

T.C.
İZMİR KÂTİP ÇELEBİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI

GEÇ ERGENLİK DÖNEMİ PSİKOSOSYAL DURUM
DEĞERLENDİRMESİNDE YÜZ YÜZE KLİNİK GÖRÜŞME
YÖNTEMİ İLE DİJİTALLEŞTİRİLMİŞ SORU FORMU
UYGULAMASININ KARŞILAŞTIRILMASI

UZMANLIK TEZİ

Dr. Gizem YAVAŞ TEMİR

TEZ DANIŞMANI

Doç. Dr. Asya Banu BABAĞLU

TEZ DANIŞMAN YARDIMCISI

Prof. Dr. Mustafa TÖZÜN

İZMİR

TEMMUZ - 2022

T.C.
İZMİR KÂTİP ÇELEBİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI

GEÇ ERGENLİK DÖNEMİ PSİKOSOSYAL DURUM
DEĞERLENDİRMESİNDE YÜZ YÜZE KLİNİK GÖRÜŞME
YÖNTEMİ İLE DİJİTALLEŞTİRİLMİŞ SORU FORMU
UYGULAMASININ KARŞILAŞTIRILMASI

UZMANLIK TEZİ

Dr. Gizem YAVAŞ TEMİR

TEZ DANIŞMANI

Doç. Dr. Asya Banu BABAÖĞLU

TEZ DANIŞMAN YARDIMCISI

Prof. Dr. Mustafa TÖZÜN

İZMİR

TEMMUZ – 2022

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR.....	I
İÇİNDEKİLER.....	II
SİMGELER ve KISALTMALAR.....	IV
ŞEKİLLER.....	V
TABLOLAR.....	VI
1.GİRİŞ.....	1
2. GENEL BİLGİLER.....	3
2.1.Ergenlik ile İlgili Tanımlar	3
2.2. Ergenlik ile İlgili Epidemiyolojik Bilgiler (En sık yaşanan sorunlar ve ölüm istatistikleri).....	6
2.3. Ergenlik Dönemi Sağlık Sorunları.....	8
2.3.1.Ergenlik Döneminde Psikolojik Sorunlar	9
2.4.Ergenlik Döneminde Riskli Davranışlar	12
2.4.1. Ergenlik Döneminde Alkol ve Madde Bağımlılığı.....	14
2.4.2. Ergenlerde Diğer Bağımlılıklar.....	15
2.4.3. Ergenlerde Tütün ve Tütün Ürünleri Bağımlılığı.....	16
2.4.4. Ergenlik Döneminde Gebelik	17
2.5.Ergenlerde Sistemik Psikososyal Görüşme: ERGENSOR (HEEADSSS) Gelişim ve Tarihi.....	18
2.6. Sağlıkta Dijital Değerlendirme Yöntemleri ve Uygulamalar.....	20
2.7.Türkiye’de Birinci Basamakta Ergen Psikososyal Değerlendirme Olanaklarının Sağlık İstatistikleriyle Değerlendirilmesi.....	22
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	25
3.1. Çalışmanın Tipi:.....	25
3.2. Çalışmanın Periyodu, Yeri ve Çalışma Grubu.....	25
3.3. Veri Toplama Araçları.....	26
3.3.1.ERGENSOR Görüşmesi.....	26
3.3.2.Anket Formunun Hazırlanması	27
3.4. Yüz Yüze Görüşme ve Anketlerin Uygulanması	28
3.5. Pilot Çalışma.....	28

3.6. İzinler:.....	32
3.7. İstatistiksel Yöntem:	32
4. BULGULAR.....	36
4.1.Dijital ve Yüz yüze Görüşme Yönteminin Karşılaştırılması.....	39
4.1.1.Ev modülü.....	39
4.1.2.Eğitim/İş Modülü.....	40
4.1.3.Yeme Tutumu ve Fiziksel Aktivite Modülleri.....	40
4.1.4.Bağımlılık Modülü.....	41
4.1.5.Cinsellik Modülü.....	42
4.1.6.Ruh Sağlığı Modülü.....	42
4.1.7.Güvenlik Modülü.....	43
5. TARTIŞMA.....	52
5.1.Çalışmaya katılanların sosyodemografik özellikleri.....	52
5.2. Çalışmanın Özellikleri.....	53
5.3.Psikososyal değerlendirme sorularına verilen cevaplar.....	55
5.3.1.Ev modülüne verilen cevaplar.....	55
5.3.2. Eğitim/İş modülüne verilen cevaplar.....	56
5.3.3. Yeme tutumu ve fiziksel aktivite modüllerine verilen cevaplar.....	56
5.3.4.Bağımlılık modülüne verilen cevaplar.....	56
5.3.5.Cinsellik modülüne verilen cevaplar.....	57
5.3.6.Ruh sağlığı modülüne verilen cevaplar.....	58
5.3.7.Güvenlik modülüne verilen cevaplar.....	59
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	62
7. KISITLILIKLAR VE GÜÇLÜ YÖNLER.....	64
TÜRKÇE ÖZET.....	65
İNGİLİZCE ÖZET.....	66
KAYNAKLAR.....	68
EKLER.....	80

SİMGELER VE KISALTMALAR

DSÖ.....Dünya Sağlık Örgütü

DALY.....Disability Adjusted Life Year (Yeti Yitimine Ayarlanmış Yaşam Yılı)

KGTA-2017..... Küresel Gençlik Tütün Araştırması-2017

KYTA-2012.....Küresel Yetişkin Tütün Araştırması-2012

OECD..... The Organisation for Economic Co-operation and Development



ŞEKİLLER

Şekil 1. Çocukluk, Ergenlik ve Genç Erişkinlik Dönemlerinin İç İçeliği

Şekil 2. TÜİK Adrese Dayalı Kayıt Sistemine Göre Genç Dışındaki Nüfus ve Genç Nüfusun Yaş Gruplarına Göre Oranı

Şekil 3. TÜİK 2021 Verilerine Göre Türkiye Nüfus Piramidi

Şekil 4. 10-24 Yaş Grubu Kadınlarda 2000-2019 Yıllarında En Sık Mortalite Nedenleri Ve Yıllar İçindeki Değişimi

Şekil 5. 10-24 Yaş Grubu Erkeklerde 2000-2019 Yıllarında En Sık Mortalite Nedenleri Ve Yıllar İçindeki Değişimi

Şekil 6. Türkiye’de 2009-2017 Yılları Arasında 13-15 Yaş Arası Gençlerde Sigara Kullanım Durumu

Şekil 7. Koşul A ve Koşul B Uygulama Şeması

TABLolar

Tablo 1. Dünya Genelinde Ergenlerde Yaş Grubu ve Cinsiyete Göre Ölüm Nedenleri 2019

Tablo 2. Dünya Genelinde 2019 Yılında Ergenlerde Yaş Grubu ve Cinsiyete Göre DALYs Kaybının Nedenleri (DALY hızı 100,000 popülasyonda)

Tablo 3. Pilot Çalışmanın Tanımlayıcı Bilgileri

Tablo 4. Pilot Çalışmada Dijital Psikososyal Tarama Aracına Verilen Yanıtlar

Tablo 5. Pilot Çalışmada Öğrencilerin İki Yöntemi Karşılaştırma Sonuçları

Tablo 6. Öğrencilerin tanımlayıcı özellikleri

Tablo 7. Çalışmanın Özellikleri

Tablo 8. Her İki Yöntemde de Ev Modülünde Bulunan Sorulara Verilen Cevaplar

Tablo 9. Her İki Yöntemde de Eğitim/İş Modülünde Bulunan Sorulara Verilen Cevaplar

Tablo 10. Her İki Yöntemde de Yeme Tutumu ve Fiziksel Aktivite Modüllerinde Bulunan Sorulara Verilen Cevaplar

Tablo 11. Her İki Yöntemde de Bağımlılık Modülünde Bulunan Sorulara Verilen Cevaplar

Tablo 12. Her İki Yöntemde de Cinsellik Modülünde Bulunan Sorulara Verilen Cevaplar

Tablo 13. Her İki Yöntemde de Ruh Sağlığı Modülünde Bulunan Sorulara Verilen Cevaplar

Tablo 14. Her İki Yöntemde Güvenlik Modülünde Bulunan Sorulara Verilen Cevaplar

Tablo 15. Psikososyal değerlendirmede yer alan modüllere göre cevapların değerlendirilmesi

Tablo 16. Sorun Tespit Edilen Modül Sayısı

Tablo 17. Yüz Yüze Görüşme veya Dijital Ankette Sorun Tespit Edilen Modül ve o Alanda Yardım İsteme Verileri

Tablo 18. İki yöntemi karşılaştırma formu verileri

Tablo 19. Koşul A ve Koşul B psikososyal değerlendirme süreleri

Tablo 20. Yüz yüze görüşmedeki modül alt grupları ve sosyodemografik değişkenlerle ilgili testler

Tablo 21. Maddi sıkıntı değişkeni ve yüz yüze görüşmedeki modüller arasındaki ilişki



1. GİRİŞ

Ergenlik döneminde fiziksel, ruhsal, zihinsel, sosyal, duygusal, hormonal ve cinsel gelişim süreçleri yaşanır(1). Bu dönüşüme uyum sağlamakta zorlanan bireylerde birçok psikolojik sorun ve beraberinde riskli sağlık davranışları gelişebilir. Bu yüzden sağlıklı davranışların desteklenmesi ve olabilecek sorunlara karşı taramaların ve sonucunda müdahalelerin yapılması çok önemlidir (2).

Ergenlik döneminde riskli davranış sıklığı fazladır. Bunların en sık görülenleri madde bağımlılığı, alkol ve sigara kullanımı, tehlikeli araç kullanımı, intihar, şiddet istenmeyen gebelik, cinsel yolla bulaşan hastalıklar, yetersiz fiziksel aktivitedir(3,4). Bu riskli davranışlar ergenlik dönemindeki mortalite ve morbite sebeplerinde en büyük paya sahiptir (5). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'ye göre ergenlik dönemi 10-19 yaş; 0-9 yaş dönemi çocukluk; 10-14 yaş dönemi erken ergenlik; 15-19 yaş dönemi geç ergenlik dönemidir(6).

Ergenlik döneminde riskli davranışlara müdahale edebilmek için bu döneme özel geliştirilmiş taramaların yapılması gereklidir. Bunlara örnek olarak HEEADSSS Türkçe adıyla ERGENSOR görüşmesi verilebilir. Bu görüşme ev (home), eğitim/iş (education/employment), yeme tutumu (eating), aktiviteler (activities), madde kullanımı (drugs), cinsellik (sex), intihar ve depresyon (self-harm), güvenlik (safety) baş harflerinden oluşmaktadır ve bu konular sorgulanır.

Bebek, Çocuk ve Ergen İzlem Protokolü'ne göre 10-21 yaş grubundaki bütün bireylerin en az yılda bir kez ERGENSOR yöntemiyle psikososyal değerlendirme yapılması gereklidir. Bu değerlendirme gerektiğinde birkaç seferde yapılabilir, kısımlara bölünebilir(7). Bu değerlendirme birkaç aşamada yapılmak istense de ergenin hayatında sorun yaşadığı konuların bilinmemesi nedeniyle kişiye uygun bir görüşme planlanamamaktadır. Bu nedenle ergenlerin hayatında kaçırılmış fırsatlar çoğalmaktadır(2,7).

Klasik kullanımda ERGENSOR, gençleri pek çok alanda değerlendirmek için basit, bütüncül ve aşamalı bir yaklaşım sunan, yüz yüze bir değerlendirme yöntemidir. Bu yöntemin bazı dezavantajları, uygulanması için gereken sürenin uzun olması (20-30 dk) ve değerlendiricinin beceri ve deneyimine bağlı olarak değerlendirmenin değişkenliği sayılabilir. Bunun yanında gençlerin mahremiyet kaygısı nedeniyle bazı soruları yanıtlamaması olasıdır. Uluslararası literatürde,

gençlerin kendi kendilerine yanıtlamaları için geliştirilmiş elektronik psikososyal değerlendirme araçları mevcuttur. Bazı çalışmalar, gençlerin yüz yüze bir değerlendirmeden ziyade elektronik ortamda karşılaştıkları zorluklarla ilgili bilgileri daha rahat paylaştıklarını göstermektedir(8).

Bununla birlikte yüz yüze görüşmelerin dijital formlara göre daha avantajlı olduğunu gösteren çalışmalar da literatürde mevcuttur(9). HEEADSSS değerlendirmesinin uzun sürmesi ve mevcut sağlık sistemimizde hekimlerin bu değerlendirmeyi yapmak için vakit ayırmakta sıkıntı yaşamaması nedeniyle ergenlere önce yapılacak bir dijital anket sayesinde yüz yüze görüşme için öncelikli konular belirlenip yüz yüze görüşmenin yapılandırılması sağlanabilir. Bu şekilde zamandan ve iş gücünden kazanç sağlanabilir.

Bu tez çalışmasında ana amaç;

Bu çalışmada geç ergenlik dönemindeki gençlerin psikososyal durum değerlendirmesinde HEEADSSS envanteri temel alınarak yüz yüze klinik görüşme yöntemi ile tüm HEEADSSS alanlarıyla eşlenmiş bir dijitalleştirilmiş soru formu uygulamasının karşılaştırılması amaçlanmıştır.

Alt amaçlar ise;

- Ergenlik döneminde HEEADSSS değerlendirmesinin yapılma durumunun değerlendirilmesi,
- Ergenlerin öncelikle yardım istediği psikososyal konuların belirlenmesi
- Ergenlerin sağlıklı yaşam sürmesi için müdahale edilmesi gereken öncelikli konuların belirlenmesi
- Ergenlerin psikososyal durumlarına etki eden bazı sosyodemografik özelliklerin incelenmesi
- Ergenlerin psikososyal durumlarının incelenmesi olarak belirlenmiştir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Ergenlik ile İlgili Tanımlar

Ergenlik insan hayatında en hızlı ve şekillendirici dönüşüm sürecidir. Çocukluk ve yetişkinliği birbirine bağlayan bir köprüdür. Bu dönemde fiziksel, ruhsal, zihinsel, sosyal, duygusal, hormonal ve cinsel gelişim süreçleri yaşanır(10). Bu dönüşüme uyum sağlamakta zorlanan bireylerde birçok psikolojik sorun ve beraberinde riskli sağlık davranışları gelişebilir. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) ergenlik dönemini 10-19 yaş grubu olarak tanımlamaktadır. Dünya Sağlık Örgütü'ne göre 0-9 yaş dönemi çocukluk; 10-14 yaş dönemi erken ergenlik; 15-19 yaş dönemi geç ergenlik olarak gruplandırılmıştır. Yaş gruplarıyla ilgili DSÖ'nün diğer bir sınıflandırmasına göre gençlik 15-24, genç erişkin 18-24, genç insan ise 10-24 yaş olarak tanımlanır (1,11).

Sağlık Bakanlığı'nın Bebek, Çocuk, Ergen İzlem Protokolü'ne göre de ergenlik üç döneme ayrılmıştır. Buna göre 10-14 yaş grubu erken ergenlik, 15-18 yaş grubu orta ergenlik, 19-21 yaş grubu ise geç ergenlik dönemidir (7). Ergenlik döneminde yaşanan psikolojik dönüşüm sürecinin etkilerinin 21 yaşa kadar sürdüğüyle ilgili fikir birliği mevcuttur(12,13). Burada dikkat edilmesi gereken noktalardan biri ise Birleşmiş Milletler Çocuk Hakları Sözleşmesi'nde yaşa bağlı yapılan tanıma göre 18 yaş altı bütün bireyler çocuktur (14). Bu sözleşme Birleşmiş Milletler Genel Kurulu'nun 20 Kasım 1989 tarih ve 44/25 sayılı Kararıyla kabul edilmiştir. Sözleşme 2 Eylül 1990 tarihinde yürürlüğe girmiştir. Türkiye bu sözleşmeyi 14 Eylül 1990 tarihinde imzalamış ve 9 Aralık 1994 tarihinde ihtirazi kayıtlarla onaylamıştır. Onay Kanunu (4058 Sayılı) 11 Aralık 1994 gün ve 22138 Sayılı Resmî Gazete 'de yayınlanmıştır. Sözleşme Türkiye açısından 4 Mayıs 1995 tarihinde yürürlüğe girmiştir(15). Ergen ve çocuk haklarının belirlenmesiyle ilgili birçok yasal dayanak mevcuttur. Bunlara örnek olarak Türkiye Cumhuriyeti Anayasası, Türk Ceza Kanunu, Türk Medeni kanunu, Birleşmiş Milletler Kadınlara Karşı Her Türlü Ayrımcılığın Önlenmesi Sözleşmesi (CEDAW), Dünya Nüfus ve Kalkınma Konferansı (ICPD- 1994) gösterilebilir.

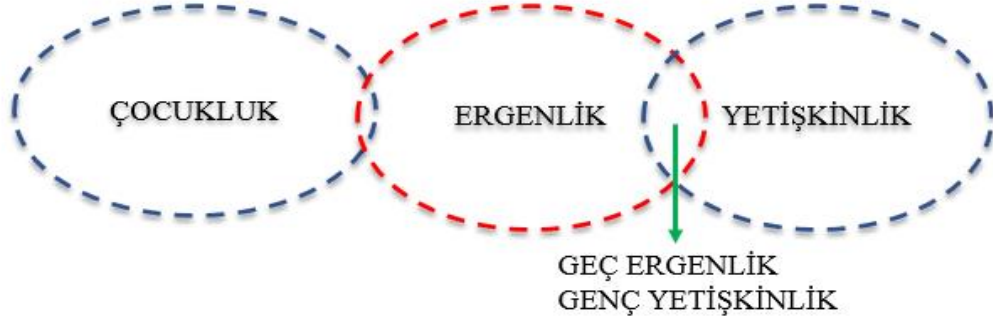
Birleşmiş Milletler Çocuk Hakları Sözleşmesi çocuk ve ergen hakları konusunda en kapsamlı hukuki çerçeveyi oluşturmaktadır. Konuyla ilgili maddelerini özetleyecek olursak;

1. 18 yaşına kadar her insan çocuk sayılır.
2. Taraf devletler, bu sözleşme 'de yazılı olan hakları ... her çocuğa, hiçbir ayırım gözetmeksizin tanır ve taahhüt ederler.
3. Kamusal ya da özel kurumlar, mahkemeler, idari makamlar vb. tarafından yapılan bütün faaliyetlerde, çocuğun yüksek yararı temel düşüncedir.
4. Taraf Devletler gerekirse uluslararası iş birliği çerçevesinde önlemler alırlar.
5. Her devlet çocukların yeteneklerini geliştirmekle yükümlüdür.
6. Temel yaşam hakkı
7. İsim, vatandaşlık, ana-babasını bilme ve onlar tarafından bakılma hakkı.
8. Çocuğun kimliğini koruma hakkı
9. Her çocuğun anne babası ile birlikte yaşama hakkı
10. Ana-babası, ayrı devletlerde oturan bir çocuk hem ana hem de babası ile düzenli biçimde görüşme hakkı.
11. Çocukların yasadışı yollarla ülke dışına çıkarılmasının önlenmesi.
12. Çocuğun görüşlerini serbestçe ifade etme hakkı.
13. Çocuk, düşüncesini özgürce açıklama hakkı
14. Çocuğun düşünce, vicdan ve din özgürlükleri hakkı.
15. Dernek kurma ve barış içinde toplanma hakkı
16. Özel yaşama saygı hakkı
17. Bilgi edinme hakkı – gencin bilgileri edinebilmesi için devletin yükümlülüğü var
18. Çocuğun yetiştirilmesinde ana-baba birlikte sorumluluk taşır. Bu kişiler her şeyden önce çocuğun yüksek yararını göz önünde tutarak hareket ederler.
19. Kötü muameleyi önleme
20. İhtiyacı olan her çocuk, devletten özel koruma ve yardım görme hakkına sahiptir.
21. Evlat edinme
22. Mülteci çocukların bakım ve korunma hakkı.
23. Zihinsel ya da bedensel özürlü çocukların saygınlıkları, eksiksiz bir yaşama sahip olmaları özürlü çocukların özel bakımdan yararlanma hakkı
24. En iyi sağlık düzeyine kavuşma, tıbbi bakım ve rehabilitasyon hakkı
25. Koruma altındaki çocukların sağlık hakkı
26. Sosyal güvenlik hakkı

27. Her çocuğun bedensel, zihinsel, ruhsal, ahlaksal ve toplumsal gelişmesini sağlayacak yeterli hayat seviyesi hakkı.
28. Eğitim hakkı ve eğitimde fırsat eşitliği hakkı.
29. Eğitimde çocuğun kişiliğinin, yeteneklerinin, bedensel ve zihinsel yeteneklerinin geliştirilmesi hakkı
30. Devlet her çocuğun kültürüne, dinine ve diline saygı duyar
31. Dinlenme, boş zaman değerlendirme, oynama ve yaşına uygun eğlence (etkinliklerinde) bulunma ve kültürel ve sanatsal yaşama serbestçe katılma hakkı
32. Çalışmama hakkı: Çocuğun, ekonomik sömürüye karşı ve her türlü tehlikeli işte ya da eğitimine zarar vereceknitelikte çalıştırmaktan korunma hakkı
33. Bağımlılık yapan maddelerden korunma hakkı
34. Çocukların her türlü cinsel suiistimallere karşı korunması zorunludur
35. Çocuğun kaçırılması ve satılmasının suç olması
36. Çocuğun sağlık ve mutluluğu öncelikli olması
37. Çocuklar için hapis cezasının en son başvurulacak önlemlerden olması.
38. Çocukların savaşa dahil edilememesi.
39. Her türlü ihmal, istismar ve sömürü görmüş çocukların sağlığına kavuşmasının öncelikli olması.
40. Suça karışan çocuklar yaşına uygun olarak çocuk mahkemelerinde yargılanır. Hiçbir çocuk tanıklık etmeye zorlanamaz. Soruşturmanın her bir aşamasında özel hayatın gizliliğine özen gösterilir

Madde 41-54: Devletlerin ve hükümetlerin uygulamalarını, görev ve sorumluluklarını içerir(15)

Bu gruplandırmalardan anlaşılacağı gibi çocukluk, ergenlik, yetişkinlik dönemleri aslında birbiriyle iç içedir (Şekil 1). Birinde yaşanacak sorun diğerini etkiler. Dolayısıyla ergenlik döneminin sağlıklı geçirilmesi sağlıklı erişkinler yetişmesi için çok önemlidir. Sağlıklı ergenlik, erişkin yaşamda kişilerin potansiyellerine en üst düzeyde ulaşabilmelerine bir araçtır. Ergenlik döneminde bireyin kaçırdığı fırsatlar erişkin yaşamına dezavantajlı olarak başlamasına sebep olacaktır (6).



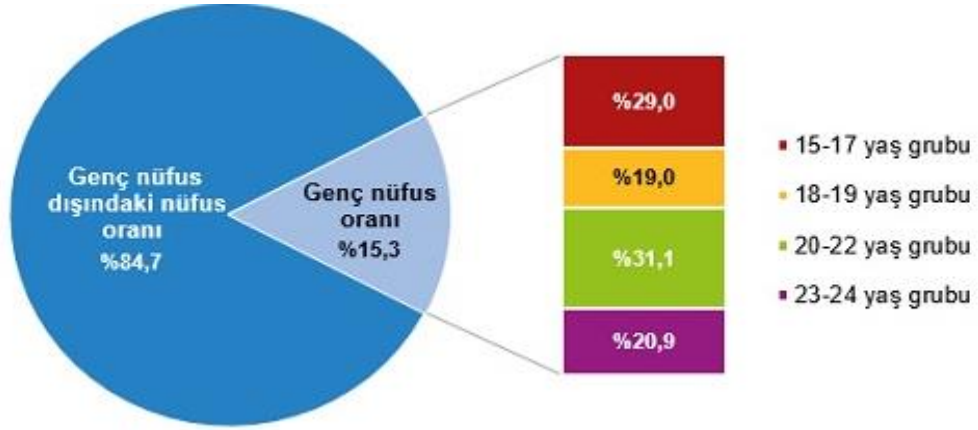
Şekil 1.Çocukluk,Ergenlik ve Yetişkinlik Dönemlerinin İç İçeliği

2.2. Ergenlik ile İlgili Epidemiyolojik Bilgiler (En Sık Yaşanan Sorunlar ve Ölüm İstatistikleri)

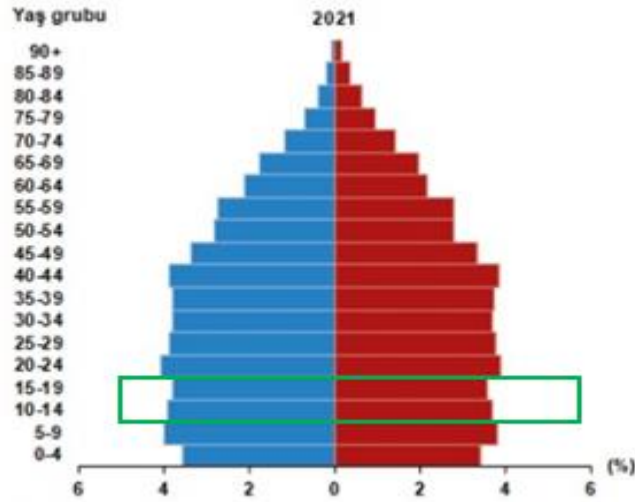
Dünya nüfusunun %16'sına karşılık gelen 1,3 milyar bireyin 10-19 yaş grubunda olduğu bilinmektedir. Toplam ergen nüfusunun yarısından fazlası (647 milyon) Asya ülkelerinde yaşamaktadır. Ergen oranının en yüksek olduğu ülkeler ise %23 ile Sahra altı ülkelerdir (1,16).

Türkiye'nin 2021 yılı sonu itibarıyla toplam nüfusu 84 milyon 680 bin 273 kişi iken 15-24 yaş grubundaki genç nüfus 12 milyon 971 bin 289 kişi olarak tespit edilmiştir. Türkiye'de nüfusun %15,3'ünü 15-24 yaş grubu yani genç bireyler oluşturmaktadır. Bunların %51,3'ü erkek, %48,7'si kadınlardan oluşmaktadır. Genç bireylerin %29'unun 15-17, %19'unun 18-19, %31,1'inin 20-22, %20,9'unun ise 23-24 yaş grubunda yer almaktadır (Şekil 2, Şekil 3). Genç nüfus oranının Avrupa Birliği üyesi 27 ülkeden daha yüksek olduğu görülmüştür(17,18).

T.C. Strateji ve Bütçe Başkanlığı'nın hazırladığı 11. Kalkınma Planı'nda, pronatalist politikalarla doğurganlık hızının yenileme hızının üzerinde tutulmasıyla sahip olunan genç ve dinamik nüfus yapısının korunması hedeflenmiştir(19). Türkiye İstatistik Kurumu tarafından hazırlanan nüfus projeksiyonlarında 2018 yılında 15-19 yaş grubu nüfus 6,402,806 iken 2023 yılında 6,366,376, 2040 yılında 6,729,892, 2060 yılında 6,251,249, 2080 yılında 5,899,313 olarak tespit edilmiştir(20).



