

ADÖLESAN SAĞLIĞI:

KLİNİK YAKLAŞIMLARLA GÜNCEL REHBER

Editörler: **Doç. Dr. Fatih BATTAL** & **Doç. Dr. Yusuf Haydar ERTEKİN**

YAZARLAR*

Prof. Dr. Nurullah BOLAT

Doç. Dr. Durmuş DOĞAN

Doç. Dr. Fatih BATTAL

Doç. Dr. Hakan AYLANÇ

Doç. Dr. Hülya ERTEKİN

Doç. Dr. Mustafa ÇAM

Doç. Dr. Selda IŞIK MERMUTLU

Doç. Dr. Yusuf Haydar ERTEKİN

Dr. Öğr. Üyesi Tolga KASAP

Dr. Beyza KAYMAZ

ARTİKEL AKADEMİ: 347

Adölesan Sağlığı: Klinik Yaklaşımlarla Güncel Rehber

Editör: Doç. Dr. Fatih BATTAL
<https://orcid.org/0000-0001-9040-7880>

Editör: Doç. Dr. Yusuf Haydar ERTEKİN
<https://orcid.org/0000-0002-2016-9159>

ISBN 978-625-6627-96-3

Birinci Basım: Haziran - 2025

Ofset Hazırlık: Artikel Akademi

Baskı ve Cilt: Uzunist Dijital Matbaa Anonim Şirketi
Akçaburgaz Mah.1584.Sk.No:21 / Esenyurt

Matbaa Sertifika No: 68922

Artikel Akademi bir Karadeniz Kitap Ltd. Şti. markasıdır.

©Karadeniz Kitap - 2025

Akademik etik kurallara
bağlı kalınarak yapılacak olan alıntılar ve tanıtım maksadıyla yapılacak
olan kısa alıntılar dışında, yazılı izni alınmadan, tümünün veya bir
kısımının elektronik, mekanik ya da fotokopi yoluyla, basımı, yayımı,
kopyalanması, çoğaltımı veya dağıtımı yapılamaz.

KARADENİZ KİTAP LTD. ŞTİ.
Koşuyolu Mah. Mehmet Akfın Sok. No:67/3 Kadıköy-İstanbul
Tel: 0 216 428 06 54 // 0530 076 94 90

Yayıncı Sertifika No: 19708
mail: info@artikelakademi.com
www.artikelakademi.com

ADÖLESAN SAĞLIĞI: KLİNİK YAKLAŞIMLARLA GÜNCEL REHBER

Editörler: **Doç. Dr. Fatih BATTAL & Doç. Dr. Yusuf Haydar ERTEKİN**

YAZARLAR*

Prof. Dr. Nurullah BOLAT

Doç. Dr. Durmuş DOĞAN

Doç. Dr. Fatih BATTAL

Doç. Dr. Hakan AYLANÇ

Doç. Dr. Hülya ERTEKİN

Doç. Dr. Mustafa ÇAM

Doç. Dr. Selda IŞIK MERMUTLU

Doç. Dr. Yusuf Haydar ERTEKİN

Dr. Öğr. Üyesi Tolga KASAP

Dr. Beyza KAYMAZ

İsim sıralaması akademik ünvanlar
dikkate alınarak düzenlenmiştir.

artikol
akademi

İÇİNDEKİLER

1. BÖLÜM	
ADÖLESANDA SAĞLIKLI BESLENME.....	9
Doç. Dr. Fatih BATTAL	
2. BÖLÜM	
ADÖLESANDAPERİYODİKSAGLIKMUAYENESİ.....	29
Doç. Dr. Yusuf Haydar ERTEKİN	
3. BÖLÜM	
ADÖLESAN AŞILAMASI.....	43
Doç. Dr. Hakan AYLANÇ	
4. BÖLÜM	
ADÖLESANDAİNTERNETBAĞIMLILIĞI.....	57
Dr. Öğr. Üyesi Tolga KASAP	
5. BÖLÜM	
ADÖLESAN (ERGEN) EBEVEYNLERİNDE PSİKOEĞİTİM.....	69
Doç. Dr. Hülya ERTEKİN	
6. BÖLÜM	
ADÖLESANLARDA MENSTRÜEL SIKLUS, ANORMAL UTERİN KANAMA VE DİSMENORE.....	77
Doç. Dr. Durmuş DOĞAN	
7. BÖLÜM	
ADÖLESANDA AKNEYE YAKLAŞIM.....	91
Doç. Dr. Selda IŞIK MERMUTLU	
8. BÖLÜM	
ADÖLESANDA UYKU HİJYENİ.....	105
Doç. Dr. Mustafa ÇAM	
9. BÖLÜM	
ERGENLİK DÖNEMİNDE PSİKOLOJİK GELİŞİM.....	111
Dr. Beyza KAYMAZ & Prof. Dr. Nurullah BOLAT	

ÖNSÖZ

Adölesan dönemi; bireyin çocukluktan erişkinliğe geçiş sürecinde, fiziksel, duygusal, bilişsel ve sosyal açılardan hızlı değişim gösterdiği, sağlık hizmetleri açısından özgün bir yaklaşım gerektiren karmaşık bir evredir. Bu süreçte kazanılan sağlık davranışları, yalnızca bireyin mevcut sağlığını değil, aynı zamanda erişkinlik dönemindeki yaşam kalitesini de doğrudan etkilemektedir.

Bu rehber, adölesan sağlığını çok yönlü bir perspektifle ele almak amacıyla hazırlanmıştır. Sağlıklı beslenme, periyodik sağlık muayeneleri ve aşılama gibi koruyucu sağlık uygulamalarından; menstrüel siklus, dismenore, akne ve uyku hijyeni gibi klinik durumlara, internet bağımlılığı ve psikolojik gelişim gibi çağdaş sorunlardan, ebeveynlere yönelik psiko-eğitim modellerine kadar uzanan geniş bir yelpazede bilimsel ve güncel bilgiler sunulmaktadır. Kitap bölümleri, alanında uzman akademisyenler tarafından titizlikle kaleme alınmış olup, sahada çalışan tüm sağlık profesyonelleri için hem teorik hem de pratik açıdan güncel bir kaynak niteliği taşımaktadır.

Adölesanlarla çalışan çocuk sağlığı ve hastalıkları uzmanları, aile hekimleri, psikologlar, hemşireler ve eğitimciler başta olmak üzere, bu alanda katkı sunmak isteyen tüm paydaşların yararlanabileceği bu rehberin hazırlanmasında emeği geçen tüm yazarlarımıza teşekkür ederiz.

Kitabımızın, adölesan sağlığına yönelik farkındalığın artmasına, multidisipliner iş birliklerinin gelişmesine ve genç bireylerin sağlıklı gelişim süreçlerine katkı sağlayacağına inanıyoruz.

Editörler

Doç. Dr. Fatih BATTAL

Doç. Dr. Yusuf Haydar ERTEKİN

Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Tıp Fakültesi

1. BÖLÜM

ADÖLESANDA SAĞLIKLI BESLENME

Doç. Dr. Fatih BATTAL

Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi

Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı

battalfatih@hotmail.com

<https://orcid.org/0000-0001-9040-7880>

1. GİRİŞ

Ergenlik dönemi, bireyin büyüme ve gelişmesinin hızlandığı, psikososyal ve biyolojik değişimlerin yoğunlaştığı beslenme açısından kritik bir yaşam evresidir. Bu dönemde kazanılan sağlıksız beslenme alışkanlıkları, ileriki yaşlarda obezite, kardiyovasküler hastalıklar, diyabet ve yeme bozuklukları gibi diyetle ilişkili kronik hastalıkların temelini oluşturabilir. Ayrıca, ergenlikte sıkça gözlenen sağlıksız davranışlar, beslenme yetersizliklerine, ruh sağlığı sorunlarına ve patolojik yeme davranışlarının gelişimine katkıda bulunabilir. Bu açıdan özellikle birinci basamak sağlık hizmeti sunanlar beslenme eksikliklerini ve düzensiz yeme alışkanlıklarını tarama, ergenlere ve bakım verenlerine danışmanlık sağlama ve gerektiğinde diyetisyen yönlendirmesi yapma konusunda stratejik bir konumda bulunmaktadır.

2. ERGENLERDE BESLENME HEDEFLERİ

Ergenlik döneminde beslenmenin temel amacı, günlük yaşamda düzenli ve dengeli öğünler ile besin değeri yüksek atıştırmalıkların tüketiminin teşvik edilmesidir. Bu dönem, büyüme hızının arttığı ve vücut kompozisyonunda önemli değişikliklerin yaşandığı kritik bir süreçtir. Sağlıklı beslenme alışkanlıklarının erken yaşta geliştirilmesi, sadece fiziksel büyümeyi desteklemekle

kalmaz; aynı zamanda ileri yaşlarda obezite, kardiyovasküler hastalıklar, bazı kanser türleri, inme ve tip 2 diyabet gibi kronik hastalıkların önlenmesinde de önemli rol oynar(1).

Türkiye’de sağlıklı beslenme politikalarının belirlenmesi ve uygulanmasında, T.C. Sağlık Bakanlığı’na bağlı olarak faaliyet gösteren **Sağlıklı Beslenme ve Hareketli Hayat Dairesi Başkanlığı** önemli bir rol üstlenmektedir. Bu başkanlık; beslenme, obezite, diyabet ve metabolik hastalıklar gibi halk sağlığını ilgilendiren konularda araştırma önceliklerini belirlemekte, bu alanlarda yürütülen çalışmaları koordine etmekte ve bölgesel ile ulusal düzeyde veri toplanmasına katkı sağlamaktadır. Ayrıca toplumda beslenme alışkanlıklarının izlenmesi, değerlendirilmesi ve iyileştirilmesi amacıyla ulusal ve uluslararası kuruluşlarla iş birliği içinde çalışmalar yürütülmekte; bu doğrultuda, Türkiye’nin beslenme ulusal veri tabanının oluşturulmasına da öncülük edilmektedir. Sağlıklı Beslenme ve Hareketli Hayat Dairesi Başkanlığı’na dair güncel bilgilere ve yürütülen çalışmalara, Sağlık Bakanlığı’nın resmî web sayfası olan <https://hsgm.saglik.gov.tr> adresinden ulaşılabilir.

Ergenlik döneminde beslenmenin optimize edilmesi, bağımsızlık arayışı, akran onayı ihtiyacı, öz imaj kaygıları, artan fiziksel aktivite düzeyi ve okul ile iş yükleri gibi sosyal ve gelişimsel faktörler nedeniyle zorlaşabilir(2). Ergenlerin yiyecek tercihleri, ne zaman ve nerede yemek yiyecekleri ve kimle birlikte olacaklarına ilişkin kararları giderek daha fazla kendi başlarına alması, beslenme alışkanlıklarının dikkatle izlenmesini ve gerektiğinde uygun danışmanlık hizmetlerinin verilmesini gerekli kılmaktadır.

2.1 Yeme Alışkanlıkları

Ergenlerin günde üç ana öğün ve besin değeri yüksek ara öğünler tüketmeleri önerilmektedir. Öğün atlamamak, özellikle erkek ergenlerde daha düşük obezite prevalansı ile ilişkili bulunmuştur. Besleyici atıştırma davranışları ise ergenlikte artan enerji ve mikro besin gereksinimlerini karşılamaya yardımcı olabilir. Lif, A vitamini, kalsiyum ve demir gibi mikro besin eksikliklerinin önlenmesinde bu tür ara öğünlerin önemi büyüktür.

2.2. Kalsiyum Gereksinimi

9–18 yaş arası ergenler için önerilen günlük kalsiyum alımı 1300 mg’dır . Bu ihtiyacı karşılayabilmek için günde üç ila dört porsiyon süt ürünü tüketilme-

si önerilir. Ancak, yapılan çalışmalar ergenlerin büyük çoğunluğunun bu hedefe ulaşmadığını göstermektedir. Kalsiyum alımı; doğal kaynaklar, kalsiyumla zenginleştirilmiş gıdalar ve gerektiğinde takviyeler ile artırılabilir. (**Kalsiyum Kaynakları**; Süt, yoğurt, peynir gibi süt ürünleri, kalsiyumla zenginleştirilmiş meyve suları ve bitkisel bazlı süt alternatifleri, ıspanak, brokoli gibi yeşil yapraklı sebzeler)

2.3. D Vitamini Gereksinimi

D vitamini için önerilen günlük alım miktarı 600 IU’dur (15 mikrogram). Ancak bazı ergenlerde hedef serum 25-hidroksivitamin D (25-OHD) düzeylerini koruyabilmek için daha yüksek miktarlarda D vitamini gerekebilir. Zenginleştirilmiş süt ürünleri, bitkisel içecekler, tahıllar, balık ürünleri (somon, uskumru, sardalya) D vitamini açısından önemli kaynaklardır. Bu gıdalar, günlük alım hedefinin yaklaşık yarısını karşılayabilir. Eksiklik saptanan bireylerde D vitamini takviyesi önerilmelidir.

2.4 Demir İçeren Besin Kaynakları

Demir Gereksinimi

Demir, büyüme ve gelişmenin hızlandığı çocukluk ve ergenlik döneminde temel bir besin öğesidir. 9–13 yaş arası çocuklar için önerilen günlük demir alımı 8 mg iken, 14–18 yaş aralığındaki ergenlerde bu gereksinim erkekler için 11 mg/gün, kızlar için ise 15 mg/gün’dür. Özellikle ergenlik dönemindeki kız çocuklarında artan demir ihtiyacına bağlı olarak eksiklik görülebilmekte ve bazı bireylerde demir takviyesi gerekebilmektedir. Türkiye Beslenme Rehberi (TÜBER) 2022, günlük protein ve demir ihtiyacını karşılamak amacıyla et, tavuk, balık, yumurta, kuru baklagiller ve yağlı tohumları içeren “et-yumurta-kuru baklagil grubunu önermektedir. Rehberde, bu besin grubunun yaş, cinsiyet ve fiziksel aktivite düzeyine göre ne miktarda tüketilmesi gerektiği ayrıntılı olarak belirtilmiştir. Dengeli bir beslenme planı içerisinde bu gruptaki besinlere düzenli olarak yer verilmesi, çocuk ve ergenlerde demir eksikliğinin önlenmesinde önemli rol oynamaktadır (3).

2.5 Protein Gereksinimi

Ergenlik döneminde artan büyüme ve gelişme hızı, günlük protein gereksinimini de artırmaktadır. Ergen kızlar için önerilen günlük protein alımı 35–45

gram, erkek ergenler için ise 35–50 gram arasındadır. Bu miktarlar, yalnızca protein bileşenini ifade eder; tüketilen gıdanın toplam ağırlığıyla karıştırılmamalıdır. Et, tavuk, balık gibi hayvansal kaynaklı besinleri tüketen bireyler, genellikle bu gereksinimleri rahatlıkla karşılayabilmektedir. Ancak, gıda güven-sizliği, ekonomik yetersizlikler veya kısıtlayıcı diyet uygulamaları söz konusu olduğunda protein eksikliği riski ortaya çıkabilir. Et tüketimi açısından, ergen kızlar için yaklaşık 140–185 gram, erkekler için ise 155–200 gram et, kümes hayvanı veya balık tüketimi günlük protein ihtiyacını karşılamaya yardımcı olur.

Ülkemizde, sağlıklı beslenmeyi teşvik etmek amacıyla çeşitli rehberler ve dijital kaynaklar geliştirilmiştir. Amerika Birleşik Devletleri’nde uygulanan MyPlate programına benzer şekilde, Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı’nın yürüttüğü “**Sağlıklı Beslenme ve Hareketli Hayat Programı**”, bireylerin yaş, cinsiyet ve fiziksel aktivite düzeylerine göre kişiselleştirilmiş beslenme planları oluşturmalarına yardımcı olmayı hedeflemektedir. Bu kapsamda, kamuya açık olarak sunulan bilgilendirici materyaller, rehberler ve eğitim içerikleri aracılığıyla sağlıklı yaşam tarzı benimsenmesi desteklenmektedir (3).

2.6 Besin ve Beden İmajına Yönelik Tutumlar

Hekimler, vücut şekli, ağırlığı veya vücut kitle indeksi ne olursa olsun, uzun vadeli fiziksel ve ruhsal sağlık açısından sağlıklı beslenmenin önemini vurgulayarak sağlıklı bir yeme tutumunun gelişmesini destekleyebilirler. Hastaların içsel açlık ve tokluk sinyallerine dikkat etmeleri teşvik edilmelidir; ancak bazı ergenlerin besin tercihleri, ruh sağlığı durumları veya diğer stres faktörleri nedeniyle bu hedefe ulaşmakta zorlanabilecekleri de göz önünde bulundurulmalıdır. Hekimler, hastaların bedenlerine yönelik tutumlarını, vücut şekli veya ağırlığını değiştirme girişimlerini ve beden imajına ilişkin olumsuz deneyimlerini sorgulamalıdır.

3. ERGENLİK DÖNEMİNE ÖZGÜ ZORLUKLAR

Ergenlik dönemi, özellikle düzensiz ve sağlıklı yeme davranışlarının yaygın olduğu bir dönemdir. Bu davranışlara çok sayıda biyopsikososyal etken katkıda bulunur (4). Sağlıksız beslenme alışkanlıkları yalnızca dünya çapında birçok ülkede ergen bireyler arasında yaygındır (5) (6) (7) (8). Ergenlerin üçte ikisinden fazlası, özellikle erkekler, kırsal bölgelerde yaşayanlar ve fazla kilolu olanlar, beslenme önerileri, besin öğelerinin kaynakları, diyet-hastalık ilişkileri ve yeme alışkanlıkları hakkında yetersiz bilgiye sahiptir (9). Bu yaş grubunda, televizyon, beslenme ile ilgili bilginin başlıca kaynağıdır. Medyada yer alan gıda pazarlamaları, özellikle çocukluk ve ergenlik dönemlerinde sağlıksız yeme davranışları üzerinde küçük fakat anlamlı bir etkiye sahiptir. Ergenlik döneminde, her yaş grubunda olduğu gibi, **gıda güvencesizliği** sağlıksız gıda tercihlerine yol açabilir. Bu durum, obezitesi olan bireylerde dahi görülebilir. Gıda güvencesizliğinin değerlendirilmesi, her türlü beslenme değerlendirmesi ve danışmanlığında kritik bir adımdır. Gıda güvencesizliği; yoksulluk, işsizlik, gıda fiyatlarındaki artış, eğitim eksikliği, toplumsal eşitsizlik, iklim değişikliği, göç, kentleşme ve yetersiz sosyal destek politikaları gibi çok sayıda sosyoekonomik ve çevresel etkenin bir araya gelmesiyle ortaya çıkan, bireylerin yeterli ve dengeli beslenmeye sürekli erişimini engelleyen çok boyutlu bir sorundur.

3.1 Yeme Alışkanlıkları

Öğün Atlama

Ergenler, düzensiz günlük programlar (10) değişmiş sirkadiyen ritimler, gıda güvencesizliği veya kilo kaybı çabaları nedeniyle öğün atlayabilirler. Kahvaltı ve öğle yemeği, en sık atlanan öğünlerdir. Ancak sosyal, okul ve iş aktiviteleri, akşam yemeklerinin de atlanmasına yol açabilir. 15–18 yaş arası büyük ergenlerin kahvaltıyı atlama olasılığı, daha küçük yaştaki ergenlere göre iki kat fazladır. Ayrıca, kızların kahvaltıyı atlama oranı erkeklere göre daha yüksektir (%35’e karşılık %25) (11). Kahvaltı atlama nedenleri arasında zaman yetersizliği, erken okul etkinlikleri, okullara yakın fastfood zincirleri ve marketlerin varlığı ya da sabahları iştahsızlık sayılabilir. Kahvaltının atlanması hem okul başarısını hem de genel diyet kalitesini olumsuz etkileyebilir. Kahvaltıyı atlayan ergenlerin toplam besin öğesi alımı, kahvaltı yapanlara kıyasla daha düşüktür. Kahvaltı yapan ergenlerin genel beslenme alışkanlıkları daha sağlıklıdır. Kalori ile lif, demir, kalsiyum, A, B6 ve B12 vitaminleri gibi çeşitli

mikro besin öğelerini daha yüksek düzeyde alırlar. Bu mikro besinlerin başlıca kaynakları arasında zenginleştirilmiş kahvaltılık gevrekler, süt ve meyveler yer alır. Öte yandan, kahvaltıyı atlayan ergenler genellikle diğer öğünlerde bu mikro besin eksikliklerini telafi edemezler. Ergenler, özellikle kızlar, kilo kontrolü amacıyla öğün atlamaya başvurabilirler. Ancak kilo kontrolü amacıyla yapılan öğün atlamaları, çoğu zaman sağlıksız bir diyetle sonuçlanmakta ve istenmeyen kilo artışıyla ilişkili olabilmektedir. Pek çok çalışma, öğün atlama ile kilo artışı arasında nedensel bir bağ göstermese de anlamlı bir ilişki olduğunu bildirmiştir (12).

Atıştırma

Ergenlerin büyük çoğunluğu atıştırmalık tüketmektedir. Gençler genellikle üç ana öğünlük düzenli bir beslenme modeline uymazlar; yarısından fazlası günde en az beş kez yemek yediğini belirtmektedir. Atıştırmalıklar, birçok ergenin günlük toplam enerji alımının dörtte bir ile üçte birini oluşturarak önemli bir enerji ve besin ögesi kaynağıdır. Ancak bu atıştırmalıkların zamanlaması ve içeriğine bağlı olarak, ergenlik dönemindeki diyet üzerine olumlu ya da olumsuz etkileri olabilir. Enerji yoğunluğu yüksek ancak besin değeri düşük olan kötü zamanlanmış atıştırmalıklar (“abur cubur”), ergenin ana öğünlerdeki iştahını azaltabilir ve büyüme-gelişme için gerekli olan besinlerin yeterli düzeyde alınmasını engelleyebilir.

Dikkatin Dağılması ve Ekran Karşısında Yeme Alışkanlıkları

Çocuklar ve ergenlerde yemek sırasında televizyon izleme veya ekran başında vakit geçirme, sağlıksız beslenme alışkanlıklarını artırabilmektedir. Bu durum, özellikle atıştırmalık tüketiminin artması ve obezite riskinin yükselmesiyle ilişkilidir. Günde 2 saatten fazla televizyon izleyen çocuk ve ergenlerin, toplam yağ ve çoklu doymamış yağ asidi tüketimlerinin arttığı, buna karşın bazı vitamin ve mineralleri daha az aldıkları belirlenmiştir. Ayrıca, medyaya yoğun şekilde maruz kalan genç bireyler, su ya da süt gibi sağlıklı içecekler yerine, şekerli içecekleri tercih etme eğilimindedir. Televizyonda sıkça karşılaşılan sağlıksız atıştırmalık reklamları da bu eğilimi pekiştirerek, obezite riskinin artmasında önemli bir etken haline gelmektedir (13).

3.2 Besin İçeriğinde Dengesizlikler

Ergenlik dönemi, büyüme ve gelişmenin hızla ilerlediği, bu nedenle sağlıklı ve dengeli beslenmenin büyük önem taşıdığı bir süreçtir. Ancak pek çok ergen, günlük beslenmesinde temel besin gruplarını yeterince almaz; özellikle taze meyve ve sebze tüketimi oldukça düşer. Bu durum, genellikle fastfood ürünlerine yönelik eğilimle birlikte görülür. Ergenlerin enerji alımında ise yağlar ve ilave şekerler ön plandadır. Buna karşın, A vitamini, folik asit, diyet lifi, demir, kalsiyum, D vitamini ve çinko gibi temel mikro besin öğeleri genellikle yetersizdir. Bu eksiklikler, ergenlerin fiziksel gelişimlerini ve zihinsel performanslarını olumsuz yönde etkileyebilir.

Sık Görülen Mikro besin Eksiklikleri

Ergen kızlarda, özellikle adet dönemlerinde yaşanan kan kayıpları ve yetersiz demir alımı nedeniyle demir eksikliği sık rastlanan bir sorundur. Demir eksikliği, dikkat ve öğrenme kapasitesinde azalma, yorgunluk ve fiziksel performans düşüklüğü gibi sorunlara yol açabilir. Kalsiyum yetersizliği de bu yaş grubunda yaygındır ve hem ergenlik döneminde artan kemik kırığı riskini artırabilir hem de ileriki yaşlarda osteoporoz gibi kemik sağlığı problemlerine zemin hazırlayabilir. D vitamini düzeyleri ise hem beslenme yetersizlikleri hem de güneş ışığına az maruz kalma gibi nedenlerle birçok ergende düşük bulunmuştur. D vitamini, sadece kemik gelişimi için değil; aynı zamanda bağışıklık sistemi, kalp-damar sağlığı ve metabolik denge açısından da kritik bir role sahiptir. Yetersiz D vitamini düzeyleri, hipertansiyon, insülin direnci, kan yağlarında bozukluk ve metabolik sendrom gibi çeşitli sağlık sorunlarıyla ilişkilendirilmiştir. Bu mikro besin eksikliklerinin tanınması, önlenmesi ve tedavisi; ergenlerin sağlıklı büyüme ve gelişmeleri açısından oldukça önemlidir.

3.4 Yüksek Kalorili ve Düşük Besleyici Gıdalara Yönelim

Günümüzde birçok çocuk ve ergenin beslenme düzeninde, enerji değeri yüksek ancak besleyici değeri düşük gıdalar önemli bir yer tutmaktadır. Bu gıdalar genellikle fazla miktarda yağ ve şeker içerir; vitamin, mineral ve lif gibi vücut için gerekli olan temel besin öğelerini ise yeterince sağlamaz. Bu tür gıdaların beyin fonksiyonları üzerindeki olumsuz etkilerine dikkat çeken çalışmalar, bilişsel işlevlerde bozulmaya ve ödül işleme mekanizmalarında değişikliklere yol açabildiğini ve bunun da bireyleri düzensiz yeme alışkanlıklarına ve

dürtüsel davranışlara yatkın hale getirebileceğini göstermiştir (14).

Yaygın kategoriler şunlardır:

Hazır (Fast Food) Gıdalar

Fast food ürünleri hem lezzetli olmaları hem de ulaşılabilirliklerinin kolay olması nedeniyle ergenler arasında sıkça tercih edilmektedir. Bu tercihte, düşük fiyatlar ve arkadaş gruplarıyla sosyalleşme imkânı da etkili olmaktadır. Ayrıca sosyal medya ve televizyon gibi mecralardaki reklamlar da bu ürünlerin cazibesini artırmaktadır.

Klasik fast food ürünleri genellikle demir, kalsiyum, A ve C vitaminleri, diyet lifi ve folik asit açısından yetersizdir. Öte yandan enerji, sodyum, kolesterol ve özellikle doymuş yağ oranları oldukça yüksektir. Bazı ürünlerde, alınan kalorinin %50'sinden fazlası yağ kaynaklıdır. Yapılan çalışmalardan biri olan Project EAT (Eating Among Teens), son bir haftada üçten fazla fast food restoranı ziyaret eden ergenlerin toplam enerji alımının, hiç gitmeyenlere göre yaklaşık %40 daha fazla olduğunu ortaya koymuştur (15). Ancak fast food tüketiminin kilo artışıyla ilişkisi konusunda çalışmalar farklı sonuçlar bildirmiştir; bu nedenle bireysel farklılıklar, yaşam tarzı ve genel beslenme düzeni göz önünde bulundurulmalıdır.

Yüksek Oranda İşlenmiş Gıdalar

Yüksek oranda işlenmiş gıdalar, üretim sürecinde birçok katkı maddesi ve rafinasyon işlemiyle doğal yapısından uzaklaştırılmış ürünleri kapsar. Bunlara örnek olarak cips, kurabiye, şekerleme, gazlı içecekler, pizza, hazır çorbalar, sosisli sandviçler ve tavuk nugget gibi tüketime hazır ürünler verilebilir.

Bu tarz beslenme alışkanlıkları, yalnızca aşırı kilo alımı riskini artırmakla kalmaz, aynı zamanda yetişkinlerde yapılan çalışmalarla da paralellik göstermektedir. Yüksek oranda işlenmiş gıdaların uzun vadede kalp-damar hastalıkları ve tip 2 diyabet gibi kronik hastalıkların gelişiminde rol oynayabileceği düşünülmektedir (16).

Şekerli İçecekler

Şekerle tatlandırılmış içecekler (gazoz, meyveli içecekler, buzlu çaylar gibi) de ergenler arasında sıkça tüketilen, ancak diyet kalitesini olumsuz etkileyen ürünlerdendir. Bu içecekler hem kalori açısından yoğundur hem de besin değeri açısından zayıftır. Bu içeceklerin aşırı tüketimi, sadece kilo artışına değil, aynı

zamanda metabolik sağlık üzerinde de olumsuz etkiler yaratmaktadır. Kilo durumu ne olursa olsun, şekerli içecek tüketimi ile kardiyometabolik risk faktörlerinin (örneğin insülin direnci, kan basıncı ve kolesterol bozuklukları) artışı arasında bir ilişki olduğu bildirilmiştir (17). Ayrıca sodyum tüketimiyle bu içeceklerin tüketimi arasında da bir bağlantı görülmektedir; bu da beslenme yoluyla aşırı enerji alımını tetikleyebilir.

3.5 Patolojik Diyet Kısıtlamaları ve Beden Algısı Bozuklukları

Ergenlik dönemi, bedenin hızla değiştiği ve bireyin bu değişimleri fark etmeye başladığı hassas bir süreçtir. Bu dönemde gençlerin büyük çoğunluğu, bedenleriyle ilgili memnuniyetsizlik yaşar. Özellikle toplumsal normların ve medya etkisinin baskın olduğu kültürlerde, gerçekçi olmayan beden idealleri (çoğunlukla zayıf olmakla özdeşleştirilen) yaygın biçimde benimsenmiştir. Bu durum, kız çocuklarında daha belirgin olmakla birlikte, tüm ergenleri etkileyebilir. Kapsamlı bir araştırma, kilo açısından normal sınırlarda bulunan birçok ergenin, kendilerini fazla kilolu olarak algıladığını ortaya koymuştur. Bu tür hatalı beden algısı, genellikle sadece dış görünüşü değiştirme amacıyla yapılan sağlıksız diyet davranışlarına yol açar. Oysa sağlıklı yaşam tarzı davranışları; dengeli beslenme, düzenli fiziksel aktivite ve iyi bir uyku düzeni gibi bütünsel yaklaşımları içerir. Patolojik diyet kısıtlamaları ise, çoğu zaman tek taraflı ve dengesiz gıda kısıtlamalarıyla sınırlı kalır ve uzun vadede bedensel ve ruhsal sağlık üzerinde olumsuz etkiler yaratabilir (18).

3.6 Ergenlerde Diyet Yapma Nedenleri

Ergenlerin “diyet yapma” yönelimleri genellikle sağlık kaygılarından değil, dış görünüşlerini değiştirme isteğinden kaynaklanmaktadır. Yapılan çalışmalarda, ergenlerin diyet yapma motivasyonları arasında kendini “çok kilolu” hissetme, akranlar tarafından alay edilme veya dışlanma korkusu, aile üyelerinin doğrudan ya da dolaylı baskıları, spor koçu ya da eğitmenlerin uyarıları, daha ince ve “ideal” bir görünüme sahip olma arzusu ve sağlıklı görünme ya da hastalıklardan korunma isteği öne çıkmaktadır (19).

Günümüzde sosyal medya platformları, kusursuz ve gerçek dışı beden görselleriyle bu algıyı pekiştirmekte, özellikle gençler üzerinde özsaygı ve beden algısı açısından ciddi bir baskı yaratmaktadır. Ergenler, kilo kontrolü amacıyla sıklıkla belirli gıdaları tamamen dışlayan veya öğün atlayan kısıtlayıcı yeme alışkanlıkları geliştirebilir. Bu alışkanlıklar arasında, yüksek kalorili olarak algılanan besinlerden kaçınmak (örneğin et, yumurta, süt ve süt ürünlerini di-

yetten çıkarmak) ya da sabah kahvaltısı gibi temel öğünleri atlamak yer alır. Fiziksel aktiviteyi artırmak, daha fazla su içmek, abur cubur ve fast food tüketimini azaltmak, meyve, sebze ve salata tüketimini artırmak gibi davranışlar sağlıklı tercihler gibi görünse de eğer bu motivasyonlar kaygı, baskı veya dışsal beklentilere dayanıyorsa, bu davranışlar aşırılığa kaçabilir. Bu da zamanla yeme bozukluklarının (örneğin anoreksiya nervoza veya bulimia nervoza gibi) gelişmesine yol açabilir. Ayrıca, bu tür tek taraflı uygulamaların, özellikle fazla kilolu bireylerde kalıcı ve sağlıklı kilo kaybı sağlamadığı da bilinmektedir. Bu nedenle ergenlik dönemindeki bireylerde beden algısının güçlendirilmesi, sağlıklı yeme tutumlarının desteklenmesi ve yeme davranışlarına yönelik riskli tutumların erken tanınarak müdahale edilmesi büyük önem taşır.

3.7 Ergenlerde Diyet Yapma Davranışının Sıklığı ve Sağlığa Etkileri

Ergenlik döneminde diyet yapma davranışı oldukça yaygındır. Araştırmalar, ergenlerin yaklaşık %40 ila %70'inin yaşamlarının bir döneminde diyet yaptığını göstermektedir. Bu davranış, özellikle kız ergenlerde erkeklere kıyasla daha yüksek oranda görülmektedir. Örneğin, bir çalışmada diyet yapma oranı kızlarda %45 iken, erkeklerde bu oran %20 olarak bulunmuştur. Yaş ilerledikçe bu fark daha da belirginleşmektedir; 9-12. sınıf kız öğrencilerde bu oran %56'ya kadar çıkarken, 5-8. sınıf arası yaş grubunda %36'dır (20). Toplumda o denli yaygın hale gelmiştir ki, kız ergenlerde kilo kaygısı ve diyet yapma davranışı neredeyse normal bir durum gibi algılanmaktadır.

Beslenmeye Yönelik Olumsuz Etkiler

Diyet yapma, ergenlerin büyüme ve gelişme süreçleri için ihtiyaç duyduğu enerji ve besin öğelerinin yetersiz alımına neden olabilir. Özellikle demir, kalsiyum ve çinko gibi zaten sınırda düzeylerde bulunan önemli mineraller, dengesiz diyet uygulamaları sonucunda daha da yetersiz hale gelebilir. İngiltere'de 16-17 yaş grubundaki kız ergenlerle yapılan bir çalışmada, diyet yapanların günlük enerji alımı ortalama 1600 kcal iken, diyet yapmayanlarda bu miktar 2460 kcal olarak saptanmıştır. Diyet yapanların kahvaltılık gevrek, süt, et ve et ürünlerini daha az tükettikleri görülmüştür. Ayrıca, kalsiyum, çinko ve selenyum gibi önemli minerallerin günlük alınması gereken miktarlarını karşılamada, diyet yapanların başarısızlık oranı diyet yapmayanlara kıyasla iki kat daha yüksektir. Bu durum, özellikle güçlendirilmiş (zenginleştirilmiş) gıdaların daha az tüketilmesine bağlı olabilir (21).

