

AVRASYA ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

SAĞLIK HİZMETLERİ MESLEK YÜKSEKOKULU
ÖĞRENCİLERİNİN HİPERTANSİYONDAN KORUNMA
TUTUMLARI VE RİSKLİ DAVRANIŞLARININ İNCELENMESİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Sümeyya KAYA BUDAK

HAZİRAN 2024

TRABZON

AVRASYA ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

SAĞLIK HİZMETLERİ MESLEK YÜKSEKOKULU ÖĞRENCİLERİNİN
HİPERTANSİYONDAN KORUNMA TUTUMLARI VE RİSKLİ
DAVRANIŞLARININ İNCELENMESİ

Sümeyya KAYA BUDAK

Avrasya Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsünde
"YÜKSEK LİSANS"

Unvanı Verilmesi İçin Kabul Edilen Tezdir.

Tezin Enstitüye Verildiği Tarih : 14/06/2024

Tezin Savunma Tarihi : 18/07/2024

Tez Danışmanı: Prof. Dr. Füsun TERZİOĞLU

Trabzon 2024

T.C.
AVRASYA ÜNİVERSİTESİ
Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Müdürlüğü

KABUL VE ONAY

Avrasya Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Hemşirelik Ana Bilim Dalı Yüksek Lisans programı ve Prof. Dr. Füsün TERZİOĞLU danışmanlığında yüksek lisans öğrencisi Sümeyya KAYA BUDAK tarafından hazırlanan “**Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Öğrencilerinin Hipertansiyondan Korunma Tutumları ve Riskli Davranışlarının İncelenmesi**” başlıklı bu çalışma, Enstitü Yönetim Kurulunun 25/06/2024 gün ve 16 sayılı kararıyla oluşturulan jüri tarafından yapılan sınavda **Yüksek Lisans Tezi** olarak kabul edilmiştir.

Prof. Dr. Yavuz ÖZORAN
JÜRİ BAŞKANI

Prof. Dr. Füsün TERZİOĞLU
DANIŞMAN

Doç. Dr. Aysel ÖZSABAN
ÜYE

Yukarıdaki imzaların adı geçen öğretim üyelerine ait olduğunu onaylarım.

Dr. Öğr. Üyesi Hüseyin Emre ENGİN
Enstitü Müdürü

ÖNSÖZ

Yüksek lisans eğitimim boyunca tecrübe ve birikimlerini benimle paylaşan değerli danışman hocam Prof. Dr. Füsun TERZİOĞLU'na,

Her daim yanımda olan eşim Selahattin BUDAK, oğlum Muhammed Said BUDAK ve aileme,

Tez çalışmamın yürütülebilmesi için gerekli izinleri sağlayan Gümüşhane Üniversitesi'ne,

Araştırmaya gönüllü katılan öğrencilere ve katkısı bulunanlara teşekkürlerimi sunarım.

Sümeyya KAYA BUDAK

Trabzon 2024

TEZ BEYANNAMESİ

Yüksek Lisans Tezi olarak sunduğum “Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Öğrencilerinin Hipertansiyondan Korunma Tutumları ve Riskli Davranışlarının İncelenmesi” başlıklı bu çalışmayı baştan sona kadar danışmanım Prof. Dr. Füsun TERZİOĞLU’nun sorumluluğunda tamamladığımı, verileri/örnekleri kendim topladığımı, deneyleri/analizleri ilgili laboratuvarlarda yaptığımı/yaptırdığımı, başka kaynaklardan aldığım bilgileri metinde ve kaynakçada eksiksiz olarak gösterdiğimi, çalışma sürecinde bilimsel araştırma ve etik kurallara uygun olarak davrandığımı ve aksinin ortaya çıkması durumunda her türlü yasal sonucu kabul ettiğimi beyan ederim. 18/07/2024

Sümeyya KAYA BUDAK

İÇİNDEKİLER

Sayfa No

KABUL VE ONAY	III
ÖNSÖZ	IV
TEZ BEYANNAMESİ	V
TABLolar DİZİNİ	VIII
SİMGE VE KISALTMALAR	IX
ÖZET	X
ABSTRACT	XI
1. GİRİŞ	1
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi	1
1.2. Araştırmanın Amacı	2
1.3. Araştırmanın Soruları	3
2. GENEL BİLGİLER	4
2.1. Hipertansiyon	4
2.1.1. Hipertansiyonun Tanımı	4
2.1.2. Hipertansiyonun Sınıflandırılması	4
2.1.3. Hipertansiyonun Epidemiyolojisi	6
2.1.4. Hipertansiyon Risk Faktörleri	6
2.1.5. Hipertansiyondan Korunma	9
2.1.6. Üniversite Öğrencilerinin Hipertansiyondan Korunma Tutumları	10
2.2. Riskli Davranışlar	11
2.2.1. Üniversite Öğrencilerinde Görülen Riskli Davranışlar	11
3. GEREÇ VE YÖNTEMLER	15
3.1. Araştırmanın Şekli	15
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri	15
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	15
3.4. Verilerin Toplanması	16
3.5. Veri Toplama Araçları	16
3.5.1. Kişisel Bilgi Formu	16
3.5.2. Hipertansiyondan Korunma Tutumları Ölçeği	17

3.5.3. Riskli Davranışlar Ölçeği Üniversite Formu	18
3.6. Araştırmanın Uygulanması	19
3.7. Araştırmanın Etik Boyutu	19
3.8. Araştırmanın Sınırlılıkları	19
3.9. Verilerin Değerlendirilmesi	19
4. BULGULAR	21
4.1. Öğrencilerin Bazı Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Dağılımı	21
4.2. Öğrencilerin Hipertansiyon Açısından Risk Faktörlerine Yönelik Bazı Değişkenlerin Dağılımı	23
4.3. Öğrencilerin Riskli Sağlık Davranışlarına İlişkin Bazı Değişkenlerin Dağılımı	25
4.4. Hipertansiyondan Korunma Tutumları Ölçeği Toplam ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Dağılımı	26
4.5. Riskli Davranışlar Ölçeği Üniversite Formu Toplam ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Dağılımı	27
4.6. Riskli Davranışlar Ölçeği Üniversite Formu ve Hipertansiyondan Korunma Tutumları Ölçeği Puan Ortalamaları Arasındaki İlişkiye İlişkin Bulgular	27
4.7. Hipertansiyondan Korunma Tutumları Ölçeğine İlişkin Bulgular	29
4.8. Riskli Davranışlar Ölçeği Üniversite Formuna İlişkin Bulgular	40
5. TARTIŞMA	64
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	72
6.1. Sonuçlar	72
6.2. Öneriler	73
7. KAYNAKÇA	74
ÖZGEÇMİŞ	
EKLER	

TABLolar DİZİNİ

Sayfa No

Tablo 1.	Ofis ölçümlerine göre kan basıncının tanımlaması	5
Tablo 2.	Hipertansiyonun nedene göre sınıflandırılması	5
Tablo 3.	Hipertansiyondan korunma tutumları ölçeği güvenilirlik sonuçları	17
Tablo 4.	Riskli davranışlar ölçeği üniversite formu güvenilirlik sonuçları	18
Tablo 5.	Öğrencilerin bazı sosyo-demografik özelliklerine göre dağılımı	22
Tablo 6.	Öğrencilerin hipertansiyon açısından risk faktörlerine yönelik bazı değişkenlerin dağılımı	23
Tablo 7.	Öğrencilerin riskli sağlık davranışlarına ilişkin bazı değişkenlerin dağılımı	26
Tablo 8.	Hipertansiyondan korunma tutumları ölçeği toplam ve alt boyut puanları	26
Tablo 9.	Riskli davranışlar ölçeği üniversite formu toplam ve alt boyut puanları	27
Tablo 10.	Riskli davranışlar ölçeği üniversite formu ve hipertansiyondan korunma tutumları ölçeği puan ortalamaları arasındaki ilişkiye ilişkin bulgular.....	28
Tablo 11.	Bazı değişkenlere göre hipertansiyondan korunma tutumları ölçeği toplam ve alt boyut puanlarının karşılaştırılması	30
Tablo 12.	Bazı değişkenlere göre riskli davranışlar ölçeği üniversite formu toplam ve alt boyut puanlarının karşılaştırılması	41

SİMGE VE KISALTMALAR

KB	: Kan Basıncı
HKTÖ	: Hipertansiyondan Korunma Tutumları Ölçeği
RDÖÜF	: Riskli Davranışlar Ölçeği Üniversite Formu
TEKHARF	: Türkiye Erişkinlerde Kalp Hastalığı ve Risk Faktörleri
TÜİK	: Türkiye İstatistik Kurumu
BKİ	: Beden Kitle İndeksi
DASH	: Hipertansiyonu Durdurmaya Yönelik Diyet Yaklaşımları
SHMYO	: Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu
Ort	: Ortalama
SS	: Standart Sapma
Min	: Minimum
Max	: Maximum
DM	: Diyabetes Mellitus

Yüksek Lisans Tezi

ÖZET

SAĞLIK HİZMETLERİ MESLEK YÜKSEKOKULU ÖĞRENCİLERİNİN HİPERTANSİYONDAN KORUNMA TUTUMLARI VE RİSKLİ DAVRANIŞLARININ İNCELENMESİ

Sümeyya KAYA BUDAK

Avrasya Üniversitesi
Lisansüstü Eğitim Enstitüsü
Hemşirelik Anabilim Dalı
Danışman: Prof. Dr. Füsun TERZİOĞLU
2024, 85 Sayfa, 21 Ek Sayfalar

Hipertansiyon, dünya çapında en sık görülen önlenebilir kardiyovasküler bir hastalıktır. Bu çalışma Gümüşhane Üniversitesi'nde Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu (SHMYO) öğrencilerinin hipertansiyondan korunma tutumları ve riskli davranışlarının değerlendirilmesi amacıyla kesitsel ve tanımlayıcı olarak gerçekleştirildi. Araştırmanın evrenini, Gümüşhane Üniversitesi SHMYO'da öğrenim gören toplam 3165 öğrenci oluşturmaktadır. Verilerin elde edilmesinde, Kişisel Bilgi Formu, Hipertansiyondan Korunma Tutumları Ölçeği (HKTÖ) ve Riskli Davranışlar Ölçeği Üniversite Formu (RDÖÜF) kullanıldı.

Veriler IBM SPSS V23 ile analiz edildi. Verilerin karşılaştırılmasında Mann Whitney U testi ve Kruskal Wallis H testi kullanıldı. Normal dağılıma uymayan sürekli parametrelerin ilişkisinin incelenmesinde Spearman's rho korelasyon katsayısı kullanıldı. Çalışmaya dâhil edilen 1163 öğrencinin yaş ortalaması $20,33 \pm 2,64$ olup, %78,2'si kadındı. Öğrencilerin HKTÖ toplam puanı en az 34, en fazla 129 olup, ortalama $101,88 \pm 12,97$ olarak tespit edilmiştir. RDÖÜF alt boyut puanları hesaplandığında antisosyal davranışlar $17,7 \pm 5,99$, alkol kullanımı $11,18 \pm 5,37$, sigara kullanımı $17,34 \pm 9,42$, intihar eğilimi $28,7 \pm 11,75$, beslenme alışkanlıkları $22,78 \pm 6,91$, okul terki $8,81 \pm 3,74$, madde kullanımı $10,46 \pm 4,18$ olarak belirlenmiştir. Çalışmamızda HKTÖ ile RDÖÜF toplam puanı arasında negatif yönlü çok zayıf bir ilişki olduğu ve aralarındaki farkın da istatistiksel olarak anlamlı olduğu tespit edilmiştir ($r=-0,13$; $p<0,001$).

Anahtar Kelimeler: Hipertansiyon, Korunma, Tutum, Riskli Davranışlar, Üniversite Öğrencileri

Master Thesis

ABSTRACT

INVESTIGATION OF HYPERTENSION PREVENTION ATTITUDES AND RISKY BEHAVIORS OF VOCATIONAL SCHOOL OF HEALTH SERVICES STUDENTS

Sümeyya KAYA BUDAK

**Avrasya University
Graduate Education Institute
Nursing Department
Supervisor: Prof. Dr. Füsün TERZİOĞLU
2024, 85 Pages, 21 Appendix**

Hypertension represents the most prevalent preventable cardiovascular disease globally. This study was conducted as a cross-sectional and descriptive study with the objective of evaluating the attitudes and risky behaviours related to the prevention of hypertension among the students of the Vocational School of Health Services (SHMYO) at Gümüşhane University. The study population comprised a total of 3,165 students enrolled at Gümüşhane University, SHMYO. The data were obtained using the Personal Information Form, Hypertension Prevention Attitudes Scale (HKTÖ) and Risky Behaviour Scale University Form (RDÖÜF).

The data were analysed using IBM SPSS Statistics 23. The Mann-Whitney U test and the Kruskal-Wallis H test were employed for the purpose of comparing the data. In order to examine the relationship between continuous parameters that did not comply with normal distribution, the Spearman's rho correlation coefficient was employed. The mean age of the 1,163 students included in the study was 20.33 ± 2.64 years, with 78.2% identifying as female. The total score for the students on the HKTÖ was found to be between 34 and 129, with an average of 101.88 ± 12.97 . The mean score for the RDÖÜF subscale was 17.7 ± 5.99 , indicating a prevalence of antisocial behaviours. The mean score for alcohol use was 11.18 ± 5.37 , while smoking had a mean score of 17.34 ± 9.42 . Suicidal tendencies had a mean score of 28. The mean scores for eating habits, school dropout, and substance use were 22.78 ± 22.78 , 8.81 ± 3.74 , and 10.46 ± 4.18 , respectively. The mean score for antisocial behaviours was 17.7 ± 5.99 , for alcohol use was 11.18 ± 5.37 , for smoking was 17.34 ± 9.42 , and for suicidal tendencies was 28. The results of our study indicate a very weak negative correlation between the HKTÖ and RDÖÜF total score, with a statistically significant difference ($r = -0.13$; $p < 0.001$).

Keywords: Hypertension, Prevention, Attitude, Risky Behaviors, University Students

1. GİRİŞ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Hipertansiyon, dünyada en sık görülen kardiyovasküler hastalıktır ve uygun şekilde tedavi edilmediğinde uzun süreli ciddi morbidite ile ilişkilidir [1]. Hipertansiyon dünya çapında 3 yetiştinden 1'ini etkilemektedir [2].

Hipertansiyon gelişmiş ve gelişen ülkelerde giderek yaygınlaşan kayda değer bir halk sağlığı sorunudur [3]. Türkiye’de görülme sıklığı giderek artmaktadır [4]. Hipertansiyon sessiz bir tehlikedir çünkü erken uyarı sinyalleri gönderen tipik belirtiler yoktur. Kişinin kan basıncının normal aralıkta olup olmadığını belirlemenin tek güvenilir yöntemi ölçümü yaptırmaktır [5]. Hipertansiyon, etiyojisi birçok faktörden etkilenen çok yönlü bir hastalıktır [6]. Yaş, cinsiyet, ırk ve kalıtım gibi değiştirilemeyen faktörlerin yanı sıra aşırı kilo, düşük potasyum alımı, yüksek sodyum alımı, sigara kullanımı, alkol tüketimi ve sedanter yaşam tarzı gibi değiştirilebilir faktörler de dâhil olmak üzere hipertansiyonun altında yatan birçok risk faktörü bulunmaktadır [7]. Uygun yaşam tarzı değişiklikleri hipertansiyonun önlenmesinde temel taşıdır [8]. Hipertansiyona yatkınlığın erken tespiti, kişinin yaşam tarzını değiştirerek (diyet kısıtlaması, egzersiz vb.) sağlıklı bir yaşam sürmesine yardımcı olabilir [9].

Hipertansiyon yaşlıların yarısından fazlasını etkilemekte ve prevalansı yaşla birlikte artmaya devam etmektedir [10]. Fakat son yıllarda gençler arasında hipertansiyon prevalansı önemli ölçüde artmıştır [11, 12, 13]. Bunun sebebi, özellikle gençlik döneminde obezite prevalansının artması, stres, fiziksel inaktivite ve sağlıksız yaşam tarzı değişiklikleridir [14]. Bununla birlikte, birçok sağlık personeli, gençlerdeki yüksek tansiyonun yaşamın ilerleyen dönemleri üzerindeki etkisi ve olumsuz sonuçları ile ilgili yeterince bilgi sahibi değildir [15]. Hipertansiyondan korunma tutumlarının tespiti ile hipertansiyonu önleyebilecek sağlıklı yaşam davranışları kişilere kazandırılabilir. Ayrıca mevcut bilgi eksikliklerinin giderilmesiyle hipertansiyonun önlenmesine yönelik toplumsal tutumların etkinliğinin artırılması mümkündür [16].

Sağlık, bireyin yaşamı boyunca değişebilen, dinamik bir durumdur [17]. Riskli sağlık davranışları, hastalık, sakatlık veya ölümle sonuçlanabilen ve kişinin fiziksel, psikososyal, ekonomik ve cinsel açıdan sağlıklı bir yetişkin olmasını engelleyen yaşamı tehdit eden

davranışlardır [18]. Sigara içmek, alkol almak, uyuşturucu kullanmak, güvensiz cinsel ilişki, yetersiz fiziksel aktivite ve kötü beslenme gibi riskli sağlık davranışları önlenabilir ölümlerin başlıca kaynağıdır [19]. Genç yetişkinlik dönemi (18-25 yaş), insanların içki içme, uyuşturucu kullanımı veya fiziksel hareketsizlik gibi riskli sağlık davranışlarına girişme konusunda potansiyel olarak savunmasız olduğu kritik bir dönem olarak nitelendirilmektedir [20]. Ayrıca ergenlik ve genç yetişkinlik, daha sonraki yetişkinlik dönemlerinde de sürdürülecek sağlıklı yaşam tarzlarını aşılayarak müdahale etmek için ideal fırsatlar sunan benzersiz gelişim dönemleridir [21]. Üniversite, üniversite öğrencilerinin ergenlikten yetişkinliğe doğru büyüdüğü önemli bir geçiş dönemidir ve alkol kullanımı, sigara içme ve intihar davranışları gibi sağlık açısından riskli davranışlar geliştirebilirler. Bu davranışlar daha sonraki yaşamlarında çeşitli kronik hastalıklara katkıda bulunabilir [22]. Riskli davranışlara sahip sağlık öğrencileri ise sadece kendi sağlıklarını değil aynı zamanda hastalarının sağlığını da riske atabilmektedir. Bu nedenle sağlığı teşvik eden üniversiteler olarak akademik kurumların da olumsuz davranışların tüm öğrencileri üzerindeki etkisini en aza indirecek şekilde hareket etmeleri gerekmektedir [23].

Bu bağlamda geleceğin sağlık personelinin hipertansiyonun önlenmesine yönelik tutum ve davranışlarının belirlenmesi büyük önem taşımaktadır. Öğrencilerin riskli davranışlarının belirlenmesi hipertansiyonun önlenmesinde alternatif bir yaklaşım olabilir. Literatür incelendiğinde, Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu (SHMYO) öğrencilerinde hipertansiyondan korunma tutumları ile riskli davranışlar arasındaki ilişkiyi doğrudan inceleyen bir çalışmanın yapılmadığı görülmektedir. Yapılan bu çalışma bu konuda yapılacak çalışmalara ışık tutacak ve mevcut bilgi birikimine katkı sağlayacaktır. Sorunların tespiti, çözüm önerilerinin geliştirilmesi, bireylerin ve toplumun sağlığının ve yaşam kalitesinin olumlu yönde etkilenip iyileştirilmesinin sağlanması açısından önemlidir.

1.2. Araştırmanın Amacı

Çalışmanın amacı, Gümüşhane Üniversitesi SHMYO öğrencilerinin hipertansiyondan korunma tutumları ve riskli davranışlarının değerlendirilmesidir.

1.3. Araştırma Soruları

SHMYO öğrencilerinin hipertansiyondan korunma tutumları nasıldır?

SHMYO öğrencilerinin riskli davranış durumları nasıldır?

SHMYO öğrencilerinin hipertansiyondan korunma tutumları ve riski davranışları arasında bir farklılık var mıdır?

SHMYO öğrencilerinin hipertansiyondan korunma tutumları bazı değişkenlere göre farklılık göstermekte midir?

SHMYO öğrencilerinin riski davranışları bazı değişkenlere göre farklılık göstermekte midir?

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Hipertansiyon

2.1.1. Hipertansiyonun Tanımı

Küresel hastalık yükü ile beraber ölüm oranlarının artmasına önemli ölçüde katkıda bulunan ve dünya çapında 7,8 milyonun üzerinde ölümle sonuçlanan, halk sağlığı açısından endişe verici bir hastalıktır [24]. Hipertansiyon, yüksek arter basıncıyla karakterize ciddi bir durumdur [25]. Hipertansiyon, vücuttaki daha küçük kan damarlarının (arteriyoller) daralmasıyla karakterize edilen ve damar duvarlarına aşırı basınç uygulayan, dolayısıyla bu basıncı korumak için kalbin iş yükünün artmasını gerektiren patolojik bir durumdur [26].

Kan Basıncı (KB) iki sayısal göstergeyle ölçülür; sistolik ve diyastolik basınç. Sistolik basınç, kanın kalpten çıktığında damar duvarlarına uyguladığı basınç-gerilmeyi, diyastolik basınç ise kanın kalpten ayrılırken damar duvarlarına uyguladığı basıncı ifade eder. Basınç birimi milimetre cıvadır (mmHg) [27]. Hipertansiyon tanısı, yüksek sistolik KB, yüksek diyastolik KB veya her ikisinin kombinasyonunun ölçümüne dayanarak konulabilir [28]. Sistolik KB 140 mmHg veya daha fazla ya da diyastolik KB 90 mmHg veya daha fazla olduğunda hipertansiyon olarak adlandırılmaktadır [29, 30].

Günümüzde yüksek tansiyonu olan pek çok insan başlangıçta herhangi bir uyarı ya da semptom göstermemektedir [31]. Semptom veya göstergelerin bulunmaması nedeniyle “sessiz katil” olarak da anılır ve birçok kişi bu hastalığa sahip olduğunun farkında değildir [32].

2.1.2. Hipertansiyonun Sınıflandırılması

2.1.2.1. Kan basıncına göre sınıflandırılması

Tekrarlanan kan basıncı ölçümlerinde, 18 yaş üstü bireylerde, doktor tarafından uygulanan standart (ofis) ölçümleri Tablo 1’de sunulmuştur [33].

Tablo 1. Ofis ölçümlerine göre kan basıncı tanımları [33]

Kategori	Sistolik Kan Basıncı (mmHg)		Diastolik Kan Basıncı (mmHg)
Normal	<120	ve	<80
Artmış Kan Basıncı	120-139	ve/veya	80-89
1. Evre Hipertansiyon	140-159	ve/veya	90-99
2. Evre Hipertansiyon	≥160	ve/veya	≥100
3. Evre Hipertansiyon	≥180	ve/veya	≥110

2.1.2.2. Hipertansiyonun nedene göre sınıflandırılması

Hipertansiyon esansiyel ve sekonder hipertansiyon olarak ikiye ayrılabilir. Hipertansiyonlu hastaların yaklaşık %80 ila 90'ında primer veya esansiyel hipertansiyon vardır [34]. Tablo 2'de hipertansiyonun sebebine yönelik sınıflandırılması sunulmuştur [33].

Tablo 2. Hipertansiyonun nedene göre sınıflandırılması [33]

Esansiyel nedenler	Sekonder nedenler
Alta yatan sebepler • Aşırı tuz tüketimi • İnsülin direnci • Genetik • Obezite • İntraselüler kalsiyum-sodyum artışı • Sempatik sinir sisteminin fazla çalışması • Stresli kişilik yapısı • Renin-anjiyotensin sisteminin rolü • Düşük doğum ağırlığı Riski artıran faktörler • Sedanter hayat • Sigara içimi • Aşırı alkol alımı • Polisitemi • Düşük potasyum alımı • Nonsteroidal antiinflatuvarlar	Endokrin sebepler • Oral kontraseptifler • Akromegali • Feokromositoma • Adrenokortikal hiperfonksiyon • Hipotiroidi, hipertiroidi • Hiperparatiroidi Renal sebepler • Kronik böbrek hastalığı • Akut ve kronik glomerülonefrit • Kronik piyelonefrit • Renal arter darlığı • Polikistik böbrek hastalığı • Diyabetik nefropati • Arteriyolar nefroskleroz Nörolojik sebepler Uyku-apne sendromu Aort koarktasyonu

Esansiyel ya da primer hipertansiyon, erken kardiyovasküler hastalık için bir risk faktörüdür ve dünya çapında erken ölüm ve sakatlık için önlenemez önemli bir risk faktörüdür [35]. Esansiyel hipertansiyon tedavi edilemez, ancak ilaçla kan basıncı fizyolojik seviyeye kadar kontrol edilebilir [36]. Sekonder hipertansiyon, tanımlanabilir bir nedene bağlı olarak sistemik kan basıncının artması olarak tanımlanır [37, 38]. Primer hipertansiyon çevresel veya genetik nedenlere bağlı olarak gelişebilir. Sekonder hipertansiyonun renal, vasküler ve endokrin nedenler gibi birçok etiyojisi vardır [39]. Sekonder hipertansiyon

veya altta yatan başka bir nedene atfedilebilecek hipertansiyon, primer hipertansiyondan daha az yaygındır ancak aynı zamanda yeterince tanınmamaktadır [40].

2.1.3. Hipertansiyonun Epidemiyolojisi

Hipertansiyon gelişmiş ve gelişmekte olan ülkeleri etkileyen küresel bir sorundur [41]. Görülme sıklığı ülkeden ülkeye değişmekle beraber, genel nüfusun yaklaşık %30-45’inde görülmekte ve bu oran yaşla beraber artmaktadır [42]. Ancak son on yılda çocuklarda, ergenlerde ve genç yetişkinlerde hipertansiyon prevalansının beklenenden daha yaygın olduğu ve yıllar geçtikçe giderek arttığı ortaya konmuştur [43].

Hipertansiyon, dünya çapında erken ölümün önemli bir nedenidir. 4 erkekten 1’i ve 5 kadından 1’i (bir milyardan fazla insan) bu duruma sahiptir. Hipertansiyonun yükü, vakaların üçte ikisinin görüldüğü düşük ve orta gelirli ülkelerde orantısız bir şekilde hissedilmektedir. Bunun nedeni son yıllarda bu popülasyonlarda artan risk faktörlerinden kaynaklanmaktadır [44].

Hipertansiyonla yaşayan bireylerin sayısı 1990 ile 2019 tarihleri arasında ciddi bir artış göstererek 650 milyondan 1,3 milyara çıkmıştır. Bunun yanısıra tüm dünyada hipertansiyonu olan bireylerin hemen hemen yarısının durumlarının farkında olmadığı tahmin edilmektedir [45].

Türkiye’de her üç yetişkinden birinin tansiyonunun yükseldiği ve bu kişilerin %50’sinden fazlasının durumlarının farkında olmadığı tahmin edilmektedir [46]. 1990’dan beri devam eden, Türkiye Erişkinlerde Kalp Hastalığı ve Risk Faktörleri (TEKHARF) prevelans çalışmasında yüksek tansiyonun görülme sıklığının yaklaşık %34 civarında olduğu tespit edilmiştir [47]. Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) tarafından gerçekleştirilen 2022 Türkiye Sağlık Araştırması, son bir yıl içinde 15 yaş ve üzeri bireylerde hipertansiyon görülme sıklığının %16,1 olduğunu ortaya koydu [48].

2.1.4. Hipertansiyon Risk Faktörleri

Hipertansiyon, birçok faktörün katkıda bulunduğu karmaşık ve çok yönlü bir hastalıktır [6]. Yüksek tansiyonun, kesin nedeni bilinmemekle birlikte, bu hastalıkla çeşitli risk faktörleri ilişkilendirilmiştir. İki türü vardır: değiştirilemeyen ve değiştirilebilir

değişkenler. Yaş, cinsiyet, ırk, aile geçmişi, genetik yapı vd. değiştirilemeyen risk faktörleridir [49]. Öte yandan fiziksel hareketsizlik, obezite, aşırı tuz alımı, yüksek yağlı beslenme, psikososyal faktörler, alkol ve sigara kullanımı değiştirilebilir risk faktörleridir [50]. Hipertansiyonun yaklaşık %30'u yüksek diyet tuzuna, %20'si düşük diyet potasyumuna, %30'u obeziteye, %20'si fiziksel aktivite eksikliğine ve %5'i aşırı alkol alımına atfedilebilir [51].

Genç neslin yaşam tarzı son birkaç yılda çarpıcı biçimde değişmektedir. Bu sebeple hipertansiyon gelişimine neden olabilecek veya bunu teşvik edebilecek risk faktörleri erken tanımlanmalı, araştırılmalı ve spesifik müdahaleler tasarlanmalıdır [14].

2.1.4.1. Yaş

Hipertansiyonla ilişkili olduğu bilinen en önemli faktörlerden biri yaştır; dünya çapında yaşam beklentisinin son yıllarda önemli ölçüde artması, hipertansiyonun küresel prevalansındaki artışın nedenlerinden biridir [52]. Yaşlılarda hipertansiyon ve buna bağlı kardiyovasküler hastalıkların (inme, miyokard enfarktüsü) görülme sıklığı genç nüfusa göre daha yüksektir [53]. Ancak sağlıklı yaşam tarzı alışkanlıkları dünya çapında çocukları ve ergenleri giderek daha fazla etkilemekte ve böylece genç bireylerde hipertansiyon gelişme riskinin daha da artmasına katkıda bulunmaktadır [14].

2.1.4.2. Cinsiyet

Hipertansiyon insidans ve prevalansı kadınlara kıyasla erkeklerde daha yüksektir. Bu cinsiyet farkı genç ve orta yaşlı nüfusta daha fazladır, ancak yaşlı kişilerde azalır veya hatta tersine döner [54, 55]. Kadınlarda hipertansiyon görülme oranları menopoza sonrası dönemde keskin bir şekilde artmaktadır ve yaşlı kadınlarda hipertansiyon prevalansı erkeklerdeki prevalansı aşmaktadır [56].

2.1.4.3. Aile Öyküsü

Hipertansiyon, genlerden, çevresel faktörlerden ve bunların etkileşimlerinden etkilenen karmaşık bir hastalıktır [57]. Hipertansiyon riskleri aile üyeleri arasında benzerdir,

bunun nedeni kalıtsal genetik yatkınlıklarıdır [53]. Ailesinde hipertansiyon öyküsü olan bireylerin, bu hastalığa yakalanma riski 2 ila 4 kat daha yüksektir [58, 59].

2.1.4.4. Beslenme

Hipertansiyon prevalansı, sağlıksız beslenme (örneğin fiziksel aktivite eksikliği, düşük potasyum ve yüksek sodyum alımı) gibi yaşam tarzı risk faktörlerine maruziyetin artması sebebiyle küresel olarak artmaktadır [60].

2.1.4.5. Obezite

Aşırı kilo ve obezite tanısı, kişilerin kilosu ve boyu ölçülerek ve Beden Kitle İndeksi (BKİ), ağırlığın boyun karesine oranı ile hesaplanarak konulur. Yetişkinler için 25 ya da 25'ten büyük BKİ aşırı kilo olarak tanımlanırken, 30 ya da 30'dan büyük BKİ obeziteyi ifade etmektedir [61].

Geçtiğimiz otuz yılda yetişkinlerde obezite prevalansı dünya çapında neredeyse üç katına çıkarken, çocuklarda ve ergenlerde prevalans ciddi bir artışla %4'ten %18'e çıkmıştır [62].

Obezite, birden fazla sistemi etkileyen bir halk sağlığı sorunu olarak kabul edilen küresel bir salgındır [63] ve kan basıncının ana belirleyicilerinden biridir [64]. Aşırı kilo alımı, özellikle artan iç organ yağlanmasıyla ilişkili olduğunda, hipertansiyonun önemli bir nedenidir ve insanlarda birincil (esansiyel) hipertansiyon riskinin %65-75'ini oluşturur [65].

2.1.4.6. Fiziksel Hareketsizlik

Fiziksel hareketsizlik, sağlık açısından fiziksel aktivitenin minimum gerekliliklerini karşılayamamak olarak tanımlanır ve dünya çapında dördüncü önde gelen ölüm nedenidir [66]. Fiziksel hareketsizlik, hipertansiyon gibi bulaşıcı olmayan hastalıkların büyük bir kısmından sorumludur [67].

2.1.4.7. Alışkanlıklar

Hipertansiyonun başlangıcı, hem alkol alımı hem de sigara kullanımı dâhil olmak üzere birçok faktörden etkilenir [68]. Tütün içimi kardiyovasküler hastalıklar ve hipertansiyon için önemli bir risk faktörüdür. Oksidatif stresle ilişkilidir ve mitokondriyal fonksiyonu değiştirerek metabolik yeniden programlamayı tetikler [69].

Kan basıncını anında yükselttiği bilinen bir diğer önemli madde de alkoldür [70]. Aşırı alkol tüketiminin genellikle esansiyel hipertansiyon gelişimi için önemli bir risk faktörünü temsil ettiği kabul edilmektedir [71].

2.1.4.8. Psikososyal Faktörler

Hipertansiyon ve psikososyal sağlık arasında önemli bir etkileşim bulunmaktadır. Psikolojik sıkıntı yaşayan hastalarda kan basıncında ani bir artış gelişebilir ve bu artış genellikle sıkıntı ortadan kalktığı anda normale dönebilir [62, 72]. Stres aynı zamanda yetersiz beslenme veya aşırı yeme ve kilo alma, aşırı içki içme ve/veya sigara içme ve hareketsiz davranışlar ve artan hipertansiyon riski gibi sağlıksız alışkanlıklarla da ilişkilidir [62].

2.1.5. Hipertansiyondan Korunma

Hipertansiyonun önlenmesi ve hipertansiyonlu bireylerde kan basıncı kontrolü, kardiyovasküler mortalite ve morbiditenin azaltılması için gereklidir. Yaşam tarzı değişiklikleri, kan basıncını etkili bir şekilde düşürmenin en önemli araçlarından biridir [73]. Yaşam boyu hipertansiyonun önlenmesi için bireylerin kendi sağlık durumlarının farkında olmaları ve doğru yaşam tarzı alışkanlıklarını küçük yaşlardan itibaren öğrenmeleri büyük önem taşımaktadır [74].

Hipertansiyonu önlemek için önerilen önlemler, obezite durumunda kilo vermenin sağlanması, fiziksel aktivitenin düzenli olarak yapılması, tuz veya sodyum alımının azaltılması, potasyum takviyesinin artırılması ve zararlı alkol kullanımından kaçınılmasıdır [7].

Beyaz peynir, zeytin, turşu, ev yapımı makarna ve fermente tahıl ürünleri (tarhana gibi) gibi tuz içeriği yüksek geleneksel gıdaların tüketimi ve ekmek tüketiminin fazla olması Türkiye'de yüksek tuz alımının potansiyel nedenleri olabilir [75].

Tuza duyarlı bireylerde yüksek tuz alımı, su ve sodyum metabolizmasını, damar fonksiyonunu ve sempatik sinir sistemini etkileyerek kan basıncının yükselmesine neden olabilir [76]. Tuz kısıtlaması, kilo kaybı olsun veya olmasın hipertansiyon riskini azaltır [77]. Potasyum alımı sağlıklı beslenme düzenini yansıtır; çünkü potasyumun temel kaynakları arasında meyve, sebze, kuruyemiş ve baklagiller yer alır [62].

Hipertansiyonu Durdurmaya Yönelik Diyet Yaklaşımları (DASH) sistolik ve diyastolik kan basıncını önemli ölçüde azaltır [78]. Kalsiyum, potasyum, magnezyum ve mikro besinler açısından zengin, az yağlı süt ürünleri, meyve ve sebze tüketimini vurgulayan, doymuş yağ ve kolesterolü azaltan DASH diyeti, kan basıncını düşürmek ve sağlıklı kiloyu korumak için etkili bir diyet müdahalesi olarak önerilmektedir [79]. Ek olarak vejetaryen diyetlerde daha yüksek lif, antioksidan ve potasyum içeriğinin yanı sıra daha düşük doymuş yağ ve sodyum içeriği, daha düşük KB ve BKİ değerlerine katkıda bulunabilir [80].

2.1.6. Üniversite Öğrencilerinin Hipertansiyondan Korunma Tutumları

Üniversite öğrencilerinin belirli sağlık sorunlarına ilişkin farkındalıklarının artırılması, sağlıklı yaşam tarzlarını benimseyerek, yaşamlarının ilerleyen dönemlerinde hastalıklara yakalanma risklerini azaltarak kendi sağlıklarına yönelik sorumluluklarını artırabilir [81].

Risk faktörlerinin yüksek prevalansı göz önüne alındığında, bu yaş grubundaki düşük tarama oranları endişe vericidir. Çoğu genç yetişkin taranmamaktadır ve risklerinin farkında değildir. Üniversite öğrencileri ve kampüsteki sağlık profesyonelleri öncelikle risk değerlendirmesinin gerekliliği ve ardından yaşam tarzı değişiklikleri yoluyla riskin azaltılması konusunda bilinçlendirilmelidir [82].

Toplumumuzda beslenme sorunları yaygın olsa da yetersiz ve dengesiz beslenmeden en çok etkilenen demografik gruplardan biri de üniversite öğrencileridir. Bu geçiş döneminde öğrenciler yeni bir çevreye uyum sağladıkça dış etkilere karşı daha duyarlı hale gelirler ve farklı davranışlar sergileyebilirler [83].

Üniversite öğrencileri için kilo kontrolü sağlamanın en etkili yöntemlerinden birinin egzersiz olduğu düşünülmektedir. Fiziksel aktivite sadece obez kişilerin deri altı ve iç organ yağlarını azaltmakla kalmaz, aynı zamanda kalp fonksiyonunun, otonom sinir sisteminin ve bağışıklık yeteneğinin desteklenmesinde de olumlu bir rol oynar. Fiziksel egzersiz hipertansiyona karşı koruyucu bir faktördür [84].

2.2. Riskli Davranışlar

Risk, algılanan belirli bir tehlikenin meydana gelme olasılığını ve bu tehlikenin sonuçlarını içeren bir kavramdır [85]. Riskli davranışlar, ruhsal ve fiziksel sağlığa zarar veren duygusal ve davranışsal sorunlar olarak tanımlanmaktadır [86]. Sağlık açısından riskli davranışlar, kişinin sağlığına ve refahına zararlı sonuçlar doğurabilecek herhangi bir davranış olarak tanımlanır [87]. İnaktivite, sigara ve aşırı alkol kullanımı gibi sağlıksız yaşam tarzlarının benimsenmesi sağlık açısından uzun vadeli sonuçlar doğurabilir. Bu davranışların daha sonraki yaşamda sağlık üzerinde zararlı etkileri olabilir. [88]. Riskli davranışların belirlenmesi, önleyici tedbirlerin uygulanması ve bu davranışlara yol açan değişkenlerin belirlenmesi ve önleme programlarının geliştirilmesi açısından büyük önem taşımaktadır [89].

2.2.1. Üniversite Öğrencilerinde Görülen Riskli Davranışlar

Üniversite, üniversite öğrencilerinin ergenlikten yetişkinliğe doğru büyüdüğü önemli bir geçiş dönemidir ve alkol kullanımı, sigara içme ve intihar davranışları gibi sağlık açısından riskli davranışlar geliştirebilirler. Bu davranışlar daha sonraki yaşamlarında çeşitli kronik hastalıklara katkıda bulunabilir [22]. Üniversite çağındaki gençlerin riskli sağlık davranışlarına eğilimi her geçen gün artmaktadır [18].

Sağlık öğrencileri dikkate alındığında riskli davranışlar sorunu daha da zorlaşmaktadır. Geleceğin sağlık hizmeti sunucuları olarak sağlığın teşviki ve geliştirilmesinde önemli bir rol oynayacaklar ve tutumları yalnızca kendi sağlıklarını ve performanslarını değil, aynı zamanda hastalarının ve genel nüfusun sağlık durumunu da büyük ölçüde etkileyeceklerdir [23].

2.2.1.1. Anti-Sosyal Davranışlar

Antisosyal davranış, bireyin başkalarının haklarına saygı göstermemesi sonucu ortaya çıkan davranışlar olarak tanımlanmaktadır. Bu davranışlar arasında saldırı, vandalizm, hırsızlık, zorbalık, suç ve sosyal normlara uymayan eylemler yer almaktadır [90].

Antisosyal davranış sergileyen bireylerin dürtü kontrolü eksikliği, başkalarını suçlama eğilimi, sorumluluk almaktan kaçınma, hiperaktivite, öz değerlendirme yaparken objektif olamama, empati eksikliği gibi birçok özellik sergiledikleri görülmüştür [91].

2.2.1.2. İntihar Davranışı

İntihar, can alma eylemidir ve etik, hukuki ve dini konuları gündeme getiren ve alıcılarına kafa karıştırıcı mesajlar taşıyan özerk bir kararı ima eder [92]. İntihar, küresel olarak 15-29 yaş arası gençlerde ikinci önde gelen ölüm sebebidir [93].

İntihar düşüncesi, planları ve girişimleri intihardan kaynaklanan ölümün önemli habercileri olarak tanımlanmıştır [94]. Düşüncenin yoğunluğu, pasif bir ölme arzusundan, kişinin hayatını sona erdirmeye planını içeren aktif düşüncelere kadar değişebilir [95].

Üniversite öğrencileri arasında intihar oranının yüksek olmasının en önemli nedenlerinden biri, ruhsal sorunlar yaşadıklarında yardım aramamalarıdır [96]. Üniversite öğrencileri, zihinsel sağlıklarını etkileyen benzeri görülmemiş düzeyde sıkıntılarla karşı karşıya kalmaktadır [97]. Üniversite, yaşamları boyunca heyecan verici, canlandırıcı ve güçlendirici deneyimler yaşadıklarını bildirmektedir, ancak bunlara akademik iş yükü, başarılı olma baskısı ve akranları arasındaki rekabet nedeniyle stresli dönemler de eşlik etmektedir [98].

2.2.1.3. Okul Terki

Üniversite eğitimini yarıda bırakmak, yükseköğretimin güncel sorunlarından biridir; eğitim programının ilk yılındaki artış oranları dünya çapında dikkate değerdir [99]. Üniversiteyi bırakma niyetinin birey, aile, fakülte ve toplum üzerinde çok çeşitli olumsuz sonuçları vardır [100].

2.2.1.4. Olumsuz Beslenme Davranışları

Üniversite döneminde öğrencilerin çoğu ilk kez yalnız yaşamaktadır, bu da ilk kez kendi beslenmelerinin sorumluluğunu üstlendikleri anlamına gelmektedir. Çoğunlukla öğünleri keser veya atlarlar, fast food yemeyi tercih ederler, öğünler arasında atıştırırlar [101]. Önemli yaşam tarzı değişikliklerinin ışığında genç bireyler, meyve ve sebze tüketimi, alım sıklığı ve zamanlamasına ilişkin yeme alışkanlıklarını olumsuz yönde değiştirmeye hazırlanmaktadır [102].

