



T.C.
ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ AİLE HEKİMLİĞİ
ANABİLİM DALI

ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ PELİTKÖY EĞİTİM AİLE SAĞLIĞI
MERKEZİNE KAYITLI ADÖLESLANLARDA BENLİK SAYGISI,
BEDEN ALGISI, YEME BOZUKLUĞU VE DEPRESYON
İLİŞKİSİNİN İNCELENMESİ

Dr. Hicret GÜVEN
TIPTA UZMANLIK TEZİ

SAMSUN-2020



T.C.
ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ AİLE HEKİMLİĞİ
ANABİLİM DALI

ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ PELİTKÖY EĞİTİM AİLE SAĞLIĞI
MERKEZİNE KAYITLI ADÖLESANLARDA BENLİK SAYGISI,
BEDEN ALGISI, YEME BOZUKLUĞU VE DEPRESYON
İLİŞKİSİNİN İNCELENMESİ

Dr. Hicret GÜVEN
TIPTA UZMANLIK TEZİ

Tez Danışmanı
Prof. Dr. Füsün Ayşin ARTIRAN İĞDE

SAMSUN-2020

TEŞEKKÜR

Asistanlığım boyunca ve tezimin her aşamasında destek ve yol gösterici olarak yanımda bulunan sevgili danışman hocam Prof. Dr. Füsün Artıran İğde 'ye,

Her türlü sorun veya sevincimizde yanımda olup desteğini esirgemeyen sevgili hocam Prof. Dr. Mustafa Fevzi Dikici'ye,

Bilgisini ve desteğini sürekli bizlerle paylaşan sevgili hocam Doç. Dr. Mustafa Kürşat Şahin'e,

OMÜTF Aile Hekimliği Anabilim Dalının sevgili öğretim üyelerine,

OMÜTF Aile Hekimliği Anabilim Dalı'nda görev yapan sevgili asistan arkadaşlarıma,

Veri toplanması sırasında ve görüşmeler için uygun ortamın sağlanmasında maddi manevi emeğini esirgemeyen Hem. Ebru Saka Nas 'a,

Her zorluğu aşarken yanımda olan, benim için bir arkadaştan öte, kardeşim sevgili Dr. Ecem Altuntaş 'a,

Her başarımın arkasında bulunan, görünmez kahraman, annem Makbule Güven 'e,

Desteklerini hiçbir zaman esirgemeyen fedakâr babam Mahmut Güven ve kardeşlerim Esra Baş, Ömer Güven, Şebnem Güven 'e teşekkürlerimi sunarım.

Dr. Hicret Güven

Haziran-2020

BEYAN

“Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Pelitköy Eğitim Aile Sağlığı Merkezine (E-ASM) Kayıtlı Adölesanlarda Benlik saygısı, Beden Algısı, Yeme Bozukluğu ve Depresyon İlişkisinin İncelenmesi” başlıklı tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, başka bir çalışmadan kopya edilmediğini, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün safhalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı, bu tezin çalışılması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını beyan ederim.

ÖZET

AMAÇ: Ergenlik dönemi; riskli davranışların oldukça fazla görüldüğü bir dönem ve bu dönemde görülen mortalite ve morbiditenin çoğunlukla önlenabilir nedenlerden kaynaklanması nedeniyle, çalışmamızda riskli davranışları saptamayı, değişen fiziksel ve psikolojik faktörlerden etkilenen beden algısı ve benlik saygısı düzeylerini, olası yeme bozukluğu ve depresyon riskini belirlemeyi amaçladık.

MATERYAL VE METOD: Çalışmamız OMÜ Tıp Fakültesi Pelitköy E-ASM'e kayıtlı adölesanlardan, çalışma hakkında bilgilendirilip, görüşmeyi kabul eden bireylere uygulanmıştır. Görüşmeye katılan kişilere sosyodemografik soruların yanı sıra HEADSSS başlıklarını içeren bir görüşme formu, Beden Algısı Ölçeği, Benlik Saygısı Ölçeği, REZZY Yeme Bozukluğu Ölçeği, PHQ-2 Depresyon Tarama Testi yüz yüze görüşme şeklinde uygulanmıştır. Veriler SPSS for Windows 22 aracılığıyla değerlendirilerek değişkenler arasındaki ilişkiler incelenmiştir.

BULGULAR: Bu araştırmaya, OMÜTF Pelitköy Eğitim Aile Sağlığı Merkezi'ne (E-ASM) başvuran ve çalışmaya katılmayı kabul eden 10-21 yaş aralığındaki 183 adölesan birey dahil edilmiştir. Cinsiyetlere göre dağılıma bakıldığında %51,9'u (95 kişi) kadın, %48,1'i (88 kişi) erkektir. Ergenlik dönemlerine göre gruplandırıldığında, 86 kişi (%47) erken ergen, 54 kişi (%29,5), 43 kişi (%23,5) geç ergenlik dönemindedir. Sosyal medya kullanan bireylerin sosyal medya kullanmayan bireylerle VAÖ skoru kıyaslandığında, sosyal medya kullanıcısı olan adölesanlarda istatistiksel anlamlı oranda olumsuz vücut algısı mevcuttur. ($p=0,000$) Diyet yapma/takviye gıda alma sorusuna 'evet' yanıtı veren bireylerde daha olumsuz vücut algısı tespit edilmiştir. ($p=0,007$) Yeme bozukluğu riski ile Vücut Algısı Skoru karşılaştırıldığında, yeme bozukluğu saptanan bireylerin anlamlı olarak vücut algıları daha olumsuzdur. ($p=0,003$) Depresyon taramasında kullanılan sorularda depresyon riski saptanan hastaların benlik saygısı saptanmayan bireylere göre anlamlı olarak daha düşük saptanmıştır. ($p=0,044$) Sözel şiddet uygulayan bireylerle uygulamayan bireyler açısından değerlendirildiğinde benlik saygısı, sözel şiddet uygulayanlarda anlamlı olarak daha düşüktür. ($p=0,010$) Sınav hazırlık stresi yaşadığını belirten bireylerin

benlik saygısı, yaşamadığını belirten bireylere göre anlamlı olarak daha düşüktür. (p=0,001)

SONUÇ: Ergenlik döneminde benlik saygısı, beden algısı, yeme bozukluğu ve depresyon çok çeşitli faktörlerden etkilenir. Aile, okul ve sosyal çevrenin ergen üzerindeki etkisi oldukça fazladır ve ergenin iyilik halinin sağlanabilmesi için tüm bu faktörler gözden geçirilmelidir.

ANAHTAR KELİMELEER: Adölesan, Benlik Saygısı, Beden Algısı, Yeme Bozukluğu, Depresyon, Sözel ve Fiziksel Şiddet



ABSTRACT

AIM: As adolescence is a period which risky behaviors occur often and the reasons for the mortality and morbidity are mostly preventable, we aimed to determine risky behavior, specify body perception and self-esteem levels that are affected by changing physical and psychological factors, possible eating disorders and depression risks in our research.

MATERIALS AND METHOD: We applied our research to agreeing adolescents registered to OMU Medical Faculty Pelitköy E-ASM, whom we informed about the research. Aside from asking socio-demographic questions, we applied a form including HEADSSS headings/titles, body cathexis scale, Rosenberg self-esteem scale, Rezzy eating disorder scale, PHQ-2 Depression screen test in person. We evaluated the data via SPSS for Windows 22 by examining connections between variables.

RESULTS: We applied our research to 183 agreeing adolescents consulted to OMU Medical Faculty Pelitköy E-ASM, aged between 10 to 21. Gender distribution is 51,9% female (95 individuals), 48,1% male (88 individuals). When grouped according to adolescence periods, 86 individuals (47%) are early adolescents, 54 individuals (29%) are mid adolescents and 43 individuals (23,5%) are late adolescents. When body cathexis scores of individuals who use social media and who do not are compared, with those who do, there is a significant negative body perception. ($p=0,000$) There is a more negative body perception in those who responded positively to the dieting/food supplements questions. ($p=0,007$) When the eating disorder risks and body perception scores are compared, those who have eating disorders have significantly more negative body perception. ($p=0,003$) Adolescents who have risks of depression have relatively lower self-esteem compared to those who do not have risks of depression. ($p=0,044$) Verbally abusive adolescents have significantly lower self-esteem when they are compared to those who are not verbally abusive. ($p=0,010$) Those who stated to have exam stress have significantly lower self-esteem compared to those who did not. ($p=0,001$)

CONCLUSION: Self-esteem, body perception, eating disorders and depression are affected by many different factors. Family, school, and social circle have a great impact on the adolescent. All these factors should be run through to ensure well being of the adolescent.

KEYWORDS: Adolescent, Self-esteem, Body Perception, Eating Disorders, Depression, Verbal and Physical Violence



İÇİNDEKİLER TABLOSU

TEŞEKKÜR.....	i
BEYAN.....	ii
ÖZET	iii
ABSTRACT.....	v
SİMGELER VE KISALTMALAR	ix
TABLolar	x
ŞEKİLLER.....	xi
1. GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. Adölesan Dönem	4
2.1.1. Adölesan dönem prevelansı	4
2.1.2. Ergenlik Dönem evreleri	4
2.1.3. Ergenlik döneminde sık karşılaşılan sorunlar	5
2.1.4. Birinci basamakta sağlıklı adölesan izlemi	18
2.1.5. Birinci basamakta ergenlik döneminde yapılması önerilen taramalar ..	19
2.2. Vücut Algısı	21
2.3. Benlik saygısı	22
2.4. Yeme bozuklukları	23
2.5. Beden-Kitle İndeksi.....	24
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	25
3.1. Araştırmanın yeri.....	25
3.2. Araştırmanın modeli	25
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örnekleme	25
3.4. Veri toplama araçları	25
3.4.1. Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği (RSBÖ)	26
3.4.2. Vücut Algısı Ölçeği (VAÖ)	27
3.4.3. REZZY (SCOFF) Yeme Bozuklukları Ölçeği	27
3.4.4. PHQ-2 DEPRESYON TARAMA TESTİ.....	27
3.5. İstatiksel Analiz.....	28
3.6. Araştırma İzni	28
4. BULGULAR.....	29
5. TARTIŞMA	62

5.1.	HEADSSS Görüşme Formu Bulgularının Değerlendirilmesi.....	63
5.2.	Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği Bulgularının Değerlendirilmesi.....	67
5.3.	Vücut Algısı Ölçeği Skorlarının Değerlendirilmesi.....	72
5.4.	REZZY (SCOFF) Yeme Bozukluğu Ölçeğinin Değerlendirilmesi.....	75
5.5.	PHQ-2 Kısa Depresyon Tarama Testi Değerlendirmesi	77
6.	SONUÇ.....	80
7.	ÖNERİLER.....	95
8.	KAYNAKLAR.....	96
9.	EKLER.....	108



SİMGELER VE KISALTMALAR

ABD: Amerika Birleşik Devletleri

BMI: Beden Kitle İndeksi

DALY: Disability Adjusted Life Year

DSM: The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

E-ASM: Eğitim Aile Sağlığı Merkezi

HIV/AIDS: Human Immunodeficiency Virus/Acquired Immune Deficiency Syndrome

IQ: Intelligence Quotient

OMUTF: Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi

RSBÖ: Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği

TNSA: Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması

UVB: Ultraviyole B

WHO: World Health Organization

VAÖ: Vücut Algısı Ölçeği

YRBS: Youth Risk Behaviour Survey

TABLÖLAR

Tablo-4.1. Adölesan bireyin eğitim durumu

Tablo-4.2. Adölesan bireyin ev içerisinde kendisine ait odasının olup olmama durumu

Tablo-4.3. Adölesan bireyin anne eğitim düzeyi

Tablo-4.4. Adölesan bireyin baba eğitim düzeyi

Tablo-4.5. Adölesan bireyin yaşadığı evde sigara alkol ve madde kullanım durumları

Tablo-4.6. Cinsiyetle sosyo demografik verilerin ilişkisi

Tablo-4.7. Depresyon riski ile sosyo demografik verilerin incelenmesi

Tablo-4.8. Ciddi yaralanma geçiren bireylerin diğer verilerle ilişkilendirilmesi

Tablo-4.9. Sözel şiddet uygulayan bireyin diğer faktörlerle ilişkisi

Tablo-4.10. Akranlarına fiziksel şiddet uygulama ile ilişkili faktörler

Tablo-4.11. Akranlarından sözel şiddet görme ile ilişkili faktörler

Tablo-4.12. Akranlarından fiziksel şiddet görme ile ilişkili faktörler

Tablo-4.13. Sınav stresi ile ilişkili faktörler

Tablo-4.14. Bireylerin internet kullanım süreleri ile akran zorbalığı arasında ilişki

Tablo-4.15. Laboratuvar değerleri ortalamalarının incelenmesi

ŞEKİLLER

Şekil-4.1. Adölesan bireylerin internet kullanmak için tercih ettikleri araç

Şekil-4.2. Bireylerin interneti kullanma amaçlarının cinsiyetlere göre dağılımı

Şekil-4.3. Akran zorbalığı ile benlik saygıları arasındaki ilişki

Şekil-4.4. Bireylerin anne eğitim durumlarının benlik saygısı ile ilişkisi

Şekil-4.5. Bireylerin baba eğitim durumlarının benlik saygısı ile ilişkisi



1. GİRİŞ VE AMAÇ

Ailenin çocuk veya ergenle ilgili bir sağlık sorunu olduğunda ilk başvurduğu hekim genellikle aile hekimleridir. Bu noktada hekime düşen görev ailenin eğer gereksiz endişeleri varsa gidermek, sorun olduğu zamanda tespit edilmesini sağlayarak tedavi arayışında olmaktır. Çocukluk ve ergenlikte, sağlık sorunlarına ek olarak mental sorunlar, okul problemleri, akran ilişkilerindeki sorunlar, aile içindeki problemler gibi uzayan bir listeyi kapsayan kompleks bir yapıdadır. (1)

Ergenlik dönemi ile ilgili yapılan son 20 yıldaki çalışmalarda odak, özellikle bireyin çevresine yani ailesine kaymıştır. Bu yeni perspektif bireyin sosyal bağlamına daha çok önem vermektedir. Bireyin yetişkinlik yaşamında adölesan dönemdeki tecrübeleri yaşam için yol gösterici olacaktır. Aile içinde yaşanan olumsuzluklar, stres durumları adölesan birey için kalıcı etkilere neden olabilir. (2)

Adölesan dönem riskli davranışlarda artışın oldukça fazla meydana geldiği bir dönemdir. Birçok madde kullanımı bu yaşlarda başlamaktadır. Maddelerin kötüye kullanımı ve kullanım sonrası kazalara neden olma açısından da oldukça büyük riskler taşımaktadır. Madde kullanan bireyin olduğu ailelerde genellikle çatışma yaşanır ve diğer aile bireylerinde depresyon anksiyete gibi birtakım sorunlara neden olur. (3)

Adölesan dönemde meydana gelen çok sayıda fiziksel, anatomik, fizyolojik, hormonal değişimlere ek olarak meydana gelen büyüme ve olgunlaşma ergenlik devresini oldukça ilginç kılmaktadır. Bu geçiş döneminde, ergenler olumsuz benlik algılarını yoğunlaştırabilecek çok sayıda psikolojik, biyolojik ve davranışsal değişikliklerle karşı karşıya kalmaktadır. Artan yağlanma, beden hoşnutsuzluğu, spor kapasitesinin azalması gibi özgüveni düşüren parametreler olarak göze çarpmaktadır. Özellikle erken ergenliğe giren kadın bireylerde, daha olumsuz bir beden imajı olduğu saptanmıştır. (4)

Adölesanlardaki beden algısını oluşturan temel faktör aslında sosyo-kültürel çevredir. Son yıllarda medyada özellikle vurgulanan ‘zayıf olma’, ‘ideal ölçülere sahip olma’ gibi kavramlar, çevresinden oldukça fazla etkilenen adölesanlar için zorlayıcı olmakta ve bedenlerinden utanç duymalarına sebebiyet vermektedir. Başka bireylerin

beğenilerini, medya ile empoze edilen vücut algılarını kendi içsel beğenileri gibi benimsemektedirler. (5)

Son yıllarda giderek artan bir şekilde yeme bozuklukları saptanmaya başlanmıştır. Bu da birinci basamak hekimleri tarafından yeme bozukluklarının taranması ihtiyacını doğurmuştur. Yeme bozukluklarının bir kısmı BMI' da artışa neden olmaz ve gizli seyirlidir. Sağlık sisteminin yükünün azaltılması için epidemiyolojik çalışmaların da yapılarak altta yatan risk faktörlerinin tespit edilmesi gereklidir. (6)

Bir diğer önemli başlık olarak depresyon ve intihar girişimi de adölesanlar arasında yaygın morbidite ve mortalite nedenidir. İntihar düşüncesinin dile getirilmesi, intihar eden bireyleri saptamada ipucu olabilecek önemli bir veridir. Yüksek riskli bireylerin saptanması ve altta yatan nedenlerin ortadan kaldırılması bir halk sağlığı sorunudur. Gerekli medikal ve nörobilişsel tedavilerin sağlanması olumlu sonuçlar almada oldukça etkilidir. (7)

Bu çalışmada ergenlik dönemindeki bir bireyin çevresinde olumsuz olabilecek faktörlerin tespit edilmesi, benlik saygısı ve beden algısı düzeylerinin belirlenmesi, fark edilmeyen bir yeme bozukluğu ve depresyon varsa saptanması, bunlara ek olarak ergen bireyin rutin sağlık taramasının yapılması amaçlanmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

Gençler toplumun ana itici güçleridir. Ergenlik dönemi, üzerine yarının dünyalarını inşa ettiğimiz başkentlerdir. Yarının dünyasının kalitesini arttıracak olan gençlerin enerjisinden ve motivasyonundan faydalanmak istiyorsak, bugün iyi bir yaşam standardı ve iyilik halini sunabilmeliyiz. (8)

Ergenlik dönemi fiziksel ve duygusal süreçler neticesinde, bireyde meydana gelen cinsel, psikolojik ve sosyal olgunlaşmaya ek olarak hızlı bir şekilde fiziksel ve psiko-sosyal değişimlerin yaşandığı bir süreçtir. Bu dönemin iyi yönetilmesi, ihtiyaç duydukları bilgi, hizmet ve danışmanlığa en iyi şekilde ulaşmaları ile mümkündür. Türkiye’de etkili politikalar geliştirilebilmesi için, gençlik dönemi ve gençlerin karşılarındaki fırsat ve engellerin doğru anlaşılması, büyük önem taşımaktadır. Gençlerin sağlığı ve refahı çok yönlüdür. Fiziksel ve mental sağlık; obezite, kaza-yaralanmalar, fiziksel aktivite (spor), aile içi ilişkiler, okul problemleri, güvenli cinsel ilişki gibi çeşitli unsurlardan etkilenir. (8, 9)

Bu açıdan bakıldığında çocuklar ve ergenler zamanlarının üçte birini okullarda geçirmektedir. Bu nedenle okullar, çocukların ve ergenlerin yaşam hakkında olumlu bir bakış açısı geliştirmelerine ve sağlıklı yaşam tarzları oluşturmalarına yardımcı olmak için eşsiz bir ortam oluşturur. (10)

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) verilerine bakıldığında 2016 yılında 1,1 milyon ergen önlenebilir nedenlerle ölmüştür. Ergenler arasında önde gelen ölüm nedeni karayolu trafik yaralanmalarıdır (kasıtsız yaralanmalar). Ergen ölümlerinin diğer önemli nedenleri arasında ikinci sırada intihar, daha sonra kişilerarası şiddet, HIV / AIDS ve ishale seyreden hastalıklar sayılabilir. (11) Bunların dışında ergenlerin karşılaştığı diğer problemler arasında özellikle ergen kızlarda daha fazla cinsel şiddete maruz kalma, istismar, zorla veya erken evlilik yapmak sayılabilir. (12)

Beslenme problemleri ergenlik döneminin diğer sorunlarından birisi olarak göze çarpar. Bu yaş grubunda öğün atlama ve vitamin ve mineral içeriği düşük sıvı tüketimi, hazır gıda alımının çok artması, kilo vermek için uygulanan yanlış diyetler neticesinde beslenme bozukluğu gelişir. Beslenme bozukluğuyla beraber başlayan demir eksikliği,

özellikle kızlarda adet görmeye birlikte demir kaybında artış olarak karşımıza çıkar. (1)

2.1. Adolesan Dönem

Gelişim dönemlerinden çocukluk, yetişkinlik ve yaşlılık gibi ergenlik dönemi de değişik açılardan incelenmesi gereken önemli bir gelişim periyodudur. (13) Bu çağ, cinsel kimliği kabullenmenin, bireyselleşmenin ve ebeveynlerden yavaş yavaş ayrılmanın başladığı, bireyin toplumdaki yerini öğrenmeye çalıştığı ve meslek edinme ile ilgili merakın başladığı 8-10 yıllık bir dönemdir. (14)

2.1.1. Adölesan dönem prevelansı

DSÖ ergen olarak 10-19 yaş arasını tanımlamakta, 15-24 yaş aralığını genç, 10-24 yaş arasını ise genç insanlar olarak tanımlamaktadır. Bu tanıma göre dünya nüfusunun beşte birini adölesanlar oluşturmaktadır. (9)

T.C. Sağlık Bakanlığı ise adölesan yaş aralığını bir miktar genişleterek 10-21 yaş aralığını adölesan olarak kabul etmektedir. Ülkemizde adölesan dönem prevelansına bakıldığında ise Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA,2008) verilerine göre toplam nüfusun %18,5 i, yani DSÖ verilerine benzer şekilde nüfusun yaklaşık beşte biri oranında adölesan nüfusa sahip olduğumuz görülmektedir.(15, 16)

2.1.2. Ergenlik Dönem evreleri

Ergenlik dönemi psikososyal gelişim açısından, erken, orta ve geç ergenlik dönemi olmak üzere üç bölümde ele alınır. Erken ergenlik, 10-14 yaşlar arası, orta ergenlik 15-17 yaşlar arası, geç ergenlik ise 18-21 yaşlar arası dönemdir. Erken ergenlik döneminde sekonder seks karakterleri görülmeye başlar. Bu dönemdeki temel problem meydana gelen biyolojik değişikliklere uyum sağlama ve baş etmedir. Orta ergenlik dönemi, bütün olarak kişiliğin oluşması ve bağımsızlık bu dönemdir. Pubertal değişiklikler ve bilişsel gelişme tamamlanmıştır. İç görü gelişmiştir. Bu dönemin önemli konularından biri cinsel kimlik gelişimidir. Geç ergenlik döneminde ise büyüme gelişme tamamlandığından bu konu ile ilgili kaygılar sona ermektedir. Soyut düşünme gelişmiştir. Gelecek hakkında endişelerin başladığı döneme girilmiştir. (17, 18)

2.1.3. Ergenlik döneminde sık karşılaşılan sorunlar

Ev ve aile problemleri

Adölesan yaşadığı çevreden özellikle ebeveynlerin alışkanlık ve tutumlarından oldukça fazla etkilenir. Ailesinde madde kullanımı olan bireylerde madde kullanımı daha fazla, evinde silah bulundurulmuş bireylerde daha fazla şiddet ve intihar vakası görülmüştür. (19)

Ailesi ile ilişkileri iyi olan adölesanlarda, riskli davranışlar ile ilgili tutum davranış ailenin yönelimine benzerdir. Örneğin aile erken yaşta cinsel ilişkiyi onaylamıyorsa ailesi ile iyi ilişkiler içerisinde olan adölesanların erken yaşta cinsel ilişkiye girmediği saptanmıştır. (20) Aynı şekilde aile kontrolünün kötü olduğu adölesanlarda cinsel yolla bulaşan hastalıklar, birden çok cinsel partner, korunmasız cinsel ilişki sıklığı, madde kullanım sıklığı, tutuklanma ve bir kavgaya karışma sıklığı daha fazladır. (21)

Yeme bozuklukları ve obezite

Yeme ile ilgili problemler adölesanlarda sıktır. Bozuk yeme davranışları; anormal besin kısıtlaması, patolojik diyet yapma, yenilen besinlerin geri çıkarılması ve aşırı yeme gibi sıralanabilir. DSM IV te; Anoreksiya Nervosa, Bulimia Nervosa ve Aşırı Yeme Bozukluğu olarak 3 tip yeme bozukluğundan bahsederken, DSM V’te yeniliğe gidilerek; sıralananlara ek olarak Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu eklenmiştir. (22, 23)

Ekranlarda izlenen modellerin, sosyal medyada beğenilen kişilerin özellikle kadınlar olmak üzere aşırı zayıf olmaları, daha ince görünmek için çeşitli programlarla görüntülerinin ince gösterilmesi neticesinde toplumda adölesanlara kadar uzanan bir dış görünüş kaygısı oluşturur ve kilo kaybetme obsesyonuna neden olur. Yeme bozukluklarının etyolojisinde bu algı önemli bir yer teşkil eder. Çeşitli yeme bozukluklarının ergende bulunması, gıda alım dengesini bozduğu için malnutrisyon gibi komplikasyonlara yol açar.(24)

Adölesan ve çocuklar Beden Kitle İndeksine (BMI) göre yaşa uygun persentil değerlerine göre düşük veya fazla kilolu olarak değerlendirilirler. BMI < 5 persentil olanlar düşük kilolu, 5-85 persentil aralığında olanlar normal kilolu, 85-95 persentil

aralığında olanlar fazla kilolu, >95 persentil olanlar obez, BMİ 95 persentil değerinin %120 sinden fazla olanlar veya BMİ > 35 kg/m² olanlar sınıf 2 obezite, BMİ 95 persentil değerinin %140'ından fazla olması veya BMİ > 40 kg/m² olması sınıf 3 obezite olarak değerlendirilir. (25)

Obezite gelişmiş toplumlarda özellikle 1970'lerden sonra oldukça fazla artarak önemli bir toplumsal sorun haline gelmiştir. Obezitedeki artış ile birlikte obezite ilişkili komorbid durumlarda da artış meydana gelmiştir.(26, 27) Obezite, kardiyovasküler olaylar ve hiperlipidemi ve hipertansiyon açısından da önemli bir risk faktörü olarak bulunmuştur. (28) Çocuklarda bile obezite kan basıncı yüksekliği açısından önemliyken, erişkin dönemdeki kardiyovasküler hastalıkların önlenmesi açısından obezite kontrolü kesinlikle yapılmalıdır. (29)

Fiziksel-bilişsel aktivite

Tüm profesyonel kuruluşlardan yapılan öneriler ve raporlar, uzun dönem sağlık sonuçları açısından gün içerisinde düzenli fiziksel aktivite yapılması gerektiği yönündedir. Egzersizlerin haftada 3-5 gün, 30-45 dk süreyle yapılması önerilmiştir. (30) Artan teknolojiyle ve bu teknolojiye erişim kolaylığı artması nedeniyle 1977'den 1995 yılına kadar 5-15 yaş arası çocuklarda yürüme ve bisiklete binme %40 oranında azalmıştır. (23)

Yapılan fiziksel egzersizlerin yağlanmayı azalttığı, kan basıncını düzenlediği, kas-kemik üzerine pozitif etkileri, depresyonu azalttığı, mental sağlığı ve kişisel iyilik halini olumlu etkilediği ve madde kullanımını azalttığı bilinmektedir. (31-33) Mental sağlık üzerine etkilerinden bazıları; kendine saygıda artış, kişisel algılanan stres düzeyinin azalması, anksiyeteye yaptığı olumlu etkidir. (23)

Özellikle gençler arasında yaygın olarak vücut geliştirme antrenmanları yapılmaktadır. Daha güçlü olma isteği, kaslı vücut yapısının daha çekici olduğunun düşünülmesi nedeniyle tercih edilmektedir. Özellikle ebeveynler arasında fitness gibi kas geliştirme egzersizlerinin güvenli olmadığı, kaza-yaralanmaya neden olabileceği yönünde düşünceler vardır. (34) Ancak uygun şekilde yapılan kas güçlendirme egzersizlerinin, yapmayanlara göre daha fazla yaralanmaya neden olduğu gösterilmemiştir. (35)

Bilişsel aktiviteler için öncelikle; Zekâ Geriliği, Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Sendromu, Otizm Spektrum Bozuklukları, öğrenme yetersizlikleri, konuşma ve dil yetersizlikleri açısından gencin değerlendirilmesi gereklidir. Zekâ geriliği için genellikle hafif zekâ geriliği IQ 50-70 arasında olanlar için, ciddi zekâ geriliği ise IQ<50 olanlar için kullanılır. Ağır zekâ geriliği toplumlarda yaklaşık olarak %1-3 arasında değişirken, hafif zekâ geriliği tanımı yapılırken sınır değer alma ile ilgili farklılıklar nedeniyle toplumdan topluma prevalansı değişkenlik gösterir. Özellikle çocuk ne kadar erken fark edilir ve tedaviye başlanırsa, o oranda faydalı olunacaktır. Fark edilmeyen gençlerde okula devam güçlüğü, madde kullanımında artış, psikolojik rahatsızlıklar gibi birçok sorun baş gösterecektir. (23)

Akranlarla ilişki/ Akran zorbalığı

Çocuklar ve ergenler arasındaki akran mağduriyeti, son otuz yılda yüzlerce çalışmanın ana konusu olmuştur. Bu konuyla ilgili yapılan çalışmalar mağduriyet ile duygusal uyum arasındaki ilişkiyi araştırmış ve akran mağduriyetinin duygusal uyum güçlüğü ile bağlantılı olduğuna dair sağlam kanıtlar sunmaktadır.(36) Özellikle Amerika’da %20’ye varan okul şiddetinden bahsedilmektedir. Erkeklerde daha fazla olmak üzere ortalama %16 oranında ergenin yanında silah (ateşli silah, bıçak, vb.) bulundurduğu tespit edilmiştir. (37)

Şiddet ve şiddete bağlı yaralanmalar için çeşitli kilit risk faktörleri tanımlanmıştır. Bunlar çok çeşitli ve karmaşık olmakla beraber; cinsiyet, daha önce şiddete bağlı yaralanma geçirmesi veya fail olması, erken çocukluk döneminde şiddet içerikli disiplin veya saldırgan çocukluk geçmişi, ateşli silahlara erişim, alkol-madde kullanımı, sosyal izolasyon veya çeteye katılım, medya şiddeti olarak sıralanabilir. Engelleyici faktörler arasında ise, ebeveynlerle ve diğer yetişkinlerle iyi iletişim içerisinde olmak, okula devamlılık, yüksek not ortalaması ve dindarlık tespit edilmiştir. (38)

Sosyal dışlanma, ergen ile ilgili söylenti yayılması ve arkadaşlığı geri çekme tehditleri gibi eylemlerle sosyal ilişkileri hedefleyen ilişkisel mağduriyet gibi daha ince biçimler de akran zorbalığı içinde değerlendirilir. Akran ilişkilerindeki çatışmalar, bu dönemde artan akran etkisi, ergenlerin kimliği ve benlik duygusu üzerindeki etkileri nedeniyle ergenler için özellikle dikkat edilmesi gereken bir konudur. (39)

Madde kullanımı (tütün, alkol, diğer...)

Madde kullanımı ABD, Avrupa ülkeleri ve diğer ülkelerdeki ergenler arasında yaygın ve endemiktir. Özellikle Amerika’da gençlerin yarıya yakınının erişkin döneme geçene kadar en az bir kez madde kullanımı, %80’inin ise en az bir kez alkol kullanımı olmuştur. Çoğu ergenin madde kullanımı yıllar içinde geriler fakat kullanılan süre içerisinde bir takım sosyal ve sağlık problemleri ile ergeni baş başa bırakır. (40) Ergenle görüşme yapıldığı esnada direkt olarak madde kullanımı ile ilgili bir tecrübe yaşayıp yaşamadığı sorulmalıdır. (41) Riskli madde kullanımına yönelik tarama testi olarak CRAFFT olarak kısaltılan, Knight tarafından geliştirilen bu ölçek kullanılabilir. (42)

Maddelerin kullanım aşamasından bağımlılık aşamasına geçişleri farklıdır. Esrar ve kokainin geçişi alkol ve tütün kullanımına göre daha hızlıdır fakat en yüksek oranda geçiş ise nikotindedir.(43) Bağımlılık için ailesel risk faktörlerinden bazıları; anne babanın alkol/madde kullanması, intrauterin maruziyet, aile içi çatışmalar, madde kullanımına karşı olumlu ebeveyn tutumu olarak sıralanırken, bireysel risk faktörleri; zor kişilik, anti-sosyal kişilik, düşük pozitif ruh hali, öz-kontrolün düşük olması, dikkat eksikliği/hiperaktivite, dürtüsellik, olarak söylenebilir. Madde kullanım bozukluğu olan adölesanlarda bu risk faktörlerinden birçoğu muhtemelen mevcuttur. En çok eşlik eden psikiyatrik hastalıklar ise; davranış bozukluğu, majör depresif bozukluk, bipolar bozukluk, post travmatik stres bozukluğu, yıkıcı duygu-durum bozukluğu, anksiyete bozukluğu ve şizofrenidir. (44) Adölesanların madde kullanımında ailenin en büyük etken olduğunu ifade eden çalışmalar mevcuttur. (45) Dini inanç ve akademik başarı madde kullanımında uzaklaştırıcı faktör olarak saptanmıştır. (46)

Sigara kullanımı tüm dünyada epidemik bir sorundur. En yüksek sigara kullanımı Çin’de olmakla birlikte Türkiye 10. sıradadır. Her yıl 5 milyon kişinin tütün nedeniyle

öldüğü bilinmektedir ve 2030 yılına kadar 175 milyon insanın bu sebeple öleceği tahmin edilmektedir.(47) Şu kesin olarak bilinmektedir ki; sigara içmenin hiçbir güvenli yolu yoktur ve üzerinde oynanmış sigaralar (e-sigara vb.) içmeyi daha çekici hale getirmektedir.(48)

Tütün kullanımı yetişkinler üzerindeki uzun dönem etkilerinin yanı sıra ergenler için spesifik sağlık sorunları da yaratmaktadır. WHO gençlerde (13-15 yaş) sigara içme oranlarını yayınladığı bir raporda, Türkiye’de erkeklerde %11,1 kadınlarda %4,4 oranında sigara kullanımı saptanmıştır. (49) Tütün ürünlerine ulaşım kolaylaştıkça, arkadaşlar arasında tütün ürünü kullanan kişi sayısı arttıkça, özellikle benlik saygısı ve okul başarısı düşük bireylerde daha fazla olmak üzere, tütün bağımlılığında artış görülür. (50)

Aşırı alkol alımı (tek seferde 3-5 içecekten fazla alkol alınması) büyük bir sorun teşkil etmekte ve her yıl adölesanlar arasında ölümün yanı sıra okul, sosyal ve fiziksel problemlerle de ilişkili bulunmaktadır. (44) Bununla ilgili yapılan çalışmaları desteklemek amacıyla Dünya Sağlık Örgütü’nün Alkol Eylem Planı vardır.(51) Türkiye Hastalık Yüğü Çalışması’nda erkeklerde, ‘Alkol Kullanım Bozukluğu’ Sakatlıkla Kaybedilen Yaşam Yılı sıralamasında üçüncü, DALYs (Sakatlığa Ayarlanmış Yaşam Yılı) sıralamasında ise on ikinci sıradadır. Kişi başına düşen alkol miktarı olarak hesaplandığında Türkiye, Avrupa ülkelerinden daha geride iken, alkol alanlar arasında sıralama yapıldığında Türkiye daha ileri sıralarda yer alır. (52) Türkiye’de genç nüfus üzerinde alkol kullanımı ile ilgili yapılmış çalışma sayısı az ve veriler yetersiz olmakla birlikte en fazla bira tüketildiği söylenebilir. (53)

2011 yılında, Türkiye Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığı İzleme Merkezi’nin (TUBİM) yaptığı 32 ili kapsayan bir çalışmada, erkeklerde kızlardan 3 kat yüksek olmak üzere herhangi bir yasa dışı bağımlılık yapıcı maddenin en az bir kere deneme oranı %1,5 olarak bulunmuştur. (54) Birleşmiş Milletler Uyuşturucu ve Suç Ofisinin yayınladığı raporda ilk uçucu madde kullanım yaşı yaklaşık 11, esrar kullanımı yaşı 16, ekstazi kullanımı ise 17’dir. (55) Türkiye’de ise 14’tür. (54)

Cinsel aktif olanlarda, Cinsellik ilişkili problemler

Dünya Sağlık Örgütü ve diğer uluslararası sağlık kuruluşları da ergen dostu sağlık hizmetlerini dünya çapında bir öncelik olarak tanımlamaktadır. DSÖ'nün Cape Town'da 2009 yılında yapılan çalıştayında Kadın Sağlığı Komitesi'nde belirlenen en kritik başlıklar; adölesanların cinsel yolla bulaşan hastalıklar ve üreme sağlığı açısından bilgi sahibi olmaması (güvenli cinsel ilişki, kontrasepsiyon, erken çocuk sahibi olma konusundaki riskler, güvenli olmayan düşük ve komplikasyonları), üreme sağlığı ve HIV enfeksiyonları ile ilgili geçmişte kaçırılan fırsatları içermektedir. (56)

Gebelikle sonuçlanan cinsel ilişkilerdeki sorunlar çok daha fazladır. Ergen annelerin, anne olmayan ergenlere göre okuldan ayrılması ve işsizlik ve fakirlikle karşı karşıya kalma sıklığı yüksektir. Yine ergen gebelerde; gebelik komplikasyonları fazladır, gebelik kontrollerine gitme oranları daha düşüktür.(41)

Ülkemizde adölesan dönemde çocuk doğurmaya başlayanların yüzdesi 18 yaşından sonra ciddi bir şekilde artış gösterir. Bu noktada ülkemizdeki yasal evlilik yaşının 18 olduğunu hatırlamak gerekir. Çocuk doğurma eylemi 17 yaşından önce seyrek, ancak 19 yaşına gelmiş kadınların yüzde 16'sı anne olmuş veya ilk çocuğuna gebe olarak karşımıza çıkar. Kırsal alanlardaki ergenlerde çocuk doğurma, kentte yaşayanlara göre daha sık görülen bir davranıştır (sırası ile %6-%4). Eğitim düzeyi ve gelir düzeyiyle negatif korelasyon gösterir. (16)

Duygu-durum, depresyon, intihar

Ergenlik döneminde depresyon görülme sıklığı fazladır ve bu nedenle birinci basamak hekimine başvuran ergenlerin depresyon açısından dikkatli sorgulanması Sağlık Bakanlığı tarafından önerilmektedir. Sürekli sıkıldığını ifade eden, uykusu ve iştahı bozukluk, ağlama sıklığında artış olan, mutsuz, umutsuz, huzursuz, kaygılı, içine kapanık ergenlerde depresyondan şüphelenmeli ve bu gibi durumlarda kendine zarar verme düşünceleri direkt olarak sorulmalıdır.(15)

Ergenlerde majör depresyon, yaygın akut ve kronik morbidite ve mortalite ile ciddi bir psikiyatrik hastalık olarak kabul edilmektedir. (57) Depresyonu olan ergenlerin çoğu erişkin yaşa ulaşmadan tanı alamamaktadır. (58) Birinci basamakta ergen depresyonunun farkedilme oranı çok daha düşüktür ve bu nedenle tıbbi bakıma ulaşım gecikmektedir. (59) Birinci Basamakta kullanılabilecek; son iki hafta içerisindeki anhedoni ve duygu durumu sorgulayan 2 kısa soru ile depresyon taraması yapılabilir. (60)

İntihar kişinin hayatını sonlandırmasıdır. Başarılı olmayan intihar çabalarına intihar girişimi denir. Eğer kişi bu çabalarıyla başarılı olamayacağını düşünüyorsa bu durum ise intihar jesti olarak adlandırılır. Bunlar ‘dikkat çekme amacıyla’ yapılan ‘yardım çığıkları’dır. Pasif ölüm düşüncesi; çabaya başvurmadan sadece ölme ile ilgili düşüncelerdir. Parasuicidal eylem ise nedenine ve ölümcül olmasına bakılmaksızın, kendine zarar veren eylem veya intihar etme çabalarının tümüne verilen isimdir. İntihar etme fikrini aklından geçiren bireylerin yarıdan fazlasında altta yatan bir psikiyatrik hastalık vardır. (23)

Okul problemleri-Sınav kaygısı

Türkiye’de okul başarısının en önemli kriteri, iyi bir üniversiteye yerleşmek, bu üniversiteden mezun olmak ve iş bulmak olarak algılanmakta ve bu durum öğrenciler için bir baskı unsuru haline gelebilmektedir. Bu baskı gün geçtikçe daha alt sınıflardaki öğrencilere kadar inmektedir. Üniversiteye yerleşme verilerinin açıklanması ile ortaya çıkan ‘iyi bir üniversiteye girebilmek için iyi bir lisede okumak’ fikri, çok daha alt sınıflardan itibaren birey üzerinde ciddi bir stres kaynağı olmaktadır. (19, 61) Toplum tarafından saygı görmek ve ailenin gurur duyabileceği bir birey olmak da bu kaygıyı pekiştiren diğer unsurlardandır. (62)

Sınav kaygısının ‘kuruntu’ ve ‘duyuşsalılık’ olarak adlandırılan iki ayağı vardır. ‘kuruntu’nun bilişsel boyutla alakalı olduğu ve kişinin olumsuz iç konuşmalarının, kendisiyle ilgili kötü geri bildirimlerinin neticesi olarak kendisinden bekleneni yerine getiremeyeceği korkusu, ‘duyuşsalılık’ ise bu korkunun baş dönmesi, mide bulantısı, sinirlilik, kortizol salgılanmasında artış gibi fizyolojik belirtileridir. (63, 64) Bilindiği üzere hafif düzeydeki anksiyete kognitif fonksiyonlara yardımcı olurken, artmış anksiyete ise öğrenmeye engel olmaktadır. (65)

Problemlili internet kullanımı

Gençlerin neredeyse %75’i bir akıllı telefona sahip ve bu telefonlar birçok uygulama, sınırsız internet, televizyon izleme olanağı ve alışverişe erişim olanağı sunmaktadır. Adölesanların Yüzde 76’sı sosyal medya kullanmakta ve %70’inin birden fazla sosyal medya hesabı bulunmaktadır. Her gün çocuklar ve gençler olumsuz örnek olabilecek medyalara maruz kalmaktadır. Kontrolsüz internet kullanımından bazıları; bağımlı olmak, kişisel bilgilerini/fotoğraflarını güvenli olmayan bireylerle paylaşmak, ‘sexting’, siber şiddet, yasadışı ilaç kullanımına erişme gibi birçok riskli davranış olarak sıralanabilir. Yetişen çocukların çoğunluğu ailesinden bağımsız bir siber hayata sahip ve ailelerin bu noktada kontrolü ele geçirmeleri ve çocuğun sağlığı, ilgi alanları, kişiliği ve gelişim evresini ele alan bir medya planı yapmaları gerekmektedir. (66, 67)

Bağımlılılık yapıcı esrar, alkol gibi maddelere benzer şekilde kimyasal olarak bağımlılık yaptığı kanıtlanan internet bağımlılığı DSM-5’te tanımlanmış ve İnternet Oyun Bağımlılığı olarak adlandırılmıştır. Bağımlılığın belirtilerinden olan zihinsel meşguliyet, duygu-durum bozukluğu, tolerans, yoksunluk, kişiler arası çatışma gibi özellikleri internet bağımlılığında da görmek mümkündür. (68) Bağımlılığın neticesinde obezite, uyku problemleri, okul başarısında düşme, riskli davranışlara yönelme gibi olumsuz sonuçlar ortaya çıkmaktadır. Yapılan birçok çalışma problemlili internet kullanımını intiharla ilişkili bulmuştur. (69)

Uyku bozuklukları

Uyku, çocuk ve gençlerin gelişiminde hayati bir öneme sahiptir. Uyku problemi adölesanlar arasında yaygın ve kronik bir sorun olmakla birlikte görülme sıklığı yaklaşık %11 olarak saptanmıştır. Uykusuzluk problemi olan bireylerin yaklaşık olarak yarısında bir psikiyatrik hastalık öyküsü vardır. Ergenliğin sosyal ve duygusal değişim ve gelişmelerden etkilenmesi, uyku/uyanıklık döngüsünün değişmesi uykusuzluk için potansiyel bir risk oluşturmaktadır.

Ergenler uyumadan önce çeşitli davranışlarda bulunurlar. Bu davranışlar arasında özellikle, video oyunları oynamak ve ekranla araçlarla vakit geçirmekle (özellikle uyumadan önce sosyal medya kullanımı ile) uyku kalitesi arasında negatif bir ilişki vardır. Sıklıkla uykusuzluk için öngörülen risk faktörü olan cinsiyet, özellikle menstrüel siklusun başlamasıyla kızlar için negatif yönde etki eder. Tam tersine okulun olduğu günler ve uyumadan önce aileyle vakit geçirilen gecelerde, yatağa gitme, uykuya dalma ve uyku kalitesinde belirgin iyileşme gözlenmiştir.

Uykusuzluğun neticesinde ortaya çıkan duygusal ve davranışsal zorluklar, daha sonrasında daha fazla uykusuzluğa neden olarak bir kısır döngü oluşumuna neden olur. Gün içerisinde fiziksel aktivitenin arttırılması, teknoloji ilişkili video-oyunlarının azaltılması, uykuya dalan bireyin yanında bir ebeveynin olması gibi önlemler uyku problemlerini azaltmak için yapılan önerilerdendir. (70-72)

Riskli davranış, Kaza-yaralanma durumları

Riskli davranışlar, doğrudan veya dolaylı olarak zarara neden olan davranışları içerir. En sık örnekleri ise sigara içme yasa dışı ilaç kullanımı, aşırı alkol alımı, riskli cinsel davranışlarda bulunma, güvenli olmayan motorlu araç kullanımı, alkol aldıktan sonra motorlu taşıt kullanımı, silah bulundurmaktır. Özellikle adölesan dönemde risk alma davranışı sık görülür. Temelinde yatan etkenler araştırıldığında biyolojik, genetik, davranışsal ve sosyal birçok etmene rastlanmıştır. Benliğinin sınırlarının farkında olamama, yenilmez olduğunu düşünme, yaşanan tecrübelerin yol göstermede yetersiz olması düşünsel faktörlerden bazılarıdır. Ayrıca boşanmış ailenin çocuğu

olmak, okulla ilgili çok yüksek beklentilerin olması, akıl sağlığı da bu konuda önemli oranda etkilidir. (23, 73, 74)

Suç işleme davranışı adölesan dönemin erken evresinden orta evresine doğru artarken, geç adölesan dönemde hızla azalır. Bu grafik de ergende meydana gelen fiziksel-cinsel-psikolojik değişimlerin daha fazla yaşanmasıyla ilişkilendirilebilir. Fakat riskli davranışlarda bulunan yetişkinlere göre adölesanlar bu davranışların olumsuz neticelerinden çok daha dramatik bir şekilde etkilenirler. (74)

Dünya Sağlık Örgütü'nün verilerine göre adölesan ölümlerinin en sık sebebi motorlu taşıt yaralanmalarıdır, sonra sırası ile HIV/AIDS, kendine zarar verme, alt solunum yolu enfeksiyonları ve kişiler arası şiddet olarak sıralanır. İlk 5 ölüm nedeninin 4 tanesi riskli davranış olarak sayılan nedenlerdendir. Erkek cinsiyet açısından bakıldığında ilk 5 nedenin hepsinin riskli davranışlar olduğu görülecektir: sırasıyla motorlu taşıt kazaları, kişiler arası şiddet, HIV/AIDS, kendine zarar verme ve boğulma. (75)

Kas-eklem rahatsızlıkları

Kas-iskelet sistemi, bileşenlerini kemik, eklem, kas, tendon, ligamanlardan oluşan vücudun hareket sistemidir. Düzgün çalışabilmesi tüm bu sayılan dokuların kusursuz bir mekanikle ve doku uyumuyla ve koordine bir şekilde hareket etmesiyle mümkündür. (76) Kas-iskelet sistem bozuklukları yukarda adı geçen dokularda meydana gelen ağrı-acı, fiziksel olarak kısıtlamalar olarak kendisini gösterir. (77, 78)

Adölesanlarda boyun, omuz, sırt ve bel ağrısının prevalansı son yıllarda giderek yükselmiştir ve etyolojisi kesin olmamakla beraber psikosomatik belirtilerle ilişkilendirilmiştir. Boyun ve omuz kaslarını çalıştıran egzersizlerle zıt ilişkisi olduğu saptamıştır. (79) Kas iskelet sistem ağrılarının diğer nedenleri arasında sürekli oturmaya dayanan gündelik alışkanlıklar, yüksek ya da düşük aktivite düzeyi, obezite, iş yerinde fiziksel ve zihinsel stres maruziyeti söylenebilir. (80, 81) Özellikle kızlarda uyku kalitesinin düşük olması da boyun ve bel ağrıları için bağımsız bir risk faktörü olarak tanımlanmıştır. (82)

Vücut ağırlığının bir anda arttığı büyüme hamlesi dönemleri, epifizyal büyüme plakları açısından en riskli dönemdir. Benzer şekilde distal Radius kırıklarının pik yaptığı dönem genellikle büyüme hamlesinin pik yaptığı dönemle eşleşir. (83) Aynı şekilde tüm vücut parçalarının aynı anda büyümeyip, vücutta orantısızlık meydana gelmesi de eklemlerde sınırlı hareket alanı ve burkulmalara neden olabilir. (84)

Adölesan dönemde yapılan sporlar da kas-iskelet hastalıkları açısından bir risk faktörü olabilir. Uygun olmayan ekipmanla yapılan spor veya uygun tedavi edilmeyen kaza ve yaralanmalar uzun dönem süreli kas-iskelet rahatsızlıklarına yol açar. Beslenme de özellikle ağır spor yapan gençlerde dikkat edilmesi gereken bir diğer husustur. Uygun kondisyon için gereken kilo, olması gerekenden fazla veya düşük olabilir. Bu noktada dikkat edilmesi gereken dengeli kilo alımı olup, tek bir besin grubuna (ör: protein) yüklenmemek olmalıdır. Ayrıca kas güçlendirmek amacıyla alınan takviye gıdaların steroid içerip içermediği gözden geçirilmemelidir. (23)

Büyüme-gelişmedeki olumsuzluklar

Neredeyse bütün kronik rahatsızlıklar çocuk ve gençlerde büyüme ve gelişmede olumsuzluk olarak karşımıza çıkabilir. Özellikle beslenmeyi bozan Çölyak hastalığı, İnflamatuvar Bağırsak Hastalıkları gibi malabsorbsiyonla seyreden hastalıklar önemli oranda büyüme gelişme geriliğine neden olurlar. Genetik hastalıklar, iskelet displazileri, intrauterin büyüme geriliği öyküsü, kronik böbrek ve akciğer hastalıkları da mutlaka göz önünde bulundurulması gereken nedenlerdir. (85)

Adölesan dönem ise kognitif, psikososyal ve fiziksel olmak üzere çeşitli maturasyon tiplerinin bir arada görüldüğü bir dönemdir. Bu karmaşık geçiş sürecine genel olarak puberte denmektedir. En belirgin değişim boyda artış ve sekonder seks karakterlerinin gelişmesi olarak söylenebilir. Erken puberte veya gecikmiş puberte bu noktadaki anormal durumlardır. Erken puberte, bulunulan topluma göre ortalama ergenlik başlangıç yaşının 2 veya 3 standart deviasyonundan önce başlamasıdır. Gecikmiş ergenlik ise bulunulan toplumun ortalama ergenlik yaşına göre 2-3 standart deviasyonda ergenliğe girilmemiş olması olarak tanımlanabilir. (86, 87) Puberteye giriş için kullanılan Tanner evrelemesi ile maturasyon evresi tespit edilebilir. (88) Büyüme hamlesi ise kız ve erkeklerde farklı zamanlarda görülür fakat iki cinsiyet için

de ortalama süre 2 yıldır. Artmış vücut ağırlığı erkekler için her zaman artmış erişkin boyu olarak söylene de kızlar için durum farklıdır. Çünkü obezite kızlarda bazen erken puberte başlangıcına neden olarak, nihai boyda kısalık olarak sonuç verebilmektedir. (88-91)

Kemik gelişimi açısından bir büyüme hamlesi yaşandığı düşünülürse, kemik yapımı için gerekli vitamin ve mineral alım azlığı ergenlik döneminde artmış kemik kırığı riski olarak karşımıza çıkabilir. Vücudun gereksinimi olan kalsiyumun yaklaşık yarısı ergenlik döneminde depolanır. Ergenlik bittiğinde erkeklerin total vücut kalsiyumu kızlara göre %50 daha fazladır. (92, 93) Vücuttaki yağ kompozisyonu da cinsiyetler arası değişkenlik gösteren diğer bir konudur. (84, 94) Ergenliğin ortalama başlangıç yaşı ırklar arası farklılık göstermekler birlikte Afrikalı ve Amerikalı kızlarda Kafkas ırkına göre erken görüldüğü bilinmektedir. Beden kitle İndeksinin artmış olması da ergenliğe giriş yaşını düşürmektedir. (95)

Anemi ve diğer vitamin eksiklikleri

Anemi, kanda bakılan hemoglobin veya hematokrit değerinin normalden düşük olmasıdır. Anemi neticesinde kanın oksijen taşıma kapasitesinde ve dokulara ulaşan oksijen miktarında azalma meydana gelir. Bu değerler yaşa birlikte değişkenlik gösterebilir. (96) Adölesan dönem, kan hacminin genişlemesi ve kas kütlesindeki artış nedeniyle demir ihtiyacının arttığı bir zamandır. Genç kadınlar menstrüel kan kaybına bağlı demir eksikliği gelişimi için özellikle risk altındadır. (97) Demir eksikliği, normal fizyolojik fonksiyonları sürdürmek için, beş yaş ve üstü bireylerde serum ferritin <15 mikrogram / L (veya ng / mL) ile tanımlanan yeterli vücut demirinin olmadığı bir durumu belirtir. (98) Serum ferritin değerinin >40 ng/ml olması normal kabul edilmiştir.

Küresel olarak bakıldığında 2013 yılı için demir eksikliği anemisi 600 milyondan fazla kişiyi etkilemiş, çocuk ve ergenlerin yaşamında çeşitli engellilik oluşturmuştur. (99) Obez bireylerde demir eksikliği anemisi görülme sıklığı 2 kat fazladır. Etiyolojisi tam olarak bilinmemekle birlikte diyet kalitesinin düşük olmasıyla ilişkili olduğu düşünülmektedir. (100, 101)

Demir eksikliği çoğu ergen için farkında olunmayan bir durumdur. Hemoglobin düşüşü demir eksikliğindeki en son klinik bulgudur. Semptomlar ortaya çıkmaya başladığında ise en sık halsizlik, baş ağrısı, sinirlilik, senkop ve değişen derecelerde yorgunluk ve egzersiz intoleransı olarak presente olur. Bu belirtilerin farkında olunmadan pica belirtileri de yaşayabilirler. (97) Bu semptomlar anemi olmadan da demir eksikliği varlığında görülebilir. (102)

D vitamini, kalsiyum homeostazı ve kemik sağlığında önemli rol oynayan temel bir besindir. Şiddetli D vitamini eksikliği bebeklerde ve çocuklarda raşitizme ve tüm yaş gruplarında osteomalaziye neden olur. Hafif D vitamini eksikliğinin klinik sonuçları ise hala tartışmalıdır. Kutanöz D vitamini sentezi güneş ışığına, özellikle ultraviyole B'ye (UVB) maruz kalmaya bağlıdır ve melanin doğal güneş kremi olarak işlev gördüğü için, cilt pigmentasyonu fazla olan çocuklarda azalır. Diğer risk faktörleri ise obezite, bazı ilaçlar (antiretroviraller, antikonvülzanlar), genetik bozukluklar, karaciğer ve böbrek hastalıkları olarak sayılabilir. (103)

Vejetaryen diyet her geçen gün daha da popüler hale gelmektedir. Vejetaryen diyet nedeniyle yetersiz besin alımı için en büyük riskler büyüme dönemlerinde ortaya çıkar. Vejetaryen diyeti ne kadar kısıtlayıcı olursa, diyet yetersizliği riski de o kadar büyük olur. (104, 105) Et ya da balığı az yiyen herhangi bir hasta için periyodik olarak demir eksikliği taraması yapılmalıdır. Tipik yaklaşım âdet kanaması fazla olan, düşük kilolu bireyler gibi risk grubundaki bireyleri, her 3 yılda bir demir eksikliği açısından taramak şeklinde olmalıdır. Vegan diyetle beslenen bireylere dışardan vitamin B12 takviyesi yapılmalıdır. Makrositer anemi açısından değerlendirme yapılmalıdır. (106, 107)

Folat eksikliği de vitamin B12 eksikliği gibi genelde insidental laboratuvar bulgusu olarak tespit edilir. Gebelik, neonatal dönem gibi acil replase edilmesi gereken durumlar dışında haftalar içinde tedavi edilebilir. Metotreksat gibi bazı ilaçların kullanımı da folat eksikliğine neden olması açısından akılda tutulması gereken bir konudur ve bu ilacı kullanması gerekli olan hastaya mutlaka yakın takip edilerek takviye yapılması gereklidir. (108)

Kronik hastalıklar/engellilik

Engellilik; kişinin bedeninin bir kısmını veya tamamını kullanmasında kısıtlanma, fiziksel veya sosyal aktivitesinin kısıtlanması veya engellenmesini içeren şemsiye bir terimdir. Engellilik kaynaklara erişim, sağlık hizmetini kullanabilme gibi çeşitli durumlardan etkilenir. Kronik hastalıkların birden fazla olması da özel tıbbi bakım gerektiren durumlar arasında kişinin hayatını olumsuz etkileyen ve daha fazla tıbbi kaynak ve teknoloji kullanımına yol açan bir başka alt gruptur. (109)

Kronik hastalığı olan ergenler, gelişimlerini tamamlayabilmek için iki kat daha fazla mücadele etmek zorunda kalırlar. (110) Kronik fiziksel, gelişimsel, davranışsal veya duygusal bir sorun yaşayan ergenler, aynı durumdaki çocuklardan daha fazla tıbbi bakım ihtiyacı duyarlar. (111) Kronik somatik rahatsızlıkları olan ergenlerde ve genç erişkinlerde eşlik eden depresyon ve anksiyete belirtileri riski artmaktadır. (112)

2.1.4. Birinci basamakta sağlıklı adölesan izlemi

Adölesanlar için sağlık izleminin başlıca amacı, bu yaş grubundaki mortalite ve morbiditenin en önemli nedenlerini gidermeye yönelik olmalıdır. Bu amaçla laboratuvar testlerini içeren ve riskli davranışları önlemeye yönelik bir sağlık hizmeti verilmesi amaçlanmalıdır. Erişkin dönemde var olan yaşam tarzı alışkanlıklarının çoğunluğu adölesan dönemde kazanılmış olanlardır. Yıllık önleyici bakım muayenesi bu hizmetler için bir fırsat sağlar. Sağlığın sürdürülmesi muayenesinde esas önlemler birincil, ikincil ve üçüncül önlemler olarak sıralanabilir. Birincil önlem; riskli davranışları önleme ve koruyucu davranışların desteklenmesi şeklinde olmalıdır. İkincil önlem hastalık ve kaza gelişiminden önce mevcut sağlık açısından riskli davranışları değiştirmeye yönelik olmalıdır. Üçüncül önlem ise saptanmış hastalığın sekellerini iyileştirmeye yönelik olmalıdır. Birinci basamaktaki sağlıklı adölesan muayenesi adölesanın özellikle birincil ve ikincil önlemlerine yönelik olmalı ve kendi sağlık bakımındaki sorumluluğunun üstlenmesinde adölesana yardım eder. (23)

2.1.5. Birinci basamakta ergenlik döneminde yapılması önerilen taramalar

Birinci basamakta yürütülen koruyucu sağlık hizmetinde ergenler için tüm dünyada ve ülkemizde önerilen çeşitli taramalar vardır. Sağlık Bakanlığı'nın sağlıklı adölesan izlemi için yayınladığı kılavuzda; gencin şikayetlerinin değerlendirilmesi ile başlayan klinik değerlendirme, psikososyal durumunun gözden geçirilmesi için HEADSSS formunun kullanılmasını, aşıların sorgulanmasını, fiziksel değerlendirme yapılmasını öneriyor. Yapılan fiziksel değerlendirme;

-Boy, kilo ölçülmesi ve beden kitle indeksinin hesaplanması,

-Solunum ve kalp muayenesi, arteriyel nabızların palpasyonu, kan basıncı ölçümünün yapılması,

-Hiperlipidemi açısından taranması,

-Genito üriner gelişim açısından Tanner evrelemesinin kullanılması,

-Kas-iskelet sistemi muayenesinin yapılması durumlarını içermelidir.

Bu önerilere ek olarak adölesan bireye aşağıdaki konularda danışmanlık verilmesi istenmektedir.

- Fiziksel-cinsel büyüme ve gelişme

-Psikolojik gelişme

-Sosyal gelişme

-Kişisel Hijyen

-Beslenme

-Fizik Aktivite

-Üreme sağlığı

-Sigara, alkol, madde kullanımı

-Kaza ve yaralanma

-Şiddet davranışları (113)

Uluslararası yapılan önerilerde ise klinisyenin görüşme esnasında;

- Hipertansiyon (Yaşa, cinsiyete ve ağırlığa göre belirlenmiş kan basıncı persentil eğrilerinden takip edilmelidir.) (114)

- Obezite ve Yeme bozuklukları

- Hiperlipidemi (eğer gerekli görülürse)

- Tüberküloz (eğer risk faktörü varsa)

- Fiziksel, cinsel ve duygusal istismar

- Öğrenme ve okul problemleri

- Zararlı madde kullanımı

- Depresyon ve intihar düşüncesi

- Cinsel davranışlar ve cinsel yolla bulaşan hastalıklar

- HIV ve servikal kanser başlıklarını içeren bir fizik muayene yapması önerilmiştir.

Ek olarak adölesan bireye ileriye dönük olarak bazı tavsiyelerde bulunulması önerilmiştir:

-Sağlıklı diyet alışkanlıkları ve sağlıklı bir kiloya sahip olma

- Güvenli bisiklet ve motorlu taşıt kullanma

- Düzenli egzersiz ve optimal uyku alışkanlığı

- Güneşten korunma

- Güvenli cinsel davranışlar

- Zararlı madde kullanımından kaçınılması

- Şiddetle mücadele etme gibi konularda hekimin adölesana önerilerde bulunması net bir sonuç olmamakla birlikte, kimi kaynaklarda ileriye dönük adölesan davranışlarında olumlu değişikliğe yol açtığı gösterilmiştir. (41)

2.2.Vücut Algısı

Ergenlik döneminin en önemli değişimi, beden imajında yaşanan değişimdir. Daha öncesinde algılanan beden imajı, ergenlikle birlikte değişmeye başlar. Bedenindeki değişiklikleri kabul eden ergenin, gerçekçi ve olumlu bir beden imajı geliştirmesi beklenir. Bu değişiklikler insan hayatında en fazla ergenlik döneminde yaşanır. Ergen dış görüntüsü ile içsel benlik imajı arasında karmaşaya düşer. Bu durum karşımıza değişimlerin en yoğun yaşandığı orta ergenlik döneminde, depresif duygu durum ve düşük benlik saygısı olarak çıkar. (115)

Adölesan dönemde çevreden ve arkadaşlardan gelen tepkiler birey için oldukça önemlidir. Kendisini sürekli etrafındaki diğer insanlarla kıyaslar. Bununla birlikte adölesan birey, vücudunda meydana gelen yoğun değişimlere adapte olmaya ve bu değişimlerle baş etmeye çalışmaktadır. Bu konudaki bilgisinin yetersiz olması nedeniyle çevresinin bilgi ve desteğine fazlaca ihtiyaç duymaktadır. (116)

Beden algısını açıklamaya çalışan sosyo-kültürel ve sosyal karşılaştırma teorileri, özellikle kadın ve erkek adölesanlar arasındaki farklılıkları açıklamaya çalışmışlardır. Magazin dergileri ve televizyona maruz kalma, dayatılan evrensel moda ölçüleri, mankenler ile kendisini karşılaştırma sıklığını değerlendirmiştir ve kendisi ile diğerlerini karşılaştırma açısından önemli ölçüde bu faktörlerden etkilendiği bulunmuştur. (117)

Vücut algısı, zihnimizde, kendi bedenimizin nasıl algılandığıdır ve benlik saygısı ile çok yakın ilişki içerisinde. (118) Genellikle benlik saygısı ve beden algısı arasındaki ilişki, pozitif korelasyon şeklindedir. (119)

Beden algısı çok çeşitli faktörlerden etkilenmektedir. Fazla kilolu bireylerin klinik izlem için yapılan boy-kilo ölçümlerinde bile normal kilolu bireylerden farklı olarak benlik saygısında azalma meydana geldiği ve depresif bir ruh hali sergilediği gösterilmiştir. (120) Bu durum bireyin beden algısında bir hoşnutsuzluk meydana getirmektedir. Obez bireylerin çoğunun kilo vermek isteme amacı da bedeninde algıladığı bu hoşnutsuzluktur. (119, 121)

Beden algısını belirgin olarak etkileyen diğer bir faktör ise cinsiyettir. Kadın cinsiyet, erkek cinsiyete göre daha olumsuz bir beden algısına sahiptir. (122, 123) Toplumsal normların ve kültürel faktörlerin, kadınları istenen kalıp estetik değerlere uymaya zorlaması nedeniyle bir takım psikolojik sorunlara ve yeme bozukluğuna neden olacağı belirtilmiştir. (124, 125)

2.3.Benlik saygısı

Benlik kavramı psikolojide özellikle son zamanlarda önemi artan ve daha çok tartışılan bir kavram haline gelmiştir. Kavram ile ilgili net bir tanım birliğine varılamamış olsa da benlik (self) kelimesinin Türkçe karşılığı olarak “öz”, “kendilik”, “benlik” kelimelerinin kullanılması önerilir. (126, 127)

Benlik kavramıyla ilgili tartışmalarda hiç şüphesiz ki Freud’un önemli bir yeri vardır. Klasik psikanalitik kuramda belirtilen “ego” kavramı ile “benlik” kavramı benzer özellikler taşımakla birlikte, farklı oldukları noktalar mevcuttur. Ego kavramı, benlik kavramının içerisinde yer almaktadır ve onun bir parçasıdır. Benlik daha geniş kapsamlı bir kavram olup, kişiliğin bilinçli ve bilinçdışı tarafını temsil eder. (128)

Benlik saygısı, kişinin kendisini nasıl değerlendirdiği ile ilgili bir yargı olmakla birlikte; kişinin kendini değerlendirmesi neticesinde kendi benliğini onaylaması ile ortaya çıkan beğeni halidir. Benlik saygısı yüksek bireylerin kendileri ile ilgili beklentileri de yüksektir. Benlik saygısı yüksek bireyler sosyal açıdan daha gayretli, daha yüksek beklenti ve hayal gücüne sahip, kendine güveni yüksek, daha iyimser ve güçlüklerle karşılaştığında daha zor pes eden, başarılı olma isteği fazla bireyler olarak karşımıza çıkarlar. Benlik saygısı düşük bireylerde ise bu durumun tersi özellikler görülür. Grup içerisinde katılımcı olmaktan ziyade dinleyici olmak isterler, daha içine kapanık özellikler sergilerler. (129)

Kişinin psikolojik olarak kendisini sağlıklı hissetmesinde ve psikolojik sağlamlılığında benlik saygısının önemli bir yeri vardır. (130) Benlik saygısı kavramı psikoloji alanında en çok araştırılan konular arasında yer almaktadır. Rosenberg tarafından 1965 yılında kendini değerli hissetmek olarak tanımlanmıştır. (131) Benlik saygısının yüksek düzeyde olması psikolojik sağlığın önemli göstergelerinden sayılmıştır. Diğer bir deyişle benlik saygısının yüksek oluşu kişinin genel iyilik halinin göstergesi olarak kullanılmıştır. (132) Benlik saygısının, psikolojik belirtilerin saptanmasında en önemli etkenlerden biri olduğunu belirten çalışmalar da mevcuttur. (133)

2.4.Yeme bozuklukları

Adölesanlara kadar uzanan bir kilo verme, ideal vücut ölçülerine ulaşma isteği, özellikle modellerin ve magazin dergileri tarafından, sürekli nasıl daha ince olunacağı, belli kas gruplarının nasıl sıkılaşıacağı ile ilgili görsellerin paylaşılması, paylaşılan görsellerin de belli bilgisayar programları ile oynanarak daha ideal hale getirilmesi nedeniyle yeme bozukluklarına zemin hazırlamaktadır. (134) Yeme bozuklukları tanımı, DSM-5'te tanımlanan 5 çeşit yeme bozukluğunu içeren, sağlığı veya psikososyal işlevselliği bozan sürekli bir yeme rahatsızlığı olarak yapılmıştır. Bu yeme bozuklukları Pica (besleyici değeri olmayan öğelerin tüketilmesi), Geri Çıkarma (Geviş Getirme) Yeme Bozukluğu, Kaçınan/Kısıtlı Yiyecek Alım Bozukluğu, Anoreksiya Nervosa, Bulimia Nervosa olarak isimlendirilmiştir. (135)

Neredeyse bütün yeme bozukluklarının etyolojisi belli değildir. Genetik, çevresel, ailesel gibi çeşitli faktörlerin etkili olduğu dile getirilmişse de kesin bir sonuca ulaşılamamıştır. Toplumda hangi oranda görüldüğü ile bilgilere de kısıtlı çalışmalarda yer verilmiş olmakla birlikte net bir oran verilememektedir. Koincidans olarak anksiyete bozukluğu, depresyon gibi psikiyatrik rahatsızlıkların eşlik ettiği bilinmektedir.(134) DSÖ tarafından kadınlarda, erkeklere oranla daha fazla görüldüğü belirtilmiştir. (136)

Anoreksiya Nervosa yeme bozukluklarının içerisinde, komplikasyonlarının fazla olması ve mortaliteye neden olabilmesi nedeniyle ayrıca incelenmesi gereken bir başlıktır. Yaşam boyu prevalansına bakıldığında ortalama başlangıç yaşı 18 olmakla birlikte kadınlarda belirgin biçimde erkeklerden fazla görülür. Amerika Birleşik Devletlerinin ulusal verilerine göre adölesanlar arasında görülme sıklığı %0,3 olarak tespit edilmiştir. (137) Çeşitli beyin bölgelerinin aktivitesinin azalması ile ilişkilendirilmiştir. (138) Amenore DSM-IV'te tanı kriteri iken DSM-V ile birlikte amenore olma zorunluluğu kaldırılmıştır. Anoreksiya Nervosa diğer psikiyatrik hastalıklar içinde, ölümlerin medikal komplikasyonlardan meydana gelmesi açısından birinci sıradadır. Bu nedenle mutlaka komplikasyonlar sorgulanmalıdır. Yapılan bir meta-analizde genel topluma göre Anoreksia Nervosa'lı bireylerde 6 kat artmış ölüm riski bulunmuştur. (139)

Bulimia Nervosa da tıknırcasına yeme ataklarına eşlik eden tekrarlayıcı kusmalar nedeniyle metabolik bozukluklara neden olmaktadır. Dehidratasyon, hipokalemi, menstrüel düzensizlikler, Mallory-Weiss Sendromu, miyopati, diş minesinde meydana gelen bozukluklar gibi görülmektedir. Ayrıca elektrokardiyogram değişiklikleri de görülebilir. (140)

2.5.Beden-Kitle İndeksi

Boy, kilo, Beden-Kitle İndeksi (BMİ) ve baş çevresi ölçümleri çocuklarda beslenme değerlendirmesinin temel noktalarıdır. (141) BMİ kişinin boyu ile kilosu arasındaki nispi oranı tanımlar. Yağlanma için öngöründe bulunmada iyi bir veridir. Bu nedenle yetişkinlerde ve iki yaşından büyük çocuklarda obeziteyi tanımlamak için en iyi klinik standarttır. BMİ yaş, cinsiyet ve pubertal aşamaya göre değişir, bu nedenle büyüme standartları BMİ persentillerine göre değerlendirilmelidir. BMİ >85 persentil ise fazla kilolu, BMİ >95 ise obez olarak değerlendirilmelidir. Düşük kilolu çocuklar için BKİ verileri yeterli değildir ama kabaca BMİ <5 persentil olan çocuklar düşük kilolu olarak değerlendirilmelidir ve beslenme anormallikleri açısından değerlendirilmelidir. Anoreksiya Nervosa'lı bireyler gibi durumlarda BMİ ölçümleri malnutrisyonu göstermede yetersiz kalabilir, bu noktada boy ağırlık ölçümleri daha etkili olabilir. (142)

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1.Araştırmanın yeri

Araştırma Ondokuz Mayıs Üniversitesi Pelitköy Eğitim Aile Sağlığı Merkezi'nde yapılmıştır.

3.2.Araştırmanın modeli

Araştırma ergenlerde vücut algısı, benlik saygısı ve yeme bozukluklarını tespit edebilmek amacıyla gözlemsel tanımlayıcı ve analitik tipte tasarlanmış kesitsel bir çalışmadır. Bu araştırma için oluşturulan görüşme formu 07/05/2020-20/06/2020 tarihleri arasında Ondokuz Mayıs Üniversitesi Pelitköy Eğitim Aile Sağlığı Merkezi'ne herhangi bir nedenle başvuran 10-21 yaş arası adölesan bireylere yüz yüze görüşme metoduyla uygulanmıştır. Uygulama öncesinde 18 yaş üstü bireylerden, çalışma öncesi bireyin kendisinden onam alınmıştır. 18 yaş altı bireyler hekim başvurusuna ailesi ile birlikte gelmek zorunda olduğundan, bu bireylerle yapılan görüşmeler aile gözetiminde ve ailenin onayı ile yapılmıştır.

3.3.Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Ondokuz Mayıs Üniversitesi Pelitköy Eğitim Aile Sağlığı Merkezi'ne kayıtlı 10-21 yaş arası adölesan bireylerdir. Erken, orta, geç ergenlik dönemlerinden benzer sayılarda birey tabakalandırılarak örneklem oluşturulmuş, 183 adölesan çalışmaya dahil edilmiştir.

3.4.Veri toplama araçları

Sosyo-demografik verilere ek olarak T.C. Sağlık Bakanlığı (SB) Birinci Basamak için Bebek, Çocuk, Ergen İzlem Kılavuzunda, ergen izlemde yapılması önerilen görüşme başlıkları eklenmiş, kılavuzda da önerilen (yaş/ergenlik dönemi gözetmeksizin) HEADSSS formu kullanılmıştır.

HEADSSS formu şu maddelerden oluşmaktadır:

Home (ev), Education/Employment (Eğitim/İş), Eating (Yeme tutumu), Activities (akranlarla aktivite), Drugs (Madde kullanımı), Sexuality (Cinsellik), Suicide/depression (İntihar ve depresyon), Safety (güvenlik) olarak açıklanmaktadır.

Bu başlıklar soru formatına dönüştürülerek görüşme formu oluşturulmuştur.

Ergenlik dönemi oldukça farklı yaş gruplarını içermektedir. Çocukluk ve erişkinlik dönemine dahil edebileceğimiz yaş grupları da ergen tanımına dahil olduğundan bu formdaki her soru her bireye uygulanamamıştır. Her görüşme bireye özgü olmakta ve bireyin durumu görüşmenin ilerleyişine yön vermektedir. Örneğin evlenmiş ve okul hayatı devam etmeyen bireylere eğitim hayatı ile ilgili sorular sorulmamıştır. Aynı şekilde henüz fiziksel ergenlik bulgularının olmadığı erken ergenlik evresindeki çoğu birey ülkemizde cinsel aktif olmadığından ve cinselliğin ne demek olduğunu bilmediğinden, cinsellik içeren sorular sorulmamıştır.

Çalışmada mevcut olan kan parametreleri, yakın zamanda verilmiş kan örneği sonuçlarına e-nabız üzerinden ulaşılabiliriyorsa e-nabız üzerinden elde edilmiş, eğer yakın zamanda kan tahlili mevcut değilse T.C. Sağlık Bakanlığı Çocuk ve Ergen İzlem protokolleri çerçevesinde ergen izlemini yapan hekim tarafından uygun görüldüyse istenmiştir.

Aynı zamanda bireyin boy, kilo, BMI, bel ve kalça çevre ölçümleri ve arteriyel tansiyon ölçümleri uygun, standart ölçüm cihazları ile ölçülerek kaydedilmiştir. On sekiz yaş atındaki bireylerin BMI değerleri yaşa göre persentil değerine bakılarak zayıf, normal kilolu, fazla kilolu ve obez olarak, on sekiz yaşında büyük bireylerin BMI değerleri erişkin BMI değerleri baz alınarak (≤ 18 zayıf, 18,5-24,5 arası normal kilolu, 24,5-30 arası fazla kilolu, ≥ 30 ise obez) olarak değerlendirilmiştir. Katılımcılara Rosenberg Self-Esteem Scale (RSBÖ), Vücut Algısı Ölçeği (VAÖ) ve REZZY Yeme Bozuklukları Ölçeği kullanılmıştır.

3.4.1. Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği (RSBÖ)

1965 yılında M. Rosenberg tarafından geliştirilmiş ve 1986 yılında F. Çuhadaroğlu tarafından Türkçe geçerlik güvenirliği yapılmıştır. Uzun yıllardır benlik saygısı ölçümünde çeşitli gruplara ve ergenlere uygulanmakta olup 63 madde ve 12 alt başlıktan oluşmaktadır. Bu çalışmada ise 10 maddeden oluşan Benlik Saygısı alt ölçeği kullanılmıştır. Bu ölçek 4'lü Likert tipinde yapılmış olup 1,2,4,6,7. sorularda 4=çok doğru, 3=doğru, 2=yanlış, 1=çok yanlış olarak puanlanır. Ölçeğin diğer sorularında ise 1=çok doğru, 2=doğru, 3=yanlış, 4=çok yanlış olarak değerlendirilir. Alınabilecek en

yüksek puan 40, en düşük puan ise 10 olmaktadır. Kesme puanı bulunmamaktadır. (143, 144)

3.4.2. Vücut Algısı Ölçeği (VAÖ)

Secard ve Jurard tarafından 1953 yılında geliştirilmiş, orijinal ismi Body Cathexis Scale olan ölçek vücudun çeşitli bölümlerini içeren 40 maddeden oluşmaktadır. Her madde 5'li Likert ile değerlendirilir, 1= Oldukça beğeniyorum, 2=Beğeniyorum, 3=Kararsızım, 4=Pek beğenmiyorum, 5=Hiç beğenmiyorum şeklinde puanlandırılır. Ölçekten alınacak maksimum puan 200 olup beden algısının düşük olduğunu, hoşnutsuzluğu ifade eder. Ölçekten alınacak en az puan ise 40 olup yüksek beden algısını ve hoşnutluğu ifade eder. Ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenirliği 1992 yılında Hovardaoğlu tarafından yapılmıştır. Ölçeğin kesme puanı bulunmamaktadır. (145, 146)

3.4.3. REZZY (SCOFF) Yeme Bozuklukları Ölçeği

J. Morgan tarafında 1999 yılında oluşturulan ölçek 2015 yılında Türkçe' ye Aydemir tarafında çevrilmiş ve geçerlik güvenirliği yapılmıştır. SCOFF adlandırması aslında soruların baş harflerinden oluşan bir akronimdir. Evet/Hayır şeklinde cevaplandırılan ölçek, 5 sorudan oluşmaktadır. "Evet" cevabı için katılımcıya 1 puan verilmekte ve "Hayır" cevabı 0 puan almaktadır. Toplamda testten en fazla 5 puan alınmaktadır. Ölçeğin kesme puanı 2 olarak belirtilmiştir. Ölçekten 2 veya daha yüksek puan alan bireyler yeme bozukluğu açısından riskli olarak değerlendirilmektedir. (147, 148)

3.4.4. PHQ-2 Depresyon Tarama Testi

Whooley ve arkadaşları tarafından 1997 yılında geliştirilen testin 2 sorusu bulunmaktadır. Bu sorulardan herhangi birisine 'Evet' yanıtını veren bireyler depresyon açısından riskli değerlendirilmektedir. Uzun formu PHQ-9 (DSM-IV depresyon tanı kriterleri) olan testin ilk 2 sorusu, 'PHQ-2' olarak kısaltılarak geçerlik güvenirliği yapılmıştır. Türkçe' ye 2016 yılında Sarı ve arkadaşları tarafından çevrilerek, geçerlik ve güvenirlik çalışması yapılmıştır. (149, 150)

3.5.İstatiksel Analiz

İstatiksel analiz “SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for Windows 22.0 (SPSS Inc, Chicago, IL)” kullanılarak değerlendirildi. Tanımlayıcı istatistikler ortalama $\pm$ standart sapma (minimum - maksimum), frekans dağılımı ve yüzde olarak sunuldu. Kategorik değişkenlerin değerlendirmesinde Pearson Ki-Kare ve Fisher’ın Kesin Testi uygulandı. Grupların yaş ve ölçek puanları Shapiro Wilk testi ile normal dağılım göstermediği saptandığından, MannWhitney U ve Kruskal Wallis testleri uygulanarak karşılaştırıldı. İstatistiksel anlamlılık düzeyi $p<0,05$ olarak kabul edildi.

3.6.Araştırma İzni

Araştırma için Ondokuz Mayıs Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu’ndan 14.11.2019 tarihinde izin alınmıştır. Aile Sağlığı Merkezinde çalışmanın yapılabilmesi için Samsun İl Sağlık Müdürlüğü’nden 07.05.2020 tarihinde izin alınmıştır. İzin belgeleri Ekler kısmında sunulmuştur.

4. BULGULAR

Bu araştırmaya, OMÜTF Pelitköy Eğitim Aile Sağlığı Merkezi'ne (EASM) başvuran ve çalışmaya katılmayı kabul eden 10- 21 yaş aralığındaki 183 adölesan birey dahil edilmiştir. Cinsiyetlere göre dağılıma bakıldığında %51,9'u (95 kişi) kadın, %48,1'i (88 kişi) erkektir. Ergenlik dönemlerine göre gruplandırıldığında, 86 kişi (%47) erken ergen, 54 kişi (%29,5), 43 kişi (%23,5) geç ergenlik dönemindedir.

Tablo-4.1. Adölesan bireyin eğitim durumu

EĞİTİM DURUMU		
	n	%
İlköğretime devam ediyor	75	41
Liseye devam ediyor	50	27,3
Üniversiteye devam ediyor	47	25,7
İlköğretim mezun	4	2,2
Lise mezun	7	3,8

n: katılımcı sayısı; %: yüzdelik karşılığı;

Örnekleme aktif olarak bir işte çalışan 3 kişi (%1,6) bulunmaktadır.

Bireyler arasında evli olan 5 kişi (%2,7) (Erkek:1, Kadın:4) bulunmakta ve evli bireyler arasında en küçük yaş 17'dir.

Herhangi bir kronik hastalığı olup olmadığı sorgulanan bireylerin %18,6'sı (34 kişi) kronik hastalığa sahip olduğu şeklinde yanıt vermiştir. Sahip olunan kronik rahatsızlıklar gruplandırılmıştır ve en yüksek oran solunum yolu hastalıkları (astım-alerji-sinüzit-bronşit) olarak saptanmıştır (16 kişi). Psikiyatrik rahatsızlığı olan (depresyon, şizofreni, anksiyete bozukluğu, dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu) 6 kişi, kardiyak problemi olan (kalp kapağında büyüme, kapak yetmezliği, septum defekti) 4 kişi, anemisi olan 3 kişi, retinablastomu olan 1 kişi, işitme ve konuşma engeli olan 1 kişi, skolyozu olan 1 kişi, konjenital toksoplazma nedeniyle göz sekeli olan 1 kişi, Polikistik Over Sendromu olan 1 kişi tespit edilmiştir.

Bireylerin yaşadığı yerlerin çoğunluğunu çekirdek aile tipi ev oluşturmaktadır ve yine bireylerin çoğunluğu kendine ait odası olduğunu ifade etmiştir.

Tablo-4.2. Adölesan bireyin ev içerisinde kendisine ait odasının olup olmama durumu

KENDİNE AİT ODASI VAR MI?				
	Var	Kardeşleriyle ortak oda	Yok	Total
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Çekirdek aile	83 (71,6)	23 (19,8)	10 (8,6)	116 (100)
Büyük aile	16 (15,0)	8 (30,8)	2 (7,7)	26 (100)
Yurt	1 (3,1)	0 (0,0)	32 (97,0)	33 (100)
Tek başına	2 (1,9)	0 (0,0)	0 (0,0)	2 (100)
Diğer	6 (5,6)	0 (0,0)	0 (0,0)	6 (100)
Total	107 (59,1)	32 (17,5)	44 (24,4)	183 (100)

n: katılımcı sayısı; %: yüzdelik karşılığı;

Yaşadığı evde fiziksel şiddet gördüğünü ifade eden 19 kişi (%10,4) mevcuttur.

Sekiz bireyin anne eğitim düzeyi bilgisine ulaşamamıştır. Diğer bireylerin anne eğitim düzeyi tabloda verilmiştir.

Tablo-4.3. Adölesan bireyin anne eğitim düzeyi

ANNE EĞİTİM DÜZEYİ		
	n	%
Okur yazar değil	1	0,5
Okur yazar	4	2,2
İlkokul	77	42,1
Ortaokul	31	16,9
Lise	29	15,8
Üniversite	31	16,9
Lisansüstü	2	1,1
Total	175	95,6

n: katılımcı sayısı; %: yüzdelik karşılığı;

Katılımcılardan 8 bireyin baba eğitim düzeyi bilgisi bulunmamaktadır. Diğer bireylerin baba eğitim düzeyleri tabloda verilmiştir.

Tablo-4.4. Adölesan bireyin baba eğitim düzeyi

BABA EĞİTİM DÜZEYİ		
	n	%
İlkokul	59	32,2
Ortaokul	29	15,8
Lise	31	16,9
Üniversite	51	27,9
Lisansüstü	2	1,1
Total	175	95,6

n: katılımcı sayısı; %: yüzdelik karşılığı;

Ev içerisinde fiziksel şiddet olduğunu ifade eden bireylerin anne-baba eğitim düzeyleri incelenmiş ve anne eğitim düzeyi-evde şiddet durumu ve baba eğitim düzeyi-evde şiddet durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamamıştır. (sırasıyla p değerleri: =0,669 ve =0,501)

Anne ve babası ile arası nasıl diye sorulduğunda ergen bireylerin çoğunluğu ‘iyi’ yanıtını vermiştir. Annesi ile arasının çok kötü olduğunu söyleyen birey olmamıştır, ‘kötü’ yanıtını veren 4 kişi (%2,2), ‘orta’ diyen 18 kişi (%9,9), ‘iyi’ diyen 125 kişi (%68,3), ‘çok iyi’ diyen 47 kişi (%25,7) olmuştur.

‘Baban ile aran nasıl?’ sorusu yöneltilen ergenlerin içerisinde 1 birey (%0,5) ‘çok kötü’ yanıtını vermiştir. Diğer yanıtlar sırasıyla ‘kötü’ 4 birey (%2,2), ‘orta’ yanıtını veren 18 birey (%9,8), ‘iyi’ diyen 112 kişi (%61,2), ‘çok iyi’ diyen 47 kişi (%22,4) olmuştur.

Anne ve baba ile ilişkinin iyi veya kötü olması açısından cinsiyetler arasında anlamlı fark bulunamamıştır. (sırasıyla $p=0,957$ ve $p=0,338$)

Tablo-4.5. Adölesan bireyin yaşadığı evde sigara alkol ve madde kullanım durumları

YAŞADIĞI EVDE SİĞARA ALKOL MADDE KULLANIM DURUMLARI		
	n	%
Madde kullanımı yok	79	43,2
Sadece anne sigara içiyor	14	7,7
Ev içerisinde birden fazla madde kullanımı mevcut	28	15,3
Sadece baba sigara kullanıyor	48	26,2
Sadece kardeş sigara kullanıyor	11	6,0
Total	180	98,4

n: katılımcı sayısı; %: yüzdelik karşılığı

Yaşadığı evde sigara-alkol-madde kullanımı olduğunu belirten 104 birey (%56,8) vardır. Evde madde (tütün, alkol, uyuşturucu) kullanımının olması ve ev içinde şiddet bulunması arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır. ($p=0,26$)

Kendisinin madde kullanım durumu sorgulandığında; 15 kişi (%8,2) ‘Evet’ yanıtını vermiştir. Madde kullandığını belirten katılımcılardan 9 kişi sigara içtiğini, diğer bireyler (6 kişi) ise sosyal içicilik düzeyinde alkol aldığını belirtmiştir. Bireylere

‘ilerde sigara-alkol-madde kullanımı düşüncesi olup olmadığı’ sorulduğunda ise 15 kişi (%8,2) ilerde başlamak istediğini belirtmiştir. Madde kullanımı mevcut bireylerden 9 kişi (%4,2) ise ilerde bırakmak istediğini ifade etmiştir.

Ailenin algılanan maddi durumu sorgulandığında, bireylerin çoğunluğu ‘orta’ olarak değerlendirmiştir (n=155, %84,7). Maddi durumu ‘düşük’ olarak değerlendiren 17 birey (%9,3), ‘yüksek’ olarak değerlendiren 11 kişi (%6,0) mevcuttur.

‘Ailede fazla kilo problemi olan birey var mı?’ sorusuna katılımcılardan 62 kişi (%33,9) ‘evet’ yanıtını vermiştir. Kendisinin bugüne kadar ‘zayıflamak için diyet yapma veya kilo almak için takviye gıda kullanma’ durumlarını tecrübe edip etmediği sorulduğunda, ‘evet’ yanıtını veren 55 kişi (%30,1) mevcuttur. Ailesinde fazla kilo problemi olan bireyler ile bireylerin diyet yapma/takviye gıda alma durumu kıyaslandığında, ailesinde fazla kilo problemi olmayan bireyler istatistiksel olarak anlamlı oranda diyet yapma/takviye gıda girişiminde bulunmamaktadır. (p=0,004)

Cinsiyetler ile bireylerin takviye gıda alımı/diyet yapma durumu kıyaslandığında erkekler anlamlı olarak olumsuz yanıt vermişlerdir. (p=0,027) Yine bu durum ergenlik dönemleriyle kıyaslandığında erken ergenlik döneminde diyet yapma/takviye gıda kullanımı daha az saptanmıştır. (p=0,013) Algılanan gelir düzeyiyle aralarında anlamlı ilişki saptanmamıştır. (p=0,417)

‘Spor/fiziksel egzersiz yapıyor musunuz?’ sorusuna 106 kişi (%57,9) ‘evet’ yanıtını vermiştir. Erkek cinsiyette istatistiksel anlamlı olarak daha fazla olumlu yanıt alınmıştır. (p=0,005) Erken ergenlik döneminde spor yaptığını belirten birey sayısı anlamlı olarak diğer ergenlik dönemlerinden fazla bulunmuştur. (p=0,00) Sigara-alkol-madde kullanımı ile spor yapma kıyaslandığında anlamlı fark bulunamamıştır. (p=0,546) Diyet yapma/takviye gıda alma durumu ile spor yapma durumu kıyaslandığında anlamlı fark bulunamamıştır. (p=0,194) Spor yapma durumu ile anne ve babanın eğitim düzeyiyle aralarında istatistiksel anlamlı bir ilişki saptanamamıştır. (sırasıyla p=0,189 ve p=0,891) Ancak istatistiksel olarak anlamlı olmasa da anne eğitim düzeyi arttıkça spor yapma oranı da artmıştır. Anne eğitim düzeyi en düşük grupta spor yapma oranı yaklaşık yarı yarıya iken, eğitim düzeyi üniversite ve üstü

olan grupta spor yapan bireylerin oranı yapmayanların iki katından fazladır. Baba eğitim düzeyiyle spor yapma durumu bütün gruplarda benzer saptanmıştır.

Tablo-4.6. Cinsiyetle sosyo demografik verilerin ilişkisi

PARAMETRELER	Kadın n (%)	Erkek n (%)	p*
Madde kullanım durumu			
Evet	6 (40,0)	9 (60,0)	,335
Hayır	89 (53,0)	79 (47,0)	
Diyet/Takviye gıda kullanımı			
Evet	35 (63,6)	20 (36,4)	,037
Hayır	60 (46,9)	68 (53,1)	
Spor/fiziksel egzersiz yapma			
Evet	46 (43,4)	60 (56,6)	,007
Hayır	49 (63,6)	28 (36,4)	
İntihar etmeyi düşünme			
Evet	9 (64,3)	5 (35,7)	,335
Hayır	86 (50,9)	83 (49,1)	
Sınav stresi yapma			
Evet	78 (60,5)	51 (39,5)	,000
Hayır	17 (31,5)	37 (68,5)	
Gelecek planı yapma			
Evet	82 (56,6)	63 (43,4)	,011
Hayır	13 (34,2)	25 (65,8)	

n: katılımcı sayısı; %: yüzdelik karşılığı; *:Ki-Kare Testi

‘Şu ana kadar duygusal arkadaş edindiniz mi?’ sorusuna ‘evet’ yanıtını veren 70 kişi (%38,3) olmuştur. Cinsiyetler arası anlamlı fark saptanmamıştır. (p=0,399) Ergenlik dönemleri ile kıyaslandığında, geç ergenlik döneminde belirgin olarak fazla ‘evet’ yanıtı alınmıştır. (p=0,00) Evde fiziksel şiddet görme durumu ile kıyaslandığında anlamlı fark saptanamamıştır. (p=0,552) Sigara-alkol-madde kullanımı ile duygusal arkadaş edinme durumu kıyaslandığında, madde kullanımı olmayan grup anlamlı olarak duygusal arkadaş edinme sorusuna olumsuz yanıt vermiştir. (p=0,00) Duygusal arkadaş edinme durumu ile bireylerin ‘kimle yaşadığı’ durum kıyaslandığında, büyük

aile ve çekirdek ailede yaşayan bireylerin duygusal arkadaş edinme sorusuna olumsuz yanıt verme oranı anlamlı olarak; yurttan, tek başına veya diğer seçeneğini işaretleyen bireylere göre yüksektir. ($p=0,00$)

‘Cinsel ilişki deneyimlediniz mi?’ sorusu bireyle yapılan görüşmenin seyrine göre şekillenmiş olup, her bireye sorulamamıştır. Sorulan bireyler arasında ‘evet’ yanıtı veren 8 kişidir (%4,4). Bireylerin 5’i kadın (%62,5), 3’ü erkektir (%37,5). Evli olan bireyler bu grubun çoğunluğunu (%62,5, 5 kişi) oluşturmaktadır.

‘Daha önce veya halen depresyon tanısı aldınız mı?’ sorusuna 9 kişi (%4,9) ‘evet’ yanıtı vermiştir.

Depresif semptomlar açısından tarama testi olarak kullanılan 2 soruluk kısa PHQ-2 sorularından en az birisine evet diyen 49 birey (%26,8) saptanmıştır. Soruların ikisine de evet diyen 28 kişi (%15,3) saptanmıştır. Cinsiyet açısından değerlendirildiğinde kadın cinsiyette anlamlı olarak daha fazla riskli birey saptanmıştır. ($p=0,012$) Ergenlik dönemi ile ilişkisi incelendiğinde, erken ergenlik evresinde depresyon riski en düşük bulunmuştur. ($p=0,051$) Bireyin yaşadığı yer ile depresyon risk ilişkisi incelenmek istendiğinde, ailesiyle yaşayan bireylerde saptanan depresyon riski %25,4 iken, ailesinden ayrı (yurt, arkadaşlarıyla, tek başına) yaşayanlarda saptanan depresyon riski %31,7 bulunmuştur. İstatistiksel açıdan anlamlı fark saptanmamıştır. ($p=0,418$) Herhangi bir kronik hastalığa sahip olma açısından değerlendirildiğinde, kronik hastalığı olmayan bireylerde kısa depresyon testindeki iki soruya da ‘hayır’ yanıtı verenlerin oranı %86,6 (116 kişi) olarak bulunmuştur ve anlamlı olarak depresyon riski az saptanmıştır. ($p=0,003$) Evde fiziksel şiddet görme ile depresyon riski arasında anlamlı ilişki bulunamamıştır. ($p=0,111$) Anne eğitim düzeyiyle depresyon riski karşılaştırıldığında, düşük anne eğitim düzeyi (ilkokul mezunu, okur yazar), bireyin depresyon riski açısından, yüksek anne eğitim düzeyinden (lisans ve üstü) anlamlı olarak yüksek bulunmuştur. ($p=0,024$) Algılanan maddi durumla depresyon riski kıyaslandığında anlamlı fark bulunamamıştır. ($p=0,367$)

Tablo-4.7. Depresyon riski ile sosyo demografik verilerin incelenmesi

PARAMETRELER	Risk yok n (%)	Risk var n (%)	p*
Cinsiyet			
Kadın	62 (65,3)	33 (34,7)	,012
Erkek	72 (81,8)	16 (16,8)	
Kronik hastalık varlığı			
Evet	18 (52,9)	16(47,1)	,003
Hayır	116 (77,9)	33 (22,1)	
Evde fiziksel şiddet varlığı			
Evet	11 (57,9)	8 (42,1)	,111
Hayır	123 (75,0)	41 (25,0)	
Anne eğitim durumu			
İlkokul ve daha düşük	52 (63,4)	30 (36,6)	,024
Lisans ve üstü	28 (84,8)	5 (15,2)	
Yaşadığı evde madde kullanım durumu			
Evet	72 (69,2)	32 (30,8)	,162
Hayır	62 (78,5)	17 (21,5)	
Diyet/Takviye gıda kullanımı			
Evet	35 (63,6)	20 (36,4)	,043
Hayır	99 (77,3)	29 (22,7)	
Spor/fiziksel egzersiz yapma durumu			
Evet	78 (73,6)	28 (26,4)	,897
Hayır	56 (72,7)	49 (26,8)	

n: katılımcı sayısı; %: yüzdelik karşılığı; *:Ki-Kare Testi

Yaşadığı evde sigara-alkol-madde kullanım durumuyla kıyaslandığında, depresyon riski saptanan bireylerin %65,3 ü yaşadığı evde sigara-alkol-madde kullanıldığını ifade etmiştir ancak anlamlı bir fark saptanmamıştır. (p=0,162) Bireyin madde kullanımı ile depresyon riski kıyaslandığında yine anlamlı bir fark saptanmamıştır. (p=0,536) Bireyin spor veya fiziksel aktivite yapması ile ilişkisi incelendiğinde, depresyon riski olan bireylerden 28 kişi (%57,1) spor yaptığını belirtmiştir ve istatistiksel anlamlı fark saptanmamıştır. (p=0,897)

‘Daha önce hiç intihar etmeyi düşündünüz mü?’ sorusu da her bireye sorulamamış olup, görüşmenin seyri esnasında riskli görünen bireylere yöneltilmiştir. Bu bireylerden 14 kişi (%7,7) ‘Evet’ yanıtını vermiştir. ‘Evet’ yanıtı veren bireylerden 12 kişi (%85,7) yapılan görüşme esnasında depresyon açısından riskli saptanmıştır. Okulla arasının ‘İyi’ olduğunu belirten bireylerde, depresyon tarama sorularına ‘Evet’ yanıtını veren bireylerin oranı %23,9 (32 kişi) iken, okulla arasının ‘Kötü’ olduğunu belirten bireylerdeki depresyon tarama sorularına ‘Evet’ yanıtını verme oranı %53,4 (7 kişi) olarak saptanmıştır ancak anlamlı fark bulunmamıştır. ($p=0,064$)

‘Okulla arası nasıl?’ sorusu sorulan bireylerden 134 kişi (%73,2) ‘İyi’ yanıtını, 34 kişi (%18,8) ‘Orta’ yanıtını, 13 kişi (%7,1) ‘kötü’ yanıtını vermiştir.

Okuldan disiplin cezası alıp almadığı sorulan adölesan bireylerden 22 kişi (%12,0) aldığını belirtmiştir.

‘Hiç ciddi bir yaralanma geçirdiniz mi?’ sorusuna 57 kişi (%31,1) ‘evet’ yanıtını vermiştir. Cinsiyetler karşılaştırıldığında kadın cinsiyet belirgin olarak daha düşük yaralanma oranına sahipti. ($p=0,002$) Ergenlik dönemleriyle aralarındaki ilişkiye bakıldığında, anlamlı bir fark saptanamamıştır. ($p=0,652$) Bireyin madde kullanım durumları sorgulandığında, madde kullanımını olmayan bireylerde daha az yaralanma oranı tespit edilmiştir. ($p=0,053$) Yaşadığı evde madde kullanımının olmaması, daha düşük yaralanma ile anlamlı olarak ilişkili bulunmuştur. ($p=0,033$)

Tablo-4.8. Ciddi yaralanma geçiren bireylerin diğer verilerle ilişkilendirilmesi

PARAMETRELER	Evet n (%)	Hayır n (%)	p*
Cinsiyet			
Kadın	20 (21,1)	75 (78,9)	,002
Erkek	37 (42)	51 (58)	
Yaşadığı evde madde kullanımı			
Evet	39 (37,5)	65 (62,5)	,033
Hayır	18 (22,8)	61 (77,2)	
Çalışma durumu			
Çalışmıyor	55 (30,6)	125 (69,4)	,180
Çalışıyor	2 (66,7)	1 (33,3)	
Ergenlik dönemleri			
Erken ergenlik dönemi	29 (33,7)	57 (66,3)	,652
Orta ergenlik dönemi	12 (32,4)	25 (67,6)	
Geç ergenlik dönemi	16 (26,7)	44 (73,3)	
Bireyin madde kullanım durumu			
Kullanıyor	8 (53,3)	7 (46,7)	,053
Kullanmıyor	49 (29,2)	119 (70,8)	
Spor yapma durumu			
Yapıyor	40 (37,7)	66 (62,3)	,024
Yapmıyor	17 (22,1)	60 (77,9)	
İntihar etme durumu			
Evet	4 (28,6)	10 (71,4)	,829
Hayır	53 (31,4)	116 (68,6)	

n: katılımcı sayısı; %: yüzdelik karşılığı; *:Ki-Kare Test

Kişinin akranlarına şiddet uygulaması sözel, fiziksel ve cinsel olarak sınıflandırılmıştır ve her parametre ayrı tablolarda değerlendirilmiştir. Cinsel şiddet uyguladığını belirten kimse olmamıştır.

Tablo-4.9. Sözel şiddet uygulayan bireyin diğer faktörlerle ilişkisi

Parametre	Uygulamış n (%)	Uygulamamış n (%)	P*
Cinsiyet			
Kadın	22 (23,2)	73 (76,8)	,140
Erkek	29 (33,0)	59 (67,0)	
Yaşadığı evde fiziksel şiddet var mı?			
Evet	9 (47,7)	10 (52,6)	,045
Hayır	42 (25,6)	122 (74,4)	
Yaşadığı evde madde kullanımı var mı?			
Evet	37 (35,6)	67 (64,4)	,008
Hayır	14 (17,7)	65 (82,3)	
Madde kullanıyor mu?			
Evet	6 (40,0)	9 (60,0)	,366
Hayır	45 (26,8)	123 (73,2)	
Spor yapıyor mu?			
Evet	29 (27,4)	77 (72,6)	,857
Hayır	22 (28,6)	55 (71,4)	
Depresyon riski			
Yok	32 (23,9)	102 (76,1)	,047
Var	19 (38,8)	30 (61,2)	
Annesi ile arası nasıl?			
Orta-kötü	7 (63,6)	4 (36,6)	,012
İyi	44 (25,6)	128 (74,4)	

n: katılımcı sayısı; %: yüzdelik karşılığı; *:Ki-Kare Testi

Sözel şiddet uyguladığını belirten birey sayısı 51 kişidir (%27,9). Erkek cinsiyette fazla olmakla birlikte cinsiyetler arası anlamlı fark saptanmamıştır. (p=0,140)

Yaşadığı evde fiziksel şiddet olan bireylerin daha fazla sözel şiddet uyguladığı tespit edilmiştir. (p=0,045) Yaşadığı evde madde kullanımı olan bireylerde anlamlı olarak

daha fazla sözel şiddet uyguladığını belirtmiştir. ($p=0,008$) Depresyon riski yüksek saptanan bireylerde daha fazla oranda sözel şiddet uyguladığı saptamıştır. ($p=0,047$) Annesi ile arasının 'orta' veya 'kötü' olduğunu ifade eden bireyler daha fazla sözel şiddet uygulamışlardır. ($p=0,012$)



Tablo-4.10. Akranlarına fiziksel şiddet uygulama ile ilişkili faktörler

PARAMETRE	Uygulamış n (%)	Uygulamamış n (%)	P*
Cinsiyet			
Kadın	14 (14,7)	81 (85,3)	,024
Erkek	25 (28,4)	63 (71,6)	
Yaşadığı evde fiziksel şiddet var mı?			
Evet	4 (21,1)	15 (78,9)	1,000
Hayır	35 (21,3)	129 (78,7)	
Yaşadığı evde madde kullanımı var mı?			
Evet	27(26,0)	77 (74,0)	,078
Hayır	12 (15,2)	67 (84,8)	
Madde kullanıyor mu?			
Evet	4 (26,7)	11 (73,3)	,529
Hayır	35 (20,8)	133 (79,2)	
Duygusal arkadaş edinmiş mi?			
Evet	21 (30,0)	49 (70,0)	,024
Hayır	18 (15,9)	95 (84,1)	
Depresyon riski			
Yok	26(19,4)	108 (80,6)	,297
Var	13 (26,5)	36 (73,5)	
Annesi ile arası nasıl?			
Orta-kötü	5 (45,5)	6(54,5)	,058
İyi	34 (19,8)	138 (80,2)	
Spor yapıyor mu?			
Evet	20 (18,9)	86 (81,1)	,344
Hayır	19(24,7)	58 75,3	

n: katılımcı sayısı; %: yüzdelik karşılığı; *:Ki-Kare Testi

Akranlarına fiziksel şiddet uygulayan birey sayısı 39 kişidir (%21,3). Erkek cinsiyette anlamlı olarak daha fazla saptanmıştır. (p=0,024)

Adölesan bireyin akranlarına sözel ve fiziksel şiddet uygulamasında, farklı etkenler tespit edilmiştir. Cinsiyet ve duygusal arkadaş varlığı; özellikle fiziksel şiddet için belirgin iken, depresyon riski; özellikle sözel şiddete başvurmayı arttırmıştır. ($p=0,024$ ve $p=0,024$) Anne ile kötü ilişkilerin olması; her iki şiddet uygulama türü için de arttırıcı faktör olarak saptanmış olsa da istatistiksel anlamlılık sözel şiddet uygulamada gözlenmiştir. ($p=0,012$ ve $p=0,058$) Spor yapma, madde kullanımı; iki şiddet türü içinde istatistiksel anlamlı bir farka neden olmamıştır. Yaşadığı evde madde kullanımının ve fiziksel şiddetin olması; sözel şiddeti arttırmada anlamlı farka neden olmuştur.



Tablo-4.11. Akranlarından sözel şiddet görme ile ilişkili faktörler

PARAMETRELER	Görmüş n (%)	Görmemiş n (%)	p*
Cinsiyet			
Kadın	28 (29,5)	67 (70,5)	,037
Erkek	39 (44,3)	49 (55,7)	
Yaşadığı evde fiziksel şiddet var mı?			
Evet	12 (63,2)	7 (36,8)	,011
Hayır	55 (33,9)	109 (66,1)	
Yaşadığı evde madde kullanımı var mı?			
Evet	42 (40,4)	62 (59,6)	,224
Hayır	25 (31,6)	54 (64,4)	
Madde kullanıyor mu?			
Evet	6 (40,0)	9 (60,0)	,311
Hayır	61 (36,3)	107 (63,7)	
Duygusal arkadaş edinmiş mi?			
Evet	32 (45,7)	38 (54,3)	,044
Hayır	35 (31,0)	78 (69,0)	
Depresyon riski			
Var	18 (36,7)	31 (63,3)	,983
Yok	49 (36,6)	85 (63,4)	
Annesi ile arası nasıl?			
Orta-kötü	6 (54,5)	5 (45,5)	,203
İyi	61 (35,5)	111 (64,5)	
Spor yapıyor mu?			
Evet	23 (21,7)	83 (78,3)	,078
Hayır	18 (23,4)	59 (76,6)	
Anne eğitim düzeyi			
İlkokul ve daha düşük	31 (37,8)	51 (62,2)	,042
Lisans ve üstü	6(18,2)	27 (81,8)	

n: katılımcı sayısı; %: yüzdelik karşılığı; *:Ki-Kare Testi

Akranlarından fiziksel şiddet gördüğünü belirten birey sayısı 67 kişidir (%36,6). Kadın cinsiyet anlamlı olarak daha az şiddet görmüştür. ($p=0,027$)

Yaşadığı evde fiziksel şiddet varlığı, duygusal arkadaş edinmesi, anne eğitim düzeyinin ilköğretim ve altı olması anlamlı olarak sözel şiddet görme ile ilişkili saptanmıştır. (sırasıyla $p=0,011$, $p=0,044$, $p=0,042$)

Yaşadığı evde fiziksel şiddet olan bireylerde daha sözel şiddet görme saptanmıştır. ($p=0,011$) duygusal arkadaşı olmadığını belirten bireyler daha az şiddet gördüğünü ifade etmiştir. ($p=0,044$) anne eğitim düzeyinin ilköğretim ve daha düşük olması yine sözel şiddet görmeyi arttırmıştır. ($p=0,042$)

Tablo-4.12. Akranlarından fiziksel şiddet görme ile ilişkili faktörler

PARAMETRELER	Görmüş n (%)	Görmemiş n (%)	p*
Cinsiyet			
Kadın	13 (13,7)	82 (86,3)	,003
Erkek	28 (31,8)	60 (68,2)	
Yaşadığı evde fiziksel şiddet var mı?			
Evet	6 (31,6)	13 (68,4)	,382
Hayır	35 (21,3)	129 (78,7)	
Yaşadığı evde madde kullanımı var mı?			
Evet	27 (26,0)	77 (74,0)	,185
Hayır	14 (17,7)	65 (82,3)	
Madde kullanıyor mu?			
Evet	3 (20,0)	12 (80,0)	1,000
Hayır	38 (22,6)	130 (77,4)	
Duygusal arkadaş edinmiş mi?			
Evet	19 (27,1)	51 (72,9)	,226
Hayır	22 (19,5)	91 (80,5)	
Depresyon riski			
Var	12 (24,5)	37 (75,5)	,682
Yok	29 (21,6)	105 (78,4)	
Annesi ile arası nasıl?			
Kötü	3 (75,0)	1 (25,0)	,035
İyi	36 (80,9)	136 (79,1)	
Spor yapıyor mu?			
Evet	21 (20,6)	81 (79,4)	,556
Hayır	18 (24,3)	56 (75,7)	
Anne eğitim düzeyi			
İlkokul ve daha düşük	20 (24,4)	62 (75,6)	,252
Ortaokul-lise	16 (26,7)	44 (73,3)	
Lisans ve üstü	4 (12,1)	29 (87,9)	

n: katılımcı sayısı; %: yüzdelik karşılığı; *:Ki-Kare Testi

Akranlarından fiziksel şiddet gördüğünü ifade eden birey sayısı 41 kişidir (%22,4). Anlamli olarak erkek cinsiyette fazladir. ($p=0,003$)

Cinsiyet faktörü dışında annesi ile arasının kötü olması da fiziksel şiddet görme açısından anlamlı saptanmıştır. Annesi ile arası kötü olan bireyler daha fazla şiddet gördüğünü ifade etmiştir. ($p=0,035$)

Ergenlik dönemleri ile ilişkisi incelendiğinde, en fazla sözel şiddete maruz kalma erken ergenlik evresindedir (%39,5) ancak dönemler arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır.

Akranlarından fiziksel şiddet görme ile diğer faktörlerin durumu incelendiğinde; cinsiyet ve anne ile ilişkisi, istatistiksel olarak anlamlı farka neden olmuştur. (sırasıyla p değerleri; 0,003, 0,035)

Ergenlik dönemleri ile ilişkisi incelendiğinde; fiziksel şiddete maruz kalma, erken ve orta ergenlik evresinde benzer olup (%24), geç ergenlik evresinde düşük saptanmıştır (%18) ancak dönemler arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır. ($p=0,653$)

Babanın eğitim durumu sözel ve fiziksel şiddet görmeye anlamlı farka neden olmamıştır. (Sırasıyla p değerleri; 0,423 ve 0,965)

Akranlarından sözel şiddet görenlerin büyük çoğunluğu akranlarına hem fiziksel hem de sözel şiddet uygulamıştır. İstatistiksel açıdan anlamlı ilişki bulunmaktadır. (sırasıyla $p=0,00$ ve $p=0,00$)

Akranlarından fiziksel şiddet görenlerin büyük kısmı arkadaşlarına hem fiziksel hem de sözel şiddet uygulamıştır. İstatistiksel açıdan anlamlı ilişki bulunmaktadır. (sırasıyla $p=0,00$ ve $p=0,00$)

Akranlarına sözel şiddet uygulayanların büyük çoğunluğu fiziksel şiddet de uygulamıştır. ($p=0,00$) Yine akranlarından sözel şiddet görenlerin büyük çoğunluğu fiziksel şiddet de görmüştür. ($p=0,00$)

Tablo-4.13. Sınav stresi ile ilişkili faktörler

PARAMETRELER	Yaşıyor n (%)	Yaşamıyor n (%)	p*
Cinsiyet			
Kadın	76 (83,5)	15 (16,5)	,000
Erkek	50 (58,8)	35 (41,2)	
Ergenlik dönemi			
Erken	60 (72,3)	23 (27,7)	,658
Orta	26 (76,5)	8 (23,5)	
Geç	40 (67,8)	19 (32,2)	
Madde kullanıyor mu?			
Evet	5 (35,7)	9 (64,3)	,004
Hayır	121 (71,6)	41 (28,4)	
Depresyon riski			
Yok	85 (65,4)	45 (34,6)	,002
Var	41 (89,1)	5 (10,9)	
Spor yapıyor mu?			
Evet	72 (70,6)	30 (29,4)	,729
Hayır	54 (73,0)	20 (27,0)	
Anne eğitim düzeyi			
İlkokul ve daha düşük	57 (70,4)	24 (29,6)	,858
Ortaokul-lise	41 (73,2)	15 (26,7)	
Lisans ve üstü	21 (67,7)	10 (32,3)	
Baba eğitim düzeyi			
İlkokul ve daha düşük	39 (68,4)	18 (31,6)	,817
Ortaokul-lise	41 (70,7)	17 (29,3)	
Lisans ve üstü	37 (74,0)	13 (26,0)	

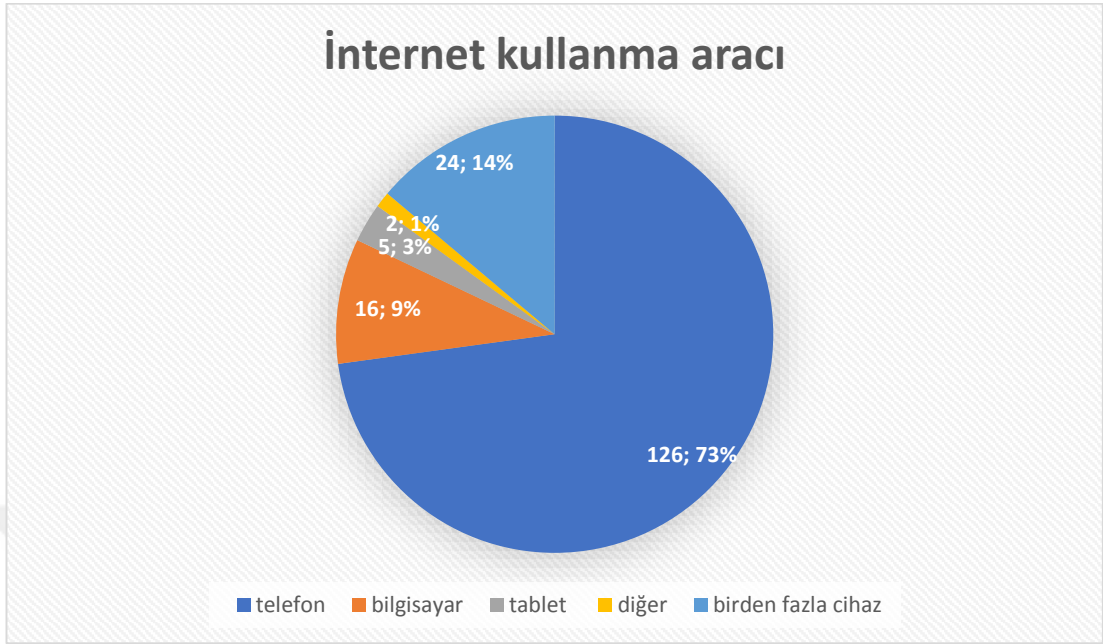
n: katılımcı sayısı; %: yüzdelik karşılığı; *:Ki-Kare Testi

Sınav stresi yaşadığını ifade eden bireylerin sayısı 126 kişidir (%71,6). İstatistiksel olarak anlamlı fark, kadın cinsiyette fazla bulunmuştur. ($p= 0,00$) Sınav stresi ile madde kullanımı arasında ters yönlü bir ilişki saptanmıştır. ($p= 0,004$) Sınav stresi yaşayanlarda depresyon görülme riski de yüksek bulunmuştur. ($p=0,002$) Anne ve baba eğitim düzeyleri arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır. (sırasıyla $p=0,858$ ve $p=0,817$) ergenlik dönemleri ile karşılaştırıldığında en yüksek oran orta ergenlik döneminde saptansa da dönemler arasında fark saptanmamıştır. ($p= 0,658$)

Bireylere gelecek ile ilgili bir planları olup olmadığı sorulduğunda 140 birey (%79,6) ‘evet’ yanıtını vermiştir. Sınav stresi yaşama durumu ile gelecek planı yapmış olma arasındaki ilişkiye bakıldığında ise plan yapmış bireyler daha fazla sınav stresi yaşamaktadır. ($p=0,005$) Kadın cinsiyet belirgin olarak erkek cinsiyetten daha fazla gelecek planı yaptığını belirtmiştir. (0,034) Anne ve baba eğitim düzeyiyle ilişkileri incelendiğinde anlamlı bir fark saptanmamıştır. (Sırasıyla $p=0,362$, $p=0,285$) ergenlik dönemleri incelendiğinde ergenlik evresi ilerledikçe arttığı ve en yüksek oran geç ergenlik döneminde (%88,2) saptanmakla beraber anlamlı bir fark bulunmamıştır. ($p=0,131$)

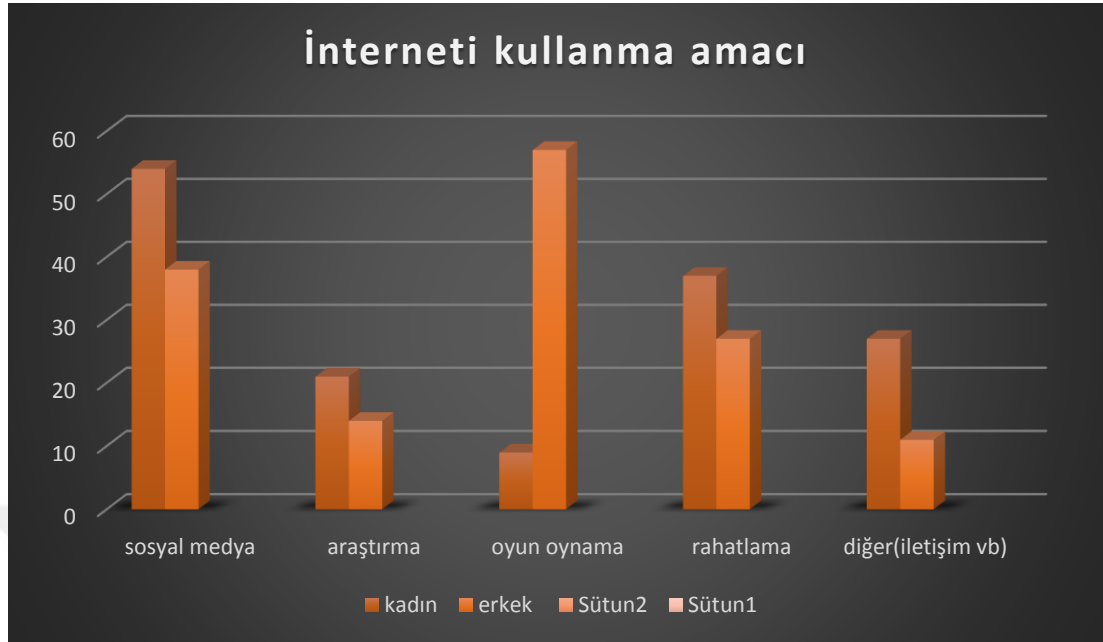
‘İnternet kullanıyor musun?’ sorusu sorulan 176 bireyden 173 kişi (%98,3) olumlu yanıt vermiştir.

Şekil-4.1. Adölesan bireylerin internet kullanmak için tercih ettikleri araç



‘Bir günde internete ne kadar vakit ayırıyorsun?’ diye sorulduğunda ise çoğunluk (%39,1) ‘1-3 saat’ şeklinde cevap vermiştir.

Şekil-4.2. Bireylerin interneti kullanma amaçlarının cinsiyetlere göre dağılımı



İnterneti kullanım amacına cinsiyetler açısından bakıldığında; erkekler interneti daha çok oyun oynamak için kullandığını ifade etmiştir ($p=0,00$), kadınlar daha fazla araştırma ve sosyal medya seçeneğini işaretlemiş olsa da cinsiyetler arası anlamlı bir fark saptanmamıştır. (sırasıyla $p=0,287$ ve $p=0,065$) diğer seçeneğini daha çok kadınlar işaretlemiştir. ($p=0,008$)

İnternette geçirilen süre sorgulamasında cinsiyetler arasında anlamlı fark saptanmamıştır. ($p=0,742$) Bununla beraber kadınlarda '5saatten fazla' seçeneğini işaretleme oranı (%15,2) erkeklerden (%10,3) fazladır, '1 saatten az' seçeneğini işaretleyen erkek bireylerin oranı (%25,3) da kadınlardan (%20,7) yüksek bulunmuştur.

Bireyin kendine ait odasının olması ile internet kullanım durumu sorgulandığında aralarında anlamlı fark bulunmamıştır. ($p=0,506$)

Ergenlik dönemleri arasındaki farka bakıldığı zaman; erken ergenlik döneminde internete 1 saatten az zaman ayırma durumu; orta ergenlik dönemine göre anlamlı olarak fazladır. ($p=0,012$) Benzer şekilde; erken ergenlik döneminde internete 1 saatten az zaman ayırma durumu; geç ergenlik dönemine göre anlamlı olarak fazladır. ($p=0,037$)

Depresyon taramasında kullanılan sorulara olumlu yanıt verme durumu ile internete ayrılan süre kıyaslandığı zaman anlamlı bir fark saptanmamıştır. ($p=0,421$)

Anne eğitim durumu; ‘1 saatten fazla’ seçeneğini işaretleyen bireylerin çoğunluğu anne eğitim durumunu ‘ortaokul-lise’ olarak belirtmiştir (%89,1) ancak internete ayrılan süreyle kıyaslandığında anlamlı fark bulunmamıştır.

Tablo-4.14. Bireylerin internet kullanım süreleri ile akran zorbalığı arasında ilişki

PARAMETRELER	1saatten az n(%)	1 saatten fazla n(%)	p*
Akranlarına sözel şiddet uygulamış			
Evet	6 (12,2)	43 (87,8)	,037
Hayır	35 (26,9)	95 (73,1)	
Akranlarına fiziksel şiddet uygulamış			
Evet	2 (5,4)	35 (94,6)	,004
Hayır	39 (27,5)	103 (72,5)	
Akranlarından sözel şiddet görmüş			
Evet	10 (15,2)	56 (84,8)	,059
Hayır	31 (27,4)	82 (72,6)	
Akranlarından fiziksel şiddet görmüş			
Evet	3 (7,5)	37 (92,5)	,009
Hayır	38 (27,3)	101 (72,7)	

n: katılımcı sayısı; %: yüzdelik karşılığı; *:Ki-Kare Testi

Akran zorbalığına etkisi incelendiğinde hem şiddet görmede hem şiddet uygulamada internet süresi olumsuz etkiye neden olmuştur. İstatistiksel anlamlı fark arkadaşlarına hem sözel hem fiziksel şiddet uygulamada ve arkadaşlarından fiziksel şiddet görmede gözlenmiştir. (sırasıyla $p=0,037$, $p=0,004$, $p=0,009$)

Görüşmeye alınan bireylerin fizik muayene bulguları incelendiğinde; bütün bireylerin boy ortalaması 161,94 cm ($\pm 11,485$), kilo ortalaması 55,68 kg ($\pm 15,296$, min:26-maks:130), bel çevresi ortalaması 70,98 cm ($\pm 11,365$, min:50-maks:121), kalça çevresi ortalaması 91,76 cm ($\pm 12,169$, min:62-maks:131) olarak saptanmıştır.

Erkek bireylerin boy ortalaması 163,28 cm ($\pm 14,403$, min:129-maks:188), kilo ortalaması 55,41 kg ($\pm 16,980$, min:26-maks:103), bel çevresi ortalaması 72,16 cm ($\pm 12,616$, min:56-maks:120), kalça çevresi 62 cm ($\pm 12,593$, min:86-maks:120) olarak saptanmıştır.

Kadın bireylerin boy ortalaması 160,68 cm ($\pm 7,713$, min:129-maks:180), kilo ortalaması 55,93 kg ($\pm 13,666$, min:27-maks:130), bel çevresi 69,89 cm ($\pm 10,032$, min:50-maks:121), kalça çevresi 94,2 cm ($\pm 11,367$, min:65-maks:131) olarak saptanmıştır.

Bütün bireylerin beden kitle indeksleri ortalaması 20,967 ($\pm 4,435$, min:14,39-47,18), kadınların BMI ortalaması 21,526 ($\pm 4,454$, min:15,05, maks:47,18), erkeklerin BMI ortalaması 20,362 ($\pm 4,359$, min:14,39-maks:35,64) olarak saptanmıştır.

BMI değerleri 18 yaş altı bireylerin percentil değerleri hesaplanarak zayıf, normal kilolu, fazla kilolu ve obez olarak gruplandırılmıştır, 18 yaş üstü bireylerin BMI değerleri erişkin BMI değerlerine uygun şekilde zayıf, normal kilolu, fazla kilolu ve obez olarak gruplandırılmıştır.

On sekiz yaş altı bireylerin içinde 13 kişi (%7,1) zayıf, 101 kişi (%55,2) normal kilolu, 21 kişi (%11,5) fazla kilolu, 15 kişi (%8,2) obez olarak saptanmıştır. On sekiz yaşından büyük bireyler içinde zayıf olan 5 kişi (%11,6), normal kilolu 28 kişi (%65,1), fazla kilolu 6 kişi (%13,9), obez olan 4 kişi (%9,4) saptanmıştır.

Bütün bireyler gruplandırıldığında, zayıf 19 kişi (%10,4), normal kilolu 114 kişi (%62,3), fazla kilolu 29 kişi (%16,4), obez 15 kişi (%8,2) saptanmıştır.

Cinsiyetlere göre zayıf veya kilolu olma durumu kıyaslandığında oranlar benzer çıkmış olup, istatistiksel anlamlı fark saptanmamıştır. ($p=0,762$)

Akranları tarafından sözel veya fiziksel şiddete maruz kalma veya kendisi tarafından sözel ve fiziksel şiddet uygulanması ile BMI değerleri kıyaslandığında anlamlı fark bulunamamıştır. (sırasıyla $p=0,706$, $p=0,434$, $p=0,879$, $p=0,711$)

İnternet kullanma süreleri açısından BMI ile kıyaslandığında; zayıf olarak gruplandırılan bireyler normal kilolu ve fazla kilolu bireylerden daha fazla internet kullanma sürelerine sahipti. (sırasıyla $p=0,011$ ve $p=0,049$) Depresyon riski açısından bakıldığında bireylerin zayıf veya obez olmasıyla aralarında anlamlı ilişki saptanamamıştır. ($p=0,297$)



Tablo-4.15. Laboratuvar değerleri ortalamalarının incelenmesi

	Kadın	Erkek	Total	n
Hemoglobin (g/dL)	12,83 ($\pm$ 1,040, min:9,60- maks:15,70)	13,94 ($\pm$ 1,381, min:9,90- maks:16,70)	13,29 ($\pm$ 1,308, min:9,60- maks:16,70)	106
Hematokrit (%)	38,105 ($\pm$ 2,658, min:31,40- 43,80)	41,02 ($\pm$ 3,872, min:28,80- maks:49,70)	39,31 ($\pm$ 3,511, min:28,80- maks:49,70)	106
MCV (fL)	82,72 ($\pm$ 5,360, min:68,50- maks:95,00)	82,38 ($\pm$ 4,823, min:66,90- maks:93,00)	82,58 ($\pm$ 5,123, min:66,90- maks:95,00)	106
Ferritin (mg/L)	28,59 ($\pm$ 25,994, min:2,21- maks:116,20)	41,30 ($\pm$ 27,208, min:8,50- maks:96,70)	33,03 ($\pm$ 26,907, min:2,21- maks:116,20)	63
Vitamin B12 (pg/mL)	347,00 ($\pm$ 140,668, min:145,80- maks:915,40)	353,37 ($\pm$ 150,368, min:157,90- maks:874,00)	346,20 ($\pm$ 143,032, min:145,80- maks:915,40)	65
Vitamin D (ng/mL)	16,01 ($\pm$ 9,958, min:1,51- maks:40,80)	20,64 ($\pm$ 9,462, min:10,30- maks:32,76)	17,45 ($\pm$ 9,462, min:1,51- maks:40,80)	29
Folik asit (ng/mL)	6,96 ($\pm$ 2,954, min:3,13- maks:14,40)	7,64 ($\pm$ 7,82, min:3,46- maks:24,00)	7,18 ($\pm$ 3,542, min:3,13- maks:24,00)	51
TSH (mU/L)	2,343 ($\pm$ 1,238, min:0,15- maks:6,73)	2,177 ($\pm$ 1,024, min:0,89- maks:4,97)	2,288 ($\pm$ 1,665, min:0,15- maks:6,73)	69

n: katılımcı sayısı; %: yüzdeler karşılığı;

Vücut Algısı Ölçeği (VAÖ) skorları değerlendirildiğinde, bütün bireylerin VAÖ skor ortalaması 76,65 ($\pm 23,547$, min:40-maks:167), kadınların ortalaması 81,74 ($\pm 23,912$, min:43-maks:167) erkeklerin ortalaması 71,15 ($\pm 21,983$, min:40-maks:130) olarak saptanmıştır. Kadın cinsiyet anlamlı olarak daha olumsuz vücut algısına sahiptir. (p=0,003)

Ergenlik dönemleri ile VAÖ skoru kıyaslandığında, en olumsuz VAÖ skoru orta ergenlik döneminde saptanmıştır fakat istatistiksel açıdan anlamlı fark saptanmamıştır. (p=0,132)

Bireylerin kilolu olma durumları ile VAÖ skorları kıyaslandığında, gruplar arası istatistiksel anlamlı fark saptanmamış olup, BMI değerlerine göre zayıf olarak kategorize edilen bireylerin VAÖ skorunun diğer gruplardan daha yüksek olduğu, daha olumsuz vücut algısına sahip olduğu saptanmıştır. (p=0,121)

Depresyon taramasında riskli saptanan grup ile riskli saptanmayan grupların VAÖ skoru karşılaştırıldığında, depresyon riski saptanan grubun VAÖ skoru daha yüksek saptanmış olup istatistiksel anlamlı bulunmuştur. (p=0,005)

İnternette geçirilen süre ile VAÖ skoru kıyaslandığında, 1 saatten fazla vakit geçiren bireylerin, 1 saatten az vakit geçiren bireylere göre anlamlı olarak VAÖ skoru yüksek saptanmıştır. (p=0,008)

Özellikle sosyal medya kullanan bireylerin sosyal medya kullanmayan bireylerle VAÖ skoru kıyaslandığında, sosyal medya kullanıcısı olan adölesanlarda istatistiksel anlamlı oranda olumsuz vücut algısı mevcuttur. (p=0,000)

Diyet yapma/takviye gıda alma sorusuna ‘evet’ ve ‘hayır’ yanıtı veren bireylerin VAÖ skoru kıyaslandığında, ‘evet’ yanıtı veren bireylerde olumsuz vücut algısı açısından anlamlı fark saptanmıştır. (p=0,007)

Spor yapma ve yapmama durumları ile VAÖ skoru kıyaslandığında, gruplar arasında anlamlı fark saptanmamıştır ancak spor yapan bireylerde daha olumlu vücut algısı puanı saptanmıştır. (p=0,078)

Bireylerin evli veya bekar olmasına göre VAÖ skorları kıyaslandığında evli bireylerin VAÖ skoru daha yüksektir ancak aralarında anlamlı fark saptanmamıştır. ($p=0,694$).

Yaş ile VAÖ skoru arasından korelasyon olup olmadığı incelendiğinde, aralarında pozitif yönlü orta düzeyde korelasyon saptanmıştır. ($p=0,00$, $r=0,458$)

REZZY (SCOFF) Yeme Bozukluğu Ölçeği (RYBÖ) ile değerlendirilen bireylerde yeme bozukluğu açısından risk saptanan birey sayısı 57 kişi (%30,1), kadın cinsiyette görülme sıklığı daha fazla (34 kişi, %35,8) olmakla birlikte istatistiksel anlamlı fark saptanmamıştır. ($p=0,079$)

Ergenlik dönemlerine göre bakıldığında en yüksek oran, orta ergenlik döneminde saptanmıştır (17 kişi, %45,9). Geç ergenlik dönemindeki bireylerde yeme bozukluğu riski, orta ergenlik dönemindeki bireylere göre daha düşük saptanmıştır. ($p=0,012$)

Madde kullandığını belirten bireylerde daha düşük yeme bozukluğu riski saptanmıştır fakat istatistiksel anlamlı fark saptanmamıştır. ($p=0,238$)

Diyet yapma/takviye gıda kullanma sorusuna ‘evet’ yanıtı veren bireylerin %58,2’sinde (32 kişi) yeme bozukluğu açısından risk saptanmazken, ‘hayır’ yanıtı veren bireylerin %75,0’inde (96 kişi) yeme bozukluğu açısından risk olmadığı saptanmıştır ve bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır. ($p=0,023$)

Spor yapmayanlarda yeme bozukluğu riski (26 kişi, %26,8), spor yapanlara göre daha yüksek oranda (29 kişi, %27,4) gözlenmiştir ancak istatistiksel açıdan anlamlı bir fark yoktur. ($p=0,351$)

Bireylerin sosyal medya kullanma durumları ile yeme bozukluğu riskleri karşılaştırıldığında yine anlamlı bir fark saptanmamıştır fakat sosyal medya kullandığını belirten bireylerde yeme bozukluğu riski kullanmayanlara göre daha fazla saptanmıştır. ($p=0,280$)

İnternette geçirilen sürelerle yeme bozukluğu riski açısından anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. En yüksek yeme bozukluğu risk oranı ‘1-3 saat’ seçeneğini işaretleyen bireylerde gözlenmiştir (28 kişi, %38,9). ($p=0,178$)

Yeme bozukluğu ile BMI karşılaştırıldığında, en yüksek oran obez grupta saptanmıştır (%66,7, 10 kişi). Yeme bozukluğu riski açısından, zayıf bireyler ile fazla kilolu bireyler kıyaslandığında, fazla kilolu bireylerde yeme bozukluğu riski daha yüksektir. ($p=0,001$) Zayıf bireyler ile normal kilolu bireyler kıyaslandığında ise normal kilolu bireylerde daha yüksek yeme bozukluğu riski saptanmıştır. ($p=0,045$)

Yeme bozukluğu riski ile ailede obez veya fazla kilo problemi olan birey varlığı kıyaslandığında, ailesinde obez veya fazla kilolu birey varlığı yeme bozukluğu açısından yüksek riskle ilişkili bulunmuştur. ($p=0,012$)

Yeme bozukluğu riski ile anne ve baba eğitim düzeyleri kıyaslandığında anlamlı ilişki saptanmamıştır. (sırasıyla $p=0,451$ ve $p=0,508$)

Depresyon taramasında riskli bulunan bireyler ile yeme bozukluğu açısından risk saptanan bireyler değerlendirildiğinde aralarında anlamlı fark saptanmamış ancak depresif bireylerde daha yüksek oranda yeme bozukluğu riski saptanmıştır. ($p=0,408$)

Yeme bozukluğu riski ile Vücut Algısı Skoru karşılaştırıldığında, yeme bozukluğu saptanan bireylerin anlamlı olarak vücut algıları daha olumsuzdur. ($p=0,003$)

Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği (RBSÖ) grup ortalaması 22,57 ($\pm 2,683$, min:15-maks:31), kadınların ortalaması 22,66 ($\pm 2,800$, min:15-maks:31) erkeklerin ortalaması 22,48 ($\pm 2,546$, min:16-maks:27) olarak bulunmuştur. Gruplar arasında anlamlı fark yoktur. ($p=0,985$)

Ergenlik dönemleri ile benlik saygısı kıyaslandığında dönemler arası anlamlı ilişki saptanmamıştır. ($p=0,294$) Yaş ile benlik saygısı arasında korelasyon bakıldığında zayıf düzeyde pozitif yönlü korelasyon saptanmış fakat istatistiksel açıdan anlamlı olmadığı saptanmıştır. ($p=0,091$)

Yaşadığı evde fiziksel şiddet varlığını belirten bireylerde benlik saygısı daha düşük saptanmıştır ancak anlamlı fark bulunamamıştır. ($p=0,253$)

Yaşadığı evde madde kullanımı olduğunu belirten bireylerin benlik saygısı diğer bireylere göre daha düşük saptanmıştır ancak istatistiksel anlamlı fark saptanmamıştır. ($p=0,220$)

Kendisinin madde kullanım durumu ile benlik saygısı kıyaslandığında, madde kullandığını belirten bireylerde benlik saygısı daha yüksek saptanmıştır fakat anlamlılık saptanmamıştır. ($p=0,350$)

Spor yapmadığını belirten bireylerde benlik saygısı daha yüksek bulunmuştur ancak istatistiksel anlamlılık yoktur ($p=0,058$)

Duygusal arkadaş edinme durumu ile benlik saygısı kıyaslandığında, duygusal arkadaş edinmiş bireylerin benlik saygıları daha yüksek saptanmış ancak istatistiksel anlamlılık saptanmamıştır. ($p=0,926$)

Daha önce veya halen depresyon tanısı almış bireylerin benlik saygıları daha düşük çıkmıştır ancak istatistiksel anlamlılık saptanmamıştır. ($p=0,654$) Depresyon taramasında kullanılan sorularda depresyon riski saptanan hastaların benlik saygısı saptanmayan bireylere göre anlamlı olarak daha düşük saptanmıştır. ($p=0,044$)

Daha önce intihar etmeyi düşünmüş bireylerin benlik saygısı düzeylerine bakıldığında intihar etmeyi hiç düşünmemiş bireylerle benzer saptanmıştır, anlamlı fark bulunamamıştır. ($p=0,954$)

Şekil-4.3. Akran zorbalığı ile benlik saygıları arasındaki ilişki



Benlik saygıları açısından bakıldığında en düşük benlik saygısı sözel şiddet uygulayan bireylerde saptanmıştır. Sözel şiddet uygulayan bireylerle uygulamayan bireyler açısından değerlendirildiğinde benlik saygısı, sözel şiddet uygulayanlarda anlamlı olarak daha düşüktür. ($p=0,010$) Fiziksel şiddet uyguladığını ifade eden bireylerin benlik saygısı, uygulamayanlara oranla daha düşük saptanmıştır ancak istatistiksel anlamlı fark saptanmamıştır. ($p=0,145$)

Her iki şiddet türü için de bakıldığında, şiddet uygulayan bireylerin benlik saygısı, şiddet gören bireylerden daha düşüktür.

Sözel veya fiziksel şiddet gören bireylerle görmeyen bireylerin benlik saygısı kıyaslandığında, şiddet gören bireylerin, şiddet görmeyen bireylere göre daha düşük benlik saygısına sahip olduğu görülmektedir ancak istatistiksel açıdan anlamlı fark saptanmamıştır. (sırasıyla $p=0,057$ ve $p=0,245$)

Sınav hazırlık stresi yaşadığını belirten bireylerin benlik saygısı, yaşamadığını belirten bireylere göre anlamlı olarak daha düşüktür. ($p=0,001$)

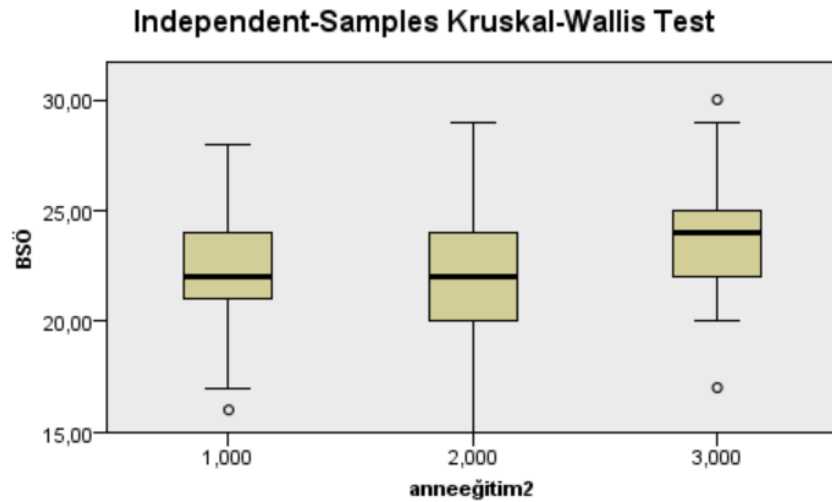
Sosyal medya kullandığını belirten bireyler ile sosyal medya kullanmadığını belirten bireylerin benlik saygısı kıyaslandığında, kullanan bireylerin benlik saygısı daha yüksek saptanmıştır ancak istatistiksel fark saptanmamıştır. ($p=0,348$)

İnterneti 1 saatten az kullanan bireylerin, 1 saatten fazla kullanan bireylere göre benlik saygısı daha yüksek saptanmıştır ancak istatistiksel anlamlı fark saptanmamıştır. ($p=0,593$)

Benlik saygısı ve yeme bozukluğu kıyaslandığında yeme bozukluğu olan bireylerin benlik saygısı anlamlı olarak daha düşük saptanmıştır. ($p=0,019$)

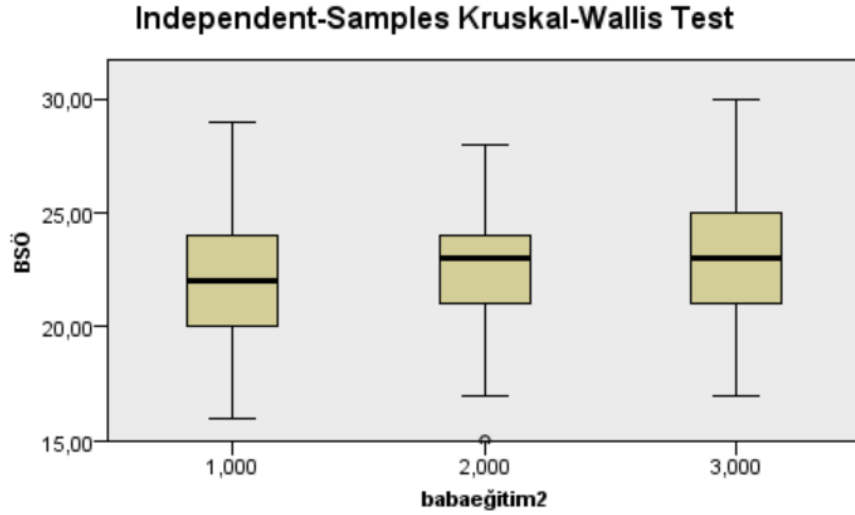
Anne eğitim düzeyi ile benlik saygısı ilişkisi incelendiğinde gruplar arasında anlamlı fark saptanmıştır. Lise ve ortaokul eğitim düzeyine sahip annelerin çocuklarının benlik saygısı, lisans ve üstü eğitim düzeyine sahip annelerin çocuklarının benlik saygısından daha düşük bulunmuştur. ($p=0,045$)

Şekil-4.4. Bireylerin anne eğitim durumlarının benlik saygısı ile ilişkisi



Baba eğitim düzeyi ile benlik saygısı ilişkisi incelendiğinde gruplar arasında anlamlı fark saptanmıştır. İlkokul ve daha düşük eğitim düzeyine sahip babaların çocuklarının benlik saygısı, lisans ve üstü eğitim düzeyine sahip babaların çocuklarının benlik saygısından daha düşük bulunmuştur. ($p=0,041$)

Şekil-4.5. Bireylerin baba eğitim durumlarının benlik saygısı ile ilişkisi



Bireyin benlik saygısı ile BMI gruplarının (zayıf, normal, kilolu, obez) kıyaslanmasında, en düşük benlik saygısı 'obez' grupta saptanmıştır (mean rank: 75,03), en yüksek benlik saygısı 'kilolu' grupta saptanmıştır (mean rank: 96,52). Gruplar arasında anlamlı fark saptanmamıştır. ($p=0,620$)

Benlik saygısı ile vücut algısı skoru arasında pozitif yönlü yüksek düzeyde korelasyon saptanmıştır ancak istatistiksel açıdan anlamlı değildir. ($p=0,357$)

5. TARTIŞMA

Sağlıklı Adölesan İzlemi, uzun yıllardır bilinen ve önemi kavranmaya başlanmış bir izlemdir. (37) Adölesan izlemde kullanılması için tüm dünyada ve Türkiye’de görüşme formu olarak HEADSSS önerilmektedir. Bu form adölesanın sorun yaşadığı konu başlıklarına ışık tutmakta, mortalite ve morbiditenin en yoğun olduğu konu başlıklarını içermekte ve görüşme esnasında konuşulacak konuları hatırlamaya yardımcı olmaktadır. (15)

Adölesan bireyler için beden algısı oldukça önemli olup benlik saygısı ve yeme bozukluğu ile yakın ilişki içerisinde. Başlıca yaş ve cinsiyet olmak üzere birçok faktörden etkilenmektedir. (151) Bu çalışmada sağlıklı adölesan izlemi yapılan 183 adölesan bireyin fizik muayene ve laboratuvar parametrelerinin değerlendirilmesine ek olarak benlik saygısı, beden algısı, yeme bozukluğu ve depresyon ile olan ilişkisi incelenmek istenmiştir.

OMÜTF Pelitköy Eğitim Aile Sağlığı Merkezine kayıtlı 183 adölesanın %51,9’u (95 kişi) kadın, %48,1’i (88 kişi) erkektir. Bu bireylerin HEADSSS görüşme formu değerlendirmeleri aşağıda verilmiştir.

5.1.HEADSSS Görüşme Formu Bulgularının Değerlendirilmesi

Adölesan bireyin zamanının çoğunu geçirdiği temel iki mekân bulunmaktadır: Ev ve okul. Yaşadığı evin özellikleri bireyin hayatını şekillendirmektedir. Holmes ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada orta çocukluk ve erken ergenlik döneminde ev ve aile içi kaos, orta ergenlik dönemindeki risk alma davranışıyla ilişkili bulunmuştur. (152) Çalışmamızda aile içinde fiziksel şiddetin olduğunu belirten 19 kişi (10,4) mevcuttur. Ev içerisinde sigara-alkol-madde kullanımı olduğunu belirten 101 kişi (%56,8) mevcuttur. Birden fazla bireyin ev içerisinde madde kullandığını belirten bireylerin sayısı 28 kişidir (%15,3).

Scragg ve Laugesen in yaptığı çalışmada anne babanın birlikte sigara kullanıyor olması adölesan için sigaraya başlama konusunda en büyük teşvik edici durumu oluşturmaktadır. (153) Ritter ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada aile içinde alkolizmin bulunması aile içindeki şiddetin en büyük risk faktörü olduğu söylenmiştir ve aile içi şiddetin adölesan dönemdeki psiko-sosyal sorunlarla ilişkili olduğu ifade edilmiştir. (154) Çalışmamızda ev içinde şiddet olduğunu ifade eden bireylerde istatistiksel anlamlılık olmasa da daha yüksek oranda depresyon riski tespit edilmiştir. ($p=0,111$) Ev içinde madde kullanımı olduğunu ifade eden bireylerde de daha yüksek oranda depresyon tespit edilmiştir ancak istatistiksel anlamlılık gözlenmemiştir. ($p=0,162$)

Aile içi ilişkilerin iyi olması, ergenin riskli davranışlarının azalmasında oldukça etkili bulunmuştur. Çalışmamızda annesi ile arasının nasıl olduğu sorusuna çoğunluk 'iyi' ve 'çok iyi' demiştir. 'Baban ile aran nasıl?' diye sorulduğunda yine çoğunluk iyi ve 'çok iyi' demiştir ancak 'kötü' ve 'çok kötü' diyen birey sayısı, annesi ile ilişkilerinde kötü diyen bireylerden fazladır. Özellikle sözel şiddetle, aile içi iletişimin ilişkili olduğunu Lu ve arkadaşları yaptıkları çalışmada göstermişlerdir. (155) Çalışmamızda da benzer şekilde sözel şiddet uygulayan bireylerin anne ile ilişkisi anlamlı olarak daha kötü saptanmıştır. ($p=0,012$)

Lohman ve arkadaşlarının çalışmasında maddi durumla ev içindeki şiddetin ve adölesanın akranlarına şiddet uygulamasının ilişkili olmadığı saptanmıştır. (156) Maddi durumun bir stresör olarak şiddet davranışına neden olabileceği düşünülmüş

fakat aile içi ilişkilerin daha önemli olduğu belirtilmiştir. Bizim çalışmamızda da benzer şekilde aile içi şiddetle ve akran zorbalığıyla algılanan maddi durum arasında anlamlı ilişki tespit edilememiştir. ($p=0,105$ ve $p=0,260$)

Baiden ve Tadeo çalışmasında akran zorbalığına maruz kalan bireylerde depresyon ve intihar oranını daha yüksek saptanmıştır. Ayrıca akran zorbalığı kavramının içerisine, siber zorbalığın da eklenmesi gerektiğini savunmuşlardır. Genellikle azınlık durumunda olan bireylerin (cinsel, etnik vb.) akran zorbalığına maruz kaldığını belirtmişlerdir. (157) Benzer şekilde çalışmamızda depresyon riski yüksek saptanan bireylerin daha fazla sözel şiddet uyguladığı saptanmıştır. ($p=0,047$)

Çalışmamızdaki bireylerde BMI değerlerine göre zayıf 19 kişi (%10,4), normal kilolu 114 kişi (%62,3), fazla kilolu 29 kişi (%16,4), 15 kişi (%8,2) tespit edilmiştir. TÜİK 2012 verilerine göre gençlerin %18,6 sı fazla kilolu veya obez olarak kaydedilmiştir. Cinsiyetler arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır. ($p=0,773$) Bundak ve arkadaşlarının yaptığı çalışmaya göre Türkiye'deki 18 yaş bireyler arasında %29 oranında fazla kilolu ve obez tespit edilmiştir, 14 yaş için ise %16 olarak saptanmıştır. (158) Çalışmamızdaki verilerde bireylerin yaş aralığını kapsayan bir TÜİK verisi olmadığından değerler karşılaştırılamamıştır.

O'Neill ve arkadaşlarının çalışmasında, çocukluk ve adölesan dönemdeki obezitenin erişkin yaşamdaki obeziteyi arttırdığını ve kötü çocukluk yaşam tecrübelerinin obezite gelişiminde etken olduğunu tespit etmişlerdir. Anne eğitim düzeyi ve bireyin depresif semptomlarıyla morbid obezitenin anlamlı ilişkisi olduğunu tespit etmişlerdir. (159) Anne eğitim düzeyi ve depresyon açısından bakıldığında çalışmamızda anlamlı fark tespit edilememiştir. ($p=0,782$ ve $p=297$) Kötü çocukluk yaşam tecrübelerinden evde madde kullanımının olması ve fiziksel şiddet varlığı da obezite ile ilişkili bulunmamıştır. ($p=0,222$ ve $p=0,437$) Ancak çalışmamızda morbid obez birey bulunmamakta ve obez birey sayısı oldukça azdır.

Nesbit ve arkadaşlarının 2016 yılında yaptığı çalışmada bilgisayar ve televizyon karşısında geçirilen sürenin obeziteyi arttırdığı tespit edilmiştir. (160) Çalışmamızda bu ilişki tam tersi şekilde tespit edilmiştir. Zayıf bireyler normal kilolu ve fazla kilolu bireylerden daha fazla internet kullanmaktaydı. ($p=0,011$ ve $p=0,049$) Bununla birlikte

çalışmamızda ekran süresi değil sadece internet kullanımı sorgulandığından, internet bağlantılı olmayan ekran kullanımları dışlanmıştır. Bu nedenle ekran karşısında geçirilen sedanter süre tam tespit edilememiştir.

Çevresinde (arkadaş veya aile) fiziksel aktivite yapan bireylerin daha fazla fiziksel aktivite yaptığını ve aynı şekilde bireyin beslenme alışkanlığının çevresinden etkilendiğini gösteren çok sayıda çalışma vardır. (161-163) Çalışmamızda ailesinde fazla kilolu ve obez birey olan 62 kişi (%33,9) kişi mevcuttur. Obez veya fazla kilolu olarak değerlendirilen bireylerin ailesinde kilo sorunu yaşayan birey oranı istatistiksel olarak anlamlı saptanmasa da fazla kilolu grupta daha fazla saptanmıştır. ($p=0,075$) Ailesinde fazla kilolu birey bulunmayan bireylerin diyet yapma/takviye gıda kullanım durumu anlamlı olarak diğer bireylerden düşük saptanmıştır. ($p=0,004$) Sağlıklı yeme davranışı ile ailenin yeme tutumu arasında güçlü bir ilişki olduğu söylenebilir. (164)

Görüşmeye alınan bireylerden spor yaptığını belirten birey sayısı 106 kişidir (%57,9). Erkek cinsiyette ve erken ergenlik döneminde anlamlı olarak fazlaydı. ($p=0,007$) Aksoydan ve Çakır'ın yaptığı bir çalışmada fiziksel olarak aktif olma erkeklerde kadınlardan anlamlı olarak fazla saptanmıştır. Ancak BMI ile cinsiyetler arasında anlamlı ilişkinin olmaması, yenilen yiyeceklerin enerji miktarlarının da cinsiyetler arasında farklı olmasıyla ilişkili olabilir. (165)

Çalışmamızda akran zorbalığına en az bir kez maruz kalan birey sayısı 67 kişidir (%36,6). Burnukara ve Uçanok'un 12 ve 18 yaş aralığında yaptığı çalışmada %31,9 olarak verilmiştir. Erkeklerin daha fazla olarak fiziksel şiddete başvurduğu saptanmıştır. (166) Çalışmamızda erkeklerden fiziksel şiddet uyguladığını ve gördüğünü söyleyen birey sayısı anlamlı olarak kadınlardan fazladır. ($p=0,024$ ve $p=0,003$) Burnukara ve Uçanok'un çalışmasında şiddete uğrayan kadın bireylerin bunu dile getirerek yardım istediğini, erkek bireylerin ise daha çok okuldan uzaklaşma, kendi çabalarıyla halletmeye çalıştığı ifade edilmiştir.

Ssenyonga'ın yaptığı çalışmada akran zorbalığına maruziyetin aile içi şiddetle ilişkili olduğu tespit edilmiştir. Şiddete uğrayan bireylerin %47'si, hatalı tavırlarının cezalandırılması için fiziksel şiddet görmeyi hak ettiklerini ifade etmişlerdir. (167) Bizim çalışmamızda da benzer şekilde aile içinde şiddet olduğunu ifade eden

bireylerde, akran zorbalığına maruziyet anlamlı ölçüde fazlaydı. ($p=0,011$) Sözel şiddet gördüğünü ifade eden bireylerin arkadaşlarına sözel ve fiziksel şiddet uygulama durumu da sözel şiddet görmeyen bireylerden fazlaydı. ($p=0,000$ ve $p=0,000$) Bu bağlamda, şiddet gören bireylerin, şiddeti bir 'hata düzeltme' mekanizması olarak öğrendikleri ve kendi hayatlarında da uyguladıkları düşünülebilir.

Zhai ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada; akran zorbalığına maruziyet, problemlili internet kullanımı açısından bir risk faktörü olarak tanımlanmıştır. Hangi mekanizmalarla şiddeti arttırdığının henüz çok iyi bilinmediği ifade edilmiştir. (168) Mevcut çalışmamızda da benzer şekilde akran zorbalığına maruz kalan ve uygulayan bireylerin internet kullanma süreleri, diğer bireylerden fazla bulunmuştur. ($p=0,037$, $p=0,004$, $p=0,059$, $p=0,009$) Bu konuda Wang'ın ergenler üzerinde yaptığı bir çalışmada, internet kullanımının psikolojik stresle ilişkili olduğu saptanmıştır. (169)

İnternet kullanımı sorgulanan 176 bireyde 173 kişi olumlu yanıt vermiştir. Hangi araçla kullandığı sorgulanan bireylerin %73'ü (126 kişi) 'telefon' yanıtını vermiştir. 'Bir günde ne kadar vakit ayırıyorsun?' sorusuna en fazla (%39) oranında '1-3 saat' yanıtı verilmiştir. Kim ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada haftalık ortalama 30 saat internet kullanıldığı belirtilmiştir. Yine bu çalışmada akıllı telefon kullanımının psikolojik hastalıkları ve intihar girişimini bağımsız olarak arttırdığını saptamışlardır. (170) Ancak çalışmamızda depresif belirtiler ile internet kullanım süresi açısından anlamlı fark saptanmamıştır. ($p=0,421$)

Mevcut çalışmamızda cinsiyetler açısından bakıldığında kadınların daha fazla sosyal medya kullandığı, erkeklerin daha fazla oyun oynadığı tespit edilmiştir. ($p=0,065$ ve $p=0,000$) Fioravanti'nin çalışmasında da kadınlarda sosyal medya kullanımının erkeklerden fazla olduğu ve bunun yüz yüze görüşmeden kaçınmaya neden olabileceği ve sosyal umutsuzluk duygusuna neden olabileceği vurgulanmaktadır. (171)

Mevcut çalışmamızda internet kullanma süresi olarak '1 saatten az' seçeneği anlamlı olarak erken ergenlik döneminde daha fazla işaretlenmiştir. (0,012) Kim ve arkadaşlarının çalışmasında haftalık 16 saatten fazla internet kullanan bireylerin ortalama yaşı 15 olarak tespit edilmiştir. (170) Bu bulgu çalışmamızla uyumludur.

5.2.Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği Bulgularının Değerlendirilmesi

Bu çalışmada yapılan görüşmelerin analizi sonucunda; 183 bireyin Rosenberg Benlik Saygısı Ölçek puan ortalaması 22,57 saptanmış, erkek bireylerde 22,48, kadın bireylerde 22,66 olarak saptanmıştır. Bu bulguların istatistiksel değerlendirmesi yapıldığında kadın ve erkek cinsiyetler arasında istatistiksel anlamlı fark saptanmamıştır. ($p=0,985$)

Cinsiyet değişkeni ile yapılan çalışmaların bazılarında (Çuhadaroglu, Demirbaş) benzer şekilde kadın ve erkek cinsiyet açısından anlamlı fark saptanmamıştır. (144, 172)

Rosenberg benlik saygısını, kişinin kendisine karşı olumlu veya olumsuz tutumu olarak değerlendirmektedir. Crocker ve Park ise yüksek benlik saygısına sahip olmanın veya en azından düşük benlik saygısından kaçınmanın, kişisel iyilik halinin bir göstergesi olduğunu belirtmişlerdir. (173)

Coopersmith (1967) benlik saygısının etkilenebileceği 4 faktörden bahseder. Birincisi kişinin yaşamında değer verdiği ve önemli gördüğü insanların, kendisini kabul eden ve saygı duyan tavırları ve bu tavırların sıklığıdır. İkincisi toplumsal statüdür. Diğer bir faktör ise ulaşılan amaçlarıdır. Kişinin başkaları tarafından konulan ve içselleştirilen hedefleri ve onlara ulaşabilmesi benlik saygısında önemlidir. Son olarak da çevreden aldığı geri bildirimlerdir. (174)

Ataerkil özellikteki toplumlarda, toplumsal statü, erkek çocukların imkanlarının ve gördüğü saygının fazla olması nedeniyle, erkeklerde benlik saygısı düzeyinin kadınlarda fazla olması beklentisi yerinde olacaktır. Tüm dünyaya bakıldığında cinsel veya fiziksel istismara daha fazla maruziyet kadın cinsiyette olduğundan (WHO,2016), negatif yaşam deneyimlerinin benlik saygısını düşürdüğü düşünüldüğünde (Speizer ve arkadaşları), kadınların daha düşük benlik saygısına sahip olması beklenmektedir. (175) Nitekim yapılan çalışmaların bazılarında (Rosenberg ve Simmons, Bolognini ve arkadaşları, Yiğit ve arkadaşları) erkeklerin benlik saygısı düzeylerinin kadınlardan fazla olduğunu bulunmuştur. (176-178) Bu çalışmada da erkeklerin benlik saygısı düzeyi kadınlardan minimal düzeyde düşük saptanmış fakat

anlamlılık saptanmamıştır. ($p=0,985$) Çalışmadaki kız çocuklarının eğitim düzeyinin, erkek çocuklarla benzer olması, benzer olanaklardan yararlanma oranlarının fazla olduğu sonucunu düşündürmekte ve benlik saygısı düzeylerindeki benzerliği açıklamaktadır.

Baldwin ve Hoffmann'ın yaptığı bir meta-analizde benlik saygısının yaşla ve ergenlik dönemleriyle olan ilişkisi incelenmiştir. Çalışmalarda elde edilen sonuçların oldukça farklı olduğu bulunmuştur. Bunun sebebi olarak da benlik saygısı kavramının statik mi, yoksa yaşla birlikte değişen dinamik bir yapı mı olduğu sorusunun farklı şekillerde cevaplanması olduğu sonucu çıkarılmıştır. Bu meta-analizin sonucunda yaşla benlik saygısı arasında pozitif korelasyon saptanmıştır. Ancak ergenlik dönemleriyle olan ilişkisi net değildir. (179) Bu çalışmada, yaşla ve ergenlik dönemleriyle korelasyon saptanmamıştır. ($p=0,091$ ve $p=0,294$)

Aile ile benlik saygısını değerlendiren çalışmalarda, stresli yaşam deneyimleri, yeterli aile desteği görememek ve kötü çocukluk yaşantıları, benlik saygısını olumsuz etkilemektedir. (180, 181) Bu çalışmada da evde madde kullanımı ve fiziksel şiddet olduğunu belirten bireylerde benlik saygısı, anlamlı fark olmasa da diğer bireylerden düşük saptanmıştır. ($p=0,220$ ve $p=0,253$) Sınav stresi yaşadığını belirten bireylerde anlamlı olarak benlik saygısı daha düşük bulunmuştur. ($p=0,001$)

Bir gruba ait olma durumu ve yalnızlık da benlik saygısını etkileyen diğer faktörlerdir. Crocker ve Park yaptığı çalışmada, kendisini bir gruba ait hisseden adölesanlarda benlik saygısını daha yüksek bulmuş, yalnız olan bireylerde ise benlik saygısı daha düşük bulunmuştur. (173) Bu çalışmada da duygusal arkadaş edinen bireylerin benlik saygısı yüksek saptanmıştır ancak istatistiksel anlamlılık saptanmamıştır. ($p=0,926$)

Leary ve Kovaski'nin çalışmasında depresyonla benlik saygısı arasında ters bir ilişki olduğunu saptamıştır. (182) Bu çalışmada, daha önce depresyon tanısı alan bireylerin benlik saygısı almayanlardan düşük saptanmış ancak anlamlı fark bulunmamıştır. ($p=0,654$) Depresyon taramasında risk saptanan bireylerde ise anlamlı olarak düşük benlik saygısı saptanmıştır. ($p=0,044$) Bu sonuç da yüksek benlik saygısının, kişisel iyilik halini beraberinde getirdiğini düşündürmektedir.

Mevcut çalışmada, baba eğitim düzeyinin artması ile benlik saygısının anlamlı olarak arttığı saptanmıştır. ($p=0,041$) Benzer şekilde Demirbaş'ın çalışması da baba eğitim düzeyleri ile benlik saygısı ilişkisini kıyaslamış ve baba eğitim düzeyinin artmasıyla benlik saygısının artmış olduğunu ifade etmiştir. (182) Aydoğan ise baba eğitim durumunun ve mesleğinin çocuğun okuldaki mutlu olma ve popüler hissetme düzeylerinde anlamlı fark tespit etmiştir. Baba eğitim düzeyinin artması hem maddi refahın artması hem sosyal olanakların artmasını beraberinde getirdiğinden benlik saygısı üzerine olumlu etki yapmaktadır. (183)

Anne eğitiminin benlik saygısı üzerine etkisi çalışmamızda lisans ve üstü eğitim düzeyindeki annelerin benlik saygısı düzeyi anlamlı olarak yüksek saptanmıştır. ($p=0,045$) Benzer şekilde Çuhadaroğlu çalışmasında, anne eğitim düzeyinin benlik saygısını arttırdığını ifade etmiştir. Anne ve baba eğitim düzeyinin artması, çocuk ile iletişimi artırma ve çocuğa karşı olumlu tavır geliştirme konusunda önemli rol oynar. Eğitim düzeyi yüksek bireylerin çocuklarına sunduğu olanaklar ve akademik başarı düzeyinde yol göstericiliği fazla olacaktır. (144)

Mehari ve Farrel'in çalışmasında akran zorbalığının ergenlerin yaşam doyumunda ve kalitesinde azalmaya neden olduğu saptanmıştır. (184) Boden ve arkadaşları, çalışmalarında ergenlikteki düşük benlik saygısının şiddet davranışıyla ilişkili olduğu saptanmıştır. (185, 186) Çalışmamızda da sözel şiddet uygulayan bireylerin benlik saygısı anlamlı olarak diğer bireylerden düşük saptanmıştır. ($p=0,010$) Fiziksel şiddet uygulayan bireylerin benlik saygısı, diğer bireylerden düşük saptanmıştır ancak anlamlılık söz konusu değildir. ($p=0,145$) İleri yaşlardaki suç davranışlarında da çocukluk ve ergenlikteki kötü yaşam tecrübeleri de etkilidir. (187)

Madde kullanım durumunun benlik saygısı ile ilişkisi incelendiğinde bu konuda farklı yaklaşımlar mevcuttur. Benlik saygısı genel iyilik hali ve yaşam memnuniyetiyle ilişkisi iyi açıklanmış olsa da madde kullanımı ile ilişkisi net açıklanamamıştır. Yüksek benlik saygısının lokal bazı bölgelerde 'akran benlik saygısı' düzeylerinin artmasıyla artış gösterdiği ve bireylerde kısa ve uzun dönem bütün kullanımını arttırdığını gösteren çalışmalar mevcuttur. (188) Nitekim çalışmamızda madde kullandığını belirten bireylerin çoğunluğu, kullandığı maddeyi bütün olarak belirtmiştir

ve benlik saygıları anlamlı düzeyde olmasa da yüksek saptanmıştır. ($p=0,350$) Bu durum, bir gruba ait olma ve 'akran benlik saygısı' dürtüsü ile açıklanabilir.

Yapılan çalışmalarda spor yapma/fiziksel aktiviteyle benlik saygısı arasında direk ilişki kurulamamıştır. Bu konuda yapılmış yeterince çalışma olmadığından, spor yapmanın benlik saygısını etkileyip etkilemediği bilinmemektedir. (189) Mevcut çalışmamızda spor yapma/fiziksel aktivite ile benlik saygısı arasında anlamlı fark saptanamamıştır. ($p=0,058$)

Çalışmamızda internet kullanım süresi ile benlik saygısı arasında istatistiksel açıdan anlamlı olmasa da ters ilişki saptanmıştır. ($p=0,593$) Fioravanti ve arkadaşlarının çalışmasında özellikle kadınlarda olmak üzere yalnızlık, depresyon ve düşük benlik saygısı ile ilişkili olduğu saptanmıştır. İnternet kullanımının sosyal yetenekleri kısıtladığı ve bireyin daha yalnız olmasına neden olduğu belirtilmiştir. (190) Yalnız bireylerin benlik saygısının daha düşük olması (Cicchetti ve arkadaşları) düşünüldüğünde, internet kullanımının benlik saygısında düşüşe neden olmasının bir nedeni olarak sosyal yalnızlaştırma düşünülebilir. (180)

Çalışmamızda özellikle kadınlarda olmak üzere, sosyal medya kullanımının fazla olması ile benlik saygısı arasında anlamlı olarak ters ilişki olduğu saptanmıştır. ($p=0,348$) Fioravanti ve arkadaşlarının ergenlerde yaptığı çalışmada, kadınların daha fazla sosyal medya kullandığını ve sosyal medyayı daha fazla kullanan kadınların benlik saygılarının anlamlı olarak erkeklerden düşük olduğunu saptamışlardır. Kadınlar daha fazla sosyal medya ve internet kullanma amaçlarının gerçek dünyadan kaçmak olduğunu belirtmişlerdir. Gerçek dünyadaki benlik saygısının düşük olması neticesinde, bireyin dış dünyayı olduğundan kötü algılamasının da daha fazla internet kullanımına yol açtığı sonucu çıkarılabilir. (190)

Bireylerin fazla kilolu veya zayıf olma durumlarına göre benlik saygısı arasında çalışmamızda anlamlı fark bulunmamıştır. ($p=0,620$) Daha önce Geller ve arkadaşları çalışmasında beden şekli, kilo ve yeme bozukluğu ile benlik saygısı arasında ters yönde anlamlı ilişki saptanmıştır. (191) Çalışmamızdaki obez ve fazla kilolu adölesan birey sayısının çok az olması nedeniyle anlamlı sonuç elde edilememiş olabilir.

Yeme bozukluğu ile benlik saygısı ilişkisi çalışmamızda istatistiksel olarak değerlendirilmiş, yeme bozukluğu riski saptanan bireylerde anlamlı olarak diğer bireylerden daha düşük benlik saygısı saptanmıştır. ($p=0,019$) Buradaki etkili faktörün ‘beden şekli’ nedeniyle yeme düzenini değiştirme ihtiyacı olduğu dile getirilmiştir. (192) Obez bireylerde fiziksel ve medikal desteğe ek olarak psikolojik olarak ‘utanç’ duygusuyla ilgili de önlemler alınmalıdır.

Zaitsoff ve Geller’in (2002) yaptığı çalışmada yeme bozukluğu semptomlarıyla düşük benlik saygısı arasında anlamlı ilişki saptanmıştır. Fakat benlik saygısının tek başına yeme bozukluğunu açıklamada yeterli olmadığını, anne-baba ile ilişkilerinin, özellikle anne ile bağlanmanın da irdelenmesi gerektiğini savunmuşlardır. (193) Yeme bozukluğu ile benlik saygısının direk ilişkisi olduğu gibi altta yatan birden fazla faktör vardır.

Vücut algısı ile benlik saygısı arasındaki ilişki daha sonra gelecek olan Vücut Algısı Ölçeğinin değerlendirilmesi başlığında ele alınacaktır.

5.3.Vücut Algısı Ölçeği Skorlarının Değerlendirilmesi

Çalışmamızda bütün bireylerin VAÖ skor ortalaması 76,65, kadınların ortalaması 103,28, erkeklerin ortalaması 79,82 olarak saptanmıştır. Kadın cinsiyet anlamlı olarak daha olumsuz vücut algısına sahip bulunmuştur. ($p=0,003$) Yaş ile VAÖ skoru pozitif yönlü orta düzeyde korele saptanmıştır. ($p=0,000$, $r=0,458$)

Lipowska ve Lipowski 'nin çalışmasına göre vücut algısında yaş ve cinsiyet en önemli iki faktördür. (194) Çalışmamızda cinsiyet ve yaş açısından anlamlı fark saptanmıştır. ($p=0,003$ ve $p=0,000$) Ancak ergenlik dönemleri ile kıyaslandığında da anlamlı fark bulunamamıştır. ($p=0,132$) İncekara, You ve arkadaşları, Hacıoğlu çalışmalarında da benzer bulgular saptanmıştır. (195-197)

Hartman-Munick ve arkadaşları adölesanlarda vücut algısının medya etkisi, atletizm ve kişisel ilişkiler tarafından şekillendiğini dile getirmişlerdir. Daha olumlu vücut algısının daha iyi sağlık sonuçlarına neden olduğunu belirtmişlerdir. (198) Tiggemann ve arkadaşları sosyal medya etkisinin kadınlarda, beden algısında önemli olduğunu ve daha fazla sosyal medyadaki arkadaş sayısının, zayıflama ve hoşnutsuzlukla ilgili olduğunu dile getirmişlerdir. (199) Çalışmamızda sosyal medya kullanımı kadın cinsiyette fazla bulunmuştur. ($p=0,348$) Kadınlarda beden algısının olumsuz saptanmasının bir nedeni olarak sosyal medya kullanımı düşünülebilir.

Robbins ve arkadaşları, fiziksel egzersiz ve vücut algısı üzerine yaptıkları çalışmada ters yönde zayıf bir korelasyon saptamışlardır, direk ilişki saptanmamıştır. (200) Bizim çalışmamızda da benzer şekilde spor/fiziksel egzersiz yapma durumuyla aralarında anlamlı bir ilişki saptanmamış fakat sayısal olarak spor yapan grubun vücut algısı puanı düşük saptanmıştır yani daha olumlu bir beden algısı olduğu saptanmıştır. ($p=0,078$) Fiziksel egzersizin düzenli yapılıp yapılmadığı ve fiziksel egzersiz ile kastedilen sporların kategorilere ayrılarak incelenmesi ile daha net bir sonuç çıkarılabilir.

Anez ve arkadaşları çalışmalarında, bilgisayarda geçen zamanın artmasının özellikle kadınlarda olumsuz vücut algısına neden olduğunu, Schneider ve arkadaşları ise ekran süresi ile beden hoşnutsuzluğu üzerine yaptığı çalışmada, ekran süresinin beden

hoşnutsuzluğunu arttırdığını ifade etmiştir. (201, 202) Çalışmamızda internette 1 saatten fazla vakit geçirenlerde ve özellikle sosyal medya kullandığını belirten bireylerde olumsuz beden algısı tespit edilmiştir. ($p=0,008$ ve $p=0,000$) Özellikle sosyal medya da empoze edilen ideal vücut ölçüleri, kadınlarda olumsuz beden algısına neden olmakta ve genel iyilik halini azaltmaktadır. (117)

Canbulat ve arkadaşları, yaptıkları çalışmada BMI ile beden algısı arasında anlamlı bir fark bulamamışlardır ve beden algısı konusunda BMI etkisinin oldukça az olduğunu belirtmişlerdir. (203) Yine Güney Kore’de (You ve arkadaşları) BMI’ ye göre obez, normal kilolu veya zayıf olarak sınıflandırılan bireylere kendilerini nasıl algıladıkları sorulduğunda, normal kilodaki bireylerin %41,4’ü kendisini fazla kilolu olarak tanımlamışlardır. Bu nedenle BMI, beden algısının tam bir ölçütü gibi görünmemektedir. (196) BMI ile beden algısı arasında anlamlı fark, çalışmamızda da saptanmamıştır. ($p=0,121$)

Blashill ve Wilhelm’in erkekler üzerinde yaptığı çalışmada beden algısının depresif semptomlar için öngörücü olduğu ifade edilmiştir. (204) Murray ve arkadaşları çalışmalarında mental stres üzerine beden algısının etkisinin oldukça fazla olduğunu belirtmişlerdir. (205) Çalışmamızda depresyon taramasında risk saptanan bireylerin beden algısı anlamlı olarak diğer bireylerden düşük saptanmıştır. ($p=0,005$) Bireyin beden algısının, bireyin sağlığı üzerinde yaptığı etki bu veri ile desteklenmektedir.

Vücut algısı ve benlik saygısı ilişkisi ile ilgili yapılan çalışmalara bakıldığında, Soo ve arkadaşlarının, Shroff ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmalarda, benlik saygısı ve vücut algısı arasında korelasyon saptanmamıştır. Vücut algısındaki en önemli etkenin akran değerlendirmesi olduğunu saptamışlardır. (206, 207) Benzer şekilde çalışmamızda da aralarında korelasyon saptanmamıştır. ($p=0,357$)

Diyet yapma/takviye gıda kullanımı ile beden algısı arasında çalışmamızda anlamlı ilişki saptanmıştır. Diyet yapma veya takviye gıda kullanma girişiminde bulunanların beden algısı daha olumsuz saptanmıştır. ($p=0,007$) Özellikle kas kitlesini arttırmak için kullanılan protein tozları erkeklerde önemli takviye gıdalardan olup, bu konuda Yagen ve McLean ‘ın Avustralya’da yaptıkları çalışmada, beden algısıyla takviye gıda alımının ters ilişkili olduğunu bulmuşlardır. (208) Güney Koreli adölesanlar arasında

hayatında en az bir kez diyet yapma oranı %36,2 olarak tespit edilmiştir ve beden memnuniyetiyle ters ilişkili bulunmuştur. (209) Beden algısındaki memnuniyetsizliğin bir sonucu olarak bireylerin takviye gıdaya veya diyet yapmaya başvurdukları söylenebilir.



5.4.REZZY (SCOFF) Yeme Bozukluğu Ölçeğinin Değerlendirilmesi

REZZY yeme bozukluğu anketi, yapılan birçok çalışmada kullanılmıştır ve anketin adölesan bireylerde yapılan çalışma sayısı erişkin bireylere nispeten kısıtlıdır. Anket tanı koydurucu olarak kullanılmak yerine daha çok yeme bozukluğu açısından bireyin risk durumunu belirleme amacıyla kullanılmalıdır. Tarama testlerinde beklenen yüksek duyarlık özellikle adölesan bireylerle yapılan çalışmalarda bulunamamıştır. Adölesan bireylerin soyut kavramları çok iyi anlayamaması bunun bir diğer nedeni olarak düşünülmüştür. (210)

Çalışmamızda Rezzy YBÖ'de yeme bozukluğu açısından risk saptanan birey sayısı 57 kişi (%30,1), olup cinsiyet açısından anlamlı fark saptanmamıştır. ($p=0,079$) Lichtenstein ve arkadaşlarının çalışmasında, yeme bozukluğu saptanan birey oranı %28, kadın cinsiyet anlamlı ölçüde erkeklerden fazla saptanmış ve 16 yaş belirgin olarak fazla görüldüğü yaş olarak saptanmıştır. (210) Mevcut çalışmamızda benzer olarak, orta ergenlik dönemi anlamlı olarak yeme bozukluğu riski açısından geç ergenlik döneminden yüksek saptandı. ($p=0,012$) Bu dönem aynı zamanda beden algısının da en düşük olarak saptandığı dönemdir.

BMI ile yeme bozukluğu arasındaki ilişkiye bakıldığında obez olarak tespit edilen bireylerde, yeme bozukluğu anlamlı olarak yüksek saptanmıştır. ($p=0,001$) Iannacconne ve arkadaşları, yaptıkları çalışmada yeme bozukluklarının obez bireylerde daha çok görüldüğünü ifade etmişlerdir. Kontrol kaybı sonrası yeme epizotlarının, obez bireylerde, normal kilolu bireylere göre daha fazla olduğu saptanmıştır. Bu atakların kilo alımını kolaylaştırdığı belirtilmiştir. (192)

Marcon ve arkadaşlarının çalışmasında yeme bozukluğunun etyolojisinde ve tedavisinde aile katılımının öneminden bahseder. Yeme bozukluğu tespit edilen bireylerin ailelerinin de mutlaka tedaviye dahil olması gerektiği belirtilmiştir. (211) Nitekim mevcut çalışmamızda yeme bozukluğu açısından risk tespit edilen bireylerin ailesinde fazla kilolu veya obez birey bulunma oranı, anlamlı olarak diğer bireylerden yüksek saptanmıştır. ($p=0,012$) Bireyin tek başına aile içinde yeme bozukluğuyla baş etmesi bu durumda zorlaşacaktır. Williams ve Leichner yeme bozukluklarında, aile terapisi yapılması gerektiğini belirtmiştir. (212)

Mevcut çalışmamızda depresyon ile yeme bozukluğu arasında anlamlı ilişki saptanmamış fakat depresyon açısından riskli saptanan bireylerde daha yüksek oranda yeme bozukluğu saptanmıştır. ($p=0,408$) Benlik saygısı düşük bireylerde daha yüksek oranda yeme bozukluğu vardır. ($p=0,019$) Valenzuela ve arkadaşlarının çalışmasında yeme bozukluğuna sahip bireylerde depresyon oranı belirgin olarak yüksek, benlik saygısı düzeylerinin de düşük olduğu saptanmıştır. (213) Haedt-Matt ve Keel benlik saygısındaki düşüklüğün ve depresif bulguların sebebini aşırı yemeden duyulan utanç ve suçluluk duygularına bağlamıştır. Yeme bozukluğu tespit edilen bireylerin tedavi sonrası, depresif semptomlarda düzelme ve benlik saygısı düzeylerinde artma gözlenmiştir. (214)

Çalışmamızda diyet yapma/takviye gıda alımına olumlu yanıt veren bireylerde yeme bozukluğu riski olduğu saptanmıştır. ($p=0,023$) DSM-V'te tanımlanan yemek alımını kısıtlama veya yemekten kaçınma bozukluğu olarak adlandırılan yeme bozukluğu alt tipinde, bireylerin BMI genellikle oldukça düşüktür ve bu bireyler sıkı diyet uygularlar. Buna nutrisyonel defisit sıklıkla eşlik etmektedir. Bu bireylerde eksik olan enerji ve nutrisyon desteğini sağlamak gerekir. (215) BMI normal veya düşük olması bireylerin yeme bozukluğunu dışlamaz.

Yeme bozukluğuna sebep olarak Terhoeven ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmanın sonucu olarak, medya maruziyetini bildirmişlerdir. Genellikle gelir düzeyi yüksek toplumlarda görüldüğünü ve gerçekçi olmayan bir beden imajının kitle iletişim araçlarıyla topluma yansıtılmasının bir sonucu olduğunu dile getirmişlerdir. (216) Mevcut çalışmamızda, internet kullanım süresi fazla ve sosyal medya kullanımı olan bireylerde yeme bozukluğu riski olduğu saptanmıştır ancak istatistiksel anlamlılık gözlenmemiştir. ($p=0,178$ ve $p=0,280$)

Yeme bozukluğunun nörobiyolojik olarak dopaminerjik sistem üzerinden etkili olduğu bilinmektedir. Aynı şekilde bağımlılık yapıcı maddelerin de dopaminerjik sistemi etkilediği bilinmektedir. Alkol kullanımı ile yapılan çalışmada (Horvath ve ark. 2020) ko-insidansın yüksek olduğu söylenmiştir. (217) Mevcut çalışmamızda madde kullandığını belirten bireylerde, yeme bozukluğu riski daha az saptanmıştır. ($p=0,238$) Ancak madde bağımlılığı bildiren bireylerin hemen hepsinde tütün bağımlılığı

olduğundan, bütün ile ilişkisini gösteren daha geniş kapsamlı çalışmalara ihtiyaç vardır.

5.5.PHQ-2 Kısa Depresyon Tarama Testi Değerlendirmesi

Adölesan ve çocuklarda görülen depresyon erişkinlerden farklı seyredebilir. Okul başarısında azalma, arkadaşlarıyla sorun yaşama şeklinde kendisini gösterebilir. Bu nedenle ebeveyn tarafında farkedilmesi zordur. Eğer farkedilip tedavi edilmezse madde kullanımı, kalıcı yetenek kayıpları, mental sorunlar gibi büyük problemlere neden olabilir.

Çalışmamızda saptanan riskli birey sayısı 49 kişi (%26,8) olup kadın cinsiyette anlamlı ölçüde fazla saptanmıştır. ($p=0,012$) Ergenlik dönemleri açısından bakıldığında, erken ergenlik döneminde belirgin olarak daha az saptanmıştır. ($p=0,051$)

WHO (2019) verilerine göre tüm dünyada depresyon görülme sıklığı %14'tür. Adölesanlar arasında yaygınlığın daha fazla olduğu (%16) ve başlangıç yaşının ise 14 olduğu belirtilmektedir. Ancak tanı konulan depresyon hastalarından çok daha fazla depresyon hastası bulunduğunu belirtmektedir. Çalışmamızda tarama amacıyla hiçbir şikâyeti olmayan bireylere de sorular yöneltildiğinden, gizli depresif birey tespit edilmiş olabilir. Ayrıca depresyon tarama sorularının sensitivitesinin fazla olup, özgüllüğünün düşük olması da diğer bir neden olabilir. (218)

WHO (2019) verilerinde intiharın ergen ölümlerinde 3.sırada yer aldığı ve önemli sakatlık ve hastalık nedeni olduğu belirtilmektedir. Çalışmamızda intihar etmeyi hayatında en az bir kez düşünen birey sayısı 14 kişidir (%7,7). Bu bireylerden 12 tanesi (%85,7) yapılan görüşme esnasında depresyon açısından riskli saptanmıştır. WHO verilerinde intihar eden bireylerin %90'ından fazlasının geliri düşük ülkelerde yaşadığı belirtilmektedir. İntihara meyilli bireylerin daha fazla riskli davranışlarda (madde kullanımı, şiddet vb.) bulunduğu belirtilmektedir.(75)

Çalışmamızda sözel veya fiziksel şiddet görme-uygulama sorularına olumlu yanıt veren bireyler arasında depresyon riski saptanan birey sayısı, olumlu yanıt vermeyen bireylerden fazla saptanmıştır. ($p=0,047$, $p=0,297$, $p=0,983$, $p=0,682$) Anlamlı fark sözel şiddet uygulamada saptanmıştır.

Baiden ve Tadeo, Youth Risk Behaviour Survey 2017 (YRBS) (Gençlik Risk Davranışı Araştırması)'dan yaptığı derlemede ergen depresyonun altında birçok neden olduğunu aktarmıştır. Akran zorbalığına ve siber zorbalığa maruz kalma, geçmiş kötü yaşam deneyimleri, madde kullanımı gibi sebeplerin depresyonun etyolojisinde araştırılması gerektiğini ifade etmiştir. (157)

Slykerman ve arkadaşlarının yaptığı 16 yıllık bir kohort çalışmasında, spor yapma ve uyku kalitesini artırma depresif bireylerde tedaviye ve iyileşmeye katkı sağlarken, depresyondan koruma noktasında, ergenler için öngörü sağlamadığı belirtilmiştir. (219) Spor/fiziksel aktivite ile depresyon ilişkisi çalışmamızda değerlendirildiğinde anlamlı fark saptanmamıştır. ($p=0,897$)

Erözkan'ın yaptığı çalışmada sınav kaygısının çocuklarda depresyon gelişiminde önemli yeri olduğu belirtilmektedir. (220) Peleg-Popko ve Klingman, çalışmalarında bu kaygının bir ayağının da anne-baba tutumları ve beklentileri olduğu belirtilmektedir. (221) Çalışmamızda sınav stresi yaşadığını belirten bireylerde yukardaki bulgularla uyumlu olarak, depresyon oranı belirgin olarak yüksek saptanmıştır. ($p=0,002$)

Anne eğitim düzeyi ilköğretim ve altı olan bireylerle, anne eğitim düzeyi lisans ve üzeri olan bireylerde depresyon görülme riski, düşük eğitimli anne çocuklarında daha fazla saptanmıştır. ($p=0,024$) Anne eğitim düzeyinin düşük olması, çocuğun ihtiyaçlarını anlamada ve sorunlarına çözüm getirmede kısacası iletişimde azalmaya sebep olarak depresyona yatkınlık yaratabilir. (221)

Ayrıca çalışmamızda kronik rahatsızlığı olan bireylerde daha yüksek oranda depresyon riski tespit edilmiştir. ($p=0,003$) Depresyonu olan bireylerin daha fazla fiziksel yakınmaya sahip olması ile açıklanabildiği gibi (222), kronik hastalıkların depresyona neden olduğu (223, 224) da bu sonucu açıklayabilir.

İnternet kullanımı depresyonun diğer bir önemli risk faktörüdür. Artan dijital ortam kullanımı depresyonu 2 katından fazla arttırmaktadır. (225) Çalışmamızda internet kullanan bireylerde, depresif semptom açısından anlamlı fark gözlenmemiştir.

($p=0,421$) Çalışmamızdaki bireylerin tamamına yakını internet kullandığını belirttiği için, kullanmayan bireylerle kıyaslanması yapılamamıştır.



6. SONUÇ

6.1. Bu araştırmaya, OMÜTF Pelitköy Eğitim Aile Sağlığı Merkezi'ne (ASM) başvuran ve çalışmaya katılmayı kabul eden 10- 21 yaş aralığındaki 183 adölesan birey dahil edildi.

6.2. Cinsiyetlere göre dağılıma bakıldığında %51,9'u (95 kişi) kadın, %48,1'i (88 kişi) erkekti.

6.3. Ergenlik dönemlerine göre gruplandırıldığında, 86 kişi (%47) erken ergen, 54 kişi (%29,5), 43 kişi (%23,5) geç ergenlik dönemindeydi.

6.4. Örneklemde aktif olarak bir işte çalışan 3 kişi (%1,6) bulunmaktaydı.

6.5. Bireyler arasında evli olan 5 kişi (%2,7) (Erkek:1, Kadın:4) bulunmakta ve evli bireyler arasında en küçük yaş 17'ydi.

6.6. Bireylerin %18,6'sı (34 kişi) kronik hastalığa sahip olduğunu belirtti.

6.7. Sahip olunan kronik rahatsızlıklar gruplandırılmıştır ve en yüksek oran solunum yolu hastalıkları (astım-alerji-sinüzit-bronşit) olarak saptandı (16 kişi).

6.8. Bireylerin yaşadığı yerlerin çoğunluğunu çekirdek aile tipi ev oluşturmaktadır ve yine bireylerin çoğunluğu kendine ait odası olduğunu ifade etmiştir.

6.9. Yaşadığı evde fiziksel şiddet gördüğünü ifade eden 19 kişi (%10,4) mevcuttu.

6.10. Anne eğitim durumları; okur yazar olmayan 1 kişi (%0,5), okur yazar olan 4 kişi (2,2), ilkokul mezunu 77 kişi (%42,1), ortaokul mezunu 31 kişi (%16,9), lise mezunu 29 kişi (%15,8), üniversite mezunu 31 kişi (%16,9), lisansüstü 2 kişi (%1,1) idi.

6.10. Bireylerin baba eğitim düzeyleri; ilkokul mezunu 59 kişi (%32,2), ortaokul mezunu 29 kişi (%15,8), lise mezunu 31 kişi (16,9), üniversite mezunu 51 kişi (%27,9), lisansüstü 2 kişi (%1,1) idi.

6.11. Ev içerisinde fiziksel şiddet olduğunu ifade eden bireylerin anne-baba eğitim düzeyleri incelenmiş ve anne eğitim düzeyi-evde şiddet durumu ve baba eğitim

düzeyi-evde şiddet durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamamıştır. (sırasıyla p değerleri: =0,69 ve =0,50)

6.12. Anne ve babası ile arası nasıl diye sorulduğunda ergen bireylerin çoğunluğu ‘iyi’ yanıtını vermiştir. Annesi ile arasının çok kötü olduğunu söyleyen birey olmamıştır, ‘kötü’ yanıtını veren 4 kişi (%2,2), ‘orta’ diyen 18 kişi (%9,9), ‘iyi’ diyen 125 kişi (%68,3), ‘çok iyi’ diyen 47 kişi (%25,7) olmuştur.

6.13. ‘Baban ile aran nasıl?’ sorusu yöneltilen ergenlerin içerisinde 1 birey (%0,5) ‘çok kötü’ yanıtını vermiştir. Diğer yanıtlar sırasıyla ‘kötü’ 4 birey (%2,2), ‘orta’ yanıtını veren 18 birey (%9,8), ‘iyi’ diyen 112 kişi (%61,2), ‘çok iyi’ diyen 47 kişi (%22,4) olmuştur.

6.14. Anne ve baba ile ilişkinin iyi veya kötü olması açısından cinsiyetler arasında anlamlı fark bulunamamıştır. (sırasıyla p=0,55 ve p=0,33)

6.15. Yaşadığı evde sigara-alkol-madde kullanımı olduğunu belirten 104 birey (%56,8) vardır. Evde madde (tütün, alkol, uyuşturucu) kullanımının olması ve ev içinde şiddet bulunması arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır. (p=0,26)

6.16. Yaşadığı evde madde kullanımı olmayan 79 kişi (%43,2), sadece annesi sigara içen 14 kişi (%7,7), sadece babası sigara içen 48 kişi (%26,2), ev içerisinde birden fazla madde kullanımı olan 28 kişi (%15,3), sadece kardeşi sigara kullanan 11 kişi (%6,0) mevcuttu.

6.17. Kendisinin madde kullanım durumu sorgulandığında; 15 kişi (%8,2) evet yanıtını vermiştir. Madde kullandığını belirten katılımcılardan 9 kişi sigara içtiğini, diğer bireyler (6 kişi) ise sosyal içicilik düzeyinde alkol aldığını belirtmiştir.

6.19. Bireylere ‘ilerde sigara-alkol-madde kullanımı düşüncesi olup olmadığı’ sorulduğunda ise 15 kişi (%8,2) ilerde başlamak istediğini belirtmiştir. Madde kullanımı mevcut bireylerden 9 kişi (%4,2) ise ilerde bırakmak istediğini ifade etmiştir.

6.20. Ailenin algılanan maddi durumu sorgulandığında, bireylerin çoğunluğu ‘orta’ olarak değerlendirmiştir (n=155, %84,7). Maddi durumu ‘düşük’ olarak değerlendiren 17 birey (%9,3), ‘yüksek’ olarak değerlendiren 11 kişi (%6,0) mevcuttur.

6.21. ‘Ailede fazla kilo problemi olan birey var mı?’ sorusuna katılımcılardan 62 kişi (%33,9) ‘evet’ yanıtını vermiştir. Kendisinin bugüne kadar ‘zayıflamak için diyet yapma veya kilo almak için takviye gıda kullanma’ durumlarını tecrübe edip etmediği sorulduğunda, ‘evet’ yanıtını veren 55 kişi (%30,1) mevcuttur.

6.22. Ailesinde fazla kilo problemi olan bireyler ile bireylerin diyet yapma/takviye gıda alma durumu kıyaslandığında, ailesinde fazla kilo problemi olmayan bireyler istatistiksel olarak anlamlı oranda diyet yapma/takviye gıda girişiminde bulunmamaktadır. (p=0,004)

6.23. Cinsiyetler ile bireylerin takviye gıda alımı/diyet yapma durumu kıyaslandığında erkekler anlamlı olarak olumsuz yanıt vermişlerdir. (p=0,027) Yine bu durum ergenlik dönemleriyle kıyaslandığında erken ergenlik döneminde diyet yapma/takviye gıda kullanımı daha az saptanmıştır. (p=0,013) Algılanan gelir düzeyiyle aralarında anlamlı ilişki saptanmamıştır. (p=0,417)

6.24. ‘Spor/fiziksel egzersiz yapıyor musunuz?’ sorusuna 106 kişi (%57,9) ‘evet’ yanıtını vermiştir. Erkek cinsiyette istatistiksel anlamlı olarak daha fazla olumlu yanıt alınmıştır. (p=0,005) Erken ergenlik döneminde spor yaptığını belirten birey sayısı anlamlı olarak diğer ergenlik dönemlerinden fazla bulunmuştur. (p=0,00)

6.25. Sigara-alkol-madde kullanımı ile spor yapma kıyaslandığında anlamlı fark bulunamamıştır. (p=0,546)

6.26. Diyet yapma/takviye gıda alma durumu ile spor yapma durumu kıyaslandığında anlamlı fark bulunamamıştır. (p=0,194)

6.27. Spor yapma durumu ile anne ve babanın eğitim düzeyiyle aralarında istatistiksel anlamlı bir ilişki saptanamamıştır. (sırasıyla p=0,189 ve p=0,891) Ancak istatistiksel olarak anlamlı olmasa da anne eğitim düzeyi arttıkça spor yapma oranı da artmıştır. Anne eğitim düzeyi en düşük grupta spor yapma oranı yaklaşık yarı yarıya iken, eğitim

düzeyi üniversite ve üstü olan grupta spor yapan bireylerin oranı yapmayanların iki katından fazladır. Baba eğitim düzeyiyle spor yapma durumu bütün gruplarda benzer saptanmıştır.

6.28. ‘Şu ana kadar duygusal arkadaş edindiniz mi?’ sorusuna ‘evet’ yanıtını veren 70 kişi (%38,3) olmuştur. Cinsiyetler arası anlamlı fark saptanmamıştır. ($p=0,399$)

6.29. Ergenlik dönemleri ile kıyaslandığında, geç ergenlik döneminde belirgin olarak fazla ‘evet’ yanıtı alınmıştır. ($p=0,00$) Evde fiziksel şiddet görme durumu ile kıyaslandığında anlamlı fark saptanamamıştır. ($p=0,552$)

6.30. Sigara-alkol-madde kullanımı ile duygusal arkadaş edinme durumu kıyaslandığında, madde kullanımı olmayan grup anlamlı olarak duygusal arkadaş edinme sorusuna olumsuz yanıt vermiştir. ($p=0,00$)

6.31. Duygusal arkadaş edinme durumu ile bireylerin ‘kimle yaşadığı’ durum kıyaslandığında, büyük aile ve çekirdek ailede yaşayan bireylerin duygusal arkadaş edinme sorusuna olumsuz yanıt verme oranı anlamlı olarak; yurttan, tek başına veya diğer seçeneğini işaretleyen bireylere göre yüksektir. ($p=0,00$)

6.32. ‘Cinsel ilişki deneyimlediniz mi?’ sorusu bireyle yapılan görüşmenin seyrine göre şekillenmiş olup, her bireye sorulamamıştır. Sorulan bireyler arasında ‘evet’ yanıtını veren 8 kişidir (%4,4). Bireylerin 5’i kadın (%62,5), 3’ü erkektir (%37,5). Evli olan bireyler bu grubun çoğunluğunu (%62,5, 5 kişi) oluşturmaktadır.

6.33. ‘Daha önce veya halen depresyon tanısı aldınız mı?’ sorusuna 9 kişi (%4,9) ‘evet’ yanıtı vermiştir.

6.34. Depresif semptomlar açısından tarama testi olarak kullanılan 2 soruluk kısa PHQ-2 sorularından en az birisine evet diyen 49 birey (%26,8) saptanmıştır. Soruların ikisine de evet diyen 28 kişi (%15,3) saptanmıştır. Cinsiyet açısından değerlendirildiğinde kadın cinsiyette anlamlı olarak daha fazla riskli birey saptanmıştır. ($p=0,012$)

6.35. Ergenlik dönemi ile ilişkisi incelendiğinde, erken ergenlik evresinde depresyon riski en düşük bulunmuştur. ($p=0,051$)

6.36. Bireyin yaşadığı yer ile depresyon risk ilişkisi incelenmek istendiğinde, ailesiyle yaşayan bireylerde saptanan depresyon riski %25,4 iken, ailesinden ayrı (yurt, arkadaşlarıyla, tek başına) yaşayanlarda saptanan depresyon riski %31,7 bulunmuştur. İstatistiksel açıdan anlamlı fark saptanmamıştır. (p=0,418)

6.37. Herhangi bir kronik hastalığa sahip olma açısından değerlendirildiğinde, kronik hastalığı olmayan bireylerde kısa depresyon testindeki iki soruya da ‘hayır’ yanıtı verenlerin oranı %86,6 (116 kişi) olarak bulunmuştur ve anlamlı olarak depresyon riski az saptanmıştır. (p=0,003)

6.38. Evde fiziksel şiddet görme ile depresyon riski arasında anlamlı ilişki bulunamamıştır. (p=0,111)

6.39. Anne eğitim düzeyiyle depresyon riski karşılaştırıldığında, düşük anne eğitim düzeyi (ilkokul mezunu, okur yazar), bireyin depresyon riski açısından, yüksek anne eğitim düzeyinden (lisans ve üstü) anlamlı olarak yüksek bulunmuştur. (p=0,024)

6.40. Algılanan maddi durumla depresyon riski kıyaslandığında anlamlı fark bulunamamıştır. (p=0,367)

6.41. Yaşadığı evde sigara-alkol-madde kullanım durumuyla kıyaslandığında, depresyon riski saptanan bireylerin %65,3 ü yaşadığı evde sigara-alkol-madde kullanıldığını ifade etmiştir ancak anlamlı bir fark saptanmamıştır. (p=0,162)

6.42. Bireyin madde kullanımı ile depresyon riski kıyaslandığında yine anlamlı bir fark saptanmamıştır. (p=0,536)

6.43. Bireyin spor veya fiziksel aktivite yapması ile ilişkisi incelendiğinde, depresyon riski olan bireylerden 28 kişi (%57,1) spor yaptığını belirtmiştir ve istatistiksel anlamlı fark saptanmamıştır. (p=0,897)

6.44. ‘Daha önce hiç intihar etmeyi düşündünüz mü?’ sorusu da her bireye sorulamamış olup, görüşmenin seyri esnasında riskli görünen bireylere yöneltilmiştir. Bu bireylerden 14 kişi (%7,7) ‘Evet’ yanıtı vermiştir. ‘Evet’ yanıtı veren bireylerden 12 kişi (%85,7) yapılan görüşme esnasında depresyon açısından riskli saptanmıştır.

6.45. ‘Okulla arası nasıl?’ sorusu sorulan bireylerden 134 kişi (%73,2) ‘İyi’ yanıtını, 34 kişi (%18,8) ‘Orta’ yanıtını, 13 kişi (%7,1) ‘kötü’ yanıtını vermiştir.

6.46. Okulla arasının ‘İyi’ olduğunu belirten bireylerde, depresyon tarama sorularına ‘Evet’ yanıtını veren bireylerin oranı %23,9 (32 kişi) iken, okulla arasının ‘Kötü’ olduğunu belirten bireylerdeki depresyon tarama sorularına ‘Evet’ yanıtını verme oranı %53,4 (7 kişi) olarak saptanmıştır ancak anlamlı fark bulunmamıştır. ($p=0,064$)

6.47. Okuldan disiplin cezası alıp almadığı sorulan adölesan bireylerden 22 kişi (%12,0) aldığını belirtmiştir.

6.48. ‘Hiç ciddi bir yaralanma geçirdiniz mi?’ sorusuna 57 kişi (%31,1) ‘evet’ yanıtını vermiştir. Cinsiyetler karşılaştırıldığında kadın cinsiyet belirgin olarak daha düşük yaralanma oranına sahipti. ($p=0,002$)

6.49. Ergenlik dönemleriyle aralarındaki ilişkiye bakıldığında, anlamlı bir fark saptanamamıştır. ($p=0,652$)

6.50. Bireyin madde kullanım durumları sorgulandığında, madde kullanımını olmayan bireylerde daha az yaralanma oranı tespit edilmiştir. ($p= 0,053$)

6.51. Yaşadığı evde madde kullanımının olmaması, daha düşük yaralanma ile anlamlı olarak ilişkili bulunmuştur. ($p=0,033$)

6.52. Ciddi yaralanma geçiren birey sayısı 57 kişiydi (%31,1). Erkekler anlamlı olarak kadınlardan yüksek saptandı. ($p=0,002$)

6.53. yaşadığı evde madde kullanımının olması, bireyin madde kullanması, spor yapıyor olması yaralanma ile ilişkili bulundu ($p=0,033$, $p=0,53$, $p=0,024$)

6.54. Bireyin çalışması, ergenlik dönemi, intihar etme durumu yaralanma ile ilişkisiz saptandı. ($p=0,180$, $p=0,652$, $p=0,829$)

6.55. Sözel şiddet uyguladığını belirten birey sayısı 51 kişidir (%27,9). Erkek cinsiyette fazla olmakla birlikte cinsiyetler arası anlamlı fark saptanamamıştır. ($p=0,140$)

6.56. Akranlarına fiziksel şiddet uygulayan birey sayısı 39 kişidir (%21,3). Erkek cinsiyette anlamlı olarak daha fazla saptanmıştır. ($p=0,024$)

6.57. Adölesan bireyin akranlarına sözel ve fiziksel şiddet uygulamasında, farklı etkenler tespit edilmiştir. Cinsiyet ve duygusal arkadaş varlığı; özellikle fiziksel şiddet için belirgin iken, depresyon riski; özellikle sözel şiddete başvurmayı arttırmıştır. Anne ile kötü ilişkilerin olması; her iki şiddet türü için de arttırıcı faktör olarak saptanmış olsa da istatistiksel anlamlılık, sözel şiddet uygulamada gözlenmiştir. Spor yapma, madde kullanımı; iki şiddet türü içinde istatistiksel anlamlı bir farka neden olmamıştır. Yaşadığı evde madde kullanımının ve fiziksel şiddetin olması; sözel şiddeti arttırmada anlamlı farka neden olmuştur.

6.58. Akranlarından fiziksel şiddet gördüğünü belirten birey sayısı 67 kişidir (%36,6). Kadın cinsiyet anlamlı olarak daha az şiddet görmüştür. ($p=0,027$)

6.59. Akranlarından fiziksel şiddet gördüğünü ifade eden birey sayısı 41 kişidir (%22,4). Anlamlı olarak erkek cinsiyette fazladır. ($p=0,003$)

6.60. Akranlarından sözel şiddet görme durumu ile diğer faktörlerin ilişkisi incelendiğinde, cinsiyet, yaşadığı evde fiziksel şiddet olması, duygusal arkadaş varlığı, anne eğitim düzeyi istatistiksel açıdan anlamlı olarak etkilemiştir. (sırasıyla p değerleri; 0,037, 0,011, 0,044, 0,042)

6.61. Ergenlik dönemleri ile ilişkisi incelendiğinde, en fazla sözel şiddete maruz kalma erken ergenlik evresindedir (%39,5) ancak dönemler arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır.

6.62. Akranlarından fiziksel şiddet görme ile diğer faktörlerin durumu incelendiğinde; cinsiyet ve anne ile ilişkisi, istatistiksel olarak anlamlı farka neden olmuştur. (sırasıyla p değerleri; 0,003, 0,035)

6.63. Ergenlik dönemleri ile ilişkisi incelendiğinde; fiziksel şiddete maruz kalma, erken ve orta ergenlik evresinde benzer olup (%24), geç ergenlik evresinde düşük

saptanmıştır (%18) ancak dönemler arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır. (p=0,653)

6.64. Babanın eğitim durumu sözel ve fiziksel şiddet görmede anlamlı farka neden olmamıştır. (Sırasıyla p değerleri; 0,423 ve 0,965)

6.65. Akranlarından sözel şiddet görenlerin büyük çoğunluğu akranlarına hem fiziksel hem de sözel şiddet uygulamıştır. İstatistiksel açıdan anlamlı ilişki bulunmaktadır. (sırasıyla p=0,00 ve p=0,00)

6.66. Akranlarından fiziksel şiddet görenlerin büyük kısmı arkadaşlarına hem fiziksel hem de sözel şiddet uygulamıştır. İstatistiksel açıdan anlamlı ilişki bulunmaktadır. (sırasıyla p=0,00 ve p=0,00)

6.67. Akranlarına sözel şiddet uygulayanların büyük çoğunluğu fiziksel şiddet de uygulamıştır. (p=0,00) Yine akranlarından sözel şiddet görenlerin büyük çoğunluğu fiziksel şiddet de görmüştür. (p=0,00)

6.68. Sınav stresi yaşadığını ifade eden bireylerin sayısı 126 kişidir (%71,6). İstatistiksel olarak anlamlı fark, kadın cinsiyette fazla bulunmuştur. (p= 0,00)

6.69. Sınav stresi ile madde kullanımı arasında ters yönlü bir ilişki saptanmıştır. (p= 0,004)

6.70. Sınav stresi yaşayanlarda depresyon görülme riski de yüksek bulunmuştur. (p=0,002)

6.71. Anne ve baba eğitim düzeyleri arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır. (sırasıyla p=0,858 ve p=0,817) Ergenlik dönemleri ile karşılaştırıldığında en yüksek oran orta ergenlik döneminde saptansa da dönemler arasında fark saptanmamıştır. (p= 0,658)

6.72. Bireylere gelecek ile ilgili bir planları olup olmadığı sorulduğunda 140 birey (%79,6) ‘evet’ yanıtını vermiştir. Sınav stresi yaşama durumu ile gelecek planı yapmış olma arasındaki ilişkiye bakıldığında ise plan yapmış bireyler daha fazla sınav stresi yaşamaktadır. (p=0,005)

6.73. Kadın cinsiyet belirgin olarak erkek cinsiyetten daha fazla gelecek planı yaptığını belirtmiştir. (0,034)

6.74. Anne ve baba eğitim düzeyiyle ilişkileri incelendiğinde anlamlı bir fark saptanmamıştır. (Sırasıyla $p=0,362$, $p=0,285$)

6.75. Ergenlik dönemleri incelendiğinde ergenlik evresi ilerledikçe arttığı ve en yüksek oran geç ergenlik döneminde (%88,2) saptanmakla beraber anlamlı bir fark bulunmamıştır. ($p=0,131$)

6.76. ‘İnternet kullanıyor musun?’ sorusu sorulan 176 bireyden 173 kişi (%98,3) olumlu yanıt vermiştir.

6.77. ‘Bir günde internete ne kadar vakit ayırıyorsun?’ diye sorulduğunda ise çoğunluk (%39,1) ‘1-3 saat’ şeklinde cevap vermiştir.

6.78. İnterneti kullanım amacına cinsiyetler açısından bakıldığında; erkekler interneti daha çok oyun oynamak için kullandığını ifade etmiştir ($p=0,00$), kadınlar daha fazla araştırma ve sosyal medya seçeneğini işaretlemiş olsa da cinsiyetler arası anlamlı bir fark saptanmamıştır. (sırasıyla $p=0,287$ ve $p=0,065$) ‘Diğer’ seçeneğini daha çok kadınlar işaretlemiştir. ($p=0,008$)

6.79. İnternette geçirilen süre sorgulamasında cinsiyetler arasında anlamlı fark saptanmamıştır. ($p=0,742$) Bununla beraber kadınlarda ‘5saatten fazla’ seçeneğini işaretleme oranı (%15,2) erkeklerden (%10,3) fazladır, ‘1 saatten az’ seçeneğini işaretleyen erkek bireylerin oranı (%25,3) da kadınlardan (%20,7) yüksek bulunmuştur.

6.80. Bireyin kendine ait odasının olması ile internet kullanım durumu sorgulandığında aralarında anlamlı fark bulunmamıştır. ($p=0,506$)

6.81. Ergenlik dönemleri arasındaki farka bakıldığı zaman; erken ergenlik döneminde internete ayrılan süre ‘1 saatten az’ olarak belirtilirken, orta ergenlik döneminde anlamlı farkla ‘1 saatten fazla’ olan seçenekler işaretlenmiştir. ($p=0,012$)

6.82. Erken ergenlik dönemiyle geç ergenlik dönemi internete ayrılan süre açısından kıyaslandığında yine anlamlı bir fark ortaya çıkmıştır ve geç ergenlik dönemindeki bireyler belirgin olarak 1 saatten fazla zaman ayırdıklarını belirtmişlerdir. ($p=0,037$)

6.83. Depresyon taramasında kullanılan sorulara olumlu yanıt verme durumu ile internete ayrılan süre kıyaslandığı zaman anlamlı bir fark saptanmamıştır. ($p=0,421$)

6.84. '1 saatten fazla' seçeneğini işaretleyen bireylerin çoğunluğu anne eğitim durumunu 'ortaokul-lise' olarak belirtmiştir (%89,1) ancak internete ayrılan süreyle kıyaslandığında anlamlı fark bulunmamıştır.

6.85. Akran zorbalığına etkisi incelendiğinde hem şiddet görmede hem şiddet uygulamada internet süresi olumsuz etkiye neden olmuştur. İstatistiksel anlamlı fark arkadaşlarına hem sözel hem fiziksel şiddet uygulamada ve arkadaşlarından fiziksel şiddet görmede gözlenmiştir. (sırasıyla $p=0,037$, $p=0,004$, $p=0,009$)

6.86. Görüşmeye alınan bireylerin fizik muayene bulguları incelendiğinde; bütün bireylerin boy ortalaması 161,94 cm ($\pm 11,485$), kilo ortalaması 55,68 kg ($\pm 15,296$, min:26-maks:130), bel çevresi ortalaması 70,98 cm ($\pm 11,365$, min:50-maks:121), kalça çevresi ortalaması 91,76 cm ($\pm 12,169$, min:62-maks:131) olarak saptanmıştır.

6.87. Erkek bireylerin boy ortalaması 163,28 cm ($\pm 14,403$, min:129-maks:188), kilo ortalaması 55,41 kg ($\pm 16,980$, min:26-maks:103), bel çevresi ortalaması 72,16 cm ($\pm 12,616$, min:56-maks:120), kalça çevresi 62 cm ($\pm 12,593$, min:86-maks:120) olarak saptanmıştır.

6.88. Kadın bireylerin boy ortalaması 160,68 cm ($\pm 7,713$, min:129-maks:180), kilo ortalaması 55,93 kg ($\pm 13,666$, min:27-maks:130), bel çevresi 69,89 cm ($\pm 10,032$, min:50-maks:121), kalça çevresi 94,2 cm ($\pm 11,367$, min:65-maks:131) olarak saptanmıştır.

6.89. Bütün bireylerin beden kitle indeksleri ortalaması 20,967 ($\pm 4,435$, min:14,39-47,18), kadınların BMI ortalaması 21,526 ($\pm 4,454$, min:15,05, maks:47,18), erkeklerin BMI ortalaması 20,362 ($\pm 4,359$, min:14,39-maks:35,64) olarak saptanmıştır.

6.90. BMI değerleri 18 yaş altı bireylerin percentil değerleri hesaplanarak zayıf, normal kilolu, fazla kilolu ve obez olarak gruplandırılmıştır, 18 yaş üstü bireylerin BMI değerleri erişkin BMI değerlerine uygun şekilde zayıf, normal kilolu, fazla kilolu ve obez olarak gruplandırılmıştır.

6.91. On sekiz yaş altı bireylerin içinde 13 kişi (%7,1) zayıf, 101 kişi (%55,2) normal kilolu, 21 kişi (%11,5) fazla kilolu, 15 kişi (%8,2) obez olarak saptanmıştır. On sekiz yaşından büyük bireyler içinde zayıf olan 5 kişi (%11,6), normal kilolu 28kişi (%65,1), fazla kilolu 6 kişi (%13,9), obez olan 4 kişi (%9,4) saptanmıştır.

6.92. Bütün bireyler gruplandırıldığında, zayıf 19 kişi (%10,4), normal kilolu 114 kişi (%62,3), fazla kilolu 29 kişi (%16,4), 15 kişi (%8,2) saptanmıştır.

6.93. Cinsiyetlere göre zayıf veya kilolu olma durumu kıyaslandığında oranlar benzer çıkmış olup, istatistiksel anlamlı fark saptanmamıştır. ($p=0,762$)

6.94. Akranları tarafından sözel veya fiziksel şiddete maruz kalma veya kendisi tarafından sözel ve fiziksel şiddet uygulanması ile BMI değerleri kıyaslandığında anlamlı fark bulunamamıştır. (sırasıyla $p=0,706$, $p=0,434$, $p=0,879$, $p=0,711$)

6.95. İnternet kullanma süreleri açısından BMI ile kıyaslandığında; zayıf olarak gruplandırılan bireyler normal kilolu ve fazla kilolu bireylerden daha fazla internet kullanma sürelerine sahiptir. (sırasıyla $p=0,011$ ve $p=0,049$)

6.96. Depresyon riski açısından bakıldığında bireylerin zayıf veya obez olmasıyla aralarında anlamlı ilişki saptanmamıştır. ($p=0,297$)

6.97. Vücut Algısı Ölçeği (VAÖ) skorları değerlendirildiğinde, bütün bireylerin VAÖ skor ortalaması 76,65 ($\pm 23,547$, min:40-maks:167), kadınların ortalaması 103,28 ($\pm 23,912$, min:43-maks:167) erkeklerin ortalaması 79,82 ($\pm 21,983$, min:40-maks:130) olarak saptanmıştır. Kadın cinsiyet anlamlı olarak daha olumsuz vücut algısına sahiptir. ($p=0,003$) Ergenlik dönemleri ile VAÖ skoru kıyaslandığında, en olumsuz VAÖ skoru orta ergenlik döneminde saptanmıştır fakat istatistiksel açıdan anlamlı fark saptanmamıştır. ($p=0,132$)

6.98. Bireylerin kilolu olma durumları ile VAÖ skorları kıyaslandığında, gruplar arası istatistiksel anlamlı fark saptanmamış olup, BMI değerlerine göre zayıf olarak kategorize edilen bireylerin VAÖ skorunun diğer gruplardan daha yüksek olduğu, daha olumsuz vücut algısına sahip olduğu saptanmıştır. ($p=0,121$) Depresyon taramasında riskli saptanan grup ile riskli saptanmayan grupların VAÖ skoru karşılaştırıldığında, depresyon riski saptanan grubun VAÖ skoru daha yüksek saptanmış olup istatistiksel anlamlı bulunmuştur. ($p=0,005$)

6.99. İnternette geçirilen süre ile VAÖ skoru kıyaslandığında, 1 saatten fazla vakit geçiren bireylerin, 1 saatten az vakit geçiren bireylere göre anlamlı olarak VAÖ skoru yüksek saptanmıştır. ($p=0,008$) Özellikle sosyal medya kullanan bireylerin sosyal medya kullanmayan bireylerle VAÖ skoru kıyaslandığında, sosyal medya kullanıcısı olan adölesanlarda istatistiksel anlamlı oranda olumsuz vücut algısı mevcuttur. ($p=0,000$)

6.100. Diyet yapma/takviye gıda alma sorusuna ‘evet’ ve ‘hayır’ yanıtı veren bireylerin VAÖ skoru kıyaslandığında, ‘evet’ yanıtı veren bireylerde vücut algısı açısından anlamlı fark saptanmıştır. ($p=0,007$) Spor yapma ve yapmama durumları ile VAÖ skoru kıyaslandığında, gruplar arasında anlamlı fark saptanmamıştır ancak spor yapan bireylerde daha olumlu vücut algısı puanı saptanmıştır. ($p=0,078$) Bireylerin evli veya bekar olmasına göre VAÖ skorları kıyaslandığında evli bireylerin VAÖ skoru daha yüksektir ancak aralarında anlamlı fark saptanmamıştır. ($p=0,694$). Yaş ile VAÖ skoru arasından korelasyon olup olmadığı incelendiğinde, aralarında pozitif yönlü orta düzeyde korelasyon saptanmıştır. ($p=0,00$, $r=0,458$) Yeme bozukluğu riski ile Vücut Algısı Skoru karşılaştırıldığında, yeme bozukluğu saptanan bireylerin anlamlı olarak vücut algıları daha olumsuzdur. ($p=0,003$)

6.101. REZZY (SCOFF) Yeme Bozukluğu Ölçeği (RYBÖ) ile değerlendirilen bireylerde yeme bozukluğu açısından risk saptanan birey sayısı 57 kişi (%30,1), kadın cinsiyette görülme sıklığı daha fazla (34 kişi, %35,8) olmakla birlikte istatistiksel anlamlı fark saptanmamıştır. ($p=0,079$) Ergenlik dönemlerine göre bakıldığında en yüksek oran, orta ergenlik döneminde saptanmıştır (17 kişi, %45,9). Geç ergenlik

dönemindeki bireylerde yeme bozukluğu riski, orta ergenlik dönemindeki bireylere göre daha düşük saptanmıştır. ($p=0,012$) Madde kullandığını belirten bireylerde daha düşük yeme bozukluğu riski saptanmıştır fakat istatistiksel anlamlı fark saptanmamıştır. ($p=0,238$)

6.102. Diyet yapma/takviye gıda kullanma sorusuna ‘evet’ yanıtı veren bireylerin %58,2’sinde (32 kişi) yeme bozukluğu açısından risk saptanmazken, ‘hayır’ yanıtı veren bireylerin %75,0’inde (96 kişi) yeme bozukluğu açısından risk olmadığı saptanmıştır ve bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır. ($p=0,023$) Spor yapmayanlarda yeme bozukluğu riski (26 kişi, %26,8), spor yapanlara göre daha yüksek oranda (29 kişi, %27,4) gözlenmiştir ancak istatistiksel açıdan anlamlı bir fark yoktur. ($p=0,351$)

6.103. Bireylerin sosyal medya kullanma durumları ile yeme bozukluğu riskleri karşılaştırıldığında yine anlamlı bir fark saptanmamıştır fakat sosyal medya kullandığını belirten bireylerde yeme bozukluğu riski kullanmayanlara göre daha fazla saptanmıştır. ($p=0,280$) İnternette geçirilen sürelerle yeme bozukluğu riski açısından anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. En yüksek yeme bozukluğu risk oranı ‘1-3 saat’ seçeneğini işaretleyen bireylerde gözlenmiştir (28 kişi, %38,9). ($p=0,178$)

6.104. Yeme bozukluğu ile BMI karşılaştırıldığında, en yüksek oran obez grupta saptanmıştır (%66,7, 10 kişi). Yeme bozukluğu riski açısından, zayıf bireyler ile fazla kilolu bireyler kıyaslandığında, fazla kilolu bireylerde yeme bozukluğu riski daha yüksektir. ($p=0,001$) Zayıf bireyler ile normal kilolu bireyler kıyaslandığında ise normal kilolu bireylerde daha yüksek yeme bozukluğu riski saptanmıştır. ($p=0,045$) Yeme bozukluğu riski ile ailede obez veya fazla kilo problemi olan birey varlığı kıyaslandığında, ailesinde obez veya fazla kilolu birey varlığı yeme bozukluğu açısından yüksek riskle ilişkili bulunmuştur. ($p=0,012$) Yeme bozukluğu riski ile anne ve baba eğitim düzeyleri kıyaslandığında anlamlı ilişki saptanmamıştır. (sırasıyla $p=0,451$ ve $p=0,508$) Depresyon taramasında riskli bulunan bireyler ile yeme bozukluğu açısından risk saptanan bireyler değerlendirildiğinde aralarında anlamlı fark saptanmamış ancak depresif bireylerde daha yüksek oranda yeme bozukluğu riski saptanmıştır. ($p=0,408$)

6.105. Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği (RBSÖ) grup ortalaması 22,57 ($\pm 2,683$, min:15-maks:31), kadınların ortalaması 22,66 ($\pm 2,800$, min:15-maks:31) erkeklerin ortalaması 22,48 ($\pm 2,546$, min:16-maks:27) olarak bulunmuştur. Gruplar arasında anlamlı fark yoktur. ($p=0,985$) Ergenlik dönemleri ile benlik saygısı kıyaslandığında dönemler arası anlamlı ilişki saptanmamıştır. ($p=0,294$) Yaş ile benlik saygısı arasında korelasyon bakıldığında zayıf düzeyde pozitif yönlü korelasyon saptanmış fakat istatistiksel açıdan anlamlı olmadığı saptanmıştır. ($p=0,091$)

6.106. Yaşadığı evde fiziksel şiddet varlığını belirten bireylerde benlik saygısı daha düşük saptanmıştır ancak anlamlı fark bulunamamıştır. ($p=0,253$) Yaşadığı evde madde kullanımı olduğunu belirten bireylerin benlik saygısı diğer bireylere göre daha düşük saptanmıştır ancak istatistiksel anlamlı fark saptanmamıştır. ($p=0,220$) Kendisinin madde kullanım durumu ile benlik saygısı kıyaslandığında, madde kullandığını belirten bireylerde benlik saygısı daha yüksek saptanmıştır fakat anlamlılık saptanmamıştır. ($p=0,350$) Spor yapmadığını belirten bireylerde benlik saygısı daha yüksek bulunmuştur ancak istatistiksel anlamlılık yoktur ($p=0,058$)

6.107. Duygusal arkadaş edinme durumu ile benlik saygısı kıyaslandığında, duygusal arkadaş edinmiş bireylerin benlik saygıları daha yüksek saptanmış ancak istatistiksel anlamlılık saptanmamıştır. ($p=0,926$) Daha önce veya halen depresyon tanısı almış bireylerin benlik saygıları daha düşük çıkmıştır ancak istatistiksel anlamlılık saptanmamıştır. ($p=0,654$) Depresyon taramasında kullanılan sorularda depresyon riski saptanan hastaların benlik saygısı saptanmayan bireylere göre anlamlı olarak daha düşük saptanmıştır. ($p=0,044$) Daha önce intihar etmeyi düşünmüş bireylerin benlik saygısı düzeylerine bakıldığında intihar etmeyi hiç düşünmemiş bireylerle benzer saptanmıştır, anlamlı fark bulunamamıştır. ($p=0,954$)

6.108. Benlik saygıları açısından bakıldığında en düşük benlik saygısı sözel şiddet uygulayan bireylerde saptanmıştır. Sözel şiddet uygulayan bireylerle uygulamayan bireyler açısından değerlendirildiğinde benlik saygısı, sözel şiddet uygulayanlarda anlamlı olarak daha düşüktür. ($p=0,010$) fiziksel şiddet uyguladığını ifade eden bireylerin benlik saygısı, uygulamayanlara oranla daha düşük saptanmıştır ancak istatistiksel anlamlı fark saptanmamıştır. ($p=0,145$) Her iki şiddet türü için de bakıldığında, şiddet uygulayan bireylerin benlik saygısı, şiddet gören bireylerden daha

düşüktür. Sözel veya fiziksel şiddet gören bireylerle görmeyen bireylerin benlik saygısı kıyaslandığında, şiddet gören bireylerin, şiddet görmeyen bireylere göre daha düşük benlik saygısına sahip olduğu görülmektedir ancak istatistiksel açıdan anlamlı fark saptanmamıştır. (sırasıyla $p=0,057$ ve $p=0,245$)

6.109. Sınav hazırlık stresi yaşadığını belirten bireylerin benlik saygısı, yaşamadığını belirten bireylere göre anlamlı olarak daha düşüktür. ($p=0,001$) Sosyal medya kullandığını belirten bireyler ile sosyal medya kullanmadığını belirten bireylerin benlik saygısı kıyaslandığında, kullanan bireylerin benlik saygısı daha yüksek saptanmıştır ancak istatistiksel fark saptanmamıştır. ($p=0,348$) İnterneti 1saatten az kullanan bireylerin, 1saatten fazla kullanan bireylere göre benlik saygısı daha yüksek saptanmıştır ancak istatistiksel anlamlı fark saptanmamıştır. ($p=0,593$)

6.110. Benlik saygısı ve yeme bozukluğu kıyaslandığında yeme bozukluğu olan bireylerin benlik saygısı anlamlı olarak daha düşük saptanmıştır. ($p=0,019$) Anne eğitim düzeyi ile benlik saygısı ilişkisi incelendiğinde gruplar arasında anlamlı fark saptanmıştır. Lise ve ortaokul eğitim düzeyine sahip annelerin çocuklarının benlik saygısı, lisans ve üstü eğitim düzeyine sahip annelerin çocuklarının benlik saygısından daha düşük bulunmuştur. ($p=0,045$) Baba eğitim düzeyi ile benlik saygısı ilişkisi incelendiğinde gruplar arasında anlamlı fark saptanmıştır. İlkokul ve daha düşük eğitim düzeyine sahip babaların çocuklarının benlik saygısı, lisans ve üstü eğitim düzeyine sahip babaların çocuklarının benlik saygısından daha düşük bulunmuştur. ($p=0,041$)

6.111. Bireyin benlik saygısı ile BMI gruplarının (zayıf, normal, kilolu, obez) kıyaslanmasında, en düşük benlik saygısı ‘obez’ grupta saptanmıştır (mean rank: 75,03), en yüksek benlik saygısı ‘kilolu’ grupta saptanmıştır (mean rank: 96,52). Gruplar arasında anlamlı fark saptanmamıştır. ($p=0,620$)

6.112. Bireylerin benlik saygısı ile vücut algısı düzeyleri arasında korelasyon bakıldığında, benlik saygısı ile vücut algısı skoru arasında pozitif yönlü yüksek düzeyde korelasyon saptanmıştır ancak istatistiksel açıdan anlamlı değildir. ($p=0,357$)

7. ÖNERİLER

7.1. Ergenlik dönemi bireyin yetişkinliğe geçişinde sağlıklı yaşam alışkanlıkları veya riskli davranışlar kazanabileceği oldukça önemli bir geçiş noktasıdır. Sağlıklı Adölesan İzlemi hekimlik pratiğinin olmazsa olmaz bir parçası haline gelmelidir.

7.2. Adölesan dönemin en önemli ölüm nedeni olan kazalar, bulaşıcı hastalıklar ve intihar önlenebilir ölüm nedenleri arasındadır. Yaralanma ve kazaların önlenmesi, güvenli cinsel yaşam hakkında bilgilendirilerek bulaşıcı hastalıkların önlenmesi, son olarak da depresyonun erken tespit edilip intiharların önlenmesi, birinci basamak hekimleri için ulaşılması gereken hedefler olmalıdır.

7.3. Adölesan bireyin kimseye söyleyemediği istismar, akran zorbalığı, madde kullanımı gibi durumlar çekinmeden sorulmalı ve erken tespit edilerek bireyin uzun süreli maruziyetine engel olunmalı ve aile ile iş birliği yapılarak mental hastalık boyutuna gelmeden durdurulmasına çalışılmalıdır.

7.4. Bir diğer önemli konu olan internet kullanım bozuklukları ve sosyal medyanın olumsuz etkilerinden bireylerin korunması için aileyle birlikte hareket edilmeli ve riskli kullanıma ve siber zorbalığa dönüşmesine engel olunmalıdır.

7.5. Bireylerin yeme bozukluğu olup olmadığının tespit edilip, eğer gerekiyorsa malnutrisyon veya komorbiditeler açısından yönlendirmelerinin yapılması gereklidir. Altta yatan vücut algı bozukluklarının veya benlik saygısı bozukluklarının tespit edilmesine çalışılmalı ve eğer gerekliyse psikiyatrik destek talep edilmelidir.

7.6. Birey ve ailesinin sağlıklı yaşam davranışları kazanması için birinci basamak hekimi tarafından gereken öneriler yapılmalı ve gerekli motivasyon sağlanmalıdır. Tek başına hekimin yeterli olamayabileceği bu durumda medya ve okul kanalıyla gereken bilgilendirmeler yapılmalıdır.

8. KAYNAKLAR

1. E.Rakel R, P.Rakel D. RAKEL AİLE HEKİMLİĞİ. Ankara: Güneş Tıp Kitabevi; 2019.
2. Lanz M, lafrate R, Rosnati R, Scabini E. Parent-child communication and adolescent self-esteem in separated, intercountry adoptive and intact non-adoptive families. *J Adolesc.* 1999;22(6):785-94.
3. Carney T, Chibambo V, Ward C, Myers B. A Qualitative Study of caregiver's Perceptions and Needs Around Adolescent Substance Use and Other Risk Behaviours. *Int J Ment Health Ad.* 2020.
4. Altintas A, Asci FH, Kin-Isler A, Guven-Karahan B, Kelecek S, Ozkan A, et al. The role of physical activity, body mass index and maturity status in body-related perceptions and self-esteem of adolescents. *Annals of Human Biology.* 2014;41(5):395-402.
5. Carey RN, Donaghue N, Broderick P. Body image concern among Australian adolescent girls: the role of body comparisons with models and peers. *Body Image.* 2014;11(1):81-4.
6. Garcia FD, Grigioni S, Chelali S, Meyrignac G, Thibaut F, Dechelotte P. Validation of the French version of SCOFF questionnaire for screening of eating disorders among adults. *World J Biol Psychiatry.* 2010;11(7):888-93.
7. Ortuno-Sierra J, Aritio-Solana R, del Casal ADG, Fonseca-Pedrero E. Neurocognitive Functioning in Adolescents at Risk for Suicidal Behaviors. *Arch Suicide Res.* 2020.
8. Kuntsche E, Ravens-Sieberer U. Monitoring adolescent health behaviours and social determinants cross-nationally over more than a decade: introducing the Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study supplement on trends. *European Journal of Public Health.* 2015;25(suppl_2):1-3.
9. ICC. Adölesan ve Üreme Sağlığı Hakları [cited 2020 10.03]. Available from: <http://www.icc.org.tr/icerik.php?id=12&kid=3>.
10. I.BROWN. Maternal, newborn, child and adolescent health [cited 2020 09.03.]. Available from: https://www.who.int/maternal_child_adolescent/adolescence/school-health-services/en/.
11. WHO. Adolescents: health risks and solutions 2018 [cited 2020 10.03]. Available from: <https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/adolescents-health-risks-and-solutions>.
12. Noble E, Ward L, French S, Falb K. State of the evidence: A systematic review of approaches to reduce gender-based violence and support the empowerment of adolescent girls in humanitarian settings. *Trauma, Violence, & Abuse.* 2019;20(3):428-34.
13. Mustafa K. Gelişim psikolojisi açısından ergenlik dönemi ve genel özellikleri. *Erciyes Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi.* 2004;1(17):231-8.
14. Öztürk M, Uluşahin A. Ruh Sağlığı ve Bozuklukları.(10. baskı). Nobel Tıp Kitabevleri: Ankara. 2004:291-342.
15. Müdürlüğü TCSBHSG. Bebek, Çocuk, Ergen İzlem Protokolleri. ankara: Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü Yayın Komisyonu; 2018 2018. 217-20 p.
16. Enstitüsü HÜNE. TÜRKİYE NÜFUS VE SAĞLIK ARAŞTIRMASI. Ankara, Türkiye; 2008.
17. Parlaz E, Tekgül N, Karademirci E, Öngel K. Ergenlik dönemi: fiziksel büyüme, psikolojik ve sosyal gelişim süreci. *Turkish Family Physician.* 2012;3(2):10-6.
18. F.Çuhadaroğlu. Ergenlik Döneminde Psikolojik Gelişim Özellikleri. *Katkı Pediatri Dergisi* 2000;6:863-8.
19. Resnick MD, Bearman PS, Blum RW, Bauman KE, Harris KM, Jones J, et al. Protecting adolescents from harm: findings from the National Longitudinal Study on Adolescent Health. *Jama.* 1997;278(10):823-32.

20. Dittus PJ, Jaccard J. Adolescents' perceptions of maternal disapproval of sex: Relationship to sexual outcomes. *Journal of adolescent health*. 2000;26(4):268-78.
21. DiClemente RJ, Wingood GM, Crosby R, Sionean C, Cobb BK, Harrington K, et al. Parental monitoring: Association with adolescents' risk behaviors. *Pediatrics*. 2001;107(6):1363-8.
22. Şar V. DSM-5 taslak tanı ölçütlerine genel bir bakış: "Batı cephesinde yeni bir şey yok" mu. *Klin Psikiyatr Derg*. 2010;13:196-208.
23. Osborn L, DeWitt T, First L, Zenel J. *Pediatric*. Yurdakök M, çeviri editörü İstanbul: Güneş Kitapevi. 2007:1421-4.
24. Yager J. Eating disorders: Overview of epidemiology, clinical features, and diagnosis 2020 [updated 16.11.2018; cited 2020 11.03]. Available from: https://www.uptodate.com/contents/eating-disorders-overview-of-epidemiology-clinical-features-and-diagnosis?search=eating%20disorders%20adolescent&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1.
25. Skinner AC, Skelton JA. Prevalence and trends in obesity and severe obesity among children in the United States, 1999-2012. *JAMA pediatrics*. 2014;168(6):561-6.
26. Skinner AC, Ravanbakht SN, Skelton JA, Perrin EM, Armstrong SC. Prevalence of obesity and severe obesity in US children, 1999-2016. *Pediatrics*. 2018;141(3):e20173459.
27. Dietz WH, TN R. Overweight children and adolescents. *Clinical Practice*. 2005;352:2100.
28. Gidding SS, Bao W, Srinivasan SR, Berenson GS. Effects of secular trends in obesity on coronary risk factors in children: the Bogalusa Heart Study. *The Journal of pediatrics*. 1995;127(6):868-74.
29. Freedman DS, Dietz WH, Srinivasan SR, Berenson GS. The relation of overweight to cardiovascular risk factors among children and adolescents: the Bogalusa Heart Study. *Pediatrics*. 1999;103(6):1175-82.
30. Strong WB, Malina RM, Blimkie CJ, Daniels SR, Dishman RK, Gutin B, et al. Evidence based physical activity for school-age youth. *The Journal of pediatrics*. 2005;146(6):732-7.
31. García-Hermoso A, Ramírez-Campillo R, Izquierdo M. Is muscular fitness associated with future health benefits in children and adolescents? A systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. *Sports Medicine*. 2019:1-16.
32. Janssen I, LeBlanc AG. Systematic review of the health benefits of physical activity and fitness in school-aged children and youth. *International journal of behavioral nutrition and physical activity*. 2010;7(1):40.
33. Pate RR, Hillman CH, Janz KF, Katzmarzyk PT, Powell KE, Torres A, et al. Physical activity and health in children younger than 6 years: a systematic review. *Medicine & Science in Sports & Exercise*. 2019;51(6):1282-91.
34. Vehrs PR. Strength Training in Children and Teens: Dispelling Misconceptions-Part One. *ACSM's Health and Fitness Journal* 2005:8-12.
35. Guy JA, Micheli LJ. Strength training for children and adolescents. *JAAOS-Journal of the American Academy of Orthopaedic Surgeons*. 2001;9(1):29-36.
36. Wu L, Zhang D, Su Z, Hu T. Peer victimization among children and adolescents: A meta-analytic review of links to emotional maladjustment. *Clinical pediatrics*. 2015;54(10):941-55.
37. Kann L, McManus T, Harris WA, Shanklin SL, Flint KH, Queen B, et al. Youth risk behavior surveillance—United States, 2017. *MMWR Surveillance Summaries*. 2018;67(8):1.
38. Resnick MD, Ireland M, Borowsky I. Youth violence perpetration: what protects? What predicts? Findings from the National Longitudinal Study of Adolescent Health. *Journal of adolescent health*. 2004;35(5):424. e1-. e10.

39. Mehari KR, Farrell AD. The relation between peer victimization and adolescents' well-being: The moderating role of ethnicity within context. *Journal of research on adolescence*. 2015;25(1):118-34.
40. [Available from: <http://www.icc.org.tr/icerik.php?id=12&kid=3>.
41. Elster AB, Kuznets NJ. *Guidelines for adolescent preventive services*. Baltimore: Williams and Wilkins. 1994.
42. Knight JR, Sherritt L, Shrier LA, Harris SK, Chang G. Validity of the CRAFFT substance abuse screening test among adolescent clinic patients. *Archives of pediatrics & adolescent medicine*. 2002;156(6):607-14.
43. Lopez-Quintero C, de los Cobos JP, Hasin DS, Okuda M, Wang S, Grant BF, et al. Probability and predictors of transition from first use to dependence on nicotine, alcohol, cannabis, and cocaine: Results of the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions (NESARC). *Drug and alcohol dependence*. 2011;115(1-2):120-30.
44. Bukstein O, Saxon AJ, Blake D. Substance use disorder in adolescents: Epidemiology, pathogenesis, clinical manifestations and consequences, course, assessment, and diagnosis.
45. Ashby Wills T, Yaeger AM. Family factors and adolescent substance use: Models and mechanisms. *Current Directions in Psychological Science*. 2003;12(6):222-6.
46. Karaçam Ö, Totan T. Ege Üniversitesi öğrencileri arasında bağımlılık yapıcı madde kullanımının çok boyutlu ölçekleme yöntemiyle incelenmesi/Investigation to the use of the addictive substances among the students of Ege University via multidimensional scaling. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*. 2014;15(2):116.
47. Organization WH, Control RfIT. WHO report on the global tobacco epidemic, 2008: the MPOWER package: World Health Organization; 2008.
48. Benjamin RM. Exposure to tobacco smoke causes immediate damage: A report of the Surgeon General. *Public Health Reports*. 2011;126(2):158.
49. Warren CW, Riley L, Asma S, Eriksen MP, Green L, Blanton C, et al. Tobacco use by youth: a surveillance report from the Global Youth Tobacco Survey project. *Bulletin of the world Health Organization*. 2000;78:868-76.
50. Elders MJ, Perry CL, Eriksen MP, Giovino GA. The report of the Surgeon General: preventing tobacco use among young people. *American journal of public health*. 1994;84(4):543-7.
51. Organization WH. European action plan to reduce the harmful use of alcohol 2012-2020. 2012.
52. Europe W. Review of social determinants and the health divide in the WHO European Region: final report. World Health Organization, Copenhagen. 2014.
53. Ülger Z, Acar C, Torun P. Türkiye’de okullarda alkol kullanımı konusunda yapılan araştırmalar yeterli mi. *Addicta: Turkish J Addictions*. 2015;2:85-112.
54. Müdürlüğü TİBEG. Kaçakçılık ve Organize Suçlarla Mücadele Daire Başkanlığı. Türkiye Uyuşturucu ve Uyuşturucu İzleme Merkezi (TUBİM). 2012.
55. Drugs UNOo, Crime. World drug report 2010: United Nations Publications; 2010.
56. Hindin MJ, Fatusi AO. Adolescent sexual and reproductive health in developing countries: an overview of trends and interventions. *International perspectives on sexual and reproductive health*. 2009;35(2):58-62.
57. Fleming JE, Offord DR, Boyle MH. Prevalence of childhood and adolescent depression in the community: Ontario Child Health Study. *The British Journal of Psychiatry*. 1989;155(5):647-54.
58. Kessler RC, Avenevoli S, Merikangas KR. Mood disorders in children and adolescents: an epidemiologic perspective. *Biological psychiatry*. 2001;49(12):1002-14.
59. Leaf PJ, Alegria M, Cohen P, Goodman SH, Horwitz SM, Hoven CW, et al. Mental health service use in the community and schools: Results from the four-community MECA

- study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 1996;35(7):889-97.
60. Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB. The Patient Health Questionnaire-2: validity of a two-item depression screener. *Medical care*. 2003;1284-92.
61. YILDIRIM İ, Ergene T. Lise son sınıf öğrencilerinin akademik başarılarının yordayıcısı olarak sınav kaygısı, boyun eğici davranışlar ve sosyal destek. *Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*. 2003;25(25).
62. Gow L, Balla J, Hau KT. The learning approaches of Chinese people: A function of socialization processes and the context of learning? 1996.
63. Liebert RM, Morris LW. Cognitive and emotional components of test anxiety: A distinction and some initial data. *Psychological reports*. 1967;20(3):975-8.
64. Chamberlain S, Daly AL, Spalding V. The fear factor: Students' experiences of test anxiety when taking A-level examinations. *Pastoral Care in Education*. 2011;29(3):193-205.
65. Derakshan N, Eysenck MW. Anxiety, processing efficiency, and cognitive performance: New developments from attentional control theory. *European Psychologist*. 2009;14(2):168-76.
66. Constantly Connected: Adverse Effects of Media on Children & Teens [updated 10/7/2016; cited 2020 14.03.]. Available from: <https://www.healthychildren.org/English/family-life/Media/Pages/Adverse-Effects-of-Television-Commercials.aspx>.
67. Patchin JW, Hinduja S. It is time to teach safe sexting. *Journal of Adolescent Health*. 2020;66(2):140-3.
68. Bozkurt H, Sahin S, Zoroglu S. İnternet Bağımlılığı: Güncel Bir Gözden Geçirme. *Journal of Contemporary Medicine*. 2016;6.
69. Lopez-Castroman J, Moulahi B, Azé J, Bringay S, Deninotti J, Guillaume S, et al. Mining social networks to improve suicide prevention: A scoping review. *Journal of neuroscience research*. 2020;98(4):616-25.
70. Kortesoja L, Vainikainen M-P, Hotulainen R, Rimpelä A, Dobewall H, Lindfors P, et al. Bidirectional Relationship of Sleep with Emotional and Behavioral Difficulties: A Five-year Follow-up of Finnish Adolescents. *Journal of Youth and Adolescence*. 2020:1-15.
71. Johnson EO, Roth T, Schultz L, Breslau N. Epidemiology of DSM-IV insomnia in adolescence: lifetime prevalence, chronicity, and an emergent gender difference. *Pediatrics*. 2006;117(2):e247-e56.
72. Janssen X, Martin A, Hughes AR, Hill CM, Kotronoulas G, Hesketh KR. Associations of screen time, sedentary time and physical activity with sleep in under 5s: a systematic review and meta-analysis. *Sleep medicine reviews*. 2019:101226.
73. Tschiesner R, Basso D. Consciousness, not only intentionality, yields self-harming behavior. *Frontiers in Human Neuroscience*. 2015;9(69).
74. Harris KM, Duncan GJ, Boisjoly J. Evaluating the role of "nothing to lose" attitudes on risky behavior in adolescence. *Social forces*. 2002;80(3):1005-39.
75. WHO. Adolescent health: Mortality and DALYs in adolescents by WHO region, 2000 and 2012, aged 10-19 years 2018 [cited 2020 15.03.]. Available from: <http://apps.who.int/gho/data/node.wrapper.HEALTHADO?lang=en>.
76. Shwartz Y, Blitz E, Zelzer E. One load to rule them all: mechanical control of the musculoskeletal system in development and aging. *Differentiation*. 2013;86(3):104-11.
77. Perruccio AV, Yip C, Badley EM, Power JD. Musculoskeletal disorders: A neglected group at public health and epidemiology meetings? : American Public Health Association; 2017.

78. ÇOBAN F. Adölesanlarda Ergonomik Farkındalık Eğitiminin Kas İskelet Sistemi, Fiziksel Aktivite Düzeyi Ve Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisinin İncelenmesi: Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2018.
79. Siivola SM, Levoska S, Latvala K, Hoskio E, Vanharanta H, Keinänen-Kiukaanniemi S. Predictive factors for neck and shoulder pain: a longitudinal study in young adults. *Spine*. 2004;29(15):1662-9.
80. Balague F, Troussier B, Salminen J. Non-specific low back pain in children and adolescents: risk factors. *European spine journal*. 1999;8(6):429-38.
81. Mäkelä M, Heliövaara M, Sievers K, Impivaara O, Knekt P, Aromaa A. Prevalence, determinants, and consequences of chronic neck pain in Finland. *American journal of epidemiology*. 1991;134(11):1356-67.
82. Auvinen JP, Tammelin TH, Taimela SP, Zitting PJ, Järvelin M-R, Taanila AM, et al. Is insufficient quantity and quality of sleep a risk factor for neck, shoulder and low back pain? A longitudinal study among adolescents. *European Spine Journal*. 2010;19(4):641-9.
83. Bailey D, Wedge J, McCulloch R, Martin A, Bernhardtson S. Epidemiology of fractures of the distal end of the radius in children as associated with growth. *JBJS*. 1989;71(8):1225-31.
84. Bass S, Delmas PD, Pearce G, Hendrich E, Tabensky A, Seeman E. The differing tempo of growth in bone size, mass, and density in girls is region-specific. *The Journal of clinical investigation*. 1999;104(6):795-804.
85. Osborn L, DeWitt T, First L, Zenel J. *Pediatric. Yurdakök M, çeviri editörü İstanbul: Güneş Kitapevi*. 2007:31-56.
86. Tanner J, Davies PS. Clinical longitudinal standards for height and height velocity for North American children. *The Journal of pediatrics*. 1985;107(3):317-29.
87. Karpati AM, Rubin CH, Kieszak SM, Marcus M, Troiano RP. Stature and pubertal stage assessment in American boys: the 1988–1994 Third National Health and Nutrition Examination Survey. *Journal of Adolescent Health*. 2002;30(3):205-12.
88. Herman-Giddens ME, Steffes J, Harris D, Slora E, Hussey M, Dowshen SA, et al. Secondary sexual characteristics in boys: data from the Pediatric Research in Office Settings Network. *Pediatrics*. 2012;130(5):e1058-e68.
89. Garn SM, Clark DC, Lowe CU, Forbes G, Garn S, Owen GM, et al. Nutrition, Growth, Development, and Maturation: Findings From the Ten-State Nutrition Survey of 1968-1970: Ad Hoc Committee To Review the Ten-State Nutrition Survey. *Pediatrics*. 1975;56(2):306-19.
90. Wang Y. Is obesity associated with early sexual maturation? A comparison of the association in American boys versus girls. *Pediatrics*. 2002;110(5):903-10.
91. Kaplowitz PB, Slora EJ, Wasserman RC, Pedlow SE, Herman-Giddens ME. Earlier onset of puberty in girls: relation to increased body mass index and race. *Pediatrics*. 2001;108(2):347-53.
92. Magarey A, Boulton T, Chatterton B, Schultz C, Nordin B, Cockington R. Bone growth from 11 to 17 years: relationship to growth, gender and changes with pubertal status including timing of menarche. *Acta paediatrica*. 1999;88(2):139-46.
93. Lloyd T, Rollings N, Andon MB, Demers LM, Egli DF, Kieselhorst K, et al. Determinants of bone density in young women. I. Relationships among pubertal development, total body bone mass, and total body bone density in premenarchal females. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*. 1992;75(2):383-7.
94. Gasser T, Ziegler P, Kneip A, Prader A, Molinari L, Largo R. The dynamics of growth of weight, circumferences and skinfolds in distance, velocity and acceleration. *Annals of Human Biology*. 1993;20(3):239-59.
95. Biro FM, Greenspan LC, Galvez MP, Pinney SM, Teitelbaum S, Windham GC, et al. Onset of breast development in a longitudinal cohort. *Pediatrics*. 2013;132(6):1019-27.

96. Sandoval C, Lorin MI. Approach to the child with anemia. UpToDate, Mahoney, DH, Lorrin, MI, Armsby, C(Eds),(Deputy Ed), UpToDate, Section Ed Waltham, MA (Accessed on Nov 10, 2016). 2016.
97. Abrams S. Iron requirements and iron deficiency in adolescents. University Press; 2010.
98. Organization WH. Serum ferritin concentrations for the assessment of iron status and iron deficiency in populations. World Health Organization; 2011.
99. Kyu HH, Pinho C, Wagner JA, Brown JC, Bertozzi-Villa A, Charlson FJ, et al. Global and national burden of diseases and injuries among children and adolescents between 1990 and 2013: findings from the global burden of disease 2013 study. JAMA pediatrics. 2016;170(3):267-87.
100. Pinhas-Hamiel O, Newfield R, Koren I, Agmon A, Lilos P, Phillip M. Greater prevalence of iron deficiency in overweight and obese children and adolescents. International journal of obesity. 2003;27(3):416-8.
101. Nead KG, Halterman JS, Kaczorowski JM, Auinger P, Weitzman M. Overweight children and adolescents: a risk group for iron deficiency. Pediatrics. 2004;114(1):104-8.
102. Johnson S, Lang A, Sturm M, O'Brien SH. Iron deficiency without anemia: a common yet under-recognized diagnosis in young women with heavy menstrual bleeding. Journal of pediatric and adolescent gynecology. 2016;29(6):628-31.
103. Misra M, Motil KJ, Drezner MK, Hoppin AG. Vitamin D insufficiency and deficiency in children and adolescents. UpToDate. 2015.
104. Schürmann S, Kersting M, Alexy U. Vegetarian diets in children: a systematic review. European journal of nutrition. 2017;56(5):1797-817.
105. Van Winckel M, Velde SV, De Bruyne R, Van Biervliet S. Clinical practice. European journal of pediatrics. 2011;170(12):1489-94.
106. Debby Demory-Luce P, RD,, LDKathleen J Motil M, PhD. Vegetarian diets for children 2020 [updated 18.10.2019; cited 2020 19.03.]. Available from: https://www.uptodate.com/contents/vegetarian-diets-for-children?search=adolescent%20vitamin%20b12&source=search_result&selectedTitle=2~150&usage_type=default&display_rank=1.
107. Başkanlığı TCSBHSGMÇvESD. BEBEK, ÇOCUK, ERGEN İZLEM PROTOKOLLERİ. 2018:48-9.
108. Means Jr RT, Fairfield KM, Kunins L. Treatment of vitamin B12 and folate deficiencies.
109. Antonelli RC, Stille CJ, Antonelli DM. Care coordination for children and youth with special health care needs: a descriptive, multisite study of activities, personnel costs, and outcomes. Pediatrics. 2008;122(1):e209-e16.
110. Osborn L, DeWitt T, First L, Zenel J. pediatri. Yurdakök M, çeviri editörü İstanbul: Güneş Kitapevi. 2007:1435-40.
111. McPherson M, Arango P, Fox H, Lauver C, McManus M, Newacheck PW, et al. A new definition of children with special health care needs. Pediatrics. 1998;102(1):137-9.
112. Lunkenheimer F, Domhardt M, Geirhos A, Kilian R, Mueller-Stierlin AS, Holl RW, et al. Effectiveness and cost-effectiveness of guided Internet-and mobile-based CBT for adolescents and young adults with chronic somatic conditions and comorbid depression and anxiety symptoms (youthCOACH CD): study protocol for a multicentre randomized controlled trial. Trials. 2020;21(1):1-15.
113. Çocuk THSK, Başkanlığı ESD. Bebek, Çocuk, Ergen İzlem Protokolleri (2018).
114. Mattoo T. Epidemiology, risk factors, and etiology of hypertension in children and adolescents. UpToDate Online. 2009;16.
115. Çelen N. Ergenlik ve genç yetişkinlik. İstanbul: Papatya Yayıncılık. 2007.

116. Aslan D. Beden algısı ile ilgili sorunların yaratabileceği beslenme sorunları. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi-STED*. 2004;13(9):326-9.
117. Morrison TG, Kalin R, Morrison MA. BODY-IMAGE EVALUATION AND BODY-IMAGE AMONG ADOLESCENTS: A TEST OF SOCIOCULTURAL AND SOCIAL COMPARISON THEORIES. *Adolescence*. 2004;39(155).
118. Sarwer DB, Wadden TA, Foster GD. Assessment of body image dissatisfaction in obese women: Specificity, severity, and clinical significance. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 1998;66(4):651-4.
119. Hamurcu P, Öner C, Telatar B, Yeşildağ Ş. Obezitenin benlik saygısı ve beden algısı üzerine etkisi. 2015.
120. Ogden J, Evans C. The problem with weighing: effects on mood, self-esteem and body image. *International journal of obesity and related metabolic disorders: journal of the International Association for the Study of Obesity*. 1996;20(3):272-7.
121. Kakeshita IS, de Sousa Almeida S. Relationship between body mass index and self-perception among university students. *Revista de Saúde Pública*. 2006;40(3):497.
122. Uskun E, Şabaplı A. Lise Öğrencilerinin Beden Algıları ile Yeme Tutumları Arasındaki İlişki. *TAF Preventive Medicine Bulletin*. 2013;12(5).
123. Muth JL, Cash TF. Body-Image Attitudes: What Difference Does Gender Make? 1. *Journal of applied social psychology*. 1997;27(16):1438-52.
124. Brown TA, Cash TF, Mikulka PJ. Attitudinal body-image assessment: Factor analysis of the Body-Self Relations Questionnaire. *Journal of personality assessment*. 1990;55(1-2):135-44.
125. Altabe M, Thompson JK. Menstrual cycle, body image, and eating disturbance. *International Journal of Eating Disorders*. 1990;9(4):395-401.
126. Öztürk MO. Psikanaliz ve psikoterapi. 1998.
127. Enç M. Ruhbilim Terimleri Sözlüğü. Ankara Üniversitesi Basımevi 1974. p. 56-8.
128. Tukuş L. Benlik Saygısı Değerlendirme Ölçeği Kısa Formu Türkçe Güvenilirlik ve Geçerlilik Çalışması. Kocaeli: Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi. 2010.
129. Mann MM, Hosman CM, Schaalma HP, De Vries NK. Self-esteem in a broad-spectrum approach for mental health promotion. *Health education research*. 2004;19(4):357-72.
130. Fergusson DM, Horwood LJ, Lynskey MT. Childhood sexual abuse and psychiatric disorder in young adulthood: II. Psychiatric outcomes of childhood sexual abuse. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 1996;35(10):1365-74.
131. Rosenberg M. Rosenberg self-esteem scale (RSE). Acceptance and commitment therapy Measures package. 1965;61(52):18.
132. DuBois DL, Flay BR. The healthy pursuit of self-esteem: comment on and alternative to the Crocker and Park (2004) formulation. 2004.
133. Erol A, Toprak G, YAZICI F, Erol S. Üniversite öğrencilerinde yeme bozukluğu belirtilerini yordayıcı olarak kontrol odağı ve benlik saygısının karşılaştırılması. *Klinik Psikiyatri, S*. 2000;3:147-52.
134. Forman S, Yager J, Solomon D. Eating disorders: Overview of epidemiology, clinical features, and diagnosis 2020 [updated 16/11/2018; cited 2020 10/05/2020]. Available from: https://www.uptodate.com/contents/eating-disorders-overview-of-epidemiology-clinical-features-and-diagnosis?search=eating%20disorders&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1.
135. Association AP. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®): American Psychiatric Pub; 2013.

136. Kessler RC, Berglund PA, Chiu WT, Deitz AC, Hudson JI, Shahly V, et al. The prevalence and correlates of binge eating disorder in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *Biological psychiatry*. 2013;73(9):904-14.
137. Swanson SA, Crow SJ, Le Grange D, Swendsen J, Merikangas KR. Prevalence and correlates of eating disorders in adolescents: Results from the national comorbidity survey replication adolescent supplement. *Archives of general psychiatry*. 2011;68(7):714-23.
138. Phillipou A, Rossell SL, Castle DJ. The neurobiology of anorexia nervosa: a systematic review. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*. 2014;48(2):128-52.
139. Arcelus J, Mitchell AJ, Wales J, Nielsen S. Mortality rates in patients with anorexia nervosa and other eating disorders: a meta-analysis of 36 studies. *Archives of general psychiatry*. 2011;68(7):724-31.
140. Yager J, Andersen A, Devlin M, Egger H, Herzog D, Mitchell J, et al. Practice guideline for the treatment of patients with eating disorders: American Psychiatric Association; 2002.
141. Kuczmarski RJ. 2000 CDC Growth Charts for the United States: methods and development: Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and ...; 2002.
142. Sarah M Phillips M, RD, LDRobert J Shulman, MD. Measurement of growth in children 2020 [updated 04/09/2019; cited 2020 10/05]. Available from: https://www.uptodate.com/contents/measurement-of-growth-in-children?search=body%20mass%20index&source=search_result&selectedTitle=3~150&usage_type=default&display_rank=3.
143. Rosenberg M. Determinants of Self-Esteem - a Citation Classic Commentary on Society and the Adolescent Self-Image by Rosenberg,M. *Cc/Soc Behav Sci*. 1989(11):16-.
144. Çuhadaroğlu F. Adolesanlarda benlik saygısı. *Uzmanlık Tezi, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, Ankara*. 1986.
145. Jourard SM, Secord PF. Body size and body-cathexis. *J Consult Psychol*. 1954;18(3):184.
146. Hovardaoğlu S. Vücut algısı ölçeği. *Psikiyatri, Psikoloji, Psikofarmakoloji (3P) Dergisi*. 1993;1(1):26.
147. Morgan JF, Reid F, Lacey JH. The SCOFF questionnaire: assessment of a new screening tool for eating disorders. *BMJ*. 1999;319(7223):1467-8.
148. Aydemir Ö, Köksal B, Sapmaz SY, Yüceyar H. Kadın üniversite öğrencilerinde REZZY Yeme Bozuklukları Ölçeği Türkçe formunun güvenilirlik ve geçerliliği/Reliability and validity of Turkish form of SCOFF Eating Disorders Scale. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*. 2015;16:31.
149. Whooley MA, Avins AL, Miranda J, Browner WS. Case-finding instruments for depression: Two questions are as good as many. *Journal of general internal medicine*. 1997;12(7):439-45.
150. Sari YE, Kokoglu B, Balcioglu H, Bilge U, Colak E, Unluoglu I. Turkish reliability of the patient health questionnaire-9. 2016.
151. Lipowska M, Lipowski M, Olszewski H, Dykalska-Bieck D. Gender differences in body-esteem among seniors: Beauty and health considerations. *Arch Gerontol Geriatr*. 2016;67:160-70.
152. Holmes C, Brieant A, Kahn R, Deater-Deckard K, Kim-Spoon J. Structural Home Environment Effects on Developmental Trajectories of Self-Control and Adolescent Risk Taking. *J Youth Adolesc*. 2019;48(1):43-55.
153. Scragg R, Laugesen M. Influence of smoking by family and best friend on adolescent tobacco smoking: results from the 2002 New Zealand national survey of year 10 students. *Aust N Z J Public Health*. 2007;31(3):217-23.

154. Ritter J, Stewart M, Bernet C, Coe M, Brown SA. Effects of childhood exposure to familial alcoholism and family violence on adolescent substance use, conduct problems, and self-esteem. *J Trauma Stress*. 2002;15(2):113-22.
155. Lu Y, Pettigrew J, Shin Y, Castillo MA, Allsup J. How Does Family Communication Relate to Adolescent Dating Violence and Externalizing Behaviors? The Role of Parent-adolescent Risk Communication and Attitudes toward Violence in a Nicaraguan Sample. *Health Commun*. 2020.
156. Lohman BJ, Nepl TK, Senia JM, Schofield TJ. Understanding Adolescent and Family Influences on Intimate Partner Psychological Violence During Emerging Adulthood and Adulthood. *Journal of Youth and Adolescence*. 2013;42(4):500-17.
157. Baiden P, Tadeo SK. Investigating the association between bullying victimization and suicidal ideation among adolescents: Evidence from the 2017 Youth Risk Behavior Survey. *Child Abuse Neglect*. 2020;102.
158. Bundak R, Furman A, Gunoz H, Darendeliler F, Bas F, Neyzi O. Body mass index references for Turkish children. *Acta Paediatrica*. 2006;95(2):194-8.
159. O'Neill A, Beck K, Chae D, Dyer T, He X, Lee S. The pathway from childhood maltreatment to adulthood obesity: The role of mediation by adolescent depressive symptoms and BMI. *J Adolesc*. 2018;67:22-30.
160. Nesbit KC, Low JA, Sisson SB. Adolescent BMI trajectories with clusters of physical activity and sedentary behaviour: an exploratory analysis. *Obes Sci Pract*. 2016;2(2):115-22.
161. Dishman RK, Motl RW, Sallis JF, Dunn AL, Birnbaum AS, Welk GJ, et al. Self-management strategies mediate self-efficacy and physical activity. *American journal of preventive medicine*. 2005;29(1):10-8.
162. Salvy SJ, Miles JNV, Shih RA, Tucker JS, D'Amico EJ. Neighborhood, Family and Peer-Level Predictors of Obesity-Related Health Behaviors Among Young Adolescents. *Journal of Pediatric Psychology*. 2017;42(2):153-61.
163. Rutkowski EM, Connelly CD. Obesity Risk Knowledge and Physical Activity in Families of Adolescents. *J Pediatr Nurs*. 2011;26(1):51-7.
164. Öztora S, Hatipoğlu S, Barutçugil MB, Salihoğlu B, Yıldırım R, Şevketoğlu E. İlköğretim çağındaki çocuklarda obezite prevalansının belirlenmesi ve risk faktörlerinin araştırılması. *Bakırköy Tıp Dergisi*. 2006;2(1):11-4.
165. Aksoydan E, Çakır N. Adölesanların beslenme alışkanlıkları, fiziksel aktivite düzeyleri ve vücut kitle indekslerinin değerlendirilmesi. *Gülhane Tıp Dergisi*. 2011;53(4):268-9.
166. Burnukara P, Uçanok Z. İlk ve orta ergenlikte akran zorbalığı: Gerçekleştiği yerler ve bas etme yolları. *Türk Psikoloji Yazıları*. 2012;15(29):68.
167. Ssenyonga J, Magoba Muwonge C, Hecker T. Prevalence of family violence and mental health and their relation to peer victimization: A representative study of adolescent students in Southwestern Uganda. *Child Abuse Negl*. 2019;98:104194.
168. Zhai B, Li D, Jia J, Liu Y, Sun W, Wang Y. Peer victimization and problematic internet use in adolescents: The mediating role of deviant peer affiliation and the moderating role of family functioning. *Addict Behav*. 2019;96:43-9.
169. Wang C, Li KG, Kim M, Lee S, Seo DC. Association between psychological distress and elevated use of electronic devices among US adolescents: Results from the youth risk behavior surveillance 2009-2017. *Addictive Behaviors*. 2019;90:112-8.
170. Kim H, Cho MK, Ko H, Yoo JE, Song YM. Association between Smartphone Usage and Mental Health in South Korean Adolescents: The 2017 Korea Youth Risk Behavior Web-Based Survey. *Korean J Fam Med*. 2020;41(2):98-104.
171. Fioravanti G, Flett G, Hewitt P, Rugai L, Casale S. How maladaptive cognitions contribute to the development of problematic social media use. *Addict Behav Rep*. 2020;11:100267.

172. HAMARTA E, Demirbaş E. Lise öğrencilerinin utangaçlık ve benlik saygılarının fonksiyonel olmayan tutumlar açısından incelenmesi. Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi. 2009(21):239-47.
173. Crocker J, Park LE. Reaping the Benefits of Pursuing Self-Esteem Without the Costs? Reply to DuBois and Flay (2004), Sheldon (2004), and Pyszczynski and Cox (2004). 2004.
174. Coopersmith S. The antecedents of self-esteem. Palo Alto. CA: Consulting Psychologists Press; 1967.
175. Gomes KR, Speizer IS. Longitudinal study on self-esteem among recently pregnant Brazilian adolescents. Journal of reproductive and infant psychology. 2010;28(4):359-71.
176. Simmons RG. Society and the Adolescent Self-Image - Rosenberg, M. Contemp Psychol. 1992;37(4):377-8.
177. Bolognini M, Plancherel B, Bettschart W, Halfon O. Self-esteem and mental health in early adolescence: Development and gender differences. J Adolescence. 1996;19(3):233-45.
178. Yiğit H. Ergenlerin benlik saygılarının yaşam doyumu ve bazı özlük nitelikleri açısından incelenmesi: Selçuk Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü; 2010.
179. Baldwin SA, Hoffmann JP. The dynamics of self-esteem: A growth-curve analysis. Journal of youth and adolescence. 2002;31(2):101-13.
180. Toth SL, Cicchetti D, Macfie J, Emde RN. Representations of self and other in the narratives of neglected, physically abused, and sexually abused preschoolers. Development and psychopathology. 1997;9(4):781-96.
181. Roberts A, Seidman E, Pedersen S, Chesir-Teran D, Allen L, Aber JL, et al. Perceived family and peer transactions and self-esteem among urban early adolescents. The Journal of Early Adolescence. 2000;20(1):68-92.
182. Leary MR, Kowalski RM. The self-presentation model of social phobia. Social phobia: Diagnosis, assessment, and treatment. 1995:94-112.
183. Aydoğan S. İlköğretim II. kademe öğrencilerinin umut ve benlik saygısı düzeylerinin bazı değişkenler açısından incelenmesi: Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimleri Enstitüsü; 2010.
184. Farrell AD, Mehari KR, Kramer-Kuhn AM, Mays SA, Sullivan TN. A qualitative analysis of factors influencing middle school students' use of skills taught by a violence prevention curriculum. Journal of school psychology. 2015;53(3):179-94.
185. Boden JM, Fergusson DM, Horwood LJ. Self-esteem and violence: testing links between adolescent self-esteem and later hostility and violent behavior. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 2007;42(11):881-91.
186. Corwyn RF, Benda BB. Violent youths in southern public schools in America. Int J Adolesc Youth. 2001;10(1-2):69-90.
187. Donnellan MB, Ackerman RA, Brecheen C. Extending Structural Analyses of the Rosenberg Self-Esteem Scale to Consider Criterion-Related Validity: Can Composite Self-Esteem Scores Be Good Enough? J Pers Assess. 2016;98(2):169-77.
188. Glendinning A. Self-esteem and smoking in youth—muddying the waters? J Adolescence. 2002;25(4):415-25.
189. Boyd KR, Hrycaiko DW. The effect of a physical activity intervention package on the self-esteem of pre-adolescent and adolescent females. Adolescence. 1997;32(127):693.
190. Fioravanti G, Dettore D, Casale S. Adolescent Internet addiction: testing the association between self-esteem, the perception of Internet attributes, and preference for online social interactions. Cyberpsychol Behav Soc Netw. 2012;15(6):318-23.
191. Geller J, Srikaneswaran S, Cockell SJ, Zaitsoff SL. Assessment of shape-and weight-based self-esteem in adolescents. International Journal of Eating Disorders. 2000;28(3):339-45.

192. Iannaccone M, D'Olimpio F, Cella S, Cotrufo P. Self-esteem, body shame and eating disorder risk in obese and normal weight adolescents: A mediation model. *Eating Behaviors*. 2016;21:80-3.
193. Geller J, Zaitsoff SL, Srikaneswaran S. Beyond shape and weight: exploring the relationship between nonbody determinants of self-esteem and eating disorder symptoms in adolescent females. *Int J Eat Disord*. 2002;32(3):344-51.
194. Lipowska M, Lipowski M. Narcissism as a moderator of satisfaction with body image in young women with extreme underweight and obesity. *PLoS One*. 2015;10(5):e0126724.
195. İncekara T. Üniversite öğrencilerinde vücut algısı ile yaşam doyumu arasındaki ilişkinin incelenmesi: Sosyal Bilimler Enstitüsü; 2018.
196. You S, Shin K, Kim AY. Body Image, Self-Esteem, and Depression in Korean Adolescents. *Child Indic Res*. 2017;10(1):231-45.
197. HACIOĞLU M. Üniversite öğrencilerinin beden imgesi hoşnutluğu ve iletişim becerilerinin incelenmesi. *Gaziantep Üniversitesi Spor Bilimleri Dergisi*. 2017;2(2):1-16.
198. Hartman-Munick SM, Gordon AR, Guss C. Adolescent body image: influencing factors and the clinician's role. *Curr Opin Pediatr*. 2020.
199. Tiggemann M, Slater A. NetGirls: the Internet, Facebook, and body image concern in adolescent girls. *Int J Eat Disord*. 2013;46(6):630-3.
200. Robbins LB, Ling J, Resnicow K. Demographic differences in and correlates of perceived body image discrepancy among urban adolescent girls: a cross-sectional study. *BMC Pediatr*. 2017;17(1):201.
201. Añez E, Fornieles-Deu A, Fauquet-Ars J, López-Guimerà G, Puntí-Vidal J, Sánchez-Carracedo D. Body image dissatisfaction, physical activity and screen-time in Spanish adolescents. *Journal of Health Psychology*. 2018;23(1):36-47.
202. Schneider SC, Baillie AJ, Mond J, Turner CM, Hudson JL. Measurement Invariance of a Body Dysmorphic Disorder Symptom Questionnaire Across Sex: The Body Image Questionnaire-Child and Adolescent Version. *Assessment*. 2018;25(8):1026-35.
203. Canbulat N, Gozen D, Kose D, Arda N. Effects of Body Mass Index on Adolescents' Social Comparisons and Body Cathexis in Istanbul. *Collegium Antropol*. 2011;35(4):1323-6.
204. Blashill AJ, Wilhelm S. Body Image Distortions, Weight, and Depression in Adolescent Boys: Longitudinal Trajectories into Adulthood. *Psychol Men Masc*. 2014;15(4):445-51.
205. Murray KM, Byrne DG, Rieger E. Investigating adolescent stress and body image. *J Adolesc*. 2011;34(2):269-78.
206. Shroff H, Thompson JK. Peer influences, body-image dissatisfaction, eating dysfunction and self-esteem in adolescent girls. *J Health Psychol*. 2006;11(4):533-51.
207. Soo KL, Shariff ZM, Taib MN, Samah BA. Eating behaviour, body image, and self-esteem of adolescent girls in Malaysia. *Percept Mot Skills*. 2008;106(3):833-44.
208. Yager Z, McLean S. Muscle building supplement use in Australian adolescent boys: relationships with body image, weight lifting, and sports engagement. *BMC Pediatr*. 2020;20(1):89.
209. Hyun H, Lee H, Ro Y, Gray HL, Song K. Body image, weight management behavior, nutritional knowledge and dietary habits in high school boys in Korea and China. *Asia Pacific Journal of Clinical Nutrition*. 2017;26(5):923.
210. Lichtenstein MB, Hemmingsen SD, Stoving RK. Identification of eating disorder symptoms in Danish adolescents with the SCOFF questionnaire. *Nord J Psychiatry*. 2017;71(5):340-7.
211. Marcon TD, Girz L, Stillar A, Tessier C, Lafrance A. Parental Involvement and Child and Adolescent Eating Disorders: Perspectives from Residents in Psychiatry, Pediatrics, and Family Medicine. *J Can Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2017;26(2):78-85.

212. Williams M, Leichner P. More training needed in eating disorders: A time cohort comparison study of Canadian psychiatry residents. *Eating disorders*. 2006;14(4):323-34.
213. Valenzuela F, Lock J, Le Grange D, Bohon C. Comorbid depressive symptoms and self-esteem improve after either cognitive-behavioural therapy or family-based treatment for adolescent bulimia nervosa. *Eur Eat Disord Rev*. 2018;26(3):253-8.
214. Haedt-Matt AA, Keel PK. Revisiting the affect regulation model of binge eating: a meta-analysis of studies using ecological momentary assessment. *Psychol Bull*. 2011;137(4):660.
215. Edition F. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Am Psychiatric Assoc. 2013.
216. Terhoeven V, Nikendei C, Barnighausen T, Bountogo M, Friederich HC, Ouermi L, et al. Eating disorders, body image and media exposure among adolescent girls in rural Burkina Faso. *Trop Med Int Health*. 2020;25(1):132-41.
217. Horváth Z, Román N, Elekes Z, Griffiths MD, Demetrovics Z, Urbán R. Alcohol consumption and risk for feeding and eating disorders in adolescence: The mediating role of drinking motives. *Addictive Behaviors*. 2020:106431.
218. Rancans E, Trapencieris M, Ivanovs R, Vrublevska J. Validity of the PHQ-9 and PHQ-2 to screen for depression in nationwide primary care population in Latvia. *Ann Gen Psychiatry*. 2018;17:33.
219. Slykerman RF, Thompson JM, Coomarasamy C, Wall CR, Waldie KE, Murphy R, et al. Early adolescent physical activity, sleep and symptoms of depression at 16 years of age. *Acta Paediatrica*. 2019.
220. Erözkan A. The predictors of depression in eighth grade primary school students. *Elementary education online*. 2009;8(2).
221. Peleg-Popko O, Klingman A. Family environment, discrepancies between perceived actual and desirable environment, and children's test and trait anxiety. *British Journal of Guidance and Counselling*. 2002;30(4):451-66.
222. Myrtveit SM, Sivertsen B, Skogen JC, Frostholm L, Stormark KM, Hysing M. Adolescent neck and shoulder pain—the association with depression, physical activity, screen-based activities, and use of health care services. *Journal of Adolescent Health*. 2014;55(3):366-72.
223. Alsaleh M, Videloup L, Lobbedez T, Lebreuilly J, Morello R, Thuillier Lecouf A. Improved Detection and Evaluation of Depression in Patients with Chronic Kidney Disease: Validity and Reliability of Screening (PHQ-2) and Diagnostic (BDI-FS-Fr) Tests of Depression in Chronic Kidney Disease. *Kidney Dis (Basel)*. 2019;5(4):228-38.
224. Nolan CP, O'Donnell PJM, Desderius BM, Mzombwe M, McNairy ML, Peck RN, et al. Depression screening in HIV-positive Tanzanian adults: comparing the PHQ-2, PHQ-9 and WHO-5 questionnaires. *Glob Ment Health (Camb)*. 2018;5:e38.
225. Twenge JM, Cooper AB, Joiner TE, Duffy ME, Binau SG. Age, period, and cohort trends in mood disorder indicators and suicide-related outcomes in a nationally representative dataset, 2005–2017. *Journal of abnormal psychology*. 2019;128(3):185.

9. EKLER

9.1.GÖRÜŞME FORMU

ADI:	YAŞ:	eğitim durumu:	BOY:
medeni hali: evli / bekar /diğer			KİLO:
1) Kronik(sürekli) bir hastalık var mı? () evet () hayır			BMI:
2) Kimle beraber yaşıyorsunuz ?			BEL ÇEVRESİ:
a) Çekirdek aile b) yurt c) büyük aile d) tek başına e)diğer.....			KALÇA ÇEVRESİ:
3) Kendinize ait odanız var mı?			TA:
a) var b) kardeşleriyle ortak oda c) yok			
4) Evde fiziksel şiddet durumu var mı? () evet () hayır			
5) Eğitim düzeyi; anne....., baba.....			
6) Anneniz ile aranız nasıl?..... Babanız ile aranız nasıl?.....			
7) Ailenin gelir düzeyi:			
a) düşük b) orta c) yüksek			
8) Yaşadığı evde sigara-alkol-madde kullanımı var mı? Varsa hangileri olduğunu yazınız.			
anne:..... baba:..... kardeş:..... diğer.....			
9) Siz sigara-alkol-madde kullanıyor musunuz? () evet () hayır			
10) Varsa ne miktarda olduğunu yazınız. sigara Alkol..... madde.....			
11) İlerde başlamayı/ bırakmayı düşünüyor musunuz? () evet () hayır			
12) Ailede obezite veya fazla kilo problemi olan kimse var mı? () evet () hayır			
13) Kilo vermek/almak için herhangi bir diyet/takviye gıda alımınız var mı? () evet () hayır			
14) Spor/fiziksel egzersiz yapıyor musunuz? () evet () hayır , evetse.....			
15) Şu ana kadar duygusal arkadaş edindiniz mi? () evet () hayır			
16) Cinsel ilişki deneyimlediniz mi? () evet () hayır			
17) Daha önce/şimdi depresyon tanısı aldınız mı? () evet () hayır			
18) Son 2 haftadır günlük aktivitelerini aksatacak kadar üzgün/umutsuz hissettiniz mi? () evet () hayır			
19) Son 2 haftada daha önce yaptığınız şeylere karşı ilgide azalma oldu mu? () evet () hayır			
20) Hiç intihar etmeyi düşündünüz mü? () evet () hayır			
21) Okulla aranız nasıl? () iyi () orta () kötü			
22) Disiplin cezası aldınız mı? () evet () hayır			
23) Hiç ciddi bir yaralanma geçirdiniz mi? () evet () hayır			
24) Eğer yaralanma geçirdiyseniz bu nasıl meydana geldi? A) Kaza sonucu B) Kavga esnasında C)diğer.....			
25) Siz okul arkadaşlarınıza şiddet uyguladınız mı? A) uygulamadım B) fiziksel(dayak) C)sözel (küfür, hakaret) D) cinsel taciz			
26) Arkadaşlarınızdan şiddet gördünüz mü? A)hiç görmedim B) fiziksel(dayak vb) C) sözel (küfür, hakaret) D) cinse taciz			
27) Sınav hazırlık süreci/stresi yaşamış/yaşıyor musunuz? () evet () hayır			
28) Gelecek planı yaptınız mı? () yaptım () yapmadım			
29) İnternet kullanıyor mu? () evet () hayır			
30) İnternet kullanmak için daha çok hangi aracı tercih ediyor?			
A) telefon b) bilgisayar c) tablet d) diğer.....			
31) Bu araçları daha çok hangi amaçla kullanıyor? Birden fazla işaretleyebilirsiniz.			
A) arkadaş edinmek için B) oyun oynamak için C) yapacak işi olmadığı için			
D) rahatlatma E) arkadaşlarından geri olmamak için F) diğer.....			
32) bu araçlar bir günde ne kadar vaktini alıyor?			
a)1 saatten az b)1-3 saat c) 3-5 saat d)5 saatten fazla			

Lütfen aşağıdaki sorulara kendinize en uygun seçeneği seçerek yanıtlayınız. Soruların doğru cevabı yoktur. Kendinize en yakın olanla içtenlikle işaretlemenizi rica ediyoruz.

1. Kendimi en az diğer insanlar kadar değerli buluyorum.
a. ÇOK DOĞRU b. DOĞRU c. YANLIŞ d. ÇOK YANLIŞ
2. Bazı olumlu özelliklerim olduğunu düşünüyorum.
a. ÇOK DOĞRU b. DOĞRU c. YANLIŞ d. ÇOK YANLIŞ
3. Genelde kendimi başarısız bir kişi olarak görme eğilimindeyim.
a. ÇOK DOĞRU b. DOĞRU c. YANLIŞ d. ÇOK YANLIŞ
4. Ben de diğer insanların birçoğunun yapabildiği kadar birşeyler yapabilirim.
a. ÇOK DOĞRU b. DOĞRU c. YANLIŞ d. ÇOK YANLIŞ
5. Kendimde gurur duyacak fazla birşey bulamıyorum.
a. ÇOK DOĞRU b. DOĞRU c. YANLIŞ d. ÇOK YANLIŞ
6. Kendime karşı olumlu bir tutum içindeyim.
a. ÇOK DOĞRU b. DOĞRU c. YANLIŞ d. ÇOK YANLIŞ
7. Genel olarak kendimden memnunum.
a. ÇOK DOĞRU b. DOĞRU c. YANLIŞ d. ÇOK YANLIŞ
8. Kendime karşı daha fazla saygı duyabilmeyi isterdim.
a. ÇOK DOĞRU b. DOĞRU c. YANLIŞ d. ÇOK YANLIŞ
9. Bazen kesinlikle kendimin bir işe yaramadığını düşünüyorum.
a. ÇOK DOĞRU b. DOĞRU c. YANLIŞ d. ÇOK YANLIŞ
10. Bazen kendimin hiç de yeterli bir insan olmadığımı düşünüyorum.
a. ÇOK DOĞRU b. DOĞRU c. YANLIŞ d. ÇOK YANLIŞ

1. Rahatsız edici şekilde kendinizi tok hissettiğiniz için kendinizi kusturuyor musunuz?
() Evet () Hayır
2. Ne kadar yediğiniz konusunda kontrolü kaybettiğiniz için endişeleniyor musunuz?
() Evet () Hayır
3. Son zamanlarda üç ayda altı kilogramdan fazla zayıfladınız mı?
() Evet () Hayır
4. Başkaları çok zayıf olduğunuzu söylediği halde şişman olduğunuza inanıyor muydunuz?
() Evet () Hayır
5. Yemeğin hayatınıza hükmettiğini düşünüyor musunuz?
() Evet () Hayır

BEDEN ALGISI ÖLÇEĞİ

Aşağıda çeşitli vücut özellikleri ve beğenip beğenmeme ifadeleri bulunmaktadır. Yapmanız gereken, bir vücut özelliğiniz hakkındaki duygularınızı bu ifadelere göre değerlendirmektir. Örneğin bir vücut özelliğinizi çok beğeniyorsanız, bu özellik için "çok beğeniyorum" ifadesinin bulunduğu kutuya "X" işareti koyunuz. Herhangi bir vücut özelliğinizi genel olarak beğenip beğenmediğinize göre duygularınızı değerlendiriniz.

	Çok beğeniyorum	Oldukça beğeniyorum	Kararsızım	Pek beğenmiyorum	Hiç beğenmiyorum
1.Saçlarım					
2.Yüzümün Rengi					
3.iştahım					
4.Ellerim					
5.Vücudumdaki Kıl Dağılımı					
6.Burnum					
7.Fiziksel Gücüm					
8.idrar-Dışkı Düzenim					
9.Kas Kuvvetim					
10. Belim					
11.Enerji Düzeyim					
12.Sırtım					
13.Kulaklarım					
14.Yaşım					
15.Çenem					
16.Vücut Yapım					
17.Profilim					
18.Boyum					
19.Duyularımın Keskinliği					
20.Ağrıya Dayanıklılığım					
21.Omuzlarımın Genişliği					
22.Kollarım					
23.Göğüslerim					
24.Gözlerimin şekli					
25.Sindirim Sistemim					
26.Kalçalarım					
27.Hastalığa Direncim					
28.Bacaklarım					
29.Dişlerimin şekli					
30.Cinsel Gücüm					
31.Ayaklarım					
32.Uyku Düzenim					
33.Sesim					
34.Sağlığım					
35.Cinsel Faaliyetlerim					
36.Dizlerim					
37.Vücudumun Duruş şekli					
38.Yüzümün şekli					
39. Kilom					
40. Cinsel Organlarım					

FİZİK MUAYENE FORMU

CİLT:

Renk
Sıcaklık
Döküntü
Kaşıntı
Morarma
Kıllanma artışı
Anormal
Kanama

SAÇLAR:

TIRNAKLAR:

Renk değişiklikleri
Kırılganlık
Çukurlaşma
Eğilme-eğrilik

BAŞ-BOYUN:

Baş ağrısı
Travma
Baş dönmesi
Bayılma
Şişlik
Güatr

LENF NODLARI:

ENDOKRİN SİSTEM:

Vücut gelişim öyküsü
Saç ve kol dağılımı
Deride ve saçlarda kuruluk
Sıcak veya soğuk intoleransı
Polifaji
Polidipsi

MEME:

Laktasyon, Galaktore
Jinekoma
Memede kitle-yumru
Ağrı-hassasiyet

GENİTO-ÜRİNER SİSTEM:

İdrar ilgili sorunlar
Bel ağrısı/Kolik
Kasık ağrısı
İdrar kaçırma(Stres/Urge)
Genital bölgede yara

HEMOPOETİK SİSTEM:

Anemi hikayesi, transfüzyon hikayesi
Kanamalar: spontan, travmatik (diş fırçalama vs.)

SİNİR SİSTEMİ:

İşitme ve denge bozukluğu
Hafıza değişiklikleri
Baş ağrısı
Baş dönmesi
Senkop (bayılma)
Kas krampları veya fasikülasyon
Uyku bozukluğu

KAS-EKLEM:

Artralji
Artrit bulguları
Myalji
Yürüme bozukluğu

BURUN:

Akıntı
Tıkanıklık
Burun kanaması

KULAK:

İşitme kaybı
Çınlama
Baş dönmesi
Kulak akıntısı
Ağrı

AĞIZ VE BOĞAZ:

Ağız kuruluğu
Ağız ve dilde ağrı-yanma
Boğaz ağrısı
Geniz akıntısı
Dişetlerinde ağrı-kanama

GÖZ:

Görme kaybı
Gözlerde batma-kızarma
Çift görme
Yanım görme
Ağrı
Travma
Gözlük

KALP VE DOLAŞIM SİSTEMİ:

Göğüs ağrısı
Çarpıntı
Tansiyon yüksekliği veya düşüklüğü
Varis
Ekstremitelerde solukluk-soğukluk-ödem

SOLUNUM SİSTEMİ:

Öksürük
Balgam(Renk/ Koku/Kan/miktar)
Nefes darlığı
Hırıltılı solunum
Siyanoz
Yan ağrısı-batma

SİNDİRİM SİSTEMİ: İştah durumu

Oral ağıt
Halitozis (Ağız ve soluk kokusu)
Regürjitasyon
Retrosternal ağrı
Disfaji (Yutma güçlüğü; katı-sıvı gıda)
Bulantı ve Kusma
Karın ağrısı (bölge, şiddet, süre, zaman, yayılım, etki eden faktörler)
Epigastrik ağrı, yanma, ekşime
Gaz (Flatus) ve geğirme
Şişkinlik (Meteorizm)
Tenezm
Hematemez
Melana-Hematokezya
Kabızlık-İshal
Anüste ağrı, yanma, kaşıntı
Sanlık

9.2. ETİK KURUL İZNİ



T.C.
ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

Sayı: B.30.2.ODM.0.20.08/858

15.11.2019

Sayın Prof. Dr. Füsün Ayşin Artıran İğde

Etik Kurulumuza sunmuş olduğunuz **Ondokuz Mayıs Üniversitesi Pelitköy Eğitim Aile Sağlığı Merkezine** kayıtlı **adölesanlarda beden algısının benlik saygısıyla ilişkisinin incelenmesi** başlıklı OMÜ KAEK 2019/754 Karar nolu Anket çalışması nitelikli araştırma projeniz amaç, gerekçe, yaklaşım ve yöntemle ilgili açıklamaları açısından Klinik Araştırmalar Etik Kurulu yönergesine göre incelenmiş ve etik açıdan bir sakınca olmadığına, çalışmanın süresi 6 ayı geçerse 6 aylık bildirimlerinin yapılmasına, çalışma tamamlandıktan sonra sonucunun tarafımıza en geç üç(3) ay içerisinde bildirilmesine 14.11.2019 tarihli Etik kurulumuzda oy birliği ile karar verilmiştir.

Bilgilerinize arz/rica ederim.

Prof.Dr.Ramiz ÇOLAK
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Başkanı

9.3. SAMSUN İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ İZNİ



T.C.
ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ
Tıp Fakültesi Dekanlığı

Sayı : 19054817-903.99-E.47474
Konu : Dr. Hicret GÜVEN hk.

27/05/2020

AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI BAŞKANLIĞINA

İlgi : Samsun İl Sağlık Müdürlüğü'nün 20/05/2020 tarihli ve 26521195-604.02-E.673 sayılı yazısı.

Anabilim Dalınız uzmanlık öğrencilerinden Dr. Hicret GÜVEN'in Prof. Dr. Füsün Ayşın ARTIRAN İÇDE danışmanlığında yürüteceği "Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Pelitköy Aile Sağlığı Merkezine Kayıtlı Adölesanlarda Beden Algısının Benlik Saygısıyla İlişkisinin İncelenmesi" konulu uzmanlık tezini 04.05.2020-31.12.2020 tarihleri arasında Pelitköy Aile Sağlığı Merkezinde yapma isteği Samsun İl Sağlık Müdürlüğü'nün ilgi yazısı ile uygun görülmüş olup, araştırmaya izinleri işbirliği protokolü yazımız ekinde sunulmuştur.

Gereğini bilgilerinize rica ederim.

e-imzalıdır

Prof. Dr. Ayhan DAĞDEMİR
Dekan

Ek: protokol

Adres: Tıp Fakültesi Dekanlığı Kurupelit/Samsun
Telefon: 0362 312 19 19 Faks: 0362 457 60 41
Elektronik Ağ: <http://www.omu.edu.tr/>



Kep Adresi: makbule.basar@omu.edu.tr
omu@hs01.kep.tr

Makbule BAŞAR
makbule.basar@omu.edu.tr
Dahili Tet:2738

5070 Elektronik İmza Kanunu'na uygun olarak Güvenli Elektronik İmza ile üretilmiştir.

SAMSUN İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ
ARAŞTIRMA İZİNLERİ İŞBİRLİĞİ PROTOKOLÜ

Tarafları:

Bu protokol Samsun İl Sağlık Müdürlüğü ve Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı uzmanlık öğrencisi Dr. Hicret GÜVEN arasında düzenlenmiştir.

Çalışmanın Gerçekleştirileceği Yer (Kurum/Kuruluşlar):
Ondokuz Mayıs Üniversitesi Pelitköy Eğitim Aile Sağlığı Merkezi
Çalışmanın Adı:

Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Pelitköy Eğitim Aile Sağlığı Merkezi'ne Kayıtlı Adölesanlarda Beden Algısının Benlik Saygısıyla İlişkisinin İncelenmesi

Bu çalışmayı yürütecek kişi/kişiler:

Prof. Dr. Füsün Ayşın ARTTIRAN İÇDE, Dr. Hicret GÜVEN

Protokolün Hükümleri

- Bu protokol ilimiz sınırları içinde Samsun İl Sağlık Müdürlüğüne bağlı kurum ve kuruluşlarda verilen hizmetleri, yapılan koruyucu sağlık hizmeti çalışmalarını ya da yapılan kayıtlar sonucu elde edilen istatistik verileri içeren ve kurum personeli ve/veya kuruma başvuran kişilerle yapılacak bilimsel çalışmaları kurula bağlamak amacı ile düzenlenmiştir.
- Yapılacak bilimsel çalışmalar veri toplama aşamasında ilen hastanelerdeki uygulanabilirliği Samsun İl Sağlık Müdürlüğü tarafından takip edilecektir.
- Çalışma uygulanırken kapsam dışı hiçbir veri toplanmayacaktır.
- Veri toplama sırasında İl Sağlık Müdürlüğü Personelinin veri çalışmalarına katılması tamamen gönüllülük esasına dayanmaktadır.
- Çalışma üniversite veya kurum tarafından kabul edildikten sonra bir nüshası dosya halinde Samsun İl Sağlık Müdürlüğüne teslim edilecektir.
- Çalışmayı yapacak olan kişi/kişiler e) maddesini yerine getirmedeği takdirde kurumumuza ait veriler yayın/proje/tez vs. gibi bilimsel bir çalışmada kullanılmayacaktır.
- Çalışma sürecinde her tür ilaç uygulaması veya girişimsel işlem yapılacak ise ya hastanın kendisi ya da yasal vasisinden ve etik kuruldan onay alınacaktır.
- Saha çalışmasına katılan ve protokolle tespit edilen kişide değişiklik yapılması ya da yeni kişinin ihtiyacı halinde çalışmaya dâhil edilmesi durumunda Samsun İl Sağlık Müdürlüğü bilgilendirilecektir.

Protokolün süresi:

a) **Başlangıç Tarihi** 04/05/2020

Bitiş Tarihi 31/12/2020

b) Protokol, çalışmanın taraflarca planlanan ve kabul edilen süresi ile sınırlıdır. Uzatılması ancak yeni bir protokole bağlıdır.

Sözleşme Şartlarına Ayrıklık:

İlgili hükümler ihlal edildiğinde, protokolle imzası ve beyanı bulunan ilgili kişiler hakkında Samsun İl Sağlık Müdürlüğüne; kamu kurumlarının çalışmalarına ait verilerin kamudaki gizlilik ilkelerine ve resmi işleyiş esaslarına aykırı davranıldığı gerekçesiyle adli merciler nezdinde yasal işlemler başlatılacaktır.

İhtilafların çözümü:

Protokolün uygulanması ile ilgili çıkabilecek sorunların çözümü konusunda Samsun ilindeki idari yargı mercileri yetkilidir.

İlgili protokol hükümlerini ve cezai müeyyidelerini okudum ve kabul ettim.

04.05.2020
Dr. Hicret GÜVEN
Ondokuz Mayıs Üniversitesi

15.05.2020
Dr. Hatice Öz
Halk Sağlığı Hizmetleri Başkanı Yrd.

OLUR
15.05/2020
Dr. Öğr. Üyesi M. Ali ORUÇ
Samsun İl Sağlık Müdürü

TURKISH Tumitin Orjinalitik Raporu kucretaztumitin.docx Anonymous tarafindan Hicretiaz (OMU AHAD tecler) den 14-Eyl-2020 10:51 +03'de isieme kondu NUMARA : 1386608297 Kelime Sayisi : 20252	Benzetik Endeksi %4	Kaynaga gine Benzetile <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="padding: 2px;">Internet Sources</th> <th style="padding: 2px;">Yayinlar</th> <th style="padding: 2px;">Ogremis Olaylari</th> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 2px;">%3</td> <td style="text-align: center; padding: 2px;">%2</td> <td style="text-align: center; padding: 2px;">%4</td> </tr> </table>	Internet Sources	Yayinlar	Ogremis Olaylari	%3	%2	%4
Internet Sources	Yayinlar	Ogremis Olaylari						
%3	%2	%4						

kaynaklar:

- 1

< 1% match (06-Mar-2020 tarihli internet)

<http://www.scholarium.org/toksalunum2019-Soga/Solumun2019TamMetin.pdf?e=12345>
- 2

< 1% match (05-Agu-2015 tarihli internet)

http://www.journalagent.com/kuheadipota/KUHHEAD_11_2_38_37.pdf
- 3

< 1% match (07-May-2019 tarihli internet)

<http://www.cdc.gov/eas/hazette/reu.edu.tr:8080/xmlui/bitstream/handle/11655/1096/39a73b16-9bb6-46d7-8568-8cc4db7b5332.pdf?allowed=y&sequence=1>
- 4

< 1% match (14-Agu-2020 tarihli internet)

<http://www.asrmehben.com/bebek-cocuk-aragan-izlem-protokolieri>
- 5

< 1% match (23-Oca-2020 tarihli internet)

<http://openaccess.hacettepe.edu.tr:8080/xmlui/bitstream/handle/11655/21744/Etilik%20H%204%20ad7%20y%20a%20lowed-y&sequence=1>
- 6

< 1% match (yayinlar)

KARABULUT, Hilal and SENDIL, Gul. "ANNELIK BEKKILIGI OLCEGININ ARAB TURKCE YE UYARLANMASI". Dicle Universitesi. 2017.
- 7

< 1% match (21-May-2020 tarihli internet)

<https://www.yurtmu.com.tr/document/view/15733694/trkiye-universitesi-so-fakultesi>
- 8

< 1% match (yayinlar)

TANIRVERDI, Deriva, SAVAS, Esen, GONULLUGOLU, Husein, KURDAL, Ebru and BALIK, Gecme. "Lise Ogrencilerin yeme tutumları, yeme davranışları ve benlik saygılarının incelenmesi". TUGITAK. 2011.
- 9

< 1% match (11-Sub-2016 tarihli internet)

http://cukcihakiminden.com/en/content/uploads/2016/12/Sebek_mocuk_aragan_izlem_protokolieri.pdf
- 10

< 1% match (26-Ara-2019 tarihli internet)

<https://ojs.uaherpen2020.com/gonsetler/files/tematik-kilap-sorreyuz.pdf>
- 11

< 1% match (08-Sub-2020 tarihli internet)

<http://wotensam.demiroglu.bilm.edu.tr:8080/xmlui/bitstream/handle/11446/163/DREZ%20BZ%C4%B0REYL%20a%20lowed-y&sequence=1>
- 12

< 1% match (14-Haz-2020 tarihli internet)

<https://halis.mehmetakif.edu.tr/2018/fleksiyeler-19-10-2018.pdf>
- 13

< 1% match (06-Tem-2015 tarihli internet)

<http://www.scivisionopen.com/scivisionopen/20-hadiolaci-ich-suuyali-hekar/922-tuthtyt-nufus-maag-i-kawet-malar-gomusunda-serre-skan-burqular.htm>
- 14

< 1% match (10-Eki-2015 tarihli internet)

<http://www.icc.org.tr/icecek.php?id=12&id=2>
- 15

< 1% match (yayinlar)

ÜLGERİ, Zekiye, AÇAR, Cevdet and TORUN, Perihan. "Türkiye'de Okullarda Alkol Kullanımı Konusunda Yapılan Araştırmalar Yeter mi?". Türkiye Testleri Cemiyeti. 2013.
- 16

< 1% match (28-Agu-2019 tarihli internet)

<http://benzercecelik.com/ogpg2>