GI, Bishop DS, Epstein NB.** The McMaster Approach to Families: theory, assessment, treatment and research. *J Fam Ther.* **2000;** 22(2):168-89.
103. **Bulut I.** *Ruh hastalığının aile işlevlerine etkisi.* TC Başbakanlık Kadın ve Sosyal Hizmetler Müsteşarlığı, **1993.**
104. **Işıl B.** Aile Değerlendirme Ölçeği (ADÖ) El Kitabı. Ankara, **1990;**150(5):720-7.
105. **Moore TJ, Asay SM.** Family Resource Management. SAGE Publications; **2021;**346.
106. **Kabasakal Z.** The Effects of Mother Education Programs on the Functionality, Anger Management and Conflict Solution Levels of Families. *Eurasian Journal of Educational Research*, **2013;** 52:1-20.
107. **Ergen Davranış Sorunları El Kitabı.** Önleme ve Tedavide Kanıta Dayalı Yaklaşımlar. 2nd ed. 2015 edition. New York: Springer; **2014;**730.
108. **Yıldırım T.** Üniversite çağındaki ergenlerin cinsel bilgi tutum ve davranışları. Edirne: Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıpta Uzmanlık Tezi, **2005.**
109. **Birsöz S.** Gençlik dönemine ilişkin bio-psikososyal sorunlar ve sağlık. *Sosyal Politika Çalışmaları Dergisi*, **1991;** 1(1).
110. **Aygen M, Açık Y.** Elazığ ilinde gençlerde şiddete başvurma ya da maruz kalma sıklığı, etkileyen faktörler ve öfke ile ilişkisi. *Kocaeli Tıp Dergisi.* **2014;** 3(3):8-17.
111. **Moghimi Islama M, Jafari P, Hoseini M.** Impact of stress management training on the girl high school student academic achievement. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, **2013;** 89:22-26.

112. Yıldırım İ. Algılanan sosyal destek ölçeğinin geliştirilmesi, güvenirliği ve geçerliliği. *Hacettepe Eğitim Fakültesi Dergisi*, **1997**; 13:147-157.
113. Özmen F, Kubanç Y. Liselerde madde bağımlılığı mevcut durum ve önerilere ilişkin okul müdürleri ve öğretmenlerin bakış açıları. *Electronic Turkish Studies*. **2013**; 8(3):357-382.
114. Kahriman İ, Polat S. Adölesanlarda aileden ve arkadaşlardan algılanan sosyal destek ve benlik saygısı arasındaki ilişki. *Journal of Anatolia Nursing and Health Sciences*. **2003**; 6(2):13-24.
115. Çimen S. 15-18 yaş grubu gençlerde “Riskli Sağlık Davranışları Ölçeği”nin geliştirilmesi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora tezi, İstanbul, **2003**.
116. Özcan S, Duayan V, İncecik Y. Aile Hekimliği’nde Aile APGAR Ölçeği’nin Kullanımı: Türkçeye Uyarlama Çalışması. *J Turk Fam Physician*. **2011**; 2(3):30-7.
117. Uysal MA, Kadakal F, Karşıdağ C, Bayram NG, Uysal O, Yılmaz V. Fagerstrom test for nicotine dependence: reliability in a Turkish sample and factor analysis. *Tuberk Toraks*. **2004**; 52(2):115-21.
118. Tümer A, Şahin S. Ergenlerin riskli sağlık davranışları. *Sağlık ve Toplum*, **2011**; 21(1):32-38.
119. Karayağız Muslu G, Aygün Ö. Ergenlerin Riskli Sağlık Davranışlarının ve Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşire Fakültesi Elektronik Derg*. **2017**; 10(4):242-50.
120. Geckil E, Dündar Ö. Turkish Adolescent Health Risk Behaviors and Self-Esteem. *Soc Behav Personal Int J*. **2011**; 39:219-27.
121. Aras S, Günay T, Özcan S, Orcin E. İzmir ilinde lise öğrencilerinin riskli davranışları. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, **2007**; 8(3):186.
122. Tot S, Yazici K, Yazici AE, Erdem P, Bal N, Metin Ö, Çamdeviren H. Mersin Üniversitesi öğrencilerinde sigara ve alkol kullanım yaygınlığı ve ilişkili özellikler, *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, **2002**; 3(4):227.
123. Doğan O. Sivas ilindeki lise öğrencilerinde madde kullanımı yaygınlığı. *Bağımlılık Dergisi*, **2001**; 38(2):19-25.