Şekil 2. TÜİK Adrese Dayalı Kayıt Sistemine Göre Genç Dışındaki Nüfus ve Genç Nüfusun Yaş Gruplarına Göre Oranı



Şekil 2. TÜİK 2021 Verilerine Göre Türkiye Nüfus Piramidi

Türkiye’de ölüm nedeni istatistiklerine göre; 2019 yılında 15-24 yaş grubundaki gençlerin %37,4’ü dışsal yaralanma ve zehirlenmeler nedeniyle hayatını kaybetmiştir. İkinci sırada %10,0 ile iyi huylu ve kötü huylu tümörler ve üçüncü sırada %8,6 ile sinir sistemi ve duyu organları hastalıklarının olduğu görülmüştür. Türkiye’de 15-19 yaşa özel ölüm hızı yüz binde 0,4’tür(21).

Türkiye’de 2019 yılında ölüm sebepleri sıralandığında erkeklerde birinci sebebin trafik kazaları, ikinci sebebin lösemi, üçüncü sebebin şiddet, dördüncü sebebin boğulma, beşinci sebebin konjenital anomaliler olduğu görülmektedir.

Kadınlarda ise birinci sebep trafik kazaları, ikinci sebep lösemi, üçüncü sebep alt solunum yolu enfeksiyonu, dördüncü sebep konjenital anomaliler, beşinci sebep kendine zarar verme olarak görülmektedir(22).

Dünya genelinde ergenlerde en önemli ölüm nedenleri erkeklerde 10-14 yaş grubu için yüz binde 8.77 ve 15-19 yaş grubu için yüz binde 18.29 ile trafik kazalarıdır. Kadınlarda ise 10-14 yaş grubu en önemli ölüm nedeni diyare (yüz binde 8.09), 15-19 yaş grubu için tüberküloz (yüz binde 9.32). Erkeklerde 10-19 yaş grubu en önemli ölüm sebebi trafik kazası iken (yüz binde 13.42), kadınlarda en önemli ölüm sebebi diyaredir (yüz binde 6.21) (1,23).

Dünya genelinde, ergenlerin ölüm nedenlerinde ilk üç sırada 10-14 yaş grubu toplamı için diyare (yüz binde 8.36), trafik kazası (yüz binde 6.71) ve alt solunum yolu enfeksiyonu yer almaktadır (yüz binde 3.21). Bununla birlikte 15-19 yaş grubu toplamı için trafik kazaları (yüz binde 11.98), tüberküloz (yüz binde 9.84) ve şiddet (yüz binde 7.58) ilk üç sırada yer alan ölüm nedenleridir. Ergenlerde 10-19 yaş grubu ölüm sebepleri trafik kazası (yüz binde 9,29), diyare (yüz binde 6,45), tüberküloz (yüz binde 5,70) olarak görülmektedir (23) Erişkinlerdeki toplam hastalık yükünün 1/3'ü ve genç yaşta ölümlerin 2/3'ü ergenlikte başlayan riskli davranışlarla ilişkilidir(24).

2.3. Ergenlik Dönemi Sağlık Sorunları

Ergenlik döneminde hızlı bir dönüşüm süreci yaşanması nedeniyle birçok değişim yaşanır. Fiziksel değişimler boy uzaması, kilo artışı, vücutta kıllanma, deride yağlanma, sivilce çıkması, ter salgısının artması, kasların gelişmesi, meme boyutlarının değişmesi, skrotum boyutlarında değişiklik, sekonder seks karakterlerinde gelişme, olarak sayılabilir. Hormonal değişimler ise ovülasyon ve fertilitenin başlaması, menarş olarak sayılabilir (10,13).

Psikososyal değişimler ise ergenin fiziksel değişimlerini kabullenmesinin yanı sıra kendi kimliğini oluşturma çabası içinde gelişir. Ericson'a göre ergenlik döneminin temel çatışması "kimlik duygusu gelişimine karşı kimlik krizi" olarak tanımlanmıştır. Kimlik kavramını bir bireyin belirli bir kimse olmasını sağlayan şartların bütünü olarak tanımlayabiliriz (13,25). Ergenlik döneminde yaşanan en önemli psikososyal ürün kimliğin kazanılmasıdır. Bu dönemde yapılan birçok

davranış ergenin belki de farkında olmadan yaptığı kimlik kazanma denemeleridir. Kimlik kazanımı ergenin içinde bulunduğu sosyal ve kültürel çevreden etkilenir. Psikososyal değişimler sürecinde riskli davranış denemeleri meydana gelebilir. Ergenlik sonunda ise sosyal anlamda da çevreye adaptasyon süreci gerçekleşir(7,26)

Ergenlik döneminde bilişsel değişimler için Piaget'nin tanımladığı zihinsel gelişme dönemlerini incelediğimizde bu dönemlerin sonuncusu olan “Soyut İşlemler Dönemi”nin yani soyut kavramları düşünebilme yetisinin gelişmeye başladığı bir dönem olduğu görülmektedir. Bu dönemde kişilerin soyut sözcükleri kullanma ve bu konuları anlama becerisi gelişir. Bu soyut konulara örnek olarak felsefe, din, ahlak ve siyaset verilebilir. Ergenlik döneminde kişilerin bu konularda akıl yürütebildikleri görülmektedir. Bu dönemde kişiler yaşadıkları fiziksel, hormonal psikososyal değişimler sonucu pek çok zorluk ve çatışma yaşamaktadır(25,27).

Ergenlik döneminde en sık görülen sağlık sorunlarını ana başlıklar halinde listeleyecek olursak; boy kısalığı, pubertal sorunlar, obezite ve metabolik sendrom, ürogenital sorunlar (amenore, pelvik ağrı ve premenstruel sendrom, anormal uterin kanamalar, polikistik over, cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar, ergen gebelikleri, vajinitler, skrotum sorunları), meme hastalıkları, hirsütizm, tiroid hastalıkları, akne vulgaris ve ortopedik sorunlar olarak sayılabilir(13,28,29).

Ergenlerde yaşanan hastalıkların ve yaralanmaların birçoğu önlenebilir nedenlerle meydana gelir. Dünya genelinde 2015 yılında 1,2 milyondan fazla ergen birey ölmüştür (30). Bu yaş grubunda başlıca ölüm nedenleri trafik kazası, şiddet, kendine zarar verme, maternal sebepler, boğulma, alt solunum yolu enfeksiyonları, diyare, menenjit, HIV/AIDS ve tüberküloz olarak görülmektedir (23). Bu nedenleri tespit edebilmek ve önlem almak için bu yaş grubuna özel olarak hazırlanmış tarama programları gerekmektedir. Cinsiyete özel tarama ve müdahale programlarının gerekliliği ölüm nedenleri ve bu nedenlerin yıllara göre değişimi incelendiğinde anlaşılmaktadır (Şekil 2, Şekil 3) (23).

2.3.1. Ergenlik Döneminde Psikolojik Sorunlar

Dünya genelinde 10-19 yaş grubunda olan her yedi kişiden birinin psikolojik rahatsızlık yaşadığı ve bunun küresel hastalık yükünün %13'üne karşılık geldiği bilinmektedir. Bu 166 milyon ergenin psikolojik rahatsızlık yaşadığı anlamına gelmektedir(31). İntihar 15-19 yaş grubu erkeklerde 4. ölüm nedeni iken kadınlarda

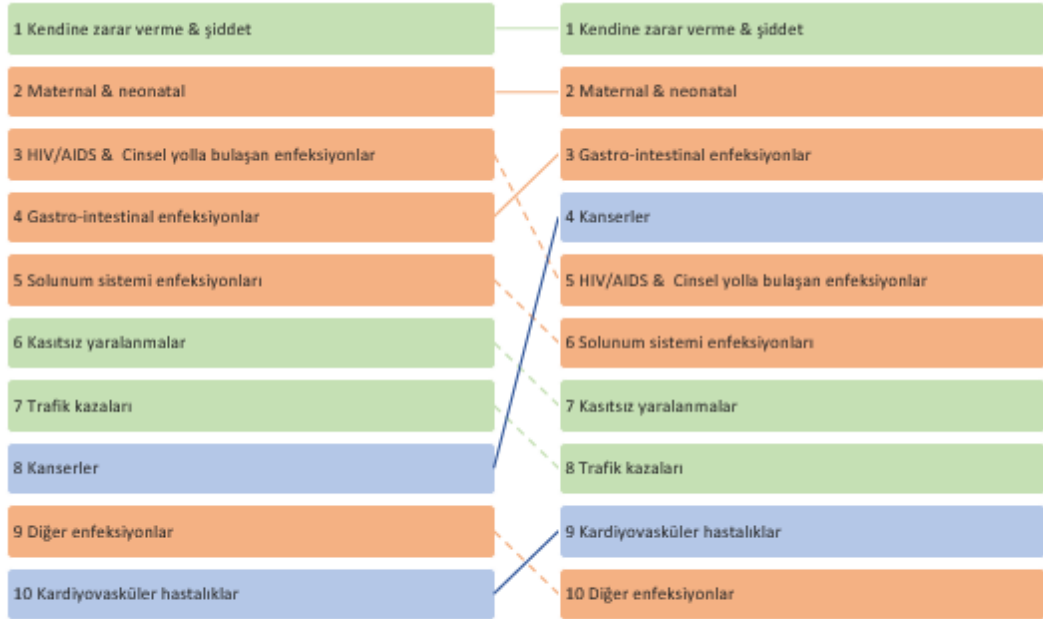
3. sırada ölüm nedenidir. Ergenlerde 10-19 yaş grubu ölüm nedenleri değerlendirildiğinde ise intiharın 5. sırada olduğu görülmektedir(23). (Tablo 1).

Türkiye’de 2019 yılında intihar oranları 10-14 yaş grubunda hem kadınlarda hem erkeklerde yüz binde 1, 15-19 yaş grubunda hem kadınlarda hem erkeklerde yüz binde 3, tüm yaş grupları değerlendirildiğinde hem kadınlarda hem erkeklerde yüz binde 2 olarak tespit edilmiştir(22). Dünya genelinde ölüm sebeplerinde yıllar içinde meydana gelen değişimlere bakıldığında 10-24 yaş grubunda kendine zarar vermenin 2000-2019 yılları arasında hala birinci sırada olduğu görülmektedir (23,31,32) (Şekil 4,5).

Türkiye’de 2019 yılında kişiler arası şiddet oranı 10-14 yaş erkeklerde yüz binde 1, kadınlarda 0, 15-19 yaş erkeklerde yüz binde 7, kadınlarda yüz binde 2, tüm yaş gruplarına bakıldığında ise erkeklerde yüz binde 4, kadınlarda yüzbinde 1 olarak tespit edilmiştir. On üç-15 yaş arasında zorbalığa uğrayan erkek oranının %39, kadınların ise %33 olduğu görülmektedir. (22)

Tablo 1. Dünya Geneline Ergenlerde Yaş Grubu ve Cinsiyete Göre Ölüm Nedenleri 2019 (ölüm hızı 100 000 yaş/cinsiyet spesifik popülasyon) (23)

Sıra	10-14 yaş			15-19 yaş			10-19 yaş		
	Erkek	Kadın	Toplam	Erkek	Kadın	Toplam	Erkek	Kadın	Toplam
1	Trafik kazası(8.77)	Diyare (8.09)	Diyare (8.36)	Trafik kazası (18.29)	Tüberküloz (9,32)	Trafik kazası (11.98)	Trafik kazası (13.42)	Diyare (6.21)	Trafik kazası (9.29)
2	Diyare (8.61)	Trafik kazası (4.51)	Trafik kazası (6.71)	Şiddet (12.21)	Maternal Sebepler (6.53)	Tüberküloz (9,84)	Şiddet (6.81)	Tüberküloz (5.48)	Diyare (6.45)
3	Boğulma (3.84)	Alt solunum yolu enfeksiyonu (3.19)	Alt solunum yolu enfeksiyonu (3.21)	Tüberküloz (10.33)	Kendine zarar verme (5.35)	Şiddet (7.58)	Diyare (6.68)	Trafik kazası (4.86)	Tüberküloz (5.70)
4	Alt solunum yolu enfeksiyonu (3.23)	HIV/AIDS (2.71)	Boğulma (2.76)	Kendine zarar verme (6.37)	Trafik kazası (5.23)	Kendine zarar verme (5.88)	Tüberküloz (5.90)	Kendine zarar verme (3.27)	Şiddet (4.35)
5	HIV/AIDS (2.62)	Menenjit (2.48)	HIV/AIDS(2.66)	Diyare (4.66)	Diyare (4.24)	Diyare (4.46)	Kendine zarar verme (4.08)	Maternal Sebepler (3.19)	Kendine zarar verme (3.69)



Şekil 4. 10-24 Yaş Grubu Kadınlarda 2000-2019 yıllarında en sık mortalite nedenleri ve yıllar içindeki değişimi(32)



Şekil 5. 10-24 Yaş Grubu Erkeklerde 2000-2019 yıllarında en sık mortalite nedenleri ve yıllar içindeki değişimi (32)

Yetişkinlikteki psikolojik hastalıkların yarısı 14 yaşında başlar, ancak vakaların çoğu tespit ve tedavi edilmez(30). Ergenlerde psikolojik rahatsızlıkların gelişmesini tetikleyecek faktörler; zorluklara maruz kalma, akranlara uyma çabası, kimlik ve benlik keşfi, akran ilişkileri, ev yaşantıları, şiddet (cinsel şiddet ve zorbalık), sert ebeveynlik ve sosyoekonomik sorunlar olarak sayılabilir(33).

Bazı ergen grupları sosyoekonomik koşullar nedeniyle sağlık hizmetine erişim zorluğu, damgalanma ve ayrımcılık gibi nedenlerden dolayı psikolojik rahatsızlıklar açısından risk altındadır. Bu gruplara örnek olarak otizm spektrum bozukluğu, zihinsel engeli veya kronik hastalığı bulunan ergenler, hamile ergenler, ergen ebeveynler, erken yaşta veya zorla evlendirilmiş olan ergenler, kimsesiz çocuklar, azınlık etnik ve cinsel kökenden gelen ergenler sayılabilir(33).

Ergenlerde 10-19 yaş grubunda psikolojik rahatsızlıkların %42,9'unu anksiyete ve depresyon bozuklukları, %20,1'ini davranış bozuklukları, %19,5'ini dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozuklukları, %14,9'unu idiyopatik zihinsel ve gelişimsel bozukluklar ve %9,5'ini diğer psikolojik bozukluklar oluşturmaktadır (31,34). Yine 10-19 yaş grubunda DALY (Disability Adjusted Life Year) kayıp nedenlerine bakıldığında depresif bozukluklar 3. Sıradadır(6).

Ergenlerden 10-14 yaşındakilerin %3,6'sının ve 15-19 yaşındakilerin %4,6'sının anksiyete bozukluğu yaşadığı tahmin edilmektedir. Depresyonda ise prevalans 10-14 yaşta %1,1 ve 15-19 yaşta %2,8 şeklindedir. Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu 10-14 yaş grubunda %3,1, 15-19 yaş grubunda %2,4 oranında görülmektedir(33). Bulimia nervroza ve anoreksiya nervroza gibi yeme bozuklukları, risk alma davranışları, psikoz ve madde bağımlılığı bu dönemde görülen psikolojik sorunlardandır(29).

2.4. Ergenlik Döneminde Riskli Davranışlar

Ergen dönemi sağlık açısından pek çok riskli davranışın denenmeye başlandığı bir geçiş dönemidir. DSÖ, sağlık açısından riski; “olumsuz bir sonucun gerçekleşme olasılığı veya bu olasılığı arttıran faktör” şeklinde tanımlanmaktadır(35). Ergenler için; madde bağımlılığı, alkol ve sigara kullanımı, tehlikeli araç kullanımı, intihar, istenmeyen gebelik, cinsel yolla bulaşan hastalıklar vb. riskli davranışlar söz konusudur(3,13,35). Uyuşturucu madde kullanımı

ergenlerde psikolojik hastalıklara neden olan risk faktörlerinden biridir. Ergen dönemdeki DALY kayıplarından ve mortalitenin başlıca nedenlerindedir (Tablo 2). Erkeklerde sigara, alkol ve uyuşturucu madde kullanımı daha sıktır(6). Sigara akciğer hastalıkları ve akciğer kanseriyle ilişkilendirildiği için bu kişilerin ileri dönemlerde bu hastalıklara yakalanmaları yüksek olasılıktır. Alkol kullanımı ise karaciğer hastalıkları, siroz, alkol etkisine bağlı kaza, yaralanma gibi birçok sağlık sorununu beraberinde getirebilir. Enjekte edilen uyuşturucu madde kullanılması ise HIV gibi kan yoluyla bulaşan hastalıklara sebep olabilir(5).

Ergen dönemde riskli cinsel davranışlar daha sık görülmektedir. On beş yaşından önce ilk kez cinsel birliktelik yaşamış olan kadın sayısı erkeklerden fazladır(24). Erken cinsel ilişki cinsel yolla bulaşan hastalık riskini artırır. HIV prevalansının %5'in üzerinde olduğu ülkelerde son yüksek riskli cinsel ilişkide kondom kullanma oranı %60'ın üzerindedir(30).

Geç ergenlik döneminde riskli davranışlar nedeniyle mortalite daha çok gerçekleşmektedir. Erken ergenlikte en sık mortalite nedeni diyare iken geç ergenlikte trafik kazalarıdır(23).

Tablo 2. Dünya Geneline 2019 Yılında Ergenlerde Yaş Grubu ve Cinsiyete Göre DALYs Kaybının Nedenleri (DALY hızı 100,000 popülasyonda) (6)

Sıra	10-14 yaş			15-19 yaş			10-19 yaş		
	Erkek	Kadın	Toplam	Erkek	Kadın	Toplam	Erkek	Kadın	Toplam
1	Demir eksikliği anemisi (1365)	Demir eksikliği anemisi (1161)	Demir eksikliği anemisi (1267)	Trafik kazası (1674)	Demir eksikliği anemisi (836)	Trafik kazası (1094)	Trafik Kazası (1108)	Demir eksikliği anemisi (1001)	Demir eksikliği anemisi (958)
2	Trafik kazası (558)	Alt solunum yolu enfeksiyonu (582)	Alt solunum yolu enfeksiyonu (534)	Şiddet (931)	Depresif rahatsızlıklar (831)	Depresif rahatsızlıklar (712)	Demir eksikliği anemisi (917)	Depresif rahatsızlıklar (572)	Trafik kazası (749)
3	Çocukluktaki davranışsal bozukluklar (554)	Diyare (479)	Diyare (457)	Kendine zarar verme (684)	Maternal sebepler (789)	Kendine zarar verme (701)	Şiddet (518)	Alt solunum yolu enfeksiyonu (495)	Depresif rahatsızlıklar (491)
4	Boğulma (542)	Anksiyete bozuklukları (430)	Çocukluktaki davranışsal bozukluklar (451)	Depresif rahatsızlıklar (600)	Kendine zarar verme (718)	Demir eksikliği anemisi (640)	Boğulma (511)	Diyare (489)	Alt solunum yolu enfeksiyonu (473)
5	Alt solunum yolu enfeksiyonu (489)	Menenjit (423)	Trafik kazası (415)	Boğulma (479)	Anksiyete bozuklukları (532)	Şiddet (568)	Çocukluktaki davranışsal bozukluklar (494)	Anksiyete bozuklukları (480)	Diyare (467)

2.4.1. Ergenlik Döneminde Alkol ve Madde Bağımlılığı

Ergen yaş grubunda uyuşturucu madde kullanımına başlama erişkin yaşta bağımlılık geliştirme açısından yüksek risk taşır ve uyuşturucu madde kullanımının getirdiği risklerden daha çok etkilenirler(30). Dünya genelinde, 15-19 yaşları arasındaki ergenler arasında şiddetli epizodik alkol içme prevalansı 2016'da %13,6 olarak tespit edilmiştir(33). Alkol kullanımının korunmasız cinsel ilişki riskini arttırması nedeniyle HIV/AIDS gibi cinsel yolla bulaşan hastalıkların ve viral hepatit riskini arttırdığı gösterilmiştir. Alkol bağımlılarında ve yüksek doz alkol kullananlarda tüberküloz ve alt solunum yolu enfeksiyonlarının arttığı tespit edilmiştir. Yüksek doz alkol kullananlarda hipertansif kalp hastalığı, kardiyomiyopati, hemorajik ve non-iskemik stroke, iskemik kalp hastalıkları riskinin arttığı gözlenmiştir. Alkol kullanımının orofarinks, larinks, özofagus, karaciğer, kolon, rektum ve kadın meme kanserini arttırdığı tespit edilmiştir(36).

Ergenlerde alkol kullanımı sözel öğrenme, görsel-uzaysal öğrenme işleme, bellek ve dikkatin yanı sıra merkezi sinir sistemindeki beyaz ve gri cevherdeki bozulmalarla ilişkilendirilmiştir. Alkol kullanımına bağlı oluşan nörokognitif değişimler ergenlerin ileri yaşamlarında sosyal, duygusal ve akademik problemler yaşamalarına neden olur (36).

Tütün ve esrar kullanımı ergenlerde yaygın görülen bağımlılıklardandır. Esrar gençler arasında en yaygın kullanılan uyuşturucu maddedir. Dünya genelinde 2018 yılında 15-16 yaş grubu uyuşturucu madde kullanan ergen sayısının 13 milyon olduğu tahmin edilmekle birlikte bunun 11,6 milyonun esrar kullandığı düşünülmektedir(37). Yaklaşık %4,7 oranında 15-16 yaş grubu ergen en az bir kere esrar kullandığını belirtmiştir(33). Bu oran 15-64 yaş grubunda %3,9'dur. Ergenlik dönemi uyuşturucu madde bağımlılığı için kritik bir süreçtir çünkü uyuşturucu bağımlılığının pik yaptığı yaş aralığının 18-25 olduğu tespit edilmiştir. Hayatı boyunca bir kez esrar kullanmış birinde bağımlılık geliştirme oranı %9 iken ergenlik döneminde esrar kullanmaya başlamış birinde bu oran %17'dir. Dünya genelinde ergenlerin %1,8'inin 2019 yılında opioid kullanıcısı olduğu tahmin edilmiştir(37).

Alkol ve Diğer Uyuşturucu Kullanımına Yönelik Avrupa Okul Anketi Projesi (*European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs, ESPAD*) 2019 yılı verilerine göre Avrupa ülkelerinde 13 yaş ve altında ilk defa alkol

kullananların oranı %33'tür. Bu çalışma 15-16 yaş grubu öğrencilerde yapılmıştır. Esrar kullanımını ilk defa 13 yaş ve altında gerçekleştirenlerin oranı ise %2,4'tür. Hayatı boyunca herhangi bir uyuşturucu maddeyi en az bir kere kullanan öğrencilerin oranı %17'dir. Hayatı boyunca bir kez esrar kullanan öğrencilerin oranı %16, ekstazi kullananların oranı %2,3, amfetamin kullananların oranı %1,7, metamfetamin kullananların oranı %1,1, kokain kullananların oranı %1,9, LSD (Liserjik asit dietilamid) kullananların oranı %2,9, eroin kullananların oranı %0,9'dur. Son bir yıl içinde esrar kullanan öğrencilerin oranı ortalama %9,9 iken son bir ay içinde kullananların oranı ortalama %7,1'dir. Psikoaktif ilaç kullananların oranı ortalama %2,5'tir. Son bir ayda alkol kullanma oranı ise ortalama %5,6 olarak tespit edilmiştir(38).

Türkiye'de 2016 yılında 13-15 yaş grubu bir önceki ayda alkol kullanma oranının erkeklerde yüz binde 6, kadınlarda ise yüz binde 2 olduğu tespit edilmiştir(22).

2.4.2. Ergenlerde Diğer Bağımlılıklar

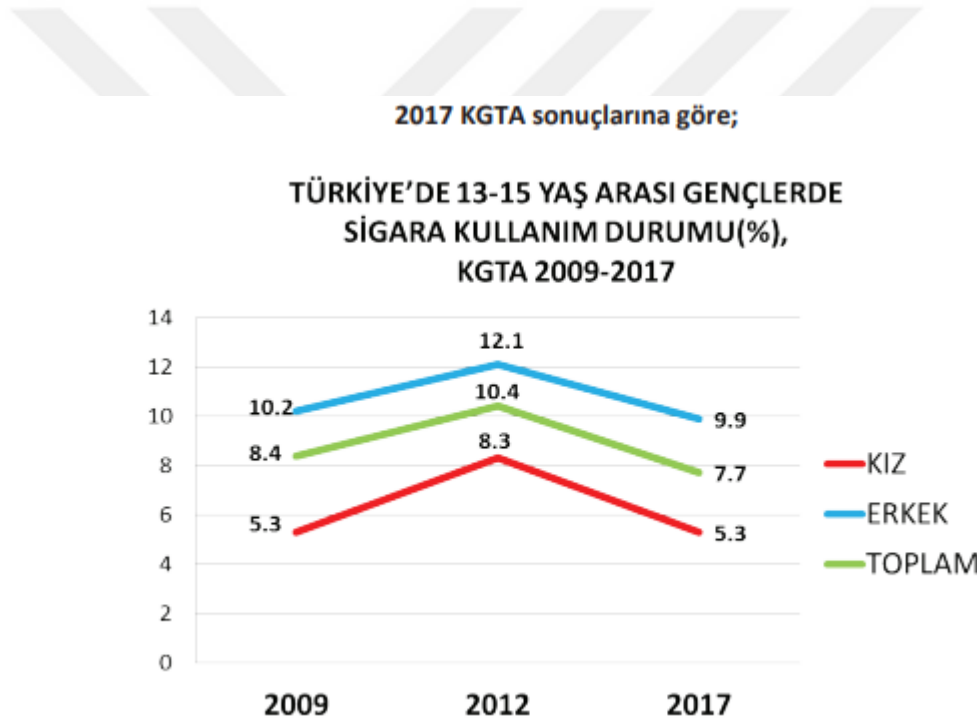
Alkol ve Diğer Uyuşturucu Kullanımına Yönelik Avrupa Okul Anketi Projesi (ESPAD) verilerine göre öğrencilerde son 12 ayda kumar oynama (para karşılığı) oranı ortalama %22 iken online kumar oynama (para karşılığı) oranı ortalama %7,9'dur. Ortalama sosyal medya kullanımı okul günlerinde 2-3 saat (min 0.5 max 6+) iken okul dışı günlerde 6 ve üzeri olduğu gözlenmiştir. Telefon veya bilgisayar oyunu oynama ise okul günlerinde 0,5 saat iken okul dışı günlerde 2-3 saattir(38).

Türkiye'de 6-15 yaş grubu çocuklar hafta içi günde ortalama 2 saat 54 dakika, hafta sonu günde ortalama 2 saat 44 dakika sosyal medyada vakit geçirmişlerdir. Düzenli cep telefonu kullanan çocukların %32,3'ünün telefonlarını 30 dakikada bir kontrol ettiği görülmüştür. Telefonunu en az 30 dakikada bir kontrol eden, uyumadan önce en son ve uyandıktan sonra ilk yaptığı şey telefonunu kontrol etmek olan, televizyon izlerken ve başkalarıyla yemek yerken dahi telefon kullanan çocukların oranı %3,7 iken bunlardan en az birini yapan çocukların oranı %52,4 olarak tespit edilmiştir. Düzenli dijital oyun oynadığını belirten erkek çocuklarının hafta içi günde ortalama 3 saat 2 dakika, kız çocuklarının 2 saat 18 dakika, hafta

sonu ise erkek çocuklarının 2 saat 59 dakika, kız çocuklarının 2 saat 11 dakika dijital oyun oynadığı tespit edilmiştir. Oyun oynama veya oyun indirme amacıyla interneti kullanan çocukların oranının %66,1 olduğu görülmüştür(39).