Sağlık Üzerindeki Etkiler

Ergenlikte uzun süreli ve kontrolsüz diyet uygulamaları yalnızca beslenmeyi değil, genel sağlığı da olumsuz etkileyebilir. Diyet yapan ergenlerde sıkça görülebilecek sorunlar arasında sinirlilik, anksiyete (kaygı), depresif ruh hali, dikkat dağınıklığı, uyku bozuklukları, kas kaybı, kalp ritminde bozukluk, mide-bağırsak sorunları, adet düzensizlikleri, büyüme geriliği, geç cinsel olgunlaşma ve kemik kütlelerinde yetersiz gelişim yer alır. Ayrıca sık sık diyet yapan ergenlerde yeme bozukluklarına (örneğin anoreksiya nervoza ya da bulimia nervoza) yakalanma riski artmaktadır. 2500 ergenin beş yıl boyunca izlendiği bir çalışmada, diyet yapan kızların yeme bozukluğu geliştirme ve aşırı kilo kontrol davranışlarında bulunma (örneğin kendi kendine kusma, müşil kullanımı gibi) olasılığı, diyet yapmayanlara kıyasla iki kat daha fazla bulunmuştur. Ergenlerin kilo vermek amacıyla başvurduğu pek çok diyet yöntemi, düşüncükleri kadar etkili olmayabilir. Hatta bazı durumlarda bu yöntemler, paradoksal olarak kilo alımına neden olabilir. Diyet sonrası aşırı yeme (tıkanıracasına yeme), gece geç saatlerde yemek yeme gibi sirkadiyen ritim bozuklukları, bu ters etkilerin nedenleri arasında gösterilmektedir (22). Ayrıca tekrarlayan diyet yapma davranışları, "yo-yo diyet" (bir kişinin diyet yaparak hızlı bir şekilde kilo kaybetmesi, ancak sonrasında eski yeme alışkanlıklarına geri dönerek bu kiloları tekrar alması durumudur) olarak adlandırılan bir kilo verme ve tekrar alma döngüsüne yol açabilir. Bu döngü hem metabolizmayı olumsuz etkiler hem de uzun vadede kalp ve damar hastalıkları riskini artırabilir. Bu nedenle, kilo kontrolü yaklaşımlarının sadece kısa vadeli kalori kısıtlamasına değil, sürdürülebilir sağlıklı yaşam alışkanlıklarına dayanması önemlidir (23).

4. TAM VE DENGELİ BESLENMEYİ TEŞVİK ETMEYE YÖNELİK STRATEJİLER

Ergenlerde sağlıklı beslenme alışkanlıklarını geliştirmek hem mevcut sağlık durumlarını iyileştirmek hem de uzun vadede kronik hastalık risklerini azaltmak açısından büyük bir öneme sahiptir. Bu süreçte, birinci basamak sağlık çalışanları, çocuk doktorları ve diyetisyenler önemli bir rol üstlenir. Sağlıklı beslenmeyi desteklemek amacıyla, ergenin beslenme alışkanlıkları her rutin muayenede değerlendirilerek, öğün düzeni ve gıda tercihleri hakkında bilgi alınmalıdır. Eğer beslenme örüntüsünde riskli durumlar tespit edilirse, daha ayrıntılı bir değerlendirme yapılmalı veya uygun uzmana yönlendirme sağlanmalıdır. Ayrıca, ailelerin düzenli ve yeterli besine erişim durumu sorgulanmalı ve

ekonomik zorluklar nedeniyle beslenme kalitesinin düşme riski taşıyan bireyler için gerekli destek mekanizmaları devreye sokulmalıdır. Düzenli beslenme danışmanlığıyla, sağlıklı gıda seçimi ve dengeli beslenmeye dair temel bilgiler ergen ve ailesiyle düzenli olarak paylaşılmalı, danışmanlık süreci, toplumda sık karşılaşılan beslenme sorunları ve yanlış inanışlar üzerine odaklanmalıdır.

4.1 Ergenlerde Danışmanlık Sürecine Yönelik Öneriler

Yanlış inanışların düzeltilmesi: Ergenler arasında yaygın olan “karbonhidrat tamamen zararlıdır” ya da “kilo vermek için öğün atlamak gerekir” gibi hatalı düşünceler bilimsel verilerle ele alınmalı ve doğru bilgilerle yer değiştirmelidir.

Aile katılımı: Mümkün olduğunda, beslenme danışmanlığı sürecine ebeveynler veya bakım verenler de dahil edilmelidir. Çünkü evde tüketilen gıdaların seçimi ve alışveriş alışkanlıkları genellikle ebeveynlerin kontrolündedir. Ayrıca ebeveyn tutumları, çocuğun beslenme davranışlarını doğrudan etkiler. Bu noktada sağlık profesyoneli, ebeveynlere yönlendirici rol oynayarak beslenme konusunda açıklayıcı, destekleyici ve iş birliğine dayalı yaklaşımlar geliştirmelerini teşvik edebilir. Araştırmalar, bu tür ebeveynlik tarzlarının, otoriter ya da aşırı serbest tutumlara göre daha sağlıklı beslenme alışkanlıklarını desteklediğini göstermektedir.

Bireysel danışmanlık ihtiyacı: Bazı durumlarda, özellikle ergen ile ebeveyn arasında çatışmalar ya da iletişim sorunları söz konusuysa, danışmanlık hizmeti ergenle birebir yürütüldüğünde daha etkili olabilir. Ayrıca, klinisyenler ebeveynlik tutumlarını şekillendirme konusunda da rehberlik edebilir. Örneğin, açıklayıcı ve destekleyici bir ebeveynlik tarzı, çocuğun öğrenmesini mantıklı açıklamalarla teşvik eder ve bu yaklaşım, otoriter (itaat bekleyen, eleştiri veya ceza kullanan) veya aşırı hoşgörülü ebeveynlik tarzlarına kıyasla sağlıklı beslenmeyi daha fazla destekler. Ancak bazı ebeveyn-ergen ilişkilerinde, ergenle ayrı olarak danışmanlık yapılması daha verimli olabilir. Gıda tüketim alışkanlıklarını olumlu yönde etkilemek için farklı eğitim yaklaşımları da kullanılabilir. Örneğin, baharatlar ve aromatik otlar üzerine odaklanan beslenme programları, özellikle şehirde yaşayan ergenlerde dikkat çekici sonuçlar verebilir. Bu tür müdahaleler; iştah artırıcı ve damak tadını zenginleştirici etkileriyle, sağlıklı gıdalara olan ilgiyi artırabilir. Özellikle sebzeler, tam tahıllar, az yağlı süt ürünleri ve yağsız protein kaynaklarına yönelik olumlu tutum geliştirilmesine katkı sağlar. Ayrıca bu yaklaşım, sağlıklı besinlerin daha keyifli hale gelmesini sağlayarak sürdürülebilir beslenme davranışları kazandırabilir.

4.2 Beslenme Örüntülerinin Düzenlenmesi

Sağlıklı beslenme alışkanlıklarının kazandırılması, ergenlik döneminde hem fiziksel gelişim hem de ruhsal denge açısından büyük önem taşır. Bu süreçte beslenme danışmanlığı, yalnızca ne yendiğine değil, aynı zamanda nasıl, ne zaman ve kimlerle birlikte yendiğine de odaklanmalıdır. Ergenlerde sağlıklı beslenme örüntüsünü desteklemek için dikkat edilmesi gereken önemli temel noktalar şunlardır;

Öğün Atlamaktan Kaçınma

Ergenlere, özellikle kahvaltı olmak üzere hiçbir öğünün atlanmaması gerektiği açık bir şekilde anlatılmalıdır. Kahvaltı, gece boyunca boşalan enerji depolarını doldurarak gün boyu dikkat, öğrenme ve fiziksel performans üzerinde olumlu etkiler sağlar. Ayrıca, düzenli öğün tüketimi, günlük alınması gereken vitamin ve mineral gereksinimlerinin karşılanmasına yardımcı olur. Özellikle büyüme döneminde kritik öneme sahip demir ve kalsiyum gibi besin öğelerinin tüketimi, düzenli öğün alışkanlığı ile artar. Yaygın bir yanlış inanış olan “öğün atlamak kilo verdirir” düşüncesi ise bilimsel verilerle çürütülmelidir. Aksine, öğün atlamak metabolizmayı olumsuz etkileyebilir ve uzun vadede daha fazla kalori alımına, dolayısıyla kilo artışına yol açabilir.

Aileyle Birlikte Yemek Yeme Alışkanlığının Korunması

Ergenlik döneminde bireyselleşme süreciyle birlikte, aileyle birlikte geçirilen yemek zamanlarında azalma görülebilir. Ancak araştırmalar, aile sofrasında birlikte yemek yiyen gençlerin daha dengeli ve sağlıklı beslendiklerini göstermektedir. Aileyle birlikte yenen öğünler, yalnızca beslenme kalitesini artırmakla kalmaz, aynı zamanda iletişimi ve sosyal bağı da güçlendirir (24). Özellikle hafta içi yoğun geçen günlerde bile, aile bireylerinin bir araya gelerek en az bir öğünü birlikte tüketmeleri teşvik edilmelidir. Bu tür öğünler, sağlıksız abur cubur tüketiminin önüne geçilmesine de yardımcı olur.

Sağlıklı Ara Öğün Seçimleri

Ara öğünler, özellikle büyüme döneminde artan enerji ve besin ögesi ihtiyacının karşılanmasına katkı sağlar. Sporla ilgilenen veya gün içinde yoğun fiziksel aktivite gösteren ergenlerde ara öğünlerin rolü daha da belirgin hale gelir. Ancak burada önemli olan, doğru atıştırma şekilleri seçebilmektir. Hazır paketli ürünler, cips, gazlı içecekler ve şekerlemeler; yüksek kalori içeriğine rağmen

düşük besin değerine sahiptir. Bu tür gıdalar yerine; meyve, yoğurt, kuruyemiş, tam tahıllı krakerler gibi hem doyurucu hem de besleyici alternatifler sunulmalı ve bu seçimler özendirilmelidir.

4.3 Denge ve Ölçülülük

Sağlıklı beslenme, yasaklardan değil, denge ve ölçülülükten geçer. Gençlere belirli yiyecekleri tamamen yasaklamak yerine, bu yiyeceklerin besin değerinin düşük olduğu ve fazla tüketildiğinde sağlık üzerindeki olumsuz etkileri hakkında bilgi verilmelidir. Bu yaklaşım, hem sağlıklı beslenme alışkanlıklarının sürdürülebilir olmasını sağlar hem de yeme davranışlarında suçluluk hissi gelişmesini engeller. Örneğin, tatlılar ya da cips gibi “keyif gıdaları” ara sıra ve küçük porsiyonlarla tüketildiğinde, genel beslenme düzenini bozmadan yer alabilir. Buradaki hedef, dengeli bir beslenme örüntüsü içinde her şeyin yerini ve miktarını bilerek tüketebilmeyi öğretmektir.

4.3.1 Gıda Grubu Dengesi ve Günlük Hedefler

Ergenlerin doğru ve dengeli beslenme konusunda güvenilir bilgi kaynaklarına erişimi büyük önem taşır. Bu kapsamda, T.C. Sağlık Bakanlığı tarafından hazırlanmış olan TÜBER, yaş, cinsiyet ve fiziksel aktivite düzeyine göre bireylerin günlük besin ihtiyaçlarını belirlemeye yardımcı bir araç olarak öne çıkar. Klinisyenler, beslenme danışmanlığı sürecinde TÜBER’in Sağlık Bakanlığı web sitesinde yer alan güncel sürümünü ergenlere tanıtarak, onların yaşına ve gereksinimlerine uygun bir beslenme planı oluşturmaya katkı sağlayabilirler (3).

4.3.2 Ara Öğünler

Ergenlik döneminde artan enerji ve besin ögesi gereksinimleri, sağlıklı planlanmış ara öğünlerle desteklenebilir. Ara öğünler, özellikle fiziksel olarak aktif olan veya büyüme atağı yaşayan gençler için temel beslenmenin önemli bir parçasıdır. Ancak bu öğünlerde tüketilen gıdaların içeriği büyük önem taşır. Günümüzde yaygın olarak tercih edilen atıştırmalıkların çoğu yüksek oranda şeker ve yağ içerirken, besin değeri düşüktür. Bu tür gıdaların sıklıkla tüketilmesi, sağlıklı beslenme düzenini olumsuz etkileyebilir. Bu nedenle ergen bireylere, sağlıklı ve dengeli ara öğün seçeneklerini tanımaları ve bunları günlük yaşamlarında uygulayabilmeleri için rehberlik edilmelidir. Önerilebilecek bazı sağlıklı ara öğün alternatifleri şunlardır:

- Taze meyve veya sebzeler eşliğinde az yağlı yoğurt bazlı soslar

- Demir ile zenginleştirilmiş kahvaltılık gevrekler ve az yağlı süt
- Dil peyniri gibi pratik ve besleyici süt ürünleri
- Peynir ve tam tahıllı kraker kombinasyonları
- Az yağlı dondurulmuş yoğurt
- Kalsiyumla zenginleştirilmiş meyve suları veya tahıl barları

Bu alternatifler hem doyurucu hem de besin ögesi açısından zengindir. Ergenlerin bu tür seçimleri alışkanlık haline getirmeleri, sağlıklı büyüme ve gelişme sürecini olumlu yönde destekler.

4.3.3 Hazır Gıdalar (Fast Food)

Fast food ürünleri, günümüzde birçok ergenin yaşam tarzının bir parçası haline gelmiştir. Bu nedenle bu gıdaların tamamen hayatlarından çıkarılması, çoğu aile için sürdürülebilir bir hedef değildir. Bunun yerine, ergen bireylerin bilinçli tercihler yapmalarına yardımcı olmak daha gerçekçi ve etkili bir yaklaşımdır. Fast food ürünleri genellikle yüksek kalori, doymuş yağ, şeker ve tuz içeriğine sahip olabilir. Ancak bu kategoride daha sağlıklı seçimler yapmak da mümkündür. Ergenlere bu farkı gösterebilmek adına, fast food restoranlarının menülerini birlikte incelemek ve örnek siparişler üzerinden seçimler yapmak oldukça öğretici olabilir. Ayrıca porsiyon boyutlarının kontrol edilmesi ve “büyük,” “ekstra,” “çift,” gibi ifadelerin genellikle daha fazla kalori ve yağ anlamına geldiği hatırlatılmalıdır.

Görece daha sağlıklı sayılabilecek fast food öğünleri şunları içerebilir:

- Salata barlarından sebze çeşitleri
- Fırınlanmış patates ya da buharda pişirilmiş sebzeler
- Az yağlı dondurulmuş yoğurt
- Düşük yağ içeren sandviçler (örneğin ızgara tavuk veya hindi)

Buna karşılık; peynir, pastırma, ekşi krema ve mayonez gibi yüksek kalorili sos ve içeriklerin sınırlı kullanılması önerilir. İçecek seçimlerinde ise gazlı ve şekerli içecekler yerine su veya tercihen aromasız az yağlı süt tercih edilmelidir. Şeker tüketimini azaltmak isteyen ergenler için, yapay tatlandırıcı içeren içecekler bazı durumlarda alternatif olarak değerlendirilebilir.

Fast food tüketiminin zaman zaman ve kontrollü biçimde yapılması, genel beslenme düzeni sağlıklı olduğu sürece sorun yaratmaz. Ancak bu öğünlerde

alınamayan vitamin ve minerallerin, gün içinde sağlıklı ara öğünlerle (taze meyve, sebze, süt ürünleri vb.) telafi edilmesi önemlidir.

Özetle, fast food ürünleri tamamen yasaklanmamalı; ancak hangi ürünlerin görece daha sağlıklı olduğu, nasıl daha bilinçli tercihler yapılabileceği ve porsiyon kontrolünün neden önemli olduğu ergen bireylere açık ve yapıcı şekilde anlatılmalıdır. Sağlıklı bir beslenme planının temel hedefi, günlük toplam besin alımında denge ve çeşitliliğidir.

5. ÖZET VE ÖNERİLER

Ergenlik dönemi; fiziksel, hormonal ve psikososyal değişimlerin yoğun olarak yaşandığı, bu nedenle de beslenme açısından kırılgan kabul edilen bir dönemdir. Bu yaş grubunda sıkça karşılaşılan sorunlar arasında öğün atlama, sık ve düzensiz atıştırmalar, fast food tüketiminin artması, enerji ve besin ögesi açısından dengesiz beslenme, kısıtlayıcı diyetler ve yeme bozuklukları yer alır. Birinci basamak sağlık hizmeti sunan hekimler, ergenlerin beslenme durumunun değerlendirilmesi, gerekli beslenme danışmanlığının verilmesi ve gerektiğinde diyetisyen ya da uzman bir hekime yönlendirme yapılması açısından kilit bir konumdadır.

5.1 Yeme Alışkanlıklarının Düzenlenmesi

Ergen bireylere tüm ana öğünlerin düzenli tüketilmesi gerektiği vurgulanmalıdır. Özellikle kahvaltının atlanmaması, günün geri kalanında kan şekeri dengesinin korunması ve sağlıklı besin seçimleri açısından önemlidir. Öğün atlamamanın kilo kontrolüne yardımcı olmayacağı, aksine metabolizmayı olumsuz etkileyerek kilo alımına neden olabileceği açıklanmalıdır. Sağlıklı atıştırmalıkların planlanması da büyük önem taşır. Bu amaçla, taze meyveler, az yağlı süt ürünleri, tam tahıllı ürünler gibi besin ögesi yoğun gıdalar önerilmeli; yüksek kalorili ancak düşük besin değerine sahip paketli ürünlerden mümkün olduğunca uzak durulmalıdır.

5.2 Beslenme Dengesinin Sağlanması

Dengeli beslenmenin temelini, tüm besin gruplarının uygun oranlarda ve yeterli çeşitlilikte tüketilmesi oluşturur. Bu konuda, Türkiye Cumhuriyeti Sağ-

lık Bakanlığı tarafından yayımlanan TÜBER gibi ulusal kaynaklar yol gösterici olabilir.

Yağ oranı azaltılmış süt ve et ürünlerinin tercih edilmesi, porsiyon kontrolüne dikkat edilmesi ve yağ içeriği yüksek yiyeceklerin tüketiminin sınırlandırılması önemlidir. Buna karşılık, meyve, sebze ve tam tahılların günlük diyetle daha fazla yer alması önerilir. Bu yaklaşım, ergenlerin enerji, vitamin ve mineral gereksinimlerinin karşılanmasına destek olur.

Demir gereksinimi, özellikle adet gören kız ergenlerde artar. Bu bireyler, demir eksikliği açısından risk altındadır. Et, yumurta gibi hem demir içeriği yüksek hayvansal besinlerin düzenli tüketimi, ya da demirle zenginleştirilmiş tahıllar ve kuru baklagiller gibi bitkisel kaynakların C vitamini içeren gıdalarla birlikte alınması önerilir. Bazı durumlarda ise demir desteği gerekebilir.

Benzer şekilde, ergenlikte kemik kütlelerinin büyük bölümü olduğundan, özellikle kızlarda kalsiyum alımı kritik önem taşır. Yeterli kalsiyum alımını sağlamak için süt, yoğurt, peynir gibi süt ürünleri düzenli olarak tüketilmelidir.

5.3 Fast Food ve Atıştırmalık Tüketimi

Fast food gıdalar günümüzde ergenlerin sıklıkla tercih ettiği besinler arasında yer almaktadır. Bu ürünlerin tamamen hayatlarından çıkarılması çoğu zaman gerçekçi değildir. Daha uygulanabilir bir yaklaşım; tüketim sıklığını azaltmak, sağlıklı alternatifleri tanıtmak ve porsiyon kontrolü konusunda rehberlik sunmaktır.

Fast food ürünlerinin içeriği, kalori, doymuş yağ, tuz ve şeker açısından genellikle yüksektir. Ancak, daha sağlıklı seçenekler (ızgara tavuk, salata barları, taze sebze içeren sandviçler vb.) mevcuttur. Bu konudaki farkındalık, bireyselleştirilmiş danışmanlıkla artırılabilir.

5.4 Beden İmajı ve Diyet Davranışları

Ergenlerde beden algısı, sosyal çevre, medya ve akran etkisiyle şekillenir. Bu dönemde “diyet yapma” davranışları, yani kilo kaygısıyla yiyecek alımının kısıtlanması hem fiziksel gelişmeyi hem de ruh sağlığını olumsuz etkileyebilir. Aşırı kısıtlayıcı diyetler; büyüme geriliği, besin eksiklikleri ve yeme bozuklukları riskini artırabilir. Ayrıca yapılan çalışmalar, bu tür diyet davranışlarının uzun vadede kilo alımıyla ilişkili olabileceğini göstermektedir.

Danışmanlık sırasında vurgulanması gereken temel mesajlar şunlardır:

- Kısıtlayıcı diyetler, büyüme çağındaki bedenler için uygun değildir ve genellikle uzun vadede ters etki yaratır.
- Her bireyin beden yapısı farklıdır; tek tip beden algısı gerçekçi değildir.
- Besinleri “iyi” ya da “kötü” olarak etiketlemek yerine, hangi besinlerin daha sağlıklı ve önerilen seçenekler olduğu açıklanmalıdır.
- Aile bireyleri de bu yaklaşımı benimsemeli; özellikle ergenin kilosu veya yeme alışkanlıkları konusunda eleştiriden kaçınmalıdır.

KAYNAKÇA

1. Das JK, Salam RA, Thornburg KL, et al. Nutrition in adolescents: physiology, metabolism, and nutritional needs. *Ann N Y Acad Sci* 2017; 1393:21.
2. Mackey ER, La Greca AM. Adolescents' eating, exercise, and weight control behaviors: does peer crowd affiliation play a role? *J Pediatr Psychol* 2007; 32:13.
3. T.C. Sağlık Bakanlığı. (2022). Türkiye beslenme rehberi (TÜBER) 2022: Besinlerin standart porsiyonlarının enerji ve besin ögesi içerikleri (Yayın No: 1031). Sağlık Bakanlığı Yayınları. ISBN: 978-975-590-867-0.
4. Nielsen SJ, Siega-Riz AM, Popkin BM. Trends in food locations and sources among adolescents and young adults. *Prev Med* 2002; 35:107.
5. Virtanen M, Kivimäki H, Ervasti J, et al. Fast-food outlets and grocery stores near school and adolescents' eating habits and overweight in Finland. *Eur J Public Health* 2015; 25:650.
6. Badr HE, Lakha SF, Pennefather P. Differences in physical activity, eating habits and risk of obesity among Kuwaiti adolescent boys and girls: a population-based study. *Int J Adolesc Med Health* 2017; 31.
7. Alimoradi F, Jandaghi P, Khodabakhshi A, et al. Breakfast and fast food eating behavior in relation to socio-demographic differences among school adolescents in Sanandaj Province, Iran. *Electron Physician* 2017; 9:4510.
8. Kumar S, Ray S, Roy D, et al. Exercise and eating habits among urban adolescents: a cross-sectional study in Kolkata, India. *BMC Public Health* 2017; 17:468.
9. Milosavljević D, Mandić ML, Banjari I. Nutritional knowledge and dietary habits survey in high school population. *Coll Antropol* 2015; 39:101.

10. Neumark-Sztainer D, Story M, Ackard D, et al. The “family meal.” Views of adolescents. *J Nutr Educ* 2000; 32:329.
11. Terry AL, Wambogo E, Ansai N, Ahluwalia N. National Center for Health Statistics. Breakfast Intake Among Children and Adolescents: United States, 2015–2018. 2020.
12. Longo-Silva G, Bezerra de Oliveira PM, Pedrosa AKP, et al. Breakfast skipping and timing of lunch and dinner: Relationship with BMI and obesity. *Obes Res Clin Pract* 2022; 16:507.
13. Demissie Z, Lowry R, Eaton DK, et al. Electronic media and beverage intake among United States high school students--2010. *J Nutr Educ Behav* 2013; 45:756.
14. Reichelt AC, Rank MM. The impact of junk foods on the adolescent brain. *Birth Defects Res* 2017; 109:1649.
15. French SA, Story M, Neumark-Sztainer D, et al. Fast food restaurant use among adolescents: associations with nutrient intake, food choices and behavioral and psychosocial variables. *Int J Obes Relat Metab Disord* 2001; 25:1823.
16. Lane MM, Gamage E, Du S, et al. Ultra-processed food exposure and adverse health outcomes: umbrella review of epidemiological meta-analyses. *BMJ* 2024; 384:e077310.
17. Ambrosini GL, Oddy WH, Huang RC, et al. Prospective associations between sugar-sweetened beverage intakes and cardiometabolic risk factors in adolescents. *Am J Clin Nutr* 2013; 98:327.
18. McDow KB, Nguyen DT, Herrick KA, Akinbami LJ. National Center for Health Statistics. Attempts to Lose Weight Among Adolescents Aged 16–19 in the United States, 2013–2016. 2019.
19. Neumark-Sztainer D, Hannan PJ. Weight-related behaviors among adolescent girls and boys: results from a national survey. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2000; 154:569.
20. Hohman EE, Balantekin KN, Birch LL, Savage JS. Dieting is associated with reduced bone mineral accrual in a longitudinal cohort of girls. *BMC Public Health* 2018; 18:1285.
21. Crawley H, Shergill-Bonner R. The nutrient and food intakes of 16-17 year old female dieters in the UK. *J Hum Nutr Diet* 1995; 8:25.
22. Neumark-Sztainer D, Wall M, Guo J, et al. Obesity, disordered eating, and eating disorders in a longitudinal study of adolescents: how do dieters fare 5 years later? *J Am Diet Assoc* 2006; 106:559.
23. Byun SS, Bello NA, Liao M, et al. Associations of weight cycling with cardiovascular health using American Heart Association's Life's Simple 7 in a diverse sample of

women. Prev Med Rep 2019; 16:100991.

24. Snuggs S, Harvey K. Family Mealtimes: A Systematic Umbrella Review of Characteristics, Correlates, Outcomes and Interventions. Nutrients 2023; 15.

2. BÖLÜM

ADÖLESANDA PERİYODİK SAĞLIK MUAYENESİ

Doç. Dr. Yusuf Haydar ERTEKİN

Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi

Aile Hekimliği Anabilim Dalı

dr.ertekin@gmail.com

<https://orcid.org/0000-0002-2016-9159>

1. GİRİŞ VE TANIM

Adölesan dönemi, çocukluk ile yetişkinlik arasındaki bir geçiş sürecidir ve genellikle 10-19 yaş aralığında gerçekleşir. Bu dönem, fiziksel, zihinsel ve sosyal değişimlerin yoğun bir şekilde yaşandığı bir evredir. Ergenlik dönemi olarak da bilinir ve bireylerin kimlik, bağımsızlık ve toplumsal rollerini keşfettiği bir süreçtir. Adölesan döneminde büyüme hormonu artışı, cinsel olgunlaşma ve beyin gelişimi gibi biyolojik değişiklikler öne çıkar. Bunun yanı sıra, bu süreçte duygusal dalgalanmalar, risk alma davranışları ve sosyal ilişkilerde gelişim gözlemlenir.

Adölesan dönemi (ergenlik), biyolojik, psikolojik ve sosyal değişimlerin bir arada yaşandığı kritik bir evredir. Bu değişimlerin önemi şu şekilde özetlenebilir:

a) Biyolojik Değişimler

1. Büyüme ve Puberte: Hormonal değişimlerle başlayan fiziksel olgunlaşma (boy uzaması, cinsiyet özelliklerinin gelişimi) bireyin beden algısını ve özgüvenini şekillendirir.
2. Beyin Gelişimi: Prefrontal korteksin olgunlaşması (karar verme, plan-

lama) ve limbik sistemin (duygusal tepkiler) aktivitesindeki artış, risk alma davranışları ve duygusal dalgalanmalarla ilişkilidir.

3. Sağlık Alışkanlıkları: Bu dönemde edinilen beslenme, uyku ve fiziksel aktivite alışkanlıkları yetişkinlik sağlığını doğrudan etkiler.

b) Psikolojik Değişimler

1. Kimlik Oluşumu: Erikson'un "kimlik vs. rol karmaşası" teorisine göre, ergenler benlik algısını, değerlerini ve hedeflerini keşfeder.
2. Duygusal Düzenleme: Stres, kaygı ve depresyon gibi duygusal zorluklarla başa çıkma becerileri bu dönemde gelişir.
3. Bilişsel Gelişim: Soyut düşünme, problem çözme ve öz-farkındalık (metakognisyon) yetenekleri artar.

c) Sosyal Değişimler

1. Akran İlişkileri: Sosyal kabul ve aidiyet ihtiyacı, arkadaşlıkların önemini artırır; akran baskısı ise riskli davranışlara yol açabilir.
2. Aile Dinamikleri: Özerklik arayışı, ebeveyn-ergen çatışmalarını tetikler, ancak sağlıklı iletişim özgüveni destekler.
3. Toplumsal Rol Geçişi: Eğitim, kariyer ve sosyal sorumluluklara hazırlık, yetişkin rollerinin benimsenmesini sağlar.

Bu üç alandaki değişimler birbiriyle iç içedir. Örneğin, hormonal değişimler duygusal dengesizliğe, bu da sosyal ilişkilerde çatışmalara neden olabilir. Adölesan dönemdeki destek mekanizmaları (aile, okul, sağlık hizmetleri), bireyin sağlıklı bir yetişkinliğe geçişini kolaylaştırır. Aksi takdirde, madde kullanımı, depresyon veya sosyal izolasyon gibi kalıcı sorunlar ortaya çıkabilir.

2. PERİYODİK SAĞLIK MUAYENESİNİN GEREKLİLİĞİ VE KAPSAMI

Adölesan dönemi, hızlı fiziksel, psikolojik ve sosyal değişimlerin yaşandığı kritik bir evredir. Bu dönemde düzenli sağlık kontrolleri, potansiyel sorunların erken tespiti ve sağlıklı yetişkinliğe geçişin desteklenmesi açısından büyük önem taşır.

- a) Koruyucu Sağlık Hizmetleri: Kronik hastalıkların önlenmesi (obezite,

diyabet), aşı takibinin yapılması ve sağlıklı yaşam alışkanlıklarının kazandırılması için temel oluşturur.

- b) Riskli Davranışların Tespiti: Madde kullanımı, cinsel riskler, şiddet veya dijital bağımlılık gibi davranışsal sorunlara erken müdahale imkanı sağlar.
- c) Mental Sağlık Desteği: Depresyon, anksiyete ve yeme bozuklukları gibi psikolojik sorunların tanımlanması ve yönlendirme yapılması açısından kritiktir.
- d) Gelişimsel Takip: Fiziksel ve cinsel gelişimin normal seyrinde olup olmadığının değerlendirilmesi (örneğin, ergenlik gecikmesi veya erken ergenlik) yapılır.

Adölesanlar, sağlık sistemine en az başvuran grup olma eğilimindedir. Periyodik muayeneler, güvenilir bir sağlık profesyoneli ile iletişim kurma fırsatı sunarak, gençlerin özerklik kazanmasını ve kendi sağlık sorumluluğunu almasını destekler. Ayrıca, bu dönemde edinilen olumsuz davranışların yetişkinlikteki sağlık sorunlarına dönüşmesi önlenebilir.

Kapsam;

- a) Fiziksel Sağlığın İzlenmesi: Boy-kilo takibi (BMI hesaplama), tansiyon ölçümü, Demir eksikliği, tiroid bozuklukları gibi yaygın sorunların taranması.
- b) Cinsel Sağlık ve Üreme Eğitimi: Cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar (CYBE) ve gebelikten korunma yöntemleri hakkında danışmanlık, Adet düzensizlikleri veya cinsel kimlik sorgulamalarına destek.
- c) Mental Sağlık Taramaları: Duygusal durum değerlendirmesi (anksiyete, intihar düşünceleri), Aile içi iletişim ve sosyal ilişkilerin gözden geçirilmesi.
- d) Sağlıklı Yaşam Alışkanlıkları: Beslenme, uyku düzeni ve fiziksel aktivite önerileri, Ekran bağımlılığı ve dijital güvenlik eğitimi.
- e) Aşıların Tamamlanması: HPV, hepatit B ve tetanoz-difteri (Tdap) aşıları gibi önemli koruyucu uygulamaların kontrolü.

3. ADÖLESANDA ERKEN TEŞHİSİN ÖNEMİ VE HEDEFİ

Adölesan dönemde düzenli sağlık muayeneleriyle erken teşhis, fiziksel ve psikososyal sorunların kalıcı zararlarını önlemede kritik bir rol oynar. Büyüme-gelişme geriliği, obezite ve yeme bozuklukları gibi durumların zamanında tespiti, müdahale şansını artırarak yaşam kalitesini iyileştirir.

- a) **Büyüme-Gelişme Geriliği:** Boy kısalığı, ergenlik gecikmesi veya kemik yaşı geriliği, hormonal eksiklikler (büyüme hormonu, tiroid), kronik hastalıklar veya beslenme yetersizliği kaynaklı olabilir. Erken tanı, tedaviyle normal gelişimin sağlanmasına olanak verir. Tarama Yöntemleri: Boy-kilo persentil eğrileri, Tanner evreleri ile cinsel gelişim değerlendirilmesi, kemik yaşı radyografisi.
- b) **Obezite:** Tip 2 diyabet, hipertansiyon, kardiyovasküler hastalıklar ve psikososyal sorunlar (özgüven kaybı, depresyon) ile ilişkilidir. Erken müdahale, yaşam tarzı değişiklikleriyle komplikasyonları önler. Tarama Yöntemleri: VKİ (vücut kitle indeksi) takibi, bel çevresi ölçümü, metabolik sendrom parametreleri (kan şekeri, lipid profili).
- c) **Yeme Bozuklukları (Anoreksiya, Bulimiya, Tıkınırcasına Yeme):** Elektrolit dengesizliği, osteoporoz, kalp yetmezliği gibi fiziksel komplikasyonlar ve intihar riski taşır. Erken tanı, psikoterapi ve beslenme desteğiyle ölüm oranlarını azaltır. Tarama Yöntemleri: SCOFF anketi, vücut algısı değerlendirmesi, aile öyküsü ve laboratuvar testleri (elektrolitler, hormon paneli).
- d) **Hedefler;**
 1. Fiziksel Komplikasyonların Önlenmesi: Örneğin, obeziteye bağlı insülin direncinin diyabete dönüşmeden kontrolü.
 2. Psikososyal Destek: Yeme bozukluklarında beden algısının düzeltilmesi ve kaygıyla başa çıkma stratejilerinin öğretilmesi.
 3. Aile Katılımı: Ebeveynlerin beslenme ve gelişim konusunda bilinçlendirilmesi.
 4. Uzun Vadeli Sağlık: Ergenlikte edinilen sağlıklı alışkanlıkların yetişkinlikte sürdürülmesi.

