

T.C.
ÇANAKKALE ONSEKİZ MART ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI



**ÜNİVERSİTE ÖĞRENCİLERİNDE RİSKLİ SAĞLIK
DAVRANIŞLARININ SIKLIĞI, AİLE HEKİMLERİNCE
VERİLEN SAĞLIK HİZMETİNİN ETKİSİ**

UZMANLIK TEZİ

Dr. Başak Korkmazer

TEZ DANIŞMANI

Prof. Dr. Erkan Melih ŞAHİN

Çanakkale/2018

T.C.
ÇANAKKALE ONSEKİZ MART ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

**ÜNİVERSİTE ÖĞRENCİLERİNDE RİSKLİ SAĞLIK
DAVRANIŞLARININ SIKLIĞI, AİLE HEKİMLERİNCE
VERİLEN SAĞLIK HİZMETİNİN ETKİSİ**

UZMANLIK TEZİ

Dr. Başak Korkmazer

TEZ DANIŞMANI

Prof. Dr. Erkan Melih ŞAHİN

Çanakkale/2019

T.C.
ÇANAKKALE ONSEKİZ MART ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ

Aile Hekimliği uzmanlık
çerçevesinde yürütülmüş olan bu çalışma, aşağıdaki jüri tarafından
Dr Başak Korkmazer'in **Uzmanlık Tezi** olarak kabul edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi: 14/11/2019

TEZ KONU BAŞLIĞI

Üniversite Öğrencilerinde Riskli Sağlık Davranışlarının Sıklığı,
Aile Hekimlerince Verilen Sağlık Hizmetinin Etkisi

Tez Danışmanı: Prof Dr Erkan Melih ŞAHİN

Tez Jürisi Üyeleri:
Adı Soyadı

Prof Dr Erkan Melih ŞAHİN

Prof Dr Dilek TOPRAK

Dr Öğr Üy Murat TEKİN

İmzası
.....
.....
.....

ONAY:

Bu tez Anabilim/Bilim Dalı Akademik Kurulunca belirlenen yukarıdaki
jüri üyeleri tarafından uygun görülmüş ve Fakülte Yönetim
Kurulunun 21/11/2019 tarih ve 140/19 sayılı kararıyla kabul edilmiştir.

Prof. Dr. Tamer DEMİR

.....
Dekan

Dekan

TEŞEKKÜR

Aile Hekimliği uzmanlık eğitimim ve tez yazım sürecim boyunca desteğini, bilgi ve becerilerini hiç esirgmeden her konuda yol gösteren; bilimsel bakış açısı ve kişiliği ile her anlamda örnek oluşturan saygıdeğer danışman hocam Prof. Dr. Erkan Melih ŞAHİN'e,

Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı bünyesinde bulunduğum süreçte eğitimime, tezimin hazırlık aşamasına ve aile hekimliği nosyonuma büyük katkısı olan Dr. Öğr. Üyesi Murat TEKİN'e,

Tez sınavım jüri üyesi çok değerli Prof. Dr. Dilek TOPRAK'a,

Uzmanlık eğitimim boyunca yapmış olduğum rotasyonlarda birlikte çalışma fırsatı bulduğum ve eğitimime katkısı olan tüm hocalarım ve araştırma görevlisi arkadaşlarıma,

Uzmanlık eğitim sürecimi samimiyet ve sevgileriyle güzelleştiren, asistanlık hayatımın her aşamasında destek ve katkılarını eksik etmeyen, karşılıklı anlayışın hakim olduğu bir çalışma ortamı yaratabildiğimiz bütün bölüm arkadaşlarıma,

Varlıkları ile hayatımı zenginleştiren kızlarım, eşim ve tüm aileme,

sonsuz teşekkürlerimi sunarım

sevgi, saygı ve minnetle...

ÖZET

Amaç: Çalışmamızın amacı üniversite öğrencilerinde sağlıklı ilgili riskli davranışlar ile birinci basamak sağlık hizmeti kullanım sıklığını saptamak ve aralarındaki ilişkiyi değerlendirmektir.

Yöntem: Çalışmamıza 2016-2017 öğretim yılında üniversite öğrencisi 26 546 kişiyi temsilen tabakalı küme örneklem yoluyla seçilen 2509 öğrenci katıldı. Katılımcılara yüzyüze görüşmelerle sosyodemografik veri formu, riskli sağlık davranışlarına yönelik oluşturulan anket sorularının yanı sıra Fagerstrom Nikotin Bağımlılık Testi ve Bapirt Alkol Ölçeği uygulandı.

Bulgular: Katılımcıların %23,2'si sigara, %38,0'i nargile içmekteydi; %15,5'i alkol kullanmaktayken, %0,8'i geçtiğimiz yıl en az bir kez madde kullanmıştı. Son bir yılda fiziksel kavgaya karışanların oranı %15,6'ydı ve bu öğrencilerin herhangi bir kavga sonucunda yaralanma oranı %52,6 idi. Yanında silah taşıyanların oranı %8,5; son bir yılda partner şiddeti görenlerin oranı %7,6 idi. Öğrencilerin 702'si (%28,0) ise her zaman emniyet kemeri kullanmaktaydı. Öğrencilerin %17,5'i cinsel aktifken; bu öğrencilerin %21,8'i gebelik ya da cinsel yolla bulaşan hastalıklardan korunmamaktaydı. Doktor tavsiyesi dışında herhangi bir takviye kullanan öğrencilerin oranı %20,3 iken; yemeklerden sonra kilo alma endişesiyle zorla kusan öğrenci oranı %7,3 idi. Öğrencilerin %17,7'si hiç egzersiz yapmıyordu. Öğrenciler günde ortalama 5,3±3,7 saatlerini ekran karşısında geçirmekteydi. Öğrencilerin Aile Hekimleri'yle en sık görüşme yaptıkları konular sağlıklı yaşam (%15,4) ve ruh hali (%10,3) iken riskli sağlık davranışlarıyla ilgili görüşme oranları %10'un altındaydı.

Sonuç: Sigara, nargile ve alkol kullanan, aile içinde şiddetle karşılaşan, fiziksel kavgaya katılan ve cinsel aktif olan öğrencilerin Aile Hekimi'yle görüşme oranları bu riskli davranışları göstermeyenlerden daha yüksekti. Buradan anlaşılıyor ki Aile Hekimleri, genç erişkinlere yönelik sorgulamalarını detaylandırmalıdır.

Anahtar kelimeler: Riskli sağlık davranışları, birinci basamak sağlık hizmetleri, aile hekimliği, üniversite öğrencileri

ABSTRACT

Objective: The aim of our study was to determine the frequency of risky health behaviours and primary health care use among university students, and to evaluate the relationship between them.

Method: In the 2016-2017 academic year, 2509 students were selected through stratified cluster sampling representing 26 546 university students. Fagerstrom Nicotine Dependence Test and Bapirt Alcohol Scale were administered to the participants through face-to-face interviews as well as sociodemographic data form and questionnaire about risky health behaviors.

Results: 23.2% of the participants were smoking cigarettes and 38.0% were smoking hookah; while 15.5% used alcohol, 0.8% used drugs at least once in the last year. The rate of those involved in a physical fight in the last year was 15.6%, and the rate of wounding of these students as a result of any fighting was 52.6%. The ratio of those carrying a weapon was 8.5%; the rate of those who have experienced partner violence in the last year was 7.6%. Of the students, 211 (8.4%) never, 702 (28.0%) always used a seat belt. 17.5% of the students were sexually active; 21.8% of these students were not protected from pregnancy or sexually transmitted diseases. While 20.3% of the students were using any supplements other than the doctor's recommendation; the rate of students who vomited by force for fear of gaining weight after meals was 7.3%. 17.7% of the students did not exercise at all. Students' average screentime usage was 5.3 ± 3.7 hours per day. The most frequently interviewed subjects with family physicians were healthy living (15.4%) and mood (10.3%).

Conclusion: The percentage interviewing with with family doctors was higer in students who use cigarettes, hookah and alcohol, experience violence in the family, participated in physical fighting and sexually active, than those who did not show these risky behaviors. Family doctors should elaborate their interrogations towards young adults.

Keywords: Risky health behaviours, primary health care, family medicine, university students

İÇİNDEKİLER

ÖZET	i
ABSTRACT	ii
KISALTMALAR VE SİMGELER.....	v
TABLolar	vi
1. GİRİŞ ve AMAÇ.....	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1 Gençlik dönemi.....	3
2.2 Dünya’da ve Türkiye’de genç nüfus	3
2.2.1 Üniversite gençliği	5
2.3 Gençlerde Riskli Davranışlar	5
2.3.1 Sigara / Tütün Kullanımı	6
2.3.2 Alkol Kullanımı	7
2.3.3 Madde Kullanımı/Bağımlılığı	8
2.3.4 Şiddet.....	9
2.3.5 Yol Güvenliği.....	10
2.3.6 Cinsellik.....	10
2.3.7 Beslenme Alışkanlıkları – Beden Algısı	11
2.3.8 Fiziksel Aktivite	12
2.3.9 Ekran Kullanımı	13
2.4 Aile Hekimliği Ve Kaçırılmış Fırsatlar	14
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	16
3.1 Evren ve Örneklem	16
3.2 Çalışmaya Alınma Ve Hariç Bırakılma Kriterleri	16
3.3 Veri Toplama Araçları	16
3.4 Uygulama.....	17
3.5 İzin ve onamlar	17
3.6 İstatistiksel analiz.....	18
4. BULGULAR	19
4.1 Sosyo-Demografik Özellikler	19
4.2 Riskli Sağlık Davranışları	21

4.2.1 Sigara / Tütün Bağımlılığı.....	21
4.2.2. Alkol Kullanımı.....	26
4.2.3. Madde Kullanımı / Bağımlılığı.....	28
4.2.4. Şiddet.....	30
4.2.5. Yol Güvenliği.....	37
4.2.8 Beden Algısı.....	43
4.2.9. Fiziksel Aktivite.....	48
4.2.10. Ekran Kullanımı.....	50
4.2. Aile Hekimliği Uygulaması Kullanımı.....	52
5. TARTIŞMA.....	60
6. SONUÇ.....	80
7. KAYNAKLAR.....	1
8. EKLER.....	104
EK 1.....	104
EK 2.....	114

KISALTMALAR VE SİMGELER

BM	Birleşmiş Milletler
CDC	Amerikan Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezi
CETAD	Cinsel Eğitim Tedavi ve Araştırma Derneği
ÇOMÜ	Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi
DSM-5	Mental Bozuklukların tanısai ve Sayımsal El Kitabı, beşinci basım
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
FNBT	Fagerstrom Nikotin Bağımlılık Testi
TÜİK	Türkiye İstatistik Kurumu
VKİ	Vücut kitle indeksi
YÖK	Yüksek Öğretim Kurumu

TABLolar

<u>Tablo</u>	<u>Sayfa</u>
Tablo 4.1 Cinsiyetlere göre sigara içme davranışları	22
Tablo 4.2 Nargile kullanımıyla sigara kullanımı arasındaki ilişki.....	25
Tablo 4.3 Alkol kullanımıyla riskli sağlık davranışları arasındaki ilişki.....	27
Tablo 4.4 Madde kullanımıyla riskli sağlık davranışları arasındaki ilişki....	30
Tablo 4.5 Son bir yılda fiziksel kavgaya karışma durumuyla riskli sağlık davranışları arasındaki ilişki.....	32
Tablo 4.6 Silah taşıma durumuyla riskli sağlık davranışları arasındaki ilişki.....	37
Tablo 4.7 Öğrencilerin cinsiyetlerine göre BKİ değerlendirmelerinin Dağılımı.....	43
Tablo 4.8 Öğrencilerin cinsiyetlerine göre kilolarıyla ilgili yaptıklarının Dağılımı.....	45
Tablo 4.9 Riskli sağlık davranışında bulunan öğrencilerin bu konuda aile hekimleriyle görüşme deneyimleri.....	54
Tablo 4.10 Riskli sağlık davranışında bulunan öğrencilerin bu konuda aile hekimi dışında bir görevliyle görüşme deneyimleri.....	57

1. GİRİŞ ve AMAÇ

Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) tanımına göre adolesan dönem 10-19 yaş, gençlik dönemi ise 20-24 yaş aralığını kapsamaktadır. DSÖ bu yaş gruplarının içerisindeki 10-24 yaş aralığındaki bireyleri genel olarak genç insanlar olarak tanımlamaktadır. Bu tanıma göre Türkiye'de yaklaşık her dört kişiden biri genç insan grubunda bulunmaktadır (1).

Gençler, 18-22 yaş aralığındaki üniversite yıllarında kişilik özelliklerini geliştirmekte, cinsel kimliğini kazanmakta, bağımsızlık duygusuyla tanışmakta, birçok konuda kişisel kararlarını verme sorumluluğuna sahip olmakta ve bu süreçte risk alma davranışları gösterebilmektedirler. Bu davranışlar zaman zaman sağlığa zararlı alışkanlıkların kazanımına neden olabilmektedir. Bu alışkanlıklar neticesinde gençlerin fiziksel ve ruhsal sağlığı olumsuz etkilenmektedir. Üniversite öğrencileri daha rahat bir ortamda bulunma ve eğitim düzeyinin ilerlemesiyle değişebilen değer yargıları nedeniyle, riskli davranışlar gibi konularda diğer gruplardan farklı tutum ve davranış örüntüleri gösterebilmektedir (2).

Adolesan ve gençlik döneminde gözlenen riskli sağlık davranışlarının çeşitli sağlık sorunlarıyla birebir ilişkili olduğu bilinmektedir. Örneğin, üreme olgunluğunun gelişimi cinsel olarak risk eğilimi doğurmakta, korunmasız cinsel ilişki cinsel yolla bulaşan hastalık sıklığını artırmakta, özellikle düşük gelirli ve orta gelirli ülkelerde, hamilelik ve çocuk doğumu ile ilişkili risklerde artış gözlenebilmektedir. Genç erkeklerde fiziksel olgunlukla birlikte yaralanma değişikliği, şiddetten kaynaklanan özel travmalar gözlenebilmektedir. Cinsiyetten bağımsız olarak sağlıksız beslenme ve egzersiz eksikliği obezite, hipertansiyon ve diyabete yol açabilmekte; emniyet kemeri veya kask kullanılmaması kazalarda yaralanma ve ölüm sıklığını artırabilmektedir (3-5). Ayrıca adolesan ve gençlik döneminde geliştirilen olumsuz davranış ve alışkanlıkların erişkinlerde en sık morbidite ve mortalite nedeni olan hastalıklara yol açtığı da bilinmektedir (5). Erken ölen her 10 erişkinden yedisinin ölümünün adolesan ve gençlik çağında başlayan davranışlarıyla ilişkili olduğu bildirilmektedir (6).

Genç yaş grubunda edinilen riskli sağlık davranışları ve alışkanlıkları hakkında bilgilendirilme ve davranış değişikliklerinin erişkin morbidite ve mortalitesi üzerinde olumlu etki sağlayabileceği düşünüldüğünde, birinci basamakta adolesan ve genç yaş grubundaki risklerin belirlenmesi ve önlenmesine yönelik koruyucu yaklaşımların kullanılması genç neslin sağlık beklentisi açısından önemli hale gelmektedir (7).

Aile hekimliğinin ana ilkelerinden olan birey merkezli yaklaşımla genç bireylerin risklerinin sorgulanıp tanımlanması, kişiye özgü müdahale alanlarının belirlenmesini sağlayabilmektedir. Bu sebeple, bireylerin aile sağlığı birimlerine her başvurusu hekim tarafından bir fırsat olarak değerlendirilmeli, riskli sağlık davranışları açısından kişiler bilgilendirilerek risk altında olup olmadığı belirlenmelidir (8). Genç insanların aile hekimliğine başvuru sıklıkları, koruyucu hekimlik hizmetlerinin Türkiye'deki Aile Hekimliği sisteminde ne kadar yapıldığı ve ne kadar etkili olduğu henüz çalışmalarla ortaya konmamıştır.

Bu tez çalışmasıyla, Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Terzioğlu yerleşkesinde bulunan fakülte ve yüksekokullarda eğitim görmekte olan öğrencilerde sağlıkla ilgili riskli davranış ve alışkanlıklar ile birinci basamak sağlık hizmeti kullanım sıklıklarını saptamak ve aralarındaki ilişkiyi değerlendirmek amaçlanmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1 Gençlik dönemi

Çocukluk ve yetişkinlik dönemi arasında geçiş aşaması olarak tanımlanan gençlik dönemi, insan büyüme ve gelişmesinin en dinamik olduğu 10-24 yaş aralığını kapsamaktadır (1). Gençlik dönemi, genellikle dokuz ile 12 yaşları arasında, adrenal androjenlerin salgılanması, gonadal steroidlerde ve büyüme hormonlarında dramatik artışlar dahil olmak üzere, bir dizi hormonal değişiklikler sonrası gerçekleşen pubertal olgunlaşma ile karakterizedir. Hormonlardaki bu dalgalanma, üreme olgunluğuna erişme sürecinde merkezi bir role sahip olup, bu hormonal değişiklikler sonucunda fiziksel, cinsel ve metabolik değişiklikler, yeni dürtü ve motivasyonların aktivasyonu; uyku değişiklikleri ve geniş bir sosyal, davranışsal ve duygusal değişiklikler dizisi gelişmektedir (9). Bu yaş dönemi özellikle uzun vadeli hedefler ve kişisel isteklerin belirlenmesinde doğal bir öğrenme ve uyum zamanıdır. Bu süreçte gençler sosyal zorluklarla nasıl başedeceklerini ve fiziksel, bilişsel ve duygusal değişimlere nasıl uyum sağlayacaklarını belirlemektedirler (10,11).

Gençliğin başlangıcı, farklı ve dramatik fizyolojik değişikliklerle karakterize olmasına rağmen, ergenliğin sonu daha az açık biyolojik sınırlara sahiptir. Yetişkinliğe ulaşmak, toplumsal roller ve sorumluluklardaki değişiklikleri içermekte, kısmen kültürel olarak tanımlanmakta ve tipik olarak yirmili yaşların başlarına kadar uzanmaktadır (12). Bağımsız ve sorumlu bir yetişkin olmaya geçiş, kişisel hedefler ve motivasyonlardaki düzenlemelerle doğal olarak iç içe geçmiştir. Bu gelişimsel geçiş, uzun vadeli dikkat, duygu ve davranışları değiştirmek için yukarıdan aşağıya çaba gerektiren kontrol kullanımı gibi bilişsel becerilerin daha fazla kullanılmasını içermektedir. Bununla birlikte, sosyal ve duygusal süreçler de bu olgunlaşma değişikliklerinde önemli rollere sahiptir (13,14).

2.2 Dünya’da ve Türkiye’de genç nüfus

Yirminci yüzyılda tıbbi yeniliklerin hızla artması beraberinde mortalite hızında da azalmayı getirmiştir. Sağlık hizmetlerine ulaşımın da kolaylaşmasıyla insan

ömründe önemli kazanımlar elde edilmiştir. Dünyada, doğumda beklenen yaşam süresi 2000-2005 ile 2010-2015 yılları arasında yaklaşık dört yıl artarak ortalama 67 ila 71 yıl arasına yükselmiştir. Küresel olarak, yaşam beklentisinin 2045-2050 yıllarında 77 yıl, 2095-2100 yıllarında 83 yıla çıkması öngörülmektedir. Dünyanın bazı bölgelerinde özellikle 0-5 yaş arası dönem olmak üzere genç ölüm sıklığı azalmış; 2000-2005 ile 2010-2015 yılları arasında, beş yaşın altındaki çocuklar arasındaki ölüm oranları düşmüştür. Mutlak düşüşler özellikle Sahra-altı Afrika'da (1.000'de 141'den 95'e) ve en az gelişmiş ülkelerde (1,000'de 123'den 83'e) gözlenmiştir (15).

2017 ortasında 7,6 milyar olan dünya nüfusunun 2030 yılına dek 8,6 milyara ulaşması beklenmektedir. Dünyada doğurganlık azalmakta ve yaşam beklentisi artmaktadır. Popülasyon yaşlanması olarak bilinen bu olgu, tüm dünyada gerçekleşmesine rağmen dünyanın bazı bölgelerindeki nüfuslar ise hala nispeten gençtir. Afrika'da, 15 yaşın altındaki çocuklar 2017'deki nüfusun yüzde 41'ini oluştururken, 15-24 yaşlarındaki gençler nüfusta yüzde 19'luk ek bir paya sahiptir. Doğurganlıkta daha büyük düşüşler yaşayan Latin Amerika - Karayipler ve Asya, daha küçük çocuk yüzdelerine sahiptir (sırasıyla %25 ve %24); ancak gençlerin yüzdeleri (sırasıyla %17 ve %16) benzerdir. Dünya nüfusunun yaklaşık %15'ini 15-24 yaş arası genç insanlar oluşturmakta ve bu oranın yüzyıl boyunca istikrarlı olması beklenmektedir (15).

Popülasyondaki yaşlanmaya rağmen dünyada 10 ile 24 yaşları arasında yaklaşık 1,8 milyar genç insan bulunmaktadır ve genç insan nüfusu ekonomik ve sosyal ilerleme için eşi görülmemiş bir potansiyel yaratmaktadır (16).

Türkiye'de Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi 2017 sonuçlarına göre; 15-24 yaş grubundaki genç nüfus sayısı 12 989 042'dir. Genç nüfus, toplam nüfusun %16,3'ünü oluşturmaktadır (17). Türkiye de yaşlanmakta olan bir nüfusa sahip olmakla birlikte, yapılan nüfus projeksiyonu çalışmaları nüfus artışıyla genç insan yüzdesinin azalacağını öngörmektedir (18).

2.2.1 Üniversite gençliği

Yüksek Öğretim Kurumu'nun (YÖK) 2016-2017 öğretim yılı raporuna göre ülke genelinde 2 555 926'sı önlisans, 4 071 579'sı ise lisans eğitimi görmekte olan toplam 7 198 987 öğrenci yüksek öğretim kurumlarına kayıtlı olup, ülke nüfusumuzun toplam %8'ini oluşturmaktadır (19).

Üniversite öğrenimi ülkemizde 18-22 yaşlarına denk gelmektedir. Bu yaşlar gelişim psikologlarının "geç ergenlik" ya da "genç yetişkinlik" olarak adlandırdıkları dönemi kapsamaktadır (20).

Üniversite öğrencilerinin sağlığı, son yıllarda artan odaklanma konusu olmuştur. Çalışmalar üniversite öğrencilerinin psikolojik iyi oluş ve sıkıntılarında birden fazla koruyucu ve risk faktörünün sorumlu bulunduğunu doğrulamaktadır (21).

Çok sayıda çalışma, bireyler arasındaki farklılıkların geçmiş ve şimdiki yaşam deneyimlerini, kişisel ve profesyonel çevre gibi çeşitli faktörlerin yanı sıra yaşam stres etkenleriyle başa çıkabilme yeteneklerini de etkilediğini doğrulamaktadır. Üniversite öğrencileri ile ilgili olarak, kişiliklerinin ekonomik, politik, geleneksel ve kültürel arka plandan ve aynı zamanda öğrenci içindeki nesnel ve öznel iç güçlerden etkilendiği gösterilmiştir (22).

Bu dönem doğru yönelimlerle sağlığa zararlı davranışlar yerine sağlığı güçlendirici seçimlerin yapılabileceği bir zamandır. Ülkelerin geleceği ve refahı, nüfusunda önemli bir yeri olan genç insanlara bağlı olmakla birlikte; bu, genç nüfusun ruhen ve fiziken sağlıklı, eğitilmiş ve üretken olmasıyla doğru orantılıdır. Bu sebeple, ülkemiz üniversite öğrencileri özenle takip edilmesi gereken bir grubu oluşturmaktadır (7).

2.3 Gençlerde Riskli Davranışlar

Kişilere potansiyel olarak zarar veren veya önemli zarar risklerine maruz bırakan davranışlar riskli davranışlar olarak tanımlanır. Bu davranışlar kişilerin yaşamdaki potansiyellerine ulaşmalarını engelleyebilmekte, ciddi morbidite ve hatta ölümlere neden olabilmektedir (23). Dünyadaki yaşamı tehdit eden hastalıkların

çoğunluğu kroniktir ve riskli sağlık davranışları ile yakından bağlantı göstermektedir (24).

Bazı gençler strese ve sıkıntılara karşı bir risk olarak yanıt vermektedirler. Kişilik yapısı risk alma davranışını etkilemekte, biyolojik olarak erken gelişme süreci yaşayan gençlerde risk alma davranışları daha sık gözlenmektedir. Fiziksel, psikolojik ve sosyal gelişme sırasında gençler, yapmaları gereken davranışları belirlemede zorlanmaktadırlar. Gençler sıklıkla risk alma davranışlarını bir sorun olarak değil, bir çözüm olarak görmektedirler (25).

İlk defa gençlik döneminde denenen birçok davranış kişinin yaşamı boyunca sağlığını olumlu ya da olumsuz olarak etkileyebilmekte, sağlığı etkileyen davranışların belirleyicileri bu dönemde kazanılmakta ve pekiştirilmektedir. Davranışların sağlık üzerindeki etkileri hemen, gecikmiş veya uzun vadede ortaya çıkabilmektedir. Herhangi bir riskli sağlık davranışı farklı risk alma davranışlarının ortaya çıkmasına neden olabilmekte ve birden fazla risk davranışı, sorunların artarak ortaya çıkmasına neden olabilmektedir (25).

2.3.1 Sigara / Tütün Kullanımı

Tütün kullanımı, dünyanın şimdiye kadar karşılaştığı en büyük halk sağlığı tehditlerinden biridir ve yılda 7 milyondan fazla insanın ölümüne sebep olmaktadır. Bu ölümlerin 6 milyondan fazlası doğrudan tütün kullanımının bir sonucu iken, 890 bini sigara içmeyenlerin ikinci el dumana maruz kalmasının sonucudur. Dünya genelinde 1,1 milyar sigara kullanıcısının yaklaşık % 80'i tütünle ilişkili hastalık ve ölümün en ağır olduğu düşük ve orta gelirli ülkelerde yaşamaktadır (26). DSÖ'nün 2008 yılında yayınladığı rapora göre acil önlem alınmadığı takdirde, 2030 yılına gelindiğinde her yıl tütün kullanımı nedeniyle 8 milyondan fazla ölüm olacağı, 2030 yılındaki tütün sebepli ölümlerin %80'inin gelişmekte olan ülkelerde olacağı, 21. yüzyıl boyunca 1 milyar kişinin tütün kullanımı sebebi ile öleceği tahmin edilmektedir. Tütün kullanımı, dünyada en sık görülen sekiz ölüm nedeni arasında olan iskemik kalp hastalığı, serebrovasküler hastalıklar, alt solunum yolu enfeksiyonları, kronik obstrüktif akciğer hastalığı, tüberküloz, akciğer kanseri için risk faktörüdür. Türkiye sigara tüketiminde Avrupa ülkeleri arasında üçüncü, dünya ülkeleri arasında onuncu sıradadır (27).

Nikotin Şimdiye kadar bağımlılık yaptığı bilinen maddeler içinde etkisi en fazla olandır. Bu nedenle, tütün őrünü kullanmayı deneyen her iki gençten biri bağımlılık geliŐtirerek kullanıma devam etmektedir. őrkemizde sigara kullananların őrnemli bir kısmının sigaraya 20 yaşından őrnce başladığı gőrőlmektedir (28). Kőrsel Yetişkin Tütün Araştırması sonuçlarına gşe Tőrkiye genelinde 15 ve daha yukarı yaştaki bireylerin %27'si tütün ve tütün mamőllerini kullanmaktadır (29).

Dőrnyada sigara iicilerinin yaklaşık %80'inden fazlasının sigaraya 18 yaşından őrnce başladığı ve erken yaşta sigaraya başlayan bireylerin sigara içmeyi davranış haline dőrnuŐturmelerinin őrniversite yıllarında gerçekleŐtiđi bildirilmektedir (30). Tőrkiye'de yapılan birçok araştırmada, gençlerin sigarayı deneme ve içme oranlarının yőksek olduğu gőrőlmekte ve őrniversite őrđrencilerinin sigara içme sıklığının %14 ile %48 arasında değiştiği gözlenmektedir (31–35).

2.3.2 Alkol Kullanımı

2002 Dőrnya Sağlık Raporu'na gşe alkol, sağlık açısından 10 temel risk faktőründen biri olup alkol ve madde bağımlılığı genç insanlar için mortalite ve morbiditenin őrnemli nedenleri arasındadır (36).

Alkol kullanımı; oluŐturduđu madde bağımlılığı dışında, yaralanmalar, ruhsal ve davranışsal bozukluklar, gastrointestinal rahatsızlıklar, kanserler, kalp damar hastalıkları, immőnolojik bozukluklar, akciğer hastalıkları, kas ve iskelet sistemi rahatsızlıkları, embriyolojik hasarlar, dőrŐuk doğum ağırlığı ve artmıŐ dőrŐuk riskini içeren birçok deđiŐik hastalık ve rahatsızlıklara neden olabilmektedir (37).

İnsan vőcuduna zararlı etkileri olan alkol, kolay ulaŐılabilir olması, toplumdaki kullanım sıklığının artması, Şiddet-kaza yatkınlığı oluşturması nedeniyle bőkuk bir toplumsal tehlike oluŐurmaktadır (25).

Gençlerin alkol ve uyuşturucu madde kullanımına zemin hazırlayan çok sayıda risk etkeni tanımlanmış olup bunlar arasında őrne çıkanlar ailesel faktörler, arkadaş ve okul ortamı, bireyin kişisel őrzellikleri ve diğer riskli davranışların beraberinde gözlenmesidir (38).

DSÖ, dünya çapında, 15–29 yaşları arasındaki genç ölümlerinin %5'inin alkol kullanımına bağlı olduğunu ve 140 milyon insanın alkol bağımlılığından şikayet ettiğini belirtmektedir (36).

2012 yılında tüm dünyadaki ölümlerin %5,9'u alkol tüketimine bağlanmıştır. 2012 yılında küresel hastalık ve yaralanma yükünün %5,1'i alkol tüketiminden kaynaklanmıştır (39). Amerika'da her dört üniversite öğrencisinden biri alkol kullanım problemine bağlı olarak akademik başarıda düşüş yaşadığını ifade etmektedir (40). Türkiye'de üniversite öğrencileri arasında alkol kullanım prevalansını ölçme amaçlı yapılmış olan çalışmalarda alkol kullanım oranı %26,7-76 arasında değişmektedir (41–44).

2.3.3 Madde Kullanımı/Bağımlılığı

Merkezi sinir sistemini etkileyerek, kullanan kişinin ruhsal ve fiziksel dengesini bozan, kişide fiziksel ve ruhsal bağımlılığa yol açan, kişisel ve toplumsal yönden sosyoekonomik çöküntü oluşturan maddelere uyuşturucu maddeler denir (2).

Madde kullanımı genel bir halk sağlığı sorunudur ve alkol ile yasadışı uyuşturucuya atfedilen global hastalık yükü %5,4'tür (45). BM'in 2012 yılında yayınladığı global rapora göre 2011 yılında, 15 ila 64 yaş arasındaki yetişkin nüfusun %3,6 ile %6,9'unun önceki yılda yasadışı bir madde kullanmış olduğu tahmin edilmektedir (46). Dünyada en sık kullanılan bağımlılık yapıcı maddenin esrar olduğu bilinmektedir (47).

Üniversite öğrencileri, ebeveynler tarafından izlenen sınırlı yaşamdan, üniversite ortamındaki daha özyönlendirmeli bir hayata geçiş yapmaktadır ve bu nedenle bağımlılık yapıcı maddelerin kullanımı için yüksek risk grubundadır (48). Madde bağımlıları toplumun her kesiminde görülebilmekle birlikte; erkeklerde kadınlara, evlilerde bekarlara, şehirde oturanlarda kırsal kesimde oturanlara, gençlerde yaşlılara kıyasla daha fazla sayıdadır (49). Gençler arasında madde kullanımının sağlık, aile, toplum, eğitim ve mesleki yaşama olumsuz etki edebileceği unutulmamalıdır (48,50). Türkiye'de 2005 yılında sonuçlanan bir çalışmaya göre; sekiz üniversitenin birinci sınıf öğrencilerinde yapılan bir araştırmada öğrencilerin uyuşturucu madde kullanım sıklığı %3 olarak tespit edilmiştir; bir başka çalışmada ise

üniversite öğrencilerinin %6,6'sının bağımlılık yapıcı madde denediği bildirilmiştir (51,38).

2.3.4 Şiddet

Şiddet, DSÖ tarafından, “fiziksel güç veya iktidarın kasıtlı bir tehdit veya gerçeklik biçiminde bir başkasına uygulanması sonucunda maruz kalan kişide yaralanma, ölüm ve psikolojik zarara yol açması ya da açma olasılığı bulunması” durumu olarak tanımlanmaktadır (52).

Genç şiddetinde kişisel, ailesel, kültürel ve ateşli silahlar, çete üyeliği, sosyal aktiviteler için sınırlı olanaklar gibi durumsal faktörler gibi birçok risk faktörü bulunmaktadır. Bütün bu faktörler ekonomik eşitsizlikler, medyada şiddet, şiddete karşı tutum ve cinsiyet rollerinin de etkisi altındadır (2).

Şiddet pek çok farklı şekillerde gençlerin karşısına çıkabilmektedir; örneğin cinsel şiddet gençlerin önemli bir bölümünü etkiler. DSÖ Çok Ülkeli Kadın Sağlığı ve Aile İçi Şiddet Araştırması'nda kadınların %3–24'ü ilk cinsel deneyimlerini zorda bıraktırılarak yaşadıklarını bildirmiştir. Gençler arasında fiziksel mücadele ve zorbalık da yaygındır. Gelişmekte olan 40 ülke üzerinde yapılan bir araştırma, erkeklerin ortalama %42'sinin ve kızların %37'sinin zorbalığa maruz kaldığını göstermiştir (53). Ülkemizde yapılan topluma dayalı bir çalışmada ise ergenlerin %38'i okulda, %16'sı evde, %30'u ise yaşadığı mahallede şiddete tanık olduğunu belirtmişlerdir (25).

