

TC
BEYKENT ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜ
İŞLETME YÖNETİMİ ANABİLİM DALI
HASTANE VE SAĞLIK KURUMLARI YÖNETİMİ BİLİM DALI

**LİSE ÖĞRENCİLERİNDE GÖRÜLEN RİSKLİ
SAĞLIK DAVRANIŞLARI
(İZMİR İLİ ÇİĞLİ İLÇESİ ÖRNEĞİ)**

(Yüksek Lisans Tezi)

Tezi Hazırlayan:

Mürüvet ŞAHİN

İSTANBUL, 2014

T.C.
BEYKENT ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
İŞLETME YÖNETİMİ ANA BİLİMDALI
HASTANE VE SAĞLIK KURUMLARI YÖNETİMİ BİLİM DALI

**LİSE ÖĞRENCİLERİNDE GÖRÜLEN RİSKLİ
SAĞLIK DAVRANIŞLARI
(İZMİR İLİ ÇİĞLİ İLÇESİ ÖRNEĞİ)**

(Yüksek Lisans Tezi)

Tezi Hazırlayan:

Mürüvet ŞAHİN

Öğrenci No: **110746602**

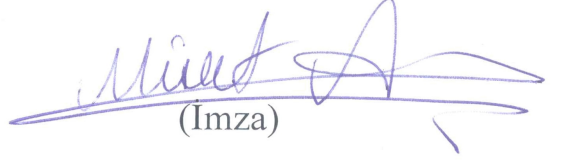
Danışman:

Yrd.Doç.Dr. Nevzat DEVEBAKAN

İSTANBUL, 2014

YEMİN METNİ

Yüksek Lisans Tezi olarak sunduğum“Lise Öğrencilerinde Görülen Riskli Sağlık Davranışları (İzmir İli Çiğli İlçesi Örneği) ” başlıklı çalışmanın, bilimsel ahlak ve geleneklere uygun şekilde tarafımdan yazıldığını, yararlandığım eserlerin tamamının kaynaklarda gösterildiğini ve çalışmamın içinde kullanıldıkları her yerde bunlara atıf yapıldığını belirtir ve bunu onurumla doğrularım.20/09/2014



(İmza)

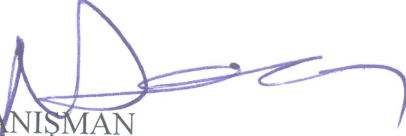
MÜRÜVET ŞAHİN

T.C.
BEYKENT ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ
TEZLİ YÜKSEK LİSANS SINAV TUTANAĞI

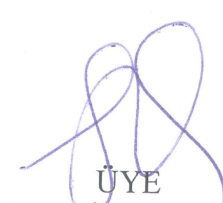
3.9.12/2014

Enstitümüz *İşletme Yönetimi* Anabilim dalı *Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi* Programı yüksek lisans öğrencilerinden 110746602 numaralı *Mürüvet ŞAHİN*'in "*Beykent Üniversitesi Lisansüstü Eğitim - Öğretim Yönetmeliği*"nin ilgili maddesine göre hazırlayarak, Enstitümüze teslim ettiği "*Lise Öğrencilerinde Görülen Riskli Sağlık Davranışları (İzmir İli Çiğli İlçesi Örneği)*"konulu tezini, Yönetim Kurulumuzun 16.12.2014 tarih ve 2014/38 sayılı toplantısında seçilen ve Taksim Yerleşkesinde toplanan biz jüri üyeleri huzurunda, ilgili yönetmeliğin (c) bendi gereğince (50) dakika süre ile aday tarafından savunulmuş ve sonuçta adayın tezi hakkında ~~oyçokluğu/oybirliği~~ ile *Kabul/Red veya Düzeltme* kararı verilmiştir.

İşbu tutanak, 4 nüsha olarak hazırlanmış ve Enstitü Müdürlüğüne sunulmak üzere tarafımızdan düzenlenmiştir.


DANIŞMAN
YRD.DOÇ.DR. NEVZAT DEVEBAKAN


ÜYE
PROF.DR. MEHMET FİKRET GEZGİN


ÜYE
YRD.DOÇ.DR. ŞEFİKA DEMİRKAN

Adı ve Soyadı : Mürüvet ŞAHİN
Danışmanı : Yrd. Doç. Dr. Nevzat DEVEBAKAN
Türü ve Tarihi : Yüksek Lisans Tezi /2014
Alanı : Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi Bilim Dalı
Anahtar Kelimeler : Riskli Sağlık Davranışı, Lise Öğrencileri

ÖZ

LİSE ÖĞRENCİLERİNDE GÖRÜLEN RİSKLİ SAĞLIK DAVRANIŞLARI (İZMİR İLİ ÇİĞLİ İLÇESİ ÖRNEĞİ)

Sağlıklı nesiller için sağlıklı bireylere ihtiyaç vardır. Sağlıklı bir bireyin fiziksel, duygusal, zihinsel ve toplumsal açıdan uyum içinde olması beklenmektedir. Gençlerin kendini gösterme ve kanıtlama çabasında olduğu bu dönemde kazanılan doğru ya da yanlış tutum ve alışkanlıklar bütün hayatını etkilemektedir. Bu çalışma ile lise öğrencilerinin sağlıkla ilgili algı, tutum ve riskli davranışlarını saptamak amaçlanmıştır.

Çalışma iki bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümde sağlık ve sağlık hizmetleri ile ilgili temel kavramlar üzerinde ve lise öğrencilerinde görülen riskli sağlık davranışları üzerinde durulmaktadır. Bu kapsamda riskli beslenme alışkanlıkları, fiziksel aktivite, cinsel yolla bulaşan hastalıklar, şiddet ve intihar, yol güvenliği, mortalite, morbidite, alışkanlık ve bağımlılık yapan maddeler, sigara ve tütün ürünleri kullanımı, alkol kullanımı ve diğer madde kullanımı konuları ele alınmıştır. İkinci bölümde ise incelenen bilgilerin tespitine yönelik alan araştırması yer almaktadır. Araştırmada alan araştırması yöntemlerinden anket yöntemi kullanılmıştır.

Bu çalışmada lise öğrencilerinin riskli sağlık davranışlarına ilişkin tutumları ile temel sağlığı tehdit eden alışkanlıkları belirlenmeye çalışılmıştır. Bu alışkanlıklar: sigara kullanma alışkanlığı, alkol kullanma alışkanlığı ve uyuşturucu kullanma alışkanlığı olarak sıralanmıştır. Çalışmanın bulgularında öğrencilerin %53,8'inin yani yarıdan fazlasının sigaranın zararları hakkında, % 39'unun alkollü içeceklerin

zararları hakkında %48,6'sının uyuşturucu maddelerin zararları konusunda bir eğitim almadıkları belirlenmiştir.

Çalışmanın örneklemini aynı çevrede bulunan iki okul arasında yapılmıştır. Öğrenciler arasında riskli sağlık davranışları açısından anlamlı bir fark bulunamamıştır. Örneklemin büyütölmesi ve daha farklı bir bölgede yapılması ile farklı sonuçlara ulaşılabileceği düşünölmüştür.

Name and surname : Mürüvet ŞAHİN
Mentor : Assistant Professor Doctor Nevzat Deveci
Type and Term : Master Thesis/ 2014
Department : Hospital and Health Facilities Management
Keywords : Risky/ hazardous health behaviour, High school students

ABSTRACT

HAZARDOUS HEALTH BEHAVIOURS SEEN AMONG HIGH SCHOOL STUDENTS (İZMİR CITY, CİGLİ PROVINCE SAMPLE)

Healthy individuals are needed for healthy generation. A healthy individual is expected to be in harmony physically, emotionally, mentally and socially. Youths efforts for showing and proving themselves during this period affect their whole life with acquiring right or wrong attitudes and habits. With this study, it is aimed to determine the health-related perceptions, attitudes and risky behaviours of high school students.

The study consists of two parts. In the first section on the basic concepts of health services and risky health behaviours which seen among high school students are examined. In this context, dietary habits, physical activities, sexually transmitted diseases, violence and suicide, road safety, mortality, morbidity, habits and addictive substances, use of cigarette and tobacco products, use of alcohol and other substance abuse are discussed. In the second part, a field search has been used in order to determine the revised information. In this study, the survey research method has been used.

From this research we tried to determine the attitudes to risky health behaviours and basic health-threatening habits of high school students. These habits are listed as smoking habits, alcohol addiction and narcotic addiction. The findings of the study show that more than half of the students, %53.8 haven't been educated about harms of smoking; %39 of the students haven't attended any programs about the

harms of alcoholic drinks, and 48.6% haven't been educated about the harms of narcotic substances.

Study sample was applied in two schools in the same area. There was no significant difference in risky health behaviours between students. It is thought to obtain a different conclusion with extending the sample and performing it in different regions.

İÇİNDEKİLER

	Sayfa No.
ÖZ	ii
ABSTRACT.....	iv
İÇİNDEKİLER	vi
TABLolar LİSTESİ.....	ix
KISALTMALAR	xiii
GİRİŞ	1

BİRİNCİ BÖLÜM

SAĞLIK HİZMETLERİNİN ÖNEMİ VE LİSE ÖĞRENCİLERİNDE GÖRÜLEN RİSKLİ SAĞLIK DAVRANIŞLARI

1. SAĞLIK KAVRAMI VE SAĞLIK HİZMETLERİ.....	5
1.1. Sağlık ve Hastalık İlişkisi.....	7
1.2. Sağlık Hakkı.....	8
1.3. Sağlık Hizmetleri	10
1.4. Sağlık Hizmetlerinin Özellikleri	13
2. TÜRKİYE’DE SAĞLIK HİZMETLERİNİN ÖNEMİ VE SAĞLIKLA İLGİLİ GÖSTERGELER.....	14
3. LİSE ÖĞRENCİLERİNDE GÖRÜLEN RİSKLİ SAĞLIK DAVRANIŞLARI	
3.1. Risk Kavramı	16
3.2. Sağlık ve Risk İlişkisi	16
3.3. Lise Öğrencilerinde Görülen Riskli Sağlık Davranışları	17
3.3.1. Beslenme	18

3.3.2. Cinsel Yolla Bulaşan hastalıklar.....	21
3.3.3. Fiziksel Aktivite	23
3.3.4. Şiddet ve İntihar	24
3.3.5. Yol Güvenliği ve Trafik Kazaları	26
3.3.6. Mortalite ve Morbidite	28
3.3.7. Alışkanlık ve Bağımlılık Yapan Maddeler	30
3.3.7.1. Sigara ve Tütün Ürünleri Kullanımı.....	31
3.3.7.2. Alkol Kullanımı.....	32
3.3.7.3. Diğer Maddeler	35

İKİNCİ BÖLÜM

LİSE ÖĞRENCİLERİNDE GÖRÜLEN RİSKLİ SAĞLIK DAVRANIŞLARI

ÜZERİNE BİR ARAŞTIRMA: (İZMİR İLİ ÇİĞLİ İLÇESİ ÖRNEĞİ)

1. KATILIMCILARIN SOSYO- DEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİ	38
1.1. Cinsiyet, Yaş ve Doğum Yerleri	38
1.2. Araştırma Kapsamındaki Liselere Göre Öğrenci Dağılımları.....	40
1.3. Aile Özellikleri	41
1.4.. Araştırmaya Katılan Öğrencilerin Başarı Durumları	47
1.5. Araştırma Kapsamındaki Öğrencilerin Tutumları	49
1.6. Katılımcı Öğrencilerin Beslenme Durumları	61
1.7. Katılımcı Öğrencilerin Fiziksel Aktiviteleri ve Spor Alışkanlıkları	64
1.8. Katılımcı Öğrencilerin Trafik Kurallarına Uyumu	66
1.9. Katılımcı Öğrencilerin Arkadaşlık İlişkileri.....	69
1.10. Katılımcı Öğrencilerin Kendi Sağlıklarını Değerlendirmeleri.....	71
2. ÇAPRAZ TABLO’LARIN KARŞILAŞTIRILMASI.....	72
3. KARŞILAŞTIRMA TESTLERİ	77

SONUÇ	79
KAYNAKÇA.....	84
ÖZGEÇMİŞ	89
EKLER	
Ek-1 Anket Soruları	90

TABLÖLAR LİSTESİ

	Sayfa No.
Tablo 1 : Cinsiyet Dağılımı	38
Tablo 2 : Yaş Dağılımı.....	39
Tablo 3 : Katılımcıların Doğum Yeri Bilgileri	39
Tablo 4 : Okullara Göre Katılımcılar	40
Tablo 5 : Anne sağ/ölü durumu	41
Tablo 6 : Baba sağ/ölü durumu.....	41
Tablo 7 : Anne-baba birliktelik durumu	42
Tablo 8 : Anne eğitim düzeyi	42
Tablo 9 : Baba eğitim düzeyi.....	43
Tablo 10 : Anne mesleği.....	44
Tablo 11 : Baba mesleği.....	45
Tablo 12 : Ailenin çocuk sayısı	45
Tablo 13 : Anne-baba ilişki durumu	46
Tablo 14 : Aylık gelir.....	47
Tablo 15 : Önceki seneye ait başarı.....	48
Tablo 16 : Devamsızlık durumu	48
Tablo 17 : Sigara eğitimi	49
Tablo 18 : Sigara kullanım oranları	50
Tablo 19 : Günlük sigara kullanım oranları.....	50
Tablo 20 : Sigara içme süresi	51

Tablo 21 : Sigaraya başlama nedeni	51
Tablo 22 : Ailede sigara içme durumu.....	52
Tablo 23 : Sigarayı bırakmayı deneme.....	53
Tablo 24 : Alkol eğitimi... ..	53
Tablo 25 : Alkol kullanımı.....	54
Tablo 26 : Alkol kullanım sıklığı.....	54
Tablo 27 : Alkole başlama	55
Tablo 28 : Alkol kullanma süresi.....	56
Tablo 29 : Ailede alkol kullanma durumu	56
Tablo 30 : Alkolü bırakmayı deneme	57
Tablo 31 :Uyuşturucu madde eğitimi	58
Tablo 32 :Uyuşturucu madde deneme	58
Tablo 33 : Uyuşturucu maddeye başlama nedeni	59
Tablo 34 : Ailede uyuşturucu kullanımı	60
Tablo 35 : Hangi maddeleri kullandınız	60
Tablo 36 : Dengeli beslenme eğitimi.....	61
Tablo 37 :Günlük meyve tüketimi.....	62
Tablo 38 : Sebze miktarı.....	62
Tablo 39 : Protein miktarı.....	63
Tablo 40 : Süt miktarı.....	63
Tablo 41 : Egzersiz miktarı	64
Tablo 42 : Haftalık egzersiz durumu	65

Tablo 43 : Egzersiz yapma durumu	65
Tablo 44 : Kaza eğitimi... ..	66
Tablo 45 : Motorlu araç kullanımı.....	66
Tablo 46 : Trafik kurallarına uyma durumu	67
Tablo 47 : Emniyet kemeri durumu.....	68
Tablo 48 : Hıza ilişkin durum.....	68
Tablo 49 : Kask takıp-takmama.....	69
Tablo 50 : Arkadaşlık durumu	69
Tablo 51 : Arkadaşların yer aldığı grup	70
Tablo 52 : Arkadaşla ilişki durumu	71
Tablo 53 : Genel sağlık değerlendirmesi	71
Tablo 54 : Alkol kullanım/Ebeveyn durum tablosu.....	72
Tablo 55 : Sigara kullanım/Ebeveyn durum ilişkisi	73
Tablo 56 : Uyuşturucu kullanım/Ebeveyn durum ilişki tablosu.....	73
Tablo 57 : Alkol kullanım/Gelir durumu ilişki tablosu	74
Tablo 58 : Sigara kullanım/Gelir durumu ilişki tablosu	74
Tablo 59 : Uyuşturucu kullanım/Gelir durumu ilişki tablosu.....	75
Tablo 60 : Alkol kullanım/Karne notu ilişki tablosu	75
Tablo 61 : Sigara kullanım/Karne notu ilişki tablosu... ..	76
Tablo 62 : Uyuşturucu kullanım/Karne notu ilişki tablosu	76
Tablo 63 : Cinsiyet*Genel sağlık durumu grup istatistikleri.....	77
Tablo64 : Cinsiyet*Genel sağlık durumu bağımsız örneklem t-testi sonuçları.....	77

Tablo 65 : Okul* Genel sağlık durumu grup istatistikleri78

Tablo 66 : Okul*Genel sağlık durumu bağımsız örnekleme t-testi sonuçları.....78

KISALTMALAR

AB	: Avrupa Birliği
ABD	: Amerika Birleşik Devletleri
AIDS	: Acquired Immunodeficiency Syndrom(Edinilmiş Bağışıklık Yetmezliği Sendromu)
C.	: Cilt
CETAD	: Cinsel Eğitim Tedavi ve Araştırma Derneği
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
DPT	: Devlet Planlama Teşkilatı
GSYİH	: Gayri Safi Yurtiçi Hasıla
HIV	: Human Immunodeficiency Virus
HÜ	: Hacettepe Üniversitesi
LSD	: Liserjik asit dietilamit
PCP	: Phencclidine(fenisiklidin)
RG	: Resmi Gazete
S.	: Sayı
s.	: Sayfa
SBE	: Sosyal Bilimler Enstitüsü
SSK	: Sosyal Sigortalar Kurumu
SB	: Sağlık Bakanlığı
SPSS	: Statistical Package for Social Sciences Statiscal Package

TC : Türkiye Cumhuriyeti

TNSA : Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması

YYLT : Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi

GİRİŞ

-Çalışmanın Konusunun Seçimi: Ergenlik dönemi insan hayatının en önemli evrelerinden biri olup fiziksel gelişmenin hızla yaşandığı, duygusal değişimlerin yoğunlaştığı, sorumlulukların arttığı, kişisel karar verme davranışlarının iyice şekillendiği bir dönemdir. Bu dönem çocukluğun bittiği, kendini gösterme çabasının arttığı, gerçek hayata hazırlık sürecidir. Ülkemiz nüfus yoğunluğu açısından değerlendirildiğinde genç nüfusun öne çıktığı bilinmektedir. Genç nüfus, nüfusu hızlı artan ülkelerde görülür. Genellikle gelişmemiş ülkelerde genç nüfus oranı fazladır. DSÖ' nün yaptığı araştırmalara göre yetişkinlik çağındaki erken ölümlerin birçoğuna ergenlik döneminde başlayan davranışların sebep olduğu tahmin edilmektedir. Bu nedenle ergenlik döneminde kazanılan doğru ya da yanlış alışkanlıklar ve tutumlar bireyin bütün hayatını etkilemektedir. Bu nedenle ergenlik döneminde bulunan gençlerin(lise öğrencileri) riskli sağlık davranışları konusunda davranış, tutum ve yaklaşımlarının belirlenmesi, çalışmanın konusunun seçiminde etkili olmuştur.

-Çalışmanın Amacı: Çalışma İzmir ili Çiğli ilçesinde bulunan bir devlet, bir özel olmak üzere iki lisede bulunan öğrencilerin,

- Sağlıkla ilgili algıları, tutumları ve riskli davranışlarını saptamak,
- Tutum ve davranışların sosyo –demografik etkenlerle ilgisini araştırmak ve riskli sağlık davranışlarıyla ilgili eğitim alıp almadıklarını ortaya koymak amacıyla yapılmıştır.

-Çalışmanın Önemi: Sağlıklı bireyler ve sağlıklı nesiller için sağlıklı gençlere ihtiyaç vardır. Sağlıklı bir birey fiziksel, duygusal, zihinsel ve toplumsal açıdan uyum içinde olmalıdır. Gençlerin kendini kanıtlama ve gösterme çabasında olduğu ve çelişkiler yaşadığı bu dönemde riskli sağlık davranışları ile ilgili (sigara kullanımı, alkol kullanımı, madde bağımlılığı, fiziksel aktivite, şiddet, intihar, yol güvenliği, beslenme, cinsel yolla bulaşan hastalıklar)konularında tutum ve davranışlarını belirlemek çözüm bulmak açısından çok önemlidir.

-Çalışmanın Planı: Çalışma iki bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümde sağlık ve sağlık hizmetleri ile ilgili temel kavramlar üzerinde ve lise öğrencilerinde görülen riskli sağlık davranışları üzerinde durulmaktadır. Bu kapsamda alt başlıklar olarak sağlık ve hastalık ilişkisi, sağlık hakkı, sağlık hizmetleri, sağlık hizmetlerinin özellikleri, Türkiye’de sağlık hizmetlerinin önemi ve sağlıkla ilgili göstergeler incelenmiştir. Ayrıca lise öğrencilerinde görülen riskli sağlık davranışları üzerinde durulmakta ve bu bağlamda alt başlıklarda risk kavramı, sağlık ve risk ilişkisi, riskli sağlık davranışları, beslenme, cinsel yolla bulaşan hastalıklar, fiziksel aktivite, şiddet ve intihar, yol güvenliği, mortalite ve morbidite, alışkanlık ve bağımlılık yapan maddeler, sigara ve tütün ürünleri kullanımı, alkol kullanımı ve diğer maddeler incelenmiştir.

İkinci ve son bölümde ise birinci bölümde incelenen bilgilerin tespitine yönelik araştırma yer almaktadır. Bu bölümde bir devlet lisesi olan Büyük Çiğli Anadolu Lisesi ve İzmir Büyük Çiğli Özel Türk Anadolu Lisesinde tarafımızdan oluşturulan riskli sağlık davranışları ile ilgili anket uygulanmıştır. Uygulama sonuçları analiz edilmiş ve değerlendirilmiştir.

-Çalışmada Kullanılan Metot ve Teknikler: Bu çalışma teorik ve alan çalışmasından oluşmaktadır. Yazın kısmında alan yazını taraması yapılmıştır. Araştırma kısmında alan araştırması yöntemlerinden anket tekniğinden yararlanılmıştır. Araştırma verilerinin toplanmasında tarafımızdan oluşturulan” lise öğrencilerinde görülen riskli sağlık davranışları” isimli ölçek kullanılmıştır. Ölçek soruları konu ile ilgili literatür göz önüne alınarak oluşturulmuştur. Çalışma için hazırlanan soru formunda öğrencilerin riskli sağlık davranışlarından alışkanlık ve bağımlılık yapan maddelere ilişkin sorulara sıklıkla yer verilmiştir. Bunun yanı sıra; beslenme, yol güvenliği ve fiziksel aktivite ile ilgili riskli sağlık davranışlarına ilişkin sorularda bulunmaktadır. Soru formunda son olarak, öğrencilerin arkadaşlık ilişkilerine dair soru bulunmakta ve öğrencilerin sağlıkları hakkında kendi genel değerlendirmelerini yapmaları istenmektedir.

Çalışmada kullanılacak verileri elde etmek amacıyla soru formları Büyük Çiğli Anadolu ve Çiğli Özel Türk liselerinde uygulanmıştır. Büyük Çiğli Anadolu Lisesi öğrenci sayısı 462 ve Çiğli Özel Türk Lisesi öğrenci sayısı 249 olarak tespit

edilmiştir. Örneklemen ana kitlenin özelliklerini temsil edebilmesi açısından tabakalı örnekleme yöntemi kullanılarak, Büyük Çiğli Anadolu Lisesi'nden 164 ve Çiğli Özel Türk Lisesi'nden 85 öğrenciye ulaşılmaya çalışılmıştır. Bu değerler, %95 güven aralığı ve 0,05 önem düzeyine göre belirlenmiştir. Uygun örneklem sayısına ulaşıncaya veri toplama süreci sonlandırılmıştır. Çalışmaya her iki liseden toplamda 249 öğrenci katılmıştır. Bu öğrencilerin 138 tanesi kız, 111 tanesi erkektir.

Araştırmada öğrencilerden elde edilen veriler SPSS programı kullanılarak analiz edilmiştir. Elde edilen veriler öncelikle frekans tablosu, çapraz tablo gibi tanımsal istatistikleri gösterme araçları ile verilmiştir. Bu tablolardan elde edilen bilgiler yorumlanmıştır. Ayrıca öğrenci cinsiyetinin öğrencilerin riskli sağlık davranışları gösterme konusunda farklılaştırıcı bir etmen olup olmadığı bağımsız örneklem t testi ile analiz edilmiştir. Bunun yanı sıra öğrencilerin öğrenim gördüğü okulların riskli sağlık davranışları konusunda belirleyici bir etmen olup olmadığının ortaya konulması adına benzer biçimde bağımsız örneklem t testi kullanılmıştır.

-Çalışmanın Sınırlılıkları ve Zorlukları: Araştırma 7 Mayıs 2013-8 Haziran 2013 tarihleri arasında İzmir ili Çiğli ilçesinde bulunan Milli Eğitim Bakanlığı'na bağlı Büyük Çiğli Anadolu Lisesi ve İzmir Büyük Çiğli Özel Türk Anadolu Lisesi isimli İki lisede gerçekleştirilmiştir. Zaman ve maliyet kısıtları nedeniyle araştırma sadece İzmir ili Çiğli İlçesinde bir özel ve bir devlet lisesinde yapılmıştır.

Çalışmanın Varsayımları: Çalışmada aşağıdaki varsayımlar tespit edilmiştir.

- Öğrencilerin uyuşturucu kullanması ile yüksek gelir düzeyi arasında bir ilişki olduğu varsayılmıştır.
- Öğrencilerin alkol kullanması ile yüksek gelir düzeyi arasında bir ilişki olduğu varsayılmıştır.
- Öğrencilerin sigara kullanımının karne notunu olumsuz etkilediği varsayılmıştır.
- Öğrencilerin genel sağlık durumlarına ilişkin görüşlerinin cinsiyetlerine göre farklılık göstermediği varsayılmıştır.
- Öğrencilerin genel sağlık durumlarına ilişkin görüşlerinin okudukları okullara göre farklılık göstermediği varsayılmıştır.

BİRİNCİ BÖLÜM

SAĞLIK HİZMETLERİNİN ÖNEMİ VE LİSE ÖĞRENCİLERİNDE

GÖRÜLEN RİSKLİ SAĞLIK DAVRANIŞLARI

1. SAĞLIK KAVRAMI VE SAĞLIK HİZMETLERİ

Sağlık insan hayatındaki en önemli kavramdır. İnsanın kendini gerçekleştirebilmesi, kendinden beklenen işlevleri yerine getirmesi, bireysel mutluluğu, çevresine faydalı olma duygusu sağlıklı olması ile mümkündür. Sağlıklı insan yaşama aktif olarak katılan, hayatın içinde yer alan, başarıya duygusuna sahip insandır.

Sağlık çeşitli kuruluşlar ve bilim dalları tarafından tanımlanmıştır. DSÖ' ne göre sağlık; yalnız hastalık ve sakatlığın olmayışı değil, bedensel, ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik halidir. T.C Sağlık Bakanlığı ise sağlığı; “bireyin fiziksel, duygusal, zihinsel ve toplumsal açıdan, çevresiyle uyum içinde işlev görebilme yeteneği” olarak tanımlamaktadır¹. Sağlık ve hastalık kavramları çevresel, toplumsal, bireysel farklılıklarla algılanan bir durum olması sebebiyle, her bilim tarafından o bilime özgü bakış ve yöntemle incelenir. Örneğin sağlığın psikolojik yönden göstergesi duygularını kontrol edebilme, problemlerle başa çıkma yöntemi olurken biyolojik açıdan sağlıklı olmanın göstergesi vücudumuzdaki her hücrenin görevini eksiksiz yapmasıdır. Sosyolojik bakış açısına göre sağlık, bireyin sosyal kurallara uyumunu ifade ederken, hastalık; sosyal kurallardan sapma olarak değerlendirilir.²Tanımlardan da anlaşılacağı gibi sağlık çok boyutlu bir kavramdır.

¹N.Fişek, Halk Sağlığına Giriş, Ankara, 1985, s.1-2

²N.Sabuncu, K. Babadağ, G. Taşocak, T. Atabek, Hemşirelik Esasları, Eskişehir, 1991, s.5

Fiziksel sağlık, vucut bütünlüğünün anatomik ve fizyolojik olarak sürdürülmesidir. Sağlıklı beslenme, spor, egzersiz yapma, düzenli sağlık kontrollerini yaptırma, sigara kullanmama gibi etkinlikleri içerir.

Duygusal sağlık, kişinin düşüncelerinin, duygularının ve davranışlarının yaşamını etkileme biçimi, duygularını kontrol edebilme yeteneğidir. Hayatımızla ve kendimizle ilgili vereceğimiz kararlarda etkilidir.

Zihinsel sağlık: öğrenme ve bireysel gelişme yeteneğidir, yaşam deneyimlerini de içine alır. Bireyin kendini geliştirmek için yaptığı tüm girişimleri ve deneyimleri kapsamaktadır. Sadece okul yaşantısını değil diğer yaşantıları da içine alır.

Sosyal sağlık, kişinin yaşadığı çevre ve diğer insanlarla iletişim kurma yeteneğini ve bu durumdan memnun olmayı içermektedir. Kişinin toplum içindeki yeri konumuna göre toplumun ondan beklediği sosyal rolleri yerine getirmesidir.

Manevi sağlık, özünde inanç kavramı vardır, birleştirici bir güce inanç kavramı vardır. Kişiden kişiye farklılık gösterebilir. Bu inanç yaşamının amacı, anlamı, bağlılık kavramlarını içerir.¹

Sağlık ve hastalık kavramları çevresel, toplumsal, bireysel farklılıklarla algılanan bir durum olması sebebiyle, her bilim tarafından o bilime özgü bakış ve yöntemle incelenir. Mesela sağlığın psikolojik açıdan göstergesi huzur, mutluluk, sorunlarla başa çıkma yeteneği olurken; biyolojik bakımdan sağlıklı olmanın belirtisi vücudumuzdaki her hücrenin görevini kusursuz yapmasıdır. Sosyolojik bakış açısansa sağlık bireyin sosyal normlara uyumuna işaret eder.²

Sağlık hizmetleri bir sosyal güvenlik hizmetidir ve sosyal güvenlik hizmetlerinin en önemlilerinden biri olarak görülmektedir. Sağlık hizmetleri; hastalıkların tedavisi ve sağlığın korunması için yapılan çalışmaları içerir. Temel sağlık hizmeti kurallarına göre sağlık, ekonomik ve sosyal gelişimin esas unsurudur.

¹T.Doğan, Üniversite Öğrencilerinin İyilik Halinin İncelenmesi, H.Ü,SBE, YYLT, Ankara,2004,s.12

²Sabuncu-Babadağ-Taşocak-Atabek, s.5

Sağlık hizmetleri sektörler arası işbirliğini ve grup çalışmasını gerektirir. Sağlık hizmetleri herkesin faydalanabileceği biçimde sunulmalı ve bütün toplumu kapsamalıdır. Bu nedenle sağlık hizmetlerine toplumun da katkı ve katılımı gereklidir.

1.1. Sağlık ve Hastalık İlişkisi

Mutlu olmanın temel şartlarından biri ve en önemlisi sağlıklı olmaktır. “Sağlıklı olmak” kavramı hayata karşı her alanda isteğimizi arttırır. Hastalık kelimesi doktor değerlendirmesiyle “doku ve hücrelerde yapısal, fonksiyonel ve normal olmayan değişikliklerin yarattığı hal” şeklinde tanımlanmaktadır.¹ Tıbbi açıdan hastalık ise "bir kimsenin beden veya ruh sağlığının bozulması" biçiminde ifade edilmektedir.² Sosyolojik bakış açısında sağlık, bireyin sosyal normlara uyumunu ön plana alırken hastalık, sosyal kurallara uymamayı ifade eder. Hastalık genel anlamda ise, vücudumuzun normal işlevlerini çeşitli nedenlerle artık yapamaması halidir. Kişilerin sağlık ve hastalık durumları toplumsal hayatları üzerinde önemli ölçüde belirleyici olmaktadır. Hasta olduğumuz anda psikolojik ve biyolojik sürecin yanı sıra ekonomik ve sosyal süreç de başlamaktadır.

Hasta olana kadar çok düşünmediğimiz sosyal güvenlik hakkımız hasta olduğumuz zaman akla gelmektedir. Sosyal güvenlik hakkının kendimizi ve ailemizi kapsaması önemlidir. Sosyal güvenlik hakkı muayene olmak, tetkik yaptırmak(kan tahlili, röntgen, ultrason), ileri tetkikler(tomografi, MR), yatış yaptırmak vb.dir.

Okulumuza ya da işimize bir süre devam edemeyecek olursak kişisel verimlilik azalır ve bu durum sosyal sürecimizi etkiler. Günlük sosyal hayatımıza devam edemeyiz. Yapılması gerekenler yarım kalır ya da hiç yapılmaz. İlaçlar, ekstra yapılan işlemlerin ücretleri ise ekonomik sürecimizi etkiler. Bu durum bireysellikten çıkıp tüm topluma mal olan bir yük halini alır. Bunun sonucu ülke ekonomisine yansır. Özellikle kronik hastalıklar ve uzun süre tedavi gerektiren hastalıklar bireyin,

¹Fişek, s.2

²N.Gerek, Sosyal Güvenlik Hukuku, Anadolu Üniversitesi Yayınları, No:117, Eskişehir, 2000, s.172.

ailenin, toplumun psikolojisini ciddi anlamda etkilemektedir. Her yapılan girişim, sağlığı kazanmak içindir. Bu nedenle koruyucu sağlık hizmetleri en başta toplumda sağlık bilincini oluşturmak ve bunun uygulanmasını sağlamak için önemli ve gereklidir.

1.2.Sağlık Hakkı

Hak; bir bireyin talep edebileceği, ileri sürebileceği bir durumu ve iddia edebilme imkânı olarak ifade edilmektedir¹. Sağlık hakkının ise “yaşama” temel hakkının ayrılmaz bir parçası ve tamamlayıcısı olduğu görülmektedir. Günümüzün çağdaş sosyal devlet anlayışının en önemli hizmetlerinden birini oluşturan sağlık hakkı herkesin en temel hakkıdır.² Sağlık hakkı herkesin ırk, dil, din gözetmeksizin sahip olması gereken bir haktır. Sağlık kavramı geniş boyutlu bakıldığında herkesin ihtiyaç duyduğu, gerekli olan insani evrensel bir olgudur. Ulaşılabilir en üst düzeyde sağlık hizmeti, insan olmanın gereği olarak sahip olması gereken haklardan birisidir ve bu sebeple ayırım gözetmeksizin tüm bireylere eşit olarak sağlanmalıdır.³19. yüzyıldan itibaren fakir bireylerin insan haklarından faydalanması amacıyla devletin sunacağı hizmetler birer hak olarak düzenlenmiş ve söz konusu haklara “ikinci kuşak haklar” ya da “sosyal haklar” denilmiştir. Sağlık hakkının temel haklar ve özgürlükler kapsamında, “2.kuşak haklar sosyal haklar ” içerisinde değerlendirildiği görülmektedir.⁴Sağlık hakkı herkesin sahip olması gereken bir haktır.

Sağlık hizmetleri sosyal güvenlik hizmetlerinin en önemlilerinden birisi olarak görülmektedir. Bu nedenle “sağlık hakkı” Anayasamızda da yer alan temel haklardan birisidir. DSÖ Kurulu sözleşmesinde sağlık hakkı “ ulaşılabilir en üst sağlık standardına ulaşmak, herhangi bir ırk, din, siyasal görüş, ekonomik ya da toplumsal koşul ayırımı yapmaksızın her insanın temel haklarından birisidir”, şeklinde ifade edilmektedir. Dünya Sağlık Asamblesi, 1970 ve 1977 yıllarında, iki ayrı vesileyle sağlığın bir” insan hakkı” olduğunu ilan etmiş, bu durum DSÖ ve

¹ S.Armağan, Temel Haklar ve Ödevler, İstanbul, 1980, s.1

²F. Demir, Anayasa Hukukuna Giriş, İzmir, 1998, s.311

³T. İnandı, Sağlık Hakkı ve Eşitsizlikler, Toplum ve Hekim Dergisi, Eylül-Ekim 1999, s.357

⁴O. Uygun, İnsan Hakları, İstanbul, 2000, s.23-24

Birleşmiş Milletler Çocuklara Yardım Fonu (UNICEF)'nin 1978 yılında Alma-Ata'da ortaklaşa düzenledikleri “ Uluslararası Temel Sağlık Konferansında” bir kez daha ortaya konmuştur.¹ Gayet açık bir şekilde belirtildiği gibi sağlık bir insanın temel hakkıdır.

Genelde toplumun, özelde de her ferdin sağlık hakkını güvenceye almak, sağlık hizmetlerinden gereğince faydalanmasını sağlamak, devletin önemli bir sorumluluğudur. İnsanlar için hak olan sağlık, devletler için de görev olup; bu görev anayasal düzeyde ve uluslararası hukuk belgeleri ile de desteklenmektedir.² Günümüzde sağlık hakkı veya sağlık hizmetlerinden faydalanma hakkı konusunda ülkelerin farklı uygulamaları vardır. Ancak genel bir yaklaşımla, dünyada hiçbir ülkede sağlık hakkının tamamen piyasa koşullarına bırakılmadığı görülmektedir.³ Bireylerin sağlık hizmetlerinden yararlanmasını sağlamak devletin bir sorumluluğudur.

Türkiye’de de sağlık hakkı anayasa düzeyinde güvence altına alınmıştır. 1961 Anayasası’nın 49.maddesinde sağlık hizmetleri ve dolayısıyla sağlık hizmetlerinden yararlanma hakkı devletin bir görevi olarak düzenlenmiştir. Anayasanın ilgili maddesinde; “Devlet herkesin beden ve ruh sağlığı içinde yaşayabilmesini ve tıbbi bakım görmesini sağlamakla görevlidir” ifadesi yer almaktadır. Sosyal devlet ilkesine özellikle önem veren 1961 Anayasasında devlet, herkesin beden ve ruh sağlığı içinde yaşayabilmesini ve tıbbi bakım görmesini sağlamakla sorumlu tutulmuştur. Sağlık hizmetlerinden yararlanma hakkı, İnsan Hakları Evrensel Bildirgesinde bir hak olarak belirlenmiştir. Bahsi geçen hakkın sosyal adalete uygun şekilde sunulmasını sağlamak amacıyla hazırlanan 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun⁴ile sağlık hizmetlerinin tek elde toplanması ilkesi yaşama geçirilmiştir.

¹ Dünya Sağlık Örgütü, Dünya Sağlık Raporu, 21.Yüzyılda Yaşam Herkes İçin Bir Vizyon, Sağlık Bakanlığı, Ankara, 1998, s.23

²Y. Yeğinboy, Ulusal Düzeyde Sağlık Hizmetlerinin Değerlendirilmesi, İzmir, 1993, s.3

³ İnandı, s.357

⁴ Resmi Gazete, 12.01.1961, 10705 sayılı, 224 no’lu Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun

Soyer'e göre 1982 Anayasasıyla sağlının bir insan hakkı olduğu görüşü bırakılmış, devlete düzenleyici ve denetleyici görev verilmiştir.¹1982 Anayasası incelendiğinde, 1961 Anayasasından farklı olarak devlet için sağlık hizmetlerini bir ödev olmaktan çıkardığı, bu bağlamda devletin görevinin düzenleyici denetleyici olmakla sınırlandırdığı görülmektedir. 1982 Anayasasının 56.maddesinde; “herkes sağlıklı ve dengeli bir çevrede yaşama hakkına sahiptir. Çevreyi geliştirmek, çevre sağlığını korumak ve çevre kirlenmesini önlemek devletin ve vatandaşın görevidir. Devlet, herkesin hayatını, beden ve ruh sağlığı içinde sürdürmesini sağlamak, insan ve madde gücünde tasarruf ve verimi arttırarak, işbirliği gerçekleştirmek amacıyla sağlık kuruluşlarını tek elden planlayıp hizmet vermesini düzenler. Devlet bu görevini kamu kesiminde ve özel kesimlerdeki sağlık ve sosyal kurumlarından yararlanarak, onları denetleyerek yerine getirir. Sağlık hizmetlerinin yaygın bir şekilde yerine getirilmesi için kanunla genel sağlık sigortası kurulabilir “ibarelerine yer vermektedir.

Yaşama hakkı, sağlık hakkı ve sağlıklı ve güvenli bir ortamda çalışma hakkı arasında doğrudan bir etkileşim bulunmaktadır.² Bu nedenle sağlık ve sağlıklı yaşama hakkı tüm vatandaşların sahip olması gereken bir haktır.

1.3. Sağlık Hizmetleri

Günümüzde hizmetler sektörü ile gelişmişlik arasında doğru yönde bir ilişki bulunmaktadır. Günümüzün kalkınmış ülkelerinin çoğunda Gayri Safi Milli Hâsılanın büyük bölümünü hizmet sektörü oluşturmaktadır. Hizmet sektörü içinde sağlık sektörü önemli bir yere sahiptir. Bir ülkenin sağlık sektörüne ayırdığı payda, bir kalkınmışlık ölçütü olarak görülmektedir. Sağlık sektöründe ve dolayısıyla sağlık işletmelerinde hizmeti sunan sağlık çalışanlarının sayısı, çalışma koşulları ülkeye dağılımları ve hasta başına oranları gibi etkenler, sağlık hizmetlerinin sunumunu, etkisini ve kalitesini etkilemektedir.

¹A.Soyer,'1980 Sonrası Sağlıkta Neler Oldu?', Toplum ve Hekim Dergisi, Temmuz-Ağustos 2000, C.15, Sayı (S.) 4, s.259

²N. Devecan, Sağlık Çalışanlarının İş Sağlığı ve Güvenliği, Ankara, 2008,s.78

Sağlık hizmetlerinde hastalıkları önleme ve sağlığı korumanın maliyeti her zaman tedavi etmekten daha ekonomik ve etkilidir. Bu nedenledir ki günümüzde yaygın olarak kullanılan yönetim sistemleri veya kalite yönetim sistemlerinin çoğu da düzeltici faaliyetlerden çok önleyici faaliyetlere yönelmektedir. Başka bir deyişle önleyici faaliyetlerle sorunların daha ortaya çıkmadan önlenmesi hedeflenmektedir. Sağlık hakkı veya sağlık hizmetlerinden yararlanma hakkı günümüz çağdaş ve sosyal devletlerinin birincil yükümlülükleri arasındadır. Ülkemizde de sağlık hizmetlerinden yararlanma hakkı anayasal bir hak olarak belirlenmiştir.¹ Sağlık hizmetlerinden yararlanmak tüm vatandaşların hakkıdır.

Temel sağlık hizmeti ilkelerine göre sağlık, ekonomik ve sosyal kalkınmanın esas ögesidir. Sağlık hizmetleri, sektörler arası işbirliğini ve ekip çalışmasını gerektirir. Sağlık hizmeti herkesin faydalanabileceği biçimde sunulmalı ve tüm toplumu kapsamalıdır. Bu nedenle sağlık hizmetlerine toplumunda katkı ve katılımı gereklidir.

Sağlık hizmetleri koruyucu, tedavi edici ve rehabilite edici olmak üzere 3 grupta incelenir;

Koruyucu Sağlık Hizmetleri: Koruyucu sağlık hizmetleri bireye ve çevreye yönelik hizmetler olarak iki ana kolda toplanır. Bireye yönelik hizmetler bağışıklama, hastalıkların erken teşhis ve tedavisi, ilaçla koruma, beslenmeyi düzenleme, sağlık düzeyini yükseltme, sağlık eğitimi ve aile planlaması hizmetlerinden oluşur. Bu hizmetleri hekim, hemşire gibi eğitimli sağlık personeli yürütür. Çevreye yönelik sağlık hizmetleri ise; çevrede sağlığı olumsuz yönde etkileyen biyolojik, fizyolojik ve kimyasal yöntemleri yok ederek ya da zararsız hale getirip insanları etkilemelerini önleyerek çevreyi daha sağlıklı ve olumlu hale getirmeyi amaçlamaktadır. Çevre sağlığı ve besin kontrolü çalışmaları, bu tür hizmetlerdir. Bu hizmetlere çevre sağlığı hizmetleri denmektedir. Bu konuda özel hizmet almış mühendis, veteriner, kimyager, biyolog, çevre sağlık teknisyeni vb. meslek üyeleri tarafından sağlanır.

¹ Devedbakan, s.11-13

Kişiyi hastalıklardan korumak için alınan önlemler birincil koruma adını alır. Örnek olarak; beslenmenin düzenlenmesi, bulaşıcı hastalıklardan korunma, kanser araştırmasında erken tanı yöntemleri, aile planlaması çalışmalarından bahsedilebilir. Hastalık belirtileri ortaya çıkmadan önce ya da belirtiler hafifken tanılarının konulması ve tedavi edilmesi ikincil koruma adını alır. Hastalıkların tedavi edilemez duruma gelmeden teşhisini ve ilerleyişinin önlenmesini amaçlar. Hastalıkların olumsuz sonuçlarının sınırlandırılması ve hastalıklara bağlı sakatlıkların önlenmesine yönelik çalışmalar ise üçüncül korumayı amaçlar. Örnek olarak; bazı eklem hastalıklarında fizik tedavi uygulamaları yaparak kalıcı zararları, sakatlıkları önlemek mümkündür.¹

Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri: Tedavi, ilaçla ya da diğer tıbbi yöntemlerle hastalıkların iyileştirilmesi çalışmalarına verilen addır. Tedaviye yönelik sağlık hizmetleri birinci, ikinci ve üçüncü basamak olmak üzere üçe ayrılır. Tedavi edici sağlık hizmetlerinin basamaklar halinde ele alınmasının sebebi; bu basamaklar arasında bir hasta sevk zincirinin gerekliliğini vurgulamaktır. Birinci basamak: hastaların tedavilerinin evde ve ayakta yapıldığı sağlık kuruluşlarıdır. Bu kuruluşlar genelde yataksızdır. Sağlık ocakları, verem savaş dispanserleri, toplum sağlığı merkezleri birinci basamak tedavi edici sağlık kuruluşlarına örnektir. İkinci basamak: hastaların yatırılarak teşhis ve tedavi hizmetlerinin yapıldığı genel hastanelerdir. Bu hastaneler 50-100 yataklı ve 3-4 uzman hekimin bulunduğu hastaneler olabileceği gibi tam teşekküllü hastaneler de olabilir. Üçüncü basamak: Özel dal hastaneleridir. Onkoloji hastaneleri, sanatoryumlar, ruh sağlığı hastaneleridir.²

Rehabilitasyon Hizmetleri: Hastalık ve kazaların sonunda sakat kalarak işgücünü kaybeden kişilerin sakatlıklarının giderilmesi, bedensel yeteneklerinin artırılması, yeni becerilerin kazandırılması, sosyal ve iş uyumunun sağlanması için yapılan çalışmalara rehabilitasyon hizmetleri adı verilir.

¹N.Fişek,“Modern Yönetim Semineri”,Nusret Fişek’in Kitaplaşmamış Yazıları-1, http://www.ttb.org.tr-nusret-fisek/kitap_1/33.html(19.01.2013)

².....<http://saglik.gov.tr/TR/birimler/saglik-hizmetleri>, (20.01.2013)

1.4.Sağlık Hizmetlerinin Özellikleri

Sağlık hizmetlerinin genel amacı toplumun sağlık kalitesini yükseltmektir. Bunun için kullanılacak tüm araçlar, hedefe ulaşabilmenin yöntemleridir. Genel amaca yönelik olarak hedefler, sağlık hizmetlerinin kapsayıcılığını, ulaşılabilirliğini, hakkaniyetini, etkinliğini, kalitesini yükselterek, ihtiyacı olana kaliteli sağlık hizmeti sunulmasını sağlamak şeklinde sıralanabilir.

Sağlık hizmetleri; arzının pahalılığı, talebinin tüketici tarafından belirlenmemesi, bir bölümünün toplumsal olma özelliği, kar amaçlı değil sosyal amaçlı olması, talebinin tesadüflüğü, talep esnekliğinin katılığı, ikamesinin bulunmayışı gibi temel özellikleri içerir.¹ Sağlık hizmetlerinin temel özellikleri arasında en çok öne çıkan toplumsal olma, topluma mal olma özelliğidir.

Sağlık hizmetinin hizmet olmasının verdiği özelliklerinin yanı sıra kendi özellikleri mevcuttur. Bu özellikler o kadar baskındır ki, sağlık hizmetinin kendi özellikleri dikkate alınmadan tasarlanacak ve uygulanacak bir pazarlama eylem planının başarıya ulaşması pek mümkün değildir. Sağlık hizmetinin, hizmet alan için ifade ettiği anlam ötekilerine göre oldukça farklıdır. Sağlık hizmetleri hayati konularla ilgili hizmetler olduğundan tüketici için belirsizlik ve risk ihtiva eder. Hizmet alan kişi, hizmetin teknik kalitesini değerlendirebilecek kadar bilgi sahibi değildir. Hizmet alan kişinin bilinçsiz davranışları da sağlık hizmetinde devreye girebilir. Örnek olarak, acil hastalar, akli dengesi bozuk olan hastalar ve çocuklar bu kategoride gösterilir, çünkü bu gruplar hizmet alım kararını kendileri veremezler.

Sağlık hizmetlerinde pazarlama uygulamasından çok, mesleğin kendi kurallarının geçerliliği ve egemenliği söz konusudur. Bu kurallarda genellikle yasalarla ve meslek odalarının girişimleriyle konmuştur. Sağlık hizmetlerinde iki alternatiften bahsedilebilir. Biri hastane biri de hekim tercihidir. Hekim tercihinde alınan hizmetin değerlendirilmesinin zorluğu söz konusudur. Bu nedenle hizmeti alan bireyi, akraba, arkadaş, tanıdık ve benzeri sosyal çevreden gelecek tavsiyeler yönlendirebilir. Sağlık hizmetinde hizmeti sunarken kontrol edilemeyen oldukça

¹.....<http://www.saglikpaneli.com> (30.01.2013)

fazla dış etken bulunur. Bu etkenler hizmetin kalitesini ve hizmet alan kişi tarafından algılanmasını doğrudan etkilerler. Örnek olarak: Bulaşıcı hastalıklar, komplikasyonlar sayılabilir. Ayrıca her sağlık hizmetinin de çeşidinin bazı ek özellikleri olabilir. Örnek olarak: Birinci basamak sağlık hizmetlerinin gönüllü alınması, obezite tedavisinde hastanın üretilen hizmete katılımının fazla olması, kadın doğum hastalarının mahremiyet hassasiyeti söylenebilir.¹

Ülkemizde ki sağlık hizmetlerine genel bir bakış açısı kazandırması açısından “Dokuzuncu Beş Yıllık Kalkınma Planı’ndaki (2007 Yılı Programı)” değerlendirmelerden bahsetmekte yarar vardır. Bahsi edilen programda; son yıllarda yürütülen etkili politikalarla sağlık sektöründeki insan gücü ve altyapı konularında gelişme sağlanmakla birlikte, mevcut durumun henüz ülkenin ihtiyaçlarını karşılayacak düzeye erişemediği belirtilmektedir. İlgili programda sağlık sektörü ile ilgili amaçlara ulaşamamış olmasının başlıca sebepleri; fiziki altyapı ve sağlık çalışanlarının yetersizliği ve bölgeler ile il ve ilçe merkezleri arasındaki dengesiz dağılımı, koruyucu sağlık hizmetlerinin yeterli seviyeye erişememiş olması, hizmete erişim ve finansmana ilişkin sorunlar ile etkili bir sevk ağının oluşturulamaması vb. sayılmaktadır.²

2. TÜRKİYE’DE SAĞLIK HİZMETLERİNİN ÖNEMİ VE SAĞLIKLA İLGİLİ GÖSTERGELER

Bir sağlık göstergesi, bireyin, nüfusun veya çevrenin ölçüme tabi, doğrudan veya dolaylı özelliğidir. Bireyin veya nüfusun sağlığının bir veya daha fazla durumunu nitelik, nicelik ve süre bakımından tanımlamak için kullanılabilir.

Sağlık göstergeleri, zaman içinde belli bir noktadaki halk sağlığı problemlerini tanımlamak amacıyla kullanılabilir. Nüfusun genelinde veya bireylerin sağlık düzeyinde zaman içindeki değişimleri göstermek amacıyla kullanılabilir. Nüfusun sağlığındaki farklılıkları tanımlamak için ve bir programın hedeflerine ne

¹http://www.saglikpazarlamasi.com.tr/saglikhizmetlerinin_ozellikleri(30.01.2013)

²DPT.Dokuzuncu Beş Yıllık Kalkınma Planı,2007 Yılı Programı,<http://ekutup.dpt.gov.tr/program/2007.pdf>,s.198(04.02.2013)

ölçüde ulaşıldığını görmek ve anlamak amacıyla kullanılabilir. Sağlık sonuçlarını veya sağlığın pozitif yanlarını ölçmek için kullanılabilir. Yaşam kalitesi, yaşam becerileri veya sağlık beklentisini ölçmek için kullanılabilir. Yaygın olarak kullanılan rahatsızlık veya hastalık ölçümlerini ve bireylerin sağlığa ilişkin davranış ve hareketlerinin ölçümlerini içerebilir. Ayrıca, sosyal ve ekonomik koşulları ve fiziksel çevreyi ölçen göstergeler, sağlık okuryazarlığı ve sağlıklı halk politikası ölçümlerini içerebilir.¹

Değişen nüfus yapısının Türkiye’de getireceği dinamikler şu şekildedir: uzayan yaşam süresi, yaşlanan nüfus, daha uzun yıllar genç yaş gruplarının önemini koruyacağı gerçeği, kamu sosyal güvenlik sistemi ve sağlık sistemi harcamalarında baskı ve zorlanmalar, az gelişmiş sosyal güvenlik ve sağlık ‘özel sigorta’ sistemleri, görülme sıklığı gittikçe artan kronik hastalıklar, enfeksiyon hastalıkları ve kronik hastalıkların birlikte getireceği çifte yük, hastalıkların önlenmesinde (akut, kronik) toplumun sağlık bilinç düzeyinin yükseltilmesi, hastalık etkenlerine maruziyetin önlenmesi için koruyucu, sağlığı geliştirici hizmetlerin yeterli olarak verilme gereği, niteliği uygun sağlık çalışanı ihtiyacında artma, bugünkü sağlık sisteminin yaşlı nüfusa ve kronik hastalıklara uyum sağlamada yetersiz kalacağı olasılığı, yaşlı nüfusa sahip çıkma veya bakımını üstlenme sorumluluğunda ailenin rolünün azalabileceği vb.dir.

İleri yaşlardaki kronik hastalıkların temelleri, genç yaş grubunda atılmaktadır, dolayısıyla genç yaş grubunun sağlığı, özellikle koruyucu sağlık hizmetleri ve sağlığı geliştirme önlemleri ihmal edilmemeli, uygun hizmet modeli ve yeterli kaynak bu amaçlarla sağlanmalıdır. Sağlık hizmetleri: bilimsel, çağdaş, sağlığın belirleyicilerini dikkate alan, kanıta dayalı, ülke gerçeklerine uygun ve değişen demografik yapıya uyarlanmış programlarla verildiği takdirde başarılı sonuçlar alınabilecektir.²Ergen sağlığı toplumsal sağlık ve sağlıklı toplum yapısı için önem verilmesi gereken konuların başında gelir.

¹T.C. Sağlık Bakanlığı, Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi Sözlüğü, Bakanlık Yayın No:814,Ankara, 2011,s.9

²A.Akın, K.Ersoy, 2050’ye Doğru Nüfus Bilim ve Yönetim; Sağlık Sistemine Bakış http://www.tusiad.org.tr/_rsc/shared/file/27-kasim-SAGLIKSUNUM-AYŞE-AKİN-pdf (08.02.2013)

3. LİSE ÖĞRENCİLERİNDE GÖRÜLEN RİSKLİ SAĞLIK DAVRANIŞLARI

3.1. Risk Kavramı

Risk günlük hayatımızın içinde her an karşılaşılabileceğimiz ya da karşılaştığımız bir durumdur. Çoğu zaman tehlikeyi andırır; fakat aynı şey değildir. Bu nedenle de genellikle risk ve tehlike kavramları karıştırılmaktadır. Risk, bir tehlikenin ortaya çıkma ihtimali ve ortaya çıkan tehlikenin sebep olacağı sonucun ortak ihtimalidir.¹ Risk bir ihtimaldir, en önemli özelliği ihtimal olmasıdır. İhtimalleri engellemek için de önlemler alınır; fakat önlemler hiçbir zaman riski tamamen ortadan kaldırmaz.

İtalyancası “risco”, Almancası” risiko”, İngilizcesi “risk” olan bu kavram dilimize risk olarak yerleşmiştir. Risk zarar veya kayıp durumuna yol açabilecek bir olayın ortaya çıkma ihtimali olup tehlike ile beraber ileride ortaya çıkması beklenen ama meydana gelip gelmeyeceği kesin olarak bilinmeyen olaylar için kullanılmaktadır. Risk için belirsizlik halidir derken, her belirsiz durumun risk olarak değerlendirilemeyeceğini de belirtmek gerekir. Buradaki ayırım, belirsizliklerin hedefe giden yolda tehlike ile etkileşim düzeyidir.² Risk kesin olmayan ama oluştuğunda tehlike ortaya çıkaracak durumlar için kullanılır.

3.2. Sağlık ve Risk İlişkisi

İnsan hayatında sağlıklı yaşamın önem kazandığı buna karşın hasta ve hastalık sayısının hızla arttığı günümüzde, güvenli sağlık hizmeti sunumu büyük önem kazanmaktadır. Sağlıkta her şey riskler bütününden ibarettir, hayat boyunca sağlığın olumsuz olarak etkilenmesine sebep olabilir. Yeterli ve dengeli beslenmezseniz, beslenme yetersizliği riski ile karşılaşabilirsiniz. Sigara içtiğinizde akciğer ve kalp, damar hastalıklarına yakalanma riskiniz yükselir. Alkol kullanmak karaciğer rahatsızlıklarına yakalanma riskini artırır. Uyuşturucu madde kullanımında

¹ A.Esin, Bakım Risklerinin Değerlendirilmesi, Mühendis ve Makine Dergisi, c.46,S.543, Ankara, Kasım 2001, s.12

² A.Filiz, İş Sağlığı ve Güvenliği Eğitimi Notları, <http://www.işletmeportali.com/makaleler-48.html> (10.02.2013)

sinir sistemi bozulur ve kişi zamanla günlük işlerini yapamaz ve tüm metabolizması etkilenir. Spor ya da günlük fiziksel aktivite yapılmadığında yorgunluk ve obezite riskini arttırır. Trafik kurallarına uyulmadığında kaza ve sakatlık riski artar.

Sağlıkıa ilgili yapılan hataların çoğunda düzeltme veya telafı etme ihtimali olmadığı için; yapılan için ilk seferinde ve her zaman doğru yapılması gerekmektedir. Ayrıca verilen sağlık hizmetinin sonucunu kısa vadede değerlendirmek çok da mümkün olmamaktadır. Örneğin kalp ameliyatı geçirmiş bir hastanın söz konusu operasyonun etkinliğini değerlendirmesi bazen yıllarca srebilmektedir¹. Ya da büyük bir parçalı kırık ameliyatında yıllar sonra bir emboli atabilmektedir. Sağlıkıa ilgili yapılan her işlem hem gerekli, hem de risklidir. Bunun için de hastalara onam formu imzalatılır. Örneğin hastanın ameliyat olması gerekiyor, ameliyata girmeden önce ameliyatın ne için gerekli olduğu, uygulanacak işlemlerle ilgili nasıl risklerin söz konusu olduğu maddeler halinde yazar, eğer hasta bunları kabul ederse imzalar. Böylece hasta oluşabilecek risklere karşı aydınlatılmış olur.

Sağlıkıa ilgili verilen hizmetlerin kesintisiz 24 saat olmasının sebebi, sağlıkıa ilgili şikâyetlerin büyük çoğunluğunun acil ve ertelenemeyecek özellikte olması ile ilgilidir. Bir hastanın veya sağlığı konusunda şüpheleri olan birinin herhangi bir zamanda sağlık işletmesine başvurma olasılığı vardır. Sağlıkıa ilgili yapılan her hata ya da davranış beraberinde hukuksal süreci de getirmektedir. Sağlık sektöründe yapılması gereken her şey hızlı, akılcı ve hatasız yapılmak zorundadır; çünkü sağlıkıa ilgili bir hatanın telafisi yoktur.

3.3. Lise ğrencilerinde Görülen Riskli Sağlık Davranışları

Yetişkinlik dönemindeki erken ölümlerin birçoğuna ergenlik döneminde başlayan davranışların sebep olduğu tahmin edilmektedir. Bu nedenle ergenlik döneminde kazanılan tutum ve davranışlar bireyin bütün hayatını etkilemektedir. Lise ğrencilerinde görülen riskli sağlık davranışları olarak beslenme, cinsel yolla

¹ Devedakan, s.15-17

bulaşan hastalıklar, fiziksel aktivite, şiddet ve intihar, yol güvenliği ve trafik kazaları, mortalite ve morbidite, alışkanlık ve bağımlılık yapan maddeler, sigara ve tütün ürünleri kullanımı, alkol kullanımı ve diğerleri incelenmiştir.

3.3.1. Beslenme

Beslenme: insanın büyüme, gelişme, sağlıklı ve üretken olarak hayatın sürdürülmesi, sağlığın korunması için besin öğelerinin yeterli miktarda alınıp vücutta kullanılmasıdır.¹ Özellikle gençlik döneminde hızlı büyüme ve gelişme nedeniyle her türlü besin ihtiyacı artmıştır. Sağlıklı bir büyüme, gelişme ve başarılı bir öğrenim için bu artan besin ihtiyacı yeterli ve dengeli biçimde karşılanmalıdır.

Kişinin, harcadığı günlük enerji miktarının altında beslenmesine yetersiz beslenme; besinlerin tek taraflı alınmasına da dengesiz beslenme denir. Aşırı beslenme ise günlük harcanan enerji miktarının üstünde besin alınmasıyla ortaya çıkar ve obeziteye yol açar. Yetersiz ve dengesiz beslenme gibi aşırı beslenme de sağlık sorunudur. Yaşamı idame ettirmek için gerekli besin öğeleri 6 grupta toplanabilir.

- “Proteinler: Vücudun yapı taşıdır. Büyüme, gelişme ve hücrelerin yenilenmesi için gereklidirler, ayrıca gereğinde enerji de verirler. En değerli protein kaynakları et, süt, yumurta gibi hayvansal besinlerdir. Kuru baklagiller, kuru yemişler, tahıllar gibi bitkisel kaynaklı proteinler de kolay bulunan daha ucuz protein kaynaklarıdır.
- Yağlar: En zengin enerji kaynağıdır. Vücutta organların çevresinde destek dokusunu oluştururlar. Hayvansal(tereyağı, kuyruk yağı vb.),bitkisel (ayçiçeği, mısırözü, zeytinyağı) kaynaklı olurlar.
- Karbonhidratlar: Vücudun çalışması için gerekli olan enerjiyi sağlarlar. Tatlılar, tahıllar, meyveler ve sebzelerde bulunurlar.

¹İ.Toprak, O.Bunsuz, Ş.Şentürk, B.Yüksel, H.Özer, B.Çakır, A.Bideci, Toplumun Beslenmede Bilinçlendirilmesi, Ankara,2002, s.11

- Mineraller: Vücut fonksiyonunda önemli rolleri vardır. İskeletin ve kanın yapı taşlarıdır. Ülkemizde eksikliği en sık görülen mineraller demir, kalsiyum, fosfor, iyot ve florudur.
- Vitaminler: A, B, C, D, E, K gibi isimler alarak gruplandırılırlar. Vücudun büyüme, gelişme, çeşitli organ fonksiyonlarını düzenler. Hızlı büyümenin görüldüğü adölesan döneminde D vitaminine ihtiyaç artar. Kemiklerin gelişimi için D vitaminiyle güneş ışığına ihtiyaç vardır.
- Su: Hayati fonksiyonların devamı için gereklidir.”¹

Yeterli ve dengeli beslenmeme sonucu, eksik alınan besin grubuna göre çeşitli beslenme bozuklukları görülür. Ülkemizde en sık görülen beslenme bozukluğu türleri şunlardır;

- Enerji ve protein yetersizliği: Büyüme ve gelişme geriliği(zayıflık, boy kısalığı)
- A vitamini yetersizliği: gece körlüğü
- B grubu vitaminleri yetersizliği: beriberi, pellegra, deri ve sinir hastalıkları
- C vitamini yetersizliği: skorbit
- D vitamini yetersizliği: Raşitizm
- Demir yetersizliği: kansızlık
- Kalsiyum ve fosfor yetersizliği: kemik ve diş hastalıkları
- İyot yetersizliği: basit guatr
- Flor yetersizliği: diş çürükleri

¹ U.Beyazova, Ö.Kavaklıoğlu, Öğretmenler İçin Sağlık Bilgisi El Kitabı, Ankara, 1986, s.25

Ayrıca yetersiz ve dengesiz beslenme vücudun direncini düşüreceğinden bulaşıcı hastalıkların yerleşmesini kolaylaştırır ve daha ağır geçirilmesine sebep olur.¹

Gençlik döneminde beden yapısı ve dış görünüş önem kazanmaya başlar. Bu dönemde karşı cinse kendilerini beğendirmek ister, kilo takıntısı yaparak yanlış beslenme programı uygulayıp tek yönlü beslenebilirler. Kendilerini şişman hissedip kaygılanabilirler. Bu dönemde sosyal faaliyetlerin (dershaneye gitme, arkadaşlarla vakit geçirme, müzik, spor etkinlikleri vb.) artmasıyla beraber dışarıda geçirilen zaman süresi uzamakta bu da öğün atlanmasına ve tek tip beslenmeye sebep olmaktadır.

Çalışan insan sayısının artması, dışarıda geçirilen sürenin uzaması, toplumsal gelişmenin artması sonucu hazır gıdalarla beslenme alışkanlığını ortaya çıkarmıştır. Büyümenin hızlı olduğu dönemlerde temel vitaminlere, minerallere olan ihtiyaç iki misli artmaktadır. Sürekli kolalı, gazlı içecekler içilmesi hamburger, pizza, sandviç gibi hazır besinler tüketilmesi vücudun temel besin ihtiyacını karşılayamamaktadır. Gençlik döneminde en sık özellikle kızlarda anoreksiya ve bulimia nevroza hastalıkları görülür. Zayıf olmak amacıyla gençler yeme alışkanlıklarını değiştirirler, tek tip besinden oluşan diyetlere ya da zayıflama ilaçlarına yönelebilirler. Bu durum ciddi derecede takıntı yaratabilir. Şişmanlık da bu dönemde başlayan beslenme sorunlarından. Obezite, küresel kronik hastalık yükü ve sakatlık için majör etken olup hem gelişmiş hem de gelişmekte olan ülkelerde yetişkinler kadar çocukları da etkileyen kronik bir hastalıktır. Obezite ve fazla kilo; tip 2 Diyabet, kalp hastalıkları, hipertansiyon, felç ve bazı kanser türlerinin oluşumunda majör bir risk faktörüdür.² Günümüzde gençler biyolojik ve psiko sosyal pek çok sağlık sorunu ile karşı karşıyadır. Bunların arasında sağlıksız ve dengesiz beslenme alışkanlığı, buna bağlı olarak gelişen hastalıklarda ilk sıralarda yer almaktadır. Ülkemizde okul çağındaki bireylerde beslenme ile ilişkili sorunlar arasında zayıflık, şişmanlık ile ilgili sorunlar avitaminozlar, anemi, basit guatr ve diş çürükleri yer almaktadır. Bunların yanı sıra yetersiz ve dengesiz beslenmenin öğrencilerin dikkat sürelerini azalttığı, algıyı

¹U. Beyazova, Ö.Kavaklıoğlu, Öğretmenler İçin Sağlık Bilgisi El Kitabı, Ankara, 1986, s.25-27

²G.Gökçay, M.Garipağolu, Çocukluk ve Ergenlik Döneminde Beslenme, İstanbul, 2002, s.117-120

zayıflattığı, öğrenme güçlüğü ve davranış problemleri ile okula devamda ve okul başarısında düşmeye neden olduğu bildirilmektedir.¹Sağlıklı beslenme bir yaşam felsefesi haline getirilmeli, erken yaşta çocuğa kazandırılmalı gençlikte, erişkinlikte, yaşamın devamında ve yaşlılıkta yeterli ve dengeli beslenmeye önem verilmelidir.

3.3.2. Cinsel Yolla Bulaşan hastalıklar

DSÖ' nün yapmış olduğu uluslararası cinsellik tanımı şöyledir: “Cinsellik insan hayatının önemli bir parçasıdır ve toplumsal cinsiyet kimlikleri ve rolleri, cinsel uyum, erotizm, tatmin, yakınlaşma ve üremeyi kapsar. Cinsellik düşünce, fantezi, arzu, inanç, tutum, değer, davranış, uygulama, rol ve ilişkiler aracılığıyla tecrübe ve ifade edilir. Biyolojik, fizyolojik, sosyal, ekonomik, siyasi, kültürel, yasal, tarihi, dini, manevi faktörlerin etkileşimi cinselliğe yansır”.² Ülkemizde ne okulda ne de ailede yeterli bir cinsel eğitim alınmamaktadır. Ailelerin cinsel konularda konuşmamaları, çocukların ergenlik dönemine geçerken yaşadıkları sıkıntıların çoğu aile tarafından yok sayılması, ilk ilişki yaşının daha önceki yıllara göre düşmüş olması, hükümetlerin cinsel sağlık hakları konusunda duyarsız kalmaları, HIV ve cinsel yolla bulaşan diğer enfeksiyonları, adölesan gebelikleri, doğumları, kürtaj gibi istenmeyen tabloları ortaya çıkarmaktadır. Evlilik yaşı ilerlese bile, cinsel etkinlik günümüzde daha erken yaşlarda başlamaktadır. Bireyler ergenliğe daha erken yaşlarda girmekte ve daha geç yaşlarda evlenmektedirler. Buna bağlı olarak da gençler evlenme öncesinde uzun süre cinsel davranışlarını her yerde, farklı bireylerle, farklı koşullarda ve şekillerde yaşamaktadırlar.³ Bu nedenle ergenlik döneminde cinsel eğitim verilmesi en önemli konulardan bir tanesidir.

Evlilik öncesi cinsel ilişkinin giderek yaygınlaşmasıyla, cinsel yolla bulaşan hastalıklar ve gebeliklerde bir artış gözlenmektedir. DSÖ'ne göre her yıl her 20 gençten biri cinsel ilişki yoluyla geçen hastalıklara yakalanmaktadır. Bunların arasında HIV/AIDS, bel soğukluğu, frengi, klamidy enfeksiyonu ve herpes virüs

¹Gökçay-Garipağaoğlu, s.117-120

² T.C. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Gençlere Yönelik Üreme Sağlığı Hizmetleri Katılımcı Kitabı, Ankara, 2005, s.14-18

³ S.Karabey ,N. Müftüoğlu ,Gençlik ve Cinsellik Bilgilendirme Dosyası-7,CETAD,İstanbul,Mayıs 2007, s.14-18

enfeksiyonları yer almaktadır. Gençler özellikle bulgu vermeyen durumlarda cinsel yolla bulaşan hastalıklara karşı önlem konusunda duyarsız davranmaktadırlar. Oysaki bu konularda önlem almama ya da ihmal, kısırlık ve ölüm gibi sağlık açısından çok önemli sonuçlara yol açabilmektedir.¹ Gençlerin sağlıklı bireyler olarak yetişmeleri için büyüme ve gelişme aşamasında karşılaşacakları fiziksel, duygusal ve sosyal değişikliklerin niteliği konusunda uyarılmaları ve bilgilendirilmeleri gerekir. Çok çabuk ve kısa bir sürede vücutta ortaya çıkan büyüme ve duygu durum değişikliğinde gençler fazlaca kaygı duyabilirler. Gençler bütün bu değişikliklere uyum sağlama ihtiyacı içindedir. Vücudunda biyolojik ve cinsel kaynaklı değişikliklere ne şekilde ve nasıl uyum sağlaması gerektiğini bilen genç yeni bedenine daha kolay alışır, doğacak sorunları daha kolay çözebilir.²

Her cinsel davranışın kaçınılmaz sonuçları olduğu asla unutulmamalıdır. Gençler bu dönemde duygusal açıdan, bedensel sonuçları açısından hazır oluncaya kadar cinsel davranışlarını erteleme sorumluluğuna sahip olabilmelidir. İnsan toplumsal bir varlıktır ve yaşadığı toplumun değer yargılarından bağımsız olarak hareket ettiğinde, bunun sonuçlarına katlanabilecek olgunlukta değilse, günlük yaşamı, sosyal ilişkileri, geleceği ile ilgili sorunlar, dolayısıyla kendi ruh sağlığı da olumsuz yönde etkilenecektir. Cinsel yakınlıkların yaşanması bireylerin duygu ve sorumlulukları kadar bedensel sağlığı da içerir. İstenmeyen gebeliklerden ve cinsel yolla bulaşan hastalıklardan korunmak, paylaşılması gereken bir diğer sorumluluktur. Gençlik döneminde cinselliği mutlu ve güvenli olarak yaşamayı öğrenmek, gereken sorumlulukları kazanmak için destek olmak özellikle önem taşır.³ Erken yaşta hem ailede, hem okulda çocuğa cinsel eğitim verilmeli ve bu eğitim sürdürülmelidir. Merak edilen sorulara cevap verilmeli, çocukluktan gençliğe geçiş aşamasında bu hazırlık yapılmış olmalıdır. Ergenlik döneminde daha çok ilgiye ihtiyacı olduğu ve kendini kanıtlama çabasına girdiği unutulmamalı, genç desteklenmeli, onay görmelidir.

¹ A.Kulaksızoğlu, Ergenlik Psikolojisi, İstanbul, 2000, s.52-55

² K.Aydoğmuş, A.Baltaş, Ü.Davaslıgil, O.Güngörmüş, E.Konuk, Ü.Korkmazlar, Ö.Köknel, L.Navaro, A.Oktay, N.Razon, H.Yavuzer, Ana-Baba Okulu, İstanbul, 1998, s.89-93

³ Karabey - Müftüoğlu, Gençlik ve Cinsellik Bilgilendirme Dosyası-7,CETAD, İstanbul, Mayıs 2007, s.12-16

3.3.3. Fiziksel Aktivite

Sağlıklı bir yaşam sürmek ve yaşlanmayı geciktirmek için spor ve fiziksel aktivite şarttır. Her yaşta özellikle gelişme çağında spor yapmak vücudu geliştirir. Spor yapan kişi güçlü ve zinde olur. Spor yapma alışkanlığı daha küçük yaşlarda edinilmelidir. Daha ileri yaşlarda bu alışkanlığın edinilmesinin zor olduğu görülmektedir.

Düzenli fiziksel aktivite, vücut kaslarının gelişmesine yardımcı olduğu kadar kişiyi dinlendirir, vücudu güçlendirir. Kan dolaşımını ve solunumu hızlandırır. Kalbin iyi çalışmasını sağlar, böylece kan damarları çeperlerinde yağ birikimi önlenmiş olur.

Fiziksel aktivitenin vücut gelişimine ve sağlığına katkısı olduğu kadar kişilik gelişiminde ve ruh sağlığında da önemli payı vardır. Takım sporları yapan kişiler arkadaşlarıyla birlikte çalışmaya, yardımlaşmaya yatkındır. Fiziksel aktivite başkalarına saygı duymayı, kişiye davranışlarını ve heyecanını kontrol etmeyi öğretir. Yarışma ve ödül amacıyla yapılabileceği gibi vücut sağlığını korumak için de yapılmalıdır. Sağlıklı bir yaşam için kısa mesafeli yürüyüşlerle spora başlanmalıdır. Önce yavaş tempoda belli bir mesafe yürünmeli, daha sonra tempo hızlandırılmalıdır. Fiziksel aktivite için seçilen hareketler kasların çoğunu çalıştıracak şekilde olmalıdır.¹

Düzenli fiziksel aktivite genç insanlara önemli fiziksel, zihinsel ve sosyal sağlık faydaları sağlar. Hareket bireylerin kas uyumunu geliştirmelerine, sağlıklı kemikleri, kasları ve eklemleri korumalarına, fazla kilolarını vermelerine, kilolarını korumalarına, kalp ve bağırsakların işlevlerini geliştirmesine yardım eder. Oyunlar ve fiziksel aktiviteler gençlere kendilerini ifade etmede, güven kazanmada, başarı, sosyal etkileşim ve bütünleşme duygularını kazanmada fırsatlar sunar. Aynı zamanda endişe ve depresyonu önlemeye ve kontrol etmeye yardım eder.²

¹Ö. Güner, Ortaöğretim Sağlık Bilgisi, Ankara, 2012, s.35-38

².....2013) <http://undp.un.org.tr/who/dsogun02/fiziksoylenceler.html> (10.03.2013)

Son yapılan çalışmalar dünyadaki çocuk ve gençlerin, özellikle de büyük şehirde yaşayanların giderek pasifleşmeye başladığını göstermektedir. Fiziksel aktiviteye harcanan zaman ve kaynak giderek azalmaktadır. Akıllı telefonlar, tablet bilgisayar, bilgisayar oyunları, sosyal medya ve televizyon, fiziksel aktivite ile geçen zamanın yerini almaktadır. Hem gelişmiş hem de gelişmekte olan pek çok ülkede gençlerin 2/3' ten fazlasının yeterince aktif olmadığı tahmin edilmektedir.¹

İnsan bedeni hareketsiz yaşamda fiziksel gücünün %80'ini yitirir. Hareketsizlik, baskı ve gerginliklerle dolu bir yaşam ömrü kısaltır. İsteksizlik, neşesizlik, bezginlik içerisinde geçen her gün direnme gücünü yok eder. Bu duyguları yaşamamak için fiziksel aktivite sürekli yapılmalıdır. Yapılan çalışmalarda şevk ve istek olmalıdır. Toplamların en büyük zenginliği nitelikli insan gücüdür. Dayanma gücü yüksek, çalışkan ve bedenlen güçlü kişiler hem kendilerine hem de topluma karşı görevlerini kolaylıkla yerine getirirler.²

3.3.4. Şiddet ve İntihar

Şiddet günümüzde en sık duyduğumuz kelimelerden biri oldu. Her gün gazete haberlerinde okuduğumuz, bazen sokakta şahit olduğumuz sıradan bir durum haline geldi. Şiddet güç kullanma, baskı yapma ve başka insanlara zarar vermeye yönelik hareketlerdir. DSÖ' nün tanımına göre şiddet; “ fiziksel gücün gerçekte ya da sözselle olarak, fiziki zarar, ölüm ve karşısındakinin psikolojisini bozma amaçlı, bir ya da birçok kişiye kullanılmasıdır.”³

Şiddet genişleyip, büyüyerek yayılan bir olgu durumudur. Örneğin bir cinayet sonucunda ölen ya da öldüren kişilerin etrafındakilerde şiddete malzeme olmaktadır. Şiddetin görülme şekil ve sıklığı bölgesel olarak farklılıklar göstermektedir. Cinayet düşük gelirli toplumlarda fazla iken, intihar ise yüksek gelirli ülkelerde daha yaygındır.

¹.....<http://undp.un.org.tr/who/dsogun02/fiziksoylenceler.html> (11.03.2013)

²Güner, s.25-28

³<http://www.saglikali.com/gençlerde-şiddet-ve-intihar.html> (11.03.2013)

Genç insanların şiddet göstermelerinde birçok faktör etkilidir. Bireyin genetik yapısı, karakteri, ailenin gence yaklaşımı ve ailede şiddetin varlığı, kanunların durumu, ateşli silahlarla haşır- neşir olma ,şiddet gösteren bir topluluğa üye olma, sosyal ve kültürel yapı ile çevresel adetler bu faktörlerdendir.

Her intihar girişimi ölüm riski taşımaktadır. Gençlerin intihar nedenleri araştırıldığında gerçek ruhsal bozuklukların çok ender intihar sebebi olduğu, en sık aile, okul, arkadaş ilişkileri vb. toplumsal sorunların intihara yol açtığı görülür. İntihar girişimi çaresiz kalan kişinin sorunlarından çıkış yolu bulamadığında kaçmak istemesi, kendisini köşeye sıkışmış hissetmesi sonucu duyduğu öfkeyi kendine yöneltmesidir. İntihar ve intihar girişimleri genç sağlığı için önemli bir durumdur. Gelişmiş ülkelerde intihar vakaları sık rastlanan durumlardır. İntihar kültürel ve dinsel olarak genellikle kötü davranışlar olarak kabul edilir, bu nedenle intihar teşebbüsü aile içinde saklanan, tedavi ve kontrol altında tutulamayan bir seyir izlemektedir.

İntihar nedenleri olarak gencin sevdiği kişileri kaybetmesi ya da ayrılık, aile ve arkadaşlar ile iletişim sorunları ya da okul ile ilgili problemler gösterilebilir. İntihar kendine yönelik bir şiddettir. İnsanın kendisine uyguladığı duygusal ve fiziksel bir şiddettir. Buna yönelik faktörler ise madde bağımlılığı, cinsel ve fiziksel tacizler, sosyal hayattan dışlanma, psikolojik sorunlar, gelecek ile ilgili umut taşımama, intihara yardımcı olacak araçlara kolay ulaşılabilirlik, sağlıkla ilgili çok ciddi sorunlar olup bunun gence acı vermesi ve daha önce intihara teşebbüs etmiş olmak riski arttırır.¹ Şiddet ve Dünya Sağlık raporuna göre her yıl yaklaşık 1.6 milyon insan şiddet olayları sonucu hayatını kaybetmektedir.² Yapılan halk sağlığı araştırmaları, gençlerde şiddetin devam eden ve boyutları giderek artan bir sorun olduğunu gösteriyor. Özellikle 14-15 'li yaşlardan sonraki gençleri, medyada sık gösterilen film ve dizilerdeki şiddet olayları olumsuz etkiliyor.

Dünyada ve ülkemizde artan şiddet olaylarının nedenine ilişkin araştırmalar yapılmaktadır. Dünyada her yıl yaklaşık 1,6 milyon insan şiddet olayları sonucu

¹.....<http://www.saglikal.com/genclerde-siddet-ve-intihar.html> (11.03.2013)

².....[http://www.meb12.meb.gov.tr/meb_iys_dosyalar/06/01/334395/dosyalar/2012_12\(11.03.2013\)](http://www.meb12.meb.gov.tr/meb_iys_dosyalar/06/01/334395/dosyalar/2012_12(11.03.2013))

hayatını kaybetti. Şiddete bağlı olan ölümlerin %91.1'inin nüfusları daha fazla olan düşük ve orta gelirli ülkelerde meydana geldi. Gençler arasında ölümle sonuçlanan her bir şiddet olayına karşılık 20-40 gencin şiddet uygulaması nedeniyle yaralanarak sağlık kuruluşlarına başvurduğu ve tedavi olduğu; birçok gencin de sağlık kuruluşlarına başvurmaksızın fiziksel, cinsel, üreme ve ruh sağlığı sorunları ile yaşadığı bilinmektedir. Toplum içinde gençler arasındaki şiddetin bildirilen sayıların çok daha üstünde olduğu tahmin edilmektedir.¹

Gençlik döneminde şiddet nedeniyle yaralanmaların ateşli silah, tekme ve yumruk ve bıçak ya da çakı gibi diğer silahlarla olduğu bilinmektedir. Bugün ülkemizde erkek ve kadının toplumdaki rollerinin namus üzerine yerleştirildiği, erkeklerin silah sahibi olmasının kabul edildiği ve hatta istenildiği, erkek çocuklarının haklarının şiddet uygulayarak korumasının desteklendiği aileler bulunmaktadır. Bu tür yaklaşımlar şiddet olaylarının daha da artmasına neden olmaktadır.

Medyada sık gösterilen şiddet olayları film ve dizilerde yaşanan şiddet olayları, bireylerin özellikle gençlerin şiddet olaylarını kanıksamalarına, olağan görmelerine neden olmaktadır. Bazen de gençler şiddet davranışlarına özenmektedirler. Bu nedenle şiddet olaylarının medyada sık olarak yer alması gençleri her yönden olumsuz olarak etkilemektedir. Medyanın şiddete yönelik toplumsal sorumluluğunu üstlenerek daha yapıcı davranması gerekir.²

3.3.5. Yol Güvenliği ve Trafik Kazaları

DSÖ trafik kazası yaralanmasını karayolunda seyreden bir aracın çarpması ile oluşan her türlü yaralanma şeklinde tanımlamaktadır³.Dünyada yaralanmalara bağlı ölüm nedenlerinin de %25'i trafik kazalarından oluşan yaralanmalara bağlı olarak görülmektedir.10-24 yaş arası gençlerde en önemli ölüm nedeni trafik kazalarıdır. Bu

¹<http://www.saglik.ve.yasamdergisi/yazi/gencler-ve-siddet-olaylari> (12.03.2013)

²<http://saglikveyasamdergisi.com.tr> (12.03.2013)

³WHO Department of Injuries and Violence Prevention Noncommunicable Diseases and Mental Health Cluster: WHO Injury Chart Book 2002.Geneva,2002

yaş grubunda her yıl 400 bin genç böylece ölümle karşı karşıya kalmaktadır. Bu sayı HIV/AIDS 'ten veya sıtımadan ölen sayısından oldukça fazladır.¹Trafik kazalarında genellikle tecrübesiz sürücü, aşırı hız, kask takmamak, bozuk yollar, güvenlik problemi olan yetersiz araçlar, trafikte karşıdaki tarafından görünecek şekilde önlem almamak gibi etkenler rol oynamaktadır.

Yolların güvenli olmamasından dolayı çocuklar ve gençler hatta yetişkinler yürüyüş yapmaktan, bisiklete binmekten, dolayısıyla fiziksel hareketten uzaklaştığı için bu durum obeziteye neden olmaktadır. Oysa gelişmiş ülkelerde güvenli bisiklet yolları yapılarak genç bireylere bu aktiviteler için uygun alanlar oluşturulmuştur.²

Birçok ülkede özellikle Fransa, Yunanistan, İsrail, İtalya, Portekiz gibi Akdeniz ülkelerinde genç yaş grubunda motorlu bisiklet ve motosiklet kullanımı oldukça yaygındır.14 yaşından itibaren gençler bu araçları kullanabilmektedir. Ekonomik olması sebebiyle gençler tarafından tercih edilmektedir. Ancak motosiklet yaralanmaları ölümcül kazalara yol açmaktadır

Gençlerin risk anlayışları yetişkinlere göre farklıdır. Gençler, özellikle erkekler süratli araç kullanmakta, emniyet kemeri takmamakta, kask kullanmamaktadırlar. Avrupa ülkelerinin birçoğunda gençlerin gece hayatı olmakta bu durumda kazaları kaçınılmaz kılmaktadır. Çünkü gece hayatıyla birlikte alkol de devreye girmektedir. Alkol ise trafik canavarının en önemli dostu olarak iş başına geçmektedir.³

Genç sürücüler arasında limitleri aşan hız, gençlerin trafikte daha çok heyecanlanması, erişkinlere göre alkol toleranslarının daha az olması, gece geç saatlerde araba kullanmak, gençlerin kullandığı araçtaki kişi sayısı, kazaları ve buna bağlı yaralanmaları arttırmaktadır.

Yol güvenliği ve trafik kazaları ile ilgili genel risk faktörleri de kendi içinde bölümlere ayrılır. Riskle karşılaşmayı arttıranlar, kaza oluşumunu belirleyenler,

¹BM'de Trafik Kazaları Uyarısı, http://www.bbc.co.uk/turkish/news/story/2007/04/070423_road_safety.shtml(14.03.2013)

² WHO: The World Report on Traffic Injury Prevention The Fundamentals chapter One-Geneva, 2004

³ H.Karaçanta, Alkol ve Trafik Psikolojisi, S.3, Ankara, 2003, s.15-16

Çarpışma şiddetini belirleyenler olarak değerlendirilmektedir. Riskle karşılaşmayı arttıranlar; ekonomik faktörler, demografik faktörler, ulaşımı etkileyen arazi kullanımı uygulamasıdır. Kaza ortaya çıkmasını belirleyen faktörler; yetersiz veya yüksek hız, alkol, ilaç veya madde kullanımı, genç ve erkek olmak, korunmasız yol kullanıcıları, karanlıkta yolculuk, araca bağlı faktörler, yolun yapısı, yol görüşünün bozulmasına neden olan faktörlerdir. Çarpışma şiddetini belirleyen ise; insan faktörü, yetersiz ve yüksek hız, emniyet kemer kullanımı ve kask kullanımıdır. Gençlerde hızlı araç kullanma, kask kullanmama, alkollü içki içtikten sonra araç kullanma, cep telefonu kullanmak, görünürlüğü sağlamamak kaza sebeplerindendir.

Gençler için örgün ve yaygın eğitimler düzenlenmelidir. Medyanın olumlu mesajlar ve yayınlar ile etkinliğinden yararlanmalıdır. Gençler için rol model olabilecek kişilerle işbirliğine gidilmelidir. Kişisel risk faktörleri dışında  evre düzenlemesi de gençlerin trafik kazalarının azalmasında önemli rol oynamaktadır. Yol güvenliğinde alt yapının ve çevrenin düzenlenmesi çok önemlidir. Yol planlarının uygunluğu, yol aydınlatmaları, yaya ve bisiklet yolları yapılması alt ve üst geçitler yapılması gerekmektedir.

3.3.6. Mortalite ve Morbidite

Latince “olgunlaşma evresi” anlamına gelen adölesan dönem bireylerin; fiziksel, sosyal ve entelektüel özeliklerini geliştirerek yetişkin rol ve sorumluklarına hazırlandığı, çocukluktan yetişkinliğe geçiş dönemi olarak adlandırılır. 10–19 yaş grubunu “adölesan dönemi” olarak tanımlayan DSÖ’nün verilerine göre; Dünya nüfusunun 1/5’i (~1.2 milyar), Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2003 (TNSA 2003) verilerine göre de Türkiye nüfusunun 1/5’i (~14.6 milyon) adölesan yaş döneminde bulunmaktadır. Bu dönem boyunca adölesanlar; fiziksel ve seksüel olgunluğa ulaşırlar, mantık süreçlerini geliştirirler, eğitim ve iş ile ilgili kararlar alırlar. Hızlı biyolojik, bilişsel, psikososyal gelişimlerin yaşandığı bu dönem, bireylere sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını kazandırma ve riskli sağlık davranışlarından korumak için kaçırılmaması gereken bir fırsattır. Çünkü yaşam tarzını ve sağlıklı olmayı belirleyen birçok değişkene ilişkin temeller bu dönemde

atılmaktadır ve kazanılan sağlık davranışları bireyin tüm yaşamını etkilemektedir. Yeniliğe, değişime, gelişmeye en uygun olan bu yaş grubuna, sağlığı geliştirme yöntemleri ile sağlığı öğretmek ve olumlu sağlık davranışları kazandırarak adölesan sağlık düzeyi yükseltilebilir.¹

Mortalite, ölüm oranı demektir. Belirli bir bölgede, belirli bir nüfus ve zaman süresiyle ilişkili olarak ölüm yüzdesini gösteren istatistik terimidir. İnsan mortalitesinin temel olarak 3 nedeni ayırt edilebilir: kazalara bağlı ölümler, toplumsal ve ekonomik durumlarla yakından ilişkili ve insanların yaşadığı çevresel koşullardan kaynaklanan ölümler, insanın varlığı için gerekli koşulların eksikliği sonucunda görülen ölümler. Bu üç nedenin tümü mortaliteye bağlı olarak insanlar arasındaki ilişkilerin ve üretimin belirli bir biçimde düzenlenmesini sağlar. Morbidite ise belirli bir nüfustaki hasta sayısının, toplam nüfusa oranıdır. Bir hastalığın morbidite hızı belirli bir süre boyunca nüfusun belirli bir kesiminde görülen hastalık olgularının toplam sayısıdır.²

Adölesanlarda morbidite ve mortalite oranları birçok ülkede öncelikli ve endişe duyulan önemli bir konudur. Mortalite ve morbidite nedenleri toplumların kültürel ve sosyoekonomik yapısına göre değişmektedir. Son 30 yılda adölesan ölüm nedenleri: Enfeksiyon hastalıklarından kaynaklanan nedenlerden, kazalara, intiharlara, güvenli olmayan cinsel deneyimler sonucu oluşan gebelikler ve hastalıklar ile diğer olumsuz sağlık davranışlarından kaynaklanan hastalıklara doğru yön değiştirmiştir. Adölesan sağlık davranışları ile yapılan pek çok literatür adölesanların kazalar, şiddet, sigara ve alkol kullanımı, adölesan gebelik, cinsel yolla bulaşan hastalıklar, obezite ve fiziksel inaktivite gibi riskli sağlık davranışlarına odaklanmaktadır.³

Hastane kayıtları ve ölüm nedenleri arasında en sık rastlanan bulgular;

- Kazalar, motorlu taşıt kazaları
- Kanser

¹<http://zehirlenme.blogspot.com>.(14.04.2013) Sağlık bilgisi, adölesan dönemi

²<http://www.saglikkitabi.org/tag/mortalite-morbidite>

³<http://zehirlenme.blogspot.com>. (14.04.2013)

- İntiharlar
- Konjenital anomaliler
- Boğulmalar
- Pnömoni ve İnfluenza
- Epilepsi
- Uyuşturucu ve diğer maddeler
- Düşmeler
- Nefrit, gebelik, doğum ve düşüklerdir.¹

Ergenlik döneminde kazanılan olumlu sağlık davranışları ile mortalite ve morbidite oranları azaltılabilir. Ailede, okullarda, sağlık kurumlarında riskli sağlık davranışları ve önlenmesi ile ilgili eğitimler verilmelidir.

3.3.7. Alışkanlık ve Bağımlılık Yapan Maddeler

Tıpta veya başka alanlarda kullanılmakta olan bazı kimyasal maddeler bağımlılığa yol açabilir. Sigara, alkol, uyuşturucu vb. olarak isimlendirilen bu maddelere aşırı derecede düşkün olmaya ve kullanmaya madde bağımlılığı denir. Bu maddeler merkezi sinir sistemini etkileyerek doğrudan veya dolaylı şekilde sahte bir iyilik hali yaratır.

Madde kullanmaya başlayan bireyle madde arasında bir ilişki doğmaktadır. Bu ilişkinin devamında kişi öz denetimini ve özerkliğini yitirir, o güne kadar sahip olmadığı yeni tutum ve davranışlar sergiler. Fiziksel bağımlılık, bedeni bağımlılıktır. Fiziksel bağımlılıkta kişi bağımlı olduğu maddeyi önceleri zevk için kullanırken artık zorunluluktan kullanmaya başlamıştır. Kişi keyif verici ya da uyuşturucu maddeyi sürekli olarak alma eğilimi içindedir. Psikolojik veya ruhsal bağımlılıkta kişi keyif verici madde yokluğunda ruhsal huzursuzluk duyar.

¹M. Bertan, Ç.Güler, Halk Sağlığı, Ankara,1995, s.189-192

Bağımlılık aynı zamanda hücre düzeyinde ortaya çıkan bir öğrenmedir. Yaşam için gerekli olmadığı halde maddenin uzun süre hücre ortamında bulunması hücrenin öğrenmesini değiştirmektedir. Hücre bağımlılık maddesini sanki yaşamsal olmuş gibi tanımakta ve istemektedir. Maddenin yokluğu, bağımlı kişide sinirlilik, huzursuzluk, öfke, bitkinlik, saldırganlık şeklinde görülebilir. Bu durum yoksunluk olarak adlandırılır.¹

3.3.7.1. Sigara ve Tütün Ürünleri Kullanımı

Dünyada ve ülkemizde sigara kullanımı son derece yaygın bir alışkanlıktır. Gelişmekte olan ülkelerde sigara kullanımı daha da artmaktadır. Özentiyile başlayan bu alışkanlık sonraları vücuda zarar veren tehlikeli bir duruma dönüşmektedir. Gençler ergenlik dönemlerinde kendilerini kanıtlamaya, yalnızlıklarını ve sıkıntılarını gidermeye her dönemden fazla ihtiyaç duyarlar. Sigaraya başlamada; özentî, gösteriş, taklit, özgürlük, macera, sıkıntı, stres, büyüklerle zıtlasma, güvensizlik, utangaçlık, arkadaş ısrarı, ilişki kurabilmek, eğlence, zevk ve kilo almamak gibi nedenler etkin rol almaktadır.²

Anne ve babanın ya da birinin sigara içtiği bir aile ortamında genç bireylerin sigaraya daha fazla ilgi duyduğu gözlenmiştir. Ailede sigara kullanımı gençlere ortam hazırlamaktadır. Gençlere göre sigara içmek, büyümekle özdeş bir tarzdır, bu da gençler arasında sigara bağımlılığının artmasına neden olmaktadır.

Sigara tütün sarılarak hazırlanan ve içilen bir maddedir. Tütünün ana maddesi koyu renkli bir sıvıdır ve buna nikotin adı verilir. Renksiz, acı bir sıvı olan bu madde bir zehirdir. Bu madde sentetik olarak da üretilerek tarım ilacı olarak kullanılmaktadır. Sigara tütünü nikotin, katran ve karbon- monoksitten oluşmuştur. Kanserlerin özellikle katran nedeniyle meydana geldiği bilinmektedir.

Tütün iştahı azaltır, kan basıncını yükseltir, damar tıkanıklıklarına yol açar. Koroner kalp hastalığı, obstrüktif akciğer hastalığı, serebrovasküler hastalıklar ve

¹ Güner, s.63-64

².....<http://www.bilkent.edu.tr/bilheal/aykonu/mart2001.html> (16.04.2013)

periferik damar hastalıklarının tütün kullanımı ile doğru orantılı olduğu belirlenmiştir. Koroner kalp hastalığına bağlı ölümlerin %30'u tütün kaynaklıdır. Günde iki paket sigara içenlerde ölüm oranı içmeyenlere göre iki kat artmaktadır. Sigara içenlerin %50'si, içmeyenlerinse sadece %25'i 75 yaşından önce ölmektedir. Sigarayı bırakanlarda bile koroner kalp hastalığı geçirme riski, içmeyenlere göre iki kat yüksek bulunmuştur. Akciğer kanserlerinin %80-90'ı tütün kullananlarda görülür. Akciğer kanseri daha çok katranla ilgilidir. Bunun dışında tütün içenlerde mesane kanseri görülme oranı kullanmayanlara göre iki kat yüksektir. Ayrıca larenks, özefagus ve pankreas kanserinin de tütün ile ilişkisi saptanmıştır.¹

Dünyadaki erken ölüm nedenleri arasında sigara ön sırada yer almaktadır. Yapılan araştırmalar sonunda sigaranın içinde dört binden fazla zararlı maddenin olduğu belirlenmiştir. Bunlardan nikotin, karbon monoksit, katran, fenol ve benzeri maddeler en zararlı olanlarıdır. Bu maddelerin çokluğu kandaki oksijen taşıma kapasitesini azaltır, zehir etkisi gösterir. Organları ve duyuları zedeleyici, damarları daraltıcı ve salgıları artırıcı, kanser yapıcı özellik gösterir. Dünya Sağlık Örgütü'nün yayınlarına göre son yıllarda akciğer kanseri çok ciddi bir artış göstermiştir. Bunun nedeni sigara içme alışkanlığının yaygınlaşmasıdır. Sigaranın bırakılması ile dengeli ve düzenli beslenme sonucu ölümlerin %60 azalacağı açıklanmıştır.

Sigaranın zararlarını ortadan kaldıracak iki çözüm vardır: sigara içmemek ve sigara içilen kapalı ortamlarda bulunmamak. Sigara alışkanlığını bırakmak için kişinin kendi isteği ve irade gücü ön koşuldur.²

3.3.7.2. Alkol Kullanımı

Alkol tarih boyunca tedavi edici ya da dinsel amaçlarla da kullanılmış bir maddedir. Alkol kimyasal olarak etanol olarak adlandırılan bir maddedir. Alkol patates, tahıl, mısır, pirinç, meyve, şekerpancarı gibi bitkilerden elde edilebilir.

¹..... <http://www.ogelk.net/Dosyadepo/maddeler.pdf> (11.05.2013)

² Güner, s.67-68

Alkolde diğ er zararlı maddeler gibi organların yapısını ve fonksiyonlarını bozan, hücrelerde zarara yol açan bir zehirdir. Alkol ilk alındığında ve uzun süre kullanıldığında vücutta istenmeyen tahribatlar oluşturur. Alkol alınması birden kesildiğinde ya da alkole ara verildiğinde ise bağımlılık yapan bir madde olması sebebiyle yoksunluk belirtileri ortaya çıkar. Bu belirtiler tüm vücutta titreme, k bus, havale, bilinç bulaııklı ı, insan ve hayvanlardan korkmadır. Alkolün vücut üzerindeki başlıca etkileri kalp, dolaşım, sindirim, böbrekler ve merkezi sinir sistemi üzerindedir.

Alkol kullanan kişi alkol koması, gastrit, mide ülseri kanamaları gibi durumlarla karşılaşır. Uzun süreli alkol kullanımında karaciğer ya lanması, hepatit, siroz gibi rahatsızlıklar ve halüsinasyonlara varan psikolojik sorunlar ortaya çıkar. Alkol ilk alındığında damarları genişleterek deride kızarıklı a ve sıcaklık duyusunun oluşmasına yol açar. Soğuk havalarda alkolün verdiği sıcaklık aslında çok zararlı ve aldatıcıdır. Çünkü genişlemiş kan damarlarından fazla miktarda ısı kaybı olur. Bu durum alkol kullanan kişinin sonraki süreçte daha fazla  ş mesine, aşırı so uklarda donmasına yol açar. Alkol sindirilmez, ince bağırsaktan emilerek herhangi bir değişiklik olmaksızın kana karışır. Alkol midenin asit salgısını arttırır. Diğer yandan midenin i  yüzünü koruyan mukozayı da bozar. Bu iki etki midede ülserin oluşmasını kolaylaştırır. Alkol ba ımlılarında vitamin ve mineral eksikliği de görülür. V coda alınan alkol, kimyasal değişimler geçirirken fazla miktarda B1 vitamini tüketilir, bu vitamin eksikliği sinir uçlarında iltihaplara ve birçok rahatsızlığa yol açar. Alkol reflekslerin azalmasına neden olur, görme, işitme duyularını zayıflatır.¹

Sürekli alkol kullanımı beyin hücrelerinin tahribatına yol açarak kişide davranış bozuklukları oluşturur. Kandaki alkol miktarı arttığında bulantı, kusma, görme, işitme, konuşma, denge ve kişilik bozukluğu görülür. Alkol kullanımı hamile anneleri oldukça fazla etkiler. Alkol kullanan hamilelerin çocuklarında gelişim ve zek  bozuklukları görülebilir. Bebekleri normalden daha küçük doğar.

¹ Güner, s.70-71

Gençlerin alkole başlamasında hem arkadaş hem de aile çevresi etkili olabilir. Hafif alkollü içkilerde alkol bağımlılığına zemin hazırlayan önemli etkenlerden biridir. Hafif alkollü içecekler alkole dayanıksız kişiler tarafından içilebilir ve zararsız oldukları düşünülür. Böylece alkol bağımlılığına zemin hazırlar.

Alkollü içeceklerin kolay edinilebilir olması, reklamların etkisiyle alkollü içeceklerin cazip duruma getirilmesi, alkolün insanların derdine veya neşesine ortak oluyormuş gibi gösterilmesi, alkol alımını artırır. Aslında alkol sorunların çözümüne katkıda bulunmaz, yeni sorunlara yol açar.¹

2002 Dünya Sağlık Raporuna göre alkol sağlık açısından 10 temel risk faktörünün içinde yer alır. Dünya genelinde alkol küresel hastalık yükünün %4üne eşit olan, yılda 1.8 milyon kişinin ölümüne neden olmaktadır. Tüm dünyada alkolün akciğer hastalıklarının, özefagial kanserlerin, epilepsinin, motorlu araç kazalarının, intihar ve diğer kasıtlı yaralanmaların %20-30'una sebep olduğu tahmin edilmektedir. Dünya Sağlık Örgütü dünya çapında 15-29 yaşları arasındaki genç ölümünün %5'inin alkol kullanımına bağlı olduğunu ve 140 milyon insanın alkol bağımlılığından şikâyet ettiğini belirtmektedir.²

Gençler alkolle ilgili yükün büyük bir kısmını üstlenmektedir. Genç kız ölümünün %10'undan fazlası ve genç erkek ölümünün %25 civarı alkole bağlı olmaktadır. Ayrıca Avrupa'daki 15-16 yaşındaki öğrencilerin %6'sının içtikleri içkiden dolayı kavga ettikleri ve %4'ünün korunmasız cinsel ilişkide bulundukları rapor edilmektedir.³

Alkol toplumların en değerli varlığı olan nitelikli insan gücünü yıpratır. Alkol bağımlılığı ailede ve sosyal çevrede de çeşitli olumsuzluklara yol açar. Aile içinde huzursuzluk, kavga, şiddet, iş kaybı, ailenin dağılması gibi ciddi sorunlar ortaya çıkar. Alkolün verdiği geçici güven duygusu ve saldırganlık dürtüleri ile alkol bağımlıları suç işleyebilir, dikkatini toplayamadığı, refleksleri yavaşladığı, kurallara

¹Güner, s.70-71

².....<http://undp.un.org.tr/who/bulten/turk/bul10%20alkol.html> (15.05.2013)

³P.Anderson, B.Baumberg, Avrupa'da Alkol Kullanımı Halk Açısıyla,Avrupa Komisyonu için Rapor, İngiltere, Haziran 2006; Sağlığı Bakış ; <http://www.t-hasak.org/denizli/docs/gencalkol.html> (18.05.2013)

uymadığı için trafik kazalarına yol açabilir. Alkol, suç işleme dürtüsünü arttırarak insani ve toplumsal değerleri yok eder. Alkole bağlı suçlar, trafik kazaları ve bunlara bağlı ekonomik kayıplar da alkol bağımlılığının istenmeyen sosyal yönleridir.¹ Alkolün hiçbir sorunun çözümü olmadığı, gerçek algısından uzaklaştırdığı, sağlığa verdiği zararlar konusunda çocuklar ve gençler aileleri tarafından eğitilmeli ve bu eğitim okulda verilen eğitimlerle desteklenmelidir.

3.3.7.3. Alışkanlık ve Bağımlılık Yapan Diğer Maddeler

Diğer maddeler grubunda bahsetmek istediğim uyuşturucu adını verdiğimiz, madde bağımlılığı yapan kimyasallardır. İlaçlar ya da kimyasal maddeler tedavi amacı dışında gevşeme, keyif alma, kaçış gibi nedenlerle kullanılabilir. Genel olarak uyuşturucu adını alan bu kimyasal maddeler giderek artan miktarda vücuda alınma ihtiyacı doğururlar.

Bu maddeler merkezi sinir sistemini tahrip ederek, kullanan kişinin ruhsal ve fiziksel yapısını bozan, kişide ruhsal ve fiziksel bağımlılığa yol açan, kişisel ve toplumsal yönden ekonomik ve sosyal çöküntü oluşturan maddelerdir.² Kişide sosyal durum bozukluğuna ve gerçekleri algılamada zorluğa yol açar.

Uyuşturucu maddeleri elde edildikleri yerlere, kullanım şekillerine göre sınıflandırmak mümkündür. Uyuşturucu bağımlılığına neden olan başlıca maddeler şunlardır:

- “• Opiyat tipi bağımlılık yapan maddeler(afyon, morfin, kodein, eroin, metadon)
- Esrar tipi bağımlılık yapan maddeler(esrar, marihuana, haşhaş)
- Kokain tipi bağımlılık yapan maddeler(kokain)
- Uyarıcı tipi bağımlılık yapan maddeler(amfetamin, ecstasy)

¹Güner, s.71-72

².....<http://www.kpl.gov.tr/uyusturucu.html>, Uyuşturucu Maddeler ve Etkileri, (20.05 .2013)

- Hallüsinogen tipi bağımlılık yapan maddeler (LSD, meskalin, PCP)
- Uçucu madde bağımlılığına neden olan maddeler(bazı yapıştırıcı ve sanayi ürünleri)”¹

Uyuşturucu maddelerin devamlı kullanılması sonucunda beyin hücrelerinin ölümüyle sinir sistemi tahribatı ve buna bağlı olarak derin ruhsal bozukluklar görülür. Bu maddelerin bazıları tıpta ilaç olarak üretilir ve kullanılır. Ancak kullanımları özel reçetelere tabi olup Sağlık Bakanlığınca denetlenmektedir. Uyuşturucu maddelerin bir kısmı kullanılmaya başlandıktan bir süre sonra bağımlılık yapar. Bir kısmı ise ilk kullanılıştan itibaren bağımlılık yapar ve yeniden alma ihtiyacı doğurur. Başlangıçta gevşeme, rahatlık, umursamazlık ve bezginlik veren bu maddeler kısa zamanda hatta bazıları bir kez kullanmakla bile psikolojik bağımlılık yapar. Uyuşturucu maddeler merkezi sinir sistemindeki alıcı hücreler tarafından alınarak etkisini gösterir. Bu alıcılar kısa sürede uyuşturucuya alışır ve normal görevlerini yapabilmek için uyuşturucuya ihtiyaç duyar. Böylece fiziksel bağımlılık oluşur. Bağımlılık geliştiği zaman uyuşturucu maddeler alınmadığında uykusuzluk, titreme, çarpıntı, kusma, bilinç bozukluğu, nedensiz korkular ortaya çıkar. Yoksunluk hissedilmesi ve uyuşturucu maddenin artan dozlarda kullanılması sonucunda ise zehirlenme belirtileri görülür. Hatta aşırı dozda madde alımı ölüme bile neden olabilir.²

Sürekli uyuşturucu kullanan insanların vücut dirençleri zayıflar. Enfeksiyon hastalıklarına kolay yakalanırlar. Alınan uyuşturucu ya da uyarıcı maddeler kişilerde fiziksel güçte azalmaya ve ruhsal çöküntüye sebep olur. Bu kişiler anlık zevklerin bedelini beden ve ruh sağlıklarını kaybederek öderler.

Uyuşturucu madde kullanımı gittikçe büyüyen bir sorun haline gelmiştir. Uyuşturucu madde kullanımının yaşı gittikçe düşmektedir. Önceki yıllarda yetişkinlerde görülen bu durum şimdi çocuklarda dahi görülmektedir. Bütün dünyada yaygınlaşan madde kullanımı ve bağımlılığı ülkemizde de günden güne artmaktadır. 2004 yılı verilerine göre dünyadaki erişkin nüfusun (15-64yaş) yaklaşık %5'i

¹<http://www.gridergi.8k.com/yazarlar/belma4.html> Gençlikte Uyuşturucu Madde Bağımlılığı,(20.05.2013)

² Güner, s.72

uyuşturucu madde kullanmaktadır.%5’lik nüfusun yaklaşık yarısı %2,7 düzenli olarak en az ayda bir kez uyuşturucu kullanmaktadır.

Türkiye Madde Kullanımı ve Bağımlılığı Profili Araştırması 2002 sonuçlarına göre; hayatı boyunca en az bir kez madde kullandığını ifade edenlerin oranı%1.3tür.Erkeklerde kadınlara göre, 15-24 yaş grubundaysa, 25 yaş üstüne göre madde kullanım yaygınlığı daha yüksek olarak bulunmuştur.¹ Uyuşturucu madde kullanımı tüm toplumları ilgilendiren küresel bir sorundur, özellikle gençlik döneminde kendini ispatlama çabası, hayal kırıklığı boşluk hissi, yeni bir arayış, herhangi bir sosyal faaliyete yönelmemiş olmak, kötü arkadaş çevresi gibi pek çok nedenle başlayabilir.

Çalışmamızın bundan sonraki bölümünde lise öğrencilerinde görülen riskli sağlık davranışları üzerine bir uygulamaya yer verilecektir.

¹S. Mollahaliloğlu, Ü.Hülür, N.Yardım, H.Özbay, A.Çaylan, N.Ünüvar, S.Aydın ,T.C Sağlık Bakanlığı Türkiye’de Sağlığa Bakış, Ankara, 2007,s.81-85

İKİNCİ BÖLÜM

LİSE ÖĞRENCİLERİNDE GÖRÜLEN RİSKLİ SAĞLIK DAVRANIŞLARI

ÜZERİNE BİR ARAŞTIRMA: İZMİR İLİ ÇİĞLİ İLÇESİ ÖRNEĞİ

1.KATILIMCILARIN SOSYO-DEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİ

Lise öğrencilerinde görülen riskli sağlık davranışlarını saptamak üzere İzmir ilinde Büyük Çiğli Anadolu ve Çiğli Özel Türk Lisesi öğrencilerine uygulanan anket sonuçları değerlendirilmiştir. Bu bölümde katılımcıların sosyo-demografik özelliklerine ilişkin alınan cevaplar değerlendirilmiştir.

1.1. Cinsiyet, Yaş ve Doğum Yerleri

Araştırmaya katılanların yaş cinsiyet dağılımları ile ilgili bulgular aşağıda tablolar halinde (Tablo.1,2,3) gösterilmiştir.

Tablo 1:Cinsiyet Dağılımı

Cinsiyet	N	Yüzde	Geçerli Yüzde	Kümülatif Yüzde
Kız	138	55,4	55,4	55,4
Erkek	111	44,6	44,6	100,0
Toplam	249	100,0	100,0	

Araştırmaya katılanların yaş cinsiyet dağılımları ile ilgili Tablo1 incelendiğinde katılımcıların yüzde %55,4'nün kız, % 44,6'sının ise erkek olduğu görülmektedir. Kız katılımcılar çoğunluğu oluşturmaktadır. Anket yapılan okullardaki katılım oranı dikkate alındığında, kız öğrenci sayısının fazla olması eğitim bölgesindeki okur-yazarlık oranının kız öğrenciler lehine olumlu bir gelişme olduğunu göstermektedir. Ailelerin kız çocuklarının okumasına önem verdiği görülmektedir. İzmir ilinin ülkemizin üçüncü büyükşehri olması, batı bölgesinde

bulunması, kadın-erkek eşitliğine önem verilmesi, çalışan kadın oranının yüksek olması, sosyal imkânlarının genişliği ile eğitime ve kültüre önem veren bir il olması, bu bulguları desteklemektedir.

Tablo 2: Yaş Dağılımı

Yaş	N	Yüzde	Geçerli Yüzde	Kümülatif Yüzde
15	91	36,5	36,5	36,5
16	115	46,2	46,2	82,7
17	42	16,9	16,9	99,6
18	1	,4	,4	100,0
Toplam	249	100,0	100,0	

Tablo 2’de araştırmaya katılanların yaş dağılımları ile ilgili bulgular gösterilmiştir. Buna göre katılımcıların %36,5’i 15 yaşında,%46,2’si 16 yaşında, %16,9’u 17 yaşında ve %0,4’ü 18 yaşındadır. Araştırmaya katılan öğrencilerin en küçüğü 15,en büyüğü ise 18 yaşındadır. En fazla temsil edilen yaş grubu 16 yaş grubudur. Katılımcıların çoğunluğunu 9’uncu, 10’uncu ve 11’inci sınıf öğrencileri oluşturmaktadır.12’inci sınıf öğrencilerinin üniversite sınavına hazırlık çalışmaları yapması nedeniyle fazla katılımları sağlanamamıştır.

Tablo 3: Katılımcıların Doğum Yeri Bilgileri

Doğum Yeri (Bölge)	N	Yüzde	Geçerli Yüzde	Kümülatif Yüzde
Marmara	16	6,4	6,5	6,5
İç Anadolu	17	6,8	6,9	13,3
Akdeniz	5	2,0	2,0	15,3
Ege	183	73,5	73,8	89,1
Doğu Anadolu	15	6,0	6,0	95,2
Karadeniz	5	2,0	2,0	97,2
Güneydoğu	7	2,8	2,8	100,0
Cevap Veren Toplam	248	99,6	100,0	
Cevap Vermeyen	1	,4		
Toplam	249	100,0		

Anket çalışmasına katılan öğrencilerin doğum yeri olarak %73,8 kişi ile Ege Bölgesi büyük çoğunluğu oluşturmaktadır. İç Anadolu Bölgesi doğumlu %6,9, Doğu Anadolu bölgesi doğumlu %6, Güneydoğu Anadolu Bölgesinden %2,8, Marmara Bölgesi doğumlu %6,5 kişi ankete katılmış olup Akdeniz ve Karadeniz Bölgeleri %2 ile en alt grubu oluşturmuştur. İzmir özellikle Çiğli ilçesi bir Organize Sanayi Bölgesi olması nedeniyle iş imkânının ve potansiyelinin yüksek olduğu yerleşim bölgesidir. Çalışmada Ege bölgesi doğumlu öğrencilerin sayısının fazla olması ailelerinin de bu bölge doğumlu olduğunu göstermemektedir. Aileler çeşitli nedenlerle göç etmişler çocukları da İzmir’de doğmuştur.

1.2.Araştırma Kapsamındaki Liselere Göre Öğrenci Dağılımları

Tablo 4: Okullara Göre Katılımcılar

Okul Adı	N	Yüzde	Geçerli Yüzde	Kümülatif Yüzde
Büyük Çiğli Anadolu Lisesi	164	65,9	65,9	65,9
Çiğli Özel Türk Lisesi	85	34,1	34,1	100,0
Toplam	249	100,0	100,0	

Tablo 4’te ankete cevap verenlerin liselere göre dağılımı gösterilmektedir. Katılımcıların %65,9’u Büyük Çiğli Anadolu Lisesi’nden,%34’i Çiğli Özel Türk Lisesi’ndendir. Katılım oranına bakıldığında öğrencilerin sosyo-ekonomik yapıları nedeniyle öğrenim sürecini devlet okullarında sürdürdüğü özel okulların öğrenci sayısının daha az düzeyde olduğu görülmektedir. Ancak son dönemlerde yapılan devlet teşviki ile ilerleyen yıllarda özel okullarda okuyan öğrenci sayısında artış olacağı düşünülmektedir. Ülkemizin sosyo-ekonomik koşulları göz önüne alındığında aileler devlet liselerini daha çok tercih etmektedir.

1.3. Aile Özellikleri

Çalışmanın bu bölümünde araştırmaya katılan öğrencilerin aile özellikleri belirlenmiş ve tablolarla gösterilmiştir.

Tablo 5: Anne Sağ/Ölü Durumu

Anne	N	Yüzde	Geçerli Yüzde	Kümülatif Yüzde
Sağ	247	99,2	99,2	99,2
Ölü	2	,8	,8	100,0
Toplam	249	100,0	100,0	

Tablo 5’te katılımcıların annelerinin sağ olup olmamalarına ilişkin bulgular incelendiğinde katılımcıların %99,2’sinin annesinin sağ, %0,8’inin ölü olduğu görülmektedir. Katılımcıların büyük çoğunluğunun annesi hayattadır. Türk toplumunda anne aileyi toparlayıcı, destekleyici özelliği ile öne çıkmaktadır. Katılımcıların çoğunluğunun anne desteğini alma olanağına sahip oldukları görülmektedir.

Tablo 6: Baba Sağ/Ölü Durumu

Baba	N	Yüzde	Geçerli Yüzde	Kümülatif Yüzde
Sağ	248	99,6	99,6	99,6
Ölü	1	,4	,4	100,0
Toplam	249	100,0	100,0	

Tablo 6’da öğrencilerin babalarının sağ ya da ölü olmalarına ilişkin soru yer almaktadır. Katılımcıların %99,6’sının babasının sağ olduğu, %4’ünün ölü olduğu görülmektedir. Katılımcıların çok büyük bir çoğunluğunun babasının yaşadığı görülmektedir. Babanın rol model olduğu bir ailede katılımcı öğrencilerinde babasının sağ olması katılımcıların davranışlarının olumsuz olmasını engelleyici özelliktedir. Ataerkil toplum yapımız nedeniyle babanın aile içindeki rolü baskın olup çocuk ve ergen gelişiminde önemli bir rol oynamaktadır.

Tablo 7: Anne-Baba Birliktelik Durumu

Anne – baba birlikte mi yaşıyor?	N	Yüzde	Geçerli Yüzde	Kümülatif Yüzde
Evet	229	92,0	92,0	92,0
Hayır	20	8,0	8,0	100,0
Toplam	249	100,0	100,0	

Tablo 7’de öğrencilerin anne ve babanın birlikte yaşayıp yaşamadıkları sorusunun cevapları yer almaktadır. Buna göre katılımcıların %92’sinin anne ve babasının birlikte yaşadığı, %8’inin ayrı yaşadığı görülmektedir. Katılımcıların büyük çoğunluğu anne ve babasıyla birlikte yaşamaktadır. Bu da katılımcıların büyük bir çoğunluğunun aile sevgisi ve desteğiyle yaşadığını düşündürmektedir. Anne ve baba ayrı olan katılımcı sayısı az bile olsa, sosyal ve güvenli bir hayat sürmelerinde eksiklikler ortaya çıkar. Bu öğrencinin hayatındaki eksiklikler onun okul ilişkisi, arkadaşlık ilişkisi ve ders başarılarını olumsuz yönde etkileyebilir. Anne ve babanın ayrı olmasının ergenlik döneminde öğrencilerin kişilik, karakter ve tutumlarının şekillenmesinde belirleyici bir rol oynayabilir.

Tablo 8: Anne Eğitim Düzeyi

Annenizin eğitim düzeyinedir?	N	Yüzde	Geçerli Yüzde	Kümülatif Yüzde
Okuma Yazması Yok	4	1,6	1,6	1,6
İlköğretim	107	43,0	43,3	44,9
Lise Terk	13	5,2	5,3	50,2
Lise	65	26,1	26,3	76,5
Yüksekokul	12	4,8	4,9	81,4
Üniversite	46	18,5	18,6	100,0
Cevap Veren Toplam	247	99,2	100,0	
Cevapsız	2	,8		
Toplam	249	100,0		

Tablo 8’de öğrencilerin annelerinin eğitim düzeylerini araştırmaya yönelik olan sorulara verilen cevapları görülmektedir. Katılımcıların annelerinin % 1,6’sının

okuma yazması yok,%43,3'ü ilköğretim mezunu, %53'ü lise terk, %26,3'ü lise mezunu, %4,9'u yüksekokul mezunu, %18,6'sının üniversite mezunu olduğu görülmektedir. Annelerin eğitim düzeylerine yönelik soruda ilköğretim mezuniyet sayısının fazlalığı dikkat çekmektedir. Yüksekokul ve üniversite mezunu anne sayısı azdır. Annelerin eğitildiği toplumlar gelecek nesilleri de eğitimi ve özgüvenli bir nesil haline getirirler. Çalışmamızda annelerin eğitim düzeyinin yüksek bir oranının ilköğretim düzeyinde olması bu durumun öğrencinin aile içi iletişimini zayıflattığını, ileriki yaşlarda sorunlar yaşayabileceğini, öğrencinin de bu boşluğu farklı arkadaş çevrelerinde ve farklı arayışlarla tamamlayacağını düşündürmektedir.

Tablo 9: Baba Eğitim Düzeyi

Babanızın eğitim düzeyi nedir?	N	Yüzde	Geçerli Yüzde	Kümülatif Yüzde
Okuma Yazması Yok	1	,4	,4	,4
İlköğretim	78	31,3	31,3	31,7
Lise terk	49	19,7	19,7	51,4
Lise	43	17,3	17,3	68,7
Yüksekokul	60	24,1	24,1	92,8
Üniversite	18	7,2	7,2	100,0
Toplam	249	100,0	100,0	

Tablo 9 öğrencilerin babalarının eğitim düzeylerini araştırmaya yönelik olan sorulara verilen cevapları göstermektedir. Katılımcıların baba eğitim düzeyine dair soruya verdiği cevaplarda %0,4'ünün okuma-yazmasının olmadığı, %31,3'ü ilköğretim mezunu, %19,7'si lise terk, %17,3'ü lise mezunu, %24,1'i yüksekokul mezunu, %7,2'sinin üniversite mezunu olduğu görülmektedir. Babaların eğitim düzeyi gruplar arası yakınlık göstermekte ancak ilköğretim mezunu olanların sayısı en yüksek grubu oluşturmaktadır. Yerleşim bölgesinde işçi ailelerinin fazla olması ebeveynlerden babanın hayata daha erken atılıp eğitimden ziyade yaşamını idameye öncelik verdiği, ailesini geçindireceği bir işe sahip olmanın bu tablonun oluşmasında etkili olduğu söylenebilir. Anket sonucundan da anlaşılabileceği üzere öğrencilerin

annelerinin eğitim düzeylerinde olduğu gibi babaların da eğitim düzeyinin çok yüksek olmadığı görülmektedir.

Tablo 10: Anne Mesleği

Annenizin mesleği nedir?	N	Yüzde	Geçerli Yüzde	Kümülatif Yüzde
Çalışmıyor	74	29,7	30,0	30,0
Ücretli maaşlı çalışıyor	62	24,9	25,1	55,1
Ev hanımı	98	39,4	39,7	94,7
Kendi isi/serbest ticaret/küçük esnaf	13	5,2	5,3	100,0
Cevap Veren Toplam	247	99,2	100,0	
Cevap Vermeyen	2	,8		
Toplam	249	100,0		

Tablo 10'da öğrencilerin ebeveynlerinin meslek gruplarını gösteren istatistiklere yer verilmiştir. Katılımcıların anne mesleğine verdiği cevaplarda %30'u çalışmıyor, %25'i ücretli-maaşlı bir işte çalışıyor, %39,7'si ev hanımı, %5,3'ü kendi işi, serbest ticaret, küçük esnaf olarak görülmektedir. Verilen cevaplara göre annelerin çoğunluğu ya çalışmıyor ya da ev hanımı olarak karşımıza çıkıyor. Eğitim durumu ile çalışma durumu arasında bir ilişki olduğu düşünülebilir. Annelerin eğitim durumu göz önüne alındığında çalışmıyor ya da ev hanımı olması beklenen bir sonuçtur. Çalışanlarında kendi işinden ziyade bir hizmet sektöründe çalışıyor olmaları yine aldıkları eğitim durumunun bir sonucu olarak düşünülmektedir. Ayrıca ebeveynlerden birinin çalışmıyor olması aile gelir düzeyini düşürüp öğrencilerin gelecekteki ihtiyaçlarını ve beklentilerini karşılamakta zorlanacağını düşündürmektedir.

Tablo 11: Baba Mesleği

Baba mesleği nedir?	N	Yüzde	Geçerli Yüzde	Kümülatif Yüzde
Çalışmıyor	13	5,2	5,2	5,2
Ücretli Maaşlı Çalışıyor	131	52,8	52,8	58,0
Kendi İşi / Serbest Ticaret / Küçük Esnaf	105	42,0	42,0	100,0
Toplam	249	100,0	100,0	100,0

Tablo 11’de katılımcıların baba mesleğine bakıldığında %5,2’sinin çalışmıyor olduğu, %52,8’inin ücretli-maaşlı bir işte çalıştığını, %42’sinin kendi işi/serbest ticaret/küçük esnaf olduğu görülmektedir. Katılımcıların çoğunluğunun babaları çalışıyor olarak karşımıza çıkmaktadır. Her ailenin asgari de olsa bir gelirinin olduğu öğrenci ihtiyaçlarının karşılanması anlamında olumlu bir işarettir. Toplumumuzda babanın aileyi geçindirmekle yükümlü olduğu anket sonuçlarından da anlaşılmaktadır.

Tablo 12: Ailenin Çocuk Sayısı

Çocuk Sayısı (Siz Dâhil)	N	Yüzde	Geçerli Yüzde	Kümülatif Yüzde
Bir	55	22,1	22,1	22,1
İki	125	50,2	50,2	72,3
Üç	49	19,7	19,7	92,0
Üçten fazla	20	8,0	8,0	100,0
Toplam	249	100,0	100,0	

Tablo 12’ye göre ankete katılan öğrencilerin %22,1’i ailenin tek çocuğu iken %50,2’sinin bir kardeşi, %19,7’sinin iki kardeşi, %8’inin ikiden çok kardeşi bulunmaktadır. Cevaplara bakıldığında çoğunluğun kardeşinin olduğu ve yalnız olmadığı görülmektedir. Bu da ailede paylaşım duygusunun kazanıldığını düşündürmektedir. Ailedeki çocuk sayısı, bölgenin demografik yapısının sanayi ağırlıklı olduğunu kırsal yerleşimden uzak gelişmekte olan bir bölge olduğunu göstermektedir.

Tablo 13: Anne-Baba İlişki Durumu

Anne-Babaya İlişki Durumu	N	Yüzde	Geçerli Yüzde	Kümülatif Yüzde
Anne baba hayatta birlikte	237	95,2	96,0	96,0
Anne baba sağ, ayrı, akrabalarımla yaşıyorum	2	,8	,8	96,8
Baba hayatta anne üvey birlikte yaşıyoruz	5	2,0	2,0	98,8
Anne hayatta baba üvey birlikte yaşıyoruz	3	1,2	1,2	100,0
Cevap Veren Toplam	247	99,2	100,0	
Cevapsız	2	,8		
Toplam	249	100,0		

Tablo 13'te öğrencilerin anne-baba ilişki durumları ortaya konmuştur. Katılımcıların %96'sının anne-baba sağ ve birlikte oldukları, %0,8'inin anne-baba sağ, ayrı, akrabalarımla yaşıyorum cevabını verdikleri, %2'sinin baba hayatta anne üvey birlikte yaşıyoruz cevabını verdikleri, %1,2'sinin anne hayatta-baba üvey – birlikte yaşıyoruz cevabını verdikleri, %0,8 kişinin cevap vermedikleri görülmektedir. Çoğunluğun anne-baba sağ ve birlikte oldukları göze çarpmaktadır. Bu da katılımcıların sağlık davranışlarını olumlu etkileyen bir durumdur. Öğrencilerin anne-babalarının birlikte yaşadığı ailede sorunlar karşısında sığınacakları, destek bulacakları kişilerin olması onları daha güvenli ve güçlü kılacaktır. Olumsuz tutum ve davranışlar sergilemelerini azaltacağı düşünülmektedir.

Tablo 14: Aylık Gelir

Aylık Gelir	N	Yüzde	Geçerli Yüzde	Kümülatif Yüzde
700 TL ve altı	14	5,6	5,7	5,7
701-1400 TL	67	26,9	27,1	32,8
1401-2100 TL	46	18,5	18,6	51,4
2101-2800 TL	24	9,6	9,7	61,1
2801 TL ve üzeri	96	38,6	38,9	100,0
Cevap Veren Toplam	247	99,2	100,0	
Cevapsız	2	,8		
Toplam	249	100,0		

Tablo 14 katılımcıların mensup oldukları ailelerin gelir durumlarını göstermektedir. Katılımcıların %5,7'si 700 TL ve altı, %27,1'i 701-1400 TL arası, %18,6'sı 1401-2100 TL arası, %9,7'si 2101-2800 TL, %38,9'u 2801 TL ve üzeri gelire sahip olduklarını belirtmişlerdir. Aylık gelir durumunun yüksek olması ile sağlık açısından bazı riskli davranışların ilişkisi olabilir. Ailelerin gelirlerinin yeterli düzeyde olmasının beslenme, uygun fiziksel koşullarda yaşama, sağlık, giyim, eğitim gibi ihtiyaçların karşılanması üzerinde olumlu katkı sağlayacağı söylenebilir.

1.4.Araştırmaya Katılan Öğrencilerin Başarı Durumları

Tablo 15 ve 16'da öğrencilerin önceki seneye ait başarı ve devamsızlık durumu incelenmiştir. Öğrenci için devamsızlık durumu çok önemli olup okula devam durumu başarı düzeyini etkilemektedir. Derslere düzenli olarak girmek, öğretmen ve diğer öğrenci arkadaşlarıyla iletişim içinde olmak kuşkusuz başarı düzeyini arttırıcı etmenlerdendir. Devamsızlık durumunun çok çeşitli sebepleri olabileceğinden okul ve aile işbirliği içinde olmalıdır. Okula devamsızlığın sebebi araştırılmalı ve sonuçlar değerlendirilmelidir. Devamsızlık sebebi olarak geçirilmekte olan bir hastalık, olumsuz okul ve arkadaş ilişkileri, güvenlikle ilgili sorunlar, aile içi sıkıntılar, zararlı alışkanlıklar sayılabilir.

Tablo 15: Önceki Seneye Ait Başarı

Geçen Seneki Karne Notu	N	Yüzde	Geçerli Yüzde	Kümülatif Yüzde
2,5-3.00	39	15,7	15,7	15,7
3.00-4.00	117	47,0	47,0	62,7
4.00-5.00	91	36,5	36,5	99,2
5	2	,8	,8	100,0
Toplam	248	99,6	100,0	

Tablo 15'te öğrencilerin bir önceki seneye ait başarıları görülmektedir. Katılımcıların %15,7'sinin karne notu 2,5-3.00, %47'sinin karne notu 3.00-4.00, %36,5'inin karne notu 4.00-5.00, %0,8'inin karne notunun 5.00 olduğu görülmektedir. Katılımcıların başarı düzeyi iyi olarak değerlendirilmektedir. Önceki yıla ait başarı oranı öğrencilerin sosyal ve fiziki yapılarında beklenmedik değişiklikler olmadığı takdirde elde edilen başarının artarak devam edeceği düşünülmektedir. Üniversite sınavında ortaöğretim başarı puanının sınav puanını önemli oranda etkilemesi nedeniyle öğrenciler ders notlarına önem vermektedir.

Tablo 16: Devamsızlık Durumu

Devamsızlık Durumu	N	Yüzde	Geçerli Yüzde	Kümülatif Yüzde
1-3 gün	31	12,4	12,4	12,4
4-10	108	43,4	43,4	55,8
11-15	62	24,9	24,9	80,7
16 ve üzeri	48	19,3	19,3	100,0
Toplam	249	100,0	100,0	

Tablo 16 ise öğrencilerin devamsızlık durumuna ilişkin istatistikleri göstermektedir. Katılımcıların %12,4'ünün devamsızlığının 1-3 gün, %43,4'ünün devamsızlığının 4-10 gün, %24,9'unun devamsızlığının 11-15 gün %19,3'ünün 16 ve üzeri gün devamsızlık yaptığı görülmektedir. Öğrencilerin hepsi de okula devamsızlık yapmışlardır. Devamsızlık sebebi olarak geçirilmekte olan bir hastalık, olumsuz okul ve arkadaş ilişkileri, güvenlikle ilgili sorunlar, aile içi sıkıntılar, zararlı alışkanlıklar sayılabilir. Devamsızlık sebebi araştırılmalı ve sebebe yönelik çözümler

bulunmalıdır. Okulların rehberlik bölümleri ve okul yönetimi bu konuda dikkatli davranmalıdır.

1.5. Araştırma Kapsamındaki Öğrencilerin Tutumları

Çalışmada lise öğrencilerinin sağlık davranışlarına ilişkin tutumları, üç temel sağlığı tehdit eden alışkanlık üzerine kurgulanmıştır. Bunlar; sigara kullanma alışkanlığı, alkol kullanma alışkanlığı ve uyuşturucu kullanma alışkanlığı olarak sıralanmıştır. Tablo 17 ve Tablo 23 arası bulgular katılımcıların sigara kullanma alışkanlıklarına ilişkin bulguları göstermektedir.

Tablo 17: Sigara Eğitimi

Okulda sigaranın zararları ile ilgili eğitim aldınız mı?	N	Yüzde	Geçerli Yüzde	Kümülatif Yüzde
Evet	115	46,2	46,2	46,2
Hayır	134	53,8	53,8	100,0
Toplam	249	100,0	100,0	

Tablo 17’de öğrencilerin okulda sigaranın zararları ile ilgili olarak herhangi bir eğitim alıp almadıklarına ilişkin soruya verilen cevaplar gösterilmektedir. Buna göre, öğrencilerin %46,2’si evet cevabını, %53,8’i ise hayır cevabını verdikleri görülmektedir. Öğrencilerin yarısından fazlasının bu konuda herhangi bir eğitim almadıkları görülmüştür. Eğitim kurumlarının sigaranın olumsuz etkilerine dair eğitimleri arttırmaları gereği açıktır. Sigara tüketimi ve tüketim oranları toplum sağlığı üzerinde olumsuz etkiler yaratan sosyal bir sorundur. Her ne kadar katılımcıların yarısından fazlası sigaranın zararları ile ilgili bir eğitim almadığını belirtmiş olsa bile son yıllarda Sağlık Bakanlığı tarafından konu ile ilgili ulusal televizyon kanallarında kamu spotu başlığıyla bilgilendirme yayınlarının yapıldığı görülmektedir. Sigaranın zararları ile ilgili verilen her eğitim sigaraya başlama ve sigara içme davranışlarını öğrenci lehine değiştirecektir.

Tablo 18: Sigara Kullanım Oranları

Sigara Kullanımı	N	Yüzde	Geçerli Yüzde	Kümülatif Yüzde
İçmiyorum	221	88,8	88,8	88,8
İçiyorum	28	11,2	11,2	100,0
Toplam	249	100,0	100,0	

Tablo 18’de öğrenciler sigara kullanımı ile ilgili soruyu cevaplandırmışlardır. Öğrencilerin %88,8’i sigara içmediğini, %11,2’si ise içtiğini belirtmiştir. Ergenlik çağında başlayan olumsuz davranışların bireyin bütün hayatını etkilediği düşünüldüğünde sigara kullanımı toplum sağlığı sorunu olarak karşımıza çıkmaktadır. Son yıllarda devlet hastanelerinde sigara bırakma poliklinikleri açılmakta ve bu konuda sigara bırakma ile ilgili eğitim verilmektedir. Aileler ve okul rehberlik birimleri öğrencileri bu birimlere yönlendirmeli ve bu sağlık hizmetinin alınmasını sağlamalıdır.

Tablo 19: Günlük Sigara Kullanım Oranları

Günde İçilen Sigara Sayısı	N	Yüzde	Geçerli Yüzde	Kümülatif Yüzde
1	4	1,6	16,0	16,0
2-5	10	4,0	40,0	56,0
6-10	6	2,4	24,0	80,0
11 adetten fazla	5	2,0	20,0	100,0
Cevap Veren Toplam	25	10,0	100,0	
Cevapsız	224	90,0		
Toplam	249	100,0		

Tablo 19 sigara içen öğrencilerin günlük sigara kullanım oranlarını göstermektedir. Katılımcıların %16’sı günde 1 adet , %40’ı günde 2-5 adet , %24’ü 6-10 adet , %20’si günde 11 adetten fazla sigara içtiğini belirtmiştir. Sigara satışının 18 yaş altına yasak olmasına rağmen bu Kanun’un uygulamasının denetlenmesinde sıkıntılar olduğu, öğrencilerin sigaraya kolay ulaşabildiği ve maliyet açısından sigara fiyatının uygun olması nedeniyle sigara kullanımının azalmadığı görülmektedir.

Tablo 20: Sigara İçme Süresi

Ne kadar süredir sigara içiyorsunuz?	N	Yüzde	Geçerli Yüzde	Kümülatif Yüzde
1 yıldan az	3	1,2	11,5	11,5
1-2 yıl	12	4,8	46,2	57,7
3-4 yıl	9	3,6	34,6	92,3
5 yıl ve üzeri	2	,8	7,7	100,0
Cevap Veren Toplam	26	10,4	100,0	
Cevapsız	223	89,6		
Toplam	249	100,0		

Ayrıca Tablo 20’de ne kadar süredir sigara tüketildiğine dair bulgular gösterilmiştir. Katılımcıların %11,5’i bir yıldan az süredir sigara içtiğini, %46,2’si 1-2 yıldır sigara içtiğini, %34,6’sı 3-4 yıldır sigara içtiğini, %7,7’si 5 yıl ve üzeri sigara içtiğini belirtmiştir. Sigaranın zararları ile ilgili eğitim önce ailede başlamalı ve bu eğitim ilköğretim düzeyinde verilmeye başlanmalıdır. Ebeveynler sigara içerek kötü örnek olmak yerine sigara içen ebeveynlerin sigarayı bıraktığı, zararlarının öğrenciye anlatıldığı bir ortamda büyümesi aldığı eğitimle paralellik gösterecektir. Bu durum okulda da aynı şekilde sürdürülmeli öğretmenler örnek olmalı, öğrencilere sağlıklı bir çevrede yaşamının faydaları anlatılmalı ve fiziksel aktiviteye yönlendirilmelidir.

Tablo 21: Sigaraya Başlama Nedeni

Sigara Başlama nedeni	N	Yüzde	Geçerli Yüzde	Kümülatif Yüzde
Merak ettiğim için	5	2,0	19,2	19,2
Arkadaşımdan özendim	2	,8	7,7	26,9
Özel bir nedeni yok	19	7,6	73,1	100,0
Cevap Veren Toplam	26	10,4	100,0	
Cevapsız	223	89,6		
Toplam	249	100,0		

Tablo 21’de sigara tüketen öğrencilerin hangi nedenle sigaraya başladıklarına dair bulgular yer almaktadır. Katılımcıların %19,2’si merak ettiğim için, %7,7’si

arkadaşlarımdan özendim, %73,1'i özel bir nedeni yok cevabını vermişlerdir. İçenlerin büyük çoğunluğu (%73,1) herhangi bir neden belirtmemişlerdir. Gençlerde sigaraya başlama genellikle özentî, merak ve gösteriş isteği ile ortaya çıkar. “Özel bir nedeni yok cevabının” içinde kendini kanıtlama ve gösterme çabası, arkadaşları arasında kendine yer bulma isteği, büyüdüğünü ispat etmek isteği olduğu düşünülmektedir.

Tablo 22: Ailede Sigara İçme Durumu

Ailenizde sigara içen var mı?	N	Yüzde	Geçerli Yüzde	Kümülatif Yüzde
Annem içer	26	10,4	10,7	10,7
Babam içer	49	19,7	20,2	30,9
Anne-baba içer	39	15,7	16,0	46,9
Kardeşim içer	7	2,8	2,9	49,8
Ailemden kimse içmez	122	49,0	50,2	100,0
Cevap Veren Toplam	243	97,6	100,0	
Cevapsız	6	2,4		
Toplam	249	100,0		

Tablo 22’de katılımcıların ailelerinde sigara içme durumuna yönelik soruya ait bulgular yer almaktadır. Katılımcıların %10,7’si annem içer, %20,2’si babam içer, %16’sı anne-baba içer, %2,9’u kardeşim içer, %50,2’si ailemden kimse içmez cevabını vermiştir. Katılımcıların hemen hemen yarısının ailesinde en az bir kişinin sigara içtiği yapılan analiz sonucu tespit edilmiştir. Anne, baba çocuk için daima bir rol-modeldir, olumlu ya da olumsuz tutum ve davranışlar bu şekilde kazanılır. Anne-baba olumlu tutum ve davranışlar sergileyerek iyi bir rol –model oluşturmaktadır.

Tablo 23: Sigarayı Bırakmayı Deneme

Sigarayı bırakmayı denediniz mi?	N	Yüzde	Geçerli Yüzde	Kümülatif Yüzde
Evet	8	3,2	27,6	27,6
Hayır	21	8,4	72,4	100,0
Cevap Veren Toplam	29	11,6	100,0	
Cevapsız	220	88,4		
Toplam	249	100,0		

Tablo 23 katılımcıların sigarayı bırakmayı denemeye dair verileri göstermektedir. Bu soruya katılımcıların %27,6'sı evet yanıtını, %72,4'ü ise hayır yanıtını vermiştir. Bu durum sigarayı bırakmayı denemediklerini göstermektedir. Sigarayı bırakmayı denememiş olmaları katılımcıların sigaranın zararları konusunda yeterince bilgi sahibi olmadığını düşündürmektedir. Sigara paketlerinde bulunan uyarı ve resimlerin uzun vadede sigara içicilerin sigarayı bırakması üzerine etki sağlayacağı düşünülmektedir. Sigarayı bırakmak için sağlık kurumlarından, okulların psikolojik danışma rehberlik bölümlerinden tıbbi ve psikolojik destek alınmalıdır.

Tablo 24: Alkol Eğitimi

Okulunuzda alkollü içeceklerin zararları hakkında bir eğitim aldınız mı?	N	Yüzde	Geçerli Yüzde	Kümülatif Yüzde
Evet	97	39,0	39,3	39,3
Hayır	150	60,2	60,3	99,6
Cevap Veren Toplam	247	99,2	100,0	
Cevapsız	2	,8		
Toplam	249	100,0		

Tablo 24 ve Tablo 30 arasındaki veriler araştırmanın alkol ile ilgili kısmını oluşturmaktadır. Tablo 24'te Okulda alkollü içeceklerinin zararları hakkında herhangi bir eğitim alınıp alınmadığına dair sorulan soruya katılımcıların %39,3'ü eğitim aldıklarını, %60,3'ü ise eğitim almadıklarını belirtmişlerdir. Bu durum eğitimin yeteri kadar geniş bir kitleye ulaşmadığını gösteren çok önemli bir bulgu

olarak değerlendirilebilir. Genç yaşta başlayan alkol kullanımı ileride alkol bağımlılığına yakalanma olasılığını arttırmaktadır. Alkolün zararları konusunda detaylı bilgi verilmeli eğitim için ilgili birimlerden (toplum sağlığı merkezi, sağlık müdürlüğü) destek alınmalıdır.

Tablo 25: Alkol Kullanımı

Alkollü içecek kullanır mısınız?	N	Yüzde	Geçerli Yüzde	Kümülatif Yüzde
Hayır	138	55,4	55,4	55,4
Evet	111	44,6	44,6	100,0
Toplam	249	99,6	100,0	

Tablo 25’te alkollü içecek kullanır mısınız sorusuna, katılımcıların %55,4’ü alkollü içecek kullanmadıkları, %44,6’sı alkollü içecek kullandıkları yönünde cevap vermişlerdir. Bu sonuç, sağlık değerlendirmesi anlamında olumsuz bir duruma işaret etmektedir. Ülkemizde 18 yaş altındakilere içki satışının yasal düzenleme ile yasak olmasına rağmen, alkol içme oranının bu kadar yüksek olması uygulamada sıkıntı olduğunu ve alkole kolay ulaştıklarını düşündürmektedir. Son zamanlarda ülkemizde gece saat 22.00’den itibaren alkol satışının hukuken herkese yasak olmasının ilerleyen dönemde olumlu etkiler sağlayacağı düşünülmektedir.

Tablo 26: Alkol Kullanma Sıklığı

Alkol alma sıklığınız nedir?	N	Yüzde	Geçerli Yüzde	Kümülatif Yüzde
Her Gün	3	1,2	2,6	2,6
Haftada Bir	15	6,0	13,2	15,8
Haftada bir Kaç kez	11	4,4	9,6	25,4
Ayda bir	23	9,2	20,2	45,6
Çok nadir	62	24,9	54,4	100,0
Cevap Veren Toplam	114	45,8	100,0	
Cevapsız	135	54,2		
Toplam	249	100,0		

Tablo26’da öğrencilerin alkol kullanım sıklıklarına ilişkin bulgular gösterilmektedir. Katılımcıların %2,6’sı her gün alkol aldığını , %13.2si haftada bir alkol aldığını, %9,6’sı haftada birkaç kez alkol aldığını , %20,2’si ayda bir alkol aldığını, %54,4’ü çok nadir alkol aldığını belirtmiştir. Alkol bağımlılığı açısından içki içmeye genç yaşta başlamanın etkisi düşünüldüğünde lise öğrencilerinde görülen risk büyüktür. Gençler, alkolün zararları ve kendilerine yapacağı olumsuz etkiler konusunda bilgisizdir. Alkol bağımlılık yapan, vücut organlarına özellikle karaciğere zarar veren ve bağışıklık sistemini zayıflatan bir maddedir. Gençler bilgilendirilmeli ve alkol kullanımını engelleyici önlemler alınmalıdır.

Tablo 27: Alkole Başlama

Alkol almaya nasıl başladınız?	N	Yüzde	Geçerli Yüzde	Kümülatif Yüzde
Ailemden Özendim	1	,4	,9	,9
Merak Ettim	13	5,2	11,5	12,4
Arkadaşımdan Özendim	3	1,2	2,7	15,0
Özel bir nedeni yok	96	38,6	85,0	100,0
Cevap Veren Toplam	113	45,4	100,0	
Cevapsız	136	54,6		
Toplam	249	100,0		

Tablo 27’de öğrenciler alkol almaya nasıl başladınız sorusunu cevaplandırmıştır. Katılımcıların %0,9’u ailemden özendim, %11,5’i merak ettim, %2,7’si arkadaşlarımdan özendim, %85’i özel bir nedeni yok yanıtını vermişlerdir. Alkol içen katılımcılardan büyük çoğunluğu alkole başlama nedeni olarak özel bir neden belirtmemişken, neden sıralamasında ikinci sırada “merak” bulunmaktadır. Katılımcıların neden belirtmemiş olması alkole kolay ulaştıklarını, kendisini kanıtlama ve gösterme çabası içinde olduklarını düşündürmektedir.

Tablo 28: Alkol Kullanma Süresi

Alkol zaman	N	Yüzde	Geçerli Yüzde	Kümülatif Yüzde
1 yıldan az	24	9,6	21,6	21,6
1-3 yıl arası	68	27,3	61,3	82,9
4 yıldan fazla	19	7,6	17,1	100,0
Cevap Veren Toplam	111	44,6	100,0	
Cevapsız	138	55,4		
Toplam	249	100,0		

Tablo 28’de alkol kullanma süresi ile ilgili soru cevaplandırılmıştır. Katılımcıların %21,6’sı 1 yıldan az zamandır alkol kullandığını , %61,3’ü 1-3 yıldan beri alkol kullandığını, %17,1’i 4 yıldan uzun zamandır alkol kullandığını belirtmiştir. Bu durum genç yaşta alkol kullanılmaya başlandığı yönünde bulgular sunmaktadır. Alkol kullananların %80’i bir yıldan fazladır alkol kullandıklarını belirtmişlerdir. İlk alkol kullanma yaşının çok erken olduğu görülmektedir, bu da çok ciddi bir toplumsal sorundur. Alkol kullanma ile ilgili bilgilendirme ve eğitime ilköğretim düzeyinde başlanmalıdır. Okullarda sınıflara, ortak kullanım alanlarına bilgilendirici poster ve afişler asılmalıdır.

Tablo 29: Ailede Alkol Kullanma Durumu

Ailenizde alkol kullanan var mı?	N	Yüzde	Geçerli Yüzde	Kümülatif Yüzde
Annem içer	3	1,2	1,3	1,3
Babam içer	57	22,9	24,2	25,4
Anne baba ikisi de içer	49	19,7	20,8	46,2
Kardeşim içer	3	1,2	1,3	47,5
Ailemden kimse içmez	124	49,8	52,5	100,0
Cevap Veren Toplam	236	94,8	100,0	
Cevapsız	13	5,2		
Toplam	249	100,0		

Tablo 29’da ailede alkol kullanma durumuyla ilgili soru cevaplanmıştır. Katılımcıların %1,3’ü annem içer, %24,2’si babam içer, %20,8’i anne-baba ikisi de

içer, %1,3'ü kardeşim içer, %52,5'i ailemden kimse içmez yanıtını vermiştir. Ailede alkol kullanılıyor olmasının katılımcıların alkol kullanım durumlarını teşvik edici olduğu düşünülmektedir. Anne ve baba çocuklarına iyi birer rol-model olmalıdır. Ailede alkolün sağlık açısından zararları anlatılmalı ve alkol kullanımı ile ilgili merak edilen bütün sorulara cevap verilmelidir. Aile içinde sevgi ve şefkat daima gösterilmeli, gence değerli olduğu duygusu hissettirilmelidir.

Tablo 30: Alkolü Bırakmayı Deneme

Alkol içmeyi bırakmayı denediniz mi?	N	Yüzde	Geçerli Yüzde	Kümülatif Yüzde
Evet	5	2,0	4,4	4,4
Hayır	109	43,8	95,6	100,0
Cevap Veren Toplam	114	45,8	100,0	
Cevapsız	135	54,2		
Toplam	249	100,0		

Tablo 30'da alkolü bırakmayı deneme ile ilgili soruya katılımcıların %4,4'ü evet,%95,6'sı hayır cevabını vermiştir. Bu durum katılımcıların çoğunluğunun alkol içmeyi bırakmayı düşünmediğini göstermektedir. Kendini kanıtlama, kendini yetişkin statüsünde göstermek için çaba sarf etmeleri nedeniyle alkol içmeyi bırakmayı düşünmedikleri söylenebilir. Katılımcıların alkol bırakmayı düşünmemeleri, alkolün zararları konusunda yeterince bilgiye sahip olmadıklarını düşündürmektedir. Aile ve okul çevresinde gençlerin ilgisi spor, müzik, kültür - edebiyat alanları gibi zamanlarını ders dışında da yararlı bir şekilde dolduracak alanlara çekilmelidir.

Tablo 31 ve Tablo 35 arasındaki sorular uyuşturucu bağımlılığına yönelik bulguları içermektedir.

Tablo 31: Uyuşturucu Madde Eğitimi

Okulunuzda uyuşturucu maddelerin zararları konusunda bir eğitim aldınız mı?	N	Yüzde	Geçerli Yüzde	Kümülatif Yüzde
Evet	128	51,4	51,4	51,4
Hayır	121	48,6	48,6	100,0
Toplam	249	100,0	100,0	

Tablo 31’e göre uyuşturucu madde eğitimi alan kişiler örneklemin %51,4’lük kısmını oluştururken, %48,6’lık kısmı ise uyuşturucu madde ile ilgili herhangi bir eğitim almadıklarını belirtmişlerdir. Uyuşturucu maddeler ulaşımının kolay olması denetleyici faaliyetlerin yetersizliği, yüksek oranda bağımlılık yapması nedeniyle çok tehlikelidir. Uyuşturucu maddenin zararları ile ilgili eğitim bütün öğrencilere ulaştırılmalı ve tekrarlanmalıdır. Sınıflarda ve okulun ortak alanlarında bilgilendirici afişler asılmalı panolar düzenlenmelidir. Eğitim hem öğrencilere hem de öğrenci velilerine verilmeli ve tekrarlanmalıdır.

Tablo 32: Uyuşturucu Madde Deneme

Uyuşturucu madde kullanmayı hiç denediniz mi?	N	Yüzde	Geçerli Yüzde	Kümülatif Yüzde
Hiç denemedim	240	96,4	97,6	97,6
Bir kere denedim sonra hiç kullanmadım	2	,8	,8	98,4
Denedim ve kullanmaya devam ediyorum	4	1,6	1,6	100,0
Cevap veren toplam	246	98,8	100,0	
Cevapsız	3	1,2		
Toplam	249	100,0		

Tablo 32’de uyuşturucu madde kullanmayı hiç denediniz mi sorusuna katılımcıların %97,6 sı hiç denemedim, %0,8’i bir kere denedim sonra hiç kullanmadım,%1,6’sı denedim ve kullanmaya devam ediyorum cevabını vermiştir. Tablo 32’ye göre göre uyuşturucu madde deneyen kişilerin oldukça az olduğu söylenebilir. Uyuşturucu maddeler en kısa zamanda en kolay bağımlılık yapan maddelerdir. Aileler bu konuda uyanık olmalıdır. Gençlerin normalden farklı davranışları ve fiziksel şikâyetleri dikkate alınmalıdır.

Tablo 33: Uyuşturucu Maddeye Başlama Nedeni

Uyuşturucu madde kullanmaya başlama nedeniniz nedir?	N	Yüzde	Geçerli Yüzde	Kümülatif Yüzde
Ailemden özendim	1	,4	16,7	16,7
Merak ettim	1	,4	16,7	33,3
Arkadaşımdan özendim	1	,4	16,7	50,0
Özel bir nedeni yok	3	1,2	50,0	100,0
Cevap Veren Toplam	6	2,4	100,0	
Cevapsız	243	97,6		
Toplam	249	100,0		

Tablo 33’te daha önce uyuşturucu madde kullanan ya da denemiş olan 6 kişinin uyuşturucu maddeye başlama nedenleri görülmektedir. Katılımcıların %16,7’si ailemden özendim, %16,7’si merak ettim,%16,7’si arkadaşlarımdan özendim,%50’si özel bir nedeni yok cevabını vermiştir. Ergenlik döneminde gençler bir arayış içindedir. Benlik arayışı, kendini kanıtlama ihtiyacı, arkadaş çevresine uyum sağlama ihtiyacı bunların başlıcalarıdır. Bu karmaşık dönemde aile ilgisi eksik olmamalı, ders başarısı takip edilmeli, arkadaş çevresiyle ilgili değişikliklere dikkat edilmelidir. Gençlerin arkadaş çevrelerinin ve arkadaşlık ilişkilerinin kontrolünde aile ve rehberlik birimleri aktif olmalıdır. Gençler spor, müzik gibi sosyal aktivitelere yönlendirilirse uyuşturucu madde kullanımı engellenebilir.

Tablo 34: Ailede Uyuşturucu Kullanımı

Ailenizde uyuşturucu madde kullanan var mı?	N	Yüzde	Geçerli Yüzde	Kümülatif Yüzde
Anne - baba ikisi de kullanır	1	,4	,4	,4
Ailemden kimse kullanmaz	240	96,4	99,6	100,0
Cevap Veren Toplam	241	96,8	100,0	
Cevapsız	8	3,2		
Toplam	249	100,0		

Tablo 34'e göre 1 öğrencinin ailesinde uyuşturucu kullanan tespit edilmiştir. Katılımcıların %0,4'ü anne-baba ikisi de kullanır, %96,4'ü ise ailemden kimse kullanmaz yanıtını vermiştir. Uyuşturucu maddeler yasalarımızca uygun olmayan, toplumumuz gelenek göreneklerinde kabul görmeyen istenmeyen zararlı maddelerdir. Uyuşturucu kullanımı kesinlikle tedavi edilmesi gereken çok ciddi bir sağlık sorunu ve aynı zamanda toplumsal bir yaradır

Tablo 35: Hangi Maddeleri Kullandınız

Aşağıdaki maddelerden hangilerini kullandınız-denediniz?	N	Yüzde	Geçerli Yüzde	Kümülatif Yüzde
Hap	5	2,0	33,3	33,3
Esrar	4	1,6	26,7	60,0
Tiner / bally	6	2,4	40,0	100,0
Cevap Veren Toplam	15	6,0	100,0	
Cevapsız	234	94,0		
Toplam	249	100,0		

Tablo 35'te uyuşturucu madde kullandığını belirten 6 kişinin kullandıkları maddeler ilişkin dağılım durumu gösterilmektedir. Katılımcıların %33,3'ü hap, %26,7'si esrar, %40'ı tiner kullandıklarını belirtmiştir. Buna göre bazı öğrencilerin

birden fazla madde kullandıklarını belirtmek mümkündür. Tiner-bally gibi maddeler kolay ulaşılabilir olması satışlarının yasal olması açısından büyük tehlike yaratmaktadır. Yasal düzenleme ile ilgili denetimler daha sıkı yapılmalı, okul yönetimi tarafından okul kantinleri, okul önleri düzenli olarak kontrol edilmelidir.

1.6. Katılımcı Öğrencilerin Beslenme Durumları

Çalışmanın bu bölümünde öğrencilerin beslenmeye ilişkin görüşleri aşağıda tablolar halinde gösterilmektedir. Tablolarda, öğrencilerin tüketilen meyve miktarı, sebze miktarı, protein ve süt miktarlarına ilişkin bulguları görülmektedir.

Tablo 36: Dengeli Beslenme Eğitimi

Dengeli ve yeterli beslenme ile ilgili eğitim aldınız mı?	N	Yüzde	Geçerli Yüzde	Kümülatif Yüzde
Evet	104	41,8	41,8	41,8
Hayır	145	58,2	58,2	100,0
Toplam	249	100,0	100,0	

Tablo 36’da katılımcılara dengeli ve yeterli beslenme ile ilgili eğitim aldınız mı sorusu sorulmuştur. Katılımcıların %41,8’i eğitim aldıklarını, %58,2’si dengeli beslenme ile ilgili bir eğitim almadığını belirtmiştir. Günün büyük kısmını okul, etüt merkezi, dersane gibi evden uzak ortamlarda geçiren gençler hazır gıdalarla kısa zaman diliminde öğünlerini geçiştirmektedir. Bu durum yetersiz ve dengesiz beslenmeye yol açarak yaşam kalitesini etkilemektedir. Büyüme ve gelişmenin hızlı olduğu bu dönemde bilinçli bir beslenme programı uygulanması için eğitim gereklidir.

Tablo 37: Günlük Meyve Tüketimi

Geçtiğimiz bir hafta içinde kaç kez meyve yediniz?	N	Yüzde	Geçerli Yüzde	Kümülatif Yüzde
Hiç yemedim	8	3,2	3,2	3,2
Her gün yedim	130	52,2	52,2	55,4
2-3 kez yedim	111	44,6	44,6	100,0
Toplam	249	100,0	100,0	

Tablo 37’de günlük meyve tüketimi ile ilgili soru sorulmuştur. Katılımcıların %3,2’si hiç yemedim, %52,2’si her gün yedim, %44,6’sı 2-3 kez yedim cevabını vermiştir. Sebze ve meyve üretimi açısından ülkemiz yeterli kaynaklara sahiptir. Bulduğumuz bölge Ege Bölgesi meyve çeşidi olarak zengin, kolay ulaşılabilir ve uygun fiyatlıdır. Katılımcılar meyve yemeye önem göstermiştir.

Tablo 38: Sebze Miktarı

Geçtiğimiz bir hafta içinde kaç kez sebze yemeği ya da yeşil salata yediniz?	N	Yüzde	Geçerli Yüzde	Kümülatif Yüzde
Hiç yemedim	20	8,0	8,0	8,0
Her gün yedim	83	33,3	33,3	41,4
2-3 kez yedim	146	58,6	58,6	100,0
Toplam	249	100,0	100,0	

Tablo 38’de katılımcılara sebze tüketimi ile ilgili soru sorulmuştur. Katılımcıların %8’i hiç yemedim, %33,3’ü her gün yedim, %58,6’sı haftada 2-3 kere sebze yediğini belirtmiştir. Katılımcıların büyük çoğunluğu sebze yemeye önem vermiştir. Bulduğumuz bölgede sebze çeşitlerinin ve yeşilliklerin bolluğu, zeytinyağlı yemek kültürünün yaygın olması herkesin kolay ulaşmasını sağlamaktadır.

Tablo 39: Protein Miktarı

Geçtiğimiz bir hafta içinde kaç kez protein içeren besin tükettiniz?	N	Yüzde	Geçerli Yüzde	Kümülatif Yüzde
Hiç yemedim	7	2,8	2,8	2,8
Her gün yedim	113	45,4	45,6	48,4
2-3 kez yedim	128	51,4	51,6	100,0
Cevap Veren Toplam	248	99,6	100,0	
Cevapsız	1	,4		
Toplam	249	100,0		

Tablo 39’da katılımcılara bir hafta içinde tükettikleri protein miktarı ile ilgili soru sorulmuştur. Katılımcıların %2,8’i hiç yemedim, %45,6’sı her gün yedim, %51,6’sı 2-3 kez yedim cevabını vermiştir. Katılımcıların protein içeren besin tüketmeye önem verdiği görülmektedir. Genel anlamda katılımcıların ailelerinde beslenmeye önem verildiği söylenebilir.

Tablo 40: Süt Miktarı

Geçtiğimiz bir hafta içinde kaç kez süt içtiniz?	N	Yüzde	Geçerli Yüzde	Kümülatif Yüzde
Hiç içmedim	70	28,1	28,3	28,3
Her gün içtim	72	28,9	29,1	57,5
2-3 kez içtim	105	42,2	42,5	100,0
Cevap Veren Toplam	247	99,2	100,0	
Cevapsız	2	,8		
Toplam	249	100,0		

Tablo 40’a göre katılımcılara tüketilen süt miktarı ile ilgili soru sorulmuştur. Katılımcıların %28,3’ü hiç içmedim, %29,1’i her gün içtim, %42,5’i 2-3 kez içtim cevabını vermiştir. Süt özellikle kalsiyum yönünden zengin bir gıdadır.

Katılımcıların önemli bir kısmının süt tüketmediği görülmektedir. Süt çocukluk çağında çok tüketilen bir besin maddesidir, ergenlik çağı ile birlikte süt içiminin azaldığı süttten yapılan gıdaların yenmesinin ağırlık kazandığı düşünülebilir. Katılımcıların sebze, meyve ve protein miktarı açısından beslenmeye önem verdikleri, süt içmeye aynı önemi vermedikleri söylenebilir.

1.7. Katılımcı Öğrencilerin Fiziksel Aktiviteleri ve Spor Alışkanlıkları

Çalışmanın bu bölümünde öğrencilerin fiziksel aktivite ile ilgili sorulara verdikleri cevaplar incelenmiş ve aşağıdaki tablolarda gösterilmiştir.

Tablo 41: Egzersiz Miktarı

Haftada 3-5 saat egzersiz yaparım	N	Yüzde	Geçerli Yüzde	Kümülatif Yüzde
Evet	125	50,2	58,7	58,7
Hayır	88	35,3	41,3	100,0
Cevap Veren Toplam	213	85,5	100,0	
Cevapsız	36	14,5		
Toplam	249	100,0		

Tablo 41’de ki haftada 3-5 saat egzersiz yaparım önermesine katılımcıların %58,7’si evet, %41,3’ü hayır cevabını vermiştir. Egzersiz yapmak kendine güven duyma, okul başarısının artması ve olumsuz davranışlardan kaçınmada etkilidir. Ailede ve okulda gençler fiziksel aktiviteye yönlendirilmelidir.

Tablo 42: Haftalık Egzersiz Durumu

Haftada bir saat egzersiz yaparım	N	Yüzde	Geçerli Yüzde	Kümülatif Yüzde
Evet	70	28,1	57,9	57,9
Hayır	51	20,5	42,1	100,0
Cevap Veren Toplam	121	48,6	100,0	
Cevapsız	128	51,4		
Toplam	249	100,0		

Tablo 42’de haftada 1 saat egzersiz yaparım önermesine katılımcıların %57,9’u evet, %42,1’i hayır cevabını vermiştir. Egzersiz yapma kilo verme ve formda kalmada önemli bir etkidir. Okullarda egzersiz yapma ve fiziksel aktivite olanakları artırılmalıdır.

Tablo 43: Egzersiz Yapma Durumu

Hiç egzersiz yapmam	N	Yüzde	Geçerli Yüzde	Kümülatif Yüzde
Evet	48	19,3	44,9	44,9
Hayır	59	23,7	55,1	100,0
Cevap Veren Toplam	107	43,0	100,0	
Cevapsız	142	57,0		
Toplam	249	100,0		

Tablo 43’e göre hiç egzersiz yapmam önermesine katılımcıların %44,9’u evet,%55’i hayır cevabını vermiştir. Egzersiz, fiziksel aktivite yapmama sebepleri araştırılmalı, okullarda beden eğitimi dersi saatlerinin yeterliliği gözden geçirilmeli, bilgisayar ve televizyon başında geçirilen zaman azaltılmalıdır.

1.8. Katılımcı Öğrencilerin Trafik Kurallarına Uyumu

Öğrencilerde görülen riskli sağlık davranışlarının bir alt boyutu da yol güvenliğine yönelik boyuttur. Aşağıdaki tablolarda kaza eğitimi, motorlu araç kullanımı, trafik kurallarına uyma durumu, emniyet kemeri takıp takmama durumu, hıza ilişkin durum, kask takıp-takmama durumu incelenmiştir.

Tablo 44: Kaza Eğitimi

Okulunuzda kazalar konusunda eğitim aldınız mı?	N	Yüzde	Geçerli Yüzde	Kümülatif Yüzde
Evet	65	26,1	26,2	26,2
Hayır	183	73,5	73,8	100,0
Cevap Veren Toplam	248	99,6	100,0	
Cevapsız	1	,4		
Toplam	249	100,0		

Tablo 44'e göre okulunuzda kazalar konusunda eğitim aldınız mı sorusuna katılımcıların %26,2'si evet, %73,8'i hayır cevabını vermiştir. Katılımcıların büyük çoğunluğunun kazalar konusunda herhangi bir eğitim almamış olması dikkat çekmektedir. Ergenler beceri ve deneyim konusunda yetersiz oldukları için kaza ile karşılaşma olasılıkları yetişkinlere göre daha yüksektir. Merak, heyecan, hız tutkusunu dikkatini yoğunlaştıramama bu dönemin belirgin özellikleridir ve bu nedenle risk alma davranışları ve kaza yapma oranları daha fazladır.

Tablo 45: Motorlu Araç Kullanımı

Motorlu araç kullanıyor musunuz?	N	Yüzde	Geçerli Yüzde	Kümülatif Yüzde
Evet	54	21,7	21,7	21,7
Hayır	195	78,3	78,3	100,0
Toplam	249	100,0	100,0	

Tablo 45’te katılımcılara motorlu araç kullanıyor musunuz diye sorulmuştur. Katılımcıların %21,7’ si evet, %78,3’ü hayır yanıtını vermiştir. Ülkemizdeki yasalara göre motorlu araç kullanmak için 18 yaşında olma şartı vardır. Katılımcıların yasal boşluktan yararlanıp motorlu araç kullandığı düşünülmektedir. Aileler çocuklarına güven verip kullanmayı biliyor diye motorlu araç kullanmalarına izin vermemelidir. Başkalarının güvenliği ve kendi çocuklarının güvenliği için ehliyetsiz araç kullanmak konusunda tutarlı davranmalıdırlar.

Tablo 46: Trafik Kurallarına Uyma Durumu

Her zaman trafik kurallarına uyarım	N	Yüzde	Geçerli Yüzde	Kümülatif Yüzde
Evet	167	67,1	78,8	78,8
Hayır	45	18,1	21,2	100,0
Cevap Veren Toplam	212	85,1	100,0	
Cevapsız	37	14,9		
Toplam	249	100,0		

Tablo 46’da katılımcıların trafik kurallarına uyma durumuna ilişkin soruya %78,8’i her zaman trafik kurallarına uyduğunu, %21,2’si trafik kurallarına uymadıkları yönünde görüş bildirmişlerdir. Büyük çoğunluk trafik kurallarına uymaktadır. Günümüz büyükşehir şartlarında daima yeni yollar, köprüler, kavşaklar yapılmakta güvenli yaya yolları için çalışmalar yapılmaktadır. Trafik lamba işaretleri çok basit görünmesine rağmen büyük önem arz etmektedir. Gençler bu kuraldan başlayarak eğitilmeli, güvenli yaya yolları yapılmalı, okulların önünde hız kesici tümsekler olmalıdır.

Tablo 47: Emniyet Kemer Durumu

Arabaya bindiğimde emniyet kemerini takarım	N	Yüzde	Geçerli Yüzde	Kümülatif Yüzde
Evet	152	61,0	74,1	74,1
Hayır	53	21,3	25,9	100,0
Cevap Veren Toplam	205	82,3	100,0	
Cevapsız	44	17,7		
Toplam	249	100,0		

Tablo 47’ye göre öğrencilerin emniyet kemeri takma durumuna ilişkin soruya katılımcıların %74,1’i evet, %25,9’u hayır yanıtını vermiştir. Katılımcıların büyük çoğunluğu emniyet kemeri takmaktadır. Ülkemizde trafik kazalarının çok yaygın olması ve emniyet kemeri takılmadığında olumsuz sonuçlar doğurması emniyet kemeri takma durumunu olumlu etkilediği düşünülmüştür. Ölümlü kazaların çoğu emniyet kemeri takılmadığında ortaya çıkmaktadır. Bu nedenle emniyet kemeri takmak hayati önem taşımaktadır.

Tablo 48: Hıza İlişkin Durum

Motorlu araç kullanırken hız yaparım	N	Yüzde	Geçerli Yüzde	Kümülatif Yüzde
Evet	43	17,3	46,7	46,7
Hayır	49	19,7	53,3	100,0
Cevap Veren Toplam	92	36,9	100,0	
Cevapsız	157	63,1		
Toplam	249	100,0		

Tablo 48’de göre katılımcıların motorlu araç kullanırken hız yapma durumuna ilişkin soruya %46,7’si evet, %53,3’ü hayır cevabını vermiştir. Alkollü araç kullanma, hız yapma, emniyet kemeri takmamak trafik kazalarının en önemli sebeplerindendir. Bu konuda gerekli eğitim verilmeli, ehliyetsiz motorlu araç kullanılmamalı ve hız yapılmamalıdır. Aileler de duyarlı davranmalı ergenlerin yasalarımızca belirlenen uygun yaşa gelmeden motorlu araç kullanmasına izin vermemeli, doğabilecek kötü sonuçlar hakkında açıklayıcı şekilde konuşmalıdır.

Tablo 49: Kask Takıp/Takmama

Motosiklete bindiğimde kask takarım	N	Yüzde	Geçerli Yüzde	Kümülatif Yüzde
Evet	40	16,1	44,9	44,9
Hayır	49	19,7	55,1	100,0
Cevap Veren Toplam	89	35,7	100,0	
Cevapsız	160	64,3		
Toplam	249	100,0		

Tablo 49’da motosiklete bindiğinde kask takma durumuna ait soruya katılımcıların %44,9’u evet, %55,1’i hayır cevabını vermiştir. Katılımcıların yarısından fazlası kask takmamaktadır. Kask kafatasını korumak amaçlı kullanılan bir alettir. Kask takmak yasal zorunluluk olmasına rağmen buna dikkat edilmediği görülmektedir. Kask takma kafa travmalarından korunmada önemlidir. Kafa travmaları motosiklet kazalarında en sık görülen bulgudur. Kafa travmaları çok zaman kötü şekilde sonuçlanabilir, bu nedenle motosiklet kullanırken kişisel koruyucu ekipman kullanımı gereklidir.

1.9. Katılımcı Öğrencilerin Arkadaşlık İlişkileri

Aşağıdaki tablolarda katılımcı öğrencilerin arkadaşlık durumlarına ilişkin verdikleri cevaplar incelenmiştir.

Tablo 50: Arkadaşlık Durumu

Sosyo-kültürel paylaşım yaptığınız arkadaşınız var mı?	N	Yüzde	Geçerli Yüzde	Kümülatif Yüzde
Arkadaşım var	238	95,6	95,6	95,6
Hiç arkadaşım yok	11	4,4	4,4	100,0
Toplam	249	100,0	100,0	

Tablo 50’de katılımcılara sosyo-kültürel paylaşım yaptığınız arkadaşınız var mı sorusuna %95,6’sı arkadaşım var, %4,4’ü ise hiç arkadaşım yok yanıtı vermiştir. Büyük çoğunluğun iletişim sorunu olmadığı görülmektedir. Ergenlik

dönemi içsel sorunların ve karmaşanın yaşandığı bir dönem olması nedeniyle ergen kişinin arkadaşlarıyla iletişim içinde olup benzer şeyleri onlarında yaşadığını görmesi süreç gelişimini kabullenmesi açısından önemlidir. Bu dönemde yalnız olmanın genci mutsuzluğa, depresyona, olumsuz davranışlara ve farklı arayışlara itebileceği düşünülmektedir.

Tablo 51: Arkadaşların Yer Aldığı Grup

Arkadaşlarınız çok hangi grup içinde yer alır?	N	Yüzde	Geçerli Yüzde	Kümülatif Yüzde
Okul arkadaşlarım	186	74,7	75,3	75,3
Mahalle sokak apartman arkadaşlarım	21	8,4	8,5	83,8
Anne ve babamın arkadaşlarının çocukları	6	2,4	2,4	86,2
Okul dışı sosyal ve spor aktivite arkadaşlarım	34	13,7	13,8	100,0
Cevap Veren Toplam	247	99,2	100,0	
Cevapsız	2	,8		
Toplam	249	100,0		

Tablo 51’de ankete katılan öğrencilerin arkadaşlarının hangi grupta yer aldığı sorusuna katılımcıların %75,3’ü okul arkadaşlarım, %8,5’i mahalle –sokak-apt. arkadaşlarım, %2,4’ü anne ve babamın arkadaşlarının çocukları, %13,8’i okul dışı sosyal ve spor aktivite arkadaşlarım cevabını vermiştir. Katılımcıların büyük çoğunluğunun arkadaş grubu okul arkadaşlarından oluşmaktadır. Katılımcıların sosyal çevresinde diğer gruplardan da arkadaşları vardır. Katılımcılar günün büyük bir bölümünü okulda ve dershanede geçirdikleri için arkadaş gruplarının çoğunluğunun okul arkadaşlarından oluştuğu söylenebilir. Gençler birbiriyle etkileşim içindedir, olumlu ve olumsuz tutum ve davranışları ile birbirlerine örnek olmaktadır.

Tablo 52: Arkadaşla İlişki Durumu

Arkadaşlık ilişkilerinizin durumu nasıl olur?	N	Yüzde	Geçerli Yüzde	Kümülatif Yüzde
Kısa tanışmadan sonra devam etmez	13	5,2	5,2	5,2
Aralıklı olarak devam eder	20	8,0	8,1	13,3
Uzun süreli olarak devam ettirmeye çalışırım	215	86,3	86,7	100,0
Cevap Veren Toplam	248	99,6	100,0	
Cevapsız	1	,4		
Toplam	249	100,0		

Tablo 52’de arkadaşlık ilişkilerinizin durumu nasıl olur sorusuna katılımcıların %5,2’si kısa tanışmadan sonra devam etmez, %8,1’i aralıklı olarak devam eder, %86,7’si uzun süreli olarak devam ettirmeye çalışırım cevabını vermiştir. Katılımcıların arkadaşlık ilişkileri konusunda tutarlı olduğu ve arkadaşlıklarını uzun süreli olarak devam ettirdikleri görülmektedir. Bu durum sosyal anlamda güven ve bağlılık duygularını geliştirdiği için olumlu bir davranış özelliğidir.

1.10. Katılımcı Öğrencilerin Kendi Sağlıklarını Değerlendirmeleri

Son olarak katılımcıların genel sağlık durumlarını değerlendirmeleri istenmiştir.

Tablo 53: Genel Sağlık Değerlendirmesi

Genel olarak sağlığını nasıl değerlendiriyorsunuz?	N	Yüzde	Geçerli Yüzde	Kümülatif Yüzde
Çok kötü	8	3,2	3,2	3,2
Kötü	2	,8	,8	4,0
Orta	42	16,9	16,9	21,0
İyi	120	48,2	48,4	69,4
Çok iyi	76	30,5	30,6	100,0
Cevap Veren Toplam	248	99,6	100,0	
Cevapsız	1	,4		
Toplam	249	100,0		

Tablo 53’te öğrencilerin genel sağlık değerlendirmeleri yapmaları istenmiştir. Bu soruya katılımcıların %3,2’si çok kötü, %0.08’i kötü, %16,9’u orta, %48,4’ü iyi, %30,6’sı çok iyi yanıtını vermiştir. Katılımcıların büyük çoğunluğu kendini sağlıklı olarak değerlendirmektedir. Katılımcıların büyük çoğunluğunun hayatını idame ettirmesini engelleyecek bir rahatsızlığı olmadığı söylenebilir. Ayrıca bu soru için gruplar arası karşılaştırmalar da yapılmıştır. İlerleyen kısımlarda ortalamalar arasındaki farklılıklara değinilmiştir.

2. ÇAPRAZ TABLO’LARIN KARŞILAŞTIRILMASI

Çalışmanın bu kısmında, öğrencilerin zararlı madde kullanımları ile ilişkileri olabileceği varsayımında bulunulan; gelir durumu, karne notu ve anne- baba birliktelik durumları soruları arasında çapraz tablolar yoluyla karşılaştırma yapılmıştır. Her bir değişken için sigara, alkol ve uyuşturucu madde kullanımı durumlarını analizleri ayrı ayrı tablolarda gösterilmektedir.

Tablo 54: Alkol Kullanım / Ebeveyn Durumu İlişki Tablosu

	Alkol Kullanmıyorum	Alkol Kullanıyorum	Toplam
Anne -Baba Birlikte	129	99	228
Anne -Baba Ayrı	9	11	20
Toplam	138	110	248

Anne-baba ayrı olmasının alkol kullanımını arttıracakı düşünülmüştür. Alkol kullanım durumu ile anne babanın ayrı olup olmaması durumu çapraz tablo yoluyla incelendiğinde, beklenenin aksine ebeveynlerin birlikte ya da ayrı oluşlarının alkol kullanımı üzerine ciddi bir etkisi olmadığı sonucuna ulaşmak mümkündür.

Tablo 55: Sigara Kullanım / Ebeveyn Durumu İlişki Tablosu

	Sigara İçmiyorum	Sigara İçiyorum	Toplam
Anne -Baba Birlikte	204	25	229
Anne -Baba Ayrı	17	3	20
Toplam	221	28	249

Anne-baba ayrı olmasının sigara kullanımını arttıracakı düşünölmüştür Tablo 55’te sigara kullanımı durumu ile ebeveynlerin birlikte ya da ayrı oluşları çapraz tablo yoluyla incelendiğinde, anne-babanın birlikte ya da ayrı oluşlarının sigara kullanım durumu ile ilgili ilişkisine dair herhangi bir bağlantıdan bahsetmek mümkün değildir.

Tablo 56: Uyuşturucu Kullanım / Ebeveyn Durumu İlişki Tablosu

	Hiç Denemedim	Bir Kere Denedim Sonra Hiç Kullanmadım	Denedim ve Kullanmaya Devam Ediyorum	Toplam
Anne -Baba Birlikte	221	1	4	226
Anne -Baba Ayrı	19	1	0	20
Toplam	240	2	4	246

Anne ve babanın ayrı olmasının uyuşturucu madde kullanımını arttıracakı düşünölmüştür Tablo 56’da uyuşturucu içme durumu incelendiğinde anne-baba birliktelik durumu ile uyuşturucu kullanım durumu arasında bir bağdan bahsedilemez.

Tablo 57: Alkol Kullanım / Gelir Durumu İlişki Tablosu

Gelir / Alkol Kullanım	Kullanmıyorum	Kullanıyorum	Toplam
700 TL ve altı	10	4	14
701-1400 TL	50	16	66
1401-2100 TL	23	23	46
2101-2800 TL	14	10	24
2801 TL ve üzeri	39	57	96
Toplam	136	110	246

Öğrencilerin alkol, sigara ve uyuşturucu kullanım durumu ile gelir düzeyi arasında göze çarpan bir ilişki olup olmadığını belirlemek üzere Tablo:57,58 ve 59 düzenlenmiştir. Gelir durumunun alkol, sigara, uyuşturucu kullanma durumu ile olan ilişkisine yönelik herhangi bir bulguya rastlanmamıştır. Tablo 57'ye göre gelir durumunun yüksek olmasının alkol kullanımını arttıracakı düşünülmüştür. Yapılan incelemede gelir durumunun alkol kullanım durumu ile olan ilişkisine yönelik bir bulguya rastlanmamıştır.

Tablo 58: Sigara Kullanım / Gelir Durumu İlişki Tablosu

Gelir / Sigara Kullanım	Kullanmıyorum	Kullanıyorum	Toplam
700 TL ve altı	12	2	14
701-1400 TL	64	3	67
1401-2100 TL	40	6	46
2101-2800 TL	20	4	24
2801 TL ve üzeri	83	13	96
Toplam	219	28	247

Tablo 58'de gelir durumunun yüksek olmasının sigara kullanım oranını arttıracakı düşünülmüştür. Beklenenin aksine gelir durumunun sigara kullanma durumu ile olan ilişkisine yönelik bir bulguya rastlanmamıştır.

Tablo 59: Uyuşturucu Kullanım / Gelir Durumu İlişki Tablosu

Gelir / Uyuşturucu Kullanım	Hiç Denemedim	Bir Kere Denedim Sonra Hiç Kullanmadım	Denedim ve Kullanmaya Devam Ediyorum	Toplam
700 tl ve altı	13	0	1	14
701-1400 tl	65	1	0	66
1401-2100 tl	45	0	1	46
2101-2800 tl	23	0	0	23
2801 tl ve üzeri	93	1	2	96
Toplam	239	2	4	245

Gelir durumunun yüksek olmasının uyuşturucu kullanma durumu ile ilişkisi olduğu düşünülmüştür. Tablo 59 incelendiğinde uyuşturucu kullanımının gelir durumu ile olan ilişkisine yönelik herhangi bir bulguya rastlanmamıştır.

Alkol, sigara ve uyuşturucu kullanım durumu ile karne notu arasında belirgin bir ilişki olup olmadığını belirlemek amacı ile yapılmış analizlerin sonuçları aşağıdaki tablolarda gösterilmektedir. (Tablo 60, 61 ve 62) Karne notunun bu zararlı maddeleri kullanma durumu ile olan ilişkisine yönelik herhangi bir bulguya rastlanmamıştır.

Tablo 60: Alkol Kullanım / Karne Notu İlişki Tablosu

Karne Notu / Alkol Kullanım	Kullanmıyorum	Kullanıyorum	Toplam
2.50-3.00	22	17	39
3.00-4.00	57	60	117
4.00-5.00	59	31	90
5,00	0	1	1
Toplam	138	109	247

Alkol kullanım durumunun karne notunu olumsuz etkilediği düşünülmüştür. Tablo 60 incelendiğinde karne notunun alkol kullanım durumu ile ilişkisine bakıldığında herhangi bir bulguya rastlanmamıştır.

Tablo 61: Sigara Kullanım / Karne Notu İlişki Tablosu

Karne Notu / Sigara Kullanım	Kullanmıyorum	Kullanıyorum	Toplam
2.50-3.00	31	8	39
3.00-4.00	103	14	117
4.00-5.00	85	6	91
5,00	1	0	1
Toplam	220	28	248

Sigara kullanım durumunun karne notunu olumsuz etkilediği düşünülmüştür. Tablo 61’de karne notunun sigara kullanım durumu ile ilişkisi incelendiğinde herhangi bir bulguya rastlanmamıştır

Tablo 62: Uyuşturucu Kullanım / Karne Notu İlişki Tablosu

Karne notu / Uyuşturucu Kullanım	Hiç Denemedim	Bir Kere Denedim Sonra Hiç Kullanmadım	Denedim ve Kullanmaya Devam Ediyorum	Toplam
2.50-3.00	36	1	1	38
3.00-4.00	113	1	2	116
4.00-5.00	89	0	1	90
5,00	1	0	0	1
Toplam	239	2	4	245

Uyuşturucu kullanım durumunun karne notunu olumsuz etkilediği düşünülmüştür. Tablo 62 incelendiğinde karne notunun uyuşturucu kullanım durumu ile ilişkisine yönelik herhangi bir bulguya rastlanmamıştır.

3. KARŞILAŞTIRMA TESTLERİ

Çalışmanın bu kısmında, genel sağlık durumuna ilişkin ortalama karşılaştırma testleri yapılmıştır. Katılımcılara sorulan genel sağlık durumuna ilişkin 5 ‘li likert sorusuna verilen cevaplar cinsiyet grubu ve öğrencilerin okuduğu okul grubu bazında karşılaştırılmaktadır. Karşılaştırmalar %95 güven düzeyi, 0,05 önem düzeyinde yapılmıştır. Genel sağlık durumunun cinsiyetler arası farklılık gösterip göstermediğine ilişkin analizlere yönelik varsayım aşağıdaki gibi oluşturulmuştur. Katılımcıların genel sağlık durumlarına ilişkin verdikleri cevaplar cinsiyetlerine göre farklılık göstermemektedir.

Tablo 63: Cinsiyet*Genel Sağlık Durumu Grup İstatistikleri

	Cinsiyet	t	Ortalama	Std. Sapma
Genel Sağlık	Kız	138	3,9710	,80999
	Erkek	110	4,0909	,99120

Tablo 64: Cinsiyet*Genel Sağlık Durumu Bağımsız Örneklem t-testi Sonuçları

	Eşit Varyanslık Testi (Levene's Test)		t-test istatistikleri				
	F	Sig.	t	df	Sig. (2)	Ortalama Farkları	Std. Sapma Farkları
Eşit Varyanslar	2,300	,131	-1,048	246	,296	-,11989	,11437
Eşit Olmayan Varyanslar			-1,025	208,844	,307	-,11989	,11699

Analiz tabloları incelendiğinde cinsiyet grupları arası varyansların eşit olduğu belirlenmiştir (sig=0,131>p=0,05). Analizler incelendiğinde, “Genel sağlık durumu cinsiyete göre farklılık göstermemektedir” sonucuna ulaşılmıştır.

Genel sağlık durumunun okullar arası farklılık gösterip göstermediğine ilişkin analizlere yönelik varsayım aşağıdaki gibi oluşturulmuştur. Katılımcıların genel sağlık durumlarına ilişkin verdikleri cevaplar okudukları okullara göre farklılık göstermemektedir.

Tablo 65: Okul*Genel Sağlık Durumu Grup İstatistikleri

	Okul Adı	N	Ortalama	Std. Sapma
Genel Sağlık	Büyük Çiğli Anadolu Lisesi	164	3,9634	,89915
	Çiğli Özel Türk Lisesi	85	4,1429	,88007

Tablo 66: Okul*Genel Sağlık Durumu Bağımsız Örneklem t-testi Sonuçları

	Eşit Varyanslık Testi (Levene's Test)		t-test istatistikleri				
	F	Sig.	t	df	Sig. (2)	Ortalama Farkları	Std. Sapma Farkları
Eşit Varyanslar	0,002	0,963	-1,498	246	0,135	-0,17944	0,11978
Eşit Olmayan Varyanslar			-1,508	170,639	0,133	-0,17944	0,11895

Analiz tabloları incelendiğinde cinsiyet grupları arası varyansların eşit olduğu belirlenmiştir (sig=0,963>p=0,05). Analizler incelendiğinde, “Genel sağlık durumu okudukları okula göre farklılık göstermemektedir” sonucuna ulaşılmıştır.

SONUÇ

Sağlık, insan hayatındaki en önemli kavramdır. Sağlıklı bir toplum sağlıklı bireylerden oluşur. Sağlık sadece vücut iyiliği, bedensel olarak hasta olmamak olarak algılanmamalıdır. Sağlığın fiziksel, duygusal, zihinsel ve manevi boyutları vardır. Sağlık topluma ve kültüre bağlı değişkenlik gösterebilir. Bir toplumda var olan bir durum alışlagelmiş olduğu için hastalık kabul edilmeyebilir. İnsanlar özellikle günlük yaşamlarını sürdürmelerini engelleyecek fiziksel hastalık belirtileri ortaya çıktığında sağlık hizmeti almayı düşünürler. Sağlığın önemi hasta olduğunda ortaya çıkar. Ancak bu konuda önemli olan önleyici çalışma yapmaktır. Toplum sağlığı da bu alanda hizmet vermektedir.

Sağlık hizmetlerinin gerektiği gibi kullanılması bireysel özelliklere, toplumsal özelliklere, kültür, ekonomi ve siyaset gibi özelliklere bağlıdır. Sağlıklı bir toplum için sağlıklı nesillere ihtiyaç vardır, yetişkinlikteki erken ölümlerin çoğuna ergenlik döneminde başlayan tutum ve davranışların sebep olduğu düşünülmektedir. Bu nedenle ergenlik döneminde kazanılan tutum ve davranışlar bireyin tüm hayatını etkilemektedir. Bu çalışmada lise öğrencilerinde görülen riskli sağlık davranışları ele alınmış ve bunların belirlenmesi amacıyla lise öğrencilerine yönelik anket çalışması yapılmıştır. Elde edilen veriler değerlendirilmiştir

Çalışma İzmir ili Çiğli ilçesinde lise öğrencilerinde görülen riskli sağlık davranışlarını belirlemeye yönelik olarak, Büyük Çiğli Anadolu ve Çiğli Özel Türk liselerindeki 15-18 yaş aralığındaki öğrencilerden oluşturulan bir örnekleme kapsamaktadır. Çalışmada yöneltilen sorular; riskli sağlık davranışlarının, alışkanlık ve bağımlılık yapan maddeler (sigara, alkol ve diğer bağımlılık yapan madde kullanımı) ,beslenme, yol güvenliği ve fiziksel aktivite boyutlarına ilişkin olup ulaşılan sonuçlar aşağıda maddeler halinde belirtilmiştir.

-Çalışmanın alışkanlık ve bağımlılık yapan maddeler boyutunda edinilen bulgulara göre, öğrencilerin yarısından fazlasının sigaranın zararlarına yönelik herhangi bir eğitim almadıkları görülmüştür. Bu durum, okullarda sigaranın zararlarına yönelik bir eğitim verilmediği ya da eğitim veriliyorsa da bu eğitimin duyurulması, öğrenciye ulaştırılması konusunda bir takım sıkıntılar olduğunu göstermektedir. Okullarda sigaranın zararları ile ilgili eğitim programları

düzenlenmelidir. Düzenlenecek eğitim programlarına aileler ve öğretmenler de dahil edilmelidir. Aile içi iletişimin sağlanmasına önem verilmeli gereğinde okul rehberlik birimi ile işbirliği yapılmalıdır. Sigara kullanılıyorsa bırakmaları için gereken destek verilmeli, sağlık kuruluşlarına yönlendirilmelidir. Sigara kullanımı konusunda anne-baba ve öğretmenler olumlu örnek olmalıdır.

-Öğrenciler arasında alkol kullanım oranı oldukça yüksektir. Bu oranın liselerde alkol konusunda ciddi bir tehlikeye işaret ettiği açıktır. Erken yaşta alkol almanın alkol bağımlılığını arttırıcı etkisi vardır. Alkol hem fiziksel sağlığı hem de ruhsal sağlığı olumsuz yönde etkilemektedir. Kanunla 18 yaş altına alkol satışı yasaklanmıştır. Alkol kullanım oranının bu denli yüksek olması ilgili yasanın yeterince uygulanmadığını düşündürmektedir. Bu konuda duyarlılığın artması gerekmektedir. Öğrencilerin yarısından fazlası alkolün zararları konusunda bir eğitim almadıklarını belirtmişlerdir. Okullarda alışkanlık ve bağımlılık yapan zararlı maddelerin kullanımını engelleme konusunda ve bu maddelerin zararları konusunda bir eğitim verilmediği ve eğitimin öğrenciye ulaştırılamadığı açıktır. Okul rehberlik birimi tarafından alkol ve zararları konusunda eğitimler düzenlenmeli ve tekrarlanarak her öğrencinin bu eğitimi alması sağlanmalıdır. Eğitim konusunda sağlık kuruluşlarından ve sivil toplum örgütlerinden yardım alınmalıdır. Alkol kullananlara bırakmaya yönelik tıbbi ve psikolojik destek sağlanmalıdır.

-Tüm örneklem içerisinde öğrencilerin önemli bir çoğunluğu uyuşturucunun zararları konusunda herhangi bir eğitim almadıklarını belirtmişlerdir. Sigara ve alkol kullanımı konusunda olduğu gibi bu konuda da eğitim eksikliği göze çarpmaktadır. Uyuşturucu maddelerin zararları ile ilgili eğitim bütün öğrencilere ulaştırılmalı ve tekrarlanmalıdır. Sınıflarda, kantinde, okul ortak alanlarında bilgilendirici görsel afişler asılmalı ve panolar düzenlenmelidir. Okul yönetimi tarafından kantinler düzenli olarak denetlenmelidir. Okul ve okul çevresinde güvenlikle ilgili önlemler yüksek düzeyde alınmalıdır. Aileler gençlerin arkadaş çevrelerinin kontrolünde dikkatli davranmalı değişiklikleri önemsemelidir. Gençler spor, müzik gibi sosyal aktivitelere yönlendirilmeli, aileler tarafından değerli olduğu duygusu hissettirilmelidir.

- Dengeli beslenme boyutu kapsamında; meyve, sebze ve süt miktarları açısından öğrencilerin yeterli miktarda tüketim yaptıkları görülmüştür. Öğrencilerin okulda dengeli beslenmeye ilişkin herhangi bir eēitim alıp almadığı sorulmuştur. Benzer bir biçimde dengeli beslenme konusunda da öğrencilerin eēitimleri konusunda yetersizlik olduēu, dengeli beslenme konusunda okulda bir eēitim almadıkları ortaya çıkmıştır. Kilo verme ve formda kalmanın kız öğrenciler arasında önemli ve yaygın olması sebebiyle okul rehberlik birimleri tarafından bu konuda uzmanlardan eēitim alınması saēlanmalı, okul yönetimi tarafından okul kantinlerinin düzenli kontrolleri yapılmalıdır.

- Öğrencilerin bir kısmı motorlu araç kullanırken kask takmadıkları, bir kısmının da emniyet kemeri kullanmadıkları belirlenmiştir. Ayrıca katılımcıların önemli bir bölümü de motorlu araç kullanırken hız yaptıklarını bildirmişlerdir. Yine eēitim ile ilgili olarak katılımcıların yarısından fazlası yol güvenliği ve trafik kazaları konusunda herhangi bir eēitim almadıkları yönünde görüş bildirmişlerdir. Yasalarımızca belirlenen motorlu araç kullanmak için 18 yaında olma şartı uygulanmamaktadır. Aileler bu konuda duyarlı olmalı ehliyetsiz araba kullanımına kendi çocukları ve diēer insanların saēlığı için izin vermemelidir. Bu konuda da okulda verilen eēitimlerin yetersizliği göze çarpmaktadır. Trafikte ehliyetsiz ve alkollü araç kullanmamaları, kask, emniyet kemeri takmaları gibi trafik ve yol güvenliği konularında eēitim verilip, doēru yönlendirilmelidir.. Trafik kurallarına uyma davranışı kazandırılmalıdır.

Araştırma kapsamında bazı deēikenler birlikte ele alınarak birbirleri üzerindeki etkileri gösterilmeye çalışılmıştır. Buna göre öncelikle, ebeveynlerin birlikte ya da ayrı oluşları alışkanlık ve baēımlılık yapan zararlı maddeleri kullanımı ile beraber ele alınmıştır. Sigara kullanımı, uyuşturucu içme, alkol kullanım durumu ile ebeveynlerin birlikte ya da ayrı oluşları arasında herhangi bir baēlantıdan bahsetmek mümkün deēildir. Birlikte ele alınan diēer deēikenler ise alkol, sigara ve uyusturucu kullanım durumu ile gelir arasında göze çarpan bir ilişkidir. Buna göre, gelir durumunun zararlı maddeleri kullanma durumu ile olan ilişkisine yönelik herhangi bir bulgu bulunmamıştır. Alkol, sigara ve uyusturucu kullanım durumu ile karne notu deēikenleri birlikte ele alınan diēer deēikenlerdir. Karne notunun bu

zararlı maddeleri kullanma durumu ile olan ilişkisine yönelik herhangi bir bulguya rastlanmamıştır. Ayrıca çalışmada ortalama karşılaştırma amacıyla bağımsız örneklem t testi uygulanmış ve genel sağlık durumunun cinsiyete ve öğrencilerin okudukları okula göre farklılık gösterip göstermediği araştırılmış ve genel sağlık durumunun öğrencilerin cinsiyetlerine ve okudukları okula göre farklılık göstermediği sonucuna ulaşılmıştır.

Varsayımlar aşağıda görüldüğü gibi değerlendirilmiştir:

- Öğrencilerin uyuşturucu kullanması ile yüksek gelir düzeyi arasında bir ilişki olduğu varsayımı tutarsız çıkmıştır. Yapılan çapraz tablo analizi incelendiğinde gelir durumunun uyuşturucu kullanımı ile ilişkisine yönelik bir bulguya rastlanmamıştır. Yüksek gelir düzeyine sahip öğrencilerin ekonomik anlamda bütün tercihlerine daha kolay ulaşacakları düşünülmüştür. Aile yapısının bütünlüğü, gelenek ve göreneklere uygun yaşam şekli, çalışma örnekleminin İzmir'in periferinde kalan Çiğli bölgesi olması ailelerin benzer sosyo -kültürel özellik göstermesinin bu sonucun çıkmasında etkili olduğu düşünülmektedir.
- Öğrencilerin alkol kullanımı ile yüksek gelir düzeyi arasında bir ilişki olduğu varsayımı tutarsız çıkmıştır. Yapılan çapraz tablo analizi incelendiğinde gelir durumunun alkol kullanma ile ilişkisine yönelik herhangi bir bulguya rastlanmamıştır. Alkol kullanımı yapılan çalışmada yüksek oranda çıkmıştır. En az gelir düzeyi de dahil olmak üzere bütün gelir düzeylerinde alkol kullanımı yaygındır. Bunun sebebi olarak gençlerde ortaya çıkan merak, kendini yetişkin gibi gösterme çabası, alkole kolay ulaşılabilirlik ve en düşükten en yükseğe bulunan fiyat aralığı söylenebilir.
- Öğrencilerin sigara kullanımının karne notunu olumsuz etkilediği varsayımı tutarsız çıkmıştır. Yapılan çapraz tablo analizi incelendiğinde karne notunun sigara kullanımı ile ilişkisine rastlanmamıştır. Yapılan çalışmada sigara içen katılımcılar az sayıdadır ve sigara kullanım durumunun başarı notunu etkilemediği görülmektedir. Üniversite giriş sınavlarında ortaöğretim başarı puanının oranı, üniversite mezunu olanların daha iyi iş imkânlarında çalışması, aile eğitim düzeyine bağlı olarak daha iyi bir eğitime sahip olma isteği gibi sebeplerle öğrencilerin kendi ders başarılarına önem

verdiği, çalışmanın örnekleminin büyütülmesi ve daha farklı bir bölgede yapılması ile sonucun farklılık gösterebileceği düşünülmektedir.

- Genel sağlık durumu cinsiyete göre farklılık göstermemektedir varsayımı tutarlı çıkmıştır. Cinsiyet ve genel sağlık durumu bağımsız örneklem t-testi sonuçlarına göre cinsiyet grupları arası varyansların eşit olduğu saptanmıştır. Kız ve erkek öğrenciler genel sağlık durumları ile ilgili benzer yanıtları vermişlerdir. Genel sağlık durumunun cinsiyete göre farklılık göstermediği sonucuna ulaşılmıştır.
- Katılımcıların genel sağlık durumlarına ilişkin verdikleri cevaplar okudukları okullara göre farklılık göstermemektedir varsayımı tutarlı çıkmıştır. Yapılan okul ve genel sağlık durumu bağımsız örneklem t-testi sonuçlarına göre cinsiyet grupları arası varyansların eşit olduğu belirlenmiştir. Özel okulda ya da devlet okulunda okuyor olmak gençlerin genel sağlık durumlarıyla ilgili verdiği cevabı etkilememiştir. Öğrenciler aynı sosyo-kültürel çevrede, birbirine yakın ekonomik koşullarda yaşadıkları için verdikleri cevapların okullara göre farklılık göstermediği ve aynı şekilde genel sağlık durumlarının okudukları okula göre farklı olmadığı sonucuna ulaşılmıştır.

Okullarda alışkanlık ve bağımlılık yapan zararlı maddelerin kullanımını engelleme konusunda ve bu maddelerin zararları konusunda bir eğitim verilmediği ya da eğitimin öğrenciye ulaştırılamadığı belirlenmiştir. Bu konuda okul yönetimi, okulların rehberlik servisleri ya da ilgili birimler aile hekimlikleri ile işbirliği yaparak eğitici ve bilgilendirici faaliyetlerde bulunmalıdır. Ülkemiz yasalarına göre 18 yaş altında alkol kullanmak yasaktır. Ancak araştırma sonuçları, yasal düzenlemenin uygulanmasıyla ilgili birtakım sıkıntılar olduğunu ortaya koymuştur. Ayrıca anne ve babalar iyi birer rol model olarak riskli sağlık davranışlarının önlenmesi ile ilgili koruyucu bir etkiye sahip olmalıdır. Okullar doğru sağlık davranışlarının kazanıldığı yerler haline getirilmelidir.

KAYNAKÇA

Abalı, O., Ergenlik Dönemi ve Sorunları, İstanbul, 2006

Armağan , S., Temel Haklar ve Ödevler,İstanbul,1980

Aydoğmuş, K., Baltaş , A.,Davaslıgil, Ü.,Güngörmüş, O.,Konuk, E.,Korkmazlar, Ü., Köknel , Ö., Navaro, L.,Oktay , A.,Razon, N., Yavuzer ,H., Ana-Baba Okulu, İstanbul, 1999

Anderson, P., Baumberg, B., Avrupa’da Alkol Kullanımı Halk Sağlığı Bakış Açısıyla,Avrupa Komisyonu İçin Rapor,İngiltere,2006

Açıkel, C., Kılıç, S., Uçar, M.,Yaren ,H.,Türker, T.,Sağlık Astsubay Meslek Yüksekokulu Öğrencilerinde Sigara İçme Durumu ve Etkileyen Faktörler,TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni,S.3,2004

Baysal, A., Aksoy, M., Bozkurt, N., Diyet El Kitabı,Ankara,2002

Bertan, M., Güler Ç., Halk Sağlığı,Ankara,1995

Beyazova, U., Kavaklıoğlu, Ö., Öğretmenler İçin Sağlık Bilgisi El Kitabı, Ankara,1986

Bilir, Ş., Mağden, D.,Hacettepe Öğrencilerinin Sigara-Alkol-İlaç Alma ve Uyuşturucu Madde Kullanma Alışkanlığının Araştırılması, Sağlık Dergisi, Ankara, 1988

Baltaş, Z., Sağlık Psikolojisi-Halk Sağlığında Davranış Bilimleri,İstanbul,2007

Demir, F., Anayasa Hukukuna Giriş,İzmir,1998

Devebakan, N., Sağlık Çalışanlarının İş Sağlığı ve Güvenliği,Ankara,2008

Doğan, T., Üniversite Öğrencilerinin İyilik Halinin İncelenmesi, H.Ü., SBE, YYLT, Ankara,2004

DSÖ Raporu, T.C Sağlık Bakanlığı Yayınları, Ankara,1998

DSÖ, Gençler ve Alkol Hakkında Bildirge, Stokholm,2001

Erefe, İ., Halk Sağlığı Hemşireliği El Kitabı,İstanbul,1998

Esin, A., Bakım Risklerinin Değerlendirilmesi,Mühendis ve Makine Dergisi, Ankara, 2001

Filiz, A.,İş Sağlığı ve Güvenliği Eğitimi Notları,
<http://www.işletmeportali.com/makaleler48.html>

Fişek, N., Halk Sağlığına Giriş ,Ankara ,1985

Fişek, N., http://www.ttb.org.trn-fisek/kitap_1/33.html(19.01.2013)

Gerek, N.,Sosyal Güvenlik Hukuku,Eskişehir,2000

Gökçay, G., Garipağaoğlu, M.,Çocukluk ve Ergenlik Döneminde Beslenme, İstanbul,2002

Güner ,Ö.,Ortaöğretim Sağlık Bilgisi,Ankara,2012

İnandı T.,Sağlık Hakkı ve Eşitsizlikler,Toplum ve Hekim Dergisi, Ankara,1999

Karabey, S., Müftüoğlu, N.,Gençlik ve Cinsellik Bilgilendirme Dosyası, Ankara,2007

Karaçanta, H.,Alkol ve Trafik Psikolojisi,Ankara,2003

Kılıççı, Y., Okulda Ruh Sağlığı, Ankara, 2006

Kulaksızoğlu, A., Ergenlik Psikolojisi, İstanbul, 2000

Mazıcıoğlu, M., Öztürk, A.,Üniversite 3. ve 4.Sınıf Öğrencilerinde Beslenme Alışkanlıkları ve Bunu Etkileyen Faktörler, Erciyes Tıp Dergisi, Kayseri,2003

Mollahaliloğlu, S., Hülür, Ü., Yardım, N., Özbay, H.,Çaylan, A., Ünüvar, N., Aydın, S., Türkiye’de Sağlığa Bakış, Ankara, 2007

- Neyzi, O., Ertuğrul T., Pediatri, İstanbul,2002
- Onat, B., Çocuk ve Ergen Gelişimi, Ankara, 2001
- Onat ,T., Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları,İstanbul,1996
- Ögel, K., Erdoğan, N., Aksoy, A.,Ecstasy:Küreselleşen Dünyanın Yeni Değeri, İstanbul, 2005
- Ögel, K., Çorapçıoğlu, A., Sır, A., Tamar, M., Tot, Ş., Doğan, O., Uğuz, Ş., Yenilmez, Ç., Bilici, M., Tamar, D., Liman, O., Dokuz İlde İlk ve Ortaöğretim Öğrencilerinde Tütün, Alkol ve Madde Kullanım Yaygınlığı,Türk Psikiyatri Dergisi, İstanbul, 2004
- Ögel, K., Eke, C., Erdoğan, N., Taner, S.,Erol, B., İstanbul’da Gençler Arasında Cinsellik Araştırması Raporu, İstanbul, 2005
- Öztek Z., Kubilay G.,Toplum Sağlığı ve Hemşireliği, Ankara,1994
- Orak, S., Özen, T., Orak, M.,Süleyman Demirel Üniversitesi Öğrencilerinin Sigara ve Alkol Alışkanlıkları ve Sosyokültürel Özelliklerinin İncelenmesi, SDÜ Tıp Fakültesi Dergisi, Isparta, 2004
- Özdek, Y., İnsan Hakkı Olarak Çevre Hakkı, Ankara, 1993
- Özvarış, ŞB., Sağlık Eğitimi ve Sağlığı Geliştirme, Ankara, 2001
- Öztek, Z., Halk Sağlığı Sözlüğü,TC Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü, Ankara, 2001
- PIAR, Sigara Alışkanlıkları ve Sigara ile Mücadele Kampanyası Kamuoyu Araştırması Raporu, 1988
- Resmi Gazete,12.01.1961, 10705 sayılı 224 no’lu kanun
- TC Sağlık Bakanlığı, Yataklı Tedavi Kurumları İstatistik Yıllığı, Ankara, 2000
- Sabuncu, N., Babadağ, K., Taşocak, G., Atabek,T., Hemşirelik Esasları:1991

- Saygılı, S., Ergenlik Sorunları, İstanbul, 2006
- Surlu, B., Özcebe, H., Adölesan ve Çevre, Sağlık ve Toplum Dergisi, 2002
- Steinberg, L., Ergenlik, Ankara, 2007
- Sarı, C., Lise Öğrencilerinde Riskli Sağlık Davranışları (tez), Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, 2006
- Smith, C., Mauren, F., Community Health Nursing, Saunders, USA, 2000
- Soyer, A., “1980 Sonrası Sağlıkta Neler Oldu” Toplum ve Hekim Dergisi, 2000
- Tabak R., Sağlık Eğitimi, Ankara, 2000
- Tuncel, N., Şanlı, T., Perk, M., Halk Sağlığı Hemşireliği, Eskişehir, 1992
- TC Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Gençlere Yönelik Üreme Sağlığı Hizmetleri Katılımcı Kitabı, Ankara, 2005
- Uygun, O., İnsan Hakları, İstanbul, 2000
- Yavuzer, H., Çocuk Psikolojisi, İstanbul, 1993
- Yılmaz, H., Sevgili Anne ve Babacığım Lütfen Bu Kitabı Okur musunuz, Konya, 2002
- Yılmaz, T., Adölesanların Riskli Davranışlarının İncelenmesi, Ege Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Psikoloji Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, İzmir, 2000
- Yörükoğlu, A., Gençlik Çağı, Ankara, 1985
- Yüksel, N., Dereboy, C., Çifter, İ., Üniversite Öğrencileri Arasında Madde Kullanımı, Türk Psikiyatri Dergisi, 1994
- Vaizoğlu, A., Akça, O., Akdağ, A., Omar, A., Coşkun, D., Genç Erişkinlerde Fiziksel Aktivite Düzeylerinin Belirlenmesi, TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni, 2004

İTERNET KAYNAKLARI

- A. Akın, K.Ersoy, 2050'ye Doğru Nüfus Bilim ve Yönetim; Sağlık Sistemine Bakış,
http://www.tusiad.org.tr._rsc/shared/file/27-kasim-SAGLIK SUNUM-
AYŞE-AKİN-pdf(08.02.2013)
-,<http://bilimveteknik100.blogspot.com/2007/05/duygusal-salk.html> Duygusal
Sağlık, (14.04.2013)
-,[http://ekutup.dpt.gov.tr/program/2007/pdf,Dokuzuncu Beş yıllık Kalkınma
Planı, 2007 yılı Programı,\(10.02.2013\)](http://ekutup.dpt.gov.tr/program/2007/pdf,Dokuzuncu%20Beş%20yıllık%20Kalkınma%20Planı,%202007%20yılı%20Programı,(10.02.2013))
-,<http://undp.un.org.tr/who/bulten/turk/bul9dsrbulgularoneriler> Dünya Sağlık
Raporu 2002,Sağlık Risklerinin Azaltılması, Sağlıklı Yaşamı Geliştiriyor,
Bulgular ve Öneriler, Erişim Tarihi: (10.03. 2013)
-,[http://www.cetad.org.tr/doc/abilgilendirme dosyası 4.pdf](http://www.cetad.org.tr/doc/abilgilendirme_dosyası_4.pdf) Güvenli
Cinsellik,CETAD (19.03.2013)
-,<http://zehirlenme.blogspot.com>.(16.04.2013)
-,<http://Bilkent.edu.tr/bilheal/aykonu/mart2001>(20.04.2014)
-,[http://saglik ve yasamdergisi.com](http://saglik.ve.yasamdergisi.com)(20.03.2013)
- BM'de Trafik Uyarısı Kazaları,
[http://www.bbc.co.uk/turkish/news/story/2007/04/070423 road
safety.shtml](http://www.bbc.co.uk/turkish/news/story/2007/04/070423_road_safety.shtml)(11.03.2013)
-,<http://undp.un.org.tr/who/dsogun02/fiziksoylenceler.htm>,(11.03.2013)
-,<http://www.saglikpaneli.com>(30.01.2013)
-,[http://saglik.gov.tr/TR/birimler/saglik hizmetleri](http://saglik.gov.tr/TR/birimler/saglik_hizmetleri)(20.01.2013)

ÖZGEÇMİŞ

21.12.1978 yılında Ankara’da doğdum. İlk, orta ve lise eğitimimi İzmir’de tamamladım. 1997 yılında Başkent Üniversitesi İzmir Zübeyde Hanım Hastanesi, Diyaliz Ünitesinde çalışmaya başladım. 1998 yılı Ağustos ayında tayinim nedeniyle Gaziantep Devlet Hastanesine atandım, 1999 yılında Dokuz Eylül Üniversitesi SHMYO Ambulans ve Acil Bakım Teknikerliği Programına başladım.2001 yılında aynı okuldan 2.likle mezun oldum.2007 Yılında Anadolu Üniversitesi İşletme Fakültesi Kamu Yönetimi bölümünden mezun oldum.2011 yılında Beykent Üniversitesi Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi Bilim Dalında yüksek lisans Programına başladım. Çiğli Devlet Hastanesi Hemodiyaliz Ünitesinde Hemşire olarak çalışmaktayım. Evli ve iki çocuk annesiyim.

Aday: Mürüvet ŞAHİN

**İZMİR İLİ ÇİĞLİ İLÇESİNDE
LİSE ÖĞRENCİLERİNDE GÖRÜLEN RİSKLİ SAĞLIK DAVRANIŞLARINI
BELİRLEME ANKETİ**

Sevgili öğrenci, elinizdeki anket soruları riskli sağlık davranışlarınızı ölçmek amacıyla hazırlanmış olup vereceğiniz cevaplar bir yüksek lisans tezinde veri olarak kullanılacaktır. Bilgilerin gizliliğine önem verilecektir. Vakit ayırdığınız için teşekkür ederim. Mürvet Şahin Beykent Üniversitesi Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi Yüksek Lisans Programı

Öğrencilerin – aile okul, arkadaş özellikleri

1. Cinsiyetiniz: kız erkek

2--Yaşınız: 15 16 17 18

3. Doğum Yeriniz (Coğrafi Bölge)?

1. Marmara 2. İç Anadolu 3. Akdeniz 4. Ege
5. Doğu Anadolu 6. Karadeniz 7. Güneydoğu Anadolu

4. Okulunuzun Adı:

Aile hakkındaki bilgiler :

Anne :

5- sağ ölü

Baba

6- sağ ölü

7- Anne – baba birlikte mi yaşıyor?

Evet

hayır

8-Annenizin eğitim düzeyi nedir ?

Okuma Yazması Yok İlköğretim Lise Terk Lise Yüksekokul Üniversite

9-Babanızın eğitim düzeyi nedir?

Okuma yazması yok İlköğretim Lise ve dengi okul yüksekokul (ön lisans) Üniversite (lisans) Lisans Üstü (YL – DR)

10- Annenizin mesleği nedir? :

Çalışmıyor

- Ücretli/maaşlı bir işte çalışıyor

- Ücretsiz aile işçisi (ev hanımı)

-Kendi işi, serbest ticaret, küçük esnaf

çalışıyor

11-Babanızın mesleği nedir? :

Çalışmıyor - Ücretli/maaşlı bir işte çalışıyor

- Kendi işi - serbest ticaret, küçük

esnaf çalışıyor

12-Ailenizin siz dahil çocuk sayısı nedir ?

Bir iki üç üçten fazla çocuklu aile

13-Anne-Babanızın medeni Durumu nedir?

-Anne-baba hayatta, birlikte yaşıyoruz

-Anne hayatta, baba üvey birlikte yaşıyoruz

-Anne-baba hayatta, ayrı yaşıyorlar ben akrabalarım ile yaşıyorum

-Anne-baba her ikisi de hayatta değiller ben akrabalarım la yaşıyorum
-Baba hayatta, anne üvey birlikte yaşıyoruz

14- Ailenizin Aylık toplam geliri nedir?

700 TL ve altı 701 -1400 TL 1401 - 2100 TL 2100-2800 TL
2800 TL ve üzeri

15 - Geçen yıl karne notunuz :

2 ,50 -3 ,00 3 ,00 -4 , 00 4 , 00 – 5 ,00

16-Devamsızlık durumunuz nedir?

özürsüz okula gelmediğiniz gün sayısı

1 – 3 gün arası 3-10 gün arası

10 - 15 gün arası 15 günden fazla

Sonraki 7 soru sigara/tütün kullanımı ile ilgilidir.

17- Okulunuzda sigaranın zararları konusunda bir eğitim aldınız mı?

Evet Hayır

18. Sigara içiyor musunuz?

Hiç içmedim (hayır) Halen içiyorum (evet)

19. Bir günde içtiğiniz sigara sayısı nedir?

1. Günde 1 2. Günde 1- 5 sigara 3. Günde 6 -10 sigara 4. 11 adetten fazla

20. Sigara içmeye neden başladınız?

1, Ailemden özendim. 2. Merak ettiğim için 3. Arkadaşımdan özendim . 4,Özel bir nedeni yok

22- Ne kadar süredir sigara içiyorsunuz?

1. Bir yıldan az 2. 1-2 yıl 3. 3-4 yıl 4. - 1 5 yıl ve üzeri

23-Ailenizde sigara içen var mı?

1. Annem içer 2. Babam içer 3. Annem ve babam ikiside içer

4. Kardeşim içer 5. Ailemde kimse sigara içmez.

24- Sigarayı bırakmayı denediniz mi?

-Evet -Hayır

Sonraki 7 soru alkol kullanımı ile ilgilidir

25-Okulunuzda alkollü içeceklerin zararları hakkında bir eğitim aldınız mı?

-Evet -Hayır

26-Alkollü içecek kullanır mısınız?

-Hayır hiç kullanmadım -Evet

27-Alkol alma sıklığınız nedir?

1. Hergün 2. Haftada bir 3. Haftada birkaç kez

4.Ayda bir 5. Çok nadir alkol alırım

28-Alkol almaya nasıl başladınız?

- 1.Ailemden özendim
- 2.Merak ettim
3. Arkadaşımdan özendim
- 4.Özel bir nedeni yok

29-Ne kadar zamandır alkol kullanıyorsunuz?

1. Bir yıldan az
2. 1-3 yıl arası
3. 4 yıldan fazla

30-Ailenizde alkol kullanan var mı?

1. Annem
2. Babam içer
3. Annem ve babam ikiside içer
4. Kardeşim içer
5. Ailemde kimse alkol içmez

31-Alkol içmeyi terk etmeyi(bırakmayı) denediniz mi?

- Evet Hayır

Sonraki 5 soru Uyuşturucu madde kullanımı ile ilgilidir.

32-Okulunuzda uyuşturucu maddelerin zararları konusunda bir eğitim aldınız mı?

- Evet Hayır

33-Uyuşturucu madde kullanmayı hiç denediniz mi?

1. Hiç denemedim
2. Birkere denedim sonra hiç kullanmadı
3. Denedim ve kullanmaya devam ediyorum

34-Uyuşturucu madde kullanmaya başlama nedeniniz nedir?

- 1,Ailemden özendim
2. Merak ettim
3. Arkadaşımdan özendim
- 4.Özel bir nedeni yok

35-Ailenizde uyuşturucu madde kullanan var mı?

1. Annem kullanır.
2. Babam kullanır.
- 3,Annem ve babam ikisi de kullanır
4. Kardeşim kullanır
5. Ailemde kimse uyuşturucu madde kullanmaz.

36-Aşağıdaki maddelerden hangilerini kullandınız- denediniz?

1. Hap(extacy)
2. eroin, kokain
3. Esrar
4. Tiner, bally vb.

Sonraki 5 soru beslenme ile ilgilidir.

37-Dengeli ve yeterli beslenme ile ilgili eğitim aldınız mı?

- Evet Hayır

38-Geçtiğimiz bir hafta içinde kaç kez meyve yediniz?

1. Hiç yemedim
2. Her gün yedim
3. 2 - 3 kez yedim

39-Geçtiğimiz bir hafta içinde kaç kez sebze yemeği ya da yeşil salata yediniz?

1. Hiç yemedim
2. Her gün yedim
3. Haftada 2 -3 kez yedim

40-Geçtiğimiz bir hafta içinde kaç kez protein içeren besin tükettiniz?(yumurta, et, kurubaklagil)

1. Hiç yemedim 2. Her gün yedim 3. Haftada 1-3 kez yedim

41-Geçtiğimiz bir hafta içinde kaç kez süt içtiniz?

1. Hiç yemedim 2. Her gün yedim 3. Haftada 1-3 kez yedim

fiziksel aktivite ile ilgili sorular.

42-Haftada 3-5 saat egzersiz yaparım

-Evet -Hayır

43-Haftada bir saat egzersiz yaparım

-Evet -Hayır

44-Hiç egzersiz yapmam

-Evet -Hayır

Motorlu araç kullanımı ile ilgili sorular

45-Okulunuzda kazalar ve kazalardan korunma ile ilgili eğitim aldınız mı?

-Evet -Hayır

44-Motorlu araç kullanıyor musunuz?

-Evet -Hayır

45-a)Her zaman trafik kurallarına uyarım

-Evet -Hayır

46b)Arabaya bindiğimde emniyet kemerini takarım

-Evet -Hayır

47. Motorlu araç kullanırken hız yaparım

-Evet -Hayır

48. Motorsiklete bindiğimde kask takarım

-Evet -Hayır

Arkadaşlık ilişkileri ile ilgili sorular

49-Sosyo-kültürel paylaşım yaptığınız arkadaşınız var mı?

-Arkadaşım var –Hiç arkadaşım yok

50-Arkadaşlarınız daha çok hangi grup içinde yer alır?

-Okul arkadaşlarım –Mahalle –sokak-apartman arkadaşlarım –Anne ve babamın arkadaşlarının çocukları –Okul dışı sosyal aktivite ve spor çalışma arkadaşlarım

51-Arkadaşlık ilişkilerinizin durumu nasıl olur?

-Kısa bir tanışmadan sonra devam etmez

-Aralıklı olarak devam eder

-Uzun süreli olarak devam ettirmeye çalışırım

52-Genel olarak sağlığını nasıl değerlendiriyorsunuz?

-Çok kötü –Kötü –Orta –İyi – Çok iyi