



**T.C.
SÜLEYMAN DEMİREL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI**

**SÜLEYMAN DEMİREL ÜNİVERSİTESİ BAZI
FAKÜLTELERİNDE OKUYAN 1. SINIF ÖĞRENCİLERİNİN
RİSKLİ SAĞLIK DAVRANIŞLARININ SAPTANMASI**

Ash ÖNDER

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**DANIŞMAN
Yrd. Doç. Dr. Yonca SÖNMEZ**

ISPARTA-2012



**T.C.
SÜLEYMAN DEMİREL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI**

**SÜLEYMAN DEMİREL ÜNİVERSİTESİ BAZI
FAKÜLTELERİNDE OKUYAN 1. SINIF ÖĞRENCİLERİNİN
RİSKLİ SAĞLIK DAVRANIŞLARININ SAPTANMASI**

Ash ÖNDER

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**DANIŞMAN
Yrd. Doç. Dr. Yonca SÖNMEZ**

Tez. No: 84

ISPARTA-2012

KABUL VE ONAY SAYFASI

Sağlık Bilimleri Enstitüsü M¼d¼rl¼ę¼ne:

S¼leyman Demirel Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü **Halk Sağlığı Anabilim Dalı Y¼ksek Lisans Programı** çerçevesinde y¼r¼t¼lm¼ę olan bu çalışma aşağıdaki j¼ri tarafından **Y¼ksek Lisans Tezi** olarak kabul edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi: 14/06/2012

Tez Danışmanı: Yrd. Doç. Dr. Yonca SÖNMEZ

S¼leyman Demirel Üniversitesi Tıp Fak¼ltesi Halk Sağlığı AD ğretim yesi

ye : Doç. Dr. Ersin USKUN

S¼leyman Demirel Üniversitesi Tıp Fak¼ltesi Halk Sağlığı AD ğretim yesi

ye : Yrd. Doç. Dr. Evrim AKTEPE

S¼leyman Demirel Üniversitesi Tıp Fak¼ltesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları AD ğretim yesi

ye : Yrd. Doç. Dr. Yonca SÖNMEZ

S¼leyman Demirel Üniversitesi Tıp Fak¼ltesi Halk Sağlığı AD ğretim yesi

ONAY: Bu y¼ksek lisans tezi, Enstit¼ Y¼netim Kurulu'nca belirlenen yukarıdaki j¼ri yeleri tarafından uygun gr¼lm¼ę ve kabul edilmiştir.

Prof. Dr. M. Fehmi ZG¼NER

Enstit¼ M¼d¼r¼

TEŞEKKÜR

Halk Sağlığı Yüksek Lisans eğitimimin boyunca ve tez hazırlık sürecimde desteğini hiç esirgemeyen, araştırmanın her aşamasında bana rehberlik eden tez danışmanı hocam, Sayın Yrd. Doç. Dr. Yonca SÖNMEZ'e,

Eğitimim boyunca emek veren öğretim üyesi hocalarım Sayın Doç. Dr. Mustafa ÖZTÜRK'e, Sayın Prof. Dr. Ahmet Nesimi KIŐIÖęLU'na ve Sayın Doç. Dr. Ersin USKUN'a

Veri toplama aşamasında büyük kolaylık sağlayan, çalışmayı yürüttüğüm fakülte hocalarıma,

Çalışmaya katılımlarıyla destek sağlayan öğrenci arkadaşlarıma,

Hayatımın her anında hep yanımda olan canım aileme,

Sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Aslı ÖNDER

Isparta - 2012

İÇİNDEKİLER

	Sayfa
KABUL VE ONAY SAYFASI	i
TEŞEKKÜR.....	ii
İÇİNDEKİLER	iii
KISALTMALAR	vi
TABLolar DİZİNİ	vii
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. Adolesan Kimdir?	3
2.1.1. Adolesanın Tanımı	3
2.1.2. Adolesanın Önemi.....	4
2.2. Adolesanda Büyüme Gelişme	7
2.2.1. Adolesanda Fiziksel ve Cinsel Gelişim	8
2.2.2. Ergenlikte Bilişsel ve Psikososyal Gelişim.....	11
2.2.2.1. Erken Adolesan Dönem	12
2.2.2.2. Orta Adolesan Dönemi.....	13
2.2.2.3. Geç Adolesan Dönemi	14
2.3. Üniversite Gençliği	15
2.4. Riskli Sağlık Davranışları	17
2.4.1. Sigara Kullanımı	20
2.4.2. Alkol Kullanımı	21
2.4.3. Uyuşturucu/Uyarıcı Madde Kullanımı.....	22
2.4.4. Şiddet	24
2.4.5. Üreme Sağlığı ve Cinsel Yaşam	26
2.4.6. Beslenme	29
2.4.7. Fiziksel Aktivite	31
2.4.8. Depresyon ve İntihar	32
2.4.9. Motorlu Araç Kullanma	33
2.5. Adolesana Yaklaşım.....	34
2.6. Adolesanlara Hangi Sağlık Hizmetleri Verilmeli? Nasıl Sunulmalı?.....	38
2.7. ‘Genç Dostu’ Sağlık Kuruluşları.....	40
3. MATERYAL VE METOD	43

3.1. Araştırmanın Tipi ve Amacı	43
3.2. Araştırmanın Evreni/ Örnek Seçimi.....	43
3.3. Örneğe Ulaşma Oranı.....	44
3.4. Araştırmada Kullanılan Değişkenler.....	45
3.4.1.1. Araştırmada Kullanılan Değişkenlerle İlgili Tanımlar	47
3.5. Veri Toplama Yöntemi	53
3.6. Veri Değerlendirilmesi.....	53
3.7. Araştırmanın Zaman Süreci	53
3.8. Araştırmanın Güçlü ve Kısıtlı Yanları	54
3.9. Etik Açıklamalar	54
4. BULGULAR.....	55
4.1. Araştırma Grubunun Tanımlayıcı Özellikleri	55
4.2. Öğrencilerin Riskli Sağlık Davranışlarına İlişkin Bulgular	59
4.2.1. Öğrencilerin Sigara Kullanımına İlişkin Tanımlayıcı ve Analitik Bulgular	59
4.2.2. Öğrencilerin Alkol Kullanımına İlişkin Tanımlayıcı ve Analitik Bulgular	63
4.2.3. Öğrencilerin Uyuşturucu/Uyarıcı Madde Kullanımına İlişkin Tanımlayıcı ve Analitik Bulgular.....	68
4.2.4. Öğrencilerin Uyku ve Beslenme Alışkanlıklarına İlişkin Tanımlayıcı ve Analitik Bulgular.....	71
4.2.5. Öğrencilerin Fiziksel Aktivite Alışkanlıklarına İlişkin Tanımlayıcı ve Analitik Bulgular.....	82
4.2.6. Öğrencilerin Üreme Sağlığı ile İlgili Tanımlayıcı ve Analitik Bulgular	85
4.2.7. Öğrencilerin Motorlu Araç Kullanımı ile İlgili Tanımlayıcı ve Analitik Bulgular.....	87
4.2.8. Öğrencilerin İntihar ve Şiddet ile İlgili Tanımlayıcı ve Analitik Bulgular	89
4.2.9. Öğrencilerin Kalıcı Dövme/Piercing ve Kumar Oynama ile İlgili Tanımlayıcı ve Analitik Bulgular	94
5. TARTIŞMA	100
5.1. Araştırma Grubunun Sosyodemografik Özellikleri ve Riskli Davranışlarla İlişkisi.....	100
5.2. Araştırma Grubunun Riskli Sağlık Davranışlarına İlişkin Bulgular	104
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	114
ÖZET.....	121
ABSTRACT.....	124
KAYNAKLAR	127
EKLER.....	139

Ek 1. Anket Formu	139
Ek 2: Etik Kurul İzni	143
Ek 3: İzin Belgeleri	145

KISALTMALAR

DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
TNSA	: Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması
TÜİK	: Türkiye İstatistik Kurumu
UNFPA	: United Nations Population Fund
BM	: Birleşmiş Milletler
HIV	: Human Immunodeficiency Virus
AIDS	: Acquired Immuno Deficiency Syndrome
WHO	: World Health Organization
KOAH	: Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı
CDC	: Centers for Disease Control
UNICEF	: United Nations Children's Fund
DSM	: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
TBMM	: Türkiye Büyük Millet Meclisi
IPPF	: International Planned Parenthood Federation
CS/ÜS	: Cinsel Sağlık/Üreme Sağlığı
CYBE	: Cinsel Yolla Bulaşan Enfeksiyonlar
BKİ	: Beden Kütle İndeksi
USEP	: Ulusal Stratejik Eylem Planı
YRBS	: Youth Risk Behavior Survey
HEADS	: Home, Education, Activity, Drugs, Sexuality, Security, Suicid
AMA	: American Medical Association
GAPS	: Guidlines for Adolescent Preventive Services
TL:	: Türk Lirası
SPSS	: Statistical Package for the Social Science
SHYO	: Sosyal Hizmetler Yüksekokulu
YTL	: Yeni Türk Lirası
CETAD	: Cinsel Eğitim Tedavi ve Araştırma Derneği
ABD	: Amerika Birleşik Devletleri

TABLolar DİZİNİ

	Sayfa
Tablo 1. Adolesanların psikososyal gelişim evre yaşları	12
Tablo 2. Ergenlerin psikososyal gelişim dönemleri	15
Tablo 3. Araştırma sürecinde eğitim gören ve araştırmaya katılan öğrencilerin fakültelere göre dağılımı	43
Tablo 4. Çalışmaya dahil edilen öğrencilerin bölümlere göre dağılımı	44
Tablo 5. Fakültelere göre katılım dağılımı	45
Tablo 6. Araştırmanın zaman çizelgesi	54
Tablo 7. Araştırma grubunun bazı sosyodemografik özelliklerine göre dağılımı-1	55
Tablo 8. Araştırma grubunun bazı sosyodemografik özelliklerine göre dağılımı-2	57
Tablo 9. Öğrencilerin sigara kullanımı ve kullanma nedenlerine ilişkin bulguları....	59
Tablo 10. Araştırma grubunun bazı sosyodemografik değişkenlerinin sigara kullanma durumuna ilişkin dağılımı	60
Tablo 11. Araştırma grubunun bazı riskli sağlık davranışlarına göre sigara kullanma durumunun dağılımı	62
Tablo 12. Öğrencilerin alkol kullanım durumları, kullanma nedenleri ve kullanma miktarlarına ilişkin bulgular	63
Tablo 13. Öğrencilerin alkol kullanımına ilişkin bazı sosyodemografik bulguları ...	64
Tablo 14. Araştırma grubunun bazı riskli sağlık davranışlarına göre alkol kullanma durumları	66
Tablo 15. Öğrencilerin uyuşturucu/uyarıcı madde kullanımı ve kullanma nedenlerine ilişkin bulgular	68
Tablo 16. Araştırma grubunun bazı sosyodemografik değişkenlerinin uyuşturucu/uyarıcı madde kullanma durumuna ilişkin dağılımı	68
Tablo 17. Araştırma grubunun bazı riskli sağlık davranışlarına göre uyuşturucu/uyarıcı madde kullanma durumu	69
Tablo 18. Öğrencilerin sabah uyandıığında kendilerini dinç hissetme ve sakinleşmek/uyuyabilmek için ilaç kullanma durumları	71
Tablo 19. Öğrencilerin bazı sosyodemografik değişkenlere göre sabah kendilerini dinç hissetme durumları	72
Tablo 20. Öğrencilerin bazı riskli sağlık davranışlarına göre sabah uyandıığında kendini dinç hissetme durumu	73
Tablo 21. Araştırma grubunun beslenme alışkanlıklarına ilişkin bulgular	74
Tablo 22. Öğrencilerin fakültelere göre haftalık sebze yeme durumları	76
Tablo 23. Öğrencilerin bazı riskli sağlık davranışlarına göre haftalık sebze tüketim durumu	76

Tablo 24. Öğrencilerin bazı sosyodemografik değişkenlere göre haftalık meyve yeme durumları	77
Tablo 25. Öğrencilerin bazı riskli sağlık davranışlarına göre haftalık meyve tüketim durumu	78
Tablo 26. Öğrencilerin bazı sosyodemografik değişkenlere göre haftalık süt içme durumları	79
Tablo 27. Öğrencilerin bazı riskli sağlık davranışlarına göre haftalık süt tüketim durumu	81
Tablo 28. Öğrencilerin fiziksel aktivite yapma durumları ve yaptıkları aktiviteler...	82
Tablo 29. Öğrencilerin bazı sosyodemografik özelliklerine göre fiziksel aktivite yapma durumları	83
Tablo 30. Öğrencilerin sabah uyandığında kendini dinç hissetme durumuna göre fiziksel aktivite yapma durumu	84
Tablo 31. Öğrencilerin üreme sağlığı ile ilgili bazı tutum ve davranışlarına ilişkin bulgular	85
Tablo 32. Öğrencilerin bazı sosyodemografik özelliklerine göre ilişki sırasında doğum kontrol yöntemi kullanma durumu.....	86
Tablo 33. Öğrencilerin ehliyete sahip olma durumuna göre motorlu araç kullanma bulguları	88
Tablo 34. Araştırmaya katılan öğrencilerin kötü düşünceler ve intihar düşüncesine ilişkin bazı tutum ve davranış özellikleri	89
Tablo 35. Öğrencilerin bazı sosyodemografik özelliklerine göre intihar girişiminde bulunma durumu	89
Tablo 36. Öğrencilerin bazı riskli sağlık davranışlarına göre intihar girişiminde bulunma durumu	90
Tablo 37. Öğrencilerin bazı sosyodemografik özelliklerine göre fiziksel kavgaya karışma durumu.....	92
Tablo 38. Öğrencilerin bazı riskli sağlık davranışlarına göre fiziksel kavgaya karışma durumları	93
Tablo 39. Öğrencilerin dövme/piercing yaptırma durumları ve nedenleri	94
Tablo 40. Öğrencilerin bazı sosyodemografik özelliklerine göre dövme/piercing yaptırma durumları.....	95
Tablo 41. Öğrencilerin bazı riskli sağlık davranışlarına göre dövme/piercing yaptırma durumları.....	96
Tablo 42. Öğrencilerin bazı sosyodemografik özelliklerine göre kumar oynama durumları	97
Tablo 43. Öğrencilerin bazı riskli sağlık davranışlarına göre kumar oynama durumları	98

1. GİRİŞ

Ergenlik çağı, çocukluktan erişkinliğe geçiş dönemi olarak tanımlanan, fiziksel ve ruhsal birçok değişikliğin gerçekleştiği bir yaşam dilimidir. Ancak, erişkin sağlık davranışlarının ve yaşam biçiminin bireyden bireye çok büyük farklılıklar gösterdiği ve bu özelliklerin ergenlik çağında şekillendiği bilinmektedir (Ercan 2001). Adolesan dönemde olan hızlı büyüme ve gelişme süreci birçok sorunu da beraberinde getirmektedir. Adolesan dönemdeki sağlık sorunlarının önemli bir kısmı ise yaşam tarzı ve alışkanlıklara bağlı olarak gelişmektedir.

Birçok ülkenin yöneticileri adolesanları 'sağlıklı bir grup' olarak tanımlamakta ve hizmet sunumunda öncelik vermemektedir. Diğer taraftan adolesana sunulacak hizmetin maliyetinin yüksek olması da yöneticilerin öncelik vermesini engellemektedir. Ancak bu yaş grubuna yapılacak olan yatırım ülkenin geleceğine yönelik bir yatırım olarak değerlendirilmelidir (Özcebe 2007).

Adolesanlar için yeterli ve dengeli beslenme, fizik egzersiz yapma, sigara, alkol ve madde kullanmama, güvenli cinsel yaşam, kaza ve yaralanmalardan korunmaya yönelik güvenli ve olumlu bir yaşam tarzı benimsenmesi için sağlık izlemi programları gündeme gelmelidir. Adolesan koruyucu sağlık hizmetlerinin amacı sağlıklı fiziksel, psikolojik ve sosyal büyüme ve gelişmeyi desteklemektir. Günümüzde adolesan dönemdeki önemli hastalık ve ölüm nedenlerinin davranışsal, çevresel ve sosyal nedenlere bağlı olduğu ve koruyucu hizmetler ile önlenebileceği bilinmektedir. Bu nedenle adolesana sunulacak sağlık hizmetlerinde öncelik koruyucu sağlık hizmetlerine verilmelidir. Sağlam adolesan izlemleri sırasında davranış ve alışkanlıkların sorulması ve erken dönemde tanı (ikincil korunma) konularak güvenli ve sağlıklı yaşam davranışlarının yerleştirilmesi gerekmektedir.

Sonuç olarak; adolesan ve genç nüfusun hem sayıca hem de toplam nüfus içindeki payının yüksek olması, bu gruptaki gençlerde riskli sağlık davranışlarının sık görülmesi ve adolesanlara yönelik sağlık hizmetlerinin ihmal edilmesi adolesan sağlığının halk sağlığı açısından önemli ve öncelikli bir sorun olarak tanımlanmasına neden olmaktadır. Yapılan literatür taramaları sonucunda riskli sağlık davranışları ile ilgili bazı çalışmalara rastlanmıştır. Ancak yapılan çalışmaların çoğu sigara, alkol ve

madde kullanımına yönelik olup, riskli sağlık davranışlarının bütüncül olarak araştırıldığı çalışmalar kısıtlıdır. Isparta ilinde ise daha önce bu konuda yapılmış çalışmaya rastlanmamıştır. Bütün bunlardan yola çıkılarak bu çalışmada Süleyman Demirel Üniversitesi Fakülteleri'nde okuyan birinci sınıf öğrencilerinin riskli sağlık davranışlarının değerlendirilmesi ve bu davranışlarla ilişkili bazı faktörlerin incelenmesi amaçlanmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Adolesan Kimdir?

2.1.1. Adolesanın Tanımı

Adolesan kavramı, 19. yüzyıl sonlarına kadar kaynaklarda yer almayan, ilk kez 1904'de Stanley Hall tarafından tanımlanan bir terimdir (Çuhadaroğlu 2000). Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) tanımına göre, adolesanlar 10 ile 19 yaş grubunu içermekte, bu grup içinde de 10-13 yaş arası erken adolesan, 14-15 yaşları orta adolesan ve 16-19 yaş arası da geç adolesan olarak adlandırılmaktadır. Bu gruplandırılmaya ek olarak 15-24 yaş grubu içinde bulunanlara genç denilmekte ve 10 ile 24 yaş grubu içindekilere de genç kişiler terimi kullanılmaktadır.

Milli Eğitim Bakanlığı'na göre gençlik, "buluş çağına erme sebebi ile biyopsikolojik bakımdan çocukluğun sonu ile toplum hayatında sorumluluk alma dönemi olan çocukluk ve genç erişkinlik arasında kalan 12-24 yaş arasındaki gruptur" (Yörükoğlu 1985). Yasalara göre ise çocukluk 11 yaş öncesi, ergenlik 11-15 yaş, ergen 15-18 yaş, erişkinlik 18 yaş üstü olarak değerlendirilmektedir (Şahin 2011).

Bugün dünyada her beş kişiden biri adolesandır ve 1,2 milyar olan adolesan nüfusunun % 85 i gelişmekte olan ülkelerde yaşamaktadır. Türkiye'de Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) verilerine göre 10-19 yaş grubu nüfusun tüm nüfus içindeki payı % 18,5 olup, bunun % 9,4'ünü 10-14, % 9,1'ini 15-19 yaş grubundaki bireyler oluşturmaktadır (TNSA 2008). Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) 2011 nüfus verilerine göre 10-24 yaş grubundaki bireylerin nüfusu 19,144,779'dur. Bu rakam toplam ülke nüfusunun % 25,6'sını oluşturmaktadır (www.tuik.gov.tr, Erişim tarihi:14 Mart 2011).

Adolesan dönemi, ergenlik çağının başlamasından yetişkinliğe ulaşıncaya kadar süren bir geçiş dönemidir. Bu dönem, kişilerin özgürlük ve kendilerine yetebilme yeteneklerini geliştirdikleri ve toplumun bağımsız birer bireyi olma yolunda fiziksel, bilişsel ve psikolojik olarak geliştikleri bir dönemdir. Ergenlik dönemi aynı zamanda bir ömür boyu sürecek sağlık alışkanlıklarının kazanıldığı bir süreçtir. Fiziksel ve duygusal değişimlerin başlama yaşı kişilere göre farklılıklar

gösterebilir, bu sebeple ergenlik dönemi tanımları gelişim safhalarını belirtmek açısından yaş gruplarını kapsar (Uluslar Arası Belgelerde Adolesan Hakları 2008).

Adolesan, erişkin dönemine geçişinde sosyal, ekonomik ve biyolojik değişimlere maruz kalmaktadır. Yirmi yaşına kadar geçen dönemde birçoğu ailesiyle birlikte yaşamakta, okula gitmekte ve daha henüz puberte dönemini geçirmemiş, evlenmemiş ve geçimini temin etmek için herhangi bir işte çalışmamıştır. 20'li yaşlara geldiğinde çoğu toplumlarda okuldan ayrılmış, ailesinden ayrı yaşamakta, cinsellik açısından etkin hale gelmiş, evli ve iş hayatına atılmıştır. Bu dönemde fiziksel ve psikolojik değişimleriyle birlikte gereksinimleri de değişir. Adolesana yönelik hizmetlerin tanımlanması ve programlanması için onların gelişim evrelerinin ve bu gelişim evrelerine ait temel özellik ve sorunlarının bilinmesi gerekir (Tekgül 2005).

2.1.2. Adolesanın Önemi

Kişilerin sağlık hakkındaki algılamaları ve tutumları sağlık davranışları ile yakından ilişkilidir. Sağlık algılamaları psikolojik olarak kişinin koruyucu davranışlarda bulunmaya ne ölçüde açık olduğunu gösterir. Bireylerin sağlığı nasıl tanımladığı ve hangi davranışları sağlıklı olma ile ilişkilendirdiği, onun sağlıklı bir yaşam sürüp sürmediğinde etkili olacaktır (Aras ve ark., 2007).

İnsan gelişiminin kritik bir dönemi olan ergenlik dönemi de özel ilgi ve dikkat gerektirir. Bu dönemde kişiler aile içinde ve toplum hayatında giderek artan sorumluluklar alır, yetişkin olduklarında üstlenecekleri sosyal rollere hazırlanmaya başlar ve sonuçları belki bir ömür boyu sürecektir önemli adımlar atarlar. Yeni fikirlere açık olup, karşılıklarına çıkan yeni fırsatları değerlendirmeye hazırdırlar. Güven duyma ve geleceğe yönelik planlar yapma, kendine güven, bir yere ait olma duygusu, sorumluluk anlayışı ve benlik bilinci gibi kimliğin değişik şekillerinin ortaya çıkmaya başladığı bu dönem aynı zamanda kişilerin hukuki olarak sorumluluk üstlendikleri bir zaman dilimidir. Kişilerin sigara ve uyuşturucu maddelerle karşı karşıya kalabildikleri ve cinsel olarak aktif hale geldikleri bir süreçtir.

Bu geçiş sürecinde adolesanlar, ileride sağlıklı birer yetişkin olabilmek için aile bireylerinin, arkadaş gruplarının, öğretmenlerinin, işverenlerin, sağlık görevlilerinin ve akranlarının yöreklendirmelerine, duygusal ve stratejik desteklerine

ihtiyaç duyarlar. Eğitim, sağlık, adalet ve iş alanlarında kaliteli hizmetlerin yanı sıra, yeni fikir ve davranışların kullanılmasına olanak veren, saygı temeline oturan, yüreklendiren ve kesintisiz olarak sağlanan destek, adolesanların ideallerine ulaşım, kendilerinde var olan kapasiteyi tam anlamıyla kullanıp hayatta başarılı olmaları için bir anahtardır. Yeterlilik hissi, yaşam becerilerinin kazanılması, olumlu akran grubu etkisi adolesanların hayattaki amaçlarını bulmalarına yardım edecek ve yaşamlarını sağlıklı birer yetişkin olarak devam ettirmelerini sağlayacaktır (Uluslar Arası Belgelerde Adolesan Hakları 2008).

Dünyadaki genç kuşak, tarihindeki en kalabalık nüfusu oluşturmaktadır. Dünya nüfusunun yarısı (yaklaşık 3 milyar kişi) 25 yaşın altındadır (UNFPA 2005). Yaklaşık 238 milyon yani dünya genç nüfusunun % 22.5'i mutlak yoksulluk içinde (günde 1 dolardan az) yaşamaktadır (World Youth Report 2005). En yoksul ve en az gelişmiş ülkelerin nüfuslarının en büyük bölümünü adolesanlar ve gençler oluşturmaktadır. Tahminlere göre dünya genç nüfusunun % 85'i gelişmekte olan ülkelerde yaşamaktadır (UNFPA 2004).

Prematüre ölümlerin 2/3'ü, gençlerin toplam hastalık yükünün 1/3'ü, sigara kullanımı, fiziksel aktivite azlığı, korunmasız cinsel ilişki veya şiddete maruz kalma gibi riskli davranışlar gençlik yıllarında başlar. Ergenlik döneminde, gençleri sağlık uygulamalarına teşvik etmek ve onları riskli sağlık davranışlarından korumak, gelecekte sağlık ve sosyal altyapı sorunlarının önlenmesi açısından önemlidir. Birleşmiş Milletlerin (BM) 2002'de adolesanlar için oluşturduğu BM Genel Kurulu Çocuk Özel Oturumu'nun yanı sıra, Binyıl Kalkınma Hedefleri de genç sağlığı çerçevesinde atılan önemli adımlardır. Yine 2003'te Çocuk Haklarına Dair Sözleşme Komitesi'nin yayınladığı genel yorumda, gençlerin özel sağlık ve gelişim ihtiyaçları ve hakları bildirilmiştir.

Dünya genelinde 15-24 yaş arası gençler yeni Human Immunodeficiency Virus (HIV) enfeksiyonlarının % 40'ını oluştururken her gün 2500'den fazla genç infekte olmakta ve bu gençlerin 5,7 milyondan fazlası Acquired Immuno Deficiency Syndrome (AIDS) ve HIV ile birlikte yaşamaktadır. Genç erkeklerin sadece % 30'u, genç kadınlarınsa % 19'u HIV'den kendilerini koruyabilmek için kapsamlı ve doğru bilgiye sahiptirler (WHO 2011a).

Toplumsal değişim süreçleri kişilerin cinselliğe bakış ve algılama biçimlerini değiştirmektedir. Bu anlamda üniversite eğitimlerine yeni başlayan öğrenciler aynı zamanda başka bir yaşam biçimine de yeni başladıkları için uyum problemleri yaşayabilmektedirler. Bu dönemde yüksek riskli sağlık davranışı olan riskli cinsel davranışlarda bulunabilirler. Bu nedenle üniversiteye yeni başlayan öğrenciler, genç insan popülasyonu içinde özgün bir konuma sahiptirler (Kaya ve ark., 2007).

Gelişmekte olan ülkelerde birçok adolesan ergenliğe giriş sürecinde yetersiz beslenmektedir. Bu durum da onları hastalıklara ve erken ölümlere karşı daha duyarlı hale getirmektedir. Yeterli ve sağlıklı beslenme ile adolesan dönemde fiziksel egzersiz alışkanlığının erişkin dönemde iyi bir sağlığın temelini oluşturduğu bilinmektedir. DSÖ verilerine göre gençlerin gelecekte en az % 20'sinin depresyon, duygu durum bozuklukları, maddenin kötüye kullanımı, intihar davranışı veya yeme bozuklukları gibi bir çeşit ruh sağlığı yaşacak olmaları önemli bir sorun teşkil etmektedir. Dünya genelinde adolesanların büyük çoğunluğu ergenlik döneminde sigara içmeye başlamaktadır. Yaklaşık 150 milyon adolesan sigara kullanmakta ve bu sayı genç kadınlar arasında giderek artmaktadır. Sigara kullanımıyla beraber birçok ülkede alkol kullanımı da giderek artmaktadır. Alkolün adolesanda kendini kontrol etme yetisini azaltması riskli davranışları artırmaktadır. Örneğin alkol, prematüre ölümlerin, yaralanmaların, şiddetin primer sebebi olarak karşımıza çıkmaktadır. Gençler arasında önde gelen ölüm nedenlerinde biri de şiddettir. Özellikle erkekler arasında yaygın risk oluştururken, her gün yaklaşık 430 genç kişilerarası şiddet yoluyla hayatını kaybetmektedir (WHO 2011a).

Adolesanlar için yeterli ve dengeli beslenme, fizik egzersiz yapma, sigara, alkol ve madde kullanmama, güvenli cinsel yaşam, kaza ve yaralanmalardan korunmaya yönelik güvenli ve olumlu bir yaşam tarzı benimsenmesi için sağlık izlemi programları gündeme gelmelidir. Adolesan koruyucu sağlık hizmetlerinin amacı sağlıklı fiziksel, psikolojik ve sosyal büyüme ve gelişmeyi desteklemektir. Günümüzde adolesan dönemdeki önemli hastalık ve ölüm nedenlerinin davranışsal, çevresel ve sosyal nedenlere bağlı olduğu ve koruyucu hizmetler ile önlenebileceği bilinmektedir. Bu nedenle adolesana sunulacak sağlık hizmetlerinde öncelik koruyucu sağlık hizmetlerine verilmelidir. Sağlam adolesan izlemeleri sırasında davranış ve alışkanlıkların sorulması ve erken dönemde tanı (ikincil korunma)

konularak güvenli ve sağlıklı yaşam davranışlarının yerleştirilmesi gerekmektedir (Özcebe 2007).

Sonuç olarak; adolesan ve genç nüfusunun artması, toplam nüfus içindeki payının artması, gençlerin riskli sağlık davranışlarına yatkınlıkları, psikososyal gelişim sürecinde olmaları ve sağlıklı nesiller yetişmesi adolesanın halk sağlığı açısından öncelikli bir sorun olarak tanımlanmasına neden olmaktadır.

2.2. Adolesanda Büyüme Gelişme

Büyüme ve gelişme döllenmeden başlayarak adolesan döneminin sonuna kadar devam eder. Yaşamın ilk iki yılı içinde hız kazanır. Bu zaman boyunca büyüme ve gelişme hiç durmaz. Büyüme vücuttaki boy ve ağırlık artışı gibi ölçülebilen değerlerle ilgilidir.

Gelişme ise vücuttaki yapı ve işleyişlerin olgunlaşması sonucu bazı biyolojik işlevlerin kazanılmasını ifade eder. Adolesan döneminin başlangıcının habercisi, boy uzamasıdır. Erkek çocuklar doğuştan kızlardan biraz daha uzun boylu olup, bu üstünlüğü 10 yaşlarına kadar korurlar, fakat kızlar da bu yaşlarda erkeklere yetişir. On bir yaşlarından 14 yaşına kadar kızlar daha çabuk uzar. On beş yaştan sonra bu üstünlük erkeklere geçer. Yalnız bireysel farklılıkların olduğunu unutmamak gerekir (Neyzi ve Ertuğrul 2002).

Büyüme ve gelişmede bazı temel kurallar gözlenir. Büyüme baştan ayağa doğrudur. Yani çocuklukta önce baş ve başa yakın organların gelişmesi olur, sonra gelişme sırt, bel ve kalçalarda devam eder. Adolesan döneminde ise, eller ayaklar, kollar ve bacaklar önce büyür. Büyüme ve gelişmenin hızı, miktarı ve zamanı bakımından normal çocuklar arasında önemli farklar bulunmaktadır. Bazı çocuklar daha çabuk büyüyerek akranlarından önce ergenlik dönemine girebilir ve bedence gelişmelerini önce tamamlayabilirler. Beslenmede ve sağlık şartlarındaki iyileşmenin, anne-babaların daha eğitilmiş olmasının ve daha uygun koşullarda yetişmenin sonucu olarak büyüme ve gelişmede olgunlaşma daha erken yaşlara inmiştir. Kızlar için 10, erkekler için 12 yaşları buluş veya buluş öncesi bedensel farklılaşmaların başladığı yıllardır. Bu yaşlarda kız ve erkek çocuklarda iştah artışı görülür. Adeta vücut hızlı geçecek bir büyüme dönemine hazırlık yapmaktadır (Onat 1996).

2.2.1. Adolesanda Fiziksel ve Cinsel Gelişim

Ergenlik toplumlara, dönemlere ve kişiye göre farklı özellikler göstermektedir. Puberte ile ilgili olaylar öngörülen bir sıraya göre oluşur, ancak başlama zamanı ve seyri bireyler arasında oldukça değişkendir. Ergenliğin tüm yönlerini kapsayan ve herkesin yeterli görebileceği bir tanımını yapmak zordur. Yaş gruplamaları arasında da kaynaklarca farklılıklar bulunmaktadır.

Vücut gelişiminde görülen değişiklikler ergenliğin önemli bir bölümünü oluşturmaktadır. Puberte dediğimiz süreçte ergen fiziksel ve cinsel olarak gelişirken üreme yeteneği kazanmaya başlamaktadır. Puberte çağı değişikliklerinin kişisel imaj içine özümsemesi normal ergenlik için çok önemlidir (Kreipe and McAnarney 2001).

Genel olarak bakıldığında ergenlerin çoğu fiziksel gelişime iyi uyum sağlar. Ancak gelişen ve değişen fiziki yapısı ile bütünleşmek zaman alır (Pataki 2007). Hormonal değişiklikler her iki cinste farklı kas ve iskelet gelişimine, yağ dokusu dağılımına ve ikincil cinsel değişikliklere yol açar. Bu dönemde cinsel olgunlaşmaya bağlı olarak gerçekleşen fiziksel değişikliklere gencin uyum yapabilmesi gerekir (Göka 2012).

Pubertede oluşan ana fiziksel değişiklikleri; birincil cinsel özelliklerinin olgunlaşması (gonadlar ve genital organlar), ikincil cinsel özelliklerinin ortaya çıkması (seksüel kıllanma, kızlarda göğüs gelişimi, erkeklerde ses kalınlaşması), vücut yağ dağılımının değişmesi, iskelet gelişimi ve boy uzaması ile kızlarda menstürasyonun, erkeklerde spermatogenezin başlaması oluşturur (Ercan ve ark., 2005).

Cinsel olgunlaşma derecesi Tanner Evreleri olarak bilinir. Evre 1 (prepuberte) ve Evre 5 (yetişkinlik) arasında değişir (Can 2007). Kızlarda ikincil cinsel özellikler pubertenin ilk bulgusu olan göğüs gelişimi (telarş) ile başlayarak pubik kıllanma (pubarş), aksiller kıllanma (aksillarş) ve menarş sırasıyla ortaya çıkmaktadır. Göğüs gelişimi (telarş) primer olarak over kaynaklı östrojen salgısı ile kontrol edilmektedir. Başlangıçta tek taraflı olabilir. Gelişimin tamamlanması ortalama 4 yılda (1,5-9 yıl) gerçekleşir. Östrojen salgısı, ayrıca genital ve uterin olgunlaşma ile vücut yağ dağılımdaki feminizasyonu da sağlamaktadır. Göğüs gelişiminin izleminde Tanner Göğüs Gelişimi Evreleri kullanılmaktadır. Bu evreleme sistemine göre:

Evre 1: İnfantil, gelişme yok;

Evre 2: Meme ve papillada tomurcuklanma, areola çapında artma;

Evre 3: Meme ve areola belirgin olarak büyümüş, areola ve papilla sınırı belirgin değil;

Evre 4: Meme daha kabarmış, areola ikinci bir kabarıklık yapıyor;

Evre 5: Erişkine yakın olarak değerlendirilir.

Türk kızlarında göğüs gelişiminin başlangıç yaşı 10,35 – 10,99 yaş, erişkin evreye ulaşma yaşı ise 15- 15,5 yaş olarak belirlenmiştir.

Kızlarda pubik kıllanma, genellikle göğüs gelişimini izleyen 6 ay içinde başlar. Olguların bir kısmında pubertenin ilk bulgusu olabilir. Kızlarda pubik kıllanma adrenal kökenli androjenlerin etkisi ile oluşur. Erişkin evreye ortalama 2,5 yılda ulaşılır. Apokrin bezlerin gelişmesi (vücut ter kokusu), aksiler kıllanma ve akne oluşumu da adrenal ve over kaynaklı androjenlerin etkisi ile aynı dönemde gerçekleşir. Pubik kıllanmada Tanner Evrelemesi kullanılarak incelenir. Bu evrelemeye göre:

Evre 1: Kıllanma yok;

Evre 2: Labiaların medial kenarında seyrek, hafif kıvrıkcık tüyler;

Evre 3: Koyu renkte, kaba, kıvrıkcık kıllanma, seyrek olarak pubis simfizine yayılmış;

Evre 4: Kaba, kıvrıkcık, miktarca erişkinden daha az kıllanma;

Evre 5: Erişkin dişi tipi bacakların medial kısmına da yayılmış kıllanma olarak kabul edilir.

Türk kızlarında pubik kıllanmanın başlama yaşı ortalama 10,35–10,99 yaş, erişkin evreye ulaşma yaşı ise 13,1–13,9 yaş olarak bulunmuştur. Periyodik vajinal kanamalar, göğüs gelişiminin başlamasından yaklaşık 2-2,5 yıl sonra başlar. Türk çocuklarında ortalama menarş yaşı çeşitli çalışmalarda yaklaşık 12,5 yaş olarak saptanmıştır. Menarşın 10 yaşından önce görülmesi erken, 16 yaşından sonraya kayması ise geç olarak değerlendirilir (Ercan ve ark., 2005).

Menarşı izleyen ilk yıl içinde, menstürasyonların düzensizliğine ve anovuluar özellikte oluşuna sık rastlanır. Ovülasyonun olmadığı bu dönemde disfonksiyonel uterus kanamaları beklenen bir bulgudur (Tekgül 2005). Kızlarda pubertede izlenen diğer değişiklikler; östrojenik etki ile vulva, vajina ve himen

mukoza kalınlaşması, prepubertal dönemde alkali özellik gösteren, vajinal sekresyonun asidik karakter kazanması, mons pubiste yağlanma ve klitoriste hafif büyümedir. Erkeklerde ikincil cinsel özellikler ise testis hacminin artması ile ortaya çıkar. Pubik ve aksiller kıllanma ile spermarş sırası ile gözlenir. Testis hacminin 4 ml'yi veya çapının 2,5 cm'yi aşması pubertenin ilk bulgusu olarak kabul edilir. Ölçüm Prader Orşidometresi ile yapılır. Türk çocuklarında testis boyutunun 4 ml'den büyük olarak saptanma yaşının $11,1 \pm 2,1$ yaş olduğu saptanmış ve aynı çalışmada 17 yaşındaki erkeklerde ortalama testis hacmi $25,0 \pm 0,1$ ml olarak saptanmıştır (Bundak ve ark., 2000).

Pubertede izlenen pubik kıllanma ve genityaly değişiklikleri Tanner Evrelemeleri ile değerlendirilir. Pubik kıllanma açısından;

Evre 1: Kıllanma yok;

Evre 2: Penis kökünde seyrek hafif pigmente, düz veya kıvrıkcık uzunca tüyler;

Evre 3: Kıllanma daha belirgin ve yaygın, kıllar koyu renkte ve kıvrıkcık;

Evre 4: Kıllanmanın dağılımı erişkine benzer, erişkinden daha az;

Evre 5: Kıllanma artmış, bacakların medial kısımlarına da yayılma olarak değerlendirilir.

Türk erkek çocuklarında pubik kıllanmanın başlangıç yaşı ortalama 12,3 yaş olarak saptanmıştır. Genital gelişme açısından;

Evre 1: İnfantil;

Evre 2: Peniste hafif büyüme, skrotum derisinde pigmentasyon başlamış;

Evre 3: Penis boy ve çevresinde belirgin büyüme, skrotumda belirgin pigmentasyon;

Evre 4: Peniste büyüme devam ediyor, skrotum pigmentasyonu ve pürtüklenme belirgin;

Evre 5: Erişkin büyüklükte penis, skrotum da erişkin görünümü olarak kabul edilir (Bundak ve ark., 2000).

Spermatogenez histolojik olarak 11-15 yaşlar arasında saptanabilir. Sabah ejakülasyonu 13,3 yaş civarında görülür. Spermarşın; testis hacmi, pubik kıllanma evresi ve penis boyu ile ilişkisi zayıftır. Sperm boyut ve sayısının erişkine benzer hal alması ancak kemik yaşının 17'ye ulaştığı dönemde gerçekleşir. Erkeklerde

pubertede görülen diğer bir değişiklik sesteki kalınlaşmadır. Ses tellerinin uzaması ve larenksin, krikotiroid kıkırdağın ve larenks kaslarının büyümesi seste kalınlaşmaya yol açar. Bu değişim genellikle 13,9 yaşında başlar ve erişkin ses özelliklerine 15 yaş civarında ulaşılabilir (pubertenin 3-4 evreleri arasında) .

Yüz kılları 15 yaşından itibaren üst dudak ve zigomatik çıkıntılardan başlayarak ortaya çıkar. Erkek adolesanların % 4-69'unda pubertenin erken evrelerinde tek ya da çift taraflı glandüler meme gelişimi saptanabilir. Glandüler meme dokusu olguların çoğunluğunda 2 yıl içerisinde geriler (Ercan ve ark., 2005).

2.2.2. Ergenlikte Bilişsel ve Psikososyal Gelişim

Ergenlerin bilişsel gelişimi yalnız kendilerini ailelerini, yaşlılarını ve öğretmenlerini değil dünyalarını görme biçimi üzerinde önemli etkiler taşır. Tüm düşünce süreçleri değişir, gittikçe artan bir şekilde geleceğe yönelik ve soyut düşüncelerle ilgili olurlar. Cinsellik, din ve ahlak gibi konularla ilgili gerçekten kendilerine ait bir takım değerler edinirler (Sarı 2006).

Piaget'in çocuklarda zeka ve düşüncenin gelişimini açıklayan önemli araştırmalarına göre 12 yaşlarından başlayarak çocuklarda soyut düşünme yeteneği hızlı bir gelişme gösterir. Çocukluğun somut düşünme biçimi yerini soyut kavramlarla ve simgelerle düşünmeye bırakır. Genç deneyimine ve algılamasına bağlı olmaksızın mantıklı düşünce ilkelerini kullanarak uslamlama yapabilir, genellemelere gidebilir, sonuçlara varabilir. Piaget'in deyimi ile bu düşünce biçimine "formal operation" denir ve 16-17 yaşlarında doruğuna varır. Bu, erişkinin kullandığı mantıklı ve soyut düşünce biçimidir. Başka bir deyişle, kavramları kullanarak yeni kavramlar ve düşünceler üretebilme yeteneğidir, yaratıcı ve üretici düşünce biçimidir. Ergenlik çağından başlayarak gençler soyut düşünce yetilerini kullanarak anne babalarının davranışlarını yeniden değerlendirmeye başlarlar. Onların doğru dediklerinin her zaman geçerli olmadığını görürler, tutarsız davranışları daha iyi ayırt eder, çelişkileri sezerler, tartışmaya girer, eleştirirler. Genç bunu yaparken kendine özgü bir ahlak anlayışı, tutarlı bir değer sistemi yaratmaya çalışmaktadır (Yörükoğlu 2004).

Kimliğin kazanılması, ergenlik döneminin en önemli psikososyal yönüdür. Gencin bu dönemde sağlam bir kimlik duygusu geliştirebilmesi gerekir. Kimliğin en

kısa tanımı "kişinin kim olduğunun ve nereye gittiğinin farkında olması"dır. Yani ergenin "ben kimim?" sorusuna cevap verebilmesidir (Göka 2012).

Erken, orta ve geç adolesan olarak tanımlanan psikososyal gelişim evreleri ve yaklaşık olarak gerçekleştiği yaşlar aşağıda belirtilmiştir (Ercan 2005):

Tablo 1. Adolesanların psikososyal gelişim evre yaşları

Psikososyal Gelişim Evreleri	Yaş
Erken Adolesan	10-13 yaş
Orta Adolesan	13-17 yaş
Geç Adolesan	17-20 yaş*

* Özellikle üst sınır, kültürel ve ekonomik faktörlere ve eğitim koşullarına göre değişkenlik gösterebilir.

2.2.2.1. Erken Adolesan Dönem

- **Kognitif (Bilişsel) Gelişim**

Fiziksel karakteristiklerin hızlı olarak değiştiği bu dönemde sebep ve uzun vadeli sonuç ilişkisi kurulamaz. Diğer bir deyimle düşünce biçimi somuttur. Gerçekçi olmayan veya idealistik gelecek planları yapılıdır.

- **Kimlik**

Hızlı gerçekleşen fiziksel değişiklikler nedeni ile vücut imajı (beden imgesi) ile aşırı ilgilenme ve normalliğin bedendeki değişikliklerin yaşlılarla karşılaştırılarak araştırılması söz konusudur.

- **Aile**

Aile ile ilişkilerde bağımlılıktan bağımsızlığa doğru bir geçiş dönemi yaşanır. Aile aktivitelerine ilgi azalır, ebeveynlerin kusurlarının farkına varılır. Nasihat ve eleştiriler istenmez ve aile ile minimal çatışma vardır.

- **Yaşlılar**

Yaşlılar ile ilişki başlıca aynı cinsten bireylerle arkadaşlık edilmesi şeklindedir. Erken adolesan döneminde her sağlıklı gelişim gösteren adolesanın kendi cinsinden "en iyi" bir arkadaşının bulunması beklenir. Hatta bu özellik sağlıklı gelişimin önemli bir kriteri olarak değerlendirilir.

- **Cinsellik**

Cinsellik açısından karşı cinsle ilişkinin sınırlı olduğu ve puberte gelişimine bağlı değişikliklerinin keşfedilerek değerlendirilmeye çalışıldığı bir dönemdir. Özellikle erkek çocuklarda cinsel duygular mastürbasyon veya bayağı konuşmalar ve çirkin şakalarla giderilmeye çalışılır (Ercan 2005).

2.2.2.2. Orta Adolesan Dönemi

Yaşıt grubu davranışının egemen olduğu bir dönemdir.

- **Kognitif Gelişim**

Sekonder seks karakteristiklerin ilerlediği ve büyümenin yavaşladığı bu dönemde soyut düşünce biçimi olgunlaşır. Ancak bu dönemdeki adolesan baskı altında kaldığı takdirde gelişimi geriler. Artık sebep ve uyum vadeli sonuç ilişkisi kurulmaya başlanmış olsa da fiziksel gelişim nedeni ile adolesanın kendini ölümsüz, kudretli ve karşı konulamaz hissetmesi nedeni ile riskli davranışlara eğilim söz konusudur. Adolesanın kendini böyle hissetmesi, adolesanın “kişisel masalı” olarak tanımlanır.

- **Kimlik**

Artık fiziksel değişiklikler açısından rahatlamış olan adolesan daha çok ne giyeceği, nasıl makyaj yapacağı, saçını nasıl jöleleyeceği vb. üzerinde zaman sarf eder. Kognitif gelişimin etkisi ile idealizm ve fanteziler önem kazanır.

- **Aile**

Bazı adolesanlar için aile ile ciddi çatışma söz konusudur. Hatta bu dönem aile ile “geçici bir sakatlık” dönemi olarak da adlandırılır. Bu dönemde bağımsızlık iç güdüsü zirvededir. Oluşturduğu değişik giyim, saç, konuşma şekli vb. özelliklerle de ebeveynlerinden gerçekten farklılaştığını düşünen adolesan, ailesinin farklı bir birey olma süreci içinde olduğunu anlayıp destek olmaması durumunda, bunu kabul ettirme çabası için de işi ebeveynlerini aşağılamaya kadar vardırır. Bu durumda ailesi ile ılımlı ilişkiye girmesi bağımsızlığı, diğer bir deyimle ayrışmanın sağlanması açısından bir tehdit oluşturduğundan adolesanın tepkileri çok şiddetli olabilir. Ancak bu durum adolesanların ancak % 20'sinde gözlenir.

- **Yaşıtlar**

Yaşıtların en etkili olduğu dönemdir. “Grup kimliği” henüz bireysel kimlik gelişmemiş olsa da aileden ayrılma çabasının göstergesidir. Yaşıt grubu, popüleritenin ve kabul edilebilirliğin araştırıldığı, kişisel gücün sınırlarının anlaşılmasına ve merakın giderilmeye çalışıldığı ve biraz da grup baskısı nedeni ile yasakların delindiği “arena”yı ve “ayna”yı oluşturur. Aynayı oluşturur çünkü bu dönemdeki adolesanın ne yaptığı öğrenilmek isteniyorsa arkadaşlarının ne yaptığını öğrenmek yeterli olur.

- **Cinsellik**

Karşı cinse ilgi ve özellikle erkeklerde üreme iç güdüsü artmıştır. Romantik fanteziler güçlüdür. Fiziksel çekicilik ve popülerite karşı cinsle birliktelik sebeplerini oluşturur. Karşı cinsin ilgisini çekmek için gerekli özellikler oldukça “narsistik” ve yüzeysel bir yaklaşımla araştırılır (Ercan 2005).

2.2.2.3. Geç Adolesan Dönemi

Kimlik gelişimi ve ayrışma için gösterilen çabanın son dönemidir.

- **Kognitif Gelişim**

Soyut düşünebilme % 60 oranında gerçekleşmiştir. Düşünce biçimi soyuttur (Formal operasyonel düşünce gelişmiştir). Geleceğe yönelik bir perspektif söz konusu olup, amaca yönelik olarak erteleme ve uzlaşma yeteneklerine sahiptir. Mantıklı ve gerçekçi bir bilinç gelişir. Ahlaki, dini ve cinsellikle ilgili değer yargıları oluşmuştur.

- **Kimlik**

Bağımsızlık tam olarak kazanılmıştır. Bağımsızlık sağlama alınmış hissedildiğinden artık ebeveynlerin değer yargıları tekrar önemsenmeye başlanır.

- **Aile**

Aile ile ilişki yetişkin-yetişkin modeli şeklindedir. Ayrışma-bireyselleşme süreci tamamlanmıştır ve artık ailenin yardımını alabilir.

