

**T.C
ERCIYES ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**KIRŞEHİR İLİ ORTAÖĞRETİM ÖĞRENCİLERİNİN
GENEL SAĞLIK SORUNLARININ BELİRLENMESİ**

**Tezi Hazırlayan
Sibel KÜÇÜK**

**Tezi Yöneten
Yrd.Doç.Dr. Meral BAYAT**

**Hemşirelik Anabilim Dalı
Yüksek Lisans Tezi**

**Eylül 2005
KAYSERİ**

**T.C
ERCIYES ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**KIRŞEHİR İLİ ORTAÖĞRETİM ÖĞRENCİLERİNİN
GENEL SAĞLIK SORUNLARININ BELİRLENMESİ**

**Tezi Hazırlayan
Sibel KÜÇÜK**

**Tezi Yöneten
Yrd.Doç.Dr. Meral BAYAT**

**Hemşirelik Anabilim Dalı
Yüksek Lisans Tezi**

**Eylül 2005
KAYSERİ**

III

II

Yrd.Doç.Dr.Meral BAYAT danışmanlığında **Sibel KÜÇÜK** tarafından hazırlanan “**Kırşehir İli Ortaöğretim Öğrencilerinin Genel Sağlık Sorunlarının Belirlenmesi**” konulu çalışma jürimiz tarafından Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü **Hemşirelik Anabilim Dalında Yüksek Lisans** tezi olarak kabul edilmiştir.

12.09/2005

(Tez savunma sınav tarihi yazılacak)

JÜRİ :

İmza

Üye : Prof. Dr. Osman Günay

Üye : Prof .Dr. Ümit Seviğ

Üye : Yrd. Doç. Dr. Meral Bayat

[Handwritten signatures in blue ink]

ONAY

Bu tezin kabulü Enstitü Yönetim Kurulunun 07.10.2005 tarih ve 340... sayılı kararı ile onaylanmıştır.

07.10.2005

[Handwritten signature]
Enstitü Müdürü
Prof. Dr. Meral ASCIOĞLU



TEŞEKKÜR

Bu çalıőmanın planlanması ve yűrűtűlmesinde emeęi geçen Yrd. Doç. Dr. Meral BAYAT'a, çalıőma sűresince destek veren Prof. Dr. Ŭmit SEVİĐ'e, istatistik çalıőmalarda yardımlarını esirgemeyen Prof. Dr. Osman GŬNAY ve Ahmet ŐZTŬRK'e, Genel Saęlık Anketi 12 konusunda bilgi ve deneyimlerini paylaőan Prof. Dr. Cengiz KILIÇ'a, tűm çalıőma sűresince moral desteklerini eksik etmeyen mesai arkadaőlarıma ve her an yanımda olan aileme sonsuz teőekkűrlerimi sunuyorum.

KIRŞEHİR İLİ ORTAÖĞRETİM ÖĞRENCİLERİNİN GENEL SAĞLIK SORUNLARININ BELİRLENMESİ

ÖZET

Bu çalışma Kırşehir il merkezinde ortaöğretim kurumlarına devam eden öğrencilerin genel sağlık sorunlarının belirlenmesi amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

Araştırmanın örneklemini Kırşehir belediye sınırları içerisindeki 13 ortaöğretim kurumunda öğrenim gören 7065 öğrenci içinden rastgele örnekleme yöntemiyle seçilen 946 öğrenci oluşturmuştur. 15 Ekim 2004-15 Ocak 2005 tarihleri arasında araştırmacı tarafından hazırlanan anket formu ve GSA-12 formu ile veriler toplanmıştır. İstatistiksel değerlendirme için yüzdellik, ortalama, dört gözlü ki-kare, fisher kesin ki-kare, cronbach alpha testleri ve logistic regresyon analizi kullanılmıştır.

Araştırmaya katılan öğrencilerin %51.1'inin erkek olduğu; %8.1'inin sigara, %3.4'ünün alkol ve %0.7'sinin madde kullandığı; yaşça büyük, erkek, aile ilişkisi kötü, okul başarısı düşük olanlarda sigara ve alkol kullanımının daha fazla olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$). Öğrencilerin %18.5'inin intihar düşüncesi bulunduğu; kızlarda, aile ilişkisi ve okul başarısı kötü olanlarda intihar düşüncesinin daha yüksek oranda olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$). Öğrencilerin %9.3'ünün cinsel deneyim yaşadığı, %54.4'ünün cinsel bilgi kaynağının arkadaşı olduğu; %23.2'sinin cinsel yolla bulaşan hastalıkları, %54.4'ünün gebeliği önleyici yöntemleri bilmediği tespit edilmiştir. Öğrencilerin %4.1'inin kronik hastalığı olduğu, %87.1'inin son bir yıl içerisinde sağlık problemi yaşadığı, en sık yaşadıkları sağlık probleminin baş ağrısı (%52.6) olduğu; %29.9'unun diş sağlığı ile ilgili sorunu bulunduğu; kız öğrencilerin %64.1'inin adet dönemleriyle ilgili sorunları olduğu tespit edilmiştir. Öğrencilerin %60.2'sinin 2 ve üzerinde GSA-12 puanı aldığı ve ruhsal yönden risk taşıdığı; yaşça büyük, kız, aile ve arkadaş ilişkileri kötü, okul başarısı düşük, intihar düşüncesi, sevgili/flörtü olan, evlerinde sürekli bakım/tedavi gerektiren birey bulunan, sigara ve alkol kullanan öğrencilerin GSA-12 puanının daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0.05$).

Okullarda sağlık birimleri kurularak bu birimlerde profesyonel sağlık çalışanlarının görevlendirilmesi önerilebilir.

Anahtar Kelimeler : Adölesan, Adölesan Sağlık Sorunları, Okul Sağlığı

DETERMINATION GENERAL HEALTH PROBLEMS OF HIGH SCHOOL STUDENTS IN KIRŞEHİR

ABSTRACT

This study has been done to determine general health problems of high school students in Kırşehir, as descriptive.

946 students who were chosen by randomized sample methods between 7065 students studying at 13 high education institutions in Kırşehir municipality boundaries were constituted to the sample. Data was collected between 15 October 2004 and 15 January 2005 with a questionnaire prepared by the researcher and GHQ-12 form. Percentage, mean, chi-square with four cells, fisher chi-square, cronbach alpha tests and regression evaluation were used for statistical analysis.

It is determined that 51.1 % of the students was boys, 8.1 % of them smoked, 3.4 % of them drank alcohol, 0.7 % of them used substance; smoking and drinking alcohol was high for the students who was is older, boy, have got bad relationship with their family and low academic success ($p<0.05$). It is determined 18.5 % of them thought suicide, this thought increased with being girl, having bad family relationship and low academic success ($p<0.05$). It is found 9.3 % of them had sexual experience; their information source about sexuality was their friend for 54.4 % of them; 23.2 % of them did not know sexual transmitted diseases, 54.4 % of them did not know methods protect from pregnant. It is determined 4.1 % of them had chronic disease, 87.1 % of them lived a health problem within one year, this problem was headache mostly (52.6 %); 29.9 % of them had got a problem with teeth, 64.1 % of them had got problem about menstruate. 60.2 % of the students took 2 points and up from GHQ-12 also they had risk about psychology; GHQ-12 score was high for the students who older, girls, have bad friendship, low academic success, think suicide, have got boy / girlfriend, live with a member needs continuous care, smoke and drink alcohol; it is found the difference between them was important statistically ($p<0.05$). It is advised to organize health units at schools and give duties to health professionals at these units.

Key words: Adolescent, Adolescent Health Problems, School Health.

İÇİNDEKİLER

	<u>Sayfa No</u>
İÇ KAPAK	I
KABUL VE ONAY SAYFASI	II
TEŞEKKÜR	III
ÖZET	IV
ABSTRACT	V
İÇİNDEKİLER	VI
TABLO LİSTESİ	VIII
ŞEKİL LİSTESİ	X
KISALTMALAR	XI
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER	5
2.1. ADÖLESAN DÖNEMİ	5
2.2. ADÖLESAN DÖNEMİ SAĞLIK SORUNLARI	7
2.2.1. Adölesanlarda Mortalite Nedenleri	8
2.2.2. Adölesanların Beslenme Sorunları	9
2.2.3. Adölesanların Kötü Alışkanlık Sorunları	12
2.2.4. Adölesanların Ruhsal Sağlık Sorunları.....	14
2.2.5. Adölesanların Cinsel Davranış ve Üreme Sağlığı Sorunları	17
2.3. OKUL SAĞLIĞI.....	20
2.3.1. Okul Sağlığı Hizmetlerinde Hemşirenin Rolü.....	20
3. GEREÇ VE YÖNTEM	22
3.1. ARAŞTIRMANIN TÜRÜ	22
3.2. ARAŞTIRMANIN YAPILDIĞI YER VE ÖZELLİKLERİ	22
3.3. ARAŞTIRMANIN EVRENİ.....	23
3.4. ARAŞTIRMANIN ÖRNEKLEMİ.....	23
3.4.1. Araştırmada Kullanılan Denek Cinsi, Sayısı ve Dağılımı	25

	<u>Sayfa No</u>
3.5. VERİLERİN TOPLANMASI VE DEĞERLENDİRİLMESİ.....	25
3.5.1. Veri Toplama Aracı.....	25
3.5.1.1. Anket Formu.....	25
3.5.1.2. Genel Sağlık Anketi 12	25
3.5.2. Ön Uygulama.....	26
3.5.3. Verilerin Toplanması.....	27
3.5.4. Verilerin Değerlendirilmesi.....	27
4. BULGULAR	28
5. TARTIŞMA VE SONUÇ	57
6. KAYNAKLAR	70
EKLER	
ÖZGEÇMİŞ	

TABLO LİSTESİ

	<u>Sayfa no</u>
Tablo 4.1. Öğrencilerin tanıtıcı özelliklerine göre dağılımı.....	28
Tablo 4.2. Öğrencilerin anne- babalarının tanıtıcı özelliklerine göre dağılımı	30
Tablo 4.3. Öğrencilerin aile ve arkadaş ilişkilerini değerlendirme durumlarına göre dağılımı	31
Tablo 4.4. Öğrencilerin okul başarılarını değerlendirme durumlarına göre dağılımı	32
Tablo 4.5. Öğrencilerin tanıtıcı özelliklerine göre intihar düşüncelerinin dağılımı	32
Tablo 4.6. Öğrencilerin sigara, alkol, madde kullanım alışkanlıkları ve kullanım sürelerine göre dağılımı.....	34
Tablo 4.7. Öğrencilerin yaş, cinsiyet, aile ilişkisi, arkadaş ilişkisi, okul başarılarına göre sigara kullanım alışkanlıkları.....	35
Tablo 4.8. Öğrencilerin yaş, cinsiyet, aile ilişkisi, arkadaş ilişkisi, okul başarılarına göre alkol kullanım alışkanlıkları	36
Tablo 4.9. Öğrencilerin aldıkları günlük öğün sayısına göre dağılımı.....	37
Tablo 4.10. Öğrencilerin el yıkama zamanlarına göre dağılımı.....	37
Tablo 4.11. Öğrencilerin düzenli olarak diş fırçalama alışkanlıkları, günlük diş fırçalama sıklığı, diş sağlığı ile ilgili problem yaşama durumları ve yaşadıkları problemlere göre dağılımı.....	38
Tablo 4.12. Öğrencilerin cinsellikle ilgili özellikleri	39
Tablo 4.13. Öğrencilerin okulda sağlık eğitimi alma durumları, almak istedikleri sağlık eğitimi konuları ve okullarında sağlık hizmeti vermek üzere bulunmasını istedikleri sağlık personeline göre dağılımı	41
Tablo 4.14. Öğrencilerin evlerinde sürekli bakım/ tedavi gerektiren birey bulunma durumuna göre dağılımı.....	42
Tablo 4.15. Öğrencilerin evde sürekli bakım/ tedavi gerektiren anne, baba ve diğer bireylerin hastalıklarına göre dağılımı	42
Tablo 4.16. Öğrencilerin evde sürekli bakım/ tedavi gerektiren kardeş hastalıklarına göre dağılımı.....	43
Tablo 4.17. Öğrencilerin kronik hastalık tanısı alma durumuna ve kronik hastalık tanılarına göre dağılımı.....	44

Sayfa no

Tablo 4.18.	Öğrencilerin sürekli olarak ilaç kullanma durumları ve kullandıkları ilaçların türü.....	45
Tablo 4.19.	Öğrencilerin son bir yıl içerisinde sağlık problemi yaşama durumları ve yaşadıkları sağlık problemlerine göre dağılımı	45
Tablo 4.20.	Kız öğrencilerin adet görme durumları, ilk adet görme yaşları ve adet dönemleri ile ilgili yaşadıkları sorunlara göre dağılımı	46
Tablo 4.21.	Öğrencilerin tanıtıcı özelliklerine göre GSA-12 puanlarının dağılımı	49
Tablo 4.22.	Öğrencilerin anne-babalarının tanıtıcı özelliklerine göre GSA-12 puanlarının dağılımı.....	51
Tablo 4.23.	Öğrencilerin aile ilişkisi, arkadaş ilişkisi, okul başarısı, intihar düşüncesi, sevgili/flört edinme durumları, cinsel ilişki yaşama durumu, sağlık eğitimi alma ve kronik hastalığa sahip olma durumları ile GSA-12 puanlarının dağılımı	53
Tablo 4.24.	Öğrencilerin sigara, alkol, madde kullanım durumlarına göre GSA-12 puanlarının dağılımı.....	55
Tablo 4.25.	Öğrencilerin GSA-12 puanlarının yüksek olmasını etkileyen faktörlerin lojistik regresyon analizi ile değerlendirilmesi	56

ŞEKİL LİSTESİ

	<u>Sayfa no</u>
Şekil 4.1. Öğrencilerin GSA-12 puanlarının sayı ve yüzde olarak dağılımı.....	47
Şekil 4.2. Öğrencilerin GSA-12 puanlarının cinsiyete göre dağılımı	47
Şekil 4.3. Öğrencilerin GSA-12 puanlarının dağılımı	48
Şekil 4.4. Öğrencilerin GSA-12 puanlarının cinsiyete göre dağılımı	48

KISALTMALAR

- DSÖ** : Dünya Sağlık Örgütü
TNSA : Türkiye Nüfus Sağlık Araştırması
CYBH : Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklar
ABD : Amerika Birleşik Devletleri
HIV : Human Immunodeficiency Virus
HBV : Hepatit B Virüsü
HCV : Hepatit C Virüsü
GSA : Genel Sağlık Anketi
GHQ : General Health Questionnaire

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Çocukluktan ergenliğe geçiş dönemi olarak kabul edilen adölesan dönemi, fiziksel, psikolojik ve sosyal olgunluğa erişmenin tamamlandığı yaşamın en dinamik devrelerinden biridir.

Gençlik dönemi ise adölesan dönemin büyük bir kısmını da içine alan, puberteyle başlayan, ruhsal gelişme ve bağımsız yaşamaya hazırlık evresidir. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) 10-19 yaş arası adölesan dönem, 15-24 yaş arası ise gençlik dönemi olarak tanımlamıştır. 2001 yılı verilerine göre, dünya nüfusunun yarısından fazlasını 25 yaşın altındakiler oluşturmaktadır. 10-25 yaş arası nüfus toplam nüfusun % 29'udur ve bu nüfusun % 80'i gelişmekte olan ülkelerde yaşamaktadır. 2025 yılında ise 20 yaş altı nüfusun 2.6 milyara ulaşarak, dünya nüfusunun % 32'sini oluşturması beklenmektedir.

Türkiye'de ise 2003 Türkiye Nüfus Sağlık Araştırması (TNSA) sonuçlarına göre, 10-19 yaş grubu nüfusun genel nüfus içerisindeki oranı % 19.7'dir. 15-19 yaş grubu adölesanlar ise 2000 yılı nüfus sayımı sonucuna göre, 67.804.000 olan toplam ülke nüfusunun % 4.5'ini oluşturmaktadır ve kızların 1.306.408'i, erkeklerin 1.733.041'i olmak üzere 15-19 yaş grubu adölesanların 3.039.449'u ortaöğretim düzeyi eğitime devam etmektedir.

Çok hızlı değişikliklerin ve yeniliklerin yaşandığı adölesan dönem; öğrenme, okul problemleri, ilaç ve madde bağımlılığı, ruhsal ve davranışsal bozukluklar, seksüel bozukluklar, cinsel yolla bulaşan hastalıklar, erken gebelikler, depresyon ve suisit girişimleri, beslenme, hipertansiyon, hiperlipidemi, yaralanmalar, şiddet, infeksiyon hastalıkları gibi çok önemli problemleri de beraberinde getirmektedir.

Adölesan döneminin en önemli sorunlarından ve mortalitenin önde gelen nedenlerinden ikisi, kazalar ve intiharlardır. Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD) 15-19 yaş grubundaki tüm ölümlerin % 55.4'ünü kazalar oluştururken, bu oran ülkemizde 15-24 yaş grubunda % 31.3 olarak gerçekleşmiştir. 15-19 yaş grubunda intihar nedeniyle gerçekleşen ölümler ABD'de % 11.7 oranı ile tüm ölümler içerisinde üçüncü sırada yer almaktadır. Ülkemizde 15-24 yaş grubu intihar oranı yüzde 3-4 arasında bulunmuştur. İntihar düşüncesini tetikleyen önemli nedenlerden biri depresyondur. Manisa'da lise öğrencileriyle yapılan bir araştırmada depresyon sıklığı % 8.3 olarak belirlenmiştir.

Sigara, alkol, uçucu-uyuşturucu madde kullanım alışkanlıkları da adölesan dönemin önemli sorunlarındanıdır. ABD'de 2002 yılında 12.sınıf öğrencilerinde yaşam boyu bir kez sigara kullanım yaygınlığı % 62.5, alkol kullanım yaygınlığı % 49.8, yaşam boyu bir kez esrar kullanım oranı % 48.8, yaşam boyu bir kez uçucu madde kullanımı % 13 olarak bildirilmiştir. Ülkemizde 1998 yılında 15 ilde 15-17 yaş arası öğrencilerle gerçekleştirilen araştırmada ise yaşam boyu bir kez sigara kullanım yaygınlığı % 63.9, alkol kullanım oranı % 17.3, esrar kullanımı % 2.3 ve uçucu madde kullanımı % 1.3 olarak belirlenmiştir.

Yapılan araştırmalar ilk cinsel ilişkilerin çoğunun ergenlik döneminde yaşandığını göstermektedir. Kadınlar için ilk cinsel ilişki deneyiminin, ABD'de % 70 oranıyla 18 yaşından, İsveç'te % 94 oranıyla 19 yaşından önce gerçekleştiği tespit edilmiştir. Ayrıca dünya genelinde 15-19 yaş grubu kadınların doğurdıkları çocuk sayısı 17 milyondur. 2003 Türkiye Nüfus Sağlık Araştırması (TNSA)'na göre ülkemizde 15-19 yaş grubu kadınların % 8'i doğurganlık davranışı göstermektedir. 15 yaş ve üzeri bekar kızların doğum kontrol yöntemlerini kullanma oranı ABD'de % 70, İngiltere'de % 92, Hollanda'da % 89 gibi değerler ile çok yüksekken ülkemizde 15-19 yaş grubu evli ve bekar kadınların herhangi bir gebelik önleyici yöntem kullanma oranları % 65 olarak belirlenmiştir ve bu oran kadınlar arasında en az yöntem kullananların bu yaş grubu

olduğunu göstermektedir. Ankara’da 1996 yılında lise öğrencileriyle yapılan bir çalışmada her dört öğrenciden birinin kontraseptif yöntemler hakkında bilgisinin olmadığı, en çok bilinen yöntemlerin oral kontraseptif, ria, kondom olduğu ve en çok kullandıkları bilgi kaynaklarının medya ve arkadaşları olduğu belirlenmiştir.

Tüm dünyada beslenme problemleri adölesan dönemin önemli sorunları arasındadır. ABD’de tüm şişman kadınların % 30’unun, tüm şişman erkeklerin % 10’unun adölesan yaş grubunda olduğu bildirilmiştir. Ülkemizde yapılan çeşitli çalışmalarda obezite prevalansı adölesan yaş grubu için % 3-30 arasında değişen oranlarda bulunmuştur. Geri kalmış ülkelerin sorunu olarak kabul edilen malnütrüsyonun ülkemizde hala bir sorun teşkil ettiği yapılan çalışmalarla tespit edilmiştir. 2000 yılında Ankara’da lise öğrencileri üzerinde yapılan bir araştırmada malnütrisyon sıklığı ortalama % 27.1 olarak bulunmuştur.

Baş ağrısı, akne, sinirlilik gibi yakınmalar adölesan dönemde sıklıkla görülebilecek sorunlardandır. 2000 yılında Ankara’da yapılan bir araştırmaya göre son altı ay içinde öğrencilerin % 58.7’sinin baş ağrısı, % 48.8’inin sinirlilik, % 43.0’ının akne gibi sağlık sorunları yaşadıkları belirlenmiştir. 2002 yılında Özcebe ve arkadaşlarının Ankara’da yaptıkları bir araştırmada ise öğrencilerin % 32.3’ü akne, % 21’i kepek gibi sorunlardan yakınmışlardır.

Adölesan dönemi çok çeşitli sağlık sorunlarının sık yaşandığı yaş grubu olmasına karşın, bu yaş grubundakilerin ülkemizde genel olarak sağlık hizmetlerini az kullandıkları bilinmektedir. Türkiye’de 1992 yılında yapılan “Sağlık Hizmetleri Kullanımı” araştırması sonuçlarına göre herhangi bir sağlık kurumuna kişi başına ortalama başvuru sayısı 10-14 yaş grubu için 1.20’dir. Bu değer 2.44 olan Türkiye ortalamasından daha düşüktür. Oysa araştırmaların genelinde öğrencilerin ifade ettikleri yakınmaların hemen hepsi adölesan döneme ait endişeler olup, sağlık hizmetlerinden danışmanlık almaları ile çözümlenebilir yakınmalardır.

Özcebe ve arkadaşlarının (2002) yaptıkları araştırmaya göre, lise 1 ve orta son sınıf öğrencilerinin % 48.7’sinin “okul” çatısı altında “danışmanlık” hizmetleri almayı istedikleri saptanmıştır. Araştırmaya katılan öğrencilerin sırasıyla, % 92’sinin Doktordan, % 81.3’ünün Psikologdan, % 66.3’ünün Hemşireden danışmanlık hizmeti almak istedikleri belirlenmiştir. Öğrencilerin cevapları da okul sağlığı çalışmalarının bir ekip işi olduğu ve bu ekipte hemşirenin de yer alması gerektiği doğrultusundadır.

Türkiye’de okul sağlığı hizmetlerini yürütme görevi sağlık ocağı hekim ve hemşiresine bırakılmışken, gelişmiş ülkelerde okul sağlığı hizmetleri okul sağlığı hemşiresi tarafından yürütölmektedir. Örneğin ABD’de 1992 yılı verilerine göre yaklaşık olarak 26.000 profesyonel kayıtlı hemşire okullarda görev yapmıştır. Ülkemizde de gelişmiş ülkelerdeki gibi okul sağlığı hizmetlerinin öncelikli olarak okul sağlığı hemşiresi tarafından yürütölmesi ve gerekli olduğu yerlerde sağlık ekibiyle işbirliği sağlanması okul sağlığı hizmetlerini kolaylaştıracaktır. Daha yoğun olarak orta öğretimde bulunan adölesanların sağlık sorunlarının belirlenmesi ve bu sağlık sorunlarına yönelik girişimlerde bulunulması gerekmektedir. Adölesan yaş grubunun oluşturduğu ortaöğretim nüfusunun sağlık sorunlarıyla sıkça karşılaştığı, danışmanlık hizmetine ihtiyaç duyduğu göz önünde bulundurularak okul sağlığı hizmetlerinin yaygınlaştırılması, eğitim ve danışmanlık hizmetlerinin profesyonel kişilerce yapılması sağlanmalıdır.

Bu araştırmanın amacı; Ortaöğretim kurumuna devam eden adölesanların genel sağlık sorunlarının belirlenmesidir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1.ADÖLESAN DÖNEMİ

Adölesan dönem; çocuklukla yetişkinlik dönemi arasında yer alan, son derece hızlı fiziksel, cinsel, ruhsal, zihinsel, sosyal büyüme ve gelişme dönemidir (1-6). Genel olarak 13 ile 20 yaşlarını kapsayan bu dönem 10 yaşından başlayıp 24 yaşına kadar devam edebilmektedir (4, 7). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) 10-19 yaş arası adölesan dönem, 15-24 yaş arası ise gençlik dönemi olarak tanımlamıştır (8, 9).

Adölesan dönemin kesin yaş sınırlarında belirsizlikler bulunmaktadır. Az gelişmiş ülkelerde adölesan dönem kısa sürerken, batı toplumlarında 16-18 yaşında puberte tamamlanmasına rağmen, eğitimsel ve kültürel nedenlerle, erişkin sorumluluklarını almadan önce gelişimin tamamlanabilmesi için daha uzun tutulmaktadır (1, 10, 11).

Adölesanlar kim olduklarını, gelecekte ne yapmak istediklerini anlamak ve bu amaçla ilgili olarak kişisel güçleri ve zayıflıklarını tanımak için çalışırlar. Adölesan dönemde sürekli bir kişiselleşme çabası vardır; hayal gücü belirginleşir ve aile dışı arkadaşlıklar önem kazanmaya başlar, aile ve çevrenin desteğine ihtiyaç duyulmasına rağmen bağımsız yaşama gereksinimi de duyulmaya başlanır (1, 12, 13).

Adölesan dönemdeki hızlı fiziksel, emosyonel, zihinsel ve sosyal büyüme nedeniyle bu süre 3 gelişim evresine ayrılabilir (1, 4, 5, 14-17);

1. Erken Adölesan (11-14 yaşları arası)
2. Orta Adölesan (15-17 yaşları arası)
3. Geç adölesan (18-20 yaşları arası)

1. Erken Adölesan : Hızlı büyüme ve cinsel gelişme dönemidir. Hızlı fiziksel değişim nedeniyle vücut imgesi, benlik algısı ve benlik saygısında önemli dalgalanmalar görülür. Genç adölesanlar genellikle fiziksel değişimleriyle aşırı ilgilidirler. Büyüme gelişmenin arkadaşlarından farklılıklar göstermesi özellikle erkeklerde boy kısalığı, kızlarda meme gelişimi ve menarşın gecikmesi kaygılar yaratabilir. Cinsellik konusunda belirgin merakları olmasına karşın kendi cinslerinden arkadaşlarıyla olmayı tercih ederler. Aileden bağımsızlaşmaya başlayan adölesan arkadaşlıklara daha fazla önem vermeye başlar. Genç adölesanlar hala çocukluk dönemi düşünce tarzı olan soyut olarak düşünmeyi kullanırlar ve geleceği somut olarak düşünemezler. Ünlü bir şarkıcı olmak gibi belirsiz ve gerçekçi olmayan hayaller kurarlar (1, 4, 13, 16).

2. Orta Adölesan : Erken adölesandaki puberteral gelişim yavaşlarken adölesan yeni bedenine alışmaya ve rahat davranmaya başlar. Güçlü duygular ve ruh halindeki dalgalanmalar tipiktir. Zihinsel yönden somut düşünceden soyut düşünce yeteneğini geliştirmeye başlamışlardır. Bu yeni zihinsel güç adölesanda her şeye gücünün yetebileceği ve dünyayı sadece düşünmekle değiştirebileceği duygusunu doğurur. Soyut düşünce yeteneğinin başlamasıyla birlikte adölesanlar kendilerini başkalarının onu gördüğü gibi görmeye ve aşırı derecede ben merkezci olmaya başlarlar. Narsistik düşüncede artma diğer kişiler ve arkadaşlarıyla ilişkilerinin temelini oluşturur. Arkadaşlık ilişkileri, özdeşleşme, davranış biçimleri, etkinlikler ve moda standartlarını belirler ve emosyonel destek, yakınlık, empati ve bağımsızlık çabasındaki suçluluk ve anksiyetenin paylaşılmasını sağlar. Bağımsızlık ve özerklik çabası adölesan ve ebeveynleri için zor ve gerilimli bir dönem oluşturur (1, 4, 16).

Cinselliğin daha belirgin hale gelmesiyle karşı cinsten arkadaşlarla ilişkiler ve cinsel deneyimler başlayabilir (1,4).

Fiziksel olarak yetişkin boyunun %95'ine bu dönemde ulaşılabilir (4).

3. Geç Adölesan : Bu dönemde adölesan daha az ben merkezci olmaya ve başkalarını daha fazla düşünmeye başlar. Sosyal ilişkiler arkadaş grubundan kişisel ilişkilere kayar. Karşı cinsle olan ilişkiler daha gerçekçi olmaya başlar. Cinsel dürtüleri kontrol yeteneği kazanılmış, cinsel kimlik gelişmiştir. Soyut düşünce yeteneğinin gelişmesi adölesanın

gelecekle ilgili olarak daha realistik hedefler belirlemesine imkan verir. Bu döneme ait gelişme işaretleri, gelecek için amaç ve hedefler belirlemek ve amaca ulaşabilmek için gereken her türlü çabayı gösterebilme kararlılığıdır (1, 4, 13, 16).

Adölesan dönemi genel olarak şu gelişmeleri kapsamaktadır:

- Puberte ve somatik büyümenin tamamlanması
- Sosyal, duygusal ve zihinsel gelişme, soyut düşünceden somut düşünceye geçiş
- Bağımsız bir kişilik geliştirme ve aileden ayrılma
- Bir meslek veya beceri kazanmak için hazırlanma (1)

Bir gelişme ve geçiş dönemi olan adölesan dönem çok çeşitli sağlık sorunlarını da beraberinde getirmektedir.

2.2. ADÖLESAN DÖNEMİ SAĞLIK SORUNLARI

Gençler toplumun fiziksel ve zihinsel olarak en dinamik grubunu oluşturmaktadır. Fiziksel bakımdan en sağlıklı ve dayanıklı grup olarak görülmelerine karşın adölesan çağ gençleri erişkinliğe geçiş sürecinin getirdiği değişikliklerin baskısı altında olup, yardıma, desteğe fazlasıyla ihtiyaç duyarlar (7, 13).

Yetişkinlik döneminin kişiler arası ilişkiler kurma, mesleki kararlar alma, daha büyük bir toplumun üyesi olma, gebe kalabilme ve çocuk sahibi olabilme gibi kimi psikososyal davranışları gençlik dönemi boyunca oluşur. Sanayileşme dönemine girildikten sonra göçler, kentleşme, bilimsel ve teknolojik gelişim, eğitim süresinin uzaması ve ayrı kültürlerle karşılaşma gibi durumlar ortaya çıkmıştır. Bunlarla birlikte hızlı şehirleşmenin getirdiği çekirdek aile tipinin psikososyal dayanışmalar üzerine olumsuz etkileri çocuklukla erişkin yaş arasında bulunan adölesanların kontrollü gelişimini olumsuz yönde etkilemiştir (3, 10, 13).

Geçmiş yıllarda toplum içinde kendilerinden daha genç ve daha yaşlı gruplar arasında bir yere sahip oldukları ve diğer gruplara oranla daha sağlıklı oldukları için gençlere çok fazla önem verilmemiştir. Ne var ki, son zamanlarda ortaya çıkan kimi durumlar toplumun en sağlıklı kesimi kabul edilen 9-25 yaş arası nüfusa özel ilgi gösterilmesini gerekli kılmıştır. Bu nedenler ;

1. Puberte giderek daha erken yaşta görülmekte buna karşın evlenme yaşı yükselmektedir. Bu durum cinsel ilişkilerde bulaşıcı hastalık riskini arttırmakta ve sonuçta istenmeyen gebelikler, cinsel hastalıklar, düşükler hatta fuhuş olguları çoğalmaktadır.

2. Dünyada özellikle az gelişmiş ülkelerde sayıları hızla artan gençler, gereksinimleri üzerinde önemle durulması gereken bir topluluk haline gelmektedir (3, 12).

Adölesan dönemde görülen sağlık sorunlarının bir kısmı hayatın daha önceki dönemlerinden köken alır. İntrauterin hayatta geçirilen enfeksiyonlar, beslenme yetersizlikleri, yaşamın ilk evresinde görülen sakatlıkların gençlik döneminde devam etmesi gibi durumlar gençlik dönemini etkileyebilir (3, 18).

Adölesan dönemde ise beslenme durumu, hastalıklar, ölümler, sakatlıklar, kötü alışkanlıklar gibi fiziksel etmenler; bireysel ve toplumsal etkilerle oluşan stres kaynakları sonucu meydana gelen ruhsal etmenler; topluma ve bireye ait sosyo-ekonomik etmenler gibi nedenler gençlerin sağlığını etkilemektedir (3, 10).

Gençlerin sağlığını beslenme yetersizliği, kötü alışkanlıklar, cinsel sağlık ve ruhsal sağlık sorunları ve önlenemez nedenlere bağlı ölümler etkilemektedir.

2.2.1. Adölesanlarda Mortalite Nedenleri

Gençlerde görülen ölümlerin büyük çoğunluğu önlenemez nedenlere bağlıdır. Adölesanlar genellikle hastalık sürecinden bağımsızdırlar ve bu çağda tüm ölümlerin % 72'sini motorlu araç kazaları, madde kullanımı, intihar ve cinayetler oluşturur (6). Amerika Birleşik Devletleri'nde 1986 yılında 15-19 yaş grubu adölesanların mortalite nedenleri arasında kazalar % 55.4, intiharlar % 11.7 ve cinayetler % 11.5 oranında yer almıştır (1). 2002 yılında ise sadece motorlu araç kazaları toplam ölümlerin % 50'sini oluşturmuştur (4).

Kazalar adölesan dönemin gelişmiş veya gelişmekte olan ülkeler arasında fark gözetmeksizin en sık görülen ölüm nedenlerindedir (7). Ülkemizde 1986 yılı Devlet İstatistik Enstitüsü verilerine göre 15-24 yaş grubunda her 5 ölümden birinin nedeni kazalardır ve toplam ölümlerin % 19.3'nü motorlu araç kazaları, % 12'sini ise diğer bütün kazalar oluşturmaktadır (7, 19).

Motorlu araç kazalarına bağlı ölümlerden sonra diğer önemli mortalite nedenleri ise; suda boğulmalar, zehirlenmeler ve ateşli silahlarla yaralanmalardır (4).

Kasıtlı ölüm nedenlerinden intiharlarda gençlik döneminin önemli sorunlarından biridir. İntihar girişiminde bulunan ergenlerde kendine zarar verici davranışları açısından değerlendirildiğinde karşı gelme bozukluğu, majör depresyon, sosyal izolasyonun

sıklıkla görüldüğü, ümitsizlik, yalnızlık, öfke, kayıtsız davranışlar ve alkol kötüye kullanımının yaygın olduğu bilinmektedir ve gençlerde ailesel sorunların intihar nedenlerinin başında geldiği belirlenmiştir (4, 20, 21).

ABD’de 15-19 yaşları arasında tamamlanmış intihar oranının 10000’de 1 olduğu ve ölüm nedenleri arasında üçüncü sırada bulunduğu bildirilmektedir. Ayrıca intihar düşüncesi ve girişimi çok yüksek oranlarda olup, her yıl 250 bin ergen intihar girişiminde bulunmaktadır (20, 22). Ülkemizde ise 2000 yılı verilerine göre saptanan 1802 intihar vakasının % 34.5’ini 15-24 yaş arası gençler oluşturmaktadır (23). Ayrıca her yıl 15-24 yaş grubunda 300-400 intihar gerçekleşmektedir. 1999 yılında İstanbul’da yapılan bir araştırmaya göre intihar girişimiyle acil servise başvuran hastalardan % 43’ü adölesan yaş grubunda yer almaktadır (24). Yine İstanbul’da 2000 yılında yapılan bir başka araştırmada, intihara yeltenen ergenlerin yaş ortalamasının 17 olduğu belirlenmiştir (25).

2.2.2. Adölesanların Beslenme Sorunları

Beslenme yaşamın her döneminde önemini devam ettiren temel bir gereksinimdir (26, 27). Her canlının yaşamını devam ettirebilmesi için enerjiye ihtiyacı vardır (28). Sağlıklı olma ve sağlığı koruyabilmenin önemli öğelerinden, belki de en önemlisi beslenmedir (29). Yetersiz ve dengesiz beslenmenin toplumun sağlığını olumsuz yönde etkileyeceği, sosyal ve ekonomik gelişmeyi yavaşlatacağı kabul edilmektedir (30). Dengesiz ve yetersiz beslenme kısa ve orta sürede önemsiz ise de uzun sürerse kimi metabolik bozukluklara neden olabilir. Örneğin; fazla enerji veren yada aşırı yağlı gıdaların yüksek miktarlarda tüketimi ilerleyen yıllarda koroner hastalık riski oluşturabilir ve yetersiz beslenme anemi, enfeksiyon gibi sorunlara yol açabilir (3, 8, 14, 29).

Ergenlik döneminde daha hızlı büyüme gerçekleştiği ve daha hareketli bir yaşam sürdükleri için gençlerin besin gereksinimi çocuklara göre daha fazladır (3). Bu nedenle ergenlik çağında beslenmenin yeterli ve vücut gereksinimlerine uygun olması çok önemlidir (8). Bu gereksinimler uygun karşılanmazsa ortaya çeşitli problemler çıkabilir. Adölesan çağda ortaya çıkan beslenme problemlerinden başlıcaları; obesite, yetersiz ve dengesiz beslenmeye bağlı malnütrisyon, anoreksiya nervosa ve bulimiya nervosa olarak sınıflandırılabilir (1, 4, 8, 29).

Obesite genetik, çevresel, gelişimsel ve davranışsal etmenlerin birbirleri ile etkileşimleri sonucu ortaya çıkan, vücut ağırlığının % 20'si kadar vücutta aşırı yağ depolanması ile karakterize, çocuk ve ergenlerde ruhsal sorunlara neden olabilen enerji metabolizması bozukluğudur (1, 14, 31-33).

Geçmişte obesite gelişmiş ülkelerin problemi olarak kabul edilirken giderek gelişmekte olan ülkeleri de etkisi altına almıştır. Örneğin; ABD'de obez yetişkinlerin oranı % 33, Batı Avrupa popülasyonunda ise % 30'lara yükselmiştir (33). Gelişmekte olan ülkelere ise 15 yaş ve üzeri popülasyonun obesite oranları; Şili'de % 3.3, Güney Afrika'da % 9.1, Peru'da % 16, Hindistan'da % 4.8 olarak tespit edilmiştir (34). Türkiye'deki obesite oranı ise yaklaşık % 6-7'dir (33).

ABD'deki çocuklarda obesite en sık görülen beslenme sorunudur ve ilkökul ve lise arasında obesite prevalansı önemli oranda artış göstermektedir (1). Amerika ve Avrupa'da 60'lı ve 90'lı yıllar arasında yapılan epidemiyolojik araştırmalarda obesite sıklığında 12-17 yaş arasında % 39 oranında artış olduğu tespit edilmiştir (32). Ülkemizde yapılan çeşitli araştırmalarda çok çeşitli sonuçlar elde edilmiştir. 2002 yılında İstanbul'da yapılan bir araştırmada 0.5-19 yaş arası obesite prevalansı % 6.6 olarak bulunmuştur (33). Diğer bir araştırmada 11-15 yaş grubu obesite prevalansı kızlarda % 7.1, erkeklerde % 3.5 olarak tespit edilmiştir (8, 35). Başka bir araştırmada ise çocuk ve adölesanların obesite sıklığının % 3-30 arasında değiştiği rapor edilmiştir (36).

Obesite yaşamın ilerleyen yıllarında da devam edebilmektedir. Obez çocuk ve adölesanların bir kısmı erişkin döneme de obez olarak girmektedir. Obez adölesanların % 80'ni erişkin yaşa ulaştıklarında da obez olarak kalmaktadır (32). Eğer bir çocuk adölesana şişman olarak girerse tekrar normal ağırlığa kavuşma şansı $\frac{1}{4}$ 'dür (1).

Obesite adölesanların hali hazırda ve gelecekteki yaşamlarında çeşitli problemlere neden olmaktadır. Özellikle adölesan çağıdaki kızlarda saldırganlık, utangaçlık, içe kapanma, sosyal izolasyon ve bulimiya gibi ruhsal bozukluklar görülebilir. Ayrıca hipertansiyon, kan lipit düzeylerinde artış, serebrovasküler olaylar, diabetes mellütüs, safra kesesi taşları, femur başı epifiz kaymaları, dejeneratif artrit ve gebelik komplikasyonları da obez adölesanlarda görülebilecek sorunlardandır (1, 8, 31, 33, 37).

Adölesan çağda hipertansiyonun % 5-10 gibi bir oranda görüldüğü bildirilmiştir (38). Hipertansiyonlu çocuk ve erişkinlerin % 60'ından fazlası obezdir (39). Nogolusa kalp çalışmasında, obez adölesanların erişkin dönemde hipertansif olma riskinin 8.5 kat arttığı belirlenmiştir (33). Obez adölesanların total kolesterol, trigliserid, LDL kolesterol oranları artmakta ve bu durum ileride kardiyovasküler hastalıklara zemin hazırlamaktadır (1, 33).

Adölesan çağda obesite ile bağlantılı olabilecek diğer bir hastalıkta diabettir. ABD'de 12-19 yaş arası adölesanların Tip 2 Diabet sıklığı binde 4.1 olarak bulunmuştur ve obesite eşlik ettiğinde bu rakamın daha yükseğe çıktığı belirlenmiştir. Ülkemizde yapılan bir araştırmada lise öğrencileri arasında diabet sıklığı % 0.3 olarak bulunmuştur ve çok merkezli yapılan bir başka araştırmada ise 10-18 yaş arası çocukların % 14.2'sinde glikoz toleransı saptanmış ve bu çocukların obez olanlarında tolerans testi % 25.5 ile obez olmayanlardan daha yüksek bulunmuştur (40, 41). Tüm bu veriler obezitenin diyabet sıklığını arttırdığını göstermektedir.

Yetersiz ve dengesiz beslenme obesitenin dışında enfeksiyonlara yatkınlık, malnütrisyon ve anemi gibi sorunları da beraberinde getirebilir (12, 30). Adölesan dönemi enfeksiyonlarından biriside tüberkülozdur. Adölesanın beslenme problemleri, en sık 10-30 yaşları arasında görülen tüberküloz enfeksiyonunu tetikleyebilir (12, 42). Zira ülkemizdeki tüberküloz vakalarının çoğunluğu 29 yaş altındadır ve sıklıkla okul çağı ve adölesan dönemde görülmektedir (42).

Beslenme problemi sonucu görülen diğer bir hastalık ise malnütrisyonudur. Malnütrisyon geri kalmış ülkelerin sorunu olarak kabul edilmektedir fakat ülkemizde çocuk ve gençlerde görülebilmektedir (28). Oral ve arkadaşları 2000 yılında Ankara'da yaptıkları bir araştırmada ortaöğretim öğrencileri arasında malnütrisyon sıklığını ortalama olarak % 27.1 olarak tespit etmişlerdir (30).

Anemi yaklaşık % 25 oranı ile dünyada en çok gözlenen sağlık sorunudur ve daha çok sosyo-ekonomik düzeyi düşük toplumlarda görülür. Ülkemizdeki okul çocuklarının % 2-35'i anemiktir (8, 29). Ankara'da 15-18 yaş grubu adölesan kızlarla yapılan çalışmada demir eksikliği anemisi oranı % 8.4 olarak bulunmuştur (8).

Anoreksiya Nervosa ve Bulimiya Nervosa genellikle adölesanlarda görülen ruhsal kökenli beslenme bozukluklarındandır.

Anoreksiya nervosa, aşırı kilo kaybı, yaşa göre minimal ağırlığı korumayı reddetme ve yoğun şişmanlık korkusu olarak tanımlanır (1, 8, 17, 43, 44). Adölesanlarda ve genç kadınlarda görülme sıklığı fazladır. ABD’de son 20 yılda anoreksiya nervosa insidansı iki katına çıkmış, mortalite oranı ise % 9’a yükselmiştir (1, 4, 8, 29).

Bulimiya nervosa ise, tekrarlayan oburluk ataklarıyla karakterize istek dışı yemek yeme durumu olarak tanımlanır ve bulimiya biyopsikososyal bir hastalıktır. Kilo almayı önlemek için kusma çabaları, laksatif alma ve aşırı egzersiz yapma görülebilir. ABD’de bulimiya prevalansı lise ve yüksek okullardaki kızlarda % 4.5-18 arasında değişmektedir (1, 4, 8, 17, 44).

İnan’ın kaynağına göre lise öğrencileriyle yapılan bir araştırmada genel popülasyonda % 2.52 bulimiya nervosa, % 0.20 anoreksiya nervosa olduğu saptanmıştır (45).

2.2.3. Adölesanların Kötü Alışkanlık Sorunları

Gençler kendilerini arkadaş çevrelerine kabul ettirebilmek amacıyla değişik davranışlara yönelebilir ve bu arada bazı zararlı davranışlar edinebilirler. Gençliği tehdit eden zararlı alışkanlıklardan en önemlileri tütün ve ürünleri, alkol ve çeşitli uçucu-uyuşturucu madde alışkanlıklarıdır (46).

Son yıllarda dünyada ve ülkemizde zararlı alışkanlık kullanımında artış olduğu gözlemlenmektedir. Ergenler madde kullanmaya başlama açısından önemli bir risk grubunu oluşturmaktadırlar (47). Adölesanın madde kullanımında etkili olabilecek çok çeşitli faktörler vardır. Bu faktörler şu şekilde özetlenebilir:

Aile Faktörü : Çocuğun sosyal ve kognitif gelişiminde aile birincil rol oynamaktadır (47, 48). Duygulanımdan yoksun olma, aşırı derecede eleştirisellik, yetersiz disiplin, süpervizyon ve yakınlaşmada eksiklik ile karakterize yetersiz anne-babalık çocukta agresyon ve antisosyal davranışlara neden olabilir. Bu durumlarda önceleri uyumsuzluk, okul başarısında düşme ortaya çıkarken, sonrasında suça yönelme ve madde kullanımı ortaya çıkmaktadır (1, 47).

Adölesanın madde kullanımında ailenin tutumu önemli bir faktördür çünkü aile çocuk için önemli bir rol modelidir (48). Eşler arasında bozulmuş veya işlevsel olmayan ilişkiler çocuğun bozuk arkadaş çevresine yönelmesine ve yanlış arkadaşlıklar edinmesine neden olabilmektedir. Kardeşler arasındaki ilişki de çocuk üzerinde önemli bir etkiye sahiptir. Büyük kardeş küçük kardeşe özdeşleştirme ve model olma yolu ile

etki yapmaktadır. Bunun sonucunda genetik dispozisyonla da belirlenen benzer davranışlar ortaya çıkmaktadır (47). Aynı genetik dispozisyon ebeveynler içinde geçerlidir. Örneğin; alkolik bir babanın çocuğunun alkolik olma olasılığı, başka birisi tarafından büyütülse de alkolik olmayan babaya sahip çocuğa göre 4 misli daha fazladır (1, 49).

Ergenin Kişiliği : Heyecan arama, asilik, tehlikeyi sevmeye ve tehlikeye atılma isteği, benlik saygısında azalma, yalnızlık gibi faktörler madde kullanımını etkileyebilir (1, 47).

Arkadaş Faktörü : Erken çocukluk döneminde akran ilişkilerinde yaşanan reddedilme madde kullanımına neden olan temel nedenlerden biridir. Akranlar tarafından reddedilme antisosyal davranışlar ortaya çıkmasına neden olabilir. Başka risk faktörlerinin antisosyal davranışlara eklenmesiyle çocuk giderek normal akranlarından soyutlanır ve kendi gibi tanımlanan çocuklarla ilişki kurar (1, 47, 48).

Çocukluktan ergenliğe ulaşıldığında akran etkisi daha da belirginleşir. Arkadaşlar arasında madde kullanımının varlığı ergenin madde kullanmaya başlamasında önemli bir öncüdür (47).

Çevresel ve Toplumsal Faktörler : Biyolojik, psikolojik gelişim ve kişiler arası ilişkiler sosyal çevre faktörünü oluşturur. Toplumsal faktörler ise devlet politikaları ve medyadır (4, 47).

Ergenlerde ve erişkinlerde madde kullanımını bir bakıma ülkede sosyal kontrol işlevinin bozukluğunu göstermektedir (47).

Dünyada insanları en çok etkileyen ve sinsice zarar meydana getiren alışkanlık tütün kullanımınıdır. ABD’de 12-17 yaş arası nüfusun % 71’i sigara kullanmaktadır (1). Ülkemiz için yapılan araştırma sonuçları ise şöyledir; 1993 yılında yapılan çalışmada lise öğrencilerinin sigara içme oranı % 22, yine lise öğrencileri arasında 1994 yılında Adana’da yapılan bir başka çalışmada bu oran % 16.7 olarak bulunmuştur (50, 51). 2001 yılında Ögel ve arkadaşlarını 15 ildeki lise öğrencileri ile yaptıkları çalışmada ise sürekli sigara kullanım yaygınlığını % 6.6 olarak bulmuşlardır. 2003 yılında İstanbul’da yapılan bir başka çalışmada ilk sigara deneme yaşı 16.9, düzenli sigaraya başlama yaşı ise 19 olarak tespit edilmiştir (52).

2004 yılında dokuz ilde Ögel ve arkadaşları yaptıkları araştırmada, tütünden sonra en sık kullanılan maddelerin sırasıyla alkol, uçucu ve uyuşturucu maddeler, esrar olduğu bulunmuştur (46).

ABD’de 12-17 yaş arası gençlerin % 93’ü yaşam boyu en az bir kez alkol kullanma oranına sahipken, Türkiye’de bu oran % 26.5 olarak tespit edilmiştir (1, 53). Uçucu madde olarak bilinen yapıştırıcı, çözücü, benzin, gaz gibi maddelerin yaşam boyu en az bir kez kullanım oranı 2000 yılında % 8.8, ilk kullanma yaşı ise % 13.9 oranında 11 yaş olarak belirlenmiştir (54).

2000 yılında ülkemizde yapılan bir araştırma da hiç esrar denemeyen bireyler %2.1 oranında hayatta bir kez esrar kullanımını onayladıklarını belirtmişlerdir (55). 1995 yılında 15 ili kapsayan bir araştırmada yaşam boyu en az bir kez esrar kullanma oranı %3.8 iken yine 15 ilde 2001 yılında yapılan bir başka araştırmada bu oran %0.5-4 arasında bulunmuştur (53, 56).

1991 ve 1995 yıllarında yapılan 2 araştırmada daha önce bahsi geçen maddelerden herhangi bir maddeyi yaşam boyu bir kez kullanma oranı sırasıyla % 2.6 ve % 7 olarak tespit edilmiştir (57). Tüm veriler ülkemizde madde kullanım alışkanlığının batılı ülkeler kadar olmasa da adölesan dönemi gençleri etkilediğini kanıtlamaktadır.

2.2.4. Adölesanların Ruhsal Sağlık Sorunları

Yaşamın her döneminde ruhsal sorunlar görülebilir. Ancak; hızlı büyüme, cinsel dürtü artışı, benliğin henüz tam olgunlaşmamış ve toplumdaki yerin henüz kesinleşmemiş olması, aileye bağımlılığın sürmesi gibi özel stresler altında olan ergenler için adölesan dönem sorunlarla yüklü fırtınalı bir dönemdir (3, 58). 3-5 yıl gibi çok kısa bir dönemde çocukluktan çıkıp erişkin yaşama adım atan gençlerin iskelet sistemi, iç organları, salgı bezleri gibi vücudun tüm sistemlerinde hızlı bir büyüme olmaktadır. Değişimin hızlı olması ve değişim sürecini bilmemelerinden kaynaklanan kaygılar, vücutlarındaki değişimin nerede duracağını ve nelerin olabileceğini bilmemekten kaynaklanan endişeler ruhsal gerginlikler oluşturarak uyum bozukluklarına neden olabilir (8). Bunlara ek olarak hemen her toplum sosyokültürel yönden çok hızlı bir değişim sürecinde olduğundan gençler alışılmamış uyarının etkisinde kalmaktadırlar. Gerginlikler gelişmenin doğal parçaları olmakla birlikte, sağlıklı çözümlere ulaştırılmazlarsa gençte ve aile üzerinde ciddi bozukluklara neden olabilirler (3, 58).

Çocukluk dönemlerinden arta kalan sorunların çözümlerinin adölesan dönemde yapılacak olması adölesan döneminin zorluğunu arttırabilir ve bu durum sanıldığından daha ağır bir sorundur. Genç kız ya da delikanlı çoşan dürtüleri üzerinde egemenlik kurmak, cinsel ve saldırgan dürtüleri bastırmak zorundadır. Bu durum dalgalanan duygular, değişken düşünce ve eylemleri de beraberinde getirir ve gencin anlaşılmasını zorlaştırır. Adölesan zaman zaman korkunç derecede yalnız, kimsesiz ve güvensizdir. Bu nedenle psikoz, nevrotik sendrom, kişilik bozuklukları rahatsızlıkların böylesine fırtınalı bir dönemde ortaya çıkması doğaldır (58).

Yaşadıkları toplumlara göre değişen farklı sorunlar yaşasalar da dünya gençleri ruhsal bakımdan genel olarak benzerlik gösterirler (10). Adölesanın risk altında olduğunu gösteren genel belirtiler şu şekilde sıralanabilir (59) :

1. Okul başarısında düşme,
2. Aşırı okul devamsızlığı veya derslere girmeme,
3. Sık ve sürekli psikosomatik yakınmalar,
4. Uyku veya yemek yeme alışkanlıklarında düzensizlikler,
5. Dikkatini toplama güçlüğü veya sürekli sıkılma,
6. Depresyon, aşırı stres veya anksiyete bulgu ya da belirtileri,
7. Arkadaş ya da aileden uzaklaşma veya yeni arkadaş grubuna girme,
8. Alışılmamış derecede şiddet veya isyan ifade eden davranışlar ya da temel kişilik değişiklikleri,
9. Cinsel davranış bozukluğu,
10. Aile içi ilişkilerde bozukluk,
11. Yaşlılara karşı gelme,
12. İntihar düşüncesi veya ölümle ilgili konulara aşırı ilgi,
13. İlaç ve alkol kullanımı,
14. Evden kaçma.

Bu gibi psikiyatrik belirtiler gösteren adölesan pek çok psikiyatrik bozukluk açısından risk altında olabilir. Gerçekten ruhsal sorunlar bu dönemin önemli morbidite ve mortalite nedenleri arasındadır. Acil psikiyatrik başvuruların % 75-80'i 13 yaş ve üzeri yaş grubundandır ve 1986 yılında Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanelerine olan toplam hasta yatışının % 21'ni 15-24 yaş arası gençler oluşturmuştur. Bu grubun hastalıkları ise sırasıyla; şizofreni, manik psikoz, depresyon ve anksiyetedir (7, 20).

Adölesan dönemde görülebilecek bozukluklar şu şekilde sınıflandırılabilir (58, 60):

1. Kişilik Bozuklukları
2. Nörozlar
3. Şizofreni
4. Affektif Bozukluklar

Kişilik bozuklukları; çocukluktan beri süregelen, çevre ve toplumla uyumun bozulduğu, davranışların benliğe yerleşerek uyum amacıyla esneklik göstermeme ortak özellikleri ile karakterize ruhsal bozukluklar olarak tanımlanmaktadır (43, 58). Toplumda yaygınlık oranı % 10-20 arasında değişmektedir (58). Paranoid, şizoid, antisosyal, obsesif kompulsif bağımlı kişilik bozuklukları başlıca kişilik bozuklukları arasında yer almaktadır (43, 58).

Konversiyon hastalıkları veya konversiyon reaksiyonları; adölesan dönemde sık görülen somataform bozukluklarıdır. Genellikle aşırı koruyucu ana-babaların çocuklarında görülür. Ebeveynlerle çatışma, aile fertlerinin ciddi hastalıkları, okul değiştirme gibi gerilimli dönemlerde sıklıkla ortaya çıkar (1, 58).

Şizofreni; her türlü toplumda en sık görülen ruhsal bozukluklardandır. Genellikle 15-45 yaşları arasında çoğunlukla 18-25 yaşlarında başlar. Delikanlılık dürtülerinin aşırı şiddetlenmesi başlangıcı etkileyen faktörlerdendir (17, 43, 58). Erkeklerin % 61.6'sında, kadınların % 47'sinde hastalık belirtileri 25 yaşına dek ortaya çıkmaktadır. 15 yaş ve üzerindeki nüfus için sıklık binde 0.30-1.20 arasında bildirilmiştir (58).

Affektif duygulanım bozukluklarından depresyon; adölesanın normal emosyonel dalgalanmaları sırasında oldukça sık görülen bir problemdir (1). Adölesan dönemde sağlığı veya beden biçimi ile devamlı uğraşma, zaman zaman ilgisizlik, bıkkınlık, sıkılma, kederlenme, insanlardan uzaklaşma, aşağılık duygusu, umutsuzluk, ana-babaya karşı gelme, çabuk öfkelenme, dikkatini yoğunlaştırmada güçlük, ölüm veya intihar düşüncesi gibi depresyon belirtileri sıklıkla görülebilen durumlardandır (38, 43). Yurt dışında yapılan çeşitli çalışmalarda ergenlerde depresyon sıklığının % 8.6-12 arasında değiştiği bildirilmiştir (61). Ankara ili için toplumda depresyon prevalansı % 11.6 olarak tespit edilmiştir (58). Manisa ilinde lise öğrencileri ile yapılan bir çalışmada depresyon oranı % 8.3 olarak bulunmuştur (89). 1996 yılında Ankara'da 15-18 yaş grubunda yapılan araştırmada ise kız öğrencilerin erkek öğrencilerden daha yüksek depresyon puanları aldıkları belirlenmiştir (62).

Adölesanların depresyon sırasında intihar düşünceleri olması sıklıkla karşılaşılan bir durumdur (1). ABD’de gençlerin % 11.7’sinin ölüm nedeni intiharlardır. Ülkemizde ise 15-24 yaş arası intihar oranı % 29.7’dir (1, 7). Bütün bu yüksek intihar oranları nedeniyle intihar girişiminde veya eğiliminde bulunmuş, çabuk alevlenen, ölümlle ilgili düşünceler taşıyan ve depresif belirtiler gösteren adölesanlar yakından incelenmelidir (38).

2.2.5. Adölesanların Cinsel Davranış ve Üreme Sağlığı Sorunları

Büyüyen çocuğun gelişiminde kritik dönemlerinden biri de adölesan dönemdir. Büyüyen ve gelişen genç ileriye ait erişkin rolünün belirsizliği ile ilgilenirken diğer yandan da genital olgunlaşmanın getirdiği sorunlarla baş etmek zorunda kalır (38). Cinsel kimlik, bireyin kendi bedenini ve benliğini belli eşeylik içerisinde algılayışı ve kabullenışı, duygu ve davranışlarında bu kabullenişlere uygun biçimde yöneliştir. Cinsel kimlik gelişimi çocukluk çağında başlar ve ergenlik döneminde ana hatları yerleşir (58).

Gençlerde çeşitli cinsel sorunlara yol açan durumlar şu şekilde sınıflandırılabilir:

1. Cinsel konularda bilgi eksikliği ve normal cinsel yaşamın ne olduğu hakkındaki endişeler
2. Cinsel dürtülerle bağdaşmayan toplumsal kısıtlamalar ve baskılar
3. Arkadaşlardan, yetişkinlerden ve kimi kez sağlık personellerinden edinilmiş yanlış bilgiler

Bu faktörler, genç insanda cinsel yaşam hususunda gerginliklere, kimi kez cinsel ilişkide başarısızlıklara ve hatta cinsel sapkınlıklara neden olabilir (3). Cinsel sapkınlıklardan eşcinsellik adölesan dönemde görülebilen bir sorundur. Eşcinsel özellikler adölesan dönemden önce gelişmekteyse de gün yüzüne adölesan dönemde çıkar (1). Çocukluk ve ergenlik döneminde bilinçli nitelik kazanan eşcinsel dürtü ve eğilimler genellikle ergenlik dönemi boyunca yavaş yavaş söner (58). Amerikan gençliğinin % 5-10’unun eşcinsel deneyimlerinin olduğu ve % 5’inin de kendisini eşcinsel olarak tanımladığı bildirilmiştir (1). Yine Amerika’da evsiz adölesanların kızlarda % 17, erkeklerde % 27 oranında gay/lezbiyen yönelimleri olduğu belirlenmiştir (63).

Adölesan dönemde hızlı fiziksel gelişmeler, çeşitli fiziksel sorunları da beraberinde getirir. Kızlarda memede kitle, amenore, dismenore gibi sorunlar, erkeklerde jinekomasti olası sorunlardandır (1, 64).

Adölesan kızlarda meme gelişimiyle birlikte memede kitleler oluşabilir. Adölesan dönemde meme lezyonlarının çoğunu fibroadenomlar oluşturur. Bu tip oluşumlar sıklıkla 15-20 yaş arasında görülür (64). Bu tip kitlelerin çoğu adölesan dönemden sonra geriler (1).

Amenore beklenen menstürasyon kanamasının olmaması şeklinde tanımlanır ve 14 yaşına kadar hiçbir sekonder seks karakterinin gelişmemesi primer amenore olarak adlandırılır (1).

Dismenore ise adet dönemlerinin ağırlı geçmesi olarak tanımlanır ve % 60 insidansı ile adölesan kızların en sık yakınmasıdır (1). Ankara'da 2002 yılında yapılan araştırmada, adet ağrısı % 42.2 ile kız adölesanların en çok yakındıkları sağlık sorunu olarak belirlenmiştir (40). İstanbul'da lise çağındaki kızlarla yapılan bir başka araştırmada ise ağırlı adet görme sıklığı % 41.8 olarak tespit edilmiştir (65).

Jinekomasti erkeklerde memenin glandüler büyümesidir ve adölesanlarda % 60-70 oranında sıklıkla görülür (1, 59). Özcebe ve arkadaşları yaptıkları bir çalışmada erkek adölesanların meme büyümesi şikayeti sıklığını % 5.4 olarak bulmuşlardır (40).

Adölesanın cinsel yönden aktif olmaya başlaması adölesan gebelik ve cinsel yolla bulaşan hastalık riskini de beraberinde getirir (4).

Endüstrileşmiş ülkelerde yapılan araştırmalar, evlilik öncesi cinsel ilişkinin yaygın olduğu ve ilk cinsel ilişkilerin çoğunun ergenlik döneminde yaşandığını belgelemektedir. ABD'de kadınların %70'inin 18 yaşına gelmeden önce, İsveç'te % 94'ünün 19 yaşına gelmeden önce, Almanya ve Macaristan'da %50'sinin 17 yaşına gelmeden önce cinsel ilişkide buldukları bilinmektedir. Yine endüstrileşmiş ülkelerde cinsel yönden aktif 15 yaşından büyük kızların doğum kontrol yöntemi kullanma oranları yüksektir. Doğum kontrol yöntemi kullanma oranları ABD'de % 70, İngiltere'de % 92, Hollanda'da ise % 89'dur (7). Ülkemizde 1989 yılında 12-21 yaş arası genç kızlar arasında yapılan bir çalışmada sadece % 65'inin doğum kontrol yöntemlerinin adını bildikleri ve bu kontrol yöntemlerinin dia, oral kontraseptif ve kondom olduğu belirlenmiştir (6).

Doğum kontrol yöntemlerini ve önemini bilmeyen adölesanlar gebelik olasılığıyla karşı karşıyadır. Adölesan anne ve adölesan annelerden olan çocukların yüksek derecede hastalık ve ölüm riski taşımaları nedeniyle, adölesan doğurganlık önemli bir sağlık sorunu olarak görülmektedir. Tüm dünyada 15-19 yaş arası genç kadınlar 1995 yılında toplam 17 milyon çocuk dünyaya getirmişlerdir ve adölesan gebelik insidansı çeşitli ülkelerde farklılıklar göstermekle birlikte genellikle gelişmekte olan ülkelerde gelişmiş ülkelere oranla daha yüksektir (66, 67). ABD’de 15-19 yaş arası ergenler % 11 gebelik oranına sahiptir. Bu oran ülkemizde 2003 yılı Türkiye Nüfus Sağlık Araştırması sonucunda % 8 olarak bulunmuştur (1, 68).

Cinsel yolla bulaşan hastalıklarda adölesan dönemi önemli sağlık sorunlarından biridir. 15-19 ve 20-24 yaş grubu birden fazla seksüel eş, bariyer yöntemlerini kullanmama ve tedavi için gecikme gibi nedenlerle en yüksek cinsel yolla bulaşan hastalık (CYBH) insidansına sahiptir ve 15-25 yaş grubunda sıklıkla görülen iki hastalık klamidya ve gonore enfeksiyonlarıdır (1).

İnfeksiyon hastalıklarından HIV (AIDS), Hepatit B ve C enfeksiyonları da CYBH grubu içerisinde yer almaktadır. Cinsel açıdan aktif ergenler esas bulaşma yolları kan ve cinsel temas olan bu hastalıklar açısından risk altındadırlar (69).

1998 yılında dünya genelinde 5.8 milyon HIV enfeksiyonu olgusu bildirilmiştir (66). HIV enfeksiyonu görülen 20-29 yaş arası genç erişkinlerin büyük bölümü enfeksiyonu adölesan dönemde almışlardır (1). ABD’de 2000 yılı itibariyle 30.000 HIV enfekte adölesan yaşamaktadır (4). Türkiye’de ise, 1985-2004 yılları arasında 13-24 yaş grubunda toplam 307 HIV enfekte vaka tespit edilmiştir (70).

Hepatit B (HBV) ve Hepatit C (HCV) tüm dünyada görülen ve özellikle gelişmekte olan ülkeleri yakından ilgilendiren önemli hastalıklardandır. Dünyada 450 milyon HBV ve 100 milyon HCV taşıyıcısı olduğu tahmin edilmektedir (71, 72). Edirne’de yapılan bir çalışmada 15-19 yaş arası HbsAg seropozitifliği %11.7, Denizli’de 14-17 yaş arası HbsAg taşıyıcılığı % 4.8 olarak bulunmuştur (73, 74). Adana’da yapılan bir araştırmada ise 10 yaş ve üzerinde HCV pozitifliği oranı % 0.7 olarak bulunmuştur (71).

Yukarıda bahsedildiği gibi çok çeşitli sağlık problemleriyle karşı karşıya olan adölesanların çoğu, okul çağındadır ve adölesan dönemin büyük bir kısmını okulda geçirirler (18). Bu nedenle bu sağlık sorunlarından korunma, hastalıkların saptanması ve tedavi sürecinin erken başlatılmasında okul sağlığı çalışmalarının önemi büyüktür.

2.3. OKUL SAĞLIĞI

Okul sağlığının amacı; toplumda okul çağındaki bütün çocukların mümkün olan en iyi bedensel, ruhsal ve sosyal sağlığa kavuşmalarını sağlamak ve sürdürmek böylece çocukların dolayısıyla toplumun sağlık düzeyini yükseltmektir (18).

Çocuk ve gençler bir yılın yarıdan fazla süresini okul ve çevresinde geçirmektedirler. Çeşitli tehlikelerle karşı karşıya olmalarının yanı sıra özenle izlenme ve bakımı gerektiren durumlar içerisinde bulunmaktadır. Çocuğun hızla büyüüp gelişmesi, uyum ve puberte sorunları nedeniyle bu tehlike ve etkenler bir kat daha artmaktadır (1, 18, 75). Okul çocuklarına sağlık hizmeti götürülmesi ile hastalıkların erken belirtileri ve sağlıklı yaşama konusunda öğrenciler, anne-babaları eğitime fırsatı elde edilebilir (3, 18)

Okul sağlığı çalışmaları; birbirleri ile ilişkili üç temel bölümden oluşur. Bunlar;

- Okulda sağlık hizmetleri,
- Sağlık eğitimi,
- Sağlıklı bir okul yaşamı için sağlıklı okul çevresinin düzenlenmesi şeklinde sıralanabilir.

2.3.1. Okul Sağlığı Hizmetlerinde Hemşirenin Rolü

Tüm çalışmalarda olduğu gibi okul sağlığı çalışmalarının başarısı da ekip çalışması ile olasıdır. Okul sağlığı ekibinde; doktor, hemşire, sosyal hizmet uzmanı, psikolog, beslenme uzmanı, öğretmen ve ebeveynler bulunmalıdır (12, 18, 76, 77). Hemşire bu ekipte merkezi bir konumdadır.

Okul sağlığı hemşireliği çalışmaları 1800'lü yılların ortalarında İngiltere ve Fransa'da halk sağlığı hemşireleri ile başlamış ve bir uzmanlık dalı olarak ABD'de gelişmiştir (78). Okul sağlığı hemşireliği hizmetleri ilk olarak 1902 yılında ABD'de Lillian Word tarafından başlatılmıştır (77, 78). Günümüzde Amerika, Kanada, İsveç, Norveç gibi sağlık hizmetlerinin geliştiği ülkelerde okul sağlığı hemşireleri okul sağlığı çalışmalarında önemli rol üstlenmektedirler ve nitelikleri, görevleri ve eğitimleri yasal olarak belirlenmiştir (78). 1992 yılında ABD'de 26.000 kayıtlı okul hemşiresi görev yapmıştır (77).

Okul hemşiresinin görev ve sorumlulukları her ülkenin kendi koşullarına ve yasal sistemine göre biçimlenir (76). Ülkemizin sağlık politikasında temel sağlık hizmetleri benimsenmiş ancak diğer alanlarda olduğu gibi okul hemşireliği uygulamaları da temel sağlık hizmeti ilkeleri üzerine oturtulamamıştır.

Türkiye’de 1930 yılında yürürlüğe giren Umumi Hıfzıssıhha Kanunu ile devletin yükümlülüğüne verilen okul sağlığı hizmetleri, 1961 yılında çıkarılan Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi hakkındaki kanunun 154 sayılı yönergesi ile sağlık ocaklarının sorumluluğuna verilmiştir (79, 80). 1983 yılından bu yana ise Milli Eğitim Bakanlığı da okul sağlığı hizmetlerinden sorumludur. Milli Eğitim Bakanlığı’nın 102 sağlık eğitim merkezinde 520’si okul sağlığı hemşiresi olarak kayıtlı toplam 800 hemşiresi bulunduğu bilinmektedir (80).

Okul sağlığı hemşiresi; okul toplumunun sağlığının korunması, geliştirilmesi ve sürdürülmesi hizmetlerinde bilgi ve becerisi olan eğitici, danışman, olgu yöneticisi, bakım verici, savunucu ve araştırmacı etkinliklerden sorumlu meslek üyesi olarak tanımlanmaktadır (80).

Okul sağlığı ekibinde üyelerin hepsinin ayrı ayrı önemli görev ve sorumlulukları vardır. Ancak okul sağlığı hizmetlerinde en büyük sorumluluk hemşireye düşmektedir (18, 76, 77).

Okul sağlığı hemşiresinin öğrenci ve ailesine karşı; erken tanı, sevk etme, sağlık eğitimi, koordinasyonun sağlanması, kayıtların tutulması, danışmanlık ve okulda karşılaşılabilecek acil durumların kontrolü gibi sorumluluk ve görevleri vardır (18, 76, 81, 82).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. ARAŞTIRMANIN TÜRÜ

Araştırma Kırşehir ili belediye sınırları içerisinde bulunan ortaöğretim kurumlarında eğitim alan öğrencilerin genel sağlık sorunlarının belirlenmesi amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

3.2. ARAŞTIRMANIN YAPILDIĞI YER VE ÖZELLİKLERİ

Araştırma Kırşehir ili belediye sınırları içerisinde bulunan ortaöğretim kurumlarında yapılmıştır.

Kırşehir ili toplam nüfusu 253.358'dir. Bu nüfusun yaklaşık olarak % 17.8'i okul çağı nüfusudur. Kırşehir ili sınırları içerisinde 59 okul öncesi, 151 ilköğretim ve 27 ortaöğretim düzeyi eğitim veren okul bulunmaktadır. Bu kurumlarda öğrenim gören toplam öğrenci sayısı 2004-2005 eğitim öğretim yılı itibariyle 45.008'dir (83).

Kırşehir ili belediye sınırları içerisinde; dört lise, bir Anadolu teknik ve endüstri meslek lisesi, bir Anadolu meslek ve kız meslek lisesi, bir imam hatip ve Anadolu imam hatip lisesi, bir ticaret meslek ve Anadolu ticaret meslek lisesi, bir Anadolu güzel sanatlar lisesi, bir Anadolu öğretmen lisesi, bir fen lisesi, bir Anadolu lisesi ve bir özel lise olmak üzere toplam 13 adet ortaöğretim kurumu öğretime devam etmektedir. Bu

liselerde 2004-2005 öğretim yılı itibariyle 3556 erkek, 3509 kız olmak üzere toplam 7065 öğrenci eğitim öğretim görmektedir (83).

Kırşehir belediyesi sınırları içerisinde bulunan ortaöğretim kurumlarının toplam derslik sayısı 176, öğretmen sayısı ise 807'dir. Öğretmen başına yaklaşık olarak 12 öğrenci düşmektedir.

3.3. ARAŞTIRMANIN EVRENİ

Kırşehir ili belediye sınırları içerisinde bulunan ortaöğretim kurumlarına kayıtlı 2004-2005 öğretim yılı itibariyle toplam 7065 öğrenci araştırmanın evrenini oluşturmaktadır. Kırşehir ili belediye sınırları içerisinde bulunan ortaöğretim kurumların türü, şube ve öğrenci sayıları Çizelge 1'de verilmiştir (Bkz Sayfa 24).

3.4. ARAŞTIRMANIN ÖRNEKLEMİ

Adölesanlar üzerinde yapılan araştırmalarda en sık yaşanan problemler arasında başağrısı şikayeti (% 58.7) ilk sırada yer aldığı için, PASS bilgisayar programında $p = \% 50$ kabul edilerek, 0.05 tolerans değeri ve % 95 güven düzeyinde minimum örneklem sayısı 786 olarak hesaplanmıştır (40).

2003-2004 öğretim yılı verilerinden yola çıkılarak 7283 olan toplam öğrenci sayısının okulların toplam şube sayısı olan 260'a bölünmesiyle şube başına yaklaşık olarak 28 öğrencinin düşeceği varsayılarak, hesaplanan örneklem büyüklüğü dahilinde okulların tamamından her sınıf düzeyinde birer şube rastgele örnekleme yöntemiyle seçilerek, anketin tüm okulların hazırlık, lise 1, lise 2, lise 3. sınıflarından birer şubeye uygulanması halinde yaklaşık 1400 öğrenciye ulaşılabileceği varsayılmıştır. Bu varsayımdan yola çıkılarak her okuldan her sınıf düzeyinden birer şubeye olmak üzere 50 şubeye anket uygulaması yapılmıştır. Araştırma kapsamına giren sınıflardaki 1056 öğrenciden 108'ine anket uygulaması sırasında okulda bulunmadıkları için ulaşılamamış, 948 öğrenciye anket uygulanmıştır. Anketlerden 2 tanesi cevapsız bırakıldığı için değerlendirmeye alınmamıştır.

Çizelge 1. Kırşehir ili belediye sınırları içerisinde bulunan ortaöğretim kurumlarının türü, şube ve öğrenci sayıları

Okulun Adı	Türü	Şube sayısı				Öğrenci sayısı		Toplam
		Hazırlık	9.sınıf	10.sınıf	11.sınıf	Kız	Erkek	
Kırşehir Lisesi	Lise		13	14	15	861	692	1553
Kızıllırmak Lisesi	Lise	1	6	6	17	170	209	379
M.Akif Ersoy Lisesi	Lise	3	14	13	18	619	625	1244
Y.S.Demir Lisesi	Lise	5	8	14		531	536	1067
And.Tek.Lis.A.M.L.E nd.Meslek Lisesi	Endüstri Meslek Lisesi	2	12	11	11	7	589	596
F.M.Mermer Anadolu Meslek Lisesi ve Kız Meslek Lisesi	Anadolu Meslek Lisesi (Kız Meslek Lisesi)	3	5	4	5	583	139	722
İ. Hatip Lisesi ve Anadolu İmam Hatip Lisesi	İmam Hatip Lisesi	3	2	3	2	63	145	208
Ticaret Meslek Lisesi ve Anadolu Tic.Mes.Lisesi	Ticaret Meslek Lisesi		2	2	2	24	104	128
Kırşehir Anadolu Güzel Sanatlar Lisesi	Anadolu Güzel Sanatlar Lisesi	2	2	2	2	82	39	121
Kırşehir Anadolu Öğretmen Lisesi	Anadolu Öğretmen Lisesi	3	3	4	2	102	151	253
Prof.Dr.İ.Kılıçözü Fen Lisesi	Fen Lisesi	2	2	1	1	50	105	155
H.F.Erdemir Anadolu Lisesi	Anadolu Lisesi	4	3	5	8	389	190	579
Özel Kırşehir Lisesi	Özel Lise			1	1	28	32	60
Toplam	13	28	72	79	84	3509	3556	7065

3.4.1. Araştırmada Kullanılan Denek Cinsi, Sayısı ve Dağılımı

Araştırma Kırşehir ili belediye sınırları içerisinde bulunan toplam 13 adet ortaöğretim kurumunda yapılmıştır. Sınıflara göre ğrenci dağılımı şoyledir;

- Hazırlık Sınıfı: 188 ğrenci
- 9. Sınıf: 296 ğrenci
- 10. Sınıf: 267 ğrenci
- 11. Sınıf: 197 ğrenci

Toplam 948 öğrenciye anket uygulaması yapılmıştır. Bu anketlerden 2 tanesi cevapsız bırakıldığı için değerlendirmeye alınmamıştır.

3.5. VERİLERİN TOPLANMASI VE DEğERLENDİRİLMESİ

3.5.1. Veri Toplama Aracı

3.5.1.1. Anket Formu

Araştırma verileri Ek 1’de verilen anket formu ve Ek 2’de verilen Genel Sağlık Anketi 12 Formu ile toplanmıştır. Anket formunun birinci kısmı (Ek 1) araştırmacı tarafından hazırlanan ve öğrencilerin demografik ve sosyokültürel özellikleri, aile ve arkadaş ilişkileri, okul başarıları, sağlık öyküleri, zararlı alışkanlıkları, cinsel bilgileri, hijyen alışkanlıkları, sağlıkla ilgili bilgilerini ölçmeye yönelik toplam 44 sorudan oluşmaktadır. Öğrencilerin verdikleri yanıtların etkilenmemesi için anket formunda ad, soyad, okul, sınıf gibi kimlik bilgileri bulunmamaktadır.

3.5.1.2. Genel Sağlık Anketi 12

Anket formunun ikinci kısmını öğrencilerin ruhsal sağlıklarını değerlendirmek amacıyla uygulanan Genel Sağlık Anketi 12 (GSA-12) oluşturmaktadır (Ek 2). Genel Sağlık Anketi lkemiz için geçerlilik ve güvenilirlik alışması Kılıç (1996) tarafından yapılan bir form olup, toplum taramalarında psikiyatrik vaka bulmak amacıyla kullanılmaktadır. GSA, David Goldberg (1970) tarafından toplumda sık rastlanılan akut ruhsal hastalıkları belirlemek amacıyla geliştirilmiştir. 12, 28, 30 ve 60 soruluk biçimleri vardır. Çalışmamızda 12 soruluk şekli kullanılmıştır. Genel Sağlık Anketi 12 (GSA-12), 12 sorudan oluşur ve 4 alt lğe ayrılır;

1. Somatik Semptomlar (Hipokondriazis): Bedende bir bozukluk olmadığı halde sürekli hastalık kaygıları ve bedensel yakınmalarla seyreden bir nevroz türüdür.
2. Anksiyete ve Uykusuzluk: Bilinç dışı olan ve nesnesi kişice tanınmayan içten tehlikelere karşı kişinin tepkisidir.
3. Sosyal Fonksiyonlarda Bozulma
4. Ağır Depresyon: Derin üzüntülü bir durum-duygu içinde düşünce, konuşma ve hareketlerde yavaşlama ve durgunluk, değersizlik, küçüklük, güçsüzlük, isteksizlik, karamsarlık duygu ve düşünceleriyle fizyolojik işlevlerde yavaşlama gibi belirtileri içeren bir sendromdur.

Her ölçek katılımcının son zamanlarda yakınmasının olup-olmadığına dair sorulardan ve “her zamankinden az”dan “her zamankinden fazla”ya uzanan 4 şıklı cevap skalasından oluşmaktadır. Anketin a ve b şıklarında ruhsal durumun her zamanki gibi olduğunu ifade eden, c ve d şıklarında ise her zamankinden kötü veya daha kötü olduğunu yansıtan cevaplar bulunmaktadır. Cevap skalası değerlendirilmesinde Likert tipi puanlama ve GHQ (General Health Questionnaire) puanlamadan herhangi biri kullanılabilir. Goldberg tarafından GHQ tipi puanlama olarak adlandırılan puanlama biçimi, toplam puanın ilk iki sütuna 0, son iki sütuna 1 puan verilerek yapılır ve bu puanlama şekli en sık kullanılan puanlama türüdür. GHQ tipi puanlama kullanıldığında en uygun kesme noktası GSA-12 için 1 ve 2 puan arasındadır. GSA-12 puanı 2 ve üzerinde olanlar “vaka” kabul edilirse en yüksek duyarlılık ve özgüllük değerleri elde edilmektedir. Araştırma sonuçlarının değerlendirilmesinde GHQ tipi puanlama kullanılmıştır ve bu puanlamaya göre GSA-12 puanı 2 ve üzerinde olanlar genel ruh sağlığı açısından yüksek riskli grup olarak kabul edilmiştir.

GSA uygulamasında uygulayıcı için herhangi bir özellik gerekmemektedir (84-86, 103).

3.5.2. Ön Uygulama

Araştırmaya başlanmadan önce Kırşehir Valiliğinden gerekli araştırma izini alınmış (Ek 3) ve ön uygulama Kırşehir iline bağlı ilçelerden Mucur ilçesinde eğitim öğretim veren Mucur Çok Programlı Lisesinde yapılmıştır. Lisenin her sınıf düzeyinden birer şubeye olmak üzere 9,10,11. sınıflardan 5'er öğrenci, toplam üç sınıftan 15 öğrenciye anket uygulaması yapılmıştır. Anket formları değerlendirilerek gerekli düzenlemeler yapılmıştır.

3.5.3. Verilerin Toplanması

15 Ekim 2004 -15 Ocak 2005 tarihleri arasında anket uygulaması yapılmıştır. Anket formu ve GSA-12 anketi belirlenen sınıflardaki öğrencilere araştırmacı tarafından kısaca anketin amacı, dolduruluş şekli açıklandıktan sonra dağıtılarak doldurmaları sağlanmıştır. Öğrencilerin cevaplarının birbirlerinden etkilenme ihtimalini en aza indirebilmek için anket formları, araştırmacı tarafından belirlenen sınıflara sırasıyla dağıtılmış ve ilk verilen sınıftan başlanarak sırasıyla toplanmıştır.

Öğrencilerin soruları okuyup, cevaplamaları yaklaşık 30 dakika sürmüştür.

3.5.4. Verilerin Değerlendirilmesi

Verilerin analizinde; yüzdellik, ortalama, dört gözlü ki-kare, kesin ki-kare, cronbach alpha testleri ve logistic regresyon analizi kullanılmıştır.

GSA-12 anketinin tüm yaş gruplarında iç yeterliliğini test etmek amacıyla Cronbach Alpha testi yapılmıştır. Anket uygulamasına alınan öğrencilerin GSA-12 Cronbach Alpha katsayısı 13-19 yaş arası için 0.8289, 13-15 yaşları için 0.8285 ve 16 ve üstü yaşlar için 0.8279 olarak bulunmuştur. Yaş grupları arasında Cronbach Alpha katsayısı açısından fark bulunmadığından, tüm yaş gruplarındaki öğrenciler birlikte değerlendirilmiştir.

4. BULGULAR

Kırşehir ili belediye sınırları içerisinde bulunan ortaöğretim kurumlarında eğitim alan öğrencilerin genel sağlık sorunlarının belirlenmesi amacıyla yapılan bu çalışmaya ait bulgular aşağıda verilmiştir.

Tablo 4.1. Öğrencilerin tanıtıcı özelliklerine göre dağılımı

Özellikler	Sayı	%
Yaş (n=923)		
13-14	146	15.8
15-16	521	56.4
17 ve üzeri	256	27.8
Cinsiyet (n=946)		
Kız	463	48.9
Erkek	483	51.1
Kardeş Sayısı (n=938)		
1-2	337	35.9
3-4	490	52.3
5 ve üzeri	111	11.8
Ailedeki Çocuklar Arasındaki Sıra (n=933)		
1	367	39.3
2	306	32.8
3	150	16.1
4 ve üzeri	110	11.8

Tablo 4.1. 'in devamı

Özellikler	Sayı	%
Sağlık Güvencesi (n=927)		
Var	756	81.6
Yok	171	18.4
Sağlık Güvencesinin Türü (n=720)		
Emekli Sandığı	210	29.2
Bağ- Kur	189	26.3
SSK	255	35.4
Yeşil Kart	66	9.1
Yaşanılan Kişiler (n=936)		
Anne-Baba	212	22.6
Anne-Baba-Kardeş	536	57.3
Anne-Kardeş/ Baba-Kardeş	58	6.2
Üvey Anne-Baba-Kardeş/ Üvey Baba-Anne-Kardeş	15	1.6
Akraba	20	2.2
Arkadaş	59	6.3
Anne-Baba-Akraba	29	3.1
Yalnız	3	0.3
Anne-akraba/Baba-akraba	4	0.4
Yaşanılan Yer (n=946)		
Ev	803	84.9
Yatılı Okul/ Devlet Yurdu	113	11.9
Özel Yurt	18	1.9
Yetiştirme Yurdu	12	1.3

*Yüzdeler 'n' üzerinden alınmıştır. Cevapsız anketler değerlendirmeye alınmamıştır.

Tablo 4.1'de öğrencilerin tanıtıcı özelliklerine göre dağılımı yer almaktadır. Öğrencilerin % 56.4'ünün 15-16, % 27.8'inin 17 yaş ve üzerinde; % 51.1'nin erkek; % 52.3'ünün 3-4 kardeş ve % 39.3'ünün ailenin ilk çocuğu olduğu; % 81.6'sının herhangi bir sağlık güvencesinin bulunduğu; % 35.4'ünün sağlık güvencesinin SSK, % 9.1'inin Yeşil Kart olduğu; % 57.3'ünün anne-baba-kardeşiyle yaşadığı; % 84.9'nun evde, % 1.3'nün ise yetiştirme yurdunda yaşadığı saptanmıştır.

Tablo 4.2. Öğrencilerin anne-babalarının tanıtıcı özelliklerine göre dağılımı

Özellikler	Sayı	%
Anne Yaşıyor (n=946)		
Evet	932	98.5
Hayır	14	1.5
Baba Yaşıyor (n=946)		
Evet	906	95.8
Hayır	40	4.2
Anne Yaşı (n=907)		
30-34	157	17.3
35-39	371	40.9
40-44	248	27.3
45 ve üzeri	131	14.5
Baba Yaşı (n=887)		
30-39	204	23.0
40-49	565	63.7
50 ve üzeri	118	13.3
Anne Eğitim Düzeyi (n=930)		
Okur-yazar değil	47	5.0
Okur yazar	22	2.4
İlkokul	498	53.6
Ortaokul	125	13.4
Lise	167	18.0
Yüksek okul/Üniversite	71	7.6
Baba Eğitim Düzeyi (n=907)		
Okur-yazar değil	12	1.3
Okur yazar	9	1.0
İlkokul	233	25.7
Ortaokul	160	17.6
Lise	268	29.6
Yüksek okul/Üniversite	225	24.8
Anne İşi (n=925)		
Ev Hanımı	836	90.4
Memur	63	6.9
İşçi	6	0.6
Esnaf	5	0.5
Emekli	12	1.3
Serbest Meslek	3	0.3

Tablo 4.2. 'nin devamı

Özellikler	Sayı	%
Baba İşi (n=876)		
Herhangi bir işi yok	59	6.7
Memur	276	31.5
İşçi	240	27.4
Esnaf	170	19.5
Çiftçi	79	9.0
Emekli	44	5.0
Serbest Meslek	8	0.9
Ailenin Gelir Düzeyi (n=936)		
Düşük	133	14.2
Orta	733	78.3
Yüksek	70	7.5

*Yüzdeler 'n' üzerinden alınmıştır. Cevapsız anketler değerlendirmeye alınmamıştır.

Öğrencilerin anne-babalarının tanıtıcı özelliklerine göre dağılımı incelendiğinde (Tablo 4.2) Öğrencilerin % 98.5'nin annesinin, % 95.8'nin babasının hayatta olduğu; % 40.9'unun annesinin 35-39 yaşları arasında ve % 63.7'sinin babasının 40-49 yaşları arasında olduğu; annelerin % 53.6'sının ilkokul, babaların % 29.6'sının lise mezunu olduğu; annelerin % 90.4'ünün ev hanımı, babaların % 31.5'inin memur ve % 78.3'ünün ailesinin gelirinin orta düzeyde olduğu saptanmıştır.

Tablo 4.3. Öğrencilerin aile ve arkadaş ilişkilerini değerlendirme durumlarına göre dağılımı

Değerlendirme	Aile İlişkisi (n=942)		Arkadaş İlişkisi (n=940)	
	Sayı	%	Sayı	%
Çok iyi	377	40.0	330	35.1
İyi	340	36.1	403	42.9
Normal	179	19.0	182	19.4
Kötü	28	3.0	18	1.9
Çok kötü	18	1.9	7	0.7
Toplam	942	100	940	100

*Yüzdeler 'n' üzerinden alınmıştır. Cevapsız anketler değerlendirmeye alınmamıştır.

Tablo 4.3’de öğrencilerin aile ve arkadaş ilişkilerini değerlendirme durumlarına göre dağılımı yer almaktadır. Öğrencilerinin % 40.0’ı aileleri ile ilişkilerinin çok iyi, % 1.9’u çok kötü olduğunu; 42.9’u arkadaşları ile ilişkilerinin iyi, % 0.7’si çok kötü olduğunu belirtmiştir.

Tablo 4.4. Öğrencilerin okul başarılarını değerlendirme durumlarına göre dağılımı

Okul Başarısı (n=937)	Sayı	%
Sınıf ortalamasının üstünde	185	19.7
Sınıf ortalamasına uygun	696	74.3
Sınıf ortalamasının altında	56	6.0
Toplam	937	100

*Yüzdeler ‘n’ üzerinden alınmıştır. Cevapsız anketler değerlendirmeye alınmamıştır.

Öğrencilerin okul başarılarını değerlendirme durumlarına göre dağılımı Tablo 4.4’de yer almaktadır. Öğrencilerin % 74.3’ü okul başarısının sınıf ortalamasına uygun, % 6.0’ı düşük olduğunu belirtmiştir.

Tablo 4.5. Öğrencilerin tanıtıcı özelliklerine göre intihar düşüncelerinin dağılımı

Tanıtıcı Özellikler	İntihar Düşüncesi						X ²	Sd	p
	Var		Yok		Toplam				
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%			
Yaş									
13-14 Yaş	16	11.4	124	88.6	140	100	5.759	2	0.056 p>0.05
15-16 Yaş	95	19.5	392	80.5	487	100			
17 ve Üzeri Yaş	48	20.8	183	79.2	231	100			
Toplam	159	18.5	699	81.5	858	100			
Cinsiyet									
Kız	93	21.5	339	78.5	432	100	5.008	1	0.030 p<0.04
Erkek	70	15.7	377	84.3	447	100			
Toplam	163	18.5	716	81.5	879	100			
Aile İlişkisi									
İyi / Çok İyi	89	13.3	580	86.7	669	100	57.904	2	0.000 p<0.01
Normal	54	32.3	113	67.7	167	100			
Kötü / Çok Kötü **	20	48.8	21	51.2	41	100			
Toplam	163	18.5	714	81.5	877	100			

Tablo 4.5. 'in devamı

Tanıtıcı Özellikler	İntihar Düşüncesi						X ²	Sd	p
	Var		Yok		Toplam				
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%			
Arkadaş İlişkisi									
İyi / Çok İyi	119	17.3	570	82.7	689	100	4.086	2	0.130 p>0.05
Normal	38	22.4	132	77.6	170	100			
Kötü / Çok Kötü	5	31.3	11	68.9	16	100			
Toplam	162	18.5	713	81.5	875	100			
Okul Başarısı									
Sınıf Ortalamasının Üstünde	22	12.6	152	87.4	174	100	7.894	2	0.019 p<0.02
Sınıf Ortalamasına Uygun	125	19.3	524	80.7	649	100			
Sınıf Ortalamasının Altında **	15	28.8	37	71.2	52	100			
Toplam	162	18.5	713	81.5	875	100			
Kronik Hastalığı Olma									
Var	6	16.7	30	83.3	36	100	0.075	1	1.000 p>0.05
Yok	154	18.5	674	81.5	828	100			
Toplam	160	18.5	704	81.5	864	100			

*Yüzdeler 'n' üzerinden alınmıştır. Cevapsız anketler değerlendirmeye alınmamıştır.

** Diğer gruplardan farklı.

Öğrencilerin 163'ünün (% 18.5) intiharı düşündüğü, 716'sının (% 81.5) ise böyle bir düşüncesinin bulunmadığı belirlenmiştir.

Öğrencilerin tanıtıcı özelliklerine göre intihar düşüncelerinin dağılımı Tablo 4.5'de incelenmiştir. İntiharı düşünme kız öğrencilerde (% 21.5) erkek öğrencilere göre (% 15.7) daha fazla, aile ilişkilerini "çok kötü/kötü" olarak değerlendiren öğrencilerin intihar düşüncesi (% 48.8) diğerlerine göre daha yüksek, okul başarısı "sınıf ortalamasının altında" olan öğrencilerin intihar düşüncesi % 28.8 ile diğer başarı durumuna sahip öğrencilerden daha yüksek bulunmuştur. Cinsiyet, aile ilişkisi, okul başarısı ile intihar düşüncesi arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı (p<0.05); yaş, arkadaş ilişkisi, kronik hastalığa sahip olma durumu ile intihar düşüncesi arasındaki farkın ise anlamsız olduğu saptanmıştır (p>0.05).

Tablo 4.6.Öğrencilerin sigara, alkol, madde kullanım alışkanlıkları ve kullanım sürelerine göre dağılımı

Alışkanlık	Sigara		Alkol		Madde	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Var	77	8.1	32	3.4	7	0.7
Yok	869	91.9	914	96.6	939	99.3
Toplam	946	100	946	100	946	100
Kullanım Süresi (Yıl)						
1 ay- 1	16	20.7	11	34.3	1	14.3
2-3	30	39.0	6	18.8	1	14.3
4 ve üzeri	17	22.1	5	15.6	1	14.3
Arada sırada	7	9.1	9	28.2	1	14.3
Cevapsız	7	9.1	1	3.1	3	42.8
Toplam	77	100	32	100	7	100

Öğrencilerin sigara, alkol, madde kullanım alışkanlıkları ve kullanım sürelerine göre dağılımı incelendiğinde (Tablo 4.6); % 8.1'nin sigara, % 3.4'nün alkol, % 0.7'nin ise madde kullanım alışkanlığı olduğu; % 39.0'ının 2-3 yıldır sigara, % 34.3'nin 1 ay-1 yıldır alkol kullandığı, madde kullanımının sürelerinin ise hepsinde % 14.3 olduğu saptanmıştır.

Öğrencilere kullandıkları maddelerin cinsleri sorulduğunda; % 66.8'i Tiner/bally, % 50.1'i hap/morfin, % 17.7'si ise tüm bu maddeleri karışık olarak kullandıklarını belirtmişlerdir.

Tablo 4.7. Öğrencilerin yaş, cinsiyet, aile ilişkisi, arkadaş ilişkisi, okul başarılarına göre sigara kullanım alışkanlıkları

Tanıtıcı Özellikler	Sigara Kullanımı						X ²	Sd	p
	Kullanıyor		Kullanmıyor		Toplam				
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%			
Yaş									
13-14 Yaş	4	2.7	142	97.3	146	100	24.144	2	0.000 p<0.001
15-16 Yaş	32	6.1	489	93.9	521	100			
17 ve üzeri Yaş **	39	15.2	217	84.8	256	100			
Toplam	75	8.1	848	91.9	923	100			
Cinsiyet									
Kız	24	5.2	439	94.8	463	100	10.597	1	0.001 p<0.01
Erkek	53	11.0	430	89.0	483	100			
Toplam	77	8.1	869	91.9	946	100			
Aile İlişkisi									
İyi / Çok İyi	41	5.7	676	94.3	717	100	34.929	2	0.000 p<0.001
Normal	22	12.3	157	87.7	179	100			
Kötü / Çok Kötü **	13	28.3	33	71.7	46	100			
Toplam	76	8.1	866	91.9	942	100			
Arkadaş İlişkisi									
İyi / Çok İyi	55	7.5	678	92.5	733	100	5.896	2	0.052 p>0.05
Normal	17	9.3	165	90.7	182	100			
Kötü / Çok Kötü	6	20.8	19	79.2	25	100			
Toplam	77	8.1	863	91.9	940	100			
Okul Başarısı									
Sınıf Ortalamasının Üstünde	6	3.2	179	96.8	185	100	23.027	2	0.000 p<0.001
Sınıf Ortalamasına Uygun	57	8.2	639	91.8	696	100			
Sınıf Ortalamasının Altında **	13	23.2	43	76.8	56	100			
Toplam	76	8.1	861	91.9	937	100			

*Yüzdeler 'n' üzerinden alınmıştır. Cevapsız anketler değerlendirmeye alınmamıştır.

** Diğer gruplardan farklı.

Tablo 4.7'de öğrencilerin yaş, cinsiyet, aile ilişkisi, arkadaş ilişkisi, okul başarılarına göre sigara kullanım alışkanlıklarının dağılımı yer almaktadır. Öğrencilerin yaşları yükseldikçe sigara kullanım alışkanlığının arttığı ve erkek öğrencilerin (% 11.0) kız öğrencilere (% 5.2) göre daha fazla sigara kullanım alışkanlığına sahip oldukları

belirlenmiştir. Aile ilişkisi iyiden kötüye doğru gittikçe ve okul başarısı düştükçe sigara kullanım alışkanlığı artmaktadır. Öğrencilerin yaşları, cinsiyetleri, aile ilişkileri, okul başarıları ile sigara kullanım alışkanlıkları arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı ($p<0.05$); arkadaş ilişkisi ile sigara kullanımı arasındaki ilişki ise anlamsız bulunmuştur ($p>0.05$).

Tablo 4.8. Öğrencilerin yaş, cinsiyet, aile ilişkisi, arkadaş ilişkisi, okul başarılarına göre alkol kullanım alışkanlıkları

Tamtıcı Özellikler	Alkol Kullanımı						X ²	Sd	p
	Kullanıyor		Kullanmıyor		Toplam				
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%			
Yaş									
13-14 Yaş	1	0.7	145	99.3	146	100	24.263	2	0.000 p<0.01
15-16 Yaş	10	1.9	511	98.1	521	100			
17 ve üzeri Yaş **	21	8.2	235	91.8	256	100			
Toplam	32	3.4	891	96.6	923	100			
Cinsiyet									
Kız	5	1.1	458	98.9	463	100	14.713	1	0.000 p<0.01
Erkek	27	5.6	456	94.4	483	100			
Toplam	32	3.4	914	96.6	946	100			
Aile İlişkisi									
İyi / Çok İyi	17	2.4	700	97.6	717	100	29.896	2	0.000 p<0.01
Normal	7	3.9	172	96.1	179	100			
Kötü / Çok Kötü **	8	17.4	38	82.6	46	100			
Toplam	32	3.4	910	96.6	942	100			
Arkadaş İlişkisi									
İyi / Çok İyi	24	3.3	709	96.7	733	100	1.820	2	0.430 p>0.05
Normal	6	3.3	176	96.7	182	100			
Kötü / Çok Kötü	2	8.0	23	92.0	25	100			
Toplam	32	3.4	908	96.6	940	100			
Okul Başarısı									
Sınıf Ortalamasının Üstünde	4	2.2	181	97.8	185	100	10.062	2	0.007 p<0.01
Sınıf Ortalamasına Uygun	22	3.2	674	96.8	696	100			
Sınıf Ortalamasının Altında **	6	10.7	50	89.3	56	100			
Toplam	32	3.4	905	96.6	937	100			

*Yüzdeler 'n' üzerinden alınmıştır. Cevapsız anketler değerlendirmeye alınmamıştır.

** Diğer gruplardan farklı.

Tablo 4.8’de öğrencilerin yaş, cinsiyet, aile ilişkisi, arkadaş ilişkisi, okul başarılarına göre alkol kullanım alışkanlıklarının dağılımı yer almaktadır. Erkek öğrencilerin (% 5.6) kız öğrencilere (% 1.1) göre daha fazla alkol kullandıkları, öğrencilerin yaşları büyüdükçe alkol kullanım sıklığının arttığı, aile ilişkisi ve arkadaş ilişkisi “çok kötü/kötü” (% 17.4) ve okul başarısı “sınıf ortalamasının altında” olan öğrencilerin (% 10.7) alkol kullanım oranlarının yükseldiği tespit edilmiştir. Yaş, cinsiyet, aile ilişkisi, okul başarıları ile alkol kullanımı arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı ($p < 0.05$), arkadaş ilişkisi ile alkol kullanımı arasındaki ilişki ise anlamsız bulunmuştur ($p > 0.05$).

Madde kullandığını belirten öğrencilerin madde kullanımları ile cinsiyetleri arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur (Fisher $\chi^2=0.105$, $p=1.000$, $p > 0.05$). Madde kullanan öğrenci sayısı az olduğundan ($n=7$) diğer değişkenlerle ilişkisi incelenmemiştir.

Tablo 4.9. Öğrencilerin aldıkları günlük öğün sayısına göre dağılımı

Öğün Sayısı	Sayı	%
1 öğün	14	1.5
2 öğün	216	22.9
3 öğün	575	60.8
4 ve üzeri öğün	141	14.8
Toplam	946	100

Tablo 4.9’da öğrencilerin aldıkları günlük öğün sayısına göre dağılımı yer almaktadır. Öğrencilerin % 60.8’inin günde üç öğün, % 1.5’unun ise günde bir öğün yemek yedikleri saptanmıştır.

Tablo 4.10. Öğrencilerin el yıkama zamanlarına göre dağılımı

El Yıkama Zamanı (n=901)*	Sayı	%
Yemekten önce/sonra	616	68.3
Tuvaletten önce/sonra	423	46.9
Kirlenince/gerektiğinde	799	88.6

* Sorulara birden fazla cevap verilmiştir. Yüzdeler ‘n’ üzerinden değerlendirilmiştir.

Tablo 4.10’da öğrencilerin el yıkama zamanlarına göre dağılımı yer almaktadır. Öğrencilerin % 88.6’sı kirlendiğinde/gerektiğinde, % 46.9’u tuvaletten önce/sonra ellerini yıkadıklarını belirtmişlerdir.

Tablo 4.11. Öğrencilerin düzenli olarak diş fırçalama alışkanlıkları, günlük diş fırçalama sıklığı, diş sağlığı ile ilgili problem yaşama durumları ve yaşadıkları problemlere göre dağılımı

Diş Sağlığı Özellikleri	Sayı	%
Düzenli Olarak Diş Fırçalama Alışkanlığı		
Var	658	69.5
Yok	288	30.5
Toplam	946	100
Günlük Diş Fırçalama Sıklığı		
1 kez	137	20.8
2 kez	351	53.4
3-5 kez	89	13.5
Arada sırada	43	6.6
Cevapsız	38	5.7
Toplam	658	100
Diş Sağlığı İle İlgili Problem Yaşama		
Var	277	29.9
Yok	649	70.1
Toplam	926	100
Ağız Diş Sağlığı Problemi (n=277)*		
Çürük	89	32.1
Kanama	81	29.2
Şekil bozukluğu	44	15.8
Diş eti problemleri	41	14.8
Ağrı	23	8.3
Renk bozukluğu, tartar, leke	22	7.9
Cevapsız	25	9.0

* Soruya birden fazla cevap verilmiştir ve yüzdeler ‘n’ üzerinden değerlendirilmiştir.

Öğrencilerin düzenli olarak diş fırçalama alışkanlıkları, günlük diş fırçalama sıklıkları, diş sağlığı ile ilgili problem yaşama durumları ve yaşadıkları problemlere göre dağılımı incelendiğinde (Tablo 4.11), % 69.5’inin düzenli olarak, % 53.4’ünün günde iki kez dişlerini fırçaladıkları, % 29.9’unun diş sağlığı ile ilgili problem yaşadıkları ve en sık yaşadıkları diş sağlığı sorununun çürük (% 32.1) olduğu ve % 14.8’inin enfeksiyon, yara, şişme gibi diş eti problemleri yaşadıkları saptanmıştır.

Tablo 4.12. Öğrencilerin cinsellikle ilgili özellikleri

Cinsellikle İlgili Özellikler	Sayı	%
Flört/sevgili Edinme		
Evet	267	28.6
Hayır	666	71.4
Toplam	933	100
Cinsel İlişki Yaşama		
Evet	87	9.3
Hayır	849	90.7
Toplam	936	100
İlk Cinsel İlişki Yaşı		
6-12 yaş	8	9.2
13-15 yaş	35	40.2
16 ve üzeri yaş	29	33.4
Cevapsız	15	17.2
Toplam	87	100
Gebeliği Önleyici Yöntemleri Bilme		
Biliyor	418	45.6
Bilmiyor	498	54.4
Toplam	916	100
Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıkları Bilme		
Biliyor	718	76.8
Bilmiyor	217	23.2
Toplam	935	100
Bilinen Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklar (n=718)*		
AİDS	680	94.7
Hepatit B-C	242	33.7
Gonore	46	6.4
Frengi	45	6.2
Cevapsız	25	3.4

Tablo 4.12 'nin devamı

Cinsel Bilgi Edinme Kaynakları (n=879)*		
Arkadaş	479	54.4
TV, gazete, porno film, internet	358	40.7
Kitaplar	291	33.1
Anne-baba	142	16.1
Ders, öğretmen, okul	51	5.8
Abla-ağabey	49	5.5
Çevre, komşu, sohbet	9	1.0
Akraba	7	0.7
Kendi deneyimlerim	6	0.7
Sağlık personeli	2	0.2
Üreme Organları İle İlgili Bir hastalık Geçirme		
Evet	53	5.7
Hayır	884	94.3
Toplam	937	100

* Soruya birden fazla cevap verilmiştir. Yüzdeler 'n' üzerinden değerlendirilmiştir.

Tablo 4.12'de öğrencilerin cinsellikle ilgili özellikleri yer almaktadır. Öğrencilerin % 28.6'sının flört/sevgilisi olduğu; % 9.3'ünün bir cinsel deneyim yaşadığı ve % 40.2'sinin ilk cinsel ilişki yaşınının 13-15 yaşları, % 9.2'sinin 6-12 yaşları olduğu; % 54.4'ünün gebeliği önleyici yöntemlerden habersiz olduğu; % 76.8'inin cinsel yolla bulaşan hastalıkları bildiği ve en çok bilinen hastalığın AIDS (% 94.7) olduğu; % 54.4'ünün arkadaşlarından, % 0.2'sinin ise sağlık personelinden cinsel bilgi edindikleri ve % 5.7'sinin üreme organlarına ilişkin bir enfeksiyon geçirdiği belirlenmiştir.

Öğrencilere okullarında bir sağlık problemi ile karşılaştıklarında başvurabilecekleri bir sağlık birimi bulunup bulunmadığı ve sağlık sorunu ile karşılaştıklarında başvurdukları kurumlar sorulduğunda; % 70.3'ü okullarında başvurabilecekleri bir sağlık birimi bulunmadığını ve sağlık sorunu ile karşılaştıklarında başvurdukları sağlık kurumlarının sırasıyla hastane (% 72.8), özel doktor (% 20.3) ve sağlık ocağı (% 11.3) olduğunu belirtmişlerdir.

Tablo 4.13. Öğrencilerin okulda sağlık eğitimi alma durumları, almak istedikleri sağlık eğitimi konuları ve okullarında sağlık hizmeti vermek üzere bulunmasını istedikleri sağlık personeline göre dağılımı

Sağlık Eğitimi Özellikleri	Sayı	%
Okulda Sağlık Eğitimi Alma		
Evet	471	50.1
Hayır	470	49.9
Toplam	941	100
Alınmak İstenen Sağlık Eğitimi Konuları (n=580)*		
Genel sağlık konuları	168	28.9
Cinsellik	110	18.9
İlk yardım	86	14.8
Cinsel yolla bulaşan hastalıklar/ Bulaşıcı hastalıklar	80	13.7
Psikoloji/psikiyatrik hastalıklar	59	10.1
Ergenlik	38	6.5
Kanser	28	4.8
Gebeliği önleyici yöntemler	17	2.9
Okullarında Bulunmasını İstedikleri Sağlık Personeli (n=946)*		
Psikolog	594	62.7
Doktor	506	53.4
Hemşire	393	41.5
Sağlık memuru	164	17.3
Diyetisyen	134	14.1

*Soruya birden fazla cevap verilmiştir. Yüzdeler 'n' üzerinden değerlendirilmiştir.

Öğrencilerin okulda sağlık eğitimi alma durumları, almak istedikleri sağlık eğitimi konuları ve okullarında sağlık hizmeti vermek üzere bulunmasını istedikleri sağlık personeline göre dağılımı incelendiğinde (Tablo 4.13); % 50.1'inin okulda sağlık eğitimi almadığı; sağlık eğitimi verilmesi durumunda % 28.9'unun genel sağlık konuları ve % 18.9'unun cinsellik hakkında sağlık eğitimi almak istedikleri saptanmıştır. Okullarında sağlık hizmeti vermek üzere ise Psikolog (% 62.7), Doktor (% 53.4), Hemşire (% 41.5), Sağlık Memuru (% 17.3), Diyetisyen (% 14.1) bulunmasını istedikleri belirlenmiştir.

Tablo 4.14. Öğrencilerin evlerinde sürekli bakım/ tedavi gerektiren birey bulunma durumuna göre dağılımı

Evde Sürekli Bakım/tedavi Gerektiren Birey Bulunma Durumu	Sayı	%
Evde Sürekli Bakım/Tedavi Gerektiren Birey		
Var	164	17.3
Yok	782	82.7
Toplam	946	100
Bireylerin Yakınlık Derecesi (n=164)*		
Anne	87	53.0
Baba	55	33.5
Kardeş	20	12.1
Diğer (babaanne, dede, hala)	28	17.0

* Soruya birden fazla cevap verilmiştir. Yüzdeler n üzerinden değerlendirilmiştir.

Tablo 4.14’de öğrencilerin yaşadıkları evde sürekli bakım/tedavi gerektiren birey bulunma durumuna göre dağılımı yer almaktadır. Öğrencilerin % 17.3’ünün evinde sürekli bakım/tedavi gerektiren hastalığı olan birey bulunmaktadır. Evinde sürekli bakım/tedavi gerektiren birey bulunan öğrencilerin % 53.0’ı annesinin, % 33.5’i babasının, % 17.0’ı babaanne, dede, halasının sürekli bakım tedavi/gerektiren hastalığı olduğunu belirtmiştir.

Tablo 4.15. Öğrencilerin evde sürekli bakım/tedavi gerektiren anne, baba ve diğer bireylerin hastalıklarına göre dağılımı

Hastalık Adı	Anne (n=87)*		Baba (n=55)*		Diğer (n=28)*	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Kalp/Damar Hastalıkları	25	28.7	20	36.3	11	39.2
Diyabet	9	10.3	19	34.5	5	17.8
Astım	8	9.1	4	7.2	6	21.4
Psikiyatrik Hastalık	7	8.0	4	7.2	1	3.5
Kanser	2	2.2	3	5.4	1	3.5
Diğer	43	49.4	10	18.2	5	17.8

* Soruya birden fazla cevap verilmiştir. Yüzdeler ‘n’ üzerinden değerlendirilmiştir.

Tablo 4.15’de öğrencilerin evlerinde sürekli bakım/tedavi gerektiren anne, baba ve kardeşler dışında diğer bireylerin hastalıklarına göre dağılımı yer almaktadır. Öğrencilerin % 28.7’sinin annesi, % 36.3’ünün babası ve % 39.2’sinin evde birlikte yaşadıkları hala, babaanne ve dede gibi diğer bireylerin kalp/damar hastalığına sahip olduğu, % 49.4’ünün annesi, % 18.2’sinin babası , % 17.8’inin diğer aile bireylerinde ise sedef, romatizma, fıtık, ülser, gut, guatr, hepatit B, felç, kemik erimesi gibi hastalıkları olduğu tespit edilmiştir.

Tablo 4.16. Öğrencilerin evde sürekli bakım/tedavi gerektiren kardeş hastalıklarına göre dağılımı

Hastalık Adı (n=20)*	Sayı	%
Epilepsi	5	25.0
Astım	5	25.0
Özürü	2	10.0
Diyabet	2	10.0
Psikiyatrik Bozukluk	1	5.0
Diğer	7	35.0

* Soruya birden fazla cevap verilmiştir. Yüzdeler ‘n’ üzerinden değerlendirilmiştir.

Tablo 4.16’da öğrencilerin evde sürekli bakım/tedavi gerektiren kardeşlerinin hastalıkları yer almaktadır. Öğrencilerin % 25’inin kardeşinde astım, % 5’nin kardeşinde psikiyatrik bozukluk, % 35.0’inde ise hepatit B, karaciğer hastalığı, kalp rahatsızlığı, hipotroidi, sedef gibi hastalıklar olduğu tespit edilmiştir.

Tablo 4.17. Öğrencilerin kronik hastalık tanısı alma durumuna ve kronik hastalık tanılarına göre dağılımı

Kronik Hastalık Durumu	Sayı	%
Kronik Hastalığa Sahip Olma		
Var	38	4.1
Yok	888	95.9
Toplam	926	100
Kronik Hastalık (n=38)*		
Astım	9	23.6
Hipertansiyon	4	10.5
Kas/iskelet Sistemi Hastalıkları(skolyoz, eklem romatizması)	4	10.5
Epilepsi	3	7.9
Diyabet	3	7.9
Alerji	2	5.2
Diğer	15	39.4
Cevapsız	1	2.6

* Soruya birden fazla cevap verilmiştir ve yüzdeler 'n' üzerinden değerlendirilmiştir.

Öğrencilerin herhangi bir kronik hastalık tanısı alma durumuna ve kronik hastalık tanılarına göre dağılımı (Tablo 4.17) incelendiğinde, % 4.1'inin kronik hastalığı bulunduğu ve % 23.6'sının astım, % 10.5'inin hipertansiyon ve kas iskelet sistemi hastalıkları ve % 39.4'ünün behçet, guatr, bronşit, zona, sedef, ülser, göz problemleri gibi hastalıkları olduğu tespit edilmiştir.

Bu hastalıkların bütün öğrenci grubundaki (n=946) sıklığına bakıldığında ise; astımın % 0.9, hipertansiyonun % 0.4, kas iskelet sistemi hastalıklarının (skolyoz, eklem romatizması) % 0.4, epilepsinin % 0.3, diyabetin % 0.3, alerjinin % 0.2, behçet, guatr, bronşit, zona, sedef, ülser, göz problemleri gibi hastalıkların % 1.6 sıklığında görüldüğü belirlenmiştir.

Tablo 4.18. Öğrencilerin sürekli olarak ilaç kullanma durumları ve kullandıkları ilaçların türü

İlaç Kullanma Durumu	Sayı	%
Sürekli Olarak İlaç Kullanma		
Kullanıyor	53	5.7
Kullanmıyor	878	94.3
Toplam	931	100
Sürekli Kullanılan İlaçların Türü		
Analjezik	10	18.9
Antiepileptik	6	11.3
Proflaksi(penadur)	6	11.3
Antihistaminik	5	9.4
Antidepresan	4	7.6
Antianemik	3	5.7
Antiastmatik	1	1.9
Diğer (antibakteriyel, myoreleksan, vitamin, antiasit)	10	18.9
Cevapsız	8	15.0
Toplam	53	100

Tablo 4.18’de öğrencilerin sürekli olarak ilaç kullanma durumları ve kullandıkları ilaçların türü yer almaktadır. Öğrencilerin % 5.7’sinin sürekli olarak ilaç kullandığı ve % 18.9 oranıyla en fazla analjezik türü ilaç aldıkları tespit edilmiştir.

Tablo 4.19. Öğrencilerin son bir yıl içerisinde sağlık problemi yaşama durumları ve yaşadıkları sağlık problemlerine göre dağılımı

Sağlık Problemi Yaşama Durumu	Sayı	%
Sağlık Problemi		
Var	824	87.1
Yok	122	12.9
Toplam	946	100
Son Bir Yıl İçerisinde Yaşanılan Sağlık Problemleri (n=824)*		
Baş ağrısı	434	52.6
Akne	370	44.9
Sinirlilik	362	43.9
Kepek	313	37.9
Sinüzit	206	25.0
Kansızlık	147	17.8
Kabızlık	65	7.8
Önemli kaza	50	6.0
Parazit	26	3.1
Göz problemleri	10	1.2
Diğer	56	6.7

* Soruya birden fazla cevap verilmiştir. Yüzdeler ‘n’ üzerinden alınmıştır.

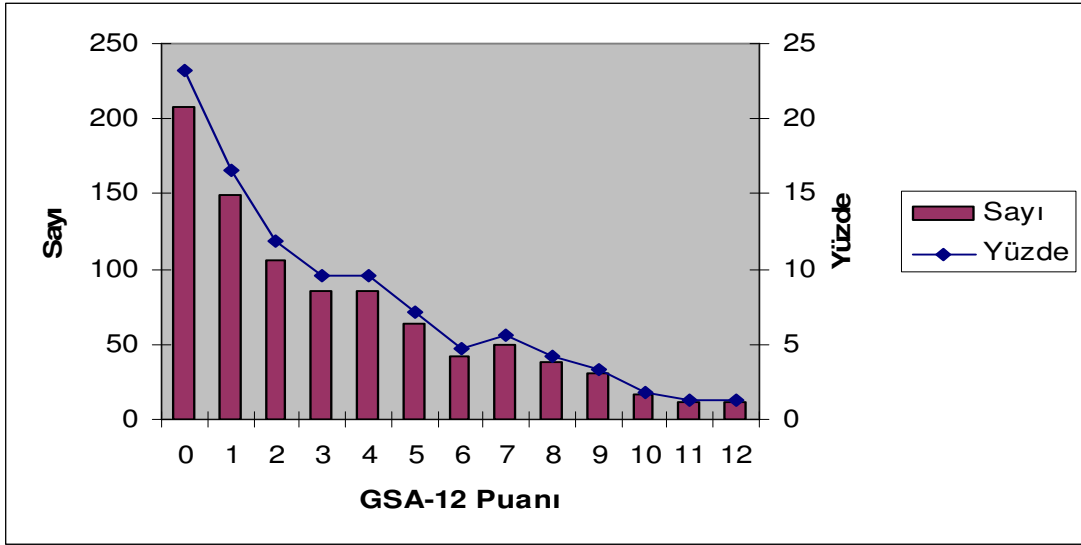
Tablo 4.19’da öğrencilerin son bir yıl içerisinde sağlık problemi yaşama durumları ve yaşadıkları sağlık problemlerine göre dağılımı yer almaktadır. Öğrencilerin % 87.1’inin sağlık problemi yaşadığı ve en sık yaşadıkları sağlık problemlerinin baş ağrısı (% 52.6), akne (% 44.9), sinirlilik (% 43.9) olduğu ve % 6.7’sinin enfeksiyon, mide rahatsızlıkları, saç dökülmesi, stres, uyku problemleri, halsizlik, alerji gibi diğer sağlık problemlerini yaşadıkları belirlenmiştir.

Tablo 4.20.Kız öğrencilerin adet görme durumları, ilk adet görme yaşları ve adet dönemleri ile ilgili yaşadıkları sorunlara göre dağılımı

Adet Görmeye İlişkin Özellikler	Sayı	%
Adet Görme		
Evet	434	93.8
Hayır	8	1.7
Cevapsız	21	4.5
Toplam	463	100
İlk Adet Görme Yaşı		
10 yaş	9	2.1
11-12 yaş	123	28.4
13-14 yaş	276	63.6
15 ve üzeri yaş	25	5.7
Cevapsız	1	0.2
Toplam	434	100
Adet Dönemi İle İlgili Sorunlar		
Ağrılı adet	116	26.7
Düzensiz adet	76	17.5
Düzensiz ve ağrılı adet	85	19.9
Sorunum yok	151	34.6
Cevapsız	6	1.3
Toplam	434	100

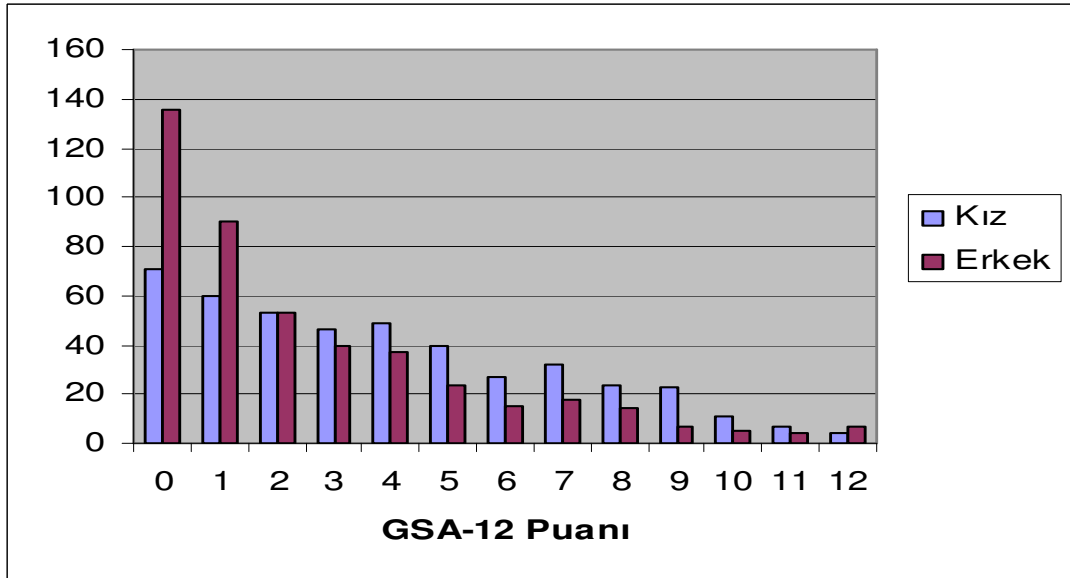
Tablo 4.20’de kız öğrencilerin adet görme durumları, ilk adet görme yaşları ve adet dönemleri ile ilgili yaşadıkları sorunlara göre dağılımı yer almaktadır. Kız öğrencilerin % 93.8’inin adet gördüğü, % 1.7’nin ise henüz adet görmediği, % 63.6’sının ilk adet yaşının 13-14 yaşları olduğu, % 26.7’sinin ağrılı adet şikayeti olduğu ve % 34.6’sının adet dönemiyle ilgili herhangi bir sorun yaşamadığı tespit edilmiştir.

Öğrencilerin GSA-12 puanları ile ilgili bulgular aşağıda verilmiştir.



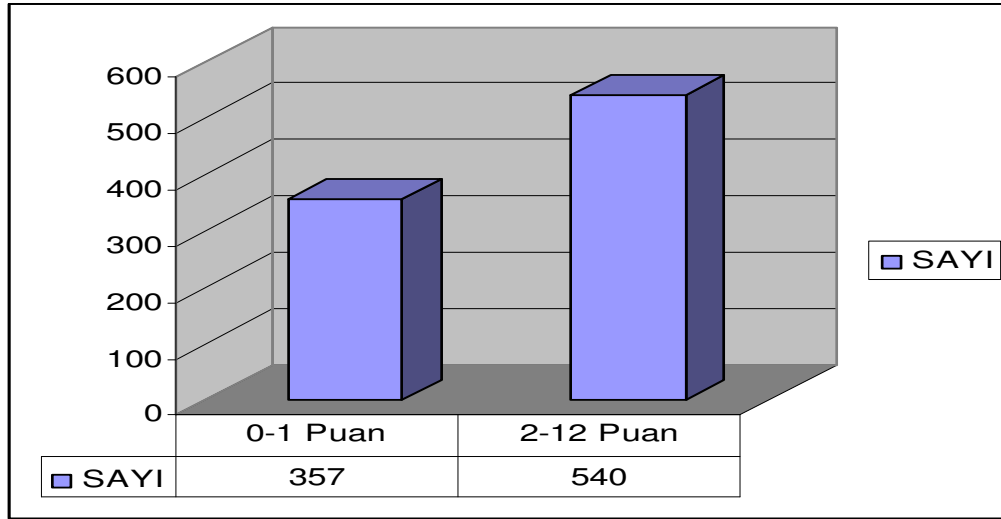
Şekil 4.1. Öğrencilerin GSA-12 puanlarının sayı ve yüzde olarak dağılımı

Şekil 4.1’de öğrencilerin GSA-12 puanlarının sayı ve yüzde olarak dağılımı görülmektedir. GSA-12’den öğrencilerin 207’si (% 23.1) 0 puan alırken, 11’i (% 1.2) 12 puan almıştır.



Şekil 4.2. Öğrencilerin GSA-12 puanlarının cinsiyete göre dağılımı

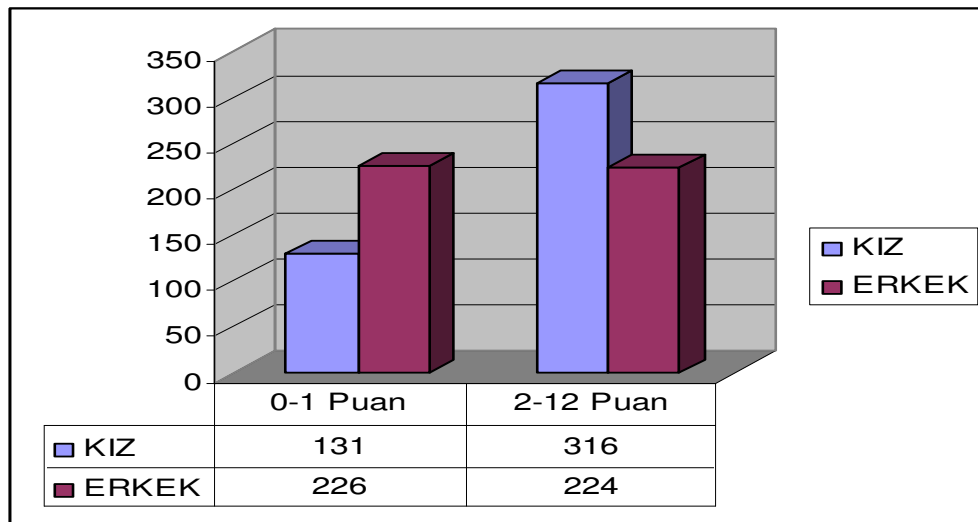
Öğrencilerin GSA-12 puanlarının cinsiyete göre dağılımı incelendiğinde (Şekil 4.2); erkek öğrencilerin 136’sı (% 65.7), kız öğrencilerin 71’i (% 34.3) 0 puan, kız öğrencilerin 4’ü (% 36.4), erkek öğrencilerin 7’si (% 63.6) 12 puan almıştır.



Şekil 4.3. Öğrencilerin GSA-12 puanlarının dağılımı

Öğrencilerin GSA-12 puanlarının 0-1 ve 2-12 puan aralığındaki dağılımı incelendiğinde (Şekil 4.3); öğrencilerin 357'sinin puanı (% 39.8) 0-1 puan arasında yer alırken, 540'ının puanı (% 60.2) ruhsal açıdan risk oluşturan 2-12 puan arasında yer almaktadır.

Öğrencilerin GSA-12 puanlarının ortalama ve standart sapması incelendiğinde, GSA-12 puanlarının ortalaması 3.2 ve standart sapması 3.07 olarak bulunmuştur.



Şekil 4.4. Öğrencilerin GSA-12 puanlarının cinsiyete göre dağılımı

Öğrencilerin GSA-12 puanlarının cinsiyete göre 0-1 ve 2-12 puan aralığında dağılımı incelendiğinde (Şekil 4.4); 0-1 puan aralığında bulunan erkek öğrenciler (% 50.2) kız öğrencilerden (% 29.3) daha fazlayken, ruhsal yönden risk altında kabul edilen 2-12 puan aralığında ise kız öğrenciler (% 70.7) erkek öğrencilerden (% 49.8) daha fazladır.

Tablo 4.21. Öğrencilerin tanıtıcı özelliklerine göre GSA-12 puanlarının dağılımı

Tanıtıcı Özellikler	GSA-12 Puanı						X ²	Sd	p
	0-1 Puan		2 ve Üzeri Puan		Toplam				
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%			
Yaş									
13-14 yaş	73	50.3	72	49.7	145	100	10.139	2	0.006 p<0.01
15-16 yaş	194	39.5	297	60.5	491	100			
17 ve üzeri ***	82	34.0	159	66.0	241	100			
Toplam	349	39.8	528	60.2	877	100			
Cinsiyet									
Kız	131	29.3	316	70.7	447	100	40.945	1	0.000 p<0.001
Erkek	226	50.2	224	49.8	450	100			
Toplam	357	39.8	540	60.2	897	100			
Kardeş Sayısı									
1-2	142	44.2	179	55.8	321	100	4.497	2	0.095 p>0.05
3-4	176	38.2	285	61.8	461	100			
5 ve üzeri	36	33.6	71	66.4	107	100			
Toplam	354	39.8	535	60.2	889	100			
Ailedeki Çocuklar Arasındaki Sıra									
1	138	39.4	212	60.6	350	100	1.398	3	0.706 p>0.05
2	114	40.1	170	59.9	284	100			
3	62	43.4	81	56.6	143	100			
4 ve üzeri	39	36.1	69	63.9	108	100			
Toplam	353	39.8	532	60.2	885	100			
Sağlık Güvencesi									
Var	294	41.1	420	58.9	714	100	2.820	1	0.095 p>0.05
Yok	56	33.9	109	66.1	165	100			
Toplam	350	39.8	529	60.2	879	100			
Aile Tipi (n=888)**									
Çekirdek aile	294	41.3	417	58.7	711	100	3.742	2	0.154 p>0.05
Parçalanmış aile	47	32.9	96	67.1	143	100			
Geniş aile	12	35.3	22	64.7	34	100			
Toplam	353	39.8	535	60.2	888	100			

Tablo 4.21 'in devamı

Tanıtıcı Özellikler	GSA-12 Puanı						X ²	Sd	p
	0-1 Puan		2 ve Üzeri Puan		Toplam				
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%			
Yaşanılan Yer									
Ev	307	40.2	457	59.8	764	100	4.126	3	0.248 p>0.05
Yatılı okul/devlet yurdu	43	41.0	62	59.0	105	100			
Özel yurt	3	16.7	15	83.3	18	100			
Yetiştirme yurdu	4	40.0	6	60.0	10	100			
Toplam	357	39.8	540	60.2	897	100			

*Yüzdeler 'n' üzerinden alınmıştır. Cevapsız anketler değerlendirmeye alınmamıştır.

**Yaşanılan kişiler "aile tipi" şeklinde düzenlenerek istatistiksel çalışma yapılmıştır.

*** Diğer gruplardan farklı.

Tablo 4.21'de öğrencilerin tanıtıcı özelliklerine göre GSA-12 puanlarının dağılımı yer almaktadır. Yaşı 17 ve üzerinde (% 66.0), cinsiyeti kız (% 70.7), kardeş sayısı 5 ve üzerinde (% 66.4), ailedeki çocuklar arasındaki sırası 4 ve üzerinde olan (% 63.9), sağlık güvencesinin bulunmayan (% 66.1), parçalanmış aileye sahip olan (% 67.1), özel yurt (% 83.3) ve yetiştirme yurdunda yaşayan (% 60.0) öğrencilerin GSA 12 puanı diğer gruplara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. Yapılan istatistiksel değerlendirmede yaş, cinsiyet ile GSA-12 puanı arasındaki ilişki anlamlı bulunmuştur (p<0.05). Kardeş sayısı, ailedeki çocuklar arasında sıra, sağlık güvencesi, yaşanılan yer ve aile tipleri ile GSA-12 puan dağılımı arasındaki ilişki ise istatistiksel olarak anlamsız olduğu bulunmuştur (p >0.05).

Tablo 4.22. Öğrencilerin anne-babalarının tanıtıcı özelliklerine göre GSA-12 puanlarının dağılımı

Tanıtıcı Özellikler	GSA-12 Puanı						X ²	Sd	p
	0-1 Puan		2 ve Üzeri Puan		Toplam				
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%			
Anne Yaşı									
30-34	59	41.5	83	58.5	142	100	0.599	3	0.897 p>0.05
35-39	136	38.2	220	61.8	356	100			
40-44	96	40.3	142	59.7	238	100			
45 ve üzeri	53	41.4	75	58.6	128	100			
Toplam	344	39.8	520	60.2	864	100			
Baba Yaşı									
30-39	84	43.3	110	56.7	194	100	1.644	2	0.440 p>0.05
40-49	204	38.3	328	61.7	532	100			
50 ve üzeri	47	40.9	68	59.1	115	100			
Toplam	335	39.8	506	60.2	841	100			
Anne Eğitim Düzeyi**									
Okur-yazar değil/ Okur-yazar	21	32.8	43	67.2	64	100	7.014	4	0.135 p>0.05
İlkokul	189	39.7	287	60.3	476	100			
Ortaokul	40	33.4	80	66.6	120	100			
Lise	70	43.8	90	56.2	160	100			
Yüksekokul/üniversite	34	49.3	35	50.7	69	100			
Toplam	354	39.8	535	60.2	889	100			
Baba Eğitim Düzeyi**									
Okur-yazar değil/ Okur-yazar	6	29.3	14	70.7	20	100	7.547	4	0.110 p>0.05
İlkokul	85	38.6	135	61.4	220	100			
Ortaokul	52	33.5	103	66.5	155	100			
Lise	100	39.8	151	60.2	251	100			
Yüksekokul/üniversite	99	46.3	115	53.7	214	100			
Toplam	342	39.8	518	60.2	860	100			

Tablo 4.22. 'nin devamı

Tanıtıcı Özellikler	GSA-12 Puanı						X ²	Sd	p
	0-1 Puan		2 ve Üzeri Puan		Toplam				
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%			
Babannın İşi									
Herhangi bir işi yok	23	41.8	32	58.2	55	100	6.799	5	0.236 p>0.05
Memur	104	40.0	156	60.0	260	100			
İşçi	81	35.5	147	64.5	228	100			
Esnaf /Serbest Meslek	70	41.4	99	58.6	169	100			
Çiftçi	38	50.0	38	50.0	76	100			
Emekli	15	34.9	28	65.1	43	100			
Toplam	331	39.8	500	60.2	831	100			
Annenin İşi**									
Çalışmıyor	312	39.3	481	60.7	793	100	0.524	1	0.490 p>0.05
Çalışıyor	38	43.7	49	56.3	87	100			
Toplam	350	39.8	530	60.2	880	100			

*Yüzdeler 'n' üzerinden alınmıştır. Cevapsız anketler değerlendirmeye alınmamıştır.

**İstatistik değerlendirmeler yapılırken anne-baba eğitiminde "okur-yazar" değil ve "okur yazar" birleştirilmiş ve annenin işi "çalışıyor" ve "çalışmıyor" şeklinde düzenlenmiştir.

Öğrencilerin anne-babalarının tanıtıcı özelliklerine göre GSA-12 puanlarının dağılımı Tablo 4.22'de yer almaktadır. Anne yaşı 35-39, baba yaşı 40-49 olan; anne eğitimi okur yazar değil/okur yazar, baba eğitimi okur yazar değil/okur yazar; babası emekli olan; annesi her hangi bir işte çalışmayan öğrencilerin GSA-12 puanlarının yüksek olduğu ancak yapılan istatistiksel değerlendirmede aralarındaki farkın önemli olmadığı belirlenmiştir (p>0.05).

Tablo 4.23. Öğrencilerin aile ilişkisi, arkadaş ilişkisi, okul başarısı, intihar düşüncesi, sevgili/flörtü olma, cinsel ilişki yaşama durumu, sağlık eğitimi alma ve kronik hastalığa sahip olma durumları ile GSA-12 puanlarının dağılımı

Değişkenler	GSA-12 Puanı							X ²	Sd	p
	0-1 puan		2 ve üzeri puan		Toplam					
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%				
Aile İlişkisi										
Çok İyi / İyi	324	47.4	360	52.6	684	100	71.151	2	0.000 p<0.001	
Normal	28	16.7	140	83.3	168	100				
Kötü / Çok Kötü **	4	9.3	39	90.7	43	100				
Toplam	356	39.8	539	60.2	895	100				
Arkadaş İlişkisi										
Çok İyi / İyi	300	43.1	396	56.9	696	100	15.925	2	0.000 p<0.001	
Normal	51	29.7	121	70.3	172	100				
Kötü / Çok Kötü **	4	16.7	20	83.3	24	100				
Toplam	355	39.8	537	60.2	892	100				
Okul Başarısı										
Sınıf ortalamasının üstünde	83	47.2	93	52.8	176	100	8.524	2	0.014 p<0.02	
Sınıf ortalamasına uygun	258	39.0	404	61.0	662	100				
Sınıf ortalamasının altında**	13	25.5	38	74.5	51	100				
Toplam	354	39.8	535	60.2	889	100				
İntihar Düşüncesi										
Evet	25	16.1	130	83.9	155	100	42.780	1	0.000 p<0.001	
Hayır	307	45.1	373	54.9	680	100				
Toplam	332	39.8	503	60.2	835	100				
Sevgili / Flörtü Olma Durumu										
Evet	75	30.1	174	69.9	249	100	12.881	1	0.000 p<0.001	
Hayır	277	43.5	359	56.5	636	100				
Toplam	352	39.8	533	60.2	885	100				
Cinsel İlişki Yaşama										
Evet	30	39.5	46	60.5	76	100	0.003	1	0.531 p>0.05	
Hayır	323	39.8	489	60.2	812	100				
Toplam	353	39.8	535	60.2	888	100				

Tablo 4.23. 'ün devamı

Değişkenler	GSA-12 Puanı						X ²	Sd	p
	0-1 puan		2 ve üzeri puan		Toplam				
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%			
Sağlık Eğitimi Alma Durumu									
Evet	175	39.5	267	60.5	442	100	0.037	1	0.891 p>0.05
Hayır	180	40.0	270	60.0	450	100			
Toplam	355	39.8	537	60.2	892	100			
Kronik Hastalığı Olma Durumu									
Evet	14	36.8	24	63.2	38	100	0.147	1	0.738 p>0.05
Hayır	336	40.0	505	60.0	841	100			
Toplam	350	39.8	529	60.2	879	100			
Evde Sürekli Bakım / Tedavi Gerektiren Birey Bulunma Durumu									
Var	44	28.8	109	71.2	153	100	9.386	1	0.002 p<0.01
Yok	313	42.1	431	57.9	744	100			
Toplam	357	39.8	540	60.2	897	100			

*Yüzdeler 'n' üzerinden alınmıştır. Cevapsız anketler değerlendirmeye alınmamıştır.

** Diğer gruplardan farklı.

Tablo 4.23'de öğrencilerin aile ve arkadaş ilişkileri, okul başarıları, intihar düşüncelerinin ve sevgili/flörtlerinin olup olmaması, cinsel ilişki yaşamaları, okulda sağlık eğitimi alma, kronik hastalığa sahip olma durumları, evlerinde sürekli bakım/tedavi gerektiren birey bulunması ile GSA-12 puanlarının dağılımı yer almaktadır. Aile ve arkadaş ilişkisi "kötü / çok kötü", okul başarıları sınıf ortalamasından düşük, intihar düşüncesi bulunan, sevgisi/flörtü olan, okulda sağlık eğitimi alan ve kronik hastalığa sahip olan, evlerinde sürekli bakım / tedavi gerektiren birey bulunan öğrencilerin GSA-12 puanları yüksek bulunmuştur.

Aile ve arkadaş ilişkisi, okul başarıları, intihar düşüncesi, sevgili/flörtü olma, evde sürekli bakım tedavi gerektiren birey bulunma durumu ile GSA-12 puan dağılımı arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p<0.05).

Cinsel ilişki yaşama, sağlık eğitimi alma ve kronik hastalığa sahip olma durumları ve GSA-12 puanı arasındaki ilişki ise istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur (p>0.05).

Tablo 4.24. Öğrencilerin sigara, alkol, madde kullanım durumlarına göre GSA-12 puanlarının dağılımı

Değişkenler	GSA-12 Puanı						X ²	Sd	p
	0-1 puan		2 ve üzeri puan		Toplam				
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%			
Sigara Kullanımı									
Var	14	20.0	56	80.0	70	100	12.422	1	0.000 p<0.001
Yok	343	41.5	484	58.5	827	100			
Toplam	357	39.8	540	60.2	897	100			
Alkol Kullanımı									
Var	4	12.5	28	87.5	32	100	10.322	1	0.001 p<0.01
Yok	353	40.8	512	59.2	865	100			
Toplam	357	39.8	540	60.2	897	100			
Madde Kullanımı									
Var	2	33.3	4	66.7	6	100	0.105	1	0.548 p>0.05 (Fisher)
Yok	355	39.8	536	60.2	891	100			
Toplam	357	39.8	540	60.2	897	100			

*Yüzdeler 'n' üzerinden alınmıştır. Cevapsız anketler değerlendirmeye alınmamıştır.

Öğrencilerin sigara, alkol, madde kullanım durumlarına göre GSA-12 puanlarının dağılımı incelendiğinde (Tablo 4.24); sigara (% 80.0), alkol (% 87.5) ve madde (% 66.7) kullanımı olan öğrencilerin GSA-12 puanlarının yükseldiği belirlenmiştir. Sigara, alkol kullanımı ile GSA-12 puanı arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı ($p<0.05$), madde kullanımı ile anlamsız bulunmuştur ($p>0.05$).

Tablo 4.25. Öğrencilerin GSA-12 puanlarının yüksek olmasını etkileyen faktörlerin lojistik regresyon analizi ile değerlendirilmesi

Değişkenler	B	p	Odds ratio	% 95 güven aralığı
Yaş	0.191	0.007	0.070	1.055 - 1.359
Cinsiyet (Kız)			1.000	
Erkek	-1.048	0.000	0.163	0.255 - 0.483
İntihar düşünme durumu (Var)			1.000	
Yok	-0.997	0.000	0.247	0.228 - 0.599
Evde sürekli bakım/tedavi gerektiren birey (Var)			1.000	
Yok	-0.458	0.042	0.226	0.406 - 0.984
Aile ilişkileri (Kötü / Çok Kötü)			1.000	
Normal	-1.200	0.126	0.301	0.065 - 1.399
İyi / Çok İyi	-2.275	0.003	0.103	0.023-0.454
Arkadaş ilişkileri (Kötü / Çok Kötü)			1.000	
Normal	-5.778	0.497	0.003	0.000-53510
İyi / Çok İyi	-6.180	0.467	0.002	0.000-35680.325
Sigara kullanımı (Var)			1.000	
Yok	-0.671	0.052	0.345	0.260 - 1.006
Constant	7.949	0.356	8.611	

Öğrencilerin GSA-12 puanlarının yüksek olmasını etkileyen faktörlerin lojistik regresyon analizi ile değerlendirilmesi Tablo 4.25’de yer almaktadır. Yaş bir birim arttıkça GSA-12’den 2 ve üzerinde puan alma ihtimali 1.2 kat artmaktadır. Kız öğrenciler erkek öğrencilere göre 2.9 kat, intihar düşüncesi bulunan öğrenciler intihar düşüncesi bulunmayanlara göre 2.7 kat, evlerinde sürekli bakım/tedavi gerektiren birey bulunanlar bulunmayanlara göre 1.58 kat, aile ilişkileri kötü/çok kötü olan öğrenciler aile ilişkisi iyi/çok iyi olanlara göre 9.7 kat, arkadaş ilişkisi kötü/çok kötü olan öğrencilerin iyi/çok iyi olan öğrencilere göre daha fazla oranda, sigara kullananlar öğrenciler kullanmayanlara göre 1.95 kat GSA-12’den 2 ve üzerinde puan alma olasılığına sahip olduğu belirlenmiştir.

5. TARTIŞMA VE SONUÇ

Genellikle çocukluktan erişkinliğe geçiş dönemi olarak kabul edilen adölesan dönem; fiziksel, psikolojik, sosyal gelişmelerin yaşandığı yaşamın en dinamik evrelerinden biri olması nedeniyle hızlı değişiklik ve yeniliklerin olduğu ve bunlara paralel olarak madde bağımlılığı, ruhsal ve davranışsal bozukluklar, intiharlar, kazalar, beslenme problemleri, seksüel bozukluklar, cinsel yolla bulaşan hastalıklar, erken gebelikler gibi çok çeşitli sorunların yaşanabildiği yaşamın belki de en karmaşık ve sorunlu dönemi olarak tanımlanabilir (1-5, 7, 8, 10, 58).

Dünyada ve ülkemizde yaş aralıkları itibariyle adölesanların büyük çoğunluğu okul çağına dâhildirler. Bu nedenle karşılaşılabilecekleri sağlık sorunlarının önlenmesi ve en aza indirgenmesinde okullarda yapılacak çalışmaların önemi büyüktür (18, 76).

Bu araştırma ortaöğretime devam eden öğrencilerin genel sağlık sorunlarının belirlenmesi amacıyla yapılmıştır.

Araştırma grubunda bulunan öğrencilerin % 56.4'ünün 15-16 yaş, % 15.8'inin 13-14 yaş grubunda bulunduğu; % 51.1'nin erkek, % 48.9'unun kız olduğu; % 52.3'ünün 3-4 kardeş ve % 39.3'ünün ailenin ilk çocuğu olduğu; % 81.6'sının bir sağlık güvencesinin bulunduğu ve en çok SSK (% 35.4) türü sağlık güvencesine sahip olduğu

belirlenmiştir. % 84.9'unun evde, % 1.3'ünün yetiştirme yurdunda yaşadığı ve % 79.9'unun anne-baba-kardeşiyle, % 6.2'sinin anne-kardeş veya baba-kardeşi ile, % 2.2'sinin akraba ve % 0.4'ünün anne-akraba veya baba-akrabasıyla yaşadığı belirlenmiştir (Tablo 4.1). TNSA 2003 araştırmasında 15-17 yaş grubundaki çocukların % 81.3'ünün her iki ebeveyn ile yaşadığı, % 8.0'inin annesiyle ve % 2.6'sının babasıyla yaşadığı tespit edilmiştir (68). İki ebeveyn, tek ebeveyn ve kardeşi ile yaşayanların yüzdesinin Türkiye yüzdesi ile benzerlik gösterdiği belirlenmiştir.

Öğrencilerin % 98.5'inin annesi, % 95.8'inin babası hayatta; % 40.9'unun annesi 35-39 yaşları arasında ve % 63.7'sinin babası 40-49 yaşları arasındadır. % 53.6'sının annesi ilkokul mezunu, % 29.6'sının babası lise mezunudur. Öğrencilerin annelerinin (% 7.6) çok az bir kısmı yüksekokul/üniversite mezunuyken, bu oran babalarda (% 24.8) daha yüksektir. Öğrencilerin % 90.4'ünün annesi ev hanımı iken, % 31.5'inin babası memur olarak çalışmaktadır. Öğrencilerin % 78.3'ü ailelerin gelirini “orta” olarak değerlendirmişlerdir (Tablo 4.2). TNSA 2003 verilerine göre Orta Anadolu bölgesinde erkeklerin % 24.3'ünün lise, kadınların % 40.3'ünün ilkokul mezunu olduğu ve kadınların % 66.4'ünün son 12 aydır herhangi bir işte çalışmadığı belirlenmiştir (68). Bu çalışma sonucunda anne-babaların eğitim seviyesi TNSA 2003 verilerinden daha yüksek bulunurken, kadınların iş gücüne katılma oranları düşük bulunmuştur. Kadınların iş gücüne katılımının az olması Kırşehir ilinin iş olanaklarının kısıtlı olmasına bağlanabilir.

Ergenlik döneminin getirdiği bağımsız olma, kimlik oluşturma çabaları adölesanın aile ve arkadaş ilişkilerinde değişiklikler oluşturmakta ve değişiklikler her zaman olumlu olmamaktadır. Adölesanın aileden ayrılarak arkadaş çevresine yönelmesi, arkadaşlıkların ön plana çıkması adölesanın ebeveynleri ile ilişkilerini önemli derecede etkileyebilmektedir (60). Araştırmaya katılan öğrencilerin % 40'ı ailesi ile ilişkilerini, % 35.1'i arkadaşları ilişkilerini “çok iyi” olarak tanımlarken, % 1.9'u ailesiyle ve % 0.7'si arkadaşlarıyla ilişkilerini “çok kötü” olarak tanımlamıştır (Tablo 4.3). Öğrencilerin % 74.3'ü okul başarılarının “sınıf ortalamasına uygun”, % 6'sı “sınıf ortalamasının altında” olduğunu belirtmişlerdir (Tablo 4.4). 2001 yılında Sakarya ilinde yapılan bir araştırmada öğrencilerin % 3.3'ü okul başarılarını “orta”, % 7.1'i ise “kötü” olarak değerlendirmişlerdir (87). Bu çalışmada öğrencilerin okul başarılarını daha yüksek oranlarda sınıf ortalamasıyla uyumlu olarak değerlendirdikleri bulunmuştur.

Ergenlik döneminin ruhsal değişiklikleri, beraberinde depresyon, intihar girişimleri gibi sorunları da getirebilmektedir. Adölesan dönemi önemli mortalite nedenlerinden biri olan intiharlar her yaş grubunda görülmekle birlikte yetişkin döneme geçiş evresindeki bireylerin hassasiyetlerinin artması nedeniyle ergenlikte önemli bir sorun olarak karşımıza çıkmaktadır (17). Bu araştırma sonucunda öğrencilerin % 18.5'inin intihar düşüncesine sahip olduğu ve intihar düşüncesinin kızlarda (% 21.5) erkeklere (% 15.7) oranla daha yüksek olduğu bulunmuştur ($p<0.05$). Okul başarısı ve aile ilişkilerinin intihar düşüncesini etkilediği belirlenmiştir ($p<0.05$). Aile ilişkileri “kötü/çok kötü” olan (% 48.8) ve “sınıf ortalamasının altında” okul başarısına sahip olan öğrencilerin (% 28.8) intiharı diğer gruplara nazaran daha fazla düşündükleri saptanmıştır. Yaş ilerledikçe ve arkadaş ilişkileri bozuldukça intihar düşüncesi artmasına rağmen yaş, arkadaş ilişkileri ile intihar düşüncesi arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($p>0.05$). Kronik bir hastalığa sahip olmanın da intihar düşüncesini etkilemediği görülmüştür ($p>0.05$) (Tablo 4.5). Türkiye’de 2000 yılında 15-24 yaş grubu intihar oranı tüm intiharların % 34.5’ini oluşturmaktadır ve bu intiharların % 3.9’unun nedeni okul başarısızlığıdır (23). Sayar ve arkadaşları 2000 yılında yaptıkları bir araştırmada intihar girişimi nedeni ile acil servise getirilen adölesan hastaların % 85’inin kadın, % 15’inin erkek ve ortalama yaşlarının 17 olduğunu tespit etmişlerdir. Yine aynı araştırmada intihar düşüncesini tetikleyen iki önemli nedenin aile içi sorunlar ve arkadaş ilişkilerde bozulma olduğu belirlenmiştir (25). 15-24 yaş grubunda yapılan bir başka araştırmada kadınları intihar girişiminin erkeklerden 3.5 kat fazla olduğu belirlenmiştir (21). Bu araştırmanın sonuçları sözü edilen çalışmalarla uyumlu bulunmuştur.

Tüm dünyada önemli bir sorun olarak kabul edilen sigara, alkol ve madde bağımlılığı başlangıç yaşının daha çok adölesan döneme rastlaması nedeniyle dönemin önemli sorunları arasındadır (47, 50, 88). Araştırmaya katılan öğrencilerin % 8.1’inin sigara, % 3.4’ünün alkol ve % 0.7’sinin herhangi bir madde kullanım alışkanlığı olduğu ve sigara kullanımı 2-3 yıl (% 39.0), alkol kullanımı 1 ay-1 yıl (% 34.3) süreleri arasında yoğunlaşırken, öğrencilerin % 42.8’inin madde kullanım süresine cevap vermediği, cevap veren öğrencilerin madde kullanım alışkanlığı süresinin başlangıç ve ilerleyen dönemlerde eşit (% 14.3) olduğu tespit edilmiştir (Tablo 4.6). ABD’de lise son sınıf öğrencilerinin % 5’i sürekli sigara veya alkol kullanmaktayken, 10-20 yaş arasındaki öğrencilerin 2/3’ünün kanunen yasaklanmış bir maddeyi kullanmaktadır (88).15-24 yaş

grubunda alkol dışı psikoaktif madde kullanım kızlarda % 38.9, erkeklerde % 46.4'dür (47). Ülkemizde lise öğrencileriyle yapılan çalışmalarda sigara kullanım yaygınlığının % 6.6-22 arasında değiştiği ve ortaöğretim öğrencilerinde diğer zararlı alışkanlıklara nispeten sigara kullanım alışkanlığının fazla olduğu rapor edilmiştir (46, 51, 53). Yaşam boyu en az bir kez sarhoş olma oranı % 26.5 olarak bildirilen çok merkezli bir çalışmada öğrencilerin % 2.1'inin düzenli olarak alkol aldıkları belirlenmiştir (53). Alkol dışı psikoaktif maddelerin yaşam boyu bir kez kullanım oranı ise çeşitli çalışmalarda % 2.6-6.9 arasında bildirilmiştir (46). Bu araştırmanın verileri sigara kullanımında diğer çalışmalar ile uyumlu iken, alkol ve alkol dışı psikoaktif madde kullanım oranları diğer çalışmalardan daha düşük bulunmuştur. Batılı ülkeler kadar olmasa da zararlı alışkanlıkların ülkemiz gençleri içinde önemli bir sorun olduğu görülmektedir.

Öğrencilerin sigara kullanım alışkanlıkları ile yaş, cinsiyet, aile ilişkisi ve okul başarıları arasında ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo 4.7). Yaş ilerledikçe sigara kullanım alışkanlığının arttığı ve en çok 17 yaş ve üzerinde (% 15.2) etkili olduğu belirlenmiştir. Cinsiyet sigara kullanımını etkilemektedir (kızlarda % 5.2, erkeklerde % 11.0) ve aile ilişkisi "kötü/çok kötü" olan öğrenciler (% 28.3) ile okul başarıları "sınıf ortalamasının altında" olan öğrencilerin (% 23.2) sigara kullanım alışkanlıkları fazladır. Ülkemizde yapılan benzer bir çalışmada da araştırma sonuçları ile uyumlu olarak sigara kullanım yaygınlığının yaş ilerledikçe arttığı ve erkeklerin kızlardan daha fazla sigara kullandığı belirlenmiştir (50).

Alkol kullanımını incelendiğinde sigara kullanımını ile benzer şekilde; yaş arttıkça alkol kullanımının arttığı (17 yaş ve üzerinde % 8.2) ve erkeklerin (% 5.6) kızlardan (% 1.1) daha fazla alkol aldığı bulunmuştur ($p<0.05$). Aile ilişkileri "kötü/çok kötü" olan ve okul başarıları "sınıf ortalamasından düşük" olan öğrencilerin alkol kullanımları yüksektir ($p<0.05$) (Tablo 4.8). 2004 yılında Ögel ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada alkol kullanım riski erkeklerde kızlardan fazla bulunmuş ve yine aynı çalışmada alkol kullanım yaygınlığının ortaöğretimde ilköğretime nazaran fazlalaştığı belirlenmiştir (46). Bu durum yaş ilerledikçe ve erkeklerde kızlara nazaran alkol kullanımının arttığı görüşünü destekler niteliktedir. Bu verilerle araştırma verileri uyum göstermektedir.

Ülkemizde 1991 ve 1996 yıllarında yapılan iki araştırmada erkek öğrencilerin kız öğrencilerden 2 kat fazla madde kullanım alışkanlığına sahip olduğu saptanmıştır (57). Bu çalışmada sözü edilen çalışmanın aksine cinsiyet ile madde kullanımı arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0.05$). Erkek ve kız öğrencilerin madde kullanım alışkanlıklarında cinsiyetin etkili olmadığı belirlenmiştir.

Beslenme bozukluklarının ve yanlış beslenme programlarının en sık görüldüğü dönemlerden biri de adölesan dönemdir. Öğün atlamak, öğün arası yemek yemek, adölesanların hatalı beslenme alışkanlıklarındandır (8). Bu araştırmada öğrencilerin % 60.8'inin günde üç öğün, % 14.8'inin dört ve üzerinde öğün ve % 1.5'inin bir öğün yemek yedikleri saptanmıştır (Tablo 4.9). Ankara'da 2000 yılında yapılan bir çalışmada öğrencilerin % 60.7'sinin günde üç öğün, % 21.3'ünün ise dört ve üzerinde öğün yedikleri belirlenmiştir (30). Günde üç öğün yemek yeme davranışı bu araştırma ile benzerdir. Araştırmada günlük gıda gereksinimini tek öğünle karşılayan öğrencilerin varlığı az sayıda olmasına rağmen dikkat çekicidir ve durum öğrencilerde ilerleyen zamanlarda anemi, malnütrüsyon gibi problemleri ortaya çıkarabilir.

Hijyen alışkanlığı, uygulaması ve sıklığı kişisel olarak farklılık gösterse de sağlığın korunması ve geliştirilmesi için belirli ve düzenli bir hijyen alışkanlığına gereksinim vardır (90). Bu çalışmada öğrencilerin %88.6'sı ellerine kirlenince/gerektiğinde, % 68.3'ü yemekten önce ve sonra, % 46.9'u tuvaletten önce ve sonra ellerini yıkadıklarını belirtmişlerdir (Tablo 4.10). Bu konuda yapılmış bir başka araştırmada öğrencilerin % 65.8'inin yemekten önce her zaman ellerini yıkadıkları, % 89.5'inin tuvaletten önce ve sonra ellerini yıkadıkları belirlenmiştir (91). El yıkama alışkanlığı yemekten önce ve sonra yıkama oranlarında benzerlik gösterirken tuvaletten önce ve sonra yıkama oranları bu araştırmada daha düşük bulunmuştur. Öğrencilerin büyük çoğunluğu gerektiğinde ellerini yıkadıklarını belirtmişlerdir. Tuvaletten önce ve sonra ellerini yıkayan öğrencilerin sayısının az olması öğrencilerin tuvalet öncesi ve sonrası el yıkamayı kirlenince/gerektiğinde şeklinde düşünüp cevap vermelerine bağlı olabilir. Bununla birlikte bu sonuçlar düzenli el yıkama alışkanlığı konusunda öğrencilerin bilgi eksikliğini düşündürmektedir.

Tıbbi olduğu kadar sosyal ve ekonomik bir konu olan ağız diş sağlığı dünyada ve ülkemizde toplumu etkileyen sorunlardan biridir. Erişkin dönemdeki diş kayıpları ve diş eti sorunlarının çocuklukta çürük, malpozisyon ve bakımsız dişlerden kaynaklandığı göz önünde bulundurulursa gençlerde ağız diş sağlığının önemi daha iyi anlaşılabilir (90, 92). Araştırmaya katılan öğrencilerin % 69.5'inin diş fırçalama alışkanlığının olduğu ve % 54.3'ünün günde iki kez, % 6.6'sının arada sırada dişlerini fırçaladıkları belirlenmiştir. Ayrıca % 29.9'u diş sağlıkları ile ilgili bir problem yaşamaktadırlar ve bu problemlerin önde gelenleri çürük (% 32.1) ve kanama (% 29.2)'dir (Tablo 4.11). Ankara ili genelinde yapılan bir tarama çalışmasında (1990) ilk ve orta dereceli okullarda kalıcı diş çürüğü sıklığı % 24.5 olarak tespit edilmiştir (93). Öztürk ve arkadaşları yaptıkları bir başka araştırmada öğrencilerin diş fırçalama alışkanlığı oranını % 74.2 ve günde iki kez diş fırçalama alışkanlığını % 41.8 olarak bulmuşlardır (91). İnan'ın 1994 yılında yaptığı çalışmada ise öğrencilerin % 92.7'sinin diş fırçalama alışkanlığı olduğunu ve % 52.7'sinde diş çürüğü bulunduğunu saptamıştır (45). Araştırmaya katılan öğrencilerin düzenli diş fırçalama alışkanlıkları diğer araştırmalardan düşük olmasına rağmen diş çürüğü görülme sıklığı diğer çalışmalarla uyumludur.

Karşı cinsten arkadaşlıkların önem kazanmaya başlaması ve ilk cinsel deneyimlerin yaşanması ergenlik dönemiyle birlikte başlamaktadır. Bu gelişmeler erken gebelikler, seksüel yolla bulaşan hastalıklar gibi sorunları da beraberinde getirmektedir (1). Çalışma sonucunda öğrencilerin % 28.6'sının flört/sevgilisi bulunduğu ve % 9.3'ünün bir cinsel deneyim yaşadığı ve % 40.2'sinin ilk cinsel deneyimini 13-15 yaşlarında, % 9.2'sinin 6-12 yaşları arasında edindiği belirlenmiştir (Tablo 4.12). ABD'de ilk cinsel ilişki yaşı 15-17 yaşları arasında değişirken, Bangkok'ta okula giden adölesan kızların % 5.3'ünün, erkeklerin ise % 42.2'sinin bir cinsel deneyim yaşadıkları rapor edilmiştir (94). Ülkemiz için okula devam eden adölesanların ilk cinsel ilişki yaşlarına ait bir çalışmaya rastlanmamıştır. Araştırma sonucunda ilk cinsel deneyim yaşama yüzdesi diğer ülkelerden düşük bulunmasına rağmen cinsel deneyim yaşayanların çoğunluğunun 13-15 yaşlarında olması ve 6-12 yaş grubunda cinsel ilişki yaşadıklarını belirten öğrenciler bulunması cinsel istismar ve ihmali düşündürmektedir. Ülkemizde bu konuya duyarlılık son yıllarda artmasına rağmen konuyla ilgili çalışmalar yetersizdir (95).

Araştırmada öğrencilerin cinsel bilgi edinme kaynaklarında ilk sıraları; arkadaşlar (% 54.4), televizyon, gazete, porno film, internet gibi kaynaklar (% 40.7) ve kitaplar (% 33.1) almaktadır. Sağlık personeli ise % 0.2 ile cinsel bilgi kaynakları arasında son sırayı almaktadır (Tablo 4.12). 15-24 yaş grubunda yapılan bir çalışmada gençlerin cinsel bilgi kaynakları % 84 arkadaşlar, % 67.2 basılı yayın, % 46.6 televizyon ve radyo, % 20.6 oranında sağlık personeli olarak belirlenmiştir (96). Bu çalışmada cinsel bilgi edinilen kaynakların sıralaması diğer çalışma ile benzerlik gösterirken sağlık personelinde bilgi edinme çok düşük bulunmuştur. Bu sonuç sağlık çalışanlarının konuyla yeterince ilgilenmediklerini düşündürmektedir. Ayrıca öğrencilerin çoğunlukla profesyonel olmayan kişi ve kaynaklardan cinsel bilgi edinmeleri nedeniyle öğrendikleri bilgilerin doğruluğu ve kalitesi tartışmalıdır. Bu sorun okullarda cinsel eğitim verilmesi ile çözümlenebilir.

Araştırmaya katılan öğrencilerin % 76.8'i cinsel yolla bulaşan hastalıkları bildiğini belirtmiştir. En çok bilinen cinsel yolla bulaşan hastalıkların ise sırasıyla AIDS (% 94.7), Hepatit B ve C (% 33.7), gonore (% 6.4) ve frengi (% 6.2) olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.12). Başka bir araştırmada da benzer şekilde öğrencilerin hemen hepsinin AIDS, % 22.7'sinin frengi ve % 7.8'inin gonore hastalığını bildikleri saptanmıştır (97). Öğrencilerin en fazla AIDS hastalığını bilmeleri yazılı ve görsel basında bu konunun sıkça ele alınmasıyla bağlantılı olabilir. Ayrıca asıl bulaşma yolu cinsel temas olan gonore, frengi gibi hastalıkların tek bulaşma yolu cinsel temas olmayan AIDS, Hepatit B ve C'den daha az biliniyor olması bu konudaki eğitimlerin yetersiz olması ile alakalandırılabilir.

Öğrencilerin % 45.6'sının gebeliği önleyici yöntemleri bildiği belirlenmiştir (Tablo 4.12). Ankara'da 1996 yılında yapılan bir araştırmada lise öğrencilerinin $\frac{3}{4}$ 'ünün gebeliği önleyici yöntemleri bildikleri tespit edilmiştir (35). Araştırmanın sonuçları bu oranın çok altındadır. Diğer çalışmanın yapıldığı yerin gelişmiş ve metropol olması çalışmalar arasında fark görülmesinin nedeni olabilir.

Bu araştırmada öğrencilerin % 5.7'sinin üreme organları ile ilgili bir enfeksiyon geçirdikleri belirlenmiştir (Tablo 4.12). Benzer bir çalışmada bu oran % 2.8 olarak bulunmuştur (98). Araştırma sonucunda enfeksiyon görülme yüzdesinin daha yüksek bulunması kişisel hijyene yeterince önem verilmemesi ve bu konudaki bilgi eksikliğiyle ilgili olabilir.

Adölesanların sağlık hizmetlerinden yararlanma oranının diğer yaş gruplarından daha düşük olduğu bilinen bir gerçektir (40, 99). Araştırma sonucunda öğrencilerin % 49.9'unun okullarında sağlık eğitimi almadıkları ve % 70.3'ünün okullarında sağlık problemi ile karşılaştıklarında başvurabilecekleri bir sağlık birimi olmadığı belirlenmiştir. Öğrencilerin % 28.9'unun dahili hastalıklar, ağız-diş sağlığı, göz sağlığı gibi genel sağlık konuları, % 18.9'unun cinsellik, % 14.8'inin ilk yardım, % 13.7'sinin cinsel yolla bulaşan hastalıklar ve bulaşıcı hastalıklar, % 10.1'inin psikoloji/psikiyatrik hastalıklar, % 6.5'inin ergenlik, % 4.8'inin kanser ve % 2.9'unun gebeliği önleyici yöntemler hakkında sağlık eğitimi almak istedikleri belirlenmiştir (Tablo 4.13). Ankara'da 12-21 yaş grubu adölesan kızlarla yapılan bir araştırmada genç kızların bu çalışmadan daha az oranda (% 4.5) okulda cinsel eğitim almak istediği belirlenmiştir (100).Öğrencilerin cevapları sağlık ile ilgili konularda eğitim ihtiyaçları olduğunu ve okullarında sağlık eğitimi almak istediklerini göstermektedir.

Öğrencilerin okullarında sağlık hizmeti vermek üzere bulunmasını istedikleri sağlık personeli sırasıyla Psikolog (% 62.7), Doktor (% 53.4), Hemşire (% 41.5), Sağlık Memuru (% 17.3), Diyetisyen (% 14.1) olarak belirlenmiştir (Tablo 4.13). Bu konuda Özcebe ve arkadaşlarının 2002 yılında yaptıkları bir çalışmada öğrencilerin sağlık personeli olarak okullarında Doktor (% 93.2), Psikolog (% 81.3), Hemşire (% 66.3), Diyetisyen (% 28.3) ve Sağlık Memuru (% 22.3) çalışmasını istekleri belirlenmiştir (40). Elde edilen bu sonuçlarda öğrencilerin büyük çoğunluğunun okullarında sağlık hizmeti verilmesini ve bu hizmetin bir ekip tarafından yürütülmesini istedikleri görölmektedir. Okul sağlığı hizmetleri bir ekip işidir ve öğrencilerin gereksinimlerine göre şekillenir (18, 81). Bu araştırmanın sonucu da okul sağlığı hizmetlerinin bir ekip işi olduğunu destekler niteliktedir. Gelişmiş ölkelerde okul sağlığı ekibi içerisinde okul hemşiresi okul sağlığı hizmetlerinin önemli bir parçası kabul edilirken ölkemizde okul hemşireliğinin başlatılması için henüz herhangi bir çalışma yapılmamaktadır. Bu durumun temel nedeni ölkemizde okul sağlığı hizmetlerini yürütme görevinin sağlık ocaklarına bırakılmış olmasıdır. Sağlık ocaklarının ise okul sağlığı hizmetindeki yeterlilikleri tartışmaya açık bir konudur.

Araştırmaya katılan öğrencilerin bir sağlık sorunu ile karşılaştıklarında % 72.8'i hastaneye, % 20.3'ü özel doktora ve % 11.3'ü sağlık ocağına başvurduklarını belirtmişlerdir. Özcebe ve arkadaşları yaptıkları bir çalışmada da öğrencilerin % 21'inin özel doktora, % 43.8'inin hastaneye, % 3.8'inin sağlık ocağına başvurduklarını tespit etmişlerdir (40). Her iki çalışmanın kurum sıralamaları benzerlik göstermektedir. Adölesan dönemi yakınmalarının büyük çoğunluğu birinci basamak sağlık hizmeti sunumu ile önlenabilir olmasına rağmen birinci basamak sağlık hizmeti veren sağlık ocaklarının kullanımının düşük olması dikkat çekicidir.

Kronik hastalıklar toplumun her kesiminde görülebilen ve aile içi ilişkileri etkileyebilen bir sorundur (101). Bu araştırma sonucunda öğrencilerin % 17.3'ünün evinde sürekli bakım/tedavi gerektiren birey bulunduğu belirlenmiştir. Bakım/tedavi gerektiren bu bireylerin % 53.0'ını anne, % 33.5'ini baba, % 12.1'ini kardeş ve % 17.0'ını dede, babaanne, hala gibi diğer aile bireyleri oluşturmaktadır (Tablo 4.14). Annelerin % 28.7'si, babaların % 36.3'ü, diğer aile bireylerinin % 39.2'si kalp-damar hastalığına; annelerin % 10.3'ünün, babaların % 34.5'inin, diğer aile bireylerinin % 17.8'inin diyabet hastalığına sahip oldukları belirlenmiştir (Tablo 4.15). Öğrencilerin evde sürekli bakım/tedavi gerektiren kardeş hastalıklarında ise ilk sıraları epilepsi ve astım (% 25), diyabet ve özürülük (% 10) almıştır (Tablo 4.16). Sakarya ilinde yapılan bir çalışmada lise öğrencilerinin % 11.6'sının evinde bakım/tedavi gerektiren birey bulunduğu belirlenmiştir (87). Bu araştırmanın verileri sözü edilen çalışmadan daha yüksek oranda öğrencilerin evlerinde sürekli bakım/tedavi gerektiren birey olduğunu göstermektedir.

Öğrencilerin % 4.1'inin kronik hastalığa sahip olduğu ve bu kronik hastalıkların astım (% 0.9), hipertansiyon (% 0.4), kas iskelet sistemi rahatsızlıkları (% 0.4), diyabet (% 0.3), epilepsi (% 0.3), alerji (% 0.2), behçet, guatr, sedef, ülser, göz problemleri gibi diğer hastalıklar (% 1.6) olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.17). İstanbul'da (1992) yapılan bir çalışmada kronik hastalık oranı % 5 olarak bulunmuş ve astım % 1.3, kalp hastalığı % 0.6 ve epilepsi % 0.2 sıklığında tespit edilmiştir (98). Ankara'da (2002) yapılan bir başka çalışmada ise astım % 2.6, diyabet % 0.3, kalp hastalığı % 0.3 oranında tespit edilmiştir (40). Bu çalışma sonucunda kronik hastalığa sahip olma ve görülen hastalıklar sözü edilen çalışmalarla benzer bulunmuştur.

Bu araştırma sonucunda öğrencilerin % 5.7'sinin sürekli ilaç kullandığı ve en çok kullanılan ilaç türünün analjezik (% 18.9) olduğu belirlenmiştir. Analjezikleri antiepileptik (% 11.3), profilaksi türü ilaçlar (% 11.3), antihistaminik (% 9.4), antidepresan (% 7.6), antianemik (% 5.7), antiastmatik (% 1.9) türevi ilaçlar takip etmektedir (Tablo 4.18). Öğrencilerin % 0.4'ü hipertansiyon, % 0.3'ü diyabet hastalığı olduğunu belirtmesine rağmen bu hastalıkların tedavisine yönelik hiç ilaç kullanmamaları dikkat çekicidir. Ayrıca antidepresan kullanımı var iken öğrencilerin hiç birisi hastalık olarak depresyon vs. gibi bir hastalık belirtmemiştir. Öğrencilerin en sık analjezik türü ilaç kullanmaları araştırmaya katılan öğrencilerin de en sık yakınması olan baş ağrısı gibi ağrı şikâyetlerini fazla yaşamaları ile ilgili olabilir.

Öğrencilere son bir yıl içerisinde yaşadıkları sağlık problemleri sorulduğunda % 87.1'i sağlık problemi yaşadığını belirtmiş ve yaşadıkları sağlık problemlerini baş ağrısı (% 52.6), akne (% 44.9), sinirlilik (% 43.9), kepek (% 37.9), sinüzit (% 25.0), kansızlık (% 17.8), önemli kaza (% 6.0), parazit (% 3.1) ve göz ile ilgili problemler (%1.2) olarak tanımlamışlardır (Tablo 4.19). Benzer çalışmalarda baş ağrısı (% 45.6), akne (% 32.3), kepek (% 21), parazit (% 18.3), kaza (% 17.6), sinirlilik (% 44.8) öğrencilerin en sık yakınmaları arasında yer almıştır (40, 45, 98, 102). Bu araştırmanın sonuçları ile yapılan çalışmaların sonuçları benzerlik göstermektedir. Öğrencilerin dile getirdiği bu şikâyetler adolesan dönemde artış gösteren problemler olarak karşımıza çıkmaktadır.

Araştırmaya katılan kız öğrencilerin % 93.8'i adet görmüştür ve ilk adet görme yaşı 13-14 yaşlarında (% 63.6) yoğunlaşmaktadır. Öğrencilerin adet dönemleri ile ilgili sorunlarının başında ağrılı adet (% 26.7) gelirken ağrılı ve düzensiz adet (% 19.9), düzensiz adet (% 17.5) ağrılı adet şikâyetini takip etmektedir (Tablo 4.20). Ülkemizde yapılan çeşitli araştırmalarda ortalama menarş yaşı 13.12-13.28 arasında tespit edilmiştir (65, 97). Yapılan bir çalışmada ise kız öğrencilerin % 70.9'unun ilk adetini 13-14 yaşlarında gördükleri belirlenmiştir (90). Öğrencilerin ağrılı adet yakınması ise çeşitli çalışmalarda % 22-42.2 arasında rapor edilmiştir (40, 90, 97, 98, 102). Araştırma sonuçları ile çalışmaların sonuçları benzerlik göstermektedir.

Adölesan döneminde ruh halinde değişiklikler ve dalgalanmalar tipiktir. Kimlik arayışı çabalarının artması, aile ve arkadaş ilişkilerinin niteliğinin değişmesi gibi nedenlerle ergenler sıklıkla ruhsal sorunlarla karşı karşıya kalabilirler (1, 60). Bu çalışmada öğrencilerin genel ruh sağlıklarını değerlendirmek amacıyla Genel Sağlık Anketi 12 (GSA-12) kullanılmıştır. GSA-12'den öğrencilerin % 23.1'inin 0, % 1.2'sinin 12 puan aldığı belirlenmiştir (Şekil 4.1). Yapılan bir çalışmada da benzer şekilde öğrencilerin % 22.5'i 0 puan, % 0.8'i ise 12 puan almışlardır (103). Öğrencilerin % 60.2'si ruh sağlığı açısından riskli grup olarak tanımlanan 2 ve üzerinde puan alırken % 39.8'i ruh sağlığı açısından risk oluşturmayan 0-1 puan aralığında GSA-12 puanı almışlardır (Şekil 4.3). Öğrencilerin GSA-12 puan ortalamaları ise 3.2 olarak bulunmuştur. Lise öğrencileri ile yapılan benzer bir çalışmada öğrencilerin GSA-12 puan ortalaması 4.04 ve % 62.9'unun GSA-12 puanı 2 ve üzerinde bulunmuştur (103). Başka bir çalışmada ise öğrencilerin % 65'inin GSA-12 değerlendirmesinde riskli gruba girdiği rapor edilmiştir (104). Bu çalışmada GSA-12 puanı ortalaması ve risk grubuna giren öğrencilerin oranı diğer çalışmalara yakın bulunmuştur. Öğrencilerin büyük çoğunluğunun ruhsal açıdan risk oluşturabilecek gruba girmesi adölesan dönemin ruhsal olarak sorunlara açık ve çalkantılı bir dönem olmasına bağlanabilir.

Bu araştırmada 0 ve 1 puan alan erkek öğrencilerin sayısı (% 50.2) kız öğrencilerden (% 29.3) fazla iken 2 ve üzeri puan aralığında tam tersine kız öğrencilerin sayısı (% 70.7) erkek öğrencilerden (% 49.8) daha fazladır (Şekil 4.2-Şekil 4.4) ve cinsiyet ile GSA-12 puanı arasındaki ilişki anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo 4.21). Bu konuda yapılan bir başka çalışmada da araştırmamızla benzer şekilde kız öğrencilerin (% 76.6) erkek öğrencilerden (% 55.8) daha fazla 2 ve üzeri GSA-12 puanı aldıkları saptanmıştır (103). Bu sonuçlar cinsiyetin GSA-12 puanını etkileyen önemli bir faktör olduğunu göstermektedir. Toplumda da kadınların depresyon, intihar gibi sorunları erkeklere nazaran daha fazla yaşadıkları göz önünde bulundurulursa kız öğrencilerin yüksek GSA-12 puanı almaları beklendik bir sonuç olarak kabul edilebilir.

Öğrencilerin yaşları GSA-12 puanlarını etkiliyorken ($p<0.05$); kardeş sayısı, ailedeki çocuklar içerisindeki sıra, yaşanılan yer, yaşanılan kişiler, sağlık güvencesinin bulunup bulunmaması GSA-12 puanlarını etkilememiştir ($p>0.05$) (Tablo 4.21). Yapılan benzer bir çalışmada da 18 yaş ve üzerine olan tüm öğrencilerin GSA-12 değerlendirmesinde yüksek riskli grupta yer aldığı ve yaşanılan yerin GSA puanını etkilemediği saptanmıştır

(103). Literatürde yaşın adölesan dönemde ruhsal sağlığı etkileyen önemli bir neden olduğu belirtilmektedir. Özellikle depresyon görülme sıklığı bu dönemde artmaktadır. Yaşa göre GSA puanlarının artması adölesan dönemin ruhsal özellikleri nedeniyle beklenen bir sonuç olarak değerlendirilebilir.

Bu çalışmada anne ve babaların yaşı, mesleği, eğitim durumunun öğrencilerin GSA-12 puanlarını etkilemediği saptanmıştır ($p>0.05$) (Tablo 4.22). Bir başka çalışmada ise babanın işsiz olmasının GSA puanını olumsuz etkilediği belirlenmiştir (104).

Bu araştırmada aile ve arkadaş ilişkileri kötü ve çok kötü olan, okul başarısı sınıf ortalamasından düşük, intihar düşüncesine sahip ve flörtü/sevgilisi olan, evlerinde sürekli bakım/tedavi gerektiren birey bulunan öğrencilerin 2 ve üzeri puan alma oranları yüksek bulunmuştur (Tablo 4.23). Benzer çalışmalarda da okul başarısı, aile ve arkadaş ilişkilerinin GSA-12 puanını etkilediği tespit edilmiştir (103, 104). Arkadaş ve aile ilişkilerinde bozulma sosyal fonksiyonlarda bozulma olarak değerlendirilebilir ki bu durum depresyon ve kişilik bozukluklarında sıklıkla görülebilmektedir. İntihar düşüncesi depresyona eşlik eden bir bulgudur (17, 58). Bu nedenle bu tip sorunları olan öğrencilerin GSA-12 puanlarının yüksek olması normal olarak değerlendirilebilir. Sevgili/flörtü olan öğrencilerin GSA-12 puanlarının yüksek olması karşı cinsten arkadaşlıkların stres oluşturan bir etken olduğunu düşündürmektedir.

Ergenlik döneminin çoğunlukla sorunlarla yüklü olması ergenin bu sorunlarla başa çıkmakta yetersiz kalması, aile ve arkadaşlar ile yaşanan sorunlar, uyum problemleri zararlı alışkanlıklara zemin hazırlayabilen nedenlerdendir (1, 47). Araştırma sonucunda bu bilgilerle uyumlu olarak sigara, alkol kullanım alışkanlığı olan öğrencilerin GSA-12 puanlarının bu tür alışkanlıkları olmayan öğrencilere göre yüksek olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$) (Tablo 4.24). Yapılan benzer bir çalışmada da halen sigarayı hiç denememiş öğrencilerin GSA-12 puanı düşük bulunurken, alkol kullanan öğrencilerin puanlarının yükseldiği belirlenmiştir (104). Bu sonuçlar adölesanların sıkıntılarını hafifletmek, sorunları ile daha rahat başa çıkabilmek amacıyla sigara, alkol gibi maddelere yöneldiğini gösterebilir.

Öğrencilerin GSA-12 puanlarını etkileyen faktörlerin etki olasılıkları lojistik regresyon analizi ile değerlendirildiğinde (Tablo 4.25); yaş bir birim arttıkça GSA-12'den 2 ve üzerinde puan alma ihtimalininin 1.2 kat arttığı, kız öğrencilerin erkek öğrencilere göre 2.9 kat, intihar düşüncesi bulunan öğrenciler intihar düşüncesi bulunmayanlara göre 2.7 kat, evlerinde sürekli bakım/tedavi gerektiren birey bulunanlar bulunmayanlara göre 1.58 kat, aile ilişkileri kötü/çok kötü olan öğrenciler aile ilişkisi iyi/çok iyi olanlara göre 9.7 kat, arkadaş ilişkisi kötü/çok kötü olan öğrencilerin iyi/çok iyi olan öğrencilere göre daha fazla oranda, sigara kullanma alışkanlığı olan öğrencilerin olmayanlara göre 1.95 kat GSA-12'den 2 ve üzerinde puan alma olasılığına sahip olduğu görülmektedir. Dönemin getirdiği özellikler nedeniyle adölesanlar çok fazla bedensel ve ruhsal stres yaşamakta ve bu streslerin etkisiyle çeşitli ruhsal sorunlar ortaya çıkabilmektedir. Adölesanların ruhsal sorunları dönemin özelliklerine uygun danışmanlık hizmeti verilmesi ile azaltılabilir.

Bu araştırmanın sonuçlarına göre, ortaöğretimi oluşturan adölesanların ilerleyen yaşamlarında sağlıklı, başarılı bir dönem geçirmeleri amacıyla Sağlık Bakanlığı ve Milli Eğitim Bakanlığı işbirliği ile;

- ✓ Okullarda düzenli aralıklarla sağlık taramaları yapılması ve sağlık eğitimleri verilmesi
- ✓ Okullardaki sağlık eğitimlerine öğrencilerin yanı sıra öğretmenler, diğer çalışanlar ve ailelerin dahil edilmesi
- ✓ Okullarda öğrencilere sigara, alkol ve madde kullanımının zararları konusunda bilgi verilmesi
- ✓ Öğrencilerin hijyen ve beslenme konularındaki bilgi eksiklik ve yanlışlıkları giderilmesi
- ✓ Öğrencilere cinsel eğitim verilmesi (Bkz. Tablo 4.12)
- ✓ Okullarda öğrencilerin sağlık problemi ile karşılaştıklarında başvurabilecekleri bir sağlık biriminin kurulması ve bu birimde profesyonel bir sağlık çalışanı görevlendirilmesi (Bkz. Tablo 4.13)
- ✓ Okul sağlığı hizmetlerin düzenli yürütülebilmesi için okul sağlığı hemşireliğinin yaygınlaştırılması önerilebilir.

6. KAYNAKLAR

1. Saralioğlu F, Yurdakök M, Kutluk T, Çalıkoğlu S (çev.edt). Çocuk Hastalıkları Tanı ve Tedavi. Ankara, Barış Kitabevi, 1993: 269-329
2. Kınık E. Adölesan hastaya yaklaşım. Katkı Pediatri Dergisi 2000; 21 (6): 713-716
3. Dirican R, Bilgel N. Halk Sağlığı. Bursa, Uludağ Üniversitesi Basımevi, 1993; 419-428
4. Potter PA, Perry AG. Fundamentals of Nursing. (6 th ed) USA, 2005: 205-213
5. Wong DL. Nursing Care Of Infants And Children. (6. ed) US, Mosby, 1999: 119, 888-925, 959-999
6. Epstein JL. Adolescent health. The Nursing Clinics Of North America 2002; 37: 13-14
7. Bumin MA. Gençlik döneminin morbidite ve mortalite sorunları. III.Halk Sağlığı Günleri Bildiri Kitabı, ss 1-6, 5-7 Mayıs 1993, Erciyes Üniversitesi, Kayseri
8. Atlı A. Gençlerde beslenmeye ilişkin sağlık sorunları. Dirim 2001; 76 (6): 23-37
9. Sezgin B. Adölesanlarda Üreme Sağlığı. Sağlıkta Strateji Dergisi 1998: 1-7
10. Yörükoğlu A. Gençliğin türk toplumundaki yeri ve sorunları. III.Halk Sağlığı Günleri Bildiri Kitabı, ss 72-75, 5-7 Mayıs 1993, Erciyes Üniversitesi, Kayseri
11. Akan N. Anne ve çocuk sağlığı açısından annelik. 3. Ulusal Hemşirelik Kongresi Bildiri Kitabı, ss 727-728, 24-26 Haziran 1992, Sivas
12. Onat T (edt). Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları. Cilt 1. İstanbul, Eksen Yayınları, 1996: 29-31

13. Gedikoğlu G (çev. edt). Çocuk Hastalıkları. Ankara, Güven Kitabevi, 1978: 87-89
14. Detels R, Beaglehole R, Tanak H. Public Health. (4 th ed) Oxford, 2002: 1504, 1636
15. Reyes LR, Meininger JC, Liehr P, Chan W. Anger in adolescents. Nursing Research 2003; 1(52): 2-9
16. Yurdakök M, Coşkun T. Pediatri: Yeni Bilgiler Yeni Görüşler. Ankara, Güneş Kitabevi, 1995: 19-21
17. Sayıl I (edt). Ruh Sağlığı ve Hastalıkları. Ankara, Antıp A.Ş, 2000: 255, 335-343, 355-369
18. Bertan M, Güler Ç. Okul Sağlığı. Ankara, Güneş Kitabevi, 1997: 210-223
19. Bilgel N. Gençlik ve kazalar. III.Halk Sağlığı Günleri Bildiri Kitabı, ss 99, 5-7 Mayıs 1993, Erciyes Üniversitesi, Kayseri
20. Şenol S. Çocuk psikiyatrisinde acil durumlar. 48. Milli Pediatri Kongresi Bildiri Kitabı, ss 60-64, 12-24 Eylül 2004, Samsun
21. Örkün M, Yolsal N, Aslan V, Özden Y. Gençlerde intihar girişimleri. III.Halk Sağlığı Günleri Bildiri Kitabı, ss 140-144, 5-7 Mayıs 1993, Erciyes Üniversitesi, Kayseri
22. Last JM, Wallace RB. Public Healt & Preventive Medicine. (13 nd ed) US. 1992: 1054-1056
23. <http://www.die.gov.tr/1stTablolar/15hy074t.xls> Erişim Tarihi: 28.05.05
24. Sayar K, Acar B. Psikofarmakolojik ajanlarla yapılan intihar girişimlerinde risk etmenleri. Klinik Farmakoloji Bülteni 1999; 9 (4): 208-212
25. Sayar K, Öztürk M, Acar B. Aşırı dozda ilaç alımıyla intihar girişiminde bulunan ergenlerde psikolojik etkenler. Klinik Psikofarmakoloji Bülteni 2000; 10 (3): 133-138
26. Köksal O. Üniversite gençliğinin beslenme konusu ve sorunları. III.Halk Sağlığı Günleri Bildiri Kitabı, ss 10-12, 5-7 Mayıs 1993, Erciyes Üniversitesi, Kayseri
27. Telfair J, Alleman-Valez P, Dickens P, Loosier P. Quality health care for adolescents with special health-care needs: issues and clinical implikations. Journal of Pediatric Nursing 2005; 20 (1): 15-22
28. Özeke T. Malnütrisyon (Kronik beslenme bozukluğu). Klinik Çocuk Forumu 2002; 2 (3): 19-23
29. Uğuz A, Türkkahraman D, Yeğın O. Beslenme ve immün sistem. Pediatrik Gastroenteroloji, Hepatoloji ve Beslenme Dergisi 2004; 1 (2): 95-102

30. Önder O, Kurdoğlu M, Oğuz G, Özben B, Atilla S, Oral S. Gülveren lisesi son sınıf öğrencilerinin bazı beslenme alışkanlıklarının saptanması ve bunun malnütrisyon prevalansı ile olan ilişkisi. Hacettepe Toplum Hekimliği Bülteni 2000; 21 (1): 21-25
31. Mill EV, Westerterp KR, Kester A, Saris WH. Energy metabolism in relation to body composition and gender in adolescents. Archives of Disease Childhood 2001; 85: 73-78
32. Cinaz P. Obezitenin önlenmesi ve obez çocuğun izleminde birinci basamak hekimin rolü. 48. Milli Pediatri Kongresi Bildiri Kitabı, ss 130-136, 12-24 Eylül 2004, Samsun
33. Zeybek ÇA, Aydın A. Çocukluk çağı obezitesi. Klinik Çocuk Forumu 2002; 2 (3): 24-29
34. Monterio CA, Mouraga E, Conde WL, Popkin M. Socioekonomik status and obesity in adult populations of developing countries: a review. Bulletin of The World Health Organization 2004; 82 (12): 940-946
35. Serim H. Adölesanlara sağlık hizmeti sunumu. 46. Milli Pediatri Kongresi Bildiri Kitabı, ss 29-31, 15-19 Ekim 2002, Mersin
36. Turan S, Omar A, Berber M, Özen A, Bereket A. Sosyo ekonomik durum ve yaşın obezite prevalansına etkisi. 48. Milli Pediatri Kongresi Bildiri Kitabı, ss 213-214, 12-24 Eylül 2004, Samsun
37. Özaltın F, Bakkaloğlu A. Hipertansiyon taraması. Katkı Pediatri Dergisi 2000; 21(3) : 353-361
38. Neyzi O, Ertuğrul T. Pediatri. İstanbul, Nobel Kitabevi, 1990:1204-1477-1572
39. Aydın M. Çocuk ve adölesanlarda obezite ilişkili diğer sorunlar. 48. Milli Pediatri Kongresi Bildiri Kitabı, ss 138-140, 12-24 Eylül 2004, Samsun
40. Özcebe H, Aslan D, Baran E, Durmuş N, Asıl N ve ark. Ankara'da bir Anadolu lisesinde orta 3 ve lise 1. sınıf öğrencilerinin sağlık hizmeti kullanımı. Sağlık ve Toplum 2002; 12 (2): 59-65
41. Hatun ř. Çocukluk çağında obezite, insülin direnci ve tip 2 diyabet epidemisi ilişkisi. 48. Milli Pediatri Kongresi Bildiri Kitabı, ss 136-138, 12-24 Eylül 2004, Samsun
42. Akın A. Çocuklarda tüberküloz plörezisi. Sted 2004; 13 (9): 335-338
43. Kaplan HI, Sadock BJ. Synopsis Of Psychiatry. (7 th ed) New York, 1997: 553,720-735
44. Varcarolis EM. Foundations Of Psychiatric Mental Health Nursing. (3 th ed) New York, 1998: 801-816

45. İnan F. Kayseri Sağlık Meslek Lisesi Öğrencilerinin Sağlık Düzeylerinin Araştırılması, Yüksek Lisans Tezi, Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Kayseri 1994
46. Ögel K, Sır A, Tamar M, Tat Ş. ve ark. Dokuz ilde ilk ve ortaöğretim öğrencilerinin tütün, alkol ve madde kullanım yaygınlığı. Türk Psikiyatri Dergisi 2004; 15 (2): 112-118
47. Tamar D, Ögel K. Ergenlik döneminde madde kullanımı. Ege Psikiyatri Dergisi 1997; Kış: 5-19
48. Tuttle J, Melnyk BM, Loveland-Cherry C. Adolescent drug and alcohol use strategies, intervention and prevention. The Nursing Clinics Of North America 2002; 37: 443-460
49. Schuckit M.A. Alkolizmin genetiği ile ilgili yeni bulgular. JAMA 1999; 12 (9): 472-474
50. Apan E, Karaömerlioğlu Ö, Tanır F, Akbaba M. Adölesan çağda sigara içmede etkili olabilecek faktörler. IV. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi Bildiri Kitabı, ss 669-670, 12-16 Eylül 1994, Didim
51. Türkistanlı E. Lise son sınıf öğrencilerinde sigara içme prevalansı. III.Halk Sağlığı Günleri Bildiri Kitabı, ss 359, 5-7 Mayıs 1993, Erciyes Üniversitesi, Kayseri
52. Ögel K, Tamar D, Özmen E, Tamer A, Sağduyu A, Boratav C. İstanbul örnekleminde sigara kullanım yaygınlığı. Bağımlılık Dergisi 2003; 4 (3): 105-108
53. Ögel K, Tamar D, Evren C, Çakmak D. Lise gençleri arasında sigara, alkol ve madde kullanım yaygınlığı. Türk Psikiyatri Dergisi 2001; 12 (1): 47-52
54. Ögel K, Tamar D, Evren C, Çakmak D. Uçucu madde kullanımının yaygınlığı: çok merkezli bir araştırma verilerinin değerlendirilmesi. Anadolu Psikiyatri Dergisi 2000; 1 (4): 220-224
55. Ögel K, Tamar D, Evren C, Çakmak D. Bir geçiş maddesi olarak esrar. Türkiye'de Psikiyatri 2000; 2 (1). 30-35
56. Koyuncuer A. Uçucu madde entoksikasyonlu hastalara ilk yaklaşım. Sted 2004; 13 (10): 366-370
57. Ögel K, Tamar D, Çakmak D. Madde kullanım sorununa Türkiye'nin yerine bir bakış. Türk Psikiyatri Dergisi 1998; 9 (4): 301-307
58. Öztürk MO. Ruh Sağlığı ve Bozuklukları. (7 bs) Ankara. Medikomat, 1997; 84-359
59. Derman O, Özgüner Z, Kınık O. Adölesan dönemde uygulanan taramalar. Katkı Pediatri Dergisi 2000; 21 (3): 417-426

60. Sofuoğlu S. Gençlerin ruhsal problemleri. III.Halk Sağlığı Günleri Bildiri Kitabı, ss 22-24, 5-7 Mayıs 1993, Erciyes Üniversitesi, Kayseri
61. Kumbasar H (edt). Modern Tıp Seminerleri: Depresyon. Ankara, Güneş Kitabevi, 2001; 55-57
62. Barut Y. Parçalanmış ailelerden gelen 15-18 yaş grubu yetiştirme yurdu çocuklarıyla normal aile çocuklarında görülen anksiyete ve depresyon sıklığının incelenmesi. Sağlık Dergisi 1996; 1-4 (68): 27-35
63. Rew L. Characteristics and health care needs of homeless adolescents. The Nursing Clinics Of North America 2002; 37: 423-431
64. Şimşek Ş, Tuğ T. Memenin iyi huylu tümörleri: fibroadenomlar. Sted 2002 ; 11(3) :102-105
65. Eryılmaz H, Çalı Ş. Kadıköy ilçesindeki lise son sınıf kız öğrencilerin menarş yaşı ve menstruasyona ilişkin bilgi, tutum ve davranışları. IV. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi Bildiri Kitabı, ss 350-352, 12-16 Eylül 1994, Didim
66. Hayran O, Sur H. Sağlık Hizmetleri El Kitabı. Ankara, Yüce Yayın Dağıtım, 1998: 9-11
67. Surlu B, Özcebe H. Adölesan ve çevre. Sağlık ve Toplum 2002; 12 (1): 14-20
68. Hacettepe Nüfus Etütleri Enstitüsü. Türkiye Nüfus Sağlık Araştırması 2003. Ankara, 2004:18-21
69. Kocabaş E. Çocukluk çağı HIV enfeksiyonunda korunma, izlem ve HIV enfeksiyonlu çocuğun toplumdaki yeri. 48. Milli Pediatri Kongresi Bildiri Kitabı, ss 114-118, 12-24 Eylül 2004, Samsun
70. <http://saglik.gov.tr/extras/istatistikler/geribildirim-haziran/tablolalar23-24-25.htm>
Erişim Tarihi: 28.05.05
71. Banak S, Yoldaşcan E, Kılıç B. Adana ili yarıkırsal alanda yaşayan 10 yaş ve üzeri kişilerde hepatit B virüsü (HBsAg) ve anti-hepatit C virüsü (anti-HCV) prevalansı ve etkileyen diğer faktörler. İnfeksiyon Dergisi 2002; 16 (2): 133-140
72. Hoeplich PD, Jordan MC, Ronald AR. Infection Of The Digestive Glands. (5 th ed) Jordan Lippott Company, US 1994: 804-805, 821
73. Oktun M, Erdoğan S, Tatman M, Akata F. Edirne’de çocukluk çağında hepatit B virüsü (HBV) ile karşılaşma yaşı ve etkili faktörler. İnfeksiyon Dergisi 2001; 15 (2). 167-174

74. Polat A, Köseli O, Kaptanoğlu B. Sanayide çalışan adölesanlarda viral hepatit A, B ve C Seroprevelansı. *İnfeksiyon Dergisi* 2000; 154 (3). 331-333
75. Tabak RS. Sağlık Eğitimi. Ankara, Somgür Yayıncılık, 2000;:300-301
76. Erefe İ (edt). Halk Sağlığı Hemşireliği El Kitabı. İstanbul, Birlik Ofset, 1998;:183-190
77. Hoag HJ. School Health Program. Rinehartand Winston Inc, 1965: 324-327
78. Potts LN, Mandlco BL. Pediatric Nursing Caring For Children And Their Families. Delmar, 2002: 103-128
79. Güler Ç, Çobanoğlu Z. Sağlık Mevzuatı. Ankara, Güneş Matbaası, 1997: 1261,1266
80. Seçginli S, Erdoğan S, Demirezin E. Okul sağlığı tarama programı: bir pilot çalışma örneği. *Sted* 2004; 13 (12): 462-465
81. Nemir A, Schaller NE. The School Health Program. Saunders Company, 1975: 365-367
82. Gall BG. Comprehensive risk assesment for adolescents in school-based health centers. *The Nursing Clinics Of North America* 2002; 37: 553-564
83. <http://www.meb.gov.tr/index1024.htm> Erişim tarihi: 20.11.2004
84. Kılıç C. Genel sağlık anketi: güvenilirlik ve geçerlilik çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi* 1996; (7): 3-9
85. Güleç C, Köroğlu E. Psikiyatri Temel Kitabı. Cilt 1. Ankara, Hayal Yayınları, 1997: 91
86. Aydemir Ö, Köroğlu E. Psikiyatride Kullanılan Klinik Ölçekler. Ankara, Hekimler Yayın Birliği, 2000: 41-42
87. Çınar D, Alvur MF, Uçar F, Topsever P, Görpelioğlu S. ve ark. Çıracılık eğitimi ve lise öğrencilerinin yaşam kalitesi ölçek sonuçlarının karşılaştırılması. *Çocuk Forumu* 2002; 5 (2): 11-14
88. Tuzcu S (çev. edt). *Essentials Of Pediatrics*. Nobel Kitabevi, 1996: 215-247
89. Özmen D, Ergin D, Çetinkaya A, Şen N, Taşkın O, Özmen E. Manisa'da lise öğrencilerinde depresyon ve benlik saygısı. 48. Milli Pediatri Kongresi Bildiri Kitabı, ss 476, 12-24 Eylül 2004, Samsun
90. Tanış T. Sağlık Meslek Lisesi ve Bejice Yazgan Kız Meslek Lisesi Öğrencilerinin Sağlıkla İlgili Konularda Bilgi, Tutum ve Davranışlarının Değerlendirilmesi, Yüksek Lisans Tezi, Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Kayseri 1995

91. Çetinkaya F, Aykut M, Günay O, Öztürk Y. Ortaöğretim gençliğinin sağlık alışkanlıkları. III.Halk Sağlığı Günleri Bildiri Kitabı, ss 311-317, 5-7 Mayıs 1993, Erciyes Üniversitesi, Kayseri
92. Kavruk Z, Sabuncu H, Doğan F, İşsever H. Kırsal alan gencinde ağız-diş sağlığı. III.Halk Sağlığı Günleri Bildiri Kitabı, ss 98, 5-7 Mayıs 1993, Erciyes Üniversitesi, Kayseri
93. Ankara İl Sağlık Müdürlüğü. Genel Sağlık Taraması Ankara İli Sonuçları, 1990: 170-171
94. Başer M. Adölesan cinselliği ve gebelik. C.H. Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi 2000; 4 (1)
95. Polat O. Türkiye’de çocuk haklarının durumu. Çocuk Forumu 1998; 1 (1): 24-25
96. Kaya S, Aksakoğlu G. Gençlerin cinsel konulardaki eğitim beklentileri üzerine bir inceleme. III.Halk Sağlığı Günleri Bildiri Kitabı, ss 185-190, 5-7 Mayıs 1993, Erciyes Üniversitesi, Kayseri
97. Sezgin B, Akın A. Adölesan dönemi üreme sağlığı. Sağlık ve Toplum 1998; 8 (3-4): 27-32
98. Yardımcı E, İnce N, Hapçioğlu B, İşsever H. Öğrenim gören gençlerimizin sağlık sorunları. III.Halk Sağlığı Günleri Bildiri Kitabı, ss 89-95, 5-7 Mayıs 1993, Erciyes Üniversitesi, Kayseri
99. Tümerdem Y. Gençlerin sağlık hizmetlerinden yararlanma sorunları. III.Halk Sağlığı Günleri Bildiri Kitabı, ss 7-8, 5-7 Mayıs 1993, Erciyes Üniversitesi, Kayseri
100. Bumin Ç, Özbilen G, Dalda N. Kırsal bölgede 12-21 yaş grubu genç kızların cinsiyete ilişkin bilgi düzeylerinin incelenmesi. III.Halk Sağlığı Günleri Bildiri Kitabı, ss 177, 5-7 Mayıs 1993, Erciyes Üniversitesi, Kayseri
101. Çavuşoğlu H. Çocuk Sağlığı ve Hemşireliği. Cilt 1. Ankara, Bizim Büro Basımevi, 2001: 73-75
102. Özcebe H, Sönmez R, Akıncı Ö, Baycu Ş, Karaçay D. ve ark. Adölesanlar ve anneleri arasındaki iletişim. Hacettepe Toplum Hekimliği Bülteni 2002; 23 (3): 3-9
103. Gök M, Guliyev N, Özkan S, Tetik M, Zor R. Keçiören laboratuvar meslek lisesi öğrencilerinin ruhsal durumlarının genel sağlık anketi ile değerlendirilmesi. Hacettepe Üniversitesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Ankara 2004
104. Bağcı T, Üner S, Velipaşaoğlu M, Üre İ, Varol R.S. ve ark. Ankara’da dikmende bulunan iki meslek lisesinin lise 1 ve lise 2 öğrencilerinin GSA kullanılarak ruhsal durum ve bazı riskli davranışlar yönünden incelenmesi. IX. Halk Sağlığı Günleri, PB: 287

EKLER

EK-1

Anket No:

KIRŞEHİR İLİ ORTAÖĞRETİM ÖĞRENCİLERİNİN GENEL SAĞLIK SORUNLARININ BELİRLENMESİ

Ben Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı yüksek lisans öğrencisiyim. Adım Sibel Küçük. Kırşehir ili ortaöğretim öğrencilerinin genel sağlık sorunlarını belirlemek amacıyla araştırma yapıyorum. Aşağıda bulunan sorular bu konuya yöneliktir.

Anket formunda isim, sınıf belirtmek zorunda değilsiniz. Ankette bulunan sorulara içtenlikle doğru cevap verdiğiniz takdirde bu araştırma siz ve sizin gibi ortaöğretim öğrencilerinin sağlık sorunlarının ve ihtiyaçlarının belirlenmesi ve okullarda olmasını istediğiniz sağlık hizmetlerinin planlanmasında yarar sağlayacaktır.

Katıldığınız ve soruları cevapladığınız için teşekkür ederim.

1- Yaşınız :

2- Cinsiyetiniz : 1) Kız () 2) Erkek ()

3-Anneleriniz yaşıyor mu?

1) Evet () 2) Hayır ()

4-Babanız yaşıyor mu?

1) Evet () 2) Hayır ()

5-Annelerinizin yaşı nedir ? Yazınız.....

6-Babanızın yaşı nedir ? Yazınız.....

7-Annelerinizin eğitimi nedir?

- 1) Okur-yazar değil ()
2) Okur-yazar ()
3) İlkokul ()
4) Ortaokul ()
5) Lise ()
6) Yüksekokul / Üniversite ()

8-Babanızın eğitimi nedir?

- 1) Okur-yazar değil ()
2) Okur-yazar ()
3) İlkokul ()
4) Ortaokul ()
5) Lise ()
6)Yüksekokul / Üniversite ()

9- Anneleriniz ne iş yapıyor?

- 1) Ev hanımı ()
- 2) Memur ()
- 3) İşçi ()
- 4) Esnaf ()
- 5) Diğer () Yazınız.....

10- Babanız ne iş yapıyor ?

- 1) Herhangi bir işi yok ()
- 2) Memur ()
- 3) İşçi ()
- 4) Esnaf ()
- 5) Diğer () Yazınız.....

11- Kaç kardeşiniz ? Yazınız.....

12- Siz ailenizin kaçınıcı çocuğusunuz ? Yazınız.....

13- Ailenizin geliri size göre nasıldır?

- 1) Düşük () 2) Orta () 3) Yüksek ()

14- Sağlık güvenceniz var mı?

- 1) Evet () 2) Hayır () (16. soruya geçiniz)

15- Sağlık güvenceniz nedir?

- 1) Emekli sandığı () 2) Bağ-kur () 3) SSK ()
- 4) Yeşil kart () 5) Diğer () Yazınız.....

16- Kiminle yaşıyorsunuz ?

- 1) Anne- baba () 2) Anne-baba-kardeş / kardeşler ()
- 3) Anne-kardeş/kardeşler () 4) Baba-kardeş/kardeşler ()
- 5) Üvey anne- baba-kardeş/kardeşler () 6) Üvey baba-anne-kardeş/kardeşler ()
- 7) Akrafa () 8) Arkadaş ()
- 9) Diğer () Belirtiniz.....

17- Nerede yaşıyorsunuz?

- 1) Ev () 2) Yatılı okul ()
- 3) Devlet yurdu () 4) Özel yurt ()
- 5) Yetiştirme yurdu () 6) Diğer ().....

18- Ailenizle ilişkileriniz nasıl?

- 1) Çok İyi () 2) İyi () 3) Normal () 4) Kötü () 5) Çok Kötü ()

19- Arkadaşlarınızla ilişkileriniz nasıl?

- 1) Çok İyi () 2) İyi () 3) Normal () 4) Kötü () 5) Çok Kötü ()

20- Okul başarınız nasıl?

- 1) Sınıf ortalamasının üstünde ()
- 2) Sınıf ortalamasına uygun ()
- 3) Sınıf ortalamasının altında ()

21- Sorunlarınıza çözüm bulmakta zorlandığınızda intiharı düşünür müsünüz?

- 1) Evet ()
- 2) Hayır ()

22- Aşağıdaki madde/ maddelerden kullandıklarınız varsa işaretleyerek süresini yazınız.

- 1) Sigara Kullanmıyorum () Kullanıyorum () Ne kadar süredir?.....
- 2) Alkol Kullanmıyorum () Kullanıyorum () Ne kadar süredir?.....
- 3) Hap, bally, tiner gibi maddeler
Kullanmıyorum () Kullanıyorum () Ne kadar süredir, cinsi?.....

23- Evde sürekli bakım/tedavi gerektiren hastalığı olan yakınınız varsa işaretleyerek hastalığın ismini yazınız.

- 1) Anne () Hastalığın adı ?.....
- 2) Baba () Hastalığın adı ?.....
- 3) Kardeş () Hastalığın adı ?.....
- 4) Diğer ()..... Hastalığın adı ?.....

24- Bir hekim tarafından tanısı konulmuş, sürekli tedavi gerektiren Diyabet, Hipertansiyon, Epilepsi, Astım vb. gibi bir hastalığınız var mı ?

- 1) Evet () Adını yazınız.....
- 2) Hayır ()

25- Düzenli olarak kullandığınız ilaç var mı?

- 1)Evet () İlacın adını yazınız.....
- 2) Hayır()

26- Son bir yıl içerisinde aşağıdaki sağlık problemi/problemlerinden yaşadıklarınız varsa işaretleyiniz.

- 1) Kepek ()
- 2) Kabızlık ()
- 3) Akne (Ergenlik sivilcesi) ()
- 4) Kansızlık ()
- 5) Parazit ()
- 6) Sinirlilik ()
- 7) Önemli kaza (Düşme, trafik kazası, yanık vs.) ()
- 8) Başağrısı ()
- 9) Sinüzit ()
- 10) Diğer () Yazınız.....

27- Günde kaç öğün yemek yersiniz?

- 1) Bir ()
- 2) İki ()
- 3) Üç ()
- 4) Dört ve daha fazla ()

28- Dişlerinizi düzenli olarak fırçalar mısınız?

- 1) Evet () Günde kaç kez? Yazınız.....
- 2)Hayır ()

29- Diş ve diş eti ile ilgili probleminiz var mı ?

- 1) Evet () Nedir ? Yazınız.....
- 2) Hayır ()

30-Ellerinizi hangi durumlarda yıkarsınız? Yazınız.

-

31- Flörtünüz /sevgiliniz var mı?

- 1) Evet () 2) Hayır ()

32- Hiç cinsel ilişkide bulundunuz mu?

- 1) Evet () Kaç yaşında? Yazınız..... 2) Hayır ()

33- Gebeliği önleyici yöntemler hakkında bilginiz var mı?

- 1) Evet () 2) Hayır ()

34- Cinsel bilgilerinizi nereden öğrendiniz ?

- 1) Anne- baba () 3) Arkadaş () 5) Televizyon-gazete ()
2) Abla- ağabey () 4) Kitaplar () 6) Diğer () Belirtiniz.....

35- Cinsel yolla bulaşan hastalıkları biliyor musunuz ?

- 1) Evet () İsimlerini yazınız..... 2) Hayır ()

36- Üreme organları ile ilgili bir enfeksiyon geçirdiniz mi?

- 1) Evet () 2) Hayır ()

37- Sağlık probleminiz olduğunda nereye başvurursunuz?

- 1) Hastane () 2) Sağlık Ocağı () 3) Özel doktor () 4) Diğer ().....

38- Okulda hiç sağlık eğitimi aldınız mı?

- 1) Evet () 2)Hayır ()

39- Sağlık eğitimi almak istediğiniz konular nelerdir? Varsa yazınız.

-

40- Okulda sağlık probleminiz olduğunda başvurabileceğiniz bir kurum/birim var mı?

- 1) Evet () 2) Hayır ()

41- Okulunuzda sağlık hizmeti vermek üzere bulunmasını istediğiniz meslek grubu nedir? (Birden fazla şık işaretleyebilirsiniz.)

- 1) Doktor () 2) Hemşire ()
3) Psikolog () 4) Diyetisyen ()
5) Sağlık memuru () 6) Diğer ().....

(Kız öğrenciler cevaplandıracaktır.)

42- Adet gördünüz mü?

- 1) Evet () 2)Hayır ()

43- İlk adetinizi kaç yaşında gördünüz?

- 1) 10 yaş () 2) 11-12 yaş ()
3) 13-14 yaş () 4) 15 yaş ve yukarı ()

44- Adetleriniz ile ilgili bir sorunuz var mı?

- 1) Evet, ağrılı adet () 2) Evet, düzensiz adet ()
3) Evet, düzensiz ve ağrılı adet 4) Sorunum yok ()
5) Diğer ()Yazınız.....

GENEL SAĞLIK ANKETİ 12

SON ZAMANLARDA;

1- Endişeleriniz nedeniyle uykusuzluk çekiyor musunuz ?

Hiç çekmiyorum () Her zamanki kadar () Her zamankinden sık () Çok sık ()

2- Kendinizi sürekli zor altında hissediyor musunuz ?

Hiç çekmiyorum () Her zamanki kadar () Her zamankinden sık () Çok sık ()

3- Karar vermekte güçlük çekiyor musunuz?

Hiç çekmiyorum () Her zamanki kadar () Her zamankinden sık () Çok sık ()

4- Zorlukları halledemeyecek gibi hissediyor musunuz?

Hiç çekmiyorum () Her zamanki kadar () Her zamankinden sık () Çok sık ()

5- Kendinizi keyifsiz ve durgun hissediyor musunuz ?

Hiç çekmiyorum () Her zamanki kadar () Her zamankinden sık () Çok sık ()

6- Kendinize güveninizi kaybediyor musunuz ?

Hiç çekmiyorum () Her zamanki kadar () Her zamankinden sık () Çok sık ()

7- Kendinizi değersiz biri olarak görüyor musunuz?

Hiç çekmiyorum () Her zamanki kadar () Her zamankinden sık () Çok sık ()

8- Yaptığımız işe dikkatinizi verebiliyor musunuz?

Her zamankinden çok () Her zaman ki kadar () Her zamankinden az ()

Her zamankinden çok daha az ()

9- İşe yaradığınızı düşünüyor musunuz ?

Her zamankinden çok () Her zaman ki kadar () Her zamankinden az ()

Her zamankinden çok daha az ()

10- Sorunlarınızla uğraşabiliyor musunuz?

Her zamankinden çok () Her zaman ki kadar () Her zamankinden az ()

Her zamankinden çok daha az ()

11- Değişik yönlerden baktığınızda kendinizi mutlu hissediyor musunuz ?

Her zamankinden çok () Her zaman ki kadar () Her zamankinden az ()

Her zamankinden çok daha az ()

12- Günlük işlerinizden zevk alabiliyor musunuz?

Her zamankinden çok () Her zaman ki kadar () Her zamankinden az ()

Her zamankinden çok daha az ()

EK 3

T.C.
KIRŞEHİR VALİLİĞİ
Milli Eğitim Müdürlüğü

SAYI : B08.4.MEM.4.40.00.02-379/

KONU : Araştırma

08.09.2004 * 11468

VALİLİK MAKAMINA
KIRŞEHİR

İLGİ: Erciyes Üniversitesi Rektörlüğü'nün 03.09.2004 tarih ve 398 Sayılı yazısı.

Kayseri Erciyes Üniversitesi Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans öğrencisi Sibel KÜÇÜK'ün İlimiz Orta öğretim Kurumlarında öğrenim gören öğrencilere Genel Sağlık sorunlarının belirlenmesi konulu araştırma yapması hususunda gerekli iznin verilmesi Erciyes Üniversitesi Rektörlüğü'nün ilgi yazıları ile bildirilmiştir.

Yukarıda adı geçen Erciyes Üniversitesi Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans öğrencisi Sibel KÜÇÜK'ün İlimiz Ortaöğretim Kurumlarında öğrenim gören öğrencilere Genel Sağlık sorunlarının belirlenmesi konusunda gerekli araştırma yapmasında Müdürlüğümüzce sakınca görülmemektedir.

Makamlarınızca da uygun görüldüğü taktirde olurlarınıza arz ederim.

EKİ: 1 Adet yazı

Şeref DURUDİLEK
Milli Eğitim Müdürü

OLUR
07..09/2004

Erdal ÇAKIR
Vali a.
Vali Yardımcısı