

T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ

**GÜZELBAHÇE İMKB MESLEKİ VE TEKNİK
ANADOLU LİSESİ ÖĞRENCİLERİNDE SAĞLIK
DAVRANIŞLARI**

DR. IŞIK TOP

UZMANLIK TEZİ

İZMİR-2017

T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI

**GÜZELBAHÇE İMKB MESLEKİ VE TEKNİK
ANADOLU LİSESİ ÖĞRENCİLERİNDE SAĞLIK
DAVRANIŞLARI**

UZMANLIK TEZİ

DR. IŞIK TOP

DANIŞMAN ÖĞRETİM ÜYESİ:

PROF.DR. BELGİN ÜNAL

İÇİNDEKİLER	i
TABLO DİZİNİ	iii
ŞEKİL DİZİNİ	v
KISALTMALAR	vi
TEŞEKKÜR	vii
ÖZET	1
ABSTRACT	3
1. GİRİŞ VE AMAÇ	5
1.1. Giriş	5
1.2. Amaç	8
2. GENEL BİLGİLER	9
2.1. Adolesan sağlığına genel bakış	9
2.1.1. Adolesan dönemde görülen fiziksel gelişmeler	10
2.1.2. Adolesan dönemde görülen psikolojik gelişmeler	12
2.2. Adolesanların sağlık sorunları	14
2.2.1. Adolesan gebelik ve doğum	16
2.2.2. HIV ve diğer bulaşıcı hastalıklar	16
2.2.3. Malnutrisyon ve obezite	17
2.2.4. Beslenme ve Fizik aktivite	17
2.2.5. Akıl sağlığı	18
2.2.6. Tütün Ürünü Kullanımı	19
2.2.7. Alkol ve uyuşturucu madde kullanımı	20
2.2.8. Şiddet	20
2.2.9. Yaralanma	20
2.3. Okul sağlığı hizmetleri	21
2.3.1. Adolesan sağlığı açısından okul sağlığı hizmetlerinin önemi	21
2.3.2. Dünyada okul sağlığı hizmetleri	21
2.3.3. Türkiye’de okul sağlığı hizmetleri	23
3. YÖNTEM	26
3.1. Araştırmanın Tipi	26
3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı	26
3.3. Araştırmanın Evreni, Örneği ve Örnek Seçim Yöntemi	26
3.4. HBSC Çalışması Veri Formu	26
3.5. Araştırmanın Değişkenleri	27
3.5.1. Bağımlı Değişkenler	27
3.5.2. Bağımsız Değişkenler	28
3.5.3. Tanımlayıcı değişkenler	28
3.5.4. Değişkenlerin Tanım ve ölçütleri	29
3.6. Veri Toplama Yöntemi ve Süresi	38
3.7. Ulaşma Oranı	38
3.8. Veri Analizi	38
3.9. Araştırmanın Kısıtlılıkları	39
3.10. Araştırmanın Etik Kurul Onayı Ve İzinler	39
3.11. Araştırmanın Bütçesi	39
3.12. Araştırmanın Zaman Çizelgesi	40
4. BULGULAR	41

4.1. Tanımlayıcı Bulgular	41
4.1.1. Sosyodemografik Bulgular	41
4.1.2. Beslenme Alışkanlıkları İle İlgili Bulgular	43
4.1.3. Kilo Kontrolü, Beden Kütle İndeksi Ve Beden Algısı İle İlgili Bulgular	45
4.1.4. Ağız-Diş Sağlığı İle İlgili Bulgular	45
4.1.5. Fizik Aktivite İle İlgili Bulgular	46
4.1.6. Sedanter Davranışlar İle İlgili Bulgular	46
4.1.7. Sağlık ve İyilik İle İlgili Bulgular	47
4.1.8. Tütün Ürünü Kullanımı İle İlgili Bulgular	48
4.1.9. Şiddet, Yaralanma ve Zorbalık İle İlgili Bulgular	49
4.1.11. Aile İlişkileri İle İlgili Bulgular	51
4.1.12. Akran İlişkileri İle İlgili Bulgular	52
4.1.13. Okul Yaşantısı İle İlgili Bulgular	53
4.2. Analitik Bulgular	54
4.2.1. Düzenli Kahvaltı Etme İle İlişkili Etmenler	54
4.2.2. Düzenli Orta-Ağır Fizik Aktivite Yapma İle İlişkili Etmenler:	57
4.2.3. Her Gün Tütün Ürünü Kullanımı İle İlişkili Etmenler	60
4.2.4. Fiziksel Kavga Etme İle İlişkili Etmenler	63
4.2.6. Zorbalığa Maruz Kalma İle İlişkili Etmenler	66
4.2.7. Zorbalık Yapma İle İlişkili Etmenler	69
4.3. Bulguların özeti	72
5. TARTIŞMA	75
5.1. Düzenli Kahvaltı Etme İle İlişkili Etmenler	76
5.2. Düzenli Orta-Ağır Fizik Aktivite Yapma İle İlişkili Etmenler	78
5.3. Tütün Ve Tütün Ürünü Kullanımı İle İlişkili Etmenler	80
5.4. Fiziksel Kavga Etme İle İlişkili Etmenler	81
5.5. Akran Zorbalığı İle İlişkili Etmenler	83
5.6. Çalışmanın Güçlü ve Kısıtlı Yanları	85
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	87
6.1. Sonuçlar	87
6.2. Öneriler	87
7. KAYNAKLAR	89
8. EKLER	96
EK-1: Veri Toplama Formu	96
EK-2: Etik Kurul Onay Formu	105
EK-3: Valilik İzni	107

TABLO DİZİNİ**Sayfa
No**

Tablo 1. Okul sağlığını geliştirme- bileşenler ve çıktılar	14
Tablo 2. Çocuk, adolesan, gençlik, genç yetişkin ve genç terimlerinin yaş aralıkları	15
Tablo 3. Psikososyal gelişim açısından adolesan dönem	15
Tablo 4. Okul sağlığı kapsamında yürütülen programlar/projeler	20
Tablo 5. HBSC anketinin alt başlıkları	31
Tablo 6. Öğrencilerin demografik özellikleri	44
Tablo 7. Ebeveynlerin bazı tanımlayıcı özellikleri	45
Tablo 8. Öğrencilerin ekonomik duruma ilişkin bazı özellikleri	46
Tablo 9. Öğrencilerin yaşadıkları yerleşim yeri ve göç gelme durumları	47
Tablo 10. Öğrencilerin beslenme alışkanlıklarına göre dağılımı	48
Tablo 11. Öğrencilerin bazı besin gruplarını ve zararlı atıştırmalıkları tüketme sıklığı	49
Tablo 12. Öğrencilerin kilo kontrolüne ilişkin davranışları, beden algısı ve beden kütle indeksine göre dağılımları	50
Tablo 13. Öğrencilerin diş fırçalama sıklığına göre dağılımı	51
Tablo 14. Öğrencilerin fizik aktivite yapma özelliklerine göre dağılımı	52
Tablo 15. Öğrencilerin sedanter davranış özelliklerine göre dağılımı	53
Tablo 16. Son 6 ay içinde yaşanan öznel sağlık yakınmaların sıklıkları	54
Tablo 17. Sağlık algısı, kronik hastalık varlığı ve ilaç kullanımı ile ilgili özelliklerin dağılımı	54
Tablo 18. Öğrencilerin tütün kullanımı ile ilgili özelliklerinin dağılımı	55
Tablo 19. Yaşam boyu ve son 30 günde sigara içilen gün sayısı	56
Tablo 20. Öğrencilerin son 12 ay içinde yaralanma ve fiziksel bir kavgaya karışma ile ilgili özelliklerinin dağılımı	57
Tablo 21. Öğrencilerin son 2 ay içindeki akran zorbalığı ile ilgili özelliklerinin dağılımı	58
Tablo 22. Öğrencilerin ebeveynleri ile iletişim özellikleri	58
Tablo 23. Öğrencilerin aileleri ile iletişimlerine ilişkin bazı önermelere verdikleri yanıtların dağılımı	59
Tablo 24. Öğrencilerin ailelerinden gördükleri desteğe ilişkin bazı önermelere verdikleri yanıtların dağılımı	60
Tablo 25. Öğrencilerin arkadaşları ile ilgili bazı önermelere ilişkin görüşleri ile ilgili özelliklerin dağılımı	61
Tablo 26. Öğrencilerin arkadaşlarıyla haberleşme özelliklerinin dağılımı	62
Tablo 27. Öğrencilerin okulla ilgili görüşleri, derslerin oluşturduğu baskı ve okul başarılarına ilişkin algısı	63
Tablo 28. Öğrencilerin okul içi iletişimleriyle ilgili sorulara verdikleri yanıtlara göre dağılımı	63
Tablo 29. Sosyodemografik özelliklere göre düzenli kahvaltı etme durumu	55
Tablo 30. Okul yaşantısı ile ilgili değişkenlerin düzenli kahvaltı etmeye etkisi	56
Tablo 31. Düzenli kahvaltı etme durumuna göre öznel sağlık indeksi ve sosyal destek puanları (Ortalama-S)	56
Tablo 32. Düzenli kahvaltı etme ile sosyal destek puanları ilişkisi, OR, %95 GA	57
Tablo 33. Sosyodemografik özelliklere göre orta-ağır fizik aktivite yapma durumu	58
Tablo 34. Okul yaşantısı ile ilgili değişkenlerin orta-ağır fizik aktivite yapmaya etkisi	59

Tablo 35. Orta-ağır fizik aktivite yapma durumuna göre öznel sağlık indeksi ve sosyal destek puanları (Ortalama-S)	59
Tablo 36. Orta-ağır fizik aktivite yapma ile sosyal destek puanlarının ilişkisi, OR, %95 GA	60
Tablo 37. Sosyodemografik özelliklere göre tütün ürünü kullanma durumu	61
Tablo 38. Okul yaşantısı ile ilgili değişkenlerin tütün ürünü kullanımına etkisi	62
Tablo 39. Tütün ürünü kullanma durumuna göre öznel sağlık indeksi ve sosyal destek puanları (Ortalama-S)	62
Tablo 40. Tütün ürünü kullanımı ile sosyal destek puanları ilişkisi, OR, %95 GA	63
Tablo 41. Sosyodemografik özelliklere göre fiziksel bir kavgaya karışma durumu	64
Tablo 42. Okul yaşantısı ile ilgili özelliklere göre fiziksel kavga etme durumu	65
Tablo 43. Fiziksel kavga etme durumuna göre öznel sağlık indeksi ve sosyal destek puanları (Ortalama-S)	65
Tablo 44. Sosyal destek puanlarının fiziksel kavga etme ile ilişkisi, OR, %95 GA	66
Tablo 45. Sosyodemografik özelliklere göre zorbalığa maruz kalma durumu	67
Tablo 46. Okul yaşantısı ile ilgili görüşlere göre zorbalığa maruz kalma durumu	68
Tablo 47. Zorbalığa maruz kalma durumuna göre öznel sağlık indeksi ve sosyal destek puanları (Ortalama-S)	68
Tablo 48. Sosyal destek puanları ile zorbalığa maruz kalma ilişkisi, OR, %95 GA	69
Tablo 49. Sosyodemografik özelliklere göre zorbalık yapma durumu	70
Tablo 50. Öğrencilerin okul yaşantısı ile ilgili görüşlerine göre zorbalık yapma durumu	71
Tablo 51. Zorbalık yapma durumuna göre öznel sağlık indeksi ve sosyal destek puanları (Ortalama-S)	71
Tablo 52. Zorbalık yapma ile sosyal destek puanları ilişkisi, OR, %95 GA	72

Şekil 1. Hipotalamus-Hipofiz- Gonad aksı	11
Şekil 2. Adolesanlarda riskli davranışların nedenleri	15
Şekil 3. Araştırmanın zaman çizelgesi	40
Şekil 4. Tek değişkenli analiz sonuçları özeti	73
Şekil 5. Lojistik regresyon sonuçları özeti	74



KISALTMALAR

TÜİK: Türkiye İstatistik Kurumu

CDC: Centers for Disease Control and Prevention

YRBSS: Youth Risk Behavior Survey (Gençlik Riskli Davranış Araştırması)

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

GA: Güven Aralığı

S: Standart Sapma

SD: Standard Deviation (Standart Sapma)

SPSS: Statistical Package for Social Science

WHO: World Health Organization (Dünya Sağlık Örgütü)

GnRH: Gonadotropin Releasing Hormon

FSH: Follükül Stimulan Hormon

LH: Luteinizan Hormon

TNSA: Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması

TBSA: Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması

HBSC: Health Behaviour in School-aged Children

KGTA: Küresel Gençlik Tütün Araştırması

HELENA: Healthy Lifestyle in Europe by Nutrition in Adolescence

RELACHS: Research with East London Adolescents: Community Health Survey

THSK: Türkiye Halk Sağlığı Kurumu

MEB: Milli Eğitim Bakanlığı

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim ve tez sürecimin her aşamasında benimle bilgi ve birikimini paylaşan, çıkmaza girdiğim her durumda yol gösteren, desteğini her zaman hissettiğim, örnek aldığım değerli danışman Hocam Prof. Dr. Belgin ÜNAL'a sonsuz saygı ve teşekkürlerimi sunarım.

Uzmanlık eğitimim süresince desteğini ve katkısını esirgemeyen değerli Hocam Halk Sağlığı Anabilim Dalı Başkanı Sayın Prof. Dr. Alp ERGÖR'e saygı ve teşekkürlerimi sunarım.

Halk Sağlığı yaklaşımımı şekillendiren, bilgi ve deneyimlerinden yararlandığım, mesleki gelişimim kadar kişisel gelişimime de büyük katkılar sağlayan tüm Halk Sağlığı Anabilim Dalı Öğretim Üyelerine saygı ve teşekkürlerimi sunarım.

Birlikte çalışmaktan mutluluk duyduğum, zor günlerde desteğini gördüğüm, veri toplama aşamasında katkı veren tüm çalışma arkadaşlarıma ve anabilim dalı çalışanlarına teşekkür ederim.

Tezimin alan çalışması sırasında destek olan Güzelbahçe İMKB Mesleki Ve Teknik Anadolu Lisesi idareci, öğretmen ve öğrencilerine teşekkür ederim.

Yaşamım boyunca benim şansım olan, ben olmamı sağlayan, üzüldünce üzülen, sevinince sevinen, sınırsız bir sevgiyle beni sarmalayan annem, babam ve kardeşlerime varlıkları için teşekkür ederim.

Varlığı ve sevgisi bana her zaman güç veren, koşulsuz destek olan, düştüğümde kaldıran sevgili eşim Ömer Erdinç TOP'a ve en değerli varlığım oğlum Çetin Doruk TOP'a sonsuz teşekkür ederim.

GÜZELBAHÇE İMKB MESLEKİ VE TEKNİK ANADOLU LİSESİ ÖĞRENCİLERİNDE SAĞLIK DAVRANIŞLARI

ÖZET

GİRİŞ VE AMAÇ: Adolesan dönem toplumun %10-15’lik bir bölümünü oluşturmaktadır. Adolesan dönemde edinilen doğru sağlık davranışları hem bu dönemde hem de erişkinlikte daha sağlıklı olmayı sağlar. Adolesanların riskli davranışları ve bu davranışların neden olduğu sağlık sorunları sağlığı geliştirme girişimleri ile değiştirilebilir. Araştırmanın amacı Güzelbahçe İMKB Mesleki ve Teknik Anadolu Lisesi öğrencilerinin sağlık davranışlarını ve bu davranışları etkileyen etmenleri belirlemektir.

YÖNTEM: Kesitsel tipte bir araştırmadır. Araştırmanın evreni Güzelbahçe İMKB Mesleki ve Teknik Anadolu Lisesi’nde 2016-2017 eğitim yılında, dokuzuncu ve onuncu sınıfta kayıtlı toplam 251 öğrencidir. Örnek büyüklüğü hesaplanmamıştır. Bağımlı değişkenler kahvaltı etme, orta-ağır fizik aktivite, tütün ürünü kullanımı, fiziksel kavga, akran zorbalığına maruz kalma ve akran zorbalığı yapmadır. Bağımsız değişkenler sosyodemografik değişkenler, okul yaşantısı ile ilgili değişkenler, öznel sağlık indeksi ve sosyal destekle ilgili değişkenlerdir. Veri toplama aracı Kasım 2016’da öğrenciler tarafından araştırmacıların gözlemi altında sınıf ortamında doldurulmuştur. Veri analizi SPSS 15.0 kullanılarak yapılmıştır. Tanımlayıcı bulgular, kategorik değişkenler için yüzde dağılımları; sürekli değişkenler için ortalama±standart sapma biçiminde sunulmuştur. Bağımsız değişkenlerin sağlık davranışları ile ilişkilerini belirlemede tek değişkenli analiz olarak ki-kare, Fisher’in Kesin Testi, Mann Whitney U testi; çok değişkenli analiz olarak Lojistik Regresyon Analizi kullanılmıştır.

BULGULAR: Çalışmada 203 kişiye (%80.9) ulaşılmıştır. Yaş ortalaması 15.5 ± 0.8 ’dir (14-17). Öğrencilerin %86.9’u erkek, %13.1’i kızdır. Sınıf dağılımına bakıldığında %54.5’ini dokuzuncu sınıflar, %45.5’ini onuncu sınıflar oluşturmaktadır. Çalışmaya katılan öğrencilerin düzenli kahvaltı etme sıklığı %46.4, yeterli orta-ağır fizik aktivite yapma sıklığı %21.9, her gün en az 1 tütün ürünü kullanma sıklığı %14.6, fiziksel bir kavgaya karışma sıklığı %58.9, akran zorbalığına maruz kalma sıklığı %19.8, zorbalık yapma sıklığı %23.7 olarak belirlenmiştir. Araştırma grubunda her gün düzenli kahvaltı etme erkeklerde, gelir algısı çok iyi/iyi/orta olanlarda, okulla ilgili olumlu görüşleri olanlarda ve okul başarısı algısı çok iyi/iyi olanlarda her gün düzenli kahvaltı etme daha fazladır (sırasıyla $p=0.007$, $p=0.006$, $p=0.024$, $p=0.028$). Düzenli kahvaltı edenlerin öznel sağlık indeksi ortalaması anlamlı olarak yüksektir ($p=0.001$). Aile destek puanındaki ve akran destek puanındaki artış düzenli kahvaltı etmeyi arttırmaktadır (sırasıyla OR:1.84, %95 GA:1.139-2.983, OR:2.16, %95 GA:1.371-3.397). Tütün ürünü kullananların yaş ortalaması anlamlı olarak yüksektir ($p=0.040$). Ders baskısını çok hissedendenlerde tütün kullanımı anlamlı olarak fazladır ($p=0.042$). Tütün kullananların öznel sağlık indeksi anlamlı olarak düşüktür ($p=0.001$). Fiziksel kavgaya karışma okulla ilgili olumsuz görüşleri olanlar ve ders baskısını çok hissettiğini belirtenlerde daha fazladır (sırasıyla $p=0.001$, $p=0.006$). Fiziksel kavgaya karışanlarda öznel sağlık indeksi ortalaması anlamlı olarak daha düşüktür ($p=0.001$). Aile destek puanındaki artış fiziksel kavgaya karışmadan koruyucudur (OR:0.52, %95 GA:0.332-0.850). Zorbalığa maruz kalma göç gelenlerde fazladır ($p=0.031$). Aile destek puanı, aile iletişim puanı ve akran destek

puanındaki artış zorbalığa maruz kalmaya karşı koruyucudur (sırasıyla OR:0.60, %95 GA:0.363-0.974, OR:0.44, %95 GA:0.246-0.771, OR:0.50, %95 GA:0.314-0.787). Zorbalık yapma en çok 1 kardeşi olanlarda, en çok 4 kişilik ailede yaşayanlarda ve okulla ilgili olumsuz görüşleri olanlarda yüksektir (sırasıyla $p=0.028$, $p=0.004$, $p=0.024$)).

SONUÇ VE ÖNERİLER: Lisedeki öğrencilerde düzenli kahvaltı etme oldukça düşüktür. Riskli davranışlarda tütün kullanımı ve fiziksel kavga, zorbalık davranışlarına göre daha ciddi düzeydedir. Öğrencilerin sağlık davranışlarının ve risklerin belirlenmesi sağlığı geliştirme girişimlerinin planlanması açısından son derece önemlidir.

ANAHTAR SÖZCÜKLER: Adolesan, sağlık davranışları, lise



HEALTH BEHAVIOURS OF GUZELBAHCE İMKB VOCATIONAL AND TECHNICAL ANATOLIAN HIGH SCHOOL STUDENTS

ABSTRACT

INTRODUCTION AND AIMS: Adolescents constitutes 10-15% of the population. Health behaviors that are adopted during adolescence enable to be healthier both in adolescence and in adulthood. The risky behaviors of adolescents and the health problems caused by these behaviors can be changed via health improvement initiatives. The aim of this research is to determine the health behaviors of students of Guzelbahce İMKB Occupational and Technical High School and the factors having an impact on these behaviors.

METHODS: This is a cross-sectional study. The subject of the research is 251 students from Guzelbahce İMKB Occupational and Technical High School, including 9th and 10th grades, from 2016-2017 academic years. The sample size is not calculated. The dependent variables are the following: to have breakfast, moderate to vigorous physical activity, tobacco use, physical fight, being bullied, and taking part in bullying. The independent variables are as follows: sociodemographic variables, school life-related variables, subjective health complaints index, and social support-related variables. The data collection tool is filled out by the students in classrooms in November 2016 under the supervision of researchers. Data analysis is performed in SPSS 15.0. The descriptive findings are presented in the form of percentage distributions for categorical variables and mean $\pm$ standard deviation for continuous variables. In order to determine the impact of independent variables on health behaviors, Chi-squared test, Fisher's exact test, and Mann-Whitney U test are used in univariable analysis. Logistic Regression is used in multivariate analysis.

RESULTS: 203 students (80.9%) are reached in this research. The average age is 15.5 ± 0.8 with a minimum of 14 and a maximum of 17. The male and female percentages are 86.9% and 13.1%, respectively. The 9th and 10th grades constitute 54.5% and 45.5% of the students, respectively. 46.4% of the students have a daily breakfast routine. 21.9% of the students do moderate to vigorous physical activity. 14.6% of the students use tobacco at least once a day. 58.9% of the students get involved in a physical fight. 19.8% of the students are being bullied and 23.7% of them take part in bullying. A daily breakfast routine is more likely to occur in males, very good/good/medium income perceptions, positive opinions about the school, and very good/good perception of success at school ($p=0.007$, $p=0.006$, $p=0.024$, $p=0.028$, respectively). Subjective health complaints index is significantly higher for students having daily breakfast routine ($p=0.001$). The increase in family-support and peer-support points leads to an increase in likelihood of having regular breakfast routine (OR:1.84, %95 GA:1.139-2.983, OR:2.16, %95 GA:1.371-3.397, respectively). The average age is significantly higher ($p=0.042$) for the students using tobacco. The subjective health complaints index is significantly lower ($p=0.001$) for students using tobacco. It is more likely for a student to get involved in a physical fight if the student has negative opinions about the school and/or is overwhelmed by the coursework ($p=0.001$, $p=0.006$, respectively). The subjective health index is significantly lower for students getting involved in a fight. The increase in family-support point has a negative impact on the likelihood of a physical fight

(OR:0.52, %95 GA:0.332-0.850). Immigrant students are more likely to be exposed to peer pressure ($p=0.031$). The increase in family-support, family-communication, and peer-support points decreases the likelihood of being bullied (OR:0.60, %95 GA:0.363-0.974, OR:0.44, %95 GA:0.246-0.771, OR:0.50, %95 GA:0.314-0.787, respectively). The likelihood of bullying is most common among students having at most 1 sibling, having a family of at most 4, and having negative opinions about the school ($p=0.028$, $p=0.004$, $p=0.024$, respectively).

CONCLUSIONS AND RECOMMENDATIONS: It is rare for high school students to have a daily breakfast routine. Among the risky behaviors, the use of tobacco and getting involved in a physical fight are more common than bullying. To determine the health behaviors and risks of students is highly important for health improving initiatives.

KEYWORDS: Adolescent, health behavior, high school



1. GİRİŞ VE AMAC

1.1. Giriş

Okul sağlığı, toplumda okul çağındaki bütün çocukların olabilecek en iyi bedensel, ruhsal ve toplumsal sağlığa kavuşmalarını sağlamak ve sürdürmek, okul çocuklarının sağlıklı bir çevrede gelişimini sağlamak ve çocukların, ailelerinin ve toplumun sağlık düzeyini yükseltmek amacıyla yapılan hizmetlerin tümünü kapsamaktadır (1). Okul çağı çocukları toplumun çok önemli bir kısmını oluşturmaktadır. Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) eğitim istatistiklerine göre 2015-2016 eğitim öğretim döneminde okul öncesi, ilk ve orta öğretime devam eden toplam öğrenci sayısı 17.588.958'dir (2). Bu sayı toplam nüfusun %22'sine karşılık gelmektedir (3). Yine TÜİK 2015-2016 yılı verilerine göre toplam öğretmen sayısı 961 bin 331'dir (2). Okul sağlığı tanımı kapsamına diğer okul çalışanları ve öğrencilerin ailelerinin de girdiği düşünülünce bu oranın çok daha yüksek olduğu söylenebilir.

Okul sağlığı hizmetlerinin 4 boyutu vardır (4):

1. Öğrenci sağlığı: Okul çağı çocukları için gerekli sağlık hizmetleri, sağlığı koruma ve geliştirme, hastalıkları önleyici önlemler, sağlık sorunlarını saptama, tanı ve tedavi, acil durumlarda müdahale ve sağlık danışmanlığını kapsar. Bu amaçla okula kayıt muayenesi, periyodik muayene, sağlık taramaları, bulaşıcı hastalıklardan koruma ve kontrol, yaralanmaları önleme ve ilk yardım, akıl sağlığı hizmetleri, hastalıkların tanı, tedavi ve izlemi, beden eğitimi ve okul sporları çalışmaları önerilmektedir.
2. Okul çevre sağlığı: Okul çevresi hem öğrencilerin hem de çalışanların sağlığını, güvenliğini, davranış ve alışkanlıklarını, çalışma ve öğrenme verimlerini etkileyen bir ortamdır. Çocukların çevre koşullarına karşı büyüklerden daha duyarlı oldukları unutulmamalıdır. Okullar temiz su ve sanitasyon olanaklarına sahip olmalıdır. Ergonomik koşulların sağlığa uygun olarak düzenlenmesi gereklidir. Öğrenciler ayrımcılık, istismar, şiddet ve yaralanmalara karşı korunmalıdır. Okul çevresindeki yollarda trafik düzenlemesi yapılmış olmalıdır. Tütün ve tütün ürünleri, alkol, ilaç ve uyuşturucu maddelere ulaşım engellenmelidir. Okul sağlığı çalışmaları yürütülürken okul içi ve dışı fiziksel ve sosyal çevre koşulları da değerlendirilmeli ve okul yönetimi ile işbirliği içinde çalışılmalıdır.
3. Sağlık eğitimi: Okul çocuklarında sağlık bilgi, tutum ve davranışlarının geliştirilmesini amaçlar. Hedef grup öğrenci, öğretmen, diğer okul çalışanları ve ebeveynlerdir. Öğrenciye yönelik sağlık eğitiminin amacı, öğrencilere doğru sağlık bilgilerinin aktarılması ve sağlık konusunda olumlu davranışların kazandırılmasıdır. Sağlık eğitimi öğrencilere "ömür boyu sağlıklı yaşam için davranış değişikliği" kazandırarak sağlıklı bir toplum yaratmayı hedeflemelidir. Yapılan her muayene, tarama, okul sağlığı ekibi tarafından sağlık eğitimi için bir fırsat olarak değerlendirilmelidir. Öğretmenler, sağlık eğitimi kapsamında sahip oldukları eğitimcilik işlevi ile çocukların ve gençlerin sağlıkla ilgili olumlu davranışlar edinmelerine katkı sağlar.

4. Okul çalışanlarının sağlığı: Öğretmenler ve diğer tüm okul çalışanlarını kapsar. Öğretmenlerin sağlıklı bir ortamda çalışmaları hem kendi sağlıkları, hem de öğrencilerin okul başarıları ve ruhsal gelişimleri için olumlu etkiler sağlar.

Tablo 1. Okul sağlığını geliştirme- bileşenler ve çıktılar(5)

Program içeriği	İlk çıktılar	Kısa dönem çıktılar	Uzun dönem çıktılar
1- Okul sağlığı hizmetleri	Öğrencilerin sağlık davranışları	Sağlık ↕ Bilişsel performans	Sağlık Akademik başarı
2- Sağlık eğitimi			
3- Sağlıklı okul çevresi			
4- Toplum sağlığına entegre okul sağlığı			
5- Beden eğitimi			
6-Okul beslenme hizmetleri	Çalışanların sağlık davranışları	Sağlık ↕ Bilişsel performans	
7- Danışmanlık			
8-Okul çalışanları için sağlığı geliştirme			

Okul çağı 5-24 yaş arası dönemdir. Bu dönem adolesan dönemi de kapsamaktadır. Özellikle adolesan dönem erişkin döneme kadar doğru sağlık davranışlarının kazanılması için en elverişli dönemdir (6). Bu dönem fiziksel, ruhsal, sosyal ve duygusal yönlerden pek çok değişim olur. Büyüme-gelişme ilk dönemde kızlarda daha düzenli ilerlese de daha sonra her iki cinsten de özellikle beslenme alışkanlıklarının değişmesi, kahvaltı yapmadan okula gelme, okul beslenme programlarının olmaması ve ayaküstü atıştırma gibi nedenlerle çocuk ve gençler arasında farklar oluşur (7). Bu değişimler nedeniyle de gençler pek çok riskli sağlık davranışına daha açıktır. Centers for Disease Control and Prevention Gençlerin Riskli Davranışları Araştırması (Youth Risk Behavior Survey-YRBSS) 2015 raporunda adolesan

sağlığı için riskler ortaya koyulmuştur. Buna göre şiddet ve yaralanma, tütün ürünü kullanımı, alkol ve diğer madde kullanımları, cinsel sağlık sorunları (adolesan gebelik ve cinsel yolla bulaşan hastalıklar gibi), sağlıksız beslenme ve fiziksel inaktivite adolesan sağlığı için riskli davranışlar olarak belirtilmektedir (6).

Adolesan sağlığına yapılan yatırımın üç boyutta etkisi olacaktır: Adolesanların kendine yarar, onların yetişkinliklerine yarar, onların çocuklarına yarar. Bu şekilde yetişen gençler topluma olumlu katkılar sağlayacak yetişkinler olacaktır (8).

Çocuklarda doğru sağlık davranışları geliştirmek, riskli davranışlardan uzak durmalarını sağlamak ve sağlıklarından haberdar etmek okul sağlığı programlarının temel hedefidir. Bunu sağlamak için sağlığın eğitim müfredatı içinde yer alması gerekir. Sağlık eğitimi okul düzeyinde iki yönde uygulanmalıdır: Kognitif ve affektif öğrenme. Kognitif öğrenme sağlıkla ilgili olayları ve bilgileri öğretir. Affektif öğrenmede ise sağlıklı davranışa yönlendiren tutum öğretilir (7). Bu iki perspektif birlikte uygulandığında sağlık eğitimi amacına ulaşabilir. Bu nedenle okul sağlığı profesyonelleri sağlıkla ilgili eğitim müfredatını planlamalı ve yeterliliğini denetlemelidir.

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) okul çağı çocuklarda özellikle bulaşıcı olmayan hastalıklar risk etmenlerini ortadan kaldırmak için “sağlığı geliştiren okullar” yaklaşımını ön plana çıkarmaktadır. Sağlığı geliştiren okullar öğrencilerin sağlık gereksinimlerini çok yönlü olarak karşılamayı amaçlayan, sağlıklı yaşam, eğitim ve çalışma koşullarını sürekli olarak geliştirecek okullar olarak tanımlanmaktadır (9). Sağlığı geliştiren okullar yaklaşımının komponentleri şunlardır:

1. Sağlık ve eğitimi tüm yönleri ile desteklemek
2. Okulun sağlıklı bir yer olması için öğrenciler ve aileleri, öğretmenler ve diğer çalışanlar, sağlık çalışanları, sivil toplum kuruluşları ve politika yapıcıları bir bütün olarak kapsamak
3. Sağlıklı çevre, sağlık eğitimi ve sağlık hizmetleri, okul çalışanlarının sağlığı, beslenme ve besin güvenliği, beden eğitimi ve akıl sağlığı gibi alanlarda programlar, okul/toplum projeleri, sosyal yardımlar ve diğer sağlığın geliştirilmesi girişimleri için çabalamak
4. Bireylerin başarıları kadar refah ve haysiyetlerini önceleyen politika ve uygulamalar yürütmek
5. Öğrencilerin sağlığı gibi okul çalışanlarının, ailelerin ve toplumun sağlığını geliştirmek için çalışmak, toplumun sağlık ve eğitime nasıl katkı sağladığı ya da nasıl zarar verebildiğini toplum liderlerine anlatmak, toplum katılımını sağlamak (9).

1.2. Amaç

Araştırmanın amacı:

1. Güzelbahçe İMKB Mesleki ve Teknik Anadolu Lisesi öğrencilerinin sağlık davranışlarını ve bu davranışları etkileyen etmenleri belirlemektir.
2. Öğrencilerin sağlık davranışları ile aile desteği, aile ilişkileri ve akran desteği arasındaki ilişkiyi belirlemektir.



2. Genel Bilgiler

2.1. Adolesan sağığına genel bakış

DSÖ adolesan dönemi 10-19 yaş olarak tanımlamaktadır. 10-14 yaş erken adolesan, 15-19 yaş geç adolesan dönem olarak değerlendirilebilir (8). Bu tanım çeşitli uluslar arası kuruluşlar tarafından farklı şekilde yapılmaktadır. UNICEF 18 yaşına kadar çocuk tanımını kullanırken UNESCO ve ILO 15-24 yaş için genç tanımını kullanmaktadır (10). Dünya nüfusunun altıda biri (yaklaşık 1.2 milyar kişi) 10-19 yaş adolesanlardır (11).