124. **Yıldız SGE.** Adölesanlara yönelik beslenme ve stresle baş etme eğitiminin sağlığı geliştirmeye etkisi. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, **2006**; 10(2):19-28.
125. **Hatun ŞKB.** Kocaeli ilindeki lise öğrencilerinde sağlık açısından riskli davranışların değerlendirilmesi. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi*, **2003**; 46:30-37.
126. **Edelman CL.** Healt promotion, young adult. Throughout the Lifspan, Fourth Ed. Mosby. St. Louis, **1998**:582-606.
127. **Yörükoğlu A.** *Çocuk Ruh Sağlığı*, Özgür Yayınları, Ankara, **2002**:375-397.
128. **Yalaki Z, Çetin F, Bilge YD.** Bir eğitim ve araştırma hastanesine başvuran adölesanlardaki riskli davranışların değerlendirilmesi. *Ege Tıp Derg.* **2015**; 54(3):127-33.
129. **Cail J, LaBrie JW.** Disparity between the perceived alcohol-related attitudes of parents and peers increases alcohol risk in college students. *Addict Behav.* **2010**; 35(2):135-9.
130. **Semerci M, Aşilar RH.** Lise Son Sınıf Öğrencilerinde Riskli Sağlık Davranışları ve Algılanan Sosyal Destek İlişkisi. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilim Derg.* **2020**; 9(3):232-44.
131. **Ateş AGFB, Akbaş T.** Ergenlerde görülen kural dışı davranışların aile işlevselliği ve yaşam kalitesi açısından incelenmesi. *Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, **2012**; 21(2):337-352.
132. **Herken H, Özkan İ, Kaya Herken H, Özkan İ, Kaya N.** Gençlerdeki sigara kullanma davranışında anne baba tutumunun ve sosyo-kültürel düzeyin etkisi. *Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri ABD Yayını*, **2006**; 285-289.
133. **Gün Z, Bayraktar F.** Türkiye’de iç göçün ergenlerin uyumundaki rolü. The role of migration on the adjustment of adolescents in Turkey. *Türk Psikiyatri Derg.* **2008**; 19:167-76.
134. **Bebiş H, Akpunar D, Özdemir S, Kılıç S.** Assessment of health promotion behavior of adolescents in a high school. *Gülhane Tıp Dergisi*, **2015**; 57(2):129.
135. **Chen E, Langer DA, Raphaelson YE, Matthews KA.** Socioeconomic status and health in adolescents: The role of stress interpretations. *Child development*, **2004**; 75(4):1039-1052.

136. Berge JM, Wall M, Larson N, Loth KA, Neumark-Sztainer D. Family Functioning: Associations with Weight Status, Eating Behaviors, and Physical Activity in Adolescents. *J Adolesc Health Off Publ Soc Adolesc Med.* **2013**; 52(3):351-7.
137. Çelikkaleli Ö. Ergenlerin arkadaş bağlılığı ve internet bağımlılığının cinsiyet ebeveyn tutumu ve anne baba eğitim düzeylerine göre incelenmesi. *Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, **2010**; 19(3):225-240.
138. Erdem G, Eke CY, Ögel K, Taner S. Lise öğrencilerinde arkadaş özellikleri ve madde kullanımı. *Journal of Dependence*, **2006**; 7:111-116.
139. Demir NÖ, Baran AG, Ulusoy D. Türkiye’de Ergenlerin Arkadaş-Akran Grupları İle İlişkileri ve Sapmış Davranışlar: Ankara Örnekleme. *Bilig.* **2005**; 32:83-108.
140. Bahar HH. KPSS puanlarının akademik başarı ve cinsiyet açısından değerlendirilmesi. *Eğitim ve Bilim*, **2006**; 31.
141. Bahar HH, Yıldırım S. İktisadi ve idari bilimler fakültesi öğrencilerinin öğrenme stilleri ile başarılarının cinsiyet, bölüm ve sınıf düzeyine göre incelenmesi. *Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, **2017**; 38:14-27.