Adölesanlar, sağlık sorunlarını gizleme eğilimindedir. Düzenli muayeneler, güven ilişkisi kurarak bu sorunların açığa çıkmasını sağlar. Örneğin, büyüme geriliği olan bir ergende hipotiroidi erken teşhis edilirse, hormon replasmanı ile normal gelişim desteklenir. Benzer şekilde, yeme bozukluğunda ilk kilo kaybı evresinde müdahale, hastaneye yatış gereksinimini azaltır.

4. ADÖLESANDA RUH SAĞLIĞI TARAMALARI (ANKSİYETE, DEPRESYON, STRES)

Adölesan dönemde ruh sağlığı taramaları, zihinsel ve duygusal sorunların erken teşhisi ve müdahalesi için hayati öneme sahiptir. Anksiyete, depresyon ve stres gibi durumlar, ergenlerin akademik performansını, sosyal ilişkilerini ve genel yaşam kalitesini derinden etkileyebilir. Düzenli muayenelerde bu taramaların yapılması, kalıcı psikolojik hasarların önlenmesine yardımcı olur. Depresyon ve anksiyete, adölesanlarda en sık görülen ruh sağlığı bozukluklarıdır. Örneğin, 10-19 yaş grubunda depresyon küresel ölüm sıralamasında intihar nedeniyle ilk 5 sıradadır. Kronik stres, okul baskısı, sosyal medya etkileşimleri veya aile içi çatışmalar riski artırır. Belirtiler genellikle yetişkinlikteki ciddi bozukluklara (bipolar bozukluk, panik atak) dönüşmeden önce ergenlikte başlar. Gençler, damgalanma endişesiyle ruh sağlığı sorunlarını saklama eğilimindedir. Taramalar, güvenli bir ortamda sorunları açığa çıkarır.

- a) **Risk Altındaki Bireylerin Belirlenmesi:** Aile öyküsü (depresyon, intihar), travmatik yaşam olayları veya kronik hastalığı olan ergenlerde tarama önceliklidir.
- b) **Belirti Bazlı Değerlendirme:**
 1. Depresyon: Üzüntü, ilgi kaybı, uyku-iştah değişiklikleri, intihar düşünceleri.
 2. Anksiyete: Aşırı endişe, panik atak, sosyal kaçınma.
 3. Stres: Konsantrasyon güçlüğü, yorgunluk, fiziksel şikayetler (baş ağrısı, karın ağrısı).
- c) **Psikososyal İşlevselliğin İzlenmesi:** Okul devamsızlığı, akran çatışmaları veya aile ile iletişim sorunları gibi işlevsel bozuklukların tespiti.
- d) **Taramada Kullanılan Yöntemler:**
 1. Standartlaştırılmış Anketler: PHQ-9 (Depresyon Tarama Ölçeği), GAD-7 (Yaygın Anksiyete Bozukluğu Ölçeği), Perceived Stress Scale (PSS). Örnek soru: “Son 2 haftada umutsuz hissettin mi?”. SSHA-DESS aracı.
 2. Klinik Görüşme: Açık uçlu sorularla duygusal durumun değerlendirilmesi (örneğin, “Son zamanlarda kendini nasıl hissediyorsun?”).
 3. Aile ve Okul İş Birliği: Öğretmenlerden veya ebeveynlerden alınan geri bildirimlerin analizi.
 4. Biyolojik Belirteçler: Uzun süreli stres durumunda kortizol seviyeleri-

rinin ölçülmesi (nadiren kullanılır).

e) Hedefler:

1. İntiharın Önlenmesi: Depresyon taraması, intihar riski yüksek ergenlerin belirlenmesini sağlar.
2. Akademik Başarı: Anksiyete, sınav performansını düşürebilir; erken destekle okul başarısı korunur.
3. Sosyal İlişkiler: Stres yönetimi becerileri, ergenin arkadaşlık ve aile bağlarını güçlendirir.
4. Uzun Vadeli Sağlık: Erken müdahale, yetişkinlikteki psikiyatrik hastalık yükünü azaltır.

5. ADÖLESANDA BAĞIŞIKLAMA VE DANIŞMANLIK

Adölesan dönemde aşı takipleri, bulaşıcı hastalıklardan korunma ve toplum sağlığını güçlendirmede kritik bir rol oynar. Bu yaş grubunda önerilen aşilar, hem ergenin bireysel sağlığını hem de yetişkinlikte karşılaşabileceği riskleri önlemeye yöneliktir. Aynı zamanda, aşıyla önlenabilir hastalıkların (HPV ilişkili kanserler, menenjit) yayılımında adölesanlar kritik bir gruptur. Örneğin, HPV aşılması kanseri %90'a varan önleme etkisine sahiptir. Benzer şekilde, Tdap ile boğmaca vakaları azaltılarak yenidoğan ölümleri engellenebilir.

a) Adölesan Dönemde Önerilen Aşilar ve Takip Süreci

1. **HPV (Human Papilloma Virüs) Aşısı:** Rahim ağzı kanseri, genital siğil ve diğer HPV ilişkili kanserlerin önlenmesi için cinsel aktivite başlamadan önce tamamlanması etkinliği artırır. 9-14 yaş grubunda 2 doz (ikinci doz ilk dozdan 6-12 ay sonra), 15 yaş ve üzeri grupta 3 doz (ikinci doz ilk dozdan 1-2 ay sonra, üçüncü doz 6 ay sonra yapılmalıdır, örneğin 1.doz Ocak ayında yapıldıysa diğerleri Mart ve Temmuz'da yapılmalı).
2. **Menenjit Aşıları (Meningokok):** Menenjit, sepsis gibi meningokok enfeksiyonlarının önlenmesi için özellikle yurt, okul gibi kalabalık ortamlarda bulaş riskini yüksek olduğu şartlarda bağışıklama önerilir.
 - a. MenACWY aşısı: 11-12 yaşında bir doz, 16 yaşında rapel
 - b. MenB aşısı: 16-18 yaş arası (risk faktörü varsa daha erken).
3. **Hepatit B Aşısı:** Hedef kronik karaciğer hastalığı ve kanser riskini azaltmaktır. Yenidoğanla başlanan seri, üç doz halinde tamamlanır. Eksik dozu olanlarda anti-HBs testiyle bağışıklık kontrolü ve gerekiyorsa

bağışıklama tamamlamalı.

4. **Tdap (Tetanoz, Difteri, Boğmaca):** Boğmaca (pertussis) bulaşının azaltılması, tetanoz ve difteriden korunma hedeflenir. 11-12 yaşta standart Tdap dozu yapılır. Her 10 yılda bir ise Tetanoz-difteri (Td) olarak rapel edilir.

5. **Diğer Aşilar:** Grip (İnfluenza) aşıları yıllık olarak önerilir.

b) Aşı Takibinin Önemi

Eksik Dozların Tamamlanması: Çocukluk döneminde atlanan aşiların (kıyamık, kabakulak, suçiçeği, difteri-tetanoz-boğmaca gibi) adölesan dönemde tamamlanması, bulaşıcı hastalıklara karşı bağışıklık kazanılması ve salgın riskinin azaltılması açısından kritiktir.

Yeni Aşiların Eklenmesi: Adölesanlara özel olarak önerilen aşiların (örneğin, HPV aşısı) cinsel aktivite başlamadan önce tamamlanması, kanser ve diğer ciddi sağlık sorunlarının önlenmesinde etkilidir.

Toplum Bağışıklığının Desteklenmesi: Aşılanamayan bireylerin (ağır alerji, immün yetmezlik, kanser tedavisi görenler gibi) korunması, toplumda yüksek aşılanma oranlarıyla sağlanır. Bu sayede, bulaşıcı hastalıkların yayılımı engellenerek savunmasız gruplar dolaylı olarak korunur.

c) Takipte Dikkat Edilmesi Gerekenler

1. Aşı Kayıt Sistemleri

- Aşı kayıtları, mutlaka elektronik veya aşı kartları ile muhafaza altına alınmalıdır.

2. Aşı Reddi ve Yan Etkiler

- Ebeveynler, yanlış bilgilerle mücadele için ve aşı güvenliği hakkında eğitilmelidir.

3. Özel Gruplar

- Kronik hastalığı olanlar (diyabet, astım), ek aşilar (pnömokok) gerekebileceği üzere bireysel yaklaşım için ilgili hekime müracaat etmelidir.

d) Cinsel Sağlık Danışmanlığı

Adölesan dönemde cinsel sağlık danışmanlığı, gençlerin fiziksel ve duygusal sağlığını korumak, cinsel yolla bulaşan enfeksiyonları (CYBE) önlemek ve bilinçli kararlar almalarını sağlamak için kritik bir rol oynar. Bu danışmanlık, gizlilik, güven ve bilimsel kanıtlar temelinde yürütülmelidir.

I. Danışmanlığın Gerekliliği

- a. **Yüksek CYBE ve İstenmeyen Gebelik Riskleri:** 15-24 yaş grubu,

CYBE'lerin (HPV, Klamidya, Gonore) en sık görüldüğü grup olup istenmeyen gebeliklerin %50'si etkili korunma yöntemi kullanılmamasından kaynaklanır.

- b. Bilgi Eksikliği:** Yanlış inanışlar (örn. “ilk ilişkide gebelik olmaz”) veya korunma yöntemlerinin nasıl kullanılacağına dair bilgilendirme sağlanmalıdır.
- c. Psikososyal Etkiler:** Cinsel sağlık sorunları, damgalanma korkusu veya aile içi çatışmalara karşı danışmanlık alınmalıdır.

II. Danışmanlığın Hedefleri

- a. CYBE'lerden Korunma Eğitimi:** Kondom kullanımının teşviki, düzenli taramalar (HPV aşısı dahil) ve partner sayısı sınırlandırma önerileri yapılmalıdır.
- b. Kontraseptif Yöntemlerin Anlatılması:**
 - i. Bariyer Yöntemler:** Kondom (CYBE'lere karşı ek koruma sağlar).
 - ii. Hormonal Yöntemler:** Doğum kontrol hapları, implantlar, enjeksiyonlar.
 - iii. Uzun Etkili Geri Dönüşümlü Yöntemler (LARC):** Rahim içi araç (RİA), hormonlu implant kullanımı; uzun etkili, yüksek koruyuculuğu ve gebeliğe geri dönebilmesi avantajlarıyla ön plandadır.
 - iv. Acil Kontrasepsiyon:** 72 saat içinde kullanılabilecek ilaçlar mevcuttur.
- c. Rıza ve Sınırlar:** Cinsel ilişkide gönüllülük adölesan için söz konusu değildir. “hayır deme becerisi” geliştirilmelidir.
- d. LGBTQ+ Gençlere Destek:** Cinsel kimlikle ilgili sorgulamalara duyarlı ve kapsayıcı bir yaklaşım için ilgili uzman hekim görüşmesi sonrasında hekim gözetimli psikolog desteği sağlanabilir.

III. Danışmanlık Süreci

- a. Gizliliğin Sağlanması:** Yasalar çerçevesinde ebeveynlerden bağımsız görüşme imkanı sunularak sağlanan gizlilik ile danışmanlık süreci kolaylaşabilir.
- b. Risk Değerlendirmesi:** Cinsel aktivite sıklığı, partner sayısı, korunma kullanımı ve önceki CYBE öyküsünün sorgulanması ile risk öngörülebilir.
- c. Tarama ve Testler:** HPV DNA testi, Klamidya / Gonore için idrar örnekleri, HIV testleriyle tarama yapılabilir.

- d. Eğitim Materyalleri:** Görsel broşürler, dijital kaynaklar veya interaktif modüllerle bilgilendirme sağlanır.

IV. Kullanılan Yaklaşımlar

- a. 5P Modeli: Partnerler** (cinsel partner sayısı), **Pratikler** (güvenli ve güvensiz ilişki türleri), **Protection** (kontrasepsiyon), **Past** (CYBE Öyküsü), **Pregnancy** (Gebelik Planlaması) bileşenlerinden oluşan model ile bütüncül yaklaşım sağlanabilir.
- b. Motivasyonel Görüşme:** Genci suçlamadan, iş birliği içinde davranış değişikliğini teşvik etmede motivasyonel görüşme teknikleri kullanılabilir.

V. Neden Önemli?

CYBE Komplikasyonlarını Önleme: Tedavi edilmeyen klamidya kısırlığa yol açabilir. HPV rahim ağzı kanserine, HIV ise AIDS'e sebep olabilir.

Gebelik Planlaması: Ergen gebeliğinde düşük doğum ağırlığı ve sosyoekonomik zorluklar gibi riskler yüksektir.

Zihinsel Sağlık: Bilinçsiz cinsel davranışlar, özgüveni ve ilişki kalitesini zedeleyerek duygu durum bozukluklarına yol açabilir.

6. PERİYODİK SAĞLIK MUAYENESİNDE TEMEL BİLEŞENLER

- **Öykü Alma:**
 - Aile öyküsü
 - Sosyal çevre ve risk faktörleri (sigara, alkol, madde kullanımı)
 - Beslenme ve fiziksel aktivite alışkanlıkları
- **Fizik Muayene:**
 - Büyüme ve gelişme değerlendirmesi (boy, kilo, vücut kitle indeksi $\text{kilo/boy}=\text{kg/m}^2$)
 - Kan basıncı ölçümü
 - Cilt, göz, işitme ve diş sağlığı muayenesi
- **Laboratuvar Testleri:**
 - Kan sayımı, demir eksikliği taraması
 - Diyabet ve lipid profili
 - Cinsel yolla bulaşan hastalık testleri

• Mutlak Tarama, Danışmanlık ve Öneriler:

- Depresyon ve anksiyete varlığı tarama
- Depresyon ve intihar riski tarama
- Obezite taraması, vücut kitle indeksi 95 persentil ve üzeri olanlara yoğun davranışsal müdahale
- Hepatit B ve HIV (Artmış riske sahip ise),
- Cilt kanseri (Açık tenlilerde)
- Yakın partner şiddeti sorgulama
- Cinsel yolla bulaşan hastalıklar (Cinsel aktiflerde)
- Cinsel yolla bulaşan enfeksiyonları önlemek için davranışsal danışmanlık (Cinsel aktiflerde)
- Tütün kullanımını önlemeye yönelik danışmanlık
- Ses kısıklığı varsa laringoskopi
- Akademik açıdan başarısız veya davranış bozukluğu olanlarda Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB) taraması
- Her gün en az 60 dakika orta/yüksek şiddetli aerobik fiziksel aktivite yapılmalı

KAYNAKÇA

1. Adolescent health. https://www.who.int/health-topics/adolescent-healthtab=tab_1 (Access Date: April 2, 2025)
2. Steinberg L. Adolescence. 12th ed. New York: McGraw-Hill Education; 2020.
3. Erikson EH. Identity: Youth and Crisis. New York: W.W. Norton & Company; 1968.
4. World Health Organization (WHO). Adolescent health. Geneva: WHO; 2021. Available from: <https://www.who.int/health-topics/adolescent-health>
5. Crone EA, Dahl RE. Understanding adolescence as a period of social-affective engagement and goal flexibility. Nat Rev Neurosci. 2012;13(9):636-650. doi:10.1038/nrn3313.
6. Uhls YT, Ellison NB, Subrahmanyam K. Benefits and costs of social media in adolescence. Pediatrics. 2023;151(2):e2022060819. doi:10.1542/peds.2022-060819.
7. Blakemore SJ. Inventing Ourselves: The Secret Life of the Teenage Brain. London: Transworld Publishers; 2018.
8. Hagan JF, Shaw JS, Duncan PM, eds. Bright Futures: Guidelines for Health Super-

vision of Infants, Children, and Adolescents. 4th ed. Elk Grove Village, IL: American Academy of Pediatrics; 2017.

9. World Health Organization (WHO). Global Accelerated Action for the Health of Adolescents (AA-HA!): Guidance to Support Country Implementation. Geneva: WHO; 2017. Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/255415>
10. Klein DA, Paradise SL, Landis CA. Screening and Counseling Adolescents and Young Adults: A Framework for Comprehensive Care. Am Fam Physician. 2020;101(3):147-158. PMID: 32003953.
11. Committee on Adolescence. Office-Based Care for Lesbian, Gay, Bisexual, Transgender, and Questioning Youth. Pediatrics. 2023;151(3):e2022060423. doi:10.1542/peds.2022-060423.
12. Patton GC, Sawyer SM, Santelli JS, et al. Our future: a Lancet commission on adolescent health and wellbeing. Lancet. 2016;387(10036):2423-2478. doi:10.1016/S0140-6736(16)00579-1.
13. Viner RM, Ozer EM, Denny S, et al. Adolescence and the social determinants of health. Lancet. 2012;379(9826):1641-1652. doi:10.1016/S0140-6736(12)60149-4.
14. Rosen DS, American Academy of Pediatrics Committee on Adolescence. Identification and management of eating disorders in children and adolescents. Pediatrics. 2010;126(6):1240-1253. doi:10.1542/peds.2010-2821.
15. Barlow SE, Expert Committee. Expert committee recommendations regarding the prevention, assessment, and treatment of child and adolescent overweight and obesity: summary report. Pediatrics. 2007;120 Suppl 4:S164-S192. doi:10.1542/peds.2007-2329C.
16. Lifshitz F. Nutrition and growth. J Clin Res Pediatr Endocrinol. 2009;1(4):157-163. doi:10.4274/jcrpe.v1i4.39.
17. World Health Organization (WHO). Growth reference data for 5-19 years. Geneva: WHO; 2007. Available from: <https://www.who.int/tools/growth-reference-data-for-5to19-years>
18. Golden NH, Katzman DK, Sawyer SM, et al. Position Paper of the Society for Adolescent Health and Medicine: Medical management of restrictive eating disorders in adolescents and young adults. J Adolesc Health. 2015;56(1):121-125. doi:10.1016/j.jadohealth.2014.10.259.
19. Rogol AD, Hayden GF. Etiologies and early diagnosis of short stature and growth failure in children and adolescents. J Pediatr. 2014;164(5 Suppl):S1-S14. doi:10.1016/j.jpeds.2014.02.027.
20. Thapar A, Collishaw S, Pine DS, Thapar AK. Depression in adolescence. Lancet.

- 2012;379(9820):1056-1067. doi:10.1016/S0140-6736(11)60871-4.
21. Merikangas KR, He JP, Burstein M, et al. Lifetime prevalence of mental disorders in U.S. adolescents: results from the National Comorbidity Survey Replication-Adolescent Supplement (NCS-A). *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2010;49(10):980-989. doi:10.1016/j.jaac.2010.05.017.
 22. Richardson LP, McCauley E, Grossman DC, et al. Evaluation of the Patient Health Questionnaire-9 Item for detecting major depression among adolescents. *Pediatrics*. 2010;126(6):1117-1123. doi:10.1542/peds.2010-0852.
 23. World Health Organization (WHO). Adolescent mental health. Geneva: WHO; 2021. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health>
 24. Weisz JR, Kuppens S, Ng MY, et al. What five decades of research tells us about the effects of youth psychological therapy: A multilevel meta-analysis and implications for science and practice. *Am Psychol*. 2017;72(2):79-117. doi:10.1037/a0040360.
 25. Johnson JG, Harris ES, Spitzer RL, Williams JBW. The Patient Health Questionnaire for Adolescents: Validation of an instrument for the assessment of mental disorders among adolescent primary care patients. *J Adolesc Health*. 2002;30(3):196-204. doi:10.1016/s1054-139x(01)00333-0.
 26. Meites E, Kempe A, Markowitz LE. Use of a 2-Dose Schedule for Human Papillomavirus Vaccination — Updated Recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. 2016;65(49):1405-1408. doi:10.15585/mmwr.mm6549a5.
 27. CDC. Recommended Child and Adolescent Immunization Schedule for ages 18 years or younger, United States, 2023. Atlanta, GA: CDC; 2023. Available from: <https://www.cdc.gov/vaccines/schedules/hcp/imz/child-adolescent.html>
 28. World Health Organization (WHO). Meningococcal vaccines: WHO position paper. *Wkly Epidemiol Rec*. 2011;86(47):521-540. PMID: 22128384.
 29. Mast TC, Wang FT, Su S, et al. Evidence for HPV vaccine impact in lowering genital warts: a systematic review. *Expert Rev Vaccines*. 2023;22(1):294-306. doi:10.1080/14760584.2023.2195555.
 30. Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı. Genişletilmiş Bağışıklama Programı Genelgesi. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı; 2022. Available from: <https://www.saglik.gov.tr>
 31. Klein NP, Bartlett J, Rowhani-Rahbar A, et al. Waning protection after fifth dose of acellular pertussis vaccine in children. *N Engl J Med*. 2012;367(11):1012-1019. doi:10.1056/NEJMoa1200850.

32. Committee on Adolescence. Office-Based Care for Lesbian, Gay, Bisexual, Transgender, and Questioning Youth. *Pediatrics*. 2023;151(3):e2022060423. doi:10.1542/peds.2022-060423.
33. World Health Organization (WHO). Adolescent contraceptive services. Geneva: WHO; 2020. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240019455>
34. Marcell AV, Burstein GR, Committee on Adolescence. Sexual and Reproductive Health Care Services in the Pediatric Setting. *Pediatrics*. 2017;140(5):e20172858. doi:10.1542/peds.2017-2858.
35. CDC. Sexually Transmitted Infections Treatment Guidelines, 2021. *MMWR Recomm Rep*. 2021;70(4):1-187. doi:10.15585/mmwr.rr7004a1.
36. Ott MA, Sucato GS, Committee on Adolescence. Contraception for Adolescents. *Pediatrics*. 2014;134(4):e1244-e1256. doi:10.1542/peds.2014-2299.
37. Ford C, English A, Sigman G. Confidential health care for adolescents: position paper of the Society for Adolescent Medicine. *J Adolesc Health*. 2004;35(2):160-167. doi:10.1016/s1054-139x(04)00086-2.

3. BÖLÜM

ADÖLESAN AŞILAMASI

Doç. Dr. Hakan AYLANÇ

Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi

Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı

draylanc@hotmail.com

<https://orcid.org/0000-0002-8907-3809>

GİRİŞ

Adölesan dönemi, 10-19 yaş arasını kapsayan çocukluktan erişkinliğe geçişin yaşandığı, hem fiziksel hem sosyal hem de psikolojik değişimlerin yoğun olduğu bir süreci temsil eder. İnsan hayatında benzersiz bir gelişim aşamasıdır ve sağlıklı yaşamın temellerini atmak için önemli bir zaman dilimidir.

Dünyada 1,3 milyar ile her zamankinden daha fazla ergen birey bulunmakta ve bu küresel nüfusun altıda birini oluşturuyor. Bu sayının 2050'ye kadar, özellikle 10 ila 19 yaşındakilerin yaklaşık %90'ının yaşadığı düşük ve orta gelirli ülkelerde artması bekleniyor. Her yıl tahmini 1,1 milyon ergen ölüyor. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'ye göre dünyada adölesanlar arasında önde gelen ölüm nedenleri trafik kazası, intihar, şiddet, COVID-19, kanserler, insan immün yetmezlik virüsü (HIV) ve alt solunum yolu enfeksiyonlarıdır. Milyonlarca ergen de hastalık ve yaralanma yaşıyor. Ergenler arasındaki ölüm ve hastalık nedenleri cinsiyete, yaşa ve ayrıca coğrafi bölgeye göre farklılık gösteriyor. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) verilerine göre 2025 yılında dünyada ülkemizde yaklaşık 13 milyon adölesan birey vardır.

Bu dönemde bağışıklama uygulamaları, yalnızca ergen bireyin kendi sağlığını değil, toplum sağlığını da korumada kritik role sahiptir. Çocukluk yaş grubu bağışıklaması etkileri zaman içinde azalma gösterebileceği için adölesan dönemde aşılamanın tekrar değerlendirilmesi ve bu yaş grubuna özgü aşı

planlamalarının yapılması gerekmektedir. Ayrıca bu dönemde çocukluk yaş grubundan farklı yeni enfeksiyon riskleri ortaya çıkar (örneğin cinsel yolla bulaşan hastalıklar), bu nedenle koruyucu sağlık hizmetleri kapsamında aşılardan güncellenmesi önemlidir.

Bağışıklama halen bulaşıcı hastalıkları önlemede elimizde ki en önemli koruyucu yöntem olarak görünmektedir. Dünyada adölesan nüfusunun ölüm oranları en yüksek ülkeleri az gelişmiş yada gelişmemiş ülkelerde olduğu görülmektedir. Ayrıca bu ülkeler bulaşıcı hastalıkların yüksek oranda görüldüğü ülkelerdir. Bulaşıcı hastalıklar önlemede aşılama stratejilerinin geliştirilmesi ve uygulamaya konması oldukça önemli görünmektedir.

DSÖ, Amerikan Pediatri Akademisi (AAP), CDC ve Aile Hekimliği Akademisi gibi kurumların önerdiği rutin aşılardan şunlardır:

1. TdaP (Erişkin tip tetanoz, difteri, asellüler boğmaca)
2. HPV (İnsan papilloma virüsü) aşısı
3. Meningokok aşısı
4. İnfluenza aşısı

1. ADÖLESAN AŞI UYGULAMASINDA KARŞILAŞILAN ZORLUKLAR

Ebeveyn ve Birey Kaynaklı Etkenler

- HPV aşısı gibi bazı aşılarda **güvenlik endişeleri** ve **yanlış bilgiler** yaygındır.
- “Cinsel ilişki sonrası gerekli” gibi yanlış inançlar HPV aşısına karşı direnç yaratır.
- Aşıların “gerekli olmadığı” düşüncesi yaygındır.

Hekim Kaynaklı Etkenler

- Hekimlerin **zayıf önerileri** veya net olmayan iletişimleri, özellikle HPV aşısı için uygulamayı olumsuz etkiler.
- Aynı ziyarette birden fazla aşıyı yapmaktan kaçınılması (örneğin Tdap ile HPV birlikte yapılması).

Sistemsal Etkenler

- Aşı ücretleri ve özel sigorta kapsamaları.
- Kırsal bölgelerde aşılar erişim kısıtlılığı.

- Elektronik hatırlatma sistemlerinin yetersizliği.

Stratejik Çözüm Önerileri

1. “Aynı Gün, Aynı Şekilde” Yaklaşımı (CDC)

- Tdap, MenACWY ve HPV aşılarının aynı gün yapılması önerilir.
- HPV aşısının “kansere önleyici” olarak sunulması etkinliği artırır.

2. Elektronik Kayıt Sistemleri ve Hatırlatmalar

- E-nabız benzeri sistemlerle takip ve geri çağırma yapılabilir.

3. Eğitim ve Toplum Tabanlı Programlar

- Okul temelli aşı kampanyaları ve aileye yönelik bilgilendirme broşürleri etkilidir.
- Toplumun güven duyduğu bireylerin (öğretmen, imam, muhtar) süreçte katılımı önerilir.

2. TdaP (ERİŞKİN TİP TETANOZ, DİFTERİ, ASELLÜLER BOĞMACA) AŞILAMASI

Difteri toksininin kimyasal detoksifikasyonu ile üretilen difteri toksoidi, bakteriyel bir hastalığa karşı koruma sağlayan en eski aşılarından biriydi ve günümüzde de difteri aşılarının temelini oluşturmaya devam ediyor. Rutin bağışıklama programlarında difteri aşılarının yaygın kullanımı, hem gelişmiş hem de gelişmekte olan ülkelerde hastalığın görülme sıklığını ve buna bağlı ölüm oranlarını önemli ölçüde azaltmıştır. B. pertussis’in ergenlerde neden olduğu hastalık hafif öksürükten klasik boğmacaya kadar değişir. Ergenlerde enfeksiyon, klasik boğmaca dışında asemptomatik olabilir. Ülkemizde, 1970’lerde 100.000’de 21 olan boğmaca insidansı, 2005’te 100.000’de 0,38’e düştü. Enfeksiyon kaynağı genellikle bebekler ve küçük çocuklar için kardeşler iken, ergenler için özellikle okul arkadaşlarıdır.

Ülkemizde uzun yıllardır güvenle kullanılan aşının ticari formları;

Td-VAC[®], sadece tetanoz ve azaltılmış difteri toksoidi (Td) içerir. Boğmaca içermez. 1-3 doz Td-VAC, 7 yaş ve üzerindeki çocuklarda, adölesanlar ve yetişkinlerde deltoid kası içerisine intramüsküler olarak enjekte edilmelidir. Difteri ve tetanoza karşı korunmak için genel olarak ilk aşı dozundan 4 hafta sonra 2. doz, 2. dozdan 6-12 ay sonra 3. Doz uygulanmaktadır. Bağışıklığın sürdürülebilmesi için 5-10 yılda bir tek doz aşı uygulaması gerekir.

Adacel[®], tetanoz, azaltılmış difteri toksoidi (Td), asellüler boğmaca antijen-

leri (BT, FHA, pertaktin, fimbria tip 2 ve 3) içerir. 11-12 yaş arasında tek doz uygulanması önerilir.

Boostrix®, tetanoz, azaltılmış difteri toksoidi (Td), asellüler boğmaca antijenleri (BT, FHA, pertaktin) içerir. 11-12 yaş arasında tek doz uygulanması önerilir.

3. HUMAN PAPİLLOMA VİRÜS (HPV) AŞILAMASI

DSÖ'nün HPV bağışıklama planının uygulanmasının önümüzdeki 100 yıl içinde 60 milyon servikal kanser vakasını ve 45 milyon ölümü önleyebileceği tahmin edilmektedir. Ayrıca HPV aşısıyla önlenebilecek daha geniş kanser ve diğer hastalık yelpazesi de bulunmaktadır. Sahra Altı Afrika'da HPV yaygınlığına ilişkin sistematik bir inceleme, HIV ile yaşayan kadınlarda (WLWH) HPV yaygınlığının (%54) ve birden fazla tipte eş zamanlı enfeksiyonun (%23) HIV negatif kadınlara kıyasla daha yüksek olduğunu buldu (sırasıyla %27 ve %7).¹⁹ Düşük ve orta gelirli ülkelerde (LMIC'ler) WLWH'ye ilişkin bir meta-analiz, genel HPV yaygınlığının %63 (95% GA: 48-78) ve yüksek riskli HPV tiplerinin yaygınlığının %51 (95% GA, 38-63) olduğunu buldu. Tanımlanan en yaygın yüksek riskli tipler HPV16, 18 ve 52'dir.²⁰ Küresel bir meta-analiz, normal sitolojisi olan WLWH'ler arasında %41'lik yüksek riskli HPV prevalansı buldu, ancak bölgeye göre önemli bir değişiklik gösterdi; Asya, Avrupa ve Kuzey Amerika'da %25-34'ten Afrika ve Latin Amerika'da %57-64'e kadar. 2023 yılında HPV'nin son dozuna sahip 15 yaşındaki kızların tahmini küresel kapsamı yaklaşık %20 kadar düşüktür.

HPV ile ilişkili hastalıkların önlenmesi için ilk aşı 2006 yılında lisanslanmıştır. Şu anda 6 profilaktik HPV aşısı lisanslanmıştır. Hepsinin, mümkünse, cinsel aktivitenin başlangıcından önce, yani HPV'ye maruz kalmadan önce uygulanması amaçlanmıştır. Tüm aşılar, rekombinant DNA ve hücre kültürü teknolojisi kullanılarak, HPV türüne özgü boş kabuklar oluşturmak için kendi kendine birleşen, virüs benzeri parçacıklar (VLP'ler) olarak adlandırılan saflaştırılmış L1 yapısal proteininden hazırlanır. HPV aşıları canlı biyolojik ürünler veya viral DNA içermez ve bu nedenle bulaşıcı değildir. HPV aşıları farklı ifade sistemleri kullanır, adjuvanlar içerir ve antibiyotik veya koruyucu maddeler içermez.

Tüm HPV aşıları yüksek riskli HPV tipleri 16 ve 18'e karşı VLP'ler içerir; nonavalent aşı ayrıca yüksek riskli HPV tipleri 31, 33, 45, 52 ve 58'e karşı VLP'ler içerir; ve dörtlü ve nonavalent aşılar HPV tipleri 6 ve 11 ile nedensel

olarak ilişkili olan anogenital siğillere karşı koruma sağlayan VLP'ler içerir. Tüm HPV aşıları 9 yaş üzeri kullanım için endikedir. Tüm HPV aşıları, aşı ürününe göre değişen yüksek riskli HPV tiplerinin neden olduğu servikal premalign lezyonların ve kanserlerin önlenmesi için endikedir.

HPV aşıları oldukça immünojeniktir. Mevcut aşılar intramüsküler yolla verilir, bu da drenaj yapan lenf düğümlerine hızlı erişim sağlar ve güçlü bir humoral tepkiyi başlatmaya elverişli proinflatuar bir ortam indüklemek için adjuvanlanır. Aşıya verilen serolojik tepki, doğal enfeksiyondan sonraki tepkiden çok daha güçlüdür (1-4 log daha yüksek). Doğal enfeksiyonlar, sınırlı inflamasyonla mukozal yolla virüsü iletir. Aşı kaynaklı antikorların, dişi genital sisteminde aktif IgG transüstasyonu ve enfeksiyonların başladığı travma bölgelerinde interstisyel antikorların eksüstasyonu yoluyla enfeksiyon bölgesine ulaştığı düşünülmektedir. Poliklonal antikor yanıtının aviditesi aşılama sonrası enfeksiyondan çok daha yüksektir ancak güçlendirmeden sonra belirgin şekilde artmaz. Bugüne kadar klinik çalışmalarda görülen HPV aşısının yüksek etkinliği minimum koruyucu antikor titresinin belirlenmesini engellemiştir ve bağışıklığın bilinen bir serolojik korelasyonu yoktur. VLP'ler gibi partikül antijenler lenf düğümlerinde yıllarca kalabilirler.

3.1. Bivalent HPV aşıları

Cervarix®, 9-14 yaşlarındaki kız ve erkek çocukları için 2 dozluk bir program olarak (5-13 ay arayla) lisanslanmıştır. Alıcının ilk doz sırasındaki yaşı ≥ 15 ise, üç doz verilmelidir (0, 1-2,5 ay ve 5-12 ay).

Cecolin®, 9-14 yaşlarındaki kız çocukları için 2 dozluk bir program olarak (6 ay arayla) lisanslanmıştır. 15 yaşından itibaren 3 dozluk bir program endikedir (0, 1-2 ay ve 5-8 ay). Ülkemizde bulunmamaktadır.

