



**T.C.
GAZİOSMANPAŞA ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI**

**TOKAT İLİNDE ÖĞRENİM GÖRMEKTE OLAN LİSE
ÖĞRENCİLERİNDE DUYGUSAL VE DAVRANIŞSAL SORUN
PREVALANSI VE İLİŞKİLİ FAKTÖRLER**

Dr. Yunus Emre BULUT

UZMANLIK TEZİ

TOKAT

2016



T.C.

GAZİOSMANPAŞA ÜNİVERSİTESİ

TIP FAKÜLTESİ

HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI

**TOKAT İLİNDE ÖĞRENİM GÖRMEKTE OLAN LİSE
ÖĞRENCİLERİNDE DUYGUSAL VE DAVRANIŞSAL SORUN
PREVALANSI VE İLİŞKİLİ FAKTÖRLER**

Dr. Yunus Emre BULUT

UZMANLIK TEZİ

TEZ DANIŞMANI

Prof.Dr. Mücahit EĞRİ

-Halk Sağlığı Anabilim Dalı-

Yrd.Doç.Dr. Hasan BOZKURT

-Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı-

TOKAT

2016

TEŞEKKÜR

Bu araştırmanın her aşamasında büyük katkı ve desteklerini esirgemeyen tez danışmanlarım Gaziosmanpaşa Üniversitesi Tıp Fakóltesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Başkanı Prof.Dr. Mücahit EğRİ ve Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Başkanı Yrd.Doç.Dr. Hasan BOZKURT'a, Halk Sağlığı Anabilim Dalındaki kıymetli hocalarım Yrd.Doç.Dr. Rıza ÇITIL ve Yrd.Doç.Dr. Yalçın ÖNDER'e, araştırma görevlisi arkadaşlarıma, veri toplama aşamasında yardımlarından dolayı Tokat Mili Eğitim Müdürlüğü'ndeki ilgili şube müdürlerine ve idari personele ve araştırmanın yapıldığı liselerdeki müdür, müdür yardımcısı, rehber öğretmen ve diğer öğretmenlere, yaşamımın her döneminde beni her konuda destekleyen ve yüreklendiren annem, babam, ablam ve kardeşlerime, bu süreçte sabır ve özveriyle yanımda olan sevgili eřim, biricik oğlum ve canım kıızıma en içten duygularıyla teşekkür ederim.

Dr. Yunus Emre BULUT

2016

ÖZET

TOKAT İLİNDE ÖĞRENİM GÖRMEKTE OLAN LİSE ÖĞRENCİLERİNDE DUYGUSAL VE DAVRANIŞSAL SORUN PREVALANSI VE İLİŞKİLİ FAKTÖRLER

Bu çalışmada; Tokat il genelindeki orta ergenlik dönemindeki ergenlerin duygusal ve davranışsal sorun prevalansını ve ilişkili olabilecek faktörleri saptamak amaçlanmıştır.

Mayıs - Haziran 2014 tarihinde yürütülen, tanımlayıcı ve kesitsel tipteki bu çalışma için gerekli etik ve idari izinler alındıktan sonra çalışmanın yapıldığı dönemde Tokat il ve ilçelerdeki liseler arasından rastgele seçilen 18 lisede öğrenim görmekte olan 512 öğrenci, tabakalı küme örnekleme yöntemi ile sistematik olarak seçilmiştir. Örnekleme giren ve çalışmayı kabul edip yazılı onam veren öğrencilere araştırmacılar tarafından literatüre uygun olarak hazırlanan; öğrencilerin bazı kişisel bilgilerini, sosyodemografik özelliklerini ve riskli sağlık davranışlarını sorgulayan bir anket formu ve Güçler ve Güçlükler Anketi (GGA), araştırmacıların gözetiminde uygulanmıştır. Ayrıca öğrencilerin boy ve kiloları ölçülmüş, okul idaresinden dönem sonu not ortalamaları temin edilmiştir.

Çalışmaya katılan 491 (%95.9) lise öğrencisinin %52.1'i kız, yaş ortalaması 15.55 ± 1.13 'tür. Lise öğrencilerinin %9'u obez, %6'sı kronik bir hastalık sahibi, %18'i akıllı telefon/bilgisayar başında fazla vakit geçirmekte, %8'i aşırı televizyon izlemektedir. Her dört öğrenciden biri son 12 ayda bir kavgaya karışmış, %6'sı intihar etmeyi düşünmüş, %2'si ise intihar teşebbüsünde bulunmuştur. Öğrencilerin sadece %19.6'sının okul başarı durumu iyidir. Lise öğrencileri arasında sigara, alkol, uyuşturucu madde kullanma ve uçucu madde koklama sıklıkları sırasıyla %11, %3, %3.5 ve %4'tür. Okul başarısı kız öğrencilerde; kavgaya karışma, sigara, alkol kullanımı ve fiziksel aktivite yapma durumu erkeklerde istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek bulunmuştur ($p < 0.05$). Lise öğrencilerinin %30'u duygusal ve davranışsal sorunlar yaşamaktadır.

Kız cinsiyete sahip, anne babası arasında akrabalık bulunan, son 12 ayda intihar düşüncesi olan, intihar planı yapan ve intihar girişiminde bulunan, uyuşturucu madde kullanma, uçucu madde koklama öyküsü olan öğrencilerin duygusal belirtiler yönünden; okul başarı durumu zayıf olan, akıllı telefon/bilgisayar başında fazla vakit geçiren, kavgaya karışan, son 12 ayda intihar düşüncesi olan, intihar planı yapan ve intihar girişiminde bulunan, sigara içen, alkol alan, uyuşturucu madde kullanma, uçucu madde koklama öyküsü olan öğrencilerin davranış sorunları yönünden; kız cinsiyete sahip, akıllı telefon/bilgisayar başında fazla vakit geçiren, fazla televizyon izleyen, kavgaya karışan, son 12 ayda intihar düşüncesi olan, intihar planı yapmış ve intihar girişiminde bulunan, uçucu madde kullanma öyküsü olan öğrencilerin dikkat eksikliği / hiperaktivite yönünden; anne babası ayrı yaşayan, kronik hastalık sahibi olan, okul başarı durumu zayıf olan, son 12 ayda intihar düşüncesi olan ve intihar planı yapan, sigara içen, alkol alan, uyuşturucu madde kullanma öyküsü olan öğrencilerin akran sorunları yönünden; babası memur ya da esnaf olan, akıllı telefon/bilgisayar başında fazla vakit geçiren, son 12 ayda intihar girişiminde bulunan, uçucu madde koklama öyküsü olan öğrencilerin sosyal davranışlar yönünden güçlükler yaşadıkları saptanmıştır ($p<0.05$).

Anne babası ayrı yaşayan, anne babası arasında akrabalık bulunan, kronik hastalığı bulunan, akıllı telefon/bilgisayar başında fazla vakit geçiren, kavgaya karışan, son 12 ayda intihar düşüncesi olan, intihar planı yapmış, ve intihar girişiminde bulunan, sigara içen, alkol alan, uyuşturucu madde kullanma ve uçucu madde koklama öyküsü olan öğrenciler psikiyatrik tanılama ve tedavi için çocuk ve ergen ruh sağlığı hastalıkları polikliniğine yönlendirilmelidir.

Özellikle riskli sağlık davranışları ve ruhsal bozukluklar bakımından tüm ergenleri kapsayacak taramaların yapılarak, riskli ve klinik grupların ayrılması ve gerekiyorsa tedavilerinin sağlanması, ergenlerin fiziksel ve ruhsal yönden daha sağlıklı yetişkinler olarak büyümesinde önemli rol oynayacaktır.

Anahtar Kelimeler: Ergen, GGA, riskli sağlık davranışları, duygusal ve davranışsal sorunlar

ABSTRACT

THE PREVALENCE OF EMOTIONAL AND BEHAVIORAL PROBLEMS AND ASSOCIATED FACTORS IN HIGH SCHOOL STUDENTS EDUCATING IN THE PROVINCE OF TOKAT

In the present study it is aimed to determine the prevalence of emotional and behavioral problems and possible associated factors in high school mid-adolescence students who educating in the province of Tokat.

Ethical and formal approvals were obtained for this descriptive and cross-sectional study which is held in May - June 2014. 512 students were selected systematically by stratified clustered sampling from randomly selected 18 high school in the province of Tokat. A literature based questionnaire form that asking some personal datas, sociodemographic features and risky health behaviours of students and Strengths & Difficulties Questionnaires (SDQ) were applied by researchers to students who accept to involve the study by giving written consent. Additionally weight and height of students were measured and their final grade averages were obtained from school directorate.

Total participants of the study is 491(96%). 52.1% of high school students in the study grup is female, mean age is 15.55 ± 1.3 . 9% of high school students is obese, 6% have a chronic disease, 18% spend excessive time with their smart phones and computers, 8% watch television too much, one of every four students has involved in a fight, 6% has thought to suicide, 2% attempt to suicide in past 12 months. Academic success of 19.6% of students is good. Prevalences of smoking Cigarette, drinking alcohol, abusing substance, taking inhaler in high school students are respectively 11%, 3%, 3.5%, 4%. Academic achievement was found to be statistically significantly higher in female students. To be involved in a fight, smoking, alcohol drinking and physical activity were found to be statistically significantly higher in male students ($p<0.05$). 30% of high school students experiencing emotional and behavioral problems.

Students who are females, have parental relationship, have suicidal thoughts, plans, attempts in past 12 months, have a history of abusing substance and volatiles were

determined to be experiencing difficulties in the terms of emotional symptoms($p < 0.05$). Students who have poor academic achievement, spend excessive time with smartphone and computer, have involved in a fight, have suicidal thoughts, plans, attempts in past 12 months, smoke, drink alcohol, have a history of abusing substances and volatiles were found to be experiencing more conduct problems($p < 0.05$). Students who are females, spend excessive time with smartphone and computer, watch television too much, have involved in a fight, have suicidal thoughts, plans, attempts in past 12 months, have a history of abusing volatile substances were detected to have higher points in the terms of attention deficit/hyperactivity($p < 0.05$). Students who have divorced parents, have chronic disease, have poor academic achievement, have suicidal thoughts, plans in past 12 months, smoke, drink alcohol, have a history of abusing substances have more peer problems($p < 0.05$). Students whose father is officer or tradesman and who spend excessive time with smartphone and computer, have suicidal attempts in past 12 months, have a history of abusing volatile substances were determined to experiencing more prosocial behaviours($p < 0.05$).

Students who have divorced parents, have parental relationship, have chronic disease, spend excessive time with smartphone and computer, have involved in a fight, have suicidal thoughts, plans, attempts in past 12 months, smoke, drink alcohol, have a history of abusing substances and volatiles should be canalized to child and adolescent mental health clinics for psychiatric diagnose and treatment.

All adolescence especially in terms of risky health behaviours and mental disorders should be screened, then risky and clinic groups should be separate and if needed their treatment should be provided. This actions have a key role for adolescents to grow up as more healthy adults by physically and mentally.

Key Words: Adolescent, SDQ, risky health behaviour, emotional and behavioral problems

İÇİNDEKİLER

	Sayfa No
TEŞEKKÜR.....	i
ÖZET.....	ii
İNGİLİZCE ÖZET (ABSTRACT).....	iv
KISALTMALAR.....	viii
ŞEKİL VE GRAFİK DİZİNİ.....	ix
TABLolar DİZİNİ.....	x
1.GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
2.GENEL BİLGİLER.....	4
2.1.ERGENLİK DÖNEMİ.....	4
2.1.1. Ergenliğin Tanımı	4
2.1.2. Ergenlik Dönemi Evreleri.....	5
2.1.3. Ergenlik Döneminin Duygusal ve Davranışsal Özellikleri.....	6
2.2.ERGEN SAĞLIĞI EPİDEMİYOLOJİSİ	7
2.2.1. Ergenlik Döneminin Demografik Özellikleri	7
2.2.2. Ergenlik Dönemde Mortalite	9
2.2.3. Ergenlik Dönemde Morbidite	11
2.2.4. Ergenlik Döneminde Sık Görülen Sağlık Sorunları	13
2.2.5. Ergenlik Döneminde Sık Görülen Duygusal Ve Davranışsal Sorunlar... ..	20
2.3.ERGENLERDE DUYGUSAL VE DAVRANIŞSAL SORUNLARI	
SAPTAMA YÖNTEMLERİ	24
2.3.1.Yapılandırılmış Görüşme Teknikleri	25
2.3.2.Ölçek Ve Anketler	25
3.GEREÇ VE YÖNTEM	31
3.1. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman	31
3.2. Araştırmanın Evreni	31
3.3. Araştırma İzni	31
3.4. Örneklem Seçimi	31
3.5. Araştırmanın Uygulanması	33
3.6. Veri Toplama Formu	36
3.7. Verilerin Değerlendirilmesi	36
3.8. Güçler ve Güçlükler Anketi (GGA)'nin Puanlaması.....	38

3.9. Güçler ve Güçlükler Anketi'nin Güvenilirlik Analizi	39
3.10. İstatistiksel Analiz	39
4.BULGULAR.....	41
4.1. Araştırma Grubunun Tanımlayıcı Özellikleri.....	41
4.2. Araştırma Grubunun Bazı Özellikleri Ve Riskli Sağlık Davranışları.....	43
4.3. Araştırma Grubunun GGA Puanlarının Değerlendirilmesi.....	46
4.4. Araştırma Grubunun GGA Puanlarının Bazı Özelliklere Göre Karşılaştırılması	47
5.TARTIŞMA.....	65
6.SONUÇ VE ÖNERİLER.....	86
7.KAYNAKLAR.....	88
EKLER	
1. Tokat Milli Eğitim Müdürlüğü İzin Yazısı	106
2. Etik Kurul Onay Yazısı	107
3. Davet Mektubu	108
4. Aydınlatılmış Onam Formu	109
5. Veri Toplama Formu	110

KISALTMALAR

- CBCL** : Çocuklar İçin Davranış Değerlendirme Ölçeği (Child Behaviour Checklist)
- DALY** : Yeti Yitimine Ayarlanmış Yaşam Yılı
- DAWBA** : Gelişim ve Ruhsal Sağlık Değerlendirmesi (The Development and Well-Being Assessment)
- DE/HA** : Dikkat eksikliği ve Hiperaktivite
- DEHB** : Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu
- DSM IV** : Amerikan Psikiyatri Birliği, Ruhsal Bozuklukların Tanısal Ve Sayımsal El Kitabı
- ERST** : Ergenler İçin Ruhsal Sorunlar Tarama Ölçeği
- GGA** : Güçler ve Güçlükler Anketi (Strengths & Difficulties Questionnaires)
- ICD-10** : International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems
- TEPA** : Türkiye Ergen Profili Araştırması
- TNSA** : Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması
- TUİK** : Türkiye İstatistik Kurumu
- UNFPA** : Birleşmiş Milletler Nüfus Fonu
- UNICEF** : Birleşmiş Milletler Çocuklara Yardım Fonu
- WHO** : World Health Organisation
- YLD** : Yeti Yitimi İle Geçirilen Yıllar
- YSR** : Gençler İçin Kendini Değerlendirme Ölçeği (Youth Self Report)

ŞEKİL VE GRAFİK DİZİNİ

	Sayfa No
Şekil 2.2.2 Ergenlerde ölüme sebep olan ilk 10 nedenin cinsiyete göre dağılımı.....	10
Şekil 3.5.1 Bir lisede öğrencilere araştırmanın uygulanması.....	35
Şekil 3.5.2 Bir öğrencinin boy ve kilo ölçüm işlemi	35



TABLolar DİZİNİ

	Sayfa No
Tablo 2.2.1.1 Türkiye’de 2007 ve 2013 yılları arasında bazı yaş gruplarının değişimi ve yıllara göre nüfus projeksiyonları.....	8
Tablo 2.2.1.2 Türkiye ve Tokat’ın 2014 yılı bazı yaş gruplarının nüfus dağılımı.....	9
Tablo 2.2.3.1 10-14 ve 15-19 yaş ergenlerde yeti yitimi ile geçirilen yıllara (YLD) neden olan ilk 5 hastalık.....	12
Tablo 2.2.3.2 Ergenlerde yeti yitimine ayarlanmış yaşam yılı (DALY)’na sebep olan en sık 10 etken.....	12
Tablo 3.4.1 Epi Info 7 programında örneklem tespiti.....	32
Tablo 3.4.2 Evren ve örneklemün ilçelere göre dağılımı.....	32
Tablo 3.4.3 Okullara göre örneklem ve çalışmaya katılan öğrencilerin cinsiyete göre dağılımı.....	34
Tablo 3.8.1 Güçler ve Güçlükler Anketi sorularının alt gruplarına göre dağılımı.....	40
Tablo 3.8.2 Güçler ve Güçlükler Anketi puanlarının değerlendirme aralıkları.....	39
Tablo 3.9.1 Güçler ve Güçlükler Anketi’nin Orjinal Versiyonu ve Türkçe uyarlamasının iç tutarlılık çalışmalarının sonuçları.....	39
Tablo 4.1.1 Çalışmaya katılan öğrencilerin bazı özelliklerinin cinsiyete göre dağılımı.....	42
Tablo 4.2.1 Çalışmaya katılan öğrencilerin bazı özelliklerinin ve riskli sağlık davranışlarının cinsiyete göre dağılımı.....	45
Tablo 4.3.1 Çalışmaya katılan öğrencilerin Güçler ve Güçlükler Anketi alt grup puanlarına göre dağılımı.....	46
Tablo 4.3.2 Çalışmaya katılan öğrencilerin Güçler ve Güçlükler Anketi alt grup puan ortalama \pm SD, min-maks değerleri.....	46
Tablo 4.4.1 Çalışmaya katılan öğrencilerin Güçler ve Güçlükler Anketi alt grup puanlarının cinsiyete göre dağılımı.....	47

Tablo 4.4.2	Çalışmaya katılan öğrencilerin Güçler ve Güçlükler Anketi alt grup puanlarının yaşa göre dağılımı.....	48
Tablo 4.4.3	Çalışmaya katılan öğrencilerin Güçler ve Güçlükler Anketi alt grup puanlarının sınıfa göre dağılımı.....	48
Tablo 4.4.4	Çalışmaya katılan öğrencilerin Güçler ve Güçlükler Anketi alt grup puanlarının lise türüne göre dağılımı.....	49
Tablo 4.4.5	Çalışmaya katılan öğrencilerin Güçler ve Güçlükler Anketi alt grup puanlarının yerleşim yerine göre dağılımı.....	49
Tablo 4.4.6	Çalışmaya katılan öğrencilerin Güçler ve Güçlükler Anketi alt grup puanlarının aile tipine göre dağılımı.....	50
Tablo 4.4.7	Çalışmaya katılan öğrencilerin Güçler ve Güçlükler Anketi alt grup puanlarının anne-baba birliktelik durumlarına göre dağılımı.....	51
Tablo 4.4.8	Çalışmaya katılan öğrencilerin Güçler ve Güçlükler Anketi alt grup puanlarının anne-baba arasında akrabalık durumuna göre dağılımı.....	52
Tablo 4.4.9	Çalışmaya katılan öğrencilerin Güçler ve Güçlükler Anketi alt grup puanlarının gelir durumuna göre dağılımı.....	52
Tablo 4.4.10	Çalışmaya katılan öğrencilerin Güçler ve Güçlükler Anketi alt grup puanlarının sosyal güvence durumuna göre dağılımı.....	53
Tablo 4.4.11	Çalışmaya katılan öğrencilerin Güçler ve Güçlükler Anketi alt grup puanlarının lise türüne göre dağılımı.....	53
Tablo 4.4.12	Çalışmaya katılan öğrencilerin Güçler ve Güçlükler Anketi alt grup puanlarının anne eğitim durumuna göre dağılımı.....	54
Tablo 4.4.13	Çalışmaya katılan öğrencilerin Güçler ve Güçlükler Anketi alt grup puanlarının baba eğitim durumuna göre dağılımı.....	54
Tablo 4.4.14	Çalışmaya katılan öğrencilerin Güçler ve Güçlükler Anketi alt grup puanlarının anne çalışma durumuna göre dağılımı.....	55
Tablo 4.4.15	Çalışmaya katılan öğrencilerin Güçler ve Güçlükler Anketi alt grup puanlarının baba mesleğine göre dağılımı.....	55
Tablo 4.4.16	Çalışmaya katılan öğrencilerin Güçler ve Güçlükler Anketi alt grup puanlarının kronik hastalık durumuna göre dağılımı.....	56

Tablo 4.4.17	Çalışmaya katılan öğrencilerin Güçler ve Güçlükler Anketi alt grup puanlarının obezite durumuna göre dağılımı.....	57
Tablo 4.4.18	Çalışmaya katılan öğrencilerin Güçler ve Güçlükler Anketi alt grup puanlarının okul başarı durumuna göre dağılımı.....	57
Tablo 4.4.19	Çalışmaya katılan öğrencilerin Güçler ve Güçlükler Anketi alt grup puanlarının akıllı telefon/bilgisayar başında geçirilen süreye göre dağılımı.....	58
Tablo 4.4.20	Çalışmaya katılan öğrencilerin Güçler ve Güçlükler Anketi alt grup puanlarının televizyon izleyerek geçirilen süreye göre dağılımı.....	59
Tablo 4.4.21	Çalışmaya katılan öğrencilerin Güçler ve Güçlükler Anketi alt grup puanlarının son 12 ayda kavgaya karışma durumuna göre dağılımı.....	59
Tablo 4.4.22	Çalışmaya katılan öğrencilerin Güçler ve Güçlükler Anketi alt grup puanlarının intihar düşüncesi ya da planı yapma durumuna göre dağılımı.....	60
Tablo 4.4.23	Çalışmaya katılan öğrencilerin Güçler ve Güçlükler Anketi alt grup puanlarının intihar girişiminde bulunma durumuna göre dağılımı.....	61
Tablo 4.4.24	Çalışmaya katılan öğrencilerin Güçler ve Güçlükler Anketi alt grup puanlarının sigara içme durumuna göre dağılımı.....	62
Tablo 4.4.25	Çalışmaya katılan öğrencilerin Güçler ve Güçlükler Anketi alt grup puanlarının alkol alma durumuna göre dağılımı.....	62
Tablo 4.4.26	Çalışmaya katılan öğrencilerin Güçler ve Güçlükler Anketi alt grup puanlarının uyuşturucu madde kullanma durumuna göre dağılımı.....	63
Tablo 4.4.27	Çalışmaya katılan öğrencilerin Güçler ve Güçlükler Anketi alt grup puanlarının bally, tiner, çakmak gazı koklama durumuna göre dağılımı.....	64
Tablo 4.4.28	Çalışmaya katılan öğrencilerin Güçler ve Güçlükler Anketi alt grup puanlarının fiziksel aktivite yapma durumu göre dağılımı..	64

1.GİRİŞ VE AMAÇ

Dünya Sağlık Örgütü (WHO) tarafından tanımlanan sağlık; bedensel yönden hastalık ve sakatlığın olmamasının yanında, ruhsal ve sosyal yönden de tam bir iyilik halidir (1). Edward Amory Winslow'un 1923'te ruh ve beden sağlığının artırılmasını sağlayan bir bilim ve sanat olarak tanımladığı halk sağlığının dinamik ve genişleyen gündemlerinden biri de ergen sağlığıdır (2).

Ergenliğin, erkek çocuklarda ereksiyon ve ejakülasyonun, kız çocuklarda ise menstrasyonun başladığı yaştan, zihinsel, duygusal ve davranışsal olgunluğun hissedildiği devreye kadar sürdüğü kabul edilir. Diğer bir deyişle ergenlik, fiziksel ve duygusal süreçlerden kaynaklanan cinsel ve psikososyal olgunlaşma ile başlayan ve bireyin bağımsızlığını, kimlik duygusunu ve sosyal üretkenliğini kazandığı zaman sona eren bir dönemdir (3).

Ergenlik insanın gelişiminin en karmaşık, en şaşırtıcı, en hızlı değişen anahtar evresidir. Bu devrenin değişiklikleri kişinin bireysel ve sosyal rollerini, gelecekte yaşayacakları bütün bir hayat sürecini etkiler, bedensel ve zihni yapısını ve karakter eğilimlerini şekillendirir (4, 5). Ergenlik, bir durumdan ötekine geçiş yani çocukluktaki alışkanlıkları bırakıp yeni koşullara, yeni bir bedene uyma zorunluluğu getirdiğinden kendine göre bir zorluk taşımakta, dolayısıyla bir bunalım veya kriz dönemi olarak görülebilmektedir (6). Aynı zamanda kronik hastalıklar ve alkol kullanımı gibi fiziksel ve bilişsel gelişimi etkileyen sağlık problemleri ve alışkanlıklar ergenlikte artış gösterir (5). Bu yönleriyle ergenlik dönemi, sağlıklı bir yetişkinlik ve yaşlılık için sağlıklı atlatılması gereken bir dönemdir.

2012 yılında dünyada tahmini 1.3 milyon ergen önlenemez veya tedavi edilebilir sebeplerden dolayı yaşamını yitirmiştir. Mortalite, erkeklerde kızlara göre,

orta ergenlik döneminde (15-19 yaş) ise erken ergenlik dönemine (10-14 yaş) göre daha fazladır (5).

Tıbbi hizmetler, halk sağlığı anlayışı ve teknolojiye meydana gelen muazzam gelişmelerin bir sonucu olarak 19 ve 20. yüzyılın geleneksel mortalite ve morbidite sebepleri, günümüz gelişen dünyasında yerini davranışsal ve sosyal durumlardan kaynaklanan hastalıklara bırakmıştır (7). Depresyon, dünyadaki ergenlerde hastalık ve sakatlık yapıcı sebeplerin başında gelmektedir. İntiharlar ise ölüm nedenleri arasında üçüncüdür. Yapılan çalışmalarda ruhsal bozukluğu olan bireylerin yarısında hastalığın ilk belirtilerinin 14 yaşlarında ortaya çıktığı gösterilmiş olup ruhsal bozukluğu olan ergenlere ihtiyaçları olan yardım sağlanırsa, ölümlerin ve tüm yaşamları boyunca acı çekmelerinin önüne geçilebileceği bildirilmektedir (8).

Demografik dönüşüm süreci yaşayan ülkemizde, nüfus projeksiyonlarına göre çocuk ve ergenlerden oluşan yaş grubunun oluşturduğu nüfus diliminin azalacağı buna karşılık yaşlıların oluşturduğu dilimin büyüyeceği ve nüfusun yaşlanma sürecine gireceği öngörülmektedir. Nüfus yapısındaki bu dönüşüm, yarının yetişkinleri olacak olan genç nüfusun sahip olacağı niteliklerin artırılması için gayret gösterilmesini gerekli kılmaktadır. Dolayısıyla genç nüfusla ilgili yapılacak değerlendirmelerde ve alınacak önlemlerde genç ve ergen nüfusun yakından tanınması özel bir önem taşımaktadır (9).

Ülkemizde çocuk sağlığının korunması ve geliştirilmesine yönelik hizmetler gebe-bebek izlemleri ve bağışıklama ile sınırlıdır. Okul ve ergenlik dönemi için ise düzenli bir hizmet sunulmamaktadır (10). Ruhsal bozukluğu olan kişilerin ruhsal tedavi amacıyla sağlık kuruluşlarına başvuru oranı erişkinlerde %13.4 iken, bu oran çocuk ve ergenlerde %0.3'lerde kalmaktadır (2). Bu durum, ergenlerde ruhsal ve davranışsal durum tespiti yapan taramaların önemini açıklamaktadır.

Yine ülkemizde özellikle ergenlerde ruhsal ve davranışsal sorunlar konusunda var olan durumu ortaya koyabilecek güncel saha araştırmaları son derece sınırlıdır (11). Etkin saha araştırmalarının geniş örnekleme yapıldığı düşünüldüğünde, ruhsal sorunları belirlemede tarama araçlarının ne kadar önemli olduğu ortaya çıkar. Çocuk ve ergen ruh sağlığı alanında görülen bozuklukların taranması amacıyla kullanılan,

Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği yapılmış iki ölçek bulunmaktadır. Bunlardan ilki Çocuklar İçin Davranış Değerlendirme Ölçeği (ÇDDÖ) ve diğerisi ise Güçler ve Güçlükler Anketi (GGA)'dir. ÇDDÖ ile yüksek korelasyon gösteren GGA, ÇDDÖ'nün beşte biri uzunlukta olup çok daha pratik ve çabuk uygulanabilmektedir (12, 13).

Bu araştırmada; GGA kullanılarak Tokat ilinde yaşayan orta ergenlik dönemindeki ergenlerin duygusal ve davranışsal sorun prevalansını ve ilişkili olabilecek faktörleri saptamak, böylece de gelecekte ergenler üzerinde planlanacak yeni araştırmalara ve müdahale çalışmalarına rehber olmak amaçlanmıştır.



2.GENEL BİLGİLER

2.1. ERGENLİK DÖNEMİ

Çocukluktan erişkinliğe geçiş olan ergenlik dönemi insanın gelişen bedenine, ruhsal ve davranışsal bir takım değişikliklerle uyum sağlamaya çalıştığı bir “**ara dönem**”dir. Çeşitli kaynaklarda “**delikanlılık, kabına sığmazlık, ateşli gençlik ya da buhran çağı, hızlı ve sürekli gelişme evresi, kriz veya bunalım dönemi**” olarak bahsedilen ya da Hall’a göre “**fırtına ve stress**”, Clouter’e göre “**kargaşa**”, Erikson’na göre “**kimlik arama**”, Yörükoğlu’na göre “**hızlı bir büyüme ve olgunlaşma çağı**”, sosyolojik yaklaşımda “**değişen sosyal roller dönemi**” iken, WHO’ya göre ise “**sağlığın geliştirilmesinin kapısı (a gateway to the promotion of health)**” dır (6, 14-18).

Ergenlik döneminde, erken bebeklik döneminden beri görülmemiş bir hızla fiziksel, psikolojik ve sosyal gelişim ve değişiklikler meydana gelir. Bu değişiklikler kendine has hastalık kalıpları, alışılmadık semptomlar ve her şeyden önce benzersiz bir iletişim ve idare etme zorluklarını da beraberinde getirir (19).

2.1.1. Ergenliğin Tanımı

“Ergenlik”, Latince’de “**olgunluğa doğru büyüyen**” anlamına gelen “**adolescere**” kelimesinden türetilmiştir (20). İngilizcede "adolescence" kelimesinin karşılığı olan "ergenlik" Büyük Türkçe Sözlük’te; “**cinsî organların fizyolojik gelişmesiyle başlayan, bulûğa ermişlikle yetişkinlik arasındaki dönem**” (21); ergen ise “**ergenlik çağında olan, henüz evlenmemiş, bekâr**” (22) olarak tariflenmiştir.

WHO ergenlik dönemini 10-19 yaşlar arası dönem olarak tarif ederken, 15-24 yaşlar arası dönemi ise "gençlik" olarak adlandırmakta, karşılaşılan sağlık

problemleri benzer olan ve birbiri yerine kullanılabilen bu iki dönemi birleştirip 10-24 yaş arası bireyleri "genç insanlar" kategorisine koymaktadır. WHO, Birleşmiş Milletler Çocuklara Yardım Fonu (UNICEF) ve Birleşmiş Milletler Nüfus Fonu (UNFPA) gibi uluslararası kuruluşlar tarafından ergenlik dönemi, 10-19 yaşları arası dönem olarak kabul edilse de gerçekte başlangıcını ve bitişini böyle keskin sınırlarla ayırmak zordur (23, 24).

Puberteden yetişkinliğe olan ergenlik dönemi gelişmemiş ülkelerde, ilk cinsel ilişkiye kadar, evlenene kadar ya da çocuk sahibi olana kadar sürer ve kızlarda yaklaşık 2, erkeklerde ise 4 yıllık bir süredir. Bugünkü gelişmiş ülkelerde ise uzun eğitim süreleri, gelirin artması ve etkili korunma yöntemleri ergenlik döneminin 10 yıl kadar uzamasına neden olmuştur (24).

Psikososyal açıdan puberte ile başladığında hemfikir olunan bu dönemin bitişini kız çocuklarında evliliğe giriş olarak gösterilirken, erkek çocuklarında aileden ayrı bir yerde yaşama, bir iş sahibi olma, kendi başına kazanç sağlayabilme veya kendi serbest iradesiyle geleceğini planlayabilme olarak ifade edilebilmektedir (4).

Sonuç olarak ergenlik döneminin başlama yaşının biyolojik, bitiş yaşının ise toplumsal statüye veya sosyal plandaki başarılarla göre tayin edilebileceği söylenebilir.

2.1.2.Ergenlik Dönemi Evreleri

Ergenler, heterojen bireylerden oluşan bir gruptur. Örneğin; 12 yaşında yeni bedenine alışmaya çalışan ve menstrüel dönemleriyle boğuşan bir kız ile 19 yaşında gebe/evlenmek üzere olan nişanlı genç bir kadın arasında büyük farklar vardır (24).

Ergenlik döneminde meydana gelen duygusal ve davranışsal değişiklikler, her zaman fiziksel değişimle uyumlu olmayabilecek gelişim evrelerine göre değerlendirilir. Uzun boylu bir ergenin psikososyal gelişiminin kısa boylu yaşlılarına göre daha ileri olduğu anlamına gelmediği gibi, boyda birkaç santimetrelilik artışın olması, psikososyal gelişimin de aynı hız ve zamanda ilerlediği anlamına gelmez (20). Bu yüzden ergenlik dönemini, yaş aralıkları çeşitli kaynaklarda farklılıklar göstermekle birlikte 3 evreye ayrılarak incelemek daha doğru bir yaklaşımdır:

a. Erken Ergenlik (10-14 yaş), pubertenin başladığı ve hızlı büyümenin olduğu dönemdir. Mevcut eğitim sistemimizde yaklaşık olarak ortaokul yıllarına tekabül etmektedir. Bu dönemde ergenlerin en büyük uğraşları bedenleridir. Bedenindeki hızlı değişimleri kabullenme gayreti içindeki ergenler sivilce, zayıf ya da şişman olma gibi beden algılarıyla ilgili patolojik yaklaşımlarda bulunabilirler.

b. Orta Ergenlik (15-18 yaş), biyolojik bedensel gelişim yavaşlamış, cinsel kimlik artık benimsenmiştir. Lise yıllarına denk gelen bu dönemde tepkiler daha çok ruhsal alandadır. Yakınlarıyla geçimsizlik, başkaldırı, çabuk öfkelenme, küsme, depresif haller bu döneme özgüdür. Akran ilişkileri kuvvetlenir ve duygusal deneyimlerde artış görülür. İçinde biriken potansiyel düşünsel ve bedensel enerjiyi boşaltabileceği olanaklar arayışındadır. Sigara, alkol, uyuşturucu gibi maddelerle tanışmalar bu dönemde olur.

c. Geç Ergenlik (19-24 yaş), ergenin kişiliği oturmuş, büyüme ve gelişmenin de tamamlanmasıyla birçok sorun aşılmıştır. Bu dönemde, akademik ve sanatsal arayışların, sosyal bağların ergenin kendisini daha iyi ifade etme, kendisini bir topluluğa ait hissetme ve kişiliğini kanıtlama çabasına yol açtığı dönemdir. Sorunlar daha çok sosyo-psikolojik niteliktedir. Üniversite yıllarına da denk gelen bu dönemde bir işe başlama ya da aile kurma gibi sosyal roller şekillenmeye başlar (2, 3, 6).

2.1.3. Ergenlik Döneminin Duygusal ve Davranışsal Özellikleri

Ergenlik dönemi, ergenlerin fiziksel, zihinsel, duygusal, sosyal, kültürel, ahlaki ve mesleki gelişimlerini tamamlamak zorunda oldukları bir dönemdir. Bu dönemde ergenler bedensel sağlık riskleri açısından diğer yaş gruplarına göre çok daha iyi durumda olmalarına rağmen, erken gebelik, kazalar, yaralanmalar, madde bağımlılığı gibi mortalite ve morbidite sebebi olabilecek davranışsal sorunlar yaşayabilirler (25).

Her ergen ergenlik süreci boyunca farklı yollara sapabilir. Bu gibi durumlarda hekimin ya da psikolojik danışmanın görevi hangi ergenin normal bir gelişim sürecinde olduğunu; hangisinin ise patolojik bir gidiş içinde olduğunu ayırt etmektir. Bazen geçici duygusal ve davranışsal zorluklar yaşayan bir ergen ile ciddi problem

yaşayan bir ergeni ayırt etmek zor olabilir. Bu sebeple ergenlik dönemine has psikososyal özelliklerin çok iyi bilinmesi gerekir (20).

Ergenlik döneminde cinsel uyanışla beraber yeni ruhsal özellikler ve davranışlar kendini göstermeye başlar. Duyguları hızlı iniş çıkışlar gösterir. Dengeli ve uyumlu çocuk gider, yerine tedirgin, güç beğenen, çabuk tepki veren bir genç gelir. Çabuk sevinip, çabuk üzülen, kurallara uymayan, tepkileri öngörülemeyen, derslere ilgisi azalan, ebeveynlerine sık sık karşı gelen, gürültülü müzikten hoşlanan, bir yandan da kendini odasına kilitleyen, kendi kendisiyle ve çevresiyle sürekli bir savaş içinde bir ergen haline gelmiştir. Bu döneme has duygusal ve davranışsal özellikleri bazı ergenler için daha gürültülü olarak geçerken, bazıları daha az çalkantı ile atlatmayı başarır (17).

2.2. ERGEN SAĞLIĞI EPİDEMİYOLOJİSİ

Geçmiş 40 yılda genel sağlık durumlarında kayda değer bir ilerleme kaydedilememiş olan ergen nüfusu, farklı sağlık tutumları ve hastalık şekilleriyle toplumun önemli bir kısmını teşkil etmektedir (19).

2.2.1.Ergenlik Döneminin Demografik Özellikleri

Dünyada yaşayan her beş kişiden biri ergendir (26). Gelişmiş ülkelerde ergenler nüfusun %13-15'ini oluşturmaktadır (18). 1980'lerde genç nüfusun %78'i gelişmekte olan ülkelerde yaşamakta iken, günümüze yaklaştıkça bu oranın %85'lere yükselmiştir (2). Bunda gelişmiş ülkelerdeki nüfus artışının düşmesinin yanında, gelişmekte olan ülkelerdeki erken çocuk ölümlerinin azalmasının etkisi vardır (26).

Ülkemizde ise, WHO'nun ergenlik için tanımladığı 10-19 yaş aralığındaki birey sayısı 2013 yılında toplam nüfusun %16.8'idir. Bu oranın 2023, 2050 ve 2075 yılları için yapılan nüfus projeksiyonlarında sırasıyla %14.7, %11.2 ve %10.0 olması beklenirken, toplam nüfusun %8.1'ini teşkil eden 20-24 yaş grubu genç nüfusun ise yine sırasıyla %7.7, %5.9 ve %5.1 olması beklenmektedir. Buna karşılık, 2013 yılında toplam nüfusun %58.9'unu oluşturan çocuk ve genç nüfusun haricindeki orta yaş ve yaşlı nüfusun ise sırasıyla %63.7, %72.7 ve %75.3 olması beklenmektedir (Tablo 2.2.1.1) (27).

Tablo 2.2.1.1’de de görüldüğü üzere ülkemiz nüfus projeksiyonlarına göre çocuk ve gençlerden oluşan nüfus dilimleri azalırken, buna mukabil orta yaş ve yaşlıların oluşturduğu nüfus dilimleri büyümektedir. Bu demografik dönüşüm, ülkemizin önümüzdeki dönemde genç nüfusla ilgili yapılacak değerlendirmelerde ve uygulamaya yönelik planlamalarda yarının yetişkinleri olacak genç ve ergen nüfusun yakından tanınmasını gerekli kılmaktadır (9).