Şiddet ve Sağlık Dünya Raporu'na göre, dünyada her gün 4000 kişi veya başka bir deyişle her yıl 1,6 milyon insan şiddete maruz kalarak, intihar, cinayet ve silahlı çalışma yoluyla ölmektedir. Birçok insan da, kalıcı fiziksel hasar veya psikolojik bozuklara yol açan şiddeti yaşamaktadır. Şiddetin miktarı ve şekli bölgelere göre değişiklik göstermekte olup, sosyal ve ekonomik faktörlerle yakın ilişkilidir. Düşük ve orta gelir düzeyli ülkelerde, çok fakir topluluklarda cinayet oranları çok yüksektir. Buna karşılık yüksek gelirli ve hızlı sosyal ekonomik geçiş yaşayan ülkelerde de intihar vakaları daha fazladır (52). Dünya çapında, her yıl 10-29 yaş arası gençlerde tahmini 200.000 cinayet meydana gelir ve bu da bu yaş grubundaki insanlar için dördüncü ölüm nedenidir. Küresel olarak, genç cinayet kurbanlarının %83'ü erkektir ve tüm ülkelerde erkekler de faillerin çoğunluğunu oluşturmaktadır. 2000-2012

yıllarında, gençlik cinayet sayıları çoğu ülkede azalmış olmakla birlikte oransal olarak yüksek gelirli ülkelerde düşük ve orta gelirli ülkelerdekinden daha belirgin bir azalma gözlenmiştir (53).

2.3.5 Yol Güvenliği

Dünyada karayollarında her yıl 1,2 milyondan fazla insan ölmekte, milyonlarca insan trafik kazalarına ikincil ciddi yaralanmalar yaşamakta ve uzun vadeli olumsuz sağlık sonuçları ile yaşamaktadır. Küresel olarak, karayolu trafik kazaları gençler arasında önde gelen ölüm nedenidir ve 15-29 yaşları arasındaki ölümlerin ana sebebidir. Karayolu trafik yaralanmalarının dünya genelinde tüm yaş gruplarında dokuzuncu önde gelen ölüm nedeni olduğu ve 2030 yılına kadar yedinci ölüm sebebi olacağı tahmin edilmektedir (54).

DSÖ'nün yayınlamış olduğu yol güvenlik haritasına göre 2013 yılında Afrika bölgesi %26,6 ile en yüksek yol trafiği ölüm oranına sahipken Avrupa bölgesi %9,3 ile en düşük orana sahiptir. Aynı haritada Türkiye'de trafik kazalarında ölüm oranının %8,9 olduğu belirtilmiştir (55).

Gençlik ve Yol Güvenliği Raporu, bu kazaların tahmin edilebilir ve önlenebilir olduklarını vurgulamakta, daha iyi yol altyapısı ve çocuklar için daha güvenli oyun alanları oluşturulmasının ölüm ve yaralanma sayısını önemli ölçüde azaltacağını belirtmektedir. Bunun yanı sıra, hız limitlerinin düşürülmesinin, alkollü araç kullanımının denetlenmesinin, emniyet kemeri kullanımının teşvik edilmesinin ve zorlanmasının, çocuk araba koltukları ve motosiklet kaskları gibi ileri tedbirlerin alınmasının gerekliliğini vurgulamaktadır (54).

2.3.6 Cinsellik

İnsan cinselliği sadece hayatın kültürel, politik, yasal ve felsefi yönleriyle değil, aynı zamanda ahlak, teoloji ve maneviyat gibi unsurlarla da belirlenmektedir. Cinsellik, insanlık kadar eskidir ve cinsel aktiviteye olan ilgi, ergenliğin başlangıcı ve okul dönemi ile yakından ilişkilidir (56).

Gençlerde akran grubuna ait olma isteği güçlü olduğundan akranlardan gelen baskılara boyun eğme olasılığı da yüksektir. Gencin karar verme sürecini bilmesi ve

uygulama yeterliliğini kazanması, kendini iyi hissetmesine ve güven duymasına, özsaygısının artmasına, diğer bireylerin saygısını kazanmasına ve tehlikelerden uzak kalmasına katkıda bulunur. Cinsel davranışlarla ilgili karar verme sürecinde ise gençler cinsellikle ilgili karmaşık ve çelişkili mesajlarla karşı karşıya kalmaktadırlar. Bir yandan çeşitli iletişim araçları yoluyla cinselliğin çekici ve istenen bir eylem olduğu mesajları iletilmekte, diğer yandan nedenini ve ne kadar süreceğini bilemedikleri biçimde cinsel ilişkiyi ertelemeleri önerilmektedir. Ergenlik döneminde akran grupları içinde cinsellik ve cinsel ilişki tartışmaları gencin ilgisini çekmekte ve akranlarından cinsel eylemde bulunma yönünde baskı ile karşılaşılabilir (57).

Gençlerin cinsel deneyimleri bölgelere göre değişiklik göstermektedir. Gelişmiş ülkelerde 20 yaşına ulaşmış genç kadınların büyük çoğunluğunun cinsel ilişkide buldukları saptanmıştır. Genç erkekler için durum daha da yaygındır. Cinsel Eğitim Tedavi ve Araştırma Derneği (CETAD) tarafından 20 ilde 16 yaş ve üstü Türkiye kent nüfusunu temsil eden bir grup üzerinde yürütülen Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı Araştırması sonuçları incelendiğinde cinsel yaşam ve güvenli cinsellikle ilgili önemli bulgular elde edilmiş olup, bu çalışmaya göre ortalama cinsel birleşme yaşı kadınlarda 19,5; erkeklerde 19'dur (58).

Cinsel deneyimler, sorumluluk üstlenmeyi ve özdenetimi gerektirmektedir. Gençlik döneminde düşünülmeden yaşanan cinsel deneyimler cinsel yolla bulaşan hastalıklar, istenmeyen gebelik gibi riskler içermektedir (58).

2.3.7 Beslenme Alışkanlıkları – Beden Algısı

Beslenme; sağlığı korumak, geliştirmek ve yaşam kalitesini yükseltmek için vücudun gereksinimi olan besin öğelerini yeterli miktarlarda ve uygun zamanlarda almak için bilinçli yapılması gereken bir davranıştır. Bireylerin yeterli ve dengeli beslenmesi hastalıkların görülme riskinin azalması, protein enerji malnütrisyonunun, vitamin-mineral yetersizliklerinin önlenmesi gibi beslenme ile ilgili sağlık sorunlarının en aza indirilmesinde rol oynayan koruyucu etmenlerden biridir (59).

Beden ağırlığını değerlendirmede en sık kullanılan hesaplama çeşitli sağlık sorunlarının gelişimi veya yaygınlığı için genel bir ölçüt olarak kabul gören vücut kitle

indeksidir (VKİ). VKİ ayrıca, halk sağlığı politikalarının belirlenmesinde de yaygın olarak kullanılmaktadır (60).

Üniversite eğitiminin başlaması ile birlikte o zamana kadar alıştıkları aile ortamları içerisinde ayrılmaları, dış etkilere daha açık hale gelmeleri ve kendi özgür seçimlerini daha belirgin şekilde yapmaya başlıyor olmaları nedeniyle üniversite gençlerinin beslenmelerinde de yeni bir dönem başlamaktadır. Bu dönemin belirleyici özelliği ekonomik problemler ve yeni kurulacak bir düzene uyum sağlama çabalarıdır. Beslenme alışkanlıklarında ortaya çıkabilecek bu yeni beslenme formları da üniversite öğrenimi sonrasında taşınmaktadır (61).

Batı toplumlarında 1960'lı yıllardan bu yana zayıflığın kültürel olarak ideal görünüm haline getirilmesi özellikle kadınlar arasında yaygınlaşmaya başlamıştır. Kişiler standart değerlendirmelere göre normal ağırlık aralığında olup olmadıklarını dikkate almaksızın, kendilerini şişman olarak algılamakta, buna bağlı olarak da gereksiz olan durumlarda bile zayıflamak için istenmeyen bazı davranışlar içine girebilmektedirler (62).

2.3.8 Fiziksel Aktivite

Fiziksel aktivite, bireyin enerji harcamasıyla sonuçlanan tüm bedensel hareketleri içermektedir. Düzenli olarak yapılan fiziksel aktivite egzersiz olarak tanımlanabilir. Adolesan dönemde esnekliği, kas kuvveti ve dayanıklılığını, kardiorespiratuar dayanıklılığı arttırmaya yönelik egzersizler sıklıkla yapılmalıdır (63).

Fiziksel dayanıklılığı geliştirmek için yapılan egzersizin etkinliğini değerlendirmek için egzersize başlarken hedef kalp hızı maksimum kalp hızının %60'ı seviyesine, orta şiddette egzersizde %75, ileri seviye egzersizde ise %85'ine ulaşacak şekilde belirlenebilir. Etkili bir egzersiz için 20-30 dakika süresince hedef kalp hızının korunması gerekmektedir (64).

DSÖ'ne göre hareketsizlik ya da pasif yaşam tarzı ölümün 10 temel küresel nedeninden biridir. Düzenli fiziksel aktivite ve spor yapmak; tütün, alkol, uyuşturucu madde kullanımından ve saldırgan davranışlardan sakınma dahil olmak üzere diğer sağlıklı davranışlara uyumu desteklemektedir. Pasif yaşam tarzı ise; kardiyovasküler

hastalıklar, diyabet ve obezite riskini artırmakta olup, kolon kanseri, yüksek kan basıncı, osteoporoz, depresyon ve endişe riskini yükseltmektedir (24).

DSÖ'nün 2008 yılı raporunda, dünya genelinde 15 yaş ve üzeri yetişkinlerin %31'inin yeterince hareketli olmadığı belirtilmiştir. Sağlık Bakanlığı tarafından 2011'de yapılan Kronik Hastalıklar Risk Faktörleri Araştırması'na göre de Türkiye genelinde kadınların %87 ve erkeklerin %77'sinin yeterli ölçüde fiziksel aktivite yapmadığı belirlenmiştir. Bu oranlar, hareketsiz yaşam tarzının ülkemiz için ciddi boyutlarda olduğunu ortaya koymaktadır (65).

Ülkemizde üniversite öğrencilerinin fiziksel aktiviteye katılım düzeyini inceleyen çalışma sayısı oldukça sınırlıdır. 2006 yılında bir üniversitenin Sağlık Bilimleri Fakültesi'nde okuyan lisans öğrencilerini kapsayan çalışmada sadece %18'inin sağlıklı yaşam için gerekli düzeyde fiziksel aktiviteye katıldıkları saptanmış olup, bu konudaki araştırmalar üniversite gençlerinin fizik aktivite alışkanlıklarının ve bilinç düzeylerinin yetersiz olduğunu desteklemektedir (66,67).

2.3.9 Ekran Kullanımı

Bağımlılık, kişinin kullandığı bir nesne veya yaptığı bir eylem üzerinde kontrolünü kaybetmesi ve onsuz bir yaşam sürememeye başlamasıdır (68). Bağımlılık halinde kullanım ve davranışta irade kalkmakta ve kişi istese de istemese de bağımlı kullanımı veya davranışı sürdürmektedir (69). Bağımlılıklar kimyasal ve eylemsel olarak iki gruba ayrılabilir ve internet, sosyal medya, dijital oyun, akıllı telefon bağımlılıkları eylemsel bağımlılıklara örnek olarak gösterilebilir (69,70).

Yeni teknolojiler, özellikle de internet, günlük hayatın vazgeçilmez bir parçası olarak dünyanın her yerinde hemen her yaşta insanın hayatında yer almaktadır. Hiç şüphesiz doğru kullanılması halinde hayatı oldukça kolaylaştırması söz konusu iken doğru bir çerçevede içerisinde kullanılmadığı takdirde bağımlılık yaratma riskini barındırmaktadır (71). İnternet bağımlılığı, 2013 yılında yayınlanan Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabının Beşinci Basımı (DSM-5) sınıflandırmasında yer almamış olsa da, ilk kez, "İnternet oyun bozukluğu" şeklinde ve ileri çalışmalar gerektiren bir durum olarak III. bölüme dahil edilmiştir (72). Söz konusu bağımlılık riskini en çok doğdukları andan itibaren yeni teknolojileri

hayatlarının her alanında görmüş, yeni teknolojik gelişmelerin yabancıları olmayan çocuklar ve gençler taşımaktadır (71). Sosyal medya, yansıma yaratmayı kolaylaştırarak ya da kendimizi nasıl gördüğümüze ve başkalarının bizi nasıl gördüklerine dair yansıtma sürecini hızlandırarak kimlik oluşumuna katkıda bulunmaktadır (73). Sosyal medya, kendi inançlarını ve algılanan sosyal normları şekillendirmede önemli bir rol oynamaktadır (74).

Dünya nüfusun yaklaşık %50'si internet kullanmaktadır ve Türkiye nüfusunun %74'ünün internet erişimi bulunduğu bildirilmiştir (75). Hanehalkı Bilişim Teknolojileri Kullanım Araştırması sonuçlarına göre; Türkiye'de 16-24 yaş arasındaki gençlerin internet kullanım oranı 2016 yılında %87,5 olarak belirlenmiştir (17). Türkiye'de kullanıcıların gün içerisinde ortalama 7 saatini bilgisayar karşısında, 3 saatini telefon üzerinden internete bağlanarak ve 3 saatini sosyal medya platformlarında harcadığı; TV karşısında geçirilen vaktin ise ortalama 2 saat olduğu tespit edilmiştir (75).

2.4 Aile Hekimliği Ve Kaçırılmış Fırsatlar

Aile hekimliği kendi eğitim içeriğine, kanıt tabanına, klinik etkinliğine ve birincil bakım hizmetine odaklı bir klinik uzmanlığa sahip akademik ve bilimsel bir disiplin olarak tanımlanmaktadır (76).

Aile hekimliği, uygulayıcı hekimlerin deneyimlerinden ortaya çıkmış bir bilim dalı olarak sahadaki hekimlerin birinci basamak pratiğinde karşılaştıkları sorunlara çözüm arayış sürecinde şekillenmiştir. Önce sahada ortaya çıkmış, sonra akademik olarak gelişmiş ve disiplinleşmesini tamamlamıştır (77). Her ne kadar diğer disiplinlerden klinisyenler de hastalarıyla ilişki kurmakta olsa da aile hekimliğinde ilişkiler içerikten önce gelmektedir. Aile hekimleri kişilerin hastalıklarını tanımlamadan önce insanları tanımayı hedef almaktadır ve aile hekimleri kendilerini hastalarıyla kurdukları uzun süreli güven temelli ilişkiler yoluyla tanımlamayı tercih etmektedirler (78,79).

2010 yılı sonu itibarıyla ülkemizde sağlık hizmetlerinin tüm bireylere dengeli şekilde ulaştırılabilmesi; birinci basamak sağlık hizmetlerinin koruyucu, tanı koyucu, tedavi ve rehabilite edici yönleriyle sunulması temel hedefleriyle ülkemizin tüm illerinde Aile Hekimliği uygulamasına geçilmiştir (80).

Aile hekimliği uygulamasına geçiş öncesinde ülkemizde yapılan bir çok merkezli araştırmada 18-29 yaş aralığındaki kişilerin tüm sağlık kuruluğu başvurularının %29,3'n oluştırmakta olduğu ve bu başvuruların büyük çoğunluğunun genel poliklinik ve tedavi hizmeti alma amaçlı olduğu belirlenmiştir (81). 2016 yılında yapılmış olan bir retrospektif çalışmada ise aile hekimliği polikliniğine başvuruda bulunan hastaların %10'unun 15-25 yaş aralığında olduğu gözlemlenmiştir (82).

Gençlerde mevcut hastalık yükünün büyük bir kısmı, ruhsal bozukluklar, tütün, alkol ve diğer madde kullanımı, kazalar ve yaralanmalar, cinsel yolla bulaşan hastalıklar ve istenmeyen gebelikler de dahil olmak üzere, sağlıktan ödün verme davranışları ve psikososyal sorunlar ile ilgilidir (83). Aile hekimleri bu nedenle gençlerin ortak psikososyal yüklerini tanımlamak ve onlara cevap vermek için de görev almaktadır. Ruhsal ve davranışsal bozukluklara atfedilen hastalık yüküne rağmen, gençlerin aile hekimlerine yaptıkları ziyaretlerin çoğu somatik sağlık problemleri içindir (84).

Birçok genç, doğum kontrolü, madde kullanımı ve cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar gibi konularda sağlık sağlayıcılarından tavsiye almaya razı olmasına rağmen çok azı konsültasyonda sağlıkla ilgili davranışlar hakkında danışmanlık almaktadır (85,86). Her yaş grubunda olduğu gibi genç bireyler de, aile hekimliğine özgü kişi merkezli yaklaşımla değerlendirilerek tanımlanmalı ve bireysel müdahale alanları belirlenmelidir. Aile hekimliği ziyaretinde gençler riskli davranışlar açısından sorgulanmalı ve bu konularda danışmanlık verilmeli, uygun müdahalede bulunulmalıdır. Bu sorgulamanın yapılmamış olması kaçırılmış fırsat olarak değerlendirildiğinde koruyucu hekimlik açısından kişiye önemli lde katkıda bulunulacağı kuşkusuzdur (8).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1 Evren ve Örneklem

Kesitsel, tanımlayıcı desendeki araştırma çalışmanın evrenini oluşturan Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi'nin Çanakkale merkez ilçesindeki fakülte ve yüksekokullarda okumakta olan öğrenciler üzerinde yürütüldü. Evreni oluşturan bireylerden basit sistematik yöntemle örneklem seçildi. Üniversitenin Çanakkale il merkezinde 2016-2017 döneminde toplam 26546 üniversite öğrencisi eğitim almaktaydı (87). Çalışmada fakülteler ve yüksekokullarda okuyan öğrenci sayılarının %10'una ulaşılması hedeflendi. Her fakülte ve yüksekokulda okuyan güncel öğrenci sayısı belirlenerek, cinsiyet ve okunan sınıf açısından yapılan tabakalama sonrası öğrenci sayısının %10'una ulaşınca kadar öğrenciler çalışmaya davet edilerek çalışmaya dahil edildi.

3.2 Çalışmaya Alınma Ve Hariç Bırakılma Kriterleri

Çalışmaya alınma kriterleri Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi öğrencisi olmak ve çalışmaya dahil olmayı kabul etmek iken; Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi öğrencisi olmamak çalışma dışı bırakılma kriteriydi.

3.3 Veri Toplama Araçları

Veriler araştırmacılar tarafından hazırlanan 41 soruluk anket ile toplandı (EK-1). Ankette kişisel bilgiler yer almadı. İlk 15 soru sosyodemografik verilerden oluşmaktaydı. Dört soru sigara ve nargile içme durumu ve riskli sigara içiciliğini sorgulayan Fagerstrom Nikotin Bağımlılık Testi (FNBT) sorularını içermekteydi (88). Üç soru alkol kullanımını ve riskli alkol kullanımını ölçen Bapirt Alkol ölçeğinden oluşmaktaydı (89). Madde kullanımı tek soru ile sorgulandı. Dört soru riskli şiddet davranışları, üç soru riskli yol güvenliği davranışları, bir soru riskli cinsel davranışlar, yedi soru beslenme alışkanlığı, egzersiz ve beden algısını sorgulamak üzere düzenlendi. Aile hekimliğine başvuru ve riskli davranışlarla ilgili görüşme durumuyla ilgili iki soru ile Aile hekimi haricinde riskli sağlık davranışları ile ilgili eğitim alma durumu hakkında bir soru araştırmacılar tarafından oluşturulmuştu. Bu soruların

hazırlanmasında konu ile ilgili çalışmalarda kullanılan anketlerden ve 2015 State and Local Youth Risk Behavior Survey anketinden faydalanıldı (90,91).

Fagerstrom Nikotin Bağımlılık Testi (FNBT): 1978 yılında Karl Fagerström tarafından geliştirilmiştir. Altı sorudan oluşmaktadır ve her soruya farklı puan verilmektedir. Testin değerlendirilmesi sonucu elde edilen toplam puanlara göre nikotin bağımlılığı düşük (0-3 puan), orta (4-6 puan), yüksek (≥ 7 puan) şeklinde üç grupta derecelendirilmektedir. Sıklıkla nikotinin fiziksel bağımlılığının bir ölçütü olarak kullanılmaktadır (92). Çalışmada FNBT'nin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Uysal ve ark. tarafından yapılmış olan formu kullanılmıştır (88).

Bapirt Alkol Ölçeği: Kültegin Ögel, Cüneyt Evren, Figen Karadağ ve Defne Tamar Gürol tarafından geliştirilmiş; alkol bağımlılığının farklı boyutlarını değerlendirmek ve bağımlılık şiddetini ölçmek amacıyla geliştirilmiş bir ölçektir. Alkol kullanımı olan bireylerde risk taraması amaçlı altı sorudan oluşmakta ve her bir cevap puanlandırılmaktadır. Olası toplam puanlaması 0-12 aralığındadır ve cevaplarının toplam puanı 3 veya üstü kişiler yüksek riskli kapsamında değerlendirilmektedir (93).

3.4 Uygulama

Ulaşılan öğrencilere uygulanan anket hakkında bilgilendirme sonrası yazılı onamları istendi ve onam veren öğrencilere anket uygulandı. Yazılı onam formu ile anket arasında ilişki olmadığı için kişilerin verileri korunarak ve aynı zamanda fakülte ve yüksekokullar riskli sağlık davranışı açısından ayrı ayrı değerlendirildi. Elde edilen veriler isimsiz olarak kaydedildi.

3.5 İzin ve onamlar

Çalışmaya başlamadan önce Çanakkale 18 Mart Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu onayı alındı (EK-2). Çalışmaya başlamadan önce ÇOMÜ ile uygulama yapılacak Fakülteler ve Yüksekokullardan gerekli idari izinler alındıktan sonra anketi uygulamaya izin verilen yerlere öğrenciler davet edilerek araştırmaya katılmayı kabul edenlere anket uygulandı. Anket uygulaması öncesinde öğrencilere kişisel verilerinin paylaşılmayacağı, anketin bireysel yaftalama amacıyla

kullanılmayacağı belirtilerek öğrencilerden çalışmaya katılımları için yazılı onamları istendi.

3.6 İstatistiksel analiz

Veriler, dijital ortama taşınmasından sonra SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for Windows 20 (SPSS Inc., Chicago, IL) istatistik paket programı ile analiz edildi. İstatistiksel analizlerden önce anket değişkenleri yeniden tanımlandı. Anne ve babanın mesleğinin sorgulandığı soru çalışıyor, çalışmıyor ve emekli şeklinde; anne ve baba için uygun olan seçeneğin işaretlendiği aile yapısının nitelendirildiği soru anne ve baba hayatta ve birlikte, anne ve baba hayatta ve boşanmış ve ebeveyn kaybı mevcut şeklinde yeniden tanımlandı. Benzer şekilde Sigara içme durumu hakkındaki soru içiyor ve içmiyor olarak; alkol kullanım durumu kullanıyor ve kullanmıyor olarak; madde kullanma durumu kullanmış ve kullanmamış olarak yeniden belirlendi.

Verilerin düzenlenmesi ardından, örnekleme tanımlamak üzere ortalama, standart sapma, minimum-maksimum değerleri, sıklık ve dağılım durumları gibi tanımlayıcı istatistikler kullanıldı. Risk ölçek puanları değerlendirilerek demografik veriler ve aile hekimliğinin etkinliği ile değişken özelliklerine uygun olarak seçilen, bağımsız örneklerde ortalamaların farkı testleri, “Korelasyon Analizi” “Mann-Whitney U Testi”, “Ki-Kare Testi” ile karşılaştırıldı. İstatistiksel testlerin değerlendirilmesinde anlamlılık düzeyi olarak $p < 0,05$ kabul edildi.

4. BULGULAR

4.1 Sosyo-Demografik Özellikler

Araştırmaya katılan 2509 üniversite öğrencisinin 1259'u (%50,2) kadın, 1250'si (%49,8) erkekti. Katılımcıların yaş ortalaması $21,4 \pm 1,9$ [18-48] olup, kadınların yaş ortalaması ($21,3 \pm 2,0$) erkeklerin yaş ortalamasından ($21,6 \pm 1,9$) anlamlı düşüktü ($U=699681,0$, $p<0,001$). Öğrencilerin 2465'i (%98,2) bekar, 30'u (%1,2) evli, 14'ü (%0,6) dul ya da boşanmıştı.

Öğrencilerin son 10 yılda ağırlıklı olarak yaşadıkları yerlere göre dağılımı incelendiğinde, öğrencilerin 346'sı (%13,8) köy ya da beldede, 2141'i (%85,3) il ya da ilçe merkezinde, 22'si (%0,9) yurt dışında yaşamış olduklarını belirtmişti. Öğrencilerin eğitim hayatlarında yatılı okulda okuma durumları incelendiğinde 235'i (%9,4) daha önce yatılı okulda okuduğunu, 2274'ü (%90,6) daha önce hiç yatılı okulda okumadığını belirtmişlerdi. Cinsiyete göre öğrencilerin daha önce yatılı okulda okuyup okumama durumları arasında anlamlı fark yoktu ($\chi^2=0,178$; $p=0,673$).

Üniversite eğitimi boyunca öğrencilerin 211'i (%8,4) ailesiyle birlikte, 369'u (%14,7) evde tek başına, 750'si (%29,9) arkadaşlarıyla birlikte, 30'u (%1,2) başka bir ailenin yanında, 1090'ı (%43,4) yurttta, 58'i (%2,3) bu seçeneklerin dışında bir yerde kaldığını belirtmişti; 1 kişi ise bu soruyu yanıtlamamıştı.

Öğrenciler, gelir temin ettikleri yerler göz önüne alınarak verdikleri toplam cevaplar üzerinden değerlendirildiğinde; 280'i (%7,8) ücretli bir işte çalıştığını, 1791'i (49,9) ailesinden harçlık aldığını, 1140'ı (%31,8) öğrenim kredisi ve 359'u (%10,0) da burs aldığını ifade etmişti. Öğrenciler aynı anda birkaç yerden gelir temin edebilmekteydiler. Öğrencilerden 121'i (%4,8) yalnızca ücretli bir işte çalışarak, 827'si (%33,0) yalnızca ailesinden, 359'u (%14,3) yalnızca öğrenim kredisinden ve 180'i (%7,2) de sadece burs yolu ile gelir temin ettiğini bildirmişti. 1 (%0,03) kişi ise bu soruyu yanıtlamamıştı.

Öğrencilerin öznel gelir algılarının dağılımı değerlendirildiğinde 409'u (%16,3) fazlasıyla yeterli, 1569'u (%62,5) sınırdan yeterli olduğunu, 531'i (%21,2) ise yetersiz olduğunu düşünmekteydi. Cinsiyetlere göre öznel gelir algısının dağılımı arasında

anlamlı fark vardı ($\chi^2=44,606$; $p<0,001$); erkeklerin gelir algısı kadınlardan daha olumluydu ($U=685304,0$; $p<0,001$).

Öğrencilerin annelerinin eğitim durumları incelendiğinde; öğrencilerden 104'ü (%4,1) annesinin okuryazar olmadığını, 181'i (%7,2) okuryazar olduğunu, 668'i (%26,6) ilkokul, 653'ü (%26,0) ortaokul, 645'i (%25,7) lise, 109'u (%4,3) yüksek okul, 149'u (%5,9) üniversite mezunu olduğunu belirtmişti.

Öğrencilerin babalarının eğitim durumları incelendiğinde ise; 46'sı (%1,8) babasının okuryazar olmadığını, 100'ü (%4,0) okuryazar olduğunu, 473'ü (%18,9) ilkokul, 584'ü (%23,3) ortaokul, 889'u (%35,4) lise, 168'i (%6,7) yüksekokul ve 247'si (%9,8) de üniversite mezunu olduğunu ifade etmişti; 2 kişi ise bu soruyu yanıtlamamıştı.

Öğrencilerin anne meslekleri sorgulandığında 165'i (%6,6) emekli, 220'si (%8,8) devlet memuru, 649'u (%25,9) işçi, 156'sı (%6,2) esnaf/serbest meslek erbabı, 102'si (%4,1) çiftçi olarak, 223'ü (%8,9) seçekler dışında bir iş grubunda çalışmaktaydı. 992'si (%39,5) çalışmamaktaydı. Öğrencilerin 2'si (%0,1) bu soruyu yanıtlamamıştı.

Öğrencilerin babalarının meslekleri sorgulandığında ise 403'ü (%16,1) emekli, 329'u (%13,1) devlet memuru, 771'i (%30,7) işçi, 469'u (%18,7) esnaf/serbest meslek erbabı, 195'i (%7,8) çiftçi olarak, 253 (%10,1) seçekler dışında bir iş grubunda çalışmaktaydı. 82'si (%3,3) çalışmamaktaydı. Öğrencilerin 7'si (%0,3) bu soruyu yanıtlamamıştı.

Öğrencilerin aile yapıları incelendiğinde 2152'si (%85,8) anne ve babasının hayatta olduğunu ve birlikte yaşadıklarını, 263'ü (%10,5) anne ve babasının hayatta olduklarını fakat ayrı yaşadıklarını, 61'i (%2,4) sadece annesinin hayatta olduğunu, 26'sı (%1,0) sadece babasının hayatta olduğunu, 7'si (%0,3) de hem anne hem de babasının hayatta olmadığını belirtmişti.

Öğrencilerin ailelerinin gelir durumunu nasıl değerlendirdiğine bakıldığında 145'i (%5,8) çok iyi, 690'ı (%27,5) iyi, 1497'si (%59,7) orta, 144'ü (%5,7) kötü, 33'ü (%1,3) çok kötü olduğunu düşünmekteydi. Cinsiyetlere göre aile gelir algısı

karşılaştırılmasında anlamlı fark vardı ($\chi^2=44,606$; $p<0,001$); erkeklerin ailesel gelir algısı kadınlardan daha olumluydu ($U=719024,0$; $p<0,001$).

Öğrencilerin aile içinde şiddet görüp görmedikleri ya da şiddete tanıklıkları sorgulandığında katılımcıların 276'sı (%11,0) aile içinde şiddetle karşılaştığını, 2233'ü (%89,0) ise karşılaşmadığını belirtmişti. Şiddete tanıklık etme durumu ile cinsiyet arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yoktu ($\chi^2=0,036$; $p=0,849$).

Şiddete tanık olma durumu ile anne ve baba eğitim durumlarının karşılaştırılmasında ise anlamlı fark mevcuttu ($\chi^2=45,162$; $p<0,001$ ve $\chi^2=63,762$; $p<0,001$). Şiddete tanıklık etme durumu anne ve baba eğitim durumu ile negatif korelasyon gösteriyordu ($\tau-b=-0,081$; $p<0,001$ ve $\tau-b=-0,095$; $p<0,001$).

Öğrenciler, karşılaştıkları şiddet tipi ve/veya tipleri göz önüne alınarak verdikleri toplam cevaplar üzerinden değerlendirildiğinde, şiddetle karşılaştığını ifade eden öğrencilerden 160'ı (%43,0) fiziksel şiddet, 125'i (%33,6) psikolojik şiddet, 22'si (%5,9) cinsel şiddet ve 56'sı (%15,1) da ekonomik şiddete tanık olduğunu ifade etmişti. Öğrenciler aynı anda bir kaç seçeneği birden işaretleyebilmekteydi.

4.2 Riskli Sağlık Davranışları

4.2.1 Sigara / Tütün Bağımlılığı

Öğrencilerin sigara içme davranışları değerlendirildiğinde 1279'u (%51,0) hiç sigara içmediklerini, 500'ü (%19,9) denediğini ama içmediğini, 147'si (%5,9) daha önce düzenli içtiğini ama bıraktığını ve 582'si (%23,2) sigara içtiğini belirtti. Öğrencilerden 1'i (%0,03) bu soruya yanıt vermemişti. Aktif sigara içiciliği cinsiyetler arasında anlamlı farklıydı ($\chi^2=15,075$; $p<0,001$). Cinsiyetlere göre sigara içme davranışlarının dağılımı Tablo 4.1'de gösterilmektedir.

Tablo 4.1 Cinsiyetlere göre sigara içme davranışları			
Sigara içme davranışı	Cinsiyet		İstatistiksel analiz
	Kadın n* (%)**	Erkek n* (%)**	
İçmiyor	1008 (80,1)	919 (73,5)	$\chi^2=15,075$ p<0,001
İçiyor	251 (19,9)	331 (26,5)	
Toplam	1259 (100,0)	1249 (100,0)	

*n=vaka sayısı, **%=sütun yüzdesi

Sigara içmekte olan öğrencilerin yaşları ($21,7\pm 2,0$) içmeyenlerinkinden ($21,4\pm 1,9$) daha yüksekti ($U=1496499,5$; $p<0,001$). Öğrencilerin sigara içmeye başlama yaşları en erken 7, en geç ise 23 yaş olarak belirtildi. Ortalama sigara içmeye başlama yaşı ise $15,7\pm 2,4$ idi. Kadınların ortalama sigara içmeye başlama yaşı ($16,0\pm 2,4$) erkeklerden ($15,4\pm 2,2$) anlamlı yüksekti ($U=148134,0$; $p<0,001$). Katılımcıların günde içtikleri sigara sayısı ile cinsiyetler arasında erkek cinsiyeti yönünde anlamlı farklılık saptandı ($U=34247,0$; $p<0,001$).

Son 10 yıldır köy ya da beldede yaşayanların 67'si (%19,4), ilçe ya da ilde yaşayanların 506'sı (%23,6), yurt dışında yaşayanların ise 9'u (%40,9) sigara içmekteydi. Öğrencilerin son 10 yıldır yaşadıkları yerler ile aktif sigara içme durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardı ($\chi^2=6,956$; $p=0,031$).

Üniversite eğitimleri boyunca ailesiyle yaşamakta olanların 48'i (%22,7), tek başına yaşamakta olanların 113'ü (%30,6), arkadaşlarıyla yaşamakta olanların 186'sı (%24,8), başka bir aileyle yaşamakta olanların 8'i (%26,7), yurttta kalmakta olanların 216'sı (%19,8) ve seçenekler dışında bir yerde yaşamakta olanların 11'i (%19,0) sigara içmekteydi. Öğrencilerin yaşamakta oldukları yerlerle aktif sigara içme durumları arasında anlamlı fark bulunmaktaydı ($\chi^2=20,300$; $p=0,001$).

