

# Ergenlerin Riskli Sağlık Davranışlarının ve Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi

Gonca KARAYAĞIZ MUSLU\* Özcan AYGÜN\*\*

## Öz

**Giriş:** Ergenlerin riskli sağlık davranış belirlenip, bu bilgiler doğrultusunda belirli bir planlama ve düzenleme ile potansiyel önlemler alınır, riskli davranışlar önlenir veya azaltılabilir. **Amaç:** Bu çalışma; ergenlerin riskli sağlık davranışlarının ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi amacı ile yapılmıştır. **Yöntem:** Etik kurul izni ve kurumsal izinler alınarak 2013-2014 eğitim öğretim yılında, Muğla'nın Fethiye ilçesinde, Milli Eğitim Bakanlığına bağlı dört lisede gerçekleştirilen bu çalışmanın evrenini 2117, örneklemi ise 871 öğrenci oluşturmuştur. Araştırma verilerinin toplanmasında "Sosyodemografik Veri Toplama Formu", "Riskli Sağlık Davranışları Ölçeği" kullanılmıştır. Bağımsız değişkenler ile ölçek ve alt boyutlar puan ortalamaları arasındaki karşılaştırmalarda nonparametrik testlerden Mann Whitney U ve Kruskal Wallis testi kullanılmıştır. **Bulgular:** Ergenlerin riskli sağlık davranışları ölçeği puan ortalaması 58.92±6.63'dir. Ergenlerin sağlık davranışlarına ilişkin en yüksek risk puan ortalamasını hijyen alt boyutundan (89.91±10.74) en düşük risk puan ortalamasını ise madde kullanımı (29.66±15.83) alt boyutundan aldıkları belirlenmiştir. Ergenlerin riskli sağlık davranışları üzerinde yaşın, cinsiyetin, öğrenim gördükleri sınıfın, gelir düzeyinin, anne ve baba eğitim durumunun ve kardeş sayısının etkili olduğu bulunmuştur (p<0.05). Ebeveyn eğitim düzeyi ve aile gelir düzeyi yüksek, son sınıf öğrencisi olan, erkek ergenlerin madde kullanımı, psikososyal alt boyut ve toplam riskli sağlık davranışları puan ortalamalarının yüksek olduğu ve riskli davranışlara daha fazla eğilimli oldukları görülmüştür. Kız ergenlerin erkeklerle göre hijyen alt boyut puan ortalamaları daha yüksek bulunmuştur. Çalışmada gelir düzeyi yüksek olan ve kardeş sayısı fazla olan ergenlerin beslenme alt boyut puan ortalamasını daha yüksek olduğu ve riskli beslenme alışkanlıkları kazandığı belirlenmiştir. **Sonuç:** Araştırma okul sağlığı alanında çalışan hemşirelere ergenlerde sık karşılaşılan riskli sağlık davranışları ve etkileyen faktörlere yönelik veriler sağlanmasından dolayı ve özellikle ergenlere yönelik sağlık hizmetlerin planlanmasında yol göstermesi açısından önem taşımaktadır.

**Anahtar Sözcükler:** Davranış, Ergen, Riskli Sağlık.

## Abstract

### Determining the Risky Health Behaviors of Adolescents and the Factors That Affect Them

**Background:** Risky health behavior can be prevented or reduced if risky health behaviors of adolescents are identified and specific planning and regulation and potential protection measures are taken. **Objective:** This study was conducted to determine the risky health behaviors of adolescents and the factors that affect them. **Method:** After obtaining ethics committee and institutional permissions, the researchers carried out this study in four high schools affiliated with the Ministry of National Education in Fethiye, Muğla during the 2013-2014 academic year. A total of 2,117 students were the study population, and the study sample included 871 students. A socio-demographic data collection form and the Risky Health Behaviors Scale were used to collect data. Among nonparametric tests, Mann Whitney U and Kruskal Wallis tests were used to compare scale and subscale mean scores and independent variables. **Results:** The mean score of adolescents on risky health behaviors scale was found to be 58.92±6.63. The adolescents got the highest mean risk score on the hygiene subdimension (89.91±10.74) and the lowest mean score on the subdimension of substance abuse (29.66±15.83). This study found that age, gender, grade level, income level, parental education levels and number of siblings affected the risky health behaviors of adolescents (p<0.05). Final year male adolescents whose parents had higher education levels and income level had higher mean scores on the substance abuse and psychosocial subdimensions. Their total risky health behaviors mean scores were also higher, and they were more likely to engage in risky behaviors. Compared to the male adolescents, females' mean scores on the hygiene subdimension were higher. This study determined that adolescents whose income level were higher and who had more siblings had higher mean scores on the nourishment subdimension and had acquired risky nourishment habits. **Conclusion:** Since this study provides data for common risky behaviors in adolescents and factors that affect them, it has importance as a guide for nurses working in the area of school health, especially for planning health services for adolescents.

**Keywords:** Behaviors, Adolescents, Risky Health.

Geliş tarihi: 04.05.2017

Kabul tarihi: 03.10.2017

**D**ünya Sağlık Örgütü'ne göre (DSÖ) ergenlik 10-19 yaşları arasını kapsayan bir gelişim dönemidir. Dünyada 10-24 yaş arası 1.8 milyar kişi bulunmaktadır, bu durumda her altı kişiden biri ergendir (WHO, 2016b). Türkiye'de toplam nüfusun yaklaşık üçte birini 10-24 yaş arası gençler oluşturmaktadır. Ülkemizde her 6 kişiden biri 10-19 yaş arasındadır (TUİK, 2015).

Ergenlik, fiziksel büyüme, cinsel gelişme ile birlikte psikososyal olgunlaşmanın gerçekleştiği ve insan gelişim dönemleri içinde toplumsal etkilerin birey için en fazla önem taşıdığı bir evredir. Bu gelişim ve olgunlaşma döneminin bir sonucu olarak ergenlerde birçok davranış değişikliği görülmektedir (Akçan-Parlaz, Tekgül, Karademirci ve Öngel 2012). Yapılan çalışmalarda ergenlik döneminde başlayan riskli sağlık davranışlarının sonraki gelişim dönemlerinde bireyin yaşamını önemli düzeyde etkilediği belirlenmiştir (Viner ve ark., 2012).

Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezi Gençlik Riskli Davranış İzlem Sistemi (Centers of Disease Control- CDC- Youth Risk Behavior Surveillance System-YRBSS) gençlerde ve yetişkinlerde hastalık ve ölümlere yol açan altı tip riskli sağlık davranışı olduğunu bildirmiştir. Şiddet ve neden olduğu sorunlar, cinsel yolla bulaşan hastalıklar ve riskli gebelikler, alkol ve diğer maddelerin kullanımı, sigara içme, dengesiz beslenme ve hareketsizlik gibi davranışlar CDC-YRBSS'nin öncelikli tanımladığı riskli davranışlar kapsamında yer almaktadır (CDC, 2017). DSÖ verilerine göre yılda 1.3 milyon 10-19 yaş arasındaki ergen; çeşitli kazalar, intihar girişimi, şiddet ve ilişkili durumlar, riskli gebelikle ilişkili komplikasyonlar ve önlenebilir çeşitli hastalıklar sebebiyle yaşamlarını kaybetmektedirler (WHO, 2016a). DSÖ Global Sağlık Riskleri Raporunda

\*Yard. Doç. Dr. Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Fethiye Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü. E-mail: [goncamuslu@mu.edu.tr](mailto:goncamuslu@mu.edu.tr)

\*\*Öğr. Gör. Dr. Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Fethiye Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü.

global ölümlerin %44'ünden risk faktörlerin sorumlu olduğu, yüksek kan basıncı, sigara kullanımı, yüksek kan glikoz düzeyi, fiziksel aktivite azlığı ve obezitenin dünyadaki beş ölüm riski arasında yer aldığı belirtilmiştir (WHO, 2016a). Türkiye Sağlık Araştırması 2012 raporuna göre 10-19 yaşları arasında ilk kez sigara kullanma oranının %70.9, ilk kez alkol alma oranının %59.9 olduğu, 15 yaşın üzerindeki bireylerin %33.7'sinin fazla kilolu, %19.9'unun obez olduğu belirlenmiştir (TUİK, 2013). Türkiye'de ergenler üzerinde yapılan ve ergenlerin riskli sağlık davranışlarının incelendiği çalışmalarda, özellikle fiziksel aktivite (Eneçcan, Şahin, Erdal, Aktürk ve Kara 2011; Tümer ve Şahin, 2011) ve beslenme (Kalkım ve Toraman, 2014) ile ilgili riskli davranış puan ortalamalarının yüksek olduğu belirlenmiştir.

Riskli sağlık davranışlarındaki artış toplumdaki eğitim yetersizliği, yetişkinlik dönemindeki morbidite ve doğuştan beklenen yaşam süresinin kısalığı ile doğrudan ilişkilidir. Toplumun bu davranışları benimsemesi ve önemsememesi bu davranışların özellikle ergenlerde ve gençlerde ortaya çıkmasının nedenlerinden biridir. Özellikle ergenlerdeki riskli davranışların önüne geçmek için toplumsal önleme ve koruma programları olmadığı çeşitli biyolojik ve çevresel faktörler de bu davranışlara etki ederek sorunu daha da derinleştirmektedir (Sawyer ve ark., 2012). Yapılan bir çalışmada erken yaşta (11 yaş) sigaraya başlama, madde kullanma, erkek cinsiyet, düşük akademik performans ve etnik köken gibi faktörlerin 16 yaşındaki bir ergende 16 riskli davranışın %51.2'sini açıkladığı ortaya konmuştur. Ayrıca, riskli /sağlıksız davranışların erkek, eğitim düzeyi yetersiz ve yaşı büyük olan ergenlerde daha fazla görüldüğü belirtilmiştir (Viner ve ark., 2012). Bir başka çalışmada ise erken dönemdeki riskli davranışların yirmili yaşlara doğru önemli artış gösterdiği, bu artışın kızlara göre erkeklerde daha fazla olduğu, şiddet eğiliminin ileri yaşlara göre azaldığı ancak riskli cinsel davranışların arttığı belirlenmiştir. Söz konusu çalışmanın diğer önemli bulguları ise kızların 14-18 yaş arasında alkol kullanma ve riskli cinsel davranış oranlarının erkeklerden daha fazla olduğu ve 20 yaş üzeri kız ve erkeklerin riskli davranış bulgularının birbirine benzer olduğudur (Mahalik ve ark., 2013). Literatürde riskli sağlık davranışlarının yaş, cinsiyet, algılanan sağlık durumu, düşük akademik başarı, olumsuz duygular, aile yapısı, göç, kişilik özelliği ve sosyoekonomik durum gibi değişkenlerle ilişkili olduğu görülmektedir (Jackson, Henderson, Frank ve Haw 2012).

Ergenlik döneminde ortaya çıkan bu riskli davranışların öncelikle sınıflandırılması ve bu grupların epidemiyolojik analizlerinin yapılması gereklidir. Bu davranışlara eğilimi olan risk gruplarının belirlenmesi ve o gruplara yönelik müdahale ve önleme programlarının uygulanması, bu programların etkinliğinin değerlendirilmesi hayati önem taşımaktadır (Kipping, Campbell, MacArthur, Gunnell ve Hickman 2012). Bu çalışmadan elde edilecek verilerin ergenlerde riskli sağlık davranışlarının önlenmesi ve azaltılması amacıyla yapılacak eğitim programlarının içerik ve konularının önceliklerinin belirlenmesinde yol gösterici olacağı düşünülmüştür. Çalışma sağlıklı nesillerin yetiştirilmesine katkıda bulunacaktır. Bu çalışmada; lise öğrenimi gören ergenlerin riskli sağlık davranışlarının ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi amaçlanmıştır.

## Yöntem

### *Araştırmanın Tipi*

Araştırma; lise öğrenimi gören ergenlerin riskli sağlık davranışlarının ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi amacı ile tanımlayıcı ve ilişkisel tipte yapılmıştır.

### *Araştırmanın Yeri*

Araştırma, 2013-2014 eğitim öğretim yılında, Muğla'nın Fethiye ilçesinde, Milli Eğitim Bakanlığına bağlı dört lisede yürütülmüştür.

### *Araştırmanın Evreni ve Örnekleme*

Araştırmanın evrenini, 2013-2014 eğitim öğretim yılında, Muğla'nın Fethiye ilçesinde, Milli Eğitim Bakanlığına bağlı dört lisede öğrenim gören 15-18 yaş aralığında ki 2117 öğrenci oluşturmuştur. Örneklem büyüklüğü "evreni bilinen örneklem formülü" ile hesaplanmış ve 861 öğrenci olarak belirlenmiştir. Örneklem hacmi %10 artırılarak 940 öğrenci tabakalı rastgele örnekleme yöntemi ile homojen dağıtılmıştır. Tabakalı rastgele örnekleme yöntemi ile belirlenen örnekleme her okula düşen öğrenci sayısı belirlenmiş ve okullardaki öğrenciler de sınıflarına göre tabakalandırılmışlardır. Veri toplama formundaki eksik işaretlemeler nedeniyle 69 kişi araştırmadan çıkarılmıştır, toplam 871 kişi ile araştırma tamamlanmıştır.

### *Veri Toplama Araçları*

Araştırmada veri toplama aracı olarak; Tanıtıcı Bilgi Formu ve Riskli Sağlık Davranışları Ölçeği (RSDÖ) kullanılmıştır.

#### *Tanıtıcı Bilgi Formu*

Öğrencilerin sosyo-demografik özelliklerini (cinsiyet, yaş, sınıf, anne ve baba eğitim düzeyi, gelir durumu ve kardeş sayısı) belirlemek amacıyla araştırmacılar tarafından geliştirilen form yedi sorudan oluşmaktadır.

#### *Riskli Sağlık Davranışları Ölçeği (RSDÖ)*

Çimen (2003) tarafından geliştirilen ve beş alt boyutu bulunan (beslenme, psikososyal, fiziksel aktivite, hijyen, madde kullanımı) ölçek 35 maddeden oluşmaktadır. RSDÖ'nün maddeleri 1'den 5'e (hiçbir zaman- hemen her zaman) kadar değişen likert tipi puanlama ile derecelendirilmiştir. Ölçekte 17 madde olumsuz ifadelerden (1) olumlu ifadelere (5) doğru, diğer maddeler ise tam tersi kodlanmaktadır. Ölçeğin 1, 2, 4, 5, 6, 7, 8, 10, 12, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 22, 23 ve 25. maddeleri ters puanlanmıştır. 35 maddenin puanlarının toplanması ile elde edilen toplam ham puan 35-175 arasında değişir. Ham puan mutlak değer cinsinden 100'e çevrilerek 20-100 arasında ölçek puanı elde edilir. Ölçekten ve alt boyutlarından alınan toplam puanların yüksek olması bireyin riskli sağlık davranış puanının yüksek, yani kişilerin riskte olduğunu ifade eder. Puanların

düşük olması ise riskli sağlık davranışları puanının düşük, diğer bir deyişle sağlık davranışlarının iyi olduğunu ifade etmektedir.

### **Verilerin Toplanması ve Değerlendirilmesi**

Çalışmanın amacı araştırmacılar tarafından çalışmanın yürütüldüğü okulların yöneticilerine anlatılmış ve okul yönetimi ile bir planlama yapılmıştır. Veriler, okul yönetiminin uygun gördüğü ders saatinde çalışmaya katılmayı kabul eden öğrencilerden ortalama 15-20 dakikada toplanmıştır. Öğrencilere çalışmanın amacı açıklanarak Bilgilendirilmiş Yazılı Onam Formu alınmış ve ölçüm araçlarının nasıl doldurulacağı açıklanmıştır.

Veriler SPSS 20.0 paket programı ile bilgisayar ortamında değerlendirilmiştir. İstatistiksel analizde tanımlayıcı istatistikler (sayı, yüzde dağılımı, ortalama) kullanılmıştır. Değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu tek örneklem Kolmogorov Smirnov Z testi ve ayrıca dağılımın çarpıklık (skewness) ve basıklık (kurtosis) sonuçlarına göre değerlendirilmiştir. Bunun sonucunda bağımsız değişkenlerin tamamının ve öğrencilerinin ölçek ve alt ölçeklerden aldıkları puan ortalamalarının normal dağılıma uygunluk göstermediği belirlenmiştir ( $p < 0.001$ ). Bu nedenle bağımsız değişkenler ile ölçek ve alt boyutlar puan ortalamaları arasındaki karşılaştırmalarda nonparametrik testlerden Mann Whitney U ve Kruskal Wallis testi kullanılmıştır.

### **Araştırmanın Etik Yönü**

Araştırma için Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Bilimsel Araştırmalar Etik Kuruldan etik onay alınmıştır. Çalışmanın yürütüldüğü kurumlardan yazılı izin, araştırma kapsamına alınan öğrencilerden Bilgilendirilmiş Yazılı Onam Formu alınmış ve gönüllü katılım sağlanmıştır. Öğrencilere araştırma verilerinin gizli tutulacağı ve sadece araştırmacı tarafından kullanılacağı belirtilmiştir.

### **Bulgular**

Araştırmaya katılan öğrencilerin sosyodemografik özelliklerine göre dağılımları Tablo 1’de gösterilmiştir. Öğrencilerin % 32.1’i 15 yaşında, %55.1’i kız, %44.9’u erkek, %27.7’i birinci sınıf öğrencisidir. Öğrencilerin ebeveyn eğitim durumları incelendiğinde annelerin %72.7’sinin, babaların ise %62.3’ünün ilköğretim mezunu olduğu görülmektedir. Ailelerin yarısından fazlasının orta seviyede gelir düzeyine sahip (%62.3), iki çocuklu (%58.1) aileler olduğu saptanmıştır. Ölçek ve alt boyutlarının alt ve üst değerleri, katılımcıların ölçeklerden aldıkları alt ve üst değerler, ölçekten alınan ortalama puan ve standart sapma değerleri Tablo 2’de sunulmuştur.

Araştırma kapsamına alınan ergenlerin sosyodemografik özelliklerine göre RSDÖ toplam ve alt boyut puan ortalamalarının dağılımı Tablo 3’te verilmiştir. Ergenlerin cinsiyete göre riskli sağlık davranışları ölçeği toplam puan, psikososyal, hijyen, madde kullanımı ve fiziksel aktivite alt boyut puan ortalamaları arasında anlamlı farklılık saptanmıştır. Psikososyal, fiziksel aktivite, madde kullanımı alt boyutlarında ve toplam puanda riskli sağlık davranışları puan ortalamaları erkek öğrencilerde kızlara göre yüksek ve anlamlı bulunmuştur ( $p < .001$ ) (Tablo 3). Hijyen alt boyutunda ise kızların puan ortalamalarının erkeklerden daha yüksek olması istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $p < .001$ ). Ölçeğin beslenme alt boyutunda ise cinsiyete göre anlamlı farklılık saptanmamıştır ( $p = .785$ ) (Tablo 3).

**Tablo 1. Katılımcıların Sosyo-Demografik Bilgilerinin Dağılımı**

Değişkenler	Kategoriler	n	%
Yaş	15	280	32.1
	16	232	26.6
	17	205	23.5
	18	154	17.7
Cinsiyet	Kız	480	55.1
	Erkek	391	44.9
Sınıf	1.sınıf	236	27.1
	2.sınıf	215	24.7
	3.sınıf	204	23.4
	4.sınıf	216	24.8
Anne eğitim düzeyi	İlköğretim	633	72.7
	Lise	189	21.7
	Üniversite	49	5.6
Baba eğitim düzeyi	İlköğretim	543	62.3
	Lise	226	26.0
	Üniversite	102	11.7
Gelir düzeyi	Geliri giderinden az	111	12.8
	Geliri giderine eşit	543	62.3
	Geliri giderinden fazla	217	24.9
Kardeş sayısı	1	506	58.1
	2	232	26.6
	3	91	10.5
	4 ve üstü	42	4.8
Toplam		871	100.0

Ergenlerin yaşa göre ölçeğin madde kullanımı alt boyutunda puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $KWH X^2 = 27.85$ ,  $p < 0.001$ ) (Tablo 3). Madde kullanımı alt boyutundaki farklılığın kaynağını bulmak için yapılan çoklu karşılaştırmalar sonucunda 18 yaşındaki katılımcıların hem 15 hem de 16 yaşındaki katılımcılara göre ölçeğin madde kullanma alt boyut puan ortalamalarının daha yüksek ve anlamlı olduğu saptanmıştır ( $p < 0.001$ ). Ölçeğin beslenme, psikososyal, fiziksel aktivite, hijyen alt boyutlarında ve ölçeğin tamamında yaşa göre puan ortalamaları arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır ( $p > 0.05$ ) (Tablo 3).

**Tablo 2. Ergenlerin RSD Ölçeği ve Alt Boyutlarının Puan Ortalamaları (n=871).**

Ölçek ve alt boyutları	Alt ve üst değer	Alınan alt ve üst değer	X	SS	
Alt boyutlar	1. Beslenme	20-100	32,73-100,00	67,01	9,19
	2. Psikososyal	20-100	24,00-100,00	48,92	10,63
	3. Fiziksel Aktivite	20-100	20,00-84,00	53,54	12,62
	4. Hijyen	20-100	40,00-100,00	89,91	10,74
	5. Madde Kullanımı	20-100	20,00-100,00	29,66	15,83
<b>TOPLAM RSDÖ</b>	20-100	38,86-97,71	58,92	6,63	

RSDÖ= Riskli Sağlık Davranışları Ölçeği, X= Aritmetik ortalama, SS= Standart Sapma

Ergenlerin öğrenim gördükleri sınıflara göre riskli davranış ölçeği ve alt boyutlarından aldıkları puan ortalamaları incelenmiştir. Ölçeğin psikososyal, fiziksel aktivite ve madde kullanımı alt boyut puan ortalamaları arasındaki öğrenim görülen sınıfa göre istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (sırasıyla,  $p = 0.014$ ,  $p = 0.007$  ve  $p = 0.007$ ). Ayrıca, ölçeğin tamamında da puan ortalamaları arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlıdır ( $p = 0.006$ ) (Tablo 3). Farklılığın kaynağını bulmak için yapılan çoklu karşılaştırmalar sonucunda, psikososyal alt boyutta lise 4. sınıf öğrencilerin 1. sınıflara göre ( $p = 0.005$ ), fiziksel aktivite ve madde kullanma alt boyutlarında ise lise 4. sınıf öğrencilerin hem 1. hem de 2. sınıflara göre daha riskli yaşam sürdürdükleri saptanmıştır ( $p < 0.05$ ). Ölçeğin tamamında ise lise 4. sınıf öğrencilerin 1. sınıflara göre daha riskli sağlık davranışına sahip olduğu ve bu sonucun istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ( $p = 0.003$ ). Ölçeğin beslenme ve hijyen alt boyutlarında öğrencilerin sınıflarına göre puan ortalamaları arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır ( $p > 0.05$ ) (Tablo 3).

Ergenlerin anne eğitim durumları ile ölçeğin psikososyal ve madde kullanımı alt boyut puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $p < 0.001$ ). Ayrıca ölçeğin tamamında da puan ortalamaları arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlıdır ( $p < 0.001$ ) (Tablo 3). Farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek için yapılan çoklu karşılaştırmalar sonucunda ölçeğin psikososyal alt boyutunda anne eğitim düzeyi hem lise hem de üniversite olan öğrencilerin anne eğitim düzeyi ilköğretim olanlara göre puan ortalamalarının daha yüksek ve anlamlı olduğu belirlenmiştir ( $p < 0.001$ ). Madde kullanma alt boyutunda ise anne eğitim düzeyi hem lise hem de üniversite olan öğrencilerin anne eğitim düzeyi ilköğretim olanlara göre, anne eğitim düzeyi üniversite olan öğrencilerin de anne eğitim düzeyi lise olan öğrencilere göre puan ortalamalarının daha yüksek olduğu ve anlamlı saptanmıştır ( $p < 0.05$ ). Annesi lise ve üniversite mezunu olan öğrencilerin annesi ilköğretim mezunu olanlara göre riskli davranış ölçeği toplam puan ortalamaları da daha yüksek ve anlamlıdır ( $p < 0.001$ ). Ölçeğin beslenme, fiziksel aktivite ve hijyen alt boyutlarında öğrencilerin anne eğitim durumlarına göre puan ortalamaları arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır ( $p > 0.05$ ) (Tablo 3).

Ergenlerin baba eğitim durumlarına psikososyal ve madde kullanımı alt boyut ve toplam puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $p < 0.001$ ). Ayrıca ölçeğin tamamında da puan ortalamaları arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlıdır ( $p < 0.001$ ) (Tablo 3). Yapılan ileri analizde babası lise ve üniversite mezunu olan öğrencilerin babası ilköğretim mezunu olanlara göre psikososyal alt boyut ve riskli davranış ölçek toplam puan ortalamalarının yüksek olduğu belirlenmiştir ( $p < 0.05$ ).

**Tablo 3. Riskli Davranış Puan Ortalamalarının Katılımcıların Sosyo Demografik Özelliklerine Göre Karşılaştırılması**

Değişkenler	Kategoriler	Riskli sağlık davranışları ölçeği ve alt boyutları										RSDÖ	
		Beslenme		Psikososyal		Fiziksel Aktivite		Hijyen		Madde Kullanımı		X	SS
		X	SS	X	SS	X	SS	X	SS	X	SS		
Cinsiyet	Kız (480) <sup>a</sup>	66.9	8.51	46.0	8.75	51.0	12.3	91.0	9.74	26.4	12.0	57.4	5.6
	Erkek (391) <sup>a</sup>	67.1	9.97	52.4	11.6	56.6	12.2	88.5	11.7	33.6	18.7	60.6	7.3
	p değeri	.785		<001**		<001**		.001**		<001**		<001**	
Yaş	15 yaş (280) <sup>a</sup>	67.2	8.31	49.2	10.6	54.6	12.5	89.9	10.8	27.5	14.1	59.0	6.4
	16 yaş (232) <sup>a</sup>	67.2	9.26	49.3	10.6	53.8	12.6	89.3	11.3	28.2	14.2	58.9	6.8
	17 yaş (205) <sup>a</sup>	67.3	9.55	48.5	11.0	51.6	13.4	90.7	9.03	30.5	16.3	58.8	6.6
	18 yaş (154) <sup>a</sup>	65.8	10.1	48.1	9.99	53.5	11.4	89.5	11.7	34.4	19.1	58.8	6.6
	p değeri	.719		.637		.069		.910		<001**		.879	
	Sınıf	1.sınıf	67.9	9.06	50.8	12.1	54.2	13.7	89.7	10.9	31.9	18.2	60.1

	(236) <sup>a</sup>	8		8	6	2	8	1	3	9	3	2	9
	2.sınıf (215) <sup>a</sup>	67.2 2	8.38	49.2 0	10.0 1	54.6 0	12.0 7	89.1 3	11.4 5	27.2 0	13.0 3	58.8 3	6.1 1
	3.sınıf (204) <sup>a</sup>	66.9 6	9.37	48.5 4	10.4 9	54.1 5	12.0 1	90.7 0	9.69	29.4 6	17.3 4	58.9 8	6.2 7
	4.sınıf (216) <sup>a</sup>	65.7 8	9.84	46.8 4	9.13	51.1 8	12.1 7	90.1 4	10.7 5	29.7 4	13.6 6	57.6 4	5.9 9
	p değeri	.246		<b>.007**</b>		<b>.014*</b>		.661		<b>.006**</b>		<b>.006**</b>	
Anne eğitimi	İlköğreti m (633) a	66.7 5	9.03	47.6 9	10.2 6	53.2 0	12.9 0	89.9 7	10.6 3	27.5 6	13.5 8	58.2 1	6.5 6
	Lise (189) <sup>a</sup>	67.8 6	9.29	52.0 1	11.1 1	54.9 2	11.9 4	90.5 1	10.2 2	33.4 6	18.7 2	60.7 9	6.4 2
	Üniversi te (49) <sup>a</sup>	66.9 7	10.8	52.8 5	10.3 3	52.6 5	11.2 6	86.7 7	13.4 7	42.0 4	21.7 9	60.8 7	6.7 4
	p değeri	.444		<b>&lt;001**</b>		.224		.230		<b>&lt;001**</b>		<b>&lt;001**</b>	
Baba eğitimi	İlköğreti m (543) a	66.6 1	8.91	47.9 5	10.4 4	53.1 6	13.1 5	89.7 2	10.4 3	28.0 4	13.7 0	58.2 5	6.6 4
	Lise (226) <sup>a</sup>	67.4 2	8.96	50.1 9	10.7 9	54.2 6	11.6 7	89.6 9	11.6 4	30.3 3	17.6 6	59.5 6	6.5 6
	Üniversi te (102) a	68.1 8	10.9	51.2 5	10.7 4	54.0 0	11.7 3	91.3 7	10.2 8	36.7 6	19.8 0	61.0 4	6.2 0
	p değeri	.102		<b>&lt;001**</b>		.609		.118		<b>&lt;001**</b>		<b>&lt;001**</b>	
Gelir düzeyi	Geliri giderden az (111) a	64.1 4	8.85	49.7 4	10.0 9	52.6 1	12.8 7	88.3 6	12.0 6	29.8 6	15.6 5	57.9 2	6.1 4
	Geliri gidere eşit (543) <sup>a</sup>	67.2 4	9.09	47.7 7	9.88	53.0 0	12.7 4	90.2 0	10.4 7	28.7 1	15.5 1	58.5 2	6.3 4
	Gelir- giderden çok (217) <sup>a</sup>	67.8 8	9.40	51.3 6	12.2 1	55.3 7	12.0 4	89.9 5	10.6 6	31.9 3	16.5 5	60.4 2	7.3 3
	p değeri	<b>.003**</b>		<b>.001**</b>		.099		.312		<b>.003**</b>		<b>.002**</b>	
Kardeş sayısı	1 kardeşi (506) <sup>a</sup>	67.8 7	8.99	49.1 3	10.7 6	53.8 5	12.5 6	90.1 9	10.9 1	30.4 1	16.7 1	59.4 2	6.7 2
	2 kardeşi (232) <sup>a</sup>	66.4 4	8.29	48.5 3	9.88	53.3 4	12.5 8	90.2 7	8.88	28.0 3	14.1 7	58.4 7	5.6 5
	3 kardeşi (91) <sup>a</sup>	65.2 5	10.8	49.1 8	11.2 1	53.9 3	12.5 6	88.7 9	12.6 8	29.7 2	15.3 5	58.3 4	7.4 2
	4 ve üstü kardeş (42) <sup>a</sup>	63.5 4	11.0	47.9 5	12.1 0	50.0 9	13.5 2	86.8 5	13.0 2	29.4 0	14.4 9	56.5 9	8.0 6
	p değeri	<b>.002**</b>		.880		.506		.229		.321		<b>.012*</b>	

RSDÖ= Riskli Sağlık Davranışları Ölçeği, X= Aritmetik ortalama, SS= Standart Sapma, <sup>a</sup>= katılımcı sayısı (n).

Not= Cinsiyete göre karşılaştırmalar için *Mann Whitney U* testi, diğer değişkenlerin karşılaştırılmasında *Kruskal Wallis H* testi

kullanılmıştır. Analizlerde \*\*p<.01 istatistiksel anlamlılık düzeyi ve \*p<.05 istatistiksel anlamlılık düzeyi olarak değerlendirilmiştir.

Madde kullanma alt boyutunda ise baba eğitimi üniversite olan öğrencilerin hem lise hem de ilköğretim olanlara göre puan ortalamalarının daha yüksek ve anlamlı olduğu saptanmıştır (p<.05). Ölçeğin tamamında da babası lise ve üniversite mezunu olan öğrencilerin babası ilköğretim mezunu olanlara göre puan ortalamalarının daha yüksek ve anlamlı olduğu belirlenmiştir (p<.001). Ölçeğin beslenme, fiziksel aktivite ve hijyen alt boyutlarında öğrencilerin baba eğitim durumlarına göre puan ortalamaları arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır (p>.05) (Tablo 3).

Ergenlerin aile gelir düzeylerine göre beslenme, psikososyal, madde kullanımı alt boyut ve riskli davranış ölçeği toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (sırasıyla, p=.003, p=.001, p=.003, p=.002)

(Tablo 3). Yapılan ileri analizde gelir düzeyi düşük olan öğrencilerin diğerlerine göre beslenme alt boyut puan ortalamalarının anlamlı düzeyde düşük olmasından kaynaklandığı anlaşılmıştır ( $p<.05$ ). Ölçeğin psikososyal ve madde kullanma alt boyutlarında ise gelir düzeyi yüksek olan öğrencilerin gelir düzeyi orta olan öğrencilere göre puan ortalamalarının yüksek olduğu saptanmıştır ( $p<.010$ ). Gelir düzeyi yüksek olan öğrencilerin diğerlerine göre riskli davranış ölçeği toplam puan ortalamalarının daha yüksek ve anlamlı olduğu belirlenmiştir ( $p<.05$ ). Ölçeğin fiziksel aktivite ve hijyen alt boyutlarında öğrencilerin ailelerinin gelir durumlarına göre puan ortalamaları arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır ( $p>.05$ ) (Tablo 3).

Ergenlerin kardeş sayılarına göre ölçeğin beslenme alt boyut ve riskli davranış toplam puan ortalamaları arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlıdır (sırasıyla,  $p=.002$  ve  $p=.120$ ) (Tablo 3). Yapılan ileri analizde hem ölçeğin tamamında hem de beslenme alt boyutunda kardeş sayısı 4 ve daha fazla olanların kardeş sayısı 1 olanlara göre puan ortalamalarının daha yüksek ve anlamlı olduğu belirlenmiştir ( $p<.05$ ). Ölçeğin psikososyal, fiziksel aktivite, hijyen ve madde kullanma alt boyutlarında öğrencilerin kardeş sayılarına göre puan ortalamaları arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır ( $p>.05$ ) (Tablo 3).

### Tartışma

Ergenlerde riskli sağlık davranışları ve etkileyen faktörleri belirlemek amacı ile yapılan bu çalışmada ergenlerin riskli sağlık davranışları ölçeği puan ortalaması  $58.92\pm 6.63$  olarak bulunmuştur. Ölçeğin alt (20) ve üst (100) sınırları göz önüne alındığında ergenlerin riskli sağlık davranışlarının fazla olduğu söylenebilir. Ülkemizde İstanbul (Çimen, 2003), Adıyaman (Geçkil ve Dündar, 2011), İzmir (Aras, Günay, Özcan ve Orçin 2007; Kalkım ve Uysal, 2014) ve Muğla (Tümer ve Şahin, 2011) illerinde benzer ölçüm araçları kullanılarak yapılan çalışmalarda da ergenlerde riskli sağlık davranışları puanlarının yüksek olduğu görülmüştür. Riskli davranışlar toplumsal yapı, kültürel değerler, bireyin gelişimsel süreçleri, biyolojisi ve genetiği gibi pek çok durumdan etkilenen gençlerin iyilik hallerini ve yaşamlarını etkileyen ve potansiyel olarak olumsuz sonuçları olabilecek davranışlardır (Alikashiöğlu ve Bilimdalı, 2008). Bu tip davranışlar diğer gelişim dönemlerine göre ergenlik döneminde daha sık gözlemlenmektedir. Ergenlik dönemi ikilemlerin yaşandığı, bireyin aileden koparak dış dünyaya yöneldiği, kendini ispatlama ve kabul görme çabasına girdiği bir evredir. Bu geçiş evresinde birçok sorumluluğa ve beraberinde sosyal, psikolojik, kişilik rollerine yönelik bazı çatışmalar yaşamaktadır. Ergen bu çatışma dönemlerinde özellikle akranlarının da etkisiyle riskli davranışlarda bulunmaya yatkın hale gelmektedir (Olson, Hummer, ve Harris 2017). Bu çalışmada ergenlerin sağlık davranışlarına ilişkin en yüksek risk puan ortalamasını hijyen alt boyutundan aldığı ( $89.91\pm 10.74$ ) bunu beslenme ( $67.01\pm 9.19$ ) alt boyutunun izlediği görülmüştür. Ergenlerin en düşük risk puan ortalamasını ise madde kullanımı ( $29.66\pm 15.83$ ) alt boyutundan aldıkları belirlenmiştir. Madde kullanımı alt boyutunun puanı en düşük olsa bile madde kullanımı zaten riskli bir davranış olarak kabul edildiği için puanın düşük olması yerine hiç olmaması beklenmektedir. Ülkemizde yapılan çalışmalarda ergenlerin fiziksel aktivite (Aras ve ark., 2007; Tümer ve Şahin, 2011) ve beslenme (Çimen, 2003, Geçkil ve Dündar, 2007, Kalkım ve Uysal, 2014) davranışlarının riskli olduğu belirlenmiştir. Yüksek puan ergenlerin sağlık davranışlarının kötü olduğunu ifade ettiği için öğrencilerin hijyen ve beslenme davranışlarının en yetersiz riskli davranışlar olduğu görülmüştür. Güney Asya (Peltzer ve Pengpid, 2014), Afrika (Pengpid ve Peltzer, 2011) ve Pasifik (Tran, Phongsavan, Bauman, Havea ve Galea 2006) ülkelerinde yapılan çalışmalarda da oral hijyen ve el hijyeninin ergenlerde istenilen düzeyin altında olduğu görülmüştür. Bu dönemde dış görünüm, beden imajı ve akran grubunda kendini beğendirme önemli olduğu için ergenlerin hijyene dikkat etmeleri beklenir. Bu nedenle hijyen boyutunun risk puanının yüksek çıkması şaşırtıcıdır ve ele alınması gereken bir konudur.

Erkek öğrencilerin psikososyal, fiziksel aktivite, madde kullanımı alt boyut ve riskli sağlık davranışları toplam puan ortalamaları kız öğrencilerden daha yüksek bulunmuştur. Aras ve ark. (2007), Çimen (2003), Geçkil ve Dündar (2007), Tümer ve Şahin (2011)'in lise öğrencileri ile yaptıkları çalışmalarda da erkeklerin psikososyal, hijyen, madde kullanımı alt boyutu ve riskli sağlık davranışları toplam puan ortalamalarının kızlardan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu bulunmuştur. Ergenlerle yapılan pek çok çalışmada erkeklerde alkol ve sigara gibi madde kullanımının daha yüksek olduğu saptanmış, sonuçlar bu çalışma bulgusunu desteklemiştir (Akanni ve ark., 2017; Brady, Song ve Halpern-Felsher 2008; Cail ve LaBrie, 2010; Croissant, Haque Laz, Rahman ve Berenson 2013; Hanna, Yi, Dufour ve Whitmore 2001; Mahdavian ve Zolala, 2017; Ramsoomar ve Morojele, 2012).

Erkek ergenlerde madde kullanımının daha yüksek olması rol model aldığı kişilerde madde kullanımının yaygın olmasına, madde kullanımlarının çok fazla olduğu ortamlarda (cafe, bar, disko vs) daha fazla bulunmalarına, özentiyeye, kız ergenlere göre alkol, maddeye daha kolay ulaşabilmelerine bağlı olabilir. Ergenler ile yapılan çalışmalarda erkek ergenlerde saldırganlık, şiddet, zorbalık, kontrolsüz öfke gibi istenmeyen davranışların kızlara göre daha yaygın olduğu görülmüştür (Kaya, Bilgin ve Singer 2012). Bu durum kültürümüzde çocuk yetiştirme biçiminin toplumsal cinsiyet rollerinin tanımlanmasına dayalı olarak şekillenmesine bağlı olabilir. Kültürümüzde aileler ve toplum tarafından erkeklere saldırgan olmaları öğretilirken; kızlara uysal, sakin, sıcakkanlı ve destekleyici olmaları öğretilmektedir (Çetinkaya, 2013). Bu nedenle psikososyal riskli davranışlar erkeklerde daha fazla görülmektedir. Benzer çalışmalarda kızlarda fiziksel aktivite risk puanı erkeklere göre daha yüksek bulunmuşken (Aras ve ark., 2007; Çimen, 2003; Geçkil ve Dündar, 2007; Tümer ve Şahin, 2011), bizim çalışmamızda erkeklerin fiziksel aktivite risk puanları daha yüksek bulunmuştur. Literatürde kız ergenlerin sedanter yaşama dolaylı olarak da aşırı kilo ve obeziteye daha yatkın oldukları belirtilmektedir (Aras ve ark., 2007; Belcher ve ark., 2010; Çimen, 2003; Geçkil ve Dündar, 2007; Tümer ve Şahin, 2011).

Kız ergenlerin bu dönemde beden imajı, dış görünüş ve temizliğe daha çok önem vermesi beklenirken bu çalışmada hijyen alt boyutunda kızların puan ortalamalarının erkeklerden daha yüksek olması şaşırtıcıdır. Çünkü literatürde kız öğrencilerin erkeklere göre öz bakım ve hijyen davranışlarının daha iyi olduğu bilinmektedir (Aras ve ark., 2007; Çimen, 2003; Geçkil ve Dündar, 2007; Tümer ve Şahin, 2011). Dünya genelinde erkeklerin kadınlara göre daha fazla riskli davranışlara eğilimlerinin olduğu görülmektedir. Bu fark, toplumsal cinsiyet kalıplarını şekillendirmede önemli bir rol oynayan sosyal beklenti ve normlarla kısmen açıklanabilir. Sosyal rol teorisine göre, erkekler ve kadınlar normatif beklentilere göre davranır

(Vogel, Wester, Heesacker ve Madon 2003). Ülkemiz gibi ataerkil toplumlarda erkeklerin riskli davranışlara yönelmeleri kabul görür.

Ergenlerin yaşlarına göre ölçeğin madde kullanımı alt boyut puan ortalamaları arasında anlamlı farklılık bulunmuştur ( $H=27.85$ ,  $p<0.001$ ). Madde kullanımı alt boyutundaki farklılığın kaynağını bulmak için yapılan çoklu karşılaştırmalar sonucunda 18 yaşındaki katılımcıların hem 15 hem de 16 yaşındaki katılımcılara göre ölçeğin madde kullanma alt boyut puan ortalamalarının daha yüksek olduğu saptanmıştır ( $p<0.001$ ). Bu bulgu literatür ile uyumludur (Aras ve ark., 2007; Çimen, 2003; Geçkil ve Dündar, 2007; Tümer ve Şahin, 2011). Ergenlik başta alkol ve sigara kullanımı gibi pek çok riskli davranışların temellerinin atıldığı dönemdir (Danzo, Connell ve Stormshak 2017). Madde kullanan ergenlerin çoğunun antisosyal davranışlar, saldırganlık, riskli cinsel davranışlar gibi risk alma davranışlarında buldukları da bilinmektedir (Luk ve ark., 2016). Yaşın artışı ile birlikte ergenlerin alkol ve sigara gibi maddelere normatif olarak daha kolay ulaşabilmektedirler (Schuler, Vasilenko ve Lanza 2015). Benzer şekilde çalışmamızda ergenlerin öğrenim gördükleri sınıflara göre de psikososyal, fiziksel aktivite ve madde kullanımı alt boyut ve toplam puan ortalamaları arasında anlamlı farklılık olduğu ve farklılığın lise son sınıf öğrencilerden kaynaklandığı belirlenmiştir. Bu bulgunun da öğrencilerin sınıfı arttıkça yaşlarının da artmasına bağlı olduğu düşünülmektedir.

Yaptığımız bu çalışmada ebeveynlerin eğitim düzeyinin de ergenlerde riskli sağlık davranışlarını etkilediği belirlenmiştir. Ebeveynleri lise ve üniversite mezunu olan ergenlerin psikososyal, madde kullanımı ve toplam riskli davranış puan ortalamalarının ebeveyni ilköğretim mezunu olan ergenlere göre daha yüksek bulunmuştur. Ebeveynlerin eğitim seviyesi arttıkça riskli sağlık davranışları konusundaki farkındalık düzeylerinin artması, ebeveyn-çocuk etkileşiminin kaliteli olması ve risklere karşı koruyucu faktörlerin artması beklenmektedir. Bu çalışmada ise bulgular tam tersini göstermektedir. Ebeveynlerin eğitim seviyesi arttıkça ergenlerin psikososyal, madde kullanımı ve toplam riskli davranışlarının arttığı görülmüştür. Ergenler içinde buldukları dönem özelliği nedeniyle bağımsız davranışlar sergileyerek yetişkinliğe geçtiklerini ispatlama çabası içerisine girerler. Eğitim düzeyi yüksek olan annelerin çalışma hayatında yer almaları ve bu nedenle ergenlerin daha az denetim altında olmaları ve davranışlarının daha az oranda izlenmesi riskli sağlık davranışlarına yönelmelerini kolaylaştırabilir. Eğitim seviyesinin artışı ile birlikte ergene daha çok imkan sunulması, ergenin kimlik arama sürecinde daha fazla sayıda fırsatla karşılaşmasına ve doğal olarak da bunlar arasında riskli olanların da daha fazla yer almasına yol açmış olabilir.

Gelir düzeyi yüksek olan ergenlerin beslenme, psikososyal, madde kullanma ve toplam riskli sağlık davranışlarının puanlarının daha yüksek olduğu, riskli sağlık davranışlarına daha fazla yöneldikleri belirlenmiştir. Literatürde düşük sosyoekonomik düzeye sahip bireylerde kronik hastalık, mortalite ve morbidite oranlarının daha yüksek olduğu belirtilmektedir (Nandi, Glymour ve Subramanian 2014; Vasilj ve ark., 2014). Sosyoekonomik düzey ile riskli sağlık davranışları arasındaki ilişkinin incelendiği çalışmalarda karşıt görüşler vardır. Çalışmaların bir kısmında yaşam koşullarının sağlıklı olması, sağlık bakım sistemine ulaşamama, psikolojik stres ve sağlıklı yaşam davranışlarına ilişkin farkındalıklarının az olması gibi nedenlerden dolayı düşük sosyoekonomik düzeydeki bireylerde riskli sağlık davranışlarının daha fazla görüldüğü belirtilmektedir (Chen, 2004). Yüksek sosyoekonomik düzeye sahip bireylerde fiziksel aktivite azlığı, madde kullanımı, hazır gıda tüketimi gibi riskli sağlık davranışlarının fazla olduğunu belirten çalışmalar da bulunmaktadır (Aras ve ark., 2007; Çimen, 2003; Geçkil ve Dündar, 2007; Tümer ve Şahin, 2011). Gelir düzeyinin yükselmesi ile maddi gücün artmasının maddeye ve hazır gıdaya ulaşımı kolaylaştırdığı düşünülmektedir.

Çalışmada kardeş sayısı dört ve daha fazla olan ergenlerin kardeş sayısı bir olanlara göre beslenme alt boyut ve toplam puan ortalamalarının daha yüksek olduğu ve daha riskli yaşam sürdürdükleri belirlenmiştir. Bu durumun kardeş sayısı arttıkça ebeveynlerin ergenler üzerindeki kontrollerinin azalmasına bağlı olabileceği düşünülmektedir.

### Sonuçların Uygulamada Kullanımı

Araştırma okul sağlığı alanında çalışan hemşirelere ergenlerde sık karşılaşılan riskli sağlık davranışları ve etkileyen faktörlere yönelik veriler sağlanmasından dolayı ve özellikle ergenlere yönelik sağlık hizmetlerin planlanmasında yol göstermesi açısından önem taşımaktadır. Bu çalışmadan elde edilecek verilerin ergenlerde riskli sağlık davranışlarının önlenmesi ve azaltılması amacıyla yapılacak eğitim programlarının içerik ve konularının önceliklerinin belirlenmesinde yol gösterici olacağı düşünülmüştür.

Okullardaki rehberlik hizmetleri daha çok güçlendirilmesi ve gençlere ergenlik döneminin özellikleri, iletişim, öfke ile başa çıkma gibi konularda eğitimler verilmesi ve ergenlerin psikososyal yönden desteklenmesi riskli davranışların azaltılması açısından önerilmektedir. Okul içerisinde öğrencilerin birlikte zaman geçirebilecekleri ve olumlu davranışlar geliştirebilecekleri alanlar oluşturulması, okul-aile-hemşire işbirliği kurulması, ergenlik ve riskli sağlık davranışları hakkında ebeveynlerin bilgilendirilmesi diğer öneriler arasındadır. Çalışmada ergenlerin riskli beslenme alışkanlıklar kazandığı görülmüştür. Okul kantinlerinde ve yemekhanelerde sağlıklı gıdaların sunulması açısından gerekli düzenlemeler yapılmalıdır. Okullarda fiziksel aktivite etkinlikleri artırılmalı, okul dışında sportif aktiviteler düzenlenmelidir. Özellikle erkek öğrenciler ve sınav kaygısı yaşayan son sınıf öğrencileri bu sportif aktivitelere yönlendirilmelidir.

### Kaynakça

- Akanni, O. O., Koleoso, O. N., Olashore, A. A., Adayonfo, E. O., Osundina, A. F., & Ayilara, O. O. (2017). Gender and other risk factors associated with risky behaviours among Nigerian adolescents. *Journal of Adolescence*, 57, 13-17.
- Akçan-Parlaz, E., Tekgül, N., Karademirci, E., & Öngel, K. (2012). Ergenlik dönemi: fiziksel büyüme, psikolojik ve sosyal gelişim süreci. *Turkish Family Physician*, 3(4), 10-16.
- Alikaşifoğlu, M., & Bilimdalı, A. (2008). Ergenlerde Davranışsal Sorunlar. İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri, Adolesan Sağlığı II, Sempozyum Dizisi, 63, 55-59
- Aras, Ş., Günay, T., Özcan, S., & Orçın, E. (2007). İzmir ilinde lise öğrencilerinin riskli davranışları. *Anatolian Journal of Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*

- Psychiatry*, 8(2), 186-96.
- Belcher, B. R., Berrigan, D., Dodd, K. W., Emken, B. A., Chou, C. P., & Spuijt-Metz, D. (2010). Physical activity in US youth: Effect of race/ethnicity, age, gender, & weight status. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 42(12), 2211-21
- Brady, S. S., Song, A. V., & Halpern-Felsher, B. L. (2008). Adolescents report both positive and negative consequences of experimentation with cigarette use. *Preventive Medicine*, 46(6), 585-590.
- Cail, J., & LaBrie, J. W. (2010). Disparity between the perceived alcohol-related attitudes of parents and peers increases alcohol risk in college students. *Addictive Behaviors*, 35(2), 135-139.
- Chen, E. (2004). Why socioeconomic status affects the health of children: a psychosocial perspective. *Current Directions in Psychological Science*, 13(3), 112-115.
- Croissant, S. A. P., Haque Laz, T., Rahman, M., & Berenson, A. B. (2013). Gender differences in risk behaviors among high school youth. *Global Advances In Health And Medicine*, 2(5), 16-22.
- Cetinkaya, S. K. (2013). Üniversite öğrencilerinin şiddet eğilimlerinin ve toplumsal cinsiyet rollerine ilişkin tutumlarının incelenmesi. *Nesne-Psikoloji Dergisi*, (2), 21-43.
- Çimen, S. (2003). 15-18 Yaş Grubu Gençlerde "Riskli Sağlık Davranışları Ölçeği"nin Geliştirilmesi. Hemşirelik Anabilim Dalı Yayınlanmamış Doktora Tezi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, Türkiye
- Danzo, S., Connell, A. M., & Stormshak, E. A. (2017). Associations between alcohol-use and depression symptoms in adolescence: Examining gender differences and pathways over time. *Journal of Adolescence*, 56, 64-74.
- Eneçcan, F. N., Şahin, E. M., Erdal, M., Aktürk, Z., & Kara, M. (2011). Edirne şehir merkezindeki lise öğrencilerinde riskli sağlık davranışlarının değerlendirilmesi. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 10(6), 687-700.
- Geckil, E., & Dündar, Ö. (2011). Turkish adolescent health risk behaviors and self- esteem. *Social Behavior and Personality: An International Journal*, 39(2), 219-227.
- Hanna, E. Z., Yi, H. Y., Dufour, M. C., & Whitmore, C. C. (2001). The relationship of early- onset regular smoking to alcohol use, depression, illicit drug use, and other risky behaviors during early adolescence: results from the youth supplement to the third national health and nutrition examination survey. *Journal of Substance Abuse*, 13(3), 265-282.
- Jackson, C. A., Henderson, M., Frank, J. W., & Haw, S. J. (2012). An overview of prevention of multiple risk behaviour in adolescence and young adulthood. *Journal of Public Health*, 34(suppl 1), i31-i40.
- Kalkım, A., & Toraman, A. U. (2014). Göçmen ve Göçmen Olmayan Ergenlerin Riskli Sağlık Davranışlarının Belirlenmesi. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 13(4), 289-294.
- Kaya, F., Bilgin, H., & Singer, M. I. (2012). Contributing factors to aggressive behaviors in high school students in Turkey. *The Journal of School Nursing*, 28(1), 56-69.
- Kipping, R. R., Campbell, R. M., MacArthur, G. J., Gunnell, D. J., & Hickman, M. (2012). Multiple risk behaviour in adolescence. *Journal of Public Health*, 34(suppl 1), i1-i2.
- Luk, J. W., Worley, M. J., Winiger, E., Trim, R. S., Hopfer, C. J., Hewitt, J. K., ... & Wall, T. L. (2016). Risky driving and sexual behaviors as developmental outcomes of co-occurring substance use and antisocial behavior. *Drug and Alcohol Dependence*, 169, 19-25.
- Mahalik, J. R., Levine Coley, R., McPherran Lombardi, C., Doyle Lynch, A., Markowitz, A. J., & Jaffee, S. R. (2013). Changes in health risk behaviors for males and females from early adolescence through early adulthood. *Health Psychology*, 32(6), 685-94
- Mahdavian, M., & Zolala, F. (2017). Determinants of Risky Behaviors in Youth: A Gender- Based Study. *International Journal of High Risk Behaviors and Addiction*, 6(1), e23604
- Nandi, A., Glymour, M. M., & Subramanian, S. V. (2014). Association among socioeconomic status, health behaviors, and all-cause mortality in the United States. *Epidemiology*, 25(2), 170-177.
- Olson, J. S., Hummer, R. A., & Harris, K. M. (2017). Gender and health behavior clustering among US young adults. *Biodemography and Social Biology*, 63(1), 3-20.
- Peltzer, K., & Pengpid, S. (2014). Oral and hand hygiene behaviour and risk factors among in-school adolescents in four Southeast Asian countries. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 11(3), 2780-2792.
- Pengpid, S., & Peltzer, K. (2011). Hygiene behaviour and associated factors among in-school adolescents in nine African countries. *International journal of Behavioral Medicine*, 18(2), 150-159.
- Ramsoomar, L., & Morojele, N. K. (2012). Trends in alcohol prevalence, age of initiation and association with alcohol-related harm among South African youth: implications for policy. *SAMJ: South African Medical Journal*, 102(7), 609-612
- Sawyer, S. M., Afifi, R. A., Bearinger, L. H., Blakemore, S. J., Dick, B., Ezeh, A. C., & Patton, G. C. (2012). Adolescence: a foundation for future health. *The Lancet*, 379(9826), 1630-1640.
- Schuler, M. S., Vasilenko, S. A., & Lanza, S. T. (2015). Age-varying associations between substance use behaviors and depressive symptoms during adolescence and young adulthood. *Drug and Alcohol Dependence*, 157, 75-82.
- Tran, D., Phongsavan, P., Bauman, A. E., Havea, D., & Galea, G. (2006). Hygiene behaviour of adolescents in the Pacific: associations with socio-demographic, health behaviour and school environment. *Asia Pacific Journal of Public Health*, 18(2), 3-11.
- Tümer, A., Şahin, S. (2011). Ergenlerin Riskli Sağlık Davranışları. *Sağlık ve Toplum* 21(1):32- 38.
- Türkiye İstatistik Kurumu (2015). Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi Sonuçları, 2015. Sayı: 24562.



- Employee Benefit Research Institute. (1992, February). Sources of health insurance and characteristics of the uninsured (Issue Brief No. 123). Washington, DC: U. S. Government Printing Office.
- Vasilj, I., Vasilj, M., Babić, D., Curić, I., Sarić, B., Sarić, B., ... & Bevanda, M. (2014). The impact of socio-economic processes on the health of the adult population. *Psychiatria Danubina*, 26(2), S387-S394.
- Viner, R. M., Ozer, E. M., Denny, S., Marmot, M., Resnick, M., Fatusi, A., & Currie, C. (2012). Adolescence and the social determinants of health. *The Lancet*, 379(9826), 1641-1652.
- Vogel, D. L., Wester, S. R., Heesacker, M., & Madon, S. (2003). Confirming gender stereotypes: A social role perspective. *Sex Roles*, 48(11), 519-528.
- Youth Risk Behavior Surveillance System (YRBSS). Erişim: 23.01.2017.  
<https://www.cdc.gov/healthyyouth/data/yrbs/overview.htm>.
- World Health Organization (2016a). Department of Health Statistics and Informatics in the Information, Evidence and Research Cluster of the World Health Organization (WHO). Global health risks: mortality and burden of disease attributable to selected major risks.
- World Health Organization (2016b). Department of maternal, newborn, child and adolescent health (MCA): progress report 2014–15. ISBN 978 92 4 15103