Tablo 2.2.1.1.Türkiye’de 2007 ve 2013 Yılları Arasında Bazı Yaş Gruplarının Değişimi ve 2023, 2050 ve 2075 Yılları Nüfus Projeksiyonları (27, 28)

Yaş Grupları	2007		2013		2023		2050		2075	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
0-9	12 230 733	17.3	12 392 708	16.2	11 747 875	13.9	9 572 437	10.2	8 598 850	9.6
10-19	12 568 691	17.8	12 823 179	16.8	12 344 619	14.7	10 493 511	11.2	8 924 157	10.0
20-24	6 240 573	8.9	6 220 784	8.1	6 488 492	7.7	5 589 754	5.9	4 527 317	5.1
25 +	39 546 259	56.0	45 045 176	58.9	53 666 102	63.7	67 819 873	72.7	67 121 764	75.3
Toplam	70 586 256	100	76 481 847	100	84 247 088	100	93 475 575	100	89 172 088	100

Tokat İli’nde yaşayan ergen nüfus, toplam il nüfusunun % 16.8’idir ve bu oran Türkiye ile benzerlik göstermektedir. Aynı şekilde 20-24 yaş grubu genç nüfus oranları da benzerdir. Buna karşılık 0-9 yaş arası bebek ve çocuk yaş grubunun oranı Türkiye’deki aynı yaş grubuna göre daha az, 25 ve üzeri yaş grubunun oranı ise Türkiye oranına göre daha fazladır (Tablo 2.2.1.2). Bu tablo, halen göç veren Tokat İli’nin yeni yatırımlar ve istihdam sahaları ile mevcut ergen ve genç nüfusunu iyi değerlendirmesi gerekliliğini göz önüne sermektedir (28).

Tablo 2.2.1.2 Türkiye ve Tokat İlinin 2014 Yılı Bazı Yaş Gruplarının Nüfus Dağılımı (28)

Yaş Grupları	Türkiye		Tokat	
	n	%	n	%
0-9 Yaş	12 610 161	16.2	81 889	13.7
10-19 Yaş	12 771 190	16.4	100 334	16.8
20-24 Yaş	6 263 460	8.1	45 729	7.6
25 ve Üzeri Yaş	46 051 093	59.3	369 968	61.9
Toplam Nüfus	77 695 904	100.0	597 920	100.0

2.2.2.Ergenlik Döneminde Mortalite

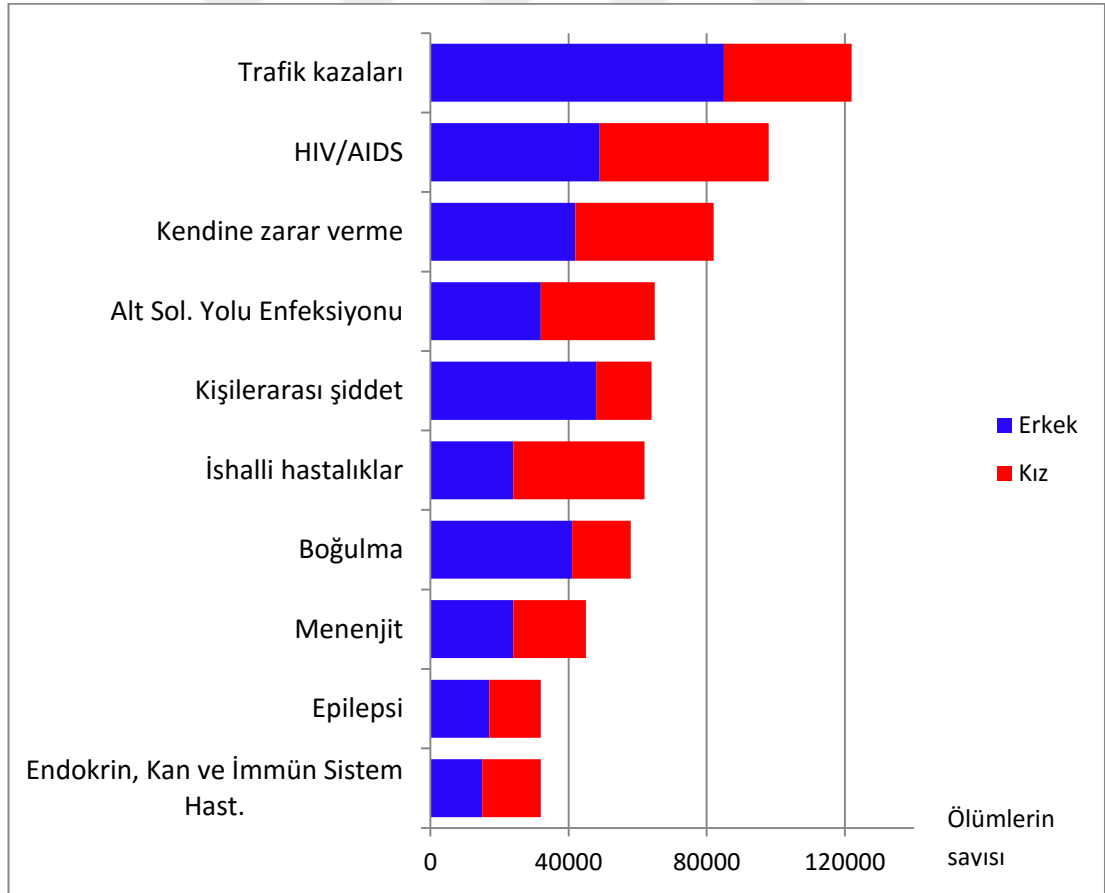
WHO'ya göre 2012 yılında 1.3 milyon ergen hayatını kaybetmiştir. Bu sayı 2000 yılında 1.5 milyon olup, 2000 ile 2012 yılları arasında mortalite hızı 100.000 kişide 126'dan 111'e gerilemiştir. Bu %12'lik ılımlı düşüş, geçmiş 50 yıl boyunca devam etmiştir. Mortalite hızları, Orta Doğu ve Amerika bölgesinde yaşayan 15-19 yaş erkekler haricinde diğer tüm bölgelerde düşüş göstermiştir. 2012 yılında ergenlerin en sık ölümüne neden olan on faktör sıklık sırasına göre, trafik kazaları, HIV, intiharlar, alt solunum yolu hastalıkları, kişilerarası şiddet, ishal, boğulma, menenjit, epilepsi, endokrin, kan ve immun sistem hastalıklarıdır (29)

2000 yılından beri HIV ve ilişkili hastalıklardan ölümlerin üç kat artmış olması ve 2012 yılında ikinci sıraya yerleşmesi, 2000 ile 2012 yıllarına ait mortalite verileri arasındaki iki önemli farktır. Ne var ki, 2000 yılında HIV ve ilişkili hastalıklardan ölümler ilk 10'da bile değildi. Bu artış özellikle Afrika Bölgesi'nde olmuştur (29).

Trafik kazaları ergenlerde ilk sıradaki ölüm nedeni olmasının yanında ikinci sıradaki sakatlık nedenidir. Erkekler bu sebepten ölümlerden kızlara göre üç kat daha fazla etkilenmektedirler (30). Üçüncü sıradaki neden olan intihar sebebiyle ölümler, özellikle geç ergenlik dönemi gençler için son 30 yılda ikiye katlanmıştır (31).

Çocukluk çağı aşılması sayesinde, ergenlerdeki kızamığa bağlı ölüm ve sakatlıklar ciddi oranda azalma göstermiştir. Buna Afrika bölgesinde 2000 ile 2012 yılları arasındaki %90'a varan azalma örnek gösterilebilir. Ama yine de yeni araştırmalar hala önemli sayıda ergen ölümünün, en sık 2'nci ve 4'üncü sebepler olan ishal ve alt solunum yolu enfeksiyonlarından kaynaklandığını göstermektedir. Menenjit ile birleştirildiğinde enfeksiyon hastalıklarının 2000 yılında tüm ölümler içindeki payı %19 iken 2012'de küçük bir değişimle % 18 olmuştur (5).

15-19 yaş ergenlerde 10-14 yaş ergenlere göre daha fazla olan mortalite, erkeklerde kızlara göre daha fazladır. Ergenlerde ölüme sebep olan ilk 10 nedenin cinsiyete göre dağılımını gösteren Şekil 2.2.2'e bakıldığında kızlarla erkekler arasındaki mortalite sebeplerinden çoğunun benzer ve erkeklere özgü nedenin kişiler arası şiddet olduğu dikkat çekicidir. Kızlara özgü sorun ise anne ölümüdür (5).



Şekil 2.2.2. Ergenlerde ölüme sebep olan ilk 10 nedenin cinsiyete göre dağılımı (5)

Her yıl 50 bin ergen kız, gebelik ve çocuk doğurmanın sebep olduğu komplikasyonlar nedeniyle hayatını kaybetmektedir. Ergen kızların önde gelen ölüm sebebi Afrika'da çocuk doğurma iken, orta ve yüksek gelir grubu ülkelerde ise trafik kazalarıdır (32).

İzmir'de 10-19 yaş ergenlerin mediko-legal ölümlerine yol açan sebepleri araştıran bir çalışmada ölen ergenlerin yaş ortalamasının 15.8 ve yaklaşık %75'inin erkek olduğu bildirilmektedir. Ölümlerin büyük çoğunluğu dış etkenlere bağlı gerçekleşmiştir. Ölümlerin intihar ve istemsiz ölümler olarak ikiye ayrıldığı çalışmada, istemsiz ölümlerin ilk üç sırasındaki ölüm sebepleri %35.0 ile trafik kazaları, %29.6 ile boğulma ve %8 ile yüksekte düşmedir. Doğal ölümlerde ise ilk sırada %41.2 ile akut miyokart infarktüsü vardır. Trafik kazaları ve ev kazalarında istemsiz ölümlerin rolü göz önüne alındığında, trafik kazaları ve ev kazalarına yönelik önleyici çalışmaların ergen yaş grubunda mortaliteyi önemli ölçüde azaltacağını söylemek mümkündür. Ayrıca, ergenlerde intihar, şiddet ve bunun sonucu olan cinayet çok çeşitli faktörlere bağlı olmasına rağmen ergenlere ücretsiz psikolojik destek sağlamak amacıyla kurulan gençlik merkezlerinin sayılarının artırılmasının da ergenlerde mortalitenin azaltılmasında ciddi katkısı olacaktır (33).

2.2.3.Ergenlik Döneminde Morbidite

Morbidite, ergen sağlığı ile ilgili öncelikleri tanımlamada önemli bir ölçüttür. Morbidite verileri, ergenlerin gelişim sürecinde karşılaştıkları pek çok ölümcül olmayan hastalık ve durumun değerlendirilmesine imkan verir.

Yeti yitimi ile geçirilen yıllar (Years lost to disability-YLD), morbiditenin getirdiği yükün sayısal olarak ifade edilmesini ve çeşitli kronik hastalık ve durumların birbirleriyle karşılaştırılmasını kolaylaştırır.

2000 ile 2012 yılları arasında YLD'ye neden olan ilk beş hastalık arasında bölgeler ve yüksek - orta ve düşük gelirli ülkeler arasında ayırım yapmaksızın önemli farklılıklar olmuştur. 2012 yılındaki bu 5 hastalık Tablo 2.2.3.1'de sıralanmıştır. Bu hastalık ve durumlar, 10-19 yaş ergenlerde yaklaşık %50'lik bir kayba neden olmaktadır (29).

Tablo 2.2.3.1. 10-14 ve 15-19 yaş ergenlerde yeti yitimi ile geçirilen yıllara (YLD) neden olan ilk 5 hastalık (29)

	Hastalık (10-14 Yaş)		Hastalık (15-19 Yaş)
1	Depresyon	1	Depresyon
2	Demir eksikliği anemisi	2	Demir eksikliği anemisi
3	Astım	3	Alkol kullanım bozukluğu
4	Boyun ve bel ağrısı	4	Boyun ve bel ağrısı
5	Anksiyete bozukluğu	5	Anksiyete bozukluğu

Yeti Yitimine Ayarlanmış Yaşam Yılı (Disability Adjusted Life Years; DALY) ise, beklenen ideal sağlıklı yaşamdan hastalık sebebiyle kaybedilen yılları ölçmektedir. Bu ölçüt ile şimdiki sağlık durumu ile bir bireyin o toplum için belirlenmiş doğuştan beklenen yaşam süresi kadar yaşadığı ve mükemmel sağlığa sahip olduğu ideal durum arasındaki fark gösterilebilmektedir. DALY hesaplamasında “yıl” kullanılır. 1 DALY yaşamdan kaybedilmiş sağlıklı bir yılı ifade etmektedir. DALY nüfus düzeyindeki erken ölümlere bağlı kaybedilmiş yıllar (YLL: Years Life Lost) ve yeti yitimi ile geçirilen yılların (YLD: Years Life Disabled) toplam düzeyindeki toplamıdır (34).

2000 ile 2012 yılları arasında tüm yaş grupları için DALY'ye bakılacak olursa her 1000 ergende 165'ten 152'ye gerileme olduğu görülecektir. Afrika Bölgesi her 1000 kişide 300 ile en yüksek DALY değerine sahip iken Batı Pasifik Bölgesi ve yüksek gelir sahibi ülkelerde bu sayı her 1000 ergen için 84'tür. 2000 ile 2012 yılları arasında ergenler için DALY'nin sebepleri küçük farklar göstermiştir. 2012 yılında sırasıyla depresyon, trafik kazaları, demir eksikliği anemisi, HIV ve kendine zarar verme ilk beş sebeptir (Tablo 2.2.3.2). 2000 yılına göre en kayda değer fark, o zaman ilk 10'a bile girememiş olan HIV'in 2012 yılında dördüncü sırada yer almasıdır (29).

Tablo 2.2.3.2. Ergenlerde Yeti Yitimine Ayarlanmış Yaşam Yılı (DALY)'na sebep olan en sık 10 etken

	Etken		Etken
1	Depresyon	6	Boyun ve bel ağrısı
2	Trafik kazaları	7	İshal
3	Demir eksikliği anemisi	8	Anksiyete bozukluğu
4	HIV	9	Astım
5	Kendine zarar verme	10	Alt solunum yolu hastalıkları

2.2.4.Ergenlik Döneminde Sık Görülen Sağlık Sorunları

2.2.4.1. Kazalar

Bilgisizliğin, tecrübesizliğin, cesaretin, heyecan arama ve risk alma davranışlarının yüksek oranda yaşandığı ergenlik döneminde kazalar, ergenlerde ölüm sebepleri arasında birinci ve yeti yitimi sebepleri arasında ise ikinci sıradadır. Ergenliklerde kaza sonrası yaralanma riski erişkinlere göre daha yüksektir (2, 35). Ergenlerde yaralanmalara ve ölümlere sebep olan en sık kaza türleri sırasıyla trafik kazaları, boğulma, elektrik çarpması, arı ve böcek sokması, avcil hayvanlar tarafından yaralanma, dental yaralanmalar, göz yaralanmaları ve ateşli silah yaralanmalarıdır (2)

Ülkemizde lise öğrencileriyle yapılan bir çalışmada ergenlerin %56'sının arabaya bindiklerinde düzenli olarak kemer takmadığı, %98'sinin bisiklete binerken kask kullanmadığı, araba kullandığını ifade edenlerin %96'sının ehliyetsiz olduğu bildirilmektedir. Bunlar kazalara davetiye çıkaran önemli hususlardır (36).

Yine ülkemizde boğulma sebebiyle olan ölümleri inceleyen bir çalışmada vakaların %56'sı 20 yaş altı bireylerden, %35'i ise 10-19 yaş arası ergenlerden oluşmaktadır (37).

2.2.4.2. İntihar

Temelinde kendine zarar verme amacı ve güçlü bir ölüm isteği yatan intihar, ergenlerin sosyokültürel etmenleri, genetik ve biyolojik yatkınlıklar, sahip oldukları psikiyatrik rahatsızlık ve semptomlar, stres, zorlu yaşam şartları ile sosyal desteklerinin yetersizliği gibi pek çok faktörden etkilenen bir davranıştır (38).

Son yıllarda ergenlerdeki intihar girişimleri, acil servise yapılan psikiyatrik başvurular arasında ilk sıradaki başvuru nedenlerinden biri haline gelmiştir. Ergenlerde intihar girişimlerinin yaşam boyu prevalansı % 3.5 ile % 11 arasındadır. Klinik değerlendirmeler sonucunda intihar eden her beş ergenden 4'ünde psikiyatrik bozukluk saptanmıştır. Bunların da üçte ikisi depresyondur (39). Ergenlerin intihar girişimi, herhangi bir psikiyatrik rahatsızlığın sebep olduğu depresyon, anksiyete, madde kullanımı ve mevcut stres durumuyla ilişkili bulunmuştur (40, 41).

Erkeklerde intihar hızı kızlara göre daha fazla iken, kızlarda intihar düşüncesi ve planı erkeklerden fazladır. İntihar hızında, 10 yaşından 19 yaşına kadar erkeklerde daha belirgin olmakla birlikte yaş arttıkça her iki cinste de artış olmaktadır (42).

Yaş, cinsiyet ve etnik kökeni ne olursa olsun ateşli silah, ergen intiharlarının neredeyse yarısında kullanılan en yaygın yöntemdir. Kendini asma ve ilaç içme ise en sık ikinci ve üçüncü yöntemdir. Kızlar daha çok ilaç içmeyi, erkekler ise kendilerini vurmaya tercih ederler. Kendini vurma, ilaç içmekten daha öldürücüdür (41). İntihar düşüncesi ya da girişimi olan ergenlerin birinci derece akrabalarında daha sıklıkla intihar davranışı gözlenmektedir (38).

Aydın'da intihar nedeniyle acil servise başvuran ergenlerle yapılan bir çalışmada intiharın sebepleri sıklık sırasına göre: ailesel problemler, karşı cins ile sorun, okul problemleri, ruhsal sorunlar, yalnızlık hissi ve kronik hastalık olarak bulunmuştur. Olguların sadece beşte birinde psikiyatrik tedavi öyküsü vardır. Her üç girişimden biri tekrarlamış intihar girişimidir (43). Türkiye Ergen Profili Araştırması (TEPA) verilerine göre Türkiye'de ergenlerin %4'ü intihar etmeyi düşünmüş, bunların da %24'ü intihar girişiminde bulunmuştur. Ergenleri en sık intihara sürükleyen nedenlerin başında ailevi sorunlar, kız/ erkek arkadaşlarla yaşanan sorunlar ve derslerin kötü olması gelmektedir. İntihar girişiminde bulunanların %41'i alta yatan sebebe yönelik uzman desteği almıştır (14).

İzmir'de yapılan bir çalışmada sonuçlanmış intihar nedeni ile olan ergen ölümleri tüm ölümlerin %24.6'sını teşkil etmektedir. İntihar yöntemine bakılacak olursa; intiharların %59.7'si kendini asma, %15.8'i ateşli silah ile, %12.3'ü yüksekten atlama, %10.5'i ilaç içme ile, %1.7'si ise kendini trenin altına atma şeklinde gerçekleşmiştir (33).

2.2.4.3. Madde kullanımı

Madde kullanımı; yaşamının en güzel, en mutlu, en güçlü aynı zamanda da en çalkantılı dönemini yaşayan ergenlerin bir tür kendini koruma, kendi kendini düzeltme ve erişkin yaşama geçişteki gerginlik ile uygunsuz bir baş etme davranışıdır. Maddelerin kolay elde edilmesi, aşırı yoksulluk veya ailenin yüksek gelir düzeyine sahip olması, özel okulda öğrenim görme, olumsuz ebeveyn modeli, aile içi denetimin bozuk olması, ebeveyn-ergen iletişimde bozukluk, ailede madde

kullanım öyküsü varlığı, bireyin yetersiz öfke kontrolü, madde kullanan okul ya da mahalle arkadaşı, okul ya da diğer sosyal ortamlarda akran gruplarından dışlanma durumu, düşük akademik başarı, okula ilginin azalması gibi faktörler ergenlerin madde kullanımı için en sık karşılaşılan risk faktörlerinden sayılabilir. Ayrıca Tourette Sendromu, dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu ve otizm gibi psikiyatrik bozuklukların da madde kullanımı ile yakından ilişkili olduğu göz önünde bulundurulmalıdır (44).

Amerika'da lise öğrencilerinde madde ve alkol kullanımı Monitoring the Future gibi çalışmalarla dikkatle takip edilmektedir. Ergenler üzerinde yapılan saha çalışmalarında %1 ile %24 (median: %5) arasında değişen aralıkta madde ve alkol kullanım sıklığı bulunmuştur. Bazı çalışmaların erkeklerde daha fazla olduğunu göstermesine karşılık, çoğu çalışmada madde ve alkol kullanma yönünden cinsiyete göre anlamlı fark bulunamamıştır. Madde kullanımına beyaz ırktan ergenlerde daha sık rastlanmaktadır (45).

TEPA verilerine göre Türkiye'de 2008 yılında ergenlerin sigara, alkol, esrar, bally-tiner vb., ekstasiyi her gün kullanma sıklıkları sırasıyla %15.3, %0.8, %0.2, %0.1 ve %0.1'dir. 2013 yılına gelindiğinde bu oran sigara için %5.4, alkol için %0.1 bulunmuş, esrar, bally-tiner ve ekstasi kullanımının ise çok sınırlı olduğu görülmüştür. Ergenlerde sigara ve alkol kullanım sıklığı yaş, ikamet yeri ve cinsiyete göre anlamlı farklar göstermiştir. Her gün sigara ve alkol kullanan erkeklerin oranı kızlarınkinden bariz şekilde daha yüksektir. Hiç sigara ve alkol kullanmayan ergenlerin oranı kırsalda daha yüksek bulunmuştur (9, 14).

2.2.4.4. Beslenme Sorunları

Aşırı Kiloluluk ve Obezite: Ergenlik dönemi, hastalık ve ölümler dikkate alındığında diğer yaş gruplarına göre toplumun en sağlıklı kesimi olmalarıyla beraber, bu dönemde kazanılan beslenme alışkanlığı, ileriki dönemlerdeki sağlıklı beslenme davranışıyla yakından ilişkilidir. Bu sebeple sağlıklı beslenme davranışı içinde olan ergenler diyetle ilgili kronik hastalıklardan korunabilecekler; aksi takdirde koroner kalp hastalığı, kanserler, inme, tip II diyabet gibi hastalıklara yakalanma açısından yüksek risk taşıyacaklardır (46).

Ergenlerdeki beslenme bozuklukları; ileriki dönemlerde çeşitli hastalıklara neden olmasının yanında obezite, bulimia, anoreksia, büyüme gelişme geriliği, puberte gecikmesi, demir eksikliği anemisi, okul başarısında azalma gibi sorunlara neden olmaktadır (47).

Aşırı kiloluluk ve obezite, orta ve üst gelir grubu ülkelerde son 20 yılda belirgin artış göstermiştir. Bu artış eğilimi sedanter yaşam, fiziksel aktivitenin ihmal edilmesi ve kalori tüketiminin artışından kaynaklanmaktadır. Ayrıca kentleşme, yürüme mesafesinden yoksun alışveriş, eğlence ve diğer sosyal ve iş merkezlerinin fazlalığı otomobil ve diğer motorlu araçların kullanımını teşvik eder (48).

2012 yılında her üç ergenden biri ya fazla kilolu ya da obezdir (49) . Son 30 yılda 6-19 yaş aralığında çocuk ve ergenlerde obezite sıklığında üç kattan fazla artış göze çarpmaktadır (50). Benzer şekilde Amerika Birleşik Devletleri'nde ergen yaş grubunda obezite 1980'de %5 iken 2012'de 4 kattan fazla artış ile %21'e ulaşmıştır (51). Türkiye'de ise obezite sıklığının son 20 yılda %6-7'den %15-16'ya çıktığı görülmüştür (52).

Anoreksiya nervoza: Fiziksel değişikliklerin en hızlı yaşandığı dönemlerden biri olan ergenlik döneminde ideal ve algılanan beden imajı arasında uyumsuzluklar gözlenebilir. Bu şekilde puberteden itibaren bedeninde meydana gelen değişiklikler ve gerçek beden ağırlığı, ideal beden ağırlığı ve algıladığı beden ağırlığı arasındaki farklılık ergeni diyet yapmaya itmektedir. Özellikle genç kızlarda %14-77 arasında değişen sıklıklarda bildirilen diyet yapma, ergenler için bazen çok ciddi boyutlara ulaşabilir. Kişi kilo kaybettiği halde kendini hala kilolu zannedip, diyetle devam edebilir. Anoreksiya nervoza tanısı alanların %10-15 kadarı bazı metabolik bozukluklar ya da ciddi enfeksiyonlara bağlı hayatını kaybederler (53, 54).

Bulimia nervoza: Bu bozukluk da anoreksiya nervoza gibi ergenlik yaşlarında başlar ve kızlarda daha siktir. Kişinin yeme isteğine engel olamayıp aşırı şekilde yemesi fakat sonra pişman olup kendini kusturması gibi belirtiler gösterir. Anoreksiyadan farklı olarak normal kiloda ve görünümde olabilirler (54, 55).

2.2.4.5. Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklar

Tüm dünyada önemli bir halk sağlığı sorunu olan cinsel yolla bulaşan hastalıkların görülme sıklığı hassas bir grup olan ergenlerde giderek artmaktadır.

Özellikle de hazır olmadıkları bir dönemde ve çok partnerle birlikte yaşanan korunmasız cinsel ilişkinin bu artışta rolü büyüktür (56).

Ergenlik, çoğu insanın kendi cinselliğini keşfetmeye başladığı bir dönemdir. Gelişmekte olan ülkelerde 15 yaş altında cinselliğe başlama durumu kızlarda (%11), erkeklere (%5) göre daha yüksek olasılıktadır. Ergenlerin aile planlaması ve korunma yöntemi eğitimlerinin yetersiz olduğu ya da ergen evliliklerinde ailelerin çocuk beklentisinin yüksek olduğu durumlarda erken cinsellik, beraberinde başta HIV olmak üzere cinsel yolla bulaşan hastalıklarda artışı beraberinde getirmektedir. Yapılan çalışmalar 15-19 yaş ergenlerde kondom kullanımının düşük olduğu ülkelerde HIV pozitiflik oranının daha yüksek olduğunu göstermektedir. Dünyada 2010 yılında yaklaşık 2.2 milyon ergen HIV ile enfekte bir hayat sürmektedir. Bunun 1.3 milyonu kız, yaklaşık 900 bin kadarı erkektir (32) .

15 ile 24 yaşları arasındaki toplumun %25'i cinsel yönden aktiftir ve bunların da yarısı cinsel yolla bulaşan hastalıklar yönünden yeni vakalardır. Amerika'da 14-19 yaş arası her dört kızda birinde (yaklaşık 3.2 milyon) en sık cinsel yolla bulaşan hastalıklardan olan HPV, chlamydia, HSV ya da trichomoniasis enfeksiyonlarından en az birinin bulunduğu saptanmıştır (7).

Genç yaş, cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlardan chlamydia, gonore, sifiliz, şankroid, leishmaniasis ve molluscum contagiosum enfeksiyonları için tek başına bir risk faktörüdür (57).

İzmir'de lise öğrencilerinin cinsel davranışlarını konu alan bir çalışmada cinsellik yaşama oranı erkeklerde %56.6 iken kızlarda %5.1, toplamda ise %32.4 bulunmuştur. İlk cinsel ilişkide kondom kullanımı erkeklerde %55.7 iken kızlarda bu oran %44.4'tür (56). Cinsellik yaşama oranlarının benzer olmasına rağmen kondom kullanım oranlarının gelişmiş ülkelere nazaran oldukça düşük olması istenmeyen gebelikler ve cinsel yolla bulaşan hastalıklar konusunda ergenlerin eğitim düzeylerinin ve farkındalıklarının artırılması gerekliliğini ortaya koymaktadır.

2.2.4.6. Adölesan Gebelikler

Adölesan gebelik konusu, hem sağlık nedenleri, hem de sosyal nedenlerden dolayı oldukça önemlidir. Bu dönemdeki gebeliklerde yetişkin dönemdekilere göre

doğum öncesi bakımın yeterli olamaması, doğumun sağlıklı koşullarda gerçekleşme ihtimalinin düşük olması, bebek bakımı ve beslenmesi gibi konularında anne eğitim durumunun yetersiz oluşu, ailenin sosyokültürel düzeyinin düşük olması; ayrıca biyolojik immatürite, istenmeyen gebelik ihtimalinin yüksek olması ve yaşanan yoğun stres gibi nedenlerle anne-bebek hastalık ve/veya ölüm riski oldukça yüksektir (58, 59). Adölesan gebelik ve doğumların neden olduğu komplikasyonlar 15-19 yaş kızlarda en sık ikinci ölüm nedenidir (60).

2008 yılında dünyadaki doğumların %11'ine denk gelen 16 milyonu 15-19 yaş arası anneler tarafından gerçekleştirilmiştir. Her yıl 15-19 yaş arası 3 milyon ergenin gebeliği güvenli olmayan düşükle sonuçlanmaktadır. Bunların da %95'i düşük-orta gelirli ülkelerde meydana gelmektedir (61). 2014 yılında ise dünya genelinde 15-19 yaş arası doğum hızı 1000 canlı doğumda 49'dur (60).

Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) 2013 verilerine göre Türkiye'de kadınların neredeyse %5'i ergenlik döneminde çocuk doğurmaya başlamıştır. Bu dönemdeki kadınların %3'ünün en az bir canlı doğumu olmuş, %1'i ise araştırma tarihinde ilk çocuğuna gebedir. Araştırmada 19 yaşındaki kadınların %16'sının anne ya da ilk çocuğuna gebe olduğu bulunmuştur. Kırsal bölgede yaşayan ergenlerde çocuk sahibi olma durumu kentte yaşayanlardan daha fazladır. Ancak, TNSA 2008'den bu yana adölesan gebeliklerde azalma olduğu söylenebilir (62).

2013 yılı Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) Doğum İstatistiklerine göre <15, 15-17 ve 18-19 yaş gruplarındaki ergenlerin gerçekleştirdiği doğumların tüm doğumlar içindeki oranı sırasıyla %0.03, %1.6 ve %5.25'tir. 15-19 yaş grubu ergenlerin yaşa özel doğurganlık hızı ise 1000 canlı doğumda 28'dir (63).

2.2.4.7. Sağlık Hizmetinden Yararlanma Sorunları

Ergenlerin sağlık güvencesi bulunmaması, maddi imkansızlık gibi sağlık kuruluşuna ulaşmaya engel herhangi bir durum olmamasına rağmen diğer yaş gruplarına göre sağlık hizmetlerinden daha az yararlandıkları yapılan çalışmalarla gösterilmiştir (64, 65).

Çocuk sağlığının korunması ve geliştirilmesine yönelik sağlık hizmetleri yeni doğan döneminde başlamakta, genellikle de aşı takvimi sonrasında sonlanmaktadır.

Okul ve ergenlik dönemlerinde ise ilgili yaş grubunun tümünü kapsayan herhangi bir rutin sağlık hizmeti sunulmamaktadır (10).

Yapılan bir çalışmada ergenlerin son 30 günde herhangi bir sağlık kuruluşuna başvuru ortalaması 1.5 bulunmuştur. Ergenlerin sağlık hizmetlerini kullanmama nedenleri şöyle sıralanabilir:

1.Sunulan sağlık hizmetlerinin kapsamı, sunulduğu mekan ve ödemeleri gereken ücret gibi konularda bilgi eksikliği

2.Ergenlerin sosyokültürel çekinceleri, özellikle de cinsellik ve üreme sağlığı konularındaki kültürel değerlerin baskısı

3.Sağlık hizmetlerini planlayan ve sunanlar tarafından ergenlerin ihtiyaçlarının fark edilememesi, iyi analiz edilememesi nedeniyle ergenlere özel sağlık hizmeti sunulmaması

4. Mahremiyete gerekli önemin verilmeyeceği korkusu

5. Tanı ve tedavi maliyetlerinin yüksek oluşu (66).

Ergenler bazı sağlık sorunlarının aileleri, öğretmenleri ve arkadaşları tarafından bilinmesini istemezler ve bu tip sorunlarının gizli tutulmayacağı endişesiyle sağlık hizmeti almaktan kaçınabilirler. Ergenler sağlık sorunlarının sağlık personelleri tarafından yargılanacağı, alay konusu olabileceği korkusu taşıyabilirler.

Ergenlerin sağlık hizmetlerine ulaşmasındaki engeller göz önüne alınarak "ergen dostu sağlık hizmetleri" kavramı geliştirilmiştir. Ergen dostu sağlık hizmetleri öncelikle kabul edilebilir, bulunabilir, kolay ulaşılabilir ve güvenilir olmalıdır. Sunulan sağlık hizmetleri ergenlerin gereksinimlerini karşılayabilecek yeterlilikte olmalıdır. Ayrıca sağlık hizmetleri ve sosyal hizmetler bir arada bulunmalıdır ve gizlilik ilkesinin sağlanması önem gösterilmelidir (67).

Ergenlerin en belirgin özelliklerinden biri sabırsız oluşları, beklemeyi sevmemeleridir. Bu sebeple ergen dostu sağlık hizmeti veren sağlık kurumları randevu ile başvuru kabul etmeli, başvuran tüm ergenlere muayene ve danışmanlık için yeterli zamanı ayırabilmelidir (68).

2.2.5.Ergenlik Döneminde Sık Görülen Duygusal ve Davranışsal Sorunlar

Yüksek-orta-düşük gelirli tüm ülkelerde yapılan toplum tabanlı saha araştırmaları çocuk ve ergenlerin yüksek ruh sağlığı bozukluğu prevalansına dikkat çekmektedir. Gelir düzeyine göre ülkelerin prevalanslarında büyük değişiklikler olmakla beraber, en az bir tane tanı konmuş ruhsal hastalığı araştıran çoğu araştırma %10 ile %20 arası tahmini bir değer vermektedir (69).

İntiharın ergen ölüm nedenleri sıralamasında üçüncü, kişilerarası şiddetin ilk beşte; depresyonun hastalık ve sakatlık nedenleri sıralamasında birinci ve anksiyete bozukluğu ve kendine zarar verme davranışının da ilk onda olduğu göz önüne alındığında, ruh sağlığı sorunları ergenlerin öncelikli sorunlarından biridir. Tüm ruh sağlığı sorunlarının yarısı 14 yaşında başlamaktadır fakat tüm yaşam boyunca ciddi sonuçlar doğuran bu sorunlara çoğu vakada tanı konmamaktadır, sonuçta bu vakalar tedavisiz kalmaktadır (5).

2.2.5.1.Depresyon

Ergenlik döneminde ölüme sebep olan en sık üçüncü, yeti yitiminin ise en sık sebebi olan depresyon, kişinin sosyal, akademik ve ailesel işlevlerini olumsuz etkileyen, bireyin yaşam kalitesini bozan bir psikiyatrik bozukluk olması nedeniyle ciddi bir halk sağlığı sorunudur. Yetişkinlerle ergenlerin depresyon tanı kriterleri küçük değişiklikler dışında aynı olmakla beraber ergenlerde görülen depresyonda yetişkin bireylerden farklı olarak sinirlilik, okul başarısında düşme, uyku ve iştah artışı, eleştiriye tahammülsüzlük, alınganlık, internet, televizyon ve telefon vb. araçlara aşırı bağlanma ve özgüvende belirgin düşüş gibi belirtiler görülür (70) (54) (70,54).

Depresyon, 3-5 yaş grubundan ergenliğin sonuna kadar % 0.3'ten %20'ye kadar artan sıklıkta görülmektedir. Ergenliğin başında her iki cinsiyette benzer oranlarda görülmesine rağmen ergenliğin sonlarına doğru kızlarda görülme olasılığı erkeklere göre iki kat daha fazladır (71).

Depresyonun genetik, ailesel ve çevresel etkenlerin etkileşmesi sonucu oluştuğu gösterilmiştir. Ailesinde depresyon öyküsü olan, anne-babanın ayrılması ya da kaybı, kaybolma, ailede çatışmalar, duygusal ve fiziksel istismar gibi olumsuz

yaşam olayları geçmişi olan, yoksulluk, ırkçılık, zorbalık, sosyal izolasyon gibi sosyal ve çevresel etkilere maruz kalan, flörtü olan, kendi sağlığını kötü olarak gören çocuk ve ergenler depresyon için daha yüksek risk taşırlar (70, 72) .

2.2.5.2. Anksiyete

Aşırı kaygı olarak da adlandırılabilen anksiyete, tehlike beklentisi ile birlikte olan duygusal huzursuzluk hissi olarak tanımlanabilir. Ergenlik dönemi, insan hayatındaki anksiyetenin en yoğun yaşandığı dönemlerden biridir. Çoğu ergen için anksiyete geçici ve zararsızken; benlik algısında düşme, sosyal izolasyon, sosyal işlevlerde yetersizlik ve akademik başarıda düşme gibi belirtiler eşlik ettiğinde önem kazanır. Zamanında müdahale edilmezse depresif belirtiler, madde kötüye kullanımı ve intihar düşüncesi gelişebilir. Bazı çocuk ve ergenlerde anksiyete belirtisi olarak aşırı sinirlilik, alınganlık, sağlığıyla ilgilenmede artış, devamlı onay ve güven arayışı gibi belirtiler görülebilirken; bazılarında ise sık baş ağrısı, karın ağrısı, nefes darlığı, sürekli yorgunluk, irritabl barsak sendromu, ishal ya da kabızlık gibi fiziksel belirtiler olabilir (54).

Son on yılda anksiyete bozuklukları yetişkin nüfusta olduğu gibi gençler arasında da ruh sağlığı hastalıkları arasında en sık rastlanan hastalık haline gelmiştir (45). Epidemiyolojik çalışmalar gençlerde sıklığını %10 ile %20 arasında göstermektedir (73). Anksiyete bozukluğunun bütün yaşlar için kızlarda daha yüksek görülmesine rağmen anksiyete başlama yaşı kız ve erkeklerde benzer bulunmuştur (45). Bu gruptaki hastalıklar; agorafobili ya da agorafobisiz panik bozukluğu (panik atak), yaygın anksiyete bozukluğu, sosyal anksiyete bozukluğu (sosyal fobi), obsesif kompulsif bozukluk ve posttravmatik stres bozukluğudur (74) .

2.2.5.3. Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB)

Dünyada ve ülkemizde yapılan çalışmalar, çocuk ve ergen ruh sağlığı polikliniğine başvuran ergenlerde en sık saptanan tanının Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu olduğunu göstermektedir (75-77).

Çocuk ve ergenlerde DEHB sıklığı %5.9 ile %7.1 arasında değişmektedir (78). Klinik çalışmalarda ergenlerde erkek/kız oranı 6-9/1 iken (79); saha çalışmalarında bu oran 3-4/1 olarak bulunmuştur (80). Ülkemizde ise ergenlerde

DEHB sıklığını araştıran bir çalışmada öğrencilerin %5.9'unda DEHB semptomları saptanmıştır (81) .

DEHB; ocukluk çağında başlamakta, belirtileri %30-70 oranında ergenlikte ve erişkinlikte de devam ederek okul, sosyal ve iş yaşamını olumsuz yönde etkilemektedir. Ergenlik ve erişkinlikte devam etme riski ailede DEHB yks, eşlik eden davranım bozukluğu ve anksiyete bozukluğu varlığında artmaktadır (82-84).

