



T.C.
İZMİR KÂTİP ÇELEBİ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

ÜNİVERSİTE ÖĞRENCİLERİNDE RİSKLİ DAVRANIŞLAR VE
ETKİLEYEN FAKTÖRLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

ELİF DEMİRHAN

ORCID ID: 0009-0001-9743-191X

UZMANLIK TEZİ

TEZ DANIŞMANI

DOÇ. DR. GÜLSEREN PAMUK

İZMİR-2024



T.C.
İZMİR KÂTİP ÇELEBİ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

ÜNİVERSİTE ÖĞRENCİLERİNDE RİSKLİ DAVRANIŞLAR VE
ETKİLEYEN FAKTÖRLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

ELİF DEMİRHAN

ORCID ID: 0009-0001-9743-191X

UZMANLIK TEZİ

TEZ DANIŞMANI

DOÇ. DR. GÜLSEREN PAMUK

İZMİR-2024

İÇİNDEKİLER

Sayfa

| | |
|--|-------------|
| YAYIMLAMA VE FİKRİ MÜLKİYET HAKLARI BEYANI..... | iii |
| ETİK BEYAN..... | iv |
| TEŞEKKÜR | v |
| ÖZET..... | vi |
| ABSTRACT | viii |
| KISALTMALAR | x |
| TABLolar DİZİNİ | xi |
| 1. GİRİŞ VE AMAÇ | 1 |
| 1.1. Problemin Tanımı ve Önemi | 1 |
| 1.2. Araştırmanın Amacı..... | 1 |
| 1.3. Araştırmanın Hipotezleri..... | 1 |
| 1.4. Araştırmanın Önemi ve Yaygın Etkisi | 2 |
| 2.GENEL BİLGİLER..... | 3 |
| 2.1 Üniversite Gençliği | 3 |
| 2.1.1 Gençlik Kavramı..... | 3 |
| 2.1.2 Dünya ve Türkiye'de Genç Nüfus..... | 5 |
| 2.2 Gençlerde Riskli Davranışlar..... | 6 |
| 2.2.1 Antisosyal Davranışlar | 8 |
| 2.2.2 Alkol Kullanımı | 9 |
| 2.2.3 Sigara/Tütün Kullanımı | 10 |
| 2.2.4 İntihar Eğilimi..... | 11 |
| 2.2.5 Beslenme Alışkanlıkları..... | 12 |
| 2.2.6 Okul Terki..... | 13 |
| 2.2.7. Madde Kullanımı..... | 15 |
| 2.3. Aile Hekimliği ve Taramalar..... | 16 |
| 3. GEREÇ ve YÖNTEM..... | 19 |
| 3.1 Araştırmanın Türü..... | 19 |

| | |
|--|-----------|
| 3.2 Araştırmanın Yapıldığı Zaman ve Yer | 19 |
| 3.3 Araştırmanın Evreni ve Örneklemi | 19 |
| 3.4 Araştırmanın Dahil Olma Kriterleri | 19 |
| 3.5 Araştırmanın Dışlama Kriterleri | 19 |
| 3.6 Araştırmanın Değişkenleri | 20 |
| 3.7 Araştırmanın Veri Toplama Araçları | 20 |
| 3.7.1 Sosyodemografik Bilgi Formu..... | 20 |
| 3.7.2 Riskli Davranışlar Üniversite Formu..... | 20 |
| 3.8 Araştırmanın Veri Analizi..... | 21 |
| 3.9 Araştırma Takvimi..... | 22 |
| 3.10 Araştırmanın Etik Kurul İzni | 22 |
| 4. BULGULAR..... | 22 |
| 5. TARTIŞMA | 51 |
| 6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER | 65 |
| 7. KAYNAKLAR | 66 |
| EKLER..... | 77 |
| BENZERLİK DURUM RAPORU (İNTİHAL RAPORU) | 84 |
| ÖZGEÇMİŞ..... | 85 |

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim boyunca bilgisi, tecrübesi ve insanlık değerleriyle örnek aldığım, birlikte çalışmaktan büyük onur duyduğum ve her zaman desteğini yanımda hissettiğim değerli danışman hocam Sayın Doç. Dr. Gülseren PAMUK'a,

Asistanlık dönemim boyunca eğitimime birçok alanda katkı sağlayan değerli hocalarım sayın Prof. Dr. Kurtuluş Öngel'e ,sayın Prof. Dr. Hüseyin CAN'a, sayın Doç. Dr. Esra Meltem KOÇ'a, sayın Doç.Dr. Berna ERDOĞMUŞ MERGEN'e ve sayın Dr. Öğr. Üyesi Serap ÖKSÜZ'e

Üç yıl boyunca birlikte çalıştığım değerli asistan arkadaşlarıma, bölüm personeline, tüm medikososyal ekibe ve her zaman yanımda olup desteklerini esirgemeyen sevgili asistan arkadaşlarıma

Sevgi ve destekleriyle bugünlere gelmemde büyük emekleri olan, her daim arkamda ve yanımda olan canım aileme

Sonsuz sevgi, saygı ve teşekkürlerimi sunarım.

Dr. Elif DEMİRHAN

Kasım-2024

ÖZET

ÜNİVERSİTE ÖĞRENCİLERİNDE RİSKLİ DAVRANIŞLAR VE ETKİLEYEN FAKTÖRLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Elif DEMİRHAN

İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği

Anabilim Dalı Uzmanlık Tezi, İzmir, Türkiye, 2024

Amaç: Bu çalışmanın amacı; İzmir Katip Çelebi Üniversitesi'nde eğitim görmekte olan öğrencilerde riskli davranışlar ve etkileyen faktörlerin değerlendirilmesidir.

Gereç ve Yöntem: Kesitsel nitelikte olan bu çalışmaya İzmir Katip Çelebi Üniversitesinde eğitim gören, araştırmaya gönüllü olarak katılmayı kabul eden öğrenciler çalışmaya dahil edilmiştir. Çalışma 01.05.2024 ile 31.10.2024 tarihleri arasında yapılmıştır. Çalışmanın örneklem büyüklüğü open epi hesaplama aracılığı ile hesaplanmıştır. İzmir Katip Çelebi Üniversitesi'nde öğrenim gören öğrenci sayısı 18.610 kişi olduğundan sıklık bilinmeyen sıklık olarak %50 olarak alındığında %95 güven aralığı %80 güç %5 hata payı ile en az örneklem sayısı 40 kişi olarak belirlenmiştir Toplam 405 kişiye ulaşılmıştır. Eksik ya da uygunsuz doldurulan 23 anket çalışma dışı bırakılmıştır. Çalışma 382 kişinin verileriyle yapılmıştır. Verilerin toplanmasında Sosyodemografik Bilgi Formu, Riskli Davranışlar Üniversite Formu Anketi kullanılmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde; Kolmogorov-Smirnov testi, Mann-Whitney U testi, Kruskal Wallis testi ve Spearman korelasyon testi ve post hoc alt grup analizleri kullanılmıştır.

Bulgular: Çalışmaya 382 öğrenci dahil edilmiştir. Katılımcıların yaş ortalaması 21.55 ± 1.79 (Median: 22.00, min: 18.00, max: 24.00) idi. Katılımcıların 234'ü (%61.3) kadın, 148'i (%38.7) erkekti. Yaş parametresi, cinsiyet, aile yapısı, anne eğitim durumu, baba eğitim durumu, anne çalışma durumu, öğrencilerin öğrenim gördükleri bölüm ve sınıf, yaşadıkları yer, sigara kullanım durumu, alkol kullanım durumu ve sağlık sorununda ilk başvuru merkez ile riskli davranışlar anket toplam puanı arasında anlamlı ilişki bulundu. Aile birlikteliği, baba çalışma durumu, kayıtlı

olunan aile hekimini tanıma, şimdiye kadar aile hekimine başvuru sayısı ve katılımcıların aile hekimi ile riskli davranışlar hakkında görüşme durumu ile riskli davranışlar anket toplam puanı arasında anlamlı ilişki bulunmadı.

Sonuç: Katılımcıların Riskli Davranışlar Ölçeği alt boyutlarından elde ettikleri puan ortalamaları, üniversite öğrencileri üzerinde aynı ölçekle yapılan önceki çalışmalarda elde edilen bulgularla uyum göstermektedir. Literatürle uyumlu olarak yapılan araştırmalarda, riskli davranışlar (antisosyal davranışlar, alkol kullanımı, sigara kullanımı, intihar eğilimi, beslenme alışkanlıkları, okul terki, madde kullanımı) arasında zayıf ile orta düzeyde, pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı ilişkiler tespit edilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Riskli Davranışlar, Üniversite Öğrencileri, Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri, Aile Hekimliği

ABSTRACT

EVALUATION OF RISKY BEHAVIORS AND THE FACTORS AFFECTING THEM IN UNIVERSITY STUDENTS

Elif DEMİRHAN

Izmir Katip Celebi University, Faculty of Medical Sciences,

Family Medicine Medical Specialization Thesis, Izmir, Türkiye, 2024

Aim: The aim of this study is to evaluate risky behaviors and the factors affecting them in students studying at İzmir Katip Çelebi University.

Methods: This cross-sectional study included students studying at İzmir Katip Çelebi University who volunteered to participate in the research. The study was conducted between 01.05.2024 and 31.10.2024. The sample size of the study was calculated using the OpenEpi calculation tool. Since the number of students enrolled at İzmir Katip Çelebi University is 18.610, and the frequency is assumed to be 50% with an unknown distribution, the minimum sample size was determined to be 377 participants with a 95% confidence interval, 80% power, and a 5% margin of error. A total of 405 participants were reached. However, 23 questionnaires were excluded from the analysis due to incomplete or inappropriate responses. Therefore, the final analysis was conducted on the data of 382 participants.

Results: A total of 382 students participated in the study. The mean age of the participants was 21.55 ± 1.79 (Median: 22.00, min: 18.00, max: 24.00). Among the participants, 234 (61.3%) were female, and 148 (38.7%) were male. Significant relationships were found between the total score of the Risky Behaviors Questionnaire and variables such as age, gender, family structure, maternal education level, paternal education level, maternal employment status, students' field and year of study, place of residence, smoking status, alcohol use, and the first healthcare center consulted for health problems. However, no significant relationship was found between the total score of the Risky Behaviors Questionnaire and variables such as

family cohesion, paternal employment status, familiarity with the registered family physician, the number of previous visits to a family physician, or discussions with the family physician about risky behaviors.

Conclusion: The mean scores obtained from the subscales of the Risky Behaviors Scale are consistent with the findings from previous studies conducted on university students using the same scale. In line with the literature, studies have found weak to moderate, statistically significant positive relationships between risky behaviors (antisocial behaviors, alcohol use, cigarette smoking, suicidal tendencies, eating habits, school dropout, and substance use).

Keywords: Risky Behaviors, University Students, Primary Healthcare Services, Family Medicine

KISALTMALAR

ABD: Amerika Birleşik Devletleri

BM: Birleşmiş Milletler

BMI: Vücut Kitle İndeksi

CDC: Centers for Disease Control and Prevention

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

İKÇÜ: İzmir Katip Çelebi Üniversitesi

PSM: Periyodik Sağlık Muayenesi

RDÖÜF: Riskli Davranışlar Ölçeği Üniversite Formu

SPSS: Statistical Packet for The Social Science

TABLolar DİZİNİ

Tablo 1: Katılımcıların Sosyodemografik Verileri

Tablo 2: Katılımcıların Aile Türü-Durumu, Anne-Baba Eğitim Düzeyi ve Çalışma Durumu

Tablo 3: Katılımcıların Sigara-Alkol Kullanım Alışkanlıkları ve Kronik Hastalık Varlığı

Tablo 4: Katılımcıların Kayıtlı Olduğu Aile Hekimini Tanıma, Sağlık Sorununda İlk Başvurdukları Kurum ve Aile Hekimine Başvuru Sayısı

Tablo 5: Katılımcıların Riskli Davranışlar Konusunda Aile Hekimleriyle Görüşme Deneyimleri

Tablo 6: Katılımcıların Riskli Davranışlar Konusunda Aile Hekimi Dışında Başka Bir Doktor, Sağlık Çalışanı, Öğretmen veya Eğitimciyle Görüşme Deneyimleri

Tablo 7: Riskli Davranışlar Ölçeğine İlişkin Median, Minimum ve Maximum Değerleri

Tablo 8: Yaş ile Riskli Davranışlar Ölçeği Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi

Cinsiyet ile Riskli Davranışlar Ölçeği Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi

Tablo 10: Aile Yapısı ile Riskli Davranışlar Ölçeği Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi

Tablo 11: Aile Birlikteliği ile Riskli Davranışlar Ölçeği Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi

Tablo 12: Anne Eğitim Düzeyi ile Riskli Davranışlar Ölçeği Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi

Tablo 13: Baba Eğitim Düzeyi ile Riskli Davranışlar Ölçeği Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi

Tablo 14: Anne Çalışma Durumu ile Riskli Davranışlar Ölçeği Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi

Tablo 15: Baba Çalışma Durumu ile Riskli Davranışlar Ölçeği Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi

Tablo 16: Katılımcıların Üniversitede Öğrenim Gördükleri Bölüm ile Riskli Davranışlar Ölçeği Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi

Tablo 17: Katılımcıların Okudukları Sınıf ile Riskli Davranışlar Ölçeği Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi

Tablo 18: Öğrenim Boyunca Kaldıkları Yer ile Riskli Davranışlar Ölçeği Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi

Tablo 19: Sigara (Tütün) Kullanımı ile Riskli Davranışlar Ölçeği Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi

Tablo 20: Alkol Kullanımı ile Riskli Davranışlar Ölçeği Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi

Tablo 21: Kayıtlı Olduğu Aile Hekimini Tanıma ile Riskli Davranışlar Ölçeği Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi

Tablo 22: Sağlık Sorununda İlk Başvurulan Merkez ile Riskli Davranışlar Ölçeği Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi

Tablo 23: Şimdiye Kadar Aile Hekimine Kaç Defa Gittiği ile Riskli Davranışlar Ölçeği Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi

Tablo 24: Katılımcıların Aile Hekimi ile Riskli Davranışlar Hakkında Görüşme Durumları ile Riskli Davranışlar Ölçeği Toplam Puanı Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi

1. GİRİŞ VE AMAÇ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), adolesan dönemi 10-19 yaş arası olarak tanımlarken, gençlik dönemini 20-24 yaşları arasında kabul etmektedir. DSÖ, 10-24 yaş arasındaki bireyleri genel olarak 'genç insanlar' olarak nitelendirmektedir. Bu tanımlamaya göre, Türkiye'deki her dört kişiden biri 10-24 yaş arasındaki gençlerden oluşmaktadır (1).

18-22 yaş aralığındaki üniversite yılları; gençlerin kimliklerini geliştirdiği, bağımsızlık kazandığı ve çeşitli riskler almaya daha açık olduğu bir dönemdir. Bu süreçte, kişisel kararlar alma yetenekleri artarken, aynı zamanda kendilerini keşfetme, sosyal ilişkilerini güçlendirme ve değerlerini belirleme fırsatı bulurlar. Bu dönemdeki deneyimler, kişilik gelişimleri ve cinsel kimlik kazanmaları açısından kritik öneme sahiptir. Gençlerin risk alma davranışları bazen sağlığa zararlı alışkanlıkların gelişmesine yol açabilir. Bu durum, fiziksel ve zihinsel sağlık üzerinde ciddi etkilere neden olabilir. Üniversite öğrencileri, daha özgür bir ortamda bulunmaları ve eğitim süreçlerinin getirdiği bilgi birikimi ile farklı değer yargılarına sahip olabildiklerinden, riskli davranışlar gibi konularında, diğer gruplardan ayrı olarak değişik tutum ve davranışlar sergileyebilmektedirler (2).

1.2. Araştırmanın Amacı

Bu çalışmanın amacı; İzmir Katip Çelebi Üniversitesi'nde eğitim görmekte olan öğrencilerde riskli davranışları ve etkileyen faktörleri incelemektir.

1.3. Araştırmanın Hipotezleri

Genç yaş grubu içinde yer alan üniversite öğrencilerinde riskli davranışları sosyodemografik özellikler daha fazla etkiler.

1.4. Araştırmanın Önemi ve Yaygın Etkisi

Bu çalışmada üniversite öğrencilerinde riskli davranışların sosyodemografik özelliklere göre değişiklik gösterdiği vurgulanmak istenmiştir. Ayrıca aile hekimliğine başvuran ergen yaş grubundaki üniversite öğrencilerinde birinci basamak ergen izlemleri kapsamında riskli davranışların sorgulanması gerektiğine dikkat çekilmek istenmiştir.



2.GENEL BİLGİLER

2.1 Üniversite Gençliği

2.1.1 Gençlik Kavramı

Dünya Sağlık Örgütü, 10-19 yaş arasını "adölesan dönem", 20-24 yaş arasını "gençlik dönemi" ve 10-24 yaş aralığını ise "genç insanlar" olarak tanımlamaktadır (3). Birleşmiş Milletler (BM) Çocuk Hakları Sözleşmesi'ne göre, 18 yaşından küçük herkes çocuk olarak kabul edilmektedir. Birleşmiş Milletler (BM), zamanla adölesan dönemini 10 ile 19 yaş arasındaki yaş dilimi olarak belirlemiştir (4). Adölesan dönem; fiziksel olarak belirgin değişikliklerin yanı sıra bilişsel ebeveyn ve sosyal gelişimi de kapsamaktadır. Bu dönem çocukluktan yetişkinliğe gelişen bir geçiş evresi olarak kabul edilir (5). Ergenlerin geleceğe yönelik önemli bir rol oynayan bu dönemi sağlıklı bir şekilde atlatması, hem kişisel hem de toplumsal gelişimleri için önemli bir faktör olarak kabul edilmektedir (6). Amerika Birleşik Devletleri Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezi (CDC), ergenlerde yaygın olan altı temel riskli sağlık davranışını şöyle sıralamaktadır: fiziksel aktivite eksikliği, sağlıksız beslenme, sigara ve alkol kullanımı, riskli cinsel davranışlar ve şiddet eğilimi. Riskli davranışlar, bireyin bulunduğu sosyal çevre, sahip olduğu değer yargıları ve kişisel deneyimleri tarafından şekillenir. Sağlığı olumsuz etkileyen ve ciddi hastalık, yaralanma veya ölüm riskini artıran davranışlar; alkol ve madde kullanımı, riskli cinsel davranışlar, dengesiz yeme davranışları ve fiziksel aktivite yetersizliği şeklinde ifade edilmektedir (7,8).

Üniversite yılları olarak tanımladığımız 18–25 yaş aralığı çeşitli isimlerle anılabilmektedir. Bu dönem genç bireylerin hayatlarında önemli değişikliklerin yaşandığı ve “gecikmiş ergenlik” ya da “genç yetişkinlik” olarak tanımlanabilecek bir evredir (9). Bu dönemin kendine özgü özellikleri vardır. Genç yetişkinler, kendi kimliklerini oluşturma ve kişisel değerlerini belirleme konusunda yoğun bir çaba içindedirler. Bu, hem akademik hem de mesleki hedeflerin belirlenmesiyle ilgilidir. Üniversite yılları, bireylerin ailelerinden bağımsızlaşma ve kendi başlarına kararlar

alma dönemidir. Bu dönem finansal bağımsızlık, yaşam alanının yönetimi ve kişisel sorumlulukları içerir. Bu dönemde sosyal çevre genişler ve ilişkilerde daha derin bir anlayış geliştirilir. Bu dönemde bireyler, ailelerinden ve eski sosyal çevrelerinden bağımsızlaşmak isterler. Kendi başlarına yaşamaya, kararlar almaya ve sorumluluk taşımaya başlarlar. Kendi yaşamlarına dair önemli kararları almak, akademik ve kişisel seçimlerde bulunmak bu dönemin temel özelliklerindedir. Sosyal etkileşimler ve arkadaşlıklar bu dönemde ön plana çıkar. Yaşlılarıyla ilişkiler geliştirmek ve sosyal çevre oluşturmak önemli bir rol oynar (10).

Üniversiteye başlamak, gençler için hayatlarında önemli bir geçiş noktasıdır. Bu dönemde yaşanan değişimler ve yeni deneyimler, gençlerin hem kişisel hem de sosyal gelişmelerini etkileyebilir. Ergenlik ve genç yetişkinlik dönemi, riskli davranışlar açısından önemli bir dönemdir ve bu geçiş sürecinde bazı riskler ve tehlikeler öne çıkabilir ve bu durum riskli davranışlara eğilimi arttırabilir. Öğrencilerin içinde bulunduğu ergenlik ve genç yetişkinlik dönemi, riskli davranışlar açısından büyük bir öneme sahiptir. Bu dönemde genç bireylerin yaşamında meydana gelen değişiklikler ve gelişim süreçleri oldukça karmaşık ve çok boyutlu olabilir. Endişe ve kaygı duyguları ön plandadır. Gelecek hakkında belirsizlikler ve endişeler, kariyer planlaması, yaşam hedefleri gibi konular bu dönemde sıkça yaşanan kaygılar arasında yer alır. Bu dönemde stres yönetimi zorlaşabilir. Gelecek kaygıları, akademik ve kişisel baskılar, sınırları zorlayıcı davranışlar (örneğin aşırı risk alma davranışları) ve şiddet gibi konular, stres seviyelerini artırabilir. Sigara, alkol ve uyuşturucu kullanımı gibi riskli davranışlar, gençlerin sağlıklarını olumsuz etkileyebilir. Ayrıca korunmasız ilişkiler de sağlık risklerini artırabilir. Yoğun yaşam temposu, sosyal etkinlikler ve düzensiz uyku alışkanlıkları nedeniyle kötü beslenme (örneğin ayaküstü atıştırma ve yetersiz beslenme) yaygın olabilir. Bu dönemde bireylerin karşılaştığı zorlukları aşabilmeleri ve sağlıklı bir yaşam sürdürebilmeleri için destekleyici yaklaşımlar ve farkındalık önemlidir. Psikolojik destek, sağlıklı yaşam alışkanlıkları geliştirme ve stres yönetimi konularında eğitimler, genç yetişkinlerin bu dönemi daha sağlıklı ve verimli bir şekilde atlattıklarına yardımcı olabilir (10).

Üniversite yıllarında alınacak önlemler, gençlerin sağlık davranışlarını iyileştirmede ve yaşam kalitelerini artırmada kritik bir rol oynar. Özellikle gençlik döneminde sağlıklı alışkanlıkların teşvik edilmesi, hem mevcut hem de gelecekteki sağlık sorunlarının önlenmesi açısından büyük önem taşır. Bu bağlamda, yapılacak çalışmaların artırılması gerekliliği öne çıkmaktadır. Planlanan çalışmanın amacı ve bu amaç doğrultusunda atılacak adımlar gençlerin sağlık davranışlarını daha iyi anlamak ve yaşam kalitelerini artırmak amacıyla bilimsel verilerle desteklenen etkili stratejilerin geliştirilmesine yardımcı olabilir (11).

2.1.2. Dünya ve Türkiye’de Genç Nüfus

20. yüzyılda tıbbın ilerlemesi ve sağlık hizmetlerine erişimin kolaylaşması, yaşam süresinin uzamasında önemli rol oynamıştır. 2000-2005 ile 2010-2015 yılları arasında doğumda beklenen yaşam süresi yaklaşık dört yıl artarak ortalama 67'den 71 yıla yükseliş göstermiştir. Gelecek öngörülleri, 2045-2050 yıllarında yaşam beklentisinin 77 yıl, 2095-2100 yıllarında ise 83 yıl olacağını göstermektedir. Özellikle 0-5 yaş grubundaki genç ölümlerinin azalması dikkat çekicidir. Bu dönemde, 2000-2005 ile 2010-2015 yılları arasında beş yaş altı çocuklar arasındaki ölüm oranlarında belirgin ölçüde düşüş yaşanmıştır. Sahra-altı Afrika gibi bölgelerde bu düşüş, 1.000'de 141'den 95'e, en az gelişmiş ülkelerde ise 1.000'de 123'ten 83'e kadar inmiştir. Bu veriler, tıbbi ilerlemelerin ve sağlık hizmetlerine erişimin artmasının, toplum sağlığını nasıl olumlu etkilediğini ortaya koymaktadır (12).

2017 yılı ortasında 7.6 milyar olan dünya nüfusunun, 2030 yılına kadar 8.6 milyara çıkması tahmin edilmektedir. Dünya genelinde doğurganlık oranları düşerken, yaşam beklentisi artmaktadır. Bu süreç, popülasyon yaşlanması olarak adlandırılmakta ve dünya genelinde gözlemlenmektedir. Ancak bazı bölgelerde, özellikle Afrika’da nüfus hala genç kalmaktadır. Örneğin, 2017’de Afrika’daki nüfusun yüzde 41’i 15 yaşın altındaki çocuklardan oluşurken, 15-24 yaş arasındaki gençler de nüfusun yüzde 19’unu temsil etmektedir (12). Diğer yandan, doğurganlık oranlarında daha belirgin düşüş olan Latin Amerika - Karayipler ve Asya, daha

düşük çocuk yüzdelerine sahip olup sırasıyla %25 ve %24 oranlarını göstermektedir. Ancak bu bölgelerdeki genç nüfus yüzdeleri benzer seviyelerde kalmaktadır (%17 ve %16). Genel olarak, dünya nüfusunun yaklaşık %15'ini 15-24 yaş arasındaki genç bireyler oluşturmaktadır ve bu oranın yüzyıl boyunca değişmeden sabit kalması ve bir şekilde devam etmesi beklenmektedir (12). Popülasyondaki yaşlanmaya karşın, dünya genelinde 10 ile 24 yaş arasındaki yaklaşık 1.8 milyar genç birey mevcuttur. Bu genç nüfus, ekonomik ve sosyal gelişme için olağanüstü bir potansiyel sağlamaktadır (13).

Türkiye'de Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi 2017 verilerine göre, 15-24 yaş arasındaki genç nüfus sayısı 12.989.042 olarak belirlenmiştir. Bu yaş grubu, toplam nüfusun %16.3'ünü oluşturmaktadır (14). Türkiye, yaşlanan bir nüfus yapısı olmasına rağmen, yapılan nüfus projeksiyonları, nüfus artışının genç insan yüzdesinin azalmasına yol açacağını göstermektedir (15).

2.2 Gençlerde Riskli Davranışlar

Bireylere potansiyel zarar verme ya da önemli zarar riski taşıyan eylemler, riskli davranışlar olarak adlandırılır. Bu tür davranışlar, kişilerin yaşamlarındaki potansiyellerini gerçekleştirmelerini engelleyebilir ve ciddi sağlık sorunlarına ya da ölümlere neden olabilir (16). Riskli davranışların ortaya çıkışı, bireyin genetik ve biyolojik yapısı, gelişim süreçleri, kültürel değerler ve toplumsal yapı gibi birçok faktörden etkilenmektedir (17).

Riskli davranışların en belirgin olarak gözlemlendiği dönem, ergenlik dönemidir ve bu davranışların, ergen bireylerin gelişimi ve yaşamları üzerinde kötü etkiler bıraktığı belirtilmektedir. Jessor'a göre, bu tür eylemler, ergenlerin gelişim süreçlerinde yapmaları gereken görevleri başarılı bir şekilde tamamlamalarını zorlaştırmanın yanında, başarı hissi duymalarını da engelleyerek bundan sonraki gelişim aşamasına geçişlerini olumsuz etkiler (18).

Madde kullanımı, korunmasız cinsel aktivite ve şiddet eğilimi gibi riskli davranışlar, genç bireylerin mevcut sağlık ve yaşam kalitesini olumsuz etkilediği gibi, erişkinlik dönemlerinde de sağlık ve sosyal durumları üzerinde olumsuz etkiler bırakmaktadır (19). Başlangıçta bu alandaki araştırmalar, kağıt üzerinde suç sayılmayan ancak risk oluşturan alkol kullanımı, madde kötüye kullanımı ve şiddet eğilimi gibi konulara odaklanmış ve bu davranışların birbirleriyle ilişkili olduğu kanıtlanmıştır. İlerleyen dönemlerde yapılan çalışmalar, erken ve korunmasız cinsel aktivite, sigara kullanımı, düzensiz yeme alışkanlıkları ve düşük düzeyde fiziksel aktivite gibi ek alanları da riskli davranışlar arasında değerlendirmiş ve bunların, önceki konularla korelasyon gösterdiğini ortaya koymuştur (20). Bazı gençler, stres ve zorluklarla başa çıkmak için risk almayı tercih etmektedir. Kişilik özellikleri, risk alma eğilimlerini etkileyebilir; özellikle biyolojik olarak daha erken gelişim gösteren gençlerde bu davranışlar daha yaygındır. Fiziksel, psikolojik ve sosyal gelişim süreçlerinde, gençler hangi davranışları sergilemeleri gerektiğini belirlemede güçlük yaşayabilirler. Gençler genellikle risk alma davranışlarını sorun olarak değil, çözüm olarak değerlendirme eğilimindedirler (21).