Öğrencilerin aktif sigara içme durumları ile önceki eğitim hayatlarında yatılı okulda okuma durumları arasında anlamlı fark yoktu ($\chi^2=0,058$; $p=0,809$). Katılımcıların aktif sigara içme durumları ile öznel ve ailesel gelir algıları arasında istatistiki fark yoktu ($U=550320,0$; $p=0,429$ ve $U=535545,5$; $p=0,591$). Aktif sigara içenler ve içmeyenlerin arasında anne ve baba eğitimi açısından anlamlı fark yoktu ($U=546291,0$; $p=0,331$ ve $U=542633,0$; $p=0,236$). Anne ve babanın çalışıyor, çalışmıyor ya da emekli olması ile aktif sigara içme durumları arasında da anlamlı bir fark bulunmuyordu ($\chi^2=2,435$; $p=0,296$ ve $\chi^2=3,303$; $p=0,219$).

Anne babası hayatta ve birlikte olanların 476'sı (%22,1), boşanmış olanların 82'si (%31,2), ebeveyn kaybı mevcut olanların 24'ü (%25,5) sigara içmekteydi. Aile yapısı ile aktif sigara içme durumları arasında anlamlı fark bulunmaktaydı ($\chi^2=11,096$; $p=0,004$).

Aile içinde şiddete tanık olanların sigara içme oranları (276 kişiden 87'si, %31,5) tanık olmayan sigara kullanıcılarının oranından (2233 kişiden 495'i, %22,2) anlamlı yüksekti ($\chi^2=12,065$; $p=0,001$). Şiddet tipleri açısından analiz yapıldığında sadece psikolojik/duygusal şiddete tanık olduğunu ifade eden öğrenciler arasında sigara içme oranları (%34,3) anlamlı yüksekti ($\chi^2=1,040$; $p=0,002$).

Sigara içtiğini ifade eden öğrencilerin cevapladıkları FNBT sonuçlarına göre 192 (%33,0) kişi düşük derecede, 261 (%44,8) kişi orta düzeyde ve 129 (%22,2) kişi yüksek düzeyde nikotin bağımlısıydı. Öğrencilerin FNBT sonuçları ile cinsiyetleri arasında anlamlı fark mevcuttu ($\chi^2=22,489$; $p<0,001$); erkeklerin ortalama FNBT skorları ($5,0\pm 2,2$) kadınlardan ($4,1\pm 2,3$) yüksekti ($U=512171,5$; $p=0,001$).

FNBT sonuçlarına göre düşük bağımlı öğrencilerin ilk sigaraya başlama yaş ortalaması $16,8\pm 2,1$, orta bağımlı öğrencilerin ilk sigaraya başlama yaş ortalaması $15,8\pm 2,1$ ve yüksek bağımlı öğrencilerin ilk sigaraya başlama yaş ortalaması $14,9\pm 2,4$ idi. FNBT sonuçları sigaraya başlama yaşı ile negatif korelasyon gösteriyordu ($\tau\text{-}b=-0,257$; $p<0,001$).

Öğrencilerin aile yapılarının nikotin bağımlılık derecesiyle karşılaştırılmasında anlamlı bir fark gözlenmedi ($\chi^2=4,301$; $p=0,367$).

Sigara içen öğrencilerin FNBT değerlendirme sonuçlarıyla aile içi şiddete tanıklık etme durumlarının arasında anlamlı bir farklılık mevcuttu ($\chi^2=8,998$; $p=0,011$). Aile içi şiddete tanıklık etmiş öğrencilerin ortalama FNBT skorları ($5,2\pm 2,5$) etmeyenlerinkinden ($4,5\pm 2,1$) anlamlı yüksekti ($U=17724,0$; $p=0,008$).

Ankete katılan 2509 öğrencinin 953'ü (%38,0) nargile kullandığını, 1556'sı (%62,0) ise kullanmadığını belirtmişti. Erkeklerde nargile kullanma oranı (%43,8) kadınlardan (%32,2) anlamlı yüksekti ($\chi^2=36,274$; $p<0,001$). Nargile içmekte olan öğrencilerin yaşları ($21,6\pm 1,9$) içmeyenlerinkinden ($21,3\pm 1,9$) daha yüksekti ($U=673584,0$; $p<0,001$).

Son 10 yıldır köy ya da beldede yaşayanların 108'i (%31,2), ilçe ya da ilde yaşayanların 835'i (%39,0), yurt dışında yaşayanların ise 10'u (%45,5) nargile içmekteydi. Öğrencilerin son 10 yıldır yaşadıkları yerler ile nargile içme davranışları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardı ($\chi^2=8,139$; $p=0,017$).

Üniversite eğitimleri boyunca ailesiyle yaşamakta olanların 73'ü (%34,6), tek başına yaşamakta olanların 166'sı (%45,0), arkadaşlarıyla yaşamakta olanların 293'ü (%39,1), başka bir aileyle yaşamakta olanların 10'u (%33,3), yurttta kalmakta olanların 391'i (%35,9) ve seçenekler dışında bir yerde yaşamakta olanların 20'si (%34,5) nargile içmekteydi. Öğrencilerin yaşamakta oldukları yerlerle nargile içme davranışı arasında anlamlı fark bulunmaktaydı ($\chi^2=11,722$; $p=0,039$).

Nargile kullanma davranışıyla öğrencilerin daha önce yatılı okulda okuma durumları arasında anlamlı fark yoktu ($\chi^2=0,781$; $p=0,377$). Katılımcıların öznel gelir algıları ile nargile içme davranışı arasında anlamlı fark yokken ($U=739590,0$; $p=0,903$); ailesel gelir algısıyla anlamlı fark mevcuttu ($U=709000,0$; $p=0,035$); ve bu fark ailesinin gelirinin kötü olduğunu düşünmekte olanların nargile kullanım oranından (%61,8) kaynaklanmaktaydı ($\tau_b=-0,040$; $p=0,035$).

Nargile içenler ve içmeyenlerin arasında anne ve baba eğitimi açısından anlamlı fark mevcuttu ($U=688882,0$; $p=0,002$ ve $U=704652,0$; $p=0,035$), bu fark nargile içen öğrencilerin anne ve baba eğitim durumunun lise mezunu olmasındaki yüksek oranlarından (%30,4 ve %39,9) kaynaklanmaktaydı ($\tau_b=0,055$; $p=0,002$ ve $\tau_b=0,038$; $p=0,035$). Anne ve babanın çalışıyor, çalışmıyor ya da emekli

olması ile nargile kullanma alışkanlığı arasında anlamlı bir fark bulunmuyordu ($\chi^2=2,515$; $p=0,284$ ve $\chi^2=1,817$; $p=0,399$).

Anne ve babası hayatta ve birlikte olanların 793'ü (%36,8), boşanmış olanların 128'i (%48,7), ebeveyn kaybı mevcut olanların 32'si (%34,0) nargile içmekteydi, aile yapısı ile nargile içme davranışı arasında anlamlı fark bulunmaktaydı ($\chi^2=14,543$; $p=0,001$).

Aile içinde şiddete tanık olanların nargile içme oranları (276 kişinin 129'u, %46,7) tanık olmayanlardaki orandan (2233 kişinin 824'ü, %36,9) anlamlı yüksekti ($\chi^2=10,093$; $p=0,001$).

Nargile kullanmakta olanlarda sigara içme oranı ($\chi^2=339,024$; $p<0,001$). Nargile kullanımıyla sigara kullanımı arasındaki ilişki Tablo 4.2'de gösterilmektedir.

Tablo 4.2 Nargile kullanımıyla sigara kullanımı arasındaki ilişki				
Riskli davranışlar		Nargile içme davranışı		İstatistiksel analiz
		İçiyor n* (%)**	İçmiyor n* (%)**	
Sigara kullanımı	İçiyor	410 (43,0)	172 (11,1)	$\chi^2=339,024$; $p<0,001$
	İçmiyor	543 (57,0)	1384 (88,9)	

*n=vaka sayısı, **%=sütun yüzdesi

Nargile kullanmakta olanların toplam FNBT puanı ($4,9\pm 2,3$) nargile kullanmayanların toplam FNBT puanından ($4,0\pm 2,1$) anlamlı yüksekti ($U=27496,500$; $p<0,001$). FNBT değerlendirmelerine göre düşük düzey bağımlıların 116'sı (%60,4) orta düzey bağımlıların 188'i (%72,0), yüksek düzey bağımlıların 106'sı (%82,2)

nargile içmekteydi; gruplar arasında anlamlı fark vardı ($\chi^2=18,109$; $p<0,001$; $\tau_b=0,167$; $p<0,001$).

4.2.2. Alkol Kullanımı

Öğrencilerin, 390'ı (%15,5) alkol kullandığını, 2119'u (%84,5) kullanmadığını belirtti. Erkeklerin alkol kullanma oranları (%18,2) kadınlardan (%12,9) anlamlı yüksekti ($\chi^2=12,985$; $p<0,001$).

Alkol kullanmakta olan öğrencilerin yaşları ($21,8\pm 2,0$) içmeyenlerinkinden ($21,4\pm 1,9$) daha yüksekti ($U=361557,0$; $p<0,001$).

Son 10 yıldır ağırlıklı olarak köy ya da beldede yaşayanların 35'i (%10,1), ilçe ya da ilde yaşayanların 349'u (%16,3), yurt dışında yaşayanların ise 6'sı (%27,3) alkol kullanmaktaydı. Öğrencilerin son 10 yıldır yaşadıkları yerler ile alkol kullanma davranışları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardı ($\chi^2=11,006$; $p=0,004$).

Alkol kullanım davranışı ile öğrencilerin öğrenim hayatları boyunca kaldıkları yerler arasında anlamlı fark bulunmamaktaydı ($\chi^2=10,446$; $p=0,064$). Alkol kullanım davranışları ile öğrencilerin önceki eğitim hayatlarında yatılı okuma durumları arasında da anlamlı bir fark yoktu ($\chi^2=1,996$; $p=0,158$). Katılımcıların alkol kullanma davranışı ile öznel ve ailesel gelir algıları arasında istatistiki fark yoktu ($U=408636,0$; $p=0,687$ ve $U=412528,5$; $p=0,953$). Alkol kullananlar ve kullanmayanlar arasında anne ve baba eğitimi açısından anlamlı fark yoktu ($U=392639,5$; $p=0,108$ ve $U=406300,5$; $p=0,608$).

Annesi çalışmayanların 171'i (%17,2), çalışanların 176'sı (%13,0) ve emekli olanların 43'ü (%26,1) alkol kullanmaktaydı ve gruplar arasında anlamlı fark vardı ($\chi^2=22,642$; $p<0,001$). Babası çalışmayanların 17'si (%20,7), çalışanların 274'ü (%13,5) ve emekli olanların 99'u (%24,6) alkol kullanmaktaydı ve gruplar arasında anlamlı fark vardı. ($\chi^2=32,874$; $p<0,001$).

Anne ve babası hayatta ve birlikte olanların 319'u (%14,8), boşanmış olanların 51'i (%19,4), ebeveyn kaybı mevcut olanların 20'si (%21,3) alkol kullanmaktaydı. Aile

yapısı ile alkol kullanma davranışı arasında anlamlı fark bulunmaktaydı ($\chi^2=6,170$; $p=0,046$).

Aile içi şiddete tanık olmuşlarda alkol kullanım oranı (276 kişinin 69'u, %25,0) tanık olmayanlardaki orandan (2233 kişinin 321'i, %14,4) anlamlı yüksekti ($\chi^2=21,122$; $p<0,001$).

Alkol kullanmakta olanların sigara ve nargile içme oranı, alkol kullanmayanlardan anlamlı yüksekti ($\chi^2=450,182$; $p<0,001$ ve $\chi^2=173,026$; $p<0,001$). Alkol kullanımıyla riskli sağlık davranışları arasındaki ilişki Tablo 4.3'de özetlenmiştir.

Tablo 4.3 Alkol kullanımıyla riskli sağlık davranışları arasındaki ilişki				
Riskli davranışlar		Alkol kullanma davranışı		İstatistiksel analiz
		İçiyor n* (%)**	İçmiyor n* (%)**	
Sigara kullanımı	İçiyor	253 (64,9)	329 (15,5)	$\chi^2=450,182$; $p<0,001$
	İçmiyor	137 (35,1)	1790 (84,5)	
Nargile kullanımı	İçiyor	264 (67,7)	689 (32,5)	$\chi^2=173,026$; $p<0,001$
	İçmiyor	126 (32,3)	1430 (67,5)	

*n=vaka sayısı, **%=sütun yüzdesi

Öğrencilerin ilk kez alkol kullandıkları yaşları sorgulandığında; en erken 5, en geç ise 22 yaşında alkol aldıklarını belirtmişlerdi. Ortalama ilk alkol kullanım yaşı $16,5\pm 1,9$ yaştı; kadınlarla ($16,5\pm 1,9$), erkekler ($16,5\pm 2,0$) arasında anlamlı fark yoktu ($U=117732,5$; $p=0,848$).

389 öğrencinin yanıtladığı BAPIRT Alkol Ölçeği'nin sonuçlarına göre 164 (%42,1) kişi yüksek risk, 225 kişi (%57,9) düşük risk kapsamında değerlendirilmekteydi. Yüksek alkol kullanım riski bulunan öğrencilerin oranı kadınlarda (163 kişinin 56'sı; %34,4) erkeklerden (226 kişinin 108'i; %47,8) düşüktü ($\chi^2=7,006$; $p=0,008$).

BAPIRT Alkol Ölçeği sonuçlarına göre düşük bağımlı öğrencilerin ilk alkol deneme yaş ortalaması ($17,0\pm1,8$) yüksek bağımlı öğrencilerin ilk alkol deneme yaş ortalamasından ($16,2\pm2,3$) anlamlı yüksekti ($U=14812,5$; $p=0,004$).

BAPIRT Alkol Ölçeği değerlendirme sonuçlarına göre alkol kullanım riski ile öğrencilerin aile yapıları ($\chi^2=0,070$; $p=0,966$) ve aile içi şiddete tanık olma durumları arasında anlamlı fark yoktu ($\chi^2=0,690$; $p=0,406$).

Öğrencilerin sigara kullanım davranışları ile BAPIRT değerlendirmeleri arasında anlamlı fark mevcut olup, sigara içenlerin alkol kullanım riskinin yüksek olma oranı (252 kişinin 125'i, %49,6) sigara içmeyenlerinkinden (137 kişinin 39'u, %28,5) anlamlı yüksekti ($\chi^2=16,259$; $p<0,001$).

Öğrencilerin BAPIRT değerlendirmeleri ile FNBT değerlendirmeleri arasında anlamlı pozitif korelasyon vardı ($\tau_b=0,196$; $p=0,001$).

Nargile içenlerin yüksek riskli olma oranı (263 kişinin 121'i, %46,0) içmeyenlerinkinden (126 kişinin 43'ü, %34,1) anlamlı yüksekti ($\chi^2=4,931$; $p=0,026$).

4.2.3. Madde Kullanımı / Bağımlılığı

Öğrencilerin son bir yılda madde kullanma davranışları değerlendirildiğinde 2490'ı (%99,2) hiç madde kullanmadıklarını, 19'u (%0,8) en az bir kez madde kullandığını belirtti. Cinsiyetlere göre madde kullanım davranışlarında anlamlı bir fark yoktu ($\chi^2=0,499$; $p=0,480$).

Madde kullanmakta olan öğrencilerin yaşları ($22,7\pm2,6$) kullanmayanlarinkinden ($21,4\pm1,9$) daha yüksekti ($U=15408,5$; $p=0,008$).

Öğrencilerin son 10 yılda yaşadıkları ve üniversite eğitimleri süresince yaşamakta oldukları yerler ile madde kullanım davranışları arasında anlamlı fark yoktu ($\chi^2=0,226$; $p=0,893$ ve $\chi^2=4,853$; $p=0,434$).

Son bir yılda madde kullandığını belirten öğrencilerin oranı önceki eğitim hayatlarında yatılı okuyanlar arasında (235 öğrencinin 6'sı, %2,6) yatılı okumayanlara göre (2274 öğrencinin 13'ü, %0,6) anlamlı yüksekti ($\chi^2=11,128$; $p=0,001$).

Katılımcıların öznel ve ailesel gelir algılarının madde kullanım davranışı ile arasında anlamlı fark yoktu ($U=21751,0$; $p=0,482$ ve $U=18539,0$; $p=0,063$). Anne eğitim durumu ile madde kullanımı arasında anlamlı fark yoktu ($U=18676,000$; $p=0,104$). Baba eğitim durumu açısından anlamlı fark vardı ($U=17495,500$; $p=0,043$) ve bu fark babası üniversite mezunu olanlardaki daha yüksek madde kullanım oranından (247 kişinin 4'ü, %1,6) kaynaklanmaktaydı ($\tau_b=0,036$; $p=0,043$). Madde kullanımıyla anne ve babanın çalışma durumu arasında anlamlı fark yoktu ($\chi^2=2,859$; $p=0,239$ ve $\chi^2=0,656$; $p=0,720$). Öğrencilerin madde kullanım davranışlarıyla aile yapıları arasında da anlamlı bir fark görülmedi ($\chi^2=70,736$; $p=0,692$).

Aile içi şiddete tanık olmuşlarda madde kullanım oranı (276 öğrencinin 6'sı, %2,2) tanık olmayanlardaki orandan (2233 öğrencinin 13'ü, %0,6) anlamlı yüksekti ($\chi^2=8,281$; $p=0,004$).

Madde kulanmakta olanların FNBT puanları ($6,1\pm 2,3$) kullanmayanlarınkinden ($4,6\pm 2,2$) yüksekken ($U=2608,5$; $p=0,026$); aynı zamanda alkol kullanım riskinin yüksek olma oranı (16 kişinin 14'ü, %87,5) kullanmayanlarınkinden (373 kişinin 150'si, %40,2) anlamlı yüksekti ($\chi^2=14,067$; $p<0,001$).

Madde kullanımıyla riskli sağlık davranışları arasındaki ilişki Tablo 4.4'de gösterilmektedir.

Tablo 4.4 Madde kullanımıyla riskli sağlık davranışları arasındaki ilişki				
Riskli davranışlar		Madde kullanma davranışı		İstatistiksel analiz
		İçiyor n* (%)**	İçmiyor n* (%)**	
Sigara kullanımı	İçiyor	14 (73,7)	568 (22,8)	$\chi^2=27,392$; p<0,001
	İçmiyor	5 (26,3)	1922 (77,2)	
Nargile kullanımı	İçiyor	12 (63,2)	941 (37,8)	$\chi^2=5,151$; p=0,023
	İçmiyor	7 (36,8)	1549 (62,2)	
Alkol kullanımı	Kullanıyor	16 (84,2)	374 (15,0)	$\chi^2=68,762$; p=0,023
	Kullanmıyor	3 (15,8)	2116 (85,0)	

*n=vaka sayısı, **%=sütun yüzdesi

4.2.4. Şiddet

Öğrencilerin son bir yılda fiziksel bir kavgada bulunmaları hakkındaki soruya öğrencilerin 392'si (%15,6) evet, 2117'si (%84,4) ise hayır yanıtını vermişti. Kavgaya karışmış olanların oranı erkeklerde (1250 kişinin 274'ü, %21,9) kadınlardan (1259 kişinin 118'i, %9,4) anlamlı yüksekti ($\chi^2=74,910$; p<0,001).

Fiziksel kavgaya karışmış olan öğrencilerin yaşları (21,7±2,5) karışmayanlarından (21,4±1,8) daha yüksekti (U=379734,0; p=0,007).

Öğrencilerin son 10 yılda yaşadıkları ve üniversite eğitimleri süresince yaşamakta oldukları yerler ile son bir yılda fiziksel bir kavgaya katılmış olma davranışları arasında anlamlı fark yoktu ($\chi^2=2,213$; p=0,331).

Üniversite eğitimleri boyunca ailesiyle yaşamakta olanların 45'i (%21,3), tek başına yaşamakta olanların 80'i (%21,7), arkadaşlarıyla yaşamakta olanların 135'i

(%18,0), başka bir aileyle yaşamakta olanların 1'i (%3,3), yurttta kalmakta olanların 125'i (%11,5) ve seçenekler dışında bir yerde yaşamakta olanların 6'sı (%10,3) son bir yılda fiziksel bir kavgaya katılmıştı. Öğrencilerin yaşamakta oldukları yerlerle kavgaya etme davranışı arasında anlamlı fark bulunmaktaydı ($\chi^2=37,618$; $p<0,001$).

Önceki eğitim hayatlarında yatılı okuyanlar arasındaki son bir yılda fiziksel bir kavgaya katılmış olduğunu belirten öğrencilerin oranı (235 öğrencinin 51'i, %21,7) yatılı okumayanlardakine göre (2274 öğrencinin 341'i, %15,0) anlamlı yüksekti ($\chi^2=7,267$; $p=0,007$).

Katılımcıların öznel ve ailesel gelir algılarının fiziksel kavgaya katılmış olma durumu ile arasında anlamlı fark yoktu ($U=403379,0$; $p=0,309$ ve $U=401197,0$; $p=0,234$). Anne ve baba eğitim durumuyla kavgaya katılma durumu arasında anlamlı fark yoktu ($U=413785,5$; $p=0,929$ ve $U=396036,5$; $p=0,146$).

Annesi çalışmayanların 138'i (%13,9), çalışanların 215'i (%15,9) ve emekli olanların 39'u (%23,6) son bir yılda fiziksel bir kavgaya katılmıştı ve gruplar arasında anlamlı fark vardı ($\chi^2=10,322$; $p=0,006$). Babanın çalışma durumu ile kavgaya katılmış olmanın arasında ise anlamlı fark yoktu ($\chi^2=2,059$; $p=0,357$).

Anne ve babası hayatta ve birlikte olanların 313'ü (%14,5), boşanmış olanların 64'ü (%24,3), ebeveyn kaybı mevcut olanların 15'i (%1,0) son bir yılda fiziksel bir kavgaya katılmıştı. Aile yapısı ile kavgaya davranışı arasında anlamlı fark bulunmaktaydı ($\chi^2=17,047$; $p<0,001$) ve boşanmış aile çocuklarının oranından kaynaklanmaktaydı.

Aile içi şiddete tanık olmuşlarda kavgaya katılmış olma oranı (276 öğrencinin 73'ü, %26,4) tanık olmayanlardaki orandan (2233 öğrencinin 319'u, %14,3) anlamlı yüksekti ($\chi^2=27,568$; $p<0,001$).

Kavgaya katılmış olanların FNBT puanları ($2,9\pm 0,7$) katılmayanlarınkinden ($2,2\pm 0,8$) yüksekti ($U=28350,0$; $p=0,002$). Kavgaya katılma davranışı gösterenlerde sigara, alkol ve madde kullanım davranışı daha sık gözlenmekteydi. Son bir yılda fiziksel kavgaya katılma durumuyla riskli sağlık davranışları arasındaki ilişki Tablo 4.5'te gösterilmektedir.

Tablo 4.5 Son bir yılda fiziksel kavgaya karışma durumuyla riskli sağlık davranışları arasındaki ilişki

Riskli davranışlar		Kavgaya katılma davranışı		İstatistiksel analiz
		Katıldım n* (%)**	Katılmadım n* (%)**	
Sigara kullanımı	İçiyor	230 (58,7)	420 (19,8)	$\chi^2=85,716$; p<0,001
	İçmiyor	162 (41,3)	1697 (80,2)	
Alkol kullanımı	Kullanıyor	117 (29,8)	273 (12,9)	$\chi^2=72,397$; p<0,001
	Kullanmıyor	275 (70,2)	1844 (87,1)	
Madde kullanımı	Kullanıyor	13 (3,3)	6 (0,03)	$\chi^2=40,483$; p<0,001
	Kullanmıyor	379 (96,7)	2111 (99,07)	

*n=vaka sayısı, **%=sütun yüzdesi

Fiziksel kavgada bulunan öğrencilerin 206'sı (%52,6) herhangi bir kavga sonucunda yaralandıklarını 186'sı (%47,4) ise fiziksel bir hasar almadıklarını belirtmişlerdi. Fiziksel yaralanma yaşayan öğrencilerin oranı erkeklerde (1250 kişinin 156'sı; %12,5) kadınlardan (1259 kişinin 50'si; %4,0) anlamlı yüksekti ($\chi^2=60,255$; p<0,001).

Kavgada yaralanmış olan öğrencilerin yaşları (21,9±2,3) yaralanmayanlarından (21,4±1,9) daha yüksekti (U=200056,0; p<0,001). Öğrencilerin kavgada yaralanma durumlarıyla son 10 yılda yaşadıkları yerler arasında anlamlı fark gözlenmedi ($\chi^2=1,733$; p=0,420). Üniversite eğitimleri boyunca ailesiyle yaşamakta olanların 27'si (%13,8), tek başına yaşamakta olanların 53'ü (%14,4), arkadaşlarıyla yaşamakta olanların 70'i (%9,3), yurttta kalmakta olanların 56'sı (%5,1) fiziksel bir kavgada yara almıştı. Öğrencilerin yaşamakta oldukları yerlerle yaralanma durumları arasında anlamlı fark bulunmaktaydı ($\chi^2=47,189$;

p<0,001). Kavgada yaralanma durumuyla yatılı okulda okumuş olma durumunun arasında anlamlı fark yoktu ($\chi^2=3,699$; p=0,054). Kavgada yaralanma durumuyla anne ve baba eğitim durumu arasında anlamlı fark yoktu (U=234512,5; p=0,781 ve U=230857,0; p=0,523). Kavgada yaralanmış olanların anne çalışma durumu dağılımına bakıldığında 59'unun (%28,6) annesi çalışmıyor, 125'inin (%60,7) çalışıyor, 22'sininki (%10,7) ise emekliydi ve gruplar arasında istatistiki anlamlı fark vardı ($\chi^2=14,408$; p=0,001). Kavgada yaralanmış olmayla baba çalışma durumu arasında istatistiki fark yoktu ($\chi^2=0,447$; p=0,800). Anne ve baba eğitim durumu ile kavgada yaralanma durumu açısından istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu (U=392639,5; p=0,108 ve U=406300,5; p=0,608).

Anne ve babası hayatta ve birlikte olanların 162'si (%7,5), boşanmış olanların 37'si (%14,1), ebeveyn kaybı mevcut olanların 7'si (%7,4) kavgada fiziksel bir yara almıştı. Aile yapısı ile kavgada yaralanma durumu arasında anlamlı fark bulunmaktaydı ($\chi^2=13,379$; p=0,001).

Aile içi şiddete tanık olmuşlarda kavgada yaralanmış olma oranı (206 öğrencinin 44'ü, %15,9) tanık olmayanlardaki orandan (2233 öğrencinin 162'si, %7,3) anlamlı yüksekti ($\chi^2=24,598$; p<0,001).

Kavgaya karışarak yaralandığını ifade eden öğrencilerin 120'si (%58,3) sigara, 128'i (%62,1) nargile içmekteyken, 63'ü (%30,6) alkol, 8'i (%3,9) ise madde kullandığını ifade etmişti, hepsinde oranlar yaralanmayanlardan anlamlı yüksekti (sırasıyla $\chi^2=85,706$; p<0,001, $\chi^2=101,907$; p<0,001, $\chi^2=72,397$; p<0,001, $\chi^2=40,483$; p<0,001).

Anketi cevaplayan 2509 kişinin 190'ı (%7,6) son bir yılda kız ya da erkek arkadaşından şiddet gördüğünü ifade etmişti; bu öğrencilerin 171'i (%90,0) kadın, 19'u (%10,0) erkekti, cinsiyetler arasında anlamlı fark vardı ($\chi^2=130,387$; p<0,001).

Partner şiddeti görmüş olan öğrencilerin yaşları (21,4±1,9) ile görmeyenlerin yaşları (21,4±1,9) arasında anlamlı fark yoktu (U=215430,0; p=0,605).

Son 10 yıldır ağırlıklı olarak köy ya da beldede yaşayanların 39'u (%11,3), ilçe ya da ilde yaşayanların 149'i (%7,0), yurt dışında yaşayanların ise 2'si (%9,1)

partnerinden şiddet görmüştü. Öğrencilerin son 10 yıldır yaşadıkları yerler ile şiddet görme durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardı ($\chi^2=7,987$; $p=0,018$). Öğrencilerin üniversite eğitimleri süresince yaşamakta oldukları yer ve daha önce yatılı okulda okuma durumları ile partner şiddeti görme durumları arasında istatistiksel olarak fark yoktu ($\chi^2=9,830$; $p=0,080$ ve $\chi^2=2,582$; $p=0,108$).

Öznel gelirinin yeterli olduğunu düşünenlerin 26'sı (%6,4), sınırda yeterli olduğunu düşünenlerin 99'u (%6,3), yetersiz olduğunu düşünenlerinse 65'i (%12,2) son bir yılda partnerinden şiddet gördüğünü ifade etmişti. Partner şiddeti görenlerin öznel gelir algıları görmeyenlerden anlamlı düşüktü ($U=189359,0$; $p<0,001$). Katılımcıların aile gelir algıları ile partner şiddeti görmüş olma durumu arasında anlamlı fark yoktu ($U=216243,0$; $p=0,629$).

Partner şiddeti gören ve görmeyenlerin anne eğitim durumları arasında anlamlı fark yokken ($U=215991,0$; $p=0,644$); baba eğitim durumu açısından anlamlı fark vardı ($U=199473,0$; $p=0,034$), baba eğitimi arttıkça şiddet görme oranı azalmaktaydı ($\tau_b=-0,038$; $p=0,034$).

Annesi çalışmayanların 88'i (%8,9), çalışanların 86'sı (%6,4) ve emekli olanların 16'sı (%9,7) son bir yılda partnerinden şiddet görmüştü ve gruplar arasında anlamlı fark vardı ($\chi^2=6,289$; $p=0,043$). Babanın çalışma durumu ile partner şiddeti görme durumu arasında ise anlamlı fark yoktu ($\chi^2=3,041$; $p=0,219$). Aile yapısıyla partner şiddeti görme arasında istatistiksel anlamlı fark yoktu ($\chi^2=17,058$; $p=0,415$).

Aile içi şiddete tanık olmuşlarda partnerden şiddet görmüş olma oranı (276 öğrencinin 34'ü, %12,3) tanık olmayanlardaki orandan (2233 öğrencinin 156'sı, %7,0) anlamlı yüksekti ($\chi^2=9,980$; $p=0,002$).

Sigara içme davranışıyla partnerden şiddet görmüş olma durumu arasında anlamlı fark yoktu ($\chi^2=1,123$; $p=0,289$).

Partnerinden şiddet görenlerin nargile içme oranı (190 öğrencinin 87'si, %45,8) görmeyenlerin oranından (2319 öğrencinin 866'sı, %37,3) anlamlı yüksekti ($\chi^2=5,318$; $p=0,021$).

Alkol kullanma davranışıyla partnerden şiddet görmüş olma durumu arasında anlamlı fark yoktu ($\chi^2=1,814$; $p=0,178$).

Partnerinden şiddet görenlerin madde kullanma oranı (4; %2,1) görmeyenlerin oranından (15; %0,6) anlamlı yüksekti ($\chi^2=4,970$; $p=0,026$).

Partnerinden şiddet görmüş olanların aile içinde şiddete tanıklık etme oranı (34; %17,9) partnerinden şiddet görmeyenlerin aile içinde şiddete tanıklık oranından (242; %10,4) anlamlı yüksekti ($\chi^2=4,970$; $p=0,026$).

Anketi cevaplayan 2509 kişinin 214'ü (%8,5) yanında bıçak, çakı gibi silah olarak kullanılabilecek bir araç ya da silah taşıdığını ifade etmişti; bu öğrencilerin 79'u (%6,3) kadın, 135'i (%10,8) erkekti, cinsiyetler arasında anlamlı fark vardı ($\chi^2=16,463$; $p<0,001$).

Silah taşıyan öğrencilerinin yaşları ($21,6\pm 2,4$) ile taşımayanların yaşları ($21,4\pm 1,9$) arasında anlamlı fark yoktu ($U=241655,0$; $p=0,695$).

Son 10 yıldır ağırlıklı olarak yaşadıkları yer ile öğrencilerin silah taşıma durumu arasında anlamlı fark yoktu ($\chi^2=0,939$; $p=0,625$). Üniversite eğitimleri boyunca ailesiyle yaşamakta olanların 14'ü (%6,6), tek başına yaşamakta olanların 45'i (%12,2), arkadaşlarıyla yaşamakta olanların 73'ü (%9,7), başka bir aileyle yaşamakta olanların 2'si (%6,7), yurttta kalmakta olanların 80'i (%7,3) yanında silah taşımaktaydı ve gruplar arasında anlamlı fark bulunmaktaydı ($\chi^2=16,234$; $p=0,006$). Öğrencilerin daha önce yatılı okulda okumuş olma durumlarıyla silah taşımaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu ($\chi^2=0,055$; $p=0,815$).

Öznel gelirinin yeterli olduğunu düşünenlerin 26'sı (%6,4), sınırda yeterli olduğunu düşünenlerin 134'ü (%8,5), yetersiz olduğunu düşünenlerinse 54'ü (%10,2) yanında silah taşımaktaydı. Silah taşıyanların öznel gelir algıları taşımayanlardan anlamlı düşüktü ($U=227633,0$; $p=0,040$). Katılımcıların ailesel gelir algılarıyla silah taşıma durumu arasında fark yoktu ($U=237941,500$; $p=0,390$).

Aile yapısıyla silah taşıma durumu arasında anlamlı fark yoktu ($\chi^2=1,340$; $p=0,512$).

Aile içi şiddete tanık olmuşlarda silah taşıma oranı (276 öğrencinin 35'i, %12,7) tanık olmayanlardaki orandan (2233 öğrencinin 179'u, %8,0) anlamlı yüksekti ($\chi^2=6,852$; $p=0,009$). Şiddet tipleri açısından analiz yapıldığında fiziksel ve cinsel şiddete tanık olduğunu ifade eden öğrenciler arasında silah taşıma oranları (%15 ve %22,7) anlamlı yüksekti ($\chi^2=9,513$; $p=0,002$ ve $\chi^2=5,735$; $p=0,017$).

Silah taşıdığını ifade eden öğrencilerin 73'ü (%34,1) sigara, 122'si (%57,0) nargile içmekteyken, 60'ı (%28,0) alkol, 8'i (%3,7) ise madde kullanmaktaydı, hepsinde oranlar yaralanmayanlardan anlamlı yüksekti (sırasıyla $\chi^2=15,647$; $p<0,001$, $\chi^2=35,953$; $p<0,001$, $\chi^2=27,816$; $p<0,001$, $\chi^2=27,664$; $p<0,001$).