Walrinvax®, 9-14 yaşlarındaki kız çocukları için 2 dozluk bir program olarak (6 ay arayla, en az 5 ay arayla) lisanslanmıştır. 15 yaşından itibaren 3 dozluk bir program endikedir (0, 2-3 ve 6-7 aylarda). Ülkemizde bulunmamaktadır.

3.2 Dörtlü HPV aşıları

Gardasil®, 9-13 yaşlarındaki kız ve erkek çocukları için 2 dozluk bir program olarak lisanslanmıştır (6 ay arayla). 14 yaşından itibaren, 3 dozluk bir program uygulanmalıdır (0, 1-2 ve 4-6 aylarda).

Cervavax®, 9-14 yaşlarındaki kız ve erkek çocukları için 2 dozluk bir program olarak lisanslanmıştır (6 ay arayla). 15 yaşından itibaren, 3 dozluk bir program uygulanmalıdır (0, 2 ve 6 aylarda).

3.3. Nonavalan HPV aşısı

Gardasil®, 9-14 yaşlarındaki kız ve erkek çocukları için 2 dozluk bir program olarak lisanslanmıştır (5-13 ay arayla). 15 yaşından itibaren, 3 dozluk bir program uygulanmalıdır (0, 1-2 ve 4-6 aylarda).

3.4. Aşılama takvimi

İlk aşılamada 9-14 yaş: 0, 6-12 ayda 2 dozluk seri (minimum aralık: 5 ay; çok erken uygulanırsa tekrar dozu) İlk aşılamada 15 yaş ve üzeri: 0, 1-2 ayda, 6 ayda 3 dozluk seri (minimum aralıklar: doz 1 ila doz 2 = 4 hafta; doz 2 ila doz 3 = 12 hafta; doz 1 ila doz 3 = 5 ay; çok erken uygulanırsa tekrar dozu) Herhangi bir valanstaki herhangi bir HPV aşısı serisi önerilen doz aralıkları kullanılarak tamamlandığında ek doz önerilmez.

HIV enfeksiyonu dahil olmak üzere bağışıklık sistemini baskılayan durumlar: 9 ila 14 yaşlarında aşılamaya başlayanlar için bile 3 dozluk seri. Cinsel taciz veya saldırı öyküsü: 9 yaşında başlayın. Gebelik: Aşılamadan önce gebelik testi gerekli değildir; HPV aşısı gebelikten sonra önerilmez; gebelikte aşılanırsa müdahale gerekmez.

İki doz takvimi. Mevcut kanıtlar, 2 doz takviminin birincil hedef grup olan 9 yaşından itibaren ve HPV aşılarının lisanslandığı tüm daha büyük yaş grupları için kullanılması önerisini desteklemektedir. Birinci ve ikinci doz arasındaki minimum aralık 6 aydır. 12 aylık takvim daha yüksek GMT'lere neden olur ve program ve verimlilik nedenleriyle önerilir. Dozlar arasında önerilen maksimum aralık yoktur ve program perspektifinden faydalıysa daha uzun aralıklar - 3 veya 5 yıla kadar - düşünülebilir.

Alternatif tek doz takvimi. Etiket dışı bir seçenek olarak, tek doz takvimi 9-20 yaş arası kız ve erkek çocuklarda kullanılabilir. Mevcut kanıtlar, tek bir dozun 2 dozluk bir programla karşılaştırılabilir bir etkinliğe ve koruma süresine sahip olduğunu ve program avantajları sunabileceğini, daha verimli ve uygun fiyatlı olabileceğini ve daha iyi kapsama katkıda bulunabileceğini göstermektedir. Halk sağlığı açısından, tek dozluk bir programın kullanımı, zamanla et-

kinlik azalırsa daha düşük bir koruma seviyesinin potansiyel riskinden daha ağır basan önemli faydalar sağlayabilir, ancak bununla ilgili mevcut bir kanıt yoktur. Bağışıklık sistemi zayıflamış kişiler için program. Bağışıklık sistemi zayıflamış veya HIV enfeksiyonu olduğu bilinen kişiler (yaş veya antiretroviral tedavi durumundan bağımsız olarak) en az iki HPV aşısı dozu (en az 6 aylık aralık) ve mümkünse üç doz almalıdır.

4. MENİNGOKOK AŞILAMASI

Neisseria meningitidis, meningokok olarak da bilinir, çocuklarda bakteriyel menenjitin önde gelen nedenlerinden biridir. Altı serogrup (A, B, C, W, X ve Y), dünya çapında invaziv menenjit hastalığı vakalarının %95'inden fazlasından sorumludur. Menenjit hastalığı, değişen endemisite derecelerinde sporadik veya salgın eğilimli bir enfeksiyon olarak ortaya çıkabilir. Menenjit hastalığı salgınlarının ve salgınlarının, düşük aşılama kapsamına sahip bölgeler, aşırı kalabalık yaşam koşulları ve kitlesel toplantılar ve sağlık hizmetlerine sınırlı veya kesintiye uğramış erişime sahip bölgeler (örneğin, çatışmalardan etkilenen bölgeler, mülteci kampları) dahil olmak üzere enfeksiyon bulaşmasını kolaylaştıran ortamlarda ortaya çıkma olasılığı daha yüksektir.

İnsidans, batıda Senegal'den doğuda Etiyopya'ya kadar uzanan bir coğrafi bölge olan Afrika menenjit kuşağında özellikle yüksektir; burada salgınlar ve salgınlar kurak mevsimde (Aralık'tan Haziran'a) en yaygın görülür. Rutin aşılama programlarında serogrup A konjuge menenjit aşısının tanıtılmasından önce, serogrup A en sık görülen etkendi ve her 8-12 yılda bir büyük ölçekli, tekrarlayan salgınlara neden oluyordu. 2017'den beri, C, W ve X serogrupları baskın hale geldi ve mevsimsel salgınlar genellikle daha küçük boyuttaydı. Orta Doğu'da, menenjit hastalığı salgınları genellikle çatışma ortamlarında veya Hac ve Umre toplu toplantılarıyla ilişkili olarak ortaya çıkıyor. Kuzey Amerika, Avrupa ve Okyanusya'daki yüksek gelirli ülkelerde (HIC'ler), B, C, W ve Y serogrupları sporadik vakalardan ve küçük ölçekli salgınlardan sorumludur ve en yüksek insidans kış sonu ve ilkbahar başında görülür. Nazofarenksin kolonizasyonu, sistemik enfeksiyonun gelişmesi için ön koşuldur. İnvaziv hastalık için ek risk faktörleri arasında anatomik veya fonksiyonel aspleni, kompleman bileşeni eksiklikleri veya inhibitörleri ve HIV enfeksiyonu yer alır. Meningokok menenjiti büyük ölçüde aşı ile önlenabilir bir hastalıktır ve hastalığa neden olan en yaygın serogruplardan korunmak için çeşitli aşılar mevcuttur. Hem rutin bağışıklama hem de menenjit salgınlarına yanıt vermek için kullanılırlar.

Meningokok polisakkarit aşısı çocuklarda ve yetişkinlerde güvenli ve etkilidir ancak bebeklerde zayıf immünojeniktir, güçlendirici yanıt oluşturmaz, sürü koruması sağlamaz ve tekrarlanan aşılamada immünolojik hiporeaktivite oluşturabilir. Hala salgın kontrolü için kullanılırlar ve giderek daha immünojenik olan ve bakterinin nazofaringeal taşınmasını ve dolayısıyla bulaşmasını önlemede daha etkili olan polisakkarit-protein konjugat aşısı ile değiştirilmektedirler. Monovalent (A veya C), quadrivalent (A, C, W, Y) veya kombinasyon (serogrup C ve Haemophilus influenzae tip b) formülasyonlarında mevcuttur. Serogrup X hastalığına karşı mevcut bir aşı yoktur.

Menenjit B polisakkarit kapsülü insan antijenleriyle çapraz reaksiyona girer ve zayıf immünojeniktir. Klonal suşların dış zar veziküllerine dayalı özel serogrup B aşısı, belirli salgınları kontrol etmek için geliştirilmiştir. Şu anda serogrup B menenjit hastalığına karşı geniş koruma sağlayan iki protein bazlı aşı mevcuttur.

DSÖ, yüksek (>100.000 nüfus/yıl başına 10 vaka) veya orta (2-10 vaka/yıl başına 100.000 nüfus/yıl) endemik oranları ve/veya sık invaziv menenjit salgınları olan ülkelerin uygun büyük ölçekli menenjit aşılama programları yürütmesini önermektedir. Bu ülkelerde yüksek kaliteli gözetim ve aşılama programı değerlendirmesi yürütmenin önemi de vurgulanmaktadır. Ek olarak, DSÖ Afrika menenjit kuşağındaki ülkelerin i) 1-29 yaş arası bireylerde MenACV ile önleyici kampanyalar yürütmesini ve ii) kitlesel kampanyalarından sonraki 1-5 yıl içinde rutin aşılama programına 9-18 aylıkken bir doz MenACV eklemesini önermektedir - ilk kitlesel aşılamadan sonra doğan ve rutin doz için hedef yaşın dışında olacak doğum grupları için de tek seferlik bir telafi kampanyası yürütülmelidir. Hastalığın daha az sıklıkta görüldüğü ülkelerde (100.000 nüfus/yıl başına < 2 vaka), meningokok aşısı tanımlanmış risk grupları için önerilir. Maruz kalma riski olan laboratuvar çalışanları ve gezginler yaygın serogruplara karşı aşılanmalı ve aşılama, immün yetmezlik çeken tüm bireylere sunulmalıdır. Meningokok menenjit salgına yatkın bir hastalıktır ve meningokok menenjitine yönelik aşı temini için Uluslararası Koordinasyon Grubu (ICG) aracılığıyla yönetilen küresel bir acil meningokok aşı stoğu vardır.

Mevcut olan düz polisakkarit, polisakkarit-konjugat, OMV ve protein bazlı aşılar, salgınlara veya salgınlara yanıt olarak küresel olarak çeşitli stratejilerde uygulanmış veya seçili ülkelerin rutin aşılama programlarına dahil edilmiştir. Lisanslı aşılar ve lisansa yaklaşan aşılar toplam 24 tane aşı vardır. Konjuge aşılar artık yüksek gelirli ülkelerde polisakkarit aşılarının yerini büyük ölçüde

almıştır, ancak polisakkarit aşılar hala menenjit kuşağındaki salgınlara yanıtın önemli bir bölümünü oluşturmaktadır.

ACIP (Advisory Committee on Immunization Practices), 11-18 yaş arasındaki tüm adölesanlara, 2-55 yaş arasında invaziv meningokok enfeksiyonları için risk grubundaki ve üniversiteye başlayan kişilere, 5 yıl veya daha önce polisakkarit/konjuge meningokok aşısı olmuş kişilere dört değerlikli (A,C,W,Y) konjuge meningokok aşısı yapılmasını önermektedir. Konjuge meningokok aşısının kullanımının 5. yılı ile antikor titrelerinde azalma olması nedeni ile adölesanlarda 16 yaşından itibaren 2. Doz aşılama yapılması önerilmiştir. Bu nedenle ACIP, 11-12.yaşta ilk doz dört değerlikli konjuge meningokok aşısı yapılmasını, 16. yaşta ise rapel doz uygulamasını önermektedir.

Yüksek risk grupları:

1. Kompleman eksiklikleri (C5--C9, properdin, factor H, factor D),
 2. Kompleman inhibitörü kullanan kişiler
 3. Meningokok enfeksiyonları için endemik, hiperendemik ülkelere yolculuk, salgın durumları)
 4. Sıtma, sıtma kemoprofilaksisi ve orak hücreli hastalık. Meningokokal polisakkarit de dahil olmak üzere kapsül polisakkarit antijenlerine karşı bağışıklık tepkisi sıtma tarafından baskılanır.
 5. ALL/AML/hematopoetik kök hücre tedavisi sonrası yeniden aşılama
 6. HIV enfeksiyonu
 7. Asplenik hastalar
 8. Preterm infantlar
- 3 tip aşı mevcuttur.

AŞI	SEROGRUP	Lisanslı Ticari Ürünler	Adölesan dönem için öneri
MenB [∞]	B	Bexsero®	10-25 yaş arasındaki bireylerde 6 ay arayla 2 doz
Men A - CWY *	A, C, W ve Y	Nimenrix® Menveo® Menectra® MenQuadfi®	11-12 yaşında ilk doz, 16 yaşında 2.doz - İlk doz 13-15 yaşlarında yapıldıysa, 2.doz 16 ila 18 yaşlarında uygulayın. - İlk aşı 16 yaş veya daha büyük yaşlarda yapıldıysa güçlendirme dozuna gerek yoktur.
Men A - BCWY	A, B, C, W ve Y	Trumenba®	MenABCWY aşısı yalnızca aynı ziyarette hem MenACWY hem de MenB aşıları endike olduğunda kullanılabilir. Aksi takdirde MenACWY ve MenB aşıları uygun şekilde ayrı ayrı yapılmalıdır.

[∞]Hızlı koruma sağlama gereksinimi varsa 0-1-6.ay aralıklarla 3 doz yapılabilir.

*riskli gruplar risk durumları devam ettiği sürece 5 yılda bir güçlendirme dozu tavsiye edilir.

5. İNFLUENZA AŞILARI

İnfluenza dünya çapında her yıl alt solunum yolu enfeksiyonu ve komplikasyonlarına bağlı ölümlere neden olmaktadır. Aşılaması ile korunulabilen bir hastalıktır. İnaktif influenza aşıları kontrendikasyonu olmayan 6 aylıktan büyük tüm bireylere yıllık önerilmektedir. Bu aşılar 60 yıldan uzun süredir güvenli ve etkili bir şekilde kullanılmaktadır. Ancak aşılardan kaynaklanan bulaşıklık zamanla ortadan kalkar, bu nedenle gribe karşı korunmak için yıllık aşılaması önerilir.

İnaktif influenza aşıları (IIV'ler), rekombinant influenza aşısı (RIV) ve canlı zayıflatılmış influenza aşısının (LAIV) mevcut olması beklenmektedir. Mevsim boyunca yalnızca 1 doz grip aşısına ihtiyaç duyan çoğu kişi için aşılaması ideal

olarak Eylül veya Ekim aylarında yapılmalıdır. Ancak aşılaması, grip virüsleri dolaşımında olduğu ve son kullanma tarihi geçmemiş aşı bulunduğu sürece Ekim ayından sonra ve mevsim boyunca devam etmelidir. Grip aşıları Temmuz veya Ağustos gibi erken bir tarihte mevcut olabilir, ancak çoğu yetişkin (özellikle ≥ 65 yaş yetişkinler) ve birinci veya ikinci trimesterdeki hamile kişiler için, mevsimin ilerleyen dönemlerinde aşılamasının mümkün olmayabileceği endişesi olmadığı sürece Temmuz ve Ağustos aylarında aşılamadan kaçınılmalıdır. 6 aylıktan 8 yaşına kadar olan bazı çocukların 2 doza ihtiyacı vardır; bu çocuklar aşı mevcut olduktan sonra mümkün olan en kısa sürede, Temmuz ve Ağustos ayları dahil olmak üzere ilk dozu almalıdır. Temmuz ve Ağustos aylarında aşılaması, mevsim boyunca yalnızca 1 doza ihtiyaç duyan her yaştan çocuk ve aşı mevcut-sa bu aylarda üçüncü trimesterde olan hamile kişiler için düşünülebilir. ACIP, kontrendikasyonları olmayan ≥ 6 aylık tüm kişilerin lisanslı ve yaşa uygun bir mevsimsel grip aşısı yaptırtmasını önermektedir. ≥ 65 yaşındaki yetişkinler için aşılaması hariç, ACIP birden fazla lisanslı, önerilen ve yaşa uygun aşı mevcut olduğunda belirli bir aşı için tercihli bir öneride bulunmaz. ACIP, ≥ 65 yaşındaki yetişkinlerin tercihen aşağıdaki yüksek doz veya adjuvanlı influenza aşılarından herhangi birini almasını önerir: dörtlü yüksek doz inaktif influenza aşısı (HD-IIV4), dörtlü rekombinant influenza aşısı (RIV4) veya dörtlü adjuvanlı inaktif influenza aşısı (aIIV4). Bu üç aşıdan hiçbirisi aşı uygulama fırsatında mevcut değilse, o zaman yaşa uygun başka bir influenza aşısı kullanılmalıdır. Bu rapordaki birincil güncellemeler aşağıdaki iki konuyu içerir: 1) 2023-24 ABD mevsimsel influenza aşılarının bileşimi ve 2) yumurta alerjisi olan kişilerin influenza aşılamasına ilişkin güncellenmiş öneriler. Öncelikle, 2023-24 ABD influenza aşılarının bileşimi influenza A(H1N1)pdm09 bileşeninde bir güncelleme içeriyor. ABD lisanslı influenza aşıları, 1) influenza A/Victoria/4897/2022 (H1N1)pdm09 benzeri virüsten (yumurta bazlı aşılar için) veya influenza A/Wisconsin/67/2022 (H1N1)pdm09 benzeri virüsten (hücre kültürü bazlı ve rekombinant aşılar için) türetilen HA içerecektir; 2) influenza A/Darwin/9/2021 (H3N2) benzeri virüsten (yumurta bazlı aşılar için) veya influenza A/Darwin/6/2021 (H3N2) benzeri virüsten (hücre kültürü bazlı ve rekombinant aşılar için) türetilen HA içerecektir; 3) influenza B/Avusturya/1359417/2021 (Victoria soyu) benzeri bir virüs; ve 4) influenza B/Phuket/3073/2013 (Yamagata soyu) benzeri bir virüs. İkinci olarak, ACIP yumurta alerjisi olan ≥ 6 aylık tüm kişilere influenza aşısı yapılmasını önermektedir. Alıcının yaşına ve sağlık durumuna uygun olan herhangi bir influenza aşısı (yumurta bazlı veya yumurta bazlı olmayan) kullanılabilir. Ürtiker dışında semptomlar içeren yumurtaya karşı alerjik reaksiyon gösteren kişilerin, yumurta bazlı bir aşı kullanıldığında şiddetli alerjik

reaksiyonları tanıyıp yönetebilen bir sağlık hizmeti sağlayıcısının gözetiminde yatan veya ayakta tedavi gören bir tıbbi ortamda aşılınması artık önerilmektedir. Tek başına yumurta alerjisi, yumurtaya karşı önceki reaksiyonunun ciddiyetine bakılmaksızın, herhangi bir aşı alıcısı için önerilenlerin ötesinde influenza aşısı için ek güvenlik önlemleri gerektirmez. Yumurta alerjisi olan kişilere, yaş ve sağlık durumuna uygun herhangi bir grip aşısı (yumurta bazlı veya yumurta bazlı olmayan) uygulanabilir.

Ülkemizde inaktif influenza aşıları vardır. Aşağıdaki tabloda ülkemizde var olan aşılar verilmiştir.

Lisanslı Ticari Ürünler	SUŞLAR	Aşı türü	Adölesan dönem için öneri
VAXIGRIP® TETRA	İnfluenza A (H1N1/ H3N2) İnfluenza B (Austria, Phuket)	inaktif, split	Eylül, Ekim, Kasım, Aralık aylarında 0,5 ml'lik bir doz
INFLUVAC® TETRA	İnfluenza A (H1N1/ H3N2) İnfluenza B (Austria, Phuket)	yüzey antijeni, inaktif	0,5 ml'lik bir doz
FLUARIX® TETRA	İnfluenza A (H1N1/ H3N2) İnfluenza B (Massachusetts, Brisbane)	inaktif, split	0,5 ml'lik bir doz

SONUÇ

Adölesan bağışıklaması, sadece enfeksiyonları önlemenin ötesinde, bireyin yaşam boyu sürecek sağlık davranışlarını şekillendirme fırsatı sunar. Özellikle HPV ve menenjit gibi ciddi enfeksiyonların önlenmesinde aşılama hayati rol oynar. Sağlık çalışanlarının tutumu, sistem desteği ve ebeveyn-ergen iletişimi ile bu alandaki başarı oranları artırılabilir.

KAYNAKÇA

1. The World Health Organization. www.who.int/health-topics/adolescent-health#tab=tab_2
2. <https://www.cdc.gov/vaccines/imz-schedules/adolescent-easyread.html>
3. https://cdn.who.int/media/docs/default-source/biologicals/vaccine-standardization/diphtheria/diphtheria-recommendations-trs-980-annex-4.pdf?sfvrsn=7b38b-45d_2&download=true
4. Bechini A, Tiscione E, Boccalini S, Levi M, Bonanni P. Acellular pertussis vaccine use in risk groups (adolescents, pregnant women, newborns and health care workers): a review of evidences and recommendations. *Vaccine* 2012;30(35):5179-90.
5. Kurugol Z. [Pertussis epidemiology in Turkey: Are booster doses necessary?] *J Pediatr Infect* 2009;3(1):14-8.
6. Centers of Disease Control and Prevention. Updated Recommendations for Use of 1. Tetanus Toxoid, Reduced Diphtheria Toxoid and Acellular Pertussis (Tdap) Vaccine from the Advisory Committee on Immunization Practices. *Morbidity and Mortality Weekly Report (MMWR)* 2011;60(01):13-5.
7. Esposito S, Principi N, European Society of Clinical Microbiology and Infectious Diseases Vaccine Study G. Immunization against pertussis in adolescents and adults. *Clin Microbiol Infect* 2016;22 Suppl 5:S89-S95.)
8. Bernstein HH, Bocchini JA, AAP COMMITTEE ON INFECTIOUS DISEASES. The Need to Optimize Adolescent Immunization. *Pediatrics*. 2017;139(3):e2016418
9. Durmaz N, Ataş E, Ulukol B. Adölesan Dönem ve Bağışıklama. Aydoğan Ü, editör. *Adölesan Sağlığı ve Sorunları - II*. Ankara: Türkiye Klinikleri; 2018. p.23-33.
10. Crocker-Buque T, Edelstein M, Mounier-Jack S. *J Epidemiol Community Health* 2017;71:87-97.
11. The immunological basis for immunization series: module 15: meningococcal disease. Update 2020. Geneva: World Health Organization; 2020 (Immunological basis for immunization series; module 15).
12. Ward K, Quinn H, Bachelor M, Bryant V, Campbell-Lloyd S, Newbound A, Scully M, Webby R, McIntyre PB. Adolescent school-based vaccination in Australia. *Commun Dis Intell Q Rep*. 2013 Jun 30;37(2):E156-67. PMID: 24168090.
13. Bednarczyk RA, Brewer NT, Gilkey MB, Zorn S, Perkins RB, Oliver K, Saslow D. Human papillomavirus vaccination at the first opportunity: An overview. *Hum Vaccin Immunother*. 2023 Dec 31;19(1):2213603. doi: 10.1080/21645515.2023.2213603.

Epub 2023 May 23. PMID: 37218520; PMCID: PMC10294726.

14. Mealey K, Koenigs LMP. Adolescent vaccinations: updates for the general practitioner. *Curr Opin Pediatr*. 2019 Aug;31(4):442-447. doi: 10.1097/MOP.0000000000000759. PMID: 30939514.
15. Presa J, Findlow J, Zimet GD. Meningococcal Vaccination of Adolescents in the United States: Past Successes and Future Considerations. *J Adolesc Health*. 2024 Jun;74(6):1068-1077. doi: 10.1016/j.jadohealth.2024.01.016. Epub 2024 Mar 2. PMID: 38430074.
16. WHO, WEEKLY EPIDEMIOLOGICAL RECORD, NO 50, 16 DECEMBER 2022
17. WHO guidelines on meningitis diagnosis, treatment and care. Geneva: World Health Organization; 2025. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO
18. Guide to introducing meningococcal A conjugate vaccine into the routine immunization programme. Geneva: World Health Organization; 2019. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
19. https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/73/wr/mm7349a3.htm#B1_down
20. <https://www.cdc.gov/flu/vaccines/egg-allergies.html>
21. Schneyer RJ, Yang C, Bocchini JA. Immunizing adolescents: a selected review of recent literature. *Curr Opin Pediatr*. 2015;27(3):405-417.
22. Thompson AD, Spratling R. Adolescent Self-Consent for the HPV Vaccine and the Effects on Vaccine Rates. *J Pediatr Health Care*. 2024 Nov-Dec;38(6):932-935. doi: 10.1016/j.pedhc.2024.07.006. Epub 2024 Sep 22. PMID: 39306783.
23. Grohskopf LA, Ferdinands JM, Blanton LH, Broder KR, Loehr J. Prevention and Control of Seasonal Influenza with Vaccines: Recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices - United States, 2024-25 Influenza Season. *MMWR Recomm Rep*. 2024 Aug 29;73(5):1-25. doi: 10.15585/mmwr.rr7305a1. PMID: 39197095; PMCID: PMC11501009.

4. BÖLÜM

ADÖLESANDA İNTERNET BAĞIMLILIĞI

Dr. Öğr. Üyesi Tolga KASAP

Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi

Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı

tolga.kasap@hotmail.com

<https://orcid.org/0000-0002-1046-7638>

1. GİRİŞ

Bilgisayar ve haberleşme teknolojilerinde yaşanan hızlı gelişmeye paralel olarak internetin insanların çalışma, alışveriş, ödeme, iletişim kurma, eğitim ve eğlence gibi her türlü günlük ihtiyaçlarını karşılama biçimi içindeki yeri giderek artmaktadır. Her geçen gün daha çok kişinin hayatına giren internet insanlara sunduğu imkânlarla günümüzün vazgeçilmez iletişim, bilgi paylaşım ve ulaşım, eğlence ve eğitim araçlarından biri olmayı başarmıştır. Modern insanın eğlenceden iletişime, günlük işlerden akademik ihtiyaçlara kadar birçok ihtiyacını farklı uygulamalarla karşılamaya başlaması onun tahtını daha da sağlamlaştırmasına yardımcı olmaktadır. Bilgisayar ve akıllı telefonlar teknolojinin yaygınlaşmasıyla çocukların dünyasında oldukça hızlı yer edinmiştir. Fiziki dünyanın zaman, mekân ve bedensel sınırlarının ötesinde bir dünya sunan internet günümüzde ergenler için önemli bir akademik ve eğlence aracı aynı zamanda dünyanın herhangi bir yerindeki birine anlık ve kolay ulaşım sağlayan iletişim aracı haline gelmiştir. Adölesan döneminin özellikleri düşünüldüğünde internetin, emek ve sorumluluk gerektirmemesi, sosyalleşme ortamı sunması, bir gruba ait olma kolaylığını sağlaması, yeni bir kimlik oluşturma fırsatı vermesi, özgür ve sınırsız olması, gizemli bir ortam sağlaması, aktif ve ödül sunan bir ortam sunması, internette ulaşımın ve kendini ifade etmenin kolay olması, göz göze bir iletişime gerek olmaması, denetimin azlığı gibi özellikleri-

nin gençlerin interneti kullanması açısından bağlayıcı olabildiği görülmektedir. Ergenlik döneminde yaşanan kimlik bunalımı, aileden ayrı birey olma gayreti ve bunların getirmiş olduğu ruhsal bunalımlardan kaçma eğiliminde olan ergenler, problemli internet kullanımı için önemli bir risk grubunu oluşturmaktadır. İnternetin olumsuz kullanımı birey üzerinde; depresyon, yalnızlık, sosyal çevreyle kurulan bağların zayıflaması gibi problemleri de ortaya çıkarabilmektedir.

2.ADÖLESAN DÖNEM

Ergenlik kelimesi Latin menşeli olup ‘adolescere’ sözcüğünden türemiştir. “Yetişkinliğe doğru büyümek” “olgunlaşmak” anlamında kullanılan ‘adolescere’, çocukluktan yetişkinliğe bir geçiş aşamasıdır.

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)’ye göre; adölesanlar, 10 ila 19 yaş arasındaki kişiler olarak tanımlanmakta ve 15-24 yaş arasını genç, 10-24 yaş arasını ise gençlik dönemi olarak tanımlamıştır (1). Adölesan dönem, gençlerin hayatlarının geri kalanı boyunca sürdürecekleri davranışları öğrenebileceği yaşamın kritik zamanlarından biridir. Yapısal açıdan ergenlik, bilişsel ve fiziksel gelişimin ortaya çıktığı bir dönem olmakla birlikte toplumsal ve sosyal faktörlerin de önem arz ettiği bir olgunlaşma dönemidir. Bu dönem genel olarak kendi içinde üç ayrı dönem altında ele alınmaktadır. Bunlar; erken adölesan dönemi, orta adölesan dönemi ve geç adölesan dönemidir.

Erken adölesan dönem 10 ile 13 yaş aralığındaki zamanı ifade etmektedir. Eğitim hayatında genel olarak ortaöğretim dönemine denk gelmektedir. Bu dönemde adölesanlar daha çok kendi yaşlıları ile eğlenmek ve vakit geçirmekten keyif alırlar. Aile ile yapılan etkinliklere ilgileri azalır. Cinsel kimlik önem kazanır. Bu dönemde ergenlerin en fazla ilgili oldukları unsur kendi vücutları olmaktadır (2). Hayal kurmaya heveslilerdir ve gerçekçi olmayan meslek seçimleri yaparlar.

Orta adölesan dönem 14 ile 17 yaş aralığındaki zamanı ifade etmektedir. Anne ve babadan ayrışma, kendi başına bir birey olmaya çalışma ön plandadır. Dış görünüş ve vücutlarına ilgileri oldukça artmaktadır. Bu nedenle cinsel açıdan çekicilik ile ilgili kaygılar ön plana gelmeye başlar. Karşı cinse ilgi duyma ve tanımaya çalışma önem kazanır. Orta adölesan döneminde giyim stili ve dış görünüş açısından tarzı onaylanmayan ergenlerin benlik saygılarında negatif değişiklikler ortaya çıkabilmektedir (2).

Geç adölesan dönem 17 yaştan sonra başlayarak kişinin kimlik kazanmasıyla son bulmaktadır. Bu dönemde adölesanlar kimlik arayışı, flört, kariyer gibi

uğraşlar içerisinde bulunmaktadır (3). Bu dönemde akademik çalışmalar daha yoğun bir hale gelmektedir (2). Gerçek meslek seçimleri yapılmaktadır. Adölesan dönem boyunca öğrenilen, gözlenenler ışığında kişilik oluşumu tamamlanmaktadır.

3. İNTERNET BAĞIMLILIĞI

İnternet; İnternational Network kelimelerinden üretilmiş olup Türkçe’ye ‘uluslararası ağ’ şeklinde çevrilebilir. Sovyetlerin Sputnik’i 1957’de uzaya fırlatmasından endişe duyan ABD Savunma Bakanlığı, ordudaki teknolojiyi iyileştirmek için Advanced Research Projects Agency (ARPA) adındaki projeyi geliştirmiştir. İlerleyen yıllarda Amerikan Hava Kuvvetleri, askerlerin birbirleriyle iletişimini sürdürebilmesi için bir bilgisayar ağı tasarlamış ve ARPA projesinin desteğiyle bu projeye ARPANET adı verilmiştir (4). 1991 yılında Tim Barnes Lee’nin, world wide web’i (www) icat etmesiyle bu ağ sistemi tüm dünyada kullanılabılır hale gelmiştir (5). Bu icattan sonra kullanıcı sayısı kısa bir süre içinde 600.000’lere ulaşmış ve bilgisayar ağı bugünkü “internet” halini almıştır.

Ülkemizde internete ilk bağlantı 1993 Nisan ayında Ortadoğu Teknik Üniversitesi’nde sağlanmıştır (6). Bu bağlantı Ankara ve Washington arasında kurulmuş ve uzun yıllar ülkenin tek internet hattı olarak hizmet vermiştir. Türkiye’de internet öncelikle akademik alanlarda yaygınlaşmaya başlamıştır. Akademik kuruluşların internet bağlantısını sağlayan ULAKNET 1997 yılında hizmete girmiştir. ULAKNET’in yerini 1999 yılında TTNET almış ve halen günümüzde hizmet vermeye devam etmektedir (7).

Türkiye İstatistik Kurumu’nun yapmış olduğu ‘Hanehalkı Bilişim Teknolojileri Kullanım Araştırması’na’ göre internet kullanımı 16-74 yaş grubundaki bireylerde 2019 yılında %75,3 olarak tespit edilmişken 2023 yılında %87,1, 2024 yılında %88,8 olarak bulunmuş (8). 2024 Ekim ayında Türkiye İstatistik Kurumu’nun yapmış olduğu “Çocuklarda Bilişim Teknolojileri Kullanım Araştırmasına” göre çocukların internet kullanım oranının 2021 yılında %82,7 iken 2024 yılında %91,3 olduğu saptanmıştır (9). Günde yaklaşık iki saat ve daha fazla süre internet kullanımı yaş gruplarına göre incelendiğinde; bu oran hafta içi 6-10 yaş grubu için %30,6, 11-15 yaş grubu için %54,4 oldu. Hafta sonu ise sırasıyla %43,2 ve %63,5 olduğu gözlenmiştir. Düzenli internet kullanan çocukların internet kullanım amaçları incelendiğinde; en fazla yürüttükleri faaliyetler sırasıyla %83,9 ile video izleme, %75,0 ile ödev, öğrenme veya çevrimiçi derslere katılma ve %72,7 ile oyun oynama veya oyun indirme olduğu saptanmış (9).

DSÖ'nün International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD) 10 revizyonu kapsamında bağımlılık; bağımlı bir kişinin bağımlısı olduğu madde veya davranışın diğer davranışlar üzerinde ciddi bir üstünlük kazanmasıyla psikolojik, davranışsal ve zihinsel vaka sınıfına dahil olmak şeklinde tanımlamıştır (10). Sigara, uyuşturucu, alkol gibi madde bağımlılıkları haricinde davranış tabanlı internet, yeme, oyun, bilgisayar bağımlılığı gibi bağımlılıklar da bulunmaktadır. Davranışsal bağımlılıklar da tıpkı alkol-madde bağımlılıklarında olduğu gibi bağımlılığın ana bileşenleri olan fiziksel ve psikolojik bağımlılık belirtilerini (zihinsel meşguliyet, duygu durum değişkenliği, tolerans, yoksunluk, kişiler arası çatışma ve tekrarlama [relaps]) gösterirler. İnternet bağımlılığı adı itibarıyla, kullanımında aşırılığı, davranışa bağımlılığın anlatıldığı, engellenemeyen kullanım arzusunun olduğu ve yoksunluğa sebebiyet verebilecek biçimde önüne geçilmeye çalışıldığı zaman bireyin saldırgan davranışlarda bulunmasına neden olabilecek bir bağımlılık türü olarak açıklanmaktadır. Young'a göre internet bağımlılığı, genel olarak internetin aşırı kullanılması isteğinin önüne geçilememesi, internete bağlı olmadan geçirilen zamanın önemini yitirmesi, yoksun kalındığında aşırı sinirlilik hali, saldırganlık olması ve kişinin iş, sosyal ve ailevi hayatının giderek bozulması olarak tanımlanmaktadır (11).