- **Cinsellik**

Sabit ilişkiler kurulur. Narsistik oryantasyonun yerini karşısındakinin de önemsendiği durum alır. Aile kurma ve evlilik planları yapılmaya başlanır. Anlaşılacağı üzere adolesan döneminde fiziksel değişikliklerin sonucu olarak

gelişen tam cinsel fonksiyon yanında, benlik saygısının ve kendine ait değerler sisteminin oluşmasını içeren kimlik gelişimi, yetişkinlerden, özellikle ebeveynlerden psikolojik bağımsızlığın sağlanması, gelecekteki ekonomik bağımsızlık için becerilerin kazanılması, aile dışındaki bireylerle ilişkilerin geliştirilmesi ve cinsel oryantasyon gerçekleşmektedir. Bunları bir bakıma adolesan için erişkin olabilmek uğruna başarılması gereken görevler olarak kabul edebiliriz (Ercan 2005)

Tablo 2. Ergenlerin psikososyal gelişim dönemleri

	Erken Ergenlik Dönemi	Orta Ergenlik Dönemi	Geç Ergenlik Dönemi
Bağımsızlık	Aile aktivitelerine ilgisizlik çok farklı	Aile ile çatışmalara pik noktasına ulaşma	Ailenin tavsiye ve değer yargılarını kabullenme
Vücut İmajı	Pubertal değişimler hakkında endişelenme görünümü hakkında emin olmama	Vücut görüntüsünün kabul edilmesi daha cazip vücut görünümü için ilgi gösterme	Pubertal değişimlerin kabulü
Akranlar	Aynı cinsiyette Arkadaşlarla yakınlaşma	Akran değerlerinin kabulü, cinsel aktivite deneyiminde artış vakit ayırma	Akranlar daha az önemli ve derinlemesine ilişkiler daha fazla
Kişilik Gelişimi	Soyut kavramlarda gelişme hayal kurma, gerçekçi olmayan meslek seçimleri, gizlilik için artan istek, dürtülerinin kontrolünde eksiklik	Duygusalılıkta artış Entelektüel kapasitede artış, güçlü olma duygusu, riskli davranışlar	Uygulanabilir, gerçekçi, meslek seçimleri, sosyal, dinsel, cinsel ve ruhsal değer yargılarının değerlendirilmesi, uzlaşmada artış, sınırlarını belirleme

Kaynak: Özcebe H. (2002a). Birinci Basamakta adolesan sorunlarına yaklaşım. Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi 11(10): 374-377.

2.3. Üniversite Gençliği

Yüksek öğrenim yıllarına rastlayan 18–25 yaşları arasına, günümüz gelişim psikologları değişik adlar vermektedirler. Bu dönemi gelişmiş toplumlarda kimileri “gecikmiş ergenlik” olarak adlandırırken, kimi de “genç yetişkinlik” olarak tanımlamaktadırlar. Üniversite yıllarını kapsayan bu dönem bireyin ergenlik çağını geçip genç yetişkin olabilmek için çabaladığı dönemdir (Kılıççı 2006).

Bir toplumda üniversite gençliği, toplumun sosyo-kültürel yapısının en dinamik unsurudur. Üniversite gençliğini, diğer genç gruplarından ayıran en önemli özellik, onların geleceğin bilgili yönetici ve karar verici adayları olmasıdır. Başka bir ifade ile üniversite gençliği, gelecekte alacağı görevlerle ülkenin üst yönetimini, eğitim ve öğretim bakımından üst sosyal tabakasını oluşturacaktır (Uygun 2004).

Üniversite yaşamı, gerek ülkemizde gerekse diğer ülkelerde stres ve kaygı yaratan bir ortam niteliği taşımaktadır. Üniversite öğrencisi, birey olarak kendi sorunları, gelişme sorunları olan bir kişidir. Üniversite öğrencisi ne yetişkindir ne de çocuktur. Çocukluktan yetişkinliğe geçme döneminin sıkıntılarını taşımaktadır. Kendi kimliğini bulma, toplumsal yönden yerel ve çocukluk döneminin değerleri ile daha geniş toplumun ulusal ve evrensel değerlerini benimseme ve uzlaştırma, toplum değerlerine uyum sağlama, sosyal olgunluğa erişme durumundadır. Üniversite gençleri, sosyal olgunluğa erişmenin iki önemli boyutu olan “bağımsızlık” ve cinsel kimliğine uygun olan davranışları kazanmak zorundadır. Bağımsızlık, kişinin otonom hale gelebilmesi, kendi kendini yönetmesi, toplumun genel ve evrensel değerlerine, kişisel niteliklerine, mevcut durum ve koşullara uygun bağımsız ve gerçekçi kararlar alabilmesi anlamına gelir. Bazen yanlış yorumladığı şekilde, bağımsızlık kişinin aklına estiği gibi davranması, toplumun, diğer insanların ve ailesinin aksine düşünce üretmek ve davranmak değildir. Aksine bağımsızlık, rasyonel düşünme, topluma karışma ve onun bir üyesi haline gelme, kültürlenme ve sosyalleşme sürecidir. Bu sosyalleşme, topluma uyum sağlama sürecinde, bireyin davranışlarını yönlendirme yönünden daha etkili hale gelir (Doğan 2004, Özgüven 1992).

Bağımsızlık yanında diğer önemli bir husus üniversite öğrencilerinin cinsel kimliklerini kazanmalarıdır. Cinsel kimliğin kazanılması, ergenlik döneminde ortaya çıkan cinsiyete özgü fiziksel ve hormonal değişiklikleri, iki cins arasındaki belirgin farkları psikolojik olarak kabul etmek, kendi cinsine ilişkin davranış biçimlerini, cinsiyet rollerini benimsemek, karşı cinsle yakın ve sağlıklı ilişkiler kurabilmektir. Cinsel kimliğin kazanılması ile ilişkili olarak, karşı cinsten arkadaş seçmek, eş seçmek ve evlenmek gibi hususlar öğrencilerin vereceği önemli kararlar arasında yer almaktadır (Özgüven 1992).

Üniversite öğrencilerinin önemli bir sorunu da kendi “benliğine” ilişkin kimliğini kazanmasıdır. Benlik, kişinin “ben neyim?” ve “ben kimim?” gibi sorulara verdiği cevaptır. Bireyin bir cinsiyet grubunun içinde bir kişi, bir meslek grubunun, ailenin ve bir toplumun üyesi olarak bu sorulara verdikleri cevaplar, kendisinin yeterli veya yetersiz olduğu hakkındaki kişisel algıları, bireyin kimliğinin temellerini oluşturur. Bireyin kimliğini bulma süreci, hemen her gencin yaşadığı bir çaba, bir mücadeledir. Kimliğini bulma süreci içinde, bireyin ailesine bağlılığı azalır. Birey bağımsız bir kişi olarak toplumsal değerleri yeni baştan gözden geçirir ve kendisinin ne olduğu hakkında belirli algılar geliştirir. Benliğini kazanır ve kendisine bir yol çizmeye çalışır (Özgüven 1992).

Üniversiteli genç nerede, ne yiyeceği, alkol, sigara ve uyuşturucu hakkındaki kararı, hangi sosyal gruplara gireceği ne zaman ve nereden tıbbi yardım alabileceği gibi birçok konuda kişisel kararlarını verme sorumluluğuyla karşı karşıyadır. Ayrıca gençlerin birçoğu yeterli fiziksel aktivitede bulunmamakta, akademik yaşantılarında artan talepler nedeniyle yoğun stres yaşamakta ve beslenmelerine gereken özeni göstermemektedirler. Kısacası öğrencilerin yaşam tarzını oluşturan davranışlar optimal sağlıkla ilişkili değildir. Bütün bu koşullar gencin fiziksel ve ruhsal sağlığını dolayısıyla iyilik halini olumsuz olarak etkilemektedir (Doğan 2004).

Yüksek öğrenim yılları, geç ergenlik ve yetişkinliğin ilk yılları, birçok yaşam tarzı kararının alındığı bir zaman dilimidir. Bu dönem akıllı kararlar alındığında sağlığa zararlı davranışlar yerine sağlığı güçlendirici seçimlerin yapılabileceği bir zamandır (Doğan 2004).

2.4. Riskli Sağlık Davranışları

Tüm gençler büyümenin normal bir parçası olarak risk alma davranışları gösterirler. Risk, gençlerin sağlıklı ve iyi halde olma durumlarına herhangi bir şekilde zarar veren durumlar olarak tanımlanabilir. DSÖ, sağlık açısından riski; “olumsuz bir sonucun gerçekleşme olasılığı veya bu olasılığı arttıran faktör” şeklinde tanımlanmaktadır (World Health Report 2002). Çağdaş halk sağlığı anlayışında insanların hasta olmalarını beklemek yerine önlem almak ve olası riskleri ortadan kaldırmak geçerlidir (Polatkan 2007).

Davranış ise; bireysel olarak, kişinin olaylara ve durumlara karşı uyguladığı tutumdur. Toplumsal davranış, bir toplumda ya da toplumsal kümede, genellikle alışkanlık durumuna gelen ve hemen herkeste aynı biçimde görülen eylem türüdür (Öztek 2001).

Riskli bir davranış ergenin arkadaşları tarafından kabul edilmesini ve ona saygı duyulmasını sağlayabilir. Bir diğeri için aileden kopmanın ve otonomi kazanmanın bir yolu olabilir. Bir başkası için toplumsal normlara karşı çıkma göstergesidir veya anksiyete, öfke ve kaybetme duygularıyla baş etme yöntemidir. Ayrıca riskli davranışlar ergenin kimlik gelişimine ve olgunlaşmasına aracılık edebilmektedir (Alikashiöglu 2005, Aras ve ark., 2007).

Davranışların gelişme süreci değerlendirildiğinde, risk alma davranışları gençlerin amaçlarına yöneliktir. Gençler sıklıkla risk alma davranışlarını bir sorun olarak değil bir çözüm olarak görmektedirler. Bu paradoks, gençlerin risk alma davranışlarının açıklanmasına yardımcı olmakta, ancak yüksek risk alma davranışı gösteren gençlerin yönetimini zorlaştırmaktadır. Çünkü gençler çözüm yollarını kolay kolay bırakmazlar (<http://sbu.saglik.gov.tr>, Erişim tarihi: 27 Aralık 2011).

Risk alma davranışları sosyoekonomik durum, ırk, cinsiyet gibi faktörlerle bağlantılıdır.

Surlu ve Özcebe (2002) ergenlerin yüksek risk davranışına neden olan durumları; fiziksel sağlık, okulla ilgili sosyal durum, duygusal durum, alkol ve ilaç kullanımı, ailevi durum, cinsel sorunlar gibi faktörlerle açıklamıştır.

Uluslararası Sağlık ve Sosyal Bilimler Formunun yaptığı araştırma sonuçlarına göre;

- Dünyada küresel hastalık yükünün yaklaşık % 10'unu 10-19 yaş grubundaki gençlerin sorunları oluşturmaktadır.
- Adölesanlar arasında beslenme bozuklukları (aşırı diyet, obezite, bulimia, anoreksiya) giderek artmaktadır.
- Dünyada ilk cinsel ilişki yaşı düşmektedir. Gençler arasında kontraseptif kullanımı oldukça düşük olup kullanılanlar da genellikle geleneksel yöntemlerdir. Her yıl meydana gelen 14 milyon adölesan gebeliğın yaklaşık üçte ikisi planlanmamış gebeliklerdir.

- Dünyada 15-19 yaşlar arasında 14,3 milyon anne bulunmakta olup bu anneler, 20 yaşın üzerindekiilere kıyasla, gebelik ve doğuma bağlı nedenlerle iki kat daha fazla ölmektedir. Anne ölümleri, 19 yaş ve altındaki grupta ise beş kez daha fazla meydana gelmektedir.
- Her yıl güvenli olmayan 20 milyon düşük vakasının % 25'ini 15-19 yaş kızlar oluşturmaktadır.
- Dünyadaki 340 milyon cinsel yolla bulaşan hastalığın üçte biri adolesanlar arasında görülmekte olup, her gün yaklaşık yarım milyon genç insan bu hastalıklara yakalanmaktadır. Bu da günde yaklaşık her 20 gençten biri demektir.
- Dünyada, yılda görülen 2,4 milyon yeni HIV enfeksiyonunun yaklaşık yarısı 15-24 yaşlar arasında görülmektedir. Her gün, 4 bin gencin HIV/AIDS ile teması olduğu tahmin edilmektedir.
- Dünyada, bu yaş grubunda intiharlar ikinci sırada olup geçen her 5 dakika içinde 40 genç insanın intihara teşebbüs ettiği tahmin edilmektedir.
- İçki içmeye 15 yaş ve altında başlamış olan gençlerin ileride alkolik olma olasılığı 21 yaş ve sonrasında başlayanlara göre dört kat daha fazladır.
- Kötü sosyoekonomik koşullarda yaşayan gençler arasında davranışsal sorunların görülmesi ve psikiyatrik bozukluklara yakalanma olasılığı daha yüksektir.
- Güneydoğu Asya'da 13-15 yaş arası erkek adolesanların %30'u tütün ürünleri kullanmaktadır. Bu sonuç da, özellikle gelişmekte olan ülkelerde tütün endüstrisinin gençleri sigaraya alıştırmaya çabalarının ne kadar başarılı olduğunun bir göstergesidir (Sarı 2006).

Adolesan dönem riskli sağlık davranışları şu başlıklar altında incelenebilir:

- Sigara kullanımı
- Alkol kullanımı
- Uyuşturucu madde kullanımı
- Şiddet
- Üreme sağlığı ve cinsel yaşam
- Beslenme
- Fiziksel aktivite

- Depresyon ve intihar
- Motorlu araç kullanma

2.4.1. Sigara Kullanımı

Sigara kuşkusuz günümüzün en önemli halk sağlığı sorunlarından birisidir. Sigaranın neden olduğu ciddi sağlık sorunlarının ergenlik döneminde değil de ileri yaş döneminde görülmesi ergenlerin sigara içme davranışlarından vazgeçmelerinin önünde bir engel oluşturmaktadır (Özcebe 2002b).

Tütün kullanımı, dünyada en sık görülen sekiz ölüm nedeni arasında olan iskemik kalp hastalığı, serebrovasküler hastalıklar, alt solunum yolu enfeksiyonu, kronik obstrüktif akciğer hastalığı, tüberküloz, akciğer kanseri için risk faktörüdür. Türkiye sigara tüketiminde Avrupa ülkeleri arasında üçüncü, dünya ülkeleri arasında onuncu sıradadır (WHO 2008).

DSÖ sigarayı dünyanın en hızlı yayılan ve en uzun süren salgını olarak tanımlamaktadır (Çan ve ark 2007). DSÖ'ne göre Türkiye'de 13-15 yaş grubu erkek adolesanlarda sigara içme sıklığı % 14,4 kız adolesanlarda % 7,4'tür (WHO 2009). Gençler sigarayı sosyal çevre edinmenin ve yalnızlıktan kurtulmanın bir aracı gibi algılayabilmektedir. Arkadaşlar ve grup arasında kendine yer bulma isteği de sigaraya başlamada önemli bir etkidir (Göksel ve ark., 2001; Akdur 2009). Evdeki büyüklerin sigara içmesi, sevilen veya önemsenen kişilerin sigara içmeleri, okul başarısızlıkları, kötü sosyo-ekonomik koşullar, aile içi çatışmalar ve sevgisizlik, yalnızlık duygusu, alkol-uyuşturucu madde kullanımı ve stres gibi sosyal ve psikolojik nedenler çocukların okul yaşlarında sigaraya başlamasında rol oynayan diğer etmenler olarak gösterilmektedir (Pıçakçıefe ve ark., 2007).

Sigara kullanımı beraberinde eş zamanlı davranış değişikliklerini de getirebilmektedir. Birçok çalışmada ergenlerde sigara kullanımı ile diğer risk alma davranışları arasında ilişki olduğu ileri sürülmektedir. Sigara içen ergenlerin hiç içmeyenlere oranla yaşam boyu madde kullanımı, fiziksel bir kavgaya karışma, intihara teşebbüs ve riskli cinsel davranışta bulunmaya dair bildirimleri daha fazladır. Ayrıca çalışmalarda içilen sigara sayısına dolayısı ile doza bağlı olarak madde kötüye kullanımı arasında ilişki olduğu ileri sürülmektedir (Karatay 2004; Camenga ve ark., 2006).

Gençlerde sigara içme oranlarını saptamaya yönelik DSÖ, CDC, UNICEF ve Milli Eğitim Bakanlığı ile işbirliği içerisinde düzenlenen Küresel Gençlik Tütün Araştırmasına 61 ilimizde 202 okulda eğitim gören toplam 15,957 öğrenci katılmıştır. Bu çalışma sonunda öğrencilerin % 29,3'ünün sigara içmeyi denediği, % 9,1'inin halen sigara içtiği, sigarayı deneyenlerin % 29,5'inin sigaraya 10 yaşından önce başladığı ve hiç sigara içmemiş olanların da % 7,7'sinin önümüzdeki yıl sigaraya başlamayı düşündüğü bulunmuştur. Bu sonuçlar sigaranın ülkemiz için önemli bir halk sağlığı sorunu olduğunu göstermektedir (Ergüder ve ark., 2003).

Ülkemizde, 7 Kasım 1996 tarihli, 4207 Sayılı Tütün Mamullerinin Zararlarının Önlenmesine Dair Kanun bulunmaktadır. Kanunun amacı kişileri ve gelecek nesilleri tütün ürünlerinin zararlarından, tütün ürünlerinin alışkanlıklarını özendirici reklam, tanıtım ve teşvik kampanyalarından koruyucu tertip ve tedbirleri almak ve herkesin temiz hava soluyabilmesinin sağlanması yönünde düzenlemeler yapmaktır (<http://www.mevzuat.adalet.gov.tr/html/875.html>, Erişim tarihi: 02 Haziran 2012).

Ayrıca kanun toplu yaşam yerlerinde sigara içmeyi, yazılı ve sözlü medyada tütün ve ürünlerinin reklam ve tanıtımını da yasaklamaktadır. Bunun yanı sıra 18 yaşından küçüklere tütün ve tütün mamulleri satışının yapılamayacağı da kanunda belirtilmiştir. Tütün kullanımına ilişkin son düzenlemelerin 2008'de yapıldığı yasada, koruyucu önlemlerin artırılması, kontrolün sağlanması, kullanım alanlarının daraltılması ve ceza önlemlerinin artırılması halk sağlığı için atılmış önemli bir adım olarak görülmektedir.

2.4.2. Alkol Kullanımı

Alkol, yapıldığı ürünlerin yetiştirildiği bölgeler başta olmak üzere binlerce yıldır üretilmekte ve içilmektedir. Alkollü içkiler aynı zamanda ilaç olarak kullanılmış ve bu uygulama 20. yüzyılın başlarında modern tıbbın gelişmesine kadar devam etmiştir (Anderson 2006).

Alkol, ergenler arasında mortalite ve morbiditenin önemli nedenlerindedir (Danatti and Brook 2004). Tüm dünya ülkelerinde olduğu gibi, ülkemizde de en önemli sağlık sorunlarından biridir. İnsan vücuduna zararlı etkileri olan alkol, kolay ulaşılabilir olması, toplumdaki kullanım sıklığının artması ve uzun bir kullanım

döneminden sonra insanı yavaş yavaş zehirlemesi nedeniyle büyük bir toplumsal tehlike oluşturmaktadır (Sağlık Bakanlığı 2002).

DSÖ'nün tanımına göre alkolik, içkinin işine değil, işinin içki içme isteğine engel olduğunu düşünen kişidir (Aksoy 2006).

Gençler kendilerinin ya da diğer insanların içki içmesinin yaratacağı fiziksel, emosyonel ve sosyal zararlara daha yatkındır. Yüksek riskli içicilik, şiddet, güvenli olmayan cinsel davranış, trafik ve diğer kazalar, kalıcı sakatlıklar ve ölüm arasında güçlü bağlantılar vardır. Genç insanların alkole bağlı problemlerinin sağlık, sosyal ve ekonomik açıdan maliyetleri toplum için büyük bir yük oluşturmaktadır (Gençlik ve Alkol Deklarasyonu 2001).

DSÖ'ye göre; dünya genelinde 2 milyar insan alkollü içecekler kullanmaktadır. Lise öğrencilerinin yaklaşık olarak 1/3'ünün 13 yaşından önce alkol kullanmaya başladıkları belirtilmektedir (Taşçı ve ark., 2005). Düşük ve orta gelirli ülkelerde yaşayan 13-15 yaş ergenlerde alkol kullanma oranı kızlarda % 14, erkeklerde % 18'dir (WHO 2011a).

2002 Dünya Sağlık Raporu'na (Riskleri Azaltmak, Sağlıklı Yaşamı Arttırmak) göre alkol, sağlık açısından 10 temel risk faktöründen biridir. Dünya çapında alkol, küresel hastalık yükünün % 4'üne eşit olup, ki bu oran Amerika ve Avrupa'da en yüksektir, yılda 1,8 milyon kişinin ölümüne neden olmaktadır. Tüm dünyada alkolün özefajial kanserlerin, akciğer hastalıklarının, epilepsinin, motorlu araç kazalarının, intihar ve diğer kasıtlı yaralanmaların % 20-30'una sebep olduğu tahmin edilmektedir. DSÖ, dünya çapında, 15–29 yaşları arasındaki genç ölümlerinin % 5'inin alkol kullanımına bağlı olduğunu ve 140 milyon insanın alkol bağımlılığından şikayet ettiğini belirtmektedir (World Health Report 2002).

2.4.3. Uyuşturucu/Uyarıcı Madde Kullanımı

Ergenlik çağında görülen madde kullanımı eğlence amaçlı kullanımdan bağımlılığa geçiş olabildiği için ciddi sonuçları nedeniyle özel bir yer tutmaktadır (Kalkınım 2009). Bu nedenle ergenlikte madde kullanımını anlayabilmek için temel etmenlerin kişilik, aile ve akran belirleyicilerinin göz ardı edilmemesi gerekmektedir. Eğer kişilik, aile ve akranların olumsuz etkileri varsa ergenin madde kullanma olasılığı artmaktadır. Eğer bu etmenlerden bir tanesi yeteri kadar güçlü bir olumsuz

etkiye sahipse, diğerlerinin olumsuz etkileri minimal olsa dahi yine ergende madde kullanma olasılığı yüksektir. Bu etmenlerden bir veya daha fazlası güçlü pozitif etki gösteriyorsa, ergen yüksek risk altında olsa dahi bu onu madde kullanımına karşı koruyabilmektedir (Tamal ve Ögel 2005).

Madde bağımlılığı, doğal ya da sentetik bir ilacın veya maddenin yinelenen bir biçimde alınması sonucu kişiye veya topluma zarar veren, sürekli bir zehirlenme durumu olarak tanımlanır (WHO 2000). Bağımlılık bir sendromdur. Bağımlılık tanısı koymak için DSM 4'e (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) göre aşağıda yer alanlardan 3'ünün bulunması yeterlidir:

- Tolerans gelişmesi: Aynı etkiyi sağlamak için kullanılan maddenin dozunun giderek artmasıdır.
- Yoksunluk belirtileri: Madde eksildiğinde ya da azaldığında ortaya çıkan belirtilerdir.
- Sık başarısız bırakma girişimleri: Madde kullanımını denetlemek ya da bırakmak için yapılan ama boşa çıkan sürekli çabalar. Kişi bırakır yeniden başlar.
- Maddeyi sağlamak , kullanmak ya da bırakmak için büyük zaman harcama.
- Madde kullanımı nedeniyle sosyal, mesleki ve kişisel etkinliklerin azalması ya da tamamen bırakılması.
- Maddenin tasarlandığından daha uzun ve yüksek miktarda alınması.
- Fiziksel ya da ruhsal sorunların ortaya çıkmasına ya da artmasına rağmen madde kullanımını sürdürme (Ögel 2001).

Merkezi sinir sistemini etkileyerek, kullanan kişinin ruhsal ve fiziksel dengesini bozan, kişide fiziksel ve ruhsal bağımlılığa yol açan, kişisel ve toplumsal yönden ekonomik ve sosyal çöküntü oluşturan maddelere uyuşturucu maddeler denir (Evren 2008).

Uyuşturucu maddelerin sınıflandırılması şu şekildedir (Ögel 2001):

- Opiyatlar; Morfin, eroin, kodein, metadon,
- Uyarıcılar; Kokain, ecstasy, kafein
- Merkezi Sinir Sistemini Baskılayanlar; Barbitüratlar, akineton, benzodiazepin
- Halüsinojenler; meskalin, dietiltriptamin
- Uçucu maddeler; Tiner, benzen, bali, gazolin

- Esrar ve benzerleri
- Fensiklidin

Geçtiğimiz on yıl boyunca gençler arasındaki uyuşturucu kullanımı çok ciddi bir artış göstermiştir. Yüksek boyutlardaki uyuşturucu kullanımı; şiddet ve suç oranlarında yükselmeyi, HIV/AIDS hastalıklarına yakalanma oranında artışı ve sosyal yapıda çökme gibi problemleri de beraberinde getirmiştir. Uyuşturucu bağımlıları toplumun her kesiminden gelebilmekle birlikte; erkekler kadınlara, evliler bekarlara, şehirde oturanlar kırsal kesimde oturanlara, gençler yaşlılara oranla daha fazla uyuşturucu kullanmaktadırlar (<http://candidates2003.emcdda.europa.eu> Erişim tarihi: 27 Ocak 2011).

Türkiye’de Madde Kullanımı ve Bağımlılığı Profili Araştırması 2002 sonuçlarına göre; yaşam boyu en az bir kez madde kullandığını belirtenlerin oranı % 1,3’tür. Erkeklerde kadınlara göre, 15–24 yaş grubunda ise 25 yaş üstüne göre madde kullanım yaygınlığı daha yüksek olarak bulunmuştur (Mollahaliloğlu ve ark., 2007).

Madde bağımlılığının risk alma davranışları ile birliktelik göstermesi önemlidir. Kullanılan alkolün ve maddenin etkisi ile motorlu taşıt kazalarının meydana geldiği bilinmektedir. Bunun yanı sıra alkol ve madde kullanımı adolesan dönemde şiddet, intihar, depresyon, cinsel yolla bulaşan hastalıklar ve istenmeyen gebelikler gibi birçok problemle birliktelik gösterir (Dattani and Brook 2004).

Uyuşturucu madde kullanımının yasadışı olması yapılan araştırmalarda güvenilir verilerin elde edilmesine engel teşkil etmektedir.

2.4.4. Şiddet

Olweus’a göre şiddet; bir kimsenin fiziksel ya da bir nesne kullanarak bir başkasını göreceli olarak ciddi sayılabilecek biçimde yaralaması ya da zarar vermesidir. Şiddet bir saldırganlık biçimidir. Ana unsuru fiziksel güç kullanmaya dayalıdır (Yalçın 2004).

DSÖ’nün 2002 yılında yayınladığı Şiddet ve Sağlık Raporu’nda şiddet, "gücün ya da fiziksel kuvvetin; tehdit yoluyla ya da gerçekte; fiziksel zarar, ölüm, psikolojik zarar, gelişme engeli ya da yoksunluğa neden olacak şekilde; kendine, bir başkasına ya da bir grup veya bir topluma karşı niyetli biçimde kullanılması" olarak tanımlanmaktadır (www.ttb.org.tr, Erişim tarihi: 26 Aralık 2011).

Dünya ve bölgelerin istatistiklerine göre şiddet sonucu etkilenen dezavantajlı gruplar arasında gençler, kadınlar ve çocuklar yer almaktadır. Halk sağlığı çalışmaları göstermektedir ki, gençlerde şiddet devam eden ve yayılan bir sorundur. Adölesanlara yönelik şiddet arasında ırza geçme, aile içi şiddet, kadın sünneti, cinayet ve cinsel kullanım gelmektedir, Dünyada önemli ve büyük bir halk sağlığı sorunudur. Birçok gelişmekte olan ülkede şiddet sonucu olan ölümler gençlerin temel ölüm ve sakatlık nedenlerinin başında gelmektedir.

Adölesan ve gençler şiddetin uygulayıcıları ve kurbanlarıdır. Gençlik şiddeti sadece şiddete maruz kalanları değil, aileleri, arkadaşları ve toplumu etkilemektedir. Hastalık, ölüm ve sakatlık dışında yaşam kalitesini de etkilemektedir. Şiddete maruz kalan kişiler, eşler ve aileler genellikle saklamakta ve bildirim yapmamaktadır (www.sbu.saglik.gov.tr, Erişim tarihi: 27 Aralık 2011).

Genç şiddetinde kişisel faktörler (biyoloji, mizaç vb), aile faktörleri (aile yaklaşımı, aile içi şiddet vb), kültürel faktörler (şiddeti destekleyen ya da karşı çıkan normlar vb) ve durumsal faktörler (ateşli silahlar, çete üyeliği, sosyal aktiviteler için sınırlı olanaklar vb) gibi birçok risk faktörü bulunmaktadır. Bütün bu faktörler ekonomik eşitsizlikler, yargı, medyada şiddet, şiddete karşı tutum ve cinsiyet rollerinin de etkisi altındadır (www.sbu.saglik.gov.tr, Erişim tarihi: 27 Aralık 2011).

İstatistikler, şiddet olaylarının daha çok gençler tarafından gerçekleştirildiğini ve gençlerin daha çok suça eğilim gösterdiklerini ortaya koymaktadır. Ülkemizde Türkiye Büyük Millet Meclisi Çocuklarda ve Gençlerde Artan Şiddet Eğilimi ile Okullarda Meydana Gelen Olayların Araştırılarak Alınması Gereken Önlemlerin Belirlenmesi Amacıyla Kurulan Meclis Araştırması Komisyonu, Türkiye’de Ortaöğretime Devam Eden Öğrencilerde Şiddet ve Bunu Etkileyen Etmenlerin Saptanması (2007) araştırmasında tüm ülke düzeyinde 261 okulda toplam 26,677 öğrenciye ulaşılmıştır.

Bu araştırmanın sonuçlarına göre:

- Gençlerin % 22’si fiziksel şiddet ile karşılaştığını, % 35,5’i ise fiziksel şiddet uyguladığını,
- Gençlerin % 53’ü sözel şiddet ile karşılaştığını, % 48,7’si ise sözel şiddet uyguladığını,

- Gençlerin % 36,3'ü duygusal şiddet ile karşılaştığını, % 27,6'sı ise duygusal şiddet uyguladığını,
- Gençlerin % 15,8'i cinsel şiddetle karşılaştığını, % 11,7'si ise cinsel şiddet uyguladığını belirtmiştir (Özcebe ve ark., 2008)

Dünyada yaralanma nedenli ölümlerin % 10'unu kasıtlı olarak bir başkası tarafından öldürülme oluşturmaktadır (Özcebe 2006).

2.4.5. Üreme Sağlığı ve Cinsel Yaşam

Cinsel sağlık ve üreme sağlığı kavramları, IV. Uluslararası Nüfus ve Kalkınma Konferansı'nda (1994 Kahire, Mısır) tekrar ele alınarak geliştirilmiştir. Konferans çıktısı olarak üreme sağlığının tanımı şu şekilde kabul edilmiştir; *“Üreme sağlığı, üreme sistemi, onun fonksiyonları ve işleyişine ilişkin bütün alanlarda sadece hastalık ya da sakatlık olmaması değil, zihinsel ve sosyal açıdan bütünüyle iyi olma durumudur. Üreme sağlığı, insanların doyurucu ve güvenli bir cinsel yaşamları, üreme yetenekleri ve bu yeteneği kullanıp kullanmayacakları ve ne zaman, ne sıklıkta kullanacakları konusunda karar verme özgürlükleri olması demektir.”* (Uluslar arası Nüfus ve Kalkınma Konferansı 1994).

Bu toplantı sonrasında, DSÖ ve konu ile ilgili pek çok uluslararası kuruluş tarafından cinsellik tanımı tekrar irdelenerek yeni yaklaşımlar tanıma eklenmiştir: *“Cinsellik, insan yaşamının merkezinde yer alan öğelerden biridir ve seksi, toplumsal cinsiyet kimliklerini ve rollerini, cinsel yönelimi, erotizmi, zevki, yakınlığı ve üremeyi kapsar. Cinsellik, düşüncelerde, fantezilerde, arzularında, inançlarda, tutumlarda, değerlerde, davranışlarda, uygulamalarda, kimlik ve ilişkilerde yaşanır ve ifade edilir. Cinsellik bu boyutların hepsini içerse de bunların hepsi yaşanmaz veya ifade edilmez. Cinsellik biyolojik, psikolojik, sosyal, ekonomik, siyasi, kültürel, hukuki, tarihsel, dini ve ruhsal etkenlerin etkileşiminden etkilenir.”* (Uluslar arası Nüfus ve Kalkınma Konferansı 1994).

Uluslararası Aile Planlaması Federasyonu (IPPF) Uluslararası İnsan Hakları Yasalarına bağlı olarak gençler için özelleştirilmiş cinsel ve üreme haklarını tanımlamıştır: Kendin Olma Hakkı (*kendi kararını vermede kendini ifade etmede, cinsellikten zevk almada, güvenli olmada, evlenmeyi ya da evlenmemeyi seçmede ve aile planlamasında özgür olma*), Bilme Hakkı (*seks, kontraseptifler, cinsel yolla*

bulaşan enfeksiyonlar/HIV/AIDS ve üreme ve cinsel hakları), Kendini Koruma ve Başkası Tarafından Korunma Hakkı (istenmeyen gebelik, cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar/HIV/AIDS ve cinsel istismar), Sağlık Hizmetlerine Sahip Olma (gizlilik esasına uyan, karşılanabilen, iyi kalitede ve saygıyla sunulan hizmetler) ve Katılma Hakkı (gençler için planlanan programların planlanma, toplantı ve seminerlere katılma ve uygun yollarla hükümetleri etkilemeye çalışma gibi her düzeyde çalışmalara katılma) (IPPF 1997).

Cinsel sağlık ve üreme sağlığı (CS/ÜS) tanımları ile üreme hakları ve cinsel haklar kavramları 20. yüzyılın sonlarına doğru yeniden gözden geçirilmesi sırasında “adolesan ve gençler” CS/ÜS açısından önemli hedef gruplar arasında yer almıştır. Bütün bu gelişmeler, uluslararası ve ulusal boyutlarda gençlerin üreme ve cinsel sağlık çalışmalarına farklı bir ivme katmıştır (IPPF 1997, Uluslar arası Nüfus ve Kalkınma Konferansı 1994).

Gençlik dönemi (10-24 yaş), gencin çocukluktan çıkarak kendine özgü yaşam felsefesini ve yaklaşımını oluşturduğu önemli bir değişim sürecini içermektedir. Bu süreçte, gençler birçok yeni norm, değer ve yaklaşımı benimseyerek davranışlarına yansıtırlar. Gençlerin, kendi ebeveynlerinin gençlik dönemlerine göre farklı ortamlardan etkilenmeleri, gençlerin cinsellik yaklaşımlarının, normlarının ve değerlerinin erişkinlere göre farklılaşmasına neden olabilmektedir. Bunun yanı sıra, gençler toplum içinde çalışan, okuyan, sokakta yaşayan, evli, bekar gibi çok farklı sosyal konumlarda bulunmaktadır. Farklı sosyal konumlar, gençlerin farklı norm ve değer geliştirmelerine neden olabileceği gibi CS/ÜS gereksinimlerini de farklılaştırabilmektedir (WHO 2002).

Ülkemizde cinsel konularda yeterli eğitimin bireyler tarafından ne okulda ne de ailede alınmamış olması, ailelerin cinsel konularda konuşmaya kapalı olmaları ve çocukların ergenlik dönemine geçerken yaşadıkları sıkıntıların pek çok aile tarafından yok sayılması, ilk ilişki yaşının daha önceki yıllara göre düşmüş olması, hükümetlerin cinsel sağlık hakları konusunda duyarsız davranmaları, HIV/AIDS ve cinsel yolla bulaşan diğer enfeksiyonları, adolesan gebelikleri, doğumları, kürtaj gibi istenmeyen tabloları ortaya çıkarmaktadır (World Health Report 1998).

CS/ÜS konularında bilgilendirme, aslında aile içinde erken çocukluk döneminin içinde 3-4 yaş civarında “cinsiyet” kavramının öğretilmesi ile

başlamaktadır. Fizyolojik olarak kadın ve erkek arasındaki farkın öğretilmesinin yanı sıra “toplumsal cinsiyet” rollerinin temelleri de ailede atılmaktadır. Çocuğun okul öncesi öğretim kurumlarına devamı ile eğitimcilere “toplumsal cinsiyet” ve “CS/ÜS” kavramlarının oluşturulmasında pek çok sorumluluk düşmektedir. Erken ergenlik döneminde fiziksel ve cinsel büyüme ile gelişme sürecine ilişkin bilgilendirmenin yapılması gerekmektedir. Yine öğretim kurumlarına bu konuda büyük sorumluluk düşmektedir. Öğretim kurumlarının yanı sıra çocukluk döneminde büyüme ve gelişmenin izlemesinde önemli sorumluluğu olan sağlık sektörünün ergenlik dönemindeki değişimler hakkında gencin bilgilendirmesinde de sorumluluğu bulunmaktadır. Eğitim ve sağlık çalışanları tarafından yapılan bilgilendirme, gençlerin ergenlik döneminde bedensel ve cinsel gelişimleri daha kolaylıkla kabul etmelerini sağlayacaktır. Ayrıca, sağlık izlemeleri sırasında yapılan bilgilendirme ve danışmanlık, gençlerin, bedenlerinde olan değişimlerin “normal” olup olmadığı konusunda karar vermelerini, normal gelişim sürecinde olan gelişim süreci hakkında “endişe” duymamalarını sağlayacaktır (WHO 2002).

Gençlerin üreme sağlığına ilişkin sorunları genellikle erken yaşta cinsel ilişki, erken yaşta evlilik, gebelikler, cinsel yolla bulaşan hastalıklar ve aile planlaması yöntemine ulaşamama başlıkları altında incelenmektedir (Kınık 2000). Dünyada ilk cinsel ilişki yaşı düşmektedir. Gençler arasında kontraseptif kullanım oranı oldukça düşük olup, kullanılanlar da genellikle geleneksel yöntemlerdir. Her yıl meydana gelen 14 milyon adolesan gebeliğin yaklaşık üçte ikisi planlanmamış gebeliklerdir. Her yıl güvenli olmayan 20 milyon düşük yapan vakanın % 25’ini 15-19 yaş kızlar oluşturmaktadır. Dünyadaki 340 milyon cinsel yolla bulaşan hastalığın üçte biri, gençler arasında görülmekte olup, her gün yaklaşık yarım milyon genç insan bu hastalıklara yakalanmaktadır. Dünyada, yılda görülen 2,4 milyon yeni HIV enfeksiyonunun yaklaşık yarısı 15-24 yaşlar arasında görülmektedir. Her gün, 4 bin gencin HIV/AIDS ile teması olduğu tahmin edilmektedir (Sarı 2006).

Cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar (CYBE), akut olguların yüksek görülme sıklığı ve bundan kaynaklanan komplikasyonlar ve sekellerin neden olduğu iş göremezliklerin oluşturduğu hastalık yükü bakımından tüm dünyada bir halk sağlığı sorunu durumundadır. Tanı ve tedavinin erken dönemde sağlanmaması infertilite, istenmeyen düşükler, dış gebelik, anogenital kanserler ve erken ölümlerin yanı sıra

yeni doğan enfeksiyonları gibi istenmeyen durumların ortaya çıkmasına neden olmaktadır. Ayrıca bireysel ve ulusal düzeyde bir ekonomik yük meydana getirmektedir. CYBE'ler arasında küresel boyutta bir sorun haline gelen HIV virüsü ve AIDS, CYBE'lerin kontrolünün önemini daha da arttırmıştır. DSÖ verilerine göre, her yıl bütün dünyada 340 milyon tedavi edilebilen CYBE, milyonlarca tedavisi mümkün olmayan CYBE ve 5 milyon HIV olgusu ortaya çıkmaktadır (USEP 2005-2015).

Bütün bu sorunların çözümünde gençlerin üreme hakları ve cinsel haklar konusunda bilgi sahibi olmaları gerekmektedir. Gençlerin, üreme ve cinsel sağlık düzeylerini iyileştirebilmek için öncelikle üreme hakları ve cinsel hakların toplumda hizmet planlayıcılar, sunucular, ebeveynler, gençlerle beraber olan herkes ve gençler tarafından benimsenmesi de gerekmektedir.

2.4.6. Beslenme

Adolesan dönemi bebeklikten sonra büyümenin en hızlı olduğu dönemdir. Adolesanların maksimum büyüme potansiyellerine ulaşmaları için beslenme önemli bir faktördür (Neyzi ve Ertuğrul 2002). Ergenlik dönemi süresince beslenme iki amacı karşılamalıdır. Birincisi, optimal gelişme ve iyi olmak için besin öğelerini sağlamak, ikincisi; hastalık riskini en aza indirmektir (Tekgül 2005b).

Yetersiz ve dengesiz beslenme ile çocukluk döneminden itibaren kazanılan yanlış beslenme alışkanlıkları yetişkinlikte obezite başta olmak üzere kalp-damar hastalıkları, diyabet, kanser gibi pek çok hastalığın oluşumunda etkili olmakta, bu hastalıklar ise doğrudan veya dolaylı olarak yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilemektedir (Polatkan 2007).

Ayak üstü beslenme (fastfood) alışkanlıklarının yaşamın bir parçası haline gelmesi, kişilerin öğünler için özel zamanlar ayırmaması, yemek yeme sırasında başka işlerle meşguliyetin artması ve özellikle ev dışında geçirilen zamanın artması gibi nedenler şişmanlık olgusunun artışının altında yatan nedenlerden bazıları olabilir. Ayrıca fazla yemek tüketimi depresyon, kaygı gibi ruhsal bozukluklara bağlı olarak görülebilir. Değişen çocuk ve ergen aktiviteleri de obezite nedenlerinden biridir. Televizyon ve bilgisayar başında devamlı oturan ve atıştıran ergenler, hem atıştırmalar hem de hareketsizlik nedeniyle şişmanlamaktadırlar (Kalkım 2009).

Gençlik risk davranışları araştırması, 6-19 yaş genç nüfusta geçmişe göre obezitenin üç kat arttığına ve bu nedenle diyabet ve hipertansiyon hastalıklarının bu yaş grubunda arttığına dikkat çekmektedir (YRBS 2007).

Adolesan dönemde büyümenin hızlanmasıyla vücudun temel besin maddelerine olan ihtiyacı artar (Gökçay ve Garipağaoğlu 2002). Beslenme alışkanlıklarını etkileyen etmenlerden bazıları arasında yaş, cinsiyet, öğrenim durumu, medeni durum gibi kişisel özellikler; sosyoekonomik durum, kişilerin içinde buldukları kültürel, geleneksel ve sosyal ortamlarına ilişkin bazı özellikler ve yine kişilerin beden algılamaları ile ilgili özellikleri sayılabilir. Bu algı ve imaj değişiklikleri adolesanlar için çok etkili olabilmektedir. Bu nedenle, adolesanlar, yeme davranışları ile ilişkili olarak olumsuz riskler taşımaktadırlar. Kişilerin fiziksel görünümüne gereğinden fazla önem vermesi, adolesanlarda görülen "anoreksia nervoza" ve "bulimia nervoza" gibi hastalıkların artışını beraberinde getirmektedir. Şişmanlık da adolesan döneminde başlayan beslenme sorunlarından (Aslan ve Yeşildal 2003). Dünya üzerinde en az 300 milyonu şişman olmak üzere 1 milyardan fazla aşırı kilolu yetişkin bulunmaktadır.

Türkiye'de okul çağı çocuk ve gençlerde beslenme ile ilişkili sorunlar arasında zayıflık, şişmanlık ve ilgili sorunlar, avitaminozlar, anemi, basit guatr ve diş çürükleri yer almaktadır. Bunların yanı sıra, yetersiz ve dengesiz beslenmenin öğrencilerin dikkat sürelerini kısalttığı, algılamalarını azalttığı, öğrenmede güçlük ve davranış bozuklukları ile okula devamsızlık ve okul başarısında düşmeye neden olduğu bildirilmektedir (Demirezen ve Coşansu 2005).

Üniversite gençleri, erişkin döneme geçme aşamasında olan çocukluk çağı sonrası ilk gruptur. Bu öğrencilerin 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 beslenmelerinde yeni bir dönem başlamaktadır. Bu dönemin belirleyici özelliği ekonomik problemler ve yeni kurulacak bir düzene uyum sağlama çabalarıdır. Beslenme alışkanlıklarında ortaya çıkabilecek yeni formlar üniversite eğitimi sonrasına taşınacaktır (Mazıcıoğlu ve Öztürk 2003).

2.4.7. Fiziksel Aktivite

Teknolojik ilerlemelerle birlikte, fiziksel aktivitelerde azalma meydana gelmiş ve fiziksel aktivite ile ifade edilen etkinlikler değişime uğramıştır. Günümüzde fiziksel inaktivite büyük bir halk sağlığı sorunudur (Vaizoğlu ve ark., 2004).

Fiziksel aktivite, enerji tüketimi ile sonuçlanan herhangi bir vücut hareketi olarak tanımlanır. Yürümek, bisiklete binmek, oyun oynamak, paten kaymak, ev temizlemek, dans etmek ya da merdiven çıkmak gibi aktiviteleri ve sporu kapsar. Bu nedenle günlük hayatın bir parçasıdır (<http://undp.un.org.tr/who/dsogun02/whd2002.htm>, Erişim tarihi: 24 Şubat 2011).

Fiziksel etkinliğin birçok koruyucu fonksiyonu vardır. Hipertansiyon, diyabet ve kardiyovasküler hastalık gibi kronik hastalıklardan korumasının yanında düzenli fiziksel aktivite gösterenlerde daha düşük mental hastalık görülme olasılığı vardır. Fiziksel olarak aktif ergenler, sedanter yaşayan yaşlılarına göre daha az stres ve anksiyete yaşarlar ve kendilerine güvenleri daha yüksektir. Aynı zamanda daha az somatik yakınma gösterirler ve daha iyi vücut görünümüne sahiptirler (Stephens 2007). Ayrıca egzersiz, iskelet kasında metabolik kapasitenin, kan akımının, kuvvet ve kontraktilitenin artmasına, yaralanma riskinde ise azalmaya yol açmaktadır. Tendon ve bağ dokusu kuvvetinde artış, eklem stabilitesi ve bu yapıların destek fonksiyonunun kuvvetlenmesi de egzersizin sağladığı olumlu etkiler arasındadır (Kozanoğlu 2005).

Ergenlerde fiziksel aktivite belirleyicileri yetişkinlerden farklıdır. Çeşitli araştırmalarda ergenlerin egzersiz katılımını yaş, cinsiyet, sosyoekonomik düzey, beden kütle indeksi (BKİ), etnik durum, depresif semptomların varlığı, algılanan sağlık durumu, ebeveynle ilişkisi, egzersiz için çevre olanakları gibi faktörlerin etkilediği belirtilmiştir (Harrell et al., 2003). Ergen ve erişkinlerde fiziksel etkinliğin en güçlü belirleyicilerinden biri sosyoekonomik durumdur. Sosyoekonomik durumu düşük düzeyde olanlarda spontan fiziksel etkinlik seviyesi de düşük olmaktadır. Sosyoekonomik durumu yüksek gençler, aynı yaştaki 30 sosyoekonomik durumu düşük olan gençlere göre daha fazla spontan fiziksel aktivite göstermekte, daha sık beden eğitimi derslerine katılmakta ve beden eğitimi derslerinde daha etkin olmaktadır (Stephens 2007).

Gençler için önerilen günlük fiziksel aktivite; her gün ya da haftada beş gün, her seferinde en az 20-30 dakika orta düzeyde fiziksel aktivite, bir haftada üç gün ya da daha fazla, her seferinde 20-30 dakika süren güçlü/yoğun aktivite yapmaları şeklindedir. Bunlar; yürüme, koşma, tenis oynama, yüzme, ata binme, basketbol, bisiklete binme gibi faaliyetler olabilir (YRBS 2001).

Son çalışmalar dünyadaki çocuk ve gençlerin, özellikle de şehirlerde yaşayanların giderek pasifleşmeye başladığını göstermektedir. Fiziksel aktiviteye harcanan zaman ve kaynak giderek azalmaktadır. Bilgisayar oyunları ve televizyon, fiziksel aktivite ile geçen zamanın yerini almaktadır. Hem gelişmiş hem de gelişmekte olan pek çok ülkede gençlerin 2/3'den fazlasının yeterince aktif olmadığı tahmin edilmektedir (<http://undp.un.org.tr/who/dsogun02/fiziksoylenceler.html>, Erişim tarihi: 14 Mart 2011).

DSÖ'ye göre hareketsizlik ya da pasif yaşam tarzı ölüm ve sakatlığın 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 şişmanlık riskini ikiye katlar; kolon kanseri, yüksek kan basıncı, ostorepoz, depresyon ve endişe riskini yükseltmektedir (<http://undp.un.org.tr/who/dsogun02/fiziksoylenceler.html>, Erişim tarihi: 14 Mart 2011).

2.4.8. Depresyon ve İntihar

Depresyon, yaygın görülen yeti yetimine yol açan, genellikle tekrarlamalarla seyreden, duygularda güvensizlik, karamsarlık ve çöküntünün oluşmasını, düşünce ve hareketlerdeki yavaşlamayı anlatan ruhsal bir hastalıktır (Ertem ve Yazıcı 2006)

Depresif bozukluklar puberteden önce nadirdir. Ancak ergenlikte sık olarak görülür. Depresif ergenler sıklıkla huzursuz, içine kapanmış, zor kişiler olabilirler. Arkadaşlarına ya da ailelerine düşmanca davranabilirler veya bu kişilerden uzaklaşabilirler. Depresif ergenin zihinsel meşguliyeti okul başarısını olumsuz etkiler (Staffer 2007). Ergenlik dönemi gelişimsel özellikleri nedeniyle duygusal iniş çıkışların sık yaşandığı bir dönemdir. Bu özellik, gelişimsel bir depresif durum ile depresyonun ayırt edilmesini zaman zaman zorlaştırabilir. İki durumu ayırt etmede

önemli bir ölçüt, depresif duygu durumunun süresi ve yoğunluğudur. Tanıda DSM-IV sınıflaması yardımcı olur (Çuhadaroğlu 2005).

