



TÜRKİYE CUMHURİYETİ
KARADENİZ TEKNİK ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ
ANABİLİM DALI

**KORUNMAYA İHTİYACI OLAN 12-18 YAŞ
GRUBU ÇOCUKLARIN RİSKLİ SAĞLIK
DAVRANIŞLARININ VE AKRAN BASKISININ
DEĞERLENDİRİLMESİ**

Zahide İYİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Doç. Dr. İlknur KAHRİMAN

TRABZON-2020

ONAY

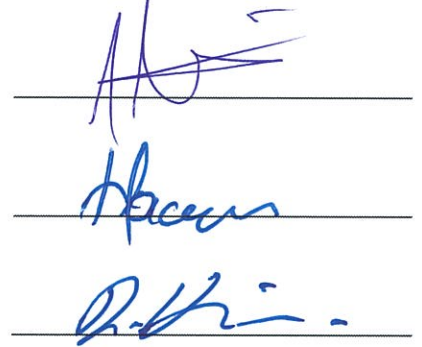
Karadeniz Teknik Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans Programı öğrencisi Zahide İYİ'nin hazırladığı “Korunmaya İhtiyacı Olan 12-18 Yaş Grubu Çocukların Riskli Sağlık Davranışlarının ve Akran Baskısının Değerlendirilmesi” başlıklı çalışma Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi: 16/01/2020

Doç. Dr. İlknur KAHRİMAN
(Danışman)

Dr. Öğr. Üyesi Hacer KOBYA BULUT

Doç. Dr. Dilek KÜÇÜK ALEMDAR



Sağlık Bilimleri Enstitüsü'ne/...../20..... tarihinde teslim edilen bu tez Enstitü Yönetim Kurulu'nun/...../20..... tarih ve sayılı kararıyla onaylanmıştır.

Prof. Dr. Ersan KALAY
Enstitü Müdürü V.

BEYAN

Bu tez çalışmasının Karadeniz Teknik Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tez Hazırlama ve Yazım Kılavuzu standartlarına uygun olarak hazırlanarak yazıldığını, tezin akademik ve etik kurallara bağlı kalınarak gerçekleştirilmiş özgün bir bilimsel araştırma eserim olduğunu, tezde yer alan ve bu tez çalışmasıyla elde edilmeyen tüm bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve kullanılan kaynakların kaynaklar listesinde yer aldığını, tezin çalışılması ve yazımı aşamalarında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını beyan ederim.

16/01/2020

Zahide İYİ

İthaf

Bu yüksek lisans tezimi, bugünlere gelmemi sağlayan, hayattaki en büyük şansım olarak gördüğüm, ellerinden gelen her şeyin en iyisini yapmak için uğraşan ve her türlü fedakârlıklarda bulunan; değerli aileme ithaf ediyorum.



TEŞEKKÜR

Bu tez çalışması, birçok kişinin desteği ve katkısı ile gerçekleştirilmiştir. Öncelikle mesleki gelişimimde büyük katkısı olan, tezimin her aşamasını özveriyle inceleyen, eğitimim boyunca beni destekleyen, bana güvenen, zamanını ve hoş görüşünü bonkörce paylaşan, saygı değer hocam ve kıymetli danışmanım Sayın Doç. Dr. İlknur KAHRİMAN'a,

Lisans ve yüksek lisans derslerim süresince tecrübelerinden ve bilgisinden yararlandığım değerli hocam Sayın Dr. Öğr. Üyesi Hacer KOBYA BULUT'a,

Araştırma için saha iznini veren Aile Sosyal Politikalar Bakanlığı nezdinde Eğitim ve Yayın Dairesi Başkanlığı'na

Katkıları, destekleri ve yardımları için Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı Çocuk Hizmetleri Genel Müdürlüğü'ne bağlı Trabzon Çocuk Evleri Sitesi, Fatih Çocuk Evleri Sitesi ve Trabzon Çocuk Evleri Koordinasyon Merkezi Müdürlüğü'ndeki araştırmaya katılmayı kabul eden kurumdaki kıymetli çocuklara, bakanlık ve müdürlük bünyesinde görev yapan başta hemşire meslektaşlarıma ve tüm çalışanlara,

Her zaman yanımda olan kendimi özel ve şanslı hissetmemi sağlayan en kıymetli değerlerim sevgili annem Hatice İYİ'ye, sevgili babam Mehmet İYİ'ye, sevgili kardeşim Halil İYİ'ye, sevgili teyzem Fatoş GÜNERİ'ye ve en yakın arkadaşşıma teşekkürü bir borç bilirim.

Zahide İYİ

İÇİNDEKİLER

	Sayfa
ONAY	
BEYAN	
İthaf	
TEŞEKKÜR	
İÇİNDEKİLER	vi
TABLolar DİZİNİ	ix
ŞEKİLLER DİZİNİ	x
KISALTMALAR, SİMGELER ve FORMÜLLER DİZİNİ	xi
ÖZET	xii
ABSTRACT	xiii
1. GİRİŞ ve AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER	4
2.1. Korunmaya İhtiyacı Olan Çocuklara İlişkin Temel Bilgiler	4
2.1.1. Çocukluk Kavramı	4
2.1.2. Korunmaya İhtiyacı Olan Çocuk Kavramı ve Gelişimi	4
2.1.3. Yasalarda Korunmaya İhtiyacı Olan Çocukların Belirlenmesi	5
2.2. Korunmaya İhtiyacı Olan Çocuklara Sağlanan Bakım Yöntemleri	6
2.2.1. Kurum Bakımı Hizmet Modelleri	7
2.2.1.1. Çocuk Koruma İlk Müdahale ve Değerlendirme Birimi	8
2.2.1.2. Çocuk Evleri ve Çocuk Evleri Sitesi	9
2.2.1.3. Çocuk Destek Merkezi	12
2.2.1.4. Çocuk Evleri Koordinasyon Merkezi	13
2.2.2. Öz Aile veya Farklı Bir Ailenin Yanında Yaşamayı Sağlayan Hizmet Modelleri	13
2.2.2.1. Koruyucu Aile	13
2.2.2.2. Evlat Edinme	16
2.2.2.3. Çocuğun Aile Yanında Bakılması ve Korunması	17
2.2.2.4. Kreş ve Gündüz Bakım Evleri	18
2.2.2.5. Sosyal Ekonomik Destek	18
2.3. Kurumda Çalışan Hemşirenin Görev ve Yetkileri	19
2.4. Ergenlik Dönemi ve Genel Özellikleri	20

2.4.1. Ergenlik Dönemi	20
2.4.2. Ergenlik Döneminde Büyüme ve Gelişme	21
2.4.2.1. Ergenlikte Fiziksel Büyüme ve Cinsel Gelişim	22
2.4.2.2. Ergenlikte Zihinsel ve Bilişsel Gelişim	23
2.4.2.3. Ergenlikte Duygusal Gelişim	23
2.4.2.4. Ergenlikte Sosyal Gelişim	23
2.5. Ergenlik Döneminde Riskli Sağlık Davranışları	24
2.5.1. Sigara, Alkol ve Diğer Maddelerin Kullanımı	25
2.5.2. Yetersiz ve Dengesiz Beslenme Davranışları	26
2.5.3. Fiziksel Aktivite Eksikliği	27
2.5.4. Riskli Cinsel Davranışlar	27
2.5.5. Şiddet ve Kasıtlı, Kasıtsız Yaralanmalara Neden Olan Davranışlar	28
2.5.5.1. Şiddete Yönelik Davranışlar	28
2.5.5.2. Trafik ile İlgili Davranışlar	29
2.5.5.3. Depresyon ve İntihar Davranışları	29
2.5.6. Okul Terki	30
2.5.7. Dijital Araçların Aşırı Kullanımı	30
2.6. Riskli Sağlık Davranışlarını Önlemede Hemşirenin Rolü	31
2.7. Ergenlik Döneminde Akran Baskısı	32
2.7.1. Ergenlik Döneminde Akran Baskısı ve Görülme Nedenleri	32
2.7.2. Akran Baskısının Ergen Üzerindeki Etkileri	33
2.7.3. Akran Baskısını Önlemede Hemşirenin Rolü	33
3. GEREÇ ve YÖNTEM	35
3.1. Araştırmanın Amacı ve Tipi	35
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman	35
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	35
3.4. Araştırmaya Kabul Edilme Ölçütleri	36
3.5. Veri Toplama Araçları	37
3.5.1. Tanımlayıcı Bilgi Formu (Ek 1)	37
3.5.2. Riskli Sağlık Davranışları Anketi (Ek 2)	37
3.5.3. Akran Baskısı Anketi (Ek 3)	37
3.6. Verilerin Toplama Süreci	38
3.7. Araştırmanın Sınırlılıkları	39

3.8. Araştırmanın Yasal İzni ve Etik Kurul Onayı	39
3.9. Verilerin Analizi ve Değerlendirilmesi	40
4. BULGULAR	41
4.1. Araştırmaya Katılan Çocukların Sosyo-Demografik Özelliklerine İlişkin Bulgular	41
4.2. Çocukların Riskli Sağlık Davranışlarına İlişkin Bulgular	44
4.3. Çocukların Akran Baskısına İlişkin Bulgular	48
5. TARTIŞMA	52
6. SONUÇ ve ÖNERİLER	60
7. KAYNAKLAR	64
EKLER	86
Ek 1. Tanımlayıcı Bilgi Formu	87
Ek 2. Riskli Sağlık Davranışları Anketi	88
Ek 3. Akran Baskısı Anketi	89
Ek 4. Gönüllü Onam Formu	90
Ek 5. Etik Kurul Onayı	91
Ek 6. Kurum İzni	94
Ek 7. Etik Kurul Başlık Değişikliği Onayı	97
ÖZGEÇMİŞ	98

TABLÖLAR DİZİNİ

Tablo No	Sayfa
Tablo 1. Çocukların sosyo-demografik özellikleri	42
Tablo 2. Çocukların sağlık durumlarına ilişkin özellikleri	43
Tablo 3. Çocukların beslenme davranışlarına ilişkin özellikleri	44
Tablo 4. Çocukların yaralanmalara ilişkin özellikleri	45
Tablo 5. Çocukların fiziksel aktiviteye ilişkin özellikleri	46
Tablo 6. Çocukların hijyen davranışına ilişkin özellikleri	46
Tablo 7. Çocukların sağlıklı yaşam davranışlarına ilişkin özellikleri	47
Tablo 8. Çocukların cinsiyete göre kilo vermek veya kilosunu korumak için isteyerek kusma durumları	48
Tablo 9. Çocukların cinsiyete göre kilo vermek için sağlık personeline danışmadan diyet yapma durumları	48
Tablo 10. Çocukların akran baskısına ilişkin özellikleri	49
Tablo 11. Çocukların akran baskısının nedenlerine ilişkin görüşleri	50
Tablo 12. Çocukların cinsiyete göre akran baskısı görme durumlarının karşılaştırılması	51
Tablo 13. Çocukların yaşa göre akran baskısı görme durumları	51

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil No	Sayfa
Şekil 1. Korunma ihtiyacı olan çocuklara uygulanmakta olan bakım hizmeti modelleri	7
Şekil 2. Çocuk Hizmetleri Genel Müdürlüğü'ne bağlı çocuk evleri sitesinde barınan çocukların toplam sayıları	10
Şekil 3. Çocuk Hizmetleri Genel Müdürlüğü'ne bağlı çocuk evleri sitelerinin sayıları	10
Şekil 4. Çocuk Hizmetleri Genel Müdürlüğü'ne bağlı çocuk evlerinde barınan çocukların toplam sayıları	11
Şekil 5. Çocuk Hizmetleri Genel Müdürlüğü'ne bağlı çocuk evlerinin sayıları	11
Şekil 6. Çocuk Hizmetleri Genel Müdürlüğü'ne bağlı ÇODEM'de barınan çocukların yılsonu toplam sayıları	12
Şekil 7. Çocuk Hizmetleri Genel Müdürlüğü'ne bağlı ÇODEM'in sayıları	13
Şekil 8. Çocuk Hizmetleri Genel Müdürlüğü'ne bağlı koruyucu aile sayısının sayıları	15
Şekil 9. Çocuk Hizmetleri Genel Müdürlüğü'ne bağlı koruyucu aile yanındaki çocuk sayıları	15
Şekil 10. Çocuk Hizmetleri Genel Müdürlüğü'ne ait evlat edinme hizmetinden yararlanan çocuk sayıları	16
Şekil 11. Çocuk Hizmetleri Genel Müdürlüğü'ne ait koruma altına alınmadan aile yanında desteklenen çocuk sayıları	17
Şekil 12. Çocuk Hizmetleri Genel Müdürlüğü'ne ait özel kreş ve gündüz bakım evlerinde ücretsiz bakılan çocuk sayıları	18
Şekil 13. Ergenlik dönemi yaş grupları	21
Şekil 14. Korunma altına alınmış çocukların yaşadıkları kurumlara göre dağılımı	36
Şekil 15. Araştırmanın iş akış şeması	39

KISALTMALAR, SİMGELER ve FORMÜLLER DİZİNİ

Kısaltmalar

BKİ	Beden Kitle İndeksi
BM	Birleşmiş Milletler
CDC	Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezi
ÇEKOM	Çocuk Evleri Koordinasyon Merkezleri
ÇHS	Çocuk Hakları Sözleşmesi
ÇKK	Çocuk Koruma Kanunu
ÇODEM	Çocuk Destek Merkezleri
ÇOKİM	Çocuk Koruma İlk Müdahale ve Değerlendirme Birimi
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
GnRH	Gonadotropinler Relasing Hormon
KTÜ	Karadeniz Teknik Üniversitesi
SED	Sosyal Ekonomik Destek
SHÇEK	Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu
TCK	Türk Ceza Kanunu
TDK	Türk Dil Kurumu
TMK	Türk Medeni Kanunu
TÜİK	Türkiye İstatistik Kurumu
vb.	Ve benzeri
vd.	Ve diğerleri
vs.	Vesaire
YRBSS	Gençlik Riskli Davranış İzlem Sistemi

Simgeler

&	Ve
--------------	----

ÖZET

Korunmaya İhtiyacı Olan 12-18 Yaş Grubu Çocukların Riskli Sağlık Davranışlarının ve Akran Baskısının Değerlendirilmesi

Bu çalışmanın amacı korunmaya ihtiyacı olan 12-18 yaş grubu çocukların riskli sağlık davranışlarını ve akran baskısını değerlendirmektir. Araştırma, Trabzon Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler İl Müdürlüğü'ne bağlı Trabzon Çocuk Evleri Sitesi, Fatih Çocuk Evleri Sitesi ve Trabzon Çocuk Evleri Koordinasyon Merkezi Müdürlüğü'ne bağlı çocuk evlerinde araştırmaya gönüllü katılan 85 çocuk ile yürütüldü. Veriler çocukların kimlik bilgilerinin ve özel hayatlarının gizliliğine riayet edilerek, ses ve görüntü kaydı alınmaksızın ve fotoğraf çekimi yapılmaksızın, kurum yöneticilerinin gözetiminde ve denetiminde uygun tarih ve saat belirlenerek kurum işleyişi ve çocukların günlük yaşam programını aksatmayacak şekilde mesai saatleri içerisinde her çocukla araştırmacı tarafından yüz yüze anket uygulanarak toplandı. Verilerin toplanmasında literatür ışığında ve müdürlük bünyesinde çalışan uzmanların görüşleri alınarak araştırmacılar tarafından oluşturulan “Tanımlayıcı Bilgi Formu”, “Riskli Sağlık Davranışları Anketi” ve “Akran Baskısı Anketi” kullanıldı. Araştırmanın bulgularında; çocukların yaş ortalamasının 15.73 ± 1.78 , %54.1'inin kız, %34.1'inin kilo açısından riskli grupta olduğu saptandı. Çocukların %5.9'u genel sağlık durumunu kötü olarak algıladığını ve %64.7'si bir sağlık problemi olduğunu belirtti. Çocukların %61.2'sinin kahvaltı yapmadan okula gittiği, %68.2'sinin öğün atladığı saptandı. Çocukların %54.1'i tehlikeli sporlar yaptığını, %43.5'i düzenli uyku uyumadığını, %67.1'i tuvalete girmeden önce ellerini yıkamadığını ve %42.4'ü yemek yedikten sonra dişlerini fırçalamadığını belirtti. Çocukların %27.1'i doktora danışmadan ağrı kesici kullandığını, %20.0'ı sağlık personeline danışmadan diyet yaptığını, %14.1'i kilo vermek veya kilosunu korumak için kustuğunu ifade etti. Çocukların %21.1'si akran baskısı gördüğünü, %56.5'i kendisinden farklı düşünen akranlarıyla düşüncelerini paylaşmadığı, %34.1'i akranlarının onun düşüncelerine saygı göstermediğini, %37.6'sı akran grubunun dışına itilip yalnız kaldığını, %36.5'i akranlarının özel eşyalarına zarar verdiklerini belirtti. Sonuç olarak çocukların %49.4'ü genel sağlık durumunu orta düzeyde olarak algıladığını ve %21.2'si akran baskısı gördüğünü ifade ettiği saptandı.

Anahtar Kelimeler: Akran Baskısı, Çocuk, Riskli Sağlık Davranışı

ABSTRACT

Assessment of Risky Health Behaviors and Peer Pressure of 12-18 Years Old Children in Need of Protection

The aim of this study was to evaluate the risky health behaviors and peer pressure of 12-18 year old children in need of protection. The study was conducted with 85 children volunteering to participate in the research in Trabzon Children's Houses, Fatih Children's Houses dependent on Trabzon provincial Directorate of Family and Social Policies, and children's houses under Trabzon Children's Houses Coordination Center Directorate. Considering the confidentiality of children's personal information and private life, without sound and video recording and taking pictures, at the agreed date and time under the supervision of the executives of the institution, the data were collected by the researcher through a face-to-face questionnaire applied to each child within working hours so as not to interfere with the functioning of the institution and the daily life program of the children. "Descriptive Information Form", "Risky Health Behavior Questionnaire" and "Peer Pressure Questionnaire" formed by the researchers were used in the data collection in the light of literature and the opinions of the experts working in the directorate. In the findings of the study, the mean age of the children was 15.73 ± 1.78 , 54.1% were girls and 34.1% were at risk of weight gain. 5.9% of the children perceived their general health as bad and 64.7% stated that they had a health problem. It was found that 61.2% of the children went to school without breakfast and 68.2% skipped meals. It was determined that 54.1% of the children did dangerous sports and 43.5% did not sleep regularly. 67.1% of children did not wash their hands before going to the toilet, 42.4% said that they did not brush their teeth after eating. 27.1% of the children used painkillers without consulting a doctor, 20.0% went on a diet without consulting the health care staff, 14.1% said they vomited to lose weight or to maintain weight. 21.1% of the children stated they were under peer pressure, 56.5% said that they did not share their thoughts with their friends who thought differently, 34.1% stated that their friends did not respect their thoughts, 37.6% said they were pushed out of the group of friends and 36.5% of stated that their friends damaged their personal belongings. As a result, it was found that 49.4% of the children perceived their general health status as moderate and 21.2% stated that they experienced peer pressure.

Keywords: Child, Peer Pressure, Risky Health Behaviour

1. GİRİŞ ve AMAÇ

Çocukluk yaş grupları içerisindeki ergenlik dönemi büyüme ve gelişmenin verimli geçmesi ve sağlıklı sürdürülmesi istenilen bir evredir (1, 2). Bu evre içerisinde çocuk fiziksel ve cinsel, zihinsel ve bilişsel, duygusal ve sosyal yönlerden alışkın olmadığı bir dizi değişiklikler yaşamaktadır (3). Ergen yaşamış olduğu bu değişimlere ayak uydurmakta zorluk yaşayabilir ve ilerleyen yaş dönemlerinde bu sürecin pozitif ve ya negatif çıktıları olabilir (2, 3). Ergenlik döneminin sağlıklı yaşanabilmesi ve çocuğun bu süreçten doyum sağlayabilmesi çeşitli unsurlara bağlıdır. En önemli unsurların başında aile ve akran çevresi gelmektedir. Akran çevresiyle daha fazla zaman geçiren ergenler devam eden süreçte akran grubuyla geçirmiş oldukları zamandan daha fazla tatmin olacak ve bu süreç ergende bir takım davranış değişikliklerine sebebiyet gösterecektir (4). Ergenin akran çevresi ve yaşamış olduğu gelişimsel süreç göz önünde bulundurulurken merkezinde yer aldığı dünyada var olan değişimlere açık olduklarını ve korunmaya ihtiyaçlarının olduğunu bilmek gerekir (1).

Ergenlik dönemini sağlıklı olarak sürdürebilmenin temel unsurunun çocuğun ailesinin yanında mutlu bir şekilde yaşıyor olmasıyla mümkün olduğu kabul görmektedir. Fakat çocukların gelişim sürecinde aileleriyle birlikte yaşamalarının riskli olduğu durumlar vardır. Bunların başında fakirlik, ebeveynler arasındaki geçimsizlik, ebeveynlerin ruhsal problemleri, istenmeyen bir çocuk olarak dünyaya gelmek ve annesi ya da babası tarafından terk edilmiş çocuk olmak gibi birçok olumsuz durumlar çocuğu korunmasız çocuk yapmaktadır (5). Olumsuz koşullarla iç içe olan ailelerin çocuklarını koruyamadıkları aşikâr bir gerçektir. Sağlıklı bir toplum oluşturmak isteyen devletler bu çocuklar için koruma programlarını oluşturmaktadırlar (6). Bu açıdan bakılınca korunmaya ihtiyacı olan çocukları özel bir takım kanunlarla kapsamlı bir çerçevede korumak gerekmektedir (7). Ülkemizde çocukların korunma ihtiyacını gidermek ve gelişim süreçlerine destek olmak için 27 Mayıs 1983'te Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu (SHÇEK) Kanunu yayınlandı. T.C. Aile Çalışma ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı'na bağlı olan SHÇEK isim değiştirerek Çocuk Hizmetleri Genel Müdürlüğü bünyesinde faaliyet göstermeye devam etmektedir (8, 9).

Ülkemizde korunmaya ihtiyacı olan çocukların sorumluluğu Çocuk Hizmetleri Genel Müdürlüğündedir. Çocuk Hizmetleri Genel Müdürlüğü çocuklara ve ailelerine çeşitli imkânlar sunmaktadırlar. Bunlar: Kurum bakımı hizmet modeli ve öz aile veya

farklı bir ailenin yanında yaşamayı sağlayan hizmet modelidir. Kurum bakımı hizmet modeli içerisindeki kurumlar: Çocuk evleri sitesi, Çocuk Destek Merkezi (ÇODEM), Çocuk Koruma İlk Müdahale ve Değerlendirme Birimi (ÇOKİM), Çocuk Evleri Koordinasyon Merkezi'ne (ÇEKOM) bağlı çocuk evleridir. Öz aile veya farklı bir ailenin yanında yaşamayı sağlayan hizmet modeli ise koruma altına alınmadan aile yanında destek, evlat edinme, koruyucu aile, kreş ve gündüz bakım evleri, sosyal ekonomik destek (SED) öğeleri olan koruma ve bakım hizmetlerini içermektedir (9).

Dünya genelinde korunmaya ihtiyacı olan çocuklar için hazırlanmış düzenler zamanla birlikte değişiklikler göstermektedir. Geçmiş süreçte deneyimlenen kurumsal bakımının çocuk üzerindeki negatif yönlerini azaltmak için çocuğun aile yanında bakılmasını sağlayan hizmet modeli gündeme gelmiştir (10). Kurum bakım hizmetinde ise kalabalık ve iç içe yaşanan kurumlar kapatılarak daha az sayıda çocuğun bir arada yaşadığı ev tipi kurumların sayısı artırılmıştır. Korunmaya ihtiyacı olan çocukların gelişim sürecindeki sıkıntılarını azaltmak ve toplumsal sorunlarının var olmasını engellemek için çocuğu daha öz verili olarak değerlendirip dünya genelindeki iyileştirme çalışmalarının yakından takip edilmesi gerekmektedir (11).

Korunmaya ihtiyacı olan çocuklar ergenlik döneminde birçok riskli unsurdan etkilenirler. Bunların başında olumsuz akran çevresinin ve parçalanmış ailenin varlığı dikkat çekmektedir. Ergenlerdeki riskli sağlık davranışları incelendiğinde aile desteği eksik olan çocukların daha çok riskli sağlık davranışları sergilediği bilinmektedir (12). Ergenin içinde bulunduğu kaos ortamı çocuğu çeşitli riskli sağlık davranışlarına yönlendirebilir. Riskli sağlık davranışları ergenin yaşamını etkileyen ve istenmeyen sonuçlara sebebiyet verebilecek davranışlardır (13). Geçtiğimiz 30 yıl incelendiğinde ergen ölüm sebebinin çoğu riskli sağlık davranışlarından kaynaklanmaktadır (14). Riskli sağlık davranışlarında odak noktamız ergenlik dönemidir çünkü ergenler riskli sağlık davranışlarını sergilemeyi sorun çözme yöntemi olarak kabul etmektedirler (2). Riskli sağlık davranışlarının sebepleri incelendiğinde akran baskısının etkisi önemli ölçüde fazladır. Akran baskısı ise kişinin isteği olmaksızın bir faaliyeti gerçekleştirmek için benzer yaş grubundan görmüş olduğu baskıdır (15).

Korunmaya ihtiyacı olan çocukların riskli sağlık davranışları ve akran baskısının azaltılması için girişimlerde bulunulması gerekmektedir (16). Bu noktada profesyonel sağlık mensubu olan hemşireler korunmaya ihtiyacı olan çocuklarla koruyucu ve geliştirici

sağlık hizmetleri sunarak sağlıklı davranışlar geliştirmede aktif rol sergilemelidirler (17, 18).

Bu bilgiler doğrultusunda araştırma, korunmaya ihtiyacı olan 12-18 yaş grubu çocukların riskli sağlık davranışlarını ve akran baskısını değerlendirmek, elde edilen sonuçlara yönelik çözümler önererek yaşam kalitelerini en üst seviyeye çıkarmak, çocukların yaşadıkları riskli sağlık davranışlarını ve akran baskısını en aza indirmek ve bu sorunun çözümüne ilişkin hemşirelik alanındaki bilimsel bilgiye katkıda bulunmak amacıyla tasarlanmıştır.



2. GENEL BİLGİLER

2.1. Korunmaya İhtiyacı Olan Çocuklara İlişkin Temel Bilgiler

2.1.1. Çocukluk Kavramı

Çocukluk, gelişim süreci içerisinde tamamlanan yaşam döngüsünün bir bölümüdür. Çocuk veya çocukluk kavramı toplumsal bir kavram olup literatür incelendiğinde de zamana ve uygarlığa göre farklı anlamlar taşıdığı görülmektedir (19). Bu kavramın tanımının değişiklik göstermesinin yanı sıra, çocukluk döneminin yaş aralıkları da tartışma konusu olmuştur. Gelişim psikolojisinde çocukluk dönemini Türk Dil Kurumu'nda (TDK) bebeklik ile adolesan dönem arasında bulunan kişi olarak tanımlamıştır (20). Çocukluk yaş sınırı hususunda genel birlik söz konusu değildir. Bu sınır devletin içinde bulunduğu finansal duruma, kültür ve değerlere, ülkenin yönetiliş biçimi ve hukukuna bağlı olarak değişiklikler göstermektedir (21). Ülkemizin hukuk sisteminde hukukun farklı alanlarında çocuk kavramı ile ilgili farklı tanımlar vardır (22). Türk Ceza Kanunu (TCK) çocuğu 18 yaşına kadar olan birey olarak tanımlamaktadır (23). Çocuk Koruma Kanunu'nda (ÇKK) ise ergenliğe de değinerek çocuk ergenliğe girmiş dahi olsa, 18 yaşını tamamlamamışsa çocuk olarak kabul edilmektedir (24). Çocuk Hakları Sözleşmesi (ÇHS) Resmi Gazete'de 27 Ocak 1995 yayımlanarak yürürlüğe girmiştir. Çocuğun özel olduğunu kabul eden bu sözleşme, evlenme ile reşit olma ve kazai rüşt durumları haricinde ÇHS 1. maddesinde 18 yaşına varmamış olan her kişiyi çocuk olarak kabul etmiştir (25). Bilim dünyasındaki gelişmeler, hukuksal alandaki çalışmalar ve gelişim psikolojisinin varoluşu ile çocuk ve çocukluk kavramının tanımı yenilenmiş ve 20. yüzyıl, "*Çocuk Yüzyılı*" olarak ilan edilmiştir (26). Günümüzde çocukluk kavramına yönelik yapılan tanımlar çocuğu içerisinde bulunduğu çevre, ruh dünyası ve çocuğun gelişim dönemleri ile kapsamlı değerlendirmektedir (27). Çocuk ile yetişkin arasındaki ayrımlar göz önünde bulundurulduğunda, çocuğa yönelik sergilenecek tutum, davranış ve yaptırımların yetişkinlerden farklı olması gerektiği ifade edilmektedir (28).

2.1.2. Korunmaya İhtiyacı Olan Çocuk Kavramı ve Gelişimi

Farklı sebeplerden dolayı aile çocuğun bakımını ve koruyuculuğunu yerine getiremediği zaman devlet ihtiyaç halindeki çocukları koruma altına alarak farklı bakım prosedürleriyle ihtiyaçlarını gidermektedir (5, 29). Korunmaya ihtiyacı bulunan bu çocuklar yaşamlarını sağlıklı bir şekilde sürdürebilmeleri için hususi olarak korunmalı ve yaşadıkları olumsuzluklarla yalnız bırakılmamalıdır (30). Parçalanmış aileler, anne babanın

psikolojik problemlerinin olması, madde bağımlılığı, fakirlik ve benzeri problemler çocukları negatif yönde etkilemekte ve korunmaya ihtiyacı olan çocuk sayısını yükseltmektedir (11). Dünya genelinde bu ve benzeri sebeplerle anne ve babasıyla birlikte yaşayamayan çocukların sorumluluğu yasalarla güvence altına alınmıştır (31). Korunmaya ihtiyacı olan çocuğun tanımı hukukun alt dallarında farklı sözcüklerle tanımlanmış olmasına rağmen temelinde benzer öğeleri kapsamaktadır (32). Resmi Gazete’de 2005 yılında yayınlanan 25876 sayılı ÇKK korunma ihtiyacı olan çocuğu “*Bedensel, zihinsel, ahlaki, sosyal ve duygusal gelişimi ile kişisel güvenliği tehlikede olan, ihmal veya istismar edilen ya da suç mağduru olan çocuk*” şeklinde tanımlamıştır (25).

T.C. Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı’na bağlı il müdürlükleri, zorunlu koşullardan dolayı korunması gereken çocukların belirlenmesi ve yasal işlemlerinin başlatılmasından mesuldür (33). Korunmaya ihtiyacı olan çocuk literatürde ve kanunlarda uzun süre korunmaya muhtaç çocuk şeklinde nitelendirilmiştir. T.C. Resmi Gazete’sinde 6 Şubat 2014 tarihinde muhtaç ibaresinin ihtiyacı olan şeklinde değiştirildiği yayınlanmıştır (34).

2.1.3. Yasalarda Korunmaya İhtiyacı Olan Çocukların Belirlenmesi

Dünya genelinde devletin çocukların haklarını koruması gerektiği fikrinin tohumları 19. yüzyıl başlarında atılmıştır (35). Ülkemizde ise T.C.’nin kurucusu Ulu Önder Mustafa Kemal Atatürk’ünde imzasını attığı Cenevre Çocuk Hakları Bildirgesi maalesef II. Dünya Savaşı’nın patlak vermesi ile gerçekleştirilememiştir. Savaş sonrasında Birleşmiş Milletler (BM) çocukların menfaatini gözeten çalışmalar yapmıştır. BM tarafından yürürlüğe sokulan ÇHS ülkemizde 1995 yılında yürürlüğe girmiştir (6). ÇHS imzalanmadan önce dahi Türk hukukunda çocukları koruyucu maddeler bulunmaktaydı. Korunmaya ihtiyacı olan çocuklarla ilgili 1982 tarihli T.C. Anayasası’nın 61. maddesinde yer alan “*Devlet, korunmaya muhtaç çocukların topluma kazandırılması için her türlü tedbiri alır*” hükmüyle çocukları güvence altına almıştır (36).

Ülkemizdeki korunmaya ihtiyacı olan çocuklara 18059 sayılı Sosyal Hizmetler Kanunu kapsamında SHÇEK tarafından hizmet verilmekteydi. 18059 sayılı Sosyal Hizmetler Kanunu’nun 2828 sayılı kanun numarasının 3. maddesi korunmaya ihtiyacı olan çocuğu şu şekilde tanımlamaktadır (37).

“Beden, ruh ve ahlak gelişimleri veya şahsi güvenlikleri tehlikede olup;

1. Ana veya babasız, ana ve babasız,
2. Ana veya babası veya her ikisi de belli olmayan,
3. Ana ve babası veya her ikisi tarafından terk edilen,
4. Ana veya babası tarafından ihmal edilip; fuhuş, dilencilik, alkollü içkileri veya uyuşturucu maddeleri kullanma gibi her türlü sosyal tehlikelere ve kötü alışkanlıklara karşı savunmasız bırakılan ve başıboşluğa sürüklenen çocuk” (37).

Aynı kanunun 21. maddesinde korunmaya ihtiyacı olan çocukların reşit oluncaya kadar yetiştirildiklerini ve meslek edinebilmeleri konusunda ise gerekli tedbirlerin alındığı ifade edilmiştir (37). SHÇEK tarafından korunmaya ihtiyacı olan çocuklara elverişli bakım standartları sunulmaktadır. Bilhassa suça sürüklenen çocukların korunmasını amaçlayan ÇKK çocuğun bakılması ve danışmanlık hizmetlerinden profesyonel bir kuruluş olan SHÇEK’i mükellef etmiştir (6). SHÇEK’in görev ve tanımları aynen devam ederken bakanlık isim değiştirerek günümüzde Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı bünyesindeki Çocuk Hizmetleri Genel Müdürlüğü adı altında çocuklara hizmet vermeye başlamıştır.

Korunmaya Muhtaç Çocukların Tespiti, İnceleme Korunma Kararlarının Alınması ve Kaldırılmasına İlişkin Yönetmeliğin 7’nci maddesi gereği:

“Korunmaya muhtaç çocukların araştırılıp bulunması, durumlarının incelenmesi görevi İl Müdürlükleri ile Sosyal Hizmet Şubelerinin sorumluluğundadır.

Bu kişilerin duyurulmasında;

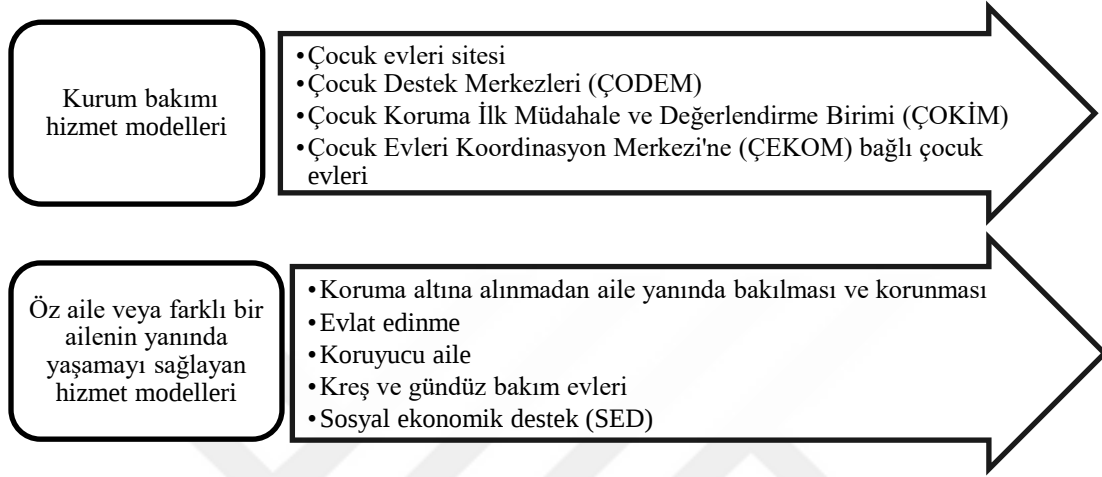
- a) Mahalli Mülki Amirler,
- b) Sağlık Kurum ve Kuruluşları,
- c) Köy Muhtarları
- d) Genel Kolluk Kuvvetleri,
- e) Belediye Zabıta Memurları da görevlidir” (38).

2.2. Korunmaya İhtiyacı Olan Çocuklara Sağlanan Bakım Yöntemleri

Korunma ve bakım ihtiyacı olan çocukların toplumsal entegrasyonu ve etkin bir biçimde katılımlarının sağlanması için gerekli bakımların verilmesi şarttır. Her çocuk

kendi içinde özel ve farklı sebeplerle korunmaya alındığından bu özellik ve farklılıklarına göre çocuğa özel bakım yöntemleri sunulmaktadır (39).

Korunma ihtiyacı olan çocuklara uygulanmakta olan bakım hizmeti modelleri Şekil 1’de görüldüğü üzere iki grupta sınıflandırılmıştır (7, 9, 10, 40).



Şekil 1. Korunma ihtiyacı olan çocuklara uygulanmakta olan bakım hizmeti modelleri

2.2.1. Kurum Bakımı Hizmet Modelleri

Kurum bakımının tanımına bakıldığında korunmaya ihtiyaç duyan çocuklara sunulan, tarihi milattan sonra üçünü ve dördüncü yüzyıla kadar uzanan en eski çözüm yolu ve en çok kullanılmış bakım yöntemi olarak karşımıza çıkmaktadır (41). Ülkemizde korunmaya ihtiyacı olan çocukların sorumlulukları devlet tarafından resmi olarak 1983 yılından itibaren kurum himayesinde devralınmıştır (8).

Devletin esas amacı korunmaya ihtiyacı olan çocuğun bakımının ve yaşamının aile yanında sürdürülmesini sağlamaktır. Yapılan tüm bakım ve uygulamalara rağmen eğer çocuğun aile yanında kalması tehdit oluşturuyorsa, aile çocuğun bakımını yerine getiremiyorsa veya bu durum sağlanamamışsa kurum bakım hizmeti devreye sokulan bir yöntemdir. Çocuğun hayatının sağlıklı bir şekilde devamının sağlanabilmesi ve aile yanında bakımının devamlılığı için her türlü girişimlerin yapılmasına rağmen çözüm üretilemediği durumlarda kurum bakımı çocukların korunması ve bakımı için daha etkili bir yöntem olmuştur (42). Kurum bakım hizmet modeli; çocuğun çaresiz kaldığı durumlarda devletin resmi kurumları tarafından çocuğun şartlarına göre geçici veya kalıcı

olarak verilen hizmettir (43). Kurumun tanımı ÇKK 25876 sayılı, 5395 kanun numarası madde üçte “Çocuğun bakılıp gözetildiği, hakkında verilen tedbir kararlarının yerine getirildiği resmî veya özel kurumlar” şeklinde yer almaktadır (7). Çocuk kurum bakımına alınırken ve kuruma kabulü yapılırken tüm alanlarda olduğu gibi multidisipliner bir çalışmayla çocuğa maksimum yarar sağlamalıdır (9).

2.2.1.1. Çocuk Koruma İlk Müdahale ve Değerlendirme Birimi

Türkiye Cumhuriyeti Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı’na bağlı Çocuk Hizmetleri Genel Müdürlüğü’nün 2015 yılındaki genelgesi ile ÇOKİM hizmete girmiştir (44).

Koruma Bakım ve Rehabilitasyon Merkezleri ile Bakım ve Sosyal Rehabilitasyon Merkezleri Yönetmeliği’nin 2. maddesinde belirtildiği üzere ÇOKİM’in tanımı şu şekilde yapılmıştır:

“Suça sürüklenen veya ceza infaz kurumundan salıverilen çocuklar ile duygusal, cinsel ve/veya fiziksel istismara uğramış ve sosyal rehabilitasyona ihtiyaç duyduğu tespit edilen çocuklardan haklarında bakım tedbiri/korunma kararı verilen çocukların; temel gereksinimlerini karşılamak, fiziksel, duygusal, psikolojik ve sosyal ihtiyaçlarını belirleyerek gerekli müdahaleleri gerçekleştirmek, aile ve yakın çevrelerine dönmelerini veya bir sonraki sosyal hizmet modeline hazır hâle gelmelerini sağlamak amacıyla oluşturulan ve/veya işbirliği protokolü ile işletilen koruma bakım ve rehabilitasyon merkezleri ile bakım ve sosyal rehabilitasyon merkezlerinin, kuruluş, teşkilat ve işleyişi ile ilgili iş ve işlemleri kapsar” (45).

Birime kabulü sağlanan 7-18 yaş aralığındaki çocukların başvuru sebepleri, gelişimsel durumları, yaşları ve cinsiyetleri göz önünde bulundurularak sunulacak hizmet modelinin tespiti yapılncaya kadar, benzer özellikteki çocuklar bir arada, cinsiyete göre farklı bölümlerde barındırılırlar. Yönetmelik hassasiyete sahip olan bu çocuklara yönelik izlenecek prosedürleri, çocuğun yüksek yararını korumak ve en az hasarla sağaltımlarını yapmak için Çocuk Hakları Sözleşmesi kapsamında ele almıştır. Bu sözleşme maddelerine göre çocuklara sunulan hizmet sırasında insani değerlere önem vermek, mevcut durumun ve çocuğun kimliğinin gizliliğini sağlamak, çocuğa uygulanacak işlemlerde çocuğun

düşüncelerini de göz önüne almak, mahkeme kararıyla verilmiş bir kısıtlama yok ise çocukların aile ilişkilerinin sürekliliğini ve en kısa zamanda ailelerinin yanına döndürülmesini sağlamak gereklidir. Çocukları içinde bulundukları olumsuz ortamlardan ve istismarlardan korumak için kurum girişine herhangi bir tabela asılamaz ve adresi ifşa edilemez. Çocuğa uygun bakım hizmetlerinin belirlenmesi için bu kurumda öngörülen kalış süresi sekiz gündür (45).

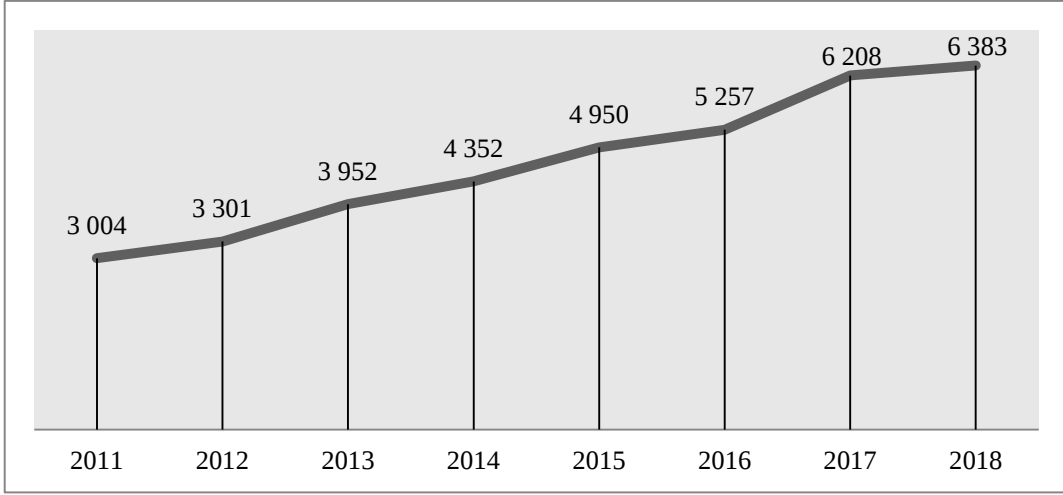
2.2.1.2. Çocuk Evleri ve Çocuk Evleri Sitesi

T.C. Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı'nca ev tipi hizmet modeline öncelik verilmiştir (46). Bu modelin bir kolu olan çocuk evleri sitesi, korunma ihtiyacı olan çocukları koruyarak, temel ihtiyaçlarını gideren ve çocukların meslek edinerek devlete yararlı kişiler olmasından yükümlü kurumdur (47).

Çocuk evleri aile yanında bakımı mümkün olmayan ve korunmaya ihtiyacı olan 0-18 yaş aralığındaki en çok 5-8 çocuğun yaşadığı, var olan ilin genel koşullarının çocukların yetiştirmesinde sakınca taşımadığı, okul hastane gibi merkezi noktalara yakın, şehrin merkezinde, uygun ev ortamını oluşturacak şekilde bir apartmanın dairesinde kalan çocukların barındığı aile yapısına en yakın model olan yatılı evlerdir. Çocuk evleri siteside çocukların aynı alan içerisinde birden çok evin bir arada bulunduğu site alanlarıdır (48).

Çocuk evleri ve siteleri ailesinden ayrılmak zorunda kalmış olan çocukları kendi evlerinde yaşıyormuş gibi hissettirerek ruhsal ve fiziksel gelişimlerini tamamlamalarını kolaylaştırarak sürekli yaşam alanı değişikliğini önleyen bir modeldir. Çocuk evleri çocuklara arkadaşlık, komşuluk, kardeşlik, apartman kültürü, toplu yaşam kuralları, aile olma bilinci gibi toplumsal kavramları çocuğa her an yaşatarak geleceğe daha umutla bakan topluma faydalı insanlar yetiştirmektedir (49, 50). Çocuk evleri ve siteleri çocukların çokça yaşadıkları akran grupları tarafından damgalanıp çocuğun ruhsal yapısını bozmadığı ve kardeşleri birbirinden koparmadığı için oldukça faydalı bir sosyal hizmet modelidir (9, 51).

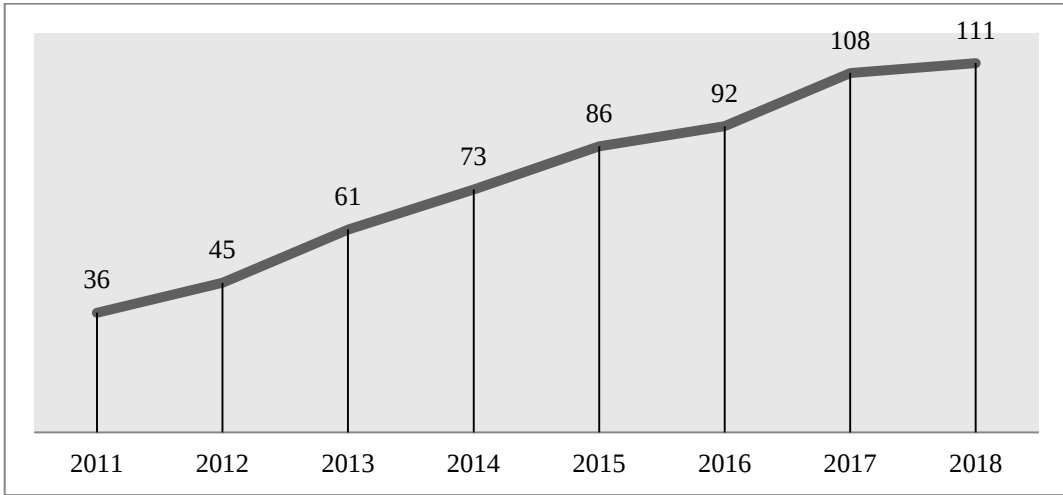
Çocuk Hizmetleri Genel Müdürlüğü'ne bağlı çocuk evleri sitesinde barınan çocukların yıllara göre toplam sayıları Şekil 2'de verilmiştir.



Şekil 2. Çocuk Hizmetleri Genel Müdürlüğü'ne bağlı çocuk evleri sitesinde barınan çocukların toplam sayıları

Çocuk evleri sitesinde barınan çocukların 2011 yılı toplam sayıları 3 004 iken çocuk sayısı düzenli olarak artarak 2018 yılında 6 383 olmuştur (52) (Şekil 2).

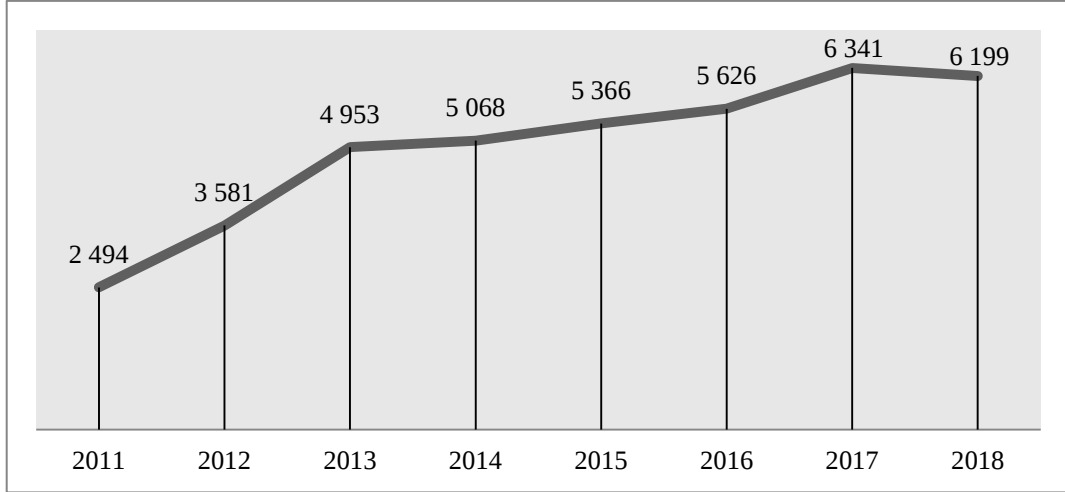
Çocuk Hizmetleri Genel Müdürlüğü'ne bağlı çocuk evleri sitelerinin yıllara göre sayıları Şekil 3'te verilmiştir.



Şekil 3. Çocuk Hizmetleri Genel Müdürlüğü'ne bağlı çocuk evleri sitelerinin sayıları

Çocuk evleri sitelerinin sayıları 2011 yılında 36 iken 2018 yılında düzenli artarak 111 eve ulaşmıştır (52) (Şekil 3).

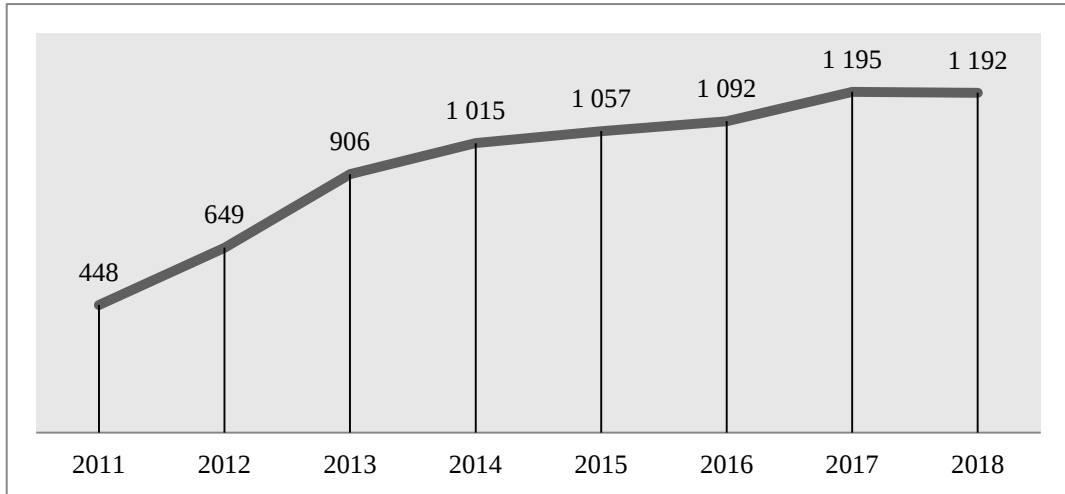
Çocuk Hizmetleri Genel Müdürlüğü'ne bağlı çocuk evlerinde barınan çocukların yıllara göre toplam sayıları Şekil 4'de verilmiştir.



Şekil 4. Çocuk Hizmetleri Genel Müdürlüğü'ne bağlı çocuk evlerinde barınan çocukların toplam sayıları

Çocuk evlerinde barınan çocukların 2011 yılında toplam sayıları 2 494 iken çocuk sayısı düzenli olarak artarak 2018 yılında 6 199 olmuştur (52) (Şekil 4).

Çocuk Hizmetleri Genel Müdürlüğü'ne bağlı çocuk evlerinin yıllara göre sayıları Şekil 5'te verilmiştir.



Şekil 5. Çocuk Hizmetleri Genel Müdürlüğü'ne bağlı çocuk evlerinin sayıları

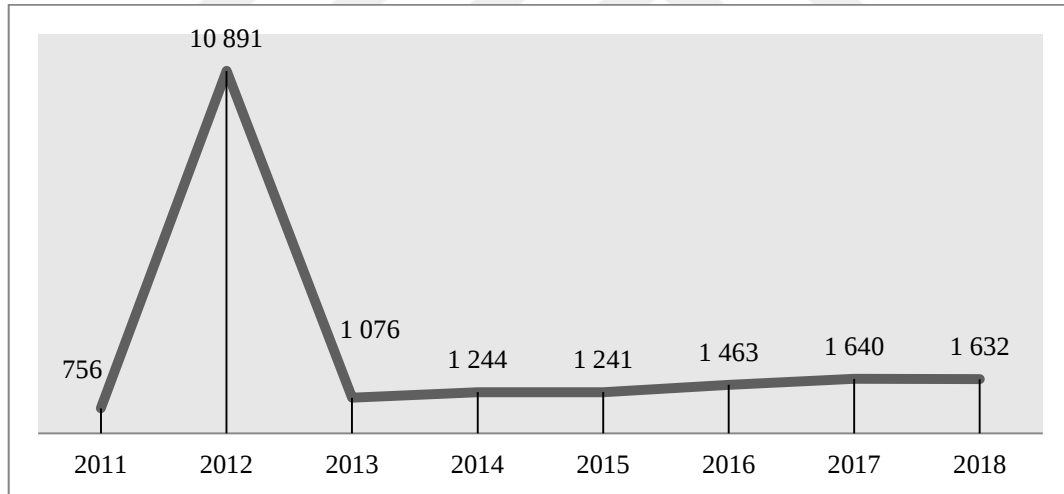
Çocuk evlerinin sayıları 2011 yılında 448 iken 2018 yılında düzenli artarak 1 192 eve ulaşmıştır (52) (Şekil 5).

2.2.1.3. Çocuk Destek Merkezi

T.C Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı korunmaya ihtiyacı olan, suç potansiyeline sahip, ailesinden kopmuş risk altındaki çocuklar için ÇODEM'i kurmuştur (53).

ÇODEM çocukların ihtiyaçlarına göre düzenlenmiştir. Bu yapılanmanın esas amacı, hakkında bakım ya da korunma kararı verilmiş çocukların içinde bulundukları olumsuzluklardan arındırılarak her türlü destek sunulup olumlu yapılandırılmış bir şekilde ailelerinin yanına dönmelerini sağlamaktır. Aile yanına dönme ihtimalleri olmayan ya da sakıncalı görülen çocuklar mevcut durumuna göre farklı kurum hizmetlerinden yararlandırılmaktadır. Bu merkezler her tür suç şekline, çocuğun yaşına ve kız veya erkek oluşuna göre branşlaştırılmış sosyal hizmet kurumlarıdır (34).

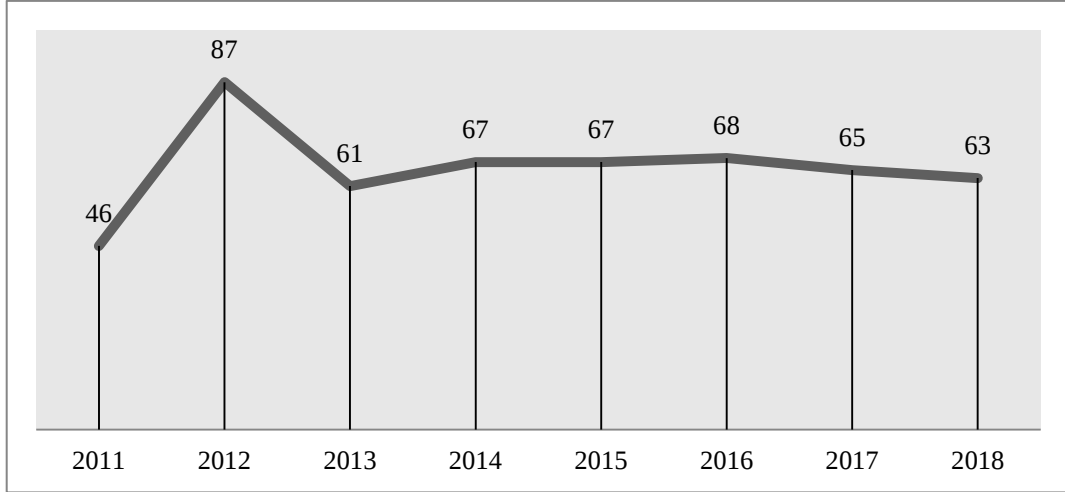
Çocuk Hizmetleri Genel Müdürlüğü'ne bağlı ÇODEM'de barınan çocukların yıllara göre toplam sayıları Şekil 6'da verilmiştir.



Şekil 6. Çocuk Hizmetleri Genel Müdürlüğü'ne bağlı ÇODEM'de barınan çocukların toplam sayıları

ÇODEM'de barınan çocukların yıllara göre toplam sayısı 2011 yılında 756 çocuk iken 2012 yılında yüksek bir ivme kazanarak 10 891 çocuk, 2012 yılında dramatik bir biçimde bu sayı azalarak 1 076 çocuk, 2018 yılında ise 1 632 çocuk sayısına ulaşmıştır (52) (Şekil 6).

Çocuk Hizmetleri Genel Müdürlüğü'ne bağlı ÇODEM'in yıllara göre sayıları Şekil 7'de verilmiştir.



Şekil 7. Çocuk Hizmetleri Genel Müdürlüğü'ne bağlı ÇODEM'in sayıları

Benzer şekilde ÇODEM'in sayıları 2011 yılında 46 iken 2012 yılında 87'ye yükselip 2013 yılında 61'e düşmüş olup 2018 yılında ise 63 olarak kalmıştır (52) (Şekil 7).

2.2.1.4. Çocuk Evleri Koordinasyon Merkezi

ÇEKOM mevcut çocuk evlerinde sunulan hizmetlerin ve mali kaynakların nasıl kullanıldığını inceleyen ve bu evde kalan çocuklarla alakalı her türden iş akışını düzenlemek ve çocuk evleri arasındaki eş güdümü korumak için kurulmuştur.

Koordinasyon merkezi çocuk evlerinde barınacak çocukların belirlenmesinden, çocuk evlerindeki çocukların yaş uygunlukları, sağlık durumlarının düzenlenmesi, aynı evde kalacak çocukların belirlenmesi, bu evlerde çalışan personelin ve hizmet veren kişilerin uygunluğunun değerlendirilmesi hatta çocukların sosyalleşmesi için spor aktivitelerinin planlanması gibi birçok görevi bulunmaktadır (54).

2.2.2. Öz Aile veya Farklı Bir Ailenin Yanında Yaşamayı Sağlayan Hizmet Modelleri

2.2.2.1. Koruyucu Aile

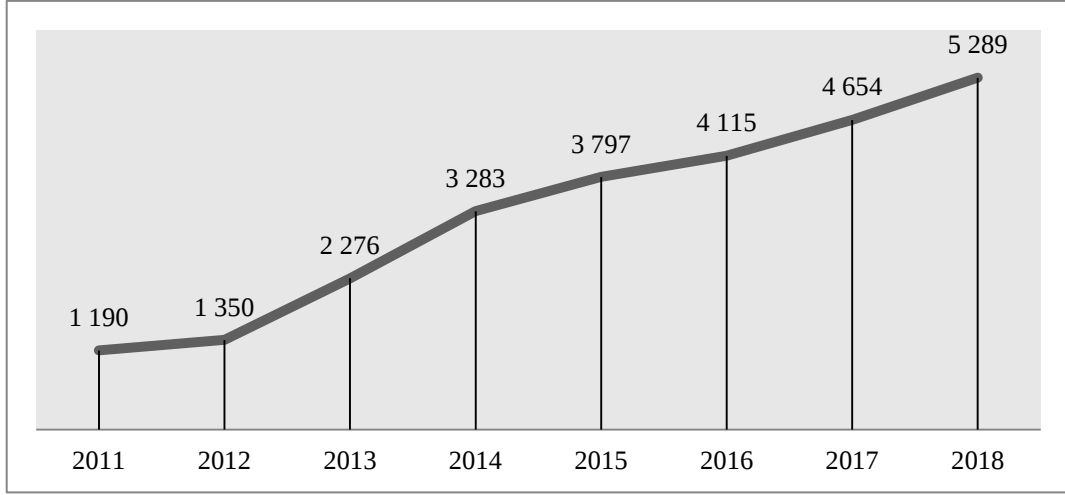
Koruyucu aile yanındaki çocuğun bakımı, dünyada çocukların sağlıklı bir şekilde korunabilmesi hususunda en sağlıklı kabul edilen bakım yöntemidir. Bu bakım yönteminin ortak kabul görmesinin nedeni çocukları toplu yaşanan kurum bakımının olumsuz etkilerinden koruyarak aile çatısı altında daha şefkat dolu bir ortamda çocuğun ihtiyaçlarını gideriyor olmasıdır. Koruyucu aile bakımı günümüzde çocuğun sağlıklı gelişimini sürdürülebilmesi açısından kurum bakımı modelinden daha çok kabul görmektedir (55).

Çocuklar her daim sevildiklerini hissettikleri, desteklendiklerini bildikleri bir ortamda yaşamak isterler. Korunmaya ihtiyacı olan çocuklar birçok sebepten dolayı ailelerinin yanından ayrılmak zorunda kaldıkları için devam eden yaşantılarında ailelerinden alamadıkları korunma, barınma, güvenilme ve ekonomik gereksinimlerinin karşılanacağı imkânları olan bir ortamda yetiştirilmesi gerekir düşüncesiyle koruyucu aile bakım yönteminin temelleri ülkemizde 1961 yılında atılmıştır (6). Koruyucu aile bakımı güncel şartlar değerlendirildiğinde çocuğun ihtiyacını en iyi karşılayan bakım yöntemidir (56).

Koruyucu aile seçimi yapılırken çocuk için herhangi bir sorun teşkil etmeyecekse öncelikli olarak yakın akrabaları arasından seçilebilir. Çocuk koruyucu aile yanına yerleştirilmeden önce koruyucu ailenin çocuğun tüm ihtiyaçlarını karşılayabilecek en uygun düzeyde olmasına özen gösterilir (53).

Çocuk koruyucu aile yanına yerleştirildikten sonra Çocuk Hizmetleri Genel Müdürlüğü görevli çalışanları tarafından düzenli olarak takip edilmektedir. Çocuk koruyucu ailenin yanındayken aile Çocuk Hizmetleri Genel Müdürlüğü kılavuzunda yer alan çocuğun bakımı ve korunmasıyla ilgili maddelere uymadığı düşünülürse çocuğun zarar görmemesi için bu ailenin yanından hemen alınması sağlanır. Koruyucu ailelere çocuğun masraflarını karşılaması için belirli bir ücret ödenmektedir. Ailenin aldığı bu ücret bakanlık çalışanları tarafından çocuğun yararına kullanılmadığını tespit ettiğinde ya da suistimallerin olduğunu belirlediğinde gerekli yasal işlemleri başlatarak çocuğu ailenin yanından derhal alabilmektedir (57).

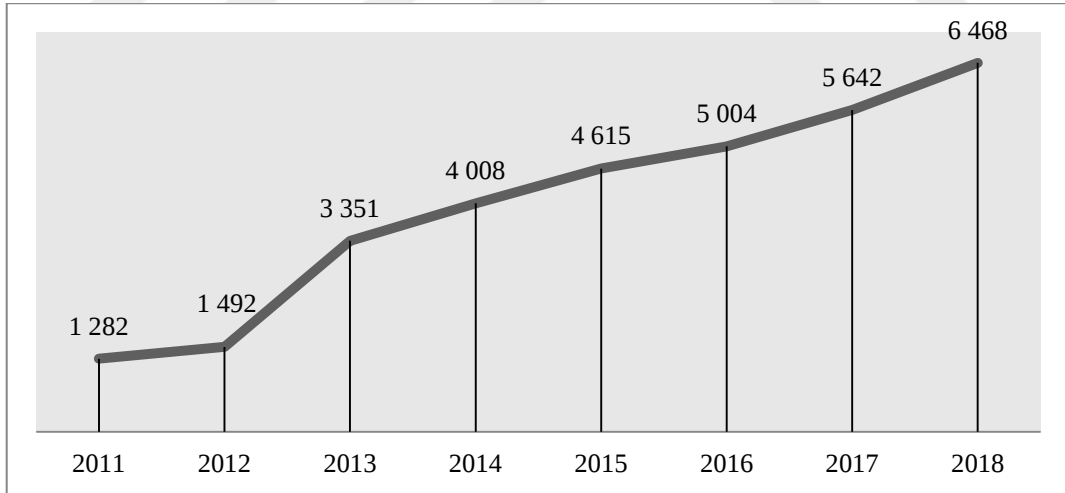
Çocuk Hizmetleri Genel Müdürlüğü'ne bağlı koruyucu aile sayısının yıllara göre sayıları Şekil 8'de verilmiştir.



Şekil 8. Çocuk Hizmetleri Genel Müdürlüğü'ne bağlı koruyucu aile sayıları

Koruyucu aile sayısı 2011 yılında 1 190 iken 2018 yılına doğru bu sayı artarak 5 289 olmuştur (52) (Şekil 8).

Çocuk Hizmetleri Genel Müdürlüğü'ne bağlı koruyucu aile yanındaki çocuk sayısının yıllara göre sayıları Şekil 9'da verilmiştir.



Şekil 9. Çocuk Hizmetleri Genel Müdürlüğü'ne bağlı koruyucu aile yanındaki çocuk sayıları

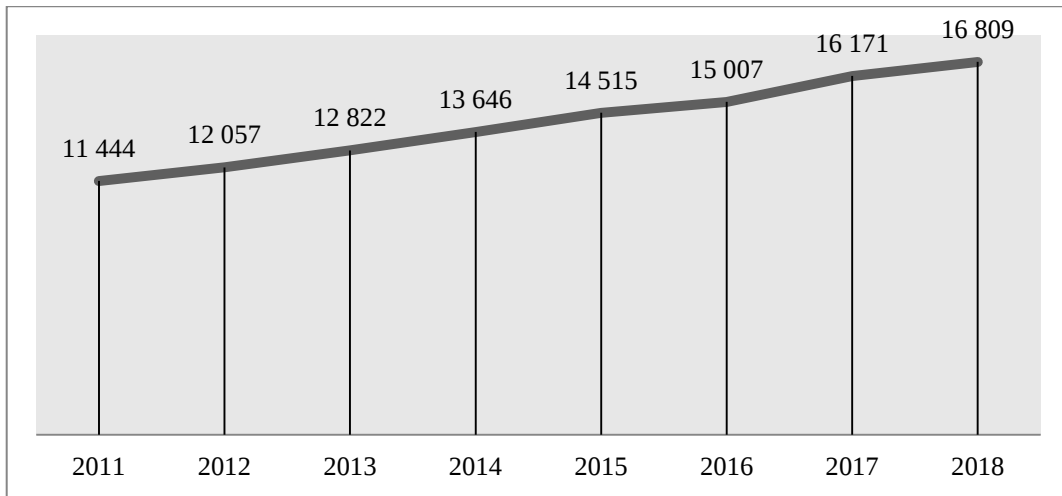
Koruyucu aile yanındaki çocuk sayısının yıllara göre sayıları benzer biçimde 2011 yılında 1 282 iken 2018 yılında 6 468 olmuştur (52) (Şekil 9).

2.2.2.2. Evlat Edinme

Çocuğun kendi ailesi ile birlikte yaşaması mümkün olmadığı durumlarda çocukların bakımları koruyucu aileleri tarafından sağlanırken, mevcut durumu evlat edinilmeye mümkün olan çocuklarda evlat edindirilme yönteminden yararlandırılmaktadır. T.C. Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı korunmaya ihtiyacı olan çocuklar için gerçekleştirmek istediği ana amaç; eğer çocuğun ailesinin yanında kalmasına engel olan durum maddi imkânsızlıklar ise sosyal ekonomik destekler ile çocuğun ailesinin yanında kalmasını sağlayarak aile bütünlüğünü korumaktır. Ancak ailesi ile yaşaması mümkün olmayan çocuklarda ise çocuğun yüksek yararına istinaden hayat boyu devam etmesi muhtemel olan evlat edindirme hizmetinden faydalanmalarını desteklemektedir (53).

Evlat edindirme 09.03.1994 tarihli 03 sayılı Evlat Edinme Yönergesi kapsamındayken 01.01.2002 tarihinde yeni Medeni Yasa gereği evlat edinme hizmetinde yapılan değişiklik ve yeni Türk Medeni Kanunu'nun (TMK) 320. maddesi ile hukuki statü sağlanmıştır. Yeni TMK'nın, 305. maddesinden 321. maddesine kadar evlat edinme hizmetinin hukuki gerekçeleri yer almaktadır (58). TMK'nın maddeleri kapsamında evlat edinilmiş olan çocuk kurum bakımı altında olan akranlarına göre daha sağlıklı bir biçimde büyüme ve gelişme basamaklarını sürdüreceği bilinmektedir (59, 60).

Çocuk Hizmetleri Genel Müdürlüğü'ne ait evlat edinme hizmetinden yararlanan çocuk sayıları yıllara göre Şekil 10'da verilmiştir.



Şekil 10. Çocuk Hizmetleri Genel Müdürlüğü'ne ait evlat edinme hizmetinden yararlanan çocuk sayıları

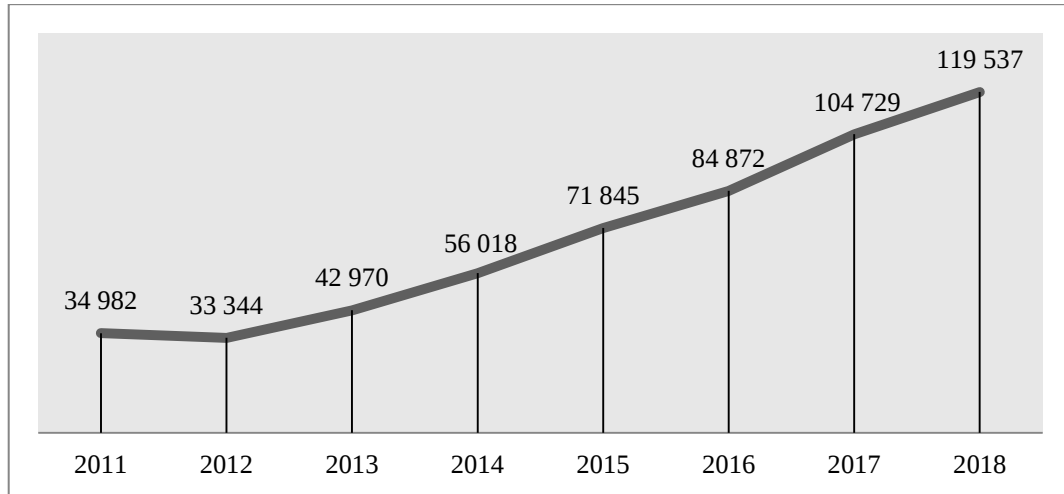
Evlat edinme hizmetinden yararlanan çocuk sayısı 2011 yılında 11 444 olup 2018 yılında 16 809'a ulaşmıştır (52) (Şekil 10).

2.2.2.3. Çocuğun Aile Yanında Bakılması ve Korunması

Çocuğun gelişim sürecinde aile yanında yaşaması vazgeçilemez bir unsurdur. Çocuk için aile ortamı güven ve sevgi ihtiyacının karşılandığı biricik kaynaktır (61).

Tüm çocuklar aileleri ile birlikte yaşayabilecekleri mutlu ve huzurlu bir yuva hayal ederler. Ancak her daim bu durum mümkün olmamaktadır. Aileler özellikle maddi sıkıntılardan dolayı bazen çocuklarına bakamayacak durumlara gelebilmekte veya aile içi çatışmalar yaşamaktadır. Bu durum çocuğun gelişimine ket vurmaktadır. Böyle durumlarda aile çocuğa bakamayacak durumdaysa bu ailelerin çocukları bakanlık tarafından korunma altına alınır. Bu süreçte aileye ihtiyaçları doğrultusunda psikolojik destek verilip aile içi düzen normale döndürülünce çocuk ailesiyle tekrar birleştirilir. Çocuk için en sağlıklı yöntem bu olduğu kabul edilmektedir (6).

Çocuk Hizmetleri Genel Müdürlüğü'ne ait koruma altına alınmadan aile yanında desteklenen çocuk sayısının yıllara göre sayıları Şekil 11'de verilmiştir.



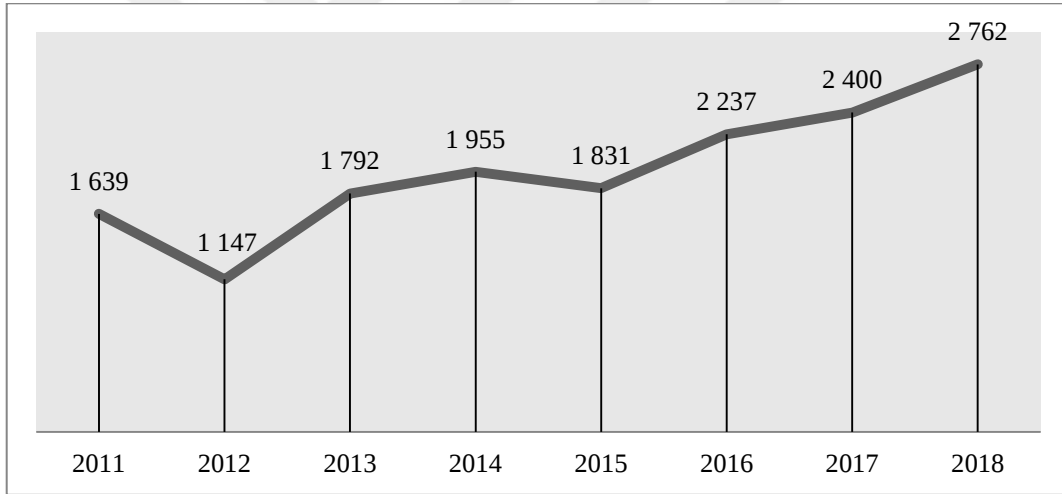
Şekil 11. Çocuk Hizmetleri Genel Müdürlüğü'ne ait koruma altına alınmadan aile yanında desteklenen çocuk sayıları

Koruma altına alınmadan aile yanında desteklenen çocuk sayısının 2011 yılında sayısı 34 982 iken 2018 yılında 119 537'ye ulaşmıştır (52) (Şekil 11).

2.2.2.4. Kreş ve Gündüz Bakım Evleri

Korunmaya ihtiyacı olan 0-6 yaş arası çocuklara çocuğun barındığı kurumda ya da özel kreşlerde anaokulu hizmeti verilmektedir. Ayrıca hüküm altında ya da tutuklu kadınların yanında kalan 0-6 yaş arasındaki çocukların ceza evinin olumsuz koşullarından uzak kalabilmesi ve normal sosyal hayatlarının devamlılığının sağlanabilmesi amacıyla kreş ve gündüz bakım evlerinden ücretsiz yararlanması sağlanmaktadır. Tutukluların veya hükümlü kadınların 0-6 yaş üstünde olan çocuklarına çocuk kulüpleri aracılığıyla hizmet verilmekte olup, eğer çocuğun risk altında olduğu bir durum var ise risk altındaki çocuğa bakım hizmeti modellerinden en uygun olanı sunulur (53).

Çocuk Hizmetleri Genel Müdürlüğü'ne ait özel kreş ve gündüz bakım evlerinde ücretsiz bakılan çocuk sayıları Şekil 12'de verilmiştir.



Şekil 12. Çocuk Hizmetleri Genel Müdürlüğü'ne ait özel kreş ve gündüz bakım evlerinde ücretsiz bakılan çocuk sayıları

Çocuk Hizmetleri Genel Müdürlüğü'ne ait özel kreş ve gündüz bakım evlerinde ücretsiz bakılan çocuk sayıları artış ve azalış göstererek 2011 yılında 1 639 iken 2018 yılında 2 762 çocuğa ulaşmıştır (52) (Şekil 12).

2.2.2.5. Sosyal Ekonomik Destek (SED)

Maddi problemler ve yaşam zorlukları aile içi çatışmalara neden olmaktadır ve bu durumdan en çok etkilenen kişilerin çocuklar olduğu bilinmektedir. Aile içi çatışmaların yanı sıra asgari şartlar altında dahi çocuğun bakımının sürdürülemediği durumlar yaşanmaktadır. Bu şartlar altında T.C. Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı ailenin

devamlılığını ve bütünlüğünü sürdürmek için ekonomik güçlükler yaşayan ailelere ayni ve nakdi destekler sağlamaktadır. Böylelikle çocuğun aile yanında sağlıklı bir şekilde yaşaması desteklenmiş olmaktadır (53, 62).

2.3. Kurumda Çalışan Hemşirenin Görev ve Yetkileri

Korunmaya muhtaç çocuklara sağlanan bakım yöntemlerindeki temel uğraş çocuğa maksimum düzeyde fayda sağlayabilmektir. Koruyucu faaliyetler çocuğun dünyaya gelmesiyle başlayan faaliyetlerdir. Çocuğun doğumundan itibaren bakımından sorumlu olan herkes çocuğu korumakla yükümlüdür. Çocuğun ailesinin yanında bakımın mümkün olmadığı durumlarda ise devlet çocuğun korunmasından ve yaşanabilecek zararların önlenmesinden mesuldür. Çocuk suça bulaştıysa suçtan uzaklaştırılması, aile içi yaşanan olumsuz durumlardan korunması, maddi zorlukları önlemek için nakdi yardımların yapılması, sağlıklı bir büyüme ve gelişmeyi sağlayabilmesi için kreş ve kurum hizmetlerinden yararlanması gibi birçok çalışmalar yürütülmektedir. Bu çalışmaların hepsine koruyucu ve önleyici çalışmalar denilmektedir (53).

Kurumda çalışan hemşirelerin koruyucu ve önleyici çalışmalar içerisinde yeri oldukça büyüktür. Çünkü hemşirenin sorumlulukları arasında çocukların haklarını korumak ve çocuğun savunuculuğunu sağlamak vardır. T.C. Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı'nın eski adıyla Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı'nın ÇODEM Yönetmeliği'nin yedinci bölümü 37. maddesinde hemşirenin misyon ve sorumlulukları tanımlanmaktadır. Bunlar:

- “a) Çocukların sağlık ve temizlik durumlarını takip etmek, hasta çocukların doktor kontrolünden geçmelerini sağlamak ve önerilen tedaviyi uygulamak,*
- b) Sağlık kuruluşlarına sevk edilen çocuklara gerektiğinde refakat etmek ve taburcu edildiklerinde merkeze getirmek ve izlemek,*
- c) Çocukların sağlığı ile ilgili kayıtları tutmak, revir ile ilgili işleri yürütmek ve revirdeki ilaçların korunmasını sağlamak,*
- ç) Acil durumlarda ilk yardım yapmak ve gerekli önlemleri almak,*
- d) Bulaşıcı bir hastalıktan kuşkulandığı durumlarda çocuğu derhal tecrit etmek, durumu merkez idaresine haber vermek, derhal sağlık kuruluşuna sevkini sağlamak,*

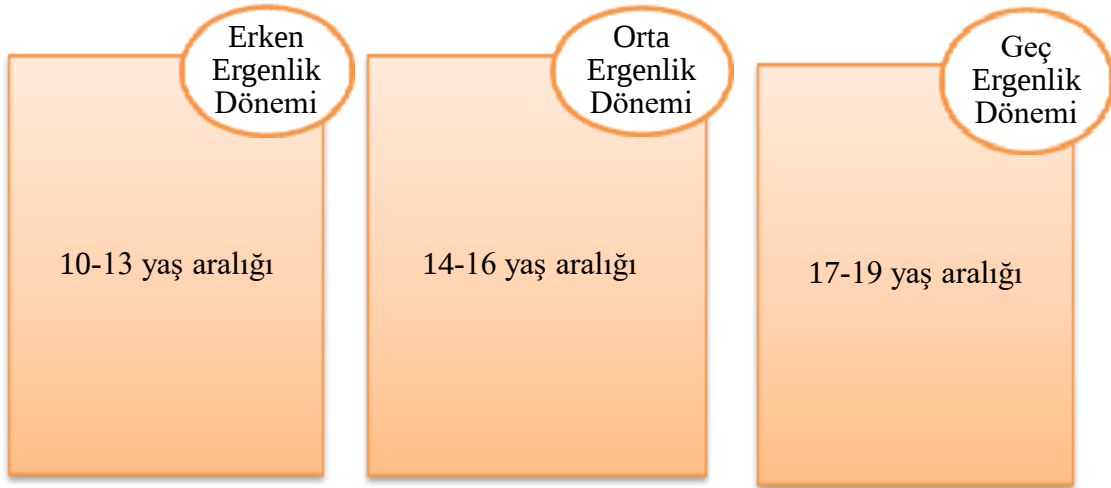
- e) Merkezin bütün bölümlerinin sağlık ve hijyen koşullarına uygun olmasını sağlamak amacı ile çalışmalar yapmak,
- f) Yemekhane, mutfak ve uygulama mutfağında verilen hizmetlerin sağlık koşullarına uygun olarak yürütülmesini sağlamak,
- g) Gıda numunelerinin usulüne uygun olarak saklanması için gerekli işlemleri yapmak,
- ğ) Çocuklara ve personele sağlık ve sağlıklı yaşam konularında gerekli eğitimleri vermek,
- h) Gebe çocuk ve çocuk annelere beslenme, doğuma hazırlık ve bebek bakımı ile ilgili eğitim vermek,
- ı) Gebe çocukların aylık doktor kontrollerinin ve çocuk annelerin bebeklerinin aşılarının takibini yapmak,
- i) Merkez müdürünce verilen mesleği ile ilgili diğer görevleri yerine getirmek” (63).

2.4. Ergenlik Dönemi ve Genel Özellikleri

2.4.1. Ergenlik Dönemi

Jean-Jacques Rousseau, Emile kitabında ergenliği çocukluktan çıkılacak zaman olarak ifade etmiştir. Bu zamansal kavram bir süreci ifade etmektedir ve bu da ergenlik dönemidir (64). Ergenlik kelimesi latince “*adolescere*” sözcüğünden dilimize gelmiştir (65, 66). 10-19 yaş aralığındaki bireyleri Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) ergen olarak tanımlamıştır (67).

Ergenlik dönemini yaş grupları Şekil 13’de gösterildiği üzere üç grup altında toplamıştır (67).



Şekil 13. Ergenlik dönemi yaş grupları

DSÖ'nün 2018 yılında 1.2 milyar ile dünya nüfusunun %18'ini 10-19 yaş arasındaki ergen grubun oluşturduğunu yayınlamıştır (68). Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) ise 12 764 690 ergen ile Türkiye nüfusunun %15.6'sını ergenlerin oluşturduğunu bildirmiştir (69).

Ergenlik dönemi birçok yeniliğin bir arada yaşandığı bireyin karmaşık değişimlerin içerisine girdiği bir gelişim dönemidir. Değişimlerin sağlıklı ilerlemesi bireyin gelecekteki yaşamını kökünden etkilediği için bu sürecin iyi yönetilmesi ve pozitif sağlık davranışları alışkanlıkları kazandırması açısından oldukça önemlidir (70).

2.4.2. Ergenlik Döneminde Büyüme ve Gelişme

Çocuğun ergenliğe geçişi ve erişkinliğe adım atışı her toplumda farklıdır (67). Ergenlik dönemi hayatın en hızlı değişim gösteren büyüme ve gelişme evresidir (71). Sağlıklı bir ergenin en önemli göstergesi yaş grubuna uygun büyüme ve gelişme göstermesidir (65).

Ergenlik süreci içerisinde yaşanan herhangi bir aksaklık yaşamın diğer süreçlerinde değişikliklere neden olabilecektir. Özellikle ailesi tarafından terk edilmiş veya farklı sebeplerden dolayı ailesi ile birlikte yaşayamayan korunmaya ihtiyacı olan çocuğun büyüme ve gelişmesi daha yakından takip edilmelidir. Genel olarak riskli sağlık davranışlarına ve ihmale daha kolay maruz kalan bu çocuğun korunma ve bakımı sürecinde

deneyimleyeceği herhangi bir sağlıklı olay fiziksel, zihinsel, sosyal ve cinsel gelişiminde aksaklıklar yaratarak sağlıklı bir birey olmasına sebebiyet verebilecektir (11).

Değişimlerin en hızlı yaşandığı ergenlik süreci büyüme ve gelişme özellikleri bakımından kendi içinde fiziksel ve cinsel gelişim, zihinsel ve bilişsel gelişim, duygusal gelişim, sosyal gelişim başlıkları altında sınıflandırılmaktadır (65, 66, 71).

Daha sağlıklı, modern ve uygar bir toplum oluşturulmak için ergenlik dönemi büyüme ve gelişme süreçlerini bir arada değerlendirmek gerekmektedir (56).

2.4.2.1. Ergenlikte Fiziksel Büyüme ve Cinsel Gelişim

Ergenlik dönemindeki fiziksel büyüme ve cinsel gelişim sekonder seks karakterlerinin aktifleşmesi ile bireyin bedeninde bir dizi değişiklikler gözlemlemesi ve üreme kabiliyeti kazanmasıyla meydana gelir (65).

Fiziksel büyüme ve cinsel gelişim erkekte spermatogenezi ve kadında ovulasyonu başlatarak ergeni yetişkinliğe hazırlar. Ergenlik hipotalamustan salınan gonadotropinler relasing hormonun (GnRH) aktifleşmesiyle kız çocuklarında 10 yaşında, erkek çocuklarında 11 yaşında başlamaktadır. Böylelikle sekonder seks karakterleri gelişmeye başlar (65). Fiziksel büyüme ile ergenin kemik, kas ve yağ dokusu artar, vücut şekli değişir, iç organlarda ve salgı bezlerinde büyüme olur, hormon salınımı artar, ses kalınlaşır, sivilceler oluşabilir (65, 72).

Erkeklerde öncelikle testis hacmi artışı, pubik ve koltuk altı tüylenmesi ardından penis büyümesi olurken; kızlarda meme ve kalça yağ dokusunda artış, pubik ve koltuk altı alanlarında tüylenme ardından menarş oluşumu olur ve bunların sonucunda cinselliğe olan merak artar (65, 72). Cinselliğin gelişimi ile birlikte ergenin cinsel kimliği oluşur. Cinsel kimliğin oluşumunda anne babanın etkisi oldukça fazladır. Ergen anne babasının cinsel kimliklerini nasıl yansıttıklarını gözlemleyerek kendi kimliğini oluşturmaya başlar. Anne ve babanın üstlendiği sorumlulukları ve cinselliği nasıl yaşadıklarını detaylı bir şekilde gözlemler. Korunmaya ihtiyacı olan çocuklar aile bireylerinden yoksundur. Aile bireylerini gözlemlemeyen büyüyen çocuk cinsel gelişimi esnasında riskli davranışlar kazanabilir ve bu da istenmeyen sonuçlara yol açabilir (73).

Ergenin içinde bulunduğu çevre koşulları, aile içi destek görmemesi, aile bireylerinden yoksun kalması, düşük ekonomik şartlar, fiziksel aktivite sıklığı, mevcut

sağlık problemleri, yetersiz ve dengesiz beslenme davranışları, madde kullanımı fiziksel büyüme ve cinsel gelişmeyi doğrudan etkilemektedir (65, 73).

2.4.2.2. Ergenlikte Zihinsel ve Bilişsel Gelişim

Ergen büyüme ve gelişme süreci içerisinde fiziksel büyüme ve cinsel gelişimini tamamlamış olması yetişkin bir birey olması için yetersizdir. Bu gelişim süreciyle paralel olarak zihinsel ve bilişsel gelişim basamaklarını da sağlıklı çıkması gerekmektedir. Bilmek, kavramak, uygulamak, değerlendirmek, akıl yürütmek, çıkarımda bulunmak, fantezi kurmak, problemle baş edebilmek gibi tüm zihinsel eylemlerin gelişim sürecine bilişsel gelişim denir (74). Zihinsel eylemlerde artış bilişsel gelişimi hızlandırarak ergenin soyut düşünebilmesini, analiz ve sentez yeteneklerini geliştirmesine katkıda bulunur (72).

Piaget'e göre somut düşünme biçimi erken ergenlik dönemini yerini soyut düşünce biçimine aktarmakta ve 11 yaşının sonunda ergen artık soyut durumlar üzerine düşünmeye başlamaktadır (75).

2.4.2.3. Ergenlikte Duygusal Gelişim

Ergenin yaşı ilerledikçe yaşamdaki sorumlulukları ve çevrenin beklentileri artar. Ergen duygusal gelişim süreci içerisinde kendisini hayatın merkezinde görür (76). Çocukluk döneminde ailenin yönlendirmeleriyle davranışlar oluşurken, ergenlik döneminde aileden uzaklaşıp bir birey olduğunu düşünen ergen kendine ait kararları almak ve duygularını yönetmek ister (77).

Ergenlik dönemi duygu değişimlerin ve ruhsal iniş çıkışların daha sık görüldüğü evre olarak kabul edilmektedir (78). Ergenin yaşamış olduğu duygusal değişikliklere uyum sağlayıp yönetebiliyor olması duygusal gelişimini olumlu ilerlettiğini göstermektedir (79). Olağan sınırları içerisinde yaşanan bir ergenlik süreci bile yaşanan duygu değişimlerinden dolayı risk barındırabiliyorken korunmaya ihtiyacı olan çocukların içinde bulundukları olumsuz duygular daha riskli sağlık davranışlarına sebebiyet verebilir (78).

2.4.2.4. Ergenlikte Sosyal Gelişim

Ergenlik döneminde yaşanan fiziksel, duygusal ve sosyal değişimler bireyin çevre ile kurduğu etkileşimi güçlendirmektedir. Bu sürece entegre olan birey farklı yaş ve karşıt cinsteki bireylerle daha olumlu iletişim kurmada ve sosyal gelişimini sağlıklı bir şekilde sürdürecektir çabayı sergilemektedir (80). Sosyal gelişim süreci boyunca ergen kendini daha

iyi tanır. Bu sürecin asıl amacı Ericson’unda belirttiği üzere ergenin sağlıklı kimlik kazanımının oluşmasıdır (81-83).

Ergenin sosyal gelişimi içinde bulunduğu çevreye göre şekillenir. Bu aşamada en önemli faktör kültürdür, çevrenin kültürüne göre gelişim süreci hızlanır ya da yavaşlar (83, 84). Sosyal gelişimini tamamlayamayan ya da bu süreçte aksaklıklar yaşayan ergen riskli sağlık davranışları sergileyebilir (13).

2.5. Ergenlik Döneminde Riskli Sağlık Davranışları

Ergenlik dönemindeki birey gelişim süresince kimlik arayışı içerisinde. Kendisini belirli bir gruba ait hissetmek ister, büyüdüğünü kanıtlamaya çalışır, özgür olma düşüncesiyle mevcut yaşından daha büyük görünmek ister. Böylelikle sağlığını tehlikeye atacak davranışlar kazanabilir (85). Ergenin sağlığını tehlikeye atacak ve yaşadığı topluma uyumuna zarar verecek davranışlar riskli sağlık davranışları olarak ifade edilmektedir (86).

Ergenlik döneminde riskli sağlık davranışlarının ortaya çıkması diğer dönemlere göre daha sık karşılaşılan bir durum olup riskli davranışların tecrübe edildiği ve sonuçlarıyla daha zor baş edebildiği bir evredir (87, 88). Çoğu zaman kazanılan riskli sağlık davranışları alışkanlık haline dönüşüp ilerleyen yaşlarda bireyin sağlığını tehlikeye atabilmektedir (86).

Riskli sağlık davranışlarının oluşmasında yaş, cinsiyet, okul başarısı, genel sağlık durumu, genel duygu durumu, aile bütünlüğü, geçim problemleri, yaşanan çevre gibi faktörlerin etkili olduğu belirlenmiştir (89). Riskli sağlık davranışlarını deneyimleyen ergenlerin çoğunlukla aile desteğinden eksik kaldıkları, aileleri tarafından terk edildikleri, ihmal ve istismara uğradıkları görülmektedir (12, 90). Nasıl ki olumsuz aile ilişkileri riskli sağlık davranışlarının oluşumuna katkı sağlıyorsa, aile içi ve akran gruplarıyla olumlu ilişkilerin varlığında ergenlik dönemini sağlıklı sürdürmede ve sağlıklı davranışlar kazanmada oldukça etkilidir (91-95).

Ergenler tarafından algılanan sosyal desteğin yüksek olması riskli sağlık davranışlarının oluşmasında koruyucu bir faktördür. Korunmaya ihtiyacı olan çocuklar aile ve çevre desteklerinden mahrum kaldıkları ve yeni bir çevreye alışmak zorunda oldukları için risk altındaki popülasyondur (96). Ergenlik dönemindeki birey, çevrenin kendisi hakkındaki düşüncelerine daha çok önem verdiği için korunmaya ihtiyacı olan ergenler çevrenin kendileri hakkında istenmeyen ve ailesi tarafından terk edilmiş bir çocuk olarak

değerlendirildiklerini düşünebilirler. Böylelikle bu ergenler riskli bir takım sağlık davranışları sergileyebilirler (97). Kurum bakımındaki ergenler gelecek endişelerini daha çok yaşamakta, ruhsal problemlere daha yatkın olmakta, madde kullanımı daha çok tecrübe etmekte, akran grubundan izole olmakta ve özgüvenlerinin daha düşük olduğu bilinmektedir (98).

Riskli sağlık davranışları incelendiğinde erkeklerin kızlardan daha çok riskli davranış deneyimledikleri ve bunun sebebinde davranışların sonucunda doğacak olumsuzlukların telafisinin daha kolay olduğunu tecrübe etmeleridir (99-101). Ergenlik döneminde cinsiyetin yanı sıra yaşı büyük olan ergenler riskli sağlık davranışları deneyimlemeye daha yatkındırlar (102).

Geçmiş yıllarda ergenlik dönemi ölüm nedeni enfeksiyon hastalıkları iken günümüzde bunun yerini riskli sağlık davranışları almıştır (14). Türkiye Anne, Çocuk ve Ergen Sağlığı Enstitüsü yetişkin dönemdeki erken ölümlerin %70'inin ergenlik dönemindeki riskli sağlık davranışlarının devam ettirilmesinden kaynaklandığını belirtmiştir (14, 103).

Dünya genelindeki gençler ve yetişkinlerle birlikte çalışan Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezi'nin (CDC) Gençlik Riskli Davranış İzlem Sistemi (YRBSS) hastalık ve ölüme yol açan riskli sağlık davranışlarını;

- Sigara kullanımı
- Alkol ve diğer maddelerin kullanımı
- Yetersiz ve dengesiz beslenme
- Fiziksel aktivite eksikliği
- Riskli cinsel davranışlar
- Şiddet, kasıtlı, kasıtsız yaralanmaya neden olan davranışlar olarak sıralamıştır (104).

Görüldüğü üzere ergenlik döneminde kazanılan riskli sağlık davranışları birçok olumsuzluğu beraberinde getirmektedir. Tüm bunlara rağmen ülke genelinde ergenleri riskli sağlık davranışlarından uzak tutacak bir takip programı mevcut değildir (105).

2.5.1. Sigara, Alkol ve Diğer Maddelerin Kullanımı

Sigara, alkol ve uyuşturucu kullanımı sonucu bireyin zamanla bu maddeleri vücuduna alması arasında geçen süre kısalmaktadır. Birey almış olduğu maddenin olumsuz

etkilerini deneyimlemeye başladıkça okul ortamıyla ve ailesiyle ilişkileri bozulmakta ve temel sorumluluklarını yerine getiremez hale gelmektedir (106). Basitten karmaşığa olacak şekilde en yaygın kullanılan maddeler, erken dönemde daha kolay ulaşabilen sigara sonra alkol daha sonrada kompleks maddeler olan eroin, bonzai ve uçucu maddelerdir (107-109). Ülkemizde ise sigara ve alkolden sonra bağımlılık yapıcı maddeler arasında ilk sırada esrar vardır (110).

Tüm yaş dönemlerinde bağımlılık verici madde kullanımının olumsuz etkileri kıyaslanamayacak kadar fazladır. Bu maddeler hakkında ilk farkındalık çoğu kez çocukluğun sonu ve ergenlik döneminde oluşturmaktadır (111). Korunmaya ihtiyacı olan ergenlerin benzer yaş gruplarına göre madde kullanımını daha çok deneyimledikleri belirtilmektedir (98). Madde kullanımı beraberinde riskli cinsel davranışlara, adolesan gebeliklere, depresyona, intihara, şiddete, kasıtlı ve kasıtsız yaralanmalara ve benzeri riskli sağlık davranışlarına yol açabilmektedir (110).

Sigara kullanan ergenlerde; alkol ve bağımlılık yapıcı madde kullanım riski daha fazladır (112). Yaşla birlikte madde kullanma ihtimalinin arttığı bilinmektedir (113). Literatürde cinsiyet faktörü açısından erkeklerde madde kullanımı kızlara göre daha yüksek bulunmuştur (101, 114, 115). Ergenlik döneminde belirli bir gruba dâhil olmak isteyen erkek akran grubu içerisinde madde kullanması için baskı görüyor ise gruptan çıkarılmamak için bu yanlış davranışı sergileme eğilimi göstermektedir (116).

Çocukluk döneminde yaşanan travmalar çocuğun ilerleyen yaşlarda madde kullanım riskini arttırabilmektedir (117). Peterson ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada anne baba çocuğun gelişiminde rol model olduğundan; anne babası alkol kullanan ergenlerin alkol kullanmaya başlama ihtimali anne babası alkol kullanmayanlara göre daha yüksek bulunmuştur (118). Akkuş'un yayınladığı olgu sunumunda esrar bağımlılığı olan ergenin annesini hep mutsuz hatırladığını aktarmıştır (110). Ergenin aile bağların güçlü olması madde bağımlılığı gibi riskli sağlık davranışlarından korumaktadır (13, 119).

2.5.2. Yetersiz ve Dengesiz Beslenme Davranışları

Okul çağı döneminde en sık görülen davranışlar arasında yanlış beslenme alışkanlıkları gelmektedir (120). Çocukluk döneminde daha çok çevre etkisiyle oluşan sağlık alışkanlıkları, ergenlik döneminde bilinçli olarak tercihler sonucu davranışlara dönüşür. Daha sağlıklı bir yaşam sürmede ergenlik dönemindeki öğrenilecek olan kazanımlar oldukça önemlidir (121). Ergenlik dönemindeki yanlış beslenme

davranışlarının başında glikoz ve yağ oranı yüksek olan fast food tarzı besinlerin sıklıkla tüketilmesi görülmektedir (122).

Ergenlik döneminde erkeklere kıyasla kızlar hayal ettikleri vücut ağırlığı ve formuna ulaşmak için sağlık personeline danışmadan sağlıksız diyet programları uygulamakta ve daha sık beslenme bozuklukları yaşanmaktadır (123, 124). Beslenme hataları sonucunda vücut gerekli enerjiyi besinlerden karşılayamadığında boy kısalığı, menstrual siklusa bozulmalar, kemik kırılabilirliğinin artması sonucu yaralanmalar gibi bir takım sağlık problemleri görülebilmektedir. Hayal edilen görüntüye ulaşamama sonucu meydana gelen hayal kırıklığı ve beden imajından memnun olmama bir takım psikolojik problemlere yol açarak ergeni yeme bozuğu hastalıklarına kadar götürebilmektedir (123).

Yanlış beslenme alışkanlıkları sonucu oluşan obezite ergenin kendine güvenini azaltmakta ve ruhsal problemler yaşamasını kolaylaştırmaktadır. Bu durum aile ve akranları tarafından kilolarından dolayı eleştirilen ergenin riskli sağlık davranışlarına yakınlığını artırmaktadır (125, 126).

Olumsuz aile ve akran ilişkileri bazı bireylerde negatif duygularını örtmek için gereğinden fazla yemeye neden olduğu gibi vücudun gerek duyduğu enerjiyi alamayacak kadar az yemeye de sonuçlanabilmektedir (127). Ergenlik dönemindeki yetersiz ve dengesiz beslenme davranışları ergenin fiziksel, cinsel, bilişsel ve duygusal gelişimini doğrudan etkilediğinden risk altındaki bu gruba yapılacak sağlıklı beslenme eğitimleri sağlıklı toplumlar oluşturma açısından oldukça önemlidir (121).

2.5.3. Fiziksel Aktivite Eksikliği

Obezitede yanlış beslenme alışkanlıkları kadar hareketsiz bir yaşam sürmenin de etkisi oldukça fazladır (128). Hareketsiz yaşam kilo artışına sebebiyet verdiği gibi ergenlik dönemindeki duygusal gelişimi de olumsuz etkiler. Fiziksel aktivite yapma ergenin kendini daha iyi hissetmesine neden olur. Böylelikle stresle baş etme mekanizmalarını geliştirir ve riskli sağlık davranışlarına yönelmemiş olur (129). Fiziksel aktivite kemik dayanıklılığını artırır, yaralanma ihtimalini azaltır, sağlıksız kilo alımının önüne geçerek obezite riskini azaltır, yaşamın ilerleyen evrelerinde hastalıklara yakalanma riskini düşürür (130).

2.5.4. Riskli Cinsel Davranışlar

Ergenlik dönemi bağımlılık yapıcı madde kullanımı, yetersiz ve dengesiz beslenme davranışları ve psikolojik problemlerin yanı sıra riskli cinsel davranışlarında görüldüğü

bir dönemdir (131). Ergen cinsel gelişiminde bir takım değişikliklerin olduğunun farkına varır. Cinselliğin devamlılığı ile ergen içinde yaşamış olduğu toplumun etik değerleri, inanışı ve kültürü ışığında şekillenir. Bu sebeple cinsel davranışlar farklı toplumlarda benzerlik göstermeyebilirler (132). Gelişmiş ülkelerde evlilikten önce cinsel ilişki, gelişme aşamasında olan ülkelere ise çocuk evlilikler ve beraberinde riskli gebelikler çoğunluktadır (133).

Ergenin riskli cinsel davranışlar sergilemesinde madde kullanımı oldukça etkilidir (134). Ergenlerde cinsel sağlık davranışları üzerine yapılan çalışmalar incelendiğinde ergenlik dönemindeki erkeklerin kızlara göre daha erken yaşta cinselliği deneyimlediklerini göstermektedir (135). Aile içi ilişkileri daha olumlu olan ergenlerin ise daha sağlıklı cinsel davranışlar sergilediği görülmektedir (136).

Cinsel yolla bulaşan hastalıkların yaygınlığının yüksek olmasının sebebi bilinçsiz ve korunmasız cinsel birlikteliklerdir. Bu yaygınlığın sebepleri arasında ergenlik döneminde yaşanan bilinçsiz cinsel davranışlarında katkısı vardır (137).

2.5.5. Şiddet ve Kasıtlı, Kasıtsız Yaralanmalara Neden Olan Davranışlar

Ergenlerin yaşadıkları duygular hormonal faktörlerden dolayı kararsız ve iniş çıkışlıdır. Bu süreç içerisinde ergen mevcut gerilimi farklı kanallara yönlendiremez ve kontrolünü sağlayamaz ise topluma uyum sağlamak ve hayatın doğal akışına devam etmekte zorlanabilir. Bir akran grubuna dâhil olan ergen sergilediği davranışların onaylanmadığını gördüğü zaman şiddet içerikli davranışlar sergileyebilir (138).

Ergenlik döneminde şiddet ve kasıtlı, kasıtsız yaralanmalara neden olan davranışlar üç grup altında incelenmektedir. Bunlar; şiddete yönelik davranışlar, trafik ile ilgili davranışlar, depresyon ve intihar davranışlarıdır (139).

2.5.5.1. Şiddete Yönelik Davranışlar

Ergenlikte birey çevresel faktörlerin etkisinde kalmaktadır. Maddi imkânsızlıklar, aile içi kavgalar ve anlaşmazlıklar, ailenin çocukların bakımını ve sorumluluğunu üstlenemiyor olmaları ergenlerin şiddete meyil etmesini kolaylaştırabilir (140). Ergen ailesinden görerek öğrendiği şiddet içerikli davranışları benimseyerek olumsuz davranış değişikliklerine gidebilir (141).

Ergenler geleceğe bir takım davranışlar iletmede kaynak görevindedir (142). Aile ve akran grupları arasında sürekli stres, korku ve şiddet içerisinde yaşayan çocuklar

zamanla zihinsel olarak bu davranışı normal olarak kabul eder ve sinirlendikleri zaman karşıdaki kişiye şiddet uygulamaya başlarlar ve kişi için bu davranışlar zamanla normal olarak nitelendirilebilir (143, 144).

Ergenlik dönemindeki erkekler kızlara göre çevresine daha fazla şiddet içerikli davranışlar sergileyebilmektedirler (145). Ülkemizde bu durumun sebebi toplumun erkeklerin riskli davranışlarına daha hoşgörülü yaklaşımlar sergiliyor olmasıdır (116). Erkekler daha sıklıkla fiziksel şiddet içerikli davranışları, kızlar sözel şiddet içerikli hakaretleri sergilemektedir (146).

2.5.5.2. Trafik ile İlgili Davranışlar

Ergenlik döneminde ölüm sebepleri arasında birinci sırada trafik kazaları yer almaktadır ve 2016 yılındaki kazalarda toplamda 760 çocuk ölmüştür. Bunların %55.4'ünü 10-17 yaş arası çocuklar oluşturmaktadır (147). Ergenlik döneminde en çok gözlenen riskli sağlık davranışı ise motorlu araç kullanımıdır. Motorlu aracı kullanacak yaşa gelmeden kullanma, yüksek süratle araç kullanma, alkollü olarak araç kullanma, emniyet kemeri takmamak en çok karşılaşılan trafikle ilgili riskli sağlık davranışlarıdır. Alkollü araç kullanımı refleksleri yavaşlatarak kazalara sebep olmaktadır. Bu bilinçsiz davranışlar beraberinde sakatlık ve ölümü getirmektedir (139, 148). Ergenler davranışlarının olumsuz sonuçlarının olacağını bilmelerine rağmen bu davranışları bir güç gösterisi olarak sergileyebilmektedirler (149).

2.5.5.3. Depresyon ve İntihar Davranışları

Ergenin deneyimlemiş olduğu depresyon, madde kullanımına, riskli cinsel davranışlara, fiziksel şiddet gibi riskli sağlık davranışlarına sebep olabilmektedir (150). Ergenlik dönemi duygusal gelişimin çalkantılı olabileceği bir evre olduğundan depresif ruh hali ile depresyon arasındaki farkın doğru yapılmış olması gerekmektedir. Depresif duygu durumunun süresi ve şiddetinin artması ergeni depresyona sürükleyebilmektedir (151).

İntihar ise kişinin ölmek istemesiyle kendi kendine uygulamış olduğu geri dönüşü olmayan davranıştır. Birey eğer davranışının sonucunda ölmemiş ise bu duruma intihar girişimi denmektedir (152). İntihar girişiminde bulunan ergenlerin akran gruplarına kıyasla benlik saygısı daha düşüktür (17).

Aile ilişkileri kopuk ve sorumsuz anne babaya sahip olmak, ihmal ve istismara maruz kalmak veya aile bireylerinden birinin madde bağımlısı olması ergeni depresyon ve beraberinde intihar gibi riskli sağlık davranışlarına sürükleyebilmektedir (153, 154).

Ergenin intihar eylemini tekrarlayacak olmasındaki risk faktörleri önceki intihar girişimleri, ailevi problemler, bağımlılık yapıcı madde kullanımı ve ruhsal problemlerdir (155-157). İntihar teşebbüsünde bulunan ergenlerin yüksek oranda ruhsal bozukluklara sahip oldukları ve intihara eğilimli oldukları belirlenmiştir (158-160). Araştırmalar kızların intihar eğilimine daha yatkın olduklarını ve kız ergenlerin daha fazla intihar girişiminde bulunduklarını göstermektedir (158, 161-164). Tamamlanmış intiharlar ise erkek ergen gruplarında daha yüksektir. Bunun nedeninin erkeklerin genellikle ateşli silah gibi daha mutlak sonlu bir yöntem seçmeleri, kızların ise ilaç kullanımı gibi daha yavaş ve geri dönüşü olan yöntemleri seçmelerinden kaynaklanmaktadır (165, 166).

2.5.6. Okul Terki

Korunmaya ihtiyacı olan çocukların ailelerinden ayrılmaları sonucu yaşadıkları yalnızlık ruhsal sorunlara yol açarak akademik başarının düşmesine ve beraberinde çocuğu okul terkine götürebilmektedir (96). Ergenin akademik başarısı arttıkça riskli sağlık davranışlarına yönelme ihtimali düşmektedir (72). Okul terki üzerine yapılan araştırmalar ergenin yaşı arttıkça okul terkinde arttığını göstermektedir (113, 167).

2.5.7. Dijital Araçların Aşırı Kullanımı

Birçok farklı sebepten dolayı ailelerinden ayrılmış olan çocukların şuan ve gelecekteki bilinmezlikleri onları korunmaya ihtiyacı olan çocuk durumuna sokmuştur (168). Başta korunmaya ihtiyacı olan bu ergenler olmak üzere aileleri tarafından destek göremeyen çocuklar riskli sağlık davranışları yönünden tehdit oluşturmaktadır. Çünkü bu ergenler sosyal destekten yoksun ve yalnızlıkları ile baş başa kalmıştır. Günümüzde dijital araçların aşırı kullanımıyla ergen yalnızlık duygusunu gidermeye çalışmaktadır. Bu araçlar gelişime katkı sağladığı gibi aşırı ve bilinçsiz kullanım sonucu istenmeyen durumlara sebebiyet verebilmektedir (96). Yalnızlık dijital araç kullanımına bağımlılığı arttırdığı kadar, internette geçirilen sürenin artmasına ve ergeni yalnızlığa sürükleyerek ruh sağlığını bozmaktadır (169, 170).

Dijital araçlara bağımlılığı artıran en büyük etken internet varlığıdır. Durualp ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada ergenlerin %66'sının internet bağımlısı olduğu

sonucuna varılmıştır (96). Dijital araçların ve internetin ergen davranışları üzerindeki etkileri azımsanamaz ölçüdedir (171). İnternetin olumsuz etkilerinden koruyabilmek için riskli sitelere girişi önleyecek engellerin olması, ergenlerin destek gruplarının artırılması, zamanlarını daha etkili değerlendirebilecekleri aktivitelere yönlendirilmeleri, aktivite alanlarının çoğaltılması gerekmektedir (148).

2.6. Riskli Sağlık Davranışlarını Önlemede Hemşirenin Rolü

Ergenin riskli sağlık davranışlarına yatkınlığını ve çevresel risk faktörlerini belirleyerek erken dönemde eğitici ve koruyucu hizmetler vermek bu grupla birlikte olan meslek disiplinlerine aittir. Bu noktada hemşirenin rolleri arasında olan koruyucu, eğitici, savunucu rolünü üstlenmesi ve ergenin menfaatine çalışması oldukça önemlidir (139). Ergen grupla çalışan tüm meslek disiplinleri öncelikle riskli sağlık davranışlarını bilmeli ve risk altındaki bireyleri tanımlayabilmelidir. Riskli sağlık davranışlarını azaltacak eğitim programları planlanarak risk altındaki ergenler üzerinde uygulanmalı ve sonuçları değerlendirilmelidir (172).

Okulda ve kurumda çalışan hemşireler ergenlere sağlıkla ilişkili doğru bilgiler aktarmada anahtar görevi üstlenmektedirler. Ergenlerle birlikte çalışan hemşireler hastalıklardan ve risklerden nasıl korunabilecekleri, pozitif sağlık davranışlarını nasıl geliştirebilecekleri ve ergenin nasıl bir yol izlemesi gerektiği konusunda eğitimler vermelidir (173).

Hemşire sağlıklı davranışların gelişimini sağlarken ergeni çevresi ve ailesiyle birlikte ele almalıdır. Bu hususta eğitimlere mutlaka aile, okul çalışanları, akran grubu ve korunmaya ihtiyacı olan çocuk ise çocuktan sorumlu kurum çalışanları ile birlikte bütünsel bir çalışma yürütülmelidir (110). Öncelikli hedef zarar görmeden bilinçli bir toplum oluşturmak olmalıdır.

Ergenin yaşadığı duygu durumunu ve içinde bulunduğu süreci anlatabilmesi, soru sormaya özendirilmesi için sosyal destek öğeleri oldukça önemlidir (12, 110). Çalışmalar kendine güven duyan ergenlerin riskli sağlık davranışlarından kaçındıklarını göstermektedir (174). O halde hemşire bu amaçla disiplinler arası çalışarak öğrencinin kendine duyduğu özgüveni artırıcı çalışmalar yapmalıdır.

Kurum ve okul hemşireleri tarafından, cinsel gelişim sürecinde olan ergene cinsel sağlığı koruma ve geliştirme eğitimleri verilmelidir. Bu sebeple riskli cinsel davranışlardan

korunmak için çocukluktan itibaren cinselliğe hazırlayıcı eğitim programları oluşturulmalıdır (12). Ergenler arasında sıklıkla karşılaşılan sigara kullanmak gibi bağımlılık yapıcı maddelere karşı düzenli tarama programları yapılarak bu gibi riskler en aza indirilmelidir (110).

2.7. Ergenlik Döneminde Akran Baskısı

2.7.1. Ergenlik Döneminde Akran Baskısı ve Görülme Nedenleri

Ergenlik bireyin kendini tanımaya yoğunlaştığı, çevreyle iletişimin arttığı bir dönemdir. Birey etik değerlere ve toplumsal öğelere uyum için çaba harcar, kim olduğunu sorgulamaya başlar, gelecekte ne yapmak istediğini düşünür ve bu süreci başarılı ilerletmeyi amaçlar (175). Ergenlik dönemi bireyin kendini keşfedebilmesi için imkânlar sunmakta olsa da riskli sağlık davranışları en fazla ergenlik döneminde görülmekte ve bu durumun sebebi genellikle ergenin ailesinin, çevresinin ve akranlarının baskısı altında kalmasından kaynaklandığı bilinmektedir (176).

Akran kavramı, benzer yaş aralığındaki bireyleri ifade etmektedir (177). Akran baskısı ise kişinin niyeti sorulmaksızın bir eylemi gerçekleştirmek veya gerçekleştirmemek için akran gruplarından görmüş oldukları baskı olarak tanımlanır (15). Santor ve arkadaşları da aynı noktaya değinerek akran baskısını, benzer yaş grubundaki bireylerin ergenin bir şeyi yapması için üstelemeleri olarak ifade etmişlerdir (178).

Akran baskısı ergenin bir gruba ait olmayı istemesi sonucu grup üyeleri tarafından ergenin istemediği davranışlar sergilemesine neden olabilmekte ve gruba dâhil olamayan ergenlerin akran baskısına maruz kaldıkları belirtilmektedir (179). Olumlu aile ilişkileri akran baskısını deneyimleme ihtimalini azaltmaktadır (180). Korunmaya ihtiyacı olan çocuklar ergenlik döneminde yoğun duygusal karışıklıklar yaşayabilmektedirler. Bu süreçte maalesef aile desteği azalan çocuğun yeni bir çevre edinmesiyle birlikte akranlarından görmüş olduğu destek artmaktadır. Akranlarından destek gören ergen zamanla ait olduğu grubun kontrolüne girmekte ve bu süreç kimi zaman beraberinde akran baskısını getirmektedir (181).

Akran baskısı görmekle cinsiyet arasında ilişkiye bakıldığı zaman, cinsiyete göre erkekler ile kızların eşit seviyede baskı yaşadıklarını gösteren çalışmalar bulunmakla birlikte (182) akran baskısına uğrayan erkeklerin sayılarının kızlara göre daha yüksek olduğunu gösteren çalışmalarda mevcuttur (174, 183).

2.7.2. Akran Baskısının Ergen Üzerindeki Etkileri

Çocukluk sürecinden ergenliğe geçerken fiziksel, cinsel, zihinsel ve bilişsel, sosyal ve duygusal olarak büyük bir gelişim süreci içerisinde bulunan bireyin tüm gelişim basamaklarında akranlarının etkisi oldukça önemlidir (184). Akran grupları gelişim süreci içerisinde olan ergenin olumlu ve olumsuz davranış değişiklikleri sergilemesinde önemli bir unsurdur (185). Ergenin akran grubuna ait olamaması beraberinde yalnızlık hissettirip benlik saygısının gelişimini engelleyebilir. Olumlu kurulacak akran ilişkileride daha sağlıklı birey olmada oldukça etkilidir (186).

Akran baskısı ergen üzerinde bir dizi istenmeyen sonuçlara sebebiyet vermektedir. Bunlar:

- Akran baskısı gören ergenler akran baskısı görmeyenlere göre daha yüksek seviyede depresyon yaşamakta ve gelecek konusunda daha endişeli olmaktadır (187).
- Akran baskısı gören ergenlerin riskli sağlık davranışları gösterme eğilimleri artmaktadır (188).
- Akran baskısıyla birlikte negatif ilişkiler kuran ergen çevresiyle güven bağları kuramamakta, mevcut problemleriyle baş edecek gücü kendilerinde bulamamakta ve bunların sonucunda madde kullanımı riski artmaktadır (189).
- Akran baskısının bir sonucu olan düşük belik saygısı gelişim döneminde olan ergenin fiziksel görüntüsü üzerine değişikliklere neden olmaktadır. Kızların kilo verme eğilimine gitmelerinin, erkeklerin de ise daha kaslı bir görünüme ulaşmak istemelerinin önemli bir sebebidir (190).
- Çağımızın problemi olan internet bağımlılığı ve riskli internet kullanımı akran grubuna dâhil olamama ve akran baskısı sonucu gözlemlenebilmektedir (191).

2.7.3. Akran Baskısını Önlemede Hemşirenin Rolü

Ergenlik dönemi sosyalleşme süreci açısından çalkantılı bir dönemdir. Bu dönemde akran grubuna ait olamayan, akran baskısı gören ergenlerin yalnızlık yaşadıkları ve riskli sağlık davranışlarına yöneldikleri görülmektedir (188). Ergenin akran baskısını belirlemede hemşirenin rolü oldukça önemlidir. Hemşireler çocuğun başarı notuna doğrudan etkisi olmadığı için daha kolay güven ilişkisi kurabilir ve akran baskısının azalmasına katkı sağlayabilirler. Hemşireler baş ağrısı, kusma, idrar kaçırma sorunu, gece kâbusları gibi

stresin neden olduğu problemler ile devamsızlık yapan ve akran baskısına uğrayan çocukları daha kolay tanılayabilir (192).

Öncelikle hemşire ergenin temel ihtiyaçlarını saptamalıdır. Ergenin nasıl bir süreç içerinden geçtiği ve neler yaşadığını bilmeli buna göre sosyal desteği nasıl artıracığına karar vermelidir. Hemşire ergenin özgüven duygusunu yükseltmek için olumlu hobilere yönlendirilmeli, güven verici davranışları ile akran baskısına uğramanın utanılacak bir durum olmadığını ergene anlatmalı, akranları ile olumlu ilişkiler kurmasına yardımcı olacak adımlar oluşturularak ergenin maruz kalacağı akran baskısı azaltılarak yok edilmelidir. Hemşire daha sabırlı olmalı ve ergenle arasında güven duygusunu pekiştirecek adımları izlemelidir (174, 193).

Akran baskısını önlemeye yönelik olarak hemşirenin rolleri dört boyutta toplanmıştır. Bunlar; davranışın tanınması, danışmanlık yapılması, sağlığı koruma ve geliştirmeye yönelik programların uygulanması, akran baskısını önlemek için yeni ölçüm araçlarının geliştirilmesidir (194). Multidisipliner yaklaşımın etkinliği kullanılarak kurum çalışanları, okul öğretmenleri, okul psikolojik danışmanı, okul ve kurum hemşiresi bir arada çalışırken ergenlerde akran baskısını minimum seviyeye düşürmek adına sahip olunması istenilen yetileri öğretme hedefiyle psiko-eğitsel programlar oluşturulmalıdır. Korunmaya ihtiyacı olan çocuklarda eğer dâhil edilebiliyorsa aile, dâhil edilemiyorsa çocuğun bakım ve korunmasından sorumlu kişilerle iş birliği içerisinde olunmalıdır (175). Hemşirenin en önemli görevlerinden biri olan sağlığı geliştirme ve sağlıklı yaşam alışkanlıkları oluşturma görevini yerine getirecek şekilde bu grubu daha yakından takip etmelidir (173).

3. GEREÇ ve YÖNTEM

Araştırmanın bu bölümünde; araştırmanın amacı ve tipi, yapıldığı yer ve zaman, evreni ve örnekleme, araştırmaya kabul edilme ölçütleri, veri toplama araçları, veri toplama süreci, araştırmanın sınırlılığı, yasal izni ve etik kurul onayı, verilerin analizi ve değerlendirilmesi hakkında bilgiler sunuldu.

3.1. Araştırmanın Amacı ve Tipi

Araştırma, korunmaya ihtiyacı olan 12-18 yaş grubu çocukların riskli sağlık davranışlarının ve akran baskısının değerlendirilmesi amacı ile tanımlayıcı tipte gerçekleştirildi.

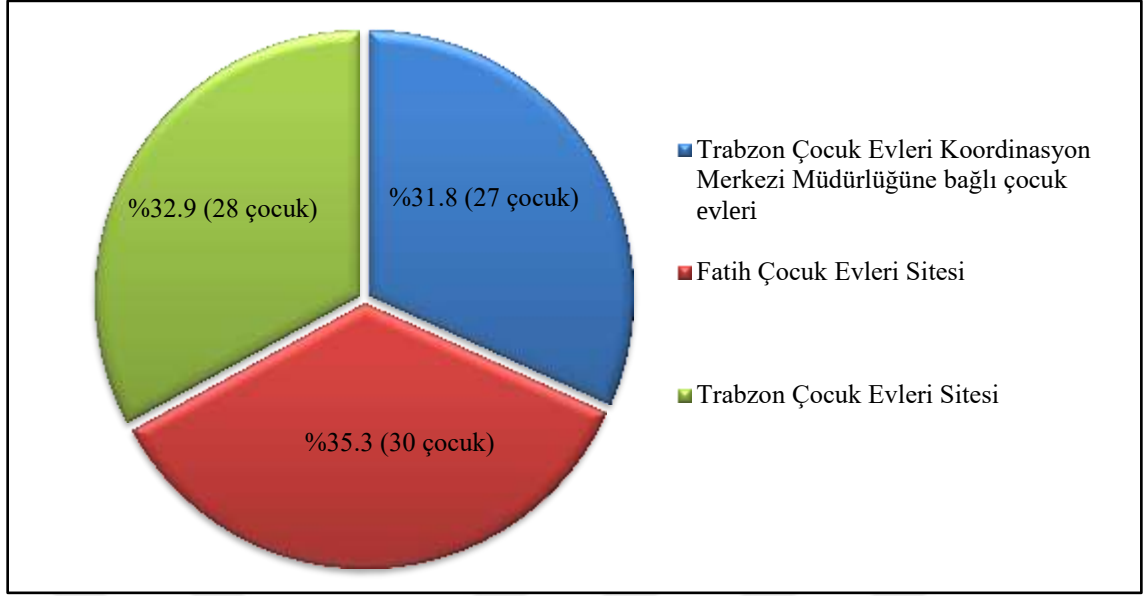
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırma 25.02.2019 ile 31.05.2019 tarihleri arasında Trabzon Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler İl Müdürlüğü'ne bağlı Trabzon Çocuk Evleri Sitesi, Fatih Çocuk Evleri Sitesi ve Trabzon Çocuk Evleri Koordinasyon Merkezi Müdürlüğü'ne bağlı çocuk evlerinde yürütüldü.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örnekleme

Araştırmanın evrenini Trabzon il merkezinde bulunan Trabzon Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler İl Müdürlüğü'ne bağlı Trabzon Çocuk Evleri Sitesi, Fatih Çocuk Evleri Sitesi ve Trabzon Çocuk Evleri Koordinasyon Merkezi Müdürlüğü'ne bağlı çocuk evlerinde kalan koruma altındaki 12-18 yaş aralığındaki toplam 92 çocuk oluşturdu. Araştırmada örneklem seçimine gidilmeyip evrenin tamamına ulaşmak hedeflendi. Ancak, veri toplama araçlarının uygulandığı dönemde iki çocuğun ana dili farklı olduğu, iki çocuğun izinli olduğu, bir çocuğun cezaevinde olduğu, bir çocuğun idari işlemleri henüz tamamlanmadığı ve bir çocuğunda araştırmaya katılmayı kabul etmediği için toplamda yedi çocuk araştırmaya dâhil edilemedi. Araştırma bu üç kuruma bağlı evlerde kalan 12-18 yaş aralığındaki toplam 85 çocuk ile yapıldı.

Çocukların yaşadıkları kurumlara göre dağılımı Şekil 14'de verildi.



Şekil 14. Korunma altına alınmış çocukların yaşadıkları kurumlara göre dağılımı

Trabzon Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler İl Müdürlüğü'ne bağlı Trabzon Çocuk Evleri Sitesi, Fatih Çocuk Evleri Sitesi ve Trabzon Çocuk Evleri Koordinasyon Merkezi Müdürlüğü'ne bağlı çocuk evlerinde kalan araştırmaya katılmayı kabul eden 85 çocuğun %35.3'ü Fatih Çocuk Evleri Sitesi'nde, %32.9'u Trabzon Çocuk Evleri Sitesi'nde, %31.8'i Trabzon Çocuk Evleri Koordinasyon Merkezi Müdürlüğü'ne bağlı çocuk evlerinde yaşamaktadır (Şekil 12).

3.4. Araştırmaya Kabul Edilme Ölçütleri

Araştırmanın örneklemine alınan korunmaya alınmış çocuklar aşağıda belirtilen kabul ölçütlerine göre belirlendi.

- Trabzon Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler İl Müdürlüğü'ne bağlı; Trabzon Çocuk Evleri Sitesi, Fatih Çocuk Evleri Sitesi ve Trabzon Çocuk Evleri Koordinasyon Merkezi Müdürlükleri'ne bağlı çocuk evlerinde kalıyor olmak.
- 12-18 yaş arasında olmak.
- İletişim ve mental sorunu olmamak.
- Okuyabilmek ve yazabilmek.
- Araştırmaya gönüllü katılmayı istemek.

3.5. Veri Toplama Araçları

Araştırmada veri toplama aracı olarak “Tanımlayıcı Bilgi Formu”, “Riskli Sağlık Davranışları Anketi” ve “Akran Baskısı Anketi” kullanıldı.

3.5.1. Tanımlayıcı Bilgi Formu (Ek 1)

Tanımlayıcı bilgi formu korunma altına alınmış çocuğa yönelik sosyodemografik bilgilerden oluşmakta olup ilgili literatürler doğrultusunda (120, 123, 126, 176) araştırmacılar tarafından uzman görüşü alınarak hazırlandı. Soru formu çocuğun yaşı, cinsiyeti, boyu, kilosu (boyu ve kilosu kurum hemşiresinin düzenli ölçüm sonuçlarından elde edildi), öğrenim gördüğü sınıf, kardeş sayısı, başarı durumu, kendini mutlu hissediyor olma durumu, sağlık durumunu nasıl algıladığı, sağlık probleminin varlığı (psikiyatrik, endokrin sistem, solunum sistemi, gastrointestinal sistem) ve türü, akran ilişkilerini nasıl değerlendirdiği, okul türü ve okulda problem yaşadığı zaman ilk kiminle paylaştığını öğrenmek amacıyla 13 sorudan oluşmaktadır.

3.5.2. Riskli Sağlık Davranışları Anketi (Ek 2)

Riskli Sağlık Davranışları Anketi ilgili literatür doğrultusunda (96, 100, 105, 122, 130, 139) korunma altına alınmış çocuğu riskli davranışlara teşvik etmeyecek şekilde CDC’nin YRBSS anket soruları temel alınarak T.C. Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı ve Trabzon Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler İl Müdürlüğü bünyesinde çalışan uzmanların görüşleri çerçevesinde araştırmacılar tarafından hazırlandı.

Riskli Sağlık Davranışları Anketi beslenme (düzenli beslenmeye dikkat etme durumu, öğün atlama durumu, her gün meyve tüketme vd.), yaralanmalar (motosiklete bindiğinde kask takma, emniyet kemeri takma vd.), fiziksel aktivite (haftalık egzersiz sıklığı, günlük televizyon izleme saati vd.), hijyen (ellerini yıkama, dişlerini fırçalama vd.), sağlık davranışları (doktora danışmadan ağrı kesici alma durumu, sağlık personeline danışmadan diyet yapma vd.) olmak üzere 5 başlık altında toplam 26 sorudan oluşmaktadır.

3.5.3. Akran Baskısı Anketi (Ek 3)

Akran Baskısı Anketi korunma altına alınmış çocuğa zarar vermeyecek bir biçimde literatür ışığında (178, 179, 182, 183, 190). T.C. Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı ve Trabzon Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler İl Müdürlüğü bünyesinde çalışan

uzmanların görüşleri alınarak araştırmacılar tarafından hazırlanmış olup çocuğun günlük yaşamında karşılaştığı durumları rahatlıkla cevaplayabileceği 17 sorudan oluşmaktadır.

3.6. Verilerin Toplama Süreci

Araştırmanın verileri, araştırmacılar tarafından oluşturulmuş soru formları (Ek 1-3) kullanılarak, çalışmaya dâhil edilme koşullarını karşılayan ve çalışmaya katılımında gönüllü, 12-18 yaş arasındaki korunma altına alınmış 85 çocukla yüz yüze görüşülerek 10-15 dakika içerisinde toplandı.

Etik kurul ve kurum izni alındıktan sonra Trabzon Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler İl Müdürlüğü'nün koordinasyonundaki kurum yöneticilerinin gözetiminde ve denetiminde, uygun tarih ve saat belirlenerek kurum işleyişi ve çocukların günlük yaşam programını aksatmayacak şekilde mesai saatleri içerisinde araştırma yürütüldü.

Tüm kurumlar farklı günlerde ziyaret edildi. Trabzon Çocuk Evleri Sitesi ve Fatih Çocuk Evleri Sitesi çocukların toplu yaşadığı site alanları olduğu için ve çocuklarla diğer çocuklar olmadan görüşebilmek için çocukların yaşadıkları evlerde veriler 25.02.2019 ile 31.05.2019 tarihleri arasında toplandı.

Araştırmaya başlamadan önce çocuklara konu ile ilgili bilgi verilmiş araştırmaya yönelik soruları yanıtlanmış ve araştırmaya katılmayı kabul edenlerin sözel ve yazılı onamları alınarak bilgilendirilmiş onam ilkesi yerine getirildi (EK-4). Elde edilecek kimlik bilgilerinin ve özel hayatın gizliliğine riayet edilerek, ses ve görüntü kaydı alınmaksızın ve fotoğraf çekimi yapılmaksızın, çocukların kişisel özgürlükleri ve kişilik hakları korunacak ve güvenliklerine zarar gelmeyecek şekilde araştırma yürütüldü.

Araştırmanın iş akış şeması ise Şekil 15'te belirtildi.



Şekil 15. Araştırmanın iş akış şeması

3.7. Araştırmanın Sınırlılıkları

Bu araştırmada yalnızca Trabzon il merkezinde bulunan Trabzon Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler İl Müdürlüğü'ne bağlı; Trabzon Çocuk Evleri Sitesi, Fatih Çocuk Evleri Sitesi ve Trabzon Çocuk Evleri Koordinasyon Merkezi Müdürlükleri'ne bağlı çocuk evlerinde kalan korunma altındaki çocukların görüşlerinden oluşması araştırmanın sınırlılığı olarak görüldü.

3.8. Araştırmanın Yasal İzni ve Etik Kurul Onayı

Araştırmanın Trabzon Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler İl Müdürlüğü'ne bağlı Trabzon Çocuk Evleri Sitesi, Fatih Çocuk Evleri Sitesi ve Trabzon Çocuk Evleri Koordinasyon Merkezi Müdürlüğü'ne bağlı çocuk evlerinde yürütülebilmesi için

Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Başkanlığı'ndan 22.11.2018 tarihli ve 24237859-713 sayılı etik kurul onayı alındı (Ek-5). Sonrasında T.C. Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı'na çalışma talebi iletilen ilgili talep Bakan Yardımcılığı makamının 20.02.2019 tarihli ve E.468091 sayılı oluru ile uygun görüldü ve kurum izni alındı (Ek-6).

3.9. Verilerin Analizi ve Değerlendirilmesi

Araştırmanın verileri sayı ve yüzde dağılımlar, standart sapma, mod, median, minimum ve maximum ile analiz edilebilmesi için SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) 24.0 programı kullanıldı. Ayrıca iki değişkenin karşılaştırılmasında Ki-Kare Bağımsızlık Testi kullanıldı.

4. BULGULAR

Korunmaya ihtiyacı olan 12-18 yaş grubu çocukların riskli sağlık davranışlarının ve akran baskısının değerlendirilmesine yönelik yapılan bu araştırmada elde edilen bulgular üç bölümde verildi.

Birinci bölümde çocukların sosyodemografik özelliklerine, ikinci bölümde riskli sağlık davranışlarına, üçüncü bölümde ise akran baskısına ilişkin bulguların dağılımlarına yer verildi.

4.1. Araştırmaya Katılan Çocukların Sosyo-Demografik zelliklerine İlişkin Bulgular

Araştırmaya katılan çocukların sosyo-demografik özelliklerine ilişkin zellikleri Tablo 1’de sunuldu.

Tablo 1. Çocukların sosyo-demografik özellikleri

Değişken	Kategori	n	%
Cinsiyet	Kız	46	54.1
	Erkek	39	45.9
Yaş Grubu	≤ 13 yaş	12	14.1
	14-16 yaş	37	43.5
	≥ 17 yaş	36	43.4
	Yaş ortalaması (yıl)	15.73±1.78	
Kardeş Sayısı	Kardeşi yok	5	5.9
	1 kardeş	2	2.4
	2 kardeş	15	17.6
	≥ 3 kardeş	63	74.1
Öğrenim Gördüğü Sınıf	4	1	1.2
	5-8	20	23.6
	9-12	64	75.3
Öğrenim Gördüğü Okul Türü	Mesleki ve Teknik Anadolu Lisesi	33	38.8
	Orta Öğretim	13	15.3
	Anadolu Lisesi	12	14.1
	Özel Eğitim Meslek Okulu	8	9.4
	Özel Orta Öğretim	6	7.1
	Açık Öğretim Lisesi	6	7.1
	Anadolu İmam Hatip Lisesi	3	3.5
	Özel Anadolu Lisesi	2	2.4
	Spor Meslek Lisesi	1	1.2
Genel Başarısını Algılama Durumu	Fen Lisesi	1	1.2
	Çok iyi	14	16.5
	İyi	25	29.4
	Orta	36	42.4
Genel Olarak Kendini Mutlu Hissetme Durumu	Kötü	10	11.8
	Evet	30	35.3
	Hayır	19	22.4
	Bazen	36	42.4
Arkadaş İlişkileri Algısı	Olumlu	66	77.6
	Olumsuz	19	22.4
Sorunlarını İlk Kiminle Paylaştığı	Kardeşiyle	31	36.5
	Kurumdaki öğretmenleriyle	19	22.4
	Arkadaşlarıyla	18	21.2
	Okuldaki öğretmenleriyle	15	17.6
	Paylaşmıyor	2	2.4
Toplam		85	100.0

Araştırmaya katılan çocukların yaş ortalamalarının 15.73 ± 1.78 (Min:12-Max:18), %54.1'inin cinsiyetinin kız olduğu ve %74.1'inin üç ve üzerinde kardeşinin olduğu belirlendi. Çocukların %75.3'ünün lise düzeyinde öğrenim gördüğü, %38.8'inin mesleki ve teknik anadolu lisesinde okuduğu, %42.4'ünün kendi genel başarısını orta seviyede algıladığı belirlendi. Çocukların %35.3'ü kendini mutlu hissettiğini, %77.6'sı arkadaş ilişkilerini olumlu olarak algıladığını ve %36.5'i yaşadıkları sorunları ilk önce kardeşiyle paylaştığını ifade etti (Tablo 1).

Korunma altına alınmış çocukların sağlık durumlarına ilişkin özelliklerinin dağılımı Tablo 2'de verildi.

Tablo 2. Çocukların sağlık durumlarına ilişkin özellikleri

Değişken	Kategori	n	%
Beden Kitle İndeksi (BKİ)	< 18.50	16	18.8
	18.50-24.99	56	65.9
	25.00-29.99	8	9.4
	≥ 30	5	5.9
	BKİ ortalaması	22.02 $\pm$ 5.15	(Min:14.2-Max:49.49)
Sağlığını Nasıl Algıladığı	İyi	38	44.7
	Orta	42	49.4
	Kötü	5	5.9
Sağlık Sorunu Varlığı	Var	55	64.7
	Yok	30	35.3
Sağlık Sorununun Türü	Psikiyatrik ¹	35	41.2
	Endokrin Sistem ²	17	15.4
	Solunum Sistemi ³	2	2.4
	Gastrointestinal Sistem ⁴	1	1.2
Toplam		85	100.0

1: Depresyon, tırnak yeme, tik bozuklukları, travma sonrası stres bozukluğu, uyku problemleri, 2: Polikistik over sendromu, obezite, diyabet, hipertiroidi, hipertansiyon, 3: Bronşit, 4: Gastrit

Çocukların BKİ değerlendirildiğinde; %65.9'unun normal kiloya sahip olduğu ve %49.4'ü sağlık durumunu orta düzeyde algıladığı görüldü. Çocukların %64.7'si sağlık problemi olduğunu ve %41.2'si psikiyatrik bir probleme sahip olduğunu belirtti (Tablo 2).

4.2. Çocukların Riskli Sağlık Davranışlarına İlişkin Bulgular

Bu bölümde beslenme, kaza ve yaralanmalar, fiziksel aktivite, hijyen, sağlıklı yaşam davranışları alt başlıklarında çocukların riskli sağlık davranışlarının dağılımları yer almaktadır.

Korunma altına alınmış çocukların beslenme davranışlarına ilişkin özelliklerinin dağılımı Tablo 3'te verildi.

Tablo 3. Çocukların beslenme davranışlarına ilişkin özellikleri

Değişken	n	%
Düzenli beslenmeye dikkat etme durumu		
Evet	37	43.5
Hayır	48	56.5
Öğün atlama durumu		
Evet	58	68.2
Hayır	27	31.8
Kahvaltı yapmadan okula gitme durumu		
Evet	52	61.2
Hayır	33	38.8
Günlük en az 6-8 bardak su içme durumu		
Evet	36	42.4
Hayır	49	57.6
Her gün meyve tüketme durumu		
Evet	41	48.2
Hayır	44	51.8
Her gün protein içeren besin tüketme durumu		
Evet	61	71.8
Hayır	24	28.2
Her gün süt ve süt ürünleri tüketme durumu		
Evet	59	69.4
Hayır	26	30.6
Her gün fastfood türü yiyecekleri tüketme durumu		
Evet	44	51.8
Hayır	41	48.2
Her gün paketli ürünler tüketme durumu		
Evet	52	61.2
Hayır	33	38.8
Toplam	85	100.0

Çocukların %56.5'inin ise düzenli beslenmeye dikkat etmediği, %68.2'sinin öğün atladığı, %61.2'sinin kahvaltı yapmadan okula gittiği belirlendi. Çocukların %57.6'sının günlük en az 6-8 bardak su içmediği, %48.2'sinin her gün meyve, %71.8'inin protein içeren besinler, %69.4'ünün süt ve süt ürünleri, %51.8'inin fast food türü yiyecekleri, %61.2'sinin paketli ürünleri tükettiği saptandı (Tablo 3).

Korunma altına alınmış çocukların kasıtlı ve kasıtsız yaralanmalara ilişkin özelliklerinin dağılımı Tablo 4'te verildi.

Tablo 4. Çocukların yaralanmalara ilişkin özellikleri

Değişken	n	%
Daha önce motosiklete binme durumu		
Evet	25	29.4
Hayır	60	70.6
Daha önce bisiklete binme durumu		
Evet	68	80.0
Hayır	17	20.0
Motosiklete bindiğinde kask takma durumu (n=25)		
Evet	8	32.0
Hayır	17	68.0
Bisiklet kullanırken kask takma durumu (n=68)		
Evet	6	8.8
Hayır	62	91.2
Tehlikeli sporlardan uzak durma durumu		
Evet	39	45.9
Hayır	46	54.1
Emniyet kemeri takma durumu		
Evet	13	15.3
Hayır	72	84.7
Toplam	85	100.0

Çocukların %20.0'ının hiç bisiklet kullanmadığı, %70.6'sının ise motosiklet kullandığı, %68.0'ının motosiklete binerken, %91.2'sinin de bisiklet kullanırken kask takmadığı saptandı. Çocukların %45.9'u tehlikeli sporlardan uzak durduğunu ve sadece %15.3'ü servise ya da arabaya bindiğinde emniyet kemeri taktığını belirtti (Tablo 4).

Korunma altına alınmış çocukların fiziksel aktiviteye ilişkin özelliklerinin dağılımı Tablo 5'te verildi.

Tablo 5. Çocukların fiziksel aktiviteye ilişkin özellikleri

Değişken	n	%
Haftalık egzersiz sıklığı		
<3 gün	34	40.0
≥3 gün	18	21.2
Hiç egzersiz yapmam	33	38.8
Günlük televizyon izleme durumu		
Hiç izlemiyorum	15	17.6
1-2 saat	45	52.9
≥3 saat	25	29.4
Günde ortalama bilgisayar ve telefon kullanma durumu		
Hiç kullanmıyorum	20	23.5
1-2 saat	32	37.6
≥3 saat	33	38.8
Düzenli uyku uyumaya dikkat etme durumu		
Evet	48	56.5
Hayır	37	43.5
Toplam	85	100.0

Çocukların %38.8'inin hiç egzersiz yapmadığını, %29.4'ünün üç saat ve üzerinde televizyon izlediği, %38.8'inin üç saat ve üzerinde bilgisayar ve telefon kullandığı belirlendi. Çocukların %56.5'i düzenli uyku uyumaya dikkat ettiği saptandı (Tablo 5).

Korunma altına alınmış çocukların hijyen davranışına ilişkin özelliklerinin dağılımı Tablo 6'da verildi.

Tablo 6. Çocukların hijyen davranışına ilişkin özellikleri

Değişken	n	%
Tuvalete girmeden önce ellerini sabunla yıkama durumu		
Evet	28	32.9
Hayır	57	67.1
Tuvaletten çıktıktan sonra ellerini sabunla yıkama durumu		
Evet	84	98.8
Hayır	1	1.2
Yemek yemeden önce ellerini yıkama durumu		
Evet	71	83.5
Hayır	14	16.5
Yemek yedikten sonra dişlerini fırçalama durumu		
Evet	49	57.6
Hayır	36	42.4
Hafta da en az bir kez banyo yapma durumu		
Evet	79	92.9
Hayır	6	7.1
Toplam	85	100.0

Çocukların %67.1'i tuvalete girmeden önce ellerini sabunla yıkamadığını, %98.8'i tuvaletten çıktıktan sonra, %83.5'i yemek yemeden önce ellerini yıkadığını, %57.6'sı yemek yedikten sonra dişlerini fırçaladığını ve %92.9'u ise hafta da en az bir kez banyo yaptığını belirtti (Tablo 6).

Korunma altına alınmış çocukların riskli sağlık tutumuna ilişkin özelliklerinin dağılımı Tablo 7'de verildi.

Tablo 7. Çocukların sağlıklı yaşam davranışlarına ilişkin özellikleri

Değişken	n	%
Doktora danışmadan ağrı kesici kullanma durumu		
Evet	23	27.1
Hayır	62	72.9
Kilo vermek veya kilosunu korumak için kusma durumu		
Evet	12	14.1
Hayır	73	85.9
Sağlıkla ilgili internetten okuduklarını sağlık personeline danışmadan uygulama durumu		
Evet	21	24.7
Hayır	64	75.3
Sağlık personeline danışmadan diyet yapma durumu		
Evet	17	20.0
Hayır	68	80.0
Toplam	85	100.0

Çocukların %27.1'i doktora danışmadan ağrı kesici kullandığını, %24.7'si sağlıklı ilgili internetten okuduklarını sağlık personeline danışmadan uyguladığını, %20.0'ı sağlık personeline danışmadan diyet yaptığını, %14.1'i kilo vermek veya kilosunu korumak için kustüğünü ifade etti (Tablo 7).

Çocukların cinsiyete göre kilo vermek veya kilosunu korumak için isteyerek kusma durumu Tablo 8'de verildi.

Tablo 8. Çocukların cinsiyete göre kilo vermek veya kilosunu korumak için isteyerek kusma durumları

İsteyerek Kusma Durumları	Kız		Erkek		Toplam	
	n	%	n	%	n	%
Evet	11	91.7	1	8.3	12	14.1
Hayır	35	47.9	38	52.1	73	85.9

Kilo vermek veya kilosunu korumak için kusan çocukların çoğunun kız olduğu (%91.7) saptandı (Tablo 8).

Çocukların cinsiyete göre kilo vermek için sağlık personeline danışmadan diyet yapma durumu Tablo 9’da verildi.

Tablo 9. Çocukların cinsiyete göre kilo vermek için sağlık personeline danışmadan diyet yapma durumları

Sağlıksız Diyet Yapma Durumu	Kız		Erkek		Toplam	
	n	%	n	%	n	%
Evet	14	82.4	3	17.6	17	20.0
Hayır	32	47.1	36	52.9	68	80.0

Sağlık personeline danışmadan diyet yapan çocukların %82.4’ünün kız olduğu saptandı (Tablo 9).

4.3. Çocukların Akran Baskısına İlişkin Bulgular

Bu bölümde çocukların akran baskısına ilişkin bulgularının dağılımı yer almaktadır. Korunma altına alınmış çocukların akran baskısına ilişkin özelliklerinin dağılımı Tablo 10’da verildi.

Tablo 10. Çocukların akran baskısına ilişkin özellikleri

Değişken	n	%
Akran baskısı görme durumu		
Evet	18	21.2
Hayır	67	78.8
Farklı düşünen akranlarıyla düşüncelerini paylaşma durumu		
Evet	37	43.5
Hayır	48	56.5
Akranlarının düşüncelerine saygı gösterme durumu		
Evet	56	65.9
Hayır	29	34.1
Akran grubunun dışına itilip yalnız kalma durumu		
Evet	32	37.6
Hayır	53	62.4
Akranlarının özel eşyalarına zarar verme durumu		
Evet	31	36.5
Hayır	54	63.5
Akranlarının çocuğun inancına ve kültürüne saygı gösterme durumu		
Evet	64	75.3
Hayır	21	24.7
Akranlarının etkinlik yaptıkları zaman onu dâhil etmeme durumu		
Evet	35	41.2
Hayır	50	58.8
Yapmadığı şeylerden dolayı suçlanma durumu		
Evet	29	34.1
Hayır	56	65.9
Görünüşünden dolayı kendisini mutsuz hissetme durumu		
Evet	27	31.8
Hayır	58	68.2
Akranlarının konuşmadıkları kişilerle onun da konuşmamasını isteme durumu		
Evet	35	41.2
Hayır	50	58.8
Akranlarının dersin daha fazla uzamaması için soru sormasını engelleme durumu		
Evet	38	44.7
Hayır	47	55.3
Akranlarının maddi taleplerini (para vs.) isteği dışında karşılama durumu		
Evet	27	31.8
Hayır	58	68.2
Akranlarının kılık kıyafetiyle (saç, sakal, aksesuar vb.) alay etme durumu		
Evet	21	24.7
Hayır	64	75.3
Akranlarının kendisine hoşlanmadığı şekilde hitap etme durumu		
Evet	33	38.8
Hayır	52	61.2
Akranlarının kendisine istemediği yerlere gitmesi için ısrar etme durumu		
Evet	17	20.0
Hayır	68	80.0
Toplam	85	100.0

Çocukların %21.2'si akran baskısı gördüğünü, %43.5'i kendisinden farklı düşünen akranlarıyla düşüncelerini paylaşmadığını, %34.1'i akranlarının onun düşüncelerine saygı göstermediğini, %37.6'sı akran grubunun dışına itilip yalnız kaldığını, %36.5'i akranlarının özel eşyalarına zarar verdiklerini ve %24.7'si inancına ve kültürüne saygı göstermediklerini belirtti (Tablo 10).

Çocukların %41.2'si etkinliklerde akranları tarafından istenmediğini, %34.1'i yapmadığı şeylerden dolayı suçlandığını, %31.8'i görünüşünden dolayı kendisini mutsuz hissettiğini, %41.2'si akranlarının konuşmadıkları kişilerle onun da konuşmasını istemediklerini, %44.7'si akranlarının dersin daha fazla uzamaması için soru sormasını engellediklerini, %31.8'i akranlarının maddi taleplerini karşılamak zorunda kaldığını, %24.7'si kılık kıyafetiyle alay edildiğini, %38.8'i hoşlanmadığı şekillerde kendisine hitap edildiğini, %20.0'ının ise istemediği yerlere gitmesi için akranları tarafından baskı gördüğü saptandı (Tablo 10).

Korunma altına alınmış çocukların akran baskısının nedenlerine ilişkin görüşleri Tablo 11'de verildi.

Tablo 11. Çocukların akran baskısının nedenlerine ilişkin görüşleri

Akran baskısının nedenleri	n	%
Güçlü görünmek	51	60.0
Başkalarını kontrol etmenin hoşlarına gitmesi	11	12.9
Baskı kuran kişinin bu durumdan mutlu olması	7	8.2
Baskı kuran kişinin yaptıklarını normal olarak görmesi	6	7.1
Akranlarının onları kışkırtması	6	7.1
Baskı kuran kişinin ruhsal problemlerinin olması	4	4.7
Toplam	85	100,0

Korunma altına alınmış çocukların çoğunluğu (%60.0) akran baskısının nedenini akran baskısı uygulayan kişinin çevresindeki insanlara karşı güçlü görünmeyi istemesi şeklinde ifade etti (Tablo 11).

Çocukların cinsiyetine göre akran baskısı görme durumlarının karşılaştırılması Tablo 12'de verildi.

Tablo 12. Çocukların cinsiyete göre akran baskısı görme durumlarının karşılaştırılması

Akran Baskısı Görme Durumu	Kız		Erkek		Toplam		X ² ; p
	n	%	n	%	n	%	
Evet	5	27.8	13	72.2	18	21.2	X ² =5.106
Hayır	41	61.2	26	38.8	67	78.8	p=0.02

Akran baskısı gördüğünü belirten çocukların %72.2'sinin erkek %27.8'inin kız olduğu belirlendi. Cinsiyetle akran baskısı görme durumu arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık bulundu ($\chi^2= 5.106$; $p= 0.02$) (Tablo 12).

Çocukların yaşa göre akran baskısı görme durumu Tablo 13'te verildi.

Tablo 13. Çocukların yaşa göre akran baskısı görme durumları

Akran Baskısı Görme Durumu	≤ 13 yaş		14-16 yaş		≥ 17 yaş		Toplam	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Evet	1	5.6	12	66.7	5	27.8	18	21.2
Hayır	11	16.4	25	37.3	31	46.3	67	78.8

Akran baskısı gördüğünü belirten çocukların %5.6'sının 13 yaş ve altında, %66.7'sinin 14 ila 16 yaş arasında, %27.8'inin 17 yaş ve üzerinde olduğu belirlendi (Tablo 13).

5. TARTIŞMA

Korunmaya ihtiyacı olan 12-18 yaş grubu çocukların riskli sağlık davranışlarının ve akran baskısının değerlendirilmesinin amaçlandığı bu araştırmanın sonucunda elde edilen bulgular üç bölümde tartışıldı. Birinci bölümde çocukların sosyo-demografik özelliklerin, ikinci bölümde riskli sağlık davranışların, üçüncü bölümde ise akran baskısı anketine ilişkin bulguların tartışması yer almaktadır. Çalışmanın bu bölümünde elde edilen bulgular ilgili literatür ile desteklendi ve sırası ile tartışıldı.

Çalışmaya katılan korunmaya ihtiyacı olan çocukların %54.1'ini kızların oluşturduğu, yaş ortalamalarının 15.73 ± 1.78 (Min:12-Max:18) olduğu, %74.1'inin üç ve üzerinde kardeşe sahip olduğu, %75.3'ünün lise düzeyinde öğrenim gördüğü, %38.8'inin meslek ve teknik anadolu lisesinde okuduğu, %42.4'ünün genel başarısını orta seviyede algıladıkları, %77.6'sının arkadaş ilişkilerini olumlu olarak değerlendirdiği ve %36.5'inin yaşadıkları sorunları ilk önce kardeşleriyle paylaştıkları saptandı. Ergenlerde riskli sağlık davranışı ile ilgili yapılan çalışmalara bakıldığında yaş ortalamalarının çalışmamızla benzer olduğu bulundu (17, 195-197). Akça ve Selen'in 2016 yılında riskli sağlık davranışları üzerine yaptığı çalışmada da ergenlerin çoğunun üç ve üzerinde kardeşe sahip olduğu belirlendi (198).

DSÖ, BKİ 25.00-29.99 arasında olanları fazla kilolu, ≥ 30 olanları ise obez olarak tanımlamaktadır (199). Çalışmamızdaki çocukların BKİ ortalamasının 22.02 ± 5.15 olduğu ve %65.9'unun normal kilo aralıklarında olmalarına rağmen sağlık açısından üçte birinden fazlasının (%34.1) riskli grupta olduğu görüldü. Yorulmaz ve Peçal 2012 yılında yaptığı çalışmada ise ergenlerin %16.4'ünün riskli grupta olduğunu saptadı (200). CDC'nin YRBSS 2017 sonuçları Amerika'daki gençlerin %15.6'sının fazla kilolu, %14.8'inin obez olduğunu belirtmektedir (201). Fast food beslenme tarzının dünya genelinde gün geçtikçe yaygınlaşıyor olması ergenler arasında obezite başta olmak üzere birçok sağlık problemine neden olmaktadır (202). Beslenme tarzı açısından Amerika'da fast food ve paketli gıdaların tüketim oranının bizim sonuçlarımızdan daha yüksek olması Amerika'da obez ergen oranının bizim ülkemizden daha yüksek olmasıyla ilişkilendirilebilir.

Ergenlik dönemi ruhsal açıdan sıklıkla çalkantılı geçen bir süreç olmasına karşın çocuğun içinde bulunduğu sosyal çevre ve ailesinden görmüş olduğu sosyal destekle birlikte pozitif kazanımlarla tamamlaması sağlanabilir (202). Araştırma gurubumuz olan korunma altına alınmış çocuklar aile içi yıpratıcı süreçler içerisinde geçtiklerinden ve aile

desteğinden mahrum kaldıklarından dolayı ruhsal açıdan sorunlar yaşayabilmektedirler. Araştırmamızdaki çocukların %64.7'sinin sağlık problemi ve %41.2'sinin psikiyatrik bir problemi olduğunu belirtmeleri yaşamakta oldukları zorlu sürecin bir sonucu olarak değerlendirilebilir.

Çocukların riskli sağlık davranışlarına ilişkin bulgular CDC'nin YRBSS'nin riskli sağlık davranışları sınıflandırması temel alınarak yetersiz ve dengesiz beslenme davranışları, kasıtlı ve kasıtsız yaralanmalar, fiziksel aktivite, hijyen, sağlıklı yaşam davranışları başlıklarında tartışıldı.

Ergenlik döneminde yetersiz ve dengesiz beslenme davranışına neden olan durumların başında ev dışında yemek yemenin daha özendirici olması, ergenlerin zamanlarının çoğunu ev dışında geçiriyor olmaları ve akranlarının yanlış beslenme davranışlarından etkileniyor olmaları gelmektedir (203, 204). Çalışmamızda çocukların %61.2'sinin kahvaltı yapmadan okula gittiği, %56.5'inin düzenli beslenmeye dikkat etmediği ve %68.2'sinin öğün atladığı saptandı. Çalışmamızın sonuçlarının aksine Özmen ve arkadaşlarının 2007 yılında lise öğrencilerinin yeme alışkanlıkları üzerine yaptığı araştırmada düzenli kahvaltı yapma oranı %66.0, Çavdar ve arkadaşlarının çalışmasında ise %51.9 olarak bulundu (205, 206).

Yapılan çalışmalarda ergenlerin fast food ve şekerli gıdalar tüketimlerinin fazla ve meyve tüketimlerinin daha az olduğu belirtilmektedir (207, 208). Bu hatalı beslenme davranışına karşın meyve içinde bulundurduğu antioksidan gibi bağışıklığı güçlendirici özellikler ile kanser ve kardiyovasküler sistem hastalıkları ile baş etmede oldukça önemli bir ajandır (209). Çalışmamızda çocukların %51.8'inin her gün meyve tüketmediği sonucuna ulaşılmıştır. Kara ve arkadaşlarının çalışmasında ise lise öğrencilerinin %45.4'ünün son bir hafta içerisinde hiç meyve tüketmediği, Yalaki ve arkadaşlarının çalışmasında ise ergenlerin %27'sinin meyve tüketmediği saptandı (210, 211). CDC'nin YRBSS 2017 yılında Amerika'daki lise öğrencileri ile yaptığı araştırmada öğrencilerin %94.4'ünün son bir hafta içerisinde hiç meyve yemediğini belirlendi (201). Bu araştırmalar çalışma sonuçlarımızla benzer olarak ergenler arasında meyve tüketiminin yetersiz olduğunu göstermektedir.

Ergenlik döneminde kemik sağlığında süt ve süt ürünlerinin katkısı listenin en başında yer almaktadır (212). Çalışmamıza katılan çocukların %69.4'ü her gün süt ve süt ürünlerini tükettiğini belirtti. Kara ve arkadaşlarının 2003 yılında yaptıkları çalışmada lise

dönemindeki ergenlerin %68.1'inin ve Yalaki ve arkadaşlarının hastaneye başvuran ergenler üzerine yaptığı çalışmada %20.4'ünün süt içmediği (210, 211), CDC'nin YRBSS 2017 yılında yaptığı araştırmada da Amerika'daki lise öğrencilerinin %26.7'sinin anketten önceki yedi gün boyunca süt içmediği belirlendi (201). Çalışmamızda çocukların süt ve süt ürünlerini tüketiyor olması korunmaya ihtiyacı olan çocukların yaşadıkları korunma evlerinde sağlıklı beslenmelerine yönelik menülerin olması şeklinde yorumlanabilir.

Çalışmamızda çocukların %51.8'inin fast food türü yiyecekleri, %61.2'sinin paketli ürünleri tükettiği saptandı. Bebiş ve arkadaşlarının 2015 yılında yaptığı çalışmada çalışma sonuçlarımızdan daha yüksek oranlarda çocukların %76.1'inin iki üç ayda bir kez fast food tarzı besinler yediğini, ayrıca %89.4'ünün düzenli fast food tükettiği sonucuna ulaşıldı (202). Demirezen ve Coşansu'nun araştırmasında bu araştırmaya benzer sonuçlara ulaşılmış olup ergenlik dönemindeki öğrencilerin tamamına yakınının fast food tarzı beslendiği belirlendi (85). Ayrıca çalışmamızda çocukların %61.2'sinin kahvaltıyı atlıyor oluşu paketli gıdaların ve fast food tüketiminin yüksek olmasıyla örtüşmektedir.

Ergenlik dönemindeki çocukların mortalite ve morbiditenin nedenleri arasında kasıtlı ve kasıtsız yaralanmalar sonucu oluşan kazalar gelmektedir (211). Çalışmamızda çocukların %84.7'sinin emniyet kemeri takmadığı saptandı. Yalaki ve arkadaşlarının çalışmasında ergenlerin %22'sinin motosiklete veya bisiklete binerken kask kullanmadığını, %37.9'unun ise emniyet kemerini hiç takmadığını belirtti (211). Lise öğrencileri üzerine yapılan bir başka çalışmada bisiklet kullanırken kask takmayanların oranı %93.8, daima emniyet kemeri takanların oranı %22.5 olarak belirtildi (210). Edirne şehir merkezinde yapılan bir çalışmada öğrencilerin motosiklete binerken %61.6'sının hiç kask takmadığı, araç içi seyahat ederken %22.2'sinin hiç emniyet kemeri takmadığı, bisiklete binerken %94.7'sinin hiç kask takmadığı bulundu (199). Adana'da yapılmış bir araştırmada da öğrencilerin %91'inin motosiklete binerken kask takmadığı, %20.3'ünün emniyet kemerini hiç kullanmadığı belirlendi (213). Kocaeli'nde hastaneye başvuran ergenler üzerine yapılan bir çalışmada bisiklet kullanırken kask takmayanların oranı %93.8 emniyet kemerini takmayanların oranı %24.2'dir (210). Amerika Birleşik Devletleri'nde 2016 yılında, 10-24 yaşları arasındaki tüm ölümlerin %22'si motorlu araç kazalarından kaynaklanmaktadır (214). Riskli davranışlar olarak bilinen bisiklet ve motosiklet kullanırken kask takmama ile araç içi seyahat ederken emniyet kemeri takmama çalışmamızdaki çocukların genelinde yüksek olduğu saptandı. CDC'nin YRBSS 2017 yılı

verileri Amerika'daki lise öğrencilerinin %5.9'unun nadiren veya hiçbir zaman emniyet kemeri takmadığı sonucuna ulaşmıştır (214). Bu sonuçlara bakıldığı zaman ülkemizde bisiklete/motosiklete binerken kask takma ile araç içi seyahat ederken emniyet kemeri takma zorunluluğu olduğu halde tüm yapılan çalışmalara bakıldığında ne yazık ki pratikte istenilen sonuca ulaşamadığı görülmektedir.

Ergenlik döneminde fiziksel aktivite çocuğun içinde bulunduğu dönemin spesifik sorunlarıyla baş edebilmesine, özgüvenin ve okul başarısının yükselmesine, sosyal ilişkilerin güçlenmesine ve ruhsal problemlerin azalmasına katkı sağlamaktadır (215). Çalışmamızda çocukların %38.8'inin hiç egzersiz yapmadığı, bilgisayar ya da telefon kullandığı, üçte birine yakını ise üç saat ve üzerinde televizyon izlediği saptandı. Aras ve arkadaşlarının 2007 yılında ve Tümer ve Şahin'in 2011 yılında yaptıkları çalışmanın sonuçlarına bakıldığında benzer şekilde fiziksel aktivite düzeyinin azlığı göze çarpmaktadır (216, 217). Fiziksel aktiviteyi kısıtlayan durumlara bakıldığında ise öğrencilerin üniversite sınavına hazırlanmak için okul ile ev arasında zamanlarını değerlendirmeleri, şehirleşme, teknolojinin ilerlemesi ve alım gücünün artmasıyla kişisel telefon ve bilgisayarların yaygınlaşması yer almaktadır (218). Çavdar ve arkadaşlarının liseye devam eden ergenler üzerine yaptığı çalışmada yeterli fiziksel etkinlik yapma oranı %10.9, uzun saatler televizyon seyretme oranı %59.9, uzun saatler internette zaman geçirme oranı ise %72.8 olarak saptandı (206). Satı ve arkadaşlarının 2015 yılı çalışmasında Çankırı ilindeki ergenlerin çoğunluğunun düzenli olarak spor yapmadığı (%55) sonucuna ulaşmışlardır (17). Farklı bir araştırmada da çocukların %70.3'ünün günde iki saatten fazla bilgisayar kullandığı, %76'sının okula gittiği günlerde iki saatten fazla televizyon izlediği, sadece %11.1'inin düzenli spor yaptığı bulundu (211). Amerika'da 2017 yılında yapılan bir çalışmada lise dönemindeki çocukların %73.9'unun günde toplam 60 dakika kadar yeterli fiziksel aktivite yapmadıkları ayrıca günde üç saatten fazla telefonla ya da bilgisayarla zaman geçirme oranlarının (%43.0) bizim çalışmamızdan yüksek bulunduğu saptandı (214). Bu sonuçlara bakıldığı zaman evrensel olarak çocukların yetersiz fiziksel aktiviteye sahip olduğunu söyleyebiliriz. Çalışmamızdaki çocukların fiziksel aktivite azlığı nedenleri olarak aile içi bağların sarsılmış olması, çocuğun aile yanından ayrı olması sonucunda psikolojik problemler yaşanması, kuruma yeni kabulü yapılmış ise adaptasyon süreci, kronik hastalıkların varlığı, engel durumu gibi faktörlerin neden olabileceği düşünülmektedir. Bilinmektedir ki ergenlik döneminde büyüme ve

gelişmedeki hızın sağlıklı bir biçimde sürdürülmesi için çocuğa hayat boyu fiziksel aktivite alışkanlığının kazandırılması önemlidir (129).

Çalışmamızda çocukların %98.8'inin tuvaletten çıktıktan sonra ve %83.5'inin yemek yemeden önce ellerini yıkadığını ve %92.9'unun en az haftada bir kez banyo yaptığını ve %57.6'sının yemek yedikten sonra dişlerini fırçaladığını belirtirken %67.1'inin tuvalete girmeden önce ellerini yıkamadığı belirlendi. Kaya ve arkadaşlarının çalışmasında da benzer biçimde hijyen davranışlarının bizim sonuçlarımızla paralellik gösterdiğini görmekteyiz (219). Ergenlik döneminde çocukların hijyen davranışının yüksek düzeyde olmasını dönemin özellikleri ile bağdaştırabiliriz. Ergenlik döneminde çocuk fiziksel görüntüsüne daha fazla önem vermektedir. Kendini akranları arasında ve toplum karşısında beğendirme çabası içerisinde. Ter bezlerinin de diğer dönemlere göre daha yoğun çalışması sonucunda sosyal izolasyona maruz kalmamak için daha sık duş almaktadırlar (220, 221). Bu sebeplerin doğrultusunda toplum tarafından kabullenilme ve beğenilme arzusu ile temizliğine dikkat ettikleri düşünülmektedir.

Çalışmamızdaki çocukların %27.1'inin doktora danışmadan ağrı kesici kullandığı belirlendi. Bunun sonucunda çocukların beşte birinden fazlasının bilinçsiz ağrı kesici kullanmadığını söyleyebiliriz. Ergenler büyüme ve gelişme süreci içinde olduklarından değişen hormonlar ve kemik dokuda uzama ve cinsel organlarda değişmelerin etkisiyle daha sık duygusal iniş ve çıkış, eklem ağrıları, baş ağrısı, içe kapanıklık yaşayabilirler. Vücut algılarından memnun olmadıkları için kurum hemşiresine veya doktora danışmadan internetten okuduklarını uygulayabilir ve doktora danışmadan ağrı kesici kullanabilmektedirler (99, 222). Sağlık davranışları ile ilgili bu yanlış tutumlar riskli sağlık davranışları kapsamına dâhildir. DSÖ akılcı ilaç kullanımı tanımında; bireyin kişisel gereksinimlerini karşılayacak dozlarda ilaç kullanması gerektiğini ifade etmiştir. Bu durumda kişisel gereksinimleri saptayacak sağlık profesyonelleri olan doktorların reçete etmeleri sonucunda ağrı kesicilerin kullanılması gerekmektedir (223). Ergenler ve gençler üzerine yapılan çalışmalar incelendiğinde Karakurt ve arkadaşları üniversite öğrencilerinin %61.5'inin reçetesiz ağrı kesici ilaç kullandığı, Hindistan'da üniversite öğrencileri üzerine yapılan çalışmada öğrencilerin %65'inin doktor tavsiyesi olmadan ağrı kesici kullandığı, Ankara'da üniversite öğrencileri ile yürütülen bir araştırmada öğrencilerin %63'ünün, aynı şehirde başka bir üniversite grubu üzerine yürütülen çalışma sonucunda öğrencilerin tamamına yakınının (%93.6) reçetesiz ağrı kesici kullandığı, İzmir'de üniversite öğrenciler

ile yapılan araştırmada %35.4'ünün, Hatay'da yapılan araştırmada ise kızların %86.1'inin, erkeklerin %63.5'inin doktora danışmadan ilaç kullandığı saptandı (224-229). Çalışmamızın aksine akılcı ilaç kullanımı ve ağrı kesici kullanımı ile ilgili yapılan çalışmalarda bilinçsiz yere ağrı kesici kullanan kişilerin daha fazla olduğunu görmekteyiz. Bizim çalışmamızda bu oranın nispeten düşük oluşunu korunmaya alınmış çocukların barındıkları evlerde reçetesiz ilaç kullanımını engelleyecek koruyucu önlemlerin olmasına, çocukların ilaçlarını kurum hemşiresi gözetiminde kullanmak durumda olmaları ile bağdaştırabiliriz.

Beden imajının çok önemli olduğu ergenlik döneminde kilo vermek için kusan veya sağlık personeline danışmadan diyet yapanların ve sağlığını riske atan kişilerin çoğunluğunun kızlar olduğu belirtilmektedir (230). Çalışmamızda da benzer şekilde diyet yaparken kilo vermek veya kilosunu korumak için isteyerek kusan çocukların tamamına yakınının kız olduğu erkek çocukların sadece birisinin isteyerek kustuğu saptandı. Kızların sosyal medyanın dayattığı sıfır beden olma düşüncesiyle sağlıksız yollara başvurdukları, estetik kaygılarının erkeklerden daha yüksek olduğu bilinmektedir (218). Bu süreçte önemli olan sağlıklı gelişim sürecini aksatmayacak şekilde ideal kiloya ulaşmak olmalıdır (231).

Ergenlik dönemi riskli sağlık davranışları arasında profesyonel bir destek almadan diyet yapma tutumu listenin başlarında yer almaktadır (232). Kara ve arkadaşlarının ergenler ile yürüttüğü çalışmada kilo vermek ve kilosunu sabit tutmak için %34.2'sinin diyet yaptığını saptandı (210). Eneç Can'ın lise öğrencileri ile yürüttüğü çalışmasında kızların %28.7'sinin, erkeklerin %10.1'inin toplamda %19.6'sının diyet yaptığı belirlendi (195). Özemen ve arkadaşlarının lise öğrencilerinin yeme davranışı üzerine yaptıkları çalışmada %6.5'inin diyet yaptığını ve kızlarda diyet yapma oranının anlamlı düzeyde yüksek olduğunu görüldü (205). Bu sonuçlara benzer şekilde bizim çalışmamızda çocukların %20.0'ı kilo vermek için sağlık personeline danışmadan diyet yaparken, cinsiyet faktörü açısından sağlık personeline danışmadan diyet yapanların çoğunu (%82.4) kızların oluşturduğu tespit edildi. Yurt dışında yapılan çalışmalar da bizim sonuçlarımızla benzerlik göstermektedir (233-235).

Ergenlik döneminde akran baskısına maruziyete karşı çıkmamak görülen en istenmedik durumdur. Riskli popülasyon grubuna dahil edilen korunmaya ihtiyacı olan çocuklar yalnız kalmamak, aitlik duygusunu kaybetmemek, güçlü görüldüğüne çevreyi

inandırmak için akran baskısına uğrayabilirler, kimi zamanda olumsuz davranış ve tutumlar sergileyebilirler (236, 237).

Araştırmaya dâhil olan korunmaya muhtaç çocukların %21.2'si akran baskısı gördüğünü ve kendisinden farklı düşünen akranlarıyla düşüncelerini paylaştığını ifade ettiği belirlendi. Akran baskısı gören çocukların ise %72.2'sinin erkek çocuk olduğu ve cinsiyetle akran baskısı arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu bulundu. Araştırma sonucumuzu destekler şekilde yurt içi ve yurt dışında yapılan bazı çalışmalarda bakıldığında erkeklerin daha yüksek düzeyde akran baskısı gördükleri saptanırken (183, 237-244) Helfert ve Warschburger ile Jones ve arkadaşlarının yaptıkları araştırmalarda ise kızların daha çok akran baskısına maruz kaldığı saptandı (245, 246).

Erkeklerde akran baskısının daha yüksek seviyede görülmesinin sebebi olarak; erkeklerin yetiştirilirken kadınlara göre toplumdaki diğer bireylerle daha çok iç içe olmaları doğrultusunda çevre ile olan etkileşimlerinin artmasının bir sonucu olduğu düşünülmektedir. Bu etkileşim neticesinde, erkeklerin kendilerinden yaşça daha büyük kişilerle arkadaşlık kurmak istemeleri olumsuzluk ve şiddet içeren davranışlara daha sık maruz kalmalarına ve bu doğrultuda benzer tavır ilerleyen süreçlerde kendi akranlarına da uygulamalarına zemin hazırlayacağı düşünülmektedir (247-249).

Akran grubu üyelerinin akran baskısı uygulamasının sebepleri arasında baskı uygulayan kişinin baskı uygulamaktan memnun olması, başkalarını kontrol etmenin kendilerini iyi hissettirmesi, bu tutumun çevreye karşı biz güçlüyüz deme şekli olması söylenebilir (250). Çalışma sonuçlarımız literatürle uyumlu olarak çocukların %60.0'ının akran baskısı uygulayan kişinin çevresindeki insanlara karşı güçlü görünmeyi istediği için baskı gösterdiğini ifade ettiği görüldü. Belirtilen diğer nedenlere arasında baskı kuran kişinin bu durumdan mutlu olması, baskı kuran kişinin yaptıklarını normal olarak görmesi, arkadaş grubunun baskı uygulaması için akranlarını kışkırtması, baskı kuran kişinin ruhsal problemlerinin olması gelmektedir.

Çalışmamızda akran baskısı gördüğünü belirten çocukların %66.7'sinin 14-16 yaş arasında olduğu belirlendi. Erken ergenlik dönemi başlarında çocuk henüz adaptasyon aşamasında olduğu ve yaşlılarıyla zaman geçirmekten memnun olduğu için, geç ergenlik döneminde ise çocuk lisenin son yıllarına ulaştığından, okul yaş grubu arasında yaşça en büyük olduğundan ve kendinden daha büyük yetişkinlerin olmadığından dolayı akran baskısı düzeyinin daha düşük olduğu düşünülmektedir. Orta ergenlik döneminde çocuk

lise sınavlarına hazırlanmak için uğraşırken çevreden görmüş olduğu baskı, liseye başladığında da yaşça kendinden büyük insanların çevresinde olması görülen baskıyı arttırmakta ve çocukta özgüven kaybına sebebiyet vermektedir (215). Bizim araştırmamızda da orta düzey ergenlik döneminde olan çocuklarda tam ara dönemde oldukları için akran baskısının diğer dönemlerden yüksek görülmüş olması beklenen bir sonuçtur.



6. SONUÇ ve ÖNERİLER

Korunmaya ihtiyacı olan 12-18 yaş grubu çocukların riskli sağlık davranışlarının ve akran baskısının değerlendirilmesi amacı ile yapılan bu araştırma 85 çocukla yürütüldü. Araştırmaya katılan korunmaya ihtiyacı olan çocukların yaş ortalamasının 15.73 ± 1.78 olduğu ve çoğunluğunun kız olduğu belirlendi.

Çocukların %86.9'unun 14 yaş ve üzerinde olduğu, %74.1'inin üç ve üzerinde kardeşinin olduğu, %75.3'ünün lise düzeyinde öğrenim gördükleri, %38.8'inin meslek ve teknik anadolu lisesinde okuduğu, %42.4'ünün genel başarısını orta seviyede algıladığı, %35.3'ü kendini mutlu hissettiği, %77.6'sı arkadaş ilişkilerini olumlu olarak değerlendirdiği ve %36.5'i yaşadıkları sorunları ilk önce kardeşiyle paylaştığı saptandı.

Çocukların %65.9'unun normal kiloya sahip olduğu, %49.4'ünün genel sağlık durumunun orta düzeyde olduğu, %64.7'sinin sağlık problemlerinin olduğu ve bu sağlık probleminin %41.2'sinin psikiyatrik problemler olduğu tespit edildi.

Bu araştırmada korunmaya ihtiyacı olan çocukların yetersiz ve dengesiz beslenme, kasıtlı ve kasıtsız yaralanmalar, yetersiz fiziksel aktivite, riskli sağlık davranışlarına sahip oldukları ve %21.2'sinin akran baskısı gördüğü tespit edildi.

Çocukların %61.2'sinin kahvaltı yapmadan okula gittiği, %42.4'ünün günlük 6-8 bardak su içtiği, %48.2'sinin meyve, %71.8'inin protein içeren besinleri, %69.4'ünün süt ve süt ürünlerini, %51.8'i fast food türü yiyecekleri, %61.2'sinin paketli ürünleri tükettiği belirlendi. Çocukların %68.2'sinin öğün atladığı ve %56.5'inin ise düzenli beslenmeye dikkat etmediği saptandı.

Çocukların %68.0'ının motosiklete binerken, %91.2'sinin de bisiklet kullanırken kask takmadığı ve %84.7'sinin seyahat ederken emniyet kemeri takmadığı bulundu.

Çocukların %38.8'inin hiç egzersiz yapmadığı, %29.4'ünün üç saat ve üzerinde televizyon izlediği ve %38.8'inin üç saat ve üzerinde bilgisayar ve telefon kullandığı saptandı. Çocukların %56.5'inin düzenli uyku uyumaya dikkat ettiği belirlendi.

Çocukların %32.9'u tuvalete girmeden önce, %1.2'si tuvaletten çıktıktan sonra, %16.5'i yemek yemeden önce ellerini yıkamadığını, %42.4'ü yemek yedikten sonra dişlerini fırçalamadığını, %7.1'i ise hafta da en az bir kez banyo yapmadığını belirtti.

Çocukların %27.1'inin doktora danışmadan ağıri kesici kullandığı, %24.7'si sağılıkla ilgili internetten okuduklarını sağıık personeline danışmadan uyguladığı, %20.0'ı sağıık personeline danışmadan diyet yaptığı, %14.1'i kilo vermek ve kilosunu kontrol altına almak için kustuğı saptandı. Kilo vermek ve kilosunu kontrol altına almak için kusan çocukların %91.7'sinin kız olduğı, cinsiyetle kusma durumu arasında ise istatistiki açıdan anlamlı fark olduğı tespit edildi. Sağıık personeline danışmadan diyet yapan çocukların %82.4'ünün kız olduğı saptandı.

Korunma altına alınmış çocukların %21.2'si akran baskısı gördüğünü ve %60.0'ı akran baskısının nedenini akran baskısı uygulayan kişinin çevresindeki insanlara karşı güçlü görünmeyi istemek olarak belirtti.

Çocukların yarısından azı akranlarının kendi düşüncelerine saygı göstermediğini (%34.1), akran grubunun dışına itilip yalnız kaldığını (%37.6), akranlarının özel eşyalarına zarar verdiklerini (%36.5), inancına ve kültürüne saygı göstermediklerini (%24.7), etkinliklerde akranları tarafından istenmediklerini (%41.2), yapmadığı şeylerden dolayı suçlandığını (%34.1), görünüşünden dolayı kendisini mutsuz hissettiğini (%31.8), akranlarının konuşmadıkları kişilerle onun da konuşması için bir baskıda bulunduklarını (%41.2), dersin daha fazla uzamaması için soru sormasını engellediklerini (%44.7), akranlarının maddi taleplerini karşılamak zorunda kalmadığını (%31.8), kılık kıyafetiyle alay edildiğini (%24.7), hoşlanmadığı şekillerde kendisine hitap edildiğini (%38.8), istemediğı yerlere gitmesi için akranları tarafından baskı gördüğünü (%20.0) belirtti.

Akran baskısı gördüğünü belirten çocukların çoğunluğunun erkek (%72.2) olduğı saptandı. Çalışma sonucuna göre korunmaya ihtiyacı olan çocuklar arasında erkekler daha fazla risk grubunda olduğı bulundu.

Akran baskısı gördüğünü belirten çocukların %66.7'sinin 14-16 yaş arasında, olduğı belirlendi. Çalışmamızda yaş değişkeni akran baskısı görme durumunu etkileyen bir unsur olarak bulunmadı.

Bu sonuçlar doğrultusunda korunmaya ihtiyacı olan çocuklara başta kurumda çalışan hemşireler olmak üzere çocuğun bakımından sorumlu olan profesyonel meslek gruplarına ve ilerleyen zamanlarda yapılabilecek olan çalışmalara ithafen birtakım önerilerde bulunulmuştur. Bunlar:

- Korunmaya ihtiyacı olan çocuk gruplarıyla çalışan tüm meslek disiplinleri öncelikle riskli sağlık davranışlarını ve akran baskısını bilmeli ve risk altındaki bireyleri tanımlayabilmedir. Hemşire sağlığı geliştirme ve sağlıklı yaşam alışkanlıkları oluşturma görevini yerine getirecek şekilde bu grubun risk altında olabileceğini göz önünde bulundurulabilir.
- Hemşire çocukları hastalıklardan ve risklerden nasıl korunabileceğini, olumlu sağlık davranışlarının nasıl geliştirebileceklerini ve ergenin nasıl bir yol izlemesi gerektiği konusunda eğitimler vermelidir. Eğitimler mutlaka çocuğun bakımından birincil sorumlu kurum çalışanları ile birlikte bütüncül bir çalışma olarak yürütülebilir.
- Çocuğun özgüvenini yükseltmenin riskli sağlık davranışları ve akran baskısını azalttığı bilindiğinden hemşire çocukla arasında bir güven bağı kurarak yorulmadan bu uzun yolda çocukla adım adım ilerlemeli ve çocuğu motive etmelidir.
- Çocuklara değerli oldukları ve aile bütünlüğü bir olan akranlarından farklı görülmedikleri konusunda güven verilmelidir. Okul öğretmenleri çocuk paylaşmadığı takdirde çocuğun kurum bakımında olduğunu ve ailesinden ayrı yaşadığını çocuğun akranlarına söylememesinin daha faydalı olacağı düşünülmektedir.
- Çalışmamızdaki çocukların birincil sağlık problemi psikiyatrik bozukluklar olduğundan bunun nedenleri ve neler yapılabileceği konusunda konu ile ilgili nitel araştırmaların yapılması önerilebilir.
- Düzenli beslenmenin ve sağlık personeline danışarak diyet yapmanın önemi özellikle kız çocuklarına grup içi çalışmalar ile aktarılabilir.
- Kurum bakımındaki çocukların düzenli spor ve sanatsal faaliyetlerinin var olduğu bilinmesine karşın fiziksel aktivite düzeyi çalışmamızda düşük çıktığından bunun nedenlerine ilişkin ikincil bir çalışma yapılması önerilebilir.
- Çocuklar arasında trafik ile ilgi riskli sağlık davranışları yüksek bulunmuştur. Emniyet güçleri ile birlikte çocuklara trafik kurallarının önemini anlatılması ve doğru trafik davranışları hakkında uygulamalarının yapılmasının fayda sağlayacağı düşünülmektedir.
- Akran baskısına maruz kalan popülasyonun daha çok erkekler olduğu göz önünde bulundurularak erkeklere yönelik akran baskısını azaltacak ve bu

baskıya karşı durabilecek yetiyi kazandırmak adına korunmaya alınmış erkek çocuklarla yapılacak eğitsel programlar geliştirilebilir ve bu durumun sebepleri üzerine benzer popölasyon gruplarıyla yapılacak çalışmalara ağırlık verilebilir.



7. KAYNAKLAR

1. Parin S, Bilan S (2007). Devlet ve çocuk ilişkisi bağlamında sosyal hizmetler ve çocuk esirgeme kurumları üzerine bir analiz. İstanbul Üniversitesi Edebiyat Fakültesi Sosyoloji Dergisi 3(14): 119-128.
2. Özcebe H (2007). Gençlerde riskli davranışlar ve sağlığın geliştirilmesi: Türkiye’de gençlerin sağlığına genel bir bakış. XI. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi Kitabı, Denizli; Sayfa: 149-153.
3. Reininger B, Evans AE, Griffin SF, Valios RF, Vincent ML, Para-Medina, D, Taylor DJ, Zullig KJ (2003). Development of an youth survey to measure risk behaviours, attitudes and assets: examining multiple influence. Health Education Research 18(4): 461-476.
4. Alisinanoğlu F (2002). Gençlik dönemi özellikleri ve genç anne baba iletişimi. Eğitim ve Bilim Dergisi 27(123): 62-63.
5. Şimşek Z, Erol N, Öztop D, Özcan ÖÖ (2008). Kurum bakımındaki çocuk ve ergenlerde davranış ve duygusal sorunların epidemiyolojisi; ulusal örnekleme karşılaştırmalı bir araştırma. Türk Psikiyatri Dergisi 19(3): 235-237.
6. Yolcuoğlu İG (2009). Türkiye’de çocuk koruma sisteminin genel olarak değerlendirilmesi. Sosyal Politika Çalışmaları Dergisi 18(18): 43-58.
7. Yazıcı E (2014). Türkiye’de çocuk koruma sistemi ve koruyucu aile bakım yönteminde yeni yaklaşımlar. Çankırı Karatekin Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi 4(2): 247-270.
8. Yaşar Ö, Dağdelen N (2013). Korunmaya muhtaç çocukların yetiştirilmesinde çocuk yurtlarından çocuk evlerine geçişin, çocukların sosyo-kültürel ve psikolojik gelişimlerine etkisi üzerine bir çalışma: Isparta örneği. Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi 18: 199-221.
9. Yazıcı E (2012). Korunmaya muhtaç çocuklar ve çocuk evleri. Mustafa Kemal Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi 9(18): 500-501.
10. Çifçi EG (2009). Türkiye’de ve dünyada korunmaya ihtiyacı olan çocuklara yönelik hizmetlerin tarihsel gelişimi. Sosyal Politika Çalışmaları Dergisi 19(19): 63-65.

11. Tuncer B, Erdoğan T (2016). Korunmaya muhtaç çocuklar ve korunmaya muhtaç çocuklara sağlanan bakım yöntemleri. *Uluslararası Bilimsel Araştırmalar Dergisi* 3(2): 515-527.
12. Kürtüncü M, Uzun M, Ayoğlu FN (2015). Ergen eğitim programının riskli sağlık davranışları ve sağlık algısına etkisi. *Journal of Higher Education & Science/Yükseköğretim ve Bilim Dergisi* 5(2): 187-195.
13. Alıkaşifoğlu M, Ercan O (2009). Ergenlerde riskli davranışlar. *Türk Pediartri Arşivi Dergisi* 44(1): 1-6.
14. Chen MY (2003). Adolescent health promotion scale: development and psychometric testing. *Public Health Nursing* 20(2): 104-110.
15. Clasen DR, Brown BB (1985). The multidimensionality of peer pressure in adolescence. *Journal of Youth and Adolescence* 14(6): 451-468.
16. Simsek Z, Erol N, Öztop D, Münir K (2007). Prevalence and predictors of emotional and behavioral problems reported by teachers among institutionally reared children and adolescents in Turkish orphanages compared with community controls. *Child and Youth Services Review* 29(7): 883-899.
17. Dil S, Şentürk SG, Girgin BA (2015). Çankırı ilinde ergenlerin benlik saygısı ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının riskli sağlık davranışları ve bazı sosyo demografik özelliklerle ilişkisi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 16(1): 51-59.
18. Şenol D, Dinç A (2016). “Korunmaya muhtaç çocuk” olgusuna sosyolojik bir bakış. 14. Uluslararası Türk Dünyası Sosyal Bilimler Kongresi, Makedonya, 22-23 Ağustos 2016, 491-501.
19. Tan M (1989). Çağlar boyunca çocukluk. *Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Dergisi* 22(1): 71-73.
20. Türk Dil Kurumu Güncel Türkçe Sözlük (2019). Erişim adresi: <https://sozluk.gov.tr/?kelime=> . [Erişim tarihi 3 Mart 2019].

21. Çelik C (2005). Çocuk kavramı ve medeni hukuk açısından çocuk haklarının tarihi gelişimi. E-Akademi, Hukuk, Ekonomi ve Siyasal Bilimler Aylık İnternet Dergisi. Erişim adresi: <http://www.e-akademi.org/incele.asp?konu=%C7OCUK%20KAVRAMI%20VE%20MEDEN%DD%20HUKUK%20A%C7ISINDAN%20%C7OCUK%20HAKLARININ%20TAR%DDH%DD%20GEL%DD%DE%DDM%DD&kimlik=-1854485512&url=makaleler/ccelik-1.htm>. [Erişim tarihi 3 Şubat 2019].
22. Evik AH (1998). Çocuk suçlarının yargılanması ve yaptırımların uygulanması rejimi. Yüksek lisans tezi, İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Kamu Hukuku Anabilim Dalı, İstanbul.
23. Türk Ceza Kanunu. T.C. Resmi Gazete, 25611, 12 Ekim 2004.
24. Çocuk Koruma Kanunu. T.C. Resmi Gazete, 25876, 15 Temmuz 2005.
25. Çocuk Haklarına Dair Sözleşme. T.C Resmi Gazete, 22184, 27 Ocak 1995.
26. Gander MJ, Gardiner HW (2015). Çocuk ve ergen gelişimi. 8th ed. Çeviren: Çelen HN, Dönmez A, İmge Kitabevi Yayınları, Ankara, 5-7.
27. Sağlam M, Aral N (2016). Tarihsel süreç içerisinde çocuk ve çocukluk kavramları. Çocuk ve Medeniyet Dergisi 1(2): 43-56.
28. Sağlam M, Ulutaş A, Çalışkan Z (2015). Bebeklik döneminde çocuk hakları. Uluslararası Katılımlı III. Çocuk Gelişimi ve Eğitimi Kongresi, Ankara, 11-13 Mayıs 2015, 502-510.
29. Hall MP (1952). The social service of modern England. First Published. Routledge & Kegan Paul Ltd., London; Sayfa: 10-15.
30. Halisçelik M (2001). Sosyal devlet açısından planlama ve sosyal hizmetler. Uzmanlık tezi, Türkiye Ortadoğu ve Amme İdaresi Enstitüsü, Ankara.
31. Canarslan H (2012). Erken çocukluk gelişimi ve eğitimi. İkinci Baskı. Paradigma Kitabevi Yayınları, Ankara; Sayfa: 436.
32. Konanç E (1989). Türk Hukuk Sisteminde Çocuğun Korunması. Türkiye’de Çocuğun Durumu. “1990’ların Çocuk Politikası Kongresi”. T.C. Başbakanlık Yayınevi, Ankara; Sayfa: 17.

33. Yavuz C (2016). Korunmaya muhtaç çocukların koruma ve bakım altına alınma nedenleri. Yüksek lisans tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü Aile Eğitimi ve Danışmanlığı Anabilim Dalı, İzmir.
34. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname ile Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun. T.C. Resmi Gazete, 28918, 19 Şubat 2014.
35. Postman N (1995). The Disappearance of Childhood. Çocukluğun Yokoluşu. Çeviren: İnal K, İmge Kitabevi, Ankara, 286.
36. Türkiye Cumhuriyeti Anayasası. T.C. Resmi Gazete, 2709, 7 Kasım 1982.
37. Sosyal Hizmetler Kanunu. T.C. Resmi Gazete, 18059, 27 Mayıs 1983.
38. Korunmaya Muhtaç Çocukların Tespiti, İnceleme Korunma Kararlarının Alınması ve Kaldırılmasına İlişkin Yönetmelik. T.C. Resmi Gazete, 18235, 28 Kasım 1983.
39. Yılmaz G (2006). Yetiştirme yurdu ve yuvalarda yaşayan çocuklar. Türkiye Klinikleri Pediatric Sciences-Special Topics 2(2): 103-108.
40. Yıldırım K (2007). Sosyal Hizmet. Birinci baskı. Sakarya Yayıncılık, İstanbul; Sayfa: 99.
41. Kadushin A (1976). Child welfare services past and present. Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology 5(3): 51-55.
42. Karataş, K. (2007). Türkiye’de çocuk koruma sistemi ve koruyucu aile uygulamaları üzerine bir değerlendirme. Toplum ve Sosyal Hizmet 18(2): 7-20.
43. Güran N (1983). Çocuklar için kurum bakımı ve sosyal hizmet. Prof. Dr. İbrahim Yasa’ya armağan. Ankara Üniversitesi Siyasal Bilgiler Fakültesi Yayınları, Ankara; Sayfa: 15.
44. Bilgin Ö, Yetimoğlu EN (2018). Çocuk koruma ilk müdahale ve değerlendirme birimleri: Birime teslim edilen çocuklara ilişkin bir araştırma. Türkiye Sosyal Hizmet Araştırmaları Dergisi 2(1): 25-48.
45. Koruma Bakım ve Rehabilitasyon Merkezleri Yönetmeliği. T.C. Resmi Gazete, 27339, 04 Eylül 2009.

46. Türkiye’de çocuklara yönelik koruyucu ve önleyici politikaları değerlendirme çalıştay raporu (2017). Erişim adresi: [https://www.ailevecalisma.gov.tr/ media/2498/turkiye-de-cocuklara-yonelik-koruyucu-ve-onleyici-politikaları-degerlendirme-calistayi-raporu.pdf](https://www.ailevecalisma.gov.tr/media/2498/turkiye-de-cocuklara-yonelik-koruyucu-ve-onleyici-politikaları-degerlendirme-calistayi-raporu.pdf). [Erişim tarihi 2 Nisan 2019].
47. Paslı F (2015). Çocuklar ve gençlere yönelik sosyal hizmet kuruluşları. Tomanbay İ, Gökçek Karaca N (Ed.), Sosyal Hizmet Kuruluşları. Anadolu Üniversitesi Yayınları, Eskişehir, Sayfa: 78.
48. Uslu R (2011). Yararlandıkları hizmet modeline göre korunmaya muhtaç çocuklarda davranış ve duygusal sorunlar. Yüksek lisans tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi, Aile Eğitimi ve Danışmanlığı Anabilim Dalı, İzmir.
49. Şeker A (2015). Sosyal Çalışma ve sosyal hizmetler cep sözlüğü. Birinci baskı. SABEV Yayınları, Ankara; Sayfa: 16-17.
50. Birol SŞ, Temel V, Aydın E (2018). Karaman ili bünyesinde korunma altına alınan çocukların rekreatif faaliyetlere katılım düzeylerinin ve psiko-sosyal durumlarının belirlenmesi. International Journal of Human Sciences 15(1): 459-477.
51. Yıldırım, N, Yıldırım K (2008). Sosyal hizmete giriş. Birinci baskı. Sakarya Yayıncılık, İstanbul; Sayfa: 211.
52. Çocuk Hizmetleri İstatistikleri. Erişim adresi: <https://cocukhizmetleri.ailevecalisma.gov.tr/istatistikler> [Erişim tarihi 31 Mart 2019].
53. Gündüz O, Dalkılıç Y (2017). Koruyucu-önleyici politikalar kapsamında yürütülen faaliyetler. Kömür E, Güngör A (Ed.), Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı Türkiye’de Çocuklara Yönelik Koruyucu ve Önleyici Politikaları Değerlendirme Çalıştay Raporu: 11-17.
54. Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu Genel Müdürlüğü Çocuk Evleri Çalışma Usul ve Esasları Hakkında Yönetmelik. T.C. Resmî Gazete, 27015, 05 Ekim 2008.
55. Arnaz Z (1994). Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu koruyucu aile projesi değerlendirilmesi. 4. Sosyal Hizmetler Konferansı, Ankara, 26-28 Mayıs 1994, 135.
56. Bıyıklı L (1995). Korunmaya muhtaç çocuklar ve sos çocuk köyleri. Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Özel Eğitim Dergisi 2(1): 3-10.

57. Minimum Standartlar İzleme ve Değerlendirme Programının Uygulanmasına Dair Yönerge. Koruyucu Aile Periyodik İzleme Kılavuzu. Erişim adresi: <https://cocukhizmetleri.aile.gov.tr/uploads/pages/yonergeler/ek-03-koruyucu-aile-periyodik-izleme-kilavuzu.pdf> [Erişim tarihi 31 Mart 2019].
58. Türk Medeni Kanunu. T.C. Resmî Gazete, 24607, 8 Aralık 2001.
59. Doğru Yıldırım S, Durmuşoğlu Saltalı N, Konuk Er R, Budak O (2015). Korunmaya muhtaç çocuklar. Sunay S, Doğru Y (Ed.), Eğiten Kitap, Ankara: 249.
60. Güran Koşar N (1987). Korunmaya muhtaç çocuklar. Hacettepe Üniversitesi Sosyal Hizmetler Yüksek Okulu Dergisi 5(2-3): 72-74.
61. Aydın MZ (2008). Çocuğun eğitiminde ailenin önemi. Aile Destek Hizmetleri V. Aile Şurası, Ankara, 5-7 Kasım 2008, 100.
62. Çocuk Hizmetleri Genel Müdürlüğü 2017 Yılı Bülteni. Erişim adresi: <https://cocukhizmetleri.aile.gov.tr/uploads/pages/yayinlar-ana-baslik/cocuk-hizmetleri-genel-mudurlugu-2017-bulteni.pdf> [Erişim tarihi 31 Mart 2019].
63. Çocuk Destek Merkezleri Yönetmeliği. T.C. Resmî Gazete, 29310, 29 Mart 2015.
64. Rousseau JJ (1762). Emile Ou de L'éducation. 1st ed. Garnier-Flammarion, Paris; Sayfa: 273-274.
65. Haspolat YK, Aktar F, Yolbaş İ (2015). Adolesanda büyüme ve puberte, Cinius Yayınları, Ankara; Sayfa: 162-163.
66. Öksüz Kanbur N (2006). Adolesana yaklaşım. Türkiye Klinikleri Journal of Pediatric Science 2(7): 9-10.
67. Haspolat YK, Aktar F (2016). Adolesan sağlığı ve hastalıkları, Cinius Yayınları, Ankara; Sayfa: 13.
68. Survive, Thrive, Transform. Erişim adresi: <https://www.who.int/life-course/partners/global-strategy/gswcah-monitoring-report-2018.pdf?ua=1> [Erişim tarihi 5 Mart 2019].
69. TUSEB 2018 Nüfus Verileri. Erişim adresi: <https://www.tuseb.gov.tr/enstitu/tacese/n-fus-verileri> [Erişim tarihi 12 Mart 2019].

70. Reininger B, Evans AE, Griffin SF, Valios RF, Vincent ML, Para-Medina D, Taylor DJ, Zullig KJ (2003). Development of an youth survey to measure risk behaviours, attitudes and assets: examining multiple influence. *Health Education Research* 18(4): 461-476.
71. Surlu B, Özcebe H (2002). Adölesan ve çevre. *Sağlık ve Toplum Dergisi* 12(1): 14-21.
72. Siyez DM, Aysan F (2007). Ergenlerde görülen problem davranışların psikososyal risk faktörleri ve koruyucu faktörler açısından yordanması. *Uludağ Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi* 20(1): 145-171.
73. Ergenlerde davranışsal sorunlar. İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Adölesan Sağlığı II Sempozyum Dizisi No:63 Mart 2008; s.55-59.
74. Deniz Yöndem Z, Taylı A (2003). Bilişsel gelişim ve dil gelişimi. Kaya A (Ed.), *Eğitim Psikolojisi*, 73. <http://www.pegemindeks.net/index.php/Pati/article/view/3606>.
75. Piaget J (1937). *The birth of intelligence in the children*. Delachaux and Niestle, Oxford; Sayfa: 429.
76. Öncü B, Sakarya A (2013). Ergen özkıyımlarında bilişsel etmenler ve çarpıtmaların rolü. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar* 5(2): 232-245.
77. Berzonsky MD, Adams GR (2003). *The Blackwell handbook of adolescence*. 1st ed. Blackwell Publishing, Oxford; Sayfa: 313-320.
78. Tahiroğlu, AY, Avcı A, Çekin N (2008). Çocuk istismarı, ruh sağlığı ve adli bildirim zorunluluğu. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 9(1): 1-7.
79. Koç M (2004). Gelişim psikolojisi açısından ergenlik dönemi ve genel özellikleri. *Uludağ Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi* 1(17): 235-238.
80. Erözkan A (2013). İletişim becerileri ve kişilerarası problem çözme becerilerinin sosyal yetkinliğe etkisi. *Kuram ve Uygulamada Eğitim Bilimleri* 13(2): 731-745.
81. Coleman JC, Hendry LB (1999). *The nature of adolescence*. 3rd ed. Taylor & Frances Group/Routledge, London; Sayfa: 109-129.
82. Parlaz EA, Tekgül N, Karademirci E, Öngel K (2012). Ergenlik dönemi: fiziksel büyüme, psikolojik ve sosyal gelişim süreci. *Turkish Family Physician* 3(2): 10-16.

83. Yüksel T (2016). Adolesanda psikososyal sorunlar. Birinci baskı. Cinius Yayınları, Ankara; Sayfa: 11.
84. Özcebe H (2002). Birinci basamakta adolesan sorunlarına yaklaşım. Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi 11(10): 374-377.
85. Demirezen E, Coşansu G (2005). Adölesan çağı öğrencilerde beslenme alışkanlıklarının değerlendirilmesi. Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi 14(8): 174-178.
86. Çamur D, Üner S, Çilingiroğlu N, Özcebe H (2007). Bir üniversitenin bazı fakülte ve yüksek okullarında okuyan gençlerde bazı risk alma davranışları. Toplum Hekimliği Bülteni 26(3): 32 -38.
87. Karayağız Muslu G, Aygün Ö (2017). Ergenlerin riskli sağlık davranışlarının ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi 10(4): 242-250.
88. Özakar Akça S, Yıldız S (2014). The effect of the stages of change model on smoking of risk-taking adolescents. International Journal of Humanities and Social Science 4: 254-265.
89. Jackson CA, Henderson M, Frank JW, Haw SJ (2012). An overview of prevention of multiple risk behaviour in adolescence and young adulthood. Journal of Public Health 34(1): 31-40.
90. Dobson KS (2010). Handbook of cognitive-behavioral therapies. Guilford Press, New York; Sayfa: 100.
91. Zaybak A, Fadıloğlu Ç (2004). Üniversite öğrencilerinin sağlığı geliştirme davranışı ve bu davranışı etkileyen etmenlerin belirlenmesi. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 20(1): 77-95.
92. Fleming CB, Kim H, Harachi TW, Catalano RF (2002). Family processes for children in early elementary school as predictors of smoking initiation. Journal of Adolescent Health 30: 184-189.
93. Çavuş FÖ, Görpelioğlu S, Çavuş UY (2017). Ankara ilindeki ergenlerde riskli davranışların sıklığı, dağılımı. Türkiye Aile Hekimliği Dergisi 21(1): 2-16.

94. Karwacki SB, Bradley JR (1996). Coping, drinking motives, goal attainment expectancies and family models in relation to alcohol use among college students. *Journal of Drug Education* 26: 243-255.
95. Kurt DG, Ergene T (2017). Türk ergenlerde riskli davranışların yordanması. *Eğitim ve Bilim* 42(189): 137-152.
96. Durualp E, Çiçekoğlu P (2013). Yetiştirme yurdunda kalan ergenlerin yalnızlık düzeylerinin internet bağımlılığı ve çeşitli değişkenler açısından incelenmesi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi* 15(1): 29-46.
97. Ulusoy D (2006). Gençlerin sapmış davranışlara yönelmelerinde etiketlenmenin etkisi: Lise son sınıf gençliği örneği. *Hacettepe Üniversitesi Edebiyat Fakültesi Dergisi* 23(2): 21-31.
98. Pekcanlar Akay A, Miral S, Baykara B, Yemez B (2006). Sociodemographic features and emotional-behavioral problems in a girl's orphanage in Turkey. *Ege Tıp Dergisi* 45 (1): 39-45.
99. Siyez DM. (2008). Adolescent self-esteem, problem behaviors, and perceived social support in Turkey. *Social Behavior and Personality: An International Journal* 36(7): 973-984.
100. Karahan TF, Sardoğan ME, Gençoğlu C, Yılan G (2010). Lise öğrencilerinde trafik, madde kullanımı ve toplumsal konumla ilgili risk alma davranışı. *Eğitim ve Bilim* 32(142): 72-79.
101. Körük S (2017). Üniversite öğrencilerinde riskli davranışların ortaya çıkmasında yordayıcı bir etken olarak uyumsuz şemaların telafileri. *Nesne-Psikoloji Dergisi* 5(9): 55-69.
102. Zimmermann G (2010). Risk perception, emotion regulation and impulsivity as predictors of risk behaviours among adolescents in Switzerland. *Journal of Youth Studies* 13: 83-99.
103. Türkiye Anne, Çocuk ve Ergen Sağlığı Enstitüsü. Erişim adresi: <https://www.tuseb.gov.tr/enstitu/tacese/ergenlerde-cinsiyete-g-re-l-m-ve-kay-plar-n-nedeni>. [Erişim tarihi 23 Nisan 2019].

104. Youth Risk Behavior Surveillance System (YRBSS). Erişim adresi: <https://www.cdc.gov/healthyyouth/data/yrbs/overview.htm>. [Erişim tarihi 17 Nisan 2019].
105. Eneçcan FN, şahin EM, Erdal M, Aktürk Z, Kara M (2011). Edirne şehir merkezindeki lise öğrencilerinde riskli sağlık davranışlarının değerlendirilmesi. TAF Preventive Medicine Bulletin 10: 687-700.
106. Bařkurt İ (2012). Gençlik, madde bağımlılığı ve korunma yolları (psiko-sosyal bir yaklaşım). İstanbul Üniversitesi İlahiyat Fakóltesi Dergisi 8: 74-75.
107. Öztürk O (1990). Ruh sağlığı ve bozuklukları. Birinci baskı. Evrim Basım, İstanbul; Sayfa: 349-355.
108. Uzbay İ.T (1996). Madde bağımlılığı. Bilim Teknik Dergisi 341: 20-26.
109. Erginöz E (2008). Adolesan sağlığı II: Adolesan, madde bağımlılığı ve halk sağlığı. İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakóltesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Sempozyum Dizisi 63: 61-64.
110. Akkuş D (2010). Ergende esrar kullanımı: Toplum ruh sağlığı yaklaşımı (olgu sunumu). Journal of Psychiatric Nurses 1(1): 43-46.
111. Gürol DT (2008). Adolesan sağlığı II: Madde bağımlılığı ačısından riskli adolesanlar. İstanbul Üniversitesi Cerrahpařa Tıp Fakóltesi Sürekli Tıp Eęitimi Etkinlikleri Sempozyum Dizisi 63: 65-68.
112. Zakletskaia L, Wilson E, Fleming MF (2011). Alcohol use in students seeking primary care treatment at university health services. Journal of American College Health 59: 217-23.
113. TELEF BB (2014). Ergenlerde olumlu ve olumsuz duygular ile riskli davranışlar arasındaki ilişkinin incelenmesi. Kastamonu Eğitim Dergisi 22(2): 591-604.
114. Karatay GG, Kubilay G (2004). Sosyoekonomik düzeyi farklı iki lisede madde kullanma durumu ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi. Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi 6: 57-70.
115. Yüncü Z (2013). Adolesan dönemde alkol-madde kötüye kullanımı. Türkiye Klinikleri Aile Hekimliği Özel Dergisi 4(1): 63-70.

116. Altındağ A, Yanık M, Yengil E, Karazeybek AH (2005). Şanlıurfa'da üniversite öğrencilerinde madde kullanımı. *Bağımlılık Dergisi* 6(2): 60-64.
117. Aktepe E (2009). Çocukluk çağı cinsel istismarı. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar* 1(2): 95-119.
118. Peterson PL, Hawkins JD, Abbott RD, Catalano RF (1994). Disentangling the effects of parental drinking, family management and parental alcohol norms on current drinking by black and white adolescents. *Journal of Research on Adolescence* 4: 203-227.
119. Ulukoca N, Gökgöz Ş, Karakoç A (2013). Kırklareli üniversitesi öğrencileri arasında sigara, alkol ve madde kullanım sıklığı. *Fırat Tıp Dergisi* 18(4): 230-234.
120. Bilgel N (1997). Okul sağlığı, halk sağlığı bakışıyla ana ve çocuk sağlığı. Birinci baskı. Güneş & Nobel Tıp Kitapevi, İstanbul; Sayfa: 337-351.
121. Uzdil Z, Özenoğlu A, Ünal G (2017). Lise öğrencilerinde yeme tutumlarının beslenme alışkanlıkları, antropometrik ve demografik özellikleri ile ilişkisi. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi* 7(1): 11-18.
122. Zhang Z, Gillespie C, Welsh JA, Hu FB, Yang Q (2015). Usual intake of added sugars and lipid profiles among the U.S. adolescents: National health and nutrition examination survey, 2005-2010. *Journal of Adolescent Health* 56(3): 352-359.
123. Ruffolo JS, Phillips KA, Menard W, Fay C, Weisberg RB (2006). Comorbidity of body dysmorphic disorder and eating disorders: Severity of psychopathology and body image disturbance. *International Journal of Eating Disorder* 39(1): 11-19.
124. Vander Wal JS (2012). The relationship between body mass index and unhealthy weight control behaviors among adolescents: The role of family and peer social support. *Economics and Human Biology* 10(4): 395-404.
125. Tershakovec AM, Weller SC, Gallagher PR (1994). Obesity, school performance and behaviour of black, urban elementary school children. *International Journal of Obesity and Related Metabolic Disorders* 18: 323-327.
126. Throwbridge F (1998). The causes and health consequences of obesity in children and adolescents. *Pediatrics* 101: 497-575.

127. Kaya R (2008). Edirne il merkezinde ilköğretim okullarındaki öğrencilerde beslenme-obezite-fiziksel aktivite ilişkisinin değerlendirilmesi. Yüksek lisans tezi, Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Edirne.
128. Preventing childhood obesity BMA June (2005). Erişim adresi: https://www.researchgate.net/publication/281283103_Preventing_childhood_obesity_BMA_June_2005 [Erişim tarihi 17 Mart 2019].
129. Nabkasorn C, Miyai N, Sootmongkol A, Junprasert S, Yamamoto H, Arita M, Miyashita K (2006). Effects of physical exercise on depression, neuroendocrine stress hormones and physiological fitness in adolescent females with depressive symptoms. *European Journal of Public Health* 16(2): 179-184.
130. Eaton DK, Kann L, Kinchen S, Shanklin S, Ross J, Hawkins J, Harris WA, Lowry R, McManus T, Chyen D, Lim C, Whittle L, Breney ND, Wechsler H (2010). Youth risk behavior surveillance - United States, 2009. *MMWR Surveillance Summaries* 59: 1-142.
131. Bertan M (2003). Introduction in adolescence and adolescent reproductive health. *International Children's Center* 1: 118-123.
132. Stevens-Simon K (1993). Clinical applications of adolescent female sexual development. *Nurse Practitioner* 18(12): 18-27.
133. Brandurup-Lukanov A (2002). WHO regional strategy on sexual and reproductive health. *Entrenous* 52: 4-5.
134. Açıklan N (2013). Fuhuş pazarında sermaye olmak: Mersin örneği. *Çalışma ve Toplum* 3: 243-282.
135. Nahom D, Wells E, Gillmore MR, Hoppe M, Morrison DM, Archibald M, Murowchick E, Wilsdon A, Graham L (2001). Differences by gender and sexual experience in adolescent sexual behavior: Implications for education and HIV prevention. *The Journal of School Health* 71(4): 153-158.
136. Markham CM, Tortolero SR, Escobar Chaves SL, Parcel GS, Harrist R, Addy RC (2003). Family connectedness and sexual risk-taking among urban youth attending alternative high schools. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health* 35(4): 174-179.

137. Gölbaşı Z (2005). Adölesan dönem üreme sağlığı sorunları ve etkileyen faktörler. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi* 8(1): 100-108.
138. Adana F, Arslantaş H (2011). Ergenlikte öfke ve öfkenin yönetiminde okul hemşiresinin rolü. *Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi* 12(1): 57-62.
139. Özakar Akça S, Yıldız S (2015). Adolesanlarda risk alma davranışları ve adolesana yaklaşım. *Literatür Sempozyum Dergisi* 6: 14-22.
140. Coie JD, Watt NF, West SG, Hawkins JD, Asarnow JR, Markman HJ, Ramey SL, Shure MB, Long B (1993). The science of prevention: a conceptual framework and some directions for a national research program. *American Psychologist* 48: 1013-1022.
141. Sever S (2002). Çocuk kitaplarına yansıtılan şiddet: Milli Eğitim Temel Yasası ve çocuk haklarına dair sözleşme bağlamında bir değerlendirme. *Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Dergisi* 35(1-2): 25-37.
142. Özgentürk İ, Karğın V, Baltacı H (2012). Aile içi şiddet ve şiddetin nesilden nesile iletilmesi. *Polis Bilimleri Dergisi* 14(4): 55-77.
143. Gül SK, Güneş İD (2009). Ergenlik dönemi sorunları ve şiddet. *Sosyal Bilimler Dergisi* 11(1): 80.
144. Haskan Ö, Yıldırım İ (2012). Şiddet Eğilimi Ölçeği'nin geliştirilmesi. *Eğitim ve Bilim* 37(163): 657-177.
145. Wahl K, Metzner C (2012). Parental influences on the prevalence and development of child aggressiveness. *Journal of Child and Family Studies* 21(2): 344-355.
146. Yörükoğlu A (1986). Çocuk ruh sağlığı. Birinci baskı. Doğu Matbaası, Ankara; Sayfa: 5-10.
147. Türkiye İstatistik Kurumu İstatistiklerle Çocuk (2017). Erişim adresi: <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=27596> [Erişim tarihi 21 Mart 2019]
148. Alikashifoğlu M (2008). Ergenlerde davranışsal sorunlar "içinde". Ercan O, Alikashifoğlu M (Ed.), *Adolesan Sağlığı II. İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Sempozyum Dizisi*, İstanbul, Sayfa: 55-59.

149. Wilde GJ, Murdock PA (1982). Incentive systems for accident-free driving in the general population. *Ergonomics* 25(10): 879-890.
150. Brooks TL, Harris SK, Thrall JS, Woods ER (2002). Association of adolescent risk behaviors with mental health symptoms in high school students. *Journal of Adolescent Health* 31(3): 240-246.
151. The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (2013). Erişim adresi: https://dhss.delaware.gov/dsamh/files/si2013_dsm5foraddictionsmhandcriminaljustice.pdf [Erişim tarihi 21 Mart 2019].
152. Bridge JA, Goldstein TR, Brent DA (2006). Adolescent suicide and suicidal behavior. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 47: 372-394.
153. Demir NÖ (2006). Ailedeki madde bağımlılığının ergenin sapmış davranışlara yönelmesindeki etkisi: Lise son sınıf gençliği örneği. *Hacettepe Üniversitesi Edebiyat Fakültesi Dergisi* 23: 119-29.
154. Spear HJ, Kulbok PA (2001). Adolescent health behaviors and related factors: a review. *Public Health Nursing* 18(2): 82-93.
155. Beautrais AL (2000). Risk factors for suicide and attempted suicide among young people. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 34: 420-436.
156. Dilsiz A, Dilsiz F (1993). İntihar girişimlerinde belirtilen nedenler. *Kriz Dergisi* 1(3): 124-128.
157. Adam KS, Bouckoms A, Striner D (1982). Parental loss and family stability in attempted suicide. *Archives of General Psychiatry* 39: 1081-1085.
158. Akın E, Berkem M (2012). İntihar girişiminde bulunan ergenlerde psikiyatrik tanılar, demografik ve klinik özelliklerin değerlendirilmesi. *Fırat Tıp Dergisi* 17(4): 228-232.
159. Murphy KR, Barkley RA, Bush T (2002). Young adults with attention deficit disorder: subtype differences in comorbidity, educational and clinical history. *Journal of Nervous and Mental Disease* 190: 147-157
160. Ünlü G, Aksoy Z, Ersan EE (2014). İntihar girişiminde bulunan çocuk ve ergenlerin değerlendirilmesi. *Pamukkale Tıp Dergisi* 7(3): 176-183.

161. Öngören B, Sarıefe H, Balcı Y (2017). Ergenlerde riskli davranışların sosyal açıdan irdelenmesi. *International Journal of Social Science* 62: 333-347.
162. Trangkasombat U, Likanapichitkul D (1997). Prevalence and risk factors for depression in children: an outpatient pediatric sample. *Journal of the Medical Association of Thailand* 80: 303-310.
163. Sayar K, Öztürk M, Acar B (2000). Aşırı dozda ilaç alımıyla intihar girişiminde bulunan ergenlerde psikolojik etkenler. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni* 10: 133-138.
164. Beautrais AL (2003). Suicide and serious suicide attempts in youth: A multiple-group comparison study. *American Journal of Psychiatry* 160: 1093-1099.
165. Wasserman D, Cheng Q, Jiang GX (2005). Global suicide rates among young people aged 15–19. *World Psychiatry* 4: 114-120.
166. Beautrais AL, Joyce PR, Mulder RT (1998). Youth suicide attempts: a social and demographic profile. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 32: 349-357.
167. Özdemir S, Erkan S, Karip E, Sezgin F, Şirin H (2010). İlköğretim okulu öğrencilerinin okulu terk etme nedenleri ve çözüm önerileri. *TÜBİTAK Projesi, (107K453)*.
168. Çetin H, Çavuşoğlu H (2009). Yetiştirme yurdunda ve aileleri ile yaşayan adölesanların benlik saygıları ve psikolojik belirtilerinin karşılaştırılması. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi* 2(4): 137-144.
169. Shields MK, Behrman RE (2000). Children and computer technology: Analysis and recommendations. *The Future of Children* 10(2): 4-30.
170. Gökçearslan Ş, Seferoğlu SS (2015). Ortaokul öğrencilerinin internet kullanım biçimleri: Riskli davranışlar ve fırsatlar. *Kastamonu Eğitim Dergisi* 24(1): 383-404.
171. Atıcı R (2014). Student attitudes in class factors affecting. *The Journal of Academic Social Science Studies International Journal of Social Science* 28: 413-427.
172. Kipping RR, Campbell RM, MacArthur GJ, Gunnell DJ, Hickman M (2012). Multiple risk behaviour in adolescence. *Journal of Public Health* 34(1): 1-2.
173. Velsor FB (2001). Adolescent school health. *Journal of Pediatric Nursing* 16(3): 194-196.

174. Satan A (2011). Ergenlerde akran baskısı, benlik saygısı ve alkol kullanımı arasındaki ilişkilerin incelenmesi. Marmara Üniversitesi Atatürk Eğitim Fakültesi Eğitim Bilimleri Dergisi 34: 183-194.
175. Sargin N, Çetinkaya B (2010). Akran baskısını azaltmada grupla psikolojik danışmanın etkililiği. Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi 23: 185-192.
176. Esen BK (2003). Akran baskısı, akademik başarı ve yaş değişkenlerine göre lise öğrencilerinin risk alma davranışının yordanması. Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi 24: 79-85.
177. Dusek JB (1987). Adolescent development and behavior. Prentice-Hall International, Inc.NJ, U.S.A
178. Santor DA, Messervey D, Kusumakar V (2000). Measuring peer pressure, popularity, and conformity in adolescent boys and girls: Predicting school performance, sexual attitudes, and substance abuse. Journal of Youth and Adolescence 29(2): 163-182.
179. Chang L (2004). The role of classroom norms in contextualizing the relations of children's social behaviors to peer acceptance. Developmental Psychology 40(5): 691-702.
180. Eldeleklioğlu J (2007). The relationships between aggressiveness, peer pressure and parental attitudes among Turkish high school students. Social Behavior and Personality 35(7): 975-986.
181. Yıldırım M (2007). Şiddete başvuran ve başvurmayan ergenlerin yalnızlık düzeyleri ve akran baskısı düzeyleri açısından incelenmesi. Yüksek lisans tezi, Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Eğitim Bilimleri Anabilim Dalı, Adana.
182. Knox M, Funk J, Elliott R, Bush EG (2000). Gender differences in adolescents' possible selves. Youth & Society 31(3): 287-309.
183. Gündoğdu NA, Güler N, Kocataş S, Güler G (2016). İlköğretim 6., 7. ve 8. sınıf öğrencilerinin okul yaşam kalitesi ve akran baskısı arasındaki ilişki. Türkiye Klinikleri Public Health Nursing-Special Topics 2(1): 61-67.
184. Yavuzer H (1999). Çocuk Psikolojisi. 18'inci baskı. Remzi Kitabevi, İstanbul; Sayfa: 7-10.

185. You S (2011). Peer influence and adolescents'school engagement. *Procedia-Social and Behavioral Sciences* 29: 829-835.
186. Lempers JD, Clark-Lempers DS (1993). A functional comparison of same-sex and opposite-sex friendships during adolescence. *Journal of Adolescent Research* 8(1): 89-108.
187. Beran T, Violato C (2004). A model of childhood perceived peer harassment: Analyses of the Canadian national longitudinal survey of children and youth data. *The Journal of Psychology* 138(2): 129-148.
188. Pearl R, T Bryan, A Herzong (1990). Resisting or acquiescing to peer pressure to engage in misconduct: Adolescents'expectations of probable consequences. *Journal of Youth and Adolescence* 19(1): 43-45.
189. Wagner EF (1993). Delay of gratification, coping with stress, and substance use in adolescence. *Experimental and Clinical Psychopharmacology* 1(1-4): 27.
190. Helfert S, Warschburger P (2011). A prospective study on the impact of peer and parental pressure on body dissatisfaction in adolescent girls and boys. *Body Image* 8(2): 101-109.
191. Esen KN (2007). Akran baskısı ve algılanan sosyal destek değişkenlerine göre, ergenlerde internet bağımlılığının yordanması. I. Uluslararası Bağımlılık Kongresi, İstanbul, 28-31 Mayıs 2007, 1-9.
192. Dolgun G. (2018). Akran zorbalığını önlemede hemşirenin rolü. *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi* 5(1): 95-101.
193. Ardahan M (2010). Sosyal destek ve hemşirelik. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi* 9(2): 68-75.
194. King K (2014). Violence in the school setting: a school nurse perspective. *The Online Journal of Issues in Nursing* 31(19): 35-43.
195. Eneç Can F (2007). Edirne şehir merkezindeki lise öğrencilerinde riskli sağlık davranışlarının değerlendirilmesi. Uzmanlık Tezi, Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Edirne.

196. Ercan O, Alikasıfoğlu M, Erginöz E, Kaymak AD, Birol Hİ, Aktuğlu Ç, Öztürk B, Uysal Ö, İter Ö (2000). İstanbul lise gençlerinde riskli davranışların sıklığı ve cinsiyete göre dağılımı (Cerrahpaşa gençlik sağlığı araştırması 2000). Türk Pediatri Arşivi 36(4): 199- 211.
197. Özkan A (2002). Adana il merkezinde bulunan liselerde okuyan öğrencilerde alkol ve uyuşturucu yatkınlığının araştırılması. Uzmanlık tezi, Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Adana.
198. Akca SO, Selen F (2016). Erkek ergenlerde riskli davranışlar: Bir lise örneği. TAF Preventive Medicine Bulletin 15(3): 206-212.
199. Prevention and management of the global epidemic of obesity. Report of the WHO Consultation on Obesity. Erişim adresi: https://www.who.int/nutrition/publications/obesity/WHO_TRS_894/en/ [Erişim tarihi 8 Haziran 2019].
200. Yorulmaz H, Paçal FP (2012). 16-18 yaş grubundaki gençlerin beslenme alışkanlıklarının ve obezite durumlarının incelenmesi. Türkiye Klinikleri Journal of Medical Sciences 32(2): 364-370.
201. The Obesity Epidemic and United States Students. Erişim adresi: https://www.cdc.gov/healthyyouth/data/yrbs/pdf/2017/2017_US_Obesity.pdf [Erişim tarihi 21 Haziran 2019].
202. Bebiş H, Akpunar D, Özdemir S, Kılıç S (2015). Bir ortaöğretim okulundaki adölesanların sağlığı geliştirme davranışlarının incelenmesi. Gülhane Tıp Dergisi 57: 129-135.
203. Sormaz Ü (2006). İzmit’de lise öğrencilerinin besin tercihleri ve beslenme bilgi düzeyleri üzerinde bir araştırma. Yüksek lisans tezi, Ankara Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü, Ev Ekonomisi Anabilim Dalı, Ankara
204. Mukudi E (2003). Nutrition status, education participation, and school achievement among Kenyan middle-school children. Nutrition 19(7): 612-616.
205. Özmen D, Çetinkaya AÇ, Ergin D, Şen N, Erbay PD (2007). Lise öğrencilerinin yeme alışkanlıkları ve beden ağırlığını denetleme davranışları. TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni 6(2): 98-105.

206. Çavdar S, Sümer EÇ, Eliaçık K, Arslan A, Koyun B, Korkmaz N, Kanık A, Erginöz E, Ercan O, Alikışıfoğlu M (2016). İzmir'de liseye devam eden ergenlerin sağlık davranışları. *Türk Pediatri Arşivi* 51(1): 22-34.
207. Feldman E (2000). Adolescent health: risks, resilience, prevention. *Clinics in Family Practice* 2: 767-790.
208. Eaton DK, Kann L, Kinchen S, Shanklin S, Flint KH, Hawkins J, Harris WA, Lowry R, McManus T, Chyen D, Whittle L, Lim C, Wechsler H (2012). Youth risk behavior surveillance United States. *Morbidity and Mortality Weekly Report Surveillance Summaries* 61(4):1-162.
209. Health 21. The health for all policy framework for the WHO European Region. Copenhagen: European Health for All Series No 6, 1999: 40-95.
210. Kara B, Hatun Ş, Aydoğan M, Babaoğlu K, Gökalp AS (2003). Kocaeli ilindeki lise öğrencilerinde sağlık açısından riskli davranışların değerlendirilmesi. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi* 46(1): 30-37.
211. Yalaki Z, Çetin F, Bilge YD (2015). Bir eğitim ve araştırma hastanesine başvuran adölesanlardaki riskli davranışların değerlendirilmesi. *Ege Tıp Dergisi* 54(3): 127-133.
212. Ercan O (2011). Ergenlik çağında kemik sağlığı. *Türk Pediatri Arşivi* 46(11): 54-58.
213. Ergin A (2002). Adölesanların sık karşılaştığı kasıtsız ve kasıtlı yaralanmalara yönelik riskli davranışların Adana il merkezindeki lise öğrencileri arasındaki yaygınlığı. Tıpta uzmanlık tezi, Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Adana.
214. United States 2017 Results. Erişim adresi: <https://nccd.cdc.gov/youthonline/App/Results.aspx?LID=XX> [23 Eylül 2019].
215. Tenore JL, Lipsky MS (2001). Preventive services for the adolescent (13-20 years). *Pediatric Clinics of North America* 48: 289-311.
216. Tümer A, Şahin S (2011). Ergenlerin riskli sağlık davranışları. *Sağlık ve Toplum* 21(1): 32- 38.
217. Aras Ş, Günay T, Özcan S, Orçin E (2007). İzmir ilinde lise öğrencilerinin riskli davranışları. *Anatolian Journal of Psychiatry* 8(2): 186-196.

218. Baltacı G, Ersoy G, Karaağaoğlu N, Derman O, Kanbur N. Ergenlerde sağlıklı beslenme, hareketli yaşam. Ankara: Sinem Matbaacılık; 2006.
219. Kaya M, Büyükşerbetçi M, Meriç M, Çelebi A, Boybeyi Ö, Işık A, Bozkurt İ, Vaizoğlu S, Güler Ç (2006). Ankara’da bir lisenin 9 ve 10. sınıf öğrencilerinin kişisel hijyen konusunda davranışlarının belirlenmesi. Sürekli Tıp Eğitimleri Dergisi 15(10): 179-183.
220. Çimen S, Savaşer S (2003). 15-18 Yaş grubu gençlerde riskli sağlık davranışları ölçeği’nin geliştirilmesi. 47. Milli Pediatri Kongresi, İstanbul, 21-23 Ekim 2003, 44-50
221. Geçkil E, Dünder Ö (2007). Adölesanların riskli sağlık davranışları ve benlik saygısı düzeylerinin belirlenmesi. I. Ulusal Pediatri Hemşirelik Kongresi, İzmir, 21-23 Haziran 2007.
222. Derman O (2008). Ergenlerde psikososyal gelişme. Adolesan Sağlığı II Sempozyum Serisi 63: 19-21.
223. World Health Organization. The Rational Use of Drugs, Report of the Conference of Experts Nairobi, 25–29 November 1985. Available at: <http://apps.who.int/medicinedocs/documents/s17054e/s17054e.pdf>. Accessed Dec 07, 2014.
224. Karakurt P, Hacıhasanoğlu R, Yıldırım A, Sağlam R (2010). Medication use among university students. TAF Preventive Medicine Bulletin 9(5): 505-512.
225. Badiger S, Kundapur R, Jain A, Kumar A, Pattanshetty S, Thakolkaran N, Bhat N, Ullal N (2012). Self-medication patterns among medical students in South India. Australasian Medical Journal 5(4): 217-220.
226. Özçelikay G, Asil E, Köse K (1995). Ankara üniversitesi öğrencilerinin doktora gitme ve doktora başvurmadan ilaç kullanma alışkanlıkları üzerinde bir çalışma. Ankara Üniversitesi Eczacılık Fakültesi Dergisi 24(1): 21-31.
227. Gürsul GK (2018). Başkent Üniversitesi öğrencilerinde kendi kendine ilaç kullanımı, özellikleri ve etkili faktörler. Tıpta uzmanlık tezi, Başkent Üniversitesi, Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Ankara.
228. İpteş S, Khorshid L (2004). Üniversite öğrencilerinin ilaç kullanım durumlarının incelenmesi. Ege Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Dergisi 20(1): 97-106.

229. Pınar N (2017). Mustafa Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi öğrencilerinin akılcı ilaç kullanım alışkanlıklarının belirlenmesi. Mustafa Kemal Üniversitesi Tıp Dergisi 8(29): 34-40.
230. Öztora S (2005). İlköğretim çağındaki çocuklarda obezite prevalansının belirlenmesi ve risk faktörlerinin araştırılması. Uzmanlık tezi, T.C. Sağlık Bakanlığı Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Aile Hekimliği Anabilim Dalı, İstanbul.
231. Arslan Şahin G (2011). Ankara'daki iki lisenin öğrencilerinde riskli sağlık davranışları ve bunlara akran baskısı ile diğer bazı faktörlerin etkisi. Yüksek lisans tezi, Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Ankara.
232. Stephens MB (2006). Preventive health counseling for adolescents. American Family Physician 74: 1151-1156.
233. Tomori M, Rus-Makovec M (2000). Eating behavior, depression, and self-esteem in high school students, Journal of Adolescent Health 26(5): 361-367.
234. Yannakoulia M, Karayiannis D, Terzidou M. Kokkevi, A, Sidossis, LS (2004). Nutrition-related habits of Greek adolescents. European Journal of Clinical Nutrition 58: 580-586.
235. Fonseca H, Gaspar de Matos M (2005). Perception of overweight and obesity among Portuguese adolescents: an overview of associated factors. European Journal of Public Health 15(3): 323-328.
236. Aydın, A. (2007). Eğitim psikolojisi, 8. Basım, Ankara: Tek Ağaç Yayıncılık.
237. Çiğdemöğlu S (2006). Lise 1'inci sınıf öğrencilerinin akran baskısı, özsaygı ve dışadönüklük kişilik özelliklerinin okul türlerine göre incelenmesi. Yüksek lisans tezi, Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Eğitimde Psikolojik Hizmetler Anabilim Dalı, Ankara
238. Woods S, Wolke D (2004). Direct and relational bullying among primary school children and academic achievement. Journal of School Psychology 42: 135-155.
239. Kumpulainen K, Räsänen E, Henttonen I, Almqvist F, Kresanov K, Linna SL, Piha J, Puura K, Tamminen T (1998). Bullying and psychiatric symptoms among elementary school-age children. Child Abuse and Neglect 22(7): 705-717.

240. Kapıkıran AN, Fiyakalı C (2005). Lise Öğrencilerinde akran baskısı ve problem çözme. Pamukkale Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi 18(1): 11-17.
241. Willemse M (2008). Exploring the relationship between self-efficacy and aggression in a group of adolescents in the peri-urban town of worcester. Master thesis, Stellenbosch University, Stellenbosch South Africa.
242. Gullone E, Moore S (2000). Adolescent risk taking and five-factor model of personality. Journal of Adolescence 23(4): 393-407.
243. Jones DC, Crawford J (2006). The peer appearance culture during adolescence: Gender and body mass variations. Journal of Youth and Adolescence 35: 257-269.
244. Coşkun Y, Kurnaz A (2009). İlköğretim öğrencilerinin benlik saygısı ve akran baskısı düzeyi ilişkisi üzerine bir inceleme. Sakarya Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi 17: 112-129.
245. Helfert S, Warschburger P (2013). The face of appearance-related social pressure: gender, age and body mass variations in peer and parental pressure during adolescence. Child and Adolescent Psychiatry Mental Health 7(1): 16.
246. Jones DC, Vigfusdottir TH, Lee Y (2004). Body image and the appearance culture among adolescent girls and boys: An examination of friend conversations, peer criticism, appearance magazines, and the internalization of appearance ideals. Journal of Adolescent Research 19(3): 323-339.
247. Pekel Uludağlı N, Uçanok Z (2005). Akran zorbalığı gruplarında yalnızlık ve akademik başarı ile sosyometrik statüye göre zorba/kurban davranış türleri. Türk Psikoloji Dergisi 20(56): 77-92.
248. Çetinkaya S, Nur N, Ayvaz A, Özdemir D, Kavakcı Ö (2009). Sosyoekonomik durumu farklı üç ilköğretim okulu öğrencilerinde akran zorbalığının depresyon ve benlik saygısı düzeyiyle ilişkisi. Anadolu Psikiyatri Dergisi 10(2): 151-158.
249. Fuligni AJ, Eccles JS (1993). Perceived parent-child relationships and early adolescents' orientation toward peers. Developmental Psychology 29(4): 622.
250. Mermer F (2012). Ortaöğretim öğrencilerinde akran çatışmasının incelenmesi. Yüksek lisans tezi, Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Gaziantep



EKLER

Ek 1. Tanımlayıcı Bilgi Formu

Sevgili Gençler

Bu formda yer alan bilgiler Karadeniz Teknik Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezinde kullanılacaktır. Aşağıdaki sorulara cevap vererek bilimsel bir araştırmaya katkı sağlamış olacaksınız. Anketimizi cevaplarken adınızı soyadınızı yazmayınız ve lütfen size en uygun cevap seçeneğini işaretleyiniz. Ankete katıldığınız için çok teşekkür ederiz.

Doç. Dr. İlknur KAHRİMAN, Zahide İYİ

1.Yaşınız:(yıl)
2.Cinsiyet: 1 () Kız 2 () Erkek
3.Boyunuz:(cm)
3.Kilonuz:(kg)
5.Okul Türünüz: 1 () Mesleki ve Teknik Anadolu Lisesi 2 () Orta Öğretim 3 () Anadolu Lisesi 4 () Özel Eğitim Meslek Okulu 5 () Özel Orta Öğretim 6 () Açık Öğretim Lisesi 7 () Anadolu İmam Hatip Lisesi 8 () Özel Anadolu Lisesi 9 () Spor Meslek Lisesi 10 () Fen Lisesi 11 () Diğer:.....
6.Sınıf Düzeyi:
7.Başarı durumunuzu nasıl tanımlarsınız? 1 () Çok İyi 2 () İyi 3 () Orta 4 () Kötü
8.Kaç kardeşiniz var? 1 () Kardeşim yok 2 () 1 kardeş 3 () 2 kardeş 4 () 3 kardeş ve üzeri
9.Arkadaşlarınızla ilişkilerinizi nasıl değerlendiriyorsunuz? 1 () Olumlu 2 () Olumsuz
10. Herhangi bir sorununuz olduğunda ilk kiminle paylaşırsınız? 1 () Arkadaşımla 2 () Okul öğretmenimle 3 () Kurumumdaki öğretmenimle 4 () Paylaşmam
11.Sağlığınızı nasıl algılersınız? 1 () İyi 2 () Orta 3 () Kötü
12.Herhangi bir sağlık sorununuz var mı? 1 () Evet. Lütfen belirtiniz..... 2 () Hayır
13.Genel olarak kendinizi mutlu hisseder misiniz? 1 () Evet 2 () Hayır 3 () Bazen

Ek 2. Riskli Sağlık Davranışları Anketi

1.Bir hafta içerisinde yaptığınız egzersiz sıklığınız nedir? 1 () 3 günden az 2 () 3 ve 3 günden fazla 3 () Hiç egzersiz yapmam
2.Motosiklete bindiğinizde kask takar mısınız? 1 () Sürekli takarım 2 () Hiç takmam 3 () Hiç motosiklete binmedim
3. Bisiklet kullanırken kask takar mısınız? 1 () Evet 2 () Hayır 3 () Hiç bisiklet kullanmadım
4.Tehlikeli sporlardan uzak durur musunuz? (rafting, gokart vb.) 1 () Evet 2 () Hayır
5.Tuvalete girmeden önce ellerinizi sabunla yıkar mısınız? 1 () Evet 2 () Hayır
6.Tuvaletten çıktıktan sonra ellerinizi sabunla yıkar mısınız? 1 () Evet 2 () Hayır
7.Yemek yemeden önce ellerinizi yıkar mısınız? 1 () Evet 2 () Hayır
8.Yemek yedikten sonra dişlerinizi fırçalar mısınız? 1 () Evet 2 () Hayır
9.Hafta da en az bir kez banyo yapar mısınız? 1 () Evet 2 () Hayır
10.Hiç ağrı kesici dışında doktora danışmadan ilaç kullandınız mı? 1 () Evet 2 () Hayır
11.Hiç kilo vermek veya kilonuzu korumak için isteyerek kustunuz mu? 1 () Evet 2 () Hayır
12.Servise ya da arabaya bindiğinizde emniyet kemerini takar mısınız? 1 () Evet 2 () Hayır
13.Günde ortalama kaç saat televizyon izliyorsunuz? 1 () Hiç izlemiyorum 2 () 1-2 saat 3 () 3 ve 3 saatten fazla
14.Günde ortalama kaç saat eğlence amaçlı bilgisayar ve telefon kullanıyorsunuz? 1 () Hiç kullanmıyorum 2 () 1-2 saat 3 () 3 ve 3 saatten fazla
15.Kahvaltı yapmadan okula gittiğiniz olur mu? 1 () Evet 2 () Hayır
16.Günlük en az 6-8 bardak su içer misiniz? (1,5 litre) 1 () Evet 2 () Hayır
17.Sağlıkla ilgili internetten yazıları okuyup sağlık personeline danışmadan uyguladığınız oldu mu? 1 () Evet 2 () Hayır
18.Her gün meyve tüketir misiniz? 1 () Evet 2 () Hayır
19.Her gün protein içeren besin tüketir misiniz? (et, et ürünleri yumurta, kuru bakliyat vb.) 1 () Evet 2 () Hayır
20.Her gün süt ve süt ürünü (peynir, yoğurt, sütlü tatlı) tüketir misiniz? 1 () Evet 2 () Hayır
21.Sabah öğle akşam düzenli beslenmenize dikkat eder misiniz? 1 () Evet 2 () Hayır
22.Öğün atlar mısınız? 1 () Evet 2 () Hayır
23.Fastfood türü yiyeceklerden her gün tüketir misiniz?(gazlı içecek, cips, hamburger, pizza vs.) 1 () Evet 2 () Hayır
24.Kilo vermek için sağlık personeline danışmadan diyet yaptığınız oldu mu? 1 () Evet 2 () Hayır
25.Her gün paketli ürünler tüketir misiniz? (bisküvi, çikolata, gofret, şekerleme vb.) 1 () Evet 2 () Hayır
26.Düzenli uyku uyumaya dikkat eder misiniz? (ortalama 7-8 saat). 1 () Evet 2 () Hayır

Ek 3. Akran Baskısı Anketi

1. Akranlarım benden farklı düşünüyor ise düşüncelerimi onlarla paylaşmam. 1 () Evet 2 () Hayır
2. Akranlarım düşüncelerime saygı göstermezler. 1 () Evet 2 () Hayır
3. Okulda akran grubunun dışına itilip yalnız kaldığın oldu mu? 1 () Evet 2 () Hayır
4. Akranlarınızdan baskı görüyor musunuz? 1 () Evet 2 () Hayır
5. Akranlarının özel eşyalarına zarar verdikleri olur mu? 1 () Evet 2 () Hayır
6. Sizce okullardaki akran baskısının ana nedeni nedir? 1 () Güçlü görünmek 2 () Başkalarını kontrol etmenin hoşlarına gitmesi 3 () Baskı kuran kişinin bu durumdan mutlu olması 4 () Baskı kuran kişinin yaptıklarını normal olarak görmesi 5 () Akranlarının onları kışkırtması 6 () Baskı kuran kişinin ruhsal problemlerinin olması 7 () Diğer. Lütfen belirtiniz.....
7. Akranlarım inancıma ve kültürüme saygı göstermezler. 1 () Evet 2 () Hayır
8. Akranların etkinlik yaptıkları zaman seni aralarına almak istemedikleri oluyor mu? 1 () Evet 2 () Hayır
9. Akranların arasında yapmadığın şeylerden dolayı hiç suçlandığın oldu mu? 1 () Evet 2 () Hayır
10. Akranlarının yanında görünüşünden dolayı kendini mutsuz hissediyor musun? 1 () Evet 2 () Hayır
11. Akranların konuşmadıkları biriyle senin konuşmamanı isterler mi? 1 () Evet 2 () Hayır
12. Akranların dersin daha fazla uzamasını istemedikleri için soru sormanı istemedikleri oluyor mu? 1 () Evet 2 () Hayır
13. Akranlarının maddi taleplerini (para vs.) isteğin dışında karşıladığın oluyor mu? 1 () Evet 2 () Hayır
14. Okulda öğrenci temsilcisini kendi isteğinle mi seçtin? 1 () Evet 2 () Hayır
15. Akranların kılık kıyafetinle (saç, sakal, aksesuar vb.) alay ederler mi? 1 () Evet 2 () Hayır
16. Akranların sana hoşlanmadığın şekilde hitap ederler mi? 1 () Evet 2 () Hayır
17. Akranların istemediğin yerlere gitmen için ısrar ederler mi? 1 () Evet 2 () Hayır

Ek 4. Gönüllü Onam Formu

Sizi “*Korunmaya İhtiyacı Olan 12-18 Yaş Grubu Çocukların Riskli Sağlık Davranışlarının ve Akran Baskısının Değerlendirilmesi*” başlıklı bir yüksek lisans tezi çalışmasına davet ediyoruz. Bu araştırmaya katılıp katılmama kararını vermeden önce araştırmanın neden ve nasıl yapılacağını bilmeniz gerekmektedir. Bu nedenle bu formun okunup anlaşılması büyük önem taşımaktadır. Aşağıdaki bilgileri dikkatlice okumak için zaman ayırınız. Anlamakta zorlandığınız veya size göre net olmayan şeyler varsa, ya da daha fazla bilgi almak isterseniz bize danışınız.

Bu yüksek lisans tezi araştırmasına katılım tamamen **gönüllülük** esasına dayanmaktadır. Araştırmaya katılmayı istememe hakkına sahipsiniz. **Anketi yanıtlamanız, çalışmaya katılım için onam verdiğiniz** biçiminde yorumlanacaktır. Size sunulan **anket formlarındaki** soruları yanıtlarken kimsenin baskısı veya telkini altında kalmayın. Bu anketlerin sonucunda ulaşılabilecek veriler tamamen yüksek lisans tez araştırması amacı ile kullanılacaktır.

Araştırmanın Amacı:

Korunmaya ihtiyacı olan 12-18 yaş grubu çocukların riskli sağlık davranışlarının ve akran baskısının belirlenmesi amaçlanmıştır.

İzlenecek Olan Yöntem ve Yapılacak İşlemler:

Tanımlayıcı tipteki bu yüksek lisans araştırması Trabzon’daki Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler İl Müdürlüğü’ne bağlı Trabzon Çocuk Evleri Sitesi, Fatih Çocuk Evleri Sitesi, Trabzon Çocuk Evleri Koordinasyon Merkezlerinde kalan korunmaya alınmış 12-18 yaş arası araştırmaya katılmaya gönüllü olan çocuklarla yapılacaktır.

Araştırmada örneklem seçimine gidilmeyip araştırmayı kabul eden 12-18 yaş arası çocuklar araştırmaya dâhil edilecektir. Araştırma verilerinin toplanması için, koruma altındaki çocukların sosyo-demografik özelliklerini değerlendirmesi için 13 sorudan oluşan tanımlayıcı bilgi formu (Ek-1) ile riskli sağlık davranışlarını ve akran baskısını belirlemek amacıyla ise Riskli Sağlık Davranışları Anketi (EK-2) ve Akran Baskısı Anketi (EK-3) kullanılacaktır.

Formlar çocuklarla bağlı bulundukları kurumda mesai saatleri içerisinde çalışma yürütücüsü tarafından bire bir görüşme ile uygulanacaktır.

Araştırmanın Süresi: Toplam süresi 10 ile 15 dakika arasında belirlenmiştir.

Katılımı Beklenen Gönüllü Sayısı: 109

Araştırmanın Yapılacağı Yer(ler):

Trabzon Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler İl Müdürlüğüne bağlı;

-Trabzon Çocuk Evleri Sitesi,

-Fatih Çocuk Evleri Sitesi,

-Trabzon Çocuk Evleri Koordinasyon Merkezi,

Araştırma Yürütücüleri:

Doç. Dr. İlknur KAHRİMAN

Hemşire Zahide İYİ

Gönüllü (birden fazla gönüllü bu formu okuyup imzalayabilir.)

Ad Soyad:

İmza:

Araştırma Sorumlusu- Tez Sahibi:

Zahide İYİ
Hemşire

Ek 5. Etik Kurul Onayı



T.C.
KARADENİZ TEKNİK ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
KTÜ TIP FAKÜLTESİ
BİLİMSEL ARAŞTIRMALAR ETİK KURUL
BAŞKANLIĞI

Sayı : 24237859-713
Konu: Etik Kurul onay belgesi

22.11.2018

Sayın; Dr. Öğr. Üyesi İlknur KAHRİMAN
Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği ABD.

"Korunmaya İhtiyacı Olan 12-18 Yaş Grubu Çocukların Riskli Sağlık Davranışları ve Bunlara Akran Baskısı ile Diğer Bazı Faktörlerin Etkisi" başlıklı etik kurul 2018/245 protokol numaralı tez çalışma önerisi raportör ve etik kurul görüşleri doğrultusunda; tıbbi etik açıdan uygun olduğuna karar verilmiştir.

Bilginizi ve gereğini rica ederim.


Prof. Dr. Faruk AYDIN
Etik kurul Başkanı

Ek: 1 adet onay belgesi

Ek 5. (Devam)

KTÜ TIP FAKÜLTESİ BİLİMSEL ARAŞTIRMALAR
ETİK KURULU KARAR FORMU

BASVURU BİLGİLERİ	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	"Korunmaya İhtiyacı Olan 12-18 Yaş Grubu Çocukların Riskli Sağlık Davranışları ve Bunlara Akran Baskısı ile Diğer Bazı Faktörlerin Etkisi"		
	ARAŞTIRMANIN PROTOKOL/PLAN KODU	2018 / 245		
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Dr. Öğr. Üyesi İlknur KAHRİMAN		
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği		
	TEZ SAHİBİ/DİĞER ARAŞTIRICILAR, UNVANI/ADI/SOYADI	Yük.Lis.Öğr.Zahide İYİ		
	DESTEKLEYİCİ			
	ARAŞTIRMANIN NİTELİĞİ			
	ARAŞTIRMANIN TÜRÜ	TEZ ☒ AKADEMİK AMAÇLI ☐		
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ ☒	ÇOK MERKEZLİ ☐	ULUSAL ☐

DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ/PLANİ			Türkçe ☒ İngilizce ☐ Diğer ☐
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU			Türkçe ☐ İngilizce ☐ Diğer ☐
	OLGU RAPOR FORMU			Türkçe ☐ İngilizce ☐ Diğer ☐
DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	Belge Adı		Açıklama	
	TÜRKÇE ETİKET ÖRNEĞİ	☐		
	SİGORTA	☐		
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	☐		
	BİYOLOJİK MATERYEL TRANSFER FORMU	☐		
	İLAN	☐		
	YILLIK BİLDİRİM	☐		
	SONUÇ RAPORU	☐		
	GÜVENLİLİK BİLDİRİMLERİ	☐		
DİĞER:	☐			

Ek 5. (Devam)

KTÜ TIP FAKÜLTESİ BİLİMSEL ARAŞTIRMALAR
ETİK KURULU KARAR FORMU

KARAR BİLGİLERİ	Karar No: 4	Tarih: 05.11.2018
	Dr.Öğr.Üyesi İlknur KAHRİMAN'ın sorumluluğunda yürütülmesi planlanan Yük.Lis.Öğr.Zahide İYİ'ye ait "Korunmaya İhtiyacı Olan 12-18 Yaş Grubu Çocukların Riskli Sağlık Davranışları ve Bunlara Akran Baskısı ile Diğer Bazı Faktörlerin Etkisi" başlıklı 2018/245 no.lu ve yukarıda başvuru bilgileri verilen araştırma/tez başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş, gerçekleştirilmesinde etik sakınca bulunmadığına; toplantıya katılan etik kurul üyelerinin oy birliği ile karar verilmiştir.	

KTÜ TIP FAKÜLTESİ BİLİMSEL ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU	
ÇALIŞMA ESASI	Klinik Araştırmalar Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu
BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI:	Prof. Dr. Faruk AYDIN

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet	İlişki *	Katılım **	İmza
Prof. Dr. Faruk AYDIN Başkan:	Tıbbi Mikrobiyoloji	KTÜ Tıp Fakültesi	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
Prof. Dr. Gamze ÇAN Başkan Yrd.	Halk Sağlığı	KTÜ Tıp Fakültesi	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
Prof. Dr. Murat LİVAOĞLU Üye:	Plastik, Rekons. ve Estetik Cer.	KTÜ Tıp Fakültesi	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
Prof. Dr. S. Murat KESİM Raporör:	Tıbbi Farmakoloji	KTÜ Tıp Fakültesi	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
Prof. Dr. Yılmaz BÜLBÜL Üye:	Göğüs Hastalıkları	KTÜ Tıp Fakültesi	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
Prof. Dr. Murat ÇAKIR Üye:	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	KTÜ Tıp Fakültesi	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
Prof. Dr. Şafak ERSÖZ Üye:	Tıbbi Patoloji	KTÜ Tıp Fakültesi	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☐ H ☒	İZİMLİ
Dr. Öğr. Üyesi Demet SAĞLAM AYKUT Üye:	Ruh Sağlığı ve Hastalıkları	KTÜ Tıp Fakültesi	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
Dr. Öğr. Üyesi Hüseyin YAMAN Üye:	Tıbbi Biyokimya	KTÜ Tıp Fakültesi	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	

* :Araştırma ile İlişki
** :Toplantıda Bulunma

Ek 6. Kurum İzni



T.C.
AİLE, ÇALIŞMA VE SOSYAL HİZMETLER BAKANLIĞI
Bakan Yardımcılığı
Eğitim ve Yayın Dairesi Başkanlığı, Yayın ve Dokümantasyon Birimi

Sayı : 73595336-605.01-E.468091

20/02/2019

Konu : Veri Toplama (Zahide İYİ)

BAKAN YARDIMCILIĞI MAKAMINA

İlgi : Çocuk Hizmetleri Genel Müdürlüğünün 15.02.2019 tarihli ve 27875137-605.01-E.432871 sayılı yazısı.

İlgi yazı ile Karadeniz Teknik Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı yüksek lisans öğrencisi Zahide İYİ'nin, "Korunmaya İhtiyacı Olan 12-18 Yaş Grubu Çocukların Riskli Sağlık Davranışları ve Bunlara Akran Baskısı ile Diğer Bazı Faktörlerin Etkisi" konulu çalışmasına ilişkin anketlerini Eylül 2018-Mayıs 2019 tarihleri arasında Trabzon Çocuk Evleri Sitesi, Fatih Çocuk Evleri Sitesi ve Trabzon Çocuk Evleri Koordinasyon Merkezi Müdürlüğünde uygulayabilme talebinin olumlu değerlendirildiği bildirilmiştir.

Söz konusu çalışmanın İl Müdürlüğünün koordinasyonunda kuruluş idarelerinin gözetim ve denetiminde, yapılacak araştırmaya katılım hususunda katılımcıların gönüllülüğü esas alınarak, elde edilecek kimlik bilgilerinin ve özel hayatın gizliliğine riayet edilerek, ses ve görüntü kaydı alınmaksızın ve fotoğraf çekimine izin verilmeksizin, çocukların kişisel özgürlükleri ve kişilik hakları korunacak ve güvenliklerine zarar gelmeyecek şekilde gerekli tedbirler alınarak, kuruluş işleyişini ve günlük yaşam programını aksatmayacak şekilde mesai saatleri içerisinde gerçekleştirilmesi, araştırma bitiminde araştırma sonuçlarının herhangi bir yerde yayınlanmadan (makale vs.) önce Bakanlığımızdan izin alınması ve araştırmanın bir örneğinin Başkanlığımıza gönderilmesi koşulları ile uygulanabilmesi hususunda;

Olurlarınızı arz ederim.

e-imzalıdır

Salih BOZKURT

Eğitim ve Yayın Dairesi Başkan V.

Not: 5070 sayılı Elektronik İmza Kanunu çerçevesinde güvenli elektronik imzalı aslı ile aynıdır.



Eskişehir Yolu Sıhıttözü Mah. 2177. Sok. No: 10/ A Kat: 27
Posta Kodu: 06510 Çankaya/ Ankara
(312)705 57 00
(312)705 57 57

Bilgi için: Seval ÇETİN
Sosyal Çalışmacı
Telefon No: (312) 705 57 22

Ek 6. (Devam)



T.C.
AİLE, ÇALIŞMA VE SOSYAL HİZMETLER BAKANLIĞI
Eğitim ve Yayın Dairesi Başkanlığı

Sayı : 73595336-605.01-E.520091

25.02.2019

Konu : Veri Toplama (Zahide İYİ)

DAĞITIM YERLERİNE

İlgi : Çocuk Hizmetleri Genel Müdürlüğünün 15.02.2019 tarihli ve 27875137-605.01-E.432871 sayılı yazısı.

İlgi yazı ile Karadeniz Teknik Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı yüksek lisans öğrencisi Zahide İYİ'nin, "Korunmaya İhtiyacı Olan 12-18 Yaş Grubu Çocukların Riskli Sağlık Davranışları ve Bunlara Akran Baskısı ile Diğer Bazı Faktörlerin Etkisi" konulu çalışmasına ilişkin anketlerini Eylül 2018-Mayıs 2019 tarihleri arasında Trabzon Çocuk Evleri Sitesi, Fatih Çocuk Evleri Sitesi ve Trabzon Çocuk Evleri Koordinasyon Merkezi Müdürlüğünde uygulayabilme talebi iletilmiş olup ilgili talep Bakan Yardımcılığı Makamının 20/02/2019 tarihli ve E.468091 sayılı Oluru ile uygun görülmüştür.

Talebin uygun görüldüğüne dair Bakan Yardımcılığı Makam Oluru ekte sunulmuştur.
Bilgilerinize arz, gereğini rica ederim.

e-imzalıdır

Salih BOZKURT

Bakan a.

Eğitim ve Yayın Dairesi Başkanı V.

Ek : Onay (2 sayfa)

Dağıtım:

Gereği:

TRABZON VALİLİĞİNE

(Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler İl
Müdürlüğü)

Karadeniz Teknik Üniversitesi Rektörlüğüne
(Sağlık Bilimleri Fakültesi)

Bilgi:

Çocuk Hizmetleri Genel Müdürlüğüne

Not: 5070 sayılı Elektronik İmza Kanunu çerçevesinde güvenli elektronik imzalı aslı ile aynıdır.



Eskişehir Yolu Söğütözü Mah. 2177. Sok. No: 10/ A Kat: 27
Posta Kodu: 06510 Çankaya/ Ankara
(312)705 57 00
(312)705 57 57

Bilgi için: Seval ÇETİN
Sosyal Çalışmacı
Telefon No: (312) 705 57 22

Ek 6. (Devam)

OLUR
20/02/2019

 e-imzalıdır
Ayşe ERGEZEN
Bakan Yardımcısı

Not: 5070 sayılı Elektronik İmza Kanunu çerçevesinde güvenli elektronik imzalı ush ile yapılır.



TE. BAŞ. (KURUM)
SOSYAL HİZMETLERİ GENEL MÜDÜRLÜĞÜ

Eskişehir Yolu Söğütözü Mah. 2177. Sok. No: 10/ A Kat: 27
Posta Kodu: 06510 Çankaya/ Ankara
(312)705 57 00
(312)705 57 57

Bilgi için: Seval ÇETİN
Sosyal Çalışmacı
Telefon No: (312) 705 57 22

Ek 7. Etik Kurul Başlık Değişikliği Onayı



T.C.
KARADENİZ TEKNİK ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
KTÜ TIP FAKÜLTESİ
BİLİMSEL ARAŞTIRMALAR ETİK KURUL
BAŞKANLIĞI

Sayı : 24237859- 12
Konu:

07/01/2020

Sayın; Doç. Dr. İlknur KAHRİMAN
Çocuk sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği ABD

"Korunmaya İhtiyacı Olan 12-18 Yaş Grubu Çocukların Riskli Sağlık Davranışları ve Bunlara Akran Baskısı ile Diğer Bazı Faktörlerin Etkisi" başlıklı 2018/245 protokol numarasıyla daha önce onay almış olan tez çalışmanız ile ilgili etik kurula sunmuş olduğunuz dilekçede yer alan;

Çalışmada veri toplamak için kullanılacak ölçekler Çocuk Hizmetleri Genel Müdürlüğü'nün görüşleri doğrultusunda uygun görülmediği için çalışma verilerinin anket yoluyla toplanması gerekmiştir. Çalışmanın yönteminde bir değişiklik yapılmamıştır. Bu nedenle tez başlığının "Korunmaya İhtiyacı Olan 12-18 Yaş Grubu Çocukların Riskli Sağlık Davranışlarının ve Akran Baskısının Değerlendirilmesi" olarak değiştirilmesi talebiniz; Etik Kurul'un 06 Ocak 2020 tarihli toplantısında görüşülerek; toplantıya katılan üyelerin oy birliği ile uygun bulunmuştur.

Bilgilerinize ve gereğini rica ederim.

Prof. Dr. Faruk AYDIN
Etik Kurul Başkanı

ÖZGEÇMİŞ

KİŞİSEL BİLGİLER

Soyadı, Adı : İYİ Zahide
Uyruğu : T.C.
Doğum Tarihi ve Yeri : 1994/ TABZON
Telefon (İş) : (0462) 227 77 77
E-Posta : zahide_iyi@hotmail.com
Yazışma Adresi (İş) : KTÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi/Trabzon

ÖĞİTİM BİLGİLERİ

Derece	Mezun Olduğu Kurumun Adı	Mezuniyet Yılı
Lisan	Karadeniz Teknik Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü	2015
Lise	Halil Çiftçi Anadolu Lisesi, Adana	2011

YABANCI DİL

İngilizce

UZMANLIK ALANI

Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği

BİLDİRİLER

- İyi Z, Kahriman İ, Ulutaşdemir N. Hemşirelik öğrencilerinin el hijyeni inanç ve uygulamalarının değerlendirilmesi. 1.Uluslararası Hemşirelik ve İnovasyon Kongresi, İstanbul. 14-15 Aralık 2018 (Tam Metin Kitabı, S:228-235) (Sözel Sunum)
- İyi Z, Kahriman İ. Çocuk sağlığı ve hastalıkları dersi klinik uygulamasına çıkan hemşirelik öğrencilerinin uygulama öncesi stres düzeylerinin ve derse ilişkin görüşlerinin belirlenmesi. 5.Ulusal 1. Uluslararası Hemşirelikte Güncel Yaklaşımlar Kongresi, Sakarya. 15-17 Kasım 2018 (Tam Metin Kitabı) (Sözel Sunum)
- İyi Z, Kahriman İ. Mülteci Olmanın Çocuk Sağlığına Etkisi Ve Çocuk Hakları Kapsamında Değerlendirilmesi. 1.Uluslararası Şiddeti Anlamak Kongresi, İstanbul. 21-23 Mart 2019 (Özet Metin Kitabı, S:145-146) (Sözel Sunum)

4. olak B, İyi Z, Meral B, Kahriman İ. Çocuklarda Cinsel İstismarın Bilimsel Literatür İle Medyaya Yansıması: Yasalardaki Yeri. 1.Uluslararası Şiddeti Anlamak Kongresi, İstanbul. 21-23 Mart 2019 (Özet Metin Kitabı, S:225-226) (Sözel Sunum).
5. İyi Z, Kahriman İ. Ateşli ocuğa Hastane Öncesi Yaklaşım. 2. Uluslararası 19 Mayıs Yenilikçi Bilimsel Yaklaşımlar Kongresi, Samsun. 27-29 Aralık 2019 (Tam Metin Kitabı) (Sözel Sunum).
6. İyi Z, Kahriman İ. ocukta Yabancı Cisim Aspirasyonu ve Kurtarıcı Uygulamalar. 2. Uluslararası 19 Mayıs Yenilikçi Bilimsel Yaklaşımlar Kongresi, Samsun. 27-29 Aralık 2019 (Tam Metin Kitabı) (Sözel Sunum).