'İnternet Bağımlılığı' kavramı ilk olarak Ivan Goldberg tarafından 1995 yılında dile getirilmiştir. 1996 yılında Kimberly Young; DSM-IV içeriğindeki patolojik kumar tanı ölçütlerinden faydalanarak 'İnternet Bağımlılığı' için kriterler belirlemiştir (12). İnternet bağımlılığına DSM-5'te yer verilmiştir. Günümüzde internet aşırı kullanım sorununun resmi bozukluk tanımlaması için daha çok araştırmaya gerek olduğu vurgulanarak DSM-5 bölüm 3'de bu tanımlama, 'İnternet kullanımı oyun oynama bozukluğu' şeklinde geçmektedir (13).

İnternetin ve modern teknolojilerin en aktif kullanıcıları, yaygınlaşmış ve hızlı bir internetin bulunduğu ortamda büyümeleri sebebiyle adölesanlar ve genç yetişkinlerdir. Bu durum muhtemelen, ergenler ve genç yetişkinler arasında internet bağımlılığı için yüksek prevelans tahminlerine katkıda bulunmuştur. Türkiye'de yapılan çalışmalar, adölesanlarda internet bağımlılığı oranlarının %10 ile %21 arasında değiştiğini göstermektedir (14). Adölesanlarda internet bağımlılığı ile ilgili yapılan yayınların yıllara göre dağılımına bakıldığında; 2018 yılında yapılan yayın sayısının 2001 yılına göre yaklaşık 40 kat arttığı gözlenmiştir. Özellikle 2010 yılından sonra adölesanlarda internet bağımlılığı ile ilgili yayınların hızlı bir şekilde arttığı ve bu durum da internet bağımlılığının toplum için giderek büyük bir problem haline gelmesinden kaynaklandığı düşünülmektedir.

3.1. İnternet Bağımlılığı Etyolojisi

İnternet bağımlılığı yeni kabul gören bir kavram olması nedeniyle etyolojisi tam olarak aydınlatılamamıştır. Psikolojik, nörobiyolojik ve kültürel etkilere odaklanmış teoriler üzerinde durulmaktadır. Genel olarak kabul görülen bu teoriler nörobiyolojik, bilişsel-davranışçı ve sosyal beceri eksikliğidir.

Nörobiyolojik teoriye göre, hazzın nöronal mekanizmaları net olarak bilinmese de beyindeki ödül ve öğrenilmiş davranışın pekiştirilmesi mekanizmalarıyla ilintili olduğu düşünülmektedir. Ventral tegmental alandan mezokortikolimbik bölgelere uzanan dopaminerjik nöronların çok sayıda psikoaktif madde tarafından uyarılabilir olması dopaminerjik nöronların ödül-bağımlılık sistemlerindeki rolünü kuvvetle düşündürmektedir. Bu nedenle dopamin haz molekülü olarak da isimlendirilmektedir. Dopamin D2 reseptörü A1 aleline sahip olan bireylerde D2 reseptör down regülasyonu madde bağımlılıklarına ek olarak patolojik kumar, seks bağımlılığı, anti sosyal davranış örüntülerine de yol açabileceği belirtilmiştir (15). Yapılan bir görüntüleme çalışmasında internet bağımlılığı probleminin süresi ile dorsolateral prefrontal korteks, rostral anterior singulat korteks ve suplementer motor alanlardaki gri madde hacimleri arasında ters orantı olduğu bildirilmiştir (16). Bir diğer çalışmada pozitron emisyon tomografi (PET) ile internet bağımlılığı olan ve olmayan erişkin erkeklerde D2 reseptör bağlanma seviyeleri karşılaştırılmış, internet bağımlılığı olan bireylerde her iki taraf dorsal kaudat çekirdek ve sağ putamen bölgelerini içeren striatumda D2 reseptör seviyelerinde azalma olduğu saptanmıştır (17).

Davis tarafından oluşturulan bilişsel-davranışçı teori; "Kendisini ve dünyayı algılamada olumsuz bilişlere sahip olan kişi, yoğun internet kullanımı ile farklı bir duygusal gelişim sürecine girmektedir" fikrini benimser. Sanal ortamlarda, istenilen role girebilme, fiziksel temas olmadan iletişim kurabilme gibi amaçlara ulaşarak karşılanması, kişide yeni kognitif şemaların gelişmesinde önemli rol almaktadır. Bu kognitif gelişim sürecindeki 'İnternetsiz dünyada ben başarısız biriyim', İnternet saygı gördüğüm tek yer', 'Tek dostum internet' benzeri varsayımlarla kullanıcı internet bağımlısı olmaya yaklaşmaktadır (18).

Sosyal beceri eksikliği teorisini geliştiren Caplan; depresyon, sosyal anksiyete bozukluğu gibi problemleri olan ve kendilerini sosyal olarak yetersiz gören bireylerin yüz yüze iletişim yerine daha az çekindikleri sanal dünyayı tercih ettiklerini ifade eder. Bu bireylerde sanal iletişimin daha az riskli, heyecanlı ve kolay olduğu inancı pekişir ve interneti aşırı kullanma ve internet bağımlılığıyla sonuçlandığı belirtir (15). İnternetin, kişiye yeni bir kimlik inşa etme şansı sunduğu, sanal ortamda gerçek kimliğinden farklı bir kimlik yaratmanın kişiye

gerçek hayatta yaşadığı stres ve zorluklardan zihinsel olarak uzaklaşma fırsatı verdiği, karşılanmamış ihtiyaçların ve kişisel özlemlerin doyumunu sağladığı bildirilmiştir. Benlik saygısı düşük, kendisini yetersiz, değersiz bulan ve başkaları tarafından onaylanma ihtiyacı duyan kişilerin internetteki sosyal desteğe daha çok başvurduğu vurgulanmıştır.

3.2. İnternet Bağımlılığı Tanı Ölçütleri

İnternet bağımlılığını değerlendirmek için pek çok tarama aracı geliştirilmiştir, ancak hiçbirisi ‘altın standart’ olarak ortaya çıkmamıştır. İnternet bağımlılığı için literatürde kullanılan yaklaşık 25 değerlendirme aracı belirlenmiştir. Bunlar internet bağımlılığının varlığını ve ciddiyetini ölçmek için kullanılmaktadır. İnternet bağımlılığı tanı kriterleri konusunda uluslararası bir fikir birliği olmadığı için, kullanılan ölçekler tarama amaçlı kullanılmaktadır.

Young, internet bağımlılığını DSM-IV’te “Dürtü Kontrol Bozuklukları” başlığı altında bulunan “Patolojik Kumar Oynama” tanı kriterlerini temel alarak tariflemiştir (19).

Young’a göre aşağıdaki 8 kriterden 5 tanesini taşıyan kişiler internet bağımlısı olarak kabul edilmiştir:

1. İnternet ile ilgili aşırı zihinsel uğraş içinde bulunmak
2. Doyuma ulaşmak için giderek artan düzeylerde internet kullanım ihtiyacı
3. İnternet kullanımını azaltma ya da durdurmaya yönelik başarısız girişimlerde bulunma
4. İnternet kullanımının azaltılması ya da bırakılması durumunda huzursuzluk, tedirginlik, kızgınlık hissetmek ve depresif duygudurumda olma
5. Başlangıçta tasarlanan süreden daha uzun süre internette bağlı kalma
6. Aşırı internet kullanımı nedeniyle insan ilişkilerinde bozulma yaşama
7. İnternet kullanımının süresini gizlemek için aile üyelerine ve terapistine yalan söyleme
8. İnterneti problemlerden kaçmak veya olumsuz duygulardan uzaklaşmak için kullanma.

DSM-IV’te tanı kriteri olmayan buna karşın son zamanlarda internet bağımlılığına yönelik araştırmaların artması ile DSM-V’te kendine yer bulan internet bağımlılığı; DSM-V’te ‘İleri Araştırma Gerektiren Durumlar’ başlığı altında ‘İnternet Oyun Oynama Bozukluğu’ alt başlığı ile yer almıştır.

12 aylık bir süre içinde aşağıda belirtilen dokuz kriterden beş veya daha fazla kriterin karşılanması gerekmektedir.

1. İnternet oyunları aşırı uğraş (internette oyunu oynama günlük yaşamdaki en baskın eylem haline gelmiştir).
2. İnternette uzaklaştırıldığında çekilme belirtileri ortaya çıkar (bu bulgular tipik olarak iritabilite, anksiyete veya üzüntü ile tanımlanabilir, fakat farmakolojik çekilme belirtilerine ait fiziksel bulgu gözlenmez).
3. Tolerans gelişimi: İnternet oyunlarına katılmak için gerekli olan sürenin gitgide arttırılması ihtiyacı.
4. İnternet oyunlarına katılımı kontrol altına alabilmek için yapılan başarısız girişimler.
5. İnternet oyunları nedeni ile, internet oyunları haricinde, önceden ilgi duyulan hobi ve eğlenceli aktivitelere ilgi kaybı.
6. Psikososyal sorunlara yol açtığını bilmesine rağmen internet oyunlarının aşırı kullanımına devam etmesi.
7. İnternet oyunları için harcadığı süre ile ilgili olarak aile üyeleri, terapist ya da diğer kişileri kandırmıştır.
8. İnternet oyunlarını olumsuz duygu ve duygulanımdan kaçmak ya da rahatlamak için kullanmaktadır.
9. Önemli bir ilişki, iş veya eğitim ya da kariyer olanağını internet oyunlarına katılabilmek için tehlikeye atmış veya kaybetmiştir.

3.3. İnternet Bağımlılığın Fiziksel ve Psikososyal Etkileri

İnternet bağımlılığı olan bireylerde düzensiz yeme alışkanlığı ve sedanter yaşam görülme olasılığının normal popülasyondan yüksek olduğu saptanmıştır. Obeziteye sekonder olarak hiperlipidemi ve hipertansiyon riski artmış izlenmiştir. Uzun süreli bilgisayar kullanımı sonucu çocuklarda göz yakınmaları, postural bozukluklar, karpal tünel sendromu riski artmış bulunmuştur. Yapılan bir diğer çalışmada fiziksel aktivitenin azalmasına bağlı olarak obezite, derin ven trombozu ve pulmoner emboli riskinde artış, uygun olmayan beslenme alışkanlıkları nedeniyle fiziksel hastalıklara yatkınlık, karpal tünel sendromu, göz kuruluğu, görme bulanıklığı, kas-iskelet ağrıları ve postür bozuklukları bildirilmiştir (19,20). 10-17 yaş arasındaki 314 öğrenci ile yapılan bir araştırmada en sık sırt, boyun, bilekler ve dizlerde rahatsızlıklar, bunların yanı sıra gözlerde acı ya da yanma yaşandığı belirtilmiştir (21).

Bilgisayar ve internet kullanımının çocuk ve adölesanların psikososyal gelişimleri üzerine etkileri ile ilgili karşıt görüş bildiren çalışmalar vardır. Bunlardan bazıları internetin sosyalleşmeyi artırma ve bireysel iyileşme açısından önemli olduğunu belirtmektedir. Çocuklar ve arkadaşları internet kullandığı için internetin aralarında basit bir iletişim aracı haline gelebildiği belirtilmektedir. Yapılan çalışmalarda patolojik internet kullanımı bulunan bireylerde sosyal izolasyon, yalnızlık ve ev, okul performansında azalma arasında pozitif yönde bir ilişki bulunduğu saptanmıştır (15). Problemlili internet kullanımı mevcut olan adölesanların günlük etkinliklerine, öğretmen-aile ilişkilerine problemlili internet kullanımının olumsuz etkisi olduğu gösterilmiştir. Bireyler almış olduğu zevke karşı tolerans gelişmesiyle birlikte başlangıçta aldığı keyfi almak için sanal ortamda geçirdiği süreyi sürekli arttırır. Yoksunluk geliştiğinde huzursuzluk, endişe gibi psikolojik bulgularla birlikte; çarpıntı, terleme, titreme gibi fiziksel bulgular da görülür. Aşırı internet kullanımı nedeniyle arkadaş ve ailelerine vakit ayıramayan kişinin ilişkilerinde sorunlar yaşadığı, internette ne kadar vakit geçirdiğini gizlemeye çalışarak yalan söylediği, internette fazla vakit geçirdiği ile ilgili eleştirildiğinde kabul etmediği, öfkelenebileceği ve tüm bunların sosyal ilişkilerde sorunlara yol açabildiği vurgulanmıştır.

3.4. İnternet Bağımlılığının Tedavisi

Tanı ölçütlerinde olduğu gibi tedavi konusundaki çalışmalar da yetersizdir. Geniş randomize kontrollü çalışmalar yeterli olmamasına rağmen internet bağımlılığının tedavisinde farmakoterapi ve psikoterapi seçenekleri ön plandadır.

İnternet bağımlılığı tedavisinde ilaç seçerken altta yatan ya da eşlik eden psikiyatrik bozukluğun tedavisi amaçlanmalıdır. Eğer altta yatan bir psikiyatrik bozukluk saptanamamışsa bipolar duygudurum bozukluğu ve dürtü kontrol bozukluğuna daha yakın olması nedeniyle farmakoterapiye antidepresanlar (özellikle SSRI grubu) ve duygudurum düzenleyiciler ile başlanır. Yapılan bir çalışmada serotonin geri alım inhibitörleri (SSRI) ile tedavi edilen internet bağımlılarının %36'sında kısmi düzelme, %22'sindeyse tam düzelme gözlenmiştir (22). Farmakoterapide tercih edilebilecek ilaçlardan biri de bupropiondur. Bupropion sigara bağımlılığı tedavisinde kullanılan bir antidepresandır. Bupropion ve plasebonun karşılaştırıldığı online oyun bağımlısı ve beraberinde depresyonu da olan 50 kişiye rastgele verilen 12 haftalık tedavi sonunda bupropion alan grupta Young internet bağımlılığı skorlarının plasebo grubuna

göre daha fazla azaldığı dikkat çekmiştir. Bupropionun depresif duygudurum ve aşırı oyun oynamanın şiddetini azaltmadaki etkinliği görülmüştür (23).

İnternet bağımlılığının tedavisinde bir diğer seçenek; farmakoterapiye ek olarak ya da farmakoterapiden bağımsız olarak bilişsel davranışçı terapi (BDT) yöntemlerinin kullanılmasıdır. Yapılan çalışmalarda internet bağımlılığının hayatta başarısız olunan alanları telafi etmeye yönelik bir davranış örüntüsü olarak ortaya çıktığını öne sürülmüş ve internetin aşırı kullanımının ödüllendirici bir davranış olarak görülebileceğini ve bazı olumsuz duygularla (korku, huzursuzluk, hayal kırıklığı) mücadele etmeye yarayan yetersiz bir strateji olarak kullanılabileceği belirtilmiştir. Young'a göre, internet bağımlılığının BDT tedavisinde internete girmeyi tamamen yasaklamanın uygun bir çözüm yolu olmadığını, internet kullanımının banka işlemleri yapmak, araştırma yapmak, ödev yapmak vb diğer işlemler için bir ihtiyaç olduğunu ve tedavi hedefinin, interneti tamamen yasaklamak yerine kullanım süresinin kontrol altına alınması olması gerektiği ifade etmiştir (19).

Terapi yöntemlerinin etkinliğini inceleyen yeterince çalışma bulunmamaktadır. Young, 114 internet bağımlısı olguya ulaştığı bir çalışmada, bilişsel-davranışçı terapinin etkinliğini motivasyon kazandırma, zamanı uygun kullanma becerisi, sosyal etkinliklerin düzenlenmesi, sanal olmayan aktivitelere katılma ve sorunlu internet kullanımından uzak durabilme gibi parametreler ile bir anket çalışması yaparak değerlendirmiştir. Olguların çoğunluğunda üçüncü oturumdan itibaren klinik düzelmenin başladığını, sekiz oturum sonrasında başlangıçtaki belirtilerle başa çıkmaya başladıklarını ve altı aylık izlemde bu iyilik hallerinin devam ettiğini göstermiştir (24). Zhang ve arkadaşlarının internet bağımlılığı (İB) olan 51 adölesan üzerinde yaptıkları bir çalışmada, 28 ergene 14 oturum süren, BDT'nin de içinde bulunduğu çok yönlü psikoterapi uygulandığı, kontrol grubu olarak alınan 23 ergene ise herhangi bir tedavi uygulanmadığı, tedavi sonrası 1. ve 3. aylarda internet bağımlılığı değerlendirme ölçeği ile değerlendirilen internet bağımlılığı şiddetinde kontrol grubuna göre belirgin azalma olduğu bildirilmiştir (25).

3.5. İnternet Bağımlılığında Koruyucu Önlemler ve Ailelerin Rolü

İnternet bağımlılığı ile mücadelede önleyici stratejiler büyük önem taşır. Okullarda dijital okuryazarlık ve sağlıklı internet kullanımı konusunda eğitim programlarının yaygınlaştırılması, erken farkındalık ve yönlendirme açısından etkilidir. Aileler, çocuklarının internet kullanım sürelerini takip etmeli, çevrim

dışı sosyal etkinlikleri teşvik etmeli ve kendi dijital tutumlarıyla örnek olmalıdır. Aile içi sağlıklı iletişim, empatik dinleme ve kurallı ancak esnek bir dijital medya ortamı yaratılması, koruyucu faktörler arasında sayılabilir.

SONUÇ

İnternet adölesanlar için elektronik posta, anlık mesajlaşma, günlük tutma ve sohbet odaları gibi iletişim uygulamalarıyla sosyal onay ve akran kabulü gibi ön plana çıkan adölesan problemlerini karşılama olanağı sunmaktadır. Kimlik kazanımı sürecinde zorlu bir dönem geçiren adölesanlar, interneti gerçek yaşamdaki sorumluluklarından ve gerçek kimliklerinden kaçmaya yardımcı olan bir yer olarak görebilmektedir. Sosyal hayata giremeyen gençler kendilerini kolayca ifade ettiği, özgür hissettiği, arkadaşlık kurup sohbet ettiği internet ortamına yönelir ve kolayca internet bağımlısı haline gelebilirler. Adölesanların gerçek hayatta kuramadığı sosyal bağları internet üzerinden kurabilmesi, özgürce düşüncelerini, duygularını ifade edebilmeleri, gerçek kimliklerini saklayabilmelerinin interneti çekici kılan etmenlerden sayılabilir. Tüm bu sebepler internet bağımlılığını adölesanlar için en önemli risk gruplarından biri haline getirmektedir. Etkili müdahale stratejilerinin geliştirilmesi, ailelerin ve eğitim kurumlarının bilinçlendirilmesi ile mümkündür. Bu bağlamda hem klinik hem de kamusal düzeyde sürdürülebilir politikaların oluşturulması gerekmektedir.

KAYNAKÇA

1. World Health Organization, Adolescent Health 2018 [Internet]. Available from: http://www.who.int/topics/adolescent_health/en/.
2. Derman O. Ergenlerde psikososyal gelişim, Adölesan Sağlığı II Sempozyum Dizisi, 63. In 2008. p. 19–21.
3. Santrock JW. Adolescence (Çev: Doç. Dr. Diğdem Müge Siyez). Ankara: Nobel Akademik Yayıncılık; 2014.
4. Leiner BM, Cerf VG, Clark DD, Kahn RE, Kleinrock L, Lynch DC, et al. The Past and Future History of the Internet. Commun ACM. 1997;40(2):102–8. <https://doi.org/10.1145/253671.253741>
5. Auer S, Heath T, Bizer C, Berners-Lee T. LDOW2016. In: Proceedings of the 25th International Conference Companion on World Wide Web - WWW '16 Compani-

- on [Internet]. New York, New York, USA: Association for Computing Machinery (ACM); 2016 [cited 2025 April 7]. p. 1039–40. Available from: <http://dl.acm.org/citation.cfm?doid=2872518.2890599>
6. Düünden Bugüne ULAKNET [Internet]. 2010 [cited 2025 April 7]. Available from: <https://ulakbim.tubitak.gov.tr/tr/kurumsal/ulaknet-tarihcesi>
7. Arısoy Ö. İnternet Bağımlılığı ve Tedavisi. Psikiyatr Güncel Yaklaşımlar. 2009 Mar 1;1(1):55–67.
8. Hanehalkı Bilişim Teknolojileri (BT) Kullanım Araştırması [Internet]. 2024 [cited 2025 April 7]. Available from: [https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Hanehalki-Bilisim-Teknolojileri-\(BT\)-Kullanım-Arastirmasi-2024-53492](https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Hanehalki-Bilisim-Teknolojileri-(BT)-Kullanım-Arastirmasi-2024-53492)
9. Çocuklarda Bilişim Teknolojileri Kullanım Araştırması [Internet]. 2024 [cited 2025 April 7]. Available from: <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Cocuklarda-Bilisim-Teknolojileri-Kullanım-Arastirmasi-2024-53638>
10. Management of substance abuse, Dependence syndrome [Internet]. [cited 2025 April 7]. Available from: http://www.who.int/substance_abuse/terminology/definition1/en/
11. Young KS. (1998). Internet Addiction: The Emergence of a New Clinical Disorder. CyberPsychology & Behavior, 1, 237-244.
12. Sung J, Lee J, Noh HM, Park YS, Ahn EJ. Associations between the risk of internet addiction and problem behaviors among Korean adolescents. Korean J Fam Med, 2013, 34(2):115–22.
13. American Psychiatric Association. Diagnostic and İstatistical manual of mental disorders. fifth ed. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2013.
14. Gökçen Gökdeniz, C. (2022). Lise Öğrencilerinde İnternet Bağımlılığı ile Psikolojik Dayanıklılık ve Aile İşlevselliği Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Sabahattin Zaim Üniversitesi.
15. Caplan SE. Problematic Internet use and psychosocial well-being: Development of a theory-based cognitive-behavioral measurement instrument. Comput Human Behav. 2002 Sep;18(5):553–75.
16. Seçkin G. I am proud and hopeful: Age-based comparisons in positive coping affect among women who use online peer-support. J Psychosoc Oncol. 2011 Sep;29(5):573–91.
17. Kim SH, Baik SH, Park CS, Kim SJ, Choi SW, Kim SE. Reduced striatal dopamine D2 receptors in people with Internet addiction. Neuroreport. 2011 Jun 11;22(8):407–11.
18. Choi Y, Hyungcho L, Soonmook L. “Testing of Cognitive-Behavioral Model of Pat-

- hological Internet Use.” The Proceedings of the Annual Convention of the Japanese Psychological Association The 72nd Annual Convention of the Japanese Psychological Association. The Japanese Psychological Association, 2008.
19. Young KS. (1999). Internet addiction: Symptoms, evaluation, and treatment innovations in clinical practice (Vol. 17). In L. VandeCreek, & T. L. Jackson (Eds.), Sarasota, FL: Professional Resource Press.
20. Healy B, Levin E, Perrin K, Weatherall M, Beasley R. Prolonged work- and computer-related seated immobility and risk of venous thromboembolism. J R Soc Med. 2010 Nov 1;103(11):447–54.
21. Harris C, Straker L. (2000). Survey of physical ergonomics issues associated with school childrens’ use of laptop computers. International journal of industrial ergonomics, 26(3), 337-346.
22. Jang KS, Hwang SY, Choi JY. Internet addiction and psychiatric symptoms among Korean adolescents. J Sch Health. 2008 Mar;78(3):165–71.
23. Han DH, Renshaw PF. Bupropion in the treatment of problematic online game play in patients with major depressive disorder. J Psychopharmacol. 2012 May;26(5):689–96.

5. BÖLÜM

ADÖLESAN (ERGEN) EBEVEYNLERİNDE PSİKOEĞİTİM

Doç. Dr. Hülya ERTEKİN

Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi

Psikiyatri Anabilim Dalı

md.ertekin@gmail.com

<https://orcid.org/0000-0003-4787-5333>

GİRİŞ

Ergenlik; gelişim basamaklarında bedensel, ruhsal, cinsel ve psikososyal açıdan birçok değişikliğin ve olgunlaşmanın yaşandığı; kimlik duygusunun, bireysel bağımsızlığın ve sosyal üretkenliğin kazanımıyla sona eren; aile desteği gereksinimlerinin en yüksek olduğu, önemli yaşam dönemlerinden biridir.

Ergen ebeveynlerinin psikoeğitimi; bu dönemde çocuğu olan ebeveynlere (anne-baba), bu süreci sağlıklı yönetmeleri ve karşılaştıkları sorunların çözümünde yardımcı bilgi ve becerileri kazandırmayı hedefler. Bu bağlamda önemli olan birçok etmen değerlendirilmelidir. Psikoeğitim, ruhsal süreçlerle beraber değişen bedensel ve sosyal değişikliklere uyumu ve yaşam kalitesini artırmaya yönelik birçok parametreyi içinde bulundurur.

Psikoeğitimin temel basamakları;

- ✓ Ebeveynlerin bu dönem hakkındaki bilgilendirmelerinin sağlanması,
- ✓ Etkili iletişim becerileri kazandırmak,
- ✓ Sınır koyma ve disiplin sağlanması,
- ✓ Duygusal destek ve empati,
- ✓ Riskli davranışlara müdahale,
- ✓ Pozitif aile ortamı bu eğitimin bileşenleri olarak ele alınacaktır.

1. ERGENLİK DÖNEMİNİN ÖZELLİKLERİ

Erken ergenlik dönemi: 12-14 yaş arası fiziksel ve davranışsal gelişimin en hızlı olduğu dönemdir. Bu dönemde ilgi odakları genellikle bedenleri olduğundan, bu bedensel değişime uyumla ilgili baş etme çabaları söz konusudur. Cinsel gelişimle beraber gencin kimlik gelişimi ve toplumsal cinsiyet rollerini edinmeye başladığı fark edilir. Sosyal alanlarda arkadaşlık ilişkileri gelişir, giyim tarzı ve ilgi alanları belirlenmeye başlar. Bilişsel açıdan gelişim de bu dönemdeki önemli bir aşamadır, Jean Piaget tarafından soyut işlemler dönemi olarak isimlendirilmiştir. Bu döneme geçişle birlikte; ölüm, din, politika gibi kavramlar netleşmekte, gelecek, zaman, yaşam ve ölümlülük farkındalığı oluşmaktadır.

Orta Ergenlik dönemi: 15-18 yaşlar arası, ebeveynlerden ayrılma, bireyselleşme çabalarının en yoğun olduğu dönemdir. Bu dönemde duygusal yatırımlarını anne babalarından, karşı cinse ve akran ilişkilerine yönlendirmeleri, kendilerinde “ben herşeyi yapabilirim” gücünü hissetmeleri, riskli davranışlara katılımlarının artması, otonomi kazanma istekleri aile içi çatışmaları tetikleyebilir. Bu dönemde akranları tarafından değerlendirilme öncelikli olduğundan, akranlarınca onaylanmamak benlik saygılarında azalmaya sebep olabilir. Akran ilişkilerinde sınır problemleri kontrol kaybı gelişebileceği ile ilgili, kaygı oluşmasına sebep olabilir

Geç ergenlik: Kimlik duygusunun bütünleşmesiyle sona eren 18 yaş civarı, sosyal, akademik veya sanatsal açıdan belli bir seviyeye ulaşma ve kendini bir topluluğa ait hissedilen dönemdir. Erik Erikson’un ergenlik dönemini ele aldığı psikososyal kurama göre; ergenlik döneminde daha önceki gelişim basamaklarında elde edilmesi beklenen temel güven duygusu, özerklik, girişimcilik, çalışma ve yapıcılık gibi kazanımlar olmaksızın tutarlı bir kimlik duygusu geliştirmek zordur. Çocukluk çatışmaları, geçmiş özdeşimler tekrar yaşanır ve kimlik rollerine uygun nitelik kazanarak benimsenir ve kimlik duygusu gelişir “Ben kimim”, “Ne olacağım” sorularının net olarak cevaplandığı ve kabullenildiği dönemdir. Cinsel, toplumsal ve mesleki bileşenleri olan kimlik duygusunun, ergenliğin sonunda hala tamamlanmamış olması kimlik kargaşası ile sonuçlanır. Bu dönemle birlikte; kimlik duygusu gelişmiş olan bireylerde; yakın ilişkiler kurma ve bu ilişkileri sürdürme, iş ve eş seçebilme, toplum içinde erişkin rollerini üstlenebilecek sorumluluğa sahip olma becerileri gelişir. Erken ergenlik döneminde başlayan ahlaki gelişim bu dönemde tamamlanır (1-4).

2. ETKİLİ İLETİŞİM BECERİLERİ

Aktif dinleme: Ergenlerde aktif dinlemenin ergenin duygularını kabulünü sağlarken, bir yandan duygularından ötürü rahatsız olmasını engeller. Yaşadığı karmaşık duyguları ifade etmesini, tanımasını kolaylaştırır, anlaşıldığını hissettiği için duygularını ve düşüncelerini paylaşmasını sağlar. Ebeveynleriyle sıcak olumlu ilişki kurmasına ve olumlu duygular geliştirerek sorunların çözülmesine, problem çözme yeteneğinin gelişmesine katkıda bulunur. Anne babası tarafından dinlenen ergen, ebeveynlerinin duygu ve düşüncelerine anlamaya çalışır, kendisi de onları dinler. Bireysel farkındalık kazanarak kendini tanıması kolaylaşır (5).

Sessizlik (edilgin dinleme): Karşıdaki kişiye saygı duyulduğunu ifade eden ve kabul etmeyi ifade eden sözsüz bir iletişim biçimidir.

Kabul ettiğini gösteren tepkiler: Kafa sallamak, öne doğru eğilmek gibi sözsüz mesajlarımız önemlidir. Bu yöntem sayesinde ergen, kişisel duygu, düşünce ve davranışlarını ortaya çıkarmaktadır.

Kapı aralayıcılar: “Bu konuda konuşalım mı” “seni dinliyorum” “bu konu senin için önemli gibi geldi” gibi kapalı uçla sorularla birlikte, açık uçlu sorular: “Ne, neler, nasıl?” gibi sorularla olay hakkındaki gerçek duygu ve düşünceleri öğrenilebilir.

Nelerden kaçınılmalı: “Niçin, neden” gibi yargılayıcı sorulardan ve tavsiye, mantık, emir mesajları vermekten kaçınılmalı, “ben dili” tercih edilmelidir.

*****Doğru ve yeterli zaman seçilmelidir, dinlemeye hazır olunmalıdır, bazı duygu ve davranışların kabullenilmesi zor olsa da kabullenilmelidir, ergenin bir birey olduğu, her zaman ebeveynin seçtiği sonucun gerçekleşmeyeceği alternatif çözüm yolları olduğu kabullenilmelidir. Bu yetenek zamanla ve uygulama sayısı arttıkça gelişir, empati kurmak bu yeteneğin gelişmesine katkı sağlar.***

3. SINIR KOYMA VE DİSİPLİN

Sınır koyma; ergenin hangi davranışının kabullenilebilir olduğunu tanımlayan net ve anlaşılır kuralları konulmasıdır. Sınır koyma sayesinde her davranışın bir sonucu olduğu, bu sonuçları üstlenmelerinin önemli olduğu, yaşlarına uygun sorumluluklara sahip oldukları, davranışlarının sonuçları ile gelecekteki davranışlarını kontrol etme yeteneği kazanacaklarını öğrenirler. Sınırların olması bireyin neyi nasıl, ne şekilde yapacağını veya yapmaması gerektiğiyle ilgili net bir tavır sergilemesini kolaylaştırarak belirsizliğe karşı oluşacak kaygıyı azaltır, bireye güvence sağlar. Kimlik duygusu kazanılması ve sürdürülmesini kolaylaştırır, sorumluluk, özdisiplin, toplumsal kural ve aktivitelere uyum, hem kendisinin, hem de diğer bireylerin haklarına yönelik farkındalık gelişmesinde etkili olur.

Özellikle orta ergenlik döneminde; ergenlerin bireyselleşmeye başlamasıyla birlikte sınırları zorlamaya başlarlar. Özgür, bağımsız, kendi hayatı hakkında söz sahibi olmak isterler (6-7).

- Öncelikle sınır koymadaki hedef belirlenmeli, gerekliliği ve ergenin gelişimine katkısı değerlendirilmelidir. Sınır oluşturulurken ergene söz hakkı tanınması, gerektiğinde esnetilebilecek şekilde oluşturulması önemlidir. “Örneğin belli bir saatte eve gelmesi konusunda anlaştıktan sonra, arkadaşlarıyla daha fazla vakit geçirmek isteyen bir ergene, belirlenen saate bir süre daha uyum sağlarsa sürenin uzatılabileceği söylenir, uyum sağladığı taktirde süresi uzatılır. Tam tersi süreye uymazsa gelmesi gereken saat geriye alınır.”
- Ergenlerin fikri alınır, bu düşünceye önem verildiği vurgulanır, karşılıklı bir orta noktada anlaşılır, ancak son sözü ebeveyn söylemelidir.
- Sorun çözme becerilerini geliştirmeyi sağlamak açısından sorunun çözüm yollarını arama ve bulma konusunda zaman tanınmalı, bu konuda sorumluluk alması gerektiği vurgulanmalıdır.
- Sınır aşımı ile karşılaşıldığında görmezden gelinmemeli, sınır aşımı durumlarının sonuçları sınır konduğunda belirlenmelidir. Sınırı aşmanın anlam ve sonuçlarına katlanması gerekliliğini kavraması sağlanmalıdır.
- Sınır koyarken alternatif seçenekler karşılıklı değerlendirilmeli, net bir sonuca ulaşılmalıdır.
- Sınır koyma esnasında ergende öfkelenme, surat asma gibi olumsuz tavırlarla karşılaşılabilir, bunların anlaşıldığı, bunu kabullenmenin kolay olmadığı empatik bir dille ebeveynler tarafından ifade edilmelidir.

4. DUYGUSAL DESTEK VE EMPATİ

Bu dönemde ortaya çıkan bedensel ve ruhsal değişiklikler; ergenin empati ile ilgili duygu ve düşüncelerinin şekillenmesinde etkilidir. Duygudurumlarındaki dalgalanmaları düzenlemeye çalışırken, fizyolojik hızlı değişiklikler, duygusal gerilimlerle baş etmek durumunda kalırlar. Ancak hormonal ve fizyolojik değişimler; duygu ve davranışların kontrolünü güçleştirmektedir. Bu durum empati, sorun çözme, iletişim, öfke yönetimi gibi konularda yetersizlikler yaşamalarına sebep olur.

Empati; karşıdaki kişinin duygularının anlaşıldığının ve hissedildiğinin o kişiye hissettirilmesiyle ilgilidir. Empati becerisine sahip bireyler sosyal yaşam olaylarında daha az sorun yaşarlar. Empati; ergenlikte ortaya çıkan aile içi çatışmalar, davranış sorunları ve zorbalık gibi sorunların ortaya çıkışını önleyebilecek önemli koruyucu bir faktördür (8).