Gençlik döneminde ilk kez deneyimlenen pek çok davranış, bireyin yaşamı boyunca sağlığını iyi ya da kötü yönde etkileyebilir. Bu dönemde edinilen ve pekiştirilen davranışlar, sağlığı etkileyen faktörlerin belirleyicisi olmaktadır. Davranışların sağlığa olan etkileri, anında, gecikmeli ya da uzun vadede kendini gösterebilir. Bir riskli sağlık davranışı, diğer risk alma davranışlarının meydana gelmesine yol açabilir. Ayrıca, birden fazla riskli davranış bir araya geldiğinde, sorunların artarak meydana gelmesine neden olabilir (21). Antisosyal davranışlar, sigara kullanımı, alkol ve madde kullanımı, intihar eğilimi, sağlıksız beslenme alışkanlıkları, okul terki ve madde kullanımı, başlıca riskli davranışlar arasında yer almaktadır. Bu tür davranışlar aşağıda kısaca tanımlanmıştır.

2.2.1 Antisosyal Davranışlar

Antisosyal davranışlar; başkalarının haklarını ihlal eden ve toplumsal normlara aykırı olan, çeşitli şekillerde ortaya çıkan eylemleri tanımlamak için kullanılan bir tanımlamadır (22). Başka bir tanıma göre "antisosyal davranış" kavramı; bireyin yalnızca yakın çevresindekilere değil, daha uzakındaki kişilere de rahatsızlık, telaş, stres ve korku gibi duygular yaşatabilecek ya da bu duyguların oluşmasına neden olabilecek tutum ve hareketler olarak tanımlanmaktadır (23). Antisosyal davranış terimi incelendiğinde, oldukça geniş bir yelpazeyi kapsadığı ve bu davranışların bir kısmının, kültürel ve toplumsal normlara bağlı olarak farklı algılanabileceği öngörülebilir. Bu nedenle bazı otoriteler, bu tanıma "belirli bir kültüre göre" ifadesini de eklemektedir (24). The Times dergisi, 1993 yılında "antisosyal" kavramı için 74 referans sunmuşken, bu sayı 2003 yılına kadar 292'ye çıkmış ve hâlâ artış göstermektedir (25). Antisosyal davranışların gelişiminde risk faktörleri arasında; düşük sosyoekonomik statü, okulda başarısızlık, istismar geçmişi, ebeveynlerle yaşanan çatışmalar, ayrı yaşayan veya boşanmış aileler, ebeveynlerin suça karışma geçmişi, ebeveynlerde zihinsel rahatsızlık veya madde kullanımı geçmişi, zayıf aile ilişkileri, aile içi şiddet ve kalabalık aile yapısı sayılabilir (26). Bazı araştırmacılara göre, antisosyal davranışlar suç eylemlerinin erken aşamalarını temsil etmektedir. Bu tür davranışlar, okulda başarısızlık, sosyal ve duygusal gelişimdeki aksaklıklar, akranlar tarafından dışlanma gibi durumların yanı sıra, sonunda yasal olarak suç sayılan eylemlerin potansiyel nedenleri arasında yer almaktadır (27). Antisosyal davranışlar, diğer ruhsal sağlık sorunlarıyla bir arada görülebilir ve hem bireyler hem de toplum için önemli maddi ve manevi yükler oluşturur. Ayrıca, sağlık sisteminin geniş bir kısmını, sosyal hizmetleri, eğitim kurumlarını ve adalet sistemini de etkiler. Bu nedenle, antisosyal riskli davranışlar yalnızca bireyin ve yakın çevresinin değil, tüm toplumun bir sorunu olarak değerlendirilmelidir (26). Türkiye'de gerçekleştirilen bir araştırmada, şiddet içeren suçlar işlemiş antisosyal bireylerde ailenin sosyoekonomik ve eğitim seviyelerinin düşük, aile bağlarının ve ebeveyn-çocuk bağlarının yetersiz olduğu belirlenmiştir. Bu kişilerin babalarının suç geçmişine sahip oldukları, ailede yoğun şiddete maruz kalıp karşılaştıkları ve çocukluklarında ihmale uğradıkları tespit edilmiştir. İlk suç eğilimlerinin genellikle 16 yaşlarında

başladığı ve askerlik dönemlerinde önemli disiplin sorunları yaşadıkları gözlemlenmiştir (28). Antisosyal davranış sergileyen bireylerde, dürtü kontrolü sorunları olduğu ve tepkilerinin kontrolsüz olduğu gözlemlenmiştir. Bu bireylerde başkalarını suçlama eğilimi, sorumluluk almaktan kaçınma, hiperaktivite, özdeğerlendirme sırasında objektif olamama ve empati yapmada yetersizlik gibi ortak özellikler de bulunmaktadır (29). Ayrıca, yapılan araştırmalarda antisosyal kişilik bozukluğu, saldırganlık, alkol tüketimi ve alkol bağımlılığı, bu durumlarla ilişkilendirilen suçlar arasında önemli bir bağ olduğu saptanmıştır (30). Bu davranışların ve yarattıkları etkilerin üstesinden gelebilmek için, durumu topluma yön veren geniş çevrelerin tanınması önemlidir. Bu gruplar arasında öğretmenler, sosyal hizmet uzmanları, topluluklar, dernekler, birinci basamak sağlık çalışanları ve ebeveynler yer almaktadır. Bu kesimlerin, antisosyal davranışları yalnızca "basit" bir yaramazlık ya da "zor" bir karakter özelliği olarak değil, önemli psikolojik ve/veya biyolojik patolojilerden kaynaklanan durumlar olarak değerlendirmeleri ve etkili tedavi yöntemlerine yanıt verebileceğini bilmeleri gerekmektedir (31).

2.2.2. Alkol Kullanımı

2002 Dünya Sağlık Raporu'na göre, alkol, sağlık için 10 temel risk faktöründen biri olarak değerlendirilmekte ve alkol ile madde bağımlılığı, gençler arasında ölüm ve hastalık oranlarının başlıca sebeplerindedir (32). Alkol bağımlılığı; içeriğinde alkol olan içeceklerle bireyin fiziksel ve ruhsal sağlığına zararı olcacak derecede tutku ve bağıllık şeklinde ifade edilmektedir (33). Alkol kullanımı, madde bağımlılığının yanı sıra yaralanmalara, ruhsal ve davranışsal bozukluklara, gastrointestinal rahatsızlıklara, kanser türlerine, kalp damar hastalıklarına, bağışıklık sistemi bozukluklarına, akciğer hastalıklarına, embriyo hasarlarına, düşük doğum ağırlığına ve düşük riskinin artması gibi pekçok farklı hastalık ve rahatsızlığa yol açabilmektedir (34). İnsan vücudu üzerinde zararlı etkileri bulunan alkol, kolay erişilebilirliği ve toplumda kullanım sıklığındaki artış nedeniyle büyük bir toplumsal tehdit oluşturmaktadır. Ayrıca; alkol tüketimi, şiddet ve kaza yatkınlığını artırmasıyla da dikkat çekmektedir (35). Gençlere alkol ve uyuşturucu madde kullanımı teşvik

eden birçok risk faktörü tanımlanmıştır. Bu faktörler arasında en belirgin olanları, ailesel etkenler, arkadaşları ve okuldaki çevresi, kişinin kendine özgü özellikleri ve başka riskli davranışların eşlik etmesidir (36). Alkolün birey üzerinde yarattığı etkileşim, toplumsal davranışlar, keşfetme isteği, alkol kullanımında kaygının azaltacağına dair inanç, alkol tüketenleri rol model olarak görme, bireylerin karakteristik özellikleri, deneyim kazanma isteği ve alkolün kolay erişilebilirliği, insanların alkolü tüketme nedenleri arasında en önemli etmenler olarak değerlendirilmektedir (37). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), dünya genelinde 15-29 yaş arası genç ölümlerinin %5'inin alkol tüketimine dayandığını ve 140 milyon kişinin alkol bağımlılığından muzdarip olduğunu işaret etmektedir (38). 2012 yılında, dünya genelindeki ölümlerin %5.9'u alkol tüketimiyle ilişkilendirilmiştir. Amerika'da ise üniversite öğrencilerinin dördünden biri, alkol kullanımı sorunları nedeniyle akademik başarıda azalma yaşadığını bildirmektedir (39). Ülkemizde üniversite öğrencilerinde alkol tüketim oranlarını ölçen araştırmalarda, alkol kullanım oranı %26.7 ile %76 arasında değişiklik göstermektedir (40-43).

2.2.3. Sigara / Tütün Kullanımı

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'ne göre, sigara kullanımı en belirgin engellenebilir ölüm sebepleri arasında yer almakta ve bağımlılık türleri arasında en yaygındır (44). Tütün kullanımı, dünya genelinde karşılaşılan halk sağlığı için en büyük tehditlerden biri olup, her yıl 7 milyonu aşkın ölüme yol açmaktadır. Ölüm oranlarının 6 milyondan çoğu direkt tütün kullanımıyla ilgiliyken, 890 bini sigara kullanmayanların sigara dumanından etkilenmesi nedeniyle gerçekleşmektedir (45). DSÖ'nün 2008 senesinde yayımladığı rapora göre, acil önlemler alınmazsa, 2030 yılı itibarıyla tütün tüketimi sebebiyle her sene 8 milyonu gecik kişinin öleceği öngörülmektedir. Bunun yanı sıra, 2030'daki tütün kaynaklı ölümlerin %80'i kalkınmakta olan ülkelerde gerçekleşeceği ve 21. yüzyıl süresince toplamda 1 milyar insanın tütün tüketimi nedeniyle hayatını kaybetmesi beklenmektedir (46). Tütün ürünleri kullanımı, kalp ve damarsal rahatsızlıklar, akciğer rahatsızlıkları ve çeşitli kanser türlerinin risklerinden olmasının yanında, dünya genelinde geniş çapta

kullanılmaya devam etmektedir (47). Nikotin, şu zamana kadar bağımlılık yaratan maddeler arasında en güçlü etkiye sahip olanıdır. Bu nedenle, tütün ürünlerini denemiş olan gençlerin her iki kişisinden biri, bağımlı hale gelerek kullanmayı sürdürmektedir (48). Gençler, sigara, alkol ve uyuşturucu gibi bağımlılık yapan maddelerin kullanımı açısından en riskli gruplardan birini oluşturmaktadır. Bu dönemde, bireyin ailesi ve arkadaş çevresi önemli bir rol oynamaktadır. Özellikle ailede sigara içilmesi, gençler için olumsuz bir örnek teşkil ederek onların bu alışkanlıklara yönelmesini artırabilir. Ayrıca, sigara kullanımı gençlerin psikoaktif maddeleri tüketmesi açısından da önemli bir öncü faktör olabilir (49). Dünya genelinde sigara içenlerin %80 lik kısmının üzerindeki, sigara kullanmaya 18 yaşından önceki dönemde başladığı ve genç yaşta sigara içmeye başlayanların bu alışkanlığı davranışa dönüştürdüklerinin üniversite zamanlarında ortaya çıktığı bildirilmiştir (50). Üniversite öğrencileri arasında sigara kullanımını inceleyen ve 1734 öğrencinin yer aldığı araştırmada, katılımcıların %31.6'sının bir aydan fazla zamandır her gün sigara içtiği, bu grupta %66.1 erkek ve %33.9 ise kadın katılımcı bulunduğu belirlenmiştir (51). Ülkemizde sigara içenlerin büyük bölümünün sigarayı 20 yaşından önce kullanmaya başladığı gözlemlenmektedir (48). Küresel Yetişkin Tütün Araştırması'nın sonuçlarında, Türkiye'de 15 yaş ve üstündeki kişilerin %27 lik kısmı tütün ve tütün ürünlerini tüketmektedir (52). Türkiye'de yapılan çeşitli araştırmalar, gençler arasında sigarayı deneme ve kullanma oranlarının oldukça yüksek olduğunu ortaya koymakta, üniversite öğrencilerinde sigara içme oranlarının ise %14 ile %48 arasında değiştiğini göstermektedir (53-57).

2.2.4 İntihar Eğilimi

İntihar, kişinin kendine yönelik bir saldırı ve ortadan kaldırma eylemiyle bilinçli bir şekilde yaşamına son vermesidir. Ölümle sonuçlanacağı önceden bilinen olumlu veya olumsuz bir eylemin doğrudan ya da dolaylı sonuçlarıyla meydana gelen her ölüm olayı intihar olarak tanımlanmaktadır (58). Eğer bireyin hayatına son verme amacıyla yaptığı eylemleri, yaşamının sona ermesine yol açmıyorsa, bu durum intihar girişimi olarak tanımlanır. Hayatına son verme girişiminde bulunan bireyler,

türlü sebepler ve durumlar etkisinde bu eylemi uygulayabilirler (59). İntihar eğilimi, kişilerde intihar etme riski olarak tanımlanmaktadır. Yaşama isteksizliği, öz sevgi eksikliği, kendini düşman olarak algılama, hayata karşı umutsuzluk, olumlu bir öz değerlendirme yapamama ve intihar düşünceleri, intihar riskinin önemli değişkenleri arasında yer almaktadır (60). Yapılan araştırmalara göre, yaklaşık elli sene önce ergen olanlar genellikle doğal nedenlerden dolayı yaşamlarını yitirirken, günümüz zamanında önlenebilir sebeplerle hayatlarını yitirmektedirler. Bu durumun arkasında yatan faktörlerden biri, gelişmiş ve hâlâ gelişmekte olan ülkelerde artan intihar oranlarıdır. Amerika'da ergenlerin ölüm sebepleri sıralamasında ilk sırayı cinayet, ikinci sırayı kazalar, üçüncü sırayı ise intihar almaktadır (61). Çocuklar ve gençler üzerinde yapılan bir araştırmada, intihar risk faktörleri ve intihar girişimlerinin sıklığı incelenmiş ve intihar girişiminde bulunan öğrenciler ile bulunmayanlar karşılaştırılmıştır. Bu çalışmada, aile içindeki sorunların varlığı, ailede psikiyatrik rahatsızlık geçmişi ve yasaklı madde kullanımı, intihar girişimiyle ilişkili öne çıkan risk unsurları olarak tanımlanmıştır (62). İntihara karşı toplumsal bir yanıt geliştirmek için sistematik bir yaklaşım, ulusal bir intihar önleme stratejisi oluşturmayı gerektirir. Bu hedefe ulaşmak için, koruma stratejisinin yalnızca sağlık alanıyla sınırlı kalmayıp, eğitim, güvenlik, sosyal yardım ve adalet sistemi gibi birçok alana da yayılması amaçlanmaktadır (63). Bu toplumsal önleme çalışmalarında, sağlık sisteminin ve özellikle birinci basamak sağlık çalışanlarının rolü son derece önemlidir. İntihar sonucu hayatını kaybedenlerin neredeyse %40'ı, ölümlerinden önceki 60 gün içinde birinci basamak sağlık kuruluşlarına çeşitli nedenlerle başvurmuştur. Bu durum, özellikle riskli gruplarda intihar düşüncelerini ve buna bağlı kayıpları önlemek için bir fırsat olarak değerlendirilebilir (64).

2.2.5 Beslenme Alışkanlıkları

Beslenme, sağlığın korunması, iyileştirilmesi ve yaşam şartlarının artırılması amacıyla, vücudumuzun ihtiyaç duyduğu besin öğelerinin yeteri kadar ve doğru zaman dilimlerinde alınması için bilinçli bir şekilde yapılan bir davranıştır. Kişilerin yeterli ve dengeli beslenmesi, hastalıkların ortaya çıkma riskini azaltmak ve protein

enerji malnütrisyonu ile vitamin-mineral eksikliklerini önlemek gibi beslenmeye bağlı sağlık sorunlarını en aza indirmede önemli bir koruyucu faktördür (65). Bireyin beslenmesini etkileyen çeşitli faktörler bulunmaktadır. Bunlar arasında fiziksel aktivite düzeyi, sigara ve alkol tüketimi, yaş, genetik faktörler, yasaklı madde tüketimi, iş ortamı ve şartları, kalacak yer durumu, stres seviyesi ve aile desteği gibi unsurlar sayılabilir. İnsan sağlığı açısından hayati bir öneme sahip olan ve değiştirilebilen beslenme şekli, yaşam tarzının önemli bir bileşenidir (66). Beslenme, sağlığın korunmasında hastalıkların tedavisi kadar vazgeçilmez bir önem taşımaktadır. Günümüzde kalp-damar hastalıkları, çeşitli kanser türleri, obezite, hipertansiyon, diyabet, alerjik hastalıklar ve osteoporoz gibi pek çok kronik rahatsızlığın engellenmesinde beslenmenin etkisi oldukça fazladır. Bu tür kronik hastalıklar, çoğunlukla yetişkinlik döneminde görülmekle birlikte, kökenleri çocukluk ve gençlik yıllarına dayanır (67).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), vücut kitle indeksi (BMI) $<18.5 \text{ kg/m}^2$ olan bireyleri "zayıf" olarak tanımlarken, BMI $18.5-24.9 \text{ kg/m}^2$ aralığındaki bireyleri "normal kilolu" olarak sınıflandırmaktadır. BMI $25-29.9 \text{ kg/m}^2$ arasında olanlar ise "fazla kilolu" olarak değerlendirilir. Obezite, BMI'ye göre üç kategoride tanımlanmaktadır: obez (BMI $30-34.9 \text{ kg/m}^2$), ciddi obez (BMI $35-39.9 \text{ kg/m}^2$) ve morbid obez (BMI $\geq 40 \text{ kg/m}^2$) (68). Dünya genelinde obezite yaygınlığı oldukça yüksek ve günden güne artış göstermektedir. Obezite, kalp hastalıkları, inme ve solunum sistemi hastalıklarıyla ilişkili ölüm riskini önemli ölçüde artırırken, kanser kaynaklı ölüm riskini de orta derecede yükseltmektedir. Bunun yanı sıra, zayıf bireylerde (BMI $< 18.5 \text{ kg/m}^2$) solunum sistemi hastalıklarına bağlı ölüm riski belirgin şekilde artarken, kalp hastalıkları, inme ve kanserle ilgili ölüm risklerinde de bir miktar artış gözlemlenmektedir (69).

2.2.6. Okul Terki

Bilimsel ve teknik bilginin insanlık tarihindeki giderek artan rolü, üniversite eğitiminin meslek hayatındaki ekonomik faydaları ve yükseköğretim kurumlarının iş

hayatına geçişte sağladığı önemli bağlantılar gibi çeşitli nedenler, üniversite eğitimine olan ilgiyi artırmaktadır. Bu nedenle, modern dönemde üniversite eğitimine olan ilgi, özellikle gelişmiş ülkeler başta olmak üzere pekçok ülkede hızla yükselmektedir. Evrensel gelişmelerle birlikte, ülkemizde son on yılda üniversite ve öğrenci sayısında belirgin bir artış yaşanmaktadır. Bu hızlı yükseliş, beraberinde nitelikli öğretim elemanlarının eksikliği, finansal kaynak yetersizlikleri ve altyapı ile teknik donanım eksiklikleri gibi çeşitli sorunları da getirmektedir. Bu sorunlardan biri, belki de diğer zorlukların bir sonucu olarak değerlendirilebilecek okul terkidir (70). Okul terki, öğrencinin eğitim aldığı programı tamamlamadan veya mezun olmadan okulu bırakması durumudur. Ergen bireylerin sağlıklı gelişimleri için okul, belkide en önemli faktördür. Öğrencinin eğitim sürecini tamamlamadan okulu bırakması, bireysel ve toplumsal boyutta bir risk faktörü görülmektedir (71). Bireyin akademik başarısının yetersiz olması, yaşatlarının olumsuz örnek teşkil etmesi, akran zorbalığı, aile içindeki sorunlar, düşük sosyoekonomik düzey ve kişilik özellikleri gibi etmenler, okuldan ayrılma davranışına yol açar. Ayrıca bu durum bireyleri psikolojik ve sosyal açıdan olumsuz etkileyebilmektedir (72). Literatür incelemesi sonucunda, üç ana okul terki türü belirlenmiştir. Bunlar; okula ara verme, eğitim kurumunu terk etme ve eğitim sisteminden çıkmadır. Ara verenler genellikle kısa süre içinde geriye dönmektedir. Eğitim kurumunu terk edenler, başka okula geçiş yapma imkanına sahipken, sistemi terk eden öğrenciler ise çeşitli nedenlerle yükseköğretimi tamamen bırakmaktadır (73).

Ülkemizde okul terki üzerine yapılan araştırmalar, dünya genelindeki gibi sınırlı sayıda kalmaktadır. Bu çalışmaların genel amaçları, okul terkine neden olan faktörleri belirlemek, sonuçlarını analiz etmek veya bu soruna yönelik çözüm önerileri sunmaktır. Çoğu araştırmanın sebeplere odaklandığı ve devamsızlık ile okul terki nedenlerini açıklamayı hedeflediği söylenebilir (74). Öğrencilerin okuldan ayrılma nedenleri, zorunlu ve isteğe bağlı olmak üzere iki ana gruba ayrılabilir. Zorunlu ayrılıklar; ciddi hastalıklar, derslerdeki başarısızlıklar, aile bireylerinin bakımına ihtiyaç duyulması veya ekonomik yetersizlikler gibi durumlardan kaynaklanmaktadır. İsteğe bağlı ayrılıklar ise öğrencilerin sıkılma, yetersizlik hissetme, derslere, yaşatlarına veya öğretim görevlilerine karşı duyulan olumsuz

duygular gibi nedenlerle gerçekleşmektedir (75). Bunlara ek olarak, aile üyelerinin eğitim düzeyi, ailedeki yükseköğretim mezunu birey sayısı, ailenin maddi durumu, cinsiyet, sosyal uyum, sunulan burs imkanları ve barınma imkanları gibi faktörler de öğrencilerin okul terkine sebep olan faktörler arasında yer almaktadır (76).

2.2.7. Madde Kullanımı

Merkezi sinir sistemini etkileyerek bireyin ruhsal ve fiziksel dengesini bozabilen, fiziksel ve psikolojik bağımlılığa neden olan maddelere uyuşturucu maddeler denir. Bu maddeler kişisel ve toplumsal düzeyde sosyoekonomik çöküşe de neden olmaktadır (77). Dünyada en fazla kullanılan bağımlılık yapıcı madde esrar olarak bilinmektedir (78). Kimliğin ve kişiliğin sağlam temellere oturması, ergenlik döneminin önemli hedeflerinden biridir. Bu nedenle, ergenler bağımsızlıklarını ve kişiliklerini kanıtlamak için madde kullanma riskiyle karşılaşabilirler (79). Bu dönemde karşılaşılan zorluklarla başa çıkmak için ergenler, arkadaş grupları tarafından kabul edilme veya sosyal ortamlara uyum sağlamak amacıyla madde kullanma yoluna gidebilirler. Ayrıca, ergenlerin madde kullanımında aile bireylerinin maddeye yönelik tutumları da önemli bir faktördür. Madde kullanan bir ebeveynin bu konu hakkında konuşması, ergen için zorlayıcı olabilir ve söylediklerinin inandırıcılığı sorgulanabilir (80).

Üniversite öğrencileri, ebeveynlerinin denetiminde geçen sınırlı bir yaşamdan, üniversite ortamının sunduğu daha bağımsız bir yaşama geçiş yapmaktadır. Bu durum, onları bağımlılık yapıcı maddelerin kullanımına karşı yüksek risk altında olan bir grup haline getirir (81). Gençlerde madde kullanımının, sağlık, aile dinamikleri, toplumsal ilişkiler, eğitim süreci ve meslek yaşamları üzerinde kötü etkileri olabileceği göz önünde bulundurulmalıdır (81-83). Türkiye'de uyuşturucu madde kullanımıyla ilgili gerçekleştirilen bir çalışmada, genel toplum örnekleminde yaşamları boyunca en az bir defa madde kullandığını bildirenlerin oranının %1.3 olduğu tespit edilmiştir. Ayrıca, erkek madde kullanımı oranlarının kadınlardan daha

yüksek olduğu ve 15-24 yaş arasındaki bireylerin, 25 yaş ve üstündekilere bakarak madde kullanımının daha yaygın olduğu gözlemlenmiştir (84).

2.4 Aile Hekimliği ve Taramalar

Aile Hekimliği kendine özgü bir eğitim programına, araştırma odaklarına, kanıta dayalı uygulamalara ve klinik pratiğe sahip olan akademik ve bilimsel bir alan olup; birinci basamak sağlık hizmetlerine yönelik klinik bir uzmanlık dalıdır (85). Aile hekimliği, ilişkiler temelinde kendini tanımlayan tek disiplindir. Belirli hastalıklar yerine, birey olarak hasta odaklı düşünmek, bu alanın temel bakış açısını oluşturur. Mekanik metafor yerine, organik metafora dayanmaktadır. Aile hekimliğinin dünya genelindeki gelişimini şekillendiren temel dinamikler bulunmaktadır. Bu disiplin, birinci basamakta çalışan hekimlerin deneyimlerinden doğmuştur. Aile hekimliği, yapay bir yapı veya teorik bir tanım değil, pratikteki hekimlerin karşılaştığı sorunlara çözüm arayışları sonucunda şekillenmiştir. Öncelikle saha uygulamalarıyla ortaya çıkmış, ardından akademik bir gelişim sürecine girmiş ve sonunda disiplinleşme sürecini tamamlamıştır (86). Diğer tıp disiplinlerinde de klinisyenler hastalarıyla ilişki kurabilse de, aile hekimliğinde ilişkilerin önemi içerikten öncedir. Aile hekimleri, hastalıkları tanımlamadan önce bireyleri tanımayı amaçlarlar. Bu hekimler, kendilerini hastalarıyla oluşturdukları uzun vadeli güvene dayalı ilişkiler aracılığıyla tanımlamayı tercih ederler (87,88).

Ülkemizde Aile hekimliği uygulaması, ilk defa 2005 yılında Düzce'de pilot bir proje ile hayata geçirilmiştir. 2010 yılı itibarıyla ise bu uygulama tüm illerde devreye girmiştir (89). 2010 yılı sonuna gelindiğinde, ülkemizde sağlık hizmetlerinin tüm kişilere eşit ve dengeli biçimde ulaştırılması amacıyla, birinci basamak sağlık hizmetlerinin koruyucu, tanı koyucu, tedavi ve rehabilite edici yönleriyle sunulması hedefi doğrultusunda, aile hekimliği uygulaması ülkenin tüm illerinde hayata geçirilmiştir (90). Aile hekimliği uygulamasına geçmeden önce, ülkemizde yapılan birçok merkezi araştırma, 18-29 yaş grubundaki bireylerin tüm sağlık kuruluşlarına

yaptıkları başvuruların %29.3'ünü oluşturduğunu ortaya koymuştur. Bu başvuruların büyük bir kısmı ise genel poliklinik ve tedavi hizmeti almak amacıyla gerçekleştirilmiştir (91). 2016 yılında gerçekleştirilen bir araştırmada, aile hekimliği polikliniğine başvuran hastaların %10'unun 15-25 yaş grubunda olduğu saptanmıştır (92).

Gençler arasındaki hastalıkların çoğu ruhsal bozukluklar, tütün ve alkol kullanımı, diğer maddelerin kullanımı, kaza ve yaralanma durumları, cinsel yolla bulaşan hastalıklar ile istenmeyen gebelikler gibi sağlık riskleri ve psikososyal sorunlarla bağlantılıdır (93). Bu nedenle, aile hekimleri gençlerin ortak psikososyal sorunlarını tanımlamak ve bu sorunlara yanıt vermekle de sorumlu bulunmaktadır (94). Bu nedenle aile hekimleri periyodik sağlık muayeneleri yapmaktadır. Periyodik sağlık muayenesi (PSM), herhangi bir hastalık belirtisi göstermeyen sağlıklı bireylerin tarama testleri ve fizik muayene aracılığıyla danışmanlık ve sağlık eğitimi olarak sağlıklarını korumayı amaçlayan düzenli sağlık kontrolleridir (95). Başvuran her kişi için, risk faktörlerine dayalı olarak tasarlanmış, kanıta dayalı bir yapı ile belirlenmiş, spesifik, etkili, uygulanabilir ve kabul edilebilir bir izleme programı sunulmaktadır. PSM, sağlığı iyileştirme ve hastalıklara önlem alma açısından birinci basamak hizmetlerinin kritik parçasını oluşturmaktadır (96). Ülkemizde 18-29 yaş grubuna giren bireylerde yapılan periyodik sağlık muayeneleri tütün ürünü kullanımı ve pasif etkilenim durumunun değerlendirilmesi, erişkinlerde bağışıklama ve uyuşturucu madde kullanım durumunun değerlendirilmesi, arteriyel tansiyon takibi, kan ve cinsel yolla bulaşan hastalıklar, depresyon, obezite taraması, kadınlarda meme kanseri taraması ve alkol kullanım durumunun değerlendirilmesidir. Fakat birçok genç, doğum kontrolü, madde kullanımı ve cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar gibi konularda sağlık hizmeti sağlayıcılarından tavsiye almak konusunda istekli olmalarının yanında, bu konularda danışmanlık almak için oldukça az sayıda genç başvurmaktadır (97,98). Aile hekimliği ziyaretlerinde gençlerin riskli davranışları hakkında sorgulanması ve bu konularda danışmanlık sunulması, gerekli müdahalelerin yapılması açısından önemlidir. Bu sorgulamanın yapılmaması,

koruyucu hekimlik açısından önemli bir yararın elde edilememesi anlamına gelir. Ayrıca, bireyin sağlık durumuna önemli katkılar sağlanabileceği gerçeği göz ardı edilmemelidir (99).