Ergenlik öncesi dönemde ve ergenlerde intihar davranış kavramı; intihar düşüncesi (istemli olarak kendine zarar verme ya da ölüm düşünceleri), intihar girişimi (istemli olarak kendine zarar verme davranışı), intiharı (ölümü) içermektedir (Atay ve Kerimoğlu 2003).

DSÖ'nün verilerine göre, 15-24 yaşlar arasındaki her 100,000 gençten 13'ü kendi yaşamlarına son vermektedir ve bu oran her yıl yükselmektedir (Atay ve Kerimoğlu 2003). İntihar düşüncesi ve girişimi gençler arasında daha yaygındır. Yirmibeş yaş grubu altındaki intihar girişimlerinin ölümle sonuçlanma oranı 1/100–200 kadar yüksek olabilmektedir. Genel olarak, intihara teşebbüs edenlerin % 10'u bir şekilde kendilerini öldürmektedirler (Evren 2008).

İntiharı önlemede ilk basamak durumu tanımlamak ve risk faktörlerini anlamak ile gerçekleşebilir. Risk faktörü kişinin kendine zarar verme olasılığını artıran herhangi bir durumdur. Ancak risk faktörleri intihara yol açan gerekli etkenler değildir (<http://www.cdc.gov/ncipc/factsheets/suifacts.htm>, Erişim tarihi: 14 Mart 2011).

2.4.9. Motorlu Araç Kullanma

Motorlu araç kullanma adolesan dönemde en sık rastlanılan riskli davranışlardandır. Araç kullanma yaşı gelmeden araç kullanma, alkollü olarak araç kullanma, gerekli emniyet önlemlerinin alınmaması, hızlı araç kullanma en sık rastlanılan riskli davranışlardır. Bu davranışların sonuçları kötü olmakta ve buna bağlı olarak mortalite ve morbidite oranı yükselmektedir (Blau et al., 1996).

15-24 yaş ölümlerinin % 50'si kazalara bağlıdır. Taşıt kazaları bunların % 80'ine neden olur. Ülkemizde TÜİK'in 2008 yılı verilerine göre il ve ilçe merkezlerinde seçilmiş 50 nedene göre ölümler incelendiğinde 15-24 yaş grubunda görülen toplam 3,109 ölümün % 5,7'sine motorlu taşıt kazalarının neden olduğu belirlenmiştir (TÜİK 2008).

DSÖ'nün Gençlik ve Yol Güvenliği Raporu'na göre, her yıl 25 yaş altında yaklaşık 400,000 genç yol trafik kazalarında ölmekte olup, yol trafik kazaları 10-24 yaş grubundaki gençler arasında önde gelen ölüm sebebidir (WHO 2007b).

Ülkemizde emniyet kemeri kullanma zorunluluğu şehir dışında 1985, şehir içinde 1992 de uygulanmaya başlandı. Denetimlerin ve tanıtımların etkisiz olması nedeniyle kullanımı hala düşüktür (<http://med.ege.edu.tr/~hanci/trafikkemer.html>, Erişim tarihi: 12 Ocak 2012). Karayolları Trafik Kanunu'na göre motosiklet sürücülerinin kask kullanmaları zorunludur (<http://www.trafik.gov.tr>, Erişim tarihi: 12 Ocak 2012).

2.5. Adolesana Yaklaşım

Adolesana verilen sağlık hizmetinin hassas ve esnek olması ve adolesanın gelişme düzeyine uygun olması büyük önem taşımaktadır. Böyle bir hizmet ise ancak hekimin deneyimli olması, zamanını ayırması, dinlemeyi bilmesi ve ilgi duyması ile sağlanabilir. Hekimin ilgi duyması ile paralel olarak adolesanların hayat tarzları ve davranışlarıyla ilgili bilgi sahibi olması da gereklidir. Aksi takdirde hekimin adolesanın güvenini kazanması ve dolayısı ile sağlıklı bir iletişim kurulması mümkün olmaz çünkü adolesanlar hekime güvenlerini kazanması için ancak küçücük bir fırsat penceresi açarlar. Hekimin ebeveynleri desteklemesi de adolesana verilen sağlık hizmetinin önemli bir parçasıdır.

Yine sağlık hizmetinin verildiği mekanın dekoru ve bekleme odalarında adolesanları, verilen sağlık hizmetinin özellikleri ve adolesan çağında önem taşıyan durumlar ile ilgili, aydınlatıcı broşür ve posterlerin bulundurulması da önem taşır. Araştırmalar, adolesanlara sağlık hizmetinin belirli prensipler çerçevesinde verilmesinin bu hizmetin kullanımını arttıracaklarını göstermiştir. Bu prensipler İngilizce olarak 6 “A”lar şeklinde özetlenmiştir: Bulunabilirlik (availability), ulaşılabilirlik (accessibility), yaklaşılabirlik (approachability), kabul edilebilirlik (acceptability), uygunluk (appropriateness), ödenebilirlik (affordability). Adolesanların ihtiyaçlarına cevap verebilecek ve bu elemanları içeren bir sağlık hizmeti “adolesan dostu” bir sağlık hizmeti olarak tanımlanır ki bunun sağlanabilmesi için tartışılabilir bir hizmet ekibine ihtiyaç vardır. Bu hizmet ekibinin multidisipliner olması gerektiği de akılda tutulmalıdır. Çağdaş bir yaklaşım için multidisipliner adolesan ünitesi, diğer hekimler, ebeveynler, okullar vb. bağlantılar kurmalıdır. Anlaşılabilirliği üzere, multidisipliner ünite, bu şekilde oluşturulan iletişim ağının sadece bir parçasını oluşturmaktadır (Alikışıfoğlu 2005b).

Hekim-hasta ilişkisi açısından, çocukluk döneminde uygulanan ve çocuğun pasif alıcı olduğu “çocuk modeli”nden farklı olarak, adolesan dönemde, adolesanın gelişme düzeyine göre değişik modeller uygulanır:

- Ebeveyn-adolesan işbirliği modeli: Bu modelde ebeveyne ve adolesana eşit şekilde davranılır. Bu model erken adolesans döneminde uygulanır.
- Adolesanın primer, ebeveynin sekonder olduğu model: Hekim bu modelde primer olarak adolesana odaklanır, ebeveynlerle ikincil düzeyde bir iletişim söz konusudur. Bu modelde ebeveynin dışarı çıkması istenebilir. Anamnez ve fizik muayene tamamlandıktan ve adolesanla yalnız olarak tedavi planları yapıldıktan sonra ebeveyn(ler)in geri dönmesi ve tercihen tüm görüşmelerin adolesan tarafından ailesine aktarılması istenir. Ebeveynin dışarı çıkması istendiğinde bu ebeveynde endişe uyandırabilir ve çıkmak istemeyebilir. Bunu ön görerek ebeveyne adolesanla neden yalnız kalınmak istendiği ve daha sonra değinilecek olan gizliliğin sınırları açıklanırsa bu zorluk yenilebilir.
- Adolesan primer, ebeveynin katılımının isteğe bağlı olduğu model: Bu modelde ebeveynle hekimin direkt teması yoktur. Bu iletişim şeklinin yetişkinle olandan sadece iki farkı vardır:
 1. Adolesan ebeveyne anlatma yönünde teşvik edilir.
 2. Adolesan ciddi tehlike ile karşı karşıya ise hekim ebeveyne söyleme hakkına sahip olmalıdır.

Erken adolesan döneminde işbirliği modeli uygulanmasına karşın, orta adolesan döneminde 3 model bir birini takip eder. “İş birliği modeli, “adolesanın primer, ebeveynin sekonder olduğu model” ve “adolesanın primer, ebeveynin katılımının isteğe bağlı olduğu model”. Daha sonra “iş birliği modeli”ne geri dönülebilir.

Adolesanın ilk değerlendirilmesi yaklaşık bir saat kadar sürmelidir. Bu görüşmede ebeveynlerin hiç olmazsa 5 dakika kadar bulunması istenir çünkü böylece ebeveyn adolesan ilişkisini gözlemlene ve dolayısı ile adolesanın hangi gelişim fazında olduğunu belirleme şansı doğmuş olur. Ancak hekime gelme sebebi araştırılırken sorgulama mutlaka adolesana da yönelik olmalıdır. İlk görüşmede hastanın adolesans döneminde olması nedeni ile yeni hasta-hekim ilişkisi adolesana

ve de ebeveynine anlatılmalıdır. Daha sonra adolesanın gelişim düzeyi uygunsuz ebeveynlerden dışarı çıkması istenebilir. Böylece adolesan sağlık hizmetini primer olarak alanın kendisi olduğunu anlar. Yine gizli meselelerin konuşulması için ortam yaratılmış olur. Ayrıca adolesan, hekimin ebeveynleri ile paralel hareket edecek bir birey olmadığını anlamış olur. Ancak adolesanın onayı alınarak görüşmenin tümü ebeveynlerin varlığında da gerçekleşebilir çünkü aslında adolesana verilmesi gereken sağlık hizmetinin aileden bağımsız olması düşünülemez. Adolesanlar tersi gibi davranıp ailelerine kızgın görünseler de aslında ebeveynleri ile iletişimlerini yeterince iyi olmadığı için acı çekmektedirler (Ercan 2005).

Adolesana hizmet veren hekimlerin görevlerinden biri de adolesanla diğer aile bireyleri arasındaki iletişimin sağlanmasında yardımcı olmaktır. Ancak bazen sorunun aileden kaynaklandığı ve adolesanın ailenin “semptom taşıyan” bir bireyi olabileceği de akıl da tutulmalıdır.

Adolesanla yalnız görüşüldüğü takdirde bazı gizli durumlar öğrenildiğinde hekimin adolesana, kendisinin iznini almadan ebeveynlerine bu bilgileri nakletmeyeceği güvencesini vermesi gerekir. Ancak hekim istisnai olarak adolesana zarar verecek ya da bir başkasının adolesana zarar verdiği bir durumun söz konusu olması halinde ebeveynlerini durumdan haberdar etme hakkına sahip olduğunu da belirtmelidir. Bu durumda hekimin adolesanın ebeveynlerine durumu açıklarken dengeleyici olarak yanında bulunması tercih edilir.

Gizlilik konusu adolesana verilen sağlık hizmetinin en önemli ve hekim için en zorlayıcı olan konularından birini oluşturmaktadır. Hekimin burada adolesanın mahremiyeti ve gizlilik gereksinimi ile ebeveynlerle ilişkisi arasındaki doğru dengeyi bulabilmesi gerekmektedir. Bu bağlamda, etik ve yasal sorunlarda gündeme gelebilmekte ve bu sorunlar ülkeden ülkeye değişiklik gösterebilmektedir. Bu nedenle adolesana hizmet veren hekimin kendi ülkesindeki yasal düzenlemeleri de iyi bilmesi gerekmektedir.

Yine ilk görüşmede adolesana mutlaka neden kişisel konularla ilgili sorular sorulacağı anlatılmalıdır. Diğer taraftan adolesana ve özgürlüğüne saygı gösterilerek isterse sorulan soruları cevaplamamayı seçebileceği de belirtilmelidir (Ercan 2005).

Yakınma ile gelmiş olan adolesana önce yakınması ile ilgili sorular sorulur. Ancak adolesanın geliş sebebi ne olursa olsun, bu görüşme onun hayatında mevcut

olabilecek problemlerin araştırılması ve kapsamlı, dolayısı ile sağlığı koruyucu ve geliştirici, bir sağlık hizmetinin verilebilmesi için bir fırsat olarak kabul edilmelidir.

Bu nedenle yakınma ile ilgili sorular tamamlandığında veya adolesanın yakınması olmasa dahi arkadaşlar, hobiler vb. gibi konularda sohbet başlatılır ve adolesanın bir süre konuşarak rahatlama sağlanır. Daha sonra sistemlerin gözden geçirilmesine yönelik ve yine adolesanı ürkütmeyecek sağlık soruları sorulur. Daha sonra ise adolesandan “HEADS” kavramı göz önünde bulundurularak psikososyal anamnez alınır. “HEADS” kavramı sıra ile ev (home), eğitim (education), aktivite (activity), drog kullanımı (drugs), cinsellik (sexuality), güvenlik (security) ve intihar (suicide) öğelerinin sorgulanmasıdır. Bu sıranın gözetilmesi bu konuların “hassasiyet” sırasına göre dizilerek araştırılmasını sağlar. Bu şekilde davranıldığında en hassas konular sona bırakılmış olunur. Böylece sorgulama sırasında bir “duyarlılık merdiveni” oluşur. Ancak, bu merdivenin alt basamaklarında yer alan bir konunun belli bir adolesan için önem taşıdığı ve hatta yakınmanın sebebini oluşturduğu sohbet sırasında anlaşılırsa bu sıra değiştirilir ve o konunun araştırılması sona bırakılır. Örneğin sorun evde ise aile ortamının özelliği ve kalitesi en son araştırılır çünkü bu durumda en hassas konu budur (Ercan 2005).

Adolesandan anamnez alınırken ne adolesan ne de ebeveyn rolü üstlenilmemeli, empati özdeşleşme ile karıştırılmamalı, sorular berrak olmalı ve anlaşıldığından emin olunmadığı takdirde açıklattırılmalı ve tekrarlatırılmalıdır. Adolesanlar hekimin bilgi ve otorite sahibi olmasını beklerler ancak “otoriter” davranış ve aşırı profesyonel görüntü ters etki yapar. Aynı şekilde dil dökmek kandırmak, korkutmak, açık veya gizli baskı da yine ters etki yapar ve iletişim “güç çatışması”na dönüşür. Oysa adolesanın beklentisi, hekimin kendisine bilgisi ve deneyimi ile adil bir şekilde ve doğrulukla yaklaşan ilgili bir kişi olmasıdır.

Adolesandan anamnez alınırken unutulmaması gereken bir diğer özellik de “saklı ajanda” olarak tanımlanan ve adolesanın esas problemi hakkında ufak bir ipucu vererek hekimin bu problemi saptaması beklentisidir. Fizik muayene söz konusu olduğunda, özellikle erken adolesan çağında ve özellikle karşı cinsten bir hekim tarafından muayene edilmesi gerektiğinde, adolesanın aşırı utangaç ve beden imgesinin kolaylıkla zedelenebilir olabileceği hatırlanmalıdır. Eğer erkek hekim bir kız adolesanı muayene edecekse, bir hemşire veya annesi muayene sırasında yanında bulunmalıdır. Diğer taraftan, pratik uygulama, erkek adolesanın kadın hekim

tarafından muayenesi sırasında kendi tercihinine göre bir yakınının yanında bulunmasının yararlı olduğunu düşündürmektedir. Fizik muayeneye başlanmadan ve adolesan soyunmadan önce fizik muayenenin gerekçesi ve detayları anlatılmalı, adolesana muayene sırasında merak ettiği konularda soru sorabileceği söylenmelidir. Böylece adolesanın fizik muayeneye katılması sağlanmalıdır. Diğer taraftan fizik muayene bazı sorunların ortaya çıkarılmasında bir araç olarak değerlendirilebilir. Bu nedenle bu fırsattan kaçınılmamalıdır. Fizik muayene sırasında ise, muayenenin tamamlanmasını beklemeden, adolesan soru soruyormuşçasına ne yapıldığı ve muayenenin sonuçları hakkında bilgi verilmesi yararlı olur. Eğer patolojik bir durum saptanırsa abartılmadan ve ne yapılacağı belirtilerek anlatılmalıdır (Ercan 2005).

Anlatıldığı şekilde gerçekleştirilen fizik muayene, adolesanın fiziksel yapısı ile ilgili endişelerinin bertaraf edilmesini ve eğitici olmasını sağlar. Adolesanın fizik muayenesi boy, ağırlık, kan basıncı ölçümlerini, fiziksel ve mental durumun ve cinsel olgunlaşmanın değerlendirilmesini, deri, göz, kulak, ağız, tiroid guddesi, meme, kalp, karın, lokomotor sistem ve genitya (erkeklerde her zaman, kızlarda gerektiği zaman) muayenesini ve özellikle cinsel açıdan aktif veya semptomatik erkek adolesanlarda rektal muayeneyi içermelidir. Bu şekilde, çoğunlukla puberte çağında başlayan miyopi, adolesan çağında problem teşkil eden diş çürükleri ve periodontal hastalık, özellikle adolesan kızlarda sık görülen tiroid hastalıkları ve skolyoz gibi problemler gözden kaçmamış olur. Sonuç olarak denilebilir ki, adolesana verilecek sağlık hizmetinin vazgeçilmez öğeleri; gelişimsel perspektif, psikosomatik felsefe, multidisipliner ekip ve iletişim ağı olmalıdır. Ancak belki hepsinden daha da önemlisi adolesanın kendisine sağlık hizmeti veren hekimin yanından kendisinin bir doktoru olduğu duygusu ile ayrılmasıdır (Ercan ve ark., 2002).

2.6. Adolesanlara Hangi Sağlık Hizmetleri Verilmeli? Nasıl Sunulmalı?

Adolesanların gelişimlerinin sağlıklı olabilmesi ve sağlıklı bir yaşam biçimi geliştirmeleri birincil ve ikincil koruma programlarıyla gerçekleştirilebilir. Adolesanlar pek çok riskli davranışı bir arada gösterebildiklerinden ve bu riskli davranışlar birbirleriyle ilişkili olabildiğinden bu programların tek bir riskli davranış üzerine odaklanması yerine pek çok alanı eşzamanlı olarak ele alması önerilmektedir.

Ayrıca koruyucu programlar sadece adolesan üzerine odaklanmamalı, aileyi de kapsayacak şekilde organize edilmelidir.

American Medical Association (AMA, Amerikan Tıp Birliği) tarafından hazırlanmış olan kılavuzun “Guidlines for Adolescent Preventive Services (GAPS, Ergen Koruyucu Hizmet Rehberi)’nde adolesana yönelik öneriler bulunmaktadır. Bu rehber adolesanlara hizmet veren hekimler için hazırlanmış önerileri içermektedir. GAPS’ın önerileri sağlık danışmanlığı, aşılama, erken teşhis ve tedavi gibi birincil ve ikincil koruma çalışmalarıyla sağlığı geliştirmeyi hedefleyen hizmetlerdir. GAPS üçüncül koruma veya akut veya kronik tıbbi sorunların tedavisine yönelik öneriler içermez. Bu nedenle bu önerilerin hedef kitlesi rölatif olarak sağlıklı görünen ve GAPS’ın tarama önerileri arasında bulunan herhangi bir hastalık tanısı almamış adolesanlardır. Bununla birlikte bazı uyarlamalar yapılarak GAPS’ın önerdiği sağlık hizmetleri kronik hastalığı veya sakatlığı bulunan adolesanlara da verilebilir (Alikashifoğlu 2005b).

GAPS’da yer alan öneriler:

1. 11-21 yaş grubundaki ergenler yıllık rutin sağlık kontrolü olmalıdır.
2. Koruyucu hizmetler, yaşa ve gelişim düzeyine kişisel ve sosyo-kültürel farklılıklar açısından özel olmalıdır.
3. Hekimlerin ofislerinde görüşmelerin gizliliği sağlanmalı, aile görüşmelerinde uyulması gereken kurallar belirlenmelidir.
4. Aileler erken, orta ve geç adolesan dönemlerde en az bir kez rehberlik almalıdırlar.
5. Ergenler her yıl, fiziksel büyüme, psikososyal ve psikoseksüel gelişme, kendi sağlığının önemini bilme ile ilgili rehberlik almalıdırlar.
6. Ergenler her yıl yaralanmaların azaltılması sağlamak için rehberlik almalıdırlar.
7. Ergenler her yıl, sağlıklı beslenmenin yararları, yolları ve güvenli kilo yönetimi ile ilgili sağlık rehberliği almalıdırlar.
8. Ergenler her yıl fizik egzersizin yararları hakkında rehberlik almalı ve düzenli olarak güvenli egzersiz yapmak için teşvik edilmelidir.
9. Ergenler her yıl, cinsel yolla bulaşan hastalıklara karşı kondom kullanımı (HIV enfeksiyonu) ve gebelikten korunma önlemlerini içeren güvenli cinsellik hakkında rehberlik almalı ve bu hizmetlere ulaşabilmelidir.

10. Tüm ergenler sigara, alkol ve bağımlılık yapan diğer maddeler ve anabolik steroidler için yıllık sağlık rehberliği almalıdır.
11. Yıllık hipertansiyon kontrolü yapılmalıdır.
12. Riskli ergenlerde hiperlipidemi ve koroner kalp hastalığı taranmalıdır.
13. Tüm ergenlerin her yıl yeme bozuklukları ve şişmanlık açısından boy ve vücut ağırlıkları saptanıp vücut imajı ve yeme davranışları sorgulanarak taranmalıdır.
14. Ergenlerin sigara kullanım durumu her yıl sorgulanmalıdır.
15. Ergenler her yıl, alkol diğer madde kullanımı, ilaç kullanımı, anabolik steroid kullanımı sorgulanmalıdır.
16. Ergenler her yıl cinsel davranış (istenmeyen gebelik, cinsel yolla bulaşan hastalıklar, HIV enfeksiyonu) açısından sorgulanmalıdır.
17. Cinsel aktif ergenler cinsel yolla bulaşan hastalıklar için taranmalıdır.
18. HIV riski olanlara HIV taraması yapılmalıdır.
19. Cinsel aktif ya da 18 yaş üzerindeki bayanlardan her yıl servikal kanser açısından smear alınmalıdır.
20. Her yıl depresyon ya da intihar riski açısından taranmalıdır.
21. Her yıl emosyonel, fiziksel ve cinsel istismara ilişkin öykü alınmalıdır.
22. Her yıl okul ve öğrenme hakkında sorular sorulmalıdır.
23. Tüberküloz yönünden risk altında ise tüberkülin testi yapılmalıdır.
24. Profilaktik aşılama yapılmalıdır (GAPS 1997).

Bu konuların bazıları sağlık danışmanlığı, sağlık taraması veya aşılama hizmetlerinden birinin verilmesini gerektirirken, bazıları ise tüm hizmetlerin bir arada sunulmasını gerektirir.

2.7. ‘Genç Dostu’ Sağlık Kuruluşları

‘Genç Dostu’ sağlık kuruluşlarının temel özelliği etkili, güvenli ve ulaşılabilir, gereksinim duyulduğunda gençlerin tekrar gidebilecekleri ve arkadaşlarına önerebilecekleri bir yer olmasıdır. Sağlık kuruluşlarının ‘Genç Dostu’ yapılması ayrı bir kuruluş oluşturulması anlamına gelmemelidir. Önemli olan mevcut sağlık kuruluşlarında gerekli uyarlamalar yapılarak gençlerin rahat bir biçimde hizmet alabilecekleri bir mekan haline getirilmesidir.

‘Genç Dostu’ sağlık kuruluşlarının zellikleri DSÖ tarafından 2000 yılında uzman kişilerin katılımıyla başlatılan çalışmalar sonucu 2001’de oluşturulmuştur. Bu zellikler ülkelerin kültürel, sosyal, ekonomik, politik koşulları göz önünde bulundurularak CS/S konularında ve adolesan/gençlere yaklaşım konusunda özel eğitim almış sağlık personeli tarafından yerine getirilmelidir.

‘Genç Dostu’ sağlık kuruluşlarının temel özellikleri aşağıda sunulmuştur:

‘Genç Dostu’ sağlık kuruluşları ulaşılabilir, kabul edilebilir, uygun ve kapsamlı, etkin ve etkili hizmet sunmalıdır.

1. ‘Genç Dostu’ sağlık kuruluşlarında, toplumun değişik kesimlerinin de gereksinimleri dikkate alınmalıdır.

- Sağlık hizmetleri sunumunda yaş, cinsiyet, etnik köken, din, ırk ayrımcılığı yapılmamalıdır.
- Cinsiyet ayrımcılığı konularına özel hassasiyet gösterilmelidir.
- Gizlilik, mahremiyet ilkelerine uygun hizmet sunarak adolesanların güveni kazanılmalıdır.
- Hizmetlerin cretsiz veya adolesan tarafından ulaşılabilir bir biçimde verilmesine zen gösterilmelidir.

2. Yerine getirilmesi gereken ‘Genç Dostu’ prosedürleri:

- Sağlık kuruluşunda, başvuru kayıtları gizlilik mahremiyet ilkelerine uygun biçimde tutularak saklanmalıdır.
- Bekleme süresi kısa olmalıdır, gerektiğinde mesai dışı hizmet verilebilmelidir.
- Hizmet sunumu randevu sistemi dahilinde veya doğrudan verilmelidir.

3. ‘Genç Dostu’ hizmet veren sağlık personeli:

- Adolesan sorunlarının tanınması, erken tanı/tedavi, CS/S ve diğer sağlık konularında danışmanlık hizmeti sunumu ile ilgili özel eğitim almış,
- Bilgi, eğitim, iletişim becerilerine sahip,
- Hizmet sunumunda motive ve destekleyici,
- Yargılamayan, güven telkin edebilen,
- Adolesanlara gerektiği kadar zaman ayıran özelliklere sahip olmalıdır.

4. ‘Genç Dostu sağlık kuruluşlarının danışmanlık, eğitim faaliyetlerinin planlanmasında adolesanların da katılımı sağlanmalıdır.

5. Hizmetlerin planlanmasında 'Genç Dostu' sağlık kuruluğu faaliyetlerinin tanıtımında toplum liderlerinin katılımı sağlanmalıdır.
6. Topluma dayalı 'akran eğitimleri' de dahil edilerek CS/ÜS konularında 'Genç Dostu' sağlık kuruluşunun tanıtımının, ulağılabilirliğinin arttırılması sağlanmalıdır.
7. Adolesanların fiziksel, sosyal ve psikolojik gelişimini destekleyici olmalıdır.
8. Bir üst sağlık kuruluşu işbirliğinde hizmetlerin yürütülmesi sağlanmalıdır.
9. 'Genç Dostu' sağlık kuruluşları danışmanlık/klinik ve eğitim hizmetlerinin yanında gerekli broşürler, posterler, gebelikten korunma yöntem seçenekleri de sunulmalıdır.
10. Hizmet sunum niteliğini artırıcı çalışmalar yapılmalıdır (Mihçioğur 2004).

3. MATERYAL VE METOD

3.1. Araştırmanın Tipi ve Amacı

Araştırma kesitsel analitik tipte bir çalışmadır. Süleyman Demirel Üniversitesi fakültelerinde okuyan 1. sınıf öğrencilerinin;

1. Riskli sağlık davranışlarının belirlenmesi,
2. Riskli sağlık davranışlarıyla ilişkili bazı sosyodemografik etmenlerin saptanması,
3. Riskli sağlık davranışlarının birbirleriyle ilişkisinin değerlendirilmesi,
4. Riskli sağlık davranışlarının azaltılmasına yönelik çözüm önerilerinin geliştirilmesi amaçlanmıştır.

3.2. Araştırmanın Evreni/ Örnek Seçimi

Araştırmanın evrenini Süleyman Demirel Üniversitesi'nde okuyan ve dekanlıkları tarafından araştırma izni verilen 5 fakültenin birinci sınıf birinci öğretim öğrencileri oluşturmaktadır. Söz konusu fakülteler Orman Fakültesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Tıp Fakültesi, Fen Edebiyat Fakültesi ve İktisadi İdari Bilimler Fakültesi'dir. İlahiyat Fakültesi, Dekanlık izni olmasına rağmen 2011-2012 eğitim ve öğretim yılında birinci sınıf öğrencileri olmadığı için evrenden çıkartılarak araştırmaya dahil edilmemiştir. Orman Fakültesi'nden 136, Sağlık Bilimleri Fakültesi'nden 290, Tıp Fakültesi'nden 201, Fen Edebiyat Fakültesi'nden 596 ve İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi'nden 762 öğrenci olmak üzere toplam 1985 öğrenci evreni oluşturmaktadır. Öğrenci sayıları fakültelerin öğrenci işlerinden sözel olarak alınmıştır. Araştırmada örneklem seçilmemiş olup evrenin tamamının araştırma kapsamına alınması planlanmıştır.

Tablo 3. Araştırma sürecinde eğitim gören ve araştırmaya katılan öğrencilerin fakültele göre dağılımı

Fakülteler	Öğrenci Sayısı	Araştırmaya Katılan Öğrenci Sayısı	Ulaşma Oranı (%)
Orman Fakültesi	136	84	61,7
Sağlık Bilimleri Fakültesi	290	199	68,6
Tıp Fakültesi	201	147	73,1
Fen edebiyat Fakültesi	596	443	74,3
İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi	762	494	64,8
Toplam	1985	1367	68,9

Tablo 4. Çalışmaya dahil edilen öğrencilerin bölümlere göre dağılımı

Fakülte / Bölüm	Öğrenci Sayısı	Katılan Öğrenci Sayısı
Orman Fakültesi	136	84
Orman Mühendisliği	76	45
Orman Endüstri Mühendisliği	26	10
Peyzaj Mimarlığı	34	29
Sağlık Bilimleri Fakültesi	290	199
Ebelik	63	60
Hemşirelik	96	57
Fizyoterapi ve Rehabilitasyon	90	62
Spor	41	20
Tıp Fakültesi	201	147
Fen Edebiyat Fakültesi	596	443
Felsefe	57	44
Sosyoloji	84	61
Arkeoloji	35	27
İngiliz Dili ve Edebiyatı	50	41
Tarih	77	39
Coğrafya	50	40
Türk Dili ve Edebiyatı	73	55
Kimya	59	44
Biyoloji	35	31
Matematik	69	55
Fizik	7	5
İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi	762	494
Kamu Yönetimi	124	103
İktisat	138	84
Sağlık Yönetimi	58	49
Ekonometri	77	43
Maliye	100	70
İşletme	152	100
Uluslararası İlişkiler	37	25
Çalışma Ekonomisi ve Endüstri İlişkileri	76	20
Toplam	1985	1367

3.3. Örneğe Ulaşma Oranı

Orman Fakültesi'nde okuyan 136 birinci sınıf öğrencisinden 84'üne (ulaşma oranı % 61,7) ulaşılmıştır. Anket uygulaması yapıldığı gün 31 öğrenciye okula devam etmediği için, 21'ine de araştırmaya katılmayı reddettiği için anket uygulanamamıştır. Sağlık Bilimleri Fakültesi'nde okuyan 290 öğrenciden 199'una

(ulaşma oranı % 68,6) ulaşılıp, anketin uygulandığı gün 67 öğrenciye okulda olmadığı için, 24'de araştırmayı reddettiği için ulaşılamamıştır. Toplam 201 Tıp Fakültesi öğrencisinden 147'sine (ulaşma oranı % 73,1) ulaşılırken; 45 öğrenciye uygulama sırasında okulda olmadıkları 9 öğrenciye de uygulamaya katılmayı istemedikleri için ulaşılamamıştır. Fen Edebiyat Fakültesi'nde okuyan 596 öğrenciden toplam 443'ne (ulaşma oranı % 74,3) ulaşılmıştır. Seksen yedi öğrenciye uygulama sırasında okulda olmadıkları için ulaşılamazken, 66 öğrenciye de araştırmaya katılmayı reddettiği için ulaşılamamıştır. Toplam 762 ğrencisi olan İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi'nden araştırmaya katılan ğrenci sayısı 494'tür. 192 öğrenciye uygulama esnasında okulda olmadığı, 76 öğrenciye de araştırmaya katılmayı reddettiği için ulaşılamamıştır (ulaşma oranı % 64,8).

Beş fakültede okuyan toplam 1985 öğrenciden 1367'sine (ulaşma oranı % 68,9) ulaşılmışken; öğrencilerden 196'sına uygulamaya katılmayı reddettikleri, 422'sine de uygulama sırasında okulda olmadıkları için ulaşılamamıştır.

Tablo 5. Fakültelere göre katılım dağılımı

Fakülteler	Reddeden ğrenci Sayısı	Okulda Bulunmayan ğrenci Sayısı	Katılım Sayısı	Toplam ğrenci Sayısı
Orman Fakültesi	21	31	84	136
Sağlık Bilimleri Fakültesi	24	67	199	290
Tıp Fakültesi	9	45	147	201
Fen Edebiyat Fakültesi	66	87	443	596
İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi	76	192	494	762
Toplam	196	422	1367	1985

3.4. Araştırmada Kullanılan Değişkenler

- Kişinin yaşı
- Kişinin cinsiyeti
- Kişinin boyu
- Kişinin vücut ağırlığı
- Kişinin BKİ'si
- Kişinin eğitim aldığı fakülte

- Kişinin doğum yeri
- Kişinin Isparta'ya geldiği yer
- Kişinin üniversite eğitimi süresince yaşadığı yer
- Kişinin anne – baba eğitim durumu
- Kişinin anne – baba mesleği
- Kişinin aylık gelir- gideri
- Kişinin gelir temin durumu
- Kişinin eğitimi sırasında yıl kaybı
- Kişinin kardeş sayısı
- Aile yaşam biçimi
- Aile tipi
- Kişinin kaç kişi yaşadığı
- Sigara içme durumu
- İçilen sigara miktarı ve sigara içme süresi
- Sigara kullanmayı deneme/sigara kullanmaya başlama nedeni
- Alkol kullanma durumu
- Alkol kullanma miktarı ve süresi
- Alkol kullanmayı deneme/alkol kullanmaya başlama nedeni
- Alkol kullanımının sağlığa zararına ilişkin düşüncesi
- Uyuşturucu/uyarıcı madde kullanma durumu
- Kullanılan uyuşturucu/uyarıcı maddenin türü ve süresi
- Uyuşturucu/uyarıcı madde kullanmaya başlama nedeni
- Kişiye üniversite çevresinde uyuşturucu/uyarıcı madde satılma durumu
- Sakinleşmek ya da uyuyabilmek için doktor önerisi olmaksızın ilaç kullanma durumu/kullanılan ilacın türü
- Kişinin uyku süresi
- Kişinin sabah uyandığında kendini dinç hissetme durumu
- Kişinin televizyon/bilgisayar karşısında geçirdiği süre
- Kişinin sebze/meyve/süt ve süt ürünleri tüketimi
- Kişinin sabah kahvaltısı yapma durumu
- Kişinin fastfood tüketim durumu
- Kişinin beden algısı

- Kişinin diyet yapma durumu ve yapılan diyet sayısı
- Kişinin dengeli ve yeterli beslenme ile ilgili eğitim alma durumu
- Kişinin fiziksel aktivite yapma durumu/yapılan aktivite türü
- Kişinin CYBH konusunda bilgi durumu/bilgi kaynağı
- Kişinin cinsel birleşme ile sonuçlanan ilişki varlığı/ilişki sırasında doğum kontrol yöntemi kullanma durumu
- Kişinin korunmasız cinsel ilişki sonrasında sağlık sorunu gelişebileceğine ilişkin bilgi durumu
- Kişinin ehliyet varlığı/ehliyetin türü
- Kişinin motorlu araç kullanma durumu/kullanılan motorlu aracın türü
- Kişinin motorlu araç kullanırken trafik kurallarına uyma/kask, emniyet kemeri vb. koruyucu araç kullanma durumu
- Kişinin üzüntü/ümitsizlik hissetme durumu
- Kişinin intihar etme düşüncesi/intihar etme girişimi
- Kişinin psikolog/psikiyatr desteği alma durumu
- Kişinin silah, sopa, bıçak vb. delici kesici alet taşıma durumu
- Kişinin fiziksel kavgaya karışma durumu ve karışılan kavgaya sayısı
- Kişinin kalıcı dövme/ piercing yaptırma durumu/yaptırma nedeni
- Kalıcı dövme/ piercing yaptırılan yerin sağlık koşullarına uygunluğu
- Kalıcı dövme/ piercing sonrasında sağlık sorunu gelişme durumu
- Kişinin şans oyunları oynama durumu
- Kişinin kumar oynama durumu
- Kişinin diş fırçalama durumu
- Kişinin sürekli ilaç kullanma durumu/kullanılan ilaçların türü
- Kişinin ergenlik dönemi hakkında bilgilendirilme durumu/bilginin kaynağı
- Kişinin sağlık algısı

3.4.1.1. Araştırmada Kullanılan Değişkenlerle İlgili Tanımlar

- **Kişinin yaşı:** Açık uçlu sorgulandı. Ortalama ve standart sapmaları verildi.
- **Kişinin cinsiyeti:** Kız, erkek olarak gruplandırıldı. Sayı ve yüzde değerler verildi.
- **Kişinin boyu:** Açık uçlu sorulandı. Metre cinsinden belirtildi.

- **Kişinin vücut ağırlığı:** Açık uçlu soruldu. Kilogram cinsinden belirtildi.
- **Kişinin BKİ'si:** Kişinin boyu ve vücut ağırlığı kullanılarak ağırlık(kg)/boy(m)² formülü ile hesaplandı.
- **Kişinin eğitim aldığı fakülte:** Açık uçlu sorgulandı.
- **Kişinin doğum yeri:** Açık uçlu sorgulandı. Bölgelere ayrılarak 8 grupta sınıflandırıldı.
- **Kişinin Isparta'ya geldiği yer:** Açık uçlu sorgulandı. Bölgelere ayrılarak 8 grupta sınıflandırıldı.
- **Kişinin üniversite eğitimi süresince yaşadığı yer:** Ailemin yanında, devlet yurdunda, öğrenci evinde, özel yurttan ve diğer olarak 5 gruba ayrıldı. Diğer seçeneği için açık uçlu sorgulama yapılarak verilen cevaplar kaydedildi.
- **Kişinin anne – baba eğitim durumu:** Okur yazar değil, okur yazar, ilkökul mezunu, ortaokul mezunu, lise mezunu, üniversite mezunu ve diğer şeklinde 7 gruba ayrılarak mezun olunan okul kaydedildi. Diğer seçeneği cevapları için açık uçlu sorgulama yapılarak verilen cevaplar kaydedildi. Analizlerde anne-baba eğitimi orta okul ve altı, lise ve üstü olacak şekilde iki gruba ayrıldı.
- **Kişinin anne – baba mesleği:** Anne için; ev hanımı, emekli ve çalışıyor olarak gruplandı. Çalışan anneler için açık uçlu sorgulama yapıldı. Baba için; işsiz, emekli, çalışıyor olarak gruplandırılıp, çalışan babalar için açık uçlu sorgulama yapılarak verilen cevaplar kaydedildi.
- **Kişinin aylık gelir- gideri:** Açık uçlu soruldu. Türk Lirası (TL) cinsinden belirtildi. Analizlerde gelir düzeyi 50-200 TL, 201-400 TL ve 401 TL ve üstü olacak şekilde, gider düzeyi 25-200 TL, 201-400 TL ve 401 TL ve üstü olacak şekilde 3 gruba ayrıldı.
- **Kişinin gelir temin durumu:** Ailemden, öğrenim kredisi/ burs, part-time bir işte çalışıyorum ve diğer olarak gruplandırıldı. Diğer seçeneği cevapları için açık uçlu sorgulama yapılarak verilen cevaplar kaydedildi.
- **Kişinin eğitimi sırasında yıl kaybı:** Evet, hayır olarak gruplandırıldı.
- **Kişinin kardeş sayısı:** Açık uçlu sorgulandı. Tek, 2-3 kardeş, 4-6 kardeş, 7 ve üstü şeklinde gruplandırıldı.

- **Aile yaşam biçimi:** Anne-baba hayatta birlikte yaşıyorlar, anne baba hayatta ayrı yaşıyorlar, anne hayatta baba değil, baba hayatta anne değil, anne-baba her ikisi de hayatta değil olarak gruplandırıldı. Analizlerde anne baba hayatta ve birlikte, anne baba ayrı şeklinde gruplara ayrıldı.
- **Aile tipi:** Çekirdek aile (anne-baba-kardeş), tek ebeveyn (anne ya da baba ile), geniş aile (anne-baba-kardeş-anneanne-babaanne-dede ya da akraba) olarak gruplandırıldı.
- **Kişinin kaç kişi yaşadığı:** Açık uçlu sorgulandı. Analizlerde yaşanan yerdeki kişi sayısı 1-2 kişi, 3-4 kişi, 5-6 kişi, 7 ve daha fazla kişi olarak gruplandı.
- **Sigara içme durumu:** Sigara içme durumu hayır, denedim ve bir daha kullanmadım, içiyordum bıraktım ve halen içiyorum şeklinde sorgulandı. Analizlerde halen içenler ve hiç içmemiş veya bırakmışlar şeklinde gruplandırılarak değerlendirildi.
- **İçilen sigara miktarı ve sigara içme süresi:** İçilen sigara miktarı günlük 1-5 tane, 6-10 tane, 11-19 tane, 1 paket veya daha fazla şeklinde sorgulandı. Sigara içme süresi ay olarak açık uçlu sorgulandı. Ortalama ve standart sapma ile değerlendirildi.
- **Sigara kullanmayı deneme/sigara kullanmaya başlama nedeni:** Kendimi iyi hissetmek için, ailemdeki kişilere özendiğim için, arkadaşlarım kullandığı için, merak ettiğim için, sorunlarımdan uzaklaşmak için ve diğer olarak sorgulandı.
- **Alkol kullanma durumu:** Alkol kullanma durumu hayır, denedim ve bir daha kullanmadım, içiyordum bıraktım ve halen içiyorum şeklinde sorgulandı. Analizlerde halen içenler ve hiç içmemiş veya bırakmışlar şeklinde gruplandırılarak değerlendirildi.
- **Alkol kullanma miktarı ve süresi:** Tüketilen alkol miktarı ortalama aylık olarak, alkol kullanma süresi ay olarak açık uçlu sorgulandı. Analizlerde aylık alkol kullanma miktarı 1-10 kez, 11 kez ve üstü olarak gruplandırıldı.
- **Alkol kullanmayı deneme/alkol kullanmaya başlama nedeni:** Kendimi iyi hissetmek için, ailemdeki kişilere özendiğim için, arkadaşlarım kullandığı

için, merak ettiğim için, sorunlarımdan uzaklaşmak için ve diğer olarak sorgulandı.

- **Alkol kullanımının sağlığa zararına ilişkin düşüncesi:** Evet, hayır olarak gruplandırıldı.
- **Uyuşturucu/uyarıcı madde kullanma durumu:** Evet, hayır olarak gruplandırıldı.
- **Kullanılan uyuşturucu/uyarıcı maddenin türü ve süresi:** Kullanılan uyuşturucu/uyarıcı madde türü ve kullanma süresi açık uçlu ay olarak sorgulandı.
- **Uyuşturucu/uyarıcı madde kullanmaya başlama nedeni:** Kendimi iyi hissetmek için, ailemdeki kişilere özendiğim için, arkadaşlarım kullandığı için, merak ettiğim için, sorunlarımdan uzaklaşmak için ve diğer olarak sorgulandı.
- **Kişiyi üniversite çevresinde uyuşturucu/uyarıcı madde satılma durumu:** Evet, hayır olarak gruplandırıldı.
- **Sakinleşmek ya da uyuyabilmek için doktor önerisi olmaksızın ilaç kullanma durumu/kullanılan ilacın türü:** Evet, hayır olarak gruplandırıldı. Kullanılan ilacın türü açık uçlu olarak sorgulandı.
- **Kişinin uyku süresi:** Günlük ortalama uyku süresi saat olarak açık uçlu sorgulandı. Ortalama ve standart sapma ile değerlendirildi.
- **Kişinin sabah uyandığında kendini dinç hissetme durumu:** Evet, hayır ve bazen olarak sorgulandı. Analizlerde evet ve diğer olarak gruplandırıldı.
- **Kişinin televizyon/bilgisayar karşısında geçirdiği süre:** Günlük ortalama televizyon/bilgisayar karşısında geçirilen süre saat olarak açık uçlu sorgulandı. Ortalama ve standart sapma ile değerlendirildi.
- **Kişinin sebze/meyve/süt ve süt ürünleri tüketimi:** Haftalık sebze, meyve, süt ve süt ürünleri tüketimi ayrı ayrı açık uçlu olarak sorgulandı. Tanımlayıcı tablolarda hiç, 1-3 kez, 4-6 kez, 7 kez ve daha fazla olarak, analitik tablolarda ise 0-6 kez ve 7 kez ve daha fazla olacak şekilde gruplandırıldı.
- **Kişinin sabah kahvaltısı yapma durumu:** Hiç yapmıyorum, haftada birkaç kez yaparım, genellikle hafta sonları yaparım ve her gün düzenli kahvaltı yaparım şeklinde gruplandırıldı.

- **Kişinin fastfood tüketim durumu:** Aylık ortalama fastfood tüketimi açık uçlu sorgulandı. Ortalama ve standart sapma ile değerlendirildi. Hiç, 1-5 kez, 6-10 kez, 11-15 kez, 16 kez ve daha fazla olarak gruplandırıldı.
- **Kişinin beden algısı:** Çok zayıf, zayıf, normal, kilolu, çok kilolu şeklinde sorgulandı. Analizlerde çok zayıf/zayıf, normal, kilolu/çok kilolu şeklinde gruplandırıldı.
- **Kişinin diyet yapma durumu ve yapılan diyet sayısı:** Evet, hayır olarak gruplandırıldı. Yapılan diyet sayısı açık uçlu olarak sorgulandı. Ortalama ve standart sapması ile değerlendirildi.
- **Kişinin dengeli ve yeterli beslenme ile ilgili eğitim alma durumu:** Evet, hayır olarak sorgulandı.
- **Kişinin fiziksel aktivite yapma durumu/yapılan aktivite türü:** Haftada en az 3 gün günde en az 30 dakika olacak şekilde fiziksel aktivite yapma durumu sorgulandı. Evet, hayır ve bazen olarak gruplandırıldı. Yapılan fiziksel aktivite türü futbol, basketbol, voleybol vb./bisiklete binme vb./yürüyüş, koşu vb./dövüş sporları, yüzme vb./diğer şeklinde sorgulandı.
- **Kişinin CYBH konusunda bilgi durumu/bilgi kaynağı:** Evet, hayır olarak gruplandırıldı. Bilginin kaynağı okul, arkadaşlar, aile, televizyon, gazete, dergi, internet, diğer olarak sorgulandı.
- **Kişinin cinsel birleşme ile sonuçlanan ilişki varlığı/ilişki sırasında doğum kontrol yöntemi kullanma durumu:** Evet, hayır olarak gruplandırıldı. İlişki sırasında kullanılan doğum kontrol yöntemi açık uçlu olarak sorgulandı.
- **Kişinin korunmasız cinsel ilişki sonrasında sağlık sorunu gelişebileceğine ilişkin bilgi durumu:** Evet, hayır ve bilmiyorum olarak gruplandırıldı. Gelişebilecek sağlık sorununa ilişkin bilgisi açık uçlu olarak sorgulandı.
- **Kişinin ehliyet varlığı/ehliyetin türü:** Evet, hayır olarak gruplandırıldı. Ehliyetin türü açık uçlu olarak sorgulandı.
- **Kişinin motorlu araç kullanma durumu/kullanılan motorlu aracın türü:** Evet, hayır olarak gruplandırıldı. Kullanılan motorlu aracın türü açık uçlu olarak sorgulandı.

- **Kişinin motorlu araç kullanırken trafik kurallarına uyma/kask, emniyet kemeri vb. koruyucu araç kullanma durumu:** Her zaman, bazen ve hiçbir zaman olarak sorgulandı.
- **Kişinin üzüntü/ümitsizlik hissetme durumu:** Son bir yıl içinde günlük işleri aksatacak kadar üzüntü veya ümitsizlik hissetme durumu evet, hayır olarak gruplandırıldı.
- **Kişinin intihar etme düşüncesi/intihar etme girişimi:** Evet, hayır olarak gruplandırıldı. İntihar etme düşüncesi/girişimi sayısı açık uçlu olarak sorgulandı. Ortalama ve standart sapma ile değerlendirildi.
- **Kişinin psikolog/psikiyatr desteği alma durumu:** Evet, hayır olarak gruplandırıldı.
- **Kişinin silah, sopa, bıçak vb. delici kesici alet taşıma durumu:** Evet, hayır olarak gruplandırıldı.
- **Kişinin fiziksel kavgaya karışma durumu ve karışılan kavga sayısı:** Evet, hayır olarak gruplandırıldı. Karışılan kavga sayısı açık uçlu olarak sorgulandı. Ortalama ve standart sapma ile değerlendirildi.
- **Kişinin kalıcı dövme/ piercing yaptırma durumu/yaptırma nedeni:** Evet, hayır olarak gruplandırıldı. Kalıcı dövme/piercing yaptırma nedeni ilgi çekmek için, güzel ya da yakışıklı görünmek için, arkadaşlarımla çoğunda olduğu için, sevdiğim için ve diğer olarak sorgulandı.
- **Kalıcı dövme/ piercing yaptırılan yerin sağlık koşullarına uygunluğu:** Evet, hayır olarak gruplandırıldı.
- **Kalıcı dövme/ piercing sonrasında sağlık sorunu gelişme durumu:** Evet, hayır olarak gruplandırıldı.
- **Kişinin şans oyunları oynama durumu:** Evet, hayır olarak gruplandırıldı.
- **Kişinin kumar oynama durumu:** Evet, hayır olarak gruplandırıldı.
- **Kişinin diş fırçalama durumu:** Evet, hayır ve bazen olarak gruplandırıldı.
- **Kişinin sürekli ilaç kullanma durumu/kullanılan ilaçların türü:** Evet, hayır olarak gruplandırıldı. Kullanılan ilacın türü açık uçlu olarak sorgulandı.
- **Kişinin ergenlik dönemi hakkında bilgilendirilme durumu/bilginin kaynağı:** Evet, hayır olarak gruplandırıldı. Bilgi kaynağı açık uçlu olarak sorgulandı.