Yapılan çalışmalar güvenli bağlanmış, olumlu aile ilişkilerine sahip ergenlerin daha empatik olduğunu göstermiştir. Empati gelişiminin ergenliğin geç dönemlerinde tamamlandığı vurgulanmıştır.

Empati gelişiminin en önemli aşaması empatik ebeveynlere sahip olmaktır. Ebeveynlerin öncelikle kendi empati yeteneklerini gözden geçirmeleri gerekir. Bu bağlamda ebeveynlerin, çocuğunun duygularını anlamaya çalışan, sorunlarına çözüm arayışında olan, stresli bir durumla karşılaştığında çözüm odaklı davranışlar sergilenmesi kilit role sahiptir.

Bu süreçte ebeveynlerin kendi duygularını öncelikle kontrol altına alması gerekir. Bunu sağlamak için sakin ve sağlıklı bir iletişim ortamı, duygu ve düşüncelerin ayrıntılı olarak ifade edilmesi, çözüm önerilerinin birlikte oluşturulması, stresle başa çıkmak için neler yapılabileceği belirlenmelidir.

Baş çıkma teknikleri; fiziksel aktivite, solunum egzersizi, gevşeme, doğru ve sağlıklı beslenme, sosyal-kültürel-sportif aktiviteler, hobi edinme, dua-ibadet gibi etkinliklerdir. Bu etkinlikleri ebeveynle birlikte, tek başına veya sağlıklı arkadaş ortamında yapmasını desteklemek empati gelişimini de kolaylaştırabilir.

Problem çözme becerilerinin geliştirilmesi empati oluşumuna katkı sağlar. Problemi tanımlama, çözüm alternatifleri oluşturma, var olan kaynaklarını değerlendirme gibi aşamaları birlikte yürütme ve ergene bu alanda otonomi kazandırma sorun çözme becerilerini geliştirmeyi kolaylaştırabilir (9, 10).

5. RİSKLİ DAVRANIŞLARA MÜDAHALE

Ergenlikle birlikte artan heyecan arama ve riskli davranışlar; ergenin bedensel ve ruhsal sağlığını etkileyen, bireysel, akademik ve sosyal gelişiminde sorunlara yol açabilen önemli bir sorundur. Erkeklerin daha fazla riskli davranışlarda bulunduğu, özellikle orta ergenlik döneminde bu tür davranışların daha sık olduğu gösterilmiştir. Bu davranışların ortaya çıkışında ergenin bireysel özelliklerinin yanı sıra ebeveynlerin ve akranlarının tutum ve davranışları etkili olabilmektedir.

Aile içi iletişimin bozuk olması, şiddet davranışının gösteriliyor olması, duygusal açıdan yakın ve destekleyici olmayan, baskıcı tutumlar sergileyen, anne-baba ilişkisi kötü olan ergenlerin daha fazla riskli davranışlarda bulunduğu bilinmektedir. Özellikle anne davranış yapısının sıcak ve kucaklayıcı olmadığı ergenlerde bu tür sorunlar daha sık olmaktadır. Bununla birlikte bulunduğu arkadaş ortamı, özellikle en yakın arkadaş olarak nitelendirilen akranın özellikleri bu tür davranışların tetiklenmesine yol açar.

Ebeveynler akran ilişkilerini yönetmek için sağlıklı veya sağlıklı yöntemler uygularlar. Sağlıklı yöntemler baskı uygulama, olumsuz arkadaşlarla görüşmeyi tamamen engelleme gibi davranışlardır. Ancak bu tür uygulamalar tam tersi yönde etki edip riskli davranışları arttırabilir. Ebeveynlere akran yönetiminde önerilen uygulama 4 alana ayrılmıştır. Bunlar;

Rehberlik; ergenin arkadaşına yönelik beklentilerinin, şartlarının, kurallarının ve bu arkadaşlığın olası sonuçlarını değerlendirmeye yönelik iletişim kurmak.

Destekleme; uygun arkadaşlarla iletişimini ve sağlıklı etkinliklere teşvik etmek.

Yasaklama; ebeveynin sebep ve olumsuz sonuçlarını ergenle birlikte değerlendirip her iki tarafın onayıyla belli kişilerle iletişimin durdurulması. Bu anlaşmada ergen tarafı üzülebilir, tepki gösterebilir, ancak belli bir aşamadan sonra kabullenmenin netleştiği gözlenir.

Tarafsızlık (nötr davranma-neutrality) ebeveynin ergenin arkadaş ilişkilerini kendisinin düzenlemesi aşamasına geldiği dönemde nötr kalmasıdır.

Ergenlerde görülen riskli davranışlar; fiziksel şiddet, sigara, alkol, madde kullanımı, erken ve riskli cinsel davranışlar, kendine zarar verme, intihar düşünceleri ve girişimleri, evden-okuldan kaçma olarak sınıflandırılabilir. Bu tür durumların ortaya çıkması durumunda genellikle profesyonel yardım almak gerekir.

Ebeveynlerin amacının, genel olarak bu tür davranışların ortaya çıkmadan

önlenmesi olmalıdır. Alkol-madde, sigara kullanımının önlenmesinde öncelikle ebeveynlerin bilgi sahibi olması, çocuklarını yakından gözlemlemeleri, kendileri rol model olup, kendilerinde bu tarz sorunlar varsa onu çözmeleri, bu konuda çocuklarıyla ayrıntılı, samimi ve çözüm odaklı iletişim kurmaları önerilebilir.

Kendine zarar verme, intihar düşüncesi-girişimi gibi durumlarda altta yatan ciddi bir sorun olduğu gözden kaçırılmamalıdır, önemsenmeli altta yatan sorun tespit edilmeye çalışılmalı ve mutlaka profesyonel bir yardım için başvurulmalıdır.

Riskli cinsel davranışların hem bedensel hem de ruhsal çok sayıda sorunu beraberinde getirdiği bilinmektedir. Bulaşıcı hastalıklar, gebelik, depresyon, davranış bozukluğu, alkol-madde kullanımı cinsel davranışlarla birlikte ortaya çıkabilir. Ergenin bilgilendirilmesi, ortaya çıkabilecek sorunların ayrıntılı öğretilmesi, yakından gözlenmesi, normalden farklı her tür davranış ve tutumunun altında yatabilecek patolojinin fark edilmesi en önemli aşamalardan biridir. Bu tür bir durum söz konusu ise vakit kaybetmeden tıbbi yardım alınması sağlanmalıdır (11-13).

6. POZİTİF AİLE ETKİLEŞİMİ

Aile ortamı, aile bireylerinin ortak hedef, plan, organizasyon, varlık ve deneyimlerini içeren bir kavramdır, iki ana boyutu vardır. İlki ailenin birlik ve beraberliği, ikincisi ise; aile kural, disiplin ve düzenini ifade eder. Ailenin birlik ve beraberliğinde aile üyelerinin birbirine karşı dürüst ve açık olmaları, birbirlerini desteklemeleri gerektiği vurgulanmaktadır. Bu boyutların yeterli olmadığı, sorunların yaşandığı ortamlarda yetişen ergenlerde problemleri davranışlarla karşılaşılması beklenir bir sonuçtur (10, 14).

Pozitif aile ortamının sağlanması için öneriler;

- ✓ Aile içi iletişimin açık ve net olması
- ✓ Duygusal yakınlığın ve duygusal paylaşımın sağlanması
- ✓ Ergenin ailenin önemli bir parçası ve ona ait olduğunu hissetmesi
- ✓ Güven duygusuna sahip olması
- ✓ Destekleyici ve problem çözücü ebeveynlerin olması
- ✓ Ailenin birlikte olumlu yaşam olaylarını deneyimlemeleri önerilmektedir.

KAYNAKLAR

1. Derman O. Ergenlerde psikososyal gelişim. Adölesan Sağlığı II Sempozyum Dizisi 2008; 63(1):19-21.
2. Çuhadaroglu F. Adölesansda psikolojik gelişim özellikleri. Katkı Pediatri Dergisi 1996; 5:783-88.
3. Kuruoglu AÇ. Ergenlik dönemi. Aysev AS, Taner YI (ed). Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları. İstanbul: Golden Print, 2007.
4. Günçe G. Çocukta Zihin Gelişimi: Piaget Kuramına Toplu Bakış. Ankara: Baylan Matbaası, 1973.
5. Kılıç Ç. Aile eğitim programları ve Türkiye'deki örnekleri. Abant İzzet Baysal Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi 2010; 10(1):99-111.
6. Laurence Steinberg Ergenlik (Çev. F. Çok vd). Ankara: İmge Kitabevi, 2017.
7. Mackenzie JR..Çocuğunuza sınır koyma (Çev. F. Çok vd). Ankara: HYB Yayıncılık, 2000.
8. Ulus L. Ergen bireyler için yaşam becerileri. Avrasya Sosyal ve Ekonomi Araştırmaları Dergisi 2018; 5(12): 516-537.
9. Ulus L, Sezgin EY. Ergen bireylerin empati ve saldırganlık düzeyleri arasındaki ilişkinin incelenmesi. Türkiye Sosyal Araştırmalar Dergisi 2019; 23(3): 646-667.
10. Uzun AE, Deniz ME, Deniz M, Uzun G. Ergenlerde duygusal özerkliğin yordayıcısı olarak empati ve pozitif negatif duygu. Abant İzzet Baysal Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi 2023; 23(4): 2280-2298.
11. Bozzini AB, Bauer A, Maruyama J, Simões R, Matijasevich A. Factors associated with risk behaviors in adolescence: a systematic review. Braz J Psychiatry. 2021;43(2):210-221.
12. Hendekci, A, Uğur HG.. Ergenlik dönemi öğrencilerinin riskli sağlık davranışları, anne baba ergen ilişkileri ve etkileyen etmenler. Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi 2021;10(2): 134-146.
13. Rattay P, Von Der Lippe, E, Mauz E, Richter F, Hölling, H, Lange, C, Lampert, T. Health and health risk behaviour of adolescents—Differences according to family structure. Results of the German KiGGS cohort study. PloS one, 2018; 13(3): e0192968.
14. Aufseeser D, Jekielek S, Brown B. The Family Environment and Adolescent Well-Being: Exposure to Positive and Negative Family Influences. Child trends 2006.

6. BÖLÜM**ADÖLESANLARDA MENSTRÜEL SIKLUS, ANORMAL UTERİN KANAMA VE DİSMENORE****Doç. Dr. Durmuş DOĞAN**

Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi
Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı
Çocuk Endokrinoloji Bilim Dalı
durmusdogan@comu.edu.tr
<https://orcid.org/0000-0001-5369-8797>

1. GİRİŞ

Adölesan dönemi, bireyin çocukluktan erişkinliğe geçtiği, hızlı fiziksel, hormonal ve psikososyal değişimlerin yaşandığı kritik bir evredir. Bu dönemde ortaya çıkan en önemli adımlardan biri menarş, yani ilk âdet kanamasıdır. Menarş genellikle telarş (göğüs tomurcuklanması) başladıktan 2–3 yıl sonra, ortalama 12–13 yaş civarında meydana gelir (1, 2). Bu dönemde menstrüel siklusların başlaması, yani menarş, üreme yeteneğinin kazanılmasının bir işareti olmakla birlikte genel sağlık ve endokrin sistemin olgunlaşmasının da bir göstergesidir. Bu nedenle adet in bir “vital bulgu” olarak görülmesi önerilmiştir (3).

Bu dönemde hipotalamus-hipofiz-over (HPO) ekseninin henüz tam olarak olgunlaşmamış olması çeşitli menstrüel düzensizliklere zemin hazırlayabilir (2). Dismenore oligomenore, amenore ve anormal uterin kanama (AUK) gibi sorunlar adölesanların yaşam kalitesini, okul devamlılığını ve başarısını, sosyal ilişkileri ve psikolojik durumlarının olumsuz yönde etkileyebilir. Bu bölümde; adölesan dönemde daha sık karşılaşılan AUK ve dismenore sorunları ele alınacaktır.

1.1. Adölesan Dönemde Normal Menstrüel Siklus Fizyolojisi

Menstrüel siklus, HPO aksın kendi içindeki karmaşık etkileşimlerle yönetilen döngüsel bir süreçtir. Hipotalamustan salgılanan gonadotropin salgılatıcı hormon (GnRH), hipofizden folikül stimüle edici hormon (FSH) ve lüteinleştirici hormon (LH) salınımını uyarır. Bu hormonlar da overlerde folikül gelişimini, ovulasyonu ve steroid hormonları (östrojen, progesteron) üretimini sağlar. Overyan siklus (foliküler faz, ovulasyon, luteal faz) ve endometrial siklus (proliferatif faz, sekretuar faz, menstrüasyon) eş zamanlı olarak ilerler.

Adölesan kızlarda menstrüel siklusun özellikleri erişkinlerden farklılık gösterebilir. Menarştan sonraki ilk birkaç yıl boyunca HPO aksın olgunlaşmamış olması nedeniyle ovulasyon düzensiz aralıklarla gerçekleşir veya hiç gerçekleşmez (2). Bunun sonucu olarak adet sıklığı ve miktarında geniş bir normal varyasyon görülür; bu dönem boyunca sikluslar sıkça anovuluar (ovülasyon olmayan) ve düzensizdir. Bu fizyolojik anovulasyon, adölesan dönemde görülen AUK vakalarının büyük bölümünü açıklar (4). Bu tür ovulasyonsuz sikluslarda endometrium düzenli dökülmez; östrojenin aralıklı ve öngörülemez etkisiyle oligomenore veya uzun aralıklı düzensiz kanamalar görülebilir. İlk 2 yıl içindeki bu düzensiz âdet kanamaları genellikle alta yatan patoloji olmaksızın fizyolojik kabul edilir ve genç kızın üreme aksının olgunlaşmasının bir parçası olarak değerlendirilir. Bu fizyolojik değişkenlik, AUK veya polikistik over sendromu (PKOS) gibi menstrüel düzensizlikle seyreden patolojik durumların erken tanısında dikkatli olmayı gerektirir. Bu nedenle, klinisyenlerin bu normal gelişimsel süreci patolojiden ayırmak için yaşa özel tanı kriterlerini bilmesi ve dikkatli bir izlem stratejisi uygulaması, gereksiz tetkik ve tedaviyi önlerken gerçek patolojilerin gözden kaçırılmamasını sağlar.

Menarştan sonraki süreçte HPO aksı olgunlaştıkça ovülasyonlar daha düzenli hale gelir. İkinci yıldan itibaren sikluslar kısalmaya ve düzene girmeye başlar; menarştan ~3 yıl sonra adölesanların %60–80’inde adet döngüleri yetişkinlerdeki tipik siklus aralığı olan 21–34 güne oturur (3). Erişkin kadınlarda “normal” kabul edilen siklus uzunluğu 21–35 gün iken, adölesanların ilk birkaç yılında 21–45 gün arası siklus aralıkları normal olarak kabul edilir (5). Tipik olarak âdet kanaması 2–7 gün sürer; çoğu genç kızda kanama süresi ortalama 4–5 gündür. Menstrüel kan kaybı miktarı kişisel farklılık gösterir; ortalama 30–40 mL civarında kan kaybedildiği kabul edilir. Hipermenore (aşırı adet kanaması) genelde ≥ 8 günden uzun süren veya siklus başına ~80 mL’den fazla kan kaybı olarak tanımlanır (1).

Adölesan dönemde normal bir menstrüel siklusun parametreleri şu şekildedir (Tablo 1).

- **Siklus süresi:** Menarştan sonraki ilk yıl siklus süresi 21-45 gün arasında (bazen 40-50 gün) oldukça değişken olabilir. Üç yılın sonunda adölesanların %60-80’inde sikluslar yetişkin paternine (ortalama 28 ± 7 gün) ulaşır.
- **Adet süresi:** Ortalama 2-7 gün sürer.
- **Kan kaybı miktarı:** Ortalama kan kaybı yaklaşık 40 mL (25-69 mL aralığında) olup, normal aralık 20-80 mL olarak kabul edilir. Bir siklus- ta 80 mL’den fazla kan kaybı veya 8-10 günden uzun süren kanamalar anemiye neden olabilir. Ancak bu miktarın günlük hayatta ölçülmesi pek mümkün değildir.

Tablo 1: Adölesanlarda Normal Menstrüel Siklus Parametreleri ve Fizyolojik Değişkenlikler

Parametre	Değer
Menarş Yaşı (Türkiye Ortalaması)	12,43 yaş
Siklus Aralığı (İlk Yıl)	21-45 gün (bazen 40-50 gün)
Siklus Aralığı (3. Yıl Sonunda)	%60-80’i 21-35 gün (yetişkin paterni)
Siklus Aralığı (Yetişkin)	28 ± 7 gün (21-35 gün)
Kanama Süresi	2-7 gün
Ortalama Kan Kaybı (mL)	40 mL (25-69 mL), 3-6 ped/gün veya siklus boyunca 10-15 ped
Anormal Kabul Edilen Kan Kaybı	>80 mL/siklus; >25 ped veya >30 tampon/dönem
İlk Yıllardaki Fizyolojik Düzensizlik Süresi	Menarştan sonraki 2-3 yıl

2. ADÖLESANLARDA ANORMAL UTERİN KANAMA

AUK, uterin korpustan kaynaklanan, süre, miktar, düzen açısından veya sıklık açısından normal menstrüasyondan sapan kanama olarak tanımlanır. Adölesanlarda hastaneye başvuruya neden olan en sık jinekolojik sorunlardan biridir. Uluslararası Obstetrik ve Jinekoloji Federasyonu (FIGO) tarafından geliştirilen PALM-COEIN sistemi (Polip, Adenomyozis, Leiomyom, Malignite ve hiperplazi - Koagülopati, Ovuluar disfonksiyon, Endometrial, İatrojenik, Henüz sınıflandırılmayan) AUK nedenlerini yapısal ve yapısal olmayan olarak sınıflandırmak için kullanılır ve adölesanlar için de önerilmektedir (4). Ancak, adölesanlarda AUK'nın en sık nedeni, HPO aksının immatüritesine bağlı ovuluar disfonksiyon olup, bu durum sıklıkla disfonksiyonel uterin kanama olarak da adlandırılır. AUK'nın yapısal nedenleri ergen yaş grubunda nadiren görülür.

AUK ile ilişkili bazı önemli terminolojiler şunlardır:

- **Ağır menstrüel kanama:** Aşırı miktarda veya uzun süren (genellikle >80 mL ve/veya >7 gün) âdet kanaması.
- **İntermenstrüel kanama:** Düzenli âdet kanamaları arasında meydana gelen kanama.
- **Polimenore:** 21 günden daha kısa aralıklarla düzenli olarak meydana gelen âdet kanaması.
- **Oligomenore:** 35-45 günden daha uzun aralıklarla meydana gelen düzensiz âdet kanaması.

Epidemiyolojik verilere göre, adölesanların %50'sinden fazlası menstrüel disfonksiyon sorunları yaşamaktadır ve AUK, bu sorunlar arasında en önemli ve en yaygın görülenlerden biridir.

Normal kan kaybı miktarının bilinmesi, AUK'nın objektif değerlendirilmesi için kritik bir referans noktasıdır. Ancak, pratikte menstrüel kan kaybını kantitatif olarak ölçmek zordur (6). Bu zorluk, klinisyenleri ve hastaları kan kaybını değerlendirmede subjektif ölçütlere (örneğin, kullanılan ped sayısı, pedlerin ıslanma derecesi, pıhtı varlığı) yöneltmektedir. Bir adet döneminde 25'ten fazla ped veya 30'dan fazla tampon ıslatılması ya da saatte birkaç pedin tamamen ıslanması genellikle anormal bir kanama olarak değerlendirilir. Bu durum, AUK tanısında objektif bulguların (örneğin, hemoglobin düşüklüğü, anemi semptomları) ve subjektif hasta şikayetlerinin bir arada değerlendirilmesinin önemini ortaya koymaktadır. Kan kaybını ölçmedeki bu zorluk, AUK'nın şiddetinin ve tedaviye yanıtın değerlendirilmesinde de bir kısıtlılık oluşturabilir.

2.1. Etiyoloji

Adölesanlarda AUK'nın etyolojisi çeşitlidir:

- **HPO Aksının İmmatüritesi:** En sık nedendir. Özellikle menarştan sonraki ilk birkaç yıl boyunca anovuluar sikluslara yol açar. Progesteron desteği olmaksızın sürekli östrojen uyarısı endometriumun düzensiz ve aşırı proliferasyonuna ve sonuç olarak ağır, uzamış veya düzensiz kanamalara neden olabilir (7).
- **Koagülasyon Bozuklukları:** von Willebrand hastalığı başta olmak üzere çeşitli kanama bozuklukları, AUK olan adölesanların %20'sine varan bir kısmında altta yatan neden olabilir (4, 8). Bu nedenle, özellikle ağır veya tedaviye dirençli kanamalarda bu olasılık sistematik olarak araştırılmalıdır. Ailede kanama bozukluğu öyküsü önemli bir ipucudur. AUK, altta yatan sistemik bir hematolojik durumun ilk belirtisi olabileceğinden, doğru tanı sadece AUK'nın yönetimi için değil, aynı zamanda kanama bozukluğunun diğer potansiyel komplikasyonlarını (örneğin, cerrahi sonrası kanama) önlemek için de hayati önem taşır.
- **Endokrinopatiler:** Polikistik over sendromu (PKOS), tiroid disfonksiyonları (hipotiroidi, hipertiroidi) ve hiperprolaktinemi gibi durumlar HPO aksını etkileyerek AUK'ya neden olabilir.
- **Gebelik ve Komplikasyonları:** Cinsel aktif adölesanlarda gebelik, dış gebelik veya abortus olasılığı her zaman akılda tutulmalıdır.
- **Enfeksiyonlar:** Servisit, vajinit veya pelvik inflamatuvar hastalık (PIH) gibi genital sistem enfeksiyonları düzensiz kanamalara yol açabilir.
- **Yapısal Lezyonlar:** Uterin polipler, myomlar veya Müllerian anomaliler gibi yapısal nedenler adölesanlarda AUK'nın nadir nedenlerindendir ancak tedaviye yanıtız vakalarda düşünülmelidir.
- **İlaç Kullanımı:** Antikoagülanlar, bazı antipsikotik ilaçlar, steroidler veya hormonal kontraseptiflerin düzensiz kullanımı AUK'ya neden olabilir.
- **Travma ve Yabancı Cisim:** Genital bölgeye travma veya vajinada unutulmuş yabancı cisimler (özellikle küçük çocuklarda ve premenarşal dönemde) kanamaya yol açabilir.
- **Sistemik Hastalıklar:** Karaciğer veya böbrek yetmezliği gibi ciddi sistemik hastalıklar nadiren AUK nedeni olabilir.
- **Stres, Aşırı Egzersiz ve Yeme Bozuklukları:** Bu durumlar HPO aksını

baskılayarak ovulatuvar disfonksiyona ve AUK'ya neden olabilir.

Özetle, adölesan AUK etiyolojisinde %40-50 anovulasyon, %20 civarı kanama bozukluğu ve kalan vakalarda endokrin nedenler, ilaçlar veya idiopatik faktörler rol oynamaktadır (7, 9). Bu nedenle bir adölesan anormal kanama ile başvurduğunda geniş bir ayırıcı tanı düşünülmeli hem hormonal olgunlaşma süreci hem de olası altta yatan hastalıklar göz önünde bulundurulmalıdır.

2.2. Tanısal Yaklaşım

AUK tanısında amaç, kanamanın kaynağını ve altta yatan nedeni belirlemektir. Detaylı bir menstrüel öykü (menarş yaşı, siklusların düzeni, süresi, kanama miktarı – kullanılan ped sayısı, pedlerin ıslanma derecesi, pıhtı varlığı, intermenstrüel kanama), kanama bozukluğu semptomları (kolay morarma, sık burun veya diş eti kanaması, cerrahi veya diş çekimi sonrası uzamış kanama), ailede kanama bozukluğu veya AUK öyküsü, cinsel aktivite (son ilişki tarihi, kontrasepsiyon kullanımı), gebelik olasılığı, kullanılan ilaçlar, kronik hastalıklar, stres düzeyi, egzersiz alışkanlıkları ve yeme bozukluğu semptomları sorgulanmalıdır (8).

Fizik incelemede genel durum değerlendirilir, vital bulgular (kan basıncı, nabız) ölçülür. Anemi bulguları (solukluk, taşikardi), kanama bozukluğu bulguları (peteşi, ekimoz), tiroid bezi büyüklüğü, hirsutizm, akne, galaktore varlığı gibi endokrinopati belirtileri araştırılır. Cinsel olarak aktif adölesanlarda, travma, enfeksiyon veya yapısal anomali varlığını değerlendirmek için dikkatli bir pelvik muayene yapılmalıdır. Cinsel olarak aktif olmayanlarda dış genital organların inspeksiyonu ve gerekirse rektal muayene (rekto-abdominal) yapılabilir.

Laboratuvar testleri ile kanamanın ciddiyetinin belirlenmesi ve potansiyel nedenler araştırılır. Tam kan sayımı, periferik yayma, ferritin düzeyi, Protrombin zamanı (PT), aktive parsiyel tromboplastin zamanı (aPTT), trombin zamanı (TT), fibrinojen düzeyi. Cinsel aktif tüm adölesanlarda serum β -hCG istenmelidir. Kanama bozukluğu için riskli olan olgulardan von Willebrand faktör antijeni, ristocetin kofaktör aktivitesi ve Faktör VIII düzeyi gibi spesifik testler istenmelidir. Tiroid fonksiyon testleri mutlaka görülmelidir. Cinsel aktif cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar dışlanmalıdır (4).

Pelvik ultrasonografi (USG), uterus ve overlerin değerlendirilmesi, yapısal patolojilerin (myom, polip, kist, Müllerian anomali) dışlanması için ilk tercih edilen görüntüleme yöntemidir (8).

2.3. Tedavi Yaklaşımları

AUK tedavisinde hedefler; akut kanamayı durdurmak, hemodinamik stabiliteyi sağlamak, kanamanın tekrarlamasını önlemek, anemiye düzeltmek, altta yatan nedeni tedavi etmek ve adölesanın yaşam kalitesini artırmaktır. Tedavi seçimi, kanamanın şiddetine, hastanın hemodinamik durumuna, anemi derecesine ve altta yatan etyolojiye göre bireyselleştirilir. Adölesanlarda AUK yönetiminde, HPO aksının maturasyonunu tamamlama potansiyeli göz önünde bulundurularak, en az invaziv ve en az yan etkili tedaviyle başlanması ve gereksiz agresif müdahalelerden kaçınılması temel bir prensiptir (10). HPO aksı immatüritesinin en sık neden olduğu ve menarştan sonraki ilk yıllarda siklusların kendiliğinden düzene girebileceği göz önüne alındığında, hafif vakalarda gözlem ve güvence verme yaklaşımı mantıklıdır.

Hafif AUK (Hemoglobin >12 g/dL, hemodinamik olarak stabil, yaşam kalitesini önemli ölçüde etkilemeyen kanama): Özellikle menarştan sonraki ilk 1-2 yıl içinde görülen hafif düzensizliklerde, durumun fizyolojik olabileceği açıklanır ve hasta takip edilir. Profilaktik olarak veya hafif demir eksikliğinde günlük 60 mg elementer demir verilebilir. İbuprofen, naproksen sodyum, mefenamik asit gibi NSAİİ'ler menstrüel kanama miktarını %20-50 oranında azaltabilir. Adet başlamadan bir gün önce veya adetle birlikte başlanıp kanamanın ilk 2-3 günü kullanılır. Ancak, kanama bozukluğu olan veya trombosit fonksiyonlarını etkileyebilecek durumlarda kontrendikedir. Yaşam kalitesi etkilenen olgularda hormonal yaklaşım orta düzeyde kanaması olan olgulara benzer yaklaşım yapılabilir.

Orta Derecede AUK (Hemoglobin 10-12 g/dL, hemodinamik olarak stabil, ancak yaşam kalitesini etkileyen veya anemiye yol açan kanama): Endometrial proliferasyonu ve dökülmeyi stabilize etmek ve siklusu düzenlemek amaçlanır. Bu durumda KOK ya da progesteron kullanılması konusunda konsensus yoktur. Aktif kanaması olan olgularda KOKlar daha iyi bir seçenektir. Kırılma kanamasını kontrol etmek için en az 30 mcg etinil östradiyol içeren KOK preparatları kullanılması önerilmektedir. Kanama durana kada 6-12 saatte bir tablet verilerek izlenmelidir. Aneminin tedavisi için terapötik dozda elementer demir (örneğin, 3-6 mg/kg/gün) verilir. Hb >12 g/dl olana kadar 3-6 ay siklik olarak KOK tedavisine devam etmelidir. Sadece progesteron içeren tabletler aktif kanaması olmayan ya da östrojen kullanımı kontrendike olan durumlarda tercih edilebilir.

Şiddetli AUK (Hemoglobin <10 g/dL, aktif yoğun kanama, hemodinamik instabilite bulguları – hipotansiyon, taşikardi): Bu hastalar genellikle hospitalize edilmelidir. Hemodinamik stabilizasyon için intravenöz (IV) sıvı resüsitasyonu ve gerekirse kan veya kan ürünü transfüzyonu yapılır. Kanamayı hızlıca durdurmak amacıyla ilk tercih olarak KOK'lar kullanılır (4, 8). Oral alabilen olgularda 30-35 µg (bazen 50 µg) etinilestradiol içeren monofazik KOK'lar, kanama belirgin şekilde azalana veya durana kadar her 6 saatte bir tablet şeklinde başlanır. Kanama kontrol altına alındıktan sonra doz kademeli olarak azaltılarak (örneğin, 3-7 gün boyunca günde 2 tablet, ardından günde 1 tablet) 21 gün tamamlanır ve 7 gün ara verilir veya düşük doz idame tedavisine geçilir (8). Yüksek doz östrojen bulantıya neden olabileceğinden, antiemetik ilaçlar tedaviye eklenebilir. Progesteron içeren tabletler östrojen kontrendikasyonu olan veya KOK tolere edemeyen hastalarda bir seçenektir (4). Örneğin, noretisteron asetat 5 mg her 8 saatte bir başlanır, kanama durunca doz azaltılır. Oral tedaviyi tolere edemeyen veya oral tedaviye rağmen kanaması devam eden, hayatı tehdit eden kanamalarda 25 mg IV konjuge östrojen her 4-6 saatte bir verilebilir. Traneksamik asit, plazminojenin plazmine dönüşümünü inhibe ederek fibrinolizi azaltır ve kanama miktarını önemli ölçüde düşürür. Özellikle altta yatan kanama bozukluğu olan veya hormonal tedaviye ek olarak kanama kontrolü sağlamak için faydalıdır. Aminokaproik asit de bir diğer seçenektir. Traneksamik asit tromboz için intrensek riski olan hastalarda kontrendikedir (4).

Bilinen von Willebrand hastalığı veya bazı trombosit fonksiyon bozuklukları olan hastalarda, Faktör VIII ve von Willebrand faktör düzeylerini artırarak hemostaza yardımcı olabilir. İntranazal, subkutan veya IV olarak uygulanır.

Medikal tedaviye yanıtız, hayatı tehdit eden kanamalarda veya altta yatan organik bir patoloji (örneğin, polip) varlığında nadiren endometrial örnekleme ve teröpatik küretaj gerekebilir.

3. ADÖLESANLARDA DİSMENORE

Dismenore, menstrüasyon sırasında veya hemen öncesinde başlayan, genellikle alt karın bölgesinde hissedilen, kramp tarzında ağrıdır (11, 12). Ağrıya bulantı, kusma, baş ağrısı, ishal, yorgunluk gibi sistemik semptomlar da eşlik edebilir. Disminore iki ana tipe ayrılır (13). Primer dismenore; altta yatan herhangi bir pelvik patoloji olmaksızın ortaya çıkan menstrüel ağrıdır. Genellikle menarştan 6-12 ay sonra, ovulatuvar siklusların başlamasıyla birlikte görülür. Temel nedeni, endometriumdan salınan prostaglandinlerin aşırı üretimidir. Se-

konder dismenore ise altta yatan bir pelvik patolojiye (örneğin, endometriozis, adenomyozis, pelvik inflamatuvar hastalık, myomlar, over kistleri, uterin anomaliler) bağlı olarak ortaya çıkan menstrüel ağrıdır. Genellikle primer dismenoreye göre daha geç yaşlarda başlar, ancak adölesanlarda da, özellikle endometriozise bağlı olarak, görülebilir (11, 12).

Dismenore, adölesan kızlarda en sık görülen jinekolojik problemlerden biridir (14). Prevalansı çalışmalarda %60 ile %94 arasında oldukça geniş bir yelpazede bildirilmektedir; bu değişkenlik, kullanılan tanımların ve çalışma popülasyonlarının farklılığından kaynaklanabilir (14, 15). Disminore, adölesanların yaşam kalitesini olumsuz etkileyen, okul ve iş gücü kaybına neden olan önemli bir sağlık sorunudur (14, 16).

3.1. Etyoloji

- **Primer Disminore:** Temel patofizyolojik mekanizma, luteal fazın sonuna doğru progesteron seviyelerinin düşmesiyle endometriumdan prostaglandinlerin (özellikle PGF2α ve PGE2) aşırı sentezi ve salınımıdır. Prostaglandinler, myometriumda güçlü ve düzensiz kasılmalara (uterin hiperkontraktilite), uterus kan akımının azalmasına ve sonuç olarak uterin iskemiye ve ağrıya neden olur (17).
- **Sekonder Disminore:** Adölesanlarda sekonder dismenorenin en önemli ve sık nedenlerinden biri endometriozisdir (11). Endometrial dokunun uterus dışında yerleşmesiyle karakterizedir. Diğer nedenler adenomyozis, pelvik inflamatuvar hastalık, over kistleri (Özellikle rüptüre olan veya torsiyone olan kistler akut ağrıya neden olabilir), uterin anomaliler, servikal stenoz dismenoreye neden olabilir (12).

3.2. Tanısal Yaklaşım

Dismenore tanısında amaç, primer ve sekonder dismenore ayırımını yapmak ve varsa altta yatan patolojiyi saptamaktır.

- **Anamnez:** Ağrının başlangıç zamanı (menarşla ilişkisi – menarştan hemen sonra mı, birkaç yıl sonra mı başladı?), karakteri (kramp tarzında, keskin, künt), süresi, şiddeti (günlük aktiviteleri etkileme durumu, okul devamsızlığı), yayılımı (bele, uyluklara), eşlik eden semptomlar (bulantı, kusma, ishal, baş ağrısı, yorgunluk), ailede dismenore veya endo-

metriozis öyküsü, cinsel öykü (disparoni varlığı), daha önceki tedavilere yanıt (12, 15).

