

İstanbul'da Aile Sağlığı Merkezlerinde Koruyucu Adolesan Sağlığı Yaklaşımında Kaçırılmış Fırsatlar

Missed Opportunities in Preventive Adolescent Health Approach, in Family Health Centers in Istanbul

Seda Arslan Özkul¹, Çiğdem Apaydın Kaya², Pemra C.Ünalın², Mehmet Akman², Serap Çifçili², Arzu Uzuner²

¹Marmara Adası Devlet Hastanesi, Uz. Dr., Balıkesir

²Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Doç. Dr., İstanbul

İLETİŞİM

Doç. Dr. Çiğdem Apaydın Kaya

Marmara Adası Devlet Hastanesi

e-posta: cigdemapaydin@yahoo.com

İstanbul'da Aile Sağlığı Merkezlerinde Koruyucu Adolesan Sağlığı Yaklaşımında Kaçırılmış Fırsatlar
Missed Opportunities in Preventive Adolescent Health Approach, in Family Health Centers in Istanbul

ÖZET

Giriş ve Amaç: Bu çalışmanın amacı, birinci basamakta adolesan döneme özgü koruyucu hekimlik uygulamaları ile ilgili kaçırılmış fırsatların araştırılmasıdır.

Yöntem: Bu topluma dayalı, kesitsel tipte bir araştırmadır. İstanbul'un Pendik ilçesinde bulunan Aile Sağlığı Birimlerini temsil eden 112 hekime herhangi bir nedenle başvuran 10-19 yaş arasındaki adolesanlarla 2013 yılında gerçekleştirilmiştir. Araştırmacılar tarafından oluşturulan bir anket formu, hekim görüşmesi bitmiş olan, anlama, ifade problemi olmayan ilk beş adolesana yüz yüze görüşme yöntemi ile uygulanmıştır. Adolesanlar, sosyodemografik özelliklerinin yanı sıra, son bir yıllık döneme ilişkin, önlenabilir risk faktörleri açısından hekimler tarafından değerlendirilip değerlendirilmedikleri sorgulanmıştır. Önlenabilir risk faktörleri, Dünya Sağlık Örgütü ve Sağlık Bakanlığı'nın önerileri doğrultusunda belirlenmiştir. Bu risk faktörleri hakkında sorgulanmamış olmak "kaçırılmış fırsat" olarak değerlendirilmiştir.

Bulgular: Çalışmaya yaş ortalaması 14±2,74 olan 336 adolesan dahil edilmiştir (%47 kız, %53 erkek). Döneme özgü riskli alanların değerlendirilme durumları şöyledir: intihar düşüncesi (%0,0), alkollü araç kullanımı (%1,2), nargile kullanımı (%1,8), uyuşturucu kullanımı (%2,1), alkol kullanımı (%2,4), kask kullanımı (%2,4), kilo vermeye çalışma (%2,4), emniyet kemeri kullanımı (%4,2), kavgaya karışma (%4,8), kaza geçirme (%14,6), sigara içme (%17,6), egzersiz yapma (%18,8), kilo memnuniyeti (%20,8), kan basıncı ölçümü (%27,4), kilo değişimi sorgulama (%29,5), boy- ağırlık ölçümü (%57,4), kendini nasıl hissettiği (%61,3). Sadece 15 yaş üzerindeki için sorgulanan flört durumu ve cinsel deneyim ile gebelik ve cinsel yolla bulaşan hastalıklardan korunma ile ilgili bilgi ihtiyacının değerlendirilme sıklığı sırasıyla %6,2, %0, %2,1 ve %1,4'dir. Kavgaya karışma ve alkol kullanımı ile egzersiz yapma erkeklerde; kilo değişimi ile kan basıncı ve boy-ağırlık değerlendirilmesinin kızlarda daha fazla yapıldığı beyan edilmiştir (p<0,05). On beş yaş ve üstü grupta, daha düşük yaş grubuna göre daha fazla riskli alanın değerlendirildiği saptanmıştır (3±2,27; 2±1,94; p<0,05). Sigara ve nargile içme, emniyet kemeri kullanma, kilo vermeye çalışma, uyuşturucu ve alkol kullanma durumu çalışanlarda daha fazla değerlendirilirken, kendini nasıl hissettiği ve boy/kilo ölçümü çalışmayan adolesanlarda daha fazla değerlendirilmiştir (p<0,05).

ABSTRACT

Aim: The aim of this study is to investigate the missed opportunities related to the preventive health services special to the adolescence in primary care.

Materials and Methods: This is a cross sectional community based study. It is realized in 2013, among 10-19 year old adolescents who applied to 112 physicians, representing Family Health Units in İstanbul Pendik. A questionnaire prepared by the investigators has been applied to first five adolescents, who had no understanding and expression problem, by face to face interviewing method. Adolescents have been questioned about their sociodemographic characteristics and whether they had been asked by the physicians about preventable risk factors related to the last one year period. Preventable risk factors were determined according to the recommendations of the World Health Organization and Ministry of Health. The state of not having investigated about these risk factors has been considered as "missed opportunity".

Results: A total of 336 adolescents (47% female, 53% male, mean age value 14±2,74) have been recruited in the study. The state of investigation of the risky areas were as: suicidal thoughts (0.0%), drunk driving vehicle (1.2%), water pipe use (1.8%), drug use (2.1%), alcohol use (2.4%), casque use (2.4%), trying to loose weight (2.4%), use of safety belt (4.2%), being part of a quarrel (4.8%), meeting with an accident (14.6%), smoking (17.6%), exercising (18.8%), satisfaction with his/her own weight (20.8%), blood pressure measurement (27.4%), questioning about weight change (29.5%), height-weight measurement (57.4%), feeling of oneself (61.3%). Investigation ratios of the need for information about flirting, sexual experience, pregnancy and sexually transmitted diseases, questions asked to the adolescents over 15, were 6.2%, 0.0%, 2.1% ve 1.4% respectively. Being part of a quarrel, alcohol use and exercise were more asked to the males, weight change, blood pressure and height-weight measurement were more investigated in females (p<0,05). Risky areas were more investigated in 15 years and over group (3±2.27; 2±1.94; p<0,05) than less than 15. Smoking and water pipe use, use of safety belt, trying to loose weight, drug and alcohol use were more asked to the worker adolescents; feeling of oneself and height/weight measurement were more investigated in non-worker adolescents (p<0,05).

İstanbul'da Aile Sağlığı Merkezlerinde Koruyucu Adolesan Sağlığı Yaklaşımında Kaçırılmış Fırsatlar
Missed Opportunities in Preventive Adolescent Health Approach, in Family Health Centers in Istanbul

Tartışma ve Sonuç: Çalışmamız, Pendik'te bulunan Aile Sağlığı Birimlerinde adolesan döneme özgü önlenebilir riskler ile ilgili fırsatların kaçırıldığını düşündürmektedir. Kaçırılan fırsatlar yaş, cinsiyet ve çalışma durumuna göre değişmektedir. Bu fırsatların neden kaçırıldığı konusunda araştırmalar yapmak gerekmektedir.

