

**T.C.
TRAKYA ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI**

Tez Yöneticisi
Yrd. Doç. Dr. E. Melih ŞAHİN

**EDİRNE ŞEHİR MERKEZİNDEKİ LİSE
ÖĞRENCİLERİNDE RİSKLİ SAĞLIK
DAVRANIŞLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ**

(Uzmanlık Tezi)

Dr. Fatmanur ENEÇ CAN

EDİRNE - 2007

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimimde ve tez çalışmam boyunca gösterdiği her türlü destek ve yardımdan dolayı tez danışmanım Dr. E. Melih Şahin'e, anabilim dalı başkanımız Dr. Nezih Dağdeviren başta olmak üzere, Dr. Zekeriya Aktürk'e, istatistik konusunda danışmanlık aldığım Dr. Necdet Süt'e, eğitimimde emeği geçen TÜTF'nin diğer anabilim dallarında görevli hocalarıma, araştırma görevlisi arkadaşlarıma, okul yöneticileri ve öğretmenlerine, tüm desteğinden dolayı sevgili eşime ve aileme teşekkür ederim.

Bu çalışma TÜBAP-738 No'lu proje ile desteklenmiştir. Destekleri için teşekkür ederiz.

İÇİNDEKİLER

GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
GENEL BİLGİLER.....	3
ERGENLİK.....	3
ERGENLİĞİN DÖNEMLERİ.....	5
ERGENLİKTE FİZİKSEL VE CİNSEL GELİŞİM.....	7
ERGENLİKTE BİLİŞSEL, PSİKOSOSYAL VE AHLAKİ GELİŞİM.....	10
RİSK ALMA DAVRANIŞI.....	12
SİGARA KULLANIMI.....	13
ALKOL VE MADDE KULLANIMI.....	15
KASITLI VE KASITSIZ YARALANMALAR.....	19
ERGEN CİNSEL DAVRANIŞI.....	25
SAĞLIKSIZ DİYET ALIŞKANLIĞI VE FİZİKSEL İNAKTİVİTE.....	28
AİLE HEKİMLİĞİNDE ERGENLERE YAKLAŞIM.....	30
GEREÇ VE YÖNTEMLER.....	37
BULGULAR.....	41
TARTIŞMA.....	95
SONUÇLAR.....	109
ÖZET.....	114
SUMMARY.....	116
KAYNAKLAR.....	118
EKLER	

SİMGE VE KISALTMALAR

COD	:Cinsel Olgunlaşma Derecesi
DSÖ	:Dünya Sağlık Örgütü
HIV	:Human Immunodeficiency Virus
SED	:Sosyoekonomik Durum
VKİ	:Vücut Kitle İndeksi
YRBSS	:Youth Risk Behavior Surveillance System (Gençlik Riskli Davranış İzlem Sistemi)

GİRİŞ VE AMAÇ

Ergenlik dönemi, bir takım özelliklerin kazanıldığı, gencin yaşamına yeni tecrübelerin girdiği ve bazı deneyimlerinde aşırıya gidilebildiği bir dönemdir. Özellikle bu dönemde edinilen bir takım riskli davranışların sonuçları erişkin döneme kadar yansıyabilmektedir. Bu nedenle de bu döneme ait riskli davranışların belirlenip değerlendirilmesi gereklidir.

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) ergen kişiyi 10 ve 19 yaşlar arasındaki herhangi bir kişi olarak tanımlar (1,2). Bu tanıma göre ergenler ülkemizde en geniş nüfus grubudur (2). Erkek ve kız ergenler birlikte toplam nüfusun %20'ye yakın bir bölümünü oluşturmaktadır. Toplam nüfusun %19,7'si 10-19 yaş grubu, %28,6'sı 10-24 yaş grubu içindedir (3). Bu bağlamda ergen nüfusun sorunlarını göz ardı etmemek gerekir.

DSÖ verilerine göre dünya çapındaki 1,2 milyar ergenin %85'i gelişmekte olan ülkelerde, geri kalanı sanayileşmiş ülkelerde yaşamaktadır ve her yıl tahminen 1,7 milyon 10-19 yaş arasında kadın ve erkek kazalar, intihar girişimi, şiddet, gebelikle ilişkili komplikasyonlar ile diğer önlenabilir ve tedavi edilebilir hastalıklar nedeniyle erken kaybedilmektedir (1). Yetişkinler arasındaki erken ölümlerin %70'inin büyük ölçüde ergenlik dönemi süresince başlamış olan davranışlar nedeniyle olduğu tahmin edilmektedir (1). Bu nedenle ergenlik dönemi sorunlarını dikkate almak, sorunlarla baş edebilmede gençlere yardımcı olabilmek kaçınılmaz bir gereksinim olarak karşımıza çıkmaktadır.

Ülkemizde ergenlerin riskli sağlık davranışlarına yönelik çalışmalar henüz yapılandırılmış ulusal bir izlem programı düzeyine ulaşmamıştır. Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD) ergenler arasında sosyal problemlere, morbidite ve mortaliteye neden olan sağlık açısından riskli davranışları izlemek amacıyla Hastalık Kontrol ve Önleme

Merkezi (Center's of Disease Control and Prevention, CDC) Gençlik Riskli Davranış İzlem Sistemi'ni (Youth Risk Behavior Surveillance System, YRBSS) geliştirdi. YRBSS; kasıtlı-kasıtsız yaralanmalar, tütün kullanımı, alkol ve diğerk ilaç kullanımı, cinsel davranışlar (istenmeyen gebelik, cinsel yolla bulaşan hastalıklar, HIV “Human Immunodeficiency Virus” enfeksiyonu), beslenme alışkanlığı ve fiziksel aktivite olarak altı kategoriden oluşmaktadır (4). ABD, ulusal düzeyde iki yıl ara ile bu YRBSS anketini uygulamaktadır (4,5).

Ülkemizde kalıcı ulusal bir yöntem geliştirilmemiş olsa da bu döneme ait riskli davranışları belirleme ve boyutunu saptamaya yönelik çabalar görölmektedir. Yıllar içinde ergenlik dönemine ait sigara, alkol, uyuşturucu madde kullanımı, şiddet davranışı gibi sağlık açısından riskli davranışlar artış göstermektedir. Bu sorunlar gençlerin yaşları gereğı, en yoğun bir arada bulundukları yer olan liselerimizin sorunu olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu döneme ait sorunların belirlenip uygun girişimlerin ülke çapında planlanabilmesi için konu hakkında araştırmalara gereksinim vardır. Kesitsel çalışmalar yapıldıkları toplumun o anki sağlık durumunu gösteren önemli çalışmalar olsa da sağlık politikalarını belirleyebilmek amacıyla bu tür çalışmalar ülke genelini yansıtabilecek düzeye çıkarılmalıdır. Çalışmamızın bu yöndeki girişimlere katkı sağlayacağı kanaatindeyiz.

Bu çalışmada Edirne ili merkezindeki lise öğrencilerinde sağlık açısından riskli çeşitli davranışların yaygınlıklarını saptayıp değerlendirmek, ergenlere yönelik bireysel ve toplumsal sağlık hizmeti sunumunda iyileştirmeler yapabilmek için önerilerde bulunmamızı sağlayacak analizler yapmak amaçlanmıştır.

GENEL BİLGİLER

ERGENLİK

Ergenlik dönemi hızlı fizyolojik ve psikososyal gelişimin yaşandığı bir süreçtir (6,7). Çocukluk ile erişkinlik arasında geçiş dönemini oluşturur (8). Bu dönemde ergen fiziksel, duygusal, ruhsal gelişim yaşar (9).

Puberte ile başlayan ergenlik, yaşam sürecinde en etkileyici biyolojik ve sosyal geçiş dönemlerinden biridir. Bu dönemde beyin, nöroendokrin sistem ve hormon konsantrasyonlarında değişim, fiziksel ve morfolojik özelliklerde farklılaşma ile üreme sisteminde farklılaşmayı içine alan değişiklikler meydana gelir (8).

Büyüme ve olgunlaşma dönemi olan bu döneme “adölesan dönem” de denmektedir (10,11). Normal ergenlik fizyolojik değişiklikler, psikolojik farkındalıklarda artış, bilişsel olgunlaşmanın yanında duygusal akademik ve sosyal deneyimlerden oluşan dinamik bir süreçtir. Genel kanı ergenliğin fırtınalı bir dönem olduğu yönündedir. Hızlı büyüme, cinsel dürtü artışı, henüz kimliğin tam olgunlaşmamış oluşu ve toplumsal yerin belirsizliği, aileye bağımlılığın devam etmesi belirli etkenlerdir (12).

Aristo, bu dönemi; “Gençler kişilik olarak arzularına kapılmaya ve bunları eyleme dökmeye hazırdırlar, bedeninin arzuları içinde en çok kapıldıkları cinsel arzulardır... Çok değiştirebilirler, arzuları ateşli olduğu kadar geçicidir... Sevgi olsun, nefret olsun her şeyde aşırıya kaçarlarsa...” diyerek tanımlamıştır (7).

Stanley Hall 1904’te ergen gelişiminin ilkel insanlıktan uygar topluma geçiş benzeri bir değişim olduğunu ileri sürmüş ve bu dönemi fırtına ve stres dönemi olarak değerlendirmiştir. Bu dönemin çelişkiler dönemi olduğu ancak bunun psikiyatrik bir bozukluk

anlamı taşımadığından söz etmiştir (7). Anna Freud da ergenliği huzurlu bir büyüme sürecinin kesintiye uğraması olarak görmüş, ergenlik sürecinde tutarlı bir dengenin korunmasını ise anormal olarak değerlendirmiştir. Ortaya çıkan güçlü cinsel dürtüler karşısında kendini savunmaya çalışan güçsüz bir benlik kavramı üzerine kurulu olduğunu ifade etmiştir (7).

Ergenlik döneminin fırtına ve stres açısı gözden geçirilmiş ve ergenliğin kültürel beklentilere göre bir erişkin olmak adına biyolojik, bilişsel, duygusal ve sosyal alanlarda yeniden yapılanmayı içeren bir gelişim dönemi olarak görülmeye başlanması ile daha dengeli bir bakış açısı sağlanmıştır (8).

Erik Erikson ise ergenlikteki görevi kimliğe karşılık rol karmaşası olarak görmüştür (13). Erikson'un kimlik duygusu olarak belirttiği duygu eskiden var olan kimlik duygusu ile bu dönemde gelişen ve toplumsal anlamı yüklenen kimlik duygusunun bütünleşmesi ve buna bağlı olan güven duygusudur (12).

Kimlik duygusunun kazanılması sürecinde çocuklukta çatışmalar yeniden yaşanır. Genç, kendisinin kim ve ne olacağı sorularına yanıt arar . Bu dönem, çocuklukta öğrenilen ahlak değerleri ile yetişkin dönemdeki değerlerin karşılaştırıldığı, kişinin toplumsal yerini, mesleksi konumunu, cinsel kimliğini tanıma çabasının olduğu bir dönemdir. Bu çabaya kimlik krizi (dönemeci) denmektedir (12). Erikson, kimlik krizini ergenliğin normal bir parçası olarak görür (13). Bu doğal süreç her gençte farklı yoğunlukta yaşanır. Bu yol bulma çabası içinde ağır bunalımlar da ortaya çıkabilir ve genç aşırı uçlara sapabilir (7). Uygun ortamda danışma, tedavi ile bu durum aşılabılır (12).

Geçmiş deneyimlerin şu anki değişimlerle bütünleştirilmesi ile ego kimliği oluşur (13). Bu dönemde gençler çeşitli idollerle özdeşim kurabilirler ve bu özdeşim bir akran grubu tarafından kabul görmüş gençte aşırıya kaçmazken, sosyal izolasyona neden olabilecek bir özdeşim psikiyatrik bozukluk açısından bir risk oluşturabilir (13).

Ergenin temel gelişimsel görevleri vardır (Tablo 1) (14). Ergenlik arkadaşlarla bağ kurma, yeni inanç ve deneyimler, ilk defa aşık olma ve gelecek ile ilgili yaratıcı fikirler geliştirme dönemidir (13). Bu dönem gencin kendisine güven geliştirmesi, iyi arkadaş ilişkilerini sürdürmesi ve aileleri ile de uyumlu ilişkilerini devam ettirmesi ile tamamlanır (13).

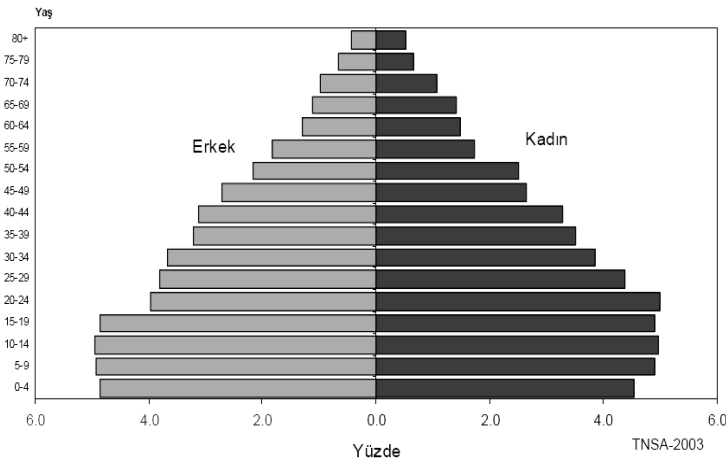
Tablo 1. Ergenin temel gelişimsel görevleri (14)

- Kişilik geliştirme; duygusal ve davranışsal olarak bağımsızlaşma, özellikle aileden bağımsız hale gelme
- Erişkin iş rolü için gerekli eğitim ve diğer deneyimleri kazanma, gerçekçi bir mesleksel kazanım geliştirme
- Gelişen cinselliği ile başa çıkmayı öğrenme ve olgun cinsellik düzeyini elde etme
- Kimlik ile ilgili konuları halletme, gerçekçi ve pozitif öz görünüm kazanma
- Yakınlaşma kapasitesi ve başkaları ile yakın partner olmaya hazırlanma gibi kişiler arası beceriler geliştirme

ERGENLİĞİN DÖNEMLERİ

Ergenlik toplumlara, dönemlere ve kişiye göre farklı özellikler göstermektedir. Puberte ile ilgili olaylar öngörülen bir sıraya göre oluşur, ancak başlama zamanı ve seyri bireyler arasında oldukça değişkendir (6). Aslında ergenliğin tüm yönlerini kapsayan ve herkes tarafından yeterli görülen bir tanımını yapmak zordur. Yaş dilimi konusunda da kuramlar arasında farklar söz konusudur.

DSÖ ergen kişiyi 10 ve 19 yaşlar arasındaki herhangi bir kişi olarak tanımlamaktadır (1). Bu tanıma göre ergenler ülkemizde en geniş nüfus grubudur (2) (Şekil 1). Erkek ve kız ergenler birlikte toplam nüfusun %20'ye yakın bir bölümünü oluşturmaktadır (3).



Şekil 1. Türkiye nüfus piramidi (3)

TNSA: Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması

Ergenliğin her insanda aynı yaşlarda başlamayacağından yola çıkılarak ergenlik için yaş sınırı belirlemek güçleşmektedir (15). Genetik faktörler de pubertenin seyrini etkiler (11). Yine de belli dönemlere ayırmak bize farklı özellikleri inceleme kolaylığı sağlamaktadır.

Ergenlik dönemi psikososyal gelişim açısından, erken, orta ve geç ergenlik dönemi olmak üzere üç bölümde ele alınmıştır (16).

Erken Ergenlik

10-14 yaşlar arası dönemdir (6). Sekonder seks karakterleri görülmeye başlamıştır (17). Fiziksel değişikliklerin oldukça hızlı olmasının yanı sıra davranışsal değişiklikler de vardır (6). Kızlarda bu büyüme erkeklere göre 1-2 yıl öncesinden başlar (13,15). Pubertal değişimler hakkında ve beden imajı ile ilgili kaygılar vardır (16). Cinselliğin farkına varma, fiziksel gelişimden utanma ya da karşı cinse ilgi artışı şeklinde kendisini gösterebilir (13).

Ergenler kendilerini aileden soyutlamaya çalışırlar (13). Ancak bu dönemde ebeveyn kontrolüne karşı belirgin çatışma yoktur (17). Arkadaşları ile geçirilen zamanda artış söz konusudur. Aileden daha bağımsız olmayı tercih ederler (13,16). Somut düşünce hakimdir. Güncel karar ve eylemlerin uzun dönemdeki sonuçlarını algılayamama söz konusudur (17). Dürtü kontrolünde eksiklik nedeni ile davranışa dönüşen istekler sonucunda otorite figürleri ile çatışabilirler. Hatta bazı ergenler bu dönemde sigara, alkol, esrar kullanmaya başlayabilir (13).

Orta Ergenlik

15-17 yaşlar arası dönemdir (6). Sekonder seks karakterleri iyi gelişmiştir. Büyüme yavaşlamıştır. Boy erişkin boyunun %95'ine varmıştır (17). Bununla birlikte vücut görünümünün kabullenildiği bir dönemdir (16). Bütün olarak kişiliğin oluşması ve bağımsızlık bu dönemin başlıca özelliğini oluşturur (6).

Arkadaş grubu ile daha fazla bütünleşilir. Çok sayıda ve çeşitli ilişkiler kurulabilir. Bir arkadaş grubu ile özdeşim eğilimi söz konusudur. Karşı cinse ilgi artar, maskülinite veya feminite yeteneklerini deneme söz konusudur. Cinsel davranış yoğunlaşarak romantik ilişkileri daha karmaşık hale getirir (13,17). Bu dönemde cinsel aktivite deneyiminde artış söz konusudur (16).

Ergen için olumlu ve olumsuz risk alma davranışında kendine güven önemli bir belirleyicidir (13). Omnipotans ve yenilmezlik duyguları gelişir (16,17). Güçlü olma duygusu, riskli davranışlarda artışa neden olur. Ergenler riskleri olduğundan daha az görme

eğilimindedir. Bu durum da aileleri ile çatışmaları kaçınılmaz kılar (13,16). Ancak bu çatışmalar ilişkileri koparacak boyuta gelmez (13). Özgürleşme sürecinde davranış kalıplarını tanımlamak için yaşlılarına bakar. Özgürlük ile ilgili istekleri baskındır (17). Ergen bu şekilde kendisini farklı tanımlarken aile birliğini sürdürmek mümkündür (13).

Geç Ergenlik

18-21 yaşlar arası dönemdir (6). Üst sınırı kültürel, ekonomik ve eğitsel faktörlerle kısmen değişebilir. Büyüme ve cinsel gelişmenin tamamlanması ile bu konuda yaşanan kaygılar sona ermiştir. Soyut düşünme süreçlerini tamamlamıştır. Geleceğe yönelik seçimlerin yapılması ve uygulama yeteneği oluşmuştur (17).

Sağlam ilişkiler kurar. Narsistik yaklaşımlar yerini iki taraflı bakabilme yeteneğine bırakmaya başlar. İlişkiler arkadaş grubundan kişisel ilişkilere yönelmiştir. Evlilik ve aile kurma düşünceleri ile planlar kurulabilir. Bu dönemde mahremiyetin anlamı, araştırmak ve romantizmden çok bağlılık olmuştur. Bireyselleşmesini tamamlamış, ailesinden ve diğer bireylerden bağımsızlaşmıştır. Erişkinler arası ilişki modeline geçiş söz konusudur (17).

Uygulanabilir, gerçekçi meslek seçimleri, sosyal, dinsel, cinsel ve ruhsal değer yargılarının değerlendirilmesi, uzlaşmada artış, sınırlarını belirleme söz konusudur (16).

ERGENLİKTE FİZİKSEL VE CİNSEL GELİŞİM

Hiç kuşkusuz vücut gelişiminde görülen değişiklikler ergenliğin önemli bir bölümünü oluşturmaktadır. Puberte dediğimiz süreçte ergen fiziksel ve cinsel olarak gelişirken üreme yeteneği kazanmaya başlamaktadır (6).

Fiziksel Gelişim

Puberte çağı değişikliklerinin kişisel imaj içine özümsemesi normal ergenlik için çok önemlidir (6). Genel olarak bakıldığında ergenlerin çoğu fiziksel gelişime iyi uyum sağlar. Gelişen ve değişen fiziki yapısı ile bütünleşmek zaman alır (13). Hormonal değişiklikler her iki cinsten farklı kas ve iskelet gelişimine, yağ dokusu dağılımına ve ikincil cinsel değişikliklere yol açar. Bu dönemde cinsel olgunlaşmaya bağlı olarak gerçekleşen fiziksel değişikliklere gencin uyum yapabilmesi gerekir (18).

Puberte döneminde, erkeklerde androjenler ve kızlarda östrojenler, serumda büyüme hormonu (GH) ve insülin benzeri büyüme faktörü 1 (IGF-1) düzeyini arttıırırlar. Ergenlikte hızlı büyüme kızlarda genellikle 12 ve 13, erkeklerde ise 14-15 yaşlar arasında olur. İskelet ve

kas sistemlerinin çoğu hızlı büyümeye ayak uydurur fakat bu aynı zamanda ve eşit derecede olmaz. Boy uzaması öncelikle gövdede olur. Bu dönemde kalp ve diğer organlar çok hızlı büyürler. Yüz profili uzar, burun belirginleşir. Yüzdeki değişiklikler erkeklerde daha ön plandadır. Erkeklerde ayrıca kalp, iskelet kası ve akciğerlerdeki büyüme de daha fazladır (17).

Cinsel Gelişim

Puberte, gonadotropin releasing hormonu (GnRH) salgılayan medial bazal hipotalamik nöronların inhibisyonundan kurtulması sonucu başlar. GnRH salgısı hipofizden pulsatil luteinizan hormon (LH) ve folikül stimulan hormon (FSH) salınmasına neden olur. Hipofizden gonadotropinlerin salgılanması gonadlarda büyümeyi ve olgunlaşmayı başlatır. Over kaynaklı östradiol memelerin, testislerden salgılanan testosteron penisin büyümesini etkiler. Her iki hormon da boy uzamasını hızlandırır. Adrenarş (pubik kıllanma) kızlarda adrenal androjenler, erkeklerde ise testosteron etkisi ile düzenlenir (6). FSH ve LH'nın pubertal seviyelere ulaşmasından 6 ay sonra cinsel olgunlaşma belirtileri görülmeye başlar. FSH, over folikülünün büyümesini ve östrojenik hormonların salınımını uyarır. LH, ovulasyon, *korpus luteum* oluşumu, progesteron üretimi, teka hücrelerinden androjen üretimi ve ovulasyon sonrası östradiol üretiminin düzenlenmesinden sorumludur. Erkeklerde LH, Leydig hücrelerinin uyarılması yolu ile testiküler maturasyon ve testosteron üretimini uyarır. (17).

Cinsel olgunlaşma derecesi (COD) Tanner Evreleri olarak bilinir. COD 1 (prepuberte) ve COD 5 (yetişkinlik) arasında değişir. Bu evreler Tablo 2'de özetlenmiştir. COD erkeklerde ve kızlarda pubik kıllanmanın yanı sıra meme gelişimi ve genital olgunluğu da içerir (13,17). Bu sınıflama ile gelişimsel olarak ergenlerin göründüklerinden daha fazla ya da daha az olgunlaşmış olup olmadıkları anlaşılmış olur. Bu açıdan ergenlere rehberlik verilmesinde kolaylık sağlar. Çoğu ergenin ergenlik evreleri arasında bir dönemden fazla fark olmadan gelişmesine karşın iki evrelik farklar yine de olgunlaşmanın normal sınırları içinde olabilir. Dolayısıyla ergen sağlık bakımı gereksinimlerinin saptanmasında, gelişimsel sorunlarının tanımlanmasında COD kronolojik yaşa oranla daha yararlıdır (17).

Tablo 2. Erkek ve kız ergenler için cinsel olgunlaşma evreleri (13)

Cinsel olgunlaşma derecesi (COD)	Kızlar	Erkekler
Evre 1	Ergenlik öncesi papilla kabarıktır. Pubik kıllanma yoktur.	Penis, testis, skrotum ergenlik öncesi özelliktedir. Pubik kıllanma yoktur.
Evre 2	Meme tomurcuğu areola çapı artar. Özellikle labia boyunca tek tek uzun pubik kıllar bulunur.	Penis boyutu değişmez, testis ve skrotum büyür, skrotum derisi kırmızılaşır. Özellikle penis tabanında tek tek uzun pubik kıllar bulunur.
Evre 3	Meme ve areola büyür, kontürler ayrılmamıştır. Pubik kıllar daha koyu ve kalındır ve pubik alana yayılmıştır	Penis uzar, testis ve skrotum büyür. Pubik kıllar daha koyu ve kalındır ve pubik alana yayılmıştır.
Evre 4	Meme büyür. Areola ve papilla yükselir. Pubik kıllar daha koyu ve kalındır, yetiştikten daha azdır ve uyluğa yayılmamıştır.	Penis uzunluğu ve genişliği artar. Testis ve skrotum büyür. Pubik kıllar daha koyu ve kalındır, yetiştikten daha azdır ve uyluğa yayılmamıştır.
Evre 5	Meme yetişkin memesine benzer, areola meme kontürüne geri dönmüştür. Pubik kıllanmanın yoğunluğu artar, alan uyluğa doğru genişler.	Penis, testis, skrotum matür görünür. Pubik kıllanmanın yoğunluğu artar, alan uyluğa doğru genişler.

ERGENLİKTE BİLİŞSEL, PSİKOSOSYAL VE AHLAKİ GELİŞİM

Bilişsel Gelişim

Ergenlerdeki bilişsel olgunlaşma beynin yürütücü işlevleri arasında sayılan çok çeşitli becerinin gelişmesini içerir. Bunların arasında arkadaş ilişkilerinde, sosyal ortamlarda ve bilimsel konularda somut düşünceden soyut düşünceye geçiş ve kendini değerlendirme, düzenlemede yeni beceriler edinilmesi yer alır (13).

Piaget'nin çocuklarda zeka ve düşüncenin gelişimini açıklayan önemli araştırmalarına göre 12 yaşlarından başlayarak çocuklarda soyut düşünme yeteneği hızlı bir gelişme gösterir. Çocukluğun somut düşünme biçimi yerini soyut kavramlarla ve simgelerle düşünmeye bırakır (15). Genç deneyimine ve algılamasına bağlı olmaksızın mantıklı düşünce ilkelerini kullanarak usamlama yapabilir, genellemelere gidebilir, sonuçlara varabilir. Piaget'in deyimi ile bu düşünce biçimine “formal operation” denir ve 16-17 yaşlarında doruğuna varır. Bu, erişkinin kullandığı mantıklı ve soyut düşünce biçimidir. Başka bir deyişle, kavramları kullanarak yeni kavramlar ve düşünceler üretebilme yeteneğidir, yaratıcı ve üretici düşünce biçimidir (15).

Piaget ergenlikteki bilişsel uyumun sosyal ilişkiler ve ergenin arkadaşları ile kurduğu diyalog tarafından önemli ölçüde etkilendiğine inanmış ve sosyal bilişi ergenlikteki bilişsel gelişimin bir parçası olarak tanımlamıştır (13). Piaget, ahlakın bilişsel gelişime paralel olarak kademeli biçimde geliştiğini belirtmiştir. Buna bağlı olarak küçük bir çocuğun sahip olduğu ahlaki değerlerle gencin sahip olduğu ahlaki değerlerin, bilişsel kapasitelerinin farklı olması nedeniyle birbirinden farklı olduğunu öne sürmüştür. İşlem öncesi zihinsel düzeyde olan çocuk, basit bir şekilde anne babanın koyduğu kuralları izler; somut işlemler döneminde çocuk, kuralları kabul etmekle birlikte bunların istisnası olabileceğini anlar. Gençlik döneminde geline zihinsel düzey olan soyut işlemler dönemindeyse artık genç insan, kuralları geniş ölçekte toplumun ve diğer insanların yararına göre değerlendirmeyi öğrenir (18).

Ergenlik çağından başlayarak gençler soyut düşünce yetilerini kullanarak anne babalarının davranışlarını yeniden değerlendirmeye başlarlar. Onların doğru dediklerinin her zaman geçerli olmadığını görürler, tutarsız davranışları daha iyi ayırt eder, çelişkileri sezerler, tartışmaya girer, eleştirirler. Genç bunu yaparken kendine özgü bir ahlak anlayışı, tutarlı bir değer sistemi yaratmaya çalışmaktadır (15).

Psikososyal Gelişim

Kimliğin kazanılması, ergenlik döneminin en önemli psikososyal yönüdür. Gencin bu dönemde sağlam bir kimlik duygusu geliştirebilmesi gerekir. Kimliğin en kısa tanımı "kişinin kim olduğunun ve nereye gittiğinin farkında olması"dır. Yani ergenin "ben kimim?" sorusuna cevap verebilmesidir (18).

Davranışsal yeniden yapılanma sosyal rollere uyum sağlama ile meydana gelir ve önemli bir nokta da ergenlerin sosyal rolleri değişir, bu nedenle sosyal çevreleri değişir (8).

Arkadaşları tarafından sosyal olarak yeterli görülme erken ergenlik döneminde iyi bir kendine güven geliştirmekte önemlidir. Güçlü arkadaş etkileri olumlu sosyal ilişkiler yanında riskli davranışlara da neden olabilir. Genel olarak bakıldığında bir arkadaş grubuna dahil olmak uyum belirtisidir ve anne babadan ayrılıp bağıllık odağını arkadaşlara yöneltmek bakımından da sağlıklıdır (13).

Ahlaki Gelişim

Ahlaki gelişim kronolojik yaştan çok bilişsel gelişim düzeyi ile ilişkilidir. Piaget ahlak gelişimini bilişsel gelişime paralel bir süreç olarak görür (13). Zihinsel gelişime koşut olarak ahlak anlayışında da çocukluktan gençliğe doğru belli basamaklardan geçen bir gelişme söz konusudur (15). Gencin ahlaki gelişimini, bilişsel açıdan olgunlaşması, toplumsal beklentiler ve talepler hızlandırır. Ergen, kendisine sunulan bir takım değerden kimilerini alır ve benimserken kimilerini reddeder. Ergenin yaşamına yön veren bir değerler sistemi vardır (18).

Lawrence Kohlberg, Piaget'nin kavramlaştırmasını genişleterek ahlaki gelişimin üç temel düzeyden oluştuğunu belirlemiştir. Kohlberg'e göre ahlaki gelişim gelenek öncesi (prekonvansiyonel), geleneksel (konvansiyonel) ve gelenek sonrası (postkonvansiyonel) olarak üçe ayrılabilir (13). İlk düzey olan gelenek öncesi ahlak döneminde ceza ve anne babaya uyma temel belirleyicidir; ikinci düzey olan geleneksel rol uyumunda ise çocuk, onaylanmak, takdir edilmek için diğer insanlarla iyi ilişkiler sürdürmeye çalışır. Ahlaki gelişimin son aşaması olan gelenek sonrası dönemde ahlaki ilkelere gönüllü olarak uyulur ve gerektiğinde belli durumlarda bu kuralların istisnası olabileceği bilinir (18).

Benlik Saygısı

Benlik saygısı, kişinin toplum tarafından kendisine ne kadar değer verildiğine yönelik algısına bağlı, kendisine verdiği değer karşılığıdır. Olumlu bir fiziksel görünüşün algılanması, arkadaşları ve ailesi tarafından kendisine değer verilmesi benlik saygısında rol

alan önemli unsurlardır. Ergenlerin kendine olan güvenleri arkadaşlarından ve ailelerinden aldıkları geri bildirimlerden önemli ölçüde etkilenir. Epidemiyolojik çalışmalar çoğu ergenin fiziksel ve duygusal gelişiminden güçlü bir şekilde kendine güvenle çıktığını göstermektedir (13).

RİSK ALMA DAVRANIŞI

Ergenlerde yaygın olarak bulunan ve risk almalarını kolaylaştıran, genellikle ölümsüzlük duygusunun eşlik ettiği bir dönem vardır (11).

Ergenlikte makul oranda risk alma davranışı yeni ilişkiler kurmak için güven, spor ve sosyal ortamlarda başarı sağlayan gerekli bir davranıştır. Ancak yüksek riskli davranışlar ciddi kötü sonuçlara yol açabilir. Bu davranışlar, madde ve alkol kullanımı, tehlikeli cinsel aktiviteler, kendine zarar verme davranışı ve dikkatsiz araba kullanma olabilir. Alkol ergenlerde en çok kullanılan maddedir ve yaralanma, ölümle sonuçlanan trafik kazası, akademik başarısızlık, kavga gibi diğer yüksek riskli davranışlarla güçlü bir birliktelik gösterir. Ergenlikte sık ve çok alkol kullanımı daha sonraki antisosyal davranışlarla ve depresyon düzeyinde artma ile ilişkilidir. Daha az alkol kullanımının da benzer sorunlara neden olabilmesi alkol kullanan gençler için içme davranışı ciddi olmasa da koruyucu girişimler yapılması gerektiğini göstermektedir. Alkol ve madde kullanımıyla şiddetin ergenler arasındaki önemi göz önüne alınarak her sağlık değerlendirmesinde bu davranışlar incelenmelidir (13). Bunun yanı sıra sigara içen ergenlerin de hiç içmeyenlere oranla yaşam boyu madde kullanımı, fiziksel bir kavgaya karışma, intihara teşebbüs ve riskli cinsel davranışta bulunmaya dair bildirimleri daha fazladır ve çalışmalarda içilen sigara sayısına dolayısı ile doza bağlı olarak madde kötüye kullanımı arasında ilişki olduğu ileri sürülmektedir (19).

Ayrıca 25 yaş ve üzerindeki erişkinler arasında tüm ölümlerin %61'i kardiyovasküler hastalıklar ve kanserler nedeniyledir ve YRBS 2005 sonuçları gösteriyor ki adölesan dönem boyunca başlatılan riskli davranışlarla bu iki ölüm nedeni ilişkilidir (20). Ergenlik döneminde, başlıca riskli konular şunlardır (20):

1. Sigara kullanımı
2. Alkol ve madde kullanımı
3. İstemli-kasıtlı (güç kullanmak veya intihar girişimleri vb.) veya istemsiz-kasıtsız (motorlu taşıt kazaları vb.) yaralanmalar

4. HIV enfeksiyonu ve diğer cinsel yolla bulaşan hastalıklar, adölesan gebelikler, istenmeyen gebelikle sonuçlanabilen seksüel davranışlar
5. Sağlıksız diyet alışkanlıkları
6. Yetersiz fizik aktivite

Bu riskli davranışlar gençlerde ve erişkinlerde morbidite ve mortalite nedeni olarak karşımıza çıkmaktadır (20). Ergenlerin 1/3'ü, bu yüksek riskli davranışların en az biri ile ilgilidir (9).

SİGARA KULLANIMI

Sigara, kuşkusuz günümüzün en önemli toplum sağlığı sorunlarından birisidir. Sigara içme alışkanlığı, sağlığımızı tehdit eden durumları oluşturan, aynı zamanda da önlenabilir bir durumdur (21). Ne yazık ki adölesan dönem boyunca kullanımı da yaygındır (9). Yaşam boyu en az bir kez kullanım oranı %60'lara varabilmektedir (9,20). Ülkemizde yapılan çalışmalarda da durum benzerdir. Lise öğrencilerinde yapılan bir çalışmada öğrencilerin %63.9'u yaşamlarında en az bir kez sigara içtiklerini belirtmiştir (22). Yine başka bir çalışmada yaşamı boyunca en az bir kez sigara içmeyi denemiş olanlar %66.5 oranında bulunmuştur (5). Gençlerde sigara içme oranlarını saptamaya yönelik DSÖ, CDC, UNICEF ve Milli Eğitim Bakanlığı ile işbirliği içerisinde düzenlenen Küresel Gençlik Tütün Araştırmasına 61 ilimizde 202 okulda eğitim gören toplam 15.957 öğrenci katılmıştır. Anket sonuçlarına göre öğrencilerin %29,3'ü en az bir kez sigara içmeyi denediğini belirtmiştir (23).

Tütün tüm dünyada en önemli ölüm nedenlerinden biridir. Günümüzde dünya çapında yetişkinlerin onda birinin ölümünden sorumludur. Bu da her yıl yaklaşık beş milyon kişinin ölümü demektir. Bu sayının 2020 yılında on milyon kişiye ulaşacağı tahmin edilmektedir (24).

Ülkemizde sigara nedeniyle ölen insan sayısının, trafik kazalarından ölenlerin yaklaşık olarak 10 katı olduğu tahmin edilmektedir (25). 1988 yılında yapılmış olan bir araştırmaya göre toplumumuzda 15 yaş üstü erkeklerin %62.8'i, kadınların %24.3'ü, tüm nüfusun ise %43,6'sı sigara içmektedir (26). Başka bir çalışmada da eğitim seviyesine ve mesleklere göre değişmekle birlikte ortalama erkeklerde %51, kadınlarda %49 olduğu bildirilmiştir (21). Sonuçlar nüfusun yaklaşık yarısının bu sorunla karşı karşıya olduğunu ortaya koymaktadır. 15-18 yaş grubunda ise sigara içme oranı %30 olarak bulunmuştur. Sigara içenlerin %39'u sigara içmeye 15-18 yaşlarında, %20'si 11-14 yaşlarında başlamaktadır (25,26).

Sigara içenlerin sayısı gün geçtikçe artmaktadır ve sigara içimi çocukluk ve ergen yaşlarda başlamakta eğer bu yaşlarda sigaradan uzak kalınırsa kişi sigaraya başlamamaktadır (27).

Gelişmekte olan ülkelerde yapılan araştırmalar, üniversite öğrencilerinin pek çoğunun üniversiteye başlamadan önce sigaraya başladıklarını göstermektedir. Bu nedenle sigara kullanımını önlemede yapılacak çalışmalar adölesan yaşa yönelik olmalıdır ki, kişiler sigaraya başlamadan ve bağımlı hale gelmeden önce gerekli önlemler alınmış olsun (28).

Gençler için böylesine ciddi sonuçları olabilecek sigara içme davranışına yol açan kuşkusuz birçok neden sayılabilir (Tablo 3).

Tütün ürünleri içtikleri nikotin nedeni ile bağımlılık oluşturur. Nikotin bağımlılığı her yaşta görülebilmesine rağmen ilk sigara denemesi genellikle erken ergenlik dönemine rastlar. Bağımlıların 3/4'ü 20 yaşından önce düzenli sigara içmeye başlamışlardır (21).

Tablo 3. Gençlerde tütün kullanımına eşlik eden faktörler (29)

- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none">-Düşük sosyoekonomik düzey,-Daha önce tütün benzeri ve eşdeğeri maddelerin kullanımı,-Ebeveynlerde tütün kullanımı,-Tütün ürünlerinin ulaşılabilirliğinin, elde edilmesinin kolay olması,-Tütün ürünlerinin fiyatının uygunluğu,-Tütün kullanımını toplumun normal olarak görmesi,-Ebeveyn desteğinin ve ilgisinin eksikliği,-Akademik başarının düşük oluşu,-Tütün kullanımına yönelik teşviklere direnememe-Benlik saygısının düşük oluşu-Tütün kullanımının fonksiyonel yararlarına dair inançlar |
|--|

Ülkemizde 7-13 yaş arası her gün sigara içme alışkanlığı, erkeklerin %14'ünde kızların ise %9'unda saptanmaktadır. Sigara üreten şirketlerin çoğunun pazarlama planları ergenlik döneminde sigara kullanımını yerleştirmeye odaklanmıştır (21).

Ergenler, sigarayı merak, arkadaş baskısı, reklamlardan etkilenme gibi nedenlerle denediklerini belirtmekte ve bırakabileceklerini düşünmektedirler. Öte yandan, nikotin bağımlılığı geliştikten sonra “artık alıştım” ve “sigara içmek hoşuma gidiyor” sigara içmeyi sürdürme nedeni olarak karşımıza çıkmaktadır. Sorulduğunda, ergenlerin %44'ü gelecek 5

yılda sigarayı bırakmış olacaklarını ifade etmekle birlikte, yalnızca 1/4'ü amaçlarına ulaşabilmektedir (21). Bu nedenle ergenlerin sigaraya başlamalarının önlenmesi çok önemlidir ve en önemli sağlık politikalarında biri olmalıdır.

Ülkemizde, 7 Kasım 1996 tarihli, 4207 Sayılı Tütün Mamüllerinin Zararlarının Önlenmesine Dair Kanun bulunmaktadır. Kanunun amacı kişileri tütün ve tütün mamüllerinin zararlarından, bunlarının alışkanlıklarını özendirici reklam, tanıtım ve teşvik kampanyalarından koruyucu tertip ve tedbirler almaktır. Ayrıca kanun toplu yaşam yerlerinde sigara içmeyi, yazılı ve sözlü medyada tütün ve ürünlerinin reklam ve tanıtımını da yasaklamaktadır. Bunun yanı sıra 18 yaşından küçüklere tütün ve tütün mamülleri satışının yapılamayacağı da kanunda belirtilmiştir (30).

Sigara kullanımını önlemede yapılacak çok şey vardır. Yasal yaptırımlar bunların başlangıcı olabilir. Ancak bu yasanın; ergenlere sigara satışının yasaklanması tek başına değerlendirildiğinde ergenlerin sigara elde etmesini bir ölçüde engellediği fakat kullanımı azaltmadığı tespit edilmiştir (28).

Ergen sigara içme davranışı açısından sigara kullanmıyorsa başlamaması, sigara kullanıyorsa bırakması yönünde teşvik edilmelidir (16). Çünkü sigara kullanımı beraberinde eş zamanlı davranış değişikliklerini de getirebilmektedir. Birçok çalışmada ergenlerde sigara kullanımı ile diğer risk alma davranışları arasında ilişki olduğu ileri sürülmektedir. Sigara içen ergenlerin hiç içmeyenlere oranla yaşam boyu madde kullanımı, fiziksel bir kavgaya karışma, intihara teşebbüs ve riskli cinsel davranışta bulunmaya dair bildirimleri daha fazladır. Ayrıca çalışmalarda içilen sigara sayısına dolayısı ile doza bağlı olarak madde kötüye kullanımı arasında ilişki olduğu ileri sürülmektedir (19).

ALKOL VE MADDE KULLANIMI

Madde bağımlılığı ergenler arasında mortalite ve morbiditenin önemli nedenlerindendir. Prevalansı bölgelere, etnik gruplara, yaş ve cinse göre değişkenlik gösterir (11). Ergenlerin risk almaya ve riskli davranışlarda bulunmaya eğilimli oldukları bilinmektedir. Ergenlik çağında görülen riskli davranışlar içerisinde madde kullanımı eğlence amaçlı kullanımdan bağımlılığa geçiş ve onun ciddi sonuçları nedeniyle özel bir yer tutmaktadır (31).

Madde bağımlılığının direkt etkilerine ilave olarak risk alma davranışları ile birlikte bulunması önemlidir. Kullanılan alkolün etkisi ile bu maddelerin motorlu taşıt kazalarına yol açtığı bilinmektedir. Bunun yanı sıra alkol ve madde kullanımı adolesan dönemde diğer

birçok problemle birliktelik gösterir. Şiddet, intihar, depresyon, cinsel yolla bulaşan hastalıklar ve istenmeyen gebelikler bu bağlamda sayılabilir. (11).

Alkol ya da madde kullanım sorunu kullanım süresinden çok erken yaşta maddeye başlama ve giderek artan miktarlarda kullanma ile ilişkilidir. Maddeye erken yaşta başlayan bireylerde ilk denemeden bağımlılığa kadar geçen süre yetişkin dönemde başlayanlara göre daha kısadır. Ergenlik döneminde madde kullanmaya başlayan yetişkinlerde yaşam boyu uçuucu madde ve esrar kullanım sıklığı oranları fazladır (32).

Türkiye'nin 15 ayrı ilinde düzenlenen "lise öğrencileri arasında sigara, alkol ve madde kullanım yaygınlığı" isimli çalışmanın verilerine bakıldığında; öğrencilerin %17,3'ü son bir ay içinde en az bir kez alkol kullandığını, %9'u haftada en az bir kez alkol kullandıklarını belirtmişlerdir. Yaşam boyu en az bir kez esrar kullanma oranı %3,6 uçuucu kullanma oranı %8,6, uyuşturucu-uyarıcı madde kullandığını belirtenlerin oranı ise %3,3 bulunmuştur (22).

Bu konuda ciddi koruyucu önlemleri almak gerekir. Öncelikle, ergenlerde madde kullanımının anlaşılması koruyucu çalışmalara yön verecektir. Bu bağlamda ergende madde kullanımının evrelerini bilmek önemlidir (Tablo 4).

Tablo 4. Ergenlerde madde kullanımı evreleri (33)

- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none">-Bira, şarap gibi alkollü maddelerin kullanımı-Sigara ve ağır alkollü içeceklerin içilmesi-Esrar kullanımı-Eroin, sedatif hipnotikler, halüsinojenler gibi diğer yasadışı maddelerin kullanılması |
|--|

Ergenlik madde kullanımına başlamada olası bir risk faktörüdür (32). Bu nedenle ergenlikte madde kullanımını anlayabilmek için temel etmenlerin kişilik, aile ve akran belirleyicilerinin gözardı edilmemesi gerekmektedir. Eğer kişilik, aile ve akranların olumsuz etkileri varsa ergenin madde kullanma olasılığı artmaktadır. Eğer bu etmenlerden bir tanesi yeteri kadar güçlü bir olumsuz etkiye sahipse, diğerlerinin olumsuz etkileri minimal olsa dahi yine ergende madde kullanma olasılığı yüksektir. Bu etmenlerden bir veya daha fazlası güçlü pozitif etki gösteriyorsa, ergen yüksek risk altında olsa dahi bu onu madde kullanımına karşı koruyabilmektedir (33). Bu bağlamda madde kullanımı açısından risk faktörleri ve koruyucu faktörler bu konuya yaklaşımda bize fikir verecektir (Tablo 5,6).

Tablo 5. Madde kullanımı açısından risk faktörleri (31)

Aile -Kaotik aile yapısı ve süpervizyonun olmayışı -Ebeveynlerin aşırı serbest tutumu -Ebeveynlerin aşırı otoriter oluşu -Ebeveynlerin madde kullanması -Evde maddelerin bulundurulması -Fiziksel ve/veya cinsel istismar Arkadaş -Arkadaş gruplarınca kabul edilme gereksinimi -Arkadaş gruplarına ait olma -Arkadaşların madde kullanımı, antisosyal davranışları -Arkadaşların baskısı -Madde kullanan gruplarla ilgilenme ve birlikte olmaya eğilim -Sosyal izolasyon ve/veya can sıkıntısı -Arkadaşlarla bağlarının olmaması Okul -Okulla bağların kaybedilmesi -Gelecekle ilgili hedeflerin olmaması -Okul başarısının düşük olması	Bireysel faktörler -Duygusal veya davranışsal sorunlar -Kendini daha iyi hissetme isteği -Asilik, özgürlük arayışı -Kendini tehlikeye atma ve risk alma eğilimi -Daha büyük görünme isteği -Benlik saygısını artırma isteği -Akademik veya sportif performansı artırma isteği -Eğlence dünyasında veya medyada görünen hoş a giden kişilere benzeme isteği Toplumsal -Maddeye kolay ulaşma -Kaotik toplumsal yapı -Fakirlik -Suç işleme ve madde kullanma oranı yüksek bir çevrede yaşama -Gözlemlenen erişkin davranışları -Çevrenin madde kullanımına tolerans göstermesi Medya -Sosyal kurumlarla bağların olmaması
---	--

Madde kullanım bozuklukların önlenmesinde koruyucu faktörlerin önemli bir etkisi olduğu gözlenmektedir (32). Sosyal destek hizmetlerinin gerekliliği tartışılmazdır. Ülkemizde bu konu ile ilgili Yeşilay Cemiyetinin çalışmaları mevcuttur. Türkiye Yeşilay Cemiyeti 1 Mart 1920 tarihinde kurulmuş olup amacını; ‘yurdumuzda ahlâkî ve kültürel bir kalkınma atmosferi içinde, içki ve uyuşturucu madde tüketimini, devlet organları ile de iş ve gönül birliği yaparak asgariye indirmektir’ olarak tüzüğünde belirtmiştir (34).

Ülkemizde gençlere alkol satmayı engellemek için konulan yaş sınırı 18’dir. Konu ile ilgili yönetmelik; “içki satış yerleri ile tüm ticari ve kamuya açık yerlerde, tüketilmek veya beraberinde götürülmek üzere 18 yaşından küçüklere alkollü içecek satılması ve sunulması yasaktır” demektedir (35). Ayrıca Anayasamızın 58. maddesi “Devlet, gençleri alkol düşkünlüğünden, uyuşturucu maddelerden, suçluluk, kumar ve benzeri kötü alışkanlıklardan ve cehaletten korumak için gerekli tedbirleri alır” demektedir (36).

Tablo 6. Madde kullanımı açısından koruyucu faktörler (31)

Kişisel -Yüksek IQ -Benlik saygısı -Optimizm -Etkin baş etme becerileri -Aile öyküsünün olmaması -Normlara ve toplumsal değerlere bağlılık Aile -Sıcak ve destekleyici ebeveyn ergen ilişkisi -Tutarlı disiplin ve süpervizyon -Madde kullanımı konusunda tutarlı mesajlar ve uygun rol modelleri	Arkadaş -Madde kullanmayan arkadaşlar -Geleneksel toplumsal değer yargılarına önem veren arkadaş grupları Okul -Başarıyı yakalama şansı sunan eğitim sistemi -Okula bağlı olma -Gelecekle ilgili hedefleri olma Toplum -Sağlık ve sosyal destek servislerinin yeterliliği -Madde kullanımına tolerans göstermeyen güvenli yakın çevre -Sosyal kurumlara bağlılık
--	---

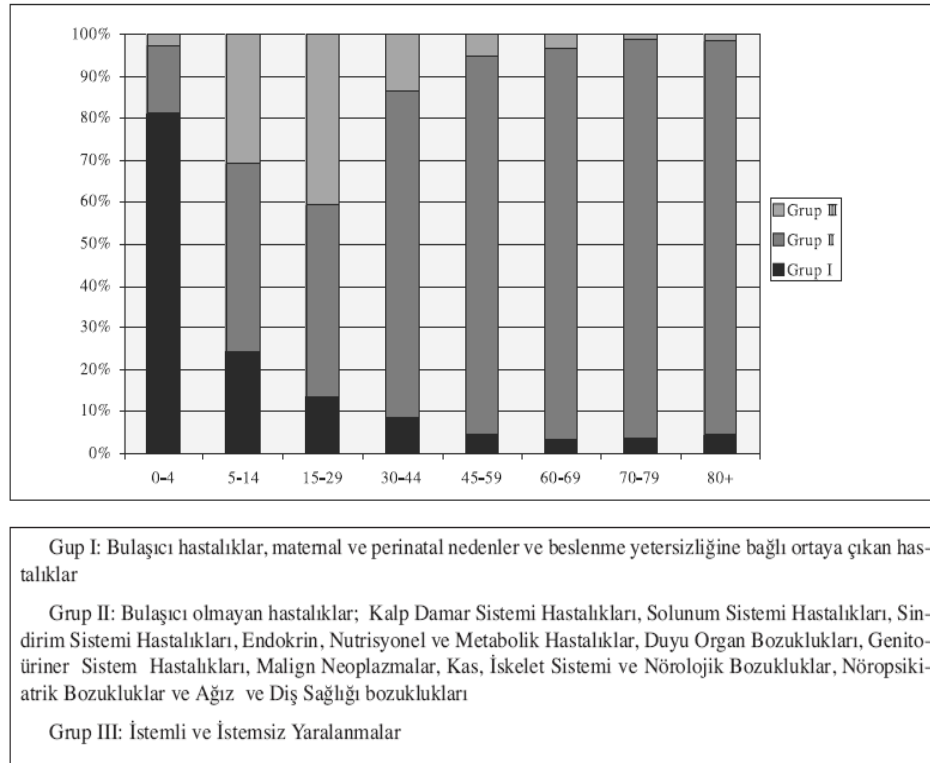
KASITLI VE KASITSIZ YARALANMALAR

ABD verilerine göre 10-19 yaş grubunda ölüm nedenlerinin ilk üç sırasında; kasıtsız yaralanmalar, cinayet ve intihar yer almaktadır (37). Türkiye ulusal hastalık yükü çalışmasına göre de genç yaş gruplarında istemli ve istemsiz yaralanmalara bağlı ölümlerin diğer yaş gruplarından daha fazla olduğu görülmektedir (Şekil 2) (38).

Araç Kazaları

Ergenler arasında yaralanmaların önemli nedenleri arasında araç kazaları bulunmaktadır. Araç kazalarından bahsedince kuşkusuz emniyet kemeri kullanımı öncelikle akla gelir.

Emniyet kemeri kullanımının trafik kazalarında ölüm oranını %40-50, ciddi yaralanmaları %35-60, hastane başvurularını %64 oranında azalttığı, arka koltukta oturanlarda ise ölüm oranını %18 engellediği belirtilmektedir (39). Diğer yaş grupları ile karşılaştırıldığında emniyet kemeri kullanımı gençlerde en düşük orandadır (40).



Şekil 2. Ulusal düzeyde ölümlerin hastalık grupları ve yaşa göre yüzde dağılımı

(38)

Ülkemizde emniyet kemeri kullanma zorunluluğu şehir dışında 1985, şehir içinde 1992 de uygulanmaya başlandı. Denetimlerin ve tanıtımların etkisiz olması nedeniyle kullanımı hala düşüktür (39).

Motosiklet ise görünüşü açısından, tabiatında var olan bir tehlikeye sahiptir. Otomobil ile yapılan kazalar ufak yaralanmalar ile sonuçlanabilirken, motosiklet ile yapılan kazaların sonu genellikle ölümdür (41). Bu yüzden kask kullanımı önem taşımaktadır. Karayolları Trafik Kanunu'na göre motosiklet sürücülerinin kask kullanmaları zorunludur (42,43).

Motosiklet için koruyucu başlıklar düşük hız kazalarında kafa travmasını azaltırken, orta ve yüksek hızlarda kafanın dağılmasını önler. Motosiklet kazalarının en fazla görülen sebebi ise alkol ve/veya ilaçlar, çevresel faktörler (yağ sızıntıları, yoldaki tümsekler), dikkatsiz sürüş, araba sürücülerinin motosikleti görmeme hatalarıdır (41). Bisiklet sürücülerini içeren kazalar da genelde dikkatsizlik ve tecrübesizlik durumundan doğar. Sürücü aracın kontrolünü kaybeder ve yere düşer. Genel olarak yaralanmalar yumuşaktır, fakat bazen bunlar ciddi olduğu gibi kemik kırılmalarına veya bir takım yumuşak doku lezyonlarına yol açarlar (41). Kafa travmaları yine önemli bir sonuçtur. Bisiklete binerken koruyucu başlık kullanımı kafa yaralanmalarını önlemede etkin bir yöntemdir (44). Bisiklet kullanımı ile ilgili oluşan kafa yaralanmalarını %80 oranında azaltmasına rağmen çoğu binici kullanmamaktadır (45).

Konu ile ilgili istatistiklere bakıldığında; YRBS 2005 sonuçlarına göre öğrencilerin %10,2'si birisinin yanında arabaya bindiğinde nadiren emniyet kemeri taktığını veya hiç takmadığını belirtmiştir. Erkeklerde bu oran %12,5 iken kızlarda %7,8 olarak bulunmuş (20). Öğrencilerin %83,4'ü bisiklete binerken nadiren korucu başlık kullandıklarını veya hiç kullanmadıklarını belirtmiş. Erkekler için bu oran %86,1, kızlar için ise %79,9 olarak bulunmuş (20). Motosiklete binerken ise %36,5'i koruyucu başlığı nadiren kullandıklarını veya hiç kullanmadıklarını bildirmiştir (20). Ülkemizde liseli öğrenciler arasında yapılan bir çalışmada da öğrencilerin %20,3'ünün hiçbir zaman emniyet kemeri takmadığı, bisiklete binen öğrencilerin %96,9'nun koruyucu başlık kullanmadığı, motosiklete binen öğrencilerin de %91'inin hiçbir zaman koruyucu başlık kullanmadığı bulunmuştur (46).

Şiddet

Gençlerde şiddet davranışı ölüm veya yaralanma ile sonuçlanan önemli bir toplum sağlığı sorunudur (47). ABD'de 10-24 yaş ölümlerin %71'inin nedeni; motorlu araç kazaları (%31), diğer kasıtsız yaralanmalar (%14), cinayet (%15) ve intiharlardır (%11) (20). Ergen ve

genç erişkinlerde şiddet oranı hem kurban hem de suç işleyenler olarak çok yüksektir (11). ABD’de gençlerde şiddet davranışına ilişkin istatistikler şunlardır:

2003’de yaşları 10-24 yaş arasında olan 5570 genç insan öldürülmüştür (yaklaşık 15 kişi/gün). Bu kurbanların %82’si ateşli silahla öldürülmüştür (47). Okullarda ateşli silahla olan şiddet davranışı halkın öğrenci güvenliğine dair dikkatini ve ilgisini artırmaktadır. Okullarda şiddete bağlı ölümler, okul çağındaki çocuklar ve gençlerdeki cinayetlerin %1’inden azını oluşturmaktadır (47). Öldürücü suçlardaki artışın önemli bir bölümünü, ateşli silahları kullanma isteğinin fazla oluşu ve bu silahlara kolay erişilebilir olması oluşturur. Çoğu ergende silah kullanmanın sonucunu ve sosyal anlamını kavramayı gerektiren beceri ve düşünce eksikliği mevcuttur (11). 2004’de yaşları 10-24 yaş arasında değişen 750 binden fazla genç insan şiddete bağlı yaralanma nedeni ile acil servislerde tedavi edilmiştir (47). Yine ABD’de yapılan bir araştırmada lise öğrencilerinin %33’ü 12 ay içinde bir veya daha fazla sayıda fiziksel kavgaya karışmıştır, %27’si araştırmadan önceki dönemde bir ay içinde bir veya daha fazla gün silah (bıçak, sopa veya ateşli silah) taşımıştır (47). ABD’deki 6-10. sınıf öğrencilerinin %30’u tehdit eden, edilen veya her ikisi konumunda iken bir kavgaya karışmıştır (47).

Tıbbi harcamalar, üretim kaybı, yaşam kalitesinin düşmesi gibi bir çok nedenden ötürü gençlerde şiddetin direk veya dolaylı olarak etkileri mevcuttur. Yaralanma veya ölüme sebebiyete ek olarak gençlerde şiddet davranışı sağlık giderlerini arttırarak, üretim kaybına yol açarak, mülkiyet değerlerini düşürerek veya sosyal hizmetlerin işleyişini bozarak toplumu etkilemektedir (47). Erkek öğrenciler kız öğrencilere oranla daha sık fiziksel kavgaya dahil olmaktadır (47). Yüksek orandaki ölümcül şiddet düşük sosyoekonomik durumla da birlikte bulunmuştur (11). Gençlerdeki şiddet davranışına yönelik yapılan araştırmalar bazı toplulukların suçu işlemeye ve maruz kalmaya daha yatkın olduklarını göstermiştir. Şiddet davranışı ve maruz kalan kişi profilleri incelendiğinde bir çok risk faktörünün benzerliği göze çarpmaktadır. Risk faktörleri şiddet uygulayan gençte de benzerlikler göstermektedir. Ancak risk faktörleri gençlerdeki şiddet davranışının birebir nedeni değildir, eğilimi artıran göstergelerdir. Araştırmalarda gençlerde şiddete maruziyete ilişkin ortak bazı risk faktörleri tespit edilmiştir (Tablo 7) (47).

Tablo 7. Gençlerde şiddete maruziyete ilişkin ortak risk faktörleri (47)

Bireysel risk faktörleri -Geçmişte şiddete maruz kalma veya dahil olma -Dikkat eksikliği, hiperaktivite veya öğrenme güçlüğü -Küçük yaşlarda saldırgan davranış öyküsü bulunması -Madde, alkol veya sigara kullanımı -Düşük IQ -Davranış/dürtü kontrolünde güçlük -Sosyal bilişsel veya bilgi işlem süreçlerinde yetersizlikler -Duygusal stresin fazla oluşu -Psikiyatrik tedavi öyküsü -Antisosyal inançlar ve tutumlar -Aile içinde çatışma ve şiddete maruz kalma Ailesel risk faktörleri -Çocuk yetiştirmede otoriter tutumlar -Sert, ilgisiz veya tutarsız tutumlar -Ebeveynin ilgisizliği -Ebeveyn veya yetiştiren kişi ile olan bağlanma problemleri -Ebeveynde düşük eğitim düzeyi	-Ebeveynde madde kullanımı veya suça meyil -Aile işlevselliğinin yetersizliği -Çocuğun takibi ve denetiminde yetersizlik Arkadaş/okul açısından risk faktörleri -Çeteye dahil olma -Arkadaşlarının suça eğilimli olması -Sosyal red -Sosyal aktivitelere katılımda yetersizlik -Düşük okul başarısı -Okul veya devamlılığa dair sorumluluk duygusunda eksiklik Toplumsal risk faktörleri -Maddi olanaklarda kısıtlılık -Fakir mahallelerde yerleşim -Göçebelilik -Aile bütünlüğünün olmaması -Toplumsal birliğin düşük olduğu gruplar -Komşuluk ilişkilerinde yetersizlik
---	---

Koruyucu faktörler (Tablo 8) risk faktörleri kadar çalışılmamasına rağmen gençlerde şiddet davranışına azaltıcı etki göstermektedir (47).

Tablo 8. Gençlerde şiddete maruziyete ilişkin ortak koruyucu faktörler (47)

Bireysel koruyucu faktörler
-Değişiklik/sapkınlığa toleransın düşük olması
-Yüksek IQ veya ortalamadan yüksek değere sahip olma
-Olumlu sosyal yönelim
-Dindar olma
Ailesel koruyucu faktörler
-Ebeveynlerle sorunları tartışabilme yetisi
-Aileye bağlılık veya aile dışındaki erişkinlerle ilişkinin güçlü olması
-Okul başarısına dair ebeveyn beklentisinin yüksek oluşu
-Ebeveynlerle ortak aktivitelerde sıkça bulunma
-Uyanma, okuldan eve varış, akşam yemeği veya yatma vakti gibi durumlardan en az birinde ebeveynin süregelen varlığı
-Sosyal aktivitelere katılım
Arkadaş/okula dair koruyucu faktörler
-Okula dair sorumluluk duygusunun fazla olması
-Sosyal aktivitelere katılım

Depresyon ve İntihar

Depresif bozukluklar puberteden önce nadirdir. Ancak ergenlikte sık olarak görülür. Depresif ergenler sıklıkla huzursuz, içine kapanmış, zor kişiler olabilirler. Arkadaşlarına ya da ailelerine düşmanca davranabilirler veya bu kişilerden uzaklaşabilirler. Depresif ergenin zihinsel meşguliyeti okul başarısını olumsuz etkiler (48). Puberteden önce depresyon kız ve erkeklerde benzer oranda görülürken puberteden sonra ise kızlarda erkeklere göre yaklaşık iki kat daha fazladır. Onlu yaşların sonuna doğru tüm yaygınlığın %14 ile %25 arasında olduğu tahmin edilmektedir (48). Ergenlik dönemi gelişimsel özellikleri nedeniyle duygusal iniş çıkışların sık yaşandığı bir dönemdir. Bu özellik, gelişimsel bir depresif durum ile depresyonun ayırt edilmesini zaman zaman zorlaştırabilir. İki durumu ayırt etmede önemli bir ölçüt, depresif duygu durumunun süresi ve yoğunluğudur. Tanıda DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) sınıflaması yardımcı olur (49).

Ergen ve genç erişkinlerde aile, okul veya toplumsal yaşamda ortaya çıkan problemler nedeni ile stres, kafa karışıklığı ve depresyon gözlenmektedir. Bu tip duygular gençlerin

intiharı bir “çözüm” olarak görmesine yol açabilir. Çok az okul ve toplulukta izlem, yönlendirme ve krize müdahale programlarını içeren intihar önleme çalışmaları mevcuttur (50). İntihar girişimi de puberte öncesinde göreceli olarak seyrektilir. Ergenlik süresince sıklıkta artma olur ve 16 ile 18 yaşlar arasında en yüksek düzeye ulaşır. İntihar düşüncesi ve girişimi kızlar arasında daha sık görülür. Ancak genellikle kızlar arasında tamamlanmış özkıyım erkeklere göre daha azdır (48).

15-24 yaşları arasında yer alan gençlerde intihar, ölüm nedenleri arasında üçüncü sırada yer almaktadır. ABD istatistiklerine bakıldığında 2001’de bu yaş grubunda 3971 intihar olgusu bildirilmiştir ve bu intiharların %86’sı erkek ve %14’ünü kızlar oluşturmaktadır. 2001’deki bu genç intiharlarının %54’ünde ateşli silah kullanılmıştır (50).

İntiharı önlemede ilk basamak durumu tanımlamak ve risk faktörlerini anlamak ile gerçekleştirilebilir. Risk faktörü kişinin kendine zarar verme olasılığını artıran herhangi bir durumdur. Ancak risk faktörleri intihara yol açan gerekli etkenler değildir. Araştırmalar intihar için bir takım risk faktörleri tanımlamıştır (Tablo 9) (50).

Tablo 9. İntihar açısından risk faktörleri (50)

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none">-Daha önce intihar teşebbüsünün bulunması-Özellikle depresyon gibi geçirilmiş ruhsal rahatsızlık öyküsünün bulunması-Alkol veya madde kullanım öyküsü bulunması-Ailede intihar öyküsünün bulunması-Ailede çocuk istismarı öyküsünün bulunması-Umutsuzluk hissi-Dürtüsel veya saldırgan eğilimler-Psikiyatrik tedavi almasına engel durumların mevcudiyeti-Kayıp (ekonomik, yakını, sosyal veya işe dair) yaşantısı-Fiziksel hastalıklar-Ölümçül yöntemlere ulaşılabilirliğin kolay olması-Ruhsal hastalıklar, madde kullanımı veya intihar düşüncelerine karşı stigmatizasyon nedeni ile yardım aramada isteksizlik-Kültürel ve dini inançlar, örneğin “intihar kişisel çıkmaza dair soylu bir çözümlemedir” düşüncesi-İntiharların o bölgede yaygınlığı-İzolasyon, diğer insanlarla iletişimde kopukluk hissetme |
|---|

Koruyucu faktörler intihar riskine karşı insanlarda tampon görevi görmektedir. Bir dizi koruyucu faktör tanımlanmıştır (Tablo 10) (50). Özellikle ikincil koruma ile ilgili olarak intiharla ilgili sosyal, kişisel, ailevi ve psikopatolojik risk faktörleri açısından kültürler arası bir farklılık olup olmadığının saptanması oldukça önemlidir (51).

Tablo 10. İntihar açısından koruyucu faktörler (50)

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none">-Fiziksel, ruhsal veya madde kullanımı bozukluğu için etkili klinik bakım-Klinik girişimler ve yardım arayışına destek hizmetlerine kolay ulaşılabilmesi-Ailenin ve toplumsal desteğin etkin olması-Fiziksel veya ruhsal tedaviler için desteğin etkin olması-Problem çözme becerilerinin etkin olması ve şiddet içermeyen çözümlerin üretilebilmesi-İntihara karşı kültürel ve dini inançların etkisi |
|---|

İntiharı düşünen ergen ile ilgili klinik kaygılar, sadece özkıyım yapabileceği korkusundan kaynaklanmaz. Özkıyım düşünceleri sıklıkla yoğun bir sıkıntı ile birlikte ve anksiyete, depresyon, alkol kötüye kullanımı ya da antisosyal davranışın göstergesi de olabilir (48).

ERGEN CİNSEL DAVRANIŞI

Doğuştan itibaren var olan cinsellik, adölesan yıllarında yeniden canlanır (52). Pubertedeki hormonal değişiklikler fiziksel değişikliklerin yanı sıra davranışları da etkiler (11). Erkeklerde testosteron seviyesinin artması, kızlarda ovaryen ve adrenal androjenlerin artması libidoyu artırır (11).

Ergenlik oldukça önemli bir fiziksel ve duygusal kargaşa dönemidir. Bedenlerini ve vücut işlevlerini anlama, kişisel değerleri keşfetme ve partnerlerle cinsel sınırlar koyma gibi çeşitli alanlarda hem ailesel ve kültürel değerler, hem de korkuları da içeren bireysel deneyimler cinsel eğitim gereksinimini açığa çıkarır. Hem kapsamlı cinsel eğitim programlarının yetersizliği, hem de ergenlerin bilişsel ve fiziksel olgunlaşma farklılıkları, cinsel eğitim programlarının sağlıksız ve istenmeyen sonuçlarına ilişkin riskleri artırır. Bunlar cinsel yaşamla ilişkili morbidite riskleri ile cinsel yolla bulaşan hastalıklara yakalanma olasılığının artmasını içermektedir. Ergenler (10-19 yaş) ve genç erişkinler (20-24 yaş) cinsel yolla bulaşan hastalıklara yakalanmada en yüksek orana sahip yaş grubudur (14).

Ergenlerde cinsel davranışı etkileyen faktörler arasında kişilik özellikleri, cinsiyet, kültürel ve dinsel köken, etnik faktörler, aile davranışları, cinsel eğitim ve korunma programları yer alır (13). Ergenlik, karmaşık fiziksel, psikososyal, cinsel ve bilişsel değişimler dönemidir. Pubertenin erken başlaması ile fiziksel değişiklikler, bilişsel değişikliklerden önce oluşur. Ergen tüm bu alanlardaki olgunlaşmasını tamamlamadan olgun karar verme yeteneği ve cinsellikle ilgili sağlıklı karar verme yeterliliğine ulaşamaz. Yakınlık kurma kapasitesi gelişmeden önce cinsel etkinliğe başlayan ergenler, cinselliğin sağlıklı ve istenmeyen sonuçları açısından risk altındadır. Erişkinlik dönemindeki cinselliği ve gelecekteki yakın ilişkilerin temelini ergenlikteki cinsel gelişim şekillendirir (14).

Ergenlik bedensel değişimleri, kızlara genç kız, erkek çocuklara da erkek görünümü kazandırır. Buna koşut olarak hormonların çalışması ile erişkine özgü cinsel duygular belirir (15). Ergenlerde yeni beden yapısına ilişkin sorunlar yaygındır ve bunun yanı sıra ergenler hormonal değişimleri, adet görmeyi, spontan ereksiyonları, gece boşalmalarını da içeren yeni bir fiziksel kimliğe uyum sağlamak durumundadır. Ayrıca yeni bedene ve kimliğe uyuma ek olarak sosyal yeteneklerini de geliştirmek, yaşıt ve erişkinlerle etkileşimi öğrenmek zorundadır (14).

Bu gelişme hem iç hem dış güçleri içerir. Bu gelişim için yaşıtlar, ebeveynler, öğretmenler, ergenin beklentileri, değerleri, geri bildirimleri ve sosyal karşılaştırmaları önemli etkiye sahiptir (14). Bir kişinin cinselliği birbiri ile ilişkili, biyolojik seksüel kimlik, cinsel kimlik, cinsel yönelim ve cinsel davranış olarak dört etkene bağlıdır. Bu etkenler, kişiliğin gelişmesini etkiler ve bunların tümü psikoseksüel etkenler olarak adlandırılır (53).

Seksüel kimlik, kişinin biyolojik seksüel özellikleridir. Bunlar kromozomlar, iç ve dış genital organlar, hormonal durum, gonadlar ve ikincil seks karakterleridir. Normal bir gelişmede bunlar birleşik bir patern sergilerler (53). Erkeklik ya da dişilik duygusu olan cinsiyet kimliği 2 yaşlarında gelişir, ergenlik deneyimleriyle belirginleşir. Cinsel kimlik; bireyin kendini erkek yada diş olarak erotik anlatımı ve başkalarıyla cinsel yakınlık kurabilecek cinsel varoluşunun farkındalığıdır (14).

Cinsel yönelim ise kişinin cinsel dürtülerinin nesnelerini tanımlar. Bireyde duygu, istek ve davranışların belli bir eşeye çekimidir (12,53). Bunlar heteroseksüel (karşı cins), homoseksüel (aynı cins) veya biseksüel (her iki cins) gibi yönelimlerdir (53). Ergenliğin görevi cinsel yönelimin cinsel kimliğe entegrasyonudur (14). Ergenlerin cinsel yönelimle ilgili soru ve kaygıları vardır. Arkadaşları ve aileleriyle konuşmak için fırsata ihtiyaç duyarlar (14). Cinsel davranışlar fizyolojik cinsel yanıtları, farklı erotik uyaranları ve özdoyumunu

içerir (53). Daha çok erken ergenlikte fantezi ve masturbasyonla başlayan cinsel denemeler, koitus olmadan cinsel organlara temas, oral seks ve daha sonra da cinsel ilişki ile devam eder (13).

Somut düşünceden soyut düşünceye geçiş 11-12 yaşlarında başlar ve 15-16 yaşlarında tamamlanır. Somut düşünmede cinselliğin riskleri tam olarak anlaşılamaz. Soyut düşünme cinsellikle ilgili sorumlu karar verebilmeyi sağlar (14). Hem erkeklerde hem de kızlarda cinsel ilgi ve deneyimler normal ergenliğin kritik bileşenleridir (13). Ergenler cinsel olgunlaşmanın bir sonucu olarak cinsel deneyime başlarlar ve sonuç olarak cinsel yolla bulaşan hastalıklara, istenmeyen gebeliklere maruz kalabilirler (11).

Toplumun karşılaştığı en önemli sorunlardan birisi ergenlerde sağlıklı cinsel deneyimlerle duygusal ve fiziksel olarak güvenli cinsel aktiviteler arasında bir denge kurmak olmuştur (13).

Ergenlere yönelik cinsel/üreme sağlığı çalışmaları, üzerinde önemle durulması gereken ve özel bir bakış açısı gerektiren bir konudur. Dünyada genç nüfusun hızla artmasıyla birlikte ergenlerin üreme sağlığı gereksinimleri de artmıştır. Cinsel etkinlik dönemi daha erken yaşta başlarken, ergenler, cinsellik, kontraseptif yöntemler ve cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlarla ilgili yeterli bilgiye sahip olmadıkları için, yüksek oranda istenmeyen gebelik ve cinsel yolla bulaşan enfeksiyon riskine maruz kalmaktadır (54).

Gelişmekte olan ülkelerde ergen cinsel ve üreme sağlığı, erken yaşta evlilik ve doğurganlık açısından dikkat çeken bir çalışma alanı olmakla birlikte kapsamlı ve eğitime yönelik çalışmalar ancak son yıllarda ivme kazanmıştır (55). Türkiye’de de ergenlere yönelik cinsel ve üreme sağlığı çalışmaları sayı ve nitelik olarak sınırlı kalmakla birlikte benzer bir eğilim görülmektedir (54). Türkiye’de yapılan araştırmalar, ergenlerin cinsel sağlıkla ilgili bilgisinin yetersiz olduğunu; bu konularda bilgi ve eğitim almaya istekli olduklarını; temel bilgi kaynaklarının ise arkadaşlar, aile ve medya olduğunu göstermektedir (54).

ABD’de gebeliklerin yarısı plansızdır. En yüksek oranda istemsiz gebelikler ergenler, yoksullar ve siyah kadınlarda görülmektedir. Her yıl 15-19 yaşları arası kızların %10’u gebe kalmaktadır. Yirmi yaş öncesi gebe kalanların oranı %40’ı aşmaktadır. Bunun sonucunda erişkin problemleriyle zamansız karşılaşmaya ek olarak, ergen ebeveynin üretkenliği ve ekonomik başarı elde etmesi tehlikeye atılmış olur (14).

2003 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması’na (TNSA) göre, Türkiye’de yaşayan nüfusun %19,7’sini 10-19 yaşlar arasındaki ergenler oluşturmaktadır. Diğer taraftan, Türkiye’de 15-19 yaş arası kadınların %11,9’u evlidir. Her ne kadar ilk doğumda anne yaşı

ülkemizde giderek artma eğiliminde olsa da 35-39 yaş grubu kadınlara sorulduğunda ilk doğumlarını ortalama 22 yaşında yaptıkları görülmektedir. 45-49 yaş arası kadınların %38'i, 25-29 yaş grubundaki kadınların ise %28'i yirmi yaşından önce anne olmuştur (3).

Uygun eğitim, aile desteği ve kendine ait olumlu cinsel görünüme sahip bireylerde ilk cinsel ilişki daha ileri yaşta yaşanır. Daha düzenli kontraseptif kullanılır ve gebelik hızı daha düşüktür. Kendine ait olumlu cinsel görünüm yaşla birlikte artar (14).

Cinsel aktif erkekler, cinsel aktif olmayanlardan daha fazla alkol kullanır, daha fazla kavgaya karışır, HIV/AIDS (Edinilmiş Bağışıklık Yetmezliği Sendromu, Acquired Immunodeficiency Syndrome) hakkında daha bilgilidirler. Benzer şekilde cinsel aktif kızlar daha fazla sigara ve alkol tüketir. Alkol ve madde kullanımı genellikle korumasız cinsel ilişkiyi de içerecek şekilde daha fazla risk alımıyla da birliktelik gösterir (14).

Gençler cinsel bilgilerin çoğunu yaşlılarından alırlar (15). Aileler cinsel tutum üzerinde en önemli bilgi kaynağı olmasa da çok etkilidir. Ergenler, huzurlu bir çevreye, sağlıklı sosyal ve duygusal gelişimi destekleyen bir aileye gereksinim duyarlar. Aynı zamanda eğitime, becerilerini geliştirmeye, benlik saygısını destekleyen deneyimlere, eş olarak gelecekteki rollerine sağlıklı hazırlık için cinsel sağlık bilgilerine ulaşabilmeye de ihtiyaç duyarlar (14).

Ergenin artmış cinsel davranışını ve gebe kalma riskini etkileyen faktörler arasında; yalnız anne yada yalnız baba ile yaşama, cinsel deneyime sahip, gebe kalmış ya da doğum yapmış büyük kardeşler, kızlar için aile içi cinsel tacizle karşılaşma gibi etmenler sayılabilir (14).

Ergenlerin bağımsız kimlik arzusu, ebeveynlerin kendi çözülmemiş ebeveyn-çocuk çatışmaları ve olası cinsiyet-rol kimliğindeki değişimler nedeniyle ergenlik dönemindeki ailelerin gerilimi zirveye çıkar. Ayrıca cinsellikle ilgili kendi sorunlarını çözümleyememiş erişkinler için ergenlerin cinselliği çok tehdit edici bir durum olabilir (14).

SAĞLIKSIZ DİYET ALIŞKANLIĞI VE FİZİKSEL İNAKTİVİTE

Çoğu ergende hızlı büyümenin düzenlenmesi için gerekli kaloringin temini ve artan enerji ihtiyacını karşılama gereğinin bir sonucu olarak iştah artmıştır (11). Ergenlerde kg/m² olarak ölçülen vücut kitle indeksi (VKİ) yaş ve cinse göre %95 percentilin üzerinde olması fazla kiloluğu belirtir. %85-94 percentil arası fazla kilo için risk oluşturur (11,56). %5 percentilin altı ise zayıf olarak tanımlanır (56).

Obesitenin artan sıklığı çok faktörlüdür ve aktivite derecesindeki değişimler yanı sıra yeme alışkanlığının özelliğine de bağlıdır (11).

Diyet alımının kontrolü ergenlerin aileden bağımsızlık kazanma ve otonomi sağlamak için kullandıkları belki de ilk mekanizmalardan biridir (11). Batı kültürlerinde adölesan kızların ve genç erişkinlerin çoğunda vücut biçimlerinden dolayı beslenmekten hoşnutsuz oldukları rapor edilmiştir (11). Ayrıca anoreksiya nervoza veya bulimiya nervoza gibi yeme bozuklukları da genellikle ergenlik döneminde başlar (11).

Yeterli ve dengeli beslenme yaşamın her döneminde insan sağlığın temelini oluşturur. Gençlik çağı iyi ve kötü alışkanlıkların oluştuğu dönemlerden biridir. Gençlikte beslenme ile ilgili yapılan hatalar, kazanılan yanlış alışkanlıklar o andaki sağlık ve verimlilik düzeyini düşürdüğü gibi, ileriki yaşlardaki sağlık ve verimliliği de olumsuz yönde etkiler (57).

Ergenlik döneminde fazla kilolu olan kişiler erişkin dönemlerinde de büyük olasılıkla fazla kilolu olmaya eğilim göstereceklerdir. Gençler, günlerinin çoğunu sedanter etkinliklerle geçirmektedir (58). Ergenlik boyunca da bu davranışlar pekişmeye eğilimlidir. Yeme alışkanlığı ve fiziksel etkinlik gibi sağlıkla ilgili davranışlar da ergenlik süresince kalıplaşmakta ve erişkin dönemde de kalıcı olmaktadır. Bu nedenle ergenlik döneminde yetersiz etkinlik gösteren, fazla kilolu veya obez kişilerin saptanması önemlidir (58).

Kız ve erkekler arasında fiziksel aktivite adölesan dönem boyunca azalma eğilimindedir. Sevilen türde bir egzersizin düzenli yapılması fiziksel aktivitenin yaşam boyu alışkanlık haline getirilmesine çalışılmalıdır (11).

Fiziksel etkinliğin birçok koruyucu fonksiyonu vardır. Hipertansiyon, diyabet ve kardiyovasküler hastalık gibi kronik hastalıklardan korumasının yanında düzenli fiziksel aktivite gösterenlerde daha düşük mental hastalık görülme olasılığı vardır (58). Fiziksel olarak aktif ergenler, sedanter yaşayan yaşlılarına göre daha az stres ve anksiyete yaşarlar ve kendilerine güvenleri daha yüksektir. Aynı zamanda daha az somatik yakınma gösterirler ve daha iyi vücut görünümüne sahiptirler (58). Ayrıca egzersiz, iskelet kasında metabolik kapasitenin, kan akımının, kuvvet ve kontraktilitenin artmasına, yaralanma riskinde ise azalmaya yol açmaktadır. Tendon ve bağ dokusu kuvvetinde artış, eklem stabilitesi ve bu yapıların destek fonksiyonunun kuvvetlenmesi de egzersizin sağladığı olumlu etkiler arasındadır (59).

Ergen ve erişkinlerde fiziksel etkinliğin en güçlü belirleyicilerinden biri sosyoekonomik durumdur. Sosyoekonomik durumu düşük düzeyde olanlarda spontan fiziksel etkinlik seviyesi de düşük olmaktadır. Sosyoekonomik durumu yüksek gençler, aynı yaştaki

sosyoekonomik durumu düşük olan gençlere göre daha fazla spontan fiziksel aktivite göstermekte, daha sık beden eğitimi derslerine katılmakta ve beden eğitimi derslerinde daha etkin olmaktadır (58). Erkek ve kız ergenler arasında da fiziksel aktivite açısından farklar vardır. Çocukluk çağından başlayarak ergenlik boyunca erkekler kızlardan daha etkindir ve ergenlik döneminde her iki cinsiyette de düşüş olur (58).

Fazla kilolu veya riskli gruptaki ergenlerin sayısı artmakta, düzenli fiziksel aktivitesi olan ve dengeli beslenen ergenlerin sayısında da düşüş gözlenmektedir. Dolayısı ile tip 2 diyabet, hipertansiyon ve hiperlipidemi giderek artmaktadır (9).

AİLE HEKİMLİĞİNDE ERGENLERE YAKLAŞIM

Aile hekimi, kişisel, bütüncül ve kesintisiz olarak sağlık hizmeti sunan, bu konuda uzmanlık eğitimi görmüş tıp doktorudur. Yaş, cinsiyet, ya da kişinin herhangi bir özelliğine bakmaksızın kişinin tüm sağlık sorunlarıyla ilgilenir ve sağlıklı dönemlerde de gereken hizmetleri kişinin tüm hayatını kapsayacak şekilde verir. Eğitimini aldığı birinci basamak sağlık hizmetleri içerisinde çalışarak bireylerin, sağlık sistemiyle ilk tıbbi temas noktasını oluşturur. Bireyin sağlıkla ilgili tüm sorunlarını ele alırken fiziksel, psikolojik ve sosyal özellikleri ile bir bütün olarak değerlendirir. Sunduğu hizmeti bireyin gereksinimlerine göre şekillendirir ve sorunları sadece bireysel değil, aile ve toplumsal örüntüleri bağlamında da ele alır. Aile hekimliği uzmanı ve sorumluluğunu aldığı kişiler arasında yaşama yayılan, sürekli ve yakın bir ilişki vardır (60). Ergenler, aile hekiminin sağladığı hizmetin sürekliliği içerisinde yer alan, aile ve toplumda özellikli bir grup oluşturur. Aile hekimleri verdikleri birinci basamak sağlık hizmetini ergenlerin ihtiyaçlarına yönelik olarak da düzenlerler.

Ergenlere verilen sağlık hizmeti bazı açılardan özellik gösterir. Ergenlik döneminde ortaya çıkan büyüme gelişme ve bunu izleyen bedensel değişiklikler, bu değişikliklerle ilgili ergenin psikolojik kaygıları, bedenin değişen ihtiyacına paralel olarak beslenme ihtiyacının da değişmesi, depresyon, intihara meyil, tütün kullanımı ve diğer sağlık riski oluşturan davranışlara yatkınlığı ergenlere özgü sağlık sorunlarıdır. Çoğu zaman bu dönemdeki sağlık sorunlarını aile bireyleri bile paylaşmayan ergenin alacağı sağlık hizmetinin de özel olması gerekmektedir (61). Ergenler genel olarak toplumun sağlıklı kesimini oluşturur. Çeşitli istatistikler gençlik döneminde hastalığa ve ölüme sebep olan durumlarda genel olarak davranış faktörlerinin önemli olduğunu göstermektedir. Bu dönemde kazalar, intihar, öldürülme, gebelik, sigara, alkol ve madde kullanımı ilk sırada yer almaktadır (62).

Özellikle bizim de içinde bulunduğumuz gelişmekte olan ülkeler arasında hızlı bir şehirleşme ve endüstrileşme yaşanmakta, bu da ergen sorunlarını çeşitli yönlerden etkilemektedir. Hızlı sosyal değişim, aile desteğinin kırılması ve ergenlik dönemindeki uzama sağlığı olumsuz etkileyen değişimler ortaya çıkarmaktadır. Günümüzde toplumsal değişimler hızlı haberleşme kitle iletişim araçlarının da etkisiyle çok daha hızlı olmaktadır. Artık dünya küçülmüş ve etkileşim artmıştır. Bu nedenle alışkanlıklar ve toplumsal yapı da hızlı bir değişim içine girmiş ve bu durumdan en fazla da kendine yeni bir kimlik arayan genç etkilenmiştir. Toplum ve aile olarak önce ergenlik döneminin varlığını kabul etmek ve özelliklerini iyi bilmek gerekir (62). Ergene verilen koruyucu sağlık hizmetleri çerçevesinde de öncelikle fiziksel ve psikososyal gelişim hakkında bilgi aktarmak ve rehberlik yapmak önemlidir (63). Bu bağlamda Türkiye'nin de içinde yer aldığı DSÖ Avrupa bölgesi ülkeleri tarafından kaleme alınan "Health 21" adlı dökümanda riskli davranışların önlenmesine yönelik hedefler belirlenmiş ve tüm üye ülkelerin belirlenen zaman sürecinde bu hedeflere ulaşması öngörülmüştür (Tablo 11) (5, 64).

Tablo 11. Ergenlerin riskli davranışlarına yönelik hedefler (64)

- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none">-2020 yılına kadar, ergenlerin karşılaştığı şiddet ve kazalara bağlı ölümleri en az % 50 azaltmak.-2020 yılına kadar, 18 yaş altı gebelikleri % 30 azaltmak.-2020 yılına kadar, gençler arasında psikoaktif ilaç, alkol ve tütün gibi zararlı maddeleri kullananların oranını % 30 azaltmak. |
|--|

Amerikan Tıp Birliği (AMA) de "Ergen Koruyucu Hizmet Rehberi"nde (Guidelines for Adolescent Preventive Services-GAPS) aşağıdaki önerilerde bulunmaktadır (65).

- 1- 11-21 Yaş grubundaki ergenler yıllık rutin sağlık kontrolü olmalıdır.
- 2- Koruyucu hizmetler, yaşa ve gelişim düzeyine kişisel ve sosyo-kültürel farklılıklar açısından özel olmalıdır.
- 3- Hekimlerin ofislerinde görüşmelerin gizliliği sağlanmalı, aile görüşmelerinde uyulması gereken kurallar belirlenmelidir.
- 4- Aileler erken, orta ve geç adölesan dönemlerde en az bir kez rehberlik almalıdırlar.
- 5- Ergenler her yıl, fiziksel büyüme, psikososyal ve psikoseksüel gelişme, kendi sağlığının önemini bilme ile ilgili rehberlik almalıdırlar.

- 6- Ergenler her yıl yaralanmaların azaltılması sağlamak için rehberlik almalıdırlar.
- 7- Ergenler her yıl, sağlıklı beslenmenin yararları, yolları ve güvenli kilo yönetimi ile ilgili sağlık rehberliği almalıdırlar.
- 8- Ergenler her yıl fizik egzersizin yararları hakkında rehberlik almalı ve düzenli olarak güvenli egzersiz yapmak için teşvik edilmelidir.
- 9- Ergenler her yıl, cinsel yolla bulaşan hastalıklara karşı kondom kullanımı (HIV enfeksiyonu) ve gebelikten korunma önlemlerini içeren güvenli cinsellik hakkında rehberlik almalı ve bu hizmetlere ulaşabilmelidir.
- 10- Tüm ergenler sigara, alkol ve bağımlılık yapan diğer maddeler ve anabolik steroidler için yıllık sağlık rehberliği almalıdır.
- 11- Yıllık hipertansiyon kontrolü yapılmalıdır.
- 12- Riskli ergenlerde hiperlipidemi ve koroner kalp hastalığı taranmalıdır.
- 13- Tüm ergenlerin her yıl yeme bozuklukları ve şişmanlık açısından boy ve vücut ağırlıkları saptanıp vücut imajı ve yeme davranışları sorgulanarak taranmalıdır.
- 14- Ergenlerin sigara kullanım durumu her yıl sorgulanmalıdır.
- 15- Ergenler her yıl, alkol diğer madde kullanımı, ilaç kullanımı, anabolik steroid kullanımı sorgulanmalıdır.
- 16- Ergenler her yıl cinsel davranış (istenmeyen gebelik, cinsel yolla bulaşan hastalıklar, HIV enfeksiyonu) açısından sorgulanmalıdır.
- 17- Cinsel aktif ergenler cinsel yolla bulaşan hastalıklar için taranmalıdır.
- 18- HIV riski olanlara HIV taraması yapılmalıdır.
- 19- Cinsel aktif ya da 18 yaş üzerindeki bayanlardan her yıl servikal kanser açısından smear alınmalıdır.
- 20- Her yıl depresyon ya da intihar riski açısından taranmalıdır.
- 21- Her yıl emosyonel, fiziksel ve cinsel istismara ilişkin öykü alınmalıdır.
- 22- Her yıl okul ve öğrenme hakkında sorular sorulmalıdır.
- 23- Tüberküloz yönünden risk altında ise tüberkülin testi yapılmalıdır.
- 24- Profilaktik aşılamaya yapılmalıdır.

Ergenlere yönelik 2010 Sağlıklı Toplum İnisiyatifi (Adolescent Health Objectives Identified by the Healthy People 2010 Initiative) de bazı hedefler belirlemiştir (Tablo 12) (9).

Ergenlerin çocuk ve erişkinlerden bir çok bakımdan farklı olmaları, hızlı bir değişim süreci yaşamaları, sağlık hizmeti verirken onların fizyolojik özelliklerini, ihtiyaçlarını, kişisel özelliklerini, sıkıntılarını ve içinde yaşadığı ortamın şartlarını dikkate almayı gerektirir (66).

Tablo 12. 2010 Sağlıklı Toplum İnisiyatifi'nin ergenlere yönelik hedefleri (9)

Çevresel faktörler -İçkili araba kullanımını azaltma, emniyet kemeri kullanımını artırma, dolayısı ile trafik kazalarını önleyerek ölümleri azaltma -Cinayet oranının azaltma -Kavgaya karışma oranlarını azaltma -Okula silah getirme oranını azaltma Ruh sağlığı -Tamamlanmış intihar ve intihar teşebbüslerini azaltma -Psikiyatrik tedavi desteğini artırma Fiziksel aktivite -Kilolu ergen sayısını azaltma -Fiziksel aktiviteyi artırma	Cinsel aktivite -Gebelik oranlarını azaltma -HIV, klamidy ve diğer cinsel yolla bulaşan hastalıkların insidansını azaltma -Cinsel ilişki yaşamamış adölesan sayısını artırma Madde kötüye kullanımı: -Alkol veya madde kötüye kullanımına bağlı trafik kazaları sonucunda ortaya çıkan yaralanma ve ölüm oranlarını azaltma -Sigara, madde veya alkol alma davranışını azaltma
--	---

Ergenlik dönemi bedensel büyüme, ruhsal gelişim ve sosyal uyumun olduğu aynı zamanda da zararlı maddelerle karşılaştığı, ilk cinsel deneyimini yaşadığı ve arkadaş gruplarını kurduğu dönemdir. Bu dönemde ailelere danışmanlık verirken ergenin kendi sağlığının sorumluluğunu almasını sağlamak önemlidir (67).

Ergenlere yönelik öncelikle yapılması gerekenler içinde; güvenli ve destekleyici çevre oluşturulması, sağlıkla ilgili konularda bilgilendirme, yeteneklerin geliştirilmesi, danışmanlık hizmeti sunulması ve sağlık hizmeti sunulması gelmektedir. Sağlık hizmeti kapsamında bilgilendirme ve danışmanlık hizmetleri, sağlık sorunlarının taraması, tanısı, tedavisi ve gerektiği durumda sevk edilmesi yer almalıdır. Sağlığın korunması ve geliştirilmesi kapsamında sağlık kuruluşunda izlemi yapılan ergen; fizik egzersiz yapma, sigara, alkol ve uyuşturucu madde kullanmama, yeterli ve dengeli beslenme, güvenli cinsel yaşam ve kaza ve

yaralanmalardan korunmaya yönelik güvenli ve olumlu bir yaşam tarzı benimsemesi için desteklenmelidir (63).

Birinci basamak sağlık kurumunda ergenlere yönelik bazı koşulların sağlanması gerekir. Ergenle görüşme yapılan ortamın rahat ve sakin olması, ergenin güven içinde olduğunu, gizlilik ilkesine uyulacağını hissetmesi sağlanmalı, görüşme sırasında herhangi bir müdahale ve kesinti olmamasına dikkat edilmelidir (63).

Ülkemiz için sigara önemli bir sorundur. Bu kadar yaygın olan sigara alışkanlığı ile mücadelede birinci basamak hekimlerine önemli görevler düşmektedir. Hekimlerin de rutin sorgulamalarına sigara bağımlılığını eklememeleri bu soruna müdahalede gecikmelere yol açmaktadır (21).

Kuşkusuz sigara kullanımı ergen sağlığı açısından büyük bir tehlikedir ki bu dönemde, erişkinliğe değin devam eden bağımlılık başlayabilir. Ergenlere bu konuda yardımın anahtarı sigara kullanımını önleyebilme ve sigara kullanımına erken müdahale edebilmektir. Ebeveynleri ve kardeşlerini sigara kullanmayan rol modeller olarak yardımcı olmaları için teşvik etmek de önemlidir. Sigara kullanımından kurtulmak için profesyonel sağlık yardımını, konu ile ilgili politika değişikliğini, reklam kısıtlamasını, kapsamlı okul tabanlı programları, toplumsal etkinlikleri ve destekleyici yaklaşımları içeren kapsamlı bir strateji gerekir (68). Bu kadar yaygın olan sigara alışkanlığı ile mücadelede ülkemizdeki en büyük hekim kitlesini oluşturan birinci basamak hekimlerine son derece önemli görevler düşmektedir (69).

Madde kullanımı açısından koruyucu faktörler riski azalttığı için çalışmalarda belirlenen risk faktörlerini koruyucu faktörlere dönüştürme ve koruyucu faktörlerin ergenlerin tedavisinde kullanılmaya başlaması yararlı bir yaklaşımdır. Bu durum madde kullanımını ya da madde kullanım bozukluğu gelişimini azaltabilir. Risk faktörlerinin toplam etkisinin koruyucu faktörlerin toplam etkisinden daha güçlü olduğu düşünüldüğünde risk faktörlerinin koruyucu faktörlere dönüşümünün önemi daha iyi anlaşılmış olur (48).

Bir riskli davranış gösteren ergen diğer riskli davranışlar için de risk grubunda kabul edilir. Danışmanlık verilirken güvenli bir ilişkinin kurulması çok önemlidir. Önerilerde bulunulup, broşür ve benzeri basılı materyaller vererek daha sonraki görüşmelerde ergenden gelen talebe göre bu konular ele alınabilir (67).

Ergenin erken seksüel girişimleri ile ilişkili olumsuz sonuçlara yol açan durumlarla müdahale ve önleme önemlidir. Bu olumsuz sonuçları olan durumlar; istenmeyen gebelik ve düşükler, cinsel yolla bulaşan hastalıklar, sık cinsel aktivite ve çoklu cinsel partnerler, okul devamlılığı, okul başarısı ve eğitim isteğinde azalma, sigara içme, alkol alma, madde

kullanımı ve kanun dışı davranışlar olarak sıralanabilir. Bu durumları önleme genellikle tek bir çözüme dayanır ki bu, sosyal, bilişsel ve ahlaki olgunluğun, gencin cinsel etkileşimlerindeki karışık ve riskli durumlarla daha kolay baş edebilmesini sağlayacağını umarak bütün ergen cinsel aktivitelerini olabildiğince geciktirmektir (70).

Ergenin dini toplantılara katılımı genellikle cinsel yaşamdan uzak durmasıyla birlikte. Okula devam ergenlerde riskli cinsel davranış oranını düşürmektedir. Kontrasepsiyon hakkında bilgi vermenin, ergenin cinsel etkinliği arttırmadığına, cinsel ilişkiye başlamayı çabuklaştırmadığına, cinsel ilişki sıklığını arttırmadığına yönelik güçlü kanıtlar vardır. Daha da önemlisi bu konularda bilgi verilmesi, cinsel aktif ergenlerin kondom ve diğer kontraseptifleri kullanmalarını arttırmaktadır (14). Bu bağlamda cinsel yolla bulaşan hastalıklar ve kondom kullanımı, bunun yanı sıra diğer kontrasepsiyon yöntemleri hakkında bilgilendirme yapılmalıdır (67).

Depresyon açısından ergenler için arkadaştan ayrılma, taşınma, aile içi sorunlar, okul başarısızlığı, gelişimin gecikmesi ve arkadaşları ile iletişim kurma zorlukları birer risk faktörüdür. Ergenle görüşmelerde bu konuya da değinmek önemlidir. Ayrıca kendini gösterme ve kanıtlama çabası ile tehlikeli ve zorlayıcı davranışlarda bulunabilen ergenlere kazalar konusunda danışmalık vermek önemlidir. Aşırı hız, emniyet kemeri gibi konulara da değinilmelidir (67).

Ergenlikteki obezite erişkin yaştaki obezite için risk faktörüdür. Boy, kilo ve VKİ takibi yapılmalıdır. Aşırı yeme, dengesiz ve düzensiz yeme, kilo fazlası olmadığı halde tekrarlayan diyetler, aç kalma, aşırı laksatif kullanımı ve provoke kusmalar ergenlerde görülebilir. Bu nedenle VKİ takibinin yanı sıra beden imajları hakkında fikirleri de bilinmelidir (67).

Ergenlere tercihen haftanın her günü 30 dakika orta veya hızlı tempo ile egzersiz yapmaları önerilmekte ve her gün 5 porsiyon meyve ve sebze tüketmeleri, kalorili ve şekerli yiyeceklerden uzak durmaları tavsiye edilmektedir (9).

Düzenli fiziksel aktivitenin özellikle de çocukluk ve ergenlik döneminde başlanan ve daha sonra da devam ettirilen egzersizlerin sağladığı birçok yarar mevcuttur. Bundan dolayı, uzun süre televizyon seyretme, bilgisayar ve masa başında fazla zaman harcama gibi nedenlerle daha az egzersiz yapan gençlerin yeterince aktif hale getirilebilmesi için aileler, öğretmenler ve genel olarak toplumun bilinçlendirilmesi gerekmektedir (59). Birinci basamakta ergenler değerlendirilirken bu unsurlar dikkate alınmalıdır. Ergenlik çağının en önemli özelliği hızlı bir değişim yaşanmasıdır (71). Bu durum ergenlere birinci basamakta

yaklaşım açısından özel bir grup olma ayrıcalığını verir. Aile hekimliği uzmanlığı içinde bulunduğu toplumun tüm bireylerine olduğu gibi ergenlere ve ailelerine destek, danışmanlık, tanı ve tedavi için önemli bir noktada yer almaktadır. Bu bağlamda aile hekimliği uzmanlarına önemli sorumluluklar düşmektedir.

GEREÇ VE YÖNTEMLER

Bu araştırma, Edirne şehir merkezindeki lise öğrencilerinin riskli sağlık davranışlarının belirlenmesi amacıyla kesitsel tanımlayıcı desende tasarlanmıştır. Araştırma evrenini Edirne şehir merkezindeki liselerde okumakta olan tüm öğrenciler oluşturmaktadır. Evrenin tamamının çalışmaya alınması hedeflenmiştir. 2006-2007 eğitim ve öğretim yılında Edirne şehir merkezindeki liselerde kayıtlı 7962 öğrenci bulunmaktadır. Araştırmamıza 5301 öğrenci katılmıştır. Böylece araştırma evreninin %66,5'ine ulaşılmıştır. Ulaşılamayan gençler anket uygulaması yapılan gün okula devam etmemiş öğrencilerden oluşmaktadır. Ek olarak bir lise idaresi anket uygulanmasını uygun bulmamış ve uygulamayı engellemiştir. Bu okul dışarıda tutulduğunda evren 7169 öğrenciye gerilemekte ve evrene ulaşma oranı %73,9 olmaktadır. Tablo 13'te okul mevcudu ve katılım oranları görülmektedir.

Çalışmaya Alınma Kriterleri

Toplam 5301 katılımcı aşağıdaki çalışmaya dahil edilme kriterlerini karşılamıştır. Çalışmaya alınma kriterleri şunlardır:

1. Edirne şehir merkezindeki bir lisede 2006-2007 eğitim ve öğretim yılı içinde kayıtlı olması
2. Araştırmaya katılmayı kabul etmiş olması

Çalışmadan Çıkarılma Kriterleri

Toplam 47 kişi aşağıdaki maddelerden herhangi birisi nedeniyle çalışmaya dahil edilmedi. Çalışma harici tutulma kriterleri şunlardır:

1. Anket yanıtlarında bariz çelişki ve tutarsızlık bulunması

2. Anket sorularının %50'sinden fazlasının yanıtlanmamış olması
3. Sosyodemografik özelliklerle ilgili soruların tamamının yanıtlanmamış olması

Tablo 13. Okul mevcudu, katılım oranları

Okullar	Katılım (N)	Katılım (%)	Okul mevcudu (N)	Okulun katılımı (%)
1 Numaralı Okul	98	1,8	136	72,05
2 Numaralı Okul	336	6,3	366	91,80
3 Numaralı Okul	124	2,3	151	82,11
4 Numaralı Okul	133	2,5	167	79,64
5 Numaralı Okul	352	6,6	380	92,63
6 Numaralı Okul	155	2,9	177	87,57
7 Numaralı Okul	610	11,5	663	92,00
8 Numaralı Okul	592	11,2	846	69,97
9 Numaralı Okul	377	7,1	641	58,81
10 Numaralı Okul	435	8,2	477	91,19
11 Numaralı Okul	256	4,8	527	48,57
12 Numaralı Okul	898	16,9	1396	64,32
13 Numaralı Okul	146	2,8	178	82,02
14 Numaralı Okul	447	8,4	568	78,69
15 Numaralı Okul	342	6,5	496	68,95
Toplam	5301	100,0	7962	66,57

Veri Toplama Aracı

Veri toplamak amacıyla araştırmacılar tarafından bir anket geliştirilmiştir. Ankette lise öğrencilerine; sosyodemografik özellikler, kasıtlı-kasıtsız yaralanmalar, sigara, alkol, madde kullanımı, cinsel davranış, beden algısı ve fiziksel aktivite alt başlıklarında riskli sağlık

davranışlarını ile ilgili sorular sorulmuştur. Sorular ulusal ve uluslar arası diğer çalışmalarla karşılaştırılabilir özellikte oluşturulmuştur.

Anket sorularının okunabilirlik ve anlaşılabilirlik özelliklerini belirlemek üzere, liseyi geçen yıl bitirmiş 30 kişide deneme uygulaması yapılmış ve gerekli düzeltmelerden sonra anketin son hali verilmiştir. Araştırmada uygulanan anket Ek-3'te görülmektedir.

Destek ve İzinler

Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Yerel Etik Kurulu'ndan etik onayı (Ek-1), Edirne Valiliği'nin resmi idari izni alınmıştır (Ek-2). Çalışmamız Trakya Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri tarafından sağlanan mali destekle (TÜBAP-738) yürütülmüştür.

Uygulama

Okul müdürlükleri ile görüşülerek randevu alınıp okullar ziyaret edildi. Anket formları okul idaresinin uygun bulunduğu ders öncesinde dağıtılıp öğrenciler öğretmenlerinin gözlemi altında doldurduktan sonra geri toplandı. Özellikle kimlik bilgilerinin yazılmaması, anketin ön yüzündeki anket hakkındaki bilgilendirme formunun okunarak anketin doldurulması istendi.

İstatistiksel Analiz

Araştırma sonucunda elde edile veriler gözden geçirilip Statistica 7.0 istatistik programı (Seri No: AXF507C775406FAN2) kullanılarak uygun analizler yapıldı. Verilerin değerlendirilmesinde frekans tabloları, çapraz tablolar, ki-kare ve korelasyon testleri, t testi, ANOVA ve lojistik regresyon testleri kullanıldı.

İstatistiksel anlamlılık düzeyi 'p', ilgili testlerle birlikte verildi ($p < 0,05$ olduğunda istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi).

Değişkenler

Kullanılan değişkenlerden vücut kitle indeksleri (VKİ), bilgisayar yardımıyla kg/m^2 formülü ile hesaplanmıştır. Öğrencilerin VKİ'leri persentillerine göre gruplandırıldı (56, 72) (Tablo 14). Bir diğer bağımsız değişken olarak incelenen sosyoekonomik durum (SED) değerlendirilmesinde Neyzi ve ark. (73) tarafından geliştirilen ölçek kullanılmıştır. Bu ölçek kişileri, eğitim durumu ve mesleklerine göre farklı sosyoekonomik gruplara ayırmaktadır. Bu ölçeğe göre sosyoekonomik düzeyler; çok iyi, iyi, orta ve kötü olmak üzere 4 gruba ayrılmıştır (Tablo 15).

Tablo 14. VKİ sınıflandırması (56)

KATEGORİ	PERSENTİL ARALIĞI
Zayıf	<5. Persentil
Normal	≥5., <85. Persentil
Fazla kilo riski	≥85., <95. Persentil
Fazla kilolu	≥95. Persentil

Tablo 15. SED ölçeği (73)

SED 1 (çok iyi)	Anne: En az ortaokul mezunu. Baba: En az lise mezunu. Baba mesleği: Avukat, doktor, mühendis, iş adamı vb.
SED 2 (iyi)	Anne: En az ilkokul mezunu. Baba: En az ortaokul mezunu. Baba mesleği: Öğretmen, asker, memur, büyük işyeri sahibi vb.
SED 3 (orta)	Anne: Eğitimli veya eğitimsiz. Baba: En az ilkokul mezunu. Baba mesleği: Teknisyen, memur, küçük işyeri sahibi, vb.
SED 4 (kötü)	Anne: Eğitimli veya eğitimsiz. Baba: Eğitimli veya eğitimsiz. Baba mesleği: İşçi, şoför, diğer beceri gerektirmeyen işler.

Kısıtlı sayıda bulunan 12. sınıf öğrencileri analizlerde 11. sınıf öğrencileriyle birlikte değerlendirilmiştir.

Yaş, cinsiyet, okul türü, sınıf, SED (Sosyoekonomik Durum), VKİ, eğitim boyunca yıl kaybı durumu bağımsız değişken, diğer sorular bağımlı değişken olarak alınmıştır.

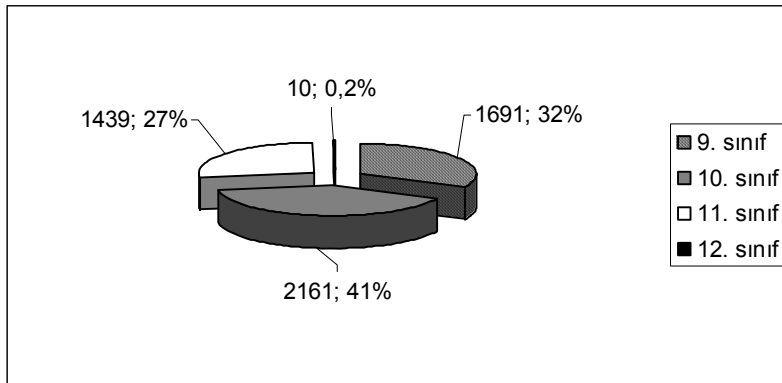
BULGULAR

Araştırma sonunda ulaşılan 5301 katılımcıya ait verilerin analizi yapıldı.

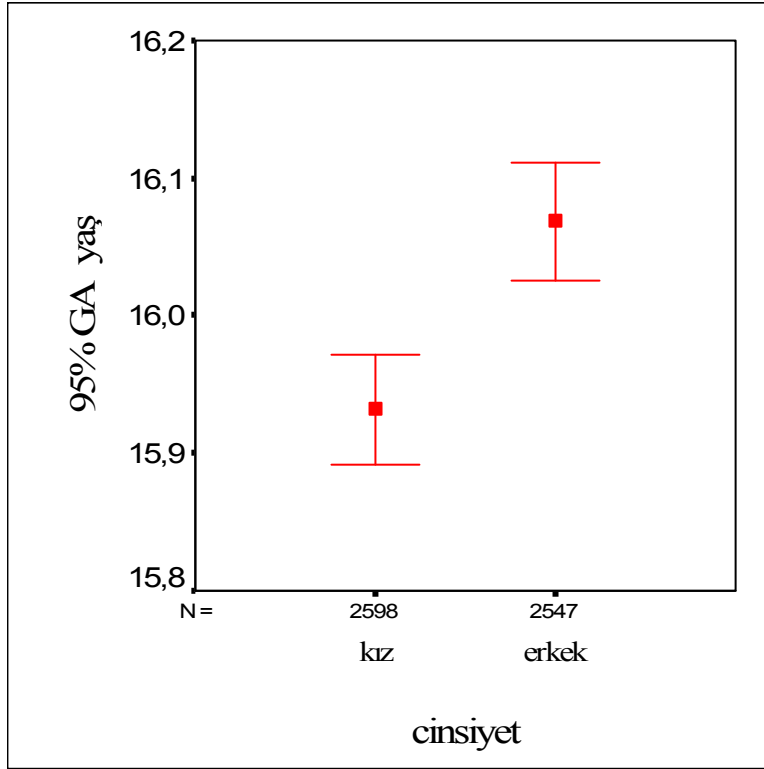
Tanımlayıcı İstatistikler

Katılımcılardan 5044 (%95,2) öğrenci devlet okulunda, 257 (%4,8) öğrenci özel okulda okumaktaydı. Katılımcıların 2983'ü (%56,3) genel lise öğrencisi, 2318'i (%43,7) meslek lisesi öğrencisiydi. Katılımcıların 1691'i (%31,9) 9. sınıf öğrencisi, 2161'i (%40,8) 10. sınıf öğrencisi, 1439'u (%27,1) 11. sınıf öğrencisi, 10'u (%0,2) 12.sınıf öğrencisiydi ve 12. sınıf sadece bir lisede ve 26 kişiden oluşmaktaydı (Şekil 3).

Katılımcıların 2670'i (%50,4) kız, 2631'i (%49,6) erkekti. Yaşla ilgili soruya 5145 (%97,1) kişi cevap verdi. Katılımcıların yaş ortalaması $15,99 \pm 1,07$, ortanca yaşı 16 olarak bulundu (en düşük 13, en yüksek 21). Kızların yaş ortalaması ($15,93 \pm 1,04$), erkeklerin yaş ortalamasından ($16,06 \pm 1,09$) düşüktü ($t=4,578$, $p<0,001$) (Şekil 4).



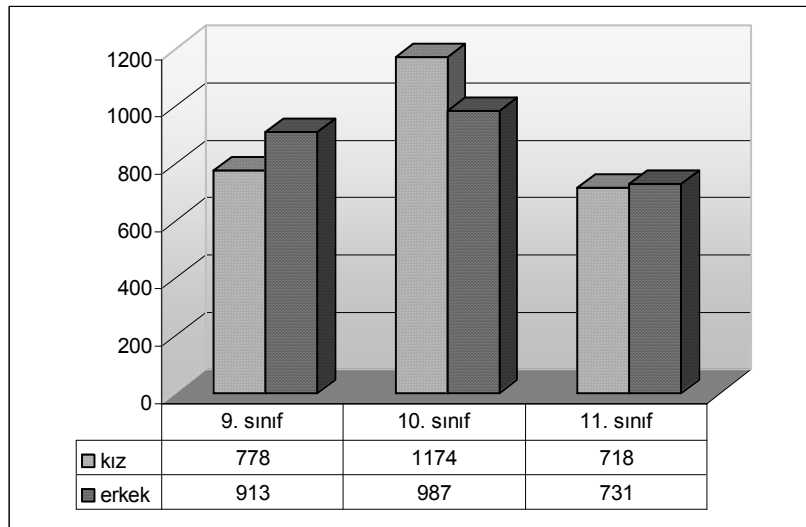
Şekil 3. Katılımcıların sınıflara dağılımı



Şekil 4. Katılımcıların cinsiyete göre yaş dağılımı

GA: Güven aralığı.

Kızların %4'ü, erkeklerin ise %5,7'si özel okulda okumaktaydı ($X^2=8,241$, $p=0,004$). Kızların %62,2'si, erkeklerin %50,2'si genel lisede öğrenim görüyordu ($X^2=78,045$, $p<0,001$). Sınıflardaki cinsiyet dağılımına bakıldığında 9. sınıfta olanların %46'sı, 10. sınıfta olanların %54,3'ü, 11. sınıfta olanların %49,6'sı kızdı ($X^2=26,791$, $p<0,001$) (Şekil 5).

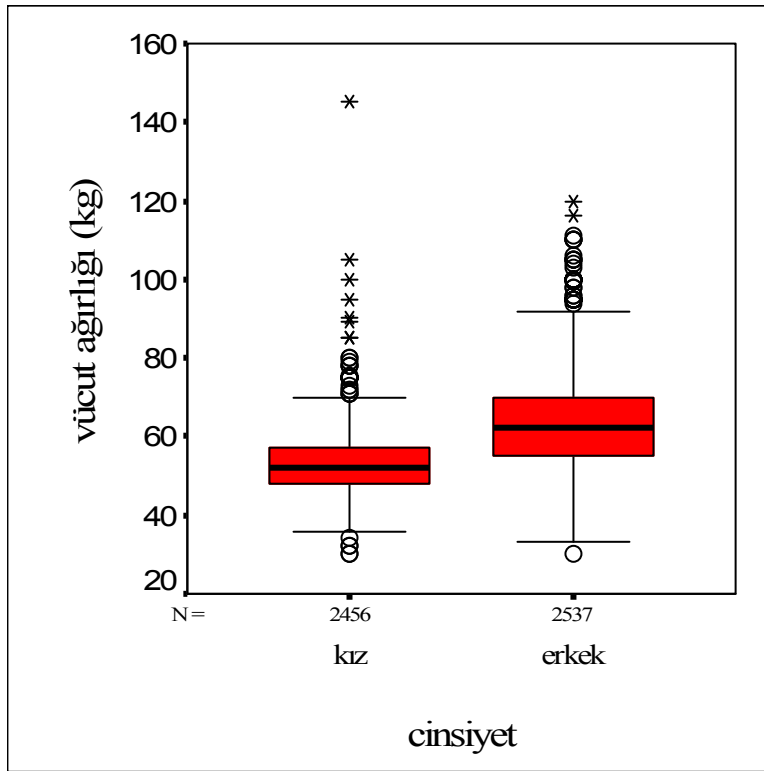


Şekil 5. Sınıflardaki kız-erkek öğrencilerin dağılımı

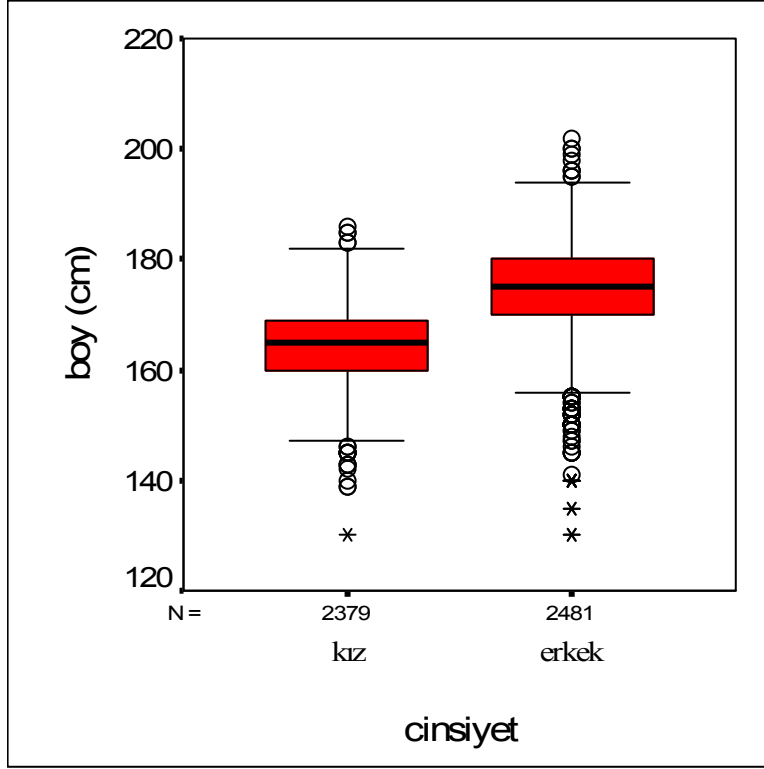
Vücut ağırlıkları ile ilgili soruyu 4993 (%94,2) öğrenci cevapladı. Kızların vücut ağırlıklarının ortalaması $52,69 \pm 7,48$ kg (ortanca: 52 kg, en düşük: 30 kg, en yüksek: 145 kg), erkeklerin vücut ağırlıklarının ortalaması $63,13 \pm 11,69$ kg (ortanca: 62 kg, en düşük: 30 kg, en yüksek: 120 kg) olarak bulundu ($t=37,698$, $p<0,001$) (Şekil 6).

Boy ile ilgili soruyu 4860 (%91,7) öğrenci cevapladı. Kızların boy ortalaması $164,55 \pm 6,42$ cm (ortanca: 165 cm, en düşük: 130 cm, en yüksek: 186 cm), erkeklerin boy ortalaması $173,52 \pm 8,77$ cm (ortanca: 175, en düşük: 130 cm, en yüksek: 202 cm) olarak bulundu ($t=40,791$, $p<0,001$) (Şekil 7).

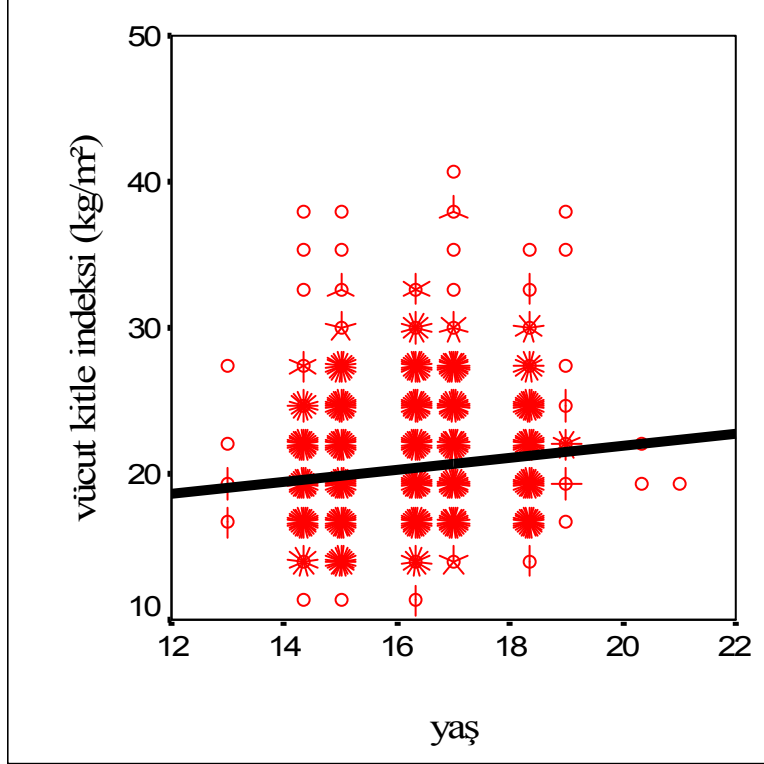
VKI değeri verileri tamam olan 4750 (%89,6) kişi için hesaplandı. Katılımcıların VKİ ortalaması $20,27 \pm 2,96$ olarak bulundu (en düşük 11,25, en yüksek 39,64). Kızların VKİ ortalaması ($19,54 \pm 2,44$), erkeklerin VKİ ortalamasından ($20,97 \pm 3,22$) düşüktü ($t=17,274$, $p<0,001$). Ayrıca katılımcıların VKİ'leri yaşları ile birlikte artmaktaydı (Pearson Korelasyon= $0,146$, $p<0,001$) (Şekil 8).



Şekil 6. Katılımcıların vücut ağırlığı dağılımı



Şekil 7. Katılımcıları boy dağılımı



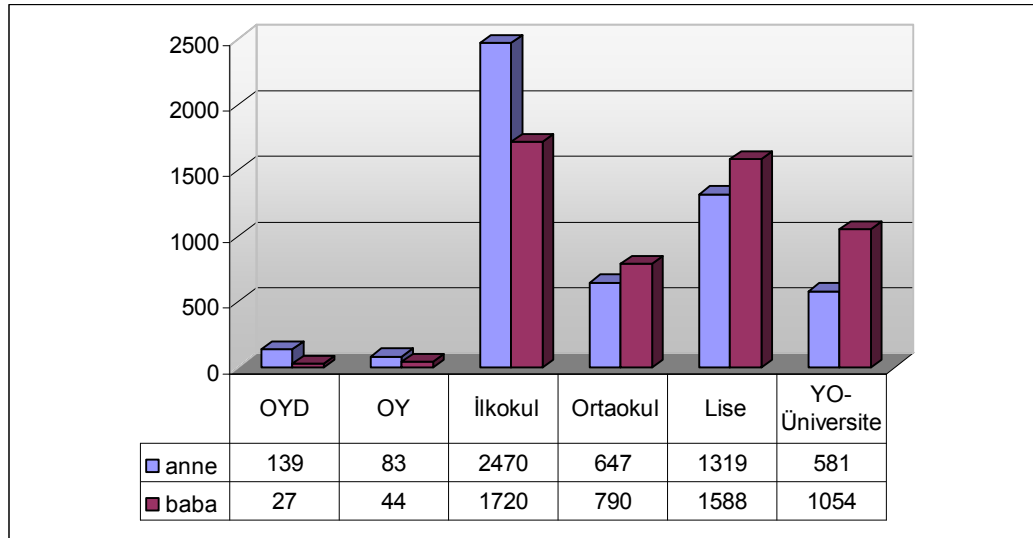
Şekil 8. Katılımcıların yaşa göre VKİ durumları

Devlet okulunda öğrenim görenlerin VKİ ortalaması ($20,25 \pm 2,94$), özel okulda öğrenim görenlerin VKİ ortalamasından ($20,81 \pm 3,21$) düşüktü ($t=2,635$, $p=0,009$). Genel lisede okuyanların VKİ ortalaması ($20,30 \pm 2,91$) ile meslek lisesinde okuyanların VKİ ortalaması ($20,24 \pm 3,01$) fark göstermiyordu ($t=0,819$, $p=0,413$).

Anne eğitim durumu ile ilgili soruyu 5239 (%98,8) kişi cevaplamıştı. En kalabalık grup (%47,1) ilkokul mezunu annelere aitti. Sadece %2,7 anne okur-yazar değildi (Şekil 9). Baba eğitim durumu ile ilgili soruyu 5223 (%98,5) kişi cevaplanmıştı. En kalabalık grup (%32,9) ilkokul mezunu babalar oluşturuyordu. Okur-yazar olmayan baba oranı %0,5 olarak bulundu (Şekil 9).

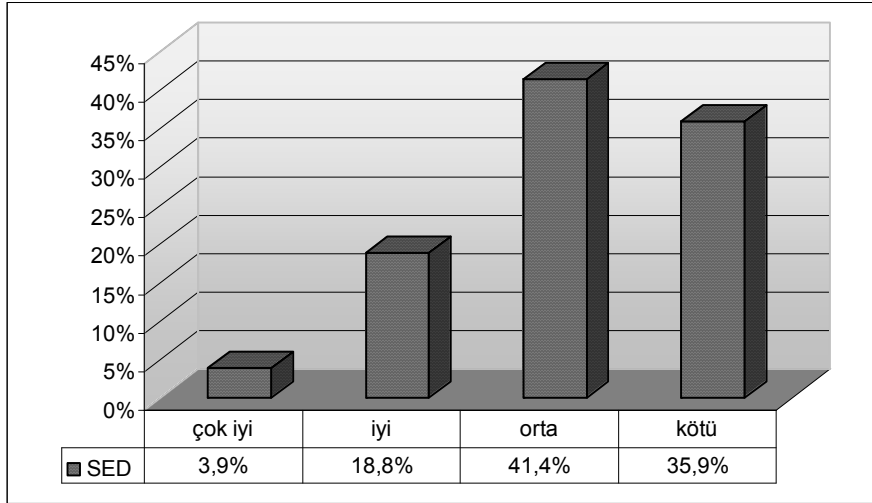
Katılımcılardan verileri tamam olan 5025'inin (%94,8) SED'i gruplandırıldı. SED %3,9'unda çok iyi, %18,8'inde iyi, %41,4'ünde orta, %35,9'unda kötü gruptaydı (Şekil 10).

Cinsiyetler arasında SED açısından fark yoktu ($X^2=3,395$, $p=0,335$). Yaş ile SED karşılaştırıldığında orta SED'dekilerin ortalama yaşlarının daha yüksek olduğu görüldü ($F=13,723$, $p<0,001$).



Şekil 9. Katılımcıların anne ve babalarının eğitim durumları

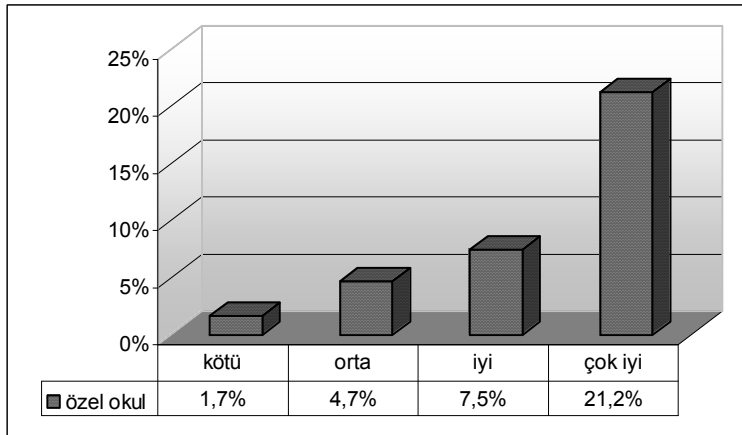
OYD: Okur-yazar değil; OY: Okur-yazar; YO: Yüksek okul.



Şekil 10. Katılımcıların SED durumları

SED: Sosyoekonomik durum.

SED iyileştikçe özel okulda okuma oranı artıyordu (Şekil 11). SED kötüleştikçe meslek lisesinde okuma oranı artıyordu (Şekil 12).

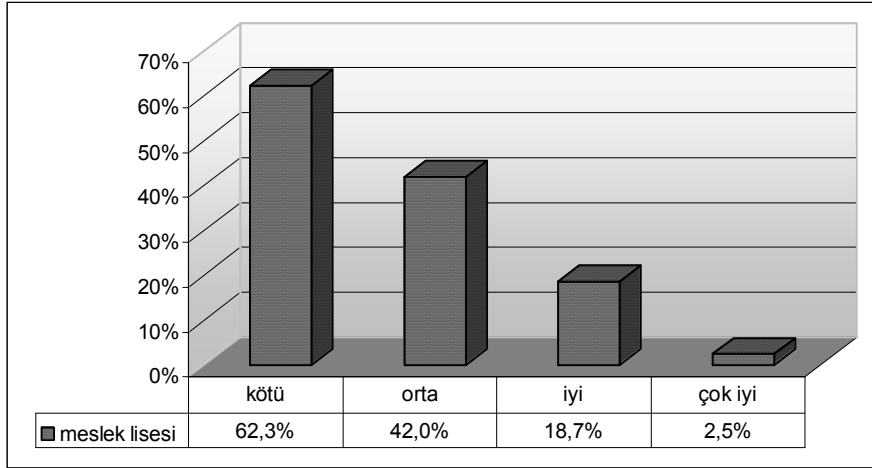


Şekil 11. SED'e göre özel okulda okuma durumu

Kendall's tau-b=0,139, p<0,001.

SED, VKİ açısından değerlendirildiğinde anlamlı fark yoktu ($F=2,035$, $p=0,107$).

Eğitim boyunca yıl kaybı ile ilgili soruyu 5197 (%98) kişi cevapladı. Katılımcıların %9,5'inin yıl kaybı vardı. Eğitimleri boyunca yıl kaybedenlerin oranı kızlarda %5,4, erkeklerde ise %13,8 idi ($X^2=107,048$, $p<0,001$).



Şekil 12. SED’e göre meslek lisesinde okuma durumu

Kendall’s tau-b=0,329, p<0,001.

Devlet okulunda okuyanların %9,9’unun, özel okulda okuyanların %2,4’ünün yıl kaybı vardı ($X^2=15,955$, $p<0,001$). Genel liselerde öğrenim görenlerin %4,8’inin, meslek liselerinde öğrenim görenlerin ise %15,6’sının yıl kaybı vardı ($X^2=172,970$, $p<0,001$). Eğitim boyunca yıl kaybı oranı SED kötü grupta %12,2, orta grupta %8,8, iyi grupta %6,1, çok iyi grupta %4,1 olarak bulundu. SED iyileştikçe eğitim boyunca yıl kaybı oranı azalıyordu (Kendall’s tau-b=0,079, $p<0,001$).

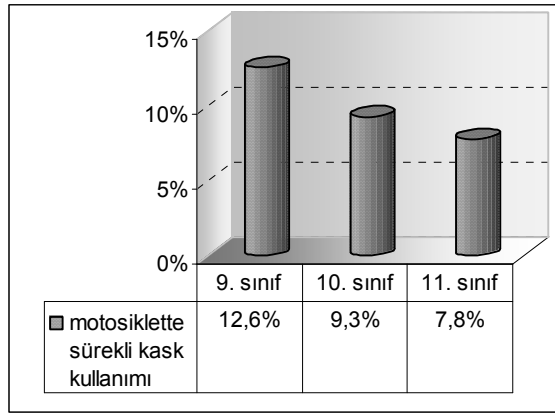
Ehliyetleri olup olmadığı sorusunu 5158 (%97,3) kişi cevapladı. Katılımcıların %0,6’sının ehliyeti vardı. Kızların %0,2’sinin, erkeklerin %1,1’inin ehliyeti vardı ($X^2=18,700$, $p<0,001$).

Riskli Davranışlara Yönelik Karşılaştırmalar

“**Motosiklete biner misiniz?**” sorusunu 5145 (%97,1) kişi cevapladı. Cevap verenlerin %43,8’i (n=2252) bu soruya “evet” dedi. Kızların %26’sı, erkeklerin %61,7’si motosiklete biniyordu ($X^2=666,892$, $p<0,001$). Motosiklete binenlerin yaş ortalaması (16,10±1,06) binmeyenlerin yaş ortalamasından (15,91±1,07) yüksekti ($t=6,303$, $p<0,001$). Devlet okulunda okuyanlarla özel okulda okuyanlar fark göstermiyordu ($X^2=0,642$, $p=0,423$). Genel lisede öğrenim görenlerin %33,3’ü, meslek lisesinde öğrenim görenlerin %57,1’i motosiklete biniyordu ($X^2=293,056$, $p<0,001$). Sınıf düzeyi ile korelasyon görülüyordu (Kendall’s tau-b=0,014, $p=0,303$). Eğitimi boyunca yıl kaybı olanların %69,5’i, olmayanların ise %41,2’si motosiklete biniyordu ($X^2=139,850$, $p<0,001$). SED çok iyi olan grubun %29,1’i, iyi grubun %33,6’sı, orta grubun %41,1’i, kötü grubun %53,3’ü motosiklete biniyordu. SED

kötüleştikçe motosiklete binme oranı artıyordu (Kendall's tau-b=0,151, $p<0,001$) (Şekil 14). Motosiklete binenlerin VKİ ortalaması ($20,50\pm3,01$) binmeyenlerin VKİ ortalamasından ($20,09\pm2,88$) yüksekti ($t=4,635$, $p<0,001$).

Motosiklete binen 2252 kişinin 2194'ü (%97,4) **“motosiklete binerken kask takar mısınız?”** sorusunu cevapladı. %61,6'sı hiç takmadığını, %28,4'ü nadiren taktığını, %10'u sürekli taktığını belirtti. Cinsiyetler arasında kask takma açısından anlamlı fark bulunmuyordu ($X^2=4,083$, $p=0,130$). Hiç kask takmayanların ortalama yaşı (16,14), nadiren (16,12) ya da sürekli takanlarınkinden (15,93) anlamlı olarak yüksekti ($F=3,478$, $p=0,031$). Devlet okullarıyla özel okullar ($X^2=3,086$, $p=0,214$) ya da genel veya meslek liselerinde okuyanların ($X^2=4,337$, $p=0,114$) kask takma alışkanlıkları farklı değildi. Sınıf düzeyi yükseldikçe sürekli kask kullanma alışkanlığı düşüyordu (Şekil 13).



Şekil 13. Motosiklete binerken sürekli kask kullanma alışkanlığının sınıflar arasında değişimi

Kendall's tau-b=0,048, $p=0,013$.

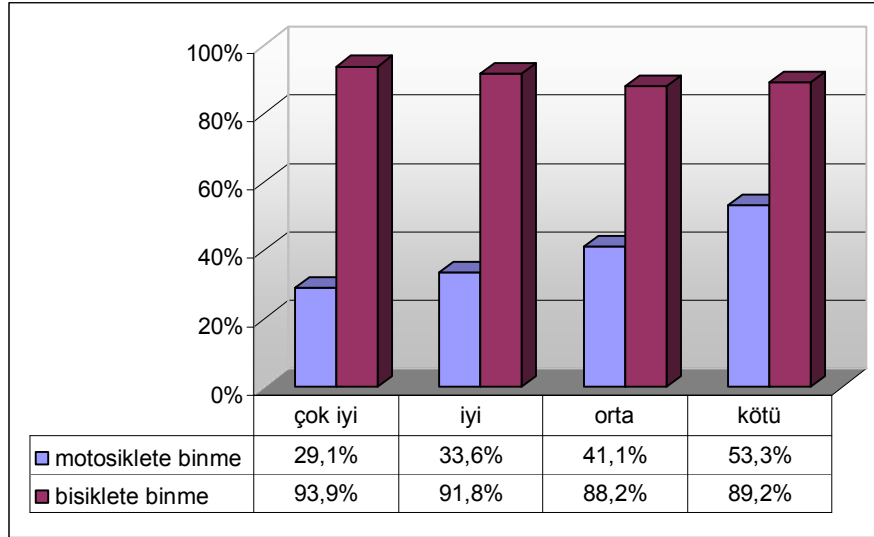
Kask kullanma alışkanlığı eğitim boyunca yıl kaybı olma durumuyla anlamlı fark oluşturmuyordu ($X^2=0,656$, $p=0,720$).

SED çok iyi olan grubun %15,8'i, iyi grubun %13,3'ü, orta grubun %8,9'u, kötü grubun %9,5'i motosiklete binerken sürekli kask takıyordu. SED kötüleştikçe oran azalıyordu (Kendall's tau-b=0,048, $p=0,020$).

“Bisiklete biner misiniz?” sorusunu 5256 (%99,2) kişi cevapladı. Katılımcıların %89,4'ü bisiklete biniyordu. Kızların %88,7'si, erkeklerin %90,1'i bisiklete biniyordu ($X^2=3,050$, $p=0,081$). Bisiklete binenlerin yaş ortalaması ($15,96\pm1,06$) binmeyenlerin yaş ortalamasından ($16,28\pm1,07$) düşüktü ($t=6,641$, $p<0,001$). Devlet veya özel okullarda

okuyanların bisiklete binme oranları farklı değildi ($X^2=0,046$, $p=0,831$). Genel bir lisede öğrenim görenlerin %90,6'sı, meslek lisesinde öğrenim görenlerin %87,8'i bisiklete biniyordu ($X^2=10,774$, $p=0,001$). Bu oran 9. sınıftakilerde %92,6, 10. sınıftakilerde %89,1, 11. sınıftakilerde %86,2 olarak bulundu. Sınıf düzeyi yükseldikçe bisiklete binme azalıyordu (Kendall's tau-b=0,076, $p<0,001$). Eğitimi boyunca yıl kaybı olmayanların %90'ı, olanların ise %85,3'ü bisiklete biniyordu ($X^2=10,241$, $p=0,001$).

SED çok iyi olan grubun %93,9'u, iyi grubun %91,8'i, orta grubun %88,2'si, kötü grubun %89,2'si bisiklete biniyordu. SED iyileştikçe bisiklete binme oranı artıyordu (Kendall's tau-b=0,027, $p=0,030$) (Şekil 14). Bisiklete binenlerin VKİ ortalaması $20,22\pm2,92$ iken binmeyenlerin VKİ ortalaması $20,83\pm3,23$ idi ($t=3,955$, $p<0,001$).



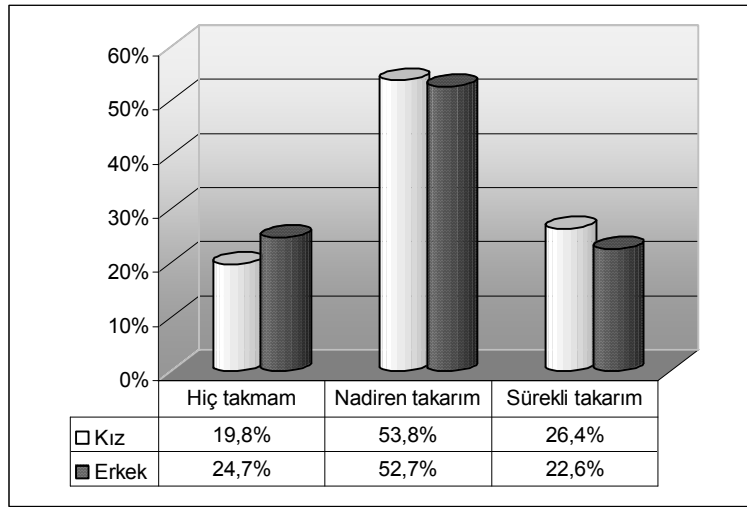
Şekil 14. SED'e göre motosiklete ve bisiklete binme oranları

Bisiklete binen 4699 kişinin 4579'u (%97,4) **“bisiklete binerken kask takar mısınız?”** sorusunu cevapladı. %94,7'si hiç takmadığını, %4,2'si nadiren taktığını, %1,1'i sürekli taktığını belirtti. Cinsiyetler arasında kask takma davranışı açısından fark yoktu ($X^2=0,939$, $p=0,625$). Hiç kask takmayanların ortalama yaşı (15,99), nadiren (15,63) ya da sürekli takanlarınkinden (15,38) anlamlı olarak yüksekti ($F=17,502$, $p<0,001$). Devlet okulunda veya özel okulda okuyanların kask kullanma alışkanlıkları farklı değildi ($X^2=0,982$, $p=0,612$). Genel lisede öğrenim görenlerin %95,7'si, meslek lisesinde öğrenim görenlerin %93,3'ü bisiklete binerken hiçbir zaman kask kullanmıyordu ($X^2=14,117$, $p=0,001$). Sürekli kask kullanımı 9. sınıftakilerde %2,2, 10. sınıftakilerde %0,6, 11.sınıftakilerde %0,5 olarak bulundu. Sınıf düzeyi yükseldikçe bisiklete binerken kask kullanma oranı azalıyordu

(Kendall's tau-b=0,106, $p<0,001$) (Şekil 20). Bisiklete binerken kask kullanma alışkanlığı eğitim boyunca yıl kaybetme durumuyla fark göstermiyordu ($X^2=4,494$, $p=0,106$). SED kötüleştikçe nadiren kask kullananların oranı artıyordu (Kendall's tau-b=0,042, $p=0,004$).

“Arabaya bindiğinizde emniyet kemeri takar mısınız?” sorusunu 5181 (%97,7) kişi cevapladı. Katılımcıların %22,2'si hiç takmadığını, %53,2'si nadiren taktığını ve %24,5'i sürekli taktığını belirtti. Kızların %19,8'i, erkeklerin %24,7'si hiç takmıyordu (Şekil 15).

Hiç takmayanların yaş ortalaması (16,11), nadiren takanların (16,00) ya da sürekli takanların yaş ortalamasından (15,88) anlamlı olarak yüksekti ($F=14,346$, $p<0,001$).

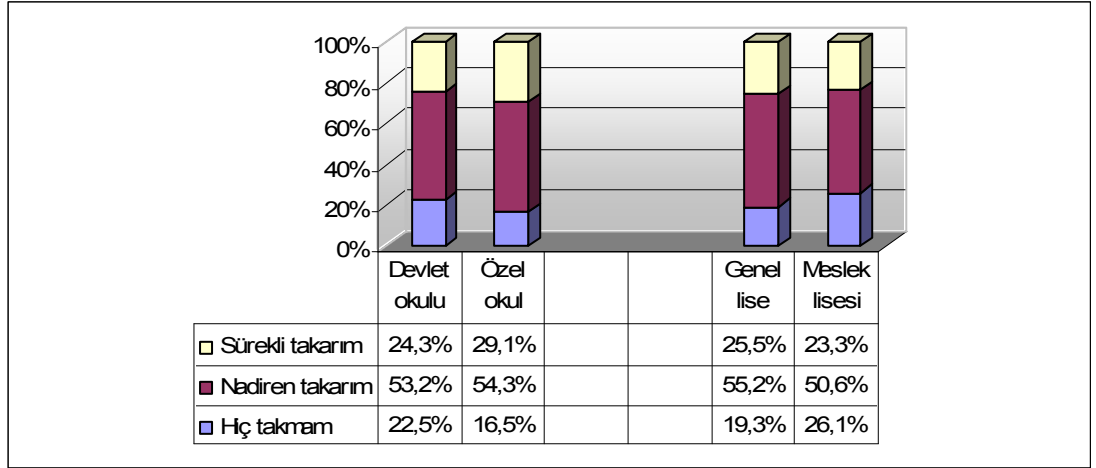


Şekil 15. Cinsiyete göre emniyet kemeri takma durumu

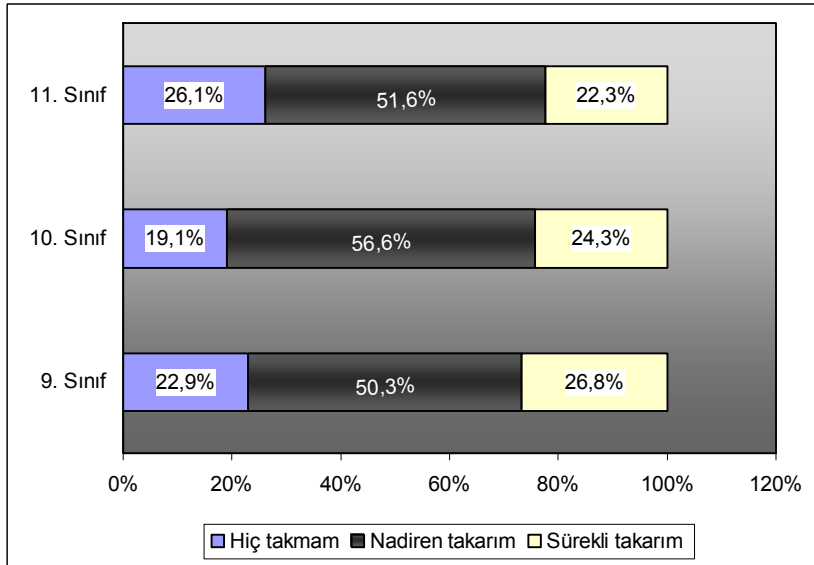
$X^2=22,108$, $p<0,001$.

Devlet okulunda okuyanların %22,5'i, özel okulda okuyanların %16,5'i arabaya binerken hiçbir zaman emniyet kemeri kullanmıyordu (Şekil 16). Ayrıca genel lisede öğrenim görenlerin %19,3'ü, meslek lisesinde öğrenim görenlerin %26,1'i arabaya binerken hiçbir zaman emniyet kemeri kullanmıyordu (Şekil 16).

Sürekli emniyet kemeri kullanımı 9. sınıftakilerde %26,8, 10. sınıftakilerde %24,3, 11. sınıftakilerde %22,3 olarak bulundu. Sürekli emniyet kemeri kullanma oranı sınıf yükseldikçe azalıyordu (Şekil 17).



Şekil 16. Okul türlerine göre emniyet kemeri takma durumu

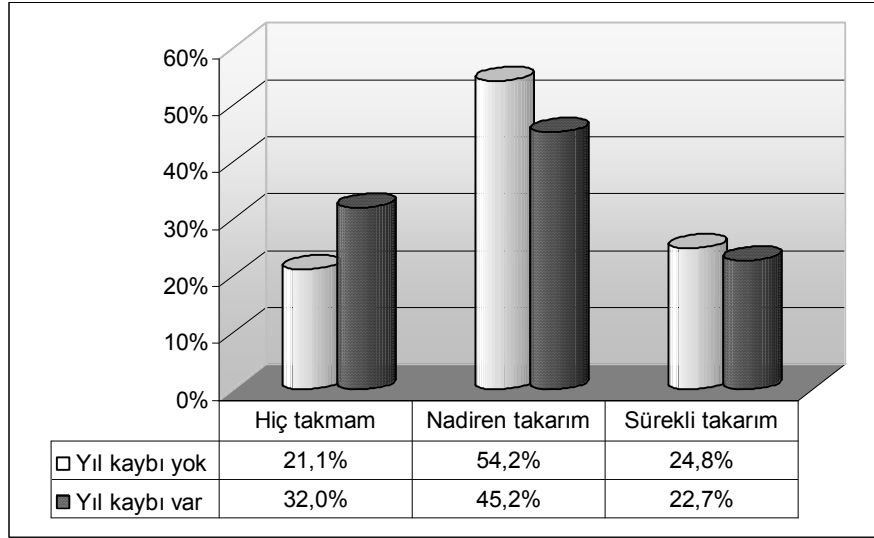


Şekil 17. Sınıf düzeyine göre emniyet kemeri kullanma durumu

Kendall's tau-b=0,037, p=0,004.

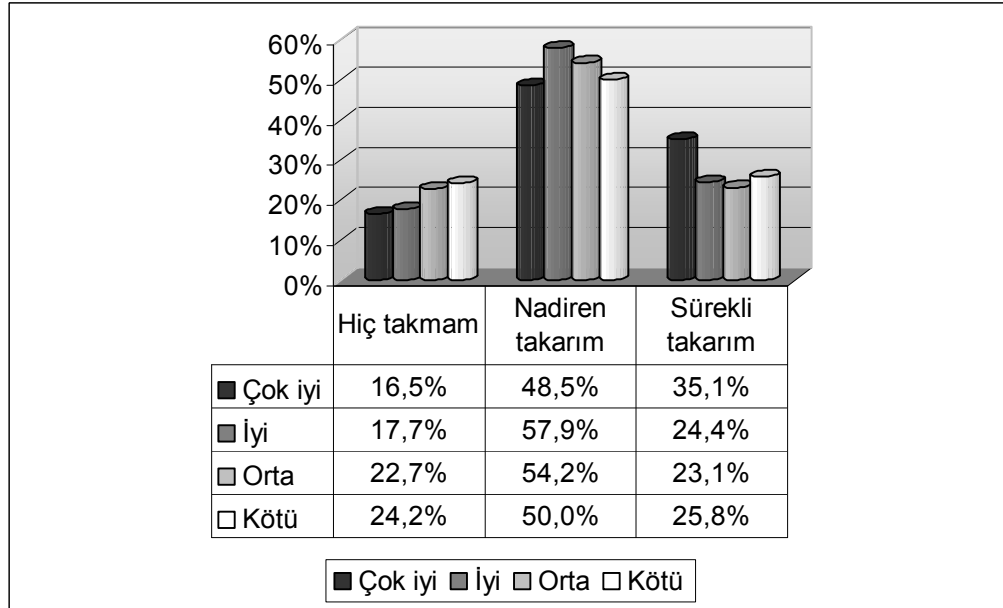
Eğitim boyunca yıl kaybı olmayanların %21,1'i, olanların %32'si arabaya binerken hiçbir zaman emniyet kemeri kullanmıyordu (Şekil 18).

SED çok iyi grubun %16,5'i, iyi grubun %17,7'si, orta grubun %22,7'si, kötü grubun %24,2'si arabaya binerken hiçbir zaman emniyet kemeri kullanmıyordu. SED kötüleştikçe hiçbir zaman kullanmama oranı artıyordu (Şekil 19).



Şekil 18. Eğitim boyunca yıl kaybına göre emniyet kemeri kullanma durumu

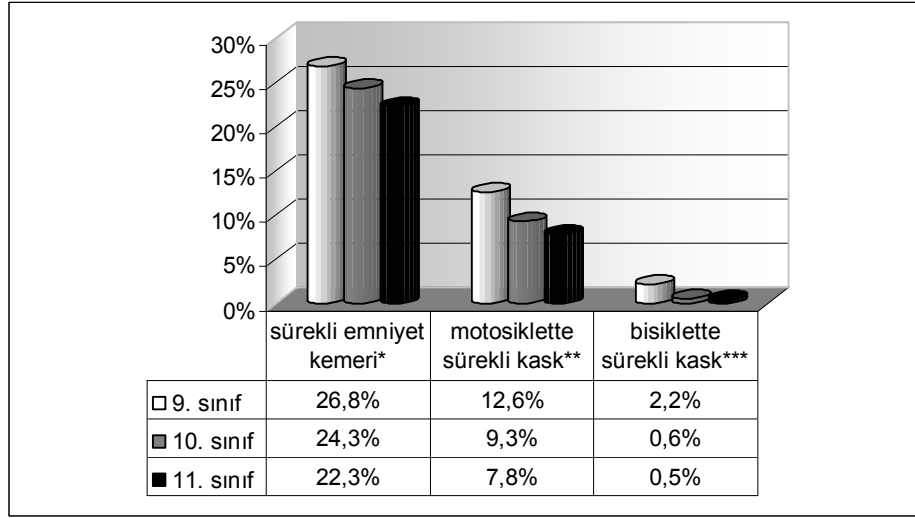
$X^2=31,002$, $p=0,001$.



Şekil 19. SED'e göre emniyet kemeri kullanma durumu

Kendall's tau-b=0,031, $p=0,015$.

Sınıf düzeyi yükseldikçe bisiklete veya motosiklete binerken sürekli kask kullanımı ve arabaya binerken emniyet kemeri kullanımı düşüyordu (Şekil 20).



Şekil 20. Sınıf düzeyine göre kask ve emniyet kemerini sürekli takma durumu

*Arabaya binerken sürekli emniyet kemeri kullanımı; **Motosiklete binerken sürekli kask kullanımı; ***Bisiklete binerken sürekli kask kullanımı.

“Geçen ay içinde hiç alkollü bir sürücü ile yolculuk ettiniz mi?” sorusunu 5262 (%99,3) kişi cevapladı. Katılımcıların %10,1’i bu soruya “evet” dedi. Kızlarda bu oran %4,9, erkeklerde ise %15,4’tü. ($X^2=159,075$, $p=0,001$). Bu soruya “hayır” diyenlerin yaş ortalaması ($15,95\pm1,06$) “evet” diyenlerin yaş ortalamasından $16,39\pm1,09$ düşüktü ($t=8,632$, $p<0,001$). Devlet okulunda okuyanların %9,8’i, özel okulda okuyanların %16,4’ü alkollü bir sürücü ile yolculuk etmişti ($X^2=11,557$, $p=0,001$). Genel ya da meslek lisesinde öğrenim görenler arasında fark yoktu ($X^2=0,570$, $p=0,450$). Bu oran 9. sınıftakilerde %8,0, 10. sınıftakilerde %9,4, 11. sınıftakilerde %13,7 olarak bulundu. Sınıf düzeyi yükseldikçe bu oran artıyordu (Kendall’s tau-b=0,067, $p<0,001$) (Şekil 21). Eğitimi boyunca yıl kaybı olmayanlar için bu oran %9,5 olanlar için ise %16,8 olarak bulundu ($X^2=26,145$, $p<0,001$). SED’e göre anlamlı korelasyon görülmedi (Kendall’s tau-b=0,014, $p=0,303$).

“Son 1 ay içinde trafikte araba kullandınız mı?” sorusunu 5253 (%99,1) kişi cevapladı. Katılımcıların %12,8’i bu soruya “evet” dedi. Kızların %2,0’si, erkeklerin %23,7’si son 1 ay içinde araba kullanmıştı ($X^2=559,008$, $p<0,001$). Aynı soruya “hayır” diyenlerin yaş ortalaması ($15,91\pm1,05$) “evet” diyenlerin yaş ortalamasından ($16,54\pm1,05$) düşüktü ($t=14,170$, $p<0,001$). Devlet okulunda okuyanların %12,3’ü, özel okulda okuyanların %22,8’i ($X^2=24,248$, $p<0,001$), genel bir lisede öğrenim görenlerin %11,8’i, meslek lisesinde öğrenim görenlerin %14,1’i araba kullanmıştı ($X^2=6,040$, $p=0,014$). Bu oran 9. sınıftakilerde %8,6, 10. sınıftakilerde %11,5, 11. sınıftakilerde %19,5’ti. Sınıf düzeyi yükseldikçe bu oran artıyordu (Kendall’s tau-b=0,116, $p<0,001$) (Şekil 21). Eğitimi boyunca yıl kaybı

olmayanların %11,6'sı, olanların ise %23,9'u araba kullanmıştı ($X^2=59,989$, $p<0,001$). SED'e göre araba kullanımı korelasyon göstermiyordu (Kendall's tau-b=0,011, $p=0,402$). Son 1 ay içinde trafikte araba kullananların ancak %4,4'ünün ehliyeti vardı (Tablo 16).

Tablo 16. Son ay trafikte araba kullanma ve ehliyet durumu

		Ehliyet durumu		
		Hayır	Evet	TOPLAM
Son ay trafikte araba kullanımı	Hayır	4473 (%99,9)	4 (%0,1)	4477 (%100)
	Evet	612 (%95,6)	28 (%4,4)	640 (%100)
	TOPLAM	5085 (%99,4)	32 (%0,6)	5117 (%100)

$X^2=165,492$, $p<0,001$; Phi=0,180, $p<0,001$.

Katılımcıların ehliyetsiz araba kullanma oranının %12,0 olduğu görüldü. Ehliyetsiz araba kullanma oranı kızlarda %1,9, erkeklerde %22,6 olarak bulundu ($X^2=514,533$, $p<0,001$). Ehliyetsiz araba kullananların yaş ortalaması ($16,47\pm0,98$) kullanmayanların yaş ortalamasından ($15,91\pm1,05$) yüksekti ($t=12,159$, $p<0,001$). Devlet okulunda okuyanların %11,5'i, özel okulda okuyanların %22,5'i ehliyetsiz araba kullanmıştı ($X^2=27,030$, $p<0,001$). Bu durum genel lisede öğrenim görenlerle, meslek lisesinde öğrenim görenler arasında fark göstermiyordu ($X^2=3,123$, $p=0,077$). Bu oran 9. sınıftakilerde %7,9, 10. sınıftakilerde %11,2, 11. sınıftakilerde %18 olarak bulundu. Ehliyetsiz araba kullanma durumu sınıf yükseldikçe artıyordu (Kendall's tau-b=0,111, $p<0,001$) (Şekil 21). Bu oran eğitimi boyunca yıl kaybı olmayanlarda %11,2, olanlarda ise %20,8 olarak bulundu ($X^2=34,974$, $p<0,001$). SED'e göre anlamlı korelasyon görülmedi (Kendall's tau-b=0,006, $p=0,629$).

“Son 1 ay içinde trafikte alkollüken araba kullandınız mı?” sorusunu 5222 (%98,5) kişi cevapladı. Katılımcıların %2,2'si bu soruya “evet” dedi. Kızların %0,2'si, erkeklerin %4,2'si trafikte alkollüken araba kullanmıştı ($X^2=96,919$, $p<0,001$). Bu soruya “hayır” diyenlerin yaş ortalaması ($15,98\pm1,07$) “evet” diyenlerin yaş ortalamasından ($16,68\pm0,96$) düşüktü ($t=6,990$, $p<0,001$). Devlet okulunda okuyanların %2,1'i, özel okulda okuyanların %4,3'ü alkollüken araba kullanmıştı ($X^2=5,469$, $p=0,019$). Ayrıca genel lisede öğrenim görenlerle, meslek lisesinde öğrenim görenler arasında fark yoktu ($X^2=1,406$, $p=0,236$). Bu oran 9. sınıftakilerde %1,4, 10. sınıftakilerde %2,1, 11. sınıftakilerde %3,3 bulundu. Sınıf düzeyi yükseldikçe bu oran artıyordu (Kendall's tau-b=0,045, $p=0,001$) (Şekil 21). Eğitimi boyunca yıl kaybı olmayanların %1,9'u, olanların ise %5,4'ü alkollüken araba

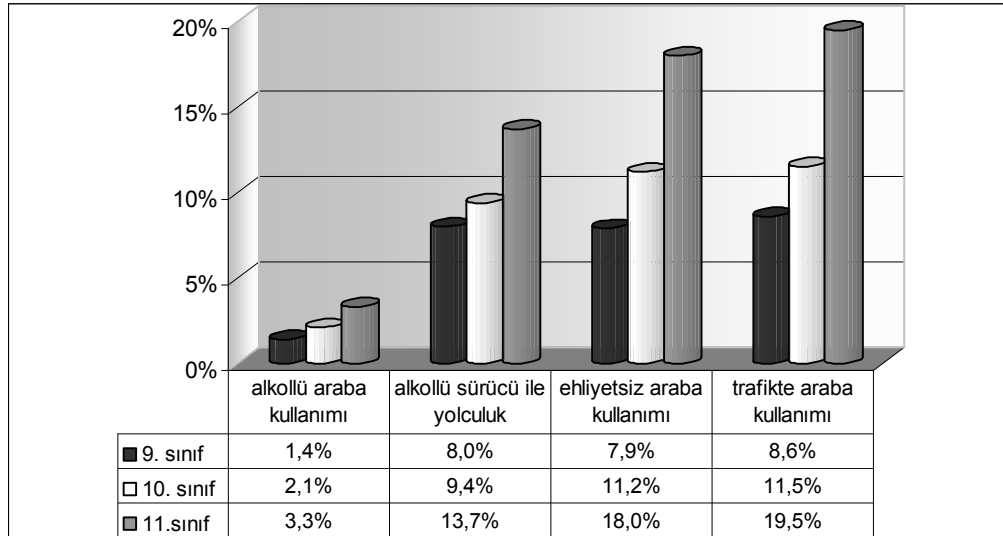
kullanmıştı ($X^2=24,876$, $p<0,001$). SED’e göre alkollüyen araba kullanımı anlamlı korelasyon göstermiyordu (Kendall’s tau-b=0,004, $p=0,776$). Son 1 ay içinde trafikte alkollüyen araba kullananların ancak %7,8’inin ehliyeti vardı (Tablo 17).

Tablo 17. Son ay trafikte alkollü araba kullanma ve ehliyet durumu

		Ehliyet durumu		
		Hayır	Evet	TOPLAM
Son ay trafikte alkollü araba kullanımı	Hayır	4963 (%99,5)	24 (%0,5)	4987 (%100)
	Evet	94 (%92,2)	8 (%7,8)	102 (%100)
	TOPLAM	5057 (%99,4)	32 (%0,6)	5089 (%100)

$X^2=86,698$, $p<0,001$; $\Phi=0,131$, $p<0,001$.

Trafikte araba kullanımı, alkollü araba kullanımı, alkollü bir sürücü ile yolculuk ve ehliyetsiz araba kullanımı sınıf düzeyi yükseldikçe artıyordu (Şekil 21).



Şekil 21. Sınıf düzeyine göre trafikte riskli davranış durumu

“Son 1 ay içinde üzerinizde tabanca taşıdınız mı?” sorusunu 5139 (%96,9) kişi cevapladı. Katılımcıların %3,9’u bu soruya “evet” dedi. Kızlarda bu oran %0,7 erkeklerde ise %7,1’di ($X^2=143,621$, $p<0,001$) (Şekil 22). “Evet” diyenlerin yaş ortalaması ($16,45\pm1,11$) “hayır” diyenlerin yaş ortalamasından ($15,98\pm1,06$) yüksekti ($t=5,919$, $p<0,001$). Devlet okulunda okuyanlarla özel okulda okuyanlar fark göstermiyordu ($X^2=0,371$, $p=0,542$). Genel

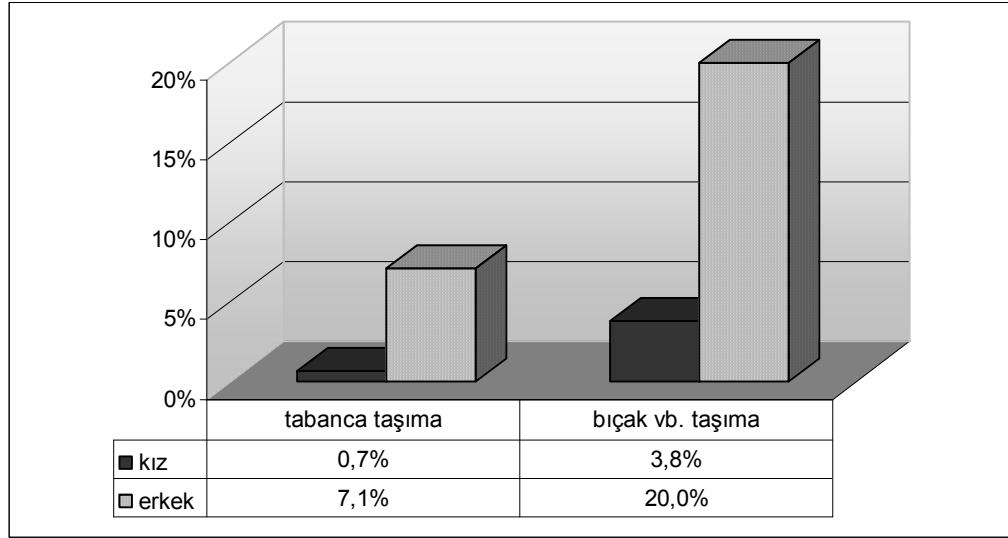
lisede öğrenim görenlerin %3,1'i, meslek lisesinde öğrenim görenlerin %4,8'i üzerinde tabanca taşımıştı ($X^2=9,992$, $p=0,002$).

Sınıflar arasında ise anlamlı korelasyon yoktu (Kendall's tau-b=0,012, $p=0,367$). Eğitimi boyunca yıl kaybı olmayanların %3,1'i, olanların ise %10,4'ü üzerinde tabanca taşımıştı ($X^2=64,174$, $p<0,001$). SED'e göre ise bu durum anlamlı korelasyon göstermiyordu (Kendall's tau-b=0,009, $p=0,502$).

“Son 1 ay içinde okul sınırları içinde üzerinde tabanca taşıdınız mı?” sorusunu son 1 ayda üzerinde tabanca taşıyan 198 kişiden 181'i (%91,4) kişi cevapladı. Katılımcıların %17,1'i “evet” dedi. Cinsiyete göre fark göstermiyordu ($X^2=0,002$, $p=0,965$). “Evet” diyenlerin yaş ortalaması ($16,56\pm0,97$) “hayır” diyenlerin yaş ortalaması ($16,40\pm1,13$) farklı değildi ($t=0,709$, $p=0,479$). Devlet okulunda okuyanlarla, özel okulda okuyanlar ($X^2=1,505$, $p=0,220$) ya da genel lisede öğrenim görenlerle, meslek lisesinde öğrenim görenler fark göstermiyordu ($X^2=0,552$, $p=0,457$).

Sınıflar arasında da anlamlı korelasyon yoktu (Kendall's tau-b=0,026, $p=0,705$). Okul sınırları içinde üzerinde tabanca taşıma durumu eğitim boyunca yıl kaybı olmayanlarda %11,7, olanlarda %23,4 olarak bulundu ($X^2=3,711$, $p=0,054$). SED'e göre de anlamlı korelasyon göstermiyordu (Kendall's tau-b=0,009, $p=0,913$).

“Son 1 ay içinde üzerinde bıçak, çakı gibi delici-kesici bir alet taşıdınız mı?” sorusunu 5172 (%97,6) kişi cevapladı. Katılımcıların %11,9'u “evet” dedi. Bu oran kızlarda %3,8, erkeklerde ise %20 olarak bulundu ($X^2=324,821$, $p<0,001$) (Şekil 22). “Evet” diyenlerin yaş ortalaması ($16,35\pm1,02$) “hayır” diyenlerin yaş ortalamasından ($15,94\pm1,07$) yüksekti ($t=8,731$, $p<0,001$). Devlet okulunda okuyanlarla özel okulda okuyanlar göstermiyordu ($X^2=0,391$, $p=0,532$). Ancak bu oran genel lisede öğrenim görenlerde %10, meslek lisesinde öğrenim görenlerde %14,2 olarak bulundu ($X^2=21,949$, $p<0,001$) ve 9. sınıftakilerin %9,8'i, 10. sınıftakilerin %11,1'i, 11. sınıftakilerin %15,4'ü bu soruya “evet” demişti. Sınıf düzeyi yükseldikçe oran artış gösteriyordu (Kendall's tau-b=0,061, $p<0,001$). Eğitimi boyunca yıl kaybı olmayanlarda bu oran %10,8, olanlarda ise %21,8 olarak bulundu ($X^2=50,191$, $p<0,001$). SED'e göre anlamlı korelasyon göstermiyordu (Kendall's tau-b=0,015, $p=0,239$).



Şekil 22. Cinsiyete göre son ay üzerinde tabanca veya bıçak vb. taşıma durumu

$X^2=324,821$, $p<0,001$.

Son ay üzerinde tabanca taşıyanların %78,6'sı son ay bıçak, çakı vb. de taşımıştı (Tablo 18).

Tablo 18. Son ay tabanca ve bıçak, çakı vb. taşıma durumu

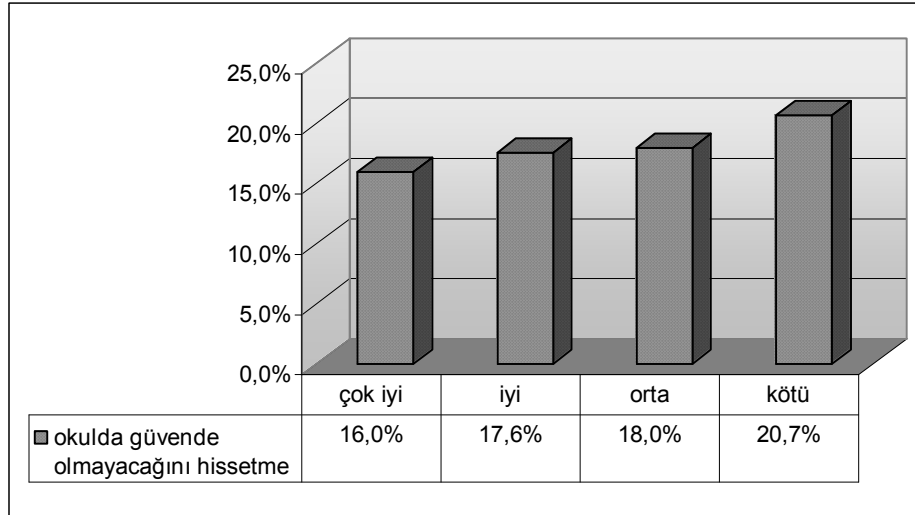
		Son ay üzerinde bıçak, çakı vb. taşıma		
		Hayır	Evet	TOPLAM
Son ay tabanca taşıma	Hayır	4391 (%90,9)	442 (%9,1)	4833 (%100)
	Evet	42 (%21,4)	154 (%78,6)	196 (%100)
	TOPLAM	4433 (%88,1)	596 (%11,9)	5029 (%100)

$X^2=869,069$, $p<0,001$; $\Phi=0,416$, $p<0,001$.

“Son 1 ay içinde okul sınırları içinde üzerinizde bıçak, çakı gibi delici-kesici bir alet taşıdınız mı?” sorusunu son ayda üzerinde bıçak taşıyan 613 kişiden 589 (%96,08) kişi cevapladı. Katılımcıların %25,6'sı “evet” dedi. Kızlarda bu oran %33,7, erkeklerde ise %24,1 olarak bulundu ($X^2=3,848$, $p=0,050$). “Evet” diyenlerin yaş ortalaması ile “hayır” diyenlerin yaş ortalaması farklı değildi ($t=1,152$, $p=0,250$). Devlet okulunda okuyanlarla özel okulda okuyanlar fark göstermiyordu ($X^2=1,664$, $p=0,197$). Ayrıca genel lisede öğrenim görenlerle meslek lisesinde öğrenim görenler arasında da fark yoktu ($X^2=3,542$, $p=0,060$). Sınıflar açısından anlamlı korelasyon göstermiyordu (Kendall's tau-b=0,018, $p=0,636$). Eğitimi

boyunca yıl kaybı olma durumu ile anlamlı fark oluşturmuyordu ($X^2=2,095$, $p=0,148$). SED’e göre anlamlı korelasyon yoktu (Kendall’s tau-b=0,049, $p=0,217$).

“Son 1 ay içinde okulda güvende olmayacağınızı hissettiniz mi?” sorusunu 5211 (%98,3) kişi cevapladı. Katılımcıların %18,9’u “evet” dedi. Cinsiyet açısından fark yoktu ($X^2=0,682$, $p=0,409$). “Evet” diyenlerin yaş ortalaması ile “hayır” diyenlerin yaş ortalaması farklı değildi ($t=0,32$, $p=0,974$). Devlet okulunda okuyanların %19,4’ü, özel okulda okuyanların %10,7’si bu soruya “evet” dedi ($X^2=11,842$, $p=0,001$). Ayrıca genel lisede öğrenim görenlerde bu oran %16,4, meslek lisesinde öğrenim görenlerde ise %22,3 olarak bulundu ($X^2=29,524$, $p<0,001$). Bu oran 9. sınıftakilerde %21,2, 10. sınıftakilerde %18,5, 11. sınıftakilerde %17,0 olarak azalma gösteriyordu (Kendall’s tau-b=0,039, $p=0,003$) (Şekil 24). Eğitimi boyunca yıl kaybı olmayanların %18’i, olanların ise %26,5’i okulda güvende olmayacağını hissetmişti ($X^2=21,201$, $p<0,001$). Bu oran SED çok iyi grupta %16,0, iyi grupta %17,6, orta grupta %18,0, kötü grupta %20,7 olarak bulundu. SED kötüleştikçe “evet” diyenlerin oranı artıyordu (Kendall’s tau-b=0,034, $p=0,012$) (Şekil 23). Son ay üzerinde tabanca taşıyanların %40,0’i kendini okulda güvende hissetmediğini belirtti (Tablo 19). Son ay üzerinde son ay bıçak, çakı vb. taşıyanların %35,1’i son ay okulda güvende olmayacağını hissetmişti (Tablo 19).



Şekil 23. SED’e göre son bir ay içinde okulda güvende olmayacağınızı hissetme

Kendall’s tau-b=0,034, $p=0,012$.

Tablo 19. Son ay tabanca taşıma veya bıçak, çakı vb. taşıma okulda güvende hissetmeme durumu

		Son ay okulda güvende olmayacağını hissetme		
		Hayır	Evet	TOPLAM
Son ay tabanca taşıma*	Hayır	3985 (%81,9)	879 (%18,1)	4864 (%100)
	Evet	117 (%60)	78 (%40)	195 (%100)
	TOPLAM	4102 (%81,1)	957 (%18,9)	5059 (%100)
Son ay bıçak, çakı vb. taşıma**	Hayır	3763 (%83,5)	744 (%16,5)	4507 (%100)
	Evet	393 (%64,9)	213 (%35,1)	606 (%100)
	TOPLAM	4156 (%81,3)	957 (%18,7)	5113 (%100)

* $X^2=58,776$, $p<0,001$; $\Phi=0,108$, $p<0,001$; ** $X^2=122,006$, $p<0,001$; $\Phi=0,154$, $p<0,001$.

“Son 1 yılda okul sınırları içinde tehdit edildiğiniz veya yaralandığınız oldu mu?” sorusunu 5234 (%98,7) kişi cevapladı. Katılımcıların %7,7’si “evet” dedi. Kızlarda bu oran %5,5, erkeklerde ise %9,9’dur ($X^2=36,285$, $p<0,001$). “Evet” diyenlerin yaş ortalaması ile “hayır” diyenlerin yaş ortalaması farklı değildi ($t=0,913$, $p=0,361$).

Devlet okulunda okuyanlarla özel okulda okuyanlar anlamlı fark göstermiyordu ($X^2=1,163$, $p=0,281$). Ayrıca bu oran genel lisede öğrenim görenlerle meslek lisesinde öğrenim görenlerde farklı değildi ($X^2=1,815$, $p=0,178$).

Bu oran 9. sınıftakilerde %8,6, 10. sınıftakilerde %8,4, 11. sınıftakilerde %5,4 olarak bulundu. Sınıf düzeyi yükseldikçe bu oran azalıyordu (Kendall’s tau-b=0,041, $p=0,001$) (Şekil 24).

Eğitimi boyunca yıl kaybı olmayanlar için bu oran %7,2, olanlar için ise %10,9 olarak bulundu ($X^2=8,397$, $p=0,004$). SED’e göre anlamlı korelasyon görülmedi (Kendall’s tau-b=0,005, $p=0,736$).

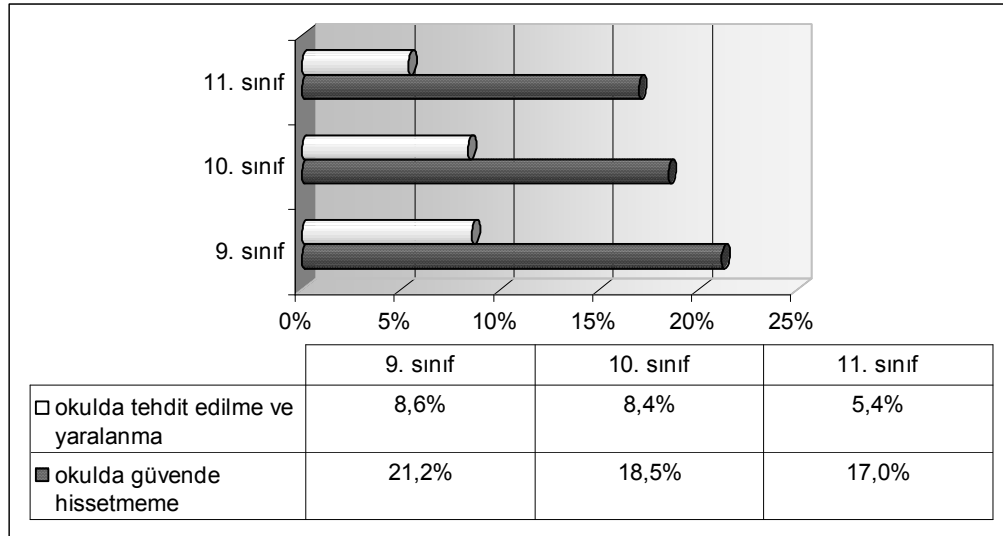
Son ay üzerinde tabanca taşıyanların %26,3’ü son 12 ay boyunca okulda tehdit edilmiş veya yaralanmıştı (Tablo 20). Son ay üzerinde bıçak, çakı vb. taşıyanların %21,2’si son 12 ay okulda tehdit edilmiş veya yaralanmıştı (Tablo 20).

Tablo 20. Son ay tabanca taşıma-bıçak, çakı vb. taşıma ve son 12 ay okulda tehdit edilme, yaralanma

		Son 12 ay okulda tehdit edilme, yaralanma		
		Hayır	Evet	TOPLAM
Son ay tabanca taşıma*	Hayır	4542 (%93,1)	338 (%6,9)	4880 (%100)
	Evet	146 (%73,7)	52 (%26,3)	198 (%100)
	TOPLAM	4688 (%92,3)	390 (%7,7)	5078 (%100)
Son ay bıçak, çakı vb. taşıma**	Hayır	4246 (%94,2)	262 (%5,8)	4508 (%100)
	Evet	480 (%78,8)	129 (%21,2)	609 (%100)
	TOPLAM	4726 (%92,4)	391 (%7,6)	5117 (%100)

* $X^2=100,341$, $p<0,001$; $\Phi=0,141$, $p<0,001$; ** $X^2=179,604$, $p<0,001$; $\Phi=0,187$, $p<0,001$.

Sınıf düzeyi yükseldikçe tehdit edilme, yaralanma ve okulda güvende olmayacağını hissetme azalıyordu (Şekil 24).



Şekil 24. Sınıf düzeyine göre okulda kendini güvende hissetmeme ve okulda tehdit edilme-yaralanma durumu

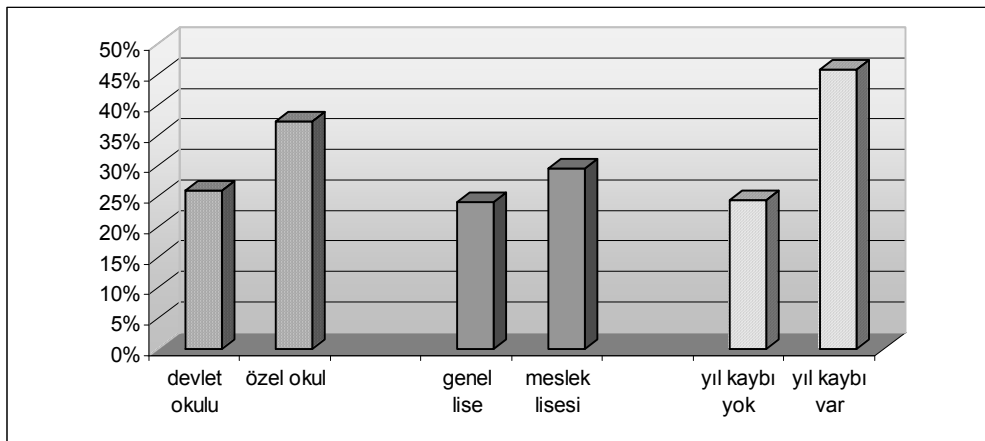
“Son 1 yılda fiziksel bir kavgaya karıştınız mı?” sorusunu 5268 (%99,4) kişi cevapladı. Katılımcıların %26,4’ü “evet” dedi. Erkeklerde (%40,0) bu oran kızlardan (%13,1) yüksekti ($X^2=491,244$, $p<0,001$). “Evet” diyenlerin yaş ortalaması da ($16,15\pm1,08$) “hayır” diyenlerin yaş ortalamasından ($15,94\pm1,06$) yüksekti ($t=6,367$, $p<0,001$). Devlet okulunda okuyanlarda bu oran %25,9, özel okulda okuyanlarda ise %37,3’tü ($X^2=16,106$, $p<0,001$)

(Şekil 25). Ayrıca genel lisede öğrenim görenlerin %24,0'ü, meslek lisesinde öğrenim görenlerin %29,6'sı fiziksel bir kavgaya karışmıştı ($X^2=20,658$, $p<0,001$) (Şekil 25). Sınıflar açısından anlamlı korelasyon görülmedi (Kendall's tau-b=0,010, $p=0,463$). Eğitimi boyunca yıl kaybı olmayanlarda (%24,4) bu oran, olanlardan (%45,8) daha düşüktü ($X^2=105,976$, $p<0,001$) (Şekil 25). SED'e göre ise anlamlı korelasyon yoktu (Kendall's tau-b=0,012, $p=0,371$). Son ay üzerinde tabanca taşıyanların %76,3'ü son 12 ayda fiziksel kavgaya karışmıştı (Tablo 21). Son ay üzerinde bıçak, çakı vb. taşıyanların %70,8'i son 12 ayda fiziksel kavgaya karışmıştı (Tablo 21).

Tablo 21. Son ay tabanca taşıma-bıçak, çakı vb. taşıma ve son 12 ayda fiziksel kavgaya karışma

		Son 12 ayda fiziksel kavgaya karışma		
		Hayır	Evet	TOPLAM
Son ay tabanca taşıma*	Hayır	3705 (%75,4)	1210 (%24,6)	4915 (%100)
	Evet	47 (%23,7)	151 (%76,3)	198 (%100)
	TOPLAM	3752 (%73,4)	1361 (%26,6)	5113 (%100)
Son ay bıçak, çakı vb. taşıma**	Hayır	3615 (%79,6)	925 (%20,4)	4540 (%100)
	Evet	178 (%29,2)	432 (%70,8)	610 (%100)
	TOPLAM	3793 (%73,7)	1357 (%26,3)	5150 (%100)

* $X^2=259,887$, $p<0,001$; $\Phi=0,225$, $p<0,001$; ** $X^2=705,132$, $p<0,001$; $\Phi=0,370$, $p<0,001$.



Şekil 25. Okul türüne ve eğitim boyunca yıl kaybı durumuna göre son bir yılda fiziksel kavgaya karışma

“Son 1 yılda okul sınırları içinde fiziksel bir kavgaya karıştınız mı?” sorusunu son 1 yılda fiziksel bir kavgaya karışan 1393 kişiden 1365 (%97,9) kişi cevapladı. Katılımcıların %48,7’si “evet” dedi. Cinsiyet açısından fark yoktu ($X^2=0,027$, $p=0,869$). “Evet” diyenlerin yaş ortalaması ile “hayır” diyenlerin yaş ortalaması farklı değildi ($t=1,286$, $p=0,199$). Devlet okulunda okuyanlarla, özel okulda okuyanlar arasında fark yoktu ($X^2=1,263$, $p=0,261$). Ayrıca genel lisede öğrenim görenlerin oranı (%46,2), meslek lisesinde öğrenim görenlerin oranı ile (%51,4) fark göstermiyordu ($X^2=3,783$, $p=0,052$). Sınıf düzeyi ile anlamlı bir korelasyon göstermiyordu (Kendall’s tau-b=0,026, $p=0,310$). Eğitimi boyunca yıl kaybı olmayanlarda bu oran %47,0, olanlarda ise %56,2 olarak bulundu ($X^2=6,155$, $p=0,013$). SED’e göre anlamlı korelasyon bulunmuyordu (Kendall’s tau-b=0,005, $p=0,849$).

“Son 1 yılda fiziksel bir kavgada yaralanıp tedavi edildiğiniz oldu mu?” sorusunu son 1 yılda fiziksel bir kavgaya karışan 1393 kişiden 1354 (%97,2) kişi cevapladı. Katılımcıların %8,3’ü “evet” dedi. Kızlarda bu oran %3, erkeklerde ise %10 olarak bulundu ($X^2=16,517$, $p<0,001$). “Evet” diyenlerin yaş ortalaması ($16,38\pm1,03$) “hayır” diyenlerin yaş ortalamasından ($16,15\pm1,08$) yüksekti ($t=2,168$, $p=0,030$).

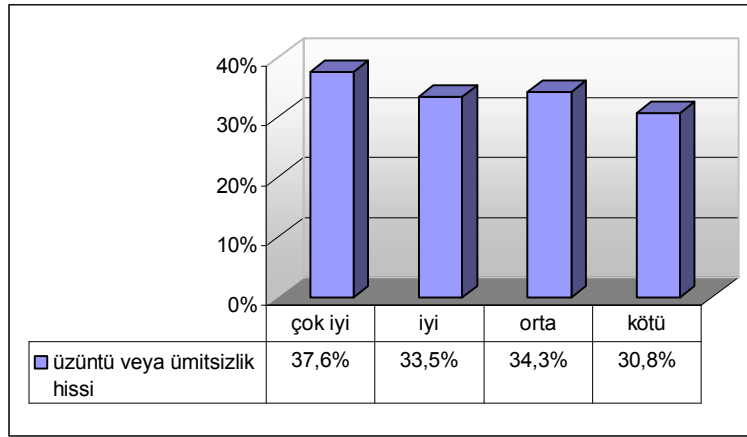
Devlet okulunda okuyanlarla özel okulda okuyanlar anlamlı fark göstermiyordu ($X^2=0,684$, $p=0,408$). Ayrıca genel lisede öğrenim görenlerle meslek lisesinde öğrenim görenler arasında da fark yoktu ($X^2=1,410$, $p=0,235$). Sınıflar açısından da anlamlı korelasyon görülmedi (Kendall’s tau-b=0,024, $p=0,364$). Eğitimi boyunca yıl kaybı olmayanlarda oran %7,2, olanlarda ise %13,5 olarak bulundu ($X^2=9,543$, $p=0,002$). SED’e göre anlamlı korelasyon görülmedi (Kendall’s tau-b=0,020, $p=0,446$).

“Son 1 yılda kız veya erkek arkadaşınız tarafından fiziksel şiddete maruz kaldınız mı?” sorusunu 5218 (%98,4) kişi cevapladı. Katılımcıların %4,7’si “evet” dedi. Kızlarda bu oran %3,2, erkeklerde ise %6,3 olarak bulundu ($X^2=27,098$, $p<0,001$). “Evet” diyenlerin yaş ortalaması ($16,22\pm1,02$) “hayır” diyenlerin yaş ortalamasından ($15,98\pm1,07$) yüksekti ($t=3,341$, $p=0,001$). Devlet okulunda okuyanlarla özel okulda okuyanlar fark göstermiyordu ($X^2=0,065$, $p=0,799$). Ayrıca genel lisede öğrenim görenlerle meslek lisesinde öğrenim görenler arasında da fark görülmedi ($X^2=0,154$, $p=0,694$). Sınıflar açısından anlamlı korelasyon yoktu (Kendall’s tau-b=0,015, $p=0,266$). Eğitimi boyunca yıl kaybı olmayanlarda bu oran %4,4, olanlarda ise %7,4 olarak bulundu ($X^2=8,779$, $p=0,003$). SED’e göre anlamlı korelasyon görülmedi (Kendall’s tau-b=0,006, $p=0,675$).

“Son 1 yılda 15 gün veya fazla süreyle günlük işlerinizi aksatacak kadar üzüntü ya da ümitsizlik hissettiğiniz oldu mu?” sorusunu 5137 (%96,9) kişi cevapladı.

Katılımcıların %33,2'si “evet” dedi. Kızlarda bu oran (%37,9), erkeklerden (%28,4) daha yüksekti ($X^2=51,601$, $p<0,001$). “Evet” diyenlerin yaş ortalaması ($16,18\pm1,08$) “hayır” diyenlerin yaş ortalamasından ($15,90\pm1,05$) yüksekti ($t=8,895$, $p<0,001$).

Devlet okulunda okuyanlarla özel okulda okuyanlar fark göstermiyordu ($X^2=1,493$, $p=0,222$). Ayrıca genel lisede öğrenim görenlerle meslek lisesinde öğrenim görenler arasında da fark görülmedi ($X^2=1,379$, $p=0,240$). Bu oran 9. sınıftakilerde %28,1, 10. sınıftakilerin %32,9, 11. sınıftakilerin %39,5 olarak bulundu. Sınıf düzeyi yükseldikçe oran artıyordu (Kendall's tau-b=0,087, $p<0,001$). Eğitimi boyunca yıl kaybı olmayanlarda (%32,2) bu oran olanlardan (%41,9) daha düşüktü ($X^2=18,233$, $p<0,001$). Bu oran SED çok iyi grupta %37,6, iyi grupta %33,5, orta grupta %34,3, kötü grupta %30,8 olarak bulundu. SED kötüleştikçe oran azalıyordu (Kendall's tau-b=0,030, $p=0,024$) (Şekil 26).



Şekil 26. SED'e göre son 1 yılda 15 gün veya fazla süreyle günlük işeri aksatacak kadar üzüntü ya da ümitsizlik hissi

Kendall's tau-b=0,030, $p=0,024$.

“Son 1 yılda intihar etmeyi düşündünüz mü?” sorusunu 5255 (%99,1) kişi cevapladı. Katılımcıların %15,5'i “evet” dedi. Kızlarda bu oran (%18,8), erkeklerden (%12,2) daha yüksekti ($X^2=43,728$, $p<0,001$). “Evet” diyenlerin yaş ortalaması ($16,12\pm1,06$) “hayır” diyenlerin yaş ortalamasından ($15,97\pm1,07$) yüksekti ($t=3,641$, $p<0,001$). Devlet okulunda okuyanlarla özel okulda okuyanlar fark göstermiyordu ($X^2=0,013$, $p=0,909$). Genel lisede öğrenim görenlerle meslek lisesinde öğrenim görenler arasında fark görülmedi ($X^2=0,375$, $p=0,541$). Sınıflar açısından anlamlı korelasyon yoktu (Kendall's tau-b=0,002, $p=0,889$). Eğitimi boyunca yıl kaybı olmayanların %14,6'sı, olanların ise %23,8'i intihar etmeyi düşünmüştü ($X^2=27,783$, $p<0,001$).

SED’e göre anlamlı korelasyon görülmedi (Kendall’s tau-b=0,018, p=0,173). Son 12 ay boyunca 15 gün veya daha fazla üzüntü, ümitsizlik hissedenlerin %34,5’i son 12 ayda intihar etmeyi düşünmüştü (Tablo 22).

Tablo 22. Son 12 ay 15 gün veya daha fazla üzüntü, ümitsizlik hissi ve son 12 ayda intihar etmeyi düşünme

		Son 12 ayda intihar etmeyi düşünme		
		Hayır	Evet	TOPLAM
Son 12 ay 15 gün veya fazla üzüntü, ümitsizlik hissi	Hayır	3208 (%93,9)	209 (%6,1)	3417(%100)
	Evet	1111 (%65,5)	584 (%34,5)	1695 (%100)
	TOPLAM	4319 (%84,5)	793 (%15,5)	5112 (%100)

$X^2=694,195$, $p<0,001$; $\Phi=0,369$, $p<0,001$.

“Son 1 yılda intihar etmeyi planladınız mı?” sorusunu son 1 yılda intihar etmeyi düşünen 817 kişiden 795 kişi (%97,3) cevapladı. Katılımcıların %64,2’si “evet” dedi. Cinsiyet açısından fark yoktu ($X^2=0,226$, $p=0,635$). “Evet” diyenlerin yaş ortalaması ile “hayır” diyenlerin yaş ortalaması farklı değildi ($t=1,074$, $p=0,283$). Devlet okulunda okuyanlarla özel okulda okuyanlar fark göstermiyordu ($X^2=0,017$, $p=0,896$). Ayrıca genel lisede öğrenim görenlerle meslek lisesinde öğrenim görenler arasında fark görülmedi ($X^2=0,868$, $p=0,351$).

Sınıflar açısından anlamlı korelasyon yoktu (Kendall’s tau-b=0,004, $p=0,912$). Eğitimi boyunca yıl kaybı olmayanlarda bu oran %62,6, olanlarda ise %72,3 olarak bulundu ($X^2=3,923$, $p=0,048$). SED’e göre anlamlı korelasyon görülmedi (Kendall’s tau-b=0,002, $p=0,960$).

“Son 1 yılda intihar girişiminiz oldu mu?” sorusunu son 1 yılda intihar etmeyi planlayan 510 kişiden 507 (%99,4) kişi cevapladı. Katılımcıların %42’si evet dedi. Cinsiyet açısından fark yoktu ($X^2=3,406$, $p=0,065$). “Evet” diyenlerin yaş ortalaması ile “hayır” diyenlerin yaş ortalaması farklı değildi ($t=1,315$, $p=0,189$). Devlet okulunda okuyanlarla özel okulda okuyanlar fark göstermiyordu ($X^2=1,706$, $p=0,191$). Ayrıca genel lisede öğrenim görenlerle meslek lisesinde öğrenim görenler arasında fark görülmedi ($X^2=2,707$, $p=0,100$). Sınıflar açısından anlamlı korelasyon yoktu (Kendall’s tau-b=0,017, $p=0,695$). Eğitimi boyunca yıl kaybı olmayanlarda bu oran %39,4, olanlarda ise %56,8 olarak bulundu

($X^2=8,425$, $p=0,004$). SED’e göre anlamlı korelasyon görülmedi (Kendall’s tau-b=0,043, $p=0,312$). Son 12 ay boyunca 15 gün veya daha fazla üzüntü, ümitsizlik hissedenlerin %45’i son 12 ayda intihar girişiminde bulunmuştu (Tablo 23).

Tablo 23. Son 12 ay 15 gün veya fazla üzüntü, ümitsizlik hissi ve son 12 ayda intihar girişiminde bulunma

		Son 12 ayda intihar girişiminde bulunma		
		Hayır	Evet	TOPLAM
Son 12 ay 15 gün veya fazla üzüntü, ümitsizlik hissi	Hayır	79 (%69,9)	34 (%30,1)	113 (%100)
	Evet	210 (%55)	172 (%45)	382 (%100)
	TOPLAM	289 (%58,4)	206 (%41,6)	495 (%100)

$X^2=8,008$, $p=0,005$; $\Phi=0,127$, $p=0,005$.

“Bu girişiminizden zarar gördüğünüz oldu mu?” sorusunu son 1 yılda intihar girişimi olan 213 kişiden 212 kişi (%99,5) cevapladı. Katılımcıların %35,4’ü “evet” dedi. Cinsiyet açısından fark yoktu ($X^2=0,061$, $p=0,805$). “Evet” diyenlerin yaş ortalaması ile “hayır” diyenlerin yaş ortalaması farklı değildi ($t=1,277$, $p=0,203$). Devlet okulunda okuyanlarla özel okulda okuyanlar fark göstermiyordu ($X^2=0,177$, $p=0,674$). Ayrıca genel lisede öğrenim görenlerle meslek lisesinde öğrenim görenler arasında da fark görülmedi ($X^2=0,021$, $p=0,886$). Sınıflar açısından da anlamlı korelasyon yoktu (Kendall’s tau-b=0,083, $p=0,191$). Eğitimi boyunca yıl kaybı olma durumu ile fark göstermiyordu ($X^2=3,081$, $p=0,079$). SED’e göre anlamlı korelasyon görülmedi (Kendall’s tau-b=0,024, $p=0,723$).

“Bakkal, market vb. satış yerlerinden sigara satın aldınız mı?” sorusunu 18 yaşın altında olan katılımcılardan (4722 öğrenci) 4666 (%98,8) öğrenci cevapladı. Katılımcıların %44,7’si “evet” dedi. Kızların %35,4’ü, erkeklerin ise %54,4’ü sigara satın almıştı ($X^2=170,138$, $p<0,001$). “Evet” diyenlerin yaş ortalaması ($15,93\pm0,88$) “hayır” diyenlerin yaş ortalamasından ($15,71\pm0,91$) yüksekti ($t=8,199$, $p<0,001$). Devlet okulunda okuyanlarla özel okulda okuyanlar fark göstermiyordu ($X^2=1,335$, $p=0,248$). Genel lisede öğrenim görenlerde %42,7, meslek lisesinde öğrenim görenlerde %47,2 olduğu görüldü ($X^2=9,177$, $p=0,002$). Bu oran 9. sınıftakilerde %40,8, 10. sınıftakilerde %44,8, 11. sınıftakilerde %50,6 olarak bulundu. Sigara almış olma durumu öğrencinin okuduğu sınıfın artmasıyla birlikte artıyordu (Kendall’s tau-b=0,067, $p<0,001$). Eğitimi boyunca yıl kaybı olmayanlarda bu oran %43,4,

olanlarda ise %62,5 olarak bulundu ($X^2=50,507$, $p<0,001$). Bu oran SED çok iyi grupta %38,6, iyi grupta %41,3, orta grupta %45, kötü grupta %46,6 olarak bulundu. Sigara alma olma durumu SED kötüleştikçe artıyordu (Kendall's tau-b=0,039, $p=0,005$).

“Yaşamınız boyunca sigara kullandınız mı?” sorusunu 5261 (%99,2) kişi cevapladı. Katılımcıların %29,3'ü “evet” dedi. Kızların %22,2'si, erkeklerin ise %36,6'sı sigara kullanmıştı ($X^2=130,771$, $p<0,001$). “Evet” diyenlerin yaş ortalaması ($16,40\pm1,03$) “hayır” diyenlerin yaş ortalamasından ($15,82\pm1,04$) yüksekti ($t=18,139$, $p<0,001$). Devlet okulunda okuyanlarda bu oran %29, özel okulda okuyanlarda %35 olarak bulundu ($X^2=4,221$, $p=0,040$). Ayrıca genel lisede öğrenim görenlerin %25,1'i, meslek lisesinde öğrenim görenlerin %34,8'i sigara kullanmıştı ($X^2=58,728$, $p<0,001$). Bu oran 9. sınıftakilerde %21,7, 10. sınıftakilerde %26,7, 11. sınıftakilerde %42,1 olarak bulundu. Sigara içme durumu okunan sınıfla birlikte artıyordu (Kendall's tau-b=0,159, $p<0,001$) (Şekil 27). Eğitimi boyunca yıl kaybı olmayanların %26,8'i, olanların ise %54,5'i sigara kullanmıştı ($X^2=162,406$, $p<0,001$). SED çok iyi olan grupta %27,2, iyi grupta %25,2, orta grupta %30,8, kötü grupta %30,2 olarak bulundu. Sigara içme durumu SED kötüleştikçe artıyordu (Kendall's tau-b=0,029, $p=0,026$). Katılımcılardan 18 yaşının altında olanlarda yaşam boyu en az bir kez sigara kullananların %79,4'ü sigara satın almıştı ($X^2=882,626$, $p<0,001$; $\Phi=0,436$, $p<0,001$).

“İlk sigara kullandığınızda kaç yaşındaydınız?” sorusunu yaşamı boyunca sigara kullanımı olan 1543 kişiden 1440 (%93,3) kişi cevapladı. Katılımcıların ilk sigarayı denedikleri ortalama yaş $13,50\pm2,46$, (ortanca değer 14; en düşük 6, en yüksek 18) olarak bulundu. Kızların ortalama ilk sigarayı deneme yaşı ($14,29\pm1,81$) erkeklerden ($13,00\pm2,67$) daha yüksekti ($t=10,822$, $p<0,001$).

Devlet okulunda okuyanların ortalama sigarayı deneme yaşı ($13,46\pm2,46$), özel okulda okuyanlardan ($14,12\pm2,30$) düşüktü ($t=2,257$, $p=0,024$). Ayrıca genel lisede öğrenim görenlerin ortalama sigarayı deneme yaşı ($13,78\pm2,41$), meslek lisesinde öğrenim görenlerin ortalama sigarayı deneme yaşından ($13,24\pm2,48$) yüksekti ($t=4,178$, $p<0,001$) ve 9. sınıftakilerin ortalama sigarayı deneme yaşının 12,58, 10. sınıftakilerin 13,46, 11. sınıftakilerin 14,08 olduğu görüldü ($F=41,906$, $p<0,001$).

Eğitimi boyunca yıl kaybı olmayanların ortalama sigarayı deneme yaşı ($13,59\pm2,40$), olanların ise ($13,07\pm2,67$) olarak bulundu ($t=2,871$, $p=0,004$). SED iyileştikçe sigarayı deneme yaşı artıyordu (Spearman's rho=0,111, $p<0,001$).

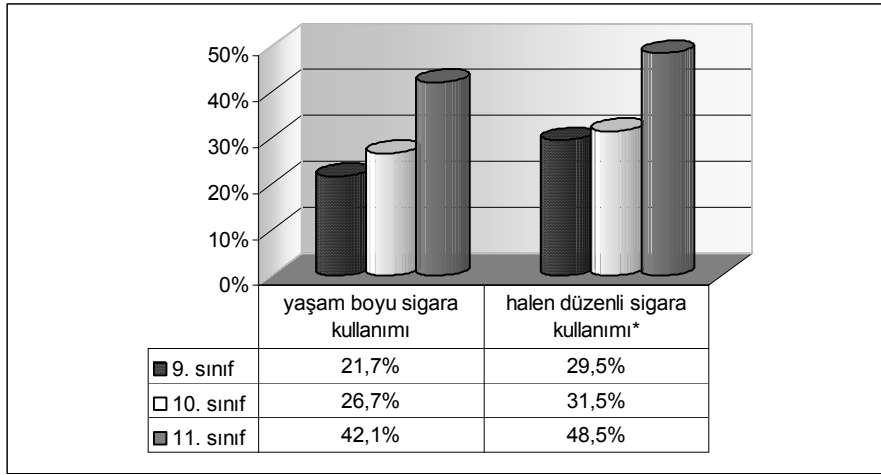
“Son 1 ay içinde sigara kullandınız mı?” sorusunu yaşamı boyunca sigara kullanımı olan 1543 öğrenciden 1512’si (%97,99) cevapladı. Katılımcıların %62,8’i “evet” dedi. Cinsiyet açısından fark yoktu ($X^2=3,280$, $p=0,070$). “Evet” diyenlerin yaş ortalaması ($16,55\pm1,01$) “hayır” diyenlerin yaş ortalamasından ($16,15\pm1,03$) yüksekti ($t=7,372$, $p<0,001$). Devlet okulunda okuyanların %62,0’si, özel okulda okuyanların %76,5’i son 1 ay içinde sigara kullanmıştı ($X^2=7,175$, $p=0,007$). Genel lisede öğrenim görenlerle meslek lisesinde öğrenim görenler fark göstermiyordu ($X^2=3,391$, $p=0,066$). Bu oran 9. sınıflarda %58,1, 10. sınıflarda %55,7, 11. sınıflarda %72,4 olarak bulundu. Okuduğu sınıf yükseldikçe sigara içenler artmaktaydı (Kendall’s tau-b=0,128, $p<0,001$). Eğitimi boyunca yıl kaybı olmayanların %59,7’si, olanların ise %77,4’ü son 1 ay içinde sigara kullanmıştı ($X^2=28,728$, $p<0,001$). SED’e göre görülmedi anlamlı korelasyon (Kendall’s tau-b=0,002, $p=0,927$).

“Son 1 ay içinde okul sınırları içinde sigara kullandınız mı?” sorusunu son 1 ay içinde sigara kullanan 950 kişiden kişi 943’ü (%99,26) cevapladı. Katılımcıların %43,5’, “evet” dedi. Kızlarda bu oran %28,8, erkeklerde ise %51,9 olarak bulundu ($X^2=47,615$, $p=0,001$). “Evet” diyenlerin yaş ortalaması ($16,67\pm1,02$) “hayır” diyenlerin yaş ortalamasından ($16,46\pm0,99$) yüksekti ($t=3,098$, $p=0,002$). Devlet okulunda okuyanlarla özel okulda okuyanlar fark göstermiyordu ($X^2=0,227$, $p=0,633$). Genel lisede öğrenim görenlerle meslek lisesinde öğrenim görenler de fark göstermiyordu ($X^2=3,131$, $p=0,077$).

Sınıflar açısından da anlamlı korelasyon görülmedi (Kendall’s tau-b=0,020, $p=0,522$). Eğitimi boyunca yıl kaybı olmayanların %40,5’i, olanların ise %54,5’i son 1 ay içinde okulda sigara kullanmıştı ($X^2=12,577$, $p<0,001$). SED’e göre anlamlı korelasyon görülmedi (Kendall’s tau-b=0,004, $p=0,908$).

“Halen düzenli olarak sigara kullanır mısınız?” sorusunu yaşamı boyunca sigara kullanımı olan 1543 kişiden 1517 (%98,31) kişi cevapladı. Katılımcıların %37,7’si “evet” dedi. Kızlarda bu oran %31,6, erkeklerde ise %41,4 olarak bulundu ($X^2=14,753$, $p<0,001$). “Evet” diyenlerin yaş ortalaması ($16,71\pm0,96$) “hayır” diyenlerin yaş ortalamasından ($16,21\pm1,03$) yüksekti ($t=9,475$, $p<0,001$). Devlet okulunda okuyanlarla özel okulda okuyanlar fark göstermiyordu ($X^2=0,034$, $p=0,855$). Genel lisede öğrenim görenlerin %33,1’i, meslek lisesinde öğrenim görenlerin %42’si düzenli olarak sigara kullanıyordu ($X^2=12,999$, $p<0,001$). Bu oran 9. sınıftakilerde %29,5, 10. sınıftakilerin %31,5, 11. sınıftakilerin %48,5 olarak bulundu. Sınıf düzeyi yükseldikçe oran artıyordu (Kendall’s tau-b=0,159, $p<0,001$) (Şekil 27). Eğitimi boyunca yıl kaybı olmayanların %33,8’i, olanların ise %57,5’i düzenli olarak sigara kullanıyordu ($X^2=51,240$, $p<0,001$). SED çok iyi olan grubun %46,2’si, iyi

grubun %31,2'si, orta grubun %41,2'si, kötü grubun %34,8'i düzenli olarak sigara kullanıyordu (Kendall's tau-b=0,016, p=0,520). Son ay sigara kullananların %60'ı halen düzenli sigara kullanıyordu ($X^2=530,461$, $p<0,001$; $\Phi=0,594$, $p<0,001$). Son ay okul sınırları içinde sigara kullananların %79,5'i halen düzenli sigara kullanıyordu ($X^2=113,056$, $p<0,001$; $\Phi=0,347$, $p<0,001$). Düzenli aktif sigara kullanım oranı ise %10,8 olarak bulundu. Yaşam boyu en az bir kez sigara kullanımı ve halen düzenli sigara kullanımı sınıf düzeyi yükseldikçe artıyordu (Şekil 27).



Şekil 27. Sınıf düzeyine göre yaşam boyunca ve halen sigara kullanım oranları

*Yaşam boyu en az bir kez kullananlar içinde değerlendirilmiştir.

“Son 1 ay içinde günde ortalama kaç adet sigara kullandınız?” sorusunu halen düzenli olarak sigara kullanan 572 kişiden 472 (%82,51) kişi cevapladı. Katılımcıların ortalama kullandıkları sigara miktarı $11,76\pm9,49$, (ortanca değeri 10; en düşük 1, en yüksek 60) olarak bulundu. Kızların ortalama kullandıkları sigara miktarı ($9,65\pm8,48$) erkeklerden ($12,69\pm9,77$) daha azdı ($t=3,244$, $p=0,001$). Devlet okulunda okuyanların ortalama kullandıkları sigara miktarı ($11,98\pm9,63$), özel okulda okuyanlardan ($7,80\pm5,27$) fazlaydı ($t=3,635$, $p=0,001$). Genel lisede öğrenim görenlerin ortalama kullandıkları sigara miktarı, meslek lisesinde öğrenim görenlerle fark göstermiyordu ($t=0,597$, $p=0,551$). Sınıflara göre anlamlı fark görülmedi ($F=0,889$, $p=0,412$). Eğitimi boyunca yıl kaybı durumu ile fark göstermiyordu ($t=1,745$, $p=0,082$). SED’e göre de anlamlı fark görülmedi ($F=2,041$, $p=0,107$). Son ay okulda sigara kullananların ortalama kullandıkları sigara miktarı ($13,43\pm10,35$) kullanmayanlardan ($9,43\pm7,67$) fazlaydı ($t=4,795$, $p<0,001$).

“Son 1 yılda sigarayı bırakmayı denediniz mi” sorusunu halen düzenli olarak sigara kullanan 572 kişiden 562 kişi (%98,25) cevapladı. Katılımcıların %58,2’si “evet” dedi. Kızlarda bu oran %50,6, erkeklerde ise %61,8 olarak bulundu ($X^2=6,336$, $p=0,012$). “Evet” diyenlerin yaş ortalaması ile “hayır” diyenlerin yaş ortalaması farklı değildi ($t=1,359$, $p=0,175$). Devlet okulunda okuyanlarla özel okulda okuyanlar fark göstermiyordu ($X^2=0,000$, $p=0,989$). Genel lisede öğrenim görenlerle meslek lisesinde öğrenim görenler de fark göstermiyordu ($X^2=0,008$, $p=0,928$). Sınıflar açısından anlamlı korelasyon görülmedi (Kendall’s tau-b=0,042, $p=0,295$). Eğitimi boyunca yıl kaybı olma durumuna göre anlamlı fark göstermiyordu ($X^2=0,059$, $p=0,809$). SED’e göre anlamlı korelasyon görülmedi (Kendall’s tau-b=0,071, $p=0,082$). Sigarayı bırakmayı deneyenlerin ortalama kullandıkları sigara miktarı ($10,77\pm 8,73$) denemeyenlerden ($13,19\pm 10,34$) azdı ($t=2,658$, $p=0,008$). Bırakmayı deneme ile son ay okulda sigara kullanımı arasında anlamlı ilişki görülmedi ($X^2=0,013$, $p=0,909$; $\Phi=0,005$, $p=0,909$).

“Önümüzdeki 6 ay içinde sigarayı bırakmayı düşünüyor musunuz?” sorusunu halen düzenli olarak sigara kullanan 572 kişiden 560 kişi (%97,9) cevapladı. Katılımcıların %47,3’ü “evet” dedi. Cinsiyete göre fark yoktu ($X^2=3,156$, $p=0,076$). “Evet” diyenlerin yaş ortalaması ile “hayır” diyenlerin yaş ortalaması farklı değildi ($t=0,157$, $p=0,875$). Devlet okulunda okuyanlarla özel okulda okuyanlar fark göstermiyordu ($X^2=0,098$, $p=0,755$). Genel lisede öğrenim görenlerle meslek lisesinde öğrenim görenler de fark göstermiyordu ($X^2=1,335$, $p=0,248$). Sınıflar açısından da anlamlı korelasyon görülmedi (Kendall’s tau-b=0,040, $p=0,321$). Eğitimi boyunca yıl kaybı olma durumuna göre anlamlı fark göstermiyordu ($X^2=0,239$, $p=0,625$). SED’e göre anlamlı korelasyon görülmedi (Kendall’s tau-b=0,053, $p=0,198$). Son 1 yılda sigarayı bırakmayı deneyenlerde bu oran %68,8 olarak bulundu ($X^2=144,326$, $p<0,001$; $\Phi=0,509$ $p<0,001$). Önümüzdeki 6 ay içinde sigarayı bırakmayı düşünenlerin ortalama kullandıkları sigara miktarı ($10,05\pm 8,43$), düşünmeyenlerden ($13,51\pm 10,18$) azdı ($t=4,014$, $p<0,001$). Son ay okulda sigara kullananların %42,8’i önümüzdeki 6 ay içinde sigarayı bırakmayı düşünüyordu ($X^2=5,859$, $p=0,015$; $\Phi=0,103$, $p=0,015$).

“Önümüzdeki 1 ay içinde sigarayı bırakmayı planlıyor musunuz?” sorusunu halen düzenli olarak sigara kullanan 572 kişiden 562 kişi (%98,25) cevapladı. Katılımcıların %36,1’i “evet” dedi. Cinsiyet açısından fark görülmedi ($X^2=2,452$, $p=0,117$). “Evet” diyenlerin yaş ortalaması ($16,60\pm 0,99$) “hayır” diyenlerin yaş ortalamasından ($16,79\pm 0,92$) daha düşüktü ($t=2,282$, $p=0,023$). Devlet okulunda okuyanlarla özel okulda okuyanlar fark

göstermiyordu ($X^2=0,856$, $p=0,355$). Genel lisede öğrenim görenlerin %31,1'i, meslek lisesinde öğrenim görenlerin %39,8'i 1 ay içinde sigarayı bırakmayı planlıyordu ($X^2=4,524$, $p=0,033$). Sınıflar açısından da anlamlı korelasyon görülmedi (Kendall's tau-b=0,053, $p=0,189$). Eğitimi boyunca yıl kaybı olma durumuna göre anlamlı fark göstermiyordu ($X^2=0,009$, $p=0,923$). SED'e göre anlamlı korelasyon görülmedi (Kendall's tau-b=0,034, $p=0,421$). Son 1 yılda sigarayı bırakmayı denemeyenlerde bu oran %12,4, deneyenlerde ise %53,2 olarak bulundu ($X^2=97,737$, $p<0,001$; $\Phi=0,419$, $p<0,001$). Altı ay içinde bırakmayı düşünmeyenlerde bu oran %1,7, düşünenlerde ise %74,9 olarak bulundu ($X^2=322,665$, $p<0,001$; $\Phi=0,760$, $p<0,001$). Önümüzdeki 1 ay içinde sigarayı bırakmayı planlayanların ortalama kullandıkları sigara miktarı ($10,34\pm 8,77$) planlamayanlardan ($12,68\pm 9,84$) azdı ($t=2,601$, $p=0,010$). Son ay okulda sigara kullanımı ile önümüzdeki 1 ay içinde sigarayı bırakmayı planlayanlar arasında anlamlı ilişki görülmedi ($X^2=1,788$ $p=0,181$; $\Phi=0,057$, $p=0,181$).

“Bakkal, market vb. satış yerlerinden alkollü bir içki satın aldınız mı?” sorusunu 18 yaşın altında olan katılımcılardan (4722 öğrenci) 4638'i (%98,2) cevapladı. Katılımcıların %40,8'i “evet” dedi. Kızlarda bu oran %28,3, erkeklerde ise %54,0 olarak bulundu ($X^2=315,073$, $p<0,001$). “Evet” diyenlerin yaş ortalaması ($16,02\pm 0,86$) “hayır” diyenlerin yaş ortalamasından ($15,66\pm 0,91$) daha yüksekti ($t=13,473$, $p<0,001$). Devlet okulunda okuyanların %39,6'sı, özel okulda okuyanların %63,6'sı alkollü bir içki satın almıştı ($X^2=51,624$ $p<0,001$). Bu oran genel lisede öğrenim görenlerde %43,4, meslek lisesinde öğrenim görenlerde %37,5 olarak bulundu ($X^2=16,730$, $p<0,001$) ve 9. sınıftakilerin %31,9'u, 10. sınıftakilerin %43,6'sı, 11. sınıftakilerin %49,2'si alkollü bir içki satın almıştı. Sınıf yükseldikçe oran artıyordu (Kendall's tau-b=0,129, $p<0,001$). Eğitimi boyunca yıl kaybı olmayanlarda bu oran %40, olanlarda ise %53,3 olarak bulundu ($X^2=24,742$, $p<0,001$). SED çok iyi olan grubun %54,2'si, iyi grubun %39,6'sı, orta grubun %43,4'ü, kötü grubun %37'si alkollü bir içki satın almıştı (Kendall's tau-b=0,049, $p=0,001$). Alkollü bir içki satın alan 18 yaşın altındaki katılımcıların %70,6'sı sigara da satın almıştı ($X^2=854,472$, $p<0,001$; $\Phi=0,431$, $p<0,001$).

“Yaşamınız boyunca alkol kullandınız mı?” sorusunu 5217 (%98,4) kişi cevapladı. Katılımcıların %52,1'i “evet” dedi. Kızlarda bu oran %42,1, erkeklerde ise %62,3 olarak bulundu ($X^2=212,948$, $p<0,001$). “Evet” diyenlerin yaş ortalaması $16,26\pm 1,03$ “hayır” diyenlerin yaş ortalamasından $15,70\pm 1,04$ daha yüksekti ($t=18,998$, $p<0,001$).

Devlet okulunda okuyanların %51,1'i, özel okulda okuyanların %73,1'i yaşamı boyunca en az bir kez alkol kullanmıştı ($X^2=46,924$, $p<0,001$). Bu oran genel lisede öğrenim görenlerde %54,5, meslek lisesinde öğrenim görenlerde %49,1 olarak bulundu ($X^2=14,686$, $p<0,001$) ve 9. sınıftakilerin %39,6'sı, 10. sınıftakilerin %53,2'si, 11. sınıftakilerin %65'i yaşamı boyunca en az bir kez alkol kullanmıştı. Okuduğu sınıf yükseldikçe oran artıyordu (Kendall's tau-b=0,184, $p<0,001$) (Şekil 28). Eğitimi boyunca yıl kaybı olmayanlarda bu oran %50,9, olanlarda ise %66,6 olarak bulundu ($X^2=43,330$, $p<0,001$). SED çok iyi olan grubun %67,7'si, iyi grubun %54,6'sı, orta grubun %54,5'i, kötü grubun %46,7'si yaşamı boyunca en az bir kez alkol kullanmıştı. SED iyileştikçe oran artıyordu (Kendall's tau-b=0,081, $p<0,001$) (Şekil 29). Yaşama boyunca en az bir kez sigara kullananların %83,3'ü en az bir kez alkol de kullanmıştı (Tablo 24).

Tablo 24. Yaşamı boyunca sigara ve alkol kullanım durumu

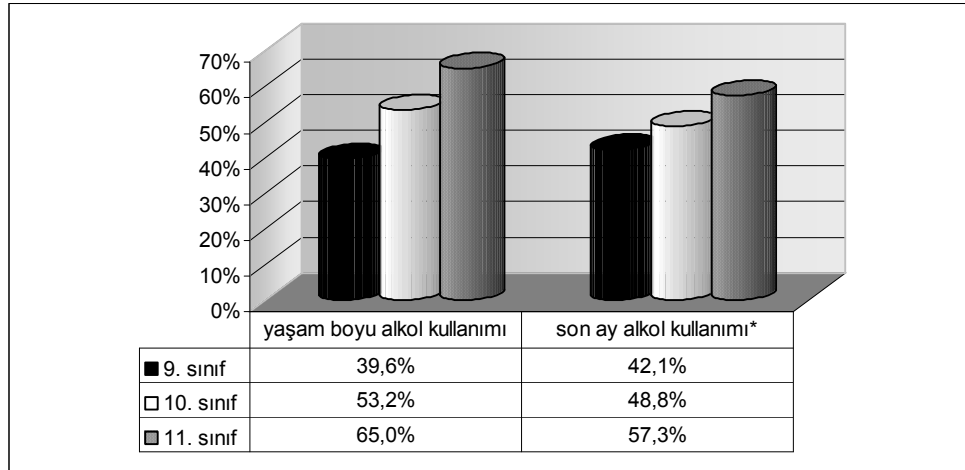
		Yaşamı boyunca alkol kullanımı		
		Hayır	Evet	TOPLAM
Yaşamı boyunca sigara kullanımı	Hayır	2235 (%60,9)	1433 (%39,1)	3668 (%100)
	Evet	255 (%16,7)	1274 (%83,3)	1529 (%100)
	TOPLAM	2490 (%47,9)	2707 (%52,1)	5197 (%100)

$X^2=846,882$, $p<0,001$; $\Phi=0,404$, $p<0,001$.

“İlk kez alkol kullandığınızda kaç yaşındaydınız?” sorusunu yaşamı boyunca en az 1 kez alkol kullanan 2720 kişiden 2382 kişi (%87,57) cevapladı. Katılımcıların ilk kez alkol kullanma yaş ortalaması $13,38\pm2,31$ (ortanca değeri 14; en düşük 6, en yüksek 18).

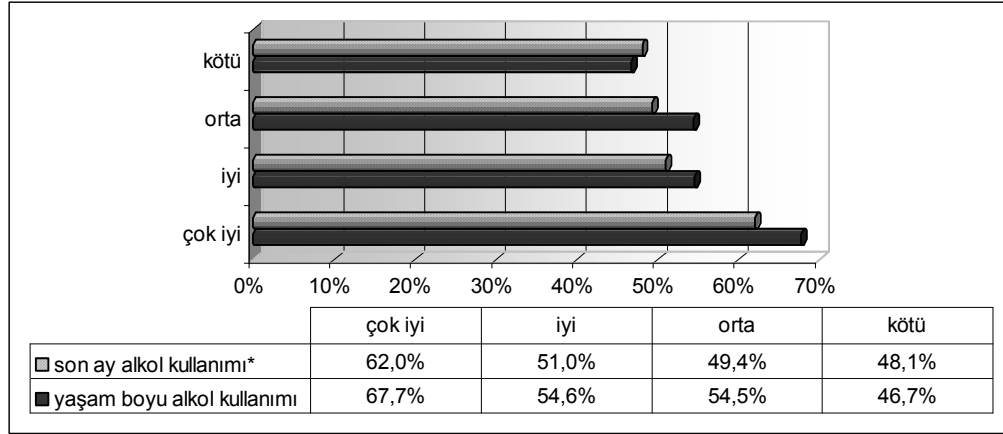
Kızların ortalama ilk kez alkol kullanma yaşı ($14,10\pm1,84$) erkeklerden ($12,89\pm2,47$) daha yüksekti ($t= 13,749$, $p<0,001$). Devlet okulunda okuyanların ortalama ilk kez alkol kullanma yaşı ($13,40\pm2,31$), özel okulda okuyanolardan ($13,01\pm2,29$) yüksekti ($t=1,962$, $p=0,050$). Genel lisede öğrenim görenlerin ortalama ilk kez alkol kullanma yaşı ile meslek lisesinde öğrenim görenlerin ortalama ilk kez alkol kullanma yaşı fark göstermiyordu ($t=0,989$, $p=0,323$) ve 9. sınıftakilerin ortalama ilk kez alkol kullanma yaşı 12,73 , 10. sınıftakilerin 13,30 , 11. sınıftakilerin 13,95 olduğu görüldü ($F=50,663$, $p<0,001$). Eğitimi boyunca yıl kaybı durumu ile ortalama ilk kez alkol kullanma yaşı fark göstermiyordu ($t=1,057$, $p=0,291$). SED'e göre anlamlı fark görülmedi ($F=2,025$, $p=0,108$).

“Son 1 ay içinde alkol kullandınız mı?” sorusunu yaşamı boyunca en az bir kez alkol kullanımı olan 2720 kişiden 2648 (%97,35) kişi cevapladı. Katılımcıların %50,1’i “evet” dedi. Kızlarda bu oran %39,6, erkeklerde ise %57,3 olarak bulundu ($X^2=79,541$, $p<0,001$). “Evet” diyenlerin yaş ortalaması ($16,42\pm1,00$) “hayır” diyenlerin yaş ortalamasından ($16,10\pm1,03$) daha yüksekti ($t=8,071$, $p<0,001$). Devlet okulunda okuyanların %48,6’sı, özel okulda okuyanların %70,6’sı son 1 ay içinde alkol kullanmıştı ($X^2=31,911$, $p<0,001$). Genel bir lisede öğrenim görenlerle, meslek lisesinde öğrenim görenler fark göstermiyordu ($X^2=0,019$, $p=0,891$) ve 9. sınıftakilerin %42,1’i, 10. sınıftakilerin %48,8’i, 11. sınıftakilerin %57,3’ü son 1 ay içinde alkol kullanmıştı. Sınıf düzeyi yükseldikçe oran artıyordu (Kendall’s tau-b= $0,110$, $p<0,001$) (Şekil 28). Eğitimi boyunca yıl kaybı durumu ile fark göstermiyordu ($X^2=1,962$, $p=0,161$). SED çok iyi olan grubun %62’si, iyi grubun %51’i, orta grubun %49,4’ü, kötü grubun %48,1’i son 1 ay içinde alkol kullanmıştı. SED iyileştikçe oran artıyordu (Kendall’s tau-b= $0,038$, $p=0,039$) (Şekil 29). Son ay alkol kullanan 18 yaşın altındaki katılımcıların %89,2’si alkol satın almıştı ($X^2=304,815$, $p<0,001$; $\Phi=0,367$, $p<0,001$). Son ay alkol kullananların %74,2’si son ay sigara da kullanmıştı ($X^2=46,519$, $p<0,001$; $\Phi=0,194$, $p<0,001$). Yaşamı boyunca en az bir kez alkol kullanımı ve yaşamı boyunca en az bir kez alkol kullananlardan son ay içinde alkol kullananların oranları sınıf düzeyi yükseldikçe ve SED iyileştikçe artıyordu (Şekil 28,29). Son ay aktif alkol kullanımı oranı ise %25,4 olarak bulundu.



Şekil 28. Sınıf düzeyine göre yaşam boyu en az bir kez alkol kullanımı ve son ay alkol kullanımı oranları

*Yaşam boyu en az bir kez alkol kullananlar içinde değerlendirilmiştir.



Şekil 29. SED’e göre yaşam boyu en az bir kez ve son ay alkol kullanımı

*Yaşam boyu en az bir kez alkol kullananlar içinde değerlendirilmiştir.

“Son 1 ay içinde okul sınırları içinde alkol kullandınız mı?” sorusunu son 1 ay içinde alkol kullanan 1327 kişiden 1308 (%98,56) kişi cevapladı. Katılımcıların %8,3’ü “evet” dedi. Cinsiyete göre fark görülmedi ($X^2=3,364$, $p=0,067$). “Evet” diyenlerin yaş ortalaması ile “hayır” diyenlerin yaş ortalaması farklı değildi ($t=0,061$, $p=0,951$). Devlet okulunda okuyanlarla, özel okulda okuyanlar fark göstermiyordu ($X^2=1,127$, $p=0,288$). Ayrıca genel lisede öğrenim görenlerle, meslek lisesinde öğrenim görenler de fark göstermiyordu ($X^2=1,336$, $p=0,248$). Sınıflar açısından da anlamlı korelasyon yoktu (Kendall’s tau-b=0,028, $p=0,286$). Eğitimi boyunca yıl kaybı durumu ile fark göstermiyordu ($X^2=2,586$, $p=0,108$). SED’e göre anlamlı korelasyon görülmedi (Kendall’s tau-b=0,031, $p=0,235$). Son ay okul sınırları içinde alkol kullananların %67,9’u sigara da kullanmıştı ($X^2=7,799$, $p=0,005$; Phi=0,121, $p=0,005$).

“Son 1 yılda size okul sınırları içinde uyuşturucu madde teklif eden, satan, veren oldu mu” sorusunu 5087 (%96) kişi cevapladı. Katılımcıların %1,1’i “evet” dedi. Kızlarda bu oran %0,6, erkeklerde ise %1,6 olarak bulundu ($X^2=11,051$, $p=0,001$). “Evet” diyenlerin yaş ortalaması ile “hayır” diyenlerin yaş ortalaması farklı değildi ($t=1,891$, $p=0,064$). Devlet okulunda okuyanlarda bu oran %1,2 iken özel okulda okuyanlarda bu durum saptanmadı ($X^2=3,001$, $p=0,083$). Ayrıca genel lisede öğrenim görenlerle meslek lisesinde öğrenim görenler de fark göstermiyordu ($X^2=0,012$, $p=0,915$). Sınıflar açısından da fark görülmedi (Kendall’s tau-b=0,000, $p=0,978$). Bu oran eğitimi boyunca yıl kaybı olmayanlarda %0,9, olanlarda ise %2,6 olarak bulundu ($X^2=11,466$, $p=0,001$). SED’e göre anlamlı fark görülmedi (Kendall’s tau-b=0,001, $p=0,926$).

Yaşamı boyunca en az bir kez kullanım esrar için %0,5 olarak saptandı (Tablo 25).

Tablo 25. Kullanılan madde dağılımı, ortalama yaş ve ortanca yaş

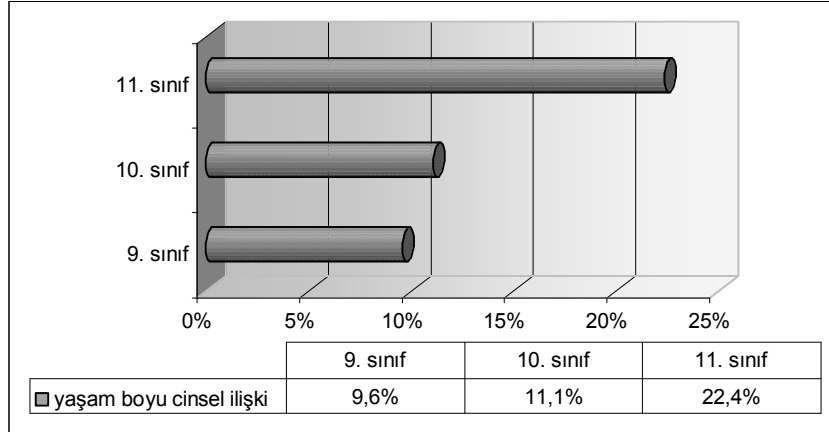
KULLANILAN MADDE	N	%	YAŞ ORTALAMASI	ORTANCA YAŞ
Esrar	28	0,5	14,89±1,42	15
Kokain	4	0,1	13,25±3,30	13
Morfin	4	0,1	14,25±1,70	14,50
Uyuşturucu hap	22	0,4	15,32±1,12	15
Yapıştırıcı-bally	22	0,4	12,36±3,09	12,50
Boya-tiner	21	0,4	11,48±1,77	11

Yukarıda adı geçen maddeler toplam 63 (%1,2) kişi tarafından kullanılmıştı. Kullanan katılımcıların 56'sı (%88,88) **“son 1 ayda okul sınırları içinde adı geçen maddelerden birini/birkaçını kullandın mı ”** sorusunu cevapladı. Cevaplayanlardan sadece 10 (%17,9) kişi “evet” dedi.

“Hiç cinsel ilişkiye zorlandınız mı?” sorusunu 4923 (%92,9) kişi cevapladı. Katılımcıların %4,8'i “evet” dedi. Kızlarda bu oran %1,5, erkeklerde ise %8,4 olarak bulundu ($X^2=127,409$, $p<0,001$). “Evet” diyenlerin yaş ortalaması ($16,36\pm1,05$) “hayır” diyenlerin yaş ortalamasından ($15,98\pm1,07$) yüksekti ($t=5,229$, $p<0,001$). Devlet okulunda okuyanlarla, özel okulda okuyanlar fark göstermiyordu ($X^2=1,249$, $p=0,264$). Ancak genel lisede öğrenim görenlerde bu oran %4,2, meslek lisesinde öğrenim görenlerde %5,6 olarak bulundu ($X^2=5,314$, $p=0,021$). Bu oran 9. sınıftakilerde %3,5, 10. sınıftakilerde %4,9, 11. sınıftakilerde %6,3 olarak bulundu. Sınıf düzeyi yükseldikçe oran artıyordu (Kendall's tau-b=0,048, $p<0,001$). Eğitimi boyunca yıl kaybı olmayanlarda bu oran %4,3, olanlarda ise %10,7 ($X^2=36,590$, $p<0,001$). SED'e göre anlamlı korelasyon görülmedi (Kendall's tau-b=0,015, $p=0,285$).

“Yaşamınız boyunca cinsel ilişkide bulundunuz mu?” sorusunu 4985 (%94) kişi cevapladı. Katılımcıların %13,8'i “evet” dedi. Kızlarda bu oran %0,8, erkeklerde ise %27,6 olarak bulundu ($X^2=752,942$, $p<0,001$). “Evet” diyenlerin yaş ortalaması ($16,59\pm1,02$) “hayır” diyenlerin yaş ortalamasından ($15,91\pm1,05$) yüksekti ($t=15,676$, $p<0,001$). Devlet okulunda okuyanlarda bu oran %13,2, özel okulda okuyanlarda %25,3 olarak bulundu ($X^2=29,743$, $p<0,001$). Ayrıca genel lisede öğrenim görenlerde %11,5, meslek lisesinde öğrenim görenlerde %16,8 olarak bulundu ($X^2=29,593$, $p<0,001$) ve 9. sınıftakilerin %9,6'sı,

10. sınıftakilerin %11,1'i, 11. sınıftakilerin %22,4'ü yaşamın boyunca en az bir kez cinsel ilişkide bulunmuştu. Sınıf düzeyi yükseldikçe oran artıyordu (Kendall's tau-b=0,131, $p<0,001$) (Şekil 30). Eğitimi boyunca yıl kaybı olmayanlarda bu oran %11,6, olanlarda ise %35,6 olarak bulundu ($X^2=197,568$, $p<0,001$). SED ile anlamlı korelasyon görülmedi (Kendall's tau-b=0,003, $p=0,841$).



Şekil 30. Sınıf düzeyine göre yaşam boyu en az bir kez cinsel ilişkide bulunma

Yaşamı boyunca en az bir kez cinsel ilişkide bulunanların %88,7'si en az bir kez alkol de kullanmıştı (Tablo 26). Yaşamı boyunca en az bir kez cinsel ilişkide bulunanların %62,1'i en az bir kez sigara da kullanmıştı (Tablo 26).

Tablo 26. Yaşamı boyunca cinsel ilişkide bulunma ve alkol-sigara kullanımı

		Yaşamı boyunca alkol kullanımı		
		Hayır	Evet	TOPLAM
Yaşamı boyunca cinsel ilişkide bulunma*	Hayır	2320 (%54,6)	1932 (%45,4)	4252 (%100)
	Evet	77 (%11,3)	603 (%88,7)	680 (%100)
	TOPLAM	2397 (%48,6)	2535 (%51,4)	4932 (%100)
		Yaşamı boyunca sigara kullanımı		
Yaşamı boyunca cinsel ilişkide bulunma**	Hayır	3290 (%76,9)	989 (%23,1)	4279 (%100)
	Evet	260 (%37,9)	426 (%62,1)	686 (%100)
	TOPLAM	3550 (%71,5)	1415 (%28,5)	4965 (%100)

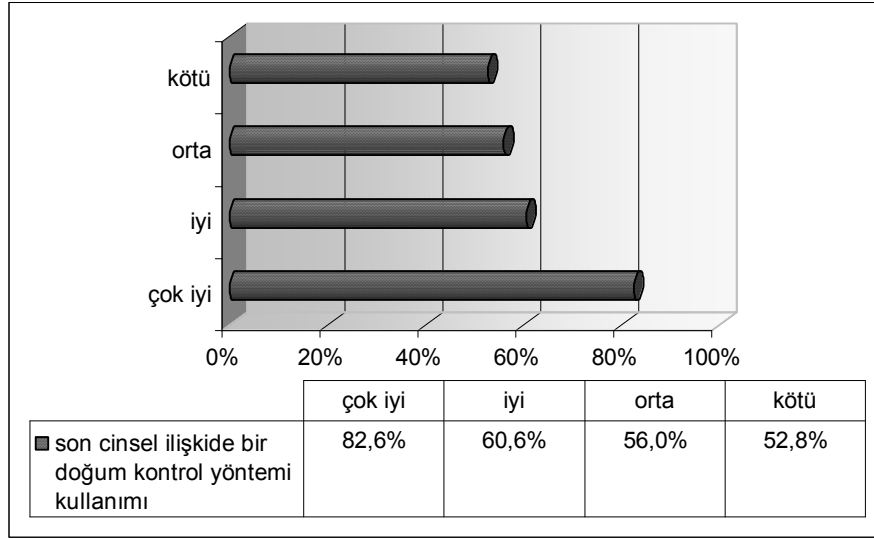
* $X^2=438,764$, $p<0,001$; $\Phi=0,298$, $p<0,001$; ** $X^2=440,985$, $p<0,001$; $\Phi=0,298$, $p<0,001$.

“İlk kez kaç yaşında cinsel ilişkide bulundunuz?” sorusunu yaşamı boyunca en az bir kez cinsel ilişkide bulunan 687 kişiden 635 (%92,43) kişi cevapladı. Katılımcıların yaş ortalaması $15,11 \pm 1,20$, ortanca değeri 15 olarak bulundu (en düşük 12, en yüksek 19). Cinsiyete göre ortalama yaş fark göstermiyordu ($t=1,266$, $p=0,206$). Devlet okulunda okuyanlarla özel okulda okuyanların ortalama yaşı fark göstermiyordu ($t=1,892$, $p=0,059$). Genel lisede öğrenim görenlerin ortalama yaşı ($15,22 \pm 1,17$) , meslek lisesinde öğrenim görenlerin ortalama yaşından ($15,02 \pm 1,23$) yüksekti ($t=2,133$, $p=0,033$) ve 9. sınıftakilerin ortalama yaşının 14,45, 10. sınıftakilerin 14,85, 11. sınıftakilerin 15,59 olduğu görüldü ($F=56,631$, $p<0,001$). Eğitimi boyunca yıl kaybı durumu ile ortalama yaş fark göstermiyordu ($t=0,792$, $p=0,429$). SED’e göre gruplar arasında fark anlamlı değildi ($F=2,521$, $p=0,057$).

“Son 3 yıl içinde birden fazla sayıda partnerle cinsel ilişkide bulundunuz mu?” sorusunu yaşamı boyunca en az bir kez cinsel ilişkide bulunan 687 kişiden 657 (%95,63) kişi cevapladı. Katılımcıların %32,6’sı “evet” dedi. Cinsiyete göre anlamlı fark görülmedi ($X^2=1,485$, $p=0,223$). “Evet” diyenlerin yaş ortalaması ile “hayır” diyenlerin yaş ortalaması farklı değildi ($t=0,501$, $p=0,617$).

Devlet okulunda okuyanlarla özel okulda okuyanlar fark göstermiyordu ($X^2=0,025$, $p=0,875$). Ayrıca genel lisede öğrenim görenlerle meslek lisesinde öğrenim görenler de fark göstermiyordu ($X^2=3,756$, $p=0,053$). Sınıflar açısından anlamlı korelasyon bulunmadı (Kendall’s tau-b= $0,013$, $p=0,727$). Eğitimi boyunca yıl kaybı durumu ile fark göstermiyordu ($X^2=2,105$, $p=0,147$). SED’e göre anlamlı korelasyon yoktu (Kendall’s tau-b= $0,007$, $p=0,860$).

“Son cinsel ilişkinizde doğum kontrol yöntemi (doğum kontrol hapı, prezervatif vb.) kullandınız mı?” sorusunu yaşamı boyunca en az bir kez cinsel ilişkide bulunan 687 kişiden 636 (%92,57) kişi cevapladı. Katılımcıların %56,4’ü “evet” dedi. Cinsiyete göre anlamlı fark görülmedi ($X^2=0,018$, $p=0,895$). “Evet” diyenlerin yaş ortalaması ile “hayır” diyenlerin yaş ortalaması farklı değildi ($t=0,692$, $p=0,489$). Devlet okulunda okuyanlarla özel okulda okuyanlar fark göstermiyordu ($X^2=0,455$, $p=0,500$). Genel lisede öğrenim görenlerin %62,3’ü, meslek lisesinde öğrenim görenlerin %51,2’si son cinsel ilişkide bir doğum kontrol yöntemi kullanmıştı ($X^2=8,005$, $p=0,005$). Sınıflar açısından da anlamlı korelasyon bulunmadı (Kendall’s tau-b= $0,018$, $p=0,624$). Eğitimi boyunca yıl kaybı durumu ile de fark göstermiyordu ($X^2=0,400$, $p=0,527$). SED iyileştikçe oran artıyordu (Kendall’s tau-b= $0,082$, $p=0,031$) (Şekil 31).



Şekil 31. SED’e göre son cinsel ilişkide bir doğum kontrol yöntemi kullanımı

Kendall’s tau-b=0,082, p=0,031.

“Son cinsel ilişkinizde hangi doğum kontrol yöntemini (doğum kontrol hapi, prezervatif vb.) kullandınız?” sorusunu son cinsel ilişkide doğum kontrol yöntemi kullanan 359 kişiden 275 (%76,6) kişi cevapladı. En sık kullanılan yöntem prezervatifti (%97,5) (Tablo 27).

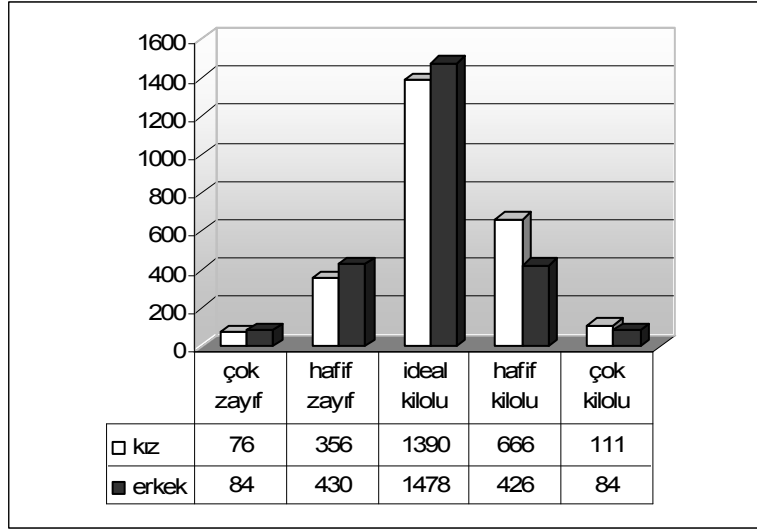
Tablo 27. Son cinsel ilişkide kullanılan doğum kontrol yöntemi

YÖNTEM	N	%
Doğum kontrol hapi	4	1,5
Prezervatif	268	97,5
Geri çekme	2	0,7
Ertesi gün hapi	1	0,4
Toplam	275	100,0

“Hiç gebe kaldınız mı?” sorusunu yaşamı boyunca en az bir kez cinsel ilişkide bulunan 21 kız öğrenciden 14 (%66,66) öğrenci cevapladı. Katılımcıların sadece 1’i (%7,1) “evet” dedi.

“Hiç gebelikle sonuçlanan bir ilişkiniz oldu mu?” sorusunu yaşamı boyunca en az bir kez cinsel ilişkide bulunan 666 erkek öğrenciden 582 (%87,38) öğrenci cevapladı. Katılımcıların sadece 19’u (%3,3) “evet” dedi.

“Kendinizi nasıl tanımlarsınız?” sorusunu 5101 (%96,2) kişi cevapladı. Katılımcıların %3,1’i kendisini çok zayıf, %15,4’ü hafif zayıf, %56,2’si ideal kilolu, %21,4’ü hafif kilolu, %3,8’i çok kilolu olarak tanımladı. Cinsiyete göre dağılım Şekil 32’de görülmektedir ($X^2=64,732$, $p<0,001$).



Şekil 32. Katılımcıların cinsiyete göre kendilerini tanımlama durumları

$X^2=64,732$, $p<0,001$.

Katılımcılardan normal kilolu olanların ancak %62,9’u kendisini ideal kilolu olarak tanımlamıştır (Tablo 28).

Tablo 28. VKİ dağılımı-kendini tanımlama durumu

	kendinizi nasıl tanımlarsınız					
VKİ	çok zayıf	hafif zayıf	ideal kilolu	hafif kilolu	çok kilolu	Toplam
zayıf	70 (%11,9)	249 (%42,5)	231 (%39,4)	31 (%5,3)	5 (%0,9)	586 (%100)
normal	67 (%1,9)	445 (%12,4)	2253 (%62,9)	742 (%20,7)	75 (%2,1)	3582 (%100)
riskli	0 (%0)	3 (%1,2)	72 (%28,8)	130 (%52)	45 (%18)	250 (%100)
kilolu	0 (%0)	0 (%0)	13 (%15,9)	37 (%45,1)	32 (%39,0)	82 (%100)

$X^2=1321,289$, $p<0,001$.

“Son 1 ay içinde kilo vermek veya kilonuzu korumak için diyet yaptınız mı” sorusunu 5184 (%97,8) kişi cevapladı. Katılımcıların %19,6’sı “evet” dedi. Kızlarda bu oran

%28,7, erkeklerde ise %10,1 olarak bulundu ($X^2=283,571$, $p<0,001$) (Şekil 33). “Evet” diyenlerin yaş ortalaması ile “hayır” diyenlerin yaş ortalaması farklı değildi ($t=0,783$, $p=0,433$). Devlet okulunda okuyanların %19,3’ü, özel okulda okuyanların %26,7’si bu soruya “evet” dedi ($X^2=8,450$, $p=0,004$). Genel lisede öğrenim görenlerle meslek lisesinde öğrenim görenler fark göstermiyordu ($X^2=0,724$, $p=0,395$).

Sınıflar açısından da anlamlı korelasyon görülmedi (Kendall’s tau-b=0,005, $p=0,686$). Eğitimi boyunca yıl kaybı durumu ile anlamlı fark görülmedi ($X^2=0,011$, $p=0,915$). SED ile anlamlı korelasyon görülmedi (Kendall’s tau-b=0,003, $p=0,825$). “Evet” diyenlerin VKİ ortalaması ($21,48\pm3,18$) “hayır” diyenlerin VKİ ortalamasından ($19,98\pm2,83$) yüksekti ($t=13,071$, $p<0,001$). Zayıftan fazla kiloluya ilerledikçe diyet yapanların oranı artıyordu (Kendall’s tau-b=0,149, $p<0,001$) (Şekil 34).

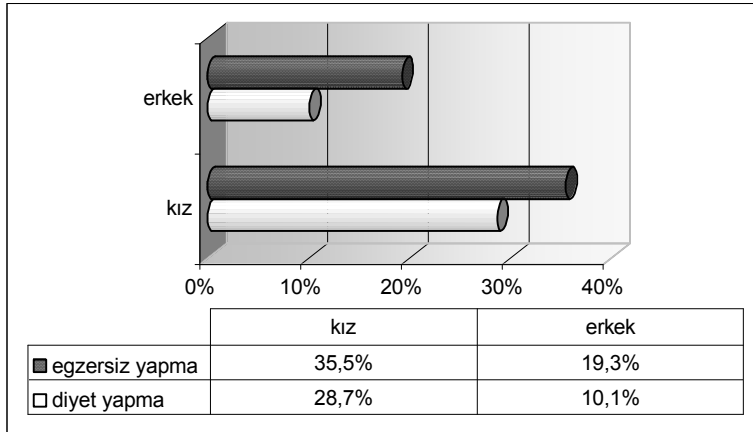
“Son 1 ay içinde kilo vermek veya kilonuzu korumak için kustunuz mu?” sorusunu 5171 (%97,5) kişi cevapladı. Katılımcıların %1,8’i “evet” dedi. Cinsiyete göre fark görülmedi ($X^2=3,167$, $p=0,075$). “Evet” diyenlerin yaş ortalaması ile “hayır” diyenlerin yaş ortalaması farklı değildi ($t=1,598$, $p=0,110$). Devlet okulunda okuyanlarla özel okulda okuyanlar fark göstermiyordu ($X^2=0,577$, $p=0,448$). Genel lisede öğrenim görenlerde bu oran %1,3, meslek lisesinde öğrenim görenlerde %2,5 olarak bulundu ($X^2=11,277$, $p=0,001$). Sınıflara göre anlamlı korelasyon göstermiyordu (Kendall’s tau-b=0,009, $p=0,505$). Eğitimi boyunca yıl kaybı olmayanlarda bu oran %1,6, olanlarda ise %3,8 ($X^2=11,504$, $p=0,001$). Bu oran SED çok iyi olan grupta %0,5, iyi grupta %1,6, orta grupta %1,4, kötü grupta %2,4 (Kendall’s tau-b=0,031, $p=0,025$). “Evet” diyenlerin VKİ ortalaması ($22,04\pm3,91$) “hayır” diyenlerin VKİ ortalamasından ($20,25\pm2,93$) yüksekti ($t=4,213$, $p<0,001$). Zayıftan fazla kiloluya ilerledikçe “evet” diyenlerin oranı artıyordu (Kendall’s tau-b=0,064, $p<0,001$).

Son ay diyet yapmayanlarda bu oran %0,4, yapanlarda ise %7,5 olarak bulundu ($X^2=230,696$, $p<0,001$; Phi=0,211, $p<0,001$).

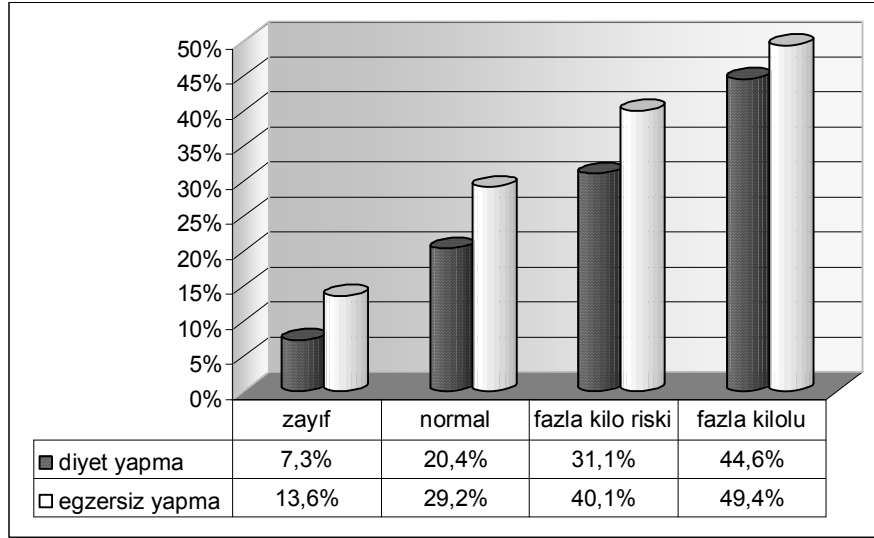
“Son 1 ay içinde kilo vermek veya kilonuzu korumak için herhangi bir ilaç aldınız mı?” sorusunu 5173 (%97,6) kişi cevapladı. Katılımcıların %1,5’i “evet” dedi. Cinsiyete göre fark görülmedi ($X^2=3,484$, $p=0,062$). “Evet” diyenlerin yaş ortalaması ile “hayır” diyenlerin yaş ortalaması farklı değildi ($t=0,340$, $p=0,734$). Devlet okulunda okuyanlarla özel okulda okuyanlar fark göstermiyordu ($X^2=0,186$, $p=0,666$). Genel lisede öğrenim görenlerde bu oran %1,2, meslek lisesinde öğrenim görenlerde %2 olarak bulundu ($X^2=5,645$, $p=0,018$). Sınıflara göre anlamlı korelasyon görülmedi (Kendall’s tau-b=0,002, $p=0,865$). Eğitimi boyunca yıl kaybı durumu ile fark göstermiyordu ($X^2=3,547$, $p=0,060$).

SED ile anlamlı korelasyon yoktu (Kendall's tau-b=0,001, p=0,931). “Evet” diyenlerin VKİ ortalaması ile “hayır” diyenlerin VKİ ortalaması fark göstermiyordu ($t=1,906$, $p=0,061$). Zayıftan fazla kiloluya ilerledikçe anlamlı korelasyon göstermiyordu (Kendall's tau-b=0,026, $p=0,149$).

“Son 1 ay içinde kilo vermek veya kilonuzu korumak için egzersiz yaptınız mı?” sorusunu 5168 (%97,5) kişi cevapladı. Katılımcıların %27,6’sı “evet” dedi. Kızlarda bu oran %35,5, erkeklerde ise %19,3 olarak bulundu ($X^2=169,927$, $p<0,001$) (Şekil 33). “Evet” diyenlerin yaş ortalaması ($15,92\pm1,06$) “hayır” diyenlerin yaş ortalamasından ($16,02\pm1,07$) düşüktü ($t= 2,905$, $p=0,004$). Devlet okulunda okuyanlarda bu oran %27,1, özel okulda okuyanlarda %35,6 olarak bulundu ($X^2=8,569$, $p=0,003$). Ayrıca genel lisede öğrenim görenlerde %31,2, meslek lisesinde öğrenim görenlerde %22,7 olarak bulundu ($X^2=46,483$, $p<0,001$). Bu oran 9. sınıftakilerde %27,7, 10. sınıftakilerde %30,3, 11. sınıftakilerde %23,2 olarak bulundu ($X^2=21,334$, $p<0,001$). Eğitimi boyunca yıl kaybı durumu ile fark göstermiyordu ($X^2=0,818$, $p=0,366$). Bu oran SED çok iyi grupta %36,1, iyi grupta %32,7, orta grupta %27,1, kötü grupta %24,4 olarak bulundu. SED yükseldikçe “evet” diyenlerin oranı artıyordu (Kendall's tau-b=0,067, $p<0,001$). “Evet” diyenlerin VKİ ortalaması ($21,15\pm3,10$) “hayır” diyenlerin VKİ ortalamasından ($19,93\pm2,84$) yüksekti ($t=12,332$, $p<0,001$). Zayıftan fazla kiloluya ilerledikçe “evet” diyenlerin oranı artıyordu (Kendall's tau-b=0,143, $p<0,001$) (Şekil 34).



Şekil 33. Cinsiyete göre son ay içinde kilo vermek veya korumak için diyet ve egzersiz yapma oranları

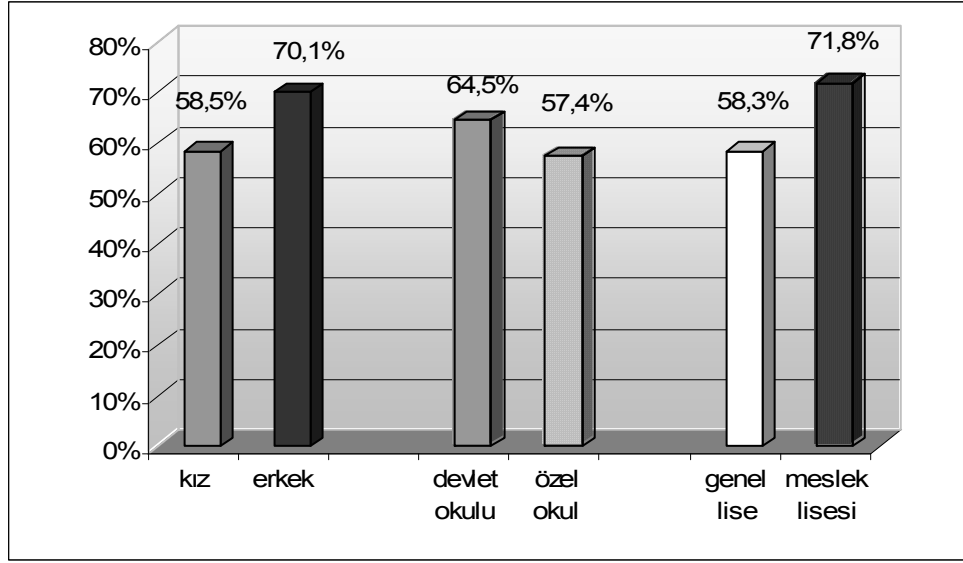


Şekil 34. Zayıftan fazla kiloluya ilerledikçe egzersiz ve diyet yapma oranları

“Hafta içi günlerde 2 saatten fazla televizyon seyreders misiniz?” sorusunu 5123 (%96,6) kişi cevapladı. Katılımcıların %64,1’i “evet” dedi. Kızlarda bu oran %58,5, erkeklerde ise %70,1 olarak bulundu ($X^2=75,070$, $p<0,001$) (Şekil 35). “Evet” diyenlerin yaş ortalaması ($15,96\pm1,05$) “hayır” diyenlerin yaş ortalamasından ($16,05\pm1,10$) düşüktü ($t=2,749$, $p=0,006$). Devlet okulunda okuyanlarda bu oran %64,5, özel okulda okuyanlarda %57,4 olarak bulundu ($X^2=5,291$, $p=0,021$) (Şekil 35). Ayrıca genel lisede öğrenim görenlerde %58,3, meslek lisesinde öğrenim görenlerde %71,8 olarak bulundu ($X^2=100,406$, $p<0,001$) (Şekil 35). Bu oran 9. sınıftakiler için %68,3, 10. sınıftakiler için %62,2, 11. sınıftakiler için %62,2 olarak bulundu. Sınıf düzeyi yükseldikçe oran artıyordu (Kendall’s tau-b=0,048, $p<0,001$). Eğitimi boyunca yıl kaybı olmayanlarda bu oran %63,3, olanlarda ise %72,8 olarak bulundu ($X^2=16,733$, $p<0,001$).

Bu oran SED çok iyi grupta %54,4, iyi grupta %60,2, orta grupta %63,3, kötü grupta %68,4 olarak bulundu. SED düştükçe bu oran artıyordu (Kendall’s tau-b=0,070, $p<0,001$). “Evet” diyenlerin VKİ ortalaması ($20,37\pm3,07$) “hayır” diyenlerin VKİ ortalamasından ($20,12\pm2,76$) yüksekti ($t=2,815$, $p=0,005$). Zayıftan fazla kiloluya ilerledikçe anlamlı korelasyon görülmedi (Kendall’s tau-b=0,016, $p=0,262$).

Hafta içi günlerde 2 saatten fazla televizyon seyredenlerin %31,3’ü yaşam boyu en az bir kez sigara kullanmıştı ($X^2=19,864$, $p<0,001$; $\Phi=0,062$, $p<0,001$). Hafta içi günlerde 2 saatten fazla televizyon seyredenlerin %54,4’ü yaşam boyu en az bir kez alkol kullanmıştı ($X^2=22,215$, $p<0,001$; $\Phi=0,066$, $p<0,001$).



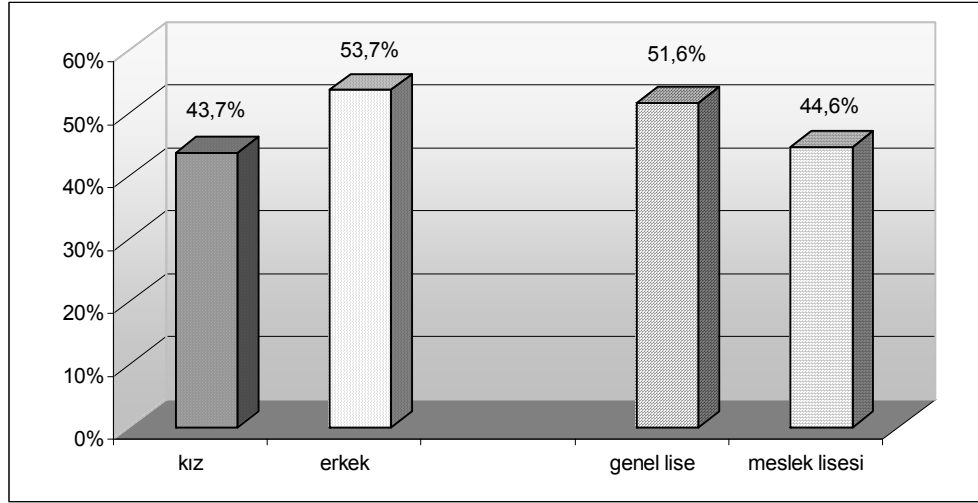
Şekil 35. Hafta içi günlerde cinsiyete ve okul türlerine göre 2 saatten fazla televizyon seyretme durumu

“Haftada en az 1 gün beden eğitimi dersine katılır mısınız?” sorusunu 5167 (%97,5) kişi cevapladı. Katılımcıların %48,6’sı “evet” dedi. Kızlarda bu oran %43,7, erkeklerde ise %53,7 olarak bulundu ($X^2=51,620$, $p<0,001$) (Şekil 36). “Evet” diyenlerin yaş ortalaması ($15,48\pm0,98$) “hayır” diyenlerin yaş ortalamasından ($16,47\pm0,92$) düşüktü ($t=36,547$, $p<0,001$).

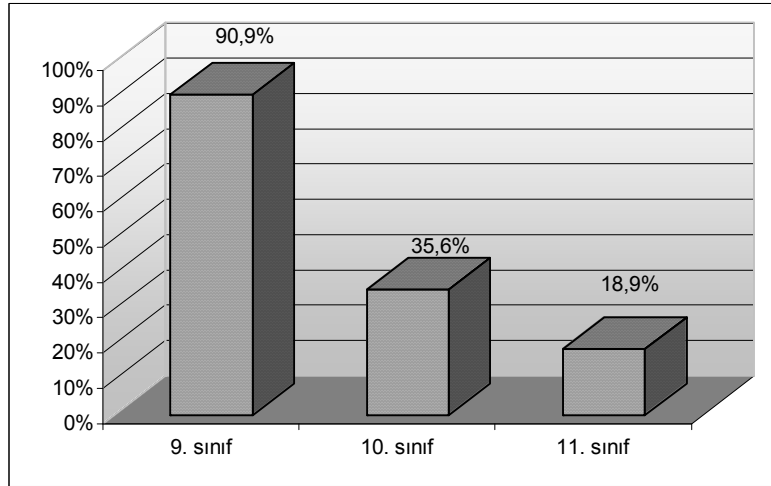
Devlet okulunda okuyanlarla özel okulda okuyanlar fark göstermiyordu ($X^2=2,812$, $p=0,094$). Genel lisede öğrenim görenlerde bu oran %51,6, meslek lisesinde öğrenim görenlerde %44,6 olarak bulundu ($X^2=24,845$, $p<0,001$) (Şekil 36).

Bu oran 9. Sınıfta %90,9, 10 sınıfta %35,6, 11. sınıfta %18,9 olarak bulundu. Sınıf düzeyi yükseldikçe bu oran düşüyordu (Kendall’s tau-b=0,534, $p<0,001$) (Şekil 37). Eğitimi boyunca yıl kaybı olmayanlarda bu oran %47,3, olanlarda ise %61,8 olarak bulundu ($X^2=36,757$, $p<0,001$).

SED ile anlamlı korelasyon görülmedi (Kendall’s tau-b=0,001, $p=0,966$). “Evet” diyenlerin VKİ ortalaması ($20,12\pm2,93$) “hayır” diyenlerin VKİ ortalamasından ($20,40\pm2,96$) düşüktü ($t=3,198$, $p=0,001$).



Şekil 36. Haftada en az bir gün cinsiyete ve okul türüne göre beden eğitimi dersine katılma durumu



Şekil 37. Sınıf düzeyine göre haftada en az bir gün beden eğitimi dersine katılma durumu

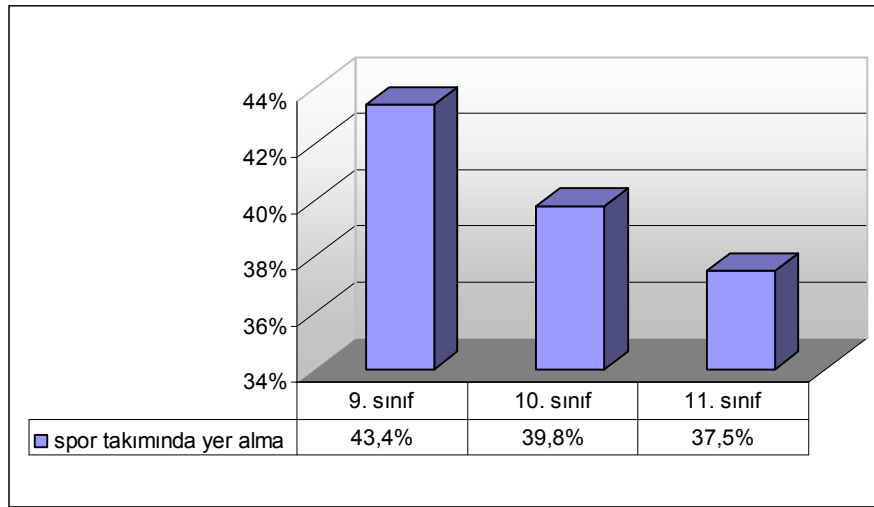
Kendall's tau-b=0,534, p<0,001.

“Beden eğitimi dersinde en az 20 dakika egzersiz yapar mısınız?” sorusunu haftada en az 1 gün beden eğitimi dersine katılan 2512 öğrenciden 2370 (%94,34) öğrenci cevapladı. Katılımcıların %70,4’ü “evet” dedi. Kızlarda bu oran %67,5, erkeklerde ise %72,9 olarak bulundu ($X^2=8,287$, $p=0,004$). “Evet” diyenlerin yaş ortalaması ile “hayır” diyenlerin yaş ortalaması farklı değildi ($t=0,513$, $p=0,608$). Devlet okulunda okuyanlarda bu oran %69,7, özel okulda okuyanlarda %83,2 olarak bulundu ($X^2=10,880$, $p=0,001$). Ayrıca genel lisede öğrenim görenlerde %75,9, meslek lisesinde öğrenim görenlerde %62,1 olarak bulundu ($X^2=51,681$, $p<0,001$). Bu oran 9. Sınıftakiler için %67,1, 10. sınıftakiler için %77,6, 11.

sınıftakiler için %68,5 olarak bulundu ($X^2=25,803$, $p<0,001$). Eğitimi boyunca yıl kaybı durumu ile anlamlı fark göstermiyordu ($X^2=0,001$, $p=0,975$). Bu oran SED çok iyi grupta %82,7, iyi grupta %74, orta grupta %70,8, kötü grupta 66,9 olarak bulundu. SED iyileştikçe oran artıyordu (Kendall's tau-b=0,070, $p<0,001$). “Evet” diyenlerin VKİ ortalaması ($20,22\pm2,92$) “hayır” diyenlerin VKİ ortalamasından ($19,82\pm2,95$) yüksekti ($t=2,849$, $p=0,004$).

“Son 1 yılda herhangi bir spor takımının antrenmanında veya maçlarında yer aldınız mı?” sorusunu 5031 (%94,9) kişi cevapladı. Katılımcıların %40,3’ü “evet” dedi. Kızlarda bu oran %27, erkeklerde ise %54,3 olarak bulundu ($X^2=387,874$, $p<0,001$). “Evet” diyenlerin yaş ortalaması ile “hayır” diyenlerin yaş ortalaması farklı değildi ($t=0,986$, $p=0,324$).Devlet okulunda okuyanlarda bu oran %39,7, özel okulda okuyanlarda %53,7 olarak bulundu ($X^2=18,956$, $p<0,001$). Genel lisede öğrenim görenlerle meslek lisesinde öğrenim görenler fark göstermiyordu ($X^2=0,662$, $p=0,416$).

Bu oran 9. sınıfta %43,4, 10. sınıfta %39,8, 11. sınıfta %37,5 olarak bulundu. Sınıf düzeyi yükseldikçe bu oran azalıyordu (Kendall's tau-b=0,044, $p=0,001$) (Şekil 38).



Şekil 38. Sınıf durumuna göre son 1 yılda bir spor takımında yer alma

Kendall's tau-b=0,044, $p=0,001$.

Eğitimi boyunca yıl kaybı olmayanlarda bu oran %39,6, olanlarda ise %47,2 olarak bulundu ($X^2=10,045$, $p=0,002$).

Bu oran SED çok iyi grupta %45,8, iyi grupta %45,4, orta grupta %40,9, kötü grupta %36,2 olarak bulundu. SED iyileştikçe oran artıyordu (Kendall's tau-b=0,067, $p<0,001$).

“Evet” diyenlerin VKİ ortalaması ile “hayır” diyenlerin VKİ ortalaması farklı değildi (t=1,740, p=0,082).

Lojistik Regresyon Analizleri

Değişkenlerin kendi içinde de etkileşimlerinin olabileceği dikkate alınarak lojistik regresyon modelleri oluşturularak ileri inceleme yapıldı. Analizde Enter yöntemi kullanıldı. Yaş, SED, okuduğu sınıf, VKİ dışındaki değişkenler kategorik olarak alındı.

Motosiklete binerken kask takma durumuna etki eden faktörler için lojistik regresyon modeli oluşturuldu (Tablo 29). Bağımlı değişken olarak sürekli takma durumu alındı. Modelin doğruluk oranı %91,3 olarak bulundu.

Tablo 29. Motosiklete binerken kask takma durumuna etki eden faktörlerin lojistik regresyon analizi

	P.	Odds oranı	%95 güven aralığı	
			Alt sınır	Üst sınır
Yaş	0,390			
Cinsiyet (1)	0,856			
SED	0,037	0,786	0,626	,985
Devlet/Özel okul olma (1)	0,704			
Genel/Meslek lisesi olma (1)	0,308			
Sınıf düzeyi	0,557			
Yıl kaybı (1)	0,115			
Bisiklette kask takma (1)	0,998			
Emniyet kemeri takma (1)	0,000	0,199	0,140	0,282
Alkollü araba kullanımı (1)	0,612			
Tabanca taşıma (1)	0,762			
Bıçak taşıma (1)	0,002	3,041	1,480	6,249
Fiziksel kavga (1)	0,072			
Sabit	0,998	7069840 1192,884		

Kız=1, Erkek=0; Devlet okulu=1, Özel okul=0; Genel lise=1, Meslek lisesi=0; Yıl kaybı yok=1, Yıl kaybı var=0; Bisiklete binerken hiç kask takmama/nadir takma=1, sürekli takma=0; Emniyet kemeri hiç takmama/nadir takma=1, sürekli takma=0; Alkollü araba kullanmama=1, Alkollü araba kullanma=0; Tabanca taşımama=1, Tabanca taşıma=0; Bıçak taşımama=1, Bıçak taşıma=0; Fiziksel kavgaya karışmama=1, Fiziksel kavgaya karışma=0.

Bisiklete binerken kask takma durumuna etki eden faktörler için lojistik regresyon modeli oluşturuldu (Tablo 30). Bağımlı değişken olarak sürekli takma durumu alındı. Modelin doğruluk oranı %99 olarak bulundu.

Tablo 30. Bisiklete binerken kask takma durumuna etki eden faktörlerin lojistik regresyon analizi

	P	Odds oranı	%95 güven aralığı	
			Alt sınır	Üst sınır
Yaş	0,189			
Cinsiyet (1)	0,997			
SED	0,647			
Devlet/Özel okul olma (1)	0,048	0,310	0,098	0,988
Genel/Meslek lisesi olma (1)	0,127			
Sınıf düzeyi	0,149			
Yıl kaybı (1)	0,726			
Emniyet kemeri takma (1)	0,000	0,181	0,094	0,349
Alkollü araba kullanımı (1)	0,418			
Sabit	0,009	5481,920		

Kız=1, Erkek=0; Devlet okulu=1, Özel okul=0; Genel lise=1, Meslek lisesi=0; Yıl kaybı yok=1, Yıl kaybı var=0; Emniyet kemeri hiç takmama/nadir takma=1; Alkollü araba kullanmama=1, Alkollü araba kullanma=0.

Arabaya binerken emniyet kemeri takma durumuna etki eden faktörler için lojistik regresyon modeli oluşturuldu (Tablo 31). Bağımlı değişken olarak sürekli takma durumu alındı. Modelin doğruluk oranı %79,6 olarak bulundu.

Alkollü araba kullanma durumuna etki eden faktörler için lojistik regresyon modeli oluşturuldu (Tablo 32). Bağımlı değişken olarak alkollü araba kullanımı alındı. Modelin doğruluk oranı %94,2 olarak bulundu.

Yaşam boyu en az bir kez tabanca taşımış olma durumuna etki eden faktörler için lojistik regresyon modeli oluşturuldu (Tablo 33). Bağımlı değişken olarak tabanca taşımış olma alındı. Modelin doğruluk oranı %92 olarak bulundu.

Tablo 31. Arabaya binerken emniyet kemeri takma durumuna etki eden faktörlerin lojistik regresyon analizi

	P	Odds oranı	%95 güven aralığı	
			Alt sınır	Üst sınır
Yaş	0,424			
Cinsiyet (1)	0,671			
SED	0,936			
Devlet/Özel okul olma (1)	0,486			
Genel/Meslek lisesi olma (1)	0,731			
Sınıf düzeyi	0,775			
Yıl kaybı (1)	0,690			
Motosiklette kask kullanımı (1)	0,000	0,213	0,155	0,292
Alkollü sürücü ile yolculuk (1)	0,000	2,541	1,713	3,769
Sabit	0,377	2,545		

Kız=1, Erkek=0; Devlet okulu=1, Özel okul=0; Genel lise=1, Meslek lisesi=0; Yıl kaybı yok=1, Yıl kaybı var=0; Motosiklete binerken hiç kask takmama/nadir takma=1, sürekli takma=0; Alkollü sürücü ile yolculuk etmeme=1, Alkollü sürücü ile yolculuk etme=0.

Tablo 32. Alkollü araba kullanımına etki eden faktörlerin lojistik regresyon analizi

	P	Odds oranı	%95 güven aralığı	
			Alt sınır	Üst sınır
Yaş	0,008	1,621	1,134	2,318
Cinsiyet (1)	0,002	0,192	0,067	0,550
SED	0,181			
Devlet/Özel okul olma (1)	0,152			
Genel/Meslek lisesi olma (1)	0,923			
Sınıf düzeyi	0,059			
Yıl kaybı (1)	0,396			
Emniyet kemeri durumu (1)	0,040	2,765	1,048	7,299
Tabanca taşıma durumu (1)	0,000	0,255	0,139	0,467
Bıçak taşıma durumu (1)	0,012	0,455	0,246	0,842
Fiziksel kavga durumu(1)	0,024	0,439	0,215	0,897
Düzenli sigara kullanımı (1)	0,014	0,498	0,285	0,871
Sabit	0,169	0,035		

Kız=1, Erkek=0; Devlet okulu=1, Özel okul=0; Genel lise=1, Meslek lisesi=0; Yıl kaybı yok=1, Yıl kaybı var=0; Emniyet kemeri hiç takmama/nadir takma=1, sürekli takma=0; Tabanca taşımama=1, Tabanca taşıma=0; Bıçak taşımama=1, Bıçak taşıma; Fiziksel kavgaya karışmama=1, Fiziksel kavgaya karışma=0; Düzenli sigara kullanmama=1, Düzenli sigara kullanma=0.

Tablo 33. Tabanca taşıma durumuna etki eden faktörlerin lojistik regresyon analizi

	P	Odds oranı	%95 güven aralığı	
			Alt sınır	Alt sınır
Yaş	0,190			
Cinsiyet (1)	0,001	0,301	0,144	0,630
SED	0,915			
Devlet/Özel okul olma (1)	0,599			
Genel/Meslek lisesi olma (1)	0,044	1,703	1,014	2,861
Sınıf düzeyi	0,011	0,564	0,363	0,876
Yıl kaybı (1)	0,456			
Alkollü araba kullanım durumu (1)	0,000	0,233	0,127	0,425
Bıçak taşıma durumu (1)	0,000	0,103	0,060	0,176
Okulda güven hissi (1)	0,440			
Okulda tehdit (1)	0,155			
Fiziksel kavga durumu(1)	0,011	0,460	0,253	0,838
Düzenli sigara kullanımı (1)	0,001	0,428	0,265	0,692
Sabit	0,137	26,085		

Kız=1, Erkek=0; Devlet okulu=1, Özel okul=0; Genel lise=1, Meslek lisesi=0; Yıl kaybı yok=1, Yıl kaybı var=0; Alkollü araba kullanmama=1, Alkollü araba kullanma=0; Bıçak taşımama=1, Bıçak taşıma=0; Okulda kendini güvende hissetme=1, Okulda kendini güvende hissetmeme=0; Okulda tehdit edilme/yaralanma olmaması=1, Okulda tehdit edilme/yaralanma olması=0; Fiziksel kavgaya karışmama=1, Fiziksel kavgaya karışma=0; Düzenli sigara kullanmama=1, Düzenli sigara kullanma=0.

Bıçak, çakı gibi kesici delici alet taşıma durumuna etki eden faktörler için lojistik regresyon modeli oluşturuldu. Bağımlı değişken olarak bıçak, çakı vb. taşıma durumu alındı (Tablo 34). Modelin doğruluk oranı %90,3 olarak bulundu.

Fiziksel kavgaya karışma durumuna etki eden faktörler için lojistik regresyon modeli oluşturuldu (Tablo 35). Bağımlı değişken olarak fiziksel kavgaya karışma alındı. Modelin doğruluk oranı %79,8 olarak bulundu.

Son 12 ay 15 gün veya daha fazla üzüntü, ümitsizlik hissi durumuna etki eden faktörler için araba lojistik regresyon modeli oluşturuldu (Tablo 36). Bağımlı değişken olarak üzüntü, ümitsizlik hissetme durumu alındı. Modelin doğruluk oranı %77,9 olarak bulundu.

Tablo 34. Bıçak, çakı vb. taşıma durumuna etki eden faktörlerin lojistik regresyon analizi

	P	Odds oranı	%95 güven aralığı	
			Alt sınır	Üst sınır
Yaş	0,146			
Cinsiyet (1)	0,000	0,307	0,236	0,400
SED	0,784			
Devlet/Özel okul olma (1)	0,951			
Genel/Meslek lisesi olma (1)	0,057			
Sınıf düzeyi	0,029	1,280	1,026	1,597
Yıl kaybı (1)	0,764			
Tabanca taşıma durumu (1)	0,000	0,063	0,042	0,096
Okulda güven hissi (1)	0,000	0,508	0,396	0,652
Okulda tehdit (1)	0,025	0,689	0,498	0,954
Fiziksel kavga durumu(1)	0,000	0,202	0,160	0,253
Sabit	0,080	0,179		

Kız=1, Erkek=0; Devlet okulu=1, Özel okul=0; Genel lise=1, Meslek lisesi=0; Yıl kaybı yok=1, Yıl kaybı var=0; Tabanca taşımama=1, Tabanca taşıma=0; Okulda kendini güvende hissetme=1, Okulda kendini güvende hissetmeme=0; Okulda tehdit edilme/yaralanma olmaması=1, Okulda tehdit edilme/yaralanma olması=0; Fiziksel kavgaya karışmama=1, Fiziksel kavgaya karışma=0.

Tablo 35. Fiziksel kavgaya karışma durumuna etki eden faktörlerin lojistik regresyon analizi

	P	Odds oranı	%95 güven aralığı	
			Alt sınır	Üst sınır
Yaş	0,128			
Cinsiyet (1)	0,000	0,299	0,253	0,352
SED	0,103			
Devlet/Özel okul olma (1)	0,000	0,486	0,351	0,675
Genel/Meslek lisesi olma (1)	0,163			
Sınıf düzeyi	0,618			
Yıl kaybı (1)	0,000	0,560	0,427	0,733
Tabanca taşıma durumu (1)	0,001	0,482	0,315	0,736
Bıçak taşıma durumu (1)	0,000	0,204	0,163	0,257
Okulda güven hissi (1)	0,000	0,678	0,556	0,825
Okulda tehdit (1)	0,000	0,215	0,164	0,283
Sabit	0,000	40,089		

Kız=1, Erkek=0; Devlet okulu=1, Özel okul=0; Genel lise=1, Meslek lisesi=0; Yıl kaybı yok=1, Yıl kaybı var=0; Tabanca taşımama=1, Tabanca taşıma=0; Bıçak taşımama=1; Okulda kendini güvende hissetme=1, Okulda kendini güvende hissetmeme=0; Okulda tehdit edilme/yaralanma olmaması=1, Okulda tehdit edilme/yaralanma olması=0.

Tablo 36. Son 12 ay 15 gün veya daha fazla üzüntü, ümitsizlik hissi durumuna etki eden faktörlerin lojistik regresyon analizi

	P	Odds oranı	%95 güven aralığı	
			Alt sınır	Üst sınır
Yaş	0,915			
Cinsiyet (1)	0,061			
SED	0,340			
Devlet/Özel okul olma (1)	0,056			
Genel/Meslek lisesi olma (1)	0,403			
Sınıf düzeyi	0,039	1,675	1,027	2,731
Yıl kaybı (1)	0,316			
Okulda güven hissi (1)	0,213			
Okulda tehdit (1)	0,343			
Fiziksel kavga durumu (1)	0,276			
İntihar girişimi durumu (1)	0,022	0,544	0,324	0,915
Fiziksel şiddete maruziyet (1)	0,309			
Sabit	0,412	0,173		

Kız=1, Erkek=0; Devlet okulu=1, Özel okul=0; Genel lise=1, Meslek lisesi=0; Yıl kaybı yok=1, Yıl kaybı var=0; Okulda kendini güvende hissetmeme=0; Okulda tehdit edilme/yaralanma olmaması=1, Okulda tehdit edilme/yaralanma olması=0; Fiziksel kavgaya karışmama=1, Fiziksel kavgaya karışma=0; İntihar girişiminde bulunmama=1, İntihar girişiminde bulunma=0; Fiziksel şiddete maruz kalmama=1, Fiziksel şiddete maruz kalma=0.

İntihar girişiminde bulunmaya etki eden faktörler için lojistik regresyon modeli oluşturuldu (Tablo 37). Bağımlı değişken olarak intihar girişiminde bulunma alındı. Modelin doğruluk oranı %64,4 olarak bulundu.

Yaşam boyunca en az bir kez sigara kullanımına etki eden faktörler için lojistik regresyon modeli oluşturuldu (Tablo 38). Bağımlı değişken olarak en az bir kez sigara kullanımı alındı. Modelin doğruluk oranı %77,6 olarak bulundu.

Düzenli sigara kullanımına etki eden faktörler için lojistik regresyon modeli oluşturuldu (Tablo 39). Bağımlı değişken olarak düzenli sigara kullanımı alındı. Modelin doğruluk oranı %69,9 olarak bulundu.

Tablo 37. İntihar girişiminde bulunmaya etki eden faktörlerin lojistik regresyon analizi

	P	Odds oranı	%95 güven aralığı	
			Alt sınır	Üst sınır
Yaş	0,240			
Cinsiyet (1)	0,014	1,738	1,118	2,701
SED	0,293			
Devlet/Özel okul olma (1)	0,189			
Genel/Meslek lisesi olma (1)	0,493			
Sınıf düzeyi	0,614			
Yıl kaybı (1)	0,041	0,513	0,271	0,972
Okulda güven hissi (1)	0,123			
Okulda tehdit (1)	0,210			
Üzüntü, ümitsizlik (1)	0,014	0,534	0,324	0,880
Sabit	0,403	0,227		

Kız=1, Erkek=0; Devlet okulu=1, Özel okul=0; Genel lise=1, Meslek lisesi=0; Yıl kaybı yok=1, Yıl kaybı var=0; Okulda kendini güvende hissetme=1, Okulda kendini güvende hissetmeme=0; Okulda tehdit edilme/yaralanma olmaması=1, Okulda tehdit edilme/yaralanma olması=0; Son 15 gün üzüntü/ümitsizlik hissetmeme=1; Son 15 gün üzüntü/ümitsizlik hissetme=0.

Tablo 38. Sigara kullanımına etki eden faktörlerin lojistik regresyon analizi

	P	Odds oranı	%95 güven aralığı	
			Alt sınır	Üst sınır
Yaş	0,000	1,259	1,120	1,416
Cinsiyet (1)	0,549			
SED	0,028	1,117	1,012	1,233
Devlet/Özel okul olma (1)	0,272			
Genel/Meslek lisesi olma (1)	0,000	0,527	0,444	0,625
Sınıf düzeyi	0,001	1,307	1,112	1,536
Yıl kaybı (1)	0,000	0,507	0,385	0,669
Okulda güven hissi (1)	0,420			
Okulda tehdit (1)	0,005	0,670	0,506	0,888
Fiziksel kavga durumu(1))	0,000	0,324	0,272	0,386
Üzüntü, ümitsizlik (1)	0,000	0,648	0,550	0,763
Alkol kullanımı (1)	0,000	0,179	0,150	0,214
Sabit	0,000	0,013		

Kız=1, Erkek=0; Devlet okulu=1, Özel okul=0; Genel lise=1, Meslek lisesi=0; Yıl kaybı yok=1, Yıl kaybı var=0; Okulda kendini güvende hissetmeme=0; Okulda tehdit edilme/yaralanma olmaması=1, Okulda tehdit edilme/yaralanma olması=0; Fiziksel kavgaya karışmama=1, Fiziksel kavgaya karışma=0; Son 15 gün üzüntü/ümitsizlik hissetmeme=1; Son 15 gün üzüntü/ümitsizlik hissetme=0; Yaşam boyu en az bir kez alkol kullanımı olmaması=1, Yaşam boyu en az bir kez alkol kullanımı olmaması=0.

Tablo 39. Düzenli sigara kullanımına etki eden faktörlerin lojistik regresyon analizi

	P	Odds oranı	%95 güven aralığı	
			Alt sınır	Üst sınır
Yaş	0,007	1,278	1,069	1,527
Cinsiyet (1)	0,782			
SED	0,153			
Devlet/Özel okul olma (1)	0,721			
Genel/Meslek lisesi olma (1)	0,000	0,599	0,456	0,788
Sınıf düzeyi	0,000	1,555	1,226	1,973
Yıl kaybı (1)	0,000	0,457	0,314	0,666
Tabanca taşıma durumu (1)	0,000	0,362	0,231	0,568
Bıçak taşıma durumu (1)	0,000	0,575	0,426	0,777
Okulda güven hissi (1)	0,050	1,341	1,000	1,796
Alkol kullanımı (1)	0,000	0,399	0,273	0,583
Sabit	0,000	0,001		

Kız=1, Erkek=0; Devlet okulu=1, Özel okul=0; Genel lise=1, Meslek lisesi=0; Yıl kaybı yok=1, Yıl kaybı var=0; Tabanca taşımama=1, Tabanca taşıma=0; Bıçak taşımama=1, Bıçak taşıma=0; Okulda kendini güvende hissetme=1, Okulda kendini güvende hissetmeme=0; Yaşam boyu en az bir kez alkol kullanımı olmaması=1, Yaşam boyu en az bir kez alkol kullanımı olmaması=0.

Yaşam boyunca en az bir kez alkol kullanımına etki eden faktörler için lojistik regresyon modeli oluşturuldu (Tablo 40). Bağımlı değişken olarak en az bir kez alkol kullanımı alındı. Modelin doğruluk oranı %84 olarak bulundu.

Yaşamı boyunca en az bir kez cinsel ilişkide bulunmaya etki eden faktörler için lojistik regresyon modeli oluşturuldu (Tablo 41). Bağımlı değişken olarak en az bir kez cinsel ilişkide bulunma alındı. Modelin doğruluk oranı %81,3 olarak bulundu.

Diyet yapmaya etki eden faktörler için lojistik regresyon modeli oluşturuldu. Bağımlı değişken olarak diyet yapma durumu alındı (Tablo 42). Modelin doğruluk oranı %80,4 olarak bulundu.

Hafta içi günlerde 2 saatten fazla televizyon seyretme durumuna etki eden faktörler için lojistik regresyon modeli oluşturuldu (Tablo 43). Bağımlı değişken olarak televizyon seyretme durumuna alındı. Modelin doğruluk oranı %64,7 olarak bulundu.

Tablo 40. Alkol kullanımına etki eden faktörlerin lojistik regresyon analizi

	P	Odds oranı	%95 güven aralığı	
			Alt sınır	Üst sınır
Yaş	0,386			
Cinsiyet (1)	0,172			
SED	0,050	0,815	0,664	1,000
Devlet/Özel okul olma (1)	0,025	0,256	0,078	0,840
Genel/Meslek lisesi olma (1)	0,474			
Sınıf düzeyi	0,087			
Yıl kaybı (1)	0,346			
Bıçak taşıma durumu (1)	0,044	0,641	0,415	0,989
Okulda tehdit (1)	0,357			
Fiziksel kavga durumu (1)	0,033	0,689	0,490	0,970
Düzenli sigara kullanımı (1)	0,000	0,431	0,294	0,633
Sabit	0,008	65,853		

Kız=1, Erkek=0; Devlet okulu=1, Özel okul=0; Genel lise=1, Meslek lisesi=0; Yıl kaybı yok=1, Yıl kaybı var=0; Bıçak taşımama=1, Bıçak taşıma=0; Okulda tehdit edilme/yaralanma olmaması=1, Okulda tehdit edilme/yaralanma olması=0; Fiziksel kavgaya karışmama=1, Fiziksel kavgaya karışma=0; Düzenli sigara kullanmama=1, Düzenli sigara kullanma=0.

Tablo 41. Cinsel ilişkide bulunmaya etki eden faktörlerin lojistik regresyon analizi

	P	Odds oranı	%95 güven aralığı	
			Alt sınır	Üst sınır
Yaş	0,342			
Cinsiyet (1)	0,000	0,022	0,011	0,044
SED	0,089			
Devlet/Özel okul olma (1)	0,008	0,400	0,203	0,788
Genel/Meslek lisesi olma (1)	0,467			
Sınıf düzeyi	0,001	1,740	1,260	2,402
Yıl kaybı (1)	0,000	0,307	0,185	0,510
Alkollü araba kullanma durumu(1)	0,011	0,383	0,183	0,802
Bıçak taşıma durumu (1)	0,006	0,604	0,420	0,868
Okulda tehdit (1)	0,019	0,572	0,359	0,912
Fiziksel kavga durumu(1)	0,000	0,463	0,325	0,660
Düzenli sigara kullanımı (1)	0,000	0,414	0,295	0,580
Sabit	0,106	0,071		

Kız=1, Erkek=0; Devlet okulu=1, Özel okul=0; Genel lise=1, Meslek lisesi=0; Yıl kaybı yok=1, Yıl kaybı var=0; Alkollü araba kullanmama=1, Alkollü araba kullanma=0; Bıçak taşımama=1, Bıçak taşıma=0; Okulda tehdit edilme/yaralanma olmaması=1, Okulda tehdit edilme/yaralanma olması=0; Fiziksel kavgaya karışmama=1, Fiziksel kavgaya karışma=0; Düzenli sigara kullanmama=1, Düzenli sigara kullanma=0.

Tablo 42. Diyet yapmaya etki eden faktörlerin lojistik regresyon analizi

	P	Odds oranı	%95 güven aralığı	
			Alt sınır	Üst sınır
Yaş	0,366			
Cinsiyet (1)	0,000	6,881	5,606	8,447
SED	0,191			
Devlet/Özel okul olma (1)	0,000	0,506	0,355	0,723
Genel/Meslek lisesi olma (1)	0,073			
Sınıf düzeyi	0,024	0,813	0,680	0,973
Yıl kaybı (1)	0,323			
VKİ	0,000	1,309	1,269	1,351
Üzüntü, ümitsizlik (1)	0,000	0,668	0,562	0,794
Sabit	0,000	0,002		

Kız=1, Erkek=0; Devlet okulu=1, Özel okul=0; Genel lise=1, Meslek lisesi=0; Yıl kaybı yok=1, Yıl kaybı var=0; Son 15 gün üzüntü/ümitsizlik hissetmeme=1; Son 15 gün üzüntü/ümitsizlik hissetme=0.

Tablo 43. Hafta içi günlerde 2 saatten fazla televizyon seyretmeye etki eden faktörlerin lojistik regresyon analizi

	P	Odds oranı	%95 güven aralığı	
			Alt sınır	Üst sınır
Yaş	0,031	0,896	0,810	0,990
Cinsiyet (1)	0,000	0,633	0,548	0,730
SED	0,013	1,112	1,023	1,208
Devlet/Özel okul olma (1)	0,604			
Genel/Meslek lisesi olma (1)	0,000	0,596	0,513	0,693
Sınıf düzeyi	0,137			
Yıl kaybı (1)	0,103			
VKİ	0,297			
Spor takımı (1)	0,066			
Beden eğitimi (1)	0,003	0,778	0,662	0,916
Sabit	0,024	4,604		

Kız=1, Erkek=0; Devlet okulu=1, Özel okul=0; Genel lise=1, Meslek lisesi=0; Yıl kaybı yok=1, Yıl kaybı var=0; Spor takımında yer almama=1, Spor takımında yer alma=0; Beden eğitimi dersine katılmama=1, Beden eğitimi dersine katılma=0.

TARTIŞMA

Ergenlik dönemi bireyin hayatına yeni tecrübelerin, bir takım riskli davranışların girdiği ve değişimlerin yaşandığı bir dönem olarak karşımıza çıkar. Bu dönemde kazanılan davranışların sonuçları erişkin döneme kadar yansıyabilmektedir. Bu döneme ait riskli davranışların belirlenip değerlendirilmesi önemli bir çalışma alanını oluşturur. Son yıllarda ergenlere yönelik ailelerin ve toplumun kaygıları da artmaktadır. Ancak ülkemizde halen ergenlerin riskli sağlık davranışlarına yönelik yapılandırılmış bir izlem programı bulunmamaktadır.

Araştırmamız, Edirne şehir merkezindeki lise öğrencilerinin riskli sağlık davranışlarının belirlenmesine yönelik kesitsel tanımlayıcı nitelikte tasarlanmıştır. Topluma dayalı bir çalışma olarak planlanması yapılma zorluğunu da beraberinde getirmektedir. Madde kullanımı gibi bir takım riskli davranış oranlarının düşük olması da dikkate alınarak örneklemele çalışılmayıp tüm evrene ulaşmak hedeflenmiştir. Böylelikle gerçeğe daha yakın sonuçlar elde edileceği düşünülmüştür. Şüphesiz ki ergenlerde riskli sağlık davranışlarını incelemek için izlem çalışmaları yapmak yerinde olacaktır. Çalışmamız belli bir dönemi kapsamasına rağmen bu yöndeki girişimler için fikir sağlayacağını düşünüyoruz. İleriki yıllarda bölümümüzde ya da diğer araştırmacıların düzenleyeceği yeni araştırmalarla konuya süreklilik sağlanabilir.

Kişisel beyana dayalı bir çalışma olması bir takım kısıtlılıklar oluştursa da anketler öğretmenlerin gözetiminde yapılarak öğrencilerin katılımları teşvik edilmiştir. Kişisel bilgileri içermeyeceği vurgulanarak öğrencilerin kendileri ile ilgili bazı konuları açıklamaktan kaçınmak isteklerinin araştırmayı etkilemesi engellenmeye çalışılmıştır. Ayrıca toplumda bir

tabu olarak görülen cinsel davranışlarla ilgili sorular içeren bölümlerin yanıtlanma zorluğu olduğu bir gerçektir. Cinsel davranışlarla ilgili lise öğrencilerinde yapılmış çalışma sayısı ülkemizde oldukça kısıtlıdır. Çoğu çalışma da üniversite öğrencilerine yöneliktir. Araştırmamız bir yandan bu alandaki bilgi açığını gidermeye yardım ederken diğer yandan, bu grupta cinsellikle ilgili sorgulamanın yapılmasına yönelik tartışmalara da katkı yapacaktır. Üniversite çağına ait artan verilerle de, verilerde zamansal süreklilik sağlanmış olacaktır.

2006-2007 eğitim ve öğretim yılında Edirne şehir merkezindeki liselerde kayıtlı 7962 öğrenci bulunmaktadır. Araştırmamıza 5301 öğrenci katılmıştır. Böylece araştırma evreninin %66,5'ine ulaşılmıştır. Ulaşılamayan gençler anket uygulaması yapılan gün okula devam etmemiş öğrencilerden oluşmaktadır. Ek olarak bir lise idaresi anket uygulanmasını uygun bulmamış ve bu okul dışarıda tutulduğunda evren 7169 öğrenciye gerilemekte ve evrene ulaşma oranı %73,9 olmaktadır.

Katılımcıların 2670'i (%50,4) kız, 2631'i (%49,6)'sı erkekti. Tüm liseler için bu oranlar; %49,6 kız, %50,4 erkek şeklindeydi. Oranlar birbirine yakındı. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2003'e göre hem genel nüfusta hem de 15-24 yaş arasındaki nüfusta kadınların oranı biraz daha yüksek olup genel nüfusun %51'i kadın, %49'u erkek ve 15-24 yaş nüfusunun %47,4'ü erkek, %52,6'sı kızlardan oluşmaktadır (3). Bu durum da çalışmamızla benzerlik göstermektedir.

Çalışmamıza katılan öğrencileri yaş ortalaması $15,99 \pm 1,07$, ortanca yaşı 16 olarak bulundu (en düşük 13, en yüksek 21). Ülkemizde sene kaybı olmadığı durumda beklenen 9. sınıfa başlama yaşı 15, 10. sınıf için 16, 11. sınıf için 17'dir. Ercan ve ark. (74) tarafından yapılan çalışmada öğrencilerin yaş ortalaması $16,4 \pm 1,10$ yaş idi. Özkan'ın (75) çalışmasında yaş ortalaması $16,5 \pm 1,0$ olarak bulunmuştu. Çoğu çalışmanın liseli gençlerle benzer yaş grubu ile yapılmış olması bize karşılaştırma olanağı sağlamaktadır.

Çalışmamızda ilkokul mezunu anne oranı %47,1, ilkokul mezunu baba oranı %32,9 ile en kalabalık grubu oluşturuyordu. Çakmak'ın (76) Edirne ilinde ilköğretim okullarında yaptığı bir çalışmada ilkokul mezunu anneler %47,2, ilkokul mezunu babalar %33,2 olarak bulunmuştur. Benzer evrenlerde yürütülmüş iki çalışma arasındaki bir yılda bu oranların durağan olduğu anlaşılmaktadır. Edirne ilinde yapılmış çalışmalardan Öner'in (77) çalışmasında ilkokul mezunu oranı %38,6, Yalçın'ın (78) çalışmasında %39,8, Eker'in (79) çalışmasında %29,6 olarak yakın bir sonuçlar elde edilmiştir. Okur yazar olmayan anne %2,7, baba %0,5 oranında bulunmuştur. Yüksekokul mezunları ise anneler arasında %11,1, babalar arasında %20,2'dir. Yalçın'ın (78) çalışmasıyla karşılaştırıldığında kadınların okur-yazar

olmayanların oranı ve yüksekokul mezunlarının oranı geçen 5 yıl içinde azalma göstermektedir.

SED; gelir, eğitim düzeyi, meslek ve toplum içerisindeki sosyal statü ile ilişkili bir durumdur (80). Çalışmamızda kullanılan SED ölçeği kişileri, eğitim durumu ve mesleklerine göre farklı sosyoekonomik gruplara ayırmaktadır. Bu ölçeğe göre sosyoekonomik düzeyler; çok iyi, iyi, orta ve kötü olmak üzere 4 gruba ayrılmıştır (73). Ölçek her ne kadar ayrıntılı değerlendirme sağlamasa da evrenin sosyal ve ekonomik açıdan kolayca incelenmesine olanak verdiğinden tercih edilmektedir. Katılımcıların büyük çoğunluğu orta SED (%41,4) seviyesindedir. Öner'in (77) çalışmasında da en kalabalık grubu orta SED (%32,1) seviyesi oluşturmaktaydı. Bu ölçekle yapılmış Türkiye geneline yönelik bir çalışmaya rastlanmamıştır. Ancak, gayri safi milli hasılaya göre Edirne Türkiye ortalamasının üzerinde olup ilk 20 il arasındadır (79,81). Neyzi ölçeğinin ekonomik göstergelerden çok sosyal gelişmişliğe odaklanması şehrin bu özelliğinin tam gösterilememesine yol açmış olabilir. Ancak ülke genelinde de orta sosyoekonomik sınıfın en kalabalık grubu oluşturması muhtemeldir.

Ergenlik döneminde, başlıca riskli davranışlar arasında sigara kullanımı, alkol ve madde kullanımı, istemli-kasıtlı (güç kullanmak veya intihar girişimleri vb.) veya istemsiz-kasıtsız (motorlu taşıt kazaları vb.) yaralanmalar, cinsel yolla bulaşan hastalıklar, adolesan gebelikleri, istenmeyen gebelikle sonuçlanabilen cinsel davranışlar, sağlıksız diyet alışkanlıkları, yetersiz fizik aktivite ilk sıralarda yer alır (9,20). Çalışmamızda kullandığımız veri toplama aracı bu alanların tümünü irdelemeye yönelik sorular içermektedir.

Çalışmamıza katılan öğrencilerin ancak %0,6'sının ehliyeti vardı. Buna rağmen son ay trafikte araba kullanımı oranının ise %12,8 olduğu görüldü. Son 1 ay içinde ehliyeti olmadığı halde trafikte araba kullanım oranı ise %12 olarak bulundu. Ülkemiz yasalarına göre otomobil ehliyeti almak için 18 yaşında olma ve bu konuda özel bir eğitime katılma zorunluluğu bulunmaktadır (42,43). Araştırmada incelenen yaş grubunun ehliyet alma oranlarının çoğunlukla yaş sınırı ve bir kısmında da kursa katılamama nedeniyle düşük olduğu görülmektedir. Ancak öğrencilerin araba kullanmaya ilgileri ve bu konudaki pratikleri yüksek düzeydedir. Çalışmamızda okuduğu sınıf yükseldikçe ehliyetsiz araba kullanımının ve alkollüyen araba kullanımının arttığı görüldü. Ayrıca hem ehliyetsiz araba kullanımı hem de alkollüyen araba kullanımı erkeklerde daha fazla bulundu. Ergin'in (46) Adana'da yapmış olduğu çalışmada ise son 1 yılda ehliyetsiz motorlu araç kullanım oranı %19,9 bulunmuştu. Aradaki fark araba dışındaki motorlu araçların da dahil edilmesi ve son 1 yılı kapsamı nedeni ile oluşmuş olabilir. Ergin'in (46) çalışmasında da ehliyetsiz motorlu araç kullanma

sınıf düzeyi ile artış göstermekteydi. Çalışmalarda trafikte karşılaşılan riskli davranışlara erkeklerde daha fazla rastlanmaktaydı (46,82). 15-17 yaş grubu, orta ergenlik dönemine rastlayıp güçlü olma duygusu ve riskli davranışlarda artış olduğu bir dönemdir (6,13,16). Ehliyetsiz araba kullanımı, hatta alkollüyken ehliyetsiz araba kullanımı ergenlerin özellikle de erkek ergenlerin risk alma davranışına eğilimlerinin bir sonucu olarak görülebilir.

Çalışmamızdaki katılımcıların %61,6'sı motosiklete binerken hiç kask takmadığını, %28,4'ü nadiren taktığını, %10'u sürekli taktığını belirtti. Ülkemizde motorsiklet kullanırken kask takılması yasal zorunluluk olsa da bunun uygulamaya yeterince yansımadağı görülmektedir (42,43). Ayrıca motosiklete binerken sürekli kask kullanımı SED iyileştikçe artma gösteriyordu. ABD YRBS-2005 sonuçlarına göre nadiren takma veya hiçbir zaman takmamama oranı %36,5 olarak bulunmuştur (20). Ülkemizde durumun bundan çok daha kötü olduğu izlenmektedir. Adana'da yapılan bir çalışmada motosiklete binen öğrencilerin %91'inin hiçbir zaman koruyucu başlık takmadığı görülmüş ve ailenin aylık gelirine göre koruyucu başlık kullanma arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır (46). Ailenin gelir düzeyi sosyal gelişmişliğin tek başına bir göstergesi olamayacağından etkisiz bulunmuş olabilir. Çalışmamızda motosiklete binerken kask takma durumuna etki eden faktörler için oluşturulan lojistik regresyon modeline göre SED iyileşmesinin kask kullanımını 1,3 kat, emniyet kemerini sürekli takıyor olmanın 5 kat, çakı-bıçak gibi kesici delici aletler taşımamanın ise 3 kat olumlu etkisi olduğu saptandı. Çeşitli sağlıklı veya riskli davranışların birlikte görülme eğilimleri, çeşitli konularda yapılacak eğitim ve davranış değişikliği çalışmalarında programlama kolaylığı sağlayabilir

Bisiklete binerken ise katılımcıların kaskı %94,7'si hiç takmadığını, %4,2'si nadiren taktığını, %1,1'i sürekli taktığını belirtti. Çalışmamızda sınıf düzeyi yükseldikçe bisiklete binerken kask kullanma oranı azalıyordu. ABD YRBS-2005 sonuçlarına göre nadir takma veya hiçbir zaman takmamama oranı %83,4 olarak bulunmuştur (20). Adana'da yapılan çalışmada ise bisiklete binen öğrencilerin %96,9'u kask takmamaktaydı (46). Çalışmamızda bisiklete binerken kask takma durumuna etki eden faktörler için oluşturulan lojistik regresyon modeline göre özel okulda okuyor olmanın 3,2 kat, emniyet kemerini sürekli takmanın 5,5 kat olumlu etkisi saptandı. Trafik güvenliği açısından kask kullanımı, emniyet kemeri kullanımı gibi faktörlerin birlikte vurgulanması yerinde olabilir.

Emniyet kemerini katılımcıların %22,2'si hiç takmadığını, %53,2'si nadiren taktığını ve %24,5'i sürekli taktığını belirtti. ABD YRBS-2005 sonuçlarına göre nadir takma veya hiçbir zaman takmamama oranı %10,2 olarak bulunmuş (20). ABD için bu oran 1991'den

(%25,9) 2005 (%10,2) yılına gelindiğinde düşüş göstermekteydi (83). Bu azalma izlem çalışmalarının konuyu önemseme boyutunda etkisini düşündürmektedir. Adana’da yapılan çalışmada öğrencilerin %20,3’ünün hiçbir zaman emniyet kemeri takmadığı, %33’ünün daima emniyet kemeri taktığı saptanmıştır (46). Kocaeli’nde Kara ve ark. (5) tarafından yapılan çalışmada ise araç içinde seyahat ederken kemer takmayanlar %24.2 oranındaydı. Bizim çalışmamızda ve YRBS-2005 sonuçlarında da erkeklerde takmama oranı daha fazlaydı (20). Daima emniyet kemeri kullanma oranı Adana’da yapılan çalışmada da kız öğrencilerde daha fazlaydı (46). Çalışmamızda sınıf düzeyi yükseldikçe sürekli emniyet kemeri takma oranı düşüyordu. Adana’da yapılan çalışmada da benzer durum söz konusuydu (46). Çalışmamızda SED kötüleştikçe hiçbir zaman kullanmama oranı artıyordu. Bu durum yüksek SED’e sahip ailelerde konuya daha fazla değinildiğini ve olumlu örnek davranışların bu grupta daha fazla olduğunu gösteriyor olabilir. Çalışmamızda arabaya binerken emniyet kemeri takma durumuna etki eden faktörler için lojistik regresyon modeli oluşturuldu. Motosiklete binerken sürekli kask takmanın 4,7 kat, alkollü sürücü ile yolculuk etmemenin 2,5 kat arttırdığı saptandı.

Çalışmamızda sınıf düzeyi yükseldikçe motosiklete veya bisiklete binerken kask kullanımının ve emniyet kemeri kullanımının azaldığı dikkat çekmektedir. Küçük sınıflar bu koruyucu yaklaşımları ebeveyn önerileri ile daha güvenli görürken, sınıf düzeyi yükselip aileden bağımsızlaşınca gereksiz bir davranış olarak görülüp vazgeçiliyor olabilir. Alt sınıflarda daha yüksek oranlarda var olan bu olumlu davranışların üst sınıflarda da korunması için önlemler alınmalıdır.

Araştırmamızda geçen ay alkollü bir sürücü ile yolculuk etme %10,1 oranında görülmüştür. Kara ve ark. (5) tarafından yapılan çalışmada bu oran %18.6 bulunmuştu. Ergin’in (46) çalışması son bir yılı kapsamaktaydı ve %18 olarak saptanmıştı. ABD’de ise bu oran 1991’den 2005’e değin %39,9’dan %28,5’e gerilemiştir (83). Çalışmamızda erkeklerde bu oran daha fazlaydı ve sınıf düzeyi yükseldikçe artıyordu. Ergin’in (46) çalışmasında da üst sınıflarda olma ile arttığı görülmekteydi ve erkek öğrencilerde oran daha fazla bulunmuştu. Çalışmamızda trafikte araba kullanımı, ehliyetsiz araba kullanımı, alkollü sürücü ile yolculuk etme ve alkollü araba kullanımı sınıf düzeyi yükseldikçe artış gösteriyordu. Bu durum sınıf düzeyi yükseldikçe kendine güvenin ve risk almada artışının bir göstergesi olabilir. Çalışmamızda alkollü araba kullanımına durumuna etki eden faktörler için lojistik regresyon modeli oluşturuldu. Yaş artışının 1,6 kat, erkek olmanın 5,2 kat, emniyet kemerini hiç takmama veya nadir takmanın 2,8 kat, tabanca taşımanın 3,9 kat, bıçak taşımanın 2,2 kat,

fiziksel kavgaya karışmanın 2,3 kat, düzenli sigara kullanmanın 2 kat arttırdığı görüldü. Çalışmamız öğrencilerin %3,9'unun son 1 ay içinde üzerinde en az bir kez tabanca taşıdığını ve bunların %17,1'inin en az bir kez okul içinde de taşıdığını ortaya koymaktadır. Ergin'in (46) çalışmasında bu oran sırasıyla %6,4 ve %17,2'dir. Ancak Ergin (46) çalışmasında son 1 yıl üzerinden değerlendirme yapmıştır. Aradaki metodolojik farka rağmen benzer oranlar görülmüştür. Okulda aynı eylemi yapma oranlarındaki benzerlik ise çarpıcı düzeydedir. Kara ve ark. (5) tarafından Kocaeli'nde yapılan çalışmada ise son 1 ay için tabanca, bıçak, sopa gibi bir silah taşıma oranı %10,7 olarak bulunmuştu. Buradaki fark bıçak, sopa gibi araçların ilave edilmesinden kaynaklanıyor olabilir. Çalışmamızda erkeklerde bu oranın daha fazla olduğu saptandı. Ergin'in (46) çalışması ve Kara ve ark. (5) tarafından yapılan çalışmanın sonuçları da bu yöndedir. Çalışmamızda yaşam boyu en az bir kez tabanca taşımış olma durumuna etki eden faktörler için lojistik regresyon modeli oluşturuldu. Tabanca taşıma durumunu cinsiyetin erkek olmasının 3,3 kat, genel lisede okumanın 1,7 kat, alkollü araba kullanımının 4,3 kat, bıçak taşımanın 9,7 kat, fiziksel kavgaya karışmanın 2,2 kat, düzenli sigara kullanımının 2,3 kat arttırdığı saptandı.

Araştırmamızda son 1 ay içinde bıçak, çakı gibi delici ve kesici bir alet taşıma %11,9 olarak saptandı. Ergin'in (46) çalışmasında da (%11,7) benzer bir oran bulunmuştur. Her iki çalışmada da erkeklerde oran daha fazla bulunmaktaydı (46). Çalışmamızda sınıf düzeyi yükseldikçe oran (9. sınıfta %9,8, 10. sınıfta %11,1, 11. sınıfta %15,4) artıyordu. Ergin'in (46) çalışmasında da oranlar (9. sınıfta %9,1, 10. sınıfta %10,9, 11. sınıfta %15,8) benzer bulunmuştur. Çalışmamızda bıçak, çakı gibi delici ve kesici alet taşıma durumuna etki eden faktörler için lojistik regresyon modeli oluşturuldu. Cinsiyetin erkek olmasının 3,3 kat, sınıf düzeyi artışının 1,3 kat, tabanca taşımanın 15,9 kat, okulda güvende olmayacağını hissetmenin 2 kat, okulda tehdit, yaralanma olmasının 1,5 kat, fiziksel kavgaya karışmanın 5 kat arttırdığı saptandı. Sınıf düzeyindeki artışın yaştan bağımsız olarak etkili olması dikkat çekicidir.

Çalışmamızda %7,7 öğrencinin son bir yıl içinde okul sınırları içinde tehdit edilmiş veya yaralanmış olduğu görüldü. 2002 yılında yapılmış olan Ergin'in (46) çalışmasında son bir yıl içinde öğrencilerin %3,1'nin okula gidip gelirken veya okulda tehdit edildiğinden okula gidemediği görülmüş. Aynı çalışmada tüm öğrencilerin %2,9'unun son bir yıl içinde bıçak, çakı gibi delici ve kesici bir aletle tehdit edildiği ve yaralandığı tespit edilmiş (46). Araştırmamızda oranın yüksek olması aradan geçen 5 yıllık süreyle ilgili olabileceği gibi bizim çalışmamızda sözel tehdidin de tehdit olarak algılanmış olabileceğine de bağlanabilir.

Ayrıca çalışmamızda sınıf düzeyi yükseldikçe bu oranın azaldığı saptandı. Alt sınıflarda fazla olması öğrencilerin yeni girdikleri ortamda kendilerini güvensiz hissedebileceklerini düşündürürken üst sınıflarda daha az görülmesi kendilerini tam da orta ergenlik dönemine rastlayan bu dönemde daha güçlü hissetmelerine bağlanabilir.

Çalışmamızda son bir yıl içinde öğrencilerin %26,4'ünün fiziksel bir kavgaya karıştığı ve erkeklerde bu oranın daha fazla olduğu görüldü. Son bir yıl içinde fiziksel kavgaya karışan öğrencilerden %48,7'si okul sınırları içinde de fiziksel kavgaya karıştığı saptandı. Ergin'in (46) çalışmasında fiziksel bir kavgaya karışma oranı %30,2 ve erkeklerde daha fazla, okulda ise aynı durumun %59,6 oranında olduğu saptanmış. YRBS-2005 ABD sonuçlarına göre de fiziksel kavgaya karışma oranı son bir yıl için %35,9 oranı ile bize göre daha fazladır (20). Oranın bizde daha az olması sevindirici olmakla birlikte hala hiç de kabul edilebilir düzeyde değildir. Son zamanlarda medyaya da yansıyan okul içi şiddet durumları olayın ciddiyetini göstermesi açısından düşündürücüdür. Yapılan çalışmalar bu durumun erkeklerde daha fazla olduğu yönündedir (46,84). Erkeklerde oranın fazla olması cinsiyet rolleri ile ilişkili olabilir. Sonuç olarak dünyadaki her toplum kadın, erkek, kız ve erkek çocuklarının davranışlarını etkileyen ve aktivitelerini yöneten cinsiyet rollerini (örneğin erkek çocuklar araba ve silahla, kız çocuklar bebekle oynar gibi) belirlemiştir. (85). Çalışmamızda fiziksel kavgaya karışma durumuna etki eden faktörler için lojistik regresyon modeli oluşturuldu. Cinsiyetin erkek olmasının 3,3 kat, özel okulda okumanın 2 kat, yıl kaybı olmasının 1,8 kat, tabanca taşımanın 2 kat, bıçak taşımanın 4,9 kat, okulda güvende olmayacağını hissetmenin 1,5 kat, okulda tehdit, yaralanma olmasının 4,7 kat arttırdığı saptandı.

Çalışmamıza katılan öğrencilerin %33,2'sinin son bir yıl içinde 15 gün veya daha fazla süreyle günlük işlerini aksatacak kadar üzüntü ya da ümitsizlik hissettiği görüldü ve kızlarda bu oran daha yüksekti. Oran Ergin'in (46) çalışmasında %50,5, YRBS-2005 ABD sonuçlarında %28,5 olarak bulunmuştu ve kızlarda daha fazlaydı (20). Oranlar arasında fark bulunmaktadır. Ancak depresyonu etkileyebilen birçok faktör olduğu da bir gerçektir. Depresif bozukluk semptomlarından olan bu durum kızlarda daha fazla saptanmıştı. Depresyon kadınlarda prevalansı daha yüksek bir durumdur (86,87). Puberteden önce depresyon kız ve erkeklerde benzer oranlarda görülür. Puberteden sonra ise kızlarda erkeklere göre yaklaşık olarak 2 kat daha fazladır. Onlu yaşların sonuna doğru tüm yaygınlığın %14 ile %25 arasında olduğu tahmin edilmektedir (48). Depresyonda cinsiyet farklılığı erken ergenlik yaşlarında başlamakta ve 50'li yaşların ortasına kadar sürmektedir (88). Depresif bozuklukta cinsiyet farklılığını açıklamak için çeşitli varsayımlar ortaya atılmıştır (88). Özellikle pubertal

dönemin kronolojik yaşa göre genç kızlarda depresyon görülme sıklığı ile bağlantılı olduğu görülmüştür (88). Çalışmamızda son 12 ay 15 gün veya daha fazla üzüntü, ümitsizlik hissi durumuna etki eden faktörler için lojistik regresyon modeli oluşturuldu. Sınıf düzeyi artışının 1,7 kat, intihar girişimi olması 1,8 kat arttırdığı saptandı. Lise son sınıf öğrencilerinde bu oranın yüksek bulunması üniversite sınavı kaygısına bağlanabilir.

Çalışmamızda %15,5 öğrenci son bir yılda intihar etmeyi düşündüğü saptandı. Kızlarda bu oran %18,8, erkeklerde ise %12,2 olarak bulundu. ABD YRBS-2005 sonuçlarında bu oran %16,9 olarak bulunmuş olup, kızlarda %21,8, erkeklerde %12 olarak bizim sonuçlarımıza benzerdir (20). Ergin'in (46) çalışmasında ise bu oran %22,4 olarak bulunmuştu. Kara ve ark. (5) tarafından yapılan çalışmada bu oran %17,7'dir. Yapılan çalışmalarda kız öğrencilerde bu duruma daha fazla rastlanmaktaydı (5,46,89). İntihar girişiminde bulunmaya etki eden faktörler için oluşturduğumuz lojistik regresyon modelinde cinsiyetin kız olmasının 1,7 kat, eğitim boyunca yıl kaybı olmasının 1,9 kat, 15 gün veya fazla üzüntü, ümitsizlik hissinin 1,9 arttırdığı saptandı. Hem kısa süreli (son dört hafta içindeki) ve hem de uzun süreli (bir aydan uzun süren) yaşam olaylarının gençlerin intihar girişimlerinde tetik çekici rol oynadıkları gösterilmiştir (90). Karşılaşılan olayların ergenin iç dünyasını etkileyerek ümitsizlik, özdeğer duygusu ve güven hissinde azalmaya neden olabileceği ve bu yolla da genci intihara yatkın kılabilceği üzerinde durulmuştur (90).

Ülkemizde 18 yaş altındaki gençlere sigara satılması kanunen yasaktır (35). Çalışmamızda 18 yaş altındaki katılımcılarda sigara satın almış olma oranı %44,7 olarak saptandı. Oranın bu denli yüksek olması bu konu ile ilgili mevzuatın yeterince uygulanmadığını ve yeterince caydırıcı olmadığını düşündürmektedir. Bu konuda kişisel duyarlılığın artması gerekmektedir. Ülkemizde sigara kullanım oranlarının yüksek olması, çıkarılan kanunları uygulayacak kişilerin de bu kuralları benimsemelerinin önünde bir engeldir. Ancak bu tür değişikliklerin etkilerini bir süre sonra gösterdikleri de unutulmamalıdır.

Çalışmamızda yaşam boyunca en az bir kez sigara kullanma oranı %29,3 olarak saptandı. Gençlerde sigara içme oranlarını saptamaya yönelik DSÖ, CDC, UNICEF ve Milli Eğitim Bakanlığı ile işbirliği içerisinde düzenlenen Küresel Gençlik Tütün Araştırması'nda öğrencilerin %29,3'ü en az bir kez sigara içmeyi denediğini belirtmiştir (23). Ögel ve ark. (91) tarafından yapılan bir çalışmada yaşam boyu en az bir kez tütün kullanım yaygınlığı %37'dir. Erdem ve ark. (92) tarafından 10. sınıf öğrencilerine yönelik yapılmış bir çalışmada yaşam boyu en az bir kez tütün kullanım yaygınlığı %34,3 olarak bulunmuştur. Güraksın ve

ark. (93) yaptığı bir çalışmada yaşla birlikte sigarayı deneme oranlarının arttığı belirtilmiştir. ABD YRBS-2005 sonuçlarında yaşam boyu deneme oranı %54,3 olarak saptanmış olup sınıf düzeyi ile artış görülmekteydi (20). Çalışmamızda yaşam boyu en az bir kez sigara kullanımına etki eden faktörler için lojistik regresyon modeli oluşturuldu. Yaş artışının 1,3 kat, SED kötüleşmesinin 1,1 kat, meslek lisesinde okumanın 1,9 kat, sınıf düzeyi artışının 1,3 kat, yıl kaybı olmasının 2 kat, okulda tehdit, yaralanma olmasının 1,5 kat, fiziksel kavgaya karışmanın 3 kat, 15 gün veya fazla üzüntü, ümitsizlik hissinin 1,5 kat, yaşam boyunca en az bir kez alkol kullanmanın 5,6 kat arttırdığı saptandı. Görüldüğü gibi hem yaş hem de sınıf düzeyi etkili olmaktadır. Yaştan bağımsız olarak, üst sınıflarda olan öğrenciler, muhtemelen arkadaş gruplarının ve sosyal baskıların etkisiyle daha fazla sigara kullanmaktadırlar.

Çalışmamızda katılımcıların ortalama ilk sigarayı denedikleri yaş $13,5 \pm 2,46$, ortanca yaş 14 olarak bulundu. Çelik ve ark. (94) tarafından Manisa’da lise öğrencilerinde yapılan bir çalışmada yaş ortalaması $13,2 \pm 2,7$ olarak bulunmuştu. Ünlü ve ark. (95) tarafından Afyon’da yapılan bir diğer çalışmada da sigaraya başlama yaşı $12,4 \pm 2,59$ olarak saptanmış. Edirne lise öğrencilerinde Karlıkaya’nın (96) yaptığı çalışmada ise ilk deneme yaşının $13 \pm 3,4$ olduğu bulunmuştur. Sonuçlar çalışmamıza benzerlik göstermektedir. Ülkemizde yapılan araştırmalar sigara tüketiminin nüfus artış oranına göre daha büyük bir hızla yükseldiğini sigara içenlerin yaş ortalamasının eski yıllara göre gittikçe düştüğünü göstermektedir (97). Ayrıca ergenlerde tütüne başlama oranı ortaokul-lise ve lise-üniversite gibi geçiş dönemlerinde daha fazla olmaktadır (98,99).

Çalışmamızda yaşama boyunca en az bir kez sigara kullanımı olanlar arasında halen düzenli sigara kullandığını ifade edenlerin oranı %37,7 olarak saptandı. Tüm öğrenciler içinde düzenli aktif sigara kullanım oranı ise %10,8 olarak bulundu. Ögel ve ark. (22) tarafından yapılan çalışmada öğrencilerin %22’sinin her gün sigara içtikleri bulunmuş. Ercan ve ark. (74) tarafından yapılan çalışmada ise öğrencilerin %14’ünün her gün sigara içtiği saptanmıştı. İlk çalışmanın 1998, diğer çalışmanın 2000 yılında yapıldığı dikkate alınırsa aradan geçen süre zarfında bu oranda bir azalma olduğu anlaşılmaktadır. Çalışmamızda düzenli sigara kullanımına etki eden faktörler için lojistik regresyon modeli oluşturuldu. Yaş artışının 1,3 kat, meslek lisesinde okumanın 1,7 kat, sınıf düzeyi artışının 1,6 kat, yıl kaybı olmasının 2,2 kat, tabanca taşımının 2,8 kat, bıçak taşımının 1,7 kat, en az bir kez alkol kullanmanın 2,5 kat etkilediği saptandı. Üst sınıflarda okuma yaştan bağımsız olarak burada da etkili görülmektedir. Bu, üst sınıflarda bu davranışın daha kabul edilebilir algılandığının

göstergesidir. Bu etki ergenler yanında muhtemelen ebeveyn ve öğretmenlere de yansımaktadır.

Çalışmamızda halen düzenli sigara kullananların %58,2'sinin son bir yılda sigarayı bırakmayı denediği, %47,3'ünün önümüzdeki 6 ay içinde sigarayı bırakmayı düşündüğü, %36,1'inin önümüzdeki 1 ay içinde sigarayı bırakmayı planladığı görüldü. Sonuçlar öğrencilerin yoğun olarak sigarayı deneseler bile en azında yarısının bu durumdan memnun olmadığını düşündürmektedir. Bu onların sağlıklı davranışa dönme motivasyonlarının yüksek olduğuna işaret etmektedir. Oysa ergen ve genç erişkinlere yönelik hemen hiç sigara bıraktırma uygulaması yoktur. Gençler arasında yoğun sigara kullanımı olması nedeniyle sigara karşıtı etkinliklere ve sigara bıraktırma çalışmalarına ihtiyaç vardır.

Çalışmamızda 18 yaşın altındaki öğrencilerin %40,8'inin alkollü bir içki satın aldığı görüldü. Ülkemizde 18 yaşın altındakilere alkollü içki satışı yasak olmasına rağmen bu oranda görülmesi yasağın uygulanabilirliği açısından düşündürücüdür (35).

Çalışmamızda yaşamı boyunca en az bir kez alkol kullanımı %52,1 oranındadır. Ercan ve ark. (74) tarafından yapılan çalışmada bu oran %61 olarak saptanmıştı. Ögel ve ark. (91) tarafından 10. sınıf öğrencilerinde yapılmış bir çalışmada yaşam boyu en az bir kez alkol kullanım oranı %51,2 olarak bulunmuştur. Ögel ve ark. (91) tarafından yapılan çalışmada öğrenciler arasında yaşam boyu en az bir kez kullanım yaygınlığı en yüksek olan madde alkoldür. Bu oran çalışmamızla benzerdir. Erdem ve ark. (92) tarafından 10. sınıf öğrencilerine yönelik yapılmış bir çalışmada yaşam boyu en az bir kez alkol kullanım yaygınlığı %49,7 olarak çalışmamıza yakın bir sonuçtur. Özkan'ın (75) çalışmasında ömür boyu alkol alma prevalansı %40,4 olarak bulunmuş olup erkeklerde bu oran daha fazla görülmüştür. Bizim çalışmamızda da erkeklerde bu oran benzer çalışmalardan daha yüksek bulunmuştur. Çalışmamızda kez alkolü deneme yaş ortalaması $13,38 \pm 2,31$ 'di. Özkan'ın (75) çalışmasında alkole başlama yaşı $14,2 \pm 2,1$ olarak bulunmuş olup, erkeklerde bu yaşın daha küçük olduğu saptanmış. Bu durum çalışmamızla uyumludur. Çalışmamızda yaşam boyunca en az bir kez alkol kullanımına etki eden faktörler için lojistik regresyon modeli oluşturuldu. Özel lisede okumanın 3,9 kat, bıçak taşımanın 1,6 kat, fiziksel kavgaya karışmanın 1,5 kat, düzenli sigara kullanmanın 2,3 kat arttırdığı saptandı.

Çalışmamıza katılan öğrencilerin %1,1'ine okul sınırları içinde uyuşturucu madde teklif edilmiştir. Bu oran Özkan'ın (75) çalışmasında %1,8 olarak bulunmuştur. Çalışmamızda en çok kullanılan uyuşturucu madde esrardı ve bu bulgu Özkan'ın (75) çalışması ile benzerdi. Bir diğer çalışmada uçucu madde bağımlıları arasında ilk kez madde

kullanmaya başlama yaşı 12.1 ± 2.5 bulunmuştur (100). Bizim çalışmamızda yapıştırıcı-bally kullanmaya başlama yaşı $12,36 \pm 3,09$, boya-tiner için ise $11,48 \pm 1,77$ olarak bulunmuştur. Özkan'ın (75) çalışmasında da başlama yaşı en küçük ($12,0 \pm 1,6$) madde olarak uhu bulunmuştur. Yapıştırıcı-bally, boya-tiner gibi maddelerin nispeten daha erken yaşta başlanıyor olması satışlarının legal olması ve kolay ulaşılır olmasına bağlanabilir. Madde kullanım oranları olarak büyük ihtimalle buz dağının üstünü görebiliyoruz. Olayın boyutu büyük, tehlikeli ve öldürücüdür. Beraberinde diğer riskli davranışları da getirebildiği göz önüne alınırsa koruyucu önlemlerin önemi büyüktür.

Çalışmamızda yaşam boyu en az bir kez cinsel ilişkide bulunma oranı %13,8 olarak saptandı. Erkeklerde ve sınıf düzeyi yükseldikçe bu oran daha fazla bulundu. Toplumdaki genel yaklaşım ve bakış akışı nedeniyle kızların bu davranışı gizleme erkeklerinse abartma eğiliminde olabilecekleri göz önünde bulundurulmalıdır. Yaşam boyu en az bir kez cinsel ilişkide bulunanların yaş ortalaması $15,11 \pm 1,20$ olduğu görüldü. Ayrıca eğitim boyunca yıl kaybı olan öğrencilerde bu oran daha yüksekti. İstanbul'da 10. sınıf öğrencilerinde yapılmış bir çalışmada katılımcıların %19,9'unun hayatları boyunca en az bir kez cinsel ilişkide bulunduğu saptanmış, erkeklerde oran daha fazla bulunmuş ve ilk cinsel deneyim yaşı ağırlıklı olarak 14-15 yaşlar arasında olduğu saptanmış. Aynı çalışmada okul başarısı kötü olan öğrencilerin iyi olan öğrencilere göre karşı cinsle cinsel ilişkiye girme oranlarının yüksek olduğu gözlenmiş (101). Lise son sınıf öğrencilerinde yapılmış olan bir çalışmada öğrencilerin %32,4'ünün cinsel ilişki yaşadığı saptanmıştır (102). Kara ve ark. (5) tarafından yapılan çalışmada bu oran %22,1 olarak bulunmuştur. ABD YRBS 1991 yılında %54,1 olan cinsel ilişki yaşamış olma oranı 2005 yılında %46,8'e gerilemiş (83). Set'in (61). üniversiteye yeni kayıt yaptıran öğrencilerde yaptığı bir çalışmada cinsel ilişkide bulunmuş olma oranı kızlarda %3,2, erkeklerde ise %49,2 olarak saptanmıştır. Çalışmamızda yaşamı boyunca en az bir kez cinsel ilişkide bulunanlar içinde son cinsel ilişkide doğum kontrol yöntemi kullananlar %56,4 olarak saptandı. SED iyileştikçe kullanma oranı artıyordu ve en sık kullanılan yöntem prezervatifti. ABD YRBS 1991 yılında %46,2 olan en son ilişkide kondom kullanma oranı 2005 yılında %62,8'e yükselmiştir (83). Kara ve ark. (5) tarafından yapılan çalışmada en son ilişkide kondom kullanma oranı %37,1 olarak bulunmuştur. Üniversite öğrencilerinde yapılan bir diğer araştırmada öğrencilerin %24,1'inin en az bir kez cinsel ilişkide bulunduğu ve bunların %40,7'sinin son 6 ay içinde birden fazla kişiyle cinsel ilişkide bulunduğu tespit edilmiştir (103). Bizim çalışmamızda yaşamı boyunca en az bir kez cinsel ilişkide bulunanların %32,6'sının son 3 ay içinde birden fazla sayıda kişiyle cinsel ilişkide bulunduğu

saptandı. Çalışmamızın lise öğrencilerinde yapıldığı göz önünde bulundurulduğunda oranın daha düşük çıkması beklenen ve istenen bir durumdur. Ülkemizde lise dönemine ait konu ile ilgili çalışmalar yetersizdir. Ancak ergenlik döneminde bölgesel farklılıklar olabilse de küçümsenemeyecek bir oranda cinsel etkinlik söz konusudur. Arzu edilen cinsel ilişki yaşının, gençlerin daha fazla sorumlulukla hareket ettikleri yaşlara taşınması olsa da sağlıklı cinsellik ve korunma yöntemleri konusunda ergenleri bilgilendirmek önemlidir. Gençlerin cinsel sağlık ve üreme sağlığı ile ilgili çalışmalar özellikle gelişmiş ülkelerde gençlerin cinselliklerini güvenli ve sorumlu bir şekilde yaşamaları açısından gittikçe önem kazanan bir alan haline gelmiştir (104). Diğer taraftan gelişmekte olan ülkelere ise gençlerin cinsel sağlık ve üreme sağlığı erken yaşta evlilik ve doğurganlık açısından önemli bir konudur. Bölgeler ve yerleşim birimleri arası farklılıklar nedeni ile ülkemizde her iki durum da geçerlidir (104). Ergenlerde yapılandırılmış bir cinsel eğitim oldukça önemlidir (105). ABD’deki kondom kullanım oranlarının yıllar içinde artmış olması konuya değinildiğinde sonuç alınabileceğini göstermesi bakımından ümit vericidir.

Çalışmamızda yaşamı boyunca en az bir kez cinsel ilişkide bulunmaya etki eden faktörler için lojistik regresyon modeli oluşturuldu. Cinsiyetin erkek olmasının 45,5 kat, özel okulda okumanın 2,5 kat, sınıf düzeyi artışının 1,7 kat, yıl kaybı olmasının 3,3 kat, alkollü araba kullanmanın 2,6 kat, bıçak taşımının 1,7 kat, okulda tehdit, yaralanma olmasının 1,7 kat, fiziksel kavgaya karışmanın 2,2 kat, düzenli sigara kullanmanın 2,4 kat etkilediği saptandı. Bu konuya değinmede bu etkileşimleri de dikkate almak yardımcı olabilir.

Çalışmamızda öğrencilerin VKİ ortalaması $20,27 \pm 2,96$ olarak bulundu. Katılımcılardan normal kilolu olanların ancak %62,9’u kendisini ideal kilolu olarak tanımlamıştır. Son bir ay içinde kilo vermek veya korumak amaçlı diyet yapanların oranı %19,6, egzersiz yapma oranı ise %27,6 olarak saptandı. Kızlarda bu oranlar daha fazlaydı ve beden ağırlığı tanımı zayıftan fazla kiloluya ilerledikçe diyet yapanların oranı ve egzersiz yapanların oranı artıyordu. Adana ilinde yapılan bir çalışmada son bir ay içinde kilo vermek veya korumak amaçlı diyet yapanların oranı %26,8, egzersiz yapanların oranı %34,7 olarak saptanmış ve her iki durum kız öğrencilerde daha fazla bulunmuştur. Ayrıca çalışmamızda olduğu gibi zayıftan fazla kiloluya ilerledikçe diyet yapanların oranında ve egzersiz yapanların oranında artış saptanmıştır (106). Diyet yapma ve egzersiz yapma oranlarının bizim çalışmamızdan fazla olması öğrencilerin VKİ’lerinin bize göre yüksek bulunmasında kaynaklanıyor olabilir. Gençlerin egzersiz ve diyet alışkanlıkları açısından taramaları ve eğitimi açısından sağlık çalışanlarını cesaretlendirmek ve eğitmek bu konuya değinmede

önemlidir. (107). Çalışmamızda diyet yapmaya etki eden faktörler için lojistik regresyon modeli oluşturuldu. Cinsiyetin kız olmasının 6,9 kat, özel okulda okumanın 2 kat, VKİ artışının 1,3 kat, 15 gün veya fazla üzüntü, ümitsizlik, hissinin 1,5 kat arttırdığı saptandı (Tablo 42). Özellikle yüksek sosyoekonomik sınıftan ergen kızlar arasında zayıf olma konusunda bir istek, yüksek kilolu olanlarda beden imajlarından memnun olmamanın sık olması ortak bir gözlemdir. Ancak bu bakış açısının sağlıklı beslenme ve ideal vücut ağırlığının korunması odaklı bir noktaya çekilmesi gereklidir.

Çalışmamızda hafta içi günlerde 2 saatten fazla televizyon seyretme durumu %64,1 oranında olup erkeklerde daha fazlaydı. Özel okula göre devlet okulunda okuyanlarda ve genel lisede öğrenim görenlerde meslek lisesinde öğrenim görenlere göre daha fazla olduğu saptandı. Bu durum okullardaki sosyal faaliyetlerin arttırılması ile giderilebilir. Çalışmamızda hafta içi günlerde 2 saatten fazla televizyon seyretme durumuna etki eden faktörler için lojistik regresyon modeli oluşturuldu. Yaşın düşmesi 1,1 kat, cinsiyetin erkek olmasının 1,6 kat, SED kötüleşmesinin 1,1 kat, meslek lisesinde okumanın 1,7 kat, beden eğitimine katılmanın 1,3 kat etkilediği saptandı.

Çalışmamızda haftada en az bir gün beden eğitimi dersine katılma oranı %48,6 olarak bulundu. Bu oran erkeklerde daha fazlaydı ve sınıf düzeyi arttıkça azalmaktaydı. Son sınıflara doğru üniversite sınavı ile ilgili baskının artması bu derse verilen önemin düşmesine neden olabilir. Çalışmamızda son bir yılda herhangi bir spor takımında yer alma oranı %40,3 olarak bulundu. Erkeklerde daha fazla olan bu oran SED iyileştikçe artarken, sınıf düzeyi yükseldikçe azalıyordu. Aynı zamanda özel okulda okuyanlarda da devlet okulunda okuyanlara göre oran fazlaydı. Özel okul öğrencilerinde katılımın artması okul imkanlarının artmasına bağlanabilir.

Bu çalışma lise dönemindeki ergenlerin riskli davranış profillerini ortaya koymuştur. Sigara, alkol kullanımı, cinsel ilişkide bulunma, kavgaya karışma, tabanca, bıçak vb. silah taşıma gibi bir takım riskli davranışların erkeklerde daha fazla olması dikkat çekicidir. Bu durum erkeklerin toplumsal rollerine bağlanabilir. Bu bağlamda ailelerin de bu konuda çocuklarına yaklaşırken aradaki farkı göz önünde bulundurup hareket etmeleri uygundur. Ayrıca ebeveynler iyi birer rol model olarak riskli davranışlara yönelik koruyucu etkiye sahip olabilirler. Bu durum da göz ardı edilmemelidir.

Dikkat çekici bir diğer nokta da sınıf düzeyi yükseldikçe sigara, alkol kullanımının, cinsel ilişkide bulunmanın, ehliyetsiz ve alkollü araba kullanmanın artış göstermesidir. Bu davranışların sınıf düzeyi yükseldikçe artması kendilerine olan güvenin artışı ile ilişkili

olabileceği gibi belli idollerle özdeşim kurmalarına da bağlanabilir. Yetişkin gibi davranmaya yönelme ergenin riskli davranışlarını artırıyor olabilir. Bu durumda okulda risk faktörleri konusunda alt sınıflardan itibaren öğrencilere rehberlik verilmesi yerinde olacaktır. Alt sınıflarda kendini güvende hissetmeme ve tehdit edilme daha fazladır. Bu nedenle okullarda güvenliği arttırıcı önlemler alınması önemlidir. Küçük sınıflarda güven duygusunun arttırılması büyük sınıflarda kavga oranını da düşürebilir. Okullar gençlere sağlıklı davranışların aşılandığı güvenli yerler haline getirilmelidir. Özellikle sigara kullanımı gibi konularda öğretmenler olumlu örnek olmalıdırlar.

Ayrıca ergenler; yaralanmalar konusunda bilgilendirilmelidir. Trafikte ehliyetsiz ve alkollü araba kullanmamaları, kask ve emniyet kemeri kullanmaları gibi trafik güvenliği ile ilgili konularda teşvik edilmelidir. Sigara, alkol, madde, kullanmamaları önerilmeli, kullanıyorlarsa bırakmaya yönelik destek sağlanmalıdır. Depresyon ve intihar düşünceleri açısından değerlendirilmeli ve takip edilmelidir. Ergenlere riskli cinsel davranışlar ve sağlıklı cinsellik ile ilgili eğitim verilmelidir. Ergenler sağlıklı beslenme konusunda bilgilendirilip egzersiz için teşvik edilmelidir.

Çalışmamızda bir koruyucu faktörün diğer durum için de etkili olabileceğini gördük. Bu bağlamda genci bir risk faktöründen uzaklaştırmak diğer risk faktörleri için de koruyucu olabilecektir.

Ergenlik dönemi boyunca gencin hayatına yeni tecrübelerin yoğun bir şekilde girmesi yardım ihtiyacını da ortaya çıkarır. Ergen bu ihtiyacı kendisi fark edip yardım talep edebilir veya fark etmeyebilir. Bu konuda yakınında danışmanlık alabileceği bir birim olması yerinde olacaktır. Bu bağlamda okul hekimliği üzerinde önemle durulması gereken bir konudur. Aile hekimlerinin bu alana eğilmesi sevindirici olacaktır. Hekim bu sayede okul, aile, öğrenci işbirliği açısından birleştirici bir noktada olabilecektir.

SONUÇLAR

Edirne ili merkezindeki lise öğrencilerinde sağlık açısından riskli çeşitli davranışların yaygınlıklarını saptayıp değerlendirmek, ergenlere yönelik bireysel ve toplumsal sağlık hizmeti sunumunda iyileştirmeler yapabilmek için önerilerde bulunmamızı sağlayacağını umduğumuz çalışmamızın sonuçları şu şekilde özetlenebilir:

1- Katılımcıların 2670'i (%50,4) kız, 2631'i (%49,6)'sı erkekti. Katılımcıların yaş ortalaması $15,99 \pm 1,07$, ortanca yaşı 16 olarak bulundu (en düşük 13, en yüksek 21).

2- Katılımcılardan 5044 (%95,2) öğrenci devlet okulunda, 257 (%4,8) öğrenci özel okulda okumaktaydı. Katılımcıların 2983'ü (%56,3) genel lise öğrencisi, 2318'i (%43,7) meslek lisesi öğrencisiydi. Katılımcıların 1691'i (%31,9) 9. sınıf öğrencisi, 2161'i (%40,8) 10. sınıf öğrencisi, 1439'u (%27,1) 11. sınıf öğrencisi, 10'u (%0,2) 12.sınıf öğrencisiydi ve 12. sınıf sadece bir lisede ve 26 kişiden oluşmaktaydı.

3- Katılımcıların SED'i %3,9'unun çok iyi, %18,8'inin iyi, %41,4'ünün orta, %35,9'unun kötü gruptaydı. SED iyileştikçe özel okulda okuma oranı artıyordu. SED kötüleştikçe meslek lisesinde okuma oranı artıyordu.

4- Katılımcıların %90,5'inin yıl kaybı yokken %9,5'inin yıl kaybı vardı. Eğitimleri boyunca yıl kaybedenlerin oranı kızlarda %5,4, erkeklerde ise %13,8 idi. SED iyileştikçe eğitim boyunca yıl kaybı oranı azalıyordu.

5- Katılımcıların %43,8'i motosiklete biniyordu. SED kötüleştikçe motosiklete binme oranı artıyordu. Katılımcıların %61,6'sı hiç takmadığını, %28,4'ü nadiren taktığını, %10'u sürekli taktığını belirtti. Sınıf düzeyi yükseldikçe sürekli kask kullanma alışkanlığı düşüyordu. SED kötüleştikçe oran azalıyordu. Motosiklete binerken kask

kullanımını SED iyileşmesinin 1,3 kat, emniyet kemerini sürekli takma durumunun 5 kat, bıçak taşımamanın 3 kat arttırdığı saptandı.

6- Katılımcıların %89,4'ü bisiklete biniyordu. Sınıf düzeyi yükseldikçe bisiklete binme azalıyordu. SED iyileştikçe bisiklete binme oranı artıyordu. Bisiklete binerken koruyucu kaskı katılımcıların %94,7'si hiç takmadığını, %4,2'si nadiren taktığını, %1,1'i sürekli taktığını belirtti. Sınıf düzeyi yükseldikçe bisiklete binerken kask kullanma oranı azalıyordu. SED kötüleştikçe nadiren kask kullananların oranı artıyordu. Bisiklete binerken kask kullanımını özel okulda okuyor olmanın 3,2 kat, emniyet kemerini sürekli takmanın 5,5 kat arttırdığı saptandı.

7- Katılımcıların %22,2'si emniyet kemerini hiç takmadığını, %53,2'si nadiren taktığını ve %24,5'i sürekli taktığını belirtti. Erkeklerde hiç takmama oranı daha yüksekti. Sürekli emniyet kemeri kullanma oranı sınıf yükseldikçe azalıyordu. SED kötüleştikçe hiçbir zaman kullanmama oranı artıyordu. Emniyet kemeri kullanımını motosiklete binerken sürekli kask takmanın 4,7 kat, alkollü sürücü ile yolculuk etmemenin 2,5 kat arttırdığı saptandı.

8- Katılımcıların %0,6'sının ehliyeti vardı. Katılımcıların %12,8'i son 1 ay içinde trafikte araba kullanmıştı. Erkeklerde bu oran daha yüksekti. Sınıf düzeyi yükseldikçe bu oran artıyordu. Katılımcılarda ehliyetsiz araba kullanım oranı %12 olarak bulundu. Erkeklerde bu oran daha yüksekti. Ehliyetsiz araba kullanma durumu sınıf yükseldikçe artıyordu. Katılımcıların %2,2'si son 1 ay içinde trafikte alkollüyken araba kullanmıştı. Erkeklerde bu oran daha yüksekti. Sınıf düzeyi yükseldikçe bu oran artıyordu. Son 1 ay içinde trafikte alkollüyken araba kullananların ancak %7,8'inin ehliyeti vardı. Alkollü araba kullanımını yaş artışının 1,6 kat, erkek olmanın 5,2 kat, emniyet kemerini hiç takmama veya nadir takmanın 2,8 kat, tabanca taşımamanın 3,9 kat, bıçak taşımamanın 2,2 kat, fiziksel kavgaya karışmanın 2,3 kat, düzenli sigara kullanmanın 2 kat arttırdığı görüldü. Katılımcıların %10,1'i geçen ay içinde alkollü bir sürücü ile yolculuk etmişti. Erkeklerde bu oran daha yüksekti. Sınıf düzeyi yükseldikçe bu oran artıyordu.

9- Katılımcıların %3,9'u son 1 ay içinde üzerinde tabanca taşımıştı. Erkeklerde bu oran daha yüksekti. Son 1 ayda üzerinde tabanca taşıyan katılımcıların %17,1'i okul sınırları içinde de üzerinde tabanca taşımıştı. Son ay üzerinde tabanca taşıyanların %78,6'sı son ay bıçak, çakı gibi kesici delici alet de taşımıştı. Tabanca taşıma durumunu cinsiyetin erkek olmasının 3,3 kat, genel lisede okumanın 1,7 kat, alkollü araba

kullanımının 4,3 kat, bıçak taşımının 9,7 kat, fiziksel kavgaya karışmanın 2,2 kat, düzenli sigara kullanımının 2,3 kat arttırdığı saptandı.

10- Katılımcıların %11,9'u son 1 ay içinde üzerinde bıçak, çakı gibi kesici delici bir alet taşıyordu. Erkeklerde bu oran daha yüksekti. Sınıf düzeyi yükseldikçe oran artış gösteriyordu. Son 1 ayda üzerinde bıçak, çakı gibi kesici delici bir alet taşıyan katılımcıların %25,6'sı okul sınırları içinde de üzerinde bıçak, çakı gibi delici-kesici bir alet taşıyordu. Cinsiyetin erkek olmasının 3,3 kat, sınıf düzeyi artışının 1,3 kat, tabanca taşımının 15,9 kat, okulda güvende olmayacağını hissetmenin 2 kat, okulda tehdit, yaralanma olmasının 1,5 kat, fiziksel kavgaya karışmanın 5 kat arttırdığı saptandı.

11- Katılımcıların %18,9'u son 1 ay içinde okulda güvende olmayacağını hissetmişti. Sınıf düzeyi yükseldikçe oran azalma gösteriyordu. SED kötüleştikçe oran artıyordu. Son ay üzerinde tabanca taşıyanların %40'ı kendini okulda güvende hissetmediğini belirtti. Son ay üzerinde bıçak, çakı gibi delici kesici alet taşıyanların %35,1'i son ay okulda güvende olmayacağını hissetmişti.

12- Katılımcıların %7,7'si son 1 yılda okul sınırları içinde tehdit edilmiş veya yaralanmıştı. Erkeklerde bu oran daha yüksekti. Sınıf düzeyi yükseldikçe bu oran azalıyordu. Son ay üzerinde tabanca taşıyanların %26,3'ü son 12 ay boyunca okulda tehdit edilmiş veya yaralanmıştı. Son ay üzerinde bıçak, çakı gibi delici kesici alet taşıyanların %21,2'si son 12 ay okulda tehdit edilmiş veya yaralanmıştı.

13- Katılımcıların %26,4'ü son 1 yılda fiziksel bir kavgaya karışmıştı. Erkeklerde bu oran daha yüksekti. Son ay üzerinde tabanca taşıyanların %76,3'ü, bıçak, çakı vb. taşıyanların ise %70,8'i son 12 ayda fiziksel kavgaya karışmıştı. Kavgaya karışmayı cinsiyetin erkek olmasının 3,3 kat, özel okulda okumanın 2 kat, yıl kaybı olmasının 1,8 kat, tabanca taşımının 2 kat, bıçak taşımının 4,9 kat, okulda güvende olmayacağını hissetmenin 1,5 kat, okulda tehdit, yaralanma olmasının 4,7 kat arttırdığı saptandı.

14- Katılımcıların %33,2'si son 1 yılda 15 gün veya fazla süreyle günlük işlerinizi aksatacak kadar üzüntü ya da ümitsizlik hissetmişti. Kızlarda bu oran daha yüksekti. Sınıf düzeyi yükseldikçe oran artıyordu. SED kötüleştikçe oran azalıyordu. Son 12 ay 15 gün veya daha fazla üzüntü, ümitsizlik hissi durumunu sınıf düzeyi artışının 1,7 kat, intihar girişimi olması 1,8 kat etkilediği saptandı.

15- Katılımcıların %15,5'i son 1 yılda intihar etmeyi düşünmüştü. Kızlarda bu oran erkeklerden daha yüksekti. İntihar etmeyi düşünenlerin %64,2'si son 1 yıl içinde

intihar etmeyi planlamıştı. İntihar etmeyi planlayanların da %42'sinin intihar girişimi olmuştu. Son 12 ay boyunca 15 gün veya daha fazla üzüntü, ümitsizlik hissedenlerin %34,5'i son 12 ayda intihar etmeyi düşünmüştü. Son 12 ay boyunca 15 gün veya daha fazla üzüntü, ümitsizlik hissedenlerin %45'i son 12 ayda intihar girişiminde bulunmuştu. İntihar girişiminde bulunmayı cinsiyetin kız olmasının 1,7 kat, eğitim boyunca yıl kaybı olmasının 1,9 kat, 15 gün veya daha fazla üzüntü, ümitsizlik hissinin 1,9 arttırdığı saptandı.

16- Katılımcılardan 18 yaş altındakilerin sigara satın almış olma oranı %44,7 olarak saptandı. Sınıf düzeyi yükseldikçe ve SED kötüleştikçe oran artıyordu. Yaşam boyunca en az bir kez sigara kullanma oranı %29,3 olarak saptandı. Sınıf düzeyi yükseldikçe ve SED kötüleştikçe oran artıyordu. Yaşam boyunca en az bir kez sigara kullanmayı yaş artışının 1,3 kat, SED kötüleşmesinin 1,1 kat, meslek lisesinde okumanın 1,9 kat, sınıf düzeyi artışının 1,3 kat, yıl kaybı olmasının 2 kat, okulda tehdit, yaralanma olmasının 1,5 kat, fiziksel kavgaya karışmanın 3 kat, 15 gün veya daha fazla üzüntü, ümitsizlik hissinin 1,5 kat, yaşam boyunca en az bir kez alkol kullanmanın 5,6 kat arttırdığı saptandı.

17- Katılımcıların ortalama ilk sigarayı denedikleri yaş $13,5 \pm 2,46$, ortanca yaş 14 olarak bulundu. Yaşamı boyunca sigara kullanımı olan katılımcıların %62,8'i son 1 ay içinde sigara kullanmıştı. Son 1 ay içinde sigara kullananların %43,5'i okul sınırları içinde de kullanmıştı. Halen düzenli aktif sigara kullanma oranı ise %10,8 olarak saptandı. Düzenli sigara kullanımını yaş artışının 1,3 kat, meslek lisesinde okumanın 1,7 kat, sınıf düzeyi artışının 1,6 kat, yıl kaybı olmasının 2,2 kat, tabanca taşımının 2,8 kat, bıçak taşımının 1,7 kat, en az bir kez alkol kullanmanın 2,5 kat arttırdığı saptandı. Halen düzenli sigara kullananların %58,2'sinin son bir yılda sigarayı bırakmayı denediği, %47,3'ünün önümüzdeki 6 ay içinde sigarayı bırakmayı düşündüğü, %36,1'inin önümüzdeki 1 ay içinde sigarayı bırakmayı planladığı görüldü.

18- Katılımcılardan 18 yaşın altındakilerin öğrencilerin %40,8'inin alkollü bir içki satın aldığı görüldü. Sınıf yükseldikçe oran artıyordu. Yaşamı boyunca en az bir kez alkol kullanımı %52,1 oranındadır. Okuduğu sınıf yükseldikçe ve SED iyileştikçe oran artıyordu. Yaşamı boyunca en az bir kez alkol kullananların %50,1'i son 1 ay içinde alkol kullanmıştı. Son 1 ay içinde alkol kullananların %8,3'ü okul sınırları içinde de kullanmıştı. Son ay aktif alkol kullanma oranı ise %25,4 olarak bulundu. İlk kez alkölü deneme yaşı ortalaması $13,38 \pm 2,31$ 'di. Yaşam boyunca en az bir kez alkol kullanımını

özel lisede okumanın 3,9 kat, bıçak taşımının 1,6 kat, fiziksel kavgaya karışmanın 1,5 kat, düzenli sigara kullanmanın 2,3 kat arttırdığı saptandı. Yaşama boyunca en az bir kez sigara kullananların %83,3'ü en az bir kez alkol de kullanmıştı.

19- Katılımcıların %1,1'i son 1 yılda okul sınırları içinde kendisine uyuşturucu madde teklif eden, satan, veren olduğunu belirtti. Uyuşturucu maddeler içinde en sık kullanılan esrar 28 (%0,5) kişi tarafından kullanılmıştı. Herhangi bir uyuşturucu madde toplam 63 (%1,2) kişi tarafından kullanılmıştı.

20- Yaşam boyu en az bir kez cinsel ilişkide bulunma oranı %13,8 olarak saptandı. Erkeklerde ve sınıf düzeyi yükseldikçe bu oran daha fazla bulundu. Yaşam boyu en az bir kez cinsel ilişkide bulunanların yaş ortalaması $15,11 \pm 1,20$ olduğu görüldü. Cinsel ilişkide bulunmayı cinsiyetin erkek olmasının 45,5 kat, özel okulda okumanın 2,5 kat, sınıf düzeyi artışının 1,7 kat, yıl kaybı olmasının 3,3 kat, alkollü araba kullanmanın 2,6 kat, bıçak taşımının 1,7 kat, okulda tehdit, yaralanma olmasının 1,7 kat, fiziksel kavgaya karışmanın 2,2 kat, düzenli sigara kullanmanın 2,4 kat arttırdığı saptandı. Yaşamı boyunca en az bir kez cinsel ilişkide bulunanların %32,6'sının son 3 ay içinde birden fazla sayıda kişiyle cinsel ilişkide bulunduğu saptandı.

21- Yaşamı boyunca en az bir kez cinsel ilişkide bulunanlar içinde son cinsel ilişkide doğum kontrol yöntemi kullananlar %56,4 olarak saptandı. SED iyileştikçe kullanma oranı artıyordu ve en sık kullanılan yöntem prezervatifti.

22- Öğrencilerin VKİ ortalaması $20,27 \pm 2,96$ olarak bulundu. Katılımcılardan normal kilolu olanların ancak %62,9'u kendisini ideal kilolu olarak tanımlamıştı. Son bir ay içinde kilo vermek veya korumak amaçlı diyet yapanların oranı %19,6, egzersiz yapma oranı ise %27,6 olarak saptandı ve bu oranlar kızlarda daha fazlaydı.

23- Hafta içi günlerde 2 saatten fazla televizyon seyretme durumu %64,1 oranında olup erkeklerde daha fazlaydı. Televizyon seyretme durumunu yaşı'n düşmesi 1,1 kat, cinsiyetin erkek olmasının 1,6 kat, SED kötüleşmesinin 1,1 kat, meslek lisesinde okumanın 1,7 kat, beden eğitime katılmanın 1,3 kat etkilediği saptandı.

24- Haftada en az bir gün beden eğitimi dersine katılma oranı %48,6 olarak bulundu. Bu oran erkeklerde daha fazlaydı ve sınıf düzeyi arttıkça azalmaktaydı. Son bir yılda herhangi bir spor takımında yer alma oranı %40,3 olarak bulundu. Erkeklerde daha fazla olan bu oran SED iyileştikçe artarken, sınıf düzeyi yükseldikçe azalıyordu ve özel okulda okuyanlarda da devlet okulunda okuyanlara göre oran fazlaydı.

ÖZET

Ergenlik dönemi, bir takım özelliklerin kazanıldığı, gencin yaşamına yeni tecrübelerin girdiği bir dönemdir. Bu dönemde edinilen bir takım riskli davranışların sonuçları erişkin döneme kadar yansıyabildiğinden bu davranışların izlenmesi ve değerlendirilmesi gereklidir. Bu çalışmada Edirne ili merkezindeki lise öğrencilerinde sağlık açısından riskli davranışların yaygınlıklarını ve etkileyen faktörleri belirlemek, ergenlere yönelik bireysel ve toplumsal sağlık hizmeti sunumunda iyileştirmeler yapabilmek için önerilerde bulunabilmek amaçlanmıştır. 2006-2007 eğitim ve öğretim yılında Edirne şehir merkezindeki liselerde kayıtlı öğrencilerden ulaşılan 5301 (%66,5) öğrenciye; sosyodemografik özellikler, kasıtlı-kasıtsız yaralanmalar, sigara, alkol, madde kullanımı, cinsel davranış, beden algısı ve fiziksel aktivite alt başlıklarında riskli sağlık davranışlarını ile ilgili anket uygulanmıştır. Araştırma sonucunda ergenler arasında yaşam boyu en az bir kez sigara kullanımı %29,3, düzenli aktif sigara kullanımı %10,8, yaşam boyu en az bir kez alkol kullanımı %52,1, son ay aktif alkol kullanımı %25,4, cinsel ilişkide bulunma %13,8 oranında saptandı. Sürekli emniyet kemeri takma oranı %24,5'ti. %33,2 ergende depresyon belirtileri vardı. Silah taşıma %3,9, kesici delici alet taşıma %11,9, kavgaya karışma %26,4 oranında görülmekteydi. Trafik güvenliği önlemlerinin yaygınlaşmadığı, sigara ve alkol kullanmanın yaygın olduğu gözlemlendi. Özellikle erkek öğrenciler ve üst sınıfta okuyanlar risk altındadır. Çeşitli riskli davranışlar birlikte görülme eğilimindedir. Takip ettiği bireyleri bir bütün olarak değerlendiren aile hekiminin ergenlere hizmet verirken tüm bu riskli davranışları da dikkate alması gereklidir Bu durumda ergen, hekim, aile ve okul işbirliğini sağlamanın önemi büyüktür.

Anahtar kelimeler: Ergen, riskli sağlık davranışı, aile hekimi.

EVALUATION OF THE HEALTH RISK BEHAVIORS OF HIGH SCHOOL STUDENTS IN EDIRNE

SUMMARY

Adolescence is a period of life when new characteristics appear, new experiences occur in young's life. Some of the health risk behaviors of this period have consequences in later adult life. So this behaviours should be followed and evaluated. Aim of this study is to determine and evaluate the frequency of common health risk behaviors and affecting factors and give suggestions to improve individual and community health care services to adolescents. A questionnaire consist of questions on sociodemographic features, intentional/unintentional injuries, cigarette, alcohol and substance use, sexual behaviors, body perceptions and physical exercises were applied to 5301 (66.5%) of the all students registered for 2006-2007 educational year of high schools in Edirne. As a result, life time smoking rate was 29.3%, regular smokers rate was 10.8%, life time alcohol use rate was 52.1%, last month's alcohol use rate was 25.4%, rate of sexually actives was 13.8% among the students. Rate of regular seat belt use was 24.5%. Of all 33.2% of the adolescents have depressive symptoms. Carrying of arm was seen in 3.9%, cutting or piercing weapons in 11.9%, involving in fights was seen in 26.4% of the adolescents. Safety measures for traffic was not commonly practiced but alcohol and cigarette use rates were very high. Upper class and male students have a higher risk. Many risky behaviors have a tendency to be seen together. Family physicians, evaluating their patient as a whole should consider this risky behaviors while practicing adolescent patients. It is important to get adolescent, physician, family and school together.

Key words: adolescent, health risk behaviors, family physician.

KAYNAKLAR

1. WHO. Child and adolescent health and development [serial online]. 2004.
http://www.who.int/child-adolescent-health/OVERVIEW/AHD/adh_over.htm.
2. Türkiye’de büyümek. UNICEF Türkiye Bülteni [serial online]. 2006.
http://www.unicef.org/turkey/sy17/_is17.html.
3. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA 2003) [serial online].
<http://www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2003/data/turkce/bolum2.pdf>.
4. Brener ND, Kann L, McManus T, Kinchen SA, Sundberg EC, Ross JG. Reliability of the 1999 youth risk behavior survey questionnaire. J Adolesc Health 2002;31:336-42.
5. Kara B, Hatun Ş, Aydoğan M, Babaoğlu K, Gökalp AS. Kocaeli ilindeki lise öğrencilerinde sağlık açısından riskli davranışların değerlendirilmesi. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi 2003;46:30-7.
6. Kreipe RE, McAnarney ER. Adölesan Dönemi. (Çeviri: M. Tuzcu, Editör). Nelson of pediatrics, 3.baskı. Nobel Tıp Kitabevleri; 2001. s.226-62.
7. Motavallı Mukaddes N. Ergenlik çağı ruhsal gelişim özellikleri. Polvan Ö (Editör). Çocuk ve ergen psikiyatrisi ders kitabı’nda. Nobel Tıp Kitabevleri; 2000. s.16-20.
8. Susman EJ, Rogol A. Puberty and psychological development. In: Lerner RM, Steinberg L (Eds.). Handbook of adolescent psychology. 2th ed. John Wiley & Sons, Inc., Hoboken, New Jersey; 2004.p.15-44.

9. Stephens MB. Preventive health counseling for adolescents. Am Fam Physician 2006;74:1151-6.
10. Yazgan İnanç B, Bilgin M, Kılıç Atıcı M. Gelişim psikolojisi çocuk ve ergen gelişimi. Adana: Nobel Kitabevi, 2004:229.
11. Dattani MT, Brook CGD. Adölesan sağlık sorunları (Çeviri: B. Özdil, Y. Sağlıker). Sağlıker Y (Editör). Harrison iç hastalıkları prensipleri'nde cilt 1, 15. baskı. Nobel Tıp Kitabevleri; 2004. s.31-6.
12. Öztürk OM. Ruh sağlığı ve bozuklukları. Ankara: Nobel Tıp Kitabevleri, 2004:75-106.
13. Pataki CS. Normal ergenlik (Çeviri: H. Aydın, A. Bozkurt, Editörler). Kaplan & Sadock comprehensive textbook of psychiatry, cilt 4, 8. baskı. Güneş Kitabevi; 2007. s.3035-43.
14. Nusbaum MRH. Ergen cinselliği (Çeviri: N. Dağdeviren). Kut A, Tokalak İ, Eminsoy MG (Editörler). Current aile hekimliği tanı ve tedavi'de. Ankara: Güneş Tıp Kitabevleri; 2007. s.160-69.
15. Yörükoğlu A. Gençlik çağı ruh sağlığı ve sorunlar. İstanbul: Özgür Yayınları; 2004. s.13-77.
16. Chambers CV. Childhood and adolescence. In: Rakel RE (Ed). Textbook of family practice. 5th ed. Philadelphia: W.B. Saunders Company; 1995. p.634-59.
17. Patton DD, Harris JR. Ergenlik gelişimi ve tarama (Çeviri: MM. Mazıcıoğlu). Kut A, Tokalak İ, Eminsoy MG (Editörler). Current aile hekimliği tanı ve tedavi'de. Ankara: Güneş Tıp Kitabevleri; 2007. s.129-38.
18. Göka E, Türkçapar MH. Gençlik ve şiddet. [serial online]. http://saglik.tr.net/ruh_sagligi_genclik_siddet_2.shtml.
19. Camenga DR, Klein JD, Roy J. The Changing risk profile of the American adolescent smoker: Implications for prevention programs and tobacco interventions. J Adolesc Health 2006;39:120.e1-10.
20. Centers for Disease Control and Prevention. Youth risk behavior surveillance- United States, 2005. Morbidity & Mortality Weekly Report [serial online] 2006. <http://www.cdc.gov/HealthyYouth/YRBS/>.

21. Gençöz F, Soykan Ç, Soykan A, Gençöz T. Sigara bağımlılığı ve tedavisi. Ankara: ART Ofset Matbaacılık Sn ve Tic Ltd Şti, 2003:1-48.
22. Ögel K, Tamar D, Evren C, Çakmak D. Lise gençleri arasında sigara, alkol ve madde kullanım yaygınlığı. Turk Psikiyatri Derg 2001;12(1):47-52.
23. Demirel H, Işık Bora E, Tunçel M, Güzelgöz O. Madde kullanım ve bağımlılığı ile mücadele programları küresel gençlik tütün araştırması. Aydın S. (Editör). Sağlık 2004'de. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı; 2005. s.33-4.
24. WHO. Tobacco Free Initiative (TFI). [serial online]. 2007. <http://www.who.int/tobacco/en/>.
25. Kunt Uzaslan E. Sigaranın bırakılmasında hekimin rolü ve sigara bırakma polikliniğine başvuran hastaya yaklaşım. Akciğer Arşivi 2003;4:225-34.
26. Sigara alışkanlıkları ve sigara ile mücadele kampanyası kamuoyu araştırması raporu, PİAR, 1988.
27. Özer M. Sigara alışkanlığı [serial online]. 2003. <http://www.sabem.saglik.gov.tr>.
28. Şahin Ü, Öztürk M, Ünlü M, Uskun E, Akaya A. Üniversite öğrencilerinin sigara kullanım ve bağımlılık düzeylerini etkileyen faktörlerin irdelenmesi. Akciğer Arşivi 2000;1:73-9.
29. Centers for Disease Control and Prevention. Youth and tobacco use: Current estimates. [serial online]. 2006. http://www.cdc.gov/tobacco/data_statistics/Factsheets/youth_tobacco.htm.
30. 4207 Sayılı tütün mamatüllerinin zararlarının önlenmesine dair kanun. [serial online]. http://www.sigarasiz.com/sigara_yasa.htm.
31. Alikashifoğlu M. Madde kullanımı risk faktörleri ve koruyucu faktörler. Adolesan sağlığı'nda. İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Sempozyum Dizisi No: 43. 2005; s.73-83.
32. Simkin DR. Ergen madde kullanımı. (Çeviri: H. Aydın, A. Bozkurt, Editörler). Kaplan & Sadock comprehensive textbook of psychiatry, cilt 4, 8. baskı. Güneş Kitabevi; 2007. s.3070-90.

33. Tamar D, Ögel K. Ergenlik döneminde madde kullanımı. [serial online]. 2005.
http://www.sabem.saglik.gov.tr/Akademik_Metinler/search.aspx?SDropName=0&find=%u00f6gel.
34. Türkiye Yeşilay Cemiyeti Tüzüğü, 1934. [serial online].
<http://yesilaygebze.org.tr/dokuman/haber3/ek1/tuzuk.htm>.
35. Tütün mamulleri alkol ve alkollü içkilerin toptan ve perakende satışı ile satış belgelerine ilişkin yönetmelik. 31/12/2002 tarihli ve 24980 sayılı Resmi Gazete.
36. Türkiye Cumhuriyeti 1982 Anayasası. [serial online].
<http://www.tbmm.gov.tr/Anayasa.htm>.
37. National Center for Injury Prevention and Control. 10 Leading Causes of Death, United States. [serial online]. 2004.
<http://webappa.cdc.gov/sasweb/ncipc/leadcaus10.html>.
38. T.C. Sağlık Bakanlığı, Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı, Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü. Türkiye hastalık yükü çalışması;2004.
39. Hancı İH. Emniyet kemeri yaralanmaları. [serial online].
<http://med.ege.edu.tr/~hanci/trafikkemer.html>.
40. Centers for Disease Control and Prevention. Teen Drivers: Fact Sheet. [serial online]. 2006. <http://www.cdc.gov/>.
41. Hancı İH, İşcanlı AC. Motosiklet bisiklet kazaları [serial online].
<http://www.med.ege.edu.tr/~hanci/trafikmotor.html>.
42. Karayolları Trafik Kanunu.[serial online].
<http://www.trafik.gov.tr>.
43. Karayolları Trafik Yönetmeliği. [serial online].
<http://www.trafik.gov.tr>.
44. Centers for Disease Control and Prevention. Injury-Control Recommendations: Bicycle Helmets. [serial online]. 1995. <http://www.cdc.gov/>.
45. Centers for Disease Control and Prevention. Bicycle Helmet Usage and Head Injury Prevention. [serial online].2000.
<http://www.cdc.gov/od/perfplan/2000/2000xbicycle.htm>.

46. Ergin A. Adolesanların Sık Karşılaştığı Kasıtsız Ve Kasıtlı Yaralanmalara Yönelik Riskli Davranışların Adana İl Merkezindeki Lise Öğrencileri Arasındaki Yaygınlığı (tez). Adana: Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi; 2002.
47. Centers for Disease Control and Prevention. Youth violence [serial online]. 2006. <http://www.cdc.gov/>.
48. Shaffer D. Çocuk ve ergende depresif bozukluk ve özkıym. (Çeviri: H. Aydın, A. Bozkurt, Editörler). Kaplan & Sadock comprehensive textbook of psychiatry, cilt 4, 8. baskı. Güneş Kitabevi; 2007. s.3062-74.
49. Çuhadaroglu Çetin F. Ergen depresyonları. [serial online]. 2005. http://www.sabem.saglik.gov.tr/Akademik_Metinler/linkdetail.aspx?id=1469.
50. Center for Disease Control and Prevention. Suicide: Fact Sheet. [serial online]. 2006. <http://www.cdc.gov/ncipc/factsheets/suifacts.htm>.
51. Siyez DM. Ergenlik döneminde intiharın önlenmesi: Bir gözden geçirme. Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi 2005;12(2):92-100.
52. Ekşi A. Adölesanın ruhsal gelişim dönemleri ve döneme özgü sorunlar. Ekşi A. (Editör). Ben hasta değilim çocuk sağlığı ve hastalıklarının psikososyal yönü'nde. Nobel Tıp Kitabevleri; 1999. s.149-54.
53. Kaplan HI, Sadock BJ (Çeviri: E. Abay). Kaplan & Sadock klinik psikiyatri. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri; 2004:243-4.
54. Akın A, Özvarış ŞB. Adolesanların/gençlerin cinsel ve üreme sağlığını etkileyen faktörler projesi (özet rapor). HÜTF Halk Sağlığı Anabilim Dalı; 2004 Nisan. Rapor No:1-22-4.
55. Koç I, Ünal T. Adolescent reproductive behavior in Turkey. Nüfus Bilim Dergisi 2000; 22:37-56.
56. Centers for Disease Control and Prevention. Body Mass Index [serial online]. <http://www.cdc.gov/nccdphp/dnpa/bmi/index.htm>.
57. Baysal A. Gençliğin beslenme sorunları. [serial online]. 2005. http://www.sabem.saglik.gov.tr/Akademik_Metinler/linkdetail.aspx?id=2079.
58. Stephens MB. Ergenlerde fiziksel etkinlik (Çeviri: M. Çelik). Kut A, Tokalak İ, Eminsoy MG (Editörler). Current aile hekimliği tanı ve tedavi'de. Ankara: Güneş Tıp Kitabevleri; 2007. s.139-49.

59. Kozanoğlu ME. Adölesan ve egzersiz. [serial online]. 2005. http://www.sabem.saglik.gov.tr/Akademik_Metinler/linkdetail.aspx?id=1470.
60. Ünalın P. Aile hekimliğinin tanımı ve temel ilkeleri. Aile doktorları için kurs notları -1. aşama'da. Ankara: TC Sağlık Bakanlığı; 2004. s.9-16.
61. Set T. Üniversite Çağındaki Ergenlerin Cinsel Bilgi Tutum Ve Davranışları (tez). Edirne: Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi; 2005.
62. Birsöz S. Gençlik dönemine ilişkin bio-psikososyal sorunlar ve sağlık. [serial online]. 2005. http://www.sabem.saglik.gov.tr/Akademik_Metinler/linkdetail.aspx?id=2077.
63. Özcebe H. Birinci basamakta adolesan sorunlarına yaklaşım. Sted 2002;11(10):374-7.
64. T.C. Sağlık Bakanlığı. Herkese sağlık Türkiye'nin hedef ve stratejileri (Hedef 21). Çalışma grubu raporları. [serial online]. Ankara:2000. http://www.sabem.saglik.gov.tr/kaynaklar/1477_33herkese_saglik_hedef21.pdf.
65. Gudelines for Adolescent Preventive Services (GAPS). Recommendations monograph [serial online].1997. <http://www.ama-assn.org/ama/upload/mm/39/gapsmono.pdf>.
66. Kınık E. Adölesan sağlığı. [serial online]. 2005. http://www.sabem.saglik.gov.tr/Akademik_Metinler/linkdetail.aspx?id=1457.
67. Uncu Y. Aile hekimliğinde periyodik sağlık muayeneleri. Bilgel N (Editör). Aile hekimliği'nde. Bursa: Medikal Tıp Kitabevi; 2006. s. 33-45.
68. Solorio MR, Stevens NG. Health care of the adolescent. In: Taylor RB (Ed). Family medicine principles & practice. 5th ed. New York: Springer; 1997. p.207-18.
69. Yalçın BM, Şahin EM. Birinci basamakta sigara bırakma danışmanlığı. Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Dergisi 2004;21(3):142-7.
70. Savin-Williams RC, Diamond LM. Sex. In: Lerner RM, Steinberg L (Eds.). Handbook of adolescent psychology. 2th ed. John Wiley & Sons, Inc., Hoboken, New Jersey; 2004.p.189-231.
71. Alikışifoğlu M. Adölesana yaklaşım. Türk Pediatri Arşivi 2005;40:191-8.
72. Baysal A, Bozkurt N, Pekcan G, Besler HT, Aksoy M, Merdol TK ve ark. Diyet el kitabı. Ankara: Hatiboğlu Yayınevi, 2002:439-75.

73. Neyzi O, Alp H, Orhon A. Sex maturation in Turkish girls. *Ann Hum Biol* 1975;2:49-59.
74. Ercan O, Alikasıfoğlu M, Erginöz E, Kaymak AD, Birol Hİ, Aktuğlu Ç ve ark. İstanbul lise gençlerinde riskli davranışların sıklığı ve cinsiyete göre dağılımı (Cerrahpaşa Gençlik Sağlığı Araştırması 2000). *Türk Pediatri Arşivi* 2001;36(4):199-211.
75. Özkan A. Adana İl Merkezinde Bulunan Liselerde Okuyan Öğrencilerde Alkol Ve Uyuşturucu Yatkınlığının Araştırılması (tez). Adana: Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi; 2002.
76. Çakmak H. Çocuklarda Parasomni Yaygınlığı Ve Etki Eden Faktörler: Edirne İl Merkezi İlköğretim Okullarında Tanımlayıcı Analitik Bir Çalışma (tez). Edirne: Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi; 2006.
77. Öner L. Edirne'de Hiperkolesterolemi Prevalansı Ve Kardiyovasküler Risklerin Değerlendirilmesi (tez). Edirne: Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi; 2002.
78. Yalçın BM. Edirne İlinde Hipertansiyon Prevalansı Ve Eşlik Eden Etyopatolojik Risk Faktörleri (tez). Edirne: Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi; 2002.
79. Eker E. Edirne İli Kentsel Alanında Yaşayan Erişkinlerde Beslenme Durum Değerlendirilmesi, (tez). Edirne: Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi; 2006.
80. U.S. Department of Health And Human Services. Health, United States, 1998, With Socioeconomic Status and Health Chartbook; 1998. Report No: 98-1232.
81. Devlet İstatistik Enstitüsü Başkanlığı. 2001 yılı istatistiki bölgeler ve iller itibariyle gayri safi yurtiçi hasıla sonuçları [serial online]. 2003. <http://www.die.gov.tr/TURKISH/SONIST/GSYIH/160503t.html>.
82. Haré N, Brandt T, Dawe M. The development of risky driving in adolescence. *J Safety Res* 2000;31(4):185-94.
83. Centers for Disease Control and Prevention. YRBSS National youth risk behavior survey: 1991-2005. [serial online]. <http://www.cdc.gov/yrbss>.
84. Grunbaum JA, Lowry R, Kann L, Pateman B. Prevalence of health risk behaviors among Asian American/Pacific Islander high school students. *J Adolesc Health* 2000;27:322-30.

85. Akın A, Demirel S. Toplumsal cinsiyet kavramı ve sağlığa etkileri. C. Ü. Tıp Fakültesi Dergisi Özel Eki 2003;25(4):73-82.
86. Kessler RC. Epidemiology of women and depression. J Affect Disord 2003;74:5-13.
87. Landman-Peeters KMC, Hartman CA, G Pompe, JA Boer, RB Minderaa, Ormel J. Gender differences in the relation between social support, problems in parent-offspring communication, and depression and anxiety. Soc Sci Med [serial online]. 2004.www.elsevier.com/locate/socscimed.
88. Akdeniz F, Gönül AS. Kadınlarda üreme olayları ile depresyon ilişkisi. Klinik Psikiyatri 2004;Ek 2:70-4.
89. Payci SO, Ergin A; Saatci E, Bozdemir N, Akpınar E, Ergun G. Suicidal thought and behavior in high school students in Adana. Coll Antropol 2005;29(2): 527-31.
90. Çuhadaroglu F, Sonuvar B. Adölesan intiharları: Risk faktörleri üzerine bir inceleme. Turk Psikiyatri Derg 1992;3(3):222-6.
91. Ögel K, Taner S, Eke C, Erol B. İstanbul'da onuncu sınıf öğrencileri arasında tütün, alkol ve madde kullanım yaygınlığı raporu. Yeniden Yayın No:15, İstanbul, 2005.
92. Erdem G, Eke CY, Ögel K, Taner S. Lise öğrencilerinde arkadaş özellikleri ve madde kullanımı. Bağımlılık Dergisi 2006;7(3):111-6.
93. Güraksın A, Ezmeci T, İnandı T, Vançelik S, Tufan Y. Erzurum il merkezinde ortaokul ve lise öğrencilerinde sigara içme sıklığı. Atatürk Üniversitesi Tıp Dergisi 1998;30:89-93.
94. Çelik P, Esen A, Yorgancıoğlu A, Şen F, Topçu F. Manisa ilinde lise öğrencilerinin sigaraya karşı tutumları. Toraks Dergisi 2000;1(1):61-6.
95. Ünlü M, Orman A, Şen TA, Doğan N, Tuncer GZ. Factors affecting the cigarette smoking habits among students in Afyon-Turkey. Akciğer Arşivi 2004;1:15-9.
96. Karlıkaya C. Edirne'de lise öğrencilerinde sigara içme prevalansı kaçakçılık, reklamlar ve ergenlerin sigaraya ulaşması. Toraks Dergisi 2002;3(1):6-12.
97. Bilir Ş, Mağden D. Ankara şehir merkezindeki liselerin ikinci sınıf öğrencilerinin sigara-alkol ve ilaç alma alışkanlığının araştırılması. Sağlık Dergisi 1984;58(1-3):17-28.

98. Yorulmaz F, Aktürk Z, Dağdeviren N, Dalkilic A. Smoking among adolescents: relation to school success, socioeconomic status, nutrition, and self-esteem. *Swiss Med Wkly* 2002;132:449-54.
99. Türe M, Kurt İ, Aktürk Z. Tıp öğrencilerinin sigara ve alkol kullanımının frontal lob kişilik ölçeği ile ilişkisi. *Trakya Üniversitesi Tıp Fak Derg* 2006;23(1):19-27.
100. Ögel K. Ergen uçucu madde bağımlılarının özellikleri. *UMATEM Verileri*, İstanbul, 2004.
101. Ögel K, Eke C, Erdoğan N, Taner S, Erol B. İstanbul'da gençler arasında cinsellik araştırması raporu. *Yeniden Yayın No:16*, İstanbul, 2005.
102. Aras Ş, Şemin S, Günay T, Orçın E, Özcan S. Lise öğrencilerinin cinsel tutum ve davranış özellikleri. *Türk Pediatri Arşivi* 2005;40(2):72-82.
103. Dağdeviren N, Aktürk Z. Sexual activity and contraception among university students. In *Quality in practice WONCA Europe Regional Conference: 2004 June 1-4; Amsterdam*.
104. T.C. Sağlık Bakanlığı Ana ve Çocuk Sağlığı Aile Planlaması Genel Müdürlüğü. Cinsel sağlık ve üreme sağlığı ulusal stratejiler ve eylem planı. *Kadın Doğum Dergisi* 2005;4(2):727-46.
105. Dağdeviren N, Öner L, Aktürk Z, Şahin EM, Özer C. Does medical education change sexual health behaviors. In: *Promoting excellence in family medicine WONCA EUROPA 2002 ESGP/FM Conference: 2002 June 9-13; London, United Kingdom. Elsevier; 2002, p.38*.
106. Öztürk Hodul P. Adana İl merkezi Lise öğrencilerinde Beslenme Durumu Ve beden Ağırlığını Değiştirme Plan Ve Girişimleri (tez). Adana: Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi; 2001.
107. Middleman AB, Vazquez I, Durant RH. Eating patterns, physical activity, and attempts to change weight among adolescents. *J Adolesc Health* 1998;22:37-42.

EKLER

EK-1 ETİK KURUL ONAYI



T.C.
TRAKYA ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
ETİK KURUL KARARLARI

Oturum Sayısı: 05

Karar Tarihi: 12.04.06

4-Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulu 13.04.2006 tarihinde "Edirne Şehir Merkezindeki Lise Öğrencilerinde Riskli Sağlık Davranışlarının Değerlendirilmesi" adlı TÜTFEK-2006/049 protokol no.lu Araş.Gör.Dr.Fatmanur ENEÇ CAN'ın tez çalışmasını incelemek üzere toplandı.Eczacı Emine SAKMAN izinli olması nedeniyle katılamadı ve çalışmanın incelenmesine geçildi. Yapılan inceleme sonunda çalışmanın Fakültemiz Aile Hekimliği Anabilim Dalında yapılacağı. Yrd.Doç.Dr.E.Melih ŞAHİN'in yürütücüsü olduğu Araştırma protokolünün amaç, yaklaşım, gereç ve yöntemler ile gönüllü bilgilendirme metni dikkate alınarak incelenmesi sonucunda: Helsinki Deklerasyonu Kararlarına. Hasta Hakları Yönetmeliğine ve etik kurallara uygun olarak hazırlandığına ve Trakya Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri (TÜBAP) tarafından desteklenmesi koşuluyla gerçekleştirilmesinde sakınca olmadığına mevcutun oybirliğiyle karar verildi.

Ünvanı/Adı/Soyadı EK Üyeliği	Uzmanlık Dalı	Kurumu	Cinsiyeti	İlişki (*)	Katılım (**)	İmza
Doç. Dr. Dikmen DÖKMECİ Başkan	Farmakoloji	T.Ü.T.F. Farmakoloji A.D.	K	☐ E ☒ H	☒ E ☐ H	
Yrd. Doç. Dr. Ümit N. BAŞARAN Başkan Yardımcısı	Çocuk Cerrahisi	T.Ü.T.F. Çocuk Cerrahisi A.D.	E	☐ E ☒ H	☒ E ☐ H	
Prof. Dr. Betül Biner ORHANER Üye	Çocuk Sağ. ve Hst.	T.Ü.T.F. Çocuk Sağlığı ve Hst. A.D.	K	☐ E ☒ H	☒ E ☐ H	
Doç. Dr. Dilek MEMİŞ Üye	Anesteziyoloji	T.Ü.T.F. Anesteziyoloji A.D.	K	☐ E ☒ H	☒ E ☐ H	
Doç. Dr. Betül Uğur ALTUN Üye	Endokrinoloji	T.Ü.T.F. İç Hst. A.D.	K	☐ E ☒ H	☒ E ☐ H	
Yrd. Doç. Dr. Hakan ERBAŞ Üye	Biyokimya	T.Ü.T.F. Biyokimya A.D.	E	☐ E ☒ H	☒ E ☐ H	
Yrd. Doç. Dr. Ufuk USTA Üye	Patoloji	T.Ü.T.F. Patoloji A.D.	E	☐ E ☒ H	☒ E ☐ H	
Ecz. Emine SAKMAN Üye	Eczacı	T.Ü.T.F. Başhekimliği	K	☐ E ☐ H	☐ E ☐ H	

* Araştırma ile İlişki
** Toplantıda Bulunma

Prof. Dr. Filiz AKATA
Dekan

Posta Adresi:
Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı
Gülleneolu Yerleşkesi

Tel : (0284) 235 76 41 (9 Hat) Fax: (0284) 235 76 52

EK-2 VALİLİK OLURU

T.C.
EDİRNE VALİLİĞİ
İl Millî Eğitim Müdürlüğü

Sayı : B.08.4.MEM.4.22.00.02.311-
Konu : Sağlık.

8693

13 NİS 2006

VALİLİK MAKAMINA

Trakya Üniversitesi Rektörlüğü Genel Sekreterliği'nin 11.04.2006 tarih ve 60-329-4426 sayılı yazısı ile ekleri araştırma gerekçesi ve anket formu ilişikte sunulmuştur.

Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı tarafından İlimiz Merkezinde bulunan Ortaöğretim Okullarında öğrenim gören öğrencilere yönelik "öğrencilerde riskli sağlık davranışlarının değerlendirilmesi" konulu çalışmanın yapılabilmesi için gerekli iznin verilmesini olurlarınıza arz ederim.

Hulusi BEŞİROĞLU
Millî Eğitim Müdürü

OLUR

13 / 04 / 2006

Cengizhan AKSOY

Vali a.

Vali Yardımcısı

EK-3 ANKET FORMU

EDİRNE ŞEHİR MERKEZİNDEKİ LİSE ÖĞRENCİLERİNDE RİSKLİ SAĞLIK DAVRANIŞLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ ÇALIŞMASI

1. Okulunuzun adı:
2. Kaçınıcı sınıf:
3. Yaşınız:yaşında
4. Cinsiyetiniz: **a) Kız** **b) Erkek**
5. Vücut ağırlığınız:kg
6. Boyunuz:cm
7. Annenizin eğitim durumu nedir?
 - a) Okur-yazar değil
 - b) Okur-yazar
 - c) İlkokul mezunu
 - d) Ortaokul mezunu
 - e) Lise mezunu
 - f) Yüksek okul- üniversite mezunuDiğer:.....(Belirtiniz)
8. Annenizin mesleği nedir?
 - a) Ev hanımı
 - b) Emekli
 - c) Çalışıyorsa mesleğini belirtiniz.....
9. Babanızın eğitim durumu nedir?
 - a) Okur-yazar değil
 - b) Okur-yazar
 - c) İlkokul mezunu
 - d) Ortaokul mezunu
 - e) Lise mezunu
 - f) Yüksek okul- üniversite mezunuDiğer:.....(Belirtiniz)
10. Babanızın mesleği nedir?
 - a) Çalışmıyor
 - b) Emekli
 - c) Çalışıyorsa mesleğini belirtiniz.....
11. Ehliyetiniz var mı?
 - a) Evet
 - b) Hayır
12. Eğitiminiz boyunca sene kaybınız oldu mu?
 - a) Evet
 - b) Hayır
13. Motorsiklete biner misiniz?

a) Evet

b) Hayır

*Cevabınız “**HAYIR**” ise **15.soruya** geçiniz.

14. Motorsiklete binerken kask takar mısınız?

a) Sürekli takarım

b) Nadiren takarım

c) Hiç takmam

15. Bisiklete biner misiniz?

a) Evet

b) Hayır

*Cevabınız “**HAYIR**” ise **17.soruya** geçiniz

16. Bisiklete binerken kask takar mısınız?

a) Sürekli takarım

b) Nadiren takarım

c) Hiç takmam

17. Arabaya bindiğinizde emniyet kemeri takar mısınız?

a) Sürekli takarım

b) Nadiren takarım

c) Hiç takmam

18. Geçen 1 ay içinde hiç alkollü bir sürücü ile yolculuk ettiniz mi?

a) Evet

b) Hayır

19. Son 1 ay içinde trafikte araba kullandınız mı?

a) Evet

b) Hayır

20. Son 1 ay içinde trafikte alkollüken araba kullandınız mı?

a) Evet

b) Hayır

21. Son 1 ay içinde hiç üzerinizde tabanca taşıdınız mı?

a) Evet

b) Hayır

*Cevabınız “**HAYIR**” ise **23.soruya** geçiniz.

22. Son 1 ay içinde hiç okul sınırları içinde üzerinizde tabanca taşıdınız mı?

- a) Evet b) Hayır

23. Son 1 ay içinde hiç üzerinizde bıçak, çakı gibi delici-kesici bir alet taşıdınız mı?

- a) Evet b) Hayır

*Cevabınız “**HAYIR**” ise **25.soruya** geçiniz.

24. Son 1 ay içinde hiç okul sınırları içinde üzerinizde bıçak, çakı gibi delici-kesici bir alet taşıdınız mı?

- a) Evet b) Hayır

25. Son 1 ay içinde hiç okulda güvende olmayacağınızı hissettiniz mi?

- a) Evet b) Hayır

26. Son 1 yılda (**12 ay**) hiç okul sınırları içinde tehdit edildiğiniz veya yaralandığınız oldu mu?

- a) Evet b) Hayır

27. Son 1 yılda (**12 ay**) hiç fiziksel bir kavgaya karıştınız mı?

- a) Evet b) Hayır

*Cevabınız “**HAYIR**” ise **30.soruya** geçiniz.

28. Son 1 yılda (**12 ay**) hiç okul sınırları içinde fiziksel bir kavgaya karıştınız mı?

- a) Evet b) Hayır

29. Son 1 yılda (**12 ay**) hiç fiziksel bir kavgada yaralanıp tedavi edildiğiniz oldu mu?

- a) Evet b) Hayır

30. Son 1 yılda (**12 ay**) hiç kız veya erkek arkadaşınız tarafından fiziksel şiddete maruz kaldınız mı?

- a) Evet b) Hayır

31. Son 1 yılda (**12 ay**) hiç 15 gün veya fazla süreyle günlük işlerinizi aksatacak kadar üzüntü ya da ümitsizlik hissettiğiniz oldu mu?

- a) Evet b) Hayır

32. Son 1 yılda (**12 ay**) hiç intihar etmeyi düşündünüz mü?

- a) Evet b) Hayır

*Cevabınız “**HAYIR**” ise **36.soruya** geçiniz.

33. Son 1 yılda (**12 ay**) hiç intihar etmeyi planladınız mı?

- a) Evet b) Hayır

*Cevabınız “**HAYIR**” ise **36.soruya** geçiniz.

34. Son 1 yılda (**12 ay**) hiç intihar girişiminiz oldu mu?

- a) Evet b) Hayır

Cevabınız “**HAYIR**” ise **36.soruya** geçiniz.

35. Bu girişiminizden zarar gördüğünüz oldu mu?

- a) Evet b) Hayır

36. Bakkal, market vb. satış yerlerinden sigara satın aldınız mı?

- a) Evet b) Hayır

37. Yaşamınız boyunca hiç sigara kullandınız mı?

- a) Evet b) Hayır

*Cevabınız “**HAYIR**” ise **46. soruya** geçiniz.

38. İlk sigara kullandığınızda kaç yaşındaydınız?

..... yaşında

39. Son 1 ay içinde hiç sigara kullandınız mı?

- a) Evet b) Hayır

*Cevabınız “**HAYIR**” ise **41. soruya** geçiniz.

40. Son 1 ay içinde hiç okul sınırları içinde sigara kullandınız mı?

- a) Evet b) Hayır

41. Halen düzenli olarak sigara kullanır mısınız?

- a) Evet b) Hayır

*Cevabınız “**HAYIR**” ise **46. soruya** geçiniz.

42. Son 1 ay içinde günde ortalama kaç adet sigara kullandınız?

.....adet

43. Son 1 yılda (**12 ay**) hiç sigarayı bırakmayı denediniz mi?

a) Evet

b) Hayır

44. Önümüzdeki 6 ay içinde sigarayı bırakmayı düşünüyor musunuz?

a) Evet

b) Hayır

45. Önümüzdeki 1 ay içinde sigarayı bırakmayı planlıyor musunuz?

a) Evet

b) Hayır

46. Bakkal, market vb. satış yerlerinden alkollü bir içki satın aldınız mı?

a) Evet

b) Hayır

47. Yaşamınız boyunca hiç alkol kullandınız mı?

a) Evet

b) Hayır

*Cevabınız “**HAYIR**” ise **51. soruya** geçiniz.

48. İlk kez alkol kullandığınızda kaç yaşındaydınız?

..... yaşında

49. Son 1 ay içinde hiç alkol kullandınız mı?

a) Evet

b) Hayır

*Cevabınız “**HAYIR**” ise **51. soruya** geçiniz.

50. Son 1 ay içinde hiç okul sınırları içinde alkol kullandınız mı?

a) Evet

b) Hayır

51. Son 1 yılda (**12 ay**) size okul sınırları içinde uyuşturucu madde teklif eden, satan, veren oldu mu?

a) Evet

b) Hayır

52. Aşağıdakilerden hangisini/hangilerini ilk kez kaç yaşında kullandınız?

- a) Esrar :.....yaşında
- b) Kokainyaşında
- c) Morfinyaşında
- d) Uyuşturucu-keyif verici hapyaşında
- e) Yapıştırıcı-Bally koklamakyaşında
- f) Boya-Tiner koklamakyaşında
- g) Hiç kullanmadım
- h) Diğer.....

*Cevabınız “**Hiç kullanmadım**” ise **54. soruya** geçiniz.

53. Son 1 ayda okul sınırları içinde yukarıda adı geçen maddelerden birini/birkaçını kullandınız mı?

- a) Evet
- b) Hayır

54. Hiç cinsel ilişkiye zorlandınız mı?

- a) Evet
- b) Hayır

55. Yaşamınız boyunca hiç cinsel ilişkide bulundunuz mu?

- a) Evet
- b) Hayır

*Cevabınız “**HAYIR**” ise **61. soruya** geçiniz.

56. İlk kez kaç yaşında cinsel ilişkide bulundunuz?

..... yaşında

57. Son 3 ay içinde birden fazla sayıda partnerle cinsel ilişkide bulundunuz mu?

- a) Evet
- b) Hayır

58. Son cinsel ilişkinizde doğum kontrol yöntemi (doğum kontrol hapi, prezervatif vb.) kullandınız mı?

- a) Evet hangi yöntem:(Belirtiniz)
- b) Hayır

59. **(sadece kız öğrenciler yanıtlayacak)** Hiç gebe kaldınız mı?

a) Evet

b) Hayır

60. **(sadece erkek öğrenciler yanıtlayacak)** Hiç gebelikle sonuçlanan bir ilişkiniz oldu mu?

a) Evet

b) Hayır

61. Kendinizi nasıl tanımlarsınız?

a) Çok zayıf

b) Hafif zayıf

c) İdeal kilolu

d) Hafif kilolu

e) Çok kilolu

62. Son 1 ay içinde hiç kilo vermek veya kilonuzu korumak için diyet yaptınız mı?

a) Evet

b) Hayır

63. Son 1 ay içinde hiç kilo vermek veya kilonuzu korumak için kustunuz mu?

a) Evet

b) Hayır

64. Son 1 ay içinde hiç kilo vermek veya kilonuzu korumak için herhangi bir ilaç aldınız mı?

a) Evet

b) Hayır

65. Son 1 ay içinde hiç kilo vermek veya kilonuzu korumak için egzersiz yaptınız mı?

a) Evet

b) Hayır

66. Hafta içi günlerde 2 saatten fazla televizyon seyredersiniz mi?

a) Evet

b) Hayır

67. Haftada en az 1 gün Beden Eğitimi dersine katılırsınız mı?

a) Evet

b) Hayır

*Cevabınız “**HAYIR**” ise **69. soruya** geçiniz.

68. Beden Eğitimi dersi sırasında en az 20 dakika egzersiz yapar mısınız?

a) Evet

b) Hayır

69. Son 1 yılda (**12 ay**) herhangi bir spor takımının antrenmanında veya maçlarında yer aldınız mı?

a) Evet

b) Hayır

Anketimiz bitmiştir. Katılımınız için teşekkür ederiz.....