- **Kişinin sağlık algısı:** Çok iyi, iyi, orta, kötü, çok kötü olarak sorgulandı. Analizlerde çok iyi/iyi, orta, kötü/çok kötü olarak 3 gruba ayrıldı.

Araştırmada riskli sağlık davranışları olarak sigara, alkol, uyuşturucu/uyarıcı madde kullanımı, uyku ve beslenme sorunları, fiziksel aktivite azlığı/yokluğu, üreme sağlığı ile ilişkili riskli davranışlar, riskli motorlu araç kullanımı, kalıcı dövme/piercing kullanımı, kumar oynama alınmıştır.

3.5. Veri Toplama Yöntemi

Veri toplama formları önceden oluşturulup denemesi yapılmış olup gerekli düzeltmeler yapıldıktan sonra uygulanmıştır. Yetmiş iki soruluk veri toplama formu sosyo-demografik bilgiler ve riskli sağlık davranışlarına yönelik sorulardan oluşmaktadır (Ek 1). Uygulama için bölümlerin ders programları incelenip derslere devamın en yüksek olduğu günler seçilmiştir. Dersin sorumlu öğretim görevlisiyle ders öncesinde görüşülmüş ders saati içinde dersin öğretim görevlisi ile birlikte sınıfa gidilmiştir. Veriler, araştırma konusunda bilgilendirme yapıp öğrencilerin sözlü onayı alındıktan sonra araştırmaya katılmayı kabul eden öğrencilerden gözlem altında toplanmıştır.

3.6. Veri Değerlendirilmesi

Araştırma verisi bilgisayar ortamında ve SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) 18,0 programı kullanılarak değerlendirildi ve sayı, yüzde, ortalama, standart sapma, minimum ve maksimum değerler, ki-kare, bağımsız gruplarda t testi ve Fisher'in kesin testi kullanıldı.

3.7. Araştırmanın Zaman Süreci

Konu seçimi Haziran 2010 tarihinde yapılmış, Mayıs- Haziran 2011 tarihinde izinleri alınmıştır. Üç aylık ön çalışmanın ardından, Ekim 2011 – Kasım 2011 tarihleri arasında veri toplanmıştır. Veri girişine veri toplama aşamasında başlanmış olup Aralık 2011 tarihinde tamamlanmıştır. Verilerin analizi Ocak 2012 – Şubat 2012 tarihleri arasında yapılmış tezin yazım aşaması da Mayıs 2012 tarihinde bitirilmiştir.

Tablo 6. Araştırmanın zaman çizelgesi

	2010				2011				2012						
	6	7	8	9*	5	6	10	11	12	1	2	3	4	5	6
Konu Seçimi	X														S
Kaynak İnceleme				X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	I
Hazırlık – Ön Çalışma	X	X	X	X	X	X									N
Veri Toplama							X	X							A
Veri Girişi-Değerlendirme								X	X	X					V
Analiz										X	X				
Yazım										X	X	X	X	X	

* Araştırma için gerekli izinlerin alınması süreci 8 ay sürmüştür.

3.8. Araştırmanın Güçlü ve Kısıtlı Yanları

Ülkemizde üniversite gençlerinin riskli sağlık davranışlarının saptanmasına yönelik geniş çaplı bir araştırmaya rastlanmamıştır. Bazı risk faktörlerinin (sigara, alkol, üreme sağlığı) saptanmasına yönelik çalışmalar varsa da bütün risk faktörlerini içeren çalışma sayısının az olması bu araştırma için önemlidir.

Toplanan veriler öğrencilerin ankete verdikleri cevaplarla sınırlı olduğundan bildirilen davranışlar, verilen bilgiler gerçekte olduğundan daha fazla ya da daha az olabilir. Bunun yanında toplanılan veriler uygulama günü okula gelmiş olan öğrencilerle sınırlıdır.

Öğrencilerin okulda olmaları beklenen günlerde devamsızlıklarının çok fazla olması nedeniyle araştırmaya katılım istenilen düzeyde olmamıştır. Araştırma anketlerinin tek araştırmacı tarafından uygulanması nedeniyle insan gücü sınırlılıklar arasındadır.

3.9. Etik Açıklamalar

Araştırma için Süleyman Demirel Üniversitesi Rektörlüğü'nden Etik Kurul izni alınmıştır (Ek 2). Etik Kurul izni doğrultusunda uygulamanın yapıldığı 5 fakültenin Dekanlıkları'ndan da resmi izinler alınmıştır (Ek 3).

Öğrencilere anket uygulaması araştırmadan elde edilen bilgilerin bilimsel amaçlarla kullanılacağı, kişisel bilgi istenmediği ve yanıtların tamamen gizli kalacağı açıklamaları yapılarak sözlü onamları alınmıştır. Araştırmaya katılmayı reddeden öğrencilere anket uygulanmamıştır.

4. BULGULAR

4.1. Araştırma Grubunun Tanımlayıcı Özellikleri

Tablo 7’de öğrencilerin sosyodemografik özelliklerine göre dağılımları incelendi.

Tablo 7. Araştırma grubunun bazı sosyodemografik özelliklerine göre dağılımı-1

Sosyodemografik Değişkenler	n	%
Cinsiyet		
Kadın	883	64,6
Erkek	484	35,4
Anne Eğitim Durumu		
Okur yazar değil	106	7,8
Okur yazar	53	3,9
İlkokul	686	50,2
Ortaokul	149	10,9
Lise	250	18,3
Üniversite	123	9,0
Baba Eğitim Durumu		
Okur yazar değil	17	1,2
Okur yazar	24	1,8
İlkokul	505	36,9
Ortaokul	228	16,7
Lise	322	23,6
Üniversite	271	19,8
Anne Çalışma Durumu (n=1351)*		
Ev hanımı	1133	82,9
Çalışıyor	160	11,8
Emekli	58	4,3
Baba Çalışma Durumu (n=1315)†		
Çalışıyor	880	64,2
Emekli	341	29,2
İşsiz	94	6,6
Eğitim Görülen Fakülteler		
İktisadi İdari Bilimler Fakültesi	494	36,1
Fen Edebiyat Fakültesi	443	32,4
Sağlık Bilimleri Fakültesi	199	14,6
Tıp Fakültesi	147	10,8
Orman Fakültesi	84	6,1
TOPLAM	1367	100,0

*Annesi hayatta olmayan 16 öğrenci olduğu için n=1351’dir.

†Babası hayatta olmayan 52 öğrenci olduğu için n=1315’dir.

Araştırma grubunun % 64,6’sını kadınlar, % 35,4’ünü erkekler oluşturmaktaydı (Tablo 7).

Araştırma grubunun yaş ortalaması ve standart sapması $19,2 \pm 1,3$ (en küçük 16, en büyük 30) idi.

Öğrencilerin annelerinin eğitim durumları değerlendirildiğinde çoğunluğunun (% 50,2) ilkokul mezunu olduğu saptandı. Annelerin % 7,8'i okuryazar değildi ve % 9,0'ı üniversite mezunuydu. Babaların eğitim durumuna bakıldığında annelerin eğitim durumuna benzer şekilde babaların büyük çoğunluğunun (% 36,9) ilkokul mezunu olduğu belirlendi. Babaların % 1,2'si okuryazar değildi ve % 19,8'i üniversite mezunuydu (Tablo 7).

Katılımcıların annelerinin büyük çoğunluğu (% 82,9) ev hanımıydı. Çalışmakta olan annelerin yüzdesi % 11,8 olmakla birlikte emekli olan anne yüzdesi % 4,3 idi. Çalışan annelerin % 60,0'ı memur, % 23,1'i özel sektör çalışanı, % 13,1'i kendi işiyle serbest çalışan ve % 3,8'i çiftçiydi. Babaların çalışma durumu incelendiğinde % 64,2'si çalışmakta, % 29,2'si emekli ve % 6,6'sı işsizdi. Çalışan 880 babanın yaptıkları iş ve yüzdeleri sırasıyla serbest çalışan (esnaf, şoför gibi) % 38,3, memur % 25,7, özel sektör % 24,6 ve çiftçi % 11,5'di (Tablo 7).

Araştırmaya katılan öğrencilerin çoğu İktisadi İdari Bilimler Fakültesi'nde (% 36,1) ve Fen Edebiyat Fakültesinde (% 32,4) eğitim görmekteydi (Tablo 7).

Öğrencilerin doğum yerleri coğrafi bölgelere göre incelendiğinde; % 33,1'i (n=452) Akdeniz Bölgesi'nde, % 17,6'sı (n=240) Ege Bölgesi'nde, % 17,0'ı (n=233) İç Anadolu Bölgesi'nde, % 9,5'i (n=130) Marmara Bölgesi'nde, % 7,1'i (n=97) Karadeniz Bölgesi'nde, % 5,8'i (n=79) Güneydoğu Anadolu Bölgesi'nde, % 5,7'si (n=78) Doğu Anadolu Bölgesi'nde doğmuş idi. Öğrencilerin % 4,2'si (n=58) yurtdışı doğumluydu ya da yurtdışından eğitim için gelmişti.

Öğrencilerin üniversite eğitimi boyunca kaldıkları yerlere göre dağılımları incelendiğinde, özel yurttan yaşayan öğrenci yüzdesi % 34,1, öğrenci evinde yaşayan öğrenci yüzdesi % 26,5, devlet yurdunda kalan öğrenci yüzdesi % 23,1 ve aileyle yaşayan öğrenci yüzdesi % 11,8'di. Bununla birlikte % 4,7 öğrenci ise apart, otel, vakıf, orduevi, akraba yanı, yarı özel yurt ve evli olarak kendi evinde yaşadıklarını bildirmişti. Öğrencilerin kaldıkları yerlerde yaşayan kişi sayısı ortalaması ve standart sapması $4,2 \pm 3,5$ kişiydi (en düşük 1 kişi, en yüksek 61 kişi) idi.

Tablo 8. Araştırma grubunun bazı sosyodemografik özelliklerine göre dağılımı-2

Sosyodemografik Değişkenler	n	%
Öğrencilerin Geldiği Coğrafi Bölgeler		
Akdeniz Bölgesi	523	38,3
Ege Bölgesi	253	18,5
İç Anadolu Bölgesi	222	16,2
Marmara Bölgesi	157	11,5
Karadeniz Bölgesi	70	5,1
Güneydoğu Anadolu Bölgesi	58	4,2
Yurtdışı	50	3,7
Doğu Anadolu Bölgesi	34	2,5
Öğrencilerin Aylık Geliri		
50-200 TL	212	15,5
201-400 TL	659	48,2
401 ve üstü	496	36,3
Gelir Kaynağı (n=1491)*		
Aile	1273	93,1
Öğrenim Kredisi/ Burs	184	13,4
Part-time işte çalışma	23	1,6
Diğer	11	0,8
Aile Tipi		
Çekirdek Aile	1363	85,1
Geniş Aile	105	7,7
Tek Ebeveyn	98	7,2
Diğer	1	0,1
TOPLAM	1367	100,0

* Öğrenciler birden fazla seçeneği işaretledikleri için toplam 1367'den ve % 100,0'den fazladır.

Üniversite eğitimi almak için Isparta'ya gelen öğrencilerin büyük çoğunluğu (% 38,3) Akdeniz Bölgesi'nden gelmekteydi (Tablo 8).

Öğrencilerin aylık gelirlerinin ortalama ve standart sapması 399,2±182,2 TL idi (en düşük 50, en yüksek 1800). Geliri 201-400 TL olan öğrenciler (% 48,2) çoğunlukta idi. Öğrenciler % 93,1'i (n=1273) gelirlerini ailelerinden, % 13,4'ü (n=184) öğrenim kredisi/burstan ve % 1,6'sı (n=23) part-time işte çalışarak elde ediyordu. Az sayıda öğrenci ise (% 0,8, n=11) gelirini tam zamanlı çalışarak, önceki birikimlerini kullanarak ve akrabalarından destek alarak temin ettiklerini belirttiler (Tablo 8). Öğrenciler gelirlerini nereden temin ettikleri sorusuna birden fazla yanıt verebildikleri için n=1498 olarak belirlendi.

Öğrencilerin aylık gider ortalama ve standart sapması 384,2±175,6 TL idi (en düşük 25, en yüksek 1500). Öğrencilerin % 17,4'ünün 25-200 TL, % 49,1'inin 201-400 TL ve % 33,5'inin 401 TL ve üstü aylık gideri vardı.

Öğrenciler aile tiplerine göre değerlendirildiğinde, çoğunluğu (% 85,1) çekirdek aileye sahipti (Tablo 8).

Eğitim süreleri boyunca yıl kaybı olmadan eğitimine devam eden öğrencilerin yüzdesi % 70,5 iken, yıl kaybı olan öğrenciler % 29,5 idi.

Öğrencilerin anne babalarının hayatta olma ve birlikte yaşama durumları değerlendirildiğinde, % 91,6'sının anne babasının hayatta ve birlikte yaşadıkları, % 3,7'sinin anne babasının hayatta fakat ayrı yaşadıkları, % 4,8'inin annesi ve/veya babasının hayatta olmadığı saptandı.

Araştırmaya katılan öğrencilerin kardeş sayıları incelendiğinde, tek çocuk olanlar % 6,4, 2-3 kardeş olanlar % 66,3, 4-6 kardeş olanlar % 21,5 ve 7 ve üstü kardeş olanlar ise % 5,8'di (en düşük 1 kardeş, en yüksek 17 kardeş). Kardeş sayısının ortalama ve standart sapması $3,1 \pm 1,8$ idi.

Öğrencilerin düzenli olarak günde en az iki kere diş fırçalama alışkanlıkları incelendiğinde, büyük çoğunluğun (% 63,6) her gün dişlerini düzenli olarak fırçaladıkları saptandı. Öğrencilerin bir kısmının (% 31,0) dişlerini haftada birkaç gün fırçaladığı, az bir kısmının da (% 5,4) hiç diş fırçalama alışkanlığının olmadığı tespit edildi.

Öğrencilerin herhangi bir sağlık problemi nedeniyle sürekli kullandığı ilaç ya da ilaçların olmama yüzdesi % 89,3 idi. Sürekli ilaç kullanan öğrencilerin yüzdesi % 10,7 idi. Öğrencilerin sürekli kullandıkları ilaçlar arasında ilk sırada demir ilaçları (% 14,9) gelmekteydi. Demir ilaçlarını sırasıyla antidepresan ve anksiyete ilaçları (% 12,1), alerji ilaçları (% 11,4), dermatolojik ilaçlar (% 5,0) ve vitamin ilaçları (% 4,2) ile adet düzenleyici ilaçlar (% 4,2) izlemekteydi. Öğrencilerin % 44,7'si ise farklı sistemik hastalıklar için ilaç kullanmaktaydı.

Öğrencilerin ergenlik dönemine girerken yaşamlarında olacak fiziksel ve psikolojik değişimler hakkında bilgi alma % 65,5 (n=896), bilgi almama % 34,5 (n=471) idi. Ergenlik dönemi hakkında bilgi alan öğrencilerin bilgi kaynakları incelendiğinde, ilk iki sırayı sırasıyla aile (% 45,8) ve okul (% 43,3) almaktaydı. Sağlık personeli tarafından bilgilendirilen ergenlerin yüzdesi % 10,0 idi. Arkadaş ortamında kendilerine has yöntemlerle ergenlik hakkında bilgi sahibi olan ergenler % 8,0, araştırma yaparak bilgi toplayan ergenler ise % 6,2 idi. Çok az sayıda öğrenci grubunun (% 0,8) gazete, dergi, konferans gibi kaynaklardan bilgi edindiği saptandı.

Öğrencilerin sağlık algısı % 13,8'i çok iyi, % 54,7'si iyi, % 28,7'si orta, % 2,4'ü kötü, % 0,4'ü ise çok kötü şeklindeydi.

4.2. Öğrencilerin Riskli Sağlık Davranışlarına İlişkin Bulgular

4.2.1. Öğrencilerin Sigara Kullanımına İlişkin Tanımlayıcı ve Analitik Bulgular

Araştırma grubunun sigara kullanımı ve kullanma nedenleri Tablo 9'da verilmiştir.

Tablo 9. Öğrencilerin sigara kullanımı ve kullanma nedenlerine ilişkin bulguları

Özellikler	n	%
Sigara Kullanma Durumu (n=1361)*		
Hiç içmemişler	1128	82,9
Halen içenler	168	12,3
Denemiş ve bir daha kullanmamışlar	33	2,4
İçmiş bırakmışlar	32	2,3
Sigarayı Deneme/Başlama Nedenleri (n=233)†		
Arkadaş etkisi	85	36,5
Merak	61	26,2
Sorunlardan uzaklaşmak	55	23,6
Kendini iyi hissetmek	54	23,2
Aile büyüklerine özenme	10	4,3
Zevk	6	2,6

*6 öğrenci bu soruyu yanıtlamadığı için toplam 1361'dir.

†Öğrenciler birden fazla seçeneği işaretledikleri için toplam 233'ün ve % 100,0'in üzerindedir.

Araştırmaya katılan öğrencilerin % 12,3'ü sigara içmekteydi (Tablo 9). Sigara içen 168 öğrencinin günde içtiği sigara miktarı incelendiğinde % 25,0'ının 1-5 tane, % 33,3'ünün 6-10 tane, % 23,2'sinin 11-19 tane ve % 18,5'inin 1 paket ve üstü sigara içtiği belirlendi. Araştırma grubunun % 2,4'ü sigara içmeyi denemiş ve bir daha içmemişti. Sigarayı bırakanların yüzdesi % 2,3'tü. Öğrencilerin büyük çoğunluğu (% 82,9) sigara içmemekteydi. Sigara içme nedenleri arasında ilk sırada arkadaş etkisi (% 36,5) gelmekteydi (Tablo 9). Sigara kullanan öğrencilerin kullanma süreleri ortalama ve standart sapması $47,2 \pm 29,9$ ay idi.

Tablo 10. Araştırma grubunun bazı sosyodemografik değişkenlerinin sigara kullanma durumuna ilişkin dağılımı

Sosyodemografik Değişkenler	Sigara İçme Durumu				χ^2	p
	Halen İçenler		Hiç İçmemişler veya Bırakmışlar			
	n	%	n	%		
Cinsiyet						
Kadın (n=880)	55	6,3	825	93,8	85,457	<0,001
Erkek (n=481)	113	23,5	368	76,5		
Aylık Gelir Durumu						
50-200 (n=211)	17	8,1	194	91,9	10,262*	0,001
201-400 (n=654)	72	11,0	582	89,0		
401 ve üstü (n=496)	79	15,9	417	84,1		
Aylık Gider Durumu						
25- 200 (n=236)	17	7,2	219	92,8	13,143*	<0,001
201-400 (n=667)	76	11,4	591	88,6		
401 ve üstü (n=458)	75	16,4	383	83,6		
Yıl Kaybı						
Olan (n=403)	61	15,1	342	84,9	4,127	0,042
Olmayan (n=958)	107	11,2	851	88,8		
Sağlık Algısı[†]						
Çok İyi/İyi (n=923)	100	10,8	823	89,2	9,102*	0,003
Orta (n=390)	57	14,6	333	85,4		
Kötü/Çok Kötü (n=38)	10	26,3	28	73,7		
Fakülteler						
Fen Edebiyat Fakültesi (n=441)	63	14,3	378	85,7	11,900	0,018
İktisadi İdari Bilimler Fakültesi (n=492)	69	14,0	423	86,0		
Orman Fakültesi (n=83)	11	13,3	72	86,7		
Sağlık Bilimleri Fakültesi (n=199)	17	8,5	182	91,5		
Tıp Fakültesi (n=146)	8	5,5	138	94,5		
TOPLAM	168	12,3	1193	87,7		

* Eğitimde ki kare

[†] Sağlık algısı sorusunu 10 öğrenci yanıtlamadığı için n=1351'dir.

Cinsiyete göre öğrencilerin sigara içme durumları değerlendirildiğinde, kızlar ve erkekler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardı (p<0,001). Erkeklerde sigara içme yüzdesi kızlara göre anlamlı olarak daha yüksekti (Tablo 10). Erkek ve kız öğrencilerin günlük içtikleri sigara miktarı değerlendirildiğinde erkek öğrenciler içinde günde 11 adet ve üzeri sigara içenler % 48,7 iken kız öğrenciler içinde günde 11 adet ve üzeri sigara içenler % 27,3 idi. Erkek öğrencilerin günlük içtikleri sigara miktarı kızlara göre anlamlı olarak yüksekti ($\chi^2=6,970$, p=0,008).

Öğrencilerin gelir düzeylerine göre sigara içme durumları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak fark bulundu ($p=0,001$). Öğrencilerin geliri arttıkça sigara içme oranı da artmaktaydı (Tablo 10). Öğrencilerin giderleriyle sigara içme durumları arasında da gelir durumuna benzer şekilde istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edildi ($p<0,001$). Gider arttıkça öğrencilerin sigara içme durumları anlamlı olarak artmaktaydı (Tablo 10).

Öğrencilerin eğitim sırasındaki yıl kaybı olup olmamasına göre sigara içme durumu arasında anlamlı farklılık mevcuttu ($p=0,042$). Eğitim sırasında yıl kaybı olan öğrencilerde sigara içme yüzdesi yıl kaybı olmayan öğrencilerin yüzdesine göre anlamlı olarak yüksekti (Tablo 10).

Öğrencilerin sağlık algısına göre sigara içme durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardı ($p=0,003$). Öğrencilerin sağlık algısı kötüye gittikçe sigara içme durumları anlamlı olarak artmaktaydı (Tablo 10).

Öğrencilerin eğitim gördükleri fakülterlere göre sigara içme durumları incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulundu ($p=0,018$) (Tablo 10). Farklılık Tıp Fakültesi'nden kaynaklanmaktaydı. Tıp Fakültesi öğrencileri diğer fakülte öğrencilerine göre anlamlı olarak az sigara içmekteydi (Tıp Fakültesi analizden çıkarıldığında $\chi^2=4,521$, $p=0,210$).

Halen sigara içen öğrencilerin yaş ortalaması ($19,7\pm 1,5$) hiç içmemiş veya bırakmış öğrencilere ($19,1\pm 1,3$) göre anlamlı olarak daha yüksekti ($t=-4,971$, $p<0,001$).

Öğrencilerin anne-baba eğitim ve çalışma durumlarına göre sigara içme durumları değerlendirildiğinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamadı (sırasıyla p değerleri 0,182, 0,401, 0,329, 0,710).

Öğrencilerin doğum bölgelerine ve geldikleri coğrafi bölgelere göre sigara içme durumlarına bakıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktu (sırasıyla p değerleri 0,663, 0,662).

Öğrencilerin anne babalarının hayatta olma ve birlikte yaşama durumlarına göre, kardeş sayılarına göre ve aile tipine göre sigara içme durumları incelendiğinde, istatistiksel olarak anlamlı farklılık mevcut değildi (sırasıyla p değerleri 0,593, 0,653, 0,947).

Tablo 11. Araştırma grubunun bazı riskli sağlık davranışlarına göre sigara kullanma durumunun dağılımı

Riskli Sağlık Davranışları	Sigara İçme Durumu				χ^2	P
	Halen İçenler		Hiç veya Bırakmışlar			
	n	%	n	%		
Alkol Kullanma Durumları						
Halen içenler (n=112)	59	52,7	53	47,3	183,501	<0,001
Hiç içmemiş veya bırakmışlar (n=1549)	109	8,7	1140	91,3		
Uyuşturucu/uyarıcı Madde Kullanma Durumu						
Evet (n=13)	6	46,2	7	53,8	0,003*	
Hayır (n=1348)	162	12,0	1186	88,0		
İntihar Etme Düşüncesi						
Evet (n=190)	50	26,3	140	73,7	39,841	<0,001
Hayır (n=1171)	118	10,1	1053	89,9		
İntihar Etme Girişimi						
Evet (n=61)	22	36,1	39	63,9	33,213	<0,001
Hayır (n=1300)	146	11,2	1154	88,8		
Delici-Kesici Alet Taşıma Durumu						
Evet (n=47)	20	42,6	27	57,4	41,059	<0,001
Hayır (n=1314)	148	11,3	1166	88,7		
Fiziksel Kavgaya Karışma Durumu						
Evet (n=33)	16	48,5	17	51,5	<0,001*	
Hayır (n=1328)	152	11,4	1176	88,6		
Kumar Oynama Durumu						
Evet (n=56)	28	50,0	28	50,0	76,537	<0,001
Hayır (n=1305)	140	10,7	1165	89,3		
TOPLAM	168	12,3	1193	87,7		

* Fisher'in kesin testi

Öğrencilerin alkol alma durumlarına göre sigara içme durumları değerlendirildi ve halen alkol kullanan öğrencilerin sigara içme yüzdeleri alkolü hiç içmemiş veya bırakmış öğrencilere göre anlamlı olarak daha yüksekti ($p < 0,001$) (Tablo 11).

Uyuşturucu/uyarıcı madde kullanan öğrencilerde sigara içme durumu uyuşturucu/uyarıcı madde kullanmayan öğrencilere göre anlamlı olarak daha fazlaydı ($p = 0,003$) (Tablo 11).

Yaşamı boyunca intihar etmeyi düşünen öğrencilerde ve yaşamı boyunca intihar girişiminde bulunan öğrencilerde sigara kullanma yüzdesi anlamlı olarak daha yüksekti (sırasıyla p değeri $< 0,001$, $< 0,001$) (Tablo 11).

Üniversite içinde veya çevresinde delici-kesici alet taşıyan öğrencilerle, fiziksel kavgaya karışan öğrencilerin sigara kullanımı delici-kesici alet kullanmayan ve kavga etmeyen öğrencilere göre anlamlı olarak daha yüksekti (sırasıyla p değeri <0,001, <0,001).

Kumar oynayan öğrencilerin sigara içme yüzdesi kumar oynamayan öğrencilere göre anlamlı olarak daha yüksekti (p<0,001).

Öğrencilerin üzüntü/ümitsizlik hissetme ve uyandığında kendini dinç hissetme durumlarına göre sigara içme durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamadı (sırasıyla p değeri 0,142, 0,085).

4.2.2. Öğrencilerin Alkol Kullanımına İlişkin Tanımlayıcı ve Analitik Bulgular

Araştırma grubunun alkol kullanımı ve kullanma nedenleri Tablo 12’de verilmiştir.

Tablo 12. Öğrencilerin alkol kullanım durumları, kullanma nedenleri ve kullanma miktarlarına ilişkin bulgular

Özellikler	n	%
Alkol Kullanma Durumu		
Hiç içmemişler	1206	88,2
Halen içenler	112	8,2
Denemiş ve bir daha kullanmamışlar	24	1,8
İçmiş bırakmışlar	25	1,8
Alkolü Deneme ya da Başlama Nedenleri (n= 161)*		
Kendini iyi hissetmek	70	43,5
Sorunlardan uzaklaşmak	43	26,7
Merak	34	21,1
Arkadaş etkisi	31	19,3
Aile büyüklerine özenme	3	1,9
Diğer	2	1,2
Ayda Tüketilen Alkol Miktarı (n=112)		
1-2 kez	93	83,0
3-4 kez	11	9,8
5 ve daha fazla	8	7,1

* Öğrenciler birden fazla seçeneği işaretledikleri için toplam 161’in ve % 100,0’in üzerindedir.

Öğrencilerin % 8,2’si halen alkol kullanmaktaydı (Tablo 12). Alkol kullanan öğrencilerin % 83,0’ı ayda 1-2 kez alkol tüketmekteydi (Tablo 12). Öğrencilerin alkol kullanma sürelerinin ortalama ve standart sapması 52,0±32,0 aydı. En fazla alkol kullanma nedeni kendini iyi hissetmekti (% 43,5) (Tablo 12). ‘‘Sizce alkolün

sağlığa zararı var mıdır?’’ sorusuna yanıt veren 1364 kişinin % 90,9’u alkolün sağlığa zararlı olduğunu, % 9,1’i ise zararlı olmadığını belirtti.

Tablo 13. Öğrencilerin alkol kullanımına ilişkin bazı sosyodemografik bulguları

Özellikler	Alkol Kullanma Durumu				χ^2	P
	Halen İçenler		Hiç İçmemiş veya Bırakmışlar			
	n	%	n	%		
Cinsiyet						
Kadın (n=883)	40	4,5	843	95,5	44,490	<0,001
Erkek (n=484)	72	14,9	412	85,1		
Fakülteler						
İktisadi İdari Bilimler Fakültesi (n=494)	52	10,5	442	89,5	11,456	0,022
Fen Edebiyat Fakültesi (n=443)	40	9,0	403	91,0		
Orman Fakültesi (n=84)	5	6,0	79	94,0		
Tıp Fakültesi (n=147)	7	4,8	140	95,2		
Sağlık Bilimleri Fakültesi (n=199)	8	4,0	191	96,0		
Doğum Bölgeleri						
Marmara Bölgesi (n=130)	19	14,6	111	85,4	18,802	0,009
Ege Bölgesi (n=240)	26	10,8	214	89,2		
Doğu Anadolu Bölgesi (n=78)	7	9,0	71	91,0		
Akdeniz Bölgesi (n=452)	36	8,0	416	92,0		
Karadeniz Bölgesi (n=97)	7	7,2	90	92,8		
İç Anadolu Bölgesi (n=233)	14	6,0	219	94,0		
Yurt Dışı (n=58)	3	5,2	55	94,8		
Güneydoğu Anadolu Bölgesi (n=79)	0	0,0	79	100,0		
Anne Eğitim Düzeyi						
Ortaokul ve Altı (n=994)	56	5,6	938	94,4	31,723	<0,001
Lise ve Üstü (n=373)	56	15,0	317	85,0		
Baba Eğitim Düzeyi						
Ortaokul ve altı (n=774)	47	6,1	727	93,9	10,669	0,001
Lise ve üzeri (n=593)	65	11,0	528	89,0		
Anne Çalışma Durumu *						
Ev Hanımı (n=1133)	71	6,3	1062	93,7	35,430	<0,001
Emekli (n=128)	11	19,0	117	81,0		
Çalışan (n=160)	29	18,1	131	81,9		
Gelir Düzeyi						
50-200 TL (n=212)	10	4,7	202	95,3	27,178 [†]	<0,001
201-400 TL (n=659)	36	5,5	623	94,5		
401 ve Üstü (n=496)	66	13,3	430	86,7		
Gider Düzeyi						
25-200 TL (n=238)	8	3,4	230	96,6	29,002 [†]	<0,001
201-400TL (n=671)	40	6,6	631	94,0		
401 ve Üstü (n=458)	64	14,0	394	86,0		
Kardeş Sayısı						
1 (n=88)	16	18,2	72	81,8	25,284 [†]	<0,001
2-3 (n=906)	86	9,5	820	90,5		
4-6 (n=294)	8	2,7	286	97,3		
7 ve Üstü (n=79)	2	2,5	77	97,5		
TOPLAM	112	8,2	1255	91,8		

* Annesi hayatta olmayan öğrenciler çıkarıldığında n=1351’dir. † Eğitimde ki kare

Halen alkol kullanan öğrencilerin yaş ortalaması (19,6±1,6), hiç içmemiş veya bırakmış öğrencilere göre (19,1±1,2) anlamlı olarak daha yüksekti ($t=-3,568$, $p=0,001$).

Cinsiyete göre öğrencilerin alkol kullanma durumları değerlendirildiğinde, erkek öğrencilerin kız öğrencilere göre anlamlı olarak daha fazla alkol kullandıkları saptandı ($p<0,001$) (Tablo 13). Araştırma grubunun eğitim gördükleri fakültele göre alkol kullanma durumları incelendiğinde anlamlı farklılık saptandı ($p=0,022$) (Tablo 13). Sağlık Bilimleri Fakültesi öğrencileri diğer fakülte öğrencilerine göre daha az alkol kullanmaktaydı (Sağlık Bilimleri Fakültesi öğrencileri analizden çıkarıldığında ($\chi^2=5,623$, $p=0,131$).

Öğrencilerin doğum bölgelerine göre alkol kullanma durumları incelendiğinde anlamlı farklılık saptandı ($p=0,009$) (Tablo 13). Güneydoğu Anadolu Bölgesi doğumlularda alkol kullanma oranı en düşüktü (Güneydoğu Anadolu Bölgesi doğumlular analizden çıkarıldığında ($\chi^2=10,724$, $p=0,097$).

Öğrencilerin anne eğitim düzeyine göre alkol kullanma durumu incelendiğinde anlamlı farklılık saptandı. Anne eğitim düzeyi lise ve üstü olan öğrencilerde alkol kullanımı anne eğitim düzeyi ortaokul ve altı olan öğrencilere göre anlamlı olarak daha yüksekti ($p<0,001$) (Tablo 13). Anne çalışma durumlarına göre alkol kullanımı açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardı ($p<0,001$) (Tablo 13). Anneleri ev hanımı olan öğrencilerde alkol kullanımı anlamlı olarak daha azdı (anneleri ev hanımı olan öğrenciler analizden çıkarıldığında $\chi^2=0,020$, $p=0,887$).

Baba eğitim düzeyi lise ve üstü olan öğrencilerde alkol kullanımı baba eğitim düzeyi ortaokul ve altı olan öğrencilere göre anlamlı olarak daha yüksekti ($p=0,001$) (Tablo 13).

Öğrencilerin gelir ve gider düzeyleri arttıkça alkol kullanma yüzdeleri anlamlı olarak artmaktaydı (sırasıyla p değerleri $<0,001$, $<0,001$) (Tablo 13).

Öğrencilerin kardeş sayılarına göre alkol kullanma durumu incelendiğinde kardeş sayısı arttıkça alkol kullanımı anlamlı olarak azalmaktaydı ($p<0,001$) (Tablo 13).

Alkolün zararlı olup olmadığı düşüncesine göre alkol kullanma durumu incelendiğinde alkolün sağlığa zararı olmadığını düşünen öğrencilerin ($n=124$) alkol kullanımı ($n=39$; % 31,5), alkol zararlı olduğunu düşünen öğrencilerin ($n=1240$) alkol kullanımına göre ($n=73$; % 5,9) anlamlı olarak daha yüksekti ($\chi^2=97,749$, $p<0,001$).

Baba çalışma durumu, yaşadıkları yer ve Isparta'ya geldikleri bölge açısından istatistiksel olarak anlamlılık yoktu (sırasıyla p değerleri 0,749, 0,211, 0,102).

Araştırma grubunun eğitim sırasında yıl kaybı olup olmaması, anne babalarının hayatta olma ve birlikte yaşama durumları, aile tipi ve sağlık algısını değerlendirme ile alkol kullanma durumları arasında istatistiksel bir farklılık yoktu (sırasıyla p değerleri 0,519, 0,575, 0,652, 0,379).

Tablo 14. Araştırma grubunun bazı riskli sağlık davranışlarına göre alkol kullanma durumları

Riskli Sağlık Davranışları	Alkol Kullanma Durumu				χ^2	p
	Halen İçenler		Hiç İçmemiş veya Bırakmışlar			
	n	%	n	%		
Sigara Kullanma Durumu						
Halen İçenler (n=168)	59	35,1	109	64,9	183,501	<0,001
Hiç İçmemiş veya Bırakmışlar (n=1193)	53	4,4	1140	95,6		
Uyuşturucu/Uyarıcı Madde Kullanma Durumu						<0,001*
Evet (n=13)	9	69,2	4	30,8		
Hayır (n=1354)	103	7,6	1251	92,4		
Motorlu Araç Kullanımı						
Evet (n=354)	64	18,1	290	81,9	62,069	<0,001
Hayır (n=1013)	48	4,7	965	95,3		
Üzüntü/ümitsizlik Hissetme Durumu						
Evet (n=1011)	96	9,5	915	90,5	8,755	0,003
Hayır (n=356)	16	4,5	340	95,5		
İntihar Etme Düşüncesi						
Evet (n=190)	29	15,3	161	84,7	14,664	<0,001
Hayır (n=1177)	83	7,1	1094	92,9		
İntihar Etme Girişimi						
Evet (n=61)	10	16,4	51	83,6		0,028*
Hayır (n=1306)	102	7,8	1204	92,2		
Psikolojik Destek Alma						
Evet (n=177)	24	13,6	153	86,4	7,784	0,005
Hayır (n=1190)	88	7,4	1102	92,6		
Fiziksel Kavgaya Karışma Durumu						0,001*
Evet (n=33)	9	27,3	24	72,7		
Hayır (n=1334)	103	7,7	1231	92,3		
Kalıcı Dövme/piercing Yaptırma Durumu						
Evet (n=37)	15	40,5	22	59,5		<0,001*
Hayır (n=1330)	97	7,3	1233	92,7		
Kumar Oynama Durumu						
Evet (n=56)	26	46,4	30	53,6		<0,001*
Hayır (n=1311)	86	6,6	1225	93,4		
TOPLAM						

* Fisher'in kesin testi

Halen sigara içen öğrencilerin alkol kullanımı (% 35,1) sigarayı hiç içmemiş veya bırakmış öğrencilerin alkol kullanımına göre (% 4,4) anlamlı olarak daha fazlaydı ($p<0,001$) (Tablo 14).

Öğrencilerin uyuşturucu/uyarıcı madde kullanımına göre alkol tüketimi değerlendirildiğinde; uyuşturucu/uyarıcı madde kullanan öğrencilerin % 69,2'si alkol kullanırken uyuşturucu/uyarıcı madde kullanmayan öğrencilerin % 7,6'sı alkol kullanmaktaydı. Aradaki fark istatistiksel olarak anlamlıydı ($p<0,001$) (Tablo 14).

Motorlu araç kullanan öğrencilerin alkol kullanımı motorlu araç kullanmayan öğrencilere göre anlamlı olarak daha yüksekti ($p<0,001$) (Tablo 14).

Son 1 yıl içinde günlük işlerini aksatacak kadar üzüntü veya ümitsizlik hissettiğini belirten öğrencilerde alkol kullanımı (% 9,5) hissetmeyen öğrencilere göre (% 4,5) anlamlı olarak daha fazlaydı ($p=0,003$). Öğrencilerin yaşamları boyunca intihar etmeyi düşünen öğrencilerin alkol kullanma durumları, düşünmeyen öğrencilere göre anlamlı olarak daha fazlaydı ($p<0,001$). Benzer şekilde yaşamları boyunca intihar girişiminde bulunan öğrencilerin alkol kullanma oranı (% 16,4) hiç intihar girişiminde bulunmayan öğrencilerin alkol kullanma oranına göre (% 7,8) anlamlı olarak daha yüksekti ($p=0,028$). Öğrencilerin psikolojik destek alıp almama durumuna göre alkol kullanma durumu incelendiğinde anlamlı farklılık saptandı. Psikolojik destek alan öğrencilerin % 13,6'sı alkol kullanırken psikolojik destek almayan öğrencilerin % 7,4'ü alkol kullanmaktaydı ($p=0,005$) (Tablo 14).

Üniversite içinde veya çevresinde fiziksel kavgaya karışan öğrencilerde alkol kullanımı (% 27,3), kavgaya karışmayan öğrencilerin alkol kullanımına göre (% 7,7) anlamlı olarak daha yüksekti ($p=0,001$) (Tablo 14).

Vücudunda kalıcı dövme/piercing olan öğrencilerin alkol kullanma durumu (% 40,5) dövme/piercing olmayan öğrencilerin alkol kullanma durumuna göre (% 7,3) anlamlı olarak daha yüksekti ($p<0,001$) (Tablo 14).

Araştırma grubunun kumar oynama durumuna göre alkol kullanımı incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık vardı ($p<0,001$). Kumar oynayan öğrenci grubunda alkol kullanımı (% 46,4), kumar oynamayan öğrenci grubunda alkol kullanımına (% 6,6) göre anlamlı olarak daha fazlaydı (Tablo 14).

Öğrencilerin üniversite içinde veya çevresinde silah, sopa gibi delici kesici alet taşıma, uyandığında kendini dinç hissetme ve sakinleşmek/uyuyabilmek için ilaç kullanma durumları alkol kullanımı açısından anlamlı farklılık yaratmamaktaydı (sırasıyla p değerleri 0,05, 0,318, 0,190).

4.2.3. Öğrencilerin Uyuşturucu/Uyarıcı Madde Kullanımına İlişkin Tanımlayıcı ve Analitik Bulgular

Tablo 15. Öğrencilerin uyuşturucu/uyarıcı madde kullanımı ve kullanma nedenlerine ilişkin bulgular

Özellikler	n	%
Uyuşturucu/Uyarıcı Madde Kullanma Durumu		
Evet	13	1,0
Hayır	1354	99,0
Madde Kullanma Nedenleri (n= 13)		
Merak	5	38,4
Sorunlardan Uzaklaşma	4	30,7
Aile Büyüklerine Özenme	3	23,0
Kendini İyi Hissetmek	1	7,6

Araştırma grubunun yasal olmayan/uyuşturucu/uyarıcı madde kullanma yüzdesi % 1,0 olarak bulundu (Tablo 15). Yasal olmayan madde kullandığını ifade eden 13 öğrenciden 7'si kullandıkları madde türünü de belirtmişlerdi. Buna göre 2 öğrencinin esrar, 2 öğrencinin hap, 2 öğrencinin ot ve 1 öğrencinin tiner kullandığı belirlendi. Kullanım nedenleri arasında en yüksek merak (% 38,4) olurken en az söylenen nedenin kendini iyi hissetmek (% 7,6) olduğu saptandı (Tablo 15). Uyuşturucu madde kullananların kullanım süreleri ortalama ve standart sapması 21,1±17,3 ay idi (en düşük 1 ay, en yüksek 48 ay).

'Üniversite çevresinde size yasal olmayan ilaç ya da madde kullanmayı öneren ya da satmaya çalışan birileri oldu mu?' sorusuna cevap veren 1364 öğrenciden 1339'u (% 98,2) hayır, 25'i (% 1,8) evet cevabını verdi.

Tablo 16. Araştırma grubunun bazı sosyodemografik değişkenlerinin uyuşturucu/uyarıcı madde kullanma durumuna ilişkin dağılımı

Sosyodemografik Değişkenler	Uyuşturucu/Uyarıcı Madde Kullanma Durumu				χ^2	p
	Evet		Hayır			
	n	%	n	%		
Yıl Kaybı						
Olan (n=403)	8	2,0	395	98,0		0,026*
Olmayan (n=964)	5	0,5	959	99,5		
Sağlık Algısı[†]						
Çok İyi/İyi (n=929)	8	0,9	921	99,1	7,661	0,022
Orta (n=390)	3	0,8	387	99,2		
Kötü/Çok Kötü (n=38)	2	5,3	36	94,7		
TOPLAM	13	1,0	1354	99,0		

* Eğitimde ki kare

[†] Soruya yanıt vermeyen 10 öğrenci olduğu için n=1344'tür.

Araştırma grubunun eğitim süresi boyunca yıl kaybı olup olmamasına göre uyuşturucu/uyarıcı madde kullanımı incelendiğinde madde kullanım oranı yıl kaybı olan öğrencilerde anlamlı olarak daha yüksekti ($p<0,026$). Yıl kaybı olan öğrencilerde uyuşturucu/uyarıcı madde kullanma oranı % 2,0 iken yıl kaybı olmayan öğrencilerde aynı oran % 0,5 idi (Tablo 16).

Sağlık algısı çok iyi- iyi şeklinde olan öğrencilerin % 0,9'u, orta olanların % 0,8'i ve kötü-çok kötü olanların ise % 5,3'ü uyuşturucu/uyarıcı madde kullanmaktaydı. Uyuşturucu/uyarıcı madde kullanımı sağlığını kötü-çok kötü olarak algılayanlarda anlamlı olarak daha yüksekti ($p=0,022$) (Tablo 16).

Öğrencilerin cinsiyet, fakülte, doğum bölgeleri, anne-baba eğitim ve çalışma durumları, yaşadıkları yer, kardeş sayısı, aile yaşam biçimi ve gelir-gider düzeylerine göre uyuşturucu/uyarıcı madde kullanımı açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yoktu (sırasıyla p değerleri 0,076, 0,581, 0,446, 0,533, 0,357, 0,051, 0,210, 0,972, 0,683, 0,089, 0,378, 0,619).

Tablo 17. Araştırma grubunun bazı riskli sağlık davranışlarına göre uyuşturucu/uyarıcı madde kullanma durumu

Özellikler	Uyuşturucu/Uyarıcı Madde Kullanma Durumu				χ^2	p
	Kullananlar		Kullanmayanlar			
	n	%	n	%		
Sigara Kullanma Durumu*						
Halen İçenler (n=168)	6	3,6	162	96,4		
Hiç İçmemiş/Bırakmışlar (n=1193)	7	0,6	1186	99,4	13,867	<0,001
Alkol Kullanma Durumu						
Halen İçenler (n=112)	9	8,0	103	92,0		
Hiç İçmemiş/Bırakmışlar (n=1255)	4	0,3	1251	99,7	65,008	<0,001
İntihar Etme Düşüncesi						
Evet (n=190)	5	2,6	185	97,4		0,025
Hayır (n=1177)	8	0,7	1169	99,3		
İntihar Etme Girişimi						
Evet (n=61)	3	4,9	58	95,1		0,018
Hayır (n=1306)	10	0,8	1296	99,2		
Delici-Kesici Alet Taşıma Durumu						
Evet (n=47)	3	6,4	44	93,6		0,009
Hayır (n=1320)	10	0,8	1310	99,2		
Fiziksel Kavga Etme Durumu						
Evet (n=33)	2	6,1	31	93,9		0,037
Hayır (n=1334)	11	0,8	1323	99,2		
Kumar Oynama Durumu						
Evet (n=56)	3	5,4	53	94,6		0,014
Hayır (n=1311)	10	0,8	1301	99,2		
TOPLAM	13	1,0	1354	99,0		

* Soruya cevap vermeyen 6 öğrenci değerlendirilmeye alınmamıştır.

Sigara içen öğrencilerin uyuşturucu/uyarıcı madde kullanımı hiç sigara içmemiş veya bırakmış öğrencilere göre anlamlı olarak daha yüksekti ($p<0,001$) (Tablo 17).

Katılımcıların alkol kullanma durumuna göre uyuşturucu/uyarıcı madde kullanımı incelendiğinde sigara kullanımına benzer şekilde alkol kullanan öğrencilerin uyuşturucu/uyarıcı madde kullanımı hiç alkol kullanmayan veya bırakmış öğrencilerin uyuşturucu/uyarıcı madde kullanımına göre anlamlı olarak daha fazlaydı ($p<0,001$) (Tablo 17).

Öğrencilerin yaşamları boyunca intihar etmeyi düşünme durumlarına göre uyuşturucu/uyarıcı madde kullanma durumları incelendiğinde intihar etmeyi en az 1 kez düşünen öğrencilerin uyuşturucu/uyarıcı madde kullanma düzeyi (%2,6) intihar etmeyi hiç düşünmemiş öğrencilerin uyuşturucu/uyarıcı madde kullanma düzeyine göre (% 0,7) anlamlı olarak daha yüksekti ($p=0,025$) (Tablo 17).

Öğrencilerin yaşamları boyunca intihar girişiminde bulunma durumuna göre uyuşturucu/uyarıcı madde kullanma durumu incelendi ve yaşamları boyunca intihar girişiminde bulunmuş olan öğrencilerin uyuşturucu/uyarıcı madde kullanımı hiç intihar girişiminde bulunmamış öğrencilerin uyuşturucu/uyarıcı madde kullanımına göre anlamlı olarak yüksek bulundu ($p=0,018$) (Tablo 17).

Araştırma grubunun üniversite içinde veya çevresinde silah, sopa, bıçak gibi delici kesici alet taşıma durumuna göre uyuşturucu/uyarıcı madde kullanma durumu istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık içermekteydi ($p<0,009$). Delici kesici alet taşıyan öğrencilerin uyuşturucu/uyarıcı madde kullanma yüzdesi delici kesici alet taşımayan öğrencilerin uyuşturucu/uyarıcı madde kullanma yüzdesine göre anlamlı olarak daha yüksekti (Tablo 17).

Araştırma grubunun üniversite içinde veya çevresinde fiziksel kavgaya karışma durumuna göre uyuşturucu/uyarıcı madde kullanma durumları karşılaştırıldığında fiziksel kavgaya karışan öğrencilerin uyuşturucu/uyarıcı madde kullanma yüzdesi (% 6,1) hiç fiziksel kavgaya karışmamış öğrencilerin uyuşturucu/uyarıcı madde kullanma yüzdesine göre (% 0,8) anlamlı olarak daha yüksek bulundu ($p=0,037$) (Tablo 17).

Öğrencilerin kumar oynama durumlarına göre uyuşturucu/uyarıcı madde kullanma durumu karşılaştırıldığında kumar oynayan öğrenciler kumar oynamayan

öğrencilere göre anlamlı olarak daha fazla uyuşturucu/uyarıcı madde kullanmaktaydı (p=0,014) (Tablo 17).

Öğrencilerin psikolojik destek alma, üzüntü/ümitsizlik hissetme, sabah uyandığında kendini dinç hissetme, motorlu araç kullanma ve fiziksel aktivite yapma durumlarına göre uyuşturucu/uyarıcı madde kullanma durumları istatistiksel olarak anlamlı değildi (sırasıyla p değerleri 0,231, 1,000, 0,282, 0,340, 0,321).

4.2.4. Öğrencilerin Uyku ve Beslenme Alışkanlıklarına İlişkin Tanımlayıcı ve Analitik Bulgular

Öğrencilerin günlük uyku süreleri ortalama ve standart sapması $7,2 \pm 1,5$ saatti (en düşük 2 saat, en yüksek 18 saat).

Tablo 18. Öğrencilerin sabah uyandığında kendilerini dinç hissetme ve sakinleşmek/uyuyabilmek için ilaç kullanma durumları

Özellikler	n	%
Sabah Uyandığında Kendini Dinç Hissetme Durumu		
Evet	623	45,6
Bazen	490	35,8
Hayır	254	18,6
Sakinleşmek/uyuyabilmek için İlaç Kullanma Durumu*		
Evet	52	3,8
Hayır	1312	96,2

* Bu soruyu 3 kişi yanıtlamadığı için n=1364'tür.

Sabah uyandığında günlük işlerini yürütebilecek kadar dinç olduğunu ifade eden öğrencilerin yüzdesi % 45,6 iken öğrencilerin % 54,4'ü kendilerini sürekli dinç hissetmediklerini belirtti (Tablo 18).

Öğrencilerin % 3,8'i sakinleşmek ya da uyuyabilmek için doktor önerisi olmadan ilaç kullanmaktaydı (Tablo 18). Sakinleşmek ya da uyuyabilmek için ilaç kullandığını ifade eden öğrencilerden % 50,0'ı ilacın türünü bildirmişti. Kullandığı ilaçları belirten gençlerin çoğu (% 73,0) antidepresan kullanmış, bir kısmı ise (% 26,9) analjezik türevlerini kullanmıştı. Çok az sayıda kişinin de (% 0,1) vitamin ilaçları kullandığı belirlendi.

Tablo 19. Öğrencilerin bazı sosyodemografik değişkenlere göre sabah kendilerini dinç hissetme durumları

Sosyodemografik Değişkenler	Sabah Uyandıığında Kendini Dinç Hissetme Durumu				χ^2	p
	Bazen/Hayır n	%	Evet n	%		
Cinsiyet						
Kadın (n=883)	520	58,9	363	41,1	20,039	<0,001
Erkek (n=484)	224	46,3	260	53,7		
Fakülteler						
Tıp Fakültesi (n=147)	95	64,6	52	35,4		
Sağlık Bilimleri Fakültesi (n=199)	121	60,8	78	39,2		
Fen Edebiyat Fakültesi (n=443)	251	56,7	192	43,3	20,203	<0,001
Orman Fakültesi (n=84)	41	48,8	84	51,2		
İktisadi İdari Bilimler Fakültesi (n=494)	236	47,8	258	52,2		
Sağlık Algısı						
Çok İyi/İyi (n=929)	434	46,7	495	53,3	76,000	<0,001
Orta (n=390)	283	72,6	107	27,4		
Kötü/Çok Kötü (n=38)	25	65,8	13	34,2		
TOPLAM	744	54,4	623	45,6		

Araştırma grubunun cinsiyete göre sabah uyandıığında kendini dinç hissetmeme durumu karşılaştırıldığında kızların kendini dinç hissetmeme yüzdesi (% 58,9) erkeklere göre (% 46,3) anlamlı olarak daha yüksekti ($p<0,001$) (Tablo 19).

Öğrencilerin eğitim gördükleri fakültele göre sabah uyandıığında kendini dinç hissetmeme durumu incelendiğinde anlamlı farklılık saptandı ($p<0,001$) (Tablo 19). İktisadi İdari Bilimler Fakültesi öğrencileri diğer fakülte öğrencilerine göre sabah uyandıığında kendini anlamlı olarak daha fazla dinç hissetmekteydi (İktisadi İdari Bilimler Fakültesi öğrencileri analizden çıkarıldığında $\chi^2=6,526$, $p=0,089$).

Öğrencilerin sağlık algısına göre sabah uyandıığında kendini dinç hissetmeme durumu karşılaştırıldığında anlamlı farklılık saptandı ($p<0,001$) (Tablo 19). Sağlık algısı çok iyi-iyi olan öğrenciler diğerlerine göre sabah uyandıığında kendini anlamlı olarak daha fazla dinç hissetmekteydi (sağlık algısı çok iyi-iyi olan öğrenciler analizden çıkarıldığında $\chi^2=0,788$, $p=0,375$).

Öğrencilerin anne-baba eğitim düzeyi, yaşadıkları yer, aile tipi, aile yaşam biçimi, kardeş sayısı ve yaşadığı yerdeki kişi sayısı ve eğitim aldığı süre içinde yıl kaybına göre sabah uyandıığında kendini dinç hissetmeme durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yoktu (sırasıyla p değerleri 0,393, 0,198, 0,946, 0,762, 0,637, 0,456, 0,305, 0,302).

Tablo 20. Öğrencilerin bazı riskli sağlık davranışlarına göre sabah uyandıığında kendini dinç hissetme durumu

Riskli Sağlık Davranışları	Sabah Uyandıığında Kendini Dinç Hissetme Durumu				χ^2	p
	Bazen/Hayır n	%	Evet n	%		
Sakinleşmek/uyuyabilmek İçin İlaç Kullanma Durumu*					6,118	0,013
Evet (n=52)	37	71,2	15	28,8		
Hayır (n=1312)	705	53,7	607	46,3		
Fiziksel Aktivite Yapma Durumu					19,534	<0,001
Evet (n=659)	318	48,3	341	51,7		
Bazen/Hayır (n=708)	426	60,2	282	39,8		
Üzüntü/ümitsizlik Durumu					68,237	<0,001
Evet (n=1011)	617	61,0	394	39,0		
Hayır (n=356)	127	35,7	229	64,3		
İntihar Etme Düşüncesi					29,488	<0,001
Evet (n=190)	138	72,6	52	27,4		
Hayır (n=1177)	606	51,5	571	48,5		
İntihar Etme Girişimi					6,644	0,010
Evet (n=61)	43	70,5	18	29,5		
Hayır (n=1306)	701	53,7	605	46,3		
Psikolojik Destek Alma					11,175	0,001
Evet (n=177)	117	66,1	60	33,9		
Hayır (n=1190)	627	52,7	563	47,3		
TOPLAM	744	54,4	623	45,6		

* Bu soruyu 3 kişi yanıtlamadığı için n=1364'tür.

Araştırma grubunun sakinleşmek ya da uyuyabilmek için doktor önerisi olmadan ilaç kullanma durumuna göre sabah uyandıığında kendini dinç hissetmeme durumu değerlendirildiğinde; ilaç kullanan öğrencilerin kendini dinç hissetmeme düzeyi (% 71,2) ilaç kullanmayan öğrencilerin kendini dinç hissetme düzeyine göre (% 53,7) anlamlı olarak yüksekti (p=0,013) (Tablo 20).

Öğrencilerin haftada en az 3 gün en az 30 dakika fiziksel aktivite yapma durumuna göre sabah uyandıığında kendini dinç hissetmeme durumu değerlendirildiğinde; haftada en az 3 gün en az 30 dakika fiziksel aktivite yapmayan öğrencilerin sabah uyandıığında kendini iyi hissetmeme oranı anlamlı olarak yüksekti (p<0,001) (Tablo 20).

Araştırma grubunda son 1 yıl içinde günlük işlerini aksatacak kadar üzüntü veya ümitsizlik hissedenlerin sabah uyandıığında kendini dinç hissetmeme yüzdeleri anlamlı olarak daha yüksekti (sırasıyla % 61,0, % 35,7, p<0,001). Yaşamı boyunca intihar etmeyi en az 1 kez düşünmüş öğrencilerin sabah uyandıığında kendini dinç hissetmeme düzeyi (% 72,6) intihar etmeyi düşünmemiş öğrencilerin düzeyine göre

(% 51,5) anlamlı olarak yüksekti ($p<0,001$). Yaşamı boyunca en az 1 kez intihar girişiminde bulunan öğrencilerin sabah uyandıığında kendini dinç hissetmeme yüzdesi (% 70,5) hiç intihar girişiminde bulunmamış öğrencilere (% 53,7) göre anlamlı olarak daha yüksekti ($p=0,010$). Öğrencilerin psikolog ya da psikiyatrist gibi uzmanlardan destek alıp almama durumuna göre sabah uyandıığında kendini dinç hissetmeme durumu değerlendirildiğinde psikolojik destek alan öğrencilerde kendini dinç hissetmeme (% 66,1) psikolojik destek almayan öğrencilere göre (% 52,7) anlamlı olarak daha yüksekti ($p=0,001$) (Tablo 20).

Öğrencilerin sigara, alkol, uyuşturucu/uyarıcı madde kullanımı ve motorlu araç kullanımına göre sabah uyandııklarında kendilerini dinç hissetmeme durumları karşılaştırıldığında anlamlı farklılık saptanmadı (sırasıyla p değerleri 0,085, 0,318, 0,282, 0,482).

Araştırmaya katılan öğrencilerin BKİ ortalama ve standart sapması $21,4\pm 3,0$ kg/m^2 (en düşük $14,0 \text{ kg/m}^2$, en yüksek $37,1 \text{ kg/m}^2$) idi.

Tablo 21. Araştırma grubunun beslenme alışkanlıklarına ilişkin bulgular

Özellikler	n	%
Sabah Kahvaltı Yapma		
Düzenli Olarak Her Gün	856	62,6
Haftada Birkaç Gün	339	24,8
Genellikle Hafta Sonu	116	8,5
Hiç	56	4,1
Haftalık Meyve Yeme Durumu		
Hiç	153	11,2
1-3 Kez	570	41,7
4-6 Kez	355	26,0
7 Kez ve Daha Fazla	289	21,1
Haftalık Sebze Yeme Durumu		
Hiç	176	12,9
1-3 Kez	686	50,2
4-6 Kez	393	28,7
7 Kez ve Daha Fazla	112	8,2
Haftalık Süt İçme Durumu		
Hiç	292	21,4
1-3 Kez	547	40,0
4-6 Kez	263	19,2
7 Kez ve Daha Fazla	265	19,4
Aylık Fast-Food Yeme Durumu		
Hiç	89	6,5
1-5 Kez	582	42,6
6-10 Kez	304	22,2
11-15 Kez	202	14,8
16 Kez ve Daha Fazla	190	13,9
TOPLAM	1367	100,0

Öğrencilerin % 62,6'sı her gün düzenli kahvaltı yaparken % 4,1'i hiç kahvaltı yapmamaktaydı (Tablo 21).

Öğrencilerin haftalık sebze, meyve ve süt tüketimleri incelendi. Haftada yenen sebze ve meyve sayısının ortalama ve standart sapması sırasıyla $3,1\pm 2,0$ kez (en az 0, en fazla 14) ve $3,8\pm 2,8$ kez (en az 0 kez, en fazla 21 kez) idi. Süt içen öğrencilerin haftada içtikleri sütün ortalama ve standart sapması ise $3,1\pm 2,7$ kez (en az 0 kez, en fazla 21 kez) olarak bulundu.

Araştırma grubunun aylık fast-food ve benzeri hazır gıda tüketim ortalamaları ve standart sapması $8,0\pm 7,22$ kez (en az 0 kez, en fazla 50 kez) idi. Öğrencilerin büyük çoğunluğunun dengeli ve yeterli beslenme ile ilgili eğitim almadığı (% 88,5) saptandı.

Öğrencilerin beden algıları değerlendirildiğinde % 1,6'sı çok zayıf, % 16,6'sı zayıf, % 62,8'i normal, % 17,9'u kilolu ve % 1,0'ı çok kilolu olduğunu düşünmekteydi. Katılımcıların cinsiyete göre beden algısı değerlendirildiğinde kız öğrencilerin % 14,3'ü çok zayıf- zayıf, % 64,9'u normal ve % 20,8'i kilolu-çok kilolu olduğunu düşünmekteydi, erkek öğrencilerin % 25,4'ü çok zayıf-zayıf, % 59,1'i normal, % 15,5'i kilolu-çok kilolu olduğunu düşünmekteydi. Kendini kilolu-çok kilolu olarak algılayan kız öğrencilerin yüzdesi erkek öğrencilere göre anlamlı olarak yüksekti ($\chi^2=27,698$, $p<0,001$). Öğrencilerin cinsiyete göre diyet yapma durumu değerlendirildiğinde kız öğrencilerin % 25,9'u erkek öğrencilerin % 11,6'sı diyet yapmaktaydı. Kız öğrencilerin diyet yapma durumu erkek öğrencilere göre anlamlı olarak daha yüksekti ($\chi^2=38,495$, $p<0,001$).

Öğrencilerin büyük çoğunluğunun (% 79,2) yaşamları boyunca hiç diyet yapmadıkları tespit edildi. Yaşamları boyunca yaptıkları diyet sayısı ortalama ve standart sapması $3,3\pm 3,0$ kez (en az 1 kez, en fazla 20 kez) idi.

Tablo 22. Öğrencilerin fakülterlere göre haftalık sebze yeme durumları

Fakülteler	Haftalık Sebze Yeme Durumu				χ^2	p
	0-6 Kez		7 ve Daha Fazla			
	n	%	n	%		
İktisadi İdari Bilimler Fakültesi (n=494)	465	94,1	29	5,9		
Fen Edebiyat Fakültesi (n=443)	412	93,0	31	7,0	14,010	0,007
Orman Fakültesi (n=84)	76	90,5	8	9,5		
Sağlık Bilimleri Fakültesi (n=199)	174	87,4	25	12,6		
Tıp Fakültesi (n=147)	128	87,1	19	12,9		
TOPLAM	1255	91,8	112	8,2		

Araştırma grubunun eğitim gördükleri fakülterlere göre haftalık sebze tüketimi değerlendirildiğinde fakülteler arasında anlamlı farklılık saptandı ($p=0,007$). İktisadi İdari Bilimler Fakültesi öğrencileri diğer fakülte öğrencilerine göre anlamlı olarak haftalık daha az sebze tüketmekteydi (İktisadi İdari Bilimler Fakültesi öğrencileri analizlerden çıkartıldığında $\chi^2=7,398$, $p=0,060$).

Öğrencilerin cinsiyet, yaşadıkları yer, aile tipi, anne-baba eğitim durumu, kardeş sayısı, anne-babanın hayatta olma ve birlikte yaşama durumu, yaşadığı yerdeki kişi sayısı, gelir-gider durumu, sağlık algısı ve beden algısına göre sebze tüketimi arasında anlamlı farklılık yoktu (Sırasıyla p değerleri 0,584, 0,096, 0,687, 0,750, 0,061, 0,095, 0,837, 0,694, 0,145, 0,171, 0,589, 0,160).

Tablo 23. Öğrencilerin bazı riskli sağlık davranışlarına göre haftalık sebze tüketim durumu

Riskli Sağlık Davranışları	Haftalık Sebze Tüketim Durumu				χ^2	p
	0-6 Kez		7 ve Daha Fazla			
	n	%	n	%		
Üzüntü/ümitsizlik Durumu						
Hissetme						
Evet (n=1011)	937	92,7	74	7,3	3,939	0,047
Hayır (n=356)	318	89,3	38	10,7		
Sabah Uyandıığında Kendini Dinç Hissetme Durumu						
Evet (n=623)	557	89,4	66	10,6	8,771	0,003
Bazen/Hayır (n=744)	698	93,8	46	6,2		
Haftalık Meyve Tüketim Durumu						
0-6 Kez (n=1078)	1036	96,1	42	3,9	125,170	<0,001
7 ve Daha Fazla (n=289)	219	75,8	70	24,2		
Haftalık Süt Tüketim Durumu						
0-6 Kez (n=1102)	1031	93,6	71	6,4	23,153	<0,001
7 ve Daha Fazla (n=265)	224	84,5	41	15,5		
TOPLAM	1255	91,8	112	8,2		

Üzüntü/ümitsizlik hisseden öğrencilerin ve sabah uyandığında kendini dinç hissetmeyen öğrencilerin haftalık sebze tüketimi diğer öğrencilere göre anlamlı olarak daha azdı (Sırasıyla p değerleri 0,047, 0,003) (Tablo 23).

Öğrencilerin haftalık meyve tüketim durumu ile haftalık sebze tüketimi arasında anlamlı farklılık mevcuttu ($p < 0,001$). Haftalık meyve tüketimi az olan öğrencilerin haftalık sebze tüketimi de anlamlı olarak azdı (Tablo 23).

Haftalık süt içme durumuna göre haftalık sebze tüketimi değerlendirildiğinde haftada daha az süt içen öğrencilerde haftalık sebze tüketimi de anlamlı olarak daha düşüktü ($p < 0,001$) (Tablo 23).

Araştırma grubunun sigara, alkol, uyuşturucu/uyarıcı madde kullanımı, haftalık kahvaltılık yapma durumu, fiziksel aktivite yapma durumuna göre haftalık sebze tüketimi istatistiksel olarak anlamlı değildi (Sırasıyla p değerleri 0,861, 0,434, 1,000, 0,315, 0,150).

Tablo 24. Öğrencilerin bazı sosyodemografik değişkenlere göre haftalık meyve yeme durumları

Bazı Sosyodemografik Değişkenler	Haftalık Meyve Yeme Durumu				χ^2	p
	0-6 Kez		7 ve Daha Fazla			
	n	%	n	%		
Cinsiyet						
Kadın (n=883)	677	76,7	206	23,3	7,164	0,007
Erkek (n=484)	401	82,9	83	17,1		
Baba Eğitim Düzeyi						
Orta Okul ve Altı (n=774)	627	94,6	147	19,0	4,942	0,026
Lise ve Üstü (n=593)	451	76,1	142	23,9		
Yaşadığı Yer						
Devlet Yurdu (n=316)	281	88,9	74	11,1	95,460	<0,001
Özel Yurt (n=466)	394	84,5	72	15,5		
Öğrenci Evi (n=362)	267	73,8	95	26,2		
Aile İle (n=159)	85	53,5	74	46,5		
Diğer (n=64)	51	79,7	13	20,3		
Yaşadığı Yerdeki Kişi Sayısı						
1-2 Kişi (n=350)	270	77,1	80	22,9	15,361	0,002
3-4 Kişi (n=642)	519	80,8	123	19,2		
5-6 Kişi (n=278)	202	72,7	76	27,3		
7 ve üstü (n=97)	87	89,7	10	10,3		
TOPLAM	1078	78,9	289	21,1		

Cinsiyete göre haftalık meyve tüketimi incelendiğinde kız öğrenciler erkek öğrencilere göre anlamlı olarak daha fazla meyve tüketmekteydi ($p = 0,007$) (Tablo 24).

Baba eğitim düzeyi lise ve üstü olan öğrencilerin baba eğitim düzeyi orta okul ve altı olan öğrencilere göre haftalık meyve tüketimi anlamlı olarak daha fazlaydı ($p=0,026$) (Tablo 24).

Öğrencilerin eğitim süresince Isparta’da yaşadıkları yere göre haftalık meyve tüketimi değerlendirildiğinde istatistiksel olarak anlamlılık saptandı ($p<0,001$). Devlet yurdunda yaşayan öğrencilerde haftalık meyve tüketimi anlamlı olarak daha düşüktü. Öğrencilerin yaşadıkları yerdeki kişi sayısına göre de haftalık meyve tüketimi anlamlı olarak farklıydı ($p=0,002$). Yaşadığı yerde 7 ve daha fazla kişi olan öğrencilerin haftalık meyve tüketimi anlamlı olarak diğerlerine göre daha düşüktü (Tablo 24).

Öğrencilerin fakülte, aile tipi, anne eğitim durumu, anne-babanın hayatta olma ve birlikte yaşama durumu, gelir-gider durumu, sağlık algısı ve beden algısına göre haftalık meyve tüketimi incelendiğinde istatistiksel olarak farklılık bulunmamaktaydı (Sırasıyla p değerleri 0,821, 0,696, 0,899, 0,303, 0,283, 0,081, 0,322, 0,626).

Tablo 25. Öğrencilerin bazı riskli sağlık davranışlarına göre haftalık meyve tüketim durumu

Riskli Sağlık Davranışları	Haftalık Meyve Tüketim Durumu				χ^2	P
	0-6 Kez		7 ve Daha Fazla			
	n	%	n	%		
Sabah Uyandığında Kendini Dinç Hissetme Durumu						
Evet (n=623)	474	76,1	149	23,9	5,289	0,021
Bazen/Hayır (n=744)	604	81,2	140	18,8		
Haftalık Sebze Tüketim Durumu						
0-6 Kez (n=1255)	1036	82,5	219	17,5	125,170	<0,001
7 ve Daha Fazla (n=112)	42	37,5	70	62,5		
Haftalık Süt Tüketim Durumu						
0-6 Kez (n=1102)	924	83,8	178	16,2	84,860	<0,001
7 ve Daha Fazla (n=265)	154	58,1	111	41,9		
Haftalık Kahvaltı Yapma Durumu						
Yapan (1311)	1025	78,2	286	21,8	8,726	0,003
Yapmayan (n=56)	53	94,6	3	5,4		
TOPLAM	1078	78,9	289	21,1		

Sabah uyandığında kendini dinç hissetmeyen öğrencilerin haftalık meyve tüketimi kendini dinç hisseden öğrencilere göre anlamlı olarak daha düşüktü ($p=0,021$) (Tablo 25).

Haftalık süt tüketimi ve sebze tüketimi az olan öğrencilerin haftalık meyve tüketimi de anlamlı olarak daha düşüktü (sırasıyla p değerleri <0,001, <0,001). Kahvaltı yapmayan öğrencilerin haftalık meyve tüketim yüzdesi kahvaltı yapan öğrencilere göre anlamlı olarak daha düşüktü (p=0,003) (Tablo 25).

Öğrencilerin sigara, alkol, uyuşturucu/uyarıcı madde kullanımı, üzüntü/ümitsizlik hissetme durumu ve fiziksel aktivite yapma durumuna göre haftalık meyve tüketimi incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunamadı (Sırasıyla p değerleri 0,931, 0,374, 1,000, 0,187, 0,622).

Tablo 26. Öğrencilerin bazı sosyodemografik değişkenlere göre haftalık süt içme durumları

Bazı Sosyodemografik Değişkenler	Haftalık Süt İçme Durumu				χ^2	P
	n	0-6 Kez %	n	7 ve Daha Fazla %		
Cinsiyet						
Kadın (n=883)	689	78,0	194	22,0	10,664	0,001
Erkek (n=484)	413	85,3	71	14,7		
Fakülteler						
İktisadi İdari Bilimler Fakültesi (n=494)	412	83,4	82	16,6	9,557	0,049
Fen Edebiyat Fakültesi (n=443)	363	81,9	80	18,1		
Sağlık Bilimleri Fakültesi (n=199)	154	77,4	45	22,6		
Tıp Fakültesi (n=147)	112	76,2	35	23,8		
Orman Fakültesi (n=84)	61	72,6	23	27,4		
Anne Eğitim Düzeyi						
Orta Okul ve Altı (n=994)	815	82,0	179	18,0	4,423	0,035
Lise ve Üstü (n=373)	287	76,9	86	23,1		
Baba Eğitim Düzeyi						
Orta Okul ve Altı (n=774)	649	83,9	125	16,1	11,953	0,001
Lise ve Üstü (n=593)	453	76,4	140	23,6		
Gider Düzeyi						
25-200 TL (n=238)	187	78,6	51	21,4	6,192	0,045
201-400 TL (n=671)	559	83,3	112	16,7		
401 ve Üstü (n=458)	356	77,7	102	22,3		
Yaşadığı Yer						
Devlet Yurdu (n=316)	275	87,0	41	13,0	36,423	<0,001
Özel Yurt (n=466)	392	84,1	74	15,9		
Öğrenci Evi (n=362)	269	74,3	93	25,7		
Aile İle (n=159)	110	69,2	49	30,8		
Diğer (n=64)	56	87,5	8	12,5		
Yaşadığı Yerdeki Kişi Sayısı						
1-2 Kişi (n=350)	267	76,3	83	23,7	15,067	0,002
3-4 Kişi (n=642)	542	84,4	100	15,6		
5-6 Kişi (n=278)	211	75,9	67	24,1		
7 ve üstü (n=97)	82	84,5	15	15,5		
TOPLAM	1102	80,6	265	19,4		

Öğrencilerin cinsiyete göre haftalık süt içme durumları incelendiğinde erkek öğrencilerin kız öğrencilere göre anlamlı olarak daha az süt içtikleri saptandı ($p=0,001$) (Tablo 26).

Öğrencilerin eğitim gördükleri fakültelere göre haftalık süt içme durumları arasında anlamlı farklılık vardı ($p=0,049$) (Tablo 26). İktisadi İdari Bilimler öğrencilerinin haftalık süt tüketimi diğer fakülte öğrencilerine göre anlamlı olarak daha düşüktü (İktisadi İdari Bilimler öğrencileri analizlerden çıkarıldığında $\chi^2=5,390$, $p=0,145$).

Anne-baba eğitim düzeyi orta okul ve altı olan öğrencilerin haftalık süt tüketimi anne-baba eğitim düzeyi lise ve üstü olan öğrencilerin haftalık süt tüketimine göre anlamlı olarak daha azdı (sırasıyla p değerleri 0,035, 0,001) (Tablo 26).

Gideri 201-400 TL olan öğrencilerin haftalık süt tüketimi diğerlerine göre anlamlı olarak daha azdı ($p=0,045$) (Tablo 26) (Geliri 201-400 TL olan öğrenciler analizlerden çıkarıldığında $\chi^2=0,065$, $p=0,799$).

Katılımcıların yaşadıkları yere göre haftalık süt tüketme durumuna bakıldığında apart, orduvi gibi diğer yerlerde yaşayan öğrencilerin süt tüketimi diğer öğrencilere göre anlamlı olarak daha düşüktü ($p<0,001$). Araştırma grubunun yaşadıkları yerdeki kişi sayısına göre haftalık süt içme ve meyve yeme durumları istatistiksel olarak farklılık göstermekteydi. Yaşadığı yerdeki kişi sayısı 5-6 kişi olanların haftalık süt içme oranı daha düşüktü ($p=0,002$) (Tablo 26).

Öğrencilerin aile tipi, kardeş sayısı, anne-babanın hayatta olma ve birlikte yaşama durumu, gelir düzeyi, sağlık algısı ve beden algısına göre haftalık süt içme durumu incelendiğinde anlamlı bir farklılık bulunamadı (Sırasıyla p değerleri 0,893, 0,275, 0,417, 0,259, 0,300, 0,215).

Tablo 27. Öğrencilerin bazı riskli sağlık davranışlarına göre haftalık süt tüketim durumu

Riskli Sağlık Davranışları	Haftalık Süt Tüketim Durumu				χ^2	p
	0-6 Kez		7 ve Daha Fazla			
	n	%	n	%		
Sabah Uyandıığında Kendini Dinç Hissetme Durumu						
Evet (n=623)	483	77,5	140	22,5	6,977	0,008
Bazen/Hayır (n=744)	619	83,2	125	16,8		
Haftalık Sebze Tüketim Durumu						
0-6 Kez (n=1255)	1031	82,2	224	17,8	23,153	<0,001
7 ve Daha Fazla (n=112)	71	90,3	41	21,7		
Haftalık Meyve Tüketim Durumu						
0-6 Kez (n=1102)	924	85,7	154	14,3	84,860	<0,001
7 ve Daha Fazla (n=265)	178	61,6	111	38,4		
Haftalık Kahvaltı Yapma Durumu						
Yapan (1311)	1051	80,2	260	19,8	4,086	0,043
Yapmayan (n=56)	51	91,1	5	8,9		
Fiziksel Aktivite Yapmam Durumu						
Evet (n=293)	222	75,8	71	24,2	5,605	0,018
Hayır (n=1074)	880	81,9	194	18,1		
TOPLAM	1102	80,6	265	19,4		

Sabah uyandıığında kendini dinç hissetmeyen öğrencilerin haftalık süt tüketimi uyandıığında kendini dinç hisseden öğrencilerin haftalık süt tüketimine göre anlamlı olarak daha azdı (p=0,008) (Tablo 27).

Öğrencilerin haftalık sebze ve meyve tüketimi düşük olan öğrencilerin haftalık süt tüketme durumu anlamlı olarak daha düşüktü (Sırasıyla p değerleri <0,001, <0,001). Öğrencilerin kahvaltı yapma durumuna göre haftalık süt tüketimi incelendiğinde kahvaltı yapmayan öğrencilerin süt tüketme yüzdesi kahvaltı yapan öğrencilere göre anlamlı olarak daha düşüktü (p=0,043) (Tablo 27).

Fiziksel aktivite yapmayan öğrencilerin haftalık süt tüketimi aktivite yapan öğrencilere göre anlamlı olarak daha düşüktü (p=0,0018) (Tablo 27).

Öğrencilerin sigara, alkol ve uyuşturucu/uyarıcı madde kullanma durumuna göre haftalık süt tüketimi incelendiğinde anlamlı bir farklılık bulunamadı (Sırasıyla p değerleri 0,470, 0,748, 0,725).

Dengeli ve yeterli beslenme ile ilgili eğitim almayan öğrencilerin % 80,0'ı eğitim alan öğrencilerin ise % 70,1'i haftada 0-6 kez meyve yemektedir. Dengeli ve yeterli beslenme ile ilgili eğitim almayan öğrencilerin haftalık meyve yeme oranı anlamlı olarak düşüktü ($\chi^2=8,132$, p=0,004).

Öğrencilerin beden algılarına göre diyet yapma durumu değerlendirildi. Beden algısını çok zayıf-zayıf olarak tanımlayan öğrencilerin % 4,4'ü, normal olarak tanımlayanların % 16,1'i ve kilolu-çok kilolu olarak tanımlayanların % 52,1'i diyet yapmaktaydı. Beden algısı kilolu-çok kilolu olan öğrencilerin diyet yapma oranı anlamlı olarak daha yüksekti ($\chi^2=206,262$, $p<0,001$).

4.2.5. Öğrencilerin Fiziksel Aktivite Alışkanlıklarına İlişkin Tanımlayıcı ve Analitik Bulgular

Öğrencilerin günlük televizyon ve bilgisayar karşısında geçirdikleri süreler incelendiğinde ortalama ve standart sapmaları sırasıyla, $0,9\pm 1,1$ saat ve $1,4\pm 1,5$ saattir.

Tablo 28. Öğrencilerin fiziksel aktivite yapma durumları ve yaptıkları aktiviteler

Özellikler	n	%
Fiziksel Aktivite Yapma Durumu		
Evet	293	21,4
Hayır	708	51,8
Bazen	366	26,8
Yapılan Fiziksel Aktivite Türü*		
Yürüyüş/Koşu	621	63,9
Futbol, basketbol, voleybol vb.	382	39,3
Bisiklete binme	122	12,5
Dövüş Sporları/Yüzme vb.	109	11,2
Diğer	86	8,8

* Öğrenciler soruya birden fazla yanıt verdikleri için n 1367'den %100,0'dan fazladır.

Haftada en az 3 gün günde en az 30 dakika süren fiziksel aktivite yapmayanların oranı % 51,8 olarak bulundu (Tablo 28).

Öğrencilerin yaptıkları fiziksel aktivite türü değerlendirildiğinde, % 63,9 yüzdesi ile en fazla yürüyüş ve koşu yaptıkları saptandı. Az sayıda kişinin ise (% 8,8) fitness, dans, vücut geliştirme ve diğer sporları yaptıkları saptandı. Katılımcıların soruya birden fazla yanıt vermelerinden dolayı toplam % 100,0'ü geçmekteydi (Tablo 28).

Tablo 29. Öğrencilerin bazı sosyodemografik özelliklerine göre fiziksel aktivite yapma durumları

Sosyodemografik Özellikler	Fiziksel Aktivite Yapma Durumu				χ^2	p
	Evet		Hayır			
	n	%	n	%		
Cinsiyet						
Kız (n=883)	140	15,9	743	84,1	46,092	<0,001
Erkek (n=484)	153	31,6	331	68,4		
Fakülteler						
Fen Edebiyat Fakültesi (n=443)	73	16,5	370	83,5		
Orman Fakültesi (n=84)	18	21,4	66	78,6		
İktisadi İdari Bilimler Fakültesi (n=494)	115	23,3	379	76,7	10,363	0,035
Sağlık Bilimleri Fakültesi (n=199)	49	24,6	150	75,4		
Tıp Fakültesi (n=147)	38	25,9	109	74,1		
Anne Eğitim Durumu						
Orta Okul ve Altı (n=994)	193	19,4	801	80,6	8,803	0,003
Lise ve Üstü (n=373)	100	26,8	273	73,2		
Baba Eğitim Durumu						
Orta Okul ve Altı (n=774)	141	18,2	633	81,8	10,964	0,001
Lise ve Üstü (n=593)	152	25,6	441	74,4		
Gelir Düzeyi						
50-200 TL (n=212)	37	17,5	175	82,5	28,160	<0,001
201-400 TL (n=659)	111	16,8	548	83,2		
401 ve Üstü (n=496)	145	29,2	351	70,8		
Gider Düzeyi						
25-200 TL (n=238)	40	16,8	198	83,2		
201-400 TL (n=671)	123	18,3	548	81,7	16,490 [†]	<0,001
401 ve Üstü (n=458)	130	28,4	328	71,6		
Sağlık Algısı*						
Çok İyi/İyi (n=929)	221	23,8	708	76,2		
Orta (n=390)	63	16,2	327	83,8	9,412	0,002
Kötü/Çok Kötü (n=38)	6	15,8	32	84,2		
TOPLAM	293	21,4	1074	78,6		

* 10 öğrenci soruya yanıt vermemiştir.

† Eğitimde ki kare.

Araştırma grubunun cinsiyete göre fiziksel aktivite yapma yapmama durumu incelendiğinde kızlar ve erkekler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardı ($p < 0,001$). Kız öğrencilerin fiziksel aktivite yapmama oranı (% 84,1) erkek öğrencilerin oranına göre (% 68,4) anlamlı olarak daha yüksekti (Tablo 29).

Öğrencilerin eğitim gördükleri fakülteye göre fiziksel aktivite yapma yapmama durumuna bakıldığında Fen Edebiyat Fakültesi öğrencilerinin fiziksel aktivite yapmama durumu anlamlı olarak en yüksekti (Tablo 29) (Fen Edebiyat Fakültesi öğrencileri analizden çıkarıldığında $\chi^2 = 0,749$ $p = 0,862$).

Araştırma grubunun anne eğitim durumuna göre fiziksel aktivite yapma yapmama durumu incelendiğinde anne eğitim düzeyi ortaokul ve altı olan

öğrencilerin fiziksel aktivite yapmama yüzdesi anne eğitim düzeyi lise ve üstü olan öğrencilerin fiziksel aktivite yapmama yüzdesine göre anlamlı olarak daha yüksekti ($p=0,003$). Katılımcıların baba eğitim durumuna göre fiziksel aktivite yapma durumuna bakıldığında anne eğitim durumuna benzer şekilde baba eğitim düzeyi ortaokul ve altı olan öğrencilerin fiziksel aktivite yapmama yüzdesi (% 81,8) baba eğitim düzeyi lise ve üstü olan öğrencilerin fiziksel aktivite yapmama yüzdesine göre (% 74,4) anlamlı olarak daha yüksekti. Baba eğitim düzeyi düşük olan öğrenciler daha az fiziksel aktivite yapmaktaydı ($p=0,001$) (Tablo 29).

Öğrencilerin gelir durumuna göre fiziksel aktivite yapma yapmama durumu değerlendirildiğinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardı ($p<0,001$). Öğrencilerin gelir düzeyinin düşük olması fiziksel aktivite durumunu anlamlı olarak olumsuz etkilemekteydi. Geliri 50-200 TL olan öğrencilerin fiziksel aktivite yapmama oranı diğer öğrencilere göre anlamlı olarak daha yüksekti. Öğrencilerin gider durumuna göre fiziksel aktivite yapma yapmama durumu incelendiğinde gideri az olan öğrencilerin fiziksel aktivite yapmama oranı diğerlerine göre anlamlı olarak yüksekti ($p<0,001$) (Tablo 29).

Öğrencilerin sağlık algılarına göre fiziksel aktivite yapma durumu değerlendirildiğinde sağlık algısı çok kötü/kötü olan öğrencilerin fiziksel aktivite yapmama oranı diğer öğrencilere göre anlamlı olarak yüksek bulundu ($p=0,002$) (Tablo 29).

Öğrencilerin yaşadıkları yer, aile tipi, kardeş sayısı, anne-babanın hayatta ve birlikte olma durumu, yaşadığı yerdeki kişi sayısı ve beden algısına göre fiziksel aktivite yapma yapmama durumu açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yoktu (Sırasıyla p değerleri 0,694, 0,532, 0,995, 0,695, 0,107, 0,871).

Tablo 30. Öğrencilerin sabah uyandığında kendini dinç hissetme durumuna göre fiziksel aktivite yapma durumu

Riskli Sağlık Davranışı	Fiziksel Aktivite Yapma Durumu				χ^2	p
	Evet		Hayır			
	n	%	n	%		
Sabah Uyandıığında Kendini Dinç Hissetme Durumu						
Evet (n=623)	181	29,1	442	70,9	39,461	<0,001
Bazen/Hayır (n=744)	112	15,1	632	84,9		
TOPLAM	293	21,4	1074	78,6		

Sabah uyandıığında kendini dinç hissetmeyen öğrencilerin fiziksel aktivite yapmama oranı (% 84,9) kendini dinç hisseden öğrencilerin fiziksel aktivite yapmama oranına göre (% 70,9) anlamlı olarak yüksekti ($p<0,001$) (Tablo 30).

Öğrencilerin sigara, alkol, uyuşturucu/uyarıcı madde kullanımı ve üzüntü/ümitsizlik hissetme durumuna göre fiziksel aktivite yapma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yoktu (Sırasıyla p değerleri 0,973, 0,809, 0,321, 0,108).

4.2.6. Öğrencilerin Üreme Sağlığı ile İlgili Tanımlayıcı ve Analitik Bulgular

Tablo 31. Öğrencilerin üreme sağlığı ile ilgili bazı tutum ve davranışlarına ilişkin bulgular

Özellikler	n	%
Cinsel Birleşme İle Sonuçlanan İlişki Deneyimi (n=1360)		
Evet	131	9,6
Hayır	1229	90,4
Doğum Kontrol Yöntemi Kullanma (n=126)*		
Evet	84	66,7
Hayır	42	33,3
Korumasız Cinsel İlişki Sonrasında Sağlık Sorunu Gelişebileceğini Bilme (n=1361)		
Evet	368	27,0
Hayır	203	14,9
Bilmiyorum	790	58,0
Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklar Hakkında Bilgi Durumu		
Evet	791	57,9
Hayır	576	42,1
TOPLAM	1367	100,0

* Soruya cevap vermeyen 5 öğrenci olduğu için n=126'dır.

‘Cinsel birleşmeyle sonuçlanan ilişkiniz oldu mu?’ sorusuna cevap veren 1360 öğrencinin % 9,6’sı evet demişti. Cinsel ilişki esnasında doğum kontrol yöntemi kullanmama oranı % 33,3 idi. Doğum kontrol yöntemi kullanan öğrencilerin % 85,7’sinin kondom kullandığı saptandı. Kullandığı yöntemi belirtmeyen 12 öğrenci değerlendirmeye alınmadı. Korumasız cinsel ilişki sonrasında herhangi bir sağlık sorunu gelişebileceğini bilme durumu incelendiğinde öğrencilerin %58,0’ı sağlık sorunu gelişebileceğini bilmemekteydi (Tablo 31). Korumasız cinsel ilişki sonrasında gelişebilecek sağlık sorunları sorgulandı ve öğrencilerin % 78,8’inin AIDS, % 9,5’inin gebelik, % 7,6’sının hepatit, % 6,5’inin frengi ve % 6,2’sinin gonore cevaplarını verdiği saptandı. Öğrenciler bu soruya birden fazla yanıt verdiği için toplam % 100,0’ı geçmekteydi.

Öğrencilerin AIDS ve diğer cinsel yolla bulaşan hastalıklar hakkında bilgi düzeylerine bakıldığında % 57,9 oranında öğrenci cinsel yolla bulaşan hastalıklar hakkında bilgi sahibi iken % 42,1 oranında öğrencinin konu hakkında bir bilgisi olmadığı tespit edildi. Cinsel yolla bulaşan hastalıklar konusunda bilgi sahibi olan öğrencilerin bilgiyi aldıkları kaynaklar sorgulandığında % 51,2'sinin okul dersleri, % 35,7'sinin gazete ve dergi, % 32,3'ünün internet, % 31,2'sinin televizyon, % 19,9'unun arkadaşlar ve % 9,8'inin aile cevabını verdiği saptandı. Az sayıda kişinin (% 1,0) bilgi kaynağı sağlık personeli olmuştu. Öğrencilerin soruya birden fazla yanıt vermesi sonucu toplam % 100,0'ı geçmekteydi.

Öğrencilerin cinsiyete göre cinsel birleşme durumu karşılaştırıldığında kızlar ve erkekler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark mevcuttu ($\chi^2=169,212$, $p<0,001$). Erkek öğrencilerde cinsel ilişkiye girme oranı % 23,7 iken kız öğrencilerde aynı oran % 1,9 idi. Erkek öğrencilerde cinsel ilişkiye girme oranı kız öğrencilere göre anlamlı olarak yüksek bulundu. Öğrencilerin cinsiyete göre korumasız cinsel ilişki sonrasında gelişebilecek sağlık sorunu bilgi durumu değerlendirildiğinde kız öğrencilerin % 87,7'si erkek öğrencilerin ise % 80,3'ü korumasız cinsel ilişki sonrasında herhangi bir sağlık sorunu gelişmeyeceğini belirtmişti. Kız öğrenciler erkek öğrencilere göre korumasız cinsel ilişki sonrasında sağlık sorunu gelişimi hakkında daha az bilgiye sahipti ($\chi^2=13,515$, $p<0,001$).

Tablo 32. Öğrencilerin bazı sosyodemografik özelliklerine göre ilişki sırasında doğum kontrol yöntemi kullanma durumu

Sosyodemografik Özellikler	Doğum Kontrol Yöntemi Kullanma Durumu				χ^2	p
	Evet		Hayır			
	n	%	n	%		
Sağlık Algısı						
Çok İyi/İyi (n=84)	61	72,6	23	27,4	6,324*	0,012
Orta (n=34)	20	58,8	14	41,2		
Kötü/Çok Kötü (n=7)	2	28,6	5	71,4		
Korumasız Cinsel İlişki Sonrasında Sağlık Sorunu Gelişebileceğini Bilme Durumu †						
Evet (n=52)	41	78,8	11	21,2	6,428	0,040
Hayır (n=44)	27	61,4	17	38,6		
Bilmiyorum (n=30)	16	53,3	14	46,7		
TOPLAM	84	66,4	42	33,6		

* Eğitimde ki kare

† Doğum kontrol yöntemi kullanma sorusuna cevap veren 126 öğrenci olduğu için n=126'dır.

Araştırmaya katılan öğrencilerin sağlık algısı kötüye gittikçe cinsel ilişki esnasında doğum kontrol yöntemi kullanmama durumu anlamlı olarak artmaktaydı ($p=0,012$) (Tablo 32).

Öğrencilerin korumasız cinsel ilişki sonrasında sağlık sorunu gelişeceğini bilme durumuna göre cinsel birleşme esnasında doğum kontrol yöntemi kullanıp kullanmama durumu incelendiğinde korumasız cinsel ilişki sonrasında sağlık sorununun gelişip gelişmeyeceğini bilmeyen öğrencilerin cinsel birleşme esnasında doğum kontrol yöntemi kullanmama durumu diğerlerine göre anlamlı olarak yüksekti ($p=0,040$) (Tablo 32).

Öğrencilerin cinsiyet, fakülteler, anne-baba eğitim durumu, anne-babanın hayatta ve birlikte yaşama durumu, gelir-gider durumuna göre cinsel ilişki esnasında doğum kontrol yöntemi kullanmama durumu açısından anlamlı bir farklılık yoktu (Sırasıyla p değerleri 0,850, 0,751, 1,000, 0,378, 0,854, 0,779, 0,715).

Katılımcıların sigara, alkol, uyuşturucu/uyarıcı madde kullanım durumu ve üzüntü/ümitsizlik hissetme durumuna göre cinsel birleşme esnasında doğum kontrol yöntemi kullanmama durumu istatistiksel olarak anlamlı değildi (Sırasıyla p değerleri 0,704, 0,054, 0,439, 0,559).

4.2.7. Öğrencilerin Motorlu Araç Kullanımı ile İlgili Tanımlayıcı ve Analitik Bulgular

Öğrencilerin % 85,1'inin ehliyeti yokken % 14,9'unun ehliyeti vardı. Öğrencilerden % 74,1'inin motorlu araç kullanmadığı saptandı. Kullandıkları motorlu araçlar ve oranları sırasıyla, otomobil % 62,5, motosiklet % 34,9, minibüs/otobüs % 1,4, traktör/kamyonet % 0,9 idi. Motorlu araç kullanan 354 kişide trafik kurallarına uyma oranı % 75,9, arada sırada kurallara uyma oranı % 22,9 ve kurallara hiçbir zaman uymama oranı % 1,1 olarak saptandı. Öğrencilerin motorlu araç kullanırken kask, emniyet kemeri vb. koruyucu araçlar kullanma sonuçları incelendiğinde koruyucu araç kullananların oranı % 86,4 iken kullanmayanların oranı % 13,6 idi.

Tablo 33. Öğrencilerin ehliyete sahip olma durumuna göre motorlu araç kullanma bulguları

Özellik	Motorlu Araç Kullanma Durumu				χ^2	p
	Evet		Hayır			
	n	%	n	%		
Ehliyete Sahip Olma Durumu						
Var (n=203)	165	81,3	38	18,7	381,079	<0,001
Yok (n=1164)	189	16,2	975	83,8		
TOPLAM	354	25,9	1013	74,1		

Öğrencilerin ehliyete sahip olup olmama durumuna göre motorlu araç kullanıp kullanmama durumu değerlendirildi ve ehliyeti olmayan öğrencilerin % 16,2'sinin motorlu araç kullandığı saptandı ($\chi^2=381,079$, $p<0,001$) (Tablo 33).

Öğrencilerin cinsiyete göre motorlu araç kullanırken kask, emniyet kemeri gibi koruyucu araç kullanıp kullanmama durumuna bakıldığında kız ve erkek öğrenciler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardı ($\chi^2=7,148$, $p=0,008$). Erkek öğrencilerde koruyucu araç kullanmama oranı % 17,0 iken kız öğrencilerde bu oran % 6,7 idi. Erkek öğrencilerin koruyucu araç kullanmama oranı kız öğrencilere göre anlamlı olarak daha yüksekti.

Araştırma grubunun eğitim gördükleri fakülteler, anne baba eğitim durumu, gelir-gider durumu, anne babanın hayatta ve birlikte olma durumu, aile tipi, sağlık algısına göre motorlu araç kullanırken koruyucu araç kullanmama durumu incelendi ve sonuçlar istatistiksel olarak anlamlı farklılık içermemekteydi (Sırasıyla p değerleri 0,219, 0,279, 0,866, 0,645, 0,878, 0,244, 0,129, 0,593).

Alkol kullanan öğrencilerde motorlu araç kullanırken koruyucu araç kullanmama yüzdesi (%21,9) hiç alkol kullanmamış veya bırakmış öğrencilerin koruyucu araç kullanmama yüzdesine göre anlamlı olarak daha yüksekti ($\chi^2=4,609$, $p=0,032$).

Öğrencilerin sigara, uyuşturucu/uyarıcı madde kullanma durumu, uyandığında kendini dinç hissetme durumu, üzüntü/ümitsizlik hissetme durumu, psikolojik destek alma durumu, fiziksel kavga etme durumu, delici kesici alet taşıma durumu, intihar etme düşüncesi ve intihar etme girişimine göre motorlu araç kullanırken koruyucu araç kullanmama durumu açısından anlamlı farklılık bulunamadı (Sırasıyla p değerleri 0,141, 1,000, 0,609, 0,428, 0,627, 0,703, 0,182, 0,935, 1,000).

4.2.8. Öğrencilerin İntihar ve Şiddet ile İlgili Tanımlayıcı ve Analitik Bulgular

Tablo 34. Araştırmaya katılan öğrencilerin kötü düşünceler ve intihar düşüncesine ilişkin bazı tutum ve davranış özellikleri

Özellikler	n	%
Günlük İşlerini Aksatacak Kadar Üzüntü/Ümitsizlik Hissetme		
Evet	588	43,0
Hayır	356	26,0
Bazen	423	30,9
İntihar Etmeyi Düşünme		
Evet	190	13,9
Hayır	1177	86,1
İntihar Girişiminde Bulunma		
Evet	61	4,5
Hayır	1306	95,5
Psikolojik Destek Alma		
Evet	177	12,9
Hayır	1190	87,1
TOPLAM	1367	100,0

Son 1 yıl içinde günlük işlerini aksatacak kadar üzüntü veya ümitsizlik hisseden öğrenci oranı (% 43,0) fazlaydı (Tablo 34). Yaşamı boyunca intihar etmeyi düşünmüş öğrenci oranı % 13,9 idi (Tablo 34). Öğrencilerin yaşamları boyunca intihar etmeyi düşünme ortalama ve standart sapması $2,3 \pm 2,9$ kez (en düşük 1 kez, en yüksek 30 kez).

Öğrencilerin % 4,5'inin yaşamı boyunca en az bir kez intihar girişiminde bulunduğu belirlendi (Tablo 34). Öğrencilerin yaşamları boyunca intihar girişiminde bulunmalarının ortalama ve standart sapması $1,4 \pm 0,8$ kez (en düşük 1 kez, en yüksek 5 kez) idi. Yaşamları süresince psikolog ya da psikiyatr gibi uzmanlardan yardım alan öğrencilerin oranı % 12,9 idi (Tablo 34).

Tablo 35. Öğrencilerin bazı sosyodemografik özelliklerine göre intihar girişiminde bulunma durumu

Sosyodemografik Özellikler	İntihar Etme Girişimi				χ^2	p
	Evet		Hayır			
	n	%	n	%		
Sağlık Algısı						
İyi/Çok İyi (n=929)	24	2,6	905	97,4	32,382*	<0,001
Orta (n=390)	30	7,7	360	92,3		
Kötü/Çok Kötü (n=38)	7	18,4	31	81,6		
Sakinleşmek/Uyuyabilmek İçin İlaç Kullanma Durumu						
Evet (n=52)	7	13,5	45	86,5	0,006†	
Hayır (n=1312)	53	4,0	1259	96,0		
TOPLAM	61	4,5	1296	95,5		

* Eğimde ki kare. † Fisher'in kesin testi.

Öğrencilerin sağlık algısına göre yaşamı boyunca en az bir kez intihar etme girişiminde bulunup bulunmama durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık mevcuttu ($p < 0,001$). Soruya yanıt vermeyen 10 öğrenci değerlendirmeye alınmadı. Öğrencilerin sağlık algısı kötüye gittikçe intihar girişiminde bulunma yüzdesi de anlamlı olarak artmaktaydı (Tablo 35).

Sakinleşmek ya da uyuyabilmek için doktor önerisi olmadan ilaç kullanan öğrencilerin intihar girişiminde bulunma durumu ilaç kullanmayan öğrencilere göre anlamlı olarak daha yüksekti ($p = 0,006$) (Tablo 35).

Öğrencilerin fakülteler, cinsiyet, yaşadığı yer, eğitim süresince yıl kaybı olma durumu, aile tipi, anne baba eğitim durumu, kardeş sayısı, anne babanın hayatta ve birlikte olma durumu, gelir gider durumu ve beden algısına göre intihar girişiminde bulunma durumu açısından anlamlı bir farklılık yoktu (Sırasıyla p değerleri 0,085, 0,324, 0,402, 0,386, 0,495, 0,062, 0,084, 0,934, 0,682, 0,783, 0,716, 0,774).

Tablo 36. Öğrencilerin bazı riskli sağlık davranışlarına göre intihar girişiminde bulunma durumu

Riskli Sağlık Davranışları	İntihar Etme Girişimi				χ^2	p
	Evet		Hayır			
	n	%	n	%		
Sigara İçme Durumu*						
Halen İçenler (n=168)	22	13,1	146	86,9	33,213	<0,001
Hiç	39	3,3	1154	96,7		
İçmemiş/Bırakmışlar (n=1193)						
Alkol Kullanma Durumu						
Halen İçenler (n=112)	10	8,9	102	91,1	0,028 [†]	
Hiç İçmemiş/Bırakmışlar (n=1255)	51	4,1	1204	95,9		
Uyuşturucu/Uyarıcı Kullanım Durumu						
Evet (n=13)	3	23,1	10	76,9	0,018 [†]	
Hayır (n=1354)	58	4,3	1296	95,7		
Üzüntü/Ümitsizlik Durumu					17,178	<0,001
Evet (n=1011)	59	5,8	952	94,2		
Hayır (n=356)	2	0,6	354	99,4		
Psikolojik Destek Alma Durumu						
Evet (n=177)	27	15,3	150	84,7	55,546	<0,001
Hayır (n=1190)	34	2,9	1156	97,1		
İntihar Etme Düşüncesi						
Evet (n=190)	60	31,6	130	68,4	380,611	<0,001
Hayır (n=1177)	1	0,1	1176	99,9		
Sabah Uyandıığında Kendini Dinç Hissetme Durumu						
Evet (n=623)	18	2,9	605	97,1	6,644	0,010
Hayır (n=744)	43	5,8	701	94,2		
TOPLAM	61	4,5	1306	95,5		

* Soruya yanıt vermeyen 6 öğrenci olduğu için n=1361'dir. † Fisher'in kesin testi.

Araştırma grubunun sigara içme durumuna göre yaşamı boyunca en az bir kez intihar etme girişiminde bulunup bulunmama durumu karşılaştırıldığında sigara içenlerin intihar etme girişiminde bulunma oranı (% 13,1) sigara içmeyi bırakmış ya da hiç içmemiş öğrencilerin oranına göre (% 3,3) anlamlı olarak yüksekti ($p<0,001$). Öğrencilerin alkol kullanma durumuna göre intihar etme girişiminde bulunup bulunmama durumu incelendiğinde alkol kullanan öğrencilerde intihar etme girişimi alkol kullanmayan öğrencilere göre anlamlı olarak yüksekti ($p=0,028$). Öğrencilerin uyuşturucu/uyarıcı madde kullanma durumuna göre intihar etme girişiminde bulunup bulunmama durumu karşılaştırıldı ve uyuşturucu/uyarıcı madde kullanan öğrencilerin intihar etme girişiminde bulunma oranı (% 23,1) uyuşturucu/uyarıcı madde kullanmayan öğrencilerin intihar etme girişiminde bulunma oranına göre anlamlı olarak daha yüksek bulundu ($p=0,018$) (Tablo 36).

Üzüntü veya ümitsizlik hisseden öğrencilerin intihar etme girişiminde bulunma durumu üzüntü veya ümitsizlik hissetmeyen öğrencilerin intihar etme girişiminde bulunma durumuna göre anlamlı olarak yüksekti ($p<0,001$). Öğrencilerin psikolojik destek alma durumuna göre yaşamı boyunca intihar etme girişiminde bulunma durumu incelendiğinde psikolojik destek alan öğrencilerin intihar etme girişiminde bulunma yüzdesi psikolojik destek almayan öğrencilere göre anlamlı olarak daha yüksekti ($p<0,001$). İntihar etme düşüncesi olan öğrencilerin intihar girişiminde bulunma durumu intihar etme düşüncesi olmayan öğrencilere göre anlamlı olarak daha yüksekti ($p<0,001$) (Tablo 36).

Öğrencilerin sabah uyandığında kendilerini günlük işlerini yürütebilecek kadar dinç hissetme durumuna göre intihar girişiminde bulunma durumu incelendiğinde uyandığında kendini dinç hissetmeyen öğrencilerde intihar girişiminde bulunma durumu kendini dinç hisseden öğrencilere göre anlamlı olarak yüksekti ($p=0,010$) (Tablo 36).

Araştırma grubunun fiziksel aktivite yapma ve fiziksel kavga etme durumuna göre intihar girişiminde bulunma açısından anlamlı bir farklılık yoktu (Sırasıyla p değerleri 0,350, 0,653).

Üniversite içinde veya çevresinde silah, sopa, bıçak gibi delici kesici alet taşıdığını belirtenlerin yüzdesi % 3,4 olarak belirlendi.

Üniversite içinde veya çevresinde kavgaya karışan öğrenci yüzdesi oldukça düşüktü (% 2,4). Kavgaya karışan öğrencilerin karıştıkları ortalama kavga sayısı ve standart sapması $2,1 \pm 1,8$ kez (en düşük 1 kez, en yüksek 10 kez) idi.

Tablo 37. Öğrencilerin bazı sosyodemografik özelliklerine göre fiziksel kavgaya karışma durumu

Sosyodemografik Özellikler	Fiziksel Kavga Etme				χ^2	P
	Evet		Hayır			
	n	%	n	%		
Cinsiyet						
Kız (n=883)	8	0,9	875	99,1	24,076	<0,001
Erkek (n=484)	25	5,2	459	94,8		
Anne Eğitim Durumu						
Orta Okul ve Altı (n=994)	17	1,7	977	98,3	7,659	0,006
Lise ve Üstü (n=373)	16	4,3	357	95,7		
TOPLAM	33	2,4	1334	97,6		

Araştırma grubunun cinsiyete göre fiziksel kavgaya karışma durumu değerlendirildiğinde erkek öğrencilerin kavga etme oranı (% 5,2) kız öğrencilerin kavga etme oranına göre (% 0,9) anlamlı olarak daha yüksekti ($p < 0,001$) (Tablo 37).

Öğrencilerin anne eğitim durumuna göre fiziksel kavgaya karışma durumları incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı fark vardı ($p = 0,006$). Anne eğitim düzeyi yüksek olan öğrencilerin kavga etme oranı anlamlı olarak yüksek bulundu (Tablo 37).

Araştırmaya katılan öğrencilerin eğitim gördükleri fakülteler, yaşadıkları yer, eğitim süresince yıl kaybı olma durumu, aile tipi, baba eğitim durumu, kardeş sayısı, anne babanın hayatta ve birlikte olma durumu, yaşadığı yerdeki kişi sayısı, gelir-gider durumu ve sağlık algısına göre fiziksel kavgaya karışma durumu incelendi ve anlamlı bir farklılık bulunamadı (Sırasıyla p değerleri 0,790, 0,116, 0,099, 0,747, 0,096, 0,748, 0,753, 0,461, 0,422, 0,149, 0,279).

Tablo 38. Öğrencilerin bazı riskli sağlık davranışlarına göre fiziksel kavgaya karışma durumları

Riskli Sağlık Davranışları	Fiziksel Kavga Etme				p
	n	Evet %	n	Hayır %	
Sigara Kullanma Durumu*					
Halen İçenler (n= 168)	16	9,5	152	90,5	<0,001 [†]
Hiç içmemiş/Bırakmışlar (n=1193)	17	1,4	1176	98,6	
Alkol Kullanma Durumu					
Halen İçenler (n=112)	9	8,0	103	92,0	0,001 [†]
Hiç içmemiş/bırakmışlar (n=1255)	24	1,9	1231	98,1	
Uyuşturucu/Uyarıcı Madde Kullanma Durumu					
Evet (n=13)	2	15,4	11	84,6	0,037 [†]
Hayır (n=1354)	31	2,3	1323	97,7	
Delici Kesici Alet Taşıma Durumu					
Evet (n=47)	13	27,7	34	72,3	<0,001 [†]
Hayır (n=1320)	20	1,5	1300	98,5	
Kumar Oynama Durumu					
Evet (n=56)	7	12,5	49	87,5	<0,001 [†]
Hayır (n=1311)	26	2,0	1285	98,0	
TOPLAM	33	2,4	1334	97,6	

* Soruya cevap vermeyen 6 öğrenci olduğu için n=1361'dir.

[†] Fisher'in kesin testi.

Araştırma grubunun sigara kullanma durumuna göre fiziksel kavgaya karışma durumu incelendiğinde sigara içen öğrencilerin kavga etme durumu (% 9,5) sigarayı bırakmış veya hiç içmemiş öğrencilerin kavga etme durumuna göre (% 1,4) anlamlı olarak daha yüksek bulundu ($p<0,001$). Öğrencilerin alkol kullanma durumuna göre fiziksel kavgaya karışma durumu kıyaslandığında sigara kullanımına benzer şekilde alkol içen öğrencilerin kavga etme yüzdesi hiç içmemiş veya bırakmışlara göre anlamlı olarak yüksekti ($p=0,001$). Katılımcıların uyuşturucu/uyarıcı madde kullanma durumuna göre fiziksel kavgaya karışma durumuna bakıldığında uyuşturucu/uyarıcı madde kullanan öğrencilerin kavga etme durumu (% 15,4) uyuşturucu/uyarıcı madde kullanmayan öğrencilerin kavga etme durumuna göre (% 2,3) daha yüksek bulundu ($p=0,037$) (Tablo 38).

Araştırma grubunun delici kesici alet taşıma durumuna göre fiziksel kavgaya karışma durumu değerlendirildiğinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardı ($p<0,001$). Yanında delici kesici alet taşıyan öğrencilerin fiziksel kavgaya karışma yüzdesi diğerlerine göre anlamlı olarak daha yüksekti.

Öğrencilerin kumar oynama durumuna göre fiziksel kavgaya karışma durumu değerlendirildiğinde kumar oynayan öğrencilerin kavga etme durumu (% 12,5) kumar oynamayan öğrencilerin kavga etme durumuna göre (% 2,0) anlamlı olarak daha yüksek bulundu ($p<0,001$) (Tablo 38).

Araştırma grubunun uyandıığında kendini dinç hissetme, üzüntü/ümitsizlik hissetme, fiziksel aktivite yapma, psikolojik destek alma ve intihar girişiminde bulunma durumlarına göre fiziksel kavgaya karışma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yoktu (Sırasıyla p değerleri 0,989, 0,522, 0,975, 0,152, 0,656).

4.2.9. Öğrencilerin Kalıcı Dövme/Piercing ve Kumar Oynama ile İlgili Tanımlayıcı ve Analitik Bulgular

Tablo 39. Öğrencilerin dövme/piercing yaptırma durumları ve nedenleri

Özellikler	n	%
Dövme/Piercing Yaptırma Durumu		
Evet	37	2,7
Hayır	1330	97,3
Dövme/Piercing Yaptırma Nedeni		
Sevdiği İçin	33	89,2
Güzel/Yakışıklı Görünmek İçin	1	2,7
Diğer	3	8,1
TOPLAM	37	100,0

Öğrencilerin % 2,7'si kalıcı dövme/piercing yaptırdığını ve bu öğrencilerin tamamı dövme/piercing yaptırdıkları ortamın hijyenik/sağlık koşullarına uygun olduğunu belirtti. Kalıcı dövme/piercing sonrası herhangi bir sağlık sorunu geliştiğini belirten öğrencilerin oranı % 2,7 idi. Öğrencilerin % 2,7'sinde gelişen sağlık sorunu kanamaydı. Kalıcı dövme/piercing yaptırma nedenlerinin en başında öğrencilerin dövme/piercingi sevmeleri gelmekteydi (% 89,2). Özel bir anlam ifade ettiği için kalıcı dövme/piercing yaptırmanın oranı % 8,1 idi (Tablo 39).

Tablo 40. Öğrencilerin bazı sosyodemografik özelliklerine göre dövme/piercing yaptırma durumları

Sosyodemografik Değişkenler	Dövme/Piercing Yaptırma				χ^2	p
	Evet		Hayır			
	n	%	n	%		
Fakülteler						
Fen Edebiyat Fakültesi (n=443)	19	4,3	424	95,7	13,357	0,010
İktisadi İdari Bilimler Fakültesi (n=494)	16	3,2	478	96,8		
Sağlık Bilimleri Fakültesi (n=199)	2	1,0	197	99,0		
Tıp Fakültesi (n=147)	0	0,0	147	100,0		
Orman Fakültesi (n=84)	0	0,0	84	100,0		
Anne Eğitim Durumu						
Orta Okul ve Altı (n=994)	20	2,0	974	98,0	6,674	0,010
Lise ve Üstü (n=373)	17	4,6	356	95,4		
TOPLAM	37	2,7	1330	97,3		

Araştırma grubunun eğitim gördükleri fakültele göre kalıcı dövme/piercing sahibi olma durumu değerlendirildiğinde Fen Edebiyat Fakültesi öğrencilerinin dövme/piercing yaptırma durumu diğer fakülte öğrencilerine göre anlamlı olarak daha yüksekti (p=0,010) (Tablo 40).

Araştırma grubunun anne eğitim durumuna göre kalıcı dövme /piercing yaptırma durumu karşılaştırıldığında anne eğitim düzeyi lise ve üstü olan öğrencilerin kalıcı dövme /piercing yaptırma durumu (% 4,6) anne eğitim düzeyi ortaokul ve altı olan öğrencilerin kalıcı dövme/piercing yaptırma durumuna göre (% 2,0) anlamlı olarak yüksek bulundu (p=0,010) (Tablo 40).

Öğrencilerin cinsiyet, baba eğitim durumu, yaşadıkları yer, aile tipi, anne babanın hayatta olma ve birlikte yaşama durumu, gelir-gider durumu ve sağlık algısına göre kalıcı dövme/piercing yaptırma durumları açısından anlamlı bir farklılık bulunamadı (Sırasıyla p değerleri 0,701, 0,321, 0,442, 0,913, 1,000, 0,280, 0,265, 0,516).

Tablo 41. Öğrencilerin bazı riskli sağlık davranışlarına göre dövme/piercing yaptırma durumları

Riskli Sağlık Davranışları	Dövme/Piercing Yaptırma				p *
	n	Evet %	n	Hayır %	
Sigara İçme Durumu[†]					
Halen İçenler (n=168)	13	7,7	155	92,3	<0,001
Hiç İçmemiş/Bırakmışlar (n=1193)	24	2,0	1169	98,0	
Alkol Kullanma Durumu					
Halen İçenler (n=112)	15	13,4	97	86,6	<0,001
Hiç İçmemiş/Bırakmışlar (n=1255)	22	1,8	1233	98,2	
Uyuşturucu/Uyarıcı Madde Kullanma Durumu					
Evet (n=13)	3	23,1	10	76,9	0,004
Hayır (n=1354)	34	2,5	1320	97,5	
Psikolojik Destek Alma Durumu					
Evet (n=177)	10	5,6	167	94,4	0,021
Hayır (n=1190)	27	2,3	1163	97,7	
TOPLAM	37	2,7	1330	97,3	

* Fisher'in kesin testi.

[†] Soruya yanıt vermeyen 6 kişi değerlendirme dışında tutulmuştur.

Öğrencilerin sigara kullanma durumuna göre kalıcı dövme/piercing yaptırma durumu incelendiğinde sigara içen öğrencilerde kalıcı dövme/piercing yaptırma yüzdesi bırakmış veya hiç içmemiş öğrencilere göre anlamlı olarak daha yüksekti ($p<0,001$). Öğrencilerin alkol kullanma durumuna göre kalıcı dövme/piercing yaptırma durumuna bakıldığında alkol kullanan öğrencilerde kalıcı dövme/piercing yaptırma durumu hiç kullanmamış veya bırakmış öğrencilere göre anlamlı olarak daha yüksekti ($p<0,001$). Araştırma grubunun uyuşturucu/uyarıcı madde kullanımına göre kalıcı dövme/piercing yaptırma durumu incelendi ve sonuç istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p=0,004$). Uyuşturucu/uyarıcı madde kullanan öğrencilerin kalıcı dövme/piercing yaptırma yüzdesi kullanmayan öğrencilere göre anlamlı olarak daha yüksek bulundu (Tablo 41).

Psikolojik destek alan öğrencilerin kalıcı dövme/piercing yaptırma durumu (% 5,6) psikolojik destek almayan öğrencilerin kalıcı dövme/piercing yaptırma durumuna göre (% 2,3) anlamlı olarak yüksek bulundu ($p=0,021$) (Tablo 41).

Araştırma grubunun üzüntü/ümitsizlik hissetme durumuna göre kalıcı dövme/piercing yaptırma durumu kıyaslandığında aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunamadı ($p=0,317$).

Öğrencilerin şans oyunları (sayısal loto, milli piyango, iddia, on numara gibi) oyna durumları incelendiğinde, şans oyunu oynayan öğrencilerin oranı ise % 28,0'dı. Öğrencilerde kumar oynama durumu ayrı başlık altında incelendi ve öğrencilerin % 4,1'nin kumar oynadığı saptandı.

Tablo 42. Öğrencilerin bazı sosyodemografik özelliklerine göre kumar oynama durumları

Sosyodemografik Özellikler	Kumar Oynama Durumu				χ^2	p
	n	Evet %	n	Hayır %		
Cinsiyet						
Kız (n=883)	15	1,7	868	98,3	36,497	<0,001
Erkek (n=484)	41	8,5	443	91,5		
Baba Eğitim Durumu						
Orta Okul ve Altı (n=774)	24	3,1	750	96,9	4,503	0,034
Lise ve Üstü (n=593)	32	5,4	561	94,6		
Gelir Durumu						
50-200 TL (n=212)	7	3,3	205	96,7	7,620	0,022
201-400 TL (n=659)	19	2,9	640	97,1		
401 ve Üstü (n=496)	30	6,0	466	94,0		
Gider Durumu						
25-200 TL (n=238)	8	3,4	230	96,6	7,197	0,027
201-400 TL (n=671)	20	3,0	651	97,0		
401 ve Üstü (n=458)	28	6,1	430	93,9		
TOPLAM	56	4,1	1311	95,9		

Araştırma grubunun cinsiyete göre kumar oynama durumu değerlendirildiğinde kız ve erkek öğrenciler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardı ($p<0,001$). Erkek öğrencilerin kumar oynama durumu (% 8,5) kız öğrencilerin kumar oynama durumuna göre (% 1,7) anlamlı olarak yüksek bulundu (Tablo 42).

Öğrencilerin baba eğitim durumuna göre kumar oynama durumu incelendi ve baba eğitim düzeyi yüksek olan öğrencilerde kumar oynama yüzdesi eğitim düzeyi düşük olan öğrencilere göre anlamlı olarak daha yüksekti ($p=0,034$) (Tablo 42).

Araştırma grubunun gelir düzeyine göre kumar oynama oranı değerlendirildiğinde gelir düzeyi en yüksek olan öğrencilerin kumar oynama durumu diğerlerine göre anlamlı olarak daha yüksek bulundu ($p=0,022$). Öğrencilerin gider durumuna göre kumar oynama durumu incelendiğinde gideri fazla olan öğrencilerin kumar oynama yüzdesi diğer öğrencilere anlamlı olarak yüksekti ($p=0,027$) (Tablo 42).

Öğrencilerin eğitim gördükleri fakülteler, yaşadıkları yer, aile tipi, anne babanın hayatta ve birlikte olma durumu, anne eğitim durumuna göre kumar oynama

açısından anlamlı bir farklılık yoktu (Sırasıyla p değerleri 0,821, 0,307, 0,871, 0,319, 0,148).

Tablo 43. Öğrencilerin bazı riskli sağlık davranışlarına göre kumar oynama durumları

Riskli Sağlık Davranışları	Kumar Oynama Durumu				χ^2	p
	Evet		Hayır			
	n	%	n	%		
Sigara Kullanma Durumu*						
Halen İçenler (n= 168)	28	16,7	140	83,3	76,537	<0,001
Hiç İçmemiş/Bırakmışlar (n=1193)	28	2,3	1165	97,7		
Alkol Kullanma Durumu						
Halen İçenler (n=112)	26	23,2	86	76,8		<0,001 [†]
Hiç İçmemiş/Bırakmışlar (n=1255)	30	2,4	1225	97,6		
Uyuşturucu/Uyarıcı Madde Kullanma Durumu						
Evet (n=13)	3	23,1	10	76,9		0,014 [†]
Hayır (n=1354)	53	3,9	1301	96,1		
Delici Kesici Alet Taşıma						
Evet (n=47)	8	17,0	39	83,0		<0,001 [†]
Hayır (n=1320)	48	3,6	1272	96,4		
Fiziksel Kavgaya Etme						
Evet (n=33)	7	21,2	26	78,8		<0,001 [†]
Hayır (n=1334)	49	3,7	1285	96,3		
İntihar Etme Düşüncesi						
Evet (n=190)	14	7,4	176	92,6	6,013	0,014
Hayır (n=1177)	42	3,6	1135	96,4		
TOPLAM	56	4,1	1311	95,9		

* Soruya 6 öğrenci yanıt vermemiştir.

† Fisher'in kesin testi.

Araştırma grubunun sigara içme durumuna göre kumar oynama durumu incelendiğinde sigara içen öğrencilerde kumar oynama yüzdesi hiç içmemiş veya bırakmış öğrencilere göre anlamlı olarak daha yüksekti ($p < 0,001$). Alkol kullanan öğrencilerin kumar oynama durumu diğer öğrencilere göre anlamlı olarak daha yüksekti ($p < 0,001$). Öğrencilerin uyuşturucu/uyarıcı madde kullanma durumuna göre kumar oynama durumu karşılaştırıldığında uyuşturucu/uyarıcı madde kullanan öğrencilerin kumar oynama yüzdesi (% 23,1) uyuşturucu/uyarıcı madde kullanmayan öğrencilerin kumar oynama yüzdesine göre (% 3,9) anlamlı olarak daha yüksek bulundu ($p = 0,014$) (Tablo 43).

Araştırma grubunun delici kesici alet taşıma durumuna göre kumar oynama durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardı ($p < 0,001$). Delici kesici alet taşıyan öğrencilerin kumar oynama düzeyi delici kesici alet taşımayan öğrencilere göre anlamlı olarak daha yüksekti (Tablo 43).

Fiziksel kavgaya karışan öğrencilerin kumar oynama düzeyi kavga etmeyen öğrencilere göre anlamlı olarak yüksekti ($p<0,001$) (Tablo 43).

İntihar etme düşüncesine sahip olan öğrencilerin kumar oynama düzeyi intihar düşüncesi olmayan öğrencilere göre anlamlı olarak daha yüksekti ($p=0,014$) (Tablo 43).

Araştırma grubunun sayısal loto, milli piyango gibi şans oyunları oynama durumuna göre kumar oynama durumu incelendiğinde şans oyunları oynayan öğrencilerin kumar oynama oranı (% 12,3) şans oyunları oynamayan öğrencilerin kumar oynama oranına göre (% 0,9) anlamlı olarak daha yüksekti ($\chi^2=90,509$, $p<0,001$).

Araştırma grubunun intihar etme girişiminde bulunma, psikolojik destek alma ve üzüntü/ümitsizlik hissetme durumlarına göre kumar oynama durumu açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunamadı (Sırasıyla p değerleri 0,311, 0,128, 0,897).

5. TARTIŞMA

Süleyman Demirel Üniversitesi fakültelerinde okuyan birinci sınıf öğrencilerinin riskli sağlık davranışlarının değerlendirildiği araştırmanın bu bölümünde elde edilen bulgular tartışılmış ve yorumlanmıştır. Tartışma ve yorumlar bulgular bölümündeki sıralamaya uygun yapılmıştır. Literatürde ‘Riskli Sağlık Davranışları’ genel başlığı altında az sayıda çalışma olmasına karşılık sigara, alkol, uyuşturucu madde kullanımı, üreme sağlığı gibi konularda ayrı ayrı başlıklarda çalışmalara rastlanmıştır.

5.1. Araştırma Grubunun Sosyodemografik Özellikleri ve Riskli Davranışlarla İlişkisi

Araştırmaya katılan öğrencilerin % 64,6’sını kadınlar, % 35,4’ünü erkekler oluşturmaktaydı. Çamur ve arkadaşlarının bir üniversitenin fakülte ve yüksek okullarında yaptıkları bir çalışmada katılımcıların % 59,8’inin kadın, % 40,2’sinin erkek olduğu belirtilmekteydi (Çamur ve ark., 2007). Şahin’in 2011 yılında yürüttüğü ‘Ankara’daki İki Lisenin Öğrencilerinde Riskli Sağlık Davranışları ve Bunlara Akran Baskısı ile Diğer Bazı Faktörlerin Etkisi’ çalışmasında öğrencilerin % 56,3’ü kadın, % 43,7’si erkek olarak tespit edildi. Her iki çalışmada da kadın oranının fazla olması bizim çalışmamızla benzerlik göstermektedir. Veri toplama esnasında okula devam eden öğrencilerin kadın ağırlıklı olması da oranı yükseltmektedir.

Çalışmamızda araştırma grubunun yaş ortalaması ve standart sapması $19,2 \pm 1,3$ idi. Çalışmamızın evrenini birinci sınıf öğrencileri oluşturmakta olup, ağırlıklı yaş grubu 18-20 yaşlarıydı. Hacettepe Üniversitesi Sosyal Hizmetler Yüksekokulu’nda (SHYO) okuyan öğrencilerle yapılan bir çalışmada yaş ortalaması ve standart sapması $23,6 \pm 2,2$ idi (Polatkan 2007). Öğrencilerin genç yaş grubu içinde olmaları risk grubuna dahil olduklarını düşündürmektedir.

Araştırmaya katılan öğrencilerin anne eğitim durumlarına bakıldığında, annelerin % 7,8’i okur yazar değil, % 3,9’u okur yazar, % 50,2’si ilkokul mezunu, % 10,9’u ortaokul mezunu, % 18,3’ü lise mezunu ve % 9,0’ı üniversite mezunuydu. Babaların eğitim durumuna bakıldığında ise annelerin eğitim durumuna benzer

şekilde babaların büyük çoğunluğunun (% 36,9) ilkokul mezunu olduğu belirlendi. Babaların % 1,2'si okur yazar değildi ve % 19,8'i üniversite mezunuydu. Dabak ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada annelerin % 53,8'i ilkokul , babaların % 42,7'si lise mezunu idi (Dabak et al., 2008). Trakya Üniversitesi öğrencileriyle yapılan bir çalışmada katılımcıların annelerinin % 5,2'si okur yazar değildi ve % 51,9'u ilkokul, % 14,3'ü ortaokul, % 17,3'ü lise, % 4,5'i üniversite mezunu idi. Babaların ise % 40,7'si ilkokul, % 16,0'ı ortaokul, % 24,8'i lise ve % 11,3'ü üniversite mezunu idi (Evren 2008). Bizim çalışmamız da bu çalışmalarla benzer sonuçlar göstermektedir. Annelerin eğitim düzeyinin düşük olması araştırma grubu için alkol kullanımı, fiziksel aktivite, şiddet ve kalıcı dövme/piercing gibi birçok riskli sağlık davranışında anlamlıydı. Toplumsal olarak ülkemizde annelerin çocukları üzerindeki etkisi bu kadar fazlayken eğitim seviyesindeki düşüklük ciddi risk oluşturabilir. Bu verilerden çıkarılacak diğer bir sonuç ise annelerin eğitim düzeyinin babaların eğitim düzeyinden düşük olduğudur.

Katılımcıların annelerinin büyük çoğunluğu (% 82,9) ev hanımıydı. Çalışmakta olan annelerin oranı % 11,7 olmakla birlikte emekli olan anne oranı % 4,2 idi. Çalışan annelerin % 60,0'ı memur, % 23,1'i özel sektör çalışanı, % 13,1'i kendi işiyle serbest çalışan ve % 3,8'i çiftçiydi. Babaların çalışma durumu incelendiğinde % 64,4'ü çalışmakta, % 24,9'u emekli ve % 6,9'u işsizdi. Çalışan babaların yaptıkları iş ve oranları sırasıyla serbest çalışan (esnaf, şoför gibi) % 38,3, memur % 25,7, özel sektör % 24,6 ve çiftçi % 11,5'di. Dicle Üniversitesi öğrencilerinin % 91,7'si annelerinin ev hanımı, % 0,7'si emekli, % 6,6'sı çalışan olduğunu, % 12,3'ü babalarının işsiz, % 8,4'ü emekli, % 74,3'ü çalışan olduğunu belirtirken (Alpua 2006), Çamur ve arkadaşları yaptıkları çalışmada Hacettepe Üniversitesi öğrencilerinin % 72,8'inin annelerinin çalışmadığını % 27,2'sinin ise çalışmakta olduğunu, % 26,4'ünün babalarının işsiz, % 73,6'sının ise çalışmakta olduğunu bildirdiler (Çamur ve ark., 2007). Bu veriler bize ailenin ekonomik yükünün babanın üzerinde olduğunu göstermektedir.

Araştırmaya katılan öğrencilerin % 34,1'i özel yurttan, % 26,5'i öğrenci evinde, % 23,1'i devlet yurdunda ve % 11,8'i ailesiyle birlikte yaşamaktaydı. Bununla birlikte % 4,7 oranında öğrenci ise apart, otel, vakıf, orduevi, akraba yanı, yarı özel yurt ve evli olarak kendi evinde yaşadıklarını bildirmişti. Evren'in Trakya

Üniversitesi'nde yaptığı çalışmada öğrencilerin % 38,4'ü arkadaşlarıyla birlikte evde kaldığını, % 28,3'ü devlet yurdunda kaldığını bildirirken (Evren 2008), Polatkan'ın Hacettepe Üniversitesi SHYO öğrencilerinde yaptığı çalışmada öğrencilerin % 44,9'u arkadaşlarıyla birlikte evde kaldığını, % 28,5'i aile yanında kaldığını, % 19,6'sı yurttan kaldığını bildirmişti (Polatkan 2007). Değerlendirmeler sonucunda üniversitede eğitim alan öğrencilerin büyük çoğunluğu arkadaşlarıyla birlikte evde kalmaktadır. Öğrencilerin aile denetiminden uzak, özerk yaşam alanlarında yaşamalarının riskli sağlık davranışlarına yönelimlerini artırabileceği görüşündeyiz.

Üniversite eğitimi almak için Isparta'ya gelen öğrencilerin büyük çoğunluğu (% 38,3) Akdeniz Bölgesi'nden gelmekteydi. Trakya Üniversitesi'nde yapılan araştırmada öğrencilerin % 78,1'inin 12 yaşına kadar, % 82,0'ının da 12 yaşından sonra Marmara Bölgesi'nde yaşadığı tespit edilmişti (Evren 2008). Öğrencilerin yaşadıkları coğrafi bölgede bir üniversite seçmesi bizim çalışmamızla benzerlik göstermektedir.

Araştırma grubunun % 15,5'i aylık 50-200 TL, % 48,2'si aylık 201-400 TL ve % 36,3'ü aylık 401 TL ve daha fazlasına sahip olmakla birlikte, aylık gelirin ortalaması $399,2 \pm 182,2$ TL idi. Evren'in yaptığı araştırmada öğrencilerden % 40,9'u 301-500 YTL (Yeni Türk Lirası), % 34,2'si ise aylık 151-300 YTL gelire sahip olup, genel ortalama aylık gelir $404,6 \pm 219$ YTL idi (Evren 2008). Tarı ve arkadaşlarının Kocaeli Üniversitesi öğrencilerinde yaptıkları araştırmada öğrencilerin aylık ortalama geliri 387,965,000 TL idi (Tarı 2006). Oranlarda gelir gruplamalarından kaynaklanan farklılıklar olmasına rağmen, çalışmamıza benzer şekilde öğrencilerin ortalama aylık gelirleri birbirine çok yakındır. Çalışmamızda gelir düzeyi yüksek olan öğrencilerin sigara ve alkol kullanma, kumar oynama ve fiziksel aktivite yapmama oranları da yüksekti. Öğrencilerin gereğinden az veya fazla gelire sahip olmasının riskli sağlık davranışlarına yönelimi artırabileceğini düşünmekteyiz.

Öğrencilerin % 85,1'i çekirdek aileye, % 7,7'si geniş aileye, % 7,2'si tek ebeveyn ve % 0,1'i de ebeveynsiz aileye sahipti. Evren'in Trakya Üniversitesi'nde yaptığı çalışmada öğrencilerin büyük çoğunluğu (% 82,2) çekirdek aileye sahipti (Evren 2008). Akın ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada ise Hacettepe Üniversitesi öğrencilerinin % 86,8'i, Dicle Üniversitesi öğrencilerinin % 79,7'si çekirdek aileye sahipti (Akın ve ark., 2006). Bizim çalışmamızla da benzer sonuçlar gösteren bu

çalışmalar kadınların giderek daha fazla iş hayatında yer almaları nedeniyle toplumumuzda aile yapısındaki küçülmeyi destekler niteliktedir.

Araştırma grubundaki öğrencilerin büyük çoğunluğunun (% 91,6) anne ve babası hayatta ve birlikte yaşamaktaydı. Evren'in Trakya Üniversitesi'nde yaptığı çalışmada öğrencilerin % 90,7'sinin anne ve babası hayatta ve birlikte yaşamaktaydı (Evren 2008). Anne ve babanın hayatta ve birlikte olması öğrencilerin riskli sağlık davranışlarına yönelmemeleri açısından önem oluşturabileceği düşünülmüştür.

Araştırmaya katılan öğrencilerin % 6,4'ü tek çocuk, % 66,3'ü 2-3 kardeşi ve kardeş sayısının ortalaması $3,1\pm 1,8$ kardeş idi. Evren'in Trakya Üniversitesi'nde yaptığı çalışmada ailelerin % 70,9'u 2-3 çocuğa sahip olduğunu ve ortalama çocuk sayısının $2,83\pm 1,5$ çocuk olduğunu bildirilmişti (Evren 2008). Bu sonuçlar bizim çalışmamızla benzerlik göstermektedir.

Öğrencilerin % 10,7'sinin herhangi bir sağlık problemi nedeniyle sürekli kullandığı ilaç veya ilaçları vardı. Sürekli ilaç kullanmayı gerektirecek sağlık sorunlarından sık görülenleri anemi ve depresyon/anksiyete idi. Evren'in Trakya Üniversitesi'nde yaptığı çalışmada öğrencilerin % 12,7'si sürekli ilaç kullanmasını gerektirecek bir sağlık sorununa sahipti. Sürekli ilaç kullanmalarını gerektirecek sağlık sorunları görülme sıklığına göre migren, anemi, depresyon, gastrit, astım ve anksiyete idi (Evren 2008). Bizim çalışmamızla da benzer sonuçlar göstermektedir. Öğrencilerde anemi ve depresyonun sağlık sorunları içinde ilk sıralarda olması gelecek nesiller için risk oluşturabilir ve gençlere yönelik çalışmalarda bu sorunlar göz önüne alınabilir.

Öğrencilerin ergenlik dönemine girerken yaşamlarında olacak fiziksel ve psikolojik değişimler hakkında bilgi sahibi olma oranı % 65,5 idi. En çok bilgi aldıkları kaynak aileleriydi. Çalışkan'ın Abidinpaşa Sağlık Grup Başkanlığı bölgesindeki dört lise öğrencileri üzerinde yaptığı çalışmada öğrencilerin % 51,2'si ergenlik dönemi ile ilgili bilgi almışlardı. Öğrenciler oluşabilecek fiziksel ve ruhsal değişimler konusunda en çok arkadaşlarından bilgi almışlardı (Çalışkan 1995). Bizim çalışmamızda bilgi sahibi olma oranının yüksek olması öğrencilerin yaş farklarından kaynaklanmış olabilir. Çalışmamızdaki bilgi kaynağının lise öğrencilerinin kaynaklarına göre daha güvenilir olduğunu düşünmekteyiz. Öte yandan, anne-baba

eğitim düzeyinin düşük olması gençleri bilgilendirme konusunda yetersiz kalabileceklerini düşündürmektedir.

Araştırma grubunun sağlık algısı % 13,8'i çok iyi, % 54,7'si iyi, % 28,7'si orta, % 2,4' kötü ve % 0,4' ise çok kötü şeklindeydi. nalın ve arkadaşlarının Erciyes niversitesi meslek yüksekokullarının sağlık ve sosyal programlarında eğitim gören öğrencilerle yaptıkları çalışmada öğrencilerin sağlık algısı % 49,2'si iyi, % 28,0'ı orta, % 13,7'si çok iyi, % 6,7'si mükemmel, % 2,4' kötü şeklindeydi (nalın ve ark., 2007). Sağlık algısı kötü/çok kötü olan öğrencilerin sigara ve uyuşturucu/uyarıcı madde kullanımı, sabah uyandığında kendini din hissetmeme, fiziksel aktivite yapmama, cinsel ilişki esnasında kontraseptif kullanmama ve intihar girişiminde bulunma oranları yüksek bulundu. Bizim alışmamızda sağlık algısı iyi/çok iyi olan öğrencilerin oranı Erciyes niversitesi ğrencilerinin oranına göre daha yüksektir. Üniversitelerin coğrafı bölge farklılıklarının öğrencilerin sağlık algılarını etkileyebileceğini düşünmekteyiz.

5.2. Araştırma Grubunun Riskli Sağlık Davranışlarına İlişkin Bulgular

Araştırmaya katılan öğrencilerin sigara içme oranı % 12,3 olarak bulundu. Erkek ğrencilerin sigara içme oranı (% 23,5) kız öğrencilere göre (% 6,3) daha yüksekti. Evren'in Trakya niversitesi'nde yaptığı çalışmada öğrencilerin % 35,0'ı (Evren 2008), Polatkan'ın Hacettepe Üniversitesi SHYO ğrencilerinde yaptığı çalışmada ğrencilerinin % 37,0'ı (Polatkan 2007), Keskinler ve arkadaşlarının Atatürk niversitesi ğrencilerinde yaptıkları çalışmada öğrencilerin % 35,9'u (Keskinler ve ark., 1999), Orak ve arkadaşlarının Süleyman Demirel niversitesi ğrencilerinde yaptıkları çalışmada öğrencilerin % 48,9'u (Orak ve ark., 2004) sigara içmekteydi. Macaristan'ın 6 büyük şehirde rastgele seçilen 6. ve 9. sınıf ğrencilerinde yapılan bir çalışmada katılımcıların % 24,8'i son 30 gün içinde hala sigara içmekteydi (Penzes et al., 2009). Hindistan'da yapılan bir çalışmada öğrencilerin tütün kullanım oranı % 7,1 idi (Mukhopadhyay et al., 2010). İspanya ve Meksika'da 12-16 yaş arası öğrencilerde yapılan bir çalışmada, her iki ülkede de sigara tüketimi yaşla artmakta ve İspanya'da kadınlar erkeklere göre daha sık sigara içmekteydi (Ruiz-Risueno Abad et al., 2009). Bizim alışmamızda öğrencilerimizin sigara içme oranının düşük olmasının nedeni olarak öğrencilerimizin sadece birinci

sınıf olmalarından kaynaklandığını düşünmekteyiz. Öğrencilerin yaşı ilerledikçe sigara kullanımının artması risk oluşturmaktadır. Trakya, Hacettepe SHYO, Atatürk ve Süleyman Demirel Üniversitesi (2004) öğrencilerinde sigara içme oranının oldukça yüksek olması sigaranın sağlığa olumsuz etkileri düşünüldüğünde üniversite gençliği için ciddi tehdit oluşturabilir. Bunun yanında Macaristan'da yapılan çalışmanın sonucu ile kıyaslandığında ise çalışmamızın sonuçları sevindirici niteliktedir.

Sigara içen öğrencilerin alkol alma ve uyuşturucu/uyarıcı madde kullanma oranları da yüksektir. Evren'in Trakya Üniversite öğrencilerinde yaptığı araştırmada sigara içme oranı, alkol alanlarda ve bağımlılık yapıcı madde kullanan öğrencilerde daha yüksek bulunmuştu (Evren 2008). Yıldırım'ın Ankara'daki üniversitelerde yaptığı araştırmada sigara, alkol ve uyuşturucu madde kullanımı arasında anlamlı bir ilişki olduğu daha fazla alkol ve daha fazla uyuşturucu madde kullanan öğrencilerde sigara içme oranının da daha yüksek olduğu saptanmıştı (Yıldırım 1997). Bizim çalışmamız da Evren ve Yıldırım'ın çalışmalarıyla benzer sonuçlar göstermektedir. Riskli olan bir sağlık davranışı diğer risk taşıyan sağlık davranışlarına neden olabilmektedir.

Süleyman Demirel Üniversitesi fakültelerinde okuyan birinci sınıf öğrencilerinin alkol alma oranı % 8,2 idi. Hiç alkol kullanmayan öğrencilerin oranı ise % 88,2 idi. Polatkan'ın Hacettepe Üniversitesi SHYO öğrencilerinde yaptığı araştırmada öğrencilerin % 66,5'i 15 yaş ve üzerinde ilk kez alkollü içecek içmeye başlamıştı (Polatkan 2007). Evren'in Trakya Üniversitesi öğrencileri üzerinde yaptığı çalışmada öğrencilerin % 34,9'u hiç alkol almadığını, % 22,7'si ise yaşamı boyunca 100 günden fazla alkol aldığını bildirmişti (Evren 2008). Yıldırım'ın Ankara'daki üniversite öğrencilerinde yaptığı çalışmada öğrencilerin % 38,0'ı hiç alkol kullanmadığını belirtmişti (Yıldırım 1997). Tot ve arkadaşlarının Mersin Üniversitesi öğrencilerinde yapmış oldukları araştırmada öğrencilerin % 43,0'ı alkol kullandıklarını bildirmişti (Tot ve ark., 2002). İspanya ve Meksika'da 12-16 yaş arası öğrencilerde yapılan çalışmada alkol tüketimi her iki ülkede de yaşla artmaktaydı. İspanya'da kız öğrenciler erkeklere göre daha sık alkol tüketirken, Meksika'da erkekler kızlardan daha düzenli alkol tüketmekteydi (Ruiz-Risueno Abad et al., 2009). Hindistan'da yapılan bir çalışmada öğrencilerin % 3,4'ü alkol tüketmekteydi

(Mukhopadhyay et al., 2010). Üniversite gençlerinde alkol kullanma oranının yüksek olması risk oluştururken bizim çalışmamızda alkol alan öğrencilerin oranının düşük olması sevindiricidir. Buna rağmen çalışmamızdaki düşük alkol kullanma oranı öğrencilerimizin birinci sınıf olmalarından kaynaklanıyor da olabilir. Araştırma verilerinin toplanma aşaması eğitim öğretim yılının başlarına denk gelmesi nedeniyle öğrencilerin aile yaşamı ve kontrolünden henüz çıkmış olmaları da bu alkol kullanma oranındaki düşüklüğü açıklayabilir.

Araştırmaya katılan öğrencilerde uyuşturucu/uyarıcı madde kullanım oranı oldukça düşüktü (% 1,0). Hindistan'da yapılan çalışmada öğrencilerin % 2,0'ı yasadışı madde kullanmaktaydı (Mukhopadhyay et al., 2010). Göksoy'un Adnan Menderes Üniversitesi 1. sınıf ve 4. sınıf öğrencilerinde yapılan çalışmada 1. sınıf öğrencilerinin uyarıcı madde kullanma oranı % 0,4, 1 kez deneme oranı % 1,4, hiç kullanmama oranı ise % 98,2 idi (Göksoy 2008). Hacettepe Üniversitesi SHYO öğrencilerinin % 9,9'u (Polatkan 2007), Trakya Üniversitesi öğrencilerinin % 4,4'ü bağımlılık yapıcı madde kullanmaktaydı (Evren 2008). Bizim çalışmamızda elde edilen sonuçlar özellikle Polatkan ve Evren'in çalışmalarıyla kıyaslandığında oldukça düşüktür. Bu maddelerin yasal olmaması, toplumsal çekinceler soruların doğru cevaplanmasında sınırlılık oluşturmuş olabilir.

Uyuşturucu/uyarıcı madde kullanımının sigara ve alkol kullanımıyla da anlamlı ilişkisi vardı. Uyuşturucu/uyarıcı madde kullanan öğrencilerin sigara içme oranı % 46,2, alkol alma oranı ise % 69,2 olup uyuşturucu/uyarıcı madde kullanmayanlarla kıyaslandığında anlamlı olarak daha yüksekti. Trakya Üniversitesi öğrencilerinde yapılan çalışmada sigara içen öğrencilerin % 20,5'i yaşamları boyunca en az bir kez uyuşturucu/uyarıcı madde kullanmaktaydı (Evren 2008). Yıldırım'ın Ankara'da üniversite öğrencilerinde yaptığı çalışmada öğrencilerin % 80,0'ı sigara içmekteydi (Yıldırım 1997). Konu ile ilgili yayınlarda sigara, alkol ve uyuşturucu/uyarıcı madde kullanımı arasında kuvvetli bir ilişkinin olduğu ve birbirlerini tetikledikleri bildirilmektedir (Evren 2008). Sigara, alkol ve uyuşturucu/uyarıcı madde kullanımı üniversite öğrencileri için ciddi tehdit oluşturmaktadır.

Öğrencilerin günlük uyku süreleri ortalama ve standart sapması $7,2 \pm 1,5$ saattir. Sabah uyandığında günlük işlerini yürütebilecek kadar dinç olmadığını ifade

eden öğrenci oranı ise % 18,6 idi. Hacettepe Üniversitesi SHYO öğrencilerinde yapılan araştırmada öğrencilerin % 20,0'ı son 7 gün içinde sabah kalktığında uykusunu almış olarak kalkmamaktaydı (Polatkan 2007). Ankara'daki iki lisenin öğrencilerinde yapılan çalışmada öğrencilerin % 38,7'si uykusunu almış olarak uyandığını bildirmişti (Şahin 2011). İzmir'de bir lisede yapılan çalışmada öğrencilerin % 30,7'sinin en az 8 saat uyuması da bizim çalışmamızla benzer sonuçları göstermektedir (Kalkım 2009). Uyku kalitesi yönünden çalışmamız Hacettepe Üniversitesi çalışmasıyla benzer sonuç göstermektedir. Öğrencilerin uyku kalitesinin düşük olduğunu düşünmekteyiz.

Araştırma grubunun günlük televizyon ve bilgisayar başında geçirdikleri süreler sırasıyla $0,9 \pm 1,1$ saat ve $1,4 \pm 1,5$ saattir. Ankara'daki iki lisenin öğrencilerinde yapılan araştırmada öğrencilerin % 41,5'i her gün 3 saat televizyon, % 39,8'i her gün 3 saat bilgisayar karşısında vakit geçirmektedir (Şahin 2011). Hacettepe Üniversitesi SHYO öğrencilerinin % 22,1'i hafta içi günlerde ortalama 3 saat ve üzerinde televizyon ve bilgisayar karşısında vakit geçirmektedir (Polatkan 2007). Edirne şehir merkezindeki lise öğrencilerinde yapılan çalışmada öğrencilerin % 64,1'i hafta içi günlerde 2 saatten fazla televizyon izlemektedir (Can 2007). Şahin, Polatkan ve Can'ın çalışmalarında öğrencilerin televizyon ve bilgisayara ayırdıkları zaman oranı oldukça yüksektir. Çalışmalarda hafta içi günlerin sorgulanması, öğrencilerimizin bilgisayar sahibi olmaması ve yaşadıkları yerlerde televizyon, bilgisayar olmaması çalışmamızın sonuçlarını etkilemiş olabilir. Televizyon ve bilgisayar karşısında geçirilen zaman öğrencileri pasifleştirdiği için risk oluşturabilir.

Çalışmamızda öğrencilerin BKİ ortalaması $21,4 \pm 3,0$ kg/m² idi. Edirne şehir merkezindeki lise öğrencilerinde yapılan çalışmada öğrencilerin BKİ ortalaması $20,27 \pm 2,96$ kg/m² idi (Can 2007). Bizim çalışmamızla benzer sonuç gösterirken öğrenciler BKİ'ye göre normal aralıktadır.

Öğrencilerin haftada ne kadar sebze, meyve ve süt tükettiği sorgulandığında, bir hafta içinde % 12,9'u hiç sebze yemediğini, % 11,2'si hiç meyve yemediğini ve % 21,4'ü hiç süt içmediğini belirtmişti. Trakya Üniversitesi öğrencilerinde yapılan çalışmada öğrencilerin % 12,9'u son 7 gün içinde meyve, % 8,1'i de sebze yememişti, süt tüketimi ise çok azdı (Evren 2008). Sarı'nın lise öğrencilerinde yaptığı çalışmada öğrencilerin % 16,3'ü meyve, % 8,7'si sebze yememekte ve %

4,9'u da süt içmemektedir (Sarı 2006). Adıyaman'da eğitim gören üniversite öğrencilerinde yapılan çalışmada öğrencilerin % 5,2'si sebze, % 4,0'ı meyve yemekte, % 28,0'ı da süt içmemektedir (Erten 2006). Çalışmamızda öğrencilerin süt tüketmeme oranı yüksek olmakla birlikte Erten'in çalışması ile yakın benzerlik göstermektedir. Gelişme döneminde olan öğrencilerin dengeli ve yeterli beslenme konusundaki yetersizlikleri onlar için büyük risk oluşturmaktadır.

Çalışmamızda öğrencilerin % 6,5'i hiç fast-food yiyecekler tüketmemektedir. Adıyaman ilinde eğitim gören üniversite öğrencilerinde yapılan araştırmada her gün fast-food yiyecekler tüketenlerin oranı % 6,4 hiç fast-food yiyecekler tüketmeyenlerin oranı ise % 20,4 idi (Erten 2006). Lise öğrencilerinde yapılan çalışmada öğrencilerin % 52,9'u fast-food yiyecekler yememektedir (Sarı 2006). Üniversite gençliğinde fast-food yiyeceklere yönelimin daha fazla olduğunu düşünmekteyiz. Çağın riskli sorunlarından olan obeziteye zemin hazırlaması da ciddi sorun oluşturmaktadır.

Çalışmamızda öğrencilerin % 62,6'sı her gün düzenli kahvaltı yaparken % 4,1'i hiç kahvaltı yapmamaktaydı. Başkent Üniversitesi öğrencilerinde yapılan bir çalışmada düzenli kahvaltı yapan öğrencilerin oranı % 60,7, hiç kahvaltı yapmayan öğrencilerin oranı ise % 39,3 idi (Tuncay 2008). Öğrencilerin kahvaltı yapma oranı çalışmamızla benzerlik göstermektedir. Sabah kahvaltısının vücut metabolizmasındaki önemi düşünüldüğünde gereken önemin verilmemesi ergenlerin fiziksel gelişimi için risk oluşturabilir.

Araştırmamıza katılan öğrencilerinin büyük çoğunlunun (% 88,5) dengeli ve yeterli beslenme konusunda eğitim almadığı belirlendi. Lise öğrencilerinde yapılan çalışmada öğrencilerin % 66,3'ü (Sarı 2006), Balıkesir Üniversitesi öğrencilerinde yapılan çalışmada öğrencilerin % 30,3'ü (Yılmaz ve Özkan 2007) beslenme ile ilgili eğitim almamıştı. Çalışmamız Sarı'nın çalışmasıyla benzerlik gösterirken Balıkesir Üniversitesi çalışmasıyla uyuşmamaktadır. Araştırmamızın evrenini birinci sınıf öğrencilerinin oluşturması, lisede yapılan çalışmayla benzerlik göstermesi bize adolesan dönem öğrencilerinin risk grubunda olduğunu gösterebilir.

Öğrencilerin beden algısı değerlendirildi; % 1,6 çok zayıf, % 16,6 zayıf, % 62,8 normal, % 17,9 kilolu ve % 1,0 çok kilolu şeklindeydi. Trakya Üniversitesi öğrencilerinde yapılan çalışmada öğrencilerin beden algısı; % 1,1 çok zayıf, % 17,5

zayıf, % 56,2 normal, % 24,2 biraz şişman ve % 1,0 çok şişman şeklindeydi (Evren 2008). Hacettepe Üniversitesi SHYO öğrencilerinde yapılan çalışmada öğrencilerin beden algısı; % 3,6 çok zayıf, % 21,8 normalin biraz altında, % 40,3 normal, % 30,6 normalin biraz üstünde ve % 3,6 normalin çok üstünde şeklindeydi (Polatkan 2007). Beden algısı normal olan öğrencilerin oranı çalışmalarda yüksek olsa da, bu dönemde öğrencilerin beden görüntülerini fazla önemsemeleri dolayısıyla beden algısı tanımlamalarının önemli olduğunu düşünmekteyiz.

Araştırmaya katılan öğrencilerin % 20,8'i yaşamı boyunca kilo vermek için diyet yapmıştı. Edirne şehir merkezindeki lise öğrencilerinde yapılan çalışmada öğrencilerin % 19,6'sı son bir ay içinde kilo vermek veya korumak amaçlı diyet yapmaktaydı (Can 2007). Trakya Üniversitesi öğrencilerinde yapılan çalışmada öğrencilerin % 40,1'inin daha az yediği, daha az kalorili ya da yağlı yiyecekleri tercih ettiği, % 4,1'inin 24 saat ya da daha uzun süre aç kaldığı, % 2,0'nin da doktor tavsiyesi dışında zayıflama ilaçları kullandığı belirlendi (Evren 2008). Lise öğrencilerinde yapılan çalışmada öğrencilerin % 18,8'i (Sarı 2006), Hacettepe Üniversitesi SHYO öğrencilerinin % 37,2'sı (Polatkan 2007) kilo kaybetmeye çalışmaktaydı. Çalışmamız bu araştırmalar ile uyumlu sonuç göstermektedir. Avustralya'da yeme bozukluklarının risk faktörlerini bulmak amacıyla yapılan bir çalışmada 3 yıl boyunca 14-15 yaş öğrenci grubu izlenmiş ve diyet yapmanın yeme bozukluklarını işaret edebilecek bir risk faktörü olabileceği gösterilmişti (Spear 2006).

Araştırma grubunun haftada en az 3 gün günde en az 30 dakika süren fiziksel aktivite yapmama oranı % 51,8 olarak bulundu. Trakya Üniversitesi öğrencilerinin % 49,9'unun son 7 gün içinde günde en az 60 dakika fiziksel aktivite yapmadığı (Evren 2008), Adnan Menderes Üniversitesi öğrencilerinde yapılan çalışmada çalışmaya katılan birinci sınıf öğrencilerin % 22,0'nin yeterince aktif olmadığı (Göksoy 2008), Manisa'da adolesan yaş grubu çocuklar üzerinde yapılan bir çalışmada öğrencilerin % 14,6'sının hiç fiziksel aktivite yapmadığı (Pesen Vural 2007), Ankara'da masa başı işte çalışanlarda yapılan bir çalışmada 20-29 yaş grubu çalışanların % 25,7'sinin aktif olmadığı belirlenmişti (Vural ve ark., 2010). Fiziksel aktivite sorgulaması her çalışmada farklı yöntemlerle yapılmış ve buna rağmen fiziksel aktivite yapma ve aktif yaşam sürdürme oranları oldukça düşük bulunmuştur. Adolesan öğrencilerin

aktif yaşama dahil olmaları ve sağlıklı yaşam sürmeleri için fiziksel aktivite yetersizliği ile mücadele edilmelidir.

Araştırma grubunun % 9,6'sının (erkeklerde % 23,7, kızlarda % 1,9) cinsel birleşmeyle sonuçlanan ilişkisi olmuştu. Cinsel ilişki esnasında doğum kontrol yöntemi kullanmayan öğrencilerin oranı % 33,3 idi. Doğum kontrol yöntemi kullandığını ifade eden öğrencilerin % 85,7'si kondom kullanmaktaydı. Uluslar arası Çocuk Merkezi'nin 2005 yılında 8 üniversitenin (Adnan Menderes, Harran, Kırıkkale, Kocaeli, Mersin, Ondokuz Mayıs, Osman Gazi ve Yüzüncü Yıl Üniversitesi) birinci sınıf öğrencilerinde yaptığı bir çalışmada erkek öğrencilerin % 31,9'unun, kız öğrencilerin ise % 5,7'sinin cinsel ilişki deneyimi olduğu belirtilmekteydi. Cinsel ilişki sırasında koruyucu davranışlar değerlendirilmiş ve koruyucu cinsel davranış, aktif grubun sadece % 45,0'ında görülmekteydi (CETAD 2006). Hacettepe Üniversitesi SHYO öğrencilerinde yapılan çalışmada öğrencilerin % 38,5'inin cinsel ilişki deneyimi olduğu, % 39,0'ının ise herhangi bir doğum kontrol yöntemi kullanmadığı saptandı (Polatkan 2007). Pekin'de üniversite öğrencilerinde yapılan bir çalışmada, üniversite öğrencilerinin çoğunun üreme sağlığı konusunda bilgi sahibi olmadığı belirtilmekteydi. Öğrencilerin % 18,5'inin cinsel hayatı aktifken % 29,7'si kontrasepsiyona karşı çıkmaktaydı (Zhou et al., 2010). Pınar ve arkadaşlarının Başkent Üniversitesi öğrencilerinde yaptıkları bir çalışmada öğrencilerin % 42,3'ünün cinsel ilişki deneyimi olduğu, cinsel deneyimi olan öğrencilerin % 57,2'sinin doğum kontrol yöntemi kullanmadığı ve doğum kontrol yöntemi kullanan öğrencilerden % 68,0'ının kondom kullandığı belirlenmişti (Pınar ve ark., 2005). CETAD'ın birinci sınıf öğrencilerinde yaptığı araştırma sonucu ile çalışmamızın sonucu benzerlik göstermektedir. Öğrencilerin yaş grubunun büyümesi oranları artırmaktadır. Erkek öğrencilerin kız öğrencilere göre daha fazla cinsel ilişki yaşamaları toplumsal nedenler kaynaklı olup onları daha riskli hale getirmektedir. Doğum kontrol yöntemi kullanmama oranları benzerlik göstermekle birlikte, oranlar cinsel sağlığı tehdit edebilecek ölçüde yüksektir. Fiziksel olarak kendilerini keşfeden ergenlerin cinsel ve üreme sağlığı konusunda diğer yetişkinlere göre çok daha risk altında olduğunu düşünmekteyiz.

Araştırmamıza katılan öğrencilerin % 14,9'unun ehliyeti vardı. Ehliyeti olan % 14,9 kişi olmasına rağmen motorlu araç kullanma oranı % 25,8 idi. Lise

öğrencilerinde yapılan bir çalışmada öğrencilerin % 0,6'sının ehliyeti varken son 1 ay içinde ehliyeti olmadığı halde trafikte araba kullanım oranı % 12,0 idi (Can 2007). Trafik terörünün binlerce can aldığı ülkemizde araştırmamızla da benzerlik gösteren bu sonuçlar ciddi tehdit oluşturmaktadır.

Çalışmamızda motorlu araç kullanan öğrenci oranı % 25,8 idi. Motorlu araç kullanan öğrencilerin trafik kurallarına uymama oranı % 1,1, kask, emniyet kemeri gibi koruyucu araç kullanmama oranı ise % 13,6 idi. Edirne'de lise öğrencilerinde yapılan çalışmada öğrencilerin % 61,6'sının motosiklete binerken kask takmadığı, % 22,2'sinin arabada emniyet kemeri takmadığı (Can 2007), Trakya Üniversitesi öğrencilerinin % 46,2'sinin motosiklete binerken hiç kask takmadığı, % 66,7'sinin başkasının kullandığı arabada emniyet kemeri takmadığı (Evren 2008), Hacettepe Üniversitesi SHYO öğrencilerinin % 43,1'inin nadiren veya hiçbir zaman emniyet kemeri takmadığı belirtilmişti (Polatkan 2007). Çalışmalarda koruyucu araç kullanmama oranları benzerlik göstermektedir. Bizim çalışmamızda kask ve emniyet kemeri kullanımı şeklinde ayırmamızdan kaynaklı rakamsal değişiklikler olsa da gençlerin koruyucu araç kullanmama oranı risk teşkil edecek kadar yüksektir. Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD) yapılan YRBS-2005 bulgularında gençlerde emniyet kemerini nadir takma veya hiç takmama oranı % 10,2 bulunmuştu ve bu oran 1991'de % 25,9 idi (YRBS 2005). ABD'de ki oransal düşüşü konuya verilen önem olarak değerlendirmekteyiz. Ülkemizde de gerekli eğitimler verilip önlemler alınarak daha güvenilir yaşam alanları oluşturulabilir. Motorlu araç kullanımı için ehliyet sahibi olma ve koruyucu araç kullanma ülkemizde yasal olarak zorunludur. Fakat çalışmalarda görüyoruz ki yasal uygulamalar yetersiz kalmaktadır. Konuyla ilgili daha geniş bir araştırma yapılarak konunun nedenlerinin saptanması ve yasal düzenlemelerin uygulanmasına katkı sağlanabilir.

Öğrencilerin % 4,5'inin yaşamı boyunca en az bir kez intihar girişiminde bulunduğu belirlendi. Trakya Üniversitesi öğrencilerinde yapılan çalışmada öğrencilerin % 4,5'i (Evren 2008), Hacettepe Üniversitesi SHYO öğrencilerinin % 5,4'ü (Polatkan 2007) son 12 ay içinde intihar girişiminde bulunmuştu. Hindistan'da yapılan çalışmada öğrencilerin % 3,5'i intihar girişiminde bulunmakla birlikte kadınların intihara eğiliminin daha fazla olduğu belirtilmekteydi (Mukhopadhyay et al., 2010). Çin'de ortaokul öğrencilerinde yapılan bir araştırmada kız öğrencilerin %

11,3'ü erkek öğrencilerin ise % 26,8'i intiharla sonuçlanmadan kendini keserek veya yakarak kendine zarar vermektedir. İntiharla sonuçlanmadan kendine zarar vermenin temel risk faktörleri, aile çatışması, depresif duygular, olumsuz yaşam olayları ve daha az sosyal destek idi (Yan et al., 2008).

DSÖ'ye göre; 15-24 yaşlar arasındaki her 100,000 gençten 13'ü kendi yaşamlarına son vermekteydi (Atay ve Kerimoğlu 2003). Ergenlik çağındaki gençlerin yaklaşık % 20,0'ının, çoğu genellikle depresyon veya kaygı olmak üzere, ruhsal sağlık problemi yaşadığı belirtilmektedir. Risk; şiddet, aşağılanma, gözden düşme, yoksulluk gibi sorunlarla giderek artmakta ve bunlar intiharı gençlerin ölüm nedenlerinin başına getirmektedir. Çocuklarda ve gençlerde hayat becerileri oluşturmak ve onlara okullarda ve diğer toplum kuruluşlarında psikososyal destek sağlamak, ruhsal sağlıklarına katkıda bulunmaya yardım edebilir (WHO 2011a). Trakya ve Hacettepe Üniversiteleri'nde son 12 ayın sorgulaması yapılmasına rağmen intihar girişim oranları çalışmamızla benzerlik göstermektedir. Bu kadar genç yaşta yaşamlarından vazgeçen öğrencilerin olması onları üzerinde önemle durulması gereken hedef grup haline getirmektedir. Çalışmamızın sonuçları gençlerde intihar etme durumu ile ilgili daha kapsamlı araştırmaların yapılması için yönlendirici olabilir.

Üniversite içinde veya çevresinde kavgaya karışan öğrenci oranı % 2,4, öğrencilerin ortalama kavga sayısı $2,1 \pm 1,8$ idi. Üniversite içinde veya çevresinde silah, sopa, bıçak gibi delici kesici alet taşıyan öğrencilerin oranı ise % 3,4 idi. Hindistan'da yapılan çalışmada öğrencilerin son 30 günde silah taşıma oranı % 7,3 olup fiziksel kavgaya karışma oranı % 27,1 idi (Mukhopadhyay et al., 2010). Trakya Üniversitesi öğrencilerinin % 4,5'i okul ve çevresinde son 30 gün içerisinde yanında silah, bıçak, sopa gibi aletler taşıdığını, % 14,5'i ise okulda ya da okul çevresinde kavgaya karıştığını belirtmişti (Evren 2008). Hacettepe Üniversitesi SHYO öğrencilerinin % 3,3'ü son 30 gün içinde bıçak veya sopa gibi aletler taşıdığını, % 36,1'i de son 30 gün içinde kavgaya karıştığını bildirmişti (Polatkan 2007). Edirne şehir merkezindeki liselerde yapılan çalışmada öğrencilerin % 11,9'unun son 1 ay içinde bıçak, çakı gibi aletler taşıdığı, % 26,4'ünün ise kavgaya karıştığı belirtilmişti (Can 2007). Bizim çalışmamız da dahil üniversite öğrencilerinde delici kesici alet taşıma oranının lise öğrencilerine göre bariz şekilde düşük olması, küçük yaş

adolesanların riskli davranışlara daha yatkın olduğunu düşündürebilir. Lise dönemlerinde başlanacak eğitimlerle gençlerin daha güvenli bir yaşama sevk edilmesi mümkün olabilir.

Çalışmamıza katılan öğrencilerin % 2,7'si kalıcı dövme/piercing yaptırmıştı. Yaptırılan kalıcı dövme/piercing sonrası % 2,7 öğrencide kanama meydana gelmişti. Literatürde kalıcı dövme/piercing konusunda yapılmış çalışmaya rastlanmamış olup konuyla ilgili karşılaştırmalar yapılamamıştır. Gençler arasında giderek daha çok yaygınlaşan dövme/piercing modası bulaşıcı hastalıklar, alerjik reaksiyonlar ve kanama açısından risk oluşturmaktadır. DSÖ, Hepatit C'den korunmanın birincil önlemleri arasında kirlenmiş ekipman ile yapılan dövme, piercing ve akupunktur gibi enfeksiyon risklerinden korunmanın da olduğunu bildirmişti (WHO 2011b). Kalıcı dövme/piercingin günümüzde giderek yaygınlaşması ve neden olabileceği sağlık sorunları göz önüne alındığında daha kapsamlı araştırmaların yapılması gerektiği düşünülmüştür.

Araştırma grubunun şans oyunları (sayısal loto, milli piyango, iddia gibi) oynama oranı % 28,0 iken kumar oynama oranı % 4,1 idi. Ankara'da sanayide çalışan 20-24 yaş grubu erkeklerde yapılan bir çalışmada grubun % 47,6'sı sıklıkla, % 47,0'ı ara sıra şans oyunları oynadığı ve % 5,4'ü ise hiç oynamadığı belirtilmişti. Aynı grubun % 1,4'ü sıklıkla, % 4,5'i ara sıra kumar oynarken % 94,1'i hiç kumar oynamamaktaydı (Telatar 2007). Literatürde şans oyunları ve kumar oynama ile ilgili yapılmış başka bir çalışma bulunamamıştır. Gençlerin şans oyunlarına olan ilgisi göz önüne alındığında ve çalışmaların sonuçları değerlendirildiğinde konuya yönelik çalışmaların yapılmasının uygun olduğunu düşünmekteyiz. Çalışmalardan çıkarılan sonuçlar doğrultusunda da zaten risk grubunda olan gençleri sosyal yaşamında riskli davranışlardan koruyabileceğimizi düşünmekteyiz.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Çalışmamız, Süleyman Demirel Üniversitesi öğrencilerinin riskli sağlık davranışlarını saptamak amacıyla Süleyman Demirel Üniversitesi'ne bağlı 5 fakültede eğitim gören toplam 1367 birinci sınıf öğrencisi üzerinde yapılmış olup sonuçları şöyledir:

Araştırma grubunun % 36,1'i İktisadi İdari Bilimler Fakültesi, % 32,4'ü Fen Edebiyat Fakültesi, % 16,4'ü Sağlık Bilimleri Fakültesi, % 10,8'i Tıp Fakültesi ve % 6,1'i de Orman Fakültesi öğrencileriydi. Öğrencilerin % 64,6'sı kadın % 35,4'ü erkek iken yaş ortalamaları ise $19,2\pm 1,3$ idi. Araştırmaya katılan öğrencilerin % 33,1'i Akdeniz Bölgesi'nde doğmuş olup % 38,3'ü de üniversite eğitimi almak için Akdeniz Bölgesi'ne ait illerden Isparta'ya gelmişti. Araştırmaya katılan öğrencilerin BKİ ortalaması $21,4\pm 3,0$ kg/m^2 olup normal olarak değerlendirildi. Öğrencilerin % 50,2'sinin annesi, % 36,9'unun babası ilkokul mezunuydu. Öğrencilerin annelerinin % 82,9'u ev hanımı iken babalarının % 64,4'ü çalışmaktaydı. Babaların % 6,9'u da işsizdi. Öğrencilerin % 34,1'i üniversite eğitimi boyunca özel yurttta kalmaktaydı. Öğrencilerin % 48,2'sinin aylık geliri 201-400 TL olup, aylık ortalama gelirleri $399,2\pm 182,2$ TL idi ve öğrencilerin % 93,1'i gelirini ailesinden temin etmekteydi. Öğrencilerin % 85,1'i çekirdek aileye sahip olmakla birlikte % 91,6'sının anne babası hayatta ve birlikte yaşamaktaydı. Öğrencilerin % 66,3'ü 2 veya 3 kardeşti.

Araştırma grubunun % 12,3'ü hala sigara içmekteydi. Erkek öğrencilerin % 23,5'i kız öğrencilerin % 6,3'ü sigara içmekteyken, % 50,5'i sigara içmeye arkadaş etkisi ile başlamıştı. Fen Edebiyat Fakültesi öğrencileri anlamlı olarak daha fazla sigara içmekteydi. Alkol ve uyuşturucu/uyarıcı madde kullanan öğrencilerde sigara kullanma oranı anlamlı olarak yüksekti. Öğrencilerin geliri artıkça sigara içme oranı da artmaktaydı. Eğitim sırasında yıl kaybı olan öğrenciler anlamlı olarak daha fazla sigara içmekteydi. Sağlık algısı kötü/çok kötü olan ve son 1 yıl içinde günlük işlerini aksatacak kadar üzüntü/ümitsizlik hisseden öğrencilerin sigara içme oranı da anlamlı olarak yüksekti.

Öğrencilerin % 8,2'si hala alkol kullanırken, erkek öğrencilerin % 14,9'u kız öğrencilerin ise % 4,5'i alkol kullanmaktaydı. İktisadi İdari Bilimler Fakültesi öğrencilerinde, geliri yüksek olanlarda, anne baba eğitim düzeyi yüksek olanlarda,

sigara ve uyuşturucu/uyarıcı madde kullanan öğrencilerde alkol kullanma oranları anlamlı olarak daha yüksekti. Anne baba eğitim düzeyi yüksek olan öğrencilerin ve annesi emekli ve çalışmakta olan öğrencilerin alkol kullanma oranı anlamlı olarak daha yüksekti. Gelir düzeyi yüksek olan öğrencilerde, alkolün sağlığa olan zararını bilmeyen öğrencilerde, son 1 yıl içinde günlük işlerini aksatacak kadar üzüntü/ümitsizlik hisseden öğrencilerde, intihar girişiminde bulunan öğrencilerde, kesici-delici alet taşıyan öğrencilerde, fiziksel kavgaya karışmış öğrencilerde ve kumar oynayan öğrencilerde alkol kullanma oranları anlamlı olarak daha yüksekti.

Öğrencilerin % 1,0'ı uyuşturucu/uyarıcı madde kullanmakta olup, erkek öğrencilerin % 1,7'si kız öğrencilerin % 0,6'sı uyuşturucu/uyarıcı madde kullanmaktaydı. Sigara ve alkol kullanan öğrencilerde, eğitim süresince yıl kaybı olan öğrencilerde, intihar girişiminde bulunan öğrencilerde, delici kesici alet taşıyan ve fiziksel kavgaya karışan öğrencilerde uyuşturucu/uyarıcı madde kullanma oranı daha yüksekti.

Öğrencilerin günlük ortalama uyku süresi $7,2 \pm 1,5$ saati ve sabah uyandığında günlük işlerini yürütebilecek kadar dinç uyanmayan öğrenci oranı % 18,6 idi. Kız öğrencilerin kendini dinç hissetmeme oranı erkek öğrencilere göre anlamlı olarak daha yüksekti. Sağlık Bilimleri Fakültesi öğrencilerinin, sağlık algısı orta olan öğrencilerin, fiziksel aktivite yapmayan öğrencilerin, üzüntü/ümitsizlik hisseden öğrencilerin ve intihar girişiminde bulunan öğrencilerin sabah uyandığında günlük işlerini yürütebilecek kadar dinç hissetmeme oranları anlamlı olarak daha yüksekti.

Bir hafta içinde öğrencilerin % 4,1'i hiç kahvaltı yapmamakta, % 11,2'si hiç meyve yememekte, % 12,9'u hiç sebze yememekte ve % 21,4'ü hiç süt içmemekteydi. Öğrencilerin aylık fast-food tüketimi ortalama $8,0 \pm 7,2$ kez idi. Kız öğrencilerin haftalık meyve ve süt tüketimi erkek öğrencilere göre anlamlı olarak yüksekti. Anne eğitim düzeyi düşük olan öğrenciler anlamlı olarak haftalık daha az süt içmekteydi. Fiziksel aktivite yapmayan öğrencilerin haftada en az 7 kez süt içme oranı anlamlı olarak daha düşüktü.

Öğrencilerin haftada en az 3 gün, günde en az 30 dakika fiziksel aktivite yapmama oranı % 78,6 iken, en fazla yaptıkları aktivite (% 63,9) yürüyüş ve koşu idi. En az fiziksel aktivite yapan fakülte Fen Edebiyat Fakültesi'ydi. Kız öğrencilerde, sağlık algısı kötü olan öğrencilerde, sabahları dinç uyanamayan

öğrencilerde ve anne-baba eğitim düzeyi düşük olan öğrencilerde fiziksel aktivite yapmama oranları anlamlı olarak daha yüksekti.

Öğrencilerin % 9,6'sının cinsel birleşmeyle sonuçlanan bir ilişkisi olmuş olup, cinsel ilişki esnasında doğum kontrol yöntemi kullanmayan öğrencilerin oranı % 33,3 idi. Erkek öğrencilerde cinsel ilişkiye girme oranı anlamlı olarak daha yüksekti. AIDS ve diğer cinsel yolla bulaşan hastalıklar hakkında bilgisi olmayan % 42,1 öğrenci mevcuttu. Korumasız cinsel ilişki sonrasında herhangi bir sağlık sorunu gelişmez diyenlerin oranı % 14,9 iken konu hakkında bilgisi olmayan öğrencilerin oranı % 58,0 idi. Sağlık algısı çok kötü-kötü olan öğrencilerin cinsel birleşme esnasında doğum kontrol yöntemi kullanmama durumu anlamlı olarak yüksekti.

Öğrencilerin % 85,1'inin ehliyeti yoktu. Öğrencilerin % 25,9'u motorlu araç kullanırken, en sık kullanılan motorlu araç türü (% 62,5) otomobildi. Öğrencilerin % 13,6'sı motorlu araç kullanırken kask, emniyet kemeri gibi koruyucu araç kullanmamaktaydı. Erkek öğrencilerin koruyucu araç ve motorlu araç kullanma oranı kız öğrencilere göre anlamlı olarak yüksekti. Ehliyeti olmayan öğrencilerin motorlu araç kullanma oranı ise % 16,2 idi.

Öğrencilerin günlük işlerini aksatacak kadar üzüntü veya ümitsizlik hissetme oranı % 43,0 olup, kızlarda bu oran daha yüksekti.

Yaşamları boyunca psikolog ya da psikiyatr gibi uzmanlardan destek aldığını belirten öğrencilerin oranı % 12,9 idi.

Yaşamları boyunca intihar etmeyi düşünen öğrencilerin oranı % 13,9 iken, intihar düşüncesi ortalaması $2,3 \pm 2,9$ kez idi.

Öğrencilerin % 4,5'i yaşamları boyunca en az bir kez intihar girişiminde bulunmaktaydı. Sigara, alkol, uyuşturucu/uyarıcı madde kullanan öğrencilerde, sağlık algısı kötü olan öğrencilerde, uyandığında kendini dinç hissetmeyen öğrencilerde ve intihar etmeyi düşünen öğrencilerde intihar girişiminde bulunma oranları anlamlı olarak daha yüksekti.

Öğrencilerin % 3,4'ü üniversite içinde veya çevresinde silah, sopa, bıçak gibi delici kesici alet taşımaktaydı.

Öğrencilerin % 2,4'ü üniversite içinde veya çevresinde fiziksel kavgaya karışmış olup karışıkları kavga ortalaması $2,1 \pm 1,8$ kez idi. Erkek öğrencilerde,

sigara, alkol, uyuşturucu/uyarıcı madde kullanan öğrencilerde, yanında delici kesici alet taşıyan öğrencilerde kavgaya karışma oranları anlamlı olarak daha yüksekti.

Öğrencilerin % 2,7'sinde kalıcı dövme/piercing vardı. Öğrencilerin kalıcı dövme/piercing yaptırmanın en önemli nedeni dövme/piercingi sevmeleriydi. Fen Edebiyat Fakültesi öğrencilerinde, anne eğitim düzeyi yüksek olan öğrencilerde, sigara, alkol ve uyuşturucu/uyarıcı madde kullanan öğrencilerde ve psikolojik destek alan öğrencilerde kalıcı dövme/piercing yaptırma oranları anlamlı olarak daha yüksekti.

Öğrencilerin % 28,0'ı şans oyunları (sayısal loto, milli piyango, iddia gibi) oynamaktaydı. Erkek öğrencilerde, Fen Edebiyat Fakültesi öğrencilerinde, anne baba eğitim düzeyi yüksek olan öğrencilerde, geliri fazla olan öğrencilerde ve sigara, alkol, uyuşturucu/uyarıcı madde kullanan öğrencilerde şans oyunları oynama oranları anlamlı olarak daha yüksekti.

Öğrencilerin % 4,1'i kumar oynamaktaydı. Erkek öğrencilerde, geliri fazla olan öğrencilerde, sigara, alkol, uyuşturucu/uyarıcı madde kullanan öğrencilerde, kesici delici alet taşıyan ve fiziksel kavgaya karışan öğrencilerde kumar oynama oranları anlamlı olarak daha fazlaydı.

Özel Öneriler

- Sigara, alkol ve uyuşturucu/uyarıcı madde kullanımının erkek öğrencilerde yüksek olması ve madde kullanmaya başlamada arkadaş etkisinin de yüksek olması nedeniyle özellikle erkek öğrencilere yönelik bağımlılık yapıcı madde kullanımının önlenmesi ve azaltılması konusunda eğitim programları düzenlenmelidir. Bu konuda üniversite radyosundan yararlanılması düşünülebilir. Üniversite yönetimi ve öğrencilerle işbirliği yapılarak bağımlılık yapıcı madde kullanmaya başlamayı engelleyici ve bırakmayı özendirici kampanyalar düzenlenmeli, rol model olan kişilerin kampanyaya katılımı sağlanmalı, zararlarına yönelik broşürler dağıtılmalı ve özellikle bağımlılık yapıcı madde kullanan öğrenciler kampanyaya dahil edilmelidir.
- Öğrencilerin beslenme konusunda riskli davranışlarda bulunmaları hala büyüme ve gelişme döneminde olmaları nedeniyle önem teşkil etmektedir. Fakülte kantinlerinde fastfood ürünlerinden farklı olarak öğrencilerin daha

sağlıklı beslenebileceği ve uygun fiyatlı gıdaların (sebze, meyve, süt ve süt ürünleri) bulunması gereklidir. Üniversitemizin yemekhanesinin belirli fakültelere olan uzaklığı öğrencilerin ulaşımı açısından sorun oluşturmaktadır. Öğrencilerin okulda oldukları süre içerisinde sağlıklı gıdalara ulaşabilmeleri için yemekhaneler her fakültenin kendi bünyesine dahil edilmelidir. Yeterli ve dengeli beslenme konusunda belirli aralıklarla seminerler düzenlenmelidir.

- Öğrenciler uykunun insan üzerindeki fizyolojik ve psikolojik etkileri konusunda bilgilendirilmelidir.
- Öğrencilerin uzun süre televizyon ve bilgisayar karşısında hareketsiz vakit geçirmeleri ve fiziksel aktivite yapmamaları durumunda, ileri dönem sağlıklarını riske atmış olduklarını ve adolesan dönemde gelişimlerine olumsuz etki yaptıklarını vurgulayan eğitim programları düzenlenmelidir. Üniversite içinde fiziksel aktiviteye teşvik edecek faaliyetler düzenlenmeli ve öğrencilerin katılımı sağlanmalıdır. Arkadaş etkisinin yüksek olduğu bu dönemde gruplar şeklinde etkinlikler düzenlenmelidir. Öğrencilerin boş vakitlerinde fiziksel aktivite yapmak için üniversite içinde var olan spor kompleksini kullanımları artırılmalıdır.
- Günümüzde hala konuşulmasından utanılan bir konu olan CS/ÜS'nin normal büyüme ve gelişmenin bir parçası olduğu gençlere benimsetilmelidir. Bir kaç üniversitenin sağlık merkezlerinde kurulmuş olan 'Genç Dostu Hizmet Modeli' üniversitemiz bünyesinde de kurulmalı ve öğrencilerin CS/ÜS ile ilgili her konuda bilgilendirilmesi ve danışmanlık alması sağlanmalıdır. CYBE ve aile planlaması konusunda özellikle erkek öğrencilere yönelik sürekliliği ve geri bildirim olan eğitim kampanyaları düzenlenmelidir. Gençlerin CS/ÜS ile ilgili doğru ve güvenilir bilgi kaynaklarına ulaşımı sağlanmalıdır.
- Şiddet gittikçe artan bir halk sağlığı sorunu haline gelmiştir. Çalışmamızda özellikle erkek öğrencilerin delici-kesici alet taşıma ve fiziksel kavgaya karışma oranlarının yüksek olması genç erkeklere yönelik önlemler alınması gerektiğini göstermektedir. Kasıtlı veya kasıtsız şiddet sonucu kişiye zarar vermenin yasal olarak ve sağlık açısından oluşturacağı risk vurgulanmalıdır.

Fakülte girişlerinde öğrencilerin kontrolden geçirilmesi delici-kesici aletlerle yaralanmaları ve delici-kesici alet taşımının verdiği güvenle çıkan kavgaları azaltabilir. Şiddetin önlenmesinde çocukluk çağından başlayarak üniversite dönemini de kapsayan mücadele programları oluşturulmalı ve bu konuda sektörler arası işbirliği yapılmalıdır. Alkol ve uyuşturucu/uyarıcı madde kullanımının şiddete eğilimi artırdığı bulgusundan yola çıkarak alkol ve uyuşturucu/uyarıcı maddeler de dahil olmak üzere bütün riskli davranışlara yönelik üniversitemiz bünyesinde bilgilendirme ve danışmanlık merkezleri kurulmalıdır.

- Öğrencilerin % 4,5'inin intihar girişiminde bulunmuş olmaları ciddi bir tehlike oluşturmaktadır. Sigara, alkol ve uyuşturucu/uyarıcı madde kullanımının ve üzüntü/ümitsizlik hissedilen, psikolojik destek alan öğrencilerin intihar etme oranlarının anlamlı olarak yüksek olması bu konularla mücadelenin önemini vurgulamaktadır. Psikososyal gelişimlerinin devam ettiği bu süreçte üniversitemiz içinde bulunan gençlere yönelik psikolojik rehberlik ve danışmanlık hizmetlerinin verildiği birimler işler hale getirilmelidir. Bu birimler öğretim görevlileri ve öğrencilerle iletişim içinde olup, risk grubunda olan öğrencilerle yakından ilgilenmeli ve öğrencilere gizlilik güvencesini vermelidir.
- Kalıcı dövme/piercing yaptırma gençler arasında giderek yaygınlaşmaktadır. Arkadaş etkisi ve gençlerin özenti davranışlar göstermesi göz önüne alınarak sağlıksız koşullar altında yapılan dövme/piercinglerin gençlerde yol açabileceği sağlık sorunları konusunda öğrenciler bilgilendirilmelidir. Bilgilendirme ve eğitim programları sadece gençleri değil ailelerini de içine almalıdır. Televizyon, radyo, internet, gazete, reklam gibi çeşitli iletişim araçlarını kullanarak dövme/piercing yaptırmanın sağlığa olumsuz etkileri konusunda bütün topluma ulaştırılmalıdır.

Genel Öneriler

- Adölesanların ihtiyaçları dahilinde bağımlılık yapıcı madde kullanımı, uyku, beslenme, fiziksel aktivite, şiddet, cinsel sağlık/üreme sağlığı, motorlu araç

kullanımı ve ruh sağlığı gibi riskli konularda dzenlenen eğitim sonuçları izlenmeli ve eğitimler belirli aralıklarla yinelenmelidir.

- Davranışların temeli erken adolesan dzenimde oluştuğundan dolayı sadece üniversite gençleri değil, ortaokul ve lise oğrencileri için de eğitimler dzenlenmeli, rehberlik ve psikolojik danışmanlık sağlanmalıdır.
- Riskli sağlık davranışları çok geniş bir konu başlığı olup büyük önem taşımaktadır. Böyle kapsamlı bir konuda bağımlılık yapıcı madde kullanımı, beslenme, fiziksel aktivite, üreme sağlığı, ruh sağlığı, kumar oynama, kalıcı dövme/piercing yaptırma gibi alt başlıklara yönelik derinlemesine araştırmalar yapılıp sonuçlarına göre önlemler alınmalıdır.
- Ergenlerin fiziksel ve ruhsal gelişiminde sadece ergenleri eğitmek yeterli değildir. En az onlar kadar aileleri de bilinçlendirilmeli ve topluma sağlıklı bireyler yetiştirmeleri sağlanmalıdır.
- Üniversite içinde gençlerin stresten uzaklaşmasına, sağlıklı yaşam davranışları kazanmalarına yönelik dzenlemeler ve aktiviteler yapılmalıdır.
- Riskli sağlık davranışları multisektrel bir konu olup birçok branşı içine almaktadır. Bu nedenle alanında uzman sağlık personelleri, oğretim görevlileri ve siyasi yetkililer iş birliği içinde olup riskli sağlık davranışlarına yönelik gerekli koruma ve nleme çalışmalarını yürütmeli ve sürdürmelidir.
- Üniversite müfredatına adolesan sağlığı ile ilgili dersler eklenmelidir.
- Geleceğe sağlıklı nesiller yetiştirebilmek ve bırakabilmek için bugünün gençlerine gereken önem ve zen gösterilmelidir.

ÖZET

Süleyman Demirel Üniversitesi fakültelerinde okuyan 1.sınıf öğrencilerinin riskli sağlık davranışlarının belirlenmesi, riskli sağlık davranışlarıyla ilişkili bazı sosyodemografik etmenlerin saptanması ve riskli sağlık davranışlarının azaltılmasına yönelik çözüm önerilerinin geliştirilmesi amacıyla yapılmıştır.

Araştırmanın evrenini Süleyman Demirel Üniversitesi Rektörlüğü'nden alınan izinler doğrultusunda Orman Fakültesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Tıp Fakültesi, Fen Edebiyat Fakültesi ve İktisadi İdari Bilimler Fakültesi birinci sınıf öğrencilerinin tamamı (n=1985) oluşturmaktadır. Veriler gözlem altında anket uygulanarak toplanmıştır. Araştırma kesitsel analitik tipte bir çalışmadır. Araştırmanın bağımlı değişkeni Süleyman Demirel Üniversitesi fakültelerinde okuyan birinci sınıf öğrencilerinin riskli sağlık davranışlarıdır. Bağımsız değişkenler kişinin yaşı, cinsiyeti, eğitim aldığı fakülte, doğum yeri, üniversite eğitimi süresince yaşadığı yer, aylık gelir- gideri gibi sosyoekonomik değişkenler ile BKİ, sigara, alkol, uyuşturucu/uyarıcı madde kullanımı gibi risk faktörleridir. Verilerin değerlendirilmesinde SPSS 18,0 programı kullanılmış olup sayı, yüzde, ortalama, standart sapma, minimum ve maksimum değerler, ki-kare, bağımsız gruplarda t testi ve Fisher's kesin testi kullanılmıştır.

Araştırmaya katılan öğrencilerin % 64,6'sını kızlar oluşturmaktadır. Öğrencilerin yaş ortalaması 19,2±1,3, BKİ ortalaması 21,4±3,0 idi. Araştırma grubunun annelerinin % 50,2'si ilkokul mezunu ve % 82,9'u ev hanımıydı. Öğrencilerin babaların büyük çoğunluğu (% 36,9) ilkokul mezunu ve % 6,9'u işsizdi. Öğrencilerin aylık gelir ortalaması 399,2±182,2 TL, aylık gider ortalaması 384,2±175,6 TL idi.

Araştırmaya katılan öğrencilerin % 12,3'ü sigara içmekte, % 8,2'si alkol kullanmakta ve % 1,0'ı uyuşturucu/uyarıcı madde kullanmaktadır.

Katılımcıların günlük uyku süreleri ortalaması 7,2±1,5 saattir. Sabah uyanığında günlük işlerini yürütebilecek kadar dinç hissetmeyen öğrencilerin oranı % 18,6, nadiren dinç hissetmeyen öğrencilerin oranı ise % 35,9 idi. Öğrencilerin % 3,8'i sakinleşmek ya da uyuyabilmek için doktor önerisi olmadan ilaç kullanmaktaydı.

Öğrencilerin % 4,1'i hiç kahvaltı yapmadığını bildirirken, haftada yenen sebze ve meyve sayısının ortalamasının sırasıyla 3,1±2,0 kez ve 3,8±2,8 kez, aylık

fastfood ve benzeri hazır gıda tüketim ortalamasının $8,0\pm 7,22$ kez olduğunu bildirmekteydi. Öğrencilerin büyük çoğunluğunun dengeli ve yeterli beslenme ile ilgili eğitim almadığı (% 88,5) saptandı. Öğrencilerin beden algıları değerlendirildiğinde % 1,6'sı çok zayıf, % 16,6'sı zayıf, % 62,8'i normal, % 17,9'u kilolu ve % 1,0'ı çok kilolu olduğunu düşünmekteydi.

Haftada en az 3 gün günde en az 30 dakika süren fiziksel aktivite yapmayan öğrenci oranı % 51,8 idi.

Öğrencilerin % 9,6'sının cinsel birleşmeyle sonuçlanan ilişkisi olmakla birlikte, cinsel ilişki esnasında doğum kontrol yöntemi kullanmayan öğrencilerin oranı % 33,3 idi. AIDS ve diğer cinsel yolla bulaşan hastalıklar hakkında bilgi sahibi olmayan öğrencilerin oranı % 42,1 idi.

Öğrencilerin % 14,9'unun ehliyeti vardı ve % 25,9'u motorlu araç kullanmaktaydı. Motorlu araç kullanan öğrencilerin % 22,9'u trafik kurallarına bazen uyarken % 1,1'i hiçbir zaman trafik kurallarına uymamaktaydı. Katılımcıların % 13,6'sı motorlu araç kullanırken kask, emniyet kemeri gibi koruyucu araç kullanmamaktaydı.

Son 1 yıl içinde günlük işlerini aksatacak kadar üzüntü veya ümitsizlik hisseden öğrenci oranı (% 43,0) fazlaydı. Yaşamı boyunca intihar etmeyi düşünen öğrenci oranı % 13,9, intihar girişiminde bulunan öğrenci oranı % 4,5, psikolog ya da psikiyatr gibi uzmanlardan yardım alan öğrencilerin oranı % 12,9 idi.

Üniversite içinde veya çevresinde silah, sopa, bıçak gibi delici kesici alet taşıdığını belirten öğrencilerin oranı % 3,4, kavgaya karışan öğrenci oranı % 2,4 idi. Kavgaya karışan öğrencilerin karıştıkları ortalama kavga sayısı ve standart sapması $2,1\pm 1,8$ kez idi.

Araştırma grubunun % 2,7'si kalıcı dövme/piercing yaptırdığını belirtmekteydi.

Öğrencilerin şans oyunları (sayısal loto, milli piyango, iddia, on numara gibi) oynama oranı % 28,0 idi. Kumar oynama durumu ayrı başlık altında incelendi ve öğrencilerin % 4,1'nin kumar oynadığı saptandı.

Riskli sağlık davranışları gösterme oranı erkek öğrencilerde kız öğrencilere göre genel olarak daha yüksekti. Üniversite eğitim programlarında adolesan sağlığına yer verilmelidir. Üniversite içinde riskli sağlık davranışlarına yönelik sürekli eğitim

programları düzenlenmeli ve rol model olan kişilerin de katılımı sağlanarak öğrencilerin sağlıklı yaşam davranışları göstermeleri sağlanmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Riskli sağlık davranışları, adolesanlar, Süleyman Demirel Üniversitesi birinci sınıf öğrencileri.

ABSTRACT

It was carried out to identify the risky health behaviors, some of the sociodemographic factors associated with risky health behaviors, and to develop possible solutions for reducing health behaviors of the 1st class students attending faculties of Suleyman Demirel University.

Population of the study, in accordance with the permissions of the Presidency of Suleyman Demirel University, is composed of the entire first-grade students (n=1985) of Faculty of Forestry, Faculty of Health Sciences, Faculty of Medicine, Faculty of Economics and Administrative Sciences Faculty of Science. The data were collected by questionnaires under observation. Research is a type of cross-sectional analytical study. The dependent variable of the study is the risky health behaviors of first grade students studying at Suleyman Demirel University faculties. Arguments are the risk factors such as BMI smoking, alcohol, using of drugs, with the person's age, gender, the faculty he has studied, place of birth, place of residence during his university studies, socio-economic variables such as monthly income - outcome. During the evaluation of the datas, SPSS 18,0 programme, number, percentage, average, standard deviation, minimum and maximum values, ki-kare, t test and Fisher's exact test in independent groups, were used.

64,6% of the students, participated in this study, is composed of girls. The age average of the students was $19,2 \pm 1,3$ the average of BMI was $21,4 \pm 3,0 \text{ kg/m}^2$. 50,2% of the research group mothers were primary school graduates and 82,9% were housewives. The majority of fathers of students (36,9%) were primary school graduates and 6,9% were unemployed. Students' average monthly income was $399,2 \pm 182,2 \text{ TL}$, the average monthly expenditure was $384,2 \pm 175,6 \text{ TL}$.

12,3% of the students in the study smoke, 8,2% consume alcohol, and 1,0% use drugs and stimulant drugs. Participants' average daily sleep duration was $7,2 \pm 1,5$ hours. The proportion of the students, who do not feel refreshed to carry out daily tasks when they wake up in the morning, was 18,6% , the proportion of the students. Who do not rarely feel refreshed, was 35,9% . 3,8% of the students, without a doctor's recommendation, were using drugs to calm down or to fall asleep. 4,1% of the students' reported that they did not make breakfast, and that the average number

of fruit and vegetables eaten per week was respectively $3,1 \pm 2,0$ times and $3,8 \pm 2,8$ times, the average monthly consumption of fast food and ready-made food was $8,0 \pm 7,2$ times.

It was detected that the majority of students did not have an education about balanced and adequate nutrition. When evaluated the students' perceptions about their body, 1,6% of them thought they were very thin, 16,6% were thin, 62,8% were normal, 17,9% overweight, 1,0% were very overweight.

The rate of the students, that do not have a physical activity at least 3 days per week and at least 30 minutes a day, was 51,8% .

9,6% of the students had a relationship resulting with intercourse, and the rate of the students not using birth control during sexual intercourse was 33,3% . The rate of the students who do not have any knowledge about AIDS and other sexually transmitted diseases was 42,1% .

14,9% of the students had a driving license and 25,9% of them were using a motor vehicle. 22,9% of the students who used a motor vehicle were sometimes obeying the traffic rules, but 1,1% of them never obeyed the traffic rules. While driving a motor vehicle, 13,6% of the participants were not using protective tool such as helmet, safety belt.

In the last one year, the rate of the students, who felt sadness or hopelessness which even caused to hinder daily activities, was high (43,0%). The rate of students intending to commit suicide during his lifetime was 13,9% , the rate of the students who attempted suicide was 4,5% , and the rate of the students who assisted by specialists such as psychologists or psychiatrists was 12,9% .

The rate of the students who indicated that they carried stab such as weapon, stick, knife in or around the university was 3,4% , the rate of the students involved in a fight was 2,4% . The average number of the fights and the standard deviation in which these students involved was $2,1 \pm 1,8$ times.

2,7% of the study group stated that they got the permanent tattoo/piercing done.

The rate of the students' playing chance games was 28,0% . When the gambling situation was viewed under a separate title, it was detected that 4,1% of the students gambled.

In general, risky health behaviors in male students than female students show higher rate. Adolescent health should be included in university training programs. Permanent education programs should be organized in terms of risky health behaviors in universities, and joining of the role-model people and the students' demonstrating lifestyle behaviours should be provided.

Key Words: :Risky health behaviours, adolescents, Suleyman Demirel University first-grade students.

KAYNAKLAR

Akdur R. Gençlerde Sigara Salgını. Sigara veya Sağlık Sempozyumu, Özet Kitabı, 2009: s.37-55.

Akın A, Özvarış ŞB, Hodoğlugil NŞ, Saka G, Aslan D, Esin Ç, Çelik K. Adölesanların/Gençlerin Cinsel ve Üreme Sağlığını Etkileyen Faktörler Projesi. Akın A. (Ed.). Genç Dostu Cinsel Sağlık da. Hacettepe Üniversitesi, Ankara, 2006.

Aksoy K. Lise Öğrencilerinin Bağımlılık Yapan Maddelere İlişkin Tutumları ve Bu Tutumlara Etki Eden Değişkenlerin İncelenmesi, Malatya İli Örneği. İnönü Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Malatya, 2006.

Alikaşifoğlu, M. Madde Kullanımı Risk Faktörleri ve Koruyucu Faktörler, İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri, Adölesan Sağlığı Sempozyum Dizisi, 2005a, 43:73-83.

Alikaşifoğlu M. Adölesana Verilmesi Gereken Koruyucu Sağlık Hizmetleri. Adölesan Sağlığı. İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Sempozyum Dizisi. No:43 İstanbul, Kaya Basım, 2005b: 29-38.

American Medical Association, Guidelines for Adolescent Preventive Services (GAPS), Recommendations monograph, 1997. <http://www.ama-assn.org/ama/upload/mm/39/gapsmono.pdf> Erişim tarihi:12 Nisan 2010.

Anderson P, Baumberg B. Avrupa'da Alkol Kullanımı Halk Sağlığı Bakış Açısıyla, Avrupa Komisyonu için Rapor. Alkol Araştırmaları Enstitüsü İngiltere, Haziran 2006.