Başladığı bir içi tamamlayamayan, doyumsuz, tutarsız, dikkatini toplayamayan ergenler DEHB yönünden araştırılmalıdırlar. Bu kişiler okul öncesi dönemde ğretmen ve aileleri tarafında yaramaz ocuk olarak nitelendirilebilirler (85, 86) .

Saha çalışmalarında tanı almış DEHB hastalarının %44'nde anksiyete bozukluğu, tik bozukluğu, davranım bozukluğu, karşı olma-karşı gelme bozukluğu ve madde bağımlılığı gibi ek hastalık ya da hastalıklar saptanmıştır (81). DEHB, bu hastalıkların şiddetini artırabilir ya da sosyal yönden daha fazla soruna neden olabilir ya da tedavilerini olumsuz etkileyebilir (87) .

2.2.5.4.Davranış Bozuklukları

Davranış sorunu "başkalarının temel haklarına tecavüz ya da yaşa uygun norm ve kuralları bozma davranışı" olarak tariflenir. Bu tariften yola çıkarak ergenlik döneminin temel özelliklerinden olan kurallara uymama, yalan söyleme, otorite ile çatışma gibi davranışları sergileyen ergenlerin tamamının yanlış olarak davranış sorunları yaşadığı söylenebilir. Buradaki kriter, aşağıda sıralanan davranışların sürekli olması, günlük hayatı etkileyecek boyuta ulaşmasıdır. Ergenlerde davranış bozukluğu olduğunu düşündüren davranışlar şunlardır:

- Kendini kurtarmak için yalan söylenmesi,
- Kendi isteklerini yaptırmak için hile yapmak ve insanları kandırmak,
- İnsanlara ya da diğer canlılara bilerek ve isteyerek zarar vermek, canlarını acıtmak,
- Kabadayı tarzı davranışlar,
- Okuldan veya evden kaçmak,
- Sık sık kavga etmek,

- Umursamaz, pervasız davranışlar sergilemek,
- Adli olaylara karışma,
- Sigara, alkol, madde kullanımı,
- Aile içi çatışmalar

Ergenin sorun çözme, öfke kontrolü, iletişim kurma gibi sosyal yetilerinin yetersiz olması, madde kullanımı, fiziksel veya ruhsal bir rahatsızlığının olması, aile içi şiddet ve çatışmaların yaşanıyor olması davranış sorunları için önemli risk faktörlerindedir (54).

Ergenler arasında yıkıcı davranış bozukluğu %5 ile % 14 arasında görülmektedir. Erkeklerde, kızlardan 3-4 kat fazla görüldüğünü bildiren pek çok yayın bulunmaktadır. Yapılan çalışmalar, davranış bozukluğunun, dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu, duygusal ve anksiyete bozukluğu ile birliktelik gösterdiğini ortaya koymaktadır (45).

2.2.5.5.Akran ve İlişki Sorunları

Ergenlik döneminde akranların etkisi aile, okul, medya ve toplumun diğer pek çok kesimin önüne geçer. Bu dönemde ebeveyn denetimi olmaksızın geçirilen zamanlardaki artışla beraber ergenler, gün içinde aktif zamanlarının neredeyse tümünde yaşlılarıyla birlikte dirler. Geri kalan zamanlarda ise evde odalarına çekilip yalnız kalmayı tercih ederler (54).

Akran ilişkilerinin ergenlerin gelişimindeki etkisi bilimsel çalışmalar ile kanıtlanmıştır. Akranlar, ergenleri okul başarısı veya sosyal ilişkiler alanında iyi yönde etkileyebileceği gibi sigara-alkol-madde kullanımı ya da suç işleme gibi kötü yönde de etkileyebilirler. Ergenler ve akranları çoğunlukla benzer kişisel özelliklere, alışkanlıklara, giyim tarzına, hobilere, okul başarısına ya da devamsızlık sürelerine sahiptir. Aynı şekilde suç işleme, çeteleşme, başkalarına zarar verme davranışı gösteren ergenlerin arkadaşlarının da benzer özellikler göstermesi kaçınılmazdır (88). Ayrıca ergenlerin cinsellik ve üreme sağlığı hakkındaki bilgilere ulaşmak için ilk müracaat ettikleri kaynak akran grubudur (66) .

Ergenlik döneminde akran grubunun birbirine sahip çıkma davranışlarının yanında kendi akran grubundan ya da dışarıdan diğer akranlarına yönelik kötü

isimler takma, alay etme, görünüş ve konuşmayla alay etme, olayların/grubun dışında tutma, görmezden gelme, itme, dövme, başka biçimlerde zorbaca davranma, yalan söyleme, dedikodu yapma, başkalarının onu sevmemesini sağlama ve para için tehdit etme, eşyalarını alma veya eşyalarına zarar verme gibi bir takım olumsuz davranışlarla da sıklıkla karşılaşmaktadır (89).

2.3. ERGENLERDE DUYGUSAL VE DAVRANIŞSAL SORUNLARI SAPTAMA YÖNTEMLERİ

Saha taramaları, görünüşte sağlam olan bireylerin uygun yöntemler kullanılarak belirli hastalık veya bozukluklar yönünden yaklaşık olarak tespit edilmesi, yani şüphelilerin sağlamlardan ayrılması çalışmalarıdır. Saha taramalarında asıl amaç, herhangi bir nedenle sağlık kuruluşuna başvurmeyen ve sahip olduğu hastalığı ya da bozukluğu gizli kalmış bireylerin tanı, tedavi ve rehabilitasyonunun sağlanmasıdır. Saha taramasında araştırılacak hastalık ya da bozukluk önemli bir sağlık sorunu olmalı, hastalık ya da bozukluğun; klinik seyri iyi bilinmeli, teşhis ve tedavileri için gerekli muayene, laboratuvar ve personel olanakları yeterli olmalı, taramada kullanılacak uygunlukta pratik test ve muayene yöntemleri olmalı, tarama sonucu saptanan vakaların tedavi ve rehabilitasyonu için uygun tedavi yöntemi bulunmalıdır. Ayrıca tarama yoluyla vaka bulma işlemi sürekli olmalıdır (90). Bu yönleriyle ergen popülasyonunda duygusal ve davranışsal sorun sıklığını araştıran saha araştırmalarının gerekliliği açıktır.

Ergenlik çağındaki bireylerin saha taramaları yoluyla ruhsal profilini çıkarmak ve gerekiyorsa tedavilerini düzenlemek, bu yaş grubundaki mevcut sıkıntıların ortadan kaldırılması kadar erişkin yaşamındaki işlevselliğin artırılması ve sorunların ileride tekrarlanmasının önüne geçilmesi açısından da son derece önemlidir (91).

Ergen popülasyonunda duygusal ve davranışsal sorunları saptamada sıklıkla kullanılan iki yöntem vardır. Bunların birincisi klinisyen olmayan kişilerin belli bir eğitimden geçerek sahada uygulayabildikleri yapılandırılmış tanı görüşmeleri şeklinde yapılan tek aşamalı bir yöntemdir. Diğeri ise seçilen örnekleme semptom tarama ölçekleri uygulanarak riskli grubun belirlenmesi ve bu grubun klinisyen tarafından değerlendirilmesiyle tanılanmanın yapıldığı iki aşamalı yöntemdir (12).

2.3.1.Yapılandırılmış Görüşmeler

Çocuk ve ergen psikiyatristi tarafından yapılan klinik görüşmeler, ergenlerin kendi problem sunma biçiminin, ayrıca genel ve zihinsel gelişimlerinin doğrudan incelenmesi için uygun bir ortam sağlamaktadır. Bu görüşmelerde klinisyen, ergene kendisini tanıya götüren sorular sorar. Klinik görüşmelerde ergenin duygularını ve verdiği tepkileri doğrudan gözleme imkanı gibi avantajlar diğer tarama yöntemlerinde bulunmamaktadır (92).

Psikiyatrik tanı için en etkili yöntem olmasına rağmen tüm toplumu klinisyen ile buluşturmak insan gücü, mekan ve zaman gereksinimi düşünüldüğünde imkansızdır. Bu sebeple epidemiyolojik çalışmalarda önceden eğitim almış görüşmeciler tarafından bireylerle yapılandırılmış ya da yarı yapılandırılmış görüşmeler yapılır. Bu görüşmelerde sıklıkla Diagnostik Interview Schedule for Children (DISC) ya da Diagnostik Interview for Children and Adolescents (DICA) kullanılmaktadır. Uygulayıcılar semptomların detaylı olarak sorgulandığı soruları okumak ve verilen cevapları kaydetmekle görevlidirler. Bu görüşmeler klinik deneyimi olmayan uygulayıcılar tarafından da gerçekleştirilebilir (93).

Yarı yapılandırılmış görüşmeler ise, klinisyenin daha esnek olabildiği, diğer görüşmecilerin ise daha fazla sorumluluk aldığı, bir semptomun varlığı veya yokluğuna emin oluncaya kadar sorgulamaya devam ettiği görüşmelerdir. Bu sebeple bu görüşmeler ancak ya klinik deneyimi olan ya da bu görüşme içeriği ile ilişkili ciddi bir eğitim almış kişiler tarafından uygulanabilir. Bu görüşmelerde Yale Brown Obsessive Compulsive Scale (YBOCS), Child and Adolescent Psychiatric Assessment (CAPA) ya da Young Adult Psychiatric Assessment (YAPA) kullanılmaktadır (12, 93, 94).

2.3.2. Anket Ve Ölçekler

Anket ve ölçekler, bireylerden çeşitli konularda, planlı ve standart biçimde bilgi almak için geliştirilmiş, özellikle epidemiyolojik ve sosyolojik çalışmalarda sıklıkla kullanılan veri toplama araçlarıdır. Bu yöntem ile geniş kitlelerden kısa zamanda, ucuz biçimde bilgi toplanabilmesinin yanında; aynı tip soruların sorulması ile farklı cins ya da sosyodemografik yapıya sahip gruplardan standart ve birbiriyle

karşılaştırılabilir veriler elde edilebilir (90). Ancak bir anket ya da ölçeği bireylere uygulamadan önce güvenilirlik ve geçerlik çalışmaları yapılmış olmalıdır (95).

Çocuk psikiyatrisi alanında yapılan epidemiyolojik çalışmalarda iki farklı yaklaşım vardır. Birincisi standart görüşmeler ile uluslararası tanı kodlarına uygun bir tanı koymayı amaçlayan çalışmalardır. Diğer yaklaşım ise puanlama ölçekleri aracılığı ile spesifik problemleri, içe yönelim, dışa yönelim gibi sendromları araştırarak tanıya yardımcı olmaya çalışmaktır. Bu ikinci yaklaşımda araştırmaya katılanlar normal, sınır ve klinik düzey olmak üzere üçe ayrıldıkları gibi problemin hangi alanda olduğu ile ilgili de bilgi sahibi olunur. İlk yaklaşımda ikinci yaklaşımdan farklı olarak kliniklerde sık rastlanan rahatsızlıkların yanı sıra ender rastlanan rahatsızlıklar da araştırılır (96).

Günümüzde ergenlerin ruhsal durumlarını araştıran saha taramalarında ve epidemiyolojik çalışmalarda sıklıkla kullanılan anket ve ölçekler aşağıda sunulmuştur.

2.3.2.1. Çocuklar İçin Davranış Değerlendirme Ölçeği

(Child Behaviour Checklist - CBCL)

1983 yılında Achenbach ve Edenbrock tarafından, 6-18 yaş arası çocuk ve gençlerin sosyal yeterlik alanlarını ve sorun davranışlarını değerlendirmek amacıyla geliştirilen CBCL'nin öğretmen ve ebeveyn formu bulunmaktadır. 20 yeterlik ve 118 problem maddesinden oluşan CBCL uygulanırken son 6 ay ile ilgili cevaplar verilmesi istenmektedir. Her soruya 0 ile 2 arasında bir puan verilir. Ölçeğin ortalama cevaplama süresi yaklaşık 20 dakikadır. El ile ve bilgisayar karşısında doldurulan formları mevcuttur. Doğru bir değerlendirme için testi dolduran çocuk ya da ergen yakınının en az ilkokul mezunu olması önerilir. Testi dolduramayacak kadar eğitim düzeyi düşük olanların bir görüşmeci tarafından yardım alması gereklidir (96, 97).

CBCL'nin Türkçe çeviri çalışması ilk olarak Melda Akçakın ve Işık Savaşır tarafından 1983 yılında yapılmış; fakat bu çalışma sınırlı sayıda birey ve yaş grubunda yapıldığı için ülkemizde yaygın kullanılamamıştır. CBCL'nin 1991 yılında

revize edilen formunun ise 1995 yılında Erol ve arkadaşları tarafından yapılan Türkçe uyarlama çalışmasıyla ülkemizde uygulanabilecek güvenilir ve geçerli bir ölçek olduğu kanıtlanmıştır (96).

Yeterlik değerlendirme aşamasında etkinlik, sosyal yeterlilik, okul yeterliliği ve toplam yeterlilik puanları elde edilir. Ölçeğin ikinci bölümünden ise içe yönelim (sosyal içe dönüklük, somatik yakınmalar, anksiyete/depresyon), dışa yönelim (suça yönelik davranışlar ve saldırgan davranışlar) ve sosyal sorunlar, düşünce sorunları ve dikkat sorunları puanları hesaplanır. Bu alt testlerin toplamından toplam problem puanı hesaplanır (98). CBCL, çocuk ve ergen ruh sağlığı alanında kullanılan ölçekler arasında altın standart olarak kabul edilendir (99).

2.3.2.2. Gençler İçin Kendini Değerlendirme Ölçeği

(Youth Self Report –YSR)

Gençler İçin Kendini Değerlendirme Ölçeği, çocuk ve ergenlerin yeterlilik alanları ve sorun davranışlarını kendi verdikleri bilgilere göre standart bir şekilde ölçmek amacıyla 1987 yılında Achenbach ve Edenbrock tarafından geliştirilmiştir. Aslında YSR, CBCL'nin 11-18 yaş arası çocuk ve ergenlerin kendilerinin doldurduğu şeklindedir. CBCL ise ebeveyn veya öğretmen tarafından doldurulmaktadır. YSR, son altı aylık süreyi sorgulayan 17 yeterlik ve 112 problem maddesinden oluşmaktadır. CBCL ve YSR'nin 89 maddesi ortaktır. Her soruya 0 ile 2 arasında bir puan verilir. Daha çok 11 yaş ve üzeri çocuklara uygulanması tavsiye edilmektedir. Tahmini cevaplama süresi 15 dakikadır (96, 97).

YSR'nin değerlendirilmesinde CBCL ile benzer şekilde sosyal içe dönüklük, somatik yakınmalar, anksiyete/depresyon, suça yönelik davranışlar, saldırgan davranışlar, sosyal sorunlar, düşünce sorunları ve dikkat sorunları puanları olmak üzere sekiz puan hesaplanır. Ayrıca yine CBCL ile benzer şekilde etkinlik, sosyal yeterlilik, okul yeterliliği ve toplam yeterlilik puanları elde edilir (98).

2.3.2.3. Gelişim ve Ruhsal Sağlık Değerlendirmesi

(The Development and Well-Being Assessment - DAWBA)

Gelişim ve Ruhsal Sağlık Değerlendirmesi Ölçeği (DAWBA), 5-17 yaş arası çocuk ve ergenlerde sık görülen psikiyatrik bozuklukların ICD-10 (International

Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems) ve DSM IV (Amerikan Psikiyatri Birliği, Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı)'e göre değerlendirilmesini sağlayan bir yapılandırılmış tanılama aracıdır. DAWBA ile ayrılma anksiyetesi bozukluğu, sosyal fobi, özgül fobi, panik bozukluk, agorafobi, travma sonrası stres bozukluğu, obsesif kompulsif bozukluk, yaygın anksiyete bozukluğu, major depresyon, davranım bozukluğu, karşıt olma karşı gelme bozukluğu, dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu, yeme bozuklukları, tik bozuklukları tanıları konulabilmektedir (12, 91).

DAWBA, yapılandırılmış ebeveyn görüşmesi, 11-17 yaş arası gençlere uygulanan yapılandırılmış görüşme ve öğretmen anketi olmak üzere başlıca üç kaynaktan gelen bilgileri değerlendirerek tanıya gider. DAWBA, basılı metin veya görüşmecisi olup olmamasına bakılmaksızın bilgisayar üzerinden uygulanabilir. DAWBA'yı uygulayacak kişilerin klinik deneyim sahibi olması şart değildir, uygulayıcılara verilecek bir günlük eğitim yeterlidir (100).

Bu özellik, DAWBA'nın geniş saha araştırmalarında kullanılabilmesine olanak sağlamaktadır. Görüşmeciler sadece veriyi toplamakla görevlidirler. Tanı, tüm formlar birlikte değerlendirilerek deneyimli klinisyenler tarafında konulur. Ebeveyn görüşmesi yaklaşık 50 dakika, ergen formu ise yaklaşık 30 dakika sürmektedir. Öğretmen anketi 4 sayfadan oluşmaktadır (12).

2.3.2.4. Ergenler İçin Ruhsal Sorunlar Tarama Ölçeği (ERST)

Ergenler İçin Ruhsal Sorunlar Tarama Ölçeği, Ögel ve ark. tarafından 2012 yılında ilk olarak cezaevlerinde kalan çocuk ve ergenlerin ruhsal durumlarını taramak amacıyla geliştirilmiş olsa da asıl hedef bu ölçeğin saha araştırmalarında da kullanılması olmuştur (101).

ERST, yanıtları “evet” ve “hayır”dan oluşan toplam 27 sorudan oluşmaktadır. Dikkat eksikliği ve hiperaktiviteyi tarayan 5 soruya “kısmen” seçeneği de eklenmiştir. Toplamda en fazla 32 puan alınabilmektedir. Bu ölçek, yüz yüze görüşmelerle kullanılabilir bir yapılandırılmış bir ölçek olarak tasarlanmıştır. Önceki ruhsal tedavileri, anksiyete, depresyon, travma yaşantıları, kendine zarar verme, intihar, dikkat eksikliği ve hiperaktivite, alkol ve madde kullanımı ile ilgili alt ölçekleri içermektedir. Alt ölçeklerde bir soruya “evet” yanıtının alınması, o tanının

varlığının araştırılması gerektiğini belirtmektedir (101) . Uygulama süresinin kısa olması, alanında geniş ve kapsamlı bir değerlendirme ile ileri araştırma gereken bireyleri tespit edebilme gücü sayesinde avantajlı bir tarama aracı olarak görülebilir.

2.3.2.5. Güçler ve Güçlükler Anketi (GGA)

(Strengths & Difficulties Questionnaires - SDQ)

GGA, çocuk ve ergenlerin duygusal ve davranışsal durumlarını ve ilişkilerini değerlendiren, araştırmacılar, klinisyenler ve eğitimciler için bir İngiliz psikiyatrist olan Goodman tarafından 1997 yılında geliştirilmiş 3'lü Likert tipinde bir ankettir (13, 102). GGA'nın birbirinin aynısı ya da birbirine çok benzeyen 2-4 yaş ve 4-17 yaş için anne-baba ve öğretmen, 11-17 yaş için ise kendi kendine doldurulan tek sayfalık formları, bu formların etkilenme faktörünü de ölçen 2 sayfalık versiyonu ve ayrıca klinik takiplerde kullanılan follow-up versiyonları da bulunmaktadır. Tüm bu formlar GGA'nın www.sdq.info internet sitesinde mevcuttur ve ticari kazanç elde etmeme koşulu ile ücretsiz olarak indirilerek kullanılabilir (103, 104).

GGA'nın bu araştırmanın yapıldığı dönem itibarıyla 84 farklı dile çevrildiği görülmektedir (103). Bu anketin farklı dil ve kültürlerle sahip çocuk ve ergenler için yapılan güvenilirlik ve geçerlik çalışmalarında benzer psikometrik özellikler gösterdiği saptanmıştır (13). GGA, bir klinik değerlendirme, tedavi gidişatını belirleme ya da toplum tabanlı bir çalışma için kullanılabilen anne-baba, öğretmen ve ergenin 5 dakikada doldurabileceği, uygulaması benzer araçlara göre daha kolay, kısa ve kullanışlı bir araçtır (105).

GGA, bazıları olumlu (iyi arkadaş varlığı, itaatkarlık, yardımseverlik gibi), bazıları ise olumsuz (huzursuzluk, endişeler, kavga ya da zorbalıklar gibi) davranış özelliklerini sorgulayan toplam 25 sorudan oluşmaktadır. Bu sorular duygusal sorunlar, davranış sorunları, dikkat eksikliği ve hiperaktivite, akran ilişkileri ve sosyal davranışlar olmak üzere 5 alt grupta toplanmıştır. Puanlamada her alt grup için hazırlanmış 5'er adet sorudan elde edilen puanların toplamı kullanılır. Her soru için "doğru değil"= 0 puan, "kısmen doğru"=1 puan ve "kesinlikle doğru"=2 puan olarak hesaplanır. Ayrıca duygusal sorunlar, davranış sorunları, dikkat eksikliği ve hiperaktivite ve akran ilişkileri alt gruplarından alınan puanlarının toplamı Toplam

Güçlük Puanı'nı vermektedir (102). Puanlama ile ilgili ayrıntılı bilgi *Gereç ve Yöntem* bölümünde sunulmuştur.

Her alt grubun DSM-IV tanı kriterlerinde bir karşılığı vardır. Örneğin GGA DE/HA alt grubunun sorularından ikisi dikkat eksikliğini, ikisi hiperaktiviteyi, biri ise dürtüsellik sorgulamaktadır. Bunlar zaten DSM-IV'teki Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu'nun tanı kriterleridir. Bunun gibi GGA duygusal belirtiler alt grubu depresyon, fobi, anksiyete bozukluğu ve obsesif kompulsif bozukluğunu, GGA davranış sorunları alt grubu ise karşı gelme bozukluğu, davranış bozukluğu ya da yıkıcı davranış bozukluğunu içeren tanıları destekler. GGA akran sorunları ve sosyal davranışlar alt grupları ise DSM-IV'teki pek çok tanı arasından herhangi birinin ya da daha fazlasının varlığına işaret eder (104). Anketin geliştirilmesinden bu yana yapılan çalışmalarda, GGA toplam puanının, klinik görüşmeler ve mevcut anket ile uyumlu olduğunu, klinik ve toplum örneklemini ayırt edebildiğini ve puan arttıkça psikiyatrik tanı alma oranının da arttığına ilişkin kanıtlar sunulmaktadır (106). GGA'nın anne-baba, öğretmen ve büyük çocukların kendi kendine doldurduğu formların kombine edilmesi neticesinde ise çocuk ve ergenlerde %94.6 duyarlılık (sensitivite) ve %63.3 özgüllük (spesifisite) ile psikiyatrik tanı koyma başarısının sağlanabileceği gösterilmiştir (105).

GGA'nın Türkçe uyarlamasının geçerlik ve güvenilirliği 2008 yılında Güvenir T. ve arkadaşları tarafından yapılmıştır. Bu çalışmada GGA Türkçe Versiyonunun GGA akran sorunları alt grubu haricinde GGA'nın diğer alt gruplarında yüksek bir iç tutarlılığa sahip olduğu gösterilmiştir. Ayrıca ruh sağlığı alanında benzer amaçla kullanılan CBCL ve YSR gibi ölçeklerle anlamlı derecede korelasyon gösterdiği, klinik ve toplum örneklemini başarılı şekilde ayırttığı görülmüştür (13). Ülkemizde ergen popülasyonunda GGA kullanılarak yapılmış toplum çalışmaları yok denecek kadar azdır. Klinik çalışmalar ise çok sınırlıdır.

3.GEREÇ VE YÖNTEM

3.1.Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırma; Tokat İlinde öğrenim gören lise öğrencilerinin duygusal ve davranışsal sorunları ve ilişkili olabilecek faktörleri değerlendirmeye yönelik kesitsel tipte ve tanımlayıcı bir çalışma olarak planlanmış ve 01 Mayıs 2014 - 30 Haziran 2014 tarihleri arasında yürütülmüştür.

3.2.Araştırmanın Evreni

Araştırmanın evrenini Tokat İl Milli Eğitim Müdürlüğü verilerine göre 2013-2014 eğitim-öğretim yılında Tokat il merkezi ve ilçelerinde toplam 71 lisede öğrenim görmekte olan 34.229 (kız:16542, erkek:17687) öğrenci oluşturmaktadır.

3.3.Araştırma İzni

Araştırmanın yürütülmesi için Tokat İl Milli Eğitim Müdürlüğü'nden idari izin alınmıştır (Ek 1).

Ayrıca Gaziosmanpaşa Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'nun 14-KAEK-140 kayıt numaralı kararı ile onay alınmıştır (Ek 2).

3.4.Örneklem Seçimi

Çalışmanın yapıldığı dönemde Tokat il ve ilçelerdeki liseler arasından rastgele seçilen 18 lisede öğrenim görmekte olan 512 öğrenci, tabakalı küme örnekleme yöntemi ile sistematik olarak seçilmiştir. Örneklem grubunun büyüklüğünün hesaplanması Epi Info 7 programı kullanılarak, öğrencilerde ruh sağlığı sorunu için beklenen prevalans (p) %20 olarak (2, 107, 108), sapma (d) 0,05 alınarak, %95 güven aralığında, desen etkisi 2.0 olarak alındığında her biri 16 öğrenciden oluşan 32 küme olmak üzere araştırma kapsamına alınması hedeflenen toplam öğrenci sayısı 512 olarak bulunmuştur (Tablo 3.4.1).

Tablo 3.4.1. Epi Info 7 Programında Örneklem Tespiti

			Confidence Level	Cluster Size	Total Sample
Population Size	34229		%80	7	224
Expected Frequency (p)	20	%	%90	11	352
Confidence Limits	5	%	%95	16	512
Design Effect	2		%97	19	608
Clusters	32		%99	27	864
			%99.9	43	1376
			%99.99	59	1888

Araştırmaya dahil edilecek öğrenci sayısı ve her okuldan araştırmaya alınacak küme sayısı İl Milli Eğitim Müdürlüğü 2013-2014 eğitim-öğretim yılı kayıtlarına göre il merkezi ve ilçelerdeki liselerde öğrenim gören öğrenci sayıları ve kaçınıcı sınıf oldukları dikkate alınarak çok tabakalı küme örnekleme yöntemi ile belirlenmiştir (Tablo 3.4.2).

Tablo 3.4.2. Evren ve Örneklem İlçelere Göre Dağılımı

	Evren		Örneklem		
	Lise Sayısı	Öğrenci Sayısı	Lise Sayısı	Küme Sayısı	Öğrenci Sayısı
Almus	1	478	1	1	16
Artova	1	476	1	1	16
Başçiftlik	1	53	1	1	16
Erbaa	11	5592	2	5	80
Merkez	18	12112	3	9	144
Niksar	8	3464	2	3	48
Pazar	2	541	1	1	16
Reşadiye	6	1313	1	1	16
Sulusaray	1	236	1	1	16
Turhal	10	5009	2	4	64
Yeşilyurt	2	485	1	1	16
Zile	10	4470	2	4	64
Toplam	71	34229	18	32	512

Tokat İlinde Merkez İlçe dahil 12 ilçedeki toplam 71 lise arasından o ilçeyi temsil edecek şekilde ve ilçedeki liselerde öğrenim gören öğrenci sayısına orantılı olarak Almus, Artova, Başçiftlik, Pazar, Reşadiye ve Sulusaray ve Yeşilyurt'tan 1'er lise (1 küme), Erbaa'dan 2 lise (5 küme), Niksar'dan 2 lise (3 küme), Turhal ve Zile'den 2'şer lise (4 küme) ve Merkez'den 3 lise (9 küme) toplamda ise 18 lise (32 küme) rastgele seçilmiştir (Tablo 3.4.3).

Küme içi örneklemede; her kümede lise birinci, ikinci, üçüncü ve dördüncü sınıflarından 4'er öğrencinin çalışmaya alınması planlanmıştır. Bu öğrenciler Milli Eğitim Müdürlüğü'nden alınan araştırmaya katılacak okullardaki öğrencilerin sınıf listelerinden sistematik olarak belirlenmiştir.

Çalışmaya alınması belirlenen aday öğrenci ve ailelerine rehber öğretmenleri vasıtası ile çalışma hakkında ayrıntılı bilgi içeren bir davet mektubu (Ek.3) ve aydınlatılmış onam formu (Ek.4) gönderilmiştir.

Her aday öğrenci için bir de yedek alınmıştır. Yedek öğrencilerin, belirlenmiş olan aday öğrencinin listeye göre aynı cinsiyetteki bir altındaki öğrenci olması kararlaştırılmıştır. Çalışmaya katılmayı kabul edip onam formu öğrenci ve velilerce imzalanan öğrenciler asil öğrenci olarak kaydedilmiştir. Çalışmaya katılmayı kabul etmeyen öğrenciler yerine ise önceden belirlenmiş yedeği davet edilmiştir.

Pazar ilçesi haricinde kırsal kesimde lise bulunmadığı için örneklem tespitinde kır-kent ayırımına gidilememiştir.

3.5.Araştırmanın Uygulanması

Planlama aşaması sonrası, 15 Mayıs 2014 - 30 Haziran 2014 tarihleri arasında saha aşaması gerçekleştirilen çalışma için önceden belirlenen ve duyurulan gün ve saatte liselerde hazır bulunan öğrenciler kayıt altına alınmıştır.

Araştırmaya kayıt edilen öğrencilere veri toplama formu araştırmacılar gözetiminde uygulanmıştır (Şekil 3.5.1). Ayrıca öğrencilerin boy ve kiloları ölçülmüş, okul idaresinden dönem sonu not ortalamaları temin edilmiştir (Şekil 3.5.2).

Tablo 3.4.3. Okullara Göre Örneklem ve Çalışmaya Katılan Öğrencilerin Cinsiyete Göre Dağılımı

	İlçe	Okul	Örneklem		Çalışmaya Katılan Öğrenci Sayısı		
			Küme Sayısı	Öğrenci Sayısı	Kız	Erkek	Toplam
1	Almus	Almus Çok Programlı Lisesi	1	16	9	7	16
2	Artova	Artova Anadolu Lisesi	1	16	8	6	14
3	Başçiftlik	Başçiftlik Şehit Murat Kılınç ÇPL	1	16	7	9	16
4	Erbaa	Coşkun Önder Anadolu Lisesi	3	48	23	20	43
5	Erbaa	Erbaa Merkez Anadolu Lisesi	2	32	17	14	31
6	Merkez	Tokat Anadolu İmam Hatip Lisesi	4	64	30	28	58
7	Merkez	Gazi Osman Paşa Lisesi	2	32	16	15	31
8	Merkez	Tokat Ticaret Meslek Lisesi	3	48	24	24	48
9	Niksar	Niksar Anadolu Sağlık Meslek Lisesi	1	16	8	8	16
10	Niksar	Danışment Gazi Anadolu Lisesi	2	32	15	15	30
11	Pazar	Pazar Ayşe Ak Seda Sayan Çok Prog.Lisesi	1	16	8	7	15
12	Reşadiye	Resadiye Lisesi	1	16	8	8	16
13	Sulusaray	Sulusaray Anadolu Lisesi	1	16	7	8	15
14	Turhal	Atatürk Anadolu Lisesi	2	32	17	15	32
15	Turhal	Yeşilirmak Anadolu Lisesi	2	32	16	16	32
16	Yeşilyurt	Yeşilyurt Çok Programlı Lisesi	1	16	7	8	15
17	Zile	Sakarya Anadolu Lisesi	2	32	20	12	32
18	Zile	Zile Dinçerler Anadolu Lisesi	2	32	16	15	31
		Toplam	32	512	256	235	491



Şekil 3.5.1. Bir lisede öğrencilere araştırmanın uygulanması



Şekil 3.5.2. Bir öğrencinin boy ve kilo ölçüm işlemi

3.6. Veri Toplama Formu

Araştırcılar tarafından oluşturulan veri toplama formu (Ek.5) dört bölümden oluşmaktadır:

Kişisel Bilgiler: Öğrencilerin adı-soyadı, cinsiyeti, doğum tarihi, okulu, şubesi, numarası, TC kimlik numarası, adres bilgileri ve iletişim bilgilerinin sorgulandığı bölümdür.

Sosyodemografik Özellikler: Öğrencilerin anne-babalarının birlikte yaşayıp yaşamadığı, eğitim durumu ve mesleği, aile tipi, ailedeki toplam kişi sayısı, gelir ve sosyal güvence durumu, öğrencinin kronik hastalık ve ilaç kullanma durumu ve televizyon, bilgisayar ve telefon kullanım özelliklerini sorgulayan 15 sorudan oluşmaktadır.

Güçler ve Güçlükler Anketi: Araştırmada 1997 yılında Goodman tarafından geliştirilen ve Güvenir T. tarafından Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılan Güçler ve Güçlükler Anketi'nin kendi kendine doldurulan formu kullanılmıştır. GGA, bazı olumlu ve olumsuz davranış özelliklerini sorgulayan 3'lü likert tipinde; davranış sorunları, dikkat eksikliği ve hiperaktivite, duygusal belirtiler, akran ilişkileri ve sosyal davranışlar gibi 5 alt başlıkta toplam 25 soru içermektedir (13, 109).

Riskli Sağlık Davranışları Anketi: Bu bölümde öğrencilerin son 12 ay içinde herhangi bir kavga içinde bulunma, intihar düşüncesi, plan veya girişiminde bulunma, sigara, alkol, marihuana, esrar, bonzai kullanma, bally, yapıştırıcı, tiner, boya, çakmak gazı koklama ve son 7 gün içinde kesintisiz 60 dk boyunca orta ve/veya ileri dereceli fiziksel aktivite yapma durumunu sorgulayan 10 soru bulunmaktadır.

Yine bu bölümde yılsonunda okul yönetiminden temin edilecek okul başarı puanı ve anketi cevaplayan öğrencilerin araştırmacılar tarafından ölçülen boy ve kilolarını kaydetmek için alanlar vardır.

3.7. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmaya önceden duyurulan gün ve saatte okul idaresi tarafından belirlenen mekanda hazır bulunan, velilerinin ve kendilerinin yazılı onamları alınan 509 öğrenci kayıt edilmiştir. Bu öğrencilerden 11'inin yaşı GGA'nın yaş aralığı olan 11-17 yaş aralığında olmadığı için, 7'sinin de verilerinde eksiklikler bulunduğu için

çalışma dışı bırakılmış, sonuçta 491 (%95.9) öğrenciye ait veriler değerlendirmeye alınmıştır.

Elde edilen veriler değerlendirilirken;

- Öğrencilerin kardeş sayıları "0-1 kardeş", "2 kardeş" ve "3 kardeş ve üzeri",
- Öğrencilerin ailelerin aylık gelirleri, çalışmanın yapıldığı dönemdeki asgari ücret olan "846 TL altı", bir ve iki asgari ücret arası olan "846 TL-1691 TL arası" ve üç asgari ücret olan "1692 TL ve üzeri",
- Öğrencilerin boy ölçerli dijital baskül ile elde edilen ağırlık ve boy ölçüm verileri, Neyzi O. tarafından 2008 yılında ülkemiz sağlıklı çocuk ölçümlerinden türetilmiş standart büyüme eğrilerine işaretlenerek değerlendirilmiştir (110). Yaş ve cinsiyet için belirlenen büyüme eğrilerinde BKİ'si 5'inci persentil altında olan çocuklar "zayıf", persentil değerleri 85-95 arası çocuklar "fazla kilolu", 95.persentil üzerinde çocuklar "obez", diğer öğrenciler ise "normal" olarak (111),
- Öğrencilerin yılsonu okul başarı puanları 30-59 puan arasında olanlar "zayıf", 60-79 arasında olanlar "orta" ve 80-100 arasında olanlar ise "iyi",
- Öğrencilerin bilgisayar/akıllı telefon başında geçirdikleri süreler "0-2 saat", "3-4 saat" ve "4 saatten fazla",
- Öğrencilerin TV izleyerek geçirdikleri süreler "0-2 saat", "3-4 saat" ve "4 saatten fazla",
- Öğrencilerden halen her gün sigara içtiğini ifade edenler "sigara içenler", sigara içmediğini ifade edenler, yaşamının bir döneminde her gün sigara içmiş olanlar ve sigarayı bırakmış olanlar ise "sigara içmeyenler" (112),
- Öğrencilerden halen alkol aldığını ifade edenler ile son 30 günde günde en az 1 gün 1 bardak alkol almış olanlar "alkol alanlar", alkol almadığını ifade edenler ile son 30 günde günde en az 1 gün 1 bardak alkol almamış olanlar "alkol almayanlar" olarak gruplandırılmıştır.

Öğrencilerin bazı sosyodemografik özellikleri ve riskli sağlık davranışları

GGA alt grup puanları ile karşılaştırılırken:

- Lise tipi ifade edilirken düz lise ve çok programlı lisede okuyan öğrenciler birleştirilerek,

- Annesi/babası ölmüş ya da boşanmış olan öğrenciler anne-baba birlikteliği başlığı altında "anne-baba birlikte değil" olarak birleştirilmiş, diğerleri ise "birlikteler" grubu altında,
- Anne/baba eğitim durumu "ilkokul mezunu ve da az" ve "ortaokul ve üzeri",
- Anne çalışma durumu "çalışanlar" ve "çalışmayanlar" grupları altında,
- Baba mesleği "işçi/çiftçi", "memur/esnaf" ve "çalışmıyor" grupları altında birleştirilerek,
- Boy ve kilo değerlerine göre elde edilen sınıflandırmada zayıf, normal ve kilolu olarak değerlendirilen öğrenciler birleştirilerek "obez olmayanlar", diğerleri ise "obez olanlar",
- Bilgisayar/akıllı telefon ve televizyon izleme sürelerinde "0-2 saat" ve "3-4 saat" olan öğrenciler birleştirilerek "4 saat ve daha az" ve "4 saatten fazla" şeklinde sunulmuştur.

3.8. Güçler ve Güçlükler Anketi'nin Puanlaması

GGA'da bazıları olumlu, bazıları da olumsuz davranış özelliklerini sorgulayan 25 soruluk ilk bölüm 5 alt başlığa ayrılır. Bu 25 soru Tablo 4.'de gösterildiği gibi 1'den 25'e kadar sıralandığında: 1,4,9,17 ve 20. sorular "sosyal davranışlar"; 2,10,15,21 ve 25. sorular "dikkat eksikliği ve hiperaktivite"; 3,8,13,16 ve 24. sorular "duygusal sorunlar"; 5,7,12,18 ve 22. sorular "davranış sorunları"; 6,11,14,19 ve 23. sorular ise "akran sorunları"ni ölçmeye yönelik sorulardır (102) (Tablo 3.8.1).

Her soru "doğru değil", "kısmen doğru" ve "kesinlikle doğru" şeklinde işaretlenmektedir. 7, 11, 14, 21 ve 25. sorular için: "doğru değil=2 puan", "kısmen doğru=1 puan" ve "kesinlikle doğru=0 puan" olarak puanlandırılmış, diğer sorular için ise: "doğru değil=0 puan", "kısmen doğru=1 puan" ve "kesinlikle doğru=2 puan" olarak puanlandırılmıştır. Sonuç olarak her 5 alt grup için katılımcılara 0 ile 10 arasında bir puan verilmiştir. Sosyal davranışlar, duygusal sorunlar, dikkat eksikliği ve hiperaktivite, davranış sorunları ve akran sorunları puanlarının toplanmasıyla 0 ile 40 arasında "toplam güçlük puanı" elde edilmiştir. Öğrencilerin 5 alt grup puanları ve toplam güçlük puanları ayrı ayrı "normal", "sınırdaki" ve "anormal" şeklinde sınıflandırılmıştır (109) (Tablo 3.8.2). Öğrencilerin GGA puanları ile sosyodemografik ve riskli sağlık davranışlarına göre yapılan karşılaştırmalarda;

“sınırdaki” ve “anormal” grupları birleştirilmiş, sonuçta öğrenciler “normal” ve “normal dışı” olarak iki gruba ayrıştırılarak incelenmiştir.

Tablo 3.8.2. Güçler ve Güçlükler Anketi Puanlarının Değerlendirme Aralıkları

Alt Gruplar	Normal	Sınırdaki	Anormal
Duygusal Sorunlar	0-5	6	7-10
Davranış Sorunları	0-3	4	5-10
Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu	0-5	6	7-10
Akran Sorunları	0-3	4-5	6-10
Sosyal Davranış	6-10	5	0-4
Toplam Güçlük Puanı	0-15	16-19	20-40

3.9. Güçler ve Güçlükler Anketi'nin Güvenilirlik Analizi

GGA'nın güvenilirliği, orijinali Goodman R. ve Türkçe 'ye uyarlanmış hali ise Güvenir T. tarafından Cronbach Alfa'nın kullanıldığı içsel tutarlılık yöntemi ile test edilmiş, 0.80 ve 0.73 değerleri ile oldukça güvenilir bulunmuştur (13, 104). Güçler ve Güçlükler Anketi'nin alt grupları için hesaplanan Cronbach Alfa değerleri Tablo 3.9.1'da verilmiştir.

Tablo 3.9.1. Güçler ve Güçlükler Anketinin Orjinal Versiyonu ve Türkçe Uyarlamasının İç Tutarlılık Çalışmalarının Sonuçları

Alt Gruplar	Goodman R. (2001)	Güvenir T. (2008)
Duygusal Sorunlar	0.66	0.70
Davranış Sorunları	0.60	0.50
Dikkat Eksikliği Hiperaktivite	0.67	0.70
Akran Sorunları	0.41	0.22
Sosyal Davranış	0.66	0.54
Toplam Güçlük Puanı	0.80	0.73

3.10. İstatistiksel Analiz

Elde edilen veriler bilgisayar ortamında SPSS 18.0 istatistik paket yazılımı kullanılarak analiz edilmiştir. Tanımlayıcı istatistikler sayı, yüzde, aritmetik ortalama ve standart sapma (SD) ile ifade edilmiştir. Niteliksel değişkenlerin karşılaştırılmasında Ki-kare testi kullanılmıştır. Tüm analizlerde $p < 0.05$ değeri istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

Tablo 3.8.1. Güçler ve Güçlükler Anketi Sorularının Alt Gruplara Göre Dağılımı

	Soru	Alt Grup
1	İnsanlara karşı iyi davranmaya çalışırım. Onların duygularını önemserim.	Sosyal Davranış
2	Uzun süre kıpırdamadan oturamam, huzursuz olurum.	DE/HA
3	Çok fazla baş ağrım, karın ağrım ya da bulantım olur.	Duygusal Belirtiler
4	Genellikle başkalarıyla paylaşıyorum (Örn. Yiyeceklerimi, oyunlarımı, kalemimi vs.).	Sosyal Davranış
5	Çok öfkelenirim ve sıkça kontrolümü kaybederim.	Davranış Sorunları
6	Genellikle kendi başımayım. Genelde yalnız oynarım ya da başkalarıyla birlikte olmaktan kaçınırım.	Akran Sorunları
7	Genellikle bana söyleneni yaparım.	Davranış Sorunları
8	Çok endişelenirim.	Duygusal Belirtiler
9	Eğer birisi incinmiş, morali bozulmuş, kendini kötü hissediyor ise ona yardım ederim.	Sosyal Davranış
10	Sürekli ellerim ve ayaklarım kıpır kıpırdır ya da oturduğum yerde kıpırdanıp dururum.	DE/HA
11	En az bir yakın arkadaşım var.	Akran Sorunları
12	Çok kavga ederim. Diğer insanlara istediğimi yaptırabilirim.	Davranış Sorunları
13	Sıkça mutsuz, kederli ya da ağlamaklıyım.	Duygusal Belirtiler
14	Yaşıtlarım genelde beni sever.	Akran Sorunları
15	Dikkatim kolayca dağılır, dikkatimi toplamakta güçlük çekerim.	DE/HA
16	Yeni ortamlarda gerginim. Kendime güvenimi kolayca kaybederim.	Duygusal Belirtiler
17	Kendimden küçüklere iyi davranırım.	Sosyal Davranış
18	Sıkça hile yapmak ya da yalan söylemekle suçlanırım.	Davranış Sorunları
19	Diğer çocuklar ya da gençler bana takarlar ya da benimle alay ederler.	Akran Sorunları
20	Sıkça başkalarına (anne baba, öğretmen, çocuklar) yardım etmeye istekli olurum.	Sosyal Davranış
21	Bir şeyi yapmadan önce düşünürüm.	DE/HA
22	Ev, okul ya da başka bir yerden benim olmayan şeyleri alırım.	Davranış Sorunları
23	Erişkinlerle yaşıtlarımdan daha iyi geçinirim.	Akran Sorunları
24	Pek çok korkum var. Kolayca ürkerim.	Duygusal Belirtiler
25	Yaptığım işleri bitiririm. Dikkatim iyidir.	DE/HA

4. BULGULAR

4.1. Araştırma Grubunun Tanımlayıcı Özellikleri

Araştırma grubundaki lise öğrencilerinin %52.1'i (n=256) kız, %47.9'u (n=235) erkektir. Öğrencilerin yaş ortalaması 15.55±1.13 (kızlarda 15.64±1.11; erkeklerde 15.44±1.14) olarak saptanmıştır.

Çalışmaya katılan öğrencilerin tanımlayıcı özelliklerinin cinsiyete göre dağılımı Tablo 4.1.1'de verilmiştir. Bu tabloda izlenebileceği gibi araştırma grubunun yaş ve sınıf dağılımı dengeli ve birbirine yakındır. Araştırmaya katılımın yarıya yakını Anadolu Liseleri'nden olmuştur. Öğrencilerin %80.4'ü kent merkezinde ikamet etmektedir. Her dört öğrenciden üçü yalnız anne, baba ve çocuklardan oluşan çekirdek aileye sahiptir. Öğrencilerin %4.1'inin anne ya da babası ölmüş, %0.8'ininki boşanmıştır. Öğrencilerin %86.8'inin anne ve babası arasında akrabalık yoktur. Öğrencilerin %35.4'ü üç ve üzeri kardeş sahibidir. Öğrencilerin %60'a yakınının annesi ilkokul, yarıya yakınının babası ise ortaokul mezunudur. Öğrencilerin %90'a yakınının annesi ev hanımı, %2.1'inin babası işsiz, yaklaşık yarısı işçi ya da çiftçidir. Öğrencilerin %25.7'sinin ailesinin aylık geliri asgari ücretin altındadır.

Öğrencilerin yaş, sınıf, lise türü, yerleşim yeri, aile tipi, aile bütünlüğü, kardeş sayısı, sosyal güvence, baba eğitim durumu, baba mesleği yönünden cinsiyete göre anlamlı fark bulunmamış iken; anne baba arasında akrabalık, anne eğitim durumu, anne mesleği ve ailenin aylık geliri yönünden istatistiksel olarak anlamlı fark vardır (p<0.05, Tablo 4.1.1.).

Tablo4.1.1. Çalışmaya katılan öğrencilerin bazı özelliklerinin cinsiyete göre dağılımı

Özellik	Kız		Erkek		Toplam		χ^2	p
	n	%	n	%	n	%		
Yaş								
14	53	20.7	66	28.1	119	24.2	4.59	0.20
15	63	24.6	55	23.4	118	24.1		
16	63	24.6	58	24.7	121	24.6		
17	77	30.1	56	23.8	133	27.1		
Sınıf								
Lise 1	66	25.8	59	25.1	125	25.4	0.64	0.89
Lise 2	64	25.0	66	28.1	130	26.5		
Lise 3	70	27.3	60	25.5	130	26.5		
Lise 4	56	21.9	50	21.3	106	21.6		
Lise türü								
Anadolu Lisesi	139	54.3	121	51.5	260	53.0	0.39	0.82
Meslek Lisesi	62	24.2	60	25.5	122	24.8		
Cok Programlı Lise	31	12.1	31	13.2	62	12.6		
Düz Lise	24	9.4	23	9.8	47	9.6		
Yerleşim yeri								
Kent	205	80.1	190	80.9	395	80.4	0.47	0.83
Kır	51	19.9	45	19.1	96	19.6		
Aile tipi								
Cekirdek	190	74.2	172	73.2	362	73.7	0.07	0.79
Geniş	66	25.8	63	26.8	129	26.3		
Aile bütünlüğü								
Anne/baba birlikte	247	96.5	220	93.6	467	95.1	1.59	0.21
Anne/baba ölmüş	7	2.7	13	5.5	20	4.1		
Anne/baba boşanmış	2	0.8	2	0.9	4	0.8		
Anne baba arasında akrabalık*								
Yok	214	83.6	212	90.2	426	86.8	4.12	0.04
Var	42	16.4	23	9.8	65	13.2		
Kardeş sayısı								
0-1 kardeş	58	22.7	73	31.1	131	26.7	4.66	0.10
2 kardeş	100	39.1	86	36.6	186	37.9		
3 kardeş ve üzeri	98	38.2	76	32.3	174	35.4		
Sosyal güvence								
Var	210	82.0	199	84.7	409	83.3	0.44	0.51
Yok	46	18.0	36	15.3	82	16.7		
Anne eğitim durumu								
Okurvazar değil	21	8.2	13	5.5	34	6.9	16.98	0.005
Okurvazar	2	0.8	7	3.0	9	1.8		
İlkokul**	166	64.8	121	51.5	287	58.5		
Ortaokul/lise	62	24.2	86	36.6	148	30.1		
Üniversite ve üzeri	5	2.0	8	3.4	13	2.7		
Baba eğitim durumu								
Okuryazar değil	1	0.4	0	0	1	0.2	2.80	0.73
Okurvazar	2	0.8	3	1.3	5	1.0		
İlkokul	99	38.7	80	34.0	179	36.5		
Ortaokul/lise	125	48.8	119	50.7	244	49.7		
Üniversite ve üzeri	29	11.3	33	14.0	62	12.6		
Anne mesleği								
Ev hanımı	221	86.3	214	91.1	435	88.6	6.19	0.045
Çiftçi / İşçi / Serbest**	27	10.6	11	4.7	38	7.7		
Memur / Emekli	8	3.1	10	4.2	18	3.6		
Baba mesleği								
Çiftçi	57	22.3	63	26.8	120	24.4	9.61	0.09
İşçi	75	29.3	48	20.4	123	25.1		
Serbest ticaret	53	20.8	53	22.6	106	21.5		
Memur	39	15.2	39	16.6	78	15.9		
Emekli	24	9.3	30	12.7	54	11.0		
İşsiz	8	3.1	2	0.9	10	2.1		
Ailenin aylık geliri								
846 TL altı	75	29.3	51	21.7	126	25.7	6.34	0.04
846 -1691 TL**	84	32.8	101	43.0	185	37.7		
1692 TL ve üzeri	97	37.9	83	35.3	180	36.6		
Toplam	256	100.0	235	100.0	491	100.0		

*Yates düzeltmesi yapılmıştır.

**Farklılık bu gruptan kaynaklanmaktadır.

4.2. Araştırma Grubunun Bazı Özellikleri ve Riskli Sağlık Davranışları

Çalışmaya katılan öğrencilerin bazı özelliklerinin ve riskli sağlık davranışlarının cinsiyete göre dağılımı Tablo 4.2.1'de sunulmuştur. Araştırma grubundaki lise öğrencilerinin %6.3'ü altı aydan uzun süren kronik bir hastalığı bulunduğunu belirtmektedir. Her dört öğrenciden biri BKİ yönünden normal aralıkta değildir. Kız öğrencilerin %9.8'i, erkek öğrencilerin %8.1'i, toplamda ise %9.0'ı obez olarak değerlendirilmiştir. Öğrencilerin sadece %19.6'sının okul başarı durumu iyidir.

Çalışmaya katılan öğrencilerin %17.5'i günde ortalama 4 saatten fazla süreyi bilgisayar ya da akıllı telefon başında geçirmekte iken; %8.4'ü günde ortalama dört saatten fazla televizyon izlemektedir. Öğrencilerin %9.6'sı hiç telefon ya da bilgisayar başında vakit geçirmediğini, %21'i ise hiç televizyon izlemediğini belirtmektedir. Öğrencilerin günlük ortalama bilgisayar/akıllı telefon kullanma süresi 2.11 ± 1.39 saat; televizyon izleme süresi ise 2.34 ± 2.65 saat bulunmuştur.

Araştırma grubundaki öğrencilerin %23.6'sı son 12 ay içerisinde bir kavgaya dahil olduğunu, %5.9'u ciddi olarak intihar etmeyi düşündüğünü ya da intihar etmek için plan yaptığını, %2.1'i ise intihar girişiminde bulunduğunu belirtmektedir. İntihar teşebbüsünde bulunan öğrenciler intihar düşüncesi ya da planı yapanların %34.5'ini oluşturmaktadır.

Araştırma grubundaki öğrencilerin %11.4'ü sigara içmekte olduğunu beyan etmiştir. Sigara içen öğrencilerin günlük ortalama sigara tüketimi 9.1 ± 6.9 (min:1, max:30) adettir. Öğrencilerin %90.2'si hayatları boyunca birkaç yudumun dışında hiç alkol almadığını, %3.1'i ise son 30 gün içinde günde en az bir bardak alkol kullandığını ifade etmiştir. Alkol kullanan öğrenciler, son bir ayda ortalama 10.9 ± 10.5 (min:1, max:30) gün en az bir bardak alkol tüketmişlerdir.

Çalışmaya katılan öğrencilerin %3.5'i hayatı boyunca en az bir kere rahatlamak ya da keyif almak amacıyla marihuana, esrar, bonzai ya da bunların değişik formlarını kullandığını, %4.1'i ise bally, yapıştırıcı, tiner, boya, çakmak gazı kokladığını belirtmektedir.

Araştırma grubundaki lise öğrencilerin %58.0'ı son 7 gün içinde en az bir gün kesintisiz en az 60 dk boyunca orta ve/veya ileri dereceli fiziksel aktivite (yürüme, koşma, düzenli tempoda ya da hızlı bisiklet sürme, yüzme, masa tenisi, dans, halk oyunları, hafif yük ya da ağır kaldırma, pencere silme, yerleri süpürme, bahçe tırmıklama, futbol, basketbol, voleybol, aerobik, odun kesme, bahçede çukur kazma vb.) yaptığını ifade etmektedir.

Öğrencilerde kronik hastalık varlığı, BKİ, bilgisayar, akıllı telefon ve televizyon başında geçirilen süre, intihar düşüncesi, planı ve girişimi, uyuşturucu madde kullanımı, bally, tiner, çakmak gazı koklama durumu yönünden cinsiyete göre anlamlı fark yok iken; okul başarısı kız öğrencilerde; kavgaya karışma, sigara, alkol kullanımı ve fiziksel aktivite yapma durumu erkeklerde istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek bulunmuştur ($p<0.05$, Tablo 4.2.1).

Tablo 4.2.1. Çalışmaya katılan öğrencilerin bazı özelliklerinin ve riskli sağlık davranışlarının cinsiyete göre dağılımı

Özellik	Kız		Erkek		Toplam		χ^2	p
	n	%	n	%	n	%		
Kronik hastalık varlığı*								
Yok	241	94.1	219	93.2	460	93.7	0.61	0.81
Var	15	5.9	16	6.8	31	6.3		
Beden Kitle İndeksi								
Zayıf (<5per.)	17	6.6	16	6.8	33	6.7	7.71	0.05
Normal (5-85per.)	181	70.7	186	79.1	367	74.7		
Kilolu (85- 95per.)	33	12.9	14	6.0	47	9.6		
Obez (>95per.)	25	9.8	19	8.1	44	9.0		
Okul başarı durumu								
Zayıf	46	18.0	73	31.1	119	24.2	18.01	<0.001
Orta	145	56.6	131	55.7	276	56.2		
İyi	65	25.4	31	13.2	96	19.6		
Bilgisayar/Akıllı telefon başında geçirilen süre								
0-2 Saat	174	68.0	157	66.8	331	67.4	1.63	0.44
3-4 Saat	34	13.3	40	17.0	74	15.1		
4 saatten fazla	48	18.2	38	16.2	86	17.5		
TV izleyerek geçirilen süre								
0-2 Saat	174	68.0	158	67.2	332	67.6	1.10	0.57
3-4 Saat	58	22.7	60	25.5	118	24.0		
4 saatten fazla	24	9.3	17	7.3	41	8.4		
Kavgaya karışma								
Karışanlar	50	19.5	66	28.1	116	23.6	4.97	0.026
Karışmayanlar	206	80.5	169	71.9	375	76.4		
İntihar düşüncesi/planı*								
Yapanlar	18	7.0	11	4.7	29	5.9	0.83	0.36
Yapmayanlar	238	93.0	224	95.3	462	94.1		
İntihar teşebbüsünde bulunma**								
Bulunanlar	8	3.1	2	0.9	10	2.0	-	0.11
Bulunmayanlar	248	96.9	233	99.1	481	98.0		
Sigara içme durumu								
İçenler	11	4.3	45	19.2	56	11.4	43.78	<0.001
İçip bırakanlar	6	2.3	24	10.2	30	6.1		
İçmeyenler***	239	93.4	166	70.6	405	82.5		
Alkol kullanma durumu*								
(Son 30 günde)								
Kullananlar	1	0.4	14	6.0	15	3.1	11.01	0.001
Kullanmayanlar	255	99.6	221	94.0	476	96.9		
Uyuşturucu madde*								
Kullananlar	6	2.3	11	4.7	17	3.5	1.36	0.24
Kullanmayanlar	250	97.7	224	95.3	474	96.5		
Bally, tiner, çakmak gazı koklama durumu*								
Koklayanlar	8	3.1	12	5.1	20	4.1	0.78	0.38
Koklamayanlar	248	96.9	223	94.9	471	95.9		
Fiziksel aktivite yapma durumu								
Yapanlar	130	50.8	155	66.0	285	58.0	11.59	0.001
Yapmayanlar	126	49.2	80	34.0	206	42.0		
Toplam	256	100.0	235	100.0	491	100.0		

* Yates düzeltmesi yapılmıştır

** Fisher Kesin Ki-kare testi kullanılmıştır

per.: persentil

***Farklılık bu gruptan kaynaklanmaktadır.

4.3. Araştırma Grubunun GGA Puanlarının Değerlendirilmesi

Araştırma grubundaki lise öğrencilerinin Güçler ve Güçlükler Anketi duygusal belirtiler alt grubu puanlarına göre %9.8'i, davranış sorunları alt grup puanlarına göre %11.0'ı, DE/HA alt grubu puanlarına göre %14.1'i, akran sorunları alt grup puanlarına göre %5.7'si, sosyal davranışlar alt grup puanlarına göre %3.3'ü, toplam güçlük puanlarına göre ise %10.6'sı anormal olarak bulunmuştur. Normal ve sınır değerlerin dağılımı Tablo 4.3.1'de sunulmuştur.

Tablo 4.3.1. Çalışmaya katılan öğrencilerin Güçler ve Güçlükler Anketi alt grup puanlarına göre dağılımı

Alt Grup	Normal		Sınırdaki		Anormal		Toplam	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Duygusal belirtiler	411	83.7	32	6.5	48	9.8	491	100.0
Davranış sorunları	394	80.2	43	8.8	54	11.0	491	100.0
DE/HA	349	71.1	73	14.8	69	14.1	491	100.0
Akran sorunları	330	67.2	133	27.1	28	5.7	491	100.0
Sosyal davranışlar	447	91.2	27	5.5	16	3.3	491	100.0
Toplam Güçlük Puanı	345	70.3	94	19.1	52	10.6	491	100.0

Ayrıca Tablo 4.3.2'de çalışmaya katılan öğrencilerin Güçler ve Güçlükler Anketi alt grup puanlarının ortalama \pm SD ve Min-Maks değerleri verilmiştir.

Tablo 4.3.2. Çalışmaya katılan öğrencilerin Güçler ve Güçlükler Anketi alt grup puan ortalama \pm SD, Min-Maks Değerleri

Alt grup	Ortalama \pm SD	Min - Maks
Duygusal belirtiler	3.3 \pm 2.22	0 - 10
Davranış sorunları	2.3 \pm 1.67	0 - 9
DE/HA	4.4 \pm 1.92	0 - 10
Akran sorunları	2.8 \pm 1.66	0 - 9
Sosyal davranışlar	8.1 \pm 1.79	0 - 10
Toplam Güçlük Puanı	12.9 \pm 5.15	1 - 31

4.4. Araştırma Grubunun GGA Puanlarının Bazı Özelliklere Göre Karşılaştırılması

GGA duygusal belirtiler ve DE/HA alt grup puanlarının cinsiyete göre dağılımına bakıldığında normal dışı oranlarının kız öğrencilerde, erkek öğrencilere daha yüksek olduğu bulunmuştur ($p<0.05$). Davranış sorunları, akran sorunları, sosyal davranışlar ve toplam güçlük puanları açısından ise cinsiyete göre anlamlı fark saptanmamıştır (Tablo 4.4.1).

Tablo 4.4.1. Çalışmaya katılan öğrencilerin Güçler ve Güçlükler Anketi alt grup puanlarının cinsiyete göre dağılımı

GGA Alt Grup	Cinsiyet						χ^2	p
	Kız (n=256)		Erkek (n=235)		Toplam (n=491)			
	n	%	n	%	n	%		
Duygusal belirtiler								
Normal	197	77.0	214	91.1	411	83.7	16.87	0.001
Normal Dışı	59	23.0	21	8.9	80	16.3		
Davranış sorunları								
Normal	206	80.5	188	80.0	394	80.2	0.17	0.89
Normal Dışı	50	19.5	47	20.0	97	19.8		
DE/HA								
Normal	171	66.8	178	75.7	349	71.1	4.77	0.03
Normal Dışı	85	33.2	57	24.3	142	28.9		
Akran sorunları								
Normal	171	66.8	159	67.7	330	67.2	0.04	0.84
Normal Dışı	85	33.2	76	32.3	161	32.8		
Sosyal davranışlar								
Normal	236	92.2	212	90.2	448	91.2	0.38	0.54
Normal Dışı	20	7.8	23	9.8	43	8.8		
Toplam Güçlük Puanı								
Normal	172	67.2	173	73.6	345	70.3	2.42	0.12
Normal Dışı	84	32.8	62	26.4	146	29.7		

Araştırma grubunun GGA puanları ile yaş, sınıf, öğrenim gördükleri lise türü, kır ya da kentteki ikamet durumları, çekirdek ya da geniş aileye sahip olma durumları arasında anlamlı fark bulunmamıştır (Tablo 4.4.2, Tablo 4.4.3, Tablo 4.4.4, Tablo 4.4.5, Tablo 4.4.6).

Tablo 4.4.2. Çalışmaya katılan öğrencilerin Güçler ve Güçlükler Anketi alt grup puanlarının yaşa göre dağılımı

GGA Alt Grup	14 yaş	15 yaş	16 yaş	17 yaş	Toplam	χ^2	p					
	(n=119)	(n=118)	(n=121)	(n=133)	(n=491)							
	n	%	n	%	n	%						
Duygusal belirtiler												
Normal	100	84.0	99	83.9	107	88.4	105	78.9	411	83.7	4.20	0.24
Normal Dışı	19	16.0	19	16.1	14	11.6	28	21.1	80	16.3		
Davranış sorunları												
Normal	96	80.7	92	78.0	104	86.0	102	76.7	394	80.2	3.94	0.27
Normal Dışı	23	19.3	26	22.0	17	14.0	31	23.3	97	19.8		
DE/HA												
Normal	81	68.1	84	71.2	85	70.2	99	74.4	349	71.1	1.29	0.73
Normal Dışı	38	31.9	34	28.8	36	29.8	34	25.6	142	28.9		
Akran sorunları												
Normal	80	67.2	80	67.8	73	60.3	97	72.9	330	67.2	4.59	0.20
Normal Dışı	39	32.8	38	32.2	48	39.7	36	27.1	161	32.8		
Sosyal davranışlar												
Normal	107	89.9	109	92.4	111	91.7	121	91.0	448	91.2	0.49	0.92
Normal Dışı	12	10.1	9	7.6	10	8.3	12	9.0	43	8.8		
Toplam Güçlük Puanı												
Normal	85	71.4	81	68.6	89	73.6	90	67.7	345	70.3	1.28	0.73
Normal Dışı	34	28.6	37	31.4	32	26.4	43	32.3	146	29.7		

Tablo 4.4.3. Çalışmaya katılan öğrencilerin Güçler ve Güçlükler Anketi alt grup puanlarının sınıfa göre dağılımı

GGA Alt Grup	Lise 1	Lise 2	Lise 3	Lise 4	Toplam	χ^2	p					
	(n=125)	(n=130)	(n=130)	(n=106)	(n=491)							
	n	%	n	%	n	%						
Duygusal belirtiler												
Normal	104	83.2	111	85.4	106	81.5	90	84.9	411	83.7	0.85	0.84
Normal Dışı	21	16.8	19	14.6	24	18.5	16	15.1	80	16.3		
Davranış sorunları												
Normal	101	80.8	97	74.6	108	83.1	88	83.0	394	80.2	3.79	0.28
Normal Dışı	24	19.2	33	25.4	22	16.9	18	17.0	97	19.8		
DE/HA												
Normal	88	70.4	86	66.2	97	74.6	78	73.6	349	71.1	2.68	0.44
Normal Dışı	37	29.6	44	33.8	33	25.4	28	26.4	142	28.9		
Akran sorunları												
Normal	82	65.6	78	60.0	95	73.1	75	70.8	330	67.2	5.85	0.12
Normal Dışı	43	34.4	52	40.0	35	26.9	31	29.2	161	32.8		
Sosyal davranışlar												
Normal	115	92.0	118	90.8	122	93.8	93	87.7	448	91.2	2.86	0.41
Normal Dışı	10	8.0	12	9.2	8	6.2	13	12.3	43	8.8		
Toplam Güçlük Puanı												
Normal	86	68.8	87	66.9	100	76.9	72	67.9	345	70.3	3.86	0.28
Normal Dışı	39	31.2	43	33.1	30	23.1	34	32.1	146	29.7		

Tablo 4.4.4. Çalışmaya katılan öğrencilerin Güçler ve Güçlükler Anketi alt grup puanlarının lise türüne göre dağılımı

GGA Alt Grup	Lise Türü								χ^2	p
	AL (n=260)		ML (n=122)		ÇPL/DL (n=109)		Toplam (n=491)			
	n	%	n	%	n	%	n	%		
Duygusal belirtiler										
Normal	212	81.5	106	86.9	93	85.3	411	83.7	2.01	0.37
Normal Dışı	48	18.5	16	13.1	16	14.7	80	16.3		
Davranış sorunları										
Normal	210	80.8	97	79.5	87	79.8	394	80.2	0.01	0.95
Normal Dışı	50	19.2	25	20.5	22	20.2	97	19.8		
DE/HA										
Normal	192	73.8	84	68.9	73	67.0	349	71.1	2.16	0.34
Normal Dışı	68	26.2	38	31.1	36	33.0	142	28.9		
Akran sorunları										
Normal	180	69.2	75	61.5	75	68.8	330	67.2	2.43	0.29
Normal Dışı	80	30.8	47	38.5	37	31.2	161	32.8		
Sosyal davranışlar										
Normal	240	92.3	112	91.8	96	88.1	448	91.2	1.79	0.41
Normal Dışı	20	7.7	10	8.2	13	11.9	43	8.8		
Toplam Güçlük Puanı										
Normal	188	72.3	82	37.2	75	68.8	345	70.3	1.17	0.56
Normal Dışı	72	27.7	40	32.8	34	31.2	146	29.7		

AL: Anadolu Lisesi, ML: Meslek Lisesi, ÇPL: Çok Programlı Lise, DL: Düz Lise

Tablo 4.4.5. Çalışmaya katılan öğrencilerin Güçler ve Güçlükler Anketi alt grup puanlarının yerleşim yerine göre dağılımı

GGA Alt Grup	Yerleşim Yeri						χ^2	p
	Kent (n=395)		Kır (n=96)		Toplam(n=491)			
	n	%	n	%	n	%		
Duygusal belirtiler								
Normal	334	84.6	77	80.2	411	83.7	0.78	0.38
Normal Dışı	61	15.4	19	19.8	80	16.3		
Davranış sorunları								
Normal	313	79.2	81	84.4	394	80.2	0.98	0.32
Normal Dışı	81	20.8	15	15.6	97	19.8		
DE/HA								
Normal	282	71.4	67	69.8	349	71.1	0.96	0.76
Normal Dışı	113	28.6	29	30.2	142	28.9		
Akran sorunları								
Normal	264	66.8	66	68.8	330	67.2	0.13	0.72
Normal Dışı	131	33.2	30	31.3	161	32.8		
Sosyal davranışlar								
Normal	359	90.9	89	92.7	448	91.2	0.13	0.72
Normal Dışı	36	9.1	7	7.3	43	8.8		
Toplam Güçlük Puanı								
Normal	274	69.4	71	74.0	345	70.3	0.78	0.38
Normal Dışı	121	30.6	25	26.0	146	29.7		

Tablo 4.4.6. Çalışmaya katılan öğrencilerin Güçler ve Güçlükler Anketi alt grup puanlarının aile tipine göre dağılımı

GGA Alt Grup	Aile Tipi						χ^2	p
	Çekirdek (n=362)		Geniş (n=129)		Toplam (n=491)			
	n	%	n	%	n	%		
Duygusal belirtiler								
Normal	302	83.4	109	84.5	411	83.7	0.02	0.89
Normal Dışı	60	16.6	20	15.5	80	16.3		
Davranış sorunları								
Normal	294	81.2	100	77.5	394	80.2	0.60	0.44
Normal Dışı	68	18.8	29	22.5	97	19.8		
DE/HA								
Normal	262	72.4	87	67.4	349	71.1	1.13	0.29
Normal Dışı	100	27.6	42	32.6	142	28.9		
Akran sorunları								
Normal	240	66.3	90	69.8	330	67.2	0.52	0.47
Normal Dışı	122	33.7	39	30.2	161	32.8		
Sosyal davranışlar								
Normal	327	90.3	121	93.8	448	91.2	1.43	0.23
Normal Dışı	35	9.7	8	6.2	43	8.8		
Toplam Güçlük Puanı								
Normal	258	71.3	87	67.4	345	70.3	0.67	0.41
Normal Dışı	104	28.7	42	32.6	146	29.7		

Araştırma grubunun anne baba birliktelik durumuna göre GGA puanlarının dağılımına bakıldığında; vefat ya da boşanma gibi sebeplerle anne babası birlikte yaşamayan öğrenciler, akran sorunları ve toplam güçlük puanlarına göre diğerleriyle karşılaştırıldığında daha fazla sıklıkta normal dışı olarak değerlendirilmiş olup, fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p < 0.05$, Tablo 4.4.7).

Anne ve babası arasında akrabalık bulunan öğrenciler, diğerlerine göre daha fazla sıklıkta duygusal belirtiler ve GGA toplam puanında artış gözlenmiş olup, fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p < 0.05$, Tablo 4.4.8).

Tablo 4.4.7. Çalışmaya katılan öğrencilerin Güçler ve Güçlükler Anketi alt grup puanlarının anne-baba birliktelik durumlarına göre dağılımı

GGA Alt Grup	Anne Baba Birlikteliği						χ^2	p
	Birlikte (n=467)		Birlikte Değil (n=24)		Toplam (n=491)			
	n	%	n	%	n	%		
Duygusal belirtiler*								
Normal	391	83.7	20	83.3	411	83.7	-	1.00
Normal Dışı	76	16.3	4	16.7	80	16.3		
Davranış sorunları*								
Normal	377	80.7	17	70.8	394	80.2	-	0.23
Normal Dışı	90	19.3	7	29.2	97	19.8		
DE/HA **								
Normal	334	71.5	15	62.5	349	71.1	0.52	0.47
Normal Dışı	133	28.5	9	37.5	142	28.9		
Akran sorunları**								
Normal	319	68.3	11	45.8	330	67.2	4.26	0.04
Normal Dışı	148	31.7	13	54.2	161	32.8		
Sosyal davranışlar*								
Normal	426	91.2	22	91.7	448	91.2	-	1.00
Normal Dışı	41	8.8	2	8.3	43	8.8		
Toplam Güçlük Puanı**								
Normal	335	71.7	10	41.7	345	70.3	8.49	0.004
Normal Dışı	132	28.3	14	58.3	146	29.7		

* Fisher Kesin Ki-kare testi kullanılmıştır. ** Yates düzeltmesi yapılmıştır.

Araştırma grubunun ailenin aylık gelir, sosyal güvence varlığı, kardeş sayısı, anne-baba eğitim durumu ve anne çalışma durumu bakımından GGA puanlarına göre anlamlı fark bulunmamıştır (Tablo 4.4.9, Tablo 4.4.10, Tablo 4.4.11, Tablo 4.4.12, Tablo 4.4.13, Tablo 4.4.14).

Araştırma grubunda babası memur ya da esnaf olan öğrencilerde, diğer gruplarla karşılaştırıldığında GGA sosyal davranışlar alt grup puanına göre daha fazla sıklıkta normal dışılık gözlenmiştir. GGA sosyal davranış alt grup puanlarının baba mesleğine göre dağılımındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p < 0.05$, Tablo 4.4.15).

Tablo 4.4.8. Çalışmaya katılan öğrencilerin Güçler ve Güçlükler Anketi alt grup puanlarının anne-baba arasında akrabalık durumuna göre dağılımı

GGA Alt Grup	Anne Baba Arasında Akrabalık Durumu						χ^2	p
	Akrabalık Yok (n=426)		Akrabalık Var (n=65)		Toplam (n=491)			
	n	%	n	%	n	%		
Duygusal belirtiler*								
Normal	366	85.9	45	69.2	411	83.7	10.3	0.001
Normal Dışı	60	14.1	20	30.8	80	16.3		
Davranış sorunları*								
Normal	344	80.8	50	76.9	394	80.2	0.31	0.58
Normal Dışı	82	19.2	15	23.1	97	19.8		
DE/HA *								
Normal	308	72.3	41	63.1	349	71.1	1.91	0.17
Normal Dışı	118	27.7	24	36.9	142	28.9		
Akran sorunları								
Normal	239	68.8	37	56.9	330	67.2	359	0.06
Normal Dışı	133	31.2	28	43.1	161	32.8		
Sosyal davranışlar*								
Normal	386	90.6	62	95.4	448	91.2	1.07	0.30
Normal Dışı	40	9.4	3	4.6	43	8.8		
Toplam Güçlük Puanı								
Normal	309	72.5	36	55.4	345	70.3	7.94	0.005
Normal Dışı	117	27.5	29	44.6	146	29.7		

* Yates düzeltmesi yapılmıştır.

Tablo 4.4.9. Çalışmaya katılan öğrencilerin Güçler ve Güçlükler Anketi alt grup puanlarının gelir durumuna göre dağılımı

GGA Alt Grup	Aile Gelir Durumu						χ^2	p		
	< 846 TL (n=126)		846-1692 TL (n=185)		> 1692 TL (n=180)				Toplam (n=491)	
	n	%	n	%	n	%			n	%
Duygusal belirtiler										
Normal	98	77.8	158	85.4	155	86.1	411	83.7	4.40	0.11
Normal Dışı	28	22.2	27	14.6	25	13.9	80	16.3		
Davranış sorunları										
Normal	105	83.3	152	82.2	137	76.1	394	80.2	3.13	0.21
Normal Dışı	21	16.7	33	17.8	43	23.9	97	19.8		
DE/HA										
Normal	87	69.0	135	73.0	127	70.6	349	71.1	0.60	0.74
Normal Dışı	39	31.0	50	27.0	53	29.4	142	28.9		
Akran sorunları										
Normal	82	65.1	120	64.9	128	71.1	330	67.2	1.96	0.38
Normal Dışı	44	34.9	65	35.1	52	28.9	161	32.8		
Sosyal davranışlar										
Normal	117	92.9	170	91.9	161	89.4	448	91.2	1.24	0.54
Normal Dışı	9	7.1	15	8.1	19	10.6	43	8.8		
Toplam Güçlük Puanı										
Normal	87	60.9	130	70.3	128	71.1	345	70.3	0.15	0.93
Normal Dışı	39	31.0	55	29.7	52	28.9	146	29.7		

Tablo 4.4.10. Çalışmaya katılan öğrencilerin Güçler ve Güçlükler Anketi alt grup puanlarının sosyal güvence durumuna göre dağılımı

GGA Alt Grup	Sosyal Güvence						χ^2	p
	Var (n=409)		Yok (n=82)		Toplam(n=491)			
	n	%	n	%	n	%		
Duygusal belirtiler*								
Normal	344	84.1	67	81.7	411	83.7	0.14	0.71
Normal Dışı	65	15.9	15	18.3	80	16.3		
Davranış sorunları*								
Normal	324	79.2	70	85.4	394	80.2	1.26	0.26
Normal Dışı	85	20.8	12	14.6	97	19.8		
DE/HA*								
Normal	287	70.2	62	75.6	349	71.1	0.74	0.39
Normal Dışı	122	29.8	20	24.4	142	28.9		
Akran sorunları								
Normal	275	67.2	55	67.1	330	67.2	0.001	0.98
Normal Dışı	134	32.8	27	32.9	161	32.8		
Sosyal davranışlar*								
Normal	372	91.0	76	92.7	448	91.2	0.09	0.77
Normal Dışı	37	9.0	6	7.3	43	8.8		
Toplam Güçlük Puanı								
Normal	289	70.7	56	68.3	345	70.3	0.18	0.67
Normal Dışı	120	29.3	26	31.7	146	29.7		

* Yates düzeltmesi yapılmıştır.

Tablo 4.4.11. Çalışmaya katılan öğrencilerin Güçler ve Güçlükler Anketi alt grup puanlarının kardeş sayısına göre dağılımı

GGA Alt Grup	Kardeş Sayısı						χ^2	p		
	En az bir (n=131)		İki (n=186)		Üç ve üzeri (n=122)				Toplam (n=491)	
	n	%	n	%	n	%			n	%
Duygusal belirtiler										
Normal	112	85.8	156	83.9	143	82.2	411	83.7	0.61	0.74
Normal Dışı	19	14.5	30	16.1	31	17.8	80	16.3		
Davranış sorunları										
Normal	107	81.7	154	82.8	133	76.4	394	80.2	2.53	0.28
Normal Dışı	24	18.3	32	17.2	41	23.6	97	19.8		
DE/HA										
Normal	96	73.3	136	73.1	117	67.2	349	71.1	1.93	0.38
Normal Dışı	35	26.7	50	26.9	57	32.8	142	28.9		
Akran sorunları										
Normal	91	69.5	131	70.4	108	62.1	330	67.2	3.26	0.19
Normal Dışı	40	30.5	55	29.6	66	37.9	161	32.8		
Sosyal davranışlar										
Normal	122	93.1	168	90.3	158	90.8	448	91.2	0.82	0.66
Normal Dışı	9	6.9	18	9.7	16	9.2	43	8.8		
Toplam Güçlük Puanı										
Normal	95	72.5	136	73.1	114	65.5	345	70.3	2.92	0.23
Normal Dışı	36	27.5	50	26.9	60	34.5	146	29.7		

Tablo 4.4.12. Çalışmaya katılan öğrencilerin Güçler ve Güçlükler Anketi alt grup puanlarının anne eğitim durumuna göre dağılımı

GGA Alt Grup	Anne Eğitim Durumu						χ^2	p
	İlkokul ve altı (n=330)		Ortaokul ve üzeri (n=161)		Toplam (n=491)			
	n	%	n	%	n	%		
Duygusal belirtiler*								
Normal	271	82.1	140	87.0	411	83.7	1.52	0.22
Normal Dışı	59	17.9	21	13.0	80	13.0		
Davranış sorunları								
Normal	272	82.4	122	75.8	394	80.2	3.02	0.08
Normal Dışı	58	17.6	39	24.2	97	19.8		
DE/HA								
Normal	233	70.6	116	72.0	349	71.1	0.11	0.74
Normal Dışı	97	29.4	45	28.0	142	28.9		
Akran sorunları								
Normal	226	68.5	104	64.6	330	67.2	0.74	0.39
Normal Dışı	104	31.5	57	35.4	161	32.8		
Sosyal davranışlar*								
Normal	301	91.2	147	91.3	448	91.2	<0.001	1.00
Normal Dışı	29	8.8	14	8.7	43	8.8		
Toplam Güçlük Puanı								
Normal	232	70.3	113	70.2	345	70.3	0.001	0.98
Normal Dışı	98	29.7	48	29.8	146	29.7		

* Yates düzeltmesi yapılmıştır.

Tablo 4.4.13. Çalışmaya katılan öğrencilerin Güçler ve Güçlükler Anketi alt grup puanlarının baba eğitim durumuna göre dağılımı

GGA Alt Grup	Baba Eğitim Durumu						χ^2	p
	İlkokul ve altı (n=185)		Ortaokul ve üzeri (n=306)		Toplam (n=491)			
	n	%	n	%	n	%		
Duygusal belirtiler								
Normal	151	81.6	260	85.0	411	83.7	0.95	0.33
Normal Dışı	34	18.4	46	15.0	80	16.3		
Davranış sorunları								
Normal	148	80.0	246	80.4	394	80.2	0.11	0.91
Normal Dışı	37	20.0	60	19.6	97	19.8		
DE/HA								
Normal	130	70.3	219	71.6	349	71.1	0.09	0.76
Normal Dışı	55	29.7	87	28.4	142	28.9		
Akran sorunları								
Normal	125	67.6	205	67.0	330	67.2	0.02	0.89
Normal Dışı	60	32.4	101	33.0	161	32.8		
Sosyal davranışlar*								
Normal	168	90.8	280	91.5	448	91.2	0.10	0.92
Normal Dışı	17	9.2	26	8.5	43	8.8		
Toplam Güçlük Puanı								
Normal	128	69.2	217	70.9	345	70.3	0.16	0.69
Normal Dışı	57	30.8	89	29.1	146	29.7		

* Yates düzeltmesi yapılmıştır.

Tablo 4.4.14. Çalışmaya katılan öğrencilerin Güçler ve Güçlükler Anketi alt grup puanlarının anne çalışma durumuna göre dağılımı

GGA Alt Grup	Anne Çalışma Durumu						χ^2	p
	Çalışmayanlar (n=435)		Çalışanlar (n=56)		Toplam (n=491)			
	n	%	n	%	n	%		
Duygusal belirtiler*								
Normal	363	83.4	48	85.7	411	83.7	0.06	0.81
Normal Dışı	72	16.6	8	14.3	80	16.3		
Davranış sorunları*								
Normal	350	80.5	44	78.6	394	80.2	0.02	0.88
Normal Dışı	85	19.5	12	21.4	97	19.8		
DE/HA *								
Normal	309	71.0	40	71.4	349	71.1	<0.001	1.00
Normal Dışı	126	29.0	16	28.6	142	28.9		
Akran sorunları*								
Normal	294	67.6	36	64.3	330	67.2	0.12	0.73
Normal Dışı	141	32.4	20	35.7	161	32.8		
Sosyal davranışlar**								
Normal	397	91.3	51	91.1	448	91.2	-	1.00
Normal Dışı	38	8.7	5	8.9	43	8.8		
Toplam Güçlük Puanı*								
Normal	304	69.9	41	73.2	345	70.3	0.13	0.72
Normal Dışı	131	30.1	15	26.8	146	29.7		

* Yates düzeltmesi yapılmıştır. ** Fisher Kesin Ki-kare testi yapılmıştır.

Tablo 4.4.15. Çalışmaya katılan öğrencilerin Güçler ve Güçlükler Anketi alt grup puanlarının baba mesleğine göre dağılımı

GGA Alt Grup	Baba Mesleği						χ^2	p		
	İşçi/Çiftçi (n=243)		Memur/ Esnaf (n=184)		Çalışmıyor (n=64)				Toplam (n=491)	
	n	%	n	%	n	%			n	%
Duygusal belirtiler										
Normal	197	81.1	157	85.3	57	89.1	411	83.7	2.94	0.23
Normal Dışı	46	18.9	27	14.7	7	10.9	80	16.3		
Davranış sorunları										
Normal	198	81.5	143	77.7	53	82.8	394	80.2	1.24	0.54
Normal Dışı	45	18.5	41	22.3	11	17.2	97	19.8		
DE/HA										
Normal	177	72.8	122	66.3	50	78.1	349	71.1	3.95	0.14
Normal Dışı	66	27.2	62	33.7	14	21.9	142	28.9		
Akran sorunları										
Normal	158	65.0	127	69.6	44	68.8	330	67.2	1.06	0.58
Normal Dışı	85	35.0	56	30.4	20	31.2	161	32.8		
Sosyal davranışlar										
Normal	227	93.4	160	87.0	61	95.3	448	91.2	6.99	0.03
Normal Dışı	16	6.6	24	13.0	3	4.7	43	8.8		
Toplam Güçlük Puanı										
Normal	170	70.0	123	66.8	52	81.3	345	70.3	4.74	0.09
Normal Dışı	73	30.0	61	33.2	12	18.8	146	29.7		

Çalışmaya katılan öğrencilerden kronik hastalığa sahip olanların, olmayanlara göre istatistiksel olarak anlamlı biçimde daha fazla sıklıkta akran sorunları yaşadığı ve daha yüksek GGA toplam puanına sahip olduğu saptanmıştır ($p<0.05$, Tablo 4.4.16).

Tablo 4.4.16. Çalışmaya katılan öğrencilerin Güçler ve Güçlükler Anketi alt grup puanlarının kronik hastalık durumuna göre dağılımı

GGA Alt Grup	Kronik Hastalık Durumu						χ^2	p
	Yok (n=460)		Var (n=31)		Toplam (n=491)			
	n	%	n	%	n	%		
Duygusal belirtiler*								
Normal	384	83.5	27	87.1	411	83.7	0.77	0.78
Normal Dışı	76	16.5	4	12.9	80	16.3		
Davranış sorunları*								
Normal	369	80.2	25	80.6	394	80.2	<0.001	1.00
Normal Dışı	91	19.8	6	19.4	97	19.8		
DE/HA *								
Normal	328	71.3	21	67.7	349	71.1	0.48	0.83
Normal Dışı	132	28.7	10	32.3	142	28.9		
Akran sorunları*								
Normal	322	70.0	8	25.8	330	67.2	23.77	0.001
Normal Dışı	138	30.0	23	74.2	161	32.8		
Sosyal davranışlar**								
Normal	418	90.9	30	96.8	448	91.2	-	0.51
Normal Dışı	42	9.1	1	3.2	43	8.8		
Toplam Güçlük Puanı								
Normal	329	71.5	16	51.6	345	70.3	4.59	0.03
Normal Dışı	131	28.5	15	48.4	146	29.7		

* Yates düzeltmesi yapılmıştır.

** Fisher kesin Ki-kare testi yapılmıştır.

Araştırma grubundaki öğrencilerin obez olup olmama durumları ile aldıkları GGA puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır (Tablo 4.4.17).

Okul başarı durumuna göre zayıf olan öğrenciler, orta ve iyi olan öğrencilere göre GGA davranış ve akran sorunları alt grup puanları açısından daha fazla normal dışı sıklığına sahip olduğu görülmüş olup, fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$, Tablo 4.4.18).

Tablo 4.4.17. Çalışmaya katılan öğrencilerin Güçler ve Güçlükler Anketi alt grup puanlarının obezite durumuna göre dağılımı

GGA Alt Grup	Obezite Durumu						χ^2	p
	Obez olmayanlar (n=447)		Obez olanlar (n=44)		Toplam (n=491)			
	n	%	n	%	n	%		
Duygusal belirtiler*								
Normal	372	83.2	39	88.6	411	83.7	0.51	0.48
Normal Dışı	75	16.8	5	11.4	80	16.3		
Davranış sorunları*								
Normal	358	80.1	36	81.8	394	80.2	0.006	0.94
Normal Dışı	89	19.9	8	18.2	97	19.8		
DE/HA *								
Normal	317	70.9	32	72.7	349	71.1	0.006	0.94
Normal Dışı	130	29.1	12	27.3	142	28.9		
Akran sorunları*								
Normal	303	67.8	27	61.4	330	67.2	0.49	0.49
Normal Dışı	144	32.2	17	38.6	161	32.8		
Sosyal davranışlar**								
Normal	409	91.5	39	88.6	448	91.2	-	0.57
Normal Dışı	39	8.5	5	11.4	43	8.8		
Toplam Güçlük Puanı *								
Normal	314	70.2	31	70.5	345	70.3	<0.001	1.00
Normal Dışı	133	29.8	13	29.5	146	29.7		

Tablo 4.4.18. Çalışmaya katılan öğrencilerin Güçler ve Güçlükler Anketi alt grup puanlarının okul başarı durumuna göre dağılımı

GGA Alt Grup	Okul Başarı Durumu						χ^2	p		
	Zayıf (n=119)		Orta (n=276)		İyi (n=96)				Toplam (n=491)	
	n	%	n	%	n	%			n	%
Duygusal belirtiler										
Normal	103	86.6	233	84.4	75	78.1	411	83.7	3.00	0.22
Normal Dışı	16	13.4	43	15.6	21	21.9	80	16.3		
Davranış sorunları										
Normal	86	72.3	225	81.5	83	86.5	394	80.2	7.39	0.025
Normal Dışı	33	27.7	51	18.5	13	13.5	97	19.8		
DE/HA										
Normal	79	66.4	201	72.8	69	71.9	349	71.1	1.71	0.42
Normal Dışı	40	33.6	75	27.2	27	28.1	142	28.9		
Akran sorunları										
Normal	65	54.6	197	71.4	68	70.8	330	67.2	11.3	0.004
Normal Dışı	54	45.4	79	28.6	28	29.2	161	32.8		
Sosyal davranışlar										
Normal	103	86.6	254	92.0	91	94.8	448	91.2	5.00	0.08
Normal Dışı	16	13.4	22	8.0	5	5.2	43	8.8		
Toplam Güçlük Puanı										
Normal	77	64.7	199	72.1	69	71.9	345	70.3	2.33	0.31
Normal Dışı	42	35.3	77	27.9	27	28.1	146	29.7		

Günde ortalama 4 saatten fazla süreyi akıllı telefon ya da internet başında geçirdiğini belirten öğrencilerde, diğerlerine göre GGA davranış sorunları, DE/HA, sosyal davranışlar ve GGA toplam puanları açısından daha fazla normal dışılık sıklığı gözlenmiş olup, fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$, Tablo 4.4.19).

Tablo 4.4.19. Çalışmaya katılan öğrencilerin Güçler ve Güçlükler Anketi alt grup puanlarının akıllı telefon/bilgisayar başında geçirilen süreye göre dağılımı

GGA Alt Grup	Akıllı Tel/Bilgisayar Başında Geçirilen Süre						χ^2	p
	4 saat ve daha az (n=405)		4 saatten fazla (n=86)		Toplam (n=491)			
	n	%	n	%	n	%		
Duygusal belirtiler*								
Normal	340	84.0	71	82.6	411	83.7	0.25	0.88
Normal Dışı	65	16.0	15	17.4	80	16.3		
Davranış sorunları								
Normal	335	82.7	59	68.6	394	80.2	8.91	0.003
Normal Dışı	70	17.3	27	31.4	97	19.8		
DE/HA								
Normal	300	74.1	49	57.0	349	71.1	10.09	0.001
Normal Dışı	105	25.9	37	43.0	142	28.9		
Akran sorunları								
Normal	278	68.6	52	60.5	330	67.2	2.15	0.14
Normal Dışı	127	31.4	34	39.5	161	32.8		
Sosyal davranışlar*								
Normal	375	92.6	73	84.9	448	91.2	4.36	0.037
Normal Dışı	30	7.4	13	15.1	43	8.8		
Toplam Güçlük Puanı								
Normal	293	72.3	52	60.5	345	70.3	4.79	0.029
Normal Dışı	112	27.7	34	39.5	146	29.7		

* Yates düzeltmesi yapılmıştır.

Günde ortalama 4 saatten fazla süreyi televizyon izleyerek geçirdiğini belirten öğrencilerde, diğerlerine göre daha fazla sıklıkta DE/HA gözlenmiş olup, fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$, Tablo 4.4.20).

Son 12 ay içinde bir kavganın içinde bulunmuş olan öğrencilerde, diğerlerine göre GGA, davranış sorunları, DE/HA puanları ve GGA toplam güçlük puanına göre dağılımı açısından daha fazla normal dışılık sıklığı gözlenmiş olup, fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$, Tablo 4.4.21).

Tablo 4.4.20. Çalışmaya katılan öğrencilerin Güçler ve Güçlükler Anketi alt grup puanlarının televizyon izleyerek geçirilen süreye göre dağılımı

GGA Alt Grup	Televizyon izleyerek geçirilen süre						χ^2	p
	4 saat ve daha az (n=450)		4 saatten fazla (n=41)		Toplam (n=491)			
	n	%	n	%	n	%		
Duygusal belirtiler*								
Normal	377	83.8	34	82.9	411	83.7	<0.001	1.00
Normal Dışı	73	16.2	7	17.1	80	16.3		
Davranış sorunları*								
Normal	365	81.1	29	70.7	394	80.2	1.94	0.16
Normal Dışı	85	18.9	12	29.3	97	19.8		
DE/HA *								
Normal	328	72.9	21	51.2	349	71.1	7.56	0.006
Normal Dışı	122	27.1	20	48.8	142	28.9		
Akran sorunları*								
Normal	304	67.6	26	63.4	330	67.2	0.14	0.71
Normal Dışı	146	32.4	15	36.6	161	32.8		
Sosyal davranışlar**								
Normal	411	91.3	37	90.2	448	91.2	-	0.77
Normal Dışı	39	8.7	4	9.8	43	8.8		
Toplam Güçlük Puanı *								
Normal	321	71.3	24	58.5	345	70.3	2.36	0.12
Normal Dışı	129	28.7	17	41.5	146	29.7		

* Yates düzeltmesi yapılmıştır.

** Fisher kesin Ki-kare testi yapılmıştır.

Tablo 4.4.21. Çalışmaya katılan öğrencilerin Güçler ve Güçlükler Anketi alt grup puanlarının son 12 ayda kavğaya karışma durumuna göre dağılımı

GGA Alt Grup	Kavğaya Karışma Durumu						χ^2	p
	Kavğaya Karışmayanlar (n=375)		Kavğaya Karışanlar (n=116)		Toplam (n=491)			
	n	%	n	%	n	%		
Duygusal belirtiler								
Normal	316	84.3	95	81.9	411	83.7	0.37	0.55
Normal Dışı	59	15.7	21	18.1	80	16.3		
Davranış sorunları								
Normal	316	84.3	78	67.2	394	80.2	16.20	<0.001
Normal Dışı	59	15.7	38	32.8	97	19.8		
DE/HA								
Normal	282	75.2	67	57.8	349	71.1	13.11	<0.001
Normal Dışı	93	24.8	49	42.2	142	28.9		
Akran sorunları*								
Normal	257	68.5	73	62.9	330	67.2	1.26	0.26
Normal Dışı	118	31.5	43	37.1	161	32.8		
Sosyal davranışlar*								
Normal	344	91.7	104	89.7	448	91.2	0.25	0.61
Normal Dışı	31	8.3	12	10.3	43	8.8		
Toplam Güçlük Puanı								
Normal	277	73.9	68	58.6	345	70.3	9.86	0.002
Normal Dışı	98	26.1	48	41.4	146	29.7		

* Yates düzeltmesi yapılmıştır

Son 12 ay içerisinde intihar düşüncesi ya da intihar planı yapan öğrencilerde, diğer öğrencilere kıyasla GGA duygusal belirtiler, davranış sorunları, DE/HA, akran sorunları alt grupları ile GGA toplam puanı puanına göre dağılımı açısından daha fazla normal dışılık sıklığı gözlenmiş olup, fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$, Tablo 4.4.22).

Tablo 4.4.22. Çalışmaya katılan öğrencilerin Güçler ve Güçlükler Anketi alt grup puanlarının son 12 ayda intihar düşüncesi ya da planı yapma durumuna göre dağılımı

GGA Alt Grup	Son 12 ayda İntihar Düşüncesi/Planı Yapma						χ^2	p
	Yapmayanlar (n=462)		Yapanlar (n=29)		Toplam (n=491)			
	n	%	n	%	n	%		
Duygusal belirtiler*								
Normal	393	85.1	18	62.1	411	83.7	-	0.003
Normal Dışı	69	14.9	11	37.9	80	16.3		
Davranış sorunları**								
Normal	382	82.7	12	41.4	394	80.2	26.82	0.001
Normal Dışı	80	17.3	17	58.6	97	19.8		
DE/HA **								
Normal	334	72.3	15	51.7	349	71.1	4.67	0.031
Normal Dışı	128	27.7	14	48.3	142	28.9		
Akran sorunları**								
Normal	317	68.6	13	44.8	330	67.2	5.97	0.015
Normal Dışı	145	31.4	16	55.2	161	32.8		
Sosyal davranışlar*								
Normal	423	91.6	25	86.2	448	91.2	-	0.31
Normal Dışı	39	8.4	4	13.8	43	8.8		
Toplam Güçlük Puanı**								
Normal	336	72.7	9	31.0	345	70.3	20.75	<0.001
Normal Dışı	126	27.3	20	69.0	146	29.7		

* Fisher Kesin Ki-kare testi kullanılmıştır. * Yates düzeltmesi yapılmıştır.

Son 12 ayda intihar girişiminde bulunduğunu ifade eden öğrencilerde, diğer öğrencilere göre GGA duygusal belirtiler, davranış sorunları, DE/HA, sosyal davranışlar alt grupları ile GGA toplam puanına göre dağılımı açısından daha fazla normal dışılık sıklığı gözlenmiş olup, fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$, Tablo 4.4.23)

Her gün sigara içen öğrencilerde, içmeyenlere kıyasla GGA duygusal belirtiler, akran sorunları alt grup puanları ve GGA toplam puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı biçimde daha fazla normal dışılık sıklığı gözlenmiş olup, fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$, Tablo 4.4.24).

Tablo 4.4.23. Çalışmaya katılan öğrencilerin Güçler ve Güçlükler Anketi alt grup puanlarının intihar girişiminde bulunma durumuna göre dağılımı

GGA Alt Grup	Son 12 ayda İntihar Girişiminde Bulunma						χ^2	p
	Bulunmayanlar		Bulunanlar		Toplam			
	(n=481)		(n=10)		(n=491)			
	n	%	n	%	n	%		
Duygusal belirtiler*								
Normal	406	84.4	5	50.0	411	83.7	-	0.013
Normal Dışı	75	15.6	5	50.0	80	16.3		
Davranış sorunları*								
Normal	391	81.3	3	30.0	394	80.2	-	0.001
Normal Dışı	90	18.7	7	70.0	97	19.8		
DE/HA *								
Normal	346	71.9	3	30.0	349	71.1	-	0.008
Normal Dışı	135	28.1	7	70.0	142	28.9		
Akran sorunları*								
Normal	326	67.8	4	40.0	330	67.2	-	0.087
Normal Dışı	155	32.2	6	60.0	161	32.8		
Sosyal davranışlar*								
Normal	441	91.7	7	70.0	448	91.2	-	0.049
Normal Dışı	40	8.3	3	30.0	43	8.8		
Toplam Güçlük Puanı *								
Normal	344	71.5	1	10.0	345	70.3	-	<0.001
Normal Dışı	137	28.5	9	90.0	146	29.7		

* Fisher Kesin Ki-kare testi kullanılmıştır.

Alkol kullanan öğrencilerde, kullanmayanlara kıyasla GGA davranış sorunları, akran sorunları alt grup puanları ve GGA toplam puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı biçimde daha fazla normal dışılık sıklığı gözlenmiş olup, fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p < 0.05$, Tablo 4.4.25).

Yaşamı boyunca rahatlamak ya da keyif almak amacıyla en az bir defa marihuana, esrar, bonzai veya bunların değişik formu olan bir uyuşturucu madde kullanmış olan öğrencilerde, diğer öğrencilere göre duygusal belirtiler, davranış sorunları, akran sorunları, sosyal davranışlar alt grupları ve GGA toplam puanına göre dağılımı açısından daha fazla normal dışılık sıklığı gözlenmiş olup, fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p < 0.05$, Tablo 4.4.26).

Tablo 4.4.24. Çalışmaya katılan öğrencilerin Güçler ve Güçlükler Anketi alt grup puanlarının sigara içme durumuna göre dağılımı

GGA Alt Grup	Sigara İçme Durumu						χ^2	p
	İçmeyenler (n=435)		İçenler (n=56)		Toplam (n=491)			
	n	%	n	%	n	%		
Duygusal belirtiler								
Normal	364	83.7	47	83.9	411	83.7	<0.001	1.00
Normal Dışı	71	16.3	9	16.1	80	16.3		
Davranış sorunları							13.85	<0.001
Normal	360	82.8	34	60.7	394	80.2		
Normal Dışı	75	17.2	22	39.3	97	19.8		
DE/HA *							0.47	0.49
Normal	307	70.6	42	70.5	349	71.1		
Normal Dışı	128	29.4	14	25.0	142	28.9		
Akran sorunları							4.03	0.045
Normal	299	68.7	31	55.4	330	67.2		
Normal Dışı	136	31.3	25	44.6	161	32.8		
Sosyal davranışlar							-	0.31
Normal	399	91.7	49	87.5	448	91.2		
Normal Dışı	36	8.3	7	12.5	43	8.8		
Toplam Güçlük Puanı							9.36	0.002
Normal	316	72.6	29	51.8	345	70.3		
Normal Dışı	119	27.4	27	48.2	146	29.7		

*Fisher Kesin Ki-kare testi kullanılmıştır

Tablo 4.4.25. Çalışmaya katılan öğrencilerin Güçler ve Güçlükler Anketi alt grup puanlarının alkol kullanma durumuna göre dağılımı

GGA Alt Grup	Alkol Kullanma Durumu						χ^2	p
	Kullanmayanlar (n=476)		Kullananlar (n=15)		Toplam (n=491)			
	n	%	n	%	n	%		
Duygusal belirtiler*							-	0.08
Normal	401	84.2	10	66.7	411	83.7		
Normal Dışı	75	15.8	5	33.3	80	16.3		
Davranış sorunları*							-	0.003
Normal	387	81.3	7	46.7	394	80.2		
Normal Dışı	89	18.7	8	53.3	97	19.8		
DE/HA **							-	0.39
Normal	340	71.4	9	60.0	349	71.1		
Normal Dışı	136	28.6	6	40.0	142	28.9		
Akran sorunları**							-	0.046
Normal	324	68.1	6	40.0	330	67.2		
Normal Dışı	152	31.9	9	60.0	161	32.8		
Sosyal davranışlar*							-	0.63
Normal	435	91.4	13	86.7	448	91.2		
Normal Dışı	41	8.6	2	13.3	43	8.8		
Toplam Güçlük Puanı **							-	0.003
Normal	340	71.4	5	33.3	345	70.3		
Normal Dışı	136	28.6	10	66.7	146	29.7		

*Fisher Kesin Ki-kare testi kullanılmıştır.

**Yates düzeltmesi yapılmıştır

Tablo 4.4.26. Çalışmaya katılan öğrencilerin Güçler ve Güçlükler Anketi alt grup puanlarının uyuşturucu madde kullanma durumuna göre dağılımı

GGA Alt Grup	Uyuşturucu Madde Kullanma Durumu						χ^2	p
	Kullanmayanlar (n=474)		Kullananlar (n=17)		Toplam (n=491)			
	n	%	n	%	n	%		
Duygusal belirtiler*								
Normal	400	84.4	11	64.7	411	83.7	-	0.043
Normal Dışı	74	15.6	6	35.3	80	16.3		
Davranış sorunları*								
Normal	388	81.9	6	35.3	394	80.2	-	<0.001
Normal Dışı	86	18.1	11	64.7	97	19.8		
DE/HA *								
Normal	337	71.1	12	70.6	349	71.1	-	1.00
Normal Dışı	137	28.9	5	29.4	142	28.9		
Akran sorunları**								
Normal	324	68.4	6	35.3	330	67.2	6.71	0.01
Normal Dışı	150	31.6	11	64.7	161	32.8		
Sosyal davranışlar*								
Normal	434	91.6	14	82.4	448	91.2	-	0.18
Normal Dışı	40	8.4	3	17.6	43	8.8		
Toplam Güçlük Puanı **								
Normal	339	71.5	6	35.3	345	70.3	8.65	0.003
Normal Dışı	135	28.5	11	64.7	146	29.7		

* Fisher Kesin Ki-kare testi kullanılmıştır. ** Yates düzeltmesi yapılmıştır.

Yaşamı boyunca keyif almak amacıyla en az bir defa bally, yapıştırıcı, tiner, boya, çakmak gazı gibi maddeleri koklayan öğrencilerde, diğer öğrencilere göre duygusal belirtiler, davranış sorunları, DE/HA, sosyal davranışlar alt grupları ve GGA toplam puanına göre dağılımı açısından daha fazla normal dışılık sıklığı gözlenmiş olup, fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p < 0.05$, Tablo 4.4.27).

Çalışmaya katılan öğrencilerin son 7 gün içerisinde kesintisiz 60 dakika boyunca orta ve/veya ileri dereceli fiziksel aktivite yapma durumlarına ve GGA puanlarına göre dağılımları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p > 0.05$, Tablo 4.4.28).

Tablo 4.4.27. Çalışmaya katılan öğrencilerin Güçler ve Güçlükler Anketi alt grup puanlarının bally, tiner, çakmak gazı koklama durumuna göre dağılımı

GGA Alt Grup	Bally, Tiner, Çakmak Gazı Koklama Durumu						χ^2	p
	Koklamayanlar		Koklayanlar		Toplam			
	(n=471)	(n=20)	(n=491)					
	n	%	n	%	n	%		
Duygusal belirtiler*								
Normal	399	84.7	12	60.0	411	83.7	- 0.008	
Normal Dışı	72	15.3	8	40.0	80	16.3		
Davranış sorunları*								
Normal	387	82.2	7	35.0	394	80.2	- <0.001	
Normal Dışı	84	17.8	13	65.0	97	19.8		
DE/HA *								
Normal	341	72.4	8	40.0	349	71.1	8.28 0.004	
Normal Dışı	130	27.6	12	60.0	142	28.9		
Akran sorunları**								
Normal	320	67.9	10	50.0	330	67.2	2.05 0.15	
Normal Dışı	151	32.1	10	50.0	161	32.8		
Sosyal davranışlar*								
Normal	433	91.9	15	75.0	448	91.2	- 0.023	
Normal Dışı	38	8.1	5	25.0	43	8.8		
Toplam Güçlük Puanı **								
Normal	336	71.3	9	45.0	345	70.3	5.17 0.023	
Normal Dışı	135	28.7	11	55.0	146	29.7		

* Fisher Kesin Ki-kare testi kullanılmıştır. ** Yates düzeltmesi yapılmıştır.

Tablo 4.4.28. Çalışmaya katılan öğrencilerin Güçler ve Güçlükler Anketi alt grup puanlarının fiziksel aktivite yapma durumu göre dağılımı

GGA Alt Grup	Fiziksel Aktivite Yapma Durumu						χ^2	p
	Yapmayanlar		Yapanlar		Toplam			
	(n=206)	(n=285)	(n=491)					
	n	%	n	%	n	%		
Duygusal belirtiler								
Normal	167	81.1	244	85.6	411	83.7	1.81 0.18	
Normal Dışı	39	18.9	41	14.4	80	16.3		
Davranış sorunları								
Normal	170	82.5	224	78.6	394	80.2	1.16 0.28	
Normal Dışı	36	17.5	61	21.4	97	19.8		
DE/HA								
Normal	146	70.9	203	71.2	349	71.1	0.007 0.93	
Normal Dışı	60	29.1	82	28.8	142	28.9		
Akran sorunları								
Normal	137	66.5	193	67.7	330	67.2	0.08 0.78	
Normal Dışı	69	33.5	92	32.3	161	32.8		
Sosyal davranışlar*								
Normal	193	93.7	255	89.5	448	91.2	2.16 0.14	
Normal Dışı	13	6.3	30	10.5	43	8.8		
Toplam Güçlük Puanı								
Normal	146	70.9	199	69.8	345	70.3	0.06 0.80	
Normal Dışı	60	29.1	86	30.2	146	29.7		

*Yates düzeltmesi yapılmıştır.

5. TARTIŞMA

Yıllar içinde ülkelerin sağlık göstergelerindeki umut vadeden değişmelere karşın, ergen bireylerin oluşturduğu yaş grubunda mortalite ve morbidite verilerinde göze çarpan bir değişim olmamıştır. Ergen yaş grubunun genel özellikleri itibari ile eğitim, sağlık hizmetleri kullanımı ve psikolojik danışmanlık gibi konulardaki araştırma ve geliştirme çalışmalarında ilk sıralara alınması gerekliliğinin, sağlık personeli, araştırmacılar, eğitimciler ve kamu idarecilerinin göz ardı ettiği düşünölmektedir (113).

Bencilikle cömertlik, topluma aşırı uyum ile uyumsuzluk, çocuksu davranışlar ile yetişkin ciddiyeti, neşe ile keder, otoriteye boyun eğme ile isyan etme gibi uç durumları kendinde barındıran ergenler, duygusal ve davranışsal olarak değişkenlikler gösterebilirler (114). Önemli olan ergen bireylerdeki bu değişkenliği, hastalık boyutuna vardığında önceden anlayabilmek ve gerekli önlemleri alabilmektir.

Bu çalışmada her beş ergenden birinin yaşadığı duygusal ve davranışsal sorunları ve ilişkili olabilecek faktörleri saptamak amaçlanmış ve bunun için dünyada seksenden fazla ülkenin diline çevrilmiş, uygulanması ve yorumlanması benzerlerine kıyasla daha kolay bir tarama aracı olan Güçler ve Güçlükler Anketi kullanılmıştır.

Çalışma için Tokat'ın il merkezi ve ilçelerindeki lise öğrencilerini kapsayacak şekilde bir örneklem ve her bir öğrencinin de bir adet yedeği tespit edilmiş olup, bu öğrenci ve velilerine çalışma öncesinde davet mektubu gönderilmiştir. Çalışmaya

katılmayı reddetme, çalışma günü devamsızlık gibi hallerde yedek öğrenciler çalışmaya dahil edilerek örneklemin neredeyse tamamına (%99.4) ulaşılmıştır. Fakat çeşitli sebeplerle bazı öğrencilerin araştırma dışı bırakıldığı çalışma, hedeflenen örneklemin yaklaşık %96'sı gibi büyük bir oran ile tamamlanmıştır. Araştırma grubundaki lise öğrencilerinin cinsiyet, yaş, sınıf dağılımları dengeli ve birbirine yakındır.

Araştırma grubundaki lise öğrencilerinin GGA duygusal belirtiler, davranış sorunları, DE/HA, akran sorunları, sosyal davranışlar ve toplam güçlük puanı ortalamaları sırasıyla 3.3 ± 2.22 , 2.3 ± 1.67 , 4.4 ± 1.92 , 2.8 ± 1.66 , 8.1 ± 1.79 ve 12.9 ± 5.15 olarak bulunmuştur. Yunanistan'da ergen popülasyonu ile yapılan bir çalışmada ergenlerin GGA alt gruplarından aldıkları puan ortalamaları (duygusal belirtiler:2.7, davranış sorunları:3.0, DE/HA:3.6, akran sorunları:1.9, sosyal davranışlar:8.1, GGA toplam puanı:11.1) bizim çalışmamız ile benzerdir (115). İsveç'te lise öğrencileriyle yapılan çalışmada da hesaplanan GGA alt grup puan ortalamaları (duygusal belirtiler:3.2, davranış sorunları:1.9, DE/HA:4.2, akran sorunları:1.8, sosyal davranışlar:8.5, GGA toplam puanı:11.1) bizim çalışmamızla benzer bulunmuştur (116). Kars'ta yapılmış bir çalışmada lise öğrencilerinin GGA alt gruplarından aldıkları puan ortalamaları sırasıyla 3.8, 3.3, 1.8, 3.9, 8.0 olarak bildirilmiş, GGA toplam güçlük puanına ise yer verilmemiştir (117). Bu çalışmada diğer dört alt gruptan farklı olarak, DE/HA puan ortalaması bizim çalışmamıza kıyasla gözle görünür şekilde daha azdır. Yine Güvenir T. ve arkadaşlarının yaptığı GGA'nın Türkçe uyarlama çalışmasında, ergenlerin kendi doldurduğu formlara göre hesaplanmış GGA alt grup puan ortalamaları (duygusal belirtiler:4.1, davranış sorunları:2.9, DEHA bozukluğu: 5.2, akran sorunları:3.1, GGA toplam puanı:15.3 - sosyal davranışlar puanına yer verilmemiştir-) da bizim çalışmamız ile benzer bulunmuştur (13). Diğer taraftan Karataş ve arkadaşlarının (2011) İzmir'de yaptıkları bir çalışmada ergenler, bizim çalışmamızda bulunan puan ortalamalarına göre çok daha yüksek puanlar (duygusal belirtiler:7.4, davranış sorunları:6.3, DE/HA: 8.7, akran sorunları:7.3, sosyal davranışlar:13.7, GGA toplam puanı:29.7) almışlardır (118). Bu çalışma bizim çalışmamızdan farklı olarak sadece erken ergenlik dönemindeki 6.sınıf ilköğretim öğrencileri ile yapılmıştır. Bu nedenle elde edilen yüksek puanları bütün ergenlik dönemi için genelleştirmek yanıltıcı olabilir.

Ergenlerde GGA ile duygusal ve davranışsal belirtilerin taranmasına yönelik çalışmalar sadece toplum merkezli olmayıp yazında riskli popülasyonlarla yapılan çalışmalar da yer almaktadır. Örneğin İzmir’de suça karışmış lise öğrencileriyle yapılmış bir çalışmada GGA alt grupları için elde edilen puanlar (duygusal belirtiler:3.6, davranış sorunları:2.9, DE/HA:4.6, akran sorunları:2.0, sosyal davranışlar:7.7, GGA toplam puanı:13.3), bizim çalışmamıza göre kısmen yüksek olarak ölçülürken (119), psikiyatri servisinde yatan hastalar ile yapılan bir çalışmada ise hesaplanan GGA alt grup ortalamaları (duygusal belirtiler:5.1, davranış sorunları:3.1, DE/HA:5.8, akran sorunları:2.8, sosyal davranışlar:8.1, GGA toplam puanı:16.66), -sosyal davranış ve akran sorunları puanları dışında- bizim çalışmamızdan daha yüksek bulunmuştur (120).

GGA kullanılarak yapılan pek çok çalışmada, Goodman’ın 2001 yılındaki yayınında belirtildiği gibi 90’ıncı persentil kesim noktası olarak alınmış, 90’ıncı persentil üzeri ergenler “anormal” kabul edilmiştir (104). Bu çalışmada araştırma grubundaki lise öğrencilerinin Güçler ve Güçlükler Anketi duygusal belirtiler alt grubu puanlarına göre %9.8’i, davranış sorunları alt grup puanlarına göre %11.0’i, DE/HA alt grubu puanlarına göre %14.1’i, akran sorunları alt grup puanlarına göre %5.7’i, sosyal davranışlar alt grup puanlarına göre %3.3’ü, GGA toplam güçlük puanlarına göre ise %10.6’sı anormal olarak bulunmuştur. İran’da yapılan bir çalışmada ergenlerin GGA’dan aldıkları puanlara göre sorunlu olma sıklıkları (duygusal belirtiler: %8.1, davranış sorunları: %24, DE/HA: %13.9, akran sorunları: %7.3, sosyal davranışlar: %5.8, GGA toplam güçlük puanı: %14.3), davranış sorunları alt grubu dışında bizim çalışmamız ile benzer bulunmuştur (121). Kars’ta yapılan bir çalışmada lise öğrencilerinin %19.3’ü duygusal sorunlar, %4.3’ü davranış sorunları, %3.4’ü DE/HA, %10.2’si akran ilişkileri, %1.6’sı sosyal davranışlar alanlarında problemlili bulunmuştur. Öğrencilerin %9.8’i ise GGA toplam skoruna göre anormal olarak değerlendirilmiştir (117). Kars’taki çalışmada bizim çalışmamıza göre duygusal sorunlar ve akran ilişkilerinde sorun yaşayan öğrenci sıklığının daha fazla, DE/HA ve davranış sorunları yaşayan öğrenci sıklığının ise daha az olması dikkat çekicidir. Yeni Zelanda’da yapılan çalışmada ergenler GGA’dan aldıkları puanlara göre değerlendirildiğinde (duygusal belirtiler: %10.5, davranış sorunları: %9.3, DE/HA: %14.1, akran sorunları: %3.4, sosyal davranışlar:

%11.3, GGA toplam güçlük puanı: %9.3), sosyal davranışlar alt grubu haricinde bizim çalışmamızla benzer sonuçlar elde edildiği görülmektedir (122).

GGA kullanılarak yürütülen çalışmalarda katılımcılar aldıkları puanlara göre “normal”, “sınırdan” ve “anormal” olmak üzere üç kategoriye ayrılmaktadır. “Sınırdan” olan bireyler, bazı çalışmalarda (122-126) “normal” olanlara, bazı çalışmalarda (119, 127-131) da “anormal” olanlara katılarak dikotomize edilme yoluna gidilmiştir. Bu çalışmada öğrencilerin sosyodemografik değişkenler ve riskli sağlık davranışları ile GGA puanları karşılaştırılırken, sınırdan olan öğrenciler anormal olanlar ile birleştirilmiş ve veriler “normal – normal dışı” şeklinde kategorize edilmiştir. Böylece öğrencilerin %16’sı duygusal belirtiler, %20’si davranış sorunları, %29’u DE/HA, %33’ü akran sorunları, %9’u sosyal davranışlar ve yaklaşık %30’u da GGA toplam puan açısından risk grubunda yer almıştır.

Çalışma, Tokat’taki 71 lise arasından rastgele seçilen 8’i Anadolu lisesi, 4’ü çok programlı lise, 4’ü meslek lisesi, 2’si düz lise olmak üzere toplam 18 lisede yürütülmüştür. Her ilçeden en az bir lisenin örnekleme yer almasına dikkat edilmiştir. Araştırma grubunun yarıya yakını Anadolu lisesinde öğrenim görmektedir. Öğrencilerin lise türü dağılımları ildeki lise öğrencisi dağılımına uygundur. Öğrencilerin GGA’dan aldıkları puan dağılımları ile lise türü dağılımları arasında istatistiksel olarak fark bulunmamıştır.

Ergen ve gençlerde riskli sağlık davranışları ve ruhsal hastalıkların dağılımı cinsiyete göre farklılık gösterebilir. Örneğin: kaygı bozuklukları, depresyon, yeme bozuklukları gibi içe vurum problemleri daha çok kızlarda görülürken, dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu, davranış bozukluğu, madde ve alkol kullanımı ve bağımlılığı, şiddet ve cinselliğin dışa vurumu erkek gençler için daha önemli bir meseledir (114). Yapılan çalışmalarda bazı rahatsızlık ve bozukluklara kızlarda, bazılarında ise erkeklerde daha sık rastlanmıştır. İstanbul’da lise öğrencileriyle yapılan bir çalışma yukarıdaki bilgiyi destekler niteliktedir. Yenilik arayışı, dürtüsellik, düşük okul başarısı, disiplin cezası, devamsızlık, okuldan kaçma, arkadaşından fiziksel zarar görme, fiziksel bir kavgaya karışma, silah taşıma ve yasal sorunlar erkek öğrencilerde daha fazlayken; depresyon, anksiyete, öfke ve asertivite (istek, gereksinim ve duyguları doğrudan ve dürüst ifade edebilme, hakkını karşısındakinin

sınırlarını ihlal etmeden arayabilme ve karşısındakinin sınırlarına saygı göstererek hayır diyebilme) eksikliği, intihar düşüncesi ve girişimi kız öğrencilerde daha fazla bulunmuştur (132). Bu çalışmada okul başarısı kızlarda erkeklere göre; kavgaya karışma, sigara, alkol kullanımı ve fiziksel aktivite yapma durumu ise erkeklerde kızlara göre istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek bulunmuştur. Araştırma grubundaki öğrencilerinin GGA'dan aldıkları puanlara göre yapılan gruplandırmada kızların, erkeklere göre duygusal belirtiler ve DE/HA alt grupları açısından daha fazla sıklıkta problem yaşadıkları saptanmıştır. Davranış sorunları, akran sorunları, sosyal davranışlar ve GGA toplam puanı açısından ise cinsiyete göre fark bulunmamıştır. GGA toplam güçlük puanı bakımından dağılımda kızlarda normal dışılık sıklığı daha yüksektir, fakat erkeklerle olan aradaki fark anlamlı değildir. İran'da yapılan bir çalışmada, duygusal belirtiler açısından kızların; davranış sorunları, DE/HA ve akran ilişkileri ve GGA toplam puanı açısından da erkeklerin daha fazla sorun yaşadıkları tespit edilmiştir (133). İsveç'te yapılan çalışmada kız öğrencilerin GGA duygusal belirtiler ve sosyal davranışlar alt grupları ve GGA toplam puanı; erkek öğrencilerin ise GGA davranış problemleri, akran ilişkileri alt gruplarından aldıkları puanlar daha yüksek bulunmuştur. DE/HA açısından ise cinsiyete göre anlamlı fark saptanmamıştır (116). Yeni Zelanda'da yapılan bir çalışmada, kızların GGA duygusal belirtiler ve DE/HA alt gruplarında; erkeklere göre belirgin şekilde daha fazla sıklıkta zorluk yaşadıkları, GGA toplam puanlarının ise daha yüksek olduğu bulunmuştur (122).

Tokat'ta ikamet eden bireylerin yaklaşık %75'i kentsel bölgelerde, %25'i ise kırsalda ikamet etmektedir (134). Çalışmaya katılan lise öğrencileri de Tokat il geneline benzer bir kır/kent dağılımı göstermektedir. Lise öğrencilerinin kır/kent ve cinsiyet dağılımları arasında anlamlı fark saptanmıştır. Ayrıca öğrencilerin GGA'dan aldıkları puan dağılımları ile kır ya da kente ikamet etme durumları arasında istatistiksel olarak fark bulunmamıştır.

Nüfusunun büyük bölümünün şehirlerde yaşadığı günümüzde geleneksel ataerkil geniş aileler, yerini anne-baba ve çocuklardan oluşan çekirdek aileye bırakmıştır. Her ne kadar geniş ailede yaşamak bir takım problemler beraberinde getirirse de küçük ailelerin de kendine has sorunları vardır. Mesela; çekirdek ailedeki

anne-baba çalışıyorsa çocuğun bakımı ve çocukta oluşan ilgi ve sevgi açlığı, geniş ailede yaşanmaz (135). TÜİK Hanehalkı Bütçe Anketi'ne göre ölkemizde hane halklarının %15.4'ü geniş aile yapısına sahiptir (136). Bu çalışmada ise geniş ailede yaşayan lise öğrencilerinin oranı %26 ile öлке oranından daha fazla bulunmuştur. Bunda anne ve/veya babası öldüğü ya da ayrıldığı için zorunlu olarak büyüklerin yanında yaşayanların ve Tokat'ta kente göç etmiş olsa bile kırsal bölgeden tam anlamıyla kopmanın olmaması etkili olmuş olabilir. Ayrıca çalışmaya katılan öğrencilerin GGA puanları ile çekirdek ya da geniş aileye sahip olma durumları arasında anlamlı fark bulunmamıştır. Oysaki İstanbul'da yapılan bir çalışmada geniş ailede yaşayan ergen oranı %9 bulunmuştur. Ayrıca aynı çalışmada çekirdek ailede yaşayan ergenlerde majör depresyon oranı %7 iken, geniş ailedekilerde bu oran %12 bulunsa da aradaki yaklaşık iki kat farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı vurgulanmıştır (137). Yine Ankara'da ergenlerin ruhsal sorunlarını araştıran bir çalışmada aile tipi ile ruhsal sağlık durumu arasında fark bulunmamıştır (138).

Yapılan çalışmaları, anne/babası boşanmış ya da ölüm gibi sebeplerle anne/babadan ayrı olarak büyüyen çocukların, anne/babası birlikte olan çocuklara göre daha fazla güvensiz bağlanma tarzı geliştirdiklerini, kaygı, durumluk öfke, sürekli öfke, kendini suçlama, umutsuzluk, depresyon ve intihar eğilimlerinin daha yüksek olduğunu, ayrıca duygusal ve sosyal uyum, benlik saygısı ve psikolojik dayanıklılık düzeylerinin de daha düşük olduğunu göstermiştir (139). Ayrıca parçalanmış ailelerde büyüyen çocuk ve ergenlerde sigara, alkol ve uyuşturucu madde kullanımının, davranış bozuklukları ve suç işleme eğilimlerinin daha fazla olduğu bildirilmektedir (140, 141). Çalışmaya katılan lise öğrencilerinin %5'i ölüm ya da boşanma gibi sebeplerden dolayı anne ve babası ile birlikte yaşamamaktadır. Öğrencilerin GGA'dan aldıkları puan dağılımına bakıldığında, sosyal davranışlar alt grubu dışında tüm GGA alt gruplarında anne-babası ayrı yaşayan öğrencilerin, normal dışı kategorisi sıklıkları, diğer öğrencilerden oransal olarak fazla olmasına rağmen, yalnızca GGA akran ilişkileri ve GGA toplam puanında istatistiksel olarak anlamlılık tespit edilmiştir. Çocukların ebeveynlerine karşı geliştirdikleri bağlanma türü ileriki yaşamlarında kişilerarası ilişki kurma becerilerini etkilemektedir. Yapılan bir çalışmada anne/babası boşanmış okul öncesi dönem çocuklarda tespit edilen bağlanma şekillerinin bu çocukların akranları ve öğretmenleri ile olan ilişkilerini

etkilediği gösterilmiştir (142). Bu bağlamda çalışmamızda görülen anormal GGA akran ilişkileri puanları anne/babası boşanmış olan gençlerde özellikle bağlanma ile yakından ilişkili başka psikopatolojilerin de incelenmesi gerekliliğini ortaya koymaktadır. Sonuçta ergen ruh sağlığının önemli bir bileşeni anne/baba katılımıdır (143).

Çocuk sahibi olmak için temel koşul eşlerin fiziksel ve ruhsal yönden sağlıklı olmalarıdır. Akriba evliliklerinde kalıtsal hastalıkların ortaya çıkması kolaylaştığından, gelecek kuşakların sağlıklı olabilmesi için evlenecek bireyler, hem kendi ruh ve beden sağlıkları hem de eşlerinin hakkında bilgi sahibi olmalıdırlar (144). Anne baba arasında akrabalık olması eşlerden birinde ya da her ikisinde birden rahatsızlık durumunda anksiyete, depresyon, madde kullanımı ve davranış sorunları gibi bir takım ruhsal hastalıkların psikopatolojisinin çocuklara aktarılması açısından bir risk faktörüdür (145). İstanbul'da çocuk ruh sağlığı ve hastalıkları polikliniğine başvuran hastalarla yapılan bir çalışmada akriba evliliğinden olan çocuklarda hafif ve orta dereceli mental retardasyon sıklığı daha fazla bulunmuştur. Aynı çalışma akriba evliliğinden doğan çocukların ruhsal hastalıklar yanında, doğum ağırlıklarının, diğer çocuklara göre anlamlı şekilde daha düşük olduğunu ortaya koymuştur (146). Bu çalışmaya katılan öğrencilerin %13'ünün anne ve babası arasında akrabalık bulunmaktadır. Ayrıca kızlarda akriba evliliği sıklığı istatistiksel olarak anlamlı biçimde erkeklerden daha fazladır. Mersin'de yapılan bir çalışmada da kız öğrencilerdeki anne baba arasında akrabalık oranları daha fazla bulunmuştur (147). Bu çalışmada öğrencilerin GGA puanlarının anne-baba akrabalık durumuna göre dağılımına bakıldığında, GGA'nın tüm alt gruplarında akriba evliliğinin olumsuz etkisi görülmesine rağmen sadece duygusal belirtiler ve GGA toplam puanındaki normal dışılık sıklığı istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Bu sonucun ortaya çıkmasında kız öğrencilerdeki anne-baba arasında akrabalık durumunun ve duygusal belirti sıklığının erkeklere göre daha fazla bulunmasının etkisi olabilir.

Ailenin sosyoekonomik düzeyi, çocuk ve ergen yaş grubunda, pek çok ruhsal bozukluk için belirleyici olan çevresel faktörlerden bir tanesidir (148). Düşük sosyoekonomik düzeye sahip ailelerde yetişen çocuk ve ergenlerde depresyon, anksiyete, içe kapanıklık, saldırgan davranış ve dikkat sorunlarının görülme

sıklığında artış tespit edilmiştir (149). Sosyoekonomik düzey meslek, eğitim durumu, gelir düzeyi, yaşanan ev tipi, yaşanan çevre, sahip olunan taşınır ve taşınmaz mallar gibi birtakım faktörlerin bileşimini ifade eden bir terimdir. Mesela bir kişinin gelirin iyi olması sosyoekonomik düzeyinin de iyi olacağı anlamına gelmeyebilir. Aynı zamanda iyi bir eğitim almış olması ve yaşanan yerin de iyi olması gerekmektedir (150). Bu çalışmada araştırmaya katılan lise öğrencilerinin kır ya da kentte ikamet etmesi, sosyal güvence sahip olması, anne-baba eğitim durumları ile anne-baba mesleği, ailenin aylık geliri ve ailenin sahip olduğu çocuk sayısına göre sosyoekonomik düzey tayini yapılmaya çalışılmıştır. Her beş öğrencinin biri kırsal bölgede ikamet etmektedir. Öğrencilerin %17'sinin sosyal güvencesi yoktur. Öğrencilerin babalarının %62'si en az ortaokul mezunu iken, annelerinde bu oran %33'tür. Öğrencilerin annelerinin %90'a yakını çalışmamakta, babalarının ise yarıya yakını işçi ya da çiftçidir. Her dört öğrenciden birinin ailesinin aylık geliri asgari ücretin altındadır. Öğrencilerin %35'inin üç ve daha fazla kardeşi bulunmaktadır. Araştırma grubundaki lise öğrencilerinin GGA'dan aldıkları puanlar ile öğrencilerin ikamet yeri, sosyal güvenceye sahip olma durumu, anne-baba eğitim durumu, annenin çalışma durumu, ailenin aylık geliri ve ailenin sahip olduğu çocuk sayısına göre fark saptanmamıştır. Öğrencilerden babası esnaf ya da memur olanların GGA sosyal davranışlar alt grubu puan dağılımları açısından, babası işçi/çiftçi olanlar ya da çalışmayanlara göre daha fazla sıklıkta normal dışılık tespit edilmiştir. Vietnam'da yapılan bir çalışmada ailenin gelir düzeyi ile GGA duygusal belirtiler ve akran ilişkileri alt grupları arasında negatif, DE/HA alt grubu ile arasında pozitif bir ilişki bulunmuştur. Aynı çalışmada baba eğitim durumu ile GGA DE/HA alt grubu arasında pozitif, akran ilişkileri alt grubu arasında ise negatif bir ilişki bulunmuştur (151). Norveç'te yapılan çalışma, öğrencilerin ailelerinin maddi durumu iyileştikçe ve anne-babanın eğitim düzeyi arttıkça GGA'dan aldıkları puanların da yükseldiğini göstermektedir. Düşük anne-baba eğitim seviyesi, GGA davranış sorunları ve DE/HA alt grup puanlarının yüksekliği ile; özellikle de babanın düşük eğitim seviyesi GGA duygusal belirtiler alt grubu puanlarının yüksekliği ile ilişkili bulunmuştur. Ailelerinin gelir düzeyi düşük olan öğrencilerde istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha fazla sıklıkta davranış sorunları ve duygusal belirtiler gösterdiği bulunmuştur (152). GGA'nın Yunan versiyonunun faktör analiz çalışması sonuçları,

ailenin düşük-orta ve düşük-yüksek sosyoekonomik düzeye sahip olma durumu ile GGA davranış sorunları ve sosyal davranışlar alt grupları haricinde diğer tüm alt grup puanları arasında anlamlı fark olduğunu göstermiştir (153).

Araştırma grubundaki öğrencilerin %6.3'ünün (kızlarda %6, erkeklerde %7, $p>0.05$) kronik bir hastalığı bulunmaktadır. Türkiye Ergen Profili Araştırması'nda sürekli ilaç kullanmayı gerektirecek bir hastalığı bulunan ergenlerin oranı 2008 yılında %4.2, 2013 yılında ise %4 olarak bildirilmiştir (9, 14). Oysaki Yeni Zelanda'da bizim çalışmamızın sonucundan çok farklı olarak lise öğrencilerinin %18'inin kronik bir sağlık sorunun bulunduğu; bu sağlık sorunlarının öğrencilerin yaklaşık üçte birinin aktivitelerini sınırladığı, yaklaşık onda birinin ise sosyal yönden kısıtlanmasına sebep olduğu bildirilmiştir (154). Amerika'da öğrenim gören lise öğrencileri arasında fiziksel bir özürlü ya da uzun süreli bir sağlık sorunu olanların sıklığı kızlarda %12, erkeklerde ise %8, toplamda ise %10 bulunmuştur (155). Bizim çalışmamızda bu çalışmadan farklı olarak erkeklerde, kızlardan daha fazla kronik hastalık olduğu bulunmuştur.

ABD'de 10-20 milyon çocuk ve ergenin kronik hastalık sahibi olduğu tahmin edilmektedir. Bu da 18 yaşına kadar çocuklarda yaklaşık %10-15'inde herhangi bir kronik hastalık gelişeceği anlamına gelir. Tıptaki yeni gelişmeler çocuk ve ergenlerde, hastalıkların duygusal ve davranışsal gibi psikolojik yönlerine olan ilgiyi artırmıştır (156). Kronik hastalığı olan çocuk ve ergenlerin, diğer akranlarına göre ruhsal hastalıklar açısından üç-dört kat daha fazla risk altında oldukları bildirilmiştir (157). Araştırmada kronik hastalığı olan öğrencilerin daha fazla akran sorunları yaşadığı ve daha yüksek GGA toplam puanına sahip olduğu saptanmıştır. Keser ve arkadaşlarının (2012) bu çalışmadaki ölçeğin aynısını kullanarak yaptığı araştırmada ise kronik hastalığı olan katılımcıların daha fazla duygusal sorunlar, akran sorunları yaşadığı ve olumlu sosyal davranış açısından daha düşük puanlar aldığı belirtilmiştir (157). İrlanda'da bu çalışmadaki gibi GGA kullanılarak yapılan bir başka araştırmada, kronik hastalığı olan ergenlerin duygusal sorunlar, akran ilişkileri ve GGA toplam güçlük puanlarının, kronik hastalığı olmayan gruba göre anlamlı derecede daha yüksek olduğu bulunmuştur (158). Norveç'te yapılan başka bir çalışmaya göre ise kronik hastalığı olan öğrenciler, diğer akranlarına göre duygusal

ve davranışsal problemler yönünden her iki cinsiyet için de iki kat daha fazla risk taşımaktadırlar (159). Ayrıca Yeni Zelanda'da kronik hastalığı olan öğrencilerin, olmayanlara göre daha fazla depresif belirtiler gösterdikleri saptanmıştır (154).

Araştırma grubunun yaklaşık dörtte biri BKİ yönünden normal persentil aralığında değildir. Türkiye Ergen Profili Araştırması'na göre 2013 yılında normal aralıkta olmayan ergenlerin oranı %37'dir (14). Isparta'da lise öğrencilerinde yapılan bir çalışmada öğrencilerin %33.4'ünün BKİ açısından normal olmadığı bulunmuştur (160). TÜİK Sağlık Araştırması 2014'te bu oran, 15 yaş üzeri bireyler için %42.2 olarak bildirilmiştir (161). Yaş ilerledikçe BKİ açısından normal aralıkta olan bireylerin azalması dikkat çekicidir.

Obezite, son 30 yılda çocukluk çağında ikiye, ergenlik çağında ise dörde katlanmıştır. 2012 yılında yeryüzündeki ergen ve çocukların üçte birinden daha fazlası obez ya da fazla kiloludur. Bu çağlarda görülen obezitenin sosyal ve kısa vadede psikolojik sorunlar doğurmasının yanında uzun vadede hipertansiyon, kardiyovasküler hastalıklar, tip 2 diyabet, metabolik sendrom gibi çok ciddi hastalıklarla olan ilişkisi, obez bireylerde hayat süresinin kısalığı ve yetişkin obezlerin büyük kısmının başlangıcının çocuk ve ergenlik dönemine uzanması nedeniyle son derece önemlidir (162, 163). Araştırma grubundaki öğrencilerin %9'unun (kızlarda:%10, erkeklerde:%8) obez olduğu saptanmıştır. Gençlerde obezite sıklığının -bizim çalışmamızdan oldukça fazla olarak- yaklaşık %14 bulunduğu Amerika Gençlik Riskli Davranış Araştırması'nda yine bizim çalışmamızdan farklı olarak obezite sıklığı erkeklerde (%16) kızlara göre (%11) daha fazla olduğu saptanmıştır (164). Ülkemizde yapılan bir çalışmanın sonuçları %11 (kızlarda:%8, erkeklerde:%15) obezite sıklığı ile bizim çalışmamızın sonucuna daha yakındır. Fakat bizim çalışmamızda erkeklerde obezite sıklığı daha fazla iken, bu çalışmada kızlarda daha sık bulunmuştur (165).

Araştırma grubundaki öğrencilerin obez olup olmamaları ile aldıkları GGA puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamamıştır. Halbuki Portekiz'de GGA kullanılarak ergenler üzerinde yapılan bir çalışmada obez olan ergenlerin, yüksek GGA toplam puanları ve yüksek akran ilişkileri puanları ile arasında anlamlı ilişki bulunmuştur (166). Yine GGA'nın çocuk ve ergenlerdeki

ruhsal durumu ölçmek için kullanıldığı İspanya’da yapılmış bir çalışmada obezite, zayıf ruhsal durum ile ilişkili bulunmuş, ayrıca bu öğrencilerin daha sık duygusal sorunlar ve akran ilişkilerinde güçlükler yaşadıkları saptanmıştır (167). İngiltere’de benzer yöntemle yapılmış bir çalışmada obez olan çocuk ve ergenlerin, obez olmayanlara göre GGA toplam puanları ile, duygusal ve davranışsal sorunlar alt grup puanlarının anlamlı derecede yüksek olduğu bulunmuştur (168).

Yapılan çalışmalarda okul başarısızlığı ile çeşitli ruhsal hastalıklar arasındaki ilişki olduğu gösterilmiştir (169). Özellikle depresyon, anksiyete bozukluğu, davranış bozuklukları, DEHB olan öğrencilerde öğrenme güçlüğü ve okul başarısızlığı ile daha sık karşılaşılmaktadır (114). Bu çalışmada okul başarı durumu zayıf olan öğrencilerin, diğer öğrencilere göre anlamlı derecede daha fazla davranış ve akran sorunları yaşadığı saptanmıştır. Kırşehir’de yapılan bir çalışmada okul başarısı düşük olan öğrencilerin ruhsal sağlık açısından yüksek riskli grupta yer aldığı belirtilmektedir (170). Okul başarısı düşük olan öğrencilerin; Kayseri’de yapılan bir çalışmada depresyon belirtilerini taşıma sıklığı, Trabzon’da yapılan diğer bir çalışmada ise intihar girişiminde bulunma riski diğer öğrencilerden fazla bulunmuştur (171, 172). Okulda şiddet davranışı gösteren ve göstermeyen öğrencilerin karşılaştırıldığı bir çalışma, şiddet uygulayan grubun kendini okul başarısı yönünden daha yetersiz bulduğunu ortaya koymaktadır (173).

Ergenler, içinde yaşadıkları dönemin özellikleri gereği suça karışma, madde kullanım deneyimleri, korunmasız cinsel ilişki, kendine kasıtlı olarak zarar verme, dikkatsiz ve tedbirsiz araç kullanma ve suda boğulma gibi bazı riskli sağlık davranışlarında bulunabilirler (174). Bu çalışmada lise öğrencilerinin akıllı telefon ve internet kullanımı, televizyon izleme süreleri, herhangi bir kavgaya karışma, intihar düşüncesi, planı yapma, bağımlılık yapıcı madde kullanımı ve fiziksel aktivite yapma durumları belirlenmiş ve öğrenciler bu davranışlar açısından GGA alt gruplarından aldıkları puan dağılımlarına göre karşılaştırılmışlardır.

Son yıllarda gelişen teknoloji ile beraber, bireylerin en ucuz eğlence, bilgilenme ve boş zamanlarını değerlendirme biçimi olarak görülen kitap, gazete, dergi gibi kitle iletişim araçlarının yerini televizyon, bilgisayar, internet, akıllı telefon gibi araçlar almıştır. Gençlerde internet, televizyon ve teknoloji bilgi ve

kullanımının, diğer yaş gruplarına göre daha üst seviyelerde olduğu düşünüldüğünde bu araçların kullanımının yaygınlaşması, toplumsal ve kişisel yaşamı kolaylaştırıcı sonuçlarının yanında özellikle çocuk ve gençler için zararlı birer alışkanlık haline geleceği göz ardı edilmemelidir (175, 176). Bu çalışmada lise öğrencilerinin bilgisayar/akıllı telefon başında ve televizyon izleyerek geçirdikleri süreler ve bu sürelere göre GGA alt gruplarından aldıkları puanlara göre dağılımları incelenmiştir (bilgisayar/akıllı telefon kullanımı, internet kullanımı ile özdeş tutulmuştur). Günümüzde tüm öğrencilerin cep telefonu olduğu kabul edildiğinden, ayrıca öğrencilerinin cep telefonuna sahip olup olmadığı sorgulanmamıştır.

Çalışmaya katılan lise öğrencilerinin yaklaşık beşte biri günde ortalama dört saatten fazla süreyi bilgisayar ya da akıllı telefon başında ve yaklaşık her on öğrenciden biri günde ortalama dört saatten fazla süreyi televizyon izleyerek geçirdiğini ifade etmektedir. Ayrıca on öğrenciden birinin hiç akıllı telefon ya da internet kullanmadığı, her beş öğrenciden birinin ise hiç televizyon izlemediği saptanmıştır. Öğrencilerin bilgisayar/akıllı telefon ve televizyonla meşgul olma süreleri ortalama 2'şer saattir. Öğrencilerin akıllı telefon bilgisayar kullanma ve televizyon izleme süreleri ile cinsiyet arasında anlamlı fark bulunmamaktadır. Brezilya'da yapılmış bir çalışmada ergenlerin %64'ü günde ortalama dört saatten fazla zamanını ekran başında geçirmektedir (177). Amerika Gençlik Riskli Davranış Araştırması sonuçları; bu çalışmadaki sonuçlarla benzer şekilde gençlerin %41'inin günde üç saatten fazla süre bilgisayar kullanarak; %3'ünün ise yine günde üç saatten fazla süreyi televizyon izleyerek geçirdiğini göstermektedir (164). Radyo Televizyon Üst Kurulu'nun yaptığı araştırmaya göre toplumun yaklaşık %27'si günde dört saat ve üzerinde televizyon izlemektedir. Aynı araştırmada 15-20 yaş arası grupta günlük ortalama televizyon izleme süresi 3.6 saat olarak bildirilmektedir (178). Milli Eğitim Bakanlığı'nın öğrencilerin televizyon izleme alışkanlıklarının değerlendirilmesi amacıyla 12 ildeki okullarda öğrenim görmekte olan öğrencilerle yürüttüğü bir çalışmaya göre öğrencilerin %11'i bu çalışmanın sonuçlarıyla uyumlu olarak günde ortalama dört saatten fazla televizyon izlemektedir (179). TEPA'ya göre 2013 yılında ergenlerin yalnızca %5'i internet başında, %10'u ise televizyon izlerken günde ortalama beş saatten fazla vakit geçirmektedir. Aynı araştırmaya göre ergenlerin günlük ortalama internet kullanımı ve televizyon izleme süreleri bu çalışma ile

benzer şekilde yaklaşık 2 saattir (14). Yine Ankara ve İstanbul'da yapılan çalışmaların sonuçlarına göre ergenlerin günlük ortalama televizyon izleme süreleri bizim çalışmamızla uyumlu şekilde yaklaşık iki saattir (47, 180).

İnternet kullanım süresi artışıyla birlikte, çocuk ve ergenlerde yalnızlık, sosyal yalıtım, sinirlilik ve saldırganlık gibi duygusal ve davranışsal bozuklukların sıklığında artışlar, genel sağlık düzeylerinin azaldığı ve depresif belirtilerin daha sık görüldüğü bildirilmektedir (181). Ayrıca bilgisayar başında fazla zaman geçiren çocukların temporal dopaminerjik aktivitede artışla beraber DEHA bozukluğu belirtileri gösterdikleri belirlenmiştir (182). Hatta Balıkesir'de lise öğrencileriyle yapılan bir çalışmada internet kullanım oranının artmasının öğrencilerin madde kullanım durumlarını olumsuz etkilediği görülmüştür (183). Bu çalışmada daha fazla süre akıllı telefon ya da bilgisayar başında geçiren lise öğrencilerinin, diğerlerine göre daha fazla sıklıkta davranış sorunları ve DE/HA belirtileri gösterdiği ve GGA toplam puanlarının da daha yüksek olduğu bulunmuştur. Ayrıca, günde ortalama 4 saatten fazla süreyi televizyon izleyerek geçirdiğini belirten öğrencilerde, diğerlerine göre daha fazla sıklıkta DE/HA belirtileri gözlenmiştir. Antalya'da problemlili internet kullanımı olan ergenlerle yapılan bir çalışmada, en sık psikiyatrik tanılar DEHB, kaygı bozuklukları ve duygudurum bozuklukları olduğu bulunmuştur (184). Ankara'da yapılan bir çalışmada televizyon karşısında dört saatten fazla daha fazla vakit geçiren ergenlerin daha sık DEHB, agresif davranışlar, dışa vurum ve cinsel bozukluklar gösterdikleri belirtilmiştir (180). Yurtdışında yayınlanan bir çalışmada fazla televizyon izlemek, içe kapanma, sosyal problemler, suça meyil, saldırgan, içselleştirilmiş ve dışsallaştırılmış davranış bozukluklarıyla ilişkili bulunmuştur (185). İstanbul'da yapılan bir çalışmada da internet bağımlısı tanısı konan ergenlerin aldıkları en sık eş psikiyatrik tanı grupları sırasıyla davranış bozuklukları, anksiyete bozuklukları ve duygudurum bozuklukları olarak sıralanmıştır. Aynı çalışmada rastlanan en sık psikiyatrik hastalıklar ise DEHB, sosyal fobi ve majör depresyondur (186).

Çalışmada öğrencilerin %23.6'sı, son bir yılda fiziksel olarak bir kavganın içinde bulunduğunu ifade etmişlerdir. Kavgayla karışma, kızlarda yaklaşık %20, erkeklerde ise yaklaşık %28 sıklıkla gerçekleşmiştir ($p<0.05$). Amerika Gençlik

Riskli Davranış Araştırması'na göre ise Amerika'da son bir yıl içinde ergenlerde fiziksel olarak bir kavgaya karışma sıklığı bu çalışma ile benzer şekilde erkeklerde %30, kızlarda ise yaklaşık %19, toplamda ise %24.7 olarak belirtilmiştir (164). Son bir yılda kavgaya karışma durumu İstanbul, Edirne ve Malatya'daki lise öğrencileri ile ilgili yapılan benzer çalışmalarda sırasıyla %42, %26.4 ve %24.5 olarak bulunmuştur (36, 187, 188). Tüm çalışmalarda bizim çalışmamıza benzer şekilde erkeklerde kavgaya karışma sıklığı kızlardan fazladır.

Türkiye Ergen Profili Araştırması'na göre ergenlerin %24'ü ergenlik ile birlikte "daha geçimsiz, kavgacı, sert bir insan" olduğunu kabul etmektedir (14). Depresyon, dürtüsellik, şiddete yanlısı akranlarla bir arada bulunmak, düşük okul bağlılığı, zayıf aile desteği ve aile içi iletişim, ergenlerde şiddet ve kavgaya meyil için önemli risk faktörlerindedir (189). Bu çalışma son 12 ayda herhangi bir kavgaya karıştığını ifade eden lise öğrencilerinin, diğer öğrencilere göre daha fazla sıklıkta davranış sorunları ve DE/HA belirtileri yaşadığını ortaya koymaktadır. Ayrıca bu öğrencilerin GGA toplam puanı, diğerlerinden yüksek bulunmuştur. İstanbul'da yapılan bir çalışmada erkek, ruh sağlığı zayıf, sigara içen, madde kullanan, silah taşıyan, okul başarı durumu kötü, arkadaşlarıyla fazla vakit geçiren, cinsel yönden aktif, zorbalık yapan veya zorbalığa uğrayan ergenler daha sık fiziksel kavgaya karışma durumu ile ilişkili bulunmuştur (190). Kayseri'de yapılan bir çalışmada üzerinde kesici alet taşıyan ve arkadaşları ile okul idaresi ve polise yansıyan kavgaya karışan lise öğrencilerinde, diğerlerine göre daha yüksek oranda depresyon rahatsızlığı tespit edilmiştir (171).

Çalışmaya katılan öğrencilerin yaklaşık %6'sının son 12 ay içerisinde intihar düşüncesi taşıdığı ya da intihar planı yaptığı, bunların da yaklaşık üçte birinin intihar teşebbüsünde bulunduğu saptanmıştır. Tüm öğrenciler arasındaki intihar teşebbüsü sıklığı ise %2'dir. İntihar düşüncesi, planı ya da teşebbüsünde bulunma durumu ile cinsiyet dağılımı arasında anlamlı fark bulunmamaktadır. Amerika Gençlik Riskli Davranış Araştırması'na göre ise Amerika'da son bir yıl içinde intihar planı yapma ve intihar teşebbüsü sıklığı sırasıyla %13.6 ve % 8.0'dır. İntihar planı ve teşebbüsünün erkeklerde daha fazla olduğu saptanmıştır (164). Avrupa kıtasını temsil eden bir örneklem üzerinde yapılan bir çalışmada ergenlerin %17'sinin intihar

düşüncesine, %22'sinin ise ölüm düşüncesine sahip olduğunu ortaya koymuştur. En düşük ve en yüksek intihar düşüncesi oranı %9.9 ile İtalya'da ve %27 ile Doğu Almanya'dadır. Türkiye'de ise ergenlerde intihar düşüncesi oranı %13 olarak bulunmuştur (191). Türkiye oranının bizim çalışmamız ve yapılan diğer çalışmalardan yüksek bulunmasının sebebi kullanılan yöntem ile ilgili olabilir. Türkiye Ergen Profili Araştırması sonuçlarına göre ergenlerin %4'ü intihar etmeyi düşünmüş, bunların da %24'ü intihar girişiminde bulunmuştur (14). Sivas'ta yapılan bir çalışma neredeyse her beş ergenden birinin son bir yılda intihar etmeyi düşündüğünü ve erkeklerde bu düşüncenin daha sıklıkla gerçekleştiğini ortaya koymuştur (192).

Ergen ölümlerinde üçüncü sırada bulunan intiharlar, ergenlerin psikiyatrik nedenli acil servislere en sık başvuru sebebi olmaktadır (29, 39). Sosyal yönden uyumsuzluk yaşayan, agresif davranışlar sergileyen, madde kullanan, ruhsal rahatsızlığı ve aile öyküsü bulunan ergenlerin intihara daha yatkın oldukları bildirilmiştir (38). Isparta'da lise öğrencileri ile yapılan bir çalışmada kendini yaralama davranışına sahip ergenlerin, diğerlerine göre anlamlı şekilde daha fazla intihar girişiminde bulunduğu ortaya çıkmıştır (193). Bu çalışmada intihar düşüncesi ya da planı yapan ergenlerde sosyal davranış puanları dışında diğer GGA puanlarının, diğer öğrencilerin puanlarından, intihar teşebbüsünde bulunan öğrencilerin ise akran sorunları dışında diğer GGA puanlarının diğer öğrencilerin puanlarından ciddi şekilde yüksekliği dikkat çekicidir. İsrail'de intihar ile ilgili ergenlerin duygusal ve davranışsal durumlarını GGA kullanarak araştıran bir çalışmada, ergenlerin intihar düşüncesi ile GGA puanları arasında fark bulunmamış iken, intihar teşebbüsünde bulunan ergenlerin tüm GGA alt grup puanlarının, diğer ergenlerin puanlarından anlamlı biçimde daha yüksek bulunduğu belirtilmiştir (194). Avrupa'da yaşayan ergenlerin intihar düşüncesini ve ruhsal sağlık durumlarını GGA kullanarak araştıran bir çalışmada intihar düşüncesi ile DE/HA ve davranış sorunları arasında kuvvetli bir ilişki bulunmuştur (191). Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi polikliniğine başvurup majör depresif bozukluk tanısı alan ergenlerle yapılan bir çalışmada intihar düşüncesi yüksek depresyon ve anksiyete düzeyleri, umutsuzluk ve düşük benlik saygısı ile; intihar girişimi ise davranışsal sorunlar ile ilişkili bulunmuştur (195).

Eğlenmek, sosyal ve duygusal ihtiyaçlarını gidermek, heyecan aramak veya meydan okumak, arkadaş grubuna uyum gibi pek çok nedenle sigara, alkol, uyuşturucu gibi bağımlılık yapıcı maddelerin ilk denendiği yaş grubu ergenlik dönemine denk gelmektedir. Zaten 18 yaşına kadar bir maddeyi denemeyen bireylerin daha sonraki yaşlarda bu maddeleri kullanma riskinin oldukça az olduğu bildirilmektedir (196). Bu araştırmada, çalışmaya katılan öğrencilerin sigara, alkol, uyuşturucu ve uçucu madde kullanım durumları belirlenmiş ve bu maddeleri kullanan ergenler, kullanmayanlara göre duygusal ve davranışsal bozukluklar açısından karşılaştırılmıştır.

Araştırmaya katılan öğrencilerin %82.5'inin hiç sigara içmediği ve %11.4'ünün ise halen sigara kullanmakta olduğu saptanmıştır. Erkeklerde her gün sigara içme sıklığı yaklaşık %10, kızlarda ise yaklaşık %2'dir. Cinsiyete göre sigara içme ve içip bırakma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<0.05$). Türkiye Ergen Profili Araştırması 2013 verilerine göre aynı yaş grubunda hiç sigara içmeme sıklığı, bu araştırmaya benzer şekilde %82.2'dir. Her gün sigara içme sıklığı ise yine bu araştırmaya benzer şekilde %9.8'dir (erkeklerde %9, kızlarda %2) (14). TEPA 2008'de ise hiç sigara içmemiş olan 15 yaş üzeri ergenlerin sıklığı %62.5, her gün sigara içenlerin sıklığı ise %15'tir (9). Ergenlerin sigara içme sıklığında yıllar içinde gözlenen bu azalma, Küresel Yetişkin Tütün Araştırması Türkiye 2012'de sunulan %23.8'lik sigara kullanımı sıklığı göz önünde bulundurulduğunda, gelecek için umut vaat etmektedir (197). Dünya üzerinde de pek çok yüksek gelirli ülkede ergenlerin sigara içme sıklığının azalmakta olduğu bildirilmektedir (5).

Araştırmada, her gün sigara içen öğrencilerin, içmeyenlere göre duygusal ve akran ilişkileri yönünden daha fazla güçlük yaşadıkları ve GGA toplam puan dağılımlarına göre ise daha fazla sıklıkta normal dışılık saptanmıştır. Kore'de yapılan bir çalışmada ergenlik döneminde her gün sigara içmenin, depresyon ve anksiyete riskini artırdığı bulunmuştur (198). Hatta İspanya'da GGA kullanılarak yapılan bir çalışmada; günde 1 saatten az sigara dumanına pasif olarak maruz kalan ergenlerin, diğerlerine göre ruhsal bozukluk riskinde artış ve günde 1 saat ve üzerinde pasif

maruziyet yaşıyanların, günde 1 saatten az maruziyet yaşıyanlara göre DE/HA açısından üç kat kadar artan risk taşıdıkları bildirilmiştir (199).

Araştırmaya katılan yaklaşık her 10 öğrenciden biri hayatı boyunca alkol ile tanışmış, yaklaşık %3'ü ise son bir ayda günde en az bir bardak alkol kullanmıştır. Alkol kullanımı erkeklerde daha fazla bulunmuştur. Avrupa'da aralarında Türkiye'nin de bulunduğu 35 ülkede ergenlerin alkol ve madde kullanım durumlarını araştıran bir çalışmada, tüm ülkeler göz önüne alındığında ergenlerin en az %90'ı hayatı boyunca en az bir kere alkol kullanmış olduğu belirtilmekte, Türkiye'nin ise %45 oranı ile ergenlerde alkolle tanışmanın en az yaşandığı ülke olduğu vurgulanmaktadır. Yine aynı çalışmada Avrupa'daki diğer ülkelerde son 30 günde alkol alan ergenlerin sıklığı %80'lerde iken; Türkiye'de sadece %20 civarında bulunduğu özellikle belirtilmektedir (200). Amerika Gençlik Riskli Davranış Araştırması'na göre ise Amerika'da alkolle tanışma ve son 30 gündeki alkol kullanma sıklıkları sırasıyla %66 ve %35'dir (164). Samsun'da lise öğrencilerinde yapılan bir çalışmaya göre alkol alma sıklığı yaşamı boyunca %26, son bir ayda ise %14'tür (201). Sivas'ta ise lise öğrencilerinin %4'ün, Kırıkkale'de ise ergenlerin %6'sının alkol kullandığı saptanmıştır (192, 202). Bu konuda yapılmış tüm çalışmalarda, bu çalışma ile benzer şekilde alkol kullanım sıklığı erkeklerde kızlara göre daha fazla bulunmuştur.

Ergenlerin alkol ve madde kullanmaya başlamalarındaki temel etkenlerin başında döneme özgü özellikler, kimlik arayışı ve başta aile olmak üzere yakın ve uzak arkadaşlar arasındaki kötü örneklerin benimsenmesi gelmektedir. Duygudurum bozukluğu olan bireylerde alkol ve madde kullanım sıklığının daha fazla olduğu gösterilmiştir (203). Yine kaygı bozukluğu olan bireylerin rahatlamak, kaygıdan kurtulmak ve korkudan korunmak amacıyla sıklıkla alkol ve madde kullanmak suretiyle bağımlı olabilecekleri belirtilmektedir (114). Bu çalışmada da son bir ayda alkol almış olan lise öğrencilerinin, diğerlerine göre daha fazla davranış ve akran ilişki sorunu yaşadığı, GGA toplam puanlarının ise daha yüksek olduğu saptanmıştır. Hindistan'da yapılmış bir çalışmada ergenlerin alkol kullanımını, intihar düşüncesi, DEHB ve düşük akademik performans ile ilişkili bulunmuştur (204).

Uçucu madde, hızlı, keyif verici, hafif sarhoşluk yapan etkileri nedeni ile tercih edilen, oda sıcaklığında kolayca buharlaşabilen maddelere denilir. Marihuana, esrar, bonzai ya da bunların değişik formları uçucu madde tanımı içine girmez. Uçucu maddeler, sigara ve alkolden sonra en sık kullanılan bağımlılık yapıcı maddelerdir (164). Çalışmaya katılan lise öğrencilerinin %3.5'i yaşamı boyunca rahatlamak ya da keyif almak için Marihuana, esrar, bonzai ya da bunların değişik herhangi bir formunu kullandığını, %4.1'i ise bally, yapıştırıcı, tiner, boya, çakmak gazı vb. kokladığını ifade etmiştir. Uyuşturucu madde kullanımı ve uçucu madde koklama durumunun cinsiyete göre dağılımında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır. Amerika'da gençlerin hayatı boyunca en az bir kere deneme sıklıkları marihuana için %40.7, kokain için %5.5, uçucu maddeler için ise %8.9 olarak bildirilmektedir. Tüm maddelerde erkek kullanıcı hakimiyeti vardır (205). Samsun'da lise öğrencileriyle yapılan bir çalışmada yaşamı boyunca herhangi bir madde kullanım sıklığı erkek öğrencilerde daha fazla olmak üzere, bizim çalışmamız ile benzer şekilde %3.2 bulunmuştur (201). Halbuki TEPA'da esrar, bally/tiner ve ecstasy kullanımının sırasıyla %2, %1 ve %0.5 ile çok sınırlı olduğu görülmüştür(14).

Uyuşturucu madde kullanımının risk faktörlerini araştıran yayınlarda madde kullanımının ortaokul seviyesinden lise seviyesine geçiş yapan ergenlerde artmakta olduğu vurgulanmaktadır. Liseye geçişte madde kullanımı için en önemli risk faktörleri arasında önceki madde kullanım öyküsü, arkadaş etkisi ve ruhsal sağlık durumu sayılmaktadır (206). Her ne kadar uyuşturucu madde kullanımı ile genel psikososyal durum arasındaki bağlantı tam açıklanamasa da ergenlik çağında uyuşturucu madde kullanımı, davranış sorunları, dikkat eksikliği, depresyon, anksiyete, suç işlemeye meyil gibi geniş bir aralıktaki duygusal ve davranışsal bozukluklar ile ilişkili bulunmuştur (125). Çalışmamızda yaşamı boyunca rahatlamak ya da keyif almak amacıyla en az bir defa marihuana, esrar, bonzai veya bunların değişik formu olan bir uyuşturucu madde kullanmış olan öğrencilerde, GGA DE/HA ve sosyal davranışlar alt grupları haricinde; bally, yapıştırıcı, tiner, boya, çakmak gazı gibi maddeleri koklayan öğrencilerde ise GGA akran sorunları alt grubu haricinde diğer alt gruplar ve GGA toplam puanına göre diğer öğrencilerden fazla sıklıkta normal dışılık tespit edilmiştir. Almanya'da yapılan bir çalışma, uyuşturucu

madde kullanan ergenlerin, kullanmayan ergenlere göre GGA puanları açısından yaklaşık 4.5 kat daha fazla klinik grupta yer alma riski taşıdıklarını ortaya koymuştur (125). İskoçya’da uyuşturucu madde kullanan lise öğrencilerinin, kullanmayanlara göre depresyon, intihar düşüncesi ve girişimi yönünden daha fazla risk taşıdığı tespit edilmiştir (207). İngiltere’de yapılan bir çalışma, uyuşturucu madde kullanan lise öğrencilerinin, kullanmayanlara göre daha düşük okul başarısına sahip olduklarını ve daha fazla dışa vurum belirtileri sergilediklerini ortaya koymuştur (208).

Araştırma grubundaki her üç lise öğrencisinden ikisi son yedi gün içerisinde en az bir gün, kesintisiz en az 60 dakika boyunca koşma, bisiklete binme, futbol, basketbol, aerobik, yerleri süpürme, pencere silme gibi fiziksel aktivitede bulduklarını ifade etmiştir. Fiziksel aktivite yapma durumu ile cinsiyet arasındaki erkekler lehine olan fark (kızlarda:%51, erkeklerde:%66) istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Amerika Gençlik Riskli Davranış Araştırması’na göre öğrencilerin %85’i son yedi gün içinde en az bir gün kesintisiz en az 60 dakika boyunca fiziksel aktivite yapmıştır. Bu çalışmada bulunan sonuç kadar fiziksel aktivite yapma durumunun cinsiyet dağılımı (kızlarda: %81, erkeklerde:%89) da bizim çalışmamıza göre oldukça farklıdır (164). Ülkemizde yapılan çalışmalarda ise bizim çalışmamız ile daha benzer sonuçlar bulunmuştur. Örneğin İstanbul’da lise öğrencilerinin neredeyse yarısının düzenli spor aktivitesine katılmakta olduğu bildirilmiştir. Kızlarda spor aktivitesine katılım %34 iken, erkeklerde %70’dir (47). Kocaeli’de lise öğrencilerinin riskli sağlık davranışlarını belirlemek için yapılan bir çalışmada, kız öğrencilerin %31’inin, erkek öğrencilerin %69’unun, toplamda ise %74’ünün son yedi gün içerisinde ter atacak kadar egzersiz yapmış oldukları ortaya çıkmıştır (209).

Uygun ortam ve programlandırılmış, belli bir amaca yönelik yapılan fiziksel aktivitenin beden sağlığı üzerindeki olumlu etkilerinin yanı sıra ruh sağlığı açısından yararları kanıtlanmıştır. Fiziksel aktivitelere katılımın, kırılgan benlik algısına sahip, duygusal zorluklar yaşayan çocuk ve ergenlerde tedavi edici özelliği de bulunmaktadır (210). Düzenli spor yapan ergenlerin, yapmayanlara göre genel ruhsal belirti ve depresyon puanları daha düşük, sigara, alkol ve madde kullanım sıklıkları daha az bulunmuştur. Spora ayrılan süre arttıkça ruhsal belirti şiddetinin azaldığı, yaşam kalite puanlarının ise arttığı saptanmıştır (211). Çalışmaya katılan lise

öğrencilerinin son 7 gün içerisinde kesintisiz 60 dakika boyunca orta ve/veya ileri dereceli fiziksel aktivite yapma durumlarına ve GGA puanlarına göre dağılımları arasında anlamlı fark saptanmamıştır. Brezilya’da yapılan bir çalışmada fiziksel aktivite ile GGA toplam puanı arasında ters bir ilişki olduğu (fiziksel aktivite süre ve miktarı arttıkça GGA skorunun azaldığı) saptanmıştır (212). Almanya’da yapılmış başka bir çalışmada ise fiziksel aktivite ile GGA DE/HA alt grubu arasında pozitif yöndeki ilişkiye dikkat çekilmiştir (130). Avustralya’da öğrencilerin okul dışındaki fiziksel aktivitelerinin duygusal ve davranışsal durumlarına etkilerini araştıran bir çalışmada, okul dışı fiziksel aktivitenin sayısı ve süresinin öğrencilerin davranışlarına olan etkisinden bahsedilmektedir. Aynı çalışmada okul dışında iki ya da daha çok ve haftada en az 80-90 dakika fiziksel aktivite yapan öğrencilerin, yapmayanlara göre daha düşük GGA puanlarına sahip oldukları bulunmuştur (131). İngiltere’de daha az fiziksel aktivite yaptığını ve daha fazla sedanter yaşama sahip olduğunu ifade eden lise öğrencilerinin, diğerlerine göre daha yüksek GGA toplam puanları hesaplanmıştır (126). Bizim çalışmamızla benzer yöntemle sahip çalışmalarda, GGA puanları ile fiziksel aktivite yapma durumu arasında fark bulunurken bizim çalışmamızda ise fark bulunmamasının, fiziksel aktivite için yapılan sınıflandırmada belli bir standardın yakalanamamasına bağlı olduğu düşünülebilir.

Bu çalışmada lise öğrencilerine cinsellik ve cinsel yolla bulaşan hastalıklar ile ilgili sorular sorulmasından, kültürel ve idari sebeplerle kaçınılmıştır. Bu nedenle ergenlerin riskli sağlık davranışlarından önemli bir tanesi olan bu değişkenlerle duygusal ve davranışsal sorunlar arasındaki ilişki araştırılamamıştır. Ayrıca, bu çalışmada klinik açıdan riskli gruba giren öğrencilerin, çocuk ve ergen ruh sağlığı hastalıkları polikliniğine çağrılıp, ayrıntılı muayene edilmesi neticesinde kesin tanılamamanın yapılması ve acilen tedavi sürecine başlanması sağlanması gerekirken, ilimizdeki imkanların kısıtlı olması sebebiyle çalışma bu aşamaya kadar gelememiş, rehber öğretmenlerin bu öğrenciler hakkında bilgilendirilmesi ile yetinilmek zorunda kalınmıştır.

Ergenlik, bedensel olduğu kadar ruhsal değişiklikleri de içinde barındıran, bireylerin ileriki yaşantılarını şekillendirdikleri önemli bir dönem olduğundan, bu

dönemde karşılaşılan sorunlar önemli halk sağlığı sorunları arasındadır. Bu çalışma, ergen ruh sağlığı alanında yapılmış ender saha araştırmalarından bir tanesidir. Çalışma için bilimsel yöntemler kullanılarak il merkezi ve ilçelerdeki tüm lise öğrencilerini kapsayacak bir örneklem tespit edilmiştir. Çalışma, araştırmacıların saha tecrübesi, Milli Eğitim Müdürlüğü'nün ve çalışma kapsamına giren okul idareci ve rehber öğretmenlerinin desteği sayesinde önceden planlandığı gibi aksama olmadan tamamlanmıştır. Çalışmada, sahada uygulaması kolay, Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği alınmış, dünya üzerinde pek çok dile çevrilmiş bir tarama testi olan Güçler ve Güçlükler Anketi kullanılmıştır. Araştırma grubundaki öğrenciler, kişisel mahremiyetlerinin korunacağından emin olarak, çekinmeden anketleri doldurmuşlardır. Bu çalışmanın, ileride ergen ruh sağlığı alanında yapılacak diğer çalışmalara ışık tutacağı düşünülmektedir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Tokat il genelinde öğrenim gören lise öğrencilerinin duygusal ve davranışsal sorun prevalansını ve ilişkili olabilecek faktörleri saptamaya yönelik yapılan bu çalışmada sonuç olarak;

- Lise öğrencilerinin %9'u obez, %6'sı kronik bir hastalık sahibi, %18'i fazla bilgisayar/akıllı telefon kullanmakta, %8'i aşırı televizyon izlemektedir. Her 4 öğrenciden biri son 12 ayda bir kavgaya karışmış, %6'sı intihar etmeyi düşünmüş, %2'si ise intihar teşebbüsünde bulunmuştur.
- Lise öğrencileri arasında sigara, alkol, uyuşturucu madde ve uçucu madde kullanma sıklıkları sırasıyla %11, %3, %3.5 ve %4'tür.
- Lise öğrencilerinin %30'u duygusal ve davranışsal sorunlar yaşamaktadır.
- Kız cinsiyete sahip, anne babası arasında akrabalık bulunan, son 12 ayda intihar düşüncesi, planı yapmış ve girişiminde bulunan, uyuşturucu madde kullanma, uçucu madde koklama öyküsü olan öğrenciler **duygusal belirtiler** yönünden,
- Okul başarı durumu zayıf olan, akıllı telefon/bilgisayar başında fazla vakit geçiren, kavgaya karışan, son 12 ayda intihar düşüncesi, planı yapmış, ve girişiminde bulunan, sigara içen, alkol alan, uyuşturucu madde kullanma, uçucu madde koklama öyküsü olan öğrenciler **davranış sorunları** yönünden,
- Kız cinsiyete sahip, akıllı telefon/bilgisayar başında fazla vakit geçiren, fazla televizyon izleyen, kavgaya karışan, son 12 ayda intihar düşüncesi, planı yapmış ve girişiminde bulunan, uçucu madde kullanma öyküsü olan öğrenciler **dikkat eksikliği / hiperaktivite** yönünden,

- Anne babası ayrı yaşayan, kronik hastalık sahibi olan, okul başarı durumu zayıf olan, son 12 ayda intihar düşüncesi/planı yapmış, sigara içen, alkol alan, uyuşturucu madde kullanma öyküsü olan öğrenciler **akran sorunları** yönünden,
- Babası memur ya da esnaf olan, akıllı telefon/bilgisayar başında fazla vakit geçiren, son 12 ayda intihar girişiminde bulunan, uçucu madde koklama öyküsü olan öğrenciler **sosyal davranışlar** yönünden güçlükler yaşamaktadırlar.
- Anne babası ayrı yaşayan, anne babası arasında akrabalık bulunan, kronik hastalığı bulunan, akıllı telefon/bilgisayar başında fazla vakit geçiren, kavgaya karışan, son 12 ayda intihar düşüncesi, planı yapmış, ve girişiminde bulunan, sigara içen, alkol alan, uyuşturucu madde kullanma ve uçucu madde koklama öyküsü olan öğrenciler psikiyatrik tanılama ve tedavi için çocuk ve ergen ruh sağlığı hastalıkları polikliniğine yönlendirilmelidir.

Araştırmada elde edilen sonuçlar doğrultusunda;

- 1- Okul yöneticileri, rehber öğretmenler ve ailelerin, ergenlerin duygusal ve davranışsal özellikleri ve karşılaştıkları en sık sağlık sorunları ile ilgili farkındalıklarının artırılmasına çalışılmalıdır.
- 2- Merkezi ve yerel yönetimler, başta sigara, alkol ve uyuşturucu gibi bağımlılık yapan madde kullanımını, korunmasız cinsel ilişki, cinsel yolla bulaşan hastalıklar, kazalar gibi ergen mortalite ve morbiditesine en sık sebep olan davranışları önleyici adımları atmalıdırlar.
- 3- Ergenlerin yaşadıkları duygusal ve davranışsal sorunlarının çözümü için başvuruda bulabilecekleri Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri (TRSM) ve Rehberlik Araştırma Merkezleri (RAM) gibi merkezlerin sayıları ve nitelikli personel alt yapıları kuvvetlendirilerek, kolay ulaşılabilir hale getirilmelidir.
- 4- Sağlıklı beslenme ve fiziksel aktiviteyi teşvik edici etkinliklere ağırlık verilmelidir.
- 5- Ergen ruh sağlığı alanında toplum tabanlı, sorunu ulusal boyutta gösterebilecek, belli aralıklarla tekrarlanan saha araştırmalarına ağırlık verilmelidir.

7. KAYNAKLAR

1. World Health Organization. Basic Document, 47th ed. Switzerland: WHO Press; 2009: 1.
2. Öztürk Y, Günay O. Halk Sağlığı Genel Bilgiler. Kayseri: Erciyes Üniversitesi Yayınları. 2011: 32-37, 498, 717-720, 1234.
3. Derman O. Ergenlerde Psikososyal Gelişim. İÜ Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Mart 2008; Adolesan Sağlığı II. Semp Dizisi No:63: 19-21.
4. Ziyalar A. Sosyal Psikiyatri. İlaveli 2. Baskı, Yüce Yayın, 1999: 143-144.
5. World Health Organization. Health For The World's Adolescents, A second chance in the second decade. Geneva, Switzerland: WHO Press; 2014: 2-6.
6. İlal GK. Tıpsal Psikoloji Tıpta Davranış Bilimleri. Genişletilmiş 3. Baskı, Ankara: Güneş Kitabevi Yayını, 1991: 351.
7. DiClemente RJ, Santelli JS, Crosby RA. Adolescent Health, Understanding and Preventing Risk Behaviours. Jossey-Bass AWiley Imprint, 2009: 4, 276-283.
8. World Health Organization. <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2014/focus-adolescent-health/en/> 20.02.2015.
9. TC Başbakanlık Aile ve Sosyal Araştırmalar Genel Müdürlüğü. Türkiye'de Ergen Profili 2008. Ankara 2010: 25.
10. Halk Sağlığı Uzmanları Derneği, HASUDER. Türkiye Sağlık Raporu. 2012: 364.
11. Çağatay G, Levent A. Halk Sağlığı Temel Bilgiler III.Cilt. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Yayınları 2012: 1823
12. Dursun OB, Güvenir T, Özbek A. Çocuk Ergen Ruh Sağlığında Epidemiyolojik Çalışmalar: Yöntemsel Bir Bakış. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar 2010;2(3):401-16
13. Güvenir T, Özbek A, Baykara B ve ark. Güçler ve Güçlükler Anketi'nin Türkçe Uyarlamasının Psikometrik Özellikleri. Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi 2008; 15: 65-74.
14. TC Başbakanlık Aile ve Sosyal Araştırmalar Genel Müdürlüğü. Türkiye'de Ergen Profili. Ankara 2013. 2014; 40-42, 129.
15. Yavuzer H. Doğum Öncesinden Ergenlik Sonuna Çocuk Psikolojisi. 22.Basım, Remzi Kitabevi, 2002: 262.
16. Arnett JJ.G. Stanley Hall's Adolescence: Brilliance and Nonsense. Hist Psychol. 2006 Aug; 9(3): 186-97

17. Yörükoğlu A. Çocuk Ruh Sağlığı. 3. Baskı, Ankara: Türkiye İş Bankası Kültür Yayınları, 1980: 277-279.
18. World Health Organization. Action For Adolescent Health. Towards a Common Agenda Recommendations from a joint Study Group. 1997; 5.
19. Gardiner M, Eisen S, Murphy C. Training In Pediatrics The Essential Curriculum: Oxford University Press; 2009.
20. Ercan O. Adolesanın Psikososyal Gelişimi. İÜ Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Adolesan Sağlığı Sempozyum Dizisi. Mart 2005; No: 43; 17-21.
21. Morav VA. Turkish-English Dictionary. Adam Yayınları, 1991: 276.
22. Türk Tarih Kurumu. Örnekleriyle Türkçe Sözlük 1.Cilt, Ankara: Türk Tarih Kurumu Basımevi, 1995: 844.
23. World Health Organization. Programing For Adolescent Health and Development. WHO Technical Report Series. 886, Geneva, 1999; .
24. Detels R, Beaglohole R, Langsang MA ve ark. Oxford Textbook of Public Health, 5th Edition 2011: 407-4011.
25. Alikaşifoğlu M. Adolesana Verilmesi Gereken Koruyucu Sağlık Hizmetleri. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Adolesan Sağlığı Sempozyum Dizisi No: 43 Mart 2005: 29-38.
26. World Health Organization. Helping parents in developing countries improve adolescents' health. Genova: World Health Organization Press, 2007: 5.
27. Türkiye İstatistik Kurumu. TÜİK (Türkiye İstatistik Kurumu İstatistikleri, Yaş Grubu ve Cinsiyete Göre Nüfus Projeksiyonları) http://www.tuik.gov.tr/PreIstatistikTablo.do?istab_id=1632 21.02.2015.
28. Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) İstatistikleri <http://tuikapp.tuik.gov.tr/adnksdagitapp/adnks.zul> 21.02.2015.
29. World Health Organization. Adolescent Health Epidemiology. http://www.who.int/maternal_child_adolescent/epidemiology/adolescence/en/ 23.02.2015
30. World Health Organization. WHO calls for stronger focus on adolescent health. <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2014/focus-adolescent-health/en/> 20.02.2015.

31. Tasker CR, McClure RJ, Acerini CL. Oxford Handbook of Pediatrics, 2nd Edition, Oxford University Press, 2013
32. United Nations Children's Fund (UNICEF). Progress for Children, A report card on adolescents, Number: 10 April 2012: 18-19, 23-26.
33. Tatar G, Ulucay T, Asirdizer M ve ark. The analysis of medico-legal deaths in adolescents and teenagers in Izmir (Turkey). Ege Journal of Medicine. 2014;53(1):25-32.
34. Erbaydar NP. Hastalık Yüklü Kavramı ve Hesaplanmasında Kullanılan Ölçütler ve Daly Kavramına Kısa Bakış. Toplum Hekimliği Bülteni. Nisan 2009;28(1): 20-22.
35. Uludağlı NP, Sayıl M. Orta ve İleri Ergenlik Döneminde Risk Alma Davranışı: Ebeveyn ve Akranların Rolü. Türk Psikoloji Yazıları. Haziran 2009; 12(23): 14-24
36. Ercan O, Alikashişoğlu M, Erginöz E ve ark. İstanbul lise gençlerinde riskli davranışların sıklığı ve cinsiyete göre dağılımı Cerrahpaşa Gençlik Sağlığı Araştırması 2000. Türk Pediatri Arşivi 2001; 36(4): 199-211.
37. Türkoğlu A, Tokdemir M, Börk T ve ark. Elazığ'da 2005-2012 Yılları Arasında Meydana Gelen Suda Boğulma Olgularının Retrospektif Değerlendirilmesi. Fırat Tıp Derg/Firat Med J. 2014; 19(3): 145-150
38. Atay IM, Kerimoğlu E. Ergenlerde özkıyım davranışı. Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi 2003; 10: 128-136.
39. Akın E, Berkem M. İntihar Girişiminde Bulunan Ergenlerde Psikiyatrik Tanıların, Demografik ve Klinik Özelliklerin Değerlendirilmesi Fırat Tıp Dergisi 2012; 17(4): 228-232
40. Koutek J, Kocourkova J, Hladikova M ve ark. Suicidal behavior in children and adolescents: does a history of trauma predict less severe suicidal attempts? Neuro Endocrinol Lett. March 2009; 30(1): 99-106.
41. Otsuki M, Kim T, Peterson P. Fact Sheet Youth Suicide. Southern California Academic Center Of Excellence On Youth Violence Prevention. Riverside: University Of California Press, 2010: 1-3.
42. Cash SJ, Bridge JA. Epidemiology of Youth Suicide and Suicidal Behavior. Curr Opin Pediatr. 2009 October; 21(5): 613-619.

- 43.** Avcil S, Avcil M. Acil Servise Özkıyım Amaçlı İlaç Alımı ile Başvuran Pediyatrik Olguların Değerlendirilmesi. Gaziosmanpaşa Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 2012; 4(4): 8-15
- 44.** Yıldız EU, Coskunol H. Ergenlerde Sigara, Alkol ve Madde Kullanımı: Hazırlayıcı ve Koruyucu Etkenler, 1.Baskı, İzmir: Ege Üniversitesi Yayınları, 2011.
- 45.** Merikangas KR, Nakamura EF, Kessler RC. Epidemiology of mental disorders in children and adolescents. Dialogues in Clinical Neuroscience 2009; 11(1): 7-14.
- 46.** Aslan D, Yeşildal N. Halk Sağlığı Bakış Açısıyla Adolesanlarda Beslenme. STED. 2003; 12(10): 386-389.
- 47.** Akman M, Tüzün S, Ünal PC. Adolesanlarda Sağlıklı Beslenme Ve Fiziksel Aktivite Durumu. Nobel Med 2012; 8(1): 24-29.
- 48.** Detels R, Gulliford M, Karim QA ve ark. Textbook of Global Public Health, Sixth Edition. Volume 1, USA: Oxford University Press, 2015: 1363
- 49.** Centers for Disease Control and Prevention, CDC. MMWR Morbidity and Mortality Weekly Report. School Health Guidelines to Promote Healthy Eating and Physical Activity. Vol. 60 / No. 5. :1-5.
- 50.** Ogden CL, Carroll MD, Kit BK ve ark. Prevalence of childhood and adult obesity in the United States, 2011-2012. Journal of the American Medical Association. 2014; 311(8): 806-14.
- 51.** Department of Health and Human Services. Health, United States, 2011: With Special Features on Socioeconomic Status and Health. Hyattsville, MD. Washington: U.S. Government Printing Office, 2012: 14.
- 52.** Ergül Ş, Kalkım Ş. Önemli Bir Kronik Hastalık: Çocukluk ve Ergenlik Döneminde Obezite. TAF Preventive Medicine Bulletin. 2011; 10(2): 223-30.
- 53.** Örsel S, Canpolat B, Akdemir A ve ark. Diyet Yapan ve Yapmayan Ergenlerin Kendilik Algısı, Beden İmajı ve Beden Kitle İndeksi Açısından Karşılaştırılması. Türk Psikiyatri Dergisi 2004; 15(1): 5-15.
- 54.** Karabekiroğlu K. Anne-Babalar için Ergen Ruh Sağlığı Rehberi. 1.Baskı: Say Yayınları, Sağlık Dizisi - 5. ; 2009: 144-151, 205-210, 23-27, 41-47, 314-318.
- 55.** Baylan G, Erol A, Kılıçoğlu A. Predictors of Anorectic and Bulimic Symptoms in Adolescent Girls. Bulletin of Clinical Psychopharmacology. 2009; T9: 407-13.

56. Aras Ş, Şemin S, Günay T ve ark. Lise öğrencilerinin cinsel tutum ve davranış özellikleri. *Türk Pediatri Arşivi* 2005; 40:72- 82.
57. Gewirtzman A, Bobrick L, Conner K ve ark. *Epidemiology of Sexually Transmitted Infections*. Springer-Verlag Berlin Heidelberg. 2011; XVIII: 925.
58. Aydın D. Adölesan Gebelik Ve Adölesan Annelik. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2013; 16(4): 250-254.
59. Duvan Cİ, Turhan NÖ, Onaran Y. Adolescent Pregnancies: Maternal and Fetal Outcomes. *The New Journal of Medicine* 2010; 27: 113-116.
60. World Health Organization. WHO:Fact Sheets: Adolescent Pregnancy <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs364/en/> 13.07.2015.
61. World Health Organization. WHO Secretariat, Early marriages, adolescent and young pregnancies, Report to the World Health Assembly 2012; A65(13): 1-4.
62. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. 2013 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması. Ankara, Türkiye. Kasım, 2014: 72-74.
63. Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü. Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2013. Ankara 2014: 64.
64. Özcebe H, Aslan D, Boran E. Ankara’da bir Anadolu Lisesi’nde Orta 3 ve Lise 1. Sınıf Öğrencilerinin Sağlık Hizmeti Kullanımı. *Sağlık ve Toplum Dergisi* 2002;12(2): 59-65.
65. Kırılmaz U, Çankaya D, Özdemir Ö. Bir Meslek Eğitim Merkezi Üçüncü Sınıfında Okuyan Öğrencilerin Sağlık Hizmeti Kullanım Durumlarının Saptanması. *İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*. 2005; 12(1): 19-24
66. Esin A. Adölesanlarda Sağlık Hizmeti Kullanımı. III.Adölesan Sağlığı Kongresi Bildiri Kitabı, 2010: 22-23.
67. Alikışıfoğlu M. Ergen Dostu Sağlık Hizmetleri. *Türk Pediatri Arşivi Dergisi*. 2011;46 Özel Sayı: 1-3.
68. Gümüşdere Ş. İstanbul'da Bir Gençlik Merkezi Deneyimi. Adölesan Sağlığı II. İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri. Sempozyum Dizisi. Mart 2008; 63: 29-32.
69. Patel V, Minas H, Cohen A ve ark. *Global Mental Health: Principles and Practice*. Chapter: Child and Adolescent Mental Health. Oxford University Press. Print ISBN-13:9780199920181.

70. Bodur Ş, Üneri ÖŞ. Çocuk ve ergenlerde majör depresif bozukluk: Bir gözden geçirme. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*. 2008; 9: 105-110.
71. Sims BE, Nottelmann E, Koretz D ve ark. Prevention of depression in children and adolescents. *Am J Prev Med* 2007; 32: 451-455
72. Üner S, Özcebe H. Assessment of Depression and Risk Factors using Beck Depression Inventory in High School Students. *Erciyes Medical Journal*. 2008; 30(4): 250-258.
73. Read KL, Settapani CA, Peterman J ve ark. Predicting Anxiety Diagnoses and Severity with the CBCL-A: Improvement Relative to Other CBCL Scales. *J Psychopathol Behav Assess* 2015; 37: 100-111.
74. Ersoy F, Edirne T, Oğuz TF. Birinci Basamakta Anksiyete Bozuklukları. *Sted*. 2003; 12(8): 287.
75. Stoller JA. Diagnostic profiles in outpatient child psychiatry. *Am J Orthopsychiatry*. 2006; 76: 98-102.
76. Aktepe E, Demirci K, Çalışkan M ve ark. Çocuk ve ergen psikiyatrisi polikliniğine başvuran hastalarda belirti ve tanı dağılımları. *Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi* 2010; 23: 100-108
77. Durukan İ, Karaman D, Kara K ve ark. Çocuk ve ergen psikiyatrisi polikliniğine başvuran hastalarda tanı dağılımı. *Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi* 2011; 24: 113-20
78. Willcutt EG. The prevalence of DSM-IV attention-deficit/hyperactivity disorder: a meta-analytic review. *Neurotherapeutics* 2012; 9: 490-499.
79. Barkley RA, Fischer M, Edelbrock CS ve ark. The adolescent outcome of hyperactive children diagnosed by research criteria III: mother-child interactions family conflicts and maternal psychopathology. *J Child Psychol Psychiatry*. 1991; 32(2): 233-255.
80. McClellan J, Bresnahan MA, Echeverria D ve ark. Approaches to psychiatric assessment in epidemiological studies of children. *J Epidemiol Community Health* 2009 Jan; 63 Suppl 1(i): 4-14.
81. Uyan Z. Ergenlerde Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Sıklığının Araştırılması. *Konuralp Tıp Dergisi* 2014; 6(3): 21-26.

- 82.** Sadock B.J. Sadock V.A - Aydın H. Bozkurt A. (çev ed.), Yorbık Ö. (Çeviren). Klinik Psikiyatri 2. baskı. Ankara:Güneş Tıp Kitabevi, 2005: 822-834
- 83.** Tınaz D. Ergen ve Erişkinde ADHD-Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu. Hasan Ali Yücel Eğitim Fakültesi Dergisi 2004; 1: 195-206.
- 84.** Aydın H, Diler S. DEHB Tanılı Çocukların Ebeveynlerinde DEHB Oranı. Klinik Psikiyatri. 2006; 9: 70-74.
- 85.** Soysal Ş, Özdemir B. Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğuna Genel Bir Bakış. STED 2004; 13(3): 89-90.
- 86.** Fettahoğlu Ç, Özatalay E. Çocuklarda Hareketlilik veveya Dikkatsizlik Yakınmaları ve Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Tanısı. Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi. 2006;13(1):13-8.
- 87.** Aktepe E. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Tanısı Konan Çocuk ve Ergenlerde Eş Tanılar ve Sosyodemografik Özellikler. New/Yeni Symposium Journal. Ekim 2011; 49(4).
- 88.** Steinberg L, Morris AS. Adolescent Development. Annual Review of Psychology 2001; 52: 83-110.
- 89.** Totan T, Yöndem ZD. Ergenlerde Zorbalığın Anne, Baba ve Akran İlişkileri Açısından İncelenmesi. Ege Eğitim Dergisi 2007; 2(8): 53-68.
- 90.** Tezcan S. Epidemiyoloji Tıbbi Araştırmaların Yöntem Bilimi. Ankara; Hacettepe Halk Sağlığı Vakfı Yayın No:92/1, 1992: 77-79.
- 91.** Ford T, Goodman R, Meltzer H. The British Child and Adolescent Mental Health Survey 1999: The prevalence of DSM IV disorders. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2003;42:1203-11.
- 92.** King RA. Practice parameters for the psychiatric assessment of children and adolescent. J Am Acad Child Adolescent Psychiatry. 1997; 36(suppl 10): 4-20.
- 93.** Rosner R. Textbook of Adolescent Psychiatry. 1st Edition, Oxford University Press, Arnold Publication, 2003: 201.
- 94.** Costello EJ, Egger E, Angold A. 10 year research update review: The epidemiology of child and adolescent psychiatric disorders: methods and public health burden. J Am Acad Child Adolescent Psychiatry 2005; 44:972-86.
- 95.** Ercan İ, Kan İ. Ölçeklerde Güvenirlik ve Geçerlik. Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi. 2004;30(3): 211-6.

- 96.** Erol N, Kılıç C, Ulusoy M ve ark. Türkiye Ruh Sağlığı Profili Raporu, T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Ankara, Eksen Tanıtım Ltd. Şti, 1998: 25-75.
- 97.** Mutlu C. Çocuk Ruh Sağlığı Hizmetlerinde Öncelik Belirleme Yöntemlerinin Değerlendirilmesi. Uzmanlık Tezi. İzmir: Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Ve Ergen Ruh Sağlığı Ve Hastalıkları Anabilim Dalı; 2009: 26.
- 98.** CAMH Concurrent Disorders Knowledge Exchange Area. Screening for Concurrent Substance Use and Mental Health Problems in Youth. Centre for Addiction and Mental Health, 2009; 29-31.
- 99.** Yalın Ş. Türkçe Güçler ve Güçlükler Anketi'nin İleri Psikometrik Özellikleri. Uzmanlık Tezi, İzmir:Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, 2008
- 100.** Goodman R, Ford T, Richards H ve ark. The Development and Well-Being Assessment: Description and initial validation of an integrated assessment of child and adolescent psychopathology. Journal of Child Psychology and Psychiatry 2000; 41: 645-655.
- 101.** Ögel K, Karadayı G, Şenyuva G ve ark. Ergenler İçin Ruhsal Sorunlar Tarama Ölçeği'nin (ERST) Geçerlilik Ve Güvenilirlik Çalışması. Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi. 2012; 25: 8-16.
- 102.** Goodman R. The Strengths and Difficulties Questionnaire: A Research Note. J. Child Psychol. Psychiat. 1997; 38/5: 581-586.
- 103.** Güçler ve Güçlükler Anketi Resmi Web Sitesi: www.sdqingo.net 01.10.2015.
- 104.** Goodman R. Psychometric Properties of the Strengths and Difficulties Questionnaire. J.Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry, 2001; 40-11: 1337-1345.
- 105.** Goodman R, Ford T, Simmons H ve ark. Using the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) to screen for child psychiatric disorders in a community sample. British Journal Of Psychiatry 2000; 177: 534-539.
- 106.** Goodman A, Lamping DL, Ploubidis GB. When to Use Broader Internalising and Externalising Subscales Instead of the Hypothesised Five Subscales on the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ): Data from British Parents, Teachers and Children. J Abnorm Child Psychol 2010; 38: 1179–1191.

- 107.** Esin İS, Dursun OB. Okullarda Görülen Sorun Davranışlar ve Okul Ruh Sağlığı Uygulamaları: Bir Gözden Geçirme. Sakaryamj 2014; 4(1): 1-9.
- 108.** Roberts RE, Attkisson CC, Rosenblatt A. Prevalence of Psychopathology Among Children and Adolescents. Am J Psychiatry 1998; 155(6): 715-725.
- 109.** Goodman R, Meltzer H, Bailey V. The strengths and difficulties questionnaire: A pilot study on the validity of the self-report version. European Child & Adolescent Psychiatry 1998; 7: 125-130.
- 110.** Neyzi O, Günöz H, Furman A ve ark. Türk çocuklarında vücut ağırlığı, boy uzunluğu, baş çevresi ve vücut kitle indeksi referans değerleri. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi 2008; 51: 1-14
- 111.** Yeşilkaya Ş, Özenç S, Babacan O ve ark. Aile Hekimliğinde Sağlam Çocuk İzlemi. Yayıncı: Orhan Yücel, Merkez Repro Ltd. Şti. Ankara 2013: 59-70.
- 112.** Halk Sağlığı Uzmanları Derneği (HASUDER) Tütün İle Mücadele Çalışma Grubu. Tütün Kontrolü Kapsamında Kullanılan Terimler/Tanımlar. HASUDER Yayınları 2013: 1 Ocak 2013.
- 113.** Bülbül SH. Ergen Etiği. STED. 2004; 6(13): 210.
- 114.** Ekşi A. Ben Hasta Değilim, Çocuk Sağlığı ve Hastalıklarının Psikososyal Yönü. Güncellenmiş İkinci Baskı. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri, 2011: 116-120, 137-140, 160, 188-190, 268, 278-294
- 115.** Petanidou D, Giannakopoulos G, Tzavara C ve ark. Adolescents' multiple, recurrent subjective health complaints: investigating associations with emotional/behavioural difficulties in a cross-sectional, school-based study. Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health 2014, 8: 3
- 116.** Svedin CG, Priebe G. The Strengths and Difficulties Questionnaire as a screening instrument in a community sample of high school seniors in Sweden. Nord J Psychiatry 2008; (62)3: 225-232.
- 117.** Daştan NB. Mental status and related factors in high school adolescent students. Procedia - Social and Behavioral Sciences 2014; 114: 500-505
- 118.** Karataş H, Öztürk C, Bektaş M. Ergenlerin Ruhsal Durumlarının İcelenmesi. Türk Ped Arş 2011; 46 Özel Sayı: 138-140

- 119.** Beşer NG, Çam O. Suça yatkın ergenlerde olumlu kişilerarası ilişkiler geliştirme programının etkinliğinin incelenmesi. *Anatolian Journal of Psychiatry* 2009; 10: 226-232.
- 120.** Kovacs S, Sharp C. Criterion validity of the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) with inpatient adolescents. *Psychiatry Research* 2014; 219: 651–657
- 121.** Mohammadi MR, Arman S, Dastjerdi JK ve ark. Psychological Problems in Iranian Adolescents: Application of the Self Report Form of Strengths and Difficulties Questionnaire. *Iran J Psychiatry* 2013; (8)4: 152-159
- 122.** Fleming TM, Clark T, Denny S ve ark. Stability and change in the mental health of New Zealand secondary school students 2007–2012: Results from the national adolescent health surveys. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 2014; 48(5): 472–480.
- 123.** Arruda MA, Arruda R; Guidetti V ve ark. Psychosocial Adjustment of Children With Migraine and Tension-Type Headache – A Nationwide Study. *Headache* 2015; 55(S1): 39-50
- 124.** Stahl-Pehe A, Lange K, Bachle C ve ark. Mental Health Problems among Adolescents with Early-Onset and Long-Duration Type 1 Diabetes and Their Association with Quality of Life: A Population-Based Survey. *Plos One* 2014; 9(3): 1-9.
- 125.** Gastel WA, Tempelaar W, Bun C ve ark. Cannabis use as an indicator of risk for mental health problems in adolescents: a population-based study at secondary schools *Psychological Medicine* 2013; 43: 1849–1856.
- 126.** Ussher MH, Owen CG, Cook DG ve ark. The relationship between physical activity, sedentary behaviour and psychological wellbeing among adolescents. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2007; 42: 851–856.
- 127.** Schwartz DL, Hayden KG, Scott AC ve ark. Energy Drinks and Youth Self-Reported Hyperactivity/Inattention Symptoms. *Acad Pediatr*. 2015 May-Jun; 15(3): 297-304
- 128.** Shiue I. Correlations of indoor second-hand smoking, household smoking rules, regional deprivation and children mental health: Scottish Health Survey, 2013. *Environ Sci Pollut Res Int*. 2015 Jul; 22(13): 9858-9863.

- 129.** Classi P, Milton D, Ward S ve ark. Social and emotional difficulties in children with ADHD and the impact on school attendance and healthcare utilization. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health*. 2012 Oct 4; 6(1): 33.
- 130.** Egmond-Fröhlich AWA, Weghuber D, Zwaan M. Association of Symptoms of Attention-Deficit/ Hyperactivity Disorder with Physical Activity, Media Time, and Food Intake in Children and Adolescents. *Plos One*. Nov 2012; 7(11): e49781.
- 131.** Simoncini K, Caltabiono N. Young school-aged children's behaviour and their participation in extra-curricular activities. *Australasian Journal of Early Childhood* 2012; 37(3): 35-42.
- 132.** Evren C, Bozkurt M, Demirci AÇ ve ark. İstanbul'daki 10. Sınıf Öğrencileri Arasında Psikolojik Ve Davranışsal Değişkenlere Göre Cinsiyetler Arası Farklılıklar. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2015; 16(2): 77-84.
- 133.** Mohammadi MR, Arman S, Dastjerdi JK ve ark. Psychological Problems in Iranian Adolescents: Application of the Self Report Form of Strengths and Difficulties Questionnaire. *Iran J Psychiatry* 2013; 8(4): 152-159.
- 134.** Tokat İli Halk Sağlığı Müdürlüğü 2014 Yıllığı Yayın Kurulu. Tokat Halk Sağlığı Müdürlüğü Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2014: 25.
- 135.** T.C.Sağlık Bakanlığı Sağlık Eğitimi Genel Müdürlüğü. Eğitimciler İçin Eğitim Rehberi. Ruh Sağlığı Modülleri. Ankara, 2008. Sağlık Bakanlığı Yayın No.:722 Sf:51-52.
- 136.** TÜİK. Basın Odası Haberleri. Sayı: 60/2015 <http://www.tuik.gov.tr/basin-Odasi/haberler/2015.60.20151015.pdf> Erişim Tarihi:10.11.2015.
- 137.** Ertem Ü, Yazıcı S. Ergenlik Döneminde Psiko-Sosyal Sorunlar ve Depresyon. *Aile ve Toplum*. 2006; 3(9).
- 138.** Üner S, Bosi TB, Velipaşaoğlu M ve ark. Ankara'da Bulunan İki Lisenin Öğrencilerinin Ruhsal Durumlarının GSA-12 ile Değerlendirilmesi. *Toplum Hekimliği Bülteni*. 2007; 26(1).
- 139.** Çivitci N, Çivitci A, Fiyakalı NC. Loneliness and Life Satisfaction in Adolescents with Divorced and Non- Divorced Parents. *Kuram ve Uygulamada Eğitim Bilimleri / Educational Sciences: Theory & Practice* 2009; 9 (2): 513-525.
- 140.** Tokdemir M, Aksu A, Baransel A. Elazığ İlindeki Lise Öğrencilerinde Psikoaktif Madde Kullanımı. *Fırat Medical Journal*. 2003; 8(1): 23-28.

- 141.** Dam H. Öğrencinin Okul Başarısında Aile Faktörü. Hitit Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi, 2008/2; 7(14): 75-99.
- 142.** Page T, Bretherton I. Mother -and father- child attachment themes in the story completions of pre-schoolers from post-divorce families: do they predict relationships with peers and teachers? Attachment & Human Development. 2001; 3(1); 1–29.
- 143.** Kuzucu Y, Özdemir Y. Predicting Adolescent Mental Health In Terms of Mother and Father Involvement. Education and Science 2013; 38: 168.
- 144.** T.C. Milli Eğitim Bakanlığı. MEGEP (Mesleki Eğitim Ve Öğretim Sisteminin Güçlendirilmesi Projesi) Çocuk Gelişimi Ve Eğitimi, Aile Ve Çocuk. Ankara 2007:6.
- 145.** Dierker LC, Merikangas KR, Szatmari P. Influence of parental concordance for psychiatric disorders on psychopathology in offspring. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 1999; 38(3): 280-288.
- 146.** Abalı O, Durukan M, Motavallı N ve ark. Çocuk Psikiyatrisi Polikliniğine Başvuran Hastaların Sosyodemografik Özelliklerine Göre Değerlendirilmesi. Haseki Tıp Bülteni. 2006; 44-50.
- 147.** Yıldırım V, Toros F, Sungur MA ve ark. Majör Depresif Bozukluğu Olan Çocuk ve Ergenlerin Sosyodemografik Değişkenleri ve Risk Etmenleri. Literatür Sempozyum. Psikiyatri, Nöroloji, Davranış Bilimleri Dergisi 2015; 5: 29-36.
- 148.** Velez CN, Johnson J, Cohen P. A longitudinal analysis of selected risk factors for childhood psychopathology. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1989; 28(6): 861–864.
- 149.** Van Oort FV, Van Der Ende J, Wadsworth ME ve ark. Cross-national comparison of the link between socioeconomic status and emotional and behavioral problems in youths. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 2011 Feb; 46(2):167-72. Epub 2010 Feb 18.
- 150.** <http://www.myparmaksiz.com/ses-gruplari-ve-segmentasyon>. 17.11.2015
- 151.** Weiss B, Dang M, Trung L ve ark. A Nationally-Representative Epidemiological and Risk Factor Assessment of Child Mental Health in Vietnam. Int Perspect Psychol. 2014; 3(3): 139–153.

- 152.** Boe T, Overland S, Lundervold AJ ve ark. Socioeconomic status and children's mental health: results from the Bergen Child Study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2012; 47: 1557–1566.
- 153.** Giannakopoulos G, Tzavara C, Dimitrakaki C ve ark. The factor structure of the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) in Greek adolescents. *Annals of General Psychiatry* 2009; 8: 20.
- 154.** Denny S, Silva M, Fleming T ve ark. The Prevalence of Chronic Health Conditions Impacting on Daily Functioning and the Association With Emotional Well-Being Among a National Sample of High School Students. *Journal of Adolescent Health*. 2014; 54(4): 410–415.
- 155.** Everett JS, Donald JL. Relationship between Physical Disabilities or Long-Term Health Problems and Health Risk Behaviors or Conditions among US High School Students. *Journal of School Health*, May 2008; 78(5): 252-257
- 156.** Lewis M, Vitulano LA. Biopsychosocial issues and risk factors in the family when the child has a chronic illness. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am* 2003;12:389-399.
- 157.** Keser N, Kapçı EG, Odabaş E. Farklı Kronik Hastalığı Olan Ve Olmayan Çocukların Benlik Algısı, Duygusal-Davranışsal Sorunlar Ve Ana-Baba Tutumları Açısından Karşılaştırılması. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi*: 2012; 19(2): 57-68.
- 158.** Layte R, McCrory C. Paediatric chronic illness and educational failure: the role of emotional and behavioural problems. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2013; 48: 1307–1316.
- 159.** Hysing M, Elgen I, Gillberg C ve ark. Chronic physical illness and mental health in children. Results from a large-scale population study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 2007; 48(8): 785–792.
- 160.** Uskun E, Şahaplı A. Lise Öğrencilerinin Beden Algıları ile Yeme Tutumları Arasındaki İlişki. *TAF Prev Med Bull* 2013; 12(5): 519-528
- 161.** Sağlık Bakanlığı Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü. Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2014. Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü Yayın No:SB-SAGEM-2015/2. Ankara 2015; 46,47.

- 162.** Ogden CL, Carroll MD, Kit BK Vve ark. Prevalence of childhood and adult obesity in the United States, 2011-2012. *Journal of the American Medical Association* 2014; 311(8): 806-814.
- 163.** Ergül Ş, Kaklım A. Önemli Bir Kronik Hastalık: Çocukluk Ve Ergenlik Döneminde Obezite. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni* 2011; 10(2): 223-230.
- 164.** U.S. Department of Health and Human Services Centers for Disease Control and Prevention. *Youth Risk Behavior Surveillance United States, 2013*. Atlanta, GA MMWR 2014; 63
- 165.** Daştan İ, Çetinkaya V, Delice ME. İzmir İlinde 7-18 Yaş Arası Öğrencilerde Obezite ve Fazla Kilo Prevalansı. *Bakırköy Tıp Dergisi* 2014; 10: 139-146.
- 166.** Assunção MC, Muniz LC, Schäfer AA ve ark. Can teenage obesity affect mental health? *Cad Saude Publica*. 2013 Sep; 29(9): 1859-1866.
- 167.** Rodríguez-Hernández A, Cruz-Sánchez Ede L, Feu S ve ark. Inactivity, obesity and mental health in the Spanish population from 4 to 15 years of age. *Rev Esp Salud Publica*. 2011 Aug; 85(4): 373-82.
- 168.** Tiffin PA, Arnott B, Moore HJ, Summerbell CD. Modelling the relationship between obesity and mental health in children and adolescents: findings from the Health Survey for England 2007. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health* 2011; 5(31): 3-11.
- 169.** Tempelaar WM, Otjes CP, Bun CJ ve ark. Delayed school progression and mental health problems in adolescence: a population-based study in 10,803 adolescents. *Tempelaar et al. BMC Psychiatry* 2014; 14: 244.
- 170.** Küçük S, Bayat M. Ortaöğretim Öğrencilerinin Ruhsal Durumlarının Değerlendirilmesi. *Sağlık Bilimleri Dergisi (Journal Of Health Sciences)* 2012; 21(2): 103-111.
- 171.** Öztöp DB, Öztürk A, Ünal D ve ark. Lise öğrencilerinde depresyon ve davranış sorunlarının yaygınlığı. *Anatolian Journal of Psychiatry* 2011; 12: 204-211.
- 172.** Aktepe E, Kandil S, Göker Z ve ark. İntihar Girişiminde Bulunan Çocuk Ve Ergenlerde Sosyodemografik Ve Psikiyatrik Özelliklerin Değerlendirilmesi. *TAF Preventive Medicine Bulletin* 2006; 5(6): 444-454.
- 173.** Kılıç EZ. Ergenlerde Şiddet Kullanımı: Bireysel ve Ailesel Etkenler. *Archives of Neuropsychiatry* 2012; 49: 260-265

- 174.** Steinberg L. How to Improve the Health of American Adolescents. *Perspect Psychol Sci.* 2015 Nov; 10(6): 711-715.
- 175.** Aksalıoğlu AG, Yılmaz B. Öğrencilerin Televizyon İzleme ve Bilgisayar Kullanmalarının Okuma Alışkanlıkları Üzerine Etkisi. *Türk Kütüphaneciliği* 2007; 21(1): 3-28.
- 176.** Polat M, Sölpük N. Popüler Kültürün Lise Öğrencileri Üzerindeki Etkileri. *Eğitim ve Öğretim Araştırmaları Dergisi.* Mayıs 2014; 3(2) Makale No: 18.
- 177.** Christofaro DG, Andrade SM, Mesas AE ve ark. Higher screen time is associated with overweight, poor dietary habits and physical inactivity in Brazilian adolescents, mainly among girls. *European Journal of Sport Science,* 2015: 1-9
- 178.** Kamuoyu Yayın Araştırmaları Ve Ölçme Dairesi Başkanlığı. Televizyon İzleme Eğilimleri Araştırması – 2012. Radyo Televizyon Üst Kurulu Yayınları. Ankara, Mart 2013: 42-46.
- 179.** T.C. Millî Eğitim Bakanlığı Eğitimi Araştırma Ve Geliştirme Dairesi Başkanlığı (Earged). Öğrencilerin Televizyon İzleme Alışkanlıkları. Millî Eğitim Bakanlığı Kaynak Kitaplar Dizisi. Ankara, 2008: 41.
- 180.** Özmert EN, İnce T, Pektaş A ve ark. Behavioral Correlates of Television Viewing in Young Adolescents in Turkey. *Indian Pediatrics* March 2011; 48(17).
- 181.** Kelleci M. İnternet, Cep Telefonu, Bilgisayar Oyunlarının Çocuk Ve Gençlerin Ruh Sağlığına Etkileri. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni.* 2008; 7(3): 253-256.
- 182.** Houghton S, Milner N, West J ve ark. Motor control and sequencing of boys with Attention Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD) during computer game play. *British Journal of Educational Technology.* 2004; 35(1): 21-34.
- 183.** Sezer F, Sağay F. Bilgisayar Ve Televizyon Kullanımının Lise Gençliği Üzerine Etkisi. *Uluslararası Aile Çocuk Ve Eğitim Dergisi* 2014; 2(3): 63-75.
- 184.** Tahiroğlu AY, Çelik GG, Fettahoğlu Ç ve ark. Psikiyatrik Bozukluğu Olan Ve Olmayan Ergenlerde Problemlı İnternet Kullanımı. *Nöropsikiyatri Arşivi* 2010; 47(3): 241-246.
- 185.** Yousef S, Eapen V, Zoubeidi T ve ark. Behavioral correlation with television watching and videogame playing among children in the United Arab Emirates. *Int J Psychiatry Clin Pract* Aug 2014; 18(3): 203-207.

- 186.** Bozkurt H, Coskun M, Ayaydin H ve ark. Prevalence and patterns of psychiatric disorders in referred adolescents with Internet addiction. *Psychiatry Clin Neurosci* 2013 Jul; 67(5): 352-359.
- 187.** Eneçcan FN, Şahin EM, Erdal M ve ark. Edirne Şehir Merkezindeki Lise Öğrencilerinde Riskli Sağlık Davranışlarının Değerlendirilmesi. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni* 2011; 10(6): 687-700.
- 188.** Celbiş O, Karaoğlu L, Eğri M ve ark. Malatya’da Lise Öğrencilerinde Şiddet: Yaygınlık Çalışması. *Turkish Journal of Medical Sciences* 2012; 42(2): 343-350.
- 189.** Shetgiri R, Lee SC, Tillitski J ve ark. Why Adolescents Fight: A Qualitative Study of Youth Perspectives on Fighting and Its Prevention. *Journal of the Academic Pediatric Association* 2015; 15: 103–110.
- 190.** Alikasifoglu M, Erginoz E, Ercan O ve ark. Violent behaviour among Turkish high school students and correlates of physical fighting. *Eur J Public Health* 2004 Jun; 14(2): 173-177.
- 191.** Kovess-Masfety V, Pilowsky DJ, Goelitz D ve ark. Suicidal ideation and mental health disorders in young school children across Europe. *Journal of Affective Disorders* 2015; 177: 28–35.
- 192.** Güler N, Güler G, Ulusoy H ve ark. Lise öğrencileri arasında sigara, alkol kullanımı ve intihar düşüncesi sıklığı. *Cumhuriyet Tıp Derg* 2009; 31: 340-345.
- 193.** Aktepe E, Çalışkan AM, Sönmez Y. Isparta il merkezindeki lise öğrencilerinde kendini yaralama davranışı ve psikiyatrik açıdan ilişkili etkenler. *Anadolu Psikiyatri Derg* 2014; 15: 257-264.
- 194.** Shoval G, Mansbach-Kleinfeld I, Farbstein I ve ark. Self versus maternal reports of emotional and behavioral difficulties in suicidal and non-suicidal adolescents: An Israeli nationwide survey. *European Psychiatry* 2003; 28: 235–239.
- 195.** Soylu N, Taneli Y, Taneli S. Depresyonu Olan Ergenlerde İntihar Davranışını Etkileyen Sosyal, Emosyonel ve Kognitif Faktörlerin Araştırılması. *Nöropsikiyatri Arşivi* 2013; 50: 352-359.
- 196.** Alikasıfoğlu M, Ercan O. Ergenlerde madde kullanımı. *Türk Pediatri Arşivi* 2002; 37: 66-73.
- 197.** Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu. Küresel Yetişkin Tütün Araştırması Türkiye 2012. Sağlık Bakanlığı Yayın No:948 Ankara 2014: 34.

- 198.** Byeon H. Association among smoking, depression, and anxiety: findings from a representative sample of Korean adolescents. *PeerJ* 2015 Oct; 1(3) e1288.
- 199.** Pardon A, Galan I, Garcia-Esquinas E ve ark. Exposure to secondhand smoke in the home and mental health in children: a population-based study. *Tob Control*. 2015 Mar; 25.
- 200.** Hibell B, Andersson B, Bjarnason T ve ark. The ESPAD Report Alcohol and Other Drug Use Among Students in 35 European Countries. The Swedish Council for Information on Alcohol and Other Drugs (CAN), ISBN 91-7278-103-3. Stockholm November 2004: 133-137.
- 201.** Arslan HN, Terzi Ö, Dabak Ş ve ark. Samsun İl Merkezindeki Lise Öğrencilerinde Sigara, Alkol ve Madde Kullanımı. *Erciyes Med J* 2012; 34(2): 79-84
- 202.** Bülbül SH, Güçlü M, Mısırlıoğlu ED. Kırıkkale İl Merkezi İlköğretim ve Lise Öğrencilerinde Sigara ve Alkol Alışkanlıkları ve Etkileyen Faktörler. *Türkiye Çocuk Hast Derg/Turkish J Pediatr Dis* 2013; 4: 168-172.
- 203.** Shrier LA Harris SK, Kurland M ve ark. Substance Use Problems and Associated Psychiatric Symptoms Among Adolescents in Primary Care. *Pediatrics* 2003; 111; 699-705.
- 204.** Jaisooriya TS, Beena KV, Beena M ve ark. Prevalence and correlates of alcohol use among adolescents attending school in Kerala, India. *Drug Alcohol Rev*. 2015 Dec; 29.
- 205.** Boztaş MH, Arısoy Ö. Uçucu Madde Bağımlılığı ve Tıbbi Sonuçları. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar - Current Approaches in Psychiatry* 2010; 2(4): 516-531.
- 206.** Kirst M, Mecredy G, Borland T ve ark. Predictors of substance use among young adults transitioning away from high school: a narrative review. *Subst Use Misuse*. 2014 Nov; 49(13): 1795-1807.
- 207.** Daniel R, Swarna W, Mark A ve ark. Longitudinal associations of cannabis and illicit drug use with depression, suicidal ideation and suicidal attempts among Nova Scotia high school students. *Drug Alcohol Depend*. 2013 Apr 1; 129(1-2): 49-53.
- 208.** Meier MH, Hill ML, Small PJ ve ark. Associations of adolescent cannabis use with academic performance and mental health: A longitudinal study of upper middle class youth. *Drug and Alcohol Dependence* 2005; 156: 207-212.

209. Kara B, Hatun Ő, Aydoğan M ve ark. Kocaeli ilindeki lise ğrencilerinde sağlık açısından riskli davranışların değerlendirilmesi. ocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi 2003; 46: 30-37.

210. Alpaslan AH. Ergen Ruh Sağlığı ve Spor. Kocatepe Medical Journal Derleme Eylül 2012; 13: 181-185

211. aman K, Özcebe H. Ankara'da YetiŐtirme Yurtlarında Yaşayan Ergenler: Ruhsal Belirtileri, Fiziksel Etkinlik Düzeyi ve İlişkili Etkenler. Türk Psikiyatri Dergisi 2011; 22(2): 93-103.

212. Hallal PC, Mesa JM, Coll CVN ve ark. Physical Activity at 11 Years of Age and Incidence of Mental Health Problems in Adolescence: Prospective Study. Journal of Physical Activity and Health 2015; 12: 535 -539.

EKLER

EK 1. Tokat Milli Eğitim Müdürlüğü İzin Yazısı



T.C.
TOKAT VALİLİĞİ
İl Millî Eğitim Müdürlüğü

Sayı : 27001677/44/2105297
Konu: Araştırma İzni Verilmesi

27/05/2014

VALİLİK MAKAMINA

Dr. Yunus Emre BULUT ekli listede isimleri belirtilen lise öğrencilerine "Tokat İlinde Öğretim Gören Lise Öğrencilerin Ruhsal ve Davranışsal Durumları ve İlişkili Faktörler" ile ilgili araştırma yapmak istemektedir.

Söz konusu bilimsel amaçlı çalışmanın ekli listede isimleri belirtilen okullarda uygulanması Müdürlüğümüzce uygun görülmektedir.

Makamınızca da uygun görüldüğü takdirde Olur'unuza arz ederim.

Levent YAZICI
İl Millî Eğitim Müdürü

OLUR
27/05/2014

Mehmet Suphi KÜSBECİ
Vali a.
Vali Yardımcısı

Güvenli Elektronik İmza

Aslı ile Aynıdır.

27/05/2014

M. KÜSBECİ
Sekt

Bu belge, 5070 sayılı Elektronik İmza Kanununun 5 inci maddesi gereğince güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır

GOP Bulvarı 60100 Tokat/Merkez
Elektronik A.Ş. www.meb.gov.tr
e-posta: stratejigelistirme60@meb.gov.tr

Ayrıntılı bilgi için: Adnan YÜCE
Tel: (0365) 214 1017-358
Faks: (0356) 2141186

EK 2. Etik Kurul Onay yazısı

**T.C.
GAZİOSMANPAŞA ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞI
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu**

Sayı :83116987- 317
Konu :Etik Kurul Kararı
Toplantı Tarihi :17.06.2014
Toplantı No :2014/11
Proje No :14-KAEK-140


01/07/2014

Sn. Prof.Dr. Mücahit EĞRİ

Etik Kurulumuzun 17.06.2014 tarihli toplantısında görüşülen 14-KAEK-140 kayıt numaralı **“Tokati İlinde öğrenim gören lise öğrencilerinin ruhsal ve davranışsal durumları ve ilişkili faktörler”** başlıklı alışmanın yapılmasında sakınca olmadığına oy birliği ile karar verilmiştir.

Doç. Dr. Ahmet EYİBİLEN
Başkan

EK 3. Davet Mektubu (Ön ve arka yüz)



**TOKAT İLİNDE ÖĞRENİM GÖRMEKTE OLAN
LİSE ÖĞRENCİLERİNDE DUYGUSAL VE
DAVRANIŞSAL SORUN PREVALANSI VE
İLİŞKİLİ FAKTÖRLER ARAŞTIRMASI**

Sayın Veli, sizi ve lisede öğrenim gören çocuğunuzu Gaziosmanpaşa Üniversitesi Tıp Fakültesi ve Tokat Milli Eğitim Müdürlüğü ile ortaklaşa yürütülen okul çağı çocuklarında sık görülen ruhsal hastalıkların sıklığını araştırmak için yaptığımız sağlık taramasına davet ediyoruz.

Öğrenci Adı Soyadı:


Ayrıntılı Bilgi için: 0356 2125228 - 7131

Çocuğunuzun araştırmaya katılmasını kabul etmeniz halinde;

Önceden size bildirilen gün ve saatte çocuğunuzun okulda hazır bulunması yeterlidir.

Çocuğunuzdan kendisi ve aileniz hakkında birtakım sorular içeren formları doldurması istenecek, çocuğunuzun boy ve kilosu ölçülecektir.

Tespit edilen hastalık ve durumlar gizli kalacak, araştırmacılar dışında kimseyle paylaşılmayacak, araştırma için sizden ya da ailenizden herhangi bir ücret istenmeyecektir.



EK 4. Aydınlatılmış Onam Formu

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

Araştırmacının/Hekimin Açıklaması

Tokat'daki ergenlerin ruh sağlığı ve davranış problem durumlarını değerlendirmek amacıyla bir bilimsel araştırma yapmayı planlamaktayız. Yapılması planlan araştırmanın ismi "**Tokat İlinde Öğrenim Gören Lise Öğrencilerinin Ruhsal ve Davranışsal Durumları ve İlişkili Faktörler**" dir.

Tokat'ta öğrenim görmekte olan lise öğrencileri üzerinde uygulanacak olan bu çalışmaya, tıbbi durumunuz bu koşullara uyduğu için sizi de davet ediyoruz. Ancak hemen belirtilmelidir ki araştırmaya katılıp katılmamak gönüllülük esasına dayalıdır. Bu bilimsel çalışmaya katılma kararını tamamen hür iradeniz ile vermelisiniz. Bu karar verirken hiç kimse tarafından size telkin ve baskıda bulunulamaz. Kararımızdan önce söz konusu bilimsel araştırma ve bu araştırmaya katılmayı kabul etmeniz durumunda yapılacak işlemler hakkında sizi bilgilendirmek istiyoruz. Bu bilgileri okuyup anladıktan sonra bu bilimsel araştırmaya katılmak isterseniz formu imzalayınız.

Bilimsel çalışma hakkında bilgiler

Araştırmaya davet edilmenizden nedeni, Tokat'ta, 14-18 yaş aralığında lise öğrencisi olmanız, soruları cevaplamaya engel herhangi bir rahatsızlığı bulunmamanızdır. Bu araştırma Halk Sağlığı Anabilim Dalı ve Çocuk Psikiyatrisi Anabilim Dalı işbirliği ile gerçekleştirilecektir. Bu çalışmaya katılmayı kabul etmeniz durumunda sizden 4 sayfalık veri toplama formunu gözetimimiz altında doldurmanız istenecektir. Ve sizin boyunu ve kilonuz ölçülecek, sene sonunda da öğretmenlerinizden yılsonu başarı puanlarınız istenecektir. Herhangi bir hastalık saptanması durumunda sağlık merkezimizde ileri tetkik ve tedavi size geri dönüş yapılacaktır.

Çalışma için sizden kan alınacak mı? * Hayır.

Eğer araştırmayı kabul ederseniz sizden söz konusu çalışma için kan alınmayacaktır.

Çalışma kapsamında bilinmesi gereken durumlar ve araştırmacılar ile gönüllülerin uyması gereken kurallar

Araştırmaya katılmamız durumunda;

1. Sizden herhangi bir ücret istenmeyecektir.
2. Çalışmaya katıldığınız için size ek bir ödeme yapılmayacaktır.
3. Hekim ile aranızda kalması gereken size ait bilgilerin gizliliğine büyük özen ve saygı gösterilecektir.
4. Araştırma sonuçlarının eğitim ve bilimsel amaçlarla kullanımı sırasında kişisel bilgilerimiz çok büyük bir hassasiyetle korunacaktır.
5. Çalışma sırasında meydana gelebilecek sağlığınıza ilgili ve diğer olumsuzlukların sorumluluğu araştırmacılara aittir.
6. Gönüllü olarak katıldığınız çalışmanın herhangi bir aşamasında araştırmadan ayrılabilirsiniz. Ancak ayrılmadan önce araştırmacılara bu durumu bildirmeniz önemlidir.
7. Çalışmaya katılmayı kabul etmemeniz durumunda tedavinizde ve klinik izlemlerinizde hiçbir değişiklik olmayacak, her zaman olduğu gibi aynı özen ve ihtimam ile hastalığınızın tedavisi sürdürülecektir.

Katılımcının (Gönüllü) / Hastanın Beyanı

Sayın Prof.Dr.Mücahit EĞRİ tarafından, Gaziosmanpaşa Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı ve Çocuk Psikiyatrisi Anabilim Dalı işbirliği ile bir araştırma yapılacağı belirtilerek bu araştırma ile ilgili yukarıdaki bilgiler tarafıma aktarıldı. Bu bilgilerden sonra böyle bir araştırmaya "katılımcı" olarak davet edildim.

Eğer bu araştırmaya katılırsam, hekim ile aramda kalması gereken, bana ait bilgilerin gizliliğine bu araştırma sırasında da büyük özen ve saygı gösterileceği, araştırma sonuçlarının eğitim ve bilimsel amaçlarla kullanımı sırasında kişisel bilgilerimin ihtimamla korunacağı kesin ve net bir şekilde belirtilmiştir.

Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmiyorum. Benden herhangi bir ücret talep edilmeyeceği ve bana da herhangi bir ödeme yapılmayacağı net ve kesin bir şekilde ifade edilmiştir.

Projenin yürütülmesi sırasında herhangi bir sebep göstermeden araştırmadan çekilme hakkına sahip olduğum bildirilmiştir. Ancak araştırmacıları zor durumda bırakmamak için araştırmadan çekileceğimi önceden bildirmemin uygun olacağını da bilincindeyim. Ayrıca tıbbi durumuma herhangi bir zarar verilmemesi koşuluyla araştırmacı tarafından araştırma dışı tutulabilirim.

İster doğrudan, ister dolaylı olsun, araştırma sürecinde araştırma ile ilgili ortaya çıkabilecek sağlık durumuyla ilgili olumsuzluklarda sorumluluk araştırmacılara ait olup parasal bir yük altına girmeyeceğim.

Araştırma sırasında araştırma ile ilgili bir sağlık sorunu ile karşılaştığımda; günün herhangi bir saatinde Prof.Dr. Mücahit EĞRİ'ye 03562125228-7128 numaralı telefonlardan ulaşarak danışabileceğimi biliyorum.

Bu araştırmaya katılmak zorunda değilim ve katılmayabilirim. Araştırmaya katılmam konusunda zorlayıcı herhangi bir davranışla karşılaşmış değilim. Eğer katılmayı reddedersen, bu durumun tıbbi bakımına ve hekim ile olan ilişkiime herhangi bir zarar getirmeyeceğini de biliyorum.

Bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Kendi başıma belli bir düşünme süresi sonunda adı geçen bu araştırma projesinde "katılımcı" (gönüllü) olarak yer alma kararını tamamen hür iradem ile almış bulunuyorum. Bu konuda yapılan daveti büyük bir memnuniyet ve gönüllük içerisinde kabul ediyorum. Tarih

<u>Katılımcı (Gönüllü)</u>	<u>Görüşme Tanığı</u>
Adı, Soyadı _____ :	Adı, Soyadı _____ :
Adres _____ :	Adres _____ :
Telefon _____ :	Telefon _____ :
İmza _____ :	İmza _____ :

Katılımcı (Gönüllü) ile Görüşen Araştırmacı

Adı, Soyadı, Ünvanı : Dr. Yunus Emre BULUT
Adres : GÖÜ Tıp Fakültesi Dekanlık Binası 1. Kat
Telefon : 03562125228-7131
İmza :

Araştırmanın adı : Tokat İlinde Öğrenim Gören Lise Öğrencilerinin Ruhsal ve Davranışsal Durumları ve İlişkili Faktörler

Araştırma sorumlusu : Prof.Dr. Mücahit EĞRİ

Tarih : 10.06.2014

İmza :

EK 5. Veri Toplama Formu

TOKAT İLİNDE ÖĞRENİM GÖRMEKTE OLAN LİSE ÖĞRENCİLERİNDE DUYGUSAL VE DAVRANIŞSAL SORUN PREVALANSI VE İLİŞKİLİ FAKTÖRLER ARAŞTIRMASI ANKET FORMU

Sevgili Öğrenciler;

Gaziosmanpaşa Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı araştırma görevlisi Dr. Y. Emre BULUT tarafından yürütülen bu çalışma siz lise öğrencilerinin ruhsal ve davranışsal sorun prevalansı ve ilişkili faktörleri belirlemek amacıyla yapılmaktadır.

Lütfen, her bir soru için size en uygun olan cevabı işaretleyiniz. Tüm soruları dikkatlice okuyup, tamamına içtenlikle ve doğru olarak cevap vermeniz bizim için önemlidir. Anketi cevaplarken anlamadığınız sorular olursa bizden yardım istemekten çekinmeyiniz. Kişisel bilgileriniz ve verdiğiniz cevaplar akademik çalışma dışında kullanılmayacak, kişisel mahremiyetinize özen gösterilecektir.

Araştırmadan elde edilen sonuçlar, siz gençlerin ihtiyaçlarının belirlenmesinde, gelecekte sizler üzerinde yeni araştırmalar ve sağlık hizmetlerinin planlanmasında yarar sağlayacaktır.

Çalışmamıza katıldığınız ve soruları içtenlikle cevapladığınız için teşekkür ederiz.

Tarih :/...../.....

Anket kodu :

A. KİŞİSEL BİLGİLER

1. **İsim ve Soyisim:**

2. **Cinsiyet:** 1.Kız 2.Erkek

3. **Doğum Tarihi:**/...../.....

4. **Lise adı:**

5. **Şube ve Numara:**/.....

6. **TC Kimlik Numarası:**

7. **Yaşadığınız yer:** 1. Kent (İlçe:.....) 2. Kır (Köy/Kasaba:.....)

8. **Telefon Numarası:**

B.SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLER

1. Anne ve babanız birlikte mi yaşıyor?

1.Birlikte yaşıyorlar 2.Anne ölmüş 3.Baba ölmüş 4.Boşanmışlar

2. Anne ve babanız arasında akrabalık var mı? 1.Hayır 2. Evet

3. Annenizin öğrenim durumu nedir? 1. Okur yazar değil 2. Okur yazar

3. İlkokul 4. Ortaokul / lise 5. Üniversite

4. Babanızın öğrenim durumu nedir? 1. Okur yazar değil 2. Okur yazar

3. İlkokul 4. Ortaokul / lise 5. Üniversite

5. Annenizin mesleği nedir?

1.Ev Hanımı

2.Çiftçi

3.İşçi

4.Serbest Ticaret

5.Memur

6.Emekli

6. Babanızın mesleği nedir? 1.Çiftçi

2.İşçi

3. Serbest Ticaret

4.Memur

5.Emekli

6.İşsiz

7. Ailenizin tipi nedir? 1. Çekirdek 2. Geniş

(Çekirdek aile, anne, baba ve henüz evlenmemiş çocuklardan oluşan;

Geniş aile ise büyük baba, büyük anne ile bunların evli oğullarından, gelinlerinden ve çocuklarından oluşan aile tipidir.)

8. Siz dahil kaç kardeşiniz? :.....

9. Ailenizdeki toplam kişi sayısı nedir? :.....

10. Ailenizin sosyal güvencesi var mıdır? 1. Var (Belirtiniz:.....) 2.Yok

11. Ailenizin aylık geliri yaklaşık ne kadardır? :.....TL / ay

12. Altı aydan uzun süre devam eden kronik bir hastalığınız var mı?

1.Hayır

2. Evet (Belirtiniz:.....)

13. Altı aydan uzun süredir kullandığınız ilaç var mı?

1.Hayır

2. Evet (Belirtiniz:.....)

14. Günde kaç saat televizyon izliyorsunuz? :.....

15. Günde kaç saat bilgisayar/akıllı telefon başında bulunuyorsunuz?

:.....saat

C .GÜÇLER VE GÜÇLÜKLER ANKETİ

Aşağıdaki her cümle için, Doğru Değil, Kısmen Doğru, Tamamen Doğru kutularından birini işaretleyiniz. Kesinlikle emin olamasanız ya da size anlamsız görünse de elinizden geldiğince tüm cümleleri yanıtlamanız bize yardımcı olacaktır. Lütfen yanıtlarınızı son **6 ay** içindeki durumunuzu göz önüne alarak veriniz.

GÜÇLER VE GÜÇLÜKLER ANKETİ	Doğru değil	Kısmen doğru	Kesinlikle doğru
1.İnsanlara karşı iyi davranmaya çalışırım. Onların duygularını önemserim.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.Uzun süre kıpırdamadan oturamam, huzursuz olurum.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.Çok fazla baş ağrım, karın ağrım ya da bulantım olur.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.Genellikle başkalarıyla paylaşıyorum (Örn. Yiyeceklerimi,oyunlarımı, kalemimi v.s.).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.Çok öfkelenirim ve sıkça kontrolümü kaybederim.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.Genellikle kendi başımayım. Genelde yalnız oynarım ya da başkalarıyla birlikte olmaktan kaçınırım.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.Genellikle bana söyleneni yaparım.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Çok endişelenirim.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.Eğer birisi incinmiş, morali bozulmuş ya da kendini kötü hissediyor ise ona yardım ederim.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.Sürekli, ellerim ve ayaklarım kıpır kıpırdır, ya da oturduğum yerde kıpırdanıp dururum.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.En az bir yakın arkadaşım var.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.Çok kavga ederim. Diğer insanlara istediğimi yaptırabilirim.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13.Sıkça mutsuz, kederli ya da ağlamaklıyım.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14.Yaşlıtlarım genelde beni sever.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15.Dikkatim kolayca dağılır, dikkatimi toplamakta güçlük çekerim.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16.Yeni ortamlarda gerginim. Kendime güvenimi kolayca kaybederim.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17.Kendimden küçüklere iyi davranırım.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18.Sıkça hile yapmak ya da yalan söylemekle suçlanırım.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19.Diğer çocuklar ya da gençler bana takarlar ya da benimle alay ederler.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20.Sıkça başkalarına (anne baba, öğretmen, çocuklar) yardım etmeye istekli olurum.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21.Bir şeyi yapmadan önce düşünürüm.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22.Ev, okul ya da başka bir yerden benim olmayan şeyleri alırım.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23.Erişkinlerle yaşlıtlarımdan daha iyi geçinirim.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24.Pek çok korkum var. Kolayca ürkerim.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25.Yaptığım işleri bitiririm. Dikkatim iyidir.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

D.RİSKLİ SAĞLIK DAVRANIŞLARI

1. Son 12 ay içinde bir kavganın içinde bulundunuz mu?

1. Hiç bulunmadım 2. Evet bulundum

2. Son 12 ayda, ciddi olarak intihar etmeyi düşündünüz mü ya da intihar etmek için plan yaptınız mı?

1. Hayır 2. Evet

3. Son 12 ayda hiç intihar girişiminde bulundunuz mu?

1. Hayır bulunmadım 2. Evet bulundum

4. Sigara içme durumunuz nedir?

1. Hiç içmedim 2. Önceden içiyordum bıraktım 3. Halen içiyorum

5. Sigara içiyorsanız son 30 günde, ortalama günde kaç adet sigara içtiniz?

1. Sigara içmiyorum 2.: adet/gün içtim

6. Yaşamınız boyunca (birkaç yudum almanın dışında) hiç alkol aldınız mı?

1. Hiç almadım 2. Evet aldım

7. Son 30 günde kaç gün günde en az 1 bardak alkol aldınız?

1. Hiç almadım 2. :..... gün aldım

8. Yaşamınız boyunca rahatlamak ya da keyif almak için Marihuana, Esrar, Bonzai ya da bunların değişik herhangi bir formunu kullandınız mı?

1. Hiç kullanmadım 2. Evet kullandım

9. Yaşamınız boyunca keyif almak için bally, yapıştırıcı, tiner, boya, çakmak gazı vb. kokladınız mı?

1. Hiç koklamadım 2. Evet kokladım

10. Son 7 gün içinde kesintisiz en az 60 dk boyunca orta ve/veya ileri dereceli fiziksel aktivite (yürüme, koşma, düzenli tempoda ya da hızlı bisiklet sürme, yüzme, masa tenisi, dans, halk oyunları, hafif yük ya da ağır kaldırma, pencere silme, yerleri süpürme, bahçe tırmıklama, futbol, basketbol, voleybol, aerobik, odun kesme, bahçede çukur kazma... vb.) yaptınız mı?

1. Hiç yapmadım 2. Evet yaptım

➤ **Okul başarı puanı** :

(Yıl sonunda okulunuz yönetiminden temin edilecektir.)

➤ **Boy** :..... cm **Kilo** :..... kg

(Anketi cevapladıktan sonra boy ve kilo ölçümlerinizi tarafımızca yapılacaktır.)