3. GEREÇ ve YÖNTEM

3.1 Araştırmanın Türü

Araştırma kesitsel tipte bir araştırmadır.

3.2 Araştırmanın Yapıldığı Zaman ve Yer

Çalışma 01.05.2024-31.10.2024 tarihleri arasında İzmir Katip Çelebi Üniversitesi'nde eğitim gören, araştırmaya gönüllü olarak katılmayı kabul eden öğrenciler ile yüzyüze görüşme tekniğiyle anket uygulanarak yapılmıştır.

3.3 Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Çalışmanın evrenini 01.05.2024- 31.10.2024 tarihleri arasında İzmir Katip Çelebi Üniversitesi'nde eğitim gören öğrenciler oluşturmuştur. İlgili tarihte üniversitede 18.610 öğrenci sayısı mevcuttu. Çalışmanın örneklem büyüklüğü Open epi programı ile hesaplanmıştır.Sıklık bilinmeyen sıklık olarak % 50 alındığında %95 güven aralığı %80 güç, %5 hata payı ile en az örneklem sayısı 377 kişi olarak belirlenmiştir. Çalışmanın veri toplama aşamasında toplam 405 kişiye ulaşılmıştır. Bunlardan 23 anketin eksik ya da uygunsuz doldurulduğu görülmüştür. Bu anketler çalışma dışı bırakılmıştır. Çalışma 382 kişinin verileriyle yapılmıştır.

3.4 Araştırmanın Dahil Olma Kriterleri

1. İzmir Katip Çelebi Üniversitesi'nde öğrenci olmak
2. Çalışmaya katılmaya gönüllü olmak

3.5 Araştırmanın Dışlama Kriterleri

1. Sorulara yanıt veremeyecek düzeyde mental ve ruhsal hastalığı olmak

3.6 Araştırmanın Değişkenleri

Bağımlı Değişken: Gençlerde Riskli Davranışlar

Bağımsız Değişken: Sosyodemografik Veriler

3.7 Araştırmanın Veri Toplama Araçları

İzmir Katip Çelebi Üniversitesi'nde eğitim görmekte olan öğrencilere çalışma hakkında bilgi verilerek, gönüllü olan bireylerden sözlü ve yazılı onamları alındı. Çalışma öncesi katılımcılara anket formuna kimlik bilgilerini yazmamaları, verecekleri bilgilerin gizli tutulacağı anlatıldı. Anket yüzyüze görüşme tekniği ile uygulandı. Bu araştırmada literature doğrultusunda araştırmacılar tarafından geliştirilmiş 2 farklı veri toplama aracı kullanıldı. Bunlar Sosyodemografik Bilgi Formu ve 'Riskli Davranışlar Üniversite Formu' anketi kullanıldı. Anket sonunda katılımcıların riskli davranışlar açısından aile hekimliklerinde tarama yapılıp yapılmadığı sorularına yer verildi.

3.7.1 Sosyodemografik Bilgi Formu

Bireylerin yaşı, cinsiyeti, medeni durumu, aile tipi, aile birlikteliği, ailesinin eğitim düzeyi, ailesinin çalışma durumu, herhangi bir işte çalışıp çalışma durumu, hangi bölümde ve kaçınıcı sınıfta okudukları, yaşadığı yer, sigara ve alkol kullanım durumları, kronik hastalık öyküsü, aile hekimlerini tanıma durumları, hastalık durumunda ilk başvurdukları kurumlar, şimdiye kadar aile hekimlerine kaç defa başvurdukları, bireylerin aile hekimliği taramalarına gitme durumları (EK-1)

3.7.2 Riskli Davranışlar Üniversite Formu

Katılımcıların riskli davranışlarını incelemek amacıyla, 2014 yılında Gençtanırım tarafından geliştirilen Riskli Davranışlar Ölçeği Üniversite Formu kullanılmıştır. Bu formda; sigara kullanımı, alkol kullanımı, antisosyal davranışlar, intihar eğilimi, beslenme alışkanlıkları, okul terki ve madde kullanımı olmak üzere 7 parametre yer almakta ve toplamda 60 sorudan oluşmaktadır. Cevaplandırma, "Her zaman = 5", "Genellikle = 4", "Bazen = 3", "Nadiren = 2" ve "Hiçbir zaman = 1" şeklinde

belirlenen Likert tipi beşli derecelendirme ölçeği ile yapılmıştır. Ölçekte ters puanlama içeren bir madde yer almamaktadır. Ölçekteki boyutlar birbirleriyle ilişkili olmadığından, ölçek toplam puan sağlamamaktadır; bu nedenle her boyuttan alınan puanlar ayrı ayrı değerlendirilmektedir. 1-10. Sorular “antisosyal davranışları”, 11-19. sorular “alkol kullanımı”, 20-27. sorular “sigara kullanımı”, 28-39. sorular “intihar eğilimi”, 40-47. Sorular “beslenme alışkanlıkları”, 48-51. Sorular “okul terki”, 52-60. Sorular “madde kullanımı” olarak ifade edilmektedir. Alt boyutların her birinden alınan yüksek puanlar, o boyuttaki risk seviyesinin yüksek olduğunu göstermektedir. Ölçeğin geliştirilmesi, 2011-2012 yıllarında Ahi Evran Üniversitesi'nde yürütülen 3 farklı çalışma grubu ile gerçekleştirilmiştir. Geçerlik çalışmalarında ise uzman görüşleri alınmış ve açıklayıcı ile doğrulayıcı faktör analizi yöntemleri kullanılmıştır. Açıklayıcı faktör analizi sonucunda açıklanan toplam varyansın %52 değerinde olduğu belirlenmiştir. Doğrulayıcı faktör analizi sonucunda ise ölçekte yer alan maddelerin faktör yüklerinin (.37) ile (.91) arasında değiştiği, ölçeğe ait modelin iyi uyum sağladığı belirlenmiş olup ölçeğin iç tutarlılık güvenilirliği (Cronbach alfa) (.64) ile (.92) arasında, test tekrar güvenilirliği ise (.74) ile (.98) arasında olduğu bulunmuştur (18) (EK-2).

3.8 Araştırmanın Veri Analizi

İstatistiksel değerlendirme SPSS (Statistical Packet for The Social Science) 25.0 paket programında yapılacaktır. Elde edilen verilerin değerlendirilmesinde; çalışmada sürekli değişkenler ortalama \pm standart sapma ya da medyan (minimum-maksimum) değerleriyle, kategorik değişkenler ise frekans ve ilgili yüzdelik oranlarla sunulmuştur. Sürekli değişkenlerin normal dağılım gösterip göstermediği Kolmogorov- Smirnov testi ile değerlendirilmiştir. Kolmogorov- Smirnov testi sonucunda, yaş parametresi, ‘Riskli Davranışlar Ölçeği Üniversite Formu’ toplam puanı ve anket alt grup puanlarının normal dağılmadığı görülmüştür. Bu parametrelerin gruplar arası karşılaştırmalarında, Mann-Whitney U testi ve Kruskal Wallis testi kullanılmıştır. Bağımlı değişkenlerin 2 den fazla karşılaştırılmalarında aly grup analiz olarak post hoc analizleri yapılmış, bonferroni düzeltmesi kullanılmıştır. Sürekli değişkenler arasındaki ilişkiler spearman korelasyon testi ile değerlendirilmiştir. $p < 0,05$ istatistiksel olarak anlamlı kabul edilecektir.

3.9 Araştırma Takvimi

- 1 Temmuz- 31 Eylül 2023: Tez konusu belirlemek için araştırmalar yapıldı.
- 1 Ekim – 31 Ocak 2024: Belirlenen tez konusu hakkında literatür taraması yapıldı.
- 1 Őubat-31 Mart 2024: Etik kurul başvurusu hazırlandı.
- Nisan ayında etik kurul onayı alındı.
- 1 Mayıs -30 Haziran 2024: Çalışma için veri toplandı.
- 1 Temmuz -31 Ekim 2024: Tez yazıldı.

3.10 Araştırmanın Etik Kurul İzni

İzmir Katip elebi Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 25.04.2024 tarihli ve 0212 karar numaralı etik kurul onayı alınmıştır (EK-3). Çalışmanın araştırma uygulama izni İzmir Katip elebi Üniversitesi Rektörlüğünden alındı.

4. BULGULAR

Araştırmamız İzmir Katip Çelebi Üniversitesi'nde eğitim görmekte olan öğrencilerle yapıldı. Çalışmaya 382 öğrenci dahil edildi. Katılımcıların yaş ortalaması $21,55 \pm 1.79$ (Median:22.00, min:18.00, maks:24.00) idi. Katılımcıların 234'ü (%61.3) kadın, 148'i (%38.7) erkekti. 12'si (%3.1) evli, 365'i (%95.5) bekar ve 5'i (%1.3) duldu. Katılımcıların fakültelere göre dağılımına bakıldığında 44 (% 11.5) kişi tıp fakültesi, 115 (%30.1) kişi mühendislik fakültesi, 56 (%14.7) kişi islami bilimler fakültesi, 100 (%26.2) sağlık bilimleri fakültesi, 67 (%17.5) kişi iktisadi ve idari bilimler fakültesi öğrencisi idi. Katılımcıların kaçınıcı sınıfta olduklarını sorgulayan soruda 86 (%22.5) kişi 1. sınıf, 112 (%22.5) kişi 2. sınıf, 88 (%23.0) kişi 3. sınıf, 94 (%24.6) kişi 4. sınıf ve 2 (%0.5) kişi ise 5. sınıfta öğrenim görmekteydi. Katılımcıların gelir elde etmek amacıyla bir işte yarı zamanlı ya da tam zamanlı çalışıp çalışmama durumu sorgulandığında 279'u (%73.0) çalışmıyordu, 55'i (%14.4) yarı zamanlı ve 17 (%4.5) si tam zamanlı çalışıyordu. 31'i (%8.1) ise şu an çalışmıyor fakat daha önce çalışıyordu. Üniversite eğitimi boyunca katılımcıların 103'ü (%27.0) ailesiyle beraber, 54'ü (%14.1) evde tek başına, 64'ü (%16.8) ev arkadaşıyla beraber, 156'sı (%40.8) yurttta ve 5'i (%1.3) tanıdıklarının yanında kaldığını belirtmişti. Katılımcıların sosyodemografik verileri Tablo 1'de gösterilmiştir.

Tablo 1: Katılımcıların Sosyodemografik Verileri

| | n | % |
|-----------------------------------|-----|------|
| Cinsiyet | | |
| Kadın | 234 | 61,3 |
| Erkek | 148 | 38,7 |
| Medeni durum | | |
| Bekâr | 365 | 95,5 |
| Evli | 12 | 3,1 |
| Dul | 5 | 1,3 |
| Bölüm | | |
| Tıp | 44 | 11,5 |
| Mühendislik | 115 | 30,1 |
| İslami Bilimler | 56 | 14,7 |
| Sağlık Bilimleri | 100 | 26,2 |
| İktisadi ve İdari bilimler | 67 | 17,5 |
| Sınıf | | |
| 1. sınıf | 86 | 22,5 |
| 2. sınıf | 112 | 29,3 |
| 3. sınıf | 88 | 23,0 |
| 4. sınıf | 94 | 24,6 |
| 5. sınıf | 2 | 0,5 |
| Bir işte çalışma durumu | | |
| Hayır | 279 | 73,0 |
| Yarı zamanlı | 55 | 14,4 |
| Tam zamanlı | 17 | 4,5 |
| Daha önce çalıştım | 31 | 8,1 |
| Kaldığı yer yer | | |
| Aileyle beraber | 103 | 27,0 |
| Evde tek başına | 54 | 14,1 |
| Ev arkadaşıyla beraber | 64 | 16,8 |
| Yurtta | 156 | 40,8 |
| Tandıklarının yanında | 5 | 1,3 |

*n=vaka sayısı, **%=sütun yüzdesi

Katılımcıların aile türüne bakıldığında 300'ü (%78.5) çekirdek aile, 59'u (%15.4) geniş aile ve 23'ü (%6.0) tek ebeveynli aile türüne sahipti. Katılımcıların aile yapıları incelendiğinde 331'i (%86.6) anne ve babasının hayatta olduğunu ve beraber yaşadıklarını, 35'i (%9.2) annesinin ve babasının hayatta fakat ayrı yaşadıklarını, 15'i (%3.9) yalnızca annesi hayatta olduğunu, 1'i (%0.3) sadece babasının hayatta olduğunu belirtmişti. Öğrencilerin annelerinin eğitim düzeylerine bakıldığında; öğrencilerden 134'ü (%35.1) ilkokul, 65'i (%17.0) ortaokul, 99'u (%25.9) lise ve 84'ü (%22.0) üniversite mezunu olduğunu belirtmişti. Katılımcıların

babalarının eğitim düzeylerine bakıldığında ise; 73'ü (%19.1) ilkokul, 89'u (%23.3) ortaokul, 114'ü (%29.8) lise ve 106'sı (%27.7) de üniversite mezunu olduğunu ifade etmişti. Katılımcıların anne çalışma durumu sorgulandığında; 111'i (%29.1) çalışıyordu, 231'i (%60.5) çalışmıyordu, 39'u (%10.2) emekli ve 1'i (%0.3) vefat etmişti. Katılımcıların babalarının çalışma durumu sorgulandığında ise 247'si (%64.7) çalışıyordu, 15'i (%3.9) çalışmıyordu, 107'si (%28.0) emekli ve 13'ü (%3.4) vefat etmişti. Katılımcıların aile türü-durumu ve anne-baba eğitim ve çalışma durumu Tablo 2'de gösterilmiştir.

Tablo 2: Katılımcıların Aile Türü-Durumu, Anne-Baba Eğitim Düzeyi ve Çalışma Durumu

| | n | % |
|-------------------------------------|----------|----------|
| Ailenin türü | | |
| Çekirdek aile | 300 | 78,5 |
| Geniş aile | 59 | 15,4 |
| Tek Ebeveynli | 23 | 6,0 |
| Anne-babanın durumu | | |
| Anne-baba hayatta, birlikte yaşıyor | 331 | 86,6 |
| Anne-baba hayatta, ayrı yaşıyor | 35 | 9,2 |
| Anne hayatta, baba değil | 15 | 3,9 |
| Baba hayatta, anne değil | 1 | 0,3 |
| Annenin eğitim düzeyi | | |
| İlkokul | 134 | 35,1 |
| Ortaokul | 65 | 17,0 |
| Lise | 99 | 25,9 |
| Üniversite ve üzeri | 84 | 22,0 |
| Babanın eğitim düzeyi | | |
| İlkokul | 73 | 19,1 |
| Ortaokul | 89 | 23,3 |
| Lise | 114 | 29,8 |
| Üniversite ve üzeri | 106 | 27,7 |
| Annenin çalışma durumu | | |
| Çalışıyor | 111 | 29,1 |
| Çalışmıyor | 231 | 60,5 |
| Emekli | 39 | 10,2 |
| Vefat | 1 | 0,3 |
| Babanın çalışma durumu | | |
| Çalışıyor | 247 | 64,7 |
| Çalışmıyor | 15 | 3,9 |
| Emekli | 107 | 28,0 |
| Vefat | 13 | 3,4 |

Katılımcıların sigara kullanım durumuna bakıldığında, 139 (%36.4) kişi sigara kullanıyordu, 226 (%59.2) kişi sigara kullanmıyordu, 17 (%4.5) kişi sigarayı bırakmıştı. Katılımcıların alkol kullanım durumuna bakıldığında 136 (%35.6) kişi alkol kullanıyordu, 239 (%62.6) kişi alkol kullanmıyordu, 7 (%1.8) kişi alkolü bırakmıştı. Katılımcıların sigara-alkol kullanım alışkanlıkları ve kronik hastalık varlığı Tablo 3'te gösterilmiştir.

Tablo 3: Katılımcıların Sigara-Alkol Kullanım Alışkanlıkları ve Kronik Hastalık Varlığı

| | n | % |
|--------------------------------|----------|----------|
| Sigara kullanma durumu | | |
| Evet | 139 | 36,4 |
| Hayır | 226 | 59,2 |
| Bıraktım | 17 | 4,5 |
| Alkol kullanma | | |
| Evet | 136 | 35,6 |
| Hayır | 239 | 62,6 |
| Bıraktım | 7 | 1,8 |
| Kronik hastalık varlığı | | |
| Evet | 49 | 12,8 |
| Hayır | 333 | 87,2 |

Katılımcıların kayıtlı olduğu aile hekimi tanıma durumu sorgulandığında 251'i (%65.7) evet ve 131'i (%34.4) hayır cevabını verdi. Katılımcıların ilk başvurdukları sağlık kuruluşu sorgulandığında 165'i (%43.2) aile sağlığı merkezine, 188'i (%49.2) devlet/şehir hastanesine 22'si (%5.8) özel sağlık kurumlarına ve 7'si (%1.8) üniversiteye gittiğini belirtti. Katılımcıların 32'si (%8.4) şimdiye dek hiç aile hekimine gitmediğini; 85'i (%22.3) 1-2 kez, 123'ü (%32.2) 3-10 kez, 142'si (%37.2) ise 10'dan fazla kez gittiğini bildirdi. Katılımcıların kayıtlı olduğu aile hekimini tanıma, sağlık sorununda ilk başvurdukları kurum ve aile hekimine başvuru sayısı Tablo 4'te gösterilmiştir.

Tablo 4: Katılımcıların Kayıtlı Olduğu Aile Hekimini Tanıma, Sağlık Sorununda İlk Başvurdukları Kurum ve Aile Hekimine Başvuru Sayısı

| | n | % |
|--|----------|----------|
| Kayıtlı olduğunuz aile hekimi tanıma durumu | | |
| Evet | 251 | 65,7 |
| Hayır | 131 | 34,3 |
| İlk başvuru yapılan sağlık kuruluşu | | |
| Aile Sağlığı Merkezi | 165 | 43,2 |
| Devlet/Şehir hastanesi | 188 | 49,2 |
| Özel sağlık kurumları | 22 | 5,8 |
| Üniversite | 7 | 1,8 |
| Aile hekiminize başvuru sayısı | | |
| Hiç gitmedim | 32 | 8,4 |
| 1-2 kez | 85 | 22,3 |
| 3-10 kez | 123 | 32,2 |
| 10 dan fazla | 142 | 37,2 |

Katılımcılara aile hekimleriyle belirli konularda görüşme yapıp yapmadıkları ve bu görüşmelere dair değerlendirmeleri sorgulandı. Katılımcıların aile hekimi ile sigara(tütün) kullanımı hakkında 339' u (%88.7) görüşmediğini, 31'i (%8.1) yüzeysel görüşme yaptığını, 12'si (%3.1) görüşmediğini belirtti. Katılımcıların aile hekimi ile alkol kullanımı hakkında 355' i (%92.7) görüşmediğini, 17'si (%4.5) yüzeysel görüşme yaptığını, 10'u (%2.6) görüşmediğini belirtti. Katılımcıların aile hekimi ile uyuşturucu madde kullanımı hakkında 359' u (%94.0) görüşmediğini, 15'i (%3.9) yüzeysel görüşme yaptığını, 8'u (%2.1) görüşmediğini belirtti. Katılımcıların aile hekimi ile şiddet ile ilgili (kavgaya karışma gibi) 357' si (%93.5) görüşmediğini, 16'sı (%4.2) yüzeysel görüşme yaptığını, 9'u (%2.4) görüşmediğini belirtti. Katılımcıların aile hekimi ile trafik güvenliği (emniyet kemeri-kask kullanımı gibi) hakkında 350' si (%91.6) görüşmediğini, 24'ü (%6.3) yüzeysel görüşme yaptığını, 8'i (%2.1) görüşmediğini belirtti. Katılımcıların aile hekimi ile sağlıklı cinsellik hakkında 350' si (%91.6) görüşmediğini, 23'ü (%6.0) yüzeysel görüşme yaptığını, 9'u (%2.4) görüşmediğini belirtti. Katılımcıların aile hekimi ile sağlıklı yaşam ile ilgili 287'si (%75.1) görüşmediğini, 74'ü (%19.4) yüzeysel görüşme yaptığını, 21'i (%5.5) görüşmediğini belirtti. Katılımcıların aile hekimi ile ruh haliyle ilgili 333'ü (%87.2) görüşmediğini, 34'ü (%8.9) yüzeysel görüşme yaptığını, 15'i (%3.9)

görüşmediğini belirtti. Katılımcıların riskli davranışlar konusunda aile hekimleriyle görüşme deneyimleri Tablo 5’te gösterilmiştir.

Tablo 5: Öğrencilerin Riskli Davranışlar Konusunda Aile Hekimleriyle Görüşme Deneyimleri

| Görüşülen Konu | Görüşmedik n(%) | Yüzeysel Görüşme Yaptık n(%) | Ayrıntılı Görüşme Yaptık n(%) |
|---|----------------------------|---|--|
| Sigara (Tütün) Kullanımı | 339(88,7) | 31(8,1) | 12(3,1) |
| Alkol Kullanımı | 355(92,9) | 17(4,5) | 10(2,6) |
| Uyuşturucu madde kullanımı | 359(94,0) | 15(3,9) | 8(2,1) |
| Şiddet ile ilgili (kavgaya karışma gibi) | 357(93,5) | 16(4,2) | 9(2,4) |
| Trafik Güvenliği (Emniyet kemer-kask kullanımı gibi) | 350(91,6) | 24(6,3) | 8(2,1) |
| Sağlıklı cinsellik (cinsel yoldan bulaşan hastalıklar, istenmeyen gebelikten korunma gibi) | 350(91,6) | 23(6,0) | 9(2,4) |
| Sağlıklı yaşam ile ilgili (beslenme- egzersiz- kilo kontrolü gibi) | 287(75,1) | 74(19,4) | 21(5,5) |
| Ruh haliyle ilgili (mutsuzluk, sıklık, intihar düşüncesi gibi) | 333(87,2) | 34(8,9) | 15(3,9) |

Katılımcılara, aile hekimleri dışında başka bir sağlık profesyoneli, doktor, öğretmen veya eğitimciyle yukarıdaki konularla ilgi görüşüp görüşmedikleri sorgulandı. Katılımcıların aile hekimleri dışındaki bir kişiyle sigara (tütün) kullanımı hakkında 276’sı (%72.3) görüşmediğini, 86’sı (%22.5) yüzeysel görüşme yaptığını, 20’si (%5.2) görüşmediğini belirtti. Katılımcıların aile hekimleri dışındaki bir kişiyle alkol kullanımı hakkında 288’i (%75.4) görüşmediğini, 76’sı (%19.9) yüzeysel görüşme yaptığını, 18’i (%4.7) görüşmediğini belirtti. Katılımcıların aile hekimleri dışındaki bir kişiyle madde kullanımı hakkında 307’si (%80.4) görüşmediğini, 58’i (%15.2) yüzeysel görüşme yaptığını, 17’si (%4.5) görüşmediğini belirtti.

Katılımcıların aile hekimleri dışındaki bir kişiyle şiddet ile ilgili 308'i (%80.6) görüşmediğini, 53'ü (%13.9) yüzeysel görüşme yaptığını, 21'i (%5.5) görüşmediğini belirtti. Katılımcıların aile hekimleri dışındaki bir kişiyle trafik güvenliği hakkında 256' sını (%74.9) görüşmediğini, 69'u (%18.1) yüzeysel görüşme yaptığını, 27'si (%7.1) görüşmediğini belirtti. Katılımcıların aile hekimleri dışındaki bir kişiyle sağlıklı cinsellik hakkında 297' si (%77.7) görüşmediğini, 64'ü (%16.8) yüzeysel görüşme yaptığını, 21'u (%5.5) görüşmediğini belirtti. Katılımcıların aile hekimleri dışındaki bir kişiyle sağlıklı yaşam ile ilgili 228'i (%59.7) görüşmediğini, 112'si (%29.3) yüzeysel görüşme yaptığını, 42'si (%11.0) görüşmediğini belirtti. Katılımcıların aile hekimleri dışındaki bir kişiyle ruh haliyle ilgili 250'si (%65.4) görüşmediğini, 86'sını (%22.5) yüzeysel görüşme yaptığını, 46'sını (%12.0) görüşmediğini belirtti. Katılımcıların riskli davranışlar konusunda aile hekimi aile hekimi dışında başka bir sağlık profesyoneli, doktor, öğretmen veya eğitimciyle Tablo 6'te gösterilmiştir.

Tablo 6: Öğrencilerin Riskli Davranışlar Konusunda Aile Hekimi Dışında Başka Bir Doktor, Sağlık Çalışanı, Öğretmen veya Eğitimciyle Görüşme Deneyimleri

| Görüşülen Konu | Görüşmedik n(%) | Yüzeysel Görüşme Yaptık n(%) | Ayrıntılı Görüşme Yaptık n(%) |
|---|--------------------|------------------------------------|--|
| Sigara (Tütün) Kullanımı | 276(72,3) | 86(22,5) | 20(5,2) |
| Alkol Kullanımı | 288(75,4) | 76(19,9) | 18(4,7) |
| Uyuşturucu madde kullanımı | 307(80,4) | 58(15,2) | 17(4,5) |
| Şiddet ile ilgili (kavgaya karışma gibi) | 308(80,6) | 53(13,9) | 21(5,5) |
| Trafik Güvenliği (Emniyet kemer-kask kullanımı gibi) | 286(74,9) | 69(18,1) | 27(7,1) |
| Sağlıklı cinsellik (cinsel yoldan bulaşan hastalıklar, istenmeyen gebelikten korunma gibi) | 297(77,7) | 64(16,8) | 21(5,5) |
| Sağlıklı yaşam ile ilgili(beslenme- egzersiz-kilo kontrolü gibi) | 228(59,7) | 112(29,3) | 42(11,0) |
| Ruh haliyle ilgili (mutsuzluk, sıklık, intihar düşüncesi gibi) | 250(65,4) | 86(22,5) | 46(12,0) |

Öğrencilerin riskli davranışlarının değerlendirildiği 'Riskli Davranışlar Ölçeği Üniversite Formu' na göre anket toplam puanı median değeri 109.00 (Min : 60.00, max: 251.00) olarak bulundu. Alt gruplara göre bakıldığında ise; antisosyal davranışlar alt grubuna göre median 16.00 (min: 10.00, max: 48.00), alkol kullanımı alt grubuna göre median 10.00 (min: 9.00, max:45.00), sigara kullanımı alt grubuna bakıldığında median 14.00 (min:8.00, max:40.00), intihar eğilimi alt grubuna bakıldığında median 23.00 (min:12.00, max:60.00), beslenme alışkanlıkları alt grubuna bakıldığında median 22.50 (min:8.00, max:40.00), okul terki alt grubuna bakıldığında median 7.00 (min:4.00, max:20.00) ve madde kullanımı alt grubuna bakıldığında median 9.00 (min:9.00, max:45.00) olarak bulundu. Riskli davranışlar ölçeğine ilişkin median, minimum ve maximum değerleri Tablo 7'da gösterilmiştir.

Tablo 7: Riskli Davranışlar Ölçeğine İlişkin Median, Minimum ve Maximum Değerleri

| Alt Gruplar | Riskli Davranışlar Ölçeği Üniversite Formu | | |
|-----------------------------------|--|-------|--------|
| | Median | Min | Maks |
| Antisosyal davranışlar alt grubu | 16,00 | 10,00 | 48,00 |
| Alkol kullanımı alt grubu | 10,00 | 9,00 | 45,00 |
| Sigara kullanımı alt grubu | 14,00 | 8,00 | 40,00 |
| İntihar eğilimi alt grubu | 23,00 | 12,00 | 60,00 |
| Beslenme alışkanlıkları alt grubu | 22,50 | 8,00 | 40,00 |
| Okul terki alt grubu | 7,00 | 4,00 | 20,00 |
| Madde kullanımı alt grubu | 9,00 | 9,00 | 45,00 |
| Anket toplam puanı | 109,00 | 60,00 | 251,00 |

*n=vaka sayısı, **%=sütun yüzdesi

4.1 Araştırmada Kullanılan Riskli Davranışlar Ölçeğinin Sosyo-Demografik Verilere Göre Karşılaştırılması

Araştırmada kullanılan riskli davranışlar ölçek alt grupları, sosyo-demografik veriler değişkenlerine göre karşılaştırılmış ve elde edilen sonuçlar tablolarda gösterilmiştir.

Yaş parametresi ile riskli davranışlar anket puanı ve alt grupları değerlendirildiğinde anket toplam puanı ve antisosyal davranışlar alt grubu, alkol kullanımı alt grubu, sigara kullanımı alt grubu, intihar eğilimi alt grubu, okul terki alt grubu ve madde kullanımı alt grubu arasındaki korelasyon incelendiğinde, aynı yönde düşük düzeyde istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ($p<0.05$). Fakat beslenme alışkanlıkları alt grubu ile yaş arasında korelasyon görülmedi ($p>0.05$) (Tablo 8).