Aras Ş, Günay T, Özkan S, Orçın E. İzmir İlinde Lise Öğrencilerinin Riskli Davranışları, *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 2007, 8: 186-196.

Aslan D, Yeşildal N. *Halk Sağlığı Bakış Açısıyla Adölesanlarda Beslenme*. 2003, 2(10): 386.

Atay İM, Kerimoğlu E. Ergenlerde İntihar Davranışı. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi* 2003, 10/3: 128–136 <http://www.psikiyatridizini.org>, Erişim Tarihi: 09 Mayıs 2012.

Blau G, Gullotta T. Adolescent Dysfunctional Behavior. California, 1996,

Bundak R, Güroz H, Darendeliler F, Baş F, Saka N, Neyzi O. Testicular volume in healthy Turkish Children and its relation with pubertal parameters. *Hormone Research*, 2000.

Camenga DR, Klein JD, Roy J. The Changing Risk Profile of The American Adolescent Smoker: Implications for Prevention Programs and Tobacco Interventions, *Journal of Adolescent Health*, 2006, 39(120): 1-10.

Can EF. Edirne şehir merkezindeki lise öğrencilerinde riskli sağlık davranışlarının değerlendirilmesi, Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, Edirne, (Yrd. Doç. Dr. E. Melih Şahin), 2007.

Center for Disease Control and Prevention, Suicide: Fact Sheet, 2006. <http://www.cdc.gov/ncipc/factsheets/suifacts.htm>, Erişim tarihi: 14 Mart 2011.

Centers for Disease Control and Prevention. Youth risk behavior surveillance- United States. Morbidity & Mortality Weekly Report, 2006. <http://www.cdc.gov/mmwr/pdf/ss/ss5505.pdf>, Erişim tarihi: 08 Nisan 2012.

Cinsel Eğitim Tedavi ve Araştırma Derneği (CETAD), Gençlik ve Cinsellik, Bilgilendirme Dosyası-7, Haziran, 2006. http://www.cetad.org.tr/CetadData/Book/32/269201116835bilgilendirme_dosyasi_7.pdf, Erişim Tarihi: 13 Nisan 2012

Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı Sağlık Sektörü İçin Ulusal Stratejik Eylem Çalışkan D. Abidinpaşa Sağlık Grup Başkanlığı Bölgesindeki Dört Lisede Gençlerin Ergenlik Dönemi ile İlgili Bilgi Düzeyleri ve Etkili Faktörler. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, Ankara (Prof. Dr. Arslan Tunçbilek), 1995.

Çamur D, Üner S, Çilingiroğlu N, Özcebe H. Bir Üniversitenin Bazı Fakülte ve Yüksek Okullarında Okuyan Gençlerde Bazı Risk Alma Davranışları. *Toplum Hekimliği Bülteni*, 26(3): 32-38, 2007.

Çan G, Çakırbay H, Topbaş M, Karkucak M, Çapkın E. Doğu Karadeniz Bölgesi'nde sigara içme prevalansı. *Tüberküloz ve Toraks Dergisi*, 2007, 55(2): 141-147.

Çocuk Haklarına Dair Sözleşme, <http://www.tbmm.gov.tr/komisyon/insanhaklari/pdf01/137-160.pdf>, Erişim Tarihi: 30 Mart 2012.

Çuhadaroğlu, F. Ergenlik Döneminde Psikolojik Gelişim Özellikleri, *Katkı Pediatri Dergisi*, 2000, 21(6): 863-868.

Çuhadaroğlu F. *Ergen Depresyonları*, 2005. http://www.sabem.saglik.gov.tr/Akademik_Metinler/linkdetail.aspx?id=1469, Erişim tarihi: 30 Mart 2012.

Dabak Ş, Çil G, Sünter AT, Canbaz S, Pekşen Y. Ondokuz Mayıs Üniversitesi Öğrencilerinde Sağlık Açısından Riskli Davranışların Değerlendirilmesi. XI. Ulusal

Halk Sağlığı Kongresi; 2007 Ekim 23-26; Denizli, Türkiye. Ankara, Lil Ajans; 2007.

Dattani MT, Brook CGD. *Adolesan Sağlık Sorunları. Harrison İç Hastalıkları Prensipleri*, Çev.: Özdil B., Sağlıker Y, Editör: Sağlıker Y, Nobel Tıp Kitabevleri; 15. baskı, 2004, 1:31-6.

Demirezen E, Coşansu G. Adolesan Çağı Öğrencilerde Beslenme Alışkanlıkları. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, 2005. 14(8): 174.

Doğan T. Üniversite Öğrencilerinin İyilik Halinin İncelenmesi. Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yayınlanmamış Doktora Tezi, Ankara, 2004.

Ercan G. Puberte Fizyolojisi. In: Adolesan Sağlığı. Ed. Ercan O, Alikışıfoğlu M, Ercan G. İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Sempozyum Dizisi. No: 43, İstanbul, Kaya Basım, 2005: 9-16.

Ercan O. Adolesanın Psikososyal Gelişimi. Adolesan Sağlığı. Ed. Ercan O, Alikışıfoğlu M, Ercan G. İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Sempozyum Dizisi. No: 43, İstanbul, Kaya Basım, 2005: 17-27.

Ercan O. İstanbul lise gençlerinde riskli davranışların sıklığı ve cinsiyete göre dağılımı. Cerrahpaşa Gençlik Sağlığı Araştırması 2000. *Türk Pediatri Arşivi* 2001, 36:199-211. www.turkpediatriarsivi.com, Erişim tarihi: 18 Ocak 2010.

Ergüder T, Soydal T, Uğurlu M, Çakır B, Warren W. Küresel Gençlik Tütün Araştırması, Türkiye, 2003.

Erten M. Adıyaman İlinde Eğitim Gören Üniversite Öğrencilerinin Beslenme Bilgilerinin ve Alışkanlıklarının Araştırılması, Gazi Üniversitesi, Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Ankara, (Prof. Dr. Işıl Şimşek), 2006.

Ertem Ü, Yazıcı S. Ergenlik Döneminde Psiko-Sosyal Sorunlar ve Depresyon. *Aile ve Toplum Dergisi*, 2006, 3 (9):7-12.

Evren H, Trakya Üniversitesi öğrencilerinin riskli sağlık davranışları ve sağlık hizmeti kullanımları, Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek

LisFiziksel Aktivite Hakkında Yanlış Düşünceler (DSÖ Avrupa Bölge Ofisi Dünya Sağlık Günü Broşürü 4 Nisan 2002). <http://undp.un.org.tr/who/dsogun02/fiziksoylenceler.htm>, Erişim tarihi: 14 Mart 2011.

Gençlik ve Alkol Deklarasyonu, 2001. www.thb.hacettepe.edu.tr/arsiv/2002/sayi_2/baslik5.pdf Erişim Tarihi: 24 Aralık 2011.

Göka E, Türkçapar MH. *Gençlik ve Şiddet*, http://saglik.tr.net/ruh_sagligi/genclik_siddet_2.shtml. Erişim tarihi: 8 Kasım 2011.

Gökçay G, Garipağaoğlu M. *Çocukluk ve Ergenlik Döneminde Beslenme*. İstanbul, Saga Yayınları, 2002. 1: 117-128.

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

Göksoy F. Adnan Menderes Üniversitesi'nde Okuyan 1. ve 4. Sınıf Öğrencilerinin Sağlıklı Yaşam Konusundaki Tutum ve Davranışları. Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, Aydın, (Prof. Dr. Okay Başak), 2008.

Hancı İH. Emniyet kemeri yaralanmaları. <http://med.ege.edu.tr/~hanci/trafikkemer.html> Erişim tarihi: 12 Ocak 2012.

Harrell JS, Pearce PF, Markland ET, Wilon K, Bradley CB, McMurray. Assessing Physical Activity in Adolescents: Common Activities of Children in 6th-8th Grades. *Journal of The American Academy of Nurse Practitioners*, 2003. 15(4):170-178.

Kalkım A. Göç eden ve göç etmeyen ergenlerin riskli sağlık davranışlarının belirlenmesi, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İzmir, (Yrd. Doç. Dr. Aynur Aysal), 2009.

Karatay G, Kubilay G. Sosyoekonomik Düzeyi Farklı İki Lisede Madde Kullanma Durumu ve Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, 2004. 1(2): 57-70.

Karayolları Trafik Kanunu. <http://www.trafik.gov.tr> Erişim tarihi: 12 Ocak 2012.

Karayolları Trafik Yönetmeliği. <http://www.trafik.gov.tr> Erişim tarihi: 12 Ocak 2012.

Kaya F, Serin Ö, Genç A. Eğitim Fakültesi Birinci Sınıf Öğrencilerinin Cinsel Yaşamlarına İlişkin Yaklaşımlarının Belirlenmesi (araştırma), Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu, Çanakkale, 2007.

Keskinler D, Güraksın A, İnandı T, Tufan Y. Atatürk Üniversitesi Öğrencilerinde Sigara İçme Prevelansı ve Etkili Faktörler. AÜTD 1999. 31: 112–116.

Kılıççı Y. *Okulda Ruh Sağlığı*. 5. Baskı. Ankara, Anı Yayıncılık, 2006. s: 113–115.

Kınık E. Adolesan Dönemde Fiziksel Büyüme ve Cinsel Gelişme. *Katki Pediatri Dergisi*, 2000. 21(6): 720-740.

Kozanoğlu ME. *Adölesan ve Egzersiz*. 2005. http://www.sabem.saglik.gov.tr/Akademik_Metinler/linkdetail.aspx?id=1470. Erişim tarihi: 24 Şubat 2011.

Kreipe RE, McAnarney ER. Adölesan Dönemi. (Çeviri: M. Tuzcu, Editör). *Nelson of pediatrics*, 3.Baskı. Nobel Tıp Kitabevleri, 2001. s.226-62.

Emniyet Genel Müdürlüğü, Kaçakçılık ve Organize Suçlarla Mücadele Daire Başkanlığı, Madde Bağımlılığı, İstanbul, 1996. <http://candidates2003.emcdda.europa.eu/download/tr/substance.addictionturkish.doc>, Erişim tarihi: 27 Ocak 2011.

Mazıcıoğlu MM, Öztürk A. Üniversite 3. ve 4. Sınıf Öğrencilerinde Beslenme Alışkanlıkları ve Bunu Etkileyen Faktörler, *Erciyes Tıp Dergisi*, 2003; 25/4: 172-178.

Mihçioğur S. Hacettepe Üniversitesi Beytepe Kampüsü Öğrenci Sağlık Merkezi'nde cinsel ve üreme sağlığı hizmet modeli oluşturma araştırması, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, Ankara, 2004.

Mollahaliloğlu S, Hülür Ü, Yardım N, Özbay H, Çaylan AK, Ünüvar N, Aydın S. *Türkiye'de Sağlığa Bakış*, T. C. Sağlık Bakanlığı Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı, Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü, Bölük Ofset, Ankara, 2007, s:81-85.

Mukhopadhyay DK, Mukhopadhyay S, Sinhababu A, Biswas AB., Are the Adolescent Behaviors too Risky? A School-based Study in a District of West Bengal, India, B.S. Medical College, Bankura, West Bengal, India, J Trop Pediatr. 2010 Mar 19. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22431185> Erişim Tarihi: 22 Mayıs 2012

Neyzi O. Ertuğrul T. *Pediatri*, Nobel Tıp, İstanbul, 2002.

- Onat T. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları*, Eksen Yayınları, İstanbul, 1996.
- Orak S, Özen T, Orak ME. Süleyman Demirel Üniversitesi Öğrencilerinin Sigara, Alkol Alışkanlıkları ve Sosyokültürel Özellilerinin İncelenmesi. *Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 2004, 11/3: 1–7.
- Ögel K, İnsan, Yaşam ve Bağımlılık, Tartışmalar ve Gerçekler, 2001, s:19-50.
- Özcebe H. Birinci Basamakta Adolesan Sorunlarına Yaklaşım. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, 2002a, 11(10): 374-377.
- Özcebe H. Bir Lisede İkinci Sınıf Öğrencilerinde Sigara İçme Sıklığı, VIII. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi Özet Kitabı, Diyarbakır, 2002b.
- Özcebe H. Gençlerde Riskli Davranışlar ve Sağlığın Geliştirilmesi: Türkiye’de Gençlerin Sağlığına Genel Bir Bakış. XI. Halk Sağlığı Kongresi; Denizli, 2007 Ekim 23-26.
- Özcebe H, Ulukol B, Pekcan H. Birinci Basamak Sağlık Çalışanlarına Yönelik Okul Sağlığı Rehberi, 2008, s.: 241.
- Özcebe H. Yaralanma Kontrol ve Korunma Programları ve Güvenli Toplumlar, Halk Sağlığı Temel Bilgiler, Bölüm 13, Hacettepe Üniversitesi Yayınları, Ankara, 2006. s: 685-692.
- Özgüven E. Üniversite Öğrencilerinin Sorunları ve Baş Etme Yolları. *H. Ü. Eğitim Fakültesi Dergisi* 1992; 7: 5–13.
- Öztek Z. Halk Sağlığı Sözlüğü, T. C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü, Ankara, 2001:173.
- Pataki CS. Normal ergenlik (Çeviri: H. Aydın, A. Bozkurt, Editörler). Kaplan & Sadock comprehensive textbook of psychiatry, Cilt 4, 8. Baskı. Güneş Kitabevi, 2007, s.3035-43.
- Pénzes M, Czeglédi E, Balázs P, Foley KL. Factors associated with tobacco smoking and the belief about weight control effect of smoking among Hungarian adolescents. Institute of Public Health, Faculty of Medicine, Semmelweis University, Budapest, Hungary. *Central European Journal of Public Health*. 2009 Mar, 20(1):11-17.

Pesen Vural Ş. Manisa’da seçilen iki ilköğretim okulunda adolesan yaş grubundaki çocuklarda obezite hipertansiyon ve hiperlipidemi sıklığı ve etkileyen faktörler, Celal Bayar Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Manisa, (Doç. Dr. Pınar Erbay Dünder), 2007. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22571010> Erişim Tarihi: 22 Mayıs 2012.

Pıçakçıefe M, Keskinoglu P, Bayar B, Bayar K. Muğla Sağlık Yüksekokulu Öğrencilerinin Sigara İçicilik Sıklığı ve İçiciliği Arttıran Nedenler. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni*, 2007. 6(4): 267-272.

Pınar G, Doğan N, Ökdem Ş, Algier L, Öksüz E. Özel bir üniversitede okuyan öğrencilerin cinsel sağlıkla ilgili bilgi tutum ve davranışları, *Tıp Araştırmaları Dergisi*, 2009: 7 (2):105 -113, Ankara.

Polatkan G. Hacettepe Üniversitesi Keçiören Yerleşkesi Sosyal Hizmetler Yüksekokulunda okuyan öğrencilerin riskli sağlık davranışlarının saptanması ve bunlarla ilgili faktörler araştırması, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Ankara, (Prof. Dr. Ayşe Akın), 2007.

Ruiz-Risueño Abad J, Ruiz-Juan F, Zamarripa Rivera JI. Alcohol and tobacco consumption in Spanish and Mexican adolescents and its relation to physical and sports-related activity and to the family, Facultad de Ciencias del Deporte, Universidad de Murcia, Murcia, España, *Rev Panam Salud Publica*. 2009 Mar;31(3):211-20. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22569695>, Erişim Tarihi: 22 Mayıs 2012.

“Sağlık İçin Hareket Et” Dünya Sağlık Günü 2002 (Kopenhag, 7 Nisan 2002). <http://undp.un.org.tr/who/dsogun02/whd2002.HTM> Erişim tarihi:24 Şubat 2011.

Sarı C. Lise öğrencilerinde riskli sağlık davranışları, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, (Yrd. Doç. Dr. Ayşe Yıldız), 2006.

Shaffer D. *Çocuk ve Ergende Depresif Bozukluk ve Özkıyım*. (Çeviri: H. Aydın, A. Bozkurt, Editörler). Kaplan & Sadock comprehensive textbook of psychiatry, cilt 4, 8.baskı. Güneş Kitabevi; 2007. s.3062-74.

Spear A.B. Does Dieting Increase the risk for Obesity and Eating Disorders? *Journal of the American Dietetic Association* 106, (4):523-525, 2006.

Surlu B, Özcebe H. (2002). Adölesan ve Çevre. Sağlık ve Toplum Dergisi 12(1). 14-21.

Stephens MB. Ergenlerde fiziksel etkinlik (Çeviri: M. Çelik). Kut A, Tokalak İ, Eminsoy MG (Editörler). Current aile hekimliği tanı ve tedavi'de. Ankara, Güneş Tıp Kitabevleri, 2007. s.139-49.

Şahin AG. Ankara'daki iki lisenin öğrencilerinde riskli sağlık davranışları ve bunlara akran baskısı ile diğer bazı faktörlerin etkisi. Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Ankara, (Prof. Dr. Recep Akdur), 2011.

Şiddet Sempozyumu <http://www.ttb.org.tr/index.php?option/com.content&task=view&id=519&Itemid=2>. Erişim tarihi: 26 Aralık 2011.

Tamar D, Ögel K. Ergenlik döneminde madde kullanımı, 2005. <http://www.sabem.saglik.gov.tr>. Erişim tarihi: 30 Eylül 2010.

Taner U, Bozdağ Ö, Çarabatır N, Kırman S. Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Dönem I Öğrencilerinin Sigara, Alkol ve Madde Alışkanlıklarının İncelenmesi. Marmara Üniversitesi VII. Öğrenci Kongresi; 2007 Mayıs 16–17; İstanbul, Türkiye.

Tarı R, Çalışkan Ş, Bayraktar Y. Kocaeli Üniversitesi Öğrencilerinin Gelir ve Tüketim İlişkisi Üzerine Ekonometrik Bir İnceleme. *Kocaeli Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 2006, 11/1:168–179.

Taşçı E, Atan Ş, Durmaz N, Erkuş H, Sevil Ü. Kız Meslek Lisesi Öğrencilerinin Madde Kullanma Durumları. *Journal of Dependence*, 2005. 6:122-128.

T.C. Sağlık Bakanlığı, *Alkol Hakkında Bilmemiz Gerekenler*. Ankara. Dizgi Yayıncılık, 2002.

T.C. Sağlık Bakanlığı, Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Türkiye Üreme Sağlığı Programı Gençlik Danışmanlık ve Hizmet Merkezleri CSÜS Eğitim Modülü, Gençlerin Risk Alma Davranışları ve Sağlığının Geliştirilmesi Paneli. Katılımcı Rehberi, s:263, Ankara, 2007. http://sbu.saglik.gov.tr/Panel/5_16_Panel_KN_A_15082005.doc, Erişim tarihi: 27 Aralık 2011.

T.C. Sağlık Bakanlığı, Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Türkiye Üreme Sağlığı Programı Gençlik Danışmanlık ve Hizmet

Merkezleri CSÜS Eğitim Modülü, Gençlerin Risk Alma Davranışları ve Sağlığının Geliştirilmesi Paneli. Katılımcı Rehberi, s:270-272, Ankara, 2007. http://sbu.saglik.gov.tr/tusp/turkce/mudahale_alanlari/genclik/_Katilimci%20Rehberi.doc/5%20GUN/5_16_Panel/5_16_Panel_KN_D_15082005.doc, Erişim tarihi: 27 Aralık 2011.

Tekgül NB. Adolesan Sağlığı. İzmir, Türkiye, Bassaray Matbaası, 2005a. s. 25-37.

Tekgül, NB. Adolesan Sağlığı, İzmir, Pratisyen Hekimlik Derneği Yayını, 2005b.

Telatar TG. Sanayide çalışan 20-24 yaş grubu erkeklerin yaşam kalitesi ve riskli davranışlarının belirlenmesi, Uzmanlık Tezi, Ankara (Prof. Dr. Hilal Özcebe), 2007.

Tot Ş, Yazıcı K, Yazıcı AE, Erdem P, Bal N, Metin Ö, Çamdeviren H. Mersin Üniversitesi Öğrencilerinde Sigara ve Alkol Kullanım Yaygınlığı ve İlişkili Özellikleri. Anadolu Psikiyatri Dergisi 2002; 3: 227–231.

Tuncay P. Başkent Üniversitesi Öğrencilerinin Sabah Kahvaltı Yapma ve Beslenme Alışkanlıkları Üzerine Bir Araştırma, Gazi Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Ankara (Prof. Dr. Aysel Bayhan Öktem), 2008.

Türkiye Aile Planlaması Derneği. Uluslararası Aile Planlaması Federasyonu, IPPF Üreme Hakları ve Cinsel Haklar Bildirgesi. (IPPF Charter on Sexual, 1997, Ankara.

Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması, 2008. www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa/2008, Erişim tarihi: 28 Mayıs 2011.

TÜİK, Türkiye İstatistik Yıllığı 2008. http://www.tuik.gov.tr/yillik/Ist_gostergeler.pdf Erişim Tarihi: 14 Mart 2011.

Tütün Ürünlerinin Zararlarının Önlenmesi ve Kontrolü Hakkında Kanun <http://www.mevzuat.adalet.gov.tr/html/875.html>, Erişim tarihi: 02 Haziran 2012.

Uluslar Arası Belgelerde Adolesan Hakları, Çocuk Hakları Serisi 5, 2008. www.icc.org.tr Erişim tarihi: 02 Ocak 2012.

Uluslar arası Nüfus ve Kalkınma Konferansı Raporu (Özet), Kahire, 5-13 Eylül 1994. T. C. Sağlık Bakanlığı AÇSAP Genel Müdürlüğü, ed., Akın A. Ankara, 1994.

UNFPA, State of the World Population, The Cairo Consensus at Ten, Population, Reproductive Health and Global Effort to End Poverty. 2004, New York, United Nations. http://www.unfpa.org/swp/2004/pdf/en_swp04.pdf, Erişim tarihi: 14 Eylül 2010.

UNFPA, State of the World Population 2005, Facts Sheet. http://www.unfpa.org/swp/2005/presskit/factsheets/facts_adolescents.htm, Erişim tarihi: 14 Eylül 2010.

Uygun S. Üniversite Gençliğinin Yabancılaşması. Bilim ve Aklın Aydınlığında Eğitim Dergisi 2004; 57. <http://yayim.meb.gov.tr>, Erişim tarihi: 13 Ekim 2010.

Ünalın D, Şenol V, Öztürk A, Erkorkmaz Ü. Erciyes Üniversitesi Meslek Yüksekokullarının Sağlık ve Sosyal Programlarında Öğrenim Gören Öğrencilerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Öz-Bakım Gücü Düzeyleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 2007; 14/2: 101–109.

Vaizoğlu SA, Akça O, Akdağ A, Akpınar A, Omar AH, Coşkun D, Güler Ç. Erişkinlerde Fiziksel Aktivite Düzeyinin Belirlenmesi, *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni*, 2004, 3(4):63-71.

Vural Ö, Eler S, Atalay Güzel N. Masa Başı Çalışanlarda Fiziksel Aktivite Düzeyi ve Yaşam Kalitesi İlişkisi, *Spormetre Beden Eğitimi ve Spor Bilimleri Dergisi*, Cilt: VIII, Sayı: 2, 2010. www.belgelerim.com, Erişim Tarihi: 08 Mayıs 2012.

WHO, Avrupa Tütün Kontrolü Raporu, 2007a. <http://www.tapdk.gov.tr/tutunalkontrol/Avrupa%20T%C3%BCt%C3%BCn%20KWHO>, Kontrollü İlaçlara Erişim Programı, Kontrollü Maddeler ile İlgili Ulusal Politikalarda Denge Sağlama, Kontrollü İlaçların Bulunabilirliği ve Erişilebilirliğine İlişkin Kılavuz İlkeler, 2000. http://apps.who.int/medicinedocs/documents/s18050tr/s_18050tr.pdf, Erişim tarihi: 5 Ocak 2012.

WHO, Küresel Tütün Salgını Raporu, 2008. http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789241596282_tur.pdf, Erişim tarihi: 5 Ocak 2012.

WHO, World Health Statistics, 2009. http://www.who.int/whosis/whostat/ENWHS09_Full.pdf, Erişim tarihi: 5 Ocak 2012.

WHO, Youth And Road Safety, 2007b. <http://whqlibdoc.who.int/publications/2007/9241595116eng.pdf>, Erişim tarihi: 15 Şubat 2011.

WHO, Young people: health risks and solutions, August 2011a. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs345/en/index.html>, Erişim Tarihi: 09 Mayıs 2012.

WHO, Hepatitits C, June 2011b. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs164/en>, Erişim Tarihi: 09 Mayıs 2012.

World Health Report 1998, Life in the 21st century a vision for all, Report of the Director- General, Geneva, 1998. <http://www.who.int/whr/1998/en/whr98en.pdf> Erişim tarihi: 23 Şubat 2011.

World Health Report, 2002. <http://www.who.int/whr/2002/overview/en/index1.html>, Erişim tarihi: 27 Ekim 2011.

World Youth Report, Report of the Secretary-General. New York, United Nations, 2005. <http://social.un.org/index/WorldYouthReport/2005.aspx>, Erişim tarihi: 17 Ekim 2010.

Yalçın İ, Ailelerden algıladıkları destek düzeyleri farklı lise öğrencilerinin saldırganlık düzeyleri, Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Ankara, (Doç. Dr. İbrahim Yıldırım), 2004.

Yan J, Zhu CZ, Situ MJ, DU N, Huang Y. Study on the detection rate and risk factors regarding non-suicidal self-injurious behavior in middle school students, Mental Health Center, West China Hospital, Sichuan University, Chengdu, China, Zhonghua Liu Xing Bing Xue Za Zhi., 2008 Jan;33(1):46-9. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22575109>, Erişim Tarihi: 22 Mayıs 2012

Yıldırım İ. Sigara, Alkol ve Uyuşturucu Kullanan Üniversite Öğrencilerinin Bazı Değişkenlerinin İncelenmesi. *H. Ü. Eğitim Fak. Dergisi* 1997, 13: 147-155.

Yılmaz E, Özkan S. Üniversite Öğrencilerinin Beslenme Alışkanlıklarının İncelenmesi, *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, Cilt:2, Sayı:6, 2007. www.belgeler.com, Erişim Tarihi: 08 Mayıs 2012

Youth Risk Behavior Survey-YRBS, 2007. http://healthvermont.gov/pubs/yrbs2007/yrbs_2007.aspx, Erişim tarihi: 23 Şubat 2011.

Youth Risk Behavior Surveillance - United States, 2001. <http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/ss5104a1.htm>, Erişim Tarihi: 23 Şubat 2011.

Yörükoğlu A. *Gençlik Çağı*, Ankara, Türkiye İş Bankası Kültür Yayınları, 1985, s:23-45.

Yörükoğlu A. *Gençlik Çağı Ruh Sağlığı ve Sorunlar*, İstanbul, Özgür Yayınları, 2004. s.13-77.

Zhou H, Wang XY, Ye F, Gu HH, Zeng XP, Wang Y., Contraceptive knowledge, attitudes and behavior about sexuality among college students in Beijing, China, Department of Child, Adolescent and Women's Health, School of Public Health, Peking University, Beijing, China, 2010. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22613546>, Erişim Tarihi: 22 Mayıs 2012.

EKLER

Ek 1. Anket Formu

Bu bilgi formu, Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı tarafından yürütülmekte olan 'Süleyman Demirel Üniversitesi Fakültelerinde Okuyan Birinci Sınıf Öğrencilerinin Riskli Sağlık Davranışlarının Saptanması' isimli araştırmanın uygulama kısmı ile ilgilidir. Araştırmadan elde edilen bilgiler, bilimsel amaçlarla kullanılacaktır. Kişisel bilgi istenmemekte olup yanıtlar tamamen gizli kalacaktır. Sorulara objektif ve samimi cevaplar vereceğinize inanıyorum. Doğru ya da yanlış cevap yoktur. Katkılarınız için şimdiden teşekkür ederim.

1. Fakülteniz Bölümünüz.....
2. Cinsiyetiniz nedir? 1. Kız 2. Erkek
3. Doğum yeriniz İl;..... İlçe;
4. Yaşınız
5. Vücut ağırlığınız kg
6. Boyunuzcm
7. Annenizin eğitim durumu nedir?
 1. Okur yazar değil 3. İlkokul mezunu 5. Lise mezunu
 2. Okur yazar 4. Ortaokul mezunu 6. Üniversite mezunu
 7. Diğer
8. Babanızın eğitim durumu nedir?
 - 1.Okur yazar değil 3. İlkokul mezunu 5. Lise mezunu
 2. Okur yazar 4. Ortaokul mezunu 6. Üniversite mezunu
 7. Diğer
9. Annenizin mesleği nedir?
 1. Ev Hanımı 2. Emekli 3. Çalışıyorsa mesleğini belirtiniz.....
10. Babanızın mesleği nedir?
 1. Çalışmıyor 2. Emekli 3. Çalışıyorsa mesleğini belirtiniz.....
- 11.Şu an nerede yaşıyorsunuz?
 1. Ailemin yanında
 2. Devlet yurdunda
 3. Öğrenci evinde
 4. Özel yurttta
 5. Diğer (belirtiniz)
12. Isparta'ya hangi ilden geldiniz?
..... ili; ilçesinden;köyünden geldim.
13. Sizin aylık geliriniz ortalama ne kadardır? TL
14. Gelirinizi nereden temin ediyorsunuz?(Birden fazla seçeneği işaretleyebilirsiniz)
 1. Ailemden
 2. Öğrenim kredisi/ burs
 3. Part-time bir işte çalışıyorum
 4. Diğer (belirtiniz).....
15. Sizin aylık gideriniz ortalama ne kadardır? TL
16. Eğitiminiz sırasında yıl kaybınız oldu mu?
 1. Evet
 2. Hayır
17. Anne – babanız için uygun olan seçeneği işaretleyiniz.
 1. Anne – baba hayatta, birlikte yaşıyorlar.
 2. Anne - baba hayatta, ayrı yaşıyorlar.
 3. Anne hayatta, baba değil.
 4. Baba hayatta. anne değil.
 5. Anne – baba her ikisi de hayatta değil
18. Sizinle birlikte kaç kardeşsiniz?

19. Ailenizin tipi nedir?
1. Çekirdek aile (anne-baba-kardeş) 2. Tek ebeveyn (anne ya da baba ile)
3. Geniş aile (anne-baba-kardeş-anneanne-babaanne-dede ya da akraba) 4. Diğer.....
20. Şuanda yaşadığınız yerde (evde/odada) sizinle birlikte kaç kişisiniz ?
21. Sigara içiyor musunuz?
1. Hayır (**25. soruya** geçiniz)
2. Denedim ve bir daha kullanmadım (**24.soruya** geçiniz)
3. İçiyordum bıraktım (**24. soruya** geçiniz)
4. Halen içiyorum
22. Gün içinde içtiğiniz sigara miktarını işaretleyiniz.
1. 1-5 tane
2. 6- 10 tane
3. 11-19 tane
4. 1 paket veya daha fazla
23. Ne kadar süredir sigara kullanıyorsunuz?
.....yıldır /aydır
24. Sigarayı deneme ya da sigaraya başlama nedeniniz nedir? (Birden fazla seçeneği işaretleyebilirsiniz)
1. Kendimi iyi hissetmek için
2. Ailemdeki kişilere özendiğim için
3. Arkadaşlarım kullandığı için
4. Merak ettiğim için
5. Sorunlarımdan uzaklaşmak için
6. Diğer
25. Alkol kullanıyor musunuz?
1. Hayır (**29. soruya** geçiniz)
2. Denedim ve bir daha kullanmadım (**28. soruya** geçiniz)
3. İçiyordum, bıraktım (**28. soruya** geçiniz)
4. Halen içiyorum
26. Ne kadar süredir alkol kullanıyorsunuz?
..... yıldır / aydır
27. Ayda kaç kez alkol kullanırsınız?
Belirtiniz; kez
28. Alkol kullanmaya başlama/ deneme sebebiniz nedir?
1. Kendimi iyi hissetmek için
2. Ailemdeki kişilere özendiğim için
3. Arkadaşlarım kullandığı için
4. Merak ettiğim için
5. Sorunlarımdan uzaklaşmak için
6. Diğer
29. Sizce alkolün sağlığa zararı var mıdır?
1. Evet 2. Hayır
30. Uyuşturucu/uyarıcı maddelerden herhangi birini hiç kullandınız mı?
1. Evet (belirtiniz)..... 2. Hayır (**33.soruya** geçiniz)
31. Uyuşturucu/uyarıcı maddeye başlama nedeniniz nedir?
1. Kendimi iyi hissetmek için
2. Arkadaşlarım kullandığı için
3. Ailemden özendiğim için
4. Merak ettiğim için
5. Sorunlarımdan uzaklaşmak için
6. Diğer (belirtiniz)
32. Ne kadar süredir bağımlılık yapıcı madde kullanıyorsunuz?
Belirtiniz aydır
33. Üniversite çevresinde size yasal olmayan ilaç ya da madde kullanmayı öneren ya da satmaya çalışan birileri oldu mu?
1. Evet 2. Hayır

34. Sakinleşmek ya da uyuyabilmek için doktor önerisi olmadan ilaç kullandınız mı?
1. Evet (belirtiniz)..... 2. Hayır
35. Günde ortalama kaç saat uyuyorsunuz?
..... saat
36. Sabah uyandıgınızda kendinizi günlük işlerinizi yürütebilecek kadar dinç hissediyor musunuz?
1. Evet 2. Hayır 3. Bazen
37. Günde kaç saatinizi televizyon ve bilgisayar karşısında geçiriyorsunuz?
..... saat televizyon karşısında, saat bilgisayar karşısında
38. Haftada kaç kez yeşil sebze ya da sebze yemeği tüketiyorsunuz?
1. Hiç 2.kez
39. Haftada kaç kez meyve tüketiyorsunuz?
1. Hiç 2. kez
40. Haftada kaç kez süt ve süt ürünleri tüketiyorsunuz?
1. Hiç 2. kez
41. Sabah kahvaltısı yapar mısınız?
1. Hiç yapmıyorum
2. Haftada birkaç kez yaparım
3. Genellikle hafta sonları yaparım
4. Her gün düzenli kahvaltı yaparım
42. Fastfood (hamburger,pizza,patates cipsi vb) türü yiyecekleri ne sıklıkta tüketirsiniz?
Haftada kez / Ayda kez
43. Kilonuzu nasıl tanımlarsınız?
1. Çok zayıf 2. Zayıf 3. Normal 4. Kilolu 5. Çok kilolu
44. Yaşamınız boyunca kilo vermek için diyet yaptınız mı?
1. Evet; kez 2. Hayır
45. Dengeli ve yeterli beslenme ile ilgili eğitim aldınız mı?
1. Evet 2. Hayır
46. Haftada en az 3 gün, günde en az 30dk süren egzersiz amaçlı fiziksel aktivite yapıyor musunuz?
1. Evet 2. Hayır 3. Bazen
47. Genellikle ne tür egzersizler yaparsınız? (Birden fazla seçeneği işaretleyebilirsiniz)
1. Egzersiz yapmam
2. Futbol, basketbol, voleybol vb.
3. Bisiklete binme vb.
4. Yürüyüş, koşu
5. Dövüş sporları, yüzme vb. sporlar
6. Diğer
48. AIDS ve diğer cinsel yolla bulaşan hastalıklar konusunda bilginiz var mı?
1. Evet 2. Hayır (**50. soruya** geçiniz)
49. AIDS ve diğer cinsel yolla bulaşan hastalıklar konusunda nereden bilgi edindiniz (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)?
1. Okul derslerinden 2. Arkadaşımdan 3. Ailemden
4. Televizyondan 5. Gazete, dergi vb 6. İnternette 7. Diğer.....
50. Cinsel birleşme ile sonuçlanan ilişkiniz oldu mu?
1. Evet 2. Hayır (**52. soruya** geçiniz)
51. Cinsel ilişkinizde doğum kontrol yöntemi (kondom [prezervatif], doğum kontrol hapı vb.) kullandınız mı?
1. Evet (belirtiniz)..... 2. Hayır
52. Korumasız cinsel ilişki sonrasında herhangi bir sağlık sorunu gelişebilir mi?
1. Hayır 2. Evet (belirtiniz)..... 3. Bilmiyorum
53. Ehliyetiniz var mı?
1. Evet / Türü 2. Hayır
54. Motorlu araç (araba,motosiklet vb.) kullanıyor musunuz?
1. Evet (belirtiniz)..... 2. Hayır (**57. soruya** geçiniz)
55. Motorlu araç kullanırken trafik kurallarına uyar mısınız?
1. Her zaman 2. Bazen 3. Hiçbir zaman
56. Motorlu araç kullanırken kask, emniyet kemeri vb koruyucu araçları kullanır mısınız?
1. Her zaman 2. Bazen 3. Hiçbir zaman

57. Son 1 yıl içinde günlük işlerinizi aksatacak kadar üzüntü veya ümitsizlik hissettiğiniz oldu mu?
1. Evet 2. Hayır
58. Yaşamınız boyunca hiç intihar etmeyi düşündünüz mü?
1. Evet..... kez 2. Hayır
59. Yaşamınız boyunca hiç intihar girişiminde buldunuz mu?
1. Evet kez 2. Hayır
60. Yaşamınız boyunca psikolog veya psikiyatrist gibi uzmanlardan destek aldınız mı?
1. Evet 2. Hayır, almadım
61. Üniversite içinde veya çevresinde silah, sopa, bıçak gibi delici kesici alet taşıyor musunuz?
1. Evet 2. Hayır
62. Üniversite içinde veya çevresinde fiziksel kavgaya karıştınız mı?
1. Evet kez 2. Hayır
63. Vücudunuzda kalıcı dövme/piercing var mı?
1. Evet 2. Hayır (**67. soruya** geçiniz)
64. Kalıcı dövme/ piercing yaptırdığınız ortam hijyen/ sağlık koşullarına uygun muydu?
1. Evet 2. Hayır
65. Yaptırdığınız kalıcı dövme/ piercing sonrası herhangi bir sağlık sorunu gelişti mi?
1. Evet 2. Hayır
66. Kalıcı dövme/ piercing yaptırma nedeniniz nedir?
1. İlgi çekmek için
2. Güzel/ yakışıklı görünmek için
3. Arkadaşlarının çoğunda olduğu için
4. Sevdiğim için
5. Diğer
67. Şans oyunları (sayısal loto, milli piyango, iddia, on numara gibi) oynar mısınız?
1. Evet 2. Hayır
68. Kumar oynar mısınız?
1. Evet 2. Hayır
69. Dişlerinizi düzenli olarak günde en az iki kere fırçalar mısınız?
1. Evet, her gün 2. Bazen 3. Hayır
70. Hangi bir sağlık problemi nedeniyle sürekli kullandığınız ilacınız yada ilaçlarınız var mı?
1. Evet; Belirtiniz..... 2. Hayır
71. Ergenlik (adolesan) döneme girerken yaşamınızda olacak fiziksel ve psikolojik değişimler hakkında bilgilendirildiniz mi?
1. Evet; tarafından bilgilendirildim 2. Hayır
72. Genel olarak sağlığınızı nasıl değerlendiriyorsunuz?
1. Çok iyi 2. İyi 3. Orta 4. Kötü 5. Çok kötü

TEŞEKKÜRLER

Ek 2: Etik Kurul İzni



T.C.
SÜLEYMAN DEMİREL ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Personel Dairesi Başkanlığı

03 Haziran 2011

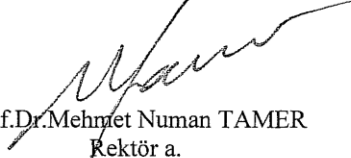
Sayı : B.30.2.SDÜ.0.71.05.07.050.03[Üniv. Etik Kurul]/ 5724
Konu : Etik Kurul Kararı

Sayın;

Aslı ÖNDER
Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Halk Sağlığı Anabilim Dalı
Yüksek Lisans Öğrencisi

Yürütücüsü olduğunuz, "Süleyman Demirel Üniversitesi Fakültelerinde Okuyan Birinci Sınıf Öğrencilerinin Riskli Davranışlarının Saptanması" başlıklı araştırmanız Üniversitemiz Etik Kurulunun 31.05.2011 tarih ve 22/3 sayılı kararı ile uygun bulunmuştur.

Kararın bir sureti yazımız ekinde gönderilmiş olup, ilgi başvurunuza cevaben bilgilerinizi rica ederim.


Prof.Dr.Mehmet Numan TAMER
Rektör a.
Rektör Yardımcısı

Eki : Kurul Kararı (1 sayfa)

Posta Adresi : SDÜ Personel Dairesi Başkanlığı
Batı Kampusu 32260 / Çünür – ISPARTA

Tel : 0 (246) 2111046
Fax : 0 (246) 2371639

e-mail adresi :
persdb71@sdu.edu.tr

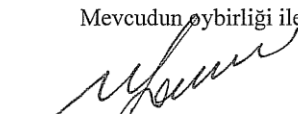
T.C.
SÜLEYMAN DEMİREL ÜNİVERSİTESİ
Etik Kurul Kararları

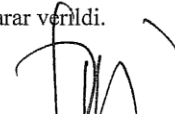
TOPLANTI TARİHİ	TOPLANTI SAYISI	KARAR SAYISI
31.05.2011	22	3

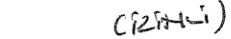
1- Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Fakültesi Yüksek Lisans öğrencisi Aslı ÖNDER'in "Süleyman Demirel Üniversitesi Fakültelerinde Okuyan Birinci Sınıf Öğrencilerinin Riskli Sağlık Davranışlarının Saptanması" başlıklı tez çalışması hk.


Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Fakültesi Yüksek Lisans öğrencisi Aslı ÖNDER'in "Süleyman Demirel Üniversitesi Fakültelerinde Okuyan Birinci Sınıf Öğrencilerinin Riskli Sağlık Davranışlarının Saptanması" başlıklı tez çalışmasının kapsam ve uygulama açısından etik ilkelere ve insan haklarına uygun olduğuna,

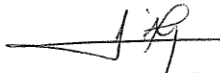
Mevcutun aybirligi ile karar verildi.


Prof. Dr. M. Numan TAMER
Başkan



Prof. Dr. Faruk TURHAN
Üye

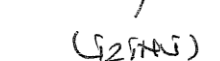

Prof. Dr. Songül SALLAN GÜL
Üye



Prof. Dr. İdris OĞURLU
Üye

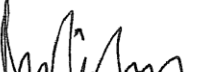

Prof. Dr. Lütfullah GÜNDÜZ
Üye



Prof. Dr. Nilgün GÖKTÜRK BAYDAR
Üye


Prof. Dr. Serpil PEHLİVAN
Üye



Prof. Dr. Zuhal KIRZIOĞLU
Üye



Prof. Dr. Ziya GENÇEL
Üye



Prof. Dr. Murtaza ÖLMEZ
Üye



Prof. Dr. İsmail Hakkı GÖKSOY
Üye


Prof. Dr. Şaban SİTEMBÖLÜKBAŞI
Üye


Prof. Dr. M. Fehmi ÖZGÜNER
Üye


Doç. Dr. Yüksel METİN
Üye


Yrd. Doç. Dr. Muttalip ÖZCAN
Başkan Yrd.


31.05.2011
Gül Emine ŞENER
Raporör

Ek 3: İzin Belgeleri



T.C.
SÜLEYMAN DEMİREL ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Bilimleri Fakültesi Dekanlığı

SAYI : B.30.2.SDÜ.0.28.71.00 /302 :01.08/166 - 1093
KONU : Aslı ÖNDER'in Tez Çalışma İzni

23/06/2011

SÜLEYMAN DEMİREL ÜNİVERSİTESİ
(Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğüne)

İLGİ : 09.06.2011 tarih ve B.30.2.SDÜ.0.42.72.00/302.01.08/706 sayılı yazınız.

Enstitünüz Halk Sağlığı Anabilim Dalı Yüksek Lisans öğrencisi Aslı ÖNDER'in, "Fakültemizde Okuyan Birinci Sınıf Öğrencilerinin Riskli Sağlık Davranışlarının Saptanması" konulu tez çalışmasını yapması;

Dekanlığımızca uygun görülmüştür.

Bilgilerinize rica ederim.

Prof.Dr.Süleyman KUTLUHAN
Dekan



T.C.
SÜLEYMAN DEMİREL ÜNİVERSİTESİ
Tıp Fakültesi Dekanlığı

Sayı : B.30.2.SDÜ.0.20.70.00.301.01.08/ 2514
Konu : Aslı ÖNDER Tez çalışması

17 Haziran 2011

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

Enstitünüz Halk Sağlığı Anabilim Dalı Yüksek Lisans öğrencisi Aslı ÖNDER' in “ Süleyman Demirel Üniversitesi Fakültelerinde Okuyan Birinci Sınıf Öğrencilerinin Riskli Sağlık Davranışlarının Saptanması ” konulu tez çalışmasının Fakültemiz öğrencilerine uygulaması uygun görülmüştür.

Gereğini bilgilerinize rica ederim.

Doç. Dr. Ahmet Nesimi KİŞİOĞLU
Dekan V.

SDÜ Tıp Fakültesi Dekanlığı Doğu Kampüsü 32260 Çünür / ISPARTA
Tel : (0(246) 211 32 36 Fax : 0(246) 237 11 65
e-mail:td@sduniv.edu.tr



T.C
SÜLEYMAN DEMİREL ÜNİVERSİTESİ
İlahiyat Fakültesi Dekanlığı

Sayı : B.30.2.SDÜ. 0.16.73.604.01/ 786
Konu : Tez Çalışması

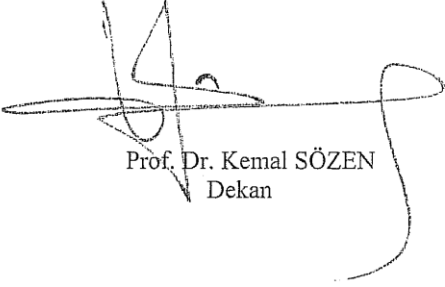
15 /06/2011

SÜLEYMAN DEMİREL ÜNİVERSİTESİ
(Sağlık Bilimleri Enstitü Müdürlüğüne)

İlgi: 09.06.2011 tarih ve B.30.2.SDÜ.0.42.72.00.302.01.08/706 sayılı yazımız.

Enstitünüz Halk Sağlığı Anabilim Dalı Yüksek Lisans Öğrencisi Aslı ÖNDER'in "Süleyman Demirel Üniversitesi Fakültelerinde okuyan Birinci Sınıf Öğrencilerinin Riskli Sağlık Davranışlarının Saptanması" konulu tez çalışmasını yapması Dekanlığımızca uygun görülmüştür.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.



Prof. Dr. Kemal SÖZEN
Dekan



T.C.
SÜLEYMAN DEMİREL ÜNİVERSİTESİ
Orman Fakültesi Dekanlığı

Sayı :B.30.2.SDÜ.0.26.70.00-800-93/882
Konu:Aslı ÖNDER'in Tez Çalışma İzni

01.07.2011

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

İlgi:09.06.2011 tarih ve B.30.2.SDÜ.0.42.72.00.302-01-08/706 sayılı yazınız.

İlgi yazınızda belirtildiği üzere: Halk Sağlığı Anabilim Dalı öğrencisi Aslı ÖNDER birinci sınıf öğrencilerimizle "Riskli Sağlık Davranışlarının Saptanması" konulu tez çalışması ile ilgili faaliyetlerini yapması Dekanlığımızca uygun görülmüştür.

Gereğini bilgilerinize arz ederim.

Prof.Dr.Cahit BALABANLI
Dekan V.

Posta Adresi:SDÜ Doğu Yerleşkesi Orman Fakültesi 32260/Isparta Telefon:0246-2113833
Belgegeçer:0246-2371810 E-Posta:orman@sdu.edu.tr



T.C.
SÜLEYMAN DEMİREL ÜNİVERSİTESİ
Fen-Edebiyat Fakültesi Dekanlığı

Sayı : B.30.2.SDÜ.0.10.72.00-302.08/136 / 1188
Konu: Aslı ÖNDER'in Tez Çalışma İzni


17 Haziran 2011

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

İlgi : 07/04/2011 tarih ve B.30.2.SDÜ.0.20.10.09.302.14/11 sayılı yazısı

Enstitünüz Halk Sağlığı Anabilim dalı Yüksek Lisans öğrencisi Aslı ÖNDER "Süleyman Demirel Üniversitesi Fakültelerinde Okuyan Birinci Sınıf Öğrencilerinin Riskli Sağlık Davranışlarının Saptanması" konulu tez çalışmasını Fakültemizde yapması Dekanlığımızca uygun görülmüştür.

Bilgilerinize arz ederim.


Prof. Dr. Yusuf AYVAZ
Dekan

Süleyman Demirel Üniversitesi Fen-Edebiyat Fakültesi Çünür Kampüsü 32 260 İSPARTA

☎ : 0 (246) 211 4008

Fax : 0 (246) 237 11 06

<http://www.sdu.edu.tr>

email : suzan@fef.sdu.edu.tr

Ayrıntılı Bilgi :Suzan ERYILMAZ



T.C.
SÜLEYMAN DEMİREL ÜNİVERSİTESİ
İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dekanlığı

Sayı : B.30.2.SDÜ. 0.13.00.01-659/ 670
Konu : Aslı ÖNDER'in Tez Çalışma İzni

SÜLEYMAN DEMİREL ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Bilimleri Enstitü Müdürlüğüne

İlgi: 09.06.2011 tarih ve B.30.2.SDÜ.0.42.72.00.302.01.08/706 sayılı yazınız.

Enstitünüz Halk Sağlığı Anabilim Dalı yüksek lisans öğrencisi Aslı ÖNDER'in "Süleyman Demirel Üniversitesi Fakültelerinde Okuyan Birinci Sınıf Öğrencilerinin Riskli Sağlık Davranışlarının Saptanması" konulu tez çalışması kapsamında yapılacak anket çalışmasının Fakültemiz 1. sınıf öğrencilerine uygulanması Dekanlığımızca uygun bulunmuştur.

Gereğini bilgilerinize arz ederim.

Doç.Dr.Uysal KERMAN
Dekan a.
Dekan Yardımcısı