



**T.C.
ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI**

**ÜNİVERSİTE EĞİTİMİNE BAŞLAYAN
GENÇLERDE RİSKLİ DAVRANIŞLAR VE
İLİŞKİLİ AİLESEL FAKTÖRLERİN
DEĞERLENDİRİLMESİ**

**Dr. VELİ OĞUZHAN SAYIM
UZMANLIK TEZİ**

**TEZ DANIŞMANI
PROF. DR. SEVGİ ÖZCAN**

**YARDIMCI TEZ DANIŞMANI
ÖĞR. GÖR. DR. ZELİHA YELDA ÖZER**

ADANA-2022



**T.C.
ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI**

**ÜNİVERSİTE EĞİTİMİNE BAŞLAYAN
GENÇLERDE RİSKLİ DAVRANIŞLAR VE
İLİŞKİLİ AİLESEL FAKTÖRLERİN
DEĞERLENDİRİLMESİ**

**Dr. VELİ OĞUZHAN SAYIM
UZMANLIK TEZİ**

**TEZ DANIŞMANI
PROF. DR. SEVGİ ÖZCAN**

**YARDIMCI TEZ DANIŞMANI
ÖĞR. GÖR. DR. ZELİHA YELDA ÖZER**

ADANA-2022

TEŞEKKÜR

Asistanlık sürecimde bilgisinden ve tecrübelerinden faydalandığım, tez aşamasında kendisiyle çok daha yakından çalışma fırsatına erişip ne kadar iyi bir eğitimci olduğunu çok daha iyi anladığım bana çok şey katan değerli danışman hocam Prof. Dr. Sevgi ÖZCAN'a ve bu süreçte her zaman yanımda olan yardımcı tez danışmanım Öğr. Gör. Dr. Zeliha Yelda ÖZER'e,

Birlikte çalışmaktan her zaman keyif aldığım ve kendisinden çok şey öğrendiğim değerli hocam Prof. Dr. Hatice KURDAK'a,

Asistanlık dönemim boyunca eğitimime birçok alanda katkı sağlayan değerli hocalarım Emekli Prof. Dr. Nafiz BOZDEMİR, Doç. Dr. Çiğdem GEREKLİOĞLU ve Öğr. Gör. Dr. Ayşenur TOPUZ'a,

Birlikte üç yıl geçirdiğimiz asistan arkadaşlarıma ve bölüm personeline,

Değerli eşim Dr. Büşra Burcu SAYIM'a,

4 yıl önce kaybettiğim ancak her zaman yanımda olduğunu bildiğim, varlığımın nedeni, her zaman beni destekleyen, beni bugünlere getiren yegâne kişi olan ve çocuğu olmamın şükür sebebim olduğu sevgili anneme,

Teşekkürlerimi sunarım.

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR.....	I
İÇİNDEKİLER	II
TABLolar LİSTESİ.....	IV
KISALTMALAR LİSTESİ	V
ÖZET	VI
ABSTRACT.....	VII
1. GİRİŞ ve AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER	4
2.1. Gençlik ve Üniversite Dönemi	4
2.2. Riskli Davranışlar ve Üniversite Dönemi	6
2.2.1. Anti-Sosyal Riskli Davranışlar	8
2.2.2. Alkol Kullanımı	10
2.2.3. Sigara Kullanımı	12
2.2.4. Madde Kullanımı	15
2.2.5. Okul Terki.....	19
2.2.6. İntihar.....	21
2.2.7. Beslenme Alışkanlıkları.....	24
2.2.8. Cinsel Riskli Davranışlar	28
2.2.9. Yol Güvenliği (Taşıt Kazaları)	31
2.3. Aile İlişkileri ve Üniversite Dönemi.....	34
2.4. Riskli Davranışlar ve Aile Hekimliği	35
3. GEREÇ ve YÖNTEM	38
3.1. Araştırma Evreni ve Örneklem Seçimi	38
3.2. Gerekli İzinlerin Alınması	38

3.3. Verilerin Toplanması	39
3.4. Veri Toplama Araçları	39
3.4.1. Sosyodemografik Veri Toplama Anketi	39
3.4.2. Riskli Davranışlar Ölçeği Üniversite Formu	40
3.4.3. Aile APGAR Ölçeği	41
3.5. Verilerin Değerlendirilmesi	41
4. BULGULAR.....	44
5. TARTIŞMA	58
5.1. Katılımcıların Riskli Davranış Ölçeği ve Aile APGAR Ölçeği Puanları	58
5.2. Katılımcıların Sosyodemografik Özelliklerine, Genel Sağlık Durumlarına, Sağlık Hizmet Kullanım Durumlarına göre Riskli Davranış Ölçeği ve Aile APGAR Ölçeği Puanlarının karşılaştırılması	60
5.3. Katılımcıların Aile APGAR Grupları ve Bunların Riskli Davranış Puanları Açısından Karşılaştırılması.....	77
5.4. Çalışmanın Kısıtlılıkları ve Güçlü Yanları	79
6. SONUÇ ve ÖNERİLER	82
6.1. Sonuçlar	82
6.2. Öneriler	84
7. KAYNAKLAR	86
8. EKLER.....	105
Ek 1. Aydınlatılmış Onam Formu.....	105
Ek 2. Veri Toplama Formu	106

TABLÖLAR LİSTESİ

<u>Tablo No</u>	<u>Sayfa No</u>
Tablo 1. Katılımcıların sosyodemografik özelliklerine göre dağılımı	44
Tablo 2. Katılımcıların genel sağlık durumları ve sağlık hizmet kullanımları.....	46
Tablo 3. Katılımcıların Riskli Davranışlar Ölçeğine verdikleri yanıtların dağılımları	47
Tablo 4. Katılımcıların Riskli Davranışlar Ölçeği alt boyutlarından aldıkları puanların dağılımı	50
Tablo 5. Katılımcıların cinsel riskli davranışlar ve yol güvenliği ile ilgili sorulara verdikleri yanıtların dağılımları.....	51
Tablo 6. Katılımcıların Aile APGAR Ölçeğindeki sorulara verdikleri yanıtların dağılımları.....	51
Tablo 7. Katılımcıların Aile APGAR Ölçeğinden aldıkları puanlara göre aile fonksiyon gruplarının dağılımı.....	52
Tablo 8. Katılımcıların ölçek puanlarının sosyodemografik özelliklerine karşılaştırılması	54
Tablo 9. Katılımcıların ölçek puanlarının genel sağlık durumları ve sağlık hizmet kullanımlarına göre karşılaştırılması.....	56
Tablo 10. Katılımcıların Aile APGAR gruplarına göre riskli davranış puanlarının karşılaştırılması.....	57

KISALTMALAR LİSTESİ

ABD	: Amerika Birleşik Devletleri
ASM	: Aile Sağlığı Merkezi
CDC	: Central of Disease Control
CYBH	: Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklar-Enfeksiyonlar
Ç.Ü.	: Çukurova Üniversitesi
MYO	: Meslek Yüksek Okulu
RDÖ/ RDÖÜF	: Riskli Davranışlar Ölçeği Üniversite Formu
Ss	: Standart Sapma
TC	: Türkiye Cumhuriyeti
TUBİM	: Türkiye Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığı İzleme Merkezi
TÜİK	: Türkiye İstatistik Kurumu
WHO	: Dünya Sağlık Örgütü

ÖZET

Üniversite Eğitimine Başlayan Gençlerde Riskli Davranışlar ve İlişkili Ailesel Faktörlerin Değerlendirilmesi

Amaç: Bu çalışmada, üniversiteye yeni başlayan öğrencilerde riskli davranışların ve ilişkili ailesel faktörlerin değerlendirilmesi amaçlandı.

Gereç ve Yöntem: Kesitsel tipte planlanan çalışmanın evrenini 2021-2022 eğitim öğretim yılında Çukurova Üniversitesine başlayan öğrenciler oluşturdu. Evreni temsil eden en az örneklem büyüklüğü %50 sıklık, %99 güvenirlik ve %5 hata payı ile 573 olarak hesaplandı. Veriler güz yarı yılının son ayında Riskli Davranışlar Ölçeği-Üniversite Formu, Aile APGAR Ölçeği ve sosyodemografik bilgi formu ile toplandı.

Bulgular: Çalışma yaş ortalaması $20,86 \pm 3,35$ (18- 57) yıl olan, %59,1'i kadın, 648 katılımcı ile yapıldı. Çekirdek aileye sahip olan katılımcıların diğer aile tiplerine göre beslenme riski puanları yüksek ($p=0,019$) madde kullanımı puanları ise düşük ($p=0,008$) saptandı. Annesinin eğitimi üniversite ve üzeri olanların anti-sosyal davranışta ($p=0,000$), alkol kullanımında ($p=0,000$), sigara kullanımında ($p=0,016$) ve madde kullanımında ($p=0,004$); babasının eğitimi üniversite ve üzeri olanların ise anti-sosyal davranışta ($p=0,000$) ve alkol kullanımında ($p=0,003$) daha az eğitilmiş gruplara göre daha yüksek puan aldıkları bulundu. Aile gelir algısı düşük olan öğrencilerin okul terki puanı orta-yüksek grubuna göre yüksekti ($p=0,005$). Aile APGAR gruplarının düzeyi düştükçe; anti-sosyal davranış ($p=0,000$), alkol kullanımı ($p=0,003$), sigara kullanımı ($p=0,002$), intihar eğilimi ($p=0,000$), beslenme riski ($p=0,000$), okul terki ($p=0,000$) ve madde kullanımı ($p=0,000$) puanlarının yükseldiği saptandı.

Sonuç: Çalışmamızda çekirdek aile tipine sahip öğrencilerde beslenme riskinin daha yüksek bulunması, ebeveyn eğitimi arttıkça bazı riskli davranış puanlarının artması ileri değerlendirme ve gerekli önlemlerin alınması açısından dikkat çekici bulunmuştur. Aile APGAR puanı düştükçe tüm riskli davranış alt boyut puanlarının arttığı bulgusu göz önüne alındığında aile hekimliği pratiğinde düşük aile işlevselliği saptanan gençlerin özellikle üniversiteye başlarken riskli davranışlar açısından daha detaylı değerlendirilmesi önerilir.

Anahtar sözcükler: Aile, Aile hekimliği, Risk değerlendirmesi, Öğrenci, Üniversite

ABSTRACT

Evaluation of Risky Behaviours and Associated Familial Factors in Youth Starting University Education

Objective: In this study, it was aimed to evaluate risky behaviours and related familial factors in students who are new to university.

Materials and Methods: The population of the cross-sectional study was composed of students who started Çukurova University in the 2021-2022 academic year. The minimum sample size representing the population was calculated as 573 with 50% frequency, 99% reliability and 5% margin of error. Data were collected in the last month of the fall semester using the Risk Behaviours Scale-University Form, Family APGAR Scale and sociodemographic information form.

Results: The study was conducted with 648 participants, 59.1% of whom were women, with a mean age of 20.86 ± 3.35 (18-57) years. Participants with a nuclear family had higher nutritional risk scores ($p=0.019$) and lower substance use scores ($p=0.008$) compared to other family types. Those whose mother's education is university or higher are in anti-social behavior ($p=0.000$), alcohol use ($p=0.000$), cigarette use ($p=0.016$) and substance use ($p=0.004$), and those whose father's education is university or higher are in anti-social behavior ($p=0.000$) and alcohol use ($p=0.003$) were found to score higher than the less educated groups. The school dropout score of the students with low family income perception was higher than the middle-high group ($p=0.005$). As the level of family APGAR groups decreases it was determined that; anti-social behaviour ($p=0.000$), alcohol use ($p=0.003$), smoking ($p=0.002$), suicidality ($p=0.000$), nutrition risk ($p=0.000$), dropout ($p=0.000$) and substance use ($p=0.000$) scores increased.

Conclusion: In our study, it was found remarkable that the nutrition risk is higher in students with nuclear family type and that some risky behaviour scores increase as parent education increases, requiring further evaluation and taking necessary precautions. Considering the finding that all risky behaviour sub-dimension scores increase as family APGAR scores decrease, it is recommended that youth with low family functionality should be evaluated in more detail in family medicine practice in terms of risky behaviours, especially when starting university.

Keywords: Family, Family practice, Risk assessment, Student, University

1. GİRİŞ ve AMAÇ

Geçmişte çocuk ve gençler sıklıkla sağlık politikaları ve toplum tarafından göz ardı edilmiş, sadece yetişkinler açısından da sorun oluşturabilecek durumlarda onların dikkatini çekebilmişlerdir. Bunun temel nedeni, gençlik döneminde çok küçük çocuklar ve yaşlı bireylere oranla yaşamı tehdit edici durumların daha az görülmesidir. Ancak genç bireylerin yaşam rutinlerindeki bazı alışkanlıkların riskli olması kısa ve/veya uzun vadeli çok ciddi sağlık problemlerine yol açabilmektedir. Sigara ve tütün ürünleri kullanımı, diğer bağımlılık yapıcı maddelerin kullanımı, korunmasız cinsel aktivite yine bununla ilişkili olarak, istenmeyen gebelikler ve AIDS de dahil cinsel yolla bulaşan hastalıklar, bu davranışlar ve olumsuz sonuçlarından sadece birkaçıdır. Riskli davranışların önemli bir kısmının morbidite ve mortalitesi gençlik döneminde ortaya çıkmamakla birlikte, etkileri çok daha ağır bir şekilde tüm yaşam sürecine yayılabilmekte ve bu da yıllar boyunca durumun ciddiyetinin dikkatlerden kaçmasına neden olabilmektedir.¹⁻³

Üniversiteye yeni başlayan gençler de bahsedilen evrenin özel bir alt grubu olarak değerlendirilebilecek bir dönemin içerisinde yer alırlar. Üniversite dönemi hem kendi doğası hem de kişisel endişeler ve sorunlarla risklere açık bir dönem olabilmektedir.⁴ Tüm bu özellikleri ile birlikte üniversite eğitiminin ilk yılı önemli bir geçiş dönemidir. Bu evrede öğrenciler kişisel özelliklerini daha belirgin olarak gösterebilecek, bunları test edebilecek ve yeniden düzenleyebileceklerdir.^{5,6} Ayrıca, üniversite ortamının belirli sıkıntılarına rağmen öğrenciler mevcut aile ve sosyal çevresinin otoritesinden ayrılıp yeni bir ortama geçiş yaptıkları için daha rahat hareket edebilecek, varsa bunların koruyucu etkisi ortadan kalkabilecek, risk alma davranışları açısından daha rahat bir zemin oluşabilecektir.^{6,7}

Üniversite dönemdeki bireylerin önemli bir kısmı ailelerinden ayrı olmasına rağmen, yine de işlevsel bir aile ortamına sahip olmak önemini korumaktadır. Çünkü üniversitedeki gençlerin çok büyük bir kısmı maddi ve manevi olarak aileleriyle ilişki içerisinde yer alırlar. Problemlerini ve çözüm yollarını ailesi ile tartışabilmek, kişinin bu problemlerle daha etkili ve sağlıklı başa çıkmasını sağlayacaktır aksine aile ilişkileri sorunlu olan bireylerin sağlık açısından risk içeren başka çözüm arayışlarına girme ihtimalleri artacaktır. Bunun yanında, aile ile genç arasındaki ilişkinin sağlıklı olması

bireylerin sosyal olarak gelişimini de olumlu yönde etkileyecektir.⁸ Ayrıca şunu da belirtmek gereklidir ki azımsanamayacak sayıda genç çeşitli sebeplerle, kendi bulunduğu şehir veya daha yakındaki üniversitelerde eğitim görmekte ve ailesiyle birlikte ikamet etmektedir, dolayısıyla aile ilişkilerinin önemi bu noktada daha da artmaktadır.

Genç yetişkinlik dönemindeki üniversite öğrencilerinde riskli davranışların sıklığının arttığı bilinmektedir.⁹⁻¹¹ Riskli davranışların ve ilişkili faktörlerin değerlendirilmesi; hassas grupların saptanmasında, bunlara gerekli desteğin sağlanmasında, risklerin azaltılmasında ve önleme programlarının geliştirilmesinde yardımcı olabilmektedir.¹² Üniversitemizde riskli davranışlar konusunda yapılmış iki çalışmaya rastlanmıştır. Fırat ve arkadaşlarının (2016) Çukurova Üniversitesi Merkez Yerleşkesinden rastgele seçilen 184 öğrenciyle yaptıkları çalışmada, cinsiyet ve yaşanan yerin riskli davranışlar açısından önemli belirleyiciler olduğu ifade edilmiştir. Erkeklerin kızlara göre; antisosyal davranışlar, sigara kullanımı, madde kullanımı ve okul terki açısından daha fazla riskli davranış sergiledikleri; arkadaşları ile birlikte evde kalanların, devlet yurdu ve aileleri ile birlikte kalanlara göre sigara ve alkol kullanımı açısından daha fazla riskli davranışlarda bulunduğu saptanmıştır.¹³ Çiçek ve arkadaşlarının (2019) Çukurova Üniversitesi Aile Hekimliği Polikliniklerine başvuran 338 öğrenciyle yaptıkları çalışmada ise yaş, cinsiyet, yaşanan yer ve eğitim görülen fakültenin riskli davranışlar açısından farklılık gösterdiği saptanmıştır. Bu çalışmada; erkeklerin kadınlara göre, antisosyal davranış, alkol kullanımı, sigara kullanımı, okul terki ve madde kullanımı açısından daha fazla risk altında olduğu, yaşı 22 ve üzerinde olanların 20-21 yaş grubuna göre daha yüksek sigara kullanım oranlarına sahip olduğu, evde arkadaşlarıyla kalanların devlet yurdunda kalanlara göre antisosyal davranışlar, alkol kullanımı ve sigara kullanımı açısından daha fazla riskli davranış sergilediği, alkol ve sigara kullanımı açısından riskli davranışların fen bilimlerinde öğrenim gören öğrencilerde daha yüksek iken; okul terki açısından riskin sosyal bilimlerde öğrenim gören öğrencilerde daha yüksek olduğu saptanmıştır. Ayrıca yine aynı çalışmada; riskli davranışların bütün alt boyutları ile yaşam doyumu arasında negatif yönde ilişki bulunmuştur.¹⁴

Bu çalışmada ise üniversite eğitimine yeni başlayan öğrencilerde riskli davranışların değerlendirilmesi ve bunların ailesel faktörlerle ilişkisinin incelenmesi

amaçlanmıştır. Üniversitemizde daha önce konuyla ilgili yapılan yukarıdaki iki çalışmadan farklı olarak bu çalışmada riskli davranışların ve bunlarla ilişkili faktörlerin öğrenciler eğitime başlar başlamaz, evreni temsil eden daha geniş bir örneklem grubunda, aile işlevleri ile ilişkisini de kapsayacak şekilde değerlendirilmesi amaçlanmıştır. Üniversite yıllarının başlangıcında yapılan böyle bir değerlendirmenin öğrencilerin farkındalığını arttırabileceği, sağlık profesyonelleri ve üniversite yöneticileri açısından gerekli önlemlerin alınması ve uygun girişimlerin planlanması açısından yol gösterici olabileceği; ayrıca aynı gruba her yıl tekrarlanırsa üniversite eğitiminin/yaşamının riskli davranışlara ve etkileyen faktörlere etkisinin değerlendirilmesi açısından da temel oluşturacağı düşünülmüştür.

Araştırma soruları:

1. Üniversiteye yeni başlayan öğrencilerin riskli davranış durumları nasıldır?
2. Üniversiteye yeni başlayan öğrencilerin bazı temel sosyodemografik özelliklerine (yaş, cinsiyet, okul, ikamet, ebeveyn eğitim durumu, aile tipi, aile gelir algısı) sağlık durumlarına (sağlık algısı, kronik hastalık/engellilik, ağır travma) ve sağlık hizmeti kullanım (rutin doktor kontrolü, sağlık probleminde ilk başvuru, aile hekimini tanıma) durumlarına göre riskli davranış durumları nasıldır?
3. Üniversiteye yeni başlayan öğrencilerin aile işlevlerine göre riskli davranış durumları nasıldır?

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Gençlik ve Üniversite Dönemi

Dünya Sağlık Örgütü 10-19 yaş grubunu adölesan dönem, 20-24 yaş grubunu gençlik dönemi olarak tanımlanırken; bu iki dönemi kapsayan aralıktaki bireyleri “genç insanlar” olarak tanımlanmaktadır. Bu dönemde insan büyüme ve gelişmesi hem fiziksel hem de psikososyal açıdan oldukça hızlıdır.¹⁵ Dünya nüfusunun %25’inden fazlası bu yaş aralığında bulunmaktadır.¹⁶ Gençlik dönemi puberteye girişle başlar bu dönemde vücuttaki androjen, gonadal steroid ve büyüme hormon seviyelerinde ciddi değişimler ve dalgalanmalar görülür. Bunlara bağlı olarak fiziksel, cinsel, bilişsel ve duygusal dolayısıyla da davranışsal olarak önemli değişiklikler meydana gelir.¹⁷ Psikososyal açıdan bu yıllar çok net sınırları olmamakla birlikte üç evrede incelenebilir.

1.10-14 yaşlar arası “erken ergenlik” dönemi olarak adlandırılır, bu evrede puberte sonucunda gelişen sekonder seks karakterleri ile birlikte bireyin bunlara bağlı ortaya çıkan değişikliklere ayak uydurma çabası temel önceliktir.

2. 15-17 yaşlar arası orta ergenliktir, bu dönemde özgürlük düşünceleri artar ve bireyin benlik duygusu oluşur, bu dönemin en önemli parçası cinsel kimlik gelişimidir.

3. 18-21 yaşlar arası dönem geç ergenlik dönemidir. Bu dönemde bireyin fiziksel gelişimi hemen hemen tamamlanmıştır ve gelecek planlarıyla birlikte bunlara bağlı oluşabilecek kaygılar öncelikli konulardır.¹⁸

Bu dönemlerde bireylerde beden fonksiyonu ve görünümünde önemli değişiklikler olurken, bunlara psikososyal, bilişsel ve motivasyonel süreçlerde de ciddi bir hareketlilik eşlik eder. Bu süreçte gençler uzun vadedeki hedefleri için hızlı gelişim aşamasında olsalar da belli noktalarda yetenekleri henüz tam olarak yeterli değildir. Gençlik dönemindeki güçlü duygusal süreçlerle bu henüz tam olarak gelişmemiş yetenekler arasındaki dengesizlik ciddi sağlık sorunlarına yol açabilir.¹⁹

Genç nüfus toplumun temel itici gücüdür, onlar geleceğimizin üzerine inşa edildiği temellerdir. Sadece gelecek için değil, güncel hayatta da onların motivasyonu, enerjileri ve yaratıcılıkları ilerleme için kritik öneme sahiptir. Tüm bunlar gençlerin sağlığı ve iyi halleriyle yakından ilişkilidir. Gençlerde bu iyilik halinin sağlanması ve sürdürülmesi olaya; sosyal çevre, aile içi ilişkiler, alkol ve tütün kullanımı, obezite, cinsel hayat, şiddet, yaralanmalar vb. pek çok açıdan yaklaşarak sağlanabilir. Bunun

için ihtiyaç duydukları psikososyal desteğe sorunsuz bir şekilde ulaşmaları gereklidir.²⁰ Gençlerin önündeki fırsatlar ve karşılaştıkları engellerin doğru anlaşılması, etkin projeler geliştirilebilmesi bakımından büyük önem taşımaktadır.²¹

Günümüzde hemen her yaştan üniversite öğrencisi ile karşılaşmak mümkün olsa da üniversite gençliği genellikle 18-22 yaş aralığındaki bireylerden oluşmaktadır. Bu yaşlar psikososyal açıdan “geç ergenlik” dönemine denk gelmektedir.²² Ülkemizde ön lisans ve lisans programlarında eğitim gören 7,5 milyonun üzerinde öğrenci bulunmaktadır.²³ TÜİK verilerine göre 15-24 yaş arası nüfusun 12 893 750 olduğu göz önünde bulundurulursa, bunun önemli bir kısmını üniversite öğrencilerinin oluşturduğu görülmektedir.²⁴

Üniversite dönemi, bireylerin adölesan dönemden yetişkinliğe adım attıkları kritik ve hayatın en stresli dönemlerinden birisidir.²⁵ Üniversiteli öğrenciler ilgi alanları, fikirleri, endişeleri ve sorumlulukları ile diğer yaş ve meslek gruplarından ayrı spesifik bir topluluk oluştururlar. Yaşadıkları deneyimler çoğu zaman heyecan verici, çekici ve güçlendirici olsa da stres ve endişe kaynağı, hatta belli psikopatolojik süreçlerin tetikleyicisi olabilir. Öğrenciler; akademik yük, başarı beklentisi, akranlarıyla olan rekabet, boş vakit eksikliği ve aileleriyle daha az belki de hiç zaman geçirememesi gibi çoklu stres faktörleriyle yüzleşirler. Dahası gelecekleriyle ilgili ciddi kaygı taşırlar ve dünyanın bazı bölgelerindekiler ciddi finansal problemlerle karşılaşır. Bu yüzden psikopatolojik sorunların çeşitli tipleri üniversite öğrencilerinde diğer gruplardan daha fazla sıklıkta görülür.²⁶

Üniversite öğrencilerinin sağlık durumları son yıllarda üzerinde daha fazla çalışma yapılan bir konu olmuştur. Bu çalışmalar öğrencilerin biyopsikososyal durumları üzerinde çok sayıda koruyucu faktör ve risk faktörü olduğu konusunda görüş birliğine varmışlardır.²⁷ Ek olarak, eğitime yeni başlayan pek çok öğrenci daha öncesinden psikososyal problemlere sahip olabilirler ve bunlar yukarıda bahsedilen faktörlerin etkisiyle daha da şiddetlenebilir hatta farklı bozukluklara evrilebilirler.²⁸

Öğrenciler her ulusun merkezi ve geleceğinin temel yatırımı olarak kabul edilirler. Modern ihtiyaçların etkisi altında olan ve küreselleşmiş dünyamızda artık öğrencilerin temel misyonu olan eğitimleri, onları olumsuz koşullardan korumaya yetmemektedir. Bu yüzden üniversite eğitiminde öğrenciler için iyi bir atmosfer sağlayan, onlarda

sağlıklı alışkanlıkları geliştiren ve zihinsel durumlarına olumlu etki yapan aktiviteler oluşturulmalıdır.²⁹

2.2. Riskli Davranışlar ve Üniversite Dönemi

Riskli davranışlar; doğrudan ya da dolaylı olarak gençlerin sağlıklarını, iyilik hallerini ve yaşamlarını etkileyen, olumsuz sonuçlar doğurabilecek davranışlar olarak tanımlanır. Riskli davranışların gelişimi bireyin genetiği ve biyolojisi, gelişim süreçleri, kültürel değerler ve toplumsal yapı gibi pek çok faktörden etkilenir.³⁰ Madde kullanımı, korunmasız cinsel aktivite ve şiddete eğilim vb. riskli davranışların genç bireylerin güncel sağlık ve iyilik hallerini bozmanın yanında, erişkin dönemine de sağlık ve sosyal durumunu olumsuz etkileyen yansımaları olmaktadır.³¹ Başlangıçta bu alandaki çalışmalar kağıt üzerinde suç teşkil etmeyen, ancak risk oluşturan alkol kullanımı, madde kötüye kullanımı, şiddet eğilimi gibi alanlara yoğunlaşmış ve bu davranışların birbirleriyle ilişkili olduğu gösterilmiştir. Daha sonraki dönemlerde yapılan çalışmalar, erken ve korunmasız seksüel aktivite, sigara kullanımı, kötü beslenme alışkanlıkları ve yetersiz egzersiz gibi ek alanları da riskli davranışlar içerisine almış, dahası bunların, birbirleriyle ve önceden üzerinde durulan alanlarla korelasyon gösterdiğini saptamıştır.³⁰

Riskli davranışlar; Central of Disease Control (CDC) tarafından; istemsiz yaralanmalara neden olan davranışlar, istemli yaralanma ve şiddete neden olan davranışlar, alkol ve diğer madde kullanımları, cinsel riskli davranışlar, beslenme alışkanlıkları ve düşük fiziksel aktivite olarak tanımlanmaktadır.³² Ek olarak yine bu davranışlarla ilişkili olabilecek okul terki ve intihar eğilimi de gençler için riskli davranış olarak değerlendirilmektedir.³² Uzun dönem sağlıkla ilişkili pek çok davranış paterni erken yetişkinlik döneminde başlar ve yine bu yaşlarda oturur.³³ Sadece bireyin kendisi için değil, toplum sağlığı için de tehlike oluşturan bu davranışlar da tıpkı olumlu alışkanlıklarda olduğu gibi bu yaşlarda otururlar. Yapılan çalışmalar riskli davranışların başladıktan sonra tekrarlama eğiliminde ve bunlara karşı engelleyici önlemlerin başarı şansının düşük olduğunu göstermektedir.³⁴ Yani, riskli davranışlar birbirlerinin gelişmesine olumlu katkı yapmalarının yanında bir süre sonra birey tarafından bir yaşam biçimine dönüşmektedir.³⁵

Riskli davranışlara karşı etkin mücadele için, öncelikle onların nasıl geliştiklerini anlamak gereklidir. Çok fazla sayıda çalışma, farklı teorilerin ve sistemlerin rehberliğinde bu davranışların gelişmesine neden olan faktörler üzerinde durmuştur. Erken dönemlerde yapılan çalışmalar, bu davranışların ortaya çıkmasında kişisel yatkınlığın ya da bireysel yaşam tarzı gibi tek bir faktörün neden olduğu üzerinde durmuştur. Ancak ortaya çıkan diğer kanıtlar bunun yanında; kişinin içinde bulunduğu sosyal ortamının ve durumunun da dahil olduğu pek çok faktörün riskli davranış gelişiminde etkili olduğunu göstermiştir. Elimizdeki kanıtlara bakıldığında riskli davranışların oluşumundaki nedenlere, bu iki yaklaşımın entegrasyonu ulaşılabileceği düşünülmektedir.³⁶ Tüm bu araştırma ve öneriler gözden geçirilip sentez edildiğinde görülmektedir ki riskli davranışların gelişimini hem bireysel hem de aile, çevre, sosyal yapı ve kültürel bağlamda değerlendirmek gereklidir.³⁷ Bilinen risk ve stres faktörlerine maruz kalmalarına rağmen bazı gençlerde bu davranışların gelişme olasılığı daha düşüktür ve bu gençlerde riskli davranışlar gelişmemektedir.³⁸ Bu noktada dayanıklılığın (resilience) ve diğer koruyucu faktörlerinde bulunduğu ve bunların olumlu sonuçlarla ilişkili olduğu görülmüştür.³⁹ Bu bağlamda, “dayanıklılık” kavramı; olumsuz yaşam koşulları ve stres faktörlerine rağmen kişinin olumlu sonuçlara ulaşabilmesidir. Bizler için umut verici olan ise; dayanıklılığın bireysel bir özellikten ziyade kazanılmış bir davranış biçimi olduğudur.⁴⁰

Daha önce de söylenildiği gibi riskli davranışlar hem kısa hem de uzun vadede olumsuz sonuçlar ortaya çıkarırlar. Kısa vadeli sonuçlara örnek vermek gerekirse; korunmasız seksüel aktivite cinsel yolla bulaşan hastalıklar ve istenmeyen gebelikler için risk oluştururken, alkol kullanımı ise taşıt güvenliği ve bununla ilişkili mortalite ve morbidite riskini arttırmaktadır. Uzun dönemdeki sonuçlara gelirsek; gençlikte oluşan sedanter yaşam tarzı erişkin dönemde de devam etmeye eğilimlidir, bu da artmış vücut kitle indeksi ve bununla ilişkili olan kalp-damar rahatsızlıkları, diyabet gibi hastalıkların oluşma ihtimalini arttırır.⁴¹ Yine gençlik döneminde madde kullanımı erişkin dönemde kötüye kullanım ve suç oranında artış ile ilişkilidir.⁴² Bu konudaki örnekler çoğaltılabilir, ancak gençlik dönemindeki bu davranışların erişkin dönemde; eğitim, iş sahibi olma ve sosyal uyum gibi yaşamın diğer alanlarına nasıl etki edeceğini tahmin etmenin yolu henüz tam olarak açıklanamamıştır.⁴³ Amerikan Ulusal Hastalık Kontrol

ve Önleme Merkezi tarafından yürütülen süveyans çalışmasında 14-20 yaş grubundaki gençlerde ölüm nedenlerinin %71'inin riskli davranışlar kaynaklı olduğu görülmüştür.⁴⁴

Üniversiteye başlayan bireyler genellikle çocukluk döneminden yetişkinlik dönemine geçiş aşamasındadırlar ve bu dönem hem kendi doğası hem de üniversitenin getirdiği zorluklarla özellikle stresli bir zaman dilimi olabilir. Pek çok gencin karşı karşıya kaldığı bu stres sıklıkla bireyin normal gelişimini ve eğitimini kesintiye uğratabilir.⁴ Ayrıca bu dönemde gerçek yaşamı öğrenme ve tecrübe etme, bazı tehlikeleri görmezden gelme gibi durumlar riskli davranışlara eğilimi arttırmaktadır.¹² Bu zorluklarla başa çıkmakta zorlanan gençler, sıklıkla bir sorundan ziyade “çözüm” olarak gördükleri riskli davranışlara yönelebilmektedirler.⁴⁵ Ek olarak, çoğu zaman bulundukları sosyal çevre ve aileden ayrılıp yeni bir ortama gelen gençlerin, daha serbest bir konuma gelmesi de riskli davranışlara eğilimde artışa neden olmaktadır. Üniversite öğrencilerindeki riskli davranışlar; madde kullanımı, sigara kullanımı, alkol kullanımı, anti-sosyal davranışlar (kendisine veya çevresindekilere karşı agresyon vb.), okul terki, intihara eğilim, cinsel riskli davranışlar ve daha önce de belirtildiği gibi kötü beslenme ve yetersiz egzersizdir.^{5,7}

Üniversite öğrencilerinde görülmesi muhtemel bu riskli davranışlar aşağıda açıklanacaktır.

2.2.1. Anti-Sosyal Riskli Davranışlar

Toplumsal normları ve kuralları hiçe sayan kendi başına buyruk hareket eden bireylerin ortaya koydukları davranışlara anti-sosyal davranışlar denilmektedir.⁴⁶ Başka bir tanımda ise “anti-sosyal davranış” kavramı; kişinin sadece yakın çevresinde olanlara değil, daha uzağındaki bireylerde de; rahatsızlık, telaş, stres ve korku gibi duyguların oluşturan ya da bunları oluşturmaya muhtemel tavır ve hareketler içerisinde bulunması olarak açıklanmıştır.⁴⁷ Anti-sosyal davranış terimine tanım olarak bakıldığında çok geniş bir alanı kapsadığı ve bu davranışların pek çoğunun olmasa da bazılarının algısının kültürel ve toplumsal normlara göre değişiklik gösterebileceği tahmin edilebilir. Bu yüzden bazı otoriteler bu tanıma “belli bir kültüre göre” ibaresini de eklemektedirler.⁴⁸ The Times dergisi,1993 yılında “Anti-Sosyal” kavramı için 74 tane referans göstermiş, bu sayı 2003 yılına kadar 292 ye yükselmiş ve halende yükselmeye devam etmektedir.⁴⁹ Ancak gençler ve çocuklar özelinde baktığımızda bu grupta sıklıkla

görülen anti-sosyal riskli davranışlar; tepkisellik (impulsiveness), hırsızlık, vandalizm (bilerek veya isteyerek bir kişiye, canlıya ya da eşyaya zarar verme), fiziksel ya da psikososyal agresiflik, zorbalık, evden ya da okuldan kaçma eylemleridir.⁵⁰

Anti-sosyal davranışlar ve davranış bozuklukları tüm dünyada çocuklar ve gençler arasında en yaygın mental ve davranışsal problemlerdir ve özellikle batı ülkelerinde sıklığı giderek artmaktadır.⁵¹ Bu davranışların ortaya çıkmasında etkili olduğu düşünülen psiko-sosyal ve genetik faktörler vardır, özellikle psikososyal nedenler bireyin ailesi ve yetiştiği sosyal çevre ile derin bağlantı içerisindedirler.⁵² Literatürdeki çalışmalar temel alındığında; çocukların ve genç bireylerin yanlış davranışlarının oluşmasında, hayatlarının ilk 5 yılındaki ailesel ve kişisel özelliklerinin en önemli prediktörler olduğu görülmektedir.⁵³ Anti-sosyal davranışların oluşumu için risk oluşturan faktörler; düşük sosyo-ekonomik statü, okul başarısızlığı, istismar öyküsü, ebeveynlerle çatışma, ayrı yaşayan yada boşanmış aile, ebeveynlerde suça karışma öyküsü, ebeveynlerde mental rahatsızlık veya madde kullanım öyküsü, zayıf ailesel ilişkiler, aile içi şiddet, aile nüfusunun fazla olması olarak sıralanabilir.⁵⁴ Anti-sosyal davranışların, temelleri erken çocukluk döneminde atılan ve sıklıkla gençlik ve yetişkinlik döneminde de devam eden gelişimsel olumsuz özellikler olduğu düşünülmektedir. Ayrıca bazı çalışmalarda anti-sosyal davranışların başlama yaşı düştükçe daha dirençli hale geldikleri görülmüştür.⁵⁵

Bazı araştırmacılara göre anti-sosyal davranışlar suç eyleminin erken evresidir. Bu davranışlar; okul başarısızlığının, sosyal ve emosyonel gelişimin aksamamasının, akranlar tarafından dışlanmanın ve nihayetinde yasal olarak suç olan eylemlerin potansiyel sebebidir.⁵³ Anti-sosyal davranışlar diğer mental sağlık sorunlarıyla birliktelik gösterebilirler. Hem bireyler hem de toplum için ağır bir maddi ve manevi yük oluştururlar. Buna ek olarak sağlık sisteminin geniş bir alanını, sosyal bakım servislerini, eğitim sistemini ve adalet sistemini de ilgilendirirler. Yani anti-sosyal riskli davranışlar sadece bireyin ve yakın çevresinin değil tüm toplumun bir sorunu olarak düşünülmelidir. Gençlerde ve çocuklarda anti-sosyal davranışla mücadele için onların;

- i. Kendisinin ve çevresindeki diğer bireylerin duygularının farkındalığını arttıran,
- ii. Bilişsel ve davranışsal olarak öz kontrollerini geliştiren,

- iii Kendi görüşlerini düşüncelerini ve akranlarıyla olan ilişkilerini üst seviyeye çıkaran ve,
- iv. Problem çözme yeteneklerini geliştiren programlar ve aktiviteler uygulanmalıdır.⁵⁴

Bu davranışların ve oluşturdukları etkilerin üstesinden gelebilmek için durumun, topluma yön veren geniş çevreler tarafından tanınması gereklidir. Bunların başlıcaları; öğretmenler, sosyal görevliler, topluluk, dernek vb. oluşumlar, birinci basamak sağlık çalışanları ve ebeveynlerdir. Tüm bu kesimler anti-sosyal davranışların “basit” bir yaramazlık veya “zor” bir karakter özelliği sonucu olarak değil, önemli psikolojik ve/veya biyolojik patolojilerden kaynaklanan altyapılarının olduğunu ve etkili tedaviye cevap verebildiğini bilmesi gereklidir.⁵⁶

2.2.2. Alkol Kullanımı

Çok sayıda çalışma gençlerde alkol kullanımının yaygın olduğunu göstermiştir ancak asıl problem kullanımın amacı ve miktarıdır. Diğer taraftan gençlerde alkol kullanımı; yan etkileri ile karşılaşmadığı sürece geniş ölçüde gelişimin normal bir parçası olarak görülmektedir.⁵⁷ Gençlerde alkol kullanımının, alkol ilişkili bozukluklara nispeten çok daha sık görülmesi bu durumla uyumlu gözükmesine rağmen, erken alkol kullanımının alkol ilişkili bozukluklara ilerleme riskini arttırdığı ve bu bozukluklara sahip bireylerin alkol kullanımına adölesan çağında başladığı bilinmektedir.⁵⁸ Gençlerin çoğu alkolü ilk olarak 12-14 yaşlar civarında kullanırlar. Gençlerdeki alkole bağlı problemler ise çoğunlukla 18-25 yaşlar civarında görülmektedir. ABD de alkol bağımlılığı prevalansının %10 olduğu saptanmıştır. Ülkemizde yapılan çalışmalarda ise başlama yaşının sıklıkla 15-22 yaşlar arasında olduğu ve daha çok erkeklerin başladığı bilinmektedir.⁵⁹ Yine ülkemizde Ege Üniversitesinde yapılan bir çalışmada; öğrencilerin %76 sının alkol kullandığı, %8,8 inin alkol bağımlısı olduğu ve %14 ünün alkolü kötüye kullandığı görülmüştür.⁶⁰