8. EKLER

8.1. VERİ TOPLAMA FORMU

	Sağlık Bilimleri Üniversitesi Adana Şehir Hastanesi Aile Hekimliği Kliniği
---	---

Birinci Basamakta Takip Edilen 15-18 Yaş Arası Ergenlerde Riskli Sağlık Davranışlarına Etkili Olan Faktörlerin Belirlenmesi ve Aile İşlevselliğine Etkisinin Araştırılması

Bu araştırmanın amacı birinci basamakta takip edilen ergenlerde riskli sağlık davranışları üzerine etkili olan faktörlerin belirlenmesi ve riskli sağlık davranışlarının aile işlevselliğine etkisinin araştırılmasıdır. Araştırma kapsamında elde edilecek verilerin birinci basamakta takip edilen ergenlerin riskli sağlık davranışlarına neden olan faktörleri belirleyerek bu faktörlerin ortadan kaldırılıp ergenlerin daha sağlıklı davranışlar edinebilmesine katkıda bulunmasını ümit ediyoruz. Yanıtlarınız kapalı olarak işlenecek, elde edilecek veriler isimsiz olarak kullanılacaktır. Lütfen her bir maddeyi dikkatle dinleyip size en uygun seçeneği söyleyiniz. Katılımınız için teşekkür ederiz.

Anket No: Aile Hekimliği Birimi Tarih: .../.../.....

A.Sosyodemografik Veriler:

1. Cinsiyet: ☐Erkek ☐Kadın
2. Yaşınız: ____ yıl.
3. Eğitim durumunuz nedir?
☐Eğitim almamış ☐İlkokul ☐Ortaokul ☐Lise ☐Üniversite
4. Çalışma durumunuz nedir? ☐Bir işte çalışmıyor – lise, üniversite ya da çıraklık okuluna gidiyor. ☐Bir işte çalışıyor ve çıraklık okuluna gidiyor. ☐Bir işte çalışıyor ve çıraklık okuluna gitmiyor. ☐Bir işte çalışıyor lise ya da üniversiteye gidiyor. ☐Bir işte çalışmıyor – lise ya da üniversite gitmiyor.
5. Çalışıyorsanız gelir durumunuz nedir? ☐<5500 TL ☐5500-8000TL ☐>8000
6. Kaç kardeşiniz var? kardeşim var.
7. Ailenizin yapısı nasıldır: ☐Geniş aile ☐Çekirdek Aile
- 8.Ebeveynlerin medeni durumu nedir? ☐Evli ☐Boşanmış
- 9.Babanız ve annenizle ilgili aşağıdaki şıkları işaretleyiniz
A)Baba ☐Hayatta ☐Hayatta değil ☐Öz ☐Üvey
B)Anne ☐Hayatta ☐Hayatta değil ☐Öz ☐Üvey
10. Aile yaşam şekliniz nedir? ☐Anne-Baba Çocuklar birlikte
☐Anne Çocuklar birlikte- Baba yok ☐Baba Çocuklar birlikte - Anne yok
☐Akrabalar ile çocuklar birlikte - Anne Baba yok, ☐Sadece Çocuklar birlikte - Anne Baba yok
☐Tek Çocuk bakım yurdunda kalıyor - Anne Baba yok ☐Tek Çocuk evde kalıyor - Anne Baba yok
- 11.Anne eğitim düzeyi? ☐Eğitim almamış ☐İlkokul ☐Ortaokul ☐Lise ☐Üniversite
- 12.Baba eğitim düzeyi? ☐Eğitim almamış ☐İlkokul ☐Ortaokul ☐Lise ☐Üniversite