Tablo 2. Çocuk, adolesan, gençlik, genç yetişkin ve genç terimlerinin yaş aralıkları (10)

Terminoloji	Yaşlar															
	0-9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24
Çocuk																
Adolesan																
Gençlik																
Genç yetişkin																
Genç																

Adolesan dönem, fiziksel ve duygusal süreçlerin yol açtığı cinsel ve psikososyal olgunlaşma ile başlar, birey bağımsızlığını, kimlik duygusunu ve sosyal üretkenliğini kazandığı zaman sona erer (12). Puberte bu dönemde yaşanır. Bu süreçte pek çok etmen rol oynamaktadır. Pubertenin başlamasında hipotalamo hipofizer gonadal aksın aktivasyonu ve olgunlaşması temel nöroendokrin mekanizmadır. Pubertenin başlamasındaki bireysel farklılıkların nedeni çevresel ve genetik etmenlerdir (13). Bu dönem biyolojik ve sosyal açıdan pek çok değişikliğin olduğu dinamik bir dönemdir. Bu değişiklikler 3 ana başlık altında incelenebilir (8):

1. Hızlı fiziksel, bilişsel, sosyal, duygusal ve cinsel gelişim
 - Hormonal değişiklikler ve ergenlik
 - Yeni ve karmaşık duygular
 - Cinsel farkındalık ve cinsel kimlik
 - Elektrik ve fizyolojik beyin fırtınası patlaması
 - Gelişmiş ve gelişen bilişsel yetenek
 - Bağlamdan etkilenen duygusal ve dürtü kontrolü
2. Biyolojik olgunluk ile yetişkinliğe sosyal geçiş arasındaki uçurumun genişlemesi
 - İlk, orta ve ileri eğitimin yaygınlaştırılması nedeniyle eğitim ve öğretimde daha fazla yıl geçirme
 - Daha geç istihdam ve aile oluşumu başlangıcı
 - Sağlık hizmetlerinde, ergenlerin özel ihtiyaçlarına hizmet etmeye hazır olmayabilecek daha bağımsız katılım
3. Koruma ve özerklik arasındaki denge
 - Yükselen özerklik, ancak kaynaklara sınırlı erişim (ör. Finans, ulaşım)
 - Karar organlarında uygun temsil

- Gelişen kapasite ile orantılı hizmetler için rıza hakları
- Küreselleşmenin bazı yönlerine artan güvenlik açığı (örneğin, oyun oynama, pornografi ve bilişim zorbalığına karşı daha savunmasızlık)

Adolesanların yaşadıkları temel süreçler (14):

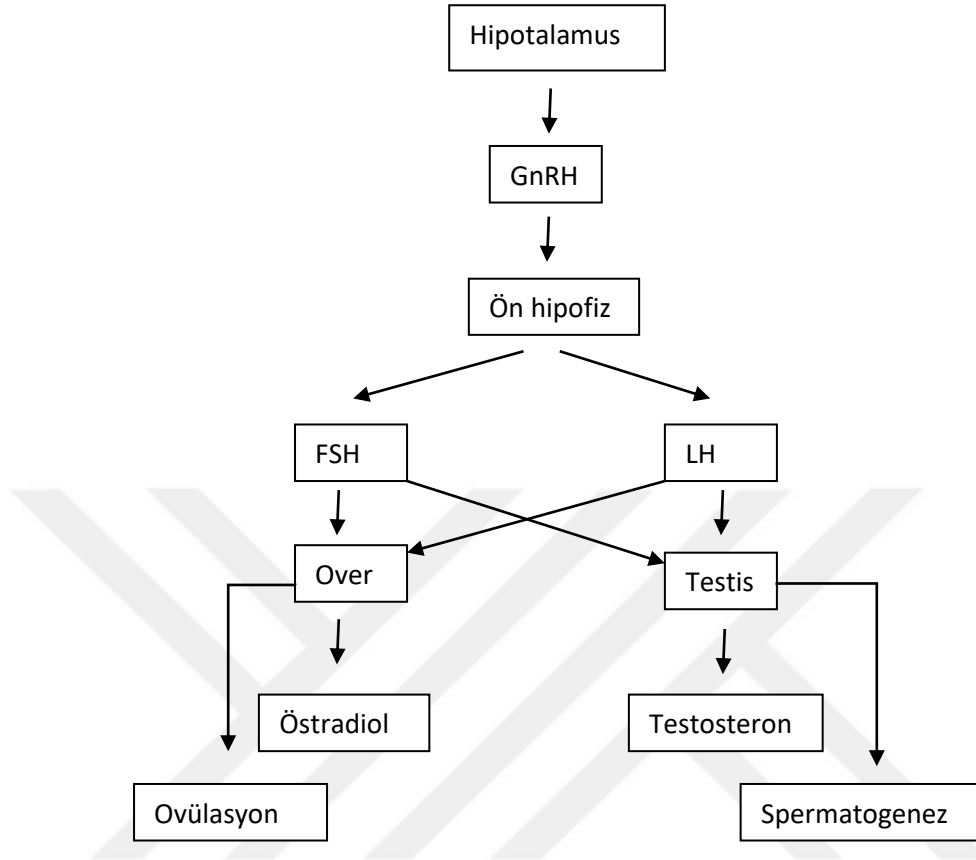
1. Cinsel kimliğini kabullenme: Ergenin bedeninde meydana gelen fiziksel değişiklikleri psikolojik olarak benimseme sürecidir. Bu dönemde ergen yaşadığı toplumda cinsel kimliğine uygun tutum ve davranışları benimser.
2. Kimlik edinme: Hem çocukluktan çıkma, yeni toplumsal rolünü kabullenme, hem de yeni geliştirmeye çalıştığı kimliğini ailesine ve topluma benimsetme süreçlerini içerir. Bu dönemde toplumsal değerlerin sorgulandığı, karşı cinsle ilgili duyguların paylaşıldığı, benzer sorunları yaşayan akran grupları oluşturma görülür.
3. Toplumsallaşma: Ergen tanımaya başladığı yeni kimliği ile toplumsal değer ve yargıları sorgulamaya başlar. Bu değer ve yargıların bazılarını kabul eder, bazılarını ise reddeder. Kendi doğrularını ve değerlerini oluşturmaya başlar. Bu durum zaman zaman kendiyle çelişmesine, iç çatışmalara ve anksiyeteye neden olabilir.
4. Geleceğini biçimlendirme: Sosyal statü ve rol arayışındaki ergen erişkin dönemi biçimlendirmek üzere çeşitli kararlar vermeye çalışır. Bu planlarını gerçekleştirme konusunda ailesinin ve çevresinin de desteğini almak ister. Bu destek arayışı ve karar verme güçlükleri endişeyi arttırabilir.

2.1.1. Adolesan dönemde görülen fiziksel gelişmeler

Cinsel gelişim: Bu dönemin en önemli fiziksel gelişmeleri primer (gonad ve genital yapılar) ve sekonder (meme gelişimi, pubik kıllanma, erkeklerde ses değişikliği) seks karakterlerinin gelişmesidir (15). Bu bulgular puberte (ergenlik) ile ilişkilidir. Puberte doğum öncesi dönemde başlayan ve cinsel gelişmenin tamamlanmasına kadar devam eden olgunlaşma sürecindeki bir ara evredir. Kızlarda meme tomurcuklanması, erkeklerde testis hacminin 4 ml olması pubertenin ilk belirtileridir. Adolesans bazen ergenlikle eş anlamlı olarak kullanılmaktadır. Ancak gerçekte adolesan dönem bedendeki fiziksel değişikliklerle birlikte gerçekleşen ruhsal gelişme ve psikososyal değişiklikleri de kapsayan daha geniş bir dönemdir. Adolesan dönem pubertenin başlangıcından 19-22 yaşlarına kadar uzayabilir. Bu süre kişiden kişiye değişir (16).

Adolesan dönemin başlamasında kilit rolü oynayan hipotalamustur. Hipotalamus çocukluk döneminde az miktarda salgılanan seks steroidlerinin negatif feedback etkisine duyarlıdır. Ancak zamanla bu duyarlılık azalır ve hipotalamustan GnRH (Gonadotropin Releasing Hormon) salgısı artar ve pubertal dönem başlar. GnRH'nin pulsatil salınımı hipofiz ön lobundan FSH (Follükül Stimulan Hormon) ve LH (Luteinizan Hormon) salınımına neden olur. Bu iki hormon gonadlardan seks steroidlerinin salınımına, seks steroidleri ise başta gonadlar olmak üzere kas, kemik, deri, kıl follükülleri gibi hedef organlarda bazı değişikliklere neden olur. Diurnal farklılıklar, FSH ve LH salınım paternindeki farklar ve sonuç olarak salınan seks steroidlerinin farklı olması ile iki cins farklı olarak olgunlaşır. Kızlarda 8-9 yaşına kadar 20-30 IU olan östrojen 10-12 yaşa gelindiğinde 10 kat artar.

Erkeklerde 7-8 yaşına kadar 24 saatlik idrarda 2 mg'nin altında olan 17 ketosteroid düzeyi puberte ile 4-13 mg düzeyine ulaşır (14, 16).



Şekil 1. Hipotalamus-Hipofiz- Gonad aksı (16)

Bu hormonal aktivite her iki cinsten de farklı fiziksel değişikliklerle sonuçlanır. Sekonder seks karakterlerinin ortaya çıkması erkek ve kız çocuklarda farklı şekillerde olmakla birlikte belli bir sıra dahilinde gerçekleşir. Erkeklerde testis hacminde artış, skrotum derisinde incelmeye, büyüme, pürüklü görünüm kazanması ve pigmentasyon, peniste büyüme ve pubik kıllanma, koltuk altı kıllanması, ses kalınlaşması, yüz kıllanması şeklinde ortaya çıkar. Artan androjenlerin etkisi ile komedon ve akne oluşumu görülür. İlk ejakulasyon ergenliğin erken evresinde (13.5 yaş) görülür. Erkeklerde ergenlik belirtilerinin başlamasından erişkine yakın bir evreye girmesi yaklaşık 3-4 yıl sürer. Erkeklerde 9 yaştan erken görülen puberteye erken puberte, 14 yaşından geç görülen puberteye geç puberte denir. Kızlarda ise meme büyümesi, pubik kıllanma, koltuk altı kıllanması şeklinde görülür. Pubis ve koltuk altı kıllanması gonadal hormonların etkisiyle değil, adrenal androjenlerle gerçekleşir. Pubertenin başlamasından 2-1.5 yıl sonra ilk menstruasyon başlar. Menarş sonrası sikluslar 2 yıl kadar anovulatuvar olabilir. Bunların dışında vajinal mukoza renginin pembeye dönmesi, şeffaf vajinal akıntı, vajen uzunluğunun artması, mons pubiste yağ depolanması, clitoriste hafif büyüme, uterusu kalınlaşma görülür. Kızlarda ergenlik belirtilerinin 8-13 yaşta başlaması normal kabul edilir. Sekiz yaşından önce başlaması erken, 13 yaşından geç görülmesine geç puberte olarak kabul edilir (16).

Büyüme ve gelişme: Adolesan dönemde gerçekleşen fiziksel gelişmelerden bir diğeri boy ve kilo artışıdır. Puberte başlangıcına kadar çocuklar erişkin boyunun %80'ine ulaşır. Pubertenin sonunda ise erişkin boyun %99'una ulaşılmış olur. Büyüme hızlanması süreci kız çocuklarda erkek çocuklara göre daha erken yaşta başlar, ancak daha az belirgindir. Ergenlik döneminde beden yapısında da değişiklikler olur. Ekstremiteler distalden proksimale doğru uzar ve gövdede uzama daha sonra olur. Erkeklerde omuzlar, kızlarda kalçalar genişler. Yüz kemikleri büyür. Kemik olgunlaşması hızlanır ve büyüme kıkırdaklarının kemikleşmesiyle sonlanır. Epifizler kızlarda daha erken kapanır ve boy uzaması kızlarda erkeklere göre daha erken durur. Kemik mineral yoğunluğunun en hızlı arttığı dönem ergenlik dönemidir. Yağsız beden kütlesi, kemik kütlesi ve beden yağı erkeklerde kızlara göre daha fazla artar. Ergenlikle beraber kalp atım hızı, maksimum oksijen tutulumu, solunum kapasitesi, hemoglobin değeri ve kan basıncı gibi fizyolojik ve biyokimyasal değerlerde artış gözlenir (16).

2.1.2. Adolesan dönemde görülen psikolojik gelişmeler

Adolesanlar arasında fiziksel büyüme ve gelişme sürecinde olan farklılıklar gibi, psikososyal gelişimde de farklılıklar yaşanmaktadır. Biyolojik, sosyal, duygusal ve entellektüel büyüme birbirleri ile aynı dönemlere denk gelmemektedir. Adolesanların çoğunluğu psikososyal gelişimsel süreç içinde oluşan sorunları ile baş edebilmektedirler. Psikososyal gelişim süreci üç bölümde incelenmekte ve bu dönemler DSÖ'nün adolesan yaş tanımlarının dışında sonlanmaktadır. Erken adolesan dönem (10-13 yaş), orta adolesan dönem (14-16 yaş) ve geç adolesan dönem (17-21 yaş) şeklindedir (17). Yaş sınırları kişisel farklar gösterebilmektedir. Örneğin kızlarda erkeklerden 1-2 yıl daha erken başlar. Yine bir kişide her dönem farklı sürelerde seyredebilir.

Erken adolesan dönem: Bu dönemde ergenlerin en büyük uğraşları bedenleridir. Hızlı fiziksel gelişime uyum sağlamaya çalışılır. Beden görünümünün değişmesi, dürtülerin artması, cinsel kimliğin daha fazla algılanması gencin toplumsal olarak da bazı cinsiyet rollerini edinmesini gerektirir. Ergenlik döneminde çevrenin de etkisiyle toplumsal cinsiyet rolleri öğrenilir ve cinsel kimlik oluşumu tamamlanır. Bu dönemde yakın arkadaşlıklar özellikle aynı cinsten arkadaşlarla ortak etkinlikler önem kazanır. Akranlar adolesanların ilgi alanlarını ve giyimini etkiler. Erken ergenlik döneminde bilişsel olarak da önemli değişiklikler olmaktadır. Soyut düşünce gelişir, felsefe, din, politika, ölüm gibi kavramlar üzerinde de daha fazla düşünmeye ve tartışmaya başlarlar. Gelecek kaygısı başlar, zaman kavramının farkına varırlar. Erken ergenlik dönemi ailenin, arkadaşların ve yaşam biçiminin reddedildiği yabancılaşma dönemidir (12).

Orta adolesan dönem: Bu dönemde anne babadan ayrışma, farklı bir birey olma ve bu durumu anne babaya da kabul ettirme çabaları yoğundur. Aileden çok özellikle karşı cinsten olan akranlarla duygusal ilişkiler kurma, riskli davranışları olağan görme ve otonomi istemeleri anne babalarla çatışmaya neden olur. Ergenler çoğu zaman kendilerini akranlarının gözlerinden görürler ve görünüm, giyim tarzı ve davranışlarının akranları tarafından onaylanmaması benlik saygılarında azalmaya neden olabilir. Çok yakın ilişkiler bir yönüyle bağımsızlığı kaybetme tehdidi içerdiğinden ilişkileri sınırlayabilme önemli kaygı kaynağıdır.

Akran ilişkilerinde ve duygusal deneyimlerde artış ile birlikte iç yaşantıları inceleme gereksinimi ve günlük tutma yaygındır (12).

Geç adolesan dönem: 17-18 yaş dolayında başlar ve kimlik duygusunun bütünleşmesiyle sona erer. Akademik ve sanatsal arayışlar, sosyal bağlar ve kendini bir topluluğa ait hissetme önem kazanır. Ergenliğin başından beri yaşanan duygular, kazanılan beceriler, kurulan özdeşimler harmanlanıp sentezlenir ve bu sentez sonucunda kimlik duygusu oluşur. Oluşamayan gençlerde kimlik kargaşası görülür. Yakın ilişkiler kurma ve bu ilişkileri sürdürme, iş ve eş seçebilme, toplum içinde erişkin rollerini üstlenebilecek sorumluluğa sahip olma becerileri gelişir. Bir yere ait olma, iç görü kazanılır. Gelecek planları yapılmaya başlar. Kültürel öğeler, gelenekler, ahlak değerleri kazanılır (12).

Tablo 3. Psikososyal gelişim açısından adolesan dönem (18)

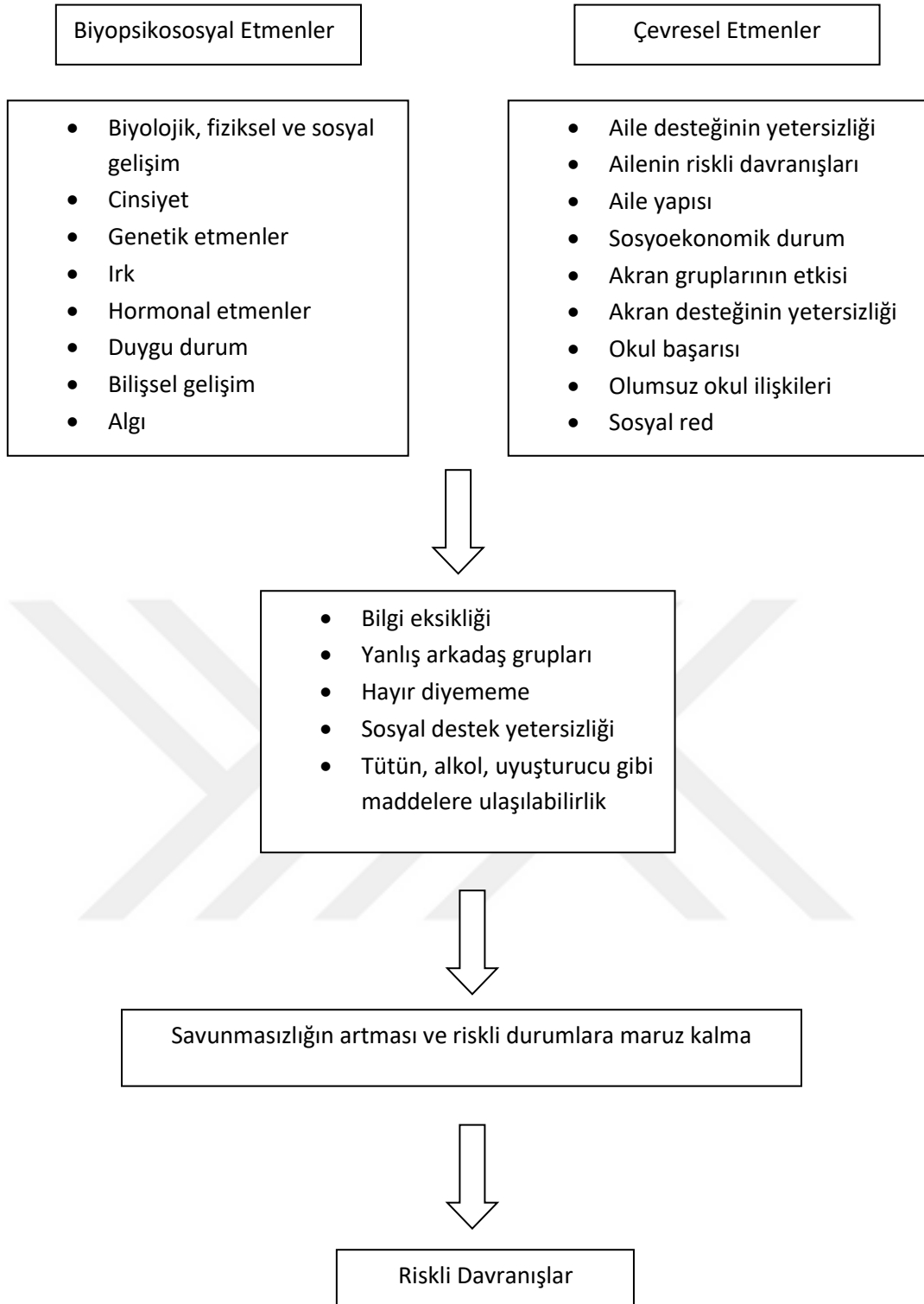
	Erken adolesan dönem	Orta adolesan dönem	Geç adolesan dönem
Bağımlılık-bağımsızlık	- Aile aktivitelerinden hoşlanmama - Aile dışında ilişkiler arama - Duygusal dalgalanmalar - Kendini ifade etmede artış	- Aile ile çatışmalarda artış - Akranlara daha çok önem verme	- Aileye tekrar bağlanma - Kendini daha iyi ifade etme - Daha tutarlı olma - Ailenin önerilerini önemseme
Beden algısı	- Kendini sorgulama - Akranlarıyla karşılaştırma - Cinsel anatomi ve fizyoloji ile ilgilenme - Bedeninin normalliğinden endişe duyma	- Bedenini kabullenme - rahatlama	- Büyüme-gelişiminin tamamlanması - Anormallik olmadığı sürece sorun yok
Akran ilişkileri	- Aynı cinsten arkadaşlar - Akranlarla aileden daha iyi anlaşma - Fazla duygusal ve hassas	- Akran etkisi çok belirgin - Flört, cinsel deneyimler - Takım, çete gibi farklı gruplara girme	- Kendi değer ve düşünceleri var - Duygusal paylaşım olan akranlarla ilişki kurma
Kişilik gelişimi	- Soyut kavramını anlama - Hayal kurma - Otoriteyi sorgulama - Özel yaşamı arttırma isteği - Cinsel içerikli istekler - Risk alma davranışları - Problemleri abartma	- Kendi amaç ve duygularında açıklık - Başkalarının duygularına ilgi - Entelektüel kapasitede artış - Kendini değersiz görme - Risk alma davranışları	- Gerçekçi düşünce - Sınır koyma, uzlaşma - Amaçlara yönelik girişimler - Manevi değerleri sorgulama

2.2. Adolesanların sağlık sorunları

Dünya Sağlık Örgütü verilerine göre 2015 yılında, yaklaşık 1.2 milyon adolesan, çoğu önlenebilir ve tedavi edilebilir nedenlerle ölmüştür. Bu ölümlerde en sık nedenler trafik kazaları, alt solunum yolu enfeksiyonları, intihar, diyare ve boğulmadır. Her yıl 15-19 yaş adolesanların %0.44'ü gebelik yaşamaktadır. Yetişkin yaşlardaki akıl sağlığı bozukluklarının yarısı 14 yaşına kadar başlamaktadır (11).

Ergenlik döneminde kimlik oluşum süreciyle birlikte bilişsel gelişimin hızlanması, dürtüsel gereksinimlerde ve duygu yoğunluğunda artma, preödipal ve ödipal çatışmaların yeniden alevlenmesi, meslek seçimi, karşı cinsle kurulan ilişkiler, anne babadan ayrılma, bireyselleşme süreci gibi nedenlerle ergenler bu döneme özgül zorluklar ve çatışmalar yaşamaktadır (12). Tüm bu etmenler adolesanlarda riskli bazı davranışlara yatkınlık yaratmaktadır.

Adolesanların riskli davranışlara eğiliminin nedenlerini açıklayan biyopsikososyal kurama göre riskli davranışların adolesanlarda ortaya çıkmasında cinsiyet, genetik yatkınlık ve hormonal etkiler gibi biyolojik nedenler, heyecan arama, risk algısı, depresyon, ve düşük benlik saygısı gibi psikolojik nedenler, ebeveynlerle ilişkiler, ebeveynin riskli davranışlarda bulunması, akran ilişkileri, akran davranışları ve sosyo-ekonomik düzey gibi toplumsal-çevresel etkenler yer almaktadır. Tüm bu etmenler birbirlerini etkilemekte ve birbirlerinden etkilenmektedir. Ancak ergenin biyolojik gelişimi temel noktada yer almaktadır (19).



Şekil 2. Adolesanlarda riskli davranışların nedenleri (19)

DSÖ adolesanları etkileyen sağlık sorunlarını şu şekilde belirtmektedir (11):

- Adolesan gebelik ve doğum
- HIV ve diğer bulaşıcı hastalıklar
- Malnutrisyon ve obezite
- Beslenme ve fizik aktivite
- Akıl sağlığı
- Tütün ürünü kullanımı

- Alkol ve uyuşturucu madde kullanımı
- Şiddet
- Yaralanma

2.2.1. Adolesan gebelik ve doğum

Adolesan doğurganlık hem sağlık hem de sosyal sonuçları nedeniyle çok önemli bir halk sağlığı sorunudur. Adolesan dönemdeki gebelikler yetişkin yaştaki gebeliklere göre olumsuz gebelik sonuçları ve anne ölümü ile daha sık sonuçlanmaktadır. Adolesan annelerden doğan bebekler de daha yüksek mortalite ve morbidite riski altındadır. Ayrıca çok erken yaşta anne olmak adolesanların eğitim ve çalışma olanaklarına erişmelerini engellemektedir (20).

Tüm dünyada 15-19 yaş kızlarda en başta gelen ölüm nedeni gebelik ve doğumla ilişkili komplikasyonlardır. Dünyadaki tüm doğumların yaklaşık % 11'i 15-19 yaş arası kız çocukları tarafından yapılmaktadır ve bu doğumların büyük çoğunluğu düşük ve orta gelirli ülkelerdedir (11).

Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) 2013 sonuçlarına göre adolesan dönemde olan kadınların %4.6'sı çocuk doğurmaya başlamıştır. Kırsal alanda yaşayanlarda, eğitim düzeyi düşük olanlarda, orta ve düşük refah düzeyine sahip olanlarda adolesan gebelik daha sık görülmektedir. Adolesan gebelik sıklığında 18 yaşından sonra ciddi bir artış olduğu görülmektedir. Çocuk doğurma davranışı 17 yaşından önce nadirken, 19 yaşındaki kadınların %16'sı anne olmuş ya da ilk çocuğuna gebe (20).

Adolesan gebeliklerde ve dolayısıyla 15-19 yaş anne ölüm hızında da dünyada 90'lı yıllardan bu yana ciddi bir düşüş olmuştur. Sürdürülebilir Kalkınma Hedefleri'nin sağlıkla ilgili en önemli maddelerinden biri 2030 yılına kadar aile planlaması, cinsel sağlık ve üreme sağlığı hizmetlerine evrensel erişimin sağlanması, bu konuda ulusal strateji ve programların hayata geçirilmesidir. Adolesan gebelik hızı, kadın, çocuk ve adolesan sağlığı için önemli bir göstergedir. Güvenli cinsel yaşam ve kontrasepsiyon konusunda bilgi ve hizmete erişimin artırılması adolesan gebelik hızını düşürmede etkili olabilir. Yasalarla 18 yaş altında evliliğin önlenmesi de yardımcı olabilir. Nitelikli doğum öncesi ve sonrası bakımın tüm gebelere sağlanması devletlerin görevidir. Kanunların izin verdiği durumlarda gebeliklerini sonlandırmayı seçen adolesanlar güvenli istemli düşüğe erişebilmelidir (11).

2.2.2. HIV ve diğer bulaşıcı hastalıklar

Dünyada HIV ile yaşayan 2 milyondan fazla adolesan bulunmaktadır. 2006 yılındaki yaşanan pikten sonra HIV ile ilişkili mortalitede %30 azalma yaşanmasına karşın, adolesan dönemdeki HIV mortalitesinde artış olduğu vurgulanmaktadır. Bu artış, HIV'li çocukların adolesan döneme kadar yaşamlarını sürdürebildikleri ancak sağlıklı kalmak ve bulaşı önlemek için gereksinim duydukları bakıma ve hizmete erişemedikleri şeklinde yorumlanabilir (11).

Sürdürülebilir Kalkınma Hedefleri'ne göre 2030 yılına kadar AIDS, tüberküloz, sıtma, hepatit ve diğer bulaşıcı hastalıkların yayılımının önlenmesi gerekmektedir. Pek çok ülkede yüksek HIV prevalansı göz önüne alındığında bunu gerçekleştirebilmek için adolesanlara yönelik ulusal önlemler planlanmalıdır. Gençlerin cinsel yolla bulaşan hastalıklardan korunma

konusunda yeterli bilgi düzeyine sahip olması ve hizmetlere erişiminin sağlanması gerekmektedir. Tanı ve tedavi konusunda yaşadıkları zorluklar ortadan kaldırılmalıdır (11).

Diğer bulaşıcı hastalıklar değerlendirildiğinde genişletilmiş bağışıklama programı sayesinde çocuk ve adolesanlarda kızamık ve diğer aşı ile önlenebilir hastalık mortalite ve morbiditesinde belirgin düşüş sağlanmıştır. Diyare, alt solunum yolu enfeksiyonları ve menenjit dünyada 10-19 yaş ölümlerinin hala en sık nedenleri arasındadır (11).

2.2.3. Malnutrisyon ve obezite

Gelişmekte olan ülkelerde pek çok çocuk beslenme yetersizliği ile adolesan döneme girerek hastalık ve erken ölümle karşı karşıya kalmaktadır. Diğer taraftan hem düşük hem de yüksek gelirli ülkelerde fazla kilolu ve obez adolesanların sayısı artmaktadır (11).

Büyüme- gelişme puberteyle de çok yakından ilişkilidir. Enerji azlığının büyümeyi yavaşlatmasına karşın enerji fazlalığı da büyümeyi hızlandırır. Şişman çocuk ya da adolesan daha uzun boylu ve beden kütlesi de daha fazladır. Bu çocuklarda erken puberte akranlarına göre daha sık görülür. Diğer taraftan puberte de büyümeyi artırır (14).

Türkiye Beslenme ve sağlık Araştırması 2010 sonuçlarına göre ülkemizde 6-18 yaş okul çağı çocukların %8.2'si obez, %14.3'ü hafif şişman, %14.9'u zayıf, %3.9'u çok zayıftır (21). Obezite tüm toplum gibi okul çocuklarında da önemli bir halk sağlığı sorundur. Tedavi etmek zordur, bu nedenle tüm hastalıklarda olduğu gibi koruma önem taşımaktadır. Obezitenin azaltılması için okul çocukları hedef kitle olmalıdır. Girişimler hem toplumsal hem de bireysel yaklaşımı içermelidir. Toplumsal yaklaşım en dezavantajlı grupları bile kapsayan, en maliyet etkili çevresel ve politika değişikliklerini içermelidir (22).

2.2.4. Beslenme ve fizik aktivite

Sağlıklı erişkinlik için adolesan dönemde beslenme ve egzersiz alışkanlığının edinilmesi oldukça önemlidir (11). Adolesan dönemde büyüme gelişmeyle orantılı olarak beslenme gereksinimi artar. Dolayısıyla hızlı büyüme ve gelişimin sağlanabilmesi için enerji ve besin gereksinimlerinin yeterli ve dengeli bir şekilde karşılanması gerekir. İskelet gelişimi artınca kalsiyum, fosfor, iyot, çinko, vitamin A ve D artar. Doku gelişimi nedeniyle nitrojen, folik asit, vitamin B, çinko ve demir gereksinimi artar. Artmış enerji gereksinimi nedeniyle karbonhidrat, protein ve yağlardan enerji sağlanması için yüksek düzeyde tiamin, riboflavin ve niasine gereksinim olur (14). Diyetle eksikliği en sık görülen element demir, daha sonra iyottur (14). Demir eksikliği anemisi önemli bir yaşam yılı kaybı ve yeti yitimi nedenidir. Özellikle barsak helmintlerinin yaygın olarak görüldüğü alanlarda bu durum çocuk ve adolesanlar için çok daha ciddi boyuttadır (11). İyot eksikliği önlenebilir beyin hasarının en sık nedenidir. Adolesanlarda guatr, hipotiroidi, somatik ve mental gelişme geriliğine neden olur (23).

Bu dönemde en yaygın görülen olumsuz beslenme alışkanlıklarından biri öğün atlamadır. Beslenme alışkanlıklarının değerlendirildiği çalışmalara göre çocukların en sık atladıkları öğün, günün en önemli öğünü olarak kabul edilen kahvaltıdır. Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması (TBSA) 2010 sonuçlarına göre sabah kahvaltısını atlama/tüketmeme

sıklığı 6-11 yaş grubunda %10.8, 12-14 yaş grubunda %15.9, 15-18 yaş grubunda %21.0'dır. Kahvaltı öğününü atlama kızlarda ve kentte yaşayanlarda daha sık görülmektedir. Ayrıca çocuk ve adolesanların yaş aldıkça kahvaltı öğününü atlama davranışı artmaktadır (21). Çocuklar yeterli ve dengeli beslenmek, besin çeşitliliğini artırmak için her öğünde farklı besin gruplarından tüketmelidir. Bu gruplardan süt ve ürünleri büyüyen çocuklar ve adolesanlar için kalsiyum ve proteinin önemli bir kaynağıdır. Özellikle meyve, sebze ve protein içeren besinler her gün tüketilmeli, besin değeri düşük ve enerji değeri yüksek yiyecek ve içeceklerin tüketimi sınırlandırılmalıdır. (24). Doymuş yağlar, trans yağ asitleri, serbest şeker ve tuz oranı yüksek gıdaların pazarlanmasının düzenlenmesi özellikle çocuk ve adolesanlar için oldukça önemlidir (11).

Çocuk ve adolesanların sağlıklı besinlere ve fizik aktivite olanaklarına erişiminin sağlanması gerekir. Ancak yapılan araştırmalar adolesanların 4'te 1'inden daha azının DSÖ'nün önerdiği günlük 1 saatlik orta fizik aktiviteyi yapabildiğini göstermektedir (11). Adolesanlarda fizik aktivite sağlıklı gelişimleri, öz yeterlilikleri ve yetişkinlikte daha sağlıklı olmaları için son derece önemlidir. Çocuk ve adolesanların haftada en az dört gün en az 30 dakikalık orta şiddette fizik aktivite yapması gerekmektedir. Fizik aktivite etkinliklerinin çocukların ilgi alanlarına göre seçilmesi ve çocukların bu etkinliklerden keyif alması etkinliğin başarılı olması açısından çok önemlidir (1). TBSA 2010'a göre 12-14 yaş adolesanların %56.2'sinin, 15-18 yaş adolesanların %57.8'inin hiç fizik aktivite yapmadığı görülmektedir. Fizik aktivite yapmama kızlarda ve kırdaki yaşayanlarda daha sıktır. Tüm yaş gruplarında yaş arttıkça fizik aktivite yapmama artmaktadır (21). Televizyon, video, DVD, VCD kullanımı gibi sedanter davranış süreleri incelendiğinde 12-14 yaş adolesanların %76.6'sının, 15-18 yaş adolesanların 71.9'unun hafta içi 2 saat ve üzeri zaman geçirdiği görülmektedir. Hafta sonu incelendiğinde bu oranlar sırasıyla %74.5 ve %67.5'tir. Sedanter davranışlar 12-14 yaş grubunda kızlarda daha sık, 15-18 yaş grubunda erkeklerde daha sık görülmektedir. Her yaş grubunda kentte yaşayanlarda kırdaki yaşayanlardan daha fazladır (21).

2.2.5. Akıl sağlığı

Ruhsal hastalıklar sık görülen, ciddi yeti yitimine neden olan hastalıklardır. Birçok bedensel hastalığın aksine genç yaşlarda ortaya çıkar. Çoğu kronik seyirlidir, hatta ömür boyu sürebilir (25). Türkiye Ruh Sağlığı Profili Çalışmasına göre çocuk ve ergenlerde klinik düzeyde sorunlu davranış oranı %11'dir (26).

Depresyon adolesanlarda hastalık ve yeti yitiminin üçüncü en sık nedenidir. İntihar geç adolesan dönemde üçüncü en sık ölüm nedenidir (11).

Şiddet, yoksulluk ve aşağılanma akıl sağlığı problemleri için risk oluşturmaktadır. Çocuk ve adolesanların yaşam becerilerinin geliştirilmesi, onlara okul ve diğer sosyal ortamlarında psikososyal destek sağlanması, aile ilişkilerinin güçlenmesi akıl sağlığı için olumlu sonuçlar doğurur. Sorun ortaya çıkarsa bunun belirlenmesi ve yönetilmesi sağlık profesyonelleri tarafından sağlanmalıdır (11).

2.2.6. Tütün ürünü kullanımı

Tütün kullanımı önlenabilir ölüm nedenleri arasında en başlarda gelir. Dünyada yılda 6 milyondan fazla ölüm tütün kullanımına bağlı gerçekleşirken, bu ölümlerin 600,000'i pasif etkilenebilir nedeniyle olmaktadır. Avrupa'da 30 yaş üstü ölümlerin %16'sı direk olarak tütün kullanımına bağlıdır. Günümüzde tütün kullanan erişkinlerin çoğu buna adolesan dönemde başlamıştır. Yetişkinlere kıyasla gençler daha az tütün kullanımı ve daha kısa süre içinde nikotin bağımlısı olabilirler (27). Adolesan dönemde nikotine maruz kalma beyin gelişiminde kalıcı hasarlara neden olabilir. Tütün kullanan gençler ayrıca astım ve diğer akciğer fonksiyon bozuklukları ile karşı karşıya kalırlar. Tüm bu etkiler gençlerin fizik aktivite kısıtlılığı gibi pek çok yeti yitimi büyümesine neden olur. Dünyada 13-15 yaş adolesanların 1/10'unundan fazlası tütün ve tütün ürünü kullanmaktadır. Yüksek gelirli ülkelerde adolesanlarda tütün ürünü kullanımı son yıllarda azalma eğilimindedir (11).

DSÖ'nün yaptığı Okul Çocuklarının Sağlık Davranışları Araştırmaları (Health Behaviour in School-aged Children-HBSC) gençlerde tütün kullanımının diğer riskli davranışlarla oldukça ilişkili olduğunu göstermiştir. Sağlıksız beslenme, alkol kullanımı, zorbalık davranışları, yaralanma, erken cinsel ilişki, düşük sağlık algısı ve yaşam memnuniyeti tütün kullanan gençlerde daha sıktır. Yine bu çalışmalar ebeveynlerin tütün kullanımı, aile desteğinin ve ilişkilerinin zayıf olması adolesanlarda tütün kullanımı için risk oluşturduğunu göstermiştir. Akran ilişkileri ise tütün ürünlerine erişim ve kullanımı destekleyen ortam sağlayarak tütün kullanımını arttırabilir (28).