Alkolün kullanılma şekli oluşturduğu etkileri belirlemektedir. Alkol kullanan çoğu birey “sosyal içici” kategorisindedir. Sosyal içicilikte tanım olarak; alkol kullanımı hiçbir ciddi veya uzun süreli sağlık sorunu ya da sosyal soruna yol açmaz ve alkol alımı kesildiğinde birey olumsuz etkilenmez. Sosyal içicilik her ne kadar zararsız olsa da alkolün bağımlılık yapıcı etkisi olduğu ve gerekli altyapı oluştuğunda bu noktanın bir

sonrasının madde kötüye kullanımının geliştiği bağımlılık sürecine geçiş evresi olduğu unutulmamalıdır.⁶¹

Alkol tüketiminin sağlık açısından risk oluşturduğu evreler kullanım miktarına göre 3'e ayrılmıştır. Bunlar sırasıyla; (1) aşırı içicilik, (2) ağır alkol kullanımı ve nihayetinde (3) alkol kullanım bozukluğu' dur. Bu evrelerin ayrımı; kullanılan alkolün miktarına ve süresine göre yapılır. Ek olarak "Alkol kullanım bozukluğu" evresinde klinik olarak anlamlı bozulma ya da sıkıntı mevcuttur.⁶² Dünya üzerindeki ölümlerin %5,9'u alkole bağlı nedenlerle gelişir, erkekler için bu oran %7,6 iken kadınlarda %4'tür. Alkol ilişkili ölümlerin başlıca sebepleri; kardiyovasküler hastalıklar ve diyabet (%33,4), yaralanmalar (%17,1), gastrointestinal hastalıklar (%16,2) ve kanserlerdir (%12,5).⁶³ Alkolün kısa vadede; miktarına ve kişinin fizyolojisine bağlı olarak vücutta oluşturduğu etkiler; konuşmada bozulma, uykuya eğilim, mide - bağırsak problemleri (kusma vs.), baş ağrısı, görsel, işitsel ve düşünsel problemler ve amnezidir. Yukarıda bahsedilen uzun vadeli etkiler ise alkolün uzun sürelerde (aylar-yıllar) ve çok miktarda tüketilmesiyle ortaya çıkar. Kronik alkol bağımlılığının, bu hastalıklarla birlikte veya bağımsız olarak çok fazla psikolojik ve sosyal etkisi vardır. Bu etkiler; çok çeşitli kazalara, iş kayıplarına, ailevi ve sosyal problemlere neden olur. Bağımlı kişi zamanla titremeye, terlemeye, uykusuzluğa, halüsinasyon görmeye ve gerçeklikle bağımlı koparmaya başlar. Bu tür kişilerde dikkat dağınık, bilinç bulanık, duygular tutarsız olur; yerinde duramama, korku, sinirlilik, tahammülsüzlük, algı ve bellekte bozulmalar gözlenebilir.⁶⁴ Alkol kullanımının en çok tanımlanan zararlı etkisi fiziksel yaralanmalar ve araç kazalarıdır, bunun sebebi olarak alkolün "disinhibisyon etkisi" gösterilir. Bu etki sonucunda kişilerde risk alma davranışları artmakta ve bu sonuç ortaya çıkmaktadır. Deneysel çalışmalar kullanılan alkol dozu arttıkça risk alma ve agresif davranışlara eğilimin arttığını göstermiştir.⁶⁵ Ayrıca alkolün oluşturduğu bu "riskli davranış eğilimi"; erkeklerde daha çok fiziksel yaralanma ve agresiflik üzerine olurken, kadınlar da ise cinsel riskli davranışlar üzerine olmaktadır.⁶⁶ Ayrıca alkolün bağımlılık yapıcı diğer pek çok madde gibi keyif verici ve stimüle edici etkisi bulunmaktadır. Bu etkiyi, yine diğer keyif verici maddeler gibi mezolimbik sistemde dopamin salınımı üzerinden yapar, burası beyinin motivasyonel, ödül ve kognitif fonksiyonlarını düzenleyen kısımlarını etkiler.⁶⁷ Alkol kötüye kullanımının, yaklaşık %50'si ailesel ve genetik, %50 si de çevresel faktörlere bağlı gelişir.⁶⁸ Anne ya da babadan birisinin alkol bağımlılığı olan

erkek çocuklarında, olmayanlara göre risk 4-5 kat daha fazladır. Ayrıca ikizlerle yapılan çalışmalar da genetik geçişin etkili olduğunu göstermektedir.⁶⁹ Ailesel faktörler olarak; aile içi şiddet, ebeveynlerde psikiyatrik problemler ve madde kullanım bozuklukları, geniş ve kalabalık aileler, aile üyeleri arasındaki çatışmalar, istismar ve ihmal, düşük sosyoekonomik seviye, ebeveynlerden birinin veya her ikisinin kaybı, parçalanmış aile yapısı ve düşük eğitim düzeyi gösterilebilir.⁸ Alkole kolay ulaşılabilirliği ve ucuz olması, toplumsal olarak kabulü, yaygın kullanım ve akranların alkol kullanımı ise çevresel faktörler olarak gösterilebilir. Gençlik döneminde bireyler heves, özent, kendini kanıtlama çabası ve sosyal olarak kabul edilme endişesi ile de alkol kullanabilmektedir.⁷⁰ Bu faktörlerin yanında, yükseköğretime başlayan bireyler için üniversite ortamının alkol kullanımını teşvik edici ve alkole kolay ulaşılabilir olduğu, arkadaş ortamlarında sıklıkla tüketildiği, kullanmayan bireyler için dahi teşvik edici olduğu bilinmektedir.⁷¹ Alkol ve diğer madde kullanımları gençler tarafından; üniversitede yaşanan zorluklara karşı bir başa çıkma yöntemi olarak algılanabilir.⁷²

Alkol kullanımının; kötüye kullanım ve bağımlılık için önemli bir risk etmeni olduğu ve yaygınlığının küçümsemeyecek kadar fazla olduğu göz önünde bulundurulursa; alkole bağlı sorunları önleme konusunda daha fazla çalışmaya ihtiyaç vardır. Gençlerde alkol kullanımı ile ilişkili faktörlerin belirlenmesi, alkol kullanmayı kolaylaştıran risk faktörlerinin azaltılması, bununla mücadele etmeye yönelik çalışmaların yanında, gençlerin ulaşabileceği ve etkin psikososyal desteğin sunulması, olumsuz sonuçların önüne geçilmesini sağlayacaktır.⁷³

2.2.3. Sigara Kullanımı

Ülkemizde ve tüm dünyada, sigara ve tütün ürünlerinin kullanımı toplum sağlığını ciddi olarak tehdit eden bir problem haline gelmiştir. Ulaşılmasının çok kolay ve yasal olması sebebiyle sigara kullanımı; en sık görülen ve en önemli madde bağımlılığı tipidir. 2012 yılında yapılan Türkiye Gençlik Profili araştırmasında; 15-29 yaş grubundaki erkeklerin %49,6' sının ve kızların %23,1' inin sigara içtiği saptanmıştır.⁷⁴ Ayrıca ülkemizde diğer gelişmiş ülkelerden farklı olarak tütün kullanımının eğitim seviyesi ile olan bağlantısıdır. Gelişmiş ülkelerde eğitim düzeyi arttıkça sigara kullanımı azalırken Türkiye de artmaktadır.⁷⁵ Lise mezunlarının %43'ü sigara kullanırken, bu değer okur-yazar olmayanlarda %13'tür.⁷⁶ Dünya Sağlık Örgütü, sigarayı; en hızlı

yayılan ve en uzun süren bir salgına benzetmekte, hatta bizzat öyle görmektedir. Dünyada 1,3 milyar insan sigara içmekte ya da bir tütün ürünü kullanmaktadır. Tüm dünyada yaygınlık olarak bakıldığında erkeklerde %47,5 kadınlarda %10,3 ve genel olarak %29'dur.⁷⁷ Küresel olarak, her yıl 5 milyon insan sigaraya bağlı sebeplerden hayatını kaybederken bu sayı ülkemizde yaklaşık 100.000'dir.⁷⁶ Dünya Sağlık Örgütünün 2014 yılında yayınladığı rapora göre, mevcut eğilimlere bakıldığında, sigara ve tütün ürünleri kullanımının 2030 yılına kadar, yılda 8 milyon ölüme neden olacağı tahmin edilmektedir.⁷⁸

Sigara ve tütün ürünleri kullanımı gelişmiş dünya ülkelerindeki en önemli değiştirilebilir sağlık riski ve dünya çapında erken ölümlerin önemli bir sebebidir. Gelişmiş ülkelerdeki tahmini olarak her 5 ölümden bir tanesi sigara kaynaklıdır. Sigara; içinde çok sayıda kanser tipi (akciğer, özefagus, mesane, böbrek, mide ve pankreas), KOAH, koroner arter hastalığı, serebrovasküler olaylar, periferik arter hastalığı ve peptik ülser gibi pek çok yüksek mortaliteli hastalık için en önemli ve değiştirilebilir risk faktörüdür. Ayrıca makular dejenerasyon, katarakt, osteoporoz, düşük doğum ağırlığı, erken doğum, ani bebek ölüm sendromu, çeşitli psikiyatrik rahatsızlıklar (depresyon ve şizofreni vs.) gibi birçok organ ve sistemi ilgilendiren hastalık için muhtemel veya kesin risk faktörüdür. ABD de tüm kronik akciğer hastalıklarının %80'inden, kanser ve kalp hastalıklarına bağlı ölümlerin ise üçte birinden sigara sorumludur.⁷⁹

Sigaranın toplum için oluşturduğu maddi yük incelenecek olursa; Kuzey Amerika Ülkelerinde, yukarıda bahsedilen sigara ve tütün ilişkili hastalıkların tedavisi için yıllık harcanan miktarın 100 milyar dolar civarında olduğu tahmin edilmektedir. Bu sebeplerle oluşan üretkenlik ve potansiyel yaşam süresi kaybı da eklenirse tahmini kayıp ek olarak 100 milyar doları bulmaktadır.⁸⁰

Sigaranın sağlık üzerine belirgin olumsuz etkileri uzun kullanımda ortaya çıkar. 10 yıl ve üzeri sigara kullanan bireyler, kullanmayanlara göre anlamlı olarak; yüksek ölüm, hastalık ve engellilik durumuna sahip olurlar. Bununla birlikte bütün bu etkilerin çoğu, sigarayı bıraktıktan sonra düzelmeye eğilimlidir. Solunum sistemindeki riskler kısmen de olsa sigaranın bırakılmasından yıllar sonra devam etse bile, belli organ sistemlerindeki riskler süreye de bağlı olarak düşer.⁸¹ Bu iyileşme sigara genç hatta orta yaşlarda dahi bırakılırsa daha belirgindir.⁸² Nihayetinde 15 yıl boyunca sigara

kullanmamış bir eski içicinin buna bağlı ölüm riski hiç içmemiş bir bireyden daha yüksek değildir.⁸¹ Sigaranın bu kadar uzun süre kullanımına sebep olan bütün tütün ürünlerinin içinde bulunan ve güçlü bağımlılık yapıcı etkisi olan nikotin maddesidir. Nikotin sigara dumanıyla alındıktan sonra akciğerlerden kana emilir ve kan- beyin bariyerini rahatlıkla geçerek inhale edildikten 10-20 saniye sonra santral sinir sistemine ulaşır.⁸³ Nikotin santral ve periferik sinir sistemi üzerinde pek çok nörotransmitter salınımına neden olur. Bunlardan bağımlılık etkisi en önemlilerden olan mezolimbik sistemdeki dopamin salınımı etkisidir.⁸⁴

Sigarayı kullanmanın yanında, sürekli olarak sigara dumanına maruz kalmakta (pasif maruziyet) koroner kalp hastalığı, solunum sistemi hastalıkları ve kanserlerle ilişkili bulunmuştur. Bu olumsuz sağlık etkilerinin yanında pasif maruziyet çocuk, genç ve hiç sigara kullanmamış bireylerde başlama ve bağımlılık açısından risk oluşturur.⁸⁵ Sigara kullanılan alanlarla ilgili olarak yapılan pek çok düzenlemeye rağmen sigara dumanına pasif maruziyet üniversiteye yeni başlayan bireyler gibi belli gruplarda hala yüksektir. Yapılan bazı çalışmalarda; üniversite dönemindeki bireylerin çeşitli kaynaklardan (ev, okul, kafe vb.) sigara dumanına maruz kalma oranının %80 civarında olduğu saptanmıştır.⁸⁶

Çoğu bireyin sigara kullanmaya adölesan dönemde ya da daha erken başladıkları ve yine bu dönemde bağımlı hale geldikleri bilinmektedir. Gençleri sigara içmeye başlama ve bunu süreklilik arz etmesine neden olan başlıca faktörler; arkadaş çevresi, sosyodemografik özellikler, ailesel ve sosyal etkiler, kişilik yapısı, genetik özellikler, tütüne ulaşımın kolay ve ucuz oluşu, özendirici reklamlar ve bağımlılık yapıcı etkidir.⁸⁷ Dünya Sağlık Örgütü'nün 2008 yılı verilerine göre sigara kullanan bireylerin %25 kadarı ilk kez 10 yaşından önce sigarayı kullandıklarını belirtmektedirler. Erken yaşlarda sigaraya başlamak hem bağımlı olma riskini arttırmakta hemde ileri yaşlarda daha uzun süren maruziyet sonucu ciddi sağlık problemlerine neden olmaktadır.⁸⁸

Çoğu kişinin genç yaşta sigaraya başladığı ve bağımlı olduğu gerçeği göz önünde bulundurulursa; davranışların şekillendiği bu yıllar olumlu yönlerde de değişiklikler yaratmak için kritik bir zaman dilimi ve fırsat olarak değerlendirilebilir. Gençlere, sigara ile ilişkili pek çok riskin olduğu bu ortamda, kendi davranışlarını nasıl olumlu yöne çevirebilecekleri ile ilişkili bakış açısını kazandırmak, sigara içme davranışını azaltmak için ulaşılabilecek en önemli hedef olmalıdır.⁸⁹

2.2.4. Madde Kullanımı

“Madde” kavramı üzerine çok farklı açıklamalar vardır. Bunun üzerine; Dünya Sağlık Örgütü tarafından yapılan ve çoğu kesim tarafından kabul edilen tanıma göre; birisi tarafından vücuda çeşitli yollardan alındığında veya bu kişiye verildiğinde; merkezi sinir sistemini etkileyerek, bilinç, arzu gibi zihinsel süreçlere etki eden ve fiziksel ve/veya ruhsal olarak bağımlılık yapma potansiyeli olan ürünlere madde denir. Sosyal ve sağlık alanında kullanımda madde, İngilizce’de “drug” olarak geçen kelimenin karşılığıdır ancak bu kelime hem tedavi edici olarak kullanılan yasal ilaçları hem de uyuşturucu maddeleri kapsamaktadır. “Madde Kullanımı” denilince ilk olarak akla gelen, söz konusu ürünlerle ilgili henüz net bir tanım oluşturulamamıştır.⁹⁰

Madde bağımlılığı dünyada ve ülkemizde özellikle genç nüfus olmak üzere toplumun tüm kesimlerini etkileyen ve bunların hepsinin üzerine olumsuz biyopsikososyal etkileri olan çok önemli bir sorundur. Bu konuda yapılan çalışmalar ülkemizde gençler arasında madde kullanım hızında artış olduğunu göstermektedir.⁹¹ Türkiye’de genel nüfusta bugüne kadar yapılan en kapsamlı madde kullanım yaygınlığı araştırması, TUBİM tarafından 2011 yılında uygulanmıştır. Bu araştırmaya göre ülkemizde herhangi bir maddenin yaşam boyu kullanım yaygınlığı 15-24 yaş grubunda %2,9, 25-34 yaş grubunda %3,1 olarak saptanmıştır.⁹² Ülkemizde en çok kullanılan uyuşturucu maddeler sırasıyla; opiatlar (%70,33), sentetik kannaboidler (%15,81), esrar (%8,98), uçucu maddeler (%1,8) ve kokain (%1,6) dir.⁹³ Ülkemizde madde bağımlılığı konusunda yapılan araştırmaların sayısı kısıtlıdır ayrıca bu çalışmalarında pek çoğu ilk ve orta öğretim döneminde olan bireylerde ve sadece büyük şehirlerde yapılmıştır. Üniversite dönemine bakıldığında ise çalışma sayısı daha da azalmakta ve bu kısıtlılık derinleşmektedir.⁹⁴ Altındağ ve arkadaşlarının Şanlıurfa’da üniversite öğrencilerinde yaptıkları bir çalışmada, yaşam boyu sigara, alkol ve madde kullanımı sırasıyla %64,4, %30,4 ve %2,3 olarak saptanmıştır.⁹⁵ Üniversiteye yeni başlayan öğrencilerde yapılan diğer bir araştırmada ise öğrencilerin %22,9’unun alkol aldığı, %3’ünün uyuşturucu madde kullandığı saptanmıştır.⁹⁶

Küresel olarak baktığımızda ise gençler arasındaki engellilik ve yetersizliğin en önemli sebebi madde kullanımıdır, gençlerde engellilik ile geçen tüm yılların (all years lived with disability-YLD) %25’inden madde kullanımı ve buna bağlı gelişen nedenler sorumludur.⁹⁷ 2015 yılında, tüm dünyada, yaklaşık 250 milyon insanın yada başka bir

deyişle yetişkin nüfusun kabaca %5'inin, en az 1 kere uyuşturucu madde kullandığı ve bunlardan 29.5 milyonunun(kabaca yetişkin nüfusun % 0,6 sının) tıbbi olarak madde kullanım bozukluğuna sahip, yani bir nevi “bağımlı” olduğu saptanmıştır.⁹⁸

Kullanılan madde tipine göre insan beyni farklı etkilense de hepsinin ortak noktası ödüllendirme ve zevk alma duygularını kontrol eden santral sinir sistemi bölgeleri üzerinde nörotransmitter salınımını etkilemeleridir. Ne yazık ki kullanılan pek çok madde bu bölgelerden salınan nörotransmitterleri, özellikle de dopamini artırır ve kişide bu duyguların ortaya çıkmasına neden olarak bağımlılık süreci geliştirir. Hatta son yıllarda uyuşturucu maddelerin kimyasal yapılarıyla oynanarak (özellikle sentetik uyuşturucular) bu etki artırılmaktadır. Bununla birlikte, bütün bireyler bağımlılık geliştirme konusunda eşit risk altında değildirler. Genetik yatkınlık, daha öncesinde madde kullanım ya da deneme öyküsü bulunması gibi çeşitli biyolojik ve sosyal faktörler bu süreci etkiler.⁹⁹

Genç bireyler özelinde baktığımızda ise yine madde kullanımına yatkınlık oluşturmada rol oynayabilecek kişisel, ekonomik, fiziksel ve çevresel düzeyde pek çok faktör vardır. Madde kullanmaya başlama ve/veya bunu devam ettirmeye neden olabilecek başlıca risk faktörleri; aile düzensizliği, ebeveyn ihmali, aile-çocuk çatışması, akran grubu etkisi, duygusal destek eksikliği ve maddeye kolay ulaşımıdır. Ayrıca ailenin çocukla ilgisinin yetersiz olması ve agresif tutumlarının özellikle genç yaştaki kız çocuklarında madde kullanımıyla güçlü olarak ilişkili olduğu saptanmıştır.¹⁰⁰

Tamar ve Ögel'e göre, adölesan dönemde madde bağımlılığı birbirini izleyen 4 evre sonucunda oluşmaktadır. Bu evrelerin ayrımı, maddenin ve miktarının bireyde oluşturduğu zihinsel ve duygusal etkilere göre yapılır. Bu etkiler stimülan maddenin vücuda alınmasıyla birlikte ortaya çıkan içsel duygu-durum dalgalanmalarıdır.¹⁰¹ Bu 4 evre ayrı ayrı incelenecek olursa;

1-Deneysel Kullanım (Duygu-durumda oluşan değişiklikleri öğrenme): Bu, kişi bağımlılık potansiyeli taşıyan herhangi bir maddeyi aldığı anda, vücudunda oluşan etkinin farkına vardığı evredir. Örnek vermek gerekirse kişinin ilk kez sigara kullanması ve bunun etkilerinin farkına varması olabilir. Bir nevi birey kullanılan maddenin etkisiyle ilgili duyduklarının gerçekliğini araştırmaktadır. Birçok kişide bu evre ikinci aşamaya geçişe neden olur.

2-Sosyal Kullanım (Duygu-durumda oluşan değişiklikleri arama): Bu evre, bireyin özellikle sosyal çevresiyle birlikte, önceden tecrübe ettiği zihinsel ve duygusal etkileri devam ettirmek için maddeyi kullanma evresidir. Önceki evrede 4 ya da 5 denemeden oluşan kullanım sıklığı bu evrede belirgin olarak artar. Ayrıca bu evrede kullanım sıklıkla arkadaşlarıyla olur ve etkiler birlikte tecrübe edilir. Tüketimi yasal olan alkollü içecekler gibi ürünler için bu evre, adıyla da uyumlu olarak ‘sosyal içicilik’ olarak tanımlanabilir. Diğer evrenin aksine bundan sonra birçok birey sonraki evreye geçmeyebilir. Ancak daha önce de belirtildiği gibi bunun bağımlılığa giden basamaklardan birisi olduğu akıldan tutulmalıdır.

3-Operasyonel Kullanım (Duygu-durumda oluşan değişiklikler için madde ile çok zaman harcama): Bu evreye geçilmesi maddenin kötüye kullanımının başladığı anlamına gelmektedir. Bağımlılık riski ciddi oranda artmıştır. Buradaki kullanım kişinin kendi kendine iyileştirme çabası olarak düşünülebilir. Kişi belli sıkıntılardan, stresten ve kaygılardan kurtulmak ya da sadece rahatlamak için madde kullanır. Tıpkı diğer bazı riskli davranışlarda olduğu gibi sağlıksız olduğunun farkına varılmaksızın, zorluklara karşı bir çözüm olarak algılanmaktadır. Bu evre kendi içinde 2’ye ayrılabilir. İlki maddeyi sadece zevk alma amacıyla kullanan gruptur, maddeyi yukarıda açıklanan stimulan etkilerini yaşamak için kullanırlar. Bu yüzden ‘hedonistik grup’ olarak da adlandırılabilirler. Diğer grup ise maddeyi acıdan kaçınmak amacıyla kullanır, bunlara ‘telafi edici grup’ ta denilebilir. Operasyonel olarak madde kullanan kişiler bu grupların her ikisinin de özelliklerini taşıyabilirler.

4-Bağımlı Kullanım (Duygu-durumu normal seviyede tutmak için kullanım): Bu kısım, artık kişinin normal olarak yaşamına devam etmesi için sürekli maddeye ihtiyaç duyduğu evredir. Kimyasal ve biyolojik olarak değişikliğe zihinsel yapı, madde ile oluşan duygu-durum değişikliklerini yaşamak için bireyi kompulsif olarak güçlü bir şekilde madde kullanmaya iter ve bu durum bilinç düzeyinde ‘normal’ olarak algılanır. Bağımlılığın bu evrede geliştiği kabul edilir. Bu evreyi operasyonel kullanım evresi ile ayırmak zor olabilir.

Çeşitli biyopsikososyal faktörlerin etkisiyle bu aşamalardan ileri doğru geçiş olmaktadır. Çoğu genç birinci ya da ikinci evrede kalırken, daha az bir kısım sonraki evrelere geçer. Ancak bu evrelerden geriye doğru gidiş veya tamamen madde

kullanımının bırakılması genellikle çevreden gelen müdahalelerle olmaktadır, kendiliğinden düzelme olması çok nadirdir.¹⁰¹

Yukarıda bahsedilen evreler sırasında ve sonrasında bağımlılık geliştiren gençler bu durumun, gelişimsel süreçlerinin sekteye uğraması gibi, çok sayıda sosyal, ekonomik, fiziksel ve legal sonuçlarıyla karşı karşıya kalırlar. Bunlar; düşük akademik performans, iş hayatında istikrarsızlık, istenmeyen ve/veya erken gebelikler, cinsel yolla bulaşan hastalıklar, suça yatkınlık (hırsızlık, vandalizm, şiddet vs.) olarak özetlenebilir. Ayrıca yüksek doza bağlı morbidite-mortaliteler ve araç kazaları da akut olarak karşılaşılabilecek sorunlardır. Madde kullanan gençlerde ek olarak disorganize düşünceler ve sıra dışı inançlarda daha yaygındır, bunlar gençlerin problem çözme yetileri ve duygusal fonksiyonlarını da etkileyerek daha fazla sosyal izolasyon ve depresyona neden olabilir. Bağımlı gençler; madde tolerans etkileri, çekilme semptomları, sosyal aktivitelerden uzaklaşma (maddeye aşırı zaman ayırma sonucu) gibi ek problemlerle de karşılaşabilirler.¹⁰²

İnsan beyninin prefrontal korteks bölümü; karar alma, muhakeme ve tepkisel-anı davranışları kontrol etme üzerinde etkili iken; nucleus accumbens bölgesi ise motivasyon ve hafıza ile ilişkili fonksiyonları kontrol eder, her iki bölümde gençlerde, hatta 25 yaşından küçük tüm bireylerde tam olarak olgunlaşmamıştır. Bu durum onları madde kullanımı gibi riskli davranışlara yetişkinlere göre daha yatkın bir hale getirir. Ek olarak kullanılan maddeler bu bireylerde, yetişkinlere göre beyin fonksiyonlarını daha yoğun olarak etkiler, bu da madde kullanım bozukluğu riskini bir nevi pozitif geri besleme yoluyla daha da çok artırır. Bunlardan yola çıkarak genç bireylerin zihinsel durumları; güçlü bir gaz pedalına (dopaminerjik ödüllendirme sistemi) ancak zayıf frenlere (prefrontal korteks) sahip bir araca benzetilebilir. Gençler keyif verme ve zorluktan kaçınma davranışları için yüksek derecede motive iken, yargılama ve karar verme yetileri hala gelişmekte ve kısıtlıdır. Bu onların, madde kullanma gibi durumlarda, riskleri doğru şekilde tartma ve mantıklı karar vermesine engel olabilir. Tüm bu sebeplerden dolayı; sağlıklı ve maddesiz yaşamı sürdürmek için koruyucu tedbirlerin odağında genç bireyler olmalıdır. Gençler, uyuşturucu maddeleri tecrübe etmenin ayartıcı ve çekici görünen doğasından kaçınma noktasında gerekli yetenekleri kazanmaları için cesaretlendirilmelidirler.¹⁰³

2.2.5. Okul Terki

Bilimsel ve teknik bilginin insanlığın gelişimindeki artan önemi, üniversite eğitime sahip olmanın meslek hayatındaki ekonomik getiri avantajı, yükseköğretim kurumlarının okuldan işe geçiş sürecinde önemli bir bağlantı oluşturması gibi pek çok sebeple, modern çağda üniversite eğitime olan ilginin başta gelişmiş ülkeler olmak üzere pek çok ülkede hızla arttığı görülmektedir. Evrensel bu gelişmelere paralel olarak ülkemizde de, özellikle son 10 yıllık süreçte üniversite ve öğrenci sayısı giderek artmaktadır. Bu hızlı artışla birlikte bu kurumlarda; donanımlı öğretim elemanı sayısı, finansman yetersizlikleri, yapı ve teknik donanım eksikliği gibi pek çok sorunla karşı karşıya kalınmaktadır. Bu sorunlardan birisi de, hatta belki diğer problemlerin sonucu olarak da düşünülebilecek olan, okul terkidir.¹⁰⁴ Okul terki; yasal olarak okuldan mezuniyet yaşından önce ve/veya gerekli resmi niteliklerin hiçbirisini edinmeden veya sınırlı miktarıyla, okuldan ayrılma olarak tanımlanır.¹⁰⁵ Okul terki, aslında, yüksek eğitim kurumlarından ayrılan öğrenci akışının bir ölçüsüdür. Literatüre bakıldığında okul terkinin üç ana tipi vardır; okula ara verme, eğitim kurumunu tamamen terk etme ve sistemi terk etme, yani eğitimi tamamen bırakmadır. Ara veren öğrenciler sıklıkla bir süre sonra eğitimlerine devam ederler. Fakülte veya üniversiteyi bırakanlar genellikle farklı eğitim kurumlarına geçiş yapabilmektedir. Eğitim sistemini tamamen terk edenlerin ayrılığı ise temelli olur ve bu bireylerdeki davranışlar diğer 2 grupta gözlenmez. Bu noktada dikkat çekilmesi gereken başka bir konu da; ilk 2 grup üzerindeki çalışmaların daha çok fakülte veya üniversite çapındaki paydaşlar tarafından, yani lokal olarak, yapılırken; 3. gruptaki bireylerin, yani eğitimi tamamen bırakanların, üzerinde yapılan çalışma ve politikaların ulusal düzeyde olduğu ve devletin bu gruba odaklandığıdır.¹⁰⁶

Okul terki ile ilgili çalışmalar az sayıda ve bunlarda genellikle sayısal verilerden ziyade olgunun neden ve sonuçlarına yöneliktir. 2013 yılında Litvanya da bir üniversitede mühendislik öğrencileri üzerinde yapılan çalışmada yeni başlayan öğrencilerin %34,4' ünün ilk yılda üniversiteyi bıraktıkları saptanmıştır. Ancak sadece nedenlere odaklanılmış, çalışma bu noktada sonlandırılmış ve ayrılan öğrencilerin daha sonraki eğitim tercihleriyle ilgili herhangi bir veri sunulmamıştır.¹⁰⁷ Eurostat (Avrupa İstatistik Ofisi)'in 2016 yılında yayınladığı rapora göre 3 milyon Avrupalı genç üniversite eğitimlerini yarıda bırakmaktadır. Ülke özelinde bakıldığında terk oranları;

en yüksek Fransa’da ve neredeyse 1/3 oranında iken bunu %15,8 ile İtalya ve %12 ile Birleşik Krallık takip etmektedir. Ancak şunu da belirtmek gerekir ki nedenler ülkelerin sosyoekonomik durumuna göre değişkenlik göstermektedir. Mesela, yine aynı raporda 20-35 yaş aralığındaki bu öğrencilerden %24 ünün terk nedeni iş hayatına atılma arzusu olarak belirtilmiştir.¹⁰⁸ Eurostat’ın 2017 yılında Türkiye ile ilgili verilerine göre 18-24 yaş aralığındaki bireylerde eğitimi terk edenlerin oranı %36 ile diğer Avrupa ülkelerine nazaran belirgin olarak yüksektir. Ülkemiz içinde de okul terkiyle ilgili yapılan çalışmalar tüm dünyada olduğu gibi sınırlı sayıda ve bu araştırmalar incelendiğinde gerçekleştirilme amaçlarının genel olarak okul terkinin sebeplerini belirlemek, sonuçlarını belirlemek veya okul terkine çözüm önerileri gerçekleştirmek adına gerçekleştirildikleri görülmektedir. Araştırmaların çoğunun sebeplere yönelik olduğu ve bu çalışmalarda devamsızlık, okul terki nedenlerini ortaya koymanın hedeflendiğini söylemek mümkündür.¹⁰⁹ Ek olarak bu çalışmaların pek çoğunun ilk ve orta öğretim düzeyinde yapıldığının vurgulanması gereklidir.

Öğrencilerin okuldan ayrılmasına nedensel olarak bakılırsa zorunlu veya isteğe bağlı olarak 2 grupta incelenebilir. Zorunlu ayrılık; ciddi hastalık, derslerde başarısızlık, aile üyelerinden herhangi birisinin bakım ihtiyacı ve devam edebilmek için yetersiz ekonomik şartlar gibi durumlardan kaynaklanırken, isteğe bağlı ayrılık; öğrencilerin kendilerini sıkılmış ve yetersiz hissetmesi, dersleri, akranları veya öğretim görevlilerini sevmeme gibi nedenlerle olmaktadır. İsteğe bağlı terklerle daha az sıklıkta karşılaşmaktadır. Birleşik Krallık’da eğitim üzerine çalışmalar yapan bir kurum olan HMIE (Her Majesty’s Inspectorate of Education)’nin 1991 yılında yayınladığı raporda; eğitimi kesintiye uğrayan öğrencilerin %80’inin finansal problemler, değişmiş ailesel veya kişisel şartlar ya da yine ekonomik sebeplerle çalışma hayatına geçme gibi sebeplerle, zorunlu olarak, bölümlerinden ayrıldığı belirtilmiştir.¹¹⁰

Okul terki nedenlerine başlıklar halinde bakılacak olursa bunlar; bireysel, aile kaynaklı, çevre kaynaklı, okul ve eğitim sistemi kaynaklı nedenler olarak ayrılabilir.

Aile kaynaklı nedenlerin başlıcaları; ailelerin duyarsız ve ilgisiz olması, ekonomik sorunlar, maddi yetersizlikler ve ailenin eğitim durumunun düşüklüğüdür. Çevre kaynaklı başlıca nedenler; akran etkisi ve sosyalleşme problemleri iken, öğretmenlerin olumsuz tutum ve davranışları, yeterli rehberlik ve danışmanlık alınamaması, yönetimin olumsuz tutum ve davranışları, okullardaki olanakların yetersizliği, yaşanan

mağduriyetler okul ve eğitim sistemi kaynaklı nedenlerin önde gelenleridir. Devamsızlık, okula bakış açısı, uyum sorunu, öğrenme güçlükleri, zararlı alışkanlıklar bireysel kaynaklı nedenler arasında gösterilebilir.¹¹¹ Bu sebepler içinde ekonomi öne çıkmaktadır. Üniversiteyi bırakan öğrencilerin birçoğu kişisel giderlerini karşılamakta zorlandıkları için okulu bıraktıklarını söylemişlerdir. Son dönemdeki verilerde bunu destekler niteliktedir. Araştırmalara göre üniversiteyi bırakan öğrencilerin ailelerinin %70'i “düşük ekonomik statü” dedir.¹¹²

Önceki başlıklarda da nedenleri ile birlikte vurgulandığı üzere yüksek öğrenimin ilk yılı pek çok öğrenci için problemlidir. Üniversitedeki okul terklerinin çoğunluğu da ilk yılda hatta eğitime başladıktan sonraki ilk birkaç ayda olmaktadır. Yapılan çalışmalarda tüm okul terklerinin yarısından fazlasının ilk eğitim yılında olduğu görülmüştür. Bu nedenle öğrencilerin okul yaşantılarının geleceğini belirleyecek olan ilk eğitim yılında alınacak önlemler önem taşımaktadır.¹¹³

Eğitim, hangi düzeyde olursa olsun birey gelişiminde hayati öneme sahip bir unsurdur ve herkese eşit olarak sunulmalıdır.¹¹⁴ Okulu bırakmak zorunda olan bireyler her şeyden önce bu haklarından mahrum kalmaktadırlar. Ayrıca bu bireylerin iş bulma şansı azalmakta, yaşam boyu geliri olumsuz etkilenmekte, antisosyal davranış ve suça karışma ihtimalleri artmaktadır. Bu bireysel etkilerin yanında ilerleyen süreçte toplumsal olarak da; ekonomik, kültürel ve psikolojik problemlerin oluşacağı açıktır.¹¹⁵ Devletin eğitim alanında yaptığı yatırımlar boşa gitmekte, orta ve uzun vadede ise hem nitelikli çalışan yetişememesinden dolayı, hem potansiyel ekonomik kazanımlar sağlanamamakta hem de sosyal güvenlik ve sosyal yardımlar için devletin bu bireylere daha fazla kaynak ayırması gerekmektedir.¹¹⁶

Sonuç olarak, hem gençlerin yaşamını olumsuz yönde etkileyen, hem de toplumsal açıdan istenmeyen sonuçlara neden olan okul terkinin azaltılması amacıyla risk taşıyan gruptaki bireylerin belirlenmesi, bu çerçevede programların, çalışmaların planlanması ve eğitim politikalarının düzenlenmesi önemlidir.¹¹⁷

2.2.6. İntihar

Bireyin kasten yaşamına son vermesi olarak tanımlanan intihar çoğu ülkede ölümlerin önemli bir nedeni ve dünya çapında bir problemdir. Psikiyatrik açıdan bakınca zihinsel bir rahatsızlığın sonucu, toplumsal açıdan bakınca da tipik bir sosyal

olay olarak görülebilmektedir.¹¹⁸ İntihar girişimleri; yani ölümle sonuçlanmayan intihar olayları ölümle sonuçlanan intiharların bir alt kategorisi olarak ele alınmaktadır, yani eylem ölümle sonuçlansın ya da sonuçlanmasın, kullanılan yöntem ölümcül olsun ya da olmasın istemli olarak ölümü hedefleyen her türlü davranış intihar olarak nitelendirilmiştir.¹¹⁸ İntihar tanımlı bir rahatsızlık olmamasına rağmen, intihara teşebbüs etmeyi de kapsayan “intihar davranışı” önemli bir halk sağlığı problemidir. Her intihar kaynaklı ölüm bireysel bir trajedidir ve bu dolaylı olarak içinde; aile, arkadaşlar ve toplumun da bulunduğu pek çok kişiyi olumsuz etkiler. Bu yüzden geçtiğimiz 10 yıl içinde yapılan araştırmalar ve toplumsal farkındalık çalışmalarında intihar olgusu üzerine artan bir dikkat söz konusudur. Bunun yanı sıra uluslararası sağlık kuruluşlarının da öncelikli çalışma konuları içerisinde yer almaktadır.¹¹⁹

1990-2016 yılları arasına bakıldığında intihar kaynaklı ölümlerin toplam oranı %6,7 artmasına rağmen yaşa göre standardize edilmiş intihar nedenli ölüm oranlarına göre bakıldığında %32,7’lik bir düşüş olmuştur. 1990 yılında bakıldığında her 100.000 ölümün 16,6’sı intihar kaynaklı iken bu sayı 2016 yılında her 100.000’de 11,2 olmuştur. Bu oransal düşüşe rağmen rakamlara baktığımızda artış görülmektedir ve toplam intihar kaynaklı ölüm sayısı 2016 da 817.000’dir.¹²⁰ Bu da durumun ciddiyetini gözler önüne sermektedir. ABD’de ise intihar vakaları son 20 yılda %30 civarında artmıştır.¹²¹ WHO’nun verilerine göre 2019 yılında tüm dünyada intihar kaynaklı 703.000 ölüm gerçekleşmiştir. Yaşa göre standardize edilmiş intihar kaynaklı ölümler, erkeklerde 100.000 de 12,6, kadınlarda ise 100.000 de 5,4 ile erkeklerde kadınların 2.3 katı daha yüksektir. Ancak şunu da belirtmek gerekir ki erkek-kadın arasındaki bu fark düşük-orta ve düşük gelir düzeyindeki ülkelerde daha azdır. İntihar nedeniyle hayatını kaybedenlerin yarısından fazlası (%58) 50 yaşın altındadır. Çoğu adölesan intiharı da (%88) düşük-orta ve düşük gelir düzeyindeki ülkelerde görülmektedir ki zaten bu ülkeler tüm dünyadaki adölesan nüfusun %90’ına sahiptir.15-29 yaş arasına baktığımızda ise intihar; taşıt kazaları, tüberküloz ve şiddet olaylarından sonra en sık 4. ölüm sebebidir.¹²² Ülkemizde de resmi verilere göre 2018 yılında intihar kaynaklı 3161 ölüm gerçekleşmiştir. Bu kayıpların 2391’ini erkekler, 770’ini de kadınlar oluşturmaktadır.¹²³ Bu intihar kaynaklı ölümlerin 304’ü 15-19 yaş aralığında, 363’ü 20-24 yaş aralığında 344’ü ise 24-29 yaş aralığında meydana gelmiştir. Yani 3161 intihar kaynaklı ölümün 1011’ini 15-29 yaş aralığındaki bireyler yani gençler

oluşturmaktadır.¹²⁴ Gerek global gerekse de ülkemizdeki bu veriler incelendiğinde, intiharın önemli bir halk sağlığı sorunu olmasının yanında, genç bireyler özelinde de ciddi olarak odaklanması gereken bir problem olduğu sonucuna rahatlıkla varılabilir.