Sağlık Bilimleri Üniversitesi Adana Şehir Hastanesi
Aile Hekimliği Kliniği

13. Ailenizin gelir durumu nedir? ☐ <5500 TL ☐ 5500-11000 TL ☐ >11000

14. Aileniz Adana'ya başka bir şehirden mi göç etti? ☐ Evet ☐ Hayır

15. Eğer göç edildiyse göç edilen yerin yerleşim niteliği nedir?

☐ Köy ☐ Kasaba/ilçe merkezi ☐ İl merkezi

16. Kendinize ait odanız var mı? ☐ Hayır ☐ Evet

B. Özgeçmiş

Antropometrik Ölçümler: Boy ... cm Ağırlık kg VKİ

1. Tanı almış bedensel hastalığınız var mı? ☐ Hayır ☐ Evet ise tanısı nedir?

2. Tanı almış ruhsal hastalığınız var mı? ☐ Hayır ☐ Evet ise tanısı nedir?

3. Sürekli kullandığınız bir ilaç var mı? ☐ Hayır ☐ Evet

5. Sigara kullanıyor musunuz? ☐ Hayır ☐ Evet

6. Alkol kullanıyor musunuz? ☐ Hayır hiç kullanmıyorum ☐ Evet, sadece düğün toplantı gibi ortamlarda ☐ Evet, sadece arkadaşlarımla birlikte olduğumda ☐ Evet, yalnız olduğumda da alkol kullanırım

C. Katılımcıların sağlık hizmeti yönünden verileri

1. Son 12 ay içinde acil servise başvurduğunuz mu? ☐ Hayır ☐ Evet

2. Son 12 ay içinde kaç kez sağlık sorunları nedeni ile acil servise başvurduğunuz? kez

3. Son 12 ay içinde gece hastanede yatarak tedavi gördünüz mü? ☐ Hayır ☐ Evet

4. Son 12 ay içinde kaç gece hastanede tedavi gördünüz? kez



Sağlık Bilimleri Üniversitesi Adana Şehir Hastanesi
Aile Hekimliği Kliniği

D.Aile-akran-okul hakkındaki bilgi ve tutum soruları:

	Kesinlikle kabuluyorum	Kabuluyorum	Orta Düzeyde	Kabuluyorum	Kesinlikle Kabuluyorum
1- Ailemin zararlı olduğunu düşündüğü şeyleri arkadaşlarım isterse düşünmeden yaparım.	1	2	3	4	5
2-Arkadaşlarıma aileme söylemediğim sırlarımı rahatça anlatırım.	1	2	3	4	5
3- Arkadaşlarımla yanında kendimi aile ortamındakinden daha rahat hissederim.	1	2	3	4	5
4- Ailemden görmediğim ilgi ve sevgiyi arkadaşlarımdan görürüm.	1	2	3	4	5
5- Arkadaşlarımla hakkımdaki fikirlerini fazlasıyla önemserim.	1	2	3	4	5
6- Ailemin fikirlerime saygı göstermemesi beni arkadaşlarımla daha fazla vakit geçirmeye iter.	1	2	3	4	5
7-Karşı cins ile ilgili merak ettiklerimi aileme sormak, arkadaşlarıma sormaktan daha fazla utanç verir.	1	2	3	4	5

	Kesinlikle kabuluyorum	Kabuluyorum	Orta Düzeyde	Kabuluyorum	Kesinlikle Kabuluyorum
1- Okulda genellikle başarılı bir öğrenciyimdir.	1	2	3	4	5
2- Ailemin aylık geliri ihtiyaçlarımı karşılamaya yetiyor.	1	2	3	4	5
3- Ev ortamında fikirlerimin önemsendiğini düşünürüm.	1	2	3	4	5
4- Evde tek başıma kalabileceğim bir alana sahibim.	1	2	3	4	5
5- Arkadaşlarım tarafından sevildiğimi düşünüyorum.	1	2	3	4	5



Sağlık Bilimleri Üniversitesi Adana Şehir Hastanesi
Aile Hekimliği Kliniği

E.Riskli Sağlık Davranışları Ölçeği:

