



TÜRKİYE CUMHURİYETİ
MANİSA CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI

İZMİR BAYRAKLI TOPLUM SAĞLIĞI MERKEZİ
BÖLGESİNDE BULUNAN İLKÖĞRETİM İKİNCİ KADEME
ÖĞRENCİLERİNİN TIBBİ VE SOSYAL DURUMLARI VE
BUNLARI ETKİLEYEN DEĞİŞKENLER

TÜLAY ŞEN ÖZTÜRK

YÜKSEK LİSANS TEZİ

HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI

DANIŞMAN

Prof. Dr. ERHAN ESER

MANİSA, 2018



TÜRKİYE CUMHURİYETİ
MANİSA CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI

İZMİR BAYRAKLI TOPLUM SAĞLIĞI MERKEZİ
BÖLGESİNDE BULUNAN İLKÖĞRETİM İKİNCİ KADEME
ÖĞRENCİLERİNİN TIBBİ VE SOSYAL DURUMLARI VE
BUNLARI ETKİLEYEN DEĞİŞKENLER

TÜLAY ŞEN ÖZTÜRK
YÜKSEK LİSANS TEZİ

HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI

Prof. Dr. ERHAN ESER

(Tez Danışmanı)

Doç. Dr. BEYHAN CENGİZ ÖZYURT

(Jüri Üyesi)

Doç. Dr. IŞIL ERGİN

(Jüri Üyesi)

MANİSA, 2018

BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından, veri toplanması ve yazımına kadar bütün safhalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tez çalışmayla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı, yine bu tezin çalışılması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını beyan ederim.

Tülay ŞEN ÖZTÜRK



ÖNSÖZ

Tezimin her aşamasında ve eğitimim boyunca benimle tüm yaşam deneyimlerini ve bilgi birikimlerini paylaşan, rehberlik eden çok kıymetli danışman hocam Prof. Dr. Erhan ESER'e,

Eğitimim süresince bana destek veren, bilgi ve katkılarını esirgemeyen değerli hocalarım Prof. Dr. Cemil ÖZCAN, Prof. Dr. Erhan ESER, Prof. Dr. Pınar ERBAY DÜNDAR ve Doç. Dr. Beyhan CENGİZ ÖZYURT'a,

Bana her konuda sevgi ile destek olan, varlıkları ile bana güç veren sevgili eşim, annem ve kardeşime,

Tez süreci boyunca beni tüm kalbi ile destekleyen, yardımını esirgemeyen, deneyimlerinden faydalandığım sevgili Uz. Dr. Özlem PEKEL'e,

Eğitimim süresince her zaman yanımda olan Bayraklı Toplum Sağlığı Merkezi'ndeki canım oda arkadaşlarıma, değerli çalışma arkadaşlarıma ve yüksek lisans eğitimine başlamam için beni yüreklendiren sevgili Dr. Emre SAĞDIÇ'a içten teşekkürlerimi sunuyorum.

TülayŞENÖZTÜRK

İÇİNDEKİLER

	Sayfa No
Önsöz.....	i
Kısaltmalar.....	iv
Tablolar Dizini.....	v
Özet.....	1
Summary.....	3
1. GİRİŞ.....	5
1.1. Çalışmanın Amacı.....	6
2. GENEL BİLGİLER.....	7
2.1. Adolesan Dönem.....	7
2.2. Okul Sağlığı.....	8
2.3. Dünya’da Okul Sağlığının Gelişim Süreci.....	9
2.4. Türkiye’de Okul Sağlığının Gelişim Süreci.....	11
2.5. Okul Sağlığı Programları.....	15
2.5.1. Okul Sağlığı Hizmetleri.....	15
2.5.1.1. Okula Kabul Muayenesi.....	15
2.5.1.2. Periyodik Muayene.....	16
2.5.1.3. Tarama Programları.....	16
2.5.1.4. Bulaşıcı Hastalıklardan Korunma.....	16
2.5.1.5. Sağlık Kayıtları.....	17
2.5.2. Sağlık Eğitimi.....	17
2.5.2.1. Çocuk ve Adolesanlarda Riskli Sağlık Davranışları.....	19
2.5.2.1.1. Beslenme Düzeni.....	19
2.5.2.1.2. Diyet Yapma ve Vücut Algısı.....	21
2.5.2.1.3. Büyüme Gelişim Durumu.....	22
2.5.2.1.4. Ağız ve Diş Sağlığı.....	25
2.5.2.1.5. Fiziksel Aktivite.....	25
2.5.2.1.6. Sedarter Yaşam.....	27
2.5.2.1.7. Zararlı Madde Kullanım Alışkanlıkları.....	28
2.5.2.1.8. Yaralanmalar, Kazalar ve Şiddet.....	33
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	36
3.1. Araştırmanın Tipi.....	36
3.2. Araştırmanın Evreni.....	36
3.3. Araştırmanın Örneklemi.....	36
3.4. Araştırmanın Hipotezleri.....	38

	Sayfa No
3.5. Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri.....	39
3.5.1. Bağımlı Değişkenler.....	39
3.5.2. Bağımsız Değişkenler.....	40
3.6. Veri Toplama Aracı ve Veri Toplama.....	42
3.7. Analiz.....	43
3.8. Çalışmanın Kısıtlılıkları.....	43
3.9. Çalışmanın Güçlü Yanları.....	43
4. BULGULAR	44
4.1. Demografik ve Sosyo Ekonomik Özellikler.....	46
4.2. İletişim ve Sosyal İlişkiler.....	52
4.3. Beslenme Düzeni.....	53
4.4. Diyet Yapma Durumu.....	58
4.5. Büyüme Gelişme Durumu.....	62
4.6. Ağız-Diş Sağlığı.....	66
4.7. Fiziksel Aktivite.....	70
4.8. Sedanter Yaşam.....	74
4.9. Zararlı Madde Kullanım Alışkanlıkları.....	78
4.10. Yaralanmalar, Kazalar ve Şiddet.....	81
5. TARTIŞMA	95
5.1. Sağlıksız Beslenme Alışkanlıkları.....	95
5.1.1. Beslenme Düzeni.....	95
5.1.2. Diyet Yapma.....	98
5.1.3. Büyüme Gelişme Durumu.....	99
5.2. Fiziksel Aktivite ve İnaktivite.....	104
5.2.1. Fiziksel Aktivite.....	104
5.2.2. Sedanter Yaşam.....	106
5.3. Ağız- Diş Sağlığı.....	110
5.4. Zararlı Madde Kullanım Alışkanlıkları.....	113
5.5. Yaralanmalar, Kazalar ve Şiddet.....	116
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	122
6.1. Sonuç.....	122
6.2. Öneriler.....	124
7. KAYNAKLAR	126
8. EKLER	142

KISALTMALAR

ADNKS: Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi

ASGOP: Avrupa'da Sağlığı Geliştiren Okullar Ağı Projesi (The European Network of Health Promoting Schools)

BKİ: Beden Kitle İndeksi

CDC: Center for Disease Control and Prevention (Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezi)

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

ESPAD: The European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs (Avrupa Alkol ve Diğer Uyuşturucular Okul Araştırması)

HBSC: Health Behaviour in School Aged Children (Okul Çağı Çocuklarda Sağlık Davranışı)

MEB: Milli Eğitim Bakanlığı

NHANES: National Health and Nutrition Examination Survey (Ulusal Beslenme ve Sağlık Taraması)

SB: Sağlık Bakanlığı

ŞÖNİM: Şiddeti Önleme ve İzleme Merkezi

TBSA: Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması

TOÇBİ: Türkiye'de Okul Çağı Çocuklarında Büyüme İzleme Projesi

TÜİK: Türkiye İstatistik Kurumu

UNICEF: United Nations International Children's Emergency Fund

UNODC: United Nations Office on Drugs and Crime (Birleşmiş Milletler Suç Ofisi)

YRBS: Youth Risk Behaviour Surveillance

TABLolar DİZİNİ

Tablo 1. Araştırmaya Katılan Öğrencilerin Sınıf ve Okul Konumuna Göre Dağılımı

Tablo 2. Araştırmaya Katılan Okulların Listesi

Tablo 3. Araştırmaya katılan öğrencilerin cinsiyet ve sınıflara göre dağılımı

Tablo 4. Araştırmaya katılan öğrencilerin cinsiyet, sınıf ve okul konumuna göre dağılımı

Tablo 5. Araştırmaya katılan öğrencilerin sınıflarına göre yaş ortalamaları

Tablo 6. Araştırmaya katılan öğrencilerin anne ve babalarının eğitim durumlarının cinsiyet ve sınıflara göre dağılımı

Tablo 7. Araştırmaya katılan öğrencilerin annelerinin çalışma durumlarının cinsiyet ve sınıflara göre dağılımı

Tablo 8. Öğrencilerin sosyal sınıflarının cinsiyet ve sınıflara göre dağılımı

Tablo 9. Araştırmaya katılan öğrencilerin evlerinin konumu ve aile tiplerinin cinsiyet ve sınıflara göre dağılımı

Tablo 10. Araştırmaya katılan öğrencilerin yaşadıkları çevrenin özelliklerinin cinsiyet ve sınıflara göre dağılımı

Tablo 11. Araştırmaya katılan öğrencilerin gelir algıları

Tablo 12. Araştırmaya katılan öğrencilerin anne ve babalarının sosyo demografik özelliklerinin cinsiyet ve sınıflara göre dağılımı

Tablo 13. Araştırmaya katılan öğrencilerin babaları ve anneleri ile iletişimlerinin cinsiyet ve sınıfa göre dağılımı

Tablo 14. Öğrencilerin okul başarı algıları ve okul hakkındaki düşünceleri

Tablo 15. Araştırmaya katılan öğrencilerde telefonla konuşma, mesajlaşma ve e-posta gönderme sıklıkları

Tablo 16. Araştırmaya katılan öğrencilerde okul sonrası arkadaşlarıyla zaman geçirme sıklığı

Tablo 17. Araştırmaya katılan öğrencilerin kültürel aktivitelere katılma durumlarının cinsiyet ve sınıflara göre dağılımı

Tablo 18. Araştırmaya katılan öğrencilerin hafta içi ve hafta sonu kahvaltı yapma durumlarına göre dağılımı

Tablo 19. Öğrencilerin düzenli kahvaltı yapma durumlarına göre dağılımı

Tablo 20. Öğrencilerin öğle ve akşam yemeği yeme durumlarına göre dağılımı

Tablo 21. Araştırmaya katılan öğrencilerin kahvaltı düzenlerinin risk faktörlerine göre dağılımı

Tablo 22. Araştırmaya katılan öğrencilerin kahvaltı düzenlerinin sosyal ilişkilere göre dağılımı

Tablo 23. Düzenli kahvaltı yapmayı etkileyen değişkenler

- Tablo 24. Araştırmaya katılan öğrencilerin beden algılarının cinsiyet ve sınıflara göre dağılımı
- Tablo 25. Araştırmaya katılan öğrencilerin dış görünüm algılarının cinsiyet ve sınıflara göre dağılımı
- Tablo 26. Araştırmaya katılan öğrencilerin son 12 ayda diyet yapma durumu
- Tablo 27. Araştırmaya katılan öğrencilerin son 12 ayda diyet yapma durumu
- Tablo 28. Araştırmaya katılan öğrencilerin son 12 ayda diyet yapma durumlarının risk davranışlarına ve anne baba özelliklerine göre dağılımı
- Tablo 29. Son 12 ayda diyet yapmayı etkileyen değişkenler
- Tablo 30. Araştırmaya katılan öğrencilerin büyüme ve gelişme durumları
- Tablo 31. Araştırmaya katılan öğrencilerin büyüme ve gelişme durumlarının yerleşim yerine göre dağılımı
- Tablo 32. Araştırmaya katılan öğrencilerin büyüme gelişme durumlarının risk faktörlerine göre dağılımı
- Tablo 33. BKİ'ye göre zayıflığı etkileyen değişkenler
- Tablo 34. BKİ'ye göre obeziteyi etkileyen değişkenler
- Tablo 35. Araştırmaya katılan öğrencilerin günlük diş fırçalama düzenlerinin cinsiyet ve sınıflara göre dağılımı
- Tablo 36. Araştırmaya katılan öğrencilerin günlük diş bakımlarının sınıf ve cinsiyetlere göre dağılımı
- Tablo 37. Araştırmaya katılan öğrencilerin diş fırçalama düzenlerinin demografik özelliklerine ve anne baba özelliklerine göre dağılımı
- Tablo 38. Araştırmaya katılan öğrencilerin diş fırçalama düzenlerinin risk faktörlerine göre dağılımı
- Tablo 39. Diş fırçalama düzenini etkileyen değişkenler
- Tablo 40. Araştırmaya katılan öğrencilerin fiziksel aktivite düzeylerinin sınıf ve cinsiyetlere göre dağılımı
- Tablo 41. Araştırmaya katılan öğrencilerin fiziksel aktivite düzenlerinin sınıf ve cinsiyetlere göre dağılımı
- Tablo 42. Araştırmaya katılan öğrencilerin fiziksel aktivite düzenlerinin sosyo demografik ve sosyo ekonomik özelliklere göre dağılımı
- Tablo 43. Araştırmaya katılan öğrencilerin fiziksel aktivite düzeylerinin risk faktörlerine göre dağılımı
- Tablo 44. Fiziksel aktivite düzenini etkileyen değişkenler
- Tablo 45. Araştırmaya katılan öğrencilerin günlük televizyon izleme/ bilgisayar başında vakit geçirme sürelerinin cinsiyet ve sınıfa göre dağılımı
- Tablo 46. Araştırmaya katılan öğrencilerin günlük televizyon izleme/bilgisayar başında vakit geçirme sürelerine göre sedanter yaşam varlığı

Tablo 47. Araştırmaya katılan öğrencilerin sedanter yaşam düzeninin sosyo demografik ve sosyo ekonomik özelliklere göre dağılımı

Tablo 48. Araştırmaya katılan öğrencilerin sedanter yaşam düzeninin aile özelliklerine göre dağılımı

Tablo 49. Sedanter yaşamı etkileyen değişkenler

Tablo 50. Araştırmaya katılan öğrencilerin zararlı madde kullanımlarının cinsiyet ve sınıfa göre dağılımı

Tablo 51. Araştırmaya katılan öğrencilerin zararlı madde kullanım sıklıklarının cinsiyet ve sınıfa göre dağılımı

Tablo 52. Araştırmaya katılan öğrencilerin zararlı madde kullanımlarının sosyo demografik özelliklere göre dağılımı

Tablo 53. Araştırmaya katılan öğrencilerin zararlı madde kullanımlarının risk durumlarına göre dağılımı

Tablo 54. Zararlı madde kullanımını etkileyen değişkenler

Tablo 55. Araştırmaya katılan öğrencilerin yaralanma durumlarının cinsiyet ve sınıflara göre dağılımı

Tablo 56. Araştırmaya katılan öğrencilerdeki son bir yılda olan yaralanmalarında tedavi edildiği yer ve gün kayıpları

Tablo 57. Araştırmaya katılan öğrencilerin son 1 yılda yaralanma durumlarının risk faktörlerine göre dağılımı

Tablo 58. Araştırmaya katılan öğrencilerin son 1 yılda yaralanma durumlarının anne baba özelliklerine göre dağılımı

Tablo 59. Yaralanma durumunu etkileyen değişkenler

Tablo 60. Araştırmaya katılan öğrencilerin son bir yılda kavga etme durumunun cinsiyet ve sınıflara göre dağılımı

Tablo 61. Araştırmaya katılan öğrencilerin son 1 yılda kavga yaşama sayısı ile risk faktörlerinin dağılımı

Tablo 62. Kavga etme sıklığını etkileyen değişkenler

Tablo 63. Araştırmaya katılan öğrencilerin arkadaşları tarafından zorbalığa maruz kalma durumları

Tablo 64. Araştırmaya katılan öğrencilerin son 1 yılda zorbalığa maruz kalma durumlarının risk faktörlerine göre dağılımı

Tablo 65. Zorbalığa maruz kalmayı etkileyen değişkenler

Tablo 66. Araştırmaya katılan öğrencilerin arkadaşlarına zorba davranışta bulunma durumları

Tablo 67. Araştırmaya katılan öğrencilerin zorbalık yapma durumlarının risk faktörlerine göre dağılımı

Tablo 68. Zorbalık yapmayı etkileyen değişkenler

Tezin Başlığı: İzmir Bayraklı Toplum Sağlığı Merkezi Bölgesinde Bulunan İlköğretim İkinci Kademe Öğrencilerinin Tıbbi Ve Sosyal Durumları Ve Bunları Etkileyen Değişkenler

Öğrencinin Adı: Tülay ŞEN ÖZTÜRK

Danışmanı: Prof. Dr. Erhan ESER

Anabilim Dalı: Halk Sağlığı

ÖZET

Amaç: Bu araştırmayla İzmir'in Bayraklı ilçesinde İlköğretim ikinci kademe öğrencilerinin demografik özelliklerinin saptanması, adolesan dönem sorunlarının ortaya konması, riskli sağlık davranışlarının ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Araştırma kesitsel bir çalışmadır. Araştırmanın evreni, Bayraklı ilçesinde ilköğretim ikinci kademe okullarındaki toplam 11548 öğrenci olup minimum örneklem büyüklüğü 805 olarak hesaplanmıştır. Toplam 875 öğrenciye ulaşılmıştır. Araştırmaya alınacak okullar tabakalı-rastgele örneklem yöntemiyle belirlenmiştir. Kullanılan Okul Çağı Çocukları Sağlık Davranışı 2009/10 anket formu araştırmacının gözetmenliğinde doldurulmuş ve öğrencilerin boy-kiloları araştırmacı tarafından sınıfta ölçülmüştür.

Bulgular: Araştırmaya katılan 875 öğrencinin %51'i erkek, %49'u kızdır. Çalışmamızda sedanter yaşam oranı %85,5'dir. Öğrencilerin %22,2'si fazla kilolu, %17,3'ü obezdir. Öğrencilerin %7,1'inin sigara, %8'inin alkol kullanımı olduğu görülmüştür. Obezite, sedanter yaşam, düzensiz diş fırçalama, zararlı madde kullanımı, yaralanma, zorbalık yapma erkeklerde anlamlı olarak yüksek görülürken; zayıflık, düzensiz fiziksel aktivite ise kızlarda anlamlı olarak yüksek görülmüştür. Yarı kentsel bölgede düzensiz fiziksel aktivite, kentsel bölgede sedanterlik fazladır. Erkek olma, yaşı büyük olma, sosyal medya kullanımı zararlı madde kullanımını anlamlı olarak arttırmaktadır (Nagelkerke $R^2= 0,186$).

Sonuçlar ve Öneriler: Çalışmamızda obezite ve sedanter yaşam prevalansı yüksek bulunmuştur. Sosyal medya kullanımının sedanterliği etkileyen en önemli faktör olduğu görülmektedir. Çalışmamızda şiddet oranları önlem almayı gerektirecek düzeydedir. Beslenmeyle ilgili olumlu davranışların desteklenmesi, aile bireylerine

eğitim verilmesi ve çocukların hareketli yaşama geçiş yapmaları için yönlendirilmeleri gerekmektedir. Őiddetle mücadelede öğretmenler, rehberlik ğretmenleri, okul yönetimi ve aile iş birliği sağlanmalıdır.

Anahtar Szckler: Okul Sağlığı, Sağlığı Geliştirme Davranışı, Ergenler, HBSC



Thesis Title: Medical And Social Status Of Students In Second Grade Of Primary Schools Within Izmir Bayraklı Community Health Center Area And Effective Variables

Student's Name: Tülay ŞEN ÖZTÜRK

Supervisor: Prof. Dr. Erhan ESER

Major Parents: Public Health

SUMMARY

Objective: This study objectives to determine the demographic characteristics of the students in the second grade of primary school in the Bayraklı district of Izmir with the aim being to understand their effect on problems seen in the adolescence period, as well as to identify factors leading to risky health behaviors and the factors affecting them.

Materials and Methods: This cross-sectional study consisted of 11,548 students in the second grade of primary school in the Bayraklı district. The minimum sample size was found to be 805 and a total number of 875 students were reached. The schools included in the research were determined through a stratified and random sampling method. The Health Behavior of School-Age Children 2009/10 questionnaire was applied to the study sample under the supervision of the researcher, and the height-weight of the students was measured by the researcher in the classroom.

Results: Of the 875 students that participated in the study, 51 percent were male and 49 percent were female, and the sedentary lifestyle rate of our study was found to be 85,5 percent. Of the students, 22,2 percent were overweight and 17,3 percent were obese. Smoking was observed in 7,1 percent of the students and 8 percent were observed to use alcohol. Obesity, sedentary lifestyle, irregular dental hygiene, hazardous substance use, injury and bullying were observed to be significantly high in males whereas being underweight and irregular physical activity were significantly higher in females. Irregular physical activity was found to be common in the semi-urban region, while in the urban regions, sedentary lifestyles were more common. Being male, of an older age and using social media significantly increased the use of harmful substances (Nagelkerke $R^2=0,186$).

Conclusions and Suggestions: The prevalence of obesity and a sedentary lifestyle was found to be high in the study, and the use of social media was found to be the most important factor affecting this. Violence rates in our study were found to be at a level

where precautions need to be taken. Positive nutritional behaviors should be supported, family members should be trained and children should be directed to adopt an active lifestyle. Teachers, guidance teachers, school administration and the family should cooperate in tackling violence.

Key Words: School Health, Health Promotion Behavior, Adolescents, HBSC



1. GİRİŞ

“Okul; çocuk, genç insan ve yetişkinlerin daha sağlıklı, daha uzun, daha konforlu ve daha fazla üretken bir hayat sürmeleri amacıyla eğitim ve öğretim gördükleri bina ve kurumlardır” (Sağlık Bakanlığı 2007). “Okullar, özel bir sosyal ve fizik çevrede ve uygun öğrenim ortamı içinde çocukların yetişmesini, gelişmesini ve geleceğe hazırlanmasını sağlayan kuruluşlardır” (Akin ve ark. 2000). Okul dönemi insan hayatında önemli bir yer tutmaktadır. 2015 yılı Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi (ADNKS) verilerine göre ülkemizin okul çağı yani 5-19 yaş grubu nüfusu 19 milyonun üzerindedir. Okul çağı çocuk nüfusu, ülke nüfusunun yaklaşık %24,2’sini oluşturmaktadır (ADNKS 2015).

Bir ülkenin gelişmişlik düzeyinin belirlenmesinde önemli olan sağlıklı insan gücü, çocukluktan başlayarak bilinçli sağlığa sahip, sağlığını koruyan ve sağlık sorunu yaşadığında fark eden bireylerin yetiştirilmesiyle mümkündür (Bilgel 1993) Okul çağı çocukları, toplumun sağlık düzeyinin yükseltilmesinde önemli yere sahiptir. Sağlıklı çocuklar toplumların geleceğinin güvencesidir. Bu dönemde çocuklar sürekli büyüme ve gelişme içindedir. Çocukların okulda bir arada bulunmaları ve sağlığı etkileyen bilgi, davranış ve değerleri daha çok okulda kazanmaları bu dönemin önemini artırır (Güler ve Kubilay 2004; Coşgun ve Kara 2015).

“Gelecek yıllarda toplumu oluşturacak ve topluma hizmet sunacak olan çocukları yetiştiren okul; geleceğimizin güvencesi olan çocukların fiziksel, mental, ruhsal ve sosyal gelişmelerini sağlıklı bir biçimde sürdürebilmelerinin sağlanması, hastalıklarının önlenmesi, sağlığı geliştirici davranışların benimsetilmesi, böylece çalışkan ve sorumluluklarının bilincinde bireylerin yetiştirilmesi için mükemmel bir ortamdır” (Croghan ve Johnson 2004).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) Avrupa Bölgesi’nin 21. Yüzyılda Herkes İçin Sağlık hedeflerinden biri ‘Gençlerin 2020 yılına kadar daha sağlıklı olmalarını ve toplum içindeki rollerini sağlıklı bir biçimde yerine getirebilmelerini sağlamaktır’. Bu hedef

çocuk ve gençlerin sağlığını koruyan ve geliştiren okul sağlığı hizmetlerinin önemine işaret etmektedir (Akgün ve ark. 2010).

1.1. ÇALIşMANIN AMACI

Bu araştırma ile İzmir'in Bayraklı ilçesinde bulunan İlköğretim ikinci kademe öğrencilerinin demografik özelliklerinin saptanması, adolesan dönem sorunlarının ortaya konması, okul çağı çocuklarında riskli sağlık davranışlarının ve bunları etkileyen faktörlerinin saptanması amaçlanmıştır.



2. GENEL BİLGİLER

2.1. ADOLESAN DÖNEM

Dünya Sağlık Örgütü, 10-19 yaşlar arası adolesan dönem olarak tanımlamaktadır. Çocuklukla yetişkinlik arasındaki bu dönem; fiziksel, psikolojik ve sosyal değişimin bir arada yaşandığı hızlı ve dinamik bir dönemdir. Adolesanın, gelecek yaşamındaki sağlık düzeyi, adolesan dönemde yaşadığı değişim süreçlerini nasıl geçirdiği ile ilintilidir. Başka bir ifade ile sağlık açısından riskli davranışlar genellikle adolesan dönemde kazanılır, sonuçları ise erişkin döneme yansyarak mortalite ve morbidite oranlarında artışa neden olur (Kann ve ark. 1999; Kara ve ark. 2003; Dağdevire ve Şimşek 2013; Bebiş ve ark. 2015).

Adolesan dönemde fiziksel gelişim, motor gelişim, bilişsel gelişim, psikolojik gelişim, psikososyal gelişim ve kişilerarası toplumsal gelişim açısından birey hızlı bir değişim içerisindedir (Çağlayaner ve Gönenli 1998). Cinsiyet hormonlarının salgılanması ile birlikte adolesanda kadın ve erkeğe özgü bulgular görülmeye başlar. Pubertal dönem denilen bu evreye kızlar 10-11, erkekler ise 12 yaşında girerler. Erişkin dönem boy uzunluğunun %20'sinin adolesan dönemde kazanılmaktadır (Özcebe 2002).

Erişkin dönemine geçerken adolesanda cinsel kimliğini kabullenme, kimlik edinme, toplumsallaşma ve geleceğini biçimlendirme konularında sorunlar yaşanır (Sağlık Bakanlığı 2007). Bilişsel gelişimi olgunlaşmamış adolesana, olumsuz sosyal çevre faktörü de eşlik ettiğinde riskli davranışlara eğilim artmaktadır (Tenore ve Lipsky 2001).

Yeni bedenine, yeni kişiliğine, sosyal değişime uyum sürecinde olan adolesan, sağlığını tehdit edebilecek birçok risk faktörü ile karşı karşıya kalmaktadır. Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezi (CDC, Center for Disease Control and Prevention) adolesan sağlığını tehdit eden riskli davranışları; tütün kullanımı, alkol ve diğer madde kullanımı, sağlıksız beslenme, fiziksel inaktivite, güvensiz cinsel yaşam, istemli ve istemsiz yaralanma ve şiddete uğrama olarak sınıflandırmıştır (Dağdevire ve Şimşek 2013; Pekcan 2015; Bebiş ve ark. 2015).

2.2. OKUL SAĞLIĞI

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'ne göre sağlık tanımı “yalnızca hastalık ve sakatlığın olmayışı değil; fiziksel ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik halidir” şeklindedir (Kann ve ark 1999). Sağlıklı bir toplum yaratmak için çocukların bedensel ruhsal ve sosyal yönden sağlıklı olması gerekir (Akın ve ark. 2000). Fiziksel ve sosyal çevresi ile okul, sağlığı doğrudan etkilemektedir (Pekcan 2015).

Okul sağlığı, “öğrenciler ve okul personelinin aileleri ile birlikte sağlığının değerlendirilmesi, geliştirilmesi, sağlıklı okul yaşamının sağlanması ve sürdürülmesi; öğrenciye, okula ve dolayısıyla toplumun yaklaşık %20'sini oluşturan topluluğa sağlık eğitimi verilebilmesi için yapılan çalışmalar olarak” tanımlanmaktadır. Okul sağlığı hizmetleri, toplumda okul çağındaki bütün çocukların olabilecek en iyi bedensel, ruhsal ve toplumsal sağlığa kavuşmalarının sağlanmasını ve sürdürülmesini, okul çocuklarının sağlıklı bir çevrede gelişiminin sağlanmasını ve çocukların, ailelerinin ve toplumun sağlık düzeyinin yükseltilmesini amaçlamaktadır (Çağlayaner ve Gönenli 1998; Çakır 2005; Sağlık Bakanlığı 2007).

Okul sağlığı çalışmaları, okul personeli ve var ise sağlık personelinin katılıp iş birliği yaptığı ortak bir etkinliktir. Bu çalışmalar 3 ana parçadan oluşur (Pekcan 2015):

1. Okul Sağlığı Hizmetleri
2. Sağlık Eğitimi
3. Çevre Sağlığı

Sağlıklı çocuklar toplumların geleceğinin güvencesidir. Daha sağlıklı bir gençlik ve üretken toplum yaratabilmek için okul sağlığı hizmetleri geliştirilmelidir (Coşgun ve Kara 2015). Okul sağlığı hizmetleri, okul çağı çocuklarında riskli sağlık davranışlarının belirlenmesi ve bu risk davranışlarının önlenmesi için uygun faaliyetleri kapsamalıdır (Hatipoğlu 2016).

2.3. DÜNYA'DA OKUL SAĞLIĞININ GELİŞİM SÜRECİ

Avrupa'da bulaşıcı hastalıkların yayılmasını önlemek ve okul sebepli hastalıkları düzeltmek amacıyla okul sağlığı programları başlamıştır. 1930'lu yıllarda ise, koruyucu sağlık hizmetleri de okul sağlığı programlarının kapsamı içine alınmıştır (İgoe 1994; Bilgel 1997; Çağlayaner ve Gönenli 1998; Çakır 2005; Arabacı 2010; Pekcan 2015).

1789 Fransız Devrimi ile birlikte "Okul Sağlığı" önemsenmeye başlanmıştır. 1833 yılında ilk kez Fransa'da, okul sağlığı konusunda 'Okullarda Tıbbi Gözlem' adlı bir kanun çıkarılarak, okul binalarının ve öğrencilerin hijyen ve sağlık koşullarından, okul yönetimi sorumlu hale getirilmiştir. 1842 yılında Fransa'da okullarının hekimler tarafından düzenli olarak denetim ve kontrol edilmesi sağlanmıştır.

1868 yılında İsveç'te, 1869 yılında Almanya'da, 1871 yılında Rusya'da, 1873 yılında Avusturya'da devlet okullarına hekimler atanmıştır. 1874 yılında Avrupa'da okul sağlığı hizmetleri örgütü ilk kez Brüksel'de kurulmuştur ve Brüksel'de bütün okullar 3 ayda bir hekim denetiminden geçirilmeye başlanmıştır. 1882 yılında İngiltere'de Dr. Clement Dukes tarafından ilk okul sağlığı kitabı olan "Okul ve Sağlık" kitabı yayınlanmıştır. 1894 yılında ABD'de okullarda Tıbbi Gözlem Teşkilatı kuruldu ve devlet okullarına tıbbi muayene zorunluluğu getirilmiştir. İlk olarak 1897 yılında Danimarka Kopenhag'da, 1905 yılında Hollanda Amsterdam'da halk sağlığı birimlerine bağlı okul sağlığı birimi kurulmuştur. 1915 yılında ABD'de temel sağlık bilgileri, sağlıklı okul yaşamı, okul sağlık birimlerinde uygulama ile öğrenme, sağlık bilgisi dersleri ve diğer derslerde de konular çerçevesinde sağlık eğitimi verilmesini kapsayan modern sağlık eğitimi programı başlatılmıştır.

1950 yılında DSÖ ilk okul sağlığı hizmetleri toplantısını yaptı. 1977 yılında DSÖ; UNICEF (United Nations International Children's Emergency Fund) ve çeşitli ülkelerin okul sağlığı komiteleri, farklı yıllarda toplantılar yaparak; okul sağlığının önemi, etkinliklerin planlanması, uygulanması konularında raporlar yayınladı. 1977 yılındaki raporda,

1. Okul sağlığı eğitim programları bir ekip çalışması olmalıdır. Ekipte hekim veya hemşire, ğretmen, sosyal hizmet uzmanı ve psikolog olmalıdır.
2. Diş taramaları, görme taramaları, ruh sağlığı ve sağlık eğitimi konularına özel önem verilmelidir.
3. Aile ile koordineli çalışılmalıdır.
4. Okul sağlığı çalışmalarını yürüten ekip diğer sağlık kuruluşları ve sosyal kurumlarla bağlantı içerisinde olmalıdır.
5. Tıp eğitimi veren okullarda mezuniyet öncesi ve sonrası eğitimde okul sağlığı konusu olmalıdır.
6. Fizik ya da mental sakatlığı olan çocuklar mümkün oldukça diğer çocuklarla aynı okullarda okutulmaya çalışılmalıdır, maddelerine yer verilmiştir.

1983/84 yılında ilk olarak 5 ülkenin katılımı ile başlayan ‘‘Okul ağı ocuklarda Sağlık Davranışı’’ (Health Behaviour in School Aged Children- HBSC) alışması 11, 13, 15 yaş grubu öğrencilerde dört yılda bir yürütülmektedir. Çalışmaya 1985/1986 döneminde 13 ülke, 1989/1990 döneminde 16 ülke, 1993/1994 döneminde 25 ülke, 1997/1998 döneminde 29 ülke, 2001/2002 döneminde 35 ülke, 2005/2006 döneminde 41 ülke dahil olmuştur ve şimdilerde bu sayı 43 ülkeye kadar çıkmıştır (Ercan ve ark. 2011). Ülkemiz ise bu çalışmalara 2005/2006 döneminde ilk kez dahil olmuştur.

CDC tarafından geliştirilen surveyans sistemi ile sağlık risklerini izleyebilmek için ABD’de belirli yıllarda ulusal anket çalışmaları yapılmaktadır (Kann ve ark. 1999).

2.4. TÜRKİYE'DE OKUL SAĞLIĞININ GELİŞİM SÜRECİ

Türkiye’de okul sağlığı hizmetleri ile ilgili en eski belge 1912 tarihli “Bilumum Mekatıpte Emraz-ı Sariyenin Meni, Tevessüü ve İntişari Hakkında Nizamname”dir. Bulaşıcı hastalıkların önlenmesi ve tedavisi için çıkarılmıştır. Ülkemizde okul sağlığı hizmetleri 1912 yılında Milli Eğitim Bakanlığı (MEB)’nin sorumluluğu altında başlamıştır (Çakır 2005; Özen 2005; Başar 2008).

1927’de yayımlanan bir yönerge ile ilkokul müfettişlerine, okulların hijyen koşullarının ve öğrencilerin sağlık durumlarının incelenmesi yetkisi verilmiştir (Çakır 2005). 24 Nisan 1930 yılında çıkarılan 1593 sayılı “Umumi Hıfzısıhha Kanunu” nun 163. ve 164. maddelerine göre; okul sağlığı hizmetleri, okulların bina ve sağlık koşulları ile bulaşıcı ve salgın hastalıklardan korunması Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı’nın denetimi altına bırakılmıştır. Bu yasada öğrencilerin belli aralıklarla sağlık muayenelerinin okul hekimi tarafından yapılması ve kayıtlarının tutulması gerektiği söylenmektedir (Umumi Hıfzısıhha Kanunu 1930; Çakır 2005). 1949 yılında toplanan 4. Milli Eğitim Şurası’nda reviri olan yatılı okullar için okul hemşirelerinin görevlendirilmeleri üzerinde durulmuştur (Arabacı 2010). 1951 yılında 12. Milli Türk Tıp Kongresi’nde ‘Okul Hijyeni’ ana konu seçilmiştir. 1953 yılında toplanan 5. Milli Eğitim Şurası’nda anaokullarında ve ilkokullarında okul hijyeni teşkilatının kurulmasını sağlayan bir kanun tasarısı kabul edilmiştir (Çağlayaner ve Gönenli 1998). 1958 yılında Milli Eğitim Bakanlığı yapısı içinde Sağlık İşleri Genel Müdürlüğü kurulmuş ve bu müdürlükle Milli Eğitim Bakanlığı ve Sağlık Sosyal yardım Bakanlığı arasında okul sağlığı hizmetleri konusunda bir koordinasyon sağlanmaya çalışılmıştır. Milli Eğitim Bakanlığı bünyesinde bulunan Sağlık İşleri Genel Müdürlüğü 2004 yılından itibaren Sağlık Bakanlığı (SB)’na devredilmiştir (Özen 2005). 1958 yılında yürürlüğe giren ‘İl Sağlık Müdürleri ve Hükümet Tabibleriyle Belediye Sağlık İşleri Müdür ve Belediye Tabiblerine Ait Görev Yönetmeliği’nin ‘Hükümet Tabipleri’ bölümündeki 30. maddesi; ‘Merkez ve köylerde bulunan okulların sağlık koşullarıyla öğrencilerin genel sağlığı ve özellikle bulaşıcı hastalıklardan korunmasıyla ilgilenir. Özel hekim bulunan okullarda sağlık işlerinin düzenlenip düzenlenmediğini denetler. İcabında gerekli aşıları yaptırır. Hekimi ve reviri bulunmayan okullarda yatakhane,

yemekhane, mutfak, banyo ve yıkanma yerlerinin sağlık koşullarına uygunluğunu 1593 sayılı yasanın 163. Maddesi gereğince denetler.’dir. (Çakır 2005).

12.01.1961 tarih ve 224 sayılı ‘Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi’ hakkındaki kanuna dayanılarak çıkarılan 154 sayılı yönerge ile okul sağlığı hizmetleri ve görevlileri açık bir şekilde ortaya konulmuştur. Yönergede, ‘sağlık hizmetlerinin sosyalleştirildiği bölgelerde okul sağlığı hizmetlerinden sağlık ocağı hekimi sorumludur’ denilmekte ve hemşire, köy ebeleri, sağlık memuru, okul öğretmeni, okul personeli ve çocuğun aileleri ile iş birliği kurularak ekip halinde çalışmalarının zorunlu olduğu belirtilmektedir (Pekcan 1997; Cihangir ve ark. 2013). 1962 yılında yapılan 7. Milli Eğitim şurası’nda okul hekimi, okul spor hekimi, okul hemşiresi yetiştirilmesi kararlaştırılmıştır. 1963 yılında çıkarılan 3017 sayılı ‘Sağlık Bakanlığı’nın Örgütlenmesi ve Memurlar Yasası’ isimli yasa ile okul sağlığı hizmetleri görevi devlet görevi olarak tanımlanmıştır. Sağlık Bakanlığı, ülkenin sağlık koşullarını düzeltmek, gelecek neslin sağlıklı yetişmesini sağlamak, halkın yaşam ve ikamet koşullarının düzeltilmesine yardım etmekle görevlendirilmiştir. 1966 yılında nüfusu 3000’in üzerinde olan okullara hekim atanması zorunluluğu getirilmiştir (Pekcan 1997; ağlayaner ve Gönenli 1998; akır 2005).

İlk programlı okul sağlığı çalışması 1982 yılında Ankara Sağlık Eğitim Merkezi tarafından başlatılmıştır. 1984 yılında Milli Eğitim Gençlik ve Spor Bakanlığı’nın Sağlık İşleri Daire Başkanlığı tarafından ‘Sağlık Hizmetleri Uygulama Rehberi’ çıkarılmış ve bu rehberde okul sağlığı hizmetlerinin ve okul sağlığının tanımı yapılmıştır (Sağlık Bakanlığı 2007). Aynı yıl hükümet tabipliğinin kaldırılması ile okul sağlığı hizmeti görevi sağlık ocaklarına verilmiştir (ağlayaner ve Gönenli 1998).

DSÖ ve Avrupa Birliği’nce mali ve teknik yönden desteklenen ve 1984 yılında geliştirilen ‘Avrupa’da Sağlığı Geliştiren Okullar Ağı Projesi (ASGOP) (The European Network of Health Promoting Schools) alışmalarına Milli Eğitim Bakanlığı (MEB) ve Sağlık Bakanlığı (SB) arasında imzalanan 1995 tarihli protokol çerçevesinde, çeşitli bölgelerden seçilen 10 pilot okul ile ülkemiz katılmıştır. Proje, sağlık ve eğitim sektörlerinin iş birliği için bir araya gelmesini ve okulların hem öğrenciler hem de öğretmen ve personel için sağlığı geliştiren ortamlar haline

getirilmesini öngörmektedir. Bu projede; okulda bulunan herkesin sağlığının korunması ve iyileştirmeye yönelik önlemlerin alınmasını, sağlığı geliştirme sürecine öğrencilerin ve tüm personelin bilinçli olarak katılımının sağlanmasını, koruyucu sağlık hizmetlerinden yararlanmalarını, okulun fiziki çevresi ve altyapısının sağlığa uygun duruma getirilmesini, bireylerin özsaygı ve sağlıkla ilgili kişisel sorumluluk almalarını, eğitimde içerik kadar öğrenme yaşantılarına da önem verilmesi gerektiğini, ders ve okul dışı etkinliklerin sağlığı geliştirmenin bir parçası olarak görülmesini amaçlamaktadır (Sağlık Bakanlığı 2007; Çakır 2005; Arabacı 2010; Sevcen ve ark. 2011; Türkiye Sağlık Raporu 2014). 2004 yılında 106 okulda uygulanan proje, kardeş okullar ile birlikte okul sayısını 208'e ulaştırmıştır (thsk.saglik.gov.tr, Erişim tarihi: 15.02.2017). Küçüksüleymanoğlu'nun ASGOP kapsamında olan ve olmayan okullardaki öğrencileri karşılaştırdığı bir çalışmada ASGOP kapsamındaki okullarda sağlık eğitiminin önemsendiği ve bu okulların sağlığı geliştirme konusundaki yeterliliklerinin daha iyi olduğu söylenmiştir (Küçüksüleymanoğlu 2010). 2006 yılında Sağlık Bakanlığı ve Milli Eğitim Bakanlığının protokolleri ile okulların, SB ve MEB tarafından belli hijyen ve temizlik kriterleri esas alınarak iş birliği içinde denetlenmesi, okul sağlığının iyileştirilmesi hususunda teşvik edilmesi, bu konuda gayret gösteren okulların ödüllendirilmesi amacı ile 'Beyaz Bayrak Projesi' başlatılmıştır. Aynı yıl MEB ve SB arasında 'Okul Sağlığı İşbirliği Protokolü' imzalanmıştır. Protokolde her iki bakanlığın yükümlülükleri belirlenmiş olup halen yürürlükte dir. (Beyaz Bayrak İşbirliği Protokolü 2006; Okul Sağlığı Hizmetleri İşbirliği Protokolü 2006) 2010 yılında SB ve MEB arasında imzalanan protokol ile 'Beslenme Dostu Okul Programı' başlamıştır. Bu program ile okullarda sağlıklı beslenme ve hareketli yaşam konularında duyarlılığın artırılması konularında yapılan uygulamaların 'Beslenme Dostu Okul' sertifikası ile desteklenmesi ile okul sağlığı düzeyinin artırılması amaçlanmaktadır. Yapılan değerlendirilmelerde en az 75 puan alan okullar 3 yıl süre ile sertifika almaya hak kazanırlar. Bu değerlendirmeler İl Milli Eğitim Müdürlüğü ve İl Halk Sağlığı Müdürlüğü tarafından yapılmaktadır (<http://beslenme.gov.tr> Erişim Tarihi: 16.02.2017).

2010 yılında yayımlanan "Türkiye Sağlıklı Beslenme ve Hareketli Hayat Programı" kapsamında; anasınıfı, ilköğretim okullarında ve özel okullarda Okul Sütü Programının başlatılarak haftada üç gün süt dağıtımının yapılması sağlanmıştır

(Türkiye Sağlıkla Beslenme Ve Hareketli Hayat Programı-Sağlık Bakanlığı 2013; Türkiye Sağlık Raporu 2014).

“Türkiye Halk Sağlık Kurumu Taşra Teşkilatı Hizmet Birimlerinin Görevleri, Çalışma Usul ve Esasları ile Kadro Standartları Hakkında Yönerge” ile Toplum Sağlık Hizmetleri Birimi’ne okul sağlık hizmetleri çalışmalarını yürütme görevi verilmiştir. (<http://www.thsk.gov.tr/dosya/mevzuat/yonerger/> Erişim tarihi: 18.02 2017).

2015 yılında yayınlanan “Toplum Sağlık Merkezi ve Bağlı Birimler Yönetmeliği” ile okul sağlık hizmetleri Toplum Sağlık Merkezleri’nin sorumluluğundadır (Toplum Sağlık Merkezi ve Bağlı Birimler Yönetmeliği 2015).

Sağlık Bakanlığı ve Milli Eğitim Bakanlığı’nda teşkilat yapılarındaki değişimden sonra, 25.09.2006 tarihinde imzalanmış olan “Okul Sağlık Hizmetleri İş Birliği Protokolü”nün güncel ihtiyaçları karşılayamadığı ve yenilenmesi gerektiği kararlaştırılmıştır. Bu kapsamda, 17.05.2016 tarihinde MEB ve SB arasında yeni “Okul Sağlık Hizmetleri İş Birliği Protokolü” imzalanmıştır. Daha sonra iki bakanlık arasında “Okulda Sağlıkla Korunması ve Geliştirilmesi Programı” hazırlanmıştır. Söz konusu programda öğrencilerin yıllık periyodik muayene/izlemleri kayıtlı oldukları aile hekimleri tarafından yılda bir kez yapılacağı ve her okulun İlçe Milli Eğitim Müdürlüğü ile İlçe Sağlık Müdürlüğü personelinde oluşturulan “Okul Sağlık Denetim Ekibi” tarafından yılda bir kez denetleneceği bildirilmiştir (Okul Sağlık Hizmetleri İş Birliği Protokolü 2016; Okulda Sağlıkla Korunması ve Geliştirilmesi Programı 2016).

2.5. OKUL SAĞLIĞI PROGRAMLARI

Okul sağlığı programları okul toplumunun tamamına yönelik sağlık profesyonelleri ve okul çalışanları tarafından ortaklaşa yurütuln uygulamalardır. Bunlar;

1. Okul Sağlığı Hizmetleri
2. Sağlık Eğitimi
3. evre Sağlığı' dır (Özen 2005).

2.5.1. Okul Sağlığı Hizmetleri

Okul sağlığı hizmetleri, öğrencilerin ve okul personelinin bedensel ve ruhsal sağlıklarının değerlendirilmesini, sağlıklarının korunmasını, geliştirilmesini, sağlıklı okul yaşamının sağlanması ve sürdürülmesini, erken tanı ve tedavi ile hastalıkların iyileştirilmesini, aile iş birliği ile periyodik zaman aralıkları ile belirli taramaların yapılmasını, kazalarda ilkyardı m ve bakım konusunda gerekenlerin yapmasını amaçlar (akır 2005; Sağlık Bakanlığı 2007; Akın ve ark 2010).

Okul sağlığı programlarında okul sağlık hizmetleri; okula kabul muayenesi, periyodik fiziksel muayeneler, büyüme gelişme, görme, işitme, ağız-diş sağlığı taramaları, bulaşıcı hastalıklarla mücadele, ilkyardı m, ruh sağlığı çalışmaları, beden eğitimi çalışmaları şeklinde sıralanmıştır (Baltaş 2000).

2.5.1.1. Okula kabul muayenesi

Okul sağlığı hizmetlerinde ilk yapılan uygulamadır. Tüm öğrencilerin okula başlamadan önce genel sağlık durumları değerlendirilmeli ve bulgulara göre ileride verilecek olan sağlık hizmetlerinin sıklığı ve niteliği yönünden 'sağlıklılar', 'gözlem gerekenler' ve 'özel eğitime ihtiyaç duyanlar' şeklinde kategorize edilmelidir. Gözlem gerekenler okula başlar, fakat daha sık aralıklarla periyodik muayeneden geçirilirler. Özel eğitime ihtiyaı olanlar ise özel eğitim veren okullarda eğitim alırlar (Pekcan 1997; akır 2005; Başar 2008).

2.5.1.2. Periyodik muayene

Periyodik muayenelerin amacı öğrenci ve okul personelinin bedensel ve ruhsal yönden sağlıklarının değerlendirilmesi, olası problemlerin erken dönemde tanınması ve tedavilerinin sağlanmasıdır (Pekcan 1997). 2016 yılında başlayan “Okulda Sağlığın Korunması ve Geliştirilmesi Programı” ile öğrencilerin yıl içinde en az bir kez aile hekimi tarafından izlem ve muayenesinin yapılması ve bir örneğinin okul tarafından öğrenci dosyasında saklanması gerektiği belirtilmiştir (Okulda Sağlığın korunması ve Geliştirilmesi Programı 2016).

2.5.1.3. Tarama programları

Tarama programları, “bir hastalık ya da bir hastalık komplikasyonu için toplumda test ya da fizik muayene yöntemleriyle hastalıkların henüz belirti vermediği bir dönemde tanı konulmasını sağlayan sağlık hizmeti” şeklinde tanımlanmaktadır. Taramaların amacı hastalıkların erken tanısı, tedavisinin yapılması, tedavi edilemezse erken dönemde ilerlemesinin durdurularak çocukların sağlıklarının daha iyi olmasına yardımcı olmaktır (Sağlık Bakanlığı 2007).

Okul çağı çocuklarında sağlık düzeyleri olağan seyir gösterebileceği gibi, bazı sağlık sorunları yıldan yıla önemli değişimler gösterebilir. Bu sebeple bu tür tarama muayenelerinin her yıl yapılması gerekmektedir. Okul çağında sık görülen görme bozukluğu, işitme sorunları, büyüme ve gelişme gerilikleri, ağız ve diş sağlığı problemleri, parazit sebepli hastalıklar ve ruhsal problemlere tarama programları ile erken tanı konulabilir (Pekcan 1997; Çağlayaner ve Gönenli 1998; Akgün ve ark. 2010).

2.5.1.4. Bulaşıcı hastalıklardan korunma

Bulaşıcı hastalıkları okullarda kontrol altına alabilmek için bağışıklama programları uygulanır. Genişletilmiş Bağışıklama Programı kapsamında uygulanan Ulusal Çocukluk Dönemi Aşı takvimine göre ilköğretim birinci sınıfta DaBT-İPA ve KKK, sekizinci sınıfta Td aşılımları yapılmaktadır.

Çocukların bağışıklanması, bulaşıcı hastalıkların erken tanısı, yayılımı önleyecek tedbirlerin alınması ve bulaşıcı hastalık nedenlerinin tespit edilmesi bu alanda yapılabilecek çalışmalardır (Çakır 2005).

2.5.1.5. Sağlık kayıtları

Okul sağlığı hizmetlerinde gereken izlem ve değerlendirmenin yapılabilmesi için her öğrencinin bir kişisel sağlık fişi olmalı ve bu fişler okulda tutulmalıdır. Bu sağlık fişlerine öğrencinin okul öncesi dönemdeki sağlık bilgilerini, konulan tanıları ve uygulanan tedavilerini, özel sağlık durumlarını, bağışıklama bilgilerini içerecek şekilde genel sağlık durumunun işlenmesi gereklidir. Bu bilgiler yıl sonunda değerlendirilerek sonraki yılın okul sağlığı programının planlanması gerekir (Pekcan 1997; Çakır 2005).

2.5.2. Sağlık eğitimi

Okul sağlığı programlarının işlevlerinden biri çocuklara sağlıklı davranışlar kazandırmaktır. Sağlık eğitimi; öğrencilere doğru sağlık bilgilerinin aktarılması, sağlıklı yaşam için olumlu tutumların kazandırılması, sağlık hizmetlerini etkin ve doğru kullanmaya yönlendirmesi, sağlıklarını ve çevrelerini iyileştirebilme faaliyetleri için bir süreçtir. DSÖ'ne göre sağlık eğitimi, "Bireylere ve topluma sağlıklı yaşam için alınması gereken önlemleri benimseterek uygulamak, sağlık hizmetlerini kullanmaya alıştırmak, sağlıklarını ve çevrelerini iyileştirip güzelleştirmek için insanları ikna etmek, ortak karara vardirmek ve harekete geçmeye yöneltmek amacıyla gerçekleştirilen uygulamalardır" olarak tanımlanmaktadır (Tabak 2000). Sağlık eğitiminin hedefi sağlığın önemini kavratmak, en yüksek sağlık düzeyine çıkaracak davranış değişikliği yaratmak, eksik bilgileri tamamlamak ve yanlış bilgileri değiştirmektir (Pekcan 2015).

Sağlık eğitiminin ilkeleri;

- Sağlık eğitiminden aile, okul ve toplum birlikte sorumludur.
- Sağlık eğitimi, okul programının bir kısmı olarak görülmelidir.

- Sağlık eğitiminin etkili olabilmesi için sağlık alanında uzman kişilerin iş birliğine ihtiyaç vardır.
- Eğitim ve öğretimin niteliği ve maliyetinin etkilenmemesi için öğretmenin sağlığının desteklenmesi gerekir.
- Öğretmenlerin mesleki bilgi, beceri ve davranışı, sağlık eğitim bilgisi, öğrencilere bilgi aktarırken en önemli unsurdur.
- Öğrencilere doğru sağlık uygulamaları ve alışkanlıkları, eğitimi anlayıp kavrayabilecekleri yaşa geldiklerinde verilmelidir (Pekcan 2015).

İlköğretim dönemi çocukların öğrenme ve öğrendiklerini uygulama yönleri güçlüdür. Bu nedenle ilköğretim döneminde verilecek olan sağlık eğitiminin etkinliği de yüksek olacaktır. İlköğretim birinci kademesinde verilecek sağlık eğitimi; sağlıklı beslenme, sağlığı koruma, hastalıklardan korunma konularını, ilköğretim ikinci kademesinde ve liselerde verilecek sağlık eğitimi; ergenlik ve delikanlılık dönemi, tütün-alkol ve bağımlılık yapıcı maddelerin zararları, boş zamanları doğru değerlendirme konularını içermelidir (Çağlayaner ve Gönenli 1998). Öğretmen çocuğa ve topluma sağlık açısından etkili olabilecek ilk kişidir. Okullarda sağlık eğitimi öğretmenin görevidir. Öğretmenlerin öğrenim gördüğü okullardaki müfredatlarda sağlık dersleri olmalıdır. Mezun öğretmenlere de hizmet içi eğitim ile sağlık eğitimi verilmelidir (Pekcan 2015). 2004 yılından bu yana okullarda bütüncül sağlık yaklaşımı temel alınmış ve sağlıkla ilgili konular her dersin öğretim programında ‘sağlık kültürü kazanımları’ şeklinde verilmeye başlanmıştır (Gündüz ve Albayrak 2014). Öğrencilere verilen sağlık eğitimi ile olumlu tutum ve davranış kazandırılabilirse sağlık konusunda bilinçli bir nesil yetiştirilmiş olur ve o öğrenciler çevrelerindeki bireyler için de eğitici rol oynar. Okul sağlığı öğretim programında önem verilen konular; toplum sağlığı, tüketici sağlığı, çevre sağlığı, aile sağlığı, büyüme ve gelişme, zihinsel ve duygusal sağlık, kişisel hijyen, beslenme, hastalıkların önlenmesi ve kontrolü, güvenlik ve kazaların kontrolü, madde kullanımı ve alışkanlığıdır (http://megep.meb.gov.tr/mte_program_modul/moduller_pdf Erişim Tarihi: 22.02.2017).

Öğrenciler akranlarından, sosyal medya ve televizyon gibi kitle iletişim araçlarından sağlıkla ilgili bilgileri edinmektedir. Bu nedenle sağlık eğitiminde

akranlar eğitiminden ve sosyal medyadan yararlanmak önemlidir (Koç ve Hancıoğlu 2004; Akın 2006).

2.5.2.1. Adölesanlarda Riskli Sağlık Davranışları

Sağlıkla ilgili riskli davranışlar genelde adölesan dönemde başlar ve sonuçları adölesanın gelecek yaşamındaki hastalık ve ölüm oranlarında artışa neden olur. Riskli sağlık davranışları; tütün kullanımı, alkol ve diğer madde kullanımı, trafik kazası, güvensiz cinsel yaşam, istemli ve istemsiz yaralanma ve şiddet, sağlıksız beslenme alışkanlıkları, istenmeyen gebelikler, cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar ve fiziksel hareketsizliktir (Kann ve ark. 1999; Dağdevire ve Şimşek 2013).

2.5.2.1.1. Beslenme Düzeni

Beslenme; sağlığı korumak ve geliştirmek, yaşam kalitesini üst seviyelere çıkartmak için vücudun ihtiyaç duyduğu besinleri yeterli miktarda ve gerekli zamanda almak demektir. Maternal dönemde başlayıp yaşamın sonuna kadar her süreçte beslenme önemli yer tutmaktadır. Büyüme ve gelişmeyi etkileyen faktörler arasında beslenme, genetik yapı, sosyoekonomik durum, çevresel faktörler, kültür ve gelenekler sayılabilir. Büyüme ve gelişmesi normal ilerleyen, yeterli ve dengeli beslenen adölesanlar, ileri yaşamlarında sağlıklı bireyler olmanın temelini atmış olurlar (Çakır 2005; Kutlu ve Çivi 2009).

Okul öncesi dönemde beslenme alışkanlıkları ailenin beslenme alışkanlıklarıyla belirlenir. Okul döneminde ise beslenmesi kontrol edilmeyen çocuk, hatalı beslenme davranışı gösterebilmektedir. Şekerlemeler, kızartılmış gıdalar, fast-food yiyecekler, gazlı ve şekerli içecekler tüketmek bedensel ve zihinsel gelişmeyi, sağlık durumunu olumsuz etkilemektedir (Çakır 2005). Çocukluk dönemindeki hatalı beslenme davranışları kalp damar hastalıkları, obezite, hipertansiyon gibi hastalıklar için risk faktörü oluşturmaktadır (Orhan ve Çelik 2014).

Gün içerisinde en önemli öğün olmasına rağmen en sık atlanan ve geçiştirilen öğün kahvaltıdır. Öğrencilerin düzenli ve yeterli kahvaltı yapmaları gerektiği halde ya hiç yapmadıkları ya da dengesiz kahvaltı ile okula gittikleri saptanmıştır (Baysal 1999; Mumcu 1999; Özmen ve ark. 2007; Tanrıverdi ve ark. 2011; Metinoğlu ve ark 2012).

Önemli bir öğün olan kahvaltı bedensel gelişimin yanında okul başarısını da etkiler. Günlük ihtiyacımız olan enerjinin yaklaşık 1/4' ü kahvaltı ile karşılanmalıdır (Kutlu ve Çivi 2009; Orhan ve Çelik 2014). Yapılan çalışmalarda öğrencilerde düzenli kahvaltı etme alışkanlığının olmadığı, kızlarda, düşük sosyoekonomik düzeye sahip öğrencilerde ve yaş arttıkça adolesanlarda kahvaltı yapmamanın daha sık yaşandığı görülmektedir (Özmen ve ark. 2007; Tanrıverdi ve ark. 2011).

HBSC 2012 raporuna göre her gün kahvaltı yapanların oranı %55'dir. Araştırmaya göre erkekler daha düzenli kahvaltı yapmaktadır (Currie ve ark. 2012). Youth Risk Behaviour Surveillance (YRBS) 2015'e göre öğrencilerin %36,3'ünün araştırmadan 7 gün önce her gün kahvaltı yaptığı, %13,8'inin hiçbir gün kahvaltı yapmadığı belirtilmiştir. Erkeklerde kahvaltı yapma oranı %40,5 iken, kızlarda %32,1 ile daha az kahvaltı yaptıkları bulunmuştur (YRBS 2015).

Tanrıverdi ve arkadaşlarının 15-18 yaş arası 446 lise öğrencisi ile yaptığı "Lise Öğrencilerinin Yeme Tutumları, Yeme Davranışları ve Benlik Saygılarının İncelenmesi" isimli çalışmada öğrencilerin %69,5'inin öğün atladığı ve en çok atlanan öğünün %71 ile kahvaltı olduğu saptanmıştır (Tanrıverdi ve ark. 2011). Manisa il merkezinde 2007 yılında 2146 lise öğrencisi ile yapılan araştırmada düzenli kahvaltı yapma oranı %66 olarak bulunmuştur (Özmen ve ark. 2007). 2006 yılında Diyarbakır'da yapılan araştırmada 1124 öğrencinin %85,1'inin kahvaltı alışkanlığının olduğu, %12,7'sinin haftada birkaç kez, %2,1'inin ise hiç kahvaltı yapmadığı bulunmuştur (Özdemir 2006). Konya'da köy ve kasaba ilköğretim okullarındaki 9-12 yaş grubu öğrenciler ile yapılan çalışmaya bakıldığında öğrencilerin %39'unun kahvaltıyı atladıkları görülmektedir (Özpulat ve Sivri 2013). İzmir'in Bornova ilçesinde 515 lise öğrencisi ile yapılan çalışmada kahvaltıyı atlama oranının %45,6 olduğu belirtilmiştir (Türk ve ark. 2007). Yine İzmir'de kentsel bir bölgede 549 öğrenciye yapılan "İzmir İli Güzelbahçe İlçesi'nde İlköğretim Öğrencilerinde Obezite Prevalansı ve Beslenme Alışkanlıklarının Belirlenmesi" isimli çalışmada kahvaltı yapmama oranı %7,1'dir (Özlibey ve Ergör 2015).

Okul çağındaki çocuğa doğru ve dengeli beslenme konusunda rehberlik edilmeli, aile iş birliği ile eğitimler düzenlenerek yanlış beslenmenin sebep olduğu sağlık

problemleri çocuğa öğretilmelidir. Yaşa uygun kalori ve protein hesaplarının yapılması, özel beslenme programı uygulaması gereken çocuğa yönelik diyet programlarının hazırlanması, okul kantini ve yemekhanelerinde sağlıklı besinlerden oluşan öğünlerin hazırlanması, besin hazırlanıp sunulan yerlerin temizliği okul sağlık ekipleri tarafından denetlenmelidir (Çakır 2005).

2.5.2.1.2. Diyet Yapma ve Vücut Algısı

Adolesan dönem hızlı fiziksel gelişmelerin olduğu bir dönemdir. Bu dönemde bedenlerindeki değişimler adolesanlarda endişe ve şaşkınlık yaratır ve bedenlerine daha fazla önem vermeye başlarlar. Kilo kontrolü de bedene verilen önemin önemli bir bölümünü oluşturur. Kilo kontrol yöntemleri içerisinde diyet en başta gelmektedir (Bektaş 2004).

Manisa'da 2146 lise öğrencisiyle yapılan çalışmada öğrencilerin %36,7'sinin şişmanlamaktan korktuğu, %6,5'inin diyet yaptığı bulunmuştur. Kızlarda şişmanlamaktan korkma ve diyet yapmanın daha fazla olduğu belirtilmiştir (Özmen ve ark. 2007). 2003 yılında İzmir'in Bornova İlçesinde yapılan araştırmada öğrencilerin %33,1'i kendini kilolu bulmuş ve öğrencilerin %22'si son bir yılda diyet yapmıştır (Türk ve ark. 2007). 2012 yılında yapılan bir çalışmada öğrencilerin %32'si rejim veya diyet yapmıştır (Emlek ve Bayık 2017) Uskun ve Şabaplı tarafından lise öğrencilerine yapılan çalışmada öğrencilerin %37,3'ü son bir yıl içinde kilo vermeyi denemiştir. Kilo verme yöntemlerinin %19,6'sı diyettir (Uskun ve Şabaplı 2013).

HBSC 2012 raporuna göre ülkemiz tüm yaş gruplarında kendini şişman hissetme ve kilo vermek için bir şey yapma açısından 43 ülke arasında %15 oranı ile sonuncu sıradadır. Kendini şişman hissetme ve kilo vermek için bir şey yapma 15 yaş kızlarda %8 ile erkeklere göre (%3) daha fazladır (Currie ve ark. 2012). YRBS 2015'e göre öğrencilerin %31,5'i kendini az veya çok kilolu olarak tanımlamaktadır. Öğrencilerin %45,6'sı (kızlarda %60,6, erkeklerde %31,4) kilo vermeye çalışmaktadır (YRBS 2015).

2.5.2.1.3. Büyüme Gelişme Durumu

DSÖ'nün 'sağlığı bozacak ölçüde vücutta normal dışı ve fazla oranda yağ birikmesi' olarak tanımladığı obezite, yetişkinleri olduğu kadar çocuk ve adolesanları da etkileyen önemli bir halk sağlığı sorunu haline gelmiştir. Kuruluşlar tarafından obezitenin tüm dünyada önemli bir sorun haline dönüştüğü, adolesan ve çocukların sağlığını etkileyici faktörlerden olduğu belirtilmektedir. Bu sebeple ülkemizde çocukluk obezitesi konusu sağlık politikalarının ve projelerinin önemli bir maddesini oluşturmaktadır (Daştan ve ark. 2014). İkinci Avrupa Beslenme Eylem Planı'nda özellikle çocukluk ve adolesan dönemi obezitesi ile mücadelede yer verilmesi gerektiği belirtilmiştir (Türkiye Sağlıklı Beslenme Ve Hareketli Hayat Programı-Sağlık Bakanlığı 2013)

Obezitenin oluşumunu etkileyen risk faktörleri; aşırı ve yanlış beslenme, fiziksel inaktivite, yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi, gelir durumu, genetik etkiler, sigara ve alkol kullanma durumu olarak sıralanabilir. Çocuk ve adolesanlarda obezite risk faktörleri ise fast-food besinlerin tüketimi, ebeveynlerin kilolu veya obez olması, atıştırma usulü beslenme, asitli içecek ürünlerinin kullanımı, bilgisayar veya cep telefonlarında fazla vakit geçirme, çocuğun yaşadığı psikolojik problemler, televizyon ve yazılı basındaki reklamların etkisidir (Öztorra 2005; Tütüncü 2012; Altuncan 2013; Daştan ve ark. 2014). Çocuklukta görülen obezite daha sonra kalp hastalıkları, inme, hipertansiyon, kanser, tip 2 diyabet, solunum sistemi hastalıkları gibi ciddi hastalıklara neden olmaktadır (Özilbey ve Ergör 2015; Daştan ve ark. 2014). Çocuk veya adolesan dönemde obez olan kişiler yetişkin dönem obezitesi ile daha fazla karşı karşıya kalmaktadır (Daştan ve ar. 2014; Altuncan 2013; Metinoğlu ve ark. 2012).

DSÖ Avrupa Bölgesi'ne göre çocuk ve adolesanların 1/3'ü obezdir. CDC tarafından yapılan National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES) (Ulusal Beslenme ve Sağlık Taraması) araştırmasında ABD'de okul çağı çocuklarında obezite oranı %20 olarak bulunmuştur (<http://www.cdc.gov/nchs/nhanes.htm> Erişim Tarihi: 14.02.2017).

HBSC 2012 raporuna göre ülkemizde 11 yaş grubunda fazla kiloluluk veya obezite oranı erkeklerde %16, kızlarda %11, 13 yaş grubunda fazla kiloluluk veya

obezite oranı erkeklerde %18, kızlarda %10'dur (Currie ve ark.2012). YRBS 2015 çalışmasına göre obezite prevalansı %13,9'dur. Bu oran erkeklerde %16,8, kızlarda %10,8 olarak saptanmıştır. Fazla kiloluk oranı %16'dır (YRBS 2015).

İzmir'de Özlü ve Ergör'ün yaptığı çalışmada obezite prevalansı %20, fazla kiloluluk prevalansı %5 olarak bulunmuştur. Aynı çalışmada obezite ile ailenin eğitim düzeyi arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur (Özlü ve Ergör 2015). Düzce'de Oruç ve Eker tarafından yapılan "Düzce İli Akçakoca İlçesindeki Okullarındaki Öğrencilerde Obezite Sıklığı" adlı çalışmada 8-10 yaş grubu ilköğretim öğrencilerinde obezite prevalansı %19 bulunmuştur (Oruç ve ark. 2012). Türkiye'de Okul Çağı Çocuklarında Büyüme İzleme Projesi (TOÇBİ) Araştırma Raporuna göre 6-10 yaş grubunda obezite oranı %6,5 (kentsel bölgede %8,5, kırsal bölgede %7)'dir. Fazla kiloluluk oranları %14,3 (kentsel bölgede %16,3, kırsal bölgede %11,9)'dür (TOÇBİ 2011). Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması'nda (TBSA) 6-18 yaş arası çocuk ve adolesanların %14,3 fazla kilolu (erkeklerde %14,2, kızlarda %14,4), %8,2'si obez (erkeklerde %9,1, kızlarda %7,3) olarak bulunmuştur. Aynı çalışmada erkeklerin kızlara göre daha anlamlı ölçüde daha obez olduğu söylenmiştir (TBSA 2010).

Kastamonu'da 13 İlköğretim okulunda 2907 öğrenci ile yapılan "Kastamonu İl Merkezinde 13 İlköğretim Okulunda 5-15 Yaş Grubu Öğrencilerde Fazla Kiloluluk ve Obezite Prevalansı" isimli çalışmada obezite prevalansı %6,4, fazla kiloluluk prevalansı %11,9, 11-15 yaş grubu öğrencilerde obezite prevalansı %2,7, fazla kiloluluk oranı %5,7 olarak bulunmuştur (Tütüncü 2012). Daştan ve arkadaşlarının İzmir'de yaptığı çalışmada öğrencilerin %10,8'i obez, %13,6'sı fazla kilolu olarak bulunmuştur. Kızlarda fazla kiloluluk oranı %12,1, obezite oranı %8,4 iken erkeklerde fazla kiloluluk oranı %15,1, obezite oranı %13,1'dir (Daştan ve ark 2014). Karaman'da 6-19 yaş grubu çocuklarda yapılan çalışmada çocukların %7,8'i obez, %8,5'i fazla kiloludur. Erkeklerde obezite sıklığı %9,3, fazla kiloluluk %8,3'tür. Kızlarda oranlar ise obezite sıklığı %6,1'i obez, %8,9'u fazla kiloludur (Altuncan 2013). Türkiye'nin üç farklı bölgesinden seçilen İstanbul, Iğdır ve Muğla'da 1134 öğrenci ile yapılan çalışmada obezite oranı %5,3, fazla kiloluluk %10,8 olduğu tespit edilmiştir (Kayıran ve ark. 2011).

Büyüme gelişmeyi etkileyen bir diğer risk zayıflıktır. Malnütrüsyonun bir göstergesi olan zayıflık bütüncül yaklaşım ile ele alınmalıdır (TOÇBİ 2011). Ankara’da 7-15 yaş grubu 392 öğrenci ile yapılan ‘Farklı Sosyoekonomik Düzeye Sahip İki İlköğretim Okulunda Öğrencilerin Büyümelelerinin Değerlendirilmesi’ isimli çalışmada zayıflık oranı %3,1 olarak bulunmuştur (Özdemir ve ark. 2005). Eskişehir’de 1405 öğrenci ile yapılan çalışmada zayıflık prevalansı %5,8 olarak bulunmuştur (Kalyoncu ve ark. 2011). Sakarya’da 7-15 yaş grubu 402 öğrenci ile yürütülen çalışmada öğrencilerin %9,2’si zayıf olarak bulunmuştur (Önsüz ve ark. 2011). İzmir’de 549 öğrenci ile kentsel bölgede yapılan ‘İzmir İli Güzelbahçe İlçesinde İlköğretim Öğrencilerinde Obezite Prevalansı ve Beslenme Alışkanlıklarının Belirlenmesi’ adlı çalışmada zayıflık prevalansı %6,7’dir (Özilbey ve Ergör 2015).

‘Türkiye’de Okul Çağı Çocuklarında Büyüme İzleme Projesi’ (TOÇBİ) Araştırma Raporuna göre öğrencilerin %7,9’u zayıf olarak belirlenmiştir (TOÇBİ 2011). İzmir’de 9 ilçede 6-7 yaş grubu 6191 öğrenci ile yapılan çalışmada zayıflık prevalansı %5,8 olarak bulunmuştur. Bu oran kızlarda %6,2 iken erkeklerde %5,5’dir (Turhan ve ark. 2014). ‘DSÖ’ne göre bodurluk; yaşa göre boyun %3 persentil altında olmasıdır’ (Currie ve ark. 2012). Boy kısalığı beslenme yetersizliği sebebiyle gelişebileceği gibi, doğuştan gelen veya uzun süre devam eden bir hastalığında belirtisi olabilir. Boy kısalığı da obezite gibi ihmal edilen çocukluk çağı risklerindedir (Ece ve ark. 2004). Türkiye’de Okul Çağı Çocuklarında Büyüme İzleme Projesi (TOÇBİ) Araştırma Raporuna göre bodurluk oranı %5 (kentlerde %3,6 kırsalda %6,7)’dir. Bu oran erkeklerde %4,9 iken kızlarda %5,2’dir (TOÇBİ 2011).

Sökülme ve Uyar’ın 9-11 yaş grubu çocuklarda yaptığı çalışmada bodurluk prevalansı kızlarda %15,1, erkeklerde %6,4 olarak belirlenmiştir (Sökülme ve Uyar 2015). Eskişehir’de Kirel ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada bodurluk prevalansı %16,9’dur (Kirel ve ark.2008). Kayıran ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada bodurluk oranı %10,2’dir (Kayıran ve ark. 2011). Manisa’da 6-11 yaş grubu 1018 öğrencide yapılan çalışmada bodurluk oranı %7,46’dır. Bodurluk oranı ile sosyoekonomik düzey arasında ilişki saptanmış ve sosyoekonomik düzey düştükçe bodurluk oranının arttığı belirlenmiştir (Ersoy ve ark. 2007).

2.5.2.1.4. Ağız ve Diş Sağlığı

Ülkemizde ağız ve diş sağlığı önemli bir problemdir ve ağız sağlığı genel sağlık ile doğrudan etkilidir. Yaş, cinsiyet, hijyen alışkanlıkları, sosyoekonomik durum, yaşam standartları, eğitim seviyesi, beslenme alışkanlıkları ağız ve diş sağlığını etkileyen önemli faktörlerdendir (Pekcan 1997; Haznedaroğlu 2001). Okul sağlığı çalışmalarında en sık görülen sorunlardan biri diş çürükleridir. Aşırı sıcak ve soğuk yiyecek içecek tüketimi, şekerli yiyeceklerin fazla miktarda tüketilmesi, kalsiyum, flor ve D vitamininin yetersiz alınması, hijyen yetersizliği diş çürüklerini etkilemektedir (Ayrançı 2005; Hassoy ve ark. 2013). DSÖ'ne göre düzenli diş bakımı, günde en az iki kez diş fırçalama olarak tanımlanmıştır (Currie ve ark. 2012). HBSC 2012 raporuna göre diş bakımı oranlarına bakıldığında 43 ülke arasında Türkiye sonuncu sırada yer almaktadır. Diş bakımı oranları kızlarda %50, erkeklerde %26'dır. Kızların erkeklere göre daha düzenli diş fırçaladığı belirtilmiştir. HBSC genel sonuçlarına göre kızlarda yaş artışı ile birlikte düzenli diş fırçalama alışkanlığı artarken erkeklerde azalmaktadır (Currie ve ark. 2012).

İzmir'in Kemalpaşa ilçesinde yapılan bir çalışmaya göre öğrencilerin %60,3'ünde en az bir diş çürüğü olduğu belirlenmiştir. Aynı çalışmada babası işsiz olan çocukların %71,1'inde, annesinin eğitim düzeyi lise ve üzerinde olan çocukların %45,3'ünde diş çürüğü tespit edilmiştir (Hassoy ve ark. 2013). Malatya'da farklı sosyoekonomik düzeydeki 6 okulda 7-14 yaş grubu 856 öğrenciyle yapılan çalışmada günde 2 ve üzeri diş fırçalama prevalansı %31 iken, hiç diş fırçalamama prevalansı %7,9'dur (Güler ve ark. 2012).

Bursa Nilüfer Halk Sağlığı Eğitim Araştırma Bölgesinde 6-17 yaş arası 2793 öğrenciye yapılan araştırmada öğrencilerin %57,9'unun diş fırçalama alışkanlığının olmadığı görülmüştür (Aydın ve ark. 2004).

2.5.2.1.5. Fiziksel Aktivite

Fiziksel aktivite, günlük yaşamda enerji harcaması ile gerçekleşen, kalp ve solunum hızını artıran aktiviteler olarak tanımlanmaktadır. 5-17 yaş grubunda günde en az 60 dakikalık orta-ağır şiddette ve haftada en az üç gün kas ve kemiklerini

güçlendirici faaliyetleri içeren fiziksel aktivite önerilmektedir (http://www.who.int/dietphysicalactivity/factsheet_young_people/en/. Erişim Tarihi: 14.03.2017; Currie ve ark. 2012).

Fiziksel aktivite bedensel, ruhsal ve sosyal açıdan bireyi etkiler. Fiziksel aktivitenin sağlık üzerine etkileri; kasların güçlenmesi ve dayanıklılığının artması, kas-iskelet sistemi üzerine etkisi, kan basıncını düzenlemesi, kalp damar hastalığı riskini azaltması, hipertansiyon riskini azaltması, depresyon ve kaygı bozukluğunu azaltması olarak sıralanabilir (Pekcan 2015; Sağlık Bakanlığı 2007).

HBSC 2012 raporuna göre düzenli fiziksel aktivite yapanların oranı %15'dir. Ülkemizde oranlar 11 yaş grubunda kızlarda %19, erkeklerde %27, 13 yaş grubunda kızlarda %12, erkeklerde %23'dür. Tüm yaş gruplarında erkeklerde düzenli fiziksel aktivite yapma oranı kızlara göre daha fazladır (Currie ve ark. 2012). YRBS 2015 çalışmasına göre öğrencilerin %27,1'i (erkeklerde %36, kızlarda %17,7) bir haftada günde en az 60 dakika fiziksel aktivite yapmış, %14,3'ü anketten önceki 7 gün içerisinde fiziksel aktivite yapmamıştır (YRBS 2015).

2013 yılı Türkiye Ergen Profili Araştırmasına göre 13-18 yaş arası ergenlerin %26,1'inin hiç spor yapmadığı belirtilmiştir (Türkiye Ergen Profili Araştırması 2013). Ergün ve arkadaşlarının 7-16 yaş aralığındaki 932 öğrenci ile yaptığı çalışmada düzenli fiziksel aktivite yapan öğrenci oranı %32,7'dir. Daha sonra fiziksel etkinlik programı uygulanan 932 öğrencinin düzenli fiziksel aktivite yapma oranı %39,4 olmuştur. Aynı çalışmada etkinlik programı öncesi erkek öğrencilerin kız öğrencilere kıyasla daha fazla fiziksel aktivite yaptığı görülmüş iken etkinlik sonrası cinsiyetler arası anlamlı bir fark bulunamamıştır (Ergün ve ark. 2012).

Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması'na göre 6-11 yaş grubunun %58,4'ü, 12-14 yaş grubunun %56,2'si, 15-18 yaş grubunun ise %57,8'i son bir haftada hiç egzersiz yapmamıştır Fiziksel aktivite yapmama kentsel bölgelerde %58,2, kırsal bölgelerde %58,9'dur (TBSA 2010; Türkiye Sağlıklı Beslenme Ve Hareketli Hayat Programı-Sağlık Bakanlığı 2013).

Türkiye Ergen Profili Araştırmasına göre 12-18 yaş arası ergenlerin %26,1'inin hiç spor yapmadığı belirtilmiştir (Türkiye Ergen Profili Araştırması 2013). Kocaeli'nde 2003 yılında yapılan bir çalışmada son yedi gün içinde ter atacak kadar egzersiz yapmayanların oranı %26,5 (kızlarda %68,6, erkeklerde %31,4), okulda beden eğitimi dersine katılmama oranı %20,8 (kızlarda %56,9, erkeklerde %43,1)'dir (Kara ve ark. 2003). Manisa'da Özmen ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada düzenli egzersiz yapma oranı %39,4 olarak bulunmuştur (Özmen ve ark. 2007).

2.5.2.1.6. Sedanter Yaşam

DSÖ'ne göre sedanter yaşam, 'günde 2 saat ve üstü televizyon ve bilgisayar başında geçirme' olarak tanımlanmaktadır (Currie ve ark. 2012). Dünyada ölüme neden olan riskler arasında sedanter yaşam dördüncü sıradadır ve dünyadaki ölümlerin yaklaşık %6'sını kapsar (Türkiye Sağlıklı Beslenme Ve Hareketli Hayat Programı-Sağlık Bakanlığı 2013)

Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması raporuna göre televizyon, bilgisayar, internet başında hareketsiz geçirilen ortalama süre hafta sonunda 12-14 yaş grubunda günde 5,7 saat, 15-18 yaş grubunda 5,6 saat; hafta içinde her iki yaş grubunda da günde ortalama 5,3 saat olarak belirlenmiştir (TBSA 2010).

HBSC 2012 raporuna göre günde 2 saat ve üzeri televizyon izleme oranı %63'dür. Türkiye'de 2 saat ve üzeri televizyon izleme oranı 11 yaş kızlarda %53, erkeklerde %60, 13 yaş kızlarda %65, erkeklerde %67'dir. Sedanter yaşamda cinsiyet açısından fark görülmemiştir (Currie ve ark. 2012). YRBS 2015'e göre öğrencilerde okul günlerinde günde en az 3 saat televizyon izleme %24,7, günde en az 3 saat bilgisayar kullanma %41,7'dir (YRBS 2015).

Belviranlı ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada çocukların hafta içi televizyon izleme ortalaması $2,5 \pm 2,2$ iken hafta sonu televizyon izleme ortalaması $3,2 \pm 2,7$ saattir. Günlük televizyon izleme süreleri ise ortalama $2,7 \pm 2,2$ saattir. 2 saat ve üzerinde televizyon izleme oranı %62,8 ve 4 saat ve üzerinde televizyon izleme oranı %22,3'dür (Belviranlı ve ark. 2008). Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı'nca 2013 yılında 12-18 yaş grubu adolesanlar ile yapılan Türkiye Ergen Profili

Araştırması'nda günde 1-2 saat televizyon izleyenlerin oranı %55, 3-4 saat televizyon izleyenlerin oranı %34'dür (Türkiye Ergen Profili Araştırması 2013). Kastamonu'da 10-12 yaş grubu 480 öğrenci ile yapılan çalışmada 3-4 saat televizyon ve bilgisayar başında kalma prevalansı %19,5 saat ve üzeri televizyon ve bilgisayar başında kalma prevalansı %7,3'dür (Metinoğlu ve ark. 2012). Kara ve arkadaşları tarafından 2003 yılında yapılan çalışmada günde ortalama bir saatten fazla TV seyretme oranı %72,7 bulunmuştur (Kara ve ark. 2003).

2.5.2.1.7. Zararlı Madde Kullanım Alışkanlıkları

Tütün, önlenebilir ölüm nedenleri arasında dünyada ilk sırayı almaktadır. Tütün kullanımı yarattığı sağlık problemleriyle birlikte sosyal yaşamı ve ekonomik durumu da etkilemektedir. Sigara, dünyada en sık tüketilen tütün ürünüdür. Nargile, pipo, puro da sigaradan sonra en sık kullanılan tütün ürünleridir. Erken yaşta başlayan sigara içimi genellikle alışkanlığa dönüşerek yetişkinlikte de devam eder. Sigara içen kişilerin çoğu, sigara kullanımına 18 yaşının altında başlamıştır (Küresel Gençlik Tütün Araştırması 2003; Sağlık Bakanlığı 2007).

Ülkemiz sigara tüketiminde Avrupa ülkeleri arasında üçüncü, dünya ülkeleri arasında onuncu sırada yer alır. Küresel Yetişkin Tütün Araştırması 2010 Türkiye Raporuna göre, dünyada en fazla tütün ürünü tüketen ilk on ülke arasında Türkiye de bulunmaktadır. Gelişmekte olan ülkelerde sigara başlama yaşı 12-16 yaşma kadar düşmüştür (Currie ve ark. 2012).

Yazıcı ve Ak tarafından yapılan çalışma, Türkiye'deki yetişkinlerin %50,9'u sigara ile ilk kez 11 ya da daha önceki yaşlarda, %13,6'sı 12 yaşında tanıştığını göstermektedir (Yazıcı ve Ak 2006).

2003 yılında yapılan Küresel Gençlik Tütün Araştırması'na göre Türkiye'de öğrencilerin %29,3'ünün en az bir kez sigarayı denediği, sigara deneyenlerin %29,5'inin bu denemeyi 10 yaşından önce yaptığı belirtilmiştir (Küresel Gençlik Tütün Araştırması 2003). DSÖ tarafından gerçekleştirilen Küresel Gençlik ve Tütün Araştırması 2012'ye göre 13-15 yaş grubunda tütün kullanım oranı %16,8, sigara kullanım oranı %10,4 olarak bulunmuştur (WHO Global Tobacco Epidemic 2015).

2013 yılında Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığınca yapılan bir çalışmada 13-18 yaş arası ergenlerde sigara deneme oranının %18 olduğu bulunmuştur (Türkiye Ergen Profili Araştırması 2013). Türkiye’de 2011 yılında yapılan bir çalışmada ortaöğretim öğrencilerinin %26,7’sinin bir tütün ürününü denediği tespit edilmiştir (Türkiye Uyuşturucu Raporu 2012).

Yapılan çalışmalara bakıldığında sigara kullanımını belirleyen en önemli faktörlerin yaş ve cinsiyet olduğu görülmüştür. Yaş ilerledikçe sigara kullanımının arttığı söylenmektedir. Erkeklerde kızlara oranla sigara kullanımının fazla olduğu belirtilmiştir. Ailede sigara içen ebeveyn olması da sigara içme davranışını etkileyen faktörlerdendir. Her gün sigara içen aile ferdini gören ya da onun sebebiyle pasif içici olan çocuğun, ileri yaşamında sigara kullanıcısı olma riski fazladır (Gürakın ve ark. 1998; Bozkurt ve ark. 2003; Gökğöz ve Koçoğlu 2007; Küresel Yetişkin Tütün Araştırması 2008; Diaz 2014).

2010 yılında yapılan bir çalışmada öğrencilerden %26,1’i annelerinin, %56,5’i babalarının sigara içtiğini belirtmiştir. (Doğan ve Ulukol 2010). Ögel ve arkadaşlarının Türkiye’nin farklı coğrafi bölgelerinden 9 il seçerek yaptığı çalışmada en az bir kez tütün kullanma yüzdesi %16,1 olarak bulunmuştur (Ögel ve ark. 2004). Doğan ve Ulukol’un 12-19 yaş arası 391 öğrenci ile yaptığı çalışmasında öğrencilerin sigara içme oranı %7,7, en az bir kez sigara içmeyi deneyenlerin oranı ise %12,8’dir. Sigara içen öğrencilerin %33,3’ü kız, %66,7’si erkektir (Doğan ve Ulukol 2010).

Göksel ve arkadaşlarının İzmir’de lise öğrencilerine yaptığı çalışmada kızlarda sigara içme oranı %24,1 ile erkeklerde sigara içme oranı %22,7 bulunmuştur. İlk içilen sigaranın lise mezuniyetinden önce olduğu söylenmiştir. Öğrenciler en çok sigara kullanma nedeni olarak arkadaş etkisi, merak, özentisi ve stresi belirtmişlerdir (Göksel ve ark. 2001; Lise öğrencilerinin Sigara, Alkol ve Uyuşturucu Maddeler Konusundaki Bilgi, Tutum ve Davranışlarının Belirlenmesi Projesi Raporu 1995). Lise öğrencileri ile yapılan çalışmada sigara içme oranı erkeklerde %23,1, kızlarda %14,8 bulunmuştur (Lise öğrencilerinin Sigara, Alkol ve Uyuşturucu Maddeler Konusundaki Bilgi, Tutum ve Davranışlarının Belirlenmesi Projesi Raporu 1995). Arkadaş etkisi, yakın arkadaşın aktif sigara kullanımı, merak ve özentisi sigara içmeye özendirici etki yapmaktadır

(Çelik ve ark. 2000; Keskinoglu ve ark. 2006). Öğrenciler sigarayı içme nedenlerinin arkadaşlarından ayrı kalmamak, merak, kendini daha iyi hissetmek, büyüdüğünü hissetmek ve alışkanlık gibi faktörler olduğunu belirtmiştir. Bu nedenler arasında arkadaş etkisi, kendini iyi hissetme ihtiyacı ve merakın diğer faktörlerden daha etkili olduğu dikkati çekmektedir. Yapılan bir çalışmada, arkadaşlarının %38,4'ü sigara içen öğrencilerin sigara içme davranışlarının etkilendiği belirtilmiş ve akran eğitim programlarının öğrencilerin sigara içme durumuna ve bilgi düzeylerine etki ettiği bulunmuştur. Akranlarının sigaraya karşı tutumu ergenin de sigaraya karşı tutumunu etkilemektedir. Bu nedenle sigara içimini önleme ve engelleme eğitim programlarına akran eğitimleri de dahil edilmelidir. (Doğan ve Ulukol 2010). Öğrenciler diğer akranlarının söylediklerini dikkate alırlar. Bu nedenle sigaraya karşı eğitim programları aynı yaş grubu olan akranları tarafından verilirse öğrenciler bu bilgileri dinleme ve yaşamlarında uygulama kısmında daha istekli olurlar (CDC MMWR 2001; Diaz 2014).

Aktif sigara kullanımının sağlık üzerine olumsuz etkileri olduğu gibi pasif olarak sigaradan etkilenen kişilerinde sağlıklarında bozulma olduğu görülmüştür. Kendisi sigara içmeyen bir kişinin, toplu kullanım alanlarında ve evde sigara içen kişilerin dumanına maruz kalınmasına ve o dumanda bulunan tüm zararlı maddeleri solunmasına “pasif içicilik” denilir (Akıncı 2008). 1981’de Japon bir araştırmacı tarafından ev hanımlarına yapılan çalışmada; evde eşi sigara kullanan kadınların akciğer kanserine yakalanma riskinin fazla olduğu söylenmiştir (Mackay ve Amos 2003).

ABD’de yürütülen YRBS 2015 çalışmasına göre öğrencilerin %32,3 ü en az bir kez sigarayı dendiği, %6,6’sının (erkeklerde %8, kadınlarda %5) 13 yaşından önce sigarayı dendiği görülmektedir. Araştırmadaki öğrencilerin %32,3’ü hiç sigara içme davranışında bulunmamış iken mevcut sigara kullanan öğrenci oranı %10,8 (erkeklerde %11,8, kadınlarda %9,7) olarak bulunmuştur. Sigara kullanan öğrencilerin %7,9’u günde 10 adetten fazla sigara içmektedir. Aynı araştırmaya göre öğrencilerin %45,4’ünün sigarayı bırakmayı dendiği söylenmektedir (YRBS 2015).

Alkol kullanımını diğer zararlı madde kullanımları gibi erken yaşta başlamaktadır (Pekcan 1997). Erken yaşta alkol alma, yaşamın herhangi bir döneminde alkol kullanım bozukluğunun oluşma riskini artırır. Ülkemizde alkol bağımlısı tanısı almış kişilerce yapılan çalışmalarda alkole başlama yaşının 14-20 olduğu bildirilmiştir (Akvardar ve ark. 2003; İlhan ve ark. 2003; Arslan ve ark. 2012). Avrupa'da 35 ülkede yapılan ESPAD (The European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs- Avrupa Alkol ve Diğer Uyuşturucular Okul Araştırması) çalışmasına göre Türkiye'deki ergenlerde yaşam boyu en az bir kez alkollü içki içme sıklığı %45, sarhoş olma sıklığı %16 bulunmuştur. (Hibell ve ark. 2004). Arslan ve arkadaşlarının Samsun'da yaptığı araştırmada lise öğrencilerinin yaşam boyu en az bir kez alkollü içki kullanma oranının %26,07 olduğu bildirilmiştir (Arslan ve ark. 2012).

1998 yılında 15 ilde yapılan araştırmada, öğrencilerin alkol kullanım oranının %17,3 olduğu saptanmıştır. Haftada en az bir kez alkol kullanma oranının %9, yaşam boyu en az bir kez sarhoş olma oranının %26,5 olduğu belirtilmiştir. Aynı araştırmada, illere göre dağılıma bakıldığında son 30 gün içinde en sık alkol kullanılan il İzmir'dir (Ögel ve ark 2001). Ülkemizde 9 ilde yapılan çalışmada ilk ve orta öğretimde alkol kullanımını sigaradan sonra ikinci sırada yer almaktadır. İlköğretim öğrencilerinin %15,4 ü ortaöğretimin %45'i alkollü denediği bulunmuştur (Ögel 2004).

2003 yılında United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC) (Birleşmiş Milletler Suç Ofisi) tarafından yürütülen bir çalışmada yaşam boyu alkol kullanım yaygınlığı %48,6 olarak saptanmıştır (UNODC 2004). 2013 yılında Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığınca yapılan bir çalışmada 13-18 yaş arası ergenlerin %9'unun alkol denediği bildirilmiştir (Türkiye Ergen Profili Araştırması 2013).

Türkiye'de 2011 yılında yapılan araştırmada ortaöğretim öğrencilerinin %19,4'ünün alkollü içki denediği tespit edilmiştir (Türkiye Uyuşturucu Raporu 2012). Alkol kullanma davranışı yaş ve cinsiyetten etkilenir. Yaş arttıkça alkol kullanma davranışı artar. Aynı şekilde erkeklerin alkol kullanım davranışının kızlardan daha fazla olduğu görülmüştür (Güler ve ark. 2009; Arslan ve ark. 2012).

YRBS 2015 araştırmasına göre öğrencilerin %63,2'sinin en az bir kez alkol kullanmayı denediği, %17,2 (erkeklerde %19,7, kadınlarda %14,6)'sinin 13 yaşından

önce alkol kullanmayı denediği ve yaşam boyu en az 1 kez alkol içme oranının %63,2 (erkeklerde %61,4, kadınlarda %65,3) olduğu görülmüştür. Mevcut alkol kullanım oranının %32,8 ve alkol kullanan öğrencilerin %17,7'sinin bir kerede 5'den fazla, %4,3'ünün 10'dan fazla alkol kullandığı söylenmektedir (YRBS 2015). HBSC araştırması 2012 sonuçlarına göre haftada en az bir kez alkol alma oranları 11 yaşındakilerde %4, 13 yaşındakilerde %8 olarak belirtilmiştir (Currie ve ark. 2012).

Ülkemizde madde kullanımı ile ilgili yapılan çalışmalarda sigara ve alkolden sonra en sık kullanılan maddenin esrar olduğu görülmüştür. Esrarın geçmişte de kullanılmış olması bu duruma etken olabilir. Ortaöğretim öğrencileri arasında esrar kullanım yaygınlığı %4 olarak belirtilmiştir (Akkuş 2010). Madde kullanımı trafik kazaları, intiharlar, şiddet, istenmeyen gebelikler, güvensiz cinsel ilişki gibi diğer riskli davranışlar açısından tehlike oluşturmaktadır. DSÖ'ne göre 15-24 yaş grubunda kazalar, intiharlar ve cinayete bağlı ölümlerin dörtte üçü madde kullanımı sebebiyle yaşanmıştır (DSÖ 1998). Adölesan dönem beyin gelişiminin en yoğun olduğu dönemdir ve bu dönemde kullanılan bağımlılık yapıcı maddeler beyin ve nöral gelişimi negatif yönde etkiler ve kişilik gelişimi ile sosyal gelişmeyi azaltır. Alkol ve sigarada olduğu gibi bağımlılık yapıcı maddelerin de erkeklerde kullanım sıklığı fazladır. Madde kullanımı depresyon, huzursuzluk, gerginlik, saldırganlık, şiddete eğilim gibi olumsuz durumlara sebebiyet verir (Pekcan 2015).

HBSC 2012 raporuna göre 15 yaşındaki katılımcılarda en az bir kez esrar içme oranı %17 olarak belirtilmiştir (Currie ve ark. 2012). YRBS 2015 sonuçlarına göre yaşamları boyunca bir veya daha fazla kez esrar kullananların oranı %38,6, kokain kullananların oranı %5,2'dir. 13 yaşından önce esrar deneyenlerin oranı %7,5 iken mevcut kullanım oranı %21,7 olarak belirtilmiştir (YRBS 2015).

2013 yılında Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığınca yapılan çalışmada 13-18 yaş arası adölesanların %2'sinin esrar, %1'inin bali vb. uçucu maddeler, %0,5'inin ekstazi denediği bildirilmiştir (Türkiye Ergen Profili Araştırması 2013). UNODC tarafından yapılan çalışmada yaşam boyu en az bir kez esrar kullanım yaygınlığı %5,1, ecstasy %3,2, uçucu madde %5,2, eroin %2,8, flunitrazepam %3,1 olarak bulunmuştur. Yaşam

boyu en az bir kez esrar kullanım yaygınlığı %6,1 ile en yüksek İzmir’de, %2,9 ile en düşük Ankara’da bulunmuştur (UNODC 2004).

2.5.2.1.8. Yaralanmalar, Kazalar ve Şiddet

Adolesanlarda ölüm ve sakatlıkların önemli nedenlerinden biri kazalardır. Trafik kazaları bu kazalar arasında en sık karşılaşılandır. (Bilgel 1997; Pekcan 2015).

Okullarda gerçekleşen kazalar okulun birçok yerinde meydana gelebilir. Bu nedenle sınıf, bahçe, merdivenler gibi okul içinde veya dışında bulunan yerlerde kazalara neden olabilecek faktörlerin en az seviyeye indirecek şekilde düzenlenmesi ve kazalar konusunda öğrencilere gerekli eğitimin verilmesi gerekir. Kazalar oluştuğundan sonra incelemelerinin yapıp tekrar oluşmaması için gerekli güvenlik önlemlerinin alınması, ilkyardım konusunda gerekli kişilerin eğitilmesi ve ilkyardım çantalarının hazır bulundurulması gerekmektedir (Çakır 2005; Hatipoğlu 2016).

HBSC 2012 raporuna göre son 12 ayda yaralanma %42’dir. Türkiye 43 ülke içerisinde son 12 ayda yaralanma açısından 11 yaş için kızlarda %63, erkeklerde %71 oranı ile 1. sırada, 13 yaş için kızlarda %55, erkeklerde %66 oranı ile 2. sırada yer almaktadır (Currie ve ark. 2012).

Ankara’da 3 farklı sosyoekonomik düzeye sahip okulda 401 öğrenci ile yapılan çalışmada düşük, orta ve yüksek sosyoekonomik düzeyli okulda yaralanma oranları sırasıyla %33,3, %46,8 ve %37,1’dir (Üner ve ark. 2009). Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) tarafından yapılan Türkiye Sağlık Araştırması’nın 2014 yılı verilerinin incelendiği 7-14 yaş grubu 3921 çocuk ile yapılan bir çalışmada en az 1 kez yaralanma oranı %14,3’dür (Dönmez ve ark. 2018). 2011 yılında Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi’nde yapılan bir çalışmada okullarda erkek çocuklarının kızlara kıyasla daha fazla kaza geçirip yaralandığı görülmüştür (Altundaş ve ark. 2013). “DSÖ’nün tanımına göre şiddet; yaralanma, ölüm, psikolojik hasar ya da yoksunlukla sonuçlanan, kişinin kendine, bir başka kişiye, bir gruba veya topluluğa karşı kasıtlı olarak fiziksel ya da duygusal zor kullanması, güç ya da tehdit uygulamasıdır.” Kazalara bağlı ölümlerde ilk sırayı kendi kendine verilen zararlar ve intiharlara bağlı ölümler alırken, kişiler arası şiddete bağlı ölümler 5. Sırada yer almaktadır (WHO 2002; Evren ve ark.

2011). ABD'deki Okullarda Şiddeti Önleme Merkezine göre okullarda şiddet; 'okulun eğitim görevini ihlal eden, ortam güvenliğini tehdit eden, okulda bulunanların canlarını ve mallarını hedef alan her türlü saldırganca hareket' olarak tanımlanmaktadır (Hatipoğlu 2016).

Okullarda şiddet nedenleri arasında kalabalık sınıflar, boş zaman aktivitelerinin yetersizliği, öğretmenlerin sert davranışları, kız arkadaş sorunu, risk alma davranışları, disiplin uygulamaları, yoksulluk, çete üyesi olma, okul sevgisinin azlığı ve başarı düzeyinin düşük olması sayılabilir (Ögel ve ark. 2006). Şiddet vakalarının artması nedeniyle Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı tarafından 'Şiddeti Önleme ve İzleme Merkezi (ŞÖNİM)' kurulmuştur. Milli Eğitim Bakanlığı bünyesinde beş yıllık 'Eğitim Ortamlarında Şiddetin Önlenmesi ve Azaltılması Strateji ve Eylem Planı' isimli çalışma başlatılmıştır (Avcı Haskan ve Yıldırım 2014). Türkiye Büyük Millet Meclisi (TBMM) Araştırma Komisyonu Raporuna göre, 2006-2007 öğretim yılında öğrencilerin %22'sinin fiziksel, %53'ünün sözel, %36,3'ünün duygusal ve %15,8'inin cinsel şiddete maruz kaldığı belirlenmiştir. Aynı çalışmada öğrencilerin %35,5'inin fiziksel, %48,7'sinin sözel, %27,6'sının duygusal ve %11,7'sinin cinsel şiddet uyguladığı belirtilmiştir (TBMM Araştırma Komisyon Raporu 2007).

Şiddete maruz kalmak saldırgan davranışlara, kendine güvenin olmamasına, depresyona, madde kullanımına, intihara ve algılanan yaşam kalitesinin düşük olmasına yol açmaktadır (Evren ve ark. 2011).

HBSC 2012 raporuna göre son 12 ayda üç kez ve üzeri kavga etmiş olanların oranı 11 yaş için %14'dür. Yaş ve cinsiyet gibi faktörler kavga etme oranlarını etkiler. Erkeklerde kavga etme oranı %25 iken kızlardan bu oran %7'dir (Currie ve ark. 2012). YRBS 2015 çalışmasına göre öğrencilerin %22,6'sı bir veya daha fazla kez fiziksel kavga yaşamıştır. Bu oran erkeklerde %28,4, kızlarda ise %16,5 olarak bulunmuştur. Öğrencilerin %5,6'sı okulda kendini güvende hissetmediği için devamsızlık yapmıştır. Öğrencilerin %17,7'si ciddi olarak intihar etmeyi düşünmüş, %14,6'sı intihar planı yapmış ve %8,6'sı intihar teşebbüsünde bulunmuştur (YRBS 2015).

TBMM Araştırma Komisyonu Raporuna göre, 2006-2007 öğretim yılında öğrencilerin %22'sinin fiziksel, %53'ünün sözel, %36,3'ünün duygusal ve %15,8'inin

cinsel şiddete maruz kaldığı belirlenmiştir. Aynı çalışmada öğrencilerin %35,5'inin fiziksel, %48,7'sinin sözel, %27,6'sının duygusal ve %11,7'sinin cinsel şiddet uyguladığı belirtilmiştir (TBMM Araştırma Komisyon Raporu 2007). İstanbul'da 3483 lise 2.sınıf öğrencisi ile yapılan çalışmada araştırma grubunun yaklaşık yarısının en az 1 kez fiziksel kavgaya karıştığı sonucu bulunmuştur. Aynı çalışmada erkeklerin kızlara oranla 5 kat daha fazla kavgaya karıştığı söylenmiştir (Ögel ve ark. 2006).

Zorbalık, incitme niyeti ile saldırgan davranış olarak ifade edilebilir. Okul zorbalığının tanımı ilk olarak Olweus tarafından yapılmıştır. Olweus okul zorbalığını, 'bir çocuğa bir veya daha fazla öğrenci tarafından kasıtlı ve sürekli saldırgan davranışların uygulanması ve çocuğun bu davranış karşısında sürekli korunmasız olması' şeklinde tanımlamaktadır. Olweus'a göre mağdur ile zorba arasında "güç açısından dengesizlik" vardır. Bu güç dengesizliği bedensel ve psikolojik olabilir. Yine Olweus, zorbalığın hem doğrudan fiziksel boyutunun (vurma, iteleme, dövme gibi) hem de dolaylı yani sözel boyutunun (kızdırma, korkutma, ad takma gibi) olduğunu belirtmiştir (Olweus 1997; Pişkin 2002).

Zorbalığa maruz kalan çocukların daha fazla psikolojik desteğe ihtiyaç duydukları, depresyon ve kaygı düzeylerinin daha yüksek olduğu, kızgınlık ve çaresizlik duygularının yaşandığı, intihara kalkışma ve bazı kronik hastalıkların ortaya çıktığı, devamsızlık sorunlarının arttığı ve benlik saygılarının daha düşük olduğu bildirilmektedir (Pişkin 2002; Yurtal ve Cenkseven 2007). HSBC 2012 raporuna göre son 2 ayda zorbalığa maruz kalma oranı 11 yaş için %13'dir. Son 2 ayda zorbalık yapanların oranları incelendiğinde 11 yaş için %8'dir. Erkeklerde ve yaş arttıkça zorbalık yapma oranı artarken, zorbalığa maruz kalma oranı azalmaktadır. (Currie ve ark. 2012).

İstanbul'da 3483 lise 2.sınıf öğrencisi ile yapılan çalışmada zorbalığa maruz kalma prevalansı %51'dir (Ögel ve ark. 2006). Trakya Üniversitesi'nde 1620 öğrenci ile yaptığı çalışmasında şiddete maruz kalanların prevalansı %6,3 olarak bulunmuştur (Evren ve ark. 2011). Adana'da 10-14 yaş grubu 433 öğrenci ile yapılan çalışmada bazen zorbalık yapma prevalansı %20 iken sık sık zorbalık yapma prevalansı %2,6'dır. Bu oran erkeklerde daha fazladır (Yurtal ve Cenkseven 2007).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. ARAŞTIRMANIN TİPİ

Araştırma, gençlerde riskli sağlık davranışı ve bunları etkileyen belirleyicilerinin saptanması amacıyla okul çağı çocukları üzerinde yürütülecek kesitsel ve tanımlayıcı bir çalışmadır.

3.2. ARAŞTIRMANIN EVRENİ

1983/84 yılında 5 ülkenin katılımı ile başlayan “Okul Çağı Çocuklarda Sağlık Davranışı” (Health Behaviour in School Aged Children- HBSC) çalışması 11, 13, 15 yaş grubu öğrencilerde yürütülmektedir. Çalışmanın bu yaş grubunda yapılmasının nedeni bu yaş gruplarının adolesan evrelerini kapsamasıdır. Bu çalışmada belirtilen bu nedenle 11 ve 13 yaş gruplarında, yani 5. ve 7. sınıf öğrencilerinde yapılmasına karar verilmiştir. Araştırmanın evrenini, İzmir’in Bayraklı ilçesinde bulunan ilköğretim ikinci kademe okullarındaki 11, 12, 13 ve 14 yaş öğrencilerin bulunduğu ilköğretim 5., 6., 7. ve 8. sınıflarındaki toplam 11548 öğrenci oluşturmaktadır.

Bayraklı ilçesi 2008 yılında Karşıyaka ilçesinden ayrılarak ilçe statüsüne kavuşmuştur. İzmir’in 5. büyük semtidir. İzmir’in ilk yerleşim yerlerinden olması nedeniyle çok sayıda göç almıştır. İzmir’in en büyük gecekondu bölgesine sahip semtidir. Diğer yandan üst sosyo ekonomik düzeye sahip kişilerin yaşadığı mahalleleri de bulunmaktadır. Bayraklı’da 2011 yılında yapılan bir araştırmada araştırmaya katılan kadınların çoğunun ev hanımı olduğu, erkeklerin de inşaat işçisi, garson gibi uzmanlık gerektirmeyen meslek gruplarında çalıştıkları belirlenmiştir. Aynı çalışmada ilkokul mezunu olanların fazla sayıda olduğu, lise ve üniversite mezunlarının ise düşük sayıda olduğu söylenmiştir (Karadağ ve Mirioğlu 2012).

3.3. ARAŞTIRMANIN ÖRNEKLEMİ

Araştırmanın yapılacağı evren yerleşim yeri, gelişmişlik durumu açısından farklı özelliğe sahip olduğu için tabakalı rastgele örnek seçim yöntemi kullanılacaktır. Araştırma için gerekli örnek büyüklüğü sağlık risk davranışları arasında sıklığı en az bulunan değişken olan alkol kullanım prevalansına (%10) göre hesaplanmıştır. Epi

info programında evren 11548, %10 prevalans, %95 güven aralığı %4 hata payı alındığında hesaplanan minimum örnek büyüklüğü 805 öğrenci olarak bulunmuştur. Araştırmaya alınacak okullar tabakalı – rastgele örneklem yöntemi kullanılarak belirlenmiştir. Örneklem seçiminde aşağıda belirtilen işlemler yapılmıştır:

1. Öncelikle Bayraklı ilçesinde bulunan okullar kentsel ve yarı kentsel okullar olarak 2 tabakaya ayrılmıştır.

2. Çalışmanın yapılacağı 11 ve 13 yaş gruplarındaki toplam öğrenci sayılarına göre her tabakadaki bu yaş gruplarından kaç öğrencinin örneğe gireceği belirlenmiştir.

3. Kentsel ve yarı kentsel okullardan yaş gruplarına göre kaç öğrencinin örneğe gireceği belirlendikten sonra hangi okullarda çalışmanın yapılacağına her tabakada yer alan okullardan rastgele sayılar tablosundan yararlanılarak karar verilmiştir. Sonuç olarak Tablo 2'de gösterilen 12'si kentsel, dördü yarı kentsel yerleşimli toplam 16 okuldan örnek seçilmiştir.

4. Her okuldan örneğe girecek öğrencilerin belirlenmesinde sınıf temelinde örneklem seçilmesine karar verilmiştir. Daha sonra örneğe çıkan okulların sınıflarından rastgele örneklem yöntemi ile hangi sınıflarda görüşme yapılacağı belirlenmiştir.

Tablo 1. Araştırmaya Katılan Öğrencilerin Sınıf ve Okul Konumuna Göre Dağılımı

Okul Konumu	5. Sınıf		7. Sınıf		Toplam	
	n	%	n	%	N	%
Kentsel	397	86,1	368	88,9	765	87,4
Yarı Kentsel	64	13,9	46	11,1	110	12,6
Toplam	461	100	414	100	875	100

Tablo 2. Araştırmaya Katılan Okulların Listesi

Okul Adı	Okul Konumu	Örneğe Alınan Öğrenci Sayısı
80. Yıl Metaş Ortaokulu	Kentsel	38
Özel Boğaziçi Koleji	Kentsel	16
Çamkıran Ortaokulu	Kentsel	27
Kaymakam Özgür Azer Kurak Ortaokulu	Kentsel	71
Mustafa Çukur Ortaokulu	Kentsel	67
Mustafa Uygur Ortaokulu	Kentsel	109
Nedret İlhan Keten Ortaokulu	Kentsel	104
Osman Çınar Ortaokulu	Kentsel	67
Sabiha Ahmet Tabak Ortaokulu	Kentsel	59
Şehit Fehmi Bey Ortaokulu	Kentsel	47
Talatpaşa Ortaokulu	Kentsel	118
Vali Namık Kemal Şentürk Ortaokulu	Kentsel	42
Şehit Yüzbaşı Ali Rıza Sadak Ortaokulu	Yarı Kentsel	16
Evrenpaşa Ortaokulu	Yarı Kentsel	62
Mualla Muzaffer Yersel Ortaokulu	Yarı Kentsel	18
Piri Reis İmam Hatip Ortaokulu	Yarı Kentsel	14
TOPLAM	16	875

3.4. ARAŞTIRMANIN HİPOTEZLERİ

1. Adölesanlarda riskli sağlık davranışları yaşla artmaktadır.
2. Riskli sağlık davranışı erkeklerde daha fazla görölmektedir.
3. Riskli sağlık davranışı yarı kentsel bölgelerde daha fazladır.
4. Ailenin sosyoekonomik düzeyi düştükçe, gelir algısı kötöleştikçe öğrencilerin risk davranışları artacaktır.

3.5. ARAŞTIRMANIN BAĞIMLI VE BAĞIMSIZ DEĞİŞKENLERİ

3.5.1. Bağımlı Değişkenler

Beslenme Durumu: Her gün kahvaltı yapmayanlar düzensiz kahvaltı yapıyor olarak, her gün kahvaltı yapanlar düzenli kahvaltı yapıyor olarak tanımlanmıştır.

Bodurluk: Yaşa göre boyu 3 persentil altında olanlar bodur olarak tanımlanmıştır.

Zayıflık: Yaşa göre BKİ 3 persentil altında olanlar zayıf olarak tanımlanmıştır.

Obezite: Yaşa göre BKİ 97 persentil üzerinde olanlar obez olarak tanımlanmıştır.

Fazla Kiloluluk: Yaşa göre BKİ 85-97 persentil arasında olanlar fazla kilolu olarak tanımlanmıştır.

Ağız-Diş Bakımı: Günde birden fazla kez diş fırçalayanlar düzenli diş bakımına sahip olarak, daha az fırçalayanlar ve hiç fırçalamayanlar düzensiz diş bakımına sahip olarak tanımlanmıştır.

Son 12 Ayda Diyet Yapma: ‘Son 12 ay süresince kilonu kontrol altına almak için diyet, yeme alışkanlığında değişiklik veya başka şeyler yaptın mı?’ sorusuna evet yanıtını verenler son 12 ayda diyet yapıyor olarak tanımlanmıştır.

Fiziksel Aktivite Yapma: Haftada en az 3 gün, 60 dakika fiziksel aktivite yapanlar düzenli fiziksel aktivite yapıyor olarak, daha az yapanlar düzensiz fiziksel aktivite yapıyor olarak tanımlanmıştır.

Sedanter Yaşam: Günde en az 2 saat ve üzeri televizyon/bilgisayar/tablet başında vakit geçirenler sedanter olarak tanımlanmıştır.

Son 1 Yılda Yaralanma: Son 1 yılda bir doktor veya hemşire tarafından tedavi gerektirecek düzeyde yaralanmış olanlar tanımlanmıştır.

Son 1 Yılda Kavga Yaşama: Son 1 yılda en az 3 kez kavga yaşamış olanlar olarak tanımlanmıştır.

Zararlı Madde Kullanımı: Zararlı madde kullanım alışkanlığınız var mı?’ şeklinde açık uçlu soru ile sigara ve alkol kullanımı belirlenmiştir. 1 kez ve üstü deneyenler ‘zararlı madde kullanımı var’ olarak tanımlanmıştır.

Zorbalığa Maruz Kalma: Son 1 yılda arkadaşları tarafından 1 kez ve üstünde zorbalığa (sözel ve bedensel) maruz kalanlar ‘zorbalığa maruz kalma’ olarak tanımlanmıştır.

Zorbalık Yapma: Son aylarda arkadaşlarına 1 kez ve üstünde zorbalık (sözel ve bedensel) yapanlar ‘zorbalık yapma’ olarak tanımlanmıştır.

3.5.2. Bağımsız Değişkenler

Cinsiyet: ‘Kız’ ve ‘erkek’ olarak sorulmuştur.

Yaş: Doğum tarihi gün, ay, yıl olarak sorulmuştur. Doğum tarihi 30 Haziran’a kadar olanlar o yıla, 1 Temmuz ve sonrası olanlar bir sonraki yıla yuvarlanmıştır.

Okul Konumu: Okulun bulunduğu mahalleye göre ‘kentsel’ ve ‘yarı kentsel’ olarak kategorize edilmiştir.

Yerleşim Yeri: Evin bulunduğu mahalleye göre ‘kentsel’ ve ‘yarı kentsel’ olarak kategorize edilmiştir.

Beden Algısı: ‘Vücudun ile ilgili düşünceni belirtir misin?’ sorusuna ‘uygun kilodayım’ yanıtını verenler ‘iyi’ beden algısına sahip, ‘çok zayıfım’, ‘biraz zayıfım’, ‘biraz kiloluyum’ ve ‘çok fazla kiloluyum’ yanıtını verenler ‘kötü’ beden algısına sahip olarak tanımlanmıştır.

Önemli Sağlık Sorunu Ya Da Engellilik Durumu: ‘Önemli ve geçmeyen bir sağlık sorunun/hastalığın ya da bir engellilik durumun var mı?’ sorusuna ‘evet’ yanıtını verenler tanımlanmıştır.

Arkadaşlık Ortamı: ‘Sınıftaki arkadaşlık ortamını nasıl değerlendirirsin?’ sorusuna ‘çok iyi’ ve ‘mükemmel’ yanıtını verenler ‘iyi’, ‘idare eder’, ‘yetersiz’ ve ‘çok yetersiz’ yanıtını verenler ‘kötü’ arkadaşlık ortamına sahip olarak tanımlanmıştır.

Okul Başarı Algısı: ‘Sınıfta arkadaşların ile karşılaştığında okul başarıyı nasıl değerlendiriyorsun?’ sorusuna ‘çok iyi’ ve ‘iyi’ yanıtını verenler ‘iyi’, ‘ortalama’ ve

‘ortalamanın altında’ yanıtını verenler ‘kötü’ okul başarısına sahip olarak tanımlanmıştır.

Aile Tipi: ‘Evinizde kimlerle yaşıyorsunuz?’ sorusuna çekirdek ailesi dışında birinin olduğunu ifade edenler geniş ailede, belirtmeyenler çekirdek ailede yaşıyor olarak gruplandırılmıştır.

Annenin Eğitim Durumu: ‘Annenin eğitim durumunu belirtir misin?’ sorusuna ‘okur-yazar değil’, ‘okur-yazar ancak hiç okula gitmemiş’ ve ‘ilkokul’ yanıtını verenlerin annesi ‘ilkokul ve altı eğitim düzeyi’, ‘ortaokul’, ‘lise’ ve ‘yüksekokul/üniversite’ yanıtı verenlerin annesi ‘ortaokul ve üzeri eğitim düzeyi’ olarak tanımlanmıştır.

Babanın Eğitim Durumu: ‘Babanın eğitim durumunu belirtir misin?’ sorusuna ‘okur-yazar değil’, ‘okur-yazar ancak hiç okula gitmemiş’ ve ‘ilkokul’ yanıtını verenlerin babası ‘ilkokul ve altı eğitim düzeyi’, ‘ortaokul’, ‘lise’ ve ‘yüksekokul/üniversite’ yanıtı verenlerin babası ‘ortaokul ve üzeri eğitim düzeyi’ olarak tanımlanmıştır.

Babanın Çalışma Durumu: ‘Baban çalışıyor mu?’ sorusuna ‘evet, çalışıyor’ yanıtını verenler ‘babası çalışıyor’ olarak tanımlanmıştır.

Annenin Çalışma Durumu: ‘Annen çalışıyor mu?’ sorusuna ‘evet, çalışıyor’ yanıtını verenler ‘annesi çalışıyor’ olarak tanımlanmıştır.

Baba Yaşı: ‘Baban kaç yaşındadır?’ sorusuna verilen yanıtta göre baba yaşı ‘40 yaş ve altı’ ile ‘41-49 yaş’ ve ‘50 yaş üzeri’ olarak kategorize edilmiştir.

Anne Yaşı: ‘Annen kaç yaşındadır?’ sorusuna verilen yanıtta göre anne yaşı ‘40 yaş ve altı’ ile ‘41-49 yaş’ ve ‘50 yaş üzeri’ olarak kategorize edilmiştir.

Baba İle İletişim: ‘Baban ile iletişimin nasıldır?’ sorusuna ‘çok kolay’ ve ‘kolay’ yanıtını verenler ‘kolay’, ‘zor’, ‘çok zor’ ve ‘yok/görmüyorum’ yanıtını verenler ‘zor’ ilişkiye sahip olarak tanımlanmıştır.

Anne İle İletişim: ‘Annen ile iletişimin nasıldır?’ sorusuna ‘çok kolay’ ve ‘kolay’ yanıtını verenler ‘kolay’, ‘zor’, ‘çok zor’ ve ‘yok/görmüyorum’ yanıtını verenler ‘zor’ ilişkiye sahip olarak tanımlanmıştır.

Sosyal Sınıf: Prof. Dr. Korkut Boratav sosyal sınıflaması kullanılmıştır. Baba işine göre (babası yoksa anne işine göre) Üst sosyal sınıf; işveren, yüksek eğitilmiş kendi hesabına çalışan, küçük esnaf/zanaatkar, yüksek eğitilmiş ücretli, beyaz yakalı olarak tanımlanırken alt sosyal sınıf; niteliksiz hizmet işçileri, iş buldukça çalışan, mavi yakalı, işsiz olarak tanımlanmıştır (Boratav K. 2004).

Sosyal Medya Kullanımı: 'Arkadaşların ile sosyal medyada ne sıklıkla takılırsın?' sorusuna 'nadiren veya hiç' yanıtını verenler 'nadiren veya hiç sosyal medya kullanımı' olarak tanımlanırken, '1-2 gün', '3-4 gün', '5-6 gün' ve 'her gün' yanıtını verenler 'haftada 1 gün ve üzeri sosyal medya kullanımı' olarak tanımlanmıştır.

3.6. VERİ TOPLAMA ARACI VE VERİ TOPLAMA

Araştırma için 1983/84 yılında 5 ülkenin katılımı ile başlayan Health Behaviour in School-aged Children (Okul Çağı Çocukları Sağlık Davranışı) çalışmasının 2009/10 anket formunun Türkçe'ye çevrili formu araştırmacının bulunduğu sınıflarda doldurulmuştur. Anket formu; sosyodemografik bilgiler, beslenme durumu, ağız-dış bakım, fiziksel inaktivite, şiddet ve yaralanma, okul başarısı, arkadaş grubu ve sosyal aktiviteleri kapsamaktadır.

Anket formu araştırmacının gözetmenliğinde sınıflarda öğrencilere uygulanmıştır. Anketlerin toplanmasında seçim sandığı yöntemi kullanılmıştır. Çalışmanın amacı ve anket formu hakkında araştırmacı tarafından sınıflarda öğrencilere açıklama yapılmıştır. Öğrencilere uygulanacak ankette isim, sınıf numarası gibi öğrencinin kimliğini belirleyici ifadeler bulundurulmamıştır. Bu konuda öğrencilere gerekli açıklamalar yapılmıştır.

Öğrencilerin beslenme durumu ile büyüme gelişme durumlarını değerlendirmek için boy ve kiloları araştırmacı tarafından sınıfta ölçülmüştür. Boy, ayakta ve baş duvara dayalı olarak 1 milimetreye hassas mezura ile; ağırlık, ayakta üzerinde mümkün olan en az kıyafetle 100 grama kadar hassas dijital baskül ile ölçülmüştür. Baskül hergün araştırmacı tarafından kalibre edilmiştir. Öğrencilerin boy ve kiloları ölçüldükten sonra anketlere araştırmacı tarafından kayıt edilmiştir. Kilo ve boy ölçümleri sonucu DSÖ tarafından yayımlanan 5-19 yaş için büyüme referans değerleri persentil tablolarına göre değerlendirilmiştir. Yaşa göre BKİ'si 85-97 persentil arası

olanlar fazla kilolu, 97 persentil üzerinde olanlar obez olarak, 3 persentil altında olanlar zayıf olarak tanımlanmıştır. Yaşa göre boyu 3 persentil altında olanlar bodur olarak tanımlanmıştır.

Araştırma için Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı, İzmir Bayraklı İlçe Milli Eğitim Müdürlüğü ve okul yöneticilerinden, Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı Yerel Etik Kurulundan gerekli izinler alınmıştır.

3.7. ANALİZ

Verilerin analizinde SPSS 15.0 bilgisayar istatistik programı kullanılmıştır. Tekli analizlerde ki kare testi, çoklu analizlerde Binary lojistik regresyon modeli ve risklerin %95 güven aralığı yöntemleri kullanılmıştır.

3.8. ÇALIŞMANIN KISITLILIKLARI

Çalışmamızda sigara, alkol ve diğer madde kullanımı soruları gerekli izinler alınamaması sebebi ile ayrıntılı sorulamamıştır. Verilerin beyana dayalı olması sebebi ile kavga sıklığı, zorbalık gibi değişkenlerde nedensel ilişki bulunurken zaman zaman güçlükler yaşanmıştır.

3.9. ÇALIŞMANIN GÜÇLÜ YANLARI

Çalışma İzmir Bayraklı bölgesinde 16 okulda yürütülmüştür. Araştırmaya katılan tüm öğrencilerin boy ve kilo ölçümleri yapılmıştır. Ulaşılan öğrenci oranı %109'dur.

4. BULGULAR

Araştırmaya 875 öğrenci katılmıştır. Araştırma grubunun %51'i erkek, %49'u kızdır. 5. sınıf öğrencilerinin %51,6'sı, 7. sınıf öğrencilerinin %50,2'si erkektir (Tablo 3).

Tablo 3. Araştırmaya katılan öğrencilerin cinsiyet ve sınıflara göre dağılımı

Cinsiyet	5. Sınıf		7. Sınıf		Toplam	
	n	%	n	%	N	%
Erkek	238	51,6	208	50,2	446	51
Kız	223	48,4	206	49,8	429	49
Toplam	461	100.0	414	100.0	875	100.0

Çalışmamıza katılan öğrencilerin %87,4'ü kentsel bölge okullarında, %12,6'sı yarı kentsel bölge yerleşimli okullarda bulunmaktadır (Tablo 1). Tüm okullar içinde çalışmaya katılan öğrencilerin %52,7'si 5. sınıf, 47,3'ü 7. sınıftır (Tablo 4).

Öğrencilerin yaş ortalaması $12,09 \pm 1,14$ 'dir. 5. sınıfların yaş ortalaması $11,07 \pm 0,29$, 7. sınıfların $13,22 \pm 0,48$ 'dir (Tablo 5).

Tablo 4. Araştırmaya katılan öğrencilerin cinsiyet, sınıf ve okul konumuna göre dağılımı*

Cinsiyet	5. Sınıf		7. Sınıf		Toplam	
	n	%	n	%	N	%
Kentsel						
Erkek	209	52,6	188	51,1	397	51,9
Kız	188	47,4	180	48,9	368	48,1
Yarı Kentsel						
Erkek	29	45,3	20	43,5	49	44,5
Kız	35	54,7	26	56,5	61	55,5
Toplam	461	100	414	100	875	100

*Yüzdeler sütun yüzdesidir.

Tablo 5. Araştırmaya katılan öğrencilerin sınıflarına göre yaş ortalamaları

Yaş Ortalaması	Ort. \pm ss	En küçük değer	En büyük değer
5. Sınıf	11,07 \pm 0,29	10	12
7. Sınıf	13,22 \pm 0,48	12	16
Toplam	12,09 \pm 1,14	10	16

4.1. DEMOGRAFİK VE SOSYOEKONOMİK ÖZELLİKLER

Araştırma katılan öğrencilerin %22,5'inin annesinin eğitimi ilkökul, %26,2'sinin ortaokul, %39,1'inin lise ve üzeridir. %5,0'inin annesi okur yazar değil, %3,3'ünün okur yazar ancak hiç okula gitmemiştir. Öğrencilerin %18,4'ünün babasının eğitimi ilkökul, %26,5'inin ortaokul, %43,6'sının lise ve üzeridir. %3,5'inin babası okur yazar değil, %1,7'si okur yazar ancak okula gitmemiştir (Tablo 6).

Tablo 6. Araştırmaya katılan öğrencilerin anne ve babalarının eğitim durumlarının cinsiyet ve sınıflara göre dağılımı *

Özellik	5. Sınıf				7. Sınıf				Toplam	
	Erkek (n=238)		Kız (n=223)		Erkek (n=208)		Kız (n=206)		(N=875)	
	N	%	n	%	n	%	n	%	N	%
Anne Eğitimi										
Okur yazar değil	19	8,0	10	4,5	8	3,8	7	3,4	44	5,0
Okur yazar ancak hiç okula gitmemiş	12	5,0	6	2,7	6	2,9	5	2,4	29	3,3
İlkokul	44	18,5	41	18,4	48	23,1	64	31,1	197	22,5
Ortaokul	46	19,3	59	26,5	64	30,8	60	29,1	229	26,2
Lise	52	21,8	63	28,3	61	29,3	47	22,8	223	25,5
Yüksekokul/Üniversite	53	22,3	34	15,2	16	7,7	16	7,8	119	13,6
Bilmiyor	12	5,0	10	4,5	5	2,4	7	3,4	34	3,9
Baba Eğitimi										
Okur yazar değil	17	7,1	4	1,8	6	2,9	4	1,9	31	3,5
Okur yazar ancak hiç okula gitmemiş	9	3,8	1	0,4	4	1,9	1	0,5	15	1,7
İlkokul	28	11,8	40	17,9	43	20,7	50	24,3	161	18,4
Ortaokul	57	23,9	54	24,2	62	29,8	59	28,6	232	26,5
Lise	58	24,4	58	26,0	60	28,8	49	23,8	225	25,7
Yüksekokul/Üniversite	58	24,4	45	20,2	23	11,1	31	15,0	157	17,9
Bilmiyor	11	4,6	21	9,4	10	4,8	12	5,8	54	6,2

*Yüzdeler sütun yüzdesidir.

Öğrencilerin %32,8'inin annesi çalışmaktadır. %2,6'sı iş buldukça çalışmakta, %64,2'sinin annesi çalışmamaktadır (Tablo 7). Araştırma grubunun %59,3'ünün annesi ev kadınıdır.

Tablo 7. Araştırmaya katılan öğrencilerin annelerinin çalışma durumlarının cinsiyet ve sınıflara göre dağılımı*

Annenin Çalışma Durumu	5. Sınıf		7. Sınıf		Toplam
	Erkek (n=238) %	Kız (n=223) %	Erkek (n=208) %	Kız (n=206) %	N=875 %
Düzenli işi var	36,6	34,1	28,8	31,1	32,8
İş buldukça çalışıyor	3,8	2,2	1,9	2,4	2,6
Emekli	0,4	0,4	0,0	0,5	0,4
Çalışmıyor	59,2	63,2	69,2	66,0	64,2
Toplam	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

*Yüzdeler sütun yüzdesidir.

Öğrencilerin %91,3'ünün babası çalışmaktadır. %1,6'sının babası emekli ve %7,1'inin babası çalışmamaktadır. Öğrencilerin %73,3'ü alt sosyal sınıftadır (Tablo 8).

Tablo 8. Araştırmaya katılan öğrencilerin sosyal sınıflarının cinsiyet ve sınıflara göre dağılımı*

Sosyal Sınıf	5. Sınıf		7. Sınıf		Toplam
	Erkek (n=237) %	Kız (n=223) %	Erkek (n=208) %	Kız (n=206) %	N=874 %
Üst Sosyal Sınıf	29,5	29,6	23,1	23,8	26,7
Alt Sosyal Sınıf	70,5	70,4	76,9	76,2	73,3
Toplam	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

*Yüzdeler sütun yüzdesidir.

Araştırma grubunun %41,3'ünün yerleşim yeri kentsel, %58,7'sinin yerleşim yeri yarı kentsel bölgedir. Öğrencilerin %83,4'ü çekirdek ailede, %16,6'sı geniş ailede yaşamaktadır. %46,2'sinin 1 kardeşi, %31,6'sının 2 kardeşi, %22,2'sinin 3 ve üzerinde kardeşi vardır (Tablo 9).

Tablo 9. Araştırmaya katılan öğrencilerin evlerinin konumu ve aile tiplerinin cinsiyet ve sınıflara göre dağılımı *

Özellik	5. Sınıf		7. Sınıf		Toplam (N=867)
	Erkek (n=233) %	Kız (n=221) %	Erkek (n=207) %	Kız (n=206) %	
Evin Konumu					
Kentsel	43,3	46,6	33,8	40,8	41,3
Yarı Kentsel	56,7	53,4	66,2	59,2	58,7
Toplam	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
	Erkek (n=234) %	Kız (n=223) %	Erkek (n=208) %	Kız (n=206) %	(N=871) %
	Aile Tipi				
Çekirdek	75,6	83,0	87,0	88,8	83,4
Geniş	24,4	17,0	13,0	11,2	16,6
Toplam	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
	Erkek (n=195) %	Kız (n=180) %	Erkek (n=180) %	Kız (n=185) %	(N=740) %
	Kardeş Sayısı				
1 kardeşi var	44,1	41,7	45,0	54,1	46,2
2 kardeşi var	33,3	35,6	32,2	25,4	31,6
3 ve üzerinde kardeşi var	22,6	22,8	22,8	20,5	22,2
Toplam	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

*Yüzdeler sütun yüzdesidir.

Araştırmadaki öğrencilerin %71,1'i yaşadıkları çevrenin kendilerine uygun, %17,2'si kararsız, %11,7'si uygun olmadığını belirtmiştir. %74'ü yaşadığı çevreyi güvenli bulurken, %6,9'u yaşadığı çevreyi güvensiz bulmuştur (Tablo 10). Öğrencilerin %67,3'ü gelirlerini 'iyi' olarak algılamaktadır (Tablo 11).

Tablo 10. Araştırmaya katılan öğrencilerin yaşadıkları çevrenin özelliklerinin cinsiyet ve sınıflara göre dağılımı*

Özellik	5. Sınıf		7. Sınıf		Toplam (N=872) %
	Erkek (n=236) %	Kız (n=223) %	Erkek (n=207) %	Kız (n=206) %	
Yaşanan Çevre Hakkındaki Düşüncesi					
Uygun	79,7	68,2	69,1	66,5	71,1
Uygun değil	8,9	9,0	14,0	15,5	11,7
Kararsız	11,4	22,9	16,9	18,0	17,2
Toplam	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
	Erkek (n=236) %	Kız (n=223) %	Erkek (n=208) %	Kız (n=206) %	(N=873) %
	Yaşanan Çevreyi Güvenli Bulma				
Güvenli	78,0	80,3	69,2	67,5	74,0
Ne güvenli ne güvensiz	16,5	13,9	21,6	25,2	19,1
Güvensiz	5,5	5,8	9,1	7,3	6,9
Toplam	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

*Yüzdeler sütun yüzdesidir.

Tablo 11. Araştırmaya katılan öğrencilerin gelir algıları*

Algılanan Gelir Durum	Erkek (n=443)		Kız (n=429)		(N=872)	
	n	%	n	%	N	%
İyi	296	66,8	291	67,8	587	67,3
Orta	123	27,8	122	28,4	245	28,1
Kötü	24	5,4	16	3,7	40	4,6
Toplam	445	100,0	429	100,0	874	100,0

*Yüzdeler sütun yüzdesidir.

Araştırma grubunun %75,1'inin annesi 40 yaş ve altında, %47,6'sının babası 40 yaş ve altındadır (Tablo 12). Öğrencilerin anne yaş ortalaması $37,76 \pm 4,99$, baba yaş

ortalaması $41,67 \pm 5,16$ 'dır. Öğrencilerin %11,8'i annelerinin, %15'i babalarının yaşlarını bilmemektedir.

Tablo 12. Araştırmaya katılan öğrencilerin anne ve babalarının sosyo demografik özelliklerinin cinsiyet ve sınıflara göre dağılımı*

Özellik	5. Sınıf		7. Sınıf		Toplam (N=772)
	Erkek (n=194) %	Kız (n=206) %	Erkek (n=182) %	Kız (n=190) %	
Anne Yaşı					
40 ve altı	81,4	83,0	68,1	66,8	75,1
41-49	17,0	15,5	28,6	31,6	22,9
50 ve üstü	1,6	1,5	3,3	1,6	1,9
Toplam	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
	Erkek (n=193) %	Kız (n=183) %	Erkek (n=187) %	Kız (n=181) %	(N=744) %
	Baba Yaşı				
40 ve altı	57,5	58,5	34,8	39,2	47,6
41-49	36,3	34,4	51,3	53,0	43,7
50 ve üstü	6,2	7,1	13,9	7,7	8,7
Toplam	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

*Yüzdeler sütun yüzdesidir.

Öğrencilerin %90,1'i babası ile %95,2'si annesi ile kolay iletişim kurabilmektedir (Tablo 13).

Araştırmaya katılan öğrencilerin okul başarı algısı açısından %45,9'u iyi, %29,4'ü çok iyi, %19,6'sı ortalama düzeydedir. %81,2'si okulu sevmektedir (Tablo 14).

Tablo 13. Araştırmaya katılan öğrencilerin babaları ve anneleri ile iletişimlerinin cinsiyet ve sınıfa göre dağılımı*

Özellik	5. Sınıf		7. Sınıf		Toplam (N=871) %
	Erkek (n=235) %	Kız (n=223) %	Erkek (n=208) %	Kız (n=205) %	
Baba İle İletişim					
Kolay	93,6	92,4	86,8	86,8	90,1
Zor	6,4	7,6	13,2	13,2	9,9
Toplam	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Anne İle İletişim					
Kolay	95,3	98,2	95,7	91,2	95,2
Zor	4,7	1,8	4,3	8,8	4,8
Toplam	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

*Yüzdeler sütun yüzdesidir.

Tablo 14. Araştırmaya katılan öğrencilerin okul başarı algıları ve okul hakkındaki düşünceleri*

Özellik	5. Sınıf		7. Sınıf		Toplam (N=872) %
	Erkek (n=236) %	Kız (n=222) %	Erkek (n=208) %	Kız (n=206) %	
Okul Başarısı					
Algısı					
Çok iyi	30,9	43,7	19,7	21,8	29,4
İyi	46,6	39,6	46,2	51,5	45,9
Ortalama	16,5	14,4	25,5	22,8	19,6
Ortalamanın altında	5,9	2,3	8,7	3,9	5,2
Toplam	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Okul Hakkındaki Düşüncesi					
Okulu seviyor	84,0	93,2	65,9	80,7	81,2
Okulu sevmiyor	16,0	6,8	34,1	19,3	18,8
Toplam	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

*Yüzdeler sütun yüzdesidir.

4.2. İLETİŞİM VE SOSYAL İLİŞKİLER

Araştırmaya katılan öğrencilerin %67,6'sı haftada en az bir defa telefonda konuşmakta, mesajlaşmakta veya e-posta göndermektedir. %24,4'ü ise her gün telefonla konuşmakta, mesajlaşmakta ve e-posta göndermektedir (Tablo 15). Öğrencilerin %61,2'si haftada en az 1 kez sosyal medya kullanmaktadır.

Tablo 15. Araştırmaya katılan öğrencilerde telefonla konuşma, mesajlaşma ve e-posta gönderme sıklıkları*

Telefonla Konuşma, Mesajlaşma ve e- posta Gönderme	Erkek (n=445)		Kız (n=429)		(N=874)	
	n	%	n	%	N	%
Nadiren veya hiç	147	33,0	136	31,7	283	32,4
Haftada 1 veya 2 gün	121	27,2	106	24,7	227	26,0
Haftada 3 veya 4 gün	47	10,6	62	14,5	109	12,5
Haftada 5 veya 6 gün	23	5,2	19	4,4	42	4,8
Her gün	107	24,0	106	24,7	213	24,4
Toplam	445	100,0	429	100,0	874	100,0

*Yüzdeler sütun yüzdesidir.

Araştırmadaki öğrencilerin %35,3'ü haftada en az 3 gün arkadaşlarıyla okul sonrası boş zamanlarında vakit geçirmektedir (Tablo 16). Öğrencilerin %49,2'si haftada en az 1 akşam dışarıda vakit geçirmektedir.

Tablo 16. Araştırmaya katılan öğrencilerde okul sonrası arkadaşlarıyla zaman geçirme sıklığı*

Okuldan Sonra Boş Zamanlarında Arkadaşlarıyla Zaman Geçirme	5. Sınıf		7. Sınıf		Toplam (N=875) %
	Erkek (n=238) %	Kız (n=223) %	Erkek (n=208) %	Kız (n=206) %	
Hiçbir zaman	16,4	22,0	13,9	22,3	18,6
Haftada 1-2 gün	35,7	52,0	40,4	57,3	46,1
Haftada 3 gün ve üzeri	47,9	26,0	45,7	20,4	35,3
Toplam	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

*Yüzdeler sütun yüzdesidir.

Öğrencilerin %17,7'si kültürel aktivitelere katılmaktadır (Tablo 17).

Tablo 17. Araştırmaya katılan öğrencilerin kültürel aktivitelere katılma durumlarının cinsiyet ve sınıflara göre dağılımı*

Kültürel Aktivitelere Katılma	5. Sınıf		7. Sınıf		Toplam (N=875)
	Erkek (n=238)	Kız (n=223)	Erkek (n=208)	Kız (n=206)	
	%	%	%	%	%
Evet	14,3	22,4	13,9	20,4	17,7
Hayır	85,7	77,6	86,1	79,6	82,3
Toplam	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

*Yüzdeler sütun yüzdesidir.

4.3. BESLENME DÜZENİ

Araştırmadaki öğrencilerin %72,4'ü hafta içi her gün kahvaltı yaparken, %14 hafta içi hiç kahvaltı yapmamaktadır. %13,7'si ise 1 ile 4 gün arasında kahvaltı yapmaktadır. Öğrencilerin %86,6'sı hafta sonu her iki gün de kahvaltı yaparken, %1,5'i hafta sonu hiç kahvaltı yapmamaktadır (Tablo 18).

Her gün kahvaltı yapmayanlar düzensiz kahvaltı yapıyor olarak tanımlanmıştır. Buna göre öğrencilerin %66'sı düzenli kahvaltı yaparken, %34'ü düzensiz kahvaltı yapmaktadır (Tablo 19).

Araştırmamıza katılan öğrencilerde her gün öğle ve akşam yemeği yiyenler %62,1 iken hiçbir zaman yemeyenler %0,5 olarak bulunmuştur (Tablo 20).

Araştırmaya katılan öğrencilerin kahvaltı düzenlerinin risk davranışlarına göre dağılımı incelendiğinde beden algısı kötü olanların iyi olanlara göre 1,699 (1,277 – 2,261) kat düzensiz kahvaltı yaptığı ve okul başarısı kötü olanların iyi olanlara göre 1,532 (1,115 – 2,105) kat düzensiz kahvaltı yaptığı saptanmıştır. Alt sosyal sınıfta olanlar 1,470 (1,058 – 2,041) kat ve gelir algısı kötü olanlar 1,549 (1,154 – 2,079) kat düzensiz kahvaltı yapmaktadırlar. Obez olanların olmayanlara göre 1,648 (1,133 – 2,395) kat düzensiz kahvaltı yaptığı görülmektedir (Tablo 21).

Tablo 18. Araştırmaya katılan öğrencilerin hafta içi ve hafta sonu kahvaltı yapma durumlarına göre dağılımı*

Özellik	5. Sınıf		7. Sınıf		Toplam
	Erkek (n=238) %	Kız (n=221) %	Erkek (n=207) %	Kız (n=206) %	(N=872) %
Hafta içi Kahvaltı Yapma Durumu					
Hafta içi hiç kahvaltı yapmayanlar	9,7	18,1	13,5	15,0	14,0
Hafta içi 1 gün kahvaltı yapanlar	4,2	1,8	3,4	1,5	2,8
Hafta içi 2 gün kahvaltı yapanlar	2,5	3,6	4,3	6,8	4,2
Hafta içi 3 gün kahvaltı yapanlar	2,9	3,2	4,8	3,4	3,6
Hafta içi 4 gün kahvaltı yapanlar	5,0	1,4	2,9	2,9	3,1
Hafta içi her gün kahvaltı yapanlar	75,6	71,9	71,0	70,4	72,4
Toplam	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
	Erkek (n=236) %	Kız (n=222) %	Erkek (n=204) %	Kız (n=204) %	(N=866) %
Hafta sonu Kahvaltı Yapma Durumu					
Hafta sonu hiç kahvaltı yapmayanlar	2,1	2,3	1,0	0,5	1,5
Hafta sonu 1 gün kahvaltı yapanlar	11,0	8,1	9,3	11,3	9,9
Hafta sonu her 2 gün de kahvaltı yapanlar	86,9	89,6	89,7	88,2	88,6
Toplam	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

*Yüzdeler sütun yüzdesidir.

Tablo 19. Araştırmaya katılan öğrencilerin düzenli kahvaltı yapma durumlarına göre dağılımı*

Beslenme Durumu	5. Sınıf		7. Sınıf		Toplam
	Erkek (n=238)	Kız (n=222)	Erkek (n=208)	Kız (n=206)	(N=874)
	%	%	%	%	%
Düzenli Kahvaltı	69,3	65,3	63,5	65,5	66,0
Düzensiz Kahvaltı	30,7	34,7	36,5	34,5	34,0
Toplam	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

*Yüzdeler sütun yüzdesidir.

Tablo 20. Araştırmaya katılan öğrencilerin öğle ve akşam yemeği yeme durumlarına göre dağılımı*

Öğle ve Akşam Yemeği Yeme Durumu	5. Sınıf		7. Sınıf		Toplam
	Erkek (n=238)	Kız (n=223)	Erkek (n=206)	Kız (n=204)	N=871
	%	%	%	%	%
Hiçbir zaman	1,3	0,0	0,5	0,0	0,5
Bazen	13,4	14,8	15,5	22,5	16,4
Çoğu zaman	21,0	17,9	20,4	25,0	21,0
Her gün	64,3	67,3	63,6	52,5	62,1
Toplam	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

*Yüzdeler sütun yüzdesidir.

Tablo 21. Araştıramaya katılan öğrencilerin kahvaltı düzenlerinin risk faktörlerine göre dağılımı

Özellik	Kahvaltı Düzeni				P**	OR (%95 G.A)
	Düzenli Kahvaltı		Düzensiz Kahvaltı*			
	n	%	n	%		
Beden Algısı						
İyi	297	72,3	114	27,7	0,001	Ref.
Kötü	279	60,5	182	39,5		1,699 (1,277 – 2,261)
Okul Başarısı						
İyi	449	68,4	207	31,6	0,008	Ref.
Kötü	126	58,6	89	41,4		1,532 (1,115 – 2,105)
Sosyal Sınıf						
Üst Sosyal Sınıf	168	72,1	65	27,9	0,021	Ref.
Alt Sosyal Sınıf	408	63,8	232	36,3		1,470 (1,058 – 2,041)
Gelir Algısı						
İyi	406	60,2	181	30,8	0,003	Ref.
Kötü	168	59,2	116	40,8		1,549 (1,154 – 2,079)
Obezite						
Normal	359	69,7	156	30,3	0,009	Ref.
Obez	88	58,3	63	41,7		1,648 (1,133 – 2,395)

* Her gün kahvaltı yapmayanlar düzensiz kahvaltı yapıyor olarak tanımlanmıştır.

** Ki Kare analizi değeridir.

Öğrencilerin kahvaltı düzenlerinin sosyal ilişkilere göre dağılımına bakıldığında arkadaşlık ortamı kötü olanların iyi olanlara göre 1,456 (1,072 – 1,979) kat düzensiz kahvaltı yaptığı, baba ile iletişimi zor olanların kolay olanlara göre 2,112 (1,348 – 3,307) kat, annesi ile iletişimi zor olanların kolay olanlara göre 3,340 (1,762 – 6,331) kat düzensiz kahvaltı yaptığı görülmektedir (Tablo 22).

Kahvaltı düzeni için tekli analizlere alınan cinsiyet, yaş, yerleşim yeri, okul konumu, anne eğitim, baba eğitim, aile tipi, kardeş sayısı, annenin çalışma durumu arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır.

Tablo 22. Araştıramaya katılan öğrencilerin kahvaltı düzenlerinin sosyal ilişkilere göre dağılımı

Özellik	Kahvaltı Düzeni				P*	OR (%95 G.A)
	Düzenli Kahvaltı		Düzensiz Kahvaltı			
	n	%	n	%		
Arkadaşlık Ortamı						
İyi	426	68,6	195	31,4	0,016	Ref.
Kötü	147	60,0	98	40,0		1,456 (1,072 – 1,979)
Baba İle İletişim						
Kolay	530	67,9	251	32,1	0,001	Ref.
Zor	43	50,0	43	50,0		2,112 (1,348 – 3,307)
Anne İle İletişim						
Kolay	557	67,3	271	32,7	0,001	Ref.
Zor	16	38,1	26	61,9		3,340 (1,762 – 6,331)

* Ki Kare analizi değeridir.

Kahvaltı düzeni ile ilgili tek değişkenli analizlerde anlamlı olduğu görülen beden algısı, okul başarısı, sosyal sınıf, gelir algısı, obezite, arkadaşlık ortamı, anne ile iletişim, baba ile iletişim değişkenlerinin bağımsız risklerini değerlendirmek için lojistik regresyon modeli oluşturulmuştur. Lojistik regresyon modeli sonucunda indirgenmiş son modele giren değişkenler tablo 23 ile gösterilmiştir.

Tablo 23. Düzenli kahvaltı yapmayı etkileyen değişkenler
(Lojistik Regresyon - Backwad Wald - İndirgenmiş Son Model)

Değişken	B	p	OR (%95 G.A.)
Beden algısı (Kötü)	0,408	0,008	1,504 (1,111 – 2,035)
Arkadaşlık ortamı (Kötü)	0,368	0,025	1,445 (1,048 – 1,991)
Anne ile iletişim (Zor)	1,131	0,001	3,100 (1,583 – 6,070)
Sosyal sınıf (Alt sınıf)	0,381	0,028	1,464 (1,041 – 2,058)
Obezite	0,376	0,015	1,457 (1,075 – 1,975)

Negelkerke $R^2 = 0,074$

Tek değişkenli çözümlenmelerde anlamlı bulunması nedeniyle regresyon modeline alınan, ancak ara basamaklarda modelden atılan (anlamlı bulunmayan) değişkenler: Okul başarısı, gelir algısı, baba ile iletişim

4.4. DİYET YAPMA DURUMU

Öğrencilerin %21,0'i kendini zayıf, %47,1'i normal kiloda ve %32,0'i kilolu olarak algılamaktadır (Tablo 24).

Tablo 24. Araştırmaya katılan öğrencilerin beden algılarının cinsiyet ve sınıflara göre dağılımı*

Beden Algısı	5. Sınıf		7. Sınıf		Toplam
	Erkek (n=238) %	Kız (n=222) %	Erkek (n=208) %	Kız (n=205) %	(N=873) %
Zayıfım	23,5	23,9	19,2	16,6	21,0
Uygun kilodayım	50,0	44,6	51,0	42,4	47,1
Kiloluym	26,5	31,5	29,8	41,0	32,0
Toplam	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

*Yüzdeler sütun yüzdesidir.

Öğrencilerin %90,5'i dış görünümünü iyi olarak, %9,5'i kötü olarak algılamaktadır (Tablo 25).

Tablo 25. Araştırmaya katılan öğrencilerin dış görünüm algılarının cinsiyet ve sınıflara göre dağılımı*

Dış Görünüm Algısı	5. Sınıf		7. Sınıf		Toplam
	Erkek (n=238) %	Kız (n=223) %	Erkek (n=208) %	Kız (n=206) %	(N=875) %
İyi	93,3	89,7	92,8	85,9	90,5
Kötü	6,7	10,3	7,2	14,1	9,5
Toplam	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

*Yüzdeler sütun yüzdesidir.

Araştırma grubundaki öğrencilerin %38'i son 12 ayda diyet yapmıştır. %62'si son 12 ayda diyet yapmamıştır (Tablo 26).

Tablo 26. Araştırmaya katılan öğrencilerin son 12 ayda diyet yapma durumu*

Son 12 ayda kilo kontrolü	5. Sınıf		7. Sınıf		Toplam
	Erkek (n=237) %	Kız (n=223) %	Erkek (n=207) %	Kız (n=206) %	(N=873) %
Hayır	61,2	63,7	65,7	57,3	62,0
Evet birkaç gün	16,0	18,4	11,6	20,4	16,6
Evet 1 hafta	4,6	5,4	5,3	10,2	6,3
Evet 1 aydan az 1 haftadan fazla	4,2	4,9	6,3	5,8	5,3
Evet 1 ay	5,5	4,5	6,8	3,4	5,0
Evet 6 aydan az 1 aydan fazla	3,4	0,9	1,4	2,4	2,1
Evet 6 ay veya daha fazla	5,1	2,2	2,9	0,5	2,7
Toplam	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

*Yüzdeler sütun yüzdesidir.

Araştırma grubundaki öğrencilerin %38'i son 12 ayda diyet yapmıştır (Tablo 27).

Tablo 27. Araştırmaya katılan öğrencilerin son 12 ayda diyet yapma durumu*

Son 12 ayda kilo kontrolü	5. Sınıf		7. Sınıf		Toplam
	Erkek (n=237) %	Kız (n=223) %	Erkek (n=207) %	Kız (n=206) %	(N=873) %
Hayır	61,2	63,7	65,7	57,3	62,0
Evet	38,8	36,3	34,3	42,7	38,0
Toplam	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

*Yüzdeler sütun yüzdesidir.

Tablo 28. Araştırmaya katılan öğrencilerin son 12 ayda diyet yapma durumlarının risk davranışlarına ve anne baba özelliklerine göre dağılımı

Özellik	Son 12 Ayda Diyet Yapma*				P**	OR (%95 G.A)
	Diyet Yapmamış		Diyet Yapmış			
	n	%	n	%		
Obezite						
Normal	378	73,5	136	26,5	0,001	Ref.
Obez	57	37,7	94	62,3		4,584 (3,125 – 6,722)
Kahvaltı Düzeni						
Düzenli	378	65,7	197	34,3	0,002	Ref.
Düzensiz	163	54,9	134	45,1		1,577 (1,185 – 2,100)
Fiziksel Aktivite						
Düzensiz	298	65,1	160	34,9	0,048	Ref.
Düzenli	243	58,6	172	41,4		1,318 (1,002 – 1,734)
Beden Algısı						
İyi	288	70,4	121	29,6	0,001	Ref.
Kötü	251	54,3	211	45,7		2,001 (1,512 – 2,648)
Baba İle İletişim						
Kolay	492	63,1	288	36,9	0,018	Ref.
Zor	43	50,0	43	50,0		1,708 (1,093 – 2,671)
Anne İle İletişim						
Kolay	520	62,9	307	37,1	0,004	Ref.
Zor	17	40,5	25	59,5		2,491 (1,324 – 4,687)

*‘Son 12 ay süresince kilonu kontrol altına almak için diyet, yeme alışkanlığında değişiklik veya başka şeyler yaptın mı?’ sorusuna evet yanıtını verenler son 12 ayda diyet yapıyor olarak tanımlanmıştır.

** Ki Kare analizi değeridir.

Araştırmaya katılan öğrencilerin son 12 ayda diyet yapma durumlarının risk davranışlarına ve anne baba özelliklerine göre dağılımına bakıldığında obez olanların 4,584 (3,125 – 6,722) kat, düzensiz kahvaltı yapanların 1,577 (1,185 – 2,100), düzenli fiziksel aktivite yapanların yapmayanlara göre 1,318 (1,002 – 1,734) kat, beden algısı kötü olanların 2,001 (1,512 – 2,648) kat daha fazla diyet yaptığı görülmektedir. Öğrencilerin baba ile iletişimi zorlaştıkça 1,708 (1,093 – 2,671) kat, anne ile iletişimi zorlaştıkça 2,491 (1,324 – 4,687) kat fazla diyet yaptığı saptanmıştır (Tablo 28).

Son 12 ayda diyet yapma durumu için tekli analizlere alınan cinsiyet, yaş, yerleşim yeri, okul konumu, arkadaşlık ortamı, okul başarısı, baba yaş, anne yaş, baba eğitim, anne eğitim, kardeş sayısı, sosyal sınıf, gelir algısı, annenin çalışma durumu, sedanter yaşan arasında anlamlı fark bulunmamıştır.

Son 12 ayda diyet yapma durumları ile ilgili tek değişkenli analizlerde anlamlı olduğu görülen obezite, kahvaltı düzeni, fiziksel aktivite, beden algısı, anne ile iletişim, baba ile iletişim değişkenlerinin bağımsız risklerini değerlendirmek için lojistik regresyon modeli oluşturulmuştur. Lojistik regresyon modeli sonucunda indirgenmiş son modele giren değişkenler tablo 29 ile gösterilmiştir.

Tablo 29. Son 12 ayda diyet yapmayı etkileyen değişkenler
(Lojistik Regresyon - Backwad Wald - İndirgenmiş Son Model)

Değişken	B	P	OR (%95 G.A.)
Beden algısı (Kötü)	0,399	0,038	1,491 (1,023 – 2,174)
Anne ile iletişim (Zor)	1,199	0,002	3,318 (1,570 - 7,013)
Obezite	1,376	0,000	3,957 (2,602 – 6,017)

Negelkerke $R^2= 0,173$

Tek değişkenli çözümlenmelerde anlamlı bulunması nedeniyle regresyon modeline alınan, ancak ara basamaklarda modelden atılan (anlamlı bulunmayan) değişkenler: Kahvaltı düzeni, fiziksel aktivite, baba ile iletişim

4.5. BÜYÜME GELİŞME DURUMU

Araştırmaya katılan öğrencilerin %1,6'sı zayıf, %22,2'si fazla kilolu, %17,3'ü obez, %3,4'ü bodurdur (Tablo 30).

Tablo 30. Araştırmaya katılan öğrencilerin büyüme ve gelişme durumları*

Büyüme ve Gelişme Durumu	5. Sınıf		7. Sınıf		Toplam (N=875)
	Erkek (n=238) %	Kız (n=223) %	Erkek (n=208) %	Kız (n=206) %	
Zayıflık	0,4	2,2	1,0	2,9	1,6
Fazla kiloluluk	22,7	22,9	20,7	22,3	22,2
Obezite	19,3	15,2	20,7	13,6	17,3
Büyüme ve Gelişme Durumu	5.Sınıf		7.Sınıf		Toplam (N=875)
	Erkek (n=238) %	Kız (n=223) %	Erkek (n=208) %	Kız (n=206) %	
Bodurluk	2,5	3,6	3,4	4,4	3,4

* Yaşa göre boyu 3 persentil altında olanlar bodur olarak tanımlanmıştır. Yaşa göre BKİ 3 persentil altında olanlar zayıf, yaşa göre BKİ 97 persentil üzerinde olanlar obez, yaşa göre BKİ 85-97 persentil arasında olanlar fazla kilolu olarak tanımlanmıştır.

Tablo 31. Araştırmaya katılan öğrencilerin büyüme ve gelişme durumlarının yerleşim yerine göre dağılımı*

Büyüme ve Gelişme Durumu	Kentsel (n=358) %	Yarı Kentsel (n=509) %	Toplam (N=867) %
Zayıflık	1,1	2,0	1,6
Fazla Kiloluluk	24,0	20,6	22,2
Obezite	19,8	15,7	17,3
Büyüme ve Gelişme Durumu	Kentsel (n=358) %	Yarı Kentsel (n=509) %	Toplam (N=867) %
	Bodurluk	2,5	3,9

Araştırmaya katılan öğrencilerin yerleşim yerine göre büyüme gelişme durumları incelendiğinde zayıflık ve bodurluk yarı kentsel bölgede daha fazla iken, fazla kiloluluk ve obezite kentsel bölgede daha fazladır (Tablo 31).

Araştırmaya katılan öğrencilerin büyüme gelişme durumlarının zayıflık açısından risk faktörlerine göre dağılımı incelendiğinde kızların erkeklere göre 3,638 (1,003 – 13,194) kat zayıf olduğu, beden algısı kötü olanların iyi olanlara göre 7,982 (1,768 – 36,027) kat zayıf olduğu, önemli sağlık sorunu olanların olmayanlara göre 4,368 (1,415 – 13,479) kat zayıf olduğu, arkadaşlık ortamı kötü olanların iyi olanlara göre 4,427 (1,459 – 13,430) kat zayıf olduğu, baba ile iletişimi zor olanlar kolay olanlara göre 4,133 (1,246 – 13,713) kat zayıf olduğu görülmektedir. (Tablo 32).

Araştırmaya katılan öğrencilerin büyüme gelişme durumlarının obezite açısından risk faktörlerine göre dağılımı incelendiğinde erkeklerin kızlara göre 1,447 (1,002 – 2,089) kat obez olduğu, beden algısı kötü olanların iyi olanlara göre 10,408 (6,101 – 17,755) kat obez olduğu görülmektedir. Kahvaltısını düzensiz yapanların yapmayanlara göre 1,648 (1,133 – 2,395) kat, son 12 ayda diyet yapanların yapmayanlara göre 4,584 (3,125 – 6,722) kat ve 1 kardeşi olanların 2 ve üstü kardeşi olanlara göre 1,535 (1,029 – 2,288) kat daha fazla obez olduğu saptanmıştır (Tablo 32).

Büyüme gelişme durumları için tekli analizlere alınan yaş, okul konum, yerleşim yeri, anne yaş, baba yaş, anne eğitim, baba eğitim, aile tipi, sosyal sınıf, gelir algısı, annenin çalışma durumu, anne ile iletişim, fiziksel aktivite düzeni, sedanter yaşam arasında anlamlı fark bulunmamıştır.

BKİ'ye göre zayıflık ile ilgili tek değişkenli analizlerde anlamlı olduğu görülen cinsiyet, beden algısı, önemli sağlık sorunu ya da engellilik durumu, arkadaşlık ortamı, baba ile iletişim değişkenlerinin bağımsız risklerini değerlendirmek için lojistik regresyon modeli oluşturulmuştur. Lojistik regresyon modeli sonucunda indirgenmiş son modele giren değişkenler tablo 33 ile gösterilmiştir.

Tablo 32. Araştırmaya katılan öğrencilerin büyüme gelişme durumlarının risk faktörlerine göre dağılımı

	Normal (%)	Zayıf (%)	Obez* (%)	OR (%95 G.A) (Zayıf)**	OR (%95 G.A) (Obez)**
Cinsiyet					
Kız (n=332)	78,0	3,3	18,7	3,638 (1,003 – 13,194)	1,447 (1,002 – 2,089)
Erkek (n=349)	73,6	0,9	25,5	p= 0,036	p= 0,048
Beden Algısı					
İyi (n=313)	93,9	0,6	5,4	7,982 (1,768 – 36,027)	10,408 (6,101 – 17,755)
Kötü (n=366)	60,4	3,3	36,6	p= 0,001	p= 0,001
Önemli Sağlık Sorunu Ya da Engellilik Durumu					
Yok (n=593)	76,9	1,5	21,6	4,368 (1,415 – 13,479)	1,413 (0,839 – 2,379)
Var (n=86)	67,4	5,8	26,7	p= 0,005	p= 0,192
Arkadaşlık Ortamı					
İyi (n=482)	75,5	1,0	23,4	4,427 (1,459 – 13,430)	0,850 (0,530 – 1,223)
Kötü (n=194)	76,3	4,6	19,1	p= 0,004	p= 0,309
Baba İle İletişim					
Kolay (n=609)	76,4	1,6	22,0	4,133 (1,246 – 13,713)	1,311 (0,727 – 2,365)
Zor (n=66)	68,2	6,1	25,8	p= 0,012	p= 0,367

*Normal olan öğrenciler fazla kilolu öğrencileri içermemektedir.

**Referans: Normal kilolu (BKİ yüzdelik 3,0 – 85,0 arası)

Tablo 32. Araştırmaya katılan öğrencilerin büyüme gelişme durumlarının risk faktörlerine göre dağılımı (devam)

Kahvaltı Düzeni	Normal	Zayıf	Obez	OR (%95 G.A) (Zayıf)**	OR (%95 G.A) (Obez)**
Düzenli (n=458)	78,4	2,4	19,2	0,628 (0,173 – 2,281)	1,648 (1,133 – 2,395)
Düzensiz (n=222)	70,3	1,4	28,4	p= 0,475	p= 0,009
Son 12 Ayda Diyet					
Diyet Yapmamış (n=447)	84,6	2,7	12,8	0,463 (0,102 – 2,096)	4,584 (3,125 – 6,722)
Diyet Yapmış (n=232)	58,6	0,9	40,5	p= 0,306	p= 0,001
Kardeş Sayısı					
1 kardeş (n=265)	72,5	1,9	25,7	1,088 (0,340 – 3,482)	1,535 (1,029 – 2,288)
2 ve üstü kardeş (n=311)	79,4	2,3	18,3	p= 0,887	p= 0,035

*Normal olan öğrenciler fazla kilolu öğrencileri içermemektedir.

**Referans: Normal kilolu (BKİ yüzdelik 3,0 – 85,0 arası)

Tablo 33. BKİ'ye göre zayıflığı etkileyen değişkenler

(Lojistik Regresyon - Backwad Wald - İndirgenmiş Son Model)

Değişken	B	p	OR (%95 G.A.)
Beden algısı (Kötü)	2,015	0,010	7,501 (1,619 – 34,749)
Baba ilişki (Zor)	1,326	0,042	3,767 (1,050 – 13,516)
Arkadaşlık ortamı (Kötü)	1,235	0,034	3,438 (1,101 – 10,738)

Negelkerke $R^2= 0,216$

Tek değişkenli çözümlenelerde anlamlı bulunması nedeniyle regresyon modeline alınan, ancak ara basamaklarda modelden atılan (anlamlı bulunmayan) değişkenler: Cinsiyet, önemli sağlık sorunu ya da engellilik durumu

BKİ'ye göre obezite ile ilgili tek değişkenli analizlerde anlamlı olduğu görülen cinsiyet, beden algısı, kahvaltı düzeni, son 12 ayda diyet, kardeş sayısı değişkenlerinin bağımsız risklerini değerlendirmek için lojistik regresyon modeli oluşturulmuştur. Lojistik regresyon modeli sonucunda indirgenmiş son modele giren değişkenler tablo 34 ile gösterilmiştir.

Tablo 34. BKİ'ye göre obeziteyi etkileyen değişkenler

(Lojistik Regresyon - Backward Wald - İndirgenmiş Son Model)

Değişken	B	P	OR (%95 G.A.)
Cinsiyet (Erkek)	0,605	0,011	1,831 (1,148 – 2,921)
Beden algısı (Kötü)	2,180	0,000	8,847 (4,809 – 16,274)
Son 12 ayda diyet	1,469	0,000	4,345 (2,735 – 6,901)
Kardeş sayısı (1 kardeş)	0,573	0,015	1,773 (1,116 – 2,816)

Negelkerke $R^2= 0,341$

Tek değişkenli çözümlenmelerde anlamlı bulunması nedeniyle regresyon modeline alınan, ancak ara basamaklarda modelden atılan (anlamlı bulunmayan) değişkenler: Kahvaltı düzeni

4.6. AĞIZ DİŞ SAĞLIĞI

Tablo 35. Araştırmaya katılan öğrencilerin günlük diş fırçalama düzenlerinin cinsiyet ve sınıflara göre dağılımı*

Diş Fırçalama Düzeni	5. Sınıf		7. Sınıf		Toplam (N=872)
	Erkek (n=237) %	Kız (n=223) %	Erkek (n=206) %	Kız (n=206) %	
Günde 1 defadan fazla	39,7	48,0	28,2	40,3	39,2
Günde bir defa	39,2	38,6	37,9	46,1	40,4
Haftada 1 defa	8,9	4,9	18,4	8,3	10,0
Haftada 1 defadan daha az	6,3	3,6	5,8	1,9	4,5
Hiç fırçalamayanlar	5,9	4,9	9,7	3,4	6,0
Toplam	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

*Yüzdeler sütun yüzdesidir.

Araştırmaya katılan öğrencilerde günde bir defadan çok diş fırçalayanlar %39,2, hiç fırçalamayanlar %6'dır (Tablo 35).

Günde iki ve üzeri kez dişini fırçalayanlar düzenli diş bakımına sahip olarak tanımlanmıştır. Buna göre araştırmamızda düzenli diş bakımına sahip öğrenciler %39,2'dir (Tablo 36).

Tablo 36. Araştırmaya katılan öğrencilerin günlük diş bakımlarının sınıf ve cinsiyetlere göre dağılımı*

Diş Fırçalama Düzeni	5. Sınıf		7. Sınıf		Toplam (N=872)
	Erkek (n=237) %	Kız (n=223) %	Erkek (n=206) %	Kız (n=206) %	
Düzenli	39,7	48,0	28,2	40,3	39,2
Düzensiz	60,3	52,0	71,8	59,7	60,8
Toplam	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

*Yüzdeler sütun yüzdesidir.

Öğrencilerin diş fırçalama düzenlerinin demografik özelliklerine göre dağılımı incelendiğinde erkek öğrencilerin kız öğrencilere göre 1,522 (1,158 – 2,001) kat düzensiz diş fırçaladığı görülmektedir. Yaş arttıkça düzensiz diş fırçalama 1,492 (1,134 – 1,963) kat artmaktadır. Öğrencilerin diş fırçalama düzenlerinin anne ve baba özelliklerine göre dağılımı incelendiğinde baba yaşı arttıkça düzensiz fırçalamanın 1,778 (1,321 – 2,394) kat arttığı, anne yaşı arttıkça düzensiz diş fırçalamanın 1,612 (1,139 – 2,281) kat arttığı görülmektedir. Babanın eğitim düzeyi düştükçe çocuklarda diş fırçalama düzensizliği 1,761 (1,255 – 2,472) kat artmakta, annenin eğitim düzeyi düştükçe diş fırçalama düzensizliği 1,502 (1,108 – 2,036) kat artmaktadır (Tablo 37).

Tablo 37. Araştırmaya katılan öğrencilerin dış fırçalama düzenlerinin demografik özelliklerine ve anne baba özelliklerine göre dağılımı

Özellik	Dış Fırçalama Düzeni				P*	OR (%95 G.A)
	Düzenli		Düzensiz			
	n	%	n	%		
Cinsiyet						
Kız	190	44,3	239	55,7	0,003	Ref.
Erkek	152	34,3	291	65,7		1,522 (1,158 – 2,001)
Yaş						
11	201	43,7	259	56,3	0,004	Ref.
13	141	34,2	271	65,8		1,492 (1,134 – 1,963)
Baba Yaş						
40 yaş ve altı	165	46,9	187	53,1	0,001	Ref.
40 yaş üstü	129	33,2	260	66,8		1,778 (1,321 – 2,394)
Anne Yaş						
40 yaş ve altı	244	42,3	333	57,7	0,007	Ref.
40 yaş üstü	60	31,3	132	68,8		1,612 (1,139 – 2,281)
Baba Eğitim						
Ortaokul ve üstü	259	42,4	352	57,6	0,001	Ref.
İlkokul ve altı	61	29,5	146	70,5		1,761 (1,255 – 2,472)
Anne Eğitim						
Ortaokul ve üstü	239	42,1	329	57,9	0,010	Ref.
İlkokul ve altı	88	32,6	182	67,4		1,502 (1,108 – 2,036)

* Ki Kare analizi değeridir.

Araştırmaya katılan öğrencilerin dış fırçalama düzenlerinin risk faktörlerine göre dağılımı incelendiğinde beden algısı kötü olanların iyi olanlara göre 1,317 (1,002 – 1,730) kat düzensiz dış fırçaladığı, fiziksel aktivite düzeni düzensiz olanların düzenli olanlara göre 1,490 (1,134 – 1,958) kat düzensiz dış fırçaladığı, sedanter yaşam sürenlerin 1,939 (1,258 – 2,989) kat düzensiz dış fırçaladığı ve arkadaşlık ortamı kötü olanların iyi olanlara göre 1,826 (1,329 – 2,509) kat düzensiz dış fırçaladığı görülmektedir. Okul başarısı kötü olanların iyi olanlara göre 1,779 (1,276 – 2,480) kat düzensiz dış fırçaladığı, gelir algısı kötü olanların iyi olanlara göre 1,740 (1,288 – 2,350) kat düzensiz dış fırçaladığı bulunmuştur (Tablo 38).

Diş fırçalama düzeni için tekli analizlere alınan okul konumu, yerleşim yeri, önemli sağlık sorunu ya da engellilik durumu, aile tipi, kardeş sayısı, sosyal sınıf, annenin çalışma durumu, anne ile iletişim, baba ile iletişim arasında anlamlı fark bulunmamıştır.

Tablo 38. Araştırmaya katılan öğrencilerin diş fırçalama düzenlerinin risk faktörlerine göre dağılımı

Özellik	Diş Fırçalama Düzeni*				P**	OR (% 95 G.A)
	Düzenli		Düzensiz			
	n	%	n	%		
Beden Algısı						
İyi	175	42,8	234	57,2	0,048	Ref.
Kötü	167	36,2	294	63,8		1,317 (1,002 – 1,730)
Fiziksel Aktivite						
Düzenli	183	44,2	231	55,8	0,004	Ref.
Düzensiz	159	34,7	299	65,3		1,490 (1,134 – 1,958)
Sedanter Yaşam						
Sedanter Değil	50	53,8	43	46,2	0,002	Ref.
Sedanter	292	37,5	487	62,5		1,939 (1,258 – 2,989)
Arkadaşlık Ortamı						
İyi	266	43,0	352	57,0	0,001	Ref.
Kötü	72	29,3	174	70,7		1,826 (1,329 – 2,509)
Okul Başarısı						
İyi	278	42,4	377	57,6	0,001	Ref.
Kötü	63	29,3	152	70,7		1,779 (1,276 – 2,480)
Gelir Algısı						
İyi	253	43,3	331	56,7	0,001	Ref.
Kötü	87	30,5	198	69,5		1,740 (1,288 – 2,350)

* Günde iki ve üzeri kez dişini fırçalayanlar düzenli diş bakımına sahip olarak tanımlanmıştır.

** Ki Kare analizi değeridir.

Diş fırçalama durumları ile ilgili tek değişkenli analizlerde anlamlı olduğu görülen cinsiyet, yaş, baba yaş, anne yaş, baba eğitim, anne eğitim, beden algısı, fiziksel aktivite düzeni, sedanter yaşam, arkadaşlık ortamı, okul başarısı, gelir algısı

değişkenlerinin bağımsız risklerini değerlendirmek için lojistik regresyon modeli oluşturulmuştur. Lojistik regresyon modeli sonucunda indirgenmiş son modele giren değişkenler tablo 39 ile gösterilmiştir.

Tablo 39. Diş Fırçalama Düzenini Etkileyen Değişkenler

(Lojistik Regresyon - Backwad Wald - İndirgenmiş Son Model)

Değişken	B	p	OR (%95 G.A.)
Cinsiyet (Erkek)	0,504	0,003	1,656 (1,189 – 2,306)
Baba yaş (40 yaş ↑)	0,550	0,001	1,733 (1,253 – 2,395)
Baba eğitim (İlkokul ve ↓)	0,550	0,007	1,734 (1,165 – 2,581)
Sedanter yaşam (Sedanter)	0,596	0,037	1,814 (1,037 – 3,174)
Beden algısı (Kötü)	0,349	0,036	1,418 (1,024 – 1,963)
Arkadaşlık ortamı (Kötü)	0,477	0,014	1,611 (1,102 – 2,355)
Okul başarısı (Kötü)	0,531	0,011	1,701 (1,130 – 2,561)
Fiziksel aktivite (Düzensiz)	0,407	0,016	1,502 (1,079 – 2,091)

Negelkerke $R^2= 0,134$

Tek değişkenli çözümlenelerde anlamlı bulunması nedeniyle regresyon modeline alınan, ancak ara basamaklarda modelden atılan (anlamlı bulunmayan) değişkenler: Yaş, anne yaş, anne eğitim, gelir algısı

4.7. FİZİKSEL AKTİVİTE

Tablo 40. Araştırmaya katılan öğrencilerin fiziksel aktivite düzeylerinin sınıf ve cinsiyetlere göre dağılımı*

Fiziksel Aktivite	5. Sınıf		7. Sınıf		Toplam (N=875)
	Erkek (n=238) %	Kız (n=223) %	Erkek (n=208) %	Kız (n=206) %	
Fiziksel aktivite yok	8,8	14,8	15,9	21,4	15,0
1-2 gün fiziksel aktivite var	29,0	43,0	37,0	41,7	37,5
3 gün ve üzerinde fiziksel aktivite var	62,2	42,2	47,1	36,9	47,5
Toplam	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

*Yüzdeler sütun yüzdesidir.

Öğrencilerin %15'i hiç fiziksel aktivite yapmazken, 1-2 gün fiziksel aktivite yapanların 37,5'dir. 3 gün ve üzerinde fiziksel aktivite yapanlar %47,5'dir (Tablo 40).

Haftada en az 3 gün fiziksel aktivite yapanlar düzenli fiziksel aktivite yapıyor olarak tanımlanmıştır. Buna göre öğrencilerin %47,5'i düzenli fiziksel aktivite yapmaktadır (Tablo 41).

Öğrencilerin %39,2'si spor yapmaktadır. En sık yapılan spor %14,9 ile futbol, %6,5 ile voleybol, %5,3 ile basketboldur.

Tablo 41. Araştırmaya katılan öğrencilerin fiziksel aktivite düzenlerinin sınıf ve cinsiyetlere göre dağılımı*

Fiziksel Aktivite	5. Sınıf		7. Sınıf		Toplam
	Erkek (n=238) %	Kız (n=223) %	Erkek (n=208) %	Kız (n=206) %	(N=875) %
Düzenli	62,2	42,2	47,1	36,9	47,5
Düzensiz	37,8	57,8	52,9	63,1	52,5
Toplam	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

*Yüzdeler sütun yüzdesidir.

Araştırmaya katılan öğrencilerin fiziksel aktivite düzenlerinin sosyo demografik özelliklere göre dağılımı incelendiğinde kızların erkeklere göre 1,874 (1,432 – 2,452) kat daha düzensiz fiziksel aktivite yaptığı, yaş arttıkça 1,524 (1,167 – 1,991) kat daha düzensiz fiziksel aktivite yapıldığı, okulu yarı kentsel olan öğrencilerin kentsel olan öğrencilere göre 1,851 (1,219 – 2,810) kat düzensiz fiziksel aktivite yaptığı, yerleşim yeri yarı kentsel olan öğrencilerin kentsel olan öğrencilere göre 1,515 (1,154 – 1,988) kat düzensiz fiziksel aktivite yaptığı bulunmuştur. Baba eğitim düzeyi azaldıkça 1,533 (1,114 – 2,111) kat daha düzensiz fiziksel aktivite yapıldığı ve gelir algısı kötü olanların iyi olanlara göre 1,370 (1,030 – 1,823) kat daha düzensiz fiziksel aktivite yaptığı görülmüştür (Tablo 42).

Tablo 42. Araştırmaya katılan öğrencilerin fiziksel aktivite düzenlerinin sosyo demografik ve sosyo ekonomik özelliklere göre dağılımı

Özellik	Fiziksel Aktivite Düzeni				P*	OR (%95 G.A)
	Düzenli		Düzensiz			
	n	%	n	%		
Cinsiyet						
Erkek	246	55,2	200	44,8	0,001	Ref.
Kız	170	39,6	259	60,4		1,874 (1,432 – 2,452)
Yaş						
11	242	52,5	219	47,5	0,002	Ref.
13	174	42,0	240	58,0		1,524 (1,167 – 1,991)
Okul Konumu						
Kentsel	378	49,4	387	50,6	0,004	Ref.
Yarı kentsel	38	34,5	72	65,5		1,851 (1,219 – 2,810)
Yerleşim Yeri						
Kentsel	191	53,4	167	46,6	0,003	Ref.
Yarı kentsel	219	43,0	290	57,0		1,515 (1,154 – 1,988)
Baba Eğitim						
Ortaokul ve üstü	311	50,7	303	49,3	0,009	Ref.
İlkokul ve altı	83	40,1	124	59,9		1,533 (1,114 – 2,111)
Gelir Algısı						
İyi	293	49,9	294	50,1	0,030	Ref.
Kötü	120	42,1	165	57,9		1,370 (1,030 – 1,823)

* Ki Kare analizi değeridir.

Araştırmaya katılan öğrencilerin fiziksel aktivite düzenlerinin risk faktörlerine göre dağılımı incelendiğinde beden algısı kötü olanların iyi olanlara göre 1,321 (1,012 – 1,725) kat düzensiz fiziksel aktivite yaptığı görülmüştür. Okul başarısı kötü olanların iyi olanlara göre 1,502 (1,099 – 2,054) kat ve arkadaşlık ortamı kötü olan öğrencilerin iyi olanlara göre 1,811 (1,338 – 2,452) kat daha düzensiz fiziksel aktivite yaptığı bulunmuştur (Tablo 43). Fiziksel aktivite düzeni için tekli analizlere alınan sedanter olma, zararlı madde kullanımı, obezite, önemli sağlık sorunu ya da engellilik durumu, anne eğitim, aile tipi, kardeş sayısı, annenin çalışma durumu, anne ile iletişim, baba ile iletişim arasında anlamlı fark bulunmamıştır.

Tablo 43. Araştırmaya katılan öğrencilerin fiziksel aktivite düzeylerinin risk faktörlerine göre dağılımı

Özellik	Fiziksel Aktivite Düzeni*				P**	OR (%95 G.A)
	Düzenli		Düzensiz			
	n	%	n	%		
Beden Algısı						
İyi	210	51,1	201	48,9	0,040	Ref.
Kötü	204	44,2	258	55,8		1,321 (1,012 – 1,725)
Okul Başarısı						
İyi	327	49,8	329	50,2	0,010	Ref.
Kötü	86	39,8	130	60,2		1,502 (1,099 – 2,054)
Arkadaşlık Ortamı						
İyi	320	51,5	301	48,5	0,001	Ref.
Kötü	91	37,0	155	63,0		1,811 (1,338 – 2,452)

*Ki Kare analizi değeridir.

Fiziksel aktivite düzeni ile ilgili tek değişkenli analizlerde anlamlı olduğu görülen cinsiyet, yaş, okul konumu, yerleşim yeri, baba eğitimi, gelir algısı, beden algısı, okul başarısı, arkadaşlık ortamı değişkenlerinin bağımsız risklerini değerlendirmek için lojistik regresyon modeli oluşturulmuştur. Lojistik regresyon modeli sonucunda indirgenmiş son modele giren değişkenler tablo 44 ile gösterilmiştir.

Tablo 44. Fiziksel aktivite düzenini etkileyen değişkenler
(Lojistik Regresyon - Backwad Wald - İndirgenmiş Son Model)

Değişken	B	P	OR (%95 G.A.)
Cinsiyet (Kız)	0,643	0,000	1,901 (1,427 – 2,534)
Yaş (13)	0,163	0,026	1,177 (1,020 – 1,358)
Yerleşim yeri (Yarı kentsel)	0,412	0,006	1,510 (1,127 – 2,023)
Arkadaşlık ortamı (Kötü)	0,458	0,005	1,581 (1,147 – 2,178)

Negelkerke $R^2= 0,085$

Tek değişkenli çözümlenmelerde anlamlı bulunması nedeniyle regresyon modeline alınan, ancak ara basamaklarda modelden atılan (anlamlı bulunmayan) değişkenler: Baba eğitimi, gelir algısı, beden algısı, okul başarısı

4.8. SEDANTER YAŞAM

Araştırmaya katılan öğrencilerin %76'sı hafta içi/hafta sonu günde 2 saat ve üzeri televizyon izlemekte, %64,1'i hafta içi/hafta sonu günde 2 saat ve üzeri bilgisayar başında vakit geçirmektedir (Tablo 45).

Tablo 45. Araştırmaya katılan öğrencilerin günlük televizyon izleme/ bilgisayar başında vakit geçirme sürelerinin cinsiyet ve sınıfa göre dağılımı*

Özellik	5. Sınıf		7. Sınıf		Toplam (N=875) %
	Erkek (n=238) %	Kız (n=223) %	Erkek (n=208) %	Kız (n=206) %	
Hafta içi/Hafta sonu televizyon izleme					
Günde 2 saat altı	28,6	33,2	17,3	15,5	24,0
Günde 2 saat ve üzerinde	71,4	66,8	82,7	84,5	76,0
Toplam	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Hafta içi/Hafta sonu bilgisayar başında vakit geçirme					
Günde 2 saat altı	34,9	57,0	17,3	33,0	35,9
Günde 2 saat ve üzerinde	65,1	43,0	82,7	67,0	64,1
Toplam	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

*Yüzdeler sütun yüzdesidir.

Günde 2 saat ve üzerinde televizyon izleme/bilgisayar başında vakit geçirme sedanter yaşam şekli olarak tanımlanmıştır. Buna göre sedanter yaşam oranı %85,5'dir (Tablo 46).

Tablo 46. Araştırmaya katılan öğrencilerin günlük televizyon izleme/bilgisayar başında vakit geçirme sürelerine göre sedanter yaşam varlığı*

Sedanter Yaşam	5. Sınıf		7. Sınıf		Toplam (N=875)
	Erkek (n=238) %	Kız (n=223) %	Erkek (n=208) %	Kız (n=206) %	
Sedanter yaşam yok	18,5	26,0	3,4	8,7	14,5
Sedanter yaşam var	81,5	74,0	96,6	91,3	85,5
Toplam	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

*Yüzdeler sütun yüzdesidir.

Öğrencilerin sedanter yaşam düzeninin sosyo demografik ve sosyo ekonomik özelliklere göre dağılımı incelendiğinde erkek öğrencilerin kızlara göre 1,667 (1,137 – 2,445) kat daha sedanter olduğu, yaşın artması ile öğrencilerin 4,421 (2,790- 7,005) kat daha sedanter olduğu bulunmuştur. Okul konumu kentsel bölge olan öğrencilerin 2,163 (1,335 – 3,505) kat, yerleşim yeri kentsel bölge olan öğrencilerin 1,838 (1,220 – 2,770) kat, Haftada 1 gün ve üstü sosyal medya kullananların 2,953 (2,004 – 4,351) kat, haftada 1 gün ve üstü telefon ve e-mail kullanımı olanların 2,839 (1,936 – 4,163) kat, düzensiz dış fırçalayanların düzenli dış fırçalayanlara göre 1,584 (1,085 – 2,312) kat, kardeş sayısı 1 olanların 2 ve üstü kardeşi olanlara göre 1,744 (1,125 – 2,703) kat sedanter yaşam düzeni olduğu görülmüştür (Tablo 47).

Araştırmaya katılan öğrencilerin sedanter yaşam düzeninin aile özelliklere göre dağılımı incelendiğinde baba yaşı 40 yaş üstü olan öğrencilerin 40 yaş ve altı olanlara göre 1,715 (1,114 – 2,640) kat, baba eğitimi ortaokul ve üstü olanların 1,646 (1,083 – 2,502) kat ve anne eğitimi ortaokul ve üstü olanların 1,550 (1,046 – 2,297) kat daha sedanter olduğu bulunmuştur (Tablo 48).

Sedanter yaşam için tekli analizlere alınan obezite, önemli sağlık sorunu ya da engellilik durumu, arkadaşlık ortamı, okul başarısı, anne yaş, aile tipi, fiziksel aktivite düzeni, sosyal sınıf, gelir algısı, annenin çalışma durumu, anne ile iletişim, baba ile iletişim arasında anlamlı fark bulunmamıştır.

Tablo 47. Araştırmaya katılan öğrencilerin sedanter yaşam düzeninin sosyo demografik ve sosyo ekonomik özelliklere göre dağılımı

Özellik	Sedanter Yaşam				P*	OR (%95 G.A)
	Hayır		Evet			
	n	%	n	%		
Cinsiyet						
Kız	76	17,7	353	82,3	0,008	Ref.
Erkek	51	11,4	395	88,6		1,667 (1,137 – 2,445)
Yaş						
11	102	22,1	359	77,9	0,001	Ref.
13	25	6,0	389	94,0		4,421 (2,790- 7,005)
Okul Konumu						
Yarı Kentsel	27	24,5	83	75,5	0,001	Ref.
Kentsel	100	13,1	665	86,9		2,163 (1,335 – 3,505)
Yerleşim Yeri						
Yarı Kentsel	89	17,5	420	82,5	0,003	Ref.
Kentsel	37	10,3	321	89,7		1,838 (1,220 – 2,770)
Sosyal Medya Kullanımı						
Nadiren veya hiç	78	22,9	262	77,1	0,001	Ref.
Haftada 1 gün ve üstü	49	9,2	486	90,8		2,953 (2,004 – 4,351)
Telefon, E-mail Kullanımı						
Nadiren veya hiç	68	23,9	216	76,1	0,001	Ref.
Haftada 1 gün ve üstü	59	10,0	532	90,0		2,839 (1,936 – 4,163)
Diş Fırçalama Düzeni						
Düzenli	62	18,1	280	81,9	0,017	Ref.
Düzensiz	65	12,3	465	87,7		1,584 (1,085 – 2,312)
Kardeş Sayısı						
2 ve üstü kardeş	66	16,6	332	83,4	0,012	Ref.
1 kardeş	35	10,2	307	89,8		1,744 (1,125 – 2,703)

* Ki Kare analizi değeridir.

Tablo 48. Araştırmaya katılan öğrencilerin sedanter yaşam düzeninin aile özelliklerine göre dağılımı

Özellik	Sedanter Yaşam				P*	OR (%95 G.A)
	Hayır		Evet			
	n	%	n	%		
Baba Yaş						
40 yaş ve altı	58	16,4	296	83,6	0,014	Ref.
40 yaş üstü	40	10,3	350	89,7		1,715 (1,114 – 2,640)
Baba Eğitim						
İlkokul ve altı	40	19,3	167	80,7	0,019	Ref.
Ortaokul ve üstü	78	12,7	536	87,3		1,646 (1,083 – 2,502)
Anne Eğitim						
İlkokul ve altı	50	18,5	220	81,5	0,028	Ref.
Ortaokul ve üstü	73	12,8	498	87,2		1,550 (1,046 – 2,297)

* Ki Kare analizi değeridir.

Tablo 49. Sedanter yaşamı etkileyen değişkenler

(Lojistik Regresyon - Backwad Wald - İndirgenmiş Son Model)

Değişken	B	P	OR (%95 G.A.)
Cinsiyet (Erkek)	1,055	0,000	2,872 (1,673 – 4,930)
Yaş (13)	0,756	0,000	2,310 (1,588 – 2,858)
Yerleşim yeri (Kentsel)	0,655	0,013	1,926 (1,148 – 3,229)
Sosyal medya kullanımı (Haftada 1 gün ve üstü)	0,536	0,043	1,709 (1,002 – 2,915)

Negelkerke $R^2 = 0,197$

Tek değişkenli çözümlenmelerde anlamlı bulunması nedeniyle regresyon modeline alınan, ancak ara basamaklarda modelden atılan (anlamlı bulunmayan) değişkenler: Telefon, e-mail kullanımı, baba yaş, anne eğitim, baba eğitim

Sedanter yaşam ile ilgili tek değişkenli analizlerde anlamlı olduğu görülen cinsiyet, yaş, okul konumu, yerleşim yeri, sosyal medya kullanımı, telefon e-mail kullanımı, dış fırçalama düzeni, baba yaşı, anne eğitimi, baba eğitimi değişkenlerinin bağımsız risklerini değerlendirmek için lojistik regresyon modeli oluşturulmuştur. Lojistik regresyon modeli sonucunda indirgenmiş son modele giren değişkenler tablo 49 ile gösterilmiştir.

4.9. ZARARLI MADDE KULLANIM ALIŞKANLIKLARI

Öğrencilerin %7,1'inin sigara kullanımı, %8'inin alkol kullanımı olmuştur (Tablo 50).

Tablo 50. Araştırmaya katılan öğrencilerin zararlı madde kullanımlarının cinsiyet ve sınıfa göre dağılımı*

Zararlı Madde Kullanımı**	5. Sınıf		7. Sınıf		Toplam
	Erkek (n=238) %	Kız (n=223) %	Erkek (n=208) %	Kız (n=206) %	(N=875) %
Hiç kullanmayan	89,9	94,6	78,3	87,4	87,8
Sigara kullanımı	3,9	1,3	8,2	3,9	7,1
Alkol kullanımı	5,3	2,7	5,5	6,8	8,0
Toplam	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

*Yüzdeler sütun yüzdesidir.

**Alkol ve sigarayı denemiş olmak zararlı madde kullanımı olarak tanımlanmıştır.

Araştırmaya katılan öğrencilerin %87,8'i hayatında hiç zararlı madde kullanmamıştır. %3,7'si hayatı boyunca bir kez deneme, %8,6'sı birden fazla kez zararlı madde kullanımında bulunmuştur (Tablo 51).

Tablo 51. Araştırmaya katılan öğrencilerin zararlı madde kullanım sıklıklarının cinsiyet ve sınıfa göre dağılımı*

Zararlı Madde Kullanım Sıklığı	5. Sınıf		7. Sınıf		Toplam
	Erkek (n=238) %	Kız (n=223) %	Erkek (n=208) %	Kız (n=206) %	(N=875) %
Hiç kullanmayan	89,9	94,6	78,4	87,4	87,8
1 kez deneyen	5,9	3,6	2,9	1,9	3,7
1'den fazla kez kullanan	4,2	1,8	18,8	10,7	8,6
Toplam	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

*Yüzdeler sütun yüzdesidir.

Öğrencilerin zararlı madde kullanımlarının sosyo demografik özelliklerine göre dağılımına bakıldığında erkek öğrencilerin 1,883 (1,237 – 2,867) kat, yaş arttıkça 2,444 (1,597 – 3,740) kat ve anne yaşı arttıkça 1,703 (1,078 – 2,690) kat 1 kez ve üstü zararlı madde deneyimi olmuştur (Tablo 52).

Tablo 52. Araştırmaya katılan öğrencilerin zararlı madde kullanımlarının sosyo demografik özelliklere göre dağılımı

Özellik	Zararlı Madde Kullanımı*				P**	OR (%95 G.A)
	Hiç Denemeyen		1 Kez ve Üstü Deneyen			
	n	%	n	%		
Cinsiyet						
Kız	391	91,1	38	8,9	0,003	Ref.
Erkek	377	84,5	69	15,5		1,883 (1,237 – 2,867)
Yaş						
11	425	92,2	36	7,8	0,001	Ref.
13	343	82,9	71	17,1		2,444 (1,597 – 3,740)
Anne Yaş						
40 yaş ve altı	517	89,1	63	10,9	0,021	Ref.
40 yaş üstü	159	82,8	33	17,2		1,703 (1,078 – 2,690)

*Alkol ve sigarayı denemiş olmak zararlı madde kullanımı olarak tanımlanmıştır.

** Ki kare analiz değeridir.

Araştırmaya katılan öğrencilerin zararlı madde kullanımlarının risk durumlarına göre dağılımı incelendiğinde beden algısı kötü olanların iyi olanlara oranla 1,546 (1,018 – 2,347) kat, haftada 1 gün ve üstünde sosyal medya kullanımı olanların 2,038 (1,288 – 3,227) kat, arkadaşlık ortamı kötü olanların iyi olanlara göre 1,761 (1,157 – 2,680) kat ve okul başarısı kötü olanların 1,905 (1,242 – 2,923) kat 1 kez ve üstü zararlı madde kullanım deneyimi olduğu görülmüştür. Gelir algısı kötüleştiğinde 1,617 (1,068 – 2,447) kat, baba ile iletişim zorlaştığında 2,295 (1,316 – 4,004) kat, son 1 yılda 1 kez ve üstünde yaralananlarda 1,579 (1,052 – 2,371) kat, son 1 yılda kavga sıklığı 3 kez ve üzerine çıktığında 2,453 (1,514 – 3,973) kat ve son 2 ayda zorbalık yapma 2 kez ve üzerine çıktığında 2,269 (1,478 – 3,483) kat öğrencilerin 1 kez ve üstü zararlı madde kullanımı olduğu saptanmıştır (Tablo 53).

Zararlı madde kullanımı için tekli analizlere alınan okul konumu, yerleşim yeri, baba eğitimi, anne eğitimi, aile tipi, önemli sağlık sorunu ya da engellilik durumu, kardeş sayısı, annenin çalışma durumu, anne ile iletişim arasında anlamlı fark bulunmamıştır.

Tablo 53. Araştırmaya katılan öğrencilerin zararlı madde kullanımlarının risk durumlarına göre dağılımı

Özellik	Zararlı Madde Kullanımı*				P**	OR (%95 G.A)
	Hiç Denemeyen		1 Kez ve Üstü Deneyen			
	n	%	n	%		
Beden Algısı						
İyi	371	90,3	40	9,7	0,040	Ref.
Kötü	396	85,7	66	14,3		1,546 (1,018 – 2,347)
Sosyal Medya Kullanımı						
Nadiren veya hiç	313	92,1	27	7,9	0,002	Ref.
≥ Haftada 1 gün	455	85,0	80	15,0		2,038 (1,288 – 3,227)
Arkadaşlık Ortamı						
İyi	556	89,5	65	10,5	0,008	Ref.
Kötü	204	82,9	42	17,1		1,716 (1,157 – 2,680)
Okul Başarısı						
İyi	588	89,6	68	10,4	0,003	Ref.
Kötü	177	81,9	39	18,1		1,905 (1,242 – 2,923)
Gelir Algısı						
İyi	526	89,6	61	10,4	0,022	Ref.
Kötü	240	84,2	45	15,8		1,617 (1,068 – 2,447)
Baba İle İletişim						
Kolay	696	89,0	86	11,0	0,003	Ref.
Zor	67	77,9	19	22,1		2,295 (1,316 – 4,004)
Son 1 Yılda Yaralanma Sıklığı						
Hiç yaralanmayan	439	57,2	49	45,8	0,027	Ref.
≥ 1 kez	329	42,8	58	54,2		1,579 (1,052 – 2,371)
Son 1 Yılda Kavga Sıklığı						
2 kez ve altı	263	88,3	35	11,7	0,001	Ref.
3 kez ve üstü	144	75,4	47	24,6		2,453 (1,514 – 3,973)
Zorbalık Yapma						
Hiç yapmayan	608	90,1	67	9,9	0,001	Ref.
1 kez ve üstü yapan	160	80,0	40	20,0		2,269 (1,478 – 3,483)

*Alkol ve sigarayı denemiş olmak zararlı madde kullanımı olarak tanımlanmıştır.

** Ki kare analiz değeridir.

Zararlı madde alışkanlığı ile ilgili tek değişkenli analizlerde anlamlı olduğu görülen cinsiyet, yaş, anne yaş, beden algısı, sosyal medya kullanımı, arkadaşlık ortamı, okul başarısı, gelir algısı, baba ile iletişim, son 1 yılda yaralanma sıklığı, son 1 yılda kavga sıklığı, zorbalık yapma değişkenlerinin bağımsız risklerini değerlendirmek için lojistik regresyon modeli oluşturulmuştur. Lojistik regresyon modeli sonucunda indirgenmiş son modele giren değişkenler tablo 54 ile gösterilmiştir.

Tablo 54. Zararlı madde kullanımını etkileyen değişkenler
(Lojistik Regresyon - Backwad Wald - İndirgenmiş Son Model)

Değişken	B	P	OR (%95 G.A.)
Cinsiyet (Erkek)	0,703	0,018	2,021 (1,131 – 3,611)
Yaş (13)	0,556	0,000	1,743 (1,315 – 2,310)
Beden algısı (Kötü)	0,551	0,046	1,735 (1,009 – 2,985)
Sosyal medya kullanımı (≥ Haftada 1 gün)	0,666	0,028	1,946 (1,073 – 3,528)
Okul başarısı (Kötü)	0,540	0,047	1,716 (1,008 – 2,921)
Son 1 yılda kavga sıklığı (3 ve ↑)	0,913	0,001	2,492 (1,480 – 4,195)

Negelkerke $R^2= 0,186$

Tek değişkenli çözümlenmelerde anlamlı bulunması nedeniyle regresyon modeline alınan, ancak ara basamaklarda modelden atılan (anlamlı bulunmayan) değişkenler:Arkadaşlık ortamı, gelir algısı, baba ile iletişim, zorbalık yapma

4.10. YARALANMALAR, KAZALAR VE ŞİDDET

Araştırmaya katılan öğrencilerin %44,2'si son bir yılda en az bir kez yaralanmıştır. Yaralananların %30,2'si evde, %27,1'i cadde, yol veya parkta, %26,9'u okul ve çevresinde yaralanmıştır (Tablo 55). Yaralanan öğrencilerin %35,6'sı spor-eğlence-oyun ve aktivite yaparken, %21,8'i yürüyüş ve koşu yaparken, %14,8'i bisiklet ve motosiklet kullanırken yaralanmıştır. Spor ve oyun aktiviteleri yaparken yaralananların %4,3'ü futbol, %1,1'i voleybol nedeni ile yaralanmışlardır.

Yaralananların %95,6'sı tedavi edilmiştir. Tedavi olan öğrencilerin %48,4'ü hastanede, %33,5'i aile hekimliğinde, %3'ü okul revirinde ve geri kalan %15,1'i diğer sağlık kuruluşlarında tedavi olmuşlardır. Yaralananların %48,3'ü minimum 1 gün ile maksimum 91 gün arasında okul ya da diğer aktivitelerden kayıp yaşamıştır (Tablo 56).

Tablo 55. Araştırmaya katılan öğrencilerin yaralanma durumlarının cinsiyet ve sınıflara göre dağılımı*

Son 1 Yılda Yaralanma Durumu	5. Sınıf		7. Sınıf		Toplam
	Erkek (n=238) %	Kız (n=223) %	Erkek (n=208) %	Kız (n=206) %	(N=875) %
Yaralanmayanlar	42,0	56,1	56,3	70,9	55,8
1 kez yaralananlar	31,1	27,8	30,8	18,9	27,3
2 kez yaralananlar	13,0	6,7	5,8	7,3	8,3
3 kez yaralananlar	6,7	3,1	2,9	1,9	3,8
4 kez ve üzerinde yaralananlar	7,1	6,3	4,3	1,0	4,8
Toplam	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Yaralanma Yeri	Erkek (n=138) %	Kız (n=98) %	Erkek (n=91) %	Kız (n=60) %	N=387 %
	Erkek (n=138) %	Kız (n=98) %	Erkek (n=91) %	Kız (n=60) %	N=387 %
Ev	26,8	38,8	22,0	36,7	30,2
Okul-okul çevresi	26,8	24,5	28,6	28,3	26,9
Spor tesisi / alanı	12,3	4,1	9,9	3,3	8,3
Cadde / yol / park	26,8	25,5	30,8	25,0	27,1
Alışveriş ve ticari alanlar	2,2	2,0	1,1	1,7	1,8
Kırsal Alanlar	2,2	4,1	5,5	3,3	3,6
Diğer	2,9	1,0	2,2	1,7	2,1
Toplam	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

*Yüzdeler sütun yüzdesidir.

Tablo 56. Araştırmaya katılan öğrencilerdeki son bir yılda olan yaralanmalarında tedavi edildiği yer ve gün kayıpları*

Son 1 Yılda Yaralanmada Tedavi Olunan Yer	5. Sınıf		7. Sınıf		Toplam
	Erkek (n=128) %	Kız (n=95) %	Erkek (n=87) %	Kız (n=60) %	(N=370) %
Aile Hekimliği	31,3	33,7	28,7	45,0	33,5
Hastane	49,2	36,8	59,9	48,3	48,4
Okul Reviri	0,7	9,5	0,0	1,7	3,0
Diğer Sağlık Kuruluşları	18,8	20,0	11,4	5,0	15,1
Toplam	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Okul ve Diğer Aktivitelerde Gün Kaybı	Erkek (n=138) %	Kız (n=98) %	Erkek (n=91) %	Kız (n=60) %	N=387 %
Evet	46,4	45,9	53,8	48,3	48,3
Hayır	53,6	54,1	46,2	51,7	51,7
Toplam	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

*Yüzdeler sütun yüzdesidir.

Öğrencilerin son 1 yılda yaralanma durumlarının risk faktörlerine göre dağılımı incelendiğinde erkek öğrenciler kızlara kıyasla 1,810 (1,382 – 2,371) kat, 11 yaşındakiler 13 yaşındakilere kıyasla 1,827 (1,393 – 2,395) kat, okul başarısı kötü olanların iyi olanlara göre 1,658 (1,217 – 2,260) kat, zararlı madde kullanımı olanlar olmayanlara göre 1,579 (1,052 – 2,371) kat, düzenli fiziksel aktivite yapanlar yapmayanlara göre 1,398 (1,070 – 1,827) kat daha fazla yaralandığı görülmüştür. 1 kez ve üstü zorbalığa maruz kalan öğrencilerin 1,441 (1,083 – 1,916) kat, 1 kez ve üstü zorbalık yapan öğrencilerin 1,803 (1,311 – 2,479) kat daha fazla yaralandığı bulunmuştur (Tablo 57).

Tablo 57. Araştırmaya katılan öğrencilerin son 1 yılda yaralanma durumlarının risk faktörlerine göre dağılımı

Özellik	Yaralanma Durumu				P*	OR (%95 G.A)
	Yok		Var			
	n	%	n	%		
Cinsiyet						
Kız	271	63,2	158	36,8	0,001	Ref.
Erkek	217	48,7	229	51,3		1,810 (1,382 – 2,371)
Yaş						
13	263	63,5	151	36,5	0,001	Ref.
11	225	48,8	236	51,2		1,827 (1,393 – 2,395)
Okul Başarısı						
İyi	386	58,8	270	41,2	0,001	Ref.
Kötü	100	46,3	116	53,7		1,658 (1,217 – 2,260)
Zararlı Madde Kullanımı						
Hiç denemeyen	439	57,2	329	42,8	0,027	Ref.
1 kez ve üstü deneyen	49	45,8	58	54,2		1,579 (1,052 – 2,371)
Fiziksel Aktivite						
Düzensiz	274	59,7	185	40,3	0,014	Ref.
Düzenli	214	51,4	202	48,6		1,398 (1,070 – 1,827)
Zorbalığa Maruz Kalma						
Hiç maruz kalmayan	348	58,7	245	41,3	0,012	Ref.
1 kez ve üstü maruz kalan	140	49,6	142	50,4		1,441 (1,083 – 1,916)
Zorbalık Yapma						
Hiç yapmayan	399	59,1	276	40,9	0,001	Ref.
1 kez ve üstü yapan	89	44,5	111	55,5		1,803 (1,311 – 2,479)

*Ki kare analiz değeridir.

Araştırmaya katılan öğrencilerin son 1 yılda yaralanma durumlarının anne baba özelliklerine göre dağılımına bakıldığında anne yaşı 40 yaş ve altı olanların 40 yaş üstü olanlara göre 1,617 (1,152 – 2,271) kat, geniş ailede yaşayanların çekirdek ailede yaşayanlara göre 1,662 (1,161 – 2,378) kat, anne ile iletişimi zor olanların kolay olanlara göre 5,845 (2,673 – 12,782) kat fazla yaralandığı bulunmuştur. (Tablo 58).

Yaralanma durumu için tekli analizlere alınan kavga sıklığı, okul konumu, yerleşim yeri, önemli sağlık sorunu ya da engellilik durumu, arkadaşlık ortamı, baba yaş, baba eğitim, anne eğitim, annenin çalışma durumu, baba ile iletişim arasında anlamlı fark bulunmamıştır.

Tablo 58. Araştırmaya katılan öğrencilerin son 1 yılda yaralanma durumlarının anne baba özelliklerine göre dağılımı

Özellik	Yaralanma Durumu				P*	OR (%95 G.A)
	Yok		Var			
	n	%	n	%		
Anne Yaş						
40 yaş üstü	126	65,6	66	34,4	0,005	Ref.
40 yaş ve altı	314	54,1	266	45,9		1,617 (1,152 – 2,271)
Aile Tipi						
Çekirdek Aile	422	58,1	304	41,9	0,005	Ref.
Geniş Aile	66	45,5	79	54,5		1,662 (1,161 – 2,378)
Anne İle İletişim						
Kolay	480	57,9	349	42,1	0,001	Ref.
Zor	8	19,0	34	81,0		5,845 (2,673 – 12,782)

*Ki kare analiz değeridir.

Yaralanma durumu ile ilgili tek değişkenli analizlerde anlamlı olduğu görülen cinsiyet, yaş, okul başarısı, zararlı madde kullanımı, fiziksel aktivite düzeni, zorbalığa maruz kalma, zorbalık yapma, anne yaş, aile tipi, anne ile iletişim değişkenlerinin bağımsız risklerini değerlendirmek için lojistik regresyon modeli oluşturulmuştur. Lojistik regresyon modeli sonucunda indirgenmiş son modele giren değişkenler tablo 59 ile gösterilmiştir.

Tablo 59. Yaralanma durumunu etkileyen değişkenler

(Lojistik Regresyon - Backwad Wald - İndirgenmiş Son Model)

Değişken	B	P	OR (%95 G.A.)
Cinsiyet (Erkek)	0,445	0,005	1,561 (1,144 – 2,129)
Yaş (11)	0,730	0,000	2,075 (1,503 – 2,864)
Okul başarısı (Kötü)	0,426	0,021	1,531 (1,067 – 2,196)
Zorbalık yapma (1 kez ve ↑)	0,579	0,002	1,785 (1,236 – 2,578)
Anne yaş (40 yaş ve ↓)	0,459	0,015	1,582 (1,094 – 2,289)
Anne ile iletişim (Zor)	1,956	0,000	7,070 (2,743 – 18,224)
Zararlı madde kullanımı (1 kez ve ↑)	0,481	0,047	1,618 (1,006 – 2,605)

Negelkerke $R^2=0,143$

Tek değişkenli çözümlenelerde anlamlı bulunması nedeniyle regresyon modeline alınan, ancak ara basamaklarda modelden atılan (anlamlı bulunmayan) değişkenler: Fiziksel aktivite düzeni, zorbalığa maruz kalma, aile tipi

Araştırmaya katılan öğrencilerin %55,9'u son bir yılda en az bir kez kavga etmiştir. %14,9'u ise son bir yılda 4 kez ve üzerinde kavga etmiştir. Son bir yılda kavga yaşayan çocukların %38'i bir arkadaş veya tanıdığı biri ile, %24,7'si aile bireyleri ile ve %18,6'sı yabancılarla kavga ettiğini belirtmiştir (Tablo 60).

Araştırmaya katılan öğrencilerin son 1 yılda kavga yaşama sayısı ile risk faktörlerinin dağılımına bakıldığında okulu yarı kentsel bölgede olan öğrencilerin kentsel bölgede olanlara göre 1,802 (1,076 – 3,016) kat, 1 kez ve üstü zararlı madde kullanımı olanların olmayanlara göre 2,453 (1,514 – 3,973) kat ve 1 kez ve üstü zorbalık yapanların yapmayanlara göre 2,232 (1,521 – 3,274) kat 3 kez ve üstü kavga yaşadığı görülmüştür. Baba eğitimi azaldıkça 3 kez ve üstü kavga yaşayanların oranı 1,591 (1,048 – 2,415) kat arttığı bulunmuştur (Tablo 61).

Son 1 yılda kavga etme sıklığı için tekli analizlere alınan cinsiyet, yaş, yerleşim yeri, beden algısı, önemli sağlık sorunu ya da engellilik durumu, arkadaşlık ortamı, okul başarısı, baba yaş, anne yaş, anne eğitim, aile tipi, kardeş sayısı, sosyal sınıf, annenin çalışma durumu, baba ile iletişim, anne ile iletişim, zorbalığa maruz kalma arasında anlamlı fark bulunmamıştır.

Tablo 60. Araştırmaya katılan öğrencilerin son bir yılda kavga etme durumunun cinsiyet ve sınıflara göre dağılımı*

Son 1 Yılda Kavga Etme Durumu	5. Sınıf		7. Sınıf		Toplam
	Erkek (n=238) %	Kız (n=223) %	Erkek (n=208) %	Kız (n=206) %	(N=875) %
Kavga etmeyenler	32,4	61,9	29,3	53,4	44,1
1 kez yaşayanlar	25,6	19,7	31,7	17,5	23,7
2 kez yaşayanlar	12,6	6,7	12,0	10,2	10,4
3 kez yaşayanlar	9,7	2,7	7,2	8,3	7,0
4 kez ve üzerinde yaşayanlar	19,7	9,0	19,7	10,7	14,9
Toplam	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Kavga Yaşadığı Kişiler	Erkek (n=161) %	Kız (n=85) %	Erkek (n=147) %	Kız (n=96) %	N=489 %
Yabancılarla	26,7	5,9	25,9	5,2	18,6
Aile bireyleri ile	18,6	29,5	17,0	42,7	24,7
Yakın kız-erkek arkadaş	10,6	14,1	6,1	13,5	10,4
Bir arkadaş veya bildiği biri	38,5	41,2	40,1	31,3	38,0
Yukarıdaki listede olmayan biri	5,6	9,4	10,9	7,3	8,2
Toplam	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

*Yüzdeler sütun yüzdesidir.

Tablo 61. Araştırmaya katılan öğrencilerin son 1 yılda kavga yaşama sayısı ile risk faktörlerinin dağılımı

Özellik	Son 1 Yılda Kavga Sıklığı				P*	OR (%95 G.A)
	2 ve Altı		3 ve Üstü			
	n	%	n	%		
Okul Konum						
Kentsel	265	62,9	156	37,1	0,024	Ref.
Yarı kentsel	33	48,5	35	51,5		1,802 (1,076 – 3,016)
Baba Eğitim						
Ortaokul ve üstü	214	63,3	124	36,7	0,029	Ref.
İlkokul ve altı	64	52,0	59	48,0		1,591 (1,048 – 2,415)
Zararlı Madde Kullanımı						
Hiç denemeyen	263	64,6	144	35,4	0,001	Ref.
1 kez ve üstü deneyen	35	42,7	47	57,3		2,453 (1,514 – 3,973)
Zorbalık Yapma						
Hiç yapmayan	218	67,5	105	32,5	0,001	Ref.
1 kez ve üstü yapan	80	48,2	86	51,8		2,232 (1,521 – 3,274)

* Ki kare analiz değeridir.

Kavga etme sıklığı ile ilgili tek değişkenli analizlerde anlamlı olduğu görülen okul konum, baba eğitim, zararlı madde kullanımı, zorbalık yapma değişkenlerinin bağımsız risklerini değerlendirmek için lojistik regresyon modeli oluşturulmuştur. Lojistik regresyon modeli sonucunda indirgenmiş son modele giren değişkenler tablo 62 ile gösterilmiştir.

Tablo 62. Kavga etme sıklığını etkileyen değişkenler
(Lojistik Regresyon - Backwad Wald - İndirgenmiş Son Model)

Değişken	B	P	OR (%95 G.A.)
Zararlı madde kullanımı (1 kez ve ↑)	0,727	0,005	2,069 (1,247 – 3,433)
Zorbalık yapma (1 kez ve ↑)	0,727	0,000	2,070 (1,392 – 3,077)
Baba eğitim (İlkokul ve ↓)	0,456	0,037	1,578 (1,028 – 2,421)

Negelkerke R²= 0,082

Tek değişkenli çözümlenmelerde anlamlı bulunması nedeniyle regresyon modeline alınan, ancak ara basamaklarda modelden atılan (anlamlı bulunmayan) değişkenler:
Okul konum

Araştırmaya katılan öğrencilerin %24,9'u ayda 1 kez ve üzerinde, %7,3'ü haftada 1 kez ve üzerinde arkadaşları tarafından zorbalığa maruz kalmaktadır (Tablo 63).

Tablo 63. Araştırmaya katılan öğrencilerin arkadaşları tarafından zorbalığa maruz kalma durumları*

Arkadaşlarının Zorbalığına Maruz Kalma	5. Sınıf		7. Sınıf		Toplam
	Erkek (n=238) %	Kız (n=223) %	Erkek (n=208) %	Kız (n=206) %	(N=875) %
Hiç maruz kalmayanlar	71,8	66,4	65,9	66,5	67,8
Ayda 1 kez ve üstü maruz kalanlar	21,0	28,7	26,4	23,8	24,9
Haftada 1 kez ve üstünde maruz kalanlar	7,1	4,9	7,7	9,7	7,3
Toplam	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

*Yüzdeler sütun yüzdesidir.

Araştırmaya katılan öğrencilerin son 1 yılda zorbalığa maruz kalma durumlarının risk faktörlerine göre dağılımına bakıldığında beden algısı kötü olanların iyi olanlara göre 1,554 (1,165 – 2,073) kat, önemli sağlık sorunu ya da engellilik durumu olanları olmayanlara göre 2,087 (1,396 – 3,119) kat 1 kez ve üstü zorbalığa maruz kaldığı görülmüştür. Son 1 yılda 1 kez ve üzeri yaralananların yaralanmayanlara göre 1,441 (1,083 – 1,916) kat, 1 kez ve üstü zorbalık yapanların yapmayanlara göre 4,116 (2,958 – 5,727) kat, arkadaşlık ortamı kötü olanların iyi olanlara göre 1,648 (1,210 – 2,244) kat ve 1 kez ve üstü zararlı madde kullananların kullanmayanlara göre 1,857 (1,231 – 2,800) kat fazla 1 kez ve üstü zorbalığa maruz kaldığı bulunmuştur. Anne ile iletişimi zor olanlar 1,978 (1,061 – 3,689) kat, annesi çalışmayanlar 3,423 (1,442 – 8,122) kat 3 kez ve üstü zorbalığa maruz kalmıştır (Tablo 64).

Zorbalığa maruz kalma için cinsiyet, yaş, okul konum, yerleşim yeri, okul başarısı, baba yaş, anne yaş, baba eğitim, anne eğitim, aile tipi, kardeş sayısı, sosyal sınıf, gelir algısı, baba ile iletişim, fiziksel aktivite düzeni, kavga etme sıklığı, zayıflık arasında anlamlı fark bulunmamıştır.

Tablo 64. Araştırmaya katılan öğrencilerin son 1 yılda zorbalığa maruz kalma durumlarının risk faktörlerine göre dağılımı

Özellik	Zorbalığa Maruz Kalma*				P**	OR (%95 G.A)
	Hiç Maruz Kalmayan		1 Kez ve Üstü Maruz Kalan			
	n	%	n	%		
Beden Algısı						
İyi	299	72,7	112	27,3	0,003	Ref.
Kötü	292	63,2	170	36,8		1,554 (1,165 – 2,073)
Önemli Sağlık Sorunu Ya da Engellilik Durumu						
Yok	532	69,9	229	30,1	0,001	Ref.
Var	59	52,7	53	47,3		2,087 (1,396 – 3,119)
Son 1 Yılda Yaralanma Sıklığı						
Hiç yaralanmayan	348	71,3	140	28,7	0,012	Ref.
≥ 1 kez	245	63,3	142	36,7		1,441 (1,083 – 1,916)
Zorbalık Yapma						
Hiç Yapmayan	705	75,3	167	24,7	0,001	Ref.
≥ 1 kez	85	42,5	115	57,5		4,116 (2,958 – 5,727)
Arkadaşlık Ortamı						
İyi	443	71,3	178	28,7	0,001	Ref.
Kötü	148	60,2	98	39,8		1,648 (1,210 – 2,244)
Zararlı Madde Kullanımı						
Hiç denemeyen	534	69,5	234	30,5	0,003	Ref.
≥ 1 kez	59	55,1	48	44,9		1,857 (1,231 – 2,800)
Anne İle İletişim						
Kolay	568	68,5	261	31,5	0,029	Ref.
Zor	22	52,4	20	47,6		1,978 (1,061 – 3,689)
Annenin Çalışma Durumu						
Çalışıyor	208	72,5	79	27,5	0,003	Ref.
Çalışmıyor	10	43,5	13	56,5		3,423 (1,442 – 8,122)

*Son 2 ayda 1 kez ve üstü bedensel ve sözel zorbalığa maruz kalanlar ‘zorbalığa maruz kalma’ olarak tanımlanmıştır.

** Ki kare analiz değeridir.

Tablo 65. Zorbalığa maruz kalmayı etkileyen değişkenler

(Lojistik Regresyon - Backward Wald - İndirgenmiş Son Model)

Değişken	B	P	OR (%95 G.A.)
Zorbalık yapma (1 kez ve ↑)	1,367	0,000	3,923 (2,788 – 5,521)
Beden algısı (Kötü)	0,370	0,019	1,448 (1,064 – 1,972)
Önemli sağlık sorunu ya da engellilik durumu (Var)	0,742	0,001	2,099 (1,363 – 2,334)

Negelkerke R²= 0,155

Tek değişkenli çözümlenmelerde anlamlı bulunması nedeniyle regresyon modeline alınan, ancak ara basamaklarda modelden atılan (anlamlı bulunmayan) değişkenler: Yaralanma sıklığı, arkadaşlık ortamı, anne ile iletişim, zararlı madde kullanımı

Zorbalığa maruz kalma ile ilgili tek değişkenli analizlerde anlamlı olduğu görülen beden algısı, önemli sağlık sorunu ya da engellilik durumu, yaralanma sıklık, zorbalık yapma, arkadaşlık ortamı, zararlı madde kullanımı, anne ile iletişim, annenin çalışma durumu değişkenlerinin bağımsız risklerini değerlendirmek için lojistik regresyon modeli oluşturulmuştur. Lojistik regresyon modeli sonucunda indirgenmiş son modele giren değişkenler tablo 65 ile gösterilmiştir.

Öğrencilerin %77,1'i arkadaşlarına zorba davranışta bulunmamıştır. %19,8'i ayda bir kez ve üzerinde, %3,1'inde haftada 1 kez ve üzerinde arkadaşlarına zorba davranışlarda bulunmuştur (Tablo 66).

Tablo 66. Araştırmaya katılan öğrencilerin arkadaşlarına zorba davranışta bulunma durumları*

Arkadaşlarına Zorbalıkta Bulunma	5. Sınıf		7. Sınıf		Toplam (N=875)
	Erkek (n=238) %	Kız (n=223) %	Erkek (n=208) %	Kız (n=206) %	
Hiç zorbalıkta bulunmayanlar	74,4	87,0	69,7	77,2	77,1
Ayda 1 kez ve üstü zorbalık yapanlar	21,4	11,2	26,9	19,9	19,8
Haftada 1 kez ve üstünde zorbalık yapanlar	4,2	1,8	3,4	2,9	3,1
Toplam	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

*Yüzdeler sütun yüzdesidir.

Araştırmaya katılan öğrencilerin zorbalık yapma durumlarının risk faktörlerine göre dağılımı incelendiğinde okulu yarı kentsel bölgede olan öğrencilerin kentsel bölgede olan öğrencilere göre 2,061 (1,344 – 3,160) kat, erkeklerin kızlara göre 1,789 (1,295 – 2,471) kat 1 kez ve üstü zorbalık yaptığı görülmüştür. Yaş arttıkça 1,492 (1,086 – 2,048) kat 1 kez ve üstü zorbalık yapmanın arttığı saptanmıştır. Son 1 yılda 1 kez ve üstü yaralananların 1,803 (1,311 – 2,479) kat, son 1 yılda 3 kez ve üstü kavga edenlerin 2,232 (1,521 – 3,274) kat, arkadaşlık ortamı kötü olanların 1,758 (1,257 – 2,458) kat, okul başarısı kötü olanların 1,730 (1,224 – 2,447) kat 1 ve üstü zorbalık yaptığı bulunmuştur. Alt sosyal sınıfta olma 1,668 (1,132 – 2,458) kat zorbalık yapmayı arttırmaktadır. Anne ile iletişimi zor olanlar kolay olanlara göre 1,934 (1,008 – 3,712) kat, 1 kez ve üstü zararlı madde kullanımı olanlar olmayanlara göre 2,269 (1,478 – 3,483) kat fazla 1 kez ve üstü zorbalık yapmıştır (Tablo 67).

Zorbalık yapma için tekli analizlere alınan yerleşim yeri, beden algısı, önemli sağlık sorunu ya da engellilik durumu, baba yaş, anne yaş, anne eğitimi, kardeş sayısı, gelir algısı, annenin çalışma durumu, baba ile iletişim arasında anlamlı fark bulunmamıştır.

Zorbalık yapma ile ilgili tek değişkenli analizlerde anlamlı olduğu görülen cinsiyet, yaş, okul konumu, yaralanma sıklık, son 1 yılda kavga sıklığı, arkadaşlık ortamı, okul başarısı, sosyal sınıf, anne ile iletişim, zararlı madde kullanımı değişkenlerinin bağımsız risklerini değerlendirmek için lojistik regresyon modeli oluşturulmuştur. Lojistik regresyon modeli sonucunda indirgenmiş son modele giren değişkenler tablo 68 ile gösterilmiştir.

Tablo 67. Araştırmaya katılan öğrencilerin zorbalık yapma durumlarının risk faktörlerine göre dağılımı

Özellik	Zorbalık Yapma*				P**	OR (%95 G.A)
	Hiç Yapmayan		1 Kez ve Üstü Yapan			
	n	%	n	%		
Cinsiyet						
Kız	353	82,3	76	17,7	0,001	Ref.
Erkek	322	72,2	124	27,8		1,789 (1,295 – 2,471)
Yaş						
11	371	80,5	90	19,5	0,013	Ref.
13	304	73,4	110	26,6		1,492 (1,086 – 2,048)
Okul Konum						
Kentsel	604	79,0	161	21,0	0,001	Ref.
Yarı kentsel	71	64,5	39	35,5		2,061 (1,344 – 3,160)
Son 1 Yılda Yaralanma Sıklığı						
Hiç yaralanmayan	399	81,8	89	18,2	0,001	Ref.
≥1 kez	276	71,3	111	28,7		1,803 (1,311 – 2,479)
Son 1 Yılda Kavga Sıklığı						
≤2 kez	218	73,2	80	26,8	0,001	Ref.
≥3 kez	105	55,0	86	45,0		2,232 (1,521 – 3,274)
Arkadaşlık Ortamı						
İyi	497	80,0	124	20,0	0,001	Ref.
Kötü	171	69,5	75	30,5		1,758 (1,257 – 2,458)
Okul Başarısı						
İyi	523	79,7	133	20,3	0,002	Ref.
Kötü	150	69,4	66	30,6		1,730 (1,224 – 2,447)
Sosyal Sınıf						
Üst Sosyal Sınıf	194	83,3	39	16,7	0,009	Ref.
Alt Sosyal Sınıf	480	74,9	161	25,1		1,668 (1,132 – 2,458)

*Son 2 ayda 1 kez ve üstü bedensel ve sözel zorbalık yapanlar “zorbalık yapma” olarak tanımlanmıştır.

** Ki kare analiz değeridir.

Tablo 67. Araştırmaya katılan öğrencilerin zorbalık yapma durumlarının risk faktörlerine göre dağılımı (DEVAM)

Anne İle İletişim						
Kolay	644	77,7	185	22,3	0,044	Ref.
Zor	27	64,3	15	35,7		1,934 (1,008 – 3,712)
Zararlı Madde Kullanımı						
Hiç denemeyen	608	79,2	160	20,8	0,001	Ref.
≥1 kez	67	62,6	40	34,7		2,269 (1,478 – 3,483)

*Son 2 ayda 1 kez ve üstü bedensel ve sözel zorbalık yapanlar “zorbalık yapma” olarak tanımlanmıştır.

Tablo 68. Zorbalık yapmayı etkileyen değişkenler
(Lojistik Regresyon - Backwad Wald - İndirgenmiş Son Model)

Değişken	B	P	OR (%95 G.A.)
Yaş (13)	0,205	0,044	1,227 (1,006 – 1,498)
Okul konum (Yarı kentsel)	0,680	0,014	1,974 (1,150 – 3,388)
Son 1 yılda kavga sıklığı (≥ 3 kez)	0,736	0,000	2,089 (1,411 – 3,092)

Negelkerke $R^2= 0,095$

Tek değişkenli çözümlenmelerde anlamlı bulunması nedeniyle regresyon modeline alınan, ancak ara basamaklarda modelden atılan (anlamlı bulunmayan) değişkenler: Cinsiyet, yaralanma sıklık, arkadaşlık ortamı, okul başarısı, sosyal sınıf, anne ile iletişim, zararlı madde

5. TARTIŞMA

1983/84 yılında 5 ülkenin katılımı ile başlayan “Okul Çağı Çocuklarda Sağlık Davranışı” (Health Behaviour in School Aged Children- HBSC) çalışması 11, 13, 15 yaş grubu öğrencilerde yürütülmektedir (Alikashifoğlu ve ark. 2010; Currie ve ark. 2012). Çalışmanın bu yaş grubunda yapılmasının nedeni bu yaş gruplarının adolesan evrelerini kapsamasıdır. Bizim çalışmamızda da belirtilen bu nedenle 11 ve 13 yaş gruplarında, yani 5. ve 7. sınıf öğrencilerinde yapılmıştır.

Araştırmamızın bağımlı değişkenlerinin sayıca çokluğu dolayısıyla, karmaşıklığı önlemek için tartışma başlığı bağımlı değişkenlerin her biri için alt başlıklarla sunulmuştur. Beslenme durumu ve fizik aktivite gibi bazı bağımlı değişkenler ise ayrıca alt başlıklar altında tartışılmıştır.

5.1. SAĞLIKSIZ BESLENME ALIŞKANLIKLARI

5.1.1. Beslenme Düzeni

Bu çalışmada, beslenme düzeni içinde kahvaltı yapmak, diyet yapmak, obezite ve ya zayıflık durumunu birleştirip analizleri yapılabilir. Ancak çeşitli kaynaklara baktığımızda bu değişkenlerin farklı değişkenlerden etkilendiği görüldüğü için çalışmamızda ayrı ayrı analizlere alınmıştır.

Gün içerisinde en önemli öğün olmasına rağmen en sık atlanan ve geçirilen öğün kahvaltıdır. Öğrencilerin düzenli ve yeterli kahvaltı yapmaları gerektiği halde ya hiç yapmadıkları ya da dengesiz kahvaltı ile okula gittikleri saptanmıştır (Baysal 1999; Mumcu 1999; Özmen ve ark. 2007; Tanrıverdi ve ark. 2011; Metinoğlu ve ark 2012).

Çalışmamızda her gün kahvaltı yapmayanlar düzensiz kahvaltı yapıyor olarak tanımlanmıştır. Buna göre öğrencilerin %66’sı düzenli kahvaltı yaparken, %34’ü düzensiz kahvaltı yapmaktadır. Öğrencilerde hafta içi her gün kahvaltı yapanlar %72,4, hafta içi hiç kahvaltı yapmayanlar %14’tür. Öğrencilerin %86,6’sı hafta sonu her iki gün de kahvaltı yaparken, %1,5’i hafta sonu hiç kahvaltı yapmamaktadır.

Tanrıverdi ve arkadaşlarının 15-18 yaş arası 446 lise öğrencisi ile yaptığı ‘Lise Öğrencilerinin Yeme Tutumları, Yeme Davranışları ve Benlik Saygılarının İncelenmesi’ isimli çalışmada öğrencilerin %69,5’inin öğün atladığı ve en çok atlanan öğünün %71 ile kahvaltı olduğu saptanmıştır (Tanrıverdi ve ark. 2011). Aynı şekilde Kastamonu’da 10-12 yaş grubu 480 öğrenci ile yapılan araştırmada en çok atlanan öğünün kahvaltı olduğu bulunmuştur (Metinoğlu ve ark. 2012). Konya’da 2007 yılında 7-14 yaş grubu 357 öğrenci ile yapılan araştırmada her gün kahvaltı yapma oranı %87,1, hiç kahvaltı etmeme oranı %1,7 olarak bulunmuştur (Kutlu ve Çivi 2009). Yine Konya’da köy ve kasaba ilköğretim okullarındaki 9-12 yaş grubu öğrenciler ile yapılan çalışmaya bakıldığında ise öğrencilerin %39’unun kahvaltıyı atladıkları görülmektedir (Özpulat ve Sivri 2013). ‘‘Kırsal ve Kentsel Alanlarda Yaşayan 11 ve 13 Yaşlarındaki Öğrencilerin Sağlık Durumları ve Sağlık Davranışları Arasındaki Farklılıklar: Türkiye Sağlık Davranışları Araştırması 2006 Sonuçları’’ isimli çalışmada öğrencilerin %37’sinin hafta içi kahvaltı yapmadığı görülmüştür (Alikashifoğlu ve ark. 2010). Manisa’da 2007 yılında 2146 lise öğrencisi ile yapılan araştırmada çalışmamız ile benzer şekilde kahvaltı yapma oranı %66 olarak bulunmuştur (Özmen ve ark. 2007). Bu çalışmalara bakıldığında düzensiz kahvaltı yapma oranlarının çalışmamız ile paralellik gösterdiği görülmektedir (Özmen ve ark. 2007; Kutlu ve Çivi 2009; Alikashifoğlu ve ark. 2010; Tanrıverdi ve ark. 2011; Metinoğlu ve ark. 2012; Özpulat ve Sivri 2013).

İzmir’in Bornova ilçesinde 515 lise öğrencileri ile yapılan ‘‘Kentsel Bölgede Lise Birinci Sınıf Öğrencilerinin Beslenme Alışkanlıkları’’ isimli çalışmada öğrencilerin %45,6’sının kahvaltıyı atladığı belirtilmiştir (Türk ve ark. 2007). HBSC 2012 raporuna bakıldığında ülkemizde düzensiz kahvaltı yapanların oranı %45’dir (Currie ve ark. 2012). Yine İzmir’de kentsel bir bölgede 549 öğrenciye yapılan ‘‘İzmir İli Güzelbahçe İlçesinde İlköğretim Öğrencilerinde Obezite Prevalansı ve Beslenme Alışkanlıklarının Belirlenmesi’’ isimli çalışmada kahvaltı yapmama oranı %7,1’dir (Özilbey ve Ergör 2015). 2006 yılında Diyarbakır’da yapılan araştırmada 1124 öğrencinin %85,1’inin kahvaltı alışkanlığının olduğu, %12,7’sinin haftada birkaç kez, %2,1’inin ise hiç kahvaltı yapmadığı bulunmuştur (Özdemir 2006). YRBS 2015’e göre öğrencilerin %36,3’ünün araştırmadan 7 gün önce her gün kahvaltı yaptığı, %13,8’inin hiçbir gün kahvaltı yapmadığı belirtilmiştir (YRBS 2015). Bu sonuçlar

çalışmamız sonuçlarından farklıdır. Bu durumun araştırmaların yapıldığı bölgelerin sosyoekonomik düzey farklılıklarından, ülkeler arası yaşam şekli farklılıklarından ve araştırmaların yapıldığı yaş gruplarının farklılığından kaynaklı olduğu düşünülmektedir.

HBSC 2012 raporuna göre birçok ülkede sosyoekonomik düzey arttıkça düzenli kahvaltı yapma oranı artmaktadır (Currie ve ark. 2012). Manisa'da 11-15 yaş grubu 1271 öğrenci ile yapılan çalışmada yüksek sosyoekonomik düzeye sahip olan öğrencilerin düzenli kahvaltı alışkanlıklarının fazla olduğu görülmüştür (Hatipoğlu 2016). Yapmış olduğumuz çalışmada da benzer şekilde üst sosyoekonomik düzeyde olanların düzenli kahvaltı yapma oranının daha fazla olduğu görülmüştür. Sosyoekonomik düzeyin yüksek olması daha yüksek eğitiminde göstergesi olması ve dolayısıyla bu ebeveynlerin kahvaltının önemini bilen bireyler olması, çocuklarının düzenli kahvaltı yapmasını etkilediği düşünülmektedir.

Önemli bir öğün olan kahvaltı bedensel gelişimin yanında okul başarısını da etkiler (Baysal 1999; Kutlu ve Çivi 2009; Orhan ve Çelik 2014). Bizim çalışmamızda da düzensiz kahvaltı yapan öğrencilerin okul başarısının düzenli kahvaltı yapan öğrencilere oranla düşük olduğu tekli analizlerde görülürken, çoklu analizlerde anlamlı bir fark saptanmamıştır. Elgar ve arkadaşlarının Galler'de 4 yıllık kohort çalışması olarak 355 öğrenci ile yaptığı bir çalışmada obez adolesanların haftada iki kez kahvaltı atladığı tespit edilmiştir (Elgar ve ark. 2005). Bizim çalışmamızda da obez olanların daha düzensiz kahvaltı yaptığı görülmüştür.

Çalışmamızda beden algısı ile kahvaltı düzeni arasında anlamlı ilişki saptanmıştır. Aynı şekilde arkadaşlık ortamının da kahvaltı düzeni üzerine etkili olduğu görülmüştür. Arkadaşları düzenli kahvaltı yapmayan adolesanın, akran etkisi ile kendisinin de düzensiz kahvaltı yaptığı düşünülmektedir.

Araştırmamızda öğrencilerin %62,1'inin her gün aileleri ile birlikte öğle ve akşam yemeği yediği görülmüştür. İstanbul Üsküdar'da 13-18 yaş grubu 357 lise öğrencisi ile 2012 yılında yapılan bir araştırmada öğrencilerin %65,8'i aile ile bir arada yemek yemenin sağlıklı beslenme düzeni içinde önemli bir yer tuttuğunu belirtmiştir (Akman ve ark. 2012). Nitekim çalışmamızda anne ile iletişimi kötü olanların daha düzensiz

kahvaltı yaptığı görülmüştür. Bu durumun kültürel yetiştirilme özelliklerine göre yemek düzeninden daha çok kadın sorumlu tutulması sebebiyle olduğu düşünülmektedir. Literatürdeki çalışmalarda ve bizim çalışmamızda da önemli bir sorun olduğu görülen kahvaltı düzensizliğinin önüne geçilebilmesi için ilk önce en temel birim olan aile içinde yaşayan bireylere gerekli eğitimlerin düzenlenmesi ve dolayısıyla öğrencinin kahvaltı düzeninin sağlanması, genel birim olan okulda ise kamu kurum ve kuruluşlarından gidilerek hem öğretmenlere hem öğrencilere eğitimler verilmesi üzerinde durulması gerekmektedir.

5.1.2. Diyet Yapma

Çalışmamızda son 12 ayda diyet yapanların oranı %38 olarak bulunmuştur. Öğrencilerin %21'i kendini zayıf, %47,1'i normal kiloda ve %32'si kilolu olarak algılamaktadır.

YRBS 2015'e göre öğrencilerin %31,5'i kendini az veya çok kilolu olarak tanımlamaktadır. Öğrencilerin %45,6'sı (kızlarda %60,6, erkeklerde %31,4) kilo vermeye çalışmaktadır (YRBS 2015). Manisa'da Özyurt tarafından yapılan çalışmada kendini zayıf görenlerin oranı %24,5 iken, kendini şişman görenlerin oranı %25,1'dir (Özyurt 2004). Bu sonuçlar çalışmamızla benzerdir. HSBC 2012 raporuna göre ülkemizde kızlar %18 oranı ile erkeklere göre (%14) kendilerini daha kilolu olarak görmektedir. Kendini daha kilolu görme araştırmaya katılan tüm ülke kızlarında erkeklere kıyasla daha fazladır (Currie ve ark. 2012).

Manisa'da 2146 lise öğrencisiyle yapılan "Lise Öğrencilerinin Yeme Alışkanlıkları ve Beden Ağırlığını Denetleme Davranışları" isimli çalışmada öğrencilerin %36,7'sinin şişmanlamaktan korktuğu, %6,5'inin diyet yaptığı bulunmuştur (Özmen ve ark. 2007). 2003 yılında İzmir'in Bornova İlçesinde 515 öğrenci ile yapılan araştırmada öğrencilerin %33,1'i kendini kilolu bulmuş ve öğrencilerin %22'si son bir yılda diyet yapmıştır (Türk ve ark. 2007). HBSC 2012 raporuna göre ülkemiz, tüm yaş gruplarında kendini şişman hissetme ve kilo vermek için bir şey yapma açısından 43 ülke arasında %15 oranı ile sonuncu sıradadır (Currie ve ark. 2012). YRBS 2015'e göre öğrencilerin %45,6'sı (kızlarda %60,6, erkeklerde %31,4) kilo vermeye çalışmaktadır (YRBS 2015). 2012 yılında İzmir Ödemiş'de 6.,7.

Ve 8. Sınıfa giden 122 öğrenci ile yapılan “İlköğretim Öğrencilerinde Kilo Yönetimindeki Faktörler” isimli çalışmada öğrencilerin %32’si rejim veya diyet yapmıştır (Emlek Sert ve Bayık Temel 2017). Kara ve arkadaşlarının Kocaeli’nde 391 lise öğrencisi ile yaptığı çalışmada zayıflamak ve varolan kilosunu korumak amacıyla diyet yapanların oranı %34,2 olarak belirlenmiştir (Kara ve ark. 2003; Emlek Sert ve Bayık Temel 2017). Bu sonuçlar bizim bulgularımız ile paralellik göstermektedir

Çoklu analizlerde beden algısının son 12 ayda diyet yapmayı etkilediği görülmüştür. Beden algısının kötü olması ve kendini fazla kilolu hissetme durumu, adolesan dönemde vücut bölgelerinde başlayan yağlanmanın artması ve buna bağlı görünümünde yaşanan değişimlerin olumsuz etkisiyle olabilir. Çalışmamızda obezitenin son 12 ayda diyet yapma üzerinde anlamlı etkisi bulunduğu görülmüştür. Beden algısı ile paralel olarak obez adolesanların bedenlerini sevmemesi ve değiştirmeye çalışmasının beraberinde diyet yapma davranışını getirdiği düşünülmektedir. Ayrıca anne ile iletişimin de son 12 ayda diyet yapma davranışı üzerinde anlamlı etkisi olduğu görülmüştür.

5.1.3. Büyüme Gelişme Durumu

Araştırmamızda büyüme gelişme durumu açısından sorgulanan obezite ve fazla kiloluluk ile zayıflık risklerini etkileyen değişkenlerin farklılık göstermesi sebebi ile bu risklerin analizleri ayrı ayrı analizleri ele alınmıştır.

Çalışmamıza göre zayıf olanların oranı %1,6’dır. Ankara’da düşük ve yüksek sosyoekonomik düzeyli iki bölgede 11-13 yaş arası 370 adolesan ile yapılan çalışmada zayıflık prevalansı %4,9’dur. Düşük ve yüksek sosyoekonomik düzeylerde zayıflık sırayla %6,0 ve %3,7’dir (Yabancı ve Şimşek 2011). Manisa’da 6-14 yaş arası 1018 öğrenci ile yapılan bir araştırmada öğrencilerin %4,1’i zayıftır (Ersoy ve ark. 2007). Bu sonuçlar çalışmamız sonuçlarına benzerdir.

6-17 yaş arası 2793 öğrenci ile Bursa’da yapılan “Nilüfer Halk Sağlığı Eğitim Araştırma Bölgesinde Dört İlköğretim Okulundaki Öğrencilerin Sağlık Durumlarının Değerlendirilmesi” isimli çalışmada zayıflık prevalansı %12,5’dir (Aydın ve ark.

2004). 11-14 yaş grubu 375 öğrencinin obezite sıklığının araştırıldığı bir çalışmada zayıflık prevalansı %8,5 olarak bulunmuştur (Ceylan ve Turan 2008). Eskişehir’de 1405 öğrenci ile yapılan çalışmada zayıflık prevalansı %5,8 olarak bulunmuştur (Kalyoncu ve ark. 2011). Ankara’da 7-15 yaş grubu 392 öğrenci ile yapılan “Farklı Sosyoekonomik Düzeye Sahip İki İlköğretim Okulunda Öğrencilerin Büyümelerinin Değerlendirilmesi” isimli çalışmada zayıflık oranı %3,1 olarak bulunmuştur (Özdemir ve ark. 2005). Sakarya’da 7-15 yaş grubu 402 öğrenci ile yürütülen çalışmada öğrencilerin %9,2’si zayıf olarak bulunmuştur (Önsüz ve ark. 2011). “Türkiye’de Okul Çağı Çocuklarında Büyüme İzleme Projesi” (TOÇBİ) Araştırma Raporuna göre öğrencilerin %7,9’u zayıf olarak belirlenmiştir (TOÇBİ 2011). Kastamonu’da 13 İlköğretim okulunda 2907 öğrenci ile yapılan çalışmada zayıflık sıklığı %5,2 olarak tespit edilmiştir (Tütüncü 2012). İzmir’de 549 öğrenci ile kentsel bölgede yapılan “İzmir İli Güzelbahçe İlçesi’nde İlköğretim Öğrencilerinde Obezite Prevalansı ve Beslenme Alışkanlıklarının Belirlenmesi” adlı çalışmada zayıflık prevalansı %6,7’dir (Özilbey ve Ergör 2015). Çalışmamızdaki zayıflık prevalansının yukarıda sayılan çalışmalardan daha düşük olduğu görülmüştür. Bunun nedeni, çalışmaların yapıldığı bölgelerin yeme alışkanlıklarının farklılıklarına ve kullanılan değerlendirme kriterlerinin farklılığına bağlı olabilir.

Çalışmamızda kızların erkeklere göre daha zayıf olduğu tespit edilmiştir. İzmir’de 9 ilçede, 6191 öğrenci ile yapılan çalışmada zayıflık prevalansı %5,8 olarak bulunmuştur. Bu oran kızlarda %6,2 iken erkeklerde %5,5’dir (Turhan ve ark. 2014). Ters olarak, Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması’nda 6-18 yaş arası çocuk ve adolesanların zayıflık oranı erkeklerde %15,2, kızlarda %14,5’dir. Öğrencilerin %14,9’u zayıf olarak bulunmuştur (TBSA 2010). Yine Muğla’da 9 merkez köyünde okuyan 231 öğrenci ile yapılan çalışmada zayıflık sıklığı kızlarda %6,3, erkeklerde %6,7 (toplamda %6,5) olarak belirlenmiştir (Arı ve Süzek 2008). Bizim çalışmamızda tekli analizlerde kızların erkeklere göre daha zayıf olduğu görülmüşken, çoklu analizlerde anlamlı ilişki bulunmamıştır.

Çalışmamızda arkadaşlık ortamı ve beden algısı kötü olanların iyi olanlara göre daha zayıf olduğu görülmüştür. Bu durumun dış görünümünü, adolesan dönemde vücudunda meydana gelen değişiklikleri beğenmemenin çocukta yarattığı etkiden

kaynaklandığı düşünülmektedir. İzmit'te merkez okullarda okuyan 11-14 yaş grubu 565 öğrenci ile yapılan bir çalışmanın sonuçlarıyla tutarlı olarak araştırmamızda baba ile ilişkisi zor olanların daha zayıf olduğu görülmüştür (İskender ve ark. 2014).

Çalışmamızda fazla kiloluluk oranı %22,2, obezite oranı %17,3 olarak bulunmuştur. 706 öğrenci ile yapılan "İstanbul'da İlköğretim Çağı Çocuklarından Alınan Bir Kesit İle Bu Yaş Gruplarında Obeziteye İlişkin Durum Tespiti" adlı çalışmada fazla kiloluluk oranı %21,2, obezite oranı %21,1 olarak belirlenmiştir. Aynı çalışmada erkeklerde obezitenin daha fazla olduğu görülmüştür (Altıncı ve Yücesir 2011). Düzce'de Oruç ve Eker tarafından yapılan "Düzce İli Akçakoca İlçesindeki Okullarındaki Öğrencilerde Obezite Sıklığı" adlı çalışmada 8-10 yaş grubu ilköğretim öğrencilerinde obezite prevalansı %19 bulunmuştur (Oruç ve ark. 2012). Sakarya'da 7-15 yaş grubu 402 öğrenci ile yapılan araştırmada obezite prevalansı %13,9 olarak belirlenmiştir (Önsüz ve ark. 2011). National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES) 2003-2006 verilerine göre obezite 6-11 yaş grubunda %17, 12-19 yaş grubunda %17,6'dır (Hering ve ark. 2009). Bu oranlar çalışmamız sonuçları ile benzerdir.

11-14 yaş grubu 375 öğrenci ile yapılan çalışmada obezite oranı %6,4 olarak belirlenmiştir (Ceylan ve Turan 2008). CDC tarafından yapılan National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES) Ulusal Beslenme ve Sağlık Taraması araştırmasında ABD'de okul çağı çocuklarında obezite prevalansı %20 olarak bulunmuştur (<http://www.cdc.gov/nchs/nhanes.htm> Erişim tarihi:08.07.2017). Türkiye'nin üç farklı bölgesinden seçilen İstanbul, Iğdır ve Muğla'da 1134 öğrenci ile yapılan çalışmada obezite oranının %5,3 olduğu tespit edilmiştir (Kayıran ve ark. 2011). Kastamonu'da 13 İlköğretim okulunda 2907 öğrenci ile yapılan "Kastamonu İl Merkezinde 13 İlköğretim Okulunda 5-15 Yaş Grubu Öğrencilerde Fazla Kiloluluk ve Obezite Prevalansı" isimli çalışmada obezite prevalansı %6,4, fazla kiloluluk prevalansı %11,9, 11-15 yaş grubu öğrencilerde obezite prevalansı %2,7, fazla kiloluluk oranı %5,7 olarak bulunmuştur (Tütüncü 2012). HBSC 2012 raporuna ülkemiz, 11 yaş grubunda erkeklerde fazla kiloluluk veya obezite oranı %16, kızlarda %11 ile 25. Sırada, 13 yaş grubunda erkeklerde fazla kiloluluk veya obezite oranı %18, kızlarda %10 ile 20. Sırada yer almaktadır (Currie ve ark.2012). YRBS 2015

çalışmasına göre obezite prevalansı %13,9'dur. Bu oran erkeklerde %16,8, kızlarda %10,8 olarak saptanmıştır. Fazla kiloluk oranı %16'dır (YRBS 2015). Sayılan çalışmalara göre bizim çalışmamızda obezite ve fazla kiloluluk prevalansı daha yüksek bulunmuştur. Obezite ve fazla kiloluğu değerlendirme kriterlerinin ve referans değerlerinin çalışmalarda farklı seçilmesinin bu durumun nedeni olduğu düşünülmektedir.

Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı intörn doktorlarının araştırma ödevi olarak "Bayraklı Ekrem Hayri Üstündağ İlköğretim Okulundaki 13-15 Yaş Adolesanlarda Obezite Ve Sosyoekonomik Durumla İlişkisi" isimli, 98 öğrenci ile yaptığı çalışmada obezite veya fazla kiloluluk oranı %19,38 bulunmuştur. Obezite prevalansı kızlarda %4,34, erkeklerde %7,69'dur (Bayraklı Toplum Sağlığı Merkezi Arşivi). Aynı bölgede 2005 yılında yapılan çalışmaya göre bizim çalışmamızdaki obezite prevalansının yüksek çıkmasının nedeni araştırmamıza alınan öğrenci sayısının belirgin olarak fazla olması ve obezite sorununun adolesanlarda artış gösteren bir sorun haline gelmesinden kaynaklı olduğu düşünülmektedir.

Literatürdeki çalışmalara bakıldığında erkeklerin kızlara göre anlamlı olarak daha obez olduğu bulunmuştur (Öztor 2005; Tola ve ark. 2007; Arı ve Süzek 2008; TBSA 2010; Kalyoncu ve ark. 2011; Currie ve ark. 2012; Oruç ve ark. 2012; Altuncan 2013; Daştan ve ark. 2014; YRBS 2015; Özilbey ve Ergör 2015). Isparta'da 2005 yılında 5026 öğrenci ile yapılan bir çalışmada obezite prevalansı %11,6 (kızlarda %9, erkeklerde %14) olarak bulunmuştur (Tola ve ark.2007). 4 yıl sonra aynı okullarda 5716 öğrenci ile yapılan "Isparta İlinde On Okulda Çocukluk Çağı Şişmanlık Sıklığı Değişiminin Değerlendirilmesi" isimli çalışmada obezite prevalansı %12,5 (kızlarda %11,2, erkeklerde %13,4) olarak bulunmuştur (Akçam ve ark. 2013). Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması'nda 6-18 yaş arası çocuk ve adolesanla yapılan çalışmada obezite oranı erkeklerde %9,1, kızlarda %7,3 (toplamda %8,2) olarak bulunmuştur. Aynı çalışmada erkeklerin kızlara göre anlamlı ölçüde daha obez olduğu söylenmiştir (TBSA 2010). Bizim çalışmamızda da literatürdeki çalışmalara benzer şekilde erkekler daha obez bulunmuştur. Erkeklerin bilgisayar oyunlarına düşkün olması dolayısı ile hareketsiz yaşamlarının, daha düzensiz kahvaltı yapma durumlarının obezite riskini arttırdığı düşünülmektedir. Kızların obezite riskiyle daha

fazla karşı karşıya bulunduğu sonucunun olduğu çalışmalar da literatürde vardır (Ceylan ve Turan 2008; Şimşek ve ark. 2008).

Çalışmamızda obez olanlarda son 12 ayda diyet yapma oranının yüksek olduğu görülmüştür. Fazla kiloyu vermek için adolesanların bilinçsizce diyet yapması kısır döngü yaratarak yine beraberinde obeziteyi getirmektedir.

İzmir'in kentsel bölgesinde 549 öğrenci ile yapılan "İzmir İli Güzelbahçe İlçesinde İlköğretim Öğrencilerinde Obezite Prevalansı ve Beslenme Alışkanlıklarının Belirlenmesi" isimli çalışmada obezite prevalansı %20, fazla kiloluluk prevalansı %5 olarak bulunmuştur. Çalışmada obezite ile kardeş sayısı ve cinsiyet arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Kardeş sayısı 2'den az olanlar, kardeş sayısı 2 ve üzeri olanlara göre daha obez bulunmuştur. Aynı şekilde erkekler de kızlara kıyasla daha obez olarak tespit edilmiştir (Özlibey ve Ergör 2015). Bizim çalışmamızda da literatürle benzer şekilde kardeş sayısı azaldıkça obezite prevalansı artmaktadır. Ailedeki çocuk sayısı azaldıkça ailenin ilgisinin ve ekonomik gücünün tamamını çocuğuna paylaştırmadan vermesi, tüm gıda maddelerine fast food maddelere kolayca ulaşım sağlayabilmesi adolesanın obez olma durumunu etkiler. İzmir'in Güzelbahçe ilçesinde yapılan bu çalışmada obezite prevalansının yüksek olması, öğrencilerin sosyoekonomik durumunun Bayraklı ilçesindeki öğrencilere göre yüksek olmasından kaynaklı olduğu düşünülmektedir.

Çalışmamızda obezite ile sedanter yaşam arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Aynı şekilde Kastamonu'da 10-12 yaş grubu 480 öğrenci ile yapılan çalışmada televizyon ve bilgisayar başında geçirilen süre ile obezite arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır (Metinoğlu ve ark. 2012). Tersine olan çalışmalarda vardır. Öztora'nın 2005 yılında yaptığı "İlköğretim Çağındaki Çocuklarda Obezite Prevalansının Belirlenmesi ve Risk Faktörlerinin Araştırılması" isimli çalışmada sedanter yaşam ile obezite arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur (Öztora 2005). Aynı şekilde Uskun ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada da obezite ile sedanter olma arasında anlamlı ilişki tespit edilmiştir (Uskun ve ark. 2005).

"Türkiye'de Okul Çağı Çocuklarında Büyüme İzleme Projesi" (TOÇBİ) Araştırma Raporuna göre obezite oranı %6,5 (kentsel bölgede %8,5, kırsal bölgede

%7)'dir. Aynı çalışmada fazla kiloluluk oranı %14,3 olarak hesaplanmıştır (TOÇBİ 2011). Bizim çalışmamızda kentsel ve yarı kentsel bölgede yaşayan çocuklar arasında obezite açısından anlamlı bir farklılık tespit edilmemiştir.

Obezite ile ilgili araştırma sonuçlarının çok değişiklik göstermesinin sebebinin çalışmalarda kullanılan metotların farklı olmasından kaynaklı olduğu düşünülmektedir. Prevalansların artışı göz önüne alındığında çağın önemli hastalıklarından olan obezite için okullarda eğitimler düzenlenmeli ve bu eğitimlere aile üyelerinin katılımı sağlanmalıdır. Dengeli beslenme ve fizik aktivite alışkanlıklarının çocukluk döneminde şekillendiği düşünüldüğünde konunun önemi özellikle adolesan dönemdeki tüm çocuklara benimsetilmelidir.

5.2. FİZİKSEL AKTİVİTE ve İNAKTİVİTE

5.2.1. Fiziksel Aktivite

Çalışmamızda haftada en az 3 gün fiziksel aktivite yapanlar düzenli fiziksel aktivite yapıyor olarak tanımlanmıştır. Buna göre çalışmamızda öğrencilerin %47,5'i düzenli fiziksel aktivite yapmaktadır.

2012 yılında İstanbul Üsküdar'da 13-18 yaş grubu 357 öğrenci ile yapılan çalışmada haftada 3'den fazla spor aktivitesi yapma prevalansı %55'dir (Akman ve ark. 2012). Erzurum'da 11-14 yaş grubu 375 öğrenci ile yapılan çalışmada haftada 3 gün ve üzeri 30 ile 60 dakika arası fiziksel aktivite yapanların oranı %53,1'dir (Ceylan ve Turan 2008). 2013 yılı Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması'na göre 12-14 yaş grubunun %56,2'si, 15-18 yaş grubunun ise %57,8'i son bir haftada hiç egzersiz yapmamıştır (TBSA 2010). Bu oranlar çalışmamız sonuçları ile benzerdir.

Manisa'da 2004 yılında yapılan bir çalışmada egzersiz yapma prevalansı %24,1'dir. Erkek öğrenciler daha fazla düzenli egzersiz yapmaktadır (Özyurt 2004). Ergün ve arkadaşlarının 7-16 yaş aralığındaki 932 öğrenci ile yaptığı çalışmada düzenli egzersiz yapan öğrenci oranı %32,7'dir. Daha sonra fiziksel etkinlik programı uygulanan 932 öğrencinin düzenli egzersiz yapma oranı %39,4 olmuştur. Aynı çalışmada etkinlik programı öncesi erkek öğrencilerin kız öğrencilere kıyasla daha fazla egzersiz yaptığı görülmüş iken etkinlik sonrası cinsiyetler arası anlamlı bir fark

bulunmamıştır (Ergün ve ark. 2012). Türkiye Ergen Profili Araştırmasına göre 12-18 yaş arası ergenlerin %26,1'inin hiç spor yapmadığı belirtilmiştir (Türkiye Ergen Profili Araştırması 2013). Sayılan çalışmalarda düzenli fiziksel aktivite yapma oranlarının çalışmamız sonucundan düşük veya yüksek olmasının çalışmaya katılan kişi sayılarından ve düzenli fiziksel aktivitenin araştırmalarda farklı tanımlanmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Çalışmamızda erkeklerin daha düzenli fiziksel aktivite yaptığı görülmüştür. Kocaeli'nde 391 lise öğrencisi ile yapılan araştırmada son yedi gün içerisinde düzenli fiziksel aktivite yapanların oranı %73,5'dir. Düzensiz fiziksel aktivite kızlarda %68,6, erkeklerde %31,4'dür (Kara ve ark. 2003). HBSC 2012 raporuna göre günde en az 60 dakika nefes nefese kalacak şekilde fiziksel aktivite yapanların oranı %15'dir. Türkiye için oranlar 11 yaş grubunda kızlarda %19, erkeklerde %27, 13 yaş grubunda kızlarda %12, erkeklerde %23'dür. Tüm yaş gruplarında erkeklerde fiziksel aktivite yapma oranı kızlara göre daha fazladır (Currie ve ark. 2012). YRBS 2015 çalışmasına göre öğrencilerin %27,1'i (erkeklerde %36, kızlarda %17,7) bir haftada günde en az 60 dakika egzersiz yapmış, %14,3'ü anketten önceki 7 gün içerisinde egzersiz yapmamıştır (YRBS 2015). Aynı şekilde Manisa'da 2146 öğrenci ile yapılan çalışmada düzenli fiziksel aktivite yapma oranı %39,4'dür ve erkeklerin daha fazla fiziksel aktivite yaptığı bulunmuştur (Özmen ve ark. 2007). Bizim çalışmamızda da benzer şekilde erkeklerin daha düzenli fiziksel aktivite yaptığı bulunmuştur. Kas yapısının daha güçlü ve fazla olması, dolayısıyla aktivitelere yatkın olunması sebebi ile erkeklerin daha fazla egzersiz yaptığı düşünülmektedir.

Çalışmamızda yaşın artması ile birlikte düzenli fiziksel aktivitenin azaldığı görülmektedir. Bu bulgumuz literatürdeki diğer çalışmalar ile benzerdir. Erginöz ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada, Özyurt'un Manisa'da yaptığı çalışmada yaş artışı ile birlikte düzenli fiziksel aktivitenin azaldığı görülmüştür (Özyurt 2004; Erginöz ve ark. 2011). HSBC 2012 raporuna göre de araştırmaya katılan tüm ülkelerde hem kızlarda hem erkeklerde yaş arttıkça düzenli fiziksel aktivite yapma oranı azalmıştır (Currie ve ark. 2012). Bunun sebebi, yaşın artışı ile birlikte dersler ve sınav yoğunluğunun artması ve buna bağlı spor faaliyetlerine katılamama olabileceği gibi, olgunlaşmaya başlayan gencin yapmaktan hoşlandığı faaliyetlerin değişiklik göstermesi de olabilir.

Bu araştırmada kentsel bölgelerde yaşayan öğrencilerin yarı kentsel olan öğrencilere göre daha düzenli fiziksel aktivite yaptığı görülmüştür. Alikayıfoğlu ve arkadaşlarının 3884 ğrenci ile HBSC 2006 çalışmasını değerlendirmek için yaptığı çalışmada kentte yaşayan öğrencilerin kırsal bölgede yaşayan öğrencilere göre daha fazla fiziksel aktivite yaptığı belirlenmiştir (Alikayıfoğlu ve ark. 2010). Aydın'da 2008 yılında kırsal ve kentsel bölgede yaşayan 6.,7.,8. Sınıf 555 öğrencilerle yapılan çalışmada da kentsel bölgede okuyanların kırsal bölgede okuyanlara kıyasla daha düzenli fiziksel aktivite yaptığı bulunmuştur (Başar 2008). Bu durum bizim çalışmamızla benzerdir. Yerleşim yeri, içinde birçok değerşkeni barındıran zet değerşken olması sebebiyle ortak bir davranış kalıbının fiziksel aktiviteyi etkilediği grlmektedir. Kentsel bölgede yaşayanların spor salonları, oyun sahaları, çeşitli aktivite kurslarına ulaşımının yarı kentsel bölgede yaşayanlara göre kolay olması fiziksel aktivite oranlarını arttırdığı düşünülmektedir.

HBSC araştırmasının Türkiye değerlendirilmesi için 11, 13 ve 15 yaş grubu 5254 ğrenci ile yapılan çalışmada arkadaşlarıyla vakit geçirmenin artmasıyla fiziksel aktivite düzeyinin de arttığı görülmüştür (Erginöz ve ark. 2011). Bizim alışmamızda da arkadaşlık ortamı iyi olanların daha düzenli fiziksel aktivite yaptığı görülmüştür. Akran etkisi ile ocuk arkadaşlarından etkilenmektedir. Arkadaşlarının olumlu veya olumsuz davranışları, adolesanın davranışlarını belirler.

Yaptığımız çalışmanın fiziksel aktivite açısından sonuçlarına bakıldığında kızların fiziksel aktivite için daha fazla teşvik edilmesi gerektiği, erken yaşlarda kız ve erkeklerin spor faaliyetlerine yönlendirilip, ileri adolesan dönemde de devamlılığının sağlanması gerektiği sonucu ortaya çıkmıştır.

5.2.2. Sedarter Yaşam

DSÖ'ne göre sedanter yaşam, 'günde 2 saat ve üzeri televizyon ve bilgisayar başında geçirme' olarak tanımlanmaktadır (Currie ve ark. 2012). Bizim alışmamızda da aynı Şekilde günde 2 saat ve üzerinde televizyon izleme/bilgisayar başında vakit geçirme sedanter yaşam Şekli olarak tanımlanmıştır. Buna göre çalışmamızdaki öğrencilerde sedanter yaşam oranı %85,5'dir.

HBSC 2012 raporuna göre günde 2 saat ve üzeri televizyon izleme oranı %63'dür. Türkiye'de 2 saat ve üzeri televizyon izleme oranı 11 yaş kızlarda %53, erkeklerde %60, 13 yaş kızlarda %65, erkeklerde %67'dir. Sedarter yaşamda cinsiyet açısından fark görülmemiştir (Currie ve ark. 2012). YRBS 2015'e göre öğrencilerde okul günlerinde günde en az 3 saat televizyon izleme %24,7, günde en az 3 saat bilgisayar kullanma %41,7'dir (YRBS 2015). Kara ve arkadaşları tarafından 2003 yılında Kocaeli'nde 391 lise öğrencisi ile yapılan çalışmada günde ortalama bir saatten fazla TV seyretme oranı %72,7 bulunmuştur (Kara ve ark. 2003). Belviranlı ve arkadaşları tarafından 18 yaş altı 441 çocuk ile yapılan "Annelerin Televizyon İzleme Konusundaki Davranışları ve Akıllı İşaretler" isimli çalışmada 2 saat ve üzerinde televizyon izleme oranı %62,8 ve 4 saat ve üzerinde televizyon izleme oranı %22,3'dür (Belviranlı ve ark. 2008). Manisa'da 2016'da 1271 öğrenci ile yapılan çalışmada öğrencilerin %59,2'si sedanter olarak bulunmuştur (Hatipoğlu 2016). Kastamonu'da 10-12 yaş grubu 480 öğrenci ile yapılan çalışmada 3-4 saat televizyon ve bilgisayar başında kalma prevalansı %19,5 saat ve üzeri televizyon ve bilgisayar başında kalma prevalansı %7,3'dür (Metinoğlu ve ark. 2012). Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı'nca 2013 yılında 12-18 yaş grubu adolesanlar ile yapılan Türkiye Ergen Profili Araştırması'nda günde 1-2 saat televizyon izleyenlerin oranı %55, 3-4 saat televizyon izleyenlerin oranı %34'dür (Türkiye Ergen Profili Araştırması 2013). Literatürdeki çalışmaların sonuçlarına bakıldığında sedanterlik oranlarının çok değişiklik gösterdiği görülmektedir. Bunun nedeni sedanter yaşamın çalışmalarda farklı tanımlanmış olması ve araştırma evrenlerinin farklı olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir. Çalışmalar ile kıyaslandığında bizim çalışmamızdaki sedanter yaşam oranının çok yüksek olduğu ve adolesanlar için büyük tehlike oluşturduğu görülmektedir. Gelişen teknoloji ile birlikte internetin yaşamın her anına girmesi ve sosyal medyaya olan ilgi sedanterliği meydana getirmektedir. Tablo 17 de görüldüğü gibi kültürel aktivitelere katılma oranları düşüktür. Bunun önüne geçilebilmesi için adolesanlara küçük yaşta spor, müzik, resim, kitap okuma gibi alışkanlıkların kazandırılmalı, internet ve sosyal medyanın iyi yönde kullanımı için eğitimler yapılmalıdır. Ebeveynler de televizyon izleme, bilgisayar başında vakit geçirme sürelerini kontrol etmeli ve gerektiğinde bu süreyi sınırlamalıdır.

2013 yılında 11-15 yaş grubu 258 Slovak ve 406 Çek öğrenci ile yapılan çalışmada sedanter yaşam erkeklerde %52,8 kızlarda %47,2 olduğu ve erkeklerin kızlara göre anlamlı olarak daha sedanter olduğu belirlenmiştir (Brindova ve ark. 2014). Bizim çalışmamızda da benzer şekilde erkeklerin daha sedanter olduğu bulunmuştur. Bunun nedeni erkeklerin uzun süre bilgisayar oyunlarına vakit ayırması olabilir. Literatürde tam tersi sonucu olan çalışmalarda bulunmaktadır. Manisa’da 2016’da 1271 öğrenci ile yapılan çalışmada öğrencilerin %59,2’si sedanter olarak bulunmuştur. Aynı çalışmada cinsiyet açısından kızların erkek öğrencilere göre daha sedanter olduğu tespit edilmiştir (Hatipoğlu 2016). Yine Manisa’da 2004 yılında yapılan bir çalışmada kızların erkeklere göre daha sedanter olduğu görülmüştür (Özyurt 2004). HSBC 2012 raporuna göre ise sedanter yaşamda cinsiyet açısından fark olmadığı belirlenmiştir. Sadece 11 yaş grubunda erkeklerin daha sedanter olduğu görülmüştür (Currie ve ark. 2012).

Manisa’da yapılan “Manisa Kent Merkezinde Okul Sağlığı Düzeyinin Tanımlanması” isimli çalışmada yaş arttıkça sedanterliğin arttığı görülmüştür (Özyurt 2004). Yine Manisa’da 2016 yılında 11-15 yaş grubu 1271 öğrenci ile yapılan çalışmada, Ankara’da 2006 yılında 6-12 yaş grubu öğrenci ile yürütülen çalışmada, 2013 yılında 11-15 yaş öğrenci ile yapılan çalışmada yaş artışı ile birlikte sedanter yaşamın arttığı görülmüştür (Arslan ve ark. 2006; Brindova ve ark. 2014; Hatipoğlu 2016). Bizim çalışmamızda da benzer şekilde yaş ile birlikte sedanterlik artmıştır. Yaş ilerlemesi ile birlikte cep telefonuna sahip olma oranı artmaktadır. Bu durumun sedanterliği de beraberinde getirdiği düşünülmektedir. Yine yaş artışı ile birlikte çocuğun fiziksel aktifliğinin azalması da sedanterliği arttırdığı düşünülmektedir.

Çalışmamızda kentsel bölge öğrencilerinin yarı kentsel bölge öğrencilerine göre daha sedanter olduğu görülmüştür. Alikashişoğlu ve arkadaşlarının çalışmasında 4 saat ve üzeri televizyon izleme davranışında yerleşim yeri açısından anlamlı bir sonuç görülemediği iken hafta içi ve sonu bilgisayarda oyun oynama davranışında kentsel bölgede yaşayanların kırsal bölgede yaşayanlara göre daha sedanter olduğu görülmüştür (Alikashişoğlu ve ark. 2010). 2004’de Manisa’da yapılan çalışmada kentteki öğrencilerin daha sedanter olduğu belirtilmiştir (Özyurt 2004). Bunun sebebinin kentte yaşayan öğrencilerin telefona, televizyona ve internete ulaşımının

daha rahat olmasından kaynaklı olduğu düşünülmektedir. Ülkemizde ve Dünya’da yapılan farklı araştırmalarda kentsel bölgede yaşayanların daha sedanter olduğu sonucu olduğu gibi, tam tersi kırsal bölgede yaşayanların daha sedanter olduğu sonucu olan çalışmalar da vardır. (Özdirenç ve ark. 2005; Davis ve ark. 2008; Xu ve ark. 2007; Chen ve ark. 2008).

Araştırmamızda sosyal medya kullanımının artmasıyla sedanterliğin de arttığı görölmüştür. Gelişen teknoloji ile gençlerin ellerinden düşmeyen akıllı cep telefonları, tabletler ve bilgisayarların fazla kullanımı hareketsizliğin artmasına yol açmaktadır. Bugüne kadar sedanter yaşam ölçümünde televizyon izleme ve bilgisayar kullanımını sorgulanmaktadır. Fakat sosyal medya değişkeninin daha çok öne çıktığı ve çalışmamızda çoklu modelimizde en yüksek risk oranına sahip olduğu görölmektedir. Sosyal medya kullanımının önemli bir risk oluşturduğu ve oranların yüksekliği düşünöldüğünde bu durumun bize sosyal medya kullanımının da sedanterliğin tanımında yer alan televizyon izleme ve bilgisayar kullanımının yanında sorgulanması gereken önemli bir faktör olduğunu düşündürmektedir.

Başar’ın Aydın’da 2008 yılında kırsal ve kentsel bölgede yaşayan 6.,7.,8. Sınıf 555 öğrenci ile yaptığı araştırmada babasının yaşı 40 yaş üstü olan öğrencilerin, 40 yaş ve altında olanlara göre daha sedanter olduğu görölmüştür (Başar 2008). Bizim alışmamızda da tekli analizlerde babasının yaşı 40 yaş üstü olanların daha sedanter olduğu bulunmuştur. Çoklu analizlerde baba yaşı ile sedanterlik arasında anlamlı fark bulunamamıştır.

Çalışmamızda öğrencilerin %85,5 gibi büyük kısmının sedanter olduğu sonucuna bakıldığında anne ve babalara çok daha fazla görevin düştüğü görölmektedir. Televizyon ve bilgisayar kullanımının belli sınırlar içinde tutulması, internetin ödev, ders gibi konular yerine oyun oynamak, sosyal medyada arkadaşlarıyla sohbet etmek amacıyla kullanılmasının gözlemlenmesi ve sınırlandırılması gerekmektedir. Sosyal medya kullanımının günümüzde sık yapılan bir eylem olduğu düşünöldüğünde sedanter yaşam belirlenirken sosyal medya kullanımının da değerlendirilmesinin doğru olabileceği düşünölmektedir.

5.3. AĞIZ-DİŞ SAĞLIĞI

Çalışmamızda günde iki ve üzeri kez dişini fırçalayanlar düzenli diş bakımına sahip olarak tanımlanmıştır. Buna göre araştırmamızda düzenli diş bakımına sahip öğrenciler %39,2, hiç dişlerini fırçalamayan öğrenciler %6'dır.

İstanbul'da iki farklı sosyoekonomik bölgede 7. Ve 8. sınıf 348 öğrenci ile yapılan araştırmada günde 2 kez ve üstü diş fırçalama oranı %39,6'dır. Aynı çalışmada hiç diş fırçalamayanların oranı ise %2,3'dür (Önsüz ve Hidroğlu 2008). Sivas'ta 5. Sınıf öğrencileriyle yapılan "Bir İlköğretim Okulu Öğrencilerinin Fiziksel Bakım Sorunlarının Belirlenmesi" isimli araştırmada düzenli diş fırçalama prevalansı %37,2'dir (Güler ve Kubilay 2004). İstanbul'da 12-13 yaş grubuna yapılan bir çalışmada ise günde iki kez diş fırçalama oranı %36'dır (Köse ve ark. 2010). Manisa'da yapılan bir çalışmada ise düzenli diş fırçalama prevalansı %39,5'dir (Özyurt 2004). Malatya'da farklı sosyoekonomik düzeydeki 6 okulda 7-14 yaş grubu 856 öğrenciyle yapılan çalışmada günde 2 ve üzeri diş fırçalama prevalansı %31 iken, hiç diş fırçalamama prevalansı %7,9'dur (Güler ve ark. 2012). Alikashifoğlu ve arkadaşlarının yaptığı "Kırsal ve Kentsel Alanlarda Yaşayan 11 ve 13 Yaşlarındaki Öğrencilerin Sağlık Durumları ve Sağlık Davranışları Arasındaki Farklılıklar: Türkiye Sağlık Davranışları Araştırması 2006 Sonuçları" isimli çalışmada öğrencilerin %34,6'sının günde 1 kez ve üstü diş fırçaladığı tespit edilmiştir (Alikashifoğlu ve ark. 2010). Bu sonuçlar bizim çalışma bulgularımızla paralellik göstermektedir (Güler ve Kubilay 2004; Özyurt 2004; Önsüz ve Hidroğlu 2008; Alikashifoğlu ve ark. 2010; Köse ve ark. 2010; Güler ve ark. 2012).

Ankara'da farklı sosyoekonomik düzeyde bulunan üç lisede 11. Sınıf 215 öğrenci ile yapılan çalışmada günde iki kez ve üstü diş fırçalama prevalansı %59,1'dir (Şimşek ve ark. 2010). Bursa Nilüfer Halk Sağlığı Eğitim Araştırma Bölgesinde 6-17 yaş arası 2793 öğrenciye yapılan araştırmada öğrencilerin %57,9'unun diş fırçalama alışkanlığının olmadığı görülmüştür (Aydın ve ark. 2004). Bu sonuçların bizim sonuçlarımızdan daha yüksek olmasının nedeni çalışmaların yapıldığı yaş grubunun farklı olmasında kaynaklı olduğu düşünülmektedir.

Çalışmamızda kızların erkeklere göre daha düzenli diş fırçaladığı bulunmuştur. Benzer olarak Isparta'da yetiştirme yurdunda kalan 12-16 yaş grubu 120 öğrenci ile yapılan çalışmada diş fırçalama alışkanlığının kızlarda erkeklere kıyasla daha fazla olduğu görülmüştür. (Bozkurt ve Kıran 2005). Malatya'da farklı sosyoekonomik düzeydeki 6 okulda 7-14 yaş grubu 856 öğrenciyle yapılan çalışmada kız öğrencilerin erkek öğrencilere göre daha fazla diş fırçaladığı saptanmıştır (Güler ve ark. 2012). Ürdün'de 14-16 yaş grubu öğrencilerine yapılan çalışmada kızların erkeklerden daha düzenli diş fırçaladığı görülmüştür (Taani ve ark. 2003). HSBC 2012 raporunda da kızların erkeklere göre daha düzenli diş fırçaladığı belirtilmiştir (Currie 2012). Bu sonuçlar bizim çalışmamızın sonuçları ile benzer doğrultudadır. Kızların diş görünüşlerine erkeklere oranla daha fazla özen gösteriyor olması bu durumun nedeni olabilir.

Araştırmamızda sedanter olanların daha düzensiz diş fırçaladığı görülmüştür. Sedanter öğrencilerin zaten sağlıklı yaşam davranışlarının kötü olması sebebi ile ağız hijyeni konusuna da gereken önemi vermediği düşünülmektedir. Buna paralel olarak düzensiz fiziksel aktivite yapanların da daha düzensiz diş fırçaladığı görülmüştür.

Yine çalışmamızda arkadaşlık ortamı kötü olan çocukların düzensiz diş fırçaladığı bulunmuştur. Akran etkisi adolesanlarda önemli etkiye sahiptir bu nedenle arkadaşlarının etkisi ile adolesanın düzensiz diş fırçaladığı düşünülmektedir.

Çalışmamızda tek yönlü analizlerde yaş arttıkça düzensiz diş fırçalamanın daha fazla olduğu görülmüştür. Çoklu analizlerde ise diş fırçalama düzeni ile yaş arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır. HSBC 2012 raporunda düzenli diş fırçalamanın kızlarda yaş artması ile birlikte arttığı, erkeklerde ise yaş artması ile düzenli diş fırçalamanın azaldığı belirtilmiştir (Currie 2012). Çalışmamızda baba yaşı arttıkça çocukların diş fırçalama düzensizlikleri artmıştır. Babanın yaş artışı ile birlikte çocuğun yaşam düzeni için gösterdiği ilginin azalıyor olmasının buna neden olduğu düşünülmektedir.

6-17 yaş arası 2793 öğrenci ile Bursa'da yapılan "Nilüfer Halk Sağlığı Eğitim Araştırma Bölgesinde Dört İlköğretim Okulundaki Öğrencilerin Sağlık Durumlarının Değerlendirilmesi" isimli çalışmada, anne ve babanın eğitim durumunun artması ile öğrencilerin diş fırçalama alışkanlığının arttığı görülmüştür (Aydın ve ark. 2004).

2008 yılında Aydın'da kırsal ve kentsel bölgede yaşayan 6.,7.,8. Sınıf 555 öğrenci ile yapılan "Aydın'da İki İlköğretim Okulunda Okul Sağlığı Hizmetleri ve Yeni Bir Model Geliştirilmesi" isimli araştırmada da anne ve babanın eğitim düzeyi arttıkça düzenli diş fırçalamanın anlamlı olarak arttığı belirtilmiştir (Başar 2008). Bizim çalışmamızda da baba eğitim düzeyi arttıkça düzenli diş fırçalama oranı artmıştır. Bunun nedeni ailelerin eğitim düzeyinin artışı ile birlikte çocuklarına erken yaşta ağız hijyenini öğretmeleri ve diş sağlığının önemini biliyor olmaları olabilir.

HSBC 2012 raporuna göre sosyoekonomik düzey arttıkça düzenli diş fırçalama artmıştır (Currie ve ark. 2012). Bizim çalışmamızda da tekli analiz sonuçlarına göre gelir algısı iyi yönde arttıkça düzenli diş fırçalama artarken çoklu analizlerde gelir algısı anlamlı bulunmamıştır.

Çalışmamızda beden algısı kötü olan öğrencilerin daha düzensiz diş fırçaladığı görülmüştür. Diş fırçalamanın dış görünümün bir parçası olması sebebiyle bedenini kötü algılayan adolesan, dolaylı olarak dişlerini düzenli fırçalamaya da özen göstermez.

Araştırmamızda okul başarısını kötü olanların düzensiz diş fırçaladığı görülmüştür. Benzer şekilde Manisa'da 11-15 yaş grubu 1271 öğrenci ile yapılan çalışmada okul başarısı ile diş fırçalama arasında pozitif yönlü ilişki görülmüştür (Hatipoğlu 2016). Bu durum çalışmamız ile benzerdir. Okul başarısı; düzenli çalışmayı gerektiren bir durum olması sebebiyle, okul başarısı kötü olan çocuğun diş fırçalama düzeninin de düşük olması beklenen bir göstergedir.

Sağlıklı yaşam biçimi davranışları birbirini etkileyen durumlardır. Herhangi birinde risk olan çocuğun diğerlerinde de risk olması muhtemel bir durumdur.

5.4. ZARARLI MADDE KULLANIM ALIŞKANLIKLARI

Çalışmamızda 1 kez ve üstü alkol ve sigarayı denemiş olmak zararlı madde kullanımı olarak tanımlanmıştır. Araştırmamızda öğrencilerin %7,1'inin sigara kullanımı, %8'inin alkol kullanımı olduğu görülmüştür. Öğrencilerin %87,8'i hayatında hiç zararlı madde kullanmamışken, %3,7'si hayatı boyunca bir kez kullanma, %8,6'sı birden fazla kez zararlı madde kullanımında bulunmuştur.

Ankara'da 12-19 yaş arası 391 öğrenci ile yapılan "Ergenlerin Sigara İçmesini Etkileyen Faktörler ve Sigara Karşısı İki Eğitim Modelinin Etkinliği" isimli çalışmada öğrencilerin sigara içme oranı %7,7 olarak tespit edilmiştir (Doğan ve Ulukol 2010). YRBS 2015 çalışmasına göre öğrencilerin %6,6'sının (erkeklerde %8, kadınlarda %5) sigarayı denediği görülmektedir (YRBS 2015). Bu sonuçlar çalışmamız ile benzerdir.

Dünyada ve Türkiye'de yapılan çalışmalara bakıldığında sigarayı deneme oranları 2003, 2004, 2010, 2013 ve 2015 yıllarında yapılan çalışmalarda sırasıyla %29,3, %16,1, %12, %18, %10,8 ve %10,4'dür (Küresel Gençlik Tütün Araştırması 2003; Ögel ve ark. 2004; Apaydın Kara ve ark. 2010; Türkiye Ergen Profili Araştırması 2013; YRBS 2015; WHO Global Tobacco Epidemic 2015). Literatür çalışmalarında da görüldüğü gibi sigara içme davranışı sonuçları farklılık göstermektedir. Araştırmaların yapıldığı şehirler ve örnekleme alınan öğrencilerin yaşlarının farklı olması bu durumun sebeplerinden olduğu düşünülmektedir.

Literatürdeki çalışmalarda sigara kullanımını belirleyen önemli faktörlerin başında cinsiyet gelmektedir. Erkeklerde kızlara oranla sigara kullanımının fazla olduğu literatürdeki çalışmalarda görülmüştür (Lise öğrencilerinin Sigara, Alkol ve Uyuşturucu Maddeler Konusundaki Bilgi, Tutum ve Davranışlarının Belirlenmesi Projesi Raporu 1995; Güraksın ve ark. 1998; Bozkurt ve ark. 2003; Kara ve ark. 2003; Gökgöz ve Koçoğlu 2007; Başar 2008; Küresel Yetişkin Tütün Araştırması 2008; Doğan ve Ulukol 2010; Apaydın Kaya ve ark. 2010; Arslan ve ark. 2012; Şimşek ve ark. 2012; Diaz 2014; YRBS 2015). Benzer şekilde bizim çalışmamızda da erkeklerin daha fazla sigara kullanımı olduğu görülmüştür. Fakat bu durumun tersi olarak kızların erkeklere oranla daha fazla sigara kullanımının olduğu çalışmalar da vardır. Göksel ve arkadaşlarının İzmir'de lise öğrencilerine yaptığı araştırmada kızlarda sigara içme

oranı %24,1 ile erkeklerde sigara içme oranı %22,7 bulunmuştur. (Göksel ve ark. 2001).

Sigara kullanımını belirleyen önemli faktörlerden diğeri yaştır. Yaş ilerledikçe sigara kullanımının arttığı belirtilmektedir. Samsun'da 951 öğrenci ile yapılan araştırmada yaş artışı ile birlikte sigara kullanımının da arttığı belirtilmektedir (Arslan ve ark. 2012). Benzer şekilde bizim çalışmamızda da yaş artışı ile birlikte sigara kullanımının arttığı görülmüştür. Bunun nedeninin, deneme ile başlayan alkol kullanımının zaman ile bağımlılığa dönüşerek ilerlemesi ve günlük kullanım sayısının artması olabilir.

Sigara kullanımını azaltmak ve engellemek için aile bireylerine ve öğrenciye sağlık eğitimleri verilmelidir. Arkadaş ortamının ergen birey üzerindeki etkisi de göz önünde bulundurulmalı ve eğitimlere akran eğitimleri de dahil edilmelidir.

Araştırmamızda öğrencilerin %8'inin alkol kullanımı olduğu görülmüştür. 2013 yılında Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığınca yapılan bir çalışmada 12-18 yaş arası ergenlerin %3'ünün bir kez alkol denediği, %6'sının alkol kullanımı olduğu bildirilmiştir (Türkiye Ergen Profili Araştırması 2013). Bu sonuçlar çalışmamız ile benzerlik göstermektedir. Avrupa'da 35 ülkede yapılan ESPAD (The European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs- Avrupa Alkol ve Diğer Uyuşturucular Okul Araştırması) çalışmasına göre Türkiye'deki ergenlerde yaşam boyu en az bir kez alkollü içki içme sıklığı %45, sarhoş olma sıklığı %16 bulunmuştur. (Hibell ve ark. 2004). Kocaeli'nde 391 lise öğrencisi ile yapılan çalışmada yaşam boyu en az bir kez alkollü içki içme sıklığı %54,4 olarak bulunmuştur (Kara ve ark. 2003). 1998 yılında 15 ilde yapılan araştırmada, öğrencilerin alkol kullanım oranının %17,3 olduğu saptanmıştır. Aynı araştırmada, illere göre dağılıma bakıldığında son 30 gün içinde en sık alkol kullanılan il İzmir'dir (Ögel ve ark 2001). Türkiye'nin farklı coğrafi bölgelerinden 9 il seçerek yapılan araştırmada ilköğretim öğrencilerinin %15,4 ü ortaöğretimin %45'i alkölü denediği bulunmuştur (Ögel 2004). 2003 yılında Birleşmiş Milletler Suç Ofisi (UNODC) tarafından yürütülen bir çalışmada yaşam boyu alkol kullanım yaygınlığı %48,6 olarak saptanmıştır (UNODC 2004). Türkiye'de 2011 yılında yapılan araştırmada ortaöğretim öğrencilerinin %19,4'ünün alkollü içki denediği tespit edilmiştir (Türkiye Uyuşturucu Raporu 2012). Çalışmalarda da

görüldüğü gibi alkol kullanım oranları farklılık göstermektedir. Çalışmanın yapıldığı bölgenin kültürel durumu, yetiştirilme tarzı farklılıkları ve çalışma grubunun yaşlarının değişim göstermesi bu durumun sebebi olarak düşünülmektedir.

Arslan ve arkadaşlarının Samsun'da 951 öğrenci ile yaptığı araştırmada öğrencilerinin yaşam boyu en az bir kez alkollü içki kullanma oranının kızlarda %22,2, erkeklerde %29,81 olduğu bildirilmiştir. Yaşam boyu en az 1 kez alkollü içki kullanma ve son 30 günde alkol kullanma erkeklerde kızlara oranla anlamlı olarak fazla bulunmuştur (Arslan ve ark. 2012). YRBS 2015 araştırmasına göre öğrencilerin %63,2'sinin (erkeklerde %61,4, kadınlarda %65,3) en az bir kez alkol kullanmayı denediği görülmüştür (YRBS 2015). Kocaeli'nde 391 lise öğrencisi ile yapılan çalışmada yaşam boyu en az bir kez alkollü içki içme sıklığı kızlarda %40, erkeklerde %60'dır (Kara ve ark. 2003). Araştırmalarda da görüldüğü gibi alkol kullanma davranışı cinsiyetten anlamlı ölçüde etkilenmektedir (Kara ve ark. 2003; Güler ve ark. 2009; Arslan ve ark. 2012; Currie ve ark. 2012; YRBS 2015). Bizim çalışmamızda da erkeklerin alkol kullanım davranışının kızlara göre fazla olduğu görülmüştür. Bunun, ülkemizin kültürel yapısının kızların üzerindeki baskıcı etkisinden kaynaklandığı düşünülmektedir.

HBSC araştırması 2012 sonuçlarına göre haftada en az bir kez alkol alma oranları 11 yaşındakilerde %4, 13 yaşındakilerde %8 olarak belirtilmiştir (Currie ve ark. 2012). Yaş arttıkça alkol kullanma davranışının arttığı görülmüştür (Güler ve ark. 2009; Arslan ve ark. 2012; Currie ve ark. 2012; YRBS 2015). Bizim çalışmamızda da benzer şekilde yaş artışı ile birlikte alkol kullanımının artmıştır. Bunun nedeninin, deneme ile başlayan alkol kullanımının zaman ile bağımlılığa dönüşerek ilerlemesi ve günlük kullanım sayısının artması olabilir.

Çalışmamızda 1 kez ve üstünde zararlı madde kullanımı olanların okul başarısının daha kötü olduğu görülmüştür. Aynı şekilde haftada 1 ve üstü sosyal medya kullanımı olan çocukların daha çok zararlı madde kullanımı olduğu görülmüştür. Bunun nedeninin sosyal medyada gençlere zararlı maddelerin özendirici olması, gençlere bu alışkanlığın normal gibi gösterilmeye çalışılması ve zararlı madde kullanımı ile birlikte çocuğun ilgisinin farklı yöne dağılmasından kaynaklı olduğu düşünülmektedir.

Yine adolesanların sosyal medyada kurdukları sağlıklı arkadaşlık iletişimi onları zararlı madde kullanımını açısından etkilemektedir.

Araştırmamızda 1 kez ve üstü zararlı madde deneyenlerin daha sık kavga ettikleri görülmüştür. Adolesan dönemin vermiş olduğu değişim ile birlikte zararlı madde kullanımının bireyde yarattığı özgüven duygusunun kavga sıklığının artmasında etkili olduğu düşünülmektedir.

5.5. YARALANMALAR, KAZALAR ve ŞİDDET

Araştırmamıza katılan öğrencilerin %44,2'si son bir yılda en az bir kez yaralanmıştır. Ankara'da üç farklı sosyoekonomik düzeye sahip okulda 401 öğrenci ile yapılan çalışmada düşük, orta ve yüksek sosyoekonomik düzeyli okulda yaralanma oranları sırasıyla %33,3., %46,8 ve %37,1'dir (Üner ve ark. 2009). Bu oranlar çalışmamız sonucu ile benzer aralıklardadır. Manisa'da öğrenciler yapılan çalışmada son bir yılda yaralananların oranı %12,8 olarak bulunmuştur (Özyurt 2004). TÜİK tarafından yapılan Türkiye Sağlık Araştırması'nın 2014 yılı verilerinin incelendiği 7-14 yaş grubu 3921 çocuk ile yapılan bir çalışmada en az 1 kez yaralanma oranı %14,3'dür (Dönmez ve ark. 2018). Ankara'da ilköğretim 2. kademe 378 öğrenci ile yapılan çalışmada yaralanma prevalansı %32,2 olarak bulunmuştur (Eraslan ve Aycan 2008).

HBSC 2012 raporuna göre Türkiye, 43 ülke içerisinde son 12 ayda yaralanma oranları 11 yaş için kızlarda %63, erkeklerde %, 13 yaş için kızlarda %55, erkeklerde %66'dır (Currie ve ark. 2012). 2011 yılında Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde yapılan bir çalışmada okullarda erkek çocuklarının kızlara kıyasla daha fazla kaza geçirip yaralandığı görülmüştür (Altundaş ve ark. 2013). 7-14 yaş grubu 3921 çocuk ile yapılan bir çalışmada erkeklerin kızlara göre anlamlı ölçüde daha fazla yaralandığı sonucuna ulaşılmıştır (Dönmez ve ark. 2018). Ankara'da 3 farklı sosyoekonomik düzeye sahip okulda 401 öğrenci ile yapılan çalışmada erkek öğrencilerin daha fazla yaralandığı saptanmıştır (Üner ve ark. 2009). Bizim çalışmamızda da benzer şekilde erkeklerin kızlara göre daha fazla yaralandığı görülmüştür. Bunun sebebinin erkeklerin fiziksel aktivite yapma oranlarının fazla

olması, olumsuz durum oluşturabilecek davranışları daha fazla denemesi ve toplumun kültürel olarak erkekten beklediği rollerden kaynaklı olabileceği düşünülmektedir.

Altundaş ve arkadaşlarının 0-14 yaş grubu çocuk ile yaptığı çalışmada yaş arttıkça yaralanma oranının azaldığı görülmüştür (Altundaş ve ark. 2013). Yaptığımız çalışmada bu çalışmaya paralellik göstermektedir. Yaş arttıkça yaralanma oranının azaldığı görülmüştür. Bunun nedeninin yaş artışı ile birlikte karşılaşılabilecek risk faktörlerinin bilinçli yaklaşım ve eğitim ile birlikte önlenabilir duruma gelmesi söylenebilir. Ters olarak, HBSC 2012 raporunda bazı ülkelerde yaş azaldıkça yaralanmanın arttığı görülürken bazı ülkelerde ise yaş ile yaralanma arasında anlamlı birliktelik saptanmamıştır (Currie ve ark. 2012).

Araştırmamızda yaralananların, okul başarısının daha kötü olduğu görülmüştür. Bunun, yaralanma nedeniyle okuldaki gün kayıplarından ve derslerinden geri kalmaktan kaynaklı olduğu düşünülmektedir.

Altundaş ve arkadaşlarının çalışmasında kardeş sayısının artışı ile yaralanmaların arttığı söylenmektedir (Altundaş ve ark. 2013). Bizim çalışmamızda da tekli analizlerde geniş aileye sahip öğrencilerin çekirdek ailede yaşayanlara göre daha fazla yaralandığı sonucu bulunmuştur. Bunun nedeninin evdeki birey sayısının artması ile çocuğa gösterilecek ilginin bölünmesi ile açıklanabilir. Yaralanma durumu açısından çoklu analizlerde aile tipi ile anlamlı ilişki bulunamamıştır.

Çalışmamızda anne yaşı 40 ve altı olanlar ile anne iletişimi zor olanların daha fazla yaralandığı görülmüştür. Adolesanın kendine güven hissini geliştirmesinde anne faktörü çok önemlidir. Yine çalışmamızda 1 kez ve üstü zorbalık yapanların ve zararlı madde kullanımı olanların daha fazla yaralandığı tespit edilmiştir. Zararlı madde kullanımı sonucu kendini diğer arkadaşlarından daha üstün gören çocuğun bu özgüven ile arkadaşlarına zorbalık yapması olağan bir durumdur. Bunun sonucu olarak yaralanmalar yaşanmaktadır. Ya da zararlı madde etkisi ile bilinci yerinde olmayan adolesan daha çok yaralanma riski taşımaktadır.

Araştırmamıza katılan öğrencilerin %55,9'u son bir yılda en az bir kez kavga etmiştir. Kara ve arkadaşlarının 391 lise öğrencisi ile Kocaeli'nde yaptığı çalışmasında ise kavgaya karışma oranı %50 olarak bulunmuştur. Bu oran erkeklerde %68,8,

kızlarda %31,2'dir (Kara ve ark. 2003). İstanbul'da 3483 lise 2.sınıf öğrencisi ile yapılan çalışmada araştırma grubunun %50'sinin en az 1 kez fiziksel kavgaya karıştığı sonucu bulunmuştur. Aynı çalışmada erkeklerin kızlara oranla 5 kat daha fazla kavgaya karıştığı söylenmiştir (Ögel ve ark. 2006). Bu sonuçlar çalışmamız ile benzerdir. Türkiye Büyük Millet Meclisi (TBMM) Araştırma Komisyonu Raporuna göre, 2006-2007 öğretim yılında öğrencilerin %22'sinin fiziksel, %53'ünün sözel, %36,3'ünün duygusal ve %15,8'inin cinsel şiddete maruz kaldığı belirlenmiştir. Aynı çalışmada öğrencilerin %35,5'inin fiziksel, %48,7'sinin sözel, %27,6'sının duygusal ve %11,7'sinin cinsel şiddet uyguladığı belirtilmiştir (TBMM Araştırma Komisyon Raporu 2007). Trakya Üniversitesi'nde 1620 öğrenci ile yapılan çalışmada son 12 ayda en az bir kez kavgada bulunma oranı %33,5'dir (Evren ve ark. 2011). HBSC 2012 raporuna göre son 12 ayda üç ve üzeri kavga etmiş olanların oranı 11 yaş için %14'dür (Currie ve ark. 2012). YRBS 2015 çalışmasına göre öğrencilerin %22,6'sı bir veya daha fazla kez fiziksel kavga yaşamıştır (YRBS 2015). Çalışmalarda da görüldüğü gibi kavga oranları farklılık göstermektedir. Çalışmanın yapıldığı bölgenin kültürel durumu, yetiştirilme tarzı farklılıkları ve çalışma grubunun yaşlarının değişim göstermesi bu durumun sebebi olarak düşünülmektedir.

Türkiye Sağlık Davranışları araştırması 2006 sonuçlarına göre kırsal alanda yaşayanların kentsel alanda yaşayanlara kıyasla daha çok kavga yaşadığı belirlenmiştir (Alıkaşifoğlu ve ark. 2010). Araştırmamızda da tekli analizlerde de benzer şekilde yarı kentsel bölgede yaşayan öğrencilerin kentsel bölgede yaşayanlara göre 3 ve üzerinde kavga yaşadığı görülmüştür. Çoklu analizlerde yerleşim yeri ile kavga sıklığı arasında anlamlı fark bulunamamıştır.

Çalışmamızda 1 kez ve üstü zorbalık yapanların daha fazla kavga ettiği görülmüştür. Aynı şekilde zararlı madde kullanımının artmasıyla kavga sıklığının da arttığı bulunmuştur. Zararlı madde kullanımının artması ile özgüveni artan, arkadaşları içerisinde söz söyleme hakkına sahip olduğunu düşünen gençlerin zorbalık yapma davranışlarının artması ile kavga sıklıklarının arttığı söylenebilir.

Yaş ve cinsiyet gibi faktörler kavga etme oranlarını etkiler. HBSC raporunda erkeklerde kavga etme oranı %25 iken kızlarda bu oran %7 olduğu görülmüştür (Currie ve ark. 2012). YRBS 2015 çalışmasına göre kavga yaşama erkeklerde %28,4,

kızlarda ise %16,5 olarak bulunmuştur (YRBS 2015). Araştırmamızda cinsiyet ve yaş ile kavga yaşama sıklığı arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır.

Araştırmamızın çoklu analiz sonuçlarına göre babanın eğitim düzeyi azaldıkça kavga sıklığı artmaktadır. Bunun nedeninin düşük eğitim seviyesinde kişilerin sorunlarını konuşarak çözmek yerine kaba kuvvet kullanarak kavgayla çözmeyi tercih etmesinden kaynaklı olduğu söylenebilir. Babayı rol model alan adolesanın aynı şekilde problemlerini kavga ile çözmeye çalışması olağan bir durumdur.

Çalışmamızda ayda 1 kez ve üzerinde zorbalığa maruz kalan öğrencilerin oranı %24,9, haftada 1 kez ve üzerinde zorbalığa maruz kalanların oranı %7,3'dür. 1 kez ve üstü zorbalığa maruz kalanların oranı %32,2 olarak bulunmuştur. Adana'da 10-14 yaş grubu 433 öğrenci ile yapılan çalışmada bazen zorbalığa maruz kalma oranı %48,5 iken, sık sık zorbalığa maruz kalma oranı %16,4'tür (Yurtal ve Cenkseven 2007). 2002 yılında 1164 öğrenci ile yapılan bir çalışmada zorbalığa maruz kalma oranı %65 olarak bulunmuştur (Pişkin 2002). Trakya Üniversitesi'nde 1620 öğrenci ile yaptığı çalışmasında şiddete maruz kalanların prevalansı %6,3 olarak bulunmuştur (Evren ve ark. 2011). İngiltere'de yapılan bir çalışmada ilköğretim ikinci kademe öğrencilerinde zorbalığa maruz kalma prevalansı %40 olarak bulunmuştur (Mynard ve ark. 2000). İstanbul'da 3483 lise 2.sınıf öğrencisi ile yapılan çalışmada zorbalığa maruz kalma prevalansı %51'dir (Ögel ve ark. 2006). Araştırmalarda görüldüğü gibi zorbalığa maruz kalma prevalansı çok farklı sonuçlarda olabilmektedir. Bu durumun araştırmaların yapıldığı bölgelerin sosyokültürel durum farklılıklarından ve zorbalık tanımının kişiler arası algı farklılıkları nedeni ile yanlış tanımlanmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Çalışmamızda 1 kez ve üstü zorbalık yapanların zorbalığa maruz kalma durumlarının daha fazla olduğu görülmüştür. Olumsuz bir davranışın etkisinin olumsuz yönde olması beklenen bir sonuçtur.

Yine araştırmamızda beden algısı kötü olanların ve önemli geçmeyen sağlık sorunu ya da engellilik durumu olanların daha fazla zorbalığa maruz kaldığı görülmüştür. Önemli sağlık sorunu olan ya da engel durumu olan öğrenciler kendilerini koruyamayacak savunamayacak durumda olması sebebi ile arkadaşları

tarafından alay edilme, zorbalığa maruz kalma durumlarının fazla olması olası bir durumdur. Beden algısı kötü olan adolesanlar; baskılanmış, kendine özgüvenleri az olan, kendini yetersiz hissedenden kişiler olduğundan bu kişiler daha fazla zorbalığa maruz kalmaktadır.

HSBC 2012 raporuna göre son 2 ayda zorbalığa maruz kalma oranı 11 yaş için %13'dir (Currie ve ark. 2012). Çalışmamızda zorbalığa maruz kalma ile yaş arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Benzer şekilde Hatipoğlu tarafından Manisa kent merkezindeki okullarda eğitim gören öğrenciler ile yapılan çalışmada da zorbalığa maruz kalma ile yaş arasında anlamlı bir fark tespit edilmemiştir (Hatipoğlu 2016).

Araştırmamızda öğrencilerin %19,8'i ayda bir kez ve üzerinde, %3,1'inin haftada bir kez ve üzerinde zorbalık yaptığı görülmüştür. Çalışmamızda zorbalık yapma oranı %22,9'dur. Adana'da 10-14 yaş grubu 433 öğrenci ile yapılan çalışmada bazen zorbalık yapma prevalansı %20 iken sık sık zorbalık yapma prevalansı %2,6'dır. Bu oran erkeklerde daha fazladır (Yurtal ve Cenkseven 2007). Bu oranlar çalışmamız ile benzerlik göstermektedir. 2002 yılında 1164 öğrenci ile yapılan bir çalışmada zorbalık yapma prevalansı %37 olarak bulunmuştur (Pişkin 2002). İstanbul'da 3483 lise 2.sınıf öğrencisi ile yapılan çalışmada zorbalık yapma prevalansı %54'dür (Ögel ve ark. 2006). Çalışmaların yapıldığı bölgelerin sosyokültürel farklılıkları ve zorbalık yapmanın kişilerde farklı algılanması bu durumun nedeni olduğu düşünülmektedir.

HBSC 2012 raporuna göre son 2 ayda zorbalık yapanların oranları incelendiğinde 11 yaş için %8'dir. Erkeklerde zorbalık yapma oranı artarken, zorbalığa maruz kalma oranı azalmaktadır. (Currie ve ark. 2012). Bu durumun erkeğin fiziksel özellikleri bakımından kızlara kıyasla üstün olması gösterilebilir. Bizim çalışmamızda tekli analizlerde erkeklerde zorbalık yapma prevalansı kızlara göre fazla bulunmuşken çoklu analizlerde anlamlı ilişki saptanamamıştır.

Yine HBSC 2012 raporuna göre ülkelerin bazılarında yaş ile birlikte zorbalık yapma davranışı artarken bazı ülkelerde ise yaş ile zorbalık yapma oranı değişmemektedir (Currie ve ark. 2012). YRBS 2015 çalışmasına göre yaş arttıkça zorbalık yapma da artmaktadır (YRBS 2015). Benzer şekilde bizim çalışmamızda da yaş arttıkça zorbalığın arttığı görülmektedir.

Çalışmamızda yarı kentsel bölgede yaşayanların kentsel bölgede yaşayanlara göre daha fazla zorbalık yaptığı görülmüştür. Yarı kentsel bölgede eğitime verilen önemin az olmasının zorbalık yapma durumunu arttırdığı söylenebilir. Aynı şekilde çalışmamızda zorbalık yapanların 3 kez ve üstü kavga ettiği görülmüştür. Gençlerde iki risk durumunun birbiri ile bağlantılı olması ve birbirini etkilemesi sebebiyle bu durum yaşanmaktadır.

Okullarda zorbalık konusunda ülkemizde yapılan araştırmalar kısıtlıdır. Konunun öğrenciler açısından önemi göz önüne alındığında çalışmaların artırılması gerekmektedir. Okullarda zorbalığı tanılama ve önleme açısından öğretmen, öğrenci, idareci ve velilere verilecek eğitimler ve bilgilendirmeler büyük önem taşımaktadır. Literatürdeki araştırmalar ve bizim çalışmamız göz önüne alındığında erkeklerin kızlara oranla daha fazla zorbalık davranışında bulunması sebebi ile öğrencilere verilecek eğitimlerde erkek öğrencilerin katılımının eksiksiz olması ve onlara verilecek eğitim sayılarının fazla olması gerekmektedir.

Çalışmamızda riskli davranışların yaşla arttığı ve alt sosyo ekonomik düzeyde riskli davranışların fazla olduğu hipotezi doğrulanmıştır. Zayıflık ve fiziksel aktivite açısından riskli davranışlar kızlarda daha çok görülmüşken, diğer tüm riskli davranışlar erkeklerde fazla bulunmuştur. Bu durum erkeklerde riskli davranış fazla bulunması hipotezi kanıtlanmıştır. Obezite ve sedanter yaşam açısından riskli davranışlar kentsel bölgelerde daha fazla iken, diğer tüm riskli davranışlar yarı kentsel bölgede daha fazla bulunmuştur. Bu durum hipotezimizi desteklemektedir.

6. SONUÇ ve ÖNERİLER

6.1. Sonuç

Bu çalışma Bayraklı ilçe sınırları içerisinde sosyoekonomik durumu kötü olan yarı kentsel bölge ve sosyoekonomik durumu iyi olan kentsel bölge okullarında yapılmıştır. Çalışmamız adolesan evrelerini kapsamaması sebebi ile 11 ve 13 yaş gruplarında, yani 5. ve 7. sınıf öğrencilerinde yapılmıştır.

Çalışmamıza katılan öğrencilerinin düzensiz kahvaltı yapma oranının %34 olduğu saptanmıştır. Son 12 ayda diyet yapma durumuna bakıldığında çalışmamızda diyet yapma oranları yüksektir. Öğrencilerin %38'inin diyet yaptığı bulunmuştur. Anne ile iletişimin kötü olması, kötü beden algısı ve obez olma durumunun düzensiz kahvaltı yapmayı ve diyet yapma davranışını arttırdığı görülmektedir. Çalışmamızda zayıflık prevalansı düşük, obezite prevalansı yüksektir. Öğrencilerin büyüme gelişme durumlarına bakıldığında obez olanların oranı %17,3 iken zayıf olanların oranı %1,6 olarak belirlenmiştir. Zayıflık kızlarda daha fazla iken, obezite erkeklerde daha fazla bulunmuştur. Kötü beden algısına sahip olmanın hem zayıflık hem obezite davranışını arttırdığı görülmektedir. Önemli sağlık sorunu ya da engellilik durumunun olması, kötü arkadaşlık ortamı ve baba ile iletişimin kötü olması zayıflık riskini artırırken; düzensiz kahvaltı yapma, son 12 ayda diyet yapma ve kardeş sayısının az olması obezite riskini arttırmaktadır.

Çalışmamıza katılan öğrencilerin düzenli diş fırçalama alışkanlığının %39,2 olduğu belirlenmiştir. Baba eğitiminin düşük olması, baba yaşının 40 yaş üstü olması, kötü beden algısına sahip olmanın düzensiz diş fırçalama durumunu arttırdığı görülmektedir. Sağlıklı yaşam biçimi davranışlarından herhangi birinde yaşanan bir eksikliğin diğerlerini de etkilediği görülmüştür. Fiziksel aktivitenin düzensiz olması ve sedanter yaşama sahip olma düzensiz diş fırçalamayı arttırmaktadır.

Çalışmamızda öğrencilerin düzenli fiziksel aktivite düzeyinin %47,5 olduğu ve fiziksel aktivitenin yetersiz olduğu görülmektedir. Bu durum beraberinde sedanterliği getirmektedir. Çalışmamızda sedanterlik oranı yüksektir. Kızlarda ve yaşı büyük olanlarda fiziksel aktivite yapma oranı azalmaktadır. Yarı kentsel bölgede olma

düzensiz fiziksel aktiviteyi arttırırken, kentsel bölgede olma sedanterliği arttırmaktadır. Sosyal medya kullanımının çalışmamızda sedanterliği etkileyen en önemli faktör olduğu görölmektedir.

Çalışmamızda zararlı madde kullanım oranının %12,3 olduğu bulunmuştur. Erkek olma ve yaşı büyük olma zararlı madde kullanımını arttırmaktadır. Kötü benden algısına sahip olma, okul başarısının kötü olması ve kavga sıklığının fazla olması zararlı madde kullanımı üzerinde etkili çıkmıştır. Sosyal medyanın fazla kullanımı zararlı madde kullanımını etkileyen değişkenlerdendir.

Yaşın büyük olması, düzensiz diş bakımı, düzensiz fiziksel aktivite, sedanter yaşam, zararlı madde kullanımı, yaralanma değişkenleri 1 kez ve üstü zorbalık yapma davranışlarını arttırmaktadır. Düzensiz kahvaltı yapma alt sosyoekonomik sınıfta daha fazladır. Obezite, sedanter yaşama sahip olma, düzensiz diş firalama, zararlı madde kullanımı, yaralanma, 1 kez ve üstü zorbalık yapma erkeklerde yüksek görölmürken; zayıflık, düzensiz fiziksel aktivite, kızlarda yüksek görölmüştür.

Çalışmamızda şiddet oranları önlem almayı gerektirecek düzeydedir. Okullarda sözlü ya da fiziksel şiddet ve zorbalık önemli bir problemdir. Zararlı madde kullanımı ve babanın eğitim düzeyinin düşük olması kavga sıklığını arttırmaktadır. Babalarını rol model olan çocukların kendilerinin de şiddete yönelmesi beklenen bir sonuçtur. Beden algısının kötü olması ve sağlık sorunu ya da engellilik durumu varlığının zorbalığa maruz kalmayı, ileri yaşın zorbalık yapmayı etkilediği görölmüştür.

Sağlığı geliştirici davranışlarından olan beslenme davranışları, fiziksel aktivite ve inaktivite, zararlı madde alışkanlıkları, ağız diş sağlığı alışkanlıkları üzerinde etkili olan ortak değişken beden algısı, arkadaşlık ortamı ve aile ilişkileridir.

6.2. Öneriler

Beslenmeyle ilgili olumsuz durumlara önem verilmesi, okullarda obezite ile ilgili farkındalık yaratılması, temel birim olan aile içinde yaşayan bireylere eğitimlerin yapılması ve çocukların sedanter yaşam tarzından hareketli yaşam tarzına geçiş yapmaları için yönlendirilmeleri gerekmektedir. Sağlıklı beslenmenin bir bütün olduğu, kahvaltı düzeninin, diyet yapma alışkanlıklarının ve obezite/fazla kiloluluk durumlarının birbirlerini etkilediği göz önüne alınmalı ve sağlıklı beslenmenin yaşam biçimi haline getirilmesi sağlanmalıdır. Sağlık Bakanlığı ve Milli Eğitim Bakanlığı tarafından yürütülen Beslenme Dostu Okul Programının tüm okullarda yaygınlaştırılması sağlanmalıdır. Adolesan dönemde vücut bölgelerinde yağlanmanın artması ve buna bağlı görünümünde yaşanan değişimler ile ilgili birey önceden bilinçlendirilmelidir.

Çocuk ve adolesanlarda ülke genelinde büyümenin değerlendirilebilmesi için tek bir referans/standart değerle yürütülen çalışmalara gereksinim vardır.

İlçe Sağlık Müdürlüğü tarafından okullarda verilen ağız ve diş sağlığı ile ilgili tarama çalışmalarına verilen özenin artarak devam etmesi, sağlık eğitimlerinin artırılması ve sadece öğrenciye değil, diş fırçalama alışkanlığının okul dönemi öncesi kazanıldığı göz önüne alınarak aileye de eğitim verilmesi gerekmektedir.

Öğrenciler spora teşvik edilmeli, boş zamanlarını televizyon, bilgisayar başında veya telefon ile sosyal medya kullanarak değil arkadaşlarıyla sosyal faaliyetlerde bulunarak geçirmesi sağlanmalıdır. Okullarda fiziksel aktivite alanlarını artırılmalı, beden eğitimi derslerinin etkin yürütülmesine özen gösterilmelidir. Belediye gibi yerel makamları gençlere yönelik programlar yürütmeleri ve mekanlar oluşturması için harekete geçirmek gerekmektedir.

Sosyal medya kullanımının çalışmamızda sedanterlik prevalansını etkileyen en yüksek faktör olduğu görülmektedir. Telefon ve internet kullanımı aile tarafından belli gözetimler altında tutulmalı, gerektiğinde olumsuz sitelere erişim kilidi oluşturulması ve sosyal medyanın olumsuz etkileri yerine olumlu etkilerinden faydalanması için

çocuk yönlendirilmelidir. Ebeveynlerin önce kendi teknoloji bağımlılığını kontrol etmesi ve çocuk ile geçirilen ortak vakitlerin artırılmasının sağlanması gerekmektedir.

Şiddet, zorbalık konularında ilgili uzman kişilerce eğitimler yapılmalı ve eğitimlere ebeveyn katılımı da sağlanmalıdır. Çocuk ailesinin aynasıdır. Önce aile eğitilmeli, sonra onun yansımasının çocuğa geçmesi için çaba gösterilmelidir. Öğretmenlere de şiddeti tanılama, erken uyarı ve müdahale yöntemlerinin öğretilmesi gerekmektedir. Okuldaki sosyal etkinlikler artırılmalı ve çocuğun şiddetten uzaklaştırılması sağlanmalıdır. Zorbalık ile mücadelede öğretmenler, psikolojik danışman ve rehberlik öğretmenleri, okul yönetimi ve aile işbirliği sağlanmalıdır.

En çok merak ve arkadaşına özenme ile zararlı madde kullanılmaya başlandığı düşünüldüğünde öğrencilere eğitim verilirken akran eğitiminden faydalanılmalıdır. Sosyal medyanın olumsuz kullanımı zararlı madde kullanımını arttırmaktadır. Gerekli kamusal denetimler ve yasaklar ile bu olumsuz durumun önüne geçilmesi gerekmektedir.

7. KAYNAKLAR

1739 Sayılı Milli Eğitim Temel Kanunu, Erişim adresi: http://mevzuat.meb.gov.tr/html/temkanun_0/temelkanun_0.html, Erişim Tarihi: 14 Şubat 2017

Akçam M, Boyacı A, Pirgon Ö, Dündar B. Isparta İlinde On Okulda Çocukluk Çağı Şişmanlık Sıklığı Değişiminin Değerlendirilmesi. Türk Pediatri Arşivi, 2013 : 152-155

Akdeniz E. Altıncı Sınıf Öğrencilerinin Öz Bildirime Dayalı Sağlık Düzeyleri İçin Bir Belirleyici: Aile Sağlık Özellikleri (Yüksek Lisans Tezi). Konya; 2015

Akgün D, Özdemir N, Altındağ Ş. Isparta Merkez 2 No'lu Sağlık Grup Başkanlığı Bölgesinde 2009 ve 2010 Yıllarında Yürütülen Okul Sağlık Taramalarının Sonuçları. Türkiye Halk Sağlığı Dergisi, 2010; 8(2): 105-111

Akın A, Hodoğlugil N, Koçoğlu G ve ark. Altındağ Merkez Sağlık Ocağı Bölgesi'ndeki Beş İlköğretim Okulundaki Okul Sağlığı Uygulamalarının Değerlendirilmesi. Ankara, 2000; 1-5

Akın A, Üniversite Gençlerinin Cinsel ve Üreme Sağlığı, Beş Üniversite Çalışması. 2006

Akış N, Pala K, Irgil E, Aydın N, Aksu H. Bursa İli Orhangazi İlçesinde 6 Merkez İlköğretim Okulunda 6-14 Yaş Grubu Öğrencilerde Kilo Fazlalığı ve Obezite. Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 2003; 29(3): 17-20

Akkuş D. Ergende Esrar Kullanımı: Toplum Ruh Sağlığı Yaklaşımı (Olgu Sunumu). Psikiyatri Hemşireliği Dergisi, 2010; 1(1): 43-46

Akman M, Tüzün S, Ünalın P. Adolesanlarda Sağlıklı Beslenme ve Fiziksel Aktivite Durumu. Nobel Med, 2012; 8 (1): 24-29

Akvardar Y, Turkcan A, Yazman U, Ayaçlar S, Ergor G, Cakmak D. Prevalance of Alcohol Use İn İstanbul. Psychol Rep, 2003; 92(3 Pt 2): 1081-1088

Alikaşifoğlu M, Erginöz E, Ercan O, Uysal Ö, Ekici B, Ocak S, Oktay G, Yücel İ, Albayrak K.D. Kırsal ve Kentsel Alanlarda Yaşayan 11 ve 13 Yaşlarındaki Öğrencilerin Sağlık Durumları ve Sağlık Davranışları Arasındaki Farklılıklar: Türkiye Sağlık Davranışları Araştırması 2006 Sonuçları. Türk Pediatri Arşivi Dergisi, 2010; 45: 96-104

Altıncı E.E, Yücesir İ. İstanbul'da İlköğretim Çağı Çocuklarından Alınan Bir Kesit İle Bu Yaş Gruplarında Obeziteye İlişkin Durum Tespiti. İBB Dergisi, 2011; 1 (1): 181-192

Altundaş M, Kaya M, Demir Ş, Oyman G, Metecan A, RastgelH, Öngel K. 0-14 Yaş Arası Çocuklarda Önlenebilir Nitelikteki Kazaların Belirlenmesi ve İlişkili Tedbirlerin Alınması. Smyrna Tıp Dergisi, 2013; 28

Altuncan H. Karaman İlinde 6-19 Yaş Grubu Çocuklarda Obezite Prevalansı. Tıp Araştırmaları Dergisi, 2013; 11(1): 6-11

Apaydın Kara Ç, Akman M, Saçar K, Kaya S, Sulukaya M. Ergenlik Çağındaki Öğrenciler Öğretmenlerinin Sigara İçmesinden Etkileniyor. Marmara Medical Journal, 2010; 23 (1): 1-8

Arabacı Bakır İ. Ortaöğretim Okullarında Sağlık Hizmetlerinin Yönetici, Öğretmen ve Öğrenci Görüşlerine Göre İncelenmesi (Elazığ İli Örneği). Eğitim ve Bilim, 2010; 35: 158

Arı Z, Süzek H. Muğla Merkez Köylerindeki Bir Grup İlköğretim Okulu Öğrencisinde Serum Lipid Profili ve Obezite Taraması. ADÜ Tıp Fkültesi Dergisi, 2008; 9 (2): 11-16

Arslan F, Ünal A.S, Güler H, Kardeş K. Okul Çağı Çocuklarının Televizyon İzleme Alışkanlıklarının Değerlendirilmesi. TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni, 2006; 5(6): 391-401

Arslan H. N, Terzi Ö, Dabak Ş, Pekşen Y. Samsun İl Merkezindeki Lise Öğrencilerinde Sigara, Alkol ve Madde Kullanımı. Erciyes Med J, 2012; 34(2): 79-84

Avcı Haskan Ö, Yıldırım İ. Ergenlerde Şiddet Eğilimi, Yalnızlık ve Sosyal Destek. Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi, 2014; 29(1): 157-168

Aydın N, İrgil E, Akış N, Pala K. Nilüfer Halk Sağlığı Eğitim Araştırma Bölgesinde Dört İlköğretim Okulundaki Öğrencilerin Sağlık Durumlarının Değerlendirilmesi. Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 2004; 30 (1): 1-6

Ayrancı Ü. Bir Grup İlkokul Öğrencisinde Diş Çürüğü Saptama Araştırması. Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi, 2005; 14(3): 50-54

Baltaş Z. Sağlık Psikolojisi. 1. Baskı, Remzi Kitabevi, İstanbul; 2000, 1-285

Başar P. Aydın'da İki İlköğretim Okulunda Okul Sağlığı Hizmetleri ve Yeni Bir Model Geliştirilmesi (Uzmanlık Tezi). Aydın: Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı; 2008

Baysal A. 'Kahvaltı ve Okul Başarısı' Beslenme ve Diyet Dergisi, 1999; 28 (1): 1-3

Bebiş H, Akpunar D, Özdemir S, Kılıç S. Bir Ortaöğretim Okulundaki Adölesanların Sağlığı Geliştirme Davranışlarının İncelenmesi. Gülhane Tıp Dergisi, 2015; 57: 129-135

Bektaş D.Y. Ergenlerde Beden İmgesi Üzerine Bir Çalışma. Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi, 2004; 3(22): 67-75

Belviranlı S, Ceritoğlu K, Bilgin Ç, Bayraktar F, Bulut H, Vaizoğlu SA. Annelerin Televizyon İzleme Konusundaki Davranışları ve Akıllı İşaretler. TAF Prev Med Bull 2008; 7(3):191-198.

Bilgel N. Okul Sağlığı. Dirican R, Bilgel N. (Ed.ler). Halk Sağlığı (Toplum Hekimliği). Uludağ Üniversitesi Basımevi, Bursa; 1993: 405-428

Bilgel N. Okul Sağlığı. Halk Sağlığı Bakışıyla Ana ve Çocuk Sağlığı. Güneş&Nobel Tıp Kitabevi, İstanbul; 1997: 315-337

Boratav K. Sınıfların ve Grupların Sosyoekonomik Nitelikleri. 2.Baskı, İmge Kitapevi Yayınları, Ankara, 2004: 33-60

Bozkurt A.İ, Bostancı M, Çatak B. Denizli'de üç ilköğretim okulu 6,7,8. Sınıflarda Sigara Kullanımı. 8. Halk Sağlığı Günleri Bildiri Özetleri, Sivas; 2003: 178

Bozkurt F.Y, Kıran M. Yetiştirme Yurdunda Kalan 12-16 Yaş Grubu Bireylerde Ağız Sağlığı Bulguları. Cumhuriyet Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Dergisi, 2005; 8 (1): 31-37

Brindova D et al. How Parents Can Affect Excessive Spending Of Time On Screenbased Activities. BMC Public Health, 2014; 14: 1261

Ceylan S.S, Turan T. Bir İlköğretim Okulunda 11-14 Yaş Arasındaki Öğrencilerde Obesite Sıklığı ve Etkileyen Etmenler. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 2008; 11 (4): 76-84

Chen M.Y, Liou Y.M, Wu J.Y. The Relationship Between Tv/Computer Time and Adolescents Health -Promoting Behavior : A Secondary Data Analysis. J Nurs Res, 2008; 16: 75-85

Cihangiroğlu Z, Deveci E.S. Frat Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Öğrencilerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Etkileyen Faktörler. Frat Tıp Dergisi, 2011; 16 (2): 78-83

Coşgun M, Kara F. Öğrencilere Verilen Sağlık Eğitiminin Bilgi ve Davranışlarına Etkisinin Değerlendirilmesi. Sted 2015; 24: 55-63

Croghan E, Johnson C. Occupational Health And School Health: A Natural Alliance? Nursing And Health Management Service And Policy. Journal of Advanced Nursing, 2004; 45(2): 155-161

Currie C, Zanotti C, Morgan A, Currie D, de Looze M, Roberts C et al. (ed.s). Social Determinants Of Health And Well-Being Among Young People. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) Study: International Report From The 2009/2010

Survey. (Health Policy for Children and Adolescents, No.6). Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2012

Çağlayaner H, Gönenli H. Etkin Eğitim Açısından Okul Sağlığı. Aile Hekimliği Dergisi, 1998; 2(1): 31-39

Çakır S. Kocaeli İlinde Okul Sağlığı ve Hemşireliği Hizmetlerinin Durumu (Uzmanlık Tezi). Kocaeli: Kocaeli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2005

Çelik P, Esen A, Yorgancıoğlu A, Şen F, Topçu F. Manisa İlinde Lise Öğrencilerinin Sigaraya Karşı Tutumları. Toraks Dergisi 2000; 1: 61-65

Çeşme S, Helvacı H, Tayyar Ş, Gürsoy T.Ş. Bayraklı Ekrem Hayri Üstündağ İlköğretim Okulundaki 13-15 Yaş Adölesanlarda Obezite ve Sosyoekonomik Durumla İlişkisi. Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, 2005; Bayraklı Toplum Sağlığı Merkezi Arşivi

Dağdevire Z, Şimşek Z. Şanlıurfa İl Merkezindeki Lise Öğrencilerinin Sağlığı Geliştirme Davranışları ve İlişkili Faktörler. TAF Preventive Medicine Bulletin, 2013; 12(2): 135-142

Daştan İ, Çetinkaya V, Delice E.M. İzmir İlinde 7-18 Yaş Arası Öğrencilerde Obezite ve Fazla Kilo Prevalansı. Bakırköy Tıp Dergisi, 2014; 10(4): 139-146

Davis A.M, Boles R.E, James R.L et al. Health Behaviors and Weight Status Among Urban and Rural Children. Rural Remote Health, 2008; 8: 810

Diaz G. Smoking: Risk Factors and Interventions for Adolescent. The Journal of School Nursing, 2014; 30(1): 11

Doğan G.D, Ulukol B. Ergenlerin Sigara İçmesini Etkileyen Faktörler ve Sigara Karşıtı İki Eğitim Modelinin Etkinliği. İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 2010; 17(3): 179-185

Dönmez H, Çalışkan C, Arberk O.K, Ünlü H, Küçük Biçer B, Özcebe H. Türkiye'de 7-14 Yaş Grubu Çocuklarda Yaralanmalara İlişkin Bir Değerlendirme. Türkiye Çocuk Hastalıkları Dergisi, 2018; DOI: 10.12956/tjpd.2018.332 : 1-7

Dünya Sağlık Örgütü. Dünya Sağlık Raporu, Geneva 1998

Ece A, Ceylan A, Gürkan F, Dikici B, Bilici M, Davutoğlu M, Karaçomak Z. Diyarbakır ve Çevresi Okul Çocuklarında Boy Kısalığı, Düşük Ağırlık ve Obezite Sıklığı. Van Tıp Dergisi, 2004; 11(4): 128-136

Effectiveness of School-Based Programs as a Component of a Statewide Tobacco Control Initiative, Oregon 1999-2000. Centers of Disease Control, MMWR 2001; 50(31): 663-666

Elgar F.J, Roberts C, Moore L, Tudor Smith C. Sedantary Behavior, Physical Activity and Weight Problems İn Adolescant İn Wales. Public Health, 2005; 119: 518-524

Emlek Sert Z, Bayık Temel A. İlköğretim Öğrencilerinde Kilo Yönetimindeki Faktörler. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi, 2017; 10(1): 13-21

Eraslan R, Aycan S. Bir İlköğretim Okulu İkinci Kademe Öğrencilerinde Okul Kazası Görülme Sıklığının İncelenmesi. Türkiye Çocuk Hastalıkları Dergisi, 2008; 2 (1): 8-18

Ercan O, Alikashişoğlu M, Erginöz E, Uysal Ö, Kaymak A.D. Okul Çağındaki Çocukların Sağlık Davranışları Araştırması. Türk Pediatri Arşivi, 2011; 46 (Özel Sayı): 15-18

Erginöz E, Alikashişoğlu M, Ercan O, Uysal Ö, Ekici B, Albayrak Kaymak D, Gülşah O, Yücel İ.K, Ocak S. Türkiye'deki 11, 13, 15 Yaşlardaki Okul Çocuklarının Fiziksel Etkinlik Düzeylerinin Demografik Özellikler, Beslenme Alışkanlıkları ve Hareketsiz Yaşam Davranışlarıyla İlişkisi. Türk Pediatri Arşivi, 2011; 46: 12-19

Ergün A, Gür K, Erol S, Kadioğlu H. Okul Temelli Fiziksel Etkinlik Programının Çocukların Fiziksel Etkinlik Bilgi ve Davranışlarına Etkisi. Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi, 2012; 2: 17-28

Ersoy B, Günay T, Sunalcan Güneş H. İlköğretim Çağındaki Çocuklarda Bodurluk ve Obezite ile İlişkisi. Türkiye Klinikleri J Pediatr, 2007; 16: 90-95

Ertem M, Çan G. Türkiye Sağlık Raporu, Hasuder, 2014

Evren H, Tokuç B, Ekuklu G. Trakya Üniversitesi Öğrencilerinde Şiddet Davranışları ve Algılanan Sağlık İlişkisi. Balkan Medical Journal, 2011; 28: 380-384

Gökgöz Ş, Koçoğlu G. Adolesan Çağda Sigara Ve Alkol İçme Davranışı. Fırat Tıp Dergisi, 2007; 12(3): 214-218

Göksel T, Cirit M, Bayındır Ü. İzmir İli Lise Öğrencilerinin Sigara Alışkanlığını Etkileyen Faktörler. Toraks Dergisi, 2001; 2(3): 49-53

Gözü A. Mardin İli İlköğretim Okullarında 6-15 Yaş Grubu Öğrencilerde Kilo Fazlalığı ve Obezite Prevalansı. Tıp Araştırmaları Dergisi, 2007; 5 (1): 31-35

Güler Ç, Eltas A, Güneş D, Görgeç V.A, Ersöz M. Malatya İlindeki 7-14 Yaş Arası Çocukların Ağız-Diş Sağlığının Değerlendirilmesi. İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 2012; 2: 19-24

Güler G, Kubılay G. Bir İlköğretim Okulu Öğrencilerinin Fiziksel Bakım Sorunlarının Belirlenmesi. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 2004; 26(2): 60-65

Güler N, Güler G, Ulusoy H, Bekar M. Lise Öğrencileri Arasında Sigara, Alkol Kullanımı ve İntihar Düşüncesi Sıklığı. Cumhuriyet Tıp Dergisi, 2009; 31: 340-345

Gündüz S, Albayrak M.H. Okul Sağlığında Neredeyiz? Ankara Medical Journal, 2014; 14(1): 29-33

Güraksın A, Ezmeci T, İnandı T, Keskinler D. Erzurum İl Merkezinde Ortaokul ve Lise Öğrencilerinde Sigara İçme Prevalansı. 6. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi Kitabı, Adana; 1998: 473

Hacettepe Sağlık Bilimler Fakültesi Beslenme ve Diyetetik Bölümü, TC Milli Eğitim Bakanlığı Sağlık İşleri Daire Başkanlığı. Türkiye'de Okul Çağı Çocuklarında (6-10 Yaş Grubu) Büyüme İzleme Projesi (TOÇBİ) Araştırma Raporu 2011, Ankara

Hassoy H, Ergin I, Meseri R, Mermer G, Erdem E.H. İzmir İli Kemalpaşa İlçesi İlköğretim Öğrencilerinde Ağız Diş Sağlığı Durumu ve İlişkili Sosyoekonomik Etmenler

Hatipoğlu S. Manisa Şehzadeler Eğitim Araştırma Toplum Sağlığı Merkezi Bölgesinde Okul Sağlığı Düzeyinin Tanımlanması (Uzmanlık Tezi). Manisa: Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2016

Haznedaroğlu D. Türkiye'de Beslenme Durumu ve Çalışmalar. III. Uluslararası Beslenme ve Diyetetik Kongresi. Beslenme ve Diyet Dergisi, 2001; 30(1): 51-54

Hering E, Pritsker I, Gonchar L, Pillar G. Obesity İn Children İs Associated With Increased Health Care Use. Clin Pediatr, 2009; 48 (8): 812-818

Hibell B, Andersson B, Bjarnason T, et al. The ESPAD Report 2003: Alcohol and Other Drugs Use Among Students in 35 European Countries. The Swedish Council for Information on Alcohol and Other Drugs. Stockholm, 2004

Igoe JB. School Nursing: Community Health Nursing And Home Health Nursing. Nursing Clinics Of North America, 1994; 29(3): 443-457

İlhan İ. Ö, Demirbaş H, Yarpuz A.Y, Doğan Y.B. Alkol Bağımlılığında Remisyon Süreci Üzerinde Etkili Olan Değişkenler. Bağımlılık Dergisi, 2003; 4(2): 57-61

İskender M, Tura G, Akgül Ö, Turtulla S. Ortaokul Öğrencilerinde Aile Ortamı, Yeme Tutumu ve Obezite Durumları Arasındaki İlişki. International Journal of Human Sciences, 2014; 11 (2): 10-26

Kalyoncu C, Metintas S, Balz S, Arıkan İ. Eğitim Araştırma Bölgesinde İlköğretim Öğrencilerinde Sağlık Düzeyleri ve Okul Tarama Muayeneleri Sonuçlarının Değerlendirilmesi. TAF Preventive Medicine Bulletin, 2011; 10 (5): 511-518

Kann L, Kinchen Sa, Williams Bi, Et Al. Youth Risk Behaviour Surveillance- United States, 1999. Mmwr 2000; 49: 1-31

Kara B, Hatun Ş, Aydoğan M, Babaoğlu K, Gökalp A. Kocaeli İlindeki Lise Öğrencilerinde Sağlık Açısından Riskli Davranışların Değerlendirilmesi. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi, 2003; 46: 30-37

Karadağ A, Mirioğlu G. Bayraklı Kentsel Dönüşüm Projesi Üzerine Coğrafi Değerlendirmeler. Türk Coğrafya Dergisi, 2012; 57: 21-32

Kayran P, Kaymaz T, Kayran M.S, Memioğlu N, Taymaz B, Gürakan B. Türkiye'nin Üç Farklı Bölgesinde İlköğretim Okulu Öğrencilerinde Kilo Fazlalığı, Obezite ve Boy Kısalığı Sıklığı. Şişli Etfal Eğitim Araştırma Hastanesi Tıp Bülteni, 2011; 45(1): 13-18

Keskinoğlu P, Karakuş N, Pıçakçefe M, Giray H, Bilgiç N, Kılıç B. İzmir'de Lise Öğrencilerinde Sigara İçme Sıklığı ve İçicilik Davranışı Üzerine Sosyal Öğrenmenin Etkisi. Toraks Dergisi, 2006; 7(3): 190-195

Kırel B, Aydın B, Eren M. Eskişehir Merkezindeki İlköğretim Öğrencilerinin Büyüme Durumlarının Değerlendirilmesi. Türkiye Klinikleri Journal of Pediatr, 2008; 17(3): 149-157

Koç İ, Hancıoğlu A. 'Hanehalkı Nüfusu ve Konut Özellikleri'. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2003. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Ankara; 2004: 17-27

Köse S, Güven D, Mert E, Eraslan E, esen S. 12-13 Yaş Grubu Çocuklarda Oral Hijyen Eğitiminin Etkinliği. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi, 2010; 13 (4): 44-52

Kutlu R, Çivi S. Özel Bir İlköğretim Okulu Öğrencilerinde Beslenme Alışkanlıklarının ve Beden Kitle İndekslerinin Değerlendirilmesi. Fırat Tıp Dergisi, 2009; 14(1): 18-24

Küçüksüleymanoğlu R. Öğrencilerin Bakışı Açısından Sağlığı Geliştiren Okullar. Karatekin Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi, 2010; 1 (2): 60-76

Küresel Yetişkin Tütün Araştırması, 2008. TÜİK. T.C. Başbakanlık Türkiye İstatistik Kurumu Haber Bülteni 2009

Lise öğrencilerinin Sigara, Alkol ve Uyuşturucu Maddeler Konusundaki Bilgi, Tutum ve Davranışlarının Belirlenmesi Projesi Raporu. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Ruh Sağlığı Daire Başkanlığı, 1995

Mackay J, Amos A. Woman And Tobacco. *Respirology*,2003; 8: 123-130

Metinoğlu İ, Pekol S, Metinoğlu Y. Kastamonu'da 10-12 Yaş Grubu Öğrencilerde Obezite Prevalansı ve Etkileyen Faktörler. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2012; 3(2): 117-123

Mumcu H.K. İlkokul Öğrencilerinin Büyüme- Gelişme ve Beslenme Durumunun Değerlendirilmesi. VII. Ulusal Hemşirelik Kongresi Bildirileri Kitabı Erzurum, 1999; 260-262

Mynard H, Joseph S, Alexander J. Peer-victimisation and posttraumatic stress in adolescent. *Personality and Individual Differences*, 2000; 29: 815-821

Okul Sağlığı Hizmetleri İş Birliği Protokolü. Sağlık Bakanlığı, Milli Eğitim Bakanlığı; 2016

Okulda Sağlığın Korunması ve Geliştirilmesi Programı. Sağlık Bakanlığı, Milli Eğitim Bakanlığı; 2016

Olweus D. Bully/Victim Problems in School: Facts and Intervention. *European Journal of Psychology of Education*. 1997; 12: 495-510

Orhan A, Çelik İ. İlköğretim Okulu Öğrencilerinin Kahvaltı Alışkanlıkları ve Okul Kantini İle İlişkilerinin Belirlenmesi. Akademik Food Journal, 2014; 12(1): 51-56

Oruç D, Eker F. Düzce İli Akçakkoca İlçesindeki Okullarındaki Öğrencilerde Obezite Sıklığı. 15. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi, 2-6 Ekim 2012, Bursa

Ögel K, Çorapçioğlu A, Sır A, Tamara M, Tot Ş, Doğan O, Uğuz Ş, Yenilmez Ç, Bilici M, Liman O. Dokuz İlde İlk ve Orta Öğretim Öğrencilerinde Tütün, Alkol ve Madde Kullanım Yaygınlığı. Türk Psikiyatri Dergisi, 2004; 15(2): 112-118

Ögel K, Tamar D, Evren C, Çakmak D, Çorapçioğlu A, Sır A, Tamar M, Tot S, Doğan O, Uğuz S, Yenilmez C, Bilici M. Türkiye'de 15 İlde Sigara, Alkol ve Madde Kullanım Yaygınlığı. Türk Psikiyatri Dergisi, 2001; 12(1): 47-52

Ögel K, Tarı I, Yılmazçetin Eke C. Okullarda Suç ve Şiddeti Önleme. Yeniden Yayınları; No:17, İstanbul, 2006.

Önsüz F.M, Hıdıroğlu S. İstanbul'da Farklı İki İlköğretim Okulundaki Öğrencilerin Kişisel Hijyen Alışkanlıklarının Belirlenmesi. Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 2008; 9 (1): 9-17

Önsüz F.M, Zengin Z, Özkan M, Şahin H, Gedikoğlu S, Erseven S, Dişli H, Bektaş H. Sakarya'da Bir İlköğretim Okulu Öğrencilerinde Obezite ve Hipertansiyonun Değerlendirilmesi. Sakarya Medikal Journal, 2011; 3: 86-92

Özcebe H. Birinci Basamakta Adolesan Sorunlarına Yaklaşım. Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi, 2002; 11 (10): 374-377

Özdemir Ö, Erçevik E, Çalışkan D. Farklı Sosyoekonomik Düzeye Sahip İki İlköğretim Okulunda Öğrencilerin Büyümelerinin Değerlendirilmesi. Journal of Ankara University Faculty of Medicine, 2005; 58 (1): 23-29

Özdemir Ö. Diyarbakır Merkez İlköğretim Okulları Öğrencilerinin Beslenme Davranışlarının İncelenmesi (Uzmanlık Tezi). Diyarbakır: T.C. Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı; 2006

Özdirenç M, Özcan A, Akın F, Gelecek N. Physical Fitness in Rural Children Compared with Urban Children in Turkey. *Pediatr Int*, 2005; 47: 26-31

Özen F. İlköğretim Okulu Yöneticilerinin İlköğretim Okullarında Öğrenci Sağlığına İlişkin Görüşleri (Ankara İli Keçiören İlçesi Örneği). Yüksek Lisans Tezi. Ankara: Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü; 2005

Özlibey P, Ergör G. İzmir İli Güzelbahçe İlçesi'nde İlköğretim Öğrencilerinde Obezite Prevalansı ve Beslenme Alışkanlıklarının Belirlenmesi. *Turk Journal of Health*, 2015; 13(1): 30-39

Özmen D, Çetinkaya Ç.A, Ergin D, Şen N, Erbay Dünder P. Lise Öğrencilerinin Yeme Alışkanlıkları ve Beden Ağırlığını Denetleme Davranışları. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni*, 2007; 6(2): 98-105

Özpuolat F, Sivri B.B. Köy ve Kasaba İlköğretim Okulu Öğrencilerinin Beslenme Durumları. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, 2013; 22 (6): 207-219

Öztora S. İlköğretim Çağındaki Çocuklarda Obezite Prevalansının Belirlenmesi ve Risk Faktörlerinin Araştırılması (Uzmanlık Tezi). İstanbul: Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi; 2005

Özyurt B. Manisa Kent Merkezinde Okul Sağlığı Düzeyinin Tanımlanması. (Uzmanlık Tezi). Manisa, Celal Bayar Üniversitesi; 2004

Pekcan H. Adolesan (Delikanlı) Sağlığı. Güler Ç, Akın L. (Ed.ler). *Halk Sağlığı Temel Bilgiler*. 3. Baskı, Hacettepe Üniversitesi Yayınları, Ankara; 2015: 486-537

Pekcan H. Okul Sağlığı. Bertan M, Güler Ç. (Ed.ler). *Halk Sağlığı Temel Bilgiler*. 2. Baskı, Güneş Kitabevi, Ankara; 1997; 210-224

Pekcan H. Okul Sağlığı. Güler Ç, Akın L. (Ed.ler). *Halk Sağlığı Temel Bilgiler*. 3. Baskı, Hacettepe Üniversitesi Yayınları, Ankara; 2015: 440-483

Pişkin M. Okul Zorbalığı. *Kuram ve Uygulamada Eğitim Bilimleri Dergisi*, 2002; 2: 533-551

Sağlık Bakanlığı Madde Bağımlılığı Şube Müdürlüğü, Küresel Gençlik Tütün Araştırması, 2003

Sağlık Bakanlığı, Refik Saydam Hıfzısıhha Mektebi Başkanlığı, Hıfzısıhha Mektebi Müdürlüğü, Sağlık Hizmetlerinde Okul Sağlığı Kitabı, Yayın No: SB-HM-2007-17, 1-110

Sevencan A.C, Sevencan F, Vaizoğlu S, Güler Ç. Ankara'da Bir İlköğretim Okulunun İç ve Dış Çevresel Özelliklerinin Değerlendirilmesi. Genel Tıp Dergisi, 2011; 21(1): 11-15

Sökülme P, Uyar E. Farklı Bölgelerde Yaşayan Preadolesan Çocukların Beslenme Alışkanlıkları ve Besin Tüketim Sıklıklarının Belirlenmesi. Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi, 2015; 5(3): 23-29

Şimşek Ç, Piyal B, Tüzün H, Çakmak D, Turan H, Seyrek V. Ankara İl Merkezindeki Bazı Lise Öğrencilerinde Kişisel Hijyen Davranışları. TAF Preventive Medicine Bulletin, 2010; 9 (5): 433-440

Şimşek E, Ulukol B, Berberoğlu M, Gülnar S.B, Adıyaman P, Öcal G. Ankara'da Bir İlköğretim Okulu ve Lisede Obezite Sıklığı. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası, 2008; 58 (4): 163-166

Şimşek Z, Demir C, Kara B, Dağdeviren Z, Erçetin G. Şanlıurfa İlinin Bir İlçe Merkezinde İlköğretim Okulu Öğrencileri Arasında Şiddete Uğrama Sıklığı ve İlişkili Faktörler (Mayıs 2012). Halk Sağlığı Günleri II. Ulusal Okul Sağlığı Sempozyumu, Adana

T.C Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı, Aile ve Toplum Hizmetleri Genel Müdürlüğü. Türkiye Ergen Profili Araştırması 2013 (TEPA 2013). Ankara: Uzerler Matbaacılık, 2014.
http://ailetoplum.aile.gov.tr/data/5550ae00369dc51954e43500/tepa2013_t Erişim Tarihi: 21.02.2017

T.C. Milli Eğitim Bakanlığı ve T.C. Sağlık Bakanlığı Arasında Okul Sağlığı Hizmetleri İşbirliği Protokolü, 2006

T.C. Milli Eğitim Bakanlığı, Milli Eğitim Bakanlığı'na Bağlı Okullarda Uygulanacak Beyaz Byrak İşbirliği Protokolü, 2006

Taani DS, Al-Wahadni A.M, Al-Omeri M. The Effect of Frequency of Toothbrushing on Oral Health of 14-16 Years Old. J Lr Dent Assoc, 2003; 49: 15-20

Tabak R.S. Sağlık Eğitimi. Somgür Yayıncılık, Ankara: 2000

Tanrıverdi D, Savaş E, Gönüllüoğlu N, Kurdal E, Balık G. Lise Öğrencilerinin Yeme Tutumları, Yeme Davranışları ve Benlik Saygılarının İncelenmesi. Gaziantep Tıp Dergisi, 2011; 17(1): 33-39

TBMM Araştırma Komisyonu 2007. Çocuklarda ve gençlerde artan şiddet eğilimi ile okullarda meydana gelen olayların araştırılarak alınması gereken önlemlerin belirlenmesi amacıyla kurulan (10/337,343,356,357) esas numaralı meclis araştırma komisyon raporu. Ankara: MEB Özel Eğitim Rehberlik ve Danışma Hizmetleri Genel Müdürlüğü.

TC. İçişleri Bakanlığı. Emniyet Genel Müdürlüğü, Kaçakçılık ve Organize Suçlarla Mücadele Daire Başkanlığı. Türkiye Uyuşturucu Ve Uyuşturucu Bağımlılığı İzleme Merkezi (TUBİM). Türkiye Uyuşturucu 2012 Raporu. <http://www.sck.gov.tr/oecd/2012%20T%C3%BCrkiye%20Uyu%C5%9Ftur> Erişim Tarihi: 12.01.2017

Tenore JJ, Lipsky Ms. Preventive Services For The Adolescent (13-20 Years). Pediatr Clin North Am 2001; 48: 289-311

Tola H.T, Akyol P, Eren E, Dündar N, Dündar B. Isparta'daki Çocuk ve Adolesanlarda Obezite Sıklığı ve Obeziteyi Etkileyen Faktörler. Çocuk Dergisi, 2007; 7 (2): 100-104

Toplum Sağlığı Merkezi ve Bağlı Birimler Yönetmeliği, 2015

Turhan E, Tözün M, Doğanay S. İzmir'e Bağlı Dokuz İlköğretim Birinci Sınıf Öğrencilerde Obezite Sıklığı. Journal of Clinical and Analytical Medicine, 2014; DOI: 10.4328/JCAM.2312: 1-5

TÜİK. İstatistiklerle Gençlik. Türkiye İstatistik Kurumu Yayınları: Ankara, 2011

Türk M, Gürsoy T.Ş, Ergin I. Kentsel Bölgede Lise Birinci Sınıf Öğrencilerinin Beslenme Alışkanlıkları. Genel Tıp Dergisi, 2007; 17(2): 81-87

Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması 2010. Beslenme Durumu ve Alışkanlıklarının Değerlendirilmesi Sonuç Raporu. Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü, Sağlık Bakanlığı. www.sagem.gov.tr/TBSA_Beslenme_Yayini.pdf Erişim Tarihi:03.01.2017

Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2013. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü Ankara, 2014. http://www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2013/rapor/TNSA_2013_ana_rapor.pdf Erişim Tarihi: 03.01.2017

Türkiye Sağlıklı Beslenme Ve Hareketli Hayat Programı. Sağlık Bakanlığı, 2013

Tütüncü İ. Kastamonu İl Merkezinde 13 İlköğretim Okulunda 5-15 Yaş Grubu Öğrencilerde Fazla Kiloluluk ve Obezite Prevalansı. Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 2014; 5(2): 141-151

UNODC, Birleşmiş Milletler Uyuşturucu ve Suç Ofisi. Madde Kullanımı Üzerine Ulusal Değerlendirme Çalışması: 6 Büyük Şehirde Elde Edilen Sonuçlar. Türkiye Proje Ofisi, 2004; Ankara

Uskun E, Öztürk M, Kişioğlu N.A., Kırbıyık S, Demirel R. İlköğretim Öğrencilerinde Obezite Gelişimini Etkileyen Risk Faktörleri. SDÜ Tıp Fakültesi Dergisi, 2005; 12(2): 19-25

Uskun E, Şabaplı A. Lise Öğrencilerinin Beden Algıları İle Yemek Yeme Tutumları Arasındaki İlişki. TAF Preventive Medicine Bulletin, 2013; 12(5): 519-528

Üner S, Özcebe H, Çetik H. Farklı Sosyoekonomik Düzeylerde Yer Alan Üç Lisenin Birinci Sınıf Öğrencilerinde Yaralanmalar ve Risk Faktörleri. Türkiye Klinikleri Journal of Medical Sciences, 2009; 29 (1): 180-188

WHO Expert Committee on Problems Related to Alcohol Consumption Geneva, 10–13 October 2006. World Health Organization Technical Report series 944.

WHO. World Report on Violence and Health. Geneva; 2002: 30

World Health Organization (WHO). WHO Report on the Global Tobacco Epidemic, 2015. Country profile: Turkey. http://www.who.int/tobacco/surveillance/policy/country_profile/tur.pdf Erişim Tarihi: 02.03.2017

World Health Organization. Global Strategy on Diet, Physical Activity and Health. Physical activity and young people. http://www.who.int/dietphysicalactivity/factsheet_young_people/en/. Erişim Tarihi: 14.03.2017

Xu F, Ji J, Ware R.S, Owen N. Associations of Television Viewing Time with Excess Body Weight Among Urban and Rural Highschool Students in Regional Mainland China. Public Health Nutr, 2007; 11: 891-896

Yabancı N, Şimşek I. Bir Grup Adolesanda Sosyoekonomik Durum ve Şişmanlık Üzerine Bir Araştırma. TAF Preventive Medicine Bulletin, 2011; 10 (4): 433-440

YAZICI H, Ak İ. Çocukların Sigara İçme ve İçmeyenleri Algılama Biçimleri. Bağımlılık Dergisi, 2006; 7: 84-90

Youth Risk Behaviour Surveillance 2015. Centers For Disease Control and Prevention MMWR. Surveillance Summaries/ Vol: 65/ No: 6

Yurtal F, Censeven F. İlköğretim Okullarında Zorbalığın Yaygınlığı ve Doğası. Türk Psikolojik Danışmanlık ve Rehberlik Dergisi, 2007; 3(28): 2-13

EK-1

Anket Sıra No: _____ (araştırmacı tarafından daha sonra numara verilecek)

Okul Adı: _____

Şube: _____

Merhaba,

Bu araştırma ile ilimizdeki gençlerin sağlıkla ilgili olan özelliklerini ve gençlerin sorunlarını saptamayı amaçladık. Bu açıdan ankette sorulan soruları dikkatle okuman ve sana uyan seçenekleri yanıtlaman bizim için çok önemli. **Ankete adını yazmanı istemiyoruz.** Dolayısı ile herhangi bir ankete kimin yanıt verdiğini bilmeyeceğiz. Yardımın için teşekkür ederiz.

Soru 1. Cinsiyetini yazar mısın? ¹Erkek ² Kız

Soru 2. Kaçncı sınıftasın? ¹ İlköğretim 5 ² İlköğretim 7

Soru 3. Doğum tarihini yazar mısın?/...../.....

Soru 4. Genellikle hangi sıklıkta kahvaltı (1 bardak meyve suyu veya bir bardak süttten daha çok) yaparsın?

Aşağıdaki kutuya hafta içi ve hafta sonu kahvaltı yapma sıklığına uyan durumu işaretler misin? (Her bölüm için size uygun gelen kutuyu işaretleyiniz)

Hafta içi	Hafta sonu
<input type="checkbox"/> ¹ Hafta içi hiç kahvaltı yapmam	<input type="checkbox"/> ¹ Hafta sonu hiç kahvaltı yapmam
<input type="checkbox"/> ² 1 gün	<input type="checkbox"/> ² Genellikle hafta sonu yalnız bir gün kahvaltı yaparım (Cumartesi veya Pazar)
<input type="checkbox"/> ³ 2 gün	<input type="checkbox"/> ³ Genellikle hafta sonu her iki gün (Cumartesi ve Pazar) de kahvaltı yaparım
<input type="checkbox"/> ⁴ 3 gün	
<input type="checkbox"/> ⁵ 4 gün	
<input type="checkbox"/> ⁶ Hafta içi her gün kahvaltı yaparım	

Soru 5. Düzenli olarak öğlen ve akşam yemeği yer misin?

⁰ Hiçbir zaman ¹ Bazen ² Çoğu zaman ³ Her gün

Soru 6. Şu anda kilo vermek için diyet veya başka bazı şeyler yapıyor musun?

¹ Hayır yapmıyorum, kilom iyi ² Hayır yapmıyorum, ama biraz kilo vermeliyim
³ Hayır yapmıyorum, çünkü kilo almam gerek ⁴ Evet

Soru 7. Vücudun ile ilgili düşünceni belirtir misin?

¹ Çok zayıfım ² Biraz zayıfım ³ Uygun kilodayım ⁴ Biraz kiloluyum ⁵ Çok fazla kiloluyum

Soru 8. Kıyafetlerin olmaksızın kilon ne kadar? kiloyum Kilomu bilmiyorum

Soru 9. Ayakkabıların olmaksızın boyun ne kadar?.....cm boyundayım Boyumu bilmiyorum

Soru 10. Dış görünüşünü nasıl algılıyorsun? Sana uyan seçeneği işaretler misin?

- Çok iyi görünüyorum
 Yeterince iyi görünüyorum
 İyi görünüyor sayılırım
 Pek iyi görünmüyorum
 Hiç iyi görünmüyorum

Soru 11. Son 12 ay süresince kilonu kontrol altına almak için diyet, yeme alışkanlığında değişiklik veya başka şeyler yaptın mı?

- | |
|--|
| <input type="checkbox"/> Hayır |
| <input type="checkbox"/> Evet birkaç gün |
| <input type="checkbox"/> Evet bir hafta |
| <input type="checkbox"/> Evet bir aydan az ama bir haftadan daha fazla |
| <input type="checkbox"/> Evet bir ay |
| <input type="checkbox"/> Evet 6 aydan daha az ama bir aydan daha çok |
| <input type="checkbox"/> Evet 6 ay veya daha fazla |

Soru 12. Dişlerini hangi sıklıkta fırçalarsın?

- Günde birden fazla Günde bir kez Haftada bir Haftada birden az
 Hiçbir zaman

Bu bölümdeki **13. Soru fiziksel aktivite** ile ilgili sorusudur. Fiziksel aktivite (egzersiz) olarak sorduğumuz şey, bir süre kalp atışlarını/nabızını hızlandıran, seni nefes nefese bırakan aktivitelerdir. Bunlar spor aktiviteleri, okul aktiviteleri, arkadaşlarıyla oynadığın oyunlar veya yürüme/koşma olabilir. Fiziksel aktiviteye örnek olarak, koşma, bisiklete binme, dans etme, yüzmeye, basketbol, futbol, voleybol vs verilebilir.

Soru 13. (Okulda ve okul dışında) Genellikle bir **haftada kaç gün**, günde en az bir saat (60 dk) **herhangi bir fiziksel aktivite** (terleyerek ve nefes nefese kalarak) yaparsın?

- 0gün 1 gün 2 gün 3 gün 4 gün 5 gün 6 gün 7 gün

Soru 14. Bir günde yaklaşık kaç saat televizyon (video dahil) seyredersin? (Aşağıdaki kutuya hafta içi ve hafta sonu için televizyon izleme süreni işaretler misin?)

Hafta içi	Hafta sonu
<input type="checkbox"/> Hiç seyretmem	<input type="checkbox"/> Hiç seyretmem
<input type="checkbox"/> Günde yarım saat	<input type="checkbox"/> Günde yarım saat
<input type="checkbox"/> Günde 1 saat	<input type="checkbox"/> Günde 1 saat
<input type="checkbox"/> Günde 2 saat	<input type="checkbox"/> Günde 2 saat
<input type="checkbox"/> Günde 3 saat	<input type="checkbox"/> Günde 3 saat
<input type="checkbox"/> Günde 4 saat	<input type="checkbox"/> Günde 4 saat
<input type="checkbox"/> Günde 5 saat	<input type="checkbox"/> Günde 5 saat
<input type="checkbox"/> Günde 6 saat	<input type="checkbox"/> Günde 6 saat
<input type="checkbox"/> Günde 7 saat ve üzeri	<input type="checkbox"/> Günde 7 saat ve üzeri

Soru 15. Bir günde okul saatleri dışında okul ödevlerine kaç saat ayırıyorsun? (Aşağıdaki kutuya hafta içi ve hafta sonu için okul ödevlerine ayırdığın süreyi işaretler misin?)

Hafta içi	Hafta sonu
<input type="checkbox"/> Okul saatleri dışında hiç çalışmam	<input type="checkbox"/> Okul saatleri dışında hiç çalışmam
<input type="checkbox"/> Günde yarım saat	<input type="checkbox"/> Günde yarım saat
<input type="checkbox"/> Günde 1 saat	<input type="checkbox"/> Günde 1 saat
<input type="checkbox"/> Günde 2 saat	<input type="checkbox"/> Günde 2 saat
<input type="checkbox"/> Günde 3 saat	<input type="checkbox"/> Günde 3 saat
<input type="checkbox"/> Günde 4 saat	<input type="checkbox"/> Günde 4 saat
<input type="checkbox"/> Günde 5 saat	<input type="checkbox"/> Günde 5 saat
<input type="checkbox"/> Günde 6 saat	<input type="checkbox"/> Günde 6 saat
<input type="checkbox"/> Günde 7 saat ve üzeri	<input type="checkbox"/> Günde 7 saat ve üzeri

Soru 16. Bir günde yaklaşık kaç saat bilgisayar, tablet, akıllı telefon veya diğer elektronik aletleri ödev, e-mail, tweet, facebook, sohbet, internette sörf veya oyun oynamak için kullanırsın?

Hafta içi	Hafta sonu
<input type="checkbox"/> Hiç oynamam	<input type="checkbox"/> Hiç oynamam
<input type="checkbox"/> Günde yarım saat	<input type="checkbox"/> Günde yarım saat
<input type="checkbox"/> Günde 1 saat	<input type="checkbox"/> Günde 1 saat
<input type="checkbox"/> Günde 2 saat	<input type="checkbox"/> Günde 2 saat
<input type="checkbox"/> Günde 3 saat	<input type="checkbox"/> Günde 3 saat
<input type="checkbox"/> Günde 4 saat	<input type="checkbox"/> Günde 4 saat
<input type="checkbox"/> Günde 5 saat	<input type="checkbox"/> Günde 5 saat
<input type="checkbox"/> Günde 6 saat	<input type="checkbox"/> Günde 6 saat
<input type="checkbox"/> Günde 7 saat ve üzeri	<input type="checkbox"/> Günde 7 saat ve üzeri

Soru 17. Hayatında hiç zararlı madde kullanım alışkanlığın oldu mu?

Hiç olmadı Evet 1 kez Evet 2-3 kez Evet 4-10 kez Evet, 10 kereden fazla

Soru 18. Cevabın evet ise, bu zararlı maddenin ne olduğunu yazar mısın?.....

Soru 19. Son bir yılda (**geçen 12 ay süresince**) bir hemşire veya doktor tarafından tedavi gerektirecek şiddette yaralandın mı?

<input type="checkbox"/> 0 Son bir yılda hiç yaralanmadım	(Hiç yaralanmadıysanız) Soru 24'e geçiniz.
<input type="checkbox"/> 1 1 kez yaralandım	(En az 1 kez yaralandıysanız) Soru 20'ye geçiniz.
<input type="checkbox"/> 2 2 kez yaralandım	
<input type="checkbox"/> 3 3 kez yaralandım	
<input type="checkbox"/> 4 4 ve daha çok kez yaralandım	

Soru 20. Bu yaralanma nerede oldu?

- 1 Evde
- 2 Okul-okul çevresi
- 3 Spor tesisi veya alanı
- 4 Cadde/yol/parkta
- 5 Alışveriş-ticari alanlarda (restoran, alışveriş merkezi, sinema gibi)
- 6 Kırsal alanlar (göl, plaj, orman, park vs.)
- 7 Diğer, belirtiniz

Soru 21. Yaralandığında ne yapıyordun?

- 1 Bisiklet – motosiklet kullanıyordum
- 2 Spor eğlence veya oyun aktivite, adı (örneğin futbol, jimnastik gibi)
- 3 Kayak – paten yapıyordum
- 4 Yürüyüş – koşu yapıyordum
- 5 Araba ya da diğer motorlu araçları kullanıyordum
- 6 Kavga ediyordum
- 7 Ücretli veya ücretsiz işte çalışıyordum
- 8 Diğer, belirtiniz

Soru 22. Yaralandığında nerede tedavi edildin? (birden fazla seçenek işaretlenebilir)

	Evete
Aile hekimi /Sağlık ocağı	<input type="checkbox"/> 1
Hastane	<input type="checkbox"/> 2
Okul reviri	<input type="checkbox"/> 3
Ozel doktor	<input type="checkbox"/> 4

Soru 23. Bu yaralanma nedeniyle en az bir tam gün okul veya diğer genel aktivitelerden (spor veya ders) kaybın oldu mu?

- 1 Evet, kaybım oldu
Kaç gün kaybım olduğunu belirtir misin?
..... gün okula gidemedim veya aktivitelerimi yapamadım
- 2 Hayır kaybım olmadı, okula ve aktivitelerime devam edebildim.

Soru 24. Son bir yılda (geçen 12 ay süresince) hiç dövüş, kavga gibi bir şey yaşadın mı?

<input type="checkbox"/> Son 12 ayda hiç kavga/dövüş etmedim. →	(Hiç kavga/dövüş etmediyseniz) Soru 26'ya geçiniz.
<input type="checkbox"/> 1 kez <input type="checkbox"/> 2 kez <input type="checkbox"/> 3 kez <input type="checkbox"/> 4 ve daha çok	(En az 1 kez kavga/dövüş ettiyseniz) Soru 25'e geçiniz.

Soru 25. Son zamanlardaki fiziksel dövüş-kavgan kiminle oldu?

- Yabancılarla
 Anne-baba veya diğer yetişkin aile üyeleriyle
 Kardeşlerle
 Yakın Kız arkadaş (sevgili veya kanka) / yakın erkek arkadaş (sevgili veya kanka)
 Bir arkadaş veya bildiğim biri
 Yukarıdaki listede olmayan biri

Bu bölümdeki 26 ve 27. sorular Zorbalık ile ilgili sorulardır. **Zorbalık**, uzun süreli ve düzenli olarak, olaylar sırasında kendini savunamayan bir kişiye karşı, bir başka kişi veya kişilerce **sözel, fiziksel veya psikolojik şiddet** uygulanması demektir.

Soru 26. Bu yıl okulda arkadaşlarının zorbalığına maruz kaldın mı?

- Hayır 1-2 kez Ayda 2-3 kez Haftada bir Haftada defalarca

Soru 27. Son aylarda zorbalık yaptın mı?

- Hayır 1-2 kez Ayda 2-3 kez Haftada bir Haftada defalarca

Soru 28. Haftada kaç gün, okuldan sonra boş zamanlarında arkadaşlarıyla zaman geçirirsin?

- 0 gün 1 gün 2 gün 3 gün 4 gün 5 gün 6 gün
 7 gün

Soru 29. Haftada kaç akşam arkadaşlarıyla dışarıda zaman geçirirsin?

- 0 akşam 1 akşam 2 akşam 3 akşam 4 akşam 5 akşam 6 akşam
 7 akşam

Soru 30. Ne sıklıkla arkadaşlarıyla telefonda konuşur veya ceple mesaj veya e-mail gönderirsin?

- Nadiren veya hiç Haftada 1 veya 2 gün Haftada 3 veya 4 gün Haftada 5 veya 6 gün Her gün

Soru 31. Sosyal medya üzerinden arkadaşlarla ne sıklıkla takılırsın?

- Nadiren veya hiç 1-2 gün 3-4 gün 5-6 gün Hergün

Soru 32. Düzenli olarak spor aktivitelerine katılıyor musun (*kursa gitmek, spor salonuna gitmek, okul takımında, sınıf takımında ya da kulüpte oynamak gibi*)?

¹Evet, Bu spor faaliyetlerinin neler olduğunu belirtir misin?

.....

²Hayır

Soru 33. Düzenli olarak müzik grupları, tiyatro grupları, satranç kulübü gibi spor dışı faaliyetlere katılıyor musun?

¹Evet, bu faaliyetlerin ne olduğunu belirtir misin?

.....

²Hayır

Soru 34. Son 6 ayda aşağıda belirtilen sağlık sorunlarını yaşadın mı?

Her sağlık sorunu için, *Bu sorunu yaşamadıysan veya nadiren oldu ise “nadiren veya hiç olmadı” *Daha fazla yaşadıysan hangi sıklıkta yaşadığını belirten seçeneği işaretler misin? (her biri için bir kutu işaretleyiniz)

	Yaklaşık her gün	Haftada bir günden daha çok	Yaklaşık her hafta	Yaklaşık her ay	Nadiren veya hiç olmadı
Baş ağrısı	¹ <input type="checkbox"/>	² <input type="checkbox"/>	³ <input type="checkbox"/>	⁴ <input type="checkbox"/>	⁵ <input type="checkbox"/>
Mide ağrısı	¹ <input type="checkbox"/>	² <input type="checkbox"/>	³ <input type="checkbox"/>	⁴ <input type="checkbox"/>	⁵ <input type="checkbox"/>
Sırt ağrısı	¹ <input type="checkbox"/>	² <input type="checkbox"/>	³ <input type="checkbox"/>	⁴ <input type="checkbox"/>	⁵ <input type="checkbox"/>
Uzgun/çökkün hissetme	¹ <input type="checkbox"/>	² <input type="checkbox"/>	³ <input type="checkbox"/>	⁴ <input type="checkbox"/>	⁵ <input type="checkbox"/>
Huzursuz hissetme	¹ <input type="checkbox"/>	² <input type="checkbox"/>	³ <input type="checkbox"/>	⁴ <input type="checkbox"/>	⁵ <input type="checkbox"/>
Sinirli hissetme	¹ <input type="checkbox"/>	² <input type="checkbox"/>	³ <input type="checkbox"/>	⁴ <input type="checkbox"/>	⁵ <input type="checkbox"/>
Uykuya dalmada zorluk çekme	¹ <input type="checkbox"/>	² <input type="checkbox"/>	³ <input type="checkbox"/>	⁴ <input type="checkbox"/>	⁵ <input type="checkbox"/>
Baş dönmesi	¹ <input type="checkbox"/>	² <input type="checkbox"/>	³ <input type="checkbox"/>	⁴ <input type="checkbox"/>	⁵ <input type="checkbox"/>
Diğer (yazınız)	¹ <input type="checkbox"/>	² <input type="checkbox"/>	³ <input type="checkbox"/>	⁴ <input type="checkbox"/>	⁵ <input type="checkbox"/>
.....					
.....					

Soru 35.Önemli ve geçmeyen bir sağlık sorunun/hastalığın ya da bir engellilik durumun var mı? Var ise ne olduğunu yazar mısın?.....

Soru 36. Sağlığını nasıl değerlendirirsin?

¹Mükemmel ²İyi ³Orta ⁴Kötü ⁵Çok

Kötü

Soru 37. Geçen yıla göre bu yıl sağlığını nasıl değerlendirirsin?

¹Çok daha iyi ²Daha İyi ³Aynı/değişiklik yok ⁴Daha Kötü

⁵Çok daha Kötü

Soru 38. Yaşamınızın kalitesinden ne kadar memnunsun? (10 üzerinden not verebilir misin)?
10En iyi 99 88 77 66 55 44 33 22 11 0En kötü

Soru 39. Sınıf arkadaşlarıyla karşılaştığında kendi okul başarın hakkında ne düşünüyorsun?

1Çok iyi 2İyi 3 Ortalama 4Ortalamamın altında

Soru 40. Okul seni zorluyor mu?

1Pek değil 2Birazcık 3Epeyce 4Çok fazla

Soru 41. Şu anda okulun hakkında ne düşünüyorsun?

1Okulumu hiç sevmiyorum
2Okulumu çok az seviyorum
3Okulumu seviyorum
4Okulumu çok seviyorum

Soru 42. Sınıfınızdaki öğrenciler arasındaki arkadaşlık ortamını nasıl değerlendirirsin?

1Mükemmel
2Çok iyi
3İdare eder
4Yetersiz
5Çok yetersiz

Soru 43. 'Okulumdaki ve/veya sınıftaki öğrenciler beni olduğum gibi kabullenir' ifadesine ne kadar katılıyorsun?

1Çok katılıyorum 2Katılıyorum 3Ne katılıyorum ne katılmıyorum 4Katılmıyorum
5Hiç katılmıyorum

Soru 44. Baban kaç yaşındadır?

Soru 45. Babanın eğitim durumunu belirtir misin?

1Okuryazar değil 2Okuryazar ancak hiç okula gitmemiş 3İlkokul
4Ortaokul 5Lise 6Yüksekokul/Üniversite

Soru 46. Baban çalışıyor mu?

<input type="checkbox"/> ¹ Evet, çalışıyor	<input type="checkbox"/> ² Hayır, çalışmıyor
<p style="text-align: center;">↓</p> Düzenli bir işi var mı? <input type="checkbox"/> ¹ Var <input type="checkbox"/> ² İş buldukça çalışıyor	<p style="text-align: center;">↓</p> Çalışmama nedeni nedir? (<i>birden çok seçenek işaretlenebilir</i>) <input type="checkbox"/> ¹ İş bulamıyor <input type="checkbox"/> ² Çalışmaya ihtiyacı yok <input type="checkbox"/> ³ Önemli bir sağlık sorunu var <input type="checkbox"/> ⁴ Bilmiyorum
<p style="text-align: center;">↓</p> <input type="checkbox"/> ² Ne iş yapıyor? (Lütfen yazar mısın?) ----- -----	

Soru 47. Annen kaç yaşındadır?

Soru 48. Annenin eğitim durumunu belirtir misin?

- ¹ Okuryazar değil ² Okuryazar ancak hiç okula gitmemiş ³ İlkokul
⁴ Ortaokul ⁵ Lise ⁶ Yüksekokul/Üniversite

Soru 49. Annen çalışıyor mu?

<input type="checkbox"/> ¹ Evet, çalışıyor	<input type="checkbox"/> ² Hayır, çalışmıyor
<p style="text-align: center;">↓</p> Düzenli bir işi var mı? <input type="checkbox"/> ¹ Var <input type="checkbox"/> ² İş buldukça çalışıyor	<p style="text-align: center;">↓</p> Çalışmama nedeni nedir? (<i>birden çok seçenek işaretlenebilir</i>) <input type="checkbox"/> ¹ İş bulamıyor <input type="checkbox"/> ² Ev hanımı <input type="checkbox"/> ³ Önemli bir sağlık sorunu var <input type="checkbox"/> ⁴ Bilmiyorum
<p style="text-align: center;">↓</p> <input type="checkbox"/> ² Ne iş yapıyor? (Lütfen yazar mısın?) ----- -----	

Soru 50. Evinizde kimlerle yaşıyorsunuz? (Evinizde birlikte yaşadığınız kişiler için “var” sütununu, evinizde yaşamayan kişiler için “yok” şıklarını işaretler misiniz?)

	Var	Yok
Annem	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²
Babam	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²
Kardeşim/kardeşlerim	<input type="checkbox"/> ¹ kardeş sayısı:.....	<input type="checkbox"/> ²
Ninem	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²
Dedem	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²
Diğer, belirtiniz	

Soru 51. Baban ile konuşma ve iletişim kurabilme durumun nasıl?

- ¹ Çok kolay ² Kolay ³ Zor ⁴ Çok zor ⁵ Yok/görmüyorum

Soru 52. Annen ile konuşma ve iletişim kurabilme durumun nasıl?

- ¹ Çok kolay ² Kolay ³ Zor ⁴ Çok zor ⁵ Yok/görmüyorum

Soru 53. Eviniz hangi mahallede belirtir misin?

.....

Soru 54. Yaşadığınız çevre hakkındaki düşünceleriniz nelerdir?

- Benim için çok uygun, burada yaşamak hoşuma gidiyor.
 Benim için hiç uygun değil, elimde olsa buradan taşınmak isterdim.
 Kararsızım

Soru 55. Yaşadığınız çevreyi ne kadar güvenli buluyorsun?

- Çok güvenli Güvenli sayılır İdare eder Güvensiz Çok güvensiz

Soru 56. Tatile ne sıklıkta gidersiniz?

- Pek değil Bir kere İki kere İki kereden fazla

Soru 57. Ailenizin maddi durumunu nasıl değerlendirirsin?

- Çok iyi İyi Orta Kötü Çok kötü

Soru 58. Ailenizin sağlık güvencesi nedir?

- SGK (sigortalı)
 Yeşil kart
 Sağlık güvencemiz yok
 Bilmiyorum

Soru 59. (Yalnız kızlar yanıtlayacak) regl kanaması (mens, adet, aybaşı) görmeye başladın mı?

- Hayır henüz regl kanamam (adetim) başlamadı
 Evet regl kanamam (adetim) olduyaşında başladı

Ölçüm sonuçları

Bu bölüm size yardımcı olan araştırmacılar tarafından doldurulacaktır

Boy:..... cm

Kilo: Kg

Toplantı Tarihi: 12.01.2016

Toplantı Sayısı: 01 Karar Sayısı:14

ENSTİTÜ YÖNETİM KURULU

ALINAN KARARLAR

Karar 1-Halk Sağlığı Anabilim Dalı Başkanlığı'nın, Yüksek Lisans Öğrencisi Tülay Şen Öztürk'ün, Tez Danışmanı ve Tez Konusu ile ilgili 09.12.2015 tarih 132 sayılı yazısı görüşülerek; Öğrencinin Tez Danışmanı olarak Prof. Dr. Erhan ESER'in atanmasına ve Etik Kurul Onayı alınması kaydı ile "İzmir Bayraklı Toplum Sağlığı Bölgesinde bulunan ilköğretim ikinci kademe öğrencilerinin tıbbi ve sosyal durumları ve bunları etkileyen değişkenler" olarak kabulüne OY BİRLİĞİ ile karar verildi.

ENSTİTÜ YÖNETİM KURULU

Prof. Dr. Ayşe AKTAŞ	Müdür	imza
Yrd. Doç. Dr. Süheyla RAHMAN	Müdür Yardımcısı	imza
Yrd. Doç. Dr. Şebnem ŞENOL	Müdür Yardımcısı	imza
Prof. Dr. Necip KUTLU	Üye	imza
Doç. Dr. Mehmet GÖRAL	Üye	imza
Doç. Dr. Sezgi ÇINAR PAKYÜZ	Üye	imza
Özcan GERÇEKER	Raportör	imza


1

Özcan GERÇEKER
Ens.Sek



Prof. Dr. A. AKTAŞ	Yrd. Doç. Dr. S. RAHMAN	Yrd. Doç. Dr. Ş. ŞENOL	Doç. Dr. M. GÖRAL	Prof. Dr. N. KUTLU	Doç. Dr. S. ÇINAR PAKYÜZ	Raportör Ö. GERÇEKER
Paraf	Paraf	Paraf	Para	Paraf	Paraf	Paraf

T.C.
Celal Bayar Üniversitesi
Tıp Fakültesi Yerel Etik Kurulu
Karar Formu

KARAR TARİH / NO	09/03/2016 / 20478486 - 88						
ARAŞTIRMANIN ADI	İzmir Bayraklı Toplum Sağlığı Merkezi Bölgesinde Bulunan İlköğretim İkinci Kademe Öğrencilerinin Tıbbi Ve Sosyal Durumları Ve Bunları Etkileyen Değişkenler						
SORUMLU ARAŞTIRMACI	Prof.Dr.Erhan ESER - Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD						
ARAŞTIRMA EKİBİ	Ebe Tülay Şen Öztürk						
ARAŞTIRMANIN NİTELİĞİ	UZMANLIK TEZİ <input type="checkbox"/>		YÜKSEK LİSANS--DOKTORA TEZİ <input checked="" type="checkbox"/>		AKADEMİK AMAÇLI <input type="checkbox"/>		
DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	02 / 02 / 2016 / Tarih ve 32 sayılı; araştırma dosyası						
KARAR BİLGİLERİ	Araştırma dosyası incelenmiş, bilimsel ve etik açıdan UYGUN olduğuna oy birliği ile karar verilmiştir						
Ünvanı/Adı/Soyadı		Araştırma İle İlgili Olan Üye	Toplantıya Katılmayan Üye	Ünvanı/Adı/Soyadı		Araştırma İle İlgili Olan Üye	Toplantıya Katılmayan Üye
Prof. Dr. Cengiz KIRMAZ Alerji İmmünoloji BD	—	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Prof. Dr. Necip KUTLU Fizyoloji AD	—	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prof. Dr. Pelin ERTAN Çocuk Sağlığı Hastalıkları AD	—	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Prof. Dr. Ece ONUR Tıbbi Biyokimya AD	—	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prof. Dr. Artuner DEVECİ Psikiyatri AD	—	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Prof. Dr. Canan TIKIZ F. T. R Algoloji AD	—	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Doç. Dr. Peyker TEMİZ Patoloji AD	—	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Prof. Dr. Gönül Tezcan KELEŞ Anestezi ve Reanimasyon AD	—	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Doç. Dr. Murat TAŞ BESYO	—	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Prof. Dr. F. Sırrı ÇAM Tıbbi Genetik AD	—	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Yrd. Doç. Dr. Selim ALTAN Tıbbi Etik AD	—	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Doç. Dr. Beyhan Cengiz ÖZYURT Halk Sağlığı AD	—	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Yrd. Doç. Dr. Dilek ÇEÇEN Cerrahi Hemşireliği AD	—	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Doç. Dr. Kamil VURAL Farmakoloji	—	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Yrd. Doç. Dr. Ayşen TÜREDİ YILDIRIM Çocuk Hematolojisi	—	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Yrd. Doç. Dr. Tarık ULUÇAY Adil Tıp AD	—	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mukadder YILMAZER Avukat	—	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sivil Üye	—	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Etik Kurulumuzun kararı yukarıda belirtilmiştir. Araştırma Başvuru Formunun Taahhütname – Bölüm E kısmında belirtilmiş olan hususların dikkate alınarak istenilen bilgilerin Etik Kurulumuza zamanında iletilmesi konusunda bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.							
ASLI GİBİDİR							
				Doç. Dr. Peyker TEMİZ Başkan			
				12 Haziran 2016			



T.C.
BAYRAKLI KAYMAKAMLIĞI
İlçe Milli Eğitim Müdürlüğü

Sayı : 29903992-200-E1406178
Konu: Tülay ŞEN ÖZTÜRK
Tez Çalışması

08.02.2016

DAĞITIM YERLERİNE

İlgi : Bayraklı Kaymakamlığı Toplum Sağlığı Merkezinin 04.02.2016 tarih ve 65 sayılı yazısı.

Toplum Sağlığı Merkezi personeli 11087377138 T.C. nolu Ebe Tülay ŞEN ÖZTÜRK'ün (E81225) Celal Bayar Halk Sağlığı Anabilim Dalı/Sağlık Bilimleri Enstitüsü/Halk Sağlığı Yüksek Lisans (Tezli) bölümünde öğrenim gördüğü ve ekli listede bilgileri yer alan okullarımızda anket çalışması yapacağı ilgi yazı ile bildirilmiştir.

Bilgilerinizi ve gerekli kolaylığın sağlanmasını rica ederim.

Ferda SARIYER
Müdür a.
Şube Müdürü

EK:

- 1- Okul isim Listesi (1 Adet)
- 2- Öğrenci Belgesi (1 Adet)
- 2- Karar (1 Adet)

DAĞITIM : 80. Yıl Meaş Ortaokulu - Çankıran Ortaokulu - Evrenpaşa Ortaokulu
Kaymakam Özgür Azer Kurak O.O - Mualla Muzaffer Yersel Ortaokul
Mustafa Uygur Ortaokulu - Mustafa Çukur Ortaokulu
Nedret İlhan Keten Ortaokulu - Osman Çınar Ortaokulu
Piri Reis İmam Hatip Ortaokulu - Sabiha Ahmet Tabak Ortaokulu
Şehit Fehmi Bey Ortaokulu - Şehit Yüzbaşı Ali Rıza Sadak O.O
Talatpaşa Ortaokulu - Vali Namık Kemal Şentürk O.O

Temel Eğitim Bölümü
275/1 Sk. No:12 Bayraklı / İZMİR
E-posta : bayrakli35@meb.gov.tr
İnt.adresi :http://bayrakli.meb.gov.tr

Ayrıntılı Bilgi İçin : M. SÜTCÜ (V.İ.R.İ)
Telefon : 348 79 05 - 347 03 83-133
Faks : 348 42 97

T.C.
MANİSA CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Yüksek Lisans/Doktora Tez Çalışması Orijinallik Raporu
Halk Sağlığı Ana Bilim Dalı Başkanlığı'na

Tez Adı : İZMİR BAYRAKLI TOPLUM SAĞLIĞI MERKEZİ BÖLGESİNDE BULUNAN İLKÖĞRETİM İKİNCİ KADEME ÖĞRENCİLERİNİN TIBBİ VE SOSYAL DURUMLARI VE BUNLARI ETKİLEYEN DEĞİŞKENLER

Tezime ilişkin...7.../...6.../2018..... tarihinde yapılan Turnitin adlı intihal tespit programından aşağıda belirtilen filtrelemeler uygulanarak alınmış olan orijinallik raporuna göre, tezimin benzerlik oranı % ...13.....'tür.

Belirtilen azami benzerlik oranlarına göre tez çalışmamın herhangi bir intihal içermediğini; aksinin tespit edileceği muhtemel durumda doğabilecek her türlü hukuki sorumluluğu kabul ettiğimi ve yukarıda vermiş olduğum bilgilerin doğru olduğunu beyan ederim.

Adı Soyadı :Tülay Şen Öztürk
Öğrenci No : K11343004
Anabilim Dalı :Halk Sağlığı
Programı :Halk Sağlığı Tezli YL

Tarih ve İmza

12.06.2018



DANIŞMAN ONAYI
UYGUNDUR.
(Unvan, Ad Soyad, İmza)
Prof. Dr. Erhan E.
Dip. No:3856

Açıklamalar

- 1-Tez Çalışması Orijinallik Raporu (TÇOR), TURNITIN İntihal Tespit Programı kullanımı için kişisel hesap alma hakkı bulunan tez danışmanları, Enstitülerde görevlendirilen personeller, Kütüphane ve Dokümantasyon Daire Başkanlığı'nda görevlendirilen kütüphaneciler tarafından alınır.
- 2-Sayfa sayısı 400'den az olan tezler için tez savunmasından önce ve başarılı olması durumunda düzeltmelerden sonra olmak üzere 2 kez TÇOR alınır.(400 sayfadan fazla olan tezler 400 ve katları şeklinde bölünerek Turnitin veri tabanına yüklenmesi gerekmektedir. Bu gibi durumlarda benzerlik oranının hesaplanmasına ilişkin detaylı forma, kütüphane web sayfasında bulunan Turnitin kullanım kılavuzlarının altından erişilebilir.)
- 3-TÇOR, tezin yalnızca Kapak Sayfası, Giriş, Ana Bölümler ve Sonuç bölümlerinden oluşan kısmının tek bir dosya olarak intihal tespit programına yüklenmesi ile alınır.
Programa yükleme yapılırken Dosya Başlığı (document title) olarak tez başlığının tamamı, Yazar Adı (author's first name) olarak öğrencinin adı, Yazar Soyadı (author's last name) olarak öğrencinin soyadı bilgisi yazılır.
- 4- TURNITIN İntihal tespit programına yüklenen dosyanın süreçlenmesinde, ilgili programdaki filtreleme seçenekleri aşağıdaki şekilde ayarlanır: - Kaynakça hariç, - Alıntılar hariç, - 5 kelimeden daha az örtüşme içeren metin kısımları hariç (Limit match size to 5 words)
- 5-İsteğe bağlı ayarlar kısmından; "Ödevleri şuraya gönder?" seçeneği mutlaka DEPO YOK şeklinde işaretlenmesi gerekmektedir; aksi durumda aynı tezin ikinci kez yüklenmesi durumunda benzerlik %100 çıkacaktır ve depodan tezi silmek çok uzun süre gerektirecektir.
- 6- Raporlama işlemi tamamlandıktan sonra, kaydedilmiş olan ekranın görüntüsünü sağ üst köşesinde yüzdelik sayı olarak belirtilen "benzerlik oranı," raporlamaya tabi tutulmuş olan dosyanın "toplam sayfa sayısı" ve raporlama işleminin yapıldığı "tarih" bilgisi, "Yüksek Lisans/Doktora Tez Çalışması Orijinallik Raporu" formuna işlenir.
- 7- Benzerlik oranında tüm sorumluluk öğrenciye aittir.
- 8-Tez savunma sınavı sonrasında başarılı bulunan öğrenci, tez savunma sınavı tarihi sonrasında tezde yapılmış muhtemel değişiklikleri içeren dosya kullanılarak alınmış ikinci bir intihal raporundaki bilgiler kullanılarak hazırlanmış ve tez danışmanı tarafından onaylanarak imzalanmış ikinci bir "Yüksek Lisans/Doktora Tez Çalışması Orijinallik Raporu"nu Enstitüye teslim etmekle yükümlüdür.
- 9-Turnitin Hakkında Bilgiler: <http://kutuphane.cbu.edu.tr/turnitin.9370.tr.html>

ÖZGEÇMİŞ

Adı	Tülay	Soyadı	ŞEN ÖZTÜRK
Doğum Yeri	İZMİR	Doğum Tarihi	22.10.1989
Uyruğu	Türkiye Cumhuriyeti	Tel	05532755175
E-mail	tulayseenn@hotmail.com		

Eğitim Düzeyi

	Mezun Olduğu Kurumun Adı	Mezuniyet Yılı
Doktora/Uzmanlık	-	
Yüksek Lisans	Celal Bayar Üniversitesi	2018
Lisans	Ege Üniversitesi	2012
Lise	Namık Kemal Anadolu Lisesi	2006

İş Deneyimi

Görevi	Kurum	Süre (Yıl-Yıl)
Ebe	Özel Sağlık Hastanesi	2012-2012
İşyeri Hemşireliği	ESBAŞ-İZMİR	2012-2013
Ebe	Ege Üniversitesi Çocuk Hastanesi	2013-2014
Ebe	Afyonkarahisar Bayat İmrallı Sağlık Evi	2014-2015
Ebe	İzmir Bayraklı İlçe Sağlık Müdürlüğü	2015-.....

Yabancı Dilleri	Okuduğunu Anlama	Konuşma	Yazma
İngilizce	İyi	Orta	Orta

Yabancı Dil Sınav Notu								
YDS	ÜDS	IELTS	TOEFL IBT	TOEFL PBT	TOEFL CBT	FCE	CAE	Üniversite Sınavı
-	-	-	-	-	-	-	-	70

	Sayısal	Eşit Ağırlık	Sözel
ALES Puam	73,09	73,48	64,64

Bilgisayar Bilgisi

Program	Kullanım Becerisi
Microsoft Office Programları	Çok İyi
SPSS	İyi