- **Fizik Muayene:** Genel muayene yapılır. Primer dismenorede pelvik muayene genellikle normaldir. Ancak, sekonder dismenore şüphesi varsa (örneğin, ağrı tedaviye yanıtsızsa, menarştan yıllar sonra başlamışsa, atipik semptomlar varsa) veya cinsel aktifse, altta yatan patolojiyi dışlamak için pelvik muayene (bimanuel ve spekulum) yapılmalıdır. Cinsel aktif olmayan adölesanlarda dikkatli bir abdominal muayene ve gerekirse rekto-abdominal muayene yapılabilir.
- **Laboratuvar Testleri:** Genellikle primer dismenore tanısı için spesifik bir laboratuvar testi gerekmez. Sekonder dismenore şüphesinde, PİH olasılığını değerlendirmek için vajinal/servikal kültürler, tam kan sayımı (lökositöz) veya CRP gibi inflamasyon belirteçleri istenebilir.
- **Görüntüleme:** Pelvik ultrasonografi, sekonder dismenore nedenlerini (over kistleri, myomlar, Müllerian anomaliler, endometriomalar) dışlamak veya değerlendirmek için ilk tercih edilen görüntüleme yöntemidir.

Tedaviye yanıtsız veya menarştan itibaren şiddetli ve giderek artan dismenore varlığında, sekonder dismenore nedenleri, özellikle endometriozis, akla gelmeli ve daha ileri tanısallık değerlendirme (ultrason, gerekirse laparoskopi) düşünülmelidir. Klinisyenlerin, tedaviye yanıtsızlık durumunda veya atipik özellikler varlığında sekonder nedenleri araştırması erken tanı ve yönetimi için kritiktir.

3.3. Tedavi Yaklaşımları

Dismenore tedavisinde amaç, ağrıyı azaltmak, yaşam kalitesini artırmak ve günlük aktivitelere katılımı sağlamaktır. Primer dismenorenin yüksek prevalansı ve yaşam kalitesi üzerindeki önemli etkisi, etkili ve erişilebilir tedavi seçeneklerinin (özellikle NSAİİ'ler ve KOK'lar) bilinirliğini ve doğru kullanımını kritik hale getirmektedir. Non-farmakolojik yöntemler ise destekleyici ve bazı hastalar için birincil tercih olabilir.

• Primer Dismenore Tedavisi:

Non-farmakolojik Yöntemler: Medikal tedaviyi istemeyen veya yan etkilerinden dolayı tolere edemeyen hastalar için veya medikal tedaviye ek olarak önerilebilir. **Sıcak Uygulaması** (Karın veya bel bölgesine sıcak su torbası, ısıtıcı ped uygulaması), egzersiz (Düzenli aerobik egzersiz),

Yaşam Tarzı Değişiklikleri (Sigara ve alkolden kaçınma, yeterli uyku, stres yönetimi) nonfarmakolojik yöntemlerden bazılarıdır (18, 19).

Farmakolojik Tedaviler:

- **Non-steroidal Antiinflamatuvar İlaçlar (NSAİİ'ler):** Primer dismenore tedavisinde ilk basamakta tercih edilen ilaçlardır (15). Prostaglandin sentezini inhibe ederek etki gösterirler. İbuprofen (200-400 mg, her 4-6 saatte bir), naproksen sodyum (275-550 mg, her 8-12 saatte bir), mefenamik asit (250-500 mg, her 8 saatte bir) gibi çeşitli NSAİİ'ler kullanılabilir. Herhangi bir NSAİİ'nin diğerine üstünlüğünü gösteren kesin kanıt yoktur; bireysel yanıt ve tolerabiliteye göre seçim yapılabilir. İlaç, ağrı başlamadan hemen önce veya âdet kanamasıyla birlikte başlanmalı ve ağrılı olduğu sürece (genellikle 2-3 gün) düzenli aralıklarla kullanılmalıdır. En sık görülen yan etkiler gastrointestinal sistemle ilgilidir (bulantı, dispepsi, gastrit); bu nedenle tok karına alınmaları önerilir. Astım, peptik ülser veya böbrek hastalığı olanlarda dikkatli kullanılmalıdır.
- **Hormonal Kontraseptifler (Kombine Oral Kontraseptifler-KOK'lar):** NSAİİ'lere yeterli yanıt alınamayan, NSAİİ kullanımı kontrendike olan veya aynı zamanda kontrasepsiyon isteği olan adölesanlarda ikinci basamak tedavi olarak etkilidir. KOK'lar, ovulasyonu baskılayarak ve endometrial proliferasyonu azaltarak prostaglandin üretimini düşürürler. Düşük doz (20-35 µg etinilestradiol) KOK'lar tercih edilir. Siklik (21 gün ilaç + 7 gün ara) veya sürekli/uzatılmış siklus (arasız veya daha az arayla) şeklinde kullanılabilirler; sürekli kullanımın dismenoreyi daha etkili kontrol edebileceğine dair kanıtlar vardır. Yan etkiler arasında bulantı, baş ağrısı, memede hassasiyet, lekelenme tarzı kanamalar ve nadiren venöz tromboemboli (VTE) riski bulunur.
- **Sadece Progestin İçeren Tedaviler:** KOK kullanamayan veya tercih etmeyen hastalarda bir seçenektir. Depo medroksiprogesteron asetat (DMPA) enjeksiyonları, levonorgestrel salınlı rahim içi sistem (LNG-IUS) veya oral progestinler (dienogest gibi) kullanılabilir. Ovulasyonu baskılayarak ve endometrial atrofi yaparak etki gösterirler (12).
- **Sekonder Dismenore Tedavisi:** Tedavi, altta yatan patolojiye yönelik olmalıdır. Örneğin, endometriozis varsa endometriozis tedavisi (medikal veya cerrahi), PİH varsa uygun antibiyotik tedavisi uygulanır. Semptomatik rahatlama için NSAİİ'ler ve hormonal tedaviler de kullanılabilir.

KAYNAKÇA

1. Anthon C, Steinmann M, Vidal A, Dhakal C. Menstrual Disorders in Adolescence: Diagnostic and Therapeutic Challenges. *Journal of Clinical Medicine*. 2024;13(24):7668.
2. Carlson LJ, Shaw ND. Development of Ovulatory Menstrual Cycles in Adolescent Girls. *J Pediatr Adolesc Gynecol*. 2019;32(3):249-53.
3. ACOG Committee Opinion No. 651: Menstruation in Girls and Adolescents: Using the Menstrual Cycle as a Vital Sign. *Obstet Gynecol*. 2015;126(6):e143-e6.
4. Yaşa C, Güngör Uğurlucan F. Approach to Abnormal Uterine Bleeding in Adolescents. *J Clin Res Pediatr Endocrinol*. 2020;12(Suppl 1):1-6.
5. Harley KG, Watson A, Robertson S, Vitzthum VJ, Shea A. Menstrual Cycle Characteristics of U. S. Adolescents According to Gynecologic Age and Age at Menarche. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology*. 2024;37(4):419-25.
6. Sanchez J, Andrabi S, Bercaw JL, Dietrich JE. Quantifying the PBAC in a pediatric and adolescent gynecology population. *Pediatr Hematol Oncol*. 2012;29(5):479-84.
7. Hall EM, Ravelo AE, Aronoff SC, Del Vecchio MT. Systematic review and meta-analysis of the etiology of heavy menstrual bleeding in 2,770 adolescent females. *BMC Womens Health*. 2024;24(1):136.
8. Screening and Management of Bleeding Disorders in Adolescents With Heavy Menstrual Bleeding: ACOG COMMITTEE OPINION, Number 785. *Obstet Gynecol*. 2019;134(3):e71-e83.
9. Zia A, Jain S, Kouides P, Zhang S, Gao A, Salas N, et al. Bleeding disorders in adolescents with heavy menstrual bleeding in a multicenter prospective US cohort. *Haematologica*. 2020;105(7):1969-76.
10. Kaunitz AM. Abnormal Uterine Bleeding in Reproductive-Age Women. *Jama*. 2019;321(21):2126-7.
11. Hewitt G. Dysmenorrhea and Endometriosis: Diagnosis and Management in Adolescents. *Clin Obstet Gynecol*. 2020;63(3):536-43.
12. ACOG Committee Opinion No. 760: Dysmenorrhea and Endometriosis in the Adolescent. *Obstet Gynecol*. 2018;132(6):e249-e58.
13. Dixon S, Hirst J, Taghinejadi N, Duddy C, Vincent K, Ziebland S. What is known about adolescent dysmenorrhoea in (and for) community health settings? *Frontiers in Reproductive Health*. 2024;Volume 6 - 2024.
14. Armour M, Parry K, Manohar N, Holmes K, Ferfolja T, Curry C, et al. The Prevalence and Academic Impact of Dysmenorrhea in 21,573 Young Women: A Systematic Review and Meta-Analysis. *J Womens Health (Larchmt)*. 2019;28(8):1161-71.
15. McKenna KA, Fogleman CD. Dysmenorrhea. *Am Fam Physician*. 2021;104(2):164-70.
16. Pouraliroudbaneh S, Marino J, Riggs E, Saber A, Jayasinghe Y, Peate M. Heavy menstrual bleeding and dysmenorrhea in adolescents: A systematic review of self-management strategies, quality of life, and unmet needs. *Int J Gynaecol Obstet*. 2024;167(1):16-41.
17. Itani R, Soubra L, Karout S, Rahme D, Karout L, Khojah HMJ. Primary Dysmenorrhea: Pathophysiology, Diagnosis, and Treatment Updates. *Korean J Fam Med*. 2022;43(2):101-8.
18. Matthewman G, Lee A, Kaur JG, Daley AJ. Physical activity for primary dysmenorrhea: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Am J Obstet Gynecol*. 2018;219(3):255.e1-.e20.
19. Woo HL, Ji HR, Pak YK, Lee H, Heo SJ, Lee JM, et al. The efficacy and safety of acupuncture in women with primary dysmenorrhea: A systematic review and meta-analysis. *Medicine (Baltimore)*. 2018;97(23):e11007.

7. BÖLÜM

ADÖLESANDA AKNEYE YAKLAŞIM

Doç. Dr. Selda IŞIK MERMUTLU
Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi
Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalı
seldaisik@yahoo.com.tr
<https://orcid.org/0000-0003-2777-341X>

Akne vulgaris dünya genelinde en sık rastlanan kronik inflamatuvar dermatozlardandır. Farklı yaş gruplarında da görülmekle birlikte, adölesan dönemde %85' lere varan oranda görülmektedir. Adölesan akne tanımı 10-19 yaş aralığındaki bireyleri kapsamaktadır.

PATOGENEZ

Primer olarak pilosebace ünitenin kronik enflamasyonu ile karakterizedir. Patogenezinde androjen hormonlara artmış duyarlılık, sebum artışı, mikroorganizmalar ve foliküler hiperkeratinizasyon rol oynar. Temel olarak doğuştan gelen ve edinilmiş bağışıklık, nöroendokrin mekanizmalar ve genetik gibi kompleks inflamatuvar mekanizmalar rol oynasa da hava kirliliği, deri bakım ürünleri, ilaçlar, mekanik faktörler, yaşam tarzı ve stres gibi endojen ve eksojen faktörler de akne gelişimine katkıda bulunan faktörlerdendir (1, 2).

Cutibacterium acnes (*C. Acnes*, *Propionibacterium acnes*) akne patogenezinde öncelikli olarak rol oynayan Gram-pozitif anaerobik bir basildir. Deri mikrobiyomunda komensal ve patojenik suşlar bulundurur. Ek olarak akne lezyonlarında *Staphylococcus epidermidis*, *Staphylococcus aureus* ve *Malassezia* türleri de tanımlanmıştır, ancak nedensel ilişkiler henüz net değildir.

Testosteron ve dihidroepiandrostenedion sülfat gibi androjenler de akne patogeneğinde önemli role sahiptir. Ancak literatürde akne şiddeti ve androjen düzeyi ile ilgili çelişkili sonuçlar bildirilmiştir (1-3).

KLİNİK

Akne vulgaris'te görülebilen deri bulguları; açık ve kapalı komedonlar, eritemli papüller, püstüller, nodüller ve kistlerdir. Sıklıkla sebase bezlerin yoğun olarak bulunduğu yüz, gövde ön yüz, sırt ve kolların üst kısımlarında yerleşmeye eğilimlidirler. Lezyonlar gerileme aşamasındayken skar ve postinflamatuvar hiperpigmentasyona neden olabilirler. Özellikle genç adölesan dönemde alın, burun ve çene bölgesinde (T bölgesinde) yaygın açık ve kapalı komedonlar (komedonal akne) görülür.

Akne vulgaris tanısı klinik olarak koyulur ve hafif, orta ve şiddetli olmak üzere üç gruba ayrılır. Klinik derecesinin belirlenmesi, tedavi seçimi ve hasta takibinde objektif skorlama yöntemleri kullanılması önerilmektedir. Klinik değerlendirilmelerde kullanılan birçok akne şiddet skorlama yöntemi mevcut olup evrensel olarak uygulanan tek bir skorlama sistemi yoktur. ABD'de ve literatürde birçok çalışmada sıklıkla araştırmacı global değerlendirme (IGA) ölçeği kullanılmaktadır (4, 5). (Tablo 1).

Tablo 1. Araştırmacı global değerlendirme (IGA) ölçeği

Evre	Hastalık şiddeti	Klinik özellik
0	Lezyon yok	Komedon, papül, püstül, nodül yok Rezidüel pigmentasyon, eritem, skar gözlenebilir
1	Çok az lezyon	Bir papül, püstül veya komedon
2	Hafif	Birkaç papül, püstül veya komedon. Nodül yok
3	Orta	Çok sayıda komedon, az sayıda papül ve püstül, tek nodül
4	Şiddetli	Çok sayıda komedon, papül, püstül. İki den fazla nodül

Adölesan dönemde akne vulgaris dışında farklı klinik alt tipler de görülebilir. Bu dönemde görülebilen klinik alt tipler;

- **Akne mekanika** (Dar kıyafetler, uzun süreli oturmak gibi kronik basınca, sürtünmeye yol açan durumlarda akneiform erupsiyon oluşması)
- **Kozmetik aknesi** (Kozmetik ürün kullanımına bağlı inflamatuvar papül ve püstüllerin oluşması)
- **Akne konglobata** (Birleşmiş sinüs traktları, çok sayıda komedon, derin yerleşimli apseler ve skarlarla karakterize, nadir ancak şiddetli seyreden klinik form)
- **Akne fulminans** (Ateş, artrit, lökositoz, sedimentasyon hızı, CRP, karaciğer enzimlerinde yükseklik gibi bulguların eşlik edebildiği akut başlangıçlı ağırlı, hemorajik, enflame nodüllerle karakterize şiddetli sistemik form)
- **Akne ekskoriye** (Kompulsif tipte akne lezyonlarını travmatize etmeye bağlı skar ve hiperpigmentasyona yol açan psikosomatik form) (6).

LABORATUAR

Akne vulgaris hastalarında genellikle sistemik hastalıklarla ilişki olmadığı için rutin laboratuvar incelemelerine gerek yoktur. Laboratuvar tetkiklerine öykü ve sistemik muayenede eşlik edebilecek ek hastalık bulgusu varsa veya akne vulgarise yönelik sistemik tedavi alanlarda takip amaçlı başvurulur.

Endokrinolojik testler;

- Hiperandrojenizm bulguları varsa (hirsutizm, oligomenore veya amenore, androjenik alopesi, infertilite, polikistik over sendromu (PCOS), kliteromegali, trunkal obezite vb) ,
- Tedaviye yanıt alınamayan, şiddetli seyreden olgularda,
- Yeterli sistemik tedavi sonrası (uzun süreli sistemik isotretinoin) hızlı nüks görülen olgularda istenmelidir.

Bu durumlarda total ve/veya serbest testosteron, dehidroepiandrosteron sülfat (DHEAS), 17-hidroksiprogesteron, luteinizan hormon (LH), folikül stimüle edici hormon (FSH), prolaktin (PRL) ve kortizol istemi gibi tetkikler endikedir. Laboratuvar bulgularında anomali ve şüpheli klinik bulgular varlığında ise endokrinoloji uzmanı görüşü alınmalıdır.

Rutin mikrobiyolojik ve/veya antibiyotik duyarlılık testleri ise tedavi yönetimini etkilemediği için endike değildir. Kültür alımı uzun süreli tetrasiklin

tedavisi alan hastalarda oluşabilen, gram negatif folikülit (periorifisyel bölgelerde uniform püstüller, nodüller) veya pitrosporum folikülit (gövdede monomorf papül ve püstüller) düşünüldüğünde yapılabilir (2,7).

AKNE İLE İLİŞKİLİ SENDROMLAR

Akne adölesan dönemde genellikle primer bir deri hastalığı olmasına rağmen bazı otoinflamatuvar hastalıklar ve sendromların önemli antitelerinden biri de olabilmektedir. Özellikle tedaviye dirençli, şiddetli akne formları, eşlik eden diğer dermatolojik, endokrinolojik veya romatolojik bulgular varlığında bu sendromlar açısından ileri tetkik ve araştırmalar gerekmektedir.

Akne ile ilişkili sendromlar;

- HAİR-AN sendromu (hiperandrojenizm, insülin direnci, akantozis nigrikans)
- Polikistik over sendromu
- Konjenital adrenal hiperplazi
- SAHA sendromu (Sebore, akne, hirsutizm, androgenetik alopesi)
- SAPHO sendromu (Sinovit, akne, püstüloz, hiperosteoze, osteit)
- PAPA sendromu (Piyojenik steril artrit, piyoderma gangrenozum, akne)
- PASH sendromu (Piyoderma gangrenozum, akne, hidradenitis süpürativa)
- PAPASH sendromu (Piyojenik artrit, piyoderma gangrenozum, akne, hidradenitis süpürativa)
- PAC sendromu (piyoderma gangrenozum, akne, ülseratif kolit) (8, 9).

AKNE VE BESLENME

2000' li yıllara kadar akne ve beslenmenin ilişkisiz olduğu kabul edilirken, son yıllarda yapılan çalışmalarla bunun tersi yönde bulgular elde edilmiştir. Günümüzde özellikle yüksek glisemik indeksli gıdalarla ağırlıklı olarak beslenmenin insülin direncine ve insülin benzeri büyüme faktörü -1 (IGF-1) artışına neden olarak sebum artışını, keratinosit hiperproliferasyonunu ve dolayısıyla kronik inflamasyonu tetiklediği kabul edilmektedir. Süt ve süt ürünlerinin de akne şiddetini alevlendirebileceğine dair güçlü kanıtlar mevcuttur. Ayrıca lite-

ratürde henüz netliğe kavuşmasa da liften zengin beslenmenin, antioksidanlar, çinko ve A vitamini içerikli takviyelerin akne tedavisine olumlu katkı sağlayabileceğini öne süren yayınlar mevcuttur (10, 11).

AKNENİN PSİKOSOSYAL ETKİLERİ

Aknenin bireyler üzerinde emosyonel, sosyal, işlevsel, günlük aktiviteler, uyku düzeni ve okul başarısı gibi birçok alanda etkileri bilinmektedir. Özellikle adölesan dönemde anksiyete bozukluğu, depresyon, sosyal çekilme, stigmatizasyon ve hatta suisid girişimi gibi ciddi psikososyal bozukluklara neden olmaktadır. Bu gibi durumlarda dermatolog takibinin yanısıra psikiyatrik değerlendirme ve multidisipliner yaklaşım önerilmelidir (12, 13).

TEDAVİ

Akne vulgaris tedavisi genellikle uzun süreli, düzenli takip gerektiren, eşlik eden bulgular varlığında multidisipliner yaklaşım gerektirebilen bir süreçtir. Temel tedavide topikal ve sistemik medikal tedavi seçenekleri yer almaktadır. Tedavi seçiminde hastanın yaşı, cinsiyeti, tıbbi özgeçmişi, akne tipi ve şiddeti göz önünde bulundurulmalıdır (14).

1. TOPİKAL TEDAVİ

Topikal tedaviler akne tedavisinin temelini oluşturur. Hafif şiddetli olgularda başlangıç tedavisi olarak, orta ve şiddetli aknede idame tedavide veya sistemik tedavilerle kombinasyon halinde uygulanabilir. Tam etkinlik için 12 hafta uygulama önerilmektedir. Topikal tedavi seçenekleri arasında; retinoidler, topikal antibiyotikler, benzoil peroksit, klaskoteron, topikal salisilik asit ve azelaik asit yer alır (tablo 2).

Tablo 2. Amerikan Dermatoloji Akademisi 2024 kılavuzu temel alınarak hazırlanmıştır.



● Güçlü öneri

- *Antibiyotikler monoterapi olarak kullanılmamalıdır
- **BPO antibiyotik direncini azaltmak amacıyla kombine edilir
- *** Doksisiklin azitromisine göre koşullu olarak daha üstün
- Koşullu öneri (çoğu hasta için geçerli)
- ****Büyük papül ve nodüllerde adjuvan tedavi olarak

1.1. Retinoidler

Topikal tedavinin temel taşı kabul edilen retinoidler vitamin A deriveleridir. Komedolitik, antiinflamatuvar ve akne sonrası gelişen postenflamatuvar hiperpigmentasyonu azaltma özellikleri vardır. Topikal tretinoin, adapalen, tazaroten ve trifaroten olmak üzere başlıca 4 formu bulunur. Komedon ağırlıklı, hafif-orta şiddetli akne ile ilk tercih olarak veya sistemik tedavi sonrası idame tedavide kullanılırlar. Fotolabil olmaları nedeniyle geceleri, topikal olarak ince bir katman halinde sürülerek uygulanırlar. Ancak kızarıklık, yanma, batma, deride soyulma gibi yan etkiler nedeniyle kullanımları sınırlıdır. Bu durumlarda gün aşırı uygulama ve nemlendiriciler önerilebilir. Ek olarak topikal retinoid kullanan hastalara güneş koruyucu ürün kullanmaları da önerilmelidir. Oksidasyon ve inaktivasyon nedeniyle benzoil peroksitle birlikte kullanılmaları uygun değildir (2, 15, 16).

1.2. Benzoil peroksit(BPO)

Antiinflamatuvar, bakterisid ve hafif komedolitik etkileri vardır. Yanma, batma hissi, kuruluk, eritem, iritasyon ve giysilerde beyazlamaya neden olabilir. Düşük konsantrasyonlarda, su bazlı, yıkanabilir formdaki ürünler daha iyi tolere edilir. *C.acnes* 'e direnç olmaması önemli avantajlarından (2, 14-16).

1.3. Topikal antibiyotikler

Eritromisin, klindamisin, tetrasiklin, minosiklin, dapson, nadifloksasin, sülfasetamid, ve metronidazol akne tedavisinde kullanılan topikal antibiyotiklerdir. İnflamatuvar lezyonları %46 -70' lere varan oranlarda azaltırlar ve iyi tolere edilirler. Ancak bir ayı geçen uygulamalarda gelişebilecek potansiyel direnç gelişimi nedeniyle monoterapi olarak kullanılmaları önerilmemektedir. Bazı araştırmacılar klindamisin, eritromisin, tetrasiklin gibi topikal antibiyotiklerin doğal antiinflamatuvar ve antimikrobiyal etkilerinden dolayı bu direncin önemsiz olduğunu öne sürmektedir. Ancak yine de monoterapide *Staphylococcus aureus* ve *Staphylococcus epidermis* 'in antibiyotik dirençli suşlarının oluşma riski mevcuttur. Topikal antibiyotik ve benzoil peroksit kombinasyonunun direnç geliştirmeyi engelleyici etkisi varken, topikal antibiyotik ve retinoid kombinasyonu her iki ajanın tek başına uygulanmasından daha etkilidir. %3 eritromisin+

%5 BPO ve %1 klindamisin+ %5 BPO içeren hazır formülasyonlar yaygın olarak kullanılmaktadır. Ek olarak BPO dapson veya sülfasetamidle birlikte uygulandığında deride yıkandığında çıkan, turuncu kahverengi renk değişimi yapılabilir. Bu nedenle farklı zamanlarda kullanılmaları önerilmektedir (2,14,17).

1.4. Klaskoteron

Doğrudan androjen reseptörüne bağlanan, sebositlerden androjen aracılı lipid ve inflammatuar sitokin sentezini inhibe eden topikal bir antiandrojendir. Etkinliğiyle ilgili başarılı sonuçlar bildirilse de tedavi maliyetinin yüksek olması kullanımını sınırlamaktadır (2,17,18).

1.5. Salisilik asit

Akne tedavisinde topikal olarak sıklıkla %0,5 - %2 konsantrasyonlarda kullanılan beta hidroksi asittir. Komedolitik etkilidir. Yüksek konsantrasyonlarda kimyasal peeling amaçlı da kullanılır (17,18).

1.6. Azelaik asit

Antibakteriyel, antinflamatuar, komedolitik ve pigmentasyon azaltıcı etkileri vardır. Hassas ve koyu tenli hastalarda da uygulanabilmesi önemli avantajlarından (17,18).

2. SİSTEMİK TEDAVİ

Akne tedavisinde sistemik tedavi seçenekleri arasında sistemik antibiyotikler, hormonal tedavi ve sistemik retinoidler yer almaktadır (tablo 2).

2.1. Sistemik antibiyotikler

Orta ve şiddetli akne vulgaris tedavisinde tercih edilirler. Antibiyotik direnci gelişme riski nedeniyle monoterapi olarak ve 3-4 aydan uzun süreli kullanılmaları önerilmemektedir. Sistemik antibiyoterapi tedavisi süresince ve sonra-

sında BPO ve diğer topikal tedaviler kombine edilmelidir.

2.1.1 Oral tetrasiklin sınıfı antibiyotikler

Akne vulgaris tedavisinde doksisisiklin, minosiklin ve saresiklin gibi oral tetrasiklin grubu antibiyotikler yaygın olarak kullanılmaktadır. Bakteriyostatik ve antienflamatuar etkiye sahiptirler. Mide bulantısı, kusma, ishal, özofajit, fototoksikite ve nadiren intrakraniyal hipertansiyon gibi yan etkilere neden olabilirler. Gastrointestinal sistem(GİS) yan etkilerini azaltmak için gıdalarla ve yeterli sıvı ile oturur pozisyonda kullanım önerilmektedir. Ek olarak kalsiyum ve magnezyum absorpsiyonlarını azaltır.

Doksisisiklin: Düşük doz doksisisiklin (günde iki kez 20 mg veya günlük 40 mg uzun salınımlı) orta şiddette inflammatuar aknesi olan hastalarda etkin bulunmuştur. Daha yüksek lipofilisite, diyetten daha az etkilenme ve daha düşük direnç gelişimi nedeniyle tetrasikline göre daha fazla tercih edilirler. Ayrıca düşük kanıt düzeyinde olmakla birlikte birçok çalışmada azitromisine göre daha etkin olduğu bildirilmiştir (2,19, 20).

Minosiklin: Tetrasiklin ve doksisisiklinden daha yüksek lipofilisiteye ve etkinliğe sahiptir. Bu durum sebase foliküllere daha yüksek oranda penetrasyon sağlarken, kan beyin bariyerini de geçtiği için daha yüksek oranda santral sinir sistemi yan etkilerine neden olabilir. GİS yan etkilerinin yanısıra nadiren baş dönmesi, otoimmün hepatit, deri ve mukozalarda hiperpigmentasyon, ilaca bağlı lupus ve aşırı duyarlılık sendromuna neden olabilir. Bu yan etkileri minimize etmek için 1mg/kg gibi kiloya göre, yavaş salınımlı formülasyonu önerilmektedir. Amerikan Dermatoloji Akademisi kılavuzuna göre orta kanıt düzeyi ve koşullu öneri grubunda yer almaktadır (2,19, 20).

Saresiklin: Dar spektrumlu bir tetrasiklin sınıfı antibiyotiktir. 1,5 mg/kg dozunda iyi tolere edilir. GİS yan etkileri, fotosensitivite ve kandida enfeksiyonu daha düşük oranda görülür. Yüksek tedavi maliyeti nedeniyle kullanımı sınırlıdır (2).

2.1.2. Azitromisin

Oral azitromisin akne vulgaris tedavisinde en çok tercih edilen makrolid grubu antibiyotiktir. Antibakteriyel etkisinin yanısıra antiinflammatuar ve immunomodülatör etkileri de vardır. Fagosit ve fibroblastlar tarafından enflame dokuya iletilerek dokuda serum seviyesine göre daha yüksek konsantrasyonda bulunur. Bu da ilacın etkinlik ve güvenliğini artırmaktadır. Azitromisin'in bir

diğer farmakolojik avantajı da; sitokrom p450 dışındaki hepatik yollar tarafından metabolize edilmesi nedeniyle ilaç etkileşim riskinin daha düşük oranda olmasıdır (21, 22).

Literatürde akne tedavisinde en sık kullanılan oral antibiyotikler olmaları nedeniyle doksisisiklin ve azitromisin karşılaştırmalı birçok çalışma mevcuttur. Tedavi etkinliklerinin benzer olduğunu öne sürenlerin yanı sıra doksisisiklin'in azitromisin'den daha etkili olduğuna dair sonuçlar da bildirilmiştir. Azitromisin genel olarak doksisisiklin tedavisine yanıt alınamadığında veya doksisisiklin kontrendike ise önerilir (2,19,23). Akne vulgaris tedavisinde sıklıkla;

- 10 günde bir 3 ardışık doz 500 mg /gün, 12 hafta (24, 25)
- Haftada 3 ardışık doz, 500 mg/gün, 8-12 hafta (26, 27)
- Ayda 4 ardışık doz, 500 mg/gün, 12 hafta (23, 28) şeklinde uygulanan pozolojiler tercih edilmektedir.

2.2. Hormonal Tedavi

2.2.1 Kombine oral kontraseptifler

Akne vulgaris tedavisinde antiandrojenik etkileri nedeniyle kullanılırlar. 14 yaş üstü kadın hastalar için FDA onaylıdır. Sıklıkla Norgestimate/etinilestradiol (EE), Norethindrone asetat/EE/ferrous fumarate, Drospirenone/EE, Drospirenone/EE/levomefolate gibi formları tercih edilmektedir. Sadece progesteron içerikli preparatlar akne lezyonlarını alevlendirmektedir. Monoterapi yerine diğer topikal veya sistemik akne tedavi seçenekleri ile birlikte kullanılması önerilir. Polikistik over sendromu veya hiperandronizm bulguları olan/ konvansiyonel tedavilere yanıtı az şiddetli akne vulgaris tanılı / menstruasyon öncesi fazla sayıda akne lezyonları oluşan kadın hastalarda diğer topikal veya sistemik seçeneklerle kombine edilerek önerilir (2, 20, 29).

2.2.2 Spironolakton

Antiandrojen etkili bir aldosteron reseptör antagonistidir. Amerikan dermatoloji akademisi akne vulgaris tedavi kılavuzunda orta düzeyde kanıt bildirilmekte olup henüz akne vulgaris tedavisinde FDA onayı yoktur. 12 hafta süreyle, 50-100 mg/gün uygulandığında akne lezyonlarında gerileme bildirilmiştir. Oral kontraseptiflerle birlikte kullanımıyla etkinliği artmaktadır. Adet düzensizliği, jinekomasti, baş ağrısı, baş dönmesi, halsizlik gibi yan etkilere

yol açabilir. Potasyum takibi öncelikle risk faktörü olan hastalarda (ek sistemik hastalık, ilaç kullanımı vb) gereklidir (2, 29, 30).

2.2.3 İntralezyonel kortikosteroid

Büyük nodüler akne lezyonlarında adjuvan tedavi olarak önerilmektedir. Özellikle akne skar riski taşıyan, enflamasyon ve ağrıda hızlı düzelme istenen hastalarda tercih edilmektedir. Deride atrofi, steroidin sistemik emilimi gibi yan etkilere yol açabilir. Bu nedenle düşük konsantrasyonda (triamsinolon 2,5-5 mg/ml) uygulanması önerilmektedir (31).

2.3. Sistemik Retinoidler

2.3.1 İzotretinoin

Oral isotretinoin (13-cis-retinoik asit) 1982 yılında şiddetli, dirençli nodüller akne tedavisinde FDA onayı almıştır. Sebace bezleri küçülterek sebumda ve dolayısıyla *Cutibacterium acnes*'de azalmaya yol açar. Foliküler keratinizasyonu düzelterek komedogenezi inhibe eder. Nötrofil göçünü engelleyerek antiinflamatuvar etki gösterdiği de bildirilmiştir. Şiddetli akne formlarında, topikal ve sistemik tedavilere dirençli olgularda veya sistemik antibiyotik kullanımı sonrası hızla nöks gelişen olgularda, skar gelişimine yatkın hastalarda ve akne ilişkili ciddi psikososyal sorun yaşayan hastalarda öncelikli olarak tercih edilir.

20-24 hafta süresince 0,5-1mg /kg /gün veya toplam 120 mg/kg uygulanır. 120 mg'dan düşük kümülatif dozlarda relaps oranı daha yüksektir. 150 mg'ın üzerinde dozlarda ise etkinlik artışı gözlenmezken, yan etki olasılığı artmaktadır. 0,2-0,4 mg/kg gibi düşük dozlarda yan etki daha az gözlenmekte ve orta şiddetli akne vulgaris'te başarılı sonuçlar alınabilmektedir. Bunun dışında al-terne gün uygulamaları, aralıklı tedavi, mini doz gibi çeşitli protokoller de geliştirilmiştir.

En sık mukokutanöz, kas iskelet sistemi ile ilgili veya oftalmik yan etkiler gözlenmektedir. Keilit, deride kuruluk, fotosensitivite, burun kanamaları, pigmentasyon bozuklukları, saçlarda dökülme, hipertrofik granülasyon dokusu, göz kuruluğu, konjunktivit, halsizlik gibi bulgular sıklıkla görülmektedir. Bu yan etkiler genellikle doz bağımlı ve tedavi sonrası geri dönüşümlüdür. Ancak çoğunda yeterli kanıt olmasa da literatürde az sayıda olguda rabdomiyoliz, pankreatit, hepatit, gece körlüğü, psikoz, suisid girişimi gibi ciddi yan etkilere

de yol açabileceği bildirilmiştir. Ek olarak çocuklarda epifizlerde erken kapanmaya yol açar ve teratojendir.

İsotretinoin tedavisi süresince yan etki olasılığını azaltmak için düzenli takip gerekmektedir. Tedavi öncesi tam kan sayımı, karaciğer fonksiyon testleri (KCFT), lipid paneli, gebelik testi istenmelidir. 4-6 hafta sonra testler tekrarlanmalı, normal sınırlardaysa 3 ayda bir kcft ve lipid paneli bakılmalıdır. Tam kan sayımı takibine gerek yoktur.