2.4.3. Ergenlerde Tütün ve Tütün Ürünleri Bağımlılığı

Tütün birçok sağlık yol açar ve günümüzde en önemli önlenebilir ölüm nedeni olarak düşünülmektedir. Tütün ve tütün ürünü kullanma yöntemleri olarak sigara, nargile ve elektronik sigaralar bilinmektedir. Dünya genelinde sigara içen erişkilerin %90'ının 18 yaş altında başladığı bilinmekte ve bunların %25'i ilk sigaralarını 10 yaş altında içmiş oldukları tespit edilmiştir(40).



Şekil 6. Türkiye'de 2009-2017 yılları arasında 13-15 yaş arası gençlerde sigara kullanım durumu (41)

Küresel Gençlik Tütün Araştırması 2017 yılı raporuna göre (KGTA-2017) 13-15 yaş arası öğrencilerde halen tütün ürünü kullanma oranı %17,9 iken kadınlarda %12,1, erkeklerde %23,2'dir. Öğrencilerin toplam % 7.7'si (erkeklerin % 9.9'u ve kadınların % 5.3'ü) sigara içmektedir (Şekil 6). En az bir kere tütün ürünü deneme oranı ise %40,2 iken en az bir kere sigara deneyenlerin oranı %28,0, en az bir kere nargile deneyenlerin oranı %24,6'dır. Tütün ürünü kullanmakta olanların %53,2'si bırakmayı istemektedir. Son 12 ayda bırakmayı deneyenlerin oranı ise

%56,4'tür. Hiç tütün kullanmayanların gelecekte kullanma eğilimine bakıldığında %9,9 olarak tespit edilmiştir. Tütün ürünü kullanmamakta olup sigara içmekten zevk alacağını düşünenlerin oranı ise %12,9'dur (41).

Türkiye Küresel Yetişkin Tütün Araştırması 2012 yılı raporuna göre (KYTA-2012) 18-34 yaş grubu kişilerin %16,1'i 15 yaşından önce, %58,7'si ise 18 yaşından önce sigara içmeye başlamıştır. Kadınlarda 15-24 yaş grubunda sigara içme oranı %7,4 iken erkeklerde %33,0'dır. Tütün ürünü kullananların %16,1'i her gün sigara içmeye 15 yaşından önce, %42,6'sı 15-17 yaşında, %19,5'i 18-19 yaşında ve %21,8'i de 20 ve daha ileri yaşlarda başlamıştır. Dolayısıyla her gün sigara içen 18-34 yaş grubundaki kişilerin %58,7'si 18 yaşından önce sigara içmeye başlamıştır(42).

2.4.4. Ergenlik Döneminde Gebelik

Dünya genelinde doğumların her %0,43' ü 15-19 yaş grubu ergen gebeler tarafından yapılmaktadır(30). Ergen gebelik bu yaş grubunun önemli mortalite ve morbidite sebeplerinden biridir. Türkiye'de 20-24 yaş arası kadınlarda ilk doğumunu 18 yaş altında yapmış kadınların oranı %5'tir(43). Ergenlik döneminde doğum oranı ise binde 19'dur(22). Dünya genelinde 15-19 yaş arası kadınlarda maternal sebepler en çok DALY kaybına neden olan beş sebepten biridir (Tablo 2)(6).

Dünya genelinde kadınlarda 15 yaş altı evlilik oranı %5; 18 yaş altında ise %19'dur. Türkiye'de ise 2018 yılında kadınlarda 15 yaş altı evlilik oranı %2; 18 yaş altında ise %15'tir(44). Dünyada kadınlarda 18 yaş altı evlilik oranı yapılan müdahalelerle 1/4'ten 1/5'e düşürülmüştür. Erkeklerde 18 yaş altı evlilik verileri kısıtlı olsa da küresel olarak 115 milyon erkeğin 18 yaş altında evlendiği bilinmektedir(45). Orta-düşük gelirli ülkelerde ergen gebeliklerin %90'ı evli ergenlerde gerçekleşmektedir. Eklampsi, preeklampsi, postpartum hemoraji, puerperal endometrit ve bunlar gibi birçok komplikasyon ergen gebelerde daha yüksek oranlarda görülmektedir(46,47) Erken yaşta gebelik kısa boy ve yüksek Vücut Kitle İndeksi (VKİ) ile ilişkilendirilmiştir(47) Sağlığı etkilemesinin yanında kadınların genç yaşta evlenmesi ve çocuk doğurması nedeniyle eğitim hayatlarının yarıda kalması da birçok fırsat eşitsizliğini ve bunlarla birlikte gelen dezavantajlı durumları beraberinde getirmektedir(6,48).

2.5.Ergenlerde Sistematik Psikososyal Görüşme: ERGENSOR (HEEADSSS) Gelişim ve Tarihi

Ergenlere bu dönemde yaşanan fiziksel ve psikolojik değişimler nedeniyle onlara özel hazırlanmış tarama programlarıyla ihtiyaçlarının tespit edilmesi gerekir. Bu nedenle psikososyal değerlendirme için 1972'de Seattle'dan Dr. Harvey Berman tarafından geliştirilen bir yöntem ,1985 yılında Los Angeles Çocuk Hastanesinde görevli olan Dr. Cohen tarafından geliştirilip sistematize edildi ve HEADSS akronimi olarak isimlendirildi. Akronim 1985 yılında yayımlandıktan sonra içerisinde bulunan konular arttırılıp HEEADSSS şeklini almıştır. HEEADSSS veya HE2ADS3 şeklinde yazılabilir. Bu akronimin içerdiği alanlar Ev (Home), Eğitim/İş (Education/Employment), Yeme Tutumu (Eating), Aktiviteler (Activities), Bağımlılık (Drugs), Cinsellik (Sex), Ruh Sağlığı/Kendine Zarar Verme (Self-Harm) ve Güvenlik (Safety) olmak üzere toplam sekiz tanedir(49,50). Bu akronim Türkiye’de ERGENSOR ismiyle bilinmektedir. Geliştirilmesinden bu yana ergenlerde psikososyal görüşme metodu olarak birçok ülkede kullanılmaktadır. Ergenlerde yaygın görülen sağlık sorunlarına entegre bir tarama yöntemi olarak DSÖ tarafından HEEADSSS görüşmesi önerilmiştir (1)

Sağlık Bakanlığımız da özellikle birinci basamakta her yıl ergenlere bu metot kullanılarak psikososyal tarama yapılmasını önermektedir(7,13). Bu çalışmada HEEADSSS akronimi için Türkiye’de geçerli olan ismi yani ERGENSOR kısaltması kullanılacaktır.

Birleşmiş Milletler zirvesinde 25 Eylül 2015’te dünya liderleri tarafından kabul edilen *Sürdürülebilir Kalkınma Gündemi*’nin 17 Sürdürülebilir Kalkınma Amacı ülkemizde de resmi olarak 1 Ocak 2016’da yürürlüğe girmiştir(51) Bu amaçların özellikle ergenleri işaret eden maddelerini listesi şu şekildedir: (6).

“1.2 2030’a kadar, ulusal tanımlara göre tüm boyutlarıyla yoksulluk içindeki her yaştan erkek, kadın ve çocuk oranını en az yarıya indirmek

2.2 Beş yaş altındaki çocukların aşırı zayıflıkları ve büyümesini engelleyen nedenlere ilişkin uluslararası düzeyde kabul edilmiş 2025 yılı hedeflerine ulaşılması

da dâhil olmak üzere 2030'a kadar, her türlü yetersiz beslenmeye son vermek ve ergenlik çağındaki kızlar, hamile ve emziren kadınlar ve yaşlıların beslenme ihtiyaçlarını ele almak

4.1 2030'a kadar tüm kız ve erkek çocuklarının, yerinde ve etkili eğitim çıktuları üreten ücretsiz, eşit ve kaliteli ilköğretim ve ortaöğretimi bitirmelerini sağlamak

4.4 2030'a kadar istihdam, insana yakışır işler ve girişimcilik için teknik ve mesleki beceriler de dâhil olmak üzere gerekli becerilere sahip gençlerin ve yetişkinlerin sayısını önemli ölçüde artırmak

4.5 2030'a kadar eğitimdeki cinsiyet eşitsizliklerine son vermek ve engelliler, yerliler ve savunmasız çocuklar da dâhil olmak üzere tüm kırılgan kesimlerin her seviyede eğitime ve mesleki kurslara eşit erişimini sağlamak

4.6 2030'a kadar gençlerin tamamının ve kadın ve erkek yetişkinlerin çoğunluğunun okur-yazar olmasını ve sayısal beceriler kazanmasını sağlamak

4.a Çocuk, engelli ve cinsiyet duyarlı eğitim tesisleri inşa etmek ve niteliklerini yükseltmek; herkes için güvenli, şiddet içermeyen, kapsayıcı ve etkili öğrenme ortamları sağlamak

5.1 Kadınlara ve kız çocuklarına yönelik her türlü ayrımcılığa her yerde son vermek

5.2 Kamusal ve özel alanlarda, tüm kadınlara ve kız çocuklarına yönelik, insan kaçakçılığı, cinsel ve her türlü istismar dâhil, şiddetin her türünü yok etmek

5.3 Çocuk evliliği, erken yaşta evlilik, zorla evlendirilme ve kadın sünneti gibi tüm zararlı uygulamaları yok etmek

5.c Cinsiyet eşitliğinin desteklenmesi ve kadınların ve kız çocuklarının her seviyede güçlendirilmesi için sağlam politikalar ile buyurucu yasal düzenlemeler getirmek ve güçlendirmek

6.2 2030'a kadar herkes için yeterli ve adil sanitasyon ve hijyene erişim sağlamak ve kadınların, kız çocuklarının ve kırılgan durumda olan kişilerin ihtiyaçlarına özel ilgi göstererek kamuya açık alanlarda dışkılamaya son vermek

8.5 2030'a kadar gençler ve engelliler dâhil tüm erkek ve kadınlar için tam ve üretken istihdam ve insana yakışır işlere erişmek ve eşit işe eşit ücret sağlamak

8.6 2020'ye kadar ne istihdamda ne de eğitim veya kurslarda yer alan gençlerin oranını önemli ölçüde azaltmak

8.7 Zorla çalıştırmayı ortadan kaldırmak, modern köleliği ve insan kaçakçılığını bitirmek ve çocukların asker olarak kullanılması dâhil olmak üzere çocuk işçiliğinin en kötü türlerini yasaklamak ve ortadan kaldırmak üzere acil ve etkili tedbirler almak ve 2025'e kadar her türlü çocuk işçiliğini sona erdirmek

8.a Özellikle en az gelişmiş ülkeler olmak üzere geliştirmekte olan ülkeler için, En Az Gelişmiş Ülkelere Ticaretle Bağlantılı Teknik Destek İçin Entegre Çerçeveyi de içerecek şekilde ticaret yardımı desteklerini artırmak

11.2 2030'a kadar herkes için, özellikle kırılğan durumda olan insanların, kadınların, çocukların, engellilerin ve yaşlıların ihtiyaçlarına özel önem gösterilerek, yol güvenliğinin artırılması, başta toplu taşıma sisteminin geliştirilmesiyle herkesin güvenli, ekonomik olarak karşılanabilir, erişilebilir ve sürdürülebilir ulaşım sistemlerine erişimini sağlamak

11.7. 2030'a kadar, özellikle kadınlar, çocuklar, yaşlılar ve engelliler için güvenli, kapsayıcı ve ulaşılabilir, yeşil ve kamusal alanlara genel erişim sağlamak

13.b En az gelişmiş ülkelerde ve geliştirmekte olan küçük ada devletlerinde; kadınlar, gençler ile yerel ve marjinal topluluklara odaklanmayı da kapsayan iklim değişikliğine yönelik planlama ve yönetim kapasitesini artıracak mekanizmaları teşvik etmek

16.2 Çocuklara yönelik taciz, istismar, kaçakçılık ve her türlü şiddete ve çocuk işkencesine son vermek" (6).

2.6. Sağlıkta Dijital Değerlendirme Yöntemleri ve Uygulamalar

Son yıllarda teknolojinin gelişmesi nedeniyle sağlık hizmetinde e-sağlık uygulamalarının kullanımı hızla artmaktadır ve özellikle yaşadığımız COVID-19 pandemisi nedeniyle değerleri anlaşılmalıdır(52). E-sağlık, Eysenbach tarafından "tıp bilişimi, halk sağlığı ve ticaret ile internet ve ilgili teknolojiler aracılığıyla sağlanan veya geliştirilen sağlık hizmetlerinin ve bilgilerin kesiştiği yeni bir alandır. Daha geniş anlamıyla bu ifade, bilgi ve iletişim teknolojilerini kullanarak sağlık hizmetini yerel, bölgesel ve dünya çapında geliştirebilmek için sadece teknik bir gelişmeyi

değil, aynı zamanda akıl kavramını, bir düşünme biçimini, bir tutumu, bir ağa bağlılığı ve küresel düşünmeyi de karakterize etmektedir.” şeklinde tanımlanmaktadır (53). Eysenbach dijital sağlık hizmetlerinde vaat edilen özellikleri 10 madde ile tanımlamıştır(53);

1. Verimlilik (Efficiency): Burada amaç sağlık hizmetlerinde verimliliği artırmak, bu şekilde maliyetleri düşürmektir. Maliyetleri düşürmede kullanılacak bir yol, sağlık kuruluşları arasında artan veri akışı ve hasta iletişimi yoluyla tekrarlayan veya gereksiz teşhis veya tedavi girişimlerinden kaçınılmasıdır.

2. Hizmetin Kalitesini Artırmak (Enhancing Quality of Care): Verimlilik artışı için sadece maliyetleri düşürmek yeterli değildir aynı zamanda kaliteyi de arttırmak gereklidir. Örneğin farklı sağlayıcıların hazırladığı e-sağlık uygulamaları arasında karşılaştırmalara izin vererek kalitenin denetlenebilmesi ve güvence edilebilmesi sağlanabilir. Bu karşılaştırma sonucunda en iyi e-sağlık uygulamalarına hastaların yönlendirilmesiyle kalite artırılabilir.

3. Kanıta Dayalılık (Evidence Based): Dijital sağlık müdahalelerinin etkililik ve etkinlik değerlendirmesi kanıta dayalı bir şekilde yapılmalıdır. Bu alanda birçok çalışmaya ihtiyaç duyulmaktadır.

4. Sağlık Hizmeti Almak İsteyen Kişilerin ve Hastaların Güçlendirilmesi (Empowerment of Consumer and Patients): İki grubun da e-sağlık uygulamalarında rahatça seçim yapabilmeleri için sağlık alanında kişisel elektronik kayıtların veri tabanlarını internet yoluyla sağlık hizmeti almak isteyen kişilerin erişimine açarak, dijital sağlık alanında hasta merkezli uygulamalar için yeni yollar açılması amaçlanıyor. Bu şekilde kanıt temelli hasta seçimini gerçekleştirilmesi hedefleniyor.

5. Teşvik (Encouragement): Hasta ve sağlık mesleği mensubu arasında, kararların birlikte verildiği gerçek bir ortaklığın teşvik edilmesi amaçlanıyor.

6. Eğitim (Education): Doktorların güncel kaynaklardan (sürekli tıp eğitimi) eğitim almasına ve sağlık hizmeti almak isteyen kişilerin eğitimine (sağlık okur yazarlığı, koruyucu bilgiler) katkı sağlaması amaçlanıyor.

7. Bilgi Sağlama (Enabling information): Dünya ve ülkeler düzeyinde sağlık kuruluşlarının kendileri arasında veri alışverişinin olabildiğince standart bir biçimde gerçekleştirilmesi amaçlanıyor.

8. Sağlığı Koruma Kapsamının Genişletilmesi (Extending the Scope of Healthcare): Sağlığı koruma kapsamını bilinen çerçevenin ötesine taşımak hem bölgesel hem de tanımsal anlamda ifade edilir. Dijital sağlık uygulamaları, sağlık hizmeti almak isteyen kişilerin çevrimiçi sağlık hizmetlerine kolayca ulaşmasını sağlar.

9. Ahlak (Ethics): Dijital sağlık uygulamaları hasta-hekim iletişimine yeni bir bakış açısı getirir. Ancak çevrimiçi uygulamalar sırasında, aydınlatılmış onam, bilgi gizliliği ve eşitlik gibi konular karşılaşılabilecek yeni zorluklardır.

10. Eşitlik (Equity): Sağlık alanında verilen hizmetleri daha eşit hale getirmek vaat edilmekle birlikte bu yeni uygulamalarla zaten var olan eşitsizliğin artabileceği de düşünölmektedir. Ekonomik sıkıntı çeken, sosyoköltürel seviyesi düşük olan, internet erişimi olmayan kişiler, e-sağlık uygulamalarını etkin bir şekilde kullanamayabilirler. Bunun bir sonucu olarak sağlığı koruma uygulamalarına en çok ihtiyacı olan bu popölasyon, devlet müdahaleleriyle herkes için eşit erişim sağlanmadıkça bilgi teknolojisindeki gelişmelerden en az yararlanan kişiler olacaklardır. Dolayısıyla eşitsizlik bütün dezavantajlı gruplarda artmış bir şekilde izlenecektir.

Eysenbach'ın bu 10 E'ye ek olarak ilave ettiği 3 özellik daha vardır;

- Kullanım kolaylığı (Easy to use)
- Eğlendiricilik (Kimse sıkıcı bir şey kullanmak istemez) (Entertaining)
- Heyecan vericilik (Exciting).

2.7.Türkiye'de Birinci Basamakta Ergen Psikososyal Değerlendirme Olanadıının Sağlık İstatistikleriyle Değerlendirilmesi

Birinci basamakta kişi başı hekime başvuru sayısı 2020 yılında 3,0 olarak tespit edilmiştir. Türkiye'de birinci basamak hekime başvuru sayısı 2002 yılında 1,1 iken 2019 yılında 3,5 olarak görölmüştür(54). Tüm hekime başvuru sayıları değerlendirildiğinde ise %42,2'sinin birinci basamak sağlık kuruluşlarına yapıldığı görölürken %57,8'i ikinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşlarına yapıldığı görölmüştür(55). Kişi başi yıllık hekime müracaat sayısı Türkiye'de 9,6 iken Avrupa Birliği ölkeleri ortalaması 6,4 olarak tespit edilmiştir(54). Türkiye genelinde hekim başında düşen kişi sayısı 2018 yılında 536 olduğu görölmüştür(56). Ölkemizde 2019 yılı itibariyle toplam 1.033.767 sağlık çalışanı görev yapmaktadır. Toplam hekim

sayısı 160.810 iken bunun 46.843'ü pratisyen hekim, 85.199'u uzman hekim, 28.768'i asistan hekim unvanına sahiptir(57). Yüz bin kişiye düşen hekim başında ülkemiz The Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD) ülkeleri arasında sonuncu durumdadır(58).

Birinci basamak başvurularının toplam hekim başvuruları oranındaki yıllar içinde gerçekleşen artış ve toplam hekim başvurularının içindeki oranın fazla olması birinci basamaktaki sağlık hizmeti yükünü açıkça göstermektedir. Bu nedenle, birinci basamak sağlık hizmeti sağlayıcıları, her şeyden önce uygun maliyetli olan yüksek kaliteli, erişilebilir, pratik ve etkin sağlık uygulamaları konusunda artan bir baskı altındadır. Bu nedenle ulusal ve uluslararası kuruluşlar, birinci basamak sağlık hizmeti sağlayıcılarını, e-sağlık uygulamalarını geliştirenler de dahil olmak üzere, yeni ve yenilikçi çalışma yöntemlerini benimsemeye teşvik etmektedir(59).

Literatüre bakıldığında psikososyal değerlendirmelerin gerçekleştirilmesindeki en yaygın engellerden biri olarak zaman görülmektedir. Zaman hem hasta hem de sağlık hizmeti veren kişi tarafından engel olarak görülmektedir. Önceki çalışmalarda dijital psikososyal değerlendirmelerin süresiyle yüz yüze tarama yöntemlerinin süresi arasında pek fark görülmemiştir. Dijital psikososyal değerlendirme yapıldıktan sonra sorun saptanan konuları görüşmek için tekrar yüz yüze görüşme yapılması bunun sebeplerinden biri olarak görülmüştür. Bu şekilde psikolojik değerlendirme için hem dijital değerlendirme hem de yüz yüze görüşme yapılması nedeniyle görüşme süresi iki görüşmenin süresinin toplamı olarak hesaplanmıştır. Yine de dijital tarama sonucunda problem saptanan konuların hızlı tespit edilmesi açısından önce dijital tarama yapılması faydalı görülmüştür. Gençlerin hassas olarak düşündükleri konuları dijital tarama sonrasında hemen görüşmek istemeyeceklerini düşünenler olsa da yapılan çalışmalara göre memnuniyetleri artmış bu şekilde daha etkili hizmet aldıklarını düşünmüşlerdir(60).

Psikososyal değerlendirme konusunda dijital değerlendirme ve yüz yüze tarama yöntemlerinin önünde engel olarak mahremiyet konusu da büyük önem taşımaktadır. Dijital yöntemle mahremiyet konusunda sorun yaşamadığını düşünen gençler olduğu gibi tam tersini düşünen gençler de mevcuttur(61–63). Bunun sebepleri arasında cihaz aracılığıyla dijital yöntem kullanılan çalışmalarda cihazın bir personel tarafından başlatılması ve o sırada hastanın izlendiği düşüncesi gibi

sebepler yer almaktadır. Yüz yüze yöntemde mahremiyet konusu daha büyük bir problem olarak görülmektedir. Bu nedenle görüşmenin günlere bölünerek yapılması gençlerde güven duygusu oluştuktan sonra hassas konuların sorulması gerektiğini belirten çalışmalar mevcuttur. Bazı araştırmalarda, sağlık hizmeti veren kişilerin dijital değerlendirmenin yapılmasının ardından hastayla sonraki görüşmelerini daha rahat planladıklarını düşündükleri bildirilmiştir(49,64,65).

Psikososyal değerlendirmede dijital taramanın personelin iş yükünü azalttığını, gençlerin daha pratik ve uygulanabilir bulunduğunu destekleyen çalışmalar mevcuttur(61,66,67).

Daha önce geliştirilmiş olan *YoutCHAT*, *myAssessment*, *TickiT* gibi psikososyal değerlendirme araçları mevcuttur. Bunlar bir tablete yüklenmiş uygulama şeklinde gençlere uygulanmaktadır(62,63,67).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Çalışmanın Tipi:

Bu çalışma kesitsel tipte bir araştırmadır.

3.2. Çalışmanın Periyodu, Yeri ve Çalışma Grubu:

Çalışma 1 Kasım 2021-28 Şubat 2022 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir. Çalışma, 2021-2022 eğitim öğretim döneminde, İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi'nin fakültelerinde öğrenim görmekte olan 18-21 yaş grubundaki gönüllü üniversite öğrencileri üzerinde gerçekleştirilmiştir.

Çalışmanın örneklem büyüklüğünü hesaplamak için literatürde benzer bir araştırma raporuna rastlanmamıştır. Örneklem büyüklüğü; G Power ile analizde tahmini etki büyüklüğü $d = 0.30$, alfa hata olasılığı = 0.05 , güç = 0.90 alınarak, tahmini örneklem sayısı $n = 97$ olarak hesaplandı. Ulaşmada yaşanabilecek kısıtlılıklar ve anketi ret gibi nedenlerden dolayı çalışmaya dahil edilecek kişi sayısı 110'a yükseltilmiştir. Çalışmaya dahil edilmek istenen kişilerden örnekleme dahil edilen bölümlere sınıflara gidilerek isim ve cep telefonu numarası bilgisi toplanıp öğrencilerle birebir iletişime geçilerek uygun gün ve saat belirlenip çalışmanın gerçekleştirileceği zaman belirlenmiştir.

Kota örneklem seçim yöntemi kullanılarak çalışma yürütülmüştür(68). Örnekleme dahil edilen bölümlere sınıflara gidilerek isim ve cep telefonu numarası bilgisi toplanmıştır. Öğrencilerle birebir iletişime geçilerek uygun gün ve saat belirlenip çalışmanın gerçekleştirileceği zaman belirlenmiştir. Bu şekilde üç ziyarette olmak üzere toplam 360 kişiye ulaşılmıştır. Öğrencilerin toplamda randevulara geri dönüş oranı %30,5 olarak tespit edilmiştir ve bu şekilde 110 kişiyle çalışma yapılmıştır. Dijital ankete eksik yanıt verme nedeniyle bir kişi çalışmadan çıkarıldı. Böylelikle çalışma grubuna toplam 109 kişi dahil edilmiştir.

İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi bünyesinde bulunan fakülteler sağlık bilimleri, fen bilimleri ve sosyal bilimler olarak 3 küme şeklinde kabul edildi. Beslenme ve diyetetik, yaşlı bakımı, hemşirelik, diş hekimliği, eczacılık bölümü sağlık bilimleri kümesine dahil edildi. Malzeme bilimi ve mühendisliği, makine mühendisliği, biyomedikal mühendisliği, bilgisayar mühendisliği, elektrik-elektronik mühendisliği, inşaat mühendisliği fen bilimleri kümesi olarak kabul

edildi. Medya ve iletişim, maliye, turizm rehberliği, sosyoloji, İslami ilimler, felsefe bölümü sosyal bilimler kümesi olarak kabul edildi. Sağlık bilimlerinden 49, Fen Bilimlerinden 27, Sosyal Bilimlerden 33 öğrenci çalışmaya dahil edildi.

3.3. Veri Toplama Araçları

Çalışmada sosyodemografik anket formu, ERGENSOR görüşmesi için yapılandırılmış bir uygulayıcı formu, iki yöntemi karşılaştırma formu ve dijital psikososyal değerlendirme formu olmak üzere 4 adet veri toplama aracı kullanılmıştır.

3.3.1. ERGENSOR Görüşmesi

Çalışmamızda DSÖ ve Sağlık Bakanlığı tarafından ergenlerde psikososyal tarama yöntemi olarak kullanılması önerilen, ülkemizde ve dünya genelinde birçok ülkede de kullanılan ERGENSOR envanteri kullanılmıştır(7,13).

ERGENSOR envanterinde başlıca görüşülecek alanlar ev, eğitim/iş, yeme tutumu, akranlarla aktivite, madde kullanımı, cinsellik, intihar ve depresyon ve güvenlidir. Görüşülecek konuların sıralaması daha az tedirginlik yaratacak sorulardan, kişisel ve zorlayıcı sorulara olacak şekilde ilerlemektedir. Bebek, Çocuk, Ergen İzlem Protokolü'ne göre ayrılması gereken zaman 20-30 dk'dır. Gerektiğinde birkaç aşamada gerçekleştirilebilir.