Silah taşımakta olan öğrencilerin fiziksel kavgaya karışma oranı (123; %57,5), taşımayanlardaki oranından (269; %11,7) anlamlı yüksekti ($\chi^2=310,869$; $p<0,001$). Silah taşıma durumuyla riskli sağlık davranışları arasındaki ilişki Tablo 4.6'da gösterilmektedir.

Tablo 4.6 Silah taşıma durumuyla riskli sağlık davranışları arasındaki ilişki				
Riskli davranışlar		Silah taşıma davranışı		İstatistiksel analiz
		Katıldım n* (%)**	Katılmadım n* (%)**	
Sigara kullanımı	İçiyor	73 (34,1)	509 (22,2)	$\chi^2=15,647$; p<0,001
	İçmiyor	141 (65,9)	1786 (77,8)	
Alkol kullanımı	Kullanıyor	60 (28,0)	330 (14,4)	$\chi^2=27,816$; p<0,001
	Kullanmıyor	154 (72,0)	1965 (85,6)	
Madde kullanımı	Kullanıyor	8 (3,7)	11 (0,5)	$\chi^2=27,664$; p<0,001
	Kullanmıyor	296 (96,3)	2284 (99,5)	
Fiziksel kavgaya katılma	Katılmış	123 (57,5)	269 (11,7)	$\chi^2=310,869$; p<0,001
	Katılmamış	91 (42,5)	2026 (88,3)	

*n=vaka sayısı, **%=sütun yüzdesi

4.2.5. Yol Güvenliği

Çalışmaya katılan 2509 kişinin 966'sı (%38,5) ise son bir ayda bisiklet ya da motosiklete binmediğini belirtmişti; 2 kişi ise bu soruyu cevaplamamıştı. Bisiklet ya da motosiklete binmiş 1541 katılımcıdan 509'u (%33,0) son bir ayda bisiklet ya da motosiklet kullanırken kask kullandıklarını, 1032'si (%67,0) kullanmadığını belirtmişti. Kask kullanmadığını ifade eden 1032 kişinin 508'i (%49,2) kadın, 524'ü (%50,8) erkekti ($\chi^2=22,150$; p<0,001).

Kask kullanmayan öğrencilerin yaşları (21,3±1,7) kullananlarınkinden (21,6±1,8) daha düşüktü (U=238318,0; p=0,003).

Öğrencilerin son 10 yıldır ağırlıklı olarak yaşanan yerle kask kullanma davranışı arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu ($\chi^2=0,739$; $p=0,691$). Son bir ayda bisiklet ya da motorsiklet kullanmış olan öğrencilerin üniversite eğitimleri boyunca ailesiyle yaşamakta olanların 68'i (%51,9), tek başına yaşamakta olanların 163'ü (%66,0), arkadaşlarıyla yaşamakta olanların 331'i (%73,2), başka bir aileyle yaşamakta olanların 9'u (%47,4), yurttta kalmakta olanların 443'ü (%66,7) ve seçenekler dışında bir yerde yaşamakta olanların 18'i (%64,3) kask kullanmamıştı ve gruplar arasında anlamlı fark vardı ($\chi^2=24,960$; $p<0,001$). Kask kullanma davranışı ile daha önce yatılı okulda okuma durumu arasında anlamlı fark yoktu ($\chi^2=3,216$; $p=0,073$).

Anne ve babası hayatta ve birlikte olanların 906'sı (%68,9), boşanmış olanların 92'si (%52,9), ebeveyn kaybı mevcut olanların 34'ü (%65,4) son bir ayda bisiklet ya da motorsiklete binerken kask takmamıştı ve istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmaktaydı ($\chi^2=17,898$; $p<0,001$).

Son bir ayda bisiklet ya da motorsiklet kullanmış olan öğrencilerden aile içi şiddete tanık olmuşlarda kask kullanmama oranı (196 öğrencinin 112'si, %57,1), tanık olmayanlardaki orandan (1345 öğrencinin 920'si, %68,4) anlamlı düşüktü ($\chi^2=9,803$; $p=0,002$).

Son bir ayda bisiklet ya da motorsiklete binerken kask kullanmayanlarda sigara içme oranı (1032 öğrencinin 222'si, 21,5) kullananların sigara içme oranından (509 öğrencinin 140'ı, %27,5) anlamlı düşüktü ($\chi^2=6,813$; $p=0,009$). Öğrencilerin kask kullanma durumlarıyla FNBT toplam puanları arasında korelasyon yoktu ($\tau_b=0,078$; $p=0,087$). Son bir ayda bisiklet ya da motorsiklete binerken kask kullanmayan öğrencilerde nargile içme oranı (364; %35,3) kullananlardaki nargile içme oranından (270; %53,0) anlamlı düşüktü ($\chi^2=44,470$; $p<0,001$). Son bir ayda bisiklet ya da motorsiklete binerken kask kullanma davranışıyla alkol ya da madde kullanma durumu arasında anlamlı fark yoktu ($\chi^2=3,552$; $p=0,059$ ve $\chi^2=0,046$; $p=0,830$).

Son bir ayda bisiklet ya da motorsiklete binerken kask kullanmayan öğrencilerde son bir yılda kavgaya katılma oranı (149; %14,4) kullananlardaki kavgaya katılma oranından (114; %22,4) anlamlı düşüktü ($\chi^2=15,255$; $p<0,001$). Son

bir ayda bisiklet yada motorsiklete binerken kask kullanma davranışıyla silah taşıma durumu arasında istatistiksel fark yoktu ($\chi^2=21,186$; $p<0,001$).

Öğrencilerin motorlu taşıtlarda ne sıklıkla emniyet kemeri taktıkları sorgulandığında 211'i (%8,4) hiçbir zaman, 512'si (%20,4) nadiren, 603'ü (%24,0) bazen, 479'u (%19,1) sıklıkla, 702'si (%28,0) ise her zaman cevabını vermişti. Hiçbir zaman emniyet kemeri takmadığını ifade eden öğrencilerin 81'i (%38,4) kadın, 130'u (%61,6) erkekti; cinsiyetler arasında emniyet kemeri takma davranışı arasında anlamlı fark vardı ($U=73969,5$; $p=0<001$).

Hiçbir zaman emniyet kemeri kullanmayan öğrencilerinin yaşları ($21,4\pm 1,7$) her zaman kullananlarınkinden ($21,9\pm 2,2$) daha düşüktü. Öğrencilerin yaşları ile emniyet kemeri kullanma durumları arasında pozitif korelasyon vardı ($\tau_b=0,081$; $p<0,001$).

Öğrencilerin son 10 yıldır ağırlıklı olarak yaşadıkları yer ve daha önce yatılı okulda okumuş olma durumlarıyla emniyet kemeri kullanma durumları arasında anlamlı fark yoktu ($\chi^2=4,231$; $p=0,121$ ve $U=258747,0$; $p=0,425$).

Öğrencilerin üniversite öğrenimi süresince kalmakta olduğu yer ile emniyet kemeri kullanma durumları arasında ise istatistiksel olarak anlamlı fark vardı ($\chi^2=22,198$; $p<0,001$); arkadaşlarıyla birlikte kalanlarla ailesiyle birlikte kalanların, arkadaşlarıyla kalanlarla seçenekler dışında bir yerde kalanların, yurttan kalanlarla ailesiyle birlikte kalanların, yurttan kalanlarla seçenekler dışında bir yerde kalanların ve tek başına yaşayanlarla seçenekler dışında bir yerde kalanların emniyet kemeri kullanma durumu bakımından anlamlı farklılık vardı (sırasıyla $\chi^2=153,560$; $p=0,005$ ve $\chi^2=-355,776$; $p<0,001$ ve $\chi^2=125,792$; $p=0,018$ ve $\chi^2=-328,009$; $p=0,001$ ve $\chi^2=-307,402$; $p=0,002$).

Anne ve babası hayatta ve birlikte olanların 186'si (%24,7), boşanmış olanların 19'u (%17,1), ebeveyn kaybı mevcut olanların 6'sı (%12,5) arabada hiç emniyet kemeri takmamaktaydı ve istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmaktaydı ($\chi^2=6,315$; $p=0,043$).

Aile içi şiddete tanık olma durumuyla emniyet kemeri kullanma durumunun arasında anlamlı fark mevcuttu ($U=275447,5$; $p=0,004$).

Emniyet kemeri kullanma durumuyla sigara içme davranışı arasında anlamlı fark vardı ($U=526022,5$; $p=0,022$).

Emniyet kemeri kullanma durumuyla nargile içme davranışı arasında anlamlı fark yoktu ($U=716146,5$; $p=0,161$).

Emniyet kemeri kullanma durumuyla alkol kullanma davranışı arasında anlamlı fark vardı ($U=370070,0$; $p=0,001$).

Emniyet kemeri kullanma durumuyla madde kullanma davranışı arasında anlamlı fark vardı ($U=12294,5$; $p<0,001$).

Emniyet kemeri kullanma durumuyla fiziksel kavgaya katılma davranışı arasında anlamlı fark vardı ($U=361541,0$; $p<0,001$).

Emniyet kemeri kullanma durumuyla silah taşıma davranışı arasında anlamlı fark vardı ($U=183469,5$; $p<0,001$).

Öğrencilerin son 1 ayda alkollü araç kullanımları ya da alkollü birinin kullandığı bir araçla seyahat edip etmedikleri sorgulandığında 321'i (%12,8) evet cevabı vermişti. Alkollü sürücüyü seyahat etme oranı erkek öğrenciler arasında (%16,2) kadınlardan (%9,4) anlamlı yüksekti ($\chi^2=26,514$; $p<0,001$).

Alkollü sürücüyü seyahat etme davranışıyla yaş arasında anlamlı fark yoktu ($U=334184,0$; $p=0,154$).

Öğrencilerin son 10 yıldır ağırlıklı olarak yaşadıkları yer, üniversite öğrenimi süresince kalmakta olduğu yer, daha önce yatılı okulda okumuş olma durumlarıyla alkollü sürücüyü seyahat durumları arasında anlamlı fark yoktu ($\chi^2=1,299$; $p=0,522$ ve $\chi^2=3,062$; $p=0,691$ ve $\chi^2=0,180$; $p=0,672$).

Öğrencilerin aile yapısıyla alkollü sürücüyü seyahat durumları arasında anlamlı fark yoktu ($\chi^2=4,020$; $p=0,134$). Aile içi şiddete tanık olma durumuyla alkollü sürücüyü seyahat durumları durumunun arasında anlamlı fark yoktu ($\chi^2=0,104$; $p=0,747$).

Alkollü sürücüyle seyahat edenlerdeki sigara içme oranı (321 öğrencinin 105'i, %32,7) etmeyenlerdeki sigara içme oranından (2188 öğrencinin 477'si, %21,8) anlamlı yüksekti ($\chi^2=18,701$; $p<0,001$). Alkollü sürücüyle seyahat edenlerdeki nargile içme oranı (198, %61,7) etmeyenlerdeki nargile içme oranından (755, %34,5) anlamlı yüksekti ($\chi^2=87,764$; $p<0,001$). Alkollü sürücüyle seyahat edenlerdeki alkol kullanma oranı (81, %25,2) etmeyenlerdeki alkol kullanma oranından (309, %14,1) anlamlı yüksekti ($\chi^2=26,325$; $p<0,001$). Alkollü sürücüyle seyahat edenlerdeki madde kullanma oranı (9, %2,8) etmeyenlerdeki madde kullanma oranından (10, %0,5) anlamlı yüksekti ($\chi^2=20,512$; $p<0,001$).

Alkollü sürücüyle seyahat edenlerdeki son bir yılda fiziksel kavgaya karışma oranı (84, %26,2) etmeyenlerdeki oranından (308, %14,1) anlamlı yüksekti ($\chi^2=31,046$; $p<0,001$). Alkollü sürücüyle seyahat edenlerdeki silah taşıma oranı (49, %15,3) etmeyenlerdeki oranından (165, %7,5) anlamlı yüksekti ($\chi^2=21,404$; $p<0,001$).

4.2.7 Cinsellik

Anket uygulanan öğrencilerin 2068'i (%82,4) daha önce hiç cinsel ilişkisi olmadığını, 440'ı (%17,5) cinsel olarak aktif olduklarını belirtmişler, 1 kişi (%0,03) ise bu soruya yanıt vermemişti. Cinsel olarak aktif olduğunu ifade eden katılımcı oranı erkekler arasında (341, %27,3) kadınlardan (99, %7,9) anlamlı yüksekti ($\chi^2=163,771$; $p<0,001$).

Cinsel olarak aktif olduğunu ifade eden öğrencilerin 96'sı (%21,8) gebelik ya da cinsel yolla bulaşan hastalıklardan korunmak için kullanılan önlemlerden hiçbirini kullanmadığını ifade etti. Öğrenciler tarafından en sık kullanılan korunma yöntemi sıklık sıralamasıyla prezervatif (%21,8), geri çekme/dışarı boşalma (%18,2), doğum kontrol hapi (%7,7), takvim yöntemi (%2,0) ve enjeksiyon (%1,8) idi. %3,6'sı ise bu seçeneklerin dışındaki bir yöntemle korunmaktaydı.

Cinsel olarak aktif öğrencilerin yaşları ($22,0\pm 2,8$) aktif olmayanlarınkinden ($21,3\pm 1,7$) daha yüksekti ($U=377001,500$; $p<0,001$).

Öğrencilerin son 10 yıldır ağırlıklı olarak yaşadıkları yerle cinsel aktif olma durumları arasında anlamlı fark yoktu ($\chi^2=3,729$; $p=0,155$).

Üniversite eğitimleri boyunca ailesiyle yaşamakta olanların 36'sı (%17,1), tek başına yaşamakta olanların 125'i (%33,9), arkadaşlarıyla yaşamakta olanların 141'i (%18,8), başka bir aileyle yaşamakta olanların 4'ü (%13,3), yurttta kalmakta olanların 120'si (%11,0) ve seçenekler dışında bir yerde yaşamakta olanların 14'ü (%24,1) cinsel aktifti. Öğrencilerin yaşamakta oldukları yerlerle cinsel aktiflikleri arasında anlamlı fark bulunmaktaydı ($\chi^2=103,173$; $p<0,001$).

Anne ve babası hayatta ve birlikte olanların 356'sı (%16,5), boşanmış olanların 64'ü (%24,3), ebeveyn kaybı mevcut olanların 20'si (%21,5) cinsel olarak aktifti ve istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmaktaydı ($\chi^2=10,884$; $p=0,004$).

Aile içi şiddete tanık olmuşlarda cinsel aktiflik oranı (276 öğrencinin 74'ü, %26,8) tanık olmayanlardaki orandan (2233 öğrencinin 366'sı, %16,4) anlamlı yüksekti ($\chi^2=18,414$; $p<0,001$).

Cinsel aktif olanlardaki sigara içme oranı (440 kişinin 175'i; %39,8) aktif olmayanların sigara içme oranından (2068 kişinin 406'sı; %19,6) anlamlı yüksekti ($\chi^2=182,680$; $p<0,001$). Cinsel aktif olanlardaki nargile içme oranı (231; %52,5) aktif olmayanların nargile içme oranından (721, %34,9) anlamlı yüksekti ($\chi^2=47,913$; $p<0,001$). Cinsel aktif olanlardaki alkol kullanım oranı (135, %30,7) aktif olmayanların oranından (255, %12,3) anlamlı yüksekti ($\chi^2=93,038$; $p<0,001$). Cinsel aktif olanlardaki madde kullanma oranı (14, %3,2) aktif olmayanların oranından (5, %0,2) anlamlı yüksekti ($\chi^2=41,712$; $p<0,001$).

Cinsel aktif olanlardaki son bir yılda fiziksel kavgaya katılma oranı (150, %34,1) aktif olmayanların oranından (242, %11,7) anlamlı yüksekti ($\chi^2=47,913$; $p<0,001$). Cinsel aktif olanlardaki silah taşıma oranı (83, %18,9) aktif olmayanların oranından (131, %6,3) anlamlı yüksekti ($\chi^2=72,972$; $p<0,001$).

Cinsel aktif olanlardaki kask kullanma oranı (78; %25,6) aktif olmayanların oranından (431, %34,9) anlamlı düşüktü ($\chi^2=9,612$; $p=0,002$). Cinsel aktif olanlardaki her zaman emniyet kemeri kullanma oranı (106, %25,6) aktif olmayanların oranından (596, %78,7) anlamlı düşüktü ($U=396913,0$; $p=0<001$).

4.2.8 Beden Algısı

Araştırmaya katılan 1250 erkek öğrencinin boy ortalaması 176,2±7,5 [150-197] cm, 1259 kadın öğrencinin boy ortalaması 166,1±7,4 [138-197] cm idi. Kadınların vücut ağırlıkları ortalama 60,1±9,9 [40-120] kg, erkeklerin vücut ağırlıkları ortalaması ise 71,9±11,0 [43-165] kg idi.

Katılımcıların hesaplanan VKİ değerleri ortalama 22,4±3,1 [12,7-45,2] idi ve erkeklerin ortalama VKİ değerleri (23,1±3,1) kadınlarınkinden (21,8±3,1) anlamlı yüksekti (U=564683,5; p<0,001). VKİ sonuçları değerlendirildiğinde öğrencilerin 219'u (%8,7) zayıf, 1862'si (%74,2) ideal kiloda, 376'sı (%15,0) fazla kilolu ve 52'sinin (%2,1) de obez oldukları belirlendi. Cinsiyete göre öğrencilerin VKİ durumları değerlendirildiğinde kız ve erkek öğrenciler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulundu ($\chi^2=75,388$; p<0,001). Öğrencilerin cinsiyetlerine göre VKİ değerlendirmelerinin dağılımı Tablo 4.7'de gösterilmektedir.

VKİ	Cinsiyet		Toplam n* (%)**
	Kadın n* (%)**	Erkek n* (%)**	
Zayıf	162 (12,9)	55 (4,4)	217 (8,6)
İdeal kiloda	930 (73,9)	934 (74,7)	1864 (74,3)
Fazla kilolu	148 (11,8)	228 (18,2)	376 (15,0)
Obez	19 (1,6)	33 (2,6)	52 (2,1)
Toplam	1259 (100,0)	1250 (100,0)	2509 (100,0)

*n=vaka sayısı, **%=sütun yüzdesi

Öğrencilerin yaşları ile VKİ değerleri arasında pozitif korelasyon mevcuttu ($\tau_b=0,037$; $p=0,010$).

Öğrencilerin son 10 yıldır ağırlıklı olarak yaşadıkları yerle VKİ değerleri arasında anlamlı fark yoktu ($\chi^2=0,730$; $p=0,694$). Üniversite eğitimleri boyunca yaşamakta oldukları yerlerle ve daha önce yatılı okulda okuma durumlarıyla VKİ değerleri arasında anlamlı fark yoktu ($\chi^2=9,132$; $p=0,104$ ve $U=264885,5$; $p=827$). Öğrencilerin aile yapısıyla VKİ değerleri arasında anlamlı fark yoktu ($\chi^2=0,690$; $p=0,708$).

Aile içi şiddete tanık olma durumuyla VKİ değerleri arasında anlamlı fark yoktu ($\chi^2=0,963$; $p=327$).

Öğrencilerin sigara ve nargile içme davranışlarıyla VKİ değerleri arasında anlamlı fark yoktu ($U=559604,0$; $p=0,940$ ve $U=714833,500$; $p=0,131$). Alkol ve madde kullanma davranışlarıyla VKİ değerleri arasında anlamlı fark yoktu ($U=412311,0$; $p=0,946$ ve $U=18443,5$; $p=0,181$).

Son bir yılda fiziksel bir kavgaya katılmış olanların VKİ değerleri ($22,8\pm 3,3$) katılmamış olanlardan ($22,4\pm 3,2$) anlamlı düşüktü ($U=385296,0$; $p=0,024$). Silah taşımakta olanların VKİ değerleri ($23,0\pm 2,9$) katılmamış olanlardan ($22,4\pm 3,2$) anlamlı yüksekti ($U=212018,5$; $p=0,001$).

Öğrencilerin kask kullanma durumlarıyla VKİ değerleri arasında anlamlı fark yoktu ($U=256428,5$; $p=0,453$). Emniyet kemeri kullananmayanların VKİ değerleri ($23,4\pm 3,6$) kullananlardan ($22,3\pm 3,4$) anlamlı yüksekti ($U=212018,5$; $p=0,001$).

Cinsel aktif olanların VKİ değerleri ($22,8\pm 3,1$) olmayanlardan ($22,4\pm 3,2$) anlamlı yüksekti ($U=411820,5$; $p=0,002$).

Öğrencilerin kilolarını nasıl tanımladıklarına bakıldığında 27'si (%1,1) çok zayıf, 303'ü (%12,1) zayıf, 1582'si (%63,1) ideal kiloda, 552'si (%22,0) biraz şişman, 45'i (%1,8) çok şişman olduğunu düşünmekteydi. Öğrencilerin kilolarını nasıl tanımladıklarıyla VKİ grupları arasında anlamlı fark yoktu ($\chi^2=11,380$; $p=0,497$).

Kadın ve erkek öğrencilerin kilolarını nasıl tanımladıkları ile VKİ grupları değerlendirildiğinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktu ($\chi^2=8,714$; $p=0,727$ ve $\chi^2=12,959$; $p=0,372$).

Öğrencilerin 26'sı (%1,0) kilo vermeye çalıştığını, 302'si (%12,0) kilo almaya çalıştığını, 1576'sı (%62,8) kilosunu korumaya çalıştığını, 605'i (%24,1) ise kilosuyla ilgili herhangi bir şey yapmadığını belirtti. Cinsiyete göre öğrencilerin kiloları ile ilgili yapmaya çalıştıkları incelendiğinde; kız öğrencilerle erkek öğrenciler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulundu ($\chi^2=44,022$; $p<0,001$). Öğrencilerin cinsiyetlerine göre kilolarıyla ilgili yaptıklarının dağılımı Tablo 4.8'de gösterilmektedir.

Tablo 4.8 Öğrencilerin cinsiyetlerine göre kilolarıyla ilgili yaptıklarının dağılımı			
Kilo algısı	Cinsiyet		Toplam n* (%)**
	Kadın n* (%)**	Erkek n* (%)**	
Kilo vermeye çalışıyorum	16 (13,0)	10 (0,8)	26 (1,0)
Kilo almaya çalışıyorum	126 (10,0)	176 (14,1)	302 (12,0)
Kilomu korumaya çalışıyorum	747 (59,3)	829 (66,3)	1576 (62,8)
Kilomla ilgili hiçbir şeyle uğraşmıyorum	370 (29,4)	235 (18,8)	605 (24,1)
Toplam	1259 (100,0)	1250 (100,0)	2509 (100,0)

*n=vaka sayısı, **%=sütun yüzdesi

Öğrencilere herhangi bir zamanda kilo vermek ya da kilo almak için doktor tavsiyesi dışında herhangi bir takviye kullanıp kullanmadıkları sorgulandığında 161

(%12,9) erkek, 349 (%27,7) kadın toplam 510 (%20,3) kişi evet yanıtını verdi ($\chi^2=85,299$; $p<0,001$).

Besin takviyesi kullanmakta olanların 3'ü (%0,6) zayıf, 320'si (%62,7) ideal kiloda, 155'i (%30,4) fazla kilolu, 32'si (%6,5) obez VKİ grubundaydı. Besin takviyesi kullanma durumuyla VKİ grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardı ($\chi^2=215,853$; $p<0,001$).

Öğrencilerin kilolarını nasıl tanımladıklarıyla besin takviyesi kullanmaları arasında anlamlı fark yoktu ($\chi^2=5,239$; $p=0,264$).

Öğrencilerin yaşları ile besin takviyesi kullanmaları arasında anlamlı fark yoktu ($U=502099,5$; $p=0,594$).

Öğrencilerin son 10 yıldır ağırlıklı olarak yaşadıkları ve üniversite eğitimleri süresince yaşamakta oldukları yerlerle besin takviyesi kullanım durumları arasında anlamlı fark yoktu ($\chi^2=1,525$; $p=0,467$ ve $\chi^2=8,135$; $p=0,149$).

Kilo kontrolü için doktor tavsiyesi dışında takviye kullandığını belirten öğrencilerin önceki eğitim hayatlarında yatılı okulda okuma oranı (510 öğrencinin 65'i, %12,7) yatılı okumayanlara göre (1999 öğrencinin 170'i, %8,5) anlamlı yüksekti ($\chi^2=8,609$; $p=0,003$).

Aile içi şiddete tanık olma durumuyla besin takviyesi kullanma arasında anlamlı fark yoktu ($\chi^2=1,568$; $p=0,210$).

Doktor tavsiyesi dışında takviye kullanma durumu ile sigara içme davranışı arasında anlamlı istatistiksel fark yoktu ($\chi^2=0,819$; $p=0,366$).

Besin takviyesi kullanan öğrencilerde nargile içme oranı (510 öğrencinin 170'i, %33,3) kullanmayanların oranından (1999 öğrencinin 783'ü, %39,2) anlamlı düşüktü ($\chi^2=5,876$; $p=0,015$).

Besin takviyesi kullandığını ifade eden öğrencilerde alkol kullanım oranı (95; %29,8) kullanmayanların oranından (295, %14,8) anlamlı düşüktü ($\chi^2=4,636$; $p=0,031$). Öğrencilerin takviye kullanma durumlarıyla BAPIRT Alkol Ölçeği değerlendirmeleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardı ($U=11815,5$;

p=0,008). Takviye kullanımıyla madde kullanımı arasında anlamlı fark yoktu ($\chi^2=0,424$; p=0,515).

Besin takviyesi kullanımıyla son bir yılda fiziksel bir kavgaya karışma ve silah taşıma durumlarının arasında anlamlı fark yoktu ($\chi^2=0,009$; p=0,926 ve $\chi^2=0,008$; p=0,929).

Besin takviyesi kullanımıyla kask ve emniyet kemeri kullanma durumlarının arasında anlamlı fark yoktu ($\chi^2=2,066$; p=0,151 ve $\chi^2=1,432$; p=0,231).

Besin takviyesi kullananlardaki cinsel aktif olma oranı (65; %12,7) kullanmayanların oranından (375; %18,8) anlamlı düşüktü ($\chi^2=10,191$; p=0,001)

Çalışmaya katılan öğrencilere daha önce herhangi bir zamanda yemeklerden sonra kilo alma endişesiyle hiç zorla kusup kusmadıkları sorgulandığında 184'ü (%7,3) bu soruya evet, 2325'i (%92,7) hayır yanıtını verdi. Bu soruya verilen yanıtlarda cinsiyet ve yaş arasında anlamlı bir fark gözlenmedi ($\chi^2=1,763$; p=0,184 ve U=203746,5; p=0,275).

Öğrencilerin son 10 yıldır ağırlıklı olarak yaşadıkları yerlerle istemli kusma davranışı arasında anlamlı fark yoktu ($\chi^2=1,499$; p=0,473).

Üniversite eğitimleri boyunca ailesiyle yaşamakta olanların 27'si (%12,8), tek başına yaşamakta olanların 33'ü (%8,9), arkadaşlarıyla yaşamakta olanların 43'ü (%5,7), başka bir aileyle yaşamakta olanların 4'ü (%13,3), yurttta kalmakta olanların 74'ü (%6,8) ve seçenekler dışında bir yerde yaşamakta olanların 3'ü (%5,2) istemli kustuğunu ifade etmişti. Öğrencilerin yaşamakta oldukları yerlerle istemli kusma davranışı arasında anlamlı fark bulunmaktaydı ($\chi^2=15,955$; p=0,007).

Yemek sonrası istemli kustuğunu belirten öğrencilerin önceki eğitim hayatlarında yatılı okulda okuma oranı (184 öğrencinin 26'sı, %14,1) kusmayanlara göre (2325 öğrencinin 209'u, %9,0) anlamlı yüksekti ($\chi^2=5,309$; p=0,021).

Yemek sonrası istemli kustuğunu belirten öğrencilerin aile içi şiddete tanık olma oranı (32, %17,4) kusmayanlara göre (244, %10,5) anlamlı yüksekti ($\chi^2=8,284$; p=0,004).

Yemek sonrası istemli kustuğunu belirten öğrencilerin sigara içme oranı (60, %32,6) kusmayanlara göre (522, %22,5) anlamlı yüksekti ($\chi^2=9,874$; $p=0,002$); nargile içme davranışı ile aralarında anlamlı fark yoktu ($\chi^2=0,650$; $p=0,420$). Yemek sonrası istemli kustuğunu belirten öğrencilerin önceki alkol kullanma oranı (40, %21,7) kusmayanlara göre (350, %15,1) anlamlı yüksekti ($\chi^2=5,805$; $p=0,016$); madde kullanma davranışı ile aralarında anlamlı fark yoktu ($\chi^2=2,014$; $p=0,156$).

İstemli kusma davranışıyla son bir yılda fiziksel bir kavgaya karışma ve silah taşıma durumlarının arasında anlamlı fark yoktu ($\chi^2=1,739$; $p=0,187$ ve $\chi^2=0,546$; $p=0,460$).

Yemek sonrası istemli kustuğunu belirten öğrencilerin bisiklet kaskı kullanmama oranı (55, %44,7) kusmayanlara göre (977, %68,9) anlamlı düşüktü ($\chi^2=29,927$; $p<0,001$); emniyet kemeri kullanma davranışı ile aralarında anlamlı fark yoktu ($\chi^2=3,763$; $p=0,052$).

İstemli kusma davranışıyla cinsel aktif olma durumu arasında anlamlı fark yoktu ($\chi^2=2,149$; $p=0,143$). Yemek sonrası istemli kustuğunu belirten öğrencilerin besin takviyesi kullanma oranı (113, %61,4) kusmayanlara göre (397, %17,1) anlamlı yüksekti ($\chi^2=206,969$; $p<0,001$).

4.2.9. Fiziksel Aktivite

Ankete katılım gösteren öğrencilerin haftada ortalama kaç gün 30dk veya üzeri sürede fiziksel aktivite yaptıkları incelendiğinde 445'i (%17,7) hiç yapmadıklarını, 543'ü (%21,6) 1 gün, 561'i (%22,4) 2 gün, 488'i (%19,4) 3 gün, 227'si (%9,0) 4 gün, 123'ü (%4,9) 5 gün, 32'si (%1,3) 6 gün, 90'ı (%3,6) 7 gün spor yaptıklarını belirtti.

Katılımcıların fiziksel olarak aktif gün sayıları ortalama $2,2\pm 1,7$ [0-7] idi ve erkeklerin ortalama aktif gün sayısı ($2,3\pm 1,7$) kadınlarınkinden ($2,1\pm 1,8$) anlamlı yüksekti ($U=726564,5$; $p=0,001$). Öğrencilerin yaşları ile fiziksel olarak aktif oldukları gün sayısı arasında anlamlı ilişki yoktu ($\tau_b=0,027$; $p=0,084$).

Öğrencilerin son 10 yıldır ağırlıklı olarak yaşadıkları yer ve daha önce yatılı okulda okumuş olma ile fizik aktif gün sayısı arasında anlamlı fark yokken ($\chi^2=4,815$;

p=0,090 ve U=264565,500; p=0,800), üniversite eğitimleri süresince kaldıkları yer ile fizik aktif gün sayısı arasında anlamlı fark vardı ($\chi^2=12,700$; p=0,026); başka bir ailenin yanında kalanlarla seçenekler dışında bir yerde kalanların, yurttan kalanlarla arkadaşlarıyla birlikte kalanların, yurttan kalanlarla tek başına yaşayanların ve yurttan kalanlarla seçenekler dışında bir yerde yaşamakta olanların arasında fizik aktif gün sayısı bakımından anlamlı farklılık vardı (sırasıyla $\chi^2=-358,415$; p=0,025 ve $\chi^2=67,663$; p=0,045 ve $\chi^2=100,782$; p=0,019 ve $\chi^2=-207,759$; p=0,030).

Öğrencilerin aile yapısı ve aile içinde şiddete tanık olma durumuyla fizik aktif gün sayıları arasında anlamlı fark yoktu ($\chi^2=0,316$; p=0,854 ve U=306907,0; p=0,911).

Öğrencilerin fizik aktif gün sayıları ile sigara ve nargile içme durumları arasında anlamlı fark yoktu (U=558548,0; p=0,883 ve U=729494,0; p=0,490). Öğrencilerin fizik aktif gün sayıları ile alkol ve madde kullanma durumları arasında anlamlı fark yoktu (U=388441,0; p=0,055 ve U=21596,5; p=0,505).

Son bir yılda fiziksel bir kavgaya katılmış olanların fizik aktif gün sayıları ($2,4\pm 1,8$) katılmamış olanlardan ($2,2\pm 1,7$) anlamlı yüksekti (U=389260,0; p=0,047). Fizik aktif gün sayısı ile silah taşıma davranışı arasında anlamlı fark yoktu (U=228454,5; p=0,086).

Öğrencilerin kask kullanma ve emniyet kemeri kullanma durumlarıyla fizik aktif gün sayıları arasında anlamlı fark yoktu (U=261607,0; p=0,898 ve U=70004,0; p=0,219).

Cinsel aktif olanların fizik aktif gün sayıları ($2,4\pm 1,8$) olmayanlardan ($2,1\pm 1,7$) anlamlı yüksekti (U=426081,5; p=0,033).

Öğrencilerin fizik aktif gün sayıları ile VKİ'leri arasında anlamlı pozitif korelasyon vardı ($\tau_b=0,043$; p=0,003). Kilo kontrolü için doktor tavsiyesi dışında besin takviyesi kullananların fizik aktif gün sayısı ($2,4\pm 1,8$), kullanmayanlarından ($2,1\pm 1,7$) anlamlı yüksekti (U=463957,0; p=0,001). Yemeklerden sonra istemli kusma davranışı gösterenlerin fizik aktif gün sayısı ($2,5\pm 1,8$), kusmayanlarından ($2,1\pm 1,7$) anlamlı yüksekti (U=188589,5; p=0,006).