Anahtar Kelimeler: Koruyucu hekimlik, Birinci basamak, Aile hekimliği

Discussion and Conclusion: The results of our study indicate that the opportunities related to the preventive risks special to adolescence are missed in Family Health Units in Pendik. "Missed opportunities" change according to the age, sex and working status. There is need for further studies to investigate to enlighten the reasons to miss the opportunities.

Key words: Preventive medicine, primary care, family medicine

İstanbul'da Aile Sağlığı Merkezlerinde Koruyucu Adolesan Sağlığı Yaklaşımında Kaçırılmış Fırsatlar
Missed Opportunities in Preventive Adolescent Health Approach, in Family Health Centers in Istanbul

Biyopsikososyal büyüme ve değişme sürecinde olan adolesanların deneyim arayışı içinde oldukları ve sağlığı tehdit edecek birçok riskle karşılaşmaya açık oldukları bilinmektedir.¹ Literatürde adolesan döneme özgü riskleri tanımlayan birçok çalışmaya rastlanmaktadır.²⁻⁴ Bu çalışmalar doğrultusunda hazırlanan kılavuzlar, döneme özgü riskler açısından adolesanların periyodik olarak değerlendirilmelerini ve her bir doktor ziyaretinin koruyucu hekimlik açısından bir fırsat olarak görülmesi gerektiğini belirtmektedir.^{5,6}

Adolesanların taşıdıkları riskleri ve sonuçlarını tanımlayan araştırma ve kılavuzlara göre, bu yaş grubunda en sık gözlenen sağlık problemlerinin yeme alışkanlıklarına bağlı sağlık sorunları, cinsel davranış ve üreme sağlığı sorunları, kaza ve şiddete ilişkin sorunlar, sigara, alkol ve uyuşturucu madde kullanımı ve ruh sağlığı sorunları olduğu karşımıza çıkmaktadır.⁶⁻⁹ Bunların yanında, adolesan dönemde gözlenen herhangi bir yüksek riskli davranışın başka bir alandaki sağlık sorunuyla da ilişkili olabildiği görülmektedir. Örneğin, alkol kullanımının intihar ve şiddet sıklığını, korunmasız cinsel ilişkinin cinsel yolla bulaşan hastalık sıklığını, sağlıksız beslenmenin obezite ve hipertansiyon, emniyet kemeri veya kask kullanılmamasının kaza sıklığını artırdığı bilinmektedir.^{8, 10, 11} Ayrıca, adolesan dönemde geliştirilen olumsuz davranış ve alışkanlıkların erişkinlerde en sık morbidite ve mortalite nedeni olan hastalıklara yol açtığı bilinmektedir.¹² Örneğin, beslenme ve fiziksel aktivite ile ilgili olumsuz davranışlar ileriki yıllarda obezite, hipertansiyon gibi kardiyovasküler hastalıklara, sigara içme davranışı, kanser ve KOAH'a neden olabilmektedir. Erken ölen her 10 erişkinden 7'sinin adolesan çağında başlayan davranışlarıyla ilgili nedenlerle öldüğü bildirilmektedir.¹³ Youth risk. Tüm dünyadaki verilere paralel olarak Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) verileri ülkemizde 15-19 yaş arası ölümlerin %15'inin kaza, %11'inin de intihar kaynaklı olduğunu bildirmektedir.¹⁴ Tüm bu bilgiler ışığında yapılan araştırmalar, adolesan dönemde karşımıza çıkan problemlere yönelik risklerin saptanması durumunda olası sağlık problemlerinin önüne geçilmesinin mümkün olabildiğini göstermektedir. Çeşitli müdahaleler ile egzersiz, sağlıklı beslenme gibi davranış değişiklikleri oluşturulabildiği, obezite, depresyon gibi hastalıkların önlenemediği gösterilmiştir.¹⁵⁻¹⁷ Bu yaş grubunda geliştirilecek davranış değişikliklerinin erişkin morbidite ve mortalitesi üzerinde olumlu etki sağlayabileceği düşünüldüğünde, birinci bas-

makta adolesan dönemdeki risklerin belirlenmesi ve önlenmesine yönelik koruyucu yaklaşımların kullanılması daha da önemli hale gelmektedir. Aile hekimliğine özgü kişi merkezli yaklaşım-

Tablo 1: Kaçırılmış Fırsatları Değerlendirmek İçin Sorulan Sorular

Bu görüşmede/daha önceki başvurularında;
1. kaza geçirip geçirmediğin doktorlar tarafından soruldu mu?
2. trafikte emniyet kemeri takıp takmadığın doktorlar tarafından soruldu mu?
3. bisiklet veya motosiklet kullanırken kask takıp takmadığın doktorlar tarafından soruldu mu?
4. alkollüken veya madde kullandıktan sonra araç kullanıp kullanmadığın doktorlar tarafından soruldu mu?
5. kavgaya karışıp karışmadığın doktorlar tarafından soruldu mu?
7. sigara kullanıp kullanmadığın doktorlar tarafından soruldu mu?
8. nargile kullanıp kullanmadığın doktorlar tarafından soruldu mu?
9. alkol kullanıp kullanmadığın doktorlar tarafından soruldu mu?
10. uyuşturucu madde kullanıp kullanmadığın doktorlar tarafından soruldu mu?
11. son bir yıl içindeki kilo değişiminin doktorlar tarafından soruldu mu?
12. son bir yıl içinde kilondan memnun olup olmadığın doktorlar tarafından soruldu mu?
13. diyet yaparak, kusarak ya da ilaç (laksatif) kullanarak kilo vermeye çalışıp çalışmadığın doktorlar tarafından soruldu mu?
14. egzersiz (yürüyüş, takım sporları vb.) yapıp yapmadığın doktorlar tarafından soruldu mu?
16. kendini nasıl hissettiğinle ilgili sorular doktorlar tarafından soruldu mu?
17. hiç intiharı düşünüp düşünmediğin doktorlar tarafından soruldu mu?
18. bir flörtün ya da kız/erkek arkadaşın olup olmadığı doktorlar tarafından soruldu mu?
19. hiç cinsel deneyim yaşayıp yaşamadığın doktorlar tarafından soruldu mu?
20. hamilelikten korunma yöntemleri ile ilgili öğrenmek istediklerin olup olmadığı doktorlar tarafından soruldu mu?
21. cinsel yolla bulaşan hastalıklardan korunma yöntemleri ile ilgili öğrenmek istediklerin olup olmadığı doktorlar tarafından soruldu mu?
23. boy ve kilona doktor ya da hemşireler tarafından bakıldı mı?
24. doktor ya da hemşireler tarafından tansiyonuna bakıldı mı?

la adolesan bireyin risklerinin sorgulanıp tanımlanması, bireye özgü müdahale alanlarının tanınmasına da olanak vermektedir. Bu risklerin sorgulanmayıp bu konuda herhangi bir danışmanlık ve müdahale yapılmamış olması "kaçırılmış fırsat" olarak değerlendirildiğinde, bu fırsatların tespitinin koruyucu hekimlik açısından önemli katkı sağlayacağı şüphesizdir. Adolesanların diğer yaş gruplarına göre sağlık kurumlarına daha az başvuru