Bu görüşme sırasında sorular açık uçlu bir şekilde sorulması önerilmiştir. Özellikle sorgulanması istenen alanlarda son zamanlarda bir değişiklik olup olmadığı sorulmalıdır. Çalışmamızda bu esasa uyarak yüz yüze görüşmeleri gerçekleştirdik.

Bu görüşmeye başlamadan önce görüşmenin konuşulacak konuların içeriği, gizliliği ve cevaplamak istemediği sorulara cevap vermeme hakkının bulunduğu açıklandı. Görüşmede yer alan konulara dair literatürde bulunan sorular incelenerek hem ERGENSOR görüşmesi için hem de dijital anket için aynı sayıda ve içerikte soru listesi hazırlandı. Yüz yüze görüşme formatında gerçekleştirildi. Görüşmede cevaplar açık uçlu olsa da uygulayıcı tarafından sorulan soruya göre cevaplar "evet" veya "hayır" olacak şekilde yüz yüze görüşme formuna kodlandı.

Çalışmada yüz yüze görüşme şeklinde bahsedilen uygulama ERGENSOR görüşmesidir.

Literatür taraması sonucunda her iki görüşme için de hazırlanan sorular(7,49,64,65);

Ev Modülü

- 1- Nerede yaşıyorsunuz?
- 2- Birlikte yaşadığınız insanlarla sorun yaşıyor musunuz?
- 3- Kendinize ait bir odanız var mı?
- 4- Herhangi bir sorunuz olduğunda danışıp yardım alabileceğiniz biri var mı?
- 5- Hiç evden/yaşadığınız yerden kaçtınız mı veya kaçmak istediniz mi?
- 6- Hiç şiddet gördünüz mü?
- 7- Birlikte yaşadığınız insanlardan biri şiddet gördü mü?
- 8- Yaşadığınız yerde iyi uyuyabiliyor musunuz?

Eğitim/İş Modülü

- 9- Yakın arkadaşınız veya bir arkadaş grubunuz var mı?
- 10- Üniversitede hiç zorbalığa uğradınız mı?
- 11- Bir ek işte çalışıyor musunuz?
- 12- Bir ek işte çalışıyorsanız ek iş nedeniyle okula ve/veya sosyal hayata uyum sağlamakta zorlanıyor musunuz?
- 13- Derslerinizde başarısız olduğunuzu düşünüyor musunuz?

Yeme Tutumu Modülü

- 14- Şu anda olduğunuz kilodan rahatsız oluyor musunuz?
- 15- Aşırı yemek yeme/kusma döngüleri yaşıyor musunuz?

Aktivite Modülü

- 16- Düzenli spor/fiziksel aktivite yapıyor musunuz?

Bağımlılık Modülü

- 17- Okulda, yaşadığınız çevrede uyuşturucu madde kullanan birisi var mı?
- 18- Sigara kullanıyor musunuz?
- 19- Alkol kullanır mısınız?
- 20- Hiç uyuşturucu madde kullandınız mı?
- 21- Hiç alkol veya uyuşturucu etkisi altında olan birinin arabasına bindiniz mi?

22- Rahatlamak veya daha iyi hissetmek için alkol veya uyuşturucu kullandınız mı?

23- Hiç yalnızken alkol veya uyuşturucu kullandınız mı?

24- Alkol veya uyuşturucu kullandıktan sonra yaptıklarınızı hatırlamadığınız oluyor mu?

25- Aileniz veya arkadaşlarınız size hiç alkol veya uyuşturucu kullanımını kesmeniz gerektiğini söyledi mi?

26- Alkol veya uyuşturucu etkisindeyken tehlike yaşadınız mı?

Cinsellik Modülü

27- Romantik/duygusal birliktelik yaşadığınız biri oldu mu?

28- Doğum kontrol yöntemleri hakkında yeterli bilginiz olduğunu düşünüyor musunuz?

29- Cinsel yolla bulaşan hastalıklar hakkında yeterli bilginiz olduğunu düşünüyor musunuz?

30- Hiç cinsel bir deneyim yaşadınız mı?

31- Hiç sizi rahatsız eden bir cinsel temas yaşadınız mı?

Ruh Sağlığı Modülü

32- Sık sık üzgün, depresif, umutsuz hissettiğiniz olur mu?

33- Sıklıkla stresli, endişeli hissediyor musunuz?

34- Her an kötü bir şey olacaktı gibi hissediyor musunuz?

35- Uyku ile ilgili sorun (az uyumak, fazla uyumak, uykuya dalamamak) yaşıyor musunuz?

36- Hiç başkalarına veya kendinize zarar vermek istediniz mi?

37- Ailenizde psikiyatrik hastalık öyküsü olan biri var mı?

38- Hiç depresyon yaşadınız mı?

39- Bazen ölmüş olsanız daha iyi olacağını düşündüğünüz oldu mu?

40- Hiç intihar girişiminde bulundunuz mu?

Güvenlik Modülü

41- Hiç fiziksel bir kavgaya karıştınız mı?

42- Yaşadığınız yerde kendinizi güvende hissediyor musunuz?

43- Hiç trafik kazası geçirdiniz mi?(Araç içi,yaya ,motosiklet vb)

44- Arabada her zaman emniyet kemeri takar mısınız?

45- Sadece internetten tanıdığımız biriyle hiç yüz yüze görüştünüz mü?

3.3.2.Dijital Anket Formu

Bu çalışmada, literatürden faydalanarak ERGENSOR envanterinin tüm alanlarıyla eşlenmiş bir dijital psikososyal durum değerlendirme aracı olarak dijital psikososyal değerlendirme formu Google Forms kullanılarak geliştirildi(7,62–65,67). ERGENSOR envanterinde başlıca görüşülecek alanlar ev, eğitim/iş, yeme tutumu, akranlarla aktivite, madde kullanımı, cinsellik, intihar ve depresyon ve güvenlidir. Literatürden faydalanarak bu ana başlıkları tüm yönleriyle sorgulayacak şekilde soru örnekleri geliştirildi(7,64,65). Bu sorular hem dijital anket formunda hem de yüz yüze görüşmede kullanıldı. ERGENSOR yüz yüze görüşmesini yapılandırmak ve dijital yöntemle karşılaştırılabilmesini sağlamak amacıyla uygulayıcı için ERGENSOR envanterinin tüm alanlarını içeren ve dijital anket formuyla eşlenmiş bir uygulayıcı formu geliştirildi. Yüz yüze görüşme sırasında katılımcıların verdiği cevaplar bu form üzerine uygulayıcı tarafından not alındı.

3.3.3. Sosyodemografik Değerlendirme Formu

Katılımcılara sosyodemografik özelliklerini sorgulayan bir anket form yüz yüze görüşme ile uygulandı. Katılımcıların ERGENSOR envanterine verdikleri cevaplarla diğer anket form cevaplarının eşleşmesini sağlamak ve katılımcıların mahremiyet konusunda rahat olmalarını sağlamak amacıyla her katılımcı için bir kod sistemi kullanıldı. Bu kod sistemi katılımcıların soyadının son iki harfi ve Türkiye Cumhuriyeti kimlik numaralarının son üç hanesini içermekteydi (Gizem YAVAŞ 25000000080=YA080). Kod sistemi katılımcılara anlatıldıktan sonra kodlarının uygulayıcıya söylenmesi istendi ve formları birbiriyle eşlemek için kullanıldı. Bu şekilde özellikle dijital ankete verdikleri cevaplar konusunda katılımcıların mahremiyeti korundu. Sosyodemografik anket formu; cinsiyet, yaş, yaşanılan yer, medeni durum, bilinen bir hastalık varlığı, maddi sıkıntı durumu, sağlık güvencesi, sağlık hizmeti almakta sıkıntı yaşama, daha önce herhangi bir sağlık kuruluşunda ERGENSOR görüşmesinin yapıp yapılmadığı ve ERGENSOR görüşmesi yapıldıysa hangi konuların sorgulandığı üzerine toplam 10 adet soru içermektedir.

ERGENSOR temalarına göre sorular gruplara ayrılmış ve bunlar modül olarak adlandırılmıştır. Toplam sekiz adet modül bulunmaktaydı. Ev modülünde yedi, eğitim/iş modülünde dört, yeme tutumu modülünde iki, fiziksel aktivite modülünde bir, bağımlılık modülünde dokuz, cinsellik modülünde beş, ruh sağlığı modülünde dokuz, güvenlik modülünde beş olmak üzere toplam 42 adet soru bulunmaktaydı. Modülde bulunan sorulardan birine bile sorun tespit edilecek cevap veren kişinin modülünde “sorun var” olarak kabul edildi. Hiçbir soruya sorun tespit edilecek cevap vermeyen kişilerin modülü “sorun yok” olarak kabul edildi.

3.3.4. İki Yöntemi Karşılaştırma Formu

Çalışmaya katılanlara her iki yöntemle psikososyal değerlendirme yapıldıktan sonra iki yöntemi karşılaştırmak için bir anket uygulandı. Bu anket form literatüre uygun olarak hazırlanmıştır(60,62,63,69). Anket formda yaşına uygun olup olmadığı, yeterli zaman olup olmadığı, soruları yanıtlarken rahat olup olmadığı, soru sayıları ile ilgili düşünceleri, soruların özellikleri ile ilgili düşünceleri ve hangi yöntemi tercih ettiğini sorgulayan toplam 15 adet soru içermektedir.

3.4. Yüz Yüze Görüşme ve Anketlerin Uygulanması

Yüz yüze görüşme ve elektronik formattaki ERGENSOR'un karşılaştırılabilirliğini değerlendirmek için dengeli (*counter-balanced*) bir yapıda araştırma tasarlandı. Çalışmanın aşamaları şu şekilde gerçekleşmiştir

Öğrenciler, randevu sıralarına göre sırayla ile iki koşuldan birine atandı (Şekil 7.);

KOŞUL A: Dijital psikososyal değerlendirme formu uygulanması ardından yüz yüze HEEADSSS değerlendirmesi (n=56)

KOŞUL B: Yüz yüze HEEADSSS değerlendirmesi, ardından dijital psikososyal değerlendirme formu uygulanması (n=53)

Psikososyal durum değerlendirmesi tamamlandıktan sonra katılımcılara iki yöntemi karşılaştırma anketi ve sosyodemografik veri anketi uygulanmıştır.

Tüm işlemler (yüz yüze görüşme, elektronik anketin doldurulması), İKÇÜ Merkez Laboratuvarı, simüle hasta polikliniklerinde gerçekleştirilmiştir.



Şekil 7. Koşul A ve Koşul B Uygulama Şeması

3.5. Pilot Çalışma

Anket formları geliştirildikten sonra 11 öğrenciyle pilot çalışma yapılmıştır. Bu çalışma sonunda dijital anket formuna başlama ve bitiş saatini eklemenin gerekli olduğu görülüp, yaşamakta olunan yer sorusuna katılımcılardan gelen geri bildirimler nedeniyle ek seçenek olarak “akrabalarım evde” eklenmiştir. Yüz yüze görüşme için hazırlanan uygulamayı formunu yenilenip dijital anketin tüm alanlarını kapsamasına karar verilmiştir. Pilot çalışmaya ait veriler Tablo 3, 4 ve 5’te verilmiştir.

Tablo 3. Pilot Çalışmanın Tanımlayıcı Bilgileri

Yaş	
$\bar{x} \pm ss$	18,64(18-19)
<i>M (ekd-ebd)</i>	
Yüz yüze görüşme süresi (dk)	
$\bar{x} \pm ss$	
<i>M (ekd-ebd)</i>	21,36 (13-42)
Cinsiyet (Erkek) n (%)	7 (%63,6)
Nerede Yaşıyorsunuz? n (%)	
Ailemle birlikte	1(%9,1)
Yurtta	2 (%18,2)
Tek başıma evde	5 (%45,4)
Arkadaşlarımla evde	2 (%18,2)
Akrabalarımla evde	1 (%9,1)

Medeni durumuz nedir? n (%)	
Bekar	11 (%100)
Bilinen bir hastalığınız var mı? n (%)	
Yok	11 (%100)
Var	
Maddi sıkıntı yaşıyor musunuz? n (%)	
Hayır	11 (%100)
Evet	
Sağlık güvenceniz var mı? N (%)	
Evet	10 (%90,9)
Hayır	1 (%9,1)
Sağlık hizmeti almakta zorluk yaşıyor musunuz? n(%)	
Evet	2 (%18,2)
Hayır	9 (%81,8)
Sizinde daha önce buna benzer bir görüşme yapıldı mı? n(%)	
Evet	3 (%27,3)
Hayır	8 (%72,7)
Hangi konularda görüşülmüştü? n	
Ev	2
Eğitim iş	2
Sağlıklı beslenme kilo	0
Fiziksel aktivite	0
Bağımlılık	0
Ruh sağlığı	3
Cinsel sağlık	0
Güvenlik şiddet	0
Hangi yöntemi tercih edersiniz? n(%)	
Yüz Yüze	9 (%81,8)
Dijital Anket	2 (%18,2)

Yüz yüze görüşme ve dijital anket sonrasında ek işte çalışıp çalışmadıklarına dair bir soru eklenmiştir. Rahatlamak için alkol ve uyuşturucu kullanıp kullanmadıkları sorusu birleştirilmiştir.

Tablo 4. Pilot Çalışmada Dijital Psikososyal Tarama Aracına Verilen Yanıtlar

	Evet (%)
1. Birlikte yaşadığınız insanlarla sorun yaşıyor musunuz?	%27,3
2. Herhangi bir sorununuz olduğunda danışıp yardım alabileceğiniz biri var mı?	%100
3. Kendinize ait bir odanız var mı?	%72,7
4. Hiç evden/yaşadığınız yerden kaçtınız mı veya kaçmak istediniz mi?	%18,2
5. Hiç şiddet gördünüz mü?	%18,2
6. Birlikte yaşadığınız insanlardan biri şiddet gördü mü?	%9,1
7. Yaşadığınız yerde iyi uyuyabiliyor musun?	%81,8
8. Üniversitede hiç zorbalığa uğradınız mı?	%9,1
9. Yakın arkadaşınız veya bir arkadaş grubunuz var mı?	%90,9
10. Bir ek işte çalışıyorsanız ek iş nedeniyle okula ve/veya sosyal hayata uyum sağlamakta zorlanıyor musunuz?	%0
11. Derslerinizde başarısız olduğunuzu düşünüyor musunuz?	%18,2
12. Şu anda olduğunuz kilodan rahatsız oluyor musunuz?	%45,5
13. Aşırı yemek yeme/kusma döngüleri yaşıyor musunuz?	%0
14. Düzenli spor/fiziksel aktivite yapıyor musunuz?	%27,3
15. Okulda, yaşadığınız çevrede uyuşturucu madde kullanan birisi var mı?	%9,1
16. Sigara kullanıyor musunuz?	%0
17. Alkol kullanır mısınız?	%36,4
18. Hiç uyuşturucu madde kullandınız mı?	%0
19. Hiç alkol veya uyuşturucu etkisi altında olan birinin arabasına bindiniz mi?	%18,2
20. Rahatlamak veya daha iyi hissetmek için alkol kullandınız mı?	%36,4
21. Rahatlamak veya daha iyi hissetmek için uyuşturucu kullandınız mı?	%0
22. Alkol veya uyuşturucu kullandıktan sonra yaptıklarınızı hatırlamadığınız oluyor mu?	%18,2
23. Aileniz veya arkadaşlarınız size hiç alkol veya uyuşturucu kullanımını kesmeniz gerektiğini söyledi mi?	%9,1
24. Alkol veya uyuşturucu etkisindeyken tehlike yaşadınız mı?	%0
25. Romantik/duygusal birliktelik yaşadığınız biri oldu mu?	%100
26. Doğum kontrol yöntemleri hakkında yeterli bilginiz olduğunu düşünüyor musunuz?	%27,3
27. Cinsel yolla bulaşan hastalıklar hakkında yeterli bilginiz olduğunu düşünüyor musunuz?	%36,4
28. Hiç cinsel bir deneyim yaşadınız mı?	%36,4
29. Hiç sizi rahatsız eden bir cinsel temas yaşadınız mı?	%9,1
30. Sık sık üzgün, depresif, umutsuz hissettiğiniz olur mu?	%54,5
31. Sıklıkla stresli, endişeli hissediyor musunuz?	%54,5
32. Her an kötü bir şey olacakmış gibi hissediyor musunuz?	%36,4

33. Uyku ile ilgili sorun (az uyumak, fazla uyumak, uykuya dalamamak) yaşıyor musunuz?	%45,5
34. Hiç başkalarına veya kendinize zarar vermek istediniz mi?	%36,4
35. Ailenizde psikiyatrik hastalık öyküsü olan biri var mı?	%45,5
36. Hiç depresyon yaşadınız mı?	%36,4
37. Bazen ölmüş olsanız daha iyi olacağını düşündüğünüz oldu mu?	%27,3
38. Hiç intihar girişiminde bulundunuz mu?	%9,1
39. Hiç fiziksel bir kavgaya karıştınız mı?	%27,3
40. Yaşadığınız yerde kendinizi güvende hissediyor musunuz?	%90,9
41. Hiç trafik kazası geçirdiniz mi? (Araç içi, yaya, motosiklet vb.)	%27,3
42. Arabada her zaman emniyet kemeri takar mısınız?	%45,5
43. Sadece internetten tanıdığınız biriyle hiç yüz yüze görüştünüz mü?	%63,6
Aşağıdaki konularla ilgili olarak destek almak ister misiniz?	
Ev yaşantısı, yakın çevre	%0
Eğitim, iş	%10
Sağlıklı beslenme, kilo problemleri	%30
Fiziksel aktivite	%20
Bağımlılık	%0
Ruh sağlığı	%30
Cinsel sağlık ve üreme sağlığı	%10
Güvenlik, şiddet	%0

Pilot çalışma sonrasında da öğrencilerin iki yöntemi de kabul edilebilir bulduğuna dair geri bildirimler alınmıştır.

Tablo 5.Pilot Çalışmada Öğrencilerin İki Yöntemi Karşılaştırma Sonuçları

	Yüz Yüze Görüşme	Dijital Anket
	Evet n(%)	Evet n(%)
1. Yaşıma uygun bir görüşmeydi	11 (%100)	11 (%100)
2. Yanıtlarımı düşünmek için yeterli zamanım vardı	10 (%90,9)	11 (%100)
3. Soruları yanıtlarken rahattım	11 (%100)	11 (%100)
4. Rahat hissetmediğim konuları görüşmek kolaydı	10 (%90,9)	10 (%90,9)
5. Sağlıksız davranışları ve duygularımı belirlememe yardımcı oldu	9 (%81,8)	8 (%72,7)
6. Çok fazla soru vardı	0 (%0)	0 (%0)
7. Çok kişisel sorulardı	5 (%45,5)	3 (%27,3)
8. Bilgilerin gizli kalacağı konusunda endişe duydum	0 (%0)	1 (%9,1)

9. Çok uzun sürüyor	1 (%9,1)	0 (%0)
10. Soruları anlamak zordu	0 (%0)	0 (%0)
11. Sorular beni ilgilendirmiyordu	0 (%0)	0 (%0)
12. Sıkıcıydı	0 (%0)	1 (%9,1)
13. Soruları yanıtlarken utandım	0 (%0)	0 (%0)
14. Yargılandığımı hissettim	0 (%0)	0 (%0)

3.6. İzinler:

İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 23.12.2021 tarih 0576 no'lu etik onay alınmıştır İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Rektörlüğü'nden çalışmanın yapılabilmesi için 25.02.2022 tarihli izin alınmıştır. Öğrencilere çalışma hakkında bilgi verilip dijital form için online formun başlangıcında onam alınmış olup, yüz yüze görüşmelerde de yazılı onam alınmıştır.

3.7. İstatistiksel Yöntem:

Veriler IBM SPSS Statistics Standard Concurrent User V 25 (IBM Corp., Armonk, New York, ABD) istatistik paket programında değerlendirildi. Tanımlayıcı istatistikler birim sayısı (n), yüzde (%) ortalama±standart sapma ($\bar{x} \pm ss$), medyan (M), birinci çeyreklik (Q_1), 75.üçüncü çeyreklik (Q_3), en küçük değer (ekd) ve en büyük değer (ebd) olarak verildi. Sayısal değişkenlere ait verilerin normal dağılımı Shapiro Wilk normallik testi ile değerlendirildi. Sayısal değişkenlerin koşul A ve B arasındaki karşılaştırmaları Paired-Samples t testi ve Independent Samples t testi ile yapıldı. Gruplar ile kategorik değişkenler arası ilişkiye $r \times c$ tablolarında Pearson ki-kare ve Fisher exact test ile bakıldı. Ki-kare testinde ilişki bulunması durumunda kategorilerde gruplar arası farklılık Bonferroni düzeltmeli İki Oran z testi ile belirlendi. ERGENSOR ve dijital anketteki soruların ve modüllerin arasındaki ilişkiye McNemar test ile bakıldı. $p < 0.05$ değeri istatistiksel olarak önemli kabul edildi.

4. BULGULAR

Çalışma grubu 64 (%58,7) kadın, 45 (%41,3) erkek olmak üzere 109 öğrenci ile oluşturuldu (Tablo 6). Öğrencilerin yaş dağılımı 18 ile 19 yaş arasında olup ortalaması $18,83 \pm 0,373$ idi. Öğrenim durumlarına bakıldığında sağlıkla ilgili alanlarda öğrenim gören öğrenci sayısı 49 (%45), sosyal alanlarla ilgili 33 (%30,3), fen ile ilgili alanlarda öğrenim gören öğrenci sayısı 27 (%24,8) olarak görülmektedir. Öğrencilerin diğer tanımlayıcı özellikleri Tablo 6’da verilmiştir.

Tablo 6. Öğrencilerin tanımlayıcı özellikleri

Değişkenler	
Yaş	
$\bar{x} \pm ss$	18,83±0,373
<i>M (ekd-ebd)</i>	19 (18-19)
Yüz yüze görüşme süresi(dk)	
$\bar{x} \pm ss$	20,98±7,7
<i>M (ekd-ebd)</i>	20,00 (8-50)
Dijital anketi tamamlama süresi(dk)	
$\bar{x} \pm ss$	5,20±6,01
<i>M (ekd-ebd)</i>	4,00 (1-36)
Cinsiyet (Kadın) <i>n</i> (%)	64 (%58,7)
Öğrenim gördüğü bölüm <i>n</i> (%)	
Sağlık	49 (%45,0)
Sosyal	33 (%30,2)
Fen	27 (%24,8)
<u>Nerede Yaşıyorsunuz?</u> <i>n</i> (%)	
Ailemle birlikte	32 (%29,4)
Yurtta	40 (%36,7)
Tek başıma evde	10 (%9,2)
Arkadaşlarımla evde	20 (%18,3)
Akrabalarımla evde	7 (%6,4)
Ek bir işte çalışıyor musunuz? <i>n</i> (%)	15 (%13,7)
Medeni durumunuz nedir? <i>n</i> (%)	
Bekar	109 (%100)
Maddi sıkıntı yaşıyor musunuz? <i>n</i> (%)	
Evet	25(%22,9)

Hayır	84(%77,1)
Sağlık güvenceniz var mı? <i>n</i> (%)	
Evet	97 (%89,0)
Hayır	12 (%11,0)
Sağlık hizmeti almakta zorluk yaşıyor musunuz? <i>n</i> (%)	
Evet	8 (%7,3)
Hayır	101 (%92,7)

\bar{x} : Ortalama, ss: Standard sapma, M: Medyan, ekd: en küçük değer, ebd: en büyük değer

Çalışmaya katılan öğrenciler sırayla koşul A'ya ve koşul B'ye atandı. Tablo 7'de görüldüğü üzere koşul A'ya dahil olan kişi sayısı 56 (%51,4), koşul B'ye dahil olan kişi sayısı 53(%48,6)'dır. Çalışmaya katılmak üzere gelen dört öğrencinin sınavlarına yetişmek istemeleri nedeniyle dört kişi için koşul sırası kaldırılıp o sırada yüz yüze görüşme yapılmıyorsa dijital anket uygulaması yapılmıştır. Bu nedenle koşul dağılımı eşit olmamıştır. Katılımcılardan 93 kişi (%85,3) çalışmamızdaki görüşmeye benzer sorular içeren bir yüz yüze görüşmeye daha önce katılmadığını ifade etmiştir. Bu soruya “evet” cevabını veren 16 kişiden 7 kişi depresyon, anksiyete gibi rahatsızlıkları sebebiyle psikiyatrist muayenesi sırasında bütün alanların sorulmadığını ama benzer bir görüşme yapıldığını belirtmiş, diğer 9 kişi ise lise döneminde okullarında bulunan psikolojik rehberlik ve danışmanlık öğretmeni tarafından tüm alanlar sorulmasa da buna benzer bir görüşme yaptım şeklinde cevap vermiştir. Katılımcıların tümü daha önce aile hekimi ziyaretlerinde böyle bir görüşme yapılmadığını belirtmiştir.

Öğrencilere her iki psikososyal değerlendirme yöntemi de (yüz yüze ve dijital) uygulandıktan sonra hangi yöntemi tercih ettikleri sorulmuştur. Bu soruya 98 (%89,9) kişi yüz yüze yöntem cevabını vermiştir. Daha sonra destek ve bilgilendirme istedikleri konu olup olmadığı sorulmuştur. Ev yaşantısı ve yakın çevre konularında 27 (%24,8) kişi, eğitim ve iş konularında 58 (%53,2) kişi, sağlıklı beslenme ve kilo problemleri konularında 51 (%46,8) kişi, aktiviteler konusunda 55 (%50,5) kişi, bağımlılık konularında 5 (%4,6) kişi, ruh sağlığı konularında 44 (%40,4) kişi, cinsel sağlık konularında 34 (%31,2) kişi, güvenlik ve şiddet konularında 15 (%13,8) kişi destek almak istemiştir.

Tablo 7. Çalışmanın Özellikleri

	<i>n</i> (%)
İlk önce uygulanan yöntem	
Dijital Anket (Koşul A)	56 (%51,4)
Yüz Yüze (Koşul B)	53 (%48,6)
Sizinle daha önce ASM'de buna benzer bir görüşme yapıldı mı?	
Evet	0(%0)
Hayır	109(% 100)
Sizinle daha önce buna benzer bir görüşme yapıldı mı?	
Evet	16 (%14,7)
Hayır	93 (%85,3)
Hangi konularda görüşülmüştü? <i>n</i>	
Ev	10
Eğitim iş	8
Sağlıklı beslenme kilo	9
Fiziksel aktivite	5
Bağımlılık	8
Cinsel sağlık	4
Ruh sağlığı	14
Güvenlik şiddet	5
Hangi yöntemi tercih edersiniz?	
Yüz Yüze	98 (%89,9)
Dijital Anket	11 (%10,1)
Bu konularda destek almak ister misiniz?	Evet
Ev yaşantısı, yakın çevre	27 (%24,8)
Eğitim, iş	58 (%53,2)
Sağlıklı beslenme, kilo problemleri	51 (%46,8)
Fiziksel aktivite	55 (%50,5)
Bağımlılık	5 (%4,6)
Cinsel sağlık ve üreme sağlığı	34 (%31,2)
Ruh sağlığı	44 (%40,4)
Güvenlik, şiddet	15 (%13,8)

4.1.Dijital ve Yüz yüze Görüşme Yönteminin Karşılaştırılması

Öğrencilere hangi koşula atandıklarına göre uygulama sırası değişse de her iki psikososyal değerlendirme yöntemi de uygulanmıştır (Dijital ve yüz yüze).

ERGENSOR başlık sırasına göre dijital ve yüz yüze yöntemle verilen yanıtlar karşılaştırılmış olup detaylar aşağıdadır.

4.1.1.Ev modülü

Ev modülünde bulunan yedi adet sorudan sadece “Kendinize ait bir odanız var mı?” sorusuna verilen cevapların dağılımı arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktaydı ($p<0,001$). Yüz yüze yöntemde bu soruya hayır cevabını verenlerin sayısı anlamlı olarak fazlaydı. Modülde bulunan diğer sorular arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur.

Yüz yüze görüşme sırasında ev, eğitim/iş, yeme tutumu, fiziksel aktivite, güvenlik modüllerinde sorun tespit edilen kişilere yardım ve destek alabilecekleri birimler anlatılıp yönlendirildi. Ev modülüyle ilgili diğer veriler Tablo 8’dedir.

Tablo 8. Her İki Yöntemde de Ev Modülünde Bulunan Sorulara Verilen Cevaplar

	Yüz Yüze Yöntem	Dijital Yöntem	İstatistikler
	Evet <i>n</i>(%)	Evet <i>n</i>(%)	
	Hayır <i>n</i>(%)	Hayır <i>n</i>(%)	
Ev			
1-Birlikte yaşadığınız insanlarla sorun yaşıyor musunuz?	21 (%19,3) 88(%80,7)	30 (%27,5) 79 (%72,5)	$p=0,064$
2-Herhangi bir sorununuz olduğunda danışıp yardım alabileceğiniz biri var mı?	90 (%82,6) 19 (%17,4)	96 (%88,1) 13 (%11,9)	$p=0,210$
3-Kendinize ait bir odanız var mı?	61 (%55,9) 48 (%44,1)	82 (%75,2) 27 (%24,8)	$p<0,001$
4-Hiç evden/yaşadığınız yerden kaçtınız mı veya kaçmak istediniz mi?	50 (%45,9) 59 (%54,1)	39 (%35,8) 70 (%64,2)	$p=0,071$
5-Hiç şiddet gördünüz mü?	21 (%19,3) 88(%80,7)	20 (%18,3) 89 (%81,7)	$p=0,99$
6-Birlikte yaşadığınız insanlardan biri şiddet gördü mü?	28 (%25,7) 81 (%74,3)	24 (%22) 85 (%78)	$p=0,388$
7-Yaşadığınız yerde iyi uyuyabiliyor musun?	96 (%88,1) 13 (%11,9)	99 (%90,8) 10 (%9,2)	$p=0,549$
McNemar Test			

4.1.2.Eğitim/İş Modülü

Bu modülde dört soru bulunmaktaydı. “Üniversitede hiç zorbalığa uğradınız mı?” sorusunda evet cevabını verenlerin sayısı yüz yüze yöntemde istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde fazla olduğu görüldü (p=0,006). “Derslerinizde başarısız olduğunuzu düşünüyor musunuz?” sorusuna evet cevabını verenlerin sayısı dijital yöntemde istatistiksel olarak anlamlı şekilde fazla tespit edildi(p=0,006). Diğer soruların cevap dağılımları arasında fark tespit edilmedi. Eğitim/iş modülüyle ilgili diğer veriler Tablo 9’dadır.

Tablo 9. Her İki Yöntemde de Eğitim/İş Modülünde Bulunan Sorulara Verilen Cevaplar

	Yüz Yüze Yöntem		İstatistikler
	Evet n(%)	Hayır n(%)	
Eğitim/İş			
8-Üniversitede hiç zorbalığa uğradınız mı?	13 (%11,9) 96 (%88,1)	3 (%2,8) 106 (%97,2)	p=0,006
9-Yakın arkadaşınız veya bir arkadaş grubunuz var mı?	104 (%95,4) 5 (%4,6)	109 (%100) -	-
10-Bir ek işte çalışıyorsanız ek iş nedeniyle okula ve/veya sosyal hayata uyum sağlamakta zorlanıyor musunuz?	3 (%20,0) 12(%80,0)	7 (%46,6) 8 (%53,4)	p=0,219
11-Derslerinizde başarısız olduğunuzu düşünüyor musunuz?	17(%15,6) 92(%84,4)	32(%29,4) 77(%70,6)	p=0,006

McNemar Test

4.1.3.Yeme Tutumu ve Fiziksel Aktivite Modülleri

Bu modüllerde yeme tutumu için iki, fiziksel aktivite için bir soru bulunmaktaydı. Soruların cevap dağılımları arasında fark tespit edilmedi. Diğer veriler Tablo 10’dadır.

Tablo 10. Her İki Yöntemde de Yeme Tutumu ve Fiziksel Aktivite Modüllerinde Bulunan Sorulara Verilen Cevaplar

	Yüz Yüze	Dijital	İstatistikler
	Yöntem	Yöntem	
	Evet n(%)	Evet n(%)	
	Hayır n(%)	Hayır n(%)	
Yeme Tutumu			
12-Şu anda olduğunuz kilodan rahatsız oluyor musunuz?	57 (%52,3)	52 (%47,7)	p=0,302
	52(%47,7)	57 (%52,3)	
13-Aşırı yemek yeme/kusma döngüleri yaşıyor musunuz?	0(%0)	19 (%17,4)	-
	109 (%100)	90 (%82,6)	
Fiziksel Aktivite			
14-Düzenli spor/fiziksel aktivite yapıyor musunuz?	34 (%31,2)	41 (%37,6)	p=0,092
	75 (%68,8)	68 (%62,4)	
McNemar Test			

4.1.4.Bağımlılık Modülü

Bu modülde bulunan dokuz sorudan sadece “Alkol kullanır mısınız?” sorusuna verilen cevaplar arasında da anlamlı bir farklılık bulunmaktaydı (p=0,031). Diğer soruların cevap dağılımı arasında fark tespit edilmedi.

Yüz yüze görüşme sırasında bağımlılık modülünde sorun tespit edilen kişilere destek ve yardım alabilecekleri kurumlar anlatıldı. Sigara, alkol bağımlılıkları için yardım isteyip istemedikleri soruldu. Yardım isterlerse AMATEM polikliniklerinden ve sigara bırakma polikliniklerinden çalışmacı tarafından randevu oluşturulabileceği anlatıldı. Hiç kimse bu kurumlara başvurmak istemedi bağımlılıklarımı şu an kontrol edebiliyorum şeklinde yanıtlar verildi. Geçmişte uyuşturucu madde kullanımı olan öğrenciler olsa da uyuşturucu maddeyi hala kullandığını belirten öğrenci olmadı. Diğer veriler Tablo 11’dedir.

Tablo 11. Her İki Yöntemde de Bağımlılık Modülünde Bulunan Sorulara Verilen Cevaplar

	Yüz Yüze Yöntem Evet <i>n</i> (%) Hayır <i>n</i> (%)	Dijital Yöntem Evet <i>n</i> (%) Hayır <i>n</i> (%)	İstatistikler
Bağımlılık			
15-Okulda, yaşadığımız çevrede uyuşturucu madde kullanan birisi var mı?	6 (%5,5) 103 (%94,5)	8 (%7,3) 101 (%92,7)	p=0,625
16-Sigara kullanıyor musunuz?	28 (%25,7) 81 (%74,3)	26 (%23,9) 83 (%76,1)	p=0,500
17-Alkol kullanır mısınız?	45 (%41,3) 64 (%58,7)	39 (%35,8) 70 (%64,2)	p=0,031
18-Hiç uyuşturucu madde kullandınız mı?	3 (%2,8) 106 (%97,2)	3 (%2,8) 106 (%97,2)	p=0,99
19-Hiç alkol veya uyuşturucu etkisi altında olan birinin arabasına bindiniz mi?	25 (%22,9) 84 (%77,1)	22 (%20,2) 87 (%79,8)	p=0,453
20-Rahatlamak veya daha iyi hissetmek için alkol veya uyuşturucu kullandınız mı?	28 (%25,7) 81 (%74,3)	33 (%30,3) 76 (%69,7)	p=0,727
21-Alkol veya uyuşturucu kullandıktan sonra yaptıklarınızı hatırlamadığınız oluyor mu?	16 (%14,7) 93 (%85,3)	14 (%12,8) 95 (%87,2)	p=0,625
22-Aileniz veya arkadaşlarınız size hiç alkol veya uyuşturucu kullanımını kesmeniz gerektiğini söyledi mi?	9 (%8,3) 100 (%91,7)	7 (%7,3) 102(%92,7)	p=0,500
23-Alkol veya uyuşturucu etkisindeyken tehlike yaşadınız mı?	10(%9,2) 99 (%90,8)	5 (%4,6) 104(%95,4)	p=0,125
McNemar Test			

4.1.5.Cinsellik Modülü

Bu modülde beş soru bulunmaktaydı. “Cinsel yolla bulaşan hastalıklar hakkında yeterli bilginiz olduğunu düşünüyor musunuz?” sorusunu cevap dağılımı arasında anlamlı bir farklılık bulunmaktaydı (p=0,017). Evet cevabını verenlerin sayısı dijital yöntemde daha fazlaydı. “Hiç cinsel bir deneyim yaşadınız mı?”

sorusunun cevap dağılımı arasında da istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktaydı($p<0,001$). Evet cevabını verenlerin sayısı yüz yüze yöntemde daha fazlaydı. Diğer soruların cevap dağılımı arasında fark tespit edilmedi.

Yüz yüze görüşme sırasında cinsellik modülünde sorun tespit edilen öğrencilere bilgi, destek ve yardım alabilecekleri kurum ve kuruluşlar anlatıldı. İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Halk Sağlığı AbD, Aile Sağlığı Merkezleri ve Toplum Sağlığı Merkezleri AÇSAP birimleri, Kadın ve Doğum Hastalıkları polikliniklerine yönlendirildi. Sorun tespit edilen kişiler daha sonra bu birimlere gidip yardım ve destek almak istediklerini belirttiler. Diğer veriler Tablo 12’dedir.

Tablo 12. Her İki Yöntemde de Cinsellik Modülünde Bulunan Sorulara Verilen Cevaplar

		Yüz Yüze	Dijital	İstatistikler
		Yöntem	Yöntem	
		Evet <i>n</i>(%)	Evet <i>n</i>(%)	
		Hayır <i>n</i>(%)	Hayır <i>n</i>(%)	
Cinsellik				
24-Romantik/duygusal	birliktelik	74 (%67,9)	71 (%65,1)	p=0,581
	yaşadığınız biri oldu mu?	35 (%32,1)	38 (%34,9)	
25-Doğum kontrol yöntemleri		40 (%36,7)	48 (%44,0)	p=0,169
	hakkında yeterli bilginiz olduğunu düşünüyor musunuz?	69 (%63,3)	61 (%56,0)	
26-Cinsel yolla bulaşan hastalıklar		36 (%33,0)	48 (%44,0)	p=0,017
	hakkında yeterli bilginiz olduğunu düşünüyor musunuz?	73 (%67,0)	61 (%56,0)	
27-Hiç cinsel bir deneyim yaşadınız mı?		45 (%41,3)	29 (%26,6)	p<0,001
		64 (%59,7)	80 (%73,4)	
28-Hiç sizi rahatsız eden bir cinsel temas yaşadınız mı?		27 (%24,8)	25 (%22,9)	p=0,754
		82 (%75,2)	84 (%77,1)	

McNemar Test

4.1.6.Ruh Sağlığı Modülü

Bu modülde dokuz soru bulunmaktaydı. "Sık sık üzgün, depresif, umutsuz hissettiğiniz olur mu?", "Sıklıkla stresli, endişeli hissediyor musunuz?", "Her an kötü bir şey olacakmış gibi hissediyor musunuz?", "Uyku ile ilgili sorun (az

uyumak, fazla uyumak, uykuya dalamamak) yaşıyor musunuz?”, “Ailenizde psikiyatrik hastalık öyküsü olan biri var mı?” ve “Hiç depresyon yaşadınız mı?” sorusunda verilen cevapların dağılımı arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmaktaydı ($p < 0,05$). Sorularla ilgili diğer istatistiki veriler Tablo 13’tedir.

Yüz yüze görüşme sırasında ruh sağlığı modülünde sorun tespit edilen kişilere yardım ve destek alabilecekleri birimler anlatıldı. Özellikle intihar ve kendine, başkasına zarar verme ile ilgili sorularda sorun tespit edilen öğrenciler psikiyatriste yönlendirildi.

Tablo 13. Her İki Yöntemde de Ruh Sağlığı Modülünde Bulunan Sorulara Verilen Cevaplar

	Yüz Yüze Yöntem	Dijital Yöntem	İstatistikler
	Evet <i>n</i>(%)	Evet <i>n</i>(%)	
	Hayır <i>n</i>(%)	Hayır <i>n</i>(%)	
Ruh Sağlığı			
29-Sık sık üzgün, depresif, umutsuz hissettiğiniz olur mu?	30 (%27,5) 79 (%72,5)	52 (%47,7) 57 (%52,3)	$p < 0,001$
30-Sıklıkla stresli, endişeli hissediyor musunuz?	8 (%7,3) 101 (%92,7)	60 (%55,0) 49 (%45,0)	$p < 0,001$
31-Her an kötü bir şey olacakmış gibi hissediyor musunuz?	4 (%3,7) 105 (%96,3)	39 (%35,8) 70 (%64,2)	$p < 0,001$
32-Uyku ile ilgili sorun (az uyumak, fazla uyumak, uykuya dalamamak) yaşıyor musunuz?	5 (%4,6) 104 (%95,4)	60 (%55,0) 49 (%45,0)	$p < 0,001$
33-Hiç başkalarına veya kendinize zarar vermek istediniz mi?	34 (%31,2) 75 (%68,8)	35 (%32,1) 74 (%67,9)	$p = 0,99$
34-Ailenizde psikiyatrik hastalık öyküsü olan biri var mı?	10 (%9,2) 99 (%90,8)	20 (%18,3) 89 (%81,7)	$p = 0,013$
35-Hiç depresyon yaşadınız mı?	46 (%42,2) 63 (%57,8)	59 (%54,1) 50 (%45,9)	$p = 0,019$
36-Bazen ölmüş olsanız daha iyi olacağını düşündüğünüz oldu mu?	52 (%47,7) 57 (%52,3)	55 (%50,5) 54 (%49,5)	$p = 0,629$
37-Hiç intihar girişiminde bulundunuz mu?	5 (%4,6) 104 (%95,4)	5 (%4,6) 104 (%95,4)	$p = 0,99$

McNemar Test

4.1.7.Güvenlik Modülü

Bu modülde beş soru bulunmaktaydı. “Hiç fiziksel bir kavgaya karıştınız mı?” ve “Arabada her zaman emniyet kemeri takar mısınız?” sorularına “Evet” cevabını verenlerin sayısı dijital yöntemde istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde fazla olduğu tespit edildi($p<0,05$). Modülde bulunan diğer soruların dağılımları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilmedi. Diğer veriler Tablo 14’tedir.

Tablo 14. Her İki Yöntemde Güvenlik Modülünde Bulunan Sorulara Verilen Cevaplar

	Yüz Yüze Yöntem		Dijital Yöntem		İstatistikler
	Evet <i>n</i> (%)	Hayır <i>n</i> (%)	Evet <i>n</i> (%)	Hayır <i>n</i> (%)	
Güvenlik					
38-Hiç fiziksel bir kavgaya karıştınız mı?	15 (%13,8)	94 (%86,2)	47 (%43,1)	62 (%56,9)	$p<0,001$
39-Yaşadığınız yerde kendinizi güvende hissediyor musunuz?	97 (%89,0)	12 (%11,0)	99 (%90,8)	10 (%9,2)	$p=0,754$
40-Hiç trafik kazası geçirdiniz mi? (Araç içi, yaya, motosiklet vb.)	36 (%33,0)	73 (%67,0)	37 (%33,9)	72 (%66,1)	$p=0,99$
41-Arabada her zaman emniyet kemeri takar mısınız?	60 (%55,0)	49 (%45,0)	76 (%69,7)	33 (%30,3)	$p<0,001$
42-Sadece internetten tanıdığınız biriyle hiç yüz yüze görüştünüz mü?	30 (%27,5)	79 (%72,5)	38 (%34,9)	71 (%65,1)	$p=0,039$

McNemar test

Psikososyal değerlendirmede yer alan sorular sorgulamak istedikleri ERGENSOR alanına göre modüllere dönüştürüldü. Buna göre ev, eğitim/iş, yeme tutumu, fiziksel aktivite, bağımlılık, cinsellik, ruh sağlığı ve güvenlik olmak üzere toplam sekiz adet modül oluşturuldu. Modülde bulunan sorulardan birine bile sorun tespit edilecek cevap veren kişinin modülünde “sorun var” olarak kabul edildi. Hiçbir soruya sorun tespit edilecek cevap vermeyen kişilerin modülü “sorun yok” olarak kabul edildi. Buna göre ev ve ruh sağlığı modülüne verilen cevapların

dağılımı arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ($p < 0,05$). Modüllere verilen cevaplarla ilgili diğer istatistiksel veriler Tablo 15'tedir.

Tablo 15. Psikososyal değerlendirilmede yer alan modüllere göre cevapların değerlendirilmesi

	Yüz Yüze		<i>p</i> değeri
	Görüşme Sorun var	Dijital Anket Sorun var	
Ev <i>n</i> (%)	85 (%78,0)	74(%67,9)	0,027
Eğitim,İş <i>n</i> (%)	33 (%30,3)	37 (%33,9)	0,557
Yeme Tutumu <i>n</i> (%)	57 (%52,3)	56 (%51,4)	0,99
Fiziksel Aktivite <i>n</i> (%)	75 (%68,8)	68 (%62,4)	0,092
Bağımlılık <i>n</i> (%)	55 (%50,5)	54 (%49,5)	0,99
Cinsellik <i>n</i> (%)	82 (%75,2)	81 (%74,3)	0,99
Ruh Sağlığı <i>n</i> (%)	79 (%72,5)	99 (%90,8)	<0,001
Güvenlik <i>n</i> (%)	88 (%80,7)	86 (%78,9)	0,754

McNemar Test

Yüz yüze yöntemde de dijital anket yönteminde de katılımcıların %85,3'ünün modüllerinin en az yarısında sorun tespit edildi. Çalışmaya katılanlarda yüz yüze görüşmede sorun tespit edilen modüllere bakıldığında yoğunlukla 5 tane modülde sorun tespit edildiği görüldü ($n=28$). Dijital ankette ise yoğunlukla 4 tane modülde sorun tespit edildi ($n=24$). Sorun tespit edilen modül sayılarıyla ilgili diğer veriler Tablo 16'dadır.

Tablo 16. Sorun Tespit Edilen Modül Sayısı

“Sorun var” olarak belirlenen modül sayısı	Yüz Yüze Görüşme	Dijital Anket
1 tane <i>n</i> (%)	1 (%0,9)	2(%1,8)
2 tane <i>n</i> (%)	7 (%6,4)	7 (%6,4)
3 tane <i>n</i> (%)	8 (%7,3)	7 (%6,4)
4 tane <i>n</i> (%)	23 (%21,1)	24 (%22,0)
5 tane <i>n</i> (%)	28 (%25,7)	23 (%21,1)
6 tane <i>n</i> (%)	18 (%16,5)	23 (%21,1)
7 tane <i>n</i> (%)	17 (%15,6)	15 (%13,8)
8 tane <i>n</i> (%)	7 (%6,4)	8 (%7,3)

Çalışmaya katılanlarda iki görüşmede de (yüz yüze görüşmede veya dijital ankette) o modülde sorun tespit edilme sayısı birlikte değerlendirildiğinde sorun tespit edilen alanda en fazla yardım talebinde bulunulan modülün yeme tutumu olduğu görülmüştür (%70,3). En az yardım talebinde bulunulan modül ise %3 ile bağımlılık modülü olmuştur. Sorun tespit edilen modül ve yardım isteme oranlarıyla ilgili diğer veriler Tablo 17’dedir.

Tablo 17. Yüz Yüze Görüşme veya Dijital Ankette Sorun Tespit Edilen Modül ve o Alanda Yardım İsteme Verileri

	Herhangi bir değerlendirme yönteminde ilgili modülde sorun saptanan kişi sayısı <i>n</i>	İlgili alanda yardım isteme <i>n</i> (%)
<i>Ev</i>	90	26 (%28,9)
Eğitim/iş	48	28 (%58,3)
Yeme Tutumu	64	45 (%70,3)
Fiziksel Aktivite	78	44 (%56,4)
Bağımlılık	67	2 (%3)
Cinsellik	89	34 (%38,2)
Ruh Sağlığı	100	43 (%43,0)
Güvenlik	92	14 (%15,2)

Öğrencilerin psikososyal değerlendirme uygulamaları bittikten sonra yüz yüze görüşme yöntemini ve dijital anket uygulaması yöntemini karşılaştırmak amacıyla bir anket formu uygulandı. Buna göre “rahat hissetmediğim konuları görüşmek kolaydı.”, "sağlıksız davranışları ve duygularımı belirlememe yardımcı oldu.” ve “soruları yanıtlarken utandım.” Cümlelerine verilen yanıtların dağılımı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulundu ($p<0,05$). İki yöntemi karşılaştırma anketinin istatistiksel verileri Tablo 18’dedir.

Tablo 18. İki Yöntemi Karşılaştırma Formu Verileri

	Yüz Yüze Yöntem Evet <i>n</i> (%)	Dijital Yöntem Evet <i>n</i> (%)	<i>p</i> değeri
Yaşıma uygun bir görüşmeydi	109 (% 100)	109(% 100)	-
Yanıtlarımı düşünmek için yeterli zamanım vardı	109 (% 100)	109 (%100)	-
Soruları yanıtlarken rahattım	106 (%97,2)	107(%98,2)	0,99
Rahat hissetmediğim konuları görüşmek kolaydı	101 (%92,7)	107(%98,2)	0,031
Sağlıksız davranışları ve duygularımı belirlememe yardımcı oldu	98 (%89,9)	87 (%79,8)	0,001
Çok fazla soru vardı	5 (%4,6)	5 (%4,6)	0,99
Çok kişisel sorulardı	37 (%33,9)	33 (%30,3)	0,219
Bilgilerin gizli kalacağı konusunda endişe duydum	4 (%3,7)	7 (%6,4)	0,250
Çok uzun sürüyor	4 (%3,7)	2 (%1,8)	0,625
Soruları anlamak zordu	0 (%0)	2 (%1,8)	-
Sorular beni ilgilendirmiyordu	1 (%0,9)	1 (%0,9)	0,99
Sıkıcıydı	1 (%0,9)	5 (%4,6)	0,125
Soruları yanıtlarken utandım	13 (%11,9)	4 (%3,7)	0,012
Yargılandığımı hissettim	2 (%1,8)	0 (%0)	-

McNemar Test

Koşul A'ya katılan öğrencilerin yüz yüze görüşme süresi ortalama 20,04±6,96, dijital anketi tamamlama süresi ortalama 4,64±2,64, iki psikososyal değerlendirilenin de toplam süresi ortalama 24,67±7,51'dir. Koşul B'ye katılan öğrencilerin yüz yüze görüşme süresi ortalama 21,98±8,35, dijital anketi tamamlama süresi ortalama 5,79±8,18, iki psikososyal değerlendirilenin de toplam süresi ortalama 27,77±12,57'dir. Her iki koşulda psikososyal değerlendirme süresi, yüz yüze görüşme süresi ve toplam süreler arasında anlamlı bir fark bulunmadı. Koşul A ve koşul B ile ilgili diğer istatistiksel veriler Tablo 19'dadır.

Tablo 19. Koşul A ve Koşul B Psikososyal Değerlendirme Süreleri

	Koşul A	Koşul B	<i>p</i> değeri
Yüz Yüze Görüşme Süresi(dk)			
$\bar{x} \pm ss$	20,04(6,96)	21,98(8,35)	0,189

Dijital Anket Süresi(dk)			
$\bar{x} \pm ss$	4,64(2,64)	5,79(8,18)	0,333
Toplam Süre(dk)			
$\bar{x} \pm ss$	24,67(7,51)	27,77(12,57)	0,125

\bar{x} : Ortalama, ss : Standard sapma,
Independent Sample t testi

Soruların ERGENSOR envanterine göre gruplanmış modüllerinde kişilerde tespit edilen bir sorun olup olmamasına göre sosyodemografik değişkenlerin ilişkilerine bakıldığında eğitim modülünde sorun tespit edilmesiyle öğrenim gördükleri bölümlerin dağılımları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır($p < 0,05$). Güvenlik modülüyle cinsiyet alt gruplarının dağılımı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir($p < 0,05$). Erkeklerde sorun görülme oranı kadınlara göre anlamlı olarak yüksek saptanmıştır. Tablo 20’de diğer istatistiksel veriler bulunmaktadır.

Tablo 20. Yüz Yüze Görüşmedeki Modül Alt Grupları ve Sosyodemografik Değişkenlerle İlgili Testler

Eğitim modülü			
	Sorun Yok $n(\%)$	Sorun Var $n(\%)$	
Bölüm			
Sağlık	40a(%81,6)	9b(%18,4)	$\chi^2=6,184$ $p=0,045$
Fen	17a(%63,0)	10a(%37,0)	
Sosyal	19a(%57,6)	14a(%42,4)	
Güvenlik modülü			
	Sorun Yok $n(\%)$	Sorun Var $n(\%)$	
Cinsiyet			
Kadın	19 (%29,7)	45 (%70,3)	$\chi^2=10,824$ $p=0,001$
Erkek	2 (%4,4)	43 (%95,6)	

χ^2 : Pearson ki-kare, a ve b üst simgeleri gruplar arası farkı göstermektedir. Aynı harflerin yer aldığı gruplar istatistiksel olarak benzerdir.

Maddi sıkıntı değişkenin alt gruplarıyla eğitim, bağımlılık, ruh sağlığı, güvenlik modülü alt grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark tespit

edilmiştir. Eğitim modülünde sorun tespit edilmeme oranı maddi sıkıntı yaşamayan kişilerde anlamlı olarak fazladır. Bağımlılık modülünde sorun tespit edilmeme oranı maddi sıkıntı yaşamayan kişilerde anlamlı olarak fazladır. Ruh sağlığı modülünde sorun tespit edilmeme oranı maddi sıkıntı yaşamayan kişilerde anlamlı olarak fazladır. Güvenlik modülünde sorun tespit edilmeme oranı maddi sıkıntı yaşamayan kişilerde anlamlı olarak fazladır. Sağlık güvencesi olmayan öğrencilerin %91'1'i sağlık hizmeti almakta zorluk yaşadığını belirtmişlerdir. Bu oran anlamlı olarak sağlık güvencesi olanlardan yüksektir (p=0,013). Diğer istatistiksel veriler Tablo 21' dedir.