Tütün kullanımının ekonomik pek çok sonuçları vardır. Hem sigara içenler hem de pasif etkilenenler için sigarayla ilişkili hastalıkların tedavisi için sağlık harcamalarında artış, iş gücü kaybı ve buna bağlı kazanç ve işyeri verimliliğinde azalma, erken ölüm ve sakatlıklara bağlı yaşam yılı kayıpları, çevresel kirlilik ve zararlara bağlı maliyetler olarak özetlenebilir (28).

Türkiye'de adolesanların tütün kullanımındaki değişim ulusal düzeyde ortaokul ve lise öğrencilerinde yapılan Türkiye Küresel Gençlik Tütün Araştırması (KGTA) ile düzenli olarak izlenmektedir. 2003, 2009, 2012 izlemleri yapılmış, 2017 izlemi için çalışmalar devam etmektedir. KGTA 2012 sonuçlarına göre 13-15 yaş adolesanlarda son 1 ay içinde sigara içme sıklığı %10.4 olarak bulunmuştur (29). Sağlık Bakanlığı, DSÖ Tütün Kontrol Çerçeve Sözleşmesini 2004 yılında imzaladıktan sonra ulusal düzeyde çeşitli yasal düzenlemeler yapmıştır. Ancak tüm bu çalışmalara karşın KGTA sonuçları adolesanlarda tütün kullanımı sıklığının yükselme eğiliminde olduğunu göstermektedir.

Adolesan dönem, tütün kullanımının uzun erimli zarar ve maliyetlerinin azaltılabilmesi için politika ve programlarla girişimlerin uygulanabileceği elverişli bir dönemdir (28). Tütünle mücadelede çocuk ve adolesanlara tütün ürünü satışının yasaklanması, yüksek vergiler ve fiyatlandırma, reklam yasakları ve dumansız alan uygulamaları kritik öneme sahiptir (11).

2.2.7. Alkol ve uyuşturucu madde kullanımı

Adolesanlarda alkol ve uyuşturucu madde kullanımı pek çok ülkede önemli bir sorundur. İzmir’de HBSC çalışma yöntemi kullanılarak 2015’te yapılan bir çalışmada son 1 ay içinde en az 1 kez alkol kullanma sıklığı %38.4 olarak bulunmuştur (30). İzmir’de üniversite öğrencilerinde yapılan bir çalışmada yasadışı madde deneyim sıklığı %13.4 olarak bulunmuştur (31). Bu oranların bulunandan daha da yüksek olduğu düşünülebilir. Bu alışkanlıklar diğer riskli davranışlara da zemin hazırlar. Alkol yaralanma, şiddet ve erken ölümlerin en önemli nedenidir. Ayrıca ilerleyen yaşlarda pek çok kronik hastalığa ve yaşam yılı kayıplarına neden olur. Bu maddelerle tanıştıktan sonra tedavi etmek çok daha zordur. Bu nedenle adolesan ve gençlerin alkol ve madde kullanımından korunması en önemli yaklaşımdır. Alkol ve uyuşturucu madde satın alma ve tüketme yaşı ile ilgili yasal düzenlemeler, endüstrinin gençleri hedef alan uygulamalarına yönelik ulusal düzenlemeler bu maddelerin zararlı etkilerinden korumak için geliştirilmesi gereken stratejilerin başında gelir. Hem arzı hem de talebi azaltmaya yönelik yapısal, toplumsal ve bireysel girişimler planlanmalıdır (11).

2.2.8. Şiddet

Geç adolesan dönemdeki erkeklerde şiddet önde gelen ölüm nedenlerindendir. Tüm dünyada 20 yaş altında 10 kızdan 1’i cinsel şiddete maruz kalmaktadır. Şiddet nedeniyle yaralanma ve ölümleri azaltmak için aile ilişkilerini yaşamın erken yıllarında güçlendirmek, yaşam becerilerini geliştirmek, alkol ve silahlara erişimi engellemek gerekmektedir (11).

Fiziksel kavga gençler arasında şiddet davranışının en fazla görülen şeklidir. Yaralanma ve risk alma davranışlarıyla ilişkilidir. Fiziksel kavgaya karışan gençlerin yaşam memnuniyeti düşük, psikolojik sorunları daha çok, akran ve aile ilişkileri daha zayıf olma olasılıkları daha sıktır (32).

Okul çocuklarında sık görülen şiddet davranışlarından biri de zorbalıktır. Zorbalığa maruz kalan çocuklar depresyon, anksiyete gibi psikiyatrik sorunlar, intihar girişimleri, sosyal olarak zayıflık, okul başarısızlığı, okul terki, zayıf okul katılımı, madde kullanımı ve diğer şiddet davranışlarına maruz kalma gibi çok çeşitli risklerle karşı karşıyadırlar. Bu etkilerin çoğu akuttur, ancak bir kısmı geç adolesan dönem hatta yetişkinliğe kadar sürebilir. Fiziksel kavga ve zorbalık sigara, alkol kullanımı, suça karışma gibi diğer riskli davranışlarla da ilişkilidir (32).

İnternet ve sosyal medya kullanımı gençlerin birbirleriyle iletişim şekillerinde değişikliklere neden olmuştur. Bu durumun pek çok yararı vardır. Ancak diğer taraftan siber zorbalık gibi olumsuzluklara neden olabilir (32).

2.2.9. Yaralanma

Yaralanmalar adolesanlarda önemli mortalite ve yeti yitimi nedenlerindendir. 2015 yılı verilerine göre 115.000’den fazla adolesan trafik kazaları sonucu ölmüştür. Boğulma adolesanlarda bir diğer önemli ölüm nedenidir. 2015’te dünyada 57.000 adolesan (2/3’ü erkek) boğulma nedeniyle ölmüştür (11).

2.3. Okul sağlığı hizmetleri

2.3.1. Adolesan sağlığı açısından okul sağlığı hizmetlerinin önemi

Adolesanlar günlerinin büyük bir kısmını okulda geçirmektedir. Okula erişim sağlayamayan çocukların eğitim haklarının sağlanması hükümetlerin sorumluluğundadır.

Okul döneminde çocukların sağlık risklerinin belirlenmesi ve uygun girişimlerin planlanması, olumlu sağlık davranışlarını geliştirmeleri açısından önemlidir. Yine bu dönemde çocuk sağlığı düzeyinin ve sağlık sorunlarının değerlendirilmesi yaklaşımı ile hizmet açıklarını kapatmanın mümkün ve sonuçları itibarı ile de çok yararlı olduğu çeşitli çalışmalarla ortaya konulmuştur (33).

Sağlıklı gençler daha etkin öğrenme ve okulda daha başarılı olma eğilimindedir. Okullarda sağlığın geliştirilmesi okulların sosyal ve eğitim hedeflerine ulaşmalarına yardımcı olur. Aynı zamanda okula devam eden gençlerin daha sağlıklı olma olasılıkları yüksektir. Okulla ilgili olumlu görüşleri olanların, okul ve yakınlarıyla iyi ilişkiler kuranların riskli davranışlara yönelme eğilimleri daha azdır (33).

2.3.2. Dünyada okul sağlığı hizmetleri

Okullar, 1950'lerden beri sağlığın geliştirilmesi ve sağlık eğitimi için uygun ortamlar olarak düşünülmüş ve kullanılmıştır (34). O dönemlerde programlar çocukları sağlık ve belirleyicileri konusunda eğitmeye odaklanmıştı. Ancak sağlıksız yaşam biçimlerine karşı beceri geliştirmenin önemli olduğu daha yakın bir geçmişte anlaşılmıştır. Artık okul sağlığı programları çocuklara bu becerileri edindirmeye yönelik olarak planlanmaktadır (35). Okul sağlığını geliştirme programları, genel olarak sağlığın geliştirilmesi politikalarından etkilenmiştir. 1978'deki Alma Ata Bildirgesi sağlığın geliştirilmesi için çok sektörlü ve halkın katılımını sağlayan sağlık programları geliştirilmesini ve sunulmasını vurgulamaktadır (36). Ottawa Bildirgesi sağlığın geliştirilmesi için çevrenin ve kişisel becerilerin geliştirilmesine dikkat çekmiştir (37). Bu şekilde doğru sağlık davranışları becerilerinin geliştirilmesi yaklaşımı 1990'larda DSÖ'nün okul sağlığı girişimlerine temel oluşturmuştur (35).

DSÖ'nün evrensel okul sağlığı girişimleri "Sağlığı geliştiren okullar" başlığı altında 1995 yılında başlamıştır. Yerel, ulusal, bölgesel ve evrensel düzeylerde sağlığı geliştirme ve eğitimi güçlendirme amaçlanmıştır. Öğrencileri, okul çalışanlarını, aileleri ve okulla ilişkili toplumun diğer kesimlerini kapsayacak bir yaklaşım planlanmıştır (38). Sağlığı geliştiren okullar, öğrenme, yaşama ve çalışma için sağlıklı bir ortam olarak işlevini yerine getirme kapasitesini sürekli olarak güçlendiren okullardır. Okul toplumunun tüm üyelerini; öğrenci, çalışan ve ebeveynleri kapsar. Sağlığı geliştiren okullar tanımı DSÖ'nün okul odaklı tüm girişimlerini tamamlar niteliktedir. Okul sağlığı bir okulun yöneticisi ya da birkaç personelinin motivasyonuna bırakılamayacak kadar önemlidir. Bu nedenle de okul sağlığını geliştirme çalışmalarının politika, uygulama ve yapısal olarak belirli standartlarda olması gerekmektedir (39). Tüm bu özelliklerinden dolayı DSÖ'nün sağlığı geliştiren okullar girişiminin 6 ayağı bulunmaktadır (35):

1. Okul sağlığı politikaları
2. Okulun fiziksel ortamı
3. Okulun sosyal ortamı
4. Okul-toplum ilişkileri
5. Kişisel sağlık becerilerinin geliştirilmesi
6. Okul sağlığı hizmetleri

Sağlığı geliştiren okulların şu avantajları vardır:

- Sağlığın fiziksel, mental, sosyal ve çevresel yönleri ile bütüncül bir model ortaya koyar.
- Öğrencilerin sağlığını ve iyilik hallerini geliştirecek sağlık tutum ve davranışlarını olumlu etkiler.
- Çocukların sağlığına katkıda bulunmak için çevresel etmenlere (binalar, sanitasyon, temiz su, güvenli ve besleyici besinler, oyun alanları gibi) önem verir.
- Öğrencilerin duygusal iyilik hali, sorumluluk, başarı ve benlik değerlerini destekleyen olumlu bir öğrenme ortamı sağlamak için okulun sosyal etmenlerine önem verir.
- Okul çocuklarını etkileyen belirli sağlık sorunlarına (barsak helmintleri ve diğer bulaşıcı hastalıklar, görme-işitme sorunları, yetersiz beslenme, psikososyal stres gibi) yönelik bölgesel ve yerel sağlık hizmetlerini kullanır.
- Yaşam boyu sağlıkla ilgili bilgi beceri ve davranışları geliştirmek için uygulanan müfredatlara öğrencilerin aktif katılımını sağlar.
- Toplumda kadınların, kız çocuklarının ve özel gereksinimleri olan çocukların sağlık düzeyini yükselterek eğitim ve sağlıkta eşitliği arttırmayı hedefler.
- Okul çalışanları için olumlu bir çalışma ortamı sağlar.
- Öğrenciler, aileleri ve topluma yarar sağlayan sağlık girişimleri için okul, toplum ve sağlık sektörüne işbirliği olanağı verir.
- Çocukların sağlıkla ilgili bilgi, beceri ve davranışlarını geliştirmek için ailelerin de katılımını sağlar (39).

Sağlığı Geliştiren Okullar programının yürütüldüğü ülkelerde programın değerlendirilmesi, eksikliklerin ve yapılması gerekenlerin belirlenmesi amacıyla pek çok araştırma yapılmaktadır. Fathi B. ve arkadaşlarının İran'da yaptıkları nitel bir araştırmada program okul sağlığı uzmanları, beden eğitimi uzmanları ve okul yöneticilerinden oluşan bir grup tarafından 5 başlıkta incelenmiştir. Bu başlıklar sektörler arası işbirliği, politika ve uygulamaları belirleme, altyapı ve kapasite, insan kaynakları ve toplum katılımıdır. Araştırmaya katılanlar sektörler arası işbirliği konusunda, eğitim ve sağlık bakanlıkları, tıp eğitimi alanlarında koordinasyon ve işbirliği sorunları olduğunu belirtmektedir. Politika ve uygulamalar konusunda katılımcılar memnun olmakla birlikte çoğu, kültürel yapıya uyumsuzluklar ve mevzuatı uygulamaya dönüştürmede zorluklar yaşandığını söylemektedir. Altyapı ve kapasite konusunda çoğu okulda yetersizlikler olduğu vurgulanmaktadır. İnsan gücü olarak hem bakanlıklarda hem de tıp eğitimi alanında eksiklikler olduğu belirtilmektedir. Örneğin okul sağlığı danışmanı ya da psikolog gibi gereksinimler çoğu okulda

karşılanamamaktadır. Mevcut iş yükü nedeniyle programa katkı yeterince sağlanamamaktadır. Toplum katılımında yetersizlik pek çok katılımcı tarafından temel bir eksiklik olarak vurgulanmaktadır. Özellikle ebeveynler arasında bu gibi işbirliği kültürünün pek yaygın olmaması, yerel yöneticilerin ve diğer paydaşların bu konuya gerekli ilgi ve önemi vermemesi bu eksikliğe neden olmaktadır (40).

Stewart-Brown S. tarafından yapılan, sağlığı geliştirme konusunda okul tabanlı programları değerlendiren 15 sistematik derlemenin incelendiği bir sistematik derlemede bazı konuların iyileştirilmesinde bu yaklaşımların daha etkili kanıtlar ürettiği, buna karşın bazı konularda yeterli kanıt üretilmediği bulunmuştur. Özellikle okul temelli akıl sağlığını geliştirme programlarının tüm okulun katılımı, okul psikososyal ortamının değiştirilmesi, kişisel becerilerin geliştirilmesi, ebeveyn ve toplum katılımının sağlanması ve uzun süre uygulanması koşullarının sağlanması durumunda etkili olduğu gösterilmiştir. Özellikle çatışma sorununun çözümü, şiddet ve yaralanmaları azaltmada iyi sonuçlar alınmıştır. Madde ve ilaç kullanımı ile cinsel sağlık konularında bu programların çoğu etkili olmamıştır. Sağlıklı beslenme ve fiziksel aktivite girişimleri de özellikle okul çevre sağlığı ve ebeveyn katılımı sonucunda oldukça etkili olmaktadır (35).

Günümüzde Sağlığı Geliştiren Okullar yaklaşımı önemini korumaktadır. Avrupa Sağlığı Geliştiren Okullar Ağı ile 47 ülkeye ait düzenli okul sağlığı sürveyansı yapılmaktadır. Okul Çağı Çocukların Sağlık Davranışları (HBSC) çalışması bu ağda yer alan ülkelerde 4 yılda bir düzenli olarak yapılmaktadır. Türkiye ağa üyedir ve 2006 sürveyansına ait verisi bulunmaktadır (41).

2.3.3. Türkiye’de okul sağlığı hizmetleri

Ülkemizde okul sağlığı çalışmaları 1930 yılında çıkarılan 1593 sayılı Umumi Hıfzıssıhha Kanunu ile başlamıştır. Bu kanunla okul bina ve sağlık şartlarını denetlemek, salgın hastalıklardan koruma Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı sorumluluğuna verilmiştir. Bu kanuna göre her okul çocuğunun sağlık kaydı okul hekimince tutulacak ve belirli aralıklarla beden, ruh, görme ve işitme taramaları yapılacaktır (42). 1961 yılında çıkarılan 224 sayılı “Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi” kanununa dayanılarak çıkarılan sağlık hizmetlerinin yürütülmesi hakkında yönergeye göre okul sağlığı hizmetlerinden sağlık ocağı hekimi sorumludur. Bu hizmetler okul çocuklarında hastalıkların erken tanı ve tedavisi olarak belirtilmiştir (43). 2004 yılındaki pilot uygulama ile başlayan Aile Hekimliği sistemi ile sağlık hizmeti sunumunda önemli değişiklikler olmuştur (44). Aile Hekimliği Kanunu’na göre okul çocuklarının genel sağlık durumlarından, hastalıklarının tanı ve tedavi sorumluluğu aile hekimlerine, koruyucu sağlık hizmetleri TSM’lere verilmiştir (45). TSM performans kriterlerinde aşılama ve su numunesi alma yer almaktadır. Bunun yanında 2004 yılında Gıdaların Üretimi, Tüketimi ve Denetlenmesine Dair Kanun Hükmünde Kararname’de yapılan değişiklik sonucu okul kantinlerinin gıda denetimleri Gıda Tarım ve Hayvancılık Bakanlığı tarafından yapılmaktadır (46).

Okul sağlığı çalışmaları kapsamında, Sağlık Bakanlığı ile Milli Eğitim Bakanlığı işbirliğinde yürütülmekte olan pek çok program ve proje bulunmaktadır. Bu hizmetler 25.09.2006 tarihinde iki bakanlık arasında imzalanan Okul Sağlığı Hizmetleri İşbirliği

Protokolü ile yürütülmüştür. Ancak 2011 yılında her iki bakanlıkta da teşkilat yapısında çeşitli değişiklikler olmuştur. Yeni teşkilat yapılanması ile birlikte protokolde yenileme gereksinimi ortaya çıkmıştır. Bu kapsamda 17.05.2016 tarihinde Milli Eğitim Bakanlığı ve Sağlık Bakanlığı arasında yeni " Okul Sağlığı Hizmetleri İşbirliği Protokolü" imzalanmış ve ardından mevcut okul sağlığı yaklaşımının daha geniş kapsamlı ve bütüncül olması için "Okulda Sağlığın Korunması ve Geliştirilmesi Programı" hazırlanmıştır (47). Programa göre Milli Eğitim Bakanlığı'nın koordinatör ve destek görevi bulunmaktadır. Sağlık Bakanlığı'nın görevleri şu şekilde özetlenebilir (47):

1. Aile hekimleri tarafından öğrencilerin okula kayıt muayeneleri ve periyodik muayenelerini yapmak
2. TSM'ler tarafından izleme ve değerlendirme çalışmalarının kayıtlarını tutmak ve değerlendirmek
3. Yürütülen tüm program ve projeler çerçevesinde öğrenci ve çalışanlara taramalar yapmak, bağışıklama hizmeti vermek, farkındalık çalışmaları yürütmek, saptanan sağlık sorunlarına ilişkin gerekli yönlendirmeleri yapmak
4. Salgın ve acil durumlarda sağlık hizmetini sunmak
5. Okul çevre sağlığı değerlendirmesi yapmak, geliştirmek
6. Okullarda sağlığın korunması ve geliştirilmesine yönelik ulusal ve uluslararası araştırmalar yapmak
7. Sağlık çalışanlarına, öğretmen ve diğer çalışanlara sağlığın korunması ve geliştirilmesi ile ilgili eğitimleri vermek
8. MEB ile işbirliği yapmak

Söz konusu program kapsamında, öğrencilerin yıllık periyodik muayene/izlemleri kayıtlı oldukları aile hekimleri tarafından yapılacaktır. Bu izlemlerin sonuçları ile ilgili okullara geri bildirim yapılması gerekmektedir. İzlem ve kayıtlarla ilgili MEB çeşitli formlar yayınlamaktadır.

Yürütülen protokolleri MEB adına Mesleki ve Teknik Eğitim Genel Müdürlüğü, Sağlık Bakanlığı adına Türkiye Halk Sağlığı Kurumu uygulamaktadır. Bu protokollerden Beyaz Bayrak Protokolü daha çok okul çevre sağlığı koşullarının geliştirilmesi amacıyla yapılmıştır. Beyaz Bayrak almak için başvuran okullar okul çevresi, bina içi, koridorlar, sınıflar, idari birimler, spor salonları, atölye ve laboratuvarlar, tuvaletler, içme suyu, kantin ve yemekhane, ilk yardım olanakları bakımından değerlendirilerek puanlanmaktadır. Uygun görülen okullara Beyaz Bayrak sertifikası verilmektedir (48). Beslenme Dostu Okul Protokolü Türkiye Beslenme ve Hareketli Hayat Programı kapsamında, okullarda sağlıklı beslenme ve hareketli yaşam konularında duyarlılığın artırılması, bu konuda yapılan iyi uygulamaların desteklenmesi ve okul sağlığının daha iyi düzeye çıkarılması amacıyla yürütülmektedir. Beslenme Dostu Okul sertifikası almak isteyen okullar bu konuda yapılan ve planladıkları eğitim ve diğer çalışmaları raporlayarak başvuru yapmaktadır. Beslenme Dostu Okul olabilmek için ön koşul Beyaz Bayrak'a sahip olmaktır (49). MEB ile SB işbirliği ile yürütülen tüm program ve projeler Tablo 4'te özetlenmiştir.

Tablo 4. Okul sağığı kapsamında yürütölen programlar/projeler (50)

Program/Proje Adı	Program/Proje Sorumlusu
Ağız Ve Diş Sağığı Eğitimi Ve Koruyucu Ağız Diş Sağığı Çalışmaları	THSK, Toplum Sağığı Hizmetleri Daire Başkanlığı MEB, Mesleki Ve Teknik Eğitim Genel Müdürlüğü
Beslenme Dostu Okul Programı	THSK, Obezite Diyabet Metabolik Hastalıklar Daire Başkanlığı MEB, Mesleki Ve Teknik Eğitim Genel Müdürlüğü
Beyaz Bayrak Projesi	THSK, Çevre Sağığı Daire Başkanlığı MEB, Mesleki Ve Teknik Eğitim Genel Müdürlüğü
Büyüme Ve Gelişmenin İzlenmesi Programı	THSK, Çocuk Ve Ergen Sağığı Daire Başkanlığı MEB, Mesleki Ve Teknik Eğitim Genel Müdürlüğü
Fiziksel Aktivite Uygunluk Karnesi	THSK, Obezite Diyabet Metabolik Hastalıklar Daire Başkanlığı MEB, Mesleki Ve Teknik Eğitim Genel Müdürlüğü
Okul Çağı Çocuklarının Aşılınmaları	THSK, Aşı İle Önlenebilir Hastalıklar Daire Başkanlığı MEB, Mesleki Ve Teknik Eğitim Genel Müdürlüğü
Okul Çağı Çocuklarında İşitme Tarama Programı	THSK, Çocuk Ve Ergen Sağığı Daire Başkanlığı MEB, Mesleki Ve Teknik Eğitim Genel Müdürlüğü
Okulda Sağığın Korunması Ve Geliştirilmesi Programı	THSK, Çocuk Ve Ergen Sağığı Daire Başkanlığı MEB, Mesleki Ve Teknik Eğitim Genel Müdürlüğü
Okullarda Diyabet Eğitimi Programı	THSK, Obezite Diyabet Metabolik Hastalıklar Daire Başkanlığı MEB, Mesleki Ve Teknik Eğitim Genel Müdürlüğü
Okul Sütü Programı	THSK, Obezite Diyabet Metabolik Hastalıklar Daire Başkanlığı MEB, Temel Eğitim Genel Müdürlüğü
Okullarda Şiddetin Önlenmesine Yönelik Çalışmalar	MEB, Özel Eğitim Ve Rehberlik Hizmetleri Genel Müdürlüğü
Türkiye Bağımlılıkla Mücadele Eğitim Programı	Yeşilay MEB, Hayat Boyu Öğrenme Genel Müdürlüğü

3. YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Araştırma kesitsel tipte bir araştırmadır.

3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma İzmir İli Güzelbahçe İlçesinde İMKB Mesleki ve Teknik Anadolu Lisesi'nde Şubat 2016- Kasım 2017 tarihleri arasında yapılmıştır.

3.3. Araştırmanın Evreni, Örneği ve Örnek Seçim Yöntemi

Araştırmanın evreni Güzelbahçe İMKB Mesleki ve Teknik Anadolu Lisesi'nde 2016-2017 eğitim yılında, dokuzuncu ve onuncu sınıfta kayıtlı toplam 251 öğrencidir.

Örnek büyüklüğü hesaplanmamıştır. Araştırmanın yapılacağı okul, Güzelbahçe TSM bölgesinde bulunmaktadır. Güzelbahçe İMKB Mesleki ve Teknik Anadolu Lisesi, DEÜ Halk Sağlığı Anabilim Dalı ve Güzelbahçe TSM işbirliği ile yürütülen Toplum Yönelimli Sağlık Hizmetleri Yönetimi(TOYS) çalışması kapsamında pilot okul olarak belirlenmiştir.

Araştırmada, Kasım 2016'da okula devam eden 9. ve 10. sınıfların tamamı araştırma grubu olarak alınmıştır. Çalışma grubunda 9'uncu sınıftaki 148, 10'uncu sınıftaki 103 öğrenci olmak üzere toplam 251 öğrenci bulunmaktadır. Son sınıf öğrencileri ve on birinci sınıflar okul dışındaki atölyelerde eğitim gördüğünden ya da stajlar nedeniyle okul dışında olduğundan, öğrencilere ulaşım anket ve ölçümleri yapmanın zor olacağı düşünüldüğü değerlendirilerek dışı bırakılmışlardır.

3.4. HBSC Çalışması Veri Formu

Ölçüm aracı olarak Dünya Sağlık Örgütü'nün Health Behaviour in School-aged Children araştırmasında kullanılan anket formunun (HBSCQ) 2013-2014 versiyonu kullanılmıştır. Anket araştırmacıların gözetimi altında ve gerekli açıklamalar yapıldıktan sonra öğrenciler tarafından yapılmıştır.

HBSC çalışması 4 genel kavramsal yaklaşımı içerir:

1. Psikososyal yaklaşım: Sağlık davranışlarını açıklamada kullanılan kişisel baş etme becerileri, benlik saygısı, algılanan sosyal destek ve algılanan sosyal zorluk gibi

psikososyal etmenleri içerir.

2. Halk sağlığı-epidemioloji yaklaşımı: İzlem, riskli grupların belirlenmesi, eğilimler ve risk etmenlerinin belirlenmesi gibi epidemiyolojik yaklaşımları içerir.
3. Sosyoekolojik yaklaşım: Birey ve çevre arasındaki etkileşimi, sosyal özelliklerle riskleri açıklamayı, teoriye dayalı ve teori geliştiren araştırmalar yürütmeyi, sosyal yapılar ve sistemleri içeren çok değişkenli analizlerle bağımlı değişkenleri açıklamaya çalışır.
4. Gelişimsel (biyolojik) yaklaşım: Büyüme gelişme, puberte, sağlık ve iyilik durumu, sağlıklı ve riskli davranışlar gibi biyolojik değişkenleri içerir.

HBSC anketinde 14 alt başlıkta 74 soru bulunmaktadır (51). Alt başlıklar Tablo 5'te sunulmuştur.

Tablo 5. HBSC anketinin alt başlıkları

Demografik özellikler	Şiddet ve yaralanma
Beslenme alışkanlıkları	Aile ilişkileri
Kilo kontrolü ve beden algısı	Akran ilişkileri
Fizik aktivite	Sağlık-iyilik durumu
Sedanter davranışlar	Okul yaşantısı
Riski davranışlar	Sosyal eşitsizlikler
Cinsel sağlık	Puberte

*Bu alt başlıklardan cinsel sağlık, puberte, alkol ve madde kullanımı ile ilgili bölümler İzmir İl Milli Eğitim Müdürlüğü tarafından uygun görülmediği için veri toplama formundan çıkarılmıştır.

HBSC anketinde bazı değişkenler bağımlı ve bağımsız değişkenler olarak belirlenmiş, bazıları da yalnızca tanımlayıcı olarak sunulmuştur.

3.5. Araştırmanın Değişkenleri

3.5.1. Bağımlı Değişkenler

- Kahvaltı etme
- Orta-ağır fizik aktivite
- Tütün ürünü kullanımı
- Fiziksel kavga
- Akran zorbalığına maruz kalma
- Akran zorbalığı yapma

3.5.2. Bağımsız Değişkenler

- Sosyodemografik değişkenler
 - Cinsiyet
 - Ebeveyn öğrenim durumu
 - Ebeveyn çalışma durumu
 - Kardeş sayısı
 - Ailedeki kişi sayısı
 - Yaşanılan yer
 - Göç
 - Gelir durumu
 - Gelir algısı
 - Aile varıllık skoru (AVS)
- Okul yaşantısı ile ilgili değişkenler
 - Okulla ilgili görüşler
 - Derslerin oluşturduğu baskı
 - Okul başarısı hakkındaki görüşü
- Öznel sağlık indeksi
- Sosyal destekle ilgili değişkenler
 - Akran desteği
 - Aile desteği
 - Aile ile iletişim

3.5.3. Tanımlayıcı değişkenler

- Yaş
- Sınıf
- Aile tipi
- Beslenme alışkanlıkları ile ilgili tanımlayıcı değişkenler

- Ailecek düzenli akşam yemeği yeme
- Ailecek düzenli kahvaltı etme
- Besin gruplarını düzenli ve dengeli tüketme
- Sağlıksız atıştırmalıklardan her gün tüketme
- Kilo kontrolü ve beden algısı ile ilgili tanımlayıcı değişkenler
 - Diyet yapma
 - Beden algısı
 - Beden kütle indeksi
- Diş fırçalama sıklığı
- Sedanter davranışlar
- Sağlık-iyilik durumu ile ilgili tanımlayıcı değişkenler
 - Sağlık algısı
 - Yaşam memnuniyeti
 - Kronik hastalık varlığı
 - İlaç kullanımı
- Yaralanma
- Aile ilişkileri ile ilgili tanımlayıcı değişkenler
 - Anne ile konuşma
 - Baba ile konuşma
- Akran ilişkileri ile ilgili tanımlayıcı bulgular
 - Telefon vb ile görüşme
 - Mesajlaşma
 - Sosyal medya kullanımı
- Sınıf arkadaşlarıyla ilişkiler
- Öğretmenlerle ilişkiler

3.5.4. Değişkenlerin Tanım ve ölçütleri (51)

Sosyodemografik değişkenler

Yaş: Öğrencinin yaşı yıl cinsinden sorulmuştur.

Cinsiyet: Erkek ve kadın şeklinde sorulmuştur.

Sınıf: Veri toplama formu üzerinde dokuz ve on şeklinde işaretlenmiştir.

Ebeveyn eğitim durumu: Anne ve baba için ayrı olarak mezun olunan okula göre belirlenmiştir. Okuryazar değil, okuryazar, ilkokul, ortaokul, lise, üniversite ve üzeri şeklinde sorgulanmıştır. Analitik değerlendirmede ortaokul ve altı/lise ve üzeri şeklinde kategorize edilmiştir.

Ebeveyn çalışma durumu: Düzenli gelir getiren bir işte çalışma şeklinde sorulmuştur. Anne için çalışmıyor, ev kadını /emekli, çalışmıyor / emekli, çalışıyor /emekli değil, çalışıyor olarak sorgulanmıştır. Baba için çalışmıyor, işsiz/ emekli, çalışmıyor/emekli, çalışıyor/ emekli değil, çalışıyor olarak sorgulanmıştır. Analitik değerlendirmede çalışıyor/çalışmıyor şeklinde kategorize edilmiştir.

Kardeş sayısı: Kendisi hariç olmak üzere kendinden büyük ya da küçük sahip olduğu kardeş sayısı şeklinde sorulmuştur. Ortanca değer ve altı/ortanca değerın üstü şeklinde kategorize edilmiştir.

Ailede yaşayan kişi sayısı: Sürekli ya da büyük ölçüde birlikte yaşadığı ailesindeki yetişkinler anne, baba, üvey anne, üvey baba, büyükanne, büyükbaba ve diğer şeklinde sorulmuştur. Bu değişkendeki kişi sayısı ve kardeş sayısı değişkeni toplanarak ailede yaşayan kişi sayısı hesaplanmıştır. Analizlerde ortanca değer ve altı/ortanca değerın üstü şeklinde kategorize edilmiştir.

Aile yapısı: Sürekli ya da büyük ölçüde birlikte yaşanan ailedeki yetişkinlerin kimlerden oluştuğu sorulmuştur. Büyükanne ve/veya büyükbaba, dayı, hala, amca, teyze gibi yakın akrabalar bir arada olan aileler geniş aile, diğerleri çekirdek aile olarak tanımlanmıştır.

Yaşanılan yer: Şu anda yaşanan yer il, ilçe, köy adı olarak veri toplama formuna kaydedilmiştir. Nüfusu 20 binin üzerinde olan yerleşim yerleri kent, 20 binin altındakiler kır olarak kabul edilmiştir.

Göç: Son 5 yıl içinde yaşadığı yerleşim yerini değiştirip değiştirmediği sorgulanmıştır. Değiştirenler göç gelmiş olarak tanımlanmıştır.

Gelir durumu:

- Gelir algısı: Ailenin tüm gelirlerini göz önüne aldığında nasıl değerlendirdiği sorgulanmıştır. Yanıtlar çok kötü, kötü/orta, iyi ve çok iyi şeklinde kategorize edilmiştir.
- Aile refah skoru (ARS): Refahla ilgili aşağıdaki sorulardan yararlanılarak

hesaplanmıştır.

- Evde kendine ait oda varlığı: Varsa 1, yoksa 0 puan
- Aileye ait bir araç (otomobil, minibüs, kamyon gibi) varlığı: Varsa 1, yoksa 0 puan
- Evde bilgisayar(laptop, tablet dahil) varlığı: Varsa 1, yoksa 0 puan
- Evde bulaşık makinesi varlığı: Varsa 1, yoksa 0 puan
- Son 1 yıl içinde kaç kez tatile çıktıysa o kadar puan almıştır.

Tüm sorulardan alınan puanlar toplanarak bir skor hesaplanmıştır. Her katılımcı 0-7 arasında puan almıştır. 0-3 puan alanların aile varsıllık skoru düşük, 4-5 puan alanlar orta, 6-7 puan alanlar yüksek olarak tanımlanmıştır.

Beslenme alışkanlıkları

Düzenli kahvaltı etme

Meyve suyu ve süttten daha fazlası ile kahvaltı ettiği gün sayıları hafta içi ve hafta sonu için ayrı ayrı sorularak ölçülmüştür. Her gün kahvaltı ediyorsa düzenli kahvaltı ediyor olarak tanımlanmıştır.

Ailecek düzenli akşam yemeği yeme

Ailecek ne sıklıkla akşam yemeği yendiği sorulmuştur. Yanıtlar hiç, haftada birden az, haftada 1-2 gün, haftada 3-4 gün, haftada 5-6 gün, her gün şeklinde alınmıştır. Her gün yanıtını verenler ailecek düzenli akşam yemeği yiyor olarak tanımlanmıştır.

Ailecek düzenli kahvaltı etme

Ailecek ne sıklıkla kahvaltı edildiği sorulmuştur. Yanıtlar hiç, haftada birden az, haftada 1-2 gün, haftada 3-4 gün, haftada 5-6 gün, her gün şeklinde alınmıştır. Her gün yanıtını verenler ailecek düzenli kahvaltı ediyor olarak tanımlanmıştır.

Besin gruplarını düzenli ve dengeli tüketme

Meyve, sebze (yemek ya da salata şeklinde), süt-peynir-yoğurt gibi süt ürünleri, et-tavuk-balık olarak besin gruplarının ayrı ayrı ne sıklıkla tüketildiği sorulmuştur. Yanıtlar hiç, haftada birden az, haftada 1kez, haftada 2-4 kez, haftada 5-6 kez ve her gün en az 1 kez şeklinde alınmıştır. Her gün en az 1 kez yanıtını verenler besin gruplarını düzenli ve dengeli tüketiyor olarak tanımlanmıştır.

Sağlıksız atıştırmalıklardan her gün tüketme

Şekerleme-çikolata-cips gibi zararlı atıştırmalıkların, kola-gazoz-portakallı kola gibi şekerli içeceklerin ayrı ayrı ne sıklıkla tüketildiği sorulmuştur. Yanıtlar hiç, haftada birden az, haftada 1kez, haftada 2-4 kez, haftada 5-6 kez ve her gün en az 1 kez şeklinde alınmıştır. Her gün en az 1 kez yanıtını verenler sağlıksız atıştırmalıklardan her gün tüketiyor olarak tanımlanmıştır.

Kilo kontrolü ve beden algısı

Diyet yapma

Şu anda kilo vermek amacıyla diyet yapıp yapmadığı sorulmuştur. Yanıtlar hayır, kilom iyi; hayır, ama biraz kilo vermeliyim; hayır çünkü kilo almaya çalışıyorum; evet şeklinde alınmıştır. Evet diyenler diyet yapıyor, diğerleri diyet yapmıyor olarak değerlendirilmiştir.

Beden algısı

Bedeniyle ilgili önermelerden hangisinin kendisi için en uygun olduğu sorulmuştur. Yanıtlar çok zayıf, biraz zayıf, tam ideal ölçüde, biraz kilolu, çok kilolu şeklinde alınmıştır. Çok zayıf-biraz zayıf/ tam ideal ölçüde/ biraz kilolu-çok kilolu şeklinde kategorize edilmiştir.

Beden kütle indeksi (BKİ)

Kilo(kg)/boy²(m²) formülü ile hesaplanmıştır. DSÖ tarafından yayınlanan 5-19 yaş için büyüme referans değerlerine göre -3SD'nin altındaki değerler şiddetli zayıf, -3SD ile -2SD arası değerler zayıf, -2SD ile +1SD arası değerler normal, +1SD ile +2SD arası değerler fazla kilolu, +2SD üzeri değerler obez olarak sınıflandırılmıştır.

Ağız-diş sağlığı

Diş fırçalama sıklığı

Dişlerini ne sıklıkla fırçaladığı sorulmuştur. Yanıtlar günde en az 2 kez, günde 1 kez, haftada birkaç kez fakat düzenli değil, haftada 1'den daha az, hiç şeklinde alınmıştır. Günde 1 kez ve daha sık yanıtını verenler düzenli olarak diş fırçalayanlar olarak belirlenmiştir.

Fizik aktivite

Yeterli orta-ağır fizik aktivite

Son 1 hafta göz önüne alındığında 1 saatten fazla süren, okul saatinde ya da okul dışında, okula yürüyerek gelmek, futbol, basketbol oynamak, dans etmek, folklor oynamak, bisiklete binmek gibi orta-ağır fiziksel aktiviteleri kaç gün yaptığı sorulmuştur. Yanıtlar gün sayısı olarak sürekli değişken şeklinde alınmıştır. Her gün en az 1 saat fizik aktivite yapanlar yeterli orta-ağır fizik aktivite yapanlar olarak tanımlanmıştır.

Ağır egzersiz

Okul saatleri dışında, haftada kaç saat nefes nefese kalacak ve ter atacak kadar egzersiz yaptığı şeklinde sorulmuştur. Yanıtlar hiç, yarım saat kadar, 1 saat kadar, 2-3 saat kadar, 4-6 saat kadar, en az 7 saat kadar şeklinde alınmıştır.

Sedanter davranışlar

Üç farklı grup davranışın hafta içi ve hafta sonu olarak ayrı ayrı günde kaç saat yapıldığı sorularak ölçülmüştür. Bu 3 farklı grup davranış şu şekilde belirlenmiştir:

1. Televizyon, video (youtube gibi) ya da DVD seyretmek
2. Bilgisayar oyunu, oyun konsolu ya da cep telefonundan oyun oynamak
3. Bilgisayar, tablet ya da cep telefonu kullanarak ödev yapma, mailleşme, facebook, twitter, instagram gibi sosyal medya araçlarını kullanmak

Üç sorudan herhangi birine 2 saatten fazla yanıtını vermek sedanter davranış olarak tanımlandı.

Tütün ürünü kullanımı

Tütün ve tütün ürünü kullanım sıklığı

Sigara, nargile gibi tütün ürünlerini kullanıp kullanmadığı, kullanıyorsa ne sıklıkla kullandığı sorulmuştur. Yanıtlar “hiç kullanmıyorum, haftada birden daha nadir, haftada en az bir ancak her gün değil, her gün” şeklinde alınmıştır. Her gün yanıtını verenler günlük olarak tütün ürünü kulanlar olarak tanımlanmıştır.

Sigara içilen gün sayısı

Yaşam boyunca ve son 30 günde olmak üzere sigara içilen gün sayısı sorulmuştur. Yanıtlar yaşam boyu ve son 30 gün için ayrı ayrı olmak üzere 1-2 gün, 3-5 gün, 6-9 gün, 10-19 gün, 20-29 gün ve 30 gün ve üzeri şeklinde alınmıştır.

Tütün ve tütün ürünlerini ilk deneme yaşı

Sigara ve nargile gibi tütün ürünlerini ilk deneme yaşı olarak sorulmuştur.

Sağlık-iyilik durumu

Sağlık algısı

Kendi sağlığını nasıl bulduğu sorulmuştur. Yanıtlar çok iyi, iyi, orta, kötü şeklinde alınmıştır.

Somatik yakınmalar

Baş ağrısı, mide ağrısı, sırt ağrısı, üzgün-çökkün hissetme, sinirli hissetme-hırçınlık, uykuya dalmada güçlük ve baş dönmesi olmak üzere 7 yakınma için ayrı ayrı olarak, son 6 ay içinde ne sıklıkta yaşadığı şeklinde sorulmuştur. Yanıtlar her gün, haftada 1'den çok, haftada 1, ayda 1, nadiren ya da hiç şeklinde alınmıştır. Yanıtlar 1'den 5'e kadar puanlanmış ve toplam puan öznel sağlık indeksi olarak hesaplanmıştır. İndeks puanı olarak her katılımcı en az 7 en çok 35 puan alabilmektedir. Yüksek puanlar iyi sağlık durumunu, düşük puanlar kötü sağlık durumunu göstermektedir.

Yaşam memnuniyeti

Şu anki yaşamlarını değerlendirdiklerinde 0-10 arası bir puan vererek belirtmeleri istenmiştir.

Kronik hastalık varlığı

Doğuştan gelen ya da sonradan başlayan, iyileşmeyen, devamlı bir hastalığı olup olmadığı şeklinde sorulmuştur. Yanıtlar var/yok şeklinde alınmıştır.

İlaç kullanımı

Sürekli ve düzenli olarak kullandığı ilaç olup olmadığı şeklinde sorulmuştur.

Fiziksel kavga

Son 12 ay içinde fiziksel bir kavgaya karışma sayısı sorularak ölçülmüştür. Yanıtlar hiç, bir kez, iki kez, 3 kez, 4 kez ve daha çok şeklinde alınmıştır. En az 1 kez karışmış olanlar fiziksel kavgaya karışmış olarak tanımlanmıştır.

Yaralanma

Son 12 ay içinde yaralanma sıklığı

Son 12 ay içinde doktor ya da hemşire gibi sağlık çalışanları tarafından tedavi ve pansuman gerektirecek yaralanma sayısı sorularak ölçülmüştür. Yanıtlar hiç, bir kez, iki kez, 3 kez, 4 kez ve daha çok şeklinde alınmıştır. En az 1 kez yanıtını verenler yaralanma yaşamış olarak tanımlanmıştır.

Yaralanmanın yeri

Son 12 ayda yaşanan en ciddi yaralanmanın nerede olduğu sorulmuştur. Yanıtlar evde-bahçede (kendi yada başkası tarafından)/ okulda, okul saati içinde/ okulda, okul saati dışında/ spor salonu-sahada (okul dışında)/ Sokakta, yolda/ Diğer şeklinde alınmıştır.

Yaralanmaya neden olan olay

Son 12 ay içinde yaşanan en ciddi yaralanmanın ne yaparken olduğu sorulmuştur. Yanıtlar bisiklete binerken/ Spor yaparken/ Yürürken, koşarken/ Araba, motor kullanırken, Kavga, dövüş yaparken/ Ücretli, ücretsiz çalışırken/ Diğer şeklinde alınmıştır.

Akran Zorbalığı

Bir kişi ya da bir grup tarafından, kendinden daha güçsüz birine karşı, kasıtlı ve sürekli olarak, zarar vermek amacıyla yapılan, fiziksel, psikolojik, sosyal ve sözel saldırılardır. Küçük düşürücü, komik duruma düşüren mesajlar ve sözler (duvarlara yazı yazma, sosyal medyayı kullanarak...), izinsiz resimlerini paylaşma, küçük düşüren, uygunsuz resimlerini çizme, başkalarına gönderme şeklinde olabilir. Zorbalıkla ilgili sorulara geçmeden önce bu açıklama yapılarak hangi davranışların zorbalık olarak değerlendirileceği tüm öğrenciler için standart

hale getirilmeye çalışılmıştır.

Zorbalığa maruz kalma

Son 2 aylık dönem için sorgulanmıştır. Zorbalığa maruz kalıp kalmadığı, kaldı ise kaç kez kaldığı sorularak ölçülmüştür. Yanıtlar zorbalığa maruz kalmadım, toplamda 1-2 kez, ayda 2-3 kez, haftada 1 kez, haftada birkaç kez şeklinde alınmıştır. Toplamda 1-2 kez ve üzeri yanıtı verenler zorbalığa maruz kalmış olarak tanımlanmıştır.

Zorbalık yapma

Son 2 aylık dönem için sorgulanmıştır. Başka bir öğrenciye zorbalık yapıp yapmadığı ya da yapılmasına karışıp karışmadığı, yaptı ise kaç kez yaptığı sorularak ölçülmüştür. Yanıtlar hiç karışmadım, toplamda 1-2 kez, ayda 2-3 kez, haftada 1 kez, haftada birkaç kez şeklinde alınmıştır. Toplamda 1-2 kez ve üzeri yanıtı verenler zorbalık yapmış olarak tanımlanmıştır.

Okul yaşantısı

Okulla ilgili görüşler

Okulla ilgili görüşünün ne olduğu şeklinde sorulmuştur. Yanıtlar çok seviyorum, biraz seviyorum, pek sevmiyorum, hiç sevmiyorum şeklinde alınmıştır. Analizlerde çok seviyorum/ az seviyorum-peki sevmiyorum/ hiç sevmiyorum şeklinde kategorize edilmiştir.

Ders baskısı

Dersler ve ödevlerin üzerinde ne kadar baskı ve stres oluşturduğu sorulmuştur. Yanıtlar hiç, çok az, biraz ve çok şeklinde alınmıştır. Analizlerde hiç/ çok az-biraz/ çok şeklinde kategorize edilmiştir.

Okul başarısı:

Kendisine göre okul başarısının arkadaşlarına kıyasla nasıl olduğu şeklinde sorulmuştur. Yanıtlar çok iyi, iyi, orta, düşük şeklinde alınmıştır. Analizlerde çok iyi-iyi/ orta/düşük şeklinde kategorize edilmiştir.

Sınıf arkadaşlarıyla ilişkiler: 3 soru ile değerlendirilmiştir:

- Sınıf arkadaşlarım bana zaman ayırmayı sever.

- Sınıf arkadaşlarımla çoğu nazik ve yardımseverdir.
- Sınıf arkadaşlarımla beni olduğum gibi kabul eder.

Bu soruların her birine kesinlikle katılmıyorum- kesinlikle katılıyorum arasında değişen 5 derecede yanıtlar verilmiştir.

Öğretmenlerle ilişkiler: 3 soru ile değerlendirilmiştir:

- Öğretmenlerinin beni olduğum gibi kabul ettiğini düşünüyorum.
- Öğretmenlerimin beni birey olarak önemseydiğini düşünüyorum.
- Öğretmenlerime güvenirim.

Bu soruların her birine kesinlikle katılmıyorum- kesinlikle katılıyorum arasında değişen 5 derecede yanıtlar verilmiştir.

Sosyal destek

Akran desteği: 4 soru ile değerlendirilmiştir.

- Arkadaşlarımla bana yardımcı olmaya çalışır.
- Bir şeyler yolunda gitmediğinde yardım için arkadaşlarıma güvenirim.
- Sevinçlerimi ve üzüntülerimi paylaşabildiğim arkadaşlarımla var.
- Problemlerimle ilgili arkadaşlarımla konuşabilirim.

Bu soruların her birine kesinlikle katılmıyorum- kesinlikle katılıyorum arasında değişen 5 derecede yanıtlar verilmiş ve her sorudan 1-5 arasında puan alınmıştır. Toplam 4 sorunun aritmetik ortalaması alınarak akran destek puanı hesaplanmıştır.

Aile desteği: 4 soru ile değerlendirilmiştir.

- Ailem bana yardımcı olmaya çalışır.
- İhtiyacım olan duygusal yardım ve desteği ailemden görürüm.
- Problemlerimle ilgili arkadaşlarımla konuşabilirim.
- Ailem karar vermemde yardımcı olmak için isteklidir.

Bu soruların her birine kesinlikle katılmıyorum- kesinlikle katılıyorum arasında değişen 5 derecede yanıtlar verilmiş ve her sorudan 1-5 arasında puan alınmıştır. Toplam 4 sorunun aritmetik ortalaması alınarak akran destek puanı hesaplanmıştır.

Aile ile iletişim: 4 soru ile değerlendirilmiştir.

- Önemli konularda birbirimizle konuşuruz.
- Ailemden biriyle konuştuğumda ne söylediğimi dinler.
- Birbirimizi anlamadığımızda soru sorarız.
- Aramızda bir yanlış anlaşma olduğunda bunu netleştirene kadar konuşuruz.

Bu soruların her birine kesinlikle katılmıyorum- kesinlikle katılıyorum arasında değişen 5 derecede yanıtlar verilmiş ve her sorudan 1-5 arasında puan alınmıştır. Toplam 4 sorunun aritmetik ortalaması alınarak akran destek puanı hesaplanmıştır.

3.6. Veri Toplama Yöntemi ve Süresi

Veri toplama 2 Kasım 2016 tarihinde DEÜ Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı'ndan 9 araştırma görevlisinin gözlemi altında sınıf ortamında bir ders saati sırasında önceden hazırlanan anket formları ile uygulanmıştır. Öğrencilerin ders programına göre uygun olan ders saatleri okul yönetimi ile koordine edilmiştir. Öğrencilerin boy ve ağırlık ölçümelerini içeren antropometrik ölçümler 7 Aralık 2016'de araştırmacılar tarafından ders saatinde ve sınıfta yapılmıştır. Ağırlık ölçümü ayakta, yalnız gömlek ve pantolon-etek ile ayakkabısız şekilde, 100 grama hassas dijital baskül ile; boy ölçümü ise 1 milimetreye hassas boy ölçer ile ayakta ve baş duvara dayalı şekilde yapılmıştır. Kullanılan tüm baskül ve boy ölçerler kalibre edilmiştir.

Anket uygulaması ve ölçümler için tüm araştırmacılara standart eğitim verilmiştir.

3.7. Ulaşma Oranı

Anket uygulamak ve boy-kilo ölçümü yapmak için farklı günlerde okula gidilmiştir. Bu nedenle anket ve ölçüm için ulaşılan öğrenci sayısı farklı olmuştur. Araştırma sonunda anket uygulanan kişi sayısı 203, boy ve kilo ölçümü yapılan kişi sayısı 214'tür. Ulaşma oranı %80.9 (n=203)'dur.

3.8. Veri Analizi

Veri analizi SPSS 15.0 kullanılarak yapılmıştır. Tanımlayıcı bulgular, kategorik değişkenler için yüzde dağılımları; sürekli değişkenler için ortalama±standart sapma biçiminde sunulmuştur. Bağımsız değişkenlerin sağlık davranışları ile ilişkilerini belirlemede tek

değişkenli analiz olarak ki-kare, Fisher'in Kesin Testi, Mann Whitney U testi; çok değişkenli analiz olarak Lojistik Regresyon Analizi kullanılmıştır. Sayısal değişkenler normal dağılıma uymadığından Mann Whitney U testi kullanılmıştır. Lojistik regresyon analizinde bağımlı değişkenlerin sosyal destek puanlarından nasıl etkilendiği hem düzeltilmemiş modelle, hem de sosyodemografik değişkenlere göre düzeltilmiş olarak hesaplanmıştır. Sonuçlar Oddsratio ve %95 güven aralıkları ile sunulmuştur. İstatistiksel testler için anlamlılık düzeyi $p < 0.05$ olarak kabul edilmiştir.

3.9. Araştırmanın Kısıtlılıkları

- Kesitsel çalışma olması nedeniyle neden-sonuç ilişkisini açıklamada kanıt değeri düşüktür.
- Anketin uzun olması özellikle son bölümlerde eksik veriye neden olmuştur.
- Katılımcıların kimlik bilgilerinin tamamen gizli kalacağı açıklanmış olmasına karşın veri toplamanın okul ortamında olması riskli davranışlar ve okulla ilgili soruların olduğundan daha olumlu şekilde yanıtlanmasına neden olmuş olabilir.
- Araştırma grubunun yaş aralığının doğal özelliği olarak riskli davranışlara özenme nedeniyle bazı bilgiler olduğundan fazla aktarılmış olabilir.
- Geçmişe dönük bazı soruların yanıtları hafıza etmeni nedeniyle olduğundan az belirtilmiş olabilir.
- Araştırmanın belli bir bölgedeki tek bir okulda yapılmış olmasından dolayı sonuçlar tüm lise öğrencilerine genellenemez.

3.10. Araştırmanın Etik Kurul Onayı Ve İzinler

Dokuz Eylül Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'nun 05.05.2016 tarih ve 2016/08-07 numaralı kararı ile etik kurul onayı alınmıştır (EK 2). Öğrencilere anketlerin uygulanabilmesi ve ölçümlerin yapılabilmesi için İzmir Valiliği İl Milli Eğitim Müdürlüğü'nden 12018877-604.01.02-E.10432745 sayı ve 28.09.2016 tarihli kurum izni alınmıştır (EK 3).

3.11. Araştırmanın Bütçesi

Araştırma araştırmacının kendi olanaklarıyla gerçekleştirilmiştir. Araştırmayı destekleyen herhangi bir kuruluş ve araştırma fonu yoktur.

3.12. Araştırmanın Zaman Çizelgesi

	2016												2017										
	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	
Konu seçimi																							
Kaynak inceleme																							
Hazırlık-ön çalışma																							
Veri toplama																							
Veri girişi																							
Çözümleme																							
Yazım																							

Şekil 3. Araştırmanın zaman çizelgesi

4. BULGULAR

Çalışmada Güzelbahçe İMKB Mesleki ve Teknik Anadolu Lisesi'nin 9 ve 10uncu sınıflarındaki 222 öğrenciye ait veri incelenmiştir. Bulguların birinci bölümünde bağımlı değişkenler, bağımsız değişkenler ve diğer değişkenlerin tanımlayıcı bulguları yer almaktadır.

İkinci bölümde ise her bir bağımlı değişkenin sosyodemografik değişkenler, okul yaşantısı, sosyal destek ve öznel sağlık durumu ile ilişkisine ait tek değişkenli analiz sonuçları ile sosyal destek ve öznel sağlık durumunun bağımlı değişkenlerle ilişkisine ait çok değişkenli analiz sonuçları yer almaktadır.

4.1. Tanımlayıcı Bulgular

4.1.1. Sosyodemografik Bulgular

Araştırma grubundaki öğrencilerin yaş ortalaması 15.5 ± 0.8 'dir (14-17). Öğrencilerin %86.9'u erkek, %13.1'i kızdır. Sınıf dağılımına bakıldığında %54.5'ini dokuzuncu sınıflar, %45.5'ini onuncu sınıflar oluşturmaktadır (Tablo 6).

Tablo 6. Öğrencilerin demografik özellikleri

Özellik(n=222)	n	%
Cinsiyet		
Kadın	29	13.1
Erkek	193	86.9
Sınıf		
Dokuzuncu sınıf	121	54.5
Onuncu sınıf	101	45.5

Annelerin %65.2'si, babaların %64.4'ü ortaokul ve altı öğrenim durumuna sahiptir. Annelerin %68.5'i, babaların %6.3'ü ya hiç çalışmamakta ya da düzensiz gelirli günü birlik işlerde çalışmaktadır (Tablo7).

Tablo 7. Ebeveynlerin bazı tanımlayıcı özellikleri

Özellik	Anne		Baba	
	n	%	n	%
Öğrenim durumu				
Okuryazar değil	7	3.5	2	1.0
Okuryazar	2	1.0	6	3.1
İlkokul	58	29.1	40	20.6
Ortaokul	59	29.6	77	39.7
Lise	60	30.2	53	27.3
Üniversite/yüksekokul	13	6.5	16	8.2
Çalışma durumu				
Çalışmıyor(ev kadını/işsiz)	118	59.9	4	2.1
Düzensiz geliri olan işlerde çalışıyor	17	8.6	8	4.2
Düzenli gelir getiren bir işte çalışıyor	58	29.4	164	86.3
Emekli	3	1.5	13	6.8
Diğer	1	0.5	1	0.5

Araştırma grubunun ekonomik durumu değerlendirildiğinde gelir algısının %6.0 oranında çok kötü/kötü olarak belirtildiği görülmektedir. Öğrencilerin %11.9'unun kendisine ait bir odası, %17.4'ünün laptop/bilgisayarı bulunmamakta, %41.3'ünde aileye ait otomobil vb bir araç, %19.0'ında bulaşık makinesi bulunmamaktadır. Öğrencilerin 22.5'i son 1 yıl içinde hiç tatile çıkmadığını belirtmiştir. Ailenin ekonomik durumunu belirleyen bu değişkenler kullanılarak hesaplanan aile refah skoru ortalaması 4.7 ± 1.7 'dir (0-7). Buna göre öğrencilerin %23.6'sı düşük aile refahına sahiptir (Tablo 8).

Tablo 8.Öğrencilerin ekonomik duruma ilişkin bazı özellikleri

Özellik	n	%
Gelir algısı(n=199)		
Çok kötü	3	1.5
Kötü	9	4.5
Orta	88	44.2
İyi	87	43.7
Çok iyi	12	6.0
Kendine ait oda(n=201)		
Var	177	88.1
Yok	24	11.9
Aileye ait araç(n=201)		
Var	118	58.7
Yok	83	41.3
Bilgisayar(n=201)		
Var	166	82.6
Yok	35	17.4
Bulaşık makinesi(n=200)		
Var	162	81.0
Yok	38	19.0
Son 1 yılda tatile çıkma(n=200)		
Hiç	45	22.5
1 kez	50	25.0
2 kez	39	19.5
İkiden fazla	66	33.0
Aile refah skoru*(n=199)		
Düşük	47	23.6
Orta	116	58.3
Yüksek	36	18.1

*Aile refah skoru, belirleyici olan değişkenlerin tamamına ait verisi olan öğrenciler için hesaplanmıştır.

Öğrencilerin %93.8'i anne, baba ve kardeşlerden oluşan çekirdek aile yapısına sahipken, %6.2'si geniş aile yapısına sahiptir. Ailede yaşayan toplam kişi sayısı ortancası 4.0(1-8)'dir. Öğrencilerin kendileri hariç olmak üzere ortanca kardeş sayısı 1.0 (0-5)'dir.

Öğrencilerin yaşadıkları yere göre dağılımlarına bakıldığında %21.8 kırdan yaşamaktadır. Öğrencilerin %19.9'u son 5 yıl içinde başka bir şehirden göç gelmiştir (Tablo 9).

Tablo 9. Öğrencilerin yaşadıkları yerleşim yeri ve göç gelme durumları

Özellik(n=222)	n	%
Aile tipi		
Çekirdek aile	183	93.8
Geniş aile	12	6.2
Yaşanılan yer(n=197)		
Kent	154	78.2
Kır	43	21.8
Göç(n=201)		
Var	40	19.9
Yok	161	80.1

4.1.2. Beslenme Alışkanlıkları İle İlgili Bulgular

Okul günleri olan hafta içi kahvaltı etme sıklığı incelendiğinde %26.1'i hiç kahvaltı etmediğini, %51.1'i de her gün düzenli olarak kahvaltı ettiğini belirtmiştir. Hafta sonları ise %9.9'u hiç kahvaltı etmezken, %77.3'ü iki gün de kahvaltı ettiğini belirtmiştir. Her gün düzenli olarak kahvaltı ettiğini belirtenler %46.4'tür. Öğrencilerin %14.0'ı ailecek hiç kahvaltı etmezken, %18.5'i her gün ailecek düzenli kahvaltı etmektedir. Ailecek akşam yemeği hiç yemeyenler %10.0, her gün düzenli olarak yiyenler %57.7'dir (Tablo 10).

Tablo 10. Öğrencilerin beslenme alışkanlıklarına göre dağılımı

Özellik	n	%
Hafta içi kahvaltı etme sıklığı(n=184)		
Hiç	48	26.1
Haftada 1 gün	11	6.0
Haftada 2 gün	12	6.5
Haftada 3 gün	11	6.0
Haftada 4 gün	8	4.3
Haftada 5 gün	94	51.1
Hafta sonu kahvaltı etme sıklığı(n=181)		
Hiç	18	9.9
Haftada 1 gün	23	12.7
Haftada 2 gün	140	77.3
Ebeveynlerle kahvaltı etme sıklığı(n=200)		
Hiç	28	14.0
Haftada 1'den az	22	11.0
Haftada 1-2 gün	94	47.0
Haftada 3-4 gün	11	5.5
Haftada 5-6 gün	8	4.0
Her gün	37	18.5
Ebeveynlerle akşam yemeği yeme sıklığı(n=201)		
Hiç	20	10.0
Haftada 1'den az	5	2.5
Haftada 1-2 gün	21	10.4
Haftada 3-4 gün	20	10.0
Haftada 5-6 gün	19	9.5
Her gün	116	57.7

Besin gruplarının tüketim sıklığına bakıldığında öğrencilerin yalnız %2.8'i meyve, sebze, süt ve süt ürünleri ile et, tavuk ya da balık gibi tüm besin gruplarını düzenli ve dengeli bir şekilde günlük olarak tüketmektedir. Şekerleme, çikolata, cips, gazlı içecekler gibi zararlı atıştırmalıkları %23.0'ı her gün en az 1 kez tüketmektedir (Tablo 11).

Tablo 11. Öğrencilerin bazı besin gruplarını ve zararlı atıştırmalıkları tüketme sıklığı

Besin grubu	Tüketim sıklığı(%)					
	Hiç	Haftada 1'den az	Haftada 1 kez	Haftada 2-4 kez	Haftada 5-6 kez	Her gün en az 1 kez
Meyve (n=196)	5.6	10.2	8.7	33.7	15.8	26.0
Sebze(n=190)	5.8	8.4	12.1	37.4	18.4	17.9
Süt ve süt ürünleri(n=197)	2.0	6.6	5.6	24.9	21.8	39.1
Et/tavuk/balık(n=201)	2.0	10.0	22.4	34.8	21.9	9.0
Şekerleme/çikolata/cips(n=197)	7.1	13.7	20.8	31.5	14.2	12.7
Gazlı-şekerli içecekler(n=199)	7.5	13.1	16.6	29.1	15.1	18.6

4.1.3. Kilo Kontrolü, Beden Kütle İndeksi Ve Beden Algısı İle İlgili Bulgular

Öğrencilerin boy ölçümleri ortalaması 172.1±8.4 (137.0-195.0), kilo ölçümleri ortalaması 65.5±15.6 (33.0-118.5), beden kütle indeksi ortalaması 22.0±4.4'dür (14.9-41.0).

Araştırma grubunun %27.0'ı bedenini biraz/çok kilolu olarak değerlendirmektedir. Boy ve kilo ölçüm sonuçlarına göre hesaplanan beden kütle endeksine göre öğrencilerin %19.8'i fazla kilolu/obez/morbid obez grubundadır. Kilo kontrolü amacıyla diyet yapanların sıklığı %3.5'dir (Tablo 12).

Tablo 12. Öğrencilerin kilo kontrolüne ilişkin davranışları, beden algısı ve beden kütle endeksine göre dağılımları

Özellik	n	%
Kilo kontrolü amacıyla diyet yapma(n=200)		
Hayır, kilom iyi	89	44.5
Hayır, ama biraz kilo vermeliyim	65	32.5
Hayır, çünkü kilo almaya çalışıyorum	39	19.5
Evet	7	3.5
Beden algısı(n=200)		
Çok zayıf	5	2.5
Biraz zayıf	51	25.5
Tam ideal ölçüde	90	45.0
Biraz kilolu	52	26.0
Çok kilolu	2	1.0
Beden kütle indeksi(n=212)		
Şiddetli zayıf	1	0.5
Zayıf	7	3.3
Normal	143	66.8
Fazla kilolu	44	20.6
Obez	19	8.9

4.1.4. Ağız-Diş Sağlığı İle İlgili Bulgular

Günde en az 1 kez düzenli diş fırçalama sıklığı %44.3 olarak bulunmuştur. Öğrencilerin %6.0'ı hiç diş fırçalamadığını belirtmiştir (Tablo 13).

Tablo 13. Öğrencilerin diş fırçalama sıklığına göre dağılımı

Özellik	n	%
Diş fırçalama sıklığı(n=201)		
Günde en az 2 kez	40	19.9
Günde 1 kez	72	35.8
Haftada birkaç kez, ancak düzenli değil	62	30.8
Haftada 1'den daha az	15	7.5
Hiç	12	6.0

4.1.5. Fizik Aktivite İle İlgili Bulgular

Öğrencilerin %21.9'u son 1 hafta içinde her gün 1 saatten uzun süren orta-ağır fizik aktivite yaptığını belirtmiştir. Fizik aktivite yaptığını belirten öğrencilerin son 1 hafta içinde 1 saatten uzun süren fiziksel aktivite yaptığı gün ortalaması 4.1 ± 2.1 'dir (1-7). Okul saatleri dışında nefes nefese kalacak ya da ter atacak kadar haftada en az 1 kez, yarım saat ve üzeri ağır egzersiz yapma sıklığı %82.8'dir (Tablo 14).

Tablo 14.Öğrencilerin fizik aktivite yapma özelliklerine göre dağılımı

Özellik	n	%
Düzenli orta-ağır fizik aktivite yapma(n=197)		
Var	34	21.9
Yok	121	78.1
Ağır egzersiz için ayrılan süre(n=198)		
Hiç	34	17.2
Haftada yarım saat kadar	28	14.1
Haftada 1 saat kadar	61	30.8
Haftada 2-3 saat	51	25.8
Haftada 4-6 saat	15	7.6
Haftada en az 7 saat	9	4.5

4.1.6. Sedanter Davranışlar İle İlgili Bulgular

Öğrencilerin sedanter davranışlar olarak sorgulanan davranışlardan en az birine günde 2 saatten fazla zaman ayırma sıklığı %80.0'dır. Öğrencilerin %58.0'ı televizyon, DVD, video izleyerek, %55.0'ı bilgisayar oyunu vb oynayarak, %53.5'i sosyal medya vb kullanarak günde 2 saatten fazla zaman geçirmektedir (Tablo 15).

Tablo 15. Öğrencilerin sedanter davranış özelliklerine göre dağılımı

Özellik	Hafta içi		Hafta sonu	
	n	%	n	%
TV, DVD, video izleme(n=200)				
Hiç	23	11.7	12	6.0
Günde yarım saat kadar	22	11.2	17	8.5
Günde 1 saat	31	15.7	21	10.5
Günde 2 saat	45	22.8	34	17.0
Günde 3 saat	36	18.3	40	20.0
Günde 4 saat	17	8.6	24	12.0
Günde 5 saat ve üzeri	23	11.7	52	26.0
Bilgisayar oyunu vb. oynama(n=200)				
Hiç	42	21.3	25	12.5
Günde yarım saat kadar	23	11.7	17	8.5
Günde 1 saat	21	10.7	23	11.5
Günde 2 saat	34	17.3	25	12.5
Günde 3 saat	18	9.1	18	9.0
Günde 4 saat	18	9.1	28	14.0
Günde 5 saat ve üzeri	41	20.8	64	32.0
Sosyal medya vb. kullanımı(n=200)				
Hiç	25	12.7	15	7.5
Günde yarım saat kadar	24	12.2	20	10.0
Günde 1 saat	33	16.8	26	13.0
Günde 2 saat	34	17.3	32	16.0
Günde 3 saat	29	14.7	31	15.5
Günde 4 saat	10	5.1	15	7.5
Günde 5 saat ve üzeri	42	21.3	61	30.5

4.1.7. Sağlık ve İyilik İle İlgili Bulgular

Öğrencilerin son 6 ay içinde yaşadıklarını belirttikleri bazı sağlık yakınmaları incelendiğinde %25.5'i sırt ağrısını, %23.6'sı baş ağrısını, %22.0'ı uykuya dalmada güçlüğü, %14.9'u mide ağrısını, %13.8'i baş dönmesini haftada 1 ve daha sık yaşamaktadır. Haftada 1 ve daha sık olmak üzere öğrencilerin %33.4'ü üzgün hissettiğini, %48.3'ü sinirli hissettiğini belirtmiştir (Tablo 16).

Bu yakınmaların sıklığına göre hesaplanan öznel sağlık indeksi puanı ortalaması 28.9 ± 5.7 (12.0-35.0)'dir.

Tablo 16. Son 6 ay içinde yaşanan öznel sağlık yakınmalarının sıklıkları

Yakınmalar	Her gün	Haftada 1'den çok	Haftada 1	Ayda 1	Nadiren ya da hiç
	%	%	%	%	%
Baş ağrısı (n=199)	4.5	14.6	4.5	6.0	70.4
Mide ağrısı (n=195)	1.5	9.7	3.6	3.6	81.5
Sırt ağrısı (n=196)	9.2	10.7	5.6	6.6	67.9
Üzgün hissetme (n=195)	10.8	15.4	9.2	8.7	55.9
Sinirli hissetme (n=199)	14.6	23.6	10.1	10.1	41.7
Uykuya dalmada güçlük (n=196)	8.2	10.7	3.1	4.1	74.0
Baş dönesi (n=196)	3.1	5.6	5.1	5.6	80.6

Öğrencilerin %28.9'u sağlık algısını orta-kötü olarak tanımlamaktadır. Kronik hastalık sıklığı %15.7, devamlı ilaç kullanım sıklığı %6.0'dır (Tablo 17).

Tablo 17. Sağlık algısı, kronik hastalık varlığı ve ilaç kullanımı ile ilgili özelliklerin dağılımı

Özellik	n	%
Sağlık algısı(n=201)		
Çok iyi	45	22.4
İyi	98	48.8
Orta	52	25.9
Kötü	6	3.0
Kronik hastalık(n=198)		
Var	31	15.7
Yok	167	84.3
İlaç kullanımı(n=199)		
Var	12	6.0
Yok	187	94.0

Öğrencilerin yaşam memnuniyet puanı ortalaması 7.6 ± 2.2 (0-10)'dır.

4.1.8. Tütün Ürünü Kullanımı İle İlgili Bulgular

Öğrencilerin %34.8'i hayatında en az 1 kez tütün ve tütün ürünlerini denemiş, %24.7'si haftada en az 1 kez, %14.6'sı her gün en az 1 kez tütün ve tütün ürünü kullanmaktadır (Tablo 18).

Tablo 18. Öğrencilerin tütün kullanımı ile ilgili özelliklerinin dağılımı

Özellik	n	%
Tütün(sigara, nargile vb.) kullanım sıklığı(n=198)		
İçmiyor	129	65.2
Haftada 1'den daha az	20	10.1
Haftada en az 1 ancak her gün değil	20	10.1
Her gün	29	14.6

Sigara içen öğrencilerin %63.2'si son 1 ay içinde 10 günden fazla süreyle sigara içmiştir. Yaşam boyunca sigara içilen gün sayısı ise öğrencilerin %73.3'ünde 1 ayın üzerindedir (Tablo19).

Tablo 19. Yaşam boyu ve son 30 günde sigara içilen gün sayısı

Özellik	Yaşam boyunca		Son 30 günde	
	n	%	n	%
Sigara içilen gün sayısı				
1-2 gün	6	10.0	10	17.5
3-5 gün	1	1.7	5	8.8
6-9 gün	3	5.0	6	10.5
10-19 gün	3	5.0	5	8.8
20-29 gün	3	5.0	31	54.4
30 gün ve üzeri	44	73.3		

Öğrencilerin sigara ve nargile gibi tütün ürünlerini ilk deneme yaşı ortalaması 13.0 ± 1.8 'dir (7-17).

4.1.9. Şiddet, Yaralanma ve Zorbalık İle İlgili Bulgular

Öğrencilerde son 12 ay içinde en az 1 kez yaralanma sıklığı 53.4'tür. Dikiş, alçı, ameliyat ya da geceyi hastanede geçirme gibi ciddi bir tedaviyi gerektirecek bir yaralanma sıklığı %25.5'tir. En ciddi yaralanmaların %40.0'ı sokak veya yolda, %17.3'ü evde-bahçede, %17.3'ü okulda okul saati içinde, %14.7'si spor salonu veya sahasında, %6.7'si okulda okul saati dışında, %4.0'ı belirtilen yerler dışında bir yerde gerçekleşmiştir. Diğer seçeneğini belirten öğrencilerden 2'sinin yanıtı "deniz" şeklindedir. En ciddi yaralanmanın %35.6'sı spor yaparken, %21.9'u araba-motor kullanırken, %11.0'ı yürürken veya koşarken, %6.8'i bisiklete binerken, %5.5'i kavga-dövüş yaparken, %5.5'i çalışırken, %13.7'si bu belirtilen nedenler dışında bir nedenle gerçekleşmiştir. Diğer seçeneğini belirten öğrencilerin yanıtları ev kazası(n=2), trafik kazası(n=1), ağaçtan düşme(n=1), ateş yakma(n=1), köpek ısırması(n=1), merdivenden düşme(n=1), okuldan kaçma(n=1) ve arkadaşlarla şakalaşma(n=1) şeklinde dağılmıştır. Son 12 ay içinde fiziksel bir kavgaya karışma sıklığı %58.9 olarak bulunmuştur (Tablo 20).

Tablo 20. Öğrencilerin son 12 ay içinde yaralanma ve fiziksel bir kavgaya karışma ile ilgili özelliklerinin dağılımı

Özellik	n	%
Yaralanma sıklığı(n=193)		
Hiç	90	46.6
1 kez	55	28.5
2 kez	27	14.0
3 kez	6	3.1
4 ve daha çok kez	15	7.8
En ciddi yaralanmanın yeri(n=75)		
Evde, bahçede	13	17.3
Okulda, okul saati içinde	13	17.3
Okulda, okul saati dışında	5	6.7
Spor salonu, saha	11	14.7
Sokak, yol	30	40.0
Diğer	3	4.0
En ciddi yaralanmanın nedeni(n=73)		
Bisiklete binerken	5	6.8
Spor yaparken	26	35.6
Yürürken, koşarken	8	11.0
Araba- motor kullanırken	16	21.9
Kavga- dövüş yaparken	4	5.5
Çalışırken	4	5.5
Diğer	10	13.7
Fiziksel kavga sıklığı(n=192)		
Hiç	79	41.1
1 kez	36	18.8
2 kez	28	14.6
3 kez	19	9.9
4 ve daha çok kez	30	15.6

Son 2 ay içinde en az 1 kez akran zorbalığına maruz kalma sıklığı %19.8, zorbalık yapma sıklığı %23.7’dir (Tablo 21).

Tablo 21. Öğrencilerin son 2 ay içindeki akran zorbalığı ile ilgili özelliklerinin dağılımı

Özellik	n	%
Zorbalık yapma sıklığı(n=198)		
Hiç	151	76.3
1-2 kez	29	14.6
Ayda 2-3 kez	8	4.0
Haftada 1 kez	3	1.5
Haftada birkaç kez	7	3.5
Zorbalığa maruz kalma sıklığı(n=187)		
Hiç	150	80.2
1-2 kez	27	14.4
Ayda 2-3 kez	1	0.5
Haftada 1 kez	1	0.5
Haftada birkaç kez	8	4.3

4.1.11. Aile İlişkileri İle İlgili Bulgular

Öğrencilerin %17.9'u annesi ile, %26.9'u babası ile konuşmayı zor/çok zor olarak belirtmiştir (Tablo 22).

Tablo 22. Öğrencilerin ebeveynleri ile iletişim özellikleri

Özellik	n	%
Anne ile konuşma(n=195)		
Çok kolay	98	50.3
Kolay	49	25.1
Zor	17	8.7
Çok zor	18	9.2
Yok/görüşmüyorum	13	6.7
Baba ile konuşma(n=189)		
Çok kolay	72	38.1
Kolay	46	24.3
Zor	29	15.3
Çok zor	22	11.6
Yok/görüşmüyorum	20	10.6

Öğrencilerin yaklaşık %80'i aile ile iletişimlerine ait önermelerle ilgili olarak olumlu görüş bildirmiştir. Bu önermelerden yararlanılarak hesaplanan aile iletişim puanı ortalaması 4.3 ± 0.8 (1-5)'dir (Tablo 23).

Tablo 23. Öğrencilerin aileleri ile iletişimlerine ilişkin bazı önermelere verdikleri yanıtların dağılımı

	Kesinlikle katılıyorum	Katılıyorum	Kararsızım	Katılmıyorum	Kesinlikle katılmıyorum
Önermeler	%	%	%	%	%
Önemli konularda birbirimizle konuşuruz (n=199)	56.8	29.6	9.5	3.0	1.0
Ailemden biriyle konuştuğumda ne söylediğimi dinler (n=199)	56.8	30.7	9.5	1.5	1.5
Birbirimizi anlamadığımızda soru sorarız (n=198)	52.0	30.8	10.6	5.1	1.5
Aramızda yanlış anlaşma olduğunda bunu netleştirene kadar konuşuruz (n=197)	47.7	32.0	10.2	8.1	2.0

Öğrencilerin yaklaşık %80'i ailelerinden gördükleri desteğe ilişkin önermelerle ilgili olarak olumlu görüş bildirmiştir. Bu önermelerden yararlanılarak hesaplanan aile destek puanı ortalaması 4.3 ± 0.9 (1-5)'dur (Tablo 24).

Tablo 24. Öğrencilerin ailelerinden gördükleri desteğe ilişkin bazı önermelere verdikleri yanıtların dağılımı

	Kesinlikle katılıyor	Katılıyor	Kararsız	Katılmıyor	Kesinlikle katılmıyor
Önermeler	%	%	%	%	%
Ailem bana yardımcı olmaya çalışır (n=199)	66.8	24.1	4.5	3.0	1.5
İhtiyacım olan duygusal yardım ve desteği ailemden görürüm (n=199)	57.8	22.1	11.1	4.0	5.0
Problemlerimle ilgili ailemle konuşabilirim (n=199)	52.3	29.1	11.1	5.0	2.5
Ailem karar vermeme yardımcı olmak için isteklidir (198)	54.0	27.8	12.6	1.5	4.0

4.1.12. Akran İlişkileri İle İlgili Bulgular

Öğrencilerin yaklaşık %70'i arkadaşları ile ilgili önermelerle ilgili olarak olumlu görüş bildirmiştir. Bu önermelerden yararlanılarak hesaplanan akran destek puanı ortalaması 4.1 ± 0.9 (1-5)'dir (Tablo 25).

Tablo 25. Öğrencilerin arkadaşları ile ilgili bazı önermelere ilişkin görüşleri ile ilgili özelliklerin dağılımı

	Kesinlikle katılıyor	Katılıyor	Kararsız	Katılmıyor	Kesinlikle katılmıyor
Önermeler	%	%	%	%	%
Arkadaşlarım bana yardımcı olmaya çalışır (n=196)	39.8	36.2	16.8	2.0	5.1
Bir şeyler yolunda gitmediğinde yardım için arkadaşlarıma güvenirim (n=195)	40.5	29.7	18.5	3.6	7.7
Sevinçlerimi ve üzüntülerimi paylaşabildiğim arkadaşlarım var (n=198)	55.6	25.8	9.1	4.5	5.1
Problemlerimle ilgili arkadaşlarımla konuşabilirim (n=196)	46.9	29.1	13.8	3.6	6.6

Öğrencilerin %41.0'ı arkadaşlarıyla telefonla ya da whatsapp, skype gibi internet uygulamaları aracılığıyla her gün görüşmekte, %59.0'ı sms, whatsapp gibi uygulamalar aracılığıyla her gün mesajlaşmakta, %57.7'si facebook, twitter, instagram gibi sosyal medya uygulamalarını her gün kullanmaktadır (Tablo 26).

Tablo 26. Öğrencilerin arkadaşlarıyla haberleşme özelliklerinin dağılımı

Özellik	n	%
Arkadaşlarla telefon vb. aracılığıyla görüşme(n=200)		
Hemen hemen hiç	34	17.0
Haftada 1 den az	35	17.5
Her hafta en az 1 kez	49	24.5
Her gün	82	41.0
Arkadaşlarla mesajlaşma(n=200)		
Hemen hemen hiç	19	9.5
Haftada 1 den az	18	9.0
Her hafta en az 1 kez	45	22.5
Her gün	118	59.0
Arkadaşlarla sosyal medya aracılığıyla görüşme(n=201)		
Hemen hemen hiç	17	8.5
Haftada 1 den az	27	13.4
Her hafta en az 1 kez	41	20.4
Her gün	116	57.7

4.1.13. Okul Yaşantısı İle İlgili Bulgular

Araştırma grubundaki öğrencilerin %29.5'i okulla ilgili olumsuz görüş belirtmiştir. Ders ve ödevlerin az ya da çok baskı oluşturduğu öğrenci oranı %83.4'tür. Okul başarısını arkadaşlarına göre nasıl değerlendirdiği sorusuna öğrencilerin %46.5'i orta/düşük şeklinde yanıt vermiştir (Tablo 27).

Tablo 27. Öğrencilerin okulla ilgili görüşleri, derslerin oluşturduğu baskı ve okul başarılarına ilişkin algısı

Özellik	n	%
Okulla ilgili görüşler (n=200)		
Çok seviyorum	48	24.0
Biraz seviyorum	93	46.5
Pek sevmiyorum	36	18.0
Hiç sevmiyorum	23	11.5
Ders ve ödevlerin oluşturduğu baskı (n=199)		
Hiç	33	16.6
Çok az	35	17.6
Biraz	77	38.7
Çok	54	27.1
Okul başarısı algısı (n=198)		
Çok iyi	27	13.6
İyi	79	39.9
Orta	76	38.4
Düşük	16	8.1

Sınıf arkadaşlarıyla ilgili olarak en düşük olumlu görüş bildirilen önerme “Sınıf arkadaşlarımdan çoğu nazik ve yardımseverdir” önermesi olmuştur. Öğretmenleriyle ilgili olarak en düşük olumlu görüş bildirilen önerme “Öğretmenlerimin beni birey olarak önemseydiğini düşünüyorum” önermesi olmuştur (Tablo 28).

Tablo 28. Öğrencilerin okul içi iletişimleriyle ilgili sorulara verdikleri yanıtlara göre dağılımı

	Kesinlikle katılıyorum	Katılıyorum	Kararsızım	Katılmıyorum	Kesinlikle katılmıyorum
Önergeler	%	%	%	%	%
Sınıf arkadaşlarımdan bir arada zaman geçirmeyi sever (n=198)	45.5	34.8	14.1	2.5	3.0
Sınıf arkadaşlarımdan çoğu nazik ve yardımseverdir (n=198)	26.3	25.3	26.8	10.6	11.1
Sınıf arkadaşlarımdan beni olduğum gibi kabul eder (n=199)	42.7	39.7	11.6	4.0	2.0
Öğretmenlerimin beni olduğum gibi kabul ettiğini düşünüyorum (n=197)	43.7	35.0	15.2	3.6	2.5
Öğretmenlerimin beni birey olarak önemseydiğini düşünüyorum (n=197)	39.1	36.9	14.7	3.6	3.0
Öğretmenlerime güvenirim (n=199)	47.7	29.1	11.1	4.5	7.5

4.2. Analitik Bulgular

4.2.1. Düzenli Kahvaltı Etme İle İlişkili Etmenler

Araştırma grubunda her gün düzenli kahvaltı etme erkeklerde (%50.0) kızlardan (%19.0) ($p=0.007$), gelir algısı çok iyi/iyi/orta olanlarda (%49.7) kötü/çok kötü olanlardan (%8.3) daha fazladır ($p=0.006$). Yaş, ebeveyn öğrenim durumu, ebeveyn çalışma durumu, kardeş sayısı, ailedeki kişi sayısı, yaşanan yer, göç, aile refah skoru ile düzenli kahvaltı etme arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (Tablo 29).

Tablo 29. Sosyodemografik özelliklere göre düzenli kahvaltı etme durumu

Özellikler(n=253)	Düzenli kahvaltı etme				p*
	Var		Yok		
	n	%	n	%	
Cinsiyet					
Erkek	81	50.0	81	50.0	0.007
Kadın	4	19.0	17	81.0	
Anne öğrenim durumu					
Ortaokul ve altı	56	48.3	60	51.7	0.636
Lise ve üzeri	29	44.6	36	55.4	
Baba öğrenim durumu					
Ortaokul ve altı	52	43.7	67	56.3	0.184
Lise ve üzeri	31	54.4	26	45.6	
Annenin çalışma durumu					
Çalışıyor	24	44.4	30	55.6	0.592
Çalışmıyor	61	48.8	64	51.2	
Babanın çalışma durumu					
Çalışıyor	77	48.1	83	51.9	0.666
Çalışmıyor	5	41.7	7	58.3	
Kardeş sayısı					
En fazla 1	54	46.6	62	53.4	0.947
2 ve üzerinde	29	46.0	34	54.0	
Ailedeki kişi sayısı					
En fazla 4	49	45.4	59	54.6	0.689
5 ve üzerinde	32	48.5	34	51.5	
Yaşanılan yer					
Kent	67	47.9	73	52.1	0.637
Kır	17	43.6	22	56.4	
Göç					
Var	18	50.0	18	50.0	0.634
Yok	67	45.6	80	54.4	
Gelir algısı					
Çok iyi-iyi-orta	84	49.7	85	50.3	0.006
Kötü-çok kötü	1	8.3	11	91.7	
Aile refah skoru					
Yüksek	13	43.3	17	56.7	0.911
Orta	50	47.6	55	52.4	
Düşük	21	45.7	25	54.3	

Düzenli kahvaltı etme ile okul yaşantısı arasındaki ilişki incelendiğinde okulla ilgili olumlu görüşleri olanlarda ve okul başarısı algısı çok iyi/iyi olanlarda her gün düzenli kahvaltı

etme daha fazladır (sırasıyla $p=0.024$, $p=0.028$). Ders baskısı ile düzenli kahvaltı etme arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (Tablo 30).

Tablo 30. Okul yaşantısı ile ilgili değişkenlerin düzenli kahvaltı etmeye etkisi

Özellikler(n=253)	Düzenli kahvaltı etme				P
	Var		Yok		
	n	%	n	%	
Okulla ilgili görüşler					
Çok/az seviyorum	66	51.6	62	48.4	0.024
Pek/hiç sevmiyorum	18	33.3	36	66.7	
Ders baskısı					
Hiç/çok az/biraz	65	48.5	69	51.5	0.339
Çok	19	40.4	28	59.6	
Okul başarısı algısı					
Çok iyi-iyi	55	55.0	45	45.0	0.028
Orta	23	35.4	42	64.6	
Düşük	5	33.3	10	66.7	

Düzenli kahvaltı edenlerde öznel sağlık indeksi ve akran destek puanı ortalaması düzenli kahvaltı etmeyenlerden anlamlı olarak daha yüksektir ($p=0.001$, $p=0.001$). Aile destek ve iletişim puanı ortalamasının düzenli kahvaltı etmeyle ilişkisi istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p=0.057$ ve $p=0.391$) (Tablo 31).

Tablo 31. Düzenli kahvaltı etme durumuna göre öznel sağlık indeksi ve sosyal destek puanları (Ortalama-S)

	Düzenli kahvaltı etme		P
	Var	Yok	
	Ortalama±S	Ortalama±S	
Öznel sağlık indeksi	30.3±4.9	27.4±6.2	0.001
Akran destek puanı	4.3±0.9	3.9±0.9	0.001
Aile destek puanı	4.5±0.8	4.2±1.0	0.057
Aile iletişim puanı	4.3±0.8	4.2±0.8	0.391

* Mann-Whitney U testi

Akran destek puanı, aile destek puanı ve aile iletişim puanının düzenli kahvaltı etmeye etkisini sosyodemografik değişkenlerin etkisini düzelterek gösteren lojistik regresyon analizinin sonuçları Tablo 32’de sunulmuştur.

Aile iletişim puanının düzenli kahvaltı etme üzerine etkisi hem düzeltilmemiş, hem de düzeltilmiş modelde istatistiksel olarak anlamlı değildir. Aile destek puanındaki 1 birimlik artış düzenli kahvaltı etmeyi 1.47 (%95 GA:1.034-2.094) kat arttırmaktadır. Bu etki sosyodemografik değişkenlere göre düzeltme yapıldıktan sonra da devam etmektedir. Akran destek puanındaki 1 birimlik artış düzenli kahvaltı etmeyi 1.70 (%95 GA:1.176-2.456) kat

arttırmaktadır. Bu etki sosyodemografik değişkenlere göre düzeltme yapıldıktan sonra da devam etmektedir (Tablo 32).

Tablo 32. Düzenli kahvaltı etme ile sosyal destek puanları ilişkisi, OR, %95 GA

Özellik	Düzenli kahvaltı etme			
	Kaba OR	%95 GA	Düzeltilmiş OR*	%95 GA
Aile iletişim puanı	1.18	0.828-1.693	1.33	0.827-2.140
Aile destek puanı	1.47	1.034-2.094	1.84	1.139-2.983
Akran destek puanı	1.70	1.176-2.456	2.16	1.371-3.397

*Yaş, cinsiyet, anne-baba öğrenim durumu, anne-baba çalışma durumu, kardeş sayısı, ailede yaşayan kişi sayısı, yaşanılan yer, göç, aile refah skoru değişkenlerine göre düzeltilmiştir.

4.2.2.Düzenli Orta-Ağır Fizik Aktivite Yapma İle İlişkili Etmenler

Araştırma grubunda yeterli orta-ağır fizik aktivite yapma ile cinsiyet, yaş, ebeveyn öğrenim durumu, ebeveyn çalışma durumu, kardeş sayısı, ailedeki kişi sayısı, yaşanılan yer, göç, gelir algısı, aile refah skoru arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (Tablo 33).

Tablo 33. Sosyodemografik özelliklere göre orta-ağır fizik aktivite yapma durumu

Özellikler(n=253)	Orta-ağır fizik aktivite				p*
	Yeterli		Yetersiz		
	n	%	n	%	
Cinsiyet					
Erkek	30	21.6	109	78.4	0.753
Kadın	4	25.0	12	75.0	
Anne öğrenim durumu					
Ortaokul ve altı	24	25.3	71	74.7	0.141
Lise ve üzeri	9	15.3	50	84.7	
Baba öğrenim durumu					
Ortaokul ve altı	20	20.6	77	79.4	0.728
Lise ve üzeri	12	23.1	40	76.9	
Annenin çalışma durumu					
Çalışıyor	10	21.3	37	78.7	0.829
Çalışmıyor	24	22.9	81	77.1	
Babanın çalışma durumu					
Çalışıyor	31	22.1	109	77.9	1.0
Çalışmıyor	2	22.2	7	77.8	
Kardeş sayısı					
En fazla 1	20	20.2	79	79.8	0.681
2 ve üzerinde	12	23.1	40	76.9	
Ailedeki kişi sayısı					
En fazla 4	19	20.2	57	79.8	0.583
5 ve üzerinde	13	24.1	41	75.9	
Yaşanılan yer					
Kent	28	23.5	91	76.5	0.467
Kır	6	17.6	28	82.4	
Göç					
Var	4	14.8	23	85.2	0.325
Yok	30	23.4	98	76.6	
Gelir algısı					
İyi-çok iyi-orta	31	21.4	114	78.6	0.377
Kötü-çok kötü	3	37.5	5	62.5	
Aile refah skoru					
Yüksek	8	28.6	20	71.4	0.541
Orta	17	18.9	73	81.3	
Düşük	8	22.9	27	77.1	

Okulla ilgili görüşler, ders baskısı ve okul başarısı algısı ile yeterli fizik aktivite yapma arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (Tablo 34).

Tablo 34. Okul yaşantısı ile ilgili değişkenlerin orta-ağır fizik aktivite yapmaya etkisi

Özellikler(n=253)	Orta-ağır fizik aktivite yapma				P
	Yeterli		Yetersiz		
	n	%	n	%	
Okulla ilgili görüşler					
Çok/az seviyorum	24	21.4	88	78.6	0.806
Pek/hiç sevmiyorum	10	23.3	33	76.7	
Ders baskısı					
Hiç/çok az/biraz	22	19.6	90	80.4	0.266
Çok	12	27.9	31	72.1	
Okul başarısı algısı					
Çok iyi-iyi	17	19.1	72	80.9	0.419
Orta	15	28.3	38	71.7	
Düşük	2	18.2	9	81.8	

Öznel sağlık indeksi ve sosyal destek puanları ortalaması ile yeterli fizik aktivite yapma arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (Tablo 35).

Tablo 35. orta-ağır fizik aktivite yapma durumuna göre öznel sağlık indeksi ve sosyal destek puanları (Ortalama-S)

	Orta-ağır fizik aktivite yapma		P
	Yeterli	Yetersiz	
	Ortalama±S	Ortalama±S	
Öznel sağlık indeksi	27.3±5.9	29.5±5.4	0.078
Akran destek puanı	4.2±0.8	4.1±0.9	0.728
Aile destek puanı	4.3±1.0	4.3±0.8	0.864
Aile iletişim puanı	4.2±1.0	4.3±0.8	0.671

* Mann-Whitney U testi

Akran destek puanı, aile destek puanı ve aile iletişim puanının yeterli orta-ağır fizik aktivite yapmaya etkisini sosyodemografik değişkenlerin etkisini düzelterek gösteren lojistik regresyon analizinin sonuçları Tablo 36’de sunulmuştur.

Sosyal destek puanları, hem düzeltilmemiş, hem de sosyodemografik değişkenlere göre düzeltilmiş modellerde yeterli fizik aktivite yapmayı anlamlı olarak etkilememektedir (Tablo 36).

Tablo 36. Orta-ağır fizik aktivite yapma ile sosyal destek puanlarının ilişkisi, OR, %95 GA

Özellik	Orta-ağır fizik aktivite yapma			
	Kaba OR	%95 GA	Düzeltilmiş OR*	%95 GA
Aile iletişim puanı	0.96	0.598-1.548	1.46	0.722-2.959
Aile destek puanı	0.91	0.607-1.358	1.16	0.648-2.092
Akran destek puanı	1.14	0.712-1.835	1.47	0.795-2.709

*Yaş, cinsiyet, anne-baba öğrenim durumu, anne-baba çalışma durumu, kardeş sayısı, ailede yaşayan kişi sayısı, yaşanılan yer, göç, aile varıllık skoru değişkenlerine göre düzeltilmiştir.

4.2.3. Her Gün Tütün Ürünü Kullanımı İle İlişkili Etmenler

Her gün tütün ürünü kullananların ortalama yaşı 16.0 (en küçük 14, en büyük 17), kullanmayanların ortalama yaşı 15.0 (14-17)'dir. Tütün ürünü kullananlarla kullanmayanların yaşları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p=0.040$). Araştırma grubunda her gün tütün ürünü kullanımı ile cinsiyet, ebeveyn öğrenim durumu, ebeveyn çalışma durumu, kardeş sayısı, ailedeki kişi sayısı, yaşanılan yer, göç, gelir algısı, aile refah skoru arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (Tablo 37).

Tablo 37. Sosyodemografik özelliklere göre tütün ürünü kullanma durumu

Özellikler(n=253)	Her gün tütün ürünü kullanımı				P
	Var		Yok		
	n	%	n	%	
Cinsiyet					
Erkek	27	15.3	150	84.7	0.745
Kadın	2	95.5	19	90.5	
Anne öğrenim durumu					
Ortaokul ve altı	17	13.7	107	86.3	0.574
Lise ve üzeri	12	16.7	60	83.3	
Baba öğrenim durumu					
Ortaokul ve altı	20	16.1	104	83.9	0.435
Lise ve üzeri	8	11.9	59	88.1	
Annenin çalışma durumu					
Çalışıyor	8	13.3	52	86.7	0.875
Çalışmıyor	19	14.2	115	85.8	
Babanın çalışma durumu					
Çalışıyor	26	14.9	148	85.1	0.696
Çalışmıyor	1	7.7	12	92.3	
Kardeş sayısı					
En fazla 1	18	14.8	104	85.2	0.921
2 ve üzerinde	11	15.3	61	84.7	
Ailedeki kişi sayısı					
En fazla 4	16	13.6	102	86.4	0.380
5 ve üzerinde	13	18.3	58	81.7	
Yaşanılan yer					
Kent	21	13.9	130	86.1	0.446
Kır	8	18.6	35	81.4	
Göç					
Var	5	12.5	35	87.5	0.667
Yok	24	15.2	134	84.8	
Gelir algısı					
İyi-çok iyi-orta	28	15.2	156	84.8	1.0
Kötü-çok kötü	1	8.3	11	91.7	
Aile refah skoru					
Yüksek	3	8.6	32	91.4	0.234
Orta	16	13.9	99	86.1	
Düşük	10	21.7	36	78.3	

Ders baskısını çok olarak hissettiğini belirtenlerin %22.6'sında, hiç/çok az/biraz hissettiğini belirtenlerin %11.2'sinde her gün tütün ürünü kullanımı görülmüştür. Ders baskısı ile tütün ürünü kullanımı arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlıdır (p=0.042). Okulla

ilgili görüşler ve okul başarısı algısı ile tütün kullanımı arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı değildir (Tablo 38).

Tablo 38. Okul yaşantısı ile ilgili değişkenlerin tütün ürünü kullanımına etkisi

Özellikler(n=253)	Her gün tütün ürünü kullanımı				P
	Var		Yok		
	n	%	n	%	
Okulla ilgili görüşler					
Çok/az seviyorum	18	12.9	121	87.1	0.432
Pek/hiç sevmiyorum	10	17.2	48	82.8	
Ders baskısı					
Hiç/çok az/biraz	16	11.2	127	88.8	0.042
Çok	12	22.6	41	77.4	
Okul başarısı algısı					
Çok iyi-iyi	12	11.4	93	88.6	0.158
Orta	15	20.3	59	79.7	
Düşük	1	6.3	15	93.8	

Tütün ürünü kullananların öznel sağlık indeksi ortalaması kullanmayanlara göre anlamlı olarak daha düşüktür ($p=0.001$). Akran destek puanı ise tütün kullananlarda kullanmayanlara göre anlamlı olarak daha yüksektir ($p=0.040$). Aile destek ve aile iletişim puanı tütün kullanımını anlamlı olarak etkilememektedir (Tablo 39).

Tablo 39. Tütün ürünü kullanma durumuna göre öznel sağlık indeksi ve sosyal destek puanları (Ortalama-S)

	Her gün tütün ürünü kullanımı		
	Var	Yok	
	Ortalama±S	Ortalama±S	
Öznel sağlık indeksi	26.4±4.8	29.3±5.8	0.001
Akran destek puanı	4.4±0.7	4.0±1.0	0.040
Aile destek puanı	4.3±0.8	4.3±0.9	0.803
Aile iletişim puanı	4.4±0.8	4.3±0.8	0.541

* Mann-Whitney U testi

Akran destek puanı, aile destek puanı ve aile iletişim puanının her gün tütün ürünü kullanımına etkisini sosyodemografik değişkenlerin etkisini düzelterek gösteren lojistik regresyon analizinin sonuçları Tablo 40’de sunulmuştur.

Aile iletişim puanı, aile destek puanı ve akran destek puanı tütün kullanımını hem düzeltilmemiş hem de düzeltilmiş modellerde anlamlı olarak etkilememektedir (Tablo 40).

Tablo 40. Tütün ürünü kullanımı ile sosyal destek puanları ilişkisi, OR, %95 GA

Özellik	Her gün tütün ürünü kullanımı			
	Kaba OR	%95 GA	Düzeltilmiş OR*	%95 GA
Aile iletişim puanı	1.13	0.676-1.902	1.08	0.557-2.082
Aile destek puanı	1.05	0.673-1.638	0.98	0.568-1.706
Akran destek puanı	1.83	1.037-3.211	1.93	0.975-3.825

*Yaş, cinsiyet, anne-baba öğrenim durumu, anne-baba çalışma durumu, kardeş sayısı, ailede yaşayan kişi sayısı, yaşanılan yer, göç, aile refah skoru değişkenlerine göre düzeltilmiştir.

4.2.4. Fiziksel Kavga Etme İle İlişkili Etmenler

Araştırma grubunda son 1 yıl içinde fiziksel bir kavgaya karışma ile cinsiyet, yaş, ebeveyn öğrenim durumu, ebeveyn çalışma durumu, kardeş sayısı, ailedeki kişi sayısı, yaşanılan yer, göç, gelir algısı, aile refah skoru arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (Tablo 41).

Tablo 41. Sosyodemografik özelliklere göre fiziksel bir kavgaya karışma durumu

Özellikler(n=253)	Fiziksel kavga etme				P
	Var		Yok		
	N	%	n	%	
Cinsiyet					
Erkek	103	59.9	69	40.1	0.395
Kadın	10	50.0	10	50.0	
Anne öğrenim durumu					
Ortaokul ve altı	74	62.2	45	37.8	0.324
Lise ve üzeri	39	54.9	32	45.1	
Baba öğrenim durumu					
Ortaokul ve altı	69	57.5	51	42.5	0.594
Lise ve üzeri	40	61.5	25	38.5	
Annenin çalışma durumu					
Çalışıyor	35	60.3	23	39.7	0.733
Çalışmıyor	75	57.7	55	42.3	
Babanın çalışma durumu					
Çalışıyor	97	57.4	72	42.6	0.168
Çalışmıyor	10	76.9	3	23.1	
Kardeş sayısı					
En fazla 1	66	55.9	52	44.1	0.352
2 ve üzerinde	44	62.9	26	37.1	
Ailedeki kişi sayısı					
En fazla 4	64	56.1	50	43.9	0.434
5 ve üzerinde	44	62.0	27	38.0	
Yaşanılan yer					
Kent	89	60.1	59	39.9	0.456
Kır	22	53.7	19	46.3	
Göç					
Var	23	62.2	14	37.8	0.649
Yok	90	58.1	65	41.9	
Gelir algısı					
İyi-çok iyi-orta	103	57.5	76	42.5	0.366
Kötü-çok kötü	8	72.7	3	27.3	
Aile refah skoru					
Yüksek	17	50.0	17	50.0	0.197
Orta	72	64.3	40	35.7	
Düşük	23	52.3	21	47.7	

Okulla ilgili olumsuz görüşleri olanlar ve ders baskısını çok hissettiğini belirtenlerde fiziksel kavgaya karışma davranışı daha fazla görülmüştür (sırasıyla $p=0.001$, $p=0.006$). Okul başarısı algısı ile fiziksel kavgaya karışma davranışı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (Tablo 42).

Tablo 42. Okul yaşantısı ile ilgili özelliklere göre fiziksel kavga etme durumu

Özellikler(n=253)	Fiziksel kavga etme				P
	Var		Yok		
	n	%	n	%	
Okulla ilgili görüşler					
Çok/az seviyorum	68	50.7	66	49.3	0.001
Pek/hiç sevmiyorum	44	77.2	13	22.8	
Ders baskısı					
Hiç/çok az/biraz	73	52.9	65	47.1	0.006
Çok	39	75.0	13	25.0	
Okul başarısı algısı					
Çok iyi-iyi	52	52.5	47	47.5	0.234
Orta	47	63.5	27	36.5	
Düşük	11	68.8	5	31.3	

Son 1 yıl içinde fiziksel bir kavgaya karışanların öznel sağlık indeksi, aile destek puanı ve aile iletişim puanı ortalaması kavgaya karışmayanlara göre anlamlı olarak daha düşüktür (sırasıyla $p=0.001$, $p=0.049$, $p=0.012$). Akran destek puanı açısından kavgaya karışanlarla karışmayanlar arasında anlamlı bir fark bulunmamaktadır (Tablo 43).

Tablo 43. Fiziksel kavga etme durumuna göre öznel sağlık indeksi ve sosyal destek puanları (Ortalama-S)

	Fiziksel kavga etme		P
	Var	Yok	
	Ortalama±S	Ortalama±S	
Öznel sağlık indeksi	27.7±6.2	30.4±4.7	0.001
Akran destek puanı	4.1±0.9	4.1±0.9	0.671
Aile destek puanı	4.2±0.9	4.5±0.7	0.049
Aile iletişim puanı	4.2±0.8	4.5±0.8	0.012

* Mann-Whitney U testi

Akran destek puanı, aile destek puanı ve aile iletişim puanının son 1 yıl içinde fiziksel bir kavgaya karışmaya etkisini sosyodemografik değişkenlerin etkisini düzelterek gösteren lojistik regresyon analizinin sonuçları Tablo 44'de sunulmuştur.

Aile iletişim puanı ve aile destek puanının yüksek olması fiziksel bir kavgaya karışmış olmaya karşı koruyucu bulunmuştur. Sosyodemografik değişkenlere göre düzeltildikten sonra da aile destek puanı ile fiziksel kavga etme arasındaki ilişki devam etmiştir (OR:0.52, %95 GA: 0.332-0.850). Ancak düzeltilmiş modelde aile iletişim puanının etkisi ortadan kalkmıştır (OR:0.48, %95 GA: 0.148-1.426). Akran destek puanı ne düzeltilmiş modelde, ne de düzeltilmemiş modelde fiziksel kavga etmeyi etkilememektedir (Tablo 44).

Tablo 44. Sosyal destek puanlarının fiziksel kavga etme ile ilişkisi, OR, %95 GA

Özellik	Fiziksel kavga etme			
	Kaba OR	%95 GA	Düzeltilmiş OR*	%95 GA
Aile iletişim puanı	0.65	0.433-0.961	0.48	0.148-1.426
Aile destek puanı	0.70	0.487-0.995	0.52	0.332-0.850
Akran destek puanı	0.95	0.681-1.317	0.98	0.671-1.419

*Yaş, cinsiyet, anne-baba öğrenim durumu, anne-baba çalışma durumu, kardeş sayısı, ailede yaşayan kişi sayısı, yaşanılan yer, göç, aile refah skoru değişkenlerine göre düzeltilmiştir.

4.2.6. Zorbalığa Maruz Kalma İle İlişkili Etmenler

Son 5 yıl içinde şu anda yaşamakta olduğu yerleşim yerine başka bir şehirden göç gelenlerin %32.4'ü, yerlilerin %16.7'si son 2 ay içinde en az 1 kez akran zorbalığına maruz kaldığını belirtmiştir. Göç gelenlerle yerliler arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p=0.031$). Cinsiyet, yaş, ebeveyn öğrenim durumu, ebeveyn çalışma durumu, kardeş sayısı, ailedeki kişi sayısı, yaşanılan yer, gelir algısı, aile refah skoru zorbalığa maruz kalmayı etkilememektedir (Tablo 45).

Tablo 45. Sosyodemografik özelliklere göre zorbalığa maruz kalma durumu

Özellikler(n=253)	Zorbalığa maruz kalma				P
	Var		Yok		
	n	%	n	%	
Cinsiyet					
Erkek	35	21.0	132	79.0	0.374
Kadın	2	10.0	18	90.0	
Anne öğrenim durumu					
Ortaokul ve altı	17	14.8	98	85.2	0.066
Lise ve üzeri	18	25.7	52	74.3	
Baba öğrenim durumu					
Ortaokul ve altı	25	21.6	91	78.4	0.656
Lise ve üzeri	12	18.8	52	81.3	
Annenin çalışma durumu					
Çalışıyor	14	24.6	43	75.4	0.325
Çalışmıyor	23	18.3	103	81.7	
Babanın çalışma durumu					
Çalışıyor	34	20.6	131	79.4	1.000
Çalışmıyor	2	15.4	11	84.6	
Kardeş sayısı					
En fazla 1	26	22.6	89	77.4	0.179
2 ve üzerinde	10	14.5	59	85.5	
Ailedeki kişi sayısı					
En fazla 4	24	21.6	87	78.4	0.327
5 ve üzerinde	11	15.7	59	84.3	
Yaşanılan yer					
Kent	31	21.7	112	78.3	0.321
Kır	6	14.6	35	85.4	
Göç					
Var	12	32.4	25	67.6	0.031
Yok	25	16.7	125	83.3	
Gelir algısı					
İyi-çok iyi-orta	32	18.5	141	81.5	0.701
Kötü-çok kötü	3	25.6	9	27.0	
Aile refah skoru					
Yüksek	7	21.2	26	78.8	0.937
Orta	22	20.4	86	79.6	
Düşük	8	18.2	36	81.8	

Okulla ilgili görüşler, ders baskısı ve okul başarısı algısı ile zorbalığa maruz kalma arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (Tablo 46).

Tablo 46. Okul yaşantısı ile ilgili görüşlere göre zorbalığa maruz kalma durumu

Özellikler(n=253)	Zorbalığa maruz kalma				P
	Var		Yok		
	n	%	n	%	
Okulla ilgili görüşler					
Çok/az seviyorum	23	17.0	112	83.0	0.112
Pek/hiç sevmiyorum	14	27.5	37	72.5	
Ders baskısı					
Hiç/çok az/biraz	27	20.0	108	80.0	1.0
Çok	10	20.0	40	80.0	
Okul başarısı algısı					
Çok iyi-iyi	17	17.2	82	82.8	0.337
Orta	14	20.0	56	80.0	
Düşük	5	33.3	10	66.7	

Zorbalığa maruz kalanlarda kalmayanlara göre, akran destek puanı, aile destek puanı ve aile iletişim puanı ortalaması anlamlı olarak daha düşüktür (Sırasıyla $p=0.001$, $p=0.039$, $p=0.028$). Öznel sağlık indeksi ile zorbalığa maruz kalma arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (Tablo 47).

Tablo 47. Zorbalığa maruz kalma durumuna göre öznel sağlık indeksi ve sosyal destek puanları (Ortalama-S)

	Zorbalığa maruz kalma		P
	Var	Yok	
	Ortalama $\pm$ S	Ortalama $\pm$ S	
Öznel sağlık indeksi	27.4 $\pm$ 6.1	29.2 $\pm$ 5.7	0.064
Akran destek puanı	3.6 $\pm$ 1.0	4.2 $\pm$ 0.9	0.001
Aile destek puanı	4.1 $\pm$ 0.9	4.4 $\pm$ 0.9	0.039
Aile iletişim puanı	4.1 $\pm$ 0.8	4.4 $\pm$ 0.8	0.028

* Mann-Whitney U testi

Akran destek puanı, aile destek puanı ve aile iletişim puanının son 2 ay içinde akran zorbalığına maruz kalmaya etkisini sosyodemografik değişkenlerin etkisini düzelterek gösteren lojistik regresyon analizinin sonuçları Tablo 48’de sunulmuştur.

Aile destek puanı sosyodemografik değişkenlere göre düzeltildikten sonra zorbalığa maruz kalmaya karşı koruyucu olarak bulunmuştur (OR:0.60, %95 GA:0.363-0.974). Aile iletişim puanı ve akran destek puanının koruyucu etkisi düzeltmeden sonra da anlamlılığını sürdürmüştür (Tablo 48).

Tablo 48. Sosyal destek puanları ile zorbalığa maruz kalma ilişkisi, OR, %95 GA

Özellik	Zorbalığa maruz kalma			
	Kaba OR	%95 GA	Düzeltilmiş OR*	%95 GA
Aile iletişim puanı	0.66	0.432-0.994	0.44	0.246-0.771
Aile destek puanı	0.77	0.532-1.102	0.60	0.363-0.974
Akran destek puanı	0.54	0.363-0.789	0.50	0.314-0.787

*Yaş, cinsiyet, anne-baba öğrenim durumu, anne-baba çalışma durumu, kardeş sayısı, ailede yaşayan kişi sayısı, yaşanılan yer, göç, aile refah skoru değişkenlerine göre düzeltilmiştir.

4.2.7. Zorbalık Yapma İle İlişkili Etmenler

En fazla 1 kardeşi olanların %28.9'u, 2 ve daha çok kardeşi olanların %15.1'i son 2 ay içinde bir akranına zorbalık yapmıştır. Kardeş sayısı az olanlarda zorbalık yapma davranışı anlamlı olarak daha fazla görülmüştür ($p=0.028$). Ailesi 4 ve daha az kişiden oluşarlarda da daha kalabalık ailesi olanlara göre daha fazla zorbalık yapma davranışı görülmüştür ($p=0.004$). Cinsiyet, yaş, ebeveyn öğrenim durumu, ebeveyn çalışma durumu, yaşanılan yer, göç, gelir algısı, aile refah skoru zorbalık yapmayı etkilememektedir (Tablo 49).

Tablo 49. Sosyodemografik özelliklere göre zorbalık yapma durumu

Özellikler(n=253)	Zorbalık yapma				P
	Var		Yok		
	n	%	n	%	
Cinsiyet					
Erkek	43	24.3	134	75.7	0.788
Kadın	4	19.0	17	81.0	
Anne öğrenim durumu					
Ortaokul ve altı	29	23.4	95	76.6	0.852
Lise ve üzeri	16	22.2	56	77.8	
Baba öğrenim durumu					
Ortaokul ve altı	27	21.8	97	78.2	0.573
Lise ve üzeri	17	25.4	50	74.6	
Annenin çalışma durumu					
Çalışıyor	15	25.4	44	74.6	0.627
Çalışmıyor	30	22.2	105	77.8	
Babanın çalışma durumu					
Çalışıyor	39	22.4	135	77.6	1.0
Çalışmıyor	3	23.1	10	76.9	
Kardeş sayısı					
En fazla 1	35	28.9	86	71.1	0.028
2 ve üzerinde	11	15.1	62	84.9	
Ailedeki kişi sayısı					
En fazla 4	36	30.8	81	69.2	0.004
5 ve üzerinde	9	12.5	63	87.5	
Yaşanılan yer					
Kent	34	22.5	117	77.5	0.297
Kır	13	30.2	30	69.8	
Göç					
Var	12	30.8	27	69.2	0.249
Yok	35	22.0	124	78.0	
Gelir algısı					
İyi-çok iyi-orta	42	22.8	142	77.2	0.481
Kötü-çok kötü	4	33.3	8	66.7	
Aile refah skoru					
Yüksek	9	25.0	27	75.0	0.985
Orta	27	23.9	86	76.1	
Düşük	11	23.4	36	76.6	

Okulla ilgili görüşleri olumsuz olanlarda zorbalık yapma, olumlu olanlara göre daha fazladır ($p=0.024$). Ders baskısı ve okul başarısı algısı zorbalık yapmayı anlamlı olarak etkilememiştir (Tablo 50).

Tablo 50. Öğrencilerin okul yaşantısı ile ilgili görüşlerine göre zorbalık yapma durumu

Özellikler(n=253)	Zorbalık yapma				P
	Var		Yok		
	n	%	N	%	
Okulla ilgili görüşler					
Çok/az seviyorum	27	19.4	112	80.6	0.024
Pek/hiç sevmiyorum	20	34.5	38	65.5	
Ders baskısı					
Hiç/çok az/biraz	29	20.4	113	79.6	0.059
Çok	18	33.3	36	66.7	
Okul başarısı algısı					
Çok iyi-iyi	21	20.2	83	79.8	0.285
Orta	19	25.3	56	74.7	
Düşük	6	37.5	10	62.5	

Öznel sağlık indeksi, akran destek puanı, aile destek puanı ve aile iletişim puanı ile son 2 ay içinde zorbalık yapma arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır (Tablo 51).

Tablo 51. Zorbalık yapma durumuna göre öznel sağlık indeksi ve sosyal destek puanları (Ortalama-S)

	Zorbalık yapma		P
	Var	Yok	
	Ortalama±S	Ortalama±S	
Öznel sağlık indeksi	28.1±5.8	29.1±5.7	0.133
Akran destek puanı	4.2±0.8	4.0±0.9	0.567
Aile destek puanı	4.2±1.0	4.3±0.9	0.593
Aile iletişim puanı	4.3±0.8	4.3±0.8	0.693

* Mann-Whitney U testi

Akran destek puanı, aile destek puanı ve aile iletişim puanının son 2 ay içinde akran zorbalığı yapmaya etkisini sosyodemografik değişkenlerin etkisini düzelterek gösteren lojistik regresyon analizinin sonuçları Tablo 48’de sunulmuştur.

Aile iletişim puanı, aile destek puanı, akran destek puanı son 2 ay içinde zorbalık yapmayı ne düzeltilmiş ne de düzeltilmemiş modellerde anlamlı olarak etkilemiştir(Tablo 52).

Tablo 52. Zorbalık yapma ile sosyal destek puanları ilişkisi, OR, %95 GA

Özellik	Zorbalık yapma			
	Düzeltilmemiş OR	%95 GA	Düzeltilmiş OR*	%95 GA
Aile iletişim puanı	0.93	0.627-1.392	0.94	0.534-1.638
Aile destek puanı	0.90	0.640-1.275	0.90	0.547-1.479
Akran destek puanı	1.20	0.814-1.777	0.71	0.174-2.882

*Yaş, cinsiyet, anne-baba öğrenim durumu, anne-baba çalışma durumu, kardeş sayısı, ailede yaşayan kişi sayısı, yaşanılan yer, göç, aile refah skoru değişkenlerine göre düzeltilmiştir.

4.3. Bulguların özeti

Bu çalışmada düzenli kahvaltı etme, orta-ağır fizik aktivite yapma, her gün tütün ürünü kullanma, fiziksel kavgaya etme, akran zorbalığına maruz kalma ve akran zorbalığı yapma temel bağımlı değişken olarak kabul edilerek sosyodemografik özellikler, öğrencinin okul ile ilgili görüşleri ve iletişim ve sosyal destek puanları ile ilişkisi incelenmiştir. Çok sayıda karşılaştırma yapıldığından sonuçlar Şekil 4'te özet olarak sunulmuştur. Tabloda tek değişkenli analizlerde istatistiksel olarak anlamlı olarak saptanan ilişkiler renkli olarak sunulmuştur. Buna göre düzenli kahvaltı etmeyle cinsiyet, gelir algısı, okulla ilgili görüşler, okul başarısı, öznel sağlık indeksi ve akran destek puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır. Her gün tütün kullanımıyla yaş, ders baskısı, öznel sağlık indeksi ve akran destek puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır. Fiziksel kavgaya karışma ile okulla ilgili görüşler, ders baskısı, öznel sağlık indeksi, aile destek puanı ve aile iletişim puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır. Zorbalığa maruz kalma ile göç, akran destek puanı, aile destek puanı ve aile iletişim puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır. Zorbalık yapma ile kardeş sayısı, ailedeki kişi sayısı ve okulla ilgili görüşler arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır.

Lojistik regresyon analizi ile temel bağımlı değişkenlerin iletişim ve sosyal destek puanları ile ilişkisi incelenmiştir. Şekil 5'te sosyodemografik değişkenlere göre düzeltme yapıldığında istatistiksel olarak anlamlı olarak saptanan ilişkiler renkli olarak sunulmuştur. Buna göre düzenli kahvaltı etme ile aile destek puanı ve akran destek puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır. Fiziksel kavgaya karışma ile aile destek puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır. Zorbalığa maruz kalma ile aile iletişim puanı, aile destek puanı ve akran destek puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır.

	Bağımlı değişkenler					
Bağımsız değişkenler	Düzenli kahvaltı etme	Orta-ağır fizik aktivite yapma	Her gün tütün kullanma	Fiziksel kavga etme	Akran zorbalığına maruz kalma	Akran zorbalığı yapma
Cinsiyet						
Yaş						
Anne öğrenim durumu						
Baba öğrenim durumu						
Anne çalışma durumu						
Baba çalışma durumu						
Kardeş sayısı						
Ailedeki kişi sayısı						
Yaşanılan yer						
Göç						
Gelir algısı						
Aile varıllık skoru						
Okulla ilgili görüşler						
Ders baskısı						
Okul başarısı						
Öznel sağlık indeksi						
Aile iletişim puanı						
Aile destek puanı						
Akran destek puanı						

Şekil 4. Tek değişkenli analiz sonuçları özeti

	Bağımlı değişkenler					
Bağımsız değişkenler	Düzenli kahvaltı etme	Orta-ağır fizik aktivite yapma	Her gün tütün kullanma	Fiziksel kavga etme	Akran zorbalığına maruz kalma	Akran zorbalığı yapma
Aile iletişim puanı						
Aile destek puanı						
Akran destek puanı						

Şekil 5. Lojistik regresyon sonuçları özeti

5. TARTIŖMA

Bu alışma Güzelbahçe İMKB Mesleki ve Teknik Anadolu Lisesi ğrencilerinin sağlık davranışlarını ve bu davranışlarla ilişkili etmenleri belirlemek amacıyla yapılmıştır. Ayrıca sağlık davranışları ile sosyal destek puanları ve sağlık indeksi arasındaki ilişki ortaya konmuştur.

Öğrencilerin %46.4' her gün düzenli olarak kahvaltı etmektedir. Erkekler, gelir algısı çok iyi/iyi/orta olanlar, okulla ilgili görüşleri olumlu olanlar, okul başarısını çok iyi/iyi olarak değerlendirenler, sağlık indeksi ve akran destek puanı daha yüksek olanlar tek değişkenli analiz sonuçlarına göre anlamlı olarak daha fazla düzenli kahvaltı etmektedir. Lojistik regresyon analizine göre hem düzeltilmemiş hem de düzeltilmiş modelde öznel sağlık indeksi, aile destek puanı ve akran destek puanındaki artış düzenli kahvaltı etmeyi arttırmaktadır.

Araştırmaya katılan öğrencilerin %21.9'u günlük olarak yeterli düzeyde orta-ağır fizik aktivite yapmaktadır. Fizik aktivite yapmayı sosyodemografik değişkenler, okul yaşantısı ile ilgili değişkenler, sağlık indeksi ve sosyal destek durumu istatistiksel olarak anlamlı derecede etkilememiştir.

Öğrencilerin her gün en az 1 kez tütün ve tütün ürünü kullanma sıklığı %14.6 olarak bulunmuştur. Tütün kullanımı ile sosyodemografik değişkenler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur. Ders baskısını çok yaşayan öğrenciler diğerlerine göre anlamlı derecede fazla tütün ve tütün ürünü kullanmaktadır. Tütün ürünlerini her gün kullananların kullanmayanlara göre sağlık indeksi düşük, akran destek puanı yüksektir. Lojistik regresyon analizinde öznel sağlık indeksi düzeltmeden sonra da anlamlılığını korumakta, akran destek puanı anlamlılığını yitirmektedir.

Son 12 ay değerlendirildiğinde en az 1 kez fiziksel bir kavgaya karışma sıklığı %58.9 olarak bulunmuştur. Fiziksel kavgaya karışma ile sosyodemografik değişkenler arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Okulla ilgili görüşleri olumsuz olanlar ve ders baskısını çok hissedenler anlamlı olarak daha fazla fiziksel bir kavgaya karışmıştır. Fiziksel bir kavgaya karşanların sağlık indeksi, aile desteği ve aile iletişimi karşmayanlara göre anlamlı derecede düşüktür. Lojistik regresyon analizinde öznel sağlık indeksi ve aile destek puanı hem düzeltilmemiş hem de düzeltilmiş modelde fiziksel bir kavgaya karşmaya karşı koruyucu bulunmuştur. Aile iletişim puanının koruyuculuğu ise düzeltmeden sonra ortadan kalkmıştır.

Öğrencilerin %19.8'i son 2 ay içinde en az 1 kez zorbalığa maruz kaldığını belirtmiştir. Son 5 yıl içinde göç gelenler anlamlı derecede daha fazla zorbalığa maruz kalmıştır. Zorbalığa maruz kalanların akran destek, aile destek ve aile iletişim puanı daha düşüktür. Lojistik regresyon analizi sonucuna göre aile iletişim ve akran destek puanı hem düzeltilmemiş hem de düzeltilmiş modelde zorbalığa maruz kalmaya karşı koruyucu bulunmuştur. Öznel sağlık indeksi ve aile destek puanı sosyodemografik değişkenlere göre düzeltmeden sonra zorbalığa maruz kalmaya karşı koruyucu bulunmuştur.

Son 2 ay içinde zorbalık yapanların sıklığı %23.7'dir. En çok 1 kardeşi olanlar, en çok 4 kişilik aileye sahip olanlar ve okulla ilgili görüşleri olumsuz olanlar daha fazla zorbalık yapmıştır.

5.1. Düzenli Kahvaltı Etme İle İlişkili Etmenler

Bu çalışmada öğrencilerin %46.4'ü düzenli olarak her gün kahvaltı etmektedir. Türkiye'de çeşitli şehirlerde yapılan okul tabanlı çalışmalarda düzenli kahvaltı etme sıklığı %37.6- %70.5 arasında değişmektedir (30, 52-57). Türkiye Beslenme ve Sağlık araştırması 2010 sonuçlarına göre 15-18 yaş adolesanların %21.0'ı kahvaltı öğününü atlamaktadır (21). HBSC Türkiye 2006 sonuçlarına göre öğrencilerin %60.5'i hafta içi her gün düzenli olarak kahvaltı etmektedir (56). Ulusal düzeydeki bu iki çalışmaya göre bu okuldaki çocuklarda düzenli kahvaltı etme sıklığı oldukça düşüktür. Bunun nedeni çalışmanın yapıldığı okulun genellikle düşük sosyoekonomik düzeydeki öğrencilerden oluşması ve büyük kısmının okula uzak semt ve ilçelerden gelmeleri olabilir.

Uluslararası HBSC çalışmasının 42 ülkede 11-15 yaş adolesanlara ait son izlemi (2013-2014) sonuçlarına göre 15 yaşa özel düzenli olarak kahvaltı etme sıklığı %57 olarak bulunmuştur. Ülkeler arası karşılaştırma sonuçlarına göre en düşük ülkeler Arnavutluk (K:%34, E:%48), Slovenya (K:%38, E:%42) ve Romanya (K:%36, E:%40)'dır (27). Avrupa'da 10 şehirde 12-17 yaş adolesanların beslenme durumunu ve sağlıklı yaşam biçimi ile ilişkilerini belirlemek amacıyla okul tabanlı olarak yapılan HELENA (Healthy Lifestyle in Europe by Nutrition in Adolescence) çalışmasında kahvaltı etme sıklığı adolesanlarda %77 olarak bulunmuştur (58). ABD'de Gençlik Riskli Davranış Araştırması (The Youth Risk Behavior Survey-YRBS) 2015 sonuçlarına göre her gün düzenli olarak kahvaltı etme sıklığı %36.3 olarak bulunmuştur (6). Bu çalışmanın sonuçları Avrupa'daki adolesanlardan düşük, ABD'deki adolesanlardan yüksektir.

Bu çalışmada erkeklerde düzenli kahvaltı etme davranışı daha yüksek bulunmuştur. Ulusal ve uluslararası çalışmalarda da benzer şekilde erkeklerde kahvaltı etme sıklığı daha fazladır (6, 27, 52, 56, 57, 59).

Gelir algısına göre bakıldığında çok iyi/iyi/orta olanlarda düzenli kahvaltı etme daha sıklıdır. Uluslararası HBSC 2013-2014 sonuçları bizim çalışmamızla benzerdir (27). Brezilya’da 10-17 yaş adolesanlarda yapılan kronik hastalıklar için riskli davranışlar araştırmasında ailenin ekonomik durumu kahvaltı etmeyi etkilememiştir (59). HELENA çalışmasında da gelir açısından fark bulunmamıştır (58). Bu farklılıklar çalışmalarda katılımcıların özelliklerinin farklı dağılımından kaynaklanmaktadır.

Okulla ilgili değişkenlerden okulla ilgili görüşler ve okul başarısı düzenli kahvaltı etmeyi olumlu yönde etkilemektedir. Manisa’da 2016’da yapılan okul tabanlı çalışmada bizim çalışmamızla benzer şekilde okul başarısı iyi olanlarda kahvaltı etme davranışı daha sık bulunmuştur (57). YRBS 2015 yılı sonuçlarına göre okul başarısını çok iyi olarak belirtenler, çok kötü olarak belirtenlerden 2.13 (1.89-2.41) kat daha fazla her gün düzenli kahvaltı etmektedir (60). Bu bulgular bizim çalışmamızla uyumludur. Edirne’de ortaokul ve lise öğrencilerinde yapılan bir çalışmada düzenli kahvaltı etme ile okul başarısı arasında ilişki bulunmamıştır (61). Bu farklılık ortaokul yaş grubunda genel olarak kahvaltı etme davranışının lisedekilere göre daha fazla olmasından kaynaklanmış olabilir.

Japonya da ortaokul ve lise öğrencilerinde yapılan okul tabanlı bir çalışmada bu çalışma ile benzer şekilde, okulla ilgili olumlu görüşleri olan çocuklarda her gün düzenli kahvaltı etme davranışı daha sık bulunmuştur (Lise grubu için OR:1.94 %95 GA 1.77-2.13) (49). ABD’de 80 lise ve 52 ortaokulda yapılan National Longitudinal Study of Adolescent Health (Add Health) çalışmasında 13-18 yaş adolesanlar sağlık davranışları açısından 7 yıl boyunca izlenmişlerdir. Bu izlem sonucunda olumlu okul yaşantısının adolesan dönemde sağlık davranışlarını olumlu etkilediği ancak genç erişkinliğe geçişle birlikte sağlık davranışları üzerinde olumsuz etkisi olduğu görülmüştür (62).

Bu çalışmada çok değişkenli analizlere göre aile destek ve akran destek puanı yüksek olanlarda kahvaltı etme davranışı daha sık bulunmuştur. Bu araştırmaya benzer şekilde Add Health araştırmasında aile desteği adolesan dönemde sağlık davranışlarını olumlu yönde etkilemiştir. Ancak genç erişkinliğe geçiş sürecinde bu olumlu etkinin ortadan kalktığı, aile desteği ve aile ilişkileri daha iyi olan gençlerin sağlık davranışlarında daha fazla kayıp yaşadıkları görülmüştür. Akran desteği açısından Add Health araştırmasının sonuçları bu

araştırmadan farklıdır. Akran desteği ile sağlık davranışları adolesan dönemde ters ilişkili bulunmuştur. Ancak bu etki erişkinlikte ortadan kalkmaktadır (63).

5.2. Düzenli Orta-Ağır Fizik Aktivite Yapma İle İlişkili Etmenler

Bu çalışmada son 1 hafta değerlendirildiğinde, her gün, en az 60 dakika süren, okul saati içinde ya da okul dışında, okula yürüyerek gelmek, futbol, basketbol oynamak, dans etmek, folklor oynamak, bisiklete binmek gibi orta-ağır fiziksel aktivite yapma sıklığı %21.9 olarak bulunmuştur. Çalışmalarda fizik aktivite adolesan yaş grubunda farklı ölçüm yöntemleri kullanılarak ölçülmüştür. Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması 2010 sonuçlarında 15-18 yaşa özel düzenli fizik aktivite yapma %12.4 olarak bulunmuştur (21). HBSC Türkiye 2006 sonuçlarına göre ülke genelinde her gün en az 1 saat orta ağır fizik aktivite yapma sıklığı %20.1 olarak bulunmuştur (56). Bizim çalışmamızın bulguları HBSC Türkiye çalışması ile benzerdir. İzmir’de benzer ölçüm yöntemleri kullanılarak yapılan lise öğrencilerinin sağlık davranışlarının araştırıldığı bir çalışmada öğrencilerin %10.9’unun yeterli ve düzenli fizik aktivite yaptığı belirlenmiştir (30). Isparta’da yapılan bir çalışmada 12-18 yaş okul çocuklarında okul saati dışında düzenli fizik aktivite yapma sıklığı %52.6 olarak bulunmuştur (52). Manisa çalışmasında düzenli orta-ağır fizik aktivite yapma sıklığı %20.7 olarak bulunmuştur (57). Bu farklılıklar ölçüm yöntemlerinden kaynaklanabilir.

Çin’de 42 çalışmanın değerlendirildiği bir sistematik derlemeye göre 13-18 yaş adolesanlarda günlük en az 60 dakika orta-ağır fizik aktivite yapma sıklığı %4.7-%63.4 arasında değişmektedir (63). Uluslararası HBSC çalışması 2013-2014 sonuçlarına göre 15 yaşa özel orta-ağır fizik aktivite yapma sıklığı %16.0 olarak belirtilmiştir. En düşük olduğu ülkeler İsviçre (K: %7, E: %12), İtalya (K: %5, E: %11) ve İsrail (K: %5, E: %10)’dır (27). ABD’de Gençlik Riskli Davranış Araştırması (The Youth Risk Behavior Survey-YRBS) 2015 sonuçlarına göre her gün en az 1 saat fizik aktivite yapma sıklığı %27.1 olarak bulunmuştur (6). Buna göre bizim çalışma grubumuzun fizik aktivite sıklığı Avrupa ülkelerinden yüksek, ABD’den düşüktür.

Genel olarak literatürde erkeklerde kızlara göre fizik aktivite daha sık bulunmuştur (6, 21, 27, 30, 51, 52, 56, 63). Farklı olarak Galler’de 11-18 yaş öğrencilerde aynı ölçüm yöntemleri kullanılarak yapılan çalışmada kızlarda daha yüksek bulunmuştur (64). Bu çalışmada cinsiyet açısından fark bulunmamıştır. Bunun nedeni çalışma grubundaki kızların sayısındaki yetersizlik olabilir.

Yaş'a göre bakıldığında bu çalışmada fark bulunmamıştır. Diğer çalışmalarda genellikle fizik aktivitenin yaşla birlikte azaldığı bulunmuştur (6, 27, 56, 57, 59, 64). Farklı olarak Isparta'da 12-18 yaş adolesanlarda yapılan okul çalışmasında fizik aktivite geç adolesan yaş grubunda daha fazla bulunmuştur (52).

Diğer sosyodemografik değişkenlere bakıldığında Çin'de yapılan sistematik derlemede de bu çalışmaya benzer şekilde kent-kır, sosyoekonomik durum ve ebeveyn eğitim durumunun adolesanların fizik aktivite yapmalarını etkilemediği görülmüştür (63).

Bu çalışmada okulla ilgili değişkenler fizik aktivite yapmayı etkilememiştir. Kanada'da yapılan 2014 HBSC çalışmasında sağlık davranışlarının okul başarısına etkisi incelenmiş, okul başarısını daha yüksek olarak belirten öğrencilerin daha fazla yeterli orta-ağır fizik aktivite yaptığı belirtilmiştir (65). ABD'de YRBS izleminde olan grubun 2015 yılında okulla ilgili özelliklerinin değerlendirildiği çalışmada yeterli fizik aktivite yapma, okul başarısını kendi beyanına göre çok iyi olarak belirten öğrencilerde, çok kötü olarak belirtenlere göre 1.37 (1.23-1.52) kat daha fazla bulunmuştur (60). Bizim çalışmamız ulusal veri içeren bu çalışmalara göre çok daha küçük bir örnekte yapıldığı için farkı ortaya koymamış olabilir.

Finlandiya'da okullarda "Hareketli Okullar" programı yürütülmektedir. Bu programın uygulandığı okullarda yapılan bir çalışmada öğrencilerin öznel sağlık yakınmaları ile fizik aktivite yapma durumları arasındaki ilişki incelenmiştir. Tek değişkenli analizlerde sağlık durumu daha iyi olan öğrencilerin daha çok fizik aktivite yaptıkları gösterilmiştir. Ancak çok değişkenli analizlerde cinsiyet, sınıf, BKİ ve sağlıkla ilişkili yakınmalarına göre düzeltme yapıldığında bu anlamlılık ortadan kalkmaktadır (66). Litvanya'da 2012'de 14-15 yaş 862 kız öğrencinin katılımı ile yapılan kesitsel bir çalışmada sağlık yakınmaları ölçümü için HBSC çalışmasının ölçüm yöntemi kullanılmış ve fiziksel olarak inaktif olan öğrencilerin öznel sağlık yakınmaları 1.45 (0.84-2.49) kat fazla bulunmuştur. Ancak fizik aktivite ile sağlık yakınmaları indeksi arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı değildir (67). Bizim çalışmamızda da benzer şekilde fizik aktivite yapanlarla yapmayanlar arasında öznel sağlık indeksi ortalamaları arasında anlamlı bir fark yoktur.

ABD'de yapılan okul tabanlı bir çalışmada sosyal desteğin öğrencilerin fizik aktivite yapmaları üzerine etkisi incelenmiştir. Cinsiyet, sınıf ve ırka göre düzeltme yapılarak oluşturulan modele göre fizik aktivite, aile destek puanındaki 1 birimlik artış ile 1.51 kat, akran destek puanındaki 1 birimlik artış ile 2.77 kat artmaktadır (68). Bu çalışmada tek

değişkenli ve çok değişkenli analizlerde sosyal destekle ilgili değişkenler fizik aktiviteyi etkilememektedir. Her iki grupta da sosyal destek puanları ortalaması birbirine çok yakındır.

5.3. Tütün Ve Tütün Ürünü Kullanımı İle İlişkili Etmenler

Bu çalışmada her gün en az 1 kez tütün ve tütün ürünü kullanma sıklığı %14.6, son 1 ay içinde en az 1 kez sigara içme sıklığı %28.8 olarak bulunmuştur. Küresel Gençlik Tütün Araştırması Türkiye (KGTA) sonuçlarına göre son 1 ay içinde en az 1 kez sigara içme sıklığı 2003 yılında %6.9, 2009 yılında %8.4, 2012 yılında %10.4 (E:%12.1, K:%8.3) olarak bulunmuştur (29, 69). Bu sonuçlar yetişkinlerde tütün kullanımında belli bir düşüş olmasına karşın adolesanlarda yıllar içinde artma eğiliminin devam ettiğini ortaya koymaktadır. Ülkemizde son 10 yıl içinde yapılan okul tabanlı kesitsel araştırmalarda her gün en az 1 kez tütün ve tütün ürünü kullanma sıklığı %4.1-%20.1 arasında değişmektedir (30, 53, 70-74). Çalışmalarda genellikle meslek lisesi öğrencilerinde diğer liselerin öğrencilerine göre sigara kullanımı daha sık görülmektedir (72, 74, 75). Bu çalışmanın yürütüldüğü meslek lisesinde tütün kullanımının Türkiye genelinden oldukça yüksek olduğu söylenebilir.

HBSC çalışmasının 2013-2014 izleminin yapıldığı 42 ülkede her gün tütün ve tütün ürünü kullananların 15 yaşa özel sıklığı %8.0 olarak bulunmuştur. Ülkeler arası karşılaştırma sonuçlarına göre en yüksek ülkeler Grönland (%44), Bulgaristan (%21) ve Hırvatistan (%18)'dir (27). ABD'de Gençlik Riskli Davranış Araştırması (The Youth Risk Behavior Survey-YRBS) 2015 sonuçlarına göre her gün düzenli olarak sigara kullanma sıklığı %2.3 olarak bulunmuştur. 1991 yılında bu yana sıklığı düşme eğilimindedir (%9.8-%2.3) (6).

Bu çalışmada literatürle uyumlu olarak yaşla birlikte tütün kullanımı artmaktadır (6, 27). Diğer sosyodemografik değişkenlerle tütün kullanımı arasında bir ilişki bulunmamıştır. Literatürde bu konuda farklı sonuçlar bulunmaktadır. Yapılan çoğu araştırmada erkeklerde kızlardan daha sık sigara kullanımı görülmektedir (6, 71-74). İzmir'de Keskinoglu ve arkadaşlarının 2006 yılında benzer ölçüm yöntemleri ile yaptıkları lise öğrencileri sigara içme sıklığı araştırmasında da bizim araştırmamıza benzer şekilde cinsiyet sigara içmeyi etkilememiştir (70). Ancak Çavdar ve arkadaşlarının İzmir'de lise öğrencileri ile yaptıkları araştırmada hem 9, hem de 10. sınıf öğrencilerinde erkeklerde sigara içme daha sık olarak bulunmuştur (30). Gökler ve arkadaşlarının Eskişehir'de yaptıkları araştırmada kırsal alanda yaşayan adolesanlarda kenttekilere göre sigara kullanımı daha sık bulunmuştur (53). Bazı çalışmalarda anne öğrenim düzeyi yüksek olan adolesanlarda sigara içme daha sık bulunmuştur (71). Ancak bazı çalışmalarda da annenin öğretim durumu çocukların sigara

içmesini etkilememektedir (70, 73). Keskinoglu ve arkadaşlarının çalışmasında annesi çalışan çocuklarda sigara içme daha sık bulunmuştur (70). Baba öğrenim ve çalışma durumu ile ailenin gelir durumu genellikle çocukların sigara içme davranışını etkilememektedir (70, 73).

Bu çalışmada okul yaşantısı ile ilgili değişkenlerden ders baskısı tütün kullanımını etkilemektedir. Ders baskısını çok hissedenlerde tütün kullanımı daha sık görülmüştür. Japonya’da ortaokul ve lise öğrencilerinde yapılan okul tabanlı bir çalışmada okulla ilgili olumsuz görüşleri olan çocuklarda son 1 ayda sigara içme davranışı daha sık bulunmuştur. Lise öğrencilerinde sigara içenler sigara içmeyenlere göre 1.6 kat (%95 GA 1.43-1.79) daha fazla okulla ilgili olumsuz görüşlere sahiptir (76). Çin’de çok merkezli olarak 7-12. sınıf öğrencilerinde yürütülen kesitsel bir çalışmada okul başarısı çok kötü olan öğrencilerin, çok iyi olan öğrencilere göre 2.23 kat daha sık sigara kullandıkları belirtilmektedir (77). Bu çalışmada okul başarısı ve okulla ilgili görüşler tütün kullanımını etkilememektedir. Bu farklılığın nedeni araştırma grubunun küçük olmasından kaynaklanmış olabilir.

Bu çalışmada tütün kullananların öznel sağlık indeksi daha düşük bulunmuştur. Litvanya’da farklı şehirlerden seçilen 10 okuldaki 14-15 yaş kızlarda yapılan kesitsel çalışmada sigara içen öğrencilerde öznel sağlık yakınmaları 1.23 (0.68-2.23) kat daha fazla bulunmuş, ancak bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildir (67).

Çin’de meslek lisesi öğrencilerinde 2014 yılında yapılan bir çalışmada aile desteği ve sosyal desteğin adolesanların sigara kullanımına karşı koruyucu olduğu gösterilmiştir (p <0.001) (78). Avustralya’da 32 okulda 7-10. sınıfta 10,092 öğrenci ile yapılan kesitsel bir okul çalışmasında tütün, alkol ve madde kullanım sıklığı ile sosyal desteğin ilişkisi incelenmiştir. Aile desteğindeki 1 puanlık düşme sigara kullanımını 2.19 (1.89-2.52) kat, akran desteğindeki 1 puanlık düşme 3.82 (3.20-4.56) kat arttırmaktadır (79). Bizim çalışmamızda aile desteği ve aile iletişimi tütün kullanımını etkilememektedir. Lojistik regresyon analizinde akran desteği sosyodemografik değişkenlere göre düzeltme yapıldıktan sonra anlamlılığını kaybetmektedir. Bunun nedeni bizim araştırma grubumuzun küçük, riskli davranışlar ve sosyal destek bakımından dezavantajlı bir grup olmasından kaynaklanabilir.

5.4. Fiziksel Kavga Etme İle İlişkili Etmenler

Bu çalışmada son 12 ay içinde en az 1 kez fiziksel bir kavgaya karışma sıklığı %58.9’dur. HBSC Türkiye 2006 sonuçlarına göre fiziksel kavgaya karışma sıklığı %53.3’tür (56). Farklı illerde yapılan çalışmalarda %26.4-%51.5 arasında sonuçlar bulunmaktadır (30, 57, 80, 81).

HBSC çalışmasının 2013-2014 izleminin yapıldığı 42 ülkede son 12 ayda fiziksel bir kavgaya karışanların 15 yaşa özel sıklığı %27.0 olarak bulunmuştur. Ülkeler arası karşılaştırma sonuçlarına göre en yüksek ülkeler Slovakya (%37), Yunanistan (%37), Arnavutluk (%36) ve Ermenistan (%36)'dır (27). ABD'de Gençlik Riskli Davranış Araştırması (The Youth Risk Behavior Survey-YRBS) 2015 sonuçlarına göre lise öğrencilerinde son 1 yıl içinde fiziksel bir kavgaya karışma sıklığı %22.6 (9. sınıflarda %27.9, 10. sınıflarda %23.4)'dır. 1991 yılında bu yana düşme eğilimi göstermektedir (%42.5-%22.6) (6).

Bu çalışmada cinsiyetle son 1 yıl içinde fiziksel kavgaya karışma arasında bir ilişki bulunmamıştır. Literatürde genellikle erkeklerde daha sıktır (6, 27, 30, 56, 57, 80, 81). Bu farklılığın nedeni çalışma grubunda kızların sayısının çok az olmasından kaynaklanıyor olabilir. Bazı araştırmalarda geç adolesan dönemde daha sık bildirilmektedir (56). Ancak yaşla birlikte azaldığını belirten çalışmalar da vardır (30, 80). Edirne'de 5301 öğrenci ile yapılan kesitsel bir araştırmada bu çalışma ile benzer şekilde yaş ve sınıfa göre fark bulunmamıştır (81). Gelir durumuna bakıldığında Uluslararası HBSC 2013-2014 sonuçlarında da bu çalışmaya benzer şekilde kavgaya karışma ile gelir arasında bir ilişki bulunmamıştır (27). ABD'de YRBS kohortunda bulunan 5 bölgede 9-12. sınıf öğrencilerinin göçle sağlık davranışları arasındaki ilişki incelenmiştir. Buna göre son 6 yıl içinde göç gelmiş olmakla fiziksel bir kavgaya karışma arasında bir ilişki bulunmamıştır (82). Bu bulgu bizim çalışmamızı desteklemektedir.

Okulla ilgili değişkenlere bakıldığında okulla ilgili olumsuz görüşleri olanlarda ve ders baskısını çok hissedenlerde fiziksel kavga davranışı daha sık görülmüştür. Bu araştırmayla uyumlu şekilde ABD Ulusal Madde Kullanımı ve Sağlık Araştırması (NSDUH) sonuçlarına göre 12-17 yaş adolesanlarda kavga etme davranışı, okulla ilgili görüşleri olumsuz olanlarda olumlu olanlara göre 3.24 (1.69-6.21) kat daha fazla görülmektedir (83). Literatürde okul başarısı ile kavga etme davranışı arasında ilişki olduğunu gösteren çalışmalar bulunmaktadır. Liseye devam eden 1270 adolesanın sağlık davranışları ile okul yaşantıları arasındaki ilişkilerin araştırıldığı ABD RISE UP kohortunun 2014 sonuçlarına göre okul başarısı çok kötü olan öğrencilerde iyi olan öğrencilere göre 3.66 (1.69-7.94) kat daha fazla fiziksel kavgaya karışma olmaktadır (84). Bu farklılık okul başarısının ölçümünde farklılık olmasından kaynaklanmaktadır.

Belçika, Kanada, Makedonya, İsrail ve ABD'de yürütülen çok merkezli bir çalışmada fiziksel kavga ve silah taşıma davranışları ile fiziksel ve psikolojik sağlık durumunun ilişkisi

incelenmiştir. Ülkelerin tamamında sık fiziksel kavgaya karışanlarda hiç karışmayanlara göre öznel sağlık yakınmaları istatistiksel olarak anlamlı derecede sık görülmektedir (85). Bizim çalışmamızda da bu çalışmayla uyumlu olarak fiziksel kavgaya karışanların öznel sağlık indeksi karışmayanlara göre anlamlı olarak düşüktür.

Sosyal destek değişkenlerinin lojistik regresyon analizi sonuçlarına göre düzeltilmemiş modelde aile destek ve iletişim puanı fiziksel kavgaya karışma açısından koruyucu etkiye sahiptir. Ancak sosyodemografik değişkenlerle düzeltilindiğinde aile iletişim puanının etkisi ortadan kalkmaktadır. ABD’de yapılan RISE UP kohortunda aile iletişimi ile kavgaya karışma arsında ilişki bulunmamıştır (84). Bu bulgu bizim çalışmamızı desteklemektedir.

5.5. Akran Zorbalığı İle İlişkili Etmenler

Bu çalışmada son 2 ay içinde öğrencilerin %19.8’i zorbalığa maruz kalmıştır. HBSC Türkiye 2006 sonuçlarına göre öğrencilerin %65.2’si son 2 ayda zorbalığa uğradığını belirtmiştir (56). İzmir’de ortaokul öğrencilerinde yapılan bir çalışmada zorbalığa maruz kalma %42.3 olarak bulunmuştur (86). Bu çalışmada zorbalığa maruz kalma diğer çalışmalara göre oldukça düşüktür.

HBSC çalışmasının 2013-2014 izleminin yapıldığı 42 ülkede son 2 ayda zorbalığa maruz kalmanın 15 yaşa özel sıklığı %23 olarak bulunmuştur. Sıklık açısından ülkeler arasında çok ciddi farklar (%49-%6) vardır. En yüksek ülkeler Litvanya (%49), Letonya (%41), Belçika (%40)’dır. En düşük ülkeler İtalya (%8), İzlanda (%8) ve Ermenistan (%6)’dır (27). ABD’de Gençlik Riskli Davranış Araştırması (The Youth Risk Behavior Survey-YRBS) 2015 sonuçlarına göre lise öğrencilerinin %20.2’si son 12 ayda akran zorbalığına maruz kalmıştır. (9. sınıflarda %23.4, 10. sınıflarda %20.8). 1991 yılında bu yana sıklığında anlamlı bir değişiklik olmamıştır (6). Bizim çalışmamız Avrupa ve ABD’deki çalışma sonuçlarına yakındır.

Bu çalışmada son 5 yıl içinde yaşadığı yere başka bir şehirden göç gelenler daha fazla zorbalığa maruz kalmaktadır. ABD’de YRBS kohortunda bulunan 5 bölgede 9-12. sınıf öğrencilerinde göçle sağlık davranışları arasındaki ilişki incelenmiştir. Son 6 yıl içinde göç gelmiş olma ile zorbalığa maruz kalma arasında bir ilişki bulunmamıştır. 5 bölgeden birinde, 6 yıldan daha uzun süre önce göç gelmek zorbalığa maruz kalmayı 1.7 (1.2-2.6) kat arttırmıştır (82). Bu bulgu ülkeler arasındaki kültürel farklardan kaynaklanıyor olabilir. Göç gelen öğrencilerin geldikleri yer, ne sebeple göç geldiği gibi detaylı bilgiler bu araştırmada sorgulanmamıştır. Bu nedenle göç-zorbalık ilişkisini tam olarak açıklamak mümkün değildir.

Diğer sosyodemografik değişkenlerle zorbalığa maruz kalma arasında bir ilişki bulunmamıştır. İzmir'deki başka bir çalışmada benzer şekilde cinsiyet açısından fark bulunmamıştır (86). Uluslararası HBSC 2013-2014 çalışmasında da bizim çalışmamızla uyumlu şekilde çoğu ülkede cinsiyet açısından fark bulunmamıştır (27). Literatürde genellikle yaşla birlikte giderek azalmaktadır (27, 56, 87). Bazı çalışmalarda anne ve baba öğretim durumu daha düşük olan öğrencilerde zorbalığa maruz kalma anlamlı olarak daha sık görülmektedir (86, 87). Literatürle bu farklılıklar örnek büyüklüğünün küçük olmasından kaynaklanıyor olabilir. Literatürde bu çalışmayla uyumlu olarak genellikle gelir açısından fark bulunmamaktadır (86, 87).

Okulla ilgili değişkenler bu çalışmada zorbalığa maruz kalmayı etkilememiştir. İzmir'de yapılmış diğer çalışmanın bulguları da bizim bulgularımızı desteklemektedir (86). İngiltere'de 11-14 yaş 2790 adolesan ile yapılan Research with East London Adolescents: Community Health Survey (RELACHS) araştırmasında okul başarısının iyi olmasının zorbalığa karşı koruyucu olduğu belirtilmiştir(88). Bu farklılık ölçüm yöntemindeki farklılıktan kaynaklanmış olabilir.

Sosyal destekle ilgili değişkenler incelendiğinde çok değişkenli analizde sosyodemografik değişkenlere göre düzeltildiğinde aile iletişim, aile destek ve akran destek puanı zorbalığa maruz kalmaya karşı koruyucu bulunmuştur. Bu konuda literatürde farklı sonuçlar bulunmaktadır. Norveç'te 13,633 10. sınıf öğrencisi ile yapılan, sosyal destekle zorbalığa maruz kalma arasındaki ilişkinin incelendiği bir okul çalışmasında aile desteğinin yüksek olması zorbalığa karşı koruyucu olarak bulunurken, akran desteği zorbalığa maruz kalmayı anlamlı olarak etkilememiştir (89). İzmir çalışmasında ise bizim çalışmamızla benzer olarak akran desteği düşük olanlarda zorbalığa maruz kalma 1.8 kat daha fazla bulunmuştur (86). RELACHS araştırmasının sonuçlarına göre akran desteğinin yüksek olması zorbalığa maruz kalmaya karşı koruyucudur. Aile desteği ile zorbalığa maruz kalma arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (88). Tüm bu bulgular doğrultusunda sosyal desteğin çeşitli şekillerde adolesanlarda zorbalık davranışını etkilediği söylenebilir. Bu etki farklı araştırma gruplarında farklı boyutlarda olabilmektedir.

Bu çalışmada zorbalık yapma sıklığı %23.7'dir. HBSC Türkiye çalışmasında zorbalık yapanların sıklığı %40.7 olarak bulunmuştur (56). Buna göre bizim çalışma grubumuzda Türkiye genelinden oldukça düşük olduğu söylenebilir. İzmir'de ortaokul öğrencilerinde yapılan bir çalışmada zorbalık yapma sıklığı bizim çalışmamıza yakın olarak %20.3'dür (86).

Uluslararası HBSC 2013-2014 sonuçlarına göre zorbalık yapma sıklığı %26'dır. Zorbalık yapma sıklığı açısından da ülkeler arasında ciddi farklar bulunmuştur. En yüksek olduğu ülkeler Letonya (%55), Litvanya (%52) ve Ukrayna (%45)'dir. En düşük olduğu ülkeler İzlanda (%11), Ermenistan (%10) ve İsveç (%8)'dir (27).

Genellikle erkeklerde kızlardan daha sıktır (27, 56). Yaşla birlikte giderek azalmaktadır (27, 56). İzmir çalışmasında anne öğrenim durumu düşük olanlarda daha sıktır (86). Bizim araştırmamızda bu farklar görülmemiştir. Bunun nedeni çalışmanın yalnız 1 okulda, sınırlı bir örnek büyüklüğüyle yürütülmesinden kaynaklanmış olabilir. Bizim çalışmamızla uyumlu olarak genellikle gelir durumundan etkilenmemektedir (27, 86).

Okulla ilgili olumsuz görüşü olanlarda zorbalık yapma daha sık bulunmuştur. İzmir'de yapılan diğer bir çalışmada ise okulla ilgili görüşler zorbalık yapmayı etkilememiştir (86). Bu farklılık yöntemle bağlı olabilir.

5.6. Çalışmanın Güçlü ve Kısıtlı Yanları

Lise öğrencilerinde yapılan bu araştırmanın güçlü yönlerinden biri okul sağlığını geliştirme konusunda önemli bir sorun olan sağlık davranışlarının incelenmiş olmasıdır. Özellikle ülkemizde çok sık ele alınmayan sosyal destek sorunlarının bu davranışlara etkisi değerlendirilmiştir. Anketler öğrencilerin kendisi tarafından doldurulmuştur. Bu şekilde dile getirmeye çekindikleri bazı konuları da rahatça ankete aktarabilmişlerdir.

Bu araştırmanın en önemli kısıtlılığı çalışmanın tek bir lisede yapılmış olmasıdır. Çalışmanın yapıldığı lise meslek lisesidir. Ülkemizde eğitim ve sınav sistemlerinin sonucu olarak günümüzde meslek liselerinde genellikle akademik ve diğer eşitsizlikler anlamında daha dezavantajlı öğrenciler öğrenim görmektedir. Bu durum sonuçların tüm lise öğrencilerine genellenmesini güçleştirmektedir. Araştırmanın yalnız belli bir okulda yapılma nedeni zaman ve insan gücü bakımından güçlüklerin olmasındandır. Bu okul Güzelbahçe TSM ile birlikte yapılan TOYS çalışmasının sonucunda sağlık davranışları açısından sağlığı geliştirme girişimlerine gereksinimi olan bir okul olması nedeniyle seçilmiştir. Sonuç olarak meslek lisesindeki öğrencilerin görece düşük sosyoekonomik düzeye sahip olması nedeniyle riskli davranışlar gerçek sıklıklardan daha yüksek bulunmuş olabilir. Bu şekilde homojen bir grupta çalışma yapmak bağımlı değişkenlerle bağımsız değişkenler arasındaki ilişkileri göstermede kısıtlılığa neden olmuş olabilir.

Bir diğerk kısıtlılık veri toplama sırasında anketin uzun olmasından dolayı ankette bazı soruların yanıtlanması eksik kalmıştır. Bu durum bazı bölümlerde eksik veriye neden olmuştur. Anketler toplanırken bunların bir kısmı kontrol edilmiştir ancak okulda ders akışını bozmamak için yeterli zaman ayırlanamamıştır. Analizlerde eksik verisi olan katılımcılar dışlanmıştır. Bu konuda yapılan değerlendirmelerde en fazla eksik verinin fizik aktivite sorularında olduğu görülmüştür (n=155, eksik veri=48). Kişi sayısının az olması fizik aktivite ile ilişkili etmenlerin belirlenmesinde bir kısıtlılık yaratmış olabilir. Soruların bazılarını yanıtlamama eğilimi gösteren grup görece daha riskli davranışlara sahip olabilir. Bu nedenle sonuçlar olduğundan düşük bulunmuş olabilir.

Veri toplamanın okulda yapılmış olması bazı soruların yanıtlanmasında öğrencilerde kaygıya neden olmuş olabilir. Özellikle tütün kullanımı gibi riskli davranışlar, öğretmenler ve okulla ilgili görüşlerin sorulduğu bölümler olduğundan daha olumlu şekilde aktarılmış olabilir. Bunu kontrol edebilmek için kimlik bilgilerinin ve tüm yanıtların tamamen gizli olacağı, okul idaresi ile paylaşılmayacağı belirtilmiştir. Verilerin yalnız araştırma amacıyla kullanılacağı tüm katılımcılara açıklanmıştır.

Geçmişe dönük sorulan bazı sorularda hafıza etmeni rol oynamıştır. Özellikle son 12 ay ve son 2 aya yönelik sorulan bazı sorular daha az hatırlanmış olabilir.

Önemli bir kısıtlılık da HBSC anketinin bazı bölümlerinin kurum izni olmaması nedeniyle yapılamamasıdır. Alkol- madde kullanımı, cinsel sağlık ve puberteyle ilgili bilgiler ankette çıkarılmıştır. Bu nedenle bazı sağlık davranışları araştırma grubunda değerlendirilememiştir. Ancak araştırma sonuçlarına göre bu alanlarda da sorunlar olabileceği öngörülmektedir.

Araştırmanın yapıldığı okulda tütün kullanımı gibi bazı riskler araştırmanın planlama ve hazırlık aşamasında bilinmekteydi ancak bu risklerin ne boyutta olduğu bilinmemekteydi. Bu yönleriyle durum saptamanın sonuçları sağlığı geliştirme girişimlerin planlanması açısından yol gösterici olacaktır.

6. SONUC VE ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

- Çalışmaya katılan öğrencilerin düzenli kahvaltı etme sıklığı %46.4, yeterli orta-ağır fizik aktivite yapma sıklığı %21.9, her gün en az 1 tütün ürünü kullanma sıklığı %14.6, fiziksel bir kavgaya karışma sıklığı %58.9, akran zorbalığına maruz kalma sıklığı %19.8, zorbalık yapma sıklığı %23.7 olarak belirlenmiştir.
- Erkeklerde, gelir algısı çok iyi/iyi/orta olanlarda, okulla ilgili görüşleri olumlu olanlarda, okul başarısı algısı çok iyi/iyi olanlarda, öznel sağlık indeksi yüksek olanlarda, aile destek puanı yüksek olanlarda ve akran destek puanı yüksek olanlarda düzenli kahvaltı etme anlamlı olarak fazladır.
- Ders baskısını çok hissedenlerde ve öznel sağlık indeksi düşük olanlarda tütün ürünü kullanımı anlamlı olarak fazladır.
- Okulla ilgili görüşleri olumsuz olanlarda, ders baskısını çok hissedenlerde, öznel sağlık indeksi düşük olanlarda ve aile desteği düşük olanlarda fiziksel bir kavgaya karışma anlamlı olarak fazladır.
- Son 5 yıl içinde göç gelenlerde, akran desteği düşük olanlarda, aile desteği düşük olanlarda ve aile iletişimi zayıf olanlarda zorbalığa maruz kalma anlamlı olarak daha fazladır.
- Kardeş sayısı az olanlarda, ailedeki kişi sayısı az olanlarda ve okulla ilgili olumsuz görüşü olanlarda zorbalık yapma anlamlı olarak fazladır.

6.2. Öneriler

Çalışmanın yapıldığı okulda öğrenciler arasında düzenli kahvaltı etme oldukça düşüktür. Kahvaltı günün en önemli öğünü olarak belirtilmektedir ve sağlık için pek çok olumlu etkisi vardır. Bu lisede sağlıklı beslenme ve düzenli kahvaltı etme konusunda öğrencilere ve ailelerine yönelik bilgi, beceri ve yetkinliklerini artırıcı girişimlere gereksinin vardır. Bu konuda sağlık eğitimleri yararlı olabilir. Okul sağlığı tüm yönleriyle çok disiplinli çok sektörlü bir alandır. Bireye yönelik koruyucu önlemler yanında topluma yönelik önlemleri de içermeli ve kapsayıcı olmalıdır. DSÖ okul çağı çocuklarının beslenme alışkanlıklarını geliştirmek için okul beslenme saatlerinin tüm okullara yaygınlaştırılmasını önermektedir. Özellikle kamu tarafından ücretsiz olarak düzenli ve dengeli hazırlanmış kahvaltı ve öğle yemeği desteği doğru beslenme davranışlarının geliştirilmesine katkı sağlayabilir. Ayrıca

okullarda sağlıksız besinlere erişimi engellemek, bu uygulamaların sürdürebilir olması için kanıta dayalı politikalar belirlenmelidir.

Çalışma grubunda tütün kullanımı oldukça yüksektir. Çocuk ve adolesanları tütün ürünlerinden korumada bu yaş grubuna tütün ürünü satışının engellenmesi, yüksek vergi ve fiyatlandırma, reklam yasakları ve sıklıkla bulundukları ortamlarda dumansız alan uygulamaları yararlıdır. Tütünle mücadelede daha başarılı ülkelerde düz paket uygulaması bulunmaktadır. Adolesanların tütünle tanışmasını önlemek tütün kullanımını tedavi etmekten çok daha etkili bir yöntemdir. Bu nedenle akran grupları, ebeveyn ve öğretmenlerle yapılan girişimler, hayır deme becerisi kazandırmak için eğitimler planlanabilir. Bu konuda kararlı politikalar üretilmelidir. Tütün ürünü kullanan adolesanlara yönelik bırakma yardımı hizmetlerinin yaygınlaştırılması gerekmektedir.

Çalışmanın yapıldığı okulda fiziksel kavgaya karışma davranışı yaygın bir sorundur. Bu konuda ebeveynlere yönelik olarak olumlu ebeveynlik eğitimleri verilebilir. Öğrencilere yönelik kişisel baş etme ve sorun çözme becerilerinin geliştirilmesi konusunda eğitimler yararlı olabilir. Bu girişimler şiddeti önlemek için maliyet etkili bulunmaktadır.

Yapılan bu durum saptama çalışması adolesanların sağlık davranışları konusunda oldukça yararlı bilgiler sağlamıştır. Ancak adolesanların uzun süreli izlendiğı kohort ve girişim araştırmalarına gereksinim vardır. Özellikle riskli davranışların nedenlerine yönelik nitel araştırmalar planlanabilir.

7. KAYNAKLAR:

1. T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetlerinde Okul Sağlığı Kitabı. Ankara, 2008. <https://sbu.saglik.gov.tr/ekutuphane/kitaplar/okulsagligi.pdf>. Erişim tarihi: 22.10.2017
2. TÜİK Eğitim İstatistikleri. http://www.tuik.gov.tr/PreTablo.do?alt_id=1018. Erişim tarihi: 22.10.2017
3. TÜİK Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi Sonuçları, 2016. <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=24638>. Erişim Tarihi: 23.10.2016
4. Özcebe H. Okul Sağlığı. Aslan D. (Ed.). Halk Sağlığı İle İlgili Güncel Sorunlar Ve Yaklaşımlar, Ankara: Ankara Tabip Odası, Mart 2009: 114-118.
5. Allensworth DD, Kolbe LJ. Thecomprehensiveschoolhealth program: exploring an expandedconcept. J SchHealth 1987;57:409-12.
6. Kann L, McManus T, Harris W. A. et al. Youth Risk Behavior Surveillance — United States, 2015. MMWR Surveill Summ 2016;65(6)
7. Pekcan H. Okul Sağlığı. Güler Ç, Akın L.(Ed.Ler) Halk Sağlığı Temel Bilgiler. Genişletilmiş 2.Baskı, Ankara: Hacettepe Üniversitesi Yayınları, 2012: 440- 483.
8. WHO Global Accelerated Action for the Health of Adolescents (AA-HA!) Guidance to Support Country Implementation. <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/255415/1/9789241512343-eng.pdf?ua=1>. Erişim tarihi: 25.10.2017
9. Health Promoting School: an effective approach for early action on NCD risk factors. <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/255625/1/WHO-NMH-PND-17.3-eng.pdf?ua=1>. Erişim tarihi: 22.10.2017
10. United Nations Department of Economic and Social Affairs. Definition of Youth. <http://www.un.org/esa/socdev/documents/youth/fact-sheets/youth-definition.pdf>. Erişim tarihi: 25.10.2017
11. WHO fact sheets. Adolescents: Health risks and solutions. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs345/en/>. Erişim tarihi: 05.11.2017
12. Derman O. ERGENLERDE PSİKOSOSYAL GELİŞİM. İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri, ADOLESAN SAĞLIĞI II Sempozyum Dizisi No:63, Mart 2008; s.19-21
13. Choi J, Yoo H. Control of puberty: genetics, endocrinology, and environment. Curr Opin Endocrinol Diabetes Obes 2013, 20:62–68, DOI:10.1097/MED.0b013e32835b7ec7.
14. Pekcan H. Adolesan (Delikanlı) Sağlığı. Güler Ç, Akın L.(Ed.Ler) Halk Sağlığı Temel Bilgiler. Genişletilmiş 2.Baskı, Ankara: Hacettepe Üniversitesi Yayınları, 2012: 486-538.
15. Palmert M. R, Dunkel L, Feldman S. Puberty and its disorders in the male. Sperling (Ed.) Pediatric Endocrinology, Fourth Edition, by Saunders 2014:697-733.
16. Neyzi O, Ertuğrul T. Pediatri. 4. Baskı, İstanbul: Nobel Tıp Kitapevleri, 2010.

17. Özcebe H. Birinci Basamakta Adolesan Sorunlarına Yaklaşım. STED, 2002; 11 (10), 374.
18. Adolesan Dönemde Fiziksel Ve Cinsel Büyüme Ve Gelişme Ve Psikososyal Gelişme. THSK Bulaşıcı olmayan Hastalıklar Daire Başkanlığı Eğitici eğitimi kitapları. http://yeni.thsk.gov.tr/depo/thsk/bulasici-olmayan-by/Kadin_Ve_Ureme_Sagligi_db/Dokumanlar/Kitaplar/egitimci-kitaplari/Genclere-Yonelik-Ureme-Sagligi-Hizmetleri/Adolesan-Donemde-Fiziksel-ve-Cinsel-Buyume-ve-Gelisme-ve-Psikososyal-Gelisme.pdf. Erişim tarihi: 01.11.2017
19. Irwin C, Millstein S.G. Biopsychosocial Correlates of Risk-Taking Behaviors During Adolescence. *Journal of Adolescence Health Care*, 7: 82-96.
20. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2013. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü Ankara, Türkiye. Kasım, 2014. www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2013/rapor/TNSA_2013_ana_rapor.pdf. Erişim tarihi: 19.11.2017
21. Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması 2010. Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü; Şubat, 2014. www.sagem.gov.tr/tbsa_beslenme_yayini.pdf. Erişim tarihi: 19.11.2017
22. Daniels S. R, Arnett D. K, Eckel R. H. et al. Overweight in Children and Adolescents Pathophysiology, Consequences, Prevention, and Treatment. *Circulation*. 2005;111:1999-2012
23. World Health Organization. Micronutrient deficiencies <http://www.who.int/nutrition/topics/idd/en/>. Erişim tarihi: 13.05.2017
24. Türkiye Beslenme Rehberi 2015 (TÜBER). Pekcan G. A, Şanlıer N, Baş M. (Ed.ler). Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, Ankara, 2016. https://okulsagligi.meb.gov.tr/meb_iys_dosyalar/2017_01/27102535_TYrkiye_Beslenme_Rehberi.pdf. Erişim tarihi: 19.11.2017
25. Ulusal Hastalık Yüğü Çalışması Sonuçları ve Çözüm Önerileri. Nisan ,2017 www.tip.hacettepe.edu.tr/ekler/pdf/ulusal_program.pdf. Erişim tarihi: 20.11.2017
26. Erol N, Kılıç C, Ulusoy M. et al. Türkiye Ruh Sağlığı Profili Raporu. T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü; Ankara, 1998.
27. Inckey J, Currie D, Young T. et al. Growing up unequal: gender and socioeconomic differences in young people's health and well-being. Health Behaviour In School-Aged Children (HBSC) Study: International Report From The 2013/2014 Survey Health Policy For Children And Adolescents, No. 7, 2016. WHO Regional Office for Europe Publications.
28. Tobacco Use In Adolescence. WHO Regional Office for Europa, Fact sheet, 15 March 2016. http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0016/303532/HBSC_No.7_factsheet_Tobacco.pdf?ua=1. Erişim tarihi: 26.07.2017
29. WHO report on the global tobacco epidemic, 2017. Country profile, Turkey. http://www.who.int/tobacco/surveillance/policy/country_profile/tur.pdf?ua=1. Erişim tarihi: 06.12.2017
30. Çavdar S, Sümer EÇ, Eliaçık K. et al. İzmir'de liseye devam eden ergenlerin sağlık davranışları. *Turk Pediatri Ars* 2016; 51: 22-34

31. Atlam D. H, Yüncü Z. Üniversitesi Öğrencilerinde Sigara, Alkol, Madde Kullanım Bozukluğu ve Ailesel Madde Kullanımı Arasındaki İlişki. Klinik Psikiyatri 2017;20:161-170. DOI: 10.5505/kpd.2017.88598
32. Bullying And Physical Fights Among Adolescents. WHO Regional Office for Europa, Fact sheet, 15 March 2016. http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0005/303485/HBSC-No.7 factsheet Bullying.pdf?ua=1. Erişim tarihi: 07.12.2017
33. School health promotion: evidence for effective action. SHE factsheet2. <http://www.schools-for-health.eu/uploads/files/SHE Factsheet 2 School%20health%20promotion Evidence.pdf>. Erişim tarihi: 08.11.2017
34. WHO. Expert Committee on School Health Services: report on the first session, Geneva, 7-12 August 1950. Geneva, World Health Organization, 1951 (Technical Report Series, No. 30; http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO_TRS_30.pdf. Erişim tarihi: 12.11.2017
35. Stewart-Brown S (2006). *What is the evidence on school health promotion in improving health or preventing disease and, specifically, what is the effectiveness of the health promoting schools approach?* Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (Health Evidence Network report; <http://www.euro.who.int/document/e88185.pdf>. Erişim tarihi: 12.11.2017
36. WHO. *Primary health care. Report of the International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 6–12 September 1978*. Geneva, World Health Organization, 1978 (Health for All Series, No 1; (<http://whqlibdoc.who.int/publications/9241800011.pdf>. Erişim tarihi: 12.11.2017
37. WHO. *Ottawa charter for health promotion: an International Conference on Health Promotion, the move towards a new public health*, November 17–21, 1986, Ottawa, Ontario, Canada. Ontario, Canada, Health and Welfare Canada, 1986; or Geneva, World Health Organization, 1986.
38. Jones JT, Furner M. WHO's Global School Health Initiative: Health Promoting-schools: a Healthy Setting for Living, Learning and Working: World Health Organization, Division of Health Promotion, Education and Communication, Health Education and Health Promotion Unit. Geneva: WHO; 1998. http://www.who.int/school_youth_health/media/en/92.pdf. Erişim tarihi: 08.11.2017
39. Health Promoting Schools: A framework for action. http://www.wpro.who.int/health_promotion/documents/docs/HPS_framework_for_action.pdf?ua=1. Erişim tarihi: 08.11.2017
40. Fathi B, Allahverdi H, Shaghghi A, Kousha A, Jannati A. Challenges in Developing Health Promoting Schools' Project: Application of Global Traits in Local Realm. Health Promotion Perspectives, 2014, 4(1), 9-17, doi: 10.5681/hpp.2014.002
41. Health Behaviour In School Aged Children, World Health Organisation Collaborative Cross-National Survey. <http://www.hbsc.org/>. Erişim tarihi: 12.11.2017

42. Umumi Hıfzıssıhha Kanunu. <https://www.saglik.gov.tr/TR,10384/tarihi24041930--sayisi1593--rg-tarihi06051930--rg-sayisi1489--umumi-hifzissihha-kanunu.html>. Erişim Tarihi: 12.11.2017
43. Sağlık Hizmetlerinin Yürütülmesi Hakkında Sağlık Bakanlığı Yönergesi. http://www.ttb.org.tr/mevzuat/index.php?option=com_content&id=240. Erişim Tarihi: 15.11.2017
44. Aile Hekimliği Kanunu. <http://ailehekimligi.gov.tr/genel-mevzuat/kanunlar/3289-aile-hekimlii-kanunu-.html>. Erişim Tarihi: 15.11.2017.
45. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğünün 03.08.2011 tarih ve 25143 Sayılı Toplum Sağlığı Merkezleri Kurulması Ve Çalıştırılmasına Dair Yönerge. <http://dosyasb.saglik.gov.tr/Eklenti/1361,tsmyonergepdf.pdf?0>. Erişim Tarihi: 15.11.2017
46. Gıdaların Üretimi, Tüketimi Ve Denetlenmesine Dair Kanun Hükmünde Kararnamenin Değiştirilerek Kabulü Hakkında Kanun. <https://www.tbmm.gov.tr/kanunlar/k5179.html>. Erişim Tarihi: 15.11.2017
47. T.C. Milli Eğitim Bakanlığı ile T.C. Sağlık Bakanlığı Arasında Okul Sağlığı Hizmetleri İş Birliği Protokolü. Mayıs 2016. http://okulsagligi.meb.gov.tr/meb_iys_dosyalar/2017_03/03100113_OKUL_SAYLIYI_HYZMETLERY_YYBYRLYYY_PROTOKOLY.pdf. Erişim Tarihi: 26.10.2017
48. T.C. Sağlık Bakanlığı İle T.C. Milli Eğitim Bakanlığı Arasında Yapılan "Beyaz Bayrak" İşbirliği Protokolü, 2015. http://Cevresagligi.Thsk.Saglik.Gov.Tr/Dosya/Ced/Beyazbayrakprotokolhaber/Beyaz_Bayrak_Protokolu.Pdf. Erişim tarihi: 12.12.2017
49. T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Obezite, Diyabet ve Metabolik Hastalıklar Daire Başkanlığı İle T.C. Milli Eğitim Bakanlığı Mesleki ve Teknik Eğitim Genel Müdürlüğü Arasında Yapılan "Beslenme Dostu Okullar Programı" İşbirliği Protokolü; Temmuz, 2013. http://okulsagligi.meb.gov.tr/image/images/files/beslenme_dostu_protokol.pdf. Erişim tarihi: 12.12.2017
50. Okulda Sağlığın Korunması ve Geliştirilmesi Programı Uygulama Kılavuzu. Ankara, 2017. http://okulsagligi.meb.gov.tr/meb_iys_dosyalar/2017_03/24172657_OKUL_SAYLIYIN_IN_KORUNMASI_VE_GELYYTYRLMESY_PROGRAMI_UYGULAMA_KILAVUZU_3256836_380940747639.pdf. Erişim Tarihi: 26.10.2017
51. Currie C, Inchley J, Molcho M. et al (Ed'ler). Health Behavior in School-aged Children (HBSC) Study Protocol: Backgroubd, Methodology and Mandatory items for the 2013/14 survey. St Andrews: CAHRU. Access at: <http://www.hbsc.org>
52. Koca T, Akçam M, Serdaroğlu F, Dereci S. Breakfast habits, dairy product consumption, physical activity, and their associations with body mass index in children aged 6–18. Eur J Pediatr (2017) 176:1251–1257. DOI 10.1007/s00431-017-2976-y.
53. Gökler ME, Buğrul N, Metintaş S, Kalyoncu C. Adolescent Obesity And Associated Cardiovascular Risk Factors Of Rural And Urban Life (Eskisehir, Turkey). Cent Eur J Public Health 2015; 23 (1): 20–25.

54. Akman M, Akan H, Izbirak G. et al. Eating patterns of Turkish adolescents: a cross-sectional survey. *Nutrition Journal* 2010, 9:67
55. Dündar C, Öz H. Obesity-Related Factors in Turkish School Children. *The Scientific World Journal* Volume 2012, Article ID 353485, 5 pages doi:10.1100/2012/353485.
56. Ercan O, Alikashiöğlu M, Erginöz E. et al (Ed'ler). *Okul Çağı Çocuklarının Sağlık Davranışı Araştırması Türkiye 2006 Raporu*. 1. Baskı; İstanbul, 2009.
57. Hatipoğlu S. Manisa Şehzadeler Eğitim Araştırma Toplum Sağlığı Merkezi Bölgesinde Okul Sağlığı Düzeyinin Tanımlanması. *Tıpta Uzmanlık Tezi*. Manisa, 2016
58. Hallström L, Vereecken CA, Labayen I. et al. Breakfast habits among European adolescents and their association with sociodemographic factors: the HELENA (Healthy Lifestyle in Europe by Nutrition in Adolescence) study. *Public Health Nutrition* (2012): 15(10), 1879–1889 doi:10.1017/S1368980012000341.
59. Sena EMS, Muraro AP, Rodrigues PRM, Fiuza RFP, Ferreira MG. Risk behavior patterns for chronic diseases and associated factors among adolescents. *Nutr Hosp* 2017;34:914-922 DOI: <http://dx.doi.org/10.20960/nh.666>
60. Rasberry CN, Tiu GF, Kann L, et al. Health-Related Behaviors and Academic Achievement Among High School Students — United States, 2015. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 2017; 66:921–927. DOI: <http://dx.doi.org/10.15585/mmwr.mm6635a1>
61. Türe M, Aktürk Z, Kurt İ, Dağdeviren N. The Effect of Health Status, Nutrition, and Some Other Factors on Low School Performance Using Induction Technique. *Trakya Univ Tip Fak Derg* 2006;23(1):28-38
62. Frech A. Healthy Behavior Trajectories between Adolescence and Young Adulthood. *Advances in life course research*. 2012;17(2):59-68. doi:10.1016/j.alcr.2012.01.003.
63. Lu C, Stolk RP, Sauer PJJ. et al. Factors of physical activity among Chinese children and adolescents: a systematic review. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity* 2017;14:36 <https://doi.org/10.1186/s12966-017-0486-y>
64. Morgan K, Hallingberg B, Littlecott H. et al. Predictors of physical activity and sedentary behaviours among 11-16 year olds: Multilevel analysis of the 2013 Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study in Wales. *BMC Public Health* (2016) 16:569 DOI 10.1186/s12889-016-3213-8
65. Faught EL, Gleddie D, Storey KE, Davison CM, Veugelers PJ. Healthy lifestyle behaviours are positively and independently associated with academic achievement: An analysis of self-reported data from a nationally representative sample of Canadian early adolescents. *PLoS ONE* 12(7): e0181938. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0181938>
66. Husu P, Vaha-Ypya H, Vasankari T. Objectively measured sedentary behavior and physical activity of Finnish 7- to 14-year-old children– associations with perceived health status: a cross-sectional study. *BMC Public Health* (2016) 16:338 DOI 10.1186/s12889-016-3006-0
67. Malinauskas R, Malinauskaine V. Self-reported physical inactivity and health complaints: a cross-sectional study of Lithuanian adolescent schoolgirls *Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro*, 31(5):981-988, mai, 2015
68. Prochaska J. J, Rodgers M. W, Sallis J. F. Association of Parent and Peer Support With Adolescent Physical Activity. *Research Quarterly for Exercise and Sport* (2002), 73:2, 206-210, DOI: 10.1080/02701367.2002.10609010

69. Erguder T, Polat H, Arpad C. et al. Linking Global Youth Tobacco Survey (GYTS) Data To Tobacco Control Policy In Turkey – 2003 And 2009. *Cent Eur J Public Health* 2012; 20 (1): 87–91
70. Keskinoglu P, Karakus N, Pıçakçıefe M. et al. İzmir’de Lise Öğrencilerinde Sigara içme Sıklığı ve içicilik Davranışı Üzerine Sosyal Öğrenmenin Etkisi. *Toraks Dergisi* 2006; 7(3): 190-195
71. Emekdar G, Çıtlı R, Önder Y. et al. Tokat İli Ortaokul ve Lise Öğrencilerinde Sigara İçme Prevalansı ve Etkileyen Faktörler. *J CONTEMP MED* 2017; 7(1): 58-66
72. Yalaki Z, Çetin F, Bilge Y. D. Bir eğitim ve araştırma hastanesine başvuran adoloslardaki riskli davranışların değerlendirilmesi. *Ege Journal of Medicine* 2015;54(3):127-133
73. Bülbül S. H, Güçlü M, Mısırlıoğlu E. D. Kırıkkale İl Merkezi İlköğretim ve Lise Öğrencilerinde Sigara ve Alkol Alışkanlıkları ve Etkileyen Faktörler. *Türkiye Çocuk Hast Derg/Turkish J Pediatr Dis* / 2013; 4: 168-172. DOI: 10.12956/tjpd.2013.23
74. Akkuş D, Karaca A, Şener D. K, Ankaralı H. Lise Öğrencileri Arasında Sigara ve Alkol Kullanma Sıklığı ve Etkileyen Faktörler. *Anatolian Clinic*, January 2017; Volume 22, Issue 1. DOI: 10.21673/anadoluklin.245632
75. Dinç G, Altıparmak S, Yılmaz Ö. et al. Çalışan ve çalışmayan gençlerde sigara kullanımı, Manisa 2008. *Turk J Public Health* 2014;12(1)
76. Marioka H, Itani O, Kaneita Y. et al. Factors Affecting Unhappiness at School among Japanese Adolescents: An Epidemiological Study. *PLoS ONE* 9(11): e111844. doi:10.1371/journal.pone.0111844.
77. Xu X, Liu D, Sharma M, Zhao Y. Prevalence and Determinants of Current Smoking and Intention to Smoke among Secondary School Students: A Cross-Sectional Survey among Han and Tujia Nationalities in China. *Int. J. Environ. Res. Public Health* 2017, 14, 1323; doi:10.3390/ijerph14111323
78. Yu J, Wu Q, Yang C, et al. Influence of Parental Monitoring, Sensation Seeking, Expected Social Benefits, and Refusal Efficacy on Tobacco and Alcohol Use in Chinese Adolescents. *Castillo-Carniglia. A, ed. Medicine.* 2016;95(11):e2814. doi:10.1097/MD.0000000000002814.
79. Hodder RK, Freund M, Bowman J, et al. Association between adolescent tobacco, alcohol and illicit drug use and individual and environmental resilience protective factors. *BMJ Open.* 2016;6(11):e012688. doi:10.1136/bmjopen-2016-012688.
80. Tuncer E. N. Adana’daki Lise Öğrencilerinde Kasıtlı Ve Kasıtsız Yaralanmaya Yol Açabilecek Riskli Davranışların Yaygınlığı. *Tıpta Uzmanlık Tezi.* Adana, 2012. Tez no: 305998
81. Eneşcan F. N, Şahin E. M, Erdal M. et al. Edirne Şehir Merkezindeki Lise Öğrencilerinde Riskli Sağlık Davranışlarının Değerlendirilmesi. *TAF Prev Med Bull* 2011; 10(6): 687-700
82. Jones SE, Pezzi C, Rodriguez-Lainz A, Whittle L. Health Risk Behaviors by Length of Time in the United States among High School Students in Five Sites. *Journal of immigrant and minority health / Center for Minority Public Health.* 2016;18(1):150-160. doi:10.1007/s10903-014-0151-3.
83. Maynard BR, Salas-Wright CP, Vaughn MG, Peters KE. Who Are Truant Youth? Examining Distinctive Profiles of Truant Youth Using Latent Profile Analysis. *Journal of youth and adolescence.* 2012;41(12):1671-1684. doi:10.1007/s10964-012-9788-1.
84. Guerrero LR, Dudovitz R, Chung PJ, Dosanjh KK, Wong MD. Grit: A potential protective factor against substance use and other risk behaviors among Latino

- adolescents. *Academic* *pediatrics*. 2016;16(3):275-281. doi:10.1016/j.acap.2015.12.016.
85. Walsh SD, Molcho M, Craig W, et al. Physical and Emotional Health Problems Experienced by Youth Engaged in Physical Fighting and Weapon Carrying. Denson T, ed. *PLoS ONE*. 2013;8(2):e56403. doi:10.1371/journal.pone.0056403.
86. Sipahi H. T. İzmir İli Bornova İlçesinde İlköğretim 6. Ve 7. Sınıf Öğrencilerinde Akran Zorbalığı, Etkileyen Ve Eşlik Eden Faktörler. Halk Sağlığı Doktora Tezi. İzmir, 2008
87. Şahin G. A. Ankara'daki İki Lisenin Öğrencilerinde Riskli Sağlık Davranışları Ve Bunlara Akran Baskısı İle Diğer Bazı Faktörlerin Etkisi. Yüksek Lisans Tezi. Ankara, 2011
88. Rothon C, Head J, Klineberg E, Stansfeld S. Can social support protect bullied adolescents from adverse outcomes? A prospective study on the effects of bullying on the educational achievement and mental health of adolescents at secondary schools in East London. *Journal of Adolescence*. 2011;34(3):579-588. doi:10.1016/j.adolescence.2010.02.007.
89. Strøm IF, Thoresen S, Wentzel-Larsen T, Sagatun Å, Dyb G. A Prospective Study of the Potential Moderating Role of Social Support in Preventing Marginalization Among Individuals Exposed to Bullying and Abuse in Junior High School. *Journal of Youth and Adolescence*. 2014;43(10):1642-1657. doi:10.1007/s10964-014-0145-4.

8. EKLER

EK-1. Veri Toplama Formu

GÜZELBAHÇE İMKB MESLEKİ VE TEKNİK ANADOLU LİSESİ ÖĞRENCİLERİNDE SAĞLIK DAVRANIŞLARI VE TİROİD FONKSİYONLARININ İNCELENMESİ

Bu çalışma Güzelbahçe İMKB Mesleki Ve Teknik Anadolu Lisesi öğrencilerinde sağlık davranışlarının, bu davranışlarla ilişkili sosyodemografik etmenlerin ve tiroid hastalıklarının incelenmesi amacıyla yapılmaktadır. Anketi doldurma tamamen gönüllülük esasına göre olacaktır. Kişisel bilgileriniz hiç kimseyle paylaşılmayacaktır.

Barkod no: (Boş bırakınız).....

Okul çocuklarının sağlık davranışları anketi(HBSCQ):

1. Adınız-soyadınız.....
2. Yaşınız:.....
3. Cinsiyetiniz nedir? 1. Erkek 2. Kadın
4. Kaçınıcı sınıftasınız? 1. Dokuz 2. On
5. Annenizin öğrenim durumu nedir?
 1. Okuryazar değil
 2. Okuryazar
 3. İlkokul mezunu
 4. Ortaokul mezunu
 5. Lise mezunu
 6. Üniversite veya yüksekokul mezunu
6. Anneniz düzenli gelir getiren bir işte çalışıyor mu? Çalışıyor ise mesleğini yazınız.
 1. Çalışmıyor, ev kadını
 2. Çalışmıyor, emekli
 3. Düzensiz geliri olan işlerde çalışıyor (gündelik işler)
 4. Çalışıyor (Mesleği:.....)
 5. Diğer.....
7. Babanızın öğrenim durumu nedir?
 1. Okuryazar değil
 2. Okuryazar
 3. İlkokul mezunu
 4. Ortaokul mezunu
 5. Lise mezunu
 6. Üniversite veya yüksekokul mezunu
8. Babanız düzenli gelir getiren bir işte çalışıyor mu? Çalışıyor ise mesleğini belirtiniz.
 1. Çalışmıyor, işsiz
 2. Çalışmıyor, emekli
 3. Düzensiz geliri olan işlerde çalışıyor (gündelik işler)
 4. Çalışıyor (Mesleği:.....)
 5. Diğer.....
9. Kardeş sayınız ya da **kendiniz haric** birlikte yaşadığınız çocuk sayısı kaçtır?
10. Sürekli ya da büyük ölçüde birlikte yaşadığınız ailenizdeki yetişkinler kimlerden oluşmaktadır? Birden fazla seçeneği işaretleyebilirsiniz.

1. Anne	2. Baba	3. Üvey anne	4. Üvey baba	5. Büyükanne	6.
Büyükbaba					
7. Yuva-	Çocuk	Esirgeme	kurumunda	yaşıyorum	
8. Diğer.....					
11. Şu anda yaşadığınız yerleşim yerini (il, ilçe, köy adı şeklinde) belirtir misiniz?
İlin adı.....
İlçenin adı.....

Köyün adı.....

12. Son 5 yıl içinde yaşadığınız yerleşim yerini (il, ilçe, köy) değiştirdiniz mi?

1. Evet 2. Hayır

13. Yanıtınız “evet” ise bundan önceki yaşadığınız yerleşim yerini (il, ilçe, köy adı şeklinde) belirtir misiniz?

İlin adı..... İlçenin adı.....

Köyün adı.....

14. Yaşadığınız yerde kendinize ait bir odanız var mı?

1. Hayır 2. Evet

15. Ailenize ait bir aracınız(otomobil, minibüs, kamyon gibi) var mı?

1. Hayır 2. Evet

16. Evinizde bilgisayar var mı?(laptop, tablet dahil)

1. Hayır 2. Evet

17. Evinizde bulaşık makinesi var mı?

1. Hayır 2. Evet

18. Son 1 yılda kaç kez tatile çıktınız?

1. Hiç 2. Bir kez 3. İki kez 4. İki kezden fazla

19. Ailenizin gelirini nasıl buluyorsunuz?

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

20. Hafta içi ve hafta sonunu ayrı ayrı değerlendirdiğinizde haftada kaç gün kahvaltı edersiniz? (Meyve suyu ya da süten daha fazlası ile kahvaltı ettiğiniz gün sayısı) Her iki sütunda uygun olan seçeneği ayrı ayrı işaretleyin.

Hafta içi:	Hafta sonu:
Hiç	Hiç
Haftada 1 gün	Haftada 1 gün
Haftada 2 gün	Haftada 2 gün
Haftada 3 gün	
Haftada 4 gün	
Haftada 5 gün	

21. Anne- baba ile birlikte kahvaltı etme sıklığınız nedir?

1. Hiç
2. Haftada 1’den az
3. Haftada 1-2 gün
4. Haftada 3-4 gün

5. Haftada 5-6 gün

6. Her gün

22. Anne-baba ile birlikte akşam yemeği yeme sıklığınız nedir?

1. Hiç
2. Haftada 1’den az
3. Haftada 1-2 gün
4. Haftada 3-4 gün
5. Haftada 5-6 gün
6. Her gün

23. Şu anda kilo vermek için diyet ya da başka bir şey yapıyor musunuz?

1. Hayır, kilom iyi.
2. Hayır, ama biraz kilo vermeliyim.
3. Hayır, çünkü kilo almaya çalışıyorum.
4. Evet

24. Bedeniniz sizce aşağıdakilerden hangisine uyuyor?

1. Çok zayıf
2. Biraz zayıf
3. Tam ideal ölçüde
4. Biraz kilolu

5. Çok kilolu

25. Boyunuz ne kadardır? Lütfen yazıncm

26. Kilonuz ne kadardır? Lütfen yazınkg

27. Aşağıdaki besinleri ne sıklıkla tüketirsiniz? Her besin grubu için uygun olan 1 sütunu işaretleyiniz.

	Hiç	Haftada 1'den az	Haftada 1 kez	Haftada 2-4 kez	Haftada 5-6 kez	Her gün en az 1 kez
Meyve						
Sebze (Yemek ve salata şeklinde)						
Şekerleme/çikolata/cips						
Kola, gazoz, portakallı kola gibi şekerli içecekler						
Süt, peynir, yoğurt gibi süt ürünleri						
Et/tavuk/balık						

28. Evde ne tür tuz kullanıyorsunuz?

1. İyotlu tuz

2. Kaya tuzu(kalın tuz)

3. Diğer.....

29. Dişlerinizi ne sıklıkla fırçalarsınız?

1. Günde en az iki kez

2. Günde bir kez

3. Haftada bir kaç kez, fakat düzenli olarak her gün değil

4. Haftada birden daha az

5. Hiç

30. Son bir haftada kaç gün 1 saatten fazla süren fiziksel aktivite yaptınız(Gün içinde okulda ve okul dışında yaptığınız toplam süre olarak- örneğin okula yürüyerek gelmek, futbol, basketbol, dans, bisiklete binmek...)?

1. Hiç

2.gün

31. Okul saatleri dışında, boş zamanlarınızda nefes nefese kalacak ya da ter atacak kadar egzersiz yapma sıklığınız nasıldır?

1. Her gün

2. Haftada 4- 6 kez

3. Haftada 2-3 kez

4. Haftada 1

5. Ayda 1

6. Ayda birden daha az

7. Hiç

32. Okul saatleri dışında genellikle haftada kaç saat nefes nefese kalacak ya da ter atacak kadar egzersiz yaparsınız?

1. Hiç

2. Yarım saat kadar

3. 1 saat kadar

4. 2-3 saat

5. 4-6 saat

6. En az 7 saat

33. Günde kaç saatinizi TV, video(youtube gibi) ya da DVD seyrederek geçirirsiniz?Her iki sütunda uygun olan seçeneği ayrı ayrı işaretleyin.

Hafta içi:	Hafta sonu:
Hiç	Hiç
Günde yarım saat kadar	Günde yarım saat kadar
Günde 1 saat	Günde 1 saat
Günde 2 saat	Günde 2 saat

Günde 3 saat	Günde 3 saat
Günde 4 saat	Günde 4 saat
Günde 5 saat ve üzeri	Günde 5 saat ve üzeri

34. Günde kaç saatinizi bilgisayar oyunu, oyun konsolu ya da cep telefonundan oyun oynayarak geçirirsiniz? Her iki sütunda uygun olan seçeneği ayrı ayrı işaretleyin.

Hafta içi:	Hafta sonu:
Hiç	Hiç
Günde yarım saat kadar	Günde yarım saat kadar
Günde 1 saat	Günde 1 saat
Günde 2 saat	Günde 2 saat
Günde 3 saat	Günde 3 saat
Günde 4 saat	Günde 4 saat
Günde 5 saat	Günde 5 saat
Günde 6 saat	Günde 6 saat
Günde 7 saat ve üzeri	Günde 7 saat ve üzeri

35. Günde kaç saatinizi bilgisayar ya da cep telefonu ile ödev, mailleşme, facebook ya da twitter gibi sosyal medya araçları başında geçirirsiniz? Her iki sütunda uygun olan seçeneği ayrı ayrı işaretleyin.

Hafta içi:	Hafta sonu:
Hiç	Hiç
Günde yarım saat kadar	Günde yarım saat kadar
Günde 1 saat	Günde 1 saat
Günde 2 saat	Günde 2 saat
Günde 3 saat	Günde 3 saat
Günde 4 saat	Günde 4 saat
Günde 5 saat	Günde 5 saat
Günde 6 saat	Günde 6 saat
Günde 7 saat ve üzeri	Günde 7 saat ve üzeri

36. Son 6 hafta içinde aşağıdaki yakınmaları ne sıklıkla yaşadınız?

	Her gün	Haftada birden çok	Her hafta	Her ay	Nadiren ya da hiç
Baş ağrısı					
Mide ağrısı					
Sırt ağrısı					
Üzgün, çökkün hissetme					
Sinirli hissetme ya da hırçınlık					
Sinirli hissetme					
Uykuya dalmada güçlük					
Baş dönmesi					

37. Sağlığınızı nasıl buluyorsunuz?

1. Çok iyi 2. İyi 3. Orta 4. Kötü

38. Doğuştan ya da sonradan başlayan, iyileşmeyen, devamlı bir hastalığınız var mı? Varsa lütfen adını yazın.

1. Hayır 2. Evet(.....)

39. Tiroid bezi hastalığınız(guatr, hipertiroidi, hipotiroidi, nodül vb.) var mı? Varsa lütfen adını yazın.

1. Hayır 2. Evet(.....)

40. Devamlı kullandığınız ilaç var mı? Varsa lütfen adını yazın.

1. Hayır 2. Evet(.....)

41. Şu andaki yaşamınızdan memnuniyetinizi değerlendirmek gerekirse 0-10 arasında kaç puan verirsiniz?.....

42. Tütün (sigara, nargile vb) kullanımı ile ilgili size uyan seçeneği işaretleyiniz.

1. Sigara içmiyorum
2. Haftada birden daha nadir
3. Haftada en az bir, ancak her gün değil
4. Her gün

42. soruda “1” seçeneğini yanıtladıysanız 45. Soruya geçiniz. Diğer seçeneklerden birini yanıtladıysanız

43. sorudan devam edin.

43. Sigara içtiğiniz gün sayısı ile ilgili aşağıdakilerden hangisi doğrudur? Her iki sütunda uygun olan seçeneği ayrı ayrı işaretleyin.

Yaşam boyunca:	Son 30 gün içinde:
1-2 gün	1-2 gün
3-5 gün	3-5 gün
6-9 gün	6-9 gün
10-19 gün	10-19 gün
20-29 gün	20-29 gün
30 gün ve daha çok	30 gün ve daha çok

44. İlk kez sigarayı denediğinizde kaç yaşındaydınız? (Bir nefesten daha fazla çektiğiniz zamanı değerlendiriniz)?.....

45. Son 12 ay içinde kaç kez doktor ya da hemşire tarafından tedaviyi gerektirecek yaralanmanız olmuştur?

1. Son 12 ayda hiç yaralanmadım
2. 1 kez
3. 2 kez
4. 3 kez
5. 4 ve daha çok kez

45. soruda “1” seçeneğini yanıtladıysanız 49. soruya geçiniz. Diğer seçeneklerden birini yanıtladıysanız

46. sorudan devam edin.

46. Son 12 ay içindeki en ciddi yaralanmanızda alçı, dikiş, ameliyat ya da geceyi hastanede geçirmeniz gerekmiş miydi?

1. Evet
2. Hayır

47. Son 12 ay içindeki en ciddi yaralanmanız nerede gerçekleşti?

1. Evde/ bahçede(kendiniz ya da başkası tarafından)
2. Okulda, okul saati içinde
3. Okulda, okul saati dışında
4. Spor salonu/ sahada(okul dışında)
5. Sokakta, yolda
6. Diğer.....

48. Son 12 ay içindeki en ciddi yaralanmanız ne yaparken olmuştu?

1. Bisiklete binerken
2. Spor yaparken
3. Yürürken, koşarken(spor faaliyeti dışında)
4. Araba- motor kullanırken
5. Kavga- dövüş yaparken
6. Ücretli- ücretsiz çalışırken
7. Diğer.....

49. Son 12 ay içinde kaç kez fiziksel bir kavgaya karıştınız?

1. Son 12 ayda hiç kavgaya karışmadım
2. 1 kez karıştım
3. 2 kez karıştım
4. 3 kez karıştım
5. 4 ve daha çok kez karıştım

ZORBALIK: Bir kişi ya da bir grup tarafından, kendinden daha güçsüz birine karşı, kasıtlı ve sürekli olarak, zarar vermek amacıyla yapılan, fiziksel, psikolojik, sosyal ve sözel saldırılardır. Küçük düşürücü, komik duruma düşüren mesajlar ve sözler (duvarlara yazı yazma, sosyal medyayı kullanarak...), izinsiz resimlerini paylaşma, küçük düşüren, uygunsuz resimlerini çizme, başkalarına gönderme şeklinde olabilir.

50. Okulda son iki ay içinde başka bir öğrenciye zorbalık yaptığınız ya da yapılmasına karıştığınız oldu mu?
 1. Hiç karışmadım
 2. Toplamda 1-2 kez
 3. Ayda 2-3 kez
 4. Haftada 1 kez
 5. Haftada birkaç kez
51. Son iki ay içinde zorbalığa maruz kaldığınız oldu mu?
 1. Son iki ay içinde zorbalığa maruz kalmadım
 2. 1-2 kez
 3. Ayda 2-3 kez
 4. Haftada 1 kez
 5. Haftada birkaç kez

52. Arkadaşlarınızla ilgili aşağıdaki önermelerle ilgili size en uygun olan seçenekleri işaretleyiniz.

	Kesinlikle katılıyor	Katılıyor	Kararsızım	Katılmıyor	Kesinlikle katılmıyor
Arkadaşlarım bana yardımcı olmaya çalışır					
Bir şeyler yolunda gitmediğinde yardım için arkadaşlarıma güvenirim					
Sevinçlerimi ve üzüntülerimi paylaşabildiğim arkadaşlarım var					
Problemlerimle ilgili arkadaşlarımla konuşabilirim					

53. Arkadaşlarınızla

telefon, skype ya da hangout gibi internet üzerinden kullanılan uygulamalarla ne sıklıkla konuşursunuz?

1. Hemen hemen hiç
 2. Haftada birden az
 3. Her hafta en az 1 kez
 4. Her gün (.....saat kadar)
54. Arkadaşlarınızla ne sıklıkla telefonla sms, whatsapp gibi uygulamalar aracılığıyla mesajlaşırsınız?
 1. Hemen hemen hiç
 2. Haftada birden az
 3. Her hafta en az 1 kez
 4. Her gün (.....saat kadar)
 55. Facebook, twitter, instagram gibi sosyal medya uygulamalarını ne sıklıkla kullanırsınız?
 1. Hemen hemen hiç
 2. Haftada birden az
 3. Her hafta

4. Her gün (.....saat kadar)

56. Arkadaşlarınızla okul dışında ne sıklıkla görüşürsünüz? Her iki sütunda uygun olan seçeneği ayrı ayrı işaretleyin.

Akşam 8'den önce:	Akşam 8'den sonra
☐ Hemen hemen hiç	☐ Hemen hemen hiç
☐ Haftada birden daha nadir	☐ Haftada birden daha nadir
☐ Her hafta en az 1 kez	☐ Her hafta en az 1 kez
☐ Her gün	☐ Her gün

57. Canınızı sıkan konulardan ebeveynlerinizle konuşmakla ilgili olarak size en uyan seçenekleri işaretleyiniz.

	Çok kolay	Kolay	Zor	Çok zor	Yok ya da görüşmüyorum
Baba	☐	☐	☐	☐	☐
Anne	☐	☐	☐	☐	☐
Üvey anne	☐	☐	☐	☐	☐
Üvey baba	☐	☐	☐	☐	☐

58. Ailenizle ilgili aşağıdaki önermelerden her biri için size en uygun olanı seçiniz.

	Kesinlikle katılıyorum	Katılıyorum	Kararsızım	Katılmıyorum	Kesinlikle katılmıyorum
Önemli konularda birbirimizle konuşuruz	☐	☐	☐	☐	☐
Ailemden biriyle konuştuğumda ne söylediğimi dinler	☐	☐	☐	☐	☐
Birbirimizi anlamadığımızda soru sorarız	☐	☐	☐	☐	☐
Aramızda bir yanlış anlaşma olduğunda bunu netleştirene kadar konuşuruz	☐	☐	☐	☐	☐
Ailem bana yardımcı olmaya çalışır	☐	☐	☐	☐	☐
İhtiyacım olan duygusal yardım ve desteği ailemden görürüm	☐	☐	☐	☐	☐
Problemlerimle ilgili ailemle konuşabilirim	☐	☐	☐	☐	☐
Ailem karar vermeme yardımcı olmak için isteklidir	☐	☐	☐	☐	☐

59. Okulla ilgili neler hissediyorsunuz?

1. Çok seviyorum
2. Biraz seviyorum
3. Pek sevmiyorum
4. Hiç sevmiyorum

60. Dersler ve ödevler sizde ne kadar baskı, stres oluşturuyor?

1. Hiç
2. Çok az
3. Biraz
4. Çok

61. Sizce öğretmenleriniz sınıf arkadaşlarınıza kıyasla sizin okul başarınızı nasıl değerlendiriyor?

1. Çok iyi
2. İyi
3. Orta
4. Düşük



62. Sınıf arkadaşlarınız ve öğretmenlerinizle ilgili aşağıdaki önermelerin her biri için size göre en uygun olan seçeneği işaretleyiniz?

	Kesinlikle katılıyorum	Katılıyorum	Kararsızım	Katılmıyorum	Kesinlikle katılmıyorum
Sınıf arkadaşlarım bir arada zaman geçirmeyi sever					
Sınıf arkadaşlarımda çoğu nazik ve yardımseverdir					
Sınıf arkadaşlarım beni olduğum gibi kabul eder					
Öğretmenlerimin beni olduğum gibi kabul ettiğini düşünüyorum					
Öğretmenlerimin beni birey olarak önemseydiğini düşünüyorum					
Öğretmenlerime güvenirim					

Teşekkür ederiz...

EK-2. Etik Kurul Onay Formu

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Güzelbahçe İMKB Teknik ve Endüstri Meslek Lisesi Öğrencilerinde Sağlık Davranışları ve Tiroid Fonksiyonlarının İncelenmesi
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU	-
ETİK KURUL PROTOKOL NUMARASI	319-SBKA EK

ETİK KURUL BİLGİLERİ	ETİK KURULUN ADI	Dokuz Eylül Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
	AÇIK ADRESİ:	Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Yerleşkesi Dekanlık Binası Kat:2 İnciraltı 35340 İZMİR-TÜRKİYE
	TELEFON	0 232 4122254 - 0 232 4122258
	FAKS	0232 4122243
	E-POSTA	etikkurul@deu.edu.tr

BASVURU BİLGİLERİ

KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Prof.Dr.Belgin ÜNAL			
KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Halk Sağlığı			
KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	Dokuz Eylül Üniversitesi Halk Sağlığı A.D			
VARSA İDARI SORUMLU UNVANI/ADI/SOYADI				
DESTEKLEYİCİ				
PROJE YÜRÜTÜCÜSÜ UNVANI/ADI/SOYADI (TÜBİTAK vb. gibi kaynaklardan destek alanlar için)				
DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ				
ARAŞTIRMANIN FAZİ VE TÜRÜ	FAZ 1	☐		
	FAZ 2	☐		
	FAZ 3	☐		
	FAZ 4	☐		
	Gözlemsel ilaç çalışması	☐		
	Tıbbi cihaz klinik araştırması	☐		
	In vitro tıbbi tanı cihazları ile yapılan performans değerlendirme çalışmaları	☐		
	İlaç dışı klinik araştırma	☒		
Diğer ise belirtiniz				
ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ ☒	ÇOK MERKEZLİ ☐	ULUSAL ☒	ULUSLARARASI ☐

DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili		
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ	19.04.2016	01	Türkçe ☒	İngilizce ☐	Diğer ☐
	Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu	19.04.2016	01	Türkçe ☒	İngilizce ☐	Diğer ☐
	OLGU RAPOR FORMU	19.04.2016	01	Türkçe ☒	İngilizce ☐	Diğer ☐
	ARAŞTIRMA BROŞÜRÜ			Türkçe ☐	İngilizce ☐	Diğer ☐
DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	Belge Adı		Açıklama			
	SIGORTA	☐				
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	☒	19.04.2016 tarihli sorumlu araştırmacı imzalı			
	BİYOLOJİK MATERYEL TRANSFER FORMU	☒	23.03.2016 tarihli sorumlu araştırmacı imzalı			
	İLAN	☐				
	YILLIK BİLDİRİM	☐				
	SONUÇ RAPORU	☐				
	GÜVENLİLİK BİLDİRİMLERİ	☐				
	DİĞER:	☒	DEU Merkez Laboratuvarı Araştırma Amaçlı Analizler Başvuru Formu			

Etik Kurul Başkanının
Unvanı/Adı/Soyadı: Prof.Dr.Ayşegül Yıldız
İmza:

Not: Etik kurul başkanı, imzasının yer almadığı her sayfaya imza atmalıdır.

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Güzelbahçe İMKB Teknik ve Endüstri Meslek Lisesi Öğrencilerinde Sağlık Davranışları ve Tiroid Fonksiyonlarının İncelenmesi		
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU	-		
ETİK KURUL PROTOKOL NUMARASI	319-SBKA EK		
KARAR BİLGİLERİ	Karar No:2016/08-07	Tarih:05.05.2016	
	Yukarıda bilgileri verilen başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın/çalışmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş, bilimsel ve etik açıdan çalışmanın gerçekleştirilmesinin uygun olduğuna oy birliği ile karar verilmiştir.		
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU			
ETİK KURULUN ÇALIŞMA ESASI	İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu		
BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI:	Prof.Dr.Aysegül Yıldız		

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet		Araştırma ile ilişki		Katılım *		İmza
Prof.Dr.Aysegül YILDIZ	Psikiyatri	DEU Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☐	H ☐	
Prof.Dr.Hülya ELLİDOKUZ	Halk Sağlığı	DEU Onkoloji Enstitüsü Preventif Onkoloji A.D.	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☐	H ☐	
Prof.Dr.Nuray DUMAN	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları (Yeni Doğan)	DEU Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☐	H ☐	
Prof.Dr.Hale ÖREN	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları (Çocuk Hematoloji)	DEU Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☐	H ☐	
Prof.Dr.A.Necati GÖKMEN	Anesteziyoloji ve Reanimasyon	Anesteziyoloji ve Reanimasyon A.D	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☐	H ☐	
Prof.Dr.Taner DAĞCI	Fizyoloji	Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☐	H ☐	
Prof.Dr.Pembe KESKİNOĞLU	Biyoistatistik	DEU Tıp Fakültesi Biyoistatistik ve Tıbbi Bilişim A.D	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☐	H ☐	
Doç.Dr.Erdem YAKA	Nöroloji	DEU Tıp Fakültesi Nöroloji A.D	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☐	H ☐	
Doç.Dr.Uğur Önsel TÜRK	Kardiyoloji	Ege Üniversitesi İlaç ve Farmakokinetik Arş-Uyg.Merk	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☐	H ☐	
Doç.Dr.Yasemin BASKIN	Temel Onkoloji	DEU Onkoloji Enstitüsü Temel Onkoloji A.D	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☐	H ☐	
Doç.Dr.Yasemin ERAÇ	Farmakoloji	Ege Üniversitesi Eczacılık Fakültesi Farmakoloji Anabilim Dalı	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☐	H ☐	
Av.Semra MARMARA	Hukuk	DEU Rektörlüğü	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☐	H ☐	
Av.Nazan PEDÜKCOŞKUN	Hukuk	Emekli	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☐	H ☐	
Hayat ALBAYRAK	Sağlık Mesleği Mensubu Olmayan Üye	Emekli	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☐	H ☐	

Etik Kurul Başkanının
Unvanı/Adı/Soyadı: Prof.Dr.Aysegül Yıldız
İmza:

Not: Etik kurul başkanı, imzasının yer almadığı her sayfaya imza atmalıdır.

EK-3. Valilik İzin Formu

T.C.
İZMİR VALİLİĞİ
İl Milli Eğitim Müdürlüğü

ARAŞTIRMA DEĞERLENDİRME FORMU

ARAŞTIRMA SAHİBİNİN	
Adı Soyadı	Prof. Dr. Belgin ÜNAL, Prof. Dr. Adem AYDIN, Prof. Dr. Şahbal ARAS, Prof. Dr. Özlem GENCER KIDAK, Prof. Dr. Sema ÖZAN, Doç. Dr. Aylin ÖZBEK, Yrd. Doç. Dr. Sevgi TIMBİL, Uzm. Dr. Burcu SERİM DEMİRGÖREN, Araş Gör. Dr. Işık TOP, Araş. Gör. Dr. Gamze GÖRGÜLÜ, Yrd. Doç. Dr. Dilek ÇİMRİN, Uzm. Dr. Özlem GÜRİSOY ÇALAN, Prof. Dr. Hüseyin İŞLEKEL, Yrd. Doç. Dr. Gamze TUNA, Araş Gör. Melis KANT, Dr. Şule KARABİNALI, Dr. Seher DEMİR
Kurumu / Üniversitesi	Dokuz Eylül Üniversitesi / Tıp Fakültesi / Halk Sağlığı Anabilim Dalı
Araştırma yapılacak iller	İzmir
Araştırma yapılacak eğitim kurumu ve kademesi	İzmir İli, Güzelbahçe İlçesi, İMKB Teknik ve Endüstri Meslek Lisesi'nde öğrenim gören öğrenciler
Araştırmanın konusu	Güzelbahçe İMKB Teknik ve Endüstri Meslek Lisesi Öğrencilerinde Sağlık Davranışları ve Tiroid Fonksiyonlarının İncelenmesi
Üniversite / Kurum onayı	Var
Araştırma/proje/ödev/tez önerisi	Güzelbahçe İMKB Teknik ve Endüstri Meslek Lisesi Öğrencilerinde Sağlık Davranışları ve Tiroid Fonksiyonlarının İncelenmesi
Veri toplama araçları	Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu (Öğrenci için), Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu (Veli için), Anket Formu, Antropometrik ölçümler, Fiziki Muayene
Görüş istenilecek Birim/Birimler	----
KOMİSYON GÖRÜŞÜ	
İlgi: Milli Eğitim Bakanlığı'nın 07/03/2012 tarihli ve 3616 sayılı Araştırma, Yarışma ve Sosyal Etkinlik İzinleri Konulu, 2012/13 Sayılı Genelgesi. Genelge gereğince; araştırma başvurusu olması gereken nitelikler açısından incelenmiş olup, araştırmanın 2016-2017 öğretim yılında <i>eğitim öğretimi aksatmayacak ve eğitim kurumu yöneticilerinin uygun gördüğü şekilde, rehberlik servisi ile işbirliği halinde</i> yapılmasına oybirliği ile karar verilmiştir.	
Komisyon Kararı	Oybirliği ile alınmıştır.
Muhalif üyenin Adı ve Soyadı: ----	Gerekçesi; -----

KOMİSYON

23/09/2016

Komisyon Başkanı
Selime ŞENTÜRK DOĞRAMACI

Üye
Pınar ERÇİFTÇİ ÇÜÇEN

Üye
Sibel SEZER