İstanbul'da Aile Sağlığı Merkezlerinde Koruyucu Adolesan Sağlığı Yaklaşımında Kaçırılmış Fırsatlar
Missed Opportunities in Preventive Adolescent Health Approach, in Family Health Centers in Istanbul

yapıyor olması koruyucu hekimlik açısından fırsatların kaçırılma nedenlerinden birisi olabilir.^{18,19} Ancak, aile hekimlerinin hem kendilerine bağlı bulunan kişileri aile hekimliği disiplinine özgü bir şekilde periyodik olarak takip etmeleri, hem de herhangi bir nedenle başvuruları koruyucu hekimlik açısından değerlendirmeleri beklenmektedir.^{20, 21} Bu yüzden adolesanin aile sağlığı birimlerine her başvurusu hekim tarafından bir fırsat olarak değerlendirilmelidir. Ancak aile hekimlerinin bu fırsatları ne oranda değerlendirdiğine dair çalışmalar az sayıdadır.²²⁻²⁴ Ülkemizde aşılarda ilgili kaçırılmış fırsatların tanımlanması dışında adolesan döneme özgü risklerin tanımlanması ile ilgili yapılmış bir çalışmaya rastlanmamıştır.^{25,26} Bu çalışmanın amacı,

adolesan döneme özgü koruyucu hekimlik uygulamaları ile ilgili kaçırılmış fırsatların araştırılmasıdır.

Gereç ve Yöntem

Araştırmamız kesitsel tipte bir çalışmadır. Çalışmanın evrenini İstanbul ili Pendik ilçesinde bulunan toplam 156 Aile Sağlığı Birimini %95 GA ve %5 hata payı ile temsil eden 112 birime 2013 Şubat-Mart aylarında, herhangi bir nedenle başvuran 10-19 yaş grubundaki bireyler oluşturmaktadır. Aile Sağlığı Birimlerinin seçimi rastgele sayılar tablosundan randomize bir şekilde yapılmıştır. Adolesanların ASM'lere başvuru sıklığı bilinmediği ve hekimlerin bildirimlerine göre her bir birime günlük hasta başvuru-

Tablo 2: Katılımcıların sosyodemografik özellikleri.

	n=336
Yaş Ort.	14 ± 2,74
Cinsiyet	
Kız	158 (%47)
Erkek	178 (%53)
Okula gitme durumu	
Okula giden	288 (%85,7)
Okula gitmeyen	48 (%14,3)
Çalışma durumu	
Çalışan	32 (%9,5)
Çalışmayan	304 (%90,5)
Medeni Durum	
Evli	5 (%1,5)
Bekar	331 (%98,5)
Annenin eğitim durumu	
İlkokul ve altı	247 8 (%73,5)
Ortaokul ve üstü	89 (%26,5)
Babanın eğitim durumu	
İlkokul ve altı	173 (%51,5)
Ortaokul ve üstü	163 (%48,5)
Evde yaşayan birey sayısı	
≤3	24 (%7,1)
4-5	228 (%67,9)
≥6	84 (%25,0)

Tablo 3: Hekimlerin Adolesan Döneme Özgü Önlenebilir Risk Faktörlerini Değerlendirme Durumu (n=336)

	Değerlendirilen	Değerlendirilmeyen
Kendini nasıl hissettiği	%61,3	%38,7
Boy/ağırlık ölçümü	%57,4	%42,6
Kilo değişimi	%29,5	%70,5
Kan basıncı ölçümü	%27,4	%72,6
Kilo memnuniyeti	%20,8	%79,2
Egzersiz yapma	%18,8	%81,2
Sigara içme	%17,6	%82,4
Kaza geçirme	%14,6	%85,4
Kavgaya karışma	%4,8	%95,2
Emniyet kemeri takma	% 4,2	% 95,8
Kask takma	%2,4	%97,6
Alkol kullanma	%2,4	%97,6
Kilo vermeye çalışma	%2,4	%97,6
Uyuşturucu kullanımı	%2,1	%97,9
Nargile içme	%1,8	%98,2
Alkollü araç kullanma	%1,2	%98,8
İntihar düşüncesi	%0	%100

rusu ortalama 40 olduğu için ulaşılması gereken örneklem %95 GA ve %5 hata payı ile 354 olarak belirlenmiştir. Örneklem sayısına ulaşabilmek için 92 birime ardışık olarak başvuran 3; hasta sayısı daha fazla olan 20 birime de ardışık olarak başvuran 4 adolesanin değerlendirilmesi planlanmıştır. Çalışmaya, hekim değerlendirmesi biten, acil bir problemi olmayan, kendini ifade etmekte sorunu olmayan, çalışmaya katılmayı kabul eden kişiler dahil edilmiştir. Çalışmayı tamamlamak istemeyen, anketi yarım bırakan 86 kişi değerlendirme dışı bırakılmış, bu durumda sayıyı

İstanbul'da Aile Sağlığı Merkezlerinde Koruyucu Adolesan Sağlığı Yaklaşımında Kaçırılmış Fırsatlar
Missed Opportunities in Preventive Adolescent Health Approach, in Family Health Centers in Istanbul

Tablo 4: Cinsiyete Göre Adolesan Döneme Özgü Risklerin Değerlendirilmesindeki Farklılıklar

	Kız n=158	Erkek n=178	p
Alkol kullanma	%0	%4,5	0,007
Kavgaya karışma	%1,9	%7,3	0,02
Egzersiz	%13,9	%23,0	0,038
Kilo değişimi	%35,4	%24,2	<0,001
Kan basıncı ölçümü	%32,3	%23,0	<0,001
Boy/kilo ölçümü	%64,6	%51,1	0,015

Tablo 5: Yaşla İlişkili Olarak Değerlendirilen Riskli Alanlar

	Yaş ort ± SS	p
Sigara		
Sorulan (n=59)	16 ± 2,80	<0,001
Sorulmayan (n=277)	14 ± 2,58	
Alkol		
Sorulan (n=8)	18 ± 1,03	<0,001
Sorulmayan (n=328)	14 ± 2,70	
Uyuşturucu madde		
Sorulan (n=7)	17 ± 1,79	0,001
Sorulmayan (n=329)	14 ± 2,71	
Sigara		
Sorulan (n=59)	16 ± 2,80	<0,001
Sorulmayan (n=277)	14 ± 2,58	
Nargile		
Sorulan (n=6)	18 ± 1,03	0,001
Sorulmayan (n=330)	14 ± 2,72	
Alkol		
Sorulan (n=8)	18 ± 1,04	<0,001
Sorulmayan (n=328)	14 ± 2,70	
Uyuşturucu madde		
Sorulan (n=7)	17 ± 1,79	0,001
Sorulmayan (n=329)	14 ± 2,71	
Kaza geçirme		
Sorulan (n=49)	15 ± 2,67	0,035
Sorulmayan (n=287)	14 ± 2,73	
Alkollü araç kullanımı		
Sorulan (n=4)	17 ± 0,0	<0,001
Sorulmayan (n=332)	14 ± 2,74	
Kilo Verme Girişimi		
Sorulan (n=8)	17 ± 1,55	0,001
Sorulmayan (n=328)	14 ± 2,72	
Boy/Kilo		
Ölçülen (n=193)	14 ± 2,64	0,005
Ölçülmeyen (n=143)	15 ± 2,81	
Tansiyon		
Ölçülen (n=92)	15 ± 2,66	<0,001
Ölçülmeyen (n=244)	14 ± 2,69	

Tablo 6: Adolesanların Başvuru Sıklığı ile İlişkili Olarak Değerlendirilen Riskli Alanlar

	Başvuru sayısı ort ± SS	p
Sigara		
Sorulan (n=59)	6 ± 4,49	0,013
Sorulmayan (n=277)	4 ± 3,29	
Alkol		
Sorulan (n=8)	8 ± 1,99	0,001
Sorulmayan (n=328)	5 ± 3,57	
Alkollü araç kullanımı		
Sorulan (n=4)	8 ± 2,06	0,015
Sorulmayan (n=332)	5 ± 3,57	
Tansiyon		
Ölçülen (n=92)	6 ± 4,58	<0,001
Ölçülmeyen (n=244)	4 ± 2,97	

tamamlamak üzere bir sonraki başvuru değerlendirilmiş ve çalışma 336 kişiyle sonlandırılmıştır (örneklemenin %95'i).