Tablo 21. Maddi Sıkıntı Değişkeni ve Yüz Yüze Görüşmedeki Modüller Arasındaki İlişki

	Maddi Sıkıntı		
	Evet n(%)	Hayır n(%)	
Eğitim modülü			
Sorun yok	13 (17,1)	63 (%82,9)	$\chi^2=4,828$ p= 0,028
Sorun var	12 (%36,4)	21 (%63,6)	
Bağımlılık modülü			
Sorun yok	8 (%14,8)	46 (%85,2)	$\chi^2=3,993$ p= 0,046
Sorun var	17 (%30,9)	38 (%69,1)	
Ruh Sağlığı modülü			
Sorun yok	2 (%6,7)	28 (%93,3)	$\chi^2=6,198$ p= 0,013
Sorun var	23 (%29,1)	56 (%70,9)	
Güvenlik modülü			
Sorun yok	1 (%4,8)	20 (%95,2)	$\chi^2=4,861$ p= 0,047*
Sorun var	24 (%27,3)	64 (%72,7)	

χ^2 : Pearson ki-kare, , a ve b üst simgeleri gruplar arası farkı göstermektedir.

*Fisher-exact test

Öğrencilere hem dijital anket sonrasında hem de yüz yüze görüşme sonrasında geri bildirim vermeleri istendi. Dijital anket sonrasında açık uçlu geri bildirimlerin bazıları şu şekildeydi;

"Çok yararlı, faydalı bir anket olduğunu düşünüyorum, akranlarımla da ankete katılmasını tavsiye ederim."

"Çok teşekkür ederim"

“Sorular çok güzeldi, teşekkür ederim.”

Diğer öğrencilerin herhangi bir geri bildirim yazmadıkları görüldü. Yüz yüze görüşme sonrasında ise bütün öğrenciler teşekkür edip yapılan değerlendirmeden çok memnun olduklarını belirttiler.



5. TARTIŞMA

Bu çalışmada geç ergenlik dönemindeki gençlerin psikososyal durum değerlendirmesinde ERGENSOR envanteri temel alınarak yüz yüze klinik görüşme yöntemi ile tüm ERGENSOR alanlarıyla eşlenmiş bir dijitalleştirilmiş soru formu uygulamasının karşılaştırılması amaçlanmıştır.

5.1.Çalışmaya Katılanların Sosyodemografik Özellikleri

Çalışmaya katılanların yaş ortalaması $18,83 \pm 0,373$ olup yaş aralığı 18-19 arasındaydı. Biz bu çalışmada ergenlik dönemi boyunca riskli davranışların sıklığının en çok bu dönemde artması, ergenliğin diğer dönemlerinde yaşanan sorunların sonuçlarıyla da en çok bu dönemde karşılaşılması ve ergenlik dönemi boyunca ERGENSOR taramasının yapıp yapılmadığını tespit etmek amacıyla nedeniyle geç ergenlik döneminde bulunan kişileri çalışmaya dahil ettik(7,13,23,35). Geç ergenlik dönemi DSÖ tanımına göre 15-19 yaş grubudur (1). Bebek, Çocuk ve Ergen İzlem Protokolü'ne göre 10-21 yaş grubundaki bireylere her yıl izlem yapılması istenmektedir. Bu izlem sırasında psikososyal değerlendirme ve anamnez alımı sırasında kullanılması önerilen yöntem ERGENSOR görüşmesidir (7).

Çalışmamıza sağlık bilimleri grubundan 49 (%45), sosyal bilimler grubundan 33(%30,3) ve fen bilimleri grubundan 27(%24,8) kişi katılmıştır. Bilgileri toplanıp randevu verilen öğrenciler 360 kişi iken randevularına gelen öğrenciler 110 kişidir. Bu gibi çalışma zamanını planlama sırasında yaşanan bu sıkıntılar sebebiyle öğrenim görülen bölüm grupları homojen olmamıştır. Yine de çalışmamızda öğrenim gördükleri bölümün sonuçları etkileyecek bir faktör olduğu düşünülmemektedir.

Çalışmamızda kadınların oranı %58,7'dir. Bunda üniversitemizde kadın/erkek oranının %51 olması etkilidir(70). Ayrıca kadın-erkek oranı planlama aşamasında eşit tutulsa da randevu planlaması sırasında kadın öğrenciler daha fazla geri dönüş yapmıştır ve bu nedenle oran kadınlar lehine kaymıştır.

Çalışmamızda öğrencilerin %89'unun sağlık güvencesi bulunmaktadır ve bu oran literatürle uyumludur(71,72). Sağlık hizmeti almakta zorluk yaşadığını belirten öğrencilerin oranı %7,3'tür. Sağlık güvencesi olmayan öğrencilerde sağlık hizmeti almakta zorluk yaşadıklarını belirtmişlerdir($p=0,013$). Bu da sağlık güvencesinin sağlık hizmeti almayı kolaylaştırdığını ortaya koymaktadır.

Medeni durumun %100 bekar oluşu çalışmamızın üniversite öğrencisi ve 18-19 yaş grubu öğrencilerden oluşması nedeniyle meydana gelmiştir. Türkiye’de ilk evlenme yaşı 2021 yılında ilk evlenme yaşı kadınlarda ortalama 25,4, erkeklerde 28,1 olarak tespit edilmiştir(73). Bu nedenle bu veri de Türkiye profiliyle uyumludur.

5.2. Çalışmanın Özellikleri

Dijital anketi tamamlama süresi ortalama $5,20 \pm 6,01$ dk ve ortanca 4,00(1-36) dk olarak tespit edilmiştir. Tamamlama süresinde bulunan 36 dk gibi uç değerler internet bağlantısının kesilmesi ve katılımcıların cep telefonlarında arıza yaşamaları gibi sebeplerden kaynaklanmıştır. Literatürde dijital psikososyal değerlendirmelerin tamamlama süresi 5-15 dk arasında değişmektedir(63,74–77). İnternet ve cep telefonu arızalarına rağmen dijital anket süresi ortalamasının yüz yüze görüşme süresinden anlamlı olarak kısa olduğu çok açık bir şekilde ortadadır($p < 0,001$). Bu sonuç da literatürle uyumludur (63,74–77). Bu da bu dijital psikososyal tarama yönteminin zamandan tasarruf ettirdiğinin göstergesidir.

Çalışmamıza katılanlara daha önce Aile Sağlığı Merkezlerinde ERGENSOR görüşmesi yapılmadığı tespit edildi. Bu ergenlik dönemindeki sorunları tespit etmek için kaçırılmış fırsatları göstermektedir. Çalışmamızda yüz yüze görüşme süresi ortalama $20,98 \pm 7,7$ dk olarak tespit edilmiştir. Sağlık Bakanlığının önerisine göre de ERGENSOR görüşmesi için ayrılması gereken süre 20-30 dk’dır (4) .Ülkemizde birinci basamak sağlık hizmeti veren kurum ve kişiler ciddi bir yük altındadır. Birinci basamakta 2020 yılında kişi başı hekime başvuru 3,0 ve tüm hekim başvurularının %42,2’si birinci basamak başvurusu olmaktadır (54,55). Yüz bin kişiye düşen hekim bazında ülkemiz OECD ülkeleri arasında sonuncu durumdadır(58). ERGENSOR yüz yüze görüşmenin süresinin birinci basamak için uzunluğu ve hekimlerin buna süre ayıramadıklarını aile hekimleri bir köşe yazısında anlatmışlardır(78). Birinci basamak sağlık kurumu başvuruları ve bu başvurulara yetebilecek yeterli hekim olmaması çalışmamızda neden hiçbir kişiye daha önce ERGENSOR yüz yüze görüşmesinin yapılmadığını açıklamaktadır.

Çalışmaya katılanlara Aile Sağlığı Merkezleri veya diğer birinci basamak sağlık kurumları harici çalışmadaki sorulara benzer bir görüşme yapıldıysa hangi konuların görüşüldüğü sorulmuştur. Ruh sağlığı konuları en çok görüşülen konu

olarak tespit edilmiştir. Daha önce çalışmamızdakine benzer görüşme yapılmış kişilerin oranı %14'tü. Bu görüşmeler psikiyatrist, psikolog ve okul bünyesinde bulunan rehberlik hizmeti birimleriyle yapılmıştı. Çalışmamızda daha önce görüşme yapılanların oranı literatüre göre daha düşüktür(79). Bunun sebebi ergenlik döneminin Sağlık Bakanlığı tanımına göre 10-21 yaş olması ve çalışmamızdaki bireylerin 18-19 yaş grubunda olması olabilir. COVID-19 pandemisi nedeniyle bebek, çocuk ve ergen taramalarında aksamalar olduğu tespit edilmiştir(80,81). Çalışmaya katılanlarda bu taramanın yapılmamış olmasında COVID-19 pandemisinin de etkisi olduğu ortadadır. Ergenlik döneminin sonlanmasına iki yıl daha kalmış olsa da çalışmamıza katılan kişilere daha önce aile sağlığı merkezlerinde hiç benzer bir görüşme yapılmaması düşündürücüdür. Yine de bu grupta bu taramanın yapılmamış olması ergenlerde psikososyal anlamda birçok fırsatın kaçırıldığını göstermektedir.

Daha önce kendisiyle ERGENSOR alanlarının sorulduğu bir görüşme yapıldığı söyleyenlerin arasından 5 kişi 6 alanın sorgulandığını belirtmişlerdir. Bu kişiler de bu görüşmeleri liselerinde bulunan psikolojik rehberlik birimleriyle veya psikiyatrist ile yaptığını belirtmiştir. Hiç kimseyle daha önce bütün alanların görüşüldüğü bir psikososyal değerlendirme yapılmamıştır.

Katılımcılar yüz yüze görüşme yöntemini %89,9 oranında tercih ederken, dijital anket yöntemini %10,1 oranında tercih etmiştir. Bu bulgu, ergenlik döneminde özellikle psikososyal konularda yüz yüze görüşmenin önemini ortaya koymaktadır. Bu durum kişilerin yüz yüze görüşme sırasında kurulan göz teması, jest mimikler, yüz ifadesi, dış görünüm ve birbiriyle daha çok etkileşimde bulunma gibi birçok nedenden dolayı kişilerin kendilerini yüz yüze görüşme sırasında daha rahat hissetmesinden kaynaklanmış olabilir. Dijital yöntemde ise etkileşim bulunmaması nedeniyle kişiler bu yöntemi daha eleştirel ve soğuk algılayabilir ve bu nedenle yüz yüze yöntemi tercih edebilir(82). E-sağlık uygulamalarının psikososyal değerlendirmelerle yüz yüze görüşme yöntemleriyle entegre kullanılmasının etkili olduğu daha önceki çalışmalarda gösterilmiştir(9,82). Çalışmamızda, dijital yöntemin yüz yüze yöntem yerine konulmasını değil, yüz yüze görüşme yöntemini kolaylaştırması, kişiye özel önceliklerin belirlenmesi ve zamandan kazanç sağlaması amacıyla kullanılmasını hedeflemekteyiz.

Çalışmamıza katılan kişilerin %53,2'si eğitim/iş konularında, %50,5'i fiziksel aktiviteler konularında, %46,8'i sağlıklı beslenme ve kilo kontrolü ve %40,4'ü ruh sağlığı konularında destek istediğini belirtmiştir. Literatüre bakıldığında öğrencilerin psikolojik rehberlik ve danışmanlık servislerine başvurma nedenlerinin depresyon, aile içi ilişkiler, arkadaş ilişkileri, uyum sorunları ve akademik sorunlar olduğu görülmektedir. Bağımlılık ise en az destek talep edilen konudur(83,84).

Çalışmamızda, kişilerin ilgili modülünde sorun tespit edilip destek talep edilme oranlarına bakıldığında ise yeme tutumu, eğitim/iş ve fiziksel aktivite alanında sorunu olup yardım talebinin en yüksek oranda olduğu görülmektedir. Literatürde olduğu gibi bağımlılık, sorun saptanmasına rağmen en az oranda yardım talep edilen modül olmuştur. Bu durum bağımlılık konusunda özel eğitim, farkındalık ve müdahale programlarının gerekliliğini ortaya koymaktadır. Kişiler bağımlılıkla ilgili problem yaşamalarına rağmen bu konuda yardım talep etmemektedir. Bunun nedeni bunu bir sorun olarak görmemeleri, bu durumu kendi başına çözebileceklerini düşünmeleri, bu konuda yardım istemekten utanmaları ve bağımlılıklarının sağlık, sosyal ve maddi, manevi alanlarda yarattığı problemleri görmezden gelmeleri olabilir. Aynı zamanda bağımlı damgalanma korkusu da yardım talep etmenin önündeki engellerden biridir(85).

5.3.Psikososyal Değerlendirme Sorularına Verilen Cevaplar

5.3.1.Ev Modülüne Verilen Cevaplar

Ev modülünde kendisine ait bir odasının olduğunu belirtenlerin oranının dijital yöntemde daha çok olduğu görülmüştür. Bunun nedeni yüz yüze görüşme sırasında kişilere sadece kendi kullanımına ait bir oda yani kardeş vs. diğer kişilerle ortak kullanım olmayan şekilde belirtilmesi dijital yöntemde kişilerin kardeşiyle paylaştığı odayı da kendine ait oda dahilinde değerlendirmesi olabilir. Ev modülünde diğer sorularda yüz yüze yöntem ve dijital yöntem arasında fark saptanmadı. Ev modülü puanlarına bakıldığında yüz yüze görüşme yönteminin dijital yönteme göre anlamlı olarak yüksek sorun saptadığı tespit edildi. Bu nedenle ev modülünde dijital yöntemde kendine ait oda sorusunun daha açıklayıcı şekilde sorulması gereklidir. Bu modülde aile içi şiddet yaşandığını söyleyenlerin oranı yüz yüze yöntemde

%25,7'dir. Ailede herhangi biriyle sorun yaşadığını söyleyenlerin oranı yüz yüze yöntemde %19,3'tür. Bu oranlar önceki çalışmalarla benzerdir(86–88).

5.3.2. Eğitim/İş Modülüne Verilen Cevaplar

Eğitim/iş modülünde zorbalığa uğradığını belirten kişilerin sayısı yüz yüze yöntemde daha fazladır. Bunun sebebi yüz yüze yöntemde zorbalıkla ilgili sorunlarını daha rahat ifade etmeleri olabilir. Zorbalıkla ilgili tanımları dijital anket yöntemine bir açıklama metni şeklinde koymak öğrencilerin soruyu daha doğru cevaplama için yardımcı olabilir. Zorbalığa uğradığını belirtenlerin oranı yüz yüze yöntemde %11,9 dijital yöntemde %2,8 olup literatürde üniversite ve lise döneminde yapılan çalışmalar zorbalığa maruz kalma oranının %1,6-%3 arasında değiştiğini göstermektedir ve bu oran dijital yöntemde daha yakındır(89,90). Literatürdeki çalışmalar anket uygulaması şeklinde yapılmıştır, zorbalık konusunda net bilgiye ulaşmak için öğrencilerle ek olarak yüz yüze görüşme yöntemi yapılmasına ihtiyaç duyulmaktadır. Derslerinde başarısız olduğunu düşünenlerin sayısının dijital yöntemde daha fazla olduğu görülmüştür. Bu iki konunun dijital yöntemde daha açıklayıcı bir dille sorulması gereklidir. İki sorunun dağılımları arasında anlamlı fark tespit edilse de modülün sorun saptayıcılığı arasında yüz yüze yöntem ve dijital yöntem arasında fark yoktur. Bu modül yüz yüze yöntemden önce tarama işlevini yerine getireceği ortadadır.

5.3.3. Yeme tutumu ve Fiziksel Aktivite Modüllerine Verilen Cevaplar

Yeme tutumu modülünde aşırı yeme/kusma döngüsü yaşadığını belirten kişilerin sayısı dijital yöntemde daha fazladır. Bu sorunun dijital yöntemde aşırı/yeme kusma olaylarının detayları belirtilerek sorulması gereklidir. Yeme tutumu modülünün sorun saptayıcılığı arasında dijital yöntem ve yüz yüze yöntem arasında fark yoktur. Bu modül yüz yüze yöntemden önce tarama amaçlı kullanılabilir.

Fiziksel aktivite modülünde sorun saptayıcılık ve soru dağılımları arasında iki yöntem arasında fark yoktur ($p>0.05$). Bu modül yüz yüze yöntemden önce tarama amaçlı kullanılabilir.

5.3.4. Bağımlılık Modülüne Verilen Cevaplar

Bağımlılık modülünde alkol kullandığını belirten kişilerin sayısı yüz yüze yöntemde daha fazla olarak tespit edildi ($p<0.05$). Sigara kullandığını belirten kişilerin oranı yüz yüze yöntemde %25, alkol kullananların oranı %41,3, uyuşturucu madde kullananların oranı %2,8 olarak tespit edilmiştir. Bu oran literatürde verilen aralıkların içindedir. Sigara için %27,3-57,5 arasında, alkol için %26,7-76 arasında, uyuşturucu madde kullanımını için %1,6-6,6 arasında değişmektedir(91–93). Bu modülün sorun saptayıcılığı arasında iki yöntem arasında fark bulunmadı ($p>0.05$). Bağımlılıkla ilgili konularda ergenlik dönemindeki bireylerin yardım, destek ve tedavi amaçlı herhangi bir kuruma başvuru oranları çok düşüktür. Bu göz önüne alındığında bu modülün yüz yüze yöntemden önce tarama amaçlı kullanılabilmesi çok değerlidir.

5.3.5.Cinsellik Modülüne Verilen Cevaplar

Cinsellik modülünde cinsel yolla bulaşan hastalıklar konusunda yeterli bilgisinin olduğunu düşünenlerin sayısının dijital yöntemde daha fazla olduğu tespit edildi. Bu durumun kişilerin cinselliği tek partnerle yaşamayı planladıkları ve bu kişiden cinsel yolla hastalık bulaşmayacağını düşündükleri için bu konuda bilgi edinmeleri gerekmediğini düşünmelerinden kaynaklandığı görülmüştür. Bu nedenle dijital yöntemde bu soruyu sorarken cinsel yolla bulaşan hastalıklarla ilgili bilgi soruları içeren bir açıklama metni koyulup bu konularda bilgi sahibi olup olmadıkları şeklinde detaylı sorulmalıdır. Yüz yüze yöntemde doğum kontrol yöntemleriyle ilgili yeterli bilgisinin olmadığını düşünenlerin oranı %63,3 ve cinsel yolla bulaşan hastalıklar konusunda yeterli bilgisinin olmadığını düşünenlerin oranı %67'dir. Literatürde bu oranlar %60-70,1 arasında değişmekte olup bizim sonuçlarımız bu aralığa düşmektedir(94,95). Daha önce cinsel bir deneyim yaşadığını belirtenlerin sayısı yüz yüze yöntemde daha fazla olarak tespit edilmiştir ($p<0.05$). Bu nedenle dijital yöntemde cinsel deneyimle ilgili ek açıklamalar kişilerin soruyu daha iyi anlamaları için gereklidir. Yine de cinsellik modülünün sorun saptayıcılığında dijital ve yüz yüze yöntem arasında fark tespit edilmemiştir ($p>0.05$).

5.3.6.Ruh Sağlığı Modülüne Verilen Cevaplar

Ruh sağlığı modülünde depresyon, anksiyete diğer ruh sağlığı belirtilerini sorgulayan altı soruya evet cevabını verenlerin sayısının dijital yöntemde daha fazla olduğu tespit edildi ($p<0.05$). Literatürdeki diğer çalışmalarda da yüz yüze görüşmeye alternatif yapılan taramalarda ruh sağlığı konularında dijital yöntemlerle sorun saptanma oranının daha fazla olduğu görülmüştür(76,96,97). Bizim çalışmamızda da bu modülde sorun saptanma oranının dijital yöntemde daha fazla olduğu tespit edilmiştir($p<0.05$). Yüz yüze görüşmede daha önce intihar girişiminde bulunmuş olanların oranı %4,6, kendine veya başkasına zarar vermeyi düşünmüş olanların oranı %31,2, ölmüş olmayı dileyenlerin oranı %47,7 olarak tespit edildi. Literatürde üniversitede ve lisede gençlerin yaklaşık 1/3'ünün intihar etmeyi aklından geçirmiş olduğunu, intihar girişiminde bulunmuş olanların oranının ise %5,5-9 arasında değiştiği görülmüştür(98,99). Dünya genelinde 2019 yılında 15-19 yaş grubu gençlerin mortalite ve DALY kaybı nedenleri incelendiğinde ilk 5 sebepten birinin kendine zarar verme olduğu bilinmektedir(6,23). Ruh sağlığı problemleri ergenlik döneminde diğer riskli davranışların da sebeplerinden biridir(13). Bu nedenle ergenlik döneminde ruh sağlığı taramaları ve erken müdahaleler ergenlik mortalite oranlarının düşürülmesi ve DALY kaybının önüne geçilmesi için çok önemlidir.

5.3.7.Güvenlik Modülüne Verilen Cevaplar

Güvenlik modülünde daha önce fiziksel kavgaya karıştığını belirtenlerin ve arabada her zaman emniyet kemeri taktığını belirtenlerin sayısının dijital yöntemde daha fazla olduğu görüldü ($p<0.05$). Fiziksel kavga sorusunda dijital yöntemde yaş aralığı veya yıl belirtilmemiş olması yüz yüze yöntemde bu sorunun son bir yılda şeklinde sorulması bu sonuca neden olmuştur. Yüz yüze yöntemde son bir yılda fiziksel kavgaya karışanların oranı %13,8'dir. Literatürde bu konuda %16-40 arasında değişen oranlar bulunmaktadır(3,4,35). Emniyet kemeri konusunda ise "Her zaman takarım ama kısa mesafede takmıyorum" gibi cevap veren kişilerin dijital yöntemde her zaman takarım cevabını vermesi bu sonuca neden olmuş olabilir. Dijital yöntemde bu soruların detaylandırılması gereklidir. Yüz yüze yöntemde her zaman emniyet kemeri taktığını belirtenlerin oranı %55'tir. Erkeklerde güvenlik

modülünde anlamlı olarak daha çok sorun tespit edildi($p<0.05$) Literatürde her zaman emniyet kemeri taktığını belirten üniversite öğrencilerinin oranı %23 ile %37 arasında değişmektedir ve riskli davranışların oranı erkeklerde daha fazladır (4,35). Çalışmamızda, tespit edilen oran bunların oldukça üstündedir. Çalışmamıza katılan öğrencilerin emniyet kemeri ve fiziksel kavgaya karışma hususunda daha bilinçli olduğunu söylemek mümkündür. Güvenlik modülünün sorun saptayıcılığında dijital yöntem ve yüz yüze yöntem arasında fark bulunmamıştır ($p>0.05$).

Maddi sıkıntı yaşayan ergenlerin eğitim/iş, bağımlılık, ruh sağlığı ve güvenlik modüllerinde anlamlı olarak daha fazla sorun tespit edilmiştir($p<0.05$). Ekonomik sıkıntıların ergenlerde riskli davranışları arttırdığı ve birçok psikososyal soruna yol açtığı bilinmektedir(3,4,35).

Dijital yöntem ve yüz yüze yöntemin sorun saptama oranları değerlendirildiğinde sekiz modülden ikisinin sorun saptayıcılığı arasında fark tespit edildi. Bunların ruh sağlığı ve ev modülü olduğu görüldü (her biri için $p<0.05$). Ruh sağlığı modülünde dijital yöntemde daha fazla sorun tespit ettiği görüldü. Ev modülünde ise dijital yöntemin daha az sorun tespit ettiği görüldü. Bu iki modülün sorularında ve yukarıda önerilen düzenlemelerle ve yapılacak gelecek çalışmalarla dijital psikososyal değerlendirme yönteminin yüz yüze görüşme ile daha çok örtüşen bir yapıya sahip olması sağlanacaktır.

Çalışmamızda, öğrencilerin %64,3'ünün 5 ve daha fazla modülünde sorun saptandığı görüldü. Bu oran taramalara gereksinimin çok fazla olduğunu göstermektedir. Ergenlerin ruhsal, fiziksel ve sosyal dönüşümlerinin her an devam ettiği düşünüldüğünde psikososyal değerlendirmelerle sorunların saptanıp bir an önce kişilere uygun yardım ve danışmanlığın verilmesi ergenlerin gelecek yaşamlarına sağlıklı devam etmeleri için çok önemlidir.

Bebek, Çocuk ve Ergen İzlem Protokolüne göre ERGENSOR görüşmesi gerektiğinde birkaç aşamada yapılabilir ve zamana yayılabilir(7). Bu öneriye rağmen hekimler yüz yüze görüşme öncesinde psikososyal değerlendirmeyi yapılandırabilmek için ek bilgiye sahip değildir. Yüz yüze görüşme öncesinde dijital anket yöntemi kullanılıp hekimin ergenlerde sorun tespit edilen modülleri öncelikle görüşmesini sağlayıp zamandan tasarruf edilebilir. Bu şekilde ergen görüşmeleri daha etkin bir şekilde planlanabilecektir. Ergenlik dönemi doğası gereği duygusal ve

fiziksel dalgalanmalar içerdği için bu tarama yılda birkaç kez yapıp gelişen sorunlar daha erken saptanıp ilgili alana müdahale edilebilir. Dijital anket yöntemi özellikle ortaokul, lise ve üniversite rehberlik birimlerince rutin olarak uygulanıp öğrencilerin kayıtlı olduğu aile sağlığı merkezi birimlerine bu değerlendirme sonuçları iletebilir. Ergenlik döneminde en önemli ölüm sebeplerinden olan intihar, trafik kazaları vs bu sayede azaltılabilir. Ayrıca dijital anket taraması sayesinde ergenlerin sorunları daha erken saptanıp erken müdahale edilebilir. Literatürde özellikle ergenlerde birçok psikososyal taramayı birlikte yapan bir tarama aracı yoktur. Bu amaçla yapılmış ERGENSOR temelli tarama araçları ile ilgili çalışmalar diğer ülkelerde bulunsa da bununla ilgili bir çalışma ülkemizde bulunmamaktadır.

Sorun saptama oranlarının daha iyi belirlenmesi için klinisyenler tarafından tanı koyulmuş özellikli gruplarla çalışmamızdaki dijital anket yöntemi kullanılıp saptayıcılığı daha iyi belirlenebilir modüllerde saptanmak istenen sorunlar ilgili konuda literatürde geçerliliği ve güvenilirliği yapılmış tarama araçları saptanıp bunlarla koordine çalışmalar yapıp sorun saptayıcılığı değerlendirilebilir.