İsotretinoin tedavisi sonrası uygulanacak girişimsel işlemler hakkında ise; Amerikan Dermatolojik Cerrahi Derneği tarafından tedavi sonrası epilasyon lazer yöntemleri, IPL, nonablatif fraksiyonel lazer gibi işlemlerin uygulanabileceği, dermabrazyon, ablatif lazer gibi işlemlerin tedaviden sonraki 6 ay içinde yapılmasının uygun olmadığı bildirilmiştir (2,32,33).

SONUÇ

Akne vulgaris adölesan dönemde sık rastlanan, yaşam kalitesini düşüren, ciddi kozmetik ve psikososyal problemlere yol açabilen kronik inflamatuvar bir dermatozdur. Hastanın yaşı, akne şiddeti, lezyonların yaygınlığı, kullandığı ek topikal veya sistemik ajanlar, eşlik edebilecek endokrinolojik ve diğer hastalıklar detaylı sorgulanmalı, gerekli durumlarda laboratuvar eşliğinde uygun tedavi seçimleri yapılmalıdır. Bu süreçte tetikleyici faktörlerden kaçınma, temel tedavi ajanlarıyla birlikte uygun derm kozmetik ürünlerle deri bakımı, düzenli hasta takibi ve güneşten korunma önemli basamaklardır.

KAYNAKÇA

1. Claudel JP, et al. Acne and nutrition: hypothesis, myths and facts. J Eur Acad Dermatol Venereol 2018; 32:1631-7.
2. Reynolds RV, et al. Guidelines of care for the management of acne vulgaris. J Am Acad Dermatol 2024; 90:1006.e1-30.
3. Gebauer, K. Acne in adolescents. Australian family physician 2017; 46(12), 892-895.
4. Aksoy H, Önder M. Akne Şiddet Değerlendirmesi. Turkderm-Turk Arch Dermatol Venereol 2020; 54(1):16-19.

5. Kutlu O, Karadağ AS, Wollina U. Adult acne versus adolescent acne: a narrative review with a focus on epidemiology to treatment. Anais Brasileiros de Dermatologia 2023; 98(1):75-83
6. Uzunçakmak TK, Karadağ AS. 'Adölesan dönem ve Deri', Bölüm 56. Dermatolojik hastalıklara algoritmik yaklaşım ve tanısal ipuçları, editör Kılıç A, Akademisyen Kitabevi, Ankara, 2022; 873-893.
7. Korkmaz S, Fıçıcıoğlu S, Pişkin S. Akne Laboratuvar bulguları. Türkiye Klinikleri J Cosm Dermatol-Special Topics 2015; 8(3):65-9.
8. Güngör E. Akne. Turk J Dermatol 2012; 6: 138-49
9. Yavuz İ.H, Güneş Bilgili S. Akne ile ilişkili Sendromlar ve Komorbiditeler. Türkiye Klinikleri J Dermatol-Special Topics 2016; 9(2): 41-48.
10. Aydoğan K, Yazıcı S. Türkiye Klinikleri J Dermatol-Special Topics 2016; 9(2):15-19.
11. Rygula I, Pikiewicz W, Kaminiów K. Impact of Diet and Nutrition in Patients with Acne Vulgaris. Nutrients 2024; 16(10),1476.
12. Bowe WP, Leyden JJ, Crerand CE, Sarwer DB, Margolis DJ. Body dysmorphic disorder symptoms among patients with acne vulgaris. J Am Acad Dermatol 2007; 57(2):222-30.
13. Koku Aksu E, Gürel MS. Akne Vulgarisin Psikososyal Etkileri. Türkiye Klinikleri J Dermatol-Special Topics 2016;9(2):49-52.
14. Kraft J, Freiman A. Management of acne. CMAJ. 2011, 183:E430-5.
15. Sevimli Dikicier B. Topical treatment of acne vulgaris: efficiency, side effects, and adherence rate . J Int Med Res. 2019; 47:2987-92.
16. Tan AU, Schlosser BJ, Paller AS. A review of diagnosis and treatment of acne in adult female patients . Int J Womens Dermatol. 2018; 4:56-71.
17. Bilen H, Akdeniz N, Karadağ AS. Akne topikal tedaviler. Türkiye Klinikleri J Dermatol-Special Topics 2016; 9(2):53-6.
18. Althwnanay A, et al. Efficacy of Topical Treatments in the Management of Mild-to-Moderate Acne Vulgaris: A Systematic Review. Cureus 2024; 16(4): e57909.
19. Külcü Çakmak S, Kılıç FA. Akne Vulgariste Sistemik Antibiyotik Tedavileri ve Bakteriyel Direnç. Türkiye Klinikleri J Dermatol-Special Topics 2016; 9(2):57-62.
20. Dobrzeniecki K, et al. Acne Vulgaris Management: A Review of First-Line and Advanced Pharmacological Treatments. Journal of Education, Health and Sport. 2025; 78:57570.

21. Kardeh, et al. Efficacy of Azithromycin in Treatment of Acne Vulgaris: A Mini Review. World J Plastic Surg. 2019; 8:127-34.
22. Parnham MJ, et al. Azithromycin: mechanisms of action and their relevance for clinical applications. Pharmacol Ther 2014;143:225-45.
23. Ullah G, et al. Comparison of oral azithromycin with oral doxycycline in the treatment of acne vulgaris. J Ayub Med Coll Abbottabad 2014; 26:64-7.
24. Antonio JR, Pegas JR, Cestari TF, Do Nascimento LV. Azithromycin pulses in the treatment of inflammatory and pustular acne: efficacy, tolerability and safety. J Dermatolog Treat 2008; 19:210-5.
25. Kayhan S, et al. Comparison of Safety and Efficacy of Oral Azithromycin-Topical Adapalene Versus Oral Doxycycline-Topical Adapalene in the Treatment of Acne Vulgaris and Determination of the Effects of These Treatments on Patients' Quality of Life. TURKDERM-Archives of The Turkish Dermatology and Venerology 2012; 46:151-5.
26. Rassai S, et al. Superior efficacy of azithromycin and levamisole vs. azithromycin in the treatment of inflammatory acne vulgaris: an investigator blind randomized clinical trial on 169 patients. Int J Clin Pharmacol Ther 2013; 51:490-4.
27. Moravvej H, et al. Efficacy of doxycycline versus azithromycin in the treatment of moderate facial acne vulgaris. 2012;15(1):7-10.
28. Babaeinejad S, Khodaeiani E, Fouladi RF. Comparison of therapeutic effects of oral doxycycline and azithromycin in patients with moderate acne vulgaris: What is the role of age? J Dermatolog Treat 2011; 22:206-10.
29. Saral S, Sanlı H. Akne hormonal tedavi. Türkiye Klinikleri J Dermatol-Special Topics 2016; 9(2):77-82.
30. Santer M, et al. Effectiveness of spironolactone for women with acne vulgaris (SAFA) in England and Wales: pragmatic, multicentre, phase 3, double blind, randomised controlled trial. BMJ 2023; 381:e074349
31. Gallagher T et al. Dermatologist use of intralesional triamcinolone in the treatment of acne. J Clin Aesthet Dermatol 2020; 13,41-43.
32. Karadağ AS. Akne Vulgaris Tedavisinde Sistemik Retinoidler. Türkiye Klinikleri J Dermatol-Special Topics 2016; 9(2):63-76.
33. Rajput I, Anjankar VP. Side Effects of Treating Acne Vulgaris With Isotretinoin: A Systematic Review. Cureus 2024; 16(3): e55946

8. BÖLÜM

ADÖLESANDA UYKU HİJYENİ

Doç. Dr. Mustafa ÇAM

Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi

Nöroloji Anabilim Dalı

mustafacam20@hotmail.com

<https://orcid.org/0000-0003-3116-203X>

Uyku büyüme, öğrenme, bilişsel gelişim ve bağışıklık gibi birçok fonksiyonda rol oynamaktadır (1). Uyku kalitesindeki bozukluk ile kalp hastalıkları arasında bir ilişki olduğunu bildirmiştir(2). Genç yetişkinlerdeki yetersiz uykunun yetişkinlik döneminde de uyku sorunlarına yol açabilmektedir(3).

ADÖLESAN UYKU BİYOLOJİSİ

Dünya Sağlık Örgütü ergenleri ve genç yetişkinleri 10 ila 24 yaş arasındaki kişiler olarak tanımlamıştır. Bu dönemde, beyin olgunlaşması devam ederken bir dizi değişiklik meydana gelir(4). Uyku biyolojisinin ve düzeninin bu yaş aralığında farklılık gösterebilmektedir. Ergenlerin uykuya dalma zamanlamasında biyolojik bir gecikme olduğu bilinmektedir. Bu durum daha kısa bir uyku süresine neden olabilir (5).

ADÖLESAN DÖNEMDE UYKU BOZUKLUKLARI

en yaygın görülen bozukluk gecikmiş uyku evresi sendromudur. %5-10 arasında görülmekte olup genç yetişkinliğe kadar sürebilir (6). Uykuya dalma zamanında patolojik kayma olur ve sabah geç uyanırlar (7). arasında uyku

terörü, uyurgezerlik, huzursuz bacaklar ve narkolepsi daha az yaygın uyku bozuklukları arasındadır (8). Erken dönemde uyku süresinde kısalma, yorgunluk, gündüz uyku hali, bilişsel bozukluk ve depresyon görülebilir.

UYKU VE OBEZİTE

Çocuk ve genç yetişkinlerde yetersiz uykunun, yaşlılara oranla daha fazla obezite gelişimiyle ilişkili olduğu gösterilmiştir (9). Obezite gelişiminde kısa uyku süresi olan kişilerde hareketsiz yaşam tarzının da dikkate alınması gereklidir.

Obezitenin tip 2 diyabet ve hipertansiyon gibi kronik sağlık sorunlarıyla ilişkili olduğu bilinmektedir. Obstrüktif uyku apnesi de obezite ile ilişkili olup uyku bozukluğuna yol açmaktadır.

UYKU VE MENTAL SAĞLIK

uyku bozukluğu, depresyon belirtisi olabilir. Bunun yanında depresyonu olan kişilerin uyku kalitesinde bozukluk olabilir. Buna karşılık, daha kısa bir uyku süresi depresyon geliştirmek için bir risk faktörü olabilir (10). 14-18 arası yaşlarda yapılan çalışmalarda, yetersiz uyku ile sigara içme, alkol kullanımı, esrar kullanımı ve şiddet gibi bazı sağlık riski içeren davranışlarda bulunma olasılığında artma gösterilmiştir(11). Uyku bozukluğu bilişsel işlevleri etkilemektedir. Doğru karar alma süreci bozulmakta akran davranışlarının sonuçları yeterince değerlendirememektedir.

UYKU VE BAŞ AĞRISI

Normal uykudaki bozukluklar baş ağrılarını şiddetlendirebilir. Erken çocukluk döneminde uyku bozukluklarının migren veya diğer baş ağrılarının ortaya çıkmasıyla bir ilişki olduğu düşünülmektedir (12).

UYKU VE HASTALIK

Kronik hastalıkların çoğu uykuyu etkilemektedir(13). Hastalığa özgü faktörler, ilaç yan etkileri, hastane yatışları ve psikolojik faktörler uyku üzerine

etkili olabilir. Uyku ve hastalık arasında etkileşim iki yönlü olup birbirini tetikleyebilir.

UYKU VE YORGUNLUK

Uykululuk, artmış uykuya dalma ihtiyacı ile ilgili yorgunluk, normal aktivitelerden sonra ortaya çıkan düşük enerji algısıdır(14). İkisi arasında ayırım yapmak zor olabilir. Ergenlik ve genç yetişkinlik döneminde yorgunluk hissi, büyüme ve olgunlaşma ile ilişkili fiziksel artışların yanında sosyal, eğitimsel ve mesleki döneme özgü kısa süreli bir şikayet olabilir.

Düşük oranda, eklem ağrısı, hassasiyet, baş ağrısı ve dinlendirici olmayan uyku gibi ilişkili semptomlarla birlikte 3 aydan uzun süren, kalıcı, güçten düşürücü, şiddetli yorgunluk olarak tanımlanan kronik yorgunluk sendromu görülebilir.

UYKU BOZUKLUĞUNA YAKLAŞIM

Uykuyu birçok faktör etkileyebilmektedir (Tablo 1). Bu faktörler ve etkileşim büyüme, gelişme ve olgunlaşma döneminde değişebilir. Bu faktörlerin belirlenmesinde ayrıntılı bir uyku geçmişi almak önemlidir.

Tablo 1: Uykuyu Etkileyen Faktörler

Alışılmış yatma ve kalkma saati Uyku süresi Uykululuk Uykuya dalma güçlüğü Gece uyanmaları Gündüz uykululuğu Yorgunluk	Düşünce yoğunluğu Madde kullanımı Kafein kullanımı Okul günü ve hafta sonu Okul başarısı Yatak odası ortamı Akıllı telefon/bilgisayar kullanımı
--	---

Uyku eğitimi, gereken ilk adımdır. Bu konuyla ilgili yapılan çalışmalarda davranış değişikliği yanında bilgi yaymayı amaçlayan bazıları da yer almaktadır. Blunden ve Ridgney tarafından yapılan bir inceleme, uykunun evdeki hem kültürel hem de çevresel faktörlerden etkilendiği için ebeveynler gibi diğerlerini dahil etmenin önemini göstermiştir (15). Genel bir uyku programının tüm bireylere fayda sağlama olasılığının düşük olduğu belirtilmiştir.

Adölesan ve ailesinin uyku düzenini saptamak ve uyku hijyenini tartışmak ilk yöntem olabilir. Uyku hijyeni, düzenli bir uyku ve uyanma düzeni sağlama-ya yönelik bir yaklaşım oluşturmakla ilgilidir. Bunun önemli yönleri arasında gündüz uyku durumundan kaçınmak, öğleden sonra kafein tarzı uyarıcı kullanımından kaçınmak, yatağı sadece uyumak için kullanmak, sakın ve rahatlatıcı bir uyku ortamı sağlamak, doğal gün ışığına maruz kalmayı teşvik etmek ve egzersizi teşvik etmek yer alır.

Akıllı telefon ve tablet gibi taşınabilir medya cihazlarının kullanımı artık hayatın önemli bir parçasıdır. Bu cihazların kullanımı özellikle adölesanlar için ayrı bir ilgi konusu olmaktadır. 2016'da yapılan sistematik bir inceleme, uyku öncesi bu cihazlara erişim ve kullanımının yetersiz uyku kalitesi, düşük uyku kalitesi ve aşırı gündüz uykululuğu ile önemli ölçüde ilişkili olduğu bildirilmiştir (16). Bu cihazların yatak odasında olmaması ve bunları kullanma isteğini azaltmak iyi uyku hijyeni açısından önemli olabilir.

KAYNAKÇA

1. Kopasz M. Loessl B. Hornyak M, et al. Sleep and memory in healthy children and adolescents – a critical review. *Sleep Med Rev.* 2010;14:167–77
2. Cappuccio FP. D'Elia L. Strazzullo P. Miller MA. Sleep duration and all-cause mortality: a systematic review and meta-analysis of prospective studies. *Sleep.* 2010;33:585–92.
3. Dregan A. Armstrong D. Adolescence sleep disturbances as predictors of adulthood sleep disturbances—a cohort study. *J Adolesc Health.* 2010;46:482–7.
4. Steinberg L. A behavioral scientist looks at the science of adolescent brain development. *Brain Cogn.* 2010;72:160–4.
5. Colrain IM. Baker FC. Changes in sleep as a function of adolescent development. *Neuropsychol Rev.* 2011;21:5–21.
6. Bruce ES, Lunt L, McDonagh JE. Sleep in adolescents and young adults. *Clin Med (Lond).* 2017 Oct;17(5):424–428.
7. Figueiro M. Delayed sleep phase disorder: clinical perspective with a focus on light therapy. *Nat Sci Sleep.* 2016:91–106.
8. Kotagal S. Pianosi P. Sleep disorders in children and adolescents. *BMJ.* 2006;332:828–32.
9. Nielsen LS. Danielsen KV. Sørensen TIA. Short sleep duration as a possible cause of obesity: critical analysis of the epidemiological evidence: short sleep as possible

cause of obesity. *Obes Rev.* 2011;12:78–92

10. Gangwisch JE. Babiss LA. Malaspina D, et al. Earlier parental set bedtimes as a protective factor against depression and suicidal ideation. *Sleep.* 2010;33:97–106.
11. McKnight-Eily LR. Eaton DK. Lowry R, et al. Relationships between hours of sleep and health-risk behaviors in US adolescent students. *Prev Med.* 2011;53:271–3.
12. Bellini B. Panunzi S. Bruni O. Guidetti V. Headache and sleep in children. *Curr Pain Headache Rep.* 2013;17:335.
13. Lewandowski AS. Ward TM. Palermo TM. Sleep problems in children and adolescents with common medical conditions. *Pediatr Clin North Am.* 2011;58:699–713.
14. Findlay SM. The tired teen: a review of the assessment and management of the adolescent with sleepiness and fatigue. *Paediatr Child Health.* 2008;13:37–42.
15. Blunden S. Rigney G. Lessons learned from sleep education in schools: a review of dos and don'ts. *J Clin Sleep Med.* 2015;11:671–80
16. Carter B. Rees P. Hale L. Bhattacharjee D. Association Between portable screen-based media device access or use and sleep outcomes: a systematic review and meta-analysis. *JAMA Pediatr.* 2016;170:1202–8.

9. BÖLÜM

ERGENLİK DÖNEMİNDE PSİKOLOJİK GELİŞİM

Dr. Beyza KAYMAZ

Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi, Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı
kaymazbeyzaa@gmail.com
<https://orcid.org/0009-0008-6947-257>

Prof. Dr. Nurullah BOLAT

Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi, Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı
drnurullahbolat@gmail.com
<https://orcid.org/0000-0002-7646-6339>

GİRİŞ

Kökeni Latince büyüme, olgunlaşma anlamında ‘adolescere’ sözcüğünden gelen ve tüm kültürlerde kritik bir gelişme dönemi olarak kabul edilen adolesans döneminin dilimizde ergenlik, delikanlılık, gençlik, yeniyetmelik gibi karşılıkları vardır. Bu dönem çocukluktan yetişkinliğe geçiş dönemi olarak kabul edilmektedir (1). Ergen kelimesi ‘erme’ kökünden gelmekte ve ‘üretici döneme giren, çocukluk çağını geçen’ anlamında kullanılmaktadır. Erinlik ergenlik ile aynı anlama gelmemektedir. Ergenlik fiziksel ve ruhsal değişimin olduğu bir dönemi işaret ederken erinlik ise ikincil cinsiyet özelliklerinin geliştiği ergenliğin başlangıcına gönderme yapar. Ergenlik erinlikle başladığı genel olarak kabul edilse de bitişi için kesin tanımlama yapılmasında zorlanılmaktadır. Benzer şekilde ergenliğin yetişkinliğe ulaşmakla sonlandığı düşünüldüğü fakat bir ergenin ne zaman yetişkin sayılabileceğini belirlemek güçtür. Ergenlik sınırlarını tanımlamak için biyolojik, toplumsal ve hukuksal olarak farklı pek çok

parametrenin değerlendirilmesi gerektirmektedir (2).

Bağımlı olma ve özerk olma arasında yaşadığı gerilimle ergenin bir yandan kendi otantik kimliğini oluşturmaya, bir yandan da topluma ve kültüre uyumlanması gerekir. Ergenlik, ergenin annesel kültürü özümlemesi olarak tanımlanan; erken dönemdeki duygusal deneyimlerini anlamlandırarak, geçmiş deneyimleri ile güncel ilişkilerindeki deneyimlerini dönüştürüp içselleştirerek, yeniden ilişki kurması ve daha özerk ve kendine has bir benlik yapısına ulaşması sürecidir. Bu evrede ergen önceki gelişim evreleriyle hesaplaşır. Çocukluk dönemindeki özdeşleşmelerini ve çatışmalarını yeniden ele alır. Özdeşleşmelerden bazıları- nı bütünleştirir ve bazılarını geride bırakır. Ergen geçmişle bugün arasında bir köprü kurmalı ve geleceğe dair bir yönelim oluşturmalıdır (3,4).

Bağımsızlık ve aidiyet arasındaki dengenin sağlanması, özerklik kazanma süreciyle birlikte ebeveynlerden ayrılmayı; aynı zamanda toplumsal ve kültürel bir aidiyet geliştirmeyi içerir. Bu bağlamda bakacak olursak ergenlik biyolojik bir olgunlaşmanın ötesinde hem psikososyal hem de kültürel bir dönüşüm ve gelişim dönemidir. Yalnızca biyolojik ve bilişsel gelişimle sınırlı olmayan bu süreç oldukça karmaşık ve çok katmanlıdır. Dönem içinde hem zihinsel hem duygusal alanda bir hızlanma ve yoğunlaşma yaşanır. Ergenlik süresince artan dürtüsel gereksinimler, çağrışımındaki zenginlikler, duygusal dalgalanmalar ve romantik ilişkiler ergenin şekillenmesinde itici gücü oluşturur. Bu hızlanma ergenin zaman zaman gerçeklik algısını değiştirebilir. Çelişkilerle dolu bu dönem ergenlerin fiziksel ve cinsel olgunluğa erişip, bilişsel ve duygusal alanda tam olgunlaşmadıkları bir süreçtir (3).

Ergenin yaşantısında zaman doğrusal ilerlemez. Geçmişin yankıları, şimdinin baskısı ve geleceğin belirsizliği ile ergen zihinsel ve duygusal dalgalanmalar yaşar. Süreç sadece ilerlemelerden oluşmaz, zaman zaman geri çekilmeler, bocalamalar ve yeniden yapılanmalar yaşanır (5). Ergenlik kendini keşfetme ve kimlik oluşturma psikolojik alanı olarak düşünülebilir. Bu psikolojik alanda ergen kimi zaman verimli ve esnek olabiliyorken kimi zaman verimsiz ve katı olabilir. Hem bireysel hem toplumsal açıdan oldukça dinamik olan bu dönemde ergen özerklik ve bağımlılık arasında sürekli gelgitler yaşar (3). Bu noktada ebeveynler, eğitimciler ve diğer yetişkinler ergenin zengin ve karmaşık yolculuğuna eşlik etmelidir. Bu “eşlik etme” pasif bir bekleyiş değildir, anlayış, sabır ve rehberlik gerektirir. Bu yolculukta yetişkinlere düşen; ergene alan tanımak, onun karmaşasına tahammül edebilmek, zaman zaman geri çekilmek ve gerektiğinde destek sunmak gibi bir konumu sürdürebilmektir. Genetik ve biyolojik etmenler ergenlik dönemine bir çerçeve sunarken; çevre, kültür, sosyal ilişkiler ve deneyimler bu çerçevenin nasıl şekilleneceğini belirler (6).

İKİNCİ BİREYLEŞME

Peter Blos, ergenliğe özgü “ikinci bireyleşme” sürecini Margaret Mahler’in çocukluk dönemine ilişkin bireyleşme kuramından hareketle kuramsallaştırmıştır. Mahler’in tanımladığı ilk bireyleşme, çocuğun ikinci yaşın sonuna doğru benlik ile dış dünya arasında temel bir ayrım yapmasıyla başlar (7,8). Benzer bir ayrışma, ergenlikte yeniden gündeme gelir; bu kez birey, kendi kimliğini oluşturabilmek adına anne-baba imgelerinden psikolojik olarak ayrışma sürecine girer. Bu süreçte ebeveyn figürlerinden uzaklaşma, yalnızca fiziksel değil, esasen ruhsal bir ayrılmayı ifade eder. Ergen, artık ebeveyn desteğine ihtiyaç duymadığını kanıtlamak istercesine, bu figürlerle olan bağlarını yeniden yapılandırma çabasına girer. Bu ruhsal ayrışma süreci, çocukluk dönemine ait tüm güçlü benlik fantezilerinin yıkımıyla birlikte seyrederek ve bu durum, çoğu zaman geçici nitelikte bir depresif reaksiyonun ortaya çıkmasına neden olur. Bu depresif durum, yaşanan kayıpların yasının tutulması yoluyla, genellikle herhangi bir dışsal müdahaleye ihtiyaç duyulmaksızın iyileşme eğilimi gösterir (4,7).

ERGENLİK, ARKADAŞ İLİŞKİLERİ VE AİLE

Varoluşumuz ötekiyle olan ilişkimize bağlıdır. Winnicott’un “bebek yoktur” cümlesi bize bir bebeğin ancak anne-bebek ilişkisinde var olabileceğini işaret eder (9). Nasıl ki bebek, anne ya da bakım veren bir figür olmadan var olamazsa; ergen de arkadaş grubu olmadan sağlıklı bir şekilde gelişemez. Ergenlik döneminde arkadaşlık ilişkileri merkezi bir rol üstlenir. Arkadaşlık ilişkilerinin ergenin merkezine yerleşmesi zaman zaman ebeveynleri endişelendirir de bu ergenin sağlıklı ruhsal gelişimi için temel yapı taşlarından birini oluşturur. Bu ilişkiler yalnızca dürtüsel boşalımını sağlamakla kalmaz, aynı zamanda travmatik yaşantılarla baş etmede destekleyici bir zemin sunar. Arkadaşlar, ergen için bir tür “ikinci deri” işlevi görerek onu sarar, tutar ve dağılmasına ya da boşlukta kaybolmasına engel olur (10–12).

Ergenlik dönemi, bireyin hem bedensel hem de ruhsal bütünlüğünü yeniden kurmaya çalıştığı, duygusal yoğunluğun yüksek olduğu bir gelişimsel evredir. Nasıl ki bebek, yaşadığı sıkıntı anlarında ebeveyninin fiziksel varlığı, ten teması ve zihinsel eşliği aracılığıyla kaygıdan dağılmaktan korunuyorsa, ergenin de benzer biçimde onu ruhsal olarak tutan, duygularını taşıyan ve düzenleyen bir simgesel beşiğe (yani kapsayıcı ilişkisel bir alana) ihtiyacı vardır. Bu alan; akran ilişkileri, sanatsal ya da düşünsel uğraşlar, anlayışlı

ve dengeli yetişkin figürler ile içselleştirilmiş güvenli nesneler aracılığıyla inşa edilir. Dolayısıyla, ergenin gelişimsel bütünlüğünü sürdürebilmesi için hem somut (fiziksel alan, sınırlar, mahremiyet) hem de soyut (duygusal eşlik, anlayış ve süreklilik) kapsayıcılığa gereksinim duyduğu unutulmamalıdır. Simgesel beşik, erişkinlerin koyduğu yasaklar, kurallar ve ergenle yapılan anlaşmalar aracılığıyla ergene ihtiyaç duyduğu bir çerçeve sunar ve onu kapsar (5,6,12).

Ergenlikte gündeme gelen bir diğer konu da aileyle ve yaşlılarla uygun mesafede konum alabilmektir. Ergen ötekine ne kadar yaklaşırsa, kendini yitirmeden, kaynaşmadan, kendi olmaya devam edebileceği ya da ne kadar uzaklaşırsa, kopmadan yakınlığı ve bağı koruyabileceği temel çatışmasını yaşar. Ayrılığa ve yakınlığa ne ölçüde katlanabileceğini çatışmasını çözmesi gerekir (12). Çocukluktan itibaren aile ortamı, hem kaybolmayı önleyici ölçüde belirgin bir sınır çizmiş hem de bireyselleşmeye olanak tanıyacak düzeyde esneklik sunmuşsa, ergenlik döneminde birey, çevresiyle olan sınırlarını ve mesafesini yoğun çatışmalara girmeden oluşturabilir (13).

Ergen aile içindeki çocuk olmaktan, yetişkin topluluğunun bir parçası olmaya, yaşıtı ergenler grubunun bir üyesi olmaktan yalnız olmaya ve tek bir gruba ait olamamaya dair ileri geri geçişler yaşar. Bu tarz bir esneklik ve geçişliliğe de aralarda soluklanmak için ergenin gereksinimi vardır. Bu durumun klinik yansımaları bazen ergenlerde aşırı davranışlar sergileyip anne babasıyla kaynaşma, iç içe geçme, dolayısıyla kendi kimliğini kaybetme riskinden korunmaya çalışma şeklinde olabilir (12).

Winnicott’ergerenler anlaşılacak istemez, eğer erişkinler ergenlik hakkında bir şeyler anlıyorlarsa bunları kendilerine saklamalıdır” görüşündedir. Ergenlik, bireyin kendi içinde yaşaması gereken, arayış ve buluşlarla örülü bir varoluş sürecidir. Bu dönemin en temel ‘ilacı’ ise – ki bu, sürecin içinde bulunan ergen için pek anlam ifade etmez – zamanın geçmesidir. Dönüşüm, belirli aşamalardan geçerek ilerler ve yetişkin kimlik, yavaş yavaş biçimlenerek ortaya çıkar (14).

Ergenlik dönemi; ebeveynlerden ayrışma ve bireyselleşme, bağımsızlık kazanma sürecinin ötesinde karşılıklı bağımlılıkla aile dışındaki sosyal bağları geliştirme ve sürdürmenin geliştiği bir süreçtir. Ergen karşılıklı destekleyici ilişkiler inşa ederek bağlanma dinamiklerini dönüştürür. Bu perspektifte, ergenler tamamen kopma yerine farklılaşmış bir bağıllık ile aileyle güvenli bir bağıllık ilişkisini sürdürmeleri, akran ilişkilerinde derinlik kazanmaları ve yeni kimlik bileşenleri keşfetmeleri, romantik ilişkilerde duygusal karşılıklılığı öğ-

renmeleri ile toplulukla aidiyet hissi geliştirmeleri gibi unsurlar, sağlıklı kimlik gelişimi için kritik hale gelir (3,6,15).

ERGENLİK VE KİMLİK GELİŞİMİ

En genel anlamı ile kimlik, bireyin “Ben kimim?” sorusuna verdiği yanıt olarak tanımlanmaktadır. Kimlik, bireyin hem kendi gözünde hem de başkalarının gözünde kendisini nasıl algıladığını belirleyen yapıdır ve bu yapı öznel hissi sağlar (4). Kişinin farklı kişilerle etkileşim sırasında benzer özellikler sergileyebilme yeteneğine dayalı olarak gelişen aynılık duygusu ve çoklu ilişkilerde tutarlılık; bireyin benlik algısının zamansal bütünlüğünü koruyan kendilik duygusunun sürekliliği; gerçek duygularını maskesiz yansıtabilme becerisini ortaya koyan doğallık ve içtenlik; kendi fiziksel görünümünü objektif ve sağlıklı değerlendirebilme yeteneğine dayalı gerçekçi beden imajı; zorluklar karşısında kendi iç gücünü koruyabilme ve gerektiğinde yalnız kalabilme kapasitesi sunan içsel dayanıklılık (stabilite) ve yalnız kalabilme becerisi; ile ait olunan sosyal kümenin norm ve değerlerini benimseyip bunları içselleştirerek üstbenlik oluşturmaya destekleyen uyum gibi öğeler, bireyin hem içsel dünyanın tutarlılığı hem de sosyal çevreyle etkileşiminde sağlıklı bir kimlik yapısına ulaşmasını destekleyen temel niteliklerdir (3,16).

Erikson, ergenliğin temel kimlik duygusunun kazanıldığı bir evre olduğunu öne sürer; ergen, farklı alanlarda denemeler yaparak “Ben kimim?”, “Ne yapmak istiyorum?” ve “Yaşamımı nasıl yönlendireceğim?” sorularına yanıt arar. Kuramında, kimlik keşfinin yönü ve zamanlaması kritik bileşenler olarak vurgulanırken, önceki evrelerde edinilen içselleştirilmiş değerlerin, ergenlik dönemindeki rol edinmeleriyle bütünlendiği belirtilir (17).

Erikson’un psikososyal gelişim kuramına bakacak olursak, Freud’un psikanaliz kuramını temel alır. Bu kuram, sekiz evreli bir psikososyal gelişim modeli sunar. Her evreye özgü iki karşıt özelliği tanımlar, diğer psikanalitik kuramlardan ayrışır; çünkü bu kuram, toplumsal öğeleri ve yaşamın tüm dönemlerini kapsama özelliğine sahiptir. Erikson, toplumsal öğelerin bireysel gelişimdeki belirleyici rolünü vurgular; çocukluk döneminde içselleştirilen değerler, ergenlik döneminde benimsediği rollerle birleşerek kalıcı bir kimlik yapısının temelini oluşturur. Ancak bu sürecin ergenlikle “tamamlanmış” olması, kimliğin durağan ve değişime kapalı olduğu anlamına gelmemektedir. Kimlik dinamik bir yapıdır. Kimlik, her evrede elde edilen deneyimlerin bir sonraki döneme aktarılmasıyla sürekli olarak evrilir; bir evrede yaşanan çatışmalar, daha

sonraki evrelerde yeniden deneyimlenerek aşılabilmektedir. İlerleyen yaşlarda gerçekleşen değişiklikler, genellikle yüzeysel düzeyde kalır ve temel kimlik yapısını etkilemez (3,17).

Ergenlik dönemi, “Olmam gereken kişi değilim, olacağım kişi değilim ama, olduğum kişi de değilim” şeklinde ifade edilebilir. Bu ifade, ergenin toplumsal-kültürel beklentiler ile mevcut benlik algısı arasında yaşadığı uyuşmazlığı özetleyerek, gelişimsel süreçte kimlik oluşturma sürecinin çok boyutlu doğasına vurgu yapar (17).

Kimlik kavramı, bireyin “Ben kimim?” sorusuna vereceği yanıtla doğrudan ilişkilidir. Ancak bu süreç yalnızca öznel bir sorgulama ile sınırlı kalmaz; birey, “O kim?” sorusu doğrultusunda ötekiyle kurduğu etkileşim ve iletişim bağlamında kendini konumlandırır. Lacan’ın “ben ötekidir” ifadesi, kimliğin oluşumunda karşılıklı iletişim, etkileşim ve tanımlamanın önemini vurgular. Özellikle ergenlik döneminde, bireyin kimliğini sorgulaması “Kim olmalıyım?” ve “Kim gibi olmalıyım?” sorularını da beraberinde getirir. Bu evre, bireyin hem geçmiş deneyimlerini hem de geleceğe yönelik beklentilerini bütünleştirerek, sosyal ve kültürel normlarla yeniden yapılandırılmış dinamik bir kimlik oluşum sürecini yansıtır (18,19).

Ergenlik döneminde ergen bilişsel, bedensel ve ruhsal alanlarda değişim ve dönüşümler yaşar. Bu dönemde değişim ve dönüşümler toplumun beklentileri ile kesişebilir. Çocuklukta edinilen özdeşimler ve mevcut kendilik algısının korunmasına yönelik çabalar, toplumsal norm ve rollerin gerektirdikleriyle çatıştığında, