

Ergenlerde riskli davranışlar

Risky behaviors in adolescents

Müjgan Alikeşifoğlu, Oya Ercan*

*İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Ergen ve *Pediatrik Endokrinoloji Bilim Dalı, İstanbul, Türkiye*

Özet

Son 20-30 yıl içinde ergenlerin riskli davranışları ile ilgili bilgiler önemli ölçüde artmıştır. Madde kullanımı, şiddet davranışları ve cinsellikle ilişkili riskli davranışlar, ergenlerin sağlığını ve iyilik halini doğrudan ya da dolaylı olarak etkileyen davranışlardır. Araştırmalar, riskli davranışlara yol açan çok sayıda risk etkenleri olduğunu ve riskli davranışların çok sayıda olumsuz sonuçlara yol açtığını göstermiştir. Ancak, riskli davranışlarla olumsuz sonuçlarla karşılaşma arasındaki ilişkinin ve risk etkenlerine maruz kalma ile riskli davranışlar gösterme arasındaki ilişkinin oldukça değişken olduğu da saptanmıştır. Bu sonuçlar araştırmacıları koruyucu etkenleri saptamaya ve dayanıklılık alanını araştırmaya itmiştir. Son yıllarda yapılan araştırmalar, önleme programlarının izlediği yolun risk azaltmadan sağlıklı genç gelişimine kaymasına da yol açmıştır. Sağlıklı genç gelişimi programları tüm gençlere başarılı ve yeterli bir erişkin olabilmeleri için gereken desteği, ilişkileri, deneyimleri, kaynakları ve olanakları sağlamayı hedefleyen ve ergenlerde görülen riskli davranışları önleme ve azaltma konusunda ümit verici olan programlardır. Bu makalede, riskli davranışlar, onlarla ilişkili risk etkenleri ve koruyucu etkenler ve sağlıklı genç gelişimi programları ile ilgili var olan bilgileri gözden geçirecek ve her birinin tanımını yapmaya çalışacağız. (*Türk Ped Arş 2009; 44: 1-6*)

Anahtar kelimeler: Ergen, koruyucu etmenler, riskli davranışlar, risk etmenleri, sağlıklı genç gelişimi

Summary

Knowledge about adolescent risk behavior has expanded in the past several decades. Risk behaviors, such as substance use, violent behavior and sexual risk behavior are behaviors that can directly or indirectly compromise well-being and health of young people. Studies showed that there are many risk factors leading to engage in risk behaviors. Studies also showed that risk behaviors can result in many negative outcomes or adverse consequences. However, there is great heterogeneity in the linkage between involvement in risk behaviors and the likelihood of adverse outcomes, and there is also great heterogeneity in the linkage between exposure to risk factors and the likelihood of involvement in risk behaviors as well. These facts lead the researchers to focus on the identification and assessment of protective factors and the concept of resiliency. Researches over the past decade also lead to changing of intervention programme strategies from risk reduction to healthy youth development. These strategies aim to provide all youth with the support, relationship, experiences, resources, and opportunities needed to become successful and competent adults. They are promising approaches for preventing or reducing a wide range of adolescent health-risk behaviors. In this article, we briefly review what we know about risk behaviors, their risk and protective factors and healthy youth development, and provide definitions of each of these concepts. (*Turk Arch Ped 2009; 44: 1-6*)

Key words: Adolescents, health risk behaviors, healthy youth development, protective factors, risk factors

Giriş

Yirminci yüzyılda çocukluk ve ergenlik çağının, bireylerin öğrenmeleri ve sağlıklı gelişebilmeleri açısından desteklenmeleri gereken özel dönemler olduğunun anlaşılması ile birlikte ergen sağlığına verilen önem artmıştır (1).

Geçmişte ergenler sadece erişkinleri sıkıntıya soktukları zaman toplumun dikkatini çekmişlerdir. Süt çocukları ve yaşlılarla kıyaslandıklarında, ergenlerin yaşamı tehdit eden sorunlarla hemen hemen hiç karşılaşmadıkları kabul edil-

miştir. Diğer taraftan, ergenlerde gelişen ve uzun vadede olumsuz sonuçlara yol açabilen bazı davranış ve tutumların ise (sigara içmek, bağımlılık yapan diğer maddeleri kullanmak veya korunmasız cinsel ilişkiye girmek vb) genellikle ergenlik çağında hastalık ve ölüm nedeni olmamaları ancak, etkilerinin ve sonuçlarının yaşam boyu sürmesi ya da yaşamın ileri evrelerinde ortaya çıkması nedeni ile, toplumlar sağlık kaynaklarını nereye aktaracaklarına ya da yatırımlarını nereye yapacaklarına karar verirken, ergenleri çok az dikkate almışlardır (2). Oysa ki, ergenlik çağı, birey-

Yazışma Adresi/Address for Correspondence: Dr. Müjgan Alikeşifoğlu, İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, 34303 İstanbul, Türkiye Tel.: 0212 414 30 00/21473 E-posta: kasif@istanbul.edu.tr

Geliş Tarihi/Received: 11.06.2008 **Kabul Tarihi/Accepted:** 16.07.2008

lerin erken süt çocukluğu döneminden sonra, yaşlılık dönemine kadar geçen sürede, sağlık açısından en fazla tehdit altında oldukları dönemdir (2).

Çocuklar bir toplumun geleceğidirler. Geleceğin üretken ve yaşadıkları yüzünün gereksinimlerine uygun bilgi, beceri, tutum ve davranışları sergileyebilen erişkinleri olabilmeleri için öncelikle fiziksel, ruhsal ve sosyal açıdan sağlıklı birer birey olarak erişkin yaşantısına katılmaları gerekmektedir. Ergenlerin sağlıklı gelişimini kişisel ve ailesel özellikler, eğitim aldıkları kurumunun niteliği ve içinde yaşadıkları toplum etkileyebilir. Sağlıklı gelişim açısından en büyük risklerden biri ise ergenlerin davranışlarıdır (3).

Yirminci yüzyılın ikinci yarısından başlayarak toplumların yaşam biçimlerinde gözlenen hızlı değişim, ergenlerin sağlık ve iyilik hallerini tehdit etmektedir. Köyden kente göç, aile yapısındaki değişimler, işsizlik, fakirlik ve eğitim sistemi çocukları ve özellikle ergenleri toplumun risk altındaki önemli gruplarından biri haline getirmiştir (1,4). Çocukluktan erişkin döneme geçişte zorluk yaşama olasılığı en yüksek olan ergenler, fakirlik içinde yaşayanlar, kronik bir hastalığı olanlar, fiziksel, cinsel ya da duygusal istismara uğrayanlar, ebeveynlerinde madde bağımlılığı ya da akıl sağlığı sorunları olanlar, öğrenme güçlüğü olanlar ve cinsel kimlik oluşumunda sıkıntı yaşayanlardır (4).

Bu yazıda ergenlik döneminde sık karşılaşılan ve gençlerin sağlık ve iyilik hallerini tehdit ettiği kabul edilen cinsel davranışlar, madde kullanımı ve şiddet davranışları ve bunlarla ilişkili risk ve koruyucu etkenler üzerinde durulacak, ve gençlerin sağlıklı gelişimini destekleme programlarının etkin öğelerinden bahsedilecektir.

Tanımlamalar

Riskli davranışlar

Günümüzde riskli davranışlar bir yandan kültürel değerler ve toplumsal yapı ile, diğer yandan bireyin biyolojisi ve genetiği ile ilişkili ve aynı zamanda bireyin gelişimsel süreçlerinden de etkilenen karmaşık durumlar olarak kabul edilirler (5). Ayrıca riskli davranışların bir arada görülme eğiliminde olduğu ve genellikle bir yaşam biçimi olarak karşımıza çıktığı da gösterilmiştir (5-9).

Riskli davranışlar doğrudan ya da dolaylı olarak gençlerin sağlık ve iyilik hallerini ve yaşamlarını etkileyen olumsuz sonuçları olabilecek davranışlar olarak tanımlanır (5). Madde kullanımı, şiddet ve güvensiz cinsel ilişki ergenlik çağında sıkça rastlanan ve halk sağlığı sorunu olarak kabul edilen riskli davranışlardır. Son zamanlarda ruh sağlığı sorunları ve şişmanlık da ergen sağlığını tehdit eden alanlar olarak görülmeye başlanmıştır (5).

Madde kullanımı, gencin ailesi ile ilişkisinin bozulmasına ya da yasalarla başının derde girmesine yol açabilir. Erken yaşta cinsel ilişki, istenmeyen gebelik ve bunun sonucu olarak okuldan ayrılma ile ve uzun vadede işsizlikle sonuçlanabilir. Bu nedenle, riskli davranışlar bireysel, toplumsal ve gelişimsel hoş gitmeyen sonuçları olan risk etkenleri olarak da kabul edilebilirler (4,5). Ancak, riskli davranışlarda bulunma ile olumsuz, hoş gitmeyen sonuçlarla karşılaşma arasındaki ilişki oldukça değişkendir.

Riskli davranışlarla ilişkilendirilen çok sayıda risk etkeni saptanmıştır (4,5). Ancak, bu risk etkenlerine maruz kalma ile riskli davranışlarda bulunma ilişkisinin de çok değişken olduğu gösterilmiştir (5). Diğer bir deyişle, aynı risk etkenlerine maruz kalan bireylerin hepsi riskli davranışlar göstermemektedir. O'Connor ve ark.'ları (10) riske yanıtındaki bu değişkenliğin riskin kendisi kadar önemli olduğuna dikkat çekmişlerdir. Bu sonuçlar araştırmacıların dayanıklılık "resiliency" kavramı üzerinde durmalarına neden olmuştur (1-3,11-15).

Dayanıklılık (resiliency)

Bireyin olumsuz deneyimlere ve yaşantılara rağmen olumlu sonuçlara ulaşabilmesi durumu olarak tanımlanır (1,3,4,11). Dayanıklılık bireysel bir özellikten çok kazanılmış bir davranış biçimidir. Son zamanlardaki araştırmalarda yanıt aranan en önemli soru, aynı olumsuz deneyimleri yaşamalarına rağmen neden bazı bireylerin sağlıklı ve üretken bir erişkin olduğu ve bazılarının ise olamadığıdır. Bu soru risk etkenlerinin yanı sıra koruyucu etkenlerin varlığını gündeme getirmiştir (12,13,15,16-22).

Risk etkenleri

Risk etkenleri, ergenin yaşantısında olumsuz sonuçların ortaya çıkma olasılığını arttıran ya da olumlu sonuçların ortaya çıkma olasılığını azaltan öğeler ya da deneyimlerdir (3).

Koruyucu etkenler

Riskli davranışlara yol açtığı kabul edilen risk etkenlerinin etkilerinin ve riskli davranışların sonuçlarının değişken olabilmesi araştırmacıları koruyucu etkenleri saptamaya itmiştir. Koruyucu etkenler doğrudan ya da dolaylı etkileri olabilen, bireyin riskli davranışta bulunma olasılığını ya da riskli davranışların hoş gitmeyen sonuçlarını azaltabilen ya da ortadan kaldıracı etkenlerdir (2,3,5). Son zamanlarda yapılan araştırmalar daha çok koruyucu etkenleri saptamaya yönelmiştir (15-18, 20-22).

Ergen sağlığı konusunda yapılan araştırmalar ergenlerin "çözülmesi gereken bir sorun" dan çok "geliştirilmesi gereken bir kaynak" olarak görülmelerini sağlamıştır. Bu araştırmalar aynı zamanda ergen sağlığını geliştirmeyi amaçlayan programların kapsamının riskli davranışları önleme ya da tedavi etme yerine, gençlerin sağlıklı gelişimini destekleme biçimine dönüşmesine de neden olmuştur (1-3,11,12).

Ergenlik ve cinsel davranışlar

Sağlıklı cinsel gelişim çocuğun fiziksel ve duygusal gelişiminin bir parçası olmalıdır. Biyolojik ve çevresel etkenler sağlıklı cinsellik algısının ve davranış seçimlerinin gelişiminde belirleyicidirler (23).

Ergenlerin cinsel davranışları cinsel ilişkiye başlamak, cinsel ilişkinin düzeyi ve riskli cinsel davranışları içerir. Bu davranışlar ise istenmeyen gebelikler ve cinsel yolla bulaşan hastalıklar gibi olumsuz sonuçlara yol açabilir (12).

Pek çok araştırma ebeveynlerin ergenlerin sağlıklı cinsel gelişimi açısından çok önemli bir rol oynadığını göstermiştir (13,23-25). Anne ya da babanın yokluğu çocukların kadın ve erkeklerin birbirlerine nasıl davrandıklarını anlamasını güçleştirir. Kızlar bir kadın olarak nasıl davranacaklarını babaları ile ya da ebeveyn rolünü üstlenmiş diğer erkeklerle

test ederler. Bu şans olmadığında ise “baba” aramaya başlayabilir ve riskli cinsel davranışlar sergileyebilirler. Ayrıca, kız çocuğun baba örneği ile karşılaşmamış olması onun kendi cinselliğini nasıl göstereceğini bilememesine de yol açabilir (24). Aile bireylerinin sevgi dolu ve destekleyici olduğu, çocuğun gelişim düzeyine uygun olarak gözlendiği ve izlendiği bir aile ortamında çocuğun olgun, olumlu ilişkiler kurabilen sağlıklı bir erişkin olma olasılığı artar (13-15).

Ergenin cinselliğini nasıl yaşayacağı yaşadığı toplumun kültüründen de çok fazla etkilenir. Kültür kadına ve erkeğe çok iyi tanımlanmış ya da iyi tanımlanmamış roller yükleyebilir. Kadınlik ve erkeklik rollerinin iyi tanımlandığı kültürlerde ergenlerin çok fazla tercih şansı yoktur, geleneksel rolleri benimserler. Kültürel belirsizliğin olduğu ortamlarda ise, ergene pek çok tercih yapma şansı ancak, çok az rehberlik sunulur (24). Bazen kültür toplumun her kesiminde aynıdır, bazen ise değildir. Cinsellik konusunda aynı toplumda farklı kültürel değerlerin bulunması ergenleri risk altına sokabilir (24). Bu anlamda kitle iletişim araçlarının rolü çok önemlidir (24). Genç ailesinden cinsellikle ilgili çok net iletiler alıyor ise kitle iletişim araçlarının etkisi dengelenebilir. Ancak, ailelerin pek çoğu çocuklarına cinselliği öğretmek ile ilgili sıkıntılar yaşarlar ve onların bu alanda arkadaşlarını ve kitle iletişim araçlarının ana bilgi kaynağı ve rol modeli olarak benimsemesine neden olurlar.

Madde kullanımı ergenin cinsel davranışları ile ilişkili bireysel bir risk etkenidir (12). Kendine güvenme, okulda ders dışı etkinliklere katılma, okulu sevme ve akademik olarak başarılı olma, dini inançlar, üreme sağlığı ve cinsel yolla bulaşan hastalıklar hakkında bilgi sahibi olma, cinsel ilişkiyi normal bir davranış olarak görmeme, madde kullanımını reddetme becerisine sahip olma, babanın eğitim düzeyi ve her iki ebeveynle birlikte yaşama madde kullanımının bu etkisini telafi eden ya da önleyen koruyucu etkenler olarak saptanmıştır (12,13,16-18, 26-28).

Bir diğer risk etkeni ise, arkadaş gruplarının cinsellikle ilgili tutum ve davranışları yani cinselliği normal bir davranış olarak benimsemiş olmalarıdır. Ailenin sosyoekonomik durumu, ailenin ergeni yakından ve gelişimine uygun şekilde izlemesi ve ailenin ergenle iletişime açık olması ergeni cinsel davranışları konusunda arkadaş etkisine açık olmaktan koruyan etkenler olarak saptanmıştır (12,29).

Ergenin gelişimsel düzeyini değerlendirmek ve koruyucu etkenleri desteklemek çocukların sağlıklı cinsel gelişiminde anahtar yöntemlerdir. Hekimin ergenle teke tek ve gizlilik esasına dayalı olarak görüşmesi ve bu sırada ergeni sağlıklı cinsel gelişim ve davranışlar konusunda bilgilendirmesi, riskli cinsel davranışlar açısından değerlendirmesi, koruyucu etkenleri vurgulaması ve aynı zamanda aileyi sağlıklı cinsel gelişim konusunda bilgilendirmesi önemlidir.

Ergenlik ve madde kullanımı

Alkol, sigara ve diğer maddelerin kötüye kullanımı her yaş grubundan bireylerin, özellikle de ergenlerin ve genç erişkinlerin sağlığını tehdit eden başlıca etkenlerden biridir. Alkol ve diğer maddelerle zehirlenme kazalara ve yaralanmalara yol açarak, ergenlik çağı sakatlık nedenleri arasında yer almaktadır (30).

Gençler çok farklı nedenlerle madde kullanırlar. Ergenin hedefi güçlü bir kimlik oluşturmaktır. Bu nedenle ergen otonomi ve bağımsızlığını kanıtlamak için madde kullanabilir. Erişkin yaşam biçimlerini taklit etmek, ergenlik sürecinde yaşanan zorluklarla baş edebilmek, sosyal bir ortama uyum sağlamak, arkadaşları tarafından kabul edilmek ya da kitle iletişim araçlarının etkisi ile de gençler madde kullanabilirler (30,31). Ayrıca, ailelerinin madde kullanımını konusundaki tutum ve davranışları da belirleyici olabilir. Kendisi madde kullanmış ya da kullanmakta olan bir ebeveyn çocuğu ile madde kullanımı konusunu konuşmakta zorlanabilir ya da inandırıcı olmayabilir (30,31). Alkolizmin erkek olma ve birinci veya ikinci derece akrabalarda alkolizm görülmesi gibi genetik özelliklerle de ilgili olduğu gösterilmiştir (31). Ancak, genetik yatkınlık çevresel etkenler olmadığında sessiz kalabilir ya da bireyin genetik yatkınlığı söz konusu olmadığı halde çevresel etkenler bağımlılık gelişmesine yol açabilir (30). Bu durum, bağımlılığın psikososyal nedenlerini araştıran çalışmaların ve madde bağımlılığının önlenmesi ve tedavisinde akıl sağlığı ile uğraşanların önemini göstermektedir (30).

Madde kullanımı açısından bireysel risk etkenleri arasında hiperaktivite, kısa dikkat süresi, bir işi tamamlamada zorluk, çabuk öfkelenme, antisosyal davranışlar ve sosyal ilişkilerde zorlanma gibi bireysel özellikler gösterilmiştir (31). Koruyucu etkenler arasında ise zeki olmak, din-darlık, kendine güven, öz saygı, akademik başarı, sosyal ilişkilerde beceri ve yaşama olumlu bakabilme gibi bireysel özellikler bulunmaktadır (12,31-34).

Çevresel risk etkenleri arasında ailenin önemi büyüktür. Ebeveynlerin madde kullanımı, aile içi şiddet ve çocuk istismarı, yetkeli (otoriter) ya da aşırı hoşgörülü aile yapısı, ergenin davranışlarının aile tarafından izlenmemesi ve uygun rehberliğin sağlanamaması, ebeveynlerle iletişimin iyi olmaması, tek ebeveynle yaşama ve evde maddeye kolay ulaşabilme ailesel risk etkenleri arasında sayılabilir (8,9,19, 31, 35, 36). Çevresel koruyucu etkenler arasında da ailenin önemi büyüktür. Aile ile bağların güçlü olması, ailenin ekonomik düzeyi, ailenin ergeni okulda başarılı olabilmesi için desteklemesi, ergeni gelişimsel düzeyine uygun olarak izlemesi ve rehberlik yapması ve aile içi iletişimin iyi olması ergeni özellikle akranlarının madde kullanımı konusundaki baskılarına ve toplumdaki kaynaklanan risk etkenlerine karşı korumaktadır (12,20-22,29,31,37).

Ergenlik döneminde çocuk, ailesinden uzaklaşmakta ve akranlarıyla daha fazla vakit geçirmekte ve onların değerlerini, tutum ve davranışlarını benimsemektedir. Bu nedenle madde kullanan bir akran grubunda kendine yer edinebilmek için ya da onların baskılarına direnemediği için madde kullanabilir (20,31). Kendine güvenme, karar verme becerisi, okulu sevme, akademik başarı ve okulda ders dışı etkinliklere katılma da ergeni akran etkisi ile madde kullanımından koruyan etkenler arasındadır (29).

Toplumsal risk etkenleri arasında maddelere kolay ulaşabilmesi, toplumun kültürel ve ahlaki yapısı, ergenin yaşadığı mahallede madde kullanmanın hoş görülmesi, işsizlik, fakirlik, yaşanan çevrede suç işleme oranının yüksek oluşu,

belli alt kültür grupları tarafından maddenin fazla kullanılıyor olması ve kitle iletişim araçları sayılabilir (30,31). Toplumsal koruyucu etkenler arasında ise kitle iletişim araçlarının duyarlılığı ve yasal düzenlemeler önemlidir.

Madde kullanımı, çocuk hekimlerinin hem hastaları ile bireysel olarak ilgilenmeleri hem de toplumsal alanda çocuklar ve gençler adına çalışmaları gereken önemli bir alandır. Bu alanda yapılabilecekler her ergeni madde kullanımı konusunda bilgilendirmek, madde kullanımı açısından taramak ve risk etkenlerini saptamak, ve koruyucu etkenleri güçlendirmeye çabalamak olmalıdır (8,31).

Şiddet

Şiddet dünyanın her tarafında sıkça görülen ve ergenlik çağı hastalık ve ölüm nedenleri arasında ilk sıralarda yer alan bir halk sağlığı sorunudur (38). Şiddetin çocukların ve ergenlerin büyüme ve gelişmesi üzerine olumsuz etkileri vardır (7,38). Şiddetle karşılaşan gençler fiziksel, entelektüel sorunlar yaşayabilir (6,7,38). Şiddetle karşılaşan gençlerde ölüm ve hastalık riski artar (39).

Şiddet davranışlarının gelişimini açıklamaya yönelik araştırmalarda çok sayıda biyolojik, genetik, çevresel ve psikolojik etkenler saptanmıştır (40). Sonuç olarak ise, bireylerarası şiddeti açıklayabilecek tek bir etken olmadığı ve pek çok etkenin bir arada farklı boyutlarda etkileşimi sonucu bu davranışların geliştiği kabul edilmiştir (38,39,41-45). Ergenlerin küçük bir grubu şiddet davranışları gösterme açısından diğerlerine göre daha fazla risk altındadır. Bu gruba ciddi ve süregen akıl sağlığı sorunları olanlar, nörolojik sorunları olanlar ve kafa travması geçirmiş olanlar oluşturur. Bu ergenlerin gerçekleri doğru olarak yorumlayabilme ya da diğerleri ile uygun iletişime girme becerileri kısıtlıdır (38,41,44,46,47).

Ergenlik döneminde şiddet davranışları gösteren bireylerin önemli bir kısmı erişkin dönemde şiddet davranışları göstermemekte ve suç işlememektedir (38,41,45). On üç yaş öncesinden başlayarak şiddet davranışları gösteren ergenlerin erişkin dönemde de şiddete başvurma ve suç işleme olasılıkları yüksektir (41). On beş-on altı yaş civarında şiddet davranışları gösteren ergenlerin ise bu davranışları geçicidir, çoğunlukla heyecan arayışı içindir ve akranları ile bir arada iken görülür (41).

Çocuklar ve gençler farklı yerlerde şiddetin çok farklı şekillerini yaşamaktadırlar. Evlerinde, mahallelerinde ve okullarında şiddetle karşılaşabilirler. Bu karşılaşma cezalandırılma, fiziksel istismar, kavga etme, kendine zarar verme, intihar, fiziksel saldırı, tecavüz, cinsel saldırı, cinsel istismar ve ateşli silahla saldırı şeklinde olabilir. Şiddet ebeveynlerinin, kardeşlerinin, akrabalarının, bakıcılarının, öğretmenlerinin, arkadaşlarının, diğer tanıdıklarının, yabancıların ya da sevgililerinin kendisi ile ya da birbirleriyle olan sorunları sonucu ortaya çıkabilir.

Gençlerin yaşantısında fiziksel saldırganlığın ve şiddetin sıklığını belirleyen beş önemli etmen: kitle iletişim araçlarında şiddete maruz kalmak, silah taşımak, kabadayılık/zorbalık davranışlarında bulunmak, çetelere katılmak ve madde kullanımı olarak sıralanmaktadır (38,44,45,48). Kitle iletişim araçlarında şiddete maruz kalma ergenlerin antisosyal dav-

ranışlar gösterme olasılığı artmaktadır. Yine kitle iletişim araçlarında şiddete maruz kalan ergenler şiddetin olumsuz sonuçlarına karşı duyarsızlaşmakta ve şiddeti eğlenmek ya da bireylerle sorunlarını çözmek için kullanabilmektedirler (38,40,44,45,49-51).

Kabadayılık/zorbalık yapmanın ya da kabadayılığa/zorbalığa uğramanın ergen açısından olumsuz psikososyal sonuçları olabilmekte ve kabadayılık/zorbalık yapan çocukları ileride sosyal olmayan davranışlar gösterebilmektedir (6). Ayrıca, bu davranışlar, ergenin şiddete maruz kalma olasılığını da artırır (6,52,53). Yine ergenin silaha ulaşabilmesi olası bir sorunun cinayet işleme ile çözümlenmesine yol açabilir (38,44). Bir mahallede silahlar, çeteler ve uyuşturucu bir araya geldiğinde şiddet olasılığı önemli oranda artmaktadır (54).

Şiddet davranışları gösterme açısından bireysel risk etkenleri arasında kişilik özellikleri, cinsiyet, hormonlar, düşük doğum tartısı, doğum öncesi ve doğum sırasındaki komplikasyonlar, doğum öncesi dönemde sigara, alkol ve kurşun vb çevresel toksik maddelere maruz kalma, kafa travmaları ve diğer travmalar sıralanmaktadır (4,55,56-60). Hiperaktivite, zeka geriliği, öğrenme güçlüğü, anksiyete bozukluğu gibi ruh sağlığı sorunları da risk etkenleri olarak gösterilmiştir (38,40,44,45,61).

Bireysel koruyucu etkenler arasında ise zeki olmak, uyarı kontrolünün ve sosyal sorunları çözme becerisinin iyi olması, kendine güven duygusunun gelişmiş olması ve iyimserlik sayılmaktadır (38,45).

Aile içi şiddet, ailenin dayacağı bir disiplin aracı olarak kullanılması, fiziksel ve cinsel istismar, ebeveynlerin ergeni uygun şekilde izlememesi, aile ile bağların zayıf olması, tek ebeveynle yaşama, ailenin alt sosyoekonomik gruptan olması, ebeveynlerden birinin veya ikisinin madde bağımlısı olması, sosyal olmayan ebeveynler ve annenin ergenlik yaşında doğum yapmış olması ailesel risk etkenleri arasında sayılmaktadır (7,38,40,44,62,63).

Ailesel koruyucu etkenler arasında ise aile bireyleri arasındaki iletişimin iyi olması, ergeni gelişim düzeyine uygun olarak izleyen, destekleyen ve rehberlik eden ebeveynlerin varlığı ve çocuk sayısının az olması sayılabilir (45).

Ergenin kalabalık, eğitim düzeyi düşük, yasa dışı maddelere ve silahlara kolay ulaşılabilen ve şiddeti bireylerarası sorunları çözmeye kabul edilebilir bir yöntem olarak gören bir çevrede yaşaması, toplumun demografik yapısının ve kültürel değerlerinin göç gibi nedenlerle hızla değişmesi ve toplumda gelir dağılımının dengesiz oluşturma gibi toplumsal nedenler ergenlerde görülen şiddet davranışları için risk etkenleri olarak kabul edilirler (38,45,64).

Toplumsal koruyucu etkenler arasında kitle iletişim araçlarındaki yayınlarla, yasa dışı maddelere ve silahlara ulaşabilme ile ilişkili yasal düzenlemelerin yapılması, gelir dağılımındaki adaletsizliğin ortadan kaldırılması, ergenlerin boş zamanlarını geçirebilecekleri, spor yapabilecekleri ve oyalanabilecekleri merkezlerin yaygınlaştırılması, kreş ve bakım evlerinin artırılması ve okulların fiziki özelliklerinin iyileştirilmesi ve okullarda etkinliği gösterilmiş şiddet önleme programlarının uygulanması sayılabilir (38,45,65-67).

Dünya Sağlık Örgütü, şiddeti önleme amacı ile çocuk ve ergenlerin gelişim düzeylerine uygun ve ailenin katılımı ile yürütülen doğumda başlayan ve ergenliğin sonuna kadar devam eden, çok merkezli ve pek çok farklı öğeyi içeren yöntemler önermektedir (39).

Sağlıklı genç gelişiminin desteklenmesi

Yirminci yüzyıla birlikte ergen sağlığına verilen önem artmış ve "sorunlu" olarak tanımlanan ergenlerin sağaltımı için çeşitli programlar geliştirilmiştir. Bu programlarda belli bir riskli davranış ele alınmış ve bu davranışın önlenmesi ya da olumsuz sonuçlarının engellenmesi hedeflenmiştir. Bu çalışmalar yaygınlaştıkça ve sonuçlarını irdeleyen araştırmalar yapıldıkça programların etkilerinin çok yüz güldürücü olmadığı görülmüştür (1). Tek bir davranışa odaklanan programlar özellikle araştırmacıların pek çok riskli davranışın bir arada görüldüğünü ve bu davranışların ön belirtilerinin benzer olduğunu saptamaları ve bu programlarda sağlıklı gelişimi destekleyen etkenlerin unutulduğunu saptamaları ile sorgulanmaya başlanmıştır (1). Zaman içerisinde sağlıklı bir erişkin olmanın yalnızca madde kullanmamak ve/veya erken yaşta cinsel ilişkiye girmemek olmadığı ve sorunlu davranışların önlenmesi için çocukların sosyal ve duygusal gelişiminin de desteklenmesi gerektiği konusunda fikir birliği sağlanmıştır (1).

Böylece çalışmalar sorunlu bir davranışa özgü risk azaltma şeklinden, çocuğa bütüncül yaklaşım şekline dönüşmeye başlamış ve sağlıklı genç gelişimi programları geliştirilmeye başlanmıştır (1,3,11). Bu programların risk azaltma programlarından en büyük farkları, risk azaltma programları sonuçla ilgilenirken, sağlıklı geliştirme programlarının bireyin dayanıklılığını artırmakla ve bireyi bir ya da daha fazla risk altına sokan etkenlerle ilgilenmeleridir (11).

Örneğin, ergen gebeliklerini azaltmak için hazırlanmış bir gebeliği önleme programı erken yaşta cinsel ilişkiye ve/veya korunmasız cinsel ilişkiye girme riski olan bir ergenin cinsel ilişkiye karşı koyabilme becerilerini geliştirmeyi hedefleyebilir. Sağlıklı gelişim programı ise okul başarısızlığı (ergen gebelikleri ile yakın ilişkili) ile ilişkili sorunlar, iş bulma olanakları ve ergene yol gösterebilecek ve güvenilir bir erişkinin varlığı gibi alanlara odaklanarak, ergenin yaşamını iyileştirmeyi hedefler ve böylece istenmeyen gebelikleri önlemeye çalışır (11).

Sağlıklı gelişim programlarının hedefi gençlerin tümüdür ve onlara sağlıklı ve üretken bir erişkin olabilmeleri için gereken desteği, ilişkileri, deneyimleri, kaynakları ve fırsatları sağlamayı hedefler (3).

Dünya Sağlık Örgütü sağlıklı hastalıkların olmaması olarak değil, aynı zamanda iyilik halinin var olması olarak tanımlamaktadır (68). Ergenler arasında sağlıksızlığın en önemli nedenlerinin sosyal ve davranışsal sorunlar olduğunun anlaşılması ile sağlık hizmetleri hastalıkların tedavisinden hastalıkların önlenmesine, hastalıkların yönetiminden sağlığın desteklenmesine kaymıştır (11).

Sağlık alanına toplum olarak yatırım yapılmadıkça bu programların başarılı olma olasılığı her zaman sorgulanabilir. Bazı bireylerin gelişimi için gerekli kaynaklar aile içerisinde ya da yakın çevresinde bulunabilirken, bazıları için sadece okul ve spor kulüpleri gibi kurumsal yapılanmalarda bulunabilmektedir.

Blum (11), ergenlerin sağlıklı gelişimi desteklenmediğinde sonucun belli olduğunu, risk etkenlerinin riskli davranışlara neden olacağını ve bizlerin de arkada kalan parçaları toplamaya çalışacağımızı belirtmektedir. Hawkins ve Catalano'ya (69) göre ise yanıtlamamız gereken "uçurumun dibine bir ambulans götürüp düşen çocukları mı toplayacağız, yoksa uçuruma tırmanıp etrafına bir çit mi öreceğiz?" sorusudur.

Kaynaklar

1. Catalano RF, Hawkins JD, Berglund ML, Pollard JD, Arthur MW. Prevention science and positive youth development: Competitive or cooperative frameworks? *J Adolesc Health* 2002; 31: 230-9.
2. Burt MR. Reasons to invest in adolescents. *J Adolesc Health* 2002; 31: 136-52.
3. Bemat DH, Resnick MD. Healthy youth development. science and strategies. *J Public Health Manag Pract (Suppl)* 2006; 10-6.
4. Morris RE. High risk and out of control behavior . In: Neinstein LS (ed). *Adolescent Health Care*. 4th ed. Philadelphia: Lippincott Williams&Wilkins, 2002: 1402-16.
5. Jessor R. New perspectives on adolescent risk behavior. In: Jessor R ed. *New Perspectives on Adolescent Risk Behavior*. Cambridge: Cambridge University Press, 1998:1-10
6. Alikaşifoğlu M, Erginöz E, Ercan O, Uysal Ö, Albayrak KD. Bullying behaviours and psychosocial health: results from a cross-sectional survey among high school students in Istanbul, Turkey. *Eur J Pediatr* 2007; 166:1253-60.
7. Alikaşifoğlu M, Erginöz E, Ercan O, Uysal Ö, Albayrak KD, İltter Ö. Violent behaviour among Turkish high school students and correlates of physical fighting . *Eur J Public Health* 2004; 14: 173-7.
8. Alikaşifoğlu M, Erginöz E, Ercan O, Uysal O, Albayrak DK, İltter Ö. Alcohol drinking behaviors among Turkish high school students. *Turk J Pediatr*. 2004;46: 44-53.
9. Alikaşifoğlu M, Erginöz E, Ercan O, Uysal Ö, Albayrak DK, İltter Ö. Cigarette smoking among Turkish high school students. *J Adolesc Health* 2002; 30: 7-8.
10. O'Connor TG, Rutter M. Risk mechanisms in development: some conceptual and methodological considerations. *Dev Psychol* 1996; 32: 787-95.
11. Blum RW. Healthy youth development as a model for youth health promotion. *J Adolesc Health* 1998; 22: 368-75.
12. Fergus S, Zimmerman MA. Adolescent resilience: a framework for understanding healthy development in the face of risk. *Annu Rev Public Health* 2005; 26: 339-419.
13. Siqueira LM, Diaz A. Fostering resilience in adolescent females. *Mt Sinai J Med* 2004; 71: 148-54.
14. Werner EE. Overcoming the odds. *J Dev Behav Pediatr* 1994; 15: 131-6.
15. Resnick MD, Ireland M, Borowsky I. Youth violence perpetration: what protects? What predicts? Findings from the National Longitudinal Study of Adolescent Health. *J Adolesc Health* 2004; 35: 424.
16. Anteghini M, Fonseca H, Ireland M, Blum RW. Health risk behaviors and associated risk and protective factors among Brazilian adolescents in Santos, Brazil. *J Adolesc Health* 2001; 28: 295-302.
17. Lammers C, Ireland M, Resnick M, Blum R. Influences on adolescents' decision to postpone onset of sexual intercourse: a survival analysis of virginity among youths aged 13 to 18 years. *J Adolesc Health* 2000; 26: 42-8.
18. Magnani RJ, Karim AM, Weiss LA, et al. Reproductive health risk and protective factors among youth in Lusaka, Zambia. *J Adolesc Health* 2002; 30: 76-86.
19. Resnick MD, Bearman PS, Blum RW, et al. Protecting adolescent from harm. *JAMA* 1997; 278: 823-32.

20. Farrell AD, White KS. Peer influences and drug use among urban adolescents: family structure and parent adolescent relationship as protective factors. *J Consult Clin Psychol* 1998; 66: 248-58.
21. Brook JS, Brook DW, De La Rosa M, Whiteman M, Montoya ID. The role of parents in protecting Colombian adolescents from delinquency and marijuana use. *Arch Pediatr Adolesc Med* 1999; 153: 457-64.
22. Duncan SC, Duncan TE, Strycker LA. Risk and protective factors influencing adolescent problem behavior: a multivariate latent growth curve analysis. *Ann Behav Med* 2000; 22: 103-9.
23. Duncan P, Dixon RR, Carlson J. Childhood and adolescent sexuality. *Pediatr Clin N Am* 2003; 50: 765- 80.
24. Brown RT. Adolescent sexuality at the dawn of the 21st century. *Adolesc Med* 2000; 11: 19-34.
25. Villarruel AM, Jermott JB, Jermott LS, Ronis DL. Predictors of sexual intercourse and condom use intentions among Spanish-dominant latino youth. *Nurs Res* 2004; 53: 172-81.
26. Bachanas PJ, Morris MK, Lewis-Gess JK, et al. Predictors of risky sexual behavior in African American adolescent girls: implications for prevention interventions. *J Pediatr Psychol* 2002; 27: 519-30.
27. Paul C, Fitzjohn J, Herbison P, Dickson N. The determinants of sexual intercourse before age 16. *J Adolesc Health* 2000; 27: 136-47.
28. Santelli JS, Kaiser J, Hirsch L, et al. Initiation of sexual intercourse among middle school adolescents: the influence of psychosocial factors. *J Adolesc Health* 2004; 34: 200-8.
29. Rai AA, Stanton B, Wu Y, et al. Relative influences of perceived parental monitoring and perceived peer involvement on adolescent risk behaviors: an analysis of six cross sectional data sets. *J Adolesc Health* 2003; 33: 108-18.
30. Comerci GD, Schwebel R. Substance abuse: an overview. *Adolesc Med* 2000; 11: 79-101.
31. Greydanus DE, Patel DR. Substance abuse in adolescents: a complex conundrum for the clinician. *Pediatr Clin N Am* 2003; 50: 1179-223.
32. Griffin KW, Botvin GJ, Scheier LM, Epstein JA, Doyle MM. Personal competence skills, distress, and well-being as determinants of substance use in a predominantly minority urban adolescent sample. *Prev Sci* 2002; 3: 23-33.
33. Brook JS, Brook DW, De La Rosa M, et al. Adolescent illegal drug use: the impact of personality, family, and environmental factors. *J Behav Med* 2001; 24: 183-203.
34. Jackson C. Perceived legitimacy of parental authority and tobacco and alcohol use during early adolescence. *J Adolesc Health* 2002; 31: 425-32.
35. Zambon A, Lemma P, Borraccino A, Dalmaso P, Cavallo F. Socio-economic position and adolescents' health in Italy: the role of the quality of social relation. *Eur J Public Health* 2006; 16: 627-32.
36. Cohen DA, Richardson J, LaBree L. Parenting behaviors and the onset of smoking and alcohol use: a longitudinal study. *Pediatrics* 1994; 94: 368-75.
37. Fleming CB, Kim H, Harachi TW, Catalano RF. Family processes for children in early elementary school as predictors of smoking initiation. *J Adolesc Health* 2002; 30: 184-9.
38. Pratt HD, Greydanus DE. Violence: concepts of its impact on children and youth. *Pediatr Clin N Am* 2003; 50: 963-1003.
39. Krug EG, Dahlberg LL, Merck JA, Zwi AB, Lozano R. World report on violence and health. Geneva (Switzerland): World Health Organization (WHO); 2002: 1-44.
40. Ercan O, Baltas Z, Tuzun U, Alikaşıfoğlu M. What more do we need to know for a world without violence? *Int J Adolesc Med Health* 2007; 19: 375-82.
41. Loeber R, Hay D. Key issues in the development of aggression and violence from childhood to early adulthood. *Ann Rev Psychol* 1997; 48: 371-410.
42. DiNapoli PP. Adolescent violent behavior and ego development. *J Adolesc Health* 2002; 31: 447-8.
43. Silver ME, Field TM, Sanders CE, Diego M. Angry adolescents who worry about becoming violent. *Adolescence* 2000; 35: 663-9.
44. Pratt HD, Greydanus DE. Adolescent violence: concept for a new millennium. *Adolesc Med* 2000; 11: 103-25.
45. Calhoun AD, Jones FC. Theoretical frameworks: developmental psychopathology, the public health approach to violence, and the cycle of violence. *Pediatr Clin N Am* 1998; 45: 281- 91.
46. Yudofsky SC, Silver JM, Jackson W, Endicott J, Williams D. The overt aggression scale for the objective rating of verbal and physical aggression. *Am J Psychiatry* 1986; 143: 35- 9.
47. Carrion VG, Steiner H. Trauma and dissociation in delinquent adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2000; 39: 353-9.
48. Lewis DO, Yeager C. Conduct Disorder. In: Lewis M (ed). *Child & Adolescent Psychiatry*. Philadelphia: Lippincott Williams& Wilkins, 2002: 670-81.
49. Cantor J. Media violence. *J Adolesc Health* 2000; 27S(2): 30-4.
50. Sargent JD, Heatherton TF, Ahrens B. Adolescent exposure to extremely violent movies. *J Adolesc Health* 2002; 31: 449-54.
51. Villani S. Impact of media on children and adolescents: a 10-year review of the research. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2001; 40: 392-401.
52. Nansel TR, Overpeck M, Pilla RS, et al. Bullying behaviors among US youth: prevalence and association with psychosocial adjustment. *JAMA* 2001; 285: 2094-100.
53. Wolke D, Woods S, Bloomfield L, Karstadt I. Bullying involvement in primary school and common mental health problems. *Arch Dis Child* 2001; 85: 197-207.
54. Madan A, Beech DJ, Flint L. Drugs, guns, and kids: the association between substance use and injury caused by interpersonal violence. *J Pediatr Surg* 2001; 36: 440-2.
55. Rappaport N, Thomas C. Recent research findings on aggressive and violent behavior in youth: implications for clinical assessment and intervention. *J Adolesc Health* 2004; 35: 260-77.
56. Wakschlag LS, Lahey BB, Loeber R, et al. Maternal smoking during pregnancy and the risk of conduct disorder in boys. *Arch Gen Psychiatry* 1997; 54: 670-6.
57. Brennan PA, Grekin ER, Mednick SA, et al. Maternal smoking during pregnancy and adult male criminal outcomes. *Arch Gen Psychiatry* 1999; 56: 215-9.
58. Maughan B, Taylor A, Caspi A, et al. Prenatal smoking and early childhood conduct problems. *Arch Gen Psychiatry* 2004; 61: 836-43.
59. Wasserman GA, Staghezza-Jaramillo B, Shrout P, et al. The effect of lead exposure on behavior problems in preschool children. *Am J Public Health* 1998; 88:481-6.
60. Sood B, Black-Delaney V, Covington C, et al. Prenatal alcohol exposure and childhood behavior at age 6 to 7 years: I. Dose-response effects. *Pediatrics* 2001; 108: E34.
61. Steiner H, Redlick A. Child psychiatry and the juvenile court. In: Lewis M (ed). *Child&Adolescent Psychiatry*. Philadelphia: Lippincott Williams&Wilkins, 2002: 1417- 25.
62. Fergusson DM, Horwood LJ. Exposure to interparental violence in childhood and psychosocial adjustment in young adulthood. *Child Abuse Neglect* 1998; 22: 339-57.
63. McFarlen JM, Groff JT, O'Brien JA, Watson K. Behaviors of children who are exposed and not exposed to intimate partner violence: an analysis of 330 black, white, and hispanic children. *Pediatrics* 2003; 112: e202-7.
64. Daane DM. Child and adolescent violence. *Orthop Nurs* 2003; 22: 23-9.
65. Olweus D. Bullying at school: basic facts and effects of a school based intervention program. *J Child Psychol Psychiatry* 1994; 35: 1171-90.
66. Salmivalli C. Participant role approach to school bullying: implication for interventions. *J Adolesc* 1999; 22: 453-549.
67. Stevens V, De Bourdeaudhuij I, Van Oost P. Bullying in Flemish schools: an evaluation of anti-bullying intervention in primary and secondary schools. *Br J Educ Psychol* 2000; 70: 195-210.
68. World Health Organization. Basic Documents. 41st ed. WHO, Geneva, 1996.
69. Hawkins JD, Catalano F. Broadening the vision of education: schools as health promoting environments. *J Sch Health* 1990; 60: 178-81.