Dijital psikososyal tarama ve yüz yüze görüşmeye katılanların iki yöntem hakkındaki düşünceleri incelendiğinde yaşına uygun bir görüşme ve soruları yanıtlamak için yeterli zamanı olduğunu düşünen öğrencilerin oranı her iki yöntem için de %100'dür. Rahat hissetmediği konuları görüşmenin kolay olduğunu ve soruları yanıtlarken rahat olduğunu belirten öğrencilerin oranı %92,7 ile %98,2 arasında değişmekteydi. Dijital yöntemde soruları yanıtlarken rahat olduğunu belirten öğrencilerin oranının istatistiksel olarak anlamlı şekilde fazla olduğunu tespit ettik ($p<0.05$). Soruları yanıtlarken utandığını belirten öğrencilerin oranı yüz yüze yöntemde %11,9 iken dijital yöntemde %3,7 olarak saptandı ve iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardı ($p<0.05$). Bunun dijital tarama yöntemlerinde kişilerin mahremiyet ve gizlilik konularında daha rahat olmalarından kaynaklanmakta olduğunu literatüre dayalı olarak düşünmekteyiz(9,82). Sağlıksız davranışları ve duyguları belirlemesine yardımcı olduğunu düşünen kişilerin oranı yüz yüze yöntemde daha fazla olarak tespit edildi ($p<0.05$). Bunun da beklenildiği gibi dijital yöntemde etkileşim olmaması ve sadece soru sorulmasından kaynaklandığını düşünmekteyiz. Yüz yüze görüşme sırasında karşılıklı soru cevap şeklinde gerçekleşen kısımlar da olduğundan öğrenciler sağlıksız davranış

tespitlerini daha çok yapabilmişlerdir. Her iki yöntemde de çok fazla soru olduğunu düşünenlerin oranı %4,6'dır. Bu oran soru sayısının kabul edilebilir olduğunu göstermektedir. Yüz yüze yöntemde öğrencilerin %33,9'u, dijital yöntemde %30,3'ü soruların çok kişisel olduğunu düşünmektedir. Bilgilerinin gizliliği konusunda endişe duyan kişilerin oranı ise yüz yüze yöntemde %3,7, dijital yöntemde %6,4'tür. Bu oranlar görüşmenin içeriği düşünülüğünde kabul edilebilir olmaktadır. Çalışmamızda, kişilerin bilgilerini kaydederken öğrencilerin oluşturduğu kod sistemini kullanmamız sayesinde büyük çoğunluğunun gizlilik konusunda endişe duymadıklarını düşünmekteyiz. Aile sağlığı merkezlerinde yapılacak ERGENSOR görüşmesinin öncesinde dijital psikososyal tarama uygulandığında da yöntemin kabul edilebilirliğini arttırmak için gizlilik konusuna özen gösterilmelidir. Nitekim dijital yöntemlerin önündeki en büyük engellerden biri gizlilik ve kişisel verilerin korunmasıdır(9,53,82).

Her iki yöntem için de çok uzun sürdüğünü düşünen, soruları anlamakta zorlanan, soruların kendini ilgilendirmediğini düşünen, sıkıcı bulan ve yargılandığını hisseden kişilerin oranı %0 ile %4,6 arasında değişmekteydi. Bu sonuçlar dijital psikososyal tarama yönteminin de öğrenciler tarafından kabul edilebilir bulunduğunu göstermektedir.

Ergen dostu sağlık hizmetlerinin özellikleri adil olma, ulaşılabilirlik, kabul edilebilirlik, uygunluk, etkinlik olarak tanımlanmıştır(13). Son yıllarda COVID-19 pandemisi nedeniyle rutin sağlık hizmetlerinde ve taramalarda meydana gelen aksaklıklar yüzünden uzaktan sağlık hizmetlerinin eşitsizlikleri gidermedeki rolü anlaşılmıştır. Çalışmamızda geliştirilen dijital psikososyal tarama aracı ise ergenlerde eşitsizliklerin getirdiği dezavantajları azaltmak için bir araç olarak kullanılabilir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Çalışmaya katılanların yaş ortalaması $18,83 \pm 0,373$ idi. Sağlık bilimlerinden 49 (%45), sosyal bilimlerden 33(%30,3) ve fen bilimlerinden 27(%24,8) kişi katılmıştır. Kadınların oranı %58,7'dir. Sağlık güvencesi olanların oranı %89 ve sağlık hizmeti almakta zorlananların oranı %7,3'tür. Medeni durum %100 bekadır. Dijital anketi tamamlama süresi ortalama $5,20 \pm 6,01$ dk, yüz yüze görüşme süresi ortalama $20,98 \pm 7,7$ dk olarak tespit edilmiştir. Katılımcılara daha önce Aile Sağlığı Merkezlerinde ERGENSOR görüşmesi yapılmadığı tespit edildi. Herhangi bir yerde daha önce görüşme yapılmış kişilerin oranı %14'tü ve görüşmeler psikiyatrist, psikolog ve okul bünyesinde bulunan rehberlik hizmeti birimleriyle yapılmıştı. Yüz yüze görüşme yöntemini tercih edenlerin oranı %89,9 idi. Kişilerin %53,2'si eğitim/iş, %50,5'i fiziksel aktiviteler, %46,8'i sağlıklı beslenme ve kilo kontrolü ve %40,4'ü ruh sağlığı konularında destek istediğini belirtmişti. İlgili modülünde sorun tespit edilip destek talep edilme oranlarına bakıldığında ise yeme tutumu, eğitim/iş ve fiziksel aktivite alanlarında yardım talebinin en yüksek olduğu görülmektedir. Bağımlılık, sorun saptanmasına rağmen en az oranda yardım talep edilen modül olmuştur. Her iki yöntemin sorun saptama oranları değerlendirildiğinde sekiz modülden ikisinin sorun saptayıcılığı arasında fark tespit edildi. Bunların ruh sağlığı ve ev modülü olduğu görüldü (her biri için $p < 0,05$). Ruh sağlığı modülünde dijital yöntem daha fazla sorun tespit etmişti, ev modülünde dijital yöntem daha az sorun tespit etmişti. Öğrencilerin %64,3'ünün beş ve daha fazla modülünde sorun saptandı. Dijital tarama ve yüz yüze görüşmeye katılanlardan yaşına uygun bir görüşme, soruları yanıtlamak için yeterli zamanım vardı cevabını verenlerin oranı her iki yöntem için de %100'dü. Rahat hissetmediğim konuları görüşmek kolaydı ve soruları yanıtlarken rahattım cevabı %92,7 ile %98,2 arasında değişmekteydi. Dijital yöntemde soruları yanıtlarken rahattım diyen kişiler daha fazlaydı ($p < 0,05$). Soruları yanıtlarken utandım cevabının oranı yüz yüze yöntemde %11,9, dijital yöntemde %3,7 olarak saptandı ve istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardı ($p < 0,05$). Sağlıksız davranışları ve duyguları belirlememe yardımcı oldu cevabının oranı yüz yüze yöntemde daha fazla olarak tespit edildi ($p < 0,05$). Her iki yöntemde de çok fazla soru olduğunu düşünenlerin oranı %4,6'ydı. Kişilerin %33,9'u yüz yüze yöntemde, %30,3'ü dijital yöntemde soruların çok kişisel olduğunu düşünmekteydi. Bilgilerinin

gizliliği konusunda endişe duyan kişilerin oranı ise yüz yüze yöntemde %3,7, dijital yöntemde %6,4'tü. Her iki yöntem için de çok uzun sürdüğünü düşünen, soruları anlamakta zorlanan, soruların kendini ilgilendirmediğini düşünen, sıkıcı bulan ve yargılandığını hisseden kişilerin oranı %0 ile %4,6 arasında değişmekteydi. Maddi sıkıntı yaşayan ergenlerin eğitim/iş, bağımlılık, ruh sağlığı ve güvenlik modüllerinde anlamlı olarak daha fazla sorun tespit edilmişti($p<0.05$).

Çalışmamızdan elde edilen veriler doğrultusunda önerilerimiz şunlardır;

- Öncelikle ergenlik dönemindeki bütün gençlerin psikososyal durum değerlendirmelerinin yapıp sorunları varsa yardım alabilmeleri sağlanmalıdır. Bunun için geliştirdiğimiz dijital psikososyal değerlendirme anketi kullanılıp kişilerin sorun olan alanları tespit edilebilir. Bu veriler kişilerin bağlı bulunduğu Aile Sağlığı Merkezi'ne iletilip hekimlerin öncelikle sorun tespit edilen alanları görüşmesini sağlayıp sorun yaşayan ergenlere en kısa süre içinde yardım edilmesi sağlanacaktır. Bu şekilde hekimler de zaten kısıtlı olan sürelerini ergenler için daha verimli kullanabileceklerdir.
- Yaşadığı sıkıntılar nedeniyle yardım isteyip sağlık hizmetine ulaşmakta zorluk yaşayan kişiler için özellikle dijital psikososyal tarama anketine hızlı erişim sağlanması sayesinde resmi kurumların ergenlere gerekli hizmeti kısa sürede götürebilmesi sağlanabilir.
- Çalışmamızda geliştirilen dijital psikososyal anket için bir site geliştirilmesi ve bu ankette sorun tespit edilen alanlara yönelik danışma alabilecekleri bir ücretsiz yardım hattı uygulamasının resmî kurumlar tarafından hayata geçirilmesi ergenlerin sorunlarının çözümünde hızlı bir yol alınması için gereklidir.
- Ergenlerde psikososyal taramalarının birinci basamakta performans sistemine dahil edilmesi bu taramaların önceliğe alınmasını sağlayacaktır.
- Maddi sıkıntının psikososyal sorunlara yol açtığı çalışmamızda gösterilmiştir. Maddi sıkıntı yaşayan gençlerin tespit edilmesi gereklidir. Öğrenciler için maddi destek ve burs imkanlarının artırılması ve yarı zamanlı ek iş kaynaklarının bulunması bu sorunun çözümüne katkı sağlayacaktır.
- Sağlık güvencesi olmayan ergenler için üniversite bünyesinde ücretsiz sağlık hizmeti almaları kolaylaştırılmalıdır.

- Bağımlılık konusunda farkındalık ve bilgilendirme için özel programlar hazırlanmalıdır.



7. KISITLILIKLAR VE GÜÇLÜ YÖNLER

Çalışmamızın genellenebilirliği üniversite öğrencilerinde yapılması ve ergenlerin kırsal veya kentsel bölgede yaşama durumu sorulmadığından kısıtlıdır.

Ülkemizde yapılan ilk ERGENSOR temelli bir psikososyal değerlendirme çalışmasıdır. Aynı zamanda ülkemizdeki ilk ERGENSOR alanlarıyla eşlenmiş bir dijital anket geliştirme çalışmasıdır. Çalışma sırasında ergenlere hem psikososyal değerlendirme yapılmış hem de ergenler sorun saptanan konularla ilgili danışmanlık alabilecekleri birimlere yönlendirilmişlerdir. Bunlar çalışmanın güçlü yönleridir.

Geliştirdiğimiz dijital anketin Sağlık Bakanlığı tarafından ergenlere tarama anketi olarak uygulanması birinci basamakta hekimlerin ergenlerin psikososyal değerlendirmelerini yapılandırıp öncelikleri konuları belirlemelerini sağlayacaktır. Bu şekilde daha geniş bir coğrafya da daha çok sayıda bireye ulaşım da sağlanacaktır. Bu da zamandan ve iş gücünden tasarruf anlamına gelmektedir.

Bu çalışmanın devamında Aile Sağlığı Merkezleriyle yapılacak çalışmalarla yöntemin etkinliği ve hekimler tarafından kabul edilebilirliği araştırılacaktır.

TÜRKÇE ÖZET

Geç Ergenlik Dönemi Psikososyal Durum Değerlendirmesinde Yüz Yüze Klinik Görüşme Yöntemi ile Dijitalleştirilmiş Soru Formu Uygulamasının Karşılaştırılması

ÖZET

Ergenlik dönemi fiziksel, sosyal ve psikolojik değişimlerin hızlı yaşandığı bir dönemdir. Bu dönüşümlere uyum sağlayamayan bazı ergenlerde riskli davranışlar görülebilir. Ergenlik döneminde mortalite ve morbidite sebeplerine bakıldığında birçoğunun önlenabilir sebeplerle meydana geldiği görülmüştür. Bu sebeplerin kaynağı ise ergenlik dönemindeki riskli davranışlardır. Ergenlere yapılması önerilen ERGENSOR psikososyal değerlendirmeyle bunları erken saptayıp müdahale etmek amaçlanmıştır. Nitekim bu görüşmenin 20-30 dk sürmesi ve hekimlerin iş yükünün çok olması nedeniyle bu tarama amacına ulaşamamaktadır.

Bu kesitsel tipte yapılan çalışmaya İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi'nde öğrenim gören 109 öğrenci dahil olmuştur. Öğrencilere hem ERGENSOR görüşmesi yarı yapılandırılmış şekilde uygulanmış hem de ERGENSOR envanterinin tüm alanlarını içerecek şekilde Google Forms ile geliştirdiğimiz dijital psikososyal değerlendirme online olarak iletilmiştir. Ek olarak öğrencilere iki yöntemi karşılaştırma soruları ve sosyodemografik sorular içeren anket formu uygulanmıştır. Öğrencilerin her iki yönteme verdikleri cevapların dağılımı incelenmiş ve sorgulanan modülde sorun saptama oranları kıyaslanmıştır. Sorun saptanan modüllerle sosyodemografik özelliklerin ilişkisi incelenmiştir. Öğrencilerin yöntemleri karşılaştırma sorularına verdiği cevaplar değerlendirilip dijital psikososyal değerlendirmenin kabul edilebilirliği araştırılmıştır.

Dijital psikososyal değerlendirme anketinin ev modülünde daha az, ruh sağlığı modülünde daha çok sorun saptadığı görülmüş, diğer modüllerde sorun saptayıcılık arasında fark görülmemiştir. Maddi sıkıntının eğitim, bağımlılık, ruh sağlığı ve güvenlik modüllerinde sorun saptama oranını arttırdığı görülmüştür. Dijital anketin de öğrenciler açısından ERGENSOR görüşmesi kadar kabul edilebilir olduğu tespit edilmiştir. Öğrenciler yüz yüze görüşme yöntemini öncelikli olarak tercih etmektedir. Dijital psikososyal tarama yüz yüze görüşmeyi yapılandırmak amacıyla kullanılabilir.

Anahtar kelimeler: Ergen, ERGENSOR, HEEADSSS, Psikososyal, E-sağlık

İNGİLİZCE ÖZET

Comparison of Face-to-Face Clinical Interview Method and Digitalized Questionnaire Application in the Assessment of Late Adolescence Psychosocial Status

SUMMARY

Adolescence is a period of rapid physical, social and psychological changes. Risky behaviors can be seen in some adolescents who cannot adapt to these transformations. When we look at the causes of mortality and morbidity in adolescence, it has been seen that most of them occur with preventable causes. The source of these reasons is risky behaviors in adolescence. With the HEEADSSS psychosocial assessment, which is recommended for adolescents, it is aimed to detect and intervene early. As a matter of fact, this screening cannot reach its purpose because this interview takes 20-30 minutes and the workload of the physicians is high.

This is a cross-sectional study conducted among 109 students studying at Izmir Katip Celebi University. Both the semi-structured HEEADSSS interview was applied to the students and the digital psychosocial assessment we developed with Google Forms, including all fields of the HEEADSSS inventory, was delivered online. In addition, a questionnaire form including questions to compare the two methods and sociodemographic questions was applied to the students. The distribution of the answers given by the students to both methods was examined and the problem detection rates in the questioned module were compared. The relationship between modules with problems and sociodemographic characteristics was examined. The acceptability of digital psychosocial assessment was investigated by evaluating the answers given by the students to the questions of comparing methods.

It was observed that the digital psychosocial assessment questionnaire detected fewer problems in the home module and more in the mental health module, and no difference was observed between problem detection in other modules. It has been observed that financial distress increases the rate of problem detection in education, addiction, mental health and safety modules. It has been determined that the digital questionnaire is as acceptable to the students as the HEEADSSS

interview. Students prefer the face-to-face interview method as a priority. Digital psychosocial screening can be used to structure face-to-face interviews.

Keywords: Adolescent, HEEADSSS, Psychosocial assessment ,E- health, risky behaviour



KAYNAKLAR

1. WHO. Health for the World's Adolescents A second chance in the second decade [Internet]. Vol. 2022. 2014. Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/112750>
2. Lassi ZS, Salam RA, Das JK, Wazny K, Bhutta ZA. An unfinished agenda on adolescent health: Opportunities for interventions. *Semin Perinatol* [Internet]. 2015 [cited 2022 Feb 3];39(5):353–60. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26162972/>
3. Atlam D, Aldemir E. Üniversite öğrencilerinde riskli davranışların yaygınlığı ve madde kullanımı ilişkisi Genciz View project Alcohol Use View project. 2017 [cited 2022 Jul 4]; Available from: <https://doi.org/10.5350/DAJPN2017300402>
4. Bayraktar B. Üniversite Öğrencilerinde Riskli Sağlık Davranışlarının Belirlenmesi.
5. World Health Organization. Adolescents: health risks and solutions. Fact sheet No 345. 2014;(May).
6. WHO. Global Accelerated Action for the Health of Adolescents (AA-HA!) Guidance to Support Country Implementation. 2017.
7. T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. Bebek, Çocuk, Ergen İzlem Protokolleri. 2018 [cited 2022 Feb 3]; Available from: https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/cocuk_ergen_db/dokumanlar/yayinlar/Kitaplar/Bebek_Cocuk_Ergen_Izlem_Protokolleri_2018.pdf
8. Thabrew H, D'Silva S, Darragh M, Goldfinch M, Meads J, Goodyear-Smith F. Comparison of YouthCHAT, an Electronic Composite Psychosocial Screener, With a Clinician Interview Assessment for Young People: Randomized Controlled Trial. *J Med Internet Res* [Internet]. 2019 Dec 1 [cited 2022 Feb 3];21(12). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31793890/>
9. Bal U, Yılmaz E, Tamam L, Çakmak S. Telepsikiyatri: Simdi ve Burada/Telepsychiatry: - ProQuest [Internet]. [cited 2022 Jul 4]. Available from: <https://www.proquest.com/docview/1689387025>
10. Hagan JF, Shaw JS, Duncan PM, eds. Bright Futures: Guidelines for Health Supervision of Infants, Children, and Adolescents, 4th ed. Elk Grove Village, IL: American Academy of Pediatrics; 2017 - Google'da Ara [Internet]. [cited 2022 Jul 15]. Available from: <https://www.google.com/search?q=Hagan+JF%2C+Shaw+JS%2C+Duncan+PM%2C+eds.+Bright+Futures%3A+Guidelines+for+Health+Supervision+of+Infants%2C+Children%2C+and+Adolescents%2C+4th+ed.+Elk+Grove+Village%2C+IL%3A+American+Academy+of+Pediatrics%3B+2017&o>

q=Hagan+JF%2C+Shaw+JS%2C+Duncan+PM%2C+eds.+Bright+Futures%3A+Guidelines+for+Health+Supervision+of+Infants%2C+Children%2C+and+Adolescents%2C+4th+ed.+Elk+Grove+Village%2C+IL%3A+American+Academy+of+Pediatrics%3B+2017&aqs=chrome..69i57.782j0j7&sourceid=chrome&ie=UTF-8

11. WHO. Adolescence: a period needing special attention - recognizing-adolescence [Internet]. [cited 2022 Feb 18]. Available from: <https://apps.who.int/adolescent/second-decade/section2/page1/recognizing-adolescence.html>
12. Shlafer R, Hergenroeder AC, Jean Emans S, Rickert VI, Adger H, Spear B, et al. Adolescence as a Critical Stage in the MCH Life Course Model: Commentary for the Leadership Education in Adolescent Health (LEAH) Interdisciplinary Training Program Projects. *Maternal and Child Health Journal*. 2014 Feb 24;18(2):462–6.
13. TC. Sağlık Bakanlığı. Birinci Basamak Sağlık Çalışanları İçin Ergen Sağlığına Ve Sorunlarına Yaklaşım Cep Kitabı. 2017 [cited 2022 Jul 2]; Available from: www.kayihanajans.com
14. United Nations General Assembly. Convention on the rights of the child, Treaty Series, 1577:3. In New York: United Nations; 1989.
15. UNICEF. Birleşmiş Milletler Çocuk Haklarına Dair Sözleşme ve İhtiyari Protokoller, Usûl Kuralları ile Çocuk Hakları Komitesi Genel Yorumları [Internet]. 2017 [cited 2022 May 19]. Available from: <https://www.unicef.org/turkey/media/7941/file/%C3%87HDS%20ve%20%C4%B0htiyari%20Protokoller,%20Usul%20Kurallar%C4%B1%20ile%20%C3%87ocuk%20Haklar%C4%B1%20Komitesi%20Genel%20Yorumlar%C4%B1.pdf>
16. UNICEF. Adolescent Demographics [Internet]. 2020 [cited 2022 Feb 3]. Available from: <https://data.unicef.org/topic/adolescents/demographics/>
17. TÜİK. İstatistiklerle Gençlik 2021 [Internet]. [cited 2022 May 19]. Available from: <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Istatistiklerle-Genclik-2021-45634>
18. TÜİK Kurumsal. Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi Sonuçları 2021 [Internet]. [cited 2022 May 19]. Available from: <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Adrese-Dayali-Nufus-Kayit-Sistemi-Sonuclari-2021-45500>
19. TC. Cumhurbaşkanlığı Strateji Ve Bütçe Başkanlığı. On Birinci Kalkınma Planı. 2019

20. TÜİK Kurumsal. Nüfus Projeksiyonları [Internet]. [cited 2022 May 31]. Available from: <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Nufus-Projeksiyonlari-2018-2080-30567>
21. TÜİK Kurumsal. İstatistiklerle Gençlik 2020 [Internet]. [cited 2022 May 19]. Available from: <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Istatistiklerle-Genclik-2020-37242>
22. UNICEF. Adolescent Data by Country. [Internet]. [cited 2022 Jul 15]. Available from: <https://data.unicef.org/adp/country/tur/>
23. WHO. Adolescent mortality rate - top 20 causes (global and regions) [Internet]. [cited 2022 Feb 18]. Available from: [https://platform.who.int/data/maternal-newborn-child-adolescent-ageing/indicator-explorer-new/mca/adolescent-mortality-rate---top-20-causes-\(global-and-regions\)](https://platform.who.int/data/maternal-newborn-child-adolescent-ageing/indicator-explorer-new/mca/adolescent-mortality-rate---top-20-causes-(global-and-regions))
24. UNICEF. Progress for Children :A report card on adolescents [Internet]. 2012. Available from: https://www.unicef.org/media/86401/file/Progress_for_Children_-_No._10_EN_04272012.pdf
25. O'Donohue WT, Benuto LT, Woodward Tolle L. Handbook of Adolescent Health Psychology. William T. O'Donohue LTBLWT, editor. New York, NY: Springer New York; 2013.
26. Joseph F. Hagan, Jr, Judith S. Shaw, Paula M. Duncan. Bright Futures Guidelines and Pocket Guide. In: Joseph F, Early Adolescence 11 Through 14 Year Visits Context. 2017. [Internet]. [cited 2022 Jul 9]. Available from: <https://publications.aap.org/pediatriccare/book/342/chapter-abstract/5747186/Early-Adolescence-11-Through-14-Year-Visits?redirectedFrom=fulltext>
27. Rogol AD, Roemmich JN, Clark PA. Growth at puberty. Journal of Adolescent Health. 2002 Dec;31(6):192–200.
28. Joseph F. Hagan, Jr, Judith S. Shaw, Paula M. Duncan. Bright Futures Guidelines and Pocket Guide. 2017. [Internet]. [cited 2022 Jul 9]. Available from: <https://www.aap.org/en/practice-management/bright-futures/bright-futures-materials-and-tools/bright-futures-guidelines-and-pocket-guide/>
29. Öztekin AZ. Halk Sağlığı Kuramları ve Uygulamaları. Sağlık ve Sosyal Yardım Vakfı. 2020.
30. WHO. Adolescent and young adult health 18 January 2021 Key facts [Internet]. Vol. 2021. 2021. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/adolescents-health-risks-and-solutions>

31. Institute for Health Metrics and Evaluation. Global Burden of Disease Study 2019 [Internet]. [cited 2022 Feb 18]. Available from: <http://ghdx.healthdata.org/gbd-2019>
32. Institute for Health Metrics and Evaluation | [Internet]. [cited 2022 Jul 17]. Available from: <https://www.healthdata.org/>
33. WHO. Adolescent mental health [Internet]. [cited 2022 Feb 18]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health>
34. UNICEF. Adolescent mental health statistics [Internet]. [cited 2022 Feb 18]. Available from: <https://data.unicef.org/topic/child-health/mental-health/>
35. Evren H. Trakya Üniversitesi Öğrencilerinin Riskli Sağlık Davranışları Ve Sağlık Hizmeti Kullanımları (PhD thesis) Edirne, T.C Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü 2008 [Internet]. Available from: <https://dspace.trakya.edu.tr/xmlui/bitstream/handle/trakya/281/HAL%20L%20EVREN.pdf?sequence=1>
36. WHO. Global status report on alcohol and health 2018 [Internet]. [cited 2022 Feb 18]. Available from: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/274603/9789241565639-eng.pdf?ua=1&ua=1>
37. United Nations. World Drug Report 2020 [Internet]. [cited 2022 Feb 18]. Available from: https://wdr.unodc.org/wdr2020/field/WDR20_Booklet_2.pdf
38. ESPAD. Results from the European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs. [cited 2022 May 31]; Available from: <https://europa.eu/!Xy37DU>
39. TÜİK. Çocuklarda Bilişim Teknolojileri Kullanım Araştırması, 2021 [Internet]. [cited 2022 May 31]. Available from: <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Cocuklarda-Bilisim-Teknolojileri-Kullanim-Arastirmasi-2021-41132>
40. Şengezer T. Adolesan Dönemi Tütün ve Tütün Ürünleri Bağımlılığı. Aydoğan Ü, editör. Adolesan Sağlığı ve Sorunları - I. Ankara: Türkiye Klinikleri; 2018. p.12-7. [Internet]. [cited 2022 May 24]. Available from: <https://www.turkiyeklinikleri.com/article/en-adolesan-donemi-tutun-ve-tutun-urunleri-bagimlilik-82985.html>
41. TC. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. Küresel Gençlik Tütün Araştırması-2017
42. TC. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Kurumu. Küresel Yetişkin Tütün Araştırması-2012.

43. UNICEF. Maternal and Newborn Health Coverage Database [Internet]. June 2021. 2021. Available from: <https://data.unicef.org/wp-content/uploads/2019/09/Maternal-and-Newborn-Health-Coverage-Database-July-2021.xlsx>
44. UNICEF. Child Marriage Database 2020th ed. 2020. [Internet]. Available from: https://data.unicef.org/wp-content/uploads/2019/10/XLS_Child-marriage-database_Aug-2021.xlsx
45. UNICEF. Child Marriage [Internet]. Vol. 2022. 2021. Available from: <https://www.unicef.org/protection/child-marriage>
46. UNFPA. Motherhood in Childhood: Facing the challenge of adolescent pregnancy [Internet]. 2013. Available from: <https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/EN-SWOP2013.pdf>
47. WHO. Adolescent Pregnancy [Internet]. Vol. 2022. 2020. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-pregnancy>
48. Tözün M. , Sözman M. K. , Babaoğlu A. B. , Elmalı F. Bağımsız Türk Devletlerinde Ergen Gebeliklerinin Ve Doğumlarının Değerlendirilmesi: Ülkeler Arası Karşılaştırma Ve Bazı Sosyodemografik Parametrelerin Olası Etkileri. ESTÜDAM Halk Sağlığı Dergisi. 2017; 2(2): 12-23.[Internet]. [cited 2022 Jun 9]. Available from: <https://dergipark.org.tr/tr/pub/estudamhsd/issue/39507/466078>
49. Goldenring JM, Rosen DS. Getting into adolescent heads [Internet]. 1988 [cited 2022 Feb 3]. Available from: <https://www.contemporarypediatrics.com/view/getting-adolescent-heads>
50. Goldenring JM, Rosen DS. Getting into adolescent heads: An essential update. Modern Medicine. 2004 [cited 2022 Feb 3]; Available from: <http://www.modernmedicine.com/modernmedicine/content/printContent...>
51. TC. Cumhurbaşkanlığı Strateji ve Bütçe Başkanlığı. Sürdürülebilir Kalkınma Amaçları Değerlendirme Raporu [Internet]. 2019. Available from: https://www.sbb.gov.tr/wp-content/uploads/2020/03/Surdurulebilir-Kalkinma-Amaclari-Degerlendirme-Raporu_13_12_2019-WEB.pdf
52. Van der Kleij RMJJ, Kasteleyn MJ, Meijer E, Bonten TN, Houwink EJJ, Teichert M, et al. SERIES: eHealth in primary care. Part 1: Concepts, conditions and challenges. The European Journal of General Practice [Internet]. 2019 Oct 2 [cited 2022 Feb 16];25(4):179. Available from: </pmc/articles/PMC6853224/>
53. Eysenbach G. What is e-health? Journal of Medical Internet Research [Internet]. 2001 [cited 2022 Feb 16];3(2):1–5. Available from: </pmc/articles/PMC1761894/>

54. Bora Başara B. Soyutun Çağlar İ, Aygün A, Özdemir TA, Kulali B. Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2019. Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü Sağlık Bakanlığı. 2019 [Internet]. [cited 2022 Feb 16]. Available from: <https://dosyasb.saglik.gov.tr/Eklenti/40564,saglik-istatistikleri-yilligi-2019pdf.pdf?0>
55. Bora Başara B. Soyutun Çağlar İ, Aygün A, Özdemir TA, Kulali B. Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2020 Haber Bülteni. Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü Sağlık Bakanlığı. 2020 [Internet] [cited 2022 Feb 16]; Available from: www.saglik.gov.tr
56. Babaoglu AB, Tekindal MA. Modelling the Number of People per Physician, Nurse, and Midwives in Turkey in Terms of Reproductive Health Indicators. *Inquiry (United States)*. 2021;58.
57. Bora Başara B. Soyutun Çağlar İ, Aygün A, Özdemir TA, Kulali B. Sağlık Bakanlığı. Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2019 Haber Bülteni [Internet]. 2019 [cited 2022 Jun 10]. Available from: <https://sbsgm.saglik.gov.tr/Eklenti/39024/0/haber-bulteni-2019pdf.pdf>
58. Bora Başara B. Soyutun Çağlar İ, Aygün A, Özdemir TA, Kulali B. Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2018 Haber Bülteni. [cited 2022 Jun 10]; Available from: www.saglik.gov.tr
59. Toygar, Ş. A. (2018). E-Sağlık uygulamaları . *Yasama Dergisi* , (37) , 101-123 . Retrieved from <https://dergipark.org.tr/tr/pub/yasamadergisi/issue/54462/741324>
60. Martel R, Shepherd M, Goodyear-Smith F. Implementing the Routine Use of Electronic Mental Health Screening for Youth in Primary Care: Systematic Review. *JMIR Ment Health* 2021;8(11):e30479 <https://mental.jmir.org/2021/11/e30479> [Internet]. 2021 Nov 19 [cited 2022 Feb 16];8(11):e30479. Available from: <https://mental.jmir.org/2021/11/e30479>
61. Martel R, Shepherd M, Goodyear-Smith F. Implementing the Routine Use of Electronic Mental Health Screening for Youth in Primary Care: Systematic Review. *JMIR Mental Health* [Internet]. 2021 Nov 1 [cited 2022 Feb 16];8(11). Available from: [/pmc/articles/PMC8663603/](https://pmc/articles/PMC8663603/)
62. Thabrew H, Kumar H, Goldfinch M, Cavadino A, Goodyear-Smith F. Repeated Psychosocial Screening of High School Students Using YouthCHAT: Cohort Study. *JMIR Pediatr Parent* [Internet]. 2020 Jul 1 [cited 2022 Feb 16];3(2). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33104007/>
63. Whitehouse SR, Lam PY, Balka E, McLellan S, Deevska M, Penn D, et al. Co-Creation With TickiT: Designing and Evaluating a Clinical eHealth Platform for Youth. *JMIR Res Protoc* 2013;2(2):e42

<https://www.researchprotocols.org/2013/2/e42> [Internet]. 2013 Oct 18 [cited 2022 Feb 16];2(2):e2865. Available from: <https://www.researchprotocols.org/2013/2/e42>

64. Doukrou M, Segal TY. Fifteen-minute consultation: Communicating with young people—how to use HEEADSSS, a psychosocial interview for adolescents. *Archives of Disease in Childhood - Education and Practice* [Internet]. 2018 Feb 1 [cited 2022 Feb 16];103(1):15–9. Available from: <https://ep.bmj.com/content/103/1/15>
65. Smith GL, McGuinness TM. Adolescent Psychosocial Assessment: The HEEADSSS. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv* [Internet]. 2017 May 1 [cited 2022 Feb 3];55(5):24–7. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28460146/>
66. Bradford S, Rickwood D. Young People’s Views on Electronic Mental Health Assessment: Prefer to Type than Talk? *Journal of Child and Family Studies* [Internet]. 2015 May 1 [cited 2022 Feb 16];24(5):1213. Available from: [/pmc/articles/PMC4412384/](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28460146/)
67. Bradford S, Rickwood D. Acceptability and utility of an electronic psychosocial assessment (myAssessment) to increase self-disclosure in youth mental healthcare: A quasi-experimental study. *BMC Psychiatry* [Internet]. 2015 Dec 1 [cited 2022 Feb 16];15(1):1–13. Available from: <https://bmcp psychiatry.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12888-015-0694-4>
68. Ergin DY. Örneklem Türleri. *MÜ Atatürk Eğitim Fakültesi Eğitim Bilimleri Dergisi*. 1994;6:91–102.
69. Bradford S, Rickwood D. Acceptability and utility of an electronic psychosocial assessment (myAssessment) to increase self-disclosure in youth mental healthcare: A quasi-experimental study. *BMC Psychiatry* [Internet]. 2015 Dec 1 [cited 2022 Jun 9];15(1):1–13. Available from: <https://bmcp psychiatry.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12888-015-0694-4>
70. İzmir Katip Çelebi Üniversitesi. Kurumsal Değerlendirme Sistemi [Internet]. [cited 2022 Jul 2]. Available from: <https://ubs.ikc.edu.tr/BIP/BusinessIntelligence/Students/TotalStudents>
71. Tuğut N. Hemşirelik Öğrencilerinin Sağlık Okuryazarlığı Düzeyleri İle Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Arasındaki İlişki. *Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi* . 2021:103–11. [Internet] [cited 2022 Jul 2]. Available from: <http://cusbed.cumhuriyet.edu.tr/tr/download/article-file/1693269>
72. Budak SN, Özkan S. Sağlık bilimleri fakültesi öğrencilerinin sağlık okuryazarlığı düzeylerini artırmaya yönelik bir eğitim müdahalesi. *Türkiye*

- Sağlık Okuryazarlığı Dergisi. 2021;2(2):4-9. [Internet]. [cited 2022 Jul 2]. Available from: <http://www.saglikokuryazarligidergisi.com/index.php/soyd/article/view/44/38>
73. TÜİK. TÜİK Evlenme ve Boşanma İstatistikleri, 2021. 2021.
74. Martel RM, Darragh ML, Lawrence AJ, Shepherd MJ, Wihongi T, Goodyear-Smith FA. YouthCHAT as a Primary Care E-Screening Tool for Mental Health Issues Among Te Tai Tokerau Youth: Protocol for a Co-Design Study. JMIR Research Protocols [Internet]. 2019 Jan 1 [cited 2022 Jun 27];8(1). Available from: </pmc/articles/PMC6329425/>
75. Thabrew H, Kumar H, Goldfinch M, Cavadino A, Goodyear-Smith F. Repeated Psychosocial Screening of High School Students Using YouthCHAT: Cohort Study. JMIR Pediatrics and Parenting [Internet]. 2020 Jul 1 [cited 2022 Jun 27];3(2). Available from: </pmc/articles/PMC7652683/>
76. Thabrew H, D'Silva S, Darragh M, Goldfinch M, Meads J, Goodyear-Smith F. Comparison of YouthCHAT, an Electronic Composite Psychosocial Screener, With a Clinician Interview Assessment for Young People: Randomized Controlled Trial. Journal of Medical Internet Research [Internet]. 2019 Dec 1 [cited 2022 Jun 27];21(12). Available from: </pmc/articles/PMC6918206/>
77. Thabrew H, Goodyear-Smith F. Youth version, Case-finding and Help Assessment Tool (YouthCHAT): An electronic, psychosocial screener for young people with long-term physical conditions. Journal of Paediatrics and Child Health [Internet]. 2020 Jan 1 [cited 2022 Jun 27];56(1):102–6. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/jpc.14503>
78. Esin Ayfer Çulha Dildök. GEL DE ERGEN'ESOR. AHESSEN.org.tr. 2018.
79. Babaoğlu A. B. , Babaoğlu Ü. T. , Cevizci S. , Tozduman B. , Karakaş H. , Tözün M. Missed Opportunities in Adolescent Health: An Overview From Turkey. Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care. 2020; 14(4): 588-597. [Internet]. [cited 2022 Jul 2];14(4). Available from: www.tjfmpe.gen.tr
80. Yalaki Z. , Bulut İ. , Cesur Ö. Pandemi Gölgesinde Çocuk Sağlığı: Kesitsel Çalışma. Çocuk Dergisi. 2022; 22(1): 1-6. [Internet]. 2022 May 18 [cited 2022 Jul 3];22(1):1–6. Available from: <https://dergipark.org.tr/en/pub/jchild/issue/70011/1035365>
81. Samanci V. M. Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri ve Pandemi Süreci. Konuralp Medical Journal. 2020; 12(S1): 390-392. [Internet]. 2020 [cited 2022 Jul 3] Available from: www.konuralptipdergi.duzce.edu.tr

82. Piri, S. İnternet tabanlı psikolojik hizmetler ve bu alana özgü etik ilkeler: bir gözden geçirme . Hacettepe Üniversitesi Edebiyat Fakültesi Dergisi.2011;28(2). Retrieved from <https://dergipark.org.tr/tr/pub/huefd/issue/41213/>
83. Yardım P, Niyetleri A, Topkaya N, Meydan B. Üniversite Öğrencilerinin Problem Yaşadıkları Alanlar, Yardım Kaynakları ve University Students' Problem Areas, Sources of Help, and Intentions to Seek Psychological Help. Trakya University Journal of Education. 2013;3(1):25–37.
84. Erkan S. , Cihangir Çankaya Z. , Terzi Ş. , Özbay Y. Üniversite Psikolojik Danışma ve Rehberlik Merkezlerinin İncelenmesi. Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi. 2012; 1(22): 174-198.
85. Ünal Demir F, Akpınar Aslan E, Batmaz S, Çelikbaş Z, Hizli Sayar G, Ünübol H, et al. Sigara, Alkol veya Madde Kullanan Üniversite Öğrencilerinin Bağımlılığa Yönelik Farkındalık, Olumsuz Tutum ve Damgalama Düzeyleri. Journal of Dependence [Internet]. 2022 Mar 31 [cited 2022 Jul 4];23(1):86–94. Available from: <https://dergipark.org.tr/en/pub/bagimli/issue/65786/978640>
86. Işıkkhan V, Yıldırım Ş. Ergenlerin Aile İçi Şiddete Maruz Kalma Durumları ve Aile İlişkileri [Internet]. [cited 2022 Jul 4]. Available from: <https://dergipark.org.tr/en/download/article-file/801016>
87. Ertem Ü. Yazıcı S. Ergenlik Döneminde Psiko-Sosyal Sorunlar ve Depresyon. Aile ve Toplum Dergisi. 2006;3(9):7-12
88. Tezel Şahin F, Özyürek A, Üniversite Öğrencilerinin Aile İçi Şiddete Yönelik Görüşleri . Akademik Bakış Dergisi. 2014;40 [cited 2022 Jul 4]; Available from: <http://www.akademikbakis.org>
89. Kale M. Üniversite Öğrencilerinin Zorbalık Davranış Düzeylerinin İncelenmesi . Turkish Studies Educational Sciences. 2019;14:3169–80.
90. Adalar Çelenk TE, Yıldızlar O. Lise öğrencilerinde akran zorbalığı ve mağduriyetinin incelenmesi. Sağlık ve Yaşam Bilimleri Dergisi [Internet]. [cited 2022 Jul 4]. Available from: <http://journals.iku.edu.tr/sybd/index.php/sybd/article/view/150/125>
91. Süngü H. Üniversite Öğrencilerinin Zararlı Madde Kullanımına İlişkin Tutumları/The Attitudes of University Students on Substance Use. Mustafa Kemal Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi. 2014; 11(26): 167-194. [Internet]. [cited 2022 Jul 4]. Available from: <https://dergipark.org.tr/en/pub/mkusbed/issue/19572/208250>
92. Karaçam Ö, Totan T. Ege Üniversitesi öğrencileri arasında bağımlılık yapıcı madde kullanımının çok boyutlu ölçekleme yöntemiyle incelenmesi. Anadolu Psikiyatri Dergisi. 2014;15(2):16-23

93. Atlam D, Yüncü Z. Üniversitesi Öğrencilerinde Sigara, Alkol, Madde Kullanım Bozukluğu ve Ailesel Madde Kullanımı Arasındaki İlişki. *Journal of Clinical Psychiatry*. 2017;20(3)
94. Özdemir L, Ayvaz A, Poyraz Ö, et al. Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi The Level of Knowledge of Students in Cumhuriyet University about the Sexually Transmitted Diseases. *Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*. 2003;25(1):10-14
95. Demir G, Şahin T. Selçuk Üniversitesi Öğrencilerinin Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklar Konusundaki Bilgi Düzeylerinin Belirlenmesi. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*. 2014; 4(3): 19-24. [Internet]. [cited 2022 Jul 4]. Available from: <https://dergipark.org.tr/en/download/article-file/56576>
96. Goodyear-Smith F, Martel R, Darragh M, Warren J, Thabrew H, Clark TC. Screening for risky behaviour and mental health in young people: the YouthCHAT programme. *Public Health Rev* [Internet]. 2017 [cited 2022 Jun 27];38(1). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29450092/>
97. Whitehouse SR, Lam PY, Balka E, McLellan S, Deevska M, Penn D, et al. Co-Creation With TickiT: Designing and Evaluating a Clinical eHealth Platform for Youth. *JMIR Res Protoc* 2013;2(2):e42 <https://www.researchprotocols.org/2013/2/e42> [Internet]. 2013 Oct 18 [cited 2022 Feb 9];2(2):e2865. Available from: <https://www.researchprotocols.org/2013/2/e42>
98. Eskin M. Gençler Arasında İntihar Düşüncesi, Girişimi ve Tutumları. *Türk Psikoloji Dergisi*. 2017;32(80):93–111.
99. Eskin M. The effects of individualistic-collectivistic value orientations on non-fatal suicidal behavior and attitudes in Turkish adolescents and young adults. *Scandinavian Journal of Psychology* [Internet]. 2013 Dec 1 [cited 2022 Jul 4];54(6):493–501. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/sjop.12072>

EKLER

EK-3

YÜZ YÜZE GÖRÜŞME UYGULAYICI FORMU

Süre:

KOD:

Ev

- 1- Nerede yaşıyorsunuz? Kimlerle birlikte?
- 2-Birlikte yaşadığınız insanlarla sorun yaşıyor musunuz?
- 3- Kendinize ait bir odanız var mı?
- 4- Herhangi bir sorununuz olduğunda danışıp yardım alabileceğiniz biri var mı?
- 5-Hiç evden/yaşadığınız yerden kaçtınız mı veya kaçmak istediniz mi?
- 6-Hiç şiddet gördünüz mü?
- 7-Birlikte yaşadığınız insanlardan biri şiddet gördü mü?
- 8-Yaşadığınız yerde iyi uyuyabiliyor musun?

Eğitim/iş

- 9- Yakın arkadaşınız veya bir arkadaş grubunuz var mı?
- 10- Üniversitede hiç zorbalığa uğradınız mı?
- 11-Ek işte çalışıyor musunuz?
- 12-Bir ek işte çalışıyorsanız ek iş nedeniyle okula ve/veya sosyal hayata uyum sağlamakta zorlanıyor musunuz?
- 13-Derslerinizde başarısız olduğunuzu düşünüyor musunuz? Sınıf tekrarı yaptın mı?

Yeme

- 14-Şu anda olduğunuz kilodan rahatsız oluyor musunuz?
- 15-Aşırı yemek yeme/kusma döngüleri yaşıyor musunuz?

Aktivite

- 16-Düzenli spor/fiziksel aktivite yapıyor musunuz?

Bağımlılık

- 17-Okulda, yaşadığınız çevrede uyuşturucu madde kullanan birisi var mı?
- 18-Sigara kullanıyor musunuz?
- 19-Alkol kullanır mısınız?
- 20-Hiç uyuşturucu madde kullandınız mı?
- 21-Hiç alkol veya uyuşturucu etkisi altında olan birinin arabasına bindiniz mi?
- 22-Rahatlamak veya daha iyi hissetmek için alkol veya uyuşturucu kullandınız mı?
- 23-Hiç yalnızken alkol veya uyuşturucu kullandınız mı?
- 24-Alkol veya uyuşturucu kullandıktan sonra yaptıklarınızı hatırlamadığınız oluyor mu?
- 25-Aileniz veya arkadaşlarınız size hiç alkol veya uyuşturucu kullanımını kesmeniz gerektiğini söyledi mi?

26-Alkol veya uyuşturucu etkisindeyken tehlike yaşadınız mı?

Cinsellik

27-Romantik/duygusal birliktelik yaşadığınız biri oldu mu?

28-Doğum kontrol yöntemleri hakkında yeterli bilginiz olduğunu düşünüyor musunuz?

29-Cinsel yolla bulaşan hastalıklar hakkında yeterli bilginiz olduğunu düşünüyor musunuz?

30-Hiç cinsel bir deneyim yaşadınız mı?

31-Hiç sizi rahatsız eden bir cinsel temas yaşadınız mı?

İntihar/depresyon

32-Sık sık üzgün, depresif ,umutsuz hissettiğiniz olur mu?

33-Sıklıkla stresli, endişeli hissediyor musunuz?

34-Her an kötü bir şey olacakmış gibi hissediyor musunuz?

35-Uyku ile ilgili sorun (az uyumak, fazla uyumak ,uykuya dalamamak) yaşıyor musunuz?

36-Hiç başkalarına veya kendinize zarar vermek istediniz mi?

37-Ailenizde psikiyatrik hastalık öyküsü olan biri var mı?

38-Hiç depresyon yaşadınız mı ?

39-Bazen ölmüş olsanız daha iyi olacağını düşündüğünüz oldu mu?

40-Hiç intihar girişiminde bulundunuz mu?

Güvenlik

41-Hiç fiziksel bir kavgaya karıştınız mı?

42-Yaşadığınız yerde kendinizi güvende hissediyor musunuz ?

43-Hiç trafik kazası geçirdiniz mi?(Araç içi,yaya ,motosiklet vb)

44-Arabada her zaman emniyet kemeri takar mısınız?

45-Sadece internetten tanıdığınız biriyle hiç yüz yüze görüştünüz mü?

EK-4

DİJİTAL PSİKOSOSYAL DEĞERLENDİRME FORMU

Ev

1-Birlikte yaşadığınız insanlarla sorun yaşıyor musunuz?

() evet () hayır

2-Herhangi bir sorununuz olduğunda danışıp yardım alabileceğiniz biri var mı?

() evet () hayır

3-Kendinize ait bir odanız var mı?

() evet () hayır

4-Hiç evden/yaşadığınız yerden kaçtınız mı veya kaçmak istediniz mi?

() evet () hayır

5-Hiç şiddet gördünüz mü?

() evet () hayır

6-Birlikte yaşadığınız insanlardan biri şiddet gördü mü?

() evet () hayır

7-Yaşadığınız yerde iyi uyuyabiliyor musun?

() evet () hayır

Eğitim/iş

8-Üniversitede hiç zorbalığa uğradınız mı?

() evet () hayır

9-Yakın arkadaşınız veya bir arkadaş grubunuz var mı?

() evet () hayır

10-Ek işte çalışıyor musunuz?

() evet () hayır

11-Bir ek işte çalışıyorsanız ek iş nedeniyle okula ve/veya sosyal hayata uyum sağlamakta zorlanıyor musunuz?

() evet () hayır

12-Derslerinizde başarısız olduğunuzu düşünüyor musunuz?

() evet () hayır

Yeme

13-Şu anda olduğunuz kilodan rahatsız oluyor musunuz?

() evet () hayır

14-Aşırı yemek yeme/kusma döngüleri yaşıyor musunuz ?

() evet () hayır

Aktivite

15-Düzenli spor/fiziksel aktivite yapıyor musunuz?

() evet () hayır

Bağımlılık

16-Okulda, yaşadığınız çevrede uyuşturucu madde kullanan birisi var mı?

() evet () hayır

17-Sigara kullanıyor musunuz?

() evet () hayır

18-Alkol kullanır mısınız?

() evet () hayır

19-Hiç uyuşturucu madde kullandınız mı?

() evet () hayır

20-Hiç alkol veya uyuşturucu etkisi altında olan birinin arabasına bindiniz mi?

() evet () hayır

21-Rahatlamak veya daha iyi hissetmek için alkol veya uyuşturucu kullandınız mı?

() evet () hayır

22-Hiç yalnızken alkol veya uyuşturucu kullandınız mı?

() evet () hayır

23-Alkol veya uyuşturucu kullandıktan sonra yaptıklarınızı hatırlamadığınız oluyor mu?

() evet () hayır

24-Aileniz veya arkadaşlarınız size hiç alkol veya uyuşturucu kullanımını kesmeniz gerektiğini söyledi mi?

() evet () hayır

25-Alkol veya uyuşturucu etkisindeyken tehlike yaşadınız mı?

() evet () hayır

Cinsellik

26-Romantik/duygusal birliktelik yaşadığınız biri oldu mu?

()evet ()hayır

27-Doğum kontrol yöntemleri hakkında yeterli bilginiz olduğunu düşünüyor musunuz?

()evet ()hayır

28-Cinsel yolla bulaşan hastalıklar hakkında yeterli bilginiz olduğunu düşünüyor musunuz?

()evet ()hayır

29-Hiç cinsel bir deneyim yaşadınız mı?

()evet () hayır

30-Hiç sizi rahatsız eden bir cinsel temas yaşadınız mı?

()evet ()hayır

İntihar/depresyon

31-Sık sık üzgün, depresif ,umutsuz hissettiğiniz olur mu?

()evet ()hayır

32-Sıklıkla stresli, endişeli hissediyor musunuz?

()evet ()hayır

33-Her an kötü bir şey olacakmış gibi hissediyor musunuz?

()evet ()hayır

34-Uyku ile ilgili sorun (az uyumak, fazla uyumak ,uykuya dalamamak) yaşıyor musunuz?

()evet ()hayır

35-Hiç başkalarına veya kendinize zarar vermek istediniz mi?

()evet ()hayır

36-Ailenizde psikiyatrik hastalık öyküsü olan biri var mı?

()evet ()hayır

37-Hiç depresyon yaşadınız mı ?

()evet ()hayır

38-Bazen ölmüş olsanız daha iyi olacağını düşündüğünüz oldu mu?

()evet ()hayır

39-Hiç intihar girişiminde bulundunuz mu?

()evet ()hayır

Güvenlik

40-Hiç fiziksel bir kavgaya karıştınız mı?

() evet () hayır

41-Yaşadığınız yerde kendinizi güvende hissediyor musunuz ?

() evet () hayır

42-Hiç trafik kazası geçirdiniz mi?(Araç içi,yaya ,motosiklet vb)

() evet () hayır

43-Arabada her zaman emniyet kemeri takar mısınız?

() evet () hayır

44-Sadece internetten tanıdığınız biriyle hiç yüz yüze görüştünüz mü?

() evet () hayır

45-Aşağıdaki konularla ilgili olarak destek almak ister misiniz?

() ev yaşantısı, yakın çevre

() eğitim, iş

() sağlıklı beslenme ,kilo problemleri

() fiziksel aktivite

() bağımlılık

() ruh sağlığı

() cinsel ve üreme sağlığı

() güvenlik ,şiddet

() diğer.....

EK-5

SOSYODEMOGRAFİK SORU FORMU

1-Cinsiyetiniz:

() Kadın () Erkek () Belirtmek istemiyorum

2-Yaşınız:

3-Nerede yaşıyorsunuz?

() Ailele birlikte () Yurtta () Tek başıma evde () Arkadaşım(larım)la evde () Akrabalarım(la) birlikte

4-Medeni durum

() Bekar () Evli () Diğer

5-Bilinen bir hastalığınız var mı?

() evet

() hayır

6-Maddi sıkıntı yaşıyor musunuz?

() evet () hayır

7-Sağlık güvenceniz var mı?

() Evet () Hayır

8-Sağlık hizmeti almakta sıkıntı yaşıyor musunuz?

() Evet () Hayır

9-Daha önce herhangi bir sağlık kuruluşunda sizinle yaptığımız yüz yüze görüşmedeki sorulara benzer konularda görüşme yapıldı mı?

() Evet () Hayır

10-Daha önce yapılan görüşmelerde hangi konu/konular sorgulanmıştı ?

() ev yaşantısı, yakın çevre

() eğitim, iş

() sağlıklı beslenme , kilo problemleri

() fiziksel aktivite

() bağımlılık

() ruh sağlığı

() cinsel ve üreme sağlığı

() güvenlik , şiddet

() diğer.....

EK-6

Anket No:

YÖNTEM KARŞILAŞTIRMA FORMU

1. Her iki görüşme yöntemi için cevaplarınızı evet hayır olarak işaretleyiniz?

	Yüz Yüze Görüşme		Dijital Anket	
	Evet	Hayır	Evet	Hayır
Yaşıma uygun bir görüşmeydi				
Yanıtlarımı düşünmek için yeterli zamanım vardı				
Soruları yanıtlarken rahattım				
Rahat hissetmediğim konuları görüşmek kolaydı				
Sağlıksız davranışları ve duygularımı belirlememe yardımcı oldu				
Çok fazla soru vardı				
Çok kişisel sorulardı				
Bilgilerin gizli kalacağı konusunda endişe duydum				
Çok uzun sürüyor				
Soruları anlamak zordu				
Sorular beni ilgilendirmiyordu				
Sıkıcıydı				
Soruları yanıtlarken utandım				
Yargılandığımı hissettim				

2. Hangi yöntemi tercih edersiniz?

() Yüz yüze Görüşme

() Dijital Anket Formu