Tablo 8: Yaş ile Riskli Davranışlar Ölçeği Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi

| | Yaş | |
|--------------------------------|--------|------------------|
| | r | p |
| Antisosyal davranışlar | 0.164 | 0.001 |
| Alkol kullanımı | 0.153 | 0.003 |
| Sigara kullanımı | 0.218 | <0.001 |
| İntihar eğilimi | 0.130 | 0.011 |
| Beslenme alışkanlıkları | -0.002 | 0.968 |
| Okul terki | 0.255 | <0.001 |
| Madde kullanımı | 0.210 | <0.001 |
| Anket toplam puanı | 0.207 | <0.001 |

Çalışmaya alınan katılımcılarda cinsiyet ile riskli davranışlar arasındaki ilişki değerlendirildi. Anket toplam puanı ve antisosyal davranışlar alt grubu, alkol kullanımı alt grubu, sigara kullanımı alt grubu, beslenme alışkanlıkları alt grubu, okul terki alt grubu ve madde kullanımı alt grubu arasındaki ilişki değerlendirildiğinde istatistiksel açıdan farklılık görüldü ($p<0.05$). Ancak cinsiyet ile intihar eğilimi arasında istatistiksel farklılık görülmedi ($p>0.05$) (Tablo 9).

Tablo 9:Cinsiyet ile Riskli Davranışlar Ölçeği Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi

| Ölçek ve alt grup puanları | Gruplar | n | Median | Min | Maks | p |
|----------------------------|---------|-----|--------|-------|--------|--------------|
| Antisosyal davranışlar | Kadın | 234 | 14,50 | 10,00 | 48,00 | 0,000 |
| | Erkek | 148 | 19,50 | 10,00 | 44,00 | |
| Alkol kullanımı | Kadın | 234 | 9,00 | 9,00 | 45,00 | 0,000 |
| | Erkek | 148 | 13,00 | 9,00 | 45,00 | |
| Sigara kullanımı | Kadın | 234 | 12,00 | 8,00 | 38,00 | 0,000 |
| | Erkek | 148 | 17,00 | 8,00 | 40,00 | |
| İntihar eğilimi | Kadın | 234 | 22,00 | 12,00 | 60,00 | 0,109 |
| | Erkek | 148 | 23,50 | 12,00 | 60,00 | |
| Beslenme alışkanlıkları | Kadın | 234 | 21,00 | 8,00 | 38,00 | 0,002 |
| | Erkek | 148 | 24,00 | 8,00 | 40,00 | |
| Okul terki | Kadın | 234 | 6,00 | 4,00 | 20,00 | 0,000 |
| | Erkek | 148 | 9,00 | 4,00 | 20,00 | |
| Madde kullanımı | Kadın | 234 | 9,00 | 9,00 | 36,00 | 0,000 |
| | Erkek | 148 | 9,00 | 9,00 | 36,00 | |
| Anket toplam puanı | Kadın | 234 | 102,00 | 60,00 | 215,00 | 0,000 |
| | Erkek | 148 | 123,50 | 60,00 | 251,00 | |

Çalışmaya alınan katılımcılarda aile yapısı ile riskli davranışlar arasındaki ilişki değerlendirildi. Anket toplam puanı ve antisosyal davranışlar alt grubu, alkol kullanımı alt grubu ve madde kullanımı alt grubu arasındaki ilişkiye bakıldığında istatistiksel açıdan anlamlılık görüldü ($p < 0.05$). Fakat aile türü ile sigara kullanımı alt grubu, intihar eğilimi alt grubu, beslenme alışkanlıkları alt grubu ve okul terki alt grubu arasında anlamlı bir istatistiksel farklılık görülmedi ($p > 0.05$) (Tablo 10).

Tablo 10: Aile Yapısı ile Riskli Davranışlar Ölçeği Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi

| Ölçek ve alt grup puanları | Gruplar | n | Median | Min | Maks | p |
|----------------------------|---------------|-----|--------|-------|--------|--------------|
| Antisosyal davranışlar | Çekirdek aile | 300 | 16,00 | 10,00 | 40,00 | 0,014 |
| | Geniş aile | 59 | 18,00 | 10,00 | 48,00 | |
| | Tek ebeveynli | 23 | 17,00 | 10,00 | 31,00 | |
| Alkol kullanımı | Çekirdek aile | 300 | 9,00 | 9,00 | 45,00 | 0,003 |
| | Geniş aile | 59 | 12,00 | 9,00 | 38,00 | |
| | Tek ebeveynli | 23 | 14,00 | 9,00 | 44,00 | |
| Sigara kullanımı | Çekirdek aile | 300 | 13,00 | 8,00 | 40,00 | 0,071 |
| | Geniş aile | 59 | 16,00 | 8,00 | 37,00 | |
| | Tek ebeveynli | 23 | 21,00 | 8,00 | 40,00 | |
| İntihar eğilimi | Çekirdek aile | 300 | 22,00 | 12,00 | 58,00 | 0,246 |
| | Geniş aile | 59 | 24,00 | 12,00 | 60,00 | |
| | Tek ebeveynli | 23 | 24,00 | 12,00 | 39,00 | |
| Beslenme alışkanlıkları | Çekirdek aile | 300 | 23,00 | 8,00 | 40,00 | 0,318 |
| | Geniş aile | 59 | 21,00 | 8,00 | 40,00 | |
| | Tek ebeveynli | 23 | 24,00 | 10,00 | 37,00 | |
| Okul terki | Çekirdek aile | 300 | 7,00 | 4,00 | 20,00 | 0,150 |
| | Geniş aile | 59 | 8,00 | 4,00 | 20,00 | |
| | Tek ebeveynli | 23 | 6,00 | 4,00 | 14,00 | |
| Madde kullanımı | Çekirdek aile | 300 | 9,00 | 9,00 | 45,00 | 0,001 |
| | Geniş aile | 59 | 9,00 | 9,00 | 39,00 | |
| | Tek ebeveynli | 23 | 10,00 | 9,00 | 36,00 | |
| Anket toplam puanı | Çekirdek aile | 300 | 106,00 | 60,00 | 247,00 | 0,020 |
| | Geniş aile | 59 | 118,00 | 70,00 | 251,00 | |
| | Tek ebeveynli | 23 | 115,00 | 62,00 | 215,00 | |

Çalışmaya alınan katılımcılarda aile birlikteliği ile riskli davranışlar arasındaki ilişki değerlendirildi. Aile birlikteliği ve alkol kullanımı alt grubu arasındaki ilişki değerlendirildiğinde istatistiksel açıdan bir farklılık görüldü ($p < 0.05$). Ancak aile birlikteliği ile antisosyal davranışlar alt grubu, sigara kullanımı alt grubu, intihar eğilimi alt grubu, beslenme alışkanlıkları alt grubu, okul terki alt grubu, madde kullanımı alt grubu ve anket toplam puanı açısından istatistiksel bir fark görülmedi ($p > 0.05$) (Tablo 11).

Tablo 11: Aile Birlikteliği ile Riskli Davranışlar Ölçeği Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi

| Ölçek ve alt grup puanları | Gruplar | n | Median | Min | Maks | p |
|----------------------------|---------------------------|-----|--------|-------|--------|--------------|
| Antisosyal davranışlar | Anne hayatta sağ birlikte | 331 | 16,00 | 10,00 | 44,00 | 0,265 |
| | Anne baba hayatta, ayrı | 35 | 17,00 | 10,00 | 48,00 | |
| | Anne hayatta, baba değil | 15 | 14,00 | 10,00 | 28,00 | |
| | Baba hayatta, anne değil | 1 | 20,00 | 20,00 | 20,00 | |
| Alkol kullanımı | Anne hayatta sağ birlikte | 331 | 9,00 | 9,00 | 45,00 | 0,002 |
| | Anne baba hayatta, ayrı | 35 | 16,00 | 9,00 | 44,00 | |
| | Anne hayatta, baba değil | 15 | 9,00 | 9,00 | 25,00 | |
| | Baba hayatta, anne değil | 1 | 9,00 | 9,00 | 9,00 | |
| Sigara kullanımı | Anne hayatta sağ birlikte | 331 | 13,00 | 8,00 | 39,00 | 0,155 |
| | Anne baba hayatta, ayrı | 35 | 23,00 | 8,00 | 40,00 | |
| | Anne hayatta, baba değil | 15 | 14,00 | 9,00 | 40,00 | |
| | Baba hayatta, anne değil | 1 | 11,00 | 11,00 | 11,00 | |
| İntihar eğilimi | Anne hayatta sağ birlikte | 331 | 22,00 | 12,00 | 60,00 | 0,396 |
| | Anne baba hayatta, ayrı | 35 | 24,00 | 12,00 | 53,00 | |
| | Anne hayatta, baba değil | 15 | 26,00 | 13,00 | 37,00 | |
| | Baba hayatta, anne değil | 1 | 15,00 | 15,00 | 15,00 | |
| Beslenme alışkanlıkları | Anne hayatta sağ birlikte | 331 | 22,00 | 8,00 | 40,00 | 0,193 |
| | Anne baba hayatta, ayrı | 35 | 24,00 | 9,00 | 37,00 | |
| | Anne hayatta, baba değil | 15 | 20,00 | 13,00 | 33,00 | |
| | Baba hayatta, anne değil | 1 | 16,00 | 16,00 | 16,00 | |
| Okul terki | Anne hayatta sağ birlikte | 331 | 7,00 | 4,00 | 20,00 | 0,563 |
| | Anne baba hayatta, ayrı | 35 | 7,00 | 4,00 | 15,00 | |
| | Anne hayatta, baba değil | 15 | 8,00 | 4,00 | 14,00 | |
| | Baba hayatta, anne değil | 1 | 12,00 | 12,00 | 12,00 | |
| Madde kullanımı | Anne hayatta sağ birlikte | 331 | 9,00 | 9,00 | 45,00 | 0,111 |
| | Anne baba hayatta, ayrı | 35 | 9,00 | 9,00 | 37,00 | |
| | Anne hayatta, baba değil | 15 | 9,00 | 9,00 | 15,00 | |
| | Baba hayatta, anne değil | 1 | 9,00 | 9,00 | 9,00 | |
| Anket toplam puanı | Anne hayatta sağ birlikte | 331 | 107,00 | 60,00 | 251,00 | 0,101 |
| | Anne baba hayatta, ayrı | 35 | 117,00 | 68,00 | 217,00 | |
| | Anne hayatta, baba değil | 15 | 109,00 | 72,00 | 158,00 | |
| | Baba hayatta, anne değil | 1 | 92,00 | 92,00 | 92,00 | |

Çalışmaya alınan katılımcılarda anne eğitim durumu ile riskli davranışlar arasındaki ilişki değerlendirildi. Anne eğitim durumu ve antisosyal davranışlar alt grubu, alkol kullanımı alt grubu, sigara kullanımı alt grubu, madde kullanımı alt grubu ve anket toplam puanı arasındaki ilişki değerlendirildiğinde istatistiksel açıdan anlamlı fark görüldü ($p < 0.05$). Anne eğitim düzeyi ile anket toplam puanları arasında bulunan ilişkinin hangi grup ya da gruplardan kaynaklandığını bulmak için Post Hoc analiz ile alt grup analizleri yapıldı. Bonferroni düzeltmesi kullanılarak bulunan

sonuçlarda anne eğitim düzeyi ortaokul-lise ($p=0.026$) ve ilkokul-lise ($p=0.07$) arasında istatistiksel açıdan anlamlılık saptandı. Anne eğitim durumu ile intihar eğilimi alt grubu ,beslenme alışkanlıkları alt grubu ve okul terki alt grubu arasında istatistiksel bir farklılık tespit edilmedi ($p>0.05$) (Tablo 12).

Tablo 12: Anne Eğitim Durumu ile Riskli Davranışlar Ölçeği Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi

| Ölçek ve alt grup puanları | Gruplar | n | Median | Min | Maks | p |
|----------------------------|------------|-----|--------|-------|--------|--------------|
| Antisosyal davranışlar | İlkolul | 134 | 15,00 | 10,00 | 36,00 | 0,004 |
| | Ortaokul | 65 | 16,00 | 10,00 | 36,00 | |
| | Lise | 99 | 17,00 | 10,00 | 48,00 | |
| | Üniversite | 84 | 17,50 | 10,00 | 40,00 | |
| Alkol kullanımı | İlkolul | 134 | 9,00 | 9,00 | 45,00 | 0,000 |
| | Ortaokul | 65 | 9,00 | 9,00 | 37,00 | |
| | Lise | 99 | 14,00 | 9,00 | 45,00 | |
| | Üniversite | 84 | 13,00 | 9,00 | 45,00 | |
| Sigara kullanımı | İlkolul | 134 | 12,50 | 8,00 | 40,00 | 0,034 |
| | Ortaokul | 65 | 14,00 | 8,00 | 36,00 | |
| | Lise | 99 | 18,00 | 8,00 | 40,00 | |
| | Üniversite | 84 | 14,50 | 8,00 | 40,00 | |
| İntihar eğilimi | İlkolul | 134 | 23,00 | 12,00 | 60,00 | 0,200 |
| | Ortaokul | 65 | 20,00 | 12,00 | 40,00 | |
| | Lise | 99 | 23,00 | 12,00 | 58,00 | |
| | Üniversite | 84 | 23,50 | 12,00 | 53,00 | |
| Beslenme alışkanlıkları | İlkolul | 134 | 21,00 | 8,00 | 40,00 | 0,108 |
| | Ortaokul | 65 | 21,00 | 8,00 | 40,00 | |
| | Lise | 99 | 23,00 | 8,00 | 39,00 | |
| | Üniversite | 84 | 24,00 | 8,00 | 40,00 | |
| Okul terki | İlkolul | 134 | 7,00 | 4,00 | 20,00 | 0,548 |
| | Ortaokul | 65 | 6,00 | 4,00 | 20,00 | |
| | Lise | 99 | 7,00 | 4,00 | 20,00 | |
| | Üniversite | 84 | 7,00 | 4,00 | 19,00 | |
| Madde kullanımı | İlkolul | 134 | 9,00 | 9,00 | 39,00 | 0,015 |
| | Ortaokul | 65 | 9,00 | 9,00 | 29,00 | |
| | Lise | 99 | 9,00 | 9,00 | 30,00 | |
| | Üniversite | 84 | 9,00 | 9,00 | 45,00 | |
| Anket toplam puanı | İlkolul | 134 | 102,00 | 60,00 | 247,00 | 0,002 |
| | Ortaokul | 65 | 104,00 | 63,00 | 182,00 | |
| | Lise | 99 | 123,00 | 62,00 | 251,00 | |
| | Üniversite | 84 | 111,00 | 65,00 | 217,00 | |

Çalışmaya alınan katılımcılarda baba eğitim durumu ile riskli davranışlar arasındaki ilişki değerlendirildi. Baba eğitim durumu ve antisosyal davranışlar alt grubu ,alkol kullanımı alt grubu, beslenme alışkanlıkları alt grubu, madde kullanımı

alt grubu ve anket toplam puanı arasında istatistiksel açıdan bir farklılık görüldü ($p < 0.05$). Baba eğitim düzeyi ile anket toplam puanları arasında bulunan ilişkinin hangi grup ya da gruplardan kaynaklandığını bulmak için Post Hoc analiz ile alt grup analizleri yapıldı. Bonferroni düzeltmesi kullanılarak bulunan sonuçlarda baba eğitim düzeyi ortaokul-lise ($p = 0.015$), ortaokul-üniversite ($p = 0.039$) ve ilkokul-lise ($p = 0.042$) arasında istatistiksel açıdan anlamlılık saptandı. Fakat baba eğitim durumu ile sigara kullanımı alt grubu, intihar eğilimi alt grubu ve okul terki alt grubu arasında istatistiksel bir fark saptanmadı ($p > 0.05$) (Tablo 13).

Tablo 13: Baba Eğitim Durumu ile Riskli Davranışlar Ölçeği Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi

| Ölçek ve alt grup puanları | Gruplar | n | Median | Min | Maks | p |
|----------------------------|------------|-----|--------|-------|--------|--------------|
| Antisosyal davranışlar | İlkolul | 73 | 15,00 | 10,00 | 36,00 | 0,001 |
| | Ortaokul | 89 | 14,00 | 10,00 | 34,00 | |
| | Lise | 114 | 17,00 | 10,00 | 48,00 | |
| | Üniversite | 106 | 17,00 | 10,00 | 43,00 | |
| Alkol kullanımı | İlkolul | 73 | 9,00 | 9,00 | 45,00 | 0,000 |
| | Ortaokul | 89 | 9,00 | 9,00 | 45,00 | |
| | Lise | 114 | 13,00 | 9,00 | 45,00 | |
| | Üniversite | 106 | 13,00 | 9,00 | 45,00 | |
| Sigara kullanımı | İlkolul | 73 | 13,00 | 8,00 | 38,00 | 0,056 |
| | Ortaokul | 89 | 12,00 | 8,00 | 40,00 | |
| | Lise | 114 | 16,50 | 8,00 | 38,00 | |
| | Üniversite | 106 | 15,00 | 8,00 | 40,00 | |
| İntihar eğilimi | İlkolul | 73 | 23,00 | 12,00 | 56,00 | 0,935 |
| | Ortaokul | 89 | 22,00 | 12,00 | 50,00 | |
| | Lise | 114 | 22,00 | 12,00 | 58,00 | |
| | Üniversite | 106 | 23,00 | 12,00 | 60,00 | |
| Beslenme alışkanlıkları | İlkolul | 73 | 18,00 | 8,00 | 35,00 | 0,001 |
| | Ortaokul | 89 | 21,00 | 8,00 | 37,00 | |
| | Lise | 114 | 24,00 | 8,00 | 40,00 | |
| | Üniversite | 106 | 24,00 | 8,00 | 40,00 | |
| Okul terki | İlkolul | 73 | 7,00 | 4,00 | 20,00 | 0,658 |
| | Ortaokul | 89 | 8,00 | 4,00 | 20,00 | |
| | Lise | 114 | 6,00 | 4,00 | 20,00 | |
| | Üniversite | 106 | 7,00 | 4,00 | 20,00 | |
| Madde kullanımı | İlkolul | 73 | 9,00 | 9,00 | 36,00 | 0,009 |
| | Ortaokul | 89 | 9,00 | 9,00 | 23,00 | |
| | Lise | 114 | 9,00 | 9,00 | 45,00 | |
| | Üniversite | 106 | 9,00 | 9,00 | 37,00 | |
| Anket toplam puanı | İlkolul | 73 | 99,00 | 60,00 | 247,00 | 0,002 |
| | Ortaokul | 89 | 102,00 | 67,00 | 213,00 | |
| | Lise | 114 | 114,50 | 62,00 | 251,00 | |
| | Üniversite | 106 | 117,00 | 63,00 | 217,00 | |

Çalışmaya alınan katılımcılarda anne çalışma durumu ile riskli davranışlar arasındaki ilişki değerlendirildi. Anne çalışma durumu ve antisosyal davranışlar alt grubu ,alkol kullanımı alt grubu, sigara kullanımı alt grubu, madde kullanımı alt grubu ve anket toplam puanı arasında istatistiksel açıdan farklılık görüldü ($p<0.05$) Anne çalışma durumu ile anket toplam puanları arasında bulunan ilişkinin hangi gruba da gruplardan kaynaklandığını bulmak için Post Hoc analiz ile alt grup analizleri yapıldı. Bonferroni düzeltmesi kullanılarak bulunan sonuçlarda annesi çalışan ve çalışmayanlar arasında ($p=0.001$) arasında istatistiksel açıdan anlamlılık saptandı. Fakat anne çalışma durumu ile intihar eğilimi alt grubu, beslenme alışkanlıkları alt grubu ve okul terki alt grubu arasında istatistiksel bir farklılık tespit edilmedi ($p>0.05$) (Tablo 14).

Tablo 14: Anne Çalışma Durumu ile Riskli Davranışlar Ölçeği Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi

| Ölçek ve alt grup puanları | Gruplar | n | Median | Min | Maks | p |
|----------------------------|---------|-----|--------|-------|--------|--------------|
| Antisosyal davranışlar | Evet | 111 | 18,00 | 10,00 | 48,00 | 0,003 |
| | Hayır | 231 | 15,00 | 10,00 | 43,00 | |
| | Emekli | 39 | 17,00 | 10,00 | 36,00 | |
| | Vefat | 1 | 20,00 | 20,00 | 20,00 | |
| Alkol kullanımı | Evet | 111 | 13,00 | 9,00 | 45,00 | 0,000 |
| | Hayır | 231 | 9,00 | 9,00 | 45,00 | |
| | Emekli | 39 | 16,00 | 9,00 | 45,00 | |
| | Vefat | 1 | 9,00 | 9,00 | 9,00 | |
| Sigara kullanımı | Evet | 111 | 17,00 | 8,00 | 40,00 | 0,040 |
| | Hayır | 231 | 13,00 | 8,00 | 40,00 | |
| | Emekli | 39 | 17,00 | 9,00 | 38,00 | |
| | Vefat | 1 | 11,00 | 11,00 | 11,00 | |
| İntihar eğilimi | Evet | 111 | 24,00 | 12,00 | 60,00 | 0,144 |
| | Hayır | 231 | 22,00 | 12,00 | 60,00 | |
| | Emekli | 39 | 23,00 | 12,00 | 58,00 | |
| | Vefat | 1 | 15,00 | 15,00 | 15,00 | |
| Beslenme alışkanlıkları | Evet | 111 | 24,00 | 10,00 | 40,00 | 0,056 |
| | Hayır | 231 | 21,00 | 8,00 | 40,00 | |
| | Emekli | 39 | 23,00 | 8,00 | 37,00 | |
| | Vefat | 1 | 16,00 | 16,00 | 16,00 | |
| Okul terki | Evet | 111 | 8,00 | 4,00 | 20,00 | 0,212 |
| | Hayır | 231 | 7,00 | 4,00 | 20,00 | |
| | Emekli | 39 | 6,00 | 4,00 | 19,00 | |
| | Vefat | 1 | 12,00 | 12,00 | 12,00 | |
| Madde kullanımı | Evet | 111 | 9,00 | 9,00 | 39,00 | 0,009 |
| | Hayır | 231 | 9,00 | 9,00 | 36,00 | |
| | Emekli | 39 | 9,00 | 9,00 | 45,00 | |
| | Vefat | 1 | 9,00 | 9,00 | 9,00 | |
| Anket toplam puanı | Evet | 111 | 118,00 | 68,00 | 251,00 | 0,000 |
| | Hayır | 231 | 103,00 | 60,00 | 238,00 | |
| | Emekli | 39 | 113,00 | 75,00 | 247,00 | |
| | Vefat | 1 | 92,00 | 92,00 | 92,00 | |

Çalışmaya alınan katılımcılarda baba çalışma durumu ile riskli davranışlar arasındaki ilişki değerlendirildi. Baba çalışma durumu ve antisosyal davranışlar alt grubu, beslenme alışkanlıkları alt grubu ve okul terki alt grubu arasındaki ilişkiye bakıldığında istatistiksel açıdan bir farklılık görüldü ($p < 0.05$). Fakat baba çalışma durumu ile alkol kullanımı alt grubu, sigara kullanımı alt grubu, intihar eğilimi alt grubu, madde kullanımı alt gurubu ve anket toplam puanı arasında bir fark görülmedi ($p > 0.05$) (Tablo 15).

Tablo 15: Baba Çalışma Durumu ile Riskli Davranışlar Ölçeği Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi

| Ölçek ve alt grup puanları | Gruplar | n | Median | Min | Maks | p |
|----------------------------|---------|-----|--------|-------|--------|--------------|
| Antisosyal davranışlar | Evet | 247 | 17,00 | 10,00 | 48,00 | 0,039 |
| | Hayır | 15 | 16,00 | 10,00 | 22,00 | |
| | Emekli | 107 | 15,00 | 10,00 | 40,00 | |
| | Vefat | 13 | 14,00 | 11,00 | 23,00 | |
| Alkol kullanımı | Evet | 247 | 9,00 | 9,00 | 45,00 | 0,886 |
| | Hayır | 15 | 10,00 | 9,00 | 27,00 | |
| | Emekli | 107 | 12,00 | 9,00 | 45,00 | |
| | Vefat | 13 | 9,00 | 9,00 | 25,00 | |
| Sigara kullanımı | Evet | 247 | 13,00 | 8,00 | 40,00 | 0,955 |
| | Hayır | 15 | 16,00 | 8,00 | 37,00 | |
| | Emekli | 107 | 15,00 | 8,00 | 38,00 | |
| | Vefat | 13 | 14,00 | 9,00 | 40,00 | |
| İntihar eğilimi | Evet | 247 | 23,00 | 12,00 | 60,00 | 0,392 |
| | Hayır | 15 | 27,00 | 12,00 | 42,00 | |
| | Emekli | 107 | 21,00 | 12,00 | 48,00 | |
| | Vefat | 13 | 24,00 | 13,00 | 37,00 | |
| Beslenme alışkanlıkları | Evet | 247 | 24,00 | 8,00 | 40,00 | 0,010 |
| | Hayır | 15 | 21,00 | 8,00 | 40,00 | |
| | Emekli | 107 | 20,00 | 8,00 | 40,00 | |
| | Vefat | 13 | 21,00 | 13,00 | 33,00 | |
| Okul terki | Evet | 247 | 7,00 | 4,00 | 20,00 | 0,001 |
| | Hayır | 15 | 8,00 | 4,00 | 18,00 | |
| | Emekli | 107 | 5,00 | 4,00 | 17,00 | |
| | Vefat | 13 | 7,00 | 4,00 | 14,00 | |
| Madde kullanımı | Evet | 247 | 9,00 | 9,00 | 39,00 | 0,586 |
| | Hayır | 15 | 9,00 | 9,00 | 17,00 | |
| | Emekli | 107 | 9,00 | 9,00 | 45,00 | |
| | Vefat | 13 | 9,00 | 9,00 | 15,00 | |
| Anket toplam puanı | Evet | 247 | 112,00 | 60,00 | 251,00 | 0,211 |
| | Hayır | 15 | 102,00 | 60,00 | 167,00 | |
| | Emekli | 107 | 103,00 | 62,00 | 205,00 | |
| | Vefat | 13 | 109,00 | 72,00 | 158,00 | |

Çalışmaya alınan katılımcılarda üniversitede öğrenim gördükleri bölümler ile riskli davranışlar arasındaki ilişki değerlendirildi. Fakat üniversitede öğrenim gördükleri bölümler ve antisosyal davranışlar alt grubu, alkol kullanımı alt grubu, sigara kullanımı alt grubu, intihar eğilimi alt grubu, beslenme alışkanlıkları alt grubu, okul terki alt grubu, madde kullanımı alt grubu ve anket toplam puanı arasındaki ilişki değerlendirildiğinde istatistiksel farklılık tespit edildi ($p < 0.05$). Katılımcıların

eğitim gördükleri bölümler ile anket toplam puanları arasında bulunan ilişkinin hangi grup ya da gruptan kaynaklandığını bulmak için Post Hoc analiz ile alt grup analizleri yapıldı. Bonferroni düzeltmesi kullanılarak bulunan sonuçlarda islami bilimler- mühendislik ($p<0.001$), sağlık bilimleri-mühendislik ($p<0.001$) ve tıp-mühendislik ($p<0.001$) arasında istatistiksel açısından anlamlılık saptandı. (Tablo 16).



Tablo 16: Öğrencilerin Üniversitede Öğrenim Gördükleri Bölüm ile Riskli Davranışlar Ölçeği Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi

| Ölçek ve alt grup puanları | Gruplar | n | Median | Min | Maks | p |
|----------------------------|-------------------|-----|--------|-------|--------|--------------|
| Antisosyal davranışlar | Tıp | 44 | 15,00 | 10,00 | 40,00 | 0,000 |
| | Mühendislik | 115 | 20,00 | 10,00 | 48,00 | |
| | İslami bilimler | 56 | 14,00 | 10,00 | 32,00 | |
| | Sağlık bilimleri | 100 | 14,00 | 10,00 | 36,00 | |
| | İktisadi bilimler | 54 | 17,00 | 10,00 | 33,00 | |
| | Diğer | 12 | 14,00 | 11,00 | 19,00 | |
| Alkol kullanımı | Tıp | 44 | 9,00 | 9,00 | 32,00 | 0,000 |
| | Mühendislik | 115 | 17,00 | 9,00 | 45,00 | |
| | İslami bilimler | 56 | 9,00 | 9,00 | 9,00 | |
| | Sağlık bilimleri | 100 | 9,00 | 9,00 | 45,00 | |
| | İktisadi bilimler | 54 | 10,50 | 9,00 | 45,00 | |
| | Diğer | 12 | 11,00 | 9,00 | 17,00 | |
| Sigara kullanımı | Tıp | 44 | 12,00 | 8,00 | 38,00 | 0,000 |
| | Mühendislik | 115 | 22,00 | 8,00 | 40,00 | |
| | İslami bilimler | 56 | 11,00 | 8,00 | 36,00 | |
| | Sağlık bilimleri | 100 | 12,00 | 8,00 | 38,00 | |
| | İktisadi bilimler | 54 | 17,00 | 8,00 | 40,00 | |
| | Diğer | 12 | 11,00 | 11,00 | 26,00 | |
| İntihar eğilimi | Tıp | 44 | 24,00 | 12,00 | 60,00 | 0,001 |
| | Mühendislik | 115 | 25,00 | 12,00 | 58,00 | |
| | İslami bilimler | 56 | 23,50 | 12,00 | 60,00 | |
| | Sağlık bilimleri | 100 | 18,00 | 12,00 | 48,00 | |
| | İktisadi bilimler | 54 | 21,00 | 12,00 | 37,00 | |
| | Diğer | 12 | 20,00 | 13,00 | 34,00 | |
| Beslenme alışkanlıkları | Tıp | 44 | 23,00 | 8,00 | 40,00 | 0,002 |
| | Mühendislik | 115 | 24,00 | 8,00 | 40,00 | |
| | İslami bilimler | 56 | 19,00 | 8,00 | 37,00 | |
| | Sağlık bilimleri | 100 | 21,00 | 8,00 | 37,00 | |
| | İktisadi bilimler | 54 | 24,50 | 8,00 | 38,00 | |
| | Diğer | 12 | 15,00 | 13,00 | 37,00 | |
| Okul terki | Tıp | 44 | 5,00 | 4,00 | 15,00 | 0,000 |
| | Mühendislik | 115 | 8,00 | 4,00 | 20,00 | |
| | İslami bilimler | 56 | 8,00 | 4,00 | 20,00 | |
| | Sağlık bilimleri | 100 | 6,00 | 4,00 | 20,00 | |
| | İktisadi bilimler | 54 | 8,00 | 4,00 | 18,00 | |
| | Diğer | 12 | 5,00 | 4,00 | 10,00 | |
| Madde kullanımı | Tıp | 44 | 9,00 | 9,00 | 21,00 | 0,000 |
| | Mühendislik | 115 | 10,00 | 9,00 | 39,00 | |
| | İslami bilimler | 56 | 9,00 | 9,00 | 21,00 | |
| | Sağlık bilimleri | 100 | 9,00 | 9,00 | 45,00 | |
| | İktisadi bilimler | 54 | 9,00 | 9,00 | 36,00 | |
| | Diğer | 12 | 9,00 | 9,00 | 15,00 | |
| Anket toplam puanı | Tıp | 44 | 102,00 | 68,00 | 205,00 | 0,000 |
| | Mühendislik | 115 | 128,00 | 69,00 | 251,00 | |
| | İslami bilimler | 56 | 98,00 | 60,00 | 162,00 | |
| | Sağlık bilimleri | 100 | 99,00 | 60,00 | 180,00 | |
| | İktisadi bilimler | 54 | 117,00 | 63,00 | 213,00 | |
| | Diğer | 12 | 95,00 | 70,00 | 119,00 | |

Çalışmaya alınan katılımcılarda üniversitede öğrenim gördükleri sınıflar ile riskli davranışlar arasındaki ilişki değerlendirildi. Üniversitede öğrenim gördükleri sınıflar ve antisosyal davranışlar alt grubu, alkol kullanımı alt grubu, sigara kullanımı alt grubu, intihar eğilimi alt grubu, okul terki alt grubu, madde kullanımı alt grubu ve anket toplam puanında ilişki değerlendirildiğinde istatistiksel farklılık görüldü ($p<0.05$). Katılımcıların eğitim gördükleri sınıflar ile anket toplam puanları arasında bulunan ilişkinin hangi grup ya da gruplardan kaynaklandığını bulmak için Post Hoc analiz ile alt grup analizleri yapıldı. Bonferroni düzeltmesi kullanılarak bulunan sonuçlarda birinci-dördüncü sınıf ($p<0.001$), ikinci-dördüncü sınıf ($p<0.001$) ve üçüncü-dördüncü sınıf ($p=0.010$) arasında istatistiksel açıdan anlamlılık saptandı. Fakat üniversitede öğrenim gördükleri sınıfları ile beslenme alışkanlıkları alt grubu ilişkileri değerlendirildiğinde istatistiksel bir farklılık görülmedi ($p>0.05$) (Tablo 17).

Tablo 17: Öğrencilerin Okudukları Sınıf ile Riskli Davranışlar Ölçeği Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi

| Ölçek ve alt grup puanları | Gruplar | n | Median | Min | Maks | p |
|----------------------------|----------|-----|--------|-------|--------|--------------|
| Antisosyal davranışlar | 1. sınıf | 86 | 15,00 | 10,00 | 34,00 | 0,000 |
| | 2. sınıf | 112 | 14,00 | 10,00 | 40,00 | |
| | 3. sınıf | 88 | 17,00 | 10,00 | 33,00 | |
| | 4. sınıf | 94 | 20,00 | 10,00 | 48,00 | |
| | 5. sınıf | 2 | 12,50 | 10,00 | 15,00 | |
| Alkol kullanımı | 1. sınıf | 86 | 9,00 | 9,00 | 33,00 | 0,000 |
| | 2. sınıf | 112 | 9,00 | 9,00 | 45,00 | |
| | 3. sınıf | 88 | 9,00 | 9,00 | 45,00 | |
| | 4. sınıf | 94 | 17,00 | 9,00 | 44,00 | |
| | 5. sınıf | 2 | 9,00 | 9,00 | 9,00 | |
| Sigara kullanımı | 1. sınıf | 86 | 12,00 | 8,00 | 39,00 | 0,000 |
| | 2. sınıf | 112 | 13,00 | 8,00 | 40,00 | |
| | 3. sınıf | 88 | 15,00 | 8,00 | 39,00 | |
| | 4. sınıf | 94 | 21,00 | 8,00 | 40,00 | |
| | 5. sınıf | 2 | 9,00 | 8,00 | 10,00 | |
| İntihar eğilimi | 1. sınıf | 86 | 20,00 | 12,00 | 60,00 | 0,000 |
| | 2. sınıf | 112 | 20,00 | 12,00 | 60,00 | |
| | 3. sınıf | 88 | 23,00 | 12,00 | 52,00 | |
| | 4. sınıf | 94 | 26,50 | 12,00 | 58,00 | |
| | 5. sınıf | 2 | 15,00 | 14,00 | 16,00 | |
| Beslenme alışkanlıkları | 1. sınıf | 86 | 22,50 | 8,00 | 40,00 | 0,279 |
| | 2. sınıf | 112 | 21,00 | 8,00 | 40,00 | |
| | 3. sınıf | 88 | 22,50 | 8,00 | 40,00 | |
| | 4. sınıf | 94 | 23,50 | 9,00 | 39,00 | |
| | 5. sınıf | 2 | 19,00 | 18,00 | 20,00 | |
| Okul terki | 1. sınıf | 86 | 5,00 | 4,00 | 20,00 | 0,000 |
| | 2. sınıf | 112 | 7,00 | 4,00 | 20,00 | |
| | 3. sınıf | 88 | 7,00 | 4,00 | 20,00 | |
| | 4. sınıf | 94 | 9,00 | 4,00 | 20,00 | |
| | 5. sınıf | 2 | 7,00 | 4,00 | 10,00 | |
| Madde kullanımı | 1. sınıf | 86 | 9,00 | 9,00 | 45,00 | 0,000 |
| | 2. sınıf | 112 | 9,00 | 9,00 | 31,00 | |
| | 3. sınıf | 88 | 9,00 | 9,00 | 36,00 | |
| | 4. sınıf | 94 | 10,00 | 9,00 | 39,00 | |
| | 5. sınıf | 2 | 9,00 | 9,00 | 9,00 | |
| Anket toplam puanı | 1. sınıf | 86 | 99,00 | 60,00 | 195,00 | 0,000 |
| | 2. sınıf | 112 | 99,00 | 63,00 | 205,00 | |
| | 3. sınıf | 88 | 111,50 | 60,00 | 213,00 | |
| | 4. sınıf | 94 | 125,50 | 71,00 | 251,00 | |
| | 5. sınıf | 2 | 80,50 | 78,00 | 83,00 | |

Çalışmaya alınan katılımcılarda üniversitede kaldıkları yerler ile riskli davranışlar arasındaki ilişki değerlendirildi. Üniversitede kaldıkları yerler ve antisosyal davranışlar alt grubu, alkol kullanımı alt grubu, sigara kullanımı alt grubu, intihar eğilimi alt grubu, beslenme alışkanlıkları alt grubu, madde kullanımı alt grubu ve anket toplam puanı arasında anlamlı fark bulundu ($p < 0.05$). Katılımcıların üniversitede kaldıkları yerler ile anket toplam puanları arasında bulunan ilişkinin hangi grup ya da gruplardan kaynaklandığını bulmak için Post Hoc analiz ile alt grup

analizleri yapıldı. Bonferroni düzeltmesi kullanılarak bulunan sonuçlarda sadece ailesi ile beraber-evde tek başına kalan ($p=0.07$) grupları arasında istatistiksel açılarından anlamlılık saptandı. Fakat üniversitede kaldıkları yerler ile okul terki alt grubunda istatistiksel bir farklılık görülmedi ($p>0.05$) (Tablo 18).

Tablo 18: Öğrenim Boyunca Kaldıkları Yer ile Riskli Davranışlar Ölçeği Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi

| Ölçek ve alt grup puanları | Gruplar | n | Median | Min | Maks | p |
|----------------------------|------------------------|-----|--------|-------|--------|--------------|
| Antisosyal davranışlar | Aile ile beraber | 103 | 14,00 | 10,00 | 31,00 | 0,000 |
| | Evde tek başına | 54 | 18,50 | 10,00 | 48,00 | |
| | Ev arkadaşıyla beraber | 64 | 16,50 | 10,00 | 39,00 | |
| | Yurtta | 156 | 16,00 | 10,00 | 34,00 | |
| | Tanıdıklarıyla beraber | 5 | 12,00 | 11,00 | 14,00 | |
| Alkol kullanımı | Aile ile beraber | 103 | 9,00 | 9,00 | 45,00 | 0,000 |
| | Evde tek başına | 54 | 17,00 | 9,00 | 44,00 | |
| | Ev arkadaşıyla beraber | 64 | 13,50 | 9,00 | 45,00 | |
| | Yurtta | 156 | 9,00 | 9,00 | 45,00 | |
| | Tanıdıklarıyla beraber | 5 | 9,00 | 9,00 | 9,00 | |
| Sigara kullanımı | Aile ile beraber | 103 | 13,00 | 8,00 | 39,00 | 0,006 |
| | Evde tek başına | 54 | 20,00 | 8,00 | 40,00 | |
| | Ev arkadaşıyla beraber | 64 | 17,00 | 8,00 | 39,00 | |
| | Yurtta | 156 | 13,00 | 8,00 | 40,00 | |
| | Tanıdıklarıyla beraber | 5 | 8,00 | 8,00 | 33,00 | |
| İntihar eğilimi | Aile ile beraber | 103 | 21,00 | 12,00 | 60,00 | 0,047 |
| | Evde tek başına | 54 | 25,00 | 12,00 | 56,00 | |
| | Ev arkadaşıyla beraber | 64 | 24,00 | 12,00 | 58,00 | |
| | Yurtta | 156 | 22,00 | 12,00 | 52,00 | |
| | Tanıdıklarıyla beraber | 5 | 22,00 | 18,00 | 36,00 | |
| Beslenme alışkanlıkları | Aile ile beraber | 103 | 20,00 | 8,00 | 40,00 | 0,025 |
| | Evde tek başına | 54 | 24,00 | 8,00 | 40,00 | |
| | Ev arkadaşıyla beraber | 64 | 21,50 | 8,00 | 40,00 | |
| | Yurtta | 156 | 24,00 | 8,00 | 38,00 | |
| | Tanıdıklarıyla beraber | 5 | 17,00 | 11,00 | 24,00 | |
| Okul terki | Aile ile beraber | 103 | 7,00 | 4,00 | 20,00 | 0,780 |
| | Evde tek başına | 54 | 7,00 | 4,00 | 19,00 | |
| | Ev arkadaşıyla beraber | 64 | 7,00 | 4,00 | 20,00 | |
| | Yurtta | 156 | 7,00 | 4,00 | 20,00 | |
| | Tanıdıklarıyla beraber | 5 | 6,00 | 6,00 | 9,00 | |
| Madde kullanımı | Aile ile beraber | 103 | 9,00 | 9,00 | 45,00 | 0,007 |
| | Evde tek başına | 54 | 9,00 | 9,00 | 37,00 | |
| | Ev arkadaşıyla beraber | 64 | 9,00 | 9,00 | 39,00 | |
| | Yurtta | 156 | 9,00 | 9,00 | 36,00 | |
| | Tanıdıklarıyla beraber | 5 | 9,00 | 9,00 | 9,00 | |
| Anket toplam puanı | Aile ile beraber | 103 | 103,00 | 62,00 | 194,00 | 0,003 |
| | Evde tek başına | 54 | 125,00 | 62,00 | 251,00 | |
| | Ev arkadaşıyla beraber | 64 | 116,00 | 69,00 | 235,00 | |
| | Yurtta | 156 | 109,00 | 60,00 | 210,00 | |
| | Tanıdıklarıyla beraber | 5 | 95,00 | 74,00 | 102,00 | |

Çalışmaya alınan katılımcılarda sigara (tütün) kullanımı ile riskli davranışlar arasındaki ilişki değerlendirildi. Sigara (tütün) kullanımı ve antisosyal davranışlar alt grubu, alkol kullanımı alt grubu, sigara kullanımı alt grubu, intihar eğilimi alt grubu, beslenme alışkanlıkları alt grubu, madde kullanımı alt grubu ve anket toplam puanı arasındaki ilişkiye bakıldığında anlamlı fark görüldü ($p<0.05$). Katılımcıların sigara kullanma durumları ile anket toplam puanları arasında bulunan ilişkinin hangi grup ya da gruplardan kaynaklandığını bulmak için Post Hoc analiz ile alt grup analizleri yapıldı. Bonferroni düzeltmesi kullanılarak bulunan sonuçlarda sadece sigara kullanan-sigara kullanmayan ($p<0.001$) grupları arasında istatistiksel açıdan anlamlılık saptandı. (Tablo 19).

Tablo 19: Sigara (Tütün) Kullanımı ile Riskli Davranışlar Ölçeği Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi

| Ölçek ve alt grup puanları | Gruplar | n | Median | Min | Maks | p |
|----------------------------|----------|-----|--------|-------|--------|--------------|
| Antisosyal davranışlar | Evet | 139 | 19,00 | 10,00 | 48,00 | 0,000 |
| | Hayır | 226 | 14,00 | 10,00 | 40,00 | |
| | Bıraktım | 17 | 17,00 | 10,00 | 28,00 | |
| Alkol kullanımı | Evet | 139 | 17,00 | 9,00 | 45,00 | 0,000 |
| | Hayır | 226 | 9,00 | 9,00 | 37,00 | |
| | Bıraktım | 17 | 10,00 | 9,00 | 33,00 | |
| Sigara kullanımı | Evet | 139 | 29,00 | 8,00 | 40,00 | 0,000 |
| | Hayır | 226 | 11,00 | 8,00 | 38,00 | |
| | Bıraktım | 17 | 17,00 | 9,00 | 38,00 | |
| İntihar eğilimi | Evet | 139 | 24,00 | 12,00 | 58,00 | 0,302 |
| | Hayır | 226 | 22,00 | 12,00 | 60,00 | |
| | Bıraktım | 17 | 24,00 | 12,00 | 48,00 | |
| Beslenme alışkanlıkları | Evet | 139 | 25,00 | 8,00 | 39,00 | 0,000 |
| | Hayır | 226 | 21,00 | 8,00 | 40,00 | |
| | Bıraktım | 17 | 24,00 | 8,00 | 35,00 | |
| Okul terki | Evet | 139 | 8,00 | 4,00 | 20,00 | 0,000 |
| | Hayır | 226 | 6,00 | 4,00 | 20,00 | |
| | Bıraktım | 17 | 8,00 | 4,00 | 18,00 | |
| Madde kullanımı | Evet | 139 | 10,00 | 9,00 | 45,00 | 0,000 |
| | Hayır | 226 | 9,00 | 9,00 | 29,00 | |
| | Bıraktım | 17 | 9,00 | 9,00 | 28,00 | |
| Anket toplam puanı | Evet | 139 | 135,00 | 60,00 | 251,00 | 0,000 |
| | Hayır | 226 | 99,00 | 60,00 | 205,00 | |
| | Bıraktım | 17 | 115,00 | 65,00 | 195,00 | |

Çalışmaya alınan katılımcılarda alkol kullanımı ile riskli davranışların ilişkisi değerlendirildi. Alkol kullanımı ve antisosyal davranışlar alt grubu, alkol kullanımı alt grubu, sigara kullanımı alt grubu, beslenme alışkanlıkları alt grubu, madde kullanımı alt grubu ve anket toplam puanı arasındaki ilişki incelendiğinde istatistiksel farklılık bulundu ($p<0.05$). Katılımcıların alkol kullanma durumları ile anket toplam puanları arasında bulunan ilişkinin hangi grup ya da gruplardan kaynaklandığını bulmak için Post Hoc analiz ile alt grup analizleri yapıldı. Bonferroni düzeltmesi kullanılarak bulunan sonuçlarda sadece alkol kullanan-alkol kullanmayan ($p<0.001$) grupları arasında istatistiksel açıdan anlamlılık saptandı. Fakat alkol kullanımı ile intihar eğilimi alt grubunda anlamlı farklılık tespit edilmedi ($p>0.05$) (Tablo 20).

Tablo 20: Alkol Kullanımı ile Riskli Davranışlar Ölçeği Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi

| Ölçek ve alt grup puanları | Gruplar | n | Median | Min | Maks | p |
|----------------------------|----------|-----|--------|-------|--------|--------------|
| Antisosyal davranışlar | Evet | 136 | 21,00 | 10,00 | 48,00 | 0,000 |
| | Hayır | 239 | 14,00 | 10,00 | 40,00 | |
| | Bıraktım | 7 | 17,00 | 10,00 | 32,00 | |
| Alkol kullanımı | Evet | 136 | 21,50 | 9,00 | 45,00 | 0,000 |
| | Hayır | 239 | 9,00 | 9,00 | 30,00 | |
| | Bıraktım | 7 | 11,00 | 9,00 | 31,00 | |
| Sigara kullanımı | Evet | 136 | 25,00 | 8,00 | 40,00 | 0,000 |
| | Hayır | 239 | 12,00 | 8,00 | 40,00 | |
| | Bıraktım | 7 | 23,00 | 8,00 | 30,00 | |
| İntihar eğilimi | Evet | 136 | 23,50 | 12,00 | 58,00 | 0,087 |
| | Hayır | 239 | 22,00 | 12,00 | 60,00 | |
| | Bıraktım | 7 | 34,00 | 15,00 | 53,00 | |
| Beslenme alışkanlıkları | Evet | 136 | 25,00 | 8,00 | 39,00 | 0,000 |
| | Hayır | 239 | 21,00 | 8,00 | 40,00 | |
| | Bıraktım | 7 | 21,00 | 8,00 | 37,00 | |
| Okul terki | Evet | 136 | 8,00 | 4,00 | 20,00 | 0,009 |
| | Hayır | 239 | 6,00 | 4,00 | 20,00 | |
| | Bıraktım | 7 | 7,00 | 4,00 | 19,00 | |
| Madde kullanımı | Evet | 136 | 9,50 | 9,00 | 45,00 | 0,000 |
| | Hayır | 239 | 9,00 | 9,00 | 25,00 | |
| | Bıraktım | 7 | 9,00 | 9,00 | 37,00 | |
| Anket toplam puanı | Evet | 136 | 132,00 | 68,00 | 251,00 | 0,000 |
| | Hayır | 239 | 99,00 | 60,00 | 205,00 | |
| | Bıraktım | 7 | 109,00 | 65,00 | 217,00 | |

Çalışmaya alınan katılımcılarda kayıtlı olduğu aile hekimini tanıma ile riskli davranışlar arasındaki ilişki değerlendirildi. Kayıtlı olduğu aile hekimini tanıma ve

antisosyal davranışlar alt grubu, alkol kullanımı alt grubu, sigara kullanımı alt grubu, intihar eğilimi alt grubu, beslenme alışkanlıkları alt grubu, okul terki alt grubu, madde kullanımı alt grubu ve anket toplam puanı arasındaki ilişki değerlendirildiğinde istatistiksel farklılık tespit edilmedi ($p>0.05$) (Tablo 21).

Tablo 21: Kayıtlı Olduğu Aile Hekimini Tanıma ile Riskli Davranışlar Ölçeği Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi

| Ölçek ve alt grup puanları | Gruplar | n | Median | Min | Maks | p |
|----------------------------|---------|-----|--------|-------|--------|-------|
| Antisosyal davranışlar | Evet | 251 | 16,00 | 10,00 | 48,00 | 0,060 |
| | Hayır | 131 | 17,00 | 10,00 | 44,00 | |
| Alkol kullanımı | Evet | 251 | 9,00 | 9,00 | 45,00 | 0,064 |
| | Hayır | 131 | 11,00 | 9,00 | 45,00 | |
| Sigara kullanımı | Evet | 251 | 13,00 | 8,00 | 40,00 | 0,388 |
| | Hayır | 131 | 14,00 | 8,00 | 40,00 | |
| İntihar eğilimi | Evet | 251 | 21,00 | 12,00 | 60,00 | 0,061 |
| | Hayır | 131 | 24,00 | 12,00 | 60,00 | |
| Beslenme alışkanlıkları | Evet | 251 | 22,00 | 8,00 | 40,00 | 0,150 |
| | Hayır | 131 | 23,00 | 8,00 | 40,00 | |
| Okul terki | Evet | 251 | 7,00 | 4,00 | 20,00 | 0,566 |
| | Hayır | 131 | 7,00 | 4,00 | 20,00 | |
| Madde kullanımı | Evet | 251 | 9,00 | 9,00 | 45,00 | 0,384 |
| | Hayır | 131 | 9,00 | 9,00 | 39,00 | |
| Anket toplam puanı | Evet | 251 | 106,00 | 60,00 | 221,00 | 0,062 |
| | Hayır | 131 | 112,00 | 60,00 | 251,00 | |

Çalışmaya alınan katılımcılarda sağlık sorununda ilk başvuru merkez ile riskli davranışlar arasındaki ilişki değerlendirildi. Sağlık sorununda ilk başvuru merkez ve antisosyal davranışlar alt grubu, sigara kullanımı alt grubu, intihar eğilimi alt grubu, okul terki alt grubu ve anket toplam puanı arasındaki ilişki değerlendirildiğinde istatistiksel bir farklılık görüldü ($p<0.05$). Katılımcıların sağlık sorununda ilk başvurdıkları merkez ile anket toplam puanları arasında bulunan ilişkinin hangi grup ya da gruplardan kaynaklandığını bulmak için Post Hoc analiz ile alt grup analizleri yapıldı. Bonferroni düzeltmesi kullanılarak bulunan sonuçlarda sadece aile sağlığı merkezine başvuranlar ile devlet hastanesine başvuranlar ($p<0.001$) arasında istatistiksel açıdan anlamlılık saptandı. Fakat sağlık sorununda ilk başvuru merkez ile alkol kullanımı, beslenme alışkanlıkları ve

madde kullanımı arasındaki ilişki değerlendirildiğinde istatistiksel bir fark tespit edilmedi ($p>0.05$). (Tablo 22).

Tablo 22: Sağlık Sorununda İlk Başvurulan Merkez ile Riskli Davranışlar Ölçeği Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi

| Ölçek ve alt grup puanları | Gruplar | n | Median | Min | Maks | p |
|----------------------------|------------------|-----|--------|-------|--------|--------------|
| Antisosyal davranışlar | ASM | 165 | 15,00 | 10,00 | 40,00 | 0,008 |
| | Devlet Hastanesi | 188 | 17,00 | 10,00 | 48,00 | |
| | Özel Hastane vb. | 22 | 15,50 | 10,00 | 32,00 | |
| | Üniversite | 7 | 16,00 | 12,00 | 17,00 | |
| Alkol kullanımı | ASM | 165 | 9,00 | 9,00 | 37,00 | 0,070 |
| | Devlet Hastanesi | 188 | 10,50 | 9,00 | 45,00 | |
| | Özel Hastane vb. | 22 | 16,50 | 9,00 | 44,00 | |
| | Üniversite | 7 | 9,00 | 9,00 | 26,00 | |
| Sigara kullanımı | ASM | 165 | 12,00 | 8,00 | 40,00 | 0,002 |
| | Devlet Hastanesi | 188 | 16,00 | 8,00 | 40,00 | |
| | Özel Hastane vb. | 22 | 23,50 | 8,00 | 38,00 | |
| | Üniversite | 7 | 20,00 | 8,00 | 35,00 | |
| İntihar eğilimi | ASM | 165 | 21,00 | 12,00 | 58,00 | 0,013 |
| | Devlet Hastanesi | 188 | 25,00 | 12,00 | 60,00 | |
| | Özel Hastane vb. | 22 | 21,00 | 12,00 | 53,00 | |
| | Üniversite | 7 | 19,00 | 13,00 | 42,00 | |
| Beslenme alışkanlıkları | ASM | 165 | 22,00 | 8,00 | 40,00 | 0,424 |
| | Devlet Hastanesi | 188 | 23,00 | 8,00 | 40,00 | |
| | Özel Hastane vb. | 22 | 24,00 | 8,00 | 37,00 | |
| | Üniversite | 7 | 23,00 | 11,00 | 26,00 | |
| Okul terki | ASM | 165 | 6,00 | 4,00 | 20,00 | 0,000 |
| | Devlet Hastanesi | 188 | 8,00 | 4,00 | 20,00 | |
| | Özel Hastane vb. | 22 | 6,50 | 4,00 | 14,00 | |
| | Üniversite | 7 | 6,00 | 4,00 | 15,00 | |
| Madde kullanımı | ASM | 165 | 9,00 | 9,00 | 29,00 | 0,265 |
| | Devlet Hastanesi | 188 | 9,00 | 9,00 | 45,00 | |
| | Özel Hastane vb. | 22 | 9,00 | 9,00 | 37,00 | |
| | Üniversite | 7 | 9,00 | 9,00 | 11,00 | |
| Anket toplam puanı | ASM | 165 | 99,00 | 62,00 | 221,00 | 0,000 |
| | Devlet Hastanesi | 188 | 114,00 | 60,00 | 251,00 | |
| | Özel Hastane vb. | 22 | 118,50 | 60,00 | 217,00 | |
| | Üniversite | 7 | 112,00 | 86,00 | 137,00 | |

Çalışmaya alınan katılımcılarda şimdiye kadar aile hekimine kaç defa gittiği ile riskli davranışlar arasındaki ilişki değerlendirildi. Şimdiye kadar aile hekimine kaç defa gittiği ve antisosyal davranışlar alt grubu, alkol kullanımı alt grubu, sigara kullanımı alt grubu, intihar eğilimi alt grubu, beslenme alışkanlıkları alt grubu, okul terki alt grubu, madde kullanımı alt grubu ve anket toplam puanı arasındaki ilişki değerlendirildiğinde istatistiksel farklılık görülmedi ($p>0.05$) (Tablo 23).

Tablo 23: Şimdiye Kadar Aile Hekimine Kaç Defa Gittiği ile Riskli Davranışlar Ölçeği Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi

| Ölçek ve alt grup puanları | Gruplar | n | Median | Min | Maks | p |
|----------------------------|--------------|-----|--------|-------|--------|-------|
| Antisosyal davranışlar | Hiç gitmedim | 32 | 16,50 | 10,00 | 36,00 | 0,692 |
| | 1-2 kez | 85 | 16,00 | 10,00 | 44,00 | |
| | 3-10 kez | 123 | 15,00 | 10,00 | 48,00 | |
| | 10'dan fazla | 142 | 17,00 | 10,00 | 35,00 | |
| Alkol kullanımı | Hiç gitmedim | 32 | 11,50 | 9,00 | 45,00 | 0,181 |
| | 1-2 kez | 85 | 11,00 | 9,00 | 44,00 | |
| | 3-10 kez | 123 | 9,00 | 9,00 | 45,00 | |
| | 10'dan fazla | 142 | 10,00 | 9,00 | 45,00 | |
| Sigara kullanımı | Hiç gitmedim | 32 | 17,00 | 8,00 | 38,00 | 0,277 |
| | 1-2 kez | 85 | 13,00 | 8,00 | 36,00 | |
| | 3-10 kez | 123 | 13,00 | 8,00 | 40,00 | |
| | 10'dan fazla | 142 | 15,00 | 8,00 | 40,00 | |
| İntihar eğilimi | Hiç gitmedim | 32 | 20,00 | 12,00 | 56,00 | 0,487 |
| | 1-2 kez | 85 | 24,00 | 12,00 | 53,00 | |
| | 3-10 kez | 123 | 22,00 | 12,00 | 52,00 | |
| | 10'dan fazla | 142 | 23,00 | 12,00 | 60,00 | |
| Beslenme alışkanlıkları | Hiç gitmedim | 32 | 22,00 | 8,00 | 40,00 | 0,856 |
| | 1-2 kez | 85 | 22,00 | 8,00 | 40,00 | |
| | 3-10 kez | 123 | 22,00 | 8,00 | 40,00 | |
| | 10'dan fazla | 142 | 23,00 | 8,00 | 40,00 | |
| Okul terki | Hiç gitmedim | 32 | 7,00 | 4,00 | 17,00 | 0,253 |
| | 1-2 kez | 85 | 7,00 | 4,00 | 19,00 | |
| | 3-10 kez | 123 | 6,00 | 4,00 | 20,00 | |
| | 10'dan fazla | 142 | 8,00 | 4,00 | 20,00 | |
| Madde kullanımı | Hiç gitmedim | 32 | 9,00 | 9,00 | 45,00 | 0,146 |
| | 1-2 kez | 85 | 9,00 | 9,00 | 39,00 | |
| | 3-10 kez | 123 | 9,00 | 9,00 | 30,00 | |
| | 10'dan fazla | 142 | 9,00 | 9,00 | 36,00 | |
| Anket toplam puanı | Hiç gitmedim | 32 | 114,00 | 67,00 | 247,00 | 0,164 |
| | 1-2 kez | 85 | 107,00 | 60,00 | 251,00 | |
| | 3-10 kez | 123 | 103,00 | 65,00 | 213,00 | |
| | 10'dan fazla | 142 | 112,00 | 60,00 | 221,00 | |

Çalışmaya alınan katılımcıların aile hekimi ile riskli davranışlar hakkında görüşme durumları ile riskli davranışlar ölçeği toplam puanı arasındaki ilişki incelendiğinde sigara (tütün) kullanımı, alkol kullanımı, uyuşturucu madde kullanımı, şiddet, trafik güvenliği, sağlıklı cinsellik, sağlıklı yaşam ve ruh hali arasındaki ilişkiye bakıldığında istatistiksel açıdan farklılık saptanmadı ($p>0.05$) (Tablo 24).

Tablo 24: Katılımcıların Aile Hekimi ile Riskli Davranışlar Hakkında Görüşme Durumları ile Riskli Davranışlar Ölçeği Toplam Puanı Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi

| Görüşme Konuları | Gruplar | n | Median | Min | Maks | p |
|-----------------------------------|--------------------------|----------|---------------|------------|-------------|----------|
| Sigara (Tütün) Kullanımı | Görüşmedik | 339 | 108,00 | 60,00 | 251,00 | 0,165 |
| | Yüseyel görüşme | 31 | 124,00 | 71,00 | 202,00 | |
| | Ayrıntılı görüşme | 12 | 116,00 | 74,00 | 202,00 | |
| Alkol Kullanımı | Görüşmedik | 355 | 108,00 | 60,00 | 251,00 | 0,541 |
| | Yüseyel görüşme | 17 | 131,00 | 71,00 | 202,00 | |
| | Ayrıntılı görüşme | 10 | 121,50 | 80,00 | 202,00 | |
| Uyuşturucu madde kullanımı | Görüşmedik | 359 | 109,00 | 60,00 | 251,00 | 0,452 |
| | Yüseyel görüşme | 15 | 131,00 | 71,00 | 202,00 | |
| | Ayrıntılı görüşme | 8 | 127,00 | 80,00 | 202,00 | |
| Şiddet | Görüşmedik | 357 | 108,00 | 60,00 | 251,00 | 0,087 |
| | Yüseyel görüşme | 16 | 136,00 | 71,00 | 202,00 | |
| | Ayrıntılı görüşme | 9 | 114,00 | 80,00 | 179,00 | |
| Trafik Güvenliği | Görüşmedik | 350 | 108,00 | 60,00 | 251,00 | 0,724 |
| | Yüseyel görüşme | 24 | 114,50 | 79,00 | 158,00 | |
| | Ayrıntılı görüşme | 8 | 118,50 | 71,00 | 179,00 | |
| Sağlıklı cinsellik | Görüşmedik | 350 | 108,00 | 60,00 | 251,00 | 0,169 |
| | Yüseyel görüşme | 23 | 130,00 | 71,00 | 180,00 | |
| | Ayrıntılı görüşme | 9 | 114,00 | 80,00 | 202,00 | |
| Sağlıklı yaşam | Görüşmedik | 287 | 109,00 | 60,00 | 251,00 | 0,570 |
| | Yüseyel görüşme | 74 | 104,00 | 64,00 | 202,00 | |
| | Ayrıntılı görüşme | 21 | 112,00 | 71,00 | 180,00 | |
| Ruh hali | Görüşmedik | 333 | 108,00 | 60,00 | 251,00 | 0,227 |
| | Yüseyel görüşme | 34 | 105,50 | 76,00 | 195,00 | |
| | Ayrıntılı görüşme | 15 | 123,00 | 71,00 | 202,00 | |

5. TARTIŞMA

Bu çalışmada üniversite öğrencilerindeki riskli davranışlar ve bu davranışlarla ilişkili sosyodemografik faktörlerin değerlendirilmesi amaçlanmıştır. Öğrencilerin çeşitli riskli davranışlara yönelik yatkınlıklarını ölçme konusunda RDÖÜF (Riskli Davranışlar Ölçeği Üniversite Formu) anketi kullanılarak yapılan eğilim puanı değerlendirilmiştir. Bu kısımda, elde edilen veriler mevcut literatür çerçevesinde derinlemesine incelenmesi, yorumlanması ve tartışılması hedeflenmiştir.

İzmir Katip Çelebi Üniversitesi'nde öğrenim görmeye devam edenn öğrencilerle yapılan araştırmamızda 382 öğrencinin yaş ortalaması $21,55 \pm 1.79$ (Median:22.00, min:18.00, maks:24.00) olduğu görülmüştür. Bu çalışmada riskli davranışlar ile yaş arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Riskli davranışlar anket puanı ve alt grupları değerlendirildiğinde anket toplam puanı ve antisosyal davranışlar alt grubu, alkol kullanımı alt grubu, sigara kullanımı alt grubu, intihar eğilimi alt grubu, okul terki alt grubu ve madde kullanımı alt grubu arasındaki korelasyon incelendiğinde, aynı yönde düşük düzeyde istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur. Literatüre bakıldığında Aşçı ve Piko tarafından yapılan çalışmalarda bizim çalışmamızla korele yaş ile riskli davranışlar arasında anlamlı ilişki görüldüğü, yaş büyüdükçe riskli davranışlarda artış olduğu sonucuna varılmıştır (101,102). Ayrıca liselerde gerçekleştirilen araştırmalar, yaşın artmasıyla birlikte riskli davranış sergileme eğilimlerinin de yükseldiğini ortaya koymuştur (103,104). Fakat Pıçakçıefe ve arkadaşlarının araştırmasında ise sigara ile riskli davranışlar arasında bir farklılık bulunmasına rağmen diğer alt boyuttaki puanların yaş gruplarına göre farklılaşmadığı tespit edilmiştir (105). Bu farklılığın olmasının nedeni yaş aralıkları, örneklem ve anketlerin farklılık göstermesi olabilir.

Çalışmaya katılan öğrencilerin 234'ünün (%61,3) kadın, 148'inin (%38,7) erkek olduğu görülmüştür. Cinsiyet, riskli sağlık davranışları araştırılırken önemli bir değişken olduğundan, hem erkekler hem de kadınlar arasında bu davranışlarda farklılık olup olmadığı araştırılmıştır. Bu çalışmada riskli davranışlar ile cinsiyet arasında istatistiksel açıdan farklılık görülmüştür. Riskli davranışlar ölçeği ve alt

grupları cinsiyet değişkenine göre karşılaştırıldığında riskli sağlık davranışlarına yönelme eğiliminin erkeklerde kadınlara göre daha fazla bulunduğu görülmüştür. Özellikle erkeklerde antisosyal davranışlar, alkol kullanımı, sigara kullanımı, beslenme alışkanlıkları, okul terki ve madde kullanımında istatistiksel yönden anlamlı bir fark vardır. Aşağıda yer alan bulgular, ülkemizde daha önce gerçekleştirilen benzer çalışmalarda elde edilen sonuçlarla genel olarak uyum göstermektedir. Literatürü incelediğimizde, araştırmamızın sonuçlarını destekleyen birçok kaynak bulunmuştur (106-109). Özellikle gençlerin riskli sağlık davranışları ve cinsiyet arasındaki ilişkiyi ele alan çalışmalar, bizim bulgularımızla paralellik göstermektedir. Körük'un üniversitedeki öğrencilerde gerçekleştirdiğı çalışmada, erkek öğrencilerdeki asi davranış modelinin kadın öğrencilerdekilere kıyasla 4 kat fazla olduğu saptanmıştır (110). Diğer bir çalışmada, erkek öğrencilerde kız öğrencilerdekilere kıyasla daha fazla riskli davranış olduğu görülmüştür. Özellikle, erkeklerin daha fazla puanlarla kadınlara göre belirgin bir farklılık oluşturduğu riskli davranışlar arasında sigara ve madde kullanımı, okulu terk etme ve antisosyal davranışlar yer almaktadır. Yapılan analizler, kadın ile erkek öğrenciler arasında belirgin farklılık bulunduğunu göstermektedir (111). Bu bulgular, cinsiyetin gençlerin riskli davranışları ve psikolojik yapıları üzerindeki etkisini ortaya koymaktadır. Erkek öğrencilerin daha fazla asilik eğilimi göstermesi, riskli davranışlara yatkınlıklarını artırabildiğı yönündedir. Bu durum, erkeklerin genellikle daha dışa dönük ve cesur davranışlar sergileme eğiliminde olmalarıyla ilişkili olabileceğı düşünülmektedir. Fakat bu araştırmada cinsiyet ile intihar eğilimi arasında istatistiksel önemli farklılık görülmemiştir (111). Benzer şekilde Çiçek ve arkadaşlarının 2019 yılında Çukurova Üniversitesi'nde okuyan öğrencilerle yapmış olduğu çalışmada da bu çalışmayla aynı doğrultuda intihar eğilimi ile cinsiyetler arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır (112). Akgün ve arkadaşlarının araştırmasında, erkek öğrencilerde antisosyal davranışlar, sigara kullanımı, okul terki ve madde kullanımı gibi risklerle, kadın öğrencilerdekine göre daha sık karşılaştığı belirlenmiştir. Ancak, ölçeğin alkol kullanımı, intihar eğilimi ve beslenme alışkanlıkları alt boyutlarında, cinsiyetler arasında önemli farklılık bulunmamaktadır (113). İntihar eğilimi alt boyutunda anlamlı fark bulunmaması, birkaç olası nedenden kaynaklanabilir. İntihar eğilimi genellikle bireylerin duygusal ve psikolojik

durumlarıyla ilişkilidir. Cinsiyetler arasında intihar eğilimiyle ilgili büyük farklılıklar olmayabilir. Örneğin, erkekler ve kadınlar intihar düşüncesine sahip olsalar da, bunu farklı şekillerde ifade edebilirler veya risk faktörleri farklı olabilir. Erkeklerde intihar oranları daha yüksek olmasına rağmen, kadınlarda intihar girişimi oranları daha fazla olabilir. Ayrıca toplumsal cinsiyet rolleri ve kültürel etkiler, intihar eğilimini farklı şekillerde etkileyebilir. Kadınlar, duygusal sıkıntıları daha açık bir şekilde ifade etmeye eğilimli olabilirken, erkekler bu tür duygusal durumları dışa vurma konusunda daha az açık olabilir. Bu, araştırmanın bulgularını etkileyebilir. Son olarak intihar eğilimi gibi hassas bir konu, katılımcılar için rahatsız edici olabilir. Bu nedenle özellikle erkek öğrenciler bu tür kişisel ve duygusal sorulara yanıt verirken isteksiz olabilirler. Bu da cinsiyetler arasındaki farkın ortaya çıkmamasına neden olabilir.

Bu çalışmada riskli davranışlar ile aile yapısı incelenmiştir. Aile yapısını çekirdek, geniş, tek ebeveynli ve diğer olarak gruplandırılarak sorduğumuz soruda; riskli davranışlarla aile yapısı arasında istatistiksel olarak önemli farklılık saptanmıştır. Riskli davranışlar araştırılırken aile yapısı önemli bir değişken olduğundan özellikle riskli davranışlar alt gruplarından antisosyal davranışlar, alkol kullanımı ve madde kullanımı arasında bir farklılık bulunmuştur. Bu çalışmada geniş aile grubundaki katılımcılarda riskli davranışlar alt gruplarından antisosyal davranışlar ve anket toplam puanı anlamlı olarak daha fazla bulunmasına rağmen; alkol kullanımı ve madde kullanımı tek ebeveynli aile grubundaki katılımcılarda anlamlı olarak fazla bulunmuştur. Fakat diğer alt gruplarda anlamlı farklılık saptanamamıştır. Literatürü incelediğimizde, araştırmanın sonuçlarını destekleyen kaynaklar bulunmuştur (114,115). Bu çalışmada aile yapısının, bireylerin riskli sağlık davranışları üzerindeki etkisinin özellikle bu üç davranış grubunda belirginleşmesi, aile içi dinamiklerin (örneğin ebeveynlerin tutumları, aile içi çatışmalar, ekonomik durum, ebeveynlerin eğitim seviyesi) riskli davranışlar üzerinde önemli bir rol oynadığını düşündürmektedir. Bu bulgular, aile yapısının kişisel davranışları şekillendiren güçlü bir faktör olabileceğini desteklediği öngörülmektedir. Çiydem'in çalışmasında aile yapısı, çekirdek, geniş ve parçalanmış aile olarak üç grup olarak sınıflandırılmıştır. Çalışma sonuçlarına göre, geniş ailede yaşayan bireylerin okul terki ve beslenme riski alt boyutlarında, çekirdek

ailede yaşayanlara kıyasla anlamlı derecede daha yüksek risk taşıdığı saptanmış, ancak diğer alt boyutlarda belirgin bir fark bulunmamıştır (116). Bu çalışmada Çiydem'in çalışmasından farklı sonuçlar bulunmasının nedenleri şöyle ifade edilebilir. Çalışmalar arasındaki farklı sonuçların, gruplandırma ve örneklem farklılıklarından kaynaklandığı düşünülmektedir. Farklı aile yapılarının, riskli davranışlar üzerindeki etkileri, kullanılan gruplandırma yöntemlerine ve örneklemin özelliklerine bağlı olarak değişebilir. Ayrıca, bu çalışmaya katılan bireylerin %78.5'inin çekirdek aileye sahip olması, sağlıklı bir karşılaştırma yapmayı zorlaştırmış olabilir. Bu durum, sonuçlar arasındaki farklılıkların nedenlerinden biri olarak değerlendirilebilir, çünkü diğer aile yapıları yeterince temsil edilmemiştir. Bu da, aile yapılarının riskli davranışlar üzerindeki etkisini doğru bir şekilde karşılaştırmayı ve genellemeyi zorlaştırmış olabilir.

Bu çalışmada öğrencilerin aile birlikteliği ve aile çalışma durumunun riskli davranışlarla bir ilişkisi olup olmadığı da incelenmiştir. Riskli davranışlar anket toplam puanıyla aile birlikteliği arasında anlamlı fark bulunmamıştır. Fakat riskli davranışlar alt gruplarından alkol kullanımı ile aile birlikteliği arasında anlamlı fark bulunmuştur. Anne babası sağ ve ayrı olanlarda alkol kullanımının daha fazla olduğu görülmüştür. Fakat Carr ve arkadaşları tarafından 2020 yılında gerçekleştirilen bir çalışmada, anne ve/veya babasını kaybetmiş olan ergen ve genç yetişkinlerin, kendine zarar verme ve suç teşkil eden şiddet davranışları sergileme olasılıklarının arttığı bulunmuştur. Ayrıca, her iki ebeveynini birden kaybeden bireylerin, söz konusu davranışlara karşı daha yüksek risk taşıdığı görülmüştür (117). Literatürle çalışmamızın benzer sonuçlar çıkmamasının nedeninin katılımcılardan anne ve babasının her ikisinin de hayatta olmadığı hiçbir kimsenin olmamasından kaynaklandığı düşünülmektedir. Aile çalışma durumuna bakıldığında ise; anne çalışma durumu ile riskli davranışlar anket toplam puanı ve riskli davranışlar alt boyutlarından; antisosyal davranışlar, alkol kullanımı, sigara kullanımı, beslenme alışkanlıkları ve madde kullanımı arasında istatistiksel bir fark saptanmıştır. Sigara kullanımı, beslenme alışkanlıkları ve anket toplam puanının annesi çalışanlarda çalışmayanlara göre daha fazla olduğu görülmüştür. Şanlı ve Yavuzer'in yaptığı çalışmalarda çalışan anneler, çocuğunu ihmal ettiklerini düşündüklerinden onlara karşı izin verici, hoşgörülü ve koruyucu tutum sergilerler. Çalışmayan ebeveynlerin

otoriter ve aşırı koruyucu tutumlarının, çalışan ebeveynlere kıyasla daha belirgin olduğu bildirilmiştir (118,119). Bir başka çalışmada, sigara kullanım eğilimiyle anne tutumlarının aşırı koruyucu olmasının bir ilişki taşıdığı bildirilmiştir (120). Çalışan anneler, genellikle ev işlerini ve dışarıdaki iş yükünü dengelemeye çalışırken çocuklarıyla yeterince vakit geçiremeyebilirler. Bu da çocukların ebeveynlerinden daha az rehberlik almasına neden olabileceğinden sigara içme, kötü beslenme alışkanlıkları edinme ve alkol/madde kullanımı gibi davranışları benimseyebilirler.

Baba çalışma durumuna bakıldığında riskli davranışlar alt gruplarından antisosyal davranışlar, alkol kullanımı, beslenme alışkanlıkları ve okul terki arasında istatistiksel bir farklılık görülmüştür. Okul terkinin babası çalışmayanlarda daha fazla olduğu görülmüştür. Literatür incelendiğinde baba çalışma durumuyla riskli davranışların karşılaştırıldığı bir çalışmaya rastlanamamıştır. Baba çalışıp evde vakit geçirmedeğinde çocuklar daha az rehberlik alabilir, bu da çocukların daha fazla bağımsızlık kazanmasına, denetimsiz kalmalarına ve dolayısıyla riskli davranışlara yönelmelerine neden olabilir. Baba çalışmayan ailelerde okul terkinin artmasıysa; babası çalışmayan çocuklar, genellikle daha fazla ev içi etkileşime ve denetime sahip olabilirler. Ancak, babanın işsizliği veya ekonomik zorluklar, ailedeki stresi artırabilir ve çocuklar için motivasyon kaybına yol açabilir. Babası çalışmayan çocukların okuldan uzaklaşması, evdeki olumsuz ortamdan kaçma veya geleceğe dair belirsiz bir bakış açısıyla ilgili olabilir. Antisosyal davranışları evde daha çok babaların sergilemesi, ataerkil yapının hala pek çok evde sürdürülmesi ve bu davranış kalıplarının nesiller arasında aktarılması da bu alt boyutta görülen anlamlılık sebebi olarak düşünülebilir.

Bu çalışmada riskli davranışlar ile anne eğitim düzeyi arasındaki ilişki incelenmiş ve anlamlı fark bulunmuştur. Riskli davranışlar alt boyutlarından; antisosyal davranışlar, alkol kullanımı, sigara kullanımı ve madde kullanımı arasında istatistiksel açıdan bir fark görülmüştür. Anne eğitim düzeyi lise olan öğrenciler riskli davranışlar yönünden en yüksek ölçek puanlarını alırken, anne eğitim düzeyi ilkökul olan katılımcıların puanlarının en düşük düzeyde olduğu görülmüştür. Fakat riskli davranışlar alt boyutlarından intihar eğilimi, beslenme alışkanlıkları ve okul terki arasında bir farklılık tespit edilmemiştir. Literatür tarandığında bu çalışmayla

benzer bazı araştırmalarda, anne eğitim düzeyi ile okul terk etme arasında anlamlı farklılık bulunmamaktadır (121,122). Bu çalışmanın aksine bazı araştırmalar, anne eğitim düzeyi ile sigara kullanımı karşılaştırıldığında anlamlı farklılık bulunmadığını ortaya koymuştur (123,124). İzgi tarafından 2018 yılında yapılan bir çalışmada, annesi ortaokul ve altı seviyede eğitim almış ergenlerin, okul terki de dahil olmak üzere riskli davranışlar açısından daha yüksek puanlar aldığı bildirilmiştir (125). Pehlivan tarafından yapılan lise öğrencileri ile ilgili bir araştırmada ailenin eğitim düzeyinin dşuk olmasının lise eğitiminde devamsızlık üzerinde etkisi olduğu ve okul terki için risk faktörü oluşturduğu gösterilmiştir (126). Bu kaynakların, çalışmanın bulgularını desteklememesinin birkaç olası nedeni olduğu düşünülmektedir. Çalışmaların farklı sonuçlar vermesinin nedenleri arasında örneklem farklılıkları, kullanılan veri toplama araçları ve analiz yöntemleri, araştırmaların zamanları, ölüm araçlarının çeşitliliği, katılımcı yanlılıkları ve demografik faktörlerin etkisi bulunmaktadır. Son olarak, anne eğitim düzeyinin etkisi, sadece eğitim düzeyine değil, aynı zamanda gelir düzeyi, aile içi ilişkiler ve çevresel faktörler gibi diğer sosyoekonomik değişkenlere bağlı olarak değişiklik gösterebilir.

Bu çalışmada riskli davranışlar ile baba eğitim düzeyi arasındaki ilişki incelenmiş ve anlamlı fark bulunmuştur. Riskli davranışlar alt boyutlarından; antisosyal davranışlar, alkol kullanımı, beslenme alışkanlıkları, madde kullanımı ve anket toplam puanı arasında anlamlı bir fark bulunmuştur. Babası lise mezunu ve niversite mezunu olan katılımcılar riskli davranışlar açısından en riskli grup olarak grlmştir. Pıakefe'nin çalışmasında, alkol kullanımı alt boyutunda, babası niversite ya da daha yüksek eğitim seviyesine sahip öğrenciler, babası lise ve altı eğitime sahip olanlara kıyasla anlamlı derecede daha fazla puanlar almışlardır (105). Oksuz ve Malhan'ın 2005 yılında Başkent niversitesi'nde gerçekleştirdiği çalışmada, kız ve erkekler riskli davranışlar açısından ayrı ayrı incelenmiş olup, babasının eğitim düzeyi lise ve altı olan erkeklerde sigara kullanım oranının anlamlı derecede fazla olduğu grlmştir. Yine aynı çalışmada, cinsiyet ayrımı yapılmaksızın, babası dşuk eğitim seviyesine sahip öğrencilerde; madde kullanımı, kendine zarar verme , emniyet kemeri takmadan araç kullanma ve korunmasız cinsel ilişkiye girme oranları daha fazla olarak tespit edilmiştir (127). Uluslararası literatüre

bakıldığında, babanın eğitim durumunun üniversitedeki öğrencilerin üzerindeki etkisini araştıran bir çalışmaya rastlanmamıştır. Ancak 2003 yılında lise öğrencilerinin riskli davranışlarını inceleyen bir araştırmada, babası yüksek eğitim seviyesine sahip olan gençlerde alkol kullanımı ve erken yaşta cinsel ilişki gibi davranışların, istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha az görüldüğü bulunmuştur (128). Toplumumuzda baba, genellikle anneye göre daha otoriter bir figür olarak kabul edilmekte ve gençler alkol tüketimi, sigara kullanımı gibi davranışlarda ilk engel olarak babayı görmekteyken, çalışmamızda anti-sosyal davranışlar, alkol kullanımı, beslenme alışkanlıkları, madde kullanımı alt boyutlarında, babası üniversite ve üzeri eğitim seviyesine sahip öğrencilerin daha yüksek risk altında olduğu gözlemlenmiştir. Bu durum, söz konusu ebeveynlerin daha toleranslı bir yaklaşım sergilemelerine bağlanabilir. Ayrıca, çalışmalar arasındaki farklılıkların, örneklemin yaş dağılımı ve araştırmanın yapıldığı bölgenin farklı sosyo-kültürel yapılarına bağlı olarak ortaya çıktığı düşünülmektedir.

Bu çalışmanın diğer bir analizinde ise, üniversite öğrencilerinin eğitim için ailelerinden ayrılarak başka bir şehirde ev veya yurt gibi barınma ortamlarında yaşamalarının, riskli davranışlar sergileme eğilimleri üzerindeki etkisine bakılmıştır. Çalışmamızda riskli davranışlar ile öğrencilerin kaldığı yer arasında anlamlı bir fark bulunmuştur. Riskli davranışlar anket toplam puanı ve alt gruplarından antisosyal davranışlar, alkol kullanımı, sigara kullanımı, intihar eğilimi, beslenme alışkanlıkları ve madde kullanımı arasından anlamlı fark bulunmuştur. Özellikle evde tek başına yaşayan öğrencilerde riskli davranışlar fazla oranda tespit edilmiştir. Fırat ve arkadaşları tarafından yapılan Türkiye'deki üniversite öğrencileri örneklemiyle gerçekleştirilen araştırmanın bulgularıyla tutarlı olan bu sonuç, Türkiye'de lise sonrası üniversite eğitimi için ailesinden ayrılarak öğrenci evleri veya yurtlarında kalan genç yetişkinlerin, söz konusu riskli davranışlara karşı daha savunmasız hale geldiğini ortaya koymaktadır(111). Bachman ve ark. tarafından yurt dışında yapılan benzer kriterlere dayanan bir araştırmada, ebeveynleriyle birlikte yaşamaya devam eden öğrencilerin uyuşturucu kullanımında bir değişiklik olmadığı, ancak ebeveyn evinden ayrılan ve öğrenci evi ya da diğer barınma ortamlarında (yurt vb.) yaşayan öğrencilerde uyuşturucu kullanımında bir artış gözlemlendiği belirtilmiştir(129). Literatürdeki bu araştırmalar çalışmamızla aynı doğrultudadır. Bu durumun evde tek

başına yaşayan öğrencilerin genellikle ailelerinin veya yakın çevrelerinin sürekli desteğinden mahrum kaldıklarından ve yalnızlık, duygusal sıkıntılar ve depresyon gibi durumlarda öğrencilerin kendilerini rahatlatmak veya başa çıkmak için alkol, sigara, madde kullanımı veya diğer antisosyal davranışlara yönelebilmelerine neden olabileceği düşünülmektedir. Ayrıca evde tek başına yaşayan öğrencilerin, bağımsızlıklarını kazandıkları için ebeveynlerinin denetim veya gözetiminden uzak olmaları sebebiyle riskli davranışlar sergilemelerinin daha olası olduğu tahmin edilmektedir.

Bu çalışmada riskli davranışlar ile öğrencilerin okudukları bölümler arasındaki ilişki incelenmiş ve anlamlı fark bulunmuştur. Riskli davranışlar anket toplam puanı ve riskli davranışlar alt boyutlarından; antisosyal davranışlar, alkol kullanımı, sigara kullanımı, intihar eğilimi, beslenme alışkanlıkları, okul terki ve madde kullanımı arasında anlamlı fark bulunmuştur. Çalışmamızda hangi fakültede okuduğu sorusu tıp, mühendislik(fen bilimleri), islami bilimler, sağlık bilimleri, iktisadi bilimler ve diğer şeklinde sınıflandırılarak sorulmuştur. Riskli davranışlar alt gruplarından antisosyal davranışlar, alkol kullanımı, sigara kullanımı, intihar eğilimi ve madde kullanımı mühendislik(fen bilimleri) fakültesinde okuyan öğrencilerde daha fazla olduğu görülmüştür. Beslenme alışkanlıkları iktisadi bilimlerde okuyanlarda daha sık, okul terki ise mühendislik, islami bilimler ve iktisadi bilimlerde okuyanlarda benzer olarak yüksek bulunmuştur. Çalışmamızla benzer olarak Yemen'in yaptığı çalışmada da öğrencilerin okudukları bölüme göre; antisosyal davranışlar, sigara kullanımı, alkol kullanımı, beslenme alışkanlıkları, madde kullanımı alt boyutları açısından grup ortalamaları arasında fark anlamlı tespit edilmiştir (130). Çiñik ve arkadaşlarının 2021 yılında Çukurova Üniversitesinde öğrenim gören öğrencilerde yaptıkları çalışmada fakülteler; Fen Bilimleri, Sağlık Bilimleri ve Sosyal Bilimler olarak gruplandırılmış olup çalışmamızla aynı doğrultuda sonuçlar bulunduğu görülmüştür (112). Çalışmamızda sağlık bilimlerinde okuyan öğrencilerde diğer fakültelere göre riskli davranışların daha az olduğu görülmüştür. Özpulat ve Erdem'in yaptığı ancak bizim ölçeklerimizden farklı sorular kullandıkları araştırmada ise Sağlık Meslek Yüksekokulu öğrencileri ve İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi 1. Sınıf öğrencilerinden oluşan bir grupta madde kullanımı, sigara kullanımı, alkol tüketimi, beslenme, egzersiz ve uyku alışkanlıkları üzerine araştırma

yapılmış; sigara, nargile, alkol ve madde kullanımında Sağlık Meslek Yüksek Okulundaki öğrencilerin bu alışkanlıklara istatistiksel açıdan anlamlı olarak daha düşük oranda sahip oldukları saptanmıştır (131). Çalışmalar incelendiğinde alkol ve sigara kullanım alt boyutlarında her üçünde de sağlıkla ilgili bölüm ya da fakültelerin risklerinin daha düşük olduğu gözlemlenmektedir. Bu durum, Sağlık Bilimleri öğrencilerinin, söz konusu alışkanlıkların sağlık üzerindeki olumsuz etkileri konusunda daha fazla bilgi ve bilinç sahibi olmalarından kaynaklanıyor olabilir. Bu fakültelerdeki öğrencilerin sağlıkla ilgili konularda aldıkları eğitim, zararlı alışkanlıklara karşı daha temkinli olmalarını teşvik edebilir. Çiçek ve arkadaşlarının çalışmasıyla uyumlu olarak, sağlık bilimleri fakültelerindeki öğrencilerin okul terki alt boyutunda da daha düşük risk altında oldukları görülmüştür. Bu sonuç, sağlıkla ilgili bölümlerin iş imkanlarının ülkemizde daha yaygın ve fazla olmasından kaynaklanıyor olabilir. Bu durum, öğrencilerin eğitimlerini tamamlamaya yönelik daha güçlü bir motivasyona sahip olmalarıyla ilişkilendirilebilir.

Bu çalışmada riskli davranışlar ile öğrencilerin fakültede okudukları sınıflar arasındaki ilişki incelenmiş ve anlamlı fark bulunmuştur. Riskli davranışlar anket toplam puanı ve riskli davranışlar alt boyutlarından; antisosyal davranışlar, alkol kullanımı, sigara kullanımı, intihar eğilimi, okul terki ve madde kullanımı arasında anlamlı bir fark görülmüştür. Çalışmamızda son sınıfta okuyan öğrencilerde riskli davranışların daha fazla olduğu görülmüş ve sınıf ilerledikçe riskli davranışların görülmesi artmıştır. Literatür tarandığında çalışmamızla benzer çalışmalar bulunmuştur. Arıkan ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada, fakültelerinin birinci ve son sınıf öğrencileri karşılaştırılmış; sigara kullanımı, alkol kullanımı ve antisosyal davranışlar alt boyutlarında son sınıf öğrencileri, okul terk etme alt boyutunda ise birinci sınıf öğrencileri istatistiksel açıdan anlamlı şekilde daha yüksek risk altında bulunmuştur (132). Çiydem'in hemşirelik öğrencileri üzerinde yaptığı çalışmada, 1. sınıf öğrencilerinin antisosyal davranış ve intihar eğilimi risklerinin 2., 3. ve 4. sınıf öğrencilerine kıyasla, beslenme riski düzeylerinin ise 3. ve 4. sınıf öğrencilerine göre istatistiksel açıdan anlamlı yüksek olduğu tespit edilmiştir (116). Ülkemiz dışında yapılan çalışmalara bakıldığında, Poscia, Andrea ve arkadaşlarının üniversitedeki öğrencilerde alkol, madde ve sigara kullanımı ile ilgili gerçekleştirdikleri araştırmada, alkol ve madde kullanımının daha ileri yaşlarda daha yaygın olduğu,

ancak sigara kullanımında herhangi bir farkın saptanmadığı bulunmuştur (133). ABD'de, üniversite öğrencilerinin yanı sıra daha ileri yaştaki kişilerin de dahil edildiği bir çalışmada, şiddet, madde kullanımı, alkollü araç kullanımı gibi riskli davranışları sorgulamak için RISQ (Risky, Impulsive and Self-Destructive Behavior Questionnaire) anketi kullanılmış ve yaşın artmasıyla birlikte riskli davranışlarda bir artış gözlemlenmiştir. Bu artış, bireylerin yaşlandıkça daha fazla fırsat ve deneyime sahip olmaları, bazı riskli davranışları gerçekleştirebilecekleri daha fazla ortamda bulunmaları ve bağımlılık oluşması eğilimlerinin artmasından kaynaklanabileceğini düşündürmektedir (134).

Bu çalışmada riskli davranışlar ile sigara kullanımı durumu karşılaştırılmış ve anlamlı farklılık saptanmıştır. Riskli davranışlar anket toplam puanı ve riskli davranışlar alt boyutlarından; antisosyal davranışlar, alkol kullanımı, sigara kullanımı, intihar eğilimi, beslenme alışkanlıkları, okul terki ve madde kullanımı arasında anlamlı fark bulunmuştur. Riskli davranışların sigara kullananlarda kullanmayanlara ve sigarayı bırakmış olanlara göre daha fazla olduğu görülmüştür. Ekinci'nin 2016 yılında yaptığı çalışmasında, sigara içen ergenlerde antisosyal davranışlar ve intihar girişimlerinin oranlarının, sigara içmeyenlere göre daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (135). Yapılan birtakım araştırmalar, sigara kullanımı ile alkol kullanımı arasında güçlü bir ilişki olduğunu ve sigara içen ergenlerde alkol kullanım oranının, sigara içmeyenlere kıyasla daha yüksek olduğunu göstermektedir (136-138). Özer ve arkadaşları 2011 yılında yaptığı çalışmada, sigara kullanımı ile okuldan ayrılma arasında anlamlı ve pozitif bir ilişki olduğunu ifade etmişlerdir. Ergenlerde genellikle birden fazla riskli davranışın bir arada görüldüğü gözlemlenmektedir (139).

Bu çalışmada alkol kullanımı ile riskli davranışlar arasındaki ilişki incelenmiş ve anlamlı fark bulunmuştur. Riskli davranışlar anket toplam puanı ve riskli davranışlar alt boyutlarından; antisosyal davranışlar, alkol kullanımı, sigara kullanımı, beslenme alışkanlıkları, okul terki ve madde kullanımı arasında anlamlı fark bulunmuştur. Riskli davranışların alkol kullananlarda kullanmayanlara ve bırakanlara göre daha fazla olduğu görülmüştür. Erdoğan'ın çalışmasında, alkol kullanımı ile riskli davranışlar arasında pozitif bir ilişki olduğu bulunmuştur (140).

Sever'in çalışmasında, alkol kullanımı ile riskli davranışlar ölçeği toplam puanı, sigara kullanımı, beslenme alışkanlıkları ve okul terki alt boyutları arasında pozitif ve anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir (141). Ekinci'nin çalışmasına göre, alkol kullanan ergenlerin, alkol kullanmayanlara oranla daha yüksek düzeyde antisosyal davranış sergilediği ve intihar girişiminde bulunduğu belirlenmiştir (135). Ergenlerde sıklıkla birden fazla riskli davranışın birlikte olduğu görülmektedir (142, 143).

Riskli davranışlar genellikle birbirini tetikler; bir davranışın ortaya çıkması, diğer riskli davranışları da teşvik edebilir ve bu da bireyin sağlığını daha fazla tehdit edebilir (144). Sigara ve alkol kullanımı, kişinin karar alma yetisini zayıflatıp daha fazla riskli davranış sergilemesine neden olabilir. Bağımlılık yapıcı özellikte olmaları, başka zararlı alışkanlıkları tetikleyebilir ve stresle başa çıkma yöntemlerinden biri olarak kullanılabilir. Ayrıca sosyal çevreyle modelleme yoluyla yayılabilir ve bireylerin sağlıksız seçimlerde bulunmalarına neden olarak diğer riskli davranışları teşvik edebilir. Sonuç olarak, sigara ve alkol kullanımı, genellikle daha geniş bir riskli davranışlar yelpazesine ilişkilidir, çünkü bu maddeler bireylerin fiziksel ve psikolojik durumlarını etkileyerek başka zararlı alışkanlıkların gelişmesine zemin hazırlar. Bu tür davranışlar, birbirini tetikleyerek bireyin genel sağlığını olumsuz etkileyebilir ve riskli davranışlar zincirini oluşturabilir. Çalışmamız literatürdeki mevcut çalışmalarla benzerlik göstermektedir (116,130,145). Deneysel çalışmalarda, riskli ve sorunlu davranışların (örneğin uyuşturucu kullanımı, alkol tüketimi, suçluluk ve cinsel önyargılar) birbirleriyle bağlantılı olduğu tespit edilmiştir (146). Gençler birden fazla riskli davranış sergilediklerinde, bu durum bireyin normal gelişimini olumsuz şekilde etkileyebilir (147).

Bu çalışmada katılımcıların kayıtlı olduğu aile hekimi tanıma durumu sorgulandığında 251'i (%65.7) evet ve 131'i (%34.4) hayır cevabını vermişti. Riskli davranışlar ile kayıtlı oldukları aile hekimlerini tanıyıp tanımama durumları arasındaki ilişki incelenmiş ve riskli davranışlar ve alt grupları arasında anlamlı fark bulunamamıştır. Literatür incelemesinde, üniversite öğrencileri veya yakın yaş grubundaki gençlerde bu alanda yapılmış bir çalışmaya rastlanmamıştır; hipotetik olarak, aile hekimini tanıyan gruptaki bireylerin riskli davranış oranlarının daha

düşük olması beklenmektedir. Fakat beklenen sonucu bulamamızın nedenini şöyle ifade edebiliriz. Aile hekimini tanımak, bir kişinin sağlık davranışlarını değiştirmek için tek başına yeterli olmayabilir. Aile hekimini tanıyan bireyler, sağlık hizmetlerine erişim açısından daha rahat olabilirler, ancak bu tanışıklık, onları sağlıklı yaşam tarzlarına yönlendirecek bir motivasyona dönmeyebilir. Bu motivasyonu ve danışmanlığı verecek olan da aile hekimidir. Aile hekimlerinin, gençlerdeki riskli davranışlar konusunda daha dikkatli olmaları ve bu davranışların gelecekte sağlık sorunlarına yol açabileceğini unutmamaları önemlidir. Gençlerle yapılan görüşmelerde, aile hekimlerinin riskli davranışlar konusunda daha fazla zaman ayırarak, bu davranışların olası uzun vadeli etkilerini açıklamaları ve gençleri sağlıklı yaşam tarzlarına yönlendirmeleri gerekmektedir. Gençlerin aile hekimini tanıma oranının bu kadar yüksek olması, hem aile hekimliği disiplininin geleceği hem de gençlerin sağlıklarının korunup geliştirilmesinde aile hekimlerinin ne kadar önemli bir rol oynadığını göstermektedir.

Bu çalışmada riskli davranışlar ile herhangi bir sağlık probleminde ilk başvuru durumuna göre yapılan değerlendirmede riskli davranışlar anket toplam puanı ve riskli davranışlar alt gruplarından antisosyal davranışlar, sigara kullanımı, intihar eğilimi ve okul terki arasındaki ilişki incelendiğinde anlamlı fark bulunmuştur. Devlet hastanelerine başvuranların, ASM'lere başvuranlara göre istatistiksel olarak daha yüksek puan aldığı görülmüştür. Literatüre bakıldığında üniversite veya yakın yaş grubundaki gençlerde yapılan bu tip bir çalışmaya rastlanmamıştır. Devlet hastanelerine başvuran bireylerin daha yüksek riskli davranış puanı alması, başvuru nedenlerinin daha ciddi olması, bu merkezlerin daha geniş kapsamlı ve kritik durumları ele alması ve bireylerin sağlık sorunlarını daha ciddi algılaması gibi faktörlerle açıklanabilir. Ayrıca, bu fark, bireylerin demografik ve sosyoekonomik özelliklerinden, davranışların şiddetinden ve sağlık hizmetlerine erişim tercihlerinden kaynaklanıyor olabilir. Bu alanda, başta gençler olmak üzere çeşitli yaş gruplarını ve sağlık sistemi ile aile hekimliği arasındaki ilişkiyi ele alan daha fazla çalışmaya ihtiyaç duyulmaktadır.

Bu çalışmada katılımcıların 32'si (%8.4) şimdiye dek hiç aile hekimine gitmemiş; 85'i (%22.3) 1-2 kez, 123'ü (%32.2) 3-10 kez, 142'si (%37.2) ise 10'dan

fazla kez aile hekimine görüşmüştü. Çalışmada riskli davranışlar ile aile hekimine başvuru sayısı arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır. Bunun nedenini şu şekilde ifade edebiliriz. Aile hekimine başvuru sıklığı, bireylerin sağlık hizmetlerine erişim düzeyini gösterirken; riskli davranışlar genellikle kişinin yaşam tarzı, çevresel faktörler, psikolojik durum ve sosyal çevreleriyle ilişkilidir. Aile hekimine başvuru sayısının artması, daha çok fiziksel sağlık sorunları ile ilişkilendirilebilirken, riskli davranışlar genellikle psikolojik ve sosyal düzeyde daha karmaşık bir sorundur. Bu nedenle, riskli davranışlar ile aile hekimine başvuru sayısı arasında doğrudan bir ilişki olmayabilir. Kişi, sağlık sorunları nedeniyle sık sık aile hekimine başvuruyor olsa da, riskli davranışlarını aile hekimine anlatmaya çekinebilir veya bu konuda konuşmak istemeyebilir. Ayrıca bu çalışmada katılımcıların aile hekimleriyle görüştüğü konular sorgulanmış ve katılımcıların aile hekimi ile riskli davranışlar hakkında görüşme durumları ile riskli davranışlar ölçeği toplam puanı arasında ilişkiye bakıldığında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık bulunmamıştır. Çalışmada aile hekimleriyle yapılan görüşmelerde, en fazla sağlıklı yaşam ile ilgili olarak %19,4 oranında yüzeysel görüşme yapılırken, %5,5 oranında ise ayrıntılı görüşme yapılmıştır. Çalışmada aile hekimlerinin en çok sağlıklı yaşamla ilgili konularda görüşme yapmalarının nedenleri, bu konuların hastalıkları önlemeye ve sağlığı korumaya yönelik koruyucu sağlık hizmetlerinin bir parçası olması, aile hekimlerinin hastalıkları erken teşhis etme ve önleme konusunda önemli bir rol oynaması ve toplum sağlığını iyileştirmeye yönelik katkı sağlamaları olduğu düşünülmektedir. Bunun yanında katılımcıların aile hekimleri ile yaptıkları en az görüşme ise uyuşturucu madde kullanımıyla ilgili olup, %3,9 yüzeysel görüşme, %2,1 ise ayrıntılı görüşme yapılmıştır; aynı oran trafik güvenliği konusunda da benzer şekilde görülmüştür. Literatür tarandığında bu konuyla ilgili çok fazla araştırmaya rastlanamamıştır. Bu çalışmayla benzer olarak Korkmazer ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada da öğrencilerin aile hekimleriyle en sık görüşme yaptıkları konular sağlıklı yaşam ve ruh hali iken; riskli sağlık davranışlarında görüşme oranları da %10'un altında olduğu görülmüştür (148). Bu durumun nedeni gençlerin aile hekimine başvurduğu durumların, genellikle kendilerinin "sağlıklı" olduğu ve ciddi bir sağlık sorunu yaşamadıkları algısına dayandığını düşündürmektedir. Periyodik sağlık muayeneleri veya riskli davranışlar konusunda

daha fazla başvuru yapılmamasının arkasında, sağlık ile ilgili farkındalık eksiklikleri ve kültürel etmenler yer alabilir. Gençlerin çoğunun periyodik sağlık muayeneleri veya risk oluşturduğunu düşünmedikleri durumlar için aile hekimine başvurmayı "gereksiz" olarak görmesi, onların sağlık ile ilgili farklı bir algıya sahip olmalarından, ailelerinin ve çevrelerinin sağlık konusundaki etkisinden ve psikolojik engellerden kaynaklandığını düşündürmektedir. Bu tür görüşmelerin çoğu zaman çevrelerinin, özellikle ailelerinin isteğiyle yapılması, gençlerin bu süreçleri genellikle zorunlu bir görev veya müdahale olarak görmelerine yol açabilir



6. SONUÇ ve ÖNERİLER

1. Araştırmamız İzmir Katip Çelebi Üniversitesi'nde eğitim görmekte olan öğrencilerle yapıldı. Çalışmaya 382 öğrenci dahil edildi. Katılımcıların yaş ortalaması $21,55 \pm 1,79$ (Median:22,00, min:18,00, maks:24,00) idi.
2. Katılımcıların Riskli Davranışlar Ölçeği alt boyutlarından elde ettikleri puan ortalamaları, üniversite öğrencileri üzerinde aynı ölçekle yapılan önceki çalışmalarda elde edilen bulgularla uyum göstermektedir. Literatürle uyumlu şekilde yapılan araştırmalarda, riskli davranışlar (antisosyal davranışlar, alkol kullanımı, sigara içme, intihar eğilimi, beslenme alışkanlıkları, okul terki, madde kullanımı) arasında zayıf-orta düzeyde, pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı ilişkiler tespit edilmiştir.
3. Bu çalışmada üniversite öğrencilerinin sosyodemografik özelliklerinin riskli davranışlar üzerinde etkili olup olmadığı araştırılmış ve birçok parametrede anlamlı ilişki bulunmuştur.
4. Yaş parametresi, cinsiyet, aile yapısı, anne eğitim durumu, baba eğitim durumu, anne çalışma durumu, öğrencilerin öğrenim gördükleri bölüm ve sınıf, yaşadıkları yer, sigara kullanım durumu, alkol kullanım durumu, sağlık sorununda ilk başvuru merkez ile riskli davranışlar anket toplam puanı arasında anlamlı ilişki bulunmuştur.
5. Aile birlikteliği, baba çalışma durumu, kayıtlı olduğu aile hekimini tanıma, şimdiye kadar aile hekimine gitme sayısı ve katılımcıların aile hekimi ile riskli davranışlar hakkında görüşme durumları ile riskli davranışlar anket toplam puanı arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır.
6. Bu çalışmada, çeşitli riskli davranışların bir arada görülme eğiliminde olduğu tespit edilmiştir. Riskli davranışların genellikle birbirini tetiklediği ve bir davranışın ortaya çıkması, diğer riskli davranışları da teşvik edebildiği görülmüştür.

Öneriler

Çalışma kapsamında şu önerilerde bulunulmuştur;

Bu çalışma, üniversite öğrencilerinin hem riskli davranış eğilimlerinin hem de aile hekimleriyle bu riskli davranışlar hakkında görüşme sıklıklarıyla ilgili bilgileri içermektedir. Bu çalışmada genç erişkinlerin sıkça bir arada buldukları üniversite ortamında riskli davranışlarla ilgili sorunların belirlenmesi ve ülke genelinde uygun müdahalelerin planlanması gerekliliği görülmüştür.

Üniversite öğrencilerinde riskli davranışlara eğilimin azaltılması için aile hekimliğine başvuran gençlerde ergen izlemleri içinde yer alan periyodik sağlık taramaları için daha fazla zaman ve fırsat yaratılması gerekmektedir. Bu açıdan aile hekimleri tarafından gençlere yönelik uygun eğitim ve danışmanlık hizmetlerinin sunulması önerilmektedir. Özellikle genç erişkinlerin aile hekimleriyle olan ilişkilerini güçlendirmenin yolları araştırılmalı, aile hekimliğine özgü hasta-hekim bağı kuvvetlendirmek için gerekli çalışmalar yapılmalıdır

Riskli davranışlar konusunda ergen ve aileleri bilinçlendirilmeli ve farkındalık oluşturulmalıdır. Ergenlerdeki riskli davranışları engellemek ve yönetmek için, koruyucu, önleyici ve müdahale edici programların birlikte ve bütünsel bir şekilde uygulanması oldukça önemlidir. Bu tür programlar, yalnızca bireysel düzeyde değil, aile ve toplum desteğiyle de daha etkin bir şekilde uygulanabilir. Böyle bir yaklaşım, ergenlerin sağlıklı gelişimini teşvik ederken, aynı zamanda toplumsal sorunların çözülmesine de yardımcı olur.

Bu çalışmada sosyodemografik verilerle ve diğer faktörlerle arasındaki ilişkileri değerlendirerek, bu konularda yapılan ulusal ve uluslararası araştırmalarla karşılaştırma yapma fırsatı sunmuştur.

Bu çalışmada, nicel araştırma yöntemleri kullanılmıştır. Üniversite öğrencileriyle riskli davranışlar hakkında nitel çalışmalar yapılarak, öğrencilerin bu davranışlara dair görüşleri ve çözüm önerileri öğrenilip olaylara onların perspektifinden bakılarak çözüm üretmeyi kolaylaştırıcı bir etki yaratabilir.

7. KAYNAKLAR

1. Özcebe H. Birinci basamakta adolesan sorunlarına yaklaşım. STED 2002;11(10):372-7.
2. Evren H. Trakya Üniversitesi öğrencilerinin riskli sağlık davranışları ve sağlık hizmetleri kullanımları. Yüksek Lisans Tezi, Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Anabilim Dalı, 2008.
3. WHOa. Coming of age: adolescent health. Available from: <https://www.who.int/health-topics/adolescents/coming-of-age-adolescent-health> [Cited 2019 May 3].
4. WHOb. The global strategy for women's, children's, and adolescents' health (2016-30). Available from: <https://www.who.int/life-course/partners/global-strategy/globalstrategyreport2016-2030-lowres.pdf> [Cited 2019 Apr 2].
5. McCarvill R, Weaver K. Primary care of female adolescents with type 1 diabetes mellitus and disordered eating. J Adv Nurs 2014;70(9):2005-2018.
6. Uludağlı NP, Sayıl M. Orta ve ileri ergenlik döneminde risk alma davranışı: Ebeveyn ve akranların rolü. Turk Psikoloji Yazıları 2009;12(23):14-24.
7. Christopher JC, Ruhm J. The economics of risky health behaviors. Discussion paper, Germany, No: 5728, 2011.
8. Grunbaum JA, Kann L, Kinchen S, Ross J, Hawkins J, Lowrey R, Harris WA, McManus T, Chyen D, Collins J. Youth risk behavior surveillance-United States 2003. MMWR 2004;53:1-96.
9. Şimşek H, Öztoprak D, İkizoğlu E, Safalı F, Yavuz Ö, Onur Ö, Tekel Ş, Çiftçi Ş. Tıp fakültesi öğrencilerinde sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve ilişkili etmenler. DEÜ TIP Fakültesi Dergisi 2012;26(3):151-157.
10. Özyazıcıoğlu N, Kılıç M, Erdem N, Yavuz C, Afacan S. Hemşirelik öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının belirlenmesi. Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi 2011;8(2):277-332.
11. Kastamonu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi. 2019;2(2):1-18. DOI: 10.59778/sbfergisi.1259391.
12. UN. United Nations World Population Prospects 2017 Revision. Available from: https://esa.un.org/unpd/wpp/publications/Files/WPP2017_DataBooklet.pdf [Cited 2018 May 17].

13. UN. 10 things you didn't know about the world's population - Office of the Secretary-General's Envoy on Youth. Available from: <http://www.un.org/youthenvoy/2015/04/10-things-didnt-know-worlds-population/> [Cited 2018 May 30].
14. Türkiye İstatistik Kurumu. İstatistiklerle Gençlik, 2016. Available from: file:///C:/Users/Admin/Downloads/İstatistiklerle_Gençlik_16.05.2017(1).pdf [Cited 2018 May 30].
15. Türkiye İstatistik Kurumu. Nüfus projeksiyonları, 2018-2080. Available from: <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=30567#>. [Cited 2018 May 30].
16. Risky behaviour training programme [Online]. 2014. Available from: http://www.richmond.gov.uk/risky_behaviour_programme [Cited 2018 May 30].
17. Jessor R. New perspectives on adolescent risk behavior. In: Jessor R, ed. New Perspectives on Adolescent Risk Behavior. Cambridge: Cambridge University Press; 1998:1-10.
18. Gençtanırım-Kurt D, Ergene T. Riskli davranışlar ölçeğinin geliştirilmesi: Geçerlik ve güvenirlik çalışmaları. Int J Soc Sci 2014;25:125-138. Available from: <https://avesis.hacettepe.edu.tr/yayin/7787f929-f978-43fe-aafc-6755910ee07c/riskli-davranislar-olceginin-gelistirilmesi-gecerlik-ve-guvenirlik-calilmalari>.
19. Hair EC, Park MJ, Ling TJ, Moore KA. Risky behaviors in late adolescence: co-occurrence, predictors, and consequences. J Adolesc Health 2009;45(3):253-261.
20. Jessor R. New perspectives on adolescent risk behavior. In: Jessor R, ed. New Perspectives on Adolescent Risk Behavior. Cambridge: Cambridge University Press; 1998:1-10.
21. Arslan Şahin G. Ankara'daki iki lisenin öğrencilerinde riskli sağlık davranışları ve bunlara akran baskısı ile diğer faktörlerin etkisi. Yüksek Lisans Tezi, Ankara Üniversitesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Ankara, 2011.
22. Kılıç C, Keklik İ. Antisosyal Davranış Ölçeğinin Psikometrik Özelliklerinin İncelenmesi. Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi 2022;62:640-671. Available from: <https://doi.org/10.21764/MAEUEFD.880206>.
23. Riley D. Anti-social behaviour: Children, schools and parents. Educ Law 2007;19(3):221-236.
24. Gökdağ R. Anadolu Üniversitesi İletişim Bilimleri Fakültesi Öğrencilerine Antisosyal Davranış Ölçeği Uygulanmasına Yönelik Bir Çalışma. İstanbul Üniversitesi İletişim Fakültesi Dergisi 2000;10:329-343.
25. Burney E. Making people behave: anti-social behaviour, politics and policy. Devon: Willan Publishing; 2005.

26. Pilling S, Gould N, Whittington C, Taylor C, Scott S. Recognition, intervention, and management of antisocial behaviour and conduct disorders in children and young people: summary of NICE-SCIE guidance. *BMJ* 2013;346:1298.
27. Moffitt TE. Adolescence-limited and life-course-persistent antisocial behavior: A developmental taxonomy. *Psychol Rev* 1993;100:674-701.
28. Sardoğan ME, Kaygusuz C. Antisosyal Kişilik Bozukluğu Tanısı Almış ve Almamış Olan Bireylerin Duygusal Zeka Düzeyleri Açısından İncelenmesi. *Ege Eğitim Dergisi* 2006;7(1):85-102. Available from: <https://dergipark.org.tr/tr/pub/eggeefd/issue/4916/67287>.
29. Kaner S. Antisosyal Davranış Eğilimi Envanterinin (ADEE) Geliştirilme Çalışmaları. *Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Dergisi* 2019;24(1):187-194. Available from: https://doi.org/10.1501/EGIFAK_0000000717.
30. Moeller FG, Dougherty DM. Antisocial Personality Disorder, Alcohol, and Aggression. *Alcohol Res Health* 2001;25(1):5. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6707114/> [Cited 2018 May 30].
31. National Collaborating Centre for Mental Health. Antisocial behaviour and conduct disorders in children and young people: recognition, intervention and management. British Psychological Society, Royal College of Psychiatrists [forthcoming].
32. Kuş S. Alkol kontrol stratejileri. Available from: http://www.tapdk.gov.tr/piyasa_duzenlemeleri/tutun_alkol_kontrol/yayinlar/Alkol_Kontrolu_Stratejileri.pdf [Cited 2018 May 30].
33. World Health Organization. Alcohol. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/alcohol> [Cited 2018 May 30].
34. Demirel ON, Avşallı H. Meslek yüksek okulu turizm bölümü öğrencilerinin sigara ve alkol alışkanlıklarını belirlemeye yönelik bir araştırma. *Akad Sos Araştırmalar Derg* 2015;(17):283-95.
35. Arslan Şahin G. Ankara'daki iki lisenin öğrencilerinde riskli sağlık davranışları ve bunlara akran baskısı ile diğer faktörlerin etkisi. Yüksek Lisans Tezi, Ankara Üniversitesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Ankara, 2011.
36. Kolay Akfert S, Çakıcı E, Çakıcı M. Üniversite öğrencilerinde sigara-alkol kullanımı ve aile sorunları ile ilişkisi. *Anatol J Psychiatry* 2009;(10):40-7.
37. National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (NIAAA). Underage Drinking: Why Do Adolescents Drink, What Are the Risks, and How Can Underage Drinking Be Prevented? *Alcohol Alert*, Number 67. Available from: <https://www.niaaa.nih.gov/> [Cited 2018 May 30].

38. Kuş S. Alkol kontrol stratejileri. Available from: http://www.tapdk.gov.tr/piyasa_duzenlemeleri/tutun_alkol_kontrol/yayinlar/Alkol_Kontrolu_Stratejileri.pdf [Cited 2018 May 30].
39. Wechsler H, Dowdall GW, Maenner G, Gledhill-Hoyt J, Lee H. Changes in binge drinking and related problems among American college students between 1993 and 1997. Results of the Harvard School of Public Health College Alcohol Study. *J Am Coll Heal* 1998;47(2):57–68.
40. Havaçeliği Atlam D, Yüncü Z, Gör A. Üniversite öğrencilerinde sigara, alkol, madde kullanım bozukluğu ve ailesel madde kullanımı arasındaki ilişki. *Klin Psikiyatr* 2017;20:161–70.
41. Karaçam Ö, Totan T. Ege Üniversitesi öğrencileri arasında bağımlılık yapıcı madde kullanımının çok boyutlu ölçekleme yöntemiyle incelenmesi. *Anatol J Psychiatry* 2014;15:116–23.
42. Süngü H. Üniversite öğrencilerinin zararlı madde kullanımına ilişkin tutumları. *Mustafa Kemal Üniversitesi Sos Bilim Enstitüsü Derg* 2014;11(26):167–94.
43. Ulukoca N, Gökgöz Ş, Karakoç A. Kırklareli Üniversitesi öğrencileri arasında sigara, alkol ve madde kullanımı. *Fırat Tıp Derg* 2013;18(4):230–4.
44. Warren CW, Jones NR, Asma S. Global youth tobacco surveillance, 2000--2007. *MMWR Surveillance Summaries* 2008;57(1):1-23. Available from: <https://stacks.cdc.gov/view/cdc/6917>.
45. World Health Organization. Tobacco. Available from: <http://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/tobacco> [Cited 2018 May 30].
46. World Health Organization. DSÖ Küresel tütün salgını raporu. Available from: www.who.int/tobacco/mpower [Cited 2018 May 30].
47. Dünya Sağlık Örgütü. Tobacco. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/tobacco> [Cited 2022 May 30].
48. Özcebe H. Gençler ve sigara [Online]. TC Sağlık Bakanlığı. Available from: <https://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/t18.pdf> [Cited 2018 May 30].
49. Abdullah ASM, Fielding R, Hedley AJ. Patterns of Cigarette Smoking, Alcohol Use and Other Substance Use Among Chinese University Students in Hong Kong. *Am J Addict* 2002;11(3):235-46. doi: 10.1080/10550490290088018.
50. Kılınç NÖ, Tezel A. Üniversite öğrencilerinin sigara içme durumlarına göre öz-etkililik düzeylerinin değerlendirilmesi. *TAF Prev Med Bull* 2012;11(113):255–64.
51. Öncel SY, Gebizlioğlu ÖL, Alioğlu FAI. Risk factors for smoking behavior among university students. *Turk J Med Sci* 2011;41(6):1071-80. doi: 10.3906/sag-1009-1122.

52. Türkiye İstatistik Kurumu. Küresel yetişkin tütün araştırması [Internet]. Available from: <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=13142> [Cited 2018 May 30].
53. Buğdaycı R, Şaşmaz T, Çamdeviren H. Mersin, Adana ve Hatay illerinde beden eğitimi ve spor yüksek okulu öğrencilerinde alkol içme prevalansı ve etkileyen faktörler. Turk Klin Tıp Bilim Derg 2003;23(3):208–12.
54. Çapık C, Cingil D. Hemşirelik öğrencilerinde sigara kullanımı, nikotin bağımlılık düzeyi ve ilişkili etmenler. Kafkas J Med 2013;3(2):55–61.
55. Korkmaz M. Süleyman Demirel Üniversitesi öğrencilerinin tütün mamulleri - alkol kullanım durumları ve sigaraya yaklaşımları. SDÜ Tıp Fakültesi Derg 2013;20(2):34–42.
56. Çilingir D, Hintistan S, Öztürk H. Sağlık yüksek okulu öğrencilerinin sigara kullanma alışkanlıkları ve etkileyen faktörler. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilim Derg 2012;1(2):69–85.
57. Elbi H, Aktas A, Rahman S, Altan S, Ozyurt BC. Üniversite öğrencileri arasında tütün kullanımı prevalansı. J Tepecik Educ Res Hosp 2018;28(1):33–8.
58. Durkheim E. İntihar. Doğubatı Yayınları; 2021.
59. Manning J. Suicide as Social Control. Sociol Forum 2012;27(1):207–27. doi: 10.1111/j.1573-7861.2011.01308.x.
60. Gençtanırım D. Ergenlerde İntihar Olasılığının Yordanması. Hacettepe Üniversitesi; 2004.
61. Centers for Disease Control and Prevention. Preventing Suicide. Available from: <https://www.cdc.gov/suicide> [Cited 2021].
62. Doğan M, Esen F, Öztürk S, Öztürk MA, Demirci E. İntihar girişiminde bulunan çocuk ve ergenlerin değerlendirilmesi. Bozok Tıp Dergisi. 2018; 28(1):33–8. doi: 10.16919/BOZOKTIP.382378.
63. World Health Organization. Preventing suicide: a global imperative. WHO; 2014.
64. Gordon JA, Avenevoli S, Pearson JL. Suicide Prevention Research Priorities in Health Care. JAMA Psychiatry 2020;77(9):885-886.
65. Pekcan G, Şanlıer N, Baş M. Türkiye Beslenme Rehberi [Online]. Available from: <https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/saglikli-beslenme-hareketli-hayat-db/Yayinlar/kitaplar/Kitaplar-eski/Turkiye-Beslenme-Rehberi-Turkce.pdf> [Cited 2018 May 31].
66. Pekcan G. Beslenme durumunun saptanması. Sağlık Bakanlığı Yayınları; 2012.
67. Garibağaoğlu M, Budak N, Öner N, Sağlam Ö, Nişli K. Üç farklı üniversitede eğitim gören kız öğrencilerin beslenme durumları ve vücut ağırlıklarının

- değerlendirmesi. Sağlık Bilimleri Dergisi 2006;15(3):173–81. Available from: <https://dergipark.org.tr/tr/pub/eujhs/issue/44518/552046>.
68. World Health Organization. Obesity: preventing and managing the global epidemic - Report of a WHO Consultation (WHO Technical Report Series 894).
 69. Di Angelantonio E, Bhupathiraju SHN, Wormser D, Gao P, Kaptoge S, Berrington de Gonzalez A, et al. Body-mass index and all-cause mortality: individual-participant-data meta-analysis of 239 prospective studies in four continents. *Lancet* 2016;388(10046):776-86.
 70. Bülbül T. Yükseköğretimde okul terki: Nedenler ve çözümler. *Eğitim ve Bilim* 2012;1(37):166.
 71. McWhirter JJ, McWhirter BT, McWhirter AM, McWhirter EH. At-risk youth: A comprehensive response. Thomson Brooks/Cole Publishing Co.; 1993.
 72. Ögel K, Tarı I, Yılmazçetin CE. Okullarda suç ve şiddeti önleme. Yeniden Yayınları; 2006.
 73. Chen R. Financial Aid and Student Dropout in Higher Education: A Heterogeneous Research Approach. *Higher Educ* 2008;209-39. doi: 10.1007/978-1-4020-6959-8_7.
 74. Kartal S, Eryılmaz Ballı F. Okul terki araştırmaları: Sistematik bir analiz çalışması. *Kırıkkale Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi* 2020;10(2):257–78.
 75. Bennett R. Determinants of Undergraduate Student Dropout Rates in a University Business Studies Department. *J Further High Educ* 2003;27(2):123-41.
 76. Uslu Gülşen F. Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü Eğitim Bilimleri Anabilim Dalı Eğitim Yönetimi Bilim Dalı Yükseköğretimde okul terkinin değerlendirilmesi. 2017.
 77. Evren H. Trakya Üniversitesi öğrencilerinin riskli sağlık davranışları ve sağlık hizmetleri kullanımları. Yüksek Lisans Tezi, Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Anabilim Dalı; 2008.
 78. World Health Organization. Global status report on alcohol [Online]. Available from: http://www.who.int/substance_abuse/publications/global_status_report_2004_overview.pdf [Cited 2018 May 30].
 79. Comerci GD, Schwebel R. Substance abuse: an overview. *Adolesc Med* 2000;11(1):79–101.
 80. Aksoy A, Ögel K. Sokakta yaşayan çocuklarda kendine zarar verme davranışı ve madde kullanımı. *Anadolu Psikiyatri Derg* 2005;6(3):163-9.
 81. E Abiodun OA, Sajo S. Alcohol and psychoactive substance use among medical students of the University of Ilorin, Nigeria. *Eur Sci J* 2014;10(8):69–83.

82. EMCDDA. Substance addiction. 2017.
83. Babalola E, Ogunwale A, Akinhanmi A. Pattern of psychoactive substance use among university students in South-Western Nigeria. *J Behav Heal* 2013;2(4):334–42.
84. Işıklı S, Irak M. Türkiye’de madde kullanımı ve bağımlılığı profili araştırması: 2002 yılı madde kullanımı geniş alan araştırması. Nihai rapor. Türk Psikologlar Derneği 2002 Aralık;55-65.
85. WONCA. Aile hekimliği / genel pratisyenlik Avrupa tanımı [Online]. Available from: <http://www.woncaeurope.org/sites/default/files/documents/WONCA%20definition%20Turkish%20version.pdf> [Cited 2018 May 31].
86. Başak O. Bir disiplin olarak aile hekimliğinin ülkemizdeki gelişim özellikleri. *Türkiye Aile Hekim Derg* 2013;17(1):29–36.
87. McWhinney IR. The importance of being different. Part 1: The marginal status of family medicine. *Can Fam Physician* 1997;43:193–5, 203–5.
88. McWhinney IR. The importance of being different. Part 2: Transcending the mind-body fault line. *Can Fam Physician* 1997;43:404–16.
89. Topallı R, Topsever P, Filiz TM, Ciğerli Ö, Görpelioğlu S. Hereke aile hekimliği merkezi 2001 yılı başvuru nedenleri ve yapılan sevklerin değerlendirilmesi. *Türk Aile Hek Derg* 2003;7:18-22.
90. Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. Türkiye’de aile hekimliği [Internet]. TC Sağlık Bakanlığı; 2018 [cited 2018 May 30]. Available from: <http://ailehekimligi.gov.tr/aile-hekimlii/tuerkiyedeki-aile-hekimlii.html>
91. İlhan MN, Tüzün H, Aycan S, Aksakal FN, Özkan S. Birinci basamak sağlık kuruluşuna başvuranların sağlık hizmeti kullanma özellikleri ve bazı sosyoekonomik belirteçlerle değişimi: sağlık reformu öncesi son saptamalar. *Toplum Hekim Bülteni* 2006;25(3):33-41.
92. Fidancı İ, Ümit Eren Ş, Arslan İ, Tekin O. Aile Hekimliği poliklinik hastalarının son 3 yıl retrospektif değerlendirilmesi. *Konuralp Tıp Derg* 2016;8(3):152-7.
93. Gore FM, Bloem PJ, Patton GC, Ferguson J, Joseph V, Coffey C, et al. Global burden of disease in young people aged 10–24 years: a systematic analysis. *Lancet* 2011;377(9783):2093–102.
94. Haller DM, Sanci LA, Patton GC, Sawyer SM. Toward youth friendly services: a survey of young people in primary care. *J Gen Intern Med* 2007;22(6):775–81.
95. T.C. Sağlık Bakanlığı. Aile Doktorları için Kurs Notları. Ankara: Sağlık Bakanlığı, 2004:99-100.
96. The European Definition of General Practice/Family Medicine. Short Version. Leuven: European Academy of Teachers in General Practice, EURACT;

2005:6.

97. Duncan P, Frankowski B, Carey P, Kallock E, Delaney T, Dixon R, et al. Improvement in adolescent screening and counseling rates for risk behaviors and developmental tasks. *Pediatrics* 2012;130(5):e1345–51.
98. Klein JD, Matos Auerbach M. Improving adolescent health outcomes. *Minerva Pediatr* 2002;54(1):25–39.
99. Özkul SA, Kaya ÇA, Ünal PC, Akman M, Çifçili S, Uzuner A. İstanbul'da aile sağlığı merkezlerinde koruyucu adolesan sağlığı yaklaşımında kaçırılmış fırsatlar. *Turkish Fam Physician* 2015;6(1):18–29.
100. Lanier CA, Nicholson T, Duncan D. Drug use and mental well being among a sample of undergraduate and graduate college students. *J Drug Educ* 2001;31(3):239-48.
101. Aşçı HN. Ergenlerde çevrimiçi oyun ve sosyal medya bağımlılığı düzeylerinin öz yeterlik ve riskli davranışlar bakımından incelenmesi. Yüksek lisans tezi, İstanbul Gelişim Üniversitesi, İstanbul, 2021.
102. Piko B. Perceived social support from parents and peers: which is the stronger predictor of adolescent substance use? *Substance Use and Misuse* 2000;35(4):617-30.
103. Sever G. Lise öğrencilerinin madde kullanma eğilimleri, algılanan sosyal destek düzeyleri ile riskli davranışları arasındaki ilişki. Yüksek lisans tezi, Gaziantep Üniversitesi, Gaziantep, 2015.
104. Ozakar Akca S, Selen F. Erkek ergenlerde riskli davranışlar: Bir lise örneği. *TAF Preventive Medicine Bulletin* 2016;15(3):122–8.
105. Pıçakçıefe M, Akkaya V, Erbaş E, Balcı Y. Bir tıp fakültesi birinci sınıf öğrencilerinin sosyodemografik özellikleri, olumlu, olumsuz duyguları ve riskli davranışları arasındaki ilişki. *Nobel Medicus* 2017;39(13):3-8.
106. Akın E, Berkem M. İntihar girişiminde bulunan ergenlerde psikiyatrik tanılarının, demografik ve klinik özelliklerin değerlendirilmesi. *Fırat Tıp Dergisi* 2012;17(4):228-32.
107. Karahan TF, Sardoğan ME, Gençoğlu C, Yılan G. Lise öğrencilerinde trafik, madde kullanımı ve toplumsal konuyla ilgili risk alma davranışı. *Eğitim ve Bilim* 2010;32(142):72-79.
108. Siyez DM. Adolescent self-esteem, problem behaviors, and perceived social support in Turkey. *Social Behavior and Personality: An International Journal* 2008;36(7):973-84.
109. Telef BB. Ergenlerde olumlu ve olumsuz duygular ile riskli davranışlar arasındaki ilişkilerin incelenmesi. *Kastamonu Eğitim Dergisi* 2014;22(2):573-90.
110. Körük S. Üniversite öğrencilerinde riskli davranışların ortaya çıkmasında yordayıcı bir etken olarak uyumsuz şemaların telafileri. *Nesne Psikoloji*

Dergisi 2017;5(9):55-68.

111. Fırat S, Yoldaşcan E, Ayabakan D, Dağlıoğlu N, Gülmen M. Üniversite öğrencilerinde risk alma davranışları ve etkileyen faktörlerin incelenmesi. Adli Tıp Bülteni Dergisi. 2016; (3):172-176.
112. Çinçik Z, Özer ZY, Özcan S. Çukurova Üniversitesi Aile Hekimliği Polikliniklerine Başvuran Üniversite Öğrencilerinin Riskli Davranışları ve Yaşam Doyumları İle İlişkisi. Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care. 2021; 15(2):327-334.
113. Akgün R, Şahin H. Üniversite öğrencilerinin riskli davranışlarının belirlenmesine ilişkin bir araştırma. Journal of Current Researches on Social Sciences. 2018; 8(4):367-382.
114. Aras Ş, Günay T, Özan S, Orçın E. İzmir ilinde lise öğrencilerinin riskli davranışları. Anatolian Journal of Psychiatry. 2007; 8:186-196.
115. Fletcher AC, Steinberg L, Williams-Wheeler M. Parental influences on adolescent problem behavior: Revisiting Stattin and Kerr. Child Development. 2004; 75(3):781-796.
116. Çiydem E. Hemşirelik öğrencilerinde riskli davranışlar, akran baskısı ve psikolojik dayanıklılık. İstanbul Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi. İstanbul; 2017.
117. Carr MJ, Mok PLH, Antonsen S, Pedersen CB, Webb RT. Self-harm and violent criminality linked with parental death during childhood. Psychological Medicine. 2020; 50(7):1224-1232. doi: 10.1017/S0033291719001193
118. Şanlı, D. (2007). Annelerin çocuk yetiştirme tutumlarını etkileyen etmenlerin incelenmesi (Yayınlanmamış yüksek lisans tezi). Dokuz Eylül Üniversitesi, İzmir.
119. Yavuzer, H. (2001). Ana-baba ve çocuk. İstanbul: Remzi Kitabevi.
120. Küçükşen K, Bölükbaş B, Gökaya F, Yılmaz İ, Toros N. Ergenlerin sigara kullanımına yönelmesinde algılanan anne-baba tutumları ve aile iletişiminin rolü. Sosyal Bilimler Dergisi. 2017; 4(18):347-358.
121. Gümüştaş F, Yulaf Y, Gökçe S. Çocuk ve ergenlerde okul reddi davranışının nedenlerinin incelenmesi. Marmara Medical Journal. 2014; 27:27-31.
122. Hoşgörür V, Polat M. Ortaokul öğrencilerinin okula devamsızlık nedenleri (Söke İlçesi örneği). Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Eğitim Bilimleri Dergisi. 2015; 2(1):25-42.
123. Levent Y. Malatya ili Battalgazi ve Yeşilyurt ilçelerinde lise öğrencileri arasında sigara, alkol ve madde kullanımı sıklığı ve etkileyen faktörler. Uzmanlık Tezi, İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi, Malatya; 2018.
124. Bilgiç N. Lise öğrencileri üzerinde sigara konusunda yürütülecek olan akran eğitiminin sigara kullanma davranışı üzerindeki etkinliğinin değerlendirilmesi. Doktora Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir;

2013.

125. İzgi İ. Ergenlerde riskli davranışlar, benlik saygısı ve ölüm kaygısı arasındaki ilişki. Yüksek Lisans Tezi, Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Psikoloji Anabilim Dalı Klinik Psikoloji Bilim Dalı, İstanbul; 2018.
126. Pehlivan Z. Resmi genel liselerde öğrenci devamsızlığı ve buna dönük okul yönetimi politikaları (Ankara ili örneği). Yayımlanmamış Doktora Tezi, Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Ankara; 2006.
127. Oksuz E, Simten M. Socioeconomic factors and health risk behaviors among university students in Turkey: questionnaire study. *Croatian Medical Journal*. 2005; 46(1).
128. Langille DB, Curtis L, Hughes J. Association of socio-economic factors with health risk behaviours among high school students in rural Nova Scotia. *Can J Public Health*. 2003; 94:442-447.
129. Bachman JG, O'Malley PM, Johnston LD. Drug use among young adults: the impacts of role status and social environment. *Journal of Personality and Social Psychology*. 1984; 47(3):629. doi: 10.1037/0022-3514.47.3.629
130. Yemen NK. Üniversite öğrencilerinin riskli davranışlarını ve problemleri internet kullanımı arasındaki ilişkinin incelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Üsküdar Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul; 2018.
131. Özpulat F, Erdem Y. Üniversite öğrencilerinin riskli sağlık davranışları ve etkileyen faktörlerin incelenmesi. *Ankara Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2019; 8(1):110-126.
132. Arıkan İ, Yavuz B, Yiğit D, Ece E. Üniversite öğrencilerinde riskli davranışlarla ilişkili faktörlerin incelenmesi: Bir devlet üniversitesi örneği. *Çağdaş Tıp Dergisi*. 2017; 7(4):348-354.
133. Poscia A. Risky behaviours among university students in Italy. *Annali dell'Istituto Superiore di Sanita*. 2015; 51:111-115.
134. Sadeh N, Baskin-Sommers A. Risky, Impulsive, and Self-Destructive Behavior Questionnaire (RISQ): A Validation Study. *Assessment*. 2017; 24(8):1080-1094.
135. Ekinci Ö. Mersin Merkezdeki liseli ergenlerde riskli davranışlar. Uzmanlık Tezi, Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi, Mersin; 2016.
136. Kolay Akfert S, Çakıcı E, Çakıcı M. Üniversite öğrencilerinde sigara-alkol kullanımı ve aile sorunları ile ilişkisi. *Anatolian Journal of Psychiatry*. 2009; 10(1):40-47.
137. Herken H, Özkan İ, Çilli AS, Bodur S. Öğrencilerde alkol kullanım sıklığı ve sosyal öğrenme ile ilişkisi. *Düşünen Adam Dergisi*. 2000; 13(2):87-91.
138. Tanrıku AÇ, Çarman KB, Palancı Y, Çetin D, Karaca M. Kars il merkezinde çeşitli üniversite öğrencileri arasında sigara kullanım sıklığı ve risk faktörleri. *Türk Toraks Dergisi*. 2009; 10(3):101-106.

139. Özer A, Gençtanırım D, Ergene T. Türk lise öğrencilerinde okul terkinin yordanması: Aracı ve etkileşim değişkenleri ile bir model testi. *Eğitim ve Bilim Dergisi*. 2011; 36(161):303-317.
140. Erdoğan Y. Lise düzeyindeki ergenlerin kumar oynamaları ile riskli davranışları arasındaki ilişkiler. Yüksek Lisans Tezi, Maltepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul; 2017.
141. Sever G. Lise öğrencilerinin madde kullanma eğilimlerinin algılanan sosyal destek ve riskli davranışlarla ilişkisi. Yüksek Lisans Tezi, Gaziantep Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Gaziantep; 2015.
142. Kulaksızoğlu A. Ergenlik Psikolojisi. 12th ed. İstanbul: Remzi Kitapevi; 2011.
143. Gençtanırım-Kuru D. Ergenlerde riskli davranışların yordanması. Doktora Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara; 2010.
144. Reininger B, Evans AE, Griffin SF, Valios RF, Vincent ML, Para-Medina D, et al. Development of a youth survey to measure risk behaviours, attitudes and assets: Examining multiple influences. *Health Education*. 2003.
145. Tuna ZO. Üniversite öğrencilerinde riskli davranışların, dürtüsellik ve üstbilişsel inançlar ile ilişkisi. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Bilim Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul; 2015.
146. Donovan JE, Jessor R, Costa FM. Structure of health-enhancing behavior in adolescence: A latent-variable approach. *J Health Soc Behav*. 1993; 34(4):346-362.
147. Walsh SD, Bruckauf Z, Gaspar T. Adolescents at risk: Psychosomatic health complaints, low life satisfaction, excessive sugar consumption and their relationship with cumulative risks. UNICEF Office of Research - Innocenti WP. 2016; 13.
148. Korkmazer B. Üniversite öğrencilerinde riskli sağlık davranışlarının sıklığı, aile hekimlerince verilen sağlık hizmetinin etkisi. Aile hekimliği anabilim dalı, Uzmanlık tezi. Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Tıp Fakültesi; 2019.

EKLER

EK-1: Sosyodemografik Bilgi Formu

1. Yaşınız :
2. Cinsiyetiniz
 - 1.Kadın
 - 2.Erkek
3. Medeni Durumunuz
 - 1.Evli
 - 2.Bekar
 - 3.Dul/Boşanmış
4. Ailenizdeki Türü
 1. Çekirdek aile
 2. Geniş Aile
 3. Tek ebebeynli
 - 4.Diğer
5. Anne ve babanız için uygun olan seçeneği işaretleyiniz.
 1. Anne-baba hayatta, birlikte yaşıyor
 2. Anne-baba hayatta, ayrı yaşıyor
 3. Anne hayatta, baba değil
 4. Baba hayatta, anne değil
 5. Anne-baba her ikisi de hayatta değil
 6. Diğer.....
6. Annenin eğitim düzeyi?
 - 1.İlkokul
 - 2.Ortaokul
 - 3.Lise
 - 4.Üniversite
7. Babanın eğitim düzeyi?
 - 1.İlkokul
 - 2.Ortaokul
 - 3.Lise
 - 4.Üniversite
8. Annenizin çalışma durumu?
 - 1.Evet 2.Hayır 3.Emekli 4.Vefat
9. Babanızın çalışma durumu?
 - 1.Evet 2.Hayır 3.Emekli 4.Vefat
10. Herhangi bir işte çalışıyor musunuz?
 - 1.Hayır
 - 2.Yarı zamanlı
 3. Tam zamanlı
 4. Şu an çalışmıyorum ama daha önce çalıştım
11. Hangi bölümde öğrencisiniz?.....
12. Kaçınıcı sınıftasınız?.....
13. Nerde kalıyorsunuz?
 - 1.Aile ile beraber
 - 2.Evde tek başına

- 3.Ev arkadaşı ile
- 4.Yurtta
- 5.Tanıdıkların yanında

14.Sigara kullanıyor musunuz?

- 1.Evet.....Paket/yıl
- 2.Hayır
- 3.Bıraktım

15.Alkol kullanıyor musunuz?

- 1.Evet
- 2.Hayır
- 3.Bıraktım

16.Kronik bir hastalığınız var mı?

- 1.Evet (Varsa açıklayınız).....
- 2.Hayır

17.Kayıtlı olduğunuz aile hekiminizi tanıyor musunuz?

- 1.Evet
- 2.Hayır

18.Herhangi bir sağlık sorununuz olduğunda genel olarak ilk hangi kuruma başvuruyorsunuz?

- 1.Aile Sağlığı Merkezi (ASM)
- 2.Devlet Hastanesi/Şehir Hastanesi
- 3.Özel Muayene/Özel Tıp Merkezi/Özel Hastane
- 4.Üniversite

19.Şimdiye kadar Aile Hekiminize kaç kere gittiniz?

- 1.Hiç gitmedim
- 2.1-2kez
3. 3-10kez
- 4.10dan fazla

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

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

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

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

EK-2: Riskli Davranışlar Üniversite Formu

| | Her zaman | Genellikle | Bazen | Nadiren | Hiçbir zaman |
|--|-----------|------------|-------|---------|--------------|
| 1.Ağız kavgası yaptığım olur | | | | | |
| 2.Küfürlü konuştuğum olur | | | | | |
| 3.Başkalarına ait eşyaları izinsiz olarak aldığım olur | | | | | |
| 4.Eğlence olsun diye arkadaşlarımın canını acıtmaktan hoşlanırım | | | | | |
| 5.Hakkımı kavgaya ederek savunurum | | | | | |
| 6.Biriyle tartıştığımda ağızma geleni söylerim | | | | | |
| 7.Arkadaşlarıma kafeteryadan zorla bir şeyler ısmarlattırırım | | | | | |
| 8.İnsanların kusurlarını yüzlerine vurmaktan çekinmem | | | | | |
| 9.Etrafımdakilere verdiğim zararı umursamam | | | | | |
| 10.İnsanları sinirlendirmek hoşuma gider | | | | | |
| 11.Alkol kullandığımda rahatladığımı hissederim | | | | | |
| 12.Cesaretimi toplamak için alkol aldığım olur | | | | | |
| 13.Eğlence mekanlarına gidip alkol alırım | | | | | |
| 14.Bir kutlamada alkol almadan eğlenmeyeceğimi düşünürüm | | | | | |
| 15.Çevremdeki kişiler onaylamasa da alkol kullanmaktan çekinmem | | | | | |
| 16.Alkol almak için para bulurum | | | | | |
| 17.Alkol teklif edildiğinde hayır diyemem | | | | | |
| 18.Arkadaşlarıma uymak için alkol kullanırım | | | | | |
| 19.Kontrolümü kaybedecek kadar alkol aldığım olur | | | | | |
| 20.Sigara kullanıyorum | | | | | |
| 21.Yakın arkadaşlarımın bir kısmı sigara içer | | | | | |
| 22.Sigara içmek istediğimde kendime engel olmam | | | | | |
| 23.Sigara almak için param vardır | | | | | |
| 24.Bir sorunla karşılaştığımda hemen sigara içmek isterim | | | | | |

| | | | | | |
|---|--|--|--|--|--|
| 25.Nargile içmekten keyif alırım | | | | | |
| 26.Evde/yurtta sigara içebilirim | | | | | |
| 27.Canım sıkıldığında sigara içerek rahatlarım | | | | | |
| 28.Kendimi değersiz hissedirim | | | | | |
| 29.Kendime güvenim yoktur | | | | | |
| 30.Sabahları mutsuz bir şekilde uyanırım | | | | | |
| 31.Sorunlarım karşısında kendimi çaresiz hissedirim | | | | | |
| 32.Yaptığım hiçbir şeyden keyif almam | | | | | |
| 33.Kendimi yalnız hissedirim | | | | | |
| 34.Hayattan bıkmış durumdayım | | | | | |
| 35.Karamsar biri olduğumu düşünürüm | | | | | |
| 36.Geleceğe ilişkin hedeflerimi gerçekleştiremeyeceğimi düşünüyorum | | | | | |
| 37.Hayatın bana vereceği hiçbir şey olmadığını düşünürüm | | | | | |
| 38.Beni hayatta tutmaya yetecek değerlere sahip değilim | | | | | |
| 39.Kendimi bu dünyaya ait hissetmediğim olur | | | | | |
| 40.Satın aldığımyiyeceklerin sağlıklı olmalarından çok lezzetli olmalarını önem veririm | | | | | |
| 41.Gazlı içecekleri severim | | | | | |
| 42.Fast-food yiyecekler tüketmeyi tercih ederim | | | | | |
| 43.Abur cubur yemekten hoşlanırım | | | | | |
| 44.Çoğunlukla ev dışında yemek yerim | | | | | |
| 45.Yediklerimin bende oluşturabileceği sağlık sorunlarını önemsemem | | | | | |
| 46.Sağlıklı beslenme konusunda yeterli bilgiye sahip değilim | | | | | |
| 47.Yediklerimin besin ve sağlık değerlerini dikkate almam | | | | | |
| 48.Okulu bırakıp bir an önce evlenmek istediğim olur | | | | | |

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|
| 49. Arkadaşlarımın birçoğu yükseköğretime devam etmezler | | | | | |
| 50. Okuldan ayrılıp bir an önce bir işte çalışmaya başlamak istediğim olur | | | | | |
| 51. İyi bir iş bulduğumda okulu bırakmaktan çekinmem | | | | | |
| 52. Esrar ya da benzeri bir maddeyi kullanırım | | | | | |
| 53. Rahatlamak için bağımlılık yapıcı maddeleri kullanırım | | | | | |
| 54. Bugüne kadar bağımlılık yapan maddeleri kullandığım olur | | | | | |
| 55. Yakın arkadaşlarım arasında uyuşturucu madde kullananlar var | | | | | |
| 56. Uyuşturucu maddeler kullanılan ortamlara rahatlıkla girerim | | | | | |
| 57. Yaşadığım olumsuzlukları unutmak için madde kullandığım olur | | | | | |
| 58. Sadece heyecan yaşamak için uyuşturucu madde kullanırım | | | | | |
| 59. Arkadaş grubum madde kullanmama karşı çıkmaz | | | | | |
| 60. Merakımı gidermek için uyuşturucu madde kullandığım olur | | | | | |