4.2.10. Ekran Kullanımı

Öğrencilerin ekran karşısında geçirdikleri süre sorulduğunda günde ortalama $5,3\pm 3,7$ [0,0-24,0] saatlerini televizyon, bilgisayar, tablet, akıllı telefon, oyun konsolu gibi teknolojik aletleri kullanarak geçirdiklerini bildirdiler. Ankete katılan öğrencilerin 3'ü bu soruyu yanıtlamamıştı. 16 (%0,5) öğrenci hiç ekran kullanımının olmadığını, 5 (%0,2) öğrenci ise günde 24 saatini ekran karşısında geçirdiğini ifade etmişti. Erkeklerin ekran karşısında geçirdiklerini belirttikleri ortalama süre ($5,0\pm 3,7$) kadınlarınkinden ($5,5\pm 3,8$) anlamlı düşüktü ($U=711300,5$; $p<0,001$). Öğrencilerin yaşları ile günlük ortalama ekran kullanım saatleri arasında anlamlı negatif korelasyon vardı ($\tau_b=-0,057$; $p<0,001$).

Öğrencilerin son 10 yıldır ağırlıklı olarak yaşadıkları yer ve daha önce yatılı okulda okumuş olma ile ortalama günlük ekran kullanım süreleri arasında anlamlı fark yokken ($\chi^2=4,003$; $p=0,135$ ve $U=253996,0$; $p=0,221$); üniversite eğitimleri süresince kaldıkları yer ile günlük ortalama ekran kullanım süresi arasında anlamlı fark vardı ($\chi^2=36,232$; $p<0,001$); başka bir ailenin yanında kalanlarla arkadaşlarıyla yaşayanların, başka bir ailenin yanında kalanlarla seçenekler dışında bir yerde kalanların, ailesiyle birlikte kalanlarla yurttan kalanlar, ailesiyle birlikte kalanlarla arkadaşlarıyla birlikte kalanlar, ailesiyle kalanlarla seçenekler dışında bir yerde kalanlar, tek başına kalanlarla arkadaşlarıyla birlikte kalanlar, tek başına yaşayanlarla seçenekler dışında bir yerde kalanlar, yurttan kalanlarla arkadaşlarıyla birlikte kalanlar ve yurttan kalanlarla seçenekler dışında bir yerde kalanlar arasında günlük ortalama ekran kullanım süreleri bakımından anlamlı farklılık vardı (sırasıyla $\chi^2=-268,125$; $p=0,045$ ve $\chi^2=-396,124$; $p=0,014$ ve $\chi^2=-125,130$; $p=0,021$ ve $\chi^2=-249,200$; $p<0,001$ ve $\chi^2=-377,199$; $p<0,001$ ve $\chi^2=-175,032$; $p<0,001$ ve $\chi^2=-303,031$; $p=0,003$ ve $\chi^2=-124,069$; $p<0,001$ ve $\chi^2=-252,068$; $p=0,009$).

Anne babası hayatta ve birlikte olanların günlük ortalama ekran kullanım süreleri ($5,4\pm 3,8$), boşanmış olanlar ($4,8\pm 3,3$) ve ebeveyn kaybı mevcut olanlardan ($4,7\pm 3,6$) anlamlı yüksekti ($\chi^2=7,977$; $p=0,019$).

Aile içinde şiddete tanık olmuş öğrencilerin ortalama ekran kullanım süreleri ($4,7\pm3,3$), tanık olmayanlarından ($5,4\pm3,8$) anlamlı düşüktü ($U=277941,5$; $p=0,010$).

Sigara içmekte olan öğrencilerin ortalama ekran kullanım süreleri ($6,0\pm4,0$), içmeyenlerinden ($5,1\pm3,6$) anlamlı yüksekti ($U=483620,5$; $p=0,001$). Öğrencilerin ortalama ekran kullanım süreleriyle nargile içme durumları arasında anlamlı fark yoktu ($U=732434,5$; $p=0,678$). Alkol kullanmakta olan öğrencilerin ortalama ekran kullanım süreleri ($5,9\pm4,1$), içmeyenlerinden ($5,2\pm3,7$) anlamlı yüksekti ($U=372325,5$; $p=0,003$). Öğrencilerin ortalama ekran kullanım süreleriyle madde kullanma durumları arasında anlamlı fark yoktu ($U=21881,0$; $p=0,576$).

Son bir yılda fiziksel bir kavgaya katılmış olanların günlük ortalama ekran kullanım süreleri ($5,8\pm3,9$) katılmamış olanlardan ($5,2\pm3,7$) anlamlı yüksekti ($U=376967,5$; $p=0,004$). Silah taşımakta olanların günlük ortalama ekran kullanım süreleri ($5,8\pm3,9$) katılmamış olanlardan ($6,6\pm4,3$) anlamlı düşüktü ($U=194093,5$; $p<0,001$).

Bisiklet ya da motorsiklet kullanırken kask kullananların günlük ortalama ekran kullanım süreleri ($4,1\pm3,4$) kullanmayanlarından ($5,4\pm3,5$) anlamlı düşüktü ($U=191099,0$; $p<0,001$).

Araç kullanırken her zaman ehliyet kemeri kullananların günlük ortalama ekran süreleri ($4,7\pm3,5$) hiç kullanmayanlardan ($5,8\pm4,4$) anlamlı düşüktü ($U=63754,5$; $p=0,002$).

Cinsel aktif olma durumuyla günlük ortalama ekran kullanım süresi arasında anlamlı ilişki yoktu ($U=434214,0$; $p=0,143$).

Öğrencilerin günlük ortalama ekran kullanım süreleriyle VKİ'leri arasında anlamlı pozitif korelasyon vardı ($\tau_b=0,033$; $p=0,018$). Kilo kontrolü için doktor tavsiyesi dışında takviye kullananların günlük ortalama ekran kullanım süreleri ($5,6\pm3,8$), kullanmayanlarından ($5,2\pm3,7$) anlamlı yüksekti ($U=478767,5$; $p=0,042$). Yemeklerden sonra istemli kusma davranışı gösterenlerin günlük ortalama ekran kullanım süreleri ($4,7\pm3,4$), kusmayanlarından ($5,3\pm3,8$) anlamlı düşüktü ($U=191200,5$; $p=0,017$). Öğrencilerin günlük ortalama ekran kullanım süreleriyle fizik aktif gün sayıları arasında anlamlı pozitif korelasyon vardı ($\tau_b=0,077$; $p<0,001$).

4.2. Aile Hekimliği Uygulaması Kullanımı

Ankete katılan öğrencilerin 812'si (%32,4) şimdiye dek hiç aile hekimine gitmediğini; 774'ü (%30,8) 1-2 kez, 573'ü (%22,8) 3-10 kez, 350'si (%13,9) ise 10'dan fazla kez aile hekimiyile görüştüğünü belirtti.

Kadınların 318'i (%25,3), erkeklerin ise 494'ü (%39,5) şimdiye dek hiç aile hekimine gitmediğini belirtmişti; cinsiyetler arasında aile hekimine gitme arasında anlamlı fark vardı (U=649515,5; p<0,001).

Bazı sosyodemografik verilerin analizleri için aile hekimiyile görüşme durumu hiç görüşmeyenler ve herhangi bir sayıda görüşmüş olanlar şeklinde yeniden düzenlendi.

Aile hekimiyile görüşme durumuyla yaş arasında korelasyon yoktu (tau_b=0,013; p=0,407).

Son 10 yıldır köy ya da beldede yaşayanların 259'u (%74,9), ilçe ya da ilde yaşayanların 1427'si (%66,7), yurt dışında yaşayanların ise 11'i (%50,0) daha önce aile hekimiyile görüşmüştü. Öğrencilerin son 10 yıldır ağırlıklı olarak yaşadıkları yer ve aile hekimiyile görüşme durumları arasında anlamlı fark vardı ($\chi^2=12,313$; p=0,002).

Aile hekimiyile hiç görüşmemişlerin oranı üniversite eğitimleri süresince ailesi ile kalanlarda %27,5, tek başına evde kalanlarda %46,1, arkadaşlarıyla evde kalanlarda %27,7, Başka bir ailenin yanında kalanlarda %26,7, yurttan kalanlarda %32,5 ve diğer seçenekler için %24,1 idi ($\chi^2=43,543$; p<0,001);.

Aile hekimini ziyaret durumuyla daha önce yatılı okulda okumuş olma arasında istatistiksel anlamlı fark yoktu ($\chi^2=3,117$; p=0,077)

Katılımcıların öznel gelir algıları ve ailesel gelir algıları ile aile hekimini ziyaret durumları arasında anlamlı negatif korelasyon vardı (tau_b=-0,068; p<0,001 ve tau_b=-0,109; p<0,001).

Öğrencilerin aile yapısıyla aile hekimini ziyaret durumu arasında anlamlı fark yoktu ($\chi^2=4,334$; $p=0,115$).

Aile içinde şiddete tanık olmuş öğrencilerin oranı, aile hekimini hiç ziyaret etmemiş öğrenciler arasında (%8,9), aile hekimlerini ziyaret etmiş öğrencilerden (%12,0) anlamlı düşüktü ($\chi^2=-5,581$; $p=0,018$).

Tüm öğrencilere aile hekimleriyle belirli konularda görüşüp görüşmedikleri ve bu görüşmeyi nasıl nitelendirdikleri soruldu. En sık görüşme yapılan konular sağlıklı yaşam (%15,4), ruh hali (%10,3) iken riskli sağlık davranışlarında görüşme oranları %10'un altındaydı (Tablo 4.9).



Tablo 4.9 Riskli sağlık davranışında bulunan öğrencilerin bu konuda aile hekimleriyle görüşme deneyimleri

Görüşme konuları	Görüşmenin niteliği		
	Görüşmedik n* (%)**	Yüzeyel görüşme yaptık n* (%)**	Ayrıntılı görüşme yaptık n* (%)**
Tütün kullanımı	2277 (90,8)	198 (7,9)	34 (1,4)
Alkol kullanımı	2318 (92,4)	171 (6,8)	20 (0,8)
Madde kullanımı	2393 (95,4)	104 (4,2)	11 (0,4)
Şiddet	2372 (94,5)	119 (4,7)	18 (0,7)
Trafik güvenliği	2380 (94,9)	112 (4,5)	17 (0,7)
Sağlıklı cinsellik	2399 (95,6)	93 (3,7)	17 (0,7)
Sağlıklı yaşam	2122 (84,6)	289 (11,5)	98 (3,9)
Ruh hali	2249 (89,6)	186 (7,4)	74 (2,9)

*n=vaka sayısı, **%=sütun yüzdesi

Sigara içen 582 öğrencinin 68'i (%11,7) aile hekimiyle tütün kullanımıyla ilgili yüzeysel 21'i (%3,6) detaylı görüşme yapmışken sigara içmeyen 1927 öğrencinin 130'u (%6,7) yüzeysel 13'ü (%0,7) detaylı görüşme yapmıştı ($\chi^2=20,184$; $p<0,001$).

Sigarayı bırakmış olan 147 kişinin 21'i (%14,3) aile hekimiyle tütün kullanımıyla ilgili yüzeysel, 4'ü (%2,7) detaylı görüşme yapmışken kalan 2362 öğrenciden 177'si (%7,5) yüzeysel, 30'u (%1,3) detaylı görüşme yapmıştı ($\chi^2=90,483$; $p<0,001$)

Nargile içen 953 kişinin 99'uyla (%10,4) aile hekimiyle tütün kullanımıyla ilgili yüzeysel, 20'si (%2,1) ise detaylı görüşme yapmışken nargile içmeyen 1556 kişinin 99'uyla (%6,4) yüzeysel, 14'üyle (%0,9) detaylı görüşme yaptığını ifade etmişti ($\chi^2=20,184$; $p<0,001$).

Alkol kullanan 390 öğrencinin 38'i (%9,7) aile hekimiyle alkol kullanımıyla ilgili yüzeysel, 9'u (%2,3) detaylı görüşme yapmışken kullanmayan 2119 öğrencinin 133'ü (%6,3) aile hekimiyle alkol kullanımıyla ilgili yüzeysel, 11'i (%0,5) detaylı görüşme yapmıştı ($\chi^2=20,012$; $p<0,001$).

Madde kullanan 19 öğrencinin 2'si (%10,5) aile hekimiyle madde kullanımıyla ilgili yüzeysel görüşme yaptığını ifade etmişken, hiçbir öğrenci aile hekimiyle bu konu hakkında detaylı konuşmamıştı, madde kullanmayan 2489 öğrencinin 102'si (%4,1) yüzeysel, 11'i (%0,4) detaylı görüşme yapmıştı ($\chi^2=2,034$; $p=0,362$).

Aile içinde şiddetle karşılaşmış olan 276 kişinin 21'i (%7,6) aile hekimiyle şiddet hakkında yüzeysel görüşmüşken 4'ü (%1,4) detaylı görüşme yapmıştı, şiddetle karşılaşmamış 2233 kişinin 98'i (%4,4) yüzeysel 14'ü (%0,6) detaylı görüşme yapmıştı ($\chi^2=8,110$; $p=0,017$).

Fiziksel kavgaya karışan 392 öğrencinin ise 38'i (%9,7) bu konuda yüzeysel, 8'i (%2,0) detaylı görüşme yapmış, kavgaya karışmaya 2117 öğrencinin ise 81'i (%3,8) yüzeysel, 10'u (%0,5) detaylı görüşme yapmıştı ($\chi^2=37,286$; $p<0,001$).

Cinsel aktif 440 öğrencinin 34'ü (%7,7) aile hekimiyle sağlıklı cinsellikle ilgili yüzeysel görüşme yapmışken, 7'si (%1,6) detaylı görüşme yapmış; cinsel aktif olmayan 2068 öğrencinin ise 59'u (%2,9) yüzeysel, 10'u (%0,5) detaylı görüşme yapmıştı ($\chi^2=31,167$; $p<0,001$).

Bisiklet yada motorsiklete binerken kask kullanmayan 1032 kişinin 53'ü (%5,1) aile hekimiyle trafik güvenliği hakkında yüzeysel görüşmüşken 7'si (%0,7) detaylı görüşme yapmışken; kullanan 509 kişinin 35'iyle (%6,9) yüzeysel, 4'üyle (%0,8) detaylı görüşme yapmıştı ($\chi^2=1,988$; $p=0,370$). Arabaya bindiğinde hiç emniyet kemeri kullanmayan 211 kişinin 9'u (%4,3) aile hekimiyle trafik güvenliği hakkında yüzeysel görüşmüşken hiçbiri detaylı görüşmemişti ($\chi^2=3,222$; $p=0,200$).

VKİ gruplamasına göre zayıf olan 217 kişinin 23'ü (%10,6) aile hekimiyle sağlıklı yaşam hakkında yüzeysel görüşmüştü ve 16'sı (%7,4) detaylı görüşmüştü; ideal kiloda olan 1864 kişinin 217'si (%11,6) aile hekimiyle sağlıklı yaşam hakkında yüzeysel görüşmüştü ve 60'ı (%3,2) detaylı görüşmüştü. Fazla kilolu olan 376 kişinin 40'ı (%10,6) aile hekimiyle sağlıklı yaşam hakkında yüzeysel görüşmüştü ve 19'u (%5,1) detaylı görüşmüştü; obez olan 52 kişinin 9'u (%17,3) aile hekimiyle sağlıklı yaşam hakkında yüzeysel görüşmüştü ve 3'ü (%5,8) detaylı görüşmüştü ($\chi^2=13,211$; $p=0,040$).

Öğrencilere aynı zamanda aile hekimi haricinde başka bir doktor, sağlık çalışanı, öğretmen veya eğitimciyle yukarıdaki konularla ilgili görüşme yapıp yapmadıkları soruldu, öğrencilerin bu sorulara verdikleri cevapların dağılımı Tablo 4.10'da gösterilmektedir.

Tablo 4.10 Riskli sağlık davranışında bulunan öğrencilerin bu konuda aile hekimi dışında bir görevliyle görüşme deneyimleri

Görüşme konuları	Görüşmenin niteliği		
	Görüşmedik n* (%)**	Yüzeysel görüşme yaptık n* (%)**	Ayrıntılı görüşme yaptık n* (%)**
Tütün kullanımı	2308 (92,0)	148 (5,9)	53 (2,1)
Alkol kullanımı	2330 (92,9)	144 (5,7)	35 (1,4)
Madde kullanımı	2395 (95,5)	92 (3,7)	22 (0,9)
Şiddet	2356 (93,9)	122 (4,9)	31 (1,2)
Trafik güvenliği	2341 (93,3)	134 (5,3)	34 (1,4)
Sağlıklı cinsellik	2375 (94,7)	109 (4,3)	25 (1,0)
Sağlıklı yaşam	2093 (83,4)	288 (11,5)	128 (5,1)
Ruh hali	2093 (83,4)	288 (11,5)	128 (5,1)

*n=vaka sayısı, **%=sütun yüzdesi

Sigara içen 582 öğrencinin 60'ı (%10,3) aile hekimi dışında bir görevliyle tütün kullanımıyla ilgili yüzeysel görüşme yapmışken 30'u (%5,2) detaylı görüşme yapmıştı; sigara içmeyen 1927 kişininse 88'i (%4,6) yüzeysel, 23'ü (%1,2) detaylı görüşme yapmıştı ($\chi^2=62,766$; $p<0,001$).

Sigarayı bırakmış olan 147 öğrencinin 60'ı (%10,3) aile hekimi dışında bir görevliyle tütün kullanımıyla ilgili yüzeysel görüşme yapmışken 30'u (%5,2) detaylı görüşme yapmışken kalan 2362 öğrenciden 139'u (%5,9) yüzeysel, 48'i (%2,0) detaylı görüşme yapmıştı ($\chi^2=67,658$; $p<0,001$).

Nargile içen 953 kişininse 73'ü (%7,7) yüzeysel, 27'si (%2,8) ise detaylı görüştüğünü; içmeyen 1556 kişininse 75'i (%4,8) yüzeysel, 26'sı (%1,7) detaylı görüşme yaptığını ifade etmişti ($\chi^2=12,889$; $p=0,002$).

Alkol kullanan 390 öğrencinin 34'ü (%8,7) aile hekimi dışında bir görevliyle alkol kullanımıyla ilgili yüzeysel görüşme yapmışken, 18'i (%4,6) detaylı görüşme yapmıştı; alkol kullanmayan 2119 kişininse 110'u (%5,2) yüzeysel, 17'si (%0,8) detaylı görüşme yapmıştı ($\chi^2=43,380$; $p<0,001$).

Madde kullanan 19 öğrencinin 6'sı (%31,6) aile hekimi dışında bir görevliyle madde kullanımıyla ilgili yüzeysel görüşme yapmışken, 1'i (%5,3) detaylı görüşme yapmıştı; madde kullanmayan 2490 kişininse 86'sı (%3,5) yüzeysel, 21'i (%0,8) detaylı görüşme yapmıştı ($\chi^2=46,971$; $p<0,001$).

Aile içinde şiddetle karşılaşmış olan 276 kişinin 25'i (%9,1) aile hekimi dışında bir görevliyle şiddet hakkında yüzeysel görüşmüşken 10'u (%3,6) detaylı görüşme yapmıştı; aile içinde şiddetle karşılaşmayan 2233 kişininse 97'si (%4,3) yüzeysel, 21'i (%0,9) detaylı görüşme yapmıştı ($\chi^2=26,966$; $p<0,001$). Fiziksel kavgaya karışanların 392 öğrencinin ise 38'i (%9,7) bu konuda yüzeysel, 11'i (%2,8) detaylı görüşme yapmıştı; kavgaya karışmayan 2117 kişininse 84'ü (%4,0) yüzeysel, 20'si (%0,9) detaylı görüşme yapmıştı ($\chi^2=33,605$; $p<0,001$).

Bisiklet yada motorsiklete binerken kask kullanmayan 1032 kişinin 58'i (%5,6) aile hekimi dışında bir görevliyle trafik güvenliği hakkında yüzeysel görüşmüşken 10'u (%1,0) detaylı görüşme yapmıştı; kask kullanmayan 509 kişininse 26'sı (%5,1) yüzeysel, 11'i (%2,2) detaylı görüşme yapmıştı ($\chi^2=3,847$; $p=0,427$). Arabaya bindiğinde hiç emniyet kemeri kullanmayan 211 kişinin 10'u (%4,7) aile hekimi dışında bir görevliyle trafik güvenliği hakkında yüzeysel görüşmüşken 1'i (%0,5) detaylı görüşme yapmıştı ($\chi^2=18,608$; $p=0,017$).

Cinsel aktif 440 öğrencinin 44'ü (%10,0) aile hekimi dışında bir görevliyle sağlıklı cinsellikle ilgili yüzeysel görüşme yapmışken, 11'i (%2,5) detaylı görüşme yapmıştı; cinsen aktif olmayan 2068 kişininse 65'i (%3,1) yüzeysel, 14'ü (%0,7) detaylı görüşme yapmıştı ($\chi^2=54,233$; $p<0,001$).

VKİ gruplamasına göre zayıf olan 217 kişinin 34'ü (%15,7) aile hekimi dışında bir görevliyle sağlıklı yaşam hakkında yüzeysel görüşmüştü ve 15'i (%6,9) detaylı

görüşmüştü; ideal kiloda olan 1864 kişinin 204'ü (%10,9) aile hekimi dışında bir görevliyle sağlıklı yaşam hakkında yüzeysel görüşmüştü ve 81'i (%4,3) detaylı görüşmüştü. Fazla kilolu olan 376 kişinin 48'i (%12,8) aile hekimi dışında bir görevliyle sağlıklı yaşam hakkında yüzeysel görüşmüştü ve 30'u (%8,0) detaylı görüşmüştü; obez olan 52 kişinin 2'si (%3,8) aile hekimi dışında bir görevliyle sağlıklı yaşam hakkında yüzeysel görüşmüştü ve 2'si (%3,8) detaylı görüşmüştü ($\chi^2=19,292$; $p=0,004$).



5. TARTIŞMA

Genç insanlar, aktif yaşamlarını ve geleceklerini negatif yönde etkileyebilecek davranışlar sergileyebilirler ve bu davranışlar riskli davranışlar olarak isimlendirilir. Gençlerin riskli sayılacak davranışlarının belirlenerek tanımlanması, bu alışkanlıklar hakkında bilgilendirilmesi ve davranış değişikliklerinin sağlanması gelecekteki erişkin morbidite ve mortalitesi üzerinde olumlu etki sağlayabilecektir. Birinci basamakta genç yaş grubundaki kişilerin risklerinin belirlenmesi ve önlenmesine yönelik koruyucu yaklaşımların kullanılması genç neslin sağlık beklentisi açısından önemlidir.

1259'u (%50,2) kadın, 1250'si (%49,8) erkek; toplam 2509 üniversite öğrencisinin dahil edildiği, Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Terzioğlu yerleşkesinde bulunan Fakülte ve Yüksekokullarda eğitim görmekte olan öğrencilerde sağlıkla ilgili riskli davranış ve alışkanlıklar ile birinci basamak sağlık hizmeti kullanım sıklıklarını saptamak ve aralarındaki ilişkiyi değerlendirmeyi amaçladığımız çalışmamızda sigara kullanım oranı %23,2, nargile kullanım oranı %38,0, alkol kullanım oranı %15,5, geçtiğimiz bir yılda en az bir kez madde kullananların oranı %0,8, son bir yılda fiziksel bir kavgaya karışanların oranı %15,6, yanında kesici alet ya da silah taşıma oranı %8,5, son bir yılda kız ya da erkek arkadaşından şiddet görmekte olanların oranı %7,6 idi. Öğrencilerin 211'i (%8,4) hiçbir zaman, 512'si (%20,4) nadiren, 603'ü (%24,0) bazen, 479'u (%19,1) sıklıkla, 702'si (%28,0) ise her zaman emniyet kemeri kullanmaktaydı. Cinsel olarak aktif olan öğrencilerin oranı %17,5 idi ve bu öğrencilerin %21,8'i gebelik ya da cinsel yolla bulaşan hastalıklardan korunmak için hiçbir önlem kullanmamaktaydı. Kilo vermek ya da kilo almak için doktor tavsiyesi dışında besin takviyesi kullananların oranı %20,3; yemeklerden sonra kilo alma endişesiyle zorla kusan öğrenci oranı %7,3 idi. Öğrencilerin %17,7'si hiç egzersiz yapmadığını belirtti. Öğrencilerin günlük ekran süreleri ortalama $5,3 \pm 3,7$ [0,0-24,0] saatti.

Bakar ve arkadaşlarının 2007-2008 öğretim yılında aynı evrende 4762 öğrencide yaptıkları çalışmada, sigara ve alkol kullanım oranları sırasıyla %38,6 ve %46,3 idi ve hayatında en az bir kez madde kullanmış olanların oranıysa %6,3'tü (94). Aile hekimliği sisteminin yürürlüğe geçmesinden önceki dönemi yansıtan bu

oranlarla bizim çalışmamızdaki sigara, alkol ve madde kullanım oranlarını karşılaştırdığımızda adı geçen riskli davranışların dikkat çekici şekilde düşüş gösterdiği görülmektedir. Bu, toplumsal yapıdaki değişime bağlı duruma koruyucu hekimliğin büyük yer kapladığı aile hekimliği uygulamasının da olumlu katkı yaptığı düşünülebilir.

Son yıllarda kullanım sıklığında azalma görülmekte olmasına rağmen, tütün kullanımı, dünya çapında sağlık sorunları ve erken ölümlerin önlenabilir ana nedenlerinden biri olmaya devam etmektedir (95). Küresel Yetişkin Tütün Araştırması Türkiye 2012 raporunda ülke genelinde 15 ve daha üstü yaştaki bireylerin %27,0'sinin her gün veya ara sıra tütün ve tütün mamullerini kullanmakta olduğu bildirilmektedir. Bu oran, erkeklerde %41,4 iken, kadınlarda %13,1'dir (29).

Türkiye'de yapılan birçok araştırmada, gençlerin sigarayı deneme ve içme oranlarının yüksek olduğu görülmekte ve üniversite öğrencilerinin sigara içme sıklığının %14 ile %48 arasında değiştiği gözlenmektedir (31–35). Steptoe ve arkadaşları 12 Avrupa ülkesinde 10 yıl süresince gerçekleştirdikleri çalışmada üniversite öğrencilerinin sigara içme prevalansının %30 ile %35 arasında değişkenlik gösterdiğini bulmuştur (96). Araştırmamıza katılan öğrencilerin %23,2'si sigara içtiğini belirtmiş olup çalışmamızdaki sigara içme düzeyi de bu çalışmalarla benzerlik göstermektedir.

Ülkemizde yapılan çalışmalarda kadın öğrencilerin sigara içme sıklığı erkeklere oranla anlamlı şekilde düşük olarak gözlenmektedir (97–99). Çeşitli uluslararası kaynaklarda da benzer sonuçlara ulaşılmıştır (100,101). Bizim çalışmamızda da kadınların sigara içme sıklığı erkeklere oranla anlamlı şekilde düşük tespit edilmiş olup, bu sonuç sosyo-kültürel etkenlerin erkeklerin sigara içme davranışını daha çok desteklediğini düşündürülebilir. Çalışmamızdaki kadınların sigara kullanma oranı, ülkemizdeki 15 ve üstü yaştaki kadınların sigara kullanma oranından yüksektir; DSÖ, kadınların eğitim seviyesinin yükselmesiyle birlikte sigara kullanım oranlarının artmakta olduğunu bildirmektedir (102). Çalışmamızda öğrencilerin FNBT değerlendirme sonuçlarına göre erkek öğrenciler yüksek bağımlı olmaya yatkınken kadınlar daha sıklıkla düşük - orta riskli bağımlıydılar ve cinsiyetler arasındaki bu anlamlı fark da bu veriyi desteklemektedir.

Ülkemiz üniversite öğrencilerinde yapılan iki çalışmada sigaraya başlama yaşı ortalaması $15,7 \pm 2,4$ ile $17,6 \pm 2,8$ olarak bulunmuştur (44,99). Amerikan Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezi (CDC) verilerine göre sigara içmekte olan her 10 kişiden dokuzu 18 yaşından önce sigaraya başlamaktadır (103). Çalışmamıza katılan öğrencilerdeki ilk sigara kullanım yaş ortalaması 18'in altındaydı ve çalışmamızdaki ilk kullanım yaşı düştükçe sigara bağımlılık düzeyi artmaktaydı. Bu durum nikotine daha erken yaşta maruziyetin, nikotin bağımlılığı riskini doğrudan artırabilir olduğu bilgisini destekler nitelikteydi (104). Bu durum sigara ile mücadelede üniversite öncesi dönemin önemini göstermektedir.

Son 10 yıldır köy ya da beldede yaşayanların 67'si (%19,4), ilçe ya da ilde yaşayanların 506'sı (%23,6), yurt dışında yaşayanların ise 9'u (%40,9) sigara içmekteydi. yurt dışında yaşamış olanlardaki yüksek oran bu değişkenler arasındaki anlamlı farkı da oluşturarak dikkat çekici şekilde yüksektir. Çalışmamızda tek başına yaşayan öğrencilerde sigara içme oranı en yüksekti (%30,6). Tek başına yaşayan öğrencilerin yurtda veya arkadaşlarıyla birlikte yaşamakta olan öğrencilere göre ekonomik durumlarının daha iyi olması beklenmektedir. Çapık ve arkadaşlarının hemşirelik öğrencilerinde yaptığı çalışmada sigara kullanan öğrencilerin üçte ikisinden fazlasının gelir durumunun orta veya iyi olduğu görülmektedir (32). Bu durum tek başına yaşayanlarda gelir durumunun daha iyi ve sigaraya ulaşımın daha kolay olması ile ilişkili olabilir. Bunun yanında tek başına yaşayan öğrenciler için yurt ya da evde oluşan sigara ile ilgili kısıtlamalar bulunmadığından bireylerin rahatça sigara içebilecekleri bir ortam oluştuğu düşünülebilir.

Çalışmamıza katılan öğrencilerin aile özellikleriyle sigara kullanma davranışları arasında anlamlı fark mevcuttu ve bu farkı anne babası boşanmış olanlardaki yüksek orandan (%31,2) kaynaklanmaktaydı. Ülkemizde yapılan çalışmalar daha sıklıkla aile içi iletişimin gençlerin sigara kullanımına etkisi üzerine yapılmış olup, Akfert ve arkadaşlarının 2009 yılında yayınladıkları, üniversite öğrencilerinin sigara-alkol kullanımlarının aile sorunları ile ilişkisini değerlendirdikleri çalışmalarında, sigara içen gençlerin ailelerinde birlik, beraberlik ve duygusal bağın daha düşük olduğu tanımlanmış, aile içi iletişimlerinin kötü olduğu belirtilmiştir (38). Brown ve arkadaşlarının çalışmasında ise her iki ebeveynin birlikte yaşadıkları ailelerin

çocuklarında sigara içme davranışı daha az sıklıkta görülmüştür (105). Bu veriyi destekleyen farklı uluslararası yayınlar mevcuttur (106,107).

Sigara içen öğrencilerin FNBT sonuçlarına göre 192 (%33,0) kişi düşük derecede, 261 (%44,8) kişi orta düzeyde ve 129 (%22,2) kişi yüksek düzeyde nikotin bağımlıydı. Saridi ve arkadaşlarının çalışmasında üniversite öğrencilerinin %73,8'i düşük bağımlıyken %7,7'si yüksek bağımlıdır (108). Çalışmamızdaki yüksek riskli grubun oranının bu çalışmalardan yüksek olması üzücü ve düşündürücüdür. Çapık ve arkadaşlarının hemşirelik öğrencilerinde uyguladıkları çalışmalarında ise öğrencilerin %76'sının düşük bağımlı olduğu tespit edilmiştir (32). Çalışmamız ile belirgin farklılık olma nedeninin kadınların erkeklere kıyasla daha düşük sigara bağımlılık oranlarına sahip olması ve hemşirelik okulu popülasyonunu yüksek oranda kadınların oluşturması düşünülebilir. Nitekim bizim çalışmamızda da kadınların FNBT toplam skoru erkeklere kıyasla anlamlı daha düşük tespit edilmiştir.

Çalışmamızda aile içinde şiddete tanıklık ile sigara içme davranışı ve FNBT bağımlılık skoru arasında anlamlı fark mevcuttu. Ackerson ve arkadaşlarının çalışmasında ev içi şiddet ile sigara içme ve tütün çiğneme arasında anlamlı ilişki bulunmuştur (109). Çalışmamızda elde ettiğimiz sonuç bu çalışmanın verilerini teyit etmektedir.

DSÖ'nün raporuna göre bağımlılık yapıcı maddeye başlama yaşının yaşamın ilerleyen dönemlerindeki bağımlılık ve bağımlılıkla ilişkili hastalıklarda en belirleyici faktör olduğu belirtilmektedir (46). Çalışmamızda öğrencilerin ilk sigara denedikleri yaş ile FNBT değerlendirme sonuçları karşılaştırıldığında sigara başlama yaşı düştükçe bağımlılık düzeyinde de artış gözlenmektedir. Lanza ve arkadaşları, gençlerin düzenli sigara içmeye başlama yaşındaki düşüşün nikotin bağımlılığı için büyük bir risk olduğunu tespit etmiştir (110). Çalışmamız bu bilgiyi destekler niteliktedir.

Çalışmamızda öğrencilerin üçte birinden fazlasının nargile içtiği saptanmıştır. Küresel Yetişkin Tütün Araştırması, Türkiye 2010 yılı raporunda nargile kullanımının ülkemizde 15-24 yaşlar arasında %8,1 oranında olduğu görülmektedir (111). Primack ve arkadaşlarının Amerika'da üniversite öğrencileri üzerinde gerçekleştirmiş oldukları çalışmada en az bir kere nargile içenlerin %40,5 düzeyinde olduğunu belirlenmiştir

(112). Ülkemizle benzer kültürel örüntüye sahip olan ülkelerde de gençler arasında nargile kullanımı yüksektir ve buna örnek olarak Suriye’de üniversite öğrencilerinin yarısı en az bir kere nargile içtiklerini belirtmişlerdir (113). Çalışmamızdaki yüksek nargile kullanım oranının nedenlerinden biri de aromalı nargilelik tütünlerin piyasada kolay ulaşılır olması ve sayıları artan nargile kafelerin gençler için rutin uğrak yerlerden biri haline gelmiş olması olabilir (5).

Çalışmamızda erkeklerde nargile kullanma oranı (%43,8) kadınlardan (%32,2) anlamlı olarak yüksek bulunmuştur. Çeşitli ulusal ve uluslararası çalışmalarda nargile içme sıklığı çalışmamızla benzer şekilde erkeklerde kadınlara kıyasla daha sık gözlenmektedir (113,114). Çalışmamızda nargile içen öğrencilerin yaş ortalamaları içmeyenlerinkinden yüksektir. Ankara’da üniversite öğrencileriyle yapılan çalışmalarda da öğrencilerin sınıfı arttıkça nargile içme oranının arttığı bildirilmiştir (115,116). Primack ve arkadaşlarının Amerika’daki üniversite öğrencilerinde yaptıkları çalışmada ise nargile içme davranışıyla yaş arasında negatif bir ilişki gözlenmiştir (117). Bu durum, kültürel farklılıklarla açıklanabilir.

Çalışmamızda sigara kullanımıyla benzer şekilde tek başına yaşayan öğrencilerde nargile içme oranı en yüksekti (%45,0). Tek başına yaşayan öğrencilerin yurtda veya arkadaşlarıyla birlikte yaşamakta olan öğrencilere göre ekonomik durumlarının daha iyi olması beklenmektedir. Maziak ve arkadaşlarının yaptıkları derlemede gençlerde nargile içme davranışının yüksek sosyoekonomik durumla ilişkili olduğu gözlemlenmiştir (118). Çalışmamızda saptanan farklılığın nedeni de benzer şekilde, tek başına yaşayanlar öğrencilerde gelir durumunun daha iyi olması ile ilişkili olabilir. Katılımcıların ailesel gelir algılarıyla nargile içme davranışı arasında anlamlı fark mevcuttu ve ailesinin gelirinin kötü olduğunu düşünenlerin yüksek oranından kaynaklanmaktaydı (%61,8). Bu bulgu üstteki bilgiyle çelişse de ilk gençlik döneminde kişiler sıklıkla ailelerini yetersiz bulmakta ve özellikle ailelerini değerlendirirken objektiflikten uzak olmaktadır (119).

Çalışmamızda aile eğitimi yükseldikçe nargile içme sıklığı artmaktadır. Ülkemizde yapılan bir çalışmada aile eğitimi ile nargile içme davranışı arasında negatif bir ilişkiye rastlanmıştır (114). Lübnan’da yapılan bir çalışmada da, nargile içenlerin %82,7’sinin orta ve yüksek eğitimli grup içinde yer aldığı belirtilmektedir (120). Çalışmamızda yaşamlarının son 10 yılında sıklıkla yurt dışında yaşamış olanlarda bu

davranışın daha sık gözlemlendiği düşünülürse, üniversitemizin karma kültürel yapısı nedeniyle bu sonuca ulaştığımız düşünülebilir. Çalışmamızda katılımcıların anne ve babalarının çalışma durumlarıyla nargile içimi arasında anlamlı farka rastlanmamıştır. Literatürdeki çalışmalar daha çok sosyoekonomik durumla ilişkili verileri içerse de bu farkı anlamlandıracak bulgulara rastlanmamıştır.

Çalışmamızda öğrencilerin %15,5'i alkol kullandığını belirtmiştir. Türkiye'de sekiz üniversitenin birinci sınıf öğrencileri arasında yapılan çalışmada alkol kullanma sıklığı %22,9 olarak bulunmuştur (121). "United States Youth Risk Behavior Surveillance-2017'de düzenli alkol kullanma sıklığı ise %29,8 olarak bildirilmiştir (122). Bizim çalışmamızda alkol kullanımını benzer çalışmalara kıyasla daha düşük oranda saptanmıştır. Çalışmamızda alkol kullanımının erkeklerde kadınlardan fazla olduğu saptanmıştır. Bu sonuç, Türkiye'de ve dünyada üniversite öğrencileriyle yapılan diğer çalışmalardaki bulgularla benzerdir (123–125).

Çalışmamızda alkol kullanmakta olan öğrencilerin yaş ortalamaları (21,8±2,0) içmeyenlerinkinden (21,4±1,9) daha yüksek bulunmuştur. Çalışmamızdaki erkek öğrenciler, kadın öğrencilere kıyasla daha küçük yaşlarda alkol almaya başlamıştır. Yiğit ve Khorshid'in çalışmasında, öğrencilerin %11'i ilk kez 10–13 yaşları arasında, %24'ü 14–15 yaşları arasında, %51' 15 yaşından sonra, %14'ü de 18 yaşından sonra alkol kullanmaya başladıklarını belirtmişlerdir (126). Çalışmalar arasında ilk kez alkol alma yaşı bakımından benzerlik vardır. Öğrencilerin çoğu üniversite öncesi dönemde, lise yıllarında alkolle tanışmaktadır.

Öğrencilerin son 10 yılda yaşadıkları yerler ile alkol kullanım davranışları arasında anlamlı ilişki saptanmış olup sigara ve nargile kullanımıyla benzer şekilde bu farkı daha önce yurt dışında yaşamış olanların oranı oluşturmaktaydı.

Katılımcıların anne baba eğitim düzeyi ile alkol kullanım davranışları arasında anlamlı fark saptanmamış iken, anne ya da babanın emekli olması alkol kullanım davranışında fark yaratmaktaydı. Reczek ve arkadaşlarının yayınladıkları derlemede özellikle baba ile kurulan ilişkinin gençlerin alkol kullanım davranışını etkilediği belirlenmiştir. Bu farkı arada daha büyük jenerasyon farkı bulunan ebeveynlere sahip olan gençlerdeki iletişim bozukluklarının yarattığı düşünülebilir (127).

Çalışmamızda aile içi şiddete tanık olmuş öğrencilerde alkol kullanım oranı anlamlı olarak yüksek bulunmuştur. Ulusal ve uluslararası birçok çalışmanın ortak sonucu olarak, ailesinde şiddet içeren bir ortama maruz kalmak, yüksek alkol kullanım oranı ile ilişkilendirilmektedir (128–130).

Türkiye’de sekiz üniversitenin birinci sınıf öğrencileri arasında yapılan bir çalışmada uyuşturucu madde kullanma sıklığı %3 olarak bulunmuştur (121). Heydari ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada ise bu oran %5,2 olarak tespit edilmiştir (131). Yaptığımız çalışmada madde kullanım oranı düşük bulunsa da kullanım oranlarının daha da alt seviyelere çekilmesi ve bu konuda gerekli önlemlerin alınması gerekmektedir. Çalışmamızda madde kullanımı ile cinsiyet arasında anlamlı fark gözlenmemiştir. Genel olarak madde kullanımının kadınlar arasında daha az görüldüğü bilinmektedir (122). Cinsiyete göre bu farklılığın nedeni coğrafi özellikler olabilir.

Madde kullanmakta olan öğrencilerin yaşları kullanmayanlara kıyasla daha yüksekti. Yapılan çalışmalar cinsiyetten bağımsız olarak yaş ile madde kullanımının özellikle 35 yaşa kadar olan genç popülasyonda pozitif korelasyon gösterdiğini vurgulamaktadır (132,133).

Çalışmamızda daha önce yatılı okulda okumuş olanların madde kullanım oranları yatılı okulda okumamış olanlardan daha yüksek bulunmuştur. 2012 yılında Amerika’da yapılmış olan bir çalışmada da yatılı okulda okumanın yüksek madde kullanım oranları ile ilişkili olduğu gözlenmiştir (134). Bu durum aile desteği ve gözetiminden uzak olmanın maddeye ulaşmayı kolaylaştırdığını düşündürebilir.

Aile içinde şiddete maruz kalanlarda madde kullanma oranı yüksekti. Aile içinde şiddete tanıklık, madde kullanımı için önemli bir risk faktörüdür. Akfert ve arkadaşları çalışmalarında aile içinde şiddet ve istismarın gençlerde madde kullanımı için önemli bir risk etkeni olduğu saptanmıştır (38). Yapılan çalışmalarda, şiddet tanıklığı bulunan kişilerin, bu durumun neden olduğu bir takım psikolojik sorunların etkisiyle veya bu sorunlarla bir baş etme yolu olarak madde kullanımına yönelebildiği ifade edilmektedir (135,136).

Öğrencilerin %15,6’sı son bir yılda fiziksel bir kavgaya dahil olmuştu. Literatürdeki çalışmalarla uyumlu olarak, araştırma sonucunda erkek öğrencilerin

şiddet eğilimlerinin kızlara göre daha yüksek olduğu bulunmuştur (137). Benzer şekilde kavgada yaralanma oranı ve silah ya da silah olarak kullanılabilir kesici delici alet taşıma durumu da erkeklerde kadınlardan daha yüksek orandaydı. Bu durum toplumun erkeklere yüklemiş olduğu rollerle ilişkili olabilir.

Katılımcıların üniversite eğitimleri boyunca yaşadıkları yerlerle kavgaya karışma davranışları arasında anlamlı farklılık mevcuttu, bu fark başka bir ailenin yanında ikamet etmekte olanlardaki düşük orandan kaynaklanmaktaydı (%3,3). Bu durumu açıklama üzere literatürde uygun bir açıklamaya rastlanmamış olsa da bir başkasının sorumluluğunda olmanın neden olduğu caydırıcılık nedeni olabileceği düşünülebilir.

Fiziksel kavga ölümcül ve ölümcül olmayan yaralanmalara zemin hazırlamaktadır. Son bir yılda kavgaya karışan ve yaralanan öğrencilerin yaşadıkları yerlerdeki istatistiksel farkı ise tek başına yaşamakta olanların yüksek oranı (%14,4) oluşturmaktaydı. Benzer şekilde silah taşıma oranındaki istatistiksel farka yine tek başına yaşamakta olanlardaki yüksek oran sebep olmaktadır (%12,2).

Kavgaya karışma davranışıyla anne çalışma durumu arasında anlamlı fark mevcuttu; bu farkı emekli anneye sahip olanlar içindeki kavgaya karışma davranışı gösterenlerin oranı oluşturmaktaydı (%23,6). Haskan'ın çalışmasındaki "aileden algılanan sosyal destek ile şiddet eğilimleri arasında anlamlı bir fark vardır" bulgusu araştırmamızın bu sonucunu desteklemektedir (138). Bu bağlamda, anne ile aradaki yaş ve dolayısıyla jenerasyon farkının yarattığı iletişim zorluklarının bu desteği sağlamada zorluk yaratacağı düşünülebilir. Sosyal destek düzeyi düşük olan bireyler yaşanan problemler sonucu ortaya çıkan stresin etkisi ile daha fazla şiddet eğilimi gösterebilmektedirler (139).

Çalışmamızda aile yapısı ile kavgaya karışma davranışı ve kavgada yaralanma durumu arasında anlamlı fark saptanmış olup bu fark boşanmış aile çocuklarındaki oranlardan kaynaklanmaktaydı (%24,3 ve %14,1). Kelly, yaptığı meta-analiz sonucunda çocuklarda ebeveynlerin boşanması ile şiddete yatkınlık sorunu arasında anlamlı bir ilişki olduğu sonucuna varmıştır (140). Bulgularımız bu yargı ile uyumludur.

Çalışmamızda aile içinde şiddete maruz kalanlarda kavgaya karışma, kavgada yaralanma ve silah taşıma oranı maruz kalmayanlara kıyasla daha yüksekti. Bu durum, aile içi şiddete maruz kalmanın öğrencilerin şiddet davranışını daha kolay kabul ettiklerini ve daha sert bir şiddet dışavurumu yaşadıklarını düşündürmektedir. Yapılan araştırmalar şiddetin öğrenilen bir davranış olduğunu göstermiştir (139). Dolayısıyla şiddet davranışı ile mücadele öncelikle aile içi şiddetin önlenmesiyle sağlanabilir.

Son bir yılda kız ya da erkek arkadaşından şiddet gördüğünü ifade eden öğrencilerin büyük çoğunluğunu (%90,0) kadınlar oluşturmaktaydı. Uluslararası çalışmaların sonucunda yakın partner şiddetine uğrama sıklığının %17-45 arasında değiştiği tahmin edilmektedir ve çalışmamızla benzer şekilde kadınların şiddete maruz kalma durumları erkeklere kıyasla çok daha sıktır (141,142).

Öğrencilerin son 10 yıldır yaşadıkları yerler ile partner şiddetine uğrama durumları arasındaki farkı köy ya da beldede yaşamış olanlardaki daha yüksek oran oluşturmaktaydı (%11,3). Türkiye'de 15 yaşından büyük tüm kadınların yüzde 42'si ve kırsal kesimdeki kadınların yüzde 47'si yaşamlarının herhangi bir evresinde eşlerinden veya partnerlerinden fiziksel ya da cinsel şiddet görmektedir (143). Çalışmamızda elde ettiğimiz sonuçlar bu neticeyi teyit etmektedir.

Çalışmamızda partner şiddeti görenlerin öznel gelir algıları görmeyenlerden anlamlı düşük bulunmuştur. Montgomery ve arkadaşlarının ABD'deki kadınlarda yaptığı çalışmada; şiddet görmede maddi durum, çocuklukta istismar, travma sonrası stres bozukluğu, depresyon belirtileri önemli oranda etkili bulunmuştur (144). Bu durumun sebebi yaşanan maddi zorlukların kadın için şiddeti kabul etmede etkili olması olabilir.

Partner şiddetine maruz kalma ile anne eğitim durumu arasında anlamlı fark saptanmamış iken baba eğitimi arttıkça şiddete maruziyet azalmaktaydı. Çalışmamızla benzer şekilde literatürde babanın eğitim düzeyi düştükçe çocuklarda saldırganlık türü davranışların arttığı sonucuna ulaşan çalışmalar bulunmaktadır (145).

Aile içi şiddete tanık olmuş öğrencilerde partnerden şiddet görmüş olma oranı tanık olmayanlardan anlamlı yüksekti. Aile içinde şiddet uygulandığına tanık olan

çocukların partner şiddetini, şiddet içermeyen evlerde büyüyen çocuklara göre, normal olarak değerlendirdikleri gözlenmektedir (146). Çalışmamızda da benzer bir sonuçla karşılaşılmıştır.

Öğrencilerin motorlu taşıtlarda ne sıklıkla emniyet kemeri taktıkları sorgulandığında 211'i (%8,4) hiçbir zaman, 512'si (%20,4) nadiren, 603'ü (%24,0) bazen, 479'u (%19,1) sıklıkla, 702'si (%28,0) ise her zaman cevabını vermişti. Şimşek ve arkadaşlarının Harran Üniversitesi'nde yaptıkları çalışmada öğrencilerin %57,1'i emniyet kemerini nadiren kullandığını ya da hiç kullanmadığını ifade etmişti (147). Amerika'daki üniversite öğrencilerinde ise emniyet kemeri kullanma durumu ise %72'ydi (148).

Erkeklerin emniyet kemeri kullanmama ve alkollü bir sürücünün kullandığı araçla seyahat etme oranı kadınlardan daha yüksekti. Yapılan çalışmalarda erkeklerin yol güvenliği konusunda kadınlardan daha fazla risk almaya yatkın oldukları belirlenmiştir (149,150).

Öğrencilerin yaşları büyüdükçe emniyet kemeri kullanım oranları artış göstermektedir (151). Emniyet kemeri kullanımının artırılması için alınabilecek tedbirlerden biri, sürücülere küçük yaşlardan itibaren kemer kullanımı hakkında eğitim verilmesidir.

Anne ve babası hayatta ve birlikte olanların 186'sı (%24,7), boşanmış olanların 19'u (%17,1), ebeveyn kaybı mevcut olanların 6'sı (%12,5) arabada hiç emniyet kemeri takmamaktaydı ve istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmaktaydı. Literatürde bu konuda yapılmış bir çalışmaya rastlanmamış olup, çevre ve ailenin yani sosyal etkinin kemer kullanımına etkisi ile ilgili yapılan çalışmalar, emniyet kemeri kullanımı ile arkadaş, aile ve çevre arasında güçlü bir ilişki olduğunu göstermiştir (152). Emniyet kemeri kullanma davranışı da pek çok alışkanlık gibi küçük yaşlarda ve aile içerisinde öğrenilmekte olan bir davranış olarak değerlendirilebilir.

Çalışmamızda öğrencilerin %17,5'i cinsel olarak aktifti. Bu oranın büyük çoğunluğunu (%77,5) erkek öğrenciler oluşturmaktaydı. Ülkemizde üniversite gençliği üzerinde yapılan çeşitli çalışmalarda da benzer sonuçlar elde edilmiştir (153,154). Yapılan çalışmaların sonuçları değerlendirildiğinde evlilik öncesi cinsel deneyim

yaşama oranı yaş, cinsiyet, yaşanılan bölge gibi faktörlerle ilişkili olarak örneklemelere göre farklılık göstermektedir (155). Çalışmamıza katılan cinsel aktif öğrencilerin %21,8'i gebelik ya da cinsel yolla bulaşan hastalıklardan korunmak için kullanılan önlemlerden hiçbirini kullanmadığını ifade etmiştir. Gençlerin sadece istenmeyen gebeliklerden değil, cinsel yolla bulaşan hastalıklardan da korunmanın önemini kavraması, bu konularda doğru kaynaklardan bilgi almaları önemlidir.

Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması 2012 verilerine göre ülkemizde 19 yaş ve üzeri bireylerin %34,6'sı fazla kilolu ve %30,3'ü obezdir (156). Bizim çalışmamızda ise öğrencilerin %15,0'i fazla kilolu iken, %2,1'inin de obez olduğu belirlenmiştir. Çalışmamızdan elde edilen obezite oranlarının, Türkiye geneli ile kıyaslandığında daha düşük olduğu tespit edilmiştir. Bu farklılığın çalışma grubunun genç ve eğitilmiş olmasından kaynaklandığı düşünülebilir.

Çalışmamızda kadın ve erkekler arasında VKİ bakımından anlamlı farklılık bulunmaktaydı. Bu fark kadınların zayıf olma oranının (%12,9) erkeklerden (%4,4) daha yüksek olmasından kaynaklanmaktaydı. Tüm DSÖ bölgelerinde kadınlar erkeklerden daha fazla obez olmaya yatkındır (157). Çalışmamızdaki bu farklılığın nedeni genç popülasyonda çalışılmış olmasından ve gençlerin estetik kaygılarının günümüz dünyasında daha da artmakta olmasından kaynaklı olabilir.

Cinsiyete göre öğrencilerin kiloları ile ilgili yapmaya çalıştıkları incelendiğinde; kız öğrencilerle erkek öğrenciler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulundu. Kadınlarda kilo vermeye çalışma oranı (%13,0) erkeklerden (%0,8) daha yüksekti. Özellikle medya tarafından zayıflığın kadınlarda ideal beden imgesi olarak vurgulanması, kadınların kendilerini olduğundan daha kilolu olarak algılamaları ve bedenlerinden memnun olmamaları ile sonuçlanabilir (158). Çalışmamızda da görüldüğü gibi kadınlar bu beden imgesine ulaşabilmeyi erkeklere kıyasla daha sık hedeflemektedir.

Çalışmamızda öğrencilerin yaşları ile VKİ değerleri arasında pozitif korelasyon mevcuttu. Çalışmalar yaş ile toplam yağ hücrelerinin sayısı arasında pozitif ilişki saptamıştır (159). Bulgumuz bu bilgiyi destekler niteliktedir.

Gıda Takviyeleri ile ilgili belirlenen sorunlar arasında kontaminasyon, katkı maddeleri, toksisite ve yanlış doz kaynaklı problemler sayılabilir. Özellikle son

zamanlarda ülkemizde ve dünyada söz konusu ürünlere ilişkin zehirlenmeler ve ilaç etkileşimlerinin neden olduğu durumlar mevcuttur. Öğrencilere herhangi bir zamanda kilo vermek ya da kilo almak için doktor tavsiyesi dışında herhangi bir takviye kullanıp kullanmadıkları sorulduğunda 161 (%12,9) erkek, 349 (%27,7) kadın gıda takviyesi kullandığını belirtmekteydi. Besin takviyesi kullanmakta olanların %62,7'si ideal kilodaydı. Fakat öğrencilerin kilolarını nasıl tanımladıklarıyla besin takviyesi kullanmaları arasında ise anlamlı fark yoktu. Kadınlar kilo algısının etkilerine oldukça duyarlıdır (160). Bu durum da kilo vermek için daha riskli davranışlarda bulunmalarını kolaylaştırmaktadır.

Araştırma kapsamına alınan öğrencilerin %7,3'ü yemek yedikten sonra istemli kustuğunu belirtmişti. Bulimia nervosa sıklıkla kadınlarda görülen, genç batılı kadınlarda yaklaşık olarak %1 oranında görülen psikiyatrik bir bozukluktur (161). Bilindiği üzere yemek yedikten sonra kusma, yeme bozukluklarının önemli belirtilerindendir (162). Çalışmamızda istemli kusma davranışının yaş ve cinsiyet ile aralarında anlamlı fark saptamaz iken, bu davranışın sıklığı oldukça yüksekti. Bu bağlamda öğrencilere bu konuda eğitimler verilmesinin önemli olduğunu vurgulayabilir, genç erkeklerin de kadınlar kadar görünüş ve kilo verme konusunda yeme bozukluklarına yatkınlık gösterebileceği düşünülebiliriz.

Önceki eğitim hayatında yatılı okulda okumanın istemli kusma davranışı ile ilişki oranı yatılı okulda okumayanlarınkinden anlamlı olarak yüksek bulunmuştur. Bu durum, bu davranışın benlik ve beden algısının oluşmaya başladığı dönemlerde yaşlılardan öğrenilebileceğini düşündürmekteydi. Aile içi şiddet tanıklığı geçmişi olan öğrencilerde de istemli kusma davranışı daha sık görülmekteydi. Çocukluk çağı travmalarından aile içi şiddete tanıklığın yeme bozuklukları düzeyini artırdığı bilinmektedir (163).

Üniversite yılları, özellikle beslenme, fiziksel aktivite gibi yaşamsal alışkanlıkların şekillendiği bir dönemdir. Üniversite öğrencilerinde, fiziksel aktivite seviyeleri genel yetişkin nüfusa benzerdir (164). Çalışmamızda erkekler kadınlardan daha aktifti. Benzer şekilde Avustralya'da yaş ortalaması 20 olan 2729 üniversite öğrencisinde yapılan çalışmada erkek öğrencilerin daha fazla oranda fiziksel olarak aktif oldukları belirlenmişti (165). Öğrencilerin yaşları ile fiziksel olarak aktif oldukları gün sayıları arasında anlamlı fark yoktu. Çalışmalar yaş ilerledikçe fiziksel

inaktivitenin arttığı yönünde sonuçlara ulaşmış olsa (166) da çalışma grubumuzun yaş aralığının sınırlı olması nedeniyle farklı bir netice almış olabiliriz.

Çalışmamızda kişilerin yaşamakta oldukları yerlerle fiziksel olarak aktif oldukları gün sayısı arasında fark saptanmıştır. Farklılık yurttan kalmak ya da başka bir ailenin yanında yaşıyor olmakla ilgiliydi. Bu bulgunun, fiziksel aktivite için gençlerin alan ihtiyacını vurguladığı düşünülebilir.

Öğrencilerin ekran karşısında geçirdikleri süre sorulduğunda günde ortalama $5,3 \pm 3,7$ [0,0-24,0] saatlerini televizyon, bilgisayar, tablet, akıllı telefon, oyun konsolu gibi teknolojik aletleri kullanarak geçirdiklerini bildirdiler. Yurtsever'in araştırmasında; hafta içi günlerde gençlerin %12,2'sinin günde 1 saat, %18,0'ının günde 2 saat televizyon izledikleri belirlenmiş ve %22,2'sinin ise hafta içi günlerde televizyon izlemedikleri tespit edilmiştir. Öğrencilerin %21,3'ü hafta içinde günde 2 saat, %26,6'sı günde 4 saat ve üzeri bilgisayar başında vakit geçirmekte, %10,1'i ise hafta içi günlerde bilgisayar başında vakit geçirmemektedir (167). Çalışmamızda öğrencilerin ortalama ekran kullanım süreleri oldukça yüksekti. Akıllı telefonların geliştirilmesi ve internet kullanımının yaygınlaşması iletişim ve bilgi ortamını değiştirmekle birlikte; sosyallik, eğlence ve bilgiye ulaşım konusunda ekran kullanımı öncelikli seçenek haline gelmiştir. Çalışmamızdaki bu yüksek oran değişen alışkanlıklar nedeniyle olabilir.

Öğrencilerin yaşları ile günlük ortalama ekran kullanım saatleri arasında anlamlı negatif korelasyon vardı. Nesiller ile ilgili araştırmalar dikkate alındığında gençlerin yaşça büyüklere göre teknoloji ile daha çok iç içe olduğu ve dolayısıyla ekran kullanım sürelerinin de daha uzun olduğu bildirilmiştir (168). Oldukça hızlı olan teknolojik gelişmelere ayak uydurmanın çalışmamızdaki gibi kısıtlı yaş aralığında dahi farklılık gösterdiği düşünülmüştür. Öğrencilerin yaşadıkları yerlerle ekran kullanım süreleri arasındaki fark ekrana ulaşım ve ekranın kişiselleştirilebilmesiyle ilişkili olabilir.

Çalışmamızdaki öğrencilerin %16,3'ü hem sigara hem nargile içmekteydi. Akpınar ve arkadaşlarının üniversite öğrencilerinin tütün kullanımı ve konu ile ilgili bilgi düzeylerini değerlendirdikleri çalışmalarında hem sigara hem nargile içen öğrencilerin oranını %15,4 olarak belirlemişlerdir (169). Öğrencilerin FNBT

değerlendirmelerinde bağımlılık arttıkça nargile kullanım oranları da artmaktadır; bu durum nargile içenlerde sigara kullanım riskinde artış görüldüğünü ifade eden çalışmalarla benzerdir (170).

Çalışmamızda alkol kullanmakta olan öğrencilerde sigara ve nargile içme davranışları anlamlı yüksek bulunmuştur. Yapılan insan davranış çalışmaları alkol ve tütünün birbirinin ödüllendirici etkilerini güçlendirdiğini ve nikotinin alkolün yatıştırıcı ve sarhoş edici etkilerini azalttığını göstermektedir (171,172). Bu çapraz güçlendirme ve tolerans, alkol ve tütün birlikte kullanımının altında yatan mekanizmaya güçlü bir kanıt temeli sağlamaktadır (173). Ayrıca, bazı genç nargile içicileri için alkolün nargile içmeye başlamada önemli bir rol oynadığı gözlemlenmiştir (174).

Madde kullanmakta olan öğrencilerde sigara, nargile ve alkol kullanım oranı kullanmayanlara göre her biri için anlamlı yüksekti. Çeşitli çalışmalarla benzer olarak bizim çalışmamızda da bu maddelerin kullanımını birbirleri içinde anlamlı bağlantı göstermekteydi (175–178).

Çalışmamızda kavgaya karışma, kavgada yaralanma ve silah taşıma ile sigara, nargile, alkol ve uyuşturucu madde kullanımı arasındaki ilişki incelendi. Şiddet eğilimi gösteren öğrencilerde bu maddelerin kullanım oranları kavgaya karışmayanlara kıyasla daha yüksekti. Turhan ve arkadaşlarının Hatay'da yaptıkları çalışmada da benzer bir sonuca ulaştıkları gözlemlenmiştir (51). Benzer şekilde Amerika'da yapılan çalışmalarda, kampüste tabanca taşıma ile madde kullanımı ve satışı ile ilgili suç işleme arasında güçlü bir ilişki olduğuna yönelik sonuçlar elde edilmiştir (179,180). Bahsi geçen maddeleri kullanmak ile şiddete yatkınlık arasında karşılıklı etkileşimin bulunduğu düşünülmüştür.

Bisiklet ya da motorsiklet kullanırken kask kullanmayan öğrencilerde nargile içimi anlamlı düşük oranda tespit edildi. Kavgaya katılanlarda ve silah taşıyanlarda da kask kullanma oranı kavgaya katılmayanlar ve silah taşımayanlara kıyasla daha yüksekti. Bu bulgular, kask kullanma yada kullanmama durumunun diğer riskli davranışlarla ilişkili olmadığını düşündürmektedir.

Trafik kazaları gençlik dönemindeki ölümlerin en sık nedenlerindedir. Bu dönemde hızlı otomobil kullanma ve kurallara uymamanın sıklıkla görüldüğü bildirilmektedir (181). Bu çalışmada alkollü sürücüyü seyahat eden öğrencilerin

sigara, nargile, alkol ve madde kullanım oranları seyahat etmeyenlere kıyasla daha yüksekti. Bu bulgular riskli davranış göstermenin diğerler riskli davranışları da tetiklediğini düşündürmektedir.

Cinsel aktif olan öğrencilerde sigara, nargile, alkol ve madde kullanım oranlarıyla; fiziksel kavgaya karışma ve silah taşıma durumu ve kask ya da emniyet kemeri kullanmama oranları cinsel aktif olmayan öğrencilere kıyasla daha yüksekti.

Doktor tavsiyesi dışında takviye kullanma durumu ile sigara içme ve madde kullanma davranışları arasında anlamlı istatistiksel fark saptanmaz iken; takviye kullanmakta olanlardaki nargile ve alkol kullanım oranları anlamlı düşüktü. Cinsel olarak aktifler öğrencilerde ise takviye kullanma durumu cinsel aktif olmayanlara kıyasla daha düşük orandaydı. Literatürde bu konularda yapılmış bir çalışmaya rastlanmadı; bu durum ülkeler arasındaki cinsel aktivite başlama yaşı farkı ile açıklanabilir.

Çalışmaya katılan istemli kusma davranışı gösteren öğrencilerde sigara ve alkol kullanma oranı anlamlı yüksekti. Literatür incelendiğinde yeme bozuklukları ile sigara ve alkol kullanımı arasındaki paralelliklerden ve eş zamanlılıktan söz edilmektedir (182,183).

Besin takviyesi kullanma ve istemli kusma davranışı ile yol güvenliği davranışları ve kavgaya karışma davranışı arasında anlamlı farklılık yoktu. Bu durum, bu riskli davranışların birbirlerinden bağımsız olduğunu düşündürmekteydi.

İstemli kusma davranışı gösteren öğrencilerde doktor önerisi dışında kilo almak ya da kilo vermek için herhangi bir takviye kullanma oranı ise anlamlı yüksekti. Bu durum kilo verme çabasını riskli davranışlarla sağlamaya gayret etmenin diğer riskli davranışları da beraberinde getirdiğini düşündürmektedir.

Çalışmamızda sigara, nargile, alkol yada madde kullanımının, yol güvenliği davranışlarının fiziksel aktivite düzeyiyle ilişkisi yoktu. Kwan ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada, haftada üç günden fazla egzersiz yapmanın riskli sağlık davranışları üzerinde koruyucu etkisi olduğunu ortaya koymuştur (184). Ancak, fiziksel aktivite bu çalışmada tek soruyla değerlendirilmiştir. Çalışmamızda yaş

grubunun genç olması bu riskli davranışların fiziksel aktivite üzerine olan olumsuz etkisini ortaya koymadığı düşünülebilir.

Çalışmamıza katılan öğrencilerin fiziksel aktif gün sayılarıyla VKİ'leri arasında anlamlı pozitif korelasyon vardır. Hallal ve arkadaşları fiziksel inaktivite ile VKİ arasında bir ilişki saptamamışlardır (185). Fiziksel aktivite kilo alımından korunmada önemlidir; ancak, tek başına vücut ağırlığının azaltılmasında etkili olduğu gösterilmemiştir. Fiziksel aktivite, beslenme, genetik ve davranışsal faktörlerle birlikte kilo kontrolünde yer alan faktörlerden sadece birisidir. Bunun yanı sıra, fiziksel aktivite, vücut ağırlığında ölçülebilen bir azalma olmaksızın metabolik adaptasyonlar sağlamak ve bu da sağlığı koruyucu etkide bulunmaktadır (186). Bunun yanı sıra çalışmamızda besin takviyesi kullananlarda ve istemli kusma davranışı gösterenlerde fizik aktif gün ortalaması anlamlı yüksekti. Bu durum gençlerin idealize edilmiş beden formuna ivedilikle ulaşabilmek için her yöntemi denemeye açık olduklarını düşündürmektedir.

Sigara ve alkol kullanmakta olanların, son bir yılda fiziksel bir kavgaya karışanların ve silah taşımakta olanların ve doktor tavsiyesi dışında kilo kontrolü amaçlı takviye kullananların ekran kullanma ortalamaları daha yüksekti. Bilindiği gibi özellikle çocuklar ve gençler ekranda gördüklerinden kolaylıkla etkilenebilmekte ve kurgusal karakterleri kolaylıkla örnek alabilmekte ve bu bağlamda karşılaştıkları riskli sağlık davranışlarına çekilebilmektedir (187). Kişilerin ekran kullanım süresi arttıkça riskli sağlık davranışlarına maruziyet ve çekilme ihtimalinin de arttığını düşünebiliriz.

Öğrencilerin günlük ortalama ekran kullanım süreleriyle VKİ'leri arasında anlamlı pozitif korelasyon vardı. Bu bulgu, artan ekran kullanım süresinin obezite prevalansının artışında etkili olduğu bilgisini destekler nitelikteydi (188).

Aile hekimleri bireylerin, sağlık sistemiyle ilk tıbbi temas noktasını oluşturmakta olup kişinin sağlığını değerlendirirken fiziksel, psikolojik ve sosyal özellikleri bir bütün olarak değerlendirmelidir (189). Gençlerin riskli davranışlarının, etkilendikleri faktörlerin daha iyi anlaşılması, eğitim programlarının uyarlanmasına ve aile hekimlerinin gençlerin sağlık ihtiyaçlarına duyarlı hale getirilmesine yardımcı olabilir. Birinci basamak sağlık hizmetleri sağlayıcıları, halk sağlığı mesajlarını

bireysel düzeyde güçlendirebilir ve gelecekteki yetişkin hastaları olacak gençlerin sağlık hizmetlerini sorumlu kullanmaya teşvik edebilir (190).

Çalışmamıza katılan öğrencilerin yaklaşık üçte biri daha önce hiç aile hekimine gitmemişti. Önceki çalışmalarla (191) benzer şekilde bizim çalışmamızda da kadınlar Aile Hekimliği'ni daha sık kullanmaktaydı. Aile hekimiyle görüşme durumuyla yaş arasında korelasyon olmamasının sebebinin çalışmayı oluşturan yaş grubunun kısıtlılığı olduğu düşünülebilir. Son 10 yıldır köy ya da beldede yaşayanların 259'u (%74,9), ilçe ya da ilde yaşayanların 1427'si (%66,7), yurt dışında yaşayanların ise 11'i (%50,0) daha önce aile hekimiyle görüşmüştü. Kentsel emsalleriyle karşılaştırıldığında, kırsal kesimde yaşayanlar, sağlık hizmeti sağlayıcılara sınırlı erişim dahil olmak üzere sağlık hizmeti alma konusunda sayısız farklılıkla karşı karşıya kalmaktadır (192). Aile hekimlerinin yaşam alanlarına yakınlığı ve kırsal mobil ziyaretlerinin bu durumu yarattığı düşünülebilir.

Çalışmamızda katılımcıların öznel gelir algıları ve ailesel gelir algıları ile aile hekimini ziyaret durumları arasında anlamlı negatif korelasyon gözlenmiştir. Dünyada sağlık hizmetlerine erişimde göze çarpan en önemli sorunlardan biri finansal/sosyoekonomik engellerdir (193). Farklı katılım payı uygulamaları bu sonuçla karşılaşmamızda etkili olabilir.

Aile içinde şiddete tanık olmuş öğrencilerin oranı, aile hekimini hiç ziyaret etmemiş öğrenciler arasında (%8,9), aile hekimlerini ziyaret etmiş öğrencilerden (%12,0) anlamlı düşüktü. Şiddet, yalnızca fiziksel yaralanma değil, aynı zamanda duygusal ve psikolojik zararlar da sonuçlanan tıbbi bir sorundur. Araştırmalar, kadınların istendiğinde şiddet hakkında konuşmaya hazır olduklarını ortaya koymuştur (194). Birinci basamak hekimleri gençlere sağlık hizmeti vermenin yanı sıra bu görüşme sürecini, aile içi şiddeti tanımlamak, bakımın sürekliliğini sağlamak ve daha fazla yönetim veya yardım için bir fırsata çevirmelidir.

Öğrencilerin Aile Hekimleri'yle en sık görüşme yaptıkları konular sağlıklı yaşam (%15,4), ruh hali (%10,3) iken riskli sağlık davranışlarında görüşme oranları %10'un altındaydı. Bu verilerin detaylı değerlendirilmesinde sigara içmekte olan, nargile içmekte olan, alkol kullanan, aile içinde şiddetle karşılaşmış olan, fiziksel kavgaya katılmış olan ve cinsel aktif olan öğrencilerin Aile Hekimi'yle yüzeysel veya

detaylı görüşme oranları bu riskli davranışları göstermeyenlerden daha yüksekti. Bu durum Aile Hekimleri'nin bu davranışları sorguladıkları takdirde bilgilendirme açısından istekli olduklarını düşündürmektedir.

Çalışmamıza katılan öğrencilerden sigarayı bırakmış olan 147 kişinin 21'i (%14,3) aile hekimiyle tütün kullanımıyla ilgili yüzeysel, 4'ü (%2,7) detaylı görüşme yapmışken kalan 2362 öğrenciden 177'si (%7,5) yüzeysel, 30'u (%1,3) detaylı görüşme yapmıştı. Stead ve arkadaşlarının sigara bırakma konusunda tavsiyede bulunmanın sigara bırakma konusunda etkinliği üzerine 1972-2012 yılları arasında yayımlanan 42 çalışmayı taradığı meta-analiz sonuçlarına bakıldığında en sık tavsiyede bulunulan kurumun birinci basamak sağlık kuruluşları olduğu görülmüştür. Aynı meta-analizde öneride bulunmanın sigarayı bırakma üzerine etkisinin incelendiği 17 çalışma değerlendirilmiş ve öneride bulunulan hastaların daha yüksek oranda sigarayı bıraktığı saptanmıştır (195). Çalışmamızda da örneklendirdiğimiz bu durum tüm riskli davranışlar için gösterilmelidir.

Öğrencilerin Aile Hekimleri'yle madde kullanımıyla ilgili yaptıkları görüşmelerde anlamlı fark yoktu. Bu durum ülkemizde madde kullanımının sorgulanmasının bir tabu olduğunu ve hekimlerin bu konuyu sorgulamak ve kişileri bilgilendirmek konusunda çekince gösterdikleri şeklinde yorumlanmıştır.

Öğrencilerin yol güvenliği davranışlarıyla bu davranışları Aile Hekimleri ile görüşme durumları arasında istatistiksel anlamlı fark yoktu. Bu durum hekimlerin kendilerini sadece tıbbi halk sağlığı konularında sorumlu hissetmesinden kaynaklanmakta olabilir.

Riskli sağlık davranışında bulunan öğrencilerin bu konuda aile hekimi dışında bir görevliyle görüşme deneyimlerinin sorgulamasında, aile hekimiyle görüşme durumlarıyla benzer sonuçlar elde edilmişti. Literatürde bu konuda yapılmış bir çalışmaya rastlanmamış olsa da, gençlerin Aile Hekimleri ile daha sık bir araya gelmelerinin sağlanması; yaş, cinsiyet ve risk grupları dikkate alınarak, hekimden hekime değişmeyen kriterler ile tarama ve görüşmelerin yapılması, periyodik randevularla gençlerin sağlıklı yaşam tarzını öğrenmesi ve benimsemesinin sağlanmasıyla bu neticenin değiştirilebilir hale getirilmesinin mümkün olacağı düşünülebilir.

Sonuçlarımız değerlendirilirken çalışmamızın üniversite öğrencilerini temsil etmekte olduğu, bu yaş grubundaki üniversite eğitimi alamayan kişileri kapsamadığına dikkat edilmelidir. Çalışmamız sadece bir üniversitenin öğrencilerinde yürütülmüştür ve sonuçlarımız tüm ülke için genellenmemelidir. Çalışmaya katılım gönüllülük esasıyla yapılmış olup, fakülte ve sınıf bazında yeterli kişi sayısına ulaşmak hedeflenerek örneklem oluşturulmuştur. Araştırma verileri, öğrencilerin ankete verdikleri cevaplarla sınırlıdır. Herhangi bir tıbbi kontrol ya da kayıtlı bir belgenin kontrolü olmamıştır. Verilerin geçmişe yönelik sorgulama yoluyla toplanmış olması, hekim kayıtlarından kontrol edilmemesi, kaçırılmış fırsatların olduğundan daha farklı değerlendirilmesine neden olmuş olabilir.

Ülkemizde üniversite gençlerinin riskli davranışlarına aile hekimleriyle görüşmelerinin etkisini inceleyen çalışma sayısı çok azdır, bu bağlamda önemli bir veriye ulaşılmıştır. Çalışmamız geniş bir örneklem üzerinde (n=2509) gerçekleştirilmiş olup, üniversite öğrencilerinin hem riskli davranış oranları, hem de aile hekimleriyle bu riskli davranışlar hakkında görüşme durumları hakkında bilgiler içermektedir. Bu yönüyle çalışmamız, bu faktörlerin sosyodemografik verilerle ve birbirleriyle ilişkisini değerlendirerek bu konularda yapılan ulusal ve uluslararası çalışmalarla karşılaştırma olanağını sağlamıştır. Çalışmamızda, genç erişkinlerin yoğun olarak bir arada buldukları yer olan üniversitede riskli davranışlarla ilgili sorunların belirlenip, uygun girişimlerin ülke çapında planlanabilmesi için konu hakkında literatüre katkıda bulunulmuştur.

Görülen odur ki, riskli sağlık davranışlarında Aile Hekimleri'nin genç erişkinlere yönelik sorgulamaları eksiktir; bu durum önlenabilir risklerle ilgili koruyucu hekimliğe yönelik fırsatların kaçırılmasına yol açmaktadır. Genç neslin sağlıklı tercihler yapmasına yönelik müdahaleyi yapmak Aile Hekimleri'nin ödevlerindedir. Çalışmamızın sonuçlarına göre, koruyucu hekimliğe yönelik fırsatların kaçırılma nedenleri ile ilgili araştırmalar yapılması yönünde girişimlerde bulunulması uygun olacaktır. Özellikle genç erişkinlerin Aile Hekimleri ile ilişkisini güçlendirmenin yolları araştırılarak Aile Hekimliği'ne özel olan hasta hekim bağıni kuvvetlendirmek için gerekli araştırmalar yapılmalı, bu çalışmaların neticesinde gerekli düzenlemelerin oluşturulması sağlanmalıdır. Aile Hekimleri'nin koruyucu sağlık hizmetlerindeki rolünün sadece tıbbi konularda olmadığı; trafik, güvenlik gibi konularda da kanaat

önderi olarak değerlendirilebilecekleri gerçeği eğitim pratiklerine eklenmelidir. Sağlık politikalarını belirleyebilmek amacıyla bu tür çalışmalar ülke genelini yansıtabilecek düzeye çıkarılmalıdır. Çalışmamızın bu yöndeki girişimlere katkı sağlayacağına inanmaktayız.



6. SONUÇ

Çalışmamıza katılan 2509 üniversite öğrencisinin 1259'u (%50,2) kadın, 1250'si (%49,8) erkekti. Katılımcıların yaş ortalaması $21,4 \pm 1,9$ [18-48] idi.

Çalışmamızda çeşitli riskli davranışların birlikte görülme eğiliminde olduğu saptandı. Özellikle erkek öğrenciler ve aile içi şiddete maruz kalmış olanların daha fazla risk altında olduğu değerlendirildi.

Aile içi şiddete tanık olanlarda riskli davranış sergileme örüntüsü daha sık gözlenmişti. Bu grupta, sigara ve nargile içme, alkol ve madde kullanımı, kavgaya karışma, kavgada yaralanma ve silah taşıma davranışı daha sık gözlenmişti. Aynı zamanda partner şiddeti görme durumu da daha yüksek orandaydı.

Öğrencilerin 582'si (%23,2) sigara içmekteydi. Katılımcıların günde içtikleri sigara sayısı ve ortalama FNBT skorları erkeklerde daha yüksekti. Sigaraya başlama yaşı düştükçe bağımlılık düzeyi artmaktaydı.

Katılımcıların 953'ü (%38,0) nargile kullanmaktaydı. Erkekler, kadınlardan daha sık nargile içmekteydi. Nargile kullanmakta olanların sigara içme oranı ve toplam FNBT puan ortalamaları nargile kullanmayanlardan anlamlı yüksekti.

Öğrencilerin, 390'ı (%15,5) alkol kullanmaktaydı. Erkeklerin alkol kullanma ve yüksek riskli alkol kullanım oranları kadınlardan yüksekti. Alkol kullanmakta olanlarda sigara ve nargile içme oranı kullanmayanlardan daha yüksekti.

Öğrencilerin 19'u (%0,8) son bir yılda en az bir kez madde kullandığını belirtti. Madde kullandığını ifade eden öğrencilerde sigara, nargile içme ve alkol kullanım davranışı daha sıklı.

Öğrencilerin 392'si (%15,6) son bir yılda fiziksel bir kavgaya dahil olmuştu. Erkekler kadınlardan daha sık kavgaya karışmıştı. Kavgaya karışan, kavgada yaralanan ve silah taşımakta olanlarda sigara, nargile içme ve alkol kullanım davranışı daha sık gözlenmekteydi.

Kadınlar partner şiddetiyle daha sık karşılaşmaktaydı. Düşük öznel gelir algısı olanlarda partner şiddetiyle karşılaşma durumu daha sıktı. Partnerinden şiddet gördüğünü ifade eden öğrencilerde nargile içme davranışı ve madde kullanımı daha sık gözlenmişti.

Erkekler, kadınlara kıyasla daha sık alkollü olarak araç kullanmakta ya da alkollü sürücüyle seyahat etmekteydi. Alkollü sürücüyle seyahat edenler, sigara ve nargile içme, alkol ve madde kullanma, fiziksel kavgaya karışma, silah taşıma davranışlarını daha fazla göstermekteydi.

Cinsel olarak aktif olduğunu ifade eden öğrencilerin 96'sı (%21,8) gebelik ya da cinsel yolla bulaşan hastalıklardan korunmak için kullanılan önlemlerden hiçbirini kullanmamaktaydı.

Öğrencilerin yaşları arttıkça VKİ'leri de artmaktaydı.

Kadınlar kilo vermek ya da kilo almak için doktor tavsiyesi dışında daha sık takviye kullanmaktaydı.

Katılımcıların 184'ü (%7,3) herhangi bir zamanda yemeklerden sonra kilo alma endişesiyle zorla kustuğunu belirtmişti. Yeme bozukluğunun öncüsü olarak görülebilecek bu davranışı sergileyenlerde sigara, alkol ve besin takviyesi kullanma durumu daha sık görülmekteydi.

Ankete katılım gösteren öğrencilerin 445'i (%17,7) hiç egzersiz yapmıyordu. Erkeklerin fiziksel olarak aktif gün sayısı ortalamaları ($2,3 \pm 1,7$) kadınlardan ($2,1 \pm 1,8$) yüksekti.

Öğrencilerin ekran karşısında geçirdikleri süre sorulduğunda günde ortalama $5,3 \pm 3,7$ [0,0-24,0] saatlerini televizyon, bilgisayar, tablet, akıllı telefon, oyun konsolu gibi teknolojik aletleri kullanarak geçirmekteydiler. Kadınlar ekran karşısında daha fazla zaman geçirmekteydi. Yaşla birlikte ekran karşısında geçirilen süre azalmaktaydı. Sigara, alkol kullanma, kavgaya katılma, kilo kontrolü için doktor tavsiyesi dışında takviye kullanma davranışı gösterenlerde ekran kullanım süresi daha yüksekti. Ekran kullanım süresi arttıkça öğrencilerin VKİ'leri de artmaktaydı.

Kadınlar erkeklerden daha sık aile hekimine gitmişti. Kırsaldan gelen öğrenciler ve öznel ya da ailesel gelir algısı düşük olanlar aile hekimleriyle daha fazla görüşmüştü.

Öğrencilerin aile hekimleriyle en sık sık görüşme yaptıkları konular sağlıklı yaşam (%15,4), ruh hali (%10,3) iken riskli sağlık davranışlarında görüşme oranları %10'un altındaydı.

Riskli sağlık davranışında bulunan öğrencilerin bu konuda aile hekimi dışında bir görevliyle görüşme deneyimlerinin sorgulamasında, aile hekimiyle görüşme durumlarıyla benzer sonuçlar elde edilmişti.



7. KAYNAKLAR

1. Özcebe H. Birinci basamakta adolesan sorunlarına yaklaşım. STED 2002;11(10):372–7.
2. Evren H. Trakya Üniversitesi öğrencilerinin riskli sağlık davranışları ve sağlık hizmetleri kullanımları. Yüksek Lisans Tezi, Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Anabilim Dalı, 2008.
3. Patton GC, Coffey C, Sawyer SM, Viner RM, Haller DM, Bose K, et al. Global patterns of mortality in young people: A systematic analysis of population health data. Lancet 2009;374(9693):881–92.
4. Jackson CA, Henderson M, Frank JW, Haw SJ. An overview of prevention of multiple risk behaviour in adolescence and young adulthood. J Public Health 2012;34(suppl 1):i31–40.
5. Lim SS, Vos T, Flaxman AD, Danaei G, Shibuya K, Adair-Rohani H, et al. A comparative risk assessment of burden of disease and injury attributable to 67 risk factors and risk factor clusters in 21 regions, 1990–2010: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. Lancet 2012;380(9859):2224–60.
6. Alikashiöglu M. Adolesana verilmesi gereken koruyucu sağlık hizmetleri. İÜ Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri 2005;43:29–38.
7. Doğan T. Üniversite öğrencilerinin iyilik halinin incelenmesi. Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Derg 2014;30(30):120–9.
8. Özkul SA, Kaya ÇA, Ünalın PC, Akman M, Çifçili S, Uzuner A. İstanbul’ da aile sağlığı merkezlerinde koruyucu adolesan sağlığı yaklaşımında kaçırılmış fırsatlar. Turkish Fam Physician 2015;6(1):18–29.
9. Blakemore S-J, Burnett S, Dahl RE. The role of puberty in the developing adolescent brain. Hum Brain Mapp 2010;31(6):926–33.
10. Dahl RE, Gunnar MR. Heightened stress responsiveness and emotional

- reactivity during pubertal maturation: Implications for psychopathology. *Dev Psychopathol* 2009;21(01):1.
11. Steinberg L. A social neuroscience perspective on adolescent risk-taking. *Dev Rev* 2008;28(1):78–106.
 12. Hall P, Jensen Arnett J. Adolescence and emerging adulthood. 4th ed. Pearson Education; 2004:p.7–12 .
 13. Dahl RE, JMJ Vanderschuren L. The feeling of motivation in the developing brain. *Dev Cogn Neurosci*. 2011;1:361–3.
 14. Gladwin TE, Figner B, Crone EA, Wiers RW. Addiction, adolescence, and the integration of control and motivation. *Dev Cogn Neurosci* 2011;1(4):364–76.
 15. UN. (2017). United Nations World Population Prospects 2017 Revision
Erişim:
https://esa.un.org/unpd/wpp/publications/Files/WPP2017_DataBooklet.pdf
Erişim tarihi:17.05.2018
 16. UN. (2015). 10 things you didn't know about the world's population - Office of the Secretary-General's Envoy on Youth
Erişim: <http://www.un.org/youthenvoy/2015/04/10-things-didnt-know-worlds-population/>
Erişim tarihi: 30.05.2018
 17. Türkiye İstatistik Kurumu. (2017).İstatistiklerle Gençlik, 2016. p. 1–3.
Erişim: [file:///C:/Users/Admin/Downloads/İstatistiklerle_Gençlik_16.05.2017\(1\).pdf](file:///C:/Users/Admin/Downloads/İstatistiklerle_Gençlik_16.05.2017(1).pdf)
Erişim tarihi: 30.05.2018
 18. Türkiye İstatistik Kurumu. (2018). Nüfus projeksiyonları, 2018-2080.
Erişim: <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=30567#>

Erişim tarihi: 30.05.2018

19. Yüksek Öğretim Kurumu. (2018). Yükseköğretim Bilgi Yönetim Sistemi.

Erişim: <https://istatistik.yok.gov.tr/>

Erişim tarihi: 30.05.2018

20. Kılıççı Y. Okulda ruh sağlığı. Anı Yayıncılık; 2006:p.113–115.

21. Burris JL, Brechting EH, Salsman J, Carlson CR. Factors associated with the psychological well-being and distress of university students. J Am Coll Heal 2009;57(5):536–44.

22. Tosevski DL, Milovancevic MP, Gajic SD. Personality and psychopathology of university students. Curr Opin Psychiatry 2010;23(1):48–52.

23. Risky behaviour training programme [Online]. 2014.

Erişim: http://www.richmond.gov.uk/risky_behaviour_programme

Erişim tarihi:30.05.2018

24. WHO. (2008). 2008-2013 Action plan for the global strategy for the prevention and control of noncommunicable diseases [Online].

Erişim: http://www.who.int/nmh/publications/ncd_action_plan_en.pdf

Erişim tarihi:30.05.2018

25. Arslan Şahin G. Ankara'daki iki lisenin öğrencilerinde riskli sağlık davranışları ve bunlara akran baskısı ile diğer faktörlerin etkisi. Yüksek Lisans Tezi, Ankara Üniversitesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Ankara, 2011

26. World Health Organization. 2018. Tobacco [Online].

Erişim: <http://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/tobacco>

Erişim tarihi:30.05.2018

27. World Health Organization. (2008). DSÖ Küresel tütün salgını raporu [Online].

Erişim: www.who.int/tobacco/mpower

Erişim tarihi: 30.05.2018

28. Özcebe H. (2008) . Gençler ve sigara [Online]. TC Sağlık Bakanlığı.

Erişim: <https://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/t18.pdf>

Erişim tarihi:30.05.2018

29. Türkiye İstatistik Kurumu. (2012). Küresel yetişkin tütün araştırması [Internet].

Erişim: <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=13142>

Erişim tarihi:30.05.2018

30. Kılınc NÖ, Tezel A. Üniversite öğrencilerinin sigara içme durumlarına göre öz-etkililik düzeylerinin değerlendirilmesi. TAF Prev Med Bull 2012;11(113):255–64.

31. Buğdaycı R, Şaşmaz T, Çamdeviren H. Mersin, Adana ve Hatay illerinde beden eğitimi ve spor yüksek okulu öğrencilerinde alkol içme prevalansı ve etkileyen faktörler. Türkiye Klin Tıp Bilim Derg 2003;23(3):208–12.

32. Çapık C, Cingil D. Hemşirelik öğrencilerinde sigara kullanımı, nikotin bağımlılık düzeyi ve ilişkili etmenler. Kafkas J Med 2013;3(2):55–61.

33. Korkmaz M. Süleyman Demirel Üniversitesi öğrencilerinin tütün mamulleri - alkol kullanım durumları ve sigaraya yaklaşımları. SDÜ Tıp Fakültesi Derg 2013;20(2):34–42.

34. Çilingir D, Hintistan S, Öztürk Ha. Sağlık yüksek okulu öğrencilerinin sigara kullanma alışkanlıkları ve etkileyen faktörler. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilim Derg 2012;1(2):69–85.

35. Elbi H, Aktas A, Rahman S, Altan S, Ozyurt BC. Üniversite öğrencileri arasında tütün kullanımı prevalansı. J Tepecik Educ Res Hosp 2018;28(1):33–8.

36. Kuş S. (2012). Alkol kontrol stratejileri.

Erişim:http://www.tapdk.gov.tr/piyasa_duzenlemeleri/tutun_alkol_kontrol/yayinlar/Alkol_Kontrolu_Stratejileri.pdf

Erişim tarihi:30.05.2018

37. Demirel ON, Avşallı H. Meslek yüksek okulu turizm bölümü öğrencilerinin sigara ve alkol alışkanlıklarını belirlemeye yönelik bir araştırma. Akad Sos Araştırmalar Derg 2015;(17):283–95.
38. Kolay Akfert S, Çakıcı E, Çakıcı M. Üniversite öğrencilerinde sigara-alkol kullanımı ve aile sorunları ile ilişkisi. Anatol J Psychiatry 2009;(10):40–7.
39. World Health Organization. (2014). Global status report on alcohol and health [Online].

Erişim:http://www.who.int/substance_abuse/publications/global_alcohol_report/msb_gsr_2014_1.pdf?ua=1

Erişim tarihi:03.06.2018

40. Wechsler H, Dowdall GW, Maenner G, Gledhill-Hoyt J, Lee H. Changes in binge drinking and related problems among american college students between 1993 and 1997. Results of the Harvard School of Public Health College Alcohol Study. J Am Coll Heal 1998;47(2):57–68.
41. Havaçeliği Atlam D, Yüncü Z, Gör A, Üniversite öğrencilerinde sigara, alkol, madde kullanım bozukluğu ve ailesel madde kullanımı arasındaki ilişki. Klin Psikiyatr 2017;20:161–70.
42. Karaçam Ö, Totan T. Ege Üniversitesi öğrencileri arasında bağımlılık yapıcı madde kullanımının çok boyutlu ölçekleme yöntemiyle incelenmesi. Anatol J Psychiatry 2014;15:116–23.
43. Süngü H. Üniversite öğrencilerinin zararlı madde kullanımına ilişkin tutumları. Mustafa Kemal Üniversitesi Sos Bilim Enstitüsü Derg 2014;11(26):167–94.
44. Ulukoca N, Gökgöz Ş, Karakoç A. Kırklareli Üniversitesi öğrencileri arasında sigara, alkol ve madde kullanımı. Fırat Tıp Derg 2013;18(4):230–4.
45. United Nations. (2013). World drug report [Online].

Erişim: <http://www.unodc.org/unodc/en/data-and-analysis/WDR-2013.html>

Erişim tarihi:30.05.2018

46. World Health Organization. (2010). Atlas on substance use [Online].

Erişim: www.who.int/substance_abuse

Erişim tarihi: 30.05.2018

47. World Health Organization. (2004). Global status report on alcohol [Online].

Eriřim:http://www.who.int/substance_abuse/publications/global_status_report_2004_overview.pdf

Erişim tarihi:30.05.2018

48. E Abiodun OA, Sajo S. Alcohol and psychoactive substance use among medical students of the University of Ilorin, Nigeria. Eur Sci Journal 2014;10(8):69–83.

49. EMCDDA. Substance addiction. 2017.

50. Babalola E, Ogunwale A, Akinhanmi A. Pattern of psychoactive substance use among university students in South-Western Nigeria. J Behav Heal 2013;2(4):334–42.

51. Turhan E, İnandı T, Özer C, Akoğlu S. Üniversite öğrencilerinde madde kullanımı, şiddet ve bazı psikolojik özellikler. Türkiye Halk Sağlığı Derg 2011;9(1):33–44.

52. Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA, Zwi AB, Lozano R. (2002). World report on violence and health [Online]. 2002

Eriřim:http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42495/9241545615_eng.pdf?sequence=1

Erişim tarihi:31.05.2018

53. World Health Organization. (2016). Youth violence [Online].

Erişim: <http://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/youth-violence>

Erişim tarihi:30.05.2018

54. World Health Organization. (2018). Global status report on road safety [Online].
Erişim:http://www.who.int/violence_injury_prevention/road_safety_status/2015/en/
Erişim tarihi:30.05.2018
55. World Health Organization. (2013). Estimated road traffic death rate [Online].
Erişim:http://gamapserver.who.int/gho/interactive_charts/road_safety/road_traffic_deaths2/atlas.html
Erişim tarihi:30.05.2018
56. Weinstock H, Berman S, Cates W. Human sexuality and adolescence. *Front Public Heal* 2013;1(1):1–2.
57. CETAD. (2018). Gençlik ve cinsellik [Online].
Erişim: <http://www.cetad.org.tr/CetadData/Books/43/pdf-dosyasini-indirmek-icin-tiklayiniz.pdf>
Erişim tarihi:31.05.2018
58. CETAD. (2018). Güvenli cinsellik [Online].
Erişim: <http://www.cetad.org.tr/CetadData/Books/32/pdf-dosyasini-indirmek-icin-tiklayiniz.pdf>
Erişim tarihi:31.05.2018
59. Pekcan G, Şanlıer N, Baş M. (2016). Türkiye Beslenme Rehberi [Online].
Erişim: <https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/saglikli-beslenme-hareketli-hayat-db/Yayinlar/kitaplar/Kitaplar-eski/Turkiye-Beslenme-Rehberi-Turkce.pdf>
Erişim tarihi:31.05.2018
60. Nuttall FQ. Body Mass Index. *Nutr Today* 2015;50(3):117–28.
61. Mazicioğlu MM, Öztürk A. Üniversite 3 ve 4. sınıf öğrencilerinde beslenme alışkanlıkları ve bunu etkileyen faktörler. *Erciyes Tıp Derg* 2003;25(4):172–8.
62. Kaltiala-Heino R, Kautiainen S, Virtanen SM, Rimpelä A, Rimpelä M. Has the

- adolescents' weight concern increased over 20 years? Eur J Public Health. 2003;13(1):4–10.
63. Baltacı G, Düzgün İ. (2012). Adolesan ve egzersiz [Online].
Erişim: <https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/saglikli-beslenme-hareketli-hayat-db/Yayinlar/kitaplar/fiziksel-aktivite-bilgi-serisi/adolesan-ve-egzersiz.pdf>
Erişim tarihi:03.06.2018
64. TCSB. (2014). Yetişkinlerde Fiziksel Aktivite [Online].
Erişim: <http://beslenme.gov.tr/content/files/fa/yetiskinlerdefizikselaktivite.pdf>
Erişim tarihi: 31.05.2018
65. Demirel H, Özmert EN, KAyıhan H, Doğan A. (2014). Türkiye Fiziksel Aktivite Rehberi [Online].
Erişim:http://beslenme.gov.tr/content/files/basin_materyal/Fiziksel_aktivite_rehberi/turkce.pdf
Erişim tarihi:31.05.2018
66. Savcı S, Öztürk M, Arıkan H, İnal İnce D, Tokgözoğlu L. Üniversite öğrencilerinin fiziksel aktivite düzeyleri. Türk Kardiyol Derneği Arşivi 2006;34(3):166–72.
67. Cengiz C, Levent İnce M, Çiçek Ş. Üniversite öğrencilerinin fiziksel aktivite düzeyleri ve fiziksel aktivite tercihleri. Gazi Beden Eğitimi ve Spor Bilim Derg 2009;2:23–32.
68. Durmuş A, Işılak Durmuş H. (2018). Teknolojiye bağımlı yaşamamak için [Online]. Türkiye Yeşilay Cemiyeti.
Erişim: <http://www.yesilay.org.tr/documents/file/yesilay/kitap/tbm/internet-bagimlilik.pdf>
Erişim tarihi:31.05.2018
69. Durmuş A, Teber M, Akyılmaz D, Yardım FK, Durmuş HI. (2016).Teknoloji

yerinde yeterince [Online].

Erişim:http://yetiskin.tbm.org.tr/Content/Uploads/Dosyalar/TBM_yetiskin_teknoloji_icerik_web.pdf

Erişim tarihi:31.05.2018

70. Savci M, Aysan F. Technological addictions and social connectedness: predictor effect of internet addiction, social media addiction, digital game addiction and smartphone addiction on social connectedness. *Dusunen Adam J Psychiatry Neurol Sci* 2017;30(3):202–16.

71. Dinç M. Teknoloji bağımlılığı ve gençlik. *Gençlik Araştırmaları Derg* 2015;3(3):31–65.

72. Association AP. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5)*. Arlington: American Psychiatric Publishing; 2013.

73. Weber S. *Imaging, keyboarding, and posting identities: young people and new media technologies introducing youth, technologies, and identities-in-action*. Cambridge: The MIT Press; 2008

74. DeAndrea DC, Ellison NB, LaRose R, Steinfield C, Fiore A. Serious social media: On the use of social media for improving students' adjustment to college. *Internet High Educ* 2012;15(1):15–23.

75. Kemp S. (2017). *Digital in 2017: global overview* [Online].

Erişim: <https://wearesocial.com/uk/special-reports/digital-in-2017-global-overview>

Erişim tarihi:31.05.2018

76. WONCA. (2002). *Aile hekimliği / genel pratisyenlik Avrupa tanımı* [Online]. Okay B, editor.

Erişim:http://www.woncaeurope.org/sites/default/files/documents/WONCA_definition_Turkish_version.pdf

Erişim tarihi:31.05.2018

77. Basak O. Bir disiplin olarak aile hekimliğinin ülkemizdeki gelişim özellikleri. *Türkiye Aile Hekim Derg* 2013;17(1):29–36.
78. McWhinney IR. The importance of being different. Part 1: The marginal status of family medicine. *Can Fam Physician* 1997;43:193–5, 203–5.
79. McWhinney IR. The importance of being different. Part:2 Transcending the mind-body fault line. *Can Fam Physician* 1997;43:404–16.
80. Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. (2018). Türkiye’de aile hekimliği [Online]. TC Sağlık Bakanlığı.
Erişim: <http://ailehekimligi.gov.tr/aile-hekimlii/tuerkiyedeki-aile-hekimlii.html>
Erişim tarihi:30.05.2018
81. İlhan MN, Tüzün H, Aycan S, Aksakal FN, Özkan S. Birinci basamak sağlık kuruluşuna başvuranların sağlık hizmeti kullanma özellikleri ve bazı sosyoekonomik belirteçlerle değişimi: sağlık reformu öncesi son saptamalar. *Toplum Hekim Bülteni* 2006;25(3):33–41.
82. Fidancı İ, Ümit Eren Ş, Arslan İ, Tekin O. Aile Hekimliği poliklinik hastalarının son 3 yıl retrospektif değerlendirilmesi. *Konuralp Tıp Derg* 2016;8(3):152–7.
83. Gore FM, Bloem PJ, Patton GC, Ferguson J, Joseph V, Coffey C, et al. Global burden of disease in young people aged 10–24 years: a systematic analysis. *Lancet* 2011;377(9783):2093–102.
84. Haller DM, Sanci LA, Patton GC, Sawyer SM. Toward youth friendly services: a survey of young people in primary care. *J Gen Intern Med* 2007;22(6):775–81.
85. Duncan P, Frankowski B, Carey P, Kallock E, Delaney T, Dixon R, et al. Improvement in adolescent screening and counseling rates for risk behaviors and developmental tasks. *Pediatrics* 2012;130(5):e1345–51.
86. Klein JD, Matos Auerbach M. Improving adolescent health outcomes. *Minerva Pediatr* 2002;54(1):25–39.
87. Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi. Yıllara göre öğrenci sayıları [Online].

Erişim: <http://ogrenciisleri.comu.edu.tr/istatistikler/yillara-gore-ogrenci-sayilari/yillara-gore-ogrenci-sayilari.html>

Erişim tarihi:31.05.2018

88. Uysal MA, Kadakal F, Karşıdağ C, Bayram NG, Uysal O, Yılmaz V. Fagerstrom test for nicotine dependence: reliability in a Turkish sample and factor analysis. Tuberk Toraks 2004;52(2):115–21.

89. Ögel K, Karadağ F, Cüneyt Evren P, Defne Tamar Gürol D. (2012). Bağımlılık profil indeksi uygulayıcı indeksi [Online].

Erişim: <http://www.bapi.info.tr/dosyalar/bapirehber.pdf>

Erişim tarihi:31.05.2018

90. Eneçcan FM, Şahin EM, Erdal M, Aktürk Z, Kara M. Edirne şehir merkezindeki lise öğrencilerinde riskli sağlık davranışlarının değerlendirilmesi. TAF Prev Med Bullettin. 2011;10(6):687–700.

91. CDC. (2015). State and Local Youth Risk Behavior Survey. [Online]

Erişim: https://ftp.cdc.gov/pub/data/yrbs/2015/2015_hs_questionnaire.pdf

Erişim tarihi: 30.05.2018

92. Fagerstrom KO, Schneider NG. Measuring nicotine dependence: a review of the Fagerstrom Tolerance Questionnaire. J Behav Med 1989;12(2):159–82.

93. Ögel K, Karadağ F. (2012). Bağımlılık Profil İndeksi(BAPİ) uygulama rehberi [Online].

Erişim: www.bapi.info.tr

Erişim tarihi: 30.05.2018

94. Bakar C, Gündoğar D, Özışık Karaman HI, Maral I. Prevalence and related risk factors of tobacco, alcohol and illicit substance use among university students. Eur J Psychiatry 2013;27(2):97–110.

95. West R. Tobacco smoking: Health impact, prevalence, correlates and

- interventions. *Psychol Health* 2017];32(8):1018–36.
96. Steptoe A, Phil D, Wardle J, Cui W, Bellisle F, Zotti A-M, et al. Trends in smoking, diet, physical exercise, and attitudes toward health in European university students from 13 Countries. *Prev Med* 2002;35:97–104.
 97. İlhan F, Aksal N, İlhan M, Aygün R. Gazi üniversitesi tıp fakültesi öğrencilerinin sigara içme durumu. *TSK Koruyucu Hekim Bülteni* 2005;4(4):188–98. f
 98. Mayda AS, Tufan N, Baştaş S. Düzce tıp fakültesi öğrencilerinin sigara konusundaki tutumları ve içme sıklıkları. *TSK Koruyucu Hekim Bülteni* 2007;6(5):364–70.
 99. Vatan İ, Ocakoğlu H, İrgil E. Uludağ üniversitesi tıp fakültesi öğrencilerinde sigara içme durumunun değerlendirilmesi. *TAF Prev Med Bull* 2009;8(8):43–8.
 100. Mandil A, BinSaeed A, Ahmad S, Al-Dabbagh R, Alsaadi M, Khan M. Smoking among university students: A gender analysis. *J Infect Public Health* 2010;3(4):179–87.
 101. Chaaya M, Alameddine M, Nakkash R, Afifi RA, Khalil J, Nahhas G. Students' attitude and smoking behaviour following the implementation of a university smoke-free policy: a cross-sectional study. *Open* 2013;3:2100.
 102. World Health Organization. Tobacco or health : a global status report. World Health Organization. 1997.
 103. King BA, Jama AO, Marynak KL, Promoff GR. Attitudes toward raising the minimum age of sale for tobacco among U.S. adults. *Am J Prev Med* 2015;49(4):583–8.
 104. Kendler KS, Myers J, Damaj MI, Chen X. Early smoking onset and risk for subsequent nicotine dependence: a monozygotic co-twin control study. *Am J Psychiatry* 2013;170(4):408–13.
 105. Brown SL, Rinelli LN. Family structure, family processes, and adolescent smoking and drinking. *J Res Adolesc* 2010;20(2):259–73.
 106. Bjarnason T, Davidaviciene AG, Miller P, Nociar A, Pavlakis A, Stergar E.

- Family structure and adolescent cigarette smoking in eleven European countries. *Addiction* 2003;98(6):815–24.
107. Razaz-Rahmati N, Nourian SR, Okoli CTC. Does household structure affect adolescent smoking? *Public Health Nurs* 2012;29(3):191–7
108. Saridi M, Nanou A, Vasilopoulos C, Kourakos M, Skliros E, Toska A, et al. Smoking habits among Greek university students after the financial crisis. *Asian Pac J Cancer Prev* 2017;18(5):1329–35.
109. Ackerson LK, Kawachi I, Barbeau EM, Subramanian S V. Exposure to domestic violence associated with adult smoking in India: a population based study. *Tob Control* 2007;16(6):378–83.
110. Lanza ST, Vasilenko SA. New methods shed light on age of onset as a risk factor for nicotine dependence. *Addict Behav* 2015;50:161–4.
111. Asma S, Gereklioğlu Ç, Korur A, Solmaz S. Nargile kullanımı: gençler için sinsi tehdit. *Turkish J Fam Med Prim Care* 2016;10(2):91–5.
112. Primack BA, Sidani J, Agarwal AA, Shadel WG, Donny EC, Eissenberg TE. Prevalence of and associations with waterpipe tobacco smoking among U.S. university students. *Ann Behav Med* 2008;36(1):81–6.
113. Maziak W, Fouad FM, Asfar T, Hammal F, Bachir EM, Rastam S, et al. Prevalence and characteristics of narghile smoking among university students in Syria. *Int J Tuberc Lung Dis* 2004;8(7):882–9.
114. Özcebe H, Güçiz Doğan B, İnal E, Haznedaroğlu D, Bertan M. Üniversite öğrencilerinin nargile içme davranışları ve ilişkili sosyodemografik özellikleri. *TAF Prev Med Bull* 2014;13(1):19–28.
115. Küresel yetişkin tütün araştırması Türkiye raporu. Ankara; 2010.
116. Tezcan S, Özcebe H, Subaşı N, Uner S, Telatar G. Hacettepe Üniversitesi öğrencilerinin ruhsal sağlık düzeyleri ve madde kullanım boyutlarının saptanması. Ankara; 2006.
117. Primack BA, Shensa A, Kim KH, Carroll M V, Hoban MT, Leino EV, et al.

- Waterpipe smoking among U.S. university students. *Nicotine Tob Res* 2013;15(1):29–35.
118. Maziak W, Taleb Z Ben, Bahelah R, Islam F, Jaber R, Auf R, et al. The global epidemiology of waterpipe smoking. *Tob Control* 2015;24(3):3–12.
119. Henderson CE, Dakof GA, Schwartz SJ, Liddle HA. Family functioning, self-concept, and severity of adolescent externalizing problems. *J Child Fam Stud* 2006;15(6):719–29.
120. Waked M, Salameh P, Aoun Z. Water-pipe (narguile) smokers in Lebanon: a pilot study. *East Mediterr Heal J.* 2009;15(2):434–6.
121. Bertan M, Özcebe H, Haznedaroğlu D, Kircalıoğlu N, Bülbül SH. The knowledge of adolescent period and the life style of the first year students in universities. In: 29th UMEMPS Congress Union of Middle Eastern and Mediterranean Pediatric Societies, Hilton Convention Center. 2005. p. 55–6.
122. Kann L, McManus T, Harris WA, Shanklin SL, Flint KH, Queen B, et al. Youth Risk Behavior Surveillance United States, 2017. *MMWR Surveill Summ* 2018;67(8):1–114.
123. Görgün S, Tiryaki A, Topbaş M. Üniversite öğrencilerinde madde kullanma ve anne babaya bağlanma biçimleri. *Anadolu Psikiyat Derg.* 2010;11:305–12.
124. Ahmadi J, Yazfandar F. Substance use among Iranian university students. *Int J Drug Policy.* 2002;13:507–8.
125. Martinez J, Del Rio M, Lopez N, Alvarez J. Illegal drug-using trends among students in a Spanish University in the last decade 1984-1994. *Subst Use Misuse.* 1999;34:1281–97.
126. Yiğit Ş, Khorshid L. Ege Üniversitesi Fen Fakültesi öğrencilerinde alkol kullanımı ve bağımlılığı. *Bağımlılık Derg.* 2006;7(1):24–30.
127. Reczek C, Thomeer MB, Kissling A, Liu H. Relationships with parents and adult children's substance use. *Addict Behav* 2017;65:198–206.
128. Altınay AG, Arat Y. Türkiye'de kadına yönelik şiddet araştırma raporu. Ankara;

2007.

129. Vahip I. Evdeki şiddet ve gelişimsel boyutu: Farklı bir açıdan bakış. *Türk Psikiyatı Derg* 2002;13(4):312–9.
130. Gebara CF de P, Ferri CP, Lourenço LM, Vieira M de T, Bona FM de C, Noto AR. Patterns of domestic violence and alcohol consumption among women and the effectiveness of a brief intervention in a household setting: a protocol study. *BMC Womens Health* 2015;15:78.
131. Heydari ST, Izedi S, Sarikhani Y, Kalani N, Akbary A, Miri A, et al. The prevalence of substance abuse and associated risk factors among university students in the city of Jahrom, Southern Iran. *Int J High Risk Behav Addict* 2015;4(2).
132. Bracken BK, Rodolico J, Hill KP. Sex, age, and progression of drug use in adolescents admitted for substance use disorder treatment in the northeastern United States: comparison with a national survey. *Subst Abuse* 2013;34(3):263–72.
133. Merline AC, O'Malley PM, Schulenberg JE, Bachman JG, Johnston LD. Substance use among adults 35 years of age: prevalence, adulthood predictors, and impact of adolescent substance use. *Am J Public Health* 2004;94(1):96–102.
134. Evans-Campbell T, Walters KL, Pearson CR, Campbell CD. Indian boarding school experience, substance use, and mental health among urban two-spirit American Indian/Alaska natives. *Am J Drug Alcohol Abuse* 2012;38(5):421–7.
135. Brems C, Namyniuk L. The relationship of childhood abuse history and substance use in Alaska sample. *Subst Use Misuse*. 2002;7(1):34–7.
136. Ercan O, Alikashifoğlu M. Ergenlerde madde kullanımı. *Türk Pediatr Arşivi*. 2002;37:66–73.
137. Campbell A. Sex differences in direct aggression: What are the psychological mediators? *Aggress Violent Behav*. 2006;11(3):237–64.

138. Haskan Ö. Ergenlerde şiddet eğilimi, yalnızlık ve sosyal destek. Hacettepe Üniversitesi; 2007.
139. Kodan Çetinkaya S. Üniversite öğrencilerinin şiddet eğilimlerinin ve toplumsal cinsiyet rollerine ilişkin tutumlarının incelenmesi. Nesne 2013;1(2):21–43.
140. Kelly JB. Children's living arrangements following separation and divorce. Fam Process. 2007;46:35–52.
141. Straus MA. Prevalence of violence against dating partners by male and female university students worldwide. Violence Against Women 2004;10(7):790–811.
142. Caldwell JE, Swan SC, Woodbrown VD. Gender differences in intimate partner violence outcomes. Psychol Violence 2012;2(1):42–57.
143. Bülbül T, Mucuk S. Evrensel bir sorun: Kadına yönelik cinsel şiddet. Türkiye Klin Halk Sağlığı Hemşireliği - Özel Konular 2015;1(2):7–11
144. Montgomery BEE, Rompalo A, Hughes J, Wang J, Haley D, Soto-Torres L, et al. Violence against women in selected areas of the United States. Am J Public Health 2015;105(10):2156–66.
145. Ergişi A, Köksal Akyol A. Yedi - on iki yaş çocuklarında davranış ve uyum sorunlarının incelenmesi. Çağdaş Eğitim Derg 2009;34(368):13–9. I
146. İbiloglu A. Domestic violence. Psikiyat Guncel Yaklasimler 2012;4(2):204.
147. Şimşek Z, Koruk İ, Altındağ A. Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi ve Fen - Edebiyat Fakültesi birinci sınıf öğrencilerinin riskli sağlık davranışlar. Toplum Hekim Bülteni 200;26(3):19–24.
148. Clayton MC, Helms BP. Increasing seat belt use on a college campus: an evaluation of two prompting procedures. J Appl Behav Anal 2009;42(1):161–4.
149. Miller T, Spiner R, Lestine D. Who is driving when unrestrained children and teenagers are hurt? Accid Anal Prev. 1998;30(6):839–349.
150. Preusser DF, Williams AF, Lund AK. Characteristics of belted and unbelted drivers. Accid Anal Prev 1991;23(6):475–82.

151. Ghaffari M, Armoon B, Rakhshanderou S, Mehrabi Y, Soori H, Simsekoghlu O, et al. Determinants of seat belt use behaviour: a protocol for a systematic review. *BMJ Open* 2018;8(5):e020348.
152. Eugenia Gras M, Cunill M, Sullman MJM, Planes M, Font-Mayolas S. Predictors of seat belt use amongst Spanish drivers. *Transp Res Part F Traffic Psychol Behav* 2007;10(3):263–9.
153. Irmak Vural P, Körpe G. Üniversite öğrencilerinin kadınlık-erkeklik ve kadına ilişkin namus anlayışı tutumu. *Yaşam Becerileri Psikol Derg* 2018;2(3):155–66.
154. Pınar G, Doğan N, Ökdem Ş, Algier L, Öksüz E. Özel bir üniversitede okuyan öğrencilerin cinsel sağlıkla ilgili bilgi tutum ve davranışları. *Tıp Araştırmaları Derg* 2009;7(2):105–13.
155. Ünsal Ş, Taşçı E, Şen S, Bolsoy N, Sevil Ü. Üniversite öğrencilerinin cinsellik ve aile planlaması yöntemleri konusundaki bilgi, görüş ve uygulamaları. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Derg.* 2012;28(1):13–25.
156. Bakanlığı TCS. T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı. 2012. 42 p.
157. World Health Organization. (2018). World health statistics 2018: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals, Geneva; 2018
Erişim:<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272596/9789241565585-eng.pdf?ua=1>
Erişim tarihi:10.09.2019
158. Aslan SH. Beden imgesi ve yeme davranışı bozuklukları ile medya ilişkisi. *Düşünen Adam* 2001;14(1):41–7.
159. van Harmelen V, Skurk T, Röhrig K, Lee Y-M, Halbleib M, Aprath-Husmann I, et al. Effect of BMI and age on adipose tissue cellularity and differentiation capacity in women. *Int J Obes* 2003;27(8):889–95.
160. Veggi AB, Lopes CS, Faerstein E, Sichieri R. Body mass index, body weight perception and common mental disorders among university employees in Rio de Janeiro. *Rev Bras Psiquiatr* 2004;26(4):242–7.

161. Emral R. Bulimia Nervosa. Türkiye Klin Endokrinol - Özel Konular 2009;2(3):19–24.
162. Özmen D, Çetinkaya AÇ, Ergin D, Şen N, Dünder Erbay P. Lise öğrencilerinin yeme alışkanlıkları ve beden ağırlığını denetleme davranışları. TSK Koruyucu Hekim Bülteni 2007;6(2):98–105.
163. Garcia D, Granjard A, Lundblad S, Archer T. A dark past, a restrained present, and an apocalyptic future: time perspective, personality, and life satisfaction among anorexia nervosa patients. PeerJ 2017;5:e3801.
164. Healthy people 2010: Understanding and improving health 2nd ed. Washington, DC, 2000.
Erişim:<https://www.healthypeople.gov/2010/document/pdf/uih/2010uih.pdf>
Erişim tarihi:20.09.2019
165. Leslie E, Owen N, Salmon J, Bauman A, Sallis JF, Lo SK. Insufficiently active Australian college students: Perceived personal, social, and environmental influences. Prev Med 1999;28(1):20–7.
166. Guthold R, Ono T, Strong KL, Chatterji S, Morabia A. Worldwide variability in physical inactivity. Am J Prev Med 2008;34(6):486–94.
167. Yurtsever Z. Üniversite öğrencilerinde riskli davranışlar. Erciyes Üniversitesi; 2011.
168. Tutgun-Ünal A. Sosyal medya bağımlılığı: üniversite öğrencileri üzerine bir araştırma. Marmara Üniversitesi; 2015.
169. Eylem Akpınar E, Akpınar S, Gülhan M. Üniversite öğrencilerinin tütün kullanımı ve konu ile ilgili bilgi düzeyleri. Solunum Derg 2010;12(1):1–6.
170. Bhatnagar A, Maziak W, Eissenberg T, Ward KD, Thurston G, King BA, et al. Water pipe (hookah) smoking and cardiovascular disease risk: A scientific statement from the american heart association. Circulation 2019;139(19):e917–36.
171. Zheng TZ, Boyle P, Hu HF, Duan J, Jiang PJ, Ma DQ, et al. Tobacco smoking,

- alcohol consumption, and risk of oral cancer: a case-control study in Beijing, People's Republic of China. *Cancer Causes Control* 1990;1(2):173–9.
172. Franceschi S, Talamini R, Barra S, Barón AE, Negri E, Bidoli E, et al. Smoking and drinking in relation to cancers of the oral cavity, pharynx, larynx, and esophagus in northern Italy. *Cancer Res* 1990;50(20):6502–7.
 173. Minichino A, Bersani F, Calò W, Spagnoli F, Francesconi M, Vicinanza R, et al. Smoking Behaviour and Mental Health Disorders—Mutual Influences and Implications for Therapy. *Int J Environ Res Public Health* 2013;10(10):4790–811.
 174. Adams S. Psychopharmacology of tobacco and alcohol comorbidity: a review of current evidence. *Curr Addict reports* 2017;4(1):25–34.
 175. Jawad M, McIver C, Iqbal Z. Prevalence and correlates of lifetime waterpipe, cigarette, alcohol and drug use among secondary school students in Stoke-on-Trent, UK: a post hoc cross-sectional analysis. *J Public Health* 2014;36(4):615–21.
 176. Kabir K, Mohammadpoorasl A, Esmaeelpour R, Aghazamani F, Rostami F. Tobacco use and substance abuse in students of Karaj Universities. *Int J Prev Med* 2016;7(1):105.
 177. Foster DW, Greene MR, Allan NP, Geldsetzer P. The influence of drinking motives on hookah use frequency among young multi-substance users. *Int J Ment Health Addict* 2016;14(5):791–802.
 178. Becker J, Schaub MP, Gmel G, Haug S. Cannabis use and other predictors of the onset of daily cigarette use in young men: what matters most? Results from a longitudinal study. *BMC Public Health* 2015;15(1):843.
 179. Vaughn MG, Salas-Wright CP, DeLisi M, Maynard BR. Violence and externalizing behavior among youth in the United States. *Youth Violence Juv Justice* 2014;12(1):3–21.
 180. Vaughn MG, Nelson EJ, Salas-Wright CP, Delisi M, Qian Z. Handgun carrying among White youth increasing in the United States: New evidence from the

- National Survey on Drug Use and Health 2002–2013. *Prev Med* 2016;88:127–33.
181. Özcebe H. Gençlerde riskli davranışlar ve sağlığın geliştirilmesi: Türkiye’de gençlerin sağlığına genel bir bakış, XI. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi Kitabı. 2007. 149–153 p.
182. Dayılar Candan H, Küçük L. Lise öğrencilerinde yeme bağımlılığı ve etkileyen faktörler. *J Psychiatr Nurs* 2019;10(1):12–9.
183. Schuckit MA, Tipp JE, Anthenelli RM, Bucholz KK, Hesselbrock VM, Nurnberger JI. Anorexia nervosa and bulimia nervosa in alcohol-dependent men and women and their relatives. *Am J Psychiatry* 1996;153(1):74–82.
184. Kwan MY, Arbour-Nicitopoulos KP, Duku E, Faulkner G. Patterns of multiple health risk-behaviours in university students and their association with mental health: application of latent class analysis. *Heal Promot chronic Dis Prev Canada Res policy Pract* 2016;36(8):163–70.
185. Hallal PC, Victoria CG, Wells JCK, Lima RC. Physical inactivity: Prevalence and associated variables in Brazilian adults. *Med Sci Sport Exerc* 2003;35(11):1894–900.
186. Raustorp A, Pangrazi RP, Ståhle A. Physical activity level and body mass index among schoolchildren in south-eastern Sweden. *Acta Paediatr* 2004;93(3):400–4.
187. Çağlayandereli M. Televizyon ve gençlik: Yerli dizilerin gençlerin model alma davranışı üzerindeki etkisi. *CÜ Sos Bilim Derg* 2006;30(1):15–30.
188. Doherty M, Santiago-Torres M, Cui Y, Schoeller D, LaRowe T, Adams A, et al. The association between screen time and weight status in Hispanic children. *BAOJ Obes Weight loss Manag* 2015;1(1).
189. Ünalın P. Aile hekimliğinin tanımı ve temel ilkeleri. "Aile doktorları için kurs notları -1. Aşama". Ankara: TC Sağlık Bakanlığı Yayınları; 2004. 9–16 p.
190. Sancı LA, Coffey CM, Veit FC, Carr-Gregg M, Patton GC, Day N, et al.

Evaluation of the effectiveness of an educational intervention for general practitioners in adolescent health care: randomised controlled trial
Commentary: Applying the BMJ's guidelines on educational interventions. *BMJ* 2000;320(7229):224–30.

191. Özaras G, Dil S. Çankırı'da aile sağlığı merkezlerine başvuran bireylerin memnuniyet durumlarını etkileyen sosyo-demografik, çevresel ve psikososyal faktörlerin incelenmesi. *Çankırı Karatekin Üniversitesi Sos Bilim Enstitüsü Derg* 2015;6(2):389–404.
192. Johnson ME, Brems C, Warner TD, Roberts LW. Rural–urban health care provider disparities in Alaska and New Mexico. *Adm Policy Ment Heal Ment Heal Serv Res* 2006;33(4):504–7.
193. Yapakçı A, Altun A, Kesen CH, Yılmaz E, Delican O, Atal SS. Ailelerin aile hekimliği'nden hizmet alımı ve memnuniyeti. *J Turkish Fam Physician* 2019;10(1):22–38
194. Usta J, Farver JAM, Pashayan N. Domestic violence: The Lebanese experience. *Public Health* 2007;121(3):208–19.
195. Stead LF, Buitrago D, Preciado N, Sanchez G, Hartmann-Boyce J, Lancaster T. Physician advice for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev* 2013;(5):CD000165.

8. EKLER

EK 1

1. Doğum tarihiniz (yıl):.....

2. Cinsiyetiniz?

Kadın

Erkek

3. Medeni durumunuz nedir?

Bekar

Evli

Dul/Boşanmış

4. Son 10 yılda ağırlıklı olarak yaşadığınız bölge aşağıdakilerden hangisidir?

Köy-Belde

İl-ilçe Merkezi

Yabancı ülke

5. Şu an (eğitiminiz süresince) nerede kalıyorsunuz?

Ailemle birlikte

Tek başıma evde

Arkadaşlarımla

Başka bir ailenin yanında

Yurttan

Diğer

.....
.....

6. Hiç yatılı bir okulda okudunuz mu?

Evet

Hayır

7. Gelirinizi nereden temin ediyorsunuz? (Birden fazla şık işaretleyebilirsiniz.)

Ücretli bir işte çalışıyorum

Ailemden

Öğrenim kredisi

Burs

Diğer

.....
.....

8. Aylık gelirinizi nasıl değerlendiriyorsunuz?

Fazlasıyla yeterli

Sınırdan yeterli

Yetersiz

9. Ailenizdeki çocuk sayısı sizinle beraber kaç kişidir?

.....kişi

10. Anne ve babanızın eğitim durumu için lütfen uygun kutucuğu işaretleyiniz

	Okur yazar değil	Okur-yazar	İlkokul mezunu	Ortaokul mezunu	Lise mezunu	Yüksek okul mezunu	Üniversite mezunu
Anne	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Baba	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

11. Anne ve babanızın eğitim durumu ve mesleği için lütfen uygun kutucuğu işaretleyiniz

	Emekli	Devlet memuru	İşçi	Esnaf/ Serbest meslek	Çiftçi	Diğer	Çalışmıyor
Anne	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Baba	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

12. Anne ve babanız için uygun olan seçeneği işaretleyiniz.

- Anne-baba hayatta, birlikte yaşıyor
- Anne-baba hayatta, ayrı yaşıyor
- Anne hayatta, baba değil
- Baba hayatta, anne değil
- Anne-baba her ikisi de hayatta değil
- Diğer.....

13. Ailenizin içinde şiddet gördüğünüz ya da şiddete tanıklık ettiğiniz oldu mu?

Evet

Hayır

14. 13. Soruya evet yanıtı verdiyseniz bu şiddeti nasıl tanımlarsınız? Birden fazla şık işaretleyebilirsiniz.

Fiziksel

Psikolojik, duygusal

Cinsel

Ekonomik

Diğer

15. Sizce ailenizin ekonomik durumu aşağıdaki seçeneklerden hangisine uyuyor?

Çok iyi

İyi

Orta

Kötü

Çok kötü

Sağlık açısından risk oluşturabilen davranışlarla ilgili sorular:

16. Sigara içiyor musunuz?

- Hiç içmedim. (19. Soruya geçiniz.)
 Denedim, içmiyorum.
 Önceden düzenli içiyordum bıraktım.
 İçiyorum.

17. Eğer sigara kullanmıyorsanız 18. Soruya geçiniz.

a) Günde ortalama ne kadar sigara içiyorsunuz?

- 10 adet veya daha az 11-20 adet
 21-30 adet 31 veya daha fazla

b) Günün ilk sigarasını uyandıktan ne kadar süre sonra içiyorsunuz?

- 5 dakika içinde 6-30 dakika içinde 30 dakikadan daha uzun süre sonra

c) Sigara içilmeyen/yasak olan ortamlarda durmakta zorlanıyor musunuz?

- Evet Hayır

d) Hangi sigaradan vazgeçmekte çok zorlanırsınız?

- Sabah içilen ilk sigaradan Diğer

e) Günün ilk saatlerinde sonraki saatlere göre daha sık sigara içiyor musunuz?

- Evet Hayır

f) Çok hasta olduğunuzda veya günün çoğunu yatakta geçirdiğinizde sigara içer misiniz?

- Evet Hayır

18. İlk sigara kullanma yaşıınız?.....

19. Nargile kullanır mısınız? Evet Hayır

20. Alkol kullanır mısınız?

- Hiç kullanmadım. (23. Soruya geçiniz)
- Denedim, kullanmıyorum.
- Kullanıyorum.

21. Eğer alkol kullanmıyorsanız 22. Soruya geçiniz.

a) Son 6 ay içinde ne sıklıkla alkol kullandınız?

- Ayda 1-3 kez Haftada 1-5 kez Hemen hemen her gün

b) Son 6 ay içinde, alkol içtiğinizde bir günde ortalama olarak ne kadar içerirsiniz?

(1 standart içki= 1 küçük kutu bira = 1 kadeh şarap = Yarım duble rakı/votka/cin/viski)

Hiç veya 2 standart içkiye kadar 3-4 standart içki 5 standart içkiden fazla

c) Son 6 ay içinde, bir seferde 6 standart içki veya daha fazlasını içme sıklığınız ne kadardır?

Ayda 1den az Ayda 1-3 kez Haftada 1 veya daha sık

d) Gündüz saatlerinde de alkol kullandığınız zamanlar oldu mu? Ne sıklıkla?

- Hiçbir zaman Bazen Sıkça

e) Aileniz veya çevreniz sizin için çok fazla alkol kullandığından ne sıklıkta endişelenir?

- Hiçbir zaman Bazen Sıkça

f) Alkol kullandığınız için aile ziyaretleri, hobiler, sosyal ilişkiler gibi hayatınızdaki başka etkinliklerden vazgeçtiğiniz oldu mu?

- Hiçbir zaman Bazen Sıkça

22. İlk Alkol kullanma yaşıınız?

23. Madde= Uyuşturucu ya da uyarıcı özelliği olan hap, iğne, toz, sıvı, yapıştırıcı vb.

a) Son 1 yıl içinde ne sıklıkla madde kullandınız?

Hiçbir zaman (24. Soruya geçiniz)

En az 1 kez 3ten fazla kez

b) Maddeyi kestiğinizde veya azalttığınızda bazı sorunlar ortaya çıktı mı?
(örneğin uykusuzluk, terleme, sinirlilik, huzursuzluk, titreme, vs)

Hiçbir zaman Bazen Sıkça

c) Madde kullandığınız için aile ziyaretleri, hobiler, sosyal ilişkiler gibi hayatınızdaki başka etkinliklerden vazgeçtiğiniz oldu mu?

Hiçbir zaman Bazen Sıkça

d) Madde kullanmanız aile ilişkilerinizde, arkadaşlarınızla olan ilişkilerinizde, eğitim hayatınızda ya da iş hayatınızda olumsuz etkilere sebep oldu mu?

Hiçbir zaman Bazen Sıkça

e) Gündüz saatlerinde de madde kullandığınız oldu mu?

Hiçbir zaman Bazen Sıkça

f) Hayatınız boyunca hiç damar yoluyla bir madde kullandığınız oldu mu?

Hiçbir zaman Bazen Sıkça

24. Son 1 yıl içinde fiziksel bir kavgada bulundunuz mu?

Evet Hayır

25. Son 1 yıl içinde bir kavga sonucu yaralandınız mı?

Evet Hayır

26. Yanında bıçak, çakı gibi silah olarak kullanılacak bir araç yada silah taşıyor musunuz?

Evet Hayır

27. Son 1 yıl içinde erkek yada kız arkadaşınız size vurdu mu, fiziksel olarak bir zarar verdi mi?

- Evet Hayır

28. Son 1 ayda bisiklete ya da motosiklete binerken kask kullandınız mı?

- Evet Hayır Bisiklet ya da motosiklete binmedim

29. Arabaya bindiğinizde ne sıklıkla emniyet kemeri takarsınız?

- Hiçbir zaman nadiren Bazen Sıklıkla Her zaman

30. Son 1 ayda alkollü olarak araç kullandınız mı ya da alkollü birinin kullandığı bir araçla seyahat ettiniz mi?

- Evet Hayır

31. Cinsel ilişkiye girdiyse hamilelikten / cinsel yolla bulaşan hastalıklardan korunmak için (siz ya da partneriniz) aşağıdaki önlemlerden hangilerini kullandınız?

- Cinsel ilişkim olmadı
 Hiçbir yöntem kullanmadık
 Kondom(Prezervatif) Doğum kontrol hapi Enjeksiyon
 Geri çekme/dışarı boşalma Takvim Yöntemi
 Diğer.....

32. Boyunuz: cm

Kilonuz: kg.

33. Kilonuzu nasıl tanımlarsınız?

- Çok zayıf Zayıf İdeal kiloda Biraz şişman
 Çok şişman

34. Kilonuzla ilgili aşağıdakilerden hangisi durumunuzu en iyi tanımlar?

- Kilo vermeye çalışıyorum Kilo almaya çalışıyorum

Formumu korumaya çalışıyorum Kilomla ilgili hiçbir şey için uğraşmıyorum

35. Kilo vermek ya da kilo almamak için doktor tavsiyesi dışında zayıflama ilaçları (hap, toz, çay, sıvı vb.) kullandığınız oldu mu?

Evet Hayır

36. Yemeklerden sonra kilo alırım endişesi ile hiç zorla kustduğunuz oldu mu?

Evet Hayır

37. Haftada ortalama kaç gün en az 30 dk veya üzeri fiziksel aktivite yaparsınız?

(Kalp atımlarınızı hızlandırmış ya da hızlı soluk alıp vermenizi sağlamış olan aktiviteleri dahil ediniz)

..... gün

38. Günde ortalama kaç saatinizi ekran karşında (TV- PC- Akıllı telefon- Tablet- Oyun konsolu.. vb) geçirmektesiniz?

..... saat

39. Şimdiye kadar Aile Hekiminize kaç kere gittiniz?

Hiç gitmedim

1-2kez

3-10kez

10dan fazla

40. Aşağıdaki konuları Aile hekiminizle görüştünüz mü? Sizce bu görüşme yeterli miydi?

Görüşülen Konu	Görüşmedik	Yüzeysel Görüşme Yaptık	Ayrıntılı Görüşme Yaptık
Sigara (Tütün) Kullanımı	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Alkol Kullanımı	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Uyuşturucu madde kullanımı	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Şiddet ile ilgili (kavgaya karışma gibi)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Trafik Güvenliği (Emniyet kemeri-kask kullanımı gibi)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sağlıklı cinsellik (cinsel yoldan bulaşan hastalıklar, istenmeyen gebelikten korunma gibi)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sağlıklı yaşam ile ilgili (beslenme-egzersiz-kilo kontrolü gibi)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ruh haliyle ilgili (mutsuzluk, sıkınlık, intihar düşüncesi gibi)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

41. Aile Hekiminiz haricinde başka bir doktor, sağlık çalışanı, öğretmen veya eğitimciden aşağıdaki konularla ilgili görüşme yaptınız mı? Sizce bu görüşme yeterli miydi?

Görüşülen Konu	Görüşmedik	Yüzeysel Görüşme Yaptık	Ayrıntılı Görüşme Yaptık
Sigara (Tütün) Kullanımı	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Alkol Kullanımı	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Uyuşturucu madde kullanımı	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Şiddet ile ilgili (kavgaya karışma gibi)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Trafik Güvenliği (Emniyet kemeri-kask kullanımı gibi)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sağlıklı cinsellik(cinsel yoldan bulaşan hastalıklar, istenmeyen gebelikten korunma gibi)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sağlıklı yaşamak ile ilgili (beslenme-egzersiz-kilo kontrolü gibi)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ruh haliyle ilgili (mutsuzluk, sıklık, intihar düşüncesi gibi)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

EK 2

T.C.
ÇANAKKALE ONSEKİZ MART ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞI
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

Sayı : 18920478-050.01.04-E.81254
Konu : Başvuru İncelemesi

20.07.2016

Sayın Yrd.Doç.Dr. Murat TEKİN

Yürütücülüğünü yapmış olduğunuz "Üniversite Öğrencilerinde Riskli Sağlık Davranışlarının Sıklığı, Aile Hekimlerinde Verilen Sağlık Hizmetinin Etkisi" başlıklı 2011-KAEK-27/2016-E.68008 nolu projeniz ile ilgili olarak Klinik Araştırmalar Etik Kurulunun almış olduğu 13/07/2016 tarih ve 13-10 nolu kararı aşağıdadır.

Bilgilerinize rica ederim.

Karar Tarihi :13.07.2016 14:00
Karar No :2016-13

Karar-10)2011-KAEK-27/2016-E.68008 no'lu araştırma ile ilgili olarak, proje araştırmacılarından Arş. Gör. Dr. Başak KORKMAZER'in sunumunun dinlenmesinin ve raportörün hazırladığı değerlendirilmenin okunması sonrasında yapılan oylamada "**ETİK KURUL ONAYINI ALIR.**" kararı verilmiştir.

 e-imzalıdır

Prof. Dr. Öztürk ÖZDEMİR
Başkan

Not: 5070 sayılı elektronik imza kanunu gereği bu belge elektronik imza ile imzalanmıştır.

Bilgi için:Faize OTURAN
Sekreter



T.C.
ÇANAKKALE ONSEKİZ MART ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞI
DAHİLİ TIP BİLİMLERİ BÖLÜM BAŞKANLIĞI
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI BAŞKANLIĞI

Sayı : 69608285-000-E.90752
Konu : Araş Gör Dr Başak KORKMAZER'in
tez danışmanı değişikliği

12.08.2016

DAHİLİ TIP BİLİMLERİ BÖLÜM BAŞKANLIĞINA

Aile Hekimliği AD'da uzmanlık eğitimini sürdürmekte olan Araş Gör Dr Başak KORKMAZER'in tez danışmanının Doç Dr Erkan Melih ŞAHİN olarak değiştirilmesi husunda ,

Gereğini bilgilerinize arz ederim.

 e-imzalıdır

Doç.Dr. Erkan Melih ŞAHİN
Anabilim Dalı Başkanı

Not: 5070 sayılı elektronik imza kanunu gereği bu belge elektronik imza ile imzalanmıştır.

18 MART ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ ÇANAKKALE
2862180018

Bilgi için: Erkan Melih ŞAHİN
Anabilim Dalı Başkanı