Üniversite öğrencileri, yüksek yağlı ve kalorili atıştırmalık yiyecekler (kurabiye, kek, cips ve dondurma) tüketir, sıklıkla öğünleri atlar, besin açısından yoğun gıdalardan (meyveler, sebzeler ve az yağlı süt ürünleri) kaçınır ve sağlıksız kilo vermeye çalışırlar [82]. Üniversiteye giden genç yetişkinler kilo alma konusunda da genel nüfusa göre daha savunmasızdır [103].

2.2.1.5. Sigara Kullanımı

Sigara içmek, sigara içen kişinin ve çevresindeki insanların sağlığını ve yaşam kalitesini olumsuz yönde etkiler ve bir grup zihinsel ve davranışsal bozukluk olarak sınıflandırılan bir bağımlılık olarak kabul edilir [104]. Sigara içmek ve tütün dumanına maruz kalmak dünya çapında morbidite ve mortalitenin önemli bir risk faktörüdür [105]. Sigaraya başlama genellikle 18 yaşından önce gerçekleşirken, genç yetişkinlik dönemi sigaranın düzenli kullanıma ve nikotin bağımlılığına dönüştüğü dönemdir [106].

Üniversite öğrencileri arasında sigara içme yaygınlığının birçok nedeni tespit edilmiştir. Bunlar arasında sigara içmenin özgüveni artırdığı, ders yoğunluğundan kaynaklanan stresi azalttığı ve sigara içmenin gelecekteki kariyer kaygılarını azalttığı inancı yer almaktadır [107]. Türkiye'de tıp fakültesi öğrencileri üzerinde yapılan bir araştırma, hâlihazırda her beş öğrenciden birinin sigara içtiğini ortaya çıkardı [108].

2.2.1.6. Alkol Kullanımı

Kimyasal olarak etanol olarak adlandırılan alkol, sarhoşluğa neden olan, aynı zamanda sakinleştirici, beyin fonksiyonlarını baskılayan bir maddedir [109]. Alkolün, günde ikiden

fazla içki tüketimine atfedilen hipertansiyon prevalansına katkısının %5 ila %7 olduğu tahmin edilmektedir [110].

Üniversite öğrencileri arasında riskli alkol tüketimi önemli bir halk sağlığı sorunudur [111]. Üniversite öğrencileri arasında alkol kullanımı, şiddeti sosyal/kişilerarası sorunlardan yaralanma ve ölüme kadar değişen çok çeşitli olumsuz sonuçlara katkıda bulunmaktadır [112].

2.2.1.7. Madde Kullanımı

Madde kullanımı yaygınlığı 18-25 yaş arası erkeklerde diğer yaş gruplarına göre daha yüksektir [113]. Üniversite öğrencileri yaşam tarzındaki değişiklikler, azalan ebeveyn desteği ve stres nedeniyle madde bağımlılığı davranışları açısından risk altındadır [114]. Yasa dışı uyuşturucular arasında esrar %3,8 oranıyla en yaygın kullanılanıdır; buna karşılık amfetaminler %0,6, opiatlar %0,6, kokain %0,3, eroin %0,3 ve ecstasy %0,2'dir [115].

3. GEREÇ VE YÖNTEMLER

3.1. Araştırmanın Şekli

Çalışma, SHMYO öğrencilerinin hipertansiyondan korunma tutumları ile riskli davranışlarının değerlendirilmesi amacıyla kesitsel ve tanımlayıcı olarak uygulanmıştır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Çalışma, Gümüşhane ilindeki devlet üniversitesinde sağlık hizmetleri meslek yüksekokullarında yapılmıştır. Gümüşhane Üniversitesi, 31 Mayıs 2008’de kurulmuştur [116]. Gümüşhane SHMYO (1974), Kelkit Sema Doğan SHMYO (639), Şiran Dursun Keleş SHMYO (552) olmak üzere Gümüşhane Üniversitesi’nde 3 SHMYO bulunmakta ve 2023-2024 Eğitim-Öğretim yılı itibari ile toplam 3165 öğrenci öğrenim görmektedir.

Gümüşhane SHMYO’da; Çocuk Gelişimi, Diyaliz, Fizyoterapi, İlk ve Acil Yardım, Patoloji Laboratuvar Teknikleri, Tıbbi Laboratuvar Teknikleri, Yaşlı Bakımı programları bulunmaktadır. Kelkit Sema Doğan SHMYO’da; Anestezi, Çocuk Gelişimi, İlk ve Acil Yardım programları bulunmaktadır. Şiran Dursun Keleş SHMYO’da; Diyaliz, Eczane Hizmetleri, Fizyoterapi, İlk ve Acil Yardım, Tıbbi Dokümantasyon ve Sekreterlik programları bulunmaktadır.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Çalışma 2023-2024 Eğitim- Öğretim yılında Gümüşhane Üniversitesi SHMYO’da öğrenim gören 1. ve 2. sınıflardaki örgün ve ikinci öğretim öğrencileri ile bir çevrimiçi anket formu (Google Form) aracılığıyla toplanmıştır.

Araştırmanın evrenini Gümüşhane Üniversitesi; Gümüşhane SHMYO, Kelkit Sema Doğan SHMYO, Şiran Dursun Keleş SHMYO’da öğrenim gören toplam 3165 öğrenci oluşturmaktadır. G*Power V. 3.1.9.6 programı kullanılarak örneklem büyüklüğü hesaplanmıştır. Sigara kullanımı değerleri dikkate alındığında %95 güven (1- α), %95 test gücü (1- β), d=0,761 etki büyüklüğü ile çalışmaya dâhil edilmesi gereken minimum vaka sayısı 76 olarak belirlenmiştir. Alkol kullanımı değerleri incelendiğinde %95 güven (1- α),

%95 test gücü ($1-\beta$), $d=0,534$ etki büyüklüğü ile minimum vaka sayısı 154 olarak tespit edilmiştir. Uyuşturucu madde kullanımı değerleri %95 güven ($1-\alpha$), %95 test gücü ($1-\beta$), $d=0,429$ etki büyüklüğü ile çalışma için gerekli minimum vaka sayısı 236'dır. Sağlıksız beslenme davranışı değerleri dikkate alındığında %95 güven ($1-\alpha$), %95 test gücü ($1-\beta$), $d=0,142$ etki büyüklüğü ile çalışmanın minimum vaka sayısı 2136'dır. Antisosyal davranış değerleri dikkate alındığında %95 güven ($1-\alpha$), %95 test gücü ($1-\beta$), $d=0,655$ etki büyüklüğü ile minimum vaka sayısı 104'tür. İntihar eğilimi değerleri dikkate alındığında %95 güven ($1-\alpha$), %95 test gücü ($1-\beta$), $d=0,131$ etki büyüklüğü ile çalışmaya dâhil edilmesi gereken minimum vaka sayısı 2510'dur. Okul terki değerleri dikkate alındığında %95 güven ($1-\alpha$), %95 test gücü ($1-\beta$), $d=0,400$ etki büyüklüğü ile çalışmaya dâhil edilmesi gereken minimum vaka sayısı 272'dir. 7 farklı ölçek alt boyutu için etki büyüklükleri dikkate alınarak örnek genişlikleri hesaplanmıştır. Örnek sayılarının ortalaması alınarak minimum 784 vaka ile çalışmanın yürütülmesi gerektiği tespit edilmiştir. Bu doğrultuda çalışmamız 1163 kişi ile tamamlandığında %95 güven ($1-\alpha$) ve ortalama $d=0,235$ etki büyüklüğü ile Posthoc testin gücü %95,2 olarak belirlenmiştir [117].

3.4. Verilerin Toplanması

Veriler, araştırmacı tarafından sınıflara gidilip bilgi verilerek bir çevrimiçi anket formu (Google Form) üzerinden doldurulmuştur. Kişisel Bilgi Formu, Hipertansiyondan Korunma Tutumları Ölçeği ve Riskli Davranışlar Ölçeği Üniversite Formu'nda yer alan bilgiler kullanılarak doldurulmuştur.

3.5. Veri Toplama Araçları

3.5.1. Kişisel Bilgi Formu

Oluşturulan anket soruları sosyodemografik özellikler, hipertansiyon açısından risk faktörleri ve riskli sağlık davranışlarından oluşmaktadır [70, 85, 89, 117, 118, 119, 120, 121, 122, 123, 124, 125, 126, 127].

3.5.2. Hipertansiyondan Korunma Tutumları Ölçeği

Albayrak ve Şengezer tarafından geliştirilen Hipertansiyondan Korunma Tutumları Ölçeği (HKTÖ), 26 madde ve 5 faktörden oluşmaktadır. Her bir madde “Hiç katılmıyorum” ile “Kesinlikle katılıyorum” arasındaki beşli Likert ölçeğine göre puanlanmıştır. Ölçek, 26 ile 130 arasında puan üretilmesine olanak sağlamaktadır. Hipertansiyonu önlemeye yönelik tutum-ölçek puanları ilişkisinin pozitif olduğu söylenebilir. Ölçekten alınan puanın artışı ile katılımcıların hipertansiyondan korunma tutumlarında iyileşme olduğu yorumu yapılmaktadır. Mevcut çalışmada ölçek Cronbach alfa değeri 0,91 bulunmuştur. Ölçeğin 15. ve 20. sorularının olumsuz ifadeler içerdiğini ve bu nedenle ters puanlama gerektirdiğini belirtmek gerekir [16].

Ölçeğin faktör ve maddeleri:

1. Korunma ve kontrol (1, 4, 7, 10, 13, 18, 22, 25. soru),
2. Alışkanlık ve yaşam şekli (6, 12, 17, 21, 24, 26. soru),
3. Beslenme tutumu (5, 11, 16, 20. soru),
4. Ruhsal durum ve fiziksel aktivite (3, 9, 15. soru) ve
5. Hastalık ve risk bilgisi (2, 8, 14, 19, 23. soru) şeklindedir [16].

Çalışmamızda; korunma ve kontrol alt boyut cronbach's alpha değeri 0,831 ile çok yüksek güvenilirlikte, alışkanlık ve yaşam şekli 0,747 ile yüksek güvenilirlikte, beslenme tutumu 0,464 ile orta düzey güvenilirlikte, ruhsal durum ve fiziksel aktivite, 0,549 ile orta düzey güvenilirlikte, hastalık ve risk bilgisi 0,770 ile yüksek güvenilirliktedir. Hipertansiyondan korunma tutumları ölçeği toplam puanının değeri 0,913 ile güvenilirliği çok yüksek olarak tespit edilmiştir. Tablo 3'te hipertansiyondan korunma tutumları ölçeği ve alt boyutlarının güvenilirlik sonuçları sunulmuştur.

Tablo 3. Hipertansiyondan korunma tutumları ölçeği güvenilirlik sonuçları

Hipertansiyondan korunma tutumları ölçeği ve alt boyutları	Madde sayısı	Cronbach's Alpha
Korunma ve kontrol	8	0,831
Alışkanlık ve yaşam şekli	6	0,747
Beslenme tutumu	4	0,464
Ruhsal durum ve fiziksel aktivite	3	0,549
Hastalık ve risk bilgisi	5	0,77
Hipertansiyondan korunma tutumları ölçeği toplam	26	0,913

3.5.3. Riskli Davranışlar Ölçeği Üniversite Formu

Gençtanırım'ın geliştirdiği Riskli Davranışlar Ölçeği Üniversite Formu (RDÖÜF), 7 boyut ve 60 sorudan oluşmaktadır. Her bir madde “Hiçbir zaman” ile “Her zaman” arasında, beşli Likert ölçeğine göre 0 ile 4 arasında puanlanmıştır. Ölçekte kesme puanları kullanılmamaktadır; ancak her alt boyuttaki yüksek puanlar o spesifik davranışa ilişkin riskin arttığını göstermektedir. Mevcut çalışmada riskli davranışlar ölçeğinin sigara ve alkol boyutunun cronbach's alpha değeri 0,91 ve riskli beslenme boyutunun değeri 0,78 olarak belirlenmiştir [128].

Ölçeğin faktör ve maddeleri:

1. Antisosyal davranışlar (1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10. soru),
2. Alkol kullanımı (11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19. soru),
3. Sigara kullanımı (20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27. soru),
4. İntihar eğilimi (28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39. soru),
5. Beslenme alışkanlıkları (40, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47. soru),
6. Okul terki (48, 49, 50, 51. soru) ve
7. Madde kullanımı (52, 53, 54, 55, 56, 57, 58, 59, 60. soru) şeklindedir [128].

Çalışmamızda; antisosyal davranışlar alt boyut cronbach's alpha değeri 0,804 ile çok yüksek güvenilirlikte, alkol kullanımı 0,916 ile çok yüksek güvenilirlikte, sigara kullanımı 0,929 ile çok yüksek güvenilirlikte, intihar eğilimi 0,936 ile çok yüksek güvenilirlikte, beslenme alışkanlıkları 0,855 ile çok yüksek güvenilirlikte, okul terki 0,656 ile yüksek güvenilirlikte, madde kullanımı 0,891 ile çok yüksek güvenilirliktedir. Riskli davranışlar ölçeği toplam puanının değeri 0,941 ile güvenilirliği çok yüksektir. Tablo 4'te riskli davranışlar ölçeği üniversite formu ve alt boyutlarının güvenilirlik sonuçları sunulmuştur.

Tablo 4. Riskli davranışlar ölçeği üniversite formu güvenilirlik sonuçları

Riskli davranışlar ölçeği üniversite formu ve alt boyutları	Madde sayısı	Cronbach's Alpha
Antisosyal davranışlar	10	0,804
Alkol kullanımı	9	0,916
Sigara kullanımı	8	0,929
İntihar eğilimi	12	0,936
Beslenme alışkanlıkları	8	0,855
Okul terki	4	0,656
Madde kullanımı	9	0,891
Riskli davranışlar ölçeği üniversite formu toplam	60	0,941

3.6. Araştırmanın Uygulanması

Veriler araştırmacı tarafından sınıflara gidilip bilgi verilerek bir çevrimiçi anket formu (Google Form) üzerinden doldurulmuştur. Kişisel Bilgi Formu, Hipertansiyondan Korunma Tutumları Ölçeği ve Riskli Davranışlar Ölçeği Üniversite Formu'nda yer alan bilgiler kullanılarak doldurulmuştur.

3.7. Araştırmanın Etik Boyutu

Araştırmaya başlamadan önce Avrasya Üniversitesi'nden Etik Kurul izni (Ek 1), Gümüşhane Üniversitesi'nden kurumsal izinler (Ek 2), ölçekler için mail yoluyla izinler alınmıştır (Ek 3).

Helsinki Bildirgesi uyarınca katılımcılara araştırma hakkında bilgi verildi ve Google Form aracılığıyla Gönüllü Bilgi Formu için onayları alındı. Araştırmaya gönüllü katılımcılar dâhil edildi.

3.8. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırma, Gümüşhane ili Gümüşhane SHMYO, Kelkit Sema Doğan SHMYO ve Şiran Dursun Keleş SHMYO'da öğrenimlerini 2023-2024 Eğitim-Öğretim yılında devam ettiren öğrencilerden elde edilen veriler ile sınırlıdır. Bu çalışma, sadece SHMYO'da öğrenim gören gençleri kapsamı nedeniyle Gümüşhane Üniversitesi'nin diğer bölümlerinde ve diğer üniversitelerde öğrenim gören gençlere genellenemez.

Çalışmada 1200 kişiye ulaşılmıştır. 24 kişi çalışmaya katılmayı kabul etmemiştir. 13 kişi eksik bilgi verdiği için, çalışmadan çıkarılmıştır. Sonuç olarak 1163 kişi ile çalışma tamamlanmıştır.

3.9. Verilerin Değerlendirilmesi

Verilerin analizi IBM SPSS V23 programı ile yapılmıştır. Kolmogorov Smirnov ve Shapiro Wilk testleri ile verilerin normal dağılıma uygunluğu incelendi. Normal dağılım

gösteren verilerin karşılaştırılmasında; ikili gruplarda Independent T testi, üç ve üzeri gruplarda One Way Anova testi kullanıldı. Normal dağılım göstermeyen verilerin karşılaştırılmasında; ikili gruplarda Mann Whitney U testi, üç ve üzeri gruplarda Kruskal Wallis H testi kullanıldı. Çoklu karşılaştırmalar Dunn testi ile değerlendirildi. Spearman's rho korelasyon katsayısı, normal dağılıma uymayan sürekli parametrelerin ilişkisinin incelenmesinde kullanıldı. Analiz sonuçları kategorik değişkenler için frekans (yüzde), nicel değişkenler için ortalama $\pm$ standart sapma ve ortanca (minimum – maksimum) şeklinde sunuldu. Önem düzeyi $p < 0,050$ olarak alındı.



4. BULGULAR

Bu bölümde çalışmanın istatistiksel analizi sonucunda elde edilen bulguların tabloları ve yorumları sunulmaktadır.

- Öğrencilerin bazı sosyo-demografik özelliklerine göre dağılımı
- Öğrencilerin hipertansiyon açısından risk faktörlerine yönelik bazı değişkenlerin dağılımı
- Öğrencilerin riskli sağlık davranışlarına ilişkin bazı değişkenlerin dağılımı
- Hiperansiyondan korunma tutumları ölçeği ve alt boyut puan toplam ortalamalarının dağılımı
- Riskli davranışlar ölçeği üniversite formu toplam ve alt boyut puan ortalamalarının dağılımı
- Riskli davranışlar ölçeği üniversite formu ve hiperansiyondan korunma tutumları ölçeği puan ortalamaları arasındaki ilişkiye ilişkin bulgular
- Hipertansiyondan korunma tutumları ölçeğine ilişkin bulgular
- Riskli davranışlar ölçeği üniversite formuna ilişkin bulgular

4.1. Öğrencilerin Bazı Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Dağılımı

Öğrencilerin yaş ortalaması 20,33 ve %78,2'si kadın iken %21,8'i erkektir. Sınıflara bakıldığında 1. Sınıf oranı %53,8 olup, 2. Sınıf oranı %46,2'dir. Öğrenim türü örgün olanların oranı %67,2 iken ikinci öğretim olanların oranı %32,8'dir. Öğrenim gördüğü okula bakıldığında en yüksek oran %80,1 ile Gümüşhane Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokuludur. Öğrenim gördüğü programlara bakıldığında en yüksek oran %21,9 ile ilk ve acil yardım programıdır. Yaşadığı yere bakıldığında en yüksek oran %83,5 ile yurttur. Aile tipi çekirdek aile olanların oranı %77,5 iken, geniş aile olanların oranı %22,5'dir. Gelir düzeyine bakıldığında en yüksek oran %52,2 ile gelir gidere eşittir.

Tablo 5'de SHMYO öğrencilerinin bazı sosyo-demografik özelliklerine göre dağılımı yer almaktadır.

Tablo 5. Öğrencilerin bazı sosyo-demografik özelliklerine göre dağılımı

n=1163		
Öğrencilerin bazı sosyo-demografik özellikleri	Frekans (n)	Yüzde (%)
Yaş		
20 yaş altı	441	37,9
20 - 22 yaş	612	52,6
22 yaş üstü	110	9,5
$X' \pm SS$	20,33 $\pm$ 2,64	
Cinsiyet		
Kadın	909	78,2
Erkek	254	21,8
Sınıf		
1. Sınıf	626	53,8
2.Sınıf	537	46,2
Öğrenim türü		
Örgün Öğretim	782	67,2
İkinci Öğretim	381	32,8
Öğrenim gördüğü okul		
Gümüşhane SHMYO	931	80,1
Kelkit Sema Doğan SHMYO	125	10,7
Şiran Dursun Keleş SHMYO	107	9,2
Öğrenim gördüğü program		
Anestezi Programı	44	3,8
Çocuk Gelişimi Programı	163	14
Diyaliz Programı	91	7,8
Eczane Hizmetleri Programı	11	0,9
Fizyoterapi Programı	171	14,7
İlk ve Acil Yardım Programı	254	21,9
Patoloji ve Laboratuvar Teknikleri Programı	44	3,8
Tıbbi Dokümantasyon ve Sekreterlik Programı	12	1
Tıbbi Labaratuvar Teknikleri Programı	201	17,3
Yaşlı Bakım Programı	172	14,8
Yaşadığı yer		
Tek başıma evde	21	1,8
Ailem ile birlikte evde	87	7,5
Arkadaşım ile birlikte evde	84	7,2
Yurtta	971	83,5
Aile tipi		
Çekirdek aile	901	77,5
Geniş aile	262	22,5
Gelir düzeyi		
Gelir giderden az	444	38,2
Gelir gidere eşit	607	52,2
Gelir giderden fazla	112	9,6
Toplam		100,0

4.2. Öğrencilerin Hipertansiyon Açısından Risk Faktörlerine Yönelik Bazı Değişkenlerin Dağılımı

Tablo 6’da öğrencilerin hipertansiyon açısından risk faktörlerine yönelik bazı değişkenlerin dağılımı yer almaktadır.

Tablo 6. Öğrencilerin hipertansiyon açısından risk faktörlerine yönelik bazı değişkenlerin dağılımı

n=1163		
Hipertansiyon açısından risk faktörlerine yönelik bazı değişkenler	Frekans (n)	Yüzde (%)
BKI grup		
Zayıf	155	13,3
Normal	788	67,7
Yüksek kilolu ve obez	220	19
$\bar{X} \pm SS$	22,35 $\pm$ 5,04	
Düzenli diyet yapma		
Evet	78	6,7
Hayır	1085	93,3
Yeterli ve dengeli beslenme		
Evet	230	19,8
Hayır	933	80,2
Egzersiz yapma durumu		
Evet	483	41,5
Hayır	680	58,5
Egzersiz yapma sıklığı*		
Haftada 1-2 gün	340	70,4
Haftada 3-4 gün	104	21,5
Her gün	39	8,1
Hareketsiz yaşam tarzı		
Evet	316	27,2
Hayır	847	72,8
Ailede hipertansiyonu olan kişi varlığı		
Evet	390	33,5
Hayır	773	66,5
Kan Basıncı ölçümünü yapma durumu		
Evet	738	63,5
Hayır	425	36,5
Kan Basıncı ölçüm sıklığı*		
Yılda 1 kez	359	48,6
Ayda 1 kez	291	39,4
Haftada 1 kez	88	12
Kronik bir hastalığı olma durumu		
Evet	96	8,3
Hayır	1067	91,7
Ailede kronik bir hastalığı olan kişi varlığı		
Evet	551	47,4
Hayır	612	52,6
Toplam		100,0

*Bir önceki soruya evet cevabını verenler yanıtladığı için “n” sayısı azalmıştır.

Tablo 6 (Devam). Öğrencilerin hipertansiyon açısından risk faktörlerine yönelik bazı değişkenlerin dağılımı

n=1163		
Hipertansiyon açısından risk faktörlerine yönelik bazı değişkenler	Frekans (n)	Yüzde (%)
Biyokimyasal kan değerlerinde bozulma		
Evet	99	8,5
Hayır	1064	91,5
Baş ağrısı vb. sorunların yaşanması		
Evet	460	39,6
Hayır	703	60,4
Stresli olma durumu		
Evet	969	83,3
Hayır	194	16,7
Uyku düzeni		
Düzenli	254	21,8
Düzensiz	909	78,2
Günlük tüketilen tuz miktarının fazla olduğunu düşünme		
Evet	265	22,8
Hayır	898	77,2
Yemeğin tadına bakmadan tuz ekleme		
Evet	330	28,4
Hayır	833	71,6
Beslenme tipi		
Karbonhidrat Ağırlıklı	329	28,2
Protein Ağırlıklı	59	5,1
Sebze-Meyve Ağırlıklı	24	2,1
Karışık	751	64,6
Kendini sağlıklı bulma		
Evet	449	38,6
Hayır	714	61,4
Genel olarak sağlığını değerlendirme		
Kötü	144	12,4
Orta	650	55,9
İyi	369	31,7
Toplam		100,0

*Bir önceki soruya evet cevabını verenler yanıtladığı için “n” sayısı azalmıştır.

Öğrencilerin BKİ ortalaması 22,35’dir. BKİ gruplara bakıldığında ise, en yüksek oran %67,7 ile normal, onu %19 ile yüksek kilolu ve obez takip etmektedir. Düzenli diyet yapanların oranı %6,7’dir. Yeterli ve dengeli beslenenlerin oranı %19,8’dir. Düzenli egzersiz yapanların oranı %41,5’dir. Düzenli egzersiz yapma düzeyine bakıldığında en yüksek oran %70,4 ile haftada 1-2 gündür. Düzenli egzersiz yapanların yaptığı egzersizlere bakıldığında en yüksek oran %70,2 ile yürüyüş, koşu onu %25,9 ile futbol, voleybol, basketbol, hentbol, tenis, yüzme takip etmektedir. Hareketsiz (sedanter) bir yaşam tarzı olanların oranı %27,2’dir. Ailede hipertansiyonu olanların oranı %33,5’dir. Ailede hipertansiyonu olanlara bakıldığında en yüksek oran %73,8 ile anne-baba-kardeştir.

Öğrencilerin %63,5'i KB ölçümünü yaparken, KB ölçümü yapma sıklığına bakıldığında en yüksek oran %48,6 ile yılda 1 kez, onu %39,4 ile ayda 1 kez yaparım takip etmektedir. Son 6 ay içinde KB ölçümü yapanların; sistolik kan basıncı ortalaması 113,13 iken, diyastolik kan basıncı ortalaması 71,08'dir. Kronik bir hastalığı olanların oranı %8,3'dür. Kronik bir hastalığı olanların hastalıklarının dağılımlarına bakıldığında %18 ile şeker hastalığı iken, %4,5 hipertansiyondur. Ailede kronik bir hastalığı olanların oranı %47,4'tür. Biyokimyasal kan değerlerine ilişkin sorun yaşayanların oranı %8,5'dir. Biyokimyasal kan değerlerine ilişkin sorun yaşayanların yaşadıkları sorunlara bakıldığında en yüksek oran %34,9 ile vitamin –mineral, onu %32,6 ile açık kan şekeri takip etmektedir. Baş ağrısı vb. sorunları yaşayanların oranı %39,6'dır. Baş ağrısı vb. sorun yaşayanların yaşadığı sorunlara bakıldığında en yüksek oran %75,2 ile baş ağrısı (özellikle başın arkasında ve sabahları), onu %40,8 ile baş dönmesi ve %16 ile sersemlik takip etmektedir. Stresli olanların oranı %83,3'dür. Uykusu düzenli olanların oranı %21,8'dir. Uykusu düzensiz olanların yaşadığı uyku sorunlarına bakıldığında en yüksek oran %60,8 ile uykuya dalmakta güçlük çekmek olmuştur. Günlük tükettiği tuzun fazla olduğunu düşünenlerin oranı %22,8'dir. Yemeğin tadına bakmadan tuz ekleyenlerin oranı %28,4'dür. Beslenme tipine bakıldığında en yüksek oran %64,6 ile karışık beslenmedir. Kendini sağlıklı bulanların oranı %38,6'dır. Genel olarak sağlığını çok kötü değerlendirenlerin oranı %2,8, kötü değerlendirenlerin oranı %9,6, orta değerlendirenlerin oranı %55,9, iyi değerlendirenlerin oranı %26,7 iken çok iyi değerlendirenlerin oranı %5'dir.

4.3. Öğrencilerin Riskli Sağlık Davranışlarına İlişkin Bazı Değişkenlerin Dağılımı

Öğrencilerin sigara kullanım oranı %33,4'tür. Sigara kullanım sıklığına bakıldığında ise en yüksek oran %62,5 ile günde bir paket ve üzeri, onu %26,2 ile haftada 1 paket sigara içenler takip etmektedir. Alkol kullananların oranı %13'tür. Alkol kullanım sıklığına bakıldığında ise en yüksek oran %76,1 ile ayda 1 kez, onu %23,9 ile haftada 1 kez ve üzeri takip etmektedir. Madde kullananların oranı %0,9'dur. Madde (esrar, kokain, eroin, bonzai, metamfetamin vs.) kullanım sıklığına bakıldığında ise en yüksek oran %54,5 ile ayda 1 kez, onu %45,5 ile haftada 1 kez ve üzeri takip etmektedir.

Tablo 7'de öğrencilerin riskli sağlık davranışlarına ilişkin bazı değişkenlerin dağılımı yer almaktadır.

Tablo 7. Öğrencilerin riskli sağlık davranışlarına ilişkin bazı değişkenlerin dağılımı

n=1163		
Riskli sağlık davranışlarına ilişkin bazı değişkenler	Frekans (n)	Yüzde (%)
Sigara kullanımı		
Evet	389	33,4
Hayır	774	66,6
Sigara kullanım sıklığı*		
Ayda 1 paket	44	11,3
Haftada 1 paket	102	26,2
Günde 1 paket ve üzeri	243	62,5
Alkol kullanımı		
Evet	151	13
Hayır	1012	87
Alkol kullanım sıklığı*		
Ayda 1 kez	115	76,1
Haftada 1 kez ve üzeri	36	23,9
Madde kullanımı		
Evet	11	0,9
Hayır	1152	99,1
Madde kullanım sıklığı*		
Ayda 1 kez	6	54,5
Haftada 1 kez ve üzeri	5	45,5
Toplam		100,0

*Bir önceki soruya evet cevabını verenler yanıtladığı için “n” sayısı azalmıştır.

4.4. Hipertansiyondan Korunma Tutumları Ölçeği Toplam ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Dağılımı

Tablo 8’de Hipertansiyondan korunma tutumları ölçeği toplam ve alt boyut puanları yer almaktadır.

Tablo 8. Hipertansiyondan korunma tutumları ölçeği toplam ve alt boyut puanları

Hipertansiyondan korunma tutumları ölçeği ve alt boyutları	Madde sayısı	Ortalama $\pm$ S.Sapma	Ortanca (Min-Mak)
Korunma ve kontrol	8	32,12 $\pm$ 4,41	32 (8 - 40)
Alışkanlık ve yaşam şekli	6	23,26 $\pm$ 3,6	24 (6 - 30)
Beslenme tutumu	4	14,77 $\pm$ 2,64	15 (4 - 20)
Ruhsal durum ve fiziksel aktivite	3	12,48 $\pm$ 1,85	13 (5 - 15)
Hastalık ve risk bilgisi	5	19,24 $\pm$ 3,07	20 (5 - 25)
Hipertansiyondan korunma tutumları ölçeği toplam	26	101,88 $\pm$ 12,97	102 (34 - 129)

Çalışmamızda; korunma ve kontrol alt boyut puanının ortalaması 32,12, alışkanlık ve yaşam şekli alt boyut puanının ortalaması 23,26, beslenme tutumu alt boyut puanının ortalaması 14,77, ruhsal durum ve fiziksel aktivite alt boyut puanının ortalaması 12,48,

hastalık ve risk bilgisi alt boyut puanının ortalaması 19,24'dür. Hipertansiyondan korunma tutumları ölçeği toplam puanının ortalaması 101,88'dir.

4.5. Riskli Davranışlar Ölçeği Üniversite Formu Toplam ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Dağılımı

Tablo 9'de Riskli davranışlar ölçeği üniversite formu toplam ve alt boyut puanları yer almaktadır.

Tablo 9. Riskli davranışlar ölçeği üniversite formu toplam ve alt boyut puanları

Riskli davranışlar ölçeği üniversite formu ve alt boyutları	Madde sayısı	Ortalama $\pm$ S.Sapma	Ortanca (Min-Mak)
Antisosyal davranışlar	10	17,7 $\pm$ 5,99	16 (10 - 50)
Alkol kullanımı	9	11,18 $\pm$ 5,37	9 (9 - 45)
Sigara kullanımı	8	17,34 $\pm$ 9,42	13 (8 - 40)
İntihar eğilimi	12	28,7 $\pm$ 11,75	27 (12 - 60)
Beslenme alışkanlıkları	8	22,78 $\pm$ 6,91	23 (8 - 40)
Okul terki	4	8,81 $\pm$ 3,74	8 (4 - 20)
Madde kullanımı	9	10,46 $\pm$ 4,18	9 (9 - 45)
Riskli davranışlar ölçeği üniversite formu toplam	60	116,98 $\pm$ 31,57	113 (60 - 283)

Çalışmamızda; antisosyal davranışlar alt boyut puanının ortalaması 17,7, alkol kullanımı alt boyut puanının ortalaması 11,18, sigara kullanımı alt boyut puanının ortalaması 17,34, intihar eğilimi alt boyut puanının ortalaması 28,7, beslenme alışkanlıkları alt boyut puanının ortalaması 22,78, okul terki alt boyut puanının ortalaması 8,81, madde kullanımı alt boyut puanının ortalaması 10,46'dır. Riskli davranışlar ölçeği üniversite formu toplam puanının ortalaması 116,98'dir.

4.6. Riskli Davranışlar Ölçeği Üniversite Formu ve Hipertansiyondan Korunma Tutumları Ölçeği Puan Ortalamaları Arasındaki İlişkiye İlişkin Bulgular

Tablo 10'da riskli davranışlar ölçeği üniversite formu ve hipertansiyondan korunma tutumları ölçeği puan ortalamaları arasındaki ilişkiye ilişkin bulgular yer almaktadır.

Tablo 10. Riskli davranışlar ölçeği üniversite formu ve hipertansiyondan korunma tutumları ölçeği puan ortalamaları arasındaki ilişkiye ilişkin bulgular

Değişkenler		Korunma ve kontrol	Alışkanlık ve yaşam şekli	Beslenme tutumu	Ruhsal durum ve fiziksel aktivite	Hastalık ve risk bilgisi	Hipertansiyondan korunma tutumları toplam
Antisosyal davranışlar	r	-0,115	-0,206	-0,260	-0,107	-0,092	-0,196
	p	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	0,002	<0,001
Alkol kullanımı	r	-0,091	-0,148	-0,158	-0,123	-0,052	-0,135
	p	0,002	<0,001	<0,001	<0,001	0,075	<0,001
Sigara kullanımı	r	0,026	-0,072	-0,090	-0,001	0,047	-0,021
	p	0,382	0,015	0,002	0,960	0,108	0,470
İntihar eğilimi	r	-0,011	-0,078	-0,069	0,022	-0,007	-0,044
	p	0,701	0,008	0,018	0,463	0,808	0,134
Beslenme alışkanlıkları	r	0,006	-0,064	-0,201	0,012	0,005	-0,060
	p	0,844	0,029	<0,001	0,672	0,877	0,042
Okul terki	r	-0,027	-0,098	-0,124	-0,040	-0,009	-0,077
	p	0,352	0,001	<0,001	0,177	0,765	0,009
Madde kullanımı	r	-0,179	-0,234	-0,194	-0,184	-0,145	-0,229
	p	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
Riskli davranışlar ölçeği toplam	r	-0,055	-0,165	-0,205	-0,065	-0,031	-0,130
	p	0,061	<0,001	<0,001	0,027	0,290	<0,001

*r:Spearman's rho korelasyon katsayısı

Riskli davranışlar ölçeği toplamı ile hipertansiyondan korunma tutumları toplamı arasında istatistiksel olarak anlamlı negatif yönlü çok zayıf bir ilişki bulunmaktadır ($r=-0,13$; $p<0,001$). Antisosyal davranışlar ile korunma ve kontrol arasında negatif yönlü çok zayıf ilişki vardır ($r=-0,115$; $p<0,001$). Alkol kullanımı ile korunma ve kontrol arasında negatif yönlü çok zayıf ilişki bulunmaktadır ($r=-0,091$; $p=0,002$). Madde kullanımı ile korunma ve kontrol arasında negatif yönlü çok zayıf ilişki bulunmaktadır ($r=-0,179$; $p<0,001$). Antisosyal davranışlar ile alışkanlık ve yaşam şekli arasında negatif yönlü zayıf ilişki mevcuttur ($r=-0,206$; $p<0,001$). Alkol kullanımı ile alışkanlık ve yaşam şekli arasında negatif yönlü çok zayıf ilişki vardır ($r=-0,148$; $p<0,001$). Sigara kullanımı ile alışkanlık ve yaşam şekli arasında negatif yönlü çok zayıf ilişki bulunmaktadır ($r=-0,072$; $p=0,015$). İntihar eğilimi ile alışkanlık ve yaşam şekli arasında negatif yönlü çok zayıf ilişki bulunmaktadır ($r=-0,078$; $p=0,008$). Beslenme alışkanlıkları ile alışkanlık ve yaşam şekli arasında negatif yönlü çok zayıf ilişki mevcuttur ($r=-0,064$; $p=0,029$). Okul terki ile alışkanlık ve yaşam şekli arasında negatif yönlü çok zayıf ilişki vardır ($r=-0,098$; $p=0,001$). Madde kullanımı ile alışkanlık ve yaşam şekli arasında negatif yönlü zayıf ilişki mevcuttur ($r=-0,234$; $p<0,001$). Riskli davranışlar ölçeği toplam ile alışkanlık ve yaşam şekli arasında negatif yönlü çok zayıf ilişki vardır ($r=-0,165$; $p<0,001$). Antisosyal davranışlar ile beslenme tutumu arasında

negatif yönlü zayıf ilişki tespit edilmiştir ($r=-0,26$; $p<0,001$). Alkol kullanımı ile beslenme tutumu arasında negatif yönlü çok zayıf ilişki mevcuttur ($r=-0,158$; $p<0,001$). Sigara kullanımı ile beslenme tutumu arasında negatif yönlü çok zayıf ilişki vardır ($r=-0,09$; $p=0,002$). İntihar eğilimi ile beslenme tutumu arasında negatif yönlü çok zayıf ilişki tespit edilmiştir ($r=-0,069$; $p=0,018$). Beslenme alışkanlıkları ile beslenme tutumu arasında negatif yönlü zayıf ilişki vardır ($r=-0,201$; $p<0,001$). Okul terki ile beslenme tutumu arasında negatif yönlü çok zayıf ilişki tespit edilmiştir ($r=-0,124$; $p<0,001$). Madde kullanımı ile beslenme tutumu arasında negatif yönlü çok zayıf ilişki vardır ($r=-0,194$; $p<0,001$). Riskli davranışlar ölçeği toplam ile beslenme tutumu arasında negatif yönlü zayıf ilişki mevcuttur ($r=-0,205$; $p<0,001$). Antisosyal davranışlar ile ruhsal durum ve fiziksel aktivite arasında negatif yönlü çok zayıf ilişki mevcuttur ($r=-0,107$; $p<0,001$). Alkol kullanımı ile ruhsal durum ve fiziksel aktivite arasında negatif yönlü çok zayıf ilişki vardır ($r=-0,123$; $p<0,001$). Madde kullanımı ile ruhsal durum ve fiziksel aktivite arasında negatif yönlü çok zayıf ilişki tespit edilmiştir ($r=-0,184$; $p<0,001$). Riskli davranışlar ölçeği toplam ile ruhsal durum ve fiziksel aktivite arasında negatif yönlü çok zayıf ilişki vardır ($r=-0,065$; $p=0,027$). Antisosyal davranışlar ile hastalık ve risk bilgisi arasında negatif yönlü çok zayıf ilişki mevcuttur ($r=-0,092$; $p=0,002$). Madde kullanımı ile hastalık ve risk bilgisi arasında negatif yönlü çok zayıf ilişki bulunmaktadır ($r=-0,145$; $p<0,001$). Antisosyal davranışlar ile hipertansiyondan korunma tutumları toplam arasında negatif yönlü çok zayıf ilişki vardır ($r=-0,196$; $p<0,001$). Alkol kullanımı ile hipertansiyondan korunma tutumları toplam arasında negatif yönlü çok zayıf ilişki tespit edilmiştir ($r=-0,135$; $p<0,001$). Beslenme alışkanlıkları ile hipertansiyondan korunma tutumları toplam arasında negatif yönlü çok zayıf ilişki vardır ($r=-0,06$; $p=0,042$). Okul terki ile hipertansiyondan korunma tutumları toplam arasında negatif yönlü çok zayıf ilişki mevcuttur ($r=-0,077$; $p=0,009$). Madde kullanımı ile hipertansiyondan korunma tutumları toplam arasında negatif yönlü zayıf ilişki tespit edilmiştir ($r=-0,229$; $p<0,001$). Diğer nicel parametreler arasında anlamlı ilişki yoktur ($p>0,050$).

4.7. Hipertansiyondan Korunma Tutumları Ölçeğine İlişkin Bulgular

Tablo 11’de bazı değişkenlere göre hipertansiyondan korunma tutumları ölçeği toplam ve alt boyut puanlarının karşılaştırılması yer almaktadır.

Tablo 11. Bazı değişkenlere göre hipertansiyondan korunma tutumları ölçeği toplam ve alt boyut puanlarının karşılaştırılması

n=1163

Değişkenler	n	Hipertansiyondan korunma tutumları ölçeği toplam	Korunma ve kontrol	Alışkanlık ve yaşam şekli	Beslenme tutumu	Ruhsal durum ve fiziksel aktivite	Hastalık ve risk bilgisi
		Ortanca (Min-Max)	Ortanca (Min-Max)	Ortanca (Min-Max)	Ortanca (Min-Max)	Ortanca (Min-Max)	Ortanca (Min-Max)
Yaş							
20 yaş altı (1)	441	101 (34 - 129)	32 (8 - 40)	23 (6 - 30)	15 (5 - 20)	13 (5 - 15)	19 (5 - 25)
20 - 22 yaş (2)	612	103 (34 - 129)	32 (8 - 40)	24 (6 - 30)	15 (4 - 20)	13 (5 - 15)	20 (5 - 25)
22 yaş üstü (3)	110	104 (34 - 129)	32 (8 - 40)	24 (6 - 30)	15 (8 - 20)	13 (7 - 15)	20 (5 - 25)
Toplam	1163	102 (34 - 129)	32 (8 - 40)	24 (6 - 30)	15 (4 - 20)	13 (5 - 15)	20 (5 - 25)
Test İstatistik ^b		15,843	6,157	9,802	12,837	1,788	25,274
p		< 0,001	0,046	0,007	0,002	0,409	< 0,001
Fark		(1-2) (1-3)		(1-2) (1-3)	(1-2) (1-3)		(1-2) (1-3)
Cinsiyet							
Kadın	909	103 (34 - 129)	32 (8 - 40)	24 (6 - 30)	15 (6 - 20)	13 (5 - 15)	20 (5 - 25)
Erkek	254	99 (34 - 128)	31,5 (8 - 40)	23 (6 - 30)	14 (4 - 20)	12 (5 - 15)	19 (5 - 25)
Toplam	1163	102 (34 - 129)	32 (8 - 40)	24 (6 - 30)	15 (4 - 20)	13 (5 - 15)	20 (5 - 25)
Test İstatistik ^a		145652	137141	142224	150226,5	135720	133814
p		<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
Sınıf							
1. Sınıf	626	102 (34 - 128)	32 (8 - 40)	24 (6 - 30)	15 (4 - 20)	13 (5 - 15)	19 (5 - 25)
2. sınıf	537	103 (34 - 129)	32 (8 - 40)	24 (6 - 30)	15 (6 - 20)	13 (5 - 15)	20 (5 - 25)
Toplam	1163	102 (34 - 129)	32 (8 - 40)	24 (6 - 30)	15 (4 - 20)	13 (5 - 15)	20 (5 - 25)
Test İstatistik ^a		156326,5	163311	163428	158225,5	165058	147858,5
p		0,04	0,402	0,413	0,082	0,59	<0,001

*Tabloda; ^a: Mann-Whitney U testi, ^b: Kruskal-Wallis H testi, ^c: Kan basıncı ölçümü yapmayanlar olduğu için “n” sayısının azaldığını ve analizlerin “n” üzerinden yapıldığını göstermektedir.

Tablo 11 (Devam). Bazı değişkenlere göre hipertansiyondan korunma tutumları ölçeği toplam ve alt boyut puanlarının karşılaştırılması

n=1163

Değişkenler	n	Hipertansiyondan korunma tutumları ölçeği toplam	Korunma ve kontrol	Alışkanlık ve yaşam şekli	Beslenme tutumu	Ruhsal durum ve fiziksel aktivite	Hastalık ve risk bilgisi
		Ortanca (Min-Max)	Ortanca (Min-Max)	Ortanca (Min-Max)	Ortanca (Min-Max)	Ortanca (Min-Max)	Ortanca (Min-Max)
Öğrenim türü							
Örgün öğretim	782	103 (34 - 129)	32 (8 - 40)	24 (6 - 30)	15 (5 - 20)	13 (6 - 15)	20 (5 - 25)
İkinci öğretim	381	102 (34 - 129)	32 (8 - 40)	23 (6 - 30)	14 (4 - 20)	12 (5 - 15)	19 (5 - 25)
Toplam	1163	102 (34 - 129)	32 (8 - 40)	24 (6 - 30)	15 (4 - 20)	13 (5 - 15)	20 (5 - 25)
Test İstatistik ^a		162231,5	158608,5	156377	166708,5	162361,5	158099
p		0,014	0,072	0,166	<0,001	0,011	0,087
Ailede hipertansiyonu olan kişi varlığı							
Evet	390	104 (34 - 129)	33 (8 - 40)	24 (6 - 30)	15 (6 - 20)	13 (5 - 15)	20 (5 - 25)
Hayır	773	101 (34 - 129)	32 (8 - 40)	24 (6 - 30)	15 (4 - 20)	12 (5 - 15)	19 (5 - 25)
Toplam	1163	102 (34 - 129)	32 (8 - 40)	24 (6 - 30)	15 (4 - 20)	13 (5 - 15)	20 (5 - 25)
Test İstatistik ^a		175307	170476	163610	165870,5	172736,5	182202,5
p		<0,001	<0,001	0,017	0,005	<0,001	<0,001
Kan basıncı ölçümünü yapma durumu							
Evet	738	103 (36 - 129)	32,5 (8 - 40)	24 (6 - 30)	15 (5 - 20)	13 (7 - 15)	20 (5 - 25)
Hayır	425	100 (34 - 129)	32 (8 - 40)	23 (6 - 30)	15 (4 - 20)	12 (5 - 15)	19 (5 - 25)
Toplam	1163	102 (34 - 129)	32 (8 - 40)	24 (6 - 30)	15 (4 - 20)	13 (5 - 15)	20 (5 - 25)
Test İstatistik ^a		127054	133326,5	131589,5	142243	134617,5	121938
p		< 0,001	< 0,001	< 0,001	0,008	< 0,001	< 0,001

^aTabloda; ^a: Mann-Whitney U testi, ^b: Kruskal-Wallis H testi, ^c: Kan basıncı ölçümü yapmayanlar olduğu için “n” sayısının azaldığını ve analizlerin “n” üzerinden yapıldığını göstermektedir.

Tablo 11 (Devam). Bazı değişkenlere göre hipertansiyondan korunma tutumları ölçeği toplam ve alt boyut puanlarının karşılaştırılması

n=1163

Değişkenler	n	Hipertansiyondan korunma tutumları ölçeği toplam	Korunma ve kontrol	Alışkanlık ve yaşam şekli	Beslenme tutumu	Ruhsal durum ve fiziksel aktivite	Hastalık ve risk bilgisi
		Ortanca (Min-Max)	Ortanca (Min-Max)	Ortanca (Min-Max)	Ortanca (Min-Max)	Ortanca (Min-Max)	Ortanca (Min-Max)
Kan basıncı ölçüm sıklığı							
Yılda 1 kez (1)	359	102 (36 - 127)	32 (8 - 40)	24 (6 - 30)	15 (5 - 20)	13 (7 - 15)	20 (5 - 25)
Ayda 1 kez (2)	291	105 (53 - 129)	33 (18 - 40)	24 (7 - 30)	15 (6 - 20)	13 (7 - 15)	20 (6 - 25)
Haftada 1 kez (3)	88	102,5 (78 - 129)	32 (24 - 40)	24 (17 - 30)	15 (7 - 20)	13 (9 - 15)	20 (12 - 25)
Toplam ^c	738	102 (34 - 129)	32 (8 - 40)	24 (6 - 30)	15 (4 - 20)	13 (5 - 15)	20 (5 - 25)
Test İstatistik ^b		7,989	5,158	5,069	3,967	4,993	6,467
p		0,018	0,076	0,079	0,138	0,082	0,039
Fark		(1-2)					(1-2)
Ailede kronik bir hastalığı olan kişi varlığı							
Evet	551	103 (34 - 129)	32 (8 - 40)	24 (6 - 30)	15 (4 - 20)	13 (5 - 15)	20 (5 - 25)
Hayır	612	102 (34 - 129)	32 (8 - 40)	23 (6 - 30)	15 (5 - 20)	12 (5 - 15)	19 (5 - 25)
Toplam	1163	102 (34 - 129)	32 (8 - 40)	24 (6 - 30)	15 (4 - 20)	13 (5 - 15)	20 (5 - 25)
Test İstatistik ^a		186463,5	178793	178889	177577	190333,5	193632
p		0,002	0,074	0,071	0,114	<0,001	<0,001
Biyokimyasal kan değerlerinde bozulma							
Evet	99	107 (34 - 125)	33 (8 - 40)	24 (6 - 30)	16 (8 - 19)	13 (5 - 15)	20 (5 - 25)
Hayır	1064	102 (34 - 129)	32 (8 - 40)	24 (6 - 30)	15 (4 - 20)	13 (5 - 15)	19 (5 - 25)
Toplam	1163	102 (34 - 129)	32 (8 - 40)	24 (6 - 30)	15 (4 - 20)	13 (5 - 15)	20 (5 - 25)
Test İstatistik ^a		63547	57720,5	62623	63522,5	58223	63293,5
p		<0,001	0,112	0,002	<0,001	0,077	<0,001

^aTabloda; ^a: Mann-Whitney U testi, ^b: Kruskal-Wallis H testi, ^c: Kan basıncı ölçümü yapmayanlar olduğu için “n” sayısının azaldığını ve analizlerin “n” üzerinden yapıldığını göstermektedir.

Tablo 11 (Devam). Bazı değişkenlere göre hipertansiyondan korunma tutumları ölçeği toplam ve alt boyut puanlarının karşılaştırılması

n=1163

Değişkenler	n	Hipertansiyondan korunma tutumları ölçeği toplam	Korunma ve kontrol	Alışkanlık ve yaşam şekli	Beslenme tutumu	Ruhsal durum ve fiziksel aktivite	Hastalık ve risk bilgisi
		Ortanca (Min-Max)	Ortanca (Min-Max)	Ortanca (Min-Max)	Ortanca (Min-Max)	Ortanca (Min-Max)	Ortanca (Min-Max)
Beslenme tipi							
Karbonhidrat ağırlıklı (1)	329	102 (34 - 129)	32 (8 - 40)	24 (6 - 30)	15 (6 - 20)	13 (6 - 15)	19 (5 - 25)
Protein ağırlıklı (2)	59	99 (37 - 128)	31 (8 - 40)	24 (9 - 30)	14 (6 - 19)	13 (7 - 15)	20 (5 - 25)
Sebze-meyve ağırlıklı (3)	24	101 (79 - 121)	31,5 (23 - 40)	24 (18 - 29)	15 (10 - 20)	13 (5 - 15)	19 (15 - 25)
Karışık (4)	751	103 (34 - 129)	32 (8 - 40)	24 (6 - 30)	15 (4 - 20)	13 (5 - 15)	20 (5 - 25)
Toplam	1163	102 (34 - 129)	32 (8 - 40)	24 (6 - 30)	15 (4 - 20)	13 (5 - 15)	20 (5 - 25)
Test İstatistik ^b		8,767	8,493	1,872	14,905	3,7	3,542
p		0,033	0,037	0,599	0,002	0,296	0,315
Fark					(4-2) (4-1)		
Madde kullanımı							
Evet	11	83 (35 - 109)	24 (9 - 35)	22 (6 - 28)	14 (8 - 18)	9 (6 - 13)	16 (5 - 22)
Hayır	1152	102 (34 - 129)	32 (8 - 40)	24 (6 - 30)	15 (4 - 20)	13 (5 - 15)	20 (5 - 25)
Toplam	1163	102 (34 - 129)	32 (8 - 40)	24 (6 - 30)	15 (4 - 20)	13 (5 - 15)	20 (5 - 25)
Test İstatistik ^a		3723	3506	5085	4600	2311	3924
p		0,018	0,01	0,257	0,115	<0,001	0,028

*Tabloda; ^a: Mann-Whitney U testi, ^b: Kruskal-Wallis H testi, ^c: Kan basıncı ölçümü yapmayanlar olduğu için “n” sayısının azaldığını ve analizlerin “n” üzerinden yapıldığını göstermektedir.

Yaş gruplarına göre koruma ve kontrol değerleri arasında istatistiksel olarak farklılık bulunmaktadır ($p=0,046$). 20 yaşın altı, 20 - 22 yaş arası ve 22 yaşın üzerinde ortanca değeri 32 olarak elde edilmiştir. 20 yaş altı ile 20 - 22 yaş ve 22 yaş üzeri arasında anlamlı bir fark yoktur. Ayrıca çoklu karşılaştırma sonucunda bir fark elde edilmemiştir. Yaş gruplarına göre ortanca alışkanlık ve yaşam şekli değerleri arasında istatistiksel olarak fark olduğu saptanmıştır ($p=0,007$). 20 yaş altında ortanca değer 23 iken, 20 - 22 yaş ve 22 yaş üstünde 24 olarak elde edilmiştir. 20 yaş altı ile 20 - 22 yaş ve 22 yaş üstü arasında anlamlı bir fark vardır. 20 - 22 yaş ile 22 yaş üstü arasında anlamlı bir fark bulunmamaktadır. Yaş gruplarına göre beslenme tutumu değerlerinin dağılımları arasında istatistiksel olarak fark olduğu tespit edilmiştir ($p=0,002$). 20 yaş altı, 20 - 22 yaş ve 22 yaş üstü ortanca değeri 15 olarak elde edilmiştir. Farklılık ise sıra ortalamasından kaynaklanmaktadır. 20 yaş altının sıra ortalaması 537,60, 20 - 22 yaş grubunun sıra ortalaması 594,60, 22 yaş üstünün sıra ortalaması 627,33 olarak elde edilmiştir. 20 yaş altı ile 20 - 22 yaş ve 22 yaş üstü arasında anlamlı fark vardır. 20 - 22 yaş ile 22 yaş üstü arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur. Yaş gruplarına göre ortanca ruhsal durum ve fiziksel aktivite değerleri arasında fark olmadığı belirlenmiştir ($p=0,409$). 20 yaş altı, 20 - 22 yaş arası ve 22 yaş üzeri ortanca değeri 13 olarak elde edilmiştir. Yaş gruplarına göre ortanca hastalık ve risk bilgisi değerleri arasında istatistiksel olarak fark olduğu saptanmıştır ($p<0,001$). 20 yaş altında ortanca değer 19 iken, 20 - 22 yaş ve 22 yaş üstünde 20 olarak elde edilmiştir. 20 yaş altı ile 20 - 22 yaş ve 22 yaş üstü arasında anlamlı bir fark vardır. 20 - 22 yaş ile 22 yaş üstü arasında anlamlı bir fark bulunmamaktadır. Yaş gruplarına göre ortanca hipertansiyondan korunma tutumları toplam değerleri arasında istatistiksel olarak fark olduğu tespit edilmiştir ($p<0,001$). 20 yaş altında ortanca değer 101 iken, 20 - 22 yaşta 103 ve 22 yaş üstünde 104 olarak elde edilmiştir. 20 yaş altı ile 20 - 22 yaş ve 22 yaş üstü arasında anlamlı bir fark vardır. 20 - 22 yaş ile 22 yaş üstü arasında anlamlı bir fark yoktur.

Cinsiyet faktörüne bakıldığında korunma ve kontrol ortanca değerleri arasında fark olduğu saptanmıştır ($p<0,001$). Kadınlarda ortanca değer 32 olup, erkeklerde 31,5 olarak elde edilmiştir. Kadınlarda ortanca alışkanlık ve yaşam şekli değeri 24 iken, erkeklerde 23 olarak tespit edilmiştir. Elde edilen ortanca alışkanlık ve yaşam şekli değerleri cinsiyete göre farklılık göstermektedir ($p<0,001$). Kadınlarda ortanca beslenme tutumu değeri 15 iken, erkeklerde 14 olarak elde edilmiştir. Bu ortanca değerleri cinsiyet faktörüne göre farklılık göstermektedir ($p<0,001$). Cinsiyet faktörüne göre ruhsal durum ve fiziksel aktivite ortanca

değerleri arasında fark olduğu tespit edilmiştir ($p<0,001$). Kadınlarda ortanca değeri 13, erkeklerde ise 12 olarak saptanmıştır. Kadınlarda hastalık ve risk bilgisi ortanca değeri 20 iken, erkeklerde 19'dur. Bu değerler arasında istatistiksel olarak fark vardır ($p<0,001$). Kadınlarda hipertansiyondan korunma tutumları toplam ortanca değeri 103, erkeklerde ise 99'dur. Elde edilen ortanca hipertansiyondan korunma tutumları toplam değerleri cinsiyete göre farklılık göstermektedir ($p<0,001$).

Sınıf faktörüne göre incelendiğinde, 1. ve 2. sınıflarda ortanca korunma ve kontrol değeri 32 olarak belirlenmiştir. Bu ortanca korunma ve kontrol değerleri sınıf faktörüne göre farklılık göstermemektedir ($p=0,402$). Sınıf faktörüne göre ortanca alışkanlık ve yaşam şekli değerleri arasında fark olmadığı saptanmıştır ($p=0,413$). 1. sınıf ve 2. sınıflarda ortanca değer 24 olarak elde edilmiştir. Sınıf faktörüne göre ortanca beslenme tutumu değerleri arasında fark olmadığı tespit edilmiştir ($p=0,082$). 1. sınıf ve 2. sınıflarda ortanca değer 15 olarak elde edilmiştir. 1. sınıf ve 2. sınıflarda ruhsal durum ve fiziksel aktivite ortanca değeri 13 olarak elde edilmiş olup, bu değerler arasında anlamlı fark yoktur ($p=0,590$). 1. sınıflarda ortanca hastalık ve risk bilgisi değeri 19 iken, 2. sınıflarda 20 olarak elde edilmiştir. Elde edilen ortanca hastalık ve risk bilgisi değerleri sınıf faktörüne göre farklılık göstermektedir ($p<0,001$). 1. sınıflarda ortanca hipertansiyondan korunma tutumları toplam değeri 102 iken, 2. sınıflarda 103'dür. Bu değerler sınıf faktörüne göre anlamlı farklılık göstermektedir ($p=0,040$).

Örgün öğretim ve ikinci öğretimlerde ortanca korunma ve kontrol değeri 32 olup, bu değerler anlamlı farklılık göstermemektedir ($p=0,072$). Örgün öğretimlerde ortanca alışkanlık ve yaşam şekli değeri 24 iken, ikinci öğretimlerde 23 olarak elde edilmiştir. Elde edilen ortanca alışkanlık ve yaşam şekli değerleri öğrenim türü faktörüne göre farklılık göstermemektedir ($p=0,166$). Örgün öğretimlerde ortanca beslenme tutumu değeri 15 iken, ikinci öğretimlerde 14'tür. Bu değerler arasında anlamlı fark vardır ($p<0,001$). Örgün öğretimlerde ortanca ruhsal durum ve fiziksel aktivite değeri 13 iken, ikinci öğretimlerde 12'dir. Bu değerler arasında istatistiksel olarak fark vardır ($p=0,011$). Öğrenim türü faktörüne göre ortanca hastalık ve risk bilgisi değerleri arasında fark olmadığı saptanmıştır ($p=0,087$). Örgün öğretimlerde ortanca değeri 20 olup, ikinci öğretimlerde 19'dur. Örgün öğretimlerde ortanca hipertansiyondan korunma tutumları toplam değeri 103 iken, ikinci öğretimlerde 102 saptanmıştır. Bu değerler arasında istatistiksel fark vardır ($p=0,014$).

Ailesinde hipertansiyon öyküsü olanlarda ortalanca korunma ve kontrol değeri 33, ailesinde hipertansiyon öyküsü olmayanlarda ise 32 bulunmuştur. Bu değerler istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0,001$). Ailesinde hipertansiyon öyküsü olanlarda ve olmayanlarda ortalanca alışkanlık ve yaşam şekli değeri 24'tür. Bu ortalanca değerleri ailede hipertansiyonu olma durumu faktörüne göre farklılık göstermektedir ($p=0,017$). Farklılık sıra ortalamasından kaynaklanmaktadır. Ailesinde hipertansiyon öyküsü olanlarda alışkanlık ve yaşam şekli değeri sıra ortalaması 615,01 iken, ailesinde hipertansiyon öyküsü olmayanlarda 565,34 olarak elde edilmiştir. Ailesinde hipertansiyon öyküsü olanlarda ve olmayanlarda ortalanca beslenme tutumu değeri 15 olarak elde edilmiştir. Farklılık sıra ortalamasından kaynaklanmaktadır. Ailesinde hipertansiyon öyküsü olanlarda beslenme tutumu değeri sıra ortalaması 620,81 iken, ailesinde hipertansiyon öyküsü olmayanlarda 562,42 olarak elde edilmiştir. Elde edilen ortalanca beslenme tutumu değerleri ailede hipertansiyonu olma durumu faktörüne göre farklılık göstermektedir ($p=0,005$). Ailesinde hipertansiyon öyküsü olanlarda ortalanca ruhsal durum ve fiziksel aktivite değeri 13, ailesinde hipertansiyon öyküsü olmayanlarda 12 iken, değerler arasında istatistiksel fark vardır ($p<0,001$). Ailesinde hipertansiyon öyküsü olanlarda ortalanca hastalık ve risk bilgisi değeri 20, ailesinde hipertansiyon öyküsü olmayanlarda 19 olup, bu değerler istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0,001$). Ailesinde hipertansiyon öyküsü olanlarda ortalanca hipertansiyondan korunma tutumları toplam değeri 104, ailesinde hipertansiyon öyküsü olmayanlarda 101 iken, değerler arasında istatistiksel fark vardır ($p<0,001$).

KB ölçümünü yapma durumuna göre ortalanca korunma ve kontrol değerleri arasında fark olduğu belirlenmiştir ($p<0,001$). KB ölçümünü yapmayanlarda ortalanca değer 32, yapanlarda 32,5'dir. KB ölçümünü yapmayanlarda ortalanca alışkanlık ve yaşam şekli değeri 23, yapanlarda 24'dür. Bu değerler arasında fark bulunmaktadır ($p<0,001$). KB ölçümünü yapma durumu faktörüne göre beslenme tutumu değerleri arasında fark mevcuttur ($p=0,008$). KB ölçümünü yapmayanlarda ve yapanlarda 15 olarak elde edilmiştir. Bu farklılık sıra ortalamasından kaynaklanmakta olup, ölçüm yapmayanların sıra ortalaması 547,69 ve ölçüm yapanların sıra ortalaması 601,76 olarak elde edilmiştir. KB ölçümünü yapma durumuna göre ortalanca ruhsal durum ve fiziksel aktivite değerleri arasında fark bulunmaktadır ($p<0,001$). KB ölçümünü yapmayanlarda ortalanca 12 olup, yapanlarda 13 bulunmuştur. KB ölçümünü yapmayanlarda ortalanca hastalık ve risk bilgisi değeri 19 iken, yapanlarda 20 bulunmuştur. Bu değerler KB ölçümünün yapılmasına göre farklılık

göstermektedir ($p<0,001$). KB ölçümünü yapmayanlarda ortalanca hipertansiyondan korunma tutumları toplam değeri 100, yapanlarda ise 103'tür. Bu ortalanca değerleri KB ölçümünü yapma durumu faktörüne göre farklılık göstermektedir ($p<0,001$).

KB ölçüm sıklığına göre ortalanca korunma ve kontrol değerleri arasında istatistiksel fark bulunmadığı sonucuna varılmıştır ($p=0,076$). Yılda 1 kez ve haftada 1 kezde ortalanca değer 32 iken, ayda 1 kezde 33 olarak tespit edilmiştir. KB ölçüm sıklığına göre ortalanca alışkanlık ve yaşam şekli değerleri arasındaki farkın önemsiz olduğu saptanmıştır ($p=0,079$). Yılda 1 kez, ayda 1 kez ve haftada 1 kezde ortalanca değer 24 olarak elde edilmiştir. KB ölçüm sıklığına göre beslenme tutumu değerleri arasında fark yoktur ($p=0,138$). Yılda 1 kez, ayda 1 kez ve haftada 1 kezde ortalanca beslenme tutumu değeri 15'tir. Yılda 1 kez, ayda 1 kez ve haftada 1 kezde ortalanca ruhsal durum ve fiziksel aktivite değeri 13 olup, bu değerler arasında fark olmadığı tespit edilmiştir ($p=0,082$). KB ölçüm sıklığına göre hastalık ve risk bilgisi arasında istatistiksel olarak fark vardır ($p=0,039$). Yılda 1 kez, ayda 1 kez ve haftada 1 kezde ortalanca değer 20 olarak elde edilmiştir. Bu farklılık sıra ortalamasından kaynaklanmakta olup yılda 1 kezlerde sıra ortalaması 349,35, ayda 1 kezlerde 390,61 ve haftada 1 kezlerde 381,91 olarak elde edilmiştir. Yılda 1 kez ile haftada 1 kez arasında anlamlı bir fark yoktur fakat yılda 1 kez ile ayda 1 kez arasında anlamlı bir fark vardır. Ayda 1 kez ile haftada 1 kez arasında anlamlı bir fark yoktur. KB ölçüm sıklığına bakıldığında ortalanca hipertansiyondan korunma tutumları toplam değerleri arasında fark olduğu tespit edilmiştir ($p=0,018$). Yılda 1 kezde ortalanca değer 102 iken, ayda 1 kezde 105 ve haftada 1 kezde 102,5 olarak elde edilmiştir. Yılda 1 kez ile haftada 1 kez arasında anlamlı bir fark yok iken, yılda 1 kez ile ayda 1 kez arasında anlamlı bir fark vardır. Ayda 1 kez ile haftada 1 kez arasında anlamlı bir fark yoktur.

Ailesinde kronik hastalık öyküsü olanlarda ve olmayanlarda ortalanca korunma ve kontrol değeri 32'dir. Ortanca korunma ve kontrol değerleri ailede kronik bir hastalığı olan kişi varlığı faktörüne göre farklılık göstermemektedir ($p=0,074$). Ailesinde kronik hastalık öyküsü olanlarda ortalanca alışkanlık ve yaşam şekli değeri 24 iken, ailesinde kronik hastalık öyküsü olmayanlarda 23 olduğu ve bu değerler arasında fark bulunmadığı tespit edilmiştir ($p=0,071$). Ailesinde kronik hastalık öyküsü olanlarda ve olmayanlarda ortalanca beslenme tutumu değeri 15 olarak elde edilmiştir. Bu ortalanca beslenme tutumu değerleri ailesinde kronik hastalık öyküsü olanlarda ve olmayanlarda farklılık göstermemektedir ($p=0,114$). Ailesinde kronik hastalık öyküsü olanlarda ortalanca ruhsal durum ve fiziksel aktivite değeri

13 iken, ailesinde kronik hastalık öyküsü olmayanlarda 12'dir. Elde edilen ortanca ruhsal durum ve fiziksel aktivite değerleri ailede kronik bir hastalığı olan kişi varlığı faktörüne göre farklılık göstermektedir ($p<0,001$). Ailede kronik bir hastalığı olan kişi varlığı faktörüne göre ortanca hastalık ve risk bilgisi değerleri arasında fark olduğu saptanmıştır ($p<0,001$). Ailesinde kronik hastalık öyküsü olanlarda ortanca değer 20 iken, ailesinde kronik hastalık öyküsü olmayanlarda 19 olarak elde edilmiştir. Ailesinde kronik hastalık öyküsü olanlarda ortanca hipertansiyondan korunma tutumları toplam değeri 103 iken, ailesinde kronik hastalık öyküsü olmayanlarda 102 olarak elde edilmiştir. Elde edilen ortanca hipertansiyondan korunma tutumları toplam değerleri ailesinde kronik hastalık öyküsü olanlarda ve olmayanlarda farklılık göstermektedir ($p=0,002$).

Biyokimyasal kan değerlerinde sorun yaşayanların ortanca korunma ve kontrol değeri 33 iken, sorun yaşamayanlarda 32 olarak elde edilmiştir. Elde edilen ortanca değerler biyokimyasal kan değerlerine ilişkin sorun yaşama durumuna göre farklılık göstermemektedir ($p=0,112$). Biyokimyasal kan değerlerinde sorun yaşayanların ve yaşamayanların ortanca alışkanlık ve yaşam şekli değeri 24 olarak elde edilmiştir. Elde edilen ortanca alışkanlık ve yaşam şekli değerleri sorun yaşamayan ve yaşayanlarda farklılık göstermektedir ($p=0,002$). Farklılık sıra ortalamasından kaynaklanmaktadır. Biyokimyasal kan değerlerinde sorun yaşayanların alışkanlık ve yaşam şekli değeri sıra ortalaması 682,56 iken, sorun yaşamayanlarda 572,64 olarak elde edilmiştir. Biyokimyasal kan değerlerinde sorun yaşayanların ortanca beslenme tutumu değeri 16 iken, sorun yaşamayanlarda 15 olarak elde edilmiştir. Elde edilen ortanca değerler biyokimyasal kan değerlerine ilişkin sorun yaşama durumuna göre farklılık göstermektedir ($p<0,001$). Biyokimyasal kan değerlerinde sorun yaşayanların ve yaşamayanların ortanca ruhsal durum ve fiziksel aktivite değeri 13 olarak elde edilmiştir. Elde edilen ortanca ruhsal durum ve fiziksel aktivite değerleri biyokimyasal kan değerlerine ilişkin sorun yaşama durumuna göre farklılık göstermemektedir ($p=0,077$). Biyokimyasal kan değerlerinde sorun yaşayanların ortanca hastalık ve risk bilgisi değeri 20, sorun yaşamayanlarda ise 19 olduğu ve bu değerler arasında fark olduğu tespit edilmiştir ($p<0,001$). Biyokimyasal kan değerlerinde sorun yaşayanların ortanca hipertansiyondan korunma tutumları toplam değeri 107 iken, sorun yaşamayanlarda 102 olarak elde edilmiştir. Elde edilen ortanca değerler biyokimyasal kan değerlerine ilişkin sorun yaşama durumuna göre farklılık göstermektedir ($p<0,001$).

Beslenme tiplerine göre ortanca korunma ve kontrol değerleri arasında fark bulunduğu tespit edilmiştir ($p=0,037$). Karbonhidrat ağırlıklı ve karışık beslenenlerde ortanca değer 32 iken, protein ağırlıklıda 31, sebze-meyve ağırlıklıda 31,5 olarak elde edilmiştir. Karbonhidrat ağırlıklı ile karışık, protein ağırlıklı ve sebze-meyve ağırlıklı arasında anlamlı bir fark yoktur. Karışık ile protein ağırlıklı ve sebze-meyve ağırlıklı arasında anlamlı bir fark yoktur. Protein ağırlıklı ile sebze-meyve ağırlıklı arasında anlamlı bir fark yoktur. Beslenme tiplerine göre ortanca alışkanlık ve yaşam şekli değerleri arasında fark olmadığı tespit edilmiştir ($p=0,599$). Karbonhidrat ağırlıklı, protein ağırlıklı, sebze-meyve ağırlıklı ve karışıkta ortanca değer 24'tür. Beslenme tiplerine göre ortanca beslenme tutumu arasında fark mevcuttur ($p=0,002$). Karbonhidrat ağırlıklı, sebze-meyve ağırlıklı ve karışıkta ortanca değer 15 iken, protein ağırlıklıda 14 olarak elde edilmiştir. Farklılık sıra ortalamasından kaynaklanmaktadır. Karbonhidrat ağırlıklının sıra ortalaması 545,78, protein ağırlıklının sıra ortalaması 467,56, sebze-meyve ağırlıklının sıra ortalaması 594,88 ve karışık beslenmenin sıra ortalaması 606,45 olarak tespit edilmiştir. Karbonhidrat ağırlıklı ile protein ağırlıklı ve sebze-meyve ağırlıklı arasında fark yok iken karbonhidrat ağırlıklı ile karışık arasında anlamlı bir fark vardır. Karışık ile sebze-meyve ağırlıklı arasında fark yok iken karışık ile protein ağırlıklı arasında anlamlı fark vardır. Protein ağırlıklı ile sebze-meyve ağırlıklı arasında anlamlı fark yoktur. Beslenme tiplerine göre ortanca ruhsal durum ve fiziksel aktivite değerleri arasında fark olmadığı tespit edilmiştir ($p=0,296$). Karbonhidrat ağırlıklı, protein ağırlıklı, sebze-meyve ağırlıklı ve karışıkta ortanca değer 13 olarak elde edilmiştir. Beslenme tiplerine göre ortanca hastalık ve risk bilgisi değerleri arasında fark olmadığı tespit edilmiştir ($p=0,315$). Karbonhidrat ağırlıklı ve sebze-meyve ağırlıklıda ortanca değer 19 iken, protein ağırlıklı ve karışıkta ortanca değer 20 olarak elde edilmiştir. Beslenme tiplerine göre ortanca hipertansiyondan korunma tutumları toplam değerleri arasında fark olduğu tespit edilmiştir ($p=0,033$). Karbonhidrat ağırlıklıda ortanca değer 102 iken, protein ağırlıklıda 99, sebze-meyve ağırlıklıda 101 ve karışıkta 103 olarak elde edilmiştir. Karbonhidrat ağırlıklı ile karışık, protein ağırlıklı ve sebze-meyve ağırlıklı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur. Karışık ile protein ağırlıklı ve sebze-meyve ağırlıklı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur. Protein ağırlıklı ile sebze-meyve ağırlıklı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur.

Madde kullananlarda ortanca korunma ve kontrol değeri 24 iken, kullanmayanlarda 32'dir. Bu değerler madde kullanım durumu faktörüne bağlı farklılık göstermektedir

($p=0,010$). Madde kullanım durumuna göre ortalama alışkanlık ve yaşam şekli değerleri arasında fark bulunmadığı saptanmıştır ($p=0,257$). Madde kullananlarda ortalama değer 22, kullanmayanlarda 24'tür. Madde kullananlarda ortalama beslenme tutumu değeri 14 iken, kullanmayanlarda 15'dir. Bu beslenme tutumu değerleri madde kullanmayanlarda ve kullananlarda farklılık göstermediği tespit edilmiştir ($p=0,115$). Madde kullanım durumu faktörüne göre ortalama ruhsal durum ve fiziksel aktivite değerleri arasında istatistiksel olarak fark olduğu tespit edilmiştir ($p<0,001$). Madde kullananlarda ortalama değer 9 iken, kullanmayanlarda 13 olarak elde edilmiştir. Madde kullananlarda ortalama hastalık ve risk bilgisi değeri 16 iken, kullanmayanlarda 20 olarak elde edilmiştir. Elde edilen ortalama hastalık ve risk bilgisi değerleri madde kullanmayanlarda ve kullananlarda farklılık göstermektedir ($p=0,028$). Madde kullananlarda ortalama hipertansiyondan korunma tutumları toplam değeri 83 iken, kullanmayanlarda 102 olarak elde edilmiştir. Elde edilen ortalama hipertansiyondan korunma tutumları toplam değerleri madde kullanım durumu faktörüne göre farklılık göstermektedir ($p=0,018$).

4.8. Riskli Davranışlar Ölçeği Üniversite Formuna İlişkin Bulgular

Tablo 12'de bazı değişkenlere göre riskli davranışlar ölçeği üniversite formu toplam ve alt boyut puanlarının karşılaştırılması yer almaktadır.

Tablo 12. Bazı değişkenlere göre riskli davranışlar ölçeği üniversite formu toplam ve alt boyut puanlarının karşılaştırılması

n=1163									
Değişkenler	n	Riskli davranışlar ölçeği üniversite formu toplam	Antisosyal davranışlar	Alkol kullanımı	Sigara kullanımı	İntihar eğilimi	Beslenme alışkanlıkları	Okul terki	Madde kullanımı
		Ortanca (Min-Max)	Ortanca (Min-Max)	Ortanca (Min-Max)	Ortanca (Min-Max)	Ortanca (Min-Max)	Ortanca (Min-Max)	Ortanca (Min-Max)	Ortanca (Min-Max)
Cinsiyet									
Kadın	909	110 (60 - 283)	16 (10 - 50)	9 (9 - 44)	12 (8 - 40)	27 (12 - 60)	23 (8 - 40)	8 (4 - 20)	9 (9 - 45)
Erkek	254	127,5 (60 - 261)	19 (10 - 43)	9 (9 - 45)	22,5 (8 - 40)	28 (12 - 60)	23 (8 - 40)	10 (4 - 20)	9 (9 - 45)
Toplam	1163	113 (60 - 283)	16 (10 - 50)	9 (9 - 45)	13 (8 - 40)	27 (12 - 60)	23 (8 - 40)	8 (4 - 20)	9 (9 - 45)
Test İstatistik ^a		82418,5	78644	86764	71251,5	112169,5	112837	93013	87571
p		<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	0,489	0,582	<0,001	<0,001
Sınıf									
1. Sınıf	626	109 (60 - 261)	16 (10 - 50)	9 (9 - 45)	12 (8 - 40)	26 (12 - 60)	23 (8 - 40)	8 (4 - 20)	9 (9 - 45)
2. sınıf	537	118 (60 - 283)	17 (10 - 44)	9 (9 - 43)	15 (8 - 40)	28 (12 - 60)	24 (8 - 40)	9 (4 - 20)	9 (9 - 45)
Toplam	1163	113 (60 - 283)	16 (10 - 50)	9 (9 - 45)	13 (8 - 40)	27 (12 - 60)	23 (8 - 40)	8 (4 - 20)	9 (9 - 45)
Test İstatistik ^a		145524,5	152063	161887	144922	157741	156642,5	144393	163469
p		<0,001	0,005	0,15	<0,001	0,07	0,045	<0,001	0,283
Öğrenim türü									
Örgün öğretim	782	110 (60 - 283)	16 (10 - 45)	9 (9 - 44)	12 (8 - 40)	27 (12 - 60)	23 (8 - 40)	8 (4 - 20)	9 (9 - 45)
İkinci öğretim	381	119 (60 - 261)	17 (10 - 50)	9 (9 - 45)	15 (8 - 40)	27 (12 - 60)	24 (8 - 40)	8 (4 - 20)	9 (9 - 45)
Toplam	1163	113 (60 - 283)	16 (10 - 50)	9 (9 - 45)	13 (8 - 40)	27 (12 - 60)	23 (8 - 40)	8 (4 - 20)	9 (9 - 45)
Test İstatistik ^a		127711	134104,5	129327,5	125147,5	146344	133970	146617,5	138210
p		<0,001	0,006	<0,001	<0,001	0,625	0,005	0,66	0,008

^aTabloda; ^a: Mann-Whitney U testini, ^b: Kruskal-Wallis H testini, ^c:Sigara ve alkol kullanmayanlar olduğu için “n” sayısının azaldığını ve analizlerin “n” üzerinden yapıldığını, ^d: Independent T testini ve ^e: One Way Anova testini göstermektedir.

Tablo 12 (Devam). Bazı değişkenlere göre riskli davranışlar ölçeği üniversite formu toplam ve alt boyut puanlarının karşılaştırılması

n=1163

Değişkenler	n	Riskli davranışlar ölçeği üniversite formu toplam	Antisosyal davranışlar	Alkol kullanımı	Sigara kullanımı	İntihar eğilimi	Beslenme alışkanlıkları	Okul terki	Madde kullanımı
		Ortanca (Min-Max)	Ortanca (Min-Max)	Ortanca (Min-Max)	Ortanca (Min-Max)	Ortanca (Min-Max)	Ortanca (Min-Max)	Ortanca (Min-Max)	Ortanca (Min-Max)
BKİ									
Zayıf (1)	155	110 (62 - 283)	16 (10 - 43)	9 (9 - 43)	12 (8 - 40)	27 (12 - 60)	22 (8 - 40)	7 (4 - 20)	9 (9 - 45)
Normal (2)	788	112 (60 - 261)	16 (10 - 50)	9 (9 - 45)	13 (8 - 40)	27 (12 - 60)	23 (8 - 40)	8 (4 - 20)	9 (9 - 45)
Yüksek kilolu ve obez (3)	220	120 (60 - 237)	17 (10 - 42)	9 (9 - 36)	14 (8 - 40)	28,5 (12 - 60)	23 (8 - 40)	8,5 (4 - 20)	9 (9 - 35)
Toplam	1163	113 (60 - 283)	16 (10 - 50)	9 (9 - 45)	13 (8 - 40)	27 (12 - 60)	23 (8 - 40)	8 (4 - 20)	9 (9 - 45)
Test İstatistik ^b		6,693	3,053	2,046	2,883	5,588	3,168	9,363	3,336
p		0,035	0,217	0,36	0,237	0,061	0,205	0,009	0,189
Fark								(1-2) (1-3)	
Yeterli ve dengeli beslenme									
Evet	230	101 (60 - 186)	16 (10 - 36)	9 (9 - 32)	11 (8 - 40)	22 (12 - 58)	20 (8 - 33)	7 (4 - 20)	9 (9 - 31)
Hayır	933	116 (60 - 283)	17 (10 - 50)	9 (9 - 45)	14 (8 - 40)	28 (12 - 60)	24 (8 - 40)	9 (4 - 20)	9 (9 - 45)
Toplam	1163	113 (60 - 283)	16 (10 - 50)	9 (9 - 45)	13 (8 - 40)	27 (12 - 60)	23 (8 - 40)	8 (4 - 20)	9 (9 - 45)
Test İstatistik ^a		76290,5	93835,5	103027	88973	75463,5	72993,5	92170	104115,5
p		<0,001	0,003	0,214	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	0,354
Egzersiz yapma durumu									
Evet	483	108 (60 - 212)	16 (10 - 43)	9 (9 - 43)	12 (8 - 40)	25 (12 - 60)	22 (8 - 40)	8 (4 - 19)	9 (9 - 31)
Hayır	680	116 (60 - 283)	16 (10 - 50)	9 (9 - 45)	14 (8 - 40)	29 (12 - 60)	24 (8 - 40)	8 (4 - 20)	9 (9 - 45)
Toplam	1163	113 (60 - 283)	16 (10 - 50)	9 (9 - 45)	13 (8 - 40)	27 (12 - 60)	23 (8 - 40)	8 (4 - 20)	9 (9 - 45)
Test İstatistik ^a		146521,5	160827	168570,5	159883	141473,5	132655,5	162759,5	165532,5
p		0,002	0,547	0,306	0,441	<0,001	<0,001	0,795	0,757

^aTabloda; ^a: Mann-Whitney U testini, ^b: Kruskal-Wallis H testini, ^c:Sigara ve alkol kullanmayanlar olduğu için “n” sayısının azaldığını ve analizlerin “n” üzerinden yapıldığını, ^d: Independent T testini ve ^e: One Way Anova testini göstermektedir.

Tablo 12 (Devam). Bazı değişkenlere göre riskli davranışlar ölçeği üniversite formu toplam ve alt boyut puanlarının karşılaştırılması

n=1163

Değişkenler	n	Riskli davranışlar ölçeği üniversite formu toplam	Antisosyal davranışlar	Alkol kullanımı	Sigara kullanımı	İntihar eğilimi	Beslenme alışkanlıkları	Okul terki	Madde kullanımı
		Ortanca (Min-Max)	Ortanca (Min-Max)	Ortanca (Min-Max)	Ortanca (Min-Max)	Ortanca (Min-Max)	Ortanca (Min-Max)	Ortanca (Min-Max)	Ortanca (Min-Max)
Hareketsiz yaşam tarzı									
Evet	316	124 (60 - 283)	17 (10 - 45)	9 (9 - 45)	12 (8 - 40)	33 (12 - 60)	25 (8 - 40)	9 (4 - 20)	9 (9 - 45)
Hayır	847	109 (60 - 237)	16 (10 - 50)	9 (9 - 43)	13 (8 - 40)	25 (12 - 60)	22 (8 - 40)	8 (4 - 20)	9 (9 - 38)
Toplam	1163	113 (60 - 283)	16 (10 - 50)	9 (9 - 45)	13 (8 - 40)	27 (12 - 60)	23 (8 - 40)	8 (4 - 20)	9 (9 - 45)
Test İstatistik ^a		162785,5	145081	133204	131410	175510	162955	150910,5	134161,5
p		<0,001	0,027	0,871	0,635	<0,001	<0,001	<0,001	0,93
Kan basıncı ölçümünü yapma durumu									
Evet	738	115 (60 - 283)	17 (10 - 50)	9 (9 - 44)	14 (8 - 40)	28 (12 - 60)	23 (8 - 40)	9 (4 - 20)	9 (9 - 45)
Hayır	425	109 (60 - 261)	16 (10 - 43)	9 (9 - 45)	12 (8 - 40)	27 (12 - 60)	23 (8 - 40)	8 (4 - 20)	9 (9 - 45)
Toplam	1163	113 (60 - 283)	16 (10 - 50)	9 (9 - 45)	13 (8 - 40)	27 (12 - 60)	23 (8 - 40)	8 (4 - 20)	9 (9 - 45)
Test İstatistik ^a		144729,5	141844	152942,5	144961	152271	152792,5	140977,5	156030
p		0,028	0,007	0,35	0,031	0,409	0,464	0,004	0,848
Kronik bir hastalığı olma durumu									
Evet	96	128 (60 - 209)	18 (10 - 37)	9 (9 - 43)	19 (8 - 38)	33,5 (12 - 60)	24 (8 - 38)	10 (4 - 16)	9 (9 - 41)
Hayır	1067	112 (60 - 283)	16 (10 - 50)	9 (9 - 45)	13 (8 - 40)	27 (12 - 60)	23 (8 - 40)	8 (4 - 20)	9 (9 - 45)
Toplam	1163	113 (60 - 283)	16 (10 - 50)	9 (9 - 45)	13 (8 - 40)	27 (12 - 60)	23 (8 - 40)	8 (4 - 20)	9 (9 - 45)
Test İstatistik ^a		64346,5	61906,5	57158,5	62882	63901	51972	58565	53481,5
p		<0,001	<0,001	0,012	<0,001	<0,001	0,81	0,019	0,339
Ailede kronik bir hastalığı olan kişi varlığı									
Evet	551	116 (60 - 283)	17 (10 - 50)	9 (9 - 43)	14 (8 - 40)	28 (12 - 60)	23 (8 - 40)	8 (4 - 20)	9 (9 - 45)
Hayır	612	109,5 (60 - 261)	16 (10 - 45)	9 (9 - 45)	13 (8 - 40)	26 (12 - 60)	23 (8 - 40)	8 (4 - 20)	9 (9 - 45)
Toplam	1163	113 (60 - 283)	16 (10 - 50)	9 (9 - 45)	13 (8 - 40)	27 (12 - 60)	23 (8 - 40)	8 (4 - 20)	9 (9 - 45)
Test İstatistik ^a		185302,5	181377	167805	175332	190203,5	180499,5	174173	170845,5
p		0,004	0,025	0,853	0,238	<0,001	0,037	0,328	0,603

^aTabloda; ^a: Mann-Whitney U testini, ^b: Kruskal-Wallis H testini, ^c: Sigara ve alkol kullanmayanlar olduğu için “n” sayısının azaldığını ve analizlerin “n” üzerinden yapıldığını, ^d: Independent T testini ve ^e: One Way Anova testini göstermektedir.

Tablo 12 (Devam). Bazı değişkenlere göre riskli davranışlar ölçeği üniversite formu toplam ve alt boyut puanlarının karşılaştırılması

n=1163

Değişkenler	n	Riskli davranışlar ölçeği üniversite formu toplam	Antisosyal davranışlar	Alkol kullanımı	Sigara kullanımı	İntihar eğilimi	Beslenme alışkanlıkları	Okul terki	Madde kullanımı
		Ortanca (Min-Max)	Ortanca (Min-Max)	Ortanca (Min-Max)	Ortanca (Min-Max)	Ortanca (Min-Max)	Ortanca (Min-Max)	Ortanca (Min-Max)	Ortanca (Min-Max)
Baş ağrısı vb. sorunların yaşanması									
Evet	460	120 (60 - 283)	17 (10 - 45)	9 (9 - 44)	15 (8 - 40)	31 (12 - 60)	24 (8 - 40)	9 (4 - 20)	9 (9 - 45)
Hayır	703	107 (60 - 261)	16 (10 - 50)	9 (9 - 45)	12 (8 - 40)	25 (12 - 60)	22 (8 - 40)	8 (4 - 20)	9 (9 - 45)
Toplam	1163	113 (60 - 283)	16 (10 - 50)	9 (9 - 45)	13 (8 - 40)	27 (12 - 60)	23 (8 - 40)	8 (4 - 20)	9 (9 - 45)
Test İstatistik ^a		197355,5	180786,5	158649,5	177587	206287,5	187791,5	178280,5	165114
p		<0,001	<0,001	0,471	0,004	<0,001	<0,001	0,003	0,416
Stresli olma durumu									
Evet	969	116 (60 - 283)	17 (10 - 50)	9 (9 - 45)	14 (8 - 40)	29 (12 - 60)	23 (8 - 40)	9 (4 - 20)	9 (9 - 45)
Hayır	194	97 (60 - 237)	14 (10 - 43)	9 (9 - 40)	11 (8 - 39)	19,5 (12 - 56)	21 (8 - 40)	7 (4 - 20)	9 (9 - 35)
Toplam	1163	113 (60 - 283)	16 (10 - 50)	9 (9 - 45)	13 (8 - 40)	27 (12 - 60)	23 (8 - 40)	8 (4 - 20)	9 (9 - 45)
Test İstatistik ^a		128407	115551	98846	110531	135094,5	112274	111319	97110
p		<0,001	<0,001	0,131	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	0,332
Uyku düzeni									
Düzenli	254	96 (60 - 212)	14 (10 - 37)	9 (9 - 32)	10 (8 - 38)	20 (12 - 57)	20 (8 - 36)	7 (4 - 20)	9 (9 - 31)
Düzensiz	909	119 (60 - 283)	17 (10 - 50)	9 (9 - 45)	15 (8 - 40)	29 (12 - 60)	24 (8 - 40)	9 (4 - 20)	9 (9 - 45)
Toplam	1163	113 (60 - 283)	16 (10 - 50)	9 (9 - 45)	13 (8 - 40)	27 (12 - 60)	23 (8 - 40)	8 (4 - 20)	9 (9 - 45)
Test İstatistik ^a		61750	84166,5	97931	76826,5	64865	79005,5	91247,5	102507
p		<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
Günlük tüketilen tuz miktarının fazla olduğunu düşünme									
Evet	265	122 (60 - 261)	18 (10 - 50)	9 (9 - 45)	14 (8 - 40)	31 (12 - 60)	25 (8 - 40)	9 (4 - 20)	9 (9 - 45)
Hayır	898	110 (60 - 283)	16 (10 - 44)	9 (9 - 42)	13 (8 - 40)	26 (12 - 60)	22 (8 - 40)	8 (4 - 20)	9 (9 - 45)
Toplam	1163	113 (60 - 283)	16 (10 - 50)	9 (9 - 45)	13 (8 - 40)	27 (12 - 60)	23 (8 - 40)	8 (4 - 20)	9 (9 - 45)
Test İstatistik ^a		142299,5	135475	123878	128688	141811	146011	127889	124066,5
p		<0,001	<0,001	0,176	0,043	<0,001	<0,001	0,063	0,159

^aTabloda; ^a: Mann-Whitney U testini, ^b: Kruskal-Wallis H testini, ^c:Sigara ve alkol kullanmayanlar olduğu için “n” sayısının azaldığını ve analizlerin “n” üzerinden yapıldığını, ^d: Independent T testini ve ^e: One Way Anova testini göstermektedir.

Tablo 12 (Devam). Bazı değişkenlere göre riskli davranışlar ölçeği üniversite formu toplam ve alt boyut puanlarının karşılaştırılması

n=1163

Değişkenler	n	Riskli davranışlar ölçeği üniversite formu toplam	Antisosyal davranışlar	Alkol kullanımı	Sigara kullanımı	İntihar eğilimi	Beslenme alışkanlıkları	Okul terki	Madde kullanımı
		Ortanca (Min-Max)	Ortanca (Min-Max)	Ortanca (Min-Max)	Ortanca (Min-Max)	Ortanca (Min-Max)	Ortanca (Min-Max)	Ortanca (Min-Max)	Ortanca (Min-Max)
Yemeğin tadına bakmadan tuz ekleme									
Evet	330	123 (60 - 283)	18 (10 - 50)	9 (9 - 45)	14 (8 - 40)	29,5 (12 - 60)	25 (8 - 40)	9 (4 - 20)	9 (9 - 45)
Hayır	833	110 (60 - 237)	16 (10 - 44)	9 (9 - 42)	12 (8 - 40)	26 (12 - 60)	22 (8 - 40)	8 (4 - 20)	9 (9 - 45)
Toplam	1163	113 (60 - 283)	16 (10 - 50)	9 (9 - 45)	13 (8 - 40)	27 (12 - 60)	23 (8 - 40)	8 (4 - 20)	9 (9 - 45)
Test İstatistik ^a		164822	162741,5	145236,5	150537	156044,5	169580	155719,5	140217,5
p		<0,001	<0,001	0,045	0,011	<0,001	<0,001	<0,001	0,475
Beslenme tipi									
Karbonhidrat ağırlıklı (1)	329	119 (60 - 250)	17 (10 - 45)	9 (9 - 44)	14 (8 - 39)	28 (12 - 60)	25 (8 - 40)	9 (4 - 19)	9 (9 - 38)
Protein ağırlıklı (2)	59	116 (60 - 283)	18 (10 - 39)	9 (9 - 39)	17 (8 - 40)	22 (12 - 60)	22 (8 - 40)	9 (4 - 20)	9 (9 - 45)
Sebze-meyve ağırlıklı (3)	24	91 (62 - 174)	13,5 (10 - 27)	9 (9 - 26)	10 (8 - 30)	21 (12 - 46)	16,5 (8 - 31)	7,5 (4 - 16)	9 (9 - 25)
Karışık (4)	751	111 (60 - 261)	16 (10 - 50)	9 (9 - 45)	12 (8 - 40)	27 (12 - 60)	23 (8 - 40)	8 (4 - 20)	9 (9 - 45)
Toplam	1163	113 (60 - 283)	16 (10 - 50)	9 (9 - 45)	13 (8 - 40)	27 (12 - 60)	23 (8 - 40)	8 (4 - 20)	9 (9 - 45)
Test İstatistik ^b		29,133	17,113	20,262	19,799	18,89	33,789	12,004	5,572
p		<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	0,007	0,134
Fark		(1-4) (1-3) (4-3) (2-3)	(1-4) (1-3)	(2-1) (2-4) (2-3)	(4-3) (2-3) (1-3) (2-4)	(1-2) (1-3)	(1-4) (1-3) (4-3) (2-3)	(1-4)	
Kendini sağlıklı bulma									
Evet	449	102 (60 - 261)	15 (10 - 40)	9 (9 - 45)	12 (8 - 40)	22 (12 - 58)	21 (8 - 40)	7 (4 - 20)	9 (9 - 45)
Hayır	714	120 (60 - 283)	17 (10 - 50)	9 (9 - 44)	14 (8 - 40)	30 (12 - 60)	24 (8 - 40)	9 (4 - 20)	9 (9 - 45)
Toplam	1163	113 (60 - 283)	16 (10 - 50)	9 (9 - 45)	13 (8 - 40)	27 (12 - 60)	23 (8 - 40)	8 (4 - 20)	9 (9 - 45)
Test İstatistik ^a		107717,5	133420,5	148812,5	143619	98531,5	112002,5	133758	155972
p		<0,001	<0,001	0,006	0,003	<0,001	<0,001	<0,001	0,303

^aTabloda; ^a: Mann-Whitney U testini, ^b: Kruskal-Wallis H testini, ^c:Sigara ve alkol kullanmayanlar olduğu için “n” sayısının azaldığını ve analizlerin “n” üzerinden yapıldığını, ^d: Independent T testini ve ^e: One Way Anova testini göstermektedir.

Tablo 12 (Devam). Bazı değişkenlere göre riskli davranışlar ölçeği üniversite formu toplam ve alt boyut puanlarının karşılaştırılması

n=1163

Değişkenler	n	Riskli davranışlar ölçeği üniversite formu toplam	Antisosyal davranışlar	Alkol kullanımı	Sigara kullanımı	İntihar eğilimi	Beslenme alışkanlıkları	Okul terki	Madde kullanımı
		Ortanca (Min-Max) $\bar{X} \pm SS$	Ortanca (Min-Max)	Ortanca (Min-Max)	Ortanca (Min-Max)	Ortanca (Min-Max)	Ortanca (Min-Max)	Ortanca (Min-Max)	Ortanca (Min-Max)
Genel olarak sağlığını değerlendirme									
Kötü (1)	144	135 (60 - 250)	20 (10 - 50)	9 (9 - 44)	20,5 (8 - 40)	37 (12 - 60)	25,5 (8 - 40)	10 (4 - 19)	9 (9 - 41)
Orta (2)	650	114 (60 - 283)	16 (10 - 44)	9 (9 - 45)	13 (8 - 40)	28 (12 - 60)	24 (8 - 40)	8 (4 - 20)	9 (9 - 45)
İyi (3)	369	102 (60 - 219)	15 (10 - 40)	9 (9 - 40)	11 (8 - 40)	22 (12 - 56)	21 (8 - 40)	7 (4 - 20)	9 (9 - 31)
Toplam	1163	113 (60 - 283)	16 (10 - 50)	9 (9 - 45)	13 (8 - 40)	27 (12 - 60)	23 (8 - 40)	8 (4 - 20)	9 (9 - 45)
Test İstatistik ^b		117,884	39,564	15,96	37,449	154,336	62,545	25,21	13,204
p		< 0,001	< 0,001	< 0,001	< 0,001	< 0,001	< 0,001	< 0,001	0,001
Fark		(1-2) (1-3) (2-3)	(1-2) (1-3) (2-3)	(1-2) (1-3)	(1-2) (1-3) (2-3)	(1-2) (1-3) (2-3)	(1-2) (1-3) (2-3)	(1-2) (1-3) (2-3)	(1-2) (1-3)
Sigara kullanımı									
Evet	389	138 (60 - 283)	19 (10 - 50)	9 (9 - 44)	30 (8 - 40)	31 (12 - 60)	25 (8 - 40)	10 (4 - 20)	9 (9 - 45)
Hayır	774	102 (60 - 261)	15 (10 - 44)	9 (9 - 45)	11 (8 - 40)	25 (12 - 60)	22 (8 - 40)	8 (4 - 20)	9 (9 - 45)
Toplam	1163	113 (60 - 283)	16 (10 - 50)	9 (9 - 45)	13 (8 - 40)	27 (12 - 60)	23 (8 - 40)	8 (4 - 20)	9 (9 - 45)
Test İstatistik ^a		250242	209821,5	200752	291829	189687,5	190717,5	184128,5	180228
p		<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
Sigara kullanım sıklığı									
Ayda 1 paket (1)	44	129,41 ± 23,28	18,5 (12 - 38)	9 (9 - 24)	19 (11 - 30)	31,5 (12 - 55)	26 (17 - 39)	9 (4 - 16)	9 (9 - 45)
Haftada 1 paket (2)	102	130,33 ± 28,63	18 (10 - 43)	9 (9 - 39)	25 (8 - 40)	28 (12 - 60)	25 (9 - 40)	9 (4 - 20)	9 (9 - 45)
Günde 1 paket ve üzeri (3)	243	147,37 ± 31,03	20 (10 - 50)	10 (9 - 44)	32 (8 - 40)	33 (12 - 60)	25 (8 - 40)	10 (4 - 20)	9 (9 - 41)
Toplam ^c	389	116,98 ± 31,57	16 (10 - 50)	9 (9 - 45)	13 (8 - 40)	27 (12 - 60)	23 (8 - 40)	8 (4 - 20)	9 (9 - 45)
Test İstatistik ^{e b}		17,086	5,479	7,12	140,82	4,494	6,72	8,219	1,806
p		< 0,001	0,065	0,028	< 0,001	0,106	0,035	0,016	0,405
Fark		(1-3) (2-3)		(2-3)	(1-2) (1-3) (2-3)			(2-3)	

*Tabloda; ^a: Mann-Whitney U testini, ^b: Kruskal-Wallis H testini, ^c: Sigara ve alkol kullanmayanlar olduğu için “n” sayısının azaldığını ve analizlerin “n” üzerinden yapıldığını, ^d: Independent T testini ve ^e: One Way Anova testini göstermektedir.

Tablo 12 (Devam). Bazı değişkenlere göre riskli davranışlar ölçeği üniversite formu toplam ve alt boyut puanlarının karşılaştırılması

n=1163									
Değişkenler	n	Riskli davranışlar ölçeği üniversite formu toplam	Antisosyal davranışlar	Alkol kullanımı	Sigara kullanımı	İntihar eğilimi	Beslenme alışkanlıkları	Okul terki	Madde kullanımı
		Ortanca (Min-Max) $\bar{X} \pm SS$	Ortanca (Min-Max)	Ortanca (Min-Max)	Ortanca (Min-Max)	Ortanca (Min-Max)	Ortanca (Min-Max) $\bar{X} \pm SS$	Ortanca (Min-Max)	Ortanca (Min-Max)
Alkol kullanımı									
Evet	151	151 (64 - 283)	21 (10 - 50)	19 (9 - 45)	29 (10 - 40)	32 (12 - 60)	25 (8 - 40)	10 (4 - 20)	9 (9 - 45)
Hayır	1012	108 (60 - 224)	16 (10 - 43)	9 (9 - 36)	12 (8 - 40)	27 (12 - 60)	23 (8 - 40)	8 (4 - 20)	9 (9 - 38)
Toplam	1163	113 (60 - 283)	16 (10 - 50)	9 (9 - 45)	13 (8 - 40)	27 (12 - 60)	23 (8 - 40)	8 (4 - 20)	9 (9 - 45)
Test İstatistik ^a		127614	114326	145559	126037,5	95129,5	98082	97013	96484,5
p		<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
Alkol kullanım sıklığı									
Ayda 1 kez	115	145,97 ± 27,66	21 (10 - 50)	17 (9 - 34)	28 (10 - 40)	31 (12 - 60)	25,75 ± 6,7	10 (4 - 19)	9 (9 - 45)
Haftada 1 kez ve üzeri	36	177,64 ± 44,37	24 (14 - 45)	26,5 (10 - 45)	30,5 (10 - 40)	40,5 (12 - 60)	27 ± 8,16	12 (4 - 20)	10 (9 - 45)
Toplam ^c	151	116,98 ± 31,57	16 (10 - 50)	9 (9 - 45)	13 (8 - 40)	27 (12 - 60)	22,78 ± 6,91	8 (4 - 20)	9 (9 - 45)
Test İstatistik ^{d a}		-4,044	1439,5	871	1882	1414	-0,837	1430	1581,5
p		< 0,001	0,006	< 0,001	0,412	0,004	0,407	0,005	0,02
Madde kullanımı									
Evet	11	180 (101 - 261)	29 (21 - 40)	29 (9 - 45)	28 (10 - 40)	40 (20 - 47)	27 (19 - 40)	12 (7 - 20)	27 (9 - 45)
Hayır	1152	113 (60 - 283)	16 (10 - 50)	9 (9 - 44)	13 (8 - 40)	27 (12 - 60)	23 (8 - 40)	8 (4 - 20)	9 (9 - 45)
Toplam	1163	113 (60 - 283)	16 (10 - 50)	9 (9 - 45)	13 (8 - 40)	27 (12 - 60)	23 (8 - 40)	8 (4 - 20)	9 (9 - 45)
Test İstatistik ^a		11683,5	11573	11709,5	9714,5	9675	9076	9761,5	11818
p		<0,001	<0,001	<0,001	0,002	0,003	0,013	0,002	<0,001

^aTabloda; ^a: Mann-Whitney U testini, ^b: Kruskal-Wallis H testini, ^c:Sigara ve alkol kullanmayanlar olduğu için “n” sayısının azaldığını ve analizlerin “n” üzerinden yapıldığını, ^d: Independent T testini ve ^e: One Way Anova testini göstermektedir.

Kadınlarda ortanca antisosyal davranışlar değeri 16, erkeklerde ise 19'dur. Bu ortanca antisosyal davranışlar değerleri cinsiyet faktörüne bağlı farklılık göstermektedir ($p<0,001$). Kadınlarda ve erkeklerde ortanca alkol kullanımı değeri 9 olarak elde edilmiştir. Farklılık sıra ortalamasında kaynaklanmaktadır. Kadınlarda alkol kullanımı değerinin sıra ortalaması 550,45 iken, erkeklerde 694,91 olduğu tespit edilmiştir. Bu ortanca alkol kullanımı değerleri kadın ve erkeklerde farklılık göstermektedir ($p<0,001$). Kadınlarda ortanca sigara kullanımı değeri 12 iken, erkeklerde 22,5 olarak elde edilmiştir. Elde edilen ortanca sigara kullanımı değerleri kadın ve erkeklerde farklılık göstermektedir ($p<0,001$). Kadınlarda ortanca intihar eğilimi değeri 27 iken, erkeklerde 28 olarak elde edilmiştir. Bu ortanca intihar eğilimi değerleri cinsiyet faktörüne göre farklılık göstermemektedir ($p=0,489$). Kadınlarda ve erkeklerde ortanca beslenme alışkanlıkları değeri 23 olarak elde edilmiştir. Elde edilen ortanca beslenme alışkanlıkları değerleri cinsiyet faktörüne göre farklılık göstermemektedir ($p=0,582$). Kadınlarda ortanca okul terki değeri 8 iken, erkeklerde 10 olarak elde edilmiştir. Bu ortanca okul terki değerleri kadın ve erkeklerde farklılık göstermektedir ($p<0,001$). Kadınlarda ve erkeklerde ortanca madde kullanımı değeri 9 olarak elde edilmiştir ve bu değerler arasında fark vardır ($p<0,001$). Farklılık sıra ortalamasında kaynaklanmaktadır. Kadınlarda madde kullanımı değerinin sıra ortalaması 551,34 iken, erkeklerde 691,73 olarak elde edilmiştir. Kadınlarda ortanca riskli davranışlar ölçeği toplam değeri 110 iken erkeklerde 127,5'dir ve bu değerler arasında fark vardır ($p<0,001$).

Sınıf faktörüne göre ortanca antisosyal davranış değerleri arasında fark olduğu tespit edilmiştir ($p=0,005$). 1. sınıflarda ortanca değer 16 iken, 2. sınıflarda 17 bulunmuştur. 1. ve 2. sınıflarda ortanca alkol kullanımı değeri 9'dur. Bu ortanca değerler sınıf faktörüne göre farklılık göstermemektedir ($p=0,150$). Sınıf faktörüne göre ortanca sigara kullanımı değerleri arasında fark olduğu tespit edilmiştir ($p<0,001$). 1. sınıflarda ortanca değer 12, 2. sınıflarda ise 15 olarak elde edilmiştir. 1. sınıflarda ortanca intihar eğilimi değeri 26 iken, 2. sınıflarda 28'dir. Bu ortanca intihar eğilimi değerleri 2. sınıf ve 1. sınıflarda farklılık göstermemektedir ($p=0,070$). 1. sınıflarda ortanca beslenme alışkanlıkları değeri 23 iken, 2. sınıflarda 24 olup ve bu değerler arasında istatistiksel olarak fark vardır ($p=0,045$). 1. sınıflarda ortanca okul terki değeri 8 iken, 2. sınıflarda 9 olarak elde edilmiştir ve elde edilen değerler arasında fark vardır ($p<0,001$). 2. sınıf ve 1. sınıflarda ortanca madde kullanımı değeri 9 olup, bu değerler arasında fark yoktur ($p=0,283$). 1. sınıflarda ortanca riskli

davranışlar ölçeği toplam değeri 109 iken, 2. sınıflarda 118 olup, bu değerler arasında fark vardır ($p<0,001$).

Örgün öğretimlerde ortanca antisosyal davranışlar değeri 16 iken, ikinci öğretimlerde 17'dir ve bu değerler arasında fark vardır ($p=0,006$). Örgün öğretimlerde ve ikinci öğretimlerde ortanca alkol kullanımı değeri 9'dur ve bu değerler arasında fark vardır ($p<0,001$). Farklılık sıra ortalamasından kaynaklanmaktadır. Örgün öğretimlerde alkol kullanımı değerinin sıra ortalaması 556,88 iken, ikinci öğretimlerde 633,56 olarak elde edilmiştir. Örgün öğretimlerde ortanca sigara kullanımı değeri 12 iken, ikinci öğretimlerde 15 olup, bu değerler öğrenim türü faktörüne bağlı farklılık göstermektedir ($p<0,001$). Örgün öğretimlerde ve ikinci öğretimlerde ortanca intihar eğilimi değeri 27 olup, bu intihar eğilimi değerleri örgün öğretim ve ikinci öğretimlerde farklılığa sahip değildir ($p=0,625$). Öğrenim türü faktörüne göre ortanca beslenme alışkanlıkları değerleri arasında fark olduğu tespit edilmiştir ($p=0,005$). Örgün öğretimlerde ortanca değer 23 iken, ikinci öğretimlerde 24 olarak elde edilmiştir. Örgün öğretimlerde ve ikinci öğretimlerde ortanca okul terki değeri 8 olup, bu değerler anlamlı farklılık göstermemektedir ($p=0,660$). Örgün öğretimlerde ve ikinci öğretimlerde ortanca madde kullanımı değeri 9 olup ve bu değerler arasında istatistiksel olarak fark vardır ($p=0,008$). Farklılık sıra ortalamasından kaynaklanmaktadır. Örgün öğretimlerde madde kullanımı değerinin sıra ortalaması 568,24 iken, ikinci öğretimlerde 610,24 olarak elde edilmiştir. Örgün öğretimlerde ortanca riskli davranışlar ölçeği toplam değeri 110 iken, ikinci öğretimlerde 119'dur. Bu ortanca değerleri öğrenim türüne göre farklılık göstermektedir ($p<0,001$).

BKİ sınıflarına göre ortanca antisosyal davranışlar değerleri arasında fark olmadığı tespit edilmiştir ($p=0,217$). Zayıf ve normallerde ortanca değer 16 iken, yüksek kilolu ve obezlerde 17'dir. BKİ sınıflarına göre ortanca alkol kullanımı değerleri arasında fark olmadığı tespit edilmiştir ($p=0,360$). Zayıflarda, normallerde ve yüksek kilolu ve obezlerde ortanca değer 9 olarak elde edilmiştir. BKİ sınıflarına göre ortanca sigara kullanımı değerleri arasında fark olmadığı tespit edilmiştir ($p=0,237$). Zayıflarda ortanca değeri 12, normallerde 13, yüksek kilolu ve obezlerde 14'tür. BKİ sınıflarına göre ortanca intihar eğilimi değerleri arasında fark olmadığı tespit edilmiştir ($p=0,061$). Zayıf ve normallerde 27 iken, yüksek kilolu ve obezlerde 28,5 olarak elde edilmiştir. BKİ sınıflarına göre ortanca beslenme alışkanlıkları değerleri arasında fark olmadığı tespit edilmiştir ($p=0,205$). Zayıflarda ortanca değer 22 olup, normallerde ve yüksek kilolu ve obezlerde 23 olarak tespit edilmiştir. BKİ

sınıflarına göre ortalama okul terki değerleri arasında fark olduğu tespit edilmiştir ($p=0,009$). Zayıflarda ortalama değer 7 iken, normallerde 8 ve yüksek kilolu ve obezlerde 8,5 olarak elde edilmiştir. Zayıf ile normal ve yüksek kilolu ve obez arasında anlamlı bir fark vardır. Normal ile yüksek kilolu ve obez arasında anlamlı bir fark yoktur. BKİ sınıflarına göre ortalama madde kullanımı değerleri arasında fark olmadığı tespit edilmiştir ($p=0,189$). Zayıflarda, normallerde ve yüksek kilolu ve obezlerde ortalama değer 9 olarak elde edilmiştir. BKİ sınıflarına göre ortalama riskli davranışlar lçeği toplam değerleri arasında fark olduğu tespit edilmiştir ($p=0,035$). Ancak oklu karşılaştırma sonucunda bir fark elde edilmemiştir.

Yeterli ve dengeli beslenenlerde ortalama antisosyal davranışlar değeri 16 iken, yeterli ve dengeli beslenmeyenlerde 17 olarak tespit edilmiştir. Elde edilen ortalama antisosyal davranışlar değerleri yeterli ve dengeli beslenme durumu faktörüne göre farklılık göstermektedir ($p=0,003$). Yeterli ve dengeli beslenenlerde ve beslenmeyenlerde ortalama alkol kullanımı değeri 9'dur. Bu ortalama alkol kullanımı değerleri yeterli ve dengeli beslenmeyenlerde ve beslenenlerde farklılık göstermemektedir ($p=0,214$). Yeterli ve dengeli beslenenlerde ortalama sigara kullanımı değeri 11 iken, yeterli ve dengeli beslenmeyenlerde 14'tür. Bu ortalama sigara kullanımı değerleri yeterli ve dengeli beslenmeyenlerde ve beslenenlerde anlamlı farklılığa sahiptir ($p<0,001$). Yeterli ve dengeli beslenenlerde ortalama intihar eğilimi değeri 22 iken, yeterli ve dengeli beslenmeyenlerde 28 olup, bu değerler arasında fark vardır ($p<0,001$). Yeterli ve dengeli beslenenlerde ortalama beslenme alışkanlıkları değeri 20 iken, yeterli ve dengeli beslenmeyenlerde 24 olarak elde edilmiştir. Elde edilen ortalama değerler yeterli ve dengeli beslenme durumu faktörüne göre farklılık göstermektedir ($p<0,001$). Yeterli ve dengeli beslenenlerde ortalama okul terki değeri 7 iken, yeterli ve dengeli beslenmeyenlerde 9 olarak elde edilmiştir. Elde edilen ortalama okul terki değerleri yeterli ve dengeli beslenmeyenlerde ve beslenenlerde farklılık göstermektedir ($p<0,001$). Yeterli ve dengeli beslenenlerde ve beslenmeyenlerde ortalama madde kullanımı değeri 9 olup, bu ortalama madde kullanımı değerleri yeterli ve dengeli beslenenlerde ve beslenmeyenlerde farklılık göstermemektedir ($p=0,354$). Yeterli ve dengeli beslenenlerde ortalama riskli davranışlar lçeği toplam değeri 101 iken, yeterli ve dengeli beslenmeyenlerde 116 olarak elde edilmiştir. Elde edilen ortalama riskli davranışlar lçeği toplam değerleri yeterli ve dengeli beslenenlerde ve beslenmeyenlerde farklılık göstermektedir ($p<0,001$).

Egzersiz yapanlarda ve yapmayanlarda ortalama antisosyal davranışlar değeri 16 olup, bu ortalama antisosyal davranışlar değerleri farklılık göstermemektedir ($p=0,547$). Egzersiz

yapanlarda ve yapmayanlarda ortalanca alkol kullanımı değeri 9 olup, bu değerler arasında istatistiksel olarak fark yoktur ($p=0,306$). Egzersiz yapanlarda ortalanca sigara kullanımı değeri 12, yapmayanlarda 14'tür. Bu ortalanca sigara kullanımı değerleri yapmayan ve yapanlarda farklılık göstermemektedir ($p=0,441$). Düzenli egzersiz yapma durumu faktörüne göre ortalanca intihar eğilimi değerleri arasında fark olduğu tespit edilmiştir ($p<0,001$). Egzersiz yapanlarda ortalanca değer 25 iken, yapmayanlarda 29 olarak elde edilmiştir. Düzenli egzersiz yapma durumu faktörüne göre ortalanca beslenme alışkanlıkları değerleri arasında fark olduğu tespit edilmiştir ($p<0,001$). Egzersiz yapanlarda ortalanca değer 22 olup, yapmayanlarda 24'tür. Düzenli egzersiz yapma durumu faktörüne göre ortalanca okul terki değerleri arasında istatistiksel olarak fark olmadığı saptanmıştır ($p=0,795$). Egzersiz yapanlarda ve yapmayanlarda ortalanca değer 8'dir. Egzersiz yapanlarda ve yapmayanlarda ortalanca madde kullanımı değeri 9'dur ve bu değerler arasında istatistiksel olarak fark yoktur ($p=0,757$). Egzersiz yapanlarda ortalanca riskli davranışlar ölçeği toplam değeri 108 iken, yapmayanlarda 116'dır. Bu ortalanca değerler düzenli egzersiz yapma durumu faktörüne göre farklılık göstermektedir ($p=0,002$).

Hareketsiz (sedanter) bir yaşam tarzı olanlarda ortalanca antisosyal davranışlar değeri 17 iken, sedanter olmayanlarda 16 olup, bu değerler arasında istatistiksel olarak fark vardır ($p=0,027$). Sedanter yaşam tarzı olanlarda ve olmayanlarda ortalanca alkol kullanımı değeri 9 olarak elde edilmiştir. Elde edilen ortalanca alkol kullanımı değerleri hareketsiz bir yaşam tarzı olma durumu faktörüne göre farklılık göstermemektedir ($p=0,871$). Sedanter yaşam tarzı olanlarda ortalanca sigara kullanımı değeri 12 iken, sedanter olmayanlarda 13 olarak elde edilmiştir. Elde edilen ortalanca değerler hareketsiz bir yaşam tarzı olma durumu faktörüne göre farklılık göstermemektedir ($p=0,635$). Sedanter yaşam tarzı olanlarda ortalanca intihar eğilimi değeri 33 iken, sedanter olmayanlarda 25 olarak elde edilmiştir. Elde edilen ortalanca intihar eğilimi değerleri sedanter yaşam tarzı olanlarda ve olmayanlarda farklılık göstermektedir ($p<0,001$). Hareketsiz bir yaşam tarzı olma durumu faktörüne göre ortalanca beslenme alışkanlıkları değerleri arasında fark olduğu tespit edilmiştir ($p<0,001$). Sedanter yaşam tarzı olanlarda ortalanca değer 25 olup, olmayanlarda 22'dir. Sedanter yaşam tarzı olanlarda ortalanca okul terki değeri 9 iken, sedanter olmayanlarda 8 olarak elde edilmiştir. Elde edilen ortalanca değerler hareketsiz bir yaşam tarzı olma durumu faktörüne göre farklılık göstermektedir ($p<0,001$). Sedanter yaşam tarzı olanlarda ve olmayanlarda ortalanca madde kullanımı değeri 9 olup, bu değerler arasında istatistiksel olarak fark yoktur ($p=0,930$).

Sedanter yaşam tarzı olanlarda ortalanca riskli davranışlar ölçeği toplam değeri 124 iken, sedanter olmayanlarda 109 olarak elde edilmiştir. Elde edilen ortalanca riskli davranışlar ölçeği toplam değerleri sedanter yaşam tarzı olanlarda ve olmayanlarda farklılık göstermektedir ($p<0,001$).

KB ölçümünü yapma durumu faktörüne göre ortalanca antisosyal davranışlar değerleri arasında fark olduğu saptanmıştır ($p=0,007$). KB ölçümünü yapmayanlarda ortalanca değer 16 iken, yapanlarda 17 olarak elde edilmiştir. KB ölçümünü yapanlarda ve yapmayanlarda ortalanca alkol kullanımı değeri 9 olup, bu değerler arasında istatistiksel olarak fark yoktur ($p=0,350$). KB ölçümünü yapmayanlarda ortalanca sigara kullanımı değeri 12 olup, yapanlarda 14'tür. Bu ortalanca sigara kullanımı değerleri KB ölçümünü yapma durumu faktörüne göre farklılık göstermektedir ($p=0,031$). KB ölçümünü yapmayanlarda ortalanca intihar eğilimi değeri 27 iken, yapanlarda 28 olup, bu değerler arasında istatistiksel olarak fark yoktur ($p=0,409$). KB ölçümünü yapanlarda ve yapmayanlarda ortalanca beslenme alışkanlıkları değeri 23 olup, bu ortalanca beslenme alışkanlıkları değerleri KB ölçümünü yapma durumu faktörüne göre farklılık göstermemektedir ($p=0,464$). KB ölçümünü yapmayanlarda ortalanca okul terki değeri 8 iken, yapanlarda 9 olup, bu değerler arasında fark vardır ($p=0,004$). KB ölçümünü yapanlarda ve yapmayanlarda ortalanca madde kullanımı değeri 9 olup, bu ortalanca madde kullanımı değerleri farklılık göstermemektedir ($p=0,848$). KB ölçümünü yapmayanlarda ortalanca riskli davranışlar ölçeği toplam değeri 109 iken, yapanlarda 115 olup, bu ortalanca değerler KB ölçümünü yapma durumu faktörüne göre farklılık göstermektedir ($p=0,028$).

Kronik hastalığı olanlarda ortalanca antisosyal davranışlar değeri 18 iken, olmayanlarda 16 olup, bu değerler arasında fark vardır ($p<0,001$). Kronik hastalığı olanlarda ve olmayanlarda ortalanca alkol kullanımı değeri 9 olup, bu değerler arasında fark vardır ($p=0,012$). Bu farklılık sıra ortalamasından kaynaklanmakta olup kronik hastalığı olanlarda sıra ortalaması 643,90 iken olmayanlarda 576,43 olarak elde edilmiştir. Kronik hastalığı olanlarda ortalanca sigara kullanımı değeri 19 iken, olmayanlarda 13 olup, bu ortalanca sigara kullanımı değerleri kronik hastalığı olmayanlarda ve olanlarda farklılık göstermektedir ($p<0,001$). Kronik hastalığı olanlarda ortalanca intihar eğilimi değeri 33,5 iken, olmayanlarda 27 olup, bu değerler arasında fark vardır ($p<0,001$). Kronik hastalığı olanlarda ortalanca beslenme alışkanlıkları değeri 24 iken, olmayanlarda 23 olup, bu ortalanca beslenme alışkanlıkları değerleri kronik bir hastalığı olma durumu faktörüne göre farklılık

göstermemektedir ($p=0,810$). Kronik hastalığı olanlarda ortalama okul terki değeri 10 iken, olmayanlarda 8 olup, bu değerler arasında istatistiksel olarak fark vardır ($p=0,019$). Kronik hastalığı olanlarda ve olmayanlarda ortalama madde kullanımı değeri 9'dur. Bu değerler arasında fark yoktur ($p=0,339$). Kronik hastalığı olanlarda ortalama riskli davranışlar ölçeği toplam değeri 128 iken, olmayanlarda 112 olarak elde edilmiştir. Elde edilen ortalama değerler kronik bir hastalığı olma durumu faktörüne göre farklılık göstermektedir ($p<0,001$).

Ailede kronik hastalık öyküsü olan kişilerde ortalama antisosyal davranışlar değeri 17 iken, ailede kronik hastalık öyküsü olmayanlarda 16 olarak elde edilmiştir. Elde edilen ortalama antisosyal davranışlar değerleri ailede kronik bir hastalığı olan kişi varlığı faktörüne göre farklılık göstermektedir ($p=0,025$). Ailede kronik hastalık öyküsü olanlarda ve olmayanlarda ortalama alkol kullanımı değeri 9 olup, bu değerler arasında fark yoktur ($p=0,853$). Ailede kronik hastalık öyküsü olanlarda ortalama sigara kullanımı değeri 14 iken, ailede kronik hastalık öyküsü olmayanlarda 13 olarak elde edilmiştir. Elde edilen ortalama sigara kullanımı değerleri ailede kronik bir hastalığı olan kişi varlığı faktörüne göre farklılık göstermemektedir ($p=0,238$). Ailede kronik hastalık öyküsü olanlarda ortalama intihar eğilimi değeri 28 iken, ailede kronik hastalık öyküsü olmayanlarda 26 olarak elde edilmiştir. Elde edilen ortalama değerler ailede kronik bir hastalığı olan kişi varlığı faktörüne göre farklılık göstermektedir ($p<0,001$). Ailede kronik hastalık öyküsü olanlarda ve olmayanlarda ortalama beslenme alışkanlıkları değeri 23 olup, bu değerler arasında istatistiksel olarak fark vardır ($p=0,037$). Bu farklılık sıra ortalamasından kaynaklanmakta olup, ailesinde kronik hastalığı olanlarda sıra ortalaması 603,59 iken, olmayanlarda 562,57 olarak elde edilmiştir. Ailede kronik hastalık öyküsü olanlarda ve olmayanlarda ortalama okul terki değeri 8 olarak elde edilmiştir. Elde edilen ortalama okul terki değerleri ailede kronik bir hastalığı olan kişi varlığı faktörüne göre farklılık göstermemektedir ($p=0,328$). Ailede kronik hastalık öyküsü olanlarda ve olmayanlarda ortalama madde kullanımı değeri 9 olarak elde edilmiştir. Elde edilen ortalama madde kullanımı değerleri ailede kronik bir hastalığı olan kişi varlığı faktörüne göre farklılık göstermemektedir ($p=0,603$). Ailede kronik bir hastalığı olan kişi varlığı faktörüne göre ortalama riskli davranışlar ölçeği toplam değerleri arasında fark olduğu tespit edilmiştir ($p=0,004$). Ailede kronik hastalık öyküsü olan ortalama değer 116 iken, ailede kronik hastalık öyküsü olmayanlarda 109,5 olarak elde edilmiştir.

Baş ağrısı, baş dönmesi, vertigo, kulak çınlaması, görme bozukluğu, sersemlik ve bayılma nöbetleri gibi sorunların yaşanma durumu faktörüne göre ortalama antisosyal

davranışlar değerleri arasında fark olduğu tespit edilmiştir ($p<0,001$). Baş ağrısı vb. sorun yaşayanlarda ortanca değer 17 olup, sorun yaşamayanlarda 16'dır. Baş ağrısı vb. sorun yaşayanlarda ve yaşamayanlarda ortanca alkol kullanımı değeri 9 olarak elde edilmiştir. Elde edilen ortanca değerler baş ağrısı vb. sorunların yaşanma durumu faktörüne göre farklılık göstermemektedir ($p=0,471$). Baş ağrısı vb. sorun yaşayanlarda ortanca sigara kullanımı değeri 15 iken, sorun yaşamayanlarda 12 olup, bu değerler arasında fark vardır ($p=0,004$). Baş ağrısı vb. sorun yaşayanlarda ortanca intihar eğilimi değeri 31 iken, sorun yaşamayanlarda 25 olarak elde edilmiştir. Elde edilen ortanca intihar eğilimi değerleri baş ağrısı vb. sorun yaşayanlarda ve yaşamayanlarda farklılık göstermektedir ($p<0,001$). Baş ağrısı vb. sorun yaşayanlarda ortanca beslenme alışkanlıkları değeri 24 iken, sorun yaşamayanlarda 22 olup, bu değerler arasında istatistiksel olarak fark vardır ($p<0,001$). Baş ağrısı vb. sorun yaşayanlarda ortanca okul terki değeri 9 iken, sorun yaşamayanlarda 8 olarak elde edilmiştir. Elde edilen ortanca okul terki değerleri baş ağrısı vb. sorunların yaşanma durumu faktörüne göre farklılık göstermektedir ($p=0,003$). Baş ağrısı vb. sorun yaşayanlarda ve yaşamayanlarda ortanca madde kullanımı değeri 9 olarak elde edilmiştir. Elde edilen ortanca madde kullanımı değerleri baş ağrısı vb. sorunların yaşanma durumu faktörüne göre farklılık göstermemektedir ($p=0,416$). Baş ağrısı vb. sorun yaşayanlarda ortanca riskli davranışlar ölçeği toplam değeri 120 iken, sorun yaşamayanlarda 107 olarak elde edilmiştir. Elde edilen ortanca riskli davranışlar ölçeği toplam değerleri baş ağrısı, baş dönmesi, vertigo, kulak çınlaması, görme bozukluğu, sersemlik ve bayılma nöbetleri gibi sorunların yaşanma durumu faktörüne göre farklılık göstermektedir ($p<0,001$).

Kendini stresli olarak tanımlayanlarda ortanca antisosyal davranışlar değeri 17 olup, stresli olmayanlarda 14'tür. Elde edilen ortanca antisosyal davranışlar değerleri stresli olma durumu faktörüne göre farklılık göstermektedir ($p<0,001$). Stresli olanlarda ve olmayanlarda ortanca alkol kullanımı değeri 9 olup, bu ortanca alkol kullanımı değerleri farklılık göstermemektedir ($p=0,131$). Stresli olanlarda ortanca sigara kullanımı değeri 14 iken, stresli olmayanlarda 11 olup, bu ortanca sigara kullanım durumuna göre farklılık göstermektedir ($p<0,001$). Stresli olma durumu faktörüne göre ortanca intihar eğilimi değerleri arasında fark olduğu tespit edilmiştir ($p<0,001$). Stresli olanlarda ortanca değer 29 iken, stresli olmayanlarda 19,5 olarak elde edilmiştir. Stresli olanlarda ortanca beslenme alışkanlıkları değeri 23 iken, stresli olmayanlarda 21'dir. Bu ortanca beslenme alışkanlıkları değerleri stresli olma durumu faktörüne göre farklılık göstermektedir ($p<0,001$). Stresli

olanlarda ortalama okul terki değeri 9 iken, stresli olmayanlarda 7'dir. Bu ortalama değerleri stresli olma durumuna göre farklılık göstermektedir ($p<0,001$). Stresli olanlarda ve olmayanlarda ortalama madde kullanımı değeri 9'dur. Bu ortalama değerleri stresli olma durumu faktörüne göre farklılık göstermemektedir ($p=0,332$). Stresli olanlarda ortalama riskli davranışlar ölçeği toplam değeri 116 iken, stresli olmayanlarda 97 olup, bu ortalama değerleri stresli olma durumu faktörüne göre farklılık göstermektedir ($p<0,001$).

Uykusu düzenlilerde ortalama antisosyal davranışlar değeri 14 iken, düzensizlerde 17'dir. Bu ortalama değerleri uyku düzeni faktörüne göre farklılık göstermektedir ($p<0,001$). Uyku düzeni faktörüne göre ortalama alkol kullanımı değerleri arasında fark olduğu saptanmıştır ($p<0,001$). Uykusu düzenli ve düzensizlerde ortalama değer 9 olarak elde edilmiştir. Bu farklılık sıra ortalamasından kaynaklanmaktadır. Düzenli olanlarda 513,06 iken, düzensizlerde 601,27 olarak elde edilmiştir. Düzenlilerde ortalama sigara kullanımı değeri 10 iken, düzensizlerde 15 olup, bu ortalama değerleri uyku düzeni faktörüne göre farklılık göstermektedir ($p<0,001$). Uyku düzeni faktörüne göre ortalama intihar eğilimi değerleri arasında fark olduğu tespit edilmiştir ($p<0,001$). Düzenlilerde ortalama değer 20 iken, düzensizlerde 29 olarak elde edilmiştir. Düzenlilerde ortalama beslenme alışkanlıkları değeri 20 iken, düzensizlerde 24'tür. Bu ortalama beslenme alışkanlıkları değerleri düzenli ve düzensizlerde farklılık göstermektedir ($p<0,001$). Düzenlilerde ortalama okul terki değeri 7 iken, düzensizlerde 9 olarak elde edilmiştir. Bu ortalama okul terki değerleri uyku düzeni faktörüne göre farklılık göstermektedir ($p<0,001$). Uykusu düzenli ve düzensizlerde ortalama madde kullanımı değeri 9 olarak elde edilmiştir. Elde edilen ortalama madde kullanımı değerleri uyku düzeni faktörüne göre farklılık göstermektedir ($p<0,001$). Bu farklılık sıra ortalamasından kaynaklanmakta olup düzenlilerde sıra ortalaması 53,07 iken, düzensizlerde 596,23 olarak elde edilmiştir. Uyku düzeni faktörüne göre ortalama riskli davranışlar ölçeği toplam değerleri arasında fark olduğu tespit edilmiştir ($p<0,001$). Düzenlilerde ortalama değer 96 iken, düzensizlerde 119 olarak elde edilmiştir.

Günlük tükettiği tuzun fazla olduğunu düşünenlerde ortalama antisosyal davranışlar değeri 18 iken, fazla olduğunu düşünmeyenlerde 16 olarak elde edilmiştir. Elde edilen ortalama değerler günlük tükettiği tuzun fazla olduğunu düşünme durumu faktörüne göre farklılık göstermektedir ($p<0,001$). Günlük tükettiği tuzun fazla olduğunu düşünenlerde ve düşünmeyenlerde ortalama alkol kullanımı değeri 9'dur. Elde edilen ortalama alkol kullanımı değerleri günlük tükettiği tuzun fazla olduğunu düşünme durumu faktörüne göre farklılık

göstermemektedir ($p=0,176$). Günlük tükettiği tuzun fazla olduğunu düşünmeyenlerde ortalama sigara kullanımı değeri 13 iken, fazla olduğunu düşünenlerde 14'tür. Elde edilen ortalama değerler günlük tükettiği tuzun fazla olduğunu düşünme durumu faktörüne göre farklılık göstermektedir ($p=0,043$). Günlük tükettiği tuzun fazla olduğunu düşünmeyenlerde ortalama intihar eğilimi değeri 26 iken, fazla olduğunu düşünenlerde 31'dir. Bu ortalama intihar eğilimi değerleri günlük tükettiği tuzun fazla olduğunu düşünen ve düşünmeyenlerde farklılık göstermektedir ($p<0,001$). Günlük tükettiği tuzun fazla olduğunu düşünmeyenlerde ortalama beslenme alışkanlıkları değeri 22 iken, fazla olduğunu düşünenlerde 25 olarak elde edilmiştir. Elde edilen ortalama değerler günlük tükettiği tuzun fazla olduğunu düşünme durumu faktörüne göre farklılık göstermektedir ($p<0,001$). Günlük tükettiği tuzun fazla olduğunu düşünme durumuna göre ortalama okul terki değerleri arasında istatistiksel olarak fark olmadığı tespit edilmiştir ($p=0,063$). Günlük tükettiği tuzun fazla olduğunu düşünmeyenlerde ortalama değer 8 iken, fazla olduğunu düşünenlerde 9'dur. Günlük tükettiği tuzun fazla olduğunu düşünenlerde ve düşünmeyenlerde ortalama madde kullanımı değeri 9'dur. Bu ortalama madde kullanımı değerleri farklılık göstermemektedir ($p=0,159$). Günlük tükettiği tuzun fazla olduğunu düşünmeyenlerde ortalama riskli davranışlar ölçeği toplam değeri 110 iken, fazla olduğunu düşünenlerde 122'dir ve bu değerler arasında fark vardır ($p<0,001$).

Yemeğin tadına bakmadan tuz ekleyenlerde ortalama antisosyal davranışlar değeri 18 iken, eklemeyenlerde 16 olarak elde edilmiştir. Elde edilen ortalama antisosyal davranışlar değerleri yemeğin tadına bakmadan tuz ekleme durumu faktörüne göre farklılık göstermektedir ($p<0,001$). Yemeğin tadına bakmadan tuz ekleyenlerde ve eklemeyenlerde ortalama alkol kullanımı değeri 9'dur ve bu değerler arasında fark vardır ($p=0,045$). Farklılık sıra ortalamasından kaynaklanmaktadır. Yemeğin tadına bakmadan tuz ekleyenlerde alkol kullanımı değeri sıra ortalaması 605,61 iken, eklemeyenlerde 572,65 olarak elde edilmiştir. Yemeğin tadına bakmadan tuz ekleyenlerde ortalama sigara kullanımı değeri 14 iken, eklemeyenlerde 12'dir. Bu değerler arasında fark vardır ($p=0,011$). Yemeğin tadına bakmadan tuz ekleyenlerde ortalama intihar eğilimi değeri 29,5 olup, eklemeyenlerde 26'dir. Bu ortalama intihar eğilimi değerleri yemeğin tadına bakmadan tuz ekleyenlerde ve eklemeyenlerde farklılık göstermektedir ($p<0,001$). Yemeğin tadına bakmadan tuz ekleyenlerde ortalama beslenme alışkanlıkları değeri 25 olup, eklemeyenlerde 22'dir. Bu değerler arasında fark vardır ($p<0,001$). Yemeğin tadına bakmadan tuz ekleyenlerde ortalama

okul terki değeri 9, eklemeyenlerde ise 8'dir. Bu ortanca okul terki değerleri yemeğin tadına bakmadan tuz ekleme durumu faktörüne göre farklılık göstermektedir ($p<0,001$). Yemeğin tadına bakmadan tuz ekleme durumu faktörüne göre ortanca madde kullanımı değerleri arasında farka sahip olmadığı tespit edilmiştir ($p=0,475$). Yemeğin tadına bakmadan tuz ekleyenlerde ve eklemeyenlerde ortanca değer 9 olarak elde edilmiştir. Yemeğin tadına bakmadan tuz ekleme durumu faktörüne göre ortanca riskli davranışlar ölçeği toplam değerleri arasında fark olduğu tespit edilmiştir ($p<0,001$). Yemeğin tadına bakmadan tuz ekleyenlerde ortanca değer 123, eklemeyenlerde ise 110'dur.

Beslenme tiplerine göre ortanca antisosyal davranışlar değerleri arasında anlamlı bir fark olduğu tespit edilmiştir ($p<0,001$). Karbonhidrat ağırlıklı ortanca değer 17 iken, protein ağırlıklı 18, sebze-meyve ağırlıklı 13,5 ve karışık beslenenlerde 16 olarak elde edilmiştir. Karbonhidrat ağırlıklı ile protein ağırlıklı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yok iken karbonhidrat ağırlıklı ile karışık ve sebze-meyve ağırlıklı arasında anlamlı bir fark vardır. Karışık ile protein ağırlıklı ve sebze-meyve ağırlıklı arasında anlamlı bir fark yoktur. Protein ağırlıklı ile sebze-meyve ağırlıklı arasında fark yoktur. Beslenme tiplerine göre ortanca alkol kullanımı değerleri arasında fark olduğu tespit edilmiştir ($p<0,001$). Karbonhidrat ağırlıklı, protein ağırlıklı, sebze-meyve ağırlıklı ve karışıktaki ortanca değer 9 olarak elde edilmiştir. Farklılık sıra ortalamasından kaynaklanmaktadır. Karbonhidrat ağırlıklı sıra ortalaması 584,89 iken, protein ağırlıklı 720,88, sebze-meyve ağırlıklı 526,79 ve karışıktaki 571,59 olarak elde edilmiştir. Karbonhidrat ağırlıklı ile karışık ve sebze-meyve ağırlıklı arasında anlamlı bir fark yok iken karbonhidrat ağırlıklı ile protein ağırlıklı arasında anlamlı bir fark vardır. Karışık ile sebze-meyve ağırlıklı arasında anlamlı bir fark yok iken karışık ile protein ağırlıklı arasında anlamlı bir fark vardır. Protein ağırlıklı ile sebze-meyve ağırlıklı arasında anlamlı bir fark vardır. Beslenme tiplerine göre ortanca sigara kullanımı değerleri arasında fark olduğu tespit edilmiştir ($p<0,001$). Karbonhidrat ağırlıklı ortanca değer 14 iken, protein ağırlıklı 17, sebze-meyve ağırlıklı 10 ve karışıktaki 12 olarak elde edilmiştir. Karbonhidrat ağırlıklı ile karışık ve protein ağırlıklı arasında fark yok iken karbonhidrat ağırlıklı ile sebze-meyve ağırlıklı arasında anlamlı bir fark vardır. Karışık ile protein ağırlıklı ve sebze-meyve ağırlıklı arasında anlamlı bir fark vardır. Protein ağırlıklı ile sebze-meyve ağırlıklı arasında anlamlı bir fark vardır. Beslenme tiplerine göre ortanca intihar eğilimi değerleri arasında fark olduğu tespit edilmiştir ($p<0,001$). Karbonhidrat ağırlıklı ortanca değer 28 iken, protein ağırlıklı 22, sebze-meyve ağırlıklı 21 ve

karışıktta 27 olarak elde edilmiştir. Karbonhidrat ağırlıklı ile karışık arasında fark yok iken karbonhidrat ağırlıklı ile protein ağırlıklı ve sebze-meyve ağırlıklı arasında anlamlı fark vardır. Karışık ile protein ağırlıklı ve sebze-meyve ağırlıklı arasında fark yoktur. Protein ağırlıklı ile sebze-meyve ağırlıklı arasında fark yoktur. Beslenme tiplerine göre ortalanca beslenme alışkanlıkları değerleri arasında fark olduğu tespit edilmiştir ($p<0,001$). Karbonhidrat ağırlıklıda ortalanca değer 25 iken, protein ağırlıklıda 22, sebze-meyve ağırlıklıda 16,5 ve karışıktta 23 olarak elde edilmiştir. Karbonhidrat ağırlıklı ile protein ağırlıklı arasında fark yok iken karbonhidrat ağırlıklı ile karışık ve sebze-meyve ağırlıklı arasında anlamlı bir fark vardır. Karışık ile protein ağırlıklı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yok iken karışık ile sebze-meyve ağırlıklı arasında anlamlı bir fark vardır. Protein ağırlıklı ile sebze-meyve ağırlıklı arasında anlamlı bir fark vardır. Beslenme tiplerine göre ortalanca okul terki değerleri arasında fark olduğu tespit edilmiştir ($p=0,007$). Karbonhidrat ağırlıklı ve protein ağırlıklı'da ortalanca değer 9 iken, sebze-meyve ağırlıklı'da 7,5 ve karışıktta 8 olarak elde edilmiştir. Karbonhidrat ağırlıklı ile protein ağırlıklı ve sebze-meyve ağırlıklı arasında fark yok iken karbonhidrat ağırlıklı ile karışık arasında anlamlı bir fark vardır. Karışık ile protein ağırlıklı ve sebze-meyve ağırlıklı arasında anlamlı bir fark yoktur. Protein ağırlıklı ile sebze-meyve ağırlıklı arasında anlamlı bir fark yoktur. Beslenme tiplerine göre ortalanca madde kullanımı değerleri arasında fark olmadığı tespit edilmiştir ($p=0,134$). Karbonhidrat ağırlıklı, protein ağırlıklı, sebze-meyve ağırlıklı ve karışıktta ortalanca değer 9'dur. Beslenme tiplerine göre ortalanca riskli davranışlar ölçeği toplam değerleri arasında fark olduğu tespit edilmiştir ($p<0,001$). Karbonhidrat ağırlıklıda ortalanca değer 119 iken, protein ağırlıklıda 116, sebze-meyve ağırlıklıda 91 ve karışıktta 111 olarak elde edilmiştir. Karbonhidrat ağırlıklı ile protein ağırlıklı arasında fark yok iken karbonhidrat ağırlıklı ile karışık ve sebze-meyve ağırlıklı arasında anlamlı bir fark vardır. Karışık ile protein ağırlıklı arasında fark yok iken karışık ile sebze-meyve ağırlıklı arasında anlamlı bir fark vardır. Protein ağırlıklı ile sebze-meyve ağırlıklı arasında anlamlı bir fark vardır.

Kendini sağlıklı bulanlarda ortalanca antisosyal davranışlar değeri 15 olup, kendini sağlıklı bulmayanlarda 17'dir. Bu değerler arasında anlamlı fark vardır ($p<0,001$). Kendini sağlıklı bulanlarda ve bulmayanlarda ortalanca alkol kullanımı değeri 9 olup, bu ortalanca alkol kullanımı değerleri kendini sağlıklı bulanlarda ve bulmayanlarda farklılık göstermektedir ($p=0,006$). Farklılık sıra ortalamasından kaynaklanmaktadır. Kendini sağlıklı bulanlarda alkol kullanımı değeri sıra ortalaması 556,43 iken, bulmayanlarda 598,08 olarak elde

edilmiştir. Kendini sağlıklı bulanlarda ortalanca sigara kullanımı değeri 12 iken, kendini sağlıklı bulmayanlarda 14 olup, bu ortalanca değerleri kendini sağlıklı bulma durumu faktörüne göre farklılık göstermektedir ($p=0,003$). Kendini sağlıklı bulanlarda ortalanca intihar eğilimi değeri 22 iken, bulmayanlarda 30'dur. Elde edilen ortalanca değerler kendini sağlıklı bulma durumu faktörüne göre farklılık göstermektedir ($p<0,001$). Kendini sağlıklı bulanlarda ortalanca beslenme alışkanlıkları değeri 21, bulmayanlarda 24 olup, bu değerler arasında fark vardır ($p<0,001$). Kendini sağlıklı bulma durumuna göre ortalanca okul terki değerleri arasında fark olduğu tespit edilmiştir ($p<0,001$). Kendini sağlıklı bulanlarda ortalanca değer 7 iken, bulmayanlarda 9'dur. Kendini sağlıklı bulanlarda ve bulmayanlarda ortalanca madde kullanımı değeri 9 olarak elde edilmiştir. Elde edilen ortalanca madde kullanımı değerleri kendini sağlıklı bulanlarda ve bulmayanlarda farklılık göstermemektedir ($p=0,303$). Kendini sağlıklı bulanlarda ortalanca riskli davranışlar ölçeği toplam değeri 102 iken, kendini sağlıklı bulmayanlarda 120 olarak elde edilmiştir. Elde edilen ortalanca riskli davranışlar ölçeği toplam değerleri kendini sağlıklı bulanlarda ve bulmayanlarda farklılık göstermektedir ($p<0,001$).

Genel olarak sağlığını değerlendirme durumuna göre ortalanca antisosyal davranışlar değerleri arasında fark olduğu tespit edilmiştir ($p<0,001$). Kötüde ortalanca değer 20 iken, ortada 16 ve iyide 15 olarak elde edilmiştir. Kötü ile orta ve iyi arasında anlamlı fark vardır. Orta ile iyi arasında anlamlı fark vardır. Genel olarak sağlığını değerlendirme durumuna göre alkol kullanımı değerleri arasında fark olduğu tespit edilmiştir ($p<0,001$). Kötü, orta ve iyide ortalanca değer 9 olarak elde edilmiştir. Bu farklılık sıra ortalamasından kaynaklanmakta olup kötü grubunda 654,71, ortada 580,91 ve iyide 555,55 olarak elde edilmiştir. Kötü ile orta ve iyi arasında anlamlı bir fark vardır. Orta ile iyi arasında bir fark yoktur. Genel olarak sağlığını değerlendirme durumuna göre ortalanca sigara kullanımı değerleri arasında fark olduğu tespit edilmiştir ($p<0,001$). Kötüde ortalanca değer 20,5 iken, ortada 13 ve iyide 11 olarak elde edilmiştir. Kötü ile orta ve iyi arasında anlamlı bir fark vardır. Orta ile iyi arasında anlamlı bir fark vardır. Genel olarak sağlığını değerlendirmeye göre ortalanca intihar eğilimi değerleri arasında fark olduğu tespit edilmiştir ($p<0,001$). Kötüde ortalanca değer 37 iken, ortada 28 ve iyide 22 olarak elde edilmiştir. Kötü ile orta ve iyi arasında anlamlı bir fark vardır. Orta ile iyi arasında anlamlı bir fark vardır. Genel olarak sağlığını değerlendirmelere göre ortalanca beslenme alışkanlıkları değerleri arasında fark olduğu tespit edilmiştir ($p<0,001$). Kötüde ortalanca değer 25,5 iken, ortada 24 ve iyide 21 olarak elde

edilmiştir. Kötü ile orta ve iyi arasında anlamlı bir fark vardır. Orta ile iyi arasında anlamlı bir fark vardır. Genel olarak sağlığını değerlendirmelere göre ortanca okul terki değerleri arasında fark olduğu tespit edilmiştir ($p<0,001$). Kötüde ortanca değer 10 iken, ortada 8 ve iyide 7 olarak elde edilmiştir. Kötü ile orta ve iyi arasında anlamlı bir fark vardır. Orta ile iyi arasında anlamlı bir fark vardır. Genel olarak sağlığını değerlendirmelere göre madde kullanımı değerleri arasında fark olduğu tespit edilmiştir ($p=0,001$). Kötü, orta ve iyide ortanca değer 9 olarak elde edilmiştir. Bu farklılık sıra ortalamasından kaynaklanmakta olup kötü grubunda 653,40, ortada 570,48 ve iyide 574,42 olarak elde edilmiştir. Kötü ile orta ve iyi arasında anlamlı bir fark vardır. Orta ile iyi arasında anlamlı fark yoktur. Genel olarak sağlığını değerlendirmelere göre ortanca riskli davranışlar ölçeği toplam değerleri arasında fark olduğu tespit edilmiştir ($p<0,001$). Kötüde ortanca değer 135 iken, ortada 114 ve iyide 102 olarak elde edilmiştir. Kötü ile orta ve iyi arasında anlamlı bir fark vardır. Orta ile iyi arasında anlamlı bir fark vardır.

Sigara kullananlarda ortanca antisosyal davranışlar değeri 19 iken, kullanmayanlarda 15 olup, bu değerler arasında fark vardır ($p<0,001$). Sigara kullananlarda ve kullanmayanlarda ortanca alkol kullanımı değeri 9'dur. Bu değerler arasında anlamlı fark vardır ($p<0,001$). Farklılık sıra ortalamasından kaynaklanmaktadır. Sigara kullananlarda alkol kullanımı değeri sıra ortalaması 711,07 iken, kullanmayanlarda 517,13 olarak elde edilmiştir. Sigara kullananlarda ortanca sigara kullanımı değeri 30 iken, kullanmayanlarda 11 olarak elde edilmiştir. Elde edilen ortanca sigara kullanımı değerleri sigara kullanımına göre farklılık göstermektedir ($p<0,001$). Sigara kullananlarda ortanca intihar eğilimi değeri 31 iken, kullanmayanlarda 25'tir. Bu ortanca değerleri sigara kullanım durumuna göre farklılık göstermektedir ($p<0,001$). Sigara kullanım durumu faktörüne göre ortanca beslenme alışkanlıkları değerleri arasında fark olduğu tespit edilmiştir ($p<0,001$). Sigara kullananlarda ortanca değer 25 iken, kullanmayanlarda 22 olarak elde edilmiştir. Sigara kullananlarda ortanca okul terki değeri 10 iken, kullanmayanlarda 8'dir. Bu ortanca okul terki değerleri sigara kullanım durumu faktörüne göre farklılık göstermektedir ($p<0,001$). Sigara kullanım durumu faktörüne göre ortanca madde kullanımı değerleri arasında fark olduğu tespit edilmiştir ($p<0,001$). Sigara kullananlarda ve kullanmayanlarda ortanca değer 9 olarak elde edilmiştir. Farklılık sıra ortalamasından kaynaklanmaktadır. Sigara kullananlarda sıra ortalaması 658,31 iken, hayırlarda 543,65 olarak elde edilmiştir. Sigara kullananlarda ortanca riskli davranışlar ölçeği toplam değeri 138 iken, kullanmayanlarda

102'dir. Elde edilen ortanca riskli davranışlar ölçeği toplam değerleri sigara kullanım durumu faktörüne göre farklılık göstermektedir ($p<0,001$).

Sigara kullanım sıklığına göre ortanca antisosyal davranışlar değerleri arasında fark olmadığı tespit edilmiştir ($p=0,065$). Ayda 1 pakette ortanca değer 18,5 iken, haftada 1 pakette 18 ve günde 1 paket ve üzerinde 20 olarak elde edilmiştir. Sigara kullanım sıklığına göre ortanca alkol kullanımı değerleri arasında fark olduğu tespit edilmiştir ($p=0,028$). Ayda 1 paket ve haftada 1 pakette ortanca değer 9 iken, günde 1 paket ve üzerinde 10 olarak elde edilmiştir. Ayda 1 paket ile haftada 1 paket ve günde 1 paket ve üzeri arasında anlamlı bir fark yoktur. Haftada 1 paket ile günde 1 paket ve üzeri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır. Sigara kullanım sıklığına göre ortanca sigara kullanımı değerleri arasında fark olduğu tespit edilmiştir ($p<0,001$). Ayda 1 pakette ortanca değer 19 iken, haftada 1 pakette 25 ve günde 1 paket ve üzerinde 32 olarak elde edilmiştir. Ayda 1 paket ile haftada 1 paket ve günde 1 paket ve üzeri arasında anlamlı bir fark vardır. Haftada 1 paket ile günde 1 paket ve üzeri arasında anlamlı bir fark vardır. Sigara kullanım sıklığına göre ortanca intihar eğilimi değerleri arasında fark olmadığı tespit edilmiştir ($p=0,106$). Ayda 1 pakette ortanca değer 31,5 iken, haftada 1 pakette 28 ve günde 1 paket ve üzerinde 33 olarak elde edilmiştir. Sigara kullanım sıklığına göre ortanca beslenme alışkanlıkları değerleri arasında fark olduğu tespit edilmiştir ($p=0,035$). Ayda 1 pakette ortanca değer 26 iken, haftada 1 paket ve günde 1 paket ve üzerinde 25 olarak elde edilmiştir. Ancak çoklu karşılaştırma sonucunda bir fark elde edilmemiştir. Sigara kullanım sıklığına göre ortanca okul terki değerleri arasında fark olduğu tespit edilmiştir ($p=0,016$). Ayda 1 paket ve haftada 1 pakette ortanca değer 9 iken, günde 1 paket ve üzerinde 10 olarak elde edilmiştir. Ayda 1 paket ile haftada 1 paket ve günde 1 paket ve üzeri arasında anlamlı bir fark yoktur. Haftada 1 paket ile günde 1 paket ve üzeri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır. Sigara kullanım sıklığına göre ortanca madde kullanımı değerleri arasında fark olmadığı tespit edilmiştir ($p=0,405$). Ayda 1 paket, haftada 1 paket ve günde 1 paket ve üzerinde ortanca değer 9 olarak elde edilmiştir. Sigara kullanım sıklığına göre ortalama riskli davranışlar ölçeği toplam değerleri arasında fark olduğu tespit edilmiştir ($p<0,001$). Ayda 1 pakette ortalama değer 129,41 iken, haftada 1 pakette 130,33 ve günde 1 paket ve üzerinde 147,37 olarak elde edilmiştir. Ayda 1 paket ile haftada 1 paket arasında anlamlı fark yok iken, ayda 1 paket ile günde 1 paket ve üzeri arasında anlamlı bir fark vardır. Haftada 1 paket ile günde 1 paket ve üzeri arasında anlamlı bir fark vardır.

Alkol kullananlarda ortalanca antisosyal davranışlar değeri 21 iken, kullanmayanlarda 16'dır. Bu ortalanca antisosyal davranışlar değerleri alkol kullananlarda ve kullanmayanlarda farklılık göstermektedir ($p<0,001$). Alkol kullananlarda ve ortalanca alkol kullanımı değeri 19 iken, kullanmayanlarda 9'dur. Bu ortalanca alkol kullanımı değerleri alkol kullanım durumu faktörüne göre farklılık göstermektedir ($p<0,001$). Alkol kullananlarda ortalanca sigara kullanımı değeri 29 olup, kullanmayanlarda 12'dir. Bu değerler arasında anlamlı fark vardır ($p<0,001$). Alkol kullananlarda ortalanca intihar eğilimi değeri 32 iken kullanmayanlarda 27'dir. Bu ortalanca intihar eğilimi değerleri alkol kullananlarda ve kullanmayanlarda farklılık göstermektedir ($p<0,001$). Alkol kullananlarda ortalanca beslenme alışkanlıkları değeri 25 iken, kullanmayanlarda 23 olup, bu ortalanca değerler alkol kullanım durumu faktörüne göre farklılık göstermektedir ($p<0,001$). Alkol kullananlarda ortalanca okul terki değeri 10 iken, kullanmayanlarda 8'dir. Bu ortalanca değerler alkol kullanım durumu faktörüne göre farklılık göstermektedir ($p<0,001$). Alkol kullanım durumu faktörüne göre ortalanca madde kullanımı değerleri arasında fark olduğu tespit edilmiştir ($p<0,001$). Alkol kullananlarda ve kullanmayanlarda ortalanca değer 9 olarak elde edilmiştir. Farklılık sıra ortalamasından kaynaklanmaktadır. Alkol kullananlarda sıra ortalaması 714,97 iken, alkol kullanmayanlarda 562,16 olarak elde edilmiştir. Alkol kullananlarda ortalanca riskli davranışlar ölçeği toplam değeri 151 iken, kullanmayanlarda 108 olarak elde edilmiştir. Elde edilen ortalanca değerler alkol kullanım durumu faktörüne göre farklılık göstermektedir ($p<0,001$).

Alkol kullanım sıklığına bakıldığında, ayda 1 kezlerde ortalanca antisosyal davranışlar değeri 21 iken, haftada 1 kez ve üzerinde 24'tür. Bu ortalanca değerler alkol kullanım sıklığı faktörüne göre farklılık göstermektedir ($p=0,006$). Ayda 1 kezlerde ortalanca alkol kullanımı değeri 17, haftada 1 kez ve üzerinde 26,5 olup, bu değerler arasında anlamlı fark vardır ($p<0,001$). Ayda 1 kezlerde ortalanca sigara kullanımı değeri 28, haftada 1 kez ve üzerinde 30,5 olup, bu ortalanca değerler alkol kullanım sıklığı faktörüne göre farklılık göstermemektedir ($p=0,412$). Alkol kullanım sıklığı faktörüne göre ortalanca intihar eğilimi değerleri arasında fark olduğu tespit edilmiştir ($p=0,004$). Ayda 1 kezlerde ortalanca değer 31 iken, haftada 1 kez ve üzerinde 40,5 olarak elde edilmiştir. Ayda 1 kezlerde ortalanca beslenme alışkanlıkları değeri 25,75 iken, haftada 1 kez ve üzerinde 27 olarak elde edilmiştir. Elde edilen ortalanca değerler alkol kullanım sıklığı faktörüne göre farklılık göstermemektedir ($p=0,407$). Ayda 1 kezlerde ortalanca okul terki değeri 10 iken, haftada 1

kez ve üzerinde 12 olarak elde edilmiştir. Elde edilen ortalama okul terki değerleri ayda 1 kez ve haftada 1 kez ve üzerinde farklılık göstermektedir ($p=0,005$). Ayda 1 kezlerde ortalama madde kullanımı değeri 9 iken, haftada 1 kez ve üzerinde 10 olarak elde edilmiştir. Elde edilen ortalama değerler alkol kullanım sıklığı faktörüne göre farklılık göstermektedir ($p=0,020$). Ayda 1 kezlerde ortalama riskli davranışlar ölçeği toplam değeri 145,97 iken, haftada 1 kez ve üzerinde 177,64 olarak elde edilmiştir. Elde edilen ortalama değerler alkol kullanım sıklığı faktörüne göre farklılık göstermektedir ($p<0,001$).

Madde (esrar, kokain, eroin, bonzai, metamfetamin vs.) kullananlarda ortalama antisosyal davranışlar değeri 29 iken, kullanmayanlarda 16'dır ve bu değerler arasında anlamlı fark vardır ($p<0,001$). Madde kullanım durumu faktörüne göre ortalama alkol kullanımı değerleri arasında fark olduğu tespit edilmiştir ($p<0,001$). Madde kullananlarda ortalama değer 29 iken, kullanmayanlarda 9 olarak elde edilmiştir. Madde kullananlarda ortalama sigara kullanımı değeri 28 olup, kullanmayanlarda 13 olarak elde edilmiştir. Elde edilen ortalama değerler madde kullanım durumu faktörüne göre farklılık göstermektedir ($p=0,002$). Madde kullananlarda ortalama intihar eğilimi değeri 40 iken, kullanmayanlarda 27 olarak elde edilmiştir. Elde edilen ortalama intihar eğilimi değerleri madde kullananlarda ve kullanmayanlarda farklılık göstermektedir ($p=0,003$). Madde kullananlarda ortalama beslenme alışkanlıkları değeri 27 iken, kullanmayanlarda 23 olarak elde edilmiştir. Elde edilen ortalama değerler madde kullanım durumu faktörüne göre farklılık göstermektedir ($p=0,013$). Madde kullanım durumu faktörüne göre ortalama okul terki değerleri arasında fark olduğu tespit edilmiştir ($p=0,002$). Madde kullananlarda ortalama değer 12 iken, kullanmayanlarda 8 olarak elde edilmiştir. Madde kullananlarda ortalama madde kullanımı değeri 27 iken, kullanmayanlarda 9'dur ve elde edilen değerler arasında anlamlı fark vardır ($p<0,001$). Madde kullananlarda ortalama riskli davranışlar ölçeği toplam değeri 180 olup, kullanmayanlarda 113'dür. Bu ortalama riskli davranışlar ölçeği toplam değerleri madde kullananlarda ve kullanmayanlarda farklılık göstermektedir ($p<0,001$).

5. TARTIŞMA

Hipertansiyon küresel olarak ciddi bir halk sağlığı sorunudur ve her üç yetişkinden birini etkilemektedir [2]. Hipertansiyonun önlenmesi için kişinin sağlık durumunun farkında olması ve çocukluktan başlayarak sağlıklı yaşam tarzını benimsemesi önemlidir [129]. Riskli davranışlar, hem fiziksel hem de psikolojik açıdan kişiye potansiyel zarar vermesi muhtemel yaşam tarzı özellikleridir. Bunlar genellikle sigara içme alışkanlığı, alkol bağımlılığı, fiziksel hareketsizliği ve aşırı vücut ağırlığını içerir [23]. Yaşam tarzı alışkanlıkları gençlerde farklılık gösterebilmekte ve özellikle üniversiteye başladıktan sonra artmaktadır [74]. Dolayısıyla, üniversite öğrencilerinin riskli sağlık davranışlarının, hipertansiyondan korunma tutumunu etkileyebileceği fikri ile yola çıktığımız bu çalışmadaki amacımız geleceğin sağlık personellerinin hipertansiyondan korunma tutumları ve riskli davranışlarını değerlendirmektir.

Çalışmamızda hipertansiyondan korunma tutumları ile riskli davranışlar arasında negatif yönlü çok zayıf bir ilişki olduğu ve aralarındaki farkın da istatistiksel olarak anlamlı olduğu tespit edilmiştir ($r=-0,13$; $p<0,001$). Literatüre baktığımızda riskli davranışlar ile ilgili pek çok çalışma mevcuttur ancak riskli davranışlar ile hipertansiyondan korunma tutumları arasındaki ilişkiyi inceleyen bir çalışma görülmedi.

Albayrak ve Şengezer tarafından geliştirilen HKTÖ, yeni bir ölçek olduğundan literatürde çok az çalışma bulunmaktadır. Çalışmamızda; SHMYO öğrencilerinin hipertansiyon gelişiminin önlenmesine yönelik tutumları HKTÖ ile değerlendirildi ve toplam puan en az 34, en fazla 129 olup, ortalama $101,88 \pm 12,97$ olarak kaydedildi. Ölçekten 26-130 puan arasında puan alınabileceği göz önüne alındığında; bu değer öğrencilerin hipertansiyondan korunma ile ilgili tutumlarının iyi olduğunu düşündürebilir. HKTÖ alt boyutların ortalamaları incelendiğinde; korunma ve kontrol $32,12 \pm 4,41$, alışkanlık ve yaşam şekli $23,26 \pm 3,6$, beslenme tutumu $14,77 \pm 2,64$, ruhsal durum ve fiziksel aktivite $12,48 \pm 1,85$, hastalık ve risk bilgisi $19,24 \pm 3,07$ olarak tespit edilmiştir.

Güneş, ailesel hipertansiyon öyküsü olan ve olmayan 208 hastanın hipertansiyondan korunma tutumlarını incelediği tıpta uzmanlık tezinde, HKTÖ toplam puanının en az 49, en fazla 130 ve ortalama $107,34 \pm 13,93$ olduğunu belirtmiştir [130]. Tankut, ailesinde hipertansiyon hastası olan kişilerin beslenme bilgi düzeyleri ile hipertansiyondan korunma tutumlarının ilişkisini incelediği çalışmasında, HKTÖ toplam puanının en az 73, en fazla

130 ve ortalama $111,49 \pm 16,52$ olduğunu tespit etmiştir [118]. Semir, 333 yetişkin hastanın hipertansiyondan korunma tutumlarını ve sağlık algısı ile ilişkisini değerlendirmiştir. Çalışma sonucunda olguların HKTÖ toplam puanı en az 34, en fazla 130 olup, ortancası 106 olarak rapor edilmiştir [117]. Çetinkaya Özdemir ve ark., aleksitimili 358 olgunun hipertansiyondan korunma tutumlarını değerlendirdikleri çalışmalarında, HKTÖ toplam puanının en az 34, en fazla 130 ve ortalama $107,32 \pm 13,78$ olduğunu bildirmişlerdir [131]. Aslan ve ark. 356 sağlık çalışanının sağlıklı beslenme ve hipertansiyondan korunma tutumlarını inceledikleri çalışmalarında, HKTÖ toplam puan ortalamasının $107,21 \pm 23,65$ olduğunu bildirmişlerdir [132]. Genel olarak çalışmamızla uyumlu olarak HKTÖ ölçeğini kullanan çalışmaların tamamında, çalışmamıza benzer skor dağılımının rapor edildiği görülmektedir.

Gençtanırım'ın geliştirdiği RDÖÜF boyutları birbiriyle ilişkili olmadığı için ölçek toplam puan vermemektedir. Her boyuttan alınan yüksek puan, o boyuttaki riskin yüksek olduğunu gösterir [128]. Çalışmamızda; alt boyutların ortalamaları incelendiğinde; antisosyal davranışlar $17,7 \pm 5,99$, alkol kullanımı $11,18 \pm 5,37$, sigara kullanımı $17,34 \pm 9,42$, intihar eğilimi $28,7 \pm 11,75$, beslenme alışkanlıkları $22,78 \pm 6,91$, okul terki $8,81 \pm 3,74$, madde kullanımı $10,46 \pm 4,18$ olarak tespit edilmiştir. Ortalamalar, her bir alt boyuttan alınabilecek puanlara göre değerlendirildiğinde; özellikle beslenme alışkanlıklarının diğerlerine göre belirgin olarak en yüksek değerlere daha yakın olduğu göze çarpmaktadır.

Çalışmamızda öğrencilerin RDÖÜF alt gruplarından aldıkları puanların ortalamaları üniversite öğrencileriyle yapılmış ve aynı ölçeğin kullanıldığı önceki çalışmaların bulgularıyla paralellik göstermektedir [120, 133, 134]. Tuna'nın üniversite öğrencilerinde riskli davranışların dürtüsellik ve üstbilişsel inançları ile ilişkisini incelediği çalışmasında ise puan ortalamaları diğer çalışmalara göre daha yüksektir [122].

Çalışmamızda hipertansiyondan korunma tutumları; yaş, cinsiyet, öğrenim gördüğü sınıf, öğrenim türü, ailede hipertansiyon öyküsü, ailesinde kronik hastalığı bulunan kişi varlığı, biyokimyasal kan değerlerinde bozulma yaşayama durumu, madde kullanımı, beslenme tipi, KB ölçümünü yapma durumu ve ölçüm sıklığına göre anlamlı bir farklılık göstermektedir.

Hipertansiyona yönelik bilgi düzeyi, tutum veya davranışlar ile yaş arasında pozitif yönde ilişki bulunmuştur [36, 135, 136]. Çalışmamızda da benzer olarak yaş arttıkça hipertansiyondan korunma tutumları artmaktadır. Bu sonucun yaşın artması ile birlikte

hipertansiyonun prevalansının artmasından kaynaklandığı düşünülmektedir. Buna karşın bazı çalışmalarda ise hipertansiyona yönelik bilgi düzeyi, tutum veya davranışlar ile yaş arasında negatif yönde ilişki bulunmuştur [137, 138]. Bununla birlikte bazı çalışmalarda, yaş ile HKTÖ arasında fark bulunmadığı tespit edilmiştir [117, 130, 131].

Yapılan çalışmalarda kadınların hipertansiyondan korunma tutumları, erkeklerden daha yüksektir [118, 130]. Bu sonuçlar bizim çalışmamızı desteklemektedir. Bazı çalışmalarda ise HKTÖ ile cinsiyet arasında fark bulunmadığı tespit edilmiştir [117, 131]. Kadınların hipertansiyondan korunma tutumlarının yüksek olması; kadınların erkeklere göre hipertansiyona daha ilgili olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Eğitim düzeyi ile hipertansiyona yönelik bilgi, tutum veya davranışları arasında pozitif yönde anlamlı ilişkinin bulunduğu birçok çalışma vardır [139, 140, 141, 142]. Çetinkaya Özdemir ve ark.'nın yaptıkları çalışmada ise eğitim düzeyi yüksek olan kişilerde, hipertansiyondan korunma tutumu daha yüksektir [131]. Bizim çalışmamızda da, 2. sınıf öğrencilerin hipertansiyondan korunma tutumları, 1. sınıf öğrencilerden daha yüksek bulunmuştur. Öğrenim düzeyi arttıkça, hipertansiyondan korunma tutumları artmakta ve SHMYO öğrencilerinin, okulda almış oldukları eğitimin bunda etkisi olduğu düşünülmektedir.

Gece ve vardiyalı çalışmanın sağlık üzerindeki etkilerine bakıldığında, çalışma sırasındaki performans düşüşleri ve uzun vadeli sağlık sorunlarına yol açmaktadır [143]. Uyku kalitesi, uyku süresi ve uyku verimliliği de dâhil olmak üzere uyku özellikleri, hipertansiyon riski ile ilişkilidir [62]. Çalışmamızda; örgün öğretim öğrencilerinin hipertansiyondan korunma tutumları, ikinci öğretim öğrencilerinden daha yüksektir. Gece eğitim görmelerinin, korunma tutumlarının azalmasında etkili olduğu düşünülmektedir.

Ailede hipertansiyon öyküsü olmasının, hipertansiyon prevalansı ve insidansında artış ile ilişkili olduğu bilinmektedir [144, 145]. Yapılan çalışmalarda, ailesinde hipertansiyon hastası bulunanların hipertansiyondan korunma tutumları, ailesinde hipertansiyon bulunmayanlardan yüksektir [118, 131]. Bu sonuçlar bizim çalışmamızı desteklemektedir. Ayrıca ailesinde kronik hastalığı bulunan öğrencilerin de, hipertansiyondan korunma tutumları yüksek bulunmuştur. Bazı çalışmalarda ise ailede hipertansiyon öyküsünün varlığı, olguların hipertansiyon gelişiminin önlenmesine yönelik tutumlarıyla ilişkili olmadığı tespit edilmiştir [130]. Ailede hipertansiyon öyküsü olan bireylerde tutumun yüksek olmasının,

aile bireyleri aracılığıyla hipertansiyon ve kronik hastalıklar hakkında bilgi ve deneyim sahibi olmalarından kaynaklanabileceği düşünülmektedir.

Biyokimyasal belirteçler hipertansif kalp hastalığına dair klinik kanıt bulunmayan hastaların belirlenmesine yardımcı olabilir ve potansiyel olarak değerli biyokimyasal veriler sağlayabilir [146]. Çalışmamızda biyokimyasal kan değerlerinde bozulma yaşayan öğrencilerin hipertansiyondan korunma tutumları, sorun yaşamayanlardan daha yüksektir. Biyokimyasal sorunlar yaşayan öğrencilerin, hipertansiyon ve riskler ile ilgili bilgi ve araştırma fırsatı buldukları ve bu durumun korunma tutumlarını arttırdığı düşünülmektedir.

Madde kullanımı kardiyovasküler hastalıklarla açıkça ilişkilendirilmektedir. Madde kullanımı, arterler ve kan damarları üzerinde yüksek kan basıncı, akut vazospazm ve aterosklerotik kardiyovasküler hastalık dâhil olmak üzere olumsuz ve potansiyel olarak ölümcül etkilere sahip olabilir [147]. Çalışmamızda; madde kullanmayan öğrencilerin hipertansiyondan korunma tutumları, madde kullanan öğrencilerden daha yüksektir. Bu sağlık risklerini bilmesine rağmen, gençlerin madde kullanımına devam etmesi, hipertansiyon tutumunun düşük olmasının nedeni olabileceği düşünülmektedir.

Tansiyon ölçüm sıklığının artması ile beraber hipertansiyondan korunma tutumları yükselmektedir [118]. Çalışmamızda da benzer sonuçlar elde edilmiştir. Bu sonucun beklenen bir durum olmasının yanı sıra farkındalığın da artması ile tutumların arttığı düşünülmektedir.

Çalışmamızda riskli davranışlar; cinsiyet, öğrenim gördüğü sınıf, öğrenim türü, BKİ, yeterli ve dengeli beslenme durumu, beslenme tipi, egzersiz yapma durumu, hareketsiz bir yaşam tarzına sahip olma durumu, KB ölçümünü yapma durumu, kronik hastalığa sahip olma, ailede kronik hastalık öyküsü, baş ağrısı vb. sorun yaşama durumu, stresli olduğunu düşünme durumu, uyku sorunu yaşama durumu, günlük tükettiği tuzun fazla olduğunu düşünme, yemeğin tadına bakmayıp tuz ilave etme, kendini sağlıklı bulma durumu, genel olarak sağlığını değerlendirme durumu, sigara, alkol ve madde kullanımına göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermektedir.

Yapılan araştırmalarda, erkeklerde kadınlara kıyasla antisosyal davranış, alkol kullanımı, sigara kullanımı, okul terki ve madde kullanımı puanları yüksekken, intihar eğilimi ve beslenme alışkanlıkları açısından cinsiyetler arasında fark tespit edilmemiştir [123, 148, 149, 150]. Bu sonuçlar bizim çalışmamızı desteklemektedir. Buna karşın bazı çalışmalarda ise intihar eğilimi puanı kadınlarda istatistiksel açıdan anlamlı olarak yüksek

bulunmuştur [120, 151, 152]. Kız ergenlerin intihar eğilimlerinin daha fazla olmasının, ailesel ve toplumsal baskıya daha fazla maruz kalmalarının yanı sıra duygusal durumunu etkileyen biyolojik ve hormonal unsurlardan kaynaklandığı düşünülmektedir [151]. Çalışmamızda; erkeklerde riskli davranışlarda bulunmanın daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Bu durum daha önceki araştırmalarla tutarlıdır [119, 153, 154, 155, 156]. Erkekler arasında riskli davranışların yaygınlığının, egemen kültür ve toplum tarafından kendilerine atfedilen roller ile ilişkili olabileceği düşünülmektedir.

Üniversitenin son yıllarında riskli davranışlar daha yüksektir [119, 157]. Bu sonuçlar bizim çalışmamızı desteklemektedir. Bazı çalışmalarda ise üniversitenin ilk yıllarında riskli davranışlar daha yüksek bulunmuştur [134]. Üniversite sosyal ortamının oluşturduğu baskı nedeniyle riskli davranışlarda artış olduğu düşünülmektedir.

Gündüz çalışan insanlarla karşılaştırıldığında, vardiyalı çalışanlarda; düzensiz beslenme, psikososyal stres, bozulmuş sirkadiyen ritimler, yetersiz uyku, fiziksel hareketsizlik ve dinlenme eksikliği gibi metabolizmayı etkileyen faktörler ve hastalıklar açısından daha yüksek risk altında olduğu bilinmektedir [126, 158]. Çalışmamızda; ikinci öğretim öğrencilerin riskli davranışları, örgün eğitim öğrencilerden yüksektir. Gece öğrenimi nedeniyle oluşan yaşam tarzı değişikliğinin buna sebep olduğu düşünülmektedir.

BKİ, yetişkinlerde antropometrik boy ve kilo özelliklerini tanımlamak için kullanılan mevcut standartlaştırılmış ölçümdür. Ayrıca, sıklıkla çeşitli sağlık sorunlarının gelişiminin veya yaygınlığının bir göstergesi olarak kullanılır [159]. BKİ arttıkça riskli davranışlar artmaktadır [160]. Bu sonuçlar bizim çalışmamızı desteklemektedir ve bu beklenen bir durumdur. BKİ, sağlıkla ilgili söylemlerde her yerde bulunmasına rağmen, mevcut anormallik ile gelecekteki riskin biyobelirteci olarak kullanımında belirsizlik vardır [161]. Bazı çalışmalarda ise BKİ arttıkça riskli davranışları azaldığı çalışmalar da mevcuttur [162] [163].

Yeterli ve dengeli beslenme alışkanlıkları insan sağlığını ve vücudun bağışıklık kapasitesini geliştirmekle kalmayıp aynı zamanda obezite ve kardiyovasküler hastalıkların görülme sıklığını da azaltabilir [164]. Ek olarak, meyve ve sebzelerden zengin diyetler, lif alımı, daha düşük kardiyovasküler hastalık ve obezite insidansı ile bağlantısının yanı sıra sağlığı geliştirici özellikleri nedeniyle yaygın olarak tavsiye edilmektedir [165]. Gıda alımı sadece insanın fizyolojik süreçlerini etkilemez, aynı zamanda davranışlarımızı da değiştirebilir [166]. Çalışmamızda; yeterli ve dengeli beslendiğini ifade eden ve sebze

meyve ağırlıklı beslenen öğrencilerin riskli davranışları daha düşük bulunmuştur. Yeterli ve dengeli beslenmenin sağlığa katkıda bulunduğu ve riskli davranışları azalttığı düşünülmektedir.

Düzenli fiziksel aktivitenin fiziksel ve mental sağlık üzerinde olumlu etki sağlamanın yanı sıra, fiziksel aktivite eksikliğinin kardiyovasküler hastalıkların, hipertansiyonun ve çok sayıda kronik hastalığın gelişimine katkıda bulunan bir faktör olduğu tespit edilmiştir [167]. Çalışmamızda; egzersiz yapmayan öğrencilerin riskli davranışları daha yüksektir. Egzersiz yapmanın riskli davranışların azaltılmasında etkili olduğu düşünülmektedir.

Hareketsiz davranış, zararlı sağlık sonuçlarının potansiyel bir belirleyicisi olarak ortaya çıkmaktadır. Uzun süreli oturma süresi; enerji tüketimini azaltır, hafif fiziksel aktivitelere harcanan zamanın yerini alır ve riskli davranışların artmasına neden olur [168]. Çalışmamızda; hareketsiz yaşam tarzı olan öğrencilerin riskli davranışları, sedanter olmayan öğrencilerden yüksektir. Bunun nedeni, sedanter yaşam tarzının riskli davranışları arttırmaktan kaynaklandığı düşünülmektedir.

Çalışmamızda; KB ölçümü yapanların riskli davranışları daha yüksektir. Bu beklenen bir durum değildir. Fakat öğrencilerin riskli davranışların yüksek olduğunun farkında olması ve sağlık üzerindeki olumsuz etkilerinin de bilincinde olarak KB ölçümü yaptıkları düşünülmektedir.

Kronik hastalıklar her yıl yaklaşık 38 milyon ölümden sorumludur ve toplum genelinde giderek daha erken yaşlarda ortaya çıkmaktadır [169]. Yetersiz uyku, fiziksel hareketsizlik, psikolojik stres, çevre kirliliği, sigara içme veya alkol kullanımı ile birlikte dengesiz beslenme ile karakterize edilen sağlıksız bir yaşam tarzı, kronik hastalıkların başlamasına yol açabilecek metabolik değişikliklere neden olur [170]. Çalışmamızda; kronik bir hastalığı bulunan öğrencilerin riskli davranışları, hastalığı bulunmayan öğrencilerden yüksektir. Kronik hastalığı olan öğrencilerin, sağlığını koruyucu davranışlar sergilemedikleri ve bu sebeple de riskli davranışlarının yüksek olduğu düşünülmektedir.

Çalışmamızda; ailesinde kronik bir hastalığı bulunan öğrencilerin riskli davranışlar, beslenme alışkanlıkları, antisosyal davranışlar ve intihar eğilimi alt boyutlarında kronik hastalığı bulunmayanlardan daha yüksektir. Çiydem'in çalışmasında da, babasında hastalık olan öğrencilerde sadece sigara kullanım alt boyutundaki puanları istatistiksel açıdan anlamlı olarak daha yüksektir [134]. Buna karşın Sayım'ın çalışmasında ise, ailesinde kronik hastalık

veya engellilik durumu olan bireylerde riskli davranışlar ölçeğinin hiçbir alt boyutunda istatistiksel olarak anlamlı sonuç saptanmamıştır [149]. Ailesinde kronik hastalık bulunan öğrencilerin, bu hastalıkları bir tehdit olarak algılamadıkları ve benzer yaşam tarzına sahip olmalarından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Toplumumuzda baş ağrısı ve baş dönmesi yaygındır. Bu semptomlar organik bir sebeple gelişebileceği gibi ruhsal bir nedene bağlı olarak da gelişebilir [171]. Çalışmamızda; baş ağrısı, baş dönmesi vb. sorun yaşayan öğrencilerin riskli davranışları, bu sorunları yaşamayan öğrencilerden yüksektir.

Bireylerin günlük yaşamlarında stresle karşılaşması evrensel bir deneyimdir. Strese tekrar tekrar maruz kalmak ve bunun etkili bir şekilde yönetilememesi, bir takım olumsuz sağlık sonuçlarına neden olabilir [172]. Çalışmamızda; stresli olduğunu düşünen öğrencilerin riskli davranışları daha yüksektir. Stres yaşayan öğrencilerin riskli davranışlarının yüksek olması beklenen bir durumdur.

Uyku, insanın fiziksel ve ruhsal sağlığı için temel fizyolojik gereksinimlerinden biridir. Büyüme, gelişme, bağışıklık ve onarım gibi önemli olaylar uykuda gerçekleşir. Yetersiz uyku ve uyku düzenindeki bozulmalar; sinirlilik, dikkatsizlik, anksiyete, iştahsızlık gibi sağlık sorunlarına yol açmaktadır [173]. Şerif, yapmış olduğu çalışmada uyku hijyeni ile riskli davranışlar arasında ilişki olduğunu tespit etmiştir [133]. Benzer şekilde bizim çalışmamızda da, uyku sorunu yaşayan öğrencilerin riskli davranışları daha yüksek bulunmuştur.

Tuz, yani sodyum klorür, insanların günlük yaşamlarında yaygın olarak kullanılan ve önemli bir çeşnidir. Sodyum, birçok önemli fizyolojik sürece katılan çok önemli bir besindir. Ancak, aşırı tuz alımının sağlığa zararlı olmasının yanı sıra hipertansiyon için önemli bir etyolojik faktördür [174, 175]. Çalışmamızda; günlük tükettiği tuzun fazla olduğunu düşünen ve yemeğin tadına bakmadan tuz ekleyen öğrencilerin riskli davranışları daha yüksektir. Sağlık açısından riskleri bilinmesine rağmen, aşırı tuz kullanımının tercih edilmesi, tuz azaltma davranışının sergilenmemesinin, riskli davranışların yüksek olmasında etkili olduğu düşünülmektedir.

Çalışmamızda; kendini sağlıklı bulmayan ve genel olarak sağlığını kötü değerlendiren öğrencilerin riskli davranışları, sağlıklı bulan öğrencilerden yüksektir. Lise öğrencileri ile yapılan çalışmalarda da benzer sonuçlara ulaşılmıştır [176, 177, 178]. Kendini sağlıklı bulmayan öğrencilerin riskli davranışlarının yüksek olması beklenen bir durumdur. Bu

durum öğrencilerin mevcut sağlık durumlarının ve risklerin farkında olmalarından kaynaklandığı düşünülmektedir. Kendini sağlıklı bulmayan bireylerin, daha fazla riskli davranışlar sergilemesinden kaynaklanabilir.

Sigara [91, 134], alkol [91] ve madde [134] kullanan öğrencilerin riskli davranışları, bu alışkanlıkları olmayan öğrencilerden yüksektir. Bu sonuçlar bizim çalışmamızı desteklemektedir. Ayrıca sigara ve alkol kullanım sıklığı arttıkça, riskli davranışların artması da beklenen bir durumdur.



6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

Araştırmaya dâhil edilen 1163 öğrencinin yaş ortalaması $20,33 \pm 2,64$ olup, %78,2'si kadındı.

Çalışmamızda; SHMYO öğrencilerinin hipertansiyon gelişiminin önlenmesine yönelik tutumları HKTÖ ile değerlendirildi ve toplam puan en az 34, en fazla 129 olup, ortalama $101,88 \pm 12,97$ olarak kaydedildi. Ölçekten 26-130 puan arasında puan alınabileceği göz önüne alındığında; bu değer öğrencilerin hipertansiyondan korunma ile ilgili tutumlarının iyi olduğunu düşündürülebilir. HKTÖ alt boyutların ortalamaları incelendiğinde; korunma ve kontrol $32,12 \pm 4,41$, alışkanlık ve yaşam şekli $23,26 \pm 3,6$, beslenme tutumu $14,77 \pm 2,64$, ruhsal durum ve fiziksel aktivite $12,48 \pm 1,85$, hastalık ve risk bilgisi $19,24 \pm 3,07$ olarak tespit edilmiştir.

Çalışmamızda; SHMYO öğrencilerinin riskli davranış alt boyutlarının ortalamaları incelendiğinde; antisosyal davranışlar $17,7 \pm 5,99$, alkol kullanımı $11,18 \pm 5,37$, sigara kullanımı $17,34 \pm 9,42$, intihar eğilimi $28,7 \pm 11,75$, beslenme alışkanlıkları $22,78 \pm 6,91$, okul terki $8,81 \pm 3,74$, madde kullanımı $10,46 \pm 4,18$ olarak tespit edilmiştir. Ortalamalar değerlendirildiğinde; özellikle beslenme alışkanlıklarının diğerlerine göre belirgin olarak en yüksek değerlere daha yakın olduğu göze çarpmaktadır.

Çalışmamızda HKTÖ ile RDÖÜF arasında negatif yönlü çok zayıf bir ilişki olduğu ve aralarındaki farkın da istatistiksel olarak anlamlı olduğu tespit edilmiştir ($r=-0,13$; $p<0,001$). Antisosyal davranışlar ile HKTÖ arasında negatif yönlü çok zayıf bir ilişki bulunmaktadır ($r=-0,196$; $p<0,001$). Alkol kullanımı ile HKTÖ arasında negatif çok zayıf ilişki vardır ($r=-0,135$; $p<0,001$). Beslenme alışkanlıkları ile HKTÖ arasında negatif yönlü çok zayıf bir ilişki vardır ($r=-0,06$; $p=0,042$). Okul terki ile HKTÖ arasında negatif yönlü çok zayıf ilişki vardır ($r=-0,077$; $p=0,009$). Madde kullanımı ile HKTÖ arasında negatif yönlü zayıf bir ilişki bulunmaktadır ($r=-0,229$; $p<0,001$). Riskli davranışlar ölçeği toplam ile alışkanlık ve yaşam şekli arasında negatif yönlü çok zayıf bir ilişki tespit edilmiştir ($r=-0,165$; $p<0,001$). RDÖÜF ile beslenme tutumu arasında negatif zayıf bir ilişki vardır ($r=-0,205$; $p<0,001$). RDÖÜF ile ruhsal durum ve fiziksel aktivite arasında negatif yönlü çok zayıf bir ilişki vardır ($r=-0,065$; $p=0,027$).

Hipertansiyondan korunma tutumları; ilerleyen yaşta, kadın cinsiyette, son sınıfta, örgün öğretimlerde, ailede hipertansiyon öyküsü bulunanlarda, ailesinde kronik hastalığı bulunanlarda, biyokimyasal kan değerlerinde bozulma yaşayanlarda, madde kullanmayanlarda, KB ölçümünü yapanlarda anlamlı düzeyde daha yüksek tespit edilmiştir.

Riskli davranışlar; erkek cinsiyette, son sınıfta, ikinci öğretimlerde, BKİ yüksek olanlarda, yeterli ve dengeli beslenmeyenlerde, egzersiz yapmayanlarda, hareketsiz bir yaşam tarzına sahip olanlarda, KB ölçümünü yapanlarda, kronik hastalığa sahip olanlarda, ailede kronik hastalık öyküsü bulunanlarda, baş ağrısı vb. sorun yaşayanlarda, stresli olduğunu düşünenlerde, uyku sorunu yaşayanlarda, günlük tükettiği tuzun fazla olduğunu düşünenlerde, yemeğin tadına bakmadan tuz ilave edenlerde, kendini sağlıklı bulmayanlarda, genel olarak sağlığını kötü değerlendirenlerde, sigara, alkol ve madde kullananlarda anlamlı düzeyde daha yüksek tespit edilmiştir.

6.2. Öneriler

Bireylerin sadece hastalıklardan korunmaya yönelik tutumlarını iyileştirmek değil, riskli davranışlarının da azaltılması gereklidir. Kişilerin kendi sağlığı konusunda farkındalığı ile beraber riskli davranışlardan kaçınması, hipertansiyon gibi kronik hastalıklardan korunma konusundaki tutum ve davranışlarını da etkilemektedir. Riskli davranışları azaldıkça, hipertansiyondan korunma tutumları artmaktadır. Bu sonuç riskli davranışları olan öğrencilerin sağlıklarına ilişkin farkındalıkları arttırılmasını ve hipertansiyondan korunma tutumlarının değişmesine katkıda bulunabilir.

Üniversite öğrencilerinin ve toplumun hipertansiyondan korunma ve riskli davranışlar konusunda bilgilendirici faaliyetlerin yürütülmesi eğitim, seminer ve konferansların düzenli aralıklarla düzenlenmesi ile bu konudaki farkındalığın ve tutumların iyileştirilebileceği görüşündeyiz.

Araştırmada ele alınan riskli davranışlar ile ilgili çalışmalar genç yaş grupları üzerindedir. Farklı yaş grupları ve riskli davranışların alt boyutları da göz önünde bulundurularak riskli davranışlara neden olan faktörler üzerinde daha ayrıntılı çalışmalar gerçekleştirilebilir.

7. KAYNAKÇA

1. Brody A, Janke A, Sharma V, Levy P (2016). Public health, hypertension, and the emergency department. *Current hypertension reports*, 18, 1-7. doi: 10.1007/s11906-016-0654-5.
2. World Health Organization (2024) Available from: <https://www.who.int/news/item/19-09-2023-first-who-report-details-devastating-impact-of-hypertension-and-ways-to-stop-it>. [Accessed 16 April 2024].
3. Göktaş O, Şentürk T, Ersoy C (2020). Factors affecting hypertension in the adult population of the Marmara region, Turkey: A descriptive field study. *International Journal of Hypertension*, 2020(1), 8869042. doi: 10.1155/2020/8869042.
4. Pamukcu B (2022). Profile of hypertension in Turkey: from prevalence to patient awareness and compliance with therapy, and a focus on reasons of increase in hypertension among youths. *Journal of Human Hypertension*, 36(5), 437-444. doi: 10.1038/s41371-020-00480-6.
5. Bimenya GS, Byarugaba W, Kalungi S, Mayito J, Mugabe K, Makabayi R, Ayebare E, Wanzira H, Muhame M (2005). Blood pressure profiles among Makerere University undergraduate students. *African health sciences*, 5(2), 99-106.
6. Ewald DR, Haldeman LA (2016). Risk factors in adolescent hypertension. *Global pediatric health*, 3. doi: 10.1177/2333794x15625159.
7. Slama M, Susic D, Frohlich ED (2002). Prevention of hypertension. *Current opinion in cardiology*, 17(5), 531-536. doi: 10.1097/00001573-200209000-00014.
8. Mancia G, Fagard R, Narkiewicz K, Redon J, Zanchetti A, Böhm M, Christiaens T, Cifkova R, Backer GD, Dominiczak A, Galderisi M, Grobbee DE, Jaarsma T, Kirchhof P, Kjeldsen SE, Laurent S, Manolis AJ, Nilsson PM, Ruilope LM, Schmieder RE, Sirnes PA, Sleight P, Viigimaa M, Waeber B, Zannad F (2014). 2013 ESH/ESC practice guidelines for the management of arterial hypertension: ESH-ESC the task force for the management of arterial hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and of the European Society of Cardiology (ESC). *Blood pressure*, 23(1), 3-16. doi: 10.3109/08037051.2014.868629.
9. Pramanik T, Regmi P, Shrestha P (2008). Detection of individuals prone to develop hypertension in their future life. *Nepal Med Coll J*, 10(1), 35-7.
10. Basile J (2002). Hypertension in the elderly: a review of the importance of systolic blood pressure elevation. *The Journal of Clinical Hypertension*, 4(2), 108-119. doi: 10.1111/j.1524-6175.2001.00903.x.
11. Flynn JT (2011). Ambulatory blood pressure monitoring in children: imperfect yet essential. *Pediatric nephrology*, 26(12), 2089-2094. doi: 10.1007/s00467-011-1984-9.
12. De Venecia T, Lu M, Figueredo VM (2016). Hypertension in young adults. *Postgraduate medicine*, 128(2), 201-207. doi: 10.1080/00325481.2016.1147927.
13. Fırat S (2021). Çocukluk Çağı Hipertansiyonuna Güncel Bir Bakış. *Akdeniz Tıp Dergisi*, 7(3), 463-473. doi: 10.53394/akd.981919.
14. Battistoni A, Canichella F, Pignatelli G, Ferrucci A, Tocci G, & Volpe M (2015). Hypertension in young people: epidemiology, diagnostic assessment and therapeutic approach. *High Blood Pressure & Cardiovascular Prevention*, 22, 381-388. doi: 10.1007/s40292-015-0114-3.
15. Yano Y (2021). Blood pressure in young adults and cardiovascular disease later in life. *American journal of hypertension*, 34(3), 250-257. doi: 10.1093/ajh/hpab005.

16. Albayrak Z, Şengezer T (2022). Ailelerinde hipertansiyon hastası olan kişilerde hipertansiyon gelişiminin önlenmesiyle ilgili tutumlar: Bir ölçek geliştirme çalışması. *Turkish Journal of Family Practice*, 26(2), 53-65. doi: 10.54308/tahd.2022.52296.
17. Ay, FA (2015) Sağlık Uygulamalarında Temel Kavramlar ve Beceriler. Nobel Tıp Kitabevleri.
18. Aktaş D, Polat Külcü D, Öz FB (2019). Üniversite Öğrencilerinde Riskli Sağlık Davranışları ve Yaşam Doyumu Arasındaki İlişki. doi: 10.14235/bas.galenos.2019.2877.
19. Cawley J, Ruhm CJ (2011). The economics of risky health behaviors. In *Handbook of health economics* (Vol. 2, pp. 95-199). Elsevier. doi: 10.1016/B978-0-444-53592-4.00003-7.
20. Dietz P, Watson ED, van Poppel M, Tibubos AN (2022). Public health promotion in university students. *Frontiers in Public Health*, 10, 993982. doi: 10.3389/fpubh.2022.993982.
21. Dong C, Chen H, Yang Y, Li Y, Sun Y, Sun H (2022). Patterns of risky health behaviors and associations with chronic diseases among young adult nursing students: a latent class analysis. *Journal of Nursing Research*, 30(6), e243. doi: 10.1097/jnr.0000000000000521.
22. Zhang J, Tang BW, Liu MW, Yuan S, Yu HJ, Zhang R, Huang X, Nzala SH, Chikoya M, Wang P, He Q (2020). Association of adverse childhood experiences with health risk behaviors among college students in Zambia. *International journal of behavioral medicine*, 27, 400-405. doi: 10.1007/s12529-020-09863-y.
23. Belingheri M, Facchetti R, Scordo F, Butturini F, Turato M, De Vito G, Cesana G, Riva MA (2019). Risk behaviors among Italian healthcare students: A cross-sectional study for health promotion of future healthcare workers. *La Medicina del Lavoro*, 110(2), 155. doi: 10.23749/mdl.v110i2.7573.
24. Alinaitwe B, Amany C, Muwanguzi PA, Ngabirano TD (2024). Prevalence of risk factors for hypertension among faculty at an Urban University in Uganda. *Integrated Blood Pressure Control*, 1-11. doi: 10.2147/IBPC.S440972.
25. Hazarika CR, Babu BV (2024). Prevalence of hypertension in Indian tribal population: a systematic review and meta-analysis. *Journal of Racial and Ethnic Health Disparities*, 11(1), 451-467. doi: 10.1007/s40615-023-01532-6.
26. Ondimu DO, Kikui GM, Otieno WN (2019). Risk factors for hypertension among young adults (18-35) years attending in Tenwek Mission Hospital, Bomet County, Kenya in 2018. *Pan African Medical Journal*, 33(1). doi: 10.11604/pamj.2019.33.210.18407.
27. Dritsas E, Alexiou S, Moustakas K (2022). Efficient data-driven machine learning models for hypertension risk prediction. In *2022 International Conference on INnovations in Intelligent SysTems and Applications (INISTA)* (pp. 1-6). IEEE. doi: 10.1109/INISTA55318.2022.9894186.
28. Carey RM, Whelton PK (2021). New findings bearing on the prevention, detection and management of high blood pressure. *Current opinion in cardiology*, 36(4), 429-435. doi: 10.1097/HCO.0000000000000864.
29. Noone C, Dwyer CP, Murphy J, Newell J, Molloy GJ (2018). Comparative effectiveness of physical activity interventions and anti-hypertensive pharmacological interventions in reducing blood pressure in people with hypertension: protocol for a systematic review and network meta-analysis. *Systematic reviews*, 7, 1-7. doi: 10.1186/s13643-018-0791-9.
30. Zhou B, Perel P, Mensah GA, Ezzati M (2021). Global epidemiology, health burden and effective interventions for elevated blood pressure and hypertension. *Nature Reviews Cardiology*, 18(11), 785-802. doi: 10.1038/s41569-021-00559-8.

31. Singh S, Shankar R, Singh GP (2017). Prevalence and Associated Risk Factors of Hypertension: A Cross-Sectional Study in Urban Varanasi. *International journal of hypertension*, 2017(1), 5491838. doi: 10.1155/2017/5491838.
32. Sivakarathi G, Perumalraja R (2023). An Effective Analysis to Reduce Hypertension with Adaptive Lifestyle. In *2023 International Conference on Artificial Intelligence and Knowledge Discovery in Concurrent Engineering (ICECONF)* (pp. 1-7). IEEE. doi: 10.1109/ICECONF57129.2023.10083791.
33. Hipertansiyon Tanı ve Tedavi Kılavuzu (2022) Erişim Adresi: <https://temd.org.tr/yayinlar/kilavuzlar>. [Erişim Tarihi:16 Nisan 2024].
34. van den Meiracker, AH (2013). A global approach to hypertension. *EuroIntervention*, 9(Suppl R), R16-20.
35. Yu J, Wei Y, Jing Y, Gao Y (2021). Effect of acupuncture on essential hypertension: A protocol for systematic review and meta-analysis. *Medicine*, 100(15). doi: 10.1097/MD.00000000000025572.
36. Buang NFB, Rahman NAA, Haque M (2019). Knowledge, attitude and practice regarding hypertension among residents in a housing area in Selangor, Malaysia. *Medicine and pharmacy reports*, 92(2), 145. doi: 10.15386/mpr-1227.
37. Chan RJ, Helmeczi W, Hiremath SS (2023). Revisiting resistant hypertension: a comprehensive review. *Internal Medicine Journal*, 53(10), 1739-1751. doi: 10.1111/imj.16189.
38. Rimoldi SF, Scherrer U, Messerli FH (2014). Secondary arterial hypertension: when, who, and how to screen? *European heart journal*, 35(19), 1245-1254. doi: 10.1093/eurheartj/ehu534.
39. Cormick G, Ciapponi A, Cafferata ML, Cormick MS, Belizán JM (2021). Calcium supplementation for prevention of primary hypertension. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (8). doi: 10.1002/14651858.CD010037.pub4.
40. Sarathy H, Salman LA, Lee C, Cohen JB (2022). Evaluation and management of secondary hypertension. *Medical Clinics of North America*, 106(2), 269-283. doi: 10.1016/j.mcna.2021.11.004.
41. Falkner B, Lurbe E, Schaefer F (2010). High blood pressure in children: clinical and health policy implications. *The Journal of Clinical Hypertension*, 12(4), 261-276. doi: 10.1111/j.1751-7176.2009.00245.x.
42. Atila D, Öztürk YK, Barışık V, Çalıkoglu, EO (2021). Bir aile hekimliği birimine başvuran hipertansiyon tanılı bireylerin hastalıkla ilişkili bilgi düzeyi ve tutumları. *Journal of Medicine and Palliative Care*, 2(3), 66-70. doi: 10.47582/jompac.935007.
43. Muntner P, He J, Cutler JA, Wildman RP, Whelton PK (2004). Trends in blood pressure among children and adolescents. *Jama*, 291(17), 2107-2113. doi: 10.1001/jama.291.17.2107.
44. World Health Organization (2024) Available from: https://www.who.int/health-topics/hypertension#tab=tab_1. [Accessed 16 April 2024].
45. World Health Organization (2024) Available from: <https://www.who.int/news/item/19-09-2023-first-who-report-details-devastating-impact-of-hypertension-and-ways-to-stop-it>. [Accessed 16 April 2024].
46. Gulec, S. (2013). Early diagnosis saves lives: focus on patients with hypertension. *Kidney international supplements*, 3(4), 332-334. doi: 10.1038/kisup.2013.69.
47. Onat A, Can G, Yüksel H, Ademoğlu E, Erginel-Ünaltuna N, Kaya A, Altay S (2017). *TEKHARF 2017 Tıp dünyasının kronik hastalıklara yaklaşımına öncülük*. İstanbul: Logos Yayıncılık, 104-19.

48. TÜİK (2024) Erişim Adresi: <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Turkiye-Saglik-Arastirmasi-2022-49747>. [Erişim Tarihi:16 Nisan 2024].
49. Moussouni A, Sidi-Yakhlef A, Hamdaoui H, Aouar A, Belkhatir D (2022). Prevalence and risk factors of prehypertension and hypertension in Algeria. *BMC Public Health*, 22(1), 1571. doi: 10.1186/s12889-022-13942-y.
50. Mayega RW, Makumbi F, Rutebemberwa E, Peterson S, Östenson CG, Tomson G, Guwatudde D (2012). Modifiable socio-behavioural factors associated with overweight and hypertension among persons aged 35 to 60 years in eastern Uganda. doi: 10.1371/journal.pone.0047632.
51. Campbell NR, Niebylski ML (2014). Prevention and control of hypertension: developing a global agenda. *Current Opinion in Cardiology*, 29(4), 324-330. doi: 10.1097/HCO.0000000000000067.
52. Picon RV, Fuchs FD, Moreira LB, Fuchs SC (2013). Prevalence of hypertension among elderly persons in urban Brazil: a systematic review with meta-analysis. *American journal of hypertension*, 26(4), 541-548. doi: 10.1093/ajh/hps076.
53. Gunn HE, Eberhardt KR (2019). Family dynamics in sleep health and hypertension. *Current hypertension reports*, 21, 1-17. doi: 10.1007/s11906-019-0944-9.
54. Burt VL, Cutler JA, Higgins M, Horan MJ, Labarthe D, Whelton P, Brown C, Roccella EJ (1995). Trends in the prevalence, awareness, treatment, and control of hypertension in the adult US population: data from the health examination surveys, 1960 to 1991. *Hypertension*, 26(1), 60-69. doi: 10.1161/01.HYP.26.1.60.
55. Sandberg K, Ji H (2012). Sex differences in primary hypertension. *Biology of sex differences*, 3, 1-21. doi: 10.1186/2042-6410-3-7.
56. Cohen L, Curhan GC, Forman JP (2012). Influence of age on the association between lifestyle factors and risk of hypertension. *Journal of the American Society of Hypertension*, 6(4), 284-290. doi: 10.1016/j.jash.2012.06.002.
57. Zhang C, Wang L, Liao Q, Zhang L, Xu L, Chen C, Ye H, Xu X, Ye M, Duan S (2013). Genetic associations with hypertension: meta-analyses of six candidate genetic variants. *Genetic testing and molecular biomarkers*, 17(10), 736-742. doi: 10.1089/gtmb.2013.0080.
58. Liu M, He Y, Jiang B, Wang J, Wu L, Wang Y, Zhang D, Zeng J, Yao Y (2015). Association between family history and hypertension among Chinese elderly. *Medicine*, 94(48). doi: 10.1097/MD.0000000000002226.
59. Winnicki M, Somers VK, Dorigatti F, Longo D, Santonastaso M, Mos L, Mattarei M, Pessina AC, Palatini P (2006). Lifestyle, family history and progression of hypertension. *Journal of hypertension*, 24(8), 1479-1487. doi: 10.1097/01.hjh.0000239281.27938.d4.
60. Mills KT, Stefanescu A, He J (2020). The global epidemiology of hypertension. *Nature Reviews Nephrology*, 16(4), 223-237. doi: 10.1038/s41581-019-0244-2.
61. World Health Organization (2024) Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>. [Accessed 16 April 2024].
62. Charchar FJ, Prestes PR, Mills C, Ching SM, Neupane D, Marques FZ, Sharman JE, Vogt L, Burrell LM, Korostovtseva L, Zec M, Patil M, Schultz MG, Wallen MP, Renna NF, Islam SMS, Hiremath S, Gyeltshen T, Chia YC, Gupta A, Schutte AE, Klein B, Borghi C, Browning CJ, Czesnikiewicz-Guzik M, Lee HY, Itoh H, Miura K, Brunstrom M, Campbell NRC, Akinnibossun OA, Veerabhadrapa P, Wainford RD, Kruger R, Thomas SA, Komori T, Ralapanawa U, Cornelissen VA, Kapil V, Li Y, Zhang Y, Jafar TH, Khan N, Williams B, Stergioua G, Tomaszewski M (2024). Lifestyle management of hypertension: International Society of Hypertension position paper endorsed by the World Hypertension League and

- European Society of Hypertension. *Journal of hypertension*, 42(1), 23-49. doi: 10.1097/HJH.00000000000003563.
63. Su LN, Wang YB, Wnag CG, Wei HP (2017). Network analysis identifies common genes associated with obesity in six obesity-related diseases. *Journal of Zhejiang University. Science. B*, 18(8), 727. doi: 10.1631/jzus.B1600454.
 64. Vallée A, Perrine AL, Deschamps V, Blacher J, Olié V (2019). Relationship between dynamic changes in body weight and blood pressure: the ESTEBAN survey. *American Journal of Hypertension*, 32(10), 1003-1012. doi: 10.1093/ajh/hpz096.
 65. Hall JE, do Carmo JM, da Silva AA, Wang Z, Hall ME (2015). Obesity-induced hypertension: interaction of neurohumoral and renal mechanisms. *Circulation research*, 116(6), 991-1006. doi: 10.1161/CIRCRESAHA.116.305697.
 66. Ewunie TM, Sisay D, Mekuriaw B, Kabthymmer RH (2022). Physical inactivity and its association with hypertension among adults in Ethiopia: A systematic review and meta-analysis. *Heliyon*, 8(12). doi: 10.1016/j.heliyon.2022.e12023.
 67. Gamage AU, Seneviratne RDA (2021). Physical inactivity, and its association with hypertension among employees in the district of Colombo. *BMC Public Health*, 21, 1-11. doi: 10.1186/s12889-021-12013-y.
 68. Nagao T, Nogawa K, Sakata K, Morimoto H, Morita K, Watanabe Y, Suwazono Y (2021). Effects of alcohol consumption and smoking on the onset of hypertension in a long-term longitudinal study in a male workers' cohort. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(22). doi: 10.3390/ijerph182211781.
 69. Dikalov S, Itani H, Richmond B, Arslanbaeva L, Vergeade A, Rahman SJ, Boutaud O, Blackwell T, Massion PP, Harrison DG, Dikalova A (2019). Vascular Biology and Microcirculation: Tobacco smoking induces cardiovascular mitochondrial oxidative stress, promotes endothelial dysfunction, and enhances hypertension. *American Journal of Physiology-Heart and Circulatory Physiology*, 316(3), H639. doi: 10.1152/ajpheart.00595.2018.
 70. Singh PK, Dubey R, Singh L, Singh N, Kumar C, Kashyap S, Subramanian SV, Singh S (2022). Mixed effect of alcohol, smoking, and smokeless tobacco use on hypertension among adult population in India: a nationally representative cross-sectional study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(6). doi: 10.3390/ijerph19063239.
 71. Okojie OM, Javed F, Chiwome L, Hamid P (2020). Hypertension and alcohol: a mechanistic approach. *Cureus*, 12(8). doi: 10.7759/cureus.10086.
 72. Liu MY, Li N, Li WA, Khan H (2017). Association between psychosocial stress and hypertension: a systematic review and meta-analysis. *Neurological research*, 39(6), 573-580. doi: 10.1080/01616412.2017.1317904.
 73. Hermansen K (2000). Diet, blood pressure and hypertension. *British Journal of Nutrition*, 83(S1), S113-S119.
 74. Kawabe H, Azegami T, Takeda A, Kanda T, Saito I, Saruta T, Hirose H (2019). Features of and preventive measures against hypertension in the young. *Hypertension Research*, 42(7), 935-948. doi: 10.1038/s41440-019-0229-3.
 75. Erdem Y, Arici M, Altun B, Turgan C, Sindel S, Erbay B, Derici U, Karatan O, Hasanoglu E, Caglar S (2010). The relationship between hypertension and salt intake in Turkish population: SALTURK study. *Blood pressure*, 19(5), 313-318. doi: 10.3109/08037051003802541.

76. Clemmer JS, Hester R, Pruett WA (2018). Simulating a virtual population's sensitivity to salt and uninephrectomy. *Interface focus*, 8(1). doi: 10.1098/rsfs.2016.0134.
77. Leggio M, Lombardi M, Caldarone E, Severi P, D'Emidio S, Armeni M, Bravi V, Bendini MG, Mazza A (2017). The relationship between obesity and hypertension: an updated comprehensive overview on vicious twins. *Hypertension research*, 40(12), 947-963. doi: 10.1038/hr.2017.75.
78. Fung TT, Chiuve SE, McCullough ML, Rexrode KM, Logroscino G, Hu FB (2008). Adherence to a DASH-style diet and risk of coronary heart disease and stroke in women. *Archives of internal medicine*, 168(7), 713-720. doi: 10.1001/archinte.168.7.713.
79. Sacks FM, Svetkey LP, Vollmer WM, Appel LJ, Bray GA, Harsha D, Obarzanek E, Conlin PR, Miller ER, Simons-Morton DG, Karanja N, Lin PH, Aickin M, Most-Windhauser MM, Moore TJ, Proschan MA, Cutler JA (2001). Effects on blood pressure of reduced dietary sodium and the Dietary Approaches to Stop Hypertension (DASH) diet. *New England journal of medicine*, 344(1), 3-10. doi: 10.1056/NEJM200101043440101.
80. Alexander S, Ostfeld RJ, Allen K, Williams KA (2017). A plant-based diet and hypertension. *Journal of geriatric cardiology: JGC*, 14(5), 327. doi: 10.11909/j.issn.1671-5411.2017.05.014.
81. Almomani MH, Rababa M, Alzoubi F, Alnuaimi K, Alnatour A, Ali RA (2021). Effects of a health education intervention on knowledge and attitudes towards chronic non-communicable diseases among undergraduate students in Jordan. *Nursing Open*, 8(1), 333-342. doi: 10.1002/nop2.634.
82. Arts J, Fernandez ML, Lofgren IE (2014). Coronary heart disease risk factors in college students. *Advances in Nutrition*, 5(2), 177-187. doi: 10.3945/an.113.005447.
83. Çiğdem A (2023). Pamukkale Üniversitesi öğrencilerinde beslenme okuryazarlığı düzeyleri, etkileyen faktörler ve sağlıklı beslenme tutumu ile ilişkisi. *Uzmanlık Tezi, Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Ana Bilim Dalı, Denizli*.
84. Jiang Q, Zhang Q, Wang T, You Q, Liu C, Cao S (2021). Prevalence and risk factors of hypertension among college freshmen in China. *Scientific Reports*, 11(1), 23075. doi: 10.1038/s41598-021-02578-4.
85. Yıldırım RV, Zengin Y (2018). Başkent üniversitesi tıp fakültesi dönem 2 ve sağlık bilimleri fakültesi hemşirelik bölümü 2. sınıf öğrencilerinin riskli davranışlar ölçeği ve ahlaki olgunluk ölçeği skorlamalarının değerlendirilmesi. *Turkish Journal of Bioethics*, 5.
86. Arifoglu AT, Artan T (2024). A systematic review of the factors influencing the risky behaviors of syrian forced migrant children and adolescents in Turkey. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 29(3), 1195-1212. doi: 10.1177/13591045241231336.
87. Zhao J, Goodhines PA, Park A (2023). The intersection of neighborhood and race in urban adolescent health risk behaviors. *Journal of community psychology*, 51(4), 1785-1802. doi: 10.1002/jcop.22963.
88. Oduro JK, Okyere J, Nyador JKMT (2023). Risky health behaviours and chronic conditions among aged persons: analysis of SAGE selected countries. *BMC geriatrics*, 23(1), 145. doi: 10.1186/s12877-023-03836-y.
89. Fırat S, Yoldaşcan E, Çot DA, Dağlıoğlu N, Gülmen MK (2016). Üniversite öğrencilerinde risk alma davranışları ve etkileyen faktörlerin incelenmesi. *Adli Tıp Bülteni*, 21(3), 172-176. doi: 10.17986/blm.2016323751.
90. Gaik LP, Abdullah MC, Elias H, Uli J (2010). Development of antisocial behaviour. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 7, 383-388. doi: 10.1016/j.sbspro.2010.10.052.

91. İnanlı Zİ (2023) Üniversite öğrencilerinde riskli davranışları etkileyen faktörlerin incelenmesi : Kesitsel bir saha çalışması. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Gelişim Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, İstanbul.
92. Franco SA, Gutiérrez ML, Sarmiento J, Cuspoca D, Tatis J, Castillejo A, Barrios M, Ballesteros-Cabrera MP, Zamora S, Rodríguez CI (2017). Suicide in university students in Bogotá, Colombia, 2004–2014. *Ciencia & saude coletiva*, 22, 269-278. doi: 10.1590/1413-81232017221.22452015.
93. World Health Organization (2024) Available from: https://www.who.int/health-topics/suicide#tab=tab_1. [Accessed 16 April 2024].
94. Wu R, Zhu H, Wang ZJ, Jiang CL (2021). A large sample survey of suicide risk among university students in China. *BMC psychiatry*, 21, 1-9. doi: 10.1186/s12888-021-03480-z.
95. Pilkington P, Younan R, Bishop A (2021). Early maladaptive schemas, suicidal ideation, and self-harm: A meta-analytic review. *Journal of affective disorders reports*, 3. doi: 10.1016/j.jadr.2020.100051.
96. Hashimoto N, Takeda H, Fujii Y, Suzuki Y, Kato TA, Fujisawa D, Aoyama-Uehara K, Otsuka K, Mitsui N, Asakura S, Kusumi I (2021). Effectiveness of suicide prevention gatekeeper training for university teachers in Japan. *Asian journal of psychiatry*, 60. doi: 10.1016/j.ajp.2021.102661.
97. Liu CH, Stevens C, Wong SH, Yasui M, Chen JA (2019). The prevalence and predictors of mental health diagnoses and suicide among US college students: Implications for addressing disparities in service use. *Depression and anxiety*, 36(1), 8-17. doi: 10.1002/da.22830.
98. Davoren MP, Cronin M, Perry JJ, O'Connor K (2016). Alcohol consumption among university students: a typology of consumption to aid the tailoring of effective public health policy. *BMJ open*, 6(11). doi: 10.1136/bmjopen-2016-011815.
99. López-Angulo Y, Sáez-Delgado F, Mella-Norambuena J, Bernardo AB, Díaz-Mujica A (2023). Predictive model of the dropout intention of Chilean university students. *Frontiers in Psychology*, 13. doi: 10.3389/fpsyg.2022.893894.
100. Abreu Alves S, Sinval J, Lucas Neto L, Marôco J, Gonçalves Ferreira A, Oliveira P (2022). Burnout and dropout intention in medical students: the protective role of academic engagement. *BMC Medical Education*, 22(1), 83. doi: 10.1186/s12909-021-03094-9.
101. Rodríguez-Muñoz PM, Carmona-Torres JM, Rivera-Picón C, Morales-Cané I, Fabbian F, Manfredini R, Rodríguez-Borrego MA, López-Soto PJ (2021). Risky behaviours of Spanish university students: association with Mediterranean diet, sexual attitude and chronotype. *Nutrients*, 13(11). doi: 10.3390/nu13114042.
102. Al-Qahtani AM (2022). Lifestyle habits among Najran University students, Najran, Saudi Arabia. *Frontiers in Public Health*, 10. doi: 10.3389/fpubh.2022.938062.
103. Strong KA, Parks SL, Anderson E, Winett R, Davy BM (2008). Weight gain prevention: identifying theory-based targets for health behavior change in young adults. *Journal of the American Dietetic Association*, 108(10), 1708-1715. doi: 10.1016/j.jada.2008.07.007.
104. Ilić M, Grujičić M, Novaković B, Vrkić A, Lozanov-Crvenković Z (2022). Cigarette smoking among medical students from the Western Balkan. *International journal of environmental research and public health*, 19(5). doi: 10.3390/ijerph19053055.
105. Milic M, Gazibara T, Pekmezovic T, Kisic Tepavcevic D, Maric G, Popovic A, Stevanovic J, Patil KH, Levine H (2020). Tobacco smoking and health-related quality of life among university students: Mediating effect of depression. *PloS one*, 15(1). doi: 10.1371/journal.pone.0227042.

- 106.Ling PM, Glantz SA (2002). Why and how the tobacco industry sells cigarettes to young adults: evidence from industry documents. *American journal of public health*, 92(6), 908-916. doi: 10.2105/AJPH.92.6.908.
- 107.Demir İ, Atasoy E, Süsen Y, Köse EG (2024). Üniversite Öğrencilerinin Tütün ve Tütün Ürünlerine Başlamaya Yönelik Deneyim ve Görüşlerinin İncelenmesi. *Küllüye*, 5(1), 59-83. doi: 10.48139/aybukullüye.1318815.
- 108.Arslan YT, Pirinççi S, Okyay P, Döğer FK (2016). Tobacco use and related factors among Adnan Menderes University Faculty of Medicine freshers. *Meandros Medical And Dental Journal*, 17(3), 146-152. doi: 10.4274/meandros.2384.
- 109.Ilhan MN, Yapar D (2020). Alcohol consumption and alcohol policy. *Turkish journal of medical sciences*, 50(5), 1197-1202. doi: 10.3906/sag-2002-237.
- 110.Hajjar I, Kotchen JM, Kotchen TA (2006). Hypertension: trends in prevalence, incidence, and control. *Annu. Rev. Public Health*, 27(1), 465-490. doi: 10.1146/annurev.publhealth.27.021405.102132.
- 111.Lavilla-Gracia M, Pueyo-Garrigues M, Pueyo-Garrigues S, Pardavila-Belio MI, Canga-Armayor A, Esandi N, Alfaro-Díaz C, Canga-Armayor N (2022). Peer-led interventions to reduce alcohol consumption in college students: A scoping review. *Health & Social Care in the Community*, 30(6), e3562-e3578. doi: 10.1111/hsc.13990.
- 112.Pearson MR (2013). Use of alcohol protective behavioral strategies among college students: A critical review. *Clinical psychology review*, 33(8), 1025-1040. doi: 10.1016/j.cpr.2013.08.006.
- 113.Shorey RC, Stuart GL, Anderson S (2013). Early maladaptive schemas among young adult male substance abusers: A comparison with a non-clinical group. *Journal of substance abuse treatment*, 44(5), 522-527. doi: 10.1016/j.jsat.2012.12.001.
- 114.Nasui BA, Popa M, Buzoianu AD, Pop AL, Varlas VN, Armean SM, Popescu CA (2021). Alcohol consumption and behavioral consequences in Romanian medical university students. *International journal of environmental research and public health*, 18(14), 7531. doi: 10.3390/ijerph18147531.
- 115.Oliveira LGD, Barroso LP, Wagner GA, Ponce JDC, Malbergier A, Stempliuk VDA, Andrade AGD (2009). Consumo de drogas entre estudantes de medicina em São Paulo: influências de gênero e ano letivo. *Brazilian Journal of Psychiatry*, 31, 227-239.
- 116.Gümüşhane Üniversitesi (2024) Erişim Adresi: <https://www.gumushane.edu.tr/tarihce>. [Erişim Tarihi:16 Nisan 2024].
- 117.Arıkan İ, Yavuz B, Yiğit D, Ece E (2017). Üniversite öğrencilerinde riskli davranışlarla ilişkili faktörlerin incelenmesi: Bir devlet üniversitesi örneği. *Çağdaş Tıp Dergisi*, 7(4), 348-354. doi: 10.16899/gopctd.290382.
- 118.Tankut D (2023). Ailesinde hipertansiyon hastası olan kişilerin beslenme bilgi düzeyleri ile hipertansiyondan korunma tutumlarının ilişkisi. *Tıpta Uzmanlık Tezi, Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gaziosmanpaşa Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Aile Hekimliği Ana Bilim Dalı, İstanbul*.
- 119.Akgün R, Şahin H (2018). A research on determining risk behavior of university students. *Journal of Current Researches on Social Sciences*, 8(4), 367-82. doi: 10.26579/jocress-8.4.19.
- 120.Semir MÇ (2023). Yetişkinlerin sağlık algısı ile hipertansiyondan korunma tutumları arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi. *Uzmanlık Tezi, Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Ana Bilim Dalı, Trabzon*.

121. Ateş BK, Batmaz S (2023). Üniversite Öğrencilerinin Riskli Davranışlarının Duygu Düzenleme Güçlüğü ve Olumsuz Çekirdek İnanışlarla İlişkisi. *Medeniyet Ve Toplum Dergisi*, 7(1), 43-60.
122. Tuna ZO (2015). Üniversite öğrencilerinde riskli davranışların dürtüsellik ve üstbilişsel inançlar ile ilişkisi. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Bilim Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
123. Yazgan G (2020). Üniversite öğrencilerinde riskli davranışlar: İnternet bağımlılığı ve bilişsel tamamlanma ihtiyacının etkisi. Yüksek lisans tezi, Kırıkkale Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Kırıkkale.
124. Türker E, Tanrıkulu G (2022). Bir vakıf üniversitesinde öğrenim görmekte olan öğrencilerin kardiyovasküler hastalıklarına ilişkin risk faktörleri bilgi düzeyi ve yaşam biçimi arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Paramedik ve Acil Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 3(1), 16-26. doi: 10.54862/pashid.956002.
125. Taşkın Yılmaz F, Karakoç Kumsar A, Celik S (2018). The association between healthy lifestyle behaviors and level of knowledge about cardiovascular disease risk factors in people with type 2 diabetes. *Journal of Education and Research in Nursing*, 15(2), 63-70. doi: 10.5222/head.2018.063.
126. Kim JY, Chae CH, Kim YO, Son JS, Kim JH, Kim CW, Park HO, Lee JH, Kwon SI (2015). The relationship between quality of sleep and night shift rotation interval. *Annals of occupational and environmental medicine*, 27, 1-8. doi: 10.1186/s40557-015-0084-x.
127. Cook WK, Li L, Tam CC, Mulia N, Kerr WC (2022). Associations of clustered health risk behaviors with diabetes and hypertension in White, Black, Hispanic, and Asian American adults. *BMC Public Health*, 22(1), 773. doi: 10.1186/s12889-022-12938-y.
128. Gençtanırım D (2014). Riskli davranışlar ölçeği üniversite formu: Geçerlik ve güvenirlik çalışmaları. *Journal of Measurement and Evaluation in Education and Psychology*, 5(1), 24-34.
129. Redwine KM, Daniels SR (2012). Prehypertension in adolescents: risk and progression. *The Journal of Clinical Hypertension*, 14(6), 360-364. doi: 10.1111/j.1751-7176.2012.00663.x.
130. Güneş E (2024). Ailesel hipertansiyon öyküsü olan ve olmayan bireylerde, hipertansiyon gelişiminin önlenmesine yönelik tutumların değerlendirilmesi. Tıpta Uzmanlık Tezi, Sağlık Bilimleri Üniversitesi Haydarpaşa Numune Eğitim Ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Kliniği, İstanbul.
131. Çetinkaya Özdemir S, Semerci V, Metin T (2023). Effect of Alexithymia Severity on Attitudes Toward Hypertension Prevention in Adults: A Cross-Sectional Study. *MAS Journal of Applied Sciences*, 8(3), 511-519. doi: <https://doi.org/10.5281/zenodo.8184782>
132. Aslan H, Kaplan F, Çelik H (2022). Sağlık çalışanlarının sağlıklı beslenme ve hipertansiyondan korunmaya yönelik tutumlarının değerlendirilmesi. 2. Uluslararası Gazi Sağlık Bilimleri Kongresi, Çevrimiçi Kongre, 15-17 Aralık 2022, 119-119.
133. Şerif İM (2020). Çukurova Üniversitesi Öğrencilerinde Uyku Hijyeni ve Riskli Davranışların Değerlendirilmesi. Uzmanlık Tezi, Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Adana.
134. Çiydem E (2017). Hemşirelik öğrencilerinde riskli davranışlar, akran baskısı ve psikolojik dayanıklılık. Yüksek lisans tezi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
135. Bogale S, Mishore KM, Tola A, Mekuria AN, Ayele Y (2020). Knowledge, attitude and practice of lifestyle modification recommended for hypertension management and the associated factors among adult hypertensive patients in Harar, Eastern Ethiopia. *SAGE Open Medicine*, 8, 2050312120953291.
136. Asante DO, Dai A, Walker AN, Zhou Z, Kpogo SA, Lu R, Huang K, Zou J (2023). Assessing hypertension and diabetes knowledge, attitudes and practices among residents in Akatsi South District, Ghana using the KAP questionnaire. *Frontiers in Public Health*, 11. doi: 10.3389/fpubh.2023.1056999.

137. Gong D, Yuan H, Zhang Y, Li H, Zhang D, Liu X, Sun M, Lv J, Li C (2020). Hypertension-related knowledge, attitudes, and behaviors among community-dwellers at risk for high blood pressure in Shanghai, China. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(10). doi: 10.3390/ijerph17103683.
138. Haron H, Kamal NF, Yahya HM, Shahar S (2021). Knowledge, attitude and practice (KAP) of Malay elderly on salt intake and its relationship with blood pressure. *Frontiers in Public Health*, 8. doi: 10.3389/fpubh.2020.559071.
139. Paulose T, Nkosi ZZ, Endriyas M (2022). Factors associated with positive attitude towards hypertension control in Hawassa city administration: Community based cross-sectional study. *Health Science Reports*, 5(5). doi: 10.1002/hsr2.779.
140. Wake AD, Bekele DM, Tuji TS (2020). Knowledge and attitude of self-monitoring of blood pressure among adult hypertensive patients on follow-up at selected public hospitals in Arsi Zone, Oromia Regional State, Ethiopia: A cross-sectional study. *Integrated blood pressure control*, 1-13. doi: 10.2147/IBPC.S242123.
141. Chimberengwa PT, Naidoo M (2019). Knowledge, attitudes and practices related to hypertension among residents of a disadvantaged rural community in southern Zimbabwe. *PloS one*, 14(6). doi: 10.1371/journal.pone.0215500.
142. Tokem Y, Taşçı E, Yılmaz M (2013). Hipertansiyon tanısı olan bireylerin evde hastalık yönetimlerinin incelenmesi. *Türk Kardiyoloji Derneği Kardiyovasküler Hemşirelik Dergisi*, 4(5):30-40. doi: 10.5543/khd.2013.004.
143. Haus E, Smolensky M (2006). Biological clocks and shift work: circadian dysregulation and potential long-term effects. *Cancer causes & control*, 17, 489-500. doi: 10.1007/s10552-005-9015-4.
144. van der Sande MA, Walraven GE, Milligan PJ, Banya WA, Ceesay SM, Nyan OA, McAdam KP (2001). Family history: an opportunity for early interventions and improved control of hypertension, obesity and diabetes. *Bulletin of the World health organization*, 79(4), 321-328.
145. Galderisi M, Celentano A, Tammaro P, Mxireddu GF, Garofalo M, Simone GD, Divitiis OD (1993). Ambulatory blood pressure monitoring in offspring of hypertensive patients Relation to left ventricular structure and function. *American journal of hypertension*, 6(2), 114-120. doi: 10.1093/ajh/6.2.114.
146. González A, López B, Ravassa S, Beaumont J, Arias T, Hermida N, Zudaire A, Díez J (2009). Biochemical markers of myocardial remodelling in hypertensive heart disease. *Cardiovascular research*, 81(3), 509-518. doi: 10.1093/cvr/cvn235.
147. Kevil CG, Goeders NE, Woolard MD, Bhuiyan MS, Dominic P, Kolluru GK, Arnold CL, Traylor JG, Orr AW (2019). Methamphetamine use and cardiovascular disease: in search of answers. *Arteriosclerosis, thrombosis, and vascular biology*, 39(9), 1739-1746. doi: 10.1161/ATVBAHA.119.312461.
148. Yazıcıoğlu Coşgun MM, Kağan M (2023). Riskli davranışlar, ahlaki uzaklaşma ve algılanan sosyal destek arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Ahmet Keleşoğlu Eğitim Fakültesi Dergisi*, 5(2), 402-419. doi: 10.38151/akef.2023.61.
149. Sayım VO (2022). Üniversite eğitimine başlayan gençlerde riskli davranışlar ve ilişkili ailesel faktörlerin değerlendirilmesi. *Uzmanlık Tezi, Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Adana.*
150. Çiçek ZB (2019) Çukurova Üniversitesi aile hekimliği polikliniklerine başvuran üniversite öğrencilerinin riskli davranışları ve yaşam doyumları ile ilişkisi. *Uzmanlık Tezi, Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Adana.*

151. Körük S, Aypay A (2017) Ergenlerde riskli davranışların güvensiz bağlanma ve algılanan sosyal destek tarafından yordanmasında psikolojik belirtilerin aracı rolü. *Uluslararası Hakemli Psikiyatri ve Psikoloji Araştırmaları Dergisi*, 8. doi: 10.17360/uhppd.2017.1.001.
152. Telef BB (2014). Ergenlerde olumlu ve olumsuz duygular ile riskli davranışlar arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Kastamonu Eğitim Dergisi*, 22(2), 591-604.
153. Akeren İ (2021). Ergenlerin riskli davranışlarının çeşitli sosyo-demografik değişkenler açısından incelenmesi. *Journal of International Social Research*, 14(76).
154. Marengo SM, Klibert J, Langhinrichsen-Rohling J, Warren J, Smalley KB (2019). The relationship of early maladaptive schemas and anticipated risky behaviors in college students. *Journal of Adult Development*, 26, 190-200. doi: 10.1007/s10804-018-9313-1.
155. Hair EC, Park MJ, Ling TJ, Moore KA (2009). Risky behaviors in late adolescence: co-occurrence, predictors, and consequences. *Journal of Adolescent Health*, 45(3), 253-261. doi: 10.1016/j.jadohealth.2009.02.009.
156. Zimmermann G (2010). Risk perception, emotion regulation and impulsivity as predictors of risk behaviours among adolescents in Switzerland. *Journal of Youth Studies*, 13(1), 83-99. doi: 10.1080/13676260903173488.
157. Şimşek H, Çöplü F (2018). Lise öğrencilerinin riskli davranışlar gösterme düzeyleri ile okula bağlanma düzeyleri arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Ahi Evran Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 4(1), 18-30. doi: 10.31592/aeusbed.358223.
158. Lowden A, Moreno C, Holmbäck U, Lennernäs M, Tucker P (2010). Eating and shift work—effects on habits, metabolism, and performance. *Scandinavian journal of work, environment & health*, 150-162. doi: 10.5271/sjweh.2898.
159. Nuttall FQ (2015). Body mass index: obesity, BMI, and health: a critical review. *Nutrition today*, 50(3), 117-128. doi: 10.1097/NT.0000000000000092.
160. Koritzky G, Yechiam E, Bukay I, Milman U (2012). Obesity and risk taking. A male phenomenon. *Appetite*, 59(2), 289-297. doi: 10.1016/j.appet.2012.05.020.
161. Gutin I (2021). Body mass index is just a number: Conflating riskiness and unhealthiness in discourse on body size. *Sociology of health & illness*, 43(6), 1437-1453. doi: 10.1111/1467-9566.13309.
162. Keweloh B, Terenzi D, Froehlich E, Coricelli C, Stürmer P, Rohmann N, Wietzke-Braun P, Beckmann A, Laudes M, Park SQ (2024). Weight loss impacts risky decisions in obesity. *Clinical nutrition*, 43(6), 1270-1277. doi: 10.1016/j.clnu.2024.04.002.
163. Wang GJ, Volkow ND, Logan J, Pappas NR, Wong CT, Zhu W, Netusll N, Fowler JS (2001). Brain dopamine and obesity. *The Lancet*, 354-357. doi: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(00\)03643-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(00)03643-6)
164. Liu H, Bi C, Lin H, Ma W, Zhang J, Hu YY, Liu JZ (2022). Compared with dietary behavior and physical activity risk, sedentary behavior risk is an important factor in overweight and obesity: evidence from a study of children and adolescents aged 13–18 years in Xinjiang, China. *BMC pediatrics*, 22(1), 582. doi: 10.1186/s12887-022-03646-y.
165. Slavin JL, Lloyd B (2012). Health benefits of fruits and vegetables. *Advances in nutrition*, 3(4), 506-516. doi: 10.3945/an.112.002154.
166. Liu L, Artigas SO, Ulrich A, Tardu J, Mohr PN, Wilms B, Koletzko B, Schmid SM, Park SQ (2021). Eating to dare-Nutrition impacts human risky decision and related brain function. *NeuroImage*, 233. doi: 10.1016/j.neuroimage.2021.117951.

- 167.Yurt S, Özdemir T (2020). Üniversite öğrencilerinin beslenme egzersiz davranışlarının belirlenmesi. Koç Üniversitesi Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi, 17(3), 238-43. doi: 10.5222/head.2020.58234.
- 168.Schmid D, Leitzmann MF (2014). Television viewing and time spent sedentary in relation to cancer risk: a meta-analysis. JNCI: Journal of the National Cancer Institute, 106(7). doi: 10.1093/jnci/dju098.
- 169.Bertuol C, Tozetto WR, Streb AR, Del Duca GF (2022). Combined relationship of physical inactivity and sedentary behaviour with the prevalence of noncommunicable chronic diseases: data from 52,675 Brazilian adults and elderly. European Journal Of Sport Science, 22 (4), 617–626. doi: 10.1080/17461391.2021.1880646.
- 170.Noce A, Romani A, Bernini R (2021). Dietary intake and chronic disease prevention. Nutrients, 13(4), 1358. doi: 10.3390/nu13041358.
- 171.Karabulut G (2017). Baş ağrısı ve baş dönmesi şikâyetleri ile nöroloji polikliniğine başvuran hastaların anksiyete risk düzeyleri. Yüksek Lisans Tezi, Haliç Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- 172.Sürme Y (2019). Stres, stresle ilişkili hastalıklar ve stres yönetimi. Journal of International Social Research, 12(64). doi: 10.17719/jisr.2019.3374.
- 173.Arslan M, Aydın EB (2022). Üniversite öğrencilerinde metabolik sendrom riski, fiziksel aktivite, uyku kalitesi ve yorgunluk arasındaki ilişki. Turkish Journal of Cardiovascular Nursing, 13(30), 9-13. doi: 10.5543/khd.2022.210905.
- 174.Han B, Li C, Zhou Y, Zhang M, Zhao Y, Zhao T, Hu D, Sun, L. (2022). Association of salt-reduction knowledge and behaviors and salt intake in Chinese population. Frontiers in Public Health, 10. doi: 10.3389/fpubh.2022.872299.
- 175.Mente A, O'Donnell M, Rangarajan S, McQueen M, Dagenais G, Wielgosz A, Lear S, Lap Ah ST, Wei L, Diaz R, Avezum A, Lopez-Jaramillo P, Lanas F, Mony P, Szuba A, Iqbal R, Yusuf R, Mohammadifard N, Khatib R, Yusoff K, Ismail N, Gulec S, Rosengren A, Yusufali A, Kruger L, Tsolekile LP, Chifamba J, Dans A, Alhabib KF, Yeates K, Teo K, Yusuf S (2018). Urinary sodium excretion, blood pressure, cardiovascular disease, and mortality: a community-level prospective epidemiological cohort study. The Lancet, 392(10146), 496-506. doi: 10.1016/S0140-6736(18)31376-X.
- 176.Semerci M, Aşıl RH (2020). Lise son sınıf öğrencilerinde riskli sağlık davranışları ve algılanan sosyal destek ilişkisi. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 9(3), 232-244. doi: 10.37989/gumussagbil.682749.
- 177.Kern ML, Waters LE, Adler A, White MA (2015). A multidimensional approach to measuring well-being in students: Application of the PERMA framework. The journal of positive psychology, 10(3), 262-271. doi: 10.1080/17439760.2014.936962.
- 178.Geckil E, Dündar Ö (2011). Turkish adolescent health risk behaviors and self-esteem. Social Behavior and Personality: an international journal, 39(2), 219-227. doi: 10.2224/sbp.2011.39.2.219.

8. ÖZGEÇMİŞ

Sümeyya KAYA BUDAK tarihinde ilinde doğdu. İlkokulu Alpağut Köyü İlkokulunda, ortaokulu Mezre İlköğretim okulunda, lise eğitimini Balakgazi Lisesi'nde tamamladı. 2011 yılında Fırat Üniversitesi Sağlık Yüksek Okulu Hemşirelik Bölümünden mezun oldu. 2015 yılında Gümüşhane Üniversitesi Afet Yönetimi Ana Bilim Dalı'nda tezli yüksek lisansını tamamladı. 2011-2013 yılları arasında Gümüşhane Devlet Hastanesinde hemşire olarak çalıştı. 2013 yılından itibaren Gümüşhane Üniversitesi'nde öğretim görevlisi olarak çalışmaktadır. KAYA BUDAK evli ve 1 çocuk annesidir.



9. EKLER

Ek 1. Etik Kurul İzni



T.C.
AVRASYA ÜNİVERSİTESİ
Etik Kurulu

Sayı : E-69268593-050.02-21423
Konu : Etik Kurul İzin Onayı Hk.

06.11.2023

Sayın Sümeyra KAYA BUDAK

Avrasya Üniversitesi Etik Kurulunun 01.11.2023 tarih 16 sayılı toplantısında sunulan 2023-120 numaralı "Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Öğrencilerinin Hipertansiyondan Koruma Tutumları ve Riskli Davranışlarının İncelenmesi" adlı başvurunuz etik kurul izin onayı almıştır.
Bilgilerinize rica ederim.

e-imzalıdır

Prof. Dr. Yavuz ÖZORAN
Etik Kurul Başkanı

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge Doğrulama Kodu : E8LV-5KEH-8KDY Belge Doğrulama Adresi : <https://ebyssorgu.avrasya.edu.tr/>



Ek 2. Kurum İzni



T.C.
GÜMÜŞHANE ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
GENEL SEKRETERLİK

Sayı : E-35979008-100-219774

Konu : Anket Çalışması

GÜMÜŞHANE SAĞLIK HİZMETLERİ MESLEK YÜKSEKOKULU MÜDÜRLÜĞÜNE

İlgi : 28.11.2023 tarih ve E-21452481-100-219637 sayılı yazınız.

İlgi tarih ve sayılı yazınıza istinaden; Söz konusu yazınızda belirttiğiniz üzere Meslek Yüksekokulunuzun Sağlık Bakım Hizmetleri Bölümünde görev yapan Öğr. Gör. Sümeyya KAYA BUDAK'ın "Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Öğrencilerinin Hipertansiyondan Korunma Tutumları ve Riskli Davranışlarının İncelenmesi" başlıklı anket çalışması için izin talebiniz Rektörlüğümüzce uygun görülmüştür. Bahse konu anket çalışmasına ilişkin diğer iş ve işlemlerin tarafınızca yapılması hususunda;
Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

Prof. Dr. Halil İbrahim ZEYBEK
Rektör

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge Doğrulama Kodu : 00OU-OS9V-0DY5

Belge Doğrulama Adresi : <https://ebyssorgu.gumushane.edu.tr/>



Ek 3. Ölçek İzinleri

Hipertansiyondan Korunma Tutumları Ölçeği

× Kapat | Önceki Sonraki 🔍

Ynt: Hipertansiyondan Korunma Tutumları Ölçek İzni



Sümeyya KAYA
Kime: zühal Albayrak

10.07.2023 Pzt 13:02

İlginiz için teşekkürler Hocam.
İyi günler.
İyi çalışmalar.

Gönderen: zühal Albayrak <albayrak250@gmail.com>
Gönderildi: 10 Temmuz 2023 Pazartesi 09:58
Kime: Sümeyya KAYA <sumeyyakaya@msn.com>
Konu: Re: Hipertansiyondan Korunma Tutumları Ölçek İzni

Sayın Sümeyya Kaya Budak,
çalışmanızda ölçeği kullanmanızdan onur duyuyoruz.
Saygılarımla

İstedığınız bilgiler için makaleyi ""Albayrak, Z., & Şengezer, T. (2022). Ailelerinde Hipertansiyon Hastası Olan Kişilerde Hipertansiyon Gelişiminin Önlenmesiyle İlgili Tutumlar: Bir Ölçek Geliştirme Çalışması. *TÜRKİYE AİLE HEKİMLİĞİ DERGİSİ*, 26(2), 53-65." ile inceleyebilirsiniz.

9 Tem 2023 Pzt 22:08 tarihinde Sümeyya KAYA <sumeyyakaya@msn.com> şunu yazdı:

Merhabalar Sayın hocam,
Avrasya Üniversitesi Hemşirelik Ana Bilim Dalı'nda Prof. Dr. Füsun Terzioğlu hocamızın danışmanlığında yüksek lisans yapıyorum.
Yüksek Lisans tezimde Hipertansiyondan Korunma Tutumları Ölçeğinizi kullanabilmem konusunda izininizi istiyorum.
Ayrıca ölçek maddeleri ve puanlama yönergesini de gönderebilerseniz sevinirim.
Literatüre sağlamış olduğunuz katkılardan dolayı teşekkürlerimi sunarken, çalışmanıza gerekli atıfları yapacağımı ifade etmek isterim.
Saygılarımla...
Sümeyya Kaya Budak

← Yanıtla → İlet

Riskli Davranışlar Ölçeği –Üniversite Formu

× Kapat | Önceki Sonraki 🔍

Ynt: Riskli Davranışlar Ölçek İzni



Sümeyya KAYA
Kime: Dilek GENÇTANIRIM KURT

2.10.2023 Pzt 10:58

İlginiz için teşekkürler Hocam.
İyi günler.
İyi çalışmalar.

Gönderen: Dilek GENÇTANIRIM KURT <dgentanirim@ahievran.edu.tr>
Gönderildi: 2 Ekim 2023 Pazartesi 10:55
Kime: Sümeyya KAYA <sumeyyakaya@msn.com>
Konu: Re: Riskli Davranışlar Ölçek İzni

Sevgili Sümeyye,
Öncelikle geciken yanıtım için üzgünüm. Riskli Davranışlar Ölçeği Üniversite Formu'nu tezinde kullanman benim açımdan uygundur. Ekte ölçeği ve makalesini iletiyorum.
Kolaylıklar dilerim.
Prof. Dr. Dilek Gençtanırım Kurt
Kırşehir Ahi Evran Üniversitesi
Psikolojik Danışma ve Rehberlik Anabilim Dalı

Sümeyya KAYA <sumeyyakaya@msn.com>, 2 Eki 2023 Pzt, 10:42 tarihinde şunu yazdı:

Merhabalar Sayın hocam,
Avrasya Üniversitesi Hemşirelik Ana Bilim Dalı'nda Prof. Dr. Füsun Terzioğlu hocamızın danışmanlığında yüksek lisans yapıyorum.
Yüksek Lisans tezimde Riskli Davranışlar Ölçeğinizi (Üniversite Formu) kullanabilmem konusunda izininizi istiyorum.
Literatüre sağlamış olduğunuz katkılardan dolayı teşekkürlerimi sunarken, çalışmanıza gerekli atıfları yapacağımı ifade etmek isterim.
Saygılarımla...
Sümeyya Kaya Budak

Ek 4. Anket Formu

Bölüm 1

Değerli katılımcılar, bu çalışma Prof. Dr. Füsun Terzioğlu danışmanlığında yüksek lisans öğrencisi Sümeyya Kaya Budak tarafından yürütülecektir. Çalışmanın yapılabilmesi için Avrasya Üniversitesi Etik Kurulu'ndan izin alınmıştır. Çalışmadan elde edilen veriler yüksek lisans tezi için kullanılacaktır. Bu çalışmaya katılmak tamamen gönüllülük esasına dayanmaktadır. Çalışmaya katılmama veya katıldıktan sonra herhangi bir anda çalışmadan çıkma hakkına sahipsiniz. Bu çalışmaya katılmanız için sizden herhangi bir ücret istenmeyecektir. Çalışmaya katıldığınız için size bir ödeme yapılmayacaktır. Çalışmadan elde edilecek bilgiler tamamen araştırma amacı ile kullanılacak olup kişisel bilgileriniz gizli tutulacaktır. Çalışma hakkında daha fazla bilgi almak için Sümeyya Kaya Budak (E-posta: sumeyyakbudak@gmail.com) ile iletişim kurabilirsiniz. Aşağıdaki soruları eksiksiz doldurmanızın araştırma sonuçları için çok önemli olduğunu hatırlatır, bilimsel bir çalışmaya katılarak yardımcı olduğunuz için teşekkür ederiz.

Yukarıdaki metni okudum ve anladım. Çalışmaya gönüllü olarak katılıyorum.

☐ Evet

☐ Hayır

Bölüm 2 - Kişisel Bilgi Formu

1. Cinsiyet

☐ Kız

☐ Erkek

2. Yaş

3. Sınıf

☐ 1. Sınıf

☐ 2. sınıf

4. Öğrenim türü

☐ Örgün öğretim

☐ İkinci öğretim

5. Öğrenim gördüğünüz okul

☐ Gümüşhane Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu

☐ Kelkit Sema Doğan Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu

☐ Şiran Dursun Keleş Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu

6. Öğrenim gördüğünüz program

☐ Anestezi Programı

☐ Çocuk Gelişimi Programı

☐ Diyaliz Programı

☐ Eczane Hizmetleri Programı

☐ Fizyoterapi Programı

☐ İlk ve Acil Yardım Programı

☐ Patoloji ve Laboratuvar Teknikleri Programı

☐ Tıbbi Dokümantasyon ve Sekreterlik Programı

☐ Tıbbi Labaratuar Teknikleri Programı

☐ Yaşlı Bakımı Programı

7. Aile tipi

☐ Çekirdek aile

☐ Geniş aile

8. Gelir düzeyini algılama

☐ Gelir giderden az

☐ Gelir gidere eşit

☐ Gelir giderden fazla

Ek 4 (Devam). Anket Formu

9. Kilo (kg)
10. Boy (cm)
11. Düzenli diyet yapıyor musunuz? ☐ Evet ☐ Hayır
12. Yeterli ve dengeli beslendiğinizi düşünüyor musunuz? ☐ Evet ☐ Hayır
13. Sigara kullanım sıklığınız nedir? ☐ Sigara içmiyorum ☐ Sigara içiyordum ama bıraktım ☐ Ayda 1 paket sigara içiyorum ☐ Haftada 1 paket sigara içiyorum ☐ Günde 1 paket sigara içiyorum ☐ Günde 2 ya da daha fazla paket sigara içiyorum
14. Alkol kullanım sıklığınız nedir? ☐ Hiç kullanmam ☐ Ayda 1 kez ☐ Haftada 1 kez ☐ Haftada 2 kez ve daha fazla
15. Madde (esrar, kokain, eroin, bonzai, metamfetamin vs.) kullanım sıklığınız nedir? ☐ Hiç kullanmam ☐ Ayda 1 kez ☐ Haftada 1 kez ☐ Haftada 2 kez ve daha fazla
16. Düzenli egzersiz / fiziksel aktivite / spor yapma düzeyiniz nedir? ☐ Yapmam ☐ Haftada 1-2 gün ☐ Haftada 3-4 gün ☐ Her gün
17. Düzenli egzersiz / fiziksel aktivite / spor yapıyorsanız hangi egzersizleri yaptığınızı yazar mısınız?
18. Biyokimyasal kan değerlerinize ilişkin bir sorunuz var mı? (Glukoz intoleransı, Açlık Kan Şekeri, Kolesterol, Trigliserit, Potasyum... gibi) ☐ Evet ☐ Hayır
19. Cevabınız evetse (biyokimyasal kan değerlerinize ilişkin sorunuz varsa); Hangi biyokimyasal kan değerlerinize ilişkin sorunuz olduğunu yazar mısınız?
20. Hareketsiz (sedanter) bir yaşam tarzınız var mı? ☐ Evet ☐ Hayır
21. Ailede hipertansiyonu (yüksek tansiyonu) olan var mı? ☐ Evet ☐ Hayır
22. Cevabınız evetse (ailede hipertansiyonu olan varsa); ailede kimlerde hipertansiyon var, yazar mısınız?

Ek 4 (Devam). Anket Formu

23. Kan Basıncı (tansiyon) ölçümünüzü hangi sıklıkla yaparsınız? ☐ Hiç yapmadım ☐ Yılda 1 kez ☐ Ayda 1 kez ☐ Haftada 1 kez
24. Son 6 ay içinde, Kan Basıncı (tansiyon) ölçümü yaptırdıysanız; ölçüm sonucunu yazar mısınız?
25. Kronik bir hastalığınız var mı? ☐ Evet ☐ Hayır
26. Cevabınız evetse (kronik hastalığınız varsa); hangi kronik hastalığınız olduğunu yazar mısınız? (Hipertansiyon, Şeker hastalığı, Kalp Damar hastalıkları, Böbrek yetmezliği, KOAH... gibi)
27. Ailede kronik bir hastalığı olan var mı? ☐ Evet ☐ Hayır
28. Günlük tükettiğiniz tuzun fazla olduğunu düşünüyor musunuz? ☐ Evet ☐ Hayır
29. Yemeğin tadına bakmadan tuz ekler misiniz? ☐ Evet ☐ Hayır
30. Stresli biri misinizdir? ☐ Evet ☐ Hayır
31. Uyku düzeniniz nasıldır? ☐ Düzenli ☐ Düzensiz
32. Cevabınız düzensiz ise (uykunuz düzensiz ise); Nasıl bir uyku sorunu yaşıyorsunuz? ☐ Uykuya dalmakta güçlük çekiyorum ☐ Uykuyu sürdürmekte güçlük çekiyorum ☐ Çok erken uyanma problemi yaşıyorum
33. Beslenme tipinizi nasıl tanımlarsınız? ☐ Karbonhidrat Ağırlıklı ☐ Protein Ağırlıklı ☐ Sebze-Meyve Ağırlıklı ☐ Karışık
34. Kendinizi sağlıklı buluyor musunuz? ☐ Evet ☐ Hayır
35. Genel olarak sağlığınıza nasıl değerlendiriyorsunuz? ☐ Çok iyi ☐ İyi ☐ Orta ☐ Kötü ☐ Çok kötü
36. Baş ağrısı (özellikle başın arkasında ve sabahları), baş dönmesi, vertigo, kulak çınlaması, görme bozukluğu, sersemlik ve bayılma nöbetleri gibi sorunlar yaşıyor musunuz? ☐ Evet ☐ Hayır
37. Cevabınız evetse (baş ağrısı, baş dönmesi, vertigo, kulak çınlaması, görme bozukluğu, sersemlik ve bayılma nöbetleri gibi sorunlar yaşıyorsanız); hangi sorunları yaşadığınızı yazar mısınız?

Ek 4 (Devam). Anket Formu

Bölüm 3 - Hipertansiyondan Korunma Tutumları Ölçeği					
Sevgili Öğrenciler, Hiç katılmıyordumdan kesinlikle katılıyorduma doğru derecelendirecek olursanız aşağıdaki ifadelere katılım durumunuz ne olur?	Hiç katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katlıyorum	Kesinlikle katılıyorum
1. Meyve ve sebzeden zengin beslenmek hipertansiyon gelişimini önler					
2. Ailesinde hipertansiyon olan kişiler bu hastalığa daha yatkındır					
3. Stres, hipertansiyona zemin hazırlar					
4. Ailesinde hipertansiyon olan kişiler belli zamanlarda çek-up yaptırmalıdır					
5. Peynir, zeytin gibi gıdaları alırken tuzsuz olanları tercih etmeliyim					
6. Hayata pozitif bakabilmek, hipertansiyon gibi hastalıklardan korunma sağlar					
7. Hastalıklardan korunmak için kişi belli aralıklarla sağlık kontrolü yaptırmalıdır					
8. Hipertansiyon, böbrek, kalp-damar, göz gibi organlara zararı olan bir hastalıktır					
9. Stres gibi psikolojik hastalıklar hipertansiyon gelişimini tetikler					
10. Şişmanlık, hipertansiyona zemin oluşturur					
11. Kızartma ve kırmızı eti aşırı tüketmemeliyim					
12. Yemeklerimde katı yağlar yerine zeytinyağı gibi sıvı yağları tercih etmeliyim					
13. Hipertansiyondan korunmak için kilo verilmelidir					
14. Şişman insanlar hipertansiyon, diyabet gibi hastalıklara daha kolay yakalanır					
15. Yürüyüş gibi fiziksel aktivitelerin faydası yoktur					
16. Geceleri ağır gıdalar tüketmemeye özen göstermeliyim					
17. Sigara, hipertansiyon gelişmesi için risk faktörüdür					
18. Düzenli sağlık kontrolü, herkes için gereklidir					
19. Hipertansiyon, beyinde hasara sebep olur					
20. Yemekte yağ kullanırken daha çok margarin gibi katı yağları tercih etmeliyim					
21. Hareketsiz kalmamalıyım					
22. Ailesinde hipertansiyon olan kişiler düzenli olarak tansiyon, şeker, kolesterol takibi yaptırmalıdır					
23. Aşırı kilolu kişiler hipertansiyona meyillidir					
24. Sigara içmek, hipertansiyonu tetikler					
25. İnsanlar, özellikle orta yaştan sonra düzenli sağlık kontrolü yaptırmalıdır					
26. Beslenmede yağsız süt gibi kalsiyumdan ve magnezyumdan zengin gıdaları tercih etmeliyim					

Ek 4 (Devam). Anket Formu

Bölüm 4 - Riskli Davranışlar Ölçeği Üniversite Formu					
Sevgili Öğrenciler, Aşağıda yer alan maddelerden size en uygun düşen seçeneği işaretleyiniz.	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Genellikle	Her zaman
1. Ağız kavgası yaptığım olur					
2. Küfürlü konuştuğum olur					
3. Başkalarına ait eşyalarını izinsiz olarak aldığım olur					
4. Eğlence olsun diye arkadaşlarımın canını acıtmaktan hoşlanırım					
5. Hakkımı kavga ederek savunurum					
6. Biriyle tartıştığımda ağızma geleni söylerim					
7. Arkadaşlarıma kafeteryadan zorla bir şeyler ısmarlatırım					
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 mekânlarına 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 arkadaşlarımdan bir kısmı sigara içer					
22. Sigara içmek istediğimde kendime engel olamam					
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 hissederim					
29. Kendime güvenim yoktur					
30. Sabahları mutsuz bir şekilde uyanırım					

Ek 4 (Devam). Anket Formu

Bölüm 4 - Riskli Davranışlar Ölçeği Üniversite Formu					
Sevgili Öğrenciler, Aşağıda yer alan maddelerden size en uygun düşen seçeneği işaretleyiniz.	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Genellikle	Her zaman
31. Sorunlarım karşısında kendimi çaresiz hissederim					
32. Yaptığım hiçbir şeyden keyif almam					
33. Kendimi yalnız hissederim					
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 aldığım yiyeceklerin sağlıklı olmalarından çok lezzetli olmalarına 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 biran 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					

Ek 5. Öğrencilerin çoklu yanıtlarına ilişkin bulgular

Çoklu yanıtlara ilişkin bazı özellikler	Frekans (n)	Yüzde (%)
Sistolik kan basıncı		
$\bar{X} \pm SS$	113,13 $\pm$ 15,03	
Diastolik kan basıncı		
$\bar{X} \pm SS$	71,08 $\pm$ 11,4	
Yapılan egzersizler*		
Yürüyüş, koşu	398	70,2
Futbol, voleybol, basketbol, hentbol, tenis, yüzme	147	25,9
Dövüş sporları (kick boks, teakwando, judo, muaythai, güreş)	11	1,9
Fitness, pilates, yoga, vücut geliştirme	90	15,9
Dans, halk oyunları	16	2,8
Biyokimyasal kan değerlerindeki bozulmalar*		
Açık kan şekeri	28	32,6
Glukoz İntoleransı	7	8,1
Kolestrol, Trigliserit	15	17,4
Vitamin-Mineral (D vitamini, B12 vitamini, Demir, Kalsiyum, Magnezyum)	30	34,9
Kan hücreleri (Lökosit, Trombosit, Hemoglobin)	8	9,3
Kronik hastalıklar*		
Hipertansiyon	4	4,5
Kalp damar hastalıkları	13	14,6
Şeker hastalıkları	16	18
Tiroid Hastalığı	5	5,6
Böbrek Hastalığı	3	3,4
Diğer	48	53,9
Ailede hipertansiyon varlığı*		
Anne-baba-kardeş	268	73,8
Anneanne-babanne-dede	103	28,4
Teyze-hala-dayı-amca	20	5,5
Yaşanan uyku sorunu durumu*		
Uykuya dalmakta güçlük çekiyorum	555	60,8
Uykuyu sürdürmekte güçlük çekiyorum	223	24,4
Çok erken uyanma problemi yaşıyorum	135	14,8
Baş ağrısı vb. sorun yaşama durumu*		
Baş ağrısı (özellikle başın arkasında ve sabahları)	306	75,2
Baş dönmesi	166	40,8
Vertigo	27	6,6
Kulak çınlaması	61	15
Görme bozukluğu	53	13
Sersemlik	65	16
Bayılma nöbetleri	19	4,7

* Tüm öğrenciler bu soruyu cevaplamadığı için “n” sayısı azalmış ve/veya birden fazla seçenek işaretledikleri için “n” sayısı ve toplam yüzde oranları artmıştır.

Ek 6. Diğer bazı değişkenlere göre hipertansiyondan korunma tutumları ölçeği toplam ve alt boyut puanlarının karşılaştırılması

n=1163

Değişkenler	n	Hipertansiyondan korunma tutumları ölçeği toplam	Korunma ve kontrol	Alışkanlık ve yaşam şekli	Beslenme tutumu	Ruhsal durum ve fiziksel aktivite	Hastalık ve risk bilgisi
		Ortanca (Min-Max)	Ortanca (Min-Max)	Ortanca (Min-Max)	Ortanca (Min-Max)	Ortanca (Min-Max)	Ortanca (Min-Max)
Öğrenim gördüğü okul							
Gümüşhane SHMYO (1)	931	102 (34 - 129)	32 (8 - 40)	24 (6 - 30)	15 (4 - 20)	13 (5 - 15)	20 (5 - 25)
Kelkit Sema Doğan SHMYO (2)	125	103 (55 - 126)	32 (14 - 40)	24 (9 - 30)	15 (5 - 20)	13 (7 - 15)	20 (8 - 25)
Şiran Dursun Keleş SHMYO (3)	107	103 (38 - 125)	32 (10 - 40)	24 (8 - 30)	15 (7 - 20)	13 (7 - 15)	20 (6 - 25)
Toplam	1163	102 (34 - 129)	32 (8 - 40)	24 (6 - 30)	15 (4 - 20)	13 (5 - 15)	20 (5 - 25)
Test İstatistik ^b		0,275	0,148	0,099	0,879	2,192	0,38
p		0,872	0,929	0,952	0,644	0,334	0,827
Yaşadığı yer							
Tek başıma evde (1)	21	100 (34 - 127)	32 (8 - 40)	23 (6 - 29)	14 (8 - 20)	12 (7 - 15)	20 (5 - 25)
Ailem ile birlikte evde (2)	87	102 (36 - 129)	32 (10 - 40)	23 (6 - 30)	15 (8 - 20)	12 (7 - 15)	20 (5 - 25)
Arkadaşım ile birlikte evde (3)	84	102,5 (34 - 122)	33 (8 - 40)	24 (6 - 30)	15 (5 - 19)	13 (7 - 15)	20 (5 - 24)
Yurtta (4)	971	102 (34 - 129)	32 (8 - 40)	24 (6 - 30)	15 (4 - 20)	13 (5 - 15)	20 (5 - 25)
Toplam	1163	102 (34 - 129)	32 (8 - 40)	24 (6 - 30)	15 (4 - 20)	13 (5 - 15)	20 (5 - 25)
Test İstatistik ^b		1,596	2,197	2,264	2,481	4,002	2,525
p		0,66	0,533	0,52	0,479	0,261	0,471
Aile tipi							
Çekirdek aile	901	102 (34 - 129)	32 (8 - 40)	24 (6 - 30)	15 (4 - 20)	13 (5 - 15)	20 (5 - 25)
Geniş aile	262	102 (34 - 129)	32 (8 - 40)	24 (6 - 30)	15 (8 - 20)	13 (6 - 15)	20 (5 - 25)
Toplam	1163	102 (34 - 129)	32 (8 - 40)	24 (6 - 30)	15 (4 - 20)	13 (5 - 15)	20 (5 - 25)
Test İstatistik ^a		115136,5	115745,5	116855	119085,5	112215	113104
p		0,545	0,632	0,805	0,824	0,216	0,3

*Tabloda; ^a: Mann-Whitney U testini, ^b: Kruskal-Wallis H testini, ^c:“n” sayısının azaldığını ve analizlerin “n” üzerinden yapıldığını, ^d: Independent T testini ve ^e: One Way Anova testini göstermektedir.

Ek 6 (Devam). Diğer bazı değişkenlere göre hipertansiyondan korunma tutumları ölçeği toplam ve alt boyut puanlarının karşılaştırılması

n=1163

Değişkenler	n	Hipertansiyondan korunma tutumları ölçeği toplam	Korunma ve kontrol	Alışkanlık ve yaşam şekli	Beslenme tutumu	Ruhsal durum ve fiziksel aktivite	Hastalık ve risk bilgisi
		Ortanca (Min-Max)	Ortanca (Min-Max)	Ortanca (Min-Max)	Ortanca (Min-Max)	Ortanca (Min-Max)	Ortanca (Min-Max)
Gelir düzey							
Gelir giderden az (1)	444	103 (34 - 129)	32 (8 - 40)	24 (6 - 30)	15 (4 - 20)	13 (5 - 15)	19 (5 - 25)
Gelir gidere eşit (2)	607	102 (37 - 127)	32 (8 - 40)	24 (6 - 30)	15 (5 - 20)	13 (5 - 15)	20 (5 - 25)
Gelir giderden fazla (3)	112	104 (34 - 128)	32 (8 - 40)	24 (6 - 30)	15,5 (8 - 20)	12 (7 - 15)	20 (5 - 25)
Toplam	1163	102 (34 - 129)	32 (8 - 40)	24 (6 - 30)	15 (4 - 20)	13 (5 - 15)	20 (5 - 25)
Test İstatistik ^b		1,537	1,132	2,346	3,462	4,602	0,894
p		0,464	0,568	0,31	0,177	0,1	0,64
BKİ							
Zayıf (1)	155	104 (35 - 126)	33 (9 - 40)	24 (6 - 30)	15 (6 - 20)	13 (5 - 15)	20 (5 - 25)
Normal (2)	788	102 (34 - 128)	32 (8 - 40)	24 (6 - 30)	15 (5 - 20)	13 (6 - 15)	19 (5 - 25)
Yüksek kilolu ve obez (3)	220	102 (34 - 129)	32 (8 - 40)	23 (6 - 30)	15 (4 - 20)	13 (5 - 15)	20 (5 - 25)
Toplam	1163	102 (34 - 129)	32 (8 - 40)	24 (6 - 30)	15 (4 - 20)	13 (5 - 15)	20 (5 - 25)
Test İstatistik ^b		2,328	3,34	1,331	6,347	3,032	3,951
p		0,312	0,188	0,514	0,042	0,22	0,139
Fark					(2-3)		
Düzenli diyet yapma							
Evet	78	104,5 (34 - 128)	32,5 (8 - 40)	24 (6 - 30)	16 (8 - 20)	13 (7 - 15)	20 (5 - 25)
Hayır	1085	102 (34 - 129)	32 (8 - 40)	24 (6 - 30)	15 (4 - 20)	13 (5 - 15)	20 (5 - 25)
Toplam	1163	102 (34 - 129)	32 (8 - 40)	24 (6 - 30)	15 (4 - 20)	13 (5 - 15)	20 (5 - 25)
Test İstatistik ^a		47741,5	44747	49193	51098,5	41651	47117
p		0,058	0,394	0,016	0,002	0,814	0,091

^aTabloda; ^a: Mann-Whitney U testini, ^b: Kruskal-Wallis H testini, ^c: “n” sayısının azaldığını ve analizlerin “n” üzerinden yapıldığını, ^d: Independent T testini ve ^e: One Way Anova testini göstermektedir.

Ek 6 (Devam). Diğer bazı değişkenlere göre hipertansiyondan korunma tutumları ölçeği toplam ve alt boyut puanlarının karşılaştırılması

n=1163

Değişkenler	n	Hipertansiyondan korunma tutumları ölçeği toplam	Korunma ve kontrol	Alışkanlık ve yaşam şekli	Beslenme tutumu	Ruhsal durum ve fiziksel aktivite	Hastalık ve risk bilgisi
		Ortanca (Min-Max)	Ortanca (Min-Max)	Ortanca (Min-Max)	Ortanca (Min-Max)	Ortanca (Min-Max)	Ortanca (Min-Max)
Yeterli ve dengeli beslenme							
Evet	230	103 (34 - 129)	32 (8 - 40)	24 (6 - 30)	15 (7 - 20)	13 (6 - 15)	20 (5 - 25)
Hayır	933	102 (34 - 129)	32 (8 - 40)	24 (6 - 30)	15 (4 - 20)	13 (5 - 15)	20 (5 - 25)
Toplam	1163	102 (34 - 129)	32 (8 - 40)	24 (6 - 30)	15 (4 - 20)	13 (5 - 15)	20 (5 - 25)
Test İstatistik ^a		112472	109570,5	114350	117098	102749	113183
p		0,256	0,617	0,12	0,03	0,311	0,194
Egzersiz yapma durumu							
Evet	483	103 (34 - 129)	32 (8 - 40)	24 (6 - 30)	15 (5 - 20)	13 (6 - 15)	20 (5 - 25)
Hayır	680	102 (34 - 129)	32 (8 - 40)	23 (6 - 30)	15 (4 - 20)	12,5 (5 - 15)	19 (5 - 25)
Toplam	1163	102 (34 - 129)	32 (8 - 40)	24 (6 - 30)	15 (4 - 20)	13 (5 - 15)	20 (5 - 25)
Test İstatistik ^a		174619	171575,5	178801	172729,5	170532	171807
p		0,065	0,191	0,009	0,129	0,255	0,176
Egzersiz yapma sıklığı							
Haftada 1-2 gün (1)	340	102,5 (36 - 129)	32 (8 - 40)	24 (6 - 30)	15 (5 - 20)	13 (6 - 15)	20 (5 - 25)
Haftada 3-4 gün (2)	104	104 (72 - 127)	33 (23 - 40)	24 (17 - 30)	15 (9 - 20)	13 (7 - 15)	20 (12 - 25)
Her gün (3)	39	105 (34 - 125)	32 (8 - 40)	24 (6 - 30)	16 (8 - 20)	13 (7 - 15)	20 (5 - 25)
Toplam ^c	483	102 (34 - 129)	32 (8 - 40)	24 (6 - 30)	15 (4 - 20)	13 (5 - 15)	20 (5 - 25)
Test İstatistik ^b		2,655	2,359	2,546	1,518	1,504	3,538
p		0,265	0,307	0,28	0,468	0,471	0,171
Hareketsiz yaşam tarzı							
Evet	316	103 (34 - 129)	32 (8 - 40)	24 (6 - 30)	15 (6 - 20)	13 (5 - 15)	20 (5 - 25)
Hayır	847	102 (34 - 129)	32 (8 - 40)	24 (6 - 30)	15 (4 - 20)	13 (6 - 15)	19 (5 - 25)
Toplam	1163	102 (34 - 129)	32 (8 - 40)	24 (6 - 30)	15 (4 - 20)	13 (5 - 15)	20 (5 - 25)
Test İstatistik ^a		138203,5	139520	129786,5	135031,5	135821,5	142589,5
p		0,39	0,262	0,425	0,812	0,69	0,083

*Tabloda; ^a: Mann-Whitney U testini, ^b: Kruskal-Wallis H testini, ^c:“n” sayısının azaldığını ve analizlerin “n” üzerinden yapıldığını, ^d: Independent T testini ve ^e: One Way Anova testini göstermektedir.

Ek 6 (Devam). Diğer bazı değişkenlere göre hipertansiyondan korunma tutumları ölçeği toplam ve alt boyut puanlarının karşılaştırılması

n=1163

Değişkenler	n	Hipertansiyondan korunma tutumları ölçeği toplam	Korunma ve kontrol	Alışkanlık ve yaşam şekli	Beslenme tutumu	Ruhsal durum ve fiziksel aktivite	Hastalık ve risk bilgisi
		Ortanca (Min-Max)	Ortanca (Min-Max)	Ortanca (Min-Max)	Ortanca (Min-Max)	Ortanca (Min-Max)	Ortanca (Min-Max)
Kronik bir hastalığı olma durumu							
Evet	96	104 (34 - 126)	33 (8 - 40)	24 (6 - 30)	16 (4 - 19)	13 (6 - 15)	20 (5 - 25)
Hayır	1067	102 (34 - 129)	32 (8 - 40)	24 (6 - 30)	15 (5 - 20)	13 (5 - 15)	20 (5 - 25)
Toplam	1163	102 (34 - 129)	32 (8 - 40)	24 (6 - 30)	15 (4 - 20)	13 (5 - 15)	20 (5 - 25)
Test İstatistik ^a		57302,5	55063,5	55159,5	57634,5	55255,5	56825,5
p		0,053	0,22	0,208	0,04	0,192	0,073
Baş ağrısı vb. sorunların yaşanması							
Evet	460	103 (34 - 129)	32 (8 - 40)	24 (6 - 30)	15 (5 - 20)	13 (7 - 15)	20 (5 - 25)
Hayır	703	102 (34 - 129)	32 (8 - 40)	24 (6 - 30)	15 (4 - 20)	13 (5 - 15)	19 (5 - 25)
Toplam	1163	102 (34 - 129)	32 (8 - 40)	24 (6 - 30)	15 (4 - 20)	13 (5 - 15)	20 (5 - 25)
Test İstatistik ^a		167646,5	167233	159641	158241	174135,5	175853,5
p		0,287	0,32	0,713	0,535	0,024	0,011
Stresli olma durumu							
Evet	969	102 (34 - 129)	32 (8 - 40)	24 (6 - 30)	15 (5 - 20)	13 (5 - 15)	20 (5 - 25)
Hayır	194	102 (34 - 129)	32 (8 - 40)	24 (6 - 30)	15 (4 - 20)	12 (7 - 15)	19 (5 - 25)
Toplam	1163	102 (34 - 129)	32 (8 - 40)	24 (6 - 30)	15 (4 - 20)	13 (5 - 15)	20 (5 - 25)
Test İstatistik ^a		94129,5	95136	92504,5	93709,5	97292,5	98046
p		0,975	0,788	0,726	0,947	0,432	0,339
Uyku düzeni							
Düzenli	254	102 (34 - 128)	32 (8 - 40)	24 (6 - 30)	15 (8 - 20)	12,5 (7 - 15)	20 (5 - 25)
Düzensiz	909	102 (34 - 129)	32 (8 - 40)	24 (6 - 30)	15 (4 - 20)	13 (5 - 15)	20 (5 - 25)
Toplam	1163	102 (34 - 129)	32 (8 - 40)	24 (6 - 30)	15 (4 - 20)	13 (5 - 15)	20 (5 - 25)
Test İstatistik ^a		117050,5	111566	124004	119744	112592,5	115182,5
p		0,734	0,411	0,069	0,36	0,54	0,956

*Tabloda; ^a: Mann-Whitney U testini, ^b: Kruskal-Wallis H testini, ^c:“n” sayısının azaldığını ve analizlerin “n” üzerinden yapıldığını, ^d: Independent T testini ve ^e: One Way Anova testini göstermektedir.

Ek 6 (Devam). Diğer bazı değişkenlere göre hipertansiyondan korunma tutumları ölçeği toplam ve alt boyut puanlarının karşılaştırılması

n=1163

Değişkenler	n	Hipertansiyondan korunma tutumları ölçeği toplam	Korunma ve kontrol	Alışkanlık ve yaşam şekli	Beslenme tutumu	Ruhsal durum ve fiziksel aktivite	Hastalık ve risk bilgisi
		Ortanca (Min-Max)	Ortanca (Min-Max)	Ortanca (Min-Max)	Ortanca (Min-Max)	Ortanca (Min-Max)	Ortanca (Min-Max)
Günlük tüketilen tuz miktarının fazla olduğunu düşünme							
Evet	265	103 (34 - 129)	32 (8 - 40)	24 (6 - 30)	15 (7 - 20)	13 (5 - 15)	20 (5 - 25)
Hayır	898	102 (34 - 129)	32 (8 - 40)	24 (6 - 30)	15 (4 - 20)	13 (5 - 15)	19 (5 - 25)
Toplam	1163	102 (34 - 129)	32 (8 - 40)	24 (6 - 30)	15 (4 - 20)	13 (5 - 15)	20 (5 - 25)
Test İstatistik ^a		125053	124201,5	124853	114258,5	121170	130155,5
p		0,206	0,276	0,219	0,322	0,644	0,019
Yemeğin tadına bakmadan tuz ekleme							
Evet	330	101 (34 - 129)	32 (8 - 40)	23 (6 - 30)	14 (5 - 20)	13 (5 - 15)	19 (5 - 25)
Hayır	833	103 (34 - 129)	32 (8 - 40)	24 (6 - 30)	15 (4 - 20)	13 (5 - 15)	20 (5 - 25)
Toplam	1163	102 (34 - 129)	32 (8 - 40)	24 (6 - 30)	15 (4 - 20)	13 (5 - 15)	20 (5 - 25)
Test İstatistik ^a		130689	133910	132687	115078,5	144913,5	137516
p		0,191	0,492	0,354	<0,001	0,141	0,989
Kendini sağlıklı bulma							
Evet	449	102 (34 - 128)	32 (8 - 40)	24 (6 - 30)	15 (7 - 20)	13 (6 - 15)	19 (5 - 25)
Hayır	714	102 (34 - 129)	32 (8 - 40)	24 (6 - 30)	15 (4 - 20)	13 (5 - 15)	20 (5 - 25)
Toplam	1163	102 (34 - 129)	32 (8 - 40)	24 (6 - 30)	15 (4 - 20)	13 (5 - 15)	20 (5 - 25)
Test İstatistik ^a		158272	157703,5	159150,5	156965,5	156165	159123
p		0,717	0,641	0,837	0,548	0,451	0,833
Genel olarak sağlığını değerlendirme							
Kötü (1)	144	102 (45 - 126)	32 (12 - 40)	23 (11 - 30)	15 (8 - 20)	13 (5 - 15)	19,5 (7 - 25)
Orta (2)	650	103 (34 - 129)	32 (8 - 40)	24 (6 - 30)	15 (4 - 20)	13 (5 - 15)	20 (5 - 25)
İyi (3)	369	102 (34 - 129)	32 (8 - 40)	24 (6 - 30)	15 (7 - 20)	13 (6 - 15)	19 (5 - 25)
Toplam	1163	102 (34 - 129)	32 (8 - 40)	24 (6 - 30)	15 (4 - 20)	13 (5 - 15)	20 (5 - 25)
Test İstatistik ^b		2,462	1,744	4,701	3,292	2,068	1,617
p		0,292	0,418	0,095	0,193	0,356	0,446

*Tabloda; ^a: Mann-Whitney U testini, ^b: Kruskal-Wallis H testini, ^c:“n” sayısının azaldığını ve analizlerin “n” üzerinden yapıldığını, ^d: Independent T testini ve ^e: One Way Anova testini göstermektedir.

Ek 6 (Devam). Diğer bazı değişkenlere göre hipertansiyondan korunma tutumları ölçeği toplam ve alt boyut puanlarının karşılaştırılması

n=1163

Değişkenler	n	Hipertansiyondan korunma tutumları ölçeği toplam	Korunma ve kontrol	Alışkanlık ve yaşam şekli	Beslenme tutumu	Ruhsal durum ve fiziksel aktivite	Hastalık ve risk bilgisi
		Ortanca (Min-Max)	Ortanca (Min-Max) $X' \pm SS$	Ortanca (Min-Max) $X' \pm SS$	Ortanca (Min-Max) $X' \pm SS$	Ortanca (Min-Max) $X' \pm SS$	Ortanca (Min-Max) $X' \pm SS$
Sigara kullanımı							
Evet	389	102 (34 - 128)	32 (8 - 40)	23 (6 - 30)	14 (5 - 20)	12 (6 - 15)	20 (5 - 25)
Hayır	774	103 (34 - 129)	32 (8 - 40)	24 (6 - 30)	15 (4 - 20)	13 (5 - 15)	19,5 (5 - 25)
Toplam	1163	102 (34 - 129)	32 (8 - 40)	24 (6 - 30)	15 (4 - 20)	13 (5 - 15)	20 (5 - 25)
Test İstatistik ^a		142167,5	149872	132569	135758	141214	154108
p		0,121	0,901	<0,001	0,006	0,079	0,506
Sigara kullanım sıklığı							
Ayda 1 paket (1)	44	102 (69 - 127)	32,5 (24 - 40)	23 (9 - 30)	14 (7 - 20)	13 (9 - 15)	19,5 (14 - 25)
Haftada 1 paket (2)	102	102 (64 - 127)	32 (15 - 40)	23 (13 - 30)	14 (6 - 20)	12 (7 - 15)	20 (11 - 25)
Günde 1 paket ve üzeri (3)	243	102 (34 - 128)	32 (8 - 40)	23 (6 - 30)	15 (5 - 20)	12 (6 - 15)	20 (5 - 25)
Toplam ^c	389	102 (34 - 129)	32 (8 - 40)	24 (6 - 30)	15 (4 - 20)	13 (5 - 15)	20 (5 - 25)
Test İstatistik ^b		0,112	0,826	0,1	0,691	1,742	0,113
p		0,946	0,662	0,951	0,708	0,419	0,945
Alkol kullanımı							
Evet	151	101 (34 - 126)	32 (8 - 40)	23 (6 - 30)	14 (5 - 20)	12 (7 - 15)	20 (5 - 25)
Hayır	1012	102 (34 - 129)	32 (8 - 40)	24 (6 - 30)	15 (4 - 20)	13 (5 - 15)	20 (5 - 25)
Toplam	1163	102 (34 - 129)	32 (8 - 40)	24 (6 - 30)	15 (4 - 20)	13 (5 - 15)	20 (5 - 25)
Test İstatistik ^a		71586,5	76917,5	67876	64958,5	71922,5	79564,5
p		0,211	0,894	0,026	0,003	0,236	0,409
Alkol kullanım sıklığı							
Ayda 1 kez	115	101 (34 - 126)	32 (8 - 40)	23 (6 - 30)	14 (5 - 20)	12 (7 - 15)	20 (5 - 25)
Haftada 1 kez ve üzeri	36	102 (71 - 122)	32,5 (22 - 40)	24 (18 - 30)	15 (6 - 18)	13 (7 - 15)	20 (13 - 24)
Toplam ^c	151	102 (34 - 129)	32 (8 - 40)	24 (6 - 30)	15 (4 - 20)	13 (5 - 15)	20 (5 - 25)
Test İstatistik ^a		2025	2058	1829,5	1996,5	2246,5	2142
p		0,846	0,96	0,293	0,748	0,436	0,753
Madde kullanım sıklığı							
Ayda 1 kez	6	80 (35 - 109)	21,83 ± 9,89	18 ± 8,32	13,17 ± 4,22	8 ± 2,19	13,67 ± 6,25
Haftada 1 kez ve üzeri	5	104 (78 - 109)	29,6 ± 6,11	22,8 ± 5,45	13,4 ± 1,52	11 ± 2,35	18,6 ± 2,97
Toplam ^c	11	102 (34 - 129)	32,12 ± 4,41	23,26 ± 3,6	14,77 ± 2,64	12,48 ± 1,85	19,24 ± 3,07
Test İstatistik ^{a d}		8,5	-1,523	-1,103	-0,126	-2,191	-1,61
p		0,271	0,162	0,299	0,903	0,056	0,142

^aTabloda; ^a: Mann-Whitney U testini, ^b: Kruskal-Wallis H testini, ^c:“n” sayısının azaldığını ve analizlerin “n” üzerinden yapıldığını, ^d: Independent T testini ve ^e: One Way Anova testini göstermektedir.

Ek 7. Diğer bazı değişkenlere göre riskli davranışlar ölçeği üniversite formu toplam ve alt boyut puanlarının karşılaştırılması

n=1163

Değişkenler	n	Riskli davranışlar ölçeği üniversite formu toplam	Antisosyal davranışlar	Alkol kullanımı	Sigara kullanımı	Intihar eğilimi	Beslenme alışkanlıkları	Okul terki	Madde kullanımı
		Ortanca (Min-Max)	Ortanca (Min-Max)	Ortanca (Min-Max)	Ortanca (Min-Max)	Ortanca (Min-Max)	Ortanca (Min-Max)	Ortanca (Min-Max)	Ortanca (Min-Max)
Yaş									
20 yaş altı (1)	441	110 (60 - 250)	17 (10 - 45)	9 (9 - 44)	12 (8 - 40)	27 (12 - 60)	23 (8 - 40)	8 (4 - 20)	9 (9 - 45)
20 - 22 yaş (2)	612	115 (60 - 283)	16 (10 - 50)	9 (9 - 43)	14 (8 - 40)	27 (12 - 60)	23 (8 - 40)	9 (4 - 20)	9 (9 - 45)
22 yaş üstü (3)	110	110 (60 - 261)	15 (10 - 32)	9 (9 - 45)	16 (8 - 40)	25 (12 - 60)	22 (8 - 40)	8 (4 - 20)	9 (9 - 45)
Toplam	1163	113 (60 - 283)	16 (10 - 50)	9 (9 - 45)	13 (8 - 40)	27 (12 - 60)	23 (8 - 40)	8 (4 - 20)	9 (9 - 45)
Test İstatistik ^b		3,701	8,359	2,104	25,565	0,376	4,647	6,153	1,158
p		0,157	0,015	0,349	< 0,001	0,829	0,098	0,046	0,561
Fark			(1-3)		(1-3) (1-2)				
Öğrenim gördüğü okul									
Gümüşhane SHMYO (1)	931	114 (60 - 283)	16 (10 - 50)	9 (9 - 45)	14 (8 - 40)	27 (12 - 60)	23 (8 - 40)	8 (4 - 20)	9 (9 - 45)
Kelkit Sema Doğan SHMYO (2)	125	105 (60 - 207)	15 (10 - 36)	9 (9 - 35)	11 (8 - 36)	26 (12 - 60)	22 (8 - 38)	7 (4 - 17)	9 (9 - 26)
Şiran Dursun Keleş SHMYO (3)	107	110 (65 - 186)	17 (10 - 36)	9 (9 - 24)	12 (8 - 40)	27 (12 - 55)	23 (8 - 35)	8 (4 - 19)	9 (9 - 27)
Toplam	1163	113 (60 - 283)	16 (10 - 50)	9 (9 - 45)	13 (8 - 40)	27 (12 - 60)	23 (8 - 40)	8 (4 - 20)	9 (9 - 45)
Test İstatistik ^b		4,988	2,738	4,248	8,269	0,905	0,906	9,864	0,588
p		0,083	0,254	0,12	0,016	0,636	0,636	0,007	0,745
Fark								(1-2) (2-3)	

*Tabloda; ^a: Mann-Whitney U testini, ^b: Kruskal-Wallis H testini, ^c:“n” sayısının azaldığını ve analizlerin “n” üzerinden yapıldığını, ^d: Independent T testini ve ^e: One Way Anova testini göstermektedir.

Ek 7 (Devam). Diğer bazı değişkenlere göre riskli davranışlar ölçeği üniversite formu toplam ve alt boyut puanlarının karşılaştırılması

n=1163

Değişkenler	n	Riskli davranışlar ölçeği üniversite formu toplam	Antisosyal davranışlar	Alkol kullanımı	Sigara kullanımı	Intihar eğilimi	Beslenme alışkanlıkları	Okul terki	Madde kullanımı
		Ortanca (Min-Max)	Ortanca (Min-Max)	Ortanca (Min-Max)	Ortanca (Min-Max)	Ortanca (Min-Max)	Ortanca (Min-Max)	Ortanca (Min-Max)	Ortanca (Min-Max)
Yaşadığı yer									
Tek başıma evde (1)	21	123 (60 - 202)	17 (10 - 33)	10 (9 - 33)	24 (8 - 35)	32 (12 - 54)	22 (8 - 33)	9 (4 - 16)	9 (9 - 17)
Ailem ile birlikte evde (2)	87	109 (60 - 219)	16 (10 - 40)	9 (9 - 40)	11 (8 - 39)	26 (12 - 59)	23 (8 - 40)	8 (4 - 20)	9 (9 - 31)
Arkadaşım ile birlikte evde (3)	84	120 (61 - 198)	17 (10 - 44)	9 (9 - 43)	15,5 (8 - 39)	27 (12 - 60)	24 (8 - 39)	8 (4 - 19)	9 (9 - 27)
Yurtta (4)	971	112 (60 - 283)	16 (10 - 50)	9 (9 - 45)	13 (8 - 40)	27 (12 - 60)	23 (8 - 40)	8 (4 - 20)	9 (9 - 45)
Toplam	1163	113 (60 - 283)	16 (10 - 50)	9 (9 - 45)	13 (8 - 40)	27 (12 - 60)	23 (8 - 40)	8 (4 - 20)	9 (9 - 45)
Test İstatistik ^b		7,201	2,193	17,601	16,471	2,27	2,751	0,045	11,774
p		0,066	0,533	<0,001	<0,001	0,518	0,432	0,998	0,008
Fark				(1-2) (3-4) (1-4)	(2-3) (1-2) (1-4)				(2-4) (2-3)
Aile tipi									
Çekirdek aile	901	113 (60 - 283)	16 (10 - 50)	9 (9 - 45)	14 (8 - 40)	27 (12 - 60)	23 (8 - 40)	8 (4 - 20)	9 (9 - 45)
Geniş aile	262	112 (60 - 237)	16 (10 - 43)	9 (9 - 36)	12 (8 - 39)	28 (12 - 60)	23 (8 - 40)	8 (4 - 20)	9 (9 - 41)
Toplam	1163	113 (60 - 283)	16 (10 - 50)	9 (9 - 45)	13 (8 - 40)	27 (12 - 60)	23 (8 - 40)	8 (4 - 20)	9 (9 - 45)
Test İstatistik ^a		123211,5	124004	125380	130156,5	114983,5	117759	121204,5	117822,5
p		0,279	0,211	0,041	0,011	0,524	0,955	0,506	0,954
Gelir düzeyi									
Gelir giderden az (1)	444	116 (60 - 283)	17 (10 - 43)	9 (9 - 40)	13 (8 - 40)	29 (12 - 60)	23 (8 - 40)	8 (4 - 20)	9 (9 - 45)
Gelir gidere eşit (2)	607	111 (60 - 261)	16 (10 - 50)	9 (9 - 45)	13 (8 - 40)	26 (12 - 60)	23 (8 - 40)	8 (4 - 20)	9 (9 - 45)
Gelir giderden fazla (3)	112	115 (63 - 209)	17 (10 - 35)	9 (9 - 42)	15 (8 - 40)	26,5 (12 - 60)	24 (8 - 37)	8 (4 - 20)	9 (9 - 41)
Toplam	1163	113 (60 - 283)	16 (10 - 50)	9 (9 - 45)	13 (8 - 40)	27 (12 - 60)	23 (8 - 40)	8 (4 - 20)	9 (9 - 45)
Test İstatistik ^b		4,34	3,877	7,144	2,819	9,654	0,211	2,991	5,849
p		0,114	0,144	0,028	0,244	0,008	0,9	0,224	0,054
Fark				(1-3) (2-3)		(1-2)			

*Tabloda; ^a: Mann-Whitney U testini, ^b: Kruskal-Wallis H testini, ^c: “n” sayısının azaldığını ve analizlerin “n” üzerinden yapıldığını, ^d: Independent T testini ve ^e: One Way Anova testini göstermektedir.

Ek 7 (Devam). Diğer bazı değişkenlere göre riskli davranışlar ölçeği üniversite formu toplam ve alt boyut puanlarının karşılaştırılması

n=1163

Değişkenler	n	Riskli davranışlar ölçeği üniversite formu toplam	Antisosyal davranışlar	Alkol kullanımı	Sigara kullanımı	Intihar eğilimi	Beslenme alışkanlıkları	Okul terki	Madde kullanımı
		Ortanca (Min-Max)	Ortanca (Min-Max)	Ortanca (Min-Max)	Ortanca (Min-Max)	Ortanca (Min-Max)	Ortanca (Min-Max) $\bar{X}' \pm SS$	Ortanca (Min-Max)	Ortanca (Min-Max)
Düzenli diyet yapma									
Evet	78	107,5 (60 - 198)	16 (10 - 34)	9 (9 - 36)	13 (8 - 39)	26,5 (12 - 56)	20 (8 - 36)	8 (4 - 17)	9 (9 - 31)
Hayır	1085	113 (60 - 283)	16 (10 - 50)	9 (9 - 45)	13 (8 - 40)	27 (12 - 60)	23 (8 - 40)	8 (4 - 20)	9 (9 - 45)
Toplam	1163	113 (60 - 283)	16 (10 - 50)	9 (9 - 45)	13 (8 - 40)	27 (12 - 60)	23 (8 - 40)	8 (4 - 20)	9 (9 - 45)
Test İstatistik ^a		38968	41245,5	46855	39820	40692	30434,5	38783,5	43280
p		0,243	0,709	0,035	0,383	0,571	<0,001	0,216	0,654
Egzersiz yapma sıklığı									
Haftada 1-2 gün (1)	340	108 (60 - 212)	16 (10 - 43)	9 (9 - 43)	12 (8 - 40)	25 (12 - 60)	21,49 ± 6,97	8 (4 - 19)	9 (9 - 31)
Haftada 3-4 gün (2)	104	113,5 (64 - 188)	17 (10 - 37)	9 (9 - 32)	15 (8 - 39)	27 (12 - 56)	21,9 ± 5,65	9 (4 - 17)	9 (9 - 29)
Her gün (3)	39	105 (60 - 198)	16 (10 - 29)	9 (9 - 36)	15 (8 - 36)	21 (12 - 58)	19,69 ± 6,2	7 (4 - 18)	9 (9 - 31)
Toplam ^c	483	113 (60 - 283)	16 (10 - 50)	9 (9 - 45)	13 (8 - 40)	27 (12 - 60)	22,78 ± 6,91	8 (4 - 20)	9 (9 - 45)
Test İstatistik ^{b c}		4,345	5,169	3,359	1,687	3,426	1,893	8,154	4,05
p		0,114	0,075	0,187	0,43	0,18	0,156	0,017	0,132
Fark								(1-2) (2-3)	
Ailede hipertansiyonu olan kişi varlığı									
Evet	390	114,5 (60 - 283)	16 (10 - 39)	9 (9 - 43)	14 (8 - 40)	27 (12 - 60)	23 (8 - 40)	8 (4 - 20)	9 (9 - 45)
Hayır	773	112 (60 - 261)	16 (10 - 50)	9 (9 - 45)	13 (8 - 40)	27 (12 - 60)	23 (8 - 40)	8 (4 - 20)	9 (9 - 45)
Toplam	1163	113 (60 - 283)	16 (10 - 50)	9 (9 - 45)	13 (8 - 40)	27 (12 - 60)	23 (8 - 40)	8 (4 - 20)	9 (9 - 45)
Test İstatistik ^a		153594,5	152571,5	151328,5	155714,5	154180	151876	149216,5	149029,5
p		0,597	0,734	0,884	0,356	0,524	0,833	0,778	0,675

^aTabloda; ^a: Mann-Whitney U testini, ^b: Kruskal-Wallis H testini, ^c:“n” sayısının azaldığını ve analizlerin “n” üzerinden yapıldığını, ^d: Independent T testini ve ^e: One Way Anova testini göstermektedir.

Ek 7 (Devam). Diğer bazı değişkenlere göre riskli davranışlar ölçeği üniversite formu toplam ve alt boyut puanlarının karşılaştırılması

n=1163

Değişkenler	n	Riskli davranışlar ölçeği üniversite formu toplam	Antisosyal davranışlar	Alkol kullanımı	Sigara kullanımı	İntihar eğilimi	Beslenme alışkanlıkları	Okul terki	Madde kullanımı
		Ortanca (Min-Max) $X' \pm SS$	Ortanca (Min-Max) $X' \pm SS$	Ortanca (Min-Max) $X' \pm SS$	Ortanca (Min-Max) $X' \pm SS$	Ortanca (Min-Max) $X' \pm SS$	Ortanca (Min-Max) $X' \pm SS$	Ortanca (Min-Max) $X' \pm SS$	Ortanca (Min-Max) $X' \pm SS$
Kan Basıncı ölçüm sıklığı									
Yılda 1 kez (1)	359	114 (60 - 224)	17 (10 - 50)	9 (9 - 36)	12 (8 - 39)	28 (12 - 60)	24 (8 - 40)	9 (4 - 20)	9 (9 - 45)
Ayda 1 kez (2)	291	116 (60 - 283)	17 (10 - 44)	9 (9 - 43)	14 (8 - 40)	28 (12 - 60)	22 (8 - 40)	8 (4 - 20)	9 (9 - 45)
Haftada 1 kez (3)	88	119 (65 - 250)	16 (10 - 45)	9 (9 - 44)	15,5 (8 - 39)	27 (12 - 58)	23 (8 - 40)	8 (4 - 16)	9 (9 - 22)
Toplam ^c	738	113 (60 - 283)	16 (10 - 50)	9 (9 - 45)	13 (8 - 40)	27 (12 - 60)	23 (8 - 40)	8 (4 - 20)	9 (9 - 45)
Test İstatistik ^b		0,034	0,164	1,382	3,798	0,216	4,016	5,725	0,594
p		0,983	0,921	0,501	0,15	0,898	0,134	0,057	0,743
Fark									
Biyokimyasal kan değerlerinde bozulma									
Evet	99	116 (60 - 207)	17 (10 - 35)	9 (9 - 43)	14 (8 - 40)	31 (12 - 60)	21 (8 - 40)	8 (4 - 19)	9 (9 - 31)
Hayır	1064	113 (60 - 283)	16 (10 - 50)	9 (9 - 45)	13 (8 - 40)	27 (12 - 60)	23 (8 - 40)	8 (4 - 20)	9 (9 - 45)
Toplam	1163	113 (60 - 283)	16 (10 - 50)	9 (9 - 45)	13 (8 - 40)	27 (12 - 60)	23 (8 - 40)	8 (4 - 20)	9 (9 - 45)
Test İstatistik ^a		55079,5	53154	55297,5	54398	58133	45939	50935,5	48947
p		0,451	0,879	0,275	0,587	0,087	0,035	0,586	0,122
Madde kullanım sıklığı									
Ayda 1 kez	6	189 $\pm$ 17,8	29,33 $\pm$ 6,02	28,17 $\pm$ 6,71	26,5 $\pm$ 6,6	39 $\pm$ 5,06	26,67 $\pm$ 5,01	11,83 $\pm$ 2,23	25,5 (23 - 38)
Haftada 1 kez ve üzeri	5	195,4 $\pm$ 61,62	28,6 $\pm$ 7,44	30,6 $\pm$ 13,65	26,8 $\pm$ 11,1	37,2 $\pm$ 10,38	29,4 $\pm$ 6,5	13,4 $\pm$ 4,88	31 (9 - 45)
Toplam ^c	11	116,98 $\pm$ 31,57	17,7 $\pm$ 5,99	11,18 $\pm$ 5,37	17,34 $\pm$ 9,42	28,7 $\pm$ 11,75	22,78 $\pm$ 6,91	8,81 $\pm$ 3,74	9 (9 - 45)
Test İstatistik ^{d a}		-0,245	0,181	-0,387	-0,056	0,377	-0,789	-0,709	10
p		0,812	0,86	0,708	0,957	0,715	0,45	0,497	0,41

*Tabloda; ^a: Mann-Whitney U testini, ^b: Kruskal-Wallis H testini, ^c: “n” sayısının azaldığını ve analizlerin “n” üzerinden yapıldığını, ^d: Independent T testini ve ^e: One Way Anova testini göstermektedir.

Ek 8. Nicel parametrelerin ilişkisinin incelenmesi

		Yaş	BKİ	Korunma ve kontrol	Alışkanlık ve yaşam şekli	Beslenme tutumu	Ruhsal durum ve fiziksel aktivite	Hastalık ve risk bilgisi	Hipertansiyondan korunma tutumları toplam	Antisosyal davranışlar	Alkol kullanımı	Sigara kullanımı	İntihar eğilimi	Beslenme alışkanlıkları	Okul terki	Madde kullanımı
Korunma ve kontrol	r	0,073	0,022													
	p	0,013	0,450													
Alışkanlık ve yaşam şekli	r	0,099	0,035	0,649												
	p	0,001	0,234	<0,001												
Beslenme tutumu	r	0,094	0,089	0,465	0,481											
	p	0,001	0,002	<0,001	<0,001											
Ruhsal durum ve fiziksel aktivite	r	0,047	0,008	0,556	0,497	0,426										
	p	0,106	0,789	<0,001	<0,001	<0,001										
Hastalık ve risk bilgisi	r	0,158	0,067	0,672	0,565	0,411	0,497									
	p	<0,001	0,022	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001									
Hipertansiyondan korunma tutumları toplam	r	0,125	0,058	0,871	0,817	0,685	0,695	0,791								
	p	<0,001	0,047	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001								
Antisosyal davranışlar	r	-0,065	0,042	-0,115	-0,206	-0,260	-0,107	-0,092	-0,196							
	p	0,027	0,149	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	0,002	<0,001							
Alkol kullanımı	r	0,051	0,012	-0,091	-0,148	-0,158	-0,123	-0,052	-0,135	0,410						
	p	0,081	0,682	0,002	<0,001	<0,001	<0,001	0,075	<0,001	<0,001						
Sigara kullanımı	r	0,156	0,015	0,026	-0,072	-0,090	-0,001	0,047	-0,021	0,431	0,425					
	p	<0,001	0,603	0,382	0,015	0,002	0,960	0,108	0,470	<0,001	<0,001					
İntihar eğilimi	r	-0,018	0,050	-0,011	-0,078	-0,069	0,022	-0,007	-0,044	0,379	0,185	0,286				
	p	0,542	0,091	0,701	0,008	0,018	0,463	0,808	0,134	<0,001	<0,001	<0,001				
Beslenme alışkanlıkları	r	-0,049	0,018	0,006	-0,064	-0,201	0,012	0,005	-0,060	0,444	0,214	0,333	0,467			
	p	0,094	0,531	0,844	0,029	<0,001	0,672	0,877	0,042	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001			
Okul terki	r	0,021	0,063	-0,027	-0,098	-0,124	-0,040	-0,009	-0,077	0,405	0,218	0,307	0,425	0,374		
	p	0,475	0,030	0,352	0,001	<0,001	0,177	0,765	0,009	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001		
Madde kullanımı	r	0,028	0,043	-0,179	-0,234	-0,194	-0,184	-0,145	-0,229	0,323	0,346	0,281	0,189	0,124	0,226	
	p	0,332	0,142	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	
Riskli davranışlar ölçeği toplam	r	0,033	0,059	-0,055	-0,165	-0,205	-0,065	-0,031	-0,130	0,697	0,497	0,673	0,760	0,685	0,597	0,387
	p	0,256	0,045	0,061	<0,001	<0,001	0,027	0,290	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001

*r:Spearman's rho korelasyon katsayısı