İntihara çoğu olgudan farklı olarak; ahlaki, felsefi, teolojik, sosyolojik, psikiyatrik ya da biyolojik çok sayıda açıdan yaklaşılabilir. Tüm bu yaklaşımların beraberinde getirdiği şey aynıdır, hangi faktör veya faktörler, ana amacı hayatta kalmak olan bir kişinin kendi isteğiyle yaşamına son vermek istemesine neden olmaktadır?¹²⁵ İntihar riski; çeşitli biyolojik, klinik, psikolojik, sosyal, kültürel ve çevresel faktörlerin karşılıklı etkileşimleri sonucunda ortaya çıkar. İntihar riskini anlamak ve açıklayabilmek için genel modellemeler öne sürülmüştür ve çoğu model intihar riskinin predispoze (altta yatan, distal) ve presipite (hazırlayan, proksimal) edici faktörlerin çeşitli düzeylerdeki etkileri sonucunda ortaya çıktığını kabul eder. Bazı modeller bunlara ek olarak gelişimsel (aracılık eden) faktörlerinde etkili olduğunu belirtir ki bu modellerden biriside intihar özelinde tanımlanan biyopsikososyal modeldir.¹²⁶ Bu modelde intihar riskini arttıran durumlar yukarıda da bahsedildiği gibi 3 kısımda ele alınır. İlk başlık “*altta yatan (predispozan)*” nedenlerdir. Bunlar ailesel ve genetik yatkınlık (örn; ailede intihar ya da teşebbüsü öyküsü) ile erken yaşlarda geçirilmiş travmatik tecrübeler (ELA-early life adversity) (örn; ihmal, fiziksel yada cinsel istismar)’dır. İkincisi “*aracılık eden (gelişimsel)*” nedenlerdir, kabaca; bireyin zamanla şekillenen ve intihara yatkınlık oluşturan kişisel özellikleridir. Anksiyete, tepkisel-agresif davranışlar (örn; borderline kişilik bozukluğu, dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu, karşıt olma-karşı gelme bozukluğu (oppositional defiant disorder), tavır-davranış bozukluğu (conduct disorder gibi eksternalize bozukluklar) ve kognitif bozukluklardır (örn; düşük problem çözme yeteneği, hafıza zayıflığı, geleceğe dair umutsuzluk). Ancak bu noktada şunu da belirtmek gereklidir ki bu davranışsal ve kognitif bozuklukların çoğunun küçük yaşlarda geçirilmiş travmatik tecrübeler (ELA) ile güçlü şekilde ilişkili olduğu gösterilmiştir. Sonuncusu da “hazırlayıcı (presipitan) nedenlerdir”. Bunlar da psikiyatrik hastalıklar (depresyon, bipolar bozukluk, şizofreni, madde kullanım bozuklukları vs), ailesel, sosyoekonomik, çevresel ve diğer bağlamsal faktörlerdir.¹¹⁹ Yapılan çalışmalarda, bu faktörlere ek olarak belli gruplarında intihar riskleri üzerinde durulmuştur. Bunlardan birisi de üniversite öğrencileridir. Bu çalışmalarda ciddi sayıda üniversite öğrencisinin intihar sonucu hayatını kaybettiği,

daha fazlasının da intiharı düşündüğü saptanmıştır. Son yıllarda üniversite öğrencilerindeki intihar sayıları tüm dünyada, anlamlı derecede artmıştır.¹²⁷

İntihara karşı kapsamlı önleme çalışmaları; genel olarak, seçici olarak ve endike kişiler üzerinde yapılabilir. Genel müdahaleler risk olsun ya da olmasın tüm toplumda bilinç gelişimi sağlamak üzere yapılan çalışmalardır. Seçici çalışmalar ise belirli risk gruplarında yapılır, bu gruba örnek olarak savaş, afet vb. olaylar yaşanan bölgelerdeki topluluklar veya risk saptanan öğrenci grupları vs. verilebilir. Endike kişiler ise intihar riski açısından yüksek potansiyel taşıyan ve mutlaka önlem alınması gereken bireylerdir; bunlar mental rahatsızlığı olanlar, ciddi travma ve/veya istismar öyküsü olanlar ve daha önceden intihar girişiminde bulunmuş bireylerdir.¹²⁸ Bunlar içerisinde en yüksek intihar riski taşıyan grup, daha öncesinde intihar girişiminde bulunmuş olanlardır.

İntihara karşı toplum olarak bir cevap geliştirmenin sistematik yolu; ulusal bir intihar önleme stratejisi oluşturmaktan geçer. Bunu sağlamak için anahtar nokta koruma stratejisini sadece sağlık alanına değil; eğitim, güvenlik, sosyal yardım, adalet sistemi gibi pek çok alana yaymaktır. Ancak bu strateji, her ülkenin kültürel, sosyal ve ekonomik özellikleri bağlamında en iyi pratiği oluşturacak; kapsamlı ve kanıt temelli yaklaşımları sağlayacak şekilde uygulanmalıdır. Örnek vermek gerekirse mental rahatsızlığı veya intihar düşüncesi olan bireyler hemen her toplumda damgalanma korkusuyla yardım aramaktan çekinirler, dolayısıyla bu bireylerin, sosyokültürel özellikleri bağlamında saptanması, yardım çalışmalarının yapılması ve toplumda da yine aynı bağlamda bu yanlış düşünceyle mücadele edilmesi gereklidir.¹²⁹

Bu toplumsal önleme çalışmalarında hiç şüphesiz ki sağlık sisteminin ve özellikle de birinci basamak sağlık çalışanlarının rolü kritiktir. İntihar nedeniyle hayatını kaybedenlerin neredeyse %40'ı ölümlerinden önceki 60 gün içerisinde birinci basamak sağlık kuruluşlarına çeşitli nedenlerle başvurumaktadırlar. Bu durum, özellikle de riskli gruplarda, intihar düşüncesi ve buna bağlı kayıpları önlemek için bir fırsat olarak değerlendirilebilir.¹³⁰

2.2.7. Beslenme Alışkanlıkları

Bireylerin toplumsal yapıları ve bulundukları ortama göre; büyüme, gelişme ve sağlıklı yaşamak için doku, organ yapılarının yenilenmesi ve beden gelişimi için gerekli

olan besin maddelerinin alınması ve metabolizmaya katılması beslenme olarak tanımlanır. Yeterli ve dengeli beslenme ise; bu besin maddelerinin her bireyin yaş, cinsiyet ve fiziksel aktivite durumlarına uygun olacak şekilde, çeşitli ve yeterli miktarda alınmasıdır. Beslenmenin niteliği, bireylerin hayatta ki iyilik hallerini ve bununla ilişkili olarak da başarılarını önemli ölçüde etkiler.¹³¹ Artan şehirleşme, değişen yeme alışkanlıkları ve fiziksel aktivitede düşüş dünya çapında beslenme alışkanlıklarındaki dönüşümün temel sebepleridir. Beslenme alışkanlıklarındaki değişim toplumları yükselen bir hızda artmış BMI (beden kitle indeksi) ve obeziteye yatkın hale getirmekte bu da kronik hastalık yükünü arttırmaktadır. Bunun aksine; düşük-orta ve düşük gelir düzeyindeki ülkelerde ise gıda yetersizlikleri, malnutrisyon ve ekonomik problemlerden dolayı bulaşıcı hastalık yükü fazladır. Ancak bilinenin aksine, düşük ve orta gelir düzeyindeki ülkelerin de özellikle şehirleşmiş alanlarında son yıllarda gerçekleşen beslenme alışkanlıkları değişimi sonucunda bulaşıcı olmayan-kronik hastalık yükünde artış olmuş ve bu durum önceden düşünülenin aksine sadece gelişmiş ülkelerin sorunu olmaktan çıkmaya başlamıştır.¹³²

WHO, BMI $<18,5 \text{ kg/m}^2$ olan bireyleri zayıf, BMI $18,5\text{-}24,5 \text{ kg/m}^2$ arasını normal kiloda, BMI $25\text{-}29,9 \text{ kg/m}^2$ arasında olmasını kilo fazlalığı olarak değerlendirmektedir. Obeziteyi ise yine BMI' ye göre obez (BMI $30\text{-}34,9 \text{ kg/m}^2$), ciddi obez (BMI $35\text{-}39,9 \text{ kg/m}^2$) ve morbid obez (BMI $\geq 40 \text{ kg/m}^2$) olarak tanımlamaktadır.¹³³ Dünya çapında obezite prevalansı oldukça yüksek ve giderek artmaktadır. Tüm dünyada; WHO'nun kabul ettiği bu BMI tanımına göre; 1,3 milyar yetişkinin "fazla kiloda" (BMI $25\text{-}29,9 \text{ kg/m}^2$) dahası 600 milyon bireyinde "obez" (BMI $\geq 30 \text{ kg/m}^2$) kategorisinde olduğu tahmin edilmektedir. Bu sayı toplam yetişkin nüfusun %39'una karşılık gelmektedir. Hem fazla hem de normalden düşük ağırlıkta olmak belli rahatsızlıklar için risk faktörüdür. Obezite, kalp hastalıkları, inme ve solunum sistemi hastalıklarına bağlı ölüm riskini güçlü bir şekilde arttırırken, kanserle bağlı ölüm riskini ise orta derecede arttırmaktadır. Zayıf (BMI $< 18,5 \text{ kg/m}^2$) bireylerde ise solunum sistemi hastalıklarına bağlı ölüm riski önemli ölçüde; kalp hastalıkları, inme ve kansere bağlı ölüm riski de bir miktar artmıştır.¹³⁴ Ayrıca 1975 yılından beri tüm dünyadaki obezite prevalansı neredeyse 3 kat artmıştır. Daha küçük yaşlara bakıldığında ise 5-19 yaş arasındaki 340 milyon çocuk ve adolesan fazla kilolu ve bunlardan 124 milyonu obezdir. Oransal olarak bakıldığında ise 1975'te %1'in altında olan çocuk ve genç obezite sıklığı 2016 da

%18'in üzerine çıkmıştır.¹³⁵ Yeme alışkanlıklarının da, diğer pek çok davranış gibi çocukluk ve gençlik çağında kazanıldığı ve bu alışkanlıkların erişkin dönemde de önemli ölçüde devam ettiği göz önünde bulundurulursa, genç bireylerdeki bu yüksek obezite oranları özellikle endişe vericidir.¹³⁶ Ülkemizdeki oranlara bakıldığında ise obezite prevalansı kadınlarda %35,8, erkeklerde ise %22,9; ortalama BMI ise erkeklerde 27,1 kg/m², kadınlarda 28,5 kg/m² olup bütün bu değerlerde Avrupa ve Dünya ortalamasının üzerindedir.¹³⁷ Çocukluk döneminden itibaren fiziksel aktivitede yetersizlik, giderek artmakta olan fast-food tipi beslenme alışkanlığı, bilgisayar, cep telefonu ve televizyon gibi teknolojilerle birlikte gelen sedanter yaşam tarzı alışkanlıkları ülkemizdeki yüksek BMI ortalamasının temel sebepleridir. Ayrıca kilolu ve hatta obez bireylerin dahi kendi durumlarının farkında olmaması ve yetersiz bilinç düzeyi de ciddi bir problem olup zamanında önlem alınmasının engellemektedir. Bu yüzden obezite ile kişisel düzeyde mücadele; öncelikle farkındalığın artırılması devamında ise bu konuda danışmanlık ve tedavi hizmetlerine kolay erişim, takip-tedavinin sürekliliğinin sağlanması ve kilo almayı engelleyici uygulamaların desteklenmesi ile olurken, ulusal düzeyde mücadele ise gıdaların sağlamlık düzeyine göre yapılacak vergi ve reklam politikalarında değişimden, obezite tedavisine kullanılan ilaçlardaki fiyat düzenlemelerine kadar çok geniş bir perspektifte yapılmalıdır.¹³⁸

Beslenme ile ilişkili bozukluklar deyince çok sık karşılaşıldığı için her ne kadar akla ilk olarak obezite ve ilişkili durumlar gelse de özellikle genç nüfusta “yeme bozukluğu” başlığında tanımlanan hastalıklara da azımsanmayacak ölçüde rastlanmaktadır. Yeme bozukluğu; hastalığa ve beslenme yetersizliğine neden olan, yeme alışkanlıklarındaki sapmalardır. Bu noktada beslenmenin sadece fizyolojik değil, sosyolojik ve psikolojik boyutu olduğunu da düşünmek gereklidir. Yeme bozukluğuna sahip bireylerin besine ulaşmasında engel olmamasına rağmen vücut ağırlığı ve fiziksel görünümle ilgili abartılı düşüncelere bağlı olarak ihtiyacın çok altında beslenme ve buna bağlı diğer fizyolojik rahatsızlıklar ortaya çıkmaktadır.¹³⁹ Bu bozukluklar üzerine; özellikle yanlış ‘beden imajı’ algısının etkili olduğu düşünülmektedir. Kişinin kendi vücut yapısına karşı olan yargıları çevre etkisiyle sürekli değişim halindedir. Beden imajı algısı biyopsikososyal pek çok faktörden etkilense de günümüzde en önemli etken medya, özellikle de sosyal medyadır. Bu alanlarda belirli bir vücut ve güzellik algısı oluşturulmasıyla; bireyler kendi fiziksel görünümlerinden rahatsızlık duymaya

başlamaktadırlar. Sonrasında da bu görünüme ulaşmak için; yeme bozuklukları, laksatiflerin ve bazı diğer ilaçların amacı dışında kullanımı gibi davranışlar gelişmektedir. Bunların sonucunda ise; gastrointestinal sistem hastalıkları, enfeksiyonlar (özellikle solunum sisteminde) ve polikistik over sendromu başta olmak üzere malnütrisyona bağlı pek çok patoloji görülmektedir. Yeme bozuklukları kadınlarda belirgin olarak daha fazla görülür.¹⁴⁰ Yapılan çalışmalarda, erkeklere göre daha düşük beden kitle indeksine sahip olmalarına rağmen, kadınların erkeklerden daha fazla zayıflamaya ve diyet yapmaya çalıştığı gösterilmiştir. Normal sınırlar içinde beden kitle indeksine sahip kadınların %24'ü, buna rağmen, kilo vermeye çalışmaktadır. Bu aşırı zayıflama çabaları sıklıkla yeme bozukluklarının başlangıcıdır, ki çoğu birey tanısal kriterleri tam olarak karşılamasa da yeme bozukluğuna sahip olarak değerlendirilir. Ayrıca abartılmış vücut ağırlığı algısı ile yeme bozukluğu sıklığının orantılı olduğu saptanmıştır. BMI 17,5 kg/m²'nin altında olan kişilerde besin eksikliği ve düşük fertilité riskini daha da artmıştır.¹⁴¹

Kişinin üniversite kariyeri; uzun vadeli yaşam tarzı ve yeme alışkanlıklarının oturması, dolayısıyla da gelecekteki sağlık durumu üzerinde etkili olabilir. Üniversite öğrencileri; yemek seçimi üzerine artmış otonomi, daha az beslenme bütçesi, yeni sosyal gruplar ve yeni yemek kültürleriyle tanışma gibi beslenme alışkanlıkları üzerine etki eden çok farklı faktörlerin olduğu bir popülasyondur. Tüm bunlar göz önüne alındığında üniversite öğrencilerinin önemli bir kısmının beslenme davranışlarının ne kısa ne de uzun vadede sağlık açısından elverişli olmadığı görülmektedir. Yapılan çalışmalarda, çoğu üniversitede eğlence amaçlı alkol kullanımının (binge drinking), şekerleme ve fast food tarzı beslenmenin yaygın; meyve ve sebze tüketiminin ise düşük seviyede olduğu saptanmıştır. Çocukluk ve gençlikten erişkinlik dönemine geçişte beslenme alışkanlıklarının değiştiği bilinse de genellikle bu geçiş evresine denk gelen üniversite hayatında, bu değişiklik maalesef olumsuz yönde olmaktadır.¹⁴² Ülkemiz üniversite öğrencileri üzerinde yapılan çalışmalarda da bu konuda ciddi problemler olduğu saptanmıştır. Öğrencilerin genellikle öğünlerine dikkat etmedikleri ve sıklıkla öğün atladıkları, fast-food türü yiyecekler ile simit-poğaça gibi ayak üstü tüketilen ve karbonhidrattan zengin gıdaları sıklıkla tercih ettikleri, düşük ekonomik durumdan, barınma problemlerinden ve yurttaki kalanlarda yetersiz şartlardan dolayı yetersiz ve dengesiz beslendikleri saptanmıştır. Bu durum öğrencilerde orantısız zayıflama ya da

kilo almaya, anemi, guatr ve ağız-diş sağlığı gibi tıbbi problemlerin yanında, zihinsel, fiziksel performansları ve akademik başarı düzeylerini de olumsuz yönde etkilemektedir. Tüm bu sebeplerden dolayı öğrencilerin beslenme alışkanlıkları ve bu konudaki bilinç düzeyleri hakkında bilgi sahibi olunmalı, riskli kişiler ve gruplar için gerekli önlemler alınmalıdır.¹³¹

2.2.8. Cinsel Riskli Davranışlar

Sağlıklı bir cinsel yaşam; bireyin, çiftlerin ve ailelerin fiziksel duygusal sağlıkları ve iyi hallerinin yanında, ülke ve toplulukların sosyal ve ekonomik gelişimi açısından önemlidir. Cinsel sağlık terimi, ilişkide fiziksel, duygusal ve sosyal açıdan tam bir iyilik hali olarak tanımlanır, bu yalnızca hastalık ya da fonksiyon bozukluğu olmaması değildir. Cinsel sağlık cinselliğe ve cinsel ilişkilere karşı pozitif ve saygılı bir yaklaşımı gerektirmesinin yanında, zorlama, şiddet ve ayrımcılık olmadan; memnun edici ve güvenli bir ilişki imkanına sahip olmayı içerir.¹⁴³ Puberte ile ilişkili olarak cinselliğin daha da belirginleşmesi sıklıkla çocukluktan yetişkinliğe geçişin başlangıcı olarak görülür. Bu süreçte, tek başına düşünüldüğünde sağlığa herhangi bir zararı olmayan cinsel arzular, açığa vurulduklarında yetişkinler tarafından sıklıkla endişe ve kızgınlıkla karşılanabilir. Bu da genç bireylerde korku, suçluluk hissi ve utanma duygusu ortaya çıkarmakta tüm bu tepkiler sonucunda cinsellik daha da derinlere itilmekte, sağlıklı bir cinsel gelişim için iletişim kurma, halihazırda böyle hassas bir konuda, etkili ve sorumlu bir ilişki geliştirmeyi daha da zorlaştırmaktadır.¹⁴⁴

Gençlik dönemi ilerledikçe bedensel değişimlerin yanında cinsel davranışlarda da farklılaşmalar olmaktadır. Merak ve arzuların yerini yeni cinsel deneyimler almakta; genç, kısa öpüşme, dokunma gibi sınırlı cinsel davranışlarla yavaş yavaş cinselliğini iletirmektedir. Bu dönemde birey, yeni tarzda yaşam stillerine ve güvenli olmayan tecrübelerle açıktır.¹⁴⁵ Devamında genç bireyler yavaş yavaş cinsel aktif hale gelirler, bu dönemde cinsel partnerlerin sık sık değişmesi, kendilerinden yaşça daha büyük bireylerle ilişki, bu ilişkileri ret etmekte zorluk ve korunmasız cinsel birliktelik gibi nedenlerle risk altındadırlar. Ayrıca gençler koruyucu sağlık hizmetlerini en az kullanan gruplardandır, bunların üzerine toplumsal ve kültürel nedenlerde eklenince cinsel sağlık konusunda ihtiyaç duysalar dahi yeterli bilgi ve danışmanlığa ulaşamamaktadırlar. Tüm bu faktörlerin etkisiyle ilk cinsel deneyimler erken yaşlarda ve yetersiz bilgi düzeyiyle

yaşanmaktadır. Bu da hem birey hem de toplum için gelecekteki yaşamı da önemli ölçüde etkileyen cinsellik ve cinsel sağlığı tehlikeye atmaktadır.¹⁴⁶ Cinsel riskli davranışların belirleyicilerini anlamak, bu risk alma davranışının bireyin sağlığı ve yaşam kalitesi üzerine cinsel yolla bulaşan hastalıklar-enfeksiyonlar (STD/STI), istenmeyen gebelikler gibi olumsuz etkilerini ve bunların da halk sağlığına olan etkisi arasındaki ilişkiyi kurabilmek adına önemlidir.¹⁴⁷ Bazı çalışmalarda, erken çocukluk evrelerinde zorluklara ve hızlı değişen bir çevreye maruz kalan bireylerin adölesan ve genç erişkinlikte daha fazla cinsel partnere sahip olduğunu göstermektedir. Ayrıca bu bireylerin davranışları daha öngörülemez olmakla birlikte diğer riskli ve suç teşkil eden davranışlar da daha sık gözlenmektedir.¹⁴⁸ Sosyal olarak dezavantajlı olan gençlerde de cinsel riskli davranışlar daha sık görülmektedir. Yapılan çalışmalarda zayıf sosyal desteğe sahip, ailesinden uzakta yaşayan, düşük akademik başarılı, ebeveynleri veya başlıca bakım vericileri tarafından ihmal edilmiş veya alkol kullanan gençlerde cinsel riskli davranışların anlamlı olarak daha fazla görüldüğü saptanmıştır. Ek olarak alkol kullanımı, okul çağındaki gençlerde cinsel hayata daha erken başlama ve artmış cinsel aktiflik olasılığı ile ilişkilidir.¹⁴⁹ Cinsel riskli davranışlar bireyin kendi davranışı ya da ilişkide bulunduğu partnerinin durumuna göre tanımlanabilir. En sık ve geniş kabul gören tanımlama bireyin kendisi ile ilgili olandır ve bu tanıma göre, korunmasız şekilde yapılan vajinal, anal ya da oral ilişkidir. Partnerin durumuna göre ise; CYBH'lı intravenöz ilaç bağımlısı ya da özel olmayan partnerle cinsel ilişkide bulunmak olarak tanımlanabilir.¹⁵⁰ Cinsel riskli davranışların başlıca olumsuz sonuçları; HIV ve diğer cinsel yolla bulaşan hastalıklar, istenmeyen gebelikler ve güvensiz düşük eylemleridir. Tüm bunlar özellikle 15-29 yaş arası bireylerde önemli halk sağlığı problemleri olarak varlığını korumaktadırlar.¹⁵¹

Cinsel yolla bulaştığı bilinen 30'dan fazla farklı bakteri, virüs veya parazit bulunmaktadır. Bunların içinden 8 tanesi CYBH'nın büyük bölümünü oluşturur. Bunlar Sfiliz, Gonore, Klamidya, Trichomonazis, HBV, HSV, HIV ve HPV'dir. Global olarak her gün 1 milyon yeni CYBH vakası ortaya çıkmaktadır. Bunların çoğu asemptomatik olsa da en yaygın semptomlar; vajinal ya da üretral akıntı, özellikle erkeklerde peniste yanma, genital ülserler ve abdominal ağrıdır. Ancak bunların özellikle uzun vadede cinsel ve reproduktif sağlık üzerinde önemli olumsuz etkileri bulunmaktadır. Herpes, gonore ve sfiliz gibi CYBH'ler HIV bulaş riskini arttırmaktadırlar. Bu etkenler her tür

cinsel ilişki tipinin yanında anneden bebeğe vertikal veya horizontal geçişte gösterdiği için, erken doğum, yenidoğan ölümleri, düşük doğum ağırlığı, prematürite, sepsis, pnömoni, neonatal konjonktivit ve diğer konjenital deformitelere neden olabilmektedir. Örnek vermek gerekirse, 2016 yılında tüm dünyada yaklaşık 1 milyon aktif sfilizli gebeden 350.000'i doğum komplikasyonları yaşamış ve bunların da 200.000'i erken doğum ya da neonatal kayıpla sonuçlanmıştır. HPV enfeksiyonu; servikal ve penil kanserlere neden olmaktadır. Servikal kanser kadınlarda görülen en sık 4. malignitedir ve bundan kaynaklı her yıl 311.000 ölüm yaşanmaktadır. 2018 yılındaki 570.000 yeni servikal kanser vakasıyla karşılaşmıştır. HBV uzun vadede hepatosellüler kanser ve siroza neden olabilmektedir, 2019 yılında HBV kaynaklı 820.000 ölüm yaşanmıştır. Gonore ve klamidy gibi nispeten masum görünen CYBH' ler bile kadınlarda pelvik inflamatuvar hastalık, ektopik gebelik ve infertilitenin başlıca sebepleri arasındadır.¹⁵²

Üniversite döneminde gerçekleşen süratli değişim ve ülkemizde üniversiteye yeni başlayan pek çok gencin daha öncesinde cinsel sağlıkla ilgili yetersiz ya da hiç eğitim almamış olması nedeniyle, bu bireyleri cinsellik ve ilişkili konular açısından riskli grupta değerlendirmek gereklidir. Daha da endişe verici olan, yapılan pek çok çalışmada bu gruptaki gençlerin cinsellikle ilgili problemleri sıklıkla yaşamasına rağmen, bu alandaki sağlık hizmetlerine en az başvuru yapan grup olduğunun gösterilmesidir. Cinsel olarak çok aktif olunan bu evrede cinsel yolla bulaşan hastalıklar hakkında yetersiz bilgi sahibi olmak bu hastalıkların sıklığında artışa neden olmaktadır.¹⁵³ Tüm bu riskli davranışları önlemek, olumsuz sonuçlarından korunmak, sağlıklı bir cinsel yaşamı tesis etmek bunu sürdürülebilir ve geliştirilebilir kılmak ancak kapsamlı bir cinsel sağlık eğitimi ile mümkündür. Gelişmiş ülkelerin çoğunda erken yaşlardan itibaren eğitim müfredatında cinsel sağlıkla ilgili dersler olsa da ülkemizde ve diğer gelişmekte olan ülkelerde bulunmamaktadır. Bu bölgelerde genellikle cinsellikten uzak durulmasını öğütleyen veya sorun olursa o durumda mücadele etmeye yönelik bir cinsel eğitim anlayışı vardır. Bu durumun temelinde cinsel sağlık eğitiminin gençleri erken ve riskli cinselliğe yönlendireceği endişesi yatmaktadır, oysa yapılan pek çok çalışma bu kaygının yersiz olduğunu aksine cinsel sağlık eğitiminin gençleri daha bilinçli ve doğru cinselliğe yönlendirdiği görülmüştür.¹⁵⁴ Ülkemizde de Milli Eğitim Bakanlığı ve bazı özel kuruluşların yaptığı rutin olmayan projeleri dışında müfredatta cinsellik eğitimi yoktur.¹⁵⁵

Tüm bu sebeplerle, üniversite yaşamı öncesinde cinsel eğitim almamış gençlere, en azından üniversiteye başladıklarında bu fırsat verilmelidir. Üniversitelerin sağlık merkezleri nitelikli sağlık personeli tarafından üreme ve cinsel sağlık eğitimi sunulabilecek bir yapıya kavuşturulmalıdır. Ayrıca üniversite öğrencilerine yönelik eğitici programların düzenlenmesi ve bunların belirli aralıklarla uygulanması faydalı olacaktır.¹⁵⁶ Ancak üniversiteye yeni başlayan bireylerde de cinsel riskli davranışların yaygın olması cinsel eğitimin daha genel ölçekli yani bir nevi devlet politikası haline getirilmesinin gerekliliğini göstermektedir. Cinsellik eğitiminin okullarda kurumsallaşmış olarak verilmesine yönelik politikalara ihtiyaç vardır. Ayrıca cinsel eğitime yönelik elimizdeki argümanlar; akıllı telefon uygulamaları gibi, gençler için daha ulaşılabilir olan şekle getirilecek şekilde güncellenmelidir. Dahası cinsel yolla bulaşan hastalıklara karşı, üniversite çevresinde prezervatif gibi ürünlerin daha yaygın bulunması gibi, genç bireylere odaklı ve önlenabilir enfeksiyonların artmasını engelleyen hükümet kampanyaları düzenlenmelidir.¹⁵⁷

2.2.9. Yol Güvenliği (Taşıt Kazaları)

Karayolları trafik kanununa göre trafik kazası: “Karayolu üzerinde hareket halinde olan bir veya birden fazla aracın karıştığı ölüm, yaralanma ve zararlar sonuçlanmış olan olaydır” şeklinde tanımlanmıştır.¹⁵⁸ Alışlageldik kaza tanımlarının hepsinde ifade edilen durum; “önceden kestirilemeyen, ani, tahmin edilemeyen bir zamanda ortaya çıkan, can ve mal kaybı ile sonuçlanan kötü olay” dır. Ancak bu şekilde yapılan tanımlarda kaza olgusu için bir “önlenemezlik” düşüncesi oluşmaktadır. Bu algının değişmesi için kazayı “Bilinen yanlış davranış ve ihmaller veya nedenler zincirinin son halkası olup, daha önce alınacak önlemler ile kaçınılabilir ve korunulabilir bir olaydır” şeklinde tanımlamak ve buna uygun hareket etmekle olacaktır.¹⁵⁹

Ülkemizdeki trafik kazaları verileri incelendiğinde;1970-2009 arasındaki yaklaşık 4 dekatlık süreçte 10 798 867 kayıtlı trafik kazası meydana gelmiş, bu kazalarda toplamda 3 245 363 kişi yaralanmış, 207 443 kişi ise hayatını kaybetmiştir. Ülkemizde 1960’lı yıllarda her 36 dk.’da bir trafik kazası olurken bu rakam 2010 yılında 0,48 dk. da bire yükselmiştir. Bu artışlardan her ne kadar araç ve araç sahibi kişi sayısındaki yükselmenin de etkisi olsa da nüfusa göre trafik kazası oluşum sıklığı gibi daha duyarlı

ölçütlerde de artış olduğu görülmektedir. Ülkemizde, sağlık bakanlığı verilerine göre; tüm ölüm nedenleri arasında trafik kazaları sonucu ölüm üçüncü sırada yer almaktadır. Tüm bu veriler de trafik kazalarının ülkemizde ciddi bir halk sağlığı problemi olduğunu göstermektedir.¹⁶⁰

Karayolu trafik kazaları tüm dünyada da morbidite ve mortalitenin önde gelen sebepleri arasındadır, özelliklede gelişmekte olan ülkelerde bu durum daha belirgindir. Her yıl tahmini olarak 20-50 milyon civarı karayolu trafik kazası meydana gelmekte ve bunun sonucunda 1,35 milyon ölüm olmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü'nün 2018 yılında yayınladığı raporda trafik kazalarına dikkat çekmiş ve 5-29 yaş arasındaki en sık ölüm nedeni olduğunu vurgulamıştır. Tüm yaşlardaki ölüm nedenlerine bakıldığında ise trafik kazaları 8. sırada yer almaktadır.¹⁶¹ 15-29 yaş arasındaki ölüm nedenlerine bakıldığında yine trafik kazaları ilk sıradaki sebep olarak yer almaktadır.¹²² Tüm dünyadaki trafik kazası kaynaklı ölümlere bakıldığında bunların %26'sı yayalar ve bisikletliler, %28'i de 2 ya da 3 tekerlekli motosiklet kullanıcılarıdır. Yani bu ölümlerin yarısından fazlasını trafiğin daha hassas unsurları olarak kabul edilen; yaya, bisiklet kullanıcıları ve motosiklet kullanıcıları oluşturmaktadır.¹⁶²

Gençler özelinde bakıldığında hem yaş hem de sıklıkla yukarıda bahsedilen, “trafiğin daha hassas unsurları” olarak kabul edilen grupta bulunmalarından ötürü trafik kazaları açısından risk altında oldukları görülmektedir. ABD’de yapılan bir çalışmada genç sürücülerin sayısı diğer yaştaki sürücülere göre çok daha az olmasına rağmen bu grupta trafik kazası ve bunun sonucunda oluşan ölümlerin 4 kat daha fazla olduğu saptanmıştır. Bunlar içinde de yeni sürücülerin daha yüksek risk altında olduğu bulunmuştur. Ayrıca şunu da belirtmek gerekir ki yine aynı çalışmada, gençlerin sürücü olarak karıştığı ölümlü trafik kazalarının %63’ünde yanında başka bir genç bireyle birlikte yolculuk yaptığı gösterilmiştir.¹⁶³ Trafik kazaları her ne kadar çocuklar ve gençlerde en sık kayıp nedenleri içinde olsa da bu 2 grup arasındaki bazı farklara dikkat etmek gereklidir. Çocuklar çoğu zaman kendi sorumlulukları dışında, ebeveynleri veya yol üzerindeki yetersiz güvenlik önlemleri nedeniyle trafik kazalarına karışmakta iken, halbuki genç bireylerde bu durum genellikle risk alma davranışlarına yatkın olmalarıyla ilişkilidir.¹⁶⁴

Trafik kazaları ile ilgili risk faktörlerinin 2 kategoriye ayrılarak incelenebileceği görülmektedir. İlk kategori trafik çevresi ve varsa kullanılan araca bağlı faktörler iken,

ikincisi sürücü veya yayanın kendisi ile ilişkili etkenlerdir. Özellikle gelişmiş ülkeler incelendiğinde, trafik kazalarının pek çoğunun insana bağlı nedenlerle gerçekleştiği görülmektedir. Birçok araştırmacı bu faktörlerin gençler için trafik güvenliğine ciddi olarak zarar verdiğine ve trafik kazalarına olan katkılarına dikkati çekmiştir. Bunlardan bazıları;

- Kolaylıkla ya da ciddi bir neden olmaksızın irrite olmak, heyecanlanmak
- Trafikteki diğer sürücü ve unsurlara karşı agresif tavırlar
- Stresle başa çıkmada veya duygularını kontrol etmede zorluk
- Trafikte tecrübesizlik veya düşük özgüven
- Mental rahatsızlıklar
- Alkol tüketimi
- Temel güvenlik önlemlerinin (kask, emniyet kemeri vb) alınmaması
- Psikoaktif madde kullanımı
- Mobil telefon kullanımı (sürücü veya yaya iken) olarak sıralanabilir.¹⁶⁵

Trafik kazalarının olumsuz sonuçlarından başta insanlık olmak üzere tüm dünya etkilenmektedir. Kurbanların kendileri olduğu kadar aileleri ve akrabaları da çok acı tecrübeler yaşamaktadırlar; bunlar fiziksel, psikososyal ve ekonomik olarak gibi pek çok alanda ciddi olumsuz etki yaratmaktadır. Trafik güvenliği, halk sağlığının başlıca parçalarındandır. Bu yüzden dikkatli ve yeterli müdahalelerin yapılması ve özellikle genç bireylerin bu konuda eğitimi ve bilinçlendirilmesi gerekmektedir.¹⁶⁶

Trafik kazaları sonucu meydana gelen akut durumlar ve bunların uzun vadeli sonuçlarına ek olarak, yetersiz düzenlemeye sahip bir trafik ortamı inaktiviteye neden olarak dolaylı yoldan diğer sağlık problemleri üzerine de olumsuz etki oluşturmaktadır. Koşullar güvenli olmadığına insanlar yürüme, koşma ya da bisiklet kullanma gibi sağlıklı fiziksel aktivitelere daha isteksiz olmaktadır. Bunun sonucu olan inaktivite ve sedanter yaşam dünyada ölümlerin başlıca nedeni olan aterosklerotik kardiyovasküler hastalıklar, KOAH, inme ve DM gibi pek çok hastalık için risk faktörüdür. Ayrıca gereğinden fazla kullanılan motorlu taşıtlar hava kirliliğini arttırarak solunum sistemi hastalıkları için de riski arttırmaktadırlar. Trafik altyapı koşulları düzeltilerek, eşzamanlı olarak hem trafik kazalarında azalma sağlanarak hem de insanları aktif olmaya cesaretlendirilerek önlenabilir ölümlerin azaltılmasına katkıda bulunulacaktır.¹⁶⁷

Üniversite popülasyonunun önemli çoğunluğunu oluşturan genç bireylerin yapılan çalışmalarda trafik kazası nedenli ölümlere çok daha yatkın olduğu görülmüştür. Gençlerin yaşadığı ölümlü kazaların çoğunda alkol etkisi altında oldukları, bunun yanına madde kullanımı da eklendiğinde riskin çok daha yükseldiği belirlenmiştir. Tüm bu nedenlerle genç nüfusun yoğun olduğu yerlerde bu önlemler çok daha titizlikle alınmalıdır.¹⁶⁸

2.3. Aile İlişkileri ve Üniversite Dönemi

Sağlıklı aile işlevinin tanımı kültüre ve topluma göre farklılık gösterebilir. Çünkü farklı kültür, toplum ve politikal altyapısı olan ailelerin ilişkilerindeki bakış açıları ve beklentileri farklılık gösterebilir.¹⁶⁹ Ancak çoğu toplumda, ailenin birey üzerine etkisinin diğer toplumsal yapılardan daha fazla olduğu inkar edilemez bir gerçektir. Ailenin tipi, ebeveynlik yapma tarzları, aile üyelerinin yaşam stili, eğitim seviyeleri, mesleki durumları, kırsal ya da şehir yaşantısı sürmeleri, demografik yapıları ve kişisel problemleri gibi pek çok faktör aile üyelerinin sosyalleşme süreci üzerine etki etmektedir. En nihayetinde bireyin hayattaki zorluklarla başa çıkma yeteneğini, aile üyelerinin sosyalleşme şekli ve kişilik özellikleri belirleyecektir.¹⁷⁰ Hayattaki karşılaşılan bu zorluklardan belki de en önemlisi, hem çoğu üniversite öğrencisinin yaşı itibarıyla bulunduğu gelişimsel dönemden dolayı hem de üniversite yaşamının kendi karakteristik özellikleriyle ilişkili olarak üniversiteye başlama evresidir.²⁵

Üniversiteye başlayan bireyler çoğunlukla çocukluk döneminden yetişkinlik dönemine geçişin olduğu yaşlardadırlar, bu dönemin spesifik problemleri yanında; aileden ayrılma, ekonomik şartlar, yeni bir sosyal çevreye alışma gibi baş etmeleri gereken pek çok yeni sorunla karşılaşır.⁴ Bu dönemde huzurlu ve sorunsuz bir aile ortamı kişinin bu problemlerle daha etkili ve sağlıklı başa çıkmasını sağlayacaktır, aksine aile ilişkileri sorunlu olan bireylerin sağlık açısından risk içeren başka çözüm arayışlarına girme ihtimalleri artacaktır. Bunun yanında, aile ile genç arasındaki ilişkinin sağlıklı olması bireylerin sosyal olarak gelişimini olumlu yönde etkileyecektir.⁸

İyi ya da kötü aile ilişkileri bireyin yaşam süreci boyunca iyilik halinin şekillenmesinde merkezi rol oynar.¹⁷¹ Sosyal destek olarak değerlendirilebilecek olan; sevgi gösterme, belli konularda tavsiye verme ve bakım sağlama gibi aile ilişkileri psikososyal, davranışsal ve fizyolojik yollarla bireyin sağlığına olumlu yönde etki

ederken, aile içi anlaşmazlık ve tartışmalar aksi yönde etki etmektedir. Aile ile iyi ilişkiler direk etkilerinin yanında bireyin özgüvenini arttırarak kişinin kendi kendisine daha pozitif açıdan yaklaşmasını sağlayacaktır.¹⁷² Aile içi ilişkilerdeki problemler stresin en somut tiplerinden birisidir, bunun fiziksel ve mental sağlığa ciddi zarar verdiği yapılan pek çok çalışmada açıkça gösterilmiştir.¹⁷³ Ayrıca, aile içi yakınlık sayesinde, aile bireylerinin davranışları diğerlerinininkileri de regüle edebilir. Bu sayede birbirlerini cesaretlendirerek ve bilgi sağlayarak, daha sağlıklı davranmaya ve sağlık bakım servislerinden daha etkili yararlanmaya teşvik edebilir.¹⁷⁴

Öğrencilerin başarılarını etkileyen başlıca ailesel faktörler arasında sayılabilecek etkenler:

- Anne ve babanın öğrenim durumu
- Ailenin sosyoekonomik durumu
- Anne ve baba arasındaki ilişki
- Ebeveynlerin öğrencinin akademik başarı düzeyine olan ilgisi
- Ebeveynlerin öğrenciyi anlama derecesi ve ona olan güvenleri olarak sıralanabilir.

Psikoloji alanında yapılan pek çok çalışma; öğrencilerin aileleri ile olan ilişkileri ile üniversitenin ilk yılına uyum gösterme düzeyleri arasında ilişki olduğu üzerinde durmuştur. Eğer öğrenci ve aile buna duygusal olarak hazırsa, bu süreç sağlıklı bir şekilde ilerler, aile içi ilişkilerdeki uyum üniversitenin ilk yıllarındaki uyuma ve öğrencinin akademik başarısına katkı sağlayacaktır.¹⁷⁵

2.4. Riskli Davranışlar ve Aile Hekimliği

Riskli davranışlar; doğrudan ya da dolaylı olarak gençlerin sağlıklarını, iyilik hallerini ve yaşamlarını etkileyen, olumsuz sonuçlar doğurabilecek davranışlar olarak tanımlanır. Riskli davranışların gelişimi; bireyin genetiği ve biyolojisi, gelişim süreçleri, kültürel değerler ve toplumsal yapı gibi pek çok faktörden etkilenir.³⁰ Madde kullanımı, korunmasız cinsel aktivite ve şiddete eğilim vb. riskli davranışların genç bireylerin güncel sağlık ve iyilik hallerini bozmanın yanında, erişkin dönemine de sağlık ve sosyal durumunu olumsuz etkileyen yansımaları olmaktadır.³¹ Riskli davranışlar; CDC (Central of Disease Control) tarafından; istemsiz yaralanmalara neden olan davranışlar, istemli yaralanma ve şiddete neden olan davranışlar, alkol ve diğer madde kullanımları,

cinsel riskli davranışlar, beslenme alışkanlıkları ve düşük fiziksel aktivite olarak tanımlanmaktadır. Uzun dönem sağlıkla ilişkili pek çok davranış paterni erken yetişkinlik döneminde başlar ve yine bu yaşlarda sadece bireyin kendisi için değil, toplum sağlığı için de tehlike oluşturan bu davranışlar da tıpkı olumlu alışkanlıklarda olduğu gibi bu yaşlarda otururlar. Yapılan çalışmalar, riskli davranışların başladıktan sonra tekrarlama eğiliminde ve bunlara karşı engelleyici önlemlerin başarı şansının düşük olduğunu göstermektedir.³⁴

Büyüme ve değişim sürecinde olan gençlerin yeni deneyimler yaşama konusunda istekli oldukları, bu süreç içerisinde yukarıda açıklanan, sağlıklarını tehdit edecek pek çok durumla karşı karşıya kaldıkları bilinmektedir. Bu riskli davranışların önlenmesi ve rehabilite edilmesi sürecine bakıldığında, Aile Hekimliğinin İlkeleri ve Çekirdek Yeterliliklerinin pek çoğu ile yakından ilişkili olduğu görülecektir. Mesela, ana ilkelerden bir tanesi olan “Birey Merkezli Yaklaşım” da gençlerle yapılan görüşmelerde muhtemel riskli davranışlar ile ilgili risk faktörlerinin saptanması ve bunların önlenmesi için kişinin biyopsikososyal durumuna göre, ona özgü müdahalelerin yapılması sağlanmaktadır. Gençlerin görünür bir fiziksel ya da ruhsal rahatsızlığı olmasa da ASM’ye her başvurusu bir fırsat olarak değerlendirilmeli, özellikle bu davranışlar açısından riskli grupta olanlar bilgilendirilmelidir.¹⁷⁶

Aile Hekimleri, uygun ve etkili girişimlerle sağlık ve iyilik durumunu geliştirirler, bu girişimler temel olarak koruyucu sağlık hizmetleridir.¹⁷⁷ Verilen bu koruyucu hizmetler sadece tıbbi konularda değil; trafik güvenliği ya da anti-sosyal davranışların önlenmesi gibi çok geniş bir alanı içermektedir. Aile hekimleri bireyin sağlık sistemiyle ilk temas noktasını oluştururlar, hizmet almak isteyenlere açık ve sınırsız bir giriş sağlarlar, yaş cinsiyet ya da kişinin başka herhangi bir özelliğine bakmaksızın tüm sağlık sorunlarını değerlendirirler. Bu esnada gençler; fiziksel, ruhsal, toplumsal, kültürel ve varoluşsal boyutlarıyla bir bütün olarak değerlendirilir.¹⁷⁷ Bu sayede gençlerin riskli davranışlara yatkınlığı ve bu davranışların gelişmesine neden olan faktörler çok daha geniş bir perspektiften ele alınabilir. Bu bakış açısıyla aile hekimleri her bireye özgü, etkin önleme stratejileri geliştirebilirler.¹⁷⁸

Gençlerin pek çoğu, periyodik sağlık muayenelerine veya kendileri açısından ciddi olmadığını düşündükleri sorunları için Aile Hekimleri ile görüşme konusunda isteksizdirler. Bu nedenle ilk görüşmeye gelmelerinde büyük ölçüde çevresinin

zorlaması etkili olsa da kendi sağlıkları ve gelişimleri ile ilgili özel alanlarına saygılı, ilgili ve donanımlı bir Aile Hekimi ile karşılaştıklarında görüşmelerine gönüllü olarak devam etmektedirler.¹⁷⁹

Çağımızda yaşam şeklinin sağlığı ciddi olarak etkilediği, ciddi hastalıkların önlenmesinde rol oynadığı hatta kardiyovasküler hastalıklar ve DM gibi kronik rahatsızlıklar gelişmiş olsa dahi yaşam tarzı değişiklikleri ile morbidite ve mortalitenin önemli oranda azaltılabildiği bir gerçektir. Aile Hekimleri insanlara; toplumları kültürleri bağlamında ve yaşam boyu sürekli koordine ve kapsamlı bakım sunmaktadırlar. Bu süreçte bireylerle en yakın en sık ve en uzun süreli ilişki kurmalarından dolayı, aile hekimleri sağlığa olumsuz etki edecek davranışların önlenmesinde en önemli hekim grubudur. Ayrıca bireyler aile hekimlerini daha güvenilir bilgi kaynağı olarak gördükleri için sağlığı koruma ve geliştirme konusunda danışmalığın Aile Hekimleri tarafından verilmesi, diğer branş hekimleri tarafından verilmesine nazaran daha etkili olmaktadır.¹⁸⁰

3. GEREÇ ve YÖNTEM

3.1. Araştırma Evreni ve Örneklem Seçimi

Araştırma evrenini; 2021-2022 eğitim-öğretim yılında Çukurova Üniversitesi'nde eğitime başlayan üniversite öğrencileri oluşturdu. Sıklık %50 alındığında evreni (N=8553) %99 güvenirlilik ve %5 hata payı ile temsil eden en az örneklem büyüklüğü 573 olarak hesaplandı.

3.2. Gerekli İzinlerin Alınması

Çalışma öncesi aşağıdaki birimlerden gerekli izinler ve onaylar alındı.

- 1- Çukurova Üniversitesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı Akademik Kurul
- 2- Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurul
- 3- Çukurova Üniversitesi Rektörlüğü Öğrenci İşleri Daire Başkanlığı

Araştırma uygulanmadan önce üniversite bünyesindeki bütün birimler ile Ç.Ü. Rektörlük Öğrenci İşleri Daire Başkanlığı aracılığıyla yazılı olarak iletişime geçilmiş olup yine yazılı olarak kendi birimlerinde bu araştırmanın yapılmasına izin veren fakülte ve yüksekokullar aşağıda listelenmiştir.

- Ceyhan Veteriner Fakültesi
- Diş Hekimliği Fakültesi
- Eczacılık Fakültesi
- Eğitim Fakültesi
- Fen Edebiyat Fakültesi
- Güzel Sanatlar Fakültesi
- İktisadi ve İdari Birimler Fakültesi (Maliye Bölümü Dışındakiler)
- İlahiyat Fakültesi
- İletişim Fakültesi
- Kozan İşletme Fakültesi
- Mimarlık Fakültesi
- Elektrik-Elektronik, Makine, Tekstil ve Biyomedikal Mühendisliği Bölümleri
- Sağlık Bilimleri Fakültesi
- Spor Bilimleri Fakültesi

- Tıp Fakóltesi
- Ziraat Fakóltesi
- Abdi Sütçü Sağlık Hizmetleri MYO
- A.O.S.B. Teknik Bilimler MYO
- Aladağ MYO
- Ceyhan MYO
- Karaisalı MYO
- Kozan MYO
- Pozantı MYO
- Yumurtalık MYO

3.3. Verilerin Toplanması

Veriler güz yarı yılının son ayında 20 Aralık 2021 - 20 Ocak 2022 tarihleri arasında online anket yolu ile toplandı. Çalışmaya katılmayı kabul eden ve online anketi tamamlayan katılımcıların verilerinin tamamı değerlendirmeye alındı (N=648).

3.4. Veri Toplama Araçları

3.4.1. Sosyodemografik Veri Toplama Anketi

Çalışmamızda sosyodemografik veri olarak; (1) cinsiyet, (2) yaş, (3) yükseköğrenimi sırasında nerede ikamet ettiği, (4) fakólte (5) aile tipi, (6) anne ve babanın eğitim durumları ayrı olarak, (7) kendisinde kronik bir rahatsızlık, engellilik bulunup bulunmadığı, (8) ailesinde (anne, baba ve kardeşler) kronik bir rahatsızlık, engellilik bulunup bulunmadığı ve (9) ailesinin gelir durumunu sorgulayan anket formu kullanıldı.

Sosyodemografik veri sorgusundan sonra yine aynı bölümün devamında tarafımızca oluşturulan ifadelerle katılımcıların genel sağlık durumları ve sağlık hizmet kullanımları; (10) genel sağlık durumları hakkındaki düşünceleri; “mükemmel”, “çok iyi”, “iyi”, “orta” ve “zayıf” seçenekleri ile, (11) rutin bir kontrol için en son ne zaman hekime gittikleri ise “son 1 yıl içinde”, “son 2 yıl içinde”, “son 3 yıl içinde”, “4 yıl ya da daha fazla” ve “hiç gitmedim” seçenekleriyle yöneltildi. Son olarak da; (12) kayıtlı bulundukları aile hekimlerini tanıyıp tanımadıkları, (13) herhangi bir sorunları

olduğunda ilk olarak hangi sağlık kurumuna başvurdıkları ve (14) son 2 yıl içinde hayatlarını olumsuz etkileyen ciddi bir sorun yaşayıp yaşamadıkları (göç, tutukluluk, vefat vb.) sorgulandı.

3.4.2. Riskli Davranışlar Ölçeği Üniversite Formu

Üniversite öğrencilerinin riskli davranışlarını belirlemek üzere Gençtanırım (2014) tarafından geliştirilmiş Riskli Davranışlar Ölçeği Üniversite Formu kullanıldı.¹⁸¹ Bu form; antisosyal davranışlar, sigara kullanımı, alkol kullanımı, madde kullanımı, intihar eğilimi, beslenme alışkanlıkları ile okul terki olmak üzere yedi boyuttan oluşan 60 maddelik beşli likert tipi bir ölçektir. Beşli derecelendirmeli olan ölçek “her zaman= 5”, “genellikle= 4”, “bazen= 3”, “nadiren=2” ve “hiçbir zaman=1” şeklinde yanıtlanmaktadır. Ölçekte tersine puanlanan herhangi bir madde bulunmamaktadır ve ölçeğin boyutları birbiri ile ilişkili olmadığından ölçek toplam puan vermemekte, her bir boyuttan alınan puanlar ayrı değerlendirilmektedir. Antisosyal davranışları 1-10. sorular, alkol kullanımı 11-19. sorular, sigara kullanımı 20-27. sorular, intihar eğilimi 28-39. sorular, beslenme alışkanlıkları 40-47. sorular, okul terki 48-51. sorular, madde kullanımı 52-60. sorular olarak belirtilmektedir. Alt boyutlardan alınacak olan yüksek puanlar, o boyuttaki risk düzeyinin yüksek olduğuna işaret etmektedir. Ölçeğin geliştirilmesi, 2011-2012 yılında Ahi Evran Üniversitesi’ne devam eden üç farklı çalışma grubu ile gerçekleştirilmiş, ölçeğin geçerlik çalışmalarında ise uzman kanısı alınmış ve açıklayıcı ve doğrulayıcı faktör analizi yöntemleri kullanılmıştır. Yapılan açıklayıcı faktör analizi sonucunda açıklanan toplam varyansın %52 olduğu belirlenmiştir. Yapılan doğrulayıcı faktör analizi sonucunda ise ölçekte yer alan maddelerin faktör yüklerinin .37 ile .91 arasında değiştiği ve ölçeğe ait modelin iyi uyum gösterdiği belirlenmiş olup ölçeğin iç tutarlılık güvenirliği (Cronbach alfa) .64 ile .92 arasında, test tekrar-test güvenirliği ise .74 ile .98 arasında olduğu bulunmuştur.

Ayrıca bu bölümde; ölçekte yer almayan, cinsellik ve taşıt kazaları açısından riskli davranışları değerlendirmek için literatür taranarak oluşturulan; ‘Cinsel ilişki sırasında gebelikten koruyucu önlem alırım (Cinsel ilişkide bulunmuyorsanız bu soruyu cevaplamayınız)’, ‘Cinsel yolla bulaşan hastalıklardan korunmak için önlem alırım(Cinsel ilişkide bulunmuyorsanız bu soruyu cevaplamayınız)’, ‘Bir araca bindiğimde emniyet kemeri takarım’, ‘Motosiklete veya bisiklete bindiğimde koruyucu

başlık kullanırım(Motosiklete veya bisiklete binmiyorsanız bu soruyu cevaplamayınız)’ ve ‘Yavaş ve güvenli araç kullanırım (Araç kullanmıyorsanız bu soruyu cevaplamayınız)’ maddeleri yine aynı beşli likert tipi ölçek ile katılımcılara sunulmuştur.

3.4.3. Aile APGAR Ölçeği

Aile işlevlerini değerlendirmek için Smilkstein (1978) tarafından geliştirilen, Özcan ve ark (2011) tarafından Türkçeye uyarlama çalışması yapılan Aile APGAR Ölçeği kullanıldı. Ölçek; aile işlevselliğinin beş parametresini (uyum sağlama - adaptability, ortaklık- partnership, gelişme- growth, duygulanım- affection ve karar verme - resolve) değerlendiren 5 ifadeden oluşan 3'lü likert tipi bir ölçektir. Ölçeğin güvenilirliği test tekrar yöntemi ve cronbach alfa katsayısı kullanılarak değerlendirilmiş; test tekrar yönteminde yüksek korelasyon, 0,759 ($p=0.000$), cronbach alfa katsayısı 0,793 olarak hesaplanmıştır.¹⁸² Ölçekte yer alan her bir parametreye ilişkin memnuniyet duygusunun sıklığını belirtmek üzere üç derecede seçenek bulunmaktadır. Bu seçenekler 0 (neredeyse hiçbir zaman), 1 (bazen) ve 2 (neredeyse her zaman) olarak sıralanmaktadır. Yüksek puan aile işlevselliğinden duyulan memnuniyetin yüksekliğini göstermektedir. Değerlendirme 7-10 yüksek, 4-6 orta, 0-3 düşük şeklinde yapılmaktadır. Ölçekte yer alan her bir göstergeden alınan puanın toplanması ile toplam puan elde edilmektedir ve alınabilecek puanlar 0 ile 10 arasında değişmektedir.

3.5. Verilerin Değerlendirilmesi

Bilgisayar ortamına aktarılan veriler değerlendirilirken önce gruplandırmalar ve kodlamalar yapıldı ve istatistik paket programı kullanılarak analiz edildi.

Açık uçlu olarak sorgulanan doğum tarihi sorusuna verilen cevaplar yaş olarak hesaplandı ve bu veriler de ≤ 19 , 20 ve ≥ 21 olarak yeniden gruplandırıldı.

Yine açık uçlu olarak sorulan “Fakülteniz” sorusuna verilen cevaplarda; (1) Sağlık Bilimleri Fakülteleri, (2) Diğer Fakülteler, (3) Sağlık MYO ve (4) Diğer MYO olarak gruplandırıldı. Bu gruplamaya göre; “Sağlık Bilimleri Fakülteleri” başlığı altına; Tıp Fakültesi, Diş Hekimliği Fakültesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi (Hemşirelik ve Ebelik Bölümleri) ve Eczacılık Fakültesi cevapları dahil edildi. Bunların dışında kalan fakülte cevapları ise “Diğer Fakülteler” başlığı altında incelendi. Yine Sağlık MYO

cevaplarının tümü aynı isimle ayrı bir başlık olarak değerlendirilirken, aynı şekilde kalan MYO cevapları ise “Diğer MYO” başlığı altında incelendi.

Çoktan seçmeli olarak sorulan belli sorulardaki yeniden düzenlemeler ise aşağıda anlatıldığı şekilde yapıldı: “Yüz yüze eğitimde ikamet ettiğiniz/edeceğiniz yer?” sorusunda seçenek olarak bulunan; Ailemle, Evde arkadaşlarımla, Yurtta, Evde tek ve Diğer cevaplarında ise; “Ailemle” ve “Yurtta” cevapları aynı isimle başlıklar, kalan cevaplarda “Diğer” başlığına eklenerek; (1) Aile, (2) Yurt ve (3) Diğer olarak üç başlık altında yeniden düzenlendi.

“Aile tipiniz?” sorusunda seçenek olarak bulunan; Çekirdek aile (Anne, baba varsa kardeşler), Tek ebeveynli aile, Geniş aile, Diğer yanıtları ise “Çekirdek Aile” yanıtları tek başına ayrı bir başlık olarak incelenirken, kalanları “Diğer” başlığı altında toplanarak; (1) Çekirdek aile ve (2) Diğer olarak iki başlık altında yeniden düzenlendi.

“Ailenizin aylık gelirini nasıl tanımlarsınız?” sorusunda bulunan Düşük, Orta ve Yüksek yanıtları; “Düşük” cevabını verenler aynı isimli başlıkta, orta ve yüksek cevabını verenler ise “Orta-yüksek” başlığı altında toplanarak; (1) Düşük ve (2) Orta-yüksek olarak iki başlık altında yeniden düzenlendi.

“Genel olarak sağlık durumunuz hakkında ne söyleyebilirsiniz?” sorusunda bulunan Mükemmel, Çok İyi, İyi, Orta ve Zayıf yanıtları; Mükemmel ve Çok iyi cevapları “Çok iyi”, İyi cevapları aynı isimli başlık, Orta ve zayıf cevapları da “İyi değil” başlıkları altında toplanarak (1) İyi değil, (2) İyi ve (3) Çok iyi olarak üç başlık altında yeniden düzenlendi.

“Rutin bir kontrol için en son doktora ne zaman gittiniz?” sorusunda bulunan son 1 yıl içinde, son 2 yıl içinde, son 3 yıl içinde, 4 yıl ya da daha fazla ve hiç gitmedim cevapları; hiç gitmedim aynı isimli başlık, son 2 yıl içinde, son 3 yıl içinde ve 4 yıl ya da daha fazla “2 yıl yada daha fazla”, son 1 yıl içinde cevabı da aynı isimli başlık altında toplanarak (1) Hiç gitmedim, (2) 2 yıl yada daha fazla, (3) Son 1 yıl içinde olarak 3 başlık altında yeniden düzenlendi.

“Herhangi bir sağlık sorununuz olduğunda genel olarak ilk hangi kuruma başvuruyorsunuz?” sorusunda bulunan Aile Sağlığı Merkezi (ASM), Devlet Hastanesi/Şehir Hastanesi, Özel Muayene/Özel Tıp Merkezi/Özel Hastane ve Üniversite Hastanesi/Eğitim Araştırma Hastanesi cevapları; Aile Sağlığı Merkezi aynı isimli

başlık, kalanlarıda “Diğer” başlığı altında toplanarak (1) Aile Sağlığı Merkezi ve (2) Diğer olarak 2 başlık altında yeniden düzenlendi.

Araştırmanın bağımsız değişkenleri olarak sosyodemografik veriler ile genel sağlık durumu ve sağlık hizmet kullanımı verileri (cinsiyet, yaş, yükseköğrenimi sırasındaki ikamet yeri, fakülte, aile tipi, anne ve babanın eğitim durumları, kendisinde kronik bir rahatsızlık, engellilik bulunup bulunmadığı, ailesinde (anne, baba ve kardeşler) kronik bir rahatsızlık engellilik bulunup bulunmadığı, ailesinin gelir durumunu, genel sağlık durumları hakkındaki düşünceleri, rutin bir kontrol için en son ne zaman hekime gittikleri, kayıtlı bulundukları aile hekimlerini tanıyıp tanımadıkları, herhangi bir sorunları olduğunda ilk olarak hangi sağlık kurumuna başvurdıkları ve son 2 yıl içinde hayatlarını olumsuz etkileyen ciddi bir sorun yaşayıp yaşamadıkları), bağımlı değişkenleri olarak ise Riskli Davranışlar Üniversite Ölçeği alt boyutlarından alınan puanlar, Aile APGAR puanları ve cinsellik, taşıt kazaları ile ilgili olarak yöneltilen sorulara verilen cevaplar kullanıldı. Katılımcıların tanıtıcı özellikleri ile ilgili veriler sayı, yüzde, ortalama ve standart sapma ile değerlendirildi. Dağılımın normal olup olmadığının değerlendirilmesinde skewness ve kurtosis değerleri kullanıldı.¹⁸³

Bağımsız değişkenlerle RDÖ ve APGAR puan ortalamaları arasındaki farklılığın analizi için normal dağılıma uyan verilerin karşılaştırılmasında parametrik testler (t testi ve ANOVA), normal dağılıma uymayanların karşılaştırılmasında nonparametrik testler (Mann Whitney U ve Kruskal Wallis), gruplar arasındaki farklılığın kaynağını saptamak için normal dağılıma uyan verilerde ise Bonferoni, uymayanlarda Tamhane posthoc testleri kullanıldı. Tüm testlerde istatistiksel $p < 0,05$ anlamlı olarak kabul edildi.

4. BULGULAR

Yaş ortalaması $20,86 \pm 3,35$ (18- 57) yıl olan 648 katılımcının %59,1'i kadın olup sosyodemografik özellikleri Tablo 1'de görülmektedir.

Tablo 1. Katılımcıların sosyodemografik özelliklerine göre dağılımı

		N	%
Cinsiyeti	Kadın	383	59,1
	Erkek	265	40,9
Yaşı	19 yaş ve altı	166	25,6
	20 yaş	253	39,1
	21 yaş ve üzeri	229	35,3
İkamet Yeri	Aileyle	317	48,9
	Evde arkadaşlarla	16	2,5
	Yurtta	249	38,4
	Evde tek	39	6,0
	Diğer	27	4,2
Bölümü	Sağlık Bilimleri Fakülteleri	169	26,1
	Diğer Fakülteler	196	30,2
	Sağlık MYO	117	18,1
	Diğer MYO	166	25,6
Aile Tipi	Çekirdek Aile	528	81,5
	Tek Ebeveynli Aile	34	5,2
	Geniş Aile	66	10,2
	Diğer	20	3,1
Anne Eğitim Durumu	Okula gitmemiş	159	24,5
	Lise ve altı eğitim	360	55,6
	Üniversite ve üzeri eğitim	129	19,9
Baba Eğitim Durumu	Okula gitmemiş	96	14,8
	Lise ve altı eğitim almış	352	54,3
	Üniversite ve üzeri eğitim	200	30,9
Ailenin Aylık Gelir Durumu	Düşük	249	38,4
	Orta	374	57,7
	Yüksek	25	3,9

Katılımcıların %48,9'u ailesiyle, %38,4'ü yurttta, %6'sı evde tek başına, %2,5'i evde arkadaşlarıyla birlikte, %4,2'si ise diğer farklı şekillerde (akrabasının yanında, otel pansiyon vb.) ikamet etmektedirler.

Katılımcıların %26,1'i Sağlık Bilimleri Fakültelerinde, %30,2'si diğer alanlardaki fakültelerde, %18,1'i Sağlık MYO'da, %25,6'sı da diğer alanlardaki MYO'lar da eğitim görmektedirler.

Katılımcıların %81'i çekirdek aile, %5,2'si tek ebeveynli aile, %10,2'si geniş aile kalan kısmı ise farklı tür bir ailede (akrabaları ile, yetiştirme yurdu, tek başına vb.) yaşamaktadır.

Katılımcıların anne eğitim durumları incelendiğinde; %24,5'i okula gitmemiş, %55,6'sı lise veya daha alt düzeyde eğitim görmüş, %19,9'u ise üniversite veya daha üst düzeyde eğitim seviyesine sahipti. Baba eğitim durumuna bakıldığında ise oranlar aynı sırayla %14,8, %54,3 ve %30,9'du.

Katılımcıların %38,4'ü ailesinin gelir düzeyini düşük olarak belirtirken, %57,7'si orta, %3,9'u yüksek olarak belirtti.

Tablo 2'de katılımcıların genel sağlık durumları ve sağlık hizmet kullanımları ilişkili verilerin dağılımı görülmektedir.

Katılımcılardan %11,3'ü kendisinin sürekli ilaç kullanmasını gerektiren hekim tarafından tanı konulmuş bir rahatsızlık ve/veya engellilik durumu olduğunu belirtirken, aynı soruda ailesi (anne, baba ve kardeşler) ile ilgili oran %34,9 idi.

Katılımcılardan %4,2'si sağlık durumunu mükemmel, %18,7'si çok iyi, %48,9'u iyi, %23,5'i orta, %4,8'i ise zayıf olarak tanımladı. Rutin bir kontrol için doktora hiç gitmeyenlerin oranı %19,3 idi.

Katılımcıların %17,4'ü kayıtlı bulunduğu Aile Hekimini tanıımıyordu. Herhangi bir sağlık sorununda ilk olarak öğrencilerden %45,5'i devlet ya da şehir hastanesine, %41,4'ü Aile Sağlığı Merkezine başvuruyordu.

Katılımcıların %36,9'u son 2 yıl içinde hayatlarını ciddi olarak etkileyen olumsuz bir olay (ciddi hastalık veya sakatlık, vefat, boşanma, ciddi maddi kayıp, adli olaylar-tutukluluk, yargılanma, göç vb.) yaşadıklarını bildirdi.

Tablo 2. Katılımcıların genel sağlık durumları ve sağlık hizmet kullanımları (N=648)

		N	%
Sürekli ilaç kullanımı gerektiren, hekim tanısı olan rahatsızlık ve/veya engellilik durumunuz var mı?	Evet	73	11,3
	Hayır	575	88,7
Ailenizde (anne, baba veya kardeşlerde) kronik bir hastalık ya da engellilik durumu var mı?	Evet	226	34,9
	Hayır	422	65,1
Genel olarak sağlık durumunuz hakkında ne söyleyebilirsiniz?	Mükemmel	27	4,2
	Çok İyi	121	18,7
	İyi	317	48,9
	Orta	152	23,5
	Zayıf	31	4,8
Rutin bir kontrol için en son doktora ne zaman gittiniz?	Son 1 yıl içinde	404	62,3
	Son 2 yıl içinde	54	8,3
	Son 3 yıl içinde	27	4,2
	4 yıl ya da daha fazla	38	5,9
	Hiç Gitmedim	125	19,3
Kayıtlı olduğunuz aile hekiminizi tanıyor musunuz?	Evet	535	82,6
	Hayır	113	17,4
Herhangi bir sağlık sorununuz olduğunda genel olarak ilk hangi kuruma başvuruyorsunuz?	Aile Sağlığı Merkezi (ASM)	268	41,4
	Devlet Hastanesi/ Şehir Hastanesi	295	45,5
	Özel Muayene /Özel Tıp Merkezi/ Özel Hastane	58	8,9
	Üniversite Hastanesi/ Eğitim Araştırma Hastanesi	27	4,2
Son 2 yıl içinde hayatınızı ciddi olarak etkileyen olumsuz bir olay yaşadınız mı?	Evet	239	36,9
	Hayır	409	63,1

Katılımcılara yöneltilen riskli davranışlarla ilişkili 60 ifadeye verilen yanıtların oranları ve her biri için ortalama puanlar Tablo 3'te görülmektedir.

Katılımcıların %30'unun sigara, %17,6'sının ise nargile kullandığı, değişen sıklıklarda da olsa %25,5'inin alkolü bir rahatlama aracı olarak gördüğü, %11,2'sinin kontrolünü kaybedecek kadar alkol aldığı zamanlar olduğu, %5,8'inin hayatlarında en azından bir kere de olsa bağımlılık yapıcı madde kullandığı görüldü.

‘Sağlıklı beslenme konusunda yeterli bilgiye sahip değilim’ ifadesine katılımcıların %70,8’inin hiçbir zaman-nadiren yanıtı vermesine rağmen, ‘satın aldığım yiyeceklerin sağlıklı olmasından ziyade lezzetli olmasına önem veririm’ ifadesine %35,6’sının, ‘yediklerimin bende oluşturabileceği sağlık sorunlarını önemsemem’ ifadesine %13,2’sinin her zaman-genellikle yanıtı verdiği belirlendi.

‘Okuldan ayrılıp bir an önce işte çalışmaya başlamak istediğim olur’ ve ‘İyi bir iş bulduğumda okulu bırakmaktan çekinmem’ ifadelerine her zaman/genellikle cevabını verenlerin oranı sırasıyla %21,6 ve %16,6 idi.

Katılımcıların %17,1’ i kendilerini çoğu zaman değersiz hissettiklerini, %27,8’i çoğu zaman hayattan bıkmış olduğunu bildirdi. ‘Geleceğe ilişkin hedeflerimi gerçekleştiremeyeceğimi düşünüyorum’ ifadesine her zaman/genellikle cevabını verenlerin oranı ise %18,8’di.

Tablo 3. Katılımcıların Riskli Davranışlar Ölçeğine verdikleri yanıtların dağılımları (N=648)

	Her zaman (%)	Genellikle (%)	Bazen (%)	Nadiren (%)	Hiçbir zaman (%)	Ortalama puan
Ağız kavgası yaptığım olur.	2,8	12,5	28,5	37,7	18,5	2,43
Küfürlü konuştuğum olur	4,9	10,4	19,9	30,2	34,6	2,21
Başkalarına ait eşyalarını izinsiz olarak aldığım olur	0	0,3	0,8	9,9	89	1,12
Eğlence olsun diye arkadaşlarımla canını acıtmaktan hoşlanırım.	0,6	0,8	2,6	11,7	84,3	1,22
Hakkımı kavga ederek savunurum	1,5	2	9,5	30,1	56,9	1,61
Biriyle tartıştığımda ağzıma geleni söylerim.	2,8	3,9	10,3	33,5	49,5	1,77
Arkadaşıma kafeteryadan zorla bir şeyler ısmarlatırım.	0,2	1,5	1,7	5,2	91,4	1,14
İnsanların kusurlarını yüzlerine vurmaktan çekinmem.	2,1	2,0	6,2	18,4	71,3	1,45
Etrafımdakilere verdiğim zararı umursamam	0,8	0,6	2,9	8,8	86,9	1,20
İnsanları sinirlendirmek hoşuma gider	1,6	2,8	8,5	20,1	67	1,52
Alkol kullandığımda rahatladığımı hissederim.	3,5	3,2	7,1	11,7	74,5	1,50

(Tablo 3'ün devamı) Katılımcıların Riskli Davranışlar Ölçeğine verdikleri yanıtların dağılımları (N=648)

Cesaretimi toplamak için alkol aldığım olur	0,6	0,9	3,2	7,1	88,2	1,19
Eğlence mekânlarına gidip alkol alırım.	2,8	3,2	7,4	12,5	74,1	1,48
Bir kutlamada alkol almadan eğlenmeyeceğimi düşünürüm	2	1,8	2,2	8,8	85,2	1,27
Çevremdeki kişiler onaylamasa da alkol kullanmaktan çekinmem	4,2	2,8	5,2	7,7	80,1	1,43
Alkol almak için para bulurum	1,7	1,9	1,6	4,5	90,3	1,20
Alkol teklif edildiğinde hayır diyemem.	2,0	0,8	2,9	9,9	84,4	1,26
Arkadaşlarıma uymak için alkol kullanırım	0,6	0,8	3,1	6,0	89,5	1,17
Kontrolümü kaybedecek kadar alkol aldığım olur.	1,4	0,3	2,6	6,8	88,9	1,19
Sigara kullanıyorum	14,4	3,7	4,7	7,4	69,8	1,85
Yakın arkadaşlarımdan bir kısmı sigara içer	15	16,8	21,1	24	23,1	2,77
Sigara içmek istediğimde kendime engel olamam.	4,6	4,2	5,7	8	77,5	1,50
Sigara almak için param vardır	11,9	9,4	10	6,5	62,2	2,02
Bir sorunla karşılaştığımda hemen sigara içmek isterim.	6,2	2,3	5,1	9,4	77,0	1,50
Nargile içmekten keyif alırım.	2,6	1,4	6,0	7,6	82,4	1,34
Evde/yurtta sigara içebilirim	10,3	3,2	3,5	8,2	74,8	1,66
Canım sıkıldığında sigara içerek rahatlarım	5,9	3,7	5,8	8,5	76,1	1,55
Kendimi değersiz hissederim	8,5	8,6	17,4	24,5	41	2,19
Kendime güvenim yoktur.	5,4	7,4	12,8	29,2	45,2	1,99
Sabahları mutsuz bir şekilde uyanırım	13	9,3	23	31,2	23,5	2,57
Sorunlarım karşısında kendimi çaresiz hissederim.	6,9	7,6	21,3	34,3	29,9	2,27
Yaptığım hiçbir şeyden keyif almam	8	5,2	17,2	34,1	35,5	2,16
Kendimi yalnız hissederim	11,9	10,3	21,4	28,5	27,9	2,50
Hayattan bıkmış durumdayım	15,3	12,5	19	25,6	27,6	2,62
Karamsar biri olduğumu düşünürüm.	12,5	13	17,6	27,6	29,3	2,52
Geleceğe ilişkin hedeflerimi gerçekleştiremeyeceğimi düşünüyorum	10,5	8,3	20,5	27,7	33	2,36
Hayatın bana vereceği hiçbir şey olmadığını düşünürüm.	9,1	6,9	14,2	23,9	45,9	2,10
Beni hayatta tutmaya yetecek değerlere sahip değilim.	6,3	5,1	10,3	18,5	59,8	1,80

(Tablo 3'ün devamı) Katılımcıların Riskli Davranışlar Ölçeğine verdikleri yanıtların dağılımları (N=648)

Kendimi bu dünyaya ait hissetmediğim olur.	10	9,3	13,1	23,3	44,3	2,17
Satın aldığım yiyeceklerin sağlıklı olmalarından çok lezzetli olmalarına önem veririm.	17,1	18,5	23,6	22,7	18,1	2,94
Gazlı içecekleri severim	16,7	18,7	21,2	25,2	18,2	2,90
Fast-food yiyecekler tüketmeyi tercih ederim.	13,1	17,1	27,2	27,6	15	2,86
Abur cubur yemekten hoşlanırım.	19,6	19,1	26,8	24,5	10	3,14
Çoğunlukla ev dışında yemek yerim	3,9	5,1	19,7	46,9	24,4	2,17
Yediklerimin bende oluşturabileceği sağlık sorunlarını önemsemem	7,6	5,6	17,2	29,3	40,3	2,11
Sağlıklı beslenme konusunda yeterli bilgiye sahip değilim	5,1	8,5	15,6	26	44,8	2,03
Yediklerimin besin ve sağlık değerlerini dikkate almam	9,4	8,2	17,6	30,2	34,6	2,28
Okulu bırakıp bir an önce evlenmek istediğim olur	3,5	3,1	6,8	14,7	71,9	1,52
Arkadaşlarımla birçoğu yükseköğretime devam etmezler	3,4	5,2	10,6	28,5	52,3	1,79
Okuldan ayrılıp bir an önce işte çalışmaya başlamak istediğim olur	13,3	8,3	15	20,7	42,7	2,29
İyi bir iş bulduğumda okulu bırakmaktan çekinmem.	11,4	5,2	7,9	14,4	61,1	1,92
Esrar ya da benzeri bir maddeyi kullanırım	0	0,2	0,6	2,1	97,1	1,04
Rahatlamak için bağımlılık yapıcı maddeleri kullanırım	0	0,2	0,6	2,9	96,3	1,05
Bugüne kadar bağımlılık yapan maddeleri kullandığım olur.	0,3	0,3	1,5	3,7	94,2	1,09
Yakın arkadaşlarımla arasında uyuşturucu madde kullananlar var	0,6	0,6	2,3	5,6	90,9	1,15
Uyuşturucu maddeler kullanılan ortamlara rahatlıkla girerim	0,5	1,1	2,5	3,5	92,4	1,14
Yaşadığım olumsuzlukları unutmak için madde kullandığım olur	0	0	0,5	1,5	98	1,02
Sadece heyecan yaşamak için uyuşturucu madde kullanırım.	0	0,2	0,8	2,7	96,3	1,05

(Tablo 3'ün devamı) Katılımcıların Riskli Davranışlar Ölçeğine verdikleri yanıtların dağılımları (N=648)

Arkadaş grubum madde kullanmama karşı çıkmaz.	2,2	0,5	2,5	2,8	92	1,18
Merakımı gidermek için uyuşturucu madde kullandığım olur.	0	0,8	1,4	2	95,8	1,07

Tablo 4'te Katılımcıların Riskli Davranışlar- Ölçeği alt boyutlarından aldıkları puanların dağılımı görülmektedir.

Tablo 4. Katılımcıların Riskli Davranışlar Ölçeği alt boyutlarından aldıkları puanların dağılımı

	Ort	Ss	Median	En düşük -en yüksek puanlar	Ölçekten alınabilecek en düşük-en yüksek puanlar
1.Antisosyal	15,67	4,83	15	10- 47	10-50
2.Alkol kullanımı	11,68	5,28	9	9-42	9-45
3.Sigara kullanımı	14,21	7,85	11	8-40	8-40
4.İntihar eğilimi	27,24	12,43	24	12-60	12-60
5.Beslenme alışkanlıkları	20,42	7,18	20	8-40	8-40
6.Okul terki	7,50	3,47	7	4-20	4-20
7.Madde kullanımı	9,77	2,23	9	9-27	9-45

Katılımcıların riskli davranış ölçeği alt boyut puan ortalamalarına bakıldığında; anti-sosyal davranışlarda $15,67 \pm 4,83$, alkol kullanımında $11,68 \pm 5,28$, sigara kullanımında $14,21 \pm 7,85$, intihar eğiliminde $27,24 \pm 12,43$, beslenme alışkanlıklarında $20,42 \pm 7,18$, okul terkinde $7,50 \pm 3,47$, madde kullanımında ise $9,77 \pm 2,23$ 'tü.

Katılımcılara yöneltilen cinsel riskli davranışlar ve yol güvenliği ilişkili 5 ifadeye verilen yanıtların oranları ve her biri için ortalama puanlar Tablo 5'de görülmektedir. İlgili ifadeyi cevaplayan katılımcılardan %50,9'u cinsel ilişki sırasında her zaman gebelikten koruyucu önlem almadığını, %40,7'si CYBH'dan korunmak için her zaman önlem almadığını, %20,3'ü her zaman emniyet kemeri takmadığını, %55,3'ü motosiklete veya bisiklete bindiğinde her zaman koruyucu başlık kullanmadığını, %54,4'ü her zaman yavaş ve güvenli araç kullanmadığını bildirdi.

Tablo 5. Katılımcıların cinsel riskli davranışlar ve yol güvenliği ile ilgili sorulara verdikleri yanıtların dağılımları

	Her zaman (%)	Genellikle (%)	Bazen (%)	Nadiren (%)	Hiçbir zaman (%)	Ortalama puan
1-Cinsel ilişki sırasında gebelikten koruyucu önlem alırım (Cinsel ilişkide bulunmuyorsanız bu soruyu cevaplamayınız) (N=122)	49,2	24,6	9,0	6,6	10,7	3,95
2-Cinsel yolla bulaşan hastalıklardan korunmak için önlem alırım (Cinsel ilişkide bulunmuyorsanız bu soruyu cevaplamayınız) (N=123)	59,3	20,3	4,1	4,9	11,4	4,11
3-Bir araca bindiğimde emniyet kemeri takarım (N=600)	51,7	27,7	11,5	6,8	2,3	4,20
4-Motosiklete veya bisiklete bindiğimde koruyucu başlık kullanırım (Motosiklete veya bisiklete binmiyorsanız bu soruyu cevaplamayınız) (N=264)	44,7	12,9	12,5	14	15,9	3,56
5-Yavaş ve güvenli araç kullanırım (Araç kullanmıyorsanız bu soruyu cevaplamayınız) (N=252)	45,6	25,4	14,3	8,7	6	3,96

Tablo 6. Katılımcıların Aile APGAR Ölçeğindeki sorulara verdikleri yanıtların dağılımları (N=648)

	Neredeyse her zaman (%)	Bazen (%)	Neredeyse hiçbir zaman (%)	Ortalama puan
1-Bir sorunum olduğunda ailemden yardım alabiliyor olmamdan memnunum	54,0	37,8	8,2	1,46
2-Ailemin benimle konuşma ve problemleri paylaşma şeklinden memnunum	46,3	39,2	14,5	1,32
3-Ailemin yeni etkinliklere katılma veya yönelme isteklerimi kabul etmesi ve desteklemesinden memnunum	51,1	36,9	12	1,39
4-Ailemin kızgınlık, üzüntü ve aşk gibi duygularına ilgi ve tepki gösterme şeklinden memnunum	36,0	41,8	22,2	1,14
5-Ailemle birlikte vakit geçirme şeklimizden memnunum	58,4	34,3	11,0	1,44

Katılımcıların Aile APGAR Ölçeği ifadelerine verdikleri yanıtların dağılımı tablo 6'da görülmektedir. Aile APGAR Ölçeği puan ortalaması $6,74 \pm 2,86$ (0- 10) olarak hesaplandı. Puan toplamaları ölçek sınıflamasına göre incelendiğinde katılımcıların %55,7'sinin yüksek, %30,2'sinin orta %14,'inin düşük düzeyde aile fonksiyonlarına sahip oldukları bulundu (Tablo 7)

Tablo 7. Katılımcıların Aile APGAR Ölçeğinden aldıkları puanlara göre aile fonksiyon gruplarının dağılımı (N=648)

	N	%
Yüksek	361	55,7
Orta	196	30,2
Düşük	91	14,1

Katılımcıların araştırmada kullanılan iki ölçekten aldıkları puanların sosyodemografik özelliklerine göre karşılaştırılması Tablo 8'de görülmektedir.

Katılımcılar cinsiyete göre değerlendirildiğinde; anti-sosyal davranış, alkol kullanımı, sigara kullanımı, okul terki ve madde kullanımında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı. Erkeklerin puanları; anti-sosyal davranış ($p=0,000$), alkol kullanımı ($p=0,000$), sigara kullanımı ($p=0,000$), okul terki($p=0,001$) ve madde kullanımında ($p=0,000$) kadınlara göre daha yüksekti.

Katılımcılar yaş grubuna göre değerlendirildiğinde; anti-sosyal davranış, sigara kullanımı ve okul terki alt boyutlarında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı. Anti-sosyal davranışta ≤ 19 yaş grubu, ≥ 21 yaş grubuna göre daha yüksek puan alırken ($p=0,038$), sigara kullanımında ise ≥ 21 yaş grubu, ≤ 19 grubuna göre daha yüksek puan almıştı ($p=0,048$). Okul terkine bakıldığında ise fark 20 yaş grubu ile ≥ 21 yaş grubu arasında ve 20 yaşındaki bireylerin puanı daha yüksekti ($p=0,022$).

İkamet durumu açısından incelendiğinde; anti-sosyal davranış, alkol kullanımı ve sigara kullanımı alt boyutlarında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmış olup; diğer grubu hem aile hem de yurtdışı ikamet eden gruba göre anti-sosyal davranış ($p=0,000$), alkol kullanımı ($p=0,000$) ve sigara kullanımından ($p=0,000$) daha yüksek puan almışlardı.

Fakülteye bakıldığında; anti-sosyal davranış, alkol kullanımı, sigara kullanımı ve okul terki alt boyutlarında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı. Anti-sosyal davranışta; sağlık bilimleri fakülteleri, sağlık MYO'na göre daha yüksek puan almıştı

($p=0,04$). Alkol kullanımında, diğer üç grup da sağlık MYO'ya göre daha yüksek puan almışlardı ($p=0,000$). Sigara kullanımında diğer MYO, kalan üç gruba göre daha yüksek puan alırken, diğer fakülteler de sağlık bilimleri fakültelerine göre daha yüksek puan aldı ($p=0,000$). Okul terki bakıldığında, sağlık bilimleri dışı fakülteler ve MYO'ları sağlık bilimleri fakültelerine göre daha yüksek puan almışlardı ($p=0,000$).

Aile tipi incelendiğinde, beslenme ve madde kullanım alt boyutlarında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı. Çekirdek aile grubu beslenme açısından risk olarak, diğer grubuna nazaran daha yüksek puan alırken ($p=0,019$), madde kullanımında da diğer grubu çekirdek aile grubuna göre daha yüksek puan almıştı ($p=0,008$).

Anne eğitim durumu değerlendirmesinde; anti-sosyal davranış, alkol kullanımı, sigara kullanımı ve okul terki alt boyutlarında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı. Üniversite ve üzeri eğitim seviyesindeki grup, hem anti-sosyal ($p=0,000$), hem alkol kullanımı ($p=0,000$) hem de sigara kullanımında ($p=0,016$) kalan her iki gruptan da (lise ve altı, okula gitmemiş) daha yüksek puan alırken; madde kullanımında sadece lise ve altı grubundan daha yüksek puan almıştı ($p=0,004$).

Baba eğitim durumu değerlendirmesinde ise anti-sosyal davranış ve alkol kullanımı alt boyutlarında anlamlı olarak fark saptanmış olup yine üniversite ve üzeri eğitim, grubu hem anti-sosyal davranış ($p=0,000$) hem de alkol kullanımında ($p=0,003$) kalan her iki gruptan da (lise ve altı, okula gitmemiş) daha yüksek puan aldı.

Aile gelir algısına göre bakıldığında sadece okul terki alt boyutunda istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmış olup; düşük grubu, orta-yüksek grubuna göre daha yüksek puan aldı ($p=0,005$).

Tablo 8. Katılımcıların ölçek puanlarının sosyodemografik özelliklerine karşılaştırılması

		Anti-sosyal davranış	Alkol kullanımı	Sigara kullanımı	İntihar eğilimi	Beslenme	Okul terki	Madde kullanımı	APGAR
Cinsiyet	Kadın	14,43±3,49	10,63±3,95	12,32±6,71	27,68±11,77	20,51±6,96	7,13±3,27	9,52±1,74	6,64±2,83
	Erkek	17,46±5,83	13,20±6,46	16,95±8,56	26,59±13,32	20,29±7,51	8,04±3,67	10,14±2,76	6,88±2,91
	p	0,000	0,000*	0,000*	0,281	0,690	0,001	0,000*	0,286
Yaş	≤19	16,09±4,59	11,79±5,25	12,97±6,64	28,04±11,76	20,74±7,36	20,74±7,36	9,83±2,37	6,62±2,98
	20	15,89±5,24	11,88±5,93	14,39±8,13	26,47±12,10	20,75±7,10	20,75±7,10	9,79±2,25	6,73±2,80
	≥21	15,12±4,48	11,38±4,48	14,91±8,26	27,49±13,23	20,42±7,18	19,83±7,14	9,72±2,12	6,84±2,86
	p	0,038**	0,384**	0,048	0,418	0,302	0,022	0,419**	0,747
	Fark Kaynağı	≤19 ve ≥21		≤19 ve ≥21			20 ve ≥21		
İkamet	Aile(1)	15,42±4,56	11,49±4,82	14,11±7,72	27,38±12,34	20,47±6,97	7,46±3,43	9,60±1,67	6,52±2,96
	Yurt(2)	15,20±3,98	10,90±4,79	12,95±7,15	26,48±11,98	19,93±7,37	7,41±3,51	9,64±2,06	7,08±2,63
	Diğer(3)	18,07±7,04	14,79±7,05	18,41±8,98	28,98±13,97	21,70±7,36	7,97±3,50	10,86±3,83	6,52±3,09
	p	0,000	0,000**	0,000**	0,276	0,151	0,422	0,080**	0,052
	Fark Kaynağı	1-3 , 2-3	1-3 , 2-3	1-3 , 2-3					
Fakülte	Sağlık Bilimleri Fakülteleri (1)	16,51±5,08	11,84±5,54	11,80±5,83	26,79±10,64	20,56±6,86	6,59±2,78	9,60±1,99	7,05±2,72
	Diğer Fakülteler (2)	15,49±4,75	11,91±5,85	13,95±7,17	27,50±12,96	20,42±7,04	7,68±3,54	9,96±2,63	6,67±2,83
	Sağlık MYO (3)	14,29±3,37	10,35±3,86	13,52±7,58	27,11±12,21	19,52±6,82	7,23±3,34	9,47±1,34	6,74±2,81
	Diğer MYO (4)	16,00±5,30	12,19±5,04	17,45±9,43	27,46±13,67	20,92±7,89	8,42±3,85	9,94±2,45	6,50±3,08
	p	0,004**	0,000**	0,000**	0,947	0,437	0,000	0,182**	0,359
	Fark Kaynağı	1-3	1-3, 2-3 4-3	1-2, 1-4 3-4, 2-4			1-2, 1-4		
Aile Tipi	Çekirdek Aile	15,75±4,75	11,72±5,19	14,17±7,93	27,64±12,56	20,74±7,28	7,54±3,50	9,66±1,99	6,71±2,87
	Diğer	15,31±5,31	11,49±5,66	14,37±7,55	25,48±11,72	19,04±6,62	7,35±3,34	10,28±3,05	6,84±2,84
	p	0,139*	0,413*	0,804	0,086	0,019	0,582	0,008*	0,674
Anne Eğitim Durumu	Okula gitmemiş(1)	14,98±4,18	11,05±4,71	13,55±7,24	26,19±11,73	19,66±7,66	7,53±3,62	9,94±2,63	6,75±3,06
	Lise ve altı(2)	15,38±4,57	11,08±4,41	13,87±7,76	26,98±12,29	20,86±6,97	7,54±3,39	9,53±1,70	6,71±2,74
	Üniversite ve üzeri(3)	17,34±5,83	14,14±7,16	15,97±8,61	29,25±13,48	20,14±7,13	7,37±3,51	10,24±2,85	6,80±2,97
	p	0,000**	0,000**	0,016	0,097	0,189	0,897	0,004**	0,950
	Fark kaynağı	1-3 , 2-3	1-3 , 2-3	1-3 , 2-3				2-3	
Baba Eğitim Durumu	Okula gitmemiş (1)	14,92±4,45	11,40±5,29	13,33±6,77	26,19±12,33	19,12±7,04	7,40±3,68	10,30±3,24	7,29±2,88
	Lise ve altı (2)	15,30±4,61	11,13±4,45	13,89±7,77	26,98±12,32	20,62±7,25	7,65±3,36	9,60±1,82	6,55±2,90
	Üniversite ve üzeri (3)	16,68±5,22	12,78±6,36	15,19±8,40	28,19±12,67	20,69±7,10	7,29±3,56	9,83±2,29	6,81±2,76
	p	0,000**	0,003**	0,086	0,370	0,157	0,464	0,151**	0,076
	Fark kaynağı	1- 3 , 2-3	1-3 , 2-3						
Aile Gelir Algısı	Düşük	15,47±5,24	11,44±5,14	14,03±8,07	28,44±13,20	20,56±7,55	8,01±3,81	9,78±2,16	6,51±3,06
	Orta-Yüksek	15,79±4,55	11,83±5,36	14,32±7,76	26,49±11,88	20,34±6,96	7,19±3,20	9,77±2,29	6,88±2,73
	p	0,085*	0,541*	0,641	0,058	0,703	0,005	0,739*	0,119
T test ve Anova testleri kullanılmıştır							*Mann Whitney U **Kruskal Wallis		

T test ve Anova testleri kullanılmıştır *Mann Whitney U **Kruskal Wallis

Katılımcıların ölçek puanlarının genel sağlık durumları ve sağlık hizmet kullarımlarına göre karşılaştırılması Tablo 9’da görölmektedir.

Sürekli ilaç kullanımı gerektiren bir durumun varlığı açısından bakıldığında alkol kullanımında ($p=0,000$), sigara kullanımında ($p=0,019$), intihar eğiliminde ($p=0,004$) ve madde kullanımında ($p=0,004$) istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmış olup, hepsinde de “evet” grubunun puanları daha yüksekti.

Ailede kronik hastalık veya engellilik durumuna bakıldığında hiçbir alt boyutta istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı.

Sağlık durumu algısına göre değerlendirme yapıldığında; sigara kullanımı, intihar eğilimi, beslenme riski, okul terki alt boyutlarında ve Aile APGAR puanında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı. Sağlık durumunu iyi değil olarak tanımlayan grup intihar eğilimi ($p=0,000$), beslenme riski ($p=0,001$) ve okul terkinde ($p=0,005$) diğer iki gruptan da (iyi, çok iyi) daha yüksek puan alırken, sigara kullanımında ($p=0,05$) sadece “iyi” grubuna göre daha yüksek puan almıştı. Aile APGAR değerlendirmesinde ise sağlık durumunu hem çok iyi hem de iyi olarak tanımlayanlar, iyi değil olarak tanımlayanlara göre daha yüksek puan almışlardı ($p=0,000$).

En son hekim kontrolüne gitme zamanı açısından bakıldığında; alkol kullanımı, intihar eğilimi ve Aile APGAR puanında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı. Alkol kullanımında “son 1 yıl içinde hekime giden” grup “hiç gitmeyenlere” göre daha yüksek puan alırken ($p=0,037$), intihar eğiliminde ise tam aksine “hiç gitmedim” diyen grup, “son 1 yıl içinde giden” gruba göre daha yüksek puan almıştı ($p=0,031$). Aile APGAR değerlendirmesinde ise son 1 yıl içinde gittim diyen grup, hiç gitmedim diyenlere göre daha yüksek puan almıştı ($p=0,019$).

Kayıtlı aile hekimini tanıyıp tanımama durumuna bakıldığında intihar eğilimi okul terki alt boyutlarında ve Aile APGAR puanında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı. Hem intihar eğilimi ($p=0,002$) hem de okul terkinde ($p=0,006$) “hayır” grubu “evet” grubuna göre daha yüksek puan aldı. Aile APGAR puanında ise tanıyan grup tanımayanlara göre daha yüksek puan almıştı ($p=0,019$).

Sağlık probleminde ilk başvuru noktasında ise sadece sigara kullanımında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmış olup diğer grubu, aile sağlığı merkezi grubuna göre daha yüksek puan almıştı ($p=0,032$).

Ağır travma öyküsünde de gruplar arası istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmış olup, anti-sosyal davranış ($p=0,041$), alkol kullanımı ($p=0,004$), sigara kullanımı ($p=0,000$), intihar eğilimi ($p=0,000$), beslenme riski ($p=0,000$) ve okul terki alt boyutlarında ($p=0,003$), ‘evet’ diyenler ‘hayır’ diyenlere göre daha yüksek puan aldı. Aile APGAR puanında da istatistiksel açıdan anlamlı olarak fark olup hayır diyen grubun puanı evet diyenlere göre daha yüksekti ($p=0,001$).

Tablo 9. Katılımcıların ölçek puanlarının genel sağlık durumları ve sağlık hizmet kullarımlarına göre karşılaştırılması

		Antisosyal davranış	Alkol kullanımı	Sigara kullanımı	İntihar eğilimi	Beslenme	Okul terki	Madde kullanımı	APGAR
Kendinde sürekli ilaç kullanımı gerektiren durum	Evet	16,34±4,99	13,47±6,77	16,49±8,73	31,86±14,36	21,39±7,62	7,43±3,33	10,45±3,52	6,09±3,27
	Hayır	15,78±4,80	11,45±5,02	13,92±7,69	26,65±12,05	20,30±7,12	7,51±3,49	9,69±2,00	6,82±2,80
	p	0,219*	0,000*	0,019	0,004	0,221	0,856	0,004*	0,730
Ailede kronik hast. veya engellilik durumu	Evet	15,19±4,39	11,59±5,01	14,49±8,52	28,02±12,13	20,88±7,43	7,68±3,38	9,64±2,13	6,64±2,82
	Hayır	15,92±5,03	11,73±5,42	14,06±7,47	26,82±12,58	20,18±7,05	7,41±3,51	9,84±2,29	6,79±2,89
	p	0,084*	0,647*	0,529	0,242	0,235	0,340	0,214*	0,514
Sağlık durumu algısı	İyi değil(1)	16,10±4,93	12,11±6,02	15,27±8,69	33,11±13,24	21,97±7,77	8,20±3,75	10,07±2,93	5,84±3,05
	İyi(2)	15,58±4,59	11,39±4,91	13,51±7,21	25,84±11,78	20,12±6,68	7,29±3,31	9,58±1,67	6,87±2,79
	Çok iyi(3)	15,33±5,17	11,77±5,05	14,40±7,96	22,96±9,93	19,16±7,19	7,09±3,33	9,83±2,28	7,57±2,48
	p	0,184**	0,773**	0,050	0,000	0,001	0,005	0,193**	0,000
	Fark kaynağı			1 - 2	1-2 , 1-3	1-2 , 1-3	1-2 , 1-3		1-2 , 1-3
En son rutin hekim kontrolü tarihi	Hiç gitmedim(1)	15,73±5,11	11,17±4,86	13,53±7,94	29,66±13,61	20,38±7,63	7,98±3,91	9,73±2,16	6,09±3,09
	2 yıl ve daha uzun süre içinde(2)	15,43±4,55	11,54±5,70	13,88±7,33	27,68±13,14	20,70±7,19	7,37±3,38	9,72±1,96	6,84±2,75
	Son 1 yıl içinde(3)	15,72±4,83	11,88±5,27	14,52±7,97	26,36±11,74	20,35±7,05	7,39±3,34	9,80±2,34	6,91±2,80
	p	0,838**	0,037**	0,414	0,031	0,895	0,233	0,529**	0,019
	Fark kaynağı		1 - 3		1- 3				1- 3
Kayıtlı Aile Hekimini tanıma durumu	Evet	15,51±4,69	11,64±5,16	13,96±7,64	26,54±12,01	20,17±7,10	7,31±3,29	9,68±2,00	6,92±2,77
	Hayır	16,44±5,39	11,86±5,81	15,41±8,70	30,53±13,81	21,60±7,49	8,44±4,08	10,23±3,09	5,87±3,13
	p	0,118*	0,776*	0,102	0,002	0,066	0,006	0,081*	0,000
Sağlık probleminde ilk başvuru noktası	Aile Sağlığı Merkezi	15,91±5,40	11,51±5,17	13,44±7,31	26,89±11,79	20,41±7,37	7,48±3,39	9,63±1,81	6,55±2,89
	Diğer	15,50±4,38	11,80±5,36	14,76±8,18	27,48±12,87	20,43±7,06	7,52±3,52	9,87±2,49	6,87±2,84
	p	0,819*	0,344*	0,032	0,547	0,963	0,871	0,188*	0,165
Ağır Travma Öyküsü	Evet	16,03±4,59	12,48±6,07	15,84±8,57	30,66±13,18	21,71±7,20	8,05±3,76	10,07±2,76	6,22±3,15
	Hayır	15,46±4,95	11,21±4,69	13,26±7,24	25,23±11,52	19,67±7,08	7,19±3,24	9,60±1,84	7,04±2,64
	p	0,041*	0,004*	0,000	0,000	0,000	0,003	0,054*	0,001

T test ve Anova testleri kullanılmıştır, * Mann Whitney U **Kruskal Wallis

Tablo 10. Katılımcıların Aile APGAR gruplarına göre riskli davranış puanlarının karşılaştırılması

	Aile APGAR Ölçeği Grupları			
	Düşük	Orta	Yüksek	p
Antisosyal Davranış	17,39±4,93	16,45±5,18	14,81±4,40	0,000
Alkol Kullanımı	13,32±6,43	11,94±5,88	11,13±4,47	0,003
Sigara Kullanımı	16,72±9,19	14,25±7,93	13,56±7,32	0,002
İntihar Eğilimi	38,78±13,41	29,37±12,68	23,17±9,63	0,000
Beslenme	23,75±7,78	20,93±6,91	19,30±6,89	0,000
Okul Terki	8,79±4,02	8,13±3,55	6,84±3,11	0,000
Madde Kullanımı	10,34±2,69	9,92±2,45	9,55±1,95	0,011
Güvenli Cinsel Davranışlar	8,13±2,78	7,52±2,88	8,38±2,34	0,283
Güvenli Trafik Davranışları	10,14±3,66	11,46±3,44	12,50±2,86	0,006

Aile APGAR Ölçeğine göre düşük, orta, yüksek grupların riskli davranış puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu, aile APGAR düzeyi azaldıkça tüm riskli davranış puanlarında artış olduğu saptandı (Tablo 10). Aile APGAR'ı düşük, orta ve yüksek olan grupların puanları sırasıyla güvenli cinsel davranışlarda (N=120) 8,13±2,78 (N=23), 7,52±2,88 (N=38), 8,38±2,34 (N=59) (p=0,283), güvenli trafik davranışları (N=158) ise 10,14±3,66 (N=21), 11,46±3,44 (N=92) ve 12,50±2,86 (N=92) (p=0,006)dı. Ancak bu ifadeler riskli davranışlar ölçeğindeki aksine olumlu olduğu için, alınan puan arttıkça riskin azaldığı kabul edildi.

5. TARTIŞMA

Yaş ortalaması $20,86 \pm 3,35$ (18- 57) yıl olan 648 katılımcının %59,1'i i kadın olup %81'i çekirdek aile yapısına sahiptir ve %48,9'u ailesiyle yaşamaktadır. Katılımcıların yaklaşık yarısının anne ve baba eğitim durumu lise ve altı düzeyinde olup %57,7'si orta gelir düzeyine sahip olduğunu bildirmiştir.

5.1. Katılımcıların Riskli Davranış Ölçeği ve Aile APGAR Ölçeği Puanları

Katılımcıların riskli davranış ölçeği alt boyut puan ortalamalarına bakıldığında; anti-sosyal davranışlarda $15,67 \pm 4,83$, alkol kullanımında $11,68 \pm 5,28$, sigara kullanımında $14,21 \pm 7,85$, intihar eğiliminde $27,24 \pm 12,43$, beslenme alışkanlıklarında $20,42 \pm 7,18$, okul terkinde $7,50 \pm 3,47$, madde kullanımında ise $9,77 \pm 2,23$ 'tü. Ortalamalar, her bir alt boyuttan alınabilecek en düşük ve en yüksek puanlara göre değerlendirildiğinde; özellikle intihar eğilimi ve beslenme alışkanlıkları ortalamalarının diğerlerine nazaran belirgin olarak en yüksek değerlerine daha yakın oldukları göze çarpmaktaydı. Diğer alt boyut puanları alınabilecek en düşük değerlere yakın olmasına rağmen, belli riskli davranışların sıklığına bakıldığında ülkemizdeki yakın yaş grubundaki gençlere göre daha yüksek oldukları görülmekteydi. Aynı ölçek kullanılarak üniversitemize daha önce yapılan 2 çalışmaya ulaşılmıştır. Çinçik ve ark'larının üniversitemizde 2019 yılında yaptığı çalışmada riskli davranış alt boyut puan ortalamaları; anti-sosyal davranışlarda $16,70 \pm 4,83$, alkol kullanımında $12,74 \pm 6,14$, sigara kullanımında $14,60 \pm 7,88$, intihar eğiliminde $25,41 \pm 8,51$, beslenme alışkanlıklarında $19,88 \pm 6,09$, okul terkinde $7,67 \pm 3,32$, madde kullanımında ise $10,44 \pm 4,26$ olup, bizim çalışmamızla karşılaştırıldığında intihar eğilimi ve veslenme riski haricindeki bütün alt boyutlarda puanların daha yüksek olduğu görülmektedir.¹⁴ Yine üniversitemizde, Fırat ve arkadaşlarının 2015 yılında yaptığı çalışmada ise puan ortalamaları cinsiyetlere göre ayrı ayrı verilmiş olup bu yüzden karşılaştırma yapılamamıştır.¹³

Ülkemizde lise mezunu bireylerin sigara kullanım oranı %43'tür.⁷⁶ Tüm katılımcılarımızın lise mezunu olduğunu değerlendirirsek, bizim çalışmamızdaki sigara kullanım oranı ise %30'du. Her ne kadar genelden düşük olsa da yaş ortalaması $20,86 \pm 3,35$ (18-57) olan bir grup için bu göz ardı edilemeyecek bir orandı. Ayrıca

ülkemizde ki 15-24 yaş arası sigara kullanım oranının %20 olduğu düşünülürse durumun ciddiyeti daha iyi anlaşılmaktadır.⁷⁵

Madde kullanımına bakıldığında ise yine benzer bir durum söz konusuydu. Ülkemizde 15-24 yaş arası gençlerde herhangi bir bağımlılık yapıcı maddenin yaşam boyu kullanım yaygınlığı %2,9 iken, bizim çalışmamızda bu değer %5,8'di.⁹²

'Sağlıklı beslenme konusunda yeterli bilgiye sahip değilim' ifadesine katılımcıların %70,8'inin hiçbir zaman-nadiren yanıtı vermesine, yani çoğunluğu sağlıklı beslenme konusunda yeterli bilgiye sahip olduğunu düşünmesine rağmen, 'satin aldığım yiyeceklerin sağlıklı olmasından ziyade lezzetli olmasına önem veririm' ifadesine %35,6'sının, 'yediklerimin bende oluşturabileceği sağlık sorunlarını önemsemem' ifadesine %13,2'sinin her zaman-genellikle yanıtı verdiği belirlendi. Öğrencilerin yaklaşık dörtte üçünün yeterli sağlıklı beslenme bilgisine sahip olduğunu düşünmesine rağmen üçte birinin bunu güncel hayatında uygulamadığı, çoğunluğunun tükettikleri yiyeceklerin sağlık açısından niteliğini önemsemediği görülmekteydi. Bu durumun, sağlıklı beslenme konusundaki bilgilerin içselleştirilmemesi, yüzeysel kalması ve uzun vadedeki öneminin gençlere doğru şekilde aktarılmamasından kaynaklı olduğu düşünülebilir.

'Okuldan ayrılıp bir an önce işte çalışmaya başlamak istediğim olur' ve 'İyi bir iş bulduğumda okulu bırakmaktan çekinmem' ifadelerine her zaman/genellikle cevabını verenlerin oranı sırasıyla %21,6 ve %16,6 idi. Katılımcıların %17,1'i kendilerini çoğu zaman değersiz hissettiklerini, %27,8'i çoğu zaman hayattan bıkmış olduğunu bildirdi. 'Geleceğe ilişkin hedeflerimi gerçekleştiremeyeceğimi düşünüyorum' ifadesine her zaman/genellikle cevabını verenlerin oranı ise %18,8'di. Bu durumun üniversiteye uyum sürecinde yaşanan zorluklar yanı sıra mevcut pandemi koşulları ve bunun sosyoekonomik sonuçlarıyla ilişkili olduğu düşünülebilir.

Katılımcıların Aile APGAR Ölçeği puan ortalaması $6,74 \pm 2,86$ (0-10) olarak hesaplandı. Aile APGAR ölçeğinin değerlendirmesinin 7-10 puan yüksek, 4-6 puan orta, 0-3 puan düşük olarak yapıldığı göz önünde bulundurulursa; ortalama puanın orta-yüksek sınırında olduğu görülmekteydi. Puan toplamaları ölçek sınıflamasına göre incelendiğinde katılımcıların %55,7'sinin yüksek, %30,2'sinin orta %14,1'inin düşük düzeyde aile fonksiyonlarına sahip oldukları bulundu.

5.2. Katılımcıların Sosyodemografik Özelliklerine, Genel Sağlık Durumlarına, Sağlık Hizmet Kullanım Durumlarına göre Riskli Davranış Ölçeği ve Aile APGAR Ölçeği Puanlarının karşılaştırılması

Araştırmamızda erkeklerin kadınlara göre anti-sosyal davranış, alkol kullanımı, sigara kullanımı, okul terki ve madde kullanımı riski puanları istatistiksel açıdan anlamlı olarak daha yüksek bulunmuş iken intihar eğilimi ve beslenme alışkanlıkları riskini ölçen alt boyutlarda böyle bir fark saptanmamıştır. Bu konudaki aynı ölçekle ülkemizde yapılan diğer çalışmalar incelendiğinde de benzer sonuçlara rastlanmaktadır. Çiçek ve arkadaşlarının 2021 yılında Çukurova Üniversitesinde Aile Hekimliği polikliniklerine başvuran öğrencilerde yaptıkları çalışmada yine aynı alt boyutlarda erkeklerin kadınlara göre daha fazla risk altında olduğu saptanmıştır.¹⁴ Fırat ve arkadaşlarının 2016 yılında yine Çukurova Üniversitesinde okuyan öğrencilerde aynı ölçeği kullanarak yaptıkları çalışmada anti-sosyal, sigara kullanımı, madde kullanımı ve okul terki alt boyutlarında erkeklerin kadınlara göre daha fazla risk altında olduğu saptanırken bizim çalışmamızdan farklı olarak alkol kullanım alt boyutunda cinsiyetler arasında istatistiksel olarak anlamlı herhangi bir fark saptanmamıştır.¹³ Arıkan ve arkadaşlarının 2015 yılında Dumlupınar Üniversitesinde, fakültelerinin ilk ve son sınıflarında eğitim görmekte olan öğrencilerle yaptıkları çalışmada intihar eğilimi hariç diğer bütün boyutlarda erkekler istatistiksel açıdan anlamlı olarak daha fazla risk altında iken, intihar eğiliminde, kızların istatistiksel açıdan anlamlı olarak daha fazla risk altında oldukları saptanmıştır.¹⁸⁴ Hacıoğlu'nun 2017 yılında Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi öğrencilerinde yaptığı çalışmada, yine erkeklerin alkol kullanımı, sigara kullanımı ve beslenme alt boyutlarında kızlara göre istatistiksel açıdan anlamlı olarak daha fazla risk altında oldukları, diğer alt boyutlarda ise farklılık olmadığı saptanmıştır.¹⁸⁵ Tuna'nın 2015 yılında yaptığı çalışmada da; antisosyal davranışlar, alkol kullanımı, sigara kullanımı, beslenme alışkanlıkları, okul terki ve madde kullanımı alt boyutlarında erkekler istatistiksel açıdan anlamlı olarak daha fazla risk altında iken, intihar eğilimi alt boyutunda cinsiyetler arası anlamlı fark saptanmamıştır.¹⁸⁶ ABD'de 2013 yılında farklı sorular kullanılarak, lise öğrencilerin de yapılan bir çalışmada madde kullanımı, cinsel riskli davranışlar, alkollü araç kullanımı ve sigara kullanımı açısından cinsiyetler açısından değerlendirme yapılmış ve erkeklerin bu davranışları daha sık sergilediği saptanmıştır.¹⁸⁷ İsrail'de 2017 yılında yapılan bir çalışmada da riskli

davranışlar; normalden sapma-sapkınlık ve sağlık açısından riskli davranışlar olarak iki ayrı kategoride incelenmiştir. Normalden sapma başlığı altına; şiddet, çalma eylemi ve zarar verme gibi eylemler dahil edilirken, diğer başlığa madde kullanımı, alkollü araç kullanımı ve yakın zamanda trafik cezası alma gibi eylemler dahil edilmiş, her iki başlıkta da erkeklerin kızlara göre istatistiksel olarak anlamlı derecede daha fazla riskli davranışta bulunduğu saptanmıştır.¹⁸⁸ Benzer çalışmalar incelendiğinde; pek çoğunda erkeklerin riskli davranışlara daha eğilimli olduğu görülmektedir.¹⁸⁹⁻¹⁹¹ Özellikle ülkemizde yapılan çalışmalara bakıldığında sonuçlar bizim çalışmamızla paralellik göstermektedir. İntihar eğilimi ve alkol kullanımı gibi belli alt boyutlardaki farklılıkların çalışmaların yapıldığı bölgelerin kültürel yapılarından ve örneklemin büyüklüğü ile farklılığından kaynaklanabileceği düşünülmektedir. Bizim çalışmamızda üniversiteye yeni başlayan öğrenciler incelenirken, diğerlerinin çoğunda genel üniversite popülasyonu incelenmiş, böyle bir ayırım yapılmamıştır. Erkeklerde riskli davranış eğiliminin daha fazla gözlenmesinin nedeni, ülkemiz özelinde bakıldığında cinsiyete yüklenen rollerin ve bireyin bunların üstesinden gelmek veya kendini buna karşı kanıtlamak için oluşturduğu içsel süreçlerden kaynaklandığı, çevresinde de bu örneklerle karşılaşınca bunu bir sorumluluk olarak algıladığı düşünülebilir. Toplumumuzun ataerkil yapısı da göz önünde bulundurulduğunda sigara kullanma, alkol tüketimi, toplumsal normların dışına çıkma vb. davranışlar gençler tarafından bağımsız ve güçlü birer birey olmanın simgesi olarak algılanabilmektedir. Ancak bu yaklaşım dünya genelinde yapılan çalışmalarda da erkeklerin yine daha fazla riskli davranış sergilemesi durumunu tek başına açıklamamaktadır. Bu noktada erkek cinsiyetin nörofizyolojik ve hormonal yapısının, özellikle de testosteron etkisinin, bu davranış paternlerinin oluşmasını kolaylaştırıcı etki yaptığı yorumunda bulunulabilir.^{192,193}

Araştırmamızda; anti-sosyal davranış alt boyutunda ≤ 19 yaş grubunun, ≥ 21 yaş grubuna göre, sigara kullanımı alt boyutunda ise ≥ 21 yaş grubunun, ≤ 19 grubuna göre istatistiksel açıdan anlamlı olarak daha fazla risk altında olduğu saptandı. Okul terkine bakıldığında ise risk ≤ 19 yaş ve 20 yaş grubunda ≥ 21 yaş grubuna göre daha fazlaydı. Diğer alt boyutlarda yaş grupları arasında anlamlı fark tespit edilmedi. Çiçek ve arkadaşlarının 2021 yılında Çukurova Üniversitesinde okuyan öğrencilerde yaptıkları çalışmada gruplar bizim çalışmamızla benzer şekilde ≤ 19 , 20-21 ve ≥ 22 olarak ayrılmış

ve yaşı 22 ve üzerinde olan grubun sigara kullanımı 20-21 yaş grubuna göre istatistiksel açıdan anlamlı olarak daha yüksek bulunurken diğer alt boyutlarda fark saptanmamıştır.¹⁴ Arıkan ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ise fakültelerinde ilk ve son sınıflarda bulunan öğrenciler karşılaştırılmış; sigara kullanımı, alkol kullanımı, anti-sosyal davranış alt boyutlarında son sınıflar, okul terki alt boyutunda ise ilk sınıfların istatistiksel açıdan anlamlı olarak daha fazla risk altında olduğu saptanmıştır.¹⁸⁴ Hacıaloğlu' nun çalışmasında ise riskli davranışlar ile öğrencilerin bulundukları sınıflar arasında, Pıçakçıefe ve arkadaşlarının çalışmasında da yaş ve riskli davranışlar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır.^{185,194} Çiydem'in hemşirelik öğrencilerinde yaptığı çalışmada ise; 1. Sınıf öğrencilerinin antisosyal davranış ve intihar eğilimi risklerinin 2., 3. Ve 4. Sınıflara göre, beslenme riskinin de 3. ve 4. Sınıflara göre istatistiksel açıdan anlamlı olarak daha yüksek olduğu saptanmıştır.¹⁹⁵ Coşkun'un yaptığı çalışmada ise yaşa göre değerlendirme yapıldığında sadece okul terki alt boyutunda 25 yaş üstü öğrencilerin istatistiksel açıdan daha fazla risk altında olduğu saptanmıştır.¹⁹⁶ Ülkemiz dışında yapılan çalışmalara bakılacak olursa; Poscia, Andrea ve arkadaşlarının üniversite öğrencilerinde alkol, madde ve sigara kullanımı üzerine yaptıkları araştırmada alkol ve madde kullanımı ileri yaşlarda daha fazla iken sigara kullanımında fark saptanmamıştır.¹⁹⁷ ABD' de içinde üniversite öğrencilerinin dışında daha ileri yaştaki grupların da dahil edildiği bir çalışmada; şiddet, madde kullanımı, alkollü araç kullanımı vb. durumları sorgulayan RISQ anketi kullanılmış (Risky, Impulsive and Self-Destructive Behavior Questionnaire) ve yaş arttıkça riskli davranışlarında hafif-orta derecede artış gösterdiği saptanmış, bunun da bireylerin büyüdükçe bu davranışlarla karşılaşma ihtimallerinin ve yapabilme imkanlarının (araç kullanabilmek gibi) artmasına bağlı olabileceği düşünülmüştür.¹⁹¹ Wamamili ve arkadaşlarının Avustralya ve Yeni Zelanda da üniversite öğrencilerinde sigara ve elektronik sigara kullanma üzerine yaptıkları araştırmada ise güncel sigara kullanım durumu değerlendirildiğinde 25 yaş ve üstü öğrencilerle 25 yaş ve altı öğrenciler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanamamıştır.¹⁹⁸ 2021 yılında Tayland'da üniversite öğrencilerinde yapılan bir çalışmada 21-22 yaş grubundaki öğrencilerin, 18-20 yaş grubundaki öğrencilere göre daha fazla sigara kullandığı saptanmış ancak o ülkede yakın zaman önce devletin yasal sigara alabilme yaşını yükselttiği ve ulaşılan sonucun bununla ilişkili olabileceği düşünülmüştür.¹⁹⁹

Ülkemizdeki çalışmalara bakıldığında özellikle sigara kullanma riski alt boyutunda çoğu çalışmanın sonuçlarının paralel olduğu ve yaş/sınıf yükseldikçe sigara kullanma riskinin arttığı görülmektedir. Uluslararası çalışmalarda ise sigara kullanımı yaş ilişkisi değişiklik göstermekte özellikle Avrupa ülkeleri ve Yeni Zelanda, Avusturalya gibi Anglo-Sakson ülkelerde üniversite öğrencilerinin yaş/sınıfı ile anlamlı derecede ilişki saptanmadığı, bazı bölgelerde ise yaş ile birlikte sigara kullanımının arttığı görülmektedir. Bu noktada dünyanın farklı ülkelerinde uygulanan sigara ile mücadele kampanyalarının gençler üzerinde etkilerinin farklı olduğu, bazı yerlerde bu kampanyaların daha etkin uygulandığı ya da daha erken başladığı için sonuçlarını vermeye başladığı veya toplumun sigaraya karşı bilinç düzeyinin daha gelişmiş olduğu düşünülebilir. Ülkemizde de bunun gibi çalışmalar daha aktif şekilde sürdürülmelidir. Alkol tüketimi ve madde kullanım alt boyutlarına bakıldığında hem ülkemizdeki hem de diğer yurtdışı kaynaklı çalışmalarda yaş/sınıf ilerledikçe çoğunda riskin arttığı görülmektedir. Bu noktada yaş ilerledikçe gençlerin bunlara ulaşabilme imkanlarının artması ve çevrelerinden daha çok örnekle karşılaşmaları nedeniyle bu davranışlar için altyapının oluştuğu düşünülmektedir. Okul terki alt boyutunda ise, ülkemizde yapılan çalışmalardan Arıkan'ın çalışmasının sonuçları bizim çalışmamızla uyumlu olup, risk ilk sınıflarda/küçük yaşlarda daha fazlaydı diğer çalışmalarda ise anlamlı ilişki yoktu. Öğrencilerin fakültelerini bitirmeye yaklaştıkça okul terki ihtimalinin azalması, beklentiyle de örtüşmektedir. Sadece Coşkun'un çalışmasında 25 yaş üzeri bireylerin okul terki riski anlamlı olarak daha yüksek bulunmuş olup bu durum yaşı ilerleyen gençlerde; okul süresinin uzaması ve başarısının düşmesinin okul terki riskini arttırdığı şeklinde yorumlanmıştır. Bu farklı sonucun örneklemin yaş aralığının bizim çalışmamız ve Arıkan'ın çalışmasına göre daha yüksek olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir. Diğer alt boyutlarda çalışmalara göre çıkan farklı sonuçlar örneklemin çeşidi ve büyüklüğü ile ilişkili olabilir.

Öğrencilerin ikamet ettikleri yere göre bakıldığında; anti-sosyal davranış, alkol kullanımı ve sigara kullanımı alt boyutlarında diğer grubu aile ve yurtda ikamet edenlere göre istatistiksel açıdan anlamlı olarak daha yüksek puan almışlardı. Diğer grubu içerisinde evde tek veya arkadaşlarıyla kalanlar dahil edilmişti. Çiçek ve arkadaşlarının 2021 yılında Çukurova Üniversitesinde okuyan öğrencilerde yaptıkları çalışmada aynı alt boyutlarda evde arkadaş ile kalan grup devlet yurdunda kalanlara göre daha fazla

risk altında iken, evde tek ve arkadaşla kalanların ayrıca alkol kullanımı alt grubunda özel yurttaki kalanlara göre de daha fazla risk altında olduğu tespit edilmiştir.¹⁴ Tuna'nın yaptığı çalışmada katılımcılara “nerede” kaldıklarından yerine “kiminle” kaldıkları sorusu yöneltilmiş ve buna göre alkol kullanımı ve sigara kullanımı alt boyutlarında arkadaşlarıyla ve yalnız kalanların, ailesiyle ve akrabalarıyla kalan gruba göre daha fazla risk altında oldukları, intihar eğilimi alt boyutunda ise arkadaşlarıyla kalanların daha fazla risk altında olduğu saptanmıştır.¹⁸⁶ Hacıoğlu'nun çalışmasında da anti-sosyal davranış ve alkol kullanımı alt boyutlarından alınan puanların evde arkadaşlarıyla ve evde yalnız kalanlarda, ailesiyle ve yurttaki kalanlara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır.¹⁸⁵ Fırat ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ise arkadaşlarıyla birlikte kalanlar, alkol kullanım alt boyutunda aile ve devlet yurdunda kalanlara göre, sigara kullanımı alt boyutunda ise sadece aileleri ile birlikte kalanlara göre istatistiksel açıdan anlamlı olarak daha yüksek puan almışlardır.¹³ Çiydem'in yaptığı çalışmada yalnız yaşayanların; alkol, sigara ve madde alt boyutlarından aldıkları puanlar, ailesiyle, arkadaşlarıyla ve yurttaki kalanlara göre; anti-sosyal davranış riski puanları ise ailesiyle ve yurttaki kalanlara göre istatistiksel açıdan anlamlı olarak daha yüksek saptanmıştır. Aynı çalışmada arkadaşlarıyla kalanların okul terki puanları ailesiyle kalanlara göre istatistiksel açıdan anlamlı olarak daha yüksekti.¹⁹⁵ Pıçakçıefe'nin çalışmasında ise kalınan yer ile riskli davranışların hiçbir alt boyutu arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır.¹⁹⁴ ABD'de 63.555 üniversite öğrencisi üzerinde yapılan bir çalışmada ikamet yerleri kampüs içindeki yurtlar, özel yurtlar, aile ile ikamet ve diğer kampüs dışı barınma alanları olarak ayrılmış, bunlarda alkol kullanımı, tütün kullanımı, marihuana kullanımı, madde kullanımı ve cinsel riskli davranışlar açısından değerlendirilmiş bu riskli davranışların hepsinde “diğer kampüs dışı barınma alanları” grubunda kalanlar “kampüs içi barınma alanları” na göre istatistiksel açıdan anlamlı olarak daha fazla risk altında oldukları saptanmıştır. Bu çalışmada diğer grupların (aile ile, diğer vs.) bire bir karşılaştırmaları ile ilgili sonuçlar verilmemiştir.²⁰⁰ ABD'de yapılan başka bir çalışma da, üniversite öğrencisi olup olmasına bakılmaksızın liseyi bitirdikten sonraki ilk yılında olan gençler alkol kullanımı açısından değerlendirmeye alınmış ve herhangi bir üniversiteye devam edenlerin, özellikle de bunlardan kampüs içinde yaşayanların belirgin olarak alkol kullanımının daha düşük olduğu saptanmıştır. Ancak aynı çalışmada kampüs içinde yaşayıp ailesinden ayrı olanlar, ailesiyle birlikte kalanlara göre

değerlendirildiğinde alkol kullanımı ilk grupta daha fazla bulunmuştur.²⁰¹ Yine ailelerinden uzakta olan üniversite öğrencilerinin daha fazla alkol tükettikleri başka bir çalışmada da gösterilmiştir.²⁰² Alkol tüketimi özelinde bakıldığında, ikamet şeklinin etkisi noktasında ortak bir görüş olmamakla birlikte bundan ziyade yaşanan yerdeki alkol tüketim yaygınlığının, fiyatların düzeyinin, o bölgede yaşayanların alkole bakış açısı gibi lokal farklılıklarına göre öğrencilerin alkol tüketiminin değiştiği noktasında fikir birliği mevcuttur.²⁰³⁻²⁰⁵ Üniversite öğrencilerinin kaldıkları yer ve riskli davranışları ile ilişkili yapılan çalışma hem yurt içi hem de yurt dışı literatürde sınırlıdır. Özellikle yurtdışı kaynaklı çalışmalarda farklı değişkenlerin de çalışılması ve bölgenin çok ayrı bir sosyokültürel yapısının olması, her ne kadar literatürü zenginleştirse de spesifik olarak karşılaştırma yapmayı zorlaştırmaktadır. Ancak, özellikle alkol ve sigara kullanım alt boyutlarında hem bizim çalışmamızda hem de ülkemizdeki diğer çalışmalarda arkadaşlarıyla veya yalnız yaşayanların riskinin ailesiyle veya yurttaki kalanlara göre daha yüksek olduğu gözle çarpılmaktadır. Burada aile otoritesinden uzak olmanın verdiği rahatlıkla gençlerin riskli davranışlara daha fazla yöneldiği sonucu çıkarılabileceği kadar, bunun yanında ekonomik durumun etkisi, özellikle de yurttaki kalanlara göre olan fark düşünüldüğünde göz önüne alınmalıdır. Çünkü ülkemizde her ne kadar öğrenci yurdu sayısı çok yetersiz olsa da bunların büyük bölümünü devlet ve vakıf yurtları oluşturmakta, buralarda kalma hakkını da genellikle ekonomik açıdan ailesinin yetersiz şartlarda olduğunu belgeleyebilen öğrenciler elde etmektedir. Anti-sosyal davranış, intihar eğilimi ve okul terki alt-boyutlarındaki farkların örneklem farklılıklarından kaynaklandığı düşünülmüştür.

Devam edilen bölüme göre yapılan karşılaştırmada anti-sosyal davranış alt boyutunda sağlık bilimleri fakültelerinde okuyanlar, sağlık MYO'da okuyanlara göre istatistiksel açıdan anlamlı olarak daha yüksek puan almışlardı. Alkol kullanım alt boyutunda, sağlık MYO'da okuyan öğrenciler diğer 3 gruptan da istatistiksel açıdan anlamlı olarak daha düşük puan almışlardı. Sigara kullanım alt boyutunda ise MYO grubu diğer üç gruptan anlamlı olarak daha yüksek puan alırken, diğer fakültelerde sağlık bilimleri fakültelerine nazaran daha yüksek puan almıştı. Okul terki alt boyutunda ise diğer fakülte ve diğer MYO'lar sağlık bilimleri fakültelerinden istatistiksel açıdan anlamlı olarak daha yüksek risk altındaydılar. Çiçek ve arkadaşlarının 2021 yılında Çukurova Üniversitesinde okuyan öğrencilerde yaptıkları

çalışmada fakülteler; Fen Bilimleri, Sağlık Bilimleri ve Sosyal Bilimler olarak ayrılmış olup; alkol kullanım riski Fen Bilimlerinde hem Sağlık hem de Sosyal Bilimlere nazaran, sigara kullanımı da sadece Sağlık Bilimlerine nazaran istatistiksel açıdan anlamlı olarak daha yüksek, okul terki riski puanı da Sağlık Bilimlerinde eğitim görenlerde Sosyal Bilimlere nazaran istatistiksel açıdan anlamlı olarak daha düşük saptanmıştır.¹⁴ Özpulat ve Erdem'in yaptığı ancak bizim ölçeklerimizden farklı sorular kullandıkları çalışmada ise Sağlık Meslek Yüksekokulu öğrencileri ve İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi 1. Sınıf öğrencilerinden oluşan bir grupta madde kullanımı, sigara kullanımı, alkol tüketimi, beslenme, egzersiz ve uyku alışkanlıkları üzerine araştırma yapılmış; sigara, nargile, alkol ve madde kullanımında Sağlık Meslek Yüksek Okulundaki öğrencilerin bu alışkanlıklara istatistiksel açıdan anlamlı olarak daha düşük oranda sahip oldukları saptanmıştır.²⁰⁶ Çalışmalar gözden geçirildiğinde alkol ve sigara kullanım alt boyutlarında her üçünde de sağlıkla ilgili bölüm ya da fakültelerin risklerinin daha düşük saptandığı görülmektedir. Bu durumun ilgili alışkanlıkları zararları ile ilgili sağlık ilişkili bölümlerin daha bilinçli olmasından kaynaklandığı düşünülebilir. Yine sağlık bilimleri fakülteleri bizim ile Çiçek ve arkadaşlarının çalışmasında uyumlu ve okul terki alt boyutunda daha düşük risk altında oldukları görülmüştür. Bu sonuçların sağlık ilişkili bölümlerin iş imkanlarının ülkemizde daha yaygın ve fazla olmasıyla ilişkili olabilir.

Çalışmamızda çekirdek aileye sahip bireyler beslenme riski açısından diğer grubuna göre istatistiksel açıdan anlamlı olarak daha yüksek puan alırken, madde kullanım riski alt boyutunda ise tam tersi olarak; diğer grubu çekirdek aile grubuna göre istatistiksel açıdan anlamlı olarak daha yüksek risk altındaydı. Çiydem'in çalışmasında gruplandırma çekirdek aile, geniş aile ve parçalanmış aile olarak yapılmış olup; geniş aileye sahip bireylerin okul terki ve beslenme riski alt boyutlarında çekirdek aileye sahip bireylere göre istatistiksel açıdan anlamlı olarak daha fazla risk altında olduğu saptanırken, diğer alt boyutlarda anlamlı fark saptanmamıştır.¹⁹⁵ Çalışmamızda; diğer çalışmadan ve beklentimizden farklı olarak beslenme riskinin çekirdek aile sahibi bireylerde daha fazla olması, bu gençlerin ailenin korumacı etkisiyle yeterince sorumluluk almamaları ve aileden ayrılınca da beslenme konusunda işlenmiş ve/veya hazır gıdalara daha çok yönelmeleri ile ilişkili olabilir. Yine çekirdek aile sahibi bireylerin ekonomik olarak durumlarının daha iyi olduğu öngörülürse, buda dışarıdan

satın alınan hazır gıdalara ulaşma ve bu riskin artması noktasında katkıda bulunabilir. Çalışmalar arasındaki farklı sonuçların gruplandırma ve örneklem farklılığından kaynaklandığı düşünülmektedir. Ayrıca bizim çalışmamıza katılan bireylerin %80'inden fazlasının çekirdek aileye sahip olması ve bu yüzden sağlıklı bir karşılaştırma yapılamamış olma ihtimali de sonuçlar arasında farklılığın sebeplerinden olabilir.

Anne eğitim durumuna göre yapılan değerlendirmede; annesi üniversite ve üzerinde eğitim almış grup, anti-sosyal davranış, alkol kullanımı ve sigara kullanımı alt boyutlarında hem lise ve altı hem de okula gitmemiş gruptan; madde kullanımı alt boyutunda ise sadece lise ve altı eğitim görmüş gruptan istatistiksel açıdan anlamlı olarak daha yüksek puan almıştı. Hacılioğlu ve Pıçakçıefe'nin çalışmalarına bakıldığında; anne eğitim durumu ile ölçek alt boyutları arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki saptanmamıştır.^{185,194} Oksuz ve Malhan'ın 2005 yılında Başkent Üniversitesinde yaptığı çalışmada, kızlar ve erkekler riskli davranışlar açısından ayrı ayrı değerlendirilmiş olup ebeveynlerinden herhangi birisi en azından lise mezunu olan öğrencilerde alkol kullanımının daha sık olduğu, ancak kız öğrenciler özelinde bakılırsa annesi lise mezunu olanlarda alkol kullanımının daha düşük olduğu, yine annesi lise mezunu olan kız öğrencilerde intihar riskinin daha az olduğu saptanmıştır. Aynı çalışmada annesi üniversite eğitimi almamış öğrencilerde fiziksel kavgaya karışma ve yaralayıcı alet taşıma riskinin almış olanlara göre daha fazla olduğu saptanmıştır.²⁰⁷ Yurtdışı literatür gözden geçirilirse; 2021 yılında Finlandiya'nın Turku kentinde 1177 üniversite öğrencisinin katıldığı bir çalışmada; annesi lisans ve üzeri eğitim almış öğrencilerin, daha altı eğitimli olanlara göre sigara kullanma ihtimalinin 3 kat daha fazla olduğu saptanmıştır.²⁰⁸ 2012 yılında Çin'de, Sağlık Bakanlığının öncülüğünde üniversite öğrencilerinde yapılan ve 52.150 öğrencinin katıldığı bir çalışmada ise anne eğitim seviyesi arttıkça alkol kullanımı oranının arttığı saptanmıştır.²⁰⁹ Çalışmalar incelendiğinde farklı sonuçlar göze çarpmakla birlikte hem bizim çalışmamızda hem de yurtdışı kaynaklı bazı çalışmalarda anne eğitim durumu arttıkça sigara ve alkol tüketiminin arttığı görülmektedir. Anne eğitim seviyesi yükseldikçe riskli davranışların azalması beklense de bu annelerin çoğunluğunun diğerlerine yani daha düşük eğitim seviyesine sahip olanlara göre daha yoğun bir iş temposuna sahip olmaları ve çocuklarına yeterli zaman ayıramadıkları düşünülebilir. Kanada'da lise öğrencileri üzerinde yapılan bir çalışmada annesi çalışmayan öğrencilerde sigara ve madde

kullanım oranlarının çalışanlara göre istatistiksel açıdan anlamlı olarak daha az görüldüğü saptanmıştır.²¹⁰ Ayrıca, yine aynı sebepten bu ailelerde genel olarak ekonomik durumun da daha iyi olduğu düşünülürse çocukların alkol ve sigara gibi ürünlere ulaşımı da daha kolay olacaktır.

Babanın eğitim durumuna göre yapılan değerlendirmede ise, anneninkine benzer olarak, alkol kullanımı ve anti-sosyal riskli davranış alt boyutlarında üniversite ve üzeri eğitim grubunun riski diğer iki gruptan da istatistiksel açıdan anlamlı olarak daha yüksekti. Hacıoğlu'nun çalışmasında baba eğitim düzeyi ile ilişki saptanmamıştı.¹⁸⁵ Pıçakçefe'nin çalışmasında ise bizim çalışmamızla uyumlu olarak alkol kullanım alt boyutunda babası üniversite ve üzeri eğitime sahip öğrenciler, lise ve altı olan gruba göre istatistiksel açıdan anlamlı olarak daha yüksek puan almışlardı.¹⁹⁴ Oksuz ve Malhan'ın 2005 yılında Başkent Üniversitesinde yaptığı çalışmada, kızlar ve erkekler riskli davranışlar açısından ayrı ayrı değerlendirilmiş olup; babası lisenin altı eğitim düzeyinde olan erkeklerde sigara kullanım oranının istatistiksel açıdan anlamlı olarak daha yüksek olduğu saptanmıştır. Yine aynı çalışmada cinsiyet ayrımı yapılmaksızın baba eğitim seviyesi düşük öğrencilerde; madde kullanımı, self mutilasyon (kendine bilinçli zarar verme), emniyet kemersiz araç kullanma ve korunmasız cinsel ilişkide bulunma oranları daha yüksekti.²⁰⁷ Uluslararası literatür tarandığında; üniversite öğrencileri üzerinde babanın eğitim durumu ile ilgili herhangi bir çalışmaya rastlanmazken, 2003 yılında lise öğrencilerinin riskli davranışlarını araştıran bir çalışmada baba eğitim seviyesi yüksek olan gençlerde özellikle alkol kullanımı ve erken yaşta cinsel ilişki davranışının istatistiksel açıdan anlamlı olarak daha az görüldüğü saptanmıştır.²¹⁰ Baba toplumumuzda genellikle çocuklar tarafından anneye nazaran daha otoriter bir figür olarak kabul edilmekte ve alkol tüketimi, sigara kullanımı vb. konularda gençler ilk engel olarak babayı görmektedirler. Çalışmamızda anti-sosyal ve alkol kullanım alt boyutlarında babası üniversite ve üzeri eğitim almış öğrencilerin daha fazla risk altında olmasının nedeni bu eğitim düzeyindeki ebeveynin daha toleransı yaklaşımı kaynaklı olduğu düşünülebilir. Çalışmalar arasındaki farkların özellikle örneklemdeki bireylerin yaşı ve çalışmanın yapıldığı bölgenin farklı sosyokültürel yapılarla sahip olmasıyla ilişkili olduğu düşünülmektedir.

Çalışmamızda aile gelir algısına göre değerlendirme yapıldığında okul terki alt boyutunda aile gelirini düşük olarak tanımlayanlar, orta-yüksek grubuna göre daha fazla

risk altındaydı. Hacıoğlu'nun çalışmasında geliri giderinden az olan grubun puanı; madde kullanımı alt boyutunda geliri giderinden fazla ve geliri giderine eşit olan gruba göre istatistiksel açıdan anlamlı olarak daha yüksek saptanmıştı.¹⁸⁵ Arıkan'ın çalışmasında gelir durumu yeterli ve yetersiz olarak sınıflandırılmış ve gelirini “yeterli” olarak tanımlayan grup anti-sosyal davranışlar, alkol kullanımı, sigara kullanımı, madde kullanımı ve beslenme riski alt boyutlarında istatistiksel açıdan anlamlı olarak daha yüksek puan almıştır.¹⁸⁴ Çiydem'in çalışmasında aile ekonomik düzeyi; iyi, orta ve kötü olarak ayrılmış olup bunu kötü olarak bildiren grubun puanı sigara kullanım alt boyutunda orta olarak bildirenlere göre istatistiksel açıdan anlamlı olarak daha yüksek saptanmıştır.¹⁹⁵ Uluslararası literatür incelendiğinde İtalya'da 2015 yılında yapılan; üniversite öğrencilerinde alkol, sigara ve madde kullanımını sıklığını araştıran bir çalışmada öğrencilerin gelir algısı düşük, orta ve yüksek olarak sınıflandırılmış ve yüksek olarak tanımlanan grupta alkol kullanımının istatistiksel açıdan anlamlı olarak daha yüksek olduğu saptanmıştır.¹⁹⁷ 2003 yılında lise öğrencilerinde yapılan bir çalışmada ekonomik durum belirtilmese de babası işsiz olan öğrencilerin istatistiksel açıdan anlamlı olarak sigara kullanım oranının daha yüksek olduğu saptanmıştır.²¹⁰ Çalışmalar gözden geçirildiğinde özellikle alkol kullanma riski gelir düzeyi arttıkça yükselmekte iken sigara ve madde kullanım riskinde çalışmalara göre farklılıklar gözlenmektedir. Bizim çalışmamızda aile gelir düzeyi düşük olan öğrencilerde sadece okul terki alt boyutunda riskin arttığı görülmekte, bunun da eğitim sürecinin ekonomik külfeti ve gençlerin bir an önce ailelerinin ekonomisine katkı sağlama isteği, ya da en azından “yük olma” kaygısı ile ilişkili olduğu düşünülebilir. Diğer alt boyutlardaki farklı sonuçların örneklem çeşidi ve büyüklüğü ile ilişkili olduğu düşünülmektedir.

Çalışmamızda katılımcılara “son 2 yıl içinde hayatınızı etkileyen ciddi bir olay (tutukluluk göç, yargılanma, vefat vs.) yaşadınız mı?” sorusu yöneltilmiş ve buna “evet” cevabını veren grupta anti-sosyal davranış, alkol kullanımı, sigara kullanımı, intihar eğilimi, beslenme riski ve okul terki alt boyutlarından istatistiksel açıdan anlamlı olarak daha fazla puan almışlardır. Coşkun'un çalışmasında bu kategori şiddete maruz kalma, ruhsal travma, kaza geçirme öyküsü ve kayıp olarak 4'e ayrılmış olup sadece kaza geçirme öyküsü olan öğrenciler de sigara kullanımı ve okul terki alt boyutlarında istatistiksel açıdan anlamlı olarak yüksek puan almışlardır.¹⁹⁶ ABD'de 2018 yılında üniversite öğrencilerinde yapılan bir çalışmada DSM-5 kriterlerine göre travmatik

olaylar (ruhsal veya fiziksel olarak hayatı tehdit edici durumlar, afetler, kazalar veya cinsel-fiziksel şiddete maruz kalma, kayıp vb.) ile RSQ soru formu (Risky Behavior Questionnaire (RBQ; Weiss et al., 2016)) ile taranan riskli davranışlar arasındaki ilişki araştırılmış, bu durumun tek başına riskli davranışta bulunma ile anlamlı olarak ilişkili olabileceği saptanmıştır. Ancak bu çalışmada olayın geçirilme zamanı ile ilgili herhangi bir bilgi verilmediğini belirtmek gereklidir.²¹¹ Yine ABD’de 2016 yılında üniversite öğrencilerinde yapılan başka bir çalışmada katılımcılara son 12 ay içinde fiziksel şiddet, kaza ve cinsel olarak travmatik potansiyel taşıyan bir olay yaşayıp yaşamadıkları sorulmuş ve bununla riskli cinsel davranışlar arasındaki ilişki incelenmiş olup fiziksel ve cinsel olarak travmatik potansiyel taşıyan olaylar yaşayanlarda cinsel riskli davranışlarla istatistiksel açıdan anlamlı olarak pozitif yönlü ilişki saptanırken, kaza olarak travmatik potansiyel taşıyan olaylarla ilişki saptanmamıştır.²¹² ABD’ de 2008 yılında üniversite öğrencilerinde yapılan başka bir çalışmada son bir ay içinde DSM-4 kriterlerine göre post-travmatik stres bulgusu olup olmaması durumu PCL (The PTSD Checklist, Weathers et al. 1993) likert ölçeği skoru ile değerlendirilmiş ve bu skorla alkol, sigara ve madde kullanımı arasındaki ilişki araştırılmıştır. Her üç riskli davranış sıklığı ile PCL skorları arasında istatistiksel açıdan anlamlı pozitif yönlü ilişki saptanmıştır.²¹³ Mevcut çalışmalara bakıldığında, geçirilen travmatik olaylarla riskli davranışlara yatkınlık arasında ilişki olduğu sonucuna varılabilir. Bizim çalışmamızda evet cevabını verenlerde madde kullanımı haricinde diğer alt boyutların tümünde anlamlı ilişki bulunması, sorumuzun çok geniş bir alanı kapsaması ilişkili olduğu düşünülmektedir, ciddi olumsuz bir olay yaşamamanın insanları etkilediği ve rahatlama veya kaçış gibi amaçlarla riskli davranış gibi farklı alanlara yönelim olması her ne kadar sürpriz olmasa da ‘travmatik olaylar’ gibi pek çok duruma karşılık gelen bir kavramın alt başlıklarının spesifik olarak sorgulanması ve buna göre değerlendirme yapılması daha doğru ve faydalı bilgilere ulaşmayı sağlayacaktır.

Çalışmamızda son 2 yıl içinde hayatlarını etkileyen ciddi bir olay (tutukluluk göç, yargılanma, vefat vs.) yaşayıp yaşamama durumuna göre riskli davranışların yanında Aile APGAR puanında da gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı ölçüde fark saptandı. Buna göre yaşamayanların Aile APGAR puanı yaşayanlara göre daha yüksekti. Bu noktada, aynı durumun tıpkı riskli davranışlarla ilişkisinde de tartışıldığı gibi olayın niteliği önem arz etmektedir. Ancak yorumlamak gerekirse çalışmamıza

katılan yaş grubundaki gençlerin özellikle de travmatik olay olarak tanımladıkları durumların önemli bir kısmının aile ile ilgili olduğu akla gelmektedir. Sosyal destek olarak değerlendirilebilecek olan; sevgi gösterme, belli konularda tavsiye verme ve bakım sağlama gibi aile ilişkileri psikososyal, davranışsal ve fizyolojik yollarla bireyin sağlığına olumlu yönde etki ederken, aile içi anlaşmazlık ve tartışmalar bireye aksi yönde etki etmektedir.¹⁷³ Buna göre yaşanmış ciddi travmatik olayların aile içi ilişkileri olumsuz yönde etkilediği, ebeveynlerin vaktinin önemli bir kısmını bu durum için harcadığı ve çocuklarıyla yeteri kadar ilgilenemediği yorumunda bulunulabilir. Ayrıca bu tip olayların ortaya çıkmasından ebeveynlerden biri ya da her ikisi de sorumlu ise, bu durumun çocukları onlardan uzaklaştırdığı düşünülebilir. Ancak şunu yine belirtmek gereklidir ki ‘travmatik olaylar’ gibi pek çok duruma karşılık gelen bir kavramın alt başlıklarının spesifik olarak sorgulanması ve buna göre değerlendirme yapılması daha doğru ve faydalı bilgilere ulaşmayı sağlayacaktır.

Sürekli ilaç kullanımı gerektiren, hekim tarafından tanı koyulmuş bir hastalık ve/veya engellilik durumu olup olmasına göre yapılan değerlendirmede ise evet diyen grupta alkol kullanımı, sigara kullanımı, intihar eğilimi ve madde kullanım alt boyutlarındaki riskler istatistiksel açıdan anlamlı olarak yüksek bulunmuştur. Çiydem’in çalışmasında öğrencilere fiziksel ve psikiyatrik hastalığa sahip olup olmadıkları sorulmuş, fiziksel hastalığı bulunan gençlerde intihar ve beslenme riski alt boyutlarında, psikiyatrik hastalığı bulunanlarda ise alkol kullanımı, sigara kullanımı, intihar eğilimi, okul terki ve madde kullanımı alt boyutlarında istatistiksel olarak pozitif yönlü anlamlı ilişki saptanmıştır.¹⁹⁵ ABD’ de 2018 yılında yapılan bir çalışmada üniversite öğrencilerinde mental rahatsızlık ile riskli sağlık davranışları arasındaki ilişki incelenmiş, hekim tarafından tanısı koyulmuş mental rahatsızlığı bulunan öğrencilerde alkol, sigara ve marihuana kullanımının olmayanlara göre istatistiksel açıdan anlamlı derecede daha fazla olduğu saptanmıştır.²¹⁴ İsviçre’de 2008 yılında yaşları 16-20 arasında değişen gençlerin katıldığı bir çalışmada kronik bir rahatsızlığa sahip olma ile sigara, alkol, madde kullanımı, erken yaşta cinsel ilişki, yeme bozukluğu, anti-sosyal ve şiddet gibi riskli davranışlar arasındaki ilişki araştırılmış olup, kronik rahatsızlığa sahip olanlarda şiddet, anti-sosyal davranışlar, sigara kullanımı ve madde kullanımı oranı istatistiksel açıdan anlamlı olarak daha yüksek bulunmuş, ayrıca bu gençlerde yukarıda sayılan riskli davranış gruplarından üç ve daha fazlasının birlikte bulunma olasılığının

daha fazla olduğu saptanmıştır.²¹⁵ ABD’de 2010 yılında yayınlanan ve lise öğrencilerinde yapılan başka bir çalışmada kronik sağlık sorunu olan gençlerde; depresif bulgular ve özgüven eksikliğinin daha fazla olduğu gösterilmiştir. Yine aynı çalışmada bu gençlerde intihar düşüncesi, intihar teşebbüsü, sigara, marihuana ve madde kullanımı da olmayanlara göre istatistiksel açıdan anlamlı olarak yüksek saptanırken, alkol kullanımında anlamlı fark gözlenmemiştir.²¹⁶ İsviçre’de 2018 yılında yayınlanan başka bir çalışmada riskli davranışlar internalize (anksiyete, depresyon, sosyal geri çekilme vs.) ve eksternalize (madde kullanımı, alkol tüketimi, sigara kullanımı, şiddet, anti-sosyal davranışlar vs.) olarak ayrılmış, yaşı 15-24 arasında değişen gençlerde yapılan çalışmada kronik sağlık problemi olanlarda internalize riskli davranışların istatistiksel açıdan anlamlı olarak yüksek olduğu saptanırken eksternalize riskli davranışlarla ilişki saptanmamıştır. Ancak aynı çalışmada internalize riskli davranışların eksternalize olanlar için altyapı hazırladığına da vurgu yapılmıştır.²¹⁷ Yeni Zelanda’da 2018 yılında üniversite öğrencilerinde yapılan bir çalışmada da mental sağlık problemi öyküsü olanlarda sigara ve elektronik sigara kullanımının istatistiksel açıdan anlamlı olarak daha yüksek olduğu saptanmıştır.²¹⁸ Bizim çalışmamızla aynı ölçeği kullanan Çiydem’in çalışmasında fiziksel ve/veya psikiyatrik hastalığı olan bireylerde; intihar, alkol kullanımı, sigara kullanımı ve madde kullanımı alt boyutlarındaki sonuçlar bizim çalışmamızla uyumlu iken, okul terki ve beslenme riski alt boyutlarında bizim çalışmamızda anlamlı fark saptanamamıştır. Bu farklılığın örneklem kaynaklı olduğu düşünölmektedir. Yurtdışı literatürdeki verilen benzer çalışmaların sonuçlarına bakıldığında da intihar düşüncesi, sigara kullanımı, alkol tüketimi ve madde kullanımı gibi alanlarda yakın sonuçlara rastlanmaktadır. Kronik sağlık problemi kaynaklı olarak gençlerde olumsuz düşünceler oluşmaktadır, bunların riski sağlık davranışlarını tetikleyici etki yarattığı bu noktada ilk olarak düşünölebilir. Ancak buna ek olarak farklı kültürlerde özellikle psikiyatrik hastalıklarda kısmen de fiziksel hastalıklarda alkol, sigara veya madde kullanımının faydalı olacağına dair yanlış inançların da bu duruma etkisi olabilir.

Çalışmamızda ailesinde kronik hastalık veya engellilik durumu olan bireylerde riskli davranışlar ölçeğinin hiçbir alt boyutunda istatistiksel olarak anlamlı sonuç saptanmamıştır. Çiydem’in çalışmasında da babada fiziksel veya psikiyatrik bir hastalık olan öğrencilerde sadece sigara kullanım alt boyutundaki puanları istatistiksel açıdan

anlamalı olarak daha yüksektir.¹⁹⁵ Bu konuda aile bireylerindeki kronik hastalık ve engelliliğin varlığının yanında kişinin yaşamına etkisinin de (bakım gerektirme, çalışmasına mani olma durumu vs) sorgulanmasının ve buna göre değerlendirme yapılmasının daha faydalı bilgiler sağlayacağı düşünülmektedir.

Öğrencilerin sağlık algısına göre yapılan değerlendirmede ise; sağlık durumunu “iyi değil” olarak tanımlayan grubun intihar eğilimi, beslenme riski ve okul terki alt boyutlarından aldıkları puanlar iyi ve çok iyi olarak tanımlayanlara göre, sigara kullanımında ise sadece iyi olarak tanımlayanlara göre istatistiksel açıdan anlamalı olarak daha yüksekti. İspanya’da 2021 yılında üniversiteye yeni başlayan öğrencilerde yapılan benzer bir çalışmada sağlık algısı ile alkol tüketimi, sigara, madde kullanımı, problemli internet kullanımı, cinsel riskli davranışlar, aile fonksiyonu, mental sağlık problemi riski ve yeme bozukluğu riski arasındaki ilişki değerlendirilmiştir. Bu çalışmada sağlık durumunu iyi veya zayıf olarak tanımlayan öğrenciler arasında madde kullanımı, problemli internet kullanımı, aile disfonksiyonu ve yeme bozuklukları arasında ilişki saptanmıştır.²¹⁹ Yapılan literatür taramasında bu konuda üniversite öğrencileri ya da yakın yaş gruplarındaki diğer bireylerde yapılan başka bir çalışmaya rastlanmamıştır. Ancak yine bizim çalışmamızda bulunan kronik sağlık problemi olup olmaması durumu ile bu konunun bire bir örtüşmesine de yakın olarak değerlendirilebileceği düşünülmektedir. Sağlık durumu algısını nispeten daha düşük seviyede olan gençlerde intihar eğilimi ve okul terki alt boyutlarında daha yüksek risk olması bu gençlerin uzun vadede de bu durumlarının devam edeceğini düşünmesi ve gelecekte umutsuz olmalarıyla ilişkili olabilir. Sigara kullanımı ve beslenme alt boyutlarındaki riskin yüksek olması da benzer şekilde “sağlığım zaten düzelmeyecek”, “bundan daha kötü olamaz” gibi düşünce hataları ve bu konuda bilgi eksikliği ile ilişkili olabilir. Bu konuda sağlık algısının iyi olmamasının yanında bunun hangi sebepten (kronik hastalık, ekonomik durum, bilgi eksikliği, ailesel nedenler vs.) kaynaklandığının da sorgulanmasının daha faydalı olacağı düşünülmektedir.

Çalışmamızda sağlık durumu algısına göre riskli davranışların yanında Aile APGAR puanında da gruplar arasında istatistiksel olarak anlamalı ölçüde fark saptandı. Sağlık durumunu çok iyi ve iyi olarak tanımlayanlar iyi değil olarak tanımlayanlara göre daha yüksek puan almışlardı yani aile fonksiyonları daha iyi düzeydeydi. Sümen ve arkadaşlarının 2017 yılında yayınlanan, ülkemizde lise öğrencilerinin sağlıklı yaşam

biçimlerini etkileyen faktörleri araştıran 11 makale üzerinde yaptıkları sistematik derleme çalışmasında değerlendirilen diğer pek çok faktörle birlikte ‘iyi aile ilişkileri’ nin etkileri de incelenmiş ve bunun gençlerin sağlıklı yaşam biçimi üzerine olumlu etkisi olduğu saptanmıştır.²²⁰ Aile ilişkileri bireyin iyilik hali üzerinde ciddi etkiye sahiptir.¹⁷¹ Sağlık durumu algısının da hem mental hem de fiziksel olarak bu iyilik halinin bir yansıması olduğu düşünülürse aile ilişkileri iyi seviyede olan bireylerde bunun da yüksek olması beklenecektir. Her ne kadar çalışmamızda sağlık durumu algısına göre Aile APGAR düzeyi değerlendirilmiş olsa da elde edilen bu bulguları karşılıklı etkileşimin bir sonucu olarak yorumlamak daha doğru olacaktır. Ailenin çocuklarına olan ilgisi arttıkça hem belli olumsuzlukların önüne geçildiği hem de mevcut olanlara karşı daha etkin mücadele edildiği düşünülmektedir. Yine çalışmamızın konusu ile ilişkili bir örnek vermek gerekirse; ilgili olan, çocuklarının düşüncelerine değer veren ebeveynler çocuklarının madde kullanımı veya sigara kullanımını çok daha erken dönemde fark edecekler bunlara karşı önlemleri erken dönemde alacaklardır. Ayrıca aile gençlerdeki belli problemlerin farkına varamasa bile, ebeveynleri ile iyi seviyede ilişkileri olan gençlerin cinsellik gibi toplumumuzda tabu olarak görülen konularda dahi aileleri ile daha rahatça konuşabilecekleri, bu konuda bilgi alışverişi yapabilecekleri dolayısıyla da belli risklerden korunabilecekleri ve daha sağlıklı olacakları düşünülmektedir.

En son rutin hekim kontrolüne göre değerlendirme; son “1 yıl içinde”, “2 yıl ve daha fazla” ve “hiç gitmedim” seçenekleri arasında yapılmış olup alkol kullanım alt boyutunda son 1 yıl içinde hekim başvurusu yapan grup, hiç gitmeyen gruba göre istatistiksel açıdan anlamlı olarak daha yüksek puan alırken, intihar riski alt boyutunda ise hiç gitmedim diyen grup son 1 yıl içinde gitmiş olan gruba göre istatistiksel açıdan anlamlı olarak daha yüksek puan almıştı. Diğer riskli davranış alt boyutlarında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı. Literatür incelemesinde üniversite öğrencilerinde ya da yakın yaş grubundaki gençlerde bu alanda yapılan bir çalışmaya rastlanmamış olup hipotetik açıdan beklentimiz, rutin; yani herhangi bir sağlık problemi olmasa da kontrol ve/veya koruyucu hekimlik için daha sık hekime başvuran grupta riskli davranış oranının daha düşük olmasıydı. İntihar eğilimi alt boyutunda elde edilen sonuçlar bununla uyumlu iken alkol tüketiminde tam tersiydi. İntihar eğiliminin daha düşük olması sağlığına dikkat eden gençlerin hayata bağlılıklarının daha yüksek olması

ve rutin kontrollerde aile hekimleri, psikiyatristler gibi sosyal boyutu ciddi önem arz eden alanlar başta olmak üzere tüm hekimlerle yaptıkları motivasyonel görüşmeler, sağlıklı yaşam önerileri vb. süreçler sonucunda problem çözme becerilerinin gelişmiş olmasından kaynaklı olabilir. Ayrıca bu bireylerin sağlıklı yaşamaya daha fazla önem verdiğini varsayarsak belli rahatsızlıklarla daha az sıklıkta karşılaşacakları dolayısıyla da bunların negatif psikolojik etkilerinden korunacakları ve intihar gibi olumsuz düşüncelerden uzaklaşabilecekleri yorumunda bulunulabilir. Alkol tüketimi alt boyutunda beklenti dışında saptanan sonuç, tüketim miktarının farklılığından kaynaklı olabilir, nihayetinde sosyal içicilik kavramı göz önünde bulundurulmalıdır. Sosyal içicilikte alkol tüketimi sağlık açısından bir risk teşkil etmez ve bu bireyler alkolün zararlı etkilerine maruz kalmazlar. Bu konuda riskli davranışların diğer türleri ve alkol tüketimini de derecelendiren çalışmalara ihtiyaç olduğu düşünülmektedir.

Çalışmamızda en son rutin hekim kontrolüne gitme zamanına göre yapılan değerlendirmede gruplar arasında riskli davranışların yanında Aile APGAR puanında da gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı ölçüde fark saptandı. Son 1 yıl içinde gittim diyen grup hiç gitmedim diyenlere göre daha yüksek puan aldı. Yapılan literatür taramasında üniversite öğrencilerinde bu konuda yapılan bir çalışmaya rastlanmamıştır ancak aile içi yakınlık sayesinde bir aile bireyinin davranışı diğerini olumlu yönde değiştirebilir. Bu sayede birbirlerini güçlendirerek ve bilgi paylaşımı yaparak, daha sağlıklı yaşamalarını ve bu alanda hizmet veren servislerden daha etkin olarak faydalanmalarını sağlayabilirler.¹⁷⁴ Sağlık algısına göre yapılan değerlendirmede de olduğu gibi bu noktadaki etkileşiminde tek taraflıdan ziyade karşılıklı olduğu düşünülmektedir. Aile fonksiyonu yüksek olan gençlerin beslenme, spor vb. gibi sağlığı etkileyen pek çok faktörden biri olan hekim kontrollerine de daha düzenli gittikleri yorumunda bulunulabilir.

Kayıtlı bulundukları aile hekimlerini tanıyıp tanımama durumuna göre yapılan araştırmada ise, tanımayan katılımcıların hem intihar eğilimi hem de okul terki alt boyutlarında istatistiksel açıdan anlamlı olarak daha fazla risk altında oldukları saptanmıştır. Literatür incelemesinde üniversite öğrencilerinde ya da yakın yaş grubundaki gençlerde bu alanda yapılan bir çalışmaya rastlanmamış olup hipotetik açıdan beklentimiz, aile hekimini tanıyan grupta riskli davranış oranının daha düşük olmasıydı. İntihar eğilimi ve okul terki alt boyutlarında sonuçlar beklentimizle uyumlu

iken, diğer alt boyutlarda istatistiksel açıdan anlamlı olarak fark saptanmamıştı. Aile Hekimleri, uygun ve etkili girişimlerle sağlık ve iyilik durumunu geliştirirler, bu girişimler temel olarak koruyucu sağlık hizmetleridir.¹⁷⁷ Verilen bu koruyucu hizmetler sadece tıbbi konularda değil; trafik güvenliği ya da anti-sosyal davranışların önlenmesi gibi çok geniş bir alanı içermektedir. Aile hekimleri bireyin sağlık sistemiyle ilk temas noktasını oluştururlar, hizmet almak isteyenlere açık ve sınırsız bir giriş sağlarlar, yaş cinsiyet ya da kişinin başka herhangi bir özelliğine bakmaksızın tüm sağlık sorunlarını değerlendirirler. Bu esnada gençler; fiziksel, ruhsal, toplumsal, kültürel ve varoluşsal boyutlarıyla bir bütün olarak değerlendirilir.¹⁷⁷ Bu sayede gençlerin riskli davranışlara yatkınlığı ve bu davranışların gelişmesine neden olan faktörler çok daha geniş bir perspektiften ele alınabilir. Bu bakış açısıyla aile hekimleri her bireye özgü, etkin önleme stratejileri geliştirebilirler.¹⁷⁸ Duruma bu perspektiften bakıldığında intihar eğilimi ve okul terki alt boyutlarındaki düşük riskin aile hekimleri tarafından verilen bu hizmetlerin olumlu sonuçlarından olduğu düşünülebilir. Çalışma grubumuzda %82,6 gibi önemli bir çoğunluk aile hekimlerini tanıyordu, diğer riskli davranış alt gruplarında anlamlı fark olmaması bu durumla ilişkili olabilir. Gençlerdeki bu yüksek aile hekimini tanıma oranı hem disiplinin geleceği hem de gençlerin sağlığının korunması ve geliştirilmesi açısından umut vericidir. Aile Hekimliği 30 yılı aşkın bir süredir ve dünya geneline göre çok da gecikme olmadan tıp fakültelerimizde bilim dalı olarak kurulmasına rağmen, bunun genel pratikte uygulanmaya başlaması ancak 2009 yılından sonra mümkün olabilmiştir. İngiltere ve diğer pek çok Avrupa ülkesinde istisnai durumlar dışında her birey öncelikle aile hekimine başvurmakta, ilk değerlendirme, tedavi burada yapılmakta, uygun görülürse daha üst basamaklara sevk edilmektedir. Bu yaklaşım hem bireyin sağlığı hem de sağlık sistemi açısından çok faydalı ve maliyet etkin olarak değerlendirilmektedir.²²¹⁻²²³

Çalışmamızda kayıtlı bulundukları aile hekimlerini tanıyıp tanımama durumuna göre yapılan değerlendirmede gruplar arasında belli riskli davranışların yanında Aile APGAR puanında da istatistiksel olarak anlamlı ölçüde fark saptandı. Aile Hekimlerini tanıyan grubun puanı tanımayanlara göre daha yüksekti. Literatürde Aile Hekimini tanıyıp tanımama durumu ve aile içi ilişkiler ile ilgili bir araştırmaya rastlanmasa da yukarıda Aile Hekimlerinin verdikleri olumlu hizmetlerin etkilerinde anlatıldığı üzere daha yakın ilişkide olan gençlerin bu konuda da olumlu etkilenecekleri

düşünülmektedir. Ayrıca tıpkı sağlık durumu algısı ve en son rutin hekim kontrolü zamanına göre yapılan değerlendirmelerde olduğu gibi bu konuda da karşılıklı etkileşimin olduğu yorumunda bulunulabilir. Gençlerin çoğunluğunun periyodik sağlık muayeneleri veya kendileri açısından riskli olmadığını düşündükleri durumlar için Aile Hekimlerine başvurmak istemedikleri bunu ‘gereksiz’ olarak gördükleri ve genellikle bu görüşmelerin ilk seanslarına çevresinin, özellikle ailelerinin isteğiyle gittikleri bilinmektedir.¹⁷⁹ En son rutin hekim kontrolü başlığında da söylendiği gibi; iyi aile ilişkilerine sahip gençlerin ebeveynleri tarafından rutin sağlık kontrollerine ya da belli sağlık sorunlarında daha duyarlı olmaları konusunda teşvik edilecekleri ve bu hizmeti veren Aile Hekimlerini daha yüksek oranda tanıyacakları düşünülmektedir.

Herhangi bir sağlık probleminde ilk başvuru durumuna göre yapılan değerlendirmede ise sigara kullanım alt boyutunda aile hekimine ilk başvuran grup, diğer grubuna göre istatistiksel açıdan anlamlı olarak daha düşük riske sahipti. Literatüre bakıldığında üniversite veya yakın yaş grubundaki gençlerde yapılan bu tip bir çalışmaya rastlanmamıştır. Sigara kullanım alt boyutundaki düşük risk hipotez beklentimizle uyumlu ve bunun yukarıda anlatılan aile hekimlerinin verdiği hizmetlerin olumlu etkisi ile ilişkili olduğu düşünülebilecek iken, diğer alt boyutlarda herhangi bir fark saptanamamış olması yine daha önce bahsettiğimiz ülkemizdeki aile hekimliği uygulaması ve toplumsal bakış açısı kaynaklı sebeplerle ilişkili olabilir. Bu konuda başta gençler olmak üzere pek çok yaş grubunda ve sağlık sistemi ile aile hekimliği ilişkisini de ele alan daha fazla çalışmaya ihtiyaç olduğu açıktır.

5.3. Katılımcıların Aile APGAR Grupları ve Bunların Riskli Davranış Puanları Açısından Karşılaştırılması

Aile APGAR puanları ölçek sınıflamasına göre incelendiğinde katılımcıların %55,7’sinin yüksek, %30,2’sinin orta %14,1’inin düşük düzeyde aile fonksiyonlarına sahip oldukları bulundu.

Çalışmamızda Aile APGAR ölçeği gruplarına göre riskli davranış puanları değerlendirildiğinde gruplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulundu. Aile APGAR düzeyi azaldıkça tüm riskli davranış alt boyut puanlarında artış saptandı. Aile APGAR ölçeği grupları; riskli davranış ölçeğinde bulunmayan cinsel davranışlar ve trafik davranışlarını değerlendirmek üzere tarafımızdan oluşturulan olumlu ifadelerin

puanları değerlendirildiğinde güvenli cinsel davranış puanında gruplar arası anlamlı fark saptanmazken, güvenli trafik davranışlarında aile APGAR grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır. Buna göre Aile APGAR düzeyi yükseldikçe güvenli trafik davranışları puanının arttığı, yani riskin azaldığı görüldü. Benzer çalışmalara bakılacak olursa Arıkan ve arkadaşlarının çalışmasında riskli davranışlar ölçeği öğrencilerde aile ile problem yaşıyıp yaşamamasına göre değerlendirilmiş olup; beslenme riski dışındaki diğer tüm alt boyutlarda istatistiksel açıdan anlamlı ilişki saptanmış olup problem yaşadığını söyleyenlerde risk daha fazlaydı.¹⁸⁴ Pıçakçıefe ve arkadaşlarının 67 katılımcıdan oluşan Tıp Fakültesi 1. Sınıf öğrencilerinde yaptıkları araştırmada ise benzer bir durum aile ile iletişim sorunu yaşıyıp yaşamama sorusu yöneltilerek sorgulanmış ancak verilen cevaba göre riskli davranışlar ölçeği alt boyutlarıyla istatistiksel açıdan anlamlı ilişki saptanmamıştır.¹⁹⁴ Yurtdışında yapılan çalışmalara bakıldığında, 2015 yılında ABD’ de değişik sınıflardaki lise öğrencilerinde yapılan bir araştırmada; aile ilişkileri ile alkol tüketimi, kumar-şans oyunları ve anti-sosyal davranışlar arasındaki ilişki çalışma grubunun kendi oluşturduğu “bozuk aile ilişkileri” ve “riskli davranış indeksi” başlıkları altındaki sorularla kız ve erkeklerde ayrı ayrı değerlendirilmiş olup her iki cinsiyette de riskli davranışlarla bozuk aile ilişkilerinin istatistiksel açıdan anlamlı olarak bir birleriyle pozitif ilişkili oldukları saptanmıştır.²²⁴ Yine ABD’de yaşları 14 ila 21 arasında değişen gençlerde; özgüven, aile desteği ve akran desteği ile intihar eğilimi riski arasındaki ilişkiyi saptama amacıyla yapılan bir çalışmada; hem aile desteği, hem akran desteği hem de özgüvenin istatistiksel açıdan anlamlı olarak intihar riskini düşürdüğü saptanmıştır.²²⁵ Nijerya’da 2020 yılında yaşı 15 ila 19 arasında değişen gençlerde aile fonksiyonu ve aile sosyal destek algısı ile cinsel riskli davranışlar arasındaki ilişki araştırılmıştır. Bu çalışmada da aile fonksiyonu bizim çalışmamızda olduğu gibi Aile APGAR ölçeği ile, sosyal destek algısı ise aile sosyal destek algı skalası (Perceived Social Support Scale-Family (PSS-FA), Procidano ME, Heller K, 1983) ile değerlendirilmiş olup her ikisinin sonuçlarının da cinsel riskli davranış ile istatistiksel açıdan anlamlı olarak negatif ilişkili olduğu saptanmıştır.²²⁶ Gana’da 2015 yılında yapılan bir çalışmada da ebeveynlerin alkol tüketimi, sigara kullanımı ve çocuklarıyla arasındaki ilişkinin lise çağındaki gençlerin alkol, sigara ve madde tüketimi üzerine olan etkisi araştırılmıştır. Aile ilişkileri, gençlere “Son bir yılda ailen ne sıklıkta problemlerini ve endişelerini anladı?” sorusu

“asla”, “nadiren”, “bazen”, “çoğu zaman” ve “her zaman” seçenekleriyle yöneltilerek değerlendirilmiş ve cevaplar olumlu yönde arttıkça; gençlerde madde, alkol ve sigara kullanım oranının istatistiksel açıdan anlamlı olarak düştüğü saptanmıştır.²²⁷ Gençlerde aile ilişkileri ve çeşitli riskli davranışlarla ilgili üniversite öğrencilerinde yeteri kadar olmasa da özellikle lise çağındaki adölesanlarla ilgili literatürde pek çok çalışma vardır.²²⁸⁻²³¹ Bu çalışmaların sonuçları bir birleriyle ve bizim çalışmamızla uyumludur. Çalışmamızda elde ettiğimiz sonuçlar beklentilerle uyushmaktadır. Aile ile olan iyi ilişkiler arttıkça riskli davranışlar ölçeğinin bütün alt boyut puanlarında azalma olduğu saptandı. Her ne kadar her alt boyut için farklı ailesel nedenler olabileceği düşünülse de genel olarak; zorluklar karşısında gençlerin sorundan ziyade bir çözüm olarak gördükleri riskli davranışlara yönelmek yerine iyi ilişkileri sayesinde gerçek çözümlere aileleri ile birlikte ulaşabildikleri için bu oranların daha düşük olduğu yorumunda bulunulabilir. Ayrıca bazı alt boyutlar değerlendirilecek olursa; sigara, alkol ve madde kullanımındaki düşük risk; iyi ilişkiler sayesinde ebeveynlerin çocuklarında bunların kötüye kullanımını erken dönemde fark edip gerekli önlemleri almalarıyla ve/veya gerekli bilinci çocuklarına aşılayıp bağımlılıktan korumalarıyla ilişkili olabilir. Okul terki ve intihar alt boyutlarındaki düşük risk ise açıklanan sebeplere ek olarak, gençleri geleceğe dair muhtemel olumsuzlukları yaşamaları durumunda, ailelerini sığınacakları güvenli bir liman olarak görmeleri, bu motivasyonla da mevcut sosyal aktiviteleri ve eğitimlerine devam etmeleri, endişeleri ile daha kolay başa çıkabilmeleri ile ilişkili olabilir.

5.4. Çalışmanın Kısıtlılıkları ve Güçlü Yanları

Çalışma evreni üniversiteye yeni başlayan öğrenciler olarak belirlenmiş olsa da çalışma izninin alınamadığı bazı fakülteler olması buna ek olarak izin alınan fakültelerin bir kısmında da çalışmaya katılım olmaması ve gönüllülük esaslı bir çalışma olması nedeniyle sonuçların üniversiteye yeni başlayan tüm öğrencilere genellenmesi bilimsel açıdan uygun değildir.

Çalışma veri formu katılımcıların kendileri tarafından ve online olarak cevaplandığı için verilen cevaplar tam olarak doğru olmayabilir. Buna ek olarak madde kullanımı ülkemizde suç olarak kabul edildiği için, çalışmamızda bununla ilgili sorulara verilen cevaplar belli endişelerle verilmiş olup tam olarak doğruları yansıtmıyor olabilir.

Her ne kadar, ölçekte bulunmayan cinsel davranışlar ve trafikteki davranışlar, literatür taranılarak oluşturduğumuz ifadelerle değerlendirilmeye çalışılsa da bu konularla ilgili verilen yanıtlar düşük seviyede kalmıştır, ayrıca bu konularda geçerlik çalışması yapılmış bir ölçek kullanılmaması bu konudaki bilimsel güvenilirliği etkileyebilir.

Çalışmamızda; genel sağlık durumları ve sağlık hizmet kullanımlarını sorgulamak amacıyla katılımcılara yöneltilen; “En son rutin hekim kontrolü zamanı” sorusu, üniversiteye yeni başlayan tüm öğrencilerin rutin hekim kontrolünden geçmesi zorunluluğu göz önünde bulundurulursa, bu konuda elde edilen sonuçlar gerçek rutini yansıtmayabilir. Ayrıca yine bu ifadenin katılımcılar tarafından rutin dışı, belli sağlık sorunu için hekime başvurma durumuyla tam ayırım yapamamış olabilmesi ihtimali de doğru sonuçlardan uzaklaşılmasına katkıda bulunmuş olabilir.

Çalışmamızın yapıldığı dönemde ülkemizde hala pandemi kısıtlamalarının getirdiği olumsuz ekonomik ve sosyal şartlar devam etmekte ek olarak geçmişle ilgili yapılan sorgulamalardaki zaman dilimi de (son 1 yıl içinde son 2 yıl içinde vb.) pandemi şartlarının en ağır olduğu ayları kapsadığı için bazı sorulara verilen cevaplar tam olarak normal durumu yansıtmayabilir.

Ülkemizde üniversite öğrencilerinin riskli davranışlarının ailesel faktörlerele ilişkisini araştıran sınırlı sayıda literatüre katkı sağlaması, bu alandaki diğer çalışmalara göre yüksek katılımlılardan birisi olması çalışmamızın güçlü yanlarından birisi olarak değerlendirilebilir.

Çalışmamızın sadece üniversiteye yeni başlayan öğrencileri kapsamaması, bu alanda üniversite öğrencilerinin diğer aşamalarında olan öğrencilerle yapılmış çalışmalarla ilgili karşılaştırma yapılması ve erken dönemde belli sorunların tespit edilip hızlı müdahale geliştirilebilmesi imkânı sağlayabilme şansı açısından da önem arz ettiği düşünülmektedir.

Ülkemizde özellikle lise çağındaki gençlerin riskli davranışlarıyla ilgili pek çok çalışma bulunmaktadır, çalışmamız yine yakın bir yaş grubunu değerlendirdiği için bu çalışmalarla yapılacak karşılaştırmaların daha doğru sonuç verebileceği, liseden üniversiteye geçiş aşamasının getirdiği riskleri daha doğru değerlendireceği düşünülmektedir.

Kullandığımız her iki ölçeğin de (RDÖÜF ve Aile APGAR) ülkemiz için uyum çalışmasının yapılmış ve kabul edilmiş olması, bu ölçeklerin toplum yapımızla uyumlu olması çalışmamızın güçlü yanlarından olarak değerlendirilebilir.



6. SONUÇ ve ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

Çukurova Üniversitesine 2021-2022 eğitim yılında yeni başlayan öğrencilerde riskli davranışlar ve ilişkili ailesel faktörlerin incelenmesi amacıyla yaş ortalaması $20,86 \pm 3,35$ (18- 57) olan %59,1'i kadın 648 katılımcı ile yapılan çalışmanın sonucunda:

Erkekler kadınlara göre; anti-sosyal davranış ($p=0,000$), alkol kullanımı ($p=0,000$), sigara kullanımı ($p=0,000$), okul terki ($p=0,001$) ve madde kullanımında ($p=0,000$) daha yüksek puan almıştır. İntihar eğilimi ve beslenme riski puanlarında cinsiyetler arası istatistiksel açıdan anlamlı fark saptanmamıştır.

Yaşı 19 ve altı olanlar anti-sosyal davranış puanında yaşı 21 ve üzerinde olanlara göre daha yüksek puan alırken ($p=0,038$), sigara kullanımında da 21 yaş ve üzerinde olanlar, 19 yaş ve altında olanlardan daha yüksek puan almıştır ($p=0,048$). Alkol kullanımı, intihar eğilimi, beslenme riski, okul terki ve madde kullanımı puanlarında yaş grupları arasında istatistiksel açıdan anlamlı olarak fark saptanmamıştır.

Yurt ve aile yanı dışında başka herhangi bir yerde ikamet eden öğrenciler (diğer grubu); anti-sosyal davranış ($p=0,000$), alkol kullanımı ($p=0,000$) ve sigara kullanımında ($p=0,000$) hem ailesiyle hem de yurttaki kalan gruba göre daha yüksek puan almıştır. İntihar eğilimi, beslenme riski, okul terki ve madde kullanımı puanlarında gruplar arası istatistiksel açıdan anlamlı fark saptanmamıştır.

Sağlık Bilimleri Fakültelerindeki öğrenciler; anti-sosyal davranışta sağlık MYO öğrencilerine göre daha yüksek puan almıştır ($p=0,004$). Diğer fakülte, diğer MYO ve sağlık bilimleri fakültelerindeki öğrencilerin hepsi de alkol kullanımında Sağlık MYO'na göre daha yüksek puan almıştır ($p=0,000$). Diğer MYO'lardaki öğrenciler hem diğer fakültelerdeki hem sağlık bilimleri fakültelerindeki hem de sağlık MYO' daki öğrencilerden; diğer fakültelerdeki öğrenciler de sağlık bilimleri fakültelerindeki öğrencilerden sigara kullanımında daha yüksek puan almıştır ($p=0,000$). Diğer fakülteler ve diğer MYO' lardaki öğrenciler okul terki puanında sağlık bilimleri fakültelerindekilere göre daha yüksek puan almıştır ($p=0,000$). İntihar eğilimi, beslenme riski ve madde kullanımı puanında fakülte grupları arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark saptanmamıştır.

Çekirdek aileye sahip bireyler beslenme riskinde olmayanlara göre daha yüksek puan almıştır ($p=0,019$). Madde kullanımında ise çekirdek aileye sahip olmayanlar olanlara göre daha yüksek puan almıştır ($p=0,008$). Anti-sosyal davranış, alkol kullanımı, sigara kullanımı, intihar eğilimi ve okul terki puanlarında aile tipine göre fark saptanmamıştır.

Annesinin eğitimi üniversite ve üzeri olanlar; anti-sosyal davranış ($p=0,000$), alkol kullanımı ($p=0,000$) ve sigara kullanımında ($p=0,016$); anneleri hem okula gitmemiş hem de lise ve altı olanlara göre, madde kullanımında ($p=0,004$) ise sadece anneleri lise ve altı eğitim almış olanlara göre daha yüksek puan almıştır. İntihar eğilimi, beslenme ve okul terki puanlarında anne eğitim durumuna göre gruplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark saptanmadı.

Babasının eğitimi üniversite ve üzeri olanlar; anti-sosyal davranış ($p=0,000$) ve alkol kullanımında ($p=0,003$); babaları hem okula gitmemiş hem de lise ve altı olanlara göre daha yüksek puan almıştır. Sigara kullanımı, intihar eğilimi, beslenme riski, okul terki ve madde kullanım puanlarında baba eğitim durumuna göre gruplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark saptanmadı.

Aile gelir algısı düşük olan öğrencilerin okul terki puanı, orta-yüksek olanlara göre daha yüksekti ($p=0,005$). Anti-sosyal davranış, alkol kullanımı, sigara kullanımı, intihar eğilimi, beslenme riski ve madde kullanımı puanlarında aile gelir algısına göre gruplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark saptanmamıştır.

Sürekli ilaç kullanımı gerektiren bir rahatsızlığı olanlar, alkol kullanımında ($p=0,000$), sigara kullanımında ($p=0,019$), intihar eğiliminde ($p=0,004$) ve madde kullanımında ($p=0,004$) olmayanlara göre daha yüksek puan almıştır. Anti-sosyal davranış, beslenme riski ve okul terki puanlarında gruplar arası istatistiksel açıdan anlamlı fark saptanmamıştır.

Ailede kronik hastalık veya engellilik durumu olup-olmamasına bakıldığında, hiçbir alt boyutta gruplar arası istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı.

Sağlık durumunu iyi değil olarak tanımlayanlar; intihar eğilimi ($p=0,000$), beslenme riski ($p=0,001$) ve okul terkinde ($p=0,005$) diğer hem iyi hem de çok iyi olarak tanımlayanlardan daha yüksek puan alırken, sigara kullanımında ($p=0,05$) sadece iyi olarak tanımlayanlara göre daha yüksek puan almıştır. Anti-sosyal davranış, alkol

kullanımı ve madde kullanımı puanlarında sağlık durumu algısına göre gruplar arası istatistiksel açıdan anlamlı fark saptanmamıştır.

Hiç rutin hekim kontrolüne gitmedim diyen grup intihar eğiliminde son 1 yıl içinde gittim diyen gruba göre daha yüksek puan alırken ($p=0,031$), son 1 yıl içinde gittim diyen grupta alkol kullanımında hiç gitmedim diyen gruba göre daha yüksek puan almıştı. ($p=0,037$). Anti-sosyal davranışlar, sigara kullanımı, beslenme riski, sigara kullanımı, okul terki ve madde kullanımında en son rutin hekim kontrolüne gitme zamanına göre istatistiksel açıdan anlamlı fark saptanmamıştır.

Kayıtlı aile hekimini tanımayanlar intihar eğilimi ($p=0,002$) ve okul terkinde ($p=0,006$) tanıyanlara göre daha yüksek puan almıştır. Anti-sosyal davranışlar, alkol kullanımı, sigara kullanımı, beslenme riski ve madde kullanımı puanlarında kayıtlı aile hekimini tanıma durumuna göre gruplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark saptanmadı.

Sağlık probleminde ilk olarak ASM dışındaki başka bir kuruma başvuranlar ilk olarak ASM'ye başvuranlara göre sigara kullanımında ($p=0,032$) daha yüksek puan almıştır.

Son 2 yıl içinde hayatını ciddi olarak etkileyen travmatik bir olay yaşayanlar; anti-sosyal davranış ($p=0,041$), alkol kullanımı ($p=0,004$), sigara kullanımı ($p=0,000$), intihar eğilimi ($p=0,000$), beslenme riski ($p=0,000$) ve okul terkinde ($p=0,003$) yaşamayanlara göre daha yüksek puan almıştır. Madde kullanımında gruplar arası istatistiksel açıdan anlamlı puan farkı saptanmamıştır.

Aile APGAR gruplarının seviyesi düştükçe; anti-sosyal davranış ($p=0,000$), alkol kullanımı ($p=0,003$), sigara kullanımı ($p=0,002$), intihar eğilimi ($p=0,000$), beslenme riski ($p=0,000$), okul terki ($p=0,000$) ve madde kullanımı ($p=0,000$) puanlarının yükseldiği saptanmıştır. Güvenli trafik davranışları puanı da aile APGAR grup seviyesi ile doğru orantılı olarak yükselmiş ($p=0,006$) yani risk düşmüştür. Güvenli cinsel davranışlar ile aile APGAR puanı arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki saptanmamıştır.

6.2. Öneriler

Ulaşılabilen literatüre göre, çalışmamız üniversiteye yeni başlayan öğrencilerle yapılan az sayıdaki çalışmadan biri, ayrıca üniversite öğrencilerinde; bunun aile işlevleri

ile ilişkisini inceleyen ilk çalışmadır. Bu konuda tüm üniversite öğrencilerini kapsayacak niteliksel ve girişimsel çalışmaların da desteklediği daha geniş ölçekli çalışmalar planlanabilir. Üniversite yıllarının başlangıcında yapılan böyle bir değerlendirme öğrencilerin farkındalığını arttırabilir, sağlık profesyonelleri ve okul yöneticileri açısından gerekli önlemlerin alınması ve uygun girişimlerin planlanması açısından yol gösterici olabilir; ayrıca aynı gruba her yıl tekrarlanırsa üniversite eğitiminin/yaşamının riskli davranışlara ve etkileyen faktörlere etkisinin değerlendirilmesi açısından da temel oluşturabilir.

Üniversite öğrencilerine hizmet veren aile hekimlerinin bu çalışmada saptanan bulguları göz önünde bulundurmaları, disipline özgü ilkelerden yararlanarak fırsatları değerlendirmeleri ve uygun eğitim/danışmanlık hizmetlerini vermeleri önerilir. Kayıtlı aile hekimini tanımayanlarda intihar eğilimi ve okul terki puanlarının tanıyanlara göre, sağlık probleminde ilk olarak ASM dışındaki bir kuruma başvuranlarda sigara kullanımı puanının ilk olarak ASM' ye başvuranlara göre anlamlı olarak daha yüksek olması bulguları göz önüne alındığında aile hekimlerinin gençlerin riskli davranışlarda bulunmasını önleme, erken saptama ve yönetme potansiyellerini kullanmaları önerilir. Ayrıca aile APGAR puanı düştükçe tüm riskli davranış alt boyut puanlarının arttığı bulgusu göz önüne alındığında gençlerde beş soruluk aile APGAR tarama ölçeğinin uygulanması, düşük aile işlevselliği saptanan bireylerin riskli davranışlar açısından daha detaylı değerlendirilmesi önerilir.

Ne yazık ki ülkemizde eğitim düzeyi yükseldikçe sigara kullanımı artmaktadır. Çalışmamızda örneklemimizin tümünün eğitim seviyesi aynı olduğu için bu değerlendirme yapılamasa da anne ve baba eğitim seviyesi sorgularında bu bilgiyi destekler nitelikte sonuçlara ulaşılmış; anne eğitimi yükseldikçe alkol, sigara ve madde kullanımı artarken, baba eğitimi yükseldikçe alkol kullanımının arttığı saptanmıştır. Ülkemiz genelinde bu konunun daha fazla irdelenmesi ve gerekli önlemlerin alınması önerilir.

7. KAYNAKLAR

1. **Catalano RF, Hawkins JD, Berglund ML, Pollard JA, Arthur MW.** Prevention science and positive youth development: competitive or cooperative frameworks? *J Adolesc Health.* **2002;** 31(6):230-9.
2. **Burt MR.** Reasons to invest in adolescents. *J Adolesc Health.* **2002;** 31(6):136-52.
3. **Klein DA, Hutchinson JW.** Providing confidential care for adolescents. *Am Fam Physician.* **2012;** 85(6):556-60.
4. **Becker M, Martin L, Wajeeh E, Ward J, Shern D.** Students with mental illness in a university setting: faculty and student attitudes, beliefs, knowledge, and experiences. *Psychiatr Rehabil J.* **2002;** 25:359-368.
5. **Faria Yone de O, Lenora G, Leides BAM.** "Prevalence of risk behaviors in young university students. *Acta Paulista de Enfermagem,* **2014;** 27:591-595.
6. **Borsari B, Murphy JG, Barnett NP.** Predictors of alcohol use during the first year of college: Implications for prevention. *Addictive Behaviors,* **2007;** 32(10):2062-2086.
7. **Keller S, Maddock JE, Hannöver W, Thyrian JR, Basle HD.** Multiple health risk behaviors in German first year university students. *Prev Med,* **2008;** 46(3):189-195.
8. **Çakıcı M, Çakıcı E, Kolay Akfert S.** Üniversite Öğrencilerinde Sigara-Alkol Kullanımı ve Aile Sorunları İlişkisi, *Anatolian Journal of Psychiatry,* **2009;** 10:40-47.
9. **Arsandaux J, Montagni I, Macalli M, et al.** Health Risk Behaviors and Self-Esteem Among College Students: Systematic Review of Quantitative Studies. *Int. J. Behav. Med.* **2020;** 27:142-159.
10. **Mota N, Alvarez-Gil R, Corral M, Rodríguez Holguín S, Parada M, Crego A, et al.** Risky alcohol use and heavy episodic drinking among Spanish University students: a two-year follow-up. *Gac Sanit.* **2010;** 24(5):372-7.
11. **Yong-ling Y, Pei-gang W, Geng-cong Q, Shuai Y, Philayrath P, Qi-qiang H.** Associations between multiple health risk behaviors and mental health among Chinese college students, *Psychology, Health & Medicine,* **2016;** 21(3):377-385.

12. **Silva DAS, Petroski EL.** The Simultaneous Presence of Health Risk Behaviors in Freshman College Students in Brazil. *J Community Health* **2012**; 37:591-598.
13. **Fırat S, Yoldaşcan E, Çot DA, Dağhoğlu N, Gülmen MK.** Üniversite öğrencilerinde risk alma davranışları ve etkileyen faktörlerin incelenmesi. *Adli Tıp Bülteni*, **2016**; 21(3):172-176.
14. **Çinçik Z, Özer ZY, Özcan S.** Çukurova Üniversitesi Aile Hekimliği Polikliniklerine Başvuran Üniversite Öğrencilerinin Riskli Davranışları ve Yaşam Doyumları İle İlişkisi. *Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care*, **2021**; 15(2):327-334.
15. **Özcebe H.** Birinci basamakta adolesan sorunlarına yaklaşım. *STED*, **2002**; 11(10):372-7.
16. **McGorry PD, Goldstone SD, Parker AG, Rickwood DJ, Hickie IB.** Cultures for mental health care of young people: an Australian blueprint for reform. *Lancet Psychiatry*. **2014**; 1(7):559-68.
17. **Blakemore S-J, Burnett S, Dahl RE.** The role of puberty in the developing adolescent brain. *Hum Brain Mapp*, **2010**; 31(6):926-33.
18. **Çuhadaroğlu F.** Ergenlik Döneminde Psikolojik Gelişim Özellikleri. *Katkı Pediatri Dergisi*, **2000**; 6:863-8.
19. **Gladwin TE, Figner B, Crone EA, Wiers RW.** Addiction, adolescence, and the integration of control and motivation. *Dev Cogn Neurosci*. **2011**; 1(4):364-376.
20. **Kuntsche E, Ravens-Sieberer U.** Monitoring adolescent health behaviours and social determinants cross-nationally over more than a decade: introducing the Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study supplement on trends. *European Journal of Public Health*. **2015**; 25(2):1-3.
21. **ICC.** Adölesan ve Üreme Sağlığı Hakları [cited 2020 10.03]. Available from: <http://www.icc.org.tr/icerik.php?id=12&kid=3>.
22. **Kılıççı Y.** *Okulda ruh sağlığı*. Anı Yayıncılık, **2006**:113-115.
23. Yükseköğretim bilgi yönetim sistemi <https://istatistik.yok.gov.tr/> Erişim:13.08.2021
24. <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Istatistiklerle-Genclik-2020-37242>, Erişim:13.08.2021

25. **Buchanan JL.** Prevention of depression in the college student Population: a review of the literature. *Arch Psychiatric Nurs*, **2012**; 26(1):21-42.
26. **Mikolajczyk RT, Brzoska P, Maier C, et al.** Factors associated with self-rated health status in university students: a cross-sectional study in three European countries. *Public Health*, **2008**; 8:215-225.
27. **Burris JL, Brechting EH, Salsman J, Carison CR.** Factors associated with the psychological well being and distress of university students. *J Am Coll Health*, **2009**; 57:536-543.
28. **Marshall LL, Allison A, Nykamp D, Lanke S.** Perceived stress and quality of life among doctor of pharmacy students. *Am J Pharm Educ*, **2008**; 72:1.
29. **Jiao D.** Romance and prejudice - comment on contemporary university students' personality value orientation. *Asian Soc Sci*, **2009**; 5:166-177.
30. **Jessor R.** New perspectives on adolescent risk behavior. In: Jessor R ed. *New Perspectives on Adolescent Risk Behavior*. Cambridge: Cambridge University Pres, **1998**:1-10.
31. **Hair EC, Park MJ, Ling TJ, Moore KA.** Risky behaviors in late adolescence: co-occurrence, predictors, and consequences. *J Adolesc Health*. **2009**; 45(3):253-61.
32. **Grunbaum JA, Kann L, Kinchen S, Ross J, Hawkins J, Lowrey R, et al.** Youth risk behavior surveillance-United States 2003. *MMWR*, **2004**; 53:1-96.
33. **Sawyer SM, Afifi RA, Bearinger LH, et al.** Adolescence: a foundation for future health. *Lancet*, **2012**; 379:1630-40.
34. **Riesch SK, Anderson LS, Angresano N, Mitchell JC, Johnson DL, Krainuwat K.** Evaluating content validity and test-retest reliability of the children's health risk behavior scale. *PHN* **2006**; 23(4):366-372.
35. **Alikaşifoğlu M, Erginöz E, Ercan O, Uysal Ö, Albayrak DK, Altın Ö.** Cigarette smoking among Turkish high school students. *J Adolesc Health*, **2002**; 30:7-89.
36. **Byrnes JP.** Changing views on the nature and prevention of adolescent risk taking. In: Romer D, ed. *Reducing Adolescent Risk: Toward an Integrated Approach*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications, **2003**.

37. **Millstein SG, Ozer EJ, Ozer EM, Brindis CD, Knopf DK, Irwin CE.** Research Priorities in Adolescent Health: An Analysis and Synthesis of Research Recommendations. San Francisco, CA: University of California, National Adolescent Health Information Center, **1999**.
38. **O'Connor TG, Rutter M.** Risk mechanisms in development: some conceptual and methodological considerations. *Dev Psychol*, **1996**; 32:787-95.
39. **Masten AS.** Resilience in developing systems. Progress and promise as the fourth wave rises. *Dev Psychopathol*, **2007**; 19:921-30.
40. **Alikaşifoğlu M, Ercan O.** Turkish Archives of Pediatrics. **2009**; 44(1):1-6.
41. **Gordon-Larsen P, Nelson MC, Popkin BM.** Longitudinal physical activity and sedentary behavior trends: adolescence to adulthood. *Am J Prev Med*, **2004**; 27(4):277-83.
42. **D'Amico EJ, Ellickson PL, Collins RL, Martino S, Klein DJ.** Process linking adolescent problems to substance-use problems in late young adulthood. *J Stud Alcohol*, **2005**; 66(6):766-75.
43. **Zaff JF, Michelsen E.** Encouraging Civic Engagement: How Teens Are (or Are Not) Becoming Responsible Citizens. Washington, DC: Child Trends, **2002**.
44. **Brener ND, Kann L, Shanklin S, et al.** Methodology of the youth risk behavior surveillance system-2013. *MMWR Recomm Rep*, **2013**; 62(1):1-20.
45. **Özcebe H.** Gençlerde riskli davranışlar ve sağlığın geliştirilmesi: Türkiye'de gençlerin sağlığına genel bir bakış, XI. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi Kitabı, 23-26 Ekim **2007**:149-153.
46. **Atmaca T.** Olumsuz Okul Tutumu Okula Yabancılaşma ve Anti-Sosyal Davranışın Ortaöğretim Öğrencilerini Suça Eğilimini Yordama Düzeyi, *Eğitim ve İnsani Bilimler Dergisi Teori ve Uygulama*, 10:19.
47. **Riley D.** Anti-social behaviour: Children, schools and parents. *Education and the Law*, **2007**; 19(3):221-236.
48. **Gökdağ R.** Anadolu Üniversitesi İletişim Bilimleri Fakültesi Öğrencilerine Antisosyal Davranış Ölçeği Uygulanmasına Yönelik Bir Çalışma, *İstanbul Üniversitesi İletişim Fakültesi Dergisi*, **2000**; 10:329-343.

49. **Burney E.** Making people behave: anti-social behaviour, politics and policy Devon, Willan Publishing, **2005**.
50. **Farrington DP.** Childhood origins of Antisocial Behaviour. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, **2005**; 12:177-190.
51. **Collishaw S, Maughan B, Goodman R, Pickles A.** Time trends in adolescent mental health. *J Child Psychol Psychiatry*, **2004**; 45:1350-62.
52. **Sardoğan M, Kaygusuz C.** Antisosyal kişilik bozukluğu tanısı almış ve almamış olan bireylerin duygusal zeka düzeyleri açısından incelenmesi. *Ege Eğitim Dergisi*, **2006**.
53. **Moffitt TE.** Adolescence- limited and life-course-persistent antisocial behavior: A developmental taxonomy. *Psychological Review*, **1993**; 100:674-701.
54. **Pilling S, Gould N, Whittington C, Taylor C, Scott S.** Recognition, intervention, and management of antisocial behaviour and conduct disorders in children and young people: summary of NICE-SCIE guidance, *BMJ*, **2013**; 346:1298)
55. **Patterson G, DeBaryshe B, Ramsey E.** A Developmental Perspectives on Antisocial Behavior. *American Psychologist*, **1990**; 44:329-335.
56. **National Collaborating Centre for Mental Health.** Antisocial behaviour and conduct disorders in children and young people: recognition, intervention and management. British Psychological Society, Royal College of Psychiatrists [forthcoming].
57. **Hawkins JD, Catalano RF, Miller JY.** Risk and protective factors for alcohol and other drug problems in adolescence and early adulthood: implications for substance abuse prevention, *Psychological Bulletin*, **1992**; 112:64-105.
58. **British Medical Association:** Alcohol misuse: tackling the UK epidemic. BMA Board of Science. London, **2008**.
59. **Arıkan Z.** Alkol Kullanım Bozukluğu. Madde Bağımlılığı Tanı Ve Tedavi Kılavuzu El Kitabı. Sağlık Bakanlığı Yayınları; **2011**:879.
60. **Yiğit Ş, Khorshid L.** Ege Üniversitesi Fen Fakültesi Öğrencilerinde Alkol Kullanımı ve Bağımlılığı. *Bağımlılık Dergisi*, **2006**; 7:24-30.

61. **Beşirli YD.** Gençlerin Alkol Tüketim Davranışları ve Bu Davranışlarını Etkileyen Faktörlerin Sosyolojik Analizi, *Istanbul Journal of Sociological Studies*, **2011**; 35:85-118.
62. **Kranzler HR, Soyka M.** Diagnosis and Pharmacotherapy of Alcohol Use Disorder: A Review. *JAMA*. **2018**; 320(8):815-824.
63. **World Health Organization.** Global Status Report on Alcohol and Health. Geneva, Switzerland: World Health Organization; **2014**.
64. <http://yetiskin.tbm.org.tr/Alkol-Bagimlilik Erişim Tarihi:26.08.2021>
65. **Taylor SP, Gammon CB.** Effects of type and dose of alcohol on human physical aggression, *Journal of Personality and Social Psychology*, **1975**; 32:169-175.
66. **Halpern-Fisher BL, Millstein SG, Ellen JM.** Relationship of alcohol use and risky sexual behaviour: a review and analysis of the findings, *Journal of Adolescent Health*, **1996**; 19:331-336.
67. **Noronha ABC, Cui C, Harris RA, Crabbe JC,** eds. Neurobiology of Alcohol Dependence. London, England: Academic Press, **2014**.
68. **Verhulst B, Neale MC, Kendler KS.** The heritability of alcohol use disorders: a meta-analysis of twin and adoption studies. *Psychol Med*. **2015**; 45(5):1061-1072.
69. **Alikaşifoğlu M, Ercan O.** Ergenlerde madde kullanımı. *Türk Pediatri Arşivi*, **2002**; 37:66-73.
70. **Akkaya S.** Muğla Üniversitesi Öğrencilerinin Alkol Kullanma Sıklığının Araştırılması. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, **2015**; 4(1):44-52.
71. **Gilles DM, Turk CI, Fresco DM.** Social Anxiety, Alcohol Expectancies, And Self-Efficacy As Predictors Of Heavy Drinking İn College Students. *Addict Behav*, **2006**; 31:388-398.
72. **Gümüş AB.** Üniversite Öğrencilerinde Sigara ve Alkol Kullanımı: Depresif belirtiler ve Umutsuzluk Yönünden Bir Değerlendirme. *Bağımlılık Dergisi*. **2015**; 16(1):9-17.
73. **Savi Çakar F, Kılınç M.** 6. Uluslararası Multidisipliner Çalışmaları Kongresi Eğitim Bilimleri Tam Metin Bildiri Kitabı Gençlerde Alkol Kullanma İle İlgili Değişkenlerin İncelenmesi, 1. baskı: Haziran **2019**.

74. **Gür BS, Dalmış İ, Kırmızıdağ N, Çelik Z, Boz N.** *Türkiye'nin Gençlik Profili*, Ankara: Seta Yayınları **2012**:10-30.
75. Bakanlığı, TC Sağlık. "Küresel yetişkin tütün araştırması Türkiye 2012." *Sağlık Bakanlığı Yayın* 948 (2014). <https://havanikoru.saglik.gov.tr/dosya/dokumanlar/yayinlar/KYTA-2012-TR-25-07-2014.pdf>
76. **Bilir N, Çakır B, Dağlı E.** *Türkiye'de tütün kontrolü politikaları*. DSÖ Türkiye Ofisi, DSÖ yayını, Danimarka, **2010**:15-32.
77. **WHO.** The Union monograph on TB and tobacco control: joining efforts to control two related global epidemics. Geneva: World Health Organization; The Union; 2007. WHO/HTM/TB, **2007**:3-20. http://www.who.int/tobacco/resources/publication/s/tb_tobac_monograph.pdf
78. **World Health Organization.** World Health Statistics 2014. Geneva: WHO, **2014**.
79. **Fagerström K.** The epidemiology of smoking: health consequences and benefits of cessation. *Drugs*. **2002**; 62(2):1-9.
80. **Center for Disease Control and Prevention.** Economic facts of US tobacco production and use, **2010**. [online]. Retrieved from http://www.cdc.gov/tobacco/data_statistics/fact_sheets/youth_data/tobacco_use/index.htm
81. **US Department of Health and Human Services.** A report of the Surgeon General: the health benefits of smoking cessation. Washington (DC): US Department of Health and Human Services, **1990**.
83. **Doll R, Peto R, Wheatley K, et al.** Mortality in relation to smoking: 40 years' observations on male British doctors. *BMJ*, **1994**; 309:910-1.
84. **Henningfield JE, Stapleton JM, Benowitz NL, et al.** Higher levels of nicotine in arterial than in venous blood after cigarette smoking. *Drug Alcohol Depend*, **1993**; 33:23-9.
85. **Chizimuzo TC, Okoli MKR, Amanda TW, Melinda JI, Karen MB, Ellen JH.** Secondhand tobacco smoke exposure and susceptibility to smoking, perceived addiction, and psychobehavioral symptoms among college students, *Journal of American College Health*, **2016**; 64(2):96-103.
86. **Kim EK, Choo J.** Secondhand tobacco smoke exposure and associated factors among college students on campus and in the home: a preliminary study. *Int J Environ Res Public Health*. **2012**; 9:212-222.

87. **Luis B, Rosa D, José JE, José AM.** Addiction and Other Reasons Adolescent Smokers Give to Justify Smoking, *Substance Use & Misuse*, **2015**; 50(12):1552-1559.
88. **Özcebe H.** Üniversite öğrencilerinin sigara içme davranışları ve ilişkili sosyodemografik özellikleri. *Türk Toraks Dergisi*, **2014**; 15(1):42-8.
89. **Tara M.** A systematic review of smoking Youths' perceptions of addiction and health risks associated with smoking: Utilizing the framework of the health belief model, *Addiction Research & Theory*, **2013**; 21(4):306-317.
90. **Yüksel E.** Ne demek lazım; uyuşturucu mu madde bağımlılığı mı? Uyuşturucuyla mücadelenin temel kavramlarına yönelik uygulama ve tartışmalar. *Kurgu*, **2017**; 25(2):39-64.
91. **Albayrak S, Balcı S.** Gençlerde Madde Bağımlılığı ve Önlenmesi. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma*, **2014**; 11(2):30-37.
92. Türkiye Yeni Gelişmeler, Trendler, Seçilmiş Konular, Türkiye Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığı İzleme Merkezi (TUBİM) Raporu, **2011**.
93. Uyuşturucu ile Mücadele Yüksek Kurulu Faaliyet Raporu, Temmuz, **2015**.
94. **Güner B.** Üniversite Öğrencilerinde Uyuşturucu Madde Kullanım Alışkanlıkları ve Yaygınlığı: Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Örneği. *Adnan Menderes Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, **2019**, 6(2):81-95.
95. **Altındağ A, Yanık M, Yengil E, Karazeybek AH.** Şanlıurfa'da üniversite öğrencilerinde madde kullanımı, *Bağımlılık Dergisi*, **2005**; 6:60-64.
96. **Turhan E, İnandı T, Özer C, Akoğlu S.** Üniversite öğrencilerinde madde kullanımı, şiddet ve bazı psikolojik özellikler. *Türkiye Halk Sağlığı Dergisi* **2011**; 9(1):33-44.
97. **Erskine HE, Moffitt TE, Copeland WE, Costello EJ, Ferrari AJ, Patton G, et al.** A heavy burden on young minds: the global burden of mental and substance use disorders in children and youth. *Psychol Med.* **2015**; 45(7):1551-63.
98. **UNODC.** United Nations Office on Drugs and Crime, "Global Overview of Drug Demand and Supply, World Drug Report, 2017, UNODC Research, May **2017**:13.

99. **Bethesda, MD:** National Institute on Drug Abuse, **2003**. Available at: www.drugabuse.gov/pdf/prevention/RedBook.pdf erişim:09/12/2021
100. **Haque MI, Rani V, Chowdhury AA, Akter T, Hasan I, Harun MGD, et al.** Drug Addiction and Substance Use Among the Dalit Married Adolescent Girls in Bangladesh: a Cross-Sectional Survey. *International Journal of Mental Health and Addiction*, **2021**.
101. **Tamar D, Ögel K.** Ergenlik Döneminde Madde Kullanımı, rgenlikte Ruhsal Sorunlara Yaklaşım. *Özel Ege Psikiyatri*, **1997**; 2-15.
102. **Sussman S, Skara S, Ames SL.** Substance Abuse Among Adolescents, *Substance Use & Misuse*, **2008**; 43:12-13.
103. **Garofoli M.** Adolescent Substance Abuse. *Primary Care: Clinics in Office Practice*, **2020**; 47(2):383-394.
104. **Bülbül T.** Yükseköğretimde Okul Terki: Nedenler ve Çözümler. *Eğitim ve Bilim*, **2012**; 1(37):166.
105. **Cullen B.** Evaluating integrated responses to educational disadvantage. (Demonstration Programme on Educational Disadvantage) Section 2, p10 Dublin, Ireland: Combat Poverty Agency, **2000**.
106. **Chen R.** Financial Aid and Student Dropout in Higher Education: A Heterogeneous Research Approach. *Higher Education*, **2008**; 209-239.
107. **Liga P, Irina A.** Cause Analysis of Students' Dropout Rate in Higher Education Study Program, *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, **2014**; 109:1282-1286.
108. **Traetta F, Ricci V, Perchinunno P.** University Dropout Rates: Factors and Motivations that Influence the Choices of the Students. In: Misra S. et al. (eds) Computational Science and Its Applications - ICCSA 2019. ICCSA 2019. Lecture Notes in Computer Science, **2019**; 116-22.
109. **Kartal S, Eryılmaz Balı F.** Okul terki araştırmaları: sistematik bir analiz çalışması. *Kırıkkale Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, **2020**; 10(2):257-278.
110. **Bennett R.** Determinants of Undergraduate Student Drop Out Rates in a University Business Studies Department. *Journal of Further and Higher Education*, **2003**; 27(2):123-141.
111. **Kartal S, Eryılmaz Balı F.** Okul terki araştırmaları: sistematik bir analiz çalışması. *Kırıkkale Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, **2020**; 10(2):257-278.

112. **Letseka M, Maile S.** High university drop-out rates: A threat to South Africa's future, **2008**.
113. **Albuquerque T.** From dropout to continuation in a higher education course. *Educational Sciences Journal*, **2008**; 7:17-26.
114. **McMahon SD, Parnes AL, Keys CB, Viola JJ.** School belonging among low-income urban youth with disabilities: Testing a theoretical model. *Psychology in the Schools*, **2008**; 45(5):387-401.
115. **Küçüker E.** Eğitim Bilim Toplum Dergisi, **2018**; 16(64):94-119.
116. **Taylı A.** Eğitim Sisteminde Önemli Bir Sorun: Okulu Bırakma. *Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi*, **2008**, 3(30):89-101.
117. **Ozer A, Gençtanırım D, Ergene T.** Türk Lise Öğrencilerinde Okul Terkinin Yordanması: Aracı ve Etkileşim Değişkenleri ile Bir Model Testi, *Educ Sci.* **2011**; 36(161):302-317.
118. **Uçan Ö.** A Study Bibliography For Publications Dealing With Suicide in Turkey. *Kriz Dergisi*, **2005**; 13(3):15-26.
119. **Turecki G, Brent DA, Gunnell D, et al.** Suicide and suicide risk. *Nat Rev Dis Primers*, **2019**; 5(74).
120. **Naghavi M.** Global, regional, and national burden of suicide mortality 1990 to 2016: systematic analysis for the global burden of disease study 2016. *BMJ*, **2019**; 364:194.
121. **Boudreaux ED, Camargo CA Jr, Arias SA, et al.** Improving suicide risk and detection in the emergency department. *Am J Prev Med.* **2016**; 50(4):445-453.
122. **WHO.** Suicide Worldwide in 2019-Global Health Estimates <https://www.who.int/teams/mental-health-and-substance-use/data-research/suicide-data> erişim:12.01.2022
123. Türkiye Ölüm İstatistikleri /2018 <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Olum-Istatistikleri-2018-30701> erişim:12.01.2022
124. Üniversite öğrencilerinde intihar olasılığının yordanması/Prediction of suicide probability in university students **Eylül Uncu** Yüksek Lisans Tezi, Ankara, **2020** <http://www.openaccess.hacettepe.edu.tr:8080/xmlui/handle/11655/23082>

125. **Ceyhun AG, Ceyhun B.** The Use of Suicide Probability Scale in High School and University Students in Turkey. *J Clin Psy.* **2003**; 6(4):217-224.
126. **Turecki G, Brent DA.** Suicide and suicidal behaviour. *The Lancet*, **2015**; 140-67.
127. **Gençöz T, Or P.** Associated Factors of Suicide Among University Students: Importance of Family Environment. *Contemp Fam Ther* 2006; 28:261-268.
128. **Ishimo MC, Sampasa-Kanyinga H, Olibris B, et al.** Inj Prev Epub ahead of print: [please include Day Month Year], **2020**.
129. World Health Organization. Preventing suicide: a global imperative WHO, **2014**.
130. **Gordon JA, Avenevoli S, Pearson JL.** Suicide Prevention Research Priorities in Health Care. *JAMA Psychiatry.* **2020**; 77(9):885-886.
131. **Taşkırdı Ö, Ünver HM.** Üniversite Öğrencilerinin Beslenme Alışkanlıklarının Bulanık Mantık Sistemi İle Değerlendirilmesi. *International Journal of Engineering Research and Development*, **2020**; 12(2):675-682.
132. **Abizari AR, Ali Z.** Dietary patterns and associated factors of schooling Ghanaian adolescents. *J Health Popul Nutr.* **2019**; 38(1):5.
133. **World Health Organization.** Obesity: preventing and managing the global epidemic - Report of a WHO Consultation (WHO Technical Report Series 894).
134. **Di Angelantonio E, Bhupathiraju ShN, Wormser D, Gao P, Kaptoge S, Berrington de Gonzalez A, et al.** Body-mass index and all-cause mortality: individual-participant-data meta-analysis of 239 prospective studies in four continents. *Lancet.* **2016**; 388(10046):776-86.
135. <https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>
136. **Mikkilä V, Räsänen L, Raitakari OT, Pietinen P, Viikari J.** Consistent dietary patterns identified from childhood to adulthood: the cardiovascular risk in Young Finns Study. *Br J Nutr.* **2005**; 93(6):923-31.
137. **Timmis A, Townsend N, Gale C, Grobbee R, Maniadakis N, Flather M, et al.** European Society of Cardiology: Cardiovascular Disease Statistics. ESC Scientific Document Group. *European Heart Journal*, **2017**; 39(7):508-579.

138. **Ural D.** Türkiye’de obezite sıklığı ve bel çevresi verileri: Kardiyovasküler risk faktörlerine yönelik epidemiyolojik çalışmaların sistematik derleme, meta-analiz ve meta-regresyonu. *Türk Kardiyo Derg Ars*, **2018**; 46(7):577-590.
139. **Arslantaş H, Adana F, Ogut S, Ayakdaş DD, Korkmaz A.** Hemşirelik Öğrencilerinin Yeme Davranışları ve Ortoreksiya Nervoza (Sağlıklı Beslenme Takıntısı) İlişkisi: Kesitsel Bir Çalışma. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*. **2017**; 137-144.
140. **Özgür M, Uçar A.** Üniversitede eğitim gören kız öğrencilerde sosyal medya bağımlılığı ve beden algısı ile beslenme bilgi düzeylerinin karşılaştırılması, *Ankara Sağlık Bilimleri Dergisi*, **2020**; 9(2):46-54.
141. **Fayet PP, Samman S.** Prevalence and correlates of dieting in college women: a cross sectional study. *Int J Womens Health*. **2012**; 4:405-411.
142. **Sprake EF, Russell JM, Cecil JE, et al.** Dietary patterns of university students in the UK: a cross-sectional study. *Nutr J*, **2018**; 17(90).
143. **World Health Organization.** Developing sexual health programmes. WHO/RHR/HRP/10.22, **2010**.
144. **World Health Organization.** The Health of Young People; A Challenge and a Promise. Geneva, **1993**.
145. **Aslan E, Bektaş H, Başgöl Ş, Demir S, Vural PI.** Üniversite öğrencilerinin cinsel sağlık konusundaki bilgi düzeyleri ve davranışları, *Sted*, **2014**; 23(5):174-82.
146. **Kaya F, Serin Ö, Genç A.** Eğitim Fakültesi birinci sınıf öğrencilerinin cinsel yaşamlarına ilişkin yaklaşımlarının belirlenmesi. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni*, **2007**; 6(6):441-448.
147. **Alley J, Owen RY, Wawrzynski SE, Lasrich L, Ahmmad Z, Utz R, Adkins DE.** Illness, Social Disadvantage, and Sexual Risk Behavior in Adolescence and the Transition to Adulthood. *Arch Sex Behav*. **2021**; 50(1):205-217.
148. **Simpson JA, Griskevicius V, Kuo SIC, Sung S, Collins WA.** Evolution, stress, and sensitive periods: The influence of unpredictability in early versus late childhood on sex and risky behavior. *Developmental Psychology*, **2012**; 48(3):674-686.

149. **Srahbzu M, Tirfeneh E.** Risky Sexual Behavior and Associated Factors among Adolescents Aged 15-19 Years at Governmental High Schools in Aksum Town, Tigray, Ethiopia, 2019: An Institution-Based, Cross-Sectional Study. *Biomed Res Int.* **2020**; 2020:3719845.
150. **Charine GS.** Risky Sexual Behaviour in Adolescence, <http://cdn.24.co.za/files/Cms/General/d/1190/01ed4bddf3f641649d2774d664524bf9.pdf>
151. **Alamrew Z, Bedimo M, Azage M.** Risky sexual practices and associated factors for HIV/AIDS infection among private college students in Bahir Dar City, ISRN Public Health, Northwest Ethiopia, **2013**.
152. [https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/sexually-transmitted-infections-\(stis\)#:~:text=STIs%20have%20a%20profound%20impact,and%20trichomoniasis%20\(156%20million\)](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/sexually-transmitted-infections-(stis)#:~:text=STIs%20have%20a%20profound%20impact,and%20trichomoniasis%20(156%20million))
153. **Aykan ŞB, Altındış M, Ekerbiçer H, Aslan FG, Altındış S.** Üniversite Öğrencilerinin Sosyal Medya Kullanımı ve Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklarla İlgili Farkındalıkları. *Kocaeli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, **2017**; 3(1):1-5.
154. **Gürsoy DE, Gençalp YDDNS.** Cinsel Sağlık Eğitiminin Önemi, *Sosyal Politika Çalışmaları Dergisi*, **2010**; 23(23):-36.
155. **Yücesan A, Ayaz S.** Okullarda göz ardı edilen bir konu: cinsel sağlık eğitimi. *Med J SDU/SDÜ Tıp Fakültesi Dergisi*, **2018**; 25(2):200-209.
156. **Karabulutlu Ö, Karabulutlu Ö, Kılıç M.** Üniversite öğrencilerinin cinsel sağlık ve üreme sağlığı hakkındaki bilgi düzeylerinin belirlenmesi, *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, **2011**; 14(2):39-45.
157. **Gräf DD, Mesenburg MA, Fassa AG.** Risky sexual behavior and associated factors in undergraduate students in a city in Southern Brazil. *Rev Saude Publica*, **2020**; 54:41.
158. **Karayolları Trafik Kanunu** <https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuatmetin/1.5.2918.pdf> Erişim tarihi: 13.03.2022.
159. **Akdur R.** Türkiye'deki Trafik Kazalarının Epidemiyolojik İlkeler Işığında Değerlendirilmesi. *Ulaşım ve Trafik Güvenliği Dergisi*, Ankara: Adli Bilimciler Derneği, **2012**:12-20.
160. **Sungur İ, Akdur R, Piyal B.** Türkiye'de trafik kazalarının analizi. *Ankara Med J.* **2014**; 14(3):114-124.

- 161. Walugembe F, Levira F, Ganesh B, Lwetoijera DW.** A retrospective study on the epidemiology and trends of road traffic accidents, fatalities and injuries in three Municipalities of Dar es Salaam Region, Tanzania between 2014-2018. *Pan African medical journal*, **2020**; 36(1).
- 162. WHO.** Global status report on road safety **2018**, Erişim tarihi: 13.03.2022
- 163. Sarkar S, Andreas M.** Acceptance of and engagement in risky driving behaviors by teenagers. *Adolescence*. **2004**; 39(156):687-700.
- 164. Khan UR, Razzak JA, Wörnberg MG**Global trends in adolescents' road traffic injury mortality, 1990-2019 *Archives of Disease in Childhood* **2021**; 106:753-757.
- 165. Gicquel L, Ordonneau P, Blot E, Toillon C, Ingrand P, Romo L.** Description of Various Factors Contributing to Traffic Accidents in Youth and Measures Proposed to Alleviate Recurrence. *Front Psychiatry*. **2017**; 8:94.
- 166. Kohli G, Aathi MK, Sethi M.** Road Accidents among Adolescents, **2014**.
- 167. Addy CL, Wilson DK, Kirtland KA, Ainsworth BE, Sharpe P, Kimsey D.** Associations of perceived social and physical environmental supports with physical activity and walking behavior. *Am J Public Health*. **2004**; 94(3):440-3.
- 168. Yıldırım B.** Üniversite öğrencilerinde riskli sağlık davranışlarının belirlenmesi, Yayınlanmamış Yüksek Lisans tezi, İstanbul Medipol Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, **2016**.
- 169. Kim SS, Gil M, Kim-Godwin Y.** Development and Validation of the Family Relationship Assessment Scale in Korean College Students' Families. *Fam Process*. **2021**; 60(2):586-601.
- 170. Perera R.** Family Relations and the Problems of University Students, **2012**.
- 171. Merz EM, Consedine NS, Schulze HJ, Schuengel C.** Well-being of adult children and ageing parents: Associations with intergenerational support and relationship quality. *Ageing & Society*, **2009**; 29:783-802.
- 172. Patricia AT, Hui L, Debra U.** Family Relationships and Well-Being, *Innovation in Aging*, **2017**; 1(3).
- 173. Thoits PA.** Stress and health: Major findings and policy implications. *Journal of Health and Social Behavior*, **2010**; 51:41-53.

174. **Reczek C, Thomeer MB, Lodge AC, Umberson D, Underhill M.** Diet and exercise in parenthood: A social control perspective. *Journal of Marriage and Family*, **2014**; 76:1047-1062.
175. **Koç M, Avşaroğlu S, Sezer A.** Üniversite öğrencilerinin akademik başarıları ile problem alanları arasındaki ilişki. *Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, **2004**; 11:483-498.
176. **Özkul SA, Kaya ÇA, Ünalın PC, Akman M, Çifçili S, Uzuner A.** İstanbul’ da aile sağlığı merkezlerinde koruyucu adolesan sağlığı yaklaşımında kaçırılmış fırsatlar. *Turkish Fam Physician*, **2015**; 6(1):18-29.
177. **WONCA Europe.** Aile Hekimliği / Genel Pratisyenlik Avrupa Tanımı, **2005**.
178. **Korkmazer B.** Üniversite Öğrencilerinde Alkollü Araç Kullanma Davranışı ve İlişkili Riskli Davranışlar. *Jour Turk Fam Phy*, **2021**; 12(3):135-141.
179. **Tekgöl N, Göktay GA, Dirik N, Karademirci E, Öngel K.** Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Aile Hekimliği Kliniği, Alsancak gençlik danışmanlık ve sağlık hizmet merkezi örneği, ÇİDEM. *Smyrna Tıp Dergisi*, **2012**; 2:33-35.
180. **Bozhüyük A, Özcan S, Kurdak H, Akpınar E, Saatçi E, Bozdemir N.** Sağlıklı yaşam biçimi ve aile hekimliği. *Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care*, **2012**; 6(1).
181. **Gençtanırım D.** Riskli Davranışlar Ölçeği Üniversite Formu: Geçerlik ve Güvenirlik Çalışmaları, *Eğitimde ve Psikolojide Ölçme ve Değerlendirme Dergisi*, **2014**; 5(1):24-34.
182. **Özcan, S., Duyan, V., & İncecik, Y.** Aile Hekimliği’nde Aile APGAR Ölçeği’nin Kullanımı: Türkçeye Uyarlama Çalışması. *The Journal of Turkish Family Physician*, **2011**; 2(3):30-37.
183. **Mayers A.** Introduction to statistics and SPSS in psychology. Harlow: Pearson Education Limited, **2013**.
184. **Arıkan İ, Yavuz B, Yiğit D, Ece E.** Üniversite öğrencilerinde riskli davranışlarla ilişkili faktörlerin incelenmesi: Bir devlet üniversitesi örneği. *Çağdaş Tıp Dergisi*, **2017**; 7(4):348-354.
185. **Hacıaloğlu N.** Hemşirelik Öğrencilerinin Sergilediği Riskli Davranışlar. *STED/Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, **2018**; 27(2):73-79.
186. **Tuna ZO.** Üniversite Öğrencilerinde Riskli Davranışların Dürtüsellik ve Üstbilişsel İnançlar İle İlişkisi. İstanbul, İstanbul Bilim Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, **2015**.

- 187. Croisant SAP, Laz TH, Rahman M, Berenson AB.** Gender Differences in Risk Behaviors among High School Youth. *Global Advances in Health and Medicine*, **2013**; 16-22.
- 188. Korn L, Bonny-Noach H.** Gender Differences in Deviance and Health Risk Behaviors Among Young-Adults Undergraduate Students, *Substance Use & Misuse*, **2018**; 53(1):59-69.
- 189. Byrnes JP, Miller DC, Schafer WD.** Gender Differences in Risk Taking: A Meta-Analysis, *Psychological Bulletin*, **1999**; 125(3):367-383.
- 190. Mahalik JR, Levine CR, McPherran LC, Doyle LA, Markowitz AJ.** Changes in health risk behaviors for males and females from early adolescence through early adulthood, *Health Psychology*, **2013**; 32(6):685-94.
- 191. Sadeh N, Baskin-Sommers A.** Risky, Impulsive, and Self-Destructive Behavior Questionnaire (RISQ): A Validation Study. *Assessment*. **2017**; 24(8):1080-1094.
- 192. Geniole SN, Bird BM, McVittie JS, Purcell RB, Archer J, Carré JM.** Is testosterone linked to human aggression? A meta-analytic examination of the relationship between baseline, dynamic, and manipulated testosterone on human aggression. *Horm Behav*. **2020**; 123:104644.
- 193. Chen FR, Raine A, Granger DA.** Testosterone and Proactive-Reactive Aggression in Youth: the Moderating Role of Harsh Discipline. *J Abnorm Child Psychol*. **2018**; 46(8):1599-1612.
- 194. Pıçakçıefe M, Akkaya V, Erbaş E, Balcı Y.** Bir tıp fakültesi birinci sınıf öğrencilerinin sosyodemografik özellikleri, olumlu, olumsuz duyguları ve riskli davranışları arasındaki ilişki, *Nobel Medicus*, **2017**; 39(13):3.
- 195. Çiydem E.** Hemşirelik öğrencilerinde riskli davranışlar, akran baskısı ve psikolojik dayanıklılık, İstanbul Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, **2017**.
- 196. Coşkun, S.** Bir Turizm Bölgesindeki Üniversite Öğrencilerinde Risk Alma Davranışlarının İncelenmesi. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, **2018**; 7(4):46-53.
- 197. Poscia A.** Risky behaviours among university students in Italy. *Annali dell'Istituto superiore di sanita*, **2015**; 51:111-115.
- 198. Wamamili B.** Cigarette smoking and e-cigarette use among university students in Queensland, Australia and New Zealand: results of two cross-sectional surveys. *BMJ open*, 2021; 11(2).

199. **Chirtkiatsakul B, Jani R, Hairi FM, Abdul Talib M.** Tobacco use and associated factors among university students in Thailand, *Journal of Substance Use*, **2021**; 10:10-80.
200. **DiBello AM, Benz MB, Miller MB, Merrill JE, Carey KB.** Examining residence status as a risk factor for health risk behaviors among college students, *Journal of American College Health*, **2018**; 66(3):187-193.
201. **Simons-Morton B.** The Effect of Residence, School Status, Work Status, and Social Influence on the Prevalence of Alcohol Use Among Emerging Adults. *Journal of studies on alcohol and drugs*, **2016**; 77(1):121-32.
202. **Carter AC, Brandon KO, Goldman MS.** The college and noncollege experience: A review of the factors that influence drinking behavior in young adulthood. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*. **2010**; 71:742-750.
203. **Nelson TF, Weitzman ER, Wechsler H.** The effect of a campus-community environmental alcohol prevention initiative on student drinking and driving: Results from the “a matter of degree” program evaluation. *Traffic Injury Prevention*. **2005**; 6:323-330.
204. **Toomey TL, Wagenaar AC.** Environmental policies to reduce college drinking: Options and research findings. *Journal of Studies on Alcohol, Supplement*. **2002**; 14:193-205.
205. **Toomey TL, Lenk KM, Wagenaar AC.** Environmental policies to reduce college drinking: An update of research findings. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*. **2007**; 68:208-219.
206. **Özpulat F, Erdem Y.** Üniversite öğrencilerinin riskli sağlık davranışları ve etkileyen faktörlerin incelenmesi, *Ankara Sağlık Bilimleri Dergisi*, **2019**; 8(1):110-126.
207. **Oksuz E, Simten M.** Socioeconomic factors and health risk behaviors among university students in Turkey: questionnaire study. *Croatian Medical Journal*, **2005**; 46(1).
208. **El Ansari W, Salam A.** Prevalence and predictors of smoking, quit attempts and total smoking ban at the University of Turku, Finland. *Cent Eur J Public Health*. **2021**; 29(1):45-55.
209. **Cheng-Ye J, Pei-Jin H, Yi S.** The Epidemiology of Alcohol Consumption and Misuse among Chinese College Students, *Alcohol and Alcoholism*, **2012**; 47(4):464-472.
210. **Langille DB, Curtis L, Hughes J.** Association of Socio-economic Factors with Health Risk Behaviours Among High School Students in Rural Nova Scotia. *Can J Public Health* 2003; 94:442-447.

211. **Brake CA.** Mental contamination and trauma: Understanding posttraumatic stress, risky behaviors, and help-seeking attitudes, *Journal of obsessive-compulsive and related disorders*, **2018**; 17:31-38.
212. **Moore AA.** Potentially traumatic events, personality, and risky sexual behavior in undergraduate college students, *Psychological trauma: theory, research, practice, and policy*, **2017**; 9(1):105.
213. **Flood AM, McDevitt-Murphy ME, Weathers FW.** Substance use behaviors as a mediator between posttraumatic stress disorder and physical health in trauma-exposed college students. *J Behav Med*, **2009**; 32:234-243.
214. **Nancy CJ, Laura DR, Peter JK, Christina CC, Brian H.** Unhealthy behavior clustering and mental health status in United States college students, *Journal of American College Health*, **2019**; 67(8):790-800.
215. **Surís JC.** Health risk behaviors in adolescents with chronic conditions, *Pediatrics*, **2008**; 122(5):1113-1118.
216. **Julie DE, Patterson JM, Wall M, Neumark Sztainer D.** Risk Behaviors and Emotional Well-Being in Youth With Chronic Health Conditions, *Children's Health Care*, **2005**; 34(3):181-192,
217. **Gubelmann A, Berchtold A, Barrense-Dias Y, Akre C, Newman CJ, Suris JC.** Youth With Chronic Conditions and Risky Behaviors: An Indirect Path. *J Adolesc Health*. **2018**; 63(6):785-791.
218. **Wamamili B, Wallace-Bell M, Richardson A, Grace RC, Coope P.** Associations of history of mental illness with smoking and vaping among university students aged 18-24 years in New Zealand: Results of a 2018 national cross-sectional survey. *Addict Behav*. **2021**; 112:106635.
219. **Sánchez-Herrero H, Amezcua-Prieto C, Morales-Suárez-Varela M, Ayán-Pérez C, Mateos-Campos R, Molina AJ, et al.** Discriminación y su relación con las conductas de riesgo y la salud percibida en estudiantes universitarios españoles: un estudio transversal [Discrimination and its relationship with risk behaviors and perceived health in spanish university students: a cross-sectional study.], *Rev Esp Salud Publica*, **2021**; 95:2021.
220. **Sümen A, Öncel S.** Türkiye’de lise öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını etkileyen faktörler: Sistematik derleme. *Eur J Ther*, 2017; 23:74-82.
221. **Akman E, Tarım M.** Türkiye ve ingiltere sağlık sistemleri: birinci basamak sağlık hizmetleri karşılaştırması, *Uluslararası Sağlık Yönetimi ve Stratejileri Araştırma Dergisi*, **2020**; 6(2):303-316.
222. **Özçelik E.** İngiltere’de sağlık sistemi, *Sciences*, 2020; 6(28):1152-1184.

223. **Başol E.** Gelişmekte olan ülkelerde strateji: sağlık sisteminde sevk zinciri. *Balkan Sosyal Bilimler Dergisi*, **2015**; 4(8):128-140.
224. **Rovis D, Bezinovic P, Basic J.** Interactions of school bonding, disturbed family relationships, and risk behaviors among adolescents. *J Sch Health*. **2015**; 85:671-679.
225. **Sharaf AY, Thompson EA, Walsh E.** Protective effects of self-esteem and family support on suicide risk behaviors among at-risk adolescents. *J Child Adolesc Psychiatr Nurs*. **2009**; 22(3):160-8.
226. **Abiodun O, Sodeinde K, Jagun O, Ladele A, Adepoju A, Ohiaogu F, et al.** Influence of Perception of Family Support and Functioning on Adolescent High-Risk Sexual Behavior. *Am J Trop Med Hyg*. **2020**; 104(3):1153-1163.
227. **Asiseh F, Owusu A, Quaicoe O.** An Analysis of Family Dynamics on High School Adolescent Risky Behaviors in Ghana, *Journal of Child & Adolescent Substance Abuse*, **2017**.
228. **Carroll HA, Heleniak C, Witkiewitz K, Lewis M, Eakins D, Staples J, Larimer ME.** Effects of parental monitoring on alcohol use in the U.S. and Sweden: A brief report. *Addictive Behaviors*, **2016**; 63:89-92.
229. **Choquet M, Hassler C, Morin D, Falissard B, Chau N.** Perceived parenting styles and tobacco, alcohol and cannabis use among French adolescents: Gender and family structure differentials. *Alcohol and Alcoholism*, **2008**; 43(1):73- 80.
230. **Li X, Feigelman S, Stanton B.** Perceived parental monitoring and health risk behaviors among urban low-income African-American children and adolescents. *Journal of Adolescent Health*, **2000**; 27(1):43-48.
231. **Nelson KM, Carey KB, Scott-Sheldon LA, Eckert TL, Park A, Venable PA, Carey MP.** Gender differences in relations among perceived family characteristics and risky health behaviors in urban adolescents. *Annals of Behavioral Medicine*, **2016**; 1-7.

8. EKLER

Ek 1. Aydınlatılmış Onam Formu

Sevgili Öğrencimiz,

Sizi ‘Üniversite Eğitimine Başlayan Gençlerde Riskli Davranışlar ve İlişkili Ailesel Faktörlerin Değerlendirilmesi’ başlıklı tez çalışmamıza davet ediyoruz. Bu anket çalışmasında tanımlayıcı bilgiler yer almamaktadır. Cevaplarınız gizli kalacaktır ve sonuçlar sadece bilimsel amaçla kullanılacaktır. Bu çalışmaya katılmama veya katıldıktan sonra çekilme hakkınız bulunmaktadır. Soruları yanıtlamanız, araştırmaya katılım için onam verdiğiniz biçiminde yorumlanacaktır. Kendi doldurduğunuz anket formu ile ilgili geribildirim almak isterseniz ankete rumuz (takma ad) ekleyebilirsiniz. Sorulara kendinizle ilgili açık ve doğru cevaplar vermeniz araştırmanın sağlıklı sonuçlarla tamamlanabilmesi açısından çok önemlidir. Katılımınız ve ayıracağınız zaman için teşekkür ederiz.

Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı

Arş. Gör. Dr. Veli Oğuzhan SAYIM

Öğr. Gör. Dr. Zeliha Yelda ÖZER

Prof. Dr. Sevgi ÖZCAN

Tel: 0322 3386060

Email: oguzhansayim@yahoo.com

Ek 2. Veri Toplama Formu

1-Cinsiyetiniz	1.Erkek	2. Kadın
2-Doğum yılınız		
3- Fakülteniz		
4- Yüz yüze eğitimde ikamet ettiğiniz/edeceğiniz yer	1. Ailemle 2.Evde arkadaşlarımla 3. Yurtta 4.Evde tek 5. Diğer	
5-Aile tipiniz	1. Çekirdek aile (Anne, baba varsa kardeşler) 2. Tek ebeynli 3. Geniş aile 4. Diğer	
6-Anne ve babanızın eğitim durumlarını işaretleyiniz	Anne -Okula gitmemiş -Lise ve altı -Üniversite ve üzeri	Baba -Okula gitmemiş -Lise ve altı -Üniversite ve üzeri
7-Sürekli ilaç kullanmanızı gerektiren, hekim tarafından tanı koyulmuş bir hastalığınız ve/veya engellilik durumunuz var mı?	1.Evet 2.Hayır	
8-Ailenizde (anne baba ve kardeşlerinizde) kronik bir hastalık ve/veya engellilik durumu olan var mı?	1.Evet 2.Hayır	
8-Ailenizin aylık gelirini nasıl tanımlarsınız?	1-Düşük 2-Orta 3-Yüksek	
9-Genel olarak sağlık durumunuz hakkında ne söyleyebilirsiniz?	1-Mükemmel 2-Çok İyi 3-İyi 4-Orta 5-Zayıf	
10-Rutin bir kontrol için en son doktora ne zaman gittiniz?	1-Son 1 yıl içinde 2-Son 2 yıl içinde 3-Son 3 yıl içinde 4-4 yıl ya da daha fazla 5-Hiç gitmedim	
11-Kayıtlı olduğunuz aile hekiminizi tanıyor musunuz?	1-Evet 2-Hayır	
12-Herhangi bir sağlık sorununuz olduğunda genel olarak ilk hangi kuruma başvuruyorsunuz?	1-Aile Sağlığı Merkezi (ASM) 2-Devlet Hastanesi/Şehir Hastanesi 3-Özel Muayene/Özel Tıp Merkezi/Özel Hastane 4-Üniversite Hastanesi/Eğitim Araştırma Hastanesi	
13-Son 2 yıl içinde hayatınızı ciddi olarak etkileyen olumsuz bir olay yaşadınız mı? (Ciddi hastalık veya sakatlık, vefat, boşanma, ciddi maddi kayıp, adli olaylar-tutukluluk, yargılanma- ,göç vs...)	1-Evet 2-Hayır	

Aşağıda şu anki yaşam tarzınız ve alışkanlıklarınız ile ilgili sorular yer almaktadır. Lütfen soruları mümkün olduğu kadar doğru ve eksiksiz yanıtlayınız. Her alışkanlığınızın sıklığını uygun seçeneğe çarpı atarak belirtiniz. Her zaman, genellikle, bazen, nadiren, hiçbir zaman olarak değerlendirilmektedir.	Her Zaman	Genellikle	Bazen	Nadiren	Hiçbir 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 ağzıma 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 arkadaşlarımın 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					
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 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.					
61. Cinsel ilişki sırasında gebelikten koruyucu önlem alırım(Cinsel ilişkide bulunmuyorsanız bu soruyu cevaplamayınız)					

62.Cinsel yolla bulaşan hastalıklardan korunmak için önlem alırım(Cinsel ilişkide bulunmuyorsanız bu soruyu cevaplamayınız)					
63.Bir araca bindiğimde emniyet kemeri takarım					
64.Motosiklete veya bisiklete bindiğimde koruyucu başlık kullanırım(Motosiklete veya bisiklete binmiyorsanız bu soruyu cevaplamayınız)					
65.Yavaş ve güvenli araç kullanırım(Araç kullanmıyorsanız bu soruyu cevaplamayınız)					

	Neredeyse Her Zaman	Bazen	Neredeyse Hiçbir Zaman
1-Bir sorunum olduğunda ailemden yardım alabiliyor olmamdan memnunum			
2-Ailemin benimle konuşma ve problemleri paylaşma şeklinden memnunum			
3-Ailemin yeni etkinliklere katılma veya yönelme isteklerimi kabul etmesi ve desteklemesinden memnunum			
4-Ailemin kızgınlık, üzüntü ve aşk gibi duygularına ilgi ve tepki gösterme şeklinden memnunum			
5-Ailemle birlikte vakit geçirme şeklimizden memnunum			