Dahil etme kriterlerine uyan adolesanlardan, yalnız gelenlerin kendi onayı, ebeveyni ile gelenlerin de ebeveyninin onayı alınarak, son başvuru dahil olmak üzere, son 1 yılda aile sağlığı merkezine başvurusu sırasında döneme özgü riskli davranışların hekim tarafından değerlendirilip değerlendirilmediği yüz yüze anket yöntemi ile sorgulanmıştır. Anket, aşağıdaki soruları içermektedir:

- Adolesanın sosyodemografik özellikler (yaş, cinsiyet, okula gitme ve çalışma durumu, mesleği, medeni durum, ebeveynlerin mesleği, birlikte yaşadığı birey sayısı),
- Hekime son başvuru nedeni,
- Hekime başvuru sıklığı,
- Şimdiki görüşme veya daha önceki görüşmelerde, belirlenen riskli durumların hekim tarafından değerlendirilip değerlendirilmediği,
- Ağırılık, boy ve kan basıncı ölçümlerinin yapıp yapılmadığı.

Yaklaşık 10 dakika süren ankette, adolesanın beyanına göre risklerin hekim tarafından değerlendirilmiş olması "Evet",

İstanbul'da Aile Sağlığı Merkezlerinde Koruyucu Adolesan Sağlığı Yaklaşımında Kaçırılmış Fırsatlar
Missed Opportunities in Preventive Adolescent Health Approach, in Family Health Centers in Istanbul

“Hayır” şıklarından oluşan bir skala ile değerlendirilmiştir. Sorgulanan döneme özgü önlenabilir risk faktörleri, Dünya Sağlık Örgütü ve Sağlık Bakanlığı'nın önerileri doğrultusunda belirlenmiştir.^{2,3,7-9} Buna göre hekim tarafından değerlendirilmesi beklenen riskli alanlar şunlardır: kaza geçirme, emniyet kemeri takma, kask takma, alkol kullanımı, alkollü araç kullanımı, kavgaya karışma, sigara veya nargile kullanımı, uyuşturucu kullanımı, kilo değişimi, kilo memnuniyeti, kilo verme girişimi, egzersiz yapma durumu, kendini nasıl hissettiği, intihar düşüncesi, flört durumu, cinsel deneyim, gebelikten ve cinsel yolla bulaşan hastalıklardan korunma bilgisi, boy, kilo ve kan basıncı ölçümü. Tablo 1'de değerlendirilmesi beklenen alanların nasıl sorulduğu gösterilmektedir. Riskli cinsel davranışların ve gebelikten korunmanın değerlendirilmesi ile ilgili sorular sadece 15-19 yaş grubundaki adolesanlara sorulmuştur (Tablo 1: 15-18. sorular). Bu sorgulamaların yapılmamış olması adolesan sağlığı açısından tarama ve korunma için “kaçırılmış fırsat” olarak değerlendirilmiştir.

Araştırmaya Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulunun onayı (2011/9183) ve İstanbul Halk Sağlığı Müdürlüğü'nün izni alınarak başlanmıştır.

Analiz: Araştırmadan elde edilen veriler SPSS 11,5 istatistik paket programı kullanılarak değerlendirilmiştir. Öncelikle tanımlayıcı istatistikler (sıklık, yüzde, ortalama ve standart sapma değerleri gibi) hesaplanmıştır. Kategorik değişkenlerin karşılaştırmaları için ki-kare testi, sürekli değişkenler için de Student-t testi ile non-parametrik test ihtiyacı olduğunda Mann Whitney U testi kullanılmıştır. Korelasyon analizinde verilerin normal dağılması durumunda Pearson, normal dağılmaması durumunda Spearman korelasyon katsayısı kullanılmıştır. $p < 0,05$ değeri istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

Bulgular

Sosyodemografik Özellikler ve Hekime Başvuru Nedenleri

Çalışmaya yaş ortalaması $14 \pm 2,74$ olan 336 adolesan dahil edilmiştir (%47 kız, %53 erkek). Katılımcıların sosyodemografik özellikleri Tablo 2'de gösterilmiştir. Kırksekiz kişi okula gitmiyordu ve bunların 28'i kızdı (%58,3). Okula gitmeyen 32 kişi de (tüm katılımcıların %9,5'i) herhangi bir işte çalışmaktaydı ve bunların %75'i erkek %25'i kızdı. ($p=0,009$). Çalışanların

yaş ortalaması $17,5 \pm 1,44$ (min: 13; maks: 19), çalışmayanlarınkı $13,7 \pm 2,59$ (min:10; maks: 19) idi ($p < 0,001$). Katılımcıların 5'i evliydi. Evli olanların yaş ortalaması 19 ± 0 ve hepsinin cinsiyeti kızdı ($p=0,017$).

Çalışmaya katılan adolesanların son 1 yılda ASM'ye başvuru sıklığı ortancası 3 idi (ort: $5 \pm 5,57$; min:1; maks: 18). Hekime başvuru nedenleri sırasıyla boğaz ağrısı (%19,9), öksürük (%17,0), rapor almak (%15,2), nezle (%12,5), baş ağrısı (%7,7), ateş (%6,5) ve diğer nedenler (halsizlik, sivilce, sırt ağrısı, tetik, vs.) (%21,2) idi.

Riskli Durumların Değerlendirilme Durumu

Adolesanların hekimler tarafından döneme özgü önlenabilir risk faktörleri açısından değerlendirilme durumu Tablo 3'de gösterilmiştir. Buna göre adolesanlar, sorulan 17 riskli alan içerisinde en sık “kendini nasıl hissettiği” (%61,3), “kilo değişimi” (%29,5), “kilo memnuniyeti” (%20,8) ve “egzersiz yapma” (%18,8) ve “sigara içimi” (%17,6) açısından değerlendirildiklerini beyan etmiş; %57,4'ü boy ve ağırlık, %27,4'ü de kan basıncı ölçümlerinin yapıldığını bildirmişlerdir. Tüm yaş gruplarına sorulan 17 alanın değerlendirilme ortalaması $3 \pm 2,11$ 'dir (medyan 2; min 0, maks 10). Onbeş yaş ve üstü grupta değerlendirilmesi beklenen 21 riskli alanın değerlendirilme ortalaması $3 \pm 2,31$ 'dir (medyan 2; min:0, maks:9). Sadece 15 yaş ve üzerindeki 146 adolesana yöneltilen “flört durumu”, “cinsel deneyim”, “CY-BH'den ve gebelikten korunma ile ilgili bilgi ihtiyacı”nın değerlendirilme oranları sırasıyla %6,2, %0, %2,1 ve %1,4 olarak saptanmıştır.