Riskli Sağlık Davranışları	Hiçbir zaman	Oldukça seyrek	Bazen	Çoğunlukla	Hemen her zaman
1. Günde üç öğün beslenirim.					
2. Sabahları kahvaltı ederim.					
3. Her gün cips, döner, hamburger, tost gibi yiyeceklerden yerim.					
4. Her gün taze meyve ve yeşil salata, havuç, domates gibi sebzelerden yerim.					
5. Her gün pişmiş sebze yemeklerinden yerim.					
6. Her gün tavuk, hindi, balık veya kırmızı et türü yiyeceklerden ya da mercimek, nohut, fasulye, bezelye gibi kuru baklagillerden birini yerim.					
7. Dişlerimi düzenli olarak günde en az iki kere fırçalarım					
8. Yemek yemeden önce ellerimi yıkarım.					
9. Her gün çikolata, gofret, şekerleme gibi yiyeceklerden yerim.					
10. Her gün süt, ayran, yoğurt, peynir türü besinlerden birini/birkaçını tüketirim.					
11. Her gün nescafe, kola, gazoz gibi içeceklerden içerim.					
12. Her gün ortalama 8-10 bardak su içerim.					
13. Kendimi korumak amacıyla yanımda sopa, çakı, gaz spreyi gibi şeyler taşırım.					
14. Arabanın ön koltuğunda oturduğumda emniyet kemerini takarım.					
15. Sorunlarımı yakınarımla paylaşıp 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 atışlarını 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/atanı başında vakit geçiririm.					
27. Bir sağlık elemanının tavsiyesi olmadan zayıflamak için rejim yaparım.					
28. Zayıflamak veya kilo almamak için yemek yedikten sonra kusmaya çalışırım.					
29. Boks, uzun atlama, motorsiklet yarışı gibi tehlikeli sporlardan herhangi birini yaparım.					
30. Ehliyetsiz olarak herhangi bir aracı kullanırım.					
31. İki haftadan uzun süren ve günlük aktivitelerimi engelleyecek şekilde karamsarlık dönem(ler)im olur.					
32. Herhangi bir nedenle kavga-dövüş yaparken yaralandığım olur.					
33. Herhangi bir nedenle uyarıcı madde/haplar kullandığım olur.					
34. Herhangi bir nedenle bağımlılık yapıcı bir madde (uyuşturucu, tiner, bali,uhu vb.) kullandığım olur.					
35. Korunmasız (ben ya da partnerim kılıf/kondom/ prezervatif kullanmadan) cinsel ilişkide bulunurum.					



Sağlık Bilimleri Üniversitesi Adana Şehir Hastanesi
Aile Hekimliği Kliniği

F.Aile APGAR ölçeği:

Sıra No	CÜMLELER	Neredeyse Her Zaman	Bazen	Neredeyse Hiçbir Zaman
1.	Bir sorunun olduğunda, ailemden yardım alabiliyor olmamdan memnunum.	☐	☐	☐
2.	Ailemin benimle konuşma ve problemleri paylaşma şeklinden memnunum.	☐	☐	☐
3.	Ailemin yeni etkinliklere katılma veya yönelme isteklerimi kabul etmesi ve desteklemesinden memnunum.	☐	☐	☐
4.	Ailemin kızgınlık, üzüntü, aşk gibi duygularına ilgi ve tepki gösterme şeklinden memnunum.	☐	☐	☐
5.	Ailemle birlikte vakit geçirme şeklimizden memnunum.	☐	☐	☐

G.FAGERSTRÖM NİKOTİN BAĞIMLILIK TESTİ

Her gün genellikle kaç sigara içiyorsunuz?	10 ve daha az 11-20 21-30 31 +	0 1 2 3
Günün ilk sigarasını sabah uyandıktan ne kadar sonra içersiniz?	5 dakika içinde 6-30 dakika 30 dakika + 1 saatten sonra	3 2 1 0
Sigara içmenin yasak olduğu yerlerde sigara içmemek sizi zorlar mı?	Hayır Evet	0 1
Günün hangi sigarasından vazgeçmek sizin için daha zordur?	Sabah ilk içilen Diğer	1 0
Sabahları günün diğer zamanlarına göre daha fazla sigara içiyor musunuz?	Hayır Evet	0 1
Yatmanızı gerektirecek kadar hasta olduğunuz zamanlarda da sigara içer misiniz?	Hayır Evet	0 1

Toplam:



Sağlık Bilimleri Üniversitesi Adana Şehir Hastanesi
Aile Hekimliği Kliniği

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

Kliniğimizde/Hastanemizde, Kenan Topal'ın sorumlu araştırmacısı olduğu “Birinci Basamakta Takip Edilen 15-18 Yaş Arası Ergenlerde Riskli Sağlık Davranışlarına Etkili Olan Faktörlerin Belirlenmesi ve Aile İşlevselliğine Etkisinin Araştırılması”

isimli bir araştırma yapılması planlanmaktadır.

Hekimin Açıklaması: Bu araştırmanın amacı birinci basamakta takipli ergenlerde riskli sağlık davranışları üzerine etkili olan faktörlerin belirlenmesi ve bu riskli sağlık davranışlarının aile işlevselliğine etkisinin araştırılmasıdır. Bu çalışmamızla birinci basamakta takipli ergenlik dönemi riskli sağlık davranışları üzerine etkili olan faktörleri araştırarak; ülkemizde bu konuda oluşacak literatüre katkı sağlamak ve yaşamın ileriki dönemlerinde neden olabileceği olumsuz etkileri de göz önünde bulundurduğumuzda, birinci basamakta ergenlik dönemi riskli sağlık davranışlarını önlemeye yönelik çalışmalara ışık tutmak hedeflenmiştir. Araştırmaya gönüllü olarak katılıyor olmanız durumunda anket sorularını cevaplamanız istenecektir. Bu çalışma yapılırken sizin kişisel bilgileriniz kesinlikle ifşa edilmeyecek, bir başka çalışmada kullanılmayacaktır. Çalışma karşılığı bir ödeme yapılmayacak ve çalışmaya katıldığınız için parasal yük altına girmeyeceksiniz. Lütfen her bölümü ve maddeyi dikkatle dinleyip size en uygun olan yanıtı veriniz. Ankete vereceğiniz yanıtlar gizli olarak kayıt altına alınacaktır. Yardıma ihtiyacınız olduğunda soru sormaktan çekinmeyiniz.

Katılımcının/Hastanın Beyanı: Bilgilendirilmiş gönüllü olur formundaki tüm açıklamaları okudum. Bana yukarıda konusu ve amacı belirtilen araştırma ile ilgili yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen hekim tarafından yapıldı. Araştırmaya gönüllü olarak katıldığımı, istediğim zaman gerekçeli veya gerekçesiz olarak araştırmadan ayrılabileceğimi ve kendi isteğime bakılmaksızın araştırmacı tarafından araştırma dışı bırakılabileceğimi biliyorum. Söz konusu araştırmaya, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın kendi rızamla katılmayı kabul ediyorum.

Sayın Veli

15-18 yaş arası ergenlerde riskli sağlık davranışlarını ve riskli sağlık davranışlarının aile işlevselliğine etkisini belirlemek amacı ile bir araştırma yapmaktayım. Eğitimli, bilinçli, sağlıklı ve her konuda çevresine örnek olabilecek gençler yetiştirebilmede bize yol göstermesi bakımından bu araştırma için gerekli birkaç form sizin izin vermeniz ve kişinin araştırmaya katılmak istemesi durumunda kişi tarafından doldurulacaktır. Alınan bilgiler araştırma kapsamı dışında hiçbir yerde kullanılmayacak, çocuğunuzla veya sizinle ilgili bilgiler hiçbir kurumla paylaşılmayacaktır. Bu araştırmanın yapılabilmesi için çocuğunuzun araştırmaya katılmaya gönüllü olması gerekmektedir. Çocuğunuz araştırmayı kabul etse bile herhangi bir aşamada araştırmadan çekilebilir. Bu durumda yargılanmaz veya devam etmesi için zorlanamaz. Yardımlarınız için teşekkür ederim.



Sağlık Bilimleri Üniversitesi Adana Şehir Hastanesi
Aile Hekimliği Kliniği

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

Katılımcı ve birinci derece yakını:

Adı, soyadı:

Adı, soyadı:

Tel:

Tel:

Tarih:

Tarih:

İmza:

İmza:

Katılımcı ile görüşen araştırmacı

Adı soyadı, unvanı:

Tel:

Tarih:

İmza:

Görüşme tanığı

Adı, soyadı:

Tel:

Tarih:

İmza: