

T.C.
BEYKENT ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
İŞLETME YÖNETİMİ ANABİLİM DALI
HASTANE VE SAĞLIK KURUMLARI YÖNETİMİ BİLİM DALI

**GENÇ KUŞAKTA RİSKLİ SAĞLIK DAVRANIŞLARI
(KIRKLARELİ ÜNİVERSİTESİ ÖĞRENCİLERİ
ÖRNEĞİ)**

Yüksek Lisans Tezi

Tezi Hazırlayan:
Yunus KULOĞLU

İstanbul, 2015

T.C.
BEYKENT ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
İŞLETME YÖNETİMİ ANABİLİM DALI
HASTANE VE SAĞLIK KURUMLARI YÖNETİMİ BİLİM DALI

**GENÇ KUŞAKTA RİSKLİ SAĞLIK DAVRANIŞLARI
(KIRKLARELİ ÜNİVERSİTESİ ÖĞRENCİLERİ
ÖRNEĞİ)**

Yüksek Lisans Tezi

Tezi Hazırlayan:
Yunus KULOĞLU

Öğrenci No:
140746013

Danışman:
Yrd. Doç. Dr. Ali SAYGILI

İstanbul, 2015

YEMİN METNİ

Yüksek Lisans Tezi olarak sunduğum “Genç Kuşakta Riskli Sağlık Davranışları (Kırklareli Üniversitesi Öğrencileri Örneği) ” başlıklı bu çalışmanın, bilimsel ahlak ve geleneklere uygun şekilde tarafımdan yazıldığını, yararlandığım eserlerin tamamının kaynaklarda gösterildiğini ve çalışmanın içinde kullanıldıkları her yerde bunlara atıf yapıldığını belirtir ve bunu onurumla doğrularım. 24/10 /2015

Yunus KULOĞLU



T.C.
BEYKENT ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ
TEZLİ YÜKSEK LİSANS SINAV TUTANAĞI

24.10.2015

Enstitümüz *İşletme Yönetimi* Anabilim dalı *Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi* Programı yüksek lisans öğrencilerinden 140746013 numaralı **Yunus KULOĞLU'nun** "*Beykent Üniversitesi Lisansüstü Eğitim - Öğretim Yönetmeliği*"nin ilgili maddesine göre hazırlayarak, Enstitümüze teslim ettiği "*Genç Kuşakta Riskli Sağlık Davranışları (Kırklareli Üniversitesi Öğrencileri Örneği)*" konulu tezini, Yönetim Kurulumuzun 20.10.2015 tarih ve 2015/41 sayılı toplantısında seçilen ve Taksim Yerleşkesinde toplanan biz jüri üyeleri huzurunda, ilgili yönetmeliğin (c) bendi gereğince (60) dakika süre ile aday tarafından savunulmuş ve sonuçta adayın tezi hakkında ~~oyçokluğu/oybirliği~~ ile *Kabul/Red-veya-Düzeltilme* kararı verilmiştir.

İşbu tutanak, 4 nüsha olarak hazırlanmış ve Enstitü Müdürlüğü'ne sunulmak üzere tarafımızdan düzenlenmiştir.


DANİŞMAN
YRD.DOÇ.DR ALİ SAYGILI
(BEYKENT ÜNİVERSİTESİ)


ÜYE
PROF. DR. MEHMET FİKRET GEZGİN
(BEYKENT ÜNİVERSİTESİ)

ÜYE
DOÇ. DR. KAMİL USLU
(MARMARA ÜNİVERSİTESİ)



Adı ve Soyadı : Yunus KULOĞLU

Danışmanı : Yrd. Doç. Dr. Ali SAYGILI

Tür ve Tarihi : Yüksek Lisans/Tez, 2015

Alanı : Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi

Anahtar Kelimeler: Riskli Sağlık Davranışları, Gençlik Sorunları, Sağlığın

Korunması ve Geliştirilmesi, Üniversite Gençliği ve Sağlık

ÖZ

GENÇ KUŞAKTA RİSKLİ SAĞLIK DAVRANIŞLARI (KIRKLARELİ ÜNİVERSİTESİ ÖĞRENCİLERİ ÖRNEĞİ)

Gençlik dönemi, kişinin davranışlarının şekillendiği ve çeşitlilik gösterdiği dönemdir. Gençleri yetişkinlerden ayıran en önemli özelliklerden biri bu dönemde riskli davranışların fazla olması ve gençlerin bu riskli davranışlara yönelmeleridir. Gençlerin tehlikeyi ve sağlık sorunlarını beraberinde getiren riskli davranışlardan uzak durması gerekir. Böylelikle gençler geleceğini daha sağlıklı yaşayacaktır. Gençlerin riskli sağlık davranışlarının sebepleri ve getirdiği sonuçları tespit edip, gerekli önlemleri almak için bu araştırma konusu seçilmiştir.

Kırklareli il merkezinde üniversite eğitimi alan öğrencilerde gençlik döneminde riskli sağlık davranışlarını etkileyen faktörleri değerlendirmek amacıyla öncelikle literatür taraması yapılmıştır. Daha sonra Kırklareli Üniversitesi Merkez İlde okumakta olan birinci ve dördüncü sınıf 265 üniversite öğrencisine araştırma konusu ile ilgili anket çalışması uygulanmıştır. Anket verileri SPSS programında analiz edilmiş ve okunulan sınıfa göre sergilenen riskli sağlık davranışlarında farklılık olduğu tespit edilmiştir.

Sonuç olarak üniversite öğrencilerinin okumakta olduğu sınıfa göre, sosyo-demografik ve sosyo-ekonomik durumlarına göre sigara, alkol, uyuşturucu madde, sağlıksız beslenme ve fiziksel aktivitesizlik, intihar ve depresyon, sağlıksız cinsel ilişki ve sağlıksız dövme/piercing kullanımı gibi riskli sağlık davranışlarında farklılıklar bulunmuştur.

Name Surname : Yunus KULOĞLU
Advisor : Asst. Prof. Ali SAYGILI
Type and Date : Master's Degree / 2015
Area : Hospital and Health Institutions of Management
Keywords : Risky Health Behavior, Youth Issues, Protecting and
Improving Health, University of Youth and Health

ABSTRACT

RISKY HEALTH BEHAVIORS AT YOUNG GENERATION (THE CASE OF KIRKLARELİ UNIVERSITY)

The period of youth is the time of the life that people's behaviours are shaped and varied. One of the most distinguishing feature between youth and adults is that young people have more risky behavior than adults in this period of life and that they tend towards these risky behaviors. Youth should avoid from the behaviors which are dangerous and risky. Thus they live more healthy in the future. This research subject was chosen to identify the youth's risky behaviour's reasons and their results and so to be able to take the measures what are needed.

Firstly, a literature review was made to evaluate that affect risky health behaviors during the youth period in students who study at the center of the Kırklareli City. Then a survey which was about the survey subject was applied to the 265 students who are freshman and senior class. Survey datas were analysed in the programme of SPSS and we determined variations between freshman students and the senior class student.

As result, variations are found in the risky behaviours such as cigarets, alcohol, drugs, malnutrition and non- physical activity, suicide and depression, unhealthy sexual intercourse and unhealthy tatoo or piercing according to year of the school, socio-demographic and socio –economic situations.

İÇİNDEKİLER

	Sayfa No.
ÖZ	i
ABSTRACT.....	ii
İÇİNDEKİLER	iii
TABLolar LİSTESİ	ix
ŞEKİLLER LİSTESİ	xiii
KISALTMALAR	xiv
GİRİŞ	1

BİRİNCİ BÖLÜM

GENÇLİK, ÜNİVERSİTE GENÇLİĞİ, GENÇLERDE SAĞLIĞIN KORUNMASI ve GELİŞTİRİLMESİ

1. GENÇLİK ve GENÇLİK DÖNEMİNDE GELİŞİM

1.1. Gençlik Kavramı	4
1.2. Gençlik Döneminde Gelişim	10
1.2.1. Fiziksel Gelişim	10
1.2.2. Zihinsel Gelişim	11
1.2.3. Psiko-Sosyal Gelişim	13

2. TÜRKİYE’DE ÜNİVERSİTE GENÇLİĞİ

2.1. 1960-1990 Yıllarında Üniversite Gençliği	14
2.2. 1990’dan Günümüze Üniversite Gençliği	17

3. GENÇLERDE SAĞLIĞIN KORUNMASI ve GELİŞTİRİLMESİ

3.1. Sağlık Kavramı	21
3.2. Sağlığın Korunması ve Gençlik	24
3.2.1. Kişisel Sağlığın Korunması ve Gençlik	24
3.2.2. Çevresel Sağlığın Korunması ve Gençlik	26
3.3. Gençlerde Sağlığın Geliştirilmesi ve Sağlık İnanç Modeli	28

İKİNCİ BÖLÜM

RİSKLİ SAĞLIK DAVRANIŞLARI, GENÇ KUŞAKTA GÖRÜLEN RİSKLİ SAĞLIK DAVRANIŞLARI

1. RİSKLİ SAĞLIK DAVRANIŞLARI	33
1.1. Riskli Sağlık Davranışlarının Tanımı	33
1.2. Riskli Sağlık Davranışları Kavramı	35
2. GENÇ KUŞAKTA RİSKLİ SAĞLIK DAVRANIŞLARI	33
2.1. Tütün ve Tütün Ürünleri Kullanımı	36
2.2. Alkol Kullanımı	40
2.3. Uyuşturucu/Uyarıcı Madde Kullanımı	45
2.4. Sağlıksız Beslenme ve Fiziksel Hareketsizlik	49
2.5. Depresyon ve İntihar	52
2.6. Dövme/Piercing Kullanımı	55
2.7 Sağlıksız Cinsel İlişki	59
2.8. Dijital Araçların Aşırı Kullanımı	60

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

KIRKLARELİ ÜNİVERSİTESİ ÖĞRENCİLERİNDE RİSKLİ SAĞLIK DAVRANIŞLARI

1. KIRKLARELİ ÜNİVERSİTESİNE İLİŞKİN TEMEL BİLGİLER	63
1.1. Tarihçe ve Kurumsal Bilgiler	63
1.2. Öğretim Üyesi ve Öğrenci Sayıları	63
2. KATILIMCILARIN OKUDUĞU BİRİM ve SINIFA GÖRE DAĞILIMI ..	64
3. KATILIMCILARIN SOSYO-DEMOGRAFİK PROFİLİ	65
3.1. Cinsiyet, Yaş, Medeni Durum ve Yerleşim Yeri Dağılımı	65
3.2. Aileye ilişkin Sosyo-Demografik Bilgileri	68
3.3. Boy, Kilo ve Vücut Kitle İndeksi Dağılımı	71

4. KATILIMCILARIN SOSYO-EKONOMİK PROFİLİ	73
4.1. Yaşanılan Yere ve Yaşadığı Haneye İlişkin Bilgiler.....	73
4.2. Aylık Ortalama Gelir, Gelir Kaynağı ve Bir İşte Çalışıp Çalışmama Durumuna İlişkin Bilgiler	76
5. KATILIMCILARIN SİGARA KULLANIMI İLE İLGİLİ TUTUM ve DAVRANIŞLARI	78
5.1. Sigara Kullanma Durumu İle İlgili Bilgiler	78
5.2. Gün İçerisinde İçilen Sigara Miktarı ve Ne Kadar Süredir Sigara İçildiğine İlişkin Bilgiler	79
5.3. Sigaraya Başlama/Deneme Nedenlerinin İncelenmesi	80
5.4. Okuduğu Sınıf ile Sigara İçme Durumu Arasındaki İlişki	81
5.5. Cinsiyet ile Sigara İçme Durumu Arasındaki İlişki	82
5.6. Üniversitesi Öncesi Yaşanılan Yerleşim Yeri ile Sigara İçme Durumu Arasındaki İlişki	83
5.7. Şu an Yaşanılan Yer ile Sigara İçme Durumu Arasındaki İlişki	84
5.8. Aylık Ortalama Gelir ile Sigara İçme Durumu Arasındaki İlişki	85
6. KATILIMCILARIN ALKOL KULLANIMI İLE İLGİLİ TUTUM ve DAVRANIŞLARI	86
6.1. Alkol Kullanma Durumu, Sıklığı ve Alkole Başlama/Deneme Durumu İlgili Bilgiler.....	86
6.2. Alkolün Sağlığa Etkisi Hakkında Düşünceleri	88
6.3. Okuduğu Sınıf ile Alkol İçme Durumu Arasındaki İlişki.....	88
6.4. Cinsiyet ile Alkol Kullanma Durumu Arasındaki İlişki.....	89
6.5. Üniversiteye Gelmeden Önce Yaşanılan Yerleşim Yeri ile Alkol Kullanma Durumu Arasındaki İlişki.....	90
6.6. Aylık Ortalama Gelir ile Alkol Kullanma Durumu Arasındaki İlişki.....	91

7. KATILIMCILARIN UYUŞTURUCU/UYARICI MADDE İLE İLGİLİ	
TUTUM ve DAVRANIŞLARI	92
7.1. Uyuşturucu/Uyarıcı Madde Kullanımı ve Madde Kullanma/Deneme	
Nedenleri	92
7.2. Okuduğu Sınıfa ve Cinsiyete Göre Uyuşturucu/Uyarıcı Madde	
Kullanımı.....	94
7.3. Aylık Ortalama Gelir ile Uyuşturucu/Uyarıcı Madde Kullanma Durumu	
Arasındaki İlişki.....	95
7.4. Sakinleştirici ve Uyku Yapıcı İlaçların Kullanımı ve Üniversite Çevresinde	
Yasadışı İlaç Satışı İle İlgili Dağılımlar	96
8. KATILIMCILARIN SAĞLIKLI BESLENME ve FİZİKSEL AKTİVİTE	
İLE İLGİLİ TUTUM ve DAVRANIŞLARI	98
8.1. Katılımcıların Günde Yediği Öğün Sayısı, Haftada Tüketilen Yeşil	
Sebze veya Sebze Yemeği ve Süt Ürünleri İle İlgili Dağılımlar	98
8.2. Sabah Kahvaltısının Nasıl yapıldığına ve Fastfood, Ocakbaşı Türü	
Yiyeceklerin Ne Sıklıkla Tüketildiği İle İlgili Bilgiler	100
8.3. Katılımcıların Fiziksel Aktiviteye (Egzersiz) İlişkin Bilgiler	103
8.4. Fiziksel Aktivite (Egzersiz) Yapma Sıklığı ve Bir Egzersiz Programının	
Süresine İlişkin Bilgiler	105
8.5. Egzersiz Yapma Durumu İle Fastfood, Ocakbaşı Türü Yiyecekler Tüketimi	
Arasındaki İlişki	106
8.6. Cinsiyet ve Aylık Ortalama Gelirle Fastfood, Ocakbaşı Türü Yiyecekler	
Tüketimi Arasındaki İlişki	107

9. KATILIMCILARIN AIDS ve CİNSEL YOLLA BULAŞAN DİĞER

HASTALIKLARA İLİŞKİN TUTUM ve DAVRANIŞLARI111

- 9.1. AIDS ve Diğer Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklar Konusunda Bilgi
Durumları..... 111
- 9.2. AIDS ve Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklarla İlgili Edinilen Bilginin
Kaynağı..... 112
- 9.3. Katılımcıların Cinsiyet ve Okuduğu Sınıf ile Cinsel Yolla Bulaşan
Hastalıklar İlgili Bilgisi Arasında İlişki 113
- 9.4. Üniversite Öncesi Yaşanılan Yerleşim Yeri ile Cinsel Yolla Bulaşan
Hastalıklar İlgili Bilgisi Arasında İlişki 115
- 9.5. Katılımcıların Aile Tipi ile AIDS ve CYBH İlgili Bilgisi Arasındaki
İlişki 116

10. KATILIMCILARIN İNTİHAR ETME ve DÖVME/PIERCİNG

KULLANIMINA İLİŞKİN TUTUM ve DAVRANIŞLARI 117

- 10.1. İntihar Girişiminde Bulunma ve Psikolog/Psikiyatridan Destek Alma
Durumu ve Bu Durumların Karşılaştırılması 117
- 10.2. Dövme/Piercing Kullanımı ve Sonrasında Yaşanılan Sağlık Sorunu
İle İlgili Bilgiler..... 119
- 10.3. İntihar Girişiminde Bulunma İle Sigara, Alkol ve Uyuşturucu Madde
Kullanma Durumu Arasındaki İlişki121
- 10.4. Dövme/Piercing Kullanımı ve Sonrasında Yaşanılan Sağlık Sorunu
İle İlgili Bilgiler 123
- 10.5. Cinsiyet ve Okunulan Sınıfın Dövme/Piercing Kullanımı İle İlişkisi 125

11. KATILIMCILARIN GENEL SAĞLIK DURUMLARI İLE İLGİLİ

BİLGİLER	126
11.1. Kronik Rahatsızlık ve Sürekli Kullanılan İlaçlarla İlgili Bilgiler.....	126
11.2. Katılımcıların Genel Sağlık Düzeyi İle İlgili Algısı	127
11.3. Cinsiyet ve Okunulan Sınıfın Kronik Rahatsızlık ve İlaç Kullanımıyla İlişkisi	128
SONUÇ.....	130
KAYNAKÇA	133
EK-1: ANKET FORMU	150
EK:2: ANKET İZİN YAZISI	156

TABLÖLAR LİSTESİ

Tablo No:

Sayfa No:

Tablo 1: Gençlik Dönemi Yaş Aralığı	6
Tablo 2: Gençliğin Sınıflandırılması	8
Tablo 3: Türkiye’de alkol kullanımıyla ilgili yapılmış çalışmalar	43
Tablo 4: Öğrencilerin Okuduğu Birim ve Sınıfa Göre Dağılımı	64
Tablo 5: Cinsiyet, Yaş, Medeni Durum ve Yerleşim Yeri Dağılımı	65
Tablo 6: Katılımcıların Yaşlarının Okuduğu Sınıfa Göre Dağılımları	66
Tablo 7: Katılımcıların Anne Baba Durumu, Ailenin Yaşadığı Bölge, Baba-Anne Bir İşte Çalışma Durumu ve Aile Tipi Dağılımları	68
Tablo 8: Katılımcının Aile Tipi Dağılımları	70
Tablo 9: Katılımcıların Cinsiyete Göre Boy ve Kilo Dağılımları	71
Tablo 10: Katılımcıların Cinsiyete Göre Vücut Kitle İndeksi Değerleri	72
Tablo 11: Katılımcıların Cinsiyete Göre VKİ Değerlerinin Sınıflandırılması	72
Tablo 12: Katılımcıların Şuan Yaşadığı Haneye İlişkin Dağılımlar	73
Tablo 13: Yaşadığı Hanedeki (Ev/Oda) Kişi Sayısı	74
Tablo 14: Katılımcıların Aylık Ortalama Geliri	76
Tablo 15: Katılımcıların Gelir Kaynağı Dağılımları	76
Tablo 16: Katılımcıların Çalışıp/Çalışmama Durumu ilişkin Dağılımlar	77
Tablo 17: Sigara Kullanımı İle İlgili Dağılımlar	78
Tablo 18: Katılımcıların Günde İçtikleri Sigara Miktarı	79
Tablo 19: Katılımcıların Sigara Kullanma Süresi	79
Tablo 20: Sigaraya Başlama/Deneme Nedeni Dağılımları	80
Tablo 21: Katılımcıların Okuduğu Sınıfa Göre Sigara İçme Durumu	81

Tablo 22. Katılımcıların Cinsiyete Göre Sigara İçme Durumu	82
Tablo 23. Katılımcıların Üniversiteye Gelmeden Önce Yaşadığı Yerleşim Yerine Göre Sigara Kullanımı Durumu	83
Tablo 24. Katılımcıların Şuan Yaşadığı Yere Göre Sigara Kullanma Durumu	84
Tablo 25. Katılımcıların Aylık Ortalama Gelirine Göre Sigara Kullanma Durumu.	85
Tablo 26. Alkol Kullanımı İle İlgili Dağılımlar	86
Tablo 27. Alkol Kullanma Sıklığı İle İlgili Dağılımlar	86
Tablo 28. Alkol Kullanma/Deneme Nedenlerinin Dağılımı	87
Tablo 29. Alkolün Sağlığa Etkisi Hakkında Düşünme Durumu	88
Tablo 30. Katılımcıların Okuduğu Sınıfa Göre Alkol Kullanma Durumu	88
Tablo 31. Katılımcıların Cinsiyete Göre Alkol Kullanma Durumu	89
Tablo 32. Katılımcıların Üniversiteye Gelmeden Önce Yaşadığı Yerleşim Yerine Göre Alkol Kullanımı Durumu.....	90
Tablo 33. Katılımcıların Aylık Ortalama Gelirine Göre Sigara Kullanma Durumu	91
Tablo 34. Katılımcıların Uyuşturucu/Uyarıcı Madde Kullanımı Dağılımı	92
Tablo 35. Uyuşturucu/Uyarıcı Madde Kullanma/Deneme Nedenlerinin Dağılımı .	93
Tablo 36. Katılımcıların Okuduğu Sınıf ve Cinsiyete Göre Madde Kullanma Durumları	94
Tablo 37. Katılımcıların Aylık Ortalama Gelirine Göre Uyuşturucu/Uyarıcı Madde Kullanma Durumu	95
Tablo 38. Sakinleşmek veya Uyuyabilmek İçin İlaç Kullanımı Dağılımları	96
Tablo 39. Üniversite Çevresinde Yasal Olmayan İlaç ya da Madde Satan Birilerinin Olup Olmadığı İle İlgili Dağılımlar	96
Tablo 40. Günde Yenilen Öğün Sayısı , Haftada Tüketilen Yeşil Sebze veya Sebze Yemeği ve Süt Ürünleri Dağılımları.....	98
Tablo 41. Sabah Kahvaltısının Nasıl Yapıldığına İlişkin Dağılımlar	100

Tablo 42. Fastfood ve Ocakbaşı Türü Yiyeceklerin Haftalık Tüketim	
Miktarlarının Dağılımı	101
Tablo 43. Katılımcıların Fiziksel Aktivite (egzersiz) Yapma Durumu.....	103
Tablo 44. Katılımcıların Yapmakta Olduğu Fiziksel Aktivite (Egzersiz) Dağılımı	103
Tablo 45. Fiziksel Aktivite (Egzersiz) Yapma Sıklığı ve Bir Egzersiz	
Programının Süresi	105
Tablo 46. Katılımcıların Egzersiz Yapma Durumuna Göre Fastfood, Ocakbaşı	
Türü Yiyecekler Tüketme Durumu	106
Tablo 47. Cinsiyete Göre Fastfood, Ocakbaşı Türü Yiyecekler Tüketme Durumu	107
Tablo 48. Aylık Ortalama Gelire Göre Fastfood ve Ocakbaşı Tüketimi	108
Tablo 49. Katılımcıların Cinsiyete, Okuduğu Sınıfa ve Aylık Ortalama Gelirine	
Göre Egzersiz Yapma Durumu	109
Tablo 50. AIDS ve Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklarla İlgili Bilgi Durumu.....	111
Tablo 51. AIDS ve Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklarla İlgili Nereden Bilgi	
Edinildiği İle İlgili Dağılımlar	112
Tablo 52. Cinsiyete Göre Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklarla İlgili Bilgi Durumu	113
Tablo 53. Okuduğu Sınıfa Göre Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklarla İlgili Bilgi	
Durumu	114
Tablo 54. Üniversite Öncesi Yaşanılan Yerleşim Yerine Göre Cinsel Yolla	
Bulaşan Hastalıklarla İlgili Bilgi Durumu	115
Tablo 55. Aile Tipine Göre Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklarla İlgili Bilgi	
Durumu	116
Tablo 56. İntihar Girişiminde Bulunma İle İlgili Dağılımlar	117
Tablo 57. Psikolog ya da Psikiyatr Destek Alma Durumu	118
Tablo 58. İntihar Girişimi İle Psikolog veya Psikiyatrdan Destek Alma Durumu	
Arasındaki İlişki	119

Tablo 59. Okuduğu Sınıfa Göre İntihar Girişiminde Bulunma Durumu	119
Tablo 60. Cinsiyete Göre İntihar Girişiminde Bulunma Durumu	120
Tablo 61. Sigara Kullanma Durumuna Göre ile İntihar Etme Durumu	121
Tablo 62. Alkol Kullanma Durumuna Göre İntihar Etme Durumu	122
Tablo 63. Dövmeye/Piercing Kullanma Durumu.....	123
Tablo 64. Dövmeye/Piercing Yapımı ve Sonrasında Sağlık Sorunu Yaşama Durumu.....	124
Tablo 65. Cinsiyete Göre Dövmeye/Piercing Kullanımı	124
Tablo 66. Okuduğu Sınıfa Göre Kalıcı Dövmeye/Piercing Kullanma	125
Tablo. 67. Kronik Rahatsızlığın Olup/Olmama Durumu Sürekli Kullanılan İlaçlarla İlgili Dağılımı	126
Tablo 68. Sağlık Düzeyi İle İlgili Dağılımlar	127
Tablo 69. Cinsiyet ve Okunulan Sınıfa Göre Kronik Rahatsızlık Durumu	128
Tablo 70. Cinsiyet ve Okunulan Sınıfa Göre Sürekli İlaç Kullanma Durumu	129

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil No:

Sayfa No:

Şekil 1: Sağlığı Etkileyen Faktörler 24

Şekil 2: Sağlık İnanç Modeli 31

KISALTMALAR

AÜ	:Anadolu Üniversitesi
BEÜ	: Beykent Üniversitesi
BM	: Birleşmiş Milletler
C.	: Cilt
CETAD	: Cinsel Eğitim Tedavi ve Araştırma Derneği
CÜ	: Cumhuriyet Üniversitesi
Çev.	: Çeviren
Der.	: Derleyen
DEÜ	: Dokuz Eylül Üniversitesi
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
Ed.	: Editör
HÜ	: Hacettepe Üniversitesi
MEB	: Milli Eğitim Bakanlığı
s.	: Sayfa sayısı
S.	: Sayı
SABE	: Sağlık Bilimleri Enstitüsü
SB	: Sağlık Bakanlığı
SBE	: Sosyal Bilimleri Enstitüsü
SBED	: Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi
SEKAM	: Sosyal Ekonomik ve Kültürel Araştırmalar Merkezi
ss.	: Sayfa sayıları
TDK	: Türk Dil Kurumu
TÜİK	: Türkiye İstatistik Kurumu
YDT	: Yayımlanmamış Doktora Tezi
YYLT	: Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi
vb.	: ve benzeri, benzerleri
vd.	: ve diğeri, diğerleri

GİRİŞ

- **Çalışma Konusunun Seçimi:** Gençlerin davranışlarının şekillendiği yıllar, ergenlikle başlayıp gençliğin en güzel ve özel dönemi olan üniversite yıllarının bitmesiyle son bulur. Üniversite yıllarında öğrenci ailesinde uzakta, farklı kültürlerden gelen diğer gençlerle etkileşimde bulunur. Bu etkileşim sonucu yeni fikirler, arkadaşlıklar ve davranışlar ortaya çıkar. Bu süreçte gencin sağlığını olumsuz etkileyen riskli sağlık davranışlarını bilmesi, sağlığını koruması ve geliştirmesi hayati önem taşımaktadır. Kendini kanıtlama çabası, ilgi isteği, saygınlık kazanma gibi psikososyal etkenler gençleri bir anda riskli davranışlara sürükleyebilir. Bu sebeple gençlerde görülen riskli sağlık davranışlarını ve bu davranışların bulunma sebeplerini tespit ederek, gençleri bu tür davranışlardan korumak adına gereken önlemleri almak bu araştırmanın konusu olarak belirlenmiştir.

- **Çalışma Konusunun Amacı:** Araştırmanın amacı Kırklareli il merkezinde üniversitede eğitim gören öğrencilerin riskli sağlık davranışlarını çeşitli değişkenler açısından incelemektir. Bu araştırma ülkemizde gençlik dönemindekilerin riskli sağlık davranışlarını tanımlamak amacı ile hazırlanmıştır. Üniversitelerde sağlık konusunda gençlik dönemine yönelik ele alınması gerekli konuların belirlenmesi hedeflenmektedir. Araştırma 16-25 yaş grubundaki gençlerin riskli sağlık davranışlarını saptamak, üniversitelerde sağlığın korunması ve geliştirilmesi çalışmalarına katkı sağlamak amacıyla yapılmış bir araştırmadır.

- **Çalışmanın Önemi:** Riskli sağlık davranışları ergenlik dönemiyle başlayan insan hayatını olumsuz yönde etkileyen davranışlardır. Özellikle üniversite yıllarında özgürlük sınırlarının genişlemesi, çevre ve ortam değişimi, rol çatışmaları, bu dönemde genci sigara, alkol, uyuşturucu kullanımı, sağlıksız beslenme ve fiziksel hareketsizlik, sağlıksız cinsel ilişki, sağlıksız piercing/dövme kullanımı gibi riskli sağlık davranışlarına yönlendirebilmektedir. Bu çalışma, gençlerin sağlığa verdiği önemin artmasını sağlayacak ve riskli sağlık davranışları hakkında bilinçlenmesi noktasında yardımcı olacaktır. İlkokul ve lisede edindiği bilgilerin tecrübe edinme sahası olan üniversite hayatında gerek alışma sürecinde ve gerekse ilerleyen yıllarda öğrenci hem ailesi hem hocaları hem de sosyal çevresi tarafından sürekli olarak

doğru yönlendirmeli ve desteklenmelidir. Böylece riskli sağlık davranışlarına karşı kalkan görevi gören bu ortam ve çevre genci riskli davranışlardan korumuş olacak ve sağlığını geliştiren, iyileştiren davranışlara yönelmesini sağlayacaktır.

- Çalışmanın Planı: Bu çalışma, Kırklareli il merkezinde üniversite eğitimi alan öğrencilerin riskli sağlık davranışlarını saptamak amacıyla yapılmıştır. Çalışma, Nisan 2015 ve Ekim 2015 tarihleri arasında Kırklareli Üniversitesi Merkez ilçede okumakta olan öğrencilerle yürütülmüştür. Çalışma üç bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümde gençlik dönemi, sağlık ve üniversite gençliği, ikinci bölümde üniversite gençliğinde görülen riskli sağlık davranışları hakkında literatür taraması yapılmıştır. Üçüncü bölümde ise alan çalışmasında elde edilen veriler analiz edilmiş ve tablolar yardımı ile konu sonuca bağlanmıştır.

- Kullanılan Metod ve Teknikler: Çalışmanın teorik kısmında tarihsel metod yani kaynak taraması tekniği kullanılmıştır. Saha çalışmamızda ise anket uygulaması kullanılmıştır. Çalışmaya katılan kişilere uygulanan tanıtıcı anket formu 49 sorudan oluşmaktadır. Bu anket formunda, katılan kişilere öğrenim gördüğü eğitim düzeyi, cinsiyeti, doğum yeri, medeni durumu, yaşı, anne babanın mesleği, ailesinin yaşadığı bölge, sigara ve alkol kullanma durumu, uyuşturucu madde kullanım durumu, beslenme ve fiziksel aktivite hakkında bilgiler, piercing/dövme kullanımı, sağlıklı cinsel ilişki hakkında bilgiler, sağlık problemleri ve sağlığı hakkında bilgileri sorgulanmıştır. Anket sonuçlarının değerlendirilmesi bilgisayarda, SPSS programı kullanılarak yapılmış, excell programında tablolar oluşturulmuştur.

- Karşılaşılan Zorluklar ve Sınırlamalar: Araştırma sonucunda elde edilen bulgular, Kırklareli Üniversitesi il merkezinde okumakta olan birinci sınıf ve dördüncü sınıf öğrencileriyle sınırlıdır. Öğrencilerin kendilerine verilen ölçme araçlarını içtenlikle ve yansız şekilde cevaplandırırları görecelidir. Araştırma verileri, öğrencilerin ankete verdikleri cevaplarla sınırlıdır. Herhangi bir tıbbi kontrol ya da kayıtlı bir belgenin kontrolü olmamıştır. Çalışma için yeterli kaynak bulunmuştur. Kaynaklar, il kütüphanelerinden, üniversite kütüphanelerinden, kitapevlerinden ve yayınevlerinden temin edilmiştir. Çalışmada Türkiye’de ve yurt dışında yayımlanan çalışmalardan yararlanılmıştır. Dipnotlarda gerekli atıflar özen gösterilerek büyük bir titizlikle yapılmıştır.

- Varsayımlar: Çalışma şu varsayımların tespitini içermektedir:

i. Gençlerde sigara, alkol ve uyuşturucu kullanımı cinsiyete göre farklılık göstermektedir. Erkeklerde sigara alkol ve uyuşturucu kullanımı kızlara göre daha fazladır.

ii. Gençlerin aylık ortalama geliri, riskli sağlık davranışlarını etkilemektedir. Aylık ortalama gelir arttıkça riskli davranış eğilimi artmaktadır.

iii. Sigara, alkollü içki ve uyuşturucu madde kullanan gençlerde intihar girişiminde bulunma davranışı sigara, alkollü içki ve uyuşturucu madde kullanmayan gençlere göre daha fazladır.

iv. Gençlerin cinsel yolla bulaşan hastalıklar hakkında bilgisi okumakta olduğu sınıfa göre farklılaşmaktadır. Sınıf düzeyi artıkça bilgi düzeyi de artmaktadır.

v. Gençlerde fastfood ve ocakbaşı türü yiyeceklerin tüketimi artıkça fiziksel aktivitesizlik de artmaktadır. Fastfood ve ocakbaşı türü yiyecek tüketen gençler tüketmeyen gençlere kıyasla daha az fiziksel aktivitede bulunur.

BİRİNCİ BÖLÜM

GENÇLİK, GENÇLERDE SAĞLIĞIN KORUNMASI ve GELİŞTİRİLMESİ

1. GENÇLİK ve GENÇLİK DÖNEMİNDE GELİŞİM

1.1. Gençlik Kavramı

Literatürde gençlik ile ilgili birçok tanım vardır. Türk Dil Kurumu(TDK) gençliği şöyle tanımlar. “İnsan hayatının ergenlikle orta yaş arasındaki dönem.”¹ Bu tanımda gençlik insan hayatında erişkinlik öncesi yaşanan bir geçiş dönemi olarak ifade edilmektedir. Bir başka tanım şudur: “Biyolojik, psikolojik, zihinsel ve sosyal açıdan bir gelişme ve olgunlaşmanın yer aldığı, çocukluktan erişkinliğe geçiş dönemidir.”² Her iki tanımda gençliği alışıldığı üzere bir geçiş dönemi olarak ifade etmektedir. Ancak TDK'nın tanımına nazaran ikinci tanım daha fazla ayrıntıyı içermektedir. TDK'nın tanımı genel geçer bir tanım olduğu halde diğer tanım hangi açılardan geçiş olduğunu, en azından biyolojik, psikolojik, zihinsel ve sosyal gibi başlıklar altında vermesinden ötürü bunun daha yetkin bir tanım olduğunu ifade etmek yanıltıcı olmaz. Gençlikle ilgili başka bir tanımsa şöyledir: “Gençlik, çocuklukla erişkinlik arasında yer alan gelişme, ruhsal olgunlaşma ve yaşama hazırlık dönemidir.”³Bu tanımdan, gençlik döneminin bireyi yetişkinliğe hazırlayan, geniş bir perspektiften bakıldığında bireyin hayatının geri kalan bölümüne yön verecek gelişimlerin yaşandığı bir evre olduğu anlaşılmaktadır.

Gençlik dönemi, hem birey hem de toplum açısından potansiyel gücün yüksek olduğu bir dönemdir. Gençlik dönemi, çocukluktan çıkan bireye bir karakter kazandırarak yetişkinliğe ulaşmasını sağlayan, tutum ve davranışların net olarak oturmadığı çok hareketli bir ara dönemdir. Bu geçiş döneminde gencin toplumla olan iletişimi, psiko-sosyal ve sosyo-ekonomik durumu, çok önemli olup kişiliğinin

¹ Türk Dil Kurumu, “Gençlik”, Türkçe Sözlük, Cilt(C.) 1, Ankara, 1998

² K. Ögel-A. Önay-N. S. Kulkara, Gençlik Dönemi ve Sorunları, İstanbul, 2014, s. 9

³ A. Yörükoğlu, Gençlik Çağı, İstanbul 2012, s. 13

şekillenmesinde büyük bir rol oynamaktadır.¹ Bir geçiş döneminde olan genç, bir yetişkin olma yolunda alması gereken sorumlulukların yanında fizyolojik, ruhsal ve sosyal ihtiyaçlarını karşılaması için ne yapması gerektiğini teorik ve pratik olarak öğrenme sürecine girer.

Gençlikte sergilenen davranışlar ve yaşanan duygular bireyden bireye farklılık gösterir. Erkekler ve kızlar gençliğin ilk adımı olan ergenliğe farklı zamanlarda girer ve farklı bir süreç yaşarlar. Kızlar ergenlik döneminde ruhsal açıdan karmaşık bir yapıya sahip ve tedirginlerdir. Erkeklerde ise çocukluktan gelen büyüme isteği ve arzusu, ergenliğe girişle başlayan fiziksel değişimin sağladığı güçle bir özgürlük mücadelesine dönüşmeye başlar.² Erkeklerde ve kızlarda görülen bu değişimler çocukluk döneminin bittiğini artık bir birey olarak kendini tanıma sürecine girildiğini gösterir.

Çocukluktan yetişkinliğe geçiş yılları için kullanılan birçok farklı kavram vardır. Ergenlik, bu yılların başlangıcı olarak ifade edilirken, adölesan, gençlik ve delikanlılık ise ergenliği izleyen yıllar olarak ifade edilir.³ “İnsan yaşamında her dönemin ayrı bir önemi vardır. Ancak biyolojik, psikolojik ve toplumsal açıdan hızlı ve önemli değişmelerin olduğu süreç kuşkusuz ergenlik dönemidir. Vücutta boy ve ağırlık artışı ile yapı ve işleyişlerin olgunlaşmasının yanında, inişli çıkışlı duygulanımlar, bozulan ilişkiler, çevreden kolay etkilenme, toplumda bir rol sahibi olmaya çabalama gibi özelliklerin görüldüğü bu sürecin bireyin kişiliğinin oluşumundaki önemli bir dönem olduğu söylenebilir.”⁴

Gençlik tanımlarında başlangıç ve bitiş süresiyle ilgili birçok farklı ifade vardır. Psiko-sosyal açıdan gençlik buluş dönemiyle başlayan ve 22–25 yaşlarına kadar süregelen bir dönemdir. Gençliğin başlangıcı, kız çocuklarında adet kanamalarının başlaması, erkek çocuklarda ise sperm boşalmalarının görülmesi

¹ S. Akkaya, Üniversite Öğrencilerinin Popüler Kültür Etkinlikleri ve Boş Zaman Alışkanlıkları, Anadolu Üniversitesi (AÜ), Sosyal Bilimler Enstitüsü(SBE), Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi(YYLT), Eskişehir, 2008, s.52

² E. U. Yıldız, “Ergenlik ve Madde Kullanımı”, Ergenlerde Sigara, Alkol ve Madde Kullanımı, (Ed. H. Çoşkun) İzmir, 2011, s. 2

³ R. Uğurel Şemin, Gençlik Psikolojisi, İstanbul, 1992, s. 21

⁴ M. Avcı, “Ergenlikte Toplumsal Uyum Sorunları”, Atatürk Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi(SBED), C.7, Sayı(S.) 1, Erzurum, 2006, s. 40

olarak kabul görmektedir. Araştırmacıların hepsi gençliğin başlangıç evresi için ortak bir fikir ortaya koren, gençliğin bitimi ile ilgili farklı görüşler yer almaktadır. Genel görüş kız çocuklarında gençliğin evlilikle son bulduğunu söylerken erkek çocuklarında ise kendi başına yaşayabilecek ekonomik geliri elde edip geleceğe ilişkin planlar yapabildiği, yalnız başına hayatı sürdürebildiği yaşlar olarak ifade edilmektedir.¹

Gençlik dönemi, kişiden kişiye farklılık göstermesinden dolayı yaş aralığı hakkında kesin hüküm vermek zordur. Ülkelerde kişiden kişiye değişkenlik gösteren gençlik dönemi için farklı yaş aralıkları tanımlamaktadırlar. Birleşmiş Milletler (BM), demografi, eğitim, istihdam gibi konularda istatistik ve analiz için gençlik dönemini BM'ye üye ülkelerin kendi tanımlarının saklı kalacak şekilde 15–24 yaş aralığı olarak belirlemiştir.² Baran (2013), gençlik döneminin biyolojik açıdan 12–24 yaş aralığı olarak kabul edilse de sosyokültürel ve psikolojik açıdan işe girme, ekonomik bağımsızlık, erişkin olmanın getirdiği sorumluluk alma bilinci ve benzeri(vb.) etkenler sebebiyle gençlik dönemi yaş aralığının esneklik kazandığını söylemektedir.³ Bazı kurum/kuruluş ve organizasyonların kabul ettiği gençlik dönemi yaş aralığı aşağıdaki tabloda yer almaktadır.

Tablo 1. Gençlik Dönemi Yaş Aralığı

Kurum/ Kuruluş/ Organizasyon	Gençlik Yaş Aralığı
Birleşmiş Milletler Sekreterliği, UNESCO, ILO	15– 24
Birleş Milletler HABİTAT (Gençlik Vakfı)	15– 32
UNICEF/WHO/UNFPA	Ergen: 0–19 Genç İnsanlar: 10–24 Gençlik: 15–24
UNICEF /Çocuk Hakları Sözleşmesi	Çocuk 18 yaşına gelene kadar
Afrika Birliği, Afrika Gençlik Sözleşmesi	15– 35

Kaynak: United Nations Department of EconomicandSocialAffairs, Definition of Youth, s.2;<http://www.un.org/esa/socdev/documents/youth/fact-sheets/youth-definition.pdf> (14.04.2015)

¹ A. Ziyalar, Sosyal Psikiyatri, İstanbul, 1999, s. 137

²; <http://www.unesco.org/new/en/social-and-human-sciences/themes/youth/youth-definition/> (14.04.2015)

³ A. Görün Baran, “Genç ve Gençlik: Sosyolojik Bakış”, Gençlik ve Araştırmaları Dergisi, C.1, S.1, Ankara, 2013, s. 10

Çocukluktan erişkinliğe geçiş dönemi olan, gelişim ve değişimin hız kazandığı gençlik dönemi 3'e ayrılmaktadır:

i. Erken Gençlik Dönemi: Kızlarda 11–13, erkeklerde 13–15 yaşları arasında yaşanan dönemdir. Ziyalar çalışmasında, bu dönemi akut gelişen şiddetli biyolojik değişimlerin yaşandığı devir olarak ifade eder. Gençlik adayının vücudunun hormonal yapısında önemli değişiklikler olur. Bu değişiklikler buluş çağının bir- iki yıl öncesinden başlar ve pre-adolescence veya pubescence olarak da ifade edilir.¹

ii. Orta Gençlik Dönemi: Gençlik döneminde 15–18 yaş dönemini kapsar. Genellikle gençlerin okul sıralarında geçirdiği bir süredir.² Bu dönemde genç özgürlüğüne önem verirken ailesinden ayrılıp yalnız yaşama gibi düşünceler içine girer. Bazen aşırı sevgi ve ilgi isterken bazen de yalnızlığı tercih eder. Çelişkilerin yaşandığı fırtınalı bir dönemden geçen ergen otoriter güce karşı koyarak kendini ispatlama çabası içindedir. Aile içinde bulamadığı ilgi ve sevgiyi arkadaş çevresinde aramaya yönelir ve kendine rol modeller arar. İstediklerinin yapılmasını düşüncelerinin önemsenmesini kendisinin anlaşılmasını ister. Zihinsel gelişimi hızlanırken kişilere ve olaylara eleştirel bakış açısıyla yaklaşır. Kararsızlık, ders çalışmama ve okuldan kopuş, düzensizlik ve savurganlık bu dönemde en sık görülen davranışlardır.³

iii. Geç Gençlik Dönemi: Bu döneme kadar kazanılmış olan alışkanlıklar, tutum ve davranışlar bireyin karakteri olarak karşımıza çıkar. 17 yaşından 19 yaşına kadar süren bu dönemde, erken ergenlik ve orta ergenlikte yaşananlar gencin ileride yaşayacağı gelişimlere zemin hazırlar. Aile ve çevrenin doğru yönlendirmeleriyle bu döneme gelen genç bu süreci de verimli geçirir. Aksi durumda ise erişkinliğe geçişin son evresi olan bu süreç sancılı ve sıkıntılı geçer. Bu da bireysel ve toplumsal açıdan sorunlu bir yetişkin meydana getirir. Bu dönemde aileyle olan bağlar tekrar güçlenirken, aile kavramının önemini ve değerini çözümleyen genç, tavsiyelere ve öğütlere kulak verir. Olaylar karşısında öfkesini kontrol etmeyi ve mantıklı

¹ Ziyalar, s. 145

² Ziyalar, s. 147

³ T.C. Milli Eğitim Bakanlığı(MEB), Gençlik Dönemi, Ankara, 2011, s.6

düşünmeyi geliştirerek kendini daha iyi ifade eder. Arkadaş ve çevre anlayışında niceliğe değil niteliğe önem vererek kendi düşünce tarzına uygun, güçlü ve güvenli ilişkiler kurar.¹

Genç kitlenin sınıflandırılmasında birçok kıstas yer almaktadır. Özellikle gençlik döneminde gelişimin ve büyümenin, düşüncenin ve davranışların hızlı bir şekilde değişmesi gençlik gruplarına heterojen bir yapı kazandırmıştır. Okuyan gençlik, ilköğretimden yükseköğretime kadar süren eğitim süreci içinde yer alır. Okul dışı gençlik içinde yer alan çalışan gençlik tarım, sanayi, hizmet vs. sektörlerde insan gücü olarak fayda getirirken, okumayan ve işsiz olan gençlik kendine ve topluma artı bir yük getirecektir. Gençler fiziksel ve bilişsel farklılıkları, yaşadığı yerleşim yeri ve olaylar göz önünde tutularak şu şekilde sınıflandırılmaktadır.²

Tablo 2. Gençliğin Sınıflandırılması

I. OKULLU GENÇLİK	A. İlköğretim İkinci Kademesindeki Gençlik
	B. Ortaöğretim Lise Gençliği
	C. Yüksek Öğretim Gençliği
II. OKUL DIŞI GENÇLİK	A. Çalışan Gençlik
	B. İşsiz Gençlik
	C. Gecekondu Gençliği
	D. Köy Gençliği
	E. Asker Gençlik
III. ÖZEL EĞİTİME MUHTAÇ GENÇLİK	A. Zihinsel Olarak Özürlü Gençlik
	B. Bedence Özürlü Olan Gençlik
	C. Kurum Bakımına Muhtaç Gençlik
	D. Suçlu Gençlik
	E. Yurt dışında Yaşayan Gençlik
	F. Üstün Yetenekli Gençlik

Kaynak: A. Kulaksızoğlu, Ergenlik Psikolojisi, İstanbul, 1998 ss.31-32' den yararlanılarak tablolastırılmıştır.

Sağlıklı bir birey edindiği yaşamışlıkla kendini tanıır ve hayatını aldığı kararlar doğrultusunda yaşamaya çalışır. Gençler ise henüz ne istediği tam olarak bilmemektedir. Apuhan çalışmasında, ergen hayatı anlayacak doğru bir şekilde yorumlayacak tecrübeden yoksundur. Şüpheli ve bazen de çekingendir. Bununla beraber anlaşılmayı, seilmeyi ve ilgilenilmeyi beklemektedir. İfade etmekte

¹ T.C. Sağlık Bakanlığı(SB), Ergenlik Dönemi Psikososyal Gelişme, Ankara, 2008, s. 113

² A. Kulaksızoğlu, Ergenlik Psikolojisi, İstanbul, 1998 s.3

zorlandığı bazı duygu ve düşünceleri onu çevresinde bulunan, ne kadar iyi veya ne kadar kötü olduğunu tam olarak gözlemleyemediği, kişilere ve gruplara yaklaştırır. Kötü arkadaş edinme sürecinin de bu dönemde başladığını ve bu kötü arkadaşlıkların kişinin hayatında büyük yıkımlara neden olduğunu belirtmektedir.¹ “Gençlerin sağlık sorunları, yoksulluk, yetersiz yaşam becerileri eğitimi, bazı gelenek ve alışkanlıklar ve çocuklarının fiziksel ve psikolojik gelişimleri sırasında yaşadıkları kimlik ve uyum sorunlarına yardımcı olma konusunda ailelerin isteksiz davranması sonucunda daha kötüleşiyor.”² Çocukluk döneminin bitmesiyle beraber kendi kararlarını almaya başlayan gence, bu kararların doğru ve sağlıklı olmasında ailesinin ve yakın çevresinin yaklaşımı ve yönlendirmesi son derece önemlidir.

Gençlerin toplumun en önemli yapı taşlarından olması, lokomotif görevi görmesi ve gelecek nesil olarak görülmesi gençlik konusunun her zaman araştırılmasını ve üzerinde durulmasını etkin kılmıştır. Tezcan’ın yaptığı araştırmaya göre, Türkiye’de gençlik konusunun sosyolojik olarak ele alınmasına 1960 yılından sonra başladığını, 1968 yılında ise gençlik hareketlerinin başlamasıyla beraber gençlik üzerine yapılan araştırmaların gittikçe arttığını söylemektedir. Ülkemizde gençliğin sosyolojik açıdan incelenmesi kuramsal olarak ele alınmamış, daha çok uygulamalı ve deneysel çalışmalarla araştırıldığı ifade edilmektedir.³ Türkiye’de gençlik konusu üzerine yapılan bilimsel çalışmaların sayısı Yaman’ın 1923–2012 yıllarını temel alarak yaptığı araştırmaya göre 5000’den fazladır. Bu çalışmaların yaklaşık 2500’den fazlası makale, 1500’ü tez, 1000’e yakınıysa kitaplardan oluşmaktadır.⁴

¹ R.Ş. Apuhan, Ergenlerle İletişim, İstanbul, 2006, s.131

² A. Aytaç- B. Eliş - K. Çelik- H.Ercan - A. Çarkoğlu, İnsani Gelişme Raporu Türkiye’de Gençlik, Ankara, 2008, s. 43

³ M. Tezcan, Gençlik Sosyolojisi ve Antropolojisi Araştırmaları, Ankara, 1997, s. 4

⁴ Ö. M. Miraç, “Türkiye’de Gençlik Sosyolojisi Çalışmalarına Dair Bibliyografik Bir Değerlendirme”, Alternatif Politika, C. 5, S.2, 2013, s. 116

1.2. Gençlik Döneminde Gelişim

1.2.1. Fiziksel Gelişim

Gençlik döneminin ilk adımı fiziksel değişimlerin görülmeye başladığı ergenlikle başlar. Önder'e göre, ergenliğin ilk iki yılı hızla geçer ve bu süreç fiziksel gelişimin durmaksızın devam ettiği bir döneme karşılık gelir.¹ Bu süreçte kemiklerin uzayıp gelişmesiyle beden gücü artar. Yüzün görünüşünde başlayan değişimler ergenlik döneminin sonuna kadar devam eder.²

Kızların ergenliğe girişi erkeklerden daha önce 10–12 yaşlarında başlar. Bu dönemde fiziksel gelişimi başlayan kızların 16–18 yaşına kadar boyları uzamaya devam eder ve ergenliğe erken giren kız çocuğu bu dönemde erkelerden daha uzun olur. Erkeklerde ise 12–14 yaş aralığında başlayan bu fiziksel atılım 18 ile 20 yaşları arasında son bulur. Bu dönemde boy uzamasının yanında kilo artışı ve yağlanmada görülür. Kızlarda yaklaşık 16 kiloluk bir artış görülürken erkeklerde ise 20 kiloya yakın bir artış görülmektedir. Kas ve kemiklerdeki büyüme ve gelişme bu dönemde görülen kilo artışının nedenidir.³ Fiziksel gelişim sürecinde kızların kas gelişimi erkeklere göre daha geri plandadır. Bunun sonucu olarak erişkin bir erkek bedenindeki kas dokusu kadın bedenindeki kas dokusundan daha fazladır.⁴ Gelişimin ergenlikten sonra da devam ettiği 18 ile 30 yaşları arasında ergenliğe nazaran az da olsa gelişim görülür. Bu dönemde yüz ve çehresinde kemiklerin uzaması kalınlaşması ergene asimetrik bir görüntü kazandırır. Ergenlikte gelişimin tamamlanmasıyla bu uyumsuzluk son bulur. El, ayak, kol, bacak, kalça, göğüs kemikleri ve omuzlar bu dönemde hızla büyür ve gelişir. El ve ayakların vücudun diğer bölümlerinden önce gelişmesi ergende geçici bir sakarlığa ve beceriksizliğe neden olur. Diğer uzuvlarında gelişmesiyle bu sorun son bulur.⁵

¹ A. Önder, Süleyman Demirel Üniversitesi Bazı Fakültelerinde Okuyan 1. Sınıf Öğrencilerinin Riskli Sağlık Davranışlarının Saptanması, Süleyman Demirel Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü (SABE), YYLT, Isparta, 2011, s. 7

² H. Yavuzer, Gençleri Anlamak, İstanbul, 2007, s. 21

³ Cinsel Eğitim Tedavi ve Araştırma Derneği (CETAD), Gençlik ve Cinsellik, (Ed. S. Karabey- N. Müftüoğlu), İstanbul, 2007, s. 12; http://www.cetad.org.tr/CetadData/Book/32/269201116835-bilgilendirme_dosyasi_7.pdf (19.04.2015)

⁴ B. Y. İnanç- M. Bilgin-M. K. Atıcı, Gelişim Psikolojisi, Adana, 2004, s. 241

⁵ CETAD, s. 12

Ergenlik döneminde fiziksel gelişimin ilginç yönlerinden biri de erkek ve kızlarda iç organların gelişiminde görülen farklılıklardır. Erkeklerin kalp ve ciğerleri kızlarınkine göre daha büyüktür. Erkekler hareketsiz haldeyken kalp atış sayıları kızlarınkine göre daha düşüktür. Ayrıca erkeklerde kanın oksijen taşıma gücü kızlarınkine göre daha yüksektir. Bundan dolayı ergenlik çağında erkekler daha hızlı, güçlü ve dayanıklıdır.¹

Ergenlikte görülen değişimler kız ve erkek çocuklarını rahatsız eder. Kızlar kendini diğer kızlarla karşılaştırarak çok şişman veya zayıf, çok uzun ya da kısa, olduğunu düşünür. Bedenindeki bazı değişimler hoşuna giderken bazılarıysa hiç hoşuna gitmez ve kendinden utanmasına sebep olur. Erkekler ise görünümünün acayip olduğunu hisseder ve hormonal değişimle beraber vücuttaki kıllanmanın başlanması utanca bazen de huzursuzluğa yol açar. Bu süreçte kız ve erkek çocuklarına yaşadığı bu durumun geçici olduğu anlatılmalı, daha fazla ilgi ve alaka gösterilmelidir.²

Ergenlik döneminde gencin yaşadığı yerleşim yerinin coğrafi yapısı ve iklim koşulları ile gencin fiziksel gelişimi arasında bir etkileşim vardır. Kişinin yaşadığı yerleşim yerinin deniz seviyesinde ve ya deniz seviyesinden daha yüksek olması fiziksel özelliklerinde de farklılıklara neden olmaktadır. Dağlık ve yüksek rakımlı yerleşim yerlerinde hava basıncı düşüktür. Yükseklik arttıkça oksijenin içindeki moleküller azalır. Bu da ciğerlerimiz için gerekli olan oksijen için daha sık nefes alıp vermemizi gerektirir. Nefes alıp vermemizin daha sık olması göğüs kafesimizin daha çok hareket etmesine ve daha geniş olmasına neden olur.³

1.2.2. Zihinsel Gelişim

Gençlik her insanın zihninde oldukça farklı görüşlerin yer aldığı dönemdir. Zihinsel gelişim sürecinde yaşananlar kişiyi yaşamı boyunca üstleneceği bireysel ve sosyal rolüne hazırlarken, düşünce yapısındaki eğilimler geleceğinin kalitesini

¹ İnanç- Bilgin-Atıcı, s. 241

² S. Saygılı, Ergenlik Sorunları, İstanbul, 2010, ss. 14–17

³ Z. Akbaba, İstanbul'un Esenyurt İlçesindeki Liselerde Okuyan Öğrencilerin Riskli Sağlık Davranışları Üzerine Bir Araştırma, Beykent Üniversitesi (BEÜ), SBE, YYLT, İstanbul, 2012, s. 14

belirler.¹ Zihinsel gelişim alanında çalışmalarda bulunan Piaget, fiziksel dünyayı, insanları ve toplumu anlamının bilişsel gelişimle birlikte mümkün olduğunu savunmaktadır. Bilişsel gelişim ise gencin yaşamakta olduğu toplumdan ve çevreden etkilenecek gelişmektedir. Bilişsel gelişim ile çevre ve toplum arasında sürekli bir etkileşim söz konusudur.²

Bilişsel gelişim sürecinde, gencin zekâsı ile aile ve yetiştiği çevrenin etkileşimi vardır. Sosyo-ekonomik durumu iyi olan ailenin çocukları zekâca 8–18 yaşları arasında sosyo-ekonomik durumu kötü olan ailenin çocuklarından zekâca ortalama 10 puan daha ileri durumdadır. Ayrıca sosyal statüsü yüksek bir çevreden gelen çocuklarda sözel, mekanik ve pratik beceriler daha ileri bir seviyedir. Sosyal statünün getirdiği bu farklılıklar ergenliğin sonunda kapanmakta veya daha da açılmaktadır.³

Ergenlik dönemindeki gelişim, gencin çevresindeki insanları ve olayları zihinsel açıdan da farklı algılamaya ve yorumlamaya yol açar. Genç adayları, limitleri zorlayarak zihinsel güçlerinin gelişimiyle kendini, toplumu ve doğayı yeniden tanımaya çalışır. Aklında boşlukta kalmış soyut kavramları somutlaştırma çabasına girerler. Bilgiye aç, sürekli öğrenmek isteyen genç adayı, öğrendiklerini anlamlı kılmaya çalışarak, kafasındaki sorulara cevap arar. Sırlarını çözdüğüne, sorunların sebeplerini gördüğüne inanır ve çözüm önerileri sunar. Kendinin ve toplumun geleceği hakkında düşünmeye, kendine göre doğrular ve yanlışlar oluşturmaya başlar. Her an yeni bir şeyler sorgulayan zihni, gözlem gücünü artırır ve yaptığı gözlemler sonunda yeni şeyler öğrenir. Bu öğrenme sürecinde genç adayın düşünceleri hızlı değişimler gösterirken, bu değişimler sebebiyle kendi iç dünyası ve çevresiyle sorun yaşama potansiyeli yüksektir. Ailenin, toplumun, örf ve adetlerin eleştirildiği bu dönemde genç adayına yaklaşım, ilgi ve sevgi çok önemlidir. Zihinsel uyanış sürecinde gence doğru ve yanlışın, zarar ve yararın farkları, etkileri ve sonuçları etkin bir şekilde anlatılmalıdır.⁴

¹ Ziyalar, s. 143

² B. Onur, Gelişim Psikolojisi, Ankara, 2008, s. 54

³ Yörükoğlu, ss. 48–49

⁴ Apuhan, ss. 51–53

1.2.3. Psiko-sosyal Gelişim

Fiziksel ve zihinsel değişim süreciyle başlayan gençlik dönemi, gencin psiko-sosyal gelişiminin de tamamlanmasıyla son bulur. Zihinsel gelişiminin başlamasıyla sorular sormaya başlayan genç, psikolojik ve sosyal açıdan yeni bir sürece girer. Bu süreçte zihninin sorduğu sorularla anlam karmaşasına giren genç kendi benliğini ve kimliğini gerçekleştirmeye çalışır.¹

Psiko-sosyal gelişim kuramı Erik H. Erikson tarafından ortaya konulmuştur. Bilimsel çalışmalarında Freud' tan etkilenen Erikson, Freud' tan farklı olarak kişilik gelişimi kuramında biyolojik etkenler yerine kültürel ve sosyal etkenlere ağırlık vermiştir.² Erikson'a göre, insan hayatının sekiz gelişim dönemi vardır. Bu gelişim dönemleri kendi içinde farklı çatışma veya karmaşalara sahne olur. Bu sekiz evreden beşincisi rol çatışması yaşadığı kimlik kazanma evresidir.³ “Beşinci evre, 12-21 yaşları arasındaki ergenlik dönemidir.(adolescence, delikanlılık; gençlik dönemidir). Çalışma ve aletler dünyasıyla iyi bir ilişki içine girme, ergenliğe adım atma ile birlikte sona ermektedir. Büyüyen, gelişen ve bir bedensel devrim geçirerek yetişkin görevleriyle yüz yüze gelen ergen, bu görevleri yerine getirmenin yanı sıra, iki sorunu daha çözmek durumunda kalır. Bunlardan birinci, kendini ne olarak gördüğü ile başkalarının gözünde ne olduğunu karşılaştırmaktır.”⁴ Gencin kişiliğini oluşturma ve bunun yansımalarını tahlil etme evresi olan beşinci evre artık gencin bir kimlik sahibi olma yolunda ilerlediği aşamadır.

Psiko-sosyal gelişim sürecinde kendini bulmaya yönelen genç, kendi iç dünyasında sorular sormaya başlar. Ben kimim? Niçin yaşıyorum? Gibi sorularla benliğini ve kimliğini sorgulamaya başlar. Bu dönemde aileden uzaklaşmaya başlayan genç, kendini ailesindeki fertlerden farklı ve üstün görür.⁵ Ruhsal gelişim

¹ O. Derman, “Ergenlerde Psikososyal Gelişim”, İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri, Sempozyum Dizisi, No: 63, İstanbul, 2008, s. 19

² E. Arslan, “Bağlanma Stilleri Açısından Ergenlerde Erikson'un Psikososyal Gelişim Dönemleri ve Ego Kimlik Süreçlerinin İncelenmesi”, Selçuk Üniversitesi, SBE, YYLT, Konya, 2008, s. 21

³ İ. Gürses-M. A. Kılavuz, “Erikson'un Psiko-Sosyal Gelişim Dönemleri Teorisi Açısından Kuşaklararası Din Eğitimi ve İletişiminin Önemi”, Uludağ Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi, C. 20, S. 2, Bursa, 2011, s. 157

⁴ R. Bakırcıoğlu, Çocuk ve Ergenlerde Ruh Sağlığı, Ankara, 2010, s. 113–114

⁵ A. Durmuş, Çocuğumu Gençliğe ve Hayata Hazırlıyorum, İstanbul, 2006, s. 46

sürecinde ihtiyacı olan desteği alan genç, iyi bir rehberlikle psikolojik çatışmalarını dengede tutar. İyi bir psikolojiyle sosyalleşme sürecinde öz güveni yüksek ve kendinden emin bir şekilde ilerler.

Günümüzde gençlerin sosyalleşme süreci, kullanımı hızla artan internet ve sosyal ağların kullanılmasıyla birlikte hız kazanmıştır. Küreselleşen dünya ile birlikte gelişen teknolojinin gencin kendi kimliğini aradığı psiko-sosyal gelişim sürecine büyük bir etkisi söz konusudur. Sağlıklı bir erişkin olabilmesi kimlik krizi yaşayan gencin bu dönemi başarıyla atlatmasına bağlıdır. Bu dönemde gençlerde görülen, Erikson'un kimlik karmaşası olarak tanımladığı durumlar %10–20 civarındadır. Kimlik karmaşasıyla ilgili durumlar ilerleyen yıllarda %60–70 oranında patolojik ve ruhsal bozukluklara dönüşmektedir.¹

Gençlik dönemi, en özel yılların geçirildiği ve gencin psikososyal açıdan büyük bir gelişim göstererek üniversitede eğitim aldığı yıllardır. Erişkinliğe geçişin son adımı olan bu yılları geçmiş kuşaklara da değinerek sosyal, psikolojik ve siyasi açıdan incelenecektir.

2. TÜRKİYE'DE ÜNİVERSİTE GENÇLİĞİ

2.1. 1960-1990 Yıllarında Üniversite Gençliği

Üniversite öğrenciliği, gençlerin hayal ettiği ve özlemle beklediği bir eğitim dönemidir. Üniversitede eğitim öğretim, liseyi bitiren gencin daha farklı ve yabancı bir ortama girmesiyle başlar. Aileden ayrılıp farklı şehirlerde farklı kültürlerden ve farklı ortamlardan gelen diğer öğrencilerin birbirleriyle kaynaşması bu sürecin ilk adımıdır.² Üniversite gençliğinin tanımı şöyledir: “18–24 yaş grubunu oluşturan, formel eğitim öğretimin son evresinde öğrenim gören, araştırmacı ve sorgulayıcı, dolayısıyla bilimsel zihniyet kazanan, kendilerine has bir gençlik kültürü oluşturan, toplumun önderleri olacak gençlik kesimidir.”³ Tanımdan anlaşılabacağı üzere, kendine has bir kültür oluşturan üniversite gençliği bu süreçte toplum ve çevreyle, psikososyal ve kültürel açıdan sürekli etkileşim içindedir.

¹ S. Birsöz, “Gençlik Dönemine İlişkin Bio-Psikososyal Sorunlar ve Sağlık”, Aile ve Toplum, C. 1, S. 1, Ankara, 1991, s. 54

² M. Kacur- M. Atak, “Üniversite Öğrencilerinin Sorun Alanları ve Sorunlarla Başetme Yolları: Erciyes Üniversitesi Örneği”, Erciyes Üniversitesi, SBE Dergisi, S. 31, Kayseri, 2011, s. 274

³ C. Abuzer, Üniversite Gençliğinin Değişen Din Anlayışı, İstanbul, 2010, s.58

Kendi imajını oluşturmada çevresindekilerle olan rol çatışmaları, kültür farklılıkları, ekonomik durumu, barınma ve beslenme şartları üniversite gencinin yaşamına etki eden konuların başında gelir. Bu etkenler üniversite gencinin düşüncelerini ve hayata bakışını şekillendirirken üniversite hayatına alışma sürecinde de etkin bir rol oynar.¹

Üniversite eğitimi birçok genç için önemli bir anlam taşımaktadır. Bu anlamın içinde yeni bir hayat, yeni bir ilişkiye başlama ya da mevcut ilişkiyi bitirmeyi ifade eder. İlk defa eline geçen parayla ekonomik yaşamayı tecrübe eder. Yeni olan birçok kavramla üniversite hayatında tanışır. O zamana kadar öğrendiği her şeyi sergileyecek ortamı yakalar ve kendi ayakları üzerinde durmayı öğrenmeye başlar.²

Üniversite hayatı gencin o yaşına kadar elde edemediği özgürlüğü ve bireyselliği içinde barındırır. Kendi kararlarından ve davranışlarından oluşan kendine özgü bir hayattır. Üniversite hayatı gencin 17–18 yaşından yetişkin bir birey olana kadar geçireceği tüm zamanı kapsar. Yeni ve farklı olan bu dönemde gencin çevreyle ve diğer canlılarla olan etkileşimi, tüm bu etkileşim sonucunda sergilemiş olduğu tutum ve davranışları, gencin yetişkin bir birey olarak gerçek hayata dönüşünde büyük bir öneme sahiptir.³

Gençlik ile toplum arasındaki etkileşim topluma yararlı bireylerin ortaya çıkmasında yaşanan sosyalleşme sürecidir. Üniversite gençliğinin bu süreçte özgürlüğüne düşkünlüğü, sorumluluk almada ki acemiliği, üretimden ziyade tüketime dayalı yaşamı, ekonomik getirisinin olmayışı toplumla bütünleşme sürecini uzatmakta ve toplumun diğer sosyal gruplarına göre zayıf halka olduğu toplumda hâkim kanıdır.⁴

Üniversite gençliği, toplumun siyasi, ekonomik, sosyal ve kültürel yapısının bir yansımasıdır. 1960'lı yıllardan günümüze kadar üniversite öğrencileri siyasi olaylardan sivil toplum sorunlarına, özgürlük konusundan eşitliğe kadar oldukça geniş

¹ E. Yazıcı (Ed.) vd., Üniversite Gençliği 2001, Ankara, 2001, s. 11

² L. Steinberg, Ergenlik, (Çev. F. Çok-H. Ercan-M. Artar vd.), Ankara, 2007, s. 252

³ H. Rosovsky, Üniversite Bir Dekan Anlatıyor, (Çev. S. Ersoy), Ankara, 2011, s. 76

⁴ A. Hatipoğlu, E. Acar, R. Akar Vural, B. Binay, Öğrenci Profili Araştırması–2011, Aydın, 2011, s. 2

bir konu yelpazesi içinde yer alır. Egemen kültürlerin çağdaş ileri görüşünün savunulması, alt kültürlerin sosyo ekonomik ve kültürel açıdan ezilmişliğine varıncaya kadar bütün haklarının savunulmasında öğrenci gençliğinin düşünceleri ve eylemleri oldukça etkili olmuştur. Türkiye'nin özellikle tarım toplumundan sanayi toplumuna geçiş süreci, modernleşmenin kabul görme süreci, kitle iletişim araçlarının artmasıyla farklı kültürlerin toplum içinde açığa çıkması, toplumsal etkilere sebep olurken üniversite gençleri de bu olaylardan etkilenen en önemli sosyal gruplar içinde yer almaktaydı. Bununla birlikte işsizlik, ideolojik baskılar, kuşak çatışmaları, kentleşme, eğitim sorunları üniversite gençlerinin aktif olarak ilgilendikleri konulardı.¹

Türkiye’de üniversite gençliği 1960’lı yıllardan 90’lı yıllara kadar çoğunluğun gözünde tehlikeli, uslanmaz, bir maşa gibi kullanılan, siyasi ideolojilerin altında sağ ve sol olarak bölünmüş devrimci, demokrat veya milliyetçi olarak fişlenmiş bir topluluk olarak görülmekteydi.²

Üniversiteler gençlik döneminde öğrenme ve sosyalleşme sürecini içinde barındıran kurumlardır. Üniversite gençliği iyi bir eğitim alarak iş dünyasına ve ülkenin iş gücüne katkı sağlayacak duruma gelir. Dinamik yapısını bilgilerle taçlandıran genç üniversitede gösterdiği başarıyla dikkatleri üzerine çeker. Böylece sosyo ekonomik açıdan iyi, çalışma şartları uygun bir işte çalışmaya başlayarak kendisinin ve çevresinin beklentilerine cevap vermiş olur.³

Üniversite gençlerinin önemli sorunlarında birisi de iş kaygısıdır. Gençlerin yetişkinliğe geçiş dönemi olan gençlik döneminde özellikle belirli yaş aralığında işsizlik nedenleri şöyle açıklanabilir. “Gençler arasında 20–24 yaş grubunun işsizlik oranının en yüksek çıkmasının nedeni olarak okuldan henüz mezun olmuş yeni iş arayanların deneyimsizlikleri, uygun iş bulmalarının süre alması, lise mezunlarının mesleki formasyonlarının eksik olması, üniversiteden yeni mezun olanların ücret

¹ K. Uçurum, “Yabancılaşma”, II. Öğrenci Üye Kurultayı Bildirileri, Ankara, 2003, s. 126; http://www.emo.org.tr/ekler/f30c0ce8636ff2c_ek.pdf (10.06.2015)

² Ö. Oğuz - E. Akdeniz - İ. Bayhan, Gençliğin Mücadelesi ve Örgütlenmesi Üzerine, İstanbul, 2012, s. 237

³ I. Illich, Okulsuz Toplum,(Çev. M. Özey), İstanbul, 2009, s.52

beklentilerinin yüksek olması gibi faktörler belirtilebilir.”¹ Gençlerin iş kaygısı yaşamaması için tüm eğitimi boyunca gerçek hayatın farkında olmalı ve bu doğrultuda eğitim ve öğretimine ve sosyal hayatına gerekli özeni göstermeli ve sürekli kendini geliştirmelidir.

Üniversite yıllarında gençlerin sosyal çevresiyle olan uyumlu ilişkileri kendi değerleri ve toplum değerleriyle örtüştüğü takdirde gençlerin topluma olan aidiyetlerinde güçlenme olur. Kendi toplumun bir parçası olarak gören genç toplumla olan etkileşiminden pozitif yararlar sağlar. Üniversite gençlerinin okumakta olduğu kente ve etkileşim içinde bulundukları arkadaş çevresine ve öğretim elemanlarına bakışı yaklaşımı ve onlardan aldığı mesajların etkisi gencin psikososyal gelişimine yön verir. Canlı bir organizma olan toplumla genç bu süreçte değer çatışmaları yaşar. Gencin kendini ve toplumu tam anlamıyla tanıması sorunlarına ve beklentilerine cevap verme sürecini asgarileştirecektir.²

Üniversite öğrencisi kendini çok iyi tanımalıdır. Kendi muhasebesini iyi bir şekilde yapan öğrenci artılarının ve eksilerinin farkında olacaktır. Potansiyelinin ne olduğunu ve gelişiminde nelere öncelik vermesi gerektiğini bilen öğrenci emin adımlarla özgüveni yüksek bir şekilde ilerleyecektir. Aklın ve mantığın zeminine oturttuğu kararları genci doğrulara ulaştıracak ve bu doğrular gencin kendini iyi ve mutlu hissedeceği hayatın anahtarı olacaktır.³

2.2. 1990’dan Günümüze Üniversite Gençliği

Teknolojinin ilerlemesiyle birlikte insan hayatında da önemli gelişmeler meydana gelmiştir. Modern toplumlar hızla gelişmekte ve insanların statü algısı da bu doğrultuda değişmektedir. Modern toplumlarda yetişen gençlerin hayata bakışı sosyal çevresiyle olan etkileşimi bu gelişmeler çerçevesinde şekillenmektedir. İnternetin yaygınlaşması sosyal ağ kullanıcılarının artmasını beraberinde getirmiştir. Gencin internete ve sosyal ağa bağlanması için gerekli olan bilgisayar, telefon, ipod, tablet vb. araçlar temel bir ihtiyaç haline gelmiştir. Bu ihtiyaçlara olan ilgi gençlerin

¹ N. Yentürk, C. Başlevent, “Türkiye’ de Genç İşsizliği: Etkileyen Faktörler ve Politika Önerileri, “ Türkiye’ de Gençlik Çalışması ve Politikaları”, (Der. N. Yentürk, Y. Kurtaran, G. Nemutlu), İstanbul, 2012, s. 348

² D. Alptekin, Toplumsal Aidiyet ve Gençlik, Ankara, 2012, s.85

³ E. Turan, Üniversitas, İstanbul, 2009, s. 120

kendini kanıtlama sürecinde çevresiyle ve toplumla olan kaynaşmasında önemli bir rol oynamaktadır. Kullandığı teknolojik araçların marka değeri, fiyatı ve şekli gence güven vermekte ve kendini başkalarıyla kıyaslarken kullandığı dijital aracı bir çıkış noktası, bir parametre olarak ilk sıralara koymaktadır.¹

Toplumda bilimin kaynağı olarak var olan üniversiteler, gençlerin yetişmesinde daha teknolojik ve modern imkânlar barındıran kuruluşlar haline gelmektedir. Özellikle 2000’li yıllardan itibaren öğrencilerin gerek literatür taramalarında, e-kitap, e-dergi okumalarında ve derslerde bilgisayar ve projeksiyon kullanımlarında gelişen teknoloji büyük bir fayda sağlamıştır.²

Son zamanlarda gençliğin, özellikle de üniversite gençliğinin eleştirilen konuları arasında apolitikleşmesi ve vurdumduymazlığı konusu yer almaktadır. 19. yüzyıldan itibaren dünyada ve özellikle ülkemizde önemli bir siyasi aktör haline gelen gençler 1980 sonrası için birçok kesim tarafından bencil, kayıtsız, memleket sorunlarına uzak, konformist olarak nitelendirilmektedir. Geçmişte 68 ve 78 kuşağında gençler siyasi olaylarda etkin bir rol oynamıştır. Sağ ve sol olarak iki karşıt görüşe ayrılan gençler düşünce olarak bir bütünü oluşturuyordu. İki görüşte de ülkenin geleceğini, devletin ve milletin nasıl kurtulacağını düşünüyordu. 1960’lardan 1980’lere kadar üniversite gençliğinde görülen bu siyasi eğilim, ideolojik bağlılık 1980 sonrası kuşakta gitgide zayıflamıştır. 19. yüzyıldan 1980’lere kadar devlet, vatan, ülke, bayrak, özgülük, devrim gibi kavramlarla iç içe olan gençlik 1980’den sonra dinginleşmiş, daha kendine dönük, kendi gündemine bağlı, adeta bana dokunmayan yılan bin yaşasın mantığına bürünmüştür.³

Üniversite gençliğinin zaman içerisinde değişimini gözlemlemek adına 1960’lardan günümüze üniversite gençliğinin yer aldığı fotoğraf karelerinden görsel olarak yararlanılmıştır.

¹ A. Saygılı, Gençlerin Tüketim Davranışlarını Etkileyen Sosyo-Kültürel Faktörler: Sakarya Üniversitesi ve Kırgızistan-Türkiye Manas Üniversitesi Örneği, Sakarya Üniversitesi, SBE, YDT, Sakarya, 2011, s.374

² Z. Cankorkmaz, “Üniversite Öğrencilerinin Bilgi Teknolojilerini Kullanma Düzeyleri ve İnternetteki Tüketim Eğilimleri”, Cumhuriyet Üniversitesi(CÜ), İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi, Cilt 11, Sayı 2, 2010, Sivas, s. 112

³ D. Lüküslü, Türkiye’de Gençlik Miti, İstanbul, 2014, ss. 14-15

Resim 1. 1960’da Günümüze Öğrenci Hareketleri



1960



1968



1980



1990



2000



Günümüz

Türkiye’de 1960–1990 yılları arasındaki dönemde üniversite öğrencilerinin kitle psikolojiyle hareket ettiği, bağlı olduğu ideolojinin savunuculuğunu amaç edinmiş dava adamı görüntüsü verdiği görülmektedir. Bu dönemde üniversite gençlerinin kimlik karmaşasının ve aidiyet duygusunun baskınlığı gençleri sürekli arayışlara itmiştir. G. Le Bon çalışmasında, gençlerin aldığı eğitimin niteliğinin gençlerinin düşüncelerine ve hayatlarına şekil verdiğinin ve onların kitlesel psikolojisinin eğitimle iyileşeceğini veya daha kötüye gideceğini belirtmektedir.¹

¹ G. Le Bon, Kitleler Psikolojisi, (Çev. F. Z. Bayrak), İstanbul, 2015, s. 99

1960'lardan başlayıp 1980'lere kadar süren bu dönemi bir film gibi gören Demir yaşadığı o yılları kendi çalışmasında şöyle anlatmaktadır. “1968 kuşağı olarak bilinen üniversite gençliğinin yaptığı tüm hareketleri yaşadım; o şartların her ton ve derecedeki havayı teneffüs ettim; işgali yaşadım; yürüyüşü yaşadım; tıpkı bugünkü gibi taptaze dimağında iz bırakmışçasına... Hem de sıradan bir üniversiteli genç değil, aynı zamanda bir ‘talebe cemiyeti başkanı’ olarak, bir ‘öğrenci federasyonu’ yönetim kurulu üyesi olarak tüm bunları yaşadım...”¹ Yaşanan bu dönemin gençler üzerinde bıraktığı derin izler o dönemi yaşayan bugün ki yetişkin bireylerde açıkça görülmektedir. Bir dönemin odakta ki kitlesi haline gelen öğrencilerin ideolojik ve siyasi baskılar altında olduğu anlaşılmaktadır.

1990'lı yıllardan itibaren küreselleşen dünya gelişen teknolojiyle birlikte internet ve sosyal medya kullanımının artması daha konformist yaşam isteği Türkiye’de okuyan üniversite gençliğinin profilini de değiştirmiştir. Parayı merkeze alan ekonomik gelişmeleri yakından takip eden gençler daha iyi bir eğitim ve sağlık için mutlaka daha çok para kazanmaları gerektiğini düşünüyorlar.² Özellikle metropollerde bulunan üniversite gençliği kendi hayat tarzına önem veren kendine yakın gördüğü çevrelerde hayatını sürdürmektedir. Siyasette aktif olarak ilgilenen öğrenci sayısı azken çeşitli ideolojik oluşumlar, cemaatler, sivil toplum kuruluşlar ve öğrenci kulüpleri örgütlenmeleri gençlere daha cazip gelmektedir.³

Üniversite gençlerinin siyasete temkinli yaklaşmasının birçok sebebi vardır. Bayhan’ın 1995 yılında ki çalışmasında, bu sebepler gençlerin 1980 ve öncesinde siyasette maşa olarak kullanılması, politikacıların davranışlarının çıkarıcı olması ve gençlere gerekli ilginin gösterilmemesi ve duygudaşlık eksikliği olarak gösterilmiştir.⁴ Günümüzde ise yakın tarihte 2013 yılında Yurttagüler ve arkadaşları tarafından 2508 genç üzerinde yapılan araştırmada gençlerin siyasi partilerle olan ilişkisi sorulduğunda % 91'inin bir siyasi partiye üyeliğinin olmadığı, %9'unun ise herhangi bir siyasi partiye üyeliği olduğu tespit edilmiştir. Gençlerin siyasi partilere

¹ R. Demir, Üniversitenin Bugünü ve Yarını, Ankara, 2008, s. 466

² Lüküslü, s. 170

³ A. Ç. Deniz, “Öğrenci İşi” Üniversite Öğrencilerinin Gündelik Hayatı: İstanbul Örneği, İstanbul, 2014, ss. 134-135

⁴ V. Bayhan, Üniversite Gençliğinde Anomi ve Yabancılaşma (İnönü Üniversitesi Uygulaması, İnönü Üniversitesi, SBE, YDT, Malatya, 1995, s. 235

üyeliğinin az olmasının yanında siyasi partiye üye olanların içinde kadın üyelerin oranı %30' dur. Toplumsal cinsiyet bağlamında kadınların siyasi üyeliğinin az olmasının aile yapısı, toplumsal baskılar gibi sosyolojik nedenleri vardır.¹

Üniversite öğrencilerin problemleri çok geniş bir dağılım göstermesine rağmen, ülkemizin ve toplumun yapısına uygun düşen işsizlik, kültür çatışmaları ve karşı cinsle iletişimsizlik ilk sırada yer alan problemler arasındadır. Gizir'in ODTÜ son sınıf öğrencilerinde 885 kişide yaptığı çalışmada, mesleki problem olarak iş bulamama kaygısı % 27,2 maddi açıdan kendini tatmin edecek bir iş bulamama kaygısı ise %25,8'dir. Öğrencilerin %17,9'u aldığı eğitime yönelik işte çalışamayacağını düşünmektedir. Öğrencinin sosyal çevresinde arkadaşlarıyla ilgili yaşadığı problemlerse ilişkilerin samimi olmaması, çıkarıcı ilişkilerin olması, hırsla ve rekabete dayalı dostluk anlayışı ve egoist davranışlar, öğrencilerin arkadaş çevresiyle tüm yaşadığı sorunların %71,6'sını oluşturmaktadır. Öğrencilerin %68'i karşı cinsle iletişimsizlik, karşı tarafın kendini üstün görmesi, ilişkilerin çıkara dayanması, gibi problemler yaşamaktadır. %28 ise karşı cinsle ilgili bir problem yaşamadığını belirtmektedir.²

Gençlerin üniversite yıllarında geçirdiği psiko-sosyal değişimler, genç bireylerin yeni davranışlar kazanmasına veya var olan davranışlarının değişmesine yol açar. Gençlerin bu süreçte öğrendiği ve hayatına yansıttığı davranışların sağlık açısından nasıl bir risk taşıdığı, gençlerin bu riskler karşısında ne yapması gerektiği, araştırmamızda incelenecek ve gençlerin sağlığını olumsuz etkileyen bu davranışlar ilgili başlıklar altında araştırılacaktır.

3. GENÇLERDE SAĞLIĞIN KORUNMASI ve GELİŞTİRİLMESİ

3.1. Sağlık Kavramı

Sağlık kavramı özellikle son yıllarda ekonomi, sosyoloji, psikoloji, hukuk, antropoloji gibi disiplinlerle olan etkileşimiyle beraber önemini artırmış ve multidisipliner bir kimlik kazanmıştır. İnsan hayatına verilen önemin artması, sağlıklı

¹ L.Yurttagüler – B. Oy - Y. Kurtaran, Türkiye'de Gençlik Politikaları, İstanbul, 2014, s. 32

² C. A. Gizir, "Orta Doğu Teknik Üniversitesi Son Sınıf Öğrencilerinin Problemleri Üzerine Bir Çalışma", Mersin Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi, C. 1, S. 2, Mersin, 2005, ss. 209-210

yaşamanın herkesin hakkı olduğu kanısını doğurmuştur. Ülkelerin gelişebilmesi, refah ve çağdaş bir toplum seviyesine çıkabilmesi sağlıklı bireyler ve doğal yapısı korunmuş ekolojik sistemle mümkün olacaktır.¹

Sağlıklı bir toplum için sağlıklı bireylere ihtiyaç vardır. Sağlıklı bireylerin yetişmesinde, sağlık ve hastalık durumlarına daha fazla önem verilmesi ve sağlık hizmetlerinin daha nitelikli kullanılmasıyla mümkündür.² Sağlıklı kişi, fiziksel, sosyal ve ruhsal faaliyetlerini engelleyecek herhangi olumsuzluktan uzak olan kişidir. Bireylerin sağlıklı olması ve bu durumun devam ettirilmesi ülkelerin toplumsal hedeflerinden biridir. Sağlıklı birey toplumsal huzurun ve ekonomik kalkınmanın temelini oluşturur. Sağlıksız birey ekonomik olarak işgücü kaybının yanı sıra toplumsal harcamaların artmasına sebep olacaktır.³

Birçok farklı tanım içeren sağlık kavramı geçmişten günümüze yalnızca hastalık ve sakatlığın olmayışı olarak tanımlanmaktaydı. Günümüzdeyse sağlık kavramı yalnızca hastalık ve sakatlığın olmaması değil bedensel, ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik halidir. Sağlıkta iyilik halinin açıklamanın zor olmasının yanı sıra tam iyilik halinin nasıl ölçüleceği de zor bir sorudur.⁴ Öz, sağlığı şöyle tanımlamaktadır. “Sağlık, fiziksel gücün olduğu kadar, sosyal bireysel kaynakların da önemini vurgulayan bireyin ya da grubun istek ve gereksinimlerini karşılayabilme, çevre ile baş edebilme ve değiştirme düzeyidir.”⁵ Bu tanımdan anlaşılacağı üzere sağlık, bireyin fiziksel olarak iyi durumda olmasının yanı sıra yaşamını sürdürebilmesi için gerekli olan ihtiyaçlarını da karşılayabilecek güçte olmasıdır.

Sağlık kavramını daha iyi bir şekilde açıklamak için sübjektif ve objektif sağlık kavramları incelenmelidir. Sübjektif sağlık, bireylerin sağlık ve ya hastalık durumlarını fiziksel, sosyal ve psikolojik açıdan kendi duygu ve düşüncelerine göre değerlendirmesidir. Bireylerin sağlık ve hastalık durumunu algılama ve

¹ S. Somunoğlu, “Sağlık-Sağlık Hizmetleri ve Türk Sağlık Sistemi” Sağlık Kurumları Yönetimi-I, (Ed. M. Tatar), Eskişehir, 2012, s. 3

² A. Tekin, Sağlık-Hastalık Olgusu ve Toplumsal Kökenleri, Süleyman Demirel Üniversitesi, SBE, YYLT, Isparta, 2007, s.5

³ Y. Şakar, Türkiye’de Sağlık Hizmetleri ve Sağlık Harcamaları, Ankara,1999, s. 5

⁴ D. Tengilimoğlu-O. Işık- M. Akbolat, Sağlık İşletmeleri Yönetimi, Ankara, 2009, s. 35

⁵ F. Öz, Sağlık Alanında Temel Kavramlar, Ankara, 2004, s.11

değerlendirmesinde birçok faktörün etkisi vardır. Eğitimli, gelir düzeyi yüksek bir birey sağlığı hakkında daha çok bilgiye sahip olup, gerekli kontrollerini zamanında yaptıracak ve sağlığına özen gösterecektir. Böylece sağlığını güvende hissedecektir. Tam tersi durumda ise eğitimsiz, gelir düzeyi düşük ve sağlığına yeterince özen göstermeyen birey sağlığının tehdit altında olduğunu düşünecektir. Bununla birlikte beslenme alışkanlığı örf ve adetler, çevre gibi faktörler de kişinin sağlık ve hastalık durumunu algılamada ve değerlendirmede önemli bir rol oynamaktadır.¹

Objektif sağlık ise hekim ve sağlık profesyonelleri tarafından doğru ve yeterli tıbbi malzeme ve cihazlarla muayene edilen bu muayene sonuçlarına göre belirlenen sağlıklı olma durumudur.² Sübjektif ve objektif sağlık birbirini tamamlayıcı niteliktedir. Bireyin kendini fiziki, psiko-sosyal ve sosyo-ekonomik açıdan iyi hissetmesinin yanında gerekli sağlık kuruluşlarınca yapılan kontrollerde hiçbir hastalık belirtisinin olmaması tam anlamıyla iyilik hali içinde olduğunun bir göstergesidir.

İnsanların sağlık ve hastalık durumunu değerlendirirken sürekli etkileşim içinde olduğu çevresel faktörleri, ayrıca bu faktörlerinde kendi içinde ki etkileşimini göz önünde bulundurmak gerekir. İnsanı bütün olarak ele alan bu etkileşim ağı yaklaşımına tümelci bakış açısı denmektedir. Tümelci yaklaşıma göre, sağlığı etkileyen 4 temel etken bulunmaktadır. Bunlar çevre, davranış, kalıtım ve sağlık hizmetleridir. Bu etkenler her bireyin sağlığını farklı oranlarda etkilemektedir. Kendi aralarında da etkileşim içinde bulunan faktörler, bunun yanı sıra biyoloji, psikoloji, sosyoloji, antropoloji, ekonomi, hukuk, demografi ve ekoloji gibi disiplinlerle sürekli bir etkileşim içindedir.³

H. Blum sağlığın 4 temel faktörden etkilendiğini ve bu temel faktörlerinde farklı toplumsal sistemlerle etkileşim içinde olduğunu ileri sürmüştür. Schultz ve Johnson tarafından H. Blum'un çevresel sağlık modeli şu şekilde şemalaştırılmıştır.⁴

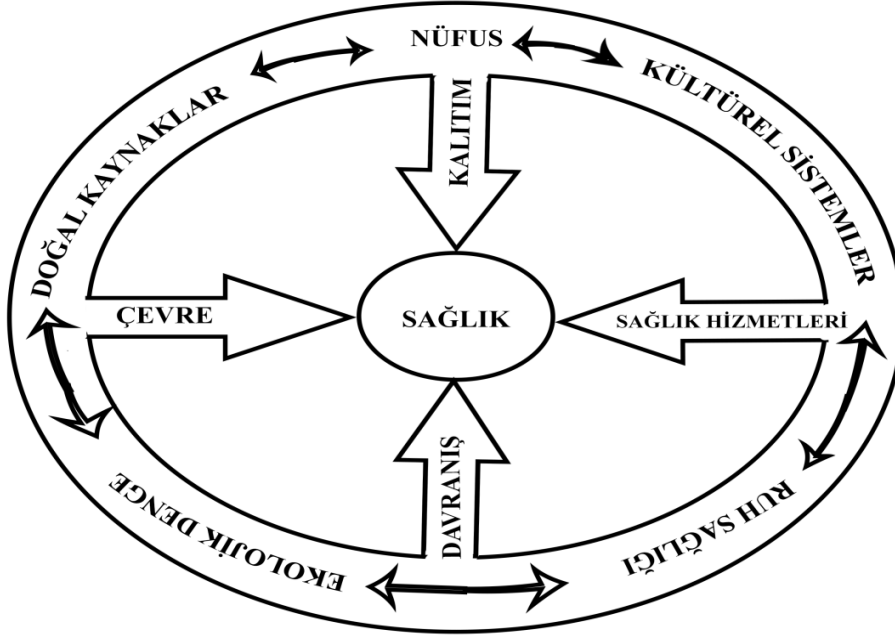
¹ A. Mutlu-A. K. Işık, Sağlık Ekonomisine Giriş, Bursa, 2012, s. 9

² N. Bolsoy-Ü. Sevil, “ Sağlık-Hastalık ve Kültür Etkileşimi”, Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, C. 9, S. 3, Erzurum, 2006, s.79

³ M. Ateş, Sağlık Sistemleri, İstanbul 2013, ss. 1-2

⁴ Ş. Kavuncubaşı, Sağlık Kurumları Yönetimi, Eskişehir, 2009, s. 3

Şekil 1. Sağlığı Etkileyen Faktörler



Kaynak: Ş. Kavuncubaşı, Sağlık Kurumları Yönetimi, Eskişehir, 2009, s. 4

Şekil 1’ de sağlığı etkileyen 4 temel faktörün çevre, davranış, kalıtım ve sağlık hizmetleri olduğu görülmektedir. Ayrıca sağlığı etkileyen bu 4 temel faktörün kültürel sistemler, ruh sağlığı, ekolojik denge, doğal kaynaklar, nüfus gibi sistemlerden etkilendiği de görülmektedir.

3.2. Sağlığın Korunması ve Gençlik

3.2.1. Kişisel Sağlığın Korunması ve Gençlik

Her bireyin kendine özgü sağlık durumu vardır. Bireylerin sağlığının korunması ve daha iyiye getirilmesi öncelikle bireylerin kendi sağlıklarına dikkat etmeleriyle mümkündür. Hastalık durumunun ortaya çıkması söz konusu ise profesyonel sağlık çalışanları, sağlık kurum ve kuruluşları tarafından tanısı konulmalı, teşhis ve tedavisi yapılmalıdır. Sağlığımızı korumak için aldığımız önlemler dönemin özelliklerine, salgın hastalıklara, çevre koşullarına ve kişinin sağlık durumuna göre değişiklik gösterir. Birey sağlıklı bir durumdayken biyo-psiko-sosyal açıdan korunmalı ve hasta olma ihtimaline karşı direnci artırılmalıdır. Bu

önlemler alındığı takdirde kişinin hasta olma olasılığı azaltılmış, hasta olsa bile hafif bir şekilde atlatması sağlanmış olacaktır.¹

Sağlığının korunmasında düzenli sağlık kontrollerinin önemi büyüktür. Düzenli sağlık kontrolleri, bireyin genel sağlık durumu ve hastalığa sebep olabilecek risk faktörleri hakkında bilgi edinmek amacıyla fiziki muayenelerden ve tetkiklerden oluşmaktadır. Düzenli sağlık kontrolleri sonucunda hastalığa ilişkin bulgulara rastlanırsa kişiler koruyucu veya tedavi edici sağlık hizmetlerine yönlendirilir. Düzenli sağlık kontrolleri sıradan yıllık kontroller gibi değil kişiye özel olarak tam teşekkülü bir sağlık kuruluşu tarafından derinlemesine yapılması gereken kontrollerdir.² Düzenli kontrollerin dışında bireylerin sağlığının korunması amacıyla sağlık profesyonelleri tarafından kamu ve özel sağlık kuruluşlarınca verilen kişiye yönelik bazı sağlık hizmetleri şunlardır; Aşılama, ilaçlı koruma, aile planlanması, temizlik, hijyen ve dezenfeksiyon, düzenli ve sağlıklı beslenmeye ilişkin eğitimlerdir.³

Kişinin sağlığının korumasında hijyen, düzenli uyku, iyi besleme, spor, dinlenme, temiz giyinme ve bakımlı olma insan sağlığını olumsuz etkileyen mikrop, virüs, parazit gibi hastalık yapan patolojik mikroorganizmalara karşı kalkan görevi görür. Kişisel temizlikte kir ve kirlenmeye karşı antiseptik özelliğe sahip temizlik ürünleri kullanılmalı ve kullanılan temizlik malzemeleri kişiye özel olmalıdır.⁴

Kişisel sağlığın korunmasıyla sağlıklı bireylerden oluşan bir toplum için gerekli olan ilk adım atılmış olacaktır. Sağlıklı bireylerin yetişmesi içinse sağlığın önemi gerek sağlık profesyonelleri gerekse eğitimcilerimiz tarafından anlatılmalı ve bireyler sağlık eğitimiyle bilinçlendirilmelidir. Sağlık eğitiminin önemi şu tanımından da anlaşılmaktadır. “Bireylere ve bireylerin oluşturduğu topluma sağlıklı doğmak, bu toplumda sağlıklı yaşamak, toplumun sağlık düzeyini yükseltmek sağlığı bozacak, tehlikeye düşürecek sebeplerden kaçınmak, hastalıklar karşısında yapılacak işler, alınacak önlemler hakkında bilgi kazanmak, kazanılan bilgi ve öğrenilen

¹ T.C. Milli Eğitim Bakanlığı, Sağlığını Koruma, Ankara, 2008, s. 11

² M. Şengelen, “Düzenli Sağlık Kontrolünün, Sağlığın Korunması, Geliştirilmesindeki Yeri”, Halk Sağlığı İle İlgili Güncel Sorunlar ve Yaklaşımlar, (Ed. D. Aslan), Ankara, 2009, s. 70

³ R. Akdur, “Çağdaş Sağlık ve Sağlık Hizmetleri Kavramları Bu Kavramlara Etki Eden Dinamikler” Halk Sağlığı, Ankara, 1998, s. 13

⁴ H. İ. Somyürek, Sağlığı Koruma Bilgisi, Ankara, 2001, s. 43

hususları harekete geçirmek ve uygulamaya koyabilmek, uygulanan hususları alışkanlık terbiye haline getirmektir.”¹ Tanımdan, sağlıklı toplumun mihenk taşının sağlık eğitimi olduğu anlaşılmaktadır. Bireyin yaşamının ilk anından son anına kadar hayatına tesir eden, yön veren bir etkiye sahiptir.

3.2.2. Çevresel Sağlığın Korunması ve Gençlik

Çevre canlıların sürekli etkileşim içinde bulunduğu yaşamını ve gelişimini etkileyen dış güçtür.² “Çevre, insan veya başka bir canlının yaşamı boyunca ilişkilerini sürdürdüğü dış ortamdır. Hava, su ve toprak bu çevrenin fiziksel unsurlarını; insan, hayvan, bitki ve diğer mikroorganizmalar ise biyolojik unsurlarını oluşturur. Aynı zamanda dış güçler, organizmanın bulunduğu yerdeki diğer canlılarla fiziksel ve kimyasal koşullardan oluşur.”³

Türkiye’de çevre sorunları 1970’li yıllardan itibaren ortaya çıkmış, 1980’li yıllardan itibaren hızlı bir şekilde artış göstermeye başlamıştır. Bu artış çevre sorunlarıyla ilgili önlemlerin alınması zorunlu kılmıştır. Avrupa Birliği, kuruluş yıllarından itibaren çevreyle ilgili politikalar oluşturmuş ve doğal kaynakların korunması hususunda tedbirler almıştır. Çevre ile ilgili politikalarını 1973 yılından itibaren yayımlamaya başladığı Çevre Eylem Planı bünyesinde sürekli olarak geliştirmektedir. Çevre sorunları bireylerin sağlığını olumsuz etkilemekte ve gelecek neslin sağlıklı bir çevrede yaşama hakkını da elinden almaktadır. Bu sorunları ortadan kaldırmak için gençlere çevre bilinci kazandırılmalı, oluşturulacak çevre politikalarıyla da gençlerin daha iyi bir çevrede yaşaması için sürekli çalışılmalıdır.⁴

Fiziksel, biyolojik ve sosyal öğelerden oluşan çevre, sürekli etkileşim içinde bulunduğumuz, sağlığımız üzerinde de etkisi olan bir unsurdur.⁵ Anayasamızın 56. Maddesi şöyledir: “Herkes, sağlıklı ve dengeli bir çevrede yaşama hakkına sahiptir. Çevreyi geliştirmek, çevre sağlığını korumak ve çevre kirlenmesini önlemek

¹ S. Yumuturuğ, Halk Sağlığı Ders Kitabı, Ankara, 1988, s. 39

² Ş. Kavuncubaşı, s.4

³ T.C. Milli Eğitim Bakanlığı, ss. 31–32

⁴ T.C. Gençlik ve Spor Bakanlığı, Gençlik Şurası Ön Komisyon Raporu, Ankara, 2012, ss. 12-13

⁵ Z. Çobanoğlu, ‘Kent ve Sağlığın Mevcut Hukuki Durumu’, Kent-Çevre ve Sağlık Sempozyumu, Ankara, 2007, s. 20

Devletin ve vatandaşların ödevidir.”¹ Demektedir. Anayasamızın bu maddesinden, bireyin ve toplumun sağlığa zarar veren etkenlere karşı korunması gerektiği, vatandaşın ve devletin bu noktada ayrı ayrı sorumlulukları olduğu anlaşılmaktadır.

Bireyin sağlığının bozulmasına sebep etkenlerin tamamı çevre ile ilgilidir. Bütün fiziksel, biyolojik, sosyal etkenler çevrenin içinde yer alır. Sağlığı olumsuz etkileyen bu etkenler yok edilerek önce çevre sağlıklı bir hale getirilmelidir. Böylelikle sağlıklı bir çevreyle etkileşim içinde olan canlılarında sağlığı korunmuş olacaktır.²

İnsan sosyal hayatın ve toplum olmanın bir gerekliliği olarak sürekli çevresiyle etkileşim içindedir. Etkileşimde bulunduğu çevrede risk faktörlerine karşı önlemlerin alınması toplumun ve toplumda önemli bir yere sahip olan gençlerin sağlığının korunmasında büyük bir önem arz eder. Çevrede canlıların sağlığına yönelik risk oluşturan olumsuz koşulları yok etme işlemi eğitim görmüş mimar, mühendis, kimyager, teknisyen ve benzeri meslek çalışanları tarafından yürütülür.³ Akdur’a göre, sağlıklı bir çevre için yapılması gereken bazı hizmetler şunlardır:

- “Yeteri kadar ve temiz su sağlanması,
- Atıkların zararsız hale getirilmesi
- Besin hijyeni
- Konut sağlığı,
- Endüstri sağlığı
- Vektörlerle savaş,
- Hava kirliliği ile savaş,
- Radyasyonla savaş,
- Gürültü ile savaştır.”⁴

Çevre sağlığına yönelik hizmetleri incelediğimizde, canlıların sağlığı üzerinde etkisi olan her şeyin kendi çevresi içinde yer aldığını görmekteyiz. Sağlıksız

¹ Türkiye Cumhuriyeti Anayasası, T.C. Resmi Gazete, 20.10.1982, S.17844, s.15;
<http://www.resmigazete.gov.tr/arsiv/17844.pdf> (08.05.2015)

² Akdur, s.9

³ Ateş, s.9

⁴ Akdur, s. 12

bir çevre, içinde yaşayan birçok canlı için risk oluşturacağından toplumsal anlamda olumsuz bir etki söz konusudur.

3.3. Gençlerde Sağlığın Geliştirilmesi ve Sağlık İnanç Modeli

Günümüzde sağlığın geliştirilmesi konusunda birçok çalışma yapılmaktadır. Bu çalışmalar sonucunda bireylerin ve toplumların sağlığının daha iyi götürülmesi amaçlanmaktadır. Sağlığın geliştirilmesi kapsamında yapılan tüm çalışmalarda canlıların sağlığını olumsuz etkileyen faktörlerin ortadan kaldırılması, sağlığı olumsuz etkileyecek davranışlara karşı bireylerin bilinçlendirilmesi yer almaktadır. Sağlığı olumsuz etkileyen tüm etkenlere karşı yapılan etkinlikler sağlık gelişim programlarının kapsamındadır. Bu amaçla düzenlenen sağlık gelişim programları toplumların inanç ve kültürlerine uygun bir şekilde hazırlanmakta, her bireyin sağlığını daha iyiye götürülmesi doğrultusunda çalışmaktadır.¹

Sağlığın geliştirilmesinde en büyük görev bireyin kendisine düşmektedir. Kişilerin yaşam tarzı ve davranışları, yaşadığı çevreyle olan etkileşimi, sağlığının gelişiminde büyük bir rol oynamaktadır. Bireylerin bedensel, zihinsel ve psiko-sosyal açıdan iyi halini koruyup sağlığını daha iyi bir seviye getirmesi yaşam kalitesini ve yaşam süresini artırır.²

İnsanların yaşam süresinin uzamasına dair beklentileri, yaşamı boyunca daha dikkatli ve sağlıklı yaşamayı gerekli kılmıştır. Sağlıklı bir yaşam ve uzun bir ömür tüm toplumların hedefi haline gelmiş, sağlığın geliştirilmesi konusunda yapılan araştırmalar büyük bir önem kazanmıştır. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), sağlıklı bir yaşam için sağlıklı davranışların yaygınlaşmasını bir strateji olarak belirlemiştir.³

Sağlığı geliştirmede, halk sağlığı ve koruyucu hekimliğin önemi büyüktür. Sağlığı geliştirme çalışmaları profesyonel örgütlerce yürütülür. Devlet tarafından da gerekli düzenlemeler yapılarak bireylerin sağlığına zarara veren unsurların ortadan kaldırılması hedeflenir. Günlük yaşamda bireylerin karşılaşabileceği risk faktörlerinin minimize edilmesi sağlığın geliştirilmesinde önemli bir adımdır. Bu adım doğrultusunda sağlığın korunması için stratejiler belirlenir. Bu stratejiler kısa

¹ Z. Baltaş, Sağlık Psikolojisi, İstanbul, 2000, s. 56

² Akdur, s. 36

³ V. Şenol, F. Soyuer, D. Ünalın, "Geriatrik Popülasyonda Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Yaşam Kalitesi İlişkisi", 15. Ulusal Halk Sağlığı Kongre Kitabı, Bursa, 2012, s. 379

dönemde risk faktörlerinin azalmasını, orta dönemde kişinin yararlı sağlık davranışları edinmesini, uzun dönemde ise sağlıklı ve yaşam süresi uzun olan insanlardan oluşan bir toplumu meydana getirir.¹

Sağlığı geliştirme çalışmaları dünyada 1970 yılından sonra hız kazanmıştır. “1986 yılında Kanada’nın Ottawa kentinde 1. Uluslararası Sağlığı Geliştirme Konferansı düzenlenmiş ve toplantının sonunda Sağlığı Geliştirme Ottawa Şartı yayımlanmıştır. Sağlık için ön koşullar barış, barınma, eğitim, gıda, gelir, tutarlı bir ekosistem, sürdürülebilir kaynaklar ve sosyal adalet olarak belirlenmiştir.”² DSÖ tarafından yapılan Ottawa Konferansı sonucunda yayımlanan Ottawa sözleşmesinde sağlığın geliştirilmesi için 5 strateji belirlenmiştir.

- “ 1. Sağlıklı Halk Politikası oluşturmak,
2. Destekleyici çevreler yaratmak
3. Kişisel becerileri geliştirmek,
4. Topluluk eylemini güçlendirmek,
5. Sağlık hizmetlerini yeniden yönlendirmektir.”³

Bu stratejilerin ilk üçünde öncelikle kişinin yaşadığı çevrenin şartlarını iyileştirmek daha sonra kişilere ve topluma sağlık alışkanlıkları kazandırmak hedeflenmiştir.

Adelaide’de 1988 yılında yapılan konferansta sağlıklı toplum politikaları üzerinde durulmuş, Sundsvall’da 1991 yılında yapılan konferansla sağlığın korunması ve geliştirilmesi konusunun daha iyi anlaşılması sağlanmıştır. Jakarta’da 1997’de yapılan konferansla sağlığın geliştirilmesi için uluslararası stratejilerin gerekliliğine karar verilmiş bunu yanında koruyucu sağlık hizmeti veren birinci basamak sağlık hizmetlerinin ilkelerinde ve herkes için sağlık stratejisinde ortak bir görüş birliği sağlanmıştır.⁴ 2000 yılında Meksika’da, 2005 yılında Nairobi’de, 2009

¹ Ş. Bahar-Özvarış, “Sağlığı Geliştirmede Tarihsel Süreç ve Kavramsal Çerçeve”, 16.Ulusal Halk Sağlığı Kongre Kitabı, Antalya, 2013, s. 45

² Z. Dağdeviren, Şanlıurfa İl Merkezindeki Lise Öğrencilerinin Sağlığı Geliştirme Davranışları ve İlişkili Faktörler, Harran Üniversitesi, SABE, Şanlıurfa, 2010, s. 18

³ T.C. Sağlık Bakanlığı, Temel Sağlık Hizmetleri Müdürlüğü, Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesine Yönelik Dönüm Noktaları, Ankara, 2011, s.6

⁴ Ş. Bahar-Özvarış, Sağlığın Geliştirilmesi Kavramı, Halk Sağlığı İle İlgili Güncel Sorunlar ve Yaklaşımlar,(Ed. D. Aslan), Ankara, 2009, s.12

Nairobi’de ve en son 8. Uluslararası sağlığı geliştirme konferansı 2013 yılında Helsinki’de yapılmıştır.

Sağlık İnancı Modeli 1950’li yıllarda G.Hochbaum, S.Kegels ve I. Rosenstock tarafından geliştirilmiş bir modeldir. “Bu modele göre; kişinin bir hastalığı engelleme ya da iyi olma isteği varsa ve kişi, belirli bir davranışın söz konusu hastalığı  nleyeceğine inanıyorsa, o davranışa karşı olumlu tutum takınacaktır. Bu davranış değişikliği modeli ne yazık ki alışkanlıklar, tutumlar ve duygular gibi etkenleri yeteri kadar göz önüne almamaktadır, bu nedenle akran eğitimi çalışmaları açısından faydalı bir model olmasına rağmen kültür, sosyal etki, sosyo-ekonomik durum, kişisel deneyimler gibi davranış üzerinde etkili diğer faktörlerin de üzerinde durulmalıdır.”¹

Sağlık inanç modeli, sağlığın geliştirilmesi hususunda insanların sağlığını daha iyi duruma getirmesi için bazı önlemler alması ve sorumluluk sahibi olması gerekirken, bazı insanların sorumluluk almayı neden başaramadıklarını, kavramsal bir  er eve sağlamak amacıyla geliştirilmiştir. Bu model Lewin’ın psikososyal teorisinden ortaya çıkmıştır. Sağlığın korunmasında ve geliştirilmesinde hangi davranışların etkili olduğunu saptamak ve sağlığı etkileyen faktörleri tespit etmek için kullanılan bir modeldir.² Sağlık inanç modelinin asıl amacı kişilerin sağlığının korunması konusunda niye istekli olmadığı, hastalık durumlarının araştırılması ve belirlenmesi sürecine neden katılım göstermediğidir.³

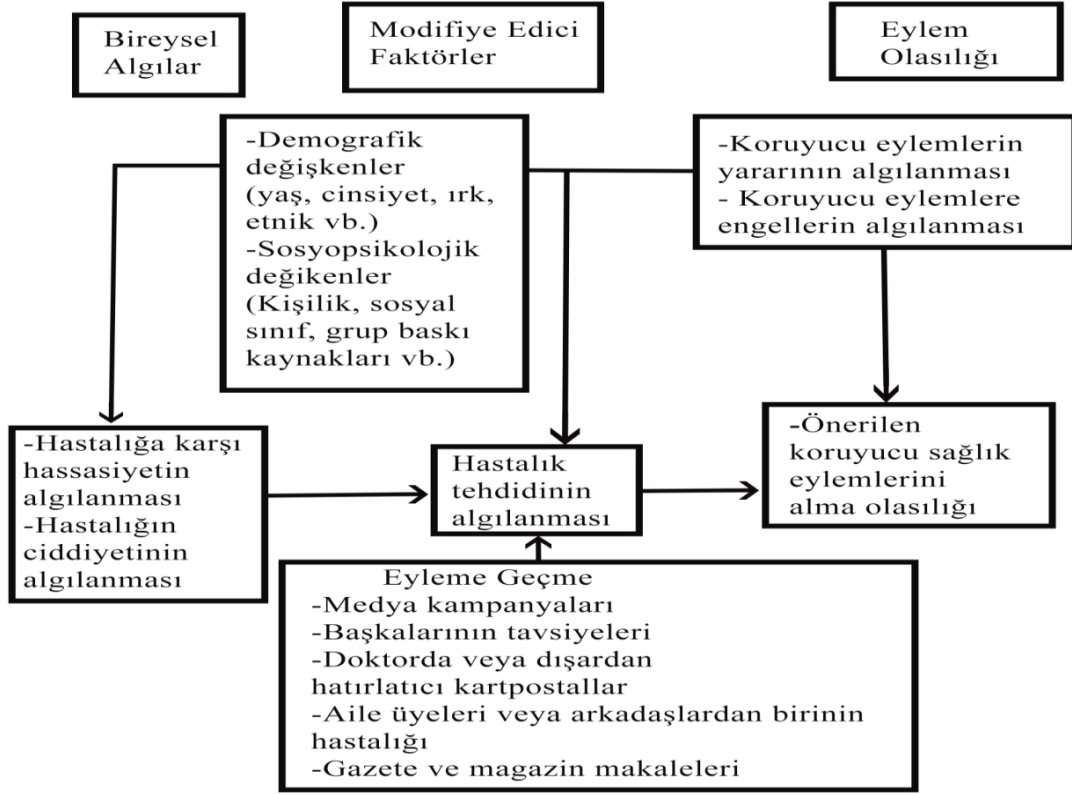
İnsanların algı, inanç ve beklentilerinin, sağlığı etkileyen birçok faktör ve değişkenle olan ilişkisini Potter sağlık inanç modelinde şu şekilde şematize etmiştir:

¹ Genç Akran Ağı (Y-PEER), Eğitimci Eğitimi Rehberi,( ev.  . Karadağ), Ankara, 2004, s.21;http://halksağligiokulu.org/anasayfa/components/com_booklibrary/ebooks/akran_e%C4%9Fitimi.pdf

² öz, ss. 25-26

³ A. Okay, Sağlık İletişimi, İstanbul, 2014, s.84

Şekil. 2: Sağlık İnanç Modeli



Kaynak: F. Öz, Sağlık Alanında Temel Kavramlar, Ankara, 2004, 28;PA. Potter, AG. Perry, Basic Nursing Theoryand Practice, St. Louis, 1995, s.29'dan alıntı

“Sağlık inanç modeli 3 temel bileşenden oluşmaktadır. Bunlar; bireysel algılamalar, modifiye edici ve başlatıcı faktörlerdir. Her insanın kendine yönelik bireysel algılamaları vardır. Bu algılamalar bireyin sağlığına tutumları etkilemektedir. Modifiye edici faktörler, algılamaları etkileyen ve değiştirebilen faktörlerdir. Bunlar; yaş, cinsiyet, ırk, din gibi demografik özellikler; kişilik, sosyal statü, akran baskısı ve özellikleri gibi psikososyal değişkenler; hastalık hakkındaki bilinenler, daha önce hastalıklarla karşılaşma durumu gibi yapısal değişkenlerdir. Karşılaşılan ya da yaşanan güçlükler, maliyet ve mevcut gereksinimler eylemleri başlatıcı faktörler olabilir. Ayrıca, hastalıklarına önem verme düzeyleri, tedavide eşit hakka sahip olduğunun algılanması da bireysel algıları değiştirebilmekte ve sağlığı ya da hastalığı konusunda sorumluluk almalarını etkileyebilmektedir.”¹ Sağlık inanç modelinin temel bileşenlerinden bireysel algılar, bireyin sağlık kavramına bakışının

¹ Öz, s. 27

ve yaklaşımının zeminidir. Bireysel algılar bireyin yaşamı boyunca etkileşim içinde bulunduğu tüm unsurlardan etkilenecek şekilde şekillenmekte ve bunun sonucu olarak bireyin sağlığına verdiği önem azalmakta ya da artmaktadır.

Ülkemizde bireylerin birçoğunun sağlığını ikinci plana hatta daha geri planlara itmesi söz konusudur. Günü kurtarabilme ve karnını doyurabilme bazı insanlara sağlıklı olduğunu zannettirmektedir. Bu durumdaki bireyler sağlığına yeterli önemi vermeyerek fizyolojik ihtiyaçlarını karşıladığı sürece sağlıklı olduğuna inanmaktadır. Batı ülkelerindeyse sağlığa ve spora ayrılan zaman çok ciddi bir seviyedir. Yine batı ülkelerinde sağlığın bir yaşam kavramı olarak hayatın merkezinde alınması sağlığın korunmasında ve geliştirilmesi, yaşam sürelerinin uzun olmasında büyük bir etkidir.¹

Gençlik dönemi gençlerin sağlığı etkileyen riskli davranışlarda bulunma olasılığının en yüksek olduğu dönemdir. Sigara, alkol, madde kullanımı, depresyon ve intihar, sağlıksız cinsel ilişki gibi gençleri olumsuz etkileyen davranışların görüldüğü gençlik döneminde risk faktörlerinin belirlenip yok edilmesi büyük önem taşır. Gençlere sağlık eğitimiyle sağlık bilinci kazandırılarak sağlığının önemini kavraması sağlanmalı ve genç sağlığını geliştiren davranışlara yönlendirilmelidir.²

Ülkelerin gençlerin sağlığının korunması ve geliştirilmesi için gerekli olan kaynakları ayırması ilgili Jessor şu ifadeyi kullanmıştır. “Bir hükümet Güneydoğu Asya’da ve Orta Amerika’da askeri maceralar için gerekli kaynakları bulabilen bir hükümet, şimdi elbette Orta Amerika’nın güçsüzleşen çiftliklerindeki ve azalan şehirlerindeki kendi gençleri içinde aynı kaynakları bulabilir.”³ Ülkelerin sanayiye, teknolojiye ve savunmaya verdiği önemin yanı sıra insanlara ve insanlığa verilmesi gereken önem unutulmamalıdır. Bilhassa, geleceği inşa edecek, yarınlarımızın teminatı olan çocuklar ve gençler arka planda kalmamalıdır.

¹ Z. Cihirlioğlu, Sağlık Sosyolojisi, Ankara, 2001, s. 11

² G. Karatay, “Ergenlerde Madde Kullanımı ve İlgili Risk Faktörleri”, Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi, C. 17, S. 2, Ankara, 2008, s. 16

³ R. Jessor, “Risk Behavior in Adolescence: A Psychosocial Framework for Understanding and Action”, Journal of Adolescent Health, 1991, s. 605; http://www.colorado.edu/ibs/jessor/pubs/1991_Jessor_JAH_RiskBehaviorinAdolescence.pdf (22.06.2015)

İKİNCİ BÖLÜM

RİSKLİ SAĞLIK DAVRANIŞLARI, GENÇ KUŞAKTA GÖRÜLEN RİSKLİ SAĞLIK DAVRANIŞLARI

1. RİSKLİ SAĞLIK DAVRANIŞLARI

1.1. Riskli Sağlık Davranışlarının Tanımı

Davranış, tüm organizmaların etkileşimde bulunduğu çevreye karşı verdiği tepkidir. Genelde alınan uyarılara karşı bir davranışta bulunmadan önce bunu beynimizde tasarlar daha sonra eyleme dönüştürürüz. Bazen ise davranışların uyarıcının farkında olmadan kendiliğinden refleks olarak ortaya çıktığı gözlemlenir. Davranışlar, bireyin yaşadığı olaylardan izler taşıyan bir tepkisel örgüdür. İçinde yaşadığı çevreyle sürekli alış veriş içerisinde bulunan insan sürekli bir uyarılma ve uyarma süreci içerisinde. Genetik, çocukluk dönemi, aile yapısı, arkadaş çevresi, toplumun örf ve adet anlayışı, inançları vs. bu etkenlerin hepsi tutum ve davranışların şekillenmesinde önemli bir rol oynar. Bu etkenler her bireyin hayatında çeşitli şekillerde etki gösterir ve bunun sonucunda tüm davranış unsurlarını içinde barındıran toplumlar meydana gelir.¹

Risk, sonuçların olumsuz olma olasılığının ve bu olumsuzluğun büyüklüğünü içeren bir kavramdır. Tüm alanlarda riskin ortak noktasını gerçeklik ve olasılık arasındaki fark oluşturmaktadır. Canlıların bir olay karşısında bir zarara ya da bir kayba uğrama ihtimalinin kavramsal karşılığıdır.² “Risk, gelecekle ilgili bir kavramdır, çünkü gelecek belirsizlik ifade eder. Buradan hareketle sosyal değişimin sürekliliği göz önüne alındığında risk ekonomik, siyasal ve kültürel koşullara göre her gün değişebilme özelliğine sahip iken, bugün risk olan bir olgu siyasal ya da ekonomik karar alıcılar tarafından risk olmaktan çıkabilir ya da daha tehlikeli bir değişime uğrayabilir.”³ Risk yaşanan dönemin özelliklerine göre değişiklik gösteren toplumun psikolojik, sosyal ve ekonomik düzeyine göre etkinliği artan veya azalan bir unsurdur.

¹ E. Eren, Örgütsel Davranış ve Yönetim Psikolojisi, İstanbul, 2012, s. 218

² E.U. Yıldız, "Madde Kullanımında Risk Etkenleri ve Koruyucu Etkenler" Ergenlerde Sigara, Alkol ve Madde Kullanımı (Ed. H. Çoşkunol), İzmir, 2011, s. 7

³ N. Oktik- C.Ş. Çukur-H. Ünal- F. Değer - Ç. Özbek - G.G. Yılmaz - V. Doğan - D. Hasırcı, Sosyal Risk Analizi: Mardin Proje Raporu Örneği, Muğla, 2010, s. 17

Riskli davranış, bireyin bulunduğu sosyal çevre ve sahip olduğu değer yargılarına göre farklılık gösterir. Sürekli değişmekte olan olaylar karşısında bireyin değişime adaptasyonu tutum ve davranışlarını da etkilemektedir. Toplumsal baskılar ve toplumsal eğilimler, bireyleri farklı davranışlara yönlendirebilir. Kişiyi farklı davranışlara yöneltebilecek olan bu uyarım günlük hayatta sıra dışı davranışlar olarak görülmektedir.¹ İnsan var olduğu günden bu yana çeşitli risklerle karşı karşıya kalmaktadır. Riskli davranışların insan hayatına olumsuz etkilerini azaltmak için sağlığın korunması ve geliştirilmesi hakkında daha fazla bilgi sahibi olmalı ve sağlığımızı olumsuz etkileyecek riskli davranışlardan kaçınmalıyız. Sağlığımızın korunmasında, iyi bir çevre, güçlü olan aile bağları, iyi bir iş ve çalışma ortamı, yüksek moral ve motivasyon, tutarlı davranışlar etkili bir rol oynamaktadır.²

Problem davranışın çıkmasına zemin hazırlayan çevresel kültürel psikolojik ve sosyal ortamlardan bireyler uzak durmalıdır. Çünkü problem yani riskli davranışların genellikle sonuçları olumsuz ve zararlıdır.³ Toplumun en önemli yapı taşlarından biri olan gençlerin doğru yönlendirilmesi, kendi ve toplum adına fayda sağlayan dinamik, güçlü ve akılcı bireyleri ortaya çıkaracaktır. Gençlere ayrılan kaynakların doğru kullanıldığı ve alt yapısı iyi oluşturulmuş eğitim sistemiyle gençler bilinçlendirildiği takdirde, gençler riskli sağlık davranışlarından uzak tutulmuş olacaktır.⁴ İnsan sağlığını tehlikeye atan, bireylerin ruhsal ve sosyal dünyasına zarar veren birçok riskli davranış vardır. Bunlar sigara, alkol, uyuşturucu kullanımı, intihar etme ve kendine zarar verme, saldırganlık, şiddet vs. davranışlardır.⁵

Araştırmacılara göre gençleri riskli sağlık davranışlarına yönelten faktörlerden bazıları şöyledir. Bireysel seviyede düşük özgüven, olumsuz akran grupları, okula olan düşük ilgi ya da eğitim arzusunun düşük olmasıdır. Aile ile ilgili faktörlerse, düşük gelir seviyesindeki ebeveyn ile genç arasındaki iletişimsizlik, ebeveynlerin az gözlem yapması ve aile desteğinin eksik olması gibi faktörlerdir.

¹ J. Coenen-Hunter, Durkheim'i Anlamak, (Çev. S. Akyüz), İstanbul, 2013, s. 403

² Yıldız, s. 15

³ M. Özyürek, Problem Davranışları Değiştirme, Ankara, 2011, s. 17

⁴, 'Adölasan Ergen Sağlığı'; http://www.gata.edu.tr/ureme_sagligi/adolesan.htm (23.04.2015)

⁵ D. GençtanırımKuru, Ergenlerde Riskli Davranışların Yordanması, Hacettepe Üniversitesi(HÜ), SBE, Yayınlanmamış Doktora Tezi(YDT), Ankara, 2010, s. 19-20

Böyle bir ortamda bulunan genç ebeveynlerinde riskli davranışlara eğilimli olduğundan kendisi de riskli davranışlara eğilim göstermektedir.¹

1.2. Riskli Sağlık Davranışları Kavramı

Sağlığı bozan ve tehdit eden riskli sağlık davranışları engellemede aktif ve pasif olmak üzere iki farklı tutum ve davranış söz konusudur. Aktif tutumda kişiye sağlık bilinci kazandırılarak sağlığını geliştiren davranışlara hayatında daha çok önem vermesi hedeflenir. Kişinin sağlığının korunması ve geliştirilmesi için yapması gereken davranışlar bir alışkanlık haline getirilmeye çalışılır. Düzenli spor yapmak, ağız ve diş sağlığına önem vermek, iyi beslenme gibi davranışlar kişide alışkanlık haline dönüştükçe riskli sağlık davranışlarında bulunma olasılığı azalacaktır. Pasif davranışlarda ise sağlığı olumsuz etkileyen riskli davranışlara karşı bireyler bilgilendirilir ve bu tür davranışlardan uzak durması sağlanır. Örneğin, gençlerin sigara, alkol, uyuşturucu, cinsel ilişki ve beslenme gibi konularda bilinçlendirilmesi riskli sağlık davranışlarının görülme olasılığını azaltacaktır. Bu nedenle riskli sağlık davranışlardan korunmak için bazı davranışların alışkanlık haline getirilip yapılması bazı davranışlardan ise bilinçli bir şekilde uzak durulması gerekmektedir.²

Davranışlar üzerinde en büyük etkenlerden biri de kültürdür. Kültürler arasındaki etkileşim teknolojik gelişmeler, kitle iletişim araçlarının yaygınlaşması, internet ve sosyal medya kullanımının artmasıyla beraber daha da hız kazanmıştır. Egemen olan kültür, alt kültüre kendi düşünce ve davranışlarını daha rahat ve kolay bir şekilde empoze etmektedir. Özgürlük adı altında daha rahat bir yaşam tarzı olarak yanlış aktarılan ya da yanlış anlaşılan bazı davranışlar sağlığı olumsuz etkilemektedir. Kişinin diğer kültürlerden etkilenerek sigara, alkol, uyuşturucu, kumar, uykusuzluk, düzensiz beslenme, sağlıksız cinsel ilişki gibi riskli davranışlara özenmesi gençlerin sağlığını riske atmaktadır. Egemen kültürlerden örnek alınan davranışlar insan sağlığını ve yaşamını tehdit etmemeli ve ölçülü olmalıdır³

¹ M. R. Guzman-L. A. Pohlmeier, “High-Risk Behaviors in Youth”, University of Nebraska–Lincoln Extension, Institute of Agriculture and Natural Resources, 2014;
<http://www.ianrpubs.unl.edu/pages/publicationD.jsp?publicationId=786> (22.06.2015)

² Baltaş, ss.42–43

³ F. Eroğlu, Davranış Bilimleri, İstanbul, 2007, s. 153

Davranışlar istekler tarafından şekillenir. Aynı zamanda davranışlar istekleri de etkiler. Bir davranışın planlanan sonuç dışında ön görülememiş başka sonuçları da vardır. Öncelikle isteklerimiz doğrultusunda bazı davranışlarda bulunuruz. Daha sonra bu davranışlar içerdiği riskle beraber kontrolümüz dışına çıkar ve isteklerimizi etkilemeye başlar. Örneğin, alkol kullanan biri sorunlarından uzaklaşmak için böyle bir davranışı tercih eder. Ama alkol almaya başladıktan sonra kontrolünü kaybeder ve daha sonra istemediği davranışlarda bulunabilir. Yapmış olduğu davranışın etkisiyle riskli davranışlarda bulunmaya devam eder. Eğer alkolü sorunlarından uzaklaşmak için tercih eden biri alkol aldıkça yeni sorunların ortaya çıkacağını ve kendine daha çok zarar vereceğini bilse böyle bir davranışta bulunmazdı. İstekler eyleme dönüştürülmeden önce eylem sonucunda karşılaşılabilecek riskler göz önünde bulundurulmalı ve buna göre hareket edilmelidir.¹

Gençlerin sağlığını etkileyen birçok unsur söz konusudur. Bu unsurlardan gencin hayatına en çok zarar veren, bireyin ve toplumun fiziksel, psikolojik ve sosyal yapısında büyük izler bırakan, incelenmesi ve üzerinde durulması gereken bazı riskli davranışlar şunlardır: Tütün ve tütün ürünlerinin kullanımı, alkol ve uyuşturucu kullanımı, sağlıksız ve düzensiz beslenme, fiziksel aktivitesizliği, depresyon ve intihar, sağlıksız dövme ve piercing kullanımı davranışları ana başlıklar altında inceleyecektir.

2. ÜNİVERSİTE GENÇLİĞİNDE GÖRÜLEN RİSKLİ SAĞLIK DAVRANIŞLARI

2.1. Tütün ve Tütün Ürünleri Kullanımı

Gençlerin sağlığını olumsuz etkileyen tütün ve tütün ürünleri sıradan bir bağımlılık değil, bunun tam aksine oldukça tehlikeli bir hastalıktır. Sigaranın bireyin tüm vücuduna ve hayatına zararı vardır.² Gençlerin sigara ile arasındaki ilişki ergenlik dönemiyle birlikte başlar. Gençlik hem sigara satıcıları için hem de gençleri sigaradan uzak tutmak isteyenler için önemli bir potansiyeldir.³ “Tüketimi en yaygın tütün mamulü sigara, sarmalık kıyılmış tütün mamulü, pipo, puro, nargilelik tütün

¹ J. Elster, Sosyal Davranış Açıklamak, (Çev. O. Sevimli-M.Ö. Karaduman), Ankara, 2010, s. 358

² C. Babuna, N. Bayhan, Uyuşturucu Bağımlılık Afeti ve Sorunları, İstanbul, 2009, s. 95

³ T. Özlü, “Gençlik ve Sigara”, Sigara ve Sağlık (Ed. N. Özyardımcı), Bursa, 2002, s. 74

mamulü, enfiye çiğnemelik tütündür.”¹ Dünyada önde gelen sekiz ölüm nedeninin altı tanesinin risk faktörü tütündür. İnsanların hayatına girerek ölümü beraberinde getiren tütünden kurtulmanın yolu devletlerin ve sivil toplum kuruluşların ortak ve kararlı bir şekilde hareket etmesine bağlıdır.²

Gençlerin sigaraya başlamasının birçok psikolojik ve sosyolojik nedeni vardır. “Özenti, merak, tesir altında kalma, reklamlardan etkilenme, yasak olanın cazibesine kapılma, otoriteye karşı gelme dürtüsü, kendini ispatlama, büyüdüğünü kanıtlama, erkek olduğunu gösterme, akran baskısı ve arkadaşlar arasında yer edinme gibi ... motivasyonlarla başlayan sigara içme davranışı, kısa sürede pekişip bağımlılığa dönüşür.”³

Tütün ve tütün ürünleri üreten şirketlerin kar marjlarını yükseltmek için hedef kitle olarak belirledikleri gençler büyük tehdit altındadır. Sigaraya karşı bireyin ve toplumun bilinçlenmesi, devletlerin gerekli yasalarla durumu kontrol altına almaya başlaması, sigara üreten şirketlerin farklı stratejiler belirleyerek çocuk ve gençlerin hayatına girmesinde etkili olmuştur. Sigaranın masum, keyif verici, insan dostu olduğunu ileri süren sigara şirketleri çocuk ve gençlerin hayatına girmeye tüm hızıyla devam etmektedir. Birçok ülkede sigaranın adlarını taşıyan tişört, bot, mont vb. ürünlerle gençlerin bilinçaltına işlemekte ve sigaraya karşı olan algılarını değiştirmektedir. Gençlerin kültürel etkinliklerine sponsor olarak, konser, festival ve parti gibi organizasyonlarda broşür ve tanıtım kartlarında kendi reklamlarını yapmak sigara şirketlerinin gençlerin hayatına sigarayı sokmak için belirlediği taktikler arasında yer almaktadır.⁴

Sigarayı kullanmayı deneyen iki gençten birisi sigarayı bırakamamaktadır. Sigaraya başlanmasıyla birlikte sinirlilik, dikkat dağınılığı, aşırıya kaçan istekler, ısrarcılık, bıkkınlık, sinir ve solunum sistemi rahatsızlıkları sigara içen kişide görülen belirtiler arasında yer alır.⁵ Gençlerin sağlıklı bir hayat sürme şansı sigaraya

¹ M. Seydioğulları, “Dünyada ve Türkiye’de Tütünün Tarihçesi, Üretimi, Ticareti ve Temel Politikaları”, Tütün ve Tütün Kontrolü, (Ed. M. Karadağ-H. Bilgiç), Ankara, 2011, s.9

² M. Chan, “Küresel Tütün Salgınına Tersine Çevirmek ve Milyonlarca Yaşamı Kurtarmak İçin Şimdi Harekete Geçmeliyiz” DSÖ Küresel Tütün Salgını Raporu, (Çev. Ed. N. Bilir), 2008, s. 9

³ T. Özlü, Sigara ve Bırakma Yolları, İstanbul, s. 60

⁴ S. Vargı, Neden Yabancı Sigara İçiyoruz? , Ankara, 2010, ss.18-19

⁵ H. Özcebe, Gençler ve Sigara, Ankara, 2008, s. 8

başlamasıyla birlikte büyük bir risk altına girer. Gençler sigara, nargile, puro gibi tütün ürünlerinin kullanımını bırakmadığı takdirde kalp hastalıkları, akciğer hastalıkları kronik bir hal alır.¹

Ülkemizde 15–24 yaşındaki gençlerde hiç tütün mamulü kullanmama oranı 2012 yılı rakamlarına göre, erkeklerde % 65,1’dir. Kadınlarda bu oran %88,9’a çıkmaktadır. Tütün mamulü deneme en az bir kere kullanma yaşı ise 15–19 yaş arasında %60,5’dir. 15–24 yaş gençlerin %14,3’ü her gün tütün kullanmakta, %2,9’u ara sıra kullanmakta, %5,7’si kullanmamakta(daha önce en az bir kere denemiş), %77,1’i ise hiç kullanmamaktadır. Pasif içicilikten de olumsuz etkilenen gençlerin, tütün mamulü dumanına günde 1 saatten az maruz kalma oranı %12,3 iken, günde 1-5 saat arası maruz kalma oranı ise %10,7’dir. Günde 5 saatten fazla maruz kalma oranı %2,9 iken, hiç maruz kalmayan genç oranı ise %74,4 olarak saptanmıştır.²

Pasif içiciliğe maruz kalan gençlerin, akciğer hastalıkları, kalp hastalığı ve kanser riski artmaktadır. Sigara içenlerinse kendi sağlığına zarar vermenin yanında çevresinde bulunan kişilere zarar vermesi etik bir davranış değildir ve çevresindeki insanların bu konuda duyarlı olup tütün mamulünü kapalı alanlarda kullanan veya başkasının sağlığını tehlikeye sokabilecek şekilde kullananları uyarmalıdır. Ülkemizde topluma açık yerlerde tütün mamullerinin kullanılması 4207 sayılı kanunla yasaklanmıştır.³

Sağlık Bakanlığı’nın 2010 yılında yayımladığı raporda, Türkiye’de on beş yaş ve üzeri yetişkinlerde tütün kullanım oranı %31,2’dir. Tütün kullanımına cinsiyete göre araştırılmış ve erkeklerde tütün kullanımının kadınlara göre üç kat daha fazla olduğu görülmüştür. Erkeklerin %43,8’i her gün sigara içmektedir. Kadınlar da ise bu oran %11,6’dır. Her gün sigara içenlerin %66,1’i yarım paketten fazla içmektedir. Günde bir paketten fazla sigara içenlerin oranıysa %15,5’dir. Sigaraya başlamanın yaşı erkeklerde 16,6, kadınlarda ise 17,8’dir.⁴ Gür ve arkadaşlarının 15–29 yaşında 10.174 kişide yaptığı çalışmada, sigara içenlerin oranı %35,7 iken, sigara

¹ A. Özyazıcı, Alkollü İçkiler Sigara ve Madde Bağımlılığı, Ankara, 2012, s. 147

² Türkiye İstatistik Kurumu(TUİK), İstatistiklerle Gençlik 2014, Ankara, 2015, ss. 63–68

³ G. Ergenç vd. ,Madde Kullanımı Önleme Kılavuzu, (Ed. G. Ergenç-E. Yıldırım), İstanbul, 2007, s. 65

⁴ T.C. Sağlık Bakanlığı, Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Küresel Yetişkin Tütün Araştırması, Ankara, 2010, s. 11

içmeyenlerin oranı % 64,2'dir. Sigara içenlerin cinsiyete göre dağılımıysa kadınlarda %23,1 olup bu oran erkeklerde %49,6'dır.¹

İki araştırmada da sigara içenlerin oranları birbirine yakındır. 15 yaş ve üzerini kapsayan Sağlık Bakanlığı'nın çalışmasının, sigara kullanım oranının Gül ve arkadaşlarının çalışmasıyla yakın oranlara sahip olması(%31,2' ye %35,7) gençlik döneminden sonra özellikle 15–29 yaş aralığında sigara kullanımının tüm yaş gruplarını kapsayan genel sigara kullanımı oranıyla paralel olduğu göstermektedir. 15–29 yaş aralığında sigaraya başlayanların ileriki yaşlarda bırakması gittikçe güçleşirken, yine bu yaşlarda sigara kullanmayanlarında 30'lu yaşlardan sonra sigaraya başlama oranları gençlik döneminde sigaraya başlama oranlarına göre çok düşüktür. TUIK' in araştırmasına göre 30 yaş ve üzeri tütün mamulü kullanan kişilerin ilk kez tütün mamulü deneme yaşları şöyledir. %47'si 15–19 yaş aralığında, %22'si ise 20–24 yaş aralığında ilk kez tütün mamulü kullanmışlardır.² Yetişkinlerin büyük bir çoğunluğunun, yaklaşık %69'unun gençlik dönemine tekabül eden 15–24 yaş aralığında tütün mamulünü denediği görülmektedir.

Üniversite gençliğini sigara kullanımı açısından inceleyen Evren'in 1620 üniversite öğrencisinde yaptığı araştırmada %11,7'sinin sigara içip bıraktığını %35'inin ise hala sigara içmekte olduğu tespit edilmiştir.³ Sigarayı denemenin birçok sebebi olmasına rağmen en çok görülen sebebi meraktır. Yurtsever'in çalışmasında da tespit ettiği sigara içen üniversite öğrencilerinin %39,3 merak ettiği için sigaraya başladığını ifade ederken, %20'sinin özel bir nedeninin olmadığı, %18,9'unun can sıkıntısından başladığının, %18'inin ise arkadaşlarından özendiği için sigaraya başladığı sonucuna ulaşılmıştır.⁴

Hatipoğlu ve arkadaşlarının 1261 üniversitesi öğrencisinde yaptığı çalışmada, %57,1' inin anket yapıldığı tarihte sigara kullanmadığı anlaşılmıştır. Sigara kullananların %23,9'u çok sık sigara kullandığını, %14,8 ise ara sıra kullandığını

¹ Bekir S. Gür- İ. Dalmış-N. Kırmızıdağ-Z. Çelik- N. Boz, Türkiye'nin Gençlik Profili, Ankara, 2012, ss. 86-87

² TUIK, s.67

³ H. Evren, Trakya Üniversitesi Öğrencilerinin Riskli Sağlık Davranışları Ve Sağlık Hizmeti Kullanımları, Trakya Üniversitesi, SABE, YYLT, Edirne, 2008,s. 71

⁴ Z. Yurtsever, Üniversite Gençlerinde Riskli Davranışlar, Erciyes Üniversitesi, SBE, YYLT, Kayseri, 2011, s.80

ifade etmiştir.¹ Başka bir çalışmada, 902 üniversite öğrencisine yapılan anket sonucunda öğrencilerden %45,4'ü sigara içmektedir. Sigara içenler arasında her gün düzenli olarak sigara içenlerin oranı %34,9'dur. Öğrenciler sigaraya başlama nedenlerini %33,2 merak, %23,7 sorunlar, olarak ifade etmişlerdir.²

Özcebe çalışmasında, üniversite öğrencilerinin %21–48 arasında sigara kullandığını belirtmiştir.³ İncelediğimiz çalışmalar sonucu, üniversite öğrencilerinde sigara kullanımı Özcebe'nin vermiş olduğu oranları kanıtlar niteliktedir. Özellikle gençlik döneminde gerekli ve yeterli tedbirler alınarak gencin ve çevresindekilerin sağlığı kamusal fayda gözetilerek kanunlarında hem birey hem devlet tarafından desteğiyle korunmalıdır.⁴

Sigara kullanımından sonra, gençlerin sağlığını olumsuz etkileyen bir diğer riskli sağlık davranışı olan alkol kullanımına geçilecektir.

2.2. Alkol Kullanımı

Eski çağlardan günümüze kadar tüketilen alkollü içecekler günümüzde de yaygın olarak kullanılmaktadır. Ülkemizde de yasal olarak satışı yapılan alkollü içeceklerin aşırı tüketilmesi durumunda bağımlılık yapması, bilinçli düşünmeyi ve hareket etmeyi engellemesi ve sağlığı olumsuz etkilemesi bilinen zararlıdır.

Alkol kullanımının birçok sebebi vardır. Bu sebeplerden bazıları merak, yalnızlık, arkadaş ortamında aktif görünme, kokteyl ve partilerde eğlenme, mutsuz zamanları unutmaya, sorunlardan kurtulma ve hayaller dünyasına dalmadır. Alkollü içkilere başlamanın temelinde aile, arkadaş ortamları, kalıtım ve sosyal çevre gibi faktörler rol oynamaktadır.⁵

Alkol ve diğer uyuşturucuların kullanım miktarı, nüfus içinde dağılımı, kabul görürlük düzeyi toplumların psikolojik, sosyolojik, ekonomik ve siyasi bakış açılarında gizlidir. Bazı toplumlarda eğlence için kullanılan insanın gevşemesine ve

¹ Hatipoğlu, Acar, Akar-Vural, Binay, s.30

² N. Ulukoca-Ş. Gökgöz-A. Karakoç, "Kırklareli Üniversitesi Öğrencileri Arasında Sigara, Alkol ve Madde Kullanım Sıklığı", Fırat Tıp Dergisi, (Ed. M. Atmaca), C. 18, S. 4, Elazığ, 2013, s. 231

³ Özcebe, s.10

⁴ Ö. Menekşe, Madde Bağımlılığı, Ankara, 2011, s.23

⁵ C. Babuna, Alkol Esareti ve Sağlık Sorunları, İstanbul, 2008, s. 40-41

rahatlamasını sağlayan bir madde gibi görülür ve kullanımına karşı çıkılmaz. Ama gerçekten bu maddelerin zararını bilen ve çeşitli hastalıklara ve kazalara yol açtığının farkında olan toplumlarsa bu tür maddeler karşısında katı bir tavır sergiler.¹ DSÖ'ye göre alkol bağımlısı kişi alışılmışın dışında alkol kullanan, bu sebeple bedensel, ruhsal ve sosyal sağlığı bozulmuş, buna rağmen alkol alma isteğini geri çeviremeyen ve alkol kullanmaya devam eden kişidir.²

DSÖ, “Alkol ve Sağlık Üzerine Küresel Durum Raporu” (Global Status Report On Alcohol And Health) isimli araştırmada alkol tüketiminin kamu sağlığına ilişkin küresel bir rapor sunmaktadır. Raporda, nüfusun alkol tüketim oranı, alkol tüketiminin sağlık ile ilgili sonuçları ve ulusal düzeyde politik müdahaleler yer almaktadır.³

Alkol ve kamu sağlığı ile ilgili bazı çarpıcı sonuçlar şöyledir (DSÖ, 2014):

- Ekonomik gelişmişlik, kültür, alkole erişim kolaylığı gibi çevresel faktörler ile alkol politikalarının seviyesi ve etkisi, alkol tüketimini ve zararlarındaki tarihsel eğilim ve farklılıkları açıklamada ilişkili faktörlerdir.
- Zararlı alkol kullanımı, bireylerde alkol bağımlılığı, karaciğer sirozu, kanser ve yaralanma gibi 200'den fazla hastalık ve yaralanmaya sebep olan bir hastalık bileşenidir.
- Araştırmalarca desteklenen güncel nedensel ilişki sonuçlarına göre; bulaşıcı hastalıklardan tüberküloz ve AIDS/HIV zararlı alkol kullanımının sebep olduğu hastalıklar arasındadır.

DSÖ'nün verdiği alkol tüketim oranlarından bazıları ise şöyledir (DSÖ, 2014):

- 2010 yılındaki dünya genelindeki 15 yaş ve üzeri bireylerde saf alkol tüketim oranı 6,2 litre idi. Bu, bir günde 13,5 gram alkole denk gelmektedir.

¹ A. Baygal, ”Alkol ve Uyuşturucu Madde Bağımlılığı”, Sosyal Problemler Sosyolojisi, (Ed. N. Adak), Ankara, 2009, ss. 270-271

² S. H. Bolay, İçki, Ankara, 2007, s. 41

³ WHO, Global Status Report on Alcohol and Health Report, 2014;
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112736/1/9789240692763_eng.pdf?ua=1
(19.06.2015)

- Bu alkol kullanımının çeyreği (24,8%) kaydedilmedi. Yani ev yapımı alkol, yasa dışı alkol üretimi ve satışı gibi hükümetin kontrolünün dışında kaldı.
- Dünya nüfusundaki 15 yaş ve üzeri kişilerin %61,7'si son 12 ayda alkol tüketmemişlerdir. Tüm DSÖ bölgelerinde hayatı boyunca alkol almayan kadınların oranı erkeklerden fazladır.
- Dünya genelinde 15 yaş ve üzeri alkol tüketen nüfusun yaklaşık %16'sı dönemsel olarak ağır içme sorunu yaşamaktadır.
- Genel olarak ekonomisi gelişmiş ülkelerde daha çok alkol tüketimi ve daha az hayat boyu alkol almamış bireyler vardır. Genellikle yüksek gelir düzeyine sahip ülkeler kişi başına en yüksek alkol tüketimi ve dönemsel ağır alkol almada en yüksek prevalansa sahiptir.

Sağlık sonuçları ile ilgili bulgular şöyle devam etmektedir(DSÖ, 2014):

- 2012 yılında yaklaşık 3,3 milyon ölüm diğer bir deyişle küresel ölümlerin %5,9'u alkol tüketimine dayandırılabilir.
- Alkol tüketimiyle ilişkilendirilen ölümlerde belirgin cinsiyet farklılıkları vardır. Örneğin; 2012 yılında erkek ölümlerinin %7,6'sı, kadın ölümlerinin ise %4'ü alkol ile ilişkilendirilebilir.
- 2012 yılında 139 milyon sakatlığa adapte edilmiş yaşam yılları – DALY's, (disability-adjusted life years)ya da diğer bir deyişle küresel hastalık ve sakatlıkların %5,1'i alkol tüketimi ile ilişkilendirilebilir.

Gencin ilk alkol deneyimi çevresinde alkol içen kişilere özenmesiyle başlar. Sosyal çevresindeki bu olumsuz davranış gencin yaşam biçiminde çok yönlü etkiler bırakır. Ülkemizde yapılan araştırmalar sonucu ilk alkol deneme yaşı 12 civarlarına kadar inmiştir. Alkole başlangıcın en çok olduğu yaş 15-22 yaş aralığıdır. Alkolle bağlı sorunlar ise 18-25 yaş arasında çıkmaya başlamaktadır. Alkol kaynaklı sorunlar yaşayan kişilerin tedaviye başvurma yaşları 40'dır. Alkol bağımlıları 55-60 yaşlarında kalp hastalığı, kaza, intihar ve kanser gibi nedenlerle ölmektedir.¹

¹ Z. Arıkan, "Alkol Kullanım Bozukluğu", Madde Bağımlılığı Tanı ve Tedavi Kılavuzu El Kitabı, Ankara, 2011, s.106

Ülkemizde alkol kullanımıyla ilgili yapılan çalışmalar araştırmacı, yıl, yer, örneklem ve örneklemdeki kişilerin yaşam boyu alkol kullanım oranları Akvardar'ın çalışmasından yararlanarak düzenlenmiş ve yeniden tablolaştırılmıştır.

Tablo 3. Türkiye’de alkol kullanımıyla ilgili yapılmış çalışmalar

Araştırmacı	Yıl	Yer	Örneklem	Yaşam Boyu Alkol Kullanım Oranı(%)
Arıkan	1996	Ankara Sağlık Ocağı Bölgesi	15 yaş üzeri 2238 kişi (1097 erkek, 1141 kadın)	14.1
Akvardar	1997	İstanbul	12-65 yaş 1550 kişi (807 erkek, 743 kadın)	33.5
Ögel	2000	İstanbul	15 yaş üstü 707 kişi (kadın erkek sayısı belirtilmemiş)	54.5
Üstün	2004	World Health Survey (DSÖ)	18 yaş üzeri 11 220 kişi (4782 erkek, 6370kadın)	18.9
TUİK	2012	Ulusal çalışma	15 yaş ve üzeri, 6872 hane	20.1
Sağlık Bakanlığı	2013	Ulusal çalışma	15 yaş ve üzeri 18 477kişi (8748 erkek, 9729 kadın)	13

Kaynak: Y. Akvardar, "Ruh Sağlığı", Türkiye Sağlık Raporu 2014, (Ed. M. Ertem-G. Çan), Edirne, 2015, ss. 282-283'den yararlanılmıştır.

Alkol kullanımı ile ilgili çalışmalar incelendiğinde İstanbul'da yapılmış çalışmalar %33,5 ve 54,5 oranla, ulusal çalışmalardan daha yüksek orana sahiptir. Metropol hayatı, kalabalık nüfus, iş stresi, trafik gibi unsurlar İstanbul'da alkol kullanım oranının yüksek çıkmasındaki sebepler arasında gösterilebilir. Bu yüksek kullanım oranı ulusal çalışmalardan elde edilen %13-%21 gibi oranlardan oldukça fazladır. Türkiye'nin kırsal alanlarında inanç, örf ve adetler bireylerin alkol kullanımı üzerinde daha etkiliyken, metropol kentlerde bu etki azalmakta sosyal baskıdan uzaklaşan insanlar daha rahat hareket etmektedir.

Üniversite gençliğinde alkol kullanımı okuduğu bölüme, eğitim düzeyine, sınıfına, sosyal çevresine, sosyo-ekonomik ve sosyo-demografik özelliklerine göre değişiklik gösterir. Yakın Doğu Üniversitesi psikoloji bölümü öğrencilerinde yapılan

çalışmada yaşam boyu alkol deneme oranı %70,8 çıkmıştır.¹ Dokuz Eylül Üniversitesi (DEÜ) Tıp Fakültesi birinci sınıf öğrencilerinde yapılan çalışmadaysa ankete katılanların %48,8'i haftada iki kez ya da daha az alkol kullanmaktadır.² Mersin Üniversitesi lisans öğrencilerinde yapılan çalışmadaysa, alkol kullanım oranı %43 çıkmıştır. Erkeklerin alkol kullanım oranı kızların iki katıdır. Ailesinde alkol kullanan öğrencilerin alkol kullanımı belirgin düzeyde daha fazla çıkmıştır.³ Gazi Üniversitesi Beden Eğitimi ve Spor Yüksek Okulu öğrencilerinde yapılan çalışmadaysa, alkol içme oranı % 60 çıkmıştır. Alkol içenlerin %23'ü günde 3–5 kadeh alkol kullandığı ve %27'si özendiği için alkole başladığı saptanmıştır.⁴

Bu çalışmaların sayısı artırmak mümkündür. Alkol kullanım oranları incelendiğinde; birçok değişkenin alkol kullanımı üzerinde etkisi olduğunu görmekteyiz. “Alkol ve madde kullanımı ile ilgili doğru karar verebilmek için öğrencilerin bu maddelerin sağlıkları ve yaşamları üzerinde ne gibi riskler doğurabileceği ve alkol, madde kullanımının yasal sonuçları hakkında bilgilенmeleri gerekmektedir. Bilinmektedir ki alkol ve madde kullanımının kişinin sağlığı üzerinde bağımlılık ve ölüm gibi ciddi etkileri vardır. Bunun yanı sıra alkol ve madde kullanımı kişinin sosyal hayattaki yükümlülüklerini ve yurttaşlık görevlerini yerine getirmesini de olumsuz yönde etkilemektedir.”⁵ Aşırı alkol kullanımı gençlerin sağlığını olumsuz etkilediği bilinmektedir. Alkolün tüketimi ile ilgili bireylerin daha bilinçli olması gerekmektedir.

¹ S. Kolay Akfert - E. Çakıcı - M. Çakıcı, "Üniversite öğrencilerinde sigara-alkol kullanımı ve aile sorunları ile ilişkisi", Anadolu Psikiyatri Dergisi, C.10, S.1, Sivas, 2009, s. 42

² U. Bayrak - E. Gram - E. Mengeş - Z. G. Okumuş - H. C. Sayar - E. Skrijelj - A. Açıkgoz - R. Çehrel - H. Ellidokuz, "Üniversite Öğrencilerinin Sağlıkla İlgili Alışkanlıklar ve Kanser Konusundaki Bilgi ve Tutumları", DEÜ Tıp Fakültesi Dergisi, C.24, S.2, 2010, İzmir, s. 95

³ Ş. Tot-K. Yazıcı - A. Ertekin Yazıcı - P. Erdem - N. Bal - Ö. Metin - H. Çamdeviren, "Mersin Üniversitesi Öğrencilerinde Sigara ve Alkol Kullanım Yaygınlığı ve İlişkili Özellikler", Anadolu Psikiyatri Dergisi, C.3, S.4, Sivas, 2002, s. 227

⁴ G. Yılmaz - S. İbiş - T. Sevindi, "Gazi Üniversitesi Beden Eğitimi Ve Spor Yüksek Okulu Öğrencilerinin Sigara Ve Alkol Kullanımının Değerlendirilmesi", Bağımlılık Dergisi, C.8, S.2, 2007, s. 85

⁵ Yeniden Sağlık ve Eğitim Derneği, Üniversitede Alkol Ve Madde Kullanımıyla İlgili Konularda Temel İlkeler, 2003, s.1; <http://ogelk.net/Dosyadepo/universiteprogram.zip> (21.06.2015)

2.3. Uyuşturucu Madde Kullanımı

Uyuşturucu maddeler uluslararası alanda narkotik olarak ifade edilmektedir. Narkotik, uyuşturucu özelliğe sahip insanın duygu, düşünce ve davranışlarını etkileyen, kendini kontrol etmesini zorlaştıran, bedeninde ve zihninde büyük hasarlar meydana getiren maddedir. Bağımlılık yapan uyuşturucu, terk edilmesi zor, yokluğunda insana kriz yaşatan, kurtarılamadığı takdirde insanı yavaş yavaş ölüme doğru sürükleyen maddedir.¹

Gençler uyuşturucu madde kullanımına başlamasıyla ilk önce etkileşim içinde bulunduğu çevre değişir. Kendini daha iyi ifade edebildiği kendisini daha iyi anlayan paralel davranışlar sergileyen arkadaş çevresine yönelir. Kendisine uyuşturucu maddeyi tedarik edecek arkadaşlar ve ortamlar arar. Okula ve derslere olan ilgisi azalır. Yeni arkadaşlarıyla dışarıda vakit geçirmeye çok zaman ayırır. Evde ise odasında kapıyı kilitleyerek zaman geçirir. Ailesinden dolayı uyuşturucu maddeyi kullanamayacağı için çatışmalar yaratarak kendini dışarı atmaya çalışır. Harcamaları artarken kendine olan bakımı azalır. Çünkü parasını uyuşturucu maddeye harcamaktadır. Kendi gibi görmediği kişilerle şiddetli çatışmalar yaşamaya başlar. Aşırı sinirlilik, saldırganlık, dalgınlık, dikkatsizlik bu süreçte sıkça görülen davranışlardır.²

Madde kullanımının oluşum sürecini inceleyen araştırmacılar gençlerin sigara ve içkiye başlamalarını bu sürecin ilk evresi olarak ifade eder. Aynı zamanda bu bir deneme evresidir. Daha sonra genç psiko-sosyal durumunu etkileyen unsurlardan, aile ve sosyal çevre etkisiyle ya da gerekli önlemlerin alınmamasıyla esrar, ekstazi gibi maddelere yönelir. Bu maddeleri gençler sosyal bir eylem gerçekleştirdiğine inanarak, zevk için, rahatlamak için kullandığını ifade eder. İkinci evreyi ise bu maddelerin düzenli kullanımı ve istismarı olan son evre bağımlılık takip eder. Genç artık tüm maddi ve manevi kaynaklarını bağımlı olduğu uyuşturucuyu bulmak ve kullanmak için israf eder.³

¹ Babuna - Bayhan, s. 201

² N. Dilbaz, Madde Kullanım Riski ve Madde Bağımlılığından Korunma, Ankara, 2013, s. 34

³ D. M. Siyez, Ergenlerde Problem Davranışlar, Ankara, 2010, s. 78

Son zamanlarda özellikle bonzai gibi tek sefer kullanımı ölümle sonuçlanan uyuşturucuların gençler tarafından kullanımının artması ve basında sürekli gündeme gelmesinden sonra başbakanlık tarafından bir genelge yayımlanmıştır. Genelgede şu ifadeler yer verilmiştir. ”Uyuşturucu madde kullanımı, toplumun ve bireylerin sağlığını ve güvenliğini tehdit eden psikolojik, ekonomik, sosyal vb. çok boyutlu, önemli bir sorundur. Gerekli tedbirler alınmadığı takdirde hızlı bir şekilde yayılarak bireylerin ve toplumun geleceğini tehdit eden bu halk sağlığı problemi ile mücadelenin, ilgili tüm paydaşlarla işbirliği ve koordinasyon içerisinde sürdürülmesi zorunludur. Toplumun huzur ve güvenliğini derinden sarsan, özellikle gençler arasında yayılma eğilimi gösteren uyuşturucu madde kullanımının önlenmesi için; ilgili tüm kurum ve kuruluşlarla işbirliği yapılarak gerekli tedbirlerin alınması, özellikle gençlerin ve bütün vatandaşlarımızın farkındalıklarının artırılması, bu konuda eğitim ve önleme faaliyetlerine önem verilmesi gerekmektedir.”¹ Uyuşturucu maddenin toplumsal bir sorun olduğu görülmektedir. Bu nedenle toplumun tüm fertlerinin, devletin tüm organlarının ve tüm sivil toplum örgütlerinin bu konuda araştırma, çözüm ve öneriler yapması esastır.

Amerika’da Kuzey Dakota’da 7. ve 8. Sınıflardan 4.789 öğrencinin, 9–12 arası sınıflarda 8.535 öğrencinin katıldığı uyuşturucu kullanım araştırma sonuçlarına göre:

- Öğrencilerin doktor reçetesi olmadan kullandıkları ilaçların oranı 2009 senesinde %15 iken 2013 senesinde %18’e çıkmıştır.
- Hayatında bir kez ya da daha fazla uçucu madde kullananların oranı 2007 senesinde %11 iken 2008 ve 2009’da bu oran %12’ye çıkmış, 2013 senesinde tekrar %11’e düşmüştür.
- 2011 yılında hayatında 1 ya da daha çok kez kokain kullananların oranı %6’dır.
- Hayatında 1 kez ya da daha fazla uyarıcı (metamfetamin) özelliği olan madde kullananların oranı 2013 yılında %4’tür

¹ T.C. Başbakanlık, Uyuşturucu ile Mücadele İlgili Genelge, T.C. Resmi Gazete, 13.11.2014, S. 29174, s. 6

- North Dakota’da 9–12 Sınıfa gidenlerin %60’ı son 30 gün içinde marihuana kullandıkları söylemişlerdir.¹

Araştırmalar Türkiye’de uyuşturucu kullanımının Avrupa ve Amerika’ya oranla az olduğunu göstermektedir. Yapılan araştırmada gençlerin uyuşturucu kullanımı ile ilgili sorulara şöyle cevap vermiştir. %97,6’sı uyuşturucu kullanmadığını çünkü zararlı olduğu ifade etmiştir. %1,2’lik kesim ise uyuşturucu kullanmadığını fakat kullananlara karşı olmadığını söylemiştir. Buna göre sonuç; gençlerin %98,8’i uyuşturucu madde kullanmamaktadır. Uyuşturucu kullananlarda %0,7’lik kesim kullandığını fakat bırakmak istediğini, %0,6’lık kesimse kullandığını ve bırakmak istemediğini ifade etmiştir.²

Uyuşturucu konusunda en geniş kapsama sahip çalışma 2011 yılında yapılmıştır. 25 ilde yüz yüze görüşme yöntemiyle çalışma yürütülmüştür. 15–34 yaş grubunda herhangi bir madde kullanım oranı %3’tür. Bu maddelerin içinde esrar kullanım oranı %1, eroin %0,005, kokain %0,005 ve amfetaminler %0,1, diğer maddelerin kullanım oranıysa %2’dir. Esrarı ilk kez kullanma yaşı ortalama olarak 20’dir. Kullananların %14’ü kullanımın kontrolleri dışına çıktığını düşünürken, yine %14’ü bir doz bile atlama olasılığının kendilerinde endişe yarattığını belirtmekte, %19,3’ü esrar kullanımı ile ilgili endişeler yaşamakta ve %35,1’ise esrarı bırakmayı istemektedir. Dünya ile karşılaştırıldığında alt limitin de altındayız. 2012 Dünya Uyuşturucu Raporu’nda dünyadaki esrar kullanım oranının ise %2,6 ile %5,0 arasında olduğu tespit edilmiştir. Yaklaşık olarak 119 milyon kişi ile 225 milyon kişi arasında madde kullanıcısının olduğu tahmin edilmektedir.³

Üniversite öğrencilerinde yapılan bir çalışmada birinci sınıf öğrencileri arasında madde kullanımı üçüncü sınıftaki öğrencilere göre daha azdır. Bu oranlar sırasıyla %5,7 ve %7,1’dir. Birinci sınıflarda erkek öğrencilerde şimdiye kadar madde kullanma sıklığı %7,2 iken kız öğrencilerinin %4,7’dir. Üçüncü sınıftaki

¹ North Dakota Department of Public Instruction-North Dakota Department of Health, 2013 North Dakota Youth Risk Behavior Survey Results, North Dakota, 2014, s.3; http://www.dpi.state.nd.us/health/YRBS/2013/2013_Brochure-Color.pdf (23.06.2015)

² Sosyal Ekonomik ve Kültürel Araştırmalar Merkezi (SEKAM), Türkiye’de Gençlik, İstanbul, 2013, s. 177

³ Türkiye Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığı İzleme Merkezi (TUBİM), Türkiye Uyuşturucu Raporu 2012, Ankara, 2012, s. 19

erkek öğrencilerde madde kullanım sıklığı %9,7 iken, kız öğrencilerde bu oran %5,6'dır. Araştırmanın sonucuna göre birinci ve üçüncü sınıf öğrencilerinde erkeklerin madde kullanımı kızlardan fazladır. Birinci sınıflarda erkek öğrencilerin arkadaşları arasında madde kullanma sıklığı %15,9 iken, kız öğrencilerin arkadaşları arasında madde kullanma sıklığı %6,7'dir. Üçüncü sınıflarda erkek öğrencilerin arkadaşları arasında madde kullanma sıklığı %17,9 iken kız öğrencilerde ise %11,6'dır. Birinci sınıf öğrenciler arasında son bir yıl içinde esrar kullanma oranı %1,9'dur. Sakinleştirici ilaçlar %1,4'tür. Mariuana %0,8, uyarıcılar %0,8, ecstasy %0,6, uçucular %0,8 ve LSD %0,1'dir. Bu yüzdeler üçüncü sınıf öğrencileri içi sırasıyla %2,6; %1,5; %1,8; %1,0; %0,7; %0,1 ve %0,2'dir.¹

Sekiz üniversitenin birinci sınıf öğrencileri arasında yapılan bir çalışmada, 3101 öğrenci arasında düzenli madde kullanmaya devam eden öğrenci yüzdesi %0,2'dir. Erkek öğrencilerin %0,3'ünün çevresindeki arkadaşlarının hepsinin madde kullandığı, %50,5'inin arkadaşlarının çoğunun ve %7,9'unun ise bazı arkadaşlarının madde kullandığını belirtmişlerdir. Hiç bir arkadaşı madde kullanmayan erkek öğrencilerin yüzdesi %88,4'dür. Kız öğrencilerinde ise bu oran %91,9'dur. Bazı arkadaşlarının madde kullandığı belirten kız öğrenci oranıysa %4,8'dür.²

Başka bir çalışmada 504 öğrencide uyuşturucu madde kullanım oranı %2,2 olarak bulunmuştur. Uyuşturucu madde kullananların %54,5'i esrar, %9,1'i eroin ve %9,1'i morfin, %27,3 ilaç/hap kullandığını ifade etmiştir. Esrar kullananların %27,3'ü ayda bir kez, %18,2'si ayda iki kez, %9,1 ise sürekli kullandığını ifade etmiştir.³

¹ TBMM, Uyuşturucu Başta Olmak Üzere Madde Bağımlılığı ve Kaçakçılığı Sorunlarının Araştırılarak Alınması Gereken Önlemlerin Belirlenmesi Amacıyla Kurulan Meclis Araştırması Komisyonu Raporu, Ankara, 2008, s. 127; S. Tezcan - H. Özcebe - N. Subaşı - S. Üner - T.G. Telatar, Hacettepe Üniversitesi Öğrencilerinin Ruhsal Sağlık Düzeyleri ve Madde Kullanım Boyutlarının Saptanması, Hacettepe Üniversitesi Bilimsel Araştırmalar Birimi, Proje No: 0302101004, 2006'dan alıntı.

² TBMM, s. 127; M. Bertan-H. Özcebe-B.G. Doğan-D. Haznedaroğlu-N. Kırçalıoğlu-S.H. Bülbül, Üniversite Birinci Sınıf Öğrencilerinin Adolesan Dönem Konusundaki Bilgi Ve Yaşam Tarzlarının Belirlenmesi Araştırması, Ankara, 2007'den alıntı

³ B. Koca, İnönü Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Öğrencilerinin Sigara, Alkol, Madde Kullanımı, Madde Kullanımına Etki Eden Etmenler ve Aileden Aldıkları Sosyal Desteğin Etkisi, Fırat Üniversitesi, SABE, YYLT, Elazığ, 2011, s. 66

Bir diğerk araştırma, 843 öğrenciden %2,4'ü herhangi bir uyuşturucu madde ve hap kullandığını belirtmiştir. Öğrencilerin % 5,6'sı hayatı boyunca en az bir kere uyuşturucu madde veya hap içmiştir.¹

İncelediğimiz araştırmalar sonucunda Türkiye'de uyuşturucu madde kullanımı Avrupa ve Amerika ülkeleri ile karşılaştırıldığında öğrenci nüfusun tümünde daha az oranda kullanıldığı anlaşılmaktadır.

Gençlerin sağlığını olumsuz etkileyen diğerk bir davranışsa sağlıksız ve düzensiz beslenmedir. Sağlıksız ve düzensiz beslenmenin gençler arasında yaygınlığı, etkinliği ve sonuçlarını alt başlıkla ele alalım.

2.4. Sağlıksız Beslenme ve Fiziksel Aktivitesizlik

İnsanların sağlıklı yaşayabilmesi için suya, proteine, karbonhidrata, yağa, minerallere ve vitaminlere ihtiyacı vardır. Bu besinlerin yeterince tüketilmemesi ya da fazla tüketilmesi ciddi sağlık sorunları meydana getirir ve insan hayatını olumsuz etkiler.² Bugün gelişmiş ülkelerde, beslenme problemlerin sebebi gıdalardan alınan kaloringin fazla olmasıdır. Araştırmalara göre erkeklerin % 39'u kadınlarınsa % 47'si fazla kiloludur. Bu durumun başlıca nedenleri arasında kişinin yağ ağırlıklı, özellikle doymuş yağ ağırlıklı beslenmesinden kaynaklanmaktadır.³

Beslenmenin zihinsel ve fiziksel gelişim sürecinde büyük bir etkisi vardır. Ülkemizdeyse yetersiz ve dengesiz beslenme, büyüme ve gelişme çağındaki çocukları, gebe ve emzikli kadınları, ağır işlerde çalışan işçileri olumsuz etkilemektedir. Araştırmalara göre Türkiye'de ailelerin %8-17'si yetersiz düzeyde enerji tüketmektedir. Yetersiz ve dengesiz beslenme sonucu bebek ölüm hızı yükselmektedir. Beş yaş altı çocukların boylarının standardın altında ki oranı yaklaşık %15, ağırlıkları ise standart kilolarından %4 azdır. Bu da altı çocuktan birinde kronik beslenme yetersizliği olduğunu göstermektedir.⁴

¹ G. Buğdaycı, Üniversite Öğrencilerinin Sigara Alkol ve Madde Kullanımı ve Madde Kullanımını Etkileyen Sosyal Kültürel ve Ekonomik Süreçler(Sakarya Üniversitesi Örneği), Sakarya Üniversitesi, SBE, Sakarya, 2008, ss.79-80

² R. Baştürk, Hayat Rehberi, İstanbul, 2004, s. 162

³ M. Demirci, Beslenme, Tekirdağ, 2007, s. 3

⁴ A. Baysal, Beslenme, Ankara, 2007, s. 11

Öğrencilerin yeme alışkanlıklarına dair yapılan çalışmada, erkek öğrencilerin % 17,2'sinin günde iki öğün, % 53,3'ünün günde üç öğün, % 29,5'inin günde dört ve daha fazla öğün yemek yedikleri saptanmıştır. Kızlarda ise günde iki öğün yemek yiyenlerin oranı % 28,9 iken, üç öğün yemek yiyenlerin oranı % 50,6 ve dört ve daha fazla öğün yemek tüketenlerin oranı ise % 20,5'dir. Erkek öğrencilerin % 17,2'sinin sabah kahvaltısını, % 16,1'inin öğle öğününü, % 7,2'sinin akşam öğününü yemediği belirlenmiştir. Sabah kahvaltısını yapmayan kız öğrencilerin oranı % 23,3 öğle öğününü atlayanların oranı % 21,1 ve akşam öğününü atlayanların oranı ise % 7,8'dir. Öğün atlama sebepleriye vakitsizlik, alışkanlık olmaması ve iştahsızlık olarak saptanmıştır. Öğrencilerin büyük çoğunluğunun, erkek öğrencilerin %91,7'sinin, kız öğrencilerin %96,1'nin fastfood türü restoranlara gittiği saptanmıştır. Bu tür yemek yeme yerlerine öğrencilerin kiminle gittikleri incelendiğinde; erkek öğrencilerin %84,2'sinin, kız öğrencilerin %88,5'inin arkadaşlarıyla gittikleri saptanmıştır. Öğrencilerin fast food restoranlarından en çok tercih ettiğiyse hamburger restoranıdır. İkinci sırada ise erkek öğrencilerde pide restoranı, kız öğrencilerinde ise pizza restoranıdır.¹

Üniversite öğrencilerinde yapılan başka bir araştırmada kız öğrencilerin erkek öğrencilere oranla daha bozuk ve sağlıksız yemek davranışı gösterdikleri sonucuna varılmış, bunun nedenininse kızların daha zayıf bir bedene sahip olmayı istemesinden ve imaj kaygısı gütmesinden kaynaklandığı saptanmıştır.²

Üniversite öğrencilerinin beslenme alışkanlıklarıyla ilgili yapılan başka bir araştırmada, erkek öğrencilerin %44,2'si kız öğrencilerinse %59,1'i her gün kahvaltı yaptıklarını belirtmiş, hiç kahvaltı yapmadığını belirtenlerin oranıysa erkeklerde %5,8 kızlarda %4,5'tir. Düzenli olarak tüketilen öğün, erkeklerde %86,5 kızlarda %90,2 oranı ile akşam öğünüdür. Ara öğün tüketimi ise diğer öğünlere göre daha

¹ Ü. Sormaz - M. S. Sürücüoğlu - L. S. Akan, "Beslenme Kültüründeki Eğilim: Fast Food Yemek Tercihleri", Uluslararası Asya ve Kuzey Afrika Çalışmaları Kongresi Kitabı, (Ed. Z. Dilek - M. Akbulut - M. Arlı-Z. B. Özer - R. Gürses - B. K. Taşkın), Ankara, 2008, ss. 1215-1219

² İ. Kazkodu, Üniversite Öğrencilerinde Ortoreksiya Nervoza (Sağlıklı Beslenme Takıntısı) Belirtilerinin İncelenmesi, Gazi Üniversitesi, Eğitim Bilimleri Enstitüsü, YYLT, Ankara, 2010, s. 46

düşük bulunmuştur. Ara öğün tüketim oranı erkeklerde %32,7 iken kızlarda %42 olarak tespit edilmiştir.¹

Üniversite öğrencilerinde yapılan başka bir çalışmada gün içinde en çok %54,5 oranla sabah kahvaltısının atlandığı saptanmıştır. Bunun nedenin %50,2 oranla zaman yetersizliği, %35,7 oranla sabahları geç kalkma olduğu ifade edilmiştir. Sabah kahvaltısında ağırlıklı olarak çay tüketimi görülürken, beslenme eğitimi almış öğrencilerin daha fazla süt tükettikleri görülmüştür. Beslenme eğitimi almamış öğrencilerde sabah kahvaltısında süt tüketim oranı %28,9 iken, beslenme eğitimi almış öğrencilerde bu oran %37,9 olduğu görülmüştür.²

İnsanların sağlığına etki eden önemli faktörlerden biride fiziksel olarak ne kadar ve nasıl hareket ettiği ya da fiziksel olarak aktivitesizliğidir. “Fiziksel hareketsizlik, dünyada ölüme neden olan risk faktörleri sıralamasında dördüncü sırada yer almaktadır (dünya genelindeki ölümlerin % 6’sı). Hareketsizlik yüzünden her yıl 3,2 milyon insan hayatını kaybetmektedir. Yeterince hareketli olmayan insanlar, tüm nedenlere dayalı mortalite açısından %20 ile %30 arası daha yüksek risk altındadır. Düzenli fiziksel aktivite; yüksek tansiyon gibi kardiyovasküler hastalık, diyabet, meme ve kolon kanseri ve depresyon riskini azaltmaktadır. Meme ve kolon kanserlerinin yaklaşık % 21-25’inin, diyabetin % 27’sinin ve iskemik kalp hastalığının % 30’unun ana nedeninin fiziksel aktivite yetersizliği olduğu tahmin edilmektedir. Fiziksel aktivite yetersizliği en çok yüksek gelirli ülkelerde görülmektedir fakat bazı orta gelirli ülkelerde de özellikle kadınlar arasında çok yüksek seviyeler görülmektedir.”³ Fiziksel aktivitenin insanı zihninde tutmasının yanında birçok kalp ve damar hastalıklarına karşıda kalkan görevi görmektedir.

Üniversite öğrencilerinde yapılan araştırmada, öğrencilerin %27,4’ünün fiziksel aktivite olarak yürüyüş yaptığı, %13,7’sinin yüzme, %12,5’inin futbol, %9,3’ünün koşu, %8,1’inin vücut geliştirme, %5,6’sının basketbol, %4,8’ünün

¹ E. Aktaş, Ahi Evran Üniversitesindeki Öğrencilerin Beslenme Durumlarının Arizona Besin Tüketim Sıklığı Formu İle Saptanması, Erciyes Üniversitesi, SABE, Kayseri, 2011, s. 34

² N. Ersoy - A. Ayaz, “Üniversite Öğrencilerinin Kahvaltı Yapma Alışkanlıklarının Saptanması”, Beslenme ve Diyet Dergisi (Ed. A. Baysal), C. 40, S.3, Ankara, 2012, s. 211

³ T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, Türkiye Sağlıklı Beslenme ve Hareketli Hayat Programı (2013-2017), Ankara, 2013, s. 12

bisiklete binme, %4,8'inin tenis, %3,6'sının dövüş sanatları ve %3,2'sinin atletik jimnastik gibi fiziksel aktiviteler yaptığı saptanmıştır.¹

Yapılan araştırmalar incelendiğinde üniversitede eğitim görmekte olan öğrencilerin günde üç öğün yemek yediklerinin ama sabah kahvaltısının bu öğünler içinde en fazla atlanan öğün olduğu anlaşılmaktadır. Üniversite öğrencilerinde fiziksel aktivite olarak en çok yürüyüşün, daha sonra yüzme ve futbol gibi sporların tercih edildiği görülmektedir.

2.5. Depresyon ve İntihar

Karakter bozukluklarının en başında depresyon gelir. Kelime anlamı olarak çökme, çöküntü demektir. Halk dilinde ruhi buhran olarak da bilinir. Depresyon halindeki kişide bu dönemin başlamasıyla birlikte belli başlı davranış değişiklikleri görülür. Hayattan eskisine göre daha az zevk alma, isteksizlik, uyku düzeninde bozulma ve uykusuzluk, yeme ve içmede görülen iştahsızlık, çabuk yorulma ve bezme, unutkanlık ve cinsel isteklerde azalma depresyon halindeki kişide görülen başlıca belirtilerdir.²

Yakın zamanda gençlerde görülen depresyon ergenlikte kişiliğini oturtma sürecinde olan gencin geçici bir ruh hali olarak görülmekteydi. Yakın dönemde yapılan araştırmalarla beraber gençlerde depresyona daha sık rastlanıldığına, bu depresyon halinin daha ileriye gitmesi sonucunda ise gençlerde bazı ruhsal hastalıkların, bağımlılıkların ve intiharların ortaya çıktığı gözlemlenmiştir. Ergen depresyonunun kızlarda erkeklerden daha fazla görüldüğü, on ergen kızdan birinin depresif rahatsız olduğu ve bu rahatsızlığını yetişkin bir birey kadar şiddetli ve ciddi geçirdikleri görülmektedir.³

Psiko-sosyal açıdan depresyon, üç aşamalı bir süreci kapsar. Bu süreçler öncesi, kendisi ve sonrasıdır. Depresyon için gerekli koşulların olması gerekir. Bu koşullar sağlandığında kişi kabuğuna çekilir ve depresyonu yaşamaya başlar. Kişinin bu durumdan kurtulması psiko-sosyal durumuna bağlıdır. Gerekli şartlar oluştuğunda

¹ T. Gül, Sağlıklı Beslenme Kavramı ve Üniversite Öğrencilerinin Beslenme Alışkanlıklarına Yönelik Tutum ve Davranışları: Çukurova Üniversitesi Örneği, Çukurova Üniversitesi, SBE, YYLT, Adana, 2011, s. 49

² Oğuz Tan, Depresyon, İstanbul, 2009, ss. 9–10

³ H. Chabrol, Ergen Depresyonu, (Çev. I. Ergüden) , Ankara, 2011, s. 7

kişi depresyonu atlatır. Bu süreç iç içe girmiş etaplardan oluşur ve bir hastalık gibi birden ortadan kalkmaz. Bireyin duygu ve düşünceleriyle etkileşimi ve otokontrolü depresyonda kalma sürecini kısaltır veya uzatır.¹

Geç gençlik döneminin sonlarında depresif ruh hali ve davranışlar sıklıkla görülür. J. Lock bu dönemi şöyle anlatmaktadır. “Benim tecrübelerime göre, gençler, bu dönem sırasında daha depresif olmaktadır, özellikle kişisel ve profesyonel başarılarıdaki temel aksiliklere karşı kırılganlardır. Okul sınavları, üniversite seçmeleri ve daha ciddi özel ilişkilerin hepsi sorun olabilir. Bu geç aşamadaki gençlerle çalıştığımda, temel olarak çalışmamı, başladıkları okul ya da işte devam etmelerinin sağlamak için normal aktivitelerine döndürmeye odaklanırım. Genellikle bu aşamadaki gençler için depresyonlarının sonuçlarını değerlendirmek ve bunu değiştirmeye çalışmak daha kolaydır.”² Gençler, yetişkinliğe doğru ilerlerken, karşılaştığı sorunlar karşısında güçsüz kalabilir. Bu dönemdeki bazı yenilgiler ve kayıplar gençleri depresyona sokabilir. Bu süreçte gerek profesyonel destek, gerekse yakın çevresinden aldığı destek, gencin depresyon durumundan uzaklaşmasına yardımcı olur.

Depresyonun sonuçlarından biri olarak intiharı sosyolojik olarak ele alan ve bilimsel açıdan derin bir perspektifte inceleyen E. Durkheim intiharı şöyle tanımlamaktadır. ”Ölen kişi tarafından ölümle sonuçlanacağı bilinerek yapılan olumlu ya da olumsuz bir edimin doğrudan ya da dolaylı sonucu olan her ölüm olayına intihar denir.”³ Bireyin kasıtlı olarak ölümü tercih ederek bu düşüncüyü ölümle sonuçlandırmasının intihar olarak tanımlandığı anlaşılmaktadır.

İntihar yaşanan dönemin şartlarıyla, bu dönemde yaşayan birey ve toplumun yapısıyla incelenmesi gereken psiko-sosyal bir olgudur. İntiharın tarihini inceleyen G. Minois, eski toplumlarda intihar sebepleri arasında erkekler için savaştan bıkkınlık, yeni bir sefer için askere alınma korkusu gibi dönemin savaş

¹ A. Turidy - M. Corry, Depresyon, (Çev. H. Kaya) , İstanbul, 2007, s. 9

² J. Lock, “ Depresyon”, Ergen Terapisi, (Ed. I.D. Yalon-H. Steiner, Çev. Y. Özkardeşler Şallı), İstanbul, 2012, s.174

³ E. Durkheim, İntihar, (Çev. Ö. Ozankaya), İstanbul, 2011, s. 25

olgusuna paralel nedenlerin olduğunu, kadınlarda ise siyasal olaylarla ilgisi olmayan tamamen kişisel nedenlerden dolayı gerçekleşen intiharlardan bahsetmektedir.¹

2012 yılında Dünya genelinde yaklaşık 804.000 intihar kaynaklı ölüm meydana gelmiştir. Gelişmiş ülkelerde, kadınların 3 katı daha fazla erkek intihar etmektedir. Fakat düşük ve orta gelirli ülkelerde erkekler kadınlardan 1,5 kat daha az oranda intihar etmektedir. Dünya genelinde İntihar, erkelerde tüm şiddet ölümlerinin %50'sini kadınlarda ise %71'ini oluşturmaktadır. Dünyanın neredeyse tüm ülkelerinde 70 ve üzeri yaşlarda hem kadınlarda hem de erkeklerde intihar oranları en yükseğe çıkmaktadır. Bazı ülkelerde ise en yüksek intihar oranları gençler arasında görülmekte ve 15–29 yaş arasındaki ölümlerde dünyanın ikinci ölüm nedeni intihar olarak görülmektedir. İntihar önlenelirdir. Ulusal tepkilerin etkili olabilmesi için kapsamlı ve çok sektörlü intihar koruma stratejisi gereklidir. Sağlık bakım servislerinin bir çekirdek bileşeni olarak intiharı önlemeye dâhil etmesi gerekir.²

Ergenlik döneminin son yılları kadın ve erkeklerde intihar girişimlerinin başladığı yaşlardır. Bu yaşlarda üniversiteye giriş stresi, üniversitenin ilk yıllarında alışma evresi, gençlerin psiko-sosyal durumunda büyük değişiklikler meydana getirmektedir. Birey ve toplumla olan ilişkisi bu dönemde gencin duygu, düşünce ve davranışlarında değişikliklere yol açar. Gencin yaşama isteğinde artış veya tam tersi hayattan soğuma bu dönemde görülen etkilerdir.³

Türkiye’de 2013 yılında gerçekleşen intihar sayısı 2189 olarak bulunmuştur. İntihar edenlerin %72,2’si erkek, %27,32’si ise kadınlardan oluşmaktadır. Kaba intihar hızının en yüksek olduğu il yüz binde 9,33 oran ile Karaman’dır. Yaş grubuna göre incelendiğinde en fazla intiharın 75 yaş ve üstünde, en az intiharınsa 35–39 yaş grubunda olduğu görülmektedir. İntihar edenlerin %53,8’inin intihar nedeni bulunamazken, %16,1’inin hastalık, %9,3’ünün aile geçimsizliği, %6,9’unun geçim zorluğu, %3,3’ünün ise istediği kişiyle evlenememesi intihar nedenleri olarak tespit edilmiştir. İntihar edenlerin %50,9’u kendini asarak öldürmüştür. İntihar edenlerin

¹ G. Minois, İntiharın Tarihi, (Çev. N. Acar), Ankara, 2008, s. 354

² WHO, Preventing Suicide, 2014, s. 7;

http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/131056/1/9789241564779_eng.pdf?ua=1&ua=1
(10.07.2015)

³ N. Akkun, İntiharın Psikodinamikleri, İstanbul, 1987, s. 73

%38,4'ü ilkokul mezunu, %14,2'si lise ve dengi okul mezunudur. Medeni durum açısından incelendiğinde; intihar edenlerin %48,8'i evli, %38,4'ü hiç evlenmemiş, %5,6'sı boşanmış kişilerdir.¹

Türkiye'de 2002–2011 yılları arasında gerçekleşen intiharların yaş grubuna göre dağılımı incelendiğinde; intiharların en çok meydana geldiği yaş grupları sırasıyla %14,2 ile 15–24 yaş, %14,3 ile 25–34 yaş aralıklarıdır.² Bu yaş grupları içinde kalan lise ve üniversite öğrencilerinde yapılan bir çalışmada, 17–18 yaş grubundaki lise öğrencilerinin intihar etme olasılığı %62,23' iken 18–19 yaş grubundaki üniversite öğrencilerinde bu oran %58,9 olarak bulunmuştur.³

Üniversite öğrencilerinde yapılan başka bir araştırmada öğrencilerde intihar olasılığı incelenmiştir. Öğrencilerin intihar etme olasılığı açısından %24,2'sinin normal, %66,2'sinin hafif riskli, %9,1'inin orta riskli, %0,5'inin ise yüksek risk grubunda olduğu saptanmıştır.

2.6. Dövme/Piercing Kullanımı

Vücuda çeşitli işlemlerle takılan ve süs olarak kullanılan takılara piercing denilmektedir. Bu tür takıların takılması sırasında hijyen ve temizlik çok önemlidir. Bu tür takıların takılması sırasında insan bedenine yapılan müdahale profesyonel kişiler tarafından gereken sağlık koşulları içerisinde doğru araç ve gereçlerle yapılmalıdır. Doğru bir şekilde yapılmış piercing uygulamasından sonra bu uygulamanın yapıldığı bölgede 2-3 haftalık süre sonunda iyileşme görülür. Doğru ve sağlıklı bir şekilde yapılmayan piercing uygulamasında deri dokusundaki duruma göre iyileşme süresi daha da uzun sürer ve ciddi sağlık sorunları yaşanır.⁴

Piercing'in genelde medyada ünlüler tarafından stil bir sembol olarak tasvir edilmesi, gençlerin ilgisini çekmektedir. Magazin programlarında, showlarda, reklamlarda bir ünlüyle birlikte piercingin reklamı kolaylıkla yapılmaktadır. Örneğin,

¹ TUİK, Haber Bülteni, S. 16049, Ankara, 2014

² S. Günay Aktaş, Türkiye'de İntihar, Eskişehir, 2014, s. 38

³ A. G. Ceyhun - B. Ceyhun, "Lise ve Üniversite Öğrencilerinde İntihar Olasılığının Değerlendirilmesi", Klinik Psikiyatri Dergisi, C.6, S.4, 2003, s. 220; <http://www.klinikpsikiyatri.org/files/journals/1/177.pdf> (11.07.2015)

⁴ T.C. Milli Eğitim Bakanlığı, Sağlık İşleri Daire Başkanlığı, Gençlerde Hijyen ve Cilt Sağlığı, (Haz. H. Özcebe), Ankara, 2009, s. 24

bir program, pop yıldızı Britney Spears konserini duyururken bu haber piercing ile ilgili haberlerde yer almaktadır. İnternetin ve sosyal medyanın yaygın kullanıldığı ülkelerde gençler göz önünde bulunan bu insanların piercingli dövme fotoğraflarından etkilenmekte ve sağlık açısından oluşabilecek riskleri araştırmadan bir tür dürtüyle piercing yaptırmaya karar vermektedir. Bu bilgi eksikliği çeşitli sağlık sorunlarına yol açmaktadır. Gençlerin bu konuda bilgilendirilmesinde gerek sağlık çalışanlarına gerekse ailesine büyük bir rol düşmektedir.¹

Yapılan araştırmalar sonucu gençlerin piercing hakkında yeterince bilgi sahibi olmadığı saptanmıştır. Yaş ortalaması 17,2±0,6 yıl olan kız oranı %87,5 olan 1726 lise öğrencisinden elde edilen sonuçlara göre %82,6'sının piercing uygulaması hakkında bilgi sahibi olmadığını göstermiştir. Öğrencilerin %16,6'sının piercing yaptırdığını, yaptırmayanların %14,2'sinin ise piercing yaptırmayı düşündüğünü ifade etmiştir. Uygulama sırasında steril iğne kullanılmadığını belirtenlerin oranı %28,2'dir. Piercingden dolayı oluşabilecek riskler hakkında bilgi verilmeyen öğrencilerin oranı ise %78'dir. Öğrencilerin %66,9'u yeniden piercing yaptırmayı düşündüğünü ifade etmiştir.²

Ege Üniversitesinde okumakta olan 171'i kız 151'i erkek toplam 322 öğrencide yapılan araştırmada piercing yaptırma oranı %20,5 olarak saptanmıştır. Piercing yaptıranların %84,5'i kız öğrencileridir. Öğrencilerin yaş ortalamaları 19,3±0,98'dir. Piercing yaptıranların %27,4'ü piercingle ilgili bir sorun yaşadığını belirtmiştir. Sorun yaşayan öğrencilerden %42,1'inin bu sorunu kendisinin tedavi ettiği, %21,1'inin sağlık kuruluşuna gittiği ve %10,5'i ise dövme yapılan yere başvurduğu saptanmıştır. Piercing yaptırma nedenleri arasında %88 oranla hoş bir görüntüsü olması gelmektedir. Tüm araştırma grubu içinde piercing hakkında bilgisi olan öğrencilerin oranı ise %39,8'dir. Bilginin kaynağı ise %21,5 oranla internet, radyo ve televizyonken, %18,5 oranla arkadaş grubudur.³

¹ T. E. Gunter - B. M. McDowell, "Body Piercing: Issues in Adolescent Health", Journal for Specialists in Pediatric Nursing, Vol. 9, No. 2, April-June, 2004; 67: 67-69

² S. Savaşer - S. Balcı - S. Özdiğer Arslan - Ö. Merteş, "Lise Öğrencilerinde Pirsing Uygulamaları", İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi, C.17, S.2, İstanbul, 2009, s.69

³ D. Ç. Umar - F. Ögce - Y. Ç. Koçak - Z. B. Akmeşe, "Üniversite Öğrencilerinin "Piercing" e Yönelik Bilgi ve Tutumları", Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi, (Ed. Ö. Yavuz), C.2, S.3, Balıkesir, 2013, s.156

Yapılan araştırmalar piercing kullanımının kız öğrencilerde daha yaygın olduğunu göstermektedir. Öğrencilerin büyük bir kısmının piercing hakkında bilgisi olmadığı ve önemli bir oranın yetersiz sağlık koşulları nedeniyle enfeksiyona maruz kaldığı bu sebeple sağlık sorunu yaşadığı görölmektedir. Gençlerin piercing hakkında aileleri, sağlık kuruluşları ve sivil toplum örgütleri tarafından bilgilendirilmeleri bireysel ve kamusal sağlık açasından büyük bir yarar sağlayacaktır.

Dövme şu şekilde tanımlanmaktadır. “Dövme, vücut tarafından tümüyle yok edilemeyen bir boyanın alt deriye (dermis) sivri uçlu araçlar vasıtası ile enjekte edilmesidir.”¹ Vücuda yapılan süslemeler son yıllarda revaçtadır. Geçmiş yıllarda erkeklerde ağırlıklı olarak dövmeyi tercih ederken kadınlar piercing kullanmaktaydı. Özellikle Amerika kültüründe 1940’lı yıllarda daha çok askeri personelde dövme vardır. Yurtseverliğini ve ülke sevgisini gösteren tasarımda dövmeler mevcuttu. Daha sonra bu askeri alandan, sokaklara, hapisanelere ve çete üyelerine yayılan dövme giderek daha çok görülür olmuştur. Dini inanışların sembolü haline gelmiş, kişiler arasında bir bağlayıcı simge olarak kullanılmış ve teknolojiyle beraber daha değişik figürler vücuda işlenmeye başlamıştır. Toplum içinde hızla yayılmış ve her türden grup ve bireylerde görülür hale gelmiştir.²

Dövme ve piercing uygulamaları gittikçe artmaktadır. İnsanların dövme ve piercing uygulamalarını yaptırdığı kişilerin bu konuda eğitimli ve profesyonel olması gerekmektedir. Dövme uygulamasını yetkili sağlık personelinin yapması gerekir. Dövme yapılan yerin temizlik ve hijyeni, tek kullanımlık malzemelerin gerektiği gibi kullanılıp yok edilmesi, sürekli kullanılan araçların dezenfeksiyonu, kullanılan diğer dövme malzemelerinin saklanma koşulları dövme yaptıran kişinin sağlığı açasından büyük bir öneme sahiptir. Bu yüzden bu koşulları yerine getirebilecek eğitimini almış ve gerekli donanıma sahip kişilerin dövme uygulamasını yapması gerekir.³

¹ T.C. Milli Eğitim Bakanlığı, Sağlık İşleri Daire Başkanlığı, s. 25

² A. E. Laumann - A. J. Derick, "Tattoos and body piercings in the United States: A National Data Set", American Academy of Dermatology, Chicago, 2006, s.1; <http://www.bxscience.edu/ourpages/auto/2010/5/13/44313724/TATTOOS.pdf> (25.072015)

³ I. I. Andsoy - A. O. şahin, "Ele Alınmayan Bir Konu: Dövme ve Vücut Piercing Uygulamalarında Enfeksiyon Kontrolünde Hemşirenin Rolü", Bakırköy Tıp Dergisi, C.10, S.4, 2014, s. 137

Dövme ve piercingin birçok kişide görülmesinin sebebi kendi kimliğini yansıttığına inanmasıdır. Kişinin kendi görüşünü, düşüncesini ve inancını bir modifikasyon olarak vücuduna işlemesi, adeta kafasından geçenleri bedeniyle resmetmesi, dövmenin bir süs aracı olarak kullanılmasının yanında birde manevi bir anlam taşıdığını göstermektedir.¹

Amerika’da 18–50 yaş aralığında 253’ü bayan 247’si erkek olmak üzere toplam 500 kişiyle yapılan araştırmada dövme ile ilgili saptanan sonuçlar şöyledir. Araştırmaya katılanların %24’ ünde dövme vardır. Dövme yaptıranların %16’sı 18 yaşından küçüktür. 18 ve üzeri yaşında olanların oranıysa % 84’dür. 18 yaşından küçük olanların dövme ile ilgili 2 hafta içinde yaşadığı sağlık sorunu oranıysa %32’dir. 18 yaş ve üzeri dövme yaptıranların yaşadığı sağlık sorunuysa %9’dur. 18 yaşından küçüklerin %53’ü profesyonel bir kişiye dövme yaptırırken, 18 yaş ve üzerinde bu oran %87’dir.²

Ülkemizde %55,2’si (n= 85) kadın, %44,8’i (n= 69) erkek 154 üniversite öğrencisinde yapılan araştırmada, dövme ya da piercing sıklığı oranı %12,3 olarak bulunmuştur. Sadece dövme yaptıranların oranı %47,6 iken, sadece piercing yaptıranların oranı %42,9 olarak saptanmış, %9,6’sının ise hem dövme hemde piercing yaptırdığı saptanmıştır. Dövme yaptıran öğrencilerin %21,4’ü geçici dövme yaptırırken, %78,6’sı ise kalıcı dövme yaptırdığını belirtmiştir. Dövme yaptırmayan öğrencilerinse %20,6’sının hoşuna gitmediğini, %27,5’i sağlığa zararlı olabileceği için, %14,2’si dini inancına uymadığını, %11,3’ü ailesi istemediği için yaptırmak istemediğini ifade etmiştir.³

Dövme ve piercing kullanımının gençler arasında giderek yayıldığı yapılan araştırmalarda görülmektedir. Bu yayılmayla beraber yaşanan sağlık sorunları da artmaktadır. Daha çok usta çırak ilişkisi şeklinde yapılan, gerekli sağlık koşulları

¹ V. S. Millner - B. H. Eichold, “Body Piercing and Tattooing Perspectives”, Clinical Nursing Research, Vol. 10 No. 4, November 2001 424-441: 437

² Laumann - Derick, s.5

³ Y. Şenol - Y. K. Çetinoğlu - A. Çakıl - B. Arı - S. Başak - N. Murat - E. Turgut - U. Çağlayan - B. Bilim - G. Açıkgöz - N. Erkek - A. A. Karakaş, "Üniversite Öğrencilerinin Dövme ve “Piercing” Konusunda Bilgi, Tutum ve Davranışları", Türk Dermatoloji Dergisi,(Ed. N. Kundakçı), S.3, 2014, ss. 142-144

altında yapılmayan dövme ve piercing uygulamaları bireylerin sağlığını tehlikeye atmaktadır.

2.7. Sağlıksız Cinsel İlişki

Cinsel sağlık CETAD tarafından şöyle tanımlanmaktadır. “Cinsel sağlık bir kişinin cinsel yaşamını bir zorlama olmadan, mutlu olarak ve zarar görmeden sürdürebilmesidir. Bir anlamda, Cinsel Yolla Bulaşan Enfeksiyonlar (CYBE'ler), istenmeyen gebelikler, güç kullanma, şiddet ve ayrımcılık riskinden bağımsız olarak cinselliği yaşama halidir.”¹ Cinsel sağlık, sağlık açısından ve psiko-sosyal yönden zarar görmeden ve zarar vermeden yaşanan bir durumdur.

Cinsel yolla bulaşan hastalık ve enfeksiyonlar bir kişiden başlayıp hızla toplumun geneline yayılabilmektedir. Cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar, korunmadan yapılan cinsel ilişki ile bireyin kendisine, kan ve kan ürünleri üzerinden ise çocuklarına bulaşabilir. Bulaşan enfeksiyon ve virüs cinsel organlar başta olmak üzere diğer organları da etkiler ve hızlıca ilerleyerek hastalık halini alır.²

Bireylerin sağlıklı bir cinsel hayat yaşayabilmelerinin devletin güvencesi altında olması gerektiği 2004 yılında Dünya Sağlık Asamblesi tarafından kabul edilmiştir. Küresel üreme sağlığı stratejisi adı altından devletlerin bireylerin cinsel sağlığını yasa ve yönetmeliklerle destekleyerek sağlıklı cinsel ilişkiye teşvik etmeleri gerektiği vurgulanmıştır.³

Başkent Üniversitesi öğrencileri üzerinde yapılan araştırmada, erkeklerin kızlardan daha fazla cinsel ilişki deneyimi yaşadığı saptanmıştır. Cinsel yolla bulaşan hastalıklardan AIDS'in öğrenciler tarafından en çok bilinen hastalık olduğu saptanmıştır. Öğrencilerin %76,2'si cinsel yolla bulaşan hastalıklardan korunmayı bildiğini belirtmiştir. Cinsel yolla bulaşan hastalıkların belirtileri hakkında bilgi sahibi olan öğrencilerin oranıysa %23,8 olarak saptanmıştır. Aile planlaması

¹ CETAD, “Güvenli Cinsellik”, Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı Alanında Ulusal ve Yerel Medya Yoluyla Savunuculuk Projesi, (Ed. N. Özgülnar-H. Pektaş), İstanbul, 2007, s.8; http://www.cetad.org.tr/CetadData/Book/19/269201116425-bilgilendirme_dosyasi_4.pdf (25.07.2015)

² T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Eğitimi Genel Müdürlüğü, Üreme Sağlığı Modülleri, Ankara, 2008, s. 88; <http://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/t7.pdf> (26.07.2015)

³ WHO, Sexual Health, Human Rights and The Law, Switzerland, 2015, s.3

hakkında %42,8'inin orta düzeyde bilgiye sahip olduğu, %59'unun ise cinsel sağlıkla ilgili daha önce bilgi almadıkları belirlenmiştir. Öğrencilerin büyük bir kısmı cinsel sağlıkla ilgili eğitimin üniversitenin eğitim öğretim programları içinde yer alması gerektiğini belirtmiştir.¹

Trakya Üniversitesi öğrencilerinde yapılan çalışmada toplam 27338 öğrenciden %73,2'si aile planlaması ve cinsellik hakkında bilgisi olduğunu belirtmiştir. Öğrencilerin cinsellik ve aile planlaması hakkında bilgi edindiği kaynaklar ve yüzdeleriye şöyledir. Öğrencilerin %44'ünün okuldan, %32'sinin TV/gazete ve dergilerden, %31'inin ailesinden, %28'inin arkadaşlarından, %11'inin sağlık personelinden ve %8'inin erotik/pornografik yayınlardan bilgi aldığı saptanmıştır.²

2.8. Dijital Araçların Aşırı Kullanımı

21. yüzyılın son çeyreğiyle birlikte yaygınlaşmaya başlayan dijital araçlar günümüzde her alanda yaygın bir şekilde kullanılmaktadır. Radyo ve televizyon ile başlayan ilk dijital ses ve görüntü iletişimi bilgisayar, internet ve cep telefonlarıyla hız kazanmış ve artık her alanda kullanılır hale gelmiştir.

Teknolojik gelişmelerin özellikle yeni nesille etkileşimi hızla artmaktadır. Yapılan araştırmalarda Türkiye'de her 3 gençten 2'si teknolojik cihazların insanların statüsünü belirlemede önemli bir rol oynadığını ifade etmektedir. Gençlerin %53,9'u teknolojik cihazları kullanmayanları çağın gerisinde görmektedir. Özellikle bir çok dijital araca entegre hale gelen internet gençlerin günlük hayatının bir parçası haline gelmiş durumdadır. İnternet kullanan gençlerin %54,7'si sosyal ağlara bağlanmak için, %39,9'u haber okumak için ve %39,3'ü ise bilgi almak için interneti kullandığını ifade etmektedir. Gençler günde ortalama 53,5 dakikasını sosyal ağlarda geçirirken, 42,7 dakikasını oyun oynamaya, 28,2 dakikasını da müzik ve film indirmeye ayırıyor. Sosyal ağlarda en fazla vakit geçiren genç yaş grubuysa 13–17

¹ G. Pınar - N. Doğan - Ş. Ökdem - L. Algier -E. Öksüz, "Özel Bir Üniversitede Okuyan Öğrencilerin Cinsel Sağlıkla İlgili Bilgi Tutum ve Davranışları", Tıp Araştırmaları Dergisi, C. 7, S. 2, 2009, s. 105; <http://www.tader.org/files/EJGM-34.pdf> (26.07.2015)

² T. Yıldırım, Üniversite Çağındaki Ergenlerin Cinsel Bilgi, Tutum ve Davranışları, Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi, Yayımlanmamış Uzmanlık Tezi, Edirne, 2008, ss. 32-33

arası gençlerdir. Yaşları ilerledikçe gençlerin sosyal ağa ayırdığı vakitte azalmaktadır.¹

Dijital araçlarının kullanımının artışı insanların bazı şeyleri daha kolay elde etmesini ve kendini daha kolay tatmin etmesini sağlamıştır. Özellikle sanal dünya gence yeni ve farklı bir dünya oluşturmaktadır. Bu dünyada takma bir adla(nick) kimsenin kimse tarafından daha önce tanınmadığı milyonlarca kişiyle tanışılabilir ve çeşitli ilişkiler kurulabilir. Bu ilişkilerin ne kadar sağlıklı olduğu ve insanların birbirini ne kadar tanıyabileceği her zaman bir soru işaretidir.

Dijital dünya içinde yer alan internetin, oyunların ve sosyal medyanın gerçekleri yeniden tasarlayarak insanlara sunması hayal edilen şeyleri bir oyun veya program aracılığıyla insanlara iletmesi ve bunu internet ağı sayesinde tüm dünyaya yayması dijital dünyanın en belirgin özelliğidir. Özellikle dijital oyunların şiddet içerikli olması sürekli yeni bir görev alıp tamamlama, yeni yerler fethetme, karşı takımdakileri öldürme, yeni silahlar alma gibi kavramlar çocukların ve gençlerin popüler kültür içinde ilgilendikleri ve tartıştıkları bir olgudur.²

Üniversite öğrencilerinde internet kullanımıyla ilgili 2014 yılında yapılan araştırmada öğrencilerin %99,1'i internet kullandığını ifade etmiştir. İnternet kullananların %30,3'ü bir saat veya daha az, %58,4'ü 2–6 saat arasında, %8,1'i 7–11 saat, %3,2'si ise 12–16 saat arasında internet kullandığını belirtmiştir. İnternete bağlanırken kullanılan cihaza bakıldığında katılımcıların %24,9'unun bilgisayar, %42,1'inin cep telefonu, %33'ünün ise ikisini birlikte kullanarak internete bağlandıklarını belirtmişlerdir. İstanbul'da yapılan bu araştırma özellikle kozmopolit ve gelişmiş şehirlerde internetin yaygın olarak kullanıldığı göstermektedir.³

İlk zamanlarda bilgisayarların sadece masaüstü olması fiziksel açıdan ergonomi sorunlarını artırmıştır. Artık akıllı telefon ve tabletlerle birlikte her an internete ulaşma imkânını elde eden insanlar fiziksel ve sağlık sorunlarını geride

¹ Türkiye Bilişim Derneği, 2013 Değerlendirme Raporu, Ankara, 2013; http://www.tbd.org.tr/usr_img/temp/2013_TBD_Degerlendirme_Raporu.pdf (28.07.2015)

² D. Yengin, Dijital Oyunlarda Şiddet, İstanbul, 2012, ss. 136–137

³ N. Tektaş, “Üniversite Öğrencilerinin Sosyal Ağları Kullanımlarına Yönelik Bir Araştırma”, Tarih Okulu Dergisi, Yıl. 7, S. 17, 2014, ss. 858–859; http://www.johschool.com/Makaleler/1915541589_37.%20n.tektas.pdf (23.08.2015)

bırakırken, psikolojik ve sosyal sorunların kapısını aralamıştır. Hareket halindeyken bile internette sosyal ağ kullanımı, durum bildirimleri, selfie fotoğrafları insanların hayatının merkezinde yer alır duruma gelmiştir. Psikolojik ve sosyolojik eşikleri olan bu durum insanları tarihten bugüne kadar olan süreçte bambaşka bir topluluk olarak görmemize sebep olmaktadır. Dikkat eksiklikleri, bir işe kendini tam olarak verememe, özel hayatlara müdahale etme isteği ve daha birçok olumsuzluk internet ve sosyal medyanın aşırı kullanımı sonucu ortaya çıkan sorunlardır.

Toplumumuzda özellikle bir üst kuşağın dijital araçlara uzak kalışı ve teknolojinin hızına ayak uyduramaması, bugünün çocuklarının ve gençlerinin tam olarak dijital gençlik durumuna gelmesinde önemli bir rol oynamıştır. Ebeveynlerin çocukların internete bağlanmasını sağlayan bir dijital araç sayesinde neler yapabileceğini idrak edememektedir. Çocuğunun odasının bir köşesinde oturduğunu, bilgisayarda ders çalıştığını sanan ebeveyn, sanal dünyada bir suç işleyen, şiddet, terör gibi olguların içine düşmekte olan çocuğundan habersizdir. Çünkü ebeveynlerimizin zamanında tüm olumsuzluklar sokaktaydı. Artık bu olumsuzluklar evimizin içine kadar sızmış durumdadır. Anne dizine yatırdığı çocuğunu severken bile çocuk elinde bulunan telefonla dijital dünyasında gezmektedir. Bu yapının psiko-sosyal sonuçları toplumun her kademesine sirayet etmiştir. İnternetin aşırı kullanımının psiko-sosyal boyutları iyi bir şekilde etüt edilmeli ve araştırılmalıdır. Gerekli olan filtreleme sistemleri aşırı kullanımı önleyici tedbirler devletin yetkili mercileri ve sivil toplum örgütleri tarafından alınmalıdır.¹

¹ G. Canbek, Ş. Sağıroğlu, “Çocukların ve Gençlerin Bilgisayar ve internet Güvenliği”, Politeknik Dergisi, C. 10, S. 1, 2007, s. 38

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

KIRKLARELİ ÜNİVERSİTESİ ÖĞRENCİLERİNDE RİSKLİ SAĞLIK DAVRANIŞLARI

1. KIRKLARELİ ÜNİVERSİTESİNE İLİŞKİN TEMEL BİLGİLER

1.1. Tarihçe ve Kurumsal Bilgiler

Kırklareli Üniversitesi 29.05.2007 tarihinde 26536 sayılı Resmi Gazete’de yayımlanarak yürürlüğe giren 5662 sayılı Kanun ile kurulmuştur. Üniversite bugün 3 Enstitü, 8 fakülte, 3 yüksekokulu, 7 meslek yüksekokulu ve 10 araştırma ve uygulama merkezi ile hizmet vermektedir. Teknik Eğitim Fakültesi, Üniversite kurulduğunda Trakya Üniversitesinden devralmış olan fakültedir. Fen Edebiyat Fakültesi ve İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Üniversite kurulduktan sonra açılmış olup, 2009–2010 eğitim-öğretim yılında, Turizm Fakültesi 2010–2011 eğitim-öğretim yılında, Mühendislik Fakültesi 2012–2013 eğitim-öğretim yılında, Mimarlık Fakültesi ve İlahiyat Fakültesi 2014–2015 faaliyete geçmiştir. Uygulamalı Bilimler Yüksekokulu 2015–2016 eğitim-öğretim yılında faaliyete geçecektir.

İl merkezinde bulunan ön lisans eğitimi veren Teknik Bilimler Meslek Yüksekokulu, Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu ve Sosyal Bilimler Meslek Yüksekokulu’dur. Babaeski İlçesinde bulunan Babaeski Meslek Yüksekokulu, Lüleburgaz İlçesinde bulunan Lüleburgaz Meslek Yüksekokulu, Pınarhisar İlçesinde bulunan Pınarhisar Meslek Yüksekokulu ve Vize İlçesinde bulunan Vize Meslek Yüksekokulu eğitim ve öğretim hizmeti vermektedir. Kırklareli Üniversitesi, 2014 yılında %97 doluluk oranına ulaşmıştır.

Kırklareli merkezde; 850 kız, 650 erkek olmak üzere toplam 1500 kişi kapasiteli Kredi Yurtlar Kurumu’na ait 2 yurt binası bulunmaktadır. Yine merkezde 2250 kişi kapasiteli özel yurtlar mevcuttur. Lüleburgaz ilçesinde 400 kişi kapasiteli Kredi ve Yurtlar Kurumu yurdu vardır. Ayrıca il merkezinde ve ilçelerde çok sayıda özel yurt, otel, pansiyon ve kiralık ev imkânları bulunmaktadır.

1.2. Öğretim Elemanı ve Öğrenci Sayıları

Kırklareli Üniversitesi 2009–2010 eğitim öğretim yılında 4 fakülte 1 Sağlık Yüksekokulu ve 7 meslek yüksekokuluyla toplam 10.500 öğrenci, 39 öğretim üyesi,

82 öğretim görevlisi, 10 okutman, 41 araştırma görevlisi olarak hizmet vermekteydi. Kırklareli Üniversitesi, 2014 yılında %97 doluluk oranına ulaşmıştır. Kırklareli üniversitesi 2014–2015 eğitim öğretim yılı itibariyle 8 fakülte, 3 yüksekokul, 1 konservatuar, 7 meslek yüksekokulu, 3 enstitü, 11 araştırma merkezi, 43 bölüm ve 94 programla hizmet vermektedir. 2014–2015 eğitim-öğretim yılında yaklaşık 19.000 öğrenci (11.500 öğrenci merkezde, 7.500 öğrenci ilçelerde) eğitim görmektedir. 2014- 2015 eğitim öğretim yılı itibariyle fakültede okuyan öğrenci sayısı 4988, yüksekokulda okuyan öğrenci sayısı 1344, meslek yüksekokulda okuyan öğrenci sayısı 11849, enstitü öğrenci sayısı 393’ dür. Öğrenci öğretim görevlisi oranı 29,2’dir. Kırklareli Üniversitesi, 2015 yılı itibariyle 636 Akademik personeli, 237 idari personeli hizmet vermeye devam etmektedir.

2. KATILIMCILARIN OKUDUĞU BİRİM ve SINIFA GÖRE DAĞILIMI

Tablo 4. Öğrencilerin Okuduğu Birim ve Sınıfa Göre Dağılımı

Birim		Sınıf		Toplam
		Birinci Sınıf	Dördüncü Sınıf	
Fakülte	Sayı	62	85	147
	Yüzde %	23,4	32,07	55,47
Yüksekokul	Sayı	32	33	65
	Yüzde %	12,07	12,45	24,52
Meslek Yüksekokul	Sayı	53	0	53
	Yüzde %	20		20
Toplam	Sayı	147	118	265
	Yüzde %	55,47	44,53	100

Genç kuşakta riskli sağlık davranışlarını incelemek üzere hazırlanan soru kâğıdının örneklem grubunu Kırklareli Üniversitesi Merkez ilçede okumakta olan fakülte, yüksekokul ve meslek yüksekokulu öğrencileri oluşturmaktadır. Fakülte, yüksekokul ve meslek yüksekokulu olmak üzere toplam 265 öğrenciye anket uygulanmıştır. Öğrenciler ağırlıkları bakımından incelendiğinde %55,47’si fakülte öğrencisidir. Fakülte birinci sınıf öğrencilerin araştırma içindeki oranı %23,4 dördüncü sınıf öğrencilerinin oranı ise %32,07’dir. Örneklem katılan öğrencilerin %24,52’si ise yüksekokul öğrencinden oluşmaktadır. Yüksekokul birinci sınıf öğrencilerinin örneklem içindeki oranı %12,07 iken, dördüncü sınıflar örneklem

%12,45'ini oluşturmıştır. Meslek yüksekokul öğrencilerinin ise örneklem içinde ki oranı % 20'dir. Meslek yüksekokulu öğrencilerinin hepsi birinci sınıfta öğrenim görmektedirler.

3. KATILIMCILARIN SOSYO-DEMOGRAFİK PROFİLİ

3.1. Cinsiyet, Yaş, Medeni Durum ve Yerleşim Yeri Dağılımı

Tablo 5. Cinsiyet, Yaş, Medeni Durum ve Yerleşim Yeri Dağılımı

	Sayı	Yüzde	Geçerli Yüzde	Yığılmalı Yüzde
Cinsiyet				
Kadın	139	52,5	52,5	52,5
Erkek	126	47,5	47,5	100
Toplam	265	100	100	
Yaş Dilimi				
16–18	10	3,8	3,8	3,8
19–21	131	49,4	49,4	53,2
21–23	102	38,5	38,5	91,7
24 ve üzeri	22	8,3	8,3	100
Toplam	265	100	100	
Medeni Durumu				
Bekâr	261	98,5	98,9	98,9
Evli	3	1,1	1,1	100
Cevapsız	1	0,4	100	
Toplam	265	100		
Üniversiteye Öncesi Yaşadığı Yerleşim Yeri				
Köy	20	7,5	7,5	7,5
Kasaba	15	5,7	5,7	13,2
İlçe	88	33,2	33,2	46,4
İl	142	53,6	53,6	100
Toplam	265	100	100	

Öğrencilerin demografik özelliklerini gösteren, cinsiyet, yaş, medeni durum ve yerleşim yeri dağılımları Tablo 5’de gösterilmiştir. Öğrencilerin demografik özelliklerinden cinsiyet, riskli sağlık davranışlarını araştırırken önem verdiğimiz değişkenlerden biridir. Araştırmaya katılan öğrencilerin cinsiyete göre riskli sağlık davranışlarının değişip değişmediğini araştırılmıştır. Araştırmaya katılan öğrencilerin

cinsiyet dağılımına bakıldığında %52,5'inin kadın, %47,5'inin erkek olduğu görülmektedir. Bu oranlara bakıldığında araştırma katılan öğrencilerinin cinsiyet dağılım oranlarının birbirine oldukça yakın olduğu görülmektedir.

Katılımcılar başka bir demografik değişken olan yaşa göre incelendiğinde; 10 kişi (%3,8) 16–18, 131 kişi (%49,4) 19–21, 102 kişi (%38,5) 22–24, 22 kişi (% 8,3) 24 yaş ve üzeri yaş grubunda yer almaktadır.

Tablo 6. Katılımcıların Yaşlarının Okuduğu Sınıfa Göre Dağılımları

Sınıf		Yaş				Toplam
		16–18	19–21	21–23	24 ve üzeri	
Birinci Sınıf	Sayı	10	125	11	1	147
	Yüzde%	100,0%	95,4%	10,8%	4,5%	55,5%
Dördüncü Sınıf	Sayı	0	6	91	21	118
	Yüzde%	0,0%	4,6%	89,2%	95,5%	44,5%
Toplam	Sayı	10	131	102	22	265
	Yüzde%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Katılımcıların yaş aralığının sınıflara göre dağılımı incelendiğinde 16–18 yaş aralığında olanların %100'ünün birinci sınıf, 19–21 yaş aralığında olanların %95,4'ünün birinci sınıf, %4,6'sının dördüncü sınıf, 21–23 yaş aralığında olanların %10,8'i birinci sınıf, %89,2'si dördüncü sınıf, 24 yaş ve üzeri katılımcılarına %4,5'u birinci sınıf, %95,5'u ise dördüncü sınıf öğrencisidir. Lise eğitim öğretiminden mezuniyetin normal şartlarda 17–18 yaşlarına tekabül ettiği ülkemizde üniversiteye hazırlık yılının da olduğunu varsayarsak 18–20 yaş arasının üniversiteye başlangıç ve birinci sınıf olma yaşı olduğu görülmektedir. Katılımcılardan toplam 147 kişi birinci sınıfkken 147 kişinin 125'i (% 85,03) 19–21 yaş aralığındadır. 19–21 yaşlarında üniversite birinci sınıfa başlayan öğrenci 3 yılın sonunda dördüncü sınıfa geçecek ve 21–23 yaşlarında olacaktır. Dördüncü sınıfta okumakta olan 118 katılımcımızın da 91'i (%77,11) 21–23 yaş aralığındadır. Kayıt dondurmalar, ayla gelen öğrenciler, sınıf atlayamama gibi opsiyonlarında üniversite eğitiminde olmasından dolayı bu yaş aralığı 24 yaş ve üzerine sarkabilir. Dördüncü sınıfta okumakta olan 147 katılımcının 21'i (%14,28) 24 yaş ve üzerindedir.

Tablo 5'de katılımcıların Üniversiteye gelemeden önceden önce yaşadığı

yerleşim yeri incelendiğinde %53,6'sının ilden, %33,2'sinin ilçeden, %5,7'sinin kasabadan, %7,5'inin ise köyden geldiği görülmektedir. Bu oranlar incelendiğinde katılımcıların çoğunluğunun üniversiteye gelmeden önce şehirlerde yaşadığını göstermektedir. Kırklareli'nin İstanbul'a 200 km uzaklıkta olması, öğrencilerin Kırklareli Üniversitesini seçmelerindeki önemli sebeplerden biridir. İstanbul'dan gelen öğrenciler üniversitede kentlerden gelen öğrenci sayısını ve oranını artırmakta, çalışmamızda tespit edilen oranlarda bu paralellikte il ve ilçelerden gelen öğrenci oranını yüksek olduğu görülmektedir.

Dünyada ve Türkiye'de şehirleşmenin artış gösterdiği görülmektedir. Şehirleşmeyle birlikte nüfusun kentlerde yaşayan bölümü artış göstermektedir. 1950 yılında dünyanın %30'u kentlerde hayat sürdürürken 2010'da bu oran %50 civarlarına gelerek 3,3 milyar insanı aşmıştır. Tahminlere göre 2030 yılında kentsel nüfusun %60 olacağı, 2050 yılında ise bu oranın %70'e varacağı tahmin edilmektedir. Günümüzden yaklaşık 15 yıl sonra 2030'da dünyada 5 milyardan fazla insan yaşamını kentlerde sürdürecektir.¹

¹ D. Danış, Demografi: Nüfus Meselelerine Sosyolojik Bir Bakış;
http://www.acikders.org.tr/pluginfile.php/4160/mod_resource/content/1/TUBA12.pdf
(16.08.2015)

3.2. Aileye ilişkin Sosyo-Demografik Bilgiler

Tablo 7. Katılımcıların Anne Baba Durumu, Ailenin Yaşadığı Bölge, Baba-Anne Bir İşte Çalışma Durumu ve Aile Tipi Dağılımları

Katılımcıların Anne - Baba'ya İlişkin Sosyo-Demografik Bilgileri	Sayı	Yüzde	Geçerli Yüzde	Yığılmalı Yüzde
Anne-Baba Durumu				
Anne-baba hayatta, birlikte yaşıyorlar.	224	84,5	84,5	84,5
Anne-baba hayatta, ayrı yaşıyorlar.	18	6,8	6,8	91,3
Anne hayatta, baba değil.	20	7,5	7,5	98,9
Baba hayatta, anne değil.	2	,8	,8	99,6
Anne-baba her ikisi de hayatta değil.	1	,4	,4	100,0
Toplam	265	100,0	100,0	
Ailenizin yaşadığı Bölge				
Marmara Bölgesi	174	65,7	65,7	65,7
Ege Bölgesi	26	9,8	9,8	75,5
Akdeniz Bölgesi	15	5,7	5,7	81,1
Karadeniz Bölgesi	21	7,9	7,9	89,1
İç Anadolu Bölgesi	9	3,4	3,4	92,5
Doğu Anadolu Bölgesi	8	3,0	3,0	95,5
Güney Doğu Anadolu Bölgesi	11	4,2	4,2	99,6
Yurt Dışı	1	,4	,4	100,0
Toplam	265	100,0	100,0	
Babanın Bir İşte Çalışma Durumu				
Çalışmıyor	22	8,3	8,9	8,9
Emekli	96	36,2	38,9	47,8
Çalışıyor	129	48,7	52,2	100
Toplam	247	93,2	100	
Cevapsız	18	6,8		
Toplam	265	100		
Annenin Bir işte Çalışma Durumu				
Çalışmıyor	209	78,9	79,8	79,8
Emekli	13	4,9	5,0	84,7
Çalışıyor	40	15,1	15,3	100,0
Toplam	262	98,9	100,0	
Cevapsız	3	1,1		
Toplam	265	100,0		

Tablo 7 incelendiğinde; katılımcıların %84,5'i anne ve babasının birlikte yaşadığını, %6,8' i annesinin ve babasının ayrı yaşadığını, %7,5'i annesinin hayatta babasının yaşamadığını, yüzde 0,8' i babasının hayatta annesinin yaşamadığını, %0,4'ü ise anne ve baba her ikisinin de yaşamadığını ifade etmiştir. Bu oranlar incelendiğinde; öğrencilerin büyük bir çoğunluğunun en azından anne ve babadan oluşan bir çekirdek aileye sahip olduğu görülmektedir.

Ailenin yaşadığı bölge incelendiğinde; katılımcıların ailelerinin %65,7'si Marmara Bölgesinde, %9,8'i Ege Bölgesinde, %7,9'u Karadeniz Bölgesinde, %5,7'si Akdeniz Bölgesinde, %4,2'si Güney Doğu Anadolu Bölgesinde, %3,4'ü İç Anadolu Bölgesinde, %3'ü Doğu Anadolu Bölgesinde, %0,4 ise Yurt Dışında yaşamaktadır. Öğrencilerin büyük bir bölümünün Marmara bölgesinde olması üniversite yakın illerden gelen öğrencilerin sayısının fazla olduğunu göstermektedir. Marmara Bölgesinde yer alan İstanbul, Tekirdağ, Edirne, Çanakkale, Balıkesir, Bursa, Kocaeli gibi illerde yaşayan öğrencilerin Kırklareli Üniversitesini tercih edenlerin büyük bir oranını oluşturmaktadır.

Babanın bir işte çalışma durumu incelendiğinde, 247 katılımcı ilgili anket sorusunu cevaplarken, 18 kişi cevap vermemiştir. Soruya cevap verenlerin babasının %48,7'sinin çalıştığı, %36,2'sinin emekli olduğu, %8,3'ününse çalışmadığı görülmektedir. 20 (%7,5) kişinin babasının hayatta olmadığı anne-baba durumundan anlaşılacağı üzere, babası hayatta olup da anket sorusuna cevap verenlerin sayısı oldukça yüksektir. Annenin bir işte çalışma durumu incelendiğinde; 3 kişi bu anket sorusunu cevaplamamıştır. 262 katılımcının %78,9'unun annesinin çalışmadığı, %15,1'inin çalıştığı, %4,9'unun ise emekli olduğu tabloda görülmektedir. Anne-baba durumları ile ilgili anket sorusu incelendiğinde katılımcıların %0,8'inin annesinin hayatta olmadığı anlaşılmaktadır. Toplumumuzda erkeklerin bir işe katılma oranı 15 yaş ve üzeri nüfusta kadınlara göre üç kat daha fazladır. Erkeklerde iş gücüne katılma oranı %69,2 iken, kadınlarda bu oran %25,9'dur.¹ Araştırmamızda da katılımcıların babalarının çalışma oranının annelerinin çalışma oranının 3 katına yakın %48,7'e %15 olduğu görülmektedir.

¹ TÜİK, Haber Bülteni, "İstatistiklerle Kadın 2013", S. 16056, Ankara, 2014

Tablo 8. Katılımcının Aile Tipi Dağılımları

Aile Tipi	Sayı	Yüzde	Yığılmalı Yüzde
Çekirdek Aile	211	79,6	79,6
Tek Ebeveyn	17	6,4	86,0
Geniş Aile	31	11,7	97,7
Diğer	6	2,3	100,0
Toplam	265	100,0	

Araştırmaya katılan öğrencilerin aile tipi dağılımları Tablo 8’de görülmektedir. Çekirdek aile içerisinde yaşadığını belirtenlerin oranı %79,6 ile ilk sıradadır. Tek ebeveyn ile yaşayanların oranı %6,4 iken, geniş aile içerisinde yaşayan öğrencilerin oranı %11,7 olarak görülmektedir. Aile tipini diğer olarak belirtenlerinse oranı %2,3’dür.

Aile tipi incelendiğinde; çekirdek aile tipinin %80 dolaylarında olması endüstri toplumuyla beraber kentlere göçün başlaması ve geleneksel aile tipinden daha modern aile tipi olan çekirdek aileye geçişin göstergesidir. Bu aile tipinde çocukların bilgi ve becerilerini geliştirme imkânı daha yüksektir. Üniversiteye hazırlık aşamasında ve eğitimi sırasında çekirdek ailenin gençle olan ilgisi, aile bireyleri arasında ki dayanışmanın iyi olması genci olumlu yönde etkilemektedir.¹

Katılımcıların ailelerinin yaşadığı bölge dağılımını incelediğimiz Tablo 7’de %65,7’sinin Marmara Bölgesin de yaşadığı görülmüştür. İstanbul, Bursa, Kocaeli, Tekirdağ gibi sanayinin ve iş imkânının çok olduğu bu şehirler çekirdek ailelerin oluşması için gerekli yapıya sahiptirler. Sanayi sicil kaydına göre sanayi kuruluşlarının %48’i Marmara Bölgesinde yer almaktadır. Türkiye’de sanayi kuruluşlarına il bazında bakıldığında Marmara Bölgesi illerinden İstanbul %31 ile birinci sıradayken, %8 ile Bursa ikinci sırada, Kocaeli %2 ile sekizinci, Tekirdağ %2 ile onuncu sıradadır.² Sanayinin gelişmiş olduğu Marmara bölgesi sosyo-ekonomik gelişmişlik endeksi olarak da Türkiye’nin en gelişmiş bölgesidir.³ Bu özellikleriyle

¹ T.C. Milli Eğitim Bakanlığı, Aile Yapısı, Ankara, 2011, s. 6

² T.C. Bilim, Sanayi ve Teknoloji Bakanlığı, 81 İl Durum Sanayi Raporu, Ankara, 2013, s. 224

³ A. S. Albayrak- Ş. Kalaycı- A. Karataş, “Türkiye’de Coğrafi Bölgelere Göre İllerin Sosyoekonomik Gelişmişlik Düzeylerinin Temel Bileşenler Analiziyle İncelenmesi”, Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, C. 9, S. 2, , Isparta, 2004, s. 103

Marmara Bölgesinde yaşayan ailelerin ekonomik durumunun iyi olması aile planlamasının daha iyi yapılması ve modern bir yapıya sahip çekirdek ailelerin oluşmasında büyük bir etkindir.

3.3. Boy, Kilo ve Vücut Kitle İndeksi Dağılımı

Tablo 9. Katılımcıların Cinsiyete Göre Boy ve Kilo Dağılımları

Cinsiyet		Sayı	En az	En Fazla	Ortalama	Standart Sapma
Kadın	Vücut Ağırlığı	139	43 kg	80 kg	53,84 kg	7,036
	Boy	139	1.50 cm	1.80 cm	162,26 cm	5,181
Erkek	Vücut Ağırlığı	126	53 kg	100 kg	71,74 kg	9,876
	Boy	126	1.60 cm	1.90 cm	175,15 cm	6,306

Katılımcıların boy ve kilosunun cinsiyete göre dağılımı Tablo 9’da görülmektedir. Kadınların vücut ağırlığı incelendiğinde vücut ağırlığının en az 43 kg olduğu, en fazla ise 80 kg olduğu görülmektedir. Kadınların ortalama vücut ağırlığının ise 53,84 kg olduğu görülmektedir. Kadınların boy uzunluklarına bakıldığında en kısa boyun 1.50 cm olduğu en uzun boyunca 1.80 cm olduğu görülmektedir. Kadınların ortalama boy uzunluğu 162,26 cm’dir. Erkeklerin vücut ağırlığına bakıldığında en az değerin 53 kg olduğu en fazla değerinse 100 kg olduğu görülmektedir. Erkeklerde en kısa boy 1.60 cm iken, en uzun boy 1.90 cm’dir. Erkeklerin boy ortalamasına bakıldığında 175,15 cm olduğu görülmektedir.

Katılımcıların boy ve kiloları cinsiyete göre karşılaştırıldığında erkeklerin vücut ağırlığı ortalamaları kadınlarınkinden 17,9 kg daha fazla iken, erkeklerin boy ortalamaları kadınlardan 12,89 cm daha fazladır. Erkekler kadınlara göre daha kilolu ve daha uzundur. Tablo 10’ da kilo ve boy verilerinden yararlanarak cinsiyete göre Vücut Kitle İndeksleri incelenecektir. Katılımcıların boy ve kiloları arasında ki ilişki zayıf, normal, fazla kilolu veya obez olup olmadıkları hakkında bilgi edinmemizi sağlayacaktır.

Tablo 10. Katılımcıların Cinsiyete Göre Vücut Kitle İndeksi Değerleri

Cinsiyet	Sayı	En az VKİ	En fazla VKİ	Ortalama VKİ	Standart Sapma
Kadın	139	15,79	28,23	20,4605	2,56681
Erkek	126	17,71	29,40	23,3505	2,68203

Katılımcıların cinsiyete göre VKİ değerlerinin minimum maksimum ve ortalama değerleri Tablo 10’ da görülmektedir. Kadınların en az VKİ değeri 15,79 iken en üst değeri 28,23 olarak bulunmuştur. Kadınların ortalama VKİ’ si 20,46 olarak hesaplanmıştır. Erkeklerin en alt VKİ değeri 17,71 iken, en üst VKİ değeri 29,40’tır. Erkeklerin ortalama VKİ değeri ise 23,35 olduğu görülmektedir.

DSÖ tarafından kabul edilen VKİ aralıkları şöyledir: 18,5 ve altı düşük kilolu zayıf olarak, 18,5–24,9 normal kilolu, 25–29,9 fazla kilolu, 30-40 arası ise obez olarak kabul edilmektedir.¹ Bu değerler temel alındığında katılımcıların VKİ ortalamalarının normal kilo aralığında oldukları görülmektedir. Kadınlar ortalama olarak düşük kilo aralığına daha yakinken, erkekler ise fazla kilo aralığına daha yakındırlar. Tablo 11’de DSÖ’nün VKİ aralıklarına göre katılımcıların VKİ değerleri incelenmiştir.

Tablo 11. Katılımcıların Cinsiyete Göre VKİ Değerlerinin Sınıflandırılması

Cinsiyet		Sayı	Yüzde	Yığılmalı Yüzde
Kadın	Zayıf	26	18,7	18,7
	Normal kilolu	102	73,4	92,1
	Fazla kilolu	11	7,9	100,0
	Toplam	139	100,0	
Erkek	Zayıf	2	1,6	1,6
	Normal kilolu	92	73,0	74,6
	Fazla kilolu	32	25,4	100,0
	Toplam	126	100,0	

Katılımcılar Tablo 11’de DSÖ’ nün VKİ parametrelerine göre sınıflandırılmıştır. Tabloya bakıldığında kadınların %18,7’sinin zayıf, %73,4’ünün normal kilolu, %7,9’unun ise fazla kilo olduğu görülmektedir. Erkeklerin ise

¹ Body mass index; <http://www.euro.who.int/en/health-topics/disease-prevention/nutrition/a-healthy-lifestyle/body-mass-index-bmi> (21.08.2015)

%1,6'sının zayıf, %73'ünün normal kilolu ve %25,4'ünün fazla kilolu olduğu anlaşılmaktadır. Kadınların erkelere göre zayıflık oranı daha fazla iken, erkelerin fazla kilolu oranı kadınlara göre daha fazladır.

TUİK' in 2012 yılında yaptığı sağlık araştırmasına göre 15–24 yaş arası kadınlarda ortalama vücut ağırlığı 58,1 kg, ortalama boy uzunluğu ise 162,8 cm'dir. 15–24 yaş arası erkeklerde ortalama vücut ağırlığı 68,4 kg, ortalama boy uzunluğuysa 173,5 cm'dir.¹ Ortalama vücut ağırlığı ve boy değerleri temel alındığında 15–24 yaş kadınların ortalama VKİ' si 21,9 ($58,1/(162,8*162,8)$) çıkmaktadır. Erkeklerde ise ortalama VKİ 22,7 ($68,4/(173,5*173,5)$)olarak çıkmıştır. TUİK'in yaptığı araştırma temel alındığında araştırmamıza katılan katılımcılarımızın VKİ değerleri Türkiye ortalamalarına çok yakın olduğu görülmektedir. Yine bu değerlerin VKİ aralığına bakıldığında 'Türkiye' de 15–24 yaş arasında ki bireylerin normal kilolu olduğu görülmektedir. Katılımcılarımızda Türkiye ortalamasına paralellik gösteren değerlere sahip olduğu ve büyük çoğunluğunun normal kilolu olduğu görülmektedir.

15–24 yaş grubunda VKİ değerleri normal kilo bandında yer alırken yaş ilerledikçe kilo artışları VKİ değerlerini yukarı doğru çekmektedir. Metabolizmanın gittikçe yavaşlaması, beslenmeye dikkat etmeme, fiziksel aktivite yapmama, iş stresinden dolayı dengeli ve düzenli beslenmeme bu artışın başlıca sebepleri arasında gösterilebilir.

4. KATILIMCILARIN SOSYO-EKONOMİK PROFİLİ

4.1. Yaşanılan Yere ve Yaşadığı Haneye İlişkin Bilgiler

Tablo 12. Katılımcıların Şuan Yaşadığı Haneye İlişkin Dağılımlar

	Sayı	Yüzde	Geçerli Yüzde	Yığılmalı Yüzde
Ailemin Yanında	26	9,8	10,0	10,0
Özel yurtt/Pansiyonda	104	39,2	39,8	49,8
Devlet yurdunda	46	17,4	17,6	67,4
Diğer (belirtiniz)	6	2,3	2,3	69,7
Öğrenci evinde	79	29,8	30,3	100,0
Toplam	261	98,5	100,0	
Cevapsız	4	1,5		
Toplam	265	100,0		

¹ TUİK, Sağlık Araştırması 2012, Ankara, 2013, s. 56

Katılımcıların şu anda kaldıkları yere ilişkin dağılımları incelendiğinde; %9,8'inin ailesinin yanında, %39,2'sinin özel yurtt/pansiyonda, %17,4' ünün devlet yurdunda, %29,8'inin öğrenci evinde ve %2,3'ünün diğer yerlerde yaşadığı görülmektedir. Katılımcıların %1,5'i bu soruya cevap vermemiştir. Özel yurtt/pansiyonda ve öğrenci evinde kalan katılımcıların toplam oranı %69 ile en fazla yüzdeye sahip ilk iki gruptur.

Özgür ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada üniversitede evde ve yurttta kalan öğrencilere yaşam doyum ölçeği uygulanmıştır. Evde kalan öğrencilerin yaşam doyum algısında ki ekonomik durum, evde kalmaktan memnun olma, ruhsal sağlık algısı ve yaşam kalitesi algısı etkili olarak saptanmıştır. Yurttta kalan öğrencilerdeyse yaşam doyumunda algılanan ekonomik durumun, yurttta kalmaktan memnun olma durumunun, fizik ve ruhsal sağlık algısının, kişilerarası ilişki algısının ve yaşam kalitesi algısının etkili olduğu saptanmıştır.¹ Öğrencilerin kaldığı yerin şartları ve barınma durumu, beslenme, dinlenme, ders çalışma, eğlenme gibi bütün sosyal etkinliklerinin ve ruhsal yapısını etkilemektedir. Katılımcıların yaşadığı hanedeki (ev/oda) ortalama kişi sayısını Tablo 13'de gösterilecektir.

Tablo 13. Yaşadığı Hanedeki (Ev/Oda) Kişi Sayısı

Ev/Oda Kişi Sayısı	Sayı	Yüzde	Geçerli Yüzde	Yığılmalı Yüzde
Tek Başına	36	13,6	13,8	13,8
2-3 Kişi	95	35,8	36,4	50,2
4-5 Kişi	86	32,5	33,0	83,1
6-7 Kişi	39	14,7	14,9	98,1
8 ve üzeri kişi	5	1,9	1,9	100,0
Toplam	261	98,5	100,0	
Cevapsız	4	1,5		
Toplam	265	100,0		

Katılımcıların Tablo 13'de yaşadığı hanedeki(ev/oda) kişi sayıları incelendiğinde; 2-3 kişi kalanların %35,8 oranla en yüksek orana sahip oldukları görülmektedir. 4-5 kişi kalanların oranlarıysa %32,5'dir. 6-7 kişi kalanların oranıysa %14,7'dir. Yaşadığı hanede(ev/oda) tek başına kalanların oranıysa %13,6 iken, 8 ve üzeri kalan kişilerin oranı %1,9'dur. Soruyu cevapsız bırakanların oranıysa %1,5'dir.

¹ G. Özgür - A. Babacan Gümüş - B. Durdu, "Evde ve Yurttta Kalan Üniversite Öğrencilerinde Yaşam Doyumu", Psikiyatri Hemşireliği Dergisi, C. 1, S. 1, İstanbul, 2010, s. 25

Bir hanede (ev/oda) en az kalan bir kişidir. En fazla kalan kişi sayısı ise on kişidir. 265 kişinin istatistiksel olarak bir hanede kalan kişi sayı ortalaması 3,54 kişidir.

Barınma ihtiyacı yükseköğretimde eğitim gören öğrencilerin karşılaştığı en temel sorunlardan biridir. Özellikle son dönemde yeni açılan üniversitelerle birlikte üniversitede eğitim alan öğrencilerin sayısında ki artış öğrencilerin üniversite süresince barınacak yerin önemini daha da artırmıştır.¹ Üniversite öğrencileri ailesinden uzak bir yerde eğitime başladığında, imkânları dâhilinde evde kalmayı tercih etmektedir. Ailesinin bulunduğu şehirde eğitim görenler ise aileyle birlikte yaşamayı tercih etmektedir. Üniversite hayatında ailesinden ayrı olarak yaşayan öğrenci bu süreçte yeni kazanımlar elde ederek tecrübelerinin artırdığını, kendini hayata hazırladığını düşünmektedir.²

Üniversite öğrencilerinin yurtlarda kalması diğer barınma seçeneklerinden biridir. Yeni bir çevre ve arkadaş grubuyla tanışma sürecinde yurtta kalan üst sınıf öğrencilerinin tecrübe ve bilgilerinden yararlanılarak alışma sürecini kısaltabilir. Bununla birlikte yurtlarda yemek saatlerinin düzenli olması, giriş çıkış saatlerinin belirli olması öğrenciler ve aileler için tercih nedenleri arasında gösterilmektedir. Aileler çocuklarının eğitim öğretim süresince güvenli ve huzurlu bir ortamda bulunmasını istemektedir. Bu nedenle güvenlik görevlilerinin ve yönetimin etkin olduğu yurtlar ilk tercihler arasındadır. Ortak kullanım alanlarına sahip yurt/pansiyon gibi barınma yerlerinin öğrencileri disipline ettiği ve birlikte yaşama duygu ve düşüncesini geliştirdiği düşünülmektedir.³

¹ E. Kavuncu, "Türkiye’de Üniversitelerde Öğrenci-Yurt Hizmetleri ve Barınma Sorunu", Eğitim-Öğretim ve Bilim Araştırma Dergisi, C. 10, S. 30, Ankara, 2014, s. 48

² E. Arlı, "Barınma Yerinin Üniversite Öğrencilerinin Kişisel ve Sosyal Gelişim ve Akademik Başarı Üzerindeki Etkilerinin Odak Grup Görüşmesi İle İncelenmesi", Yükseköğretim ve Bilim Dergisi, C. 3, S. 2, 2013, s. 177; O. Tire, Yurtlarda Kalan Öğrencilerin Toplumsal Sorunları: Cumhuriyet Üniversitesi Örneği, Cumhuriyet Üniversitesi, SBE, YYLT, Sivas, 2002’den alıntı

³ E. Aslanargun, "Türkiye’de Yükseköğretim ve Öğrenci Yurt Hizmetleri Memnuniyeti" Bilim Araştırma Dergisi, C. 10, S. 30, Ankara, 2014, s. 33

4.2. Aylık Ortalama Gelir, Gelir Kaynağı ve Bir İşte Çalışıp Çalışmama Durumuna İlişkin Bilgiler

Tablo 14. Katılımcıların Aylık Ortalama Geliri

Aylık Ortalama Gelir	Sayı	Yüzde	Yığılmış Yüzde
100–300	24	9,1	9,1
301–500	104	39,2	48,3
501–700	47	17,7	66,0
701–900	29	10,9	77,0
901 ve Üstü	61	23,0	100,0
Toplam	265	100,0	

Aylık ortalama gelir ile ilgili soruyu katılımcıların hepsi cevaplamıştır. Katılımcıların aylık ortalama gelir dağılımları incelendiğinde; %9,1'inin 100–300 TL, %39,2'sinin 301–500 TL, %17,7'sinin 501–700 TL, %10,9'unun 701–900 TL ve %23'ünün 901 TL ve üzeri ortalama gelire sahip oldukları görülmektedir. Buna göre öğrencilerin %48,3'ü 500 TL ve altında ortalama gelire sahiptir.

Öğrencilerin büyük bir çoğunluğu 301–500 TL arasında gelir elde etmektedir. Bu gelire sahip olan öğrencilerin soru kâğıtları incelendiğinde öğrencilerin birçoğunun bu soruya 330 TL olarak cevap verdiği görülmektedir. KYK'nın verdiği burs/kredi ücretlerine bakıldığında 2014 yılında 300 TL olan burs/kredi ücretleri, 2015 yılından itibaren 330 TL'ye yükseltilmiştir. Sonuç olarak gelirini 330 TL olarak belirten öğrencilerin gelir kaynağının KYK'nın kredi ve bursları olduğu anlaşılmaktadır.

Tablo 15. Katılımcıların Gelir Kaynağı Dağılımları

	Aileden	Öğrenim kredisi/ burs	İşte çalışıyorum	Diğer
Sayı	190	128	23	7
Yüzde	71,5%	48,3%	8,7%	2,6%

Öğrencilerin gelir kaynakları arasında ilk sırayı aileden gelen gelir almaktadır. Birden fazla seçeneğin işaretlenebileceği “Gelirinizi nereden temin ediyorsunuz?” anket sorusunda 190 öğrenci “Ailemden” seçeneğini işaretlerken, 128 öğrenci “Öğrenim kredisi/ burs”, 23 öğrenci “İşte çalışıyorum.”, 7 öğrenciyse diğer seçeneğini işaretlemiştir.

Ailesinin gelir düzeyi ile öğrencinin gelir düzeyi arasında pozitif bir ilişki vardır.¹ Gelirini ailesinden temin eden öğrencilerin gelir düzeyine göre barınma yerleri, beslenme alışkanlıkları ve sosyalleşme faaliyetleri değişiklik gösterebilmektedir. Öğrencinin diğer gelir kaynağıysa devlet ya da özel kuruluşlardan alınan kredi/burslardır. KYK'nın verdiği kredi ve burslar öğrenciler için büyük bir gelir kaynağıdır. Tablo 16'de cinsiyete göre üniversite öğrencilerinin bir işte çalışma durumlarını göstermektedir.

Tablo 16. Katılımcıların Çalışıp/Çalışmama Durumu ilişkin Dağılımlar

Çalışıp/Çalışmama Durumu			Çalışma Durumu		Toplam
			Çalışmayanlar	Çalışanlar	
CİNSİYET	Erkek	Sayı	113	13	126
		Yüzde	89,7	10,3	100
	Kadın	Sayı	129	10	139
		Yüzde	92,8	7,2	100
Toplam		Sayı	242	23	265
		Yüzde	91,3	8,7	100

Tablo 16'da katılımcıların cinsiyete göre bir işte çalışıp çalışmama durumu incelendiğinde; erkeklerin kadınlara göre bir işte çalışma oranının daha yüksek olduğu görülmektedir. Erkeklerin %10,3'ünün bir işte çalıştığı, kadınlarinsa %7,2'sinin bir işte çalıştığı görülmektedir. Toplamdaysa katılımcıların %8,7'si bir işte çalışmaktadır.

Öğrenciler üniversite eğitimi sırasında maddi gelir sağlamak için part-time işleri tercih etmektedir. Örgün öğretim gören öğrencilerin akşam saatlerinde, ikinci öğretim öğrencilerinse ders başlangıç saatlerine kadar kafe, çay bahçesi, restoran gibi yiyecek içecek hizmetlerinde servis elemanı, komi, temizlik elemanı ve kurye olarak çalışmaktadırlar. Öğrencilerin bu türden işlerde çalışarak kendi tabirleriyle harçlıklarını çıkardıkları söylenebilir.

¹ Saygılı, s. 421

5. KATILIMCILARIN SİGARA KULLANIMI İLE İLGİLİ TUTUM ve DAVRANIŞLARI

5.1. Sigara Kullanma Durumu İle İlgili Bilgiler

Tablo 17. Sigara Kullanımı İle İlgili Dağılımlar

Sigara İçiyor musunuz?	Sayı	Yüzde	Geçerli Yüzde	Yığılmış Yüzde
Hayır İçmiyorum	167	63	63,3	63,3
İçiyordum Bıraktım	8	3	3	66,3
Evet İçiyorum	89	33,6	33,7	100
Toplam	264	99,6	100	
Cevapsız	1	0,4		
Toplam	265	100		

Tablo 17’de katılımcıların sigara kullanımına ilişkin dağılımları incelendiğinde; 264 kişinin sigara kullanımıyla ilgili anket sorusuna cevap verdiği 1 kişinin ise anket sorusunu cevapsız bıraktığı görülmektedir. Hiç sigara içmeyenlerin oranı %63,3 iken, en az bir kere sigara içmiş ve şu an sigara içmeyenlerin oranı %3’tür. Şuan sigara içenlerin oranının ise %33,7 olduğu görülmektedir. Şu an sigara içmeyenlerin oranıysa sigarayı bırakanları da ilave ettiğimizde %66 (63+3) olmaktadır. Öğrencilerin yaklaşık olarak üçte ikisinin sigara içmediği anlaşılmaktadır.

Çalışmamızın teorik kısmında sigara kullanımı ilgili bölümünde TUIK’in yapmış olduğu çalışmada Türkiye’ de 15–24 yaşında ki gençlerin hiç sigara içme oranının %77,1 olduğunu ifade etmiştik. Katılımcılarımızda hiç sigara içmeme oranıysa %63,3’tür. Bu oran TUIK’in araştırmasındaki orana göreceli bir yakınlık göstermekte ve daha azdır. Gür ve arkadaşlarının 15–29 yaşında 10.174 kişide yaptığı çalışmadaysa katılımcıların sigara içenlerin oranı %35,7 iken, sigara içmeyenlerin oranı % 64,2’dir. Bu oran, katılımcılarımızın sigara içmeme oranıyla çok yakındır.¹ İlk kez tütün kullanma yaşına bakıldığında 15–19 yaş aralığında sigaraya başlama oranı %50,9 ile 20–24 yaş aralığındaysa bu oran %18,5’tir.² Bu sebeple üniversite eğitime başlayan öğrencilerin sigaraya başlamak için yaşı önemli potansiyel taşımaktadır. Sağlığa ciddi zararı olan tütün ve mamullerinin aile ve danışman hocaları tarafından öğrenciye anlatılması üniversite eğitiminde öğrencilere büyük bir yarar sağlayacaktır.

¹ Gür-Dalmış-Kırmızıdağ-Çelik- Boz, ss. 86–87

² T.C. Sağlık Bakanlığı, Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2013, Ankara, 2014, s. 42

5.2. Gün İçerisinde İçilen Sigara Miktarı ve Ne Kadar Süredir Sigara Kullandığına İlişkin Bilgiler

Tablo 18. Katılımcıların Günde İçtikleri Sigara Miktarı

1 Günde içilen sigara	Sayı	Yüzde	Yığılmalı Yüzde
1 paketten az	31	34,8	34,8
Ortalama 1 paket	46	51,7	86,5
1 paketten fazla	12	13,5	100,0
Toplam	89	100	

Katılımcıların gün içerisinde içtikleri sigara miktarı Tablo 18’ de gösterilmiştir. Gün içerisinde sigara içme miktarları incelendiğinde; Sigara içenler içinde 1 paketten az sigara içenlerin oranı %34,8 olarak görülmektedir. Katılımcıların genelinde bakıldığında günde bir paketten fazla sigara içmeyenlerin oranı %86,5’tir. Sigara içenler içerisinde günde ortalama bir paket sigara içenlerin oranı %51,7 olarak saptanmıştır. Sigara içenler içerisinde günde bir paketten fazla sigara içenlerin oranı %13,5’tir.

Sağlık Bakanlığının 2010 yılında 15 yaş ve üzerinde yaptığı araştırmada her gün 1 paketten az sigara içenlerin oranı %66,1 olarak saptanmış günde bir paketten fazla içenlerin oranıysa %15,5’tir.¹ Baysoy’ un üniversitede öğrencileri üzerinde yaptığı çalışmada, tüm katılımcılar içerisinde günde yaklaşık 1–10 adet sigara içenlerin oranı 10,3 iken, günde yaklaşık 11–20 adet sigara içenler %11,1’dir. Günde 20 taneden (1 paketten) fazla sigara içenlerin oranı ise %3,7 olarak saptanmıştır.²

Tablo 19. Katılımcıların Sigara Kullanma Süresi

Sigara içme süresi	Sayı	Yüzde	Yığılmalı Yüzde
1–2 yıldır	26	29,2	29,2
3–5 yıldır	37	41,6	70,8
6–8 yıldır	16	18	88,8
8 yıldan fazla	10	11,2	100
Toplam	89	100	

¹ T.C. Sağlık Bakanlığı, Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, s. 11

² N.G. Baysoy, Üniversite Öğrenimi Sırasında Öğrencilerin Sağlık Riskleri Konusundaki Bilgi, Tutum, Davranışlarındaki Değişimi, Marmara Üniversitesi, SABE, YYLT, İstanbul, 2007, s. 135

Katılımcıların Tablo 19’ da sigara kullanım süreleri incelendiğinde; 1–2 yıldır sigara kullananların oranı %29,2 iken, 3–5 yıldır sigara kullananların %41,6’dır. 6–8 yıldır sigara kullananların sigara içenler içerisindeki oranı ise % 18’dir. 8 yıldan daha fazla sigara kullananların ise sigara içenler içindeki oranının %11,2 olduğu görülmektedir.

Yurtsever’in 2011 yılında üniversite öğrencilerinde yapmış olduğu araştırmada, Üniversite öğrencilerinin sigara içtiği sürenin dağılımına bakıldığında %47,8’inin 4 yıldan fazla sigara içtiği, %27,5’inin ise 1–3 yıl arası sigara içtiğini saptanmıştır. Sigara kullananların %13 ise bir yıldan az süredir sigara içtiğini belirtmiştir.¹ Soru kağıtlarımızda yıl aralıkları farklılık gösterse de 3–5 yıl aralığı %41,6 ile en fazla orana, 1–2 yıl % 29,2 ile ikinci sıradadır. Yıl aralıkları farklı olsa da yakın yıl oranları birbirine yakındır.

5.3. Sigaraya Başlama/Deneme Nedenlerinin İncelenmesi

Tablo 20. Sigaraya Başlama/Deneme Nedeni Dağılımları

Sigaraya Başlama/Deneme Nedeni	Sayı	Yüzde
Kendimi iyi hissetmek için	17	17,5
Ailemdeki kişilere özendiğim için	3	3,1
Arkadaşlarım kullandığı için	21	21,6
Merak ettiğim için	27	27,8
Sorunlarımdan uzaklaşmak için	30	30,9
Diğer nedenler	9	9,3

Katılımcıların Tablo 20’de sigara başlama/deneme nedenleri incelendiğinde; kendini iyi hissetmek için sigarayı içtiğini/denediğini belirtenlerin oranı %17,5’tir. Ailemdeki kişilere özendiğim için sigara kullandığını belirtenlerin oranıysa % 3,1’dir. Arkadaşları kullandığı için sigara kullandığını belirtenlerin oranıysa %21,6 iken, Merak ettiği için sigara kullandığını belirtenlerin sigara içenler içindeki oranı %27,8’dir. Sorunlarından uzaklaşmak için sigara kullananların oranı %30,9’dur. Sigara kullanma sebebi diğer nedenler olan öğrencilerin oranının ise %9,3 olduğu görülmektedir.

¹ Yurtsever, s. 87

Gençlerin riskli davranışlarda bulunmasında aile çok önemlidir. Gencin kötü alışkanlıklarda bulunması aile kaynaklı değil ise sosyal çevrenin düzensiz ve zararlı etkisi söz konusudur. Toplum iyi bir ailede yetişmiş genci bile çeşitli iletişim ve etkileşim yoluyla olumsuz etkileyebilir.¹ Önder'in 2012 yılında üniversite gençlerinde yaptığı araştırmada sigara içen gençlerin %36,5'i arkadaş etkisiyle sigaraya başladığını, %26,2'sinin merak ettiği için, %23,6'sının sorunlardan uzaklaşmak, %23,2 kendini iyi hissetmek için sigaraya başladığını/denediğini ifade etmiştir.²

Üniversite eğitimi ile birlikte ailesinden uzaklaşan öğrenci çeşitli kültürlerde yetişmiş ve farklı alışkanlıklara sahip bir çevreyle iletişime ve etkileşime geçer. Bu süreçte öğrenci arkadaş çevresinin baskısı altında kendini kontrol etmekte zorlanabilir. İyi arkadaşlar öğrencinin daha üst seviye ulaşmasını ve kendini olumlu yönde geliştirmesine yardımcı olurken, kötü alışkanlıklara sahip arkadaşlar genci olumsuz etkileyerek eğitim ve öğretim için geldiği üniversite yaşamını verimsiz ve sorunlu bir öğrenci olarak geçirmesine sebep olabilir. Üniversite eğitimine başlamadan önce öğrencinin yetiştiği aile, ilkökul ve lise eğitimindeki arkadaş çevresi ve kazandığı alışkanlıklar üniversite yaşamına başlarken gencin tutum ve davranışları üzerinde büyük bir rol oynamaktadır.

5.4. Okuduğu Sınıf ile Sigara İçme Durumu Arasındaki İlişki

Tablo 21. Katılımcıların Okuduğu Sınıfa Göre Sigara İçme Durumu

Sınıf		Sigara kullanıyor musunuz?		Toplam
		Hayır	Evet	
Birinci Sınıf	Sayı	101	46	147
	Satır	68,7%	31,3%	100,0%
	Sütun	57,7%	51,7%	55,7%
Dördüncü Sınıf	Sayı	74	43	117
	Satır	63,2%	36,8%	100,0%
	Sütun	42,3%	48,3%	44,3%
Toplam	Sayı	175	89	264
	Satır	66,3%	33,7%	100,0%
	Sütun	100,0%	100,0%	100,0%

¹ S. Şener, Türkiye'de Gençlik, İstanbul, 2013, s. 112

² Önder, s. 59

Katılımcıların okuduğu sınıf ile sigara içme durumu arasındaki ilişkiyi karşılaştırdığımız Tablo 21’de, birinci sınıf öğrencilerinde sigara içme oranı %31,3 iken, dördüncü sınıf öğrencilerinde sigara içme oranının %36,8 olduğu görülmektedir. Sigara kullanıp da bırakanlar şu an sigara içmedikleri için sigara içmeyen grup içine alınarak değerlendirilmiştir. Sınıf düzeyi açısından değerlendirdiğimizde dördüncü sınıf öğrencilerinin birinci sınıf öğrencilerine göre sigara içme oranı daha yüksek çıkmıştır. Dördüncü sınıf öğrencilerinin riskli davranışlardan biri olan sigara kullanımı davranışı birinci sınıf öğrencilerine göre daha fazladır. Ancak yapılan Ki-Kare Testi sonucu, öğrencilerin sınıf düzeyleriyle sigara kullanımı arasında anlamlı bir farklılık olduğunu doğrulamamaktadır [Pearson Chi-Square= 0,869 Asymp. Sig. (2-sided)=0,351>0,05].

5.5. Cinsiyet ile Sigara İçme Durumu Arasındaki İlişki

Tablo 22. Katılımcıların Cinsiyete Göre Sigara İçme Durumu

Cinsiyet		Sigara Kullanıyor musunuz?		Toplam
		Hayır	Evet	
Kız	Sayı	107	32	139
	Satır	77,0%	23,0%	100,0%
	Sütun	61,1%	36,0%	52,7%
Erkek	Sayı	68	57	125
	Satır	54,4%	45,6%	100,0%
	Sütun	38,9%	64,0%	47,3%
Toplam	Sayı	175	89	264
	Satır	66,3%	33,7%	100,0%
	Sütun	100,0%	100,0%	100,0%

Katılımcıların cinsiyetiyle sigara kullanma durumu arasındaki ilişkiyi karşılaştırdığımız Tablo 22’de kız öğrencilerde sigara içme oranı %23 iken erkek öğrencilerin sigara içme oranının %45,6 olduğu görülmektedir. Sigara kullanıp da bırakanlar şu an sigara içmedikleri için sigara içmeyen grup içine alınarak değerlendirilmiştir. Cinsiyet açısından incelendiğinde; erkeklerin sigara kullanma durumu kadınlardan daha yüksektir. Riskli davranışlardan biri olan sigara içme erkek öğrencilerde daha fazladır. Yapılan Ki-Kare Testi sonucunda da öğrencilerin cinsiyete göre sigara kullanma durumlarında anlamlı farklılık olduğu sonucuna varılmıştır [Pearson Chi-Square=15,014 Asymp. Sig. (2-sided)=0,000<0,05].

5.6. Üniversiteye Gelmeden Önce Yaşanılan Yerleşim Yeri ile Sigara İçme

Durumu Arasındaki İlişki

Tablo 23. Katılımcıların Üniversiteye Gelmeden Önce Yaşadığı Yerleşim Yeriine Göre Sigara Kullanımı Durumu

Yerleşim Yeri		Sigara Kullanıyor musunuz?		Toplam
		Hayır	Evet	
Köy	Sayı	17	3	20
	Satır	85,0%	15,0%	100,0%
	Sütun	9,7%	3,4%	7,6%
Kasaba	Sayı	11	4	15
	Satır	73,3%	26,7%	100,0%
	Sütun	6,3%	4,5%	5,7%
İlçe	Sayı	56	32	88
	Satır	63,6%	36,4%	100,0%
	Sütun	32,0%	36,0%	33,3%
İl	Sayı	91	50	141
	Satır	64,5%	35,5%	100,0%
	Sütun	52,0%	56,2%	53,4%
Toplam	Sayı	175	89	264
	Satır	66,3%	33,7%	100,0%
	Sütun	100,0%	100,0%	100,0%

Katılımcıların üniversiteye gelmeden önce yaşadığı yerleşim yeriyle sigara içme durumu arasındaki ilişki Tablo 23’de gösterilmiştir. Sigara kullanıp da bırakanlar şu an sigara içmedikleri için sigara içmeyen grup içine alınarak değerlendirilmiştir. Üniversiteye gelmeden önce yerleşim yeri köy olan öğrencilerde sigara içme oranı %15, yerleşim yeri kasaba olanlarda ise %26,7’dir. Yerleşim yeri ilçe olanlarda %36,4 ve yerleşim yeri il olanlarda sigara içme oranının %35,2’dir. Köy ve kasaba gibi daha küçük yerleşim yerlerinden gelenlerin il ve ilçe gibi daha büyük yerleşim yerinden gelenlere göre daha az sigara içtiği görülmektedir. Köy ve kasaba gibi yerleşim yerlerinde yaşayanlarda riskli davranışlardan biri olan sigara kullanımı daha azdır. Ancak Ki-Kare Testi, öğrencilerin üniversite öğreniminden önce yaşadığı yerleşim yeriyle sigara içme durumu arasında anlamlı bir farklılığın olmadığını göstermektedir [Pearson Chi-Square= 3,937 Asymp. Sig. (2-sided)=0,268>0,05].

5.7. Şu an Yaşanılan Yer ile Sigara İçme Durumu Arasındaki İlişki

Tablo 24. Katılımcıların Şuan Yaşadığı Yere Göre Sigara Kullanma Durumu

Yaşanılan Yer		Sigara Kullanıyor musunuz?		Toplam
		Hayır	Evet	
Ailemin Yanında	Sayı	12	14	26
	Satır	46,2%	53,8%	100,0%
	Sütun	6,9%	16,3%	10,0%
Özel yurtta/Pansiyonda	Sayı	78	26	104
	Satır	75,0%	25,0%	100,0%
	Sütun	44,8%	30,2%	40,0%
Devlet yurdunda	Sayı	39	7	46
	Satır	84,8%	15,2%	100,0%
	Sütun	22,4%	8,1%	17,7%
Diğer (belirtiniz)	Sayı	5	1	6
	Satır	83,3%	16,7%	100,0%
	Sütun	2,9%	1,2%	2,3%
Öğrenci evinde	Sayı	40	38	78
	Satır	51,3%	48,7%	100,0%
	Sütun	23,0%	44,2%	30,0%
Toplam	Sayı	174	86	260
	Satır	66,9%	33,1%	100,0%
	Sütun	100,0%	100,0%	100,0%

Katılımcıların şu anda yaşadığı yerle sigara içme durumu arasındaki ilişki Tablo 24’de gösterilmiştir. Üniversite eğitimi sırasında ailesinin yanında kalanlarda sigara içme oranı %53,8 iken, öğrenci evinde kalanlarda bu oranın %48,7 olduğu görülmektedir. Devlet yurdu, pansiyon gibi yerlerde kalanlarda sigara içme oranının daha düşük olduğu görülmektedir. Sigara içecek alanın az olması, ortak alanların çok olması, sigaranın kapalı alanlarda yasak olması yurt, pansiyon gibi yerlerde sigara içmeyi zorlaştırmaktadır. Ayrıca özel evlerinde kendilerine ait odada istediği zaman sigara içebilme imkânı olması sigara içenler için önemli bir faktördür. Öğrenci evlerinin genel yapısını o evin içinde kalacak arkadaş grubunun yaşam tarzları belirler. Çok rahat ve düzensiz öğrencilerin bir araya gelmesinden oluşan bir öğrenci evinde riskli davranışların daha rahat ilerlemesi söz konusudur. Ama düzenli, temiz, sigaraya ve diğer riskli davranışlara karşı bir arkadaş grubunun evindeyse tam aksine bir durum söz konusu olacaktır[PearsonChi-Square=24,110 Asymp. Sig. (2-sided)=0,000<0,05].

5.8. Aylık Ortalama Gelir ile Sigara İçme Durumu Arasındaki İlişki

Tablo 25. Katılımcıların Aylık Ortalama Gelirine Göre Sigara Kullanma Durumu

Ortalama Gelir		Sigara Kullanıyor musunuz?		Toplam
		Hayır	Evet	
0–350 TL	Sayı	53	8	61
	Satır	86,9%	13,1%	100,0%
	Sütun	30,3%	9,0%	23,1%
351–700 TL	Sayı	72	41	113
	Satır	63,7%	36,3%	100,0%
	Sütun	41,1%	46,1%	42,8%
701 TL ve Üstü	Sayı	50	40	90
	Satır	55,6%	44,4%	100,0%
	Sütun	28,6%	44,9%	34,1%
Toplam	Sayı	175	89	264
	Satır	66,3%	33,7%	100,0%
	Sütun	100,0%	100,0%	100,0%

Katılımcıların aylık ortalama gelirlerine göre sigara kullanma durumları Tablo 25’de gösterilmektedir. 0–350 TL ortalama gelire sahip öğrencilerin %13,1’i sigara kullanırken, 351–700 TL ortalama gelire sahip olanların %36,3’ü sigara kullanmaktadır. 701 TL ve üstü ortalama gelire sahip öğrencilerinse %44,4’ü sigara içmektedir. Öğrencilerin aylık ortalama eline geçen gelir ile sigara içme durumu arasındaki ilişkiye bakıldığında; öğrencilerin ortalama aylık geliri arttıkça sigara içme oranında artışı görülmektedir. Ki-Kare testinde gelir düzeyi ile sigara içme durumu arasında anlamlı bir ilişki olduğu sonucu çıkmıştır. [Pearson Chi-Square= 16,554 Asymp. Sig. (2-sided)=0,000<0,05].

6. KATILIMCILARIN ALKOL KULLANIMI İLE İLGİLİ TUTUM ve DAVRANIŞLARI

6.1. Alkol Kullanma Durumu, Sıklığı ve Alkole Başlama/Deneme Durumu İlgili Bilgiler

Tablo 26. Alkol Kullanımı İle İlgili Dağılımlar

Alkol Kullanıyor musunuz?	Sayı	Yüzde	Yığılmalı Yüzde
Hayır kullanmıyorum.	173	65,3	65,3
Denedim ve bir daha kullanmadım.	9	3,4	68,7
Evet kullanıyorum.	83	31,3	100,0
Toplam	265	100,0	

Katılımcıların alkol kullanımı ile ilgili bilgiler Tablo 26’da verilmiştir. Tablo 26’yı incelediğimizde; katılımcıların % 65,3’ünün alkol kullanmadığı, % 31,3’ünün alkol kullandığı, %3,4’ünün ise bir kez alkol denediği ve bir daha kullanmadığı anlaşılmaktadır. Öğrencilerin şu anda %68,7’sinin alkol kullanmadığı anlaşılmaktadır.

Üniversite öğrencilerinin alkol kullanma durumunun birçok psiko-sosyal nedeni vardır. Öğrencinin kendini kanıtlama çabası, arkadaşlarından geri kalmama adına çevresine ayak uydurması gibi sosyal nedenlerin yanında derslerin yoğunluğu, ruhsal çalkantılar, fikirlerinin değişmesi ve çatışması, zihnindeki karmaşıklar ve psikolojik olaylar gencin alkol kullanmasında önemli rol oynar. Bunun yanında ailede alkol kullananların olması, yetiştiği çevre ve kültürün alkole bakış açısı gencin alkol kullanımında ve alkole bakış açısında büyük bir etkidir. Gençlerin alkol kullanımı sosyal içicilikten bağımlılığa kadar değişiklik gösterebilir. Tablo 27’de alkol kullanan katılımcıların alkol kullanma sıklığı gösterilmektedir.

Tablo 27. Alkol Kullanma Sıklığı İle İlgili Dağılımlar

Alkol Kullanma Sıklığı	Sayı	Yüzde	Yığılmalı Yüzde
Her gün	7	7,9	7,9
Haftada 1–2 kez	18	20,2	28,1
Ayda birkaç kez	39	43,8	71,9
Yılda birkaç kez	25	28,1	100,0
Toplam	89	100,0	

Tablo 27’de katılımcıların alkol kullanma sıklığı incelendiğinde; Alkol kullanan öğrencilerin %43,8’si ayda birkaç kez, % 28,1’i yılda birkaç kez, %20, 2’si haftada 1–2 kez, %7,9’unun ise her gün alkol kullanmaktadır. Alkol kullanan öğrencilerin %71,9’u en az ayda birkaç kez alkol kullanmaktadır. Öğrencilerin bağımlılık düzeyinin ölçülmesi için öğrencilerin alkol kullanmadığında tutum ve davranışlarında ne tür farklılıklar olduğunun saptanmasıyla mümkün olacaktır.

Gençlerin alkol kullanmasında ve kullanıma devam etmesinde akranlarının teşviki ve ısrarı önemli bir etkidir. Alkol bu yaş grubunda kabul gören sınırları aşmanın, kendini kanıtlamanın bir göstergesi olarak gösterilir. Sınav bitişlerinde, mezuniyetlerde, öğrencilerin eğlenme amaçlı bir araya gelmeleri ve çeşitli kutlamalar yapmaları alkol kullanmak ve denemek için müsait etkinlikleridir. Bu etkinliklerde bulunan genç kitlelerin alkole bakış açısı, diğer genç kitlelerin üzerinde bir baskı oluşturabilir. Alkol kullanmayan bir gencin birden bu etkinlikler içinde yer alarak hızlı bir şekilde alkol bağımlısına dönüşebileceği unutulmaması gereken önemli bir noktadır.¹ Gençlerin alkol kullanmasının birçok nedeni vardır. Katılımcıların alkol kullanma nedenleri Tablo 28’de gösterilmektedir.

Tablo 28. Alkol Kullanma/Deneme Nedenlerinin Dağılımı

Alkol Kullanma/Deneme Nedeni	Sayı	Yüzde
Kendimi iyi hissetmek için	31	33,7
Arkadaşlarım kullandığı için	15	16,3
Sorunlarımdan uzaklaşmak için	14	15,2
Ailemdeki kişilere özendiğim için	2	2,2
Merak ettiğim için	23	25
Diğer nedenler	20	21,7

Katılımcıların Tablo 28’de yer alan alkol kullanma/deneme nedenleri incelendiğinde; en az bir kere alkol kullananların %25’i merak ettiği için, %33,7’si kendinin iyi hissetmek için, %16,3’ü arkadaşları kullandığı için, %15,2’si sorunlarından uzaklaşmak için, %2,2’si ailesindeki kişilere özendiği için, %21,7’sinin ise diğer nedenlerden dolayı en az bir kez alkol kullanmıştır.

¹ K. Ögel, Madde Kullanımı ve Bağımlılığın Nedenleri, s. 28;
<http://www.ogelk.net/Dosyadepo/etyoloji.pdf> (01.09.2015)

6.2. Alkolün Sağlığa Etkisi Hakkında Düşünceleri

Tablo 29. Alkolün Sağlığa Etkisi Hakkında Düşünme Durumu

	Sayı	Yüzde	Yığılmalı Yüzde
Evet (Zararlı)	234	88,3	88,3
Hayır(Zararsız)	31	11,7	100,0
Toplam	265	100,0	

Katılımcıların alkolün sağlığa zararı olup olmadığı hakkında düşünceleri Tablo 29’da gösterilmiştir. Tablo 29 incelendiğinde; katılımcıların %88,3’ü alkolün sağlığa zararlı olduğunu ifade etmiştir. Katılımcıların %11,7’si ise alkolün sağlığa zararlı olmadığını düşünmektedir.

İnsanlık tarihi kadar eski olan alkol kullanımı keyif verici, yatıştırıcı, rahatlatıcı ve uyuşturucu olarak kullanılır. Alkol az tüketildiğinde insanda uyandırdığı canlılık ve sorunlarından uzaklaşarak rahatlaması tercih edilmesindeki büyük sebeplerdendir. Kanda alkol oranı 10–20 miligram seviyelerindeyken keyif verici, canlandırıcı etkisi olan alkolün, bu oran 100 mg seviyelerine çıktığında sarhoş olduğu kendini kontrol edemediği bir durum söz konusudur. Düşüncesiz hareketler, saçmalar ve kendine ve çevreye zarar verme bu aşamada gerçekleşmektedir. Kandaki alkol oranını 300 miligramı geçmesiyle artık koma ve ölüm söz konusudur.¹

6.3. Okuduğu Sınıf ile Alkol İçme Durumu Arasındaki İlişki

Tablo 30. Katılımcıların Okuduğu Sınıfa Göre Alkol Kullanma Durumu

Sınıf		Alkol kullanıyor musunuz?		Toplam
		Hayır	Evet	
Birinci Sınıf	Sayı	107	40	147
	Satır	72,8%	27,2%	100,0%
	Sütun	58,8%	48,2%	55,5%
Dördüncü Sınıf	Sayı	75	43	118
	Satır	63,6%	36,4%	100,0%
	Sütun	41,2%	51,8%	44,5%
Toplam	Sayı	182	83	265
	Satır	68,7%	31,3%	100,0%
	Sütun	100,0%	100,0%	100,0%

¹ Yörükoğlu, s. 289

Katılımcıların okuduğu sınıf ile alkol kullanma durumu arasındaki ilişkiyi karşılaştırdığımız Tablo 30’da, birinci sınıf öğrencilerinde alkol kullanma oranı %27,2 iken, dördüncü sınıf öğrencilerinde alkol kullanma oranının %36,4 olduğu görülmektedir. Alkol kullanıp da bırakanlar şu an alkol kullanmadıkları için alkol kullanmayan grup içine alınarak değerlendirilmiştir. Sınıf düzeyi açısından değerlendirdiğimizde dördüncü sınıf öğrencilerinin birinci sınıf öğrencilerine göre alkol kullanma oranı daha yüksek çıkmıştır. Dördüncü sınıf öğrencilerinin riskli davranışlardan biri olan alkol kullanma davranışı birinci sınıf öğrencilerine göre daha fazladır. Ancak yapılan Ki-Kare Testi sonucu, öğrencilerin sınıf düzeyleriyle alkol kullanımı arasında anlamlı bir farklılık olmadığını göstermektedir [Pearson Chi-Square= 2,592 Asymp. Sig. (2-sided)=0,107>0,05].

6.4. Cinsiyet ile Alkol Kullanma Durumu Arasındaki İlişki

Tablo 31. Katılımcıların Cinsiyete Göre Alkol Kullanma Durumu

Cinsiyet		Alkol kullanıyor musunuz?		Toplam
		Hayır	Evet	
Kız	Sayı	110	29	139
	Satır	79,1%	20,9%	100,0%
	Sütun	60,4%	34,9%	52,5%
Erkek	Sayı	72	54	126
	Satır	57,1%	42,9%	100,0%
	Sütun	39,6%	65,1%	47,5%
Toplam	Sayı	182	83	265
	Satır	68,7%	31,3%	100,0%
	Sütun	100,0%	100,0%	100,0%

Katılımcıların cinsiyetiyle alkol kullanma durumu arasındaki ilişkiyi karşılaştırdığımız Tablo 31’de kız öğrencilerde alkol kullanma oranı %20,9 iken erkek öğrencilerin alkol kullanma oranının %42,9 olduğu görülmektedir. Alkol kullanıp da bırakanlar şu an alkol kullanmadıkları için alkol kullanmayan grup içine alınarak değerlendirilmiştir. Cinsiyet açısından incelendiğinde; erkeklerin alkol kullanma durumu kadınlardan daha yüksektir. Riskli davranışlardan biri olan alkol kullanma erkek öğrencilerde daha fazladır. Yapılan Ki-Kare Testi sonucunda da öğrencilerin cinsiyete göre alkol kullanma durumlarında anlamlı farklılık olduğu sonucuna varılmıştır [Pearson Chi-Square=14,862 Asymp. Sig. (2-sided)=0,000<0,05].

Türkiye'de alkol kullanımı AB ve Amerika ülkeleri ile karşılaştırıldığında alkol kullanımının oldukça düşük olduğu görülmektedir. Türkiye’de hiç alkollü içecek kullanmamış gençlerin oranı 2010 yılında %83,9 olarak saptanmıştır. Alkol kullanan genç erkeklerin oranı %14,7, genç kadınların oranı ise %2,8'dir. Erkeklerde alkol kullanma oranı kadınlara göre yaklaşık 5 kat daha fazladır.¹

6.5. Üniversiteye Gelmeden Önce Yaşanılan Yerleşim Yeri ile Alkol

Kullanma Durumu Arasındaki İlişki

Tablo 32. Katılımcıların Üniversiteye Gelmeden Önce Yaşadığı Yerleşim Yeriine Göre Alkol Kullanımı Durumu

Yerleşim Yeri		Alkol kullanıyor musunuz?		Toplam
		Hayır	Evet	
Köy	Sayı	16	4	20
	Satır	80,0%	20,0%	100,0%
	Sütun	8,8%	4,8%	7,5%
Kasaba	Sayı	12	3	15
	Satır	80,0%	20,0%	100,0%
	Sütun	6,6%	3,6%	5,7%
İlçe	Sayı	61	27	88
	Satır	69,3%	30,7%	100,0%
	Sütun	33,5%	32,5%	33,2%
İl	Sayı	93	49	142
	Satır	65,5%	34,5%	100,0%
	Sütun	51,1%	59,0%	53,6%
Toplam	Sayı	182	83	265
	Satır	68,7%	31,3%	100,0%
	Sütun	100,0%	100,0%	100,0%

Katılımcıların üniversiteye gelmeden önce yaşadığı yerleşim yeriyle alkol kullanma durumu arasındaki ilişki Tablo 32’de gösterilmiştir. Alkol kullanıp da bırakanlar şu an alkol kullanmadıkları için alkol kullanmayan grup içine alınarak değerlendirilmiştir. Üniversiteye gelmeden önce yerleşim yeri köy olan öğrencilerde alkol kullanma oranının %20, yerleşim yeri kasaba olanlarda da %20 olduğu görülmektedir. Yerleşim yeri ilçe olanlarda %30,7 ve yerleşim yeri il olanlarda ise alkol kullanma oranı %34,5’tir. Köy ve kasaba gibi daha küçük yerleşim yerlerinden

¹ Görgün Baran, s. 19

gelenlerin il ve ilçe gibi daha büyük yerleşim yerinden gelenlere göre daha az alkol kullandığı görülmektedir. Köy ve kasaba gibi yerleşim yerlerinde yaşayanlarda riskli davranışlardan biri olan alkol kullanımı daha az görülmektedir diyebiliriz. Ancak Ki-Kare Testi, öğrencilerin üniversite öğreniminden önce yaşadığı yerleşim yeriyle alkol kullanma durumu arasında anlamlı bir farklılığın olmadığını göstermektedir [Pearson Chi-Square= 2,772 Asymp. Sig. (2-sided)=0,428>0,05].

6.6. Aylık Ortalama Gelir ile Alkol Kullanma Durumu Arasındaki İlişki

Tablo 33. Katılımcıların Aylık Ortalama Gelirine Göre Sigara Kullanma Durumu

Ortalama Gelir		Alkol kullanıyor musunuz?		Toplam
		Hayır	Evet	
0–350 TL	Sayı	54	7	61
	Satır	88,5%	11,5%	100,0%
	Sütun	29,7%	8,4%	23,0%
351–700 TL	Sayı	79	35	114
	Satır	69,3%	30,7%	100,0%
	Sütun	43,4%	42,2%	43,0%
701 TL üstü	Sayı	49	41	90
	Satır	54,4%	45,6%	100,0%
	Sütun	26,9%	49,4%	34,0%
Toplam	Sayı	182	83	265
	Satır	68,7%	31,3%	100,0%
	Sütun	100,0%	100,0%	100,0%

Katılımcıların aylık ortalama gelirlerine göre alkol kullanma durumları Tablo 33’de gösterilmektedir. 0–350 TL ortalama gelire sahip öğrencilerin %11,5’i alkol kullanırken, 351–700 TL ortalama gelire sahip olanların %30,7’si alkol kullanmaktadır. 701 TL ve üstü ortalama gelire sahip öğrencilerinse %45,6’sı alkol kullanmaktadır. Öğrencilerin aylık ortalama eline geçen gelir ile alkol kullanma durumu arasındaki ilişkiye bakıldığında; öğrencilerin ortalama aylık geliri arttıkça alkol kullanma oranının da arttığı görülmektedir. Ki-Kare testinde gelir düzeyi ile alkol kullanma durumu arasında anlamlı bir ilişki olduğu sonucu çıkmıştır [Pearson Chi-Square= 19,667 Asymp. Sig. (2-sided)=0,000<0,05].

7. KATILIMCILARIN UYUŞTURUCU/UYARICI MADDE İLE İLGİLİ TUTUM ve DAVRANIŞLARI

7.1. Uyuşturucu/Uyarıcı Madde Kullanımı ve Madde Kullanma/Deneme Nedenleri

Tablo 34. Katılımcıların Uyuşturucu/Uyarıcı Madde Kullanımı Dağılımı

Uyuşturucu/Uyarıcı Madde Kullanımı	Sayı	Yüzde	Yığılmalı Yüzde
Evet Kullanıyorum.	5	1,9	1,9
Evet denedim bıraktım.	8	3,0	4,9
Hayır Kullanmıyorum.	252	95,1	100,0
Toplam	265	100,0	

Tablo 34’de katılımcıların uyuşturucu/uyarıcı madde kullanım dağılımları incelendiğinde; %1,9’unun evet kullanıyorum dediği, %3’ünün evet denedim ve bıraktım dediği, %95,1’inin ise hayır kullanmıyorum dediği görülmektedir. Katılımcıların %4,9’unun hayatında en az bir kere uyuşturucu/uyarıcı madde kullandığı görülmektedir.

Baysoy’ un üniversite öğrencilerinde yaptığı araştırmada, araştırmaya katılan öğrencilerin madde kullanım oranı %3,3 olarak saptanmıştır. Madde kullanan katılımcılar arasında %10,5’i kendini madde bağımlılığı riski altında görürken, madde kullanmayan öğrencilerin %1,4’ü kendisini madde bağımlılığı riski altında görmemektedir.¹ Türkiye’ de 15–29 yaş grubunda yapılan çalışmalarda düzenli madde kullanım oranı % 0,2’dir.² Buğdaycı’nın 2008 yılında üniversite öğrencilerinde yaptığı araştırmada, araştırmaya katılan öğrencilerin %2,4’ünün herhangi bir uyuşturucu madde veya hap kullandığı saptanmıştır. Uyuşturucu madde kullanan/deneyen öğrencilerin oranıysa %5,6’dır. Son altı ayda uyuşturucu madde kullanan katılımcıların oranı ise %2,4 olarak saptanmıştır.³

¹ Baysoy, s. 151

² TBMM Meclis Araştırması Komisyonu Raporu, s. 127

³ G. Buğdaycı, ss. 79–81

Tablo 35. Uyuşturucu/Uyarıcı Madde Kullanma/Deneme Nedenlerinin Dağılımı

Uyuşturucu/Uyarıcı Madde Kullanma/Deneme Nedenleri	Sayı	Yüzde
Kendimi iyi hissetmek için	6	46,15
Arkadaşlarım kullandığı için	1	7,69
Merak ettiğim için	4	30,77
Sorunlarımdan uzaklaşmak için	2	15,38

Tablo 35’de Uyuşturucu/Uyarıcı madde kullanma/deneme nedenleri incelendiğinde; katılımcılardan en az bir kere uyuşturucu/uyarıcı madde kullananların %46,15’i kendini iyi hissetmek için, %30,77’si merak ettiğı için, %15,38’i sorunlarından uzaklaşmak için, %7,69’u ise arkadaşları kullandığı için uyuşturucu madde kullandığını/denediğini ifade etmiştir.

Uyuşturucu/uyarıcı maddelerin toplum tarafında sigara ve alkol kadar kabul görmemesi ve yaygın olmaması gençlerin günlük hayatta iletişim kurduğı arkadaş çevresinin uyuşturucu/uyarıcı madde kullanma/deneme nedeni oranını düşürmektedir. Başlama veya deneme nedeninde arkadaş ve çevre faktörünün önemli olduğı yadsınamaz fakat kullanmaya devam etme sürecinde uyuşturucu maddenin, sigara ve alkol gibi sosyal bir statüsü ve kabulü olmamasından dolayı bireyin kendi dünyasında rahatlamak ve kendini iyi hissetmek adına gizli ve diğeri insanlardan kaçarak madde kullandığını göstermektedir.

Bahsettiğimiz üzere maddeyi deneme nedenleri arasında arkadaş çevresi ve merak büyük bir oran sahiptir. Koca’nın 2011 yılında üniversite öğrencilerinde yaptığı araştırmada, öğrencilerin bağımlılık yapan maddeyi deneme nedenleri madde kullanıcıları arasında ki oranı şöyledir: %36,4 arkadaş, %63,6 merak olarak saptanmıştır.¹

¹ Koca, s. 67

7.2. Okuduğu Sınıfa ve Cinsiyete Göre Uyuşturucu/Uyarıcı Madde Kullanımı

Tablo 36. Katılımcıların Okuduğu Sınıf ve Cinsiyete Göre Madde Kullanma Durumları

Uyuşturucu/Uyarıcı madde kullandınız mı?				
Sınıfı		Evet	Hayır	Toplam
Birinci Sınıf	Sayı	6	141	147
	Satır	4,1%	95,9%	100,0%
	Sütun	46,2%	56,0%	55,5%
Dördüncü Sınıf	Sayı	7	111	118
	Satır	5,9%	94,1%	100,0%
	Sütun	53,8%	44,0%	44,5%
Toplam	Sayı	13	252	265
	Satır	4,9%	95,1%	100,0%
	Sütun	100,0%	100,0%	100,0%
Cinsiyet				
Kız	Sayı	2	137	139
	Satır	1,4%	98,6%	100,0%
	Sütun	15,4%	54,4%	52,5%
Erkek	Sayı	11	115	126
	Satır	8,7%	91,3%	100,0%
	Sütun	84,6%	45,6%	47,5%
Toplam	Sayı	13	252	265
	Satır	4,9%	95,1%	100,0%
	Sütun	100,0%	100,0%	100,0%

Katılımcıların okuduğu sınıf ile uyuşturucu/uyarıcı maddeyi en az bir kez kullanma durumu arasındaki ilişkiyi karşılaştırdığımız Tablo 36’da, birinci sınıf öğrencilerinde uyuşturucu/uyarıcı maddeyi en az bir kere kullanma oranı %4,1 iken, dördüncü sınıf öğrencilerinde bu oranın %5,9 olduğu görülmektedir. Sınıf düzeyi açısından değerlendirdiğimizde dördüncü sınıf öğrencilerinin birinci sınıf öğrencilerine göre uyuşturucu/uyarıcı madde kullanma oranının daha yüksek olduğu görülmektedir. Dördüncü sınıf öğrencilerinin riskli davranışlardan biri olan uyuşturucu/uyarıcı kullanma davranışı birinci sınıf öğrencilerine göre daha fazladır.

Ancak yapılan Ki-Kare Testi sonucu, öğrencilerin sınıf düzeyleriyle uyuşturucu/uyarıcı kullanımı arasında anlamlı bir farklılık olmadığını göstermektedir [Pearson Chi-Square= 0,481 Asymp. Sig. (2-sided)=0,488>0,05].

Katılımcıların cinsiyetiyle uyuşturucu/uyarıcı madde kullanma arasındaki ilişkiyi karşılaştırdığımız Tablo 36’da kız öğrencilerde uyuşturucu/uyarıcı madde kullanma oranı %1,4 iken, erkek öğrencilerin uyuşturucu/uyarıcı madde kullanma oranının %8,7 olduğu görülmektedir. Cinsiyet açısından incelendiğinde; erkeklerin uyuşturucu/uyarıcı madde kullanma durumu kadınlardan daha yüksektir. Riskli davranışlardan biri olan uyuşturucu/uyarıcı madde kullanma erkek öğrencilerde daha fazladır. Yapılan Ki-Kare Testi sonucunda da öğrencileri cinsiyete göre uyuşturucu/uyarıcı madde kullanma durumlarında anlamlı farklılık olduğu sonucuna varılmıştır [Pearson Chi-Square=7,532 Asymp. Sig. (2-sided)=0,006<0,05].

7.3. Aylık Ortalama Gelir ile Uyuşturucu/Uyarıcı Madde Kullanma Durumu Arasındaki İlişki

Tablo 37. Katılımcıların Aylık Ortalama Gelirine Göre Uyuşturucu/Uyarıcı Madde Kullanma Durumu

Ortalama Gelir		Uyuşturucu/uyarıcı madde kullandınız mı?		Toplam
		Evet	Hayır	
0–350 TL	Sayı	1	60	61
	Satır	1,6%	98,4%	100,0%
	Sütun	7,7%	23,8%	23,0%
351–700 TL	Sayı	6	108	114
	Satır	5,3%	94,7%	100,0%
	Sütun	46,2%	42,9%	43,0%
701 TL üstü	Sayı	6	84	90
	Satır	6,7%	93,3%	100,0%
	Sütun	46,2%	33,3%	34,0%
Toplam	Sayı	13	252	265
	Satır	4,9%	95,1%	100,0%
	Sütun	100,0%	100,0%	100,0%

Katılımcıların aylık ortalama gelirlerine göre uyuşturucu/uyarıcı madde kullanma durumları Tablo 37’de gösterilmektedir. 0–350 TL ortalama gelire sahip öğrencilerin %1,6’sı uyuşturucu/uyarıcı madde kullanırken, 351–700 TL ortalama gelire sahip olanların %5,3’ü uyuşturucu/uyarıcı madde kullanmaktadır. 701 TL ve üstü ortalama gelire sahip öğrencilerinse %6,7’si uyuşturucu/uyarıcı madde kullanmaktadır. Öğrencilerin aylık ortalama eline geçen gelir ile uyuşturucu/uyarıcı madde kullanma durumu arasındaki ilişkiye bakıldığında; öğrencilerin ortalama aylık geliri arttıkça uyuşturucu/uyarıcı madde kullanma oranının da arttığı görülmektedir. Ancak Ki-Kare testinde öğrencilerin gelir düzeyi ile uyuşturucu/uyarıcı madde kullanma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı sonucu çıkmıştır [Pearson Chi-Square= 2,025 Asymp. Sig. (2-sided)=0,363>0,05].

7.4. Sakinleştirici ve Uyku Yapıcı İlaçların Kullanımı ve Üniversite Çevresinde Yasadışı İlaç Satışı İle İlgili Dağılımlar

Tablo 38. Sakinleşmek veya Uyuyabilmek İçin İlaç Kullanımı Dağılımları

İlaç Kullanımı	Sayı	Yüzde	Yığılmalı Yüzde
Evet	25	9,4	9,4
Hayır	240	90,6	100,0
Toplam	265	100,0	

Tablo 38’de öğrencilerin sakinleşmek veya uyuyabilmek için doktor reçetesi olmadan ilaç kullanımı ile ilgili dağılım incelendiğinde; %9,4’ünün bu tür ilaç kullandığını %90,6’sının ise bu tür ilaçlar kullanmadığı göstermektedir. Öğrencilerin kullandığı ilaçlara arasında ağrı kesiciler, anti depresanlar ve uyku ilaçları yer almaktadır.

Tablo 39. Üniversite Çevresinde Yasal Olmayan İlaç ya da Madde Satan Birilerinin Olup Olmadığı İle İlgili Dağılımlar

	Sayı	Yüzde	Yığılmalı Yüzde
Evet	11	4,2	4,2
Hayır	254	95,8	100,0
Toplam	265	100,0	

Tablo 39’da Katılımcıların üniversite çevresinde yasal olmayan ilaç ya da madde satan birilerinin olup olmadığı ile ilgili cevapları incelendiğinde; Katılımcıların %4,2’sinin evet cevabı vererek böyle birilerinin olduğunu ifade etmekte, %95,8’inin ise bu soruya hayır yanıtı verdiği görülmektedir.

Öğrencilerin eğitim öğretim gördüğü kampüslerin güvenliğinin tam sağlanması ve çevredeki tehlikeli unsurlara dikkat etmek bu tür kişilerin gençlere ulaşmasını engelleyecektir. Özellikle gençlerin bu tür kişiler için iyi bir potansiyel olduğu unutulmamalı ailesinde uzakta farklı bir yaşama ve kültüre adapte olmaya çalışan üniversite gençliğinin bu süreçte yanlış kişilerle tanışmasının engellenmesi ve doğru yönlendirilmeleri çok önemlidir.

8. KATILIMCILARIN SAĞLIKLI BESLENME ve FİZİKSEL AKTİVİTE İLE İLGİLİ TUTUM ve DAVRANIŞLARI

8.1. Katılımcıların Günde Yediği Öğün Sayısı, Haftada Tüketilen Yeşil Sebze veya Sebze Yemeği ve Süt Ürünleri İle İlgili Dağılımlar

Tablo 40. Günde Yenilen Öğün Sayısı, , Haftada Tüketilen Yeşil Sebze veya Sebze Yemeği ve Süt Ürünleri Dağılımları

Günde Yenilen Öğün Sayısı			
	Sayı	Yüzde	Yığılmalı Yüzde
1 Öğün	8	3	3
2 Öğün	100	37,8	40,8
3 Öğün	122	46	86,8
4 Öğün	24	9,1	95,8
5 Öğün	7	2,6	98,5
6 Öğün	4	1,5	100
Toplam	265	100	
Haftada Tüketilen Yeşil Sebze veya Sebze Yemeği			
	Sayı	Yüzde	Yığılmalı Yüzde
Tüketmiyorum.	40	15,1	15,1
1 kez	31	11,7	26,8
2 kez	74	27,9	54,7
3 kez	51	19,2	74
4 kez	42	15,8	89,8
5 kez	15	5,7	95,5
6 kez	5	1,9	97,4
7 kez	7	2,6	100
Toplam	265	100	
Haftada Tüketilen Süt ve Süt Ürünleri			
	Sayı	Yüzde	Yığılmalı Yüzde
Tüketmiyorum.	41	15,5	15,5
1 kez	33	12,5	27,9
2 kez	40	15,1	43
3 kez	41	15,5	58,5
4 kez	34	12,8	71,3
5 kez	29	10,9	82,3
6 kez	11	4,2	86,4
7 kez	36	13,6	100
Toplam	265	100	

Katılımcıların günde yediği öğün sayısı, haftada tüketilen yeşil sebze veya sebze yemeği ve süt ürünleri il ilgili dağılımlar Tablo 40'da gösterilmiştir. Katılımcıların gün içinde yediği öğün sayıları incelendiğinde; günde 1 öğün yemek yiyenlerin oranı % 3'tür. Katılımcıların %37,7'si günde iki öğün, %46'sı günde 3 öğün, %9,2'si günde 4 öğün, %2,6'sı günde 5 öğün, %1,5'inin ise günde 6 öğün yemek yediği görülmektedir. Katılımcıların %83,8'i günde 2-3 öğün yemektedirler. Katılımcıların çoğunluğunun %54'ünün 3 öğünden az ya da çok yediği anlaşılmaktadır. Katılımcıların %40,8'i 3 öğünden az yediği ve öğün atladığı görülmektedir.

Orak ve arkadaşlarının 2006 yılında üniversite öğrencilerinde yaptığı çalışmada Öğrencilerden %2,39'u günde bir öğün, %47,46'sı günde iki öğün, %40,85'i günde üç öğün ve %9,30'u ise günde üç öğünden fazla yemek yedikleri saptanmıştır. Araştırmaya katılan öğrencilerin %27,46'sı sabah, %23,38' i öğlen ve %9,15'i akşam öğünlerini aksattıklarını ifade etmiştir.¹ Öğrencilerin öğün atlama nedenlerine bakıldığında; %4,4'ü zayıflamak için, %53,9'u zaman bulamadığı için, %3,7'si ekonomik sebeplerden dolayı, %29,8'i iştahı olmadığı için, %6,8'i yemekleri beğenmediği için, %0,7'si sorumsuzluktan, % 0,3'ü uyuya kaldığı için, % 0,3'ü sabah geç uyandığı için sabah öğününü atlamaktadırlar.²

Katılımcıların bir haftada yeşil sebze veya sebze yemeği tüketimi incelendiğinde; %15,1'inin yeşil sebze veya sebze yemeği tüketmediği, %11,7'sinin haftada bir kez, %27,9'unun haftada iki kez, %19,2'sinin haftada üç kez, %15,8'inin haftada dört kez, %5,7'sinin haftada beş kez, %1,9'unun haftada altı kez ve %2,6'sının haftada 7 kez yeşil sebze veya sebze yemeği tükettiği görülmektedir. Katılımcıların %84,9'u bir hafta içinde en az bir kere sebze tüketmektedir.

Türkiye'de 20 ve üzeri yaştaki bireylere son bir ay içerisinde yeşil sebze tüketim sıklıkları araştırılmıştır. Katılımcılarının sebze tüketim sıklıkları şöyledir: Bireylerin %47,6'sının her gün yeşil yapraklı sebze tükettiği, bu oranın erkeklerde %44,4 iken, kadınlarda ise %51,2 olduğu saptanmıştır. Diğer taze sebzelerin %34,9

¹ S. Orak-S. Akgün-H. Orhan, "Süleyman Demirel Üniversitesi Öğrencilerinin Beslenme Alışkanlıklarının Araştırılması", Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, C.13, S.2, Isparta, 2006, s.5

² Gül, s. 51

oranında her gün tüketildiği, %24,6 oranında haftada 1-2 kez tüketildiği saptanmıştır.¹

Katılımcıların bir haftada tükettikleri süt ve süt ürünleri incelendiğinde; katılımcıların %15,5'inin süt ve süt ürünleri tüketmediği görülmektedir. Katılımcıların % 12,5'inin haftada bir kez,%15,1'inin haftada iki kez, %15,5'inin haftada üç kez, %12,8'inin haftada dört kez, %10,9'unun haftada beş kez, %4,2'sinin haftada altı kez, %13,6'sının ise haftada yedi kez süt ve süt ürünleri tükettiği saptanmıştır. Katılımcıların %84,5'i haftada en az bir kez süt ve süt ürünleri tüketmektedir.

8.2. Sabah Kahvaltısının Nasıl Yapıldığına ve Fastfood, Ocakbaşı Türü

Yiyeceklerin Ne Sıklıkla Tüketildiği İle İlgili Bilgiler

Tablo 41. Sabah Kahvaltısının Nasıl Yapıldığına İlişkin Dağılımlar

Sabah kahvaltısını nasıl yaptığı	Sayı	Yüzde	Yığılmış Yüzde
Evde arkadaşlarımla veya ailemle	67	25,3	25,3
Evde tek başına	20	7,5	32,8
Yurt/okul/pansiyonda yalnız	31	11,7	44,5
Yurt/okul/pansiyonda arkadaşlarımla	99	37,4	81,9
Dışarıda tek başına	8	3,0	84,9
Dışarıda arkadaşlarımla veya ailemle	15	5,7	90,6
Kahvaltı yapmıyorum	25	9,4	100,0
Toplam	265	100,0	

Katılımcıların sabah kahvaltısını nasıl yaptıkları Tablo 41'de gösterilmektedir. Araştırmaya katılan öğrencilerin %37,4'ü kalmakta olduğu yurt/okul/pansiyon gibi yerlerde diğer öğrenci arkadaşlarıyla birlikte kahvaltı yapmaktadır. %11,7'si ise bu tür yerlerde tek başına kahvaltı yapmaktadır. Bu tür yerlerin aylık ücretlerinin kahvaltı dâhil olması öğrenciler için bir tercih sebebidir. Hem ekonomik hem de zaman almayan bir kahvaltı öğrencilerin ilk tercihidir. Öğrencilerin %25,3'ü evde arkadaşlarıyla veya ailesiyle kahvaltı yapmaktadır. Öğrenci evinde kalan öğrencilerin evde daha az masrafla birlikte kahvaltı yaptıkları

¹ T.C. Sağlık Bakanlığı, Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü, Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması, Ankara, 2014, s. 186

dışarıda açık büfe veya kahvaltı tabağı fiyatlarına göre evde yapılan kahvaltının daha ekonomik olması öğrencilerin tercihlerinde önemlidir. Öğrencilerin %7,5'i evde tek başına kahvaltı yapmaktadır. Öğrencilerin evde tek kalması veya diğer ev arkadaşlarıyla birlikte hareket edememesi ve herkesin kendi başına hareket etmesi önemli bir sebeptir. Dışarıda tek başına kahvaltı yapanların oranı %3, kahvaltı yapmayanların oranının ise %9,4 olduğu görülmektedir. Üniversite öğrencilerinin yeterince vakit bulamaması, uyuya kalmak ve derslere zor yetişmek gibi problemler kahvaltı yapmamasının sebeplerindendir. Üniversite öğrencilerinde yapılan bir araştırmada, öğrencilerin %49,3'ünün yurttan kahvaltı yaptığı saptanmıştır. Öğrencilerin %34,2'sinin vakit bulamadığı, %31,6'sının canının istemediği, %22,5 pahalı geldiği, %10,8'inin ise zayıflamak istediği için öğün atladığını belirtmiştir.¹ Üniversite öğrencilerinde yapılan başka bir araştırmada, üniversite öğrencilerinin %62'sinin öğün atladığı atlanan öğünler arasında %55 ile kahvaltının olduğu saptanmıştır.²

Günün ilk öğünü olan kahvaltı bireyin yaklaşık 16 saati uyanık olarak geçireceği günün ilk ve en önemli öğünüdür.³ Bireylerin gün içinde kullanacakları enerjinin yapacakları doğru ve sağlıklı bir kahvaltıyla sağlanabileceği unutulmamalıdır.⁴

Tablo 42. Fastfood ve Ocakbaşı Türü Yiyeceklerin Haftalık Tüketim Miktarlarının Dağılımı

	Sayı	Yüzde	Yığılmalı Yüzde
Haftada 1–3 kez	173	65,3	65,3
Haftada 4–7 kez	56	21,1	86,4
Haftada 8–11 kez	15	5,7	92,1
Haftada 12 kez ve daha fazla	5	1,9	94,0
Tüketmiyorum	16	6,0	100,0
Toplam	265	100,0	

¹ F. Aytekin, “Üniversite Öğrencilerinin Beslenme Durumları Üzerinde Bir Araştırma”, Gıda Dergisi, C. 25, S. 2, Ankara, 2000, ss. 121–124

² D. Önay, “Selçuk Üniversitesi Akşehir Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik Öğrencilerinin Beslenme Alışkanlıkları ve Besin Tüketim Sıklıkları”, Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi, C. 5, S. 14, Elazığ, 2010, s. 132

³ N. Budak-E. Özer-S. Kovalı-N. İnceiş, “Kahvaltının Öğrencilerin Beslenmesine Katkısı ve Akademik Başarıya Etkisi”, Beslenme ve Diyet Dergisi C. 32 S. 1, 2005 s. 47

⁴ V. Schusdziaarra-M. Hausmann-C.Wittke-J. Mittermeier-M. Kellner,-A. Naumann-S. Wagenpfeil-J. Erdmann, “Impact of Breakfast on Daily Energy Intake - An Analysis of Absolute Versus Relative Breakfast Calories”, Nutrition Journal, C.10, S. 5, 2011; <http://www.nutritionj.com/content/pdf/1475-2891-10-5.pdf>, (05.09.2015)

Katılımcıların fastfood ve ocakbaşı (Lahmacun, dürüm, hamburger pizza, döner vb.) türü yiyecekleri haftalık ne kadar tükettiği Tablo 42’de gösterilmiştir. Katılımcıların %65,3’ünün haftada 1–3 kez fastfood ve ocakbaşı türü yiyecekler tükettiği saptanmıştır. Katılımcıların %21,1’inin ise haftada 4–7 kez, %5,7’sinin 8–11 kez, %1,9’unun haftada 12 kez ve daha üzeri fastfood ve ocakbaşı türü yiyecekler tükettiği saptanmıştır. Katılımcıların %6’sının ise bu tür yiyecekler tüketmediği görülmektedir.

Üniversite öğrencilerinin % 94’ünün haftada en az bir kere fastfood ve ocakbaşı türü yiyecekler tükettiği görülmektedir. Öğrencilerin zamanının olmaması ve yemek hazırlamanın çok zahmetli gelmesi, fastfood ve ocakbaşı türünde yiyeceklerin pratik ve ekonomik gelmesi, bu tür yiyecekleri tercih etmesinin başlıca sebepleri arasındadır.

Özdoğan ve arkadaşlarının öğrenci yurdunda kalan öğrencilerde yaptığı araştırmada katılımcıların fastfood türü yiyecek tüketme oranı %94,3 olarak saptanmıştır. Her gün fastfood tüketenlerin oranı %8,3’tür. Haftada 1–2 defa fastfood tüketenlerin oranıysa %31,9’dur.¹ Fastfood türü yiyecek tüketen öğrencilerin oranı araştırmamızda saptanan orana yakındır.

Öğrencilerin okulda ve kaldığı yerde yemek olmaması fastfood kullanmasında önemli etkidir. Fastfood ürünlerinin aşırı tüketimi sağlığı olumsuz etkilemektedir. Fastfood ürünlerindeki doğmuş yağ oranının fazla olması, sodyum içeriklerinin fazla olması kolesterol ve kanser riskini artırmaktadır. Hızlı ve hazır yiyeceklerin besin değerlerinin düşük olmaması, kalsiyum ve vitamin içermemesi sağlığı olumsuz etkilemektedir.² Öğrencilerin barındığı yerlerde ve üniversitede taze ve besin değeri yüksek yemekler yapılarak öğrencilerin fastfood türü yiyeceklerle beslenmesinin önüne geçilmelidir.

¹ Y. Özdoğan-H. Yardımcı- A. Ö. Özçelik, "Yurtta Kalan Üniversite Öğrencilerinin Beslenme Alışkanlıkları", Karadeniz(Black Sea-Черное Море), C. 4, S. 15, 2012, s. 147

² T. Kumeli, Fast-food Ürünlerin Sağlık Üzerine Olumsuz Etkileri;
http://www.taylankumeli.com/haberler.asp?haber_tipi=1&id=472 (05.09.2015)

8.3. Katılımcıların Fiziksel Aktiviteye (Egzersiz) İlişkin Bilgileri

Tablo 43. Katılımcıların Fiziksel Aktivite (egzersiz) Yapma Durumu

Fiziksel Aktivite	Sayı	Yüzde	Yığılmalı Yüzde
Evet yapıyorum	193	72,8	72,8
Hayır yapmıyorum	72	27,2	100
Toplam	265	100	

Katılımcıların fiziksel aktivite(egzersiz) yapma durumları Tablo 43'te gösterilmiştir. Katılımcıların %72,8'i fiziksel aktivite yaptığını ifade etmiştir. Fiziksel aktivite yapmayanların oranıysa %27,2 olarak saptanmıştır.

Fiziksel aktivitelerin bireyleri hastalıklardan korumada ki önemi daha da artmaktadır. Modern yaşam ve gelişen teknolojiyle insanları daha az hareket etmesi, işte, evde, ulaşım da hareketsizlik, kronik dejeneratif hastalıkların daha sık rastlanması, fiziksel aktivitenin bu tür hastalıkları önlemede ki öneminin araştırılmasında etkin rol oynamaktadır.¹

Üniversite öğrencilerinde yapılan araştırmada, %27,4'ünün fiziksel aktivite olarak yürüyüş yaptığı, %13,7'sinin yüzme, %12,5'inin futbol, %9,3'ünün koşu, %8,1'inin vücut geliştirme, %5,6'sının basketbol, %4,8'inin bisiklet, %4,8'inin tenis, %3,6'sının dövüş sanatları, %3,2'sinin ise aletli jimnastik gibi fiziksel aktiviteler yaptığı saptanmıştır.² Çalışmamızda yer alan katılımcıların yapmış olduğu fiziksel aktiviteler Tablo 44'te yer almaktadır.

Tablo 44. Katılımcıların Yapmakta Olduğu Fiziksel Aktivite (Egzersiz) Dağılımları

Yapılan Egzersiz	Sayı	Yüzde
Yürüyüş, koşu	147	76,2
Futbol, basketbol, voleybol	63	32,6
Bisiklete binme	35	18,1
Dövüş sporları, yüzme vb.	33	17,1
Diğer	13	6,7

¹ H.J. Montoye, "Introduction: evaluation of some measurements of physical activity and energy expenditure", Med Sci Sports Exerc., Volume:32, Issue:9, 2000, p. 439

² T. Gül, s. 49

Katılımcıların yapmış oldukları fiziksel aktivite dağılımları Tablo 44'te görülmektedir. Egzersiz yapan katılımcıların %76,2'si yürüyüş/koşu yapmaktadır. %32,6'sı futbol, basketbol ve voleybol gibi sporlar yapmaktadır. %18,1'i bisiklete binmekte, %17,1'i dövüş sporları, yüzme vb. sporlar yapmaktadır. Fiziksel aktivitelerini diğer olarak belirtenlerin oranıysa % 6,7'dir.

Öğrencilerin yürüyüş ve koşu yapmak için yeterli alanlara sahip olması yurt ve okul mesafesinde kendini güvende hissetmesi daha fazla fiziksel aktivite yapmasında önemlidir.¹ Vassigh' in üniversite öğrencilerinde yaptığı araştırmada düzenli egzersiz yapma oranı %39,4 olarak saptanmıştır. Düzenli olarak yapılan egzersiz dağılımlarına bakıldığında erkelerin %70,5'i yürüyüş ve aerobik-step, %9,2'si tenis dans, %20,5'i yüzme aktivitesinde bulunmaktadır. Kızlarda ise düzenli yapılan egzersizlerin %64,5'i yürüyüş ve aerobik-step, %21,5'i tenis dans, %14'i ise yüzme aktivitesi yapmaktadır.²

¹ A. G. Teker-K. Demir-N. Padem-G. Ulualan-S. Aslan, N. P. Ay-S. Hıdıroğlu-A. Sürmen, "İstanbul'da Yurtta Kalan Üniversite Öğrencilerinde Fiziksel Aktivite Düzeyinin Saptanması", 16. Ulusal Halk Sağlığı Kongre Kitabı, (Ed. S. Üner-E. İrgil-H. Erengin-Ö. Kurt-S. Gözümler), Antalya, 2013, s. 243

² G. Vassigh, Üniversite Öğrencilerinin Fiziksel Aktivite Durumları İle Sağlıklı Beslenme İndekslerinin Değerlendirilmesi, HÜ, SABE, YYLT, Ankara, 2012, s. 46

8.4. Fiziksel Aktivite (Egzersiz) Yapma Sıklığı ve Bir Egzersiz Programının Süresine İlişkin Bilgiler

Tablo 45. Fiziksel Aktivite (Egzersiz) Yapma Sıklığı ve Bir Egzersiz Programının Süresi

Fiziksel Aktivite(Egzersiz) Yapma Sıklığı			
	Sayı	Yüzde	Yığılmalı Yüzde
Haftada 1 gün	39	20,2	20,2
Haftada 2 gün	65	33,7	53,9
Haftada 3 gün	50	25,9	79,8
Haftada 4 gün	15	7,8	87,6
Haftada 5 gün	9	4,7	92,2
Haftada 6 gün	4	2,1	94,3
Haftada 7 gün	11	5,7	100,0
Toplam	193	100,0	
Bir Egzersiz Programının Süresi			
	Sayı	Yüzde	Yığılmalı Yüzde
10–29 dk.	28	14,5	14,5
30–49 dk.	83	43,0	57,5
50–69 dk.	56	29,0	86,5
70–89 dk.	7	3,6	90,2
90–109 dk.	7	3,6	93,8
110 dk. ve üzeri	12	6,2	100,0
Toplam	193	100,0	

Katılımcıların fiziksel aktivite yapma sıklıkları incelendiğinde; haftada 1 gün egzersiz yapanların oranının %20,2 olduğu görülmektedir. Haftada iki gün egzersiz yapanların oranı %33,7’dir. Haftada 3 gün fiziksel aktivite yapanlar oranı ise %25,9’dur. Haftada 1–3 gün arasında egzersiz yapanların oranı %79,8’dir. Haftada üç günden fazla fiziksel aktivite yapanların oranıysa %20,2’dir. Haftanın her günü fiziksel aktivite (egzersiz) yapanların oranıysa %5,7 olarak saptanmıştır.

Katılımcıların bir egzersiz programının ne kadar sürdüğüne bakıldığında; bir egzersiz programı 10–29 dk. sürenlerin oranı %14,5 olarak saptanmıştır. Bir egzersiz programı 30–49 dk. sürenlerin oranı %43 iken, bir egzersiz programı 50–69 dk. sürenlerin oranı ise %29’ dur. Egzersiz yapanların ortalama bir egzersiz programı ise 47,85 dakika olarak saptanmıştır.

Egzersiz, sağlının korunmasını ve geliştirilmesini amaçlayan düzenli, planlanmış ve tekrarlı hareketlerdir. Türkiye’ de fiziksel aktivite (egzersiz) yapma oranlarına bakıldığında; 15–18 yaş grubu erkeklerde egzersiz yapmama oranı %44,6 iken, 19–30 yaş aralığında bu oran %69,5’e çıkmaktadır. Kadınlarda 15–18 yaş grubunda fiziksel aktivite yapmama oranı %72,5 iken 19–30 yaş grubunda bu oran %76,6 olarak saptanmıştır.¹ Fiziksel aktivite bireylerin sağlıklı yaşamasında önemlidir. Fiziksel inaktivite kronik hastalıklar, depresyon gibi psikiyatrik hastalıklara neden olmaktadır.² Üniversite öğrencilerinde yapılan araştırmada, öğrencilerin %15’i fiziksel aktivite yönünden aktif bulunmamıştır. Öğrencilerin %68’inin ise fiziksel aktivite düzeyi düşüktür. Öğrencilerin sadece %18’inin fiziksel aktivitesi yeterli düzeydedir. Erkeklerin fiziksel aktivite düzeyleri kızlarla karşılaştırılmış ve erkeklerin fiziksel aktivite düzeyleri anlamlı olarak daha fazla bulunmuştur.³

8.5. Egzersiz Yapma Durumu İle Fastfood, Ocakbaşı Türü Yiyecekler Tüketimi Arasındaki İlişki

Tablo 46. Katılımcıların Egzersiz Yapma Durumuna Göre Fastfood, Ocakbaşı Türü Yiyecekler Tüketme Durumu

Fastfood ve Ocakbaşı Tüketimi		Egzersiz yapıyor musunuz?		Toplam
		Hayır	Evet	
Haftada 1–3 kez	Sayı	44	129	173
	Satır	25,4%	74,6%	100,0%
	Sütun	62,9%	72,1%	69,5%
Haftada 4–7 kez	Sayı	19	37	56
	Satır	33,9%	66,1%	100,0%
	Sütun	27,1%	20,7%	22,5%
Haftada 8 kez ve daha fazlası	Sayı	7	13	20
	Satır	35,0%	65,0%	100,0%
	Sütun	10,0%	7,3%	8,0%
Toplam	Sayı	70	179	249
	Satır	28,1%	71,9%	100,0%
	Sütun	100,0%	100,0%	100,0%

¹ T.C. Sağlık Bakanlığı, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, Çocuk ve Ergenlerde Fiziksel Aktivite, (Ed. E. N. Özmert), Ankara, 2014, ss. 9–10

² F. Sevinç, Fırat Üniversitesi Öğrencilerinde Problemlı İnternet Kullanımı ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Belirlenmesi, İnönü Üniversitesi, SABE, YDT, Malatya, 2011, s. 70

³ S. Savcı-M. Öztürk-H. Arıkan-D. İ. İnce-L. Tokgözoğlu, "Üniversite öğrencilerinin fiziksel aktivite düzeyleri", Türk Kardiyoloji Derneği Arş. , C. 34, S. 3, 2006, s. 166

Katılımcıların egzersiz yapma durumu ile bir haftada tükettikleri ocakbaşı, fastfood türü yiyecekler incelendiğinde; öğrencilerin haftada tükettikleri fastfood, ocakbaşı ürünleri sayısı arttıkça egzersiz yapma oranları düşmektedir. Tablo 46’da haftada 1-3 kez fastfood ve ocakbaşı türü yiyecek tüketenlerin egzersiz yapma oranı %74,6 iken, haftada 4-7 kez fastfood ve ocakbaşı türü yiyecek tüketenlerin egzersiz yapma oranı %66,1 olarak saptanmıştır. Haftada 8 kez ve daha fazla fastfood ve ocakbaşı türü yiyecek tüketenlerin oranı ise %65 olarak hesaplanmıştır. Öğrencilerin hazır yiyeceklerle yönelmesi fiziksel aktivitelerinde bir düşüşe sebep olmaktadır. Bu tür yiyeceklerin bilinçsiz bir şekilde tüketildiğinde doymuş yağ oranının yüksek olması kilo artışına sebep olmaktadır. Bu yüzden bu tür yiyeceklerin tüketimi artıkça daha fazla fiziksel aktivite yapıp metabolizmanın dengesi korunmalıdır. Ancak haftalık fastfood ve ocakbaşı tüketimi ile egzersiz yapma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır. [Pearson Chi-Square= 2,021 Asymp. Sig. (2-sided)=0,364>0,05].

8.6. Cinsiyet ve Aylık Ortalama Gelirle Fastfood, Ocakbaşı Türü Yiyecekler Tüketimi Arasındaki İlişki

Tablo 47. Cinsiyete Göre Fastfood, Ocakbaşı Türü Yiyecekler Tüketme Durumu

Cinsiyet		Fastfood ve ocakbaşı tüketme sıklığı			Toplam
		Haftada 1-3 kez	Haftada 4-7 kez	Haftada 8 kez ve daha fazlası	
Kız	Sayı	96	29	3	128
	Satır	75,0%	22,7%	2,3%	100,0%
	Sütun	55,5%	51,8%	15,0%	51,4%
Erkek	Sayı	77	27	17	121
	Satır	63,6%	22,3%	14,0%	100,0%
	Sütun	44,5%	48,2%	85,0%	48,6%
Toplam	Sayı	173	56	20	249
	Satır	69,5%	22,5%	8,0%	100,0%
	Sütun	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Katılımcıların cinsiyete göre haftada kaç kez fastfood, ocakbaşı türü yiyecek tükettiği Tablo 47’de gösterilmektedir. Kızların haftada 1-3 kez fastfood ve ocakbaşı yeme oranının %75 olduğu görülmektedir. Erkeklerde ise bu oran %63,6’dır. Kızların haftada 4-7 kez fastfood ve ocakbaşı yeme oranı %22,7 iken, erkeklerde bu

oran 22,3 olarak hesaplanmıştır. Haftada 8 ve daha fazla kez fastfood ve ocakbaşı tüketimi oranı kızlarda %2,3 iken, erkeklerde bu oran %14'tür. Kızların ve erkeklerin toplam fastfood ve ocakbaşı tüketimine bakıldığında; kızların 51,4 iken, erkeklerin oranı 48,6'dır. Fakat kızların haftada 1-3 kez fastfood ve ocakbaşı tüketim oranı erkeklerden yüksek iken, erkeklerin haftada 8 ve daha fazla kez fastfood ve ocakbaşı tüketme oranı kızlardan yüksektir. Kızlardan fastfood ve ocakbaşı tüketenlerin bir haftada daha az ve dikkatli tüketim yaptıkları söylenebilir. Erkeklerin ise fastfood ve ocakbaşı tüketenlerin oranı kızlardan düşük olmasına rağmen fastfood ve ocakbaşı tüketenler içinde haftada 8 ve daha fazla kez tüketim oranı kızların 8 ve daha kez tüketim oranından daha yüksektir. Yapılan Ki-Kate Testi, cinsiyete göre haftalık fastfood ve ocakbaşı tüketimi arasında anlamlı bir ilişki olduğunu göstermektedir [Pearson Chi-Square= 11,771 Asymp. Sig. (2-sided)=0,003<0,05].

Tablo 48. Aylık Ortalama Gelire Göre Fastfood ve Ocakbaşı Tüketimi

Aylık Ortalama Gelir		Fastfood ve ocakbaşı tüketme sıklığı			Toplam
		Haftada 1-3 kez	Haftada 4-7 kez	Haftada 8 kez ve daha fazlası	
0-350 TL	Sayı	39	12	5	56
	Satır	69,6%	21,4%	8,9%	100,0%
	Sütun	22,5%	21,4%	25,0%	22,5%
351-700 TL	Sayı	75	26	7	108
	Satır	69,4%	24,1%	6,5%	100,0%
	Sütun	43,4%	46,4%	35,0%	43,4%
701 TL üstü	Sayı	59	18	8	85
	Satır	69,4%	21,2%	9,4%	100,0%
	Sütun	34,1%	32,1%	40,0%	34,1%
Toplam	Sayı	173	56	20	249
	Satır	69,5%	22,5%	8,0%	100,0%
	Sütun	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Katılımcıların aylık ortalama gelirine göre fastfood ve ocakbaşı tüketimine ait bilgiler Tablo 48'de gösterilmiştir. Haftada 1-3 kez ve 4-7 kez tüketenlerin gelire göre bir farklılık göstermediği 701 TL ve üstü gelire sahip olanların haftada 8 ve daha fazla kez tüketme oranı %9,4 ile en fazladır. Fastfood ve ocakbaşı tüketenlerin %43,4'ünün geliri 351-700 TL arasındadır. %34,1'i 700 TL ve üstü gelire sahip iken, %22,5'i ise 0-350 TL arası bir gelire sahiptir. Aylık ortalama gelire göre haftalık

fastfood ve ocakbaşı tüketimi arasında anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır.[Pearson Chi-Square= 0,795 Asymp. Sig. (2-sided)=0,939>0,05]. Öğrencinin minimum yemek ücretinin yaklaşık 2 TL olduğunu varsayarsak ekmek arası döner veya 1 lahmacun her öğrencinin karnını doyurmak için yiyebileceği öğün arasındadır ve ekonomiktir.

Tablo 49. Katılımcıların Cinsiyete, Okuduğu Sınıfa ve Aylık ortalama Gelirine Göre Egzersiz Yapma Durumu

Cinsiyet		Egzersiz yapıyor musunuz?		Toplam
		Hayır	Evet	
Kız	Sayı	43	96	139
	Satır	30,9%	69,1%	100,0%
	Sütun	59,7%	49,7%	52,5%
Erkek	Sayı	29	97	126
	Satır	23,0%	77,0%	100,0%
	Sütun	40,3%	50,3%	47,5%
Toplam	Sayı	72	193	265
	Satır	27,2%	72,8%	100,0%
	Sütun	100,0%	100,0%	100,0%
Sınıf				
Birinci Sınıf	Sayı	41	106	147
	Satır	27,9%	72,1%	100,0%
	Sütun	56,9%	54,9%	55,5%
Dördüncü Sınıf	Sayı	31	87	118
	Satır	26,3%	73,7%	100,0%
	Sütun	43,1%	45,1%	44,5%
Toplam	Sayı	72	193	265
	Satır	27,2%	72,8%	100,0%
	Sütun	100,0%	100,0%	100,0%
Aylık Ortalama Gelir				
0–350 TL	Sayı	16	45	61
	Satır	26,2%	73,8%	100,0%
	Sütun	22,2%	23,3%	23,0%
351–700 TL	Sayı	32	82	114
	Satır	28,1%	71,9%	100,0%
	Sütun	44,4%	42,5%	43,0%
701 TL üstü	Sayı	24	66	90
	Satır	26,7%	73,3%	100,0%
	Sütun	33,3%	34,2%	34,0%
Toplam	Sayı	72	193	265
	Satır	27,2%	72,8%	100,0%
	Sütun	100,0%	100,0%	100,0%

Katılımcıların cinsiyete göre egzersiz yapma durumları Tablo 49'da gösterilmektedir. Kızların egzersiz yapma oranı %69,1 iken, erkeklerde bu oran %77'dir. Erkeklerde özellikle futbol ve basketbol oynama ön plandadır. Kızların yürüyüş, koşu gibi daha az güce dayalı olan ve formda kalmasını sağlayan hafif sporları tercih etmektedir. Gençlerin fiziksel aktivitelerini daha rahat bir şekilde yapacağı spor sahaları, bisiklet parkurları, egzersiz aletleri bulunan parklar gibi alanların sayısı, ulaşılabilirliği, bakımı ve onarımı çok önemlidir. Araştırmamızda erkeklerin egzersiz yapma oranı kızlara göre fazla çıkmıştır. Fakat Ki-Kare testinde cinsiyet ile fiziksel aktivite(egzersiz) arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır [Pearson Chi-Square= 2,095 Asymp. Sig. (2-sided)=0,148>0,05].

Katılımcıların sınıf düzeyi ile egzersiz yapma durumu arasındaki ilişki Tablo 49'da gösterilmiştir. Birinci sınıf ve dördüncü sınıf öğrencilerin egzersiz yapma durumları incelendiğinde; birinci sınıf öğrencilerinde egzersiz yapma oranının %72,1 olduğu dördüncü sınıf öğrencilerinde ise bu oranın %73,7 olduğu görülmektedir. Dördüncü sınıf öğrencilerinde egzersiz yapma oranı fazla olsa da bu oranların birbirine yakın olduğu görülmektedir. Yapılan Ki-Kare Testi, öğrencilerin sınıf düzeyleriyle egzersiz yapma durumları arasında anlamlı bir ilişki olmadığını göstermektedir. [Pearson Chi-Square= 0,087 Asymp. Sig. (2-sided)=0,768>0,05].

Katılımcıların aylık ortalama geliri egzersiz yapma durumu arasındaki ilişkide Tablo 49'da yer almaktadır. Ortalama gelir ile egzersiz yapma durumu arasındaki ilişki incelendiğinde; 0-350 TL aylık ortalama gelire sahip olanların egzersiz yapma oranının %73,8 olduğu, 351-700 TL ortalama gelire sahip olanların oranı %71,9 olduğu ve 701 TL ve üstü gelire sahip olanların oranının %73,3 olduğu görülmektedir. Oranların birbirine çok yakın olduğu, gençlerde fiziksel aktivite yapmanın gelir düzeyiyle anlamlı bir ilişki olmadığı anlaşılmaktadır. Gençlerin spor aktiviteleri için kampüs içindeki sahaları ve parkurları kullanmaları, koşu ve egzersiz için parkları ve koşu yollarını kullanmaları ve bu alanlara ücret ödememeleri önemlidir. Yapılan Ki-Kare Testi, sonucunda da aylık ortalama gelir düzeyi ile egzersiz yapma durumu arasında anlamlı bir ilişki olmadığı sonucuna varılmıştır. [Pearson Chi-Square= 0,085 Asymp. Sig. (2-sided)=0,958>0,05].

9. KATILIMCILARIN AIDS ve CİNSEL YOLLA BULAŞAN DİĞER HASTALIKLARA İLİŞKİN TUTUM ve DAVRANIŞLARI

9.1. AIDS ve Cinsel Yolla Bulaşan Diğer Hastalıklar Konusunda Bilgi Durumları

Tablo 50. AIDS ve Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklarla İlgili Bilgi Durumu

AIDS ve CYBH hakkında Bilgi	Sayı	Yüzde	Yığılmış Yüzde
Evet	201	75,8	75,8
Hayır	64	24,2	100,0
Toplam	265	100,0	

Katılımcıların AIDS ve cinsel yolla bulaşan hastalıklarla ilgili bilgi durumları Tablo 50’de gösterilmiştir. Katılımcıların %75,8’i AIDS ve cinsel yolla bulaşan diğer hastalıklarla ilgili bilgi sahibi olduğunu ifade etmiştir. Katılımcıların %24,2’sinin ise bu tür hastalıklarla ilgili bir bilgisi olmadığı saptanmıştır. Başkent Üniversitesi öğrencileri üzerinde yapılan araştırmada, erkeklerin kızlardan daha fazla cinsel ilişki deneyimi yaşadığı saptanmıştır. Cinsel yolla bulaşan hastalıklardan AIDS’in öğrenciler tarafından en çok bilinen hastalık olduğu saptanmıştır. Öğrencilerin %76,2’si cinsel yolla bulaşan hastalıklardan korunmayı bildiğini belirtmiştir. Cinsel yolla bulaşan hastalıkların belirtileri hakkında bilgi sahibi olan öğrencilerin oranıysa %23,8 olarak saptanmıştır. Aile planlaması hakkında % 42,8’ inin orta düzeyde bilgiye sahip olduğu, %59’unun ise cinsel sağlıkla ilgili daha önce bilgi almadıkları belirlenmiştir. Öğrencilerin büyük bir kısmı cinsel sağlıkla ilgili verilecek eğitimin üniversitenin eğitim öğretim programları içinde yer alması gerektiğini belirtmiştir.¹

Trakya Üniversitesi öğrencilerinde yapılan çalışmadaysa toplam 27338 öğrenciden %73,2’si aile planlaması ve cinsellik hakkında bilgisi olduğunu belirtmiştir. Öğrencilerin cinsellik ve aile planlaması hakkında bilgi edindiği kaynaklar ve yüzdeleriye şöyledir. Öğrencilerin %44’ünün okuldan, %32’sinin TV/gazete ve dergilerden, %31’inin ailesinden, %28’inin arkadaşlarından, %11’inin sağlık personelinin ve %8’inin erotik/pornografik yayınlardan bilgi aldığı saptanmıştır.²

¹ Pınar-Doğan-Ökdem-Algier-Öksüz, s. 105; <http://www.tader.org/files/EJGM-34.pdf> (06.09.2015)

² Yıldırım, ss. 32–33

9.2. AIDS ve Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklarla İlgili Edinilen Bilginin Kaynağı

Tablo 51. AIDS ve Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklarla(CYBH) İlgili Nereden Bilgi Edinildiği İle İlgili Dağılımlar

AIDS ve CYBH bilgi edinme kaynağı	Sayı	Yüzde
Okul derslerinden	111	55,2
Arkadaşlarımdan	51	25,4
Ailemden	21	10,4
Televizyondan	61	30,3
Gazete, dergi vb.	75	37,3
İnternette	152	75,6
Diğer	10	5,0

Katılımcıların AIDS ve CYBH'la ilgili nereden bilgi edindiği Tablo 51'de gösterilmektedir. AIDS ve CYBH hakkında bilgisi olanların %75,6'sı internette, %55,2'si okul derslerinden bilgi edindiğini ifade etmiştir. %37,3'ü gazete, dergi vb. kitle iletişim araçlarıyla bilgi edindiğini, %30,3'ünün yine bir medya iletişim aracı olan televizyondan, %10,4'ünün ailesinden, %25,4'ünün ise arkadaşlarından bilgi edindiği görülmektedir.

Üniversite öğrencilerinde yapılan araştırmada, cinsel sağlıkla ilgili bilgi alınan kaynağın %47,6'sı kitap, dergi ve ansiklopedi, %25,8'i okul-öğretmenden, %25'i akran-arkadaştan, %20'si TV-radyo/video-kaset, %14'ü anne-baba, %8'inin sağlık personeli olduğu saptanmıştır. Öğrencilerin %37,9'u cinsel sağlık ile ilgili hizmet almış, hizmet aldıkları konularda ilk sırada %46,8 ile bilgilendirme/egitim gelmektedir.¹

Kitle iletişim araçlarının yayılması, teknolojik gelişmeler ve sosyal medyanın etkinliğinin atması gençlerin merak ettikleri bilgilere daha çabuk ulaşmasını sağlamaktadır. Doğru ve sağlıklı bilgi, bilginin ulaşılabilirliğindeki kolaylıkla ters orantılı olabilir. Gençler internette kaynağı ve niteliği olmayan bilgiler edinerek cinsel sağlık, sağlıklı cinsel ilişki konusunda yanlış yönlendirilebilir. Cinsel sağlıkla ilgili bilgilerin bu konu uzmanlarından ve aileden(anne, baba) öğrenilmesi, doğru ve

¹ Ö. Karabulutlu-M. Kılıç, "Üniversite Öğrencilerinin Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı Hakkındaki Bilgi Düzeylerinin Belirlenmesi", Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi, C. 14, S. 2, 2011, s. 42

nitelikli kaynakların okunması, izlenmesiyle ve dinlenmesiyle gençlerin sağlıklı cinsel ilişki hakkında doğru bilgi edinmesi ve cinsel yolla bulaşan hastalıklardan korunması sağlanmış olacaktır.

9.3. Katılımcıların Cinsiyet ve Okuduğu Sınıf ile Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklar İlgili Bilgisi Arasında İlişki

Tablo 52. Cinsiyete Göre Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklarla İlgili Bilgi Durumu

Cinsiyet		AIDS ve CYBH hakkında bilginiz var mı?		Toplam
		Evet	Hayır	
Kız	Sayı	98	41	139
	Satır	70,5%	29,5%	100,0%
	Sütun	48,8%	64,1%	52,5%
Erkek	Sayı	103	23	126
	Satır	81,7%	18,3%	100,0%
	Sütun	51,2%	35,9%	47,5%
Toplam	Sayı	201	64	265
	Satır	75,8%	24,2%	100,0%
	Sütun	100,0%	100,0%	100,0%

Katılımcıların cinsiyet ile AIDS ve cinsel yolla bulaşan diğer hastalıklar ile ilgili bilgisi arasındaki ilişki Tablo 52’de gösterilmektedir Kızların %70,5’inin bu tür hastalıklar hakkında bilgisi var iken, erkeklerde bu oran %81,7’dir. Erkeklerin bu tür hastalıklar hakkında daha fazla bilgi sahibi olduğu görülmektedir. Yapılan Ki-Kare Testi, cinsiyet ile AIDS ve diğer cinsel yolla bulaşan hastalıklar hakkında bilginin arasında anlamlı bir ilişki olduğunu göstermektedir [Pearson Chi-Square=4,560 Asymp. Sig. (2-sided)=0,033<0,05]. Üniversite öğrencilerinde yapılan bir çalışmada, öğrencilerin cinsiyetlerine göre cinsel sağlık/üreme sağlığı konusundaki bilgi düzeyleri araştırılmıştır. Erkek öğrencilerin %56,6’sının kız öğrencilerin ise %57’sinin cinsel sağlık konusundaki bilgi düzeylerinin iyi düzeyde olduğu saptanmıştır. Erkek öğrencilerin ise %43,4’ünün, kız öğrencilerin ise %43’ünün cinsel sağlık konusundaki bilgi düzeylerinin kötü olduğu saptanmıştır.¹

¹ S. Koluçak-G. Güneş-E. Pehlivan, " İnönü Üniversitesi Öğrencilerinin Üreme Sağlığı Konularında Bilgi Düzeyleri ve Hizmetten Beklentileri", İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi (Ed. O. Celbiş), C. 17, S.1, Malatya, 2010, s. 9

Tablo 53. Okuduğu Sınıfa Göre Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklarla İlgili Bilgi Durumu

Sınıfı		AIDS ve CYBH hakkında bilginiz var mı?		Toplam
		Evet	Hayır	
Birinci Sınıf	Sayı	102	45	147
	Satır	69,4%	30,6%	100,0%
	Sütun	50,7%	70,3%	55,5%
Dördüncü Sınıf	Sayı	99	19	118
	Satır	83,9%	16,1%	100,0%
	Sütun	49,3%	29,7%	44,5%
Toplam	Sayı	201	64	265
	Satır	75,8%	24,2%	100,0%
	Sütun	100,0%	100,0%	100,0%

Katılımcıların okuduğu sınıfla AIDS ve CYBH hastalıklarla ilgili bilgi durumu arasındaki ilişki Tablo 53'te görülmektedir. Birinci sınıf öğrencilerinin %69,4'ü AIDS ve CYBH ilgili bilgisi olduğunu söylemektedir. %30,6'sı ise bir bilgisi olmadığını ifade etmiştir. Dördüncü sınıf öğrencilerinin ise %83,9'u AIDS ve CYBH hakkında bilgi sahibi iken, %16,1'inin bilgi sahibi olmadığı görülmektedir. Dördüncü sınıf öğrencilerin AIDS ve CYBH hakkında bilgisi birinci sınıf öğrencilerine göre daha yüksektir. Bunun nedeni dördüncü sınıf öğrencilerinin üniversitede daha fazla zaman geçirmiş olması, bu süreçte derslerden, hocalarından ve arkadaşlarından bu tür hastalıklar hakkında daha fazla bilgi edinmiş olması gelir. Karşı cinsle olan bilgi alışverişinin ve arkadaşlık düzeyinin dördüncü sınıfta birinci sınıfa göre daha yüksek olması dördüncü sınıf öğrencilerinin bu tür hastalıklar hakkında bilgisinin daha fazla olmasında önemli etkindir. Yapılan Ki-Kare Testi, sınıf düzeyleri ile AIDS ve CYBH ile ilgili bilgi durumu arasında anlamlı bir ilişkinin olduğunu göstermektedir. [Pearson Chi-Square=7,552 Asymp. Sig. (2-sided)=0,006<0,05]

9.4. Üniversite Öncesi Yaşanılan Yerleşim Yeri İle Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklar İlgili Bilgisi Arasında İlişki

Tablo 54. Üniversite Öncesi Yaşanılan Yerleşim Yerine Göre Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklarla İlgili Bilgi Durumu

Yerleşim Yeri		AIDS ve CYBH hakkında bilginiz var mı?		Toplam
		Evet	Hayır	
Köy	Sayı	16	4	20
	Satır	80,0%	20,0%	100,0%
	Sütun	8,0%	6,3%	7,5%
Kasaba	Sayı	12	3	15
	Satır	80,0%	20,0%	100,0%
	Sütun	6,0%	4,7%	5,7%
İlçe	Sayı	66	22	88
	Satır	75,0%	25,0%	100,0%
	Sütun	32,8%	34,4%	33,2%
İl	Sayı	107	35	142
	Satır	75,4%	24,6%	100,0%
	Sütun	53,2%	54,7%	53,6%
Toplam	Sayı	201	64	265
	Satır	75,8%	24,2%	100,0%
	Sütun	100,0%	100,0%	100,0%

Katılımcıların üniversiteye gelmeden önce doğup yetiştiği ve yaşadığı yerleşim yeri ile AIDS ve diğer CYBH ilgili bilgi durumu Tablo 54’te görülmektedir. Yerleşim yerleri köy ve kasaba olanların %80’inin AIDS ve diğer CYBH ilgisi bilgisi olduğu görülmektedir. İlçe ve il gibi yerleşim yerlerinde yaşayanların bu hastalıklar hakkında sırasıyla %75 ve %75,4 oranında bu tür hastalıklar hakkında bilgisi olduğunu ifade etmiştir. Katılımcıların üniversiteye gelmeden önce yaşadıkları yerin sosyo-ekonomik yapısı, kültürü ve tarihi gençlerin sağlık ve cinsellik ile ilgili konulara yaklaşımını, bakış açısını etkilemektedir. Bazıları bu konulara daha çağdaş ve derinlemesine yaklaşırken, bazıları ise daha temkinli ve çekingen olabilmektedir. Araştırmamızda gençlerin üniversiteye gelmeden önce yaşadığı yer ile AIDS ve CYBH hastalıkları hakkında bilgili olma durumu arasında büyük bir farklılığın olmadığı oranlardan anlaşılmaktadır. Yapılan Ki-Kare Testi, öğrencilerin üniversiteye gelmeden önce yaşadığı yerleşim yeri ile AIDS ve diğer CYBH

hakkında bilgisi olup olmama durumu arasında anlamlı ilişki olmadığı sonucu saptanmıştır [Pearson Chi-Square= 0,383 Asymp. Sig. (2-sided)=0,0944>0,05].

9.5. Katılımcıların Aile Tipi ile AIDS ve CYBH İlgili Bilgisi Arasındaki İlişki

Tablo 55. Aile Tipine Göre Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklarla İlgili Bilgi Durumu

Aile Tipi		AIDS ve CYBH hakkında bilginiz var mı?		Toplam
		Evet	Hayır	
Çekirdek Aile	Sayı	159	52	211
	Satır	75,4%	24,6%	100,0%
	Sütun	81,1%	82,5%	81,5%
Tek Ebeveyn	Sayı	12	5	17
	Satır	70,6%	29,4%	100,0%
	Sütun	6,1%	7,9%	6,6%
Geniş Aile	Sayı	25	6	31
	Satır	80,6%	19,4%	100,0%
	Sütun	12,8%	9,5%	12,0%
Toplam	Sayı	196	63	259
	Satır	75,7%	24,3%	100,0%
	Sütun	100,0%	100,0%	100,0%

Katılımcıların aile tipi ile AIDS ve CYBH hakkındaki bilgisi Tablo 55’te gösterilmiştir. Tablo 55 incelendiğinde; çekirdek aile tipine sahip öğrencilerin %75,4’ünün AIDS ve CYBH hakkında bilgisi olduğu görülmektedir. Tek ebeveyn aile tipine sahip öğrencilerin ise %70,6’sının AIDS ve CYBH hakkında bilgisi olduğu görülmektedir. Geniş aile tipine sahip öğrencilerin AIDS ve CYBH hakkında bilgi oranının %80,6 olduğu görülmektedir. Katılımcıların aile tipinin, AIDS ve CYBH ilgili bilgisi olup olmamasıyla anlamlı bir ilişki olmadığı görülmektedir. Oranların birbirine yakın olduğu görülmektedir. Günümüzde gençler birçok bilgiyi basın yayın araçlarından, sosyal medyadan ve internetten öğrenmektedir. Ailenin faktörü bu tür kitle iletişim aracı olmayan gençlerin bilgilenmesinde daha büyük bir önem sahip tir. Yapılan Ki Kare Testi, aile tipi ile AIDS ve diğer CYBH ile ilgili bilgisi olup olmama durumunun anlamlı farklılık göstermediği sonucu çıkmıştır [Pearson Chi-Square= 0,667 Asymp. Sig. (2-sided)=0,717>0,05].

10. KATILIMCILARIN İNTİHAR ETME ve DÖVME/PIERCİNG KULLANIMINA İLŞİKİN TUTUM ve DAVRANIŞLARI

10.1. İntihar Girişiminde Bulunma ve Psikolog/Psikiyatrdan Destek Alma

Durumu ve Bu Durumların Karşılaştırılması

Tablo 56. İntihar Girişiminde Bulunma İle İlgili Dağılımlar

	Sayı	Yüzde	Yığılmalı Yüzde
Hayır	247	93,2	93,2
Evet, 1 kez	17	6,4	99,6
Evet, 3 kez	1	,4	100,0
Toplam	265	100,0	

Katılımcıların intihar girişimiyle ilgili bilgiler Tablo 56’da yer almaktadır. Katılımcıların %6,4’ü bir kez intihar girişimde bulunduğu. %0,4 ise üç kez intihar girişiminde bulunduğu Tablo 56’da görölmektedir. En az bir kere intihar girişiminde bulunanların oranı %6,8’dir. Katılımcıların %93,2’si intihar girişiminde bulunmamıştır.

Üniversite öğrencilerinde yapılan bir çalışmada, intihar girişiminde bulunma oranı %5,5 olarak saptanmıştır.¹ Üniversite öğrencilerinde yapılan başka bir çalışmadaysa, hayat boyu intihar girişimi oranı %3,5 olarak saptanmıştır.² Çalışmamızda saptanan intihar girişim oranı bu konuda yapılan araştırmalardan daha fazla çıkmıştır.

İntiharın birçok psiko-sosyal dinamiğı olduğu bilinmektedir. Üniversite eğitimi sırasında öğrencilerin psiko-sosyal durumlarında hızlı değışimler görölebilir. Bu değışimler genci ruhsal açıdan depresyona ve intihara sürükleyebilir. Gencin yaşadığı olaylar sonrası yalnızlaşması, sosyal bağlarını koparması ve kendini diğer insanlardan soyutlaması depresyon ve intiharın bir belirtesidir. Bu durumda gencin uzmanlardan, arkadaşlarından ve ailesinden destek alması çok önemlidir.

¹ B. Gürkan-G. Dirik, "Üniversite Öğrencilerinde İntihar Düşünce ve Davranışları ile İlişkili Faktörler: Yaşamı Sürdürme Nedenleri ve Baş Etme Yolları", Türk Psikoloji Yazıları, C. 12, S. 24, 2009, s. 61

² N. Atasoy-Ö. Saraçlı-H. Sankır, Zonguldak İl Merkezinde İntihar Davranışının Yaygınlığı, Sosyo-demografik, Klinik ve Ailesel Risk Etkenleri, Zonguldak, 2014, s. 51

Türkiye’de intihar nedenlerin incelendiğinde; %46,8’inin nedeni bilinmemektedir. %19,4 hastalık, %9,4 aile geçimsizliği, %8 geçim zorluğu, %5,5 hissi kişi ve istediği kişi ile evlenmeme, %8,3 diğer nedenler, %2,2 ticari başarısızlıklar, % 0,6’sı ise öğrenim başarısızlığıdır.¹

Tablo 57. Psikolog ya da Psikiyatr Destek Alma Durumu

	Sayı	Yüzde	Yığılmalı Yüzde
Evet, aldım.	47	17,7	17,7
Hayır, almadım	218	82,3	100,0
Toplam	265	100,0	

Katılımcıların psikolog ya da psikiyatr gibi uzmandan destek alma durumu Tablo 57’de gösterilmektedir. Tablo 57 incelendiğinde; katılımcıların %17,7’sinin psikolog veya psikiyatr gibi uzmanlardan destek aldığı görülmektedir. Katılımcıların %82,3’ü psikolog/psikiyatristten destek almamıştır.

17–19 yaş üniversite öğrencilerinin depresif belirti düzeylerinin, sosyal işlevsellik ve sorun çözme becerilerinin belirlenmesi ve sosyo demografik değişkenlerle ilişkilerinin araştırıldığı bir çalışmada, üniversite öğrencilerin daha önce bir psikolog veya psikiyatru başvurma oranı %8 olarak saptanmıştır.² Bu oran araştırmamızda saptadığımız orandan daha düşüktür.

¹ TUİK, İntihar İstatistikleri, Ankara, 2011, s. 15

² F. Bingöl-A- Karakoç-S. Karaca-A. F. Ocakçı, "17–19 Yaş Üniversite Öğrencisi Ergenlerde Depresyon Düzeyi, Sosyal İşlevsellik ve Sorun Çözme Becerisi Arasındaki İlişkinin İncelenmesi", Ankara Sağlık Hizmetleri Dergisi, C. 10, S. 2, Ankara, 2011, s. 38

Tablo 58. İntihar Girişimi İle Psikolog veya Psikiyatrdan Destek Alma Durumu Arasındaki İlişki

Psikolog veya psikiyatrdan destek aldınız mı?		İntihar girişiminde bulundunuz mu?		Toplam
		Hayır	Evet	
Aldım	Sayı	39	8	47
	Satır	83,0%	17,0%	100,0%
	Sütun	15,8%	44,4%	17,7%
Almadım	Sayı	208	10	218
	Satır	95,4%	4,6%	100,0%
	Sütun	84,2%	55,6%	82,3%
Toplam	Sayı	247	18	265
	Satır	93,2%	6,8%	100,0%
	Sütun	100,0%	100,0%	

Katılımcıların intihar girişiminde bulunma durumu ile psikolog veya psikiyatrdan destek alma durumu arasındaki ilişki Tablo 58’de görülmektedir. Psikolojik destek alanların (n=47) intihar girişiminde bulunma oranı %17 iken, psikolog ve ya psikiyatrdan destek almayanların (n=218) intihar girişiminde bulunma oranı %4,6 olarak saptanmıştır. Psikolog ve psikiyatrdan desten alanların intihar girişiminde bulunma oranı daha yüksektir. Gençlerin psiko-sosyal durumunun intihar girişiminde bulunmasıyla bir ilişkisi olduğu anlaşılmaktadır. İntihar girişimi ile psikolog veya psikiyatrdan destek alma durumunu arasında anlamlı bir farklılık vardır. [Pearson Chi-Square=9,442 Asymp. Sig. (2-sided)=0,002<0,05].

10.2. Okuduğu Sınıf ve Cinsiyetin İntihar Girişiminde Bulunma Durumu İle Arasındaki İlişki

Tablo 59. Okuduğu Sınıfa Göre İntihar Girişiminde Bulunma Durumu

Sınıfı		İntihar girişiminde bulundunuz mu?		Toplam
		Hayır	Evet	
Birinci Sınıf	Sayı	137	10	147
	Satır	93,2%	6,8%	100,0%
	Sütun	55,5%	55,6%	55,5%
Dördüncü Sınıf	Sayı	110	8	118
	Satır	93,2%	6,8%	100,0%
	Sütun	44,5%	44,4%	44,5%
Toplam	Sayı	247	18	265
	Satır	93,2%	6,8%	100,0%
	Sütun	100,0%	100,0%	100,0%

Katılımcıların okuduğu sınıf ile intihar girişiminde bulunma durumunu karşılaştırdığımız Tablo 59 incelendiğinde; birinci sınıf ve ikinci sınıf öğrencilerinde intihar girişiminde bulunma oranının %6,8 olduğu ve aynı olduğu görülmektedir. Katılımcıların sınıf düzeyi ile intihar girişiminde bulunma durumu arasında bir farklılık olmadığı görülmektedir. Yapılan Ki-Kare Testi, intihar girişi ile katılımcıların okuduğu sınıf arasında anlamlı bir ilişkinin olmadığını göstermektedir [Pearson Chi-Square= 0,000 Asymp. Sig. (2-sided)=0,994>0,05].

Tablo 60. Cinsiyete Göre İntihar Girişiminde Bulunma Durumu

Cinsiyet		İntihar girişiminde bulundunuz mu?		Toplam
		Hayır	Evet	
Kız	Sayı	135	4	139
	Satır	97,1%	2,9%	100,0%
	Sütun	54,7%	22,2%	52,5%
Erkek	Sayı	112	14	126
	Satır	88,9%	11,1%	100,0%
	Sütun	45,3%	77,8%	47,5%
Toplam	Sayı	247	18	265
	Satır	93,2%	6,8%	100,0%
	Sütun	100,0%	100,0%	100,0%

Katılımcıların cinsiyete göre intihar girişiminde bulunma durumları Tablo 60'da gösterilmiştir. İlgili tablo incelendiğinde; kız öğrencilerin intihar girişiminde bulunma oranı %2,9 olduğu görülmektedir. Erkek öğrencilerin intihar girişiminde bulunma oranının ise %11,1 olduğu görülmektedir. Gençlerin cinsiyete göre intihar girişimlerine bakıldığında; erkeklerin kızlardan daha çok intihar girişiminde bulunduğu anlaşılmaktadır. Cinsiyet ile intihar girişiminde bulunma arasında anlamlı bir ilişki vardır [Pearson Chi-Square=7,077 Asymp. Sig. (2-sided)=0,008<0,05]

10.3. İntihar Girişiminde Bulunma İle Sigara, Alkol ve Uyuşturucu

Madde Kullanma Durumu Arasındaki İlişki

Tablo 61. Sigara Kullanma Durumuna Göre İle İntihar Etme Durumu

Sigara içiyor musunuz?		İntihar girişiminde bulundunuz mu?		Toplam
		Hayır	Evet	
İçmiyorum	Sayı	172	3	175
	Satır	98,3%	1,7%	100,0%
	Sütun	69,9%	16,7%	66,3%
İçiyorum	Sayı	74	15	89
	Satır	83,1%	16,9%	100,0%
	Sütun	30,1%	83,3%	33,7%
Toplam	Sayı	246	18	264
	Satır	93,2%	6,8%	100,0%
	Sütun	100,0%	100,0%	100,0%

Katılımcıların sigara kullanma durumu ile intihar girişiminde bulunma durumu arasındaki ilişki Tablo 61’de gösterilmiştir. Tablo 61 incelendiğinde; sigara içenlerin intihar girişiminde bulunma oranı %16,9 olarak görülmektedir. Sigara içmeyenlerin intihar girişiminde bulunma oranı ise %1,7’dir. Sigara içenlerin sigara içmeyenlere göre intihar girişiminde bulunma oranı daha yüksektir [Pearson Chi-Square=21,284 Asymp. Sig. (2-sided)=0,000<0,05]. Sigara kullananların kullanma nedenleri arasında psikolojik ve sosyal nedenlerin olduğu bu nedenlerin intiharla olan bağlantıların araştırılması intihar girişiminde bulunan gençlerin psiko-sosyal yapısını anlamakta önemli olacaktır.

Katılımcıların alkol kullanma durumu ile intihar girişiminde bulunma durumu arasındaki ilişki Tablo 62’de görülmektedir. Alkol kullananların intihar girişiminde bulunma oranı %15,7 iken, alkol kullanmayanların intihar girişiminde bulunma oranı ise %2,7’dir. Alkol kullanan gençlerin alkol kullanmayan gençlere göre intihar girişiminde bulunma oranı daha yüksektir. Ki-Kare testi sonucunda da alkol kullanımı ile intihar girişi arasında anlamlı bir ilişkinin olduğu sonucu çıkmıştır. [Pearson Chi-Square=15,019 Asymp. Sig. (2-sided)=0,000<0,05]

Tablo 62. Alkol ve Madde Kullanma Durumuna Göre İntihar Etme Durumu

Alkol kullanıyor musunuz?		İntihar girişiminde bulundunuz mu?		Toplam
		Hayır	Evet	
Kullanmıyorum	Sayı	177	5	182
	Satır	97,3%	2,7%	100,0%
	Sütun	71,7%	27,8%	68,7%
Kullanıyorum	Sayı	70	13	83
	Satır	84,3%	15,7%	100,0%
	Sütun	28,3%	72,2%	31,3%
Toplam	Sayı	247	18	265
	Satır	93,2%	6,8%	100,0%
	Sütun	100,0%	100,0%	100,0%
Uyuşturucu Kullanıyor musunuz?				
Evet	Sayı	7	6	13
	Satır	53,8%	46,2%	100,0%
	Sütun	2,8%	33,3%	4,9%
Hayır	Sayı	240	12	252
	Satır	95,2%	4,8%	100,0%
	Sütun	97,2%	66,7%	95,1%
Toplam	Sayı	247	18	265
	Satır	93,2%	6,8%	100,0%
	Sütun	100,0%	100,0%	100,0%

Uyuşturucu madde kullananların intihar girişiminde bulunma oranıysa %46,2 iken, uyuşturucu madde kullanmayanlarda bu oran %4,8 olarak saptanmıştır. Uyuşturucu madde kullananların intihar girişiminde bulunma oranı oldukça fazladır. Bu tür riskli sağlık davranışları olan gençlerin intihar eğilimin daha fazla olduğu söylenebilir. Yapılan Ki-Kare testinde de uyuşturucu madde kullanan gençlerin intihar girişiminde bulunma oranı istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur [Pearson Chi-Square=33,454 Asymp. Sig. (2-sided)=0,000<0,05] Madde kullanımı ve alkol gibi riskli davranışlarda bulunanların depresyona daha yatkın bir ruhsal yapıya sahip olduğu bilinmektedir. Hem depresyonun hem de madde bağımlılığının ve/veya alkolikliğin ayrı ayrı tedavi edilmesi gerekir. Geçmişinde intihar girişimi olan kişilerin depresyon döneminde madde ve alkol gibi zararlı alışkanlıklara daha yatkın olduğu bilinmektedir.¹

¹ K. Ögel, Madde Kullanımı ve Eşlik Eden Psikiyatrik Durumlar, s. 305;
http://www.ogelk.net/Dosyadepo/eslik_edem.pdf (09.10.2015)

10.4. Dövmе/Piercing Kullanımı ve Sonrasında Yaşanılan Sağlık Sorunu İle İlgili Bilgiler

Tablo 63. Dövmе/Piercing Kullanma Durumu

	Sayı	Yüzde	Yığılmalı Yüzde
Evet	24	9,1	9,1
Hayır	241	90,9	100,0
Toplam	265	100,0	

Katılımcıların dövme/piercing yaptıрма/kullanma durumları Tablo 63’de gösterilmiştir. Tablo 63 incelendiğinde; katılımcıların %9,1’i dövme/piercing kullandığı anlaşılmaktadır. Katılımcıların büyük bir çoğunluğu %90,1’i ise dövme ya da piercing kullanmamaktadır.

Ege Üniversitesinde okumakta olan 171’i kız 151’i erkek toplam 322 öğrencide yapılan araştırmada piercing yaptıрма oranı %20,5 olarak saptanmıştır. Piercing yaptıranların %84,5’i kız öğrencileridir. Öğrencilerin yaş ortalamaları $19,3 \pm 0,98$ ’dir. Piercing yaptıranların %27,4’ ü piercingle ilgili bir sorun yaşadığını belirtmiştir. Sorun yaşayan öğrencilerden %42,1’inin bu sorunu kendisinin tedavi ettiği, %21,1’inin sağlık kuruluşuna gittiği ve %10,5’i ise dövme yapılan yere başvurduğu saptanmıştır. Piercing yaptıрма nedenleri arasında %88 oranla hoş bir görüntüsü olması gelmektedir. Tüm araştırma grubu içinde piercing hakkında bilgisi olan öğrencilerin oranı ise %39,8’dir. Bilginin kaynağı ise %21,5 oranla internet, radyo ve televizyonken, %18,5 oranla arkadaş grubudur.¹

Üniversite öğrencilerinde yapılan bir araştırmada, dövme yaptıran ve yaptırmayı düşünenlerin; %88’i dövme yapılan yerin hijyenik olmasına dikkat etmekte, %40’ ı yaptırmadan önce ve %82’si yan etki oluştuğunda sağlık kuruluşuna başvurmak gerektiğini ifade etmiştir. %61’i dövme yaptırdıktan sonra dikkat edilmesi gereken hususlar hakkında bilgi sahibi değildir. %35’i dövme yapılan yerlerde bir hekimin bulunması gerektiğini, %33’ü ise bir hekimin bulunmaması gerektiğini düşünmektedir. Öğrencilerin; %32’si dövme yaptıрма yaş sınırının 18 olması gerektiğini, %40’ı ise yaş sınırının gerekmediğini ifade etmiştir. Öğrencilerin sadece

¹ D. Ç. Umar- F. Öğce- Y. Ç. Koçak- Z. B. Akmeşe, s. 156

%15'i dövme stüdyolarının denetlenmediği hakkında bilgi sahibi iken, %92'si dövme işlemi yapılan yerlerin denetlenmesi gerektiğini düşünmektedir.¹

Tablo 64. Dövme/Piercing Yapımı ve Sonrasında Sağlık Sorunu Yaşama Durumu

Sağlık sorunu yaşama durumu	Sayı	Geçerli Yüzde	Yığılmalı Yüzde
Evet	2	8,3	8,3
Hayır	22	91,7	100,0
Toplam	24	100,0	

Katılımcıların dövme/piercing yapımı ve sonrasında sağlık sorunu yaşama durumu Tablo 64'de gösterilmektedir. Dövme/piercing yaptıranların %8,3'ü yaptırdığı dövme/piercing sonrası bir sağlık sorunu yaşarken, %91,7'si böyle bir sağlık sorunu yaşamamıştır. Dövme/piercing inanç, kültür, estetik ve daha birçok amaçla yaptırılmaktadır. Dövme/piercing yapımında kullanılan malzemelerin ve ortamın temizliği ve işlemin profesyonel kişilerce yapılması sağlık sorunlarının ortaya çıkmasını engelleyecektir.

10.5. Cinsiyet ve Okunulan Sınıfın Dövme/Piercing Kullanımı İle İlişkisi

Tablo 65. Cinsiyete Göre Dövme/Piercing Kullanımı

Cinsiyet		Kalıcı dövme/piercinginiz var mı?		Toplam
		Evet	Hayır	
Kız	Sayı	12	127	139
	Satır	8,6%	91,4%	100,0%
	Sütun	50,0%	52,7%	52,5%
Erkek	Sayı	12	114	126
	Satır	9,5%	90,5%	100,0%
	Sütun	50,0%	47,3%	47,5%
Toplam	Sayı	24	241	265
	Satır	9,1%	90,9%	100,0%
	Sütun	100,0%	100,0%	100,0%

Katılımcıların cinsiyetiyle dövme/piercing kullanımı arasındaki ilişki Tablo

¹ B. Yıldırım-B. Verdi-G. B. Özdemir-M. Yurtoğlu-S. Canan, "Kalıcı Dövme Bilinci", Proje Araştırması,(Proje Dan. P. Müştak), Ankara Üniversitesi, 2011; http://kdt.medicine.ankara.edu.tr/files/2014/11/Grup_411.pdf (07.09.2015)

65'te gösterilmektedir. Kızların %8,6'sının erkeklerin ise %9,5'inin kalıcı dövme/piercing kullandığı görülmektedir. Erkeklerin daha fazla dövme/piercing kullandığı fakat kullanma oranları arasında büyük bir farklılığın olmadığı görülmektedir. Yapılan Ki-Kare testi sonucunda da cinsiyet ile kalıcı dövme/piercing kullanımı arasında anlamlı bir farklılığın olmadığı saptanmıştır[Pearson Chi-Square= 0,064 Asymp. Sig. (2-sided)=0,801>0,05].

Tablo 66. Okuduğu Sınıfa Göre Kalıcı Dövme/Piercing Kullanma

Sınıf		Kalıcı dövme/piercinginiz var mı?		Toplam
		Evet	Hayır	
Birinci Sınıf	Sayı	13	134	147
	Satır	8,8%	91,2%	100,0%
	Sütun	54,2%	55,6%	55,5%
Dördüncü Sınıf	Sayı	11	107	118
	Satır	9,3%	90,7%	100,0%
	Sütun	45,8%	44,4%	44,5%
Toplam	Sayı	24	241	265
	Satır	9,1%	90,9%	100,0%
	Sütun	100,0%	100,0%	100,0%

Katılımcıların okuduğu sınıf ile kalıcı dövme/piercing kullanımı arasındaki ilişki Tablo 66'da gösterilmektedir. Birinci sınıf öğrencilerin dövme/piercing kullanma oranı %8,8 iken, dördüncü sınıf öğrencilerinde bu oranın %9,3 olduğu görülmektedir. Dördüncü sınıf öğrencilerinin kalıcı dövme/piercing kullanma oranı yüksek olsa da birinci sınıfların kalıcı dövme/piercing kullanma oranına oldukça yakındır. Katılımcıların okuduğu sınıf ile kalıcı dövme/piercing kullanımı arasında yapılan Ki-Kare testi sonucu da istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı sonucuna varılmıştır [Pearson Chi-Square= 0,018 Asymp. Sig. (2-sided)=0,893>0,05].

11. KATILIMCILARIN SAĞLIK DURUMU İLE İLGİLİ BİLGİLER ve KARŞILAŞTIRMALI ANALİZİ

11.1. Kronik Rahatsızlık ve Sürekli Kullanılan İlaçlarla İlgili Bilgiler

**Tablo. 67. Kronik Rahatsızlığın Olup/Olmama Durumu Sürekli
Kullanılan İlaçlarla İlgili Dağılımı**

Kronik Rahatsızlığın Olup/Olmama Durumu			
	Sayı	Yüzde	Yığılmalı Yüzde
Evet, var.	28	10,6	10,6
Hayır, yok.	237	89,4	100
Toplam	265	100	
Sürekli Kullanılan İlacın Olup/Olmama Durumu			
	Sayı	Yüzde	Yığılmalı Yüzde
Evet, var.	26	9,8	9,8
Hayır, yok.	239	90,2	100
Toplam	265	100	

Katılımcıların kronik bir rahatsızlığının ve sürekli kullandığı ilacın olup olmama durumuna ilişkin bilgiler Tablo 67’de gösterilmiştir. Katılımcıların %10,6’sının kronik bir rahatsızlığının olduğu saptanmıştır. %89,4’ünün herhangi bir kronik rahatsızlığı yoktur. Katılımcıların belirttikleri kronik rahatsızlıklarsa; alerji, astım, bronşit, hepatit, migren, romatizma ve guatrdir.

Sürekli kullanılan ilaçlarla ilgili bilgiler incelendiğinde; katılımcıları %9,8’inin sürekli ilaç kullandığı görülmektedir. Katılımcıların kullandığı ilaçlar ise; ağrı kesiciler, astım ilaçları, alerji ilaçları, penisilin ve sakinleştirici olarak ifade etmişleridir.

11.2. Katılımcıların Sağlık Düzeyi İle İlgili Algısı

Tablo 68. Sağlık Düzeyi İle İlgili Dağılımlar

Sağlık Düzeyi	Sayı	Yüzde	Yığılmalı Yüzde
Çok iyi	53	20,0	20,0
İyi	125	47,2	67,2
Orta	79	29,8	97,0
Kötü	8	3,0	100,0
Çok Kötü	0	0	100,0
Toplam	265	100,0	

Katılımcıların sağlık düzeyi ile ilgili Düşünceleri Tablo 68’de görülmektedir. Katılımcıların %20’si sağlığını çok iyi görmektedir. %47,2’si iyi, %29,8’i orta, %3’ü ise sağlık durumun kötü olarak görmektedir. Katılımcılar arasında sağlığını çok kötü gören bulunmamaktadır. Katılımcıların %97’si sağlığını kötü olarak görmemektedir. Katılımcıların sağlığı ile ilgili düşünceleri sübjektif sağlığını içermektedir. Objektif sağlık katılımcıların algıladığı sağlık düzeyinden farklılık gösterebilir. Uzmanlar tarafından tıbbi olarak değerlendirilen ve sonuçlandırılan sağlık düzeyi objektif sağlıklıdır.

Üniversite öğrencilerinde yapılan araştırmada, öğrencilerin sağlık düzeyleri hakkında düşünceleri şöyledir: %5’i sağlığını "Mükemmel", %24,1’i "Çok iyi", %52,4’ü "İyi", %15,4’ü "Orta", %3’ü ise “Zayıf” olarak değerlendirmiştir.¹

¹ A. Bozhüyük, Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Öğrencilerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Değerlendirilmesi, Çukurova Üniversitesi, SABE, Yayımlanmamış Uzmanlık Tezi, Adana, 2010, s. 45

11.3. Cinsiyet ve Okunulan Sınıfın Kronik Rahatsızlık ve İlaç Kullanımıyla İlişkisi

Tablo 69. Cinsiyet ve Okunulan Sınıfa Göre Kronik Rahatsızlık Durumu

Sınıf		Kronik bir rahatsızlığınız var mı?		Toplam
		Evet	Hayır	
Birinci Sınıf	Sayı	15	132	147
	Satır	10,2%	89,8%	100,0%
	Sütun	53,6%	55,7%	55,5%
Dördüncü Sınıf	Sayı	13	105	118
	Satır	11,0%	89,0%	100,0%
	Sütun	46,4%	44,3%	44,5%
Toplam	Sayı	28	237	265
	Satır	10,6%	89,4%	100,0%
	Sütun	100,0%	100,0%	100,0%
Cinsiyet				
Kız	Sayı	16	123	139
	Satır	11,5%	88,5%	100,0%
	Sütun	57,1%	51,9%	52,5%
Erkek	Sayı	12	114	126
	Satır	9,5%	90,5%	100,0%
	Sütun	42,9%	48,1%	47,5%
Toplam	Sayı	28	237	265
	Satır	10,6%	89,4%	100,0%
	Sütun	100,0%	100,0%	100,0%

Katılımcıların okuduğu sınıfa göre kronik rahatsızlığı olup olmadığı Tablo 69’da gösterilmiştir. Birinci sınıf öğrencilerinde kronik rahatsızlık oranı %10,2 iken, dördüncü sınıf öğrencilerinde bu oran %11’dir. Kronik rahatsızlık durumu sınıf düzeyine göre incelendiğinde oranların birbirine yakın olduğu ve okuduğu sınıfa göre önemli bir farklılık göstermediği görülmektedir. Yapılan Ki-Kare Testi, okuduğu sınıf ile kronik rahatsızlık durumu arasında anlamlı bir farklılığın olmadığı göstermektedir[Pearson Chi-Square= 0,046 Asymp. Sig. (2-sided)=0,831>0,05].

Katılımcıların cinsiyete göre kronik rahatsızlığı olup olmadığı da Tablo 69’da gösterilmiştir. Kız öğrencilerinde kronik rahatsızlık oranı %11,5 iken, erkek öğrencilerinde bu oran %9,5’tir. Kronik rahatsızlık durumu cinsiyete göre incelendiğinde oranların birbirine yakın olduğu ve cinsiyete göre önemli bir farklılık göstermediği görülmektedir. Yapılan Ki-Kare Testi, cinsiyetle kronik rahatsızlık durumu arasında anlamlı bir farklılığın olmadığı göstermektedir[Pearson Chi-Square= 0,276 Asymp. Sig. (2-sided)=0,599>0,05].

Tablo 70. Cinsiyet ve Okunulan Sınıfa Göre Sürekli İlaç Kullanma Durumu

Sınıf		Sürekli kullandığınız ilacınız var mı?		Toplam
		Evett	Hayır	
Birinci Sınıf	Sayı	13	134	147
	Satır	8,8%	91,2%	100,0%
	Sütun	50,0%	56,1%	55,5%
Dördüncü Sınıf	Sayı	13	105	118
	Satır	11,0%	89,0%	100,0%
	Sütun	50,0%	43,9%	44,5%
Toplam	Sayı	26	239	265
	Satır	9,8%	90,2%	100,0%
	Sütun	100,0%	100,0%	100,0%
Cinsiyet				
Kız	Sayı	18	121	139
	Satır	12,9%	87,1%	100,0%
	Sütun	69,2%	50,6%	52,5%
Erkek	Sayı	8	118	126
	Satır	6,3%	93,7%	100,0%
	Sütun	30,8%	49,4%	47,5%
Toplam	Sayı	26	239	265
	Satır	9,8%	90,2%	100,0%
	Sütun	100,0%	100,0%	100,0%

Katılımcıların okuduğu sınıfa göre sürekli ilaç kullanma durumu Tablo 70’te gösterilmektedir. Birinci sınıf öğrencilerinde sürekli ilaç kullanma oranı %8,8 iken, dördüncü sınıf öğrencilerinde bu oran %11’dir. Sürekli ilaç kullanma durumu sınıf düzeyine göre incelendiğinde dördüncü sınıf öğrencilerinin oranının daha yüksek olduğu görülmektedir. Ama yapılan Ki-Kare Testi, okuduğu sınıf ile sürekli ilaç kullanma durumu arasında anlamlı bir farklılığın olmadığı göstermektedir[Pearson Chi-Square= 0,349 Asymp. Sig. (2-sided)=0,554>0,05].

Katılımcıların cinsiyete göre sürekli ilaç kullanma durumu da Tablo 70’te gösterilmektedir. Kız öğrencilerinde sürekli ilaç kullanma oranı %12,9 iken, erkek öğrencilerinde bu oranın %6,3 olduğu görülmektedir. Kız öğrencilerinin oranının erkek öğrencilerinin oranından daha yüksek olduğu görülmektedir. Ama Ki-Kare Testi sonucunda cinsiyet ile sürekli ilaç kullanma durumu arasında anlamlı bir farklılığın olmadığı saptanmıştır[Pearson Chi-Square= 0,349 Asymp.Sig.(2-sided)=0,554>0,05].

SONUÇ

Gençlerde görülen riskli sağlık davranışlarının nedenlerini incelediğimizde; sosyo-ekonomik, sosyo-demografik ve psiko-sosyal olmak üzere birçok etkenin olduğu tespit edilmiştir. Genç erkeklerde sigara, alkol ve uyuşturucu kullanımı genç kızlara göre daha fazladır. Fastfood ve ocakbaşı tüketmeyen genç oranı çok azdır. Yeşil sebze ve süt ürünleri tüketimi oranı düşüktür. Gençlerin intihar girişiminde bulunma oranları yüksek çıkmıştır.

Gençlerin riskli sağlık davranışlarından uzak durması için bu tür davranışların tanımı iyi yapılmalı ve gençlere çok iyi bir şekilde öğretilmelidir. Sağlığın değeri ve onu korumanın önemi gençler tarafından iyice anlaşılmalıdır. Gençlere dost sağlık kuruluşlarının sayısı artırılmalı, kamu ve özel sektör gençlerin daha fazla spor yapması ve daha sağlıklı yaşaması için sürekli çalışmalıdır. Gençlerin riskli sağlık davranışlarından uzak durması onlara sporu ve sağlığı sevdirmekle mümkün olacaktır. Gençlerin sağlıklı yaşaması için gençlerin hayatında bisiklet yolu, koşu parkurları, spor sahaları, fitness salonları, yürüyüş yapabileceği doğal ve yeşil alanlar almalıdır. Sağlıklı yaşama ait bu unsurlar gençlere spor yapma kültürünü ve sağlıklı yaşam felsefesi aşılayacaktır.

Gençlerin riskli sağlık davranışlarından korunmasında ve sağlığını geliştiren davranışlar kazanmasında düzenli egzersizler ve düzenli beslenme büyük bir öneme sahiptir. Gençlerin spor faaliyetlerine katılımların sağlanması fastfood, ocakbaşı türü yiyeceklerin fazla tüketilmemesi gençlerin daha sağlıklı bir hayat sürmesinde önemli bir rol oynamaktadır. Gençliğin özellikle kahvaltıya gereken önemi vermesi güne daha iyi başlamasını ve gün içinde gereken enerjiyi depolamasını sağlayacaktır. Üniversitede, yurttta, pansiyonda ve öğrenci evinde yapılan yemeklerinin gerekli besin değerlerini taşıması, gencin gelişiminde ve sağlığında önemli bir role sahiptir.

Gençlerin ekonomik durumu riskli sağlık davranışlarını etkilemektedir. Gencin eline geçen paranın riskli davranışları üzerinde etkisi bulunmaktadır. Ekonomik gelirleri farklı olsa da riskli davranışlarını aynı olan öğrencilerin ekonomik gelire bağlı olarak riskli davranışlarının marka ve kullanım sıklığı değişiklik göstermektedir.

Varsayımların değerlendirilmesi ise şu şekildedir:

i. “Gençlerde sigara, alkol ve uyuşturucu kullanımı cinsiyete göre farklılık göstermektedir. Erkeklerde sigara alkol ve uyuşturucu kullanımı kızlara göre daha fazladır.” Bu varsayım tutarlı çıkmıştır. Gençler içinde sigara, alkol ve uyuşturucu kullanımı erkeklerde kızlardan daha fazladır. Çalışmamızda kızların erkeklerden daha az sigara, alkol ve uyuşturucu kullandığı istatistiksel olarak saptanmıştır. Toplumumuzda genç erkeklerin aileleri tarafından daha rahat bir şekilde yetiştirilmesi, genç kızların ise bu tür riskli sağlık davranışlarına karşı daha bilinçli davranması ve kendini sakınması bu tür riskli davranışların cinsiyete göre farklılık göstermesinde önemli bir unsurdur. Cinsiyete göre riskli sağlık davranışlarında ki farklılığın altında toplumsal ve bireysel birçok psiko-sosyal nedeninde bulunduğu, bu nedenlerin kültüre, tarihe, dine, dile, ırka ve birçok unsura bağlı olarak değişiklik gösterdiği bilinmektedir.

ii. “Gençlerin aylık ortalama geliri, riskli sağlık davranışlarını etkilemektedir. Aylık ortalama gelir arttıkça riskli davranışları eğilimi artmaktadır.” Bu varsayım kısmen tutarlı çıkmıştır. Gençlerin aylık ortalama geliri arttıkça sigara ve alkol kullanımı artmaktadır. Diğer riskli davranışlardan olan uyuşturucu madde kullanımı, sağlıksız beslenme ve fiziksel aktivitesizlik ise aylık ortalama gelire göre istatistiksel anlamda farklılık göstermemektedir.

“iii. Sigara, alkollü içki ve uyuşturucu madde kullanan gençlerde intihar girişiminde bulunma davranışı sigara, alkollü içki ve uyuşturucu madde kullanmayan gençlere göre daha fazladır.” Bu varsayım tutarlı çıkmıştır. Gençlerin riskli davranışlarından olan sigara, alkol ve uyuşturucu/uyarıcı madde kullanımı gençlerin intihar girişiminde bulunma eğilimi artırmaktadır. Bu tür bağımlılık yapıcı maddeler depresyon ve stres dönemlerinde gençlerin sağlığını daha da fazla tehdit etmektedir. Sorunlarından uzaklaşma ve kendini rahatlatmak adına riskli sağlık davranışlarına eğilim göstermektedir. Gençlerin ruhsal çöküşünü hızlandıran bu tür maddeler intihar düşüncesini de tetiklemektedir. Gençlerin olgun ve sağlıklı düşünmesini engelleyen bu tür riskli sağlık davranışları, gencin ailesinin ve arkadaşlarının yanı sıra eğitmenler ve uzmanlar tarafından ön görülmeli ve

gençlerin bu tür riskli sağlık davranışlarından uzak durmaları adına kamu ve özel sektörün yetkili kurumlarınca çalışmalara sürekli devam etmelidir.

“iv. Gençlerin cinsel yolla bulaşan hastalıklar hakkında bilgisi okumakta olduğu sınıfa göre farklılaşmaktadır. Sınıf düzeyi arttıkça bilgi düzeyi artmaktadır.” Bu varsayım tutarlı çıkmıştır. Gençlik döneminde cinsel yolla bulaşan hastalıklar hakkında bilgi gencin okuduğu sınıf düzeyine göre farklılık göstermektedir. Üniversite dördüncü sınıf öğrencilerinin birinci sınıf öğrencilerine göre cinsel yolla bulaşan hastalıklar hakkında bilgisinin daha fazla olduğu tespit edilmiştir. Gençlerini eğitim seviyeleri arttıkça karşı cinsle olan diyalogu ve yaklaşımı atmaktadır. Sağlık ve cinsellikle ilgili konular ahlaki sınırlar içerisinde arkadaşlar arasında daha rahat ve çağdaş bir şekilde ifade edilebilmektedir. Üniversite eğitimiyle daha bilgili hale gelen ve olgun düşünmeyi öğrenen genç bu tür konularda uzmanlardan destek almaktan çekinmemektedir. Böylece gençlerin cinsel yolla bulaşan hastalıklar hakkında bilgi düzeyi artmaktadır.

“v. Gençlerde fastfood ve ocakbaşı türü yiyeceklerin tüketimi arttıkça fiziksel aktivitesizlik de artmaktadır. Fastfood ve ocakbaşı türü yiyecek tüketen gençler tüketmeyen gençlere kıyasla daha az fiziksel aktivitede bulunur.” Bu varsayım tutarsız çıkmıştır. Gençlerin fastfood ve ocakbaşı türü yiyecekleri yeme oranı çok yüksek çıkmıştır. Fastfood ve ocakbaşının pratik olması ve ucuz olması gençler için idealdir. Fiziksel aktivite ile fastfood ve ocakbaşı türü yiyecekler arasında anlamlı bir ilişki olmadığı saptanmıştır.

KAYNAKÇA

- Abuzer, C., Üniversite Gençliğinin Değişen Din Anlayışı, İstanbul, 2010
- Akbaba, Z., İstanbul'un Esenyurt İlçesindeki Liselerde Okuyan Öğrencilerin Riskli Sağlık Davranışları Üzerine Bir Araştırma, BEÜ, SBE, YYLT, İstanbul, 2012
- Akdur, R., "Çağdaş Sağlık ve Sağlık Hizmetleri Kavramları Bu Kavramlara Etki Eden Dinamikler" Halk Sağlığı, Ankara, 1998
- Akkaya, S., Üniversite Öğrencilerinin Popüler Kültür Etkinlikleri ve Boş Zaman Alışkanlıkları, AÜ, SBE, YYLT, Eskişehir, 2008
- Akkun, N., İntiharın Psikodinamikleri, İstanbul, 1987
- Aktaş, E., Ahi Evran Üniversitesindeki Öğrencilerin Beslenme Durumlarının Arizona Besin Tüketim Sıklığı Formu İle Saptanması, Erciyes Üniversitesi, SABE, Kayseri, 2011
- Albayrak, A. S. - Kalaycı, Ş. - Karataş, A., "Türkiye'de Coğrafi Bölgelere Göre İllerin Sosyoekonomik Gelişmişlik Düzeylerinin Temel Bileşenler Analiziyle İncelenmesi", Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, C. 9, S. 2, , Isparta, 2004
- Alptekin, D., Toplumsal Aidiyet ve Gençlik, Ankara, 2012
- Andsoy, I. I. - ŞahinA. O., "Ele Alınmayan Bir Konu: Dövme ve Vücut Piercing Uygulamalarında Enfeksiyon Kontrolünde Hemşirenin Rolü", Bakırköy Tıp Dergisi, C.10, S.4, 2014
- Apuhan, R.Ş., Ergenlerle İletişim, İstanbul, 2006
- Arıkan, Z., "Alkol Kullanım Bozukluğu", Madde Bağımlılığı Tanı ve Tedavi Kılavuzu El Kitabı, Ankara, 2011

- Arlı, E., "Barınma Yerinin Üniversite Öğrencilerinin Kişisel ve Sosyal Gelişim ve Akademik Başarı Üzerindeki Etkilerinin Odak Grup Görüşmesi İle İncelenmesi", Yükseköğretim ve Bilim Dergisi, C. 3, S. 2, 2013
- Arslan, E., "Bağlanma Stilleri Açısından Ergenlerde Erikson'un Psikososyal Gelişim Dönemleri ve Ego Kimlik Süreçlerinin İncelenmesi", Selçuk Üniversitesi, SBE, YYLT, Konya, 2008
- Aslanargun, E., "Türkiye'de Yükseköğretim ve Öğrenci Yurt Hizmetleri Memnuniyeti" Bilim Araştırma Dergisi, C. 10, S. 30, Ankara, 2014
- Atasoy, N. - Saraçlı, Ö. - Sankır, H., Zonguldak İl Merkezinde İntihar Davranışının Yaygınlığı, Sosyo-demografik, Klinik ve Ailesel Risk Etkenleri, Zonguldak, 2014
- Ateş, M., Sağlık Sistemleri, İstanbul 2013
- Avcı, M., "Ergenlikte Toplumsal Uyum Sorunları", Atatürk Üniversitesi, SBED, C.7, S. 1, Erzurum, 2006
- Aytaç, A.- Eliş, B. - Çelik, K. -Ercan, H. - Çarkoğlu, A., İnsani Gelişme Raporu Türkiye'de Gençlik, Ankara, 2008
- Aytekin, F., "Üniversite Öğrencilerinin Beslenme Durumları Üzerinde Bir Araştırma", Gıda Dergisi, C. 25, S. 2, Ankara, 2000
- Babuna, C. , Bayhan, N., Uyuşturucu Bağımlılık Afeti ve Sorunları, İstanbul, 2009
- Babuna, C., Alkol Esareti ve Sağlık Sorunları, İstanbul, 2008
- Bahar Özvarış, Ş., "Sağlığı Geliştirmede Tarihsel Süreç ve Kavramsal Çerçeve", 16.Ulusal Halk Sağlığı Kongre Kitabı, Antalya, 2013
- Bahar Özvarış, Ş., Sağlığın Geliştirilmesi Kavramı, Halk Sağlığı İle İlgili Güncel Sorunlar ve Yaklaşımlar,(Ed. D. Aslan), Ankara, 2009
- Bakırcıoğlu, R., Çocuk ve Ergenlerde Ruh Sağlığı, Ankara, 2010

- Baltaş, Z., Sağlık Psikolojisi, İstanbul, 2000
- Baştürk, R., Hayat Rehberi, İstanbul, 2004
- Baygal, A., "Alkol ve Uyuşturucu Madde Bağımlılığı", Sosyal Problemler Sosyolojisi, (Ed. N. Adak), Ankara, 2009
- Bayhan, V. , Üniversite Gençliğinde Anomi ve Yabancılaşma İnönü Üniversitesi Uygulaması, İnönü Üniversitesi, SBE, YDT, Malatya, 1995
- Bayrak, U. - Gram, E. - Mengeş, E. - Okumuş, Z. G.- Sayar, H. C. - Skrijelj, E. - Açıkgöz, A. - Çehreli, R. - Ellidokuz, H., "Üniversite Öğrencilerinin Sağlıkla İlgili Alışkanlıklar ve Kansere Konusundaki Bilgi ve Tutumları", DEÜ Tıp Fakültesi Dergisi, C.24, S.2, 2010, İzmir
- Baysal, A., Beslenme, Ankara, 2007
- Baysoy, N.G., Üniversite Öğrenimi Sırasında Öğrencilerin Sağlık Riskleri Konusundaki Bilgi, Tutum, Davranışlarındaki Değişimi, Marmara Üniversite, SABE, YYLT, İstanbul, 2007
- Bingöl, F. - Karakoç, A. - Karaca, S. - Ocakçı, A. F., "17–19 Yaş Üniversite Öğrencisi Ergenlerde Depresyon Düzeyi, Sosyal İşlevsellik ve Sorun Çözme Becerisi Arasındaki İlişkinin İncelenmesi", Ankara Sağlık Hizmetleri Dergisi, C. 10, S. 2, Ankara, 2011
- Birsöz, S., "Gençlik Dönemine İlişkin Bio-Psikososyal Sorunlar ve Sağlık", Aile ve Toplum, C. 1, S. 1, Ankara, 1991
- Body mass index; <http://www.euro.who.int/en/health-topics/disease-prevention/nutrition/a-healthy-lifestyle/body-mass-index-bmi> (21.08.2015)
- Bolay, S. H., İçki, Ankara, 2007
- Bolsoy, N. - Sevil, Ü., "Sağlık-Hastalık ve Kültür Etkileşimi", Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, C. 9, S. 3, Erzurum, 2006

- Bozhüyük, A., Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Öğrencilerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Değerlendirilmesi, Çukurova Üniversitesi, SABE, Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi, Adana, 2010
- Budak, N. - Özer, E. - Kovalı, S. - İnceiş, N., “Kahvaltının Öğrencilerin Beslenmesine Katkısı ve Akademik Başarıya Etkisi”, Beslenme ve Diyet Dergisi C. 32 S. 1, 2005
- Buğdaycı, G., Üniversite Öğrencilerinin Sigara Alkol ve Madde Kullanımı ve Madde Kullanımını Etkileyen Sosyal Kültürel ve Ekonomik Süreçler “Sakarya Üniversitesi Örneği”, Sakarya Üniversitesi, SBE, YYLT, Sakarya, 2008
- Canbek, G. - Sağiroğlu, Ş., “Çocukların ve Gençlerin Bilgisayar ve internet Güvenliği”, Politeknik Dergisi, C. 10, S. 1, 2007
- Cankorkmaz, Z., “Üniversite Öğrencilerinin Bilgi Teknolojilerini Kullanma Düzeyleri ve İnternetteki Tüketim Eğilimleri”, CÜ, İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi, C. 11, S. 2, 2010, Sivas
- CETAD, Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı Alanında Ulusal ve Yerel Medya Yoluyla Savunuculuk Projesi, (Ed. N. Özgülnar, - H. Pektaş), İstanbul, 2007; http://www.cetad.org.tr/CetadData/Book/19/269201116425-bilgilendirme_dosyasi_4.pdf (25.07.2015)
- CETAD, Gençlik ve Cinsellik, (Ed. S. Karabey- N. Müftüoğlu), İstanbul, 2007; http://www.cetad.org.tr/CetadData/Book/32/269201116835-bilgilendirme_dosyasi_7.pdf (19.04.2015)
- Ceyhun, A. G. -Ceyhun, B., "Lise ve Üniversite Öğrencilerinde İntihar Olasılığının Değerlendirilmesi", Klinik Psikiyatri Dergisi, C.6, S.4, 2003; <http://www.klinikpsikiyatri.org/files/journals/1/177.pdf> (11.07.2015)
- Chabrol, H., Ergen Depresyonu, (Çev. I. Ergüden) , Ankara, 2011

- Chan M., “Küresel Tütün Salgını Tersine Çevirmek ve Milyonlarca Yaşamı Kurtarmak İçin Şimdi Harekete Geçmeliyiz” DSÖ Küresel Tütün Salgını Raporu, (Çev. Ed. N. Bilir), 2008
- Cirhinlioğlu, Z., Sağlık Sosyolojisi, Ankara, 2001
- Coenen Hunter, J., Durkheim’i Anlamak, (Çev. S. Akyüz), İstanbul, 2013
- Çobanoğlu, Z., “Kent ve Sağlığın Mevcut Hukuki Durumu”, Kent-Çevre ve Sağlık Sempozyumu, Ankara, 2007
- Dağdeviren, Z., Şanlıurfa İl Merkezindeki Lise Öğrencilerinin Sağlığı Geliştirme Davranışları ve İlişkili Faktörler, Harran Üniversitesi, SABE, Şanlıurfa, 2010
- Danış, D., Demografi: Nüfus Meselelerine Sosyolojik Bir Bakış; http://www.acikders.org.tr/pluginfile.php/4160/mod_resource/content/1/TUBA12.pdf (16.08.2015)
- Demir, R., Üniversitenin Bugünü ve Yarını, Ankara, 2008
- Demirci, M., Beslenme, Tekirdağ, 2007
- Deniz, A. Ç., “Öğrenci İşi” Üniversite Öğrencilerinin Gündelik Hayatı: İstanbul Örneği, İstanbul, 2014
- Derman, O., “Ergenlerde Psikososyal Gelişim”, İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri, Sempozyum Dizisi, No: 63, İstanbul, 2008
- Dilbaz, N., Madde Kullanım Riski ve Madde Bağımlılığından Korunma, Ankara, 2013
- Durkheim, E., İntihar, (Çev. Ö. Ozankaya), İstanbul, 2011
- Durmuş, A., Çocuğumu Gençliğe ve Hayata Hazırlıyorum, İstanbul, 2006
- Elster, J., Sosyal Davranışı Açıklamak, (Çev. O. Sevimli – M.Ö. Karaduman), Ankara, 2010

- Eren, E., Örgütsel Davranış ve Yönetim Psikolojisi, İstanbul, 2012
- Ergenç, G. vd., Madde Kullanımı Önleme Kılavuzu, (Ed. G. Ergenç – E. Yıldırım), İstanbul, 2007
- Eroğlu, F., Davranış Bilimleri, İstanbul, 2007
- Ersoy, N. - Ayaz, A., “Üniversite Öğrencilerinin Kahvaltı Yapma Alışkanlıklarının Saptanması”, Beslenme ve Diyet Dergisi (Ed. A. Baysal), C. 40, S.3, Ankara, 2012
- Evren, H., Trakya Üniversitesi Öğrencilerinin Riskli Sağlık Davranışları Ve Sağlık Hizmeti Kullanımları, Trakya Üniversitesi, SABE, YYLT, Edirne, 2008
- Genç Akran Ağı (Y-PEER), Eğitimci Eğitimi Rehberi, (Çev. Ö. Karadağ), Ankara, 2004;http://halksagligiokulu.org/anasayfa/components/com_booklibrary/ebooks/akran_e%C4%9Fitimi.pdf
- Gençtanırım Kuru, D., Ergenlerde Riskli Davranışların Yordanması, HÜ, SBE, YDT, Ankara, 2010
- Gizir, C. A., “Orta Doğu Teknik Üniversitesi Son Sınıf Öğrencilerinin Problemleri Üzerine Bir Çalışma”, Mersin Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi, C. 1, S. 2, Mersin, 2005
- Görün Baran, A., “Genç ve Gençlik: Sosyolojik Bakış", Gençlik ve Araştırmaları Dergisi, C.1, S.1, Ankara, 2013
- Gunter, T. E. - McDowell, B. M., "Body Piercing: Issues in Adolescent Health", Journal for Specialists in Pediatric Nursing, Vol. 9, No. 2, April-June, 2004
- Guzman, M. R. - Pohlmeier, L. A., “High-Risk Behaviors in Youth”, University of Nebraska–Lincoln Extension, Institute of Agriculture and Natural Resources, 2014;
<http://www.ianrpubs.unl.edu/pages/publicationD.jsp?publicationId=786>
(22.06.2015)

- Gül, T., Sağlıklı Beslenme Kavramı ve Üniversite Öğrencilerinin Beslenme Alışkanlıklarına Yönelik Tutum ve Davranışları: Çukurova Üniversitesi Örneği, Çukurova Üniversitesi, SBE, YYLT, Adana, 2011
- Günay Aktaş, S., Türkiye’de İntihar, Eskişehir, 2014
- Gür, B. S. - Dalmış, İ. - Kırmızıdağ, N. - Çelik, Z. - Boz, N., Türkiye’nin Gençlik Profili, Ankara, 2012
- Gürkan, B. - Dirik, G., "Üniversite Öğrencilerinde İntihar Düşünce ve Davranışları ile İlişkili Faktörler: Yaşamı Sürdürme Nedenleri ve Baş Etme Yolları", Türk Psikoloji Yazıları, C. 12, S. 24, 2009
- Gürses, İ. - Kılavuz, M. A., "Erikson’un Psiko-Sosyal Gelişim Dönemleri Teorisi Açısından Kuşaklararası Din Eğitimi ve İletişiminin Önemi", Uludağ Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi, C. 20, S. 2, Bursa, 2011
- Hatipoğlu, A. - Acar, E. - Akar Vural, R., - Binay, B., Öğrenci Profili Araştırması– 2011, Aydın, 2011
- Illich, I., Okulsuz Toplum,(Çev. M. Özay), İstanbul, 2009
- İnanç, B. Y. - Bilgin, M. - Atıcı, M. K., Gelişim Psikolojisi, Adana, 2004
- Jessor, R., "Risk Behavior in Adolescence: A Psychosocial Framework for Understanding and Action", Journal of Adolescent Health, 1991; http://www.colorado.edu/ibs/jessor/pubs/1991_Jessor_JAH_RiskBehaviorinAdolescence.pdf (22.06.2015)
- Kacur, M.- Atak, M., "Üniversite Öğrencilerinin Sorun Alanları ve Sorunlarla Başetme Yolları: Erciyes Üniversitesi Örneği", Erciyes Üniversitesi, SBE Dergisi, S. 31, Kayseri, 2011
- Karabulutlu, Ö. - Kılıç, M., "Üniversite Öğrencilerinin Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı Hakkındaki Bilgi Düzeylerinin Belirlenmesi", Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi, C. 14, S. 2, 2011

- Karatay, G., "Ergenlerde Madde Kullanımı ve İlgili Risk Faktörleri", Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi, C. 17, S. 2, Ankara, 2008
- Kavuncu, E., "Türkiye’de Üniversitelerde Öğrenci-Yurt Hizmetleri ve Barınma Sorunu", Eğitim-Öğretim ve Bilim Araştırma Dergisi, C. 10, S. 30, Ankara, 2014
- Kavuncubaşı, Ş., Sağlık Kurumları Yönetimi, Eskişehir, 2009
- Kazkondur, İ., Üniversite Öğrencilerinde Ortoreksiya Nervoza (Sağlıklı Beslenme Takıntısı) Belirtilerinin İncelenmesi, Gazi Üniversitesi, Eğitim Bilimleri Enstitüsü, YYLT, Ankara, 2010
- Koca, B., İnönü Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Öğrencilerinin Sigara, Alkol, Madde Kullanımı, Madde Kullanımına Etki Eden Etmenler ve Aileden Aldıkları Sosyal Desteğin Etkisi, Fırat Üniversitesi, SABE, YYLT, Elazığ, 2011
- Kolay Akfert, S. - Çakıcı, E. - Çakıcı, M., "Üniversite öğrencilerinde sigara-alkol kullanımı ve aile sorunları ile ilişkisi", Anadolu Psikiyatri Dergisi, C.10, S.1, Sivas, 2009
- Koluçak, S. - Güneş, G. - Pehlivan, E., " İnönü Üniversitesi Öğrencilerinin Üreme Sağlığı Konularında Bilgi Düzeyleri ve Hizmetten Beklentileri", İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi (Ed. O. Celbiş), C. 17, S.1, Malatya, 2010
- Kulaksızoğlu, A., Ergenlik Psikolojisi, İstanbul, 1998
- Kumeli, T., Fast-food Ürünlerin Sağlık Üzerine Olumsuz Etkileri; http://www.taylankumeli.com/haberler.asp?haber_tipi=1&id=472 (05.09.2015)
- Laumann, A. E.- Derick, A. J., "Tattoos and body piercings in the United States: A National Data Set", American Academy of Dermatology, Chicago, 2006; <http://www.bxscience.edu/ourpages/auto/2010/5/13/44313724/TATTOOS.pdf> (25.07.2015)

- Le Bon, G., Kitleler Psikolojisi, (Çev. F. Z. Bayrak), İstanbul, 2015
- Lock, J., “ Depresyon”, Ergen Terapisi, (Ed. I.D. Yalon – H. Steiner), (Çev. Y. Şallı Özkardeşler), İstanbul, 2012
- Lüküslü, D., Türkiye’de Gençlik Miti, İstanbul, 2014
- Menekşe, Ö., Madde Bağımlılığı, Ankara, 2011
- Millner, V. S. - Eichold, B. H., “Body Piercing and Tattooing Perspectives”, Clinical Nursing Research, Vol. 10 No. 4, November 2001
- Minois, G., İntiharın Tarihi, (Çev. N. Acar), Ankara, 2008
- Miraç, Ö. M., “Türkiye’de Gençlik Sosyolojisi Çalışmalarına Dair Bibliyografik Bir Çalışmalarına Dair Bibliyografik Bir Değerlendirme”, Alternatif Politika, C. 5, S.2, 2013
- Montoye, H.J., "Introduction: evaluation of some measurements of physical activity and energy expenditure", Med Sci Sports Exerc., Volume:32, Issue:9, 2000
- Mutlu, A. - Işık, A. K., Sağlık Ekonomisine Giriş, Bursa, 2012
- North Dakota Department of Public Instruction-North Dakota Department of Health, 2013 North Dakota Youth Risk Behavior Survey Results, North Dakota, 2014; http://www.dpi.state.nd.us/health/YRBS/2013/2013_Brochure-Color.pdf (23.06.2015)
- Oğuz, Ö. - Akdeniz, E. - Bayhan, İ., Gençliğin Mücadelesi ve Örgütlenmesi Üzerine, İstanbul, 2012
- Okay, A., Sağlık İletişimi, İstanbul, 2014
- Oktik, N. - Çukur C.Ş. - Ünal, H. - Değer, F. - Özbek, Ç. - Yılmaz, G.G. - Doğan, V. – Hasırcı D., Sosyal Risk Analizi: Mardin Proje Raporu Örneği, Muğla, 2010
- Onur, B., Gelişim Psikolojisi, Ankara, 2008

- Orak, S. - Akgün, S. - Orhan, H., "Süleyman Demirel Üniversitesi Öğrencilerinin Beslenme Alışkanlıklarının Araştırılması", Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, C.13, S.2, Isparta, 2006
- Ögel, K. - Önay, A.- Kulkara, N. S., Gençlik Dönemi ve Sorunları, İstanbul, 2014
- Ögel, K., "Madde Kullanımı ve Bağımlılığın Nedenleri"; <http://www.ogelk.net/Dosyadepo/etyoloji.pdf> (01.09.2015)
- Ögel, K., "Madde Kullanımı ve Eşlik Eden Psikiyatrik Durumlar"; http://www.ogelk.net/Dosyadepo/eslik_edem.pdf (09.10.2015)
- Önay, D., "Selçuk Üniversitesi Akşehir Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik Öğrencilerinin Beslenme Alışkanlıkları ve Besin Tüketim Sıklıkları", Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi, C. 5, S. 14, Elazığ, 2010
- Önder, A., Süleyman Demirel Üniversitesi Bazı Fakültelerinde Okuyan 1. Sınıf Öğrencilerinin Riskli Sağlık Davranışlarının Saptanması, Süleyman Demirel Üniversitesi, SABE, YYLT, Isparta, 2011
- Öz, F., Sağlık Alanında Temel Kavramlar, Ankara, 2004
- Özcebe, H., Gençler ve Sigara, Ankara, 2008
- Özdoğan, Y. - Yardımcı, H. - Özçelik, A. Ö. , "Yurtta Kalan Üniversite Öğrencilerinin Beslenme Alışkanlıkları", Karadeniz(Black Sea-Черное Mope), C. 4, S. 15, 2012
- Özgür, G. - Babacan Gümüş, A. - Durdu, B., "Evde ve Yurtta Kalan Üniversite Öğrencilerinde Yaşam Doyumu", Psikiyatri Hemşireliği Dergisi, C. 1, S. 1, İstanbul, 2010
- Özlü T., "Gençlik ve Sigara", Sigara ve Sağlık (Ed. N. Özyardımcı), Bursa, 2002
- Özlü, T., Sigara ve Bırakma Yolları, İstanbul
- Özyazıcı, A., Alkollü İçkiler Sigara ve Madde Bağımlılığı, Ankara, 2012

Özyürek, M., Problem Davranışları Değiştirme, Ankara, 2011

Pınar, G. - Doğan, N. - Ökdem, Ş. - Algier, L.- Öksüz, E., "Özel Bir Üniversitede Okuyan Öğrencilerin Cinsel Sağlıkla İlgili Bilgi Tutum ve Davranışları", Tıp Araştırmaları Dergisi, C. 7, S. 2, 2009; <http://www.tader.org/files/EJGM-34.pdf> (26.07.2015)

Rosovsky, H., Üniversite Bir Dekan Anlatıyor, (Çev. S. Ersoy), Ankara, 2011

Savaşer, S. - Balcı, S. - Özdiğer Arslan, S. - Merteş Ö., "Lise Öğrencilerinde Pirsing Uygulamaları", İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi, C.17, S.2, İstanbul, 2009

Savcı, S. - Öztürk, M. - Arkan, H.- İnce, D. İ. - Tokgözoğlu, L. , "Üniversite Öğrencilerinin Fiziksel Aktivite Düzeyleri", Türk Kardiyoloji Derneği Arş. , C. 34, S. 3, 2006

Saygılı, A., Gençlerin Tüketim Davranışlarını Etkileyen Sosyo-Kültürel Faktörler: Sakarya Üniversitesi ve Kırgızistan-Türkiye Manas Üniversitesi Örneği, Sakarya Üniversitesi, SBE, YDT, Sakarya, 2011

Saygılı, S., Ergenlik Sorunları, İstanbul, 2010

Schusdzarra, V. - Hausmann, M.-Wittke, C.- Mittermeier, J. - Kellner, M. - Naumann, A. -Wagenpfeil, S. - Erdmann, J., "Impact of Breakfast on Daily Energy İntake - An Analysis of Absolute Versus Relative Breakfast Calories", Nutrition Journal, C.10, S. 5, 2011; <http://www.nutritionj.com/content/pdf/1475-2891-10-5.pdf> , (05.09.2015)

Sevindik, F., Fırat Üniversitesi Öğrencilerinde Problemlı İnternet Kullanımı ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Belirlenmesi, İnönü Üniversitesi, SABE, YDT, Malatya, 2011

Seydioğulları, M., "Dünyada ve Türkiye’de Tütünün Tarihçesi, Üretimi, Ticareti ve Temel Politikaları", Tütün ve Tütün Kontrolü, (Ed. M. Karadağ – H. Bilgiç), Ankara, 2011

- Siyez, D. M., Ergenlerde Problem Davranışlar, Ankara, 2010
- Somunoğlu, S., “Sağlık-Sağlık Hizmetleri ve Türk Sağlık Sistemi" Sağlık Kurumları Yönetimi-I, (Ed. M. Tatar), Eskişehir, 2012
- Somyürek, H. İ., Sağlığı Koruma Bilgisi, Ankara, 2001
- Sormaz, Ü. - Sürücüoğlu, M. S.- Akan, L. S., "Beslenme Kültüründeki Eğilim: Fast Food Yemek Tercihleri", Uluslararası Asya ve Kuzey Afrika Çalışmaları Kongresi Kitabı, (Ed. Z. Dilek - M. Akbulut - M. Arlı-Z. B. Özer - R. Gürses - B. K. Taşkın),Ankara, 2008
- Sosyal Ekonomik ve Kültürel Araştırmalar Merkezi, Türkiye’de Gençlik, İstanbul, 2013
- Steinberg, L., Ergenlik, (Çev. F. Çok-H. Ercan-M. Artar vd.),Ankara, 2007
- Şakar, Y., Türkiye’de Sağlık Hizmetleri ve Sağlık Harcamaları, Ankara,1999
- Şener, S., Türkiye’de Gençlik, İstanbul, 2013
- Şengelen, M., “ Düzenli Sağlık Kontrolünün, Sağlığın Korunması, Geliştirilmesindeki Yeri”, Halk Sağlığı İle İlgili Güncel Sorunlar ve Yaklaşımlar, (Ed. D. Aslan), Ankara, 2009
- Şenol, V. - Soyuer, F. - Ünalın, D., "Geriatrik Popülasyonda Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Yaşam Kalitesi İlişkisi",15.Ulusal Halk Sağlığı Kongre Kitabı, Bursa, 2012
- Şenol, Y. - Çetinoğlu, Y. K. - Çakıl, A. - Arı, B. - Başak, S. - Murat, N.- Turgut, E. - Çağlayan, U. - Bilim, B. - Açıkgöz, G. - Erkek, N. - Karakaş, A. A., "Üniversite Öğrencilerinin Dövme ve “Piercing” Konusunda Bilgi, Tutum ve Davranışları", Türk Dermatoloji Dergisi,(Ed. N. Kundakçı), S.3, 2014
- T.C. Başbakanlık, Uyuşturucu ile Mücadele İlgili Genelge, T.C. Resmi Gazete, 13.11.2014, S. 29174

- T.C. Bilim, Sanayi ve Teknoloji Bakanlığı, 81 İl Durum Sanayi Raporu, Ankara, 2013
- T.C. Gençlik ve Spor Bakanlığı, Gençlik Şurası Ön Komisyon Raporu, Ankara, 2012
- T.C. Milli Eğitim Bakanlığı, Aile Yapısı, Ankara, 2011
- T.C. Milli Eğitim Bakanlığı, Gençlik Dönemi, Ankara, 2011
- T.C. Milli Eğitim Bakanlığı, Sağlığını Koruma, Ankara, 2008
- T.C. Milli Eğitim Bakanlığı, Sağlık İşleri Daire Başkanlığı, Gençlerde Hijyen ve Cilt Sağlığı, (Haz. H. Özcebe), Ankara, 2009
- T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Eğitimi Genel Müdürlüğü, Üreme Sağlığı Modülleri, Ankara, 2008; <http://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/t7.pdf> (26.07.2015)
- T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, Türkiye Sağlıklı Beslenme ve Hareketli Hayat Programı (2013-2017), Ankara, 2013
- T.C. Sağlık Bakanlığı, Ergenlik Dönemi Psikososyal Gelişme, Ankara, 2008
- T.C. Sağlık Bakanlığı, Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü, Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması, Ankara, 2014
- T.C. Sağlık Bakanlığı, Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2013, Ankara, 2014
- T.C. Sağlık Bakanlığı, Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Küresel Yetişkin Tütün Araştırması, Ankara, 2010
- T.C. Sağlık Bakanlığı, Temel Sağlık Hizmetleri Müdürlüğü, Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesine Yönelik Dönüm Noktaları, Ankara, 2011
- T.C. Sağlık Bakanlığı, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, Çocuk ve Ergenlerde Fiziksel Aktivite, (Ed. E. N. Özmert), Ankara, 2014
- Tan, O., Depresyon, İstanbul, 2009

- TBMM, Uyuşturucu Başta Olmak Üzere Madde Bağımlılığı ve Kaçakçılığı Sorunlarının Araştırılarak Alınması Gereken Önlemlerin Belirlenmesi Amacıyla Kurulan Meclis Araştırması Komisyonu Raporu, Ankara, 2008
- Teker, A. G. - Demir, K. - Padem, N. - Ulualan, G. - Aslan, S. - Ay, N. P. - Hıdıroğlu, S. - Sürmen, A., "İstanbul'da Yurtta Kalan Üniversite Öğrencilerinde Fiziksel Aktivite Düzeyinin Saptanması", 16. Ulusal Halk Sağığı Kongre Kitabı, (Ed. Ed. S. Üner - E. İrgil - H. Erengin - Ö. Kurt - S. Gözüm), Antalya, 2013
- Tekin, A., Sağıık-Hastalık Olgusu ve Toplumsal Kökenleri, Süleyman Demirel Üniversitesi, SBE, YYLT, Isparta, 2007
- Tektaş, N., "Üniversite Öğrencilerinin Sosyal Ağları Kullanımlarına Yönelik Bir Araştırma", Tarih Okulu Dergisi, Yıl. 7, S. 17, 2014; http://www.johschool.com/Makaleler/1915541589_37.%20n.tektas.pdf (23.08.2015)
- Tengilimoğlu, D. - Işık, O. - Akbolat, M., Sağıık İşletmeleri Yönetimi, Ankara, 2009
- Tezcan, M., Gençlik Sosyolojisi ve Antropolojisi Araştırmaları, Ankara, 1997
- Tot, ř. - Yazıcı, K. - Ertekin Yazıcı, A. - Erdem, P. -Bal, N. - Metin Ö. - Çamdeviren, H., "Mersin Üniversitesi Öğrencilerinde Sigara ve Alkol Kullanım Yaygınlığı ve İlişkili Özellikler", Anadolu Psikiyatri Dergisi, C.3, S.4, Sivas, 2002
- TUİK, Haber Bülteni, "İstatistiklerle Kadın 2013", S. 16056, Ankara, 2014
- TUİK, Haber Bülteni, S. 16049, Ankara, 2014
- TUİK, İntihar İstatistikleri, Ankara, 2011
- TUİK, Sağıık Araştırması 2012, Ankara, 2013
- Turan, E., Üniversitas, İstanbul, 2009

- Turidy, A. - Corry, M., Depresyon, (Çev. H. Kaya) , İstanbul, 2007,
- Türk Dil Kurumu, “Gençlik”, Türkçe Sözlük, C. 1, Ankara, 1998
- Türkiye Bilişim Derneği, 2013 Değerlendirme Raporu, Ankara, 2013;
http://www.tbd.org.tr/usr_img/temp/2013_TBD_Degerlendirme_Raporu.pdf
(28.07.2015)
- Türkiye Cumhuriyeti Anayasası, T.C. Resmi Gazete, 20.10.1982, S.17844;
<http://www.resmigazete.gov.tr/arsiv/17844.pdf> (08.05.2015)
- TÜİK, İstatistiklerle Gençlik 2014, Ankara, 2015
- TUBİM, Türkiye Uyuşturucu Raporu 2012, Ankara, 2012
- Uçurum, K., “Yabancılaşma”, II. Öğrenci Üye Kurultayı Bildirileri, Ankara, 2003;
http://www.emo.org.tr/ekler/f30c0ce8636ff2c_ek.pdf (10.06.2015)
- Uğurel Şemin, R., Gençlik Psikolojisi, İstanbul, 1992
- Ulukoca, N. - Gökgöz, Ş. - Karakoç, A., “Kırklareli Üniversitesi Öğrencileri Arasında Sigara, Alkol ve Madde Kullanım Sıklığı”, Fırat Tıp Dergisi, (Ed. M. Atmaca), C. 18, S. 4, Elazığ, 2013
- Umar, D. Ç. - Öğce, F. - Koçak, Y. Ç. - Akmeşe, Z. B., “Üniversite Öğrencilerinin “Piercing” e Yönelik Bilgi ve Tutumları”, Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi, (Ed. Ö. Yavuz), C.2, S.3, Balıkesir, 2013
- Vargı, S., Neden Yabancı Sigara İçiyoruz? , Ankara, 2010
- Vassigh, G., Üniversite Öğrencilerinin Fiziksel Aktivite Durumları İle Sağlıklı Beslenme İndekslerinin Değerlendirilmesi, HÜ, SABE, YYLT, Ankara, 2012
- WHO, Global Status Report on Alcohol and Health Report, 2014;
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112736/1/9789240692763_eng.pdf?ua=1 (19.06.2015)

- WHO, Preventing Suicide, 2014;
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/131056/1/9789241564779_eng.pdf?ua=1&ua=1 (10.07.2015)
- WHO, Sexual Health, Human Rights and The Law, Switzerland, 2015
- Yavuzer, H., Gençleri Anlamak, İstanbul, 2007
- Yazıcı, E. (Ed.) vd., Üniversite Gençliği 2001, Ankara, 2001
- Yengin, D., Dijital Oyunlarda Şiddet, İstanbul, 2012
- Yeniden Sağlık ve Eğitim Derneği, Üniversitede Alkol Ve Madde Kullanımıyla İlgili Konularda Temel İlkeler, 2003, s.1;
<http://ogelk.net/Dosyadepo/universiteprogram.zip> (21.06.2015)
- Yentürk, N. - Başlevent, C., “Türkiye’ de Genç İşsizliği: Etkileyen Faktörler ve Politika Önerileri, “ Türkiye’ de Gençlik Çalışması ve Politikaları”, (Der. N. Yentürk – Y. Kurtaran – G. Nemutlu), İstanbul, 2012
- Yıldırım, B. - Verdi, B. - Özdemir, G. B. - Yurtoğlu, M. - Canan, S., “Kalıcı Dövme Bilinci”, Proje Araştırması,(Proje Dan. P. Müştak), Ankara Üniversitesi, 2011;
http://kdt.medicine.ankara.edu.tr/files/2014/11/Grup_411.pdf (07.09.2015)
- Yıldırım, T., Üniversite Çağındaki Ergenlerin Cinsel Bilgi, Tutum ve Davranışları, Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi, Yayımlanmamış Uzmanlık Tezi, Edirne, 2008
- Yıldız, E. U.,Ergenlerde Sigara, Alkol ve Madde Kullanımı, (Ed. H. Çoşkun) İzmir, 2011
- Yılmaz, G. - İbiş, S. - Sevindi, T., “Gazi Üniversitesi Beden Eğitimi Ve Spor Yüksek Okulu Öğrencilerinin Sigara Ve Alkol Kullanımının Değerlendirilmesi”, Bağımlılık Dergisi, C.8, S.2, 2007
- Yörükoğlu, A., Gençlik Çağı, İstanbul 2012

Yumuturuğ, S., Halk Sağlığı Ders Kitabı, Ankara, 1988

Yurtsever, Z., Üniversite Gençlerinde Riskli Davranışlar, Erciyes Üniversitesi, SBE, YYLT, Kayseri, 2011

Yurttagüler, L. – Oy, B. - Kurtaran, Y., Türkiye'de Gençlik Politikaları, İstanbul, 2014

Ziyalar, A., Sosyal Psikiyatri, İstanbul, 1999

....., "Adölasan Ergen Sağlığı"; http://www.gata.edu.tr/ureme_sagligi/adolesan.htm
(23.04.2015)

.....; <http://www.unesco.org/new/en/social-and-human-sciences/themes/youth/youth-definition/> (14.04.2015)

EK-1

Değerli katılımcı,

Bu anket formu, üniversitede okuyan gençlerin **riskli sağlık davranışlarını** tespit etmeyi amaçlamaktadır. Vereceğiniz cevaplar yalnızca bu konu kapsamında hazırlanan yüksek lisans tezinde kullanılacak, bu bilimsel araştırma dışında başka hiçbir yerde, hiçbir amaçla kullanılmayacaktır. Soruları bir etki altında kalmadan, içtenlikle cevaplamanız suretiyle göstereceğiniz ilgi ve yardım için size teşekkür ederiz.

Yunus KULOĞLU

1. Okuduğunuz birimi yazınız.

1. () Fakültesi
2. () Yüksekokulu
3. () Meslek Yüksekokulu

2. Sınıfınız?

- | | |
|---------------------|----------------------|
| 1.() Birinci Sınıf | 3.() Üçüncü Sınıf |
| 2.() İkinci Sınıf | 4.() Dördüncü Sınıf |

3. Cinsiyetiniz?

- | | |
|-----------|-------------|
| 1.() Kız | 2.() Erkek |
|-----------|-------------|

4. Doğum yeriniz il: ilçe:

5. Medeni Durumunuz?

- | | |
|-------------|------------|
| 1.() Bekâr | 2.() Evli |
|-------------|------------|

6. Yaşınız?

- | | | | |
|---------------|---------------|----------------|-------------------|
| 1.() 16 - 18 | 2.() 19 - 21 | 3. () 21 - 23 | 4.() 24 ve üzeri |
|---------------|---------------|----------------|-------------------|

7. Vücut ağırlığınız Kg

8. Boyunuzcm

9. Anne – babanız için uygun olan seçeneği işaretleyiniz.

- 1.() Anne – baba hayatta, birlikte yaşıyorlar.
- 2.() Anne - baba hayatta, ayrı yaşıyorlar.
- 3.() Anne hayatta, baba değil.
- 4.() Baba hayatta, anne değil.
- 5.() Anne – baba her ikisi de hayatta değil

10. Babanızın mesleği nedir? (Hayatta değilse boş bırakınız.)

- 1.() Çalışmıyor 2.() Emekli 3.() Çalışıyorsa mesleğini belirtiniz.....

11. Annenizin mesleği nedir? (Hayatta değilse boş bırakınız.)

- 1.() Ev Hanımı 2.() Emekli 3.() Çalışıyorsa mesleğini belirtiniz.....

12. Ailenizin yaşadığı bölge aşağıdakilerden hangisidir?

- 1.() Marmara 2.() Ege 3.() Akdeniz 4.() Karadeniz
5.() İç Anadolu 6.() Doğu Anadolu 7.() Güney Doğu Anadolu

13. Üniversiteye gelmeden önce en uzun süre yaşadığınız yerleşim yeri neresidir?

- 1.() Köy 2.() Kasaba 3.() İlçe 4.() İl

14. Şu an nerede yaşıyorsunuz?

- 1.() Ailemin yanında 3.() Devlet yurdunda 5.() Öğrenci evinde
2.() Özel yurttta/Pansiyonda 4.() Diğer (belirtiniz).....

15. Aylık elinize ortalama ne kadar para geçer? TL

16. Gelirinizi nereden temin ediyorsunuz? (Birden fazla seçeneği işaretleyebilirsiniz.)

- 1.() Ailemden 3.() İşte çalışıyorum
2.() Öğrenim kredisi/ burs 4.() Diğer (belirtiniz).....

17. Ailenizin tipi nedir?

- 1.() Çekirdek aile (anne-baba-kardeş)
2.() Tek ebeveyn (anne ya da baba ile)
3.() Geniş aile (anne-baba-kardeş-anneanne-babanne-dede ya da akraba)
4.() Diğer.....

18. Şu anda yaşadığınız yerde (evde/odada) sizinle birlikte kaç kişisiniz?

..... kişi

19. Sigara içiyor musunuz?

- 1.() Hayır içmiyorum. (23. soruya geçiniz)
- 2.() İçiyordum bıraktım. (22. soruya geçiniz)
- 3.() Evet içiyorum.

20. Gün içinde içtiğiniz sigara miktarını işaretleyiniz.

- 1.() 1 paketten az
- 2.() Ortalama 1 paket
- 3.() 1 paketten fazla

21. Ne kadar süredir sigara kullanıyorsunuz?

- 1.() 1-2 yıldır
- 2.() 3-5 yıldır
- 3.() 6-8 yıldır
- 4.() 8 yıldan fazla

22. Sigaraya başlama/deneme nedeniniz nedir? (Birden fazla seçeneği işaretleyebilirsiniz.)

- 1.() Kendimi iyi hissetmek için
- 2.() Ailemdeki kişilere özendiğim için
- 3.() Arkadaşlarım kullandığı için
- 4.() Merak ettiğim için
- 5.() Sorunlarımdan uzaklaşmak için
- 6.() Diğer

23. Alkol kullanıyor musunuz?

- 1.() Hayır kullanmıyorum.(26. soruya geçiniz)
- 2.() Denedim ve bir daha kullanmadım (25. soruya geçiniz)
- 3.() Evet kullanıyorum.

24. Ne kadar sıklıkla alkol kullanırsınız?

- 1.() Her gün
- 2.() Haftada 1-2 kez
- 3.() Ayda birkaç kez
- 4.() Yılda birkaç kez (Özel günlerde)

25. Alkol kullanmaya başlama/ deneme sebebiniz nedir?(Birden fazla seçeneği işaretleyebilirsiniz.)

- 1.() Kendimi iyi hissetmek için
- 2.() Arkadaşlarım kullandığı için
- 3.() Sorunlarımdan uzaklaşmak için
- 4.() Ailemdeki kişilere özendiğim için
- 5.() Merak ettiğim için
- 6.() Diğer.....

26. Sizce alkolün sağlığa zararı var mıdır?

- 1.() Evet
- 2.() Hayır

27. Uyuşturucu/uyarıcı maddelerden herhangi birini hiç kullandınız mı?

- 1.() Evet
- 2.() Evet denedim bıraktım.
- 3.() Hayır (29.soruya geçiniz)

28. Uyuşturucu/uyarıcı maddeye başlama/ deneme nedeniniz nedir? (Birden fazla seçeneği işaretleyebilirsiniz.)

- | | |
|------------------------------------|-------------------------------------|
| 1.() Kendimi iyi hissetmek için | 4.() Merak ettiğim için |
| 2.() Arkadaşlarım kullandığı için | 5.() Sorunlarımdan uzaklaşmak için |
| 3.() Ailemden özendiğim için | 6.() Diğer (belirtiniz) |

.....

29. Sakinleşmek ya da uyuyabilmek için doktor önerisi olmadan ilaç kullandınız mı?

- | | |
|--------------------------------|-------------|
| 1.() Evet (belirtiniz)..... | 2.() Hayır |
|--------------------------------|-------------|

30. Üniversite çevresinde size yasal olmayan ilaç ya da madde kullanmayı öneren ya da satmaya çalışan birileri oldu mu?

- | | |
|------------|-------------|
| 1.() Evet | 2.() Hayır |
|------------|-------------|

31. Günde kaç saatinizi dijital araçlara ayırırsınız?

- saat televizyon
- saat bilgisayar
- saat akıllı telefon, tablet vs.

32. Haftada kaç kez yeşil sebze ya da sebze yemeği tüketiyorsunuz?

- | | |
|-----------|---------------|
| 1.() Hiç | 2.().....kez |
|-----------|---------------|

33. Haftada kaç kez süt ve süt ürünleri tüketiyorsunuz?

- | | |
|-----------|---------------|
| 1.() Hiç | 2.().....kez |
|-----------|---------------|

34. Günde kaç öğün yemek yiyorsunuz? (Kahvaltı dahil).....öğün

35. Sabah kahvaltısını ne şekilde yaparsınız?

- | | |
|--|--|
| 1.() Evde arkadaşlarımla veya ailemle | 5.() Dışarıda tek başıma |
| 2.() Evde tek başıma | 6.() Dışarıda arkadaşlarımla veya ailemle |
| 3.() Yurt/ okul / otel/ pansiyonda yalnız | 7.() Kahvaltı yapmıyorum |
| 4.() Yurt/ okul / otel/ pansiyonda arkadaşlarımla | |

36. Fastfood ve ocakbaşı (Lahmacun, dürüm, hamburger, pizza, döner vb.) türü yiyecekleri ne sıklıkta tüketirsiniz?

- | | | |
|-----------------------|------------------------------------|---------------------|
| 1.() Haftada 1-3 kez | 3.() Haftada 8-11 kez | 5.() Tüketmiyorum. |
| 2.() Haftada 4-7 kez | 4.() Haftada 11 kez ve daha fazla | |

37. Yaşamınız boyunca kilo vermek için diyet yaptınız mı?

- 1.() Evet, bir uzman (Doktor, Diyetisyen) kontrolünde yaptım.
2.() Hayır
3.() Evet, kendi yöntemlerimle yaptım.

38. Genellikle ne tür fiziksel aktiviteler (egzersiz) yaparsınız? (Birden fazla seçeneği işaretleyebilirsiniz.)

- 1.() Yürüyüş, koşu
2.() Futbol, basketbol, voleybol vb.
3.() Bisiklete binme vb.
4.() Dövüş sporları, yüzme vb. sporlar
5.() Diğer
6.() Egzersiz yapmıyorum.(41.Soruya geçiniz.)

39. Hangi aralıklarla, fiziksel aktivite (egzersiz) yapıyorsunuz?

Haftada.....gün

40. Bir egzersiz programınız en az kaç dakika sürüyor?

yaklaşık dk.

41. AIDS ve diğer cinsel yolla bulaşan hastalıklar konusunda bilginiz var mı?

- 1.() Evet
2.() Hayır (43. Soruya geçiniz.)

42. AIDS ve diğer cinsel yolla bulaşan hastalıklar konusunda nereden bilgi edindiniz?(Birden fazla seçeneği işaretleyebilirsiniz.)

- 1.() Okul derslerinden
2.() Arkadaşımdan
3.() Ailemden
4.() Televizyondan
5.() Gazete, dergi vb
6.() İnternette
7.() Diğer...

43. Yaşamınız boyunca hiç intihar girişiminde bulundunuz mu?

- 1.() Evetkez
2.() Hayır

44. Yaşamınız boyunca psikolog veya psikiyatr gibi uzmanlardan destek aldınız mı?

- 1.() Evet
2.() Hayır, almadım.

45. Vücudunuzda kalıcı dövme/piercing var mı?

- 1.() Evet
2.() Hayır (47. soruya geçiniz)

46. Yaptırdığınız kalıcı dövme/ piercing sonrası herhangi bir sağlık sorunu gelişti mi?

- 1.() Evet
2.() Hayır

47. Kronik bir hastalığınız var mı?

- 1.() Evet; Belirtiniz
2.() Hayır

48.Sağlık problemi nedeniyle sürekli kullandığınız ilacınız ya da ilaçlarınız var mı?

1.() Evet; Belirtiniz

2.() Hayır

49. Genel olarak sağlığını nasıl değerlendiriyorsunuz?

1.() Çok iyi

2.() İyi

3.() Orta

4.() Kötü

5.() Çok kötü

Teşekkürler



T.C.
KIRKLARELİ ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Sağlık Kültür ve Spor Daire Başkanlığına

SAYI : 22578978 - 257 - 3759

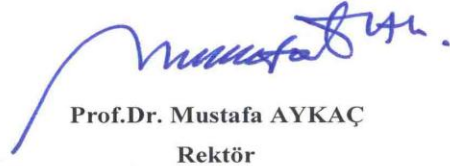
KONU:

29 / 04 / 2015

Sayın Yunus KULOĞLU

Beykent Üniversitesi İşletme Anabilim Dalı Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi bölümü Yüksek Lisans Tezi kapsamında “ Genç Kuşakta Riskli Sağlık Davranışları” konulu anket çalışmasının Üniversitemiz merkez birimlerinde öğrenim gören öğrencilere yapılması uygun görülmüştür.

Bilgilerinizi rica ederim.


Prof.Dr. Mustafa AYKAÇ
Rektör

Ek: İlgili yazı (6 sayfa)

Posta Adresi: Kırklareli Üniversitesi Rektörlüğü
Sağlık Kültür ve Spor Dairesi Başkanlığı
Kültür merkezi 39100 KIRKLARELİ
Web Adresi: www.kirklareli.edu.tr e-mail: sks@kirklareli.edu.tr

Tel : 0 288 2129675
Fax : 0 288 2129675

ÖZGEÇMİŞ

1987 İstanbul ili Bakırköy ilçesi doğumluyum. İlk, orta ve liseyi aynı ilde tamamladıktan sonra Balıkesir Üniversitesi Erdek MYO Turizm ve otel işletmeciliği, Anadolu Üniversitesi işletme bölümlerinden mezun oldum. 2010 yılından beri Kırklareli Üniversitesinde devlet memuru olarak çalışmaktayım. 2014 yılında Beykent Üniversitesi İşletme Anabilim Dalında Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi bölümünde yüksek lisans eğitimime başladım. Yabancı dilim İngilizcedir.

Yunus KULOĞLU