Cinsiyete ve Yaşa Göre Farklılıklar

Değerlendirilmesi beklenen alanların sayısı açısından her iki cinsiyet arasında bir fark yok iken, kavgaya karışma ve alkol kullanımı ile egzersiz yapma durumunun erkeklere ($p=0,02$; $p=0,007$, $p=0,038$); kilo değişiminin kızlara ($p < 0,001$) daha fazla sorulduğu; kan basıncı ve boy-ağırlık ölçme oranının kızlarda daha fazla olduğu ($p=0,001$; $p=0,018$) saptanmıştır (Tablo 4).

Sigara, nargile, alkol ve uyuşturucu madde kullanımı, kaza geçirme, alkollü araç kullanımı, kilo verme girişimi sorgulanan ve kan basıncı ölçümü yapılan adolesanların yaş ortalamasının bu değerlendirmelerin yapılmadığı adolesanlara göre daha yüksek olduğu; ($p < 0,001$; $p=0,001$; $p < 0,001$; $p=0,001$; $p=0,035$;

İstanbul'da Aile Sağlığı Merkezlerinde Koruyucu Adolesan Sağlığı Yaklaşımında Kaçırılmış Fırsatlar Missed Opportunities in Preventive Adolescent Health Approach, in Family Health Centers in Istanbul

$p<0,035$; $p<0,001$; $p=0,001$) (Tablo 5) belirlenmiştir. Boy ve ağırlık ölçümleri yapılan adolesanların yaş ortalamasının yapılmayanlara göre daha düşük olduğu saptanmıştır ($p=0,005$). Onbeş yaş ve üstü grupta 15 yaş altındaki yaş grubuna göre daha fazla riskli alanın değerlendirildiği saptanmıştır ($3 \pm 2,27$; $2 \pm 1,94$; $p=0,018$).

Başvuru sayısına Göre Farklılıklar

Adolesanların başvuru sıklığı ile ilişkili olarak değerlendirilen riskli alanlar Tablo 6'da gösterilmiştir. Buna göre sigara ve alkol kullanma, alkollü araç kullanımı ve tansiyon ölçmenin başvuru sıklığı arttıkça daha fazla sorulduğu belirlenmiştir. Başvuru sıklığı ile değerlendirilen riskli durumların sayısı arasında anlamlı ancak çok zayıf bir korelasyon saptanmıştır (KK: 0,141; $p=0,01$).

Medeni Duruma Göre Farklılıklar

Adolesanların medeni durumu ile ilişkili olarak değerlendirilen riskli alanlar Tablo 7'de gösterilmiştir. Evli adolesanlarla bekar olanlar arasında intihar düşüncesi, kaza geçirme, emniyet kemeri kullanımı, kask kullanımı, alkollü araç kullanımı, egzersiz yapma durumu, nargile, alkol ve uyuşturucu kullanımı, kav-

Tablo 7: Adolesanların Medeni Durumu ile İlişkili Olarak Değerlendirilen Riskli Alanlar

	Bekar (n=331)	Evli (n=5)	p
Sigara içme	%16,3	%100,0	<0,001
CYBH'den korunma ile ilgili bilgi ihtiyacı	%1,4	%20	0,004
Gebelikten korunma ile ilgili bilgi ihtiyacı	%0,0	%40	<0,001
Kendini nasıl hissettiği	%62,2	%0,0	0,005
Boy/kilo ölçümü	%58,3	%0,0	0,009

Fisher ki-kare testi kullanılmıştır.

gaya karışma, kilo eğişi, kilo verme, egzersiz yapma durumunun sorgulanması açısından bir fark bulunmamıştır.

Çalışma Durumuna Göre Farklılıklar

Adolesanların çalışma durumu ile ilişkili olarak değerlendirilen riskli alanlar Tablo 8'de gösterilmiştir. Buna göre, sigara ve nargile içme, emniyet kemeri kullanma, alkol kullanma, kilo vermeye çalışma, uyuşturucu ve alkol kullanma durumu çalışanlarda daha fazla sorgulanırken, kendini nasıl hissettiği ve boy/kilo ölçümü çalışmayan adolesanlarda daha fazla sorgulanmıştır

(Tablo 8).

Tartışma

Aile Sağlığı Merkezlerinde adolesan dönemde koruyucu hekimlik uygulamaları ile ilgili kaçırılmış fırsatları araştıran çalışmamız, konu ile ilgili ülkemizde yapılan ilk çalışmadır. Çalışmamızda, adolesanların çoğu, kilo değişimi, kan basıncı ölçümü, kilo memnuniyeti, egzersiz ve sigara alışkanlığı, kaza geçirme, kavgaya karışma, emniyet kemeri ve kask takma, alkol, uyuşturucu madde, nargile kullanma, kilo verme girişimi ve alkollü araç kullanma açısından değerlendirilmediklerini bildirirken, hiçbiri intihar düşüncesi açısından değerlendirilmediklerini beyan etmişlerdir. En fazla değerlendirildiği bildirilen alanlar da duygu durumu ile boy/ağırlık ölçümü olmuştur (Tablo 2). Bu durum, çalışma yaptığımız birinci basamak sağlık merkezlerinde, önlenebilir riskler açısından birçok fırsatın kaçırıldığını düşündürmektedir. Fırsatların kaçırılmasında cinsiyet, medeni durum, çalışma durumu ve yaş gruplarına göre bazı farklılıklar saptanmıştır.

Benzer şekilde ABD'de 1536 çocuğun ebeveynleri ile yapılan, son 2 yılda çocukların ayaktan aldıkları bakımın kalitesinin değerlendirildiği bir araştırmada adolesan koruyucu hizmetlerinin tedavi edici hizmetlere göre daha az verildiği bildirilmektedir.²⁷ Başka bir çalışmada da 14-18 yaş arası adolesanların sadece %18'inin riskli davranışlar (tütün, alkol ve madde kullanımı, cinsel ve fiziksel istismar ve şiddet) açısından, %23'ünün duygusal sağlık ve ilişkiler açısından, %36'sının da cinsel aktivite ve CYBH açısından koruyucu tarama ve danışmanlık aldıklarını beyan ettikleri bildirilmiştir. Ayrıca, aynı çalışmada ülkelerinde obezite ile ilgili ulusal bir duyarlılık

Tablo 8: Çalışma Durumu ile İlişkili Olarak Değerlendirilen Riskli Alanlar

	Çalışan (n=32)	Çalışmayan (n=304)	p
Sigara içme	%40,6	%15,1	0,001
Nargile içme	%12,5	%0,7	<0,001
Alkol kullanma	%15,6	%1,0	<0,001
Uyuşturucu kullanımı	%15,6	%0,7	<0,001
Emniyet kemeri takma	%12,5	%3,3	0,037
Alkollü araç kullanma	%12,5	%0	<0,001
Kendini nasıl hissettiği	%18,8	%67,8	<0,001
Kilo vermeye çalışma	%9,4	%1,6	0,022
Boy/kilo ölçümü	%28,1	%60,5	0,001

İstanbul'da Aile Sağlığı Merkezlerinde Koruyucu Adolesan Sağlığı Yaklaşımında Kaçırılmış Fırsatlar
Missed Opportunities in Preventive Adolescent Health Approach, in Family Health Centers in Istanbul

olmasına rağmen, adolesanların sadece yarısı ağırlık, diyet ve egzersize ilişkin koruyucu tarama aldıklarını bildirmişler.²⁸

Global Hastalık Yüku 2004 Çalışmasında Türkiye'nin de yer aldığı Avrupa verilerine göre 10-19 yaş arasındaki ölümlerin büyük bölümünün yaralanma sonucu olduğu bildirilmektedir.⁹ Ülkemizde TÜİK 2008 verilerine göre 10-19 yaş arasında meydana gelen 2197 ölümün %13,34'ünün kazalar, %8,6'sının intiharlar nedeni ile gerçekleştiği bildirilmektedir.¹⁴ Oysa, çalışmamızda, adolesanların çok azının kazalardan korunma, kavga-ya karışma gibi alanlar için değerlendirildiği (<%15), yarısından fazlasının (%61,3) duyu durumu açısından değerlendirildiği halde hiçbirinin intihar düşüncesi yönünden değerlendirilmediği gözlenmektedir. Ancak, ülkemizde yapılan çalışmalar intihar sıklığının arttığını ve intihar düşüncesinin intihar girişimi ile direkt ilişkisi olduğunu göstermektedir.^{29, 30} Bu bilgiler, sıklığı giderek artan intiharların önlenmesinde önemli bir yer tutması nedeni ile adolesanların intihar düşüncesini sorgulamada aile hekimlerinin daha duyarlı olmaları gerektiğini düşündürmektedir.³¹ Ancak çalışma yaptığımız hekimlerin bu konudaki fırsatları kaçırdığı görülmektedir. ABD'de de birinci basamakta çalışan aile hekimleri ve pediatristler üzerinde yapılan bir çalışmada 10-19 yaş arasındaki adolesanların suisid riski açısından taranmadığı, hatta depresyon semptomları gösteren adolesanların %70'inin bu konuda sorgulanmadığı da bildirilmiştir.^{32,33} Ancak bu çalışmaların verileri bizim çalışmamızdan farklı olarak hekimlere sorularak toplanmıştır. Ayrıca, çalışmalar hekimlerin de intihar düşüncesini sorgulamakta yeterli olmadıklarını göstermektedir.³⁴

Türkiye Sağlık Araştırması 2012 verilerine göre 15 yaş ve daha yukarı yaştaki bireylerin %13,2'sinin hipertansiyon problemi yaşadığı ve %17,2'sinin obez, %34,8'inin fazla kilolu, %3,9'u ise düşük kilolu olduğu bildirilmektedir.³⁵ Kilolu ve obez olan adolesanların erişkin dönemde kardiyovasküler hastalıklar, davranışsal ve psikiyatrik problemler ve DM için yüksek risk taşıdıkları bilinmektedir.^{36,37} Yine bu dönemde edinilen beslenme ve egzersiz alışkanlıklarının ileriki yaşlarda da devam ettiği bildirilmektedir.³⁸ Benzer şekilde, adolesan dönemde erişkinlere göre daha az sıklıkta hipertansiyon görülmesine rağmen, hipertansiyonun erişkin dönemde de devam ettiği ve birçok komplikasyona yol açtığı bilinmektedir.^{39,40} Türkiye'de hipertansiyon prevalansının sıklığı da düşünüldüğünde, adolesanlarda hipertansiyonun ve obezitenin belirlenmesi ve gerekli önlemlerin

alınması ile ileriki dönemlerde ortaya çıkabilecek komplikasyonların engellenmesi mümkün olabilir. Ancak çalışmamızda, son 1 yılda adolesanların sadece %27,4'ü kan basıncının ölçüldüğünü söylerken, %57,4'ü ağırlıklarının ölçüldüğünü beyan etmişlerdir. Boy ve ağırlığın nispeten daha fazla değerlendirilmesi bu konuda Sağlık Bakanlığı'nın yürüttüğü ulusal programlarla ilgili olabilir.⁴¹ Ancak, çalışmamızda, kilo vermeye çalışma davranışının adolesanların çok azına sorulduğu gözlenmektedir.

Genel olarak, genç erkek ve kadınlarda farklı riskli davranışlar geliştiği, ancak genç erkeklerde riskli davranışların genç kadınlara göre daha fazla gözlendiği bildirilmektedir.¹⁻⁴ Genç erkeklerde, şiddet ve kazalara bağlı morbidite ve mortalite oranları daha yüksekken, genç kadınlarda adolesan gebelikleri ve buna bağlı sorunlar öne çıkmaktadır. Bizim çalışmamızda az oranda da olsa erkek adolesanların alkol kullanma ve kavgaya karışma ve egzersiz açısından; kızların ise boy/kilo ve kan basıncı ölçümü açısından daha fazla değerlendirildiği gözlenmektedir. Gebelikten korunma hepsi de kız ve evli olan 5 adolesandan birine, CYBH ile ilgili bilgi ihtiyacı ikisine sorulmuştur. TNSA 2013 raporunda evli olan 15-19 yaş arasındaki adolesan kızların yarısının herhangi bir doğum kontrol yöntemi kullanmadığı bildirilmiştir.⁴² Oysa, adolesan gebeliklerinin önemli sağlık problemlerine yol açtığı bilinmektedir. istenmeyen gebeliklerin önlenmesi açısından aile hekimine yapılan her başvuru bir fırsat olarak değerlendirilmelidir.

Çalışmamızda değerlendirilen riskli alanlar içinde flört durumu, cinsel deneyim, ile CYBH'den ve gebelikten korunma hakkındaki bilgi ihtiyacının en az değerlendirilen alanlardan olduğu saptanmıştır. Oysa, Cinsel Eğitim Tedavi ve Araştırma Derneği (CETAD) 2006 raporunda 16-17 yaşındaki adolesanların cinsellikle ilgili bilgi ihtiyacı olduğunda çevre ve arkadaşlarına sorduğu, ancak en güvenilir bilgi kaynağı olarak hekimleri gördüğü bildirilmektedir.⁴³ İstanbul'da 15-17 yaş arasındaki gençlerde yapılan "Gençler Arasında Cinsellik Araştırması" raporuna göre katılımcıların yaklaşık beşte birinin cinsel deneyim yaşadığını, bunların da beşte birinin herhangi bir gebelik önleyici yöntem kullanmadığı ve büyük çoğunluğunun ilk cinsel deneyimi 15 yaş ve altında yaşadığı bildirilmiştir.⁴⁴ Yıllar içinde azalma olmasına rağmen 2013 Türkiye İstatistik Kurumu verilerine göre 19 yaş ve altı doğum oranının %6,8 olduğu, evli kadınların %20,5'inin 19 yaş ve altında olduğu bildirilmektedir.¹⁴ Tüm bu veriler aile

İstanbul'da Aile Sağlığı Merkezlerinde Koruyucu Adolesan Sağlığı Yaklaşımında Kaçırılmış Fırsatlar
Missed Opportunities in Preventive Adolescent Health Approach, in Family Health Centers in Istanbul

hekimlerinin adolesanları özellikle flört durumu, gebelikten korunma ve CYBH hakkında bilgi ihtiyacı açısından da değerlendirilmeleri gerektiğini düşündürmektedir.

Araştırmamızda adolesanların başvuru sıklığının artması ile bazı alanların daha fazla değerlendirildiği (sigara ve alkol içimi, alkollü araç kullanımı, tansiyon ölçülmesi) gözlenmiş, başvuru sıklığının artması ile düşük bir korelasyon da olsa daha fazla riskli alanın değerlendirildiği saptanmıştır. Bu durum, adolesanların aile hekimliğine başvuru sıklığının artırılması yönünde çalışmalar yapılmasının yararlı olabileceğini düşündürmektedir.

Çalışmamızda fırsatların kaçırılmasının nedenleri araştırılmamıştır. Ancak literatürde adolesanların riskli ve sağlıksız davranışlarının rutin olarak taranmasını engelleyen birçok faktör olduğu bildirilmiştir. Sağlık hizmeti sunucularının bu konularda kendilerini yetersiz hissetmeleri engellerden birisidir. Bununla birlikte, tütün, alkol, madde kullanımı, cinsel davranış ve güvenlik konularında sağlık hizmeti sunucularına tarama ve danışmanlık ile ilgili eğitim verilmesinin adolesanlarda tarama ve danışmanlık yapılma sıklığını artırdığı bildirilmektedir.⁴⁵ Yine de çalışma yaptığımız bölgede riskli davranışların değer-

lendirilmesini engelleyen durumlarla ilgili başka bir çalışmanın yapılmasına ve gerekli girişimlerin planlanmasına ihtiyaç vardır.

Kısıtlılıklar:

Her ne kadar temsiliyetinin olması çalışmamızın güçlü yönlerinden birisi olsa da sadece Pendik ilçesini temsil etmesi nedeni ile çalışmanın sonuçlarını tüm ülke için genelleymeyiz. Verilerin adolesanlardan geçmişe yönelik sorgulama yoluyla (hafıza faktörüne dayalı hata) toplanmış olması, hekim kayıtlarından kontrol edilmemesi, kaçırılmış fırsatların olduğundan daha farklı değerlendirilmesine neden olmuş olabilir.

Sonuç:

Çalışmamızın sonuçları, bölgemizdeki Aile Sağlığı Merkezleri'nde adolesan döneme özgü önlenebilir riskler ile ilgili fırsatların kaçırıldığını düşündürmektedir. Bu sonuçlara göre koruyucu hekimliğe yönelik fırsatların kaçırılma nedenleri ile ilgili araştırmalar ve gerekli müdahalelerin yapılması yönünde girişimlerde bulunulması uygun olacaktır.

İstanbul'da Aile Sağlığı Merkezlerinde Koruyucu Adolesan Sağlığı Yaklaşımında Kaçırılmış Fırsatlar
Missed Opportunities in Preventive Adolescent Health Approach, in Family Health Centers in Istanbul

KAYNAKLAR

1. Shanklin S, Brener ND, Kann L, Griffin-Blake S, Ussery-Hall A, Easton A, et al. Youth risk behavior surveillance-selected Steps communities, United States, 2007. *MMWR Surveill Summ* 2008;57:1.
2. Eaton DK, Kann L, Kinchen S, Shanklin S, Flint KH, Hawkins J, et al. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Youth risk behavior surveillance-United States, 2011. *MMWR Surveill Summ*. 2012 Jun 8;61(4):1-162.
3. Ercan O, Alikashiöğlü M, Erginöz E, Albayrak DK, Halil İbrahim B, Aktuğlu Ç, ve ark. İstanbul Lise Gençlerinde Riskli Davranışların Sıklığı ve Cinsiyete Göre Dağılımı: Cerrahpaşa Gençlik Sağlığı Araştırması 2000. *Türk Pediatri Arşivi* 2001;36:199-211.
4. Kara B, Hatun Ş, Aydoğan M, Babaoğlu K, Gökalp AS. Kocaeli ilindeki lise öğrencilerinde sağlık açısından riskli davranışların değerlendirilmesi. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi* 2003;46:30-37.
5. Nordin JD, Solberg LI, Parker ED. Adolescent Primary Care Visit Patterns *Ann Fam Med* 2010;8:511-516.
6. Guide to Clinical Preventive Services, 2010-2011. Recommendations of the U.S. Preventive Services Task Force <http://www.ahrq.gov/clinic/pocketgd.htm>
7. Adolescents: health risks and solutions. Fact sheet N°345. Updated May 2014 <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs345/en/> adresinden 06.03.2015 tarihinde erişilmiştir.
8. Center for Disease Control and Prevention: Web-based Injury Statistics Query and Reporting System (WISQARS). <http://www.cdc.gov/injury/wisqars/> Adresinden 20.01.2013 tarihinde erişilmiştir.
9. Patton GC, Coffey C, Sawyer SM, Viner RM, Haller DM, Bose K, et al. Global patterns of mortality in young people: systematic analysis of population health data. *Lancet* 2009;374(9693):881-92. doi: 10.1016/S0140-6736(09)60741-8.
10. Jackson CA, Henderson M, Frank JW, Haw SJ. An overview of prevention of multiple risk behaviour in adolescence and young adulthood. *Journal of Public Health*. 34(S1);i31-i40. doi:10.1093/pubmed/fdr113.
11. Karaman D, Durukan İ. Suicide in children and adolescents. *Current Approaches in Psychiatry* 2013;5(1):30-47.
12. Lim SS, Vos T, Flaxman AD, Danaei G, Shibuya K, Adair-Rohani H, et al. A comparative risk assessment of burden of disease and injury attributable to 67 risk factors and risk factor clusters in 21 regions, 1990-2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet*. 2012 Dec 15;380(9859):2224-60. doi: 10.1016/S0140-6736(12)61766-8.
13. Alikashiöğlü M, Adolesana Verilmesi Gereken Koruyucu Sağlık Hizmetleri. İ.Ü Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri, Adolesan Sağlığı Sempozyum Dizisi. Yayın No: 43. Mart 2005;29-38.
14. www.tuik.gov.tr. Erişim Tarihi:20.01.2013
15. Mellin LM, Slinkard LA, Irwin CE Jr. Adolescent obesity intervention: validation of the SHAPEDOWN program. *J Am Diet Assoc*. 1987 Mar;87(3):333-8.
16. Kostenuik M, Ratnapalan M. Approach to adolescent suicide prevention. *Can Fam Physician* 2010;56(8):755-60.
17. Murphey DA, Lamonda KH, Carney JK, Duncan P. Relationships of a brief measure of youth assets to health-promoting and risk behaviors. *J Adolesc Health*. 2004;34(3):184-191.
18. Ma J, Wang Y, Stafford RS. U.S. Adolescents receive suboptimal preventive counseling during ambulatory care. *J Adolesc Health* 2005;36(5):441.
19. Gençlik Danışmanlık ve Sağlık Hizmet Merkezleri CSÜS Eğitimi Modülü Katılımcı Rehberi, T.C. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Ankara, 2007.
20. Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği, 2015. <http://ailehekimligi.gov.tr/genel-mevzuat/yoenetmelikler/4058-aile-hekimlii-uygulama-yoenetmeli.html> Adresinden 06.03.2014 tarihinde erişilmiştir.
21. Ham P, Allen C. Adolescent Health Screening and Counseling, *Am Fam Physician*. 2012;86(12):1109-16.
22. Duncan P, Frankowski B, Carey P, Kallock E, Delaney T, Dixon R, et al. Improvement in adolescent screening and counseling rates for risk behaviors and developmental tasks. *Pediatrics*. 2012 Nov;130(5):1345-51. doi: 10.1542/peds.2011-2356.
23. Hingson RW, Heeren T, Edwards EM, Saitz R. Young adults at risk for excess alcohol consumption are often not asked or counseled about drinking alcohol. *J Gen Intern Med*. 2012;27(2):179-84. doi: 10.1007/s11606-011-1851-1.
24. Lee GM, Lorick SA, Pfoh E, Kleinman K, Fishbein D. Adolescent Immunizations: Missed Opportunities for Prevention. *Pediatrics*. 2008;122(4):711-7. doi: 10.1542/peds.2007-2857.
25. Topuzoğlu A, Önsüz MF. İstanbul'da İki Sağlık Ocağında Aşılama-da Kaçırılmış Fırsatların Değerlendirilmesi. *TAF Prev Med Bull*. 2007;6(6):401-408.
26. Önde M, Ergin F, Atasoylu G, Çıbık A. Aydın'da 15-49 Yaş Arası Kadınlarda Tetanoz Bağışıklamasında Kaçırılmış Fırsatlar, ADÜ Tıp Fakültesi Dergisi 2007;8(1):12-18.
27. Mangione-Smith, R., DeCristofaro, A.H, Setodji, CM, Keesey J, Klein DJ, Adams JL, et al. The quality of ambulatory care delivered to children in the United States. *New England Journal of Medicine* 2007;57:1515-1523.
28. Bethell C, Klein J, Peck C. Assessing health system provision of adolescent preventive services: The Young Adult Health Care Survey. *Medical Care* 2001;39:478-490.
29. Asirdizer M, Yavuz MS, Aydın SD, Dizdar MG. Suicides in Turkey be-

İstanbul'da Aile Sağlığı Merkezlerinde Koruyucu Adolesan Sağlığı Yaklaşımında Kaçırılmış Fırsatlar
Missed Opportunities in Preventive Adolescent Health Approach, in Family Health Centers in Istanbul

- tween 1996 and 2005: general perspective. *Am J Forensic Med Pathol.* 2010;31(2):138-45. doi: 10.1097/PAF.0b013e3181cfc658.
30. Guler N, Güle G, Ulusoy H, Bekar M. Lise öğrencileri arasında sigara, alkol kullanımı ve intihar düşüncesi sıklığı. *Cumhuriyet Medical Journal* 2009;31(4):340-345.
31. Younes N, Chee CC, Turbelin C, Hanslik T, Passerieux C, Melchior M. Particular difficulties faced by GPs with young adults who will attempt suicide: a cross-sectional study. *BMC Fam Pract.* 2013 May 24;14:68. doi: 10.1186/1471-2296-14-68.
32. Frankenfield DL, Keyl PM, Gielen A, Wissow LS, Werthamer L, Baker SP. Adolescent patients--healthy or hurting? Missed opportunities to screen for suicide risk in the primary care setting. *Arch Pediatr Adolesc Med.* 2000;154(2):162-8.
33. Fairbrother G, Scheinmann R, Ostheimer B, Dutton MJ, Newell KA, Fuld J, et al. Factors that influence adolescent reports of counseling by physicians on risky behavior. *J Adolesc Health.* 2005 Dec;37(6):467-76.
34. Cole-King A, Parker V, Williams H, Platt S. Suicide prevention: are we doing enough? *Advances in Psychiatric Treatment* 2013;19(4):284-291. doi:10.1192/apt.bp.110.008789
35. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması Ana Rapor 2013. Hacettepe Nüfus Etütleri Enstitüsü. Yayın No: NEE-HÜ.14.01. http://www.hips.hacettepe.edu.tr/TNSA_2013_ana_rapor.pdf. Adresinden 02/02/2015 tarihinde erişilmiştir.
36. <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=13490>. Erişim: 14.12.2014.
37. Whitlock EP, Williams SB, Gold R, Smith PR, Shipman SA. Screening and interventions for childhood overweight: a summary of evidence for the US Preventive Services Task Force. *Pediatrics.* 2005 Jun;116(1):e125-44.
38. Sorof J, Daniels S. Obesity hypertension in children: a problem of epidemic proportions. *Hypertension.* 2002;40:441-7.
39. Lake AA, Mathers JC, Rugg-Gunn AJ, Adamson AJ. Longitudinal changes in food habits between adolescence (11-12 years) and adulthood (32-33 years): the ASH30 study. *J Publ Health;* 28:10-6.
40. Celermajer DS, Ayer JGJ. Childhood risk factors for adult cardiovascular disease and primary prevention in childhood. *Heart* 2006;92:1701-6.
41. Sun, SS, Grave, GD, Siervogel, RM, et al. Systolic blood pressure in childhood predicts hypertension and metabolic syndrome later in life. *Pediatrics* 2007; 119:237.
42. Türkiye Halk Sağlığı Kurumu. Bebek ve Çocuk İzlemleri Programı. <http://cocukergen.thsk.saglik.gov.tr/daire-faaliyetleri/bebek-ve-cocuk-olumlari-onlenmesi/791-bebek-ve-%C3%A7ocuk-izlemleri-program%C4%B1.html>. Adresinden 02/02/2015 tarihinde erişilmiştir.
43. Cinsel Eğitim Tedavi ve Araştırma Derneği (CETAD). Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı Alanında Ulusal ve Yerel Medya Yoluyla Savunuculuk Projesi 2006, Bilgilendirme Dosyası 7: Gençlik ve Cinsellik. Ed: Selma Karabey, Nurcan Müftüoğlu. http://Www.Cetad.Org.Tr/Cetaddata/Book/32/269201116835-Bilgilendirme_Dosyasi_7.Pdf. Erişim tarihi: 04.08.2014.
44. Ögel K, Eke Ceyda Y, Erdoğan N, Taner S, Erol B. İstanbul'da gençler arasında cinsellik araştırması raporu. Yeniden yayın no:16. İstanbul, 2005. <http://www.ogelk.net/Dosyadepo/cinsellikrapor.pdf>
45. Ozer EM, Adams SH, Lustig JL, Gee S, Garber AK, Gardner LR, et al. Increasing the screening and counseling of adolescents for risky health behaviors: a primary care intervention. *Pediatrics.* 2005;115(4):960-8. Doi: 10.1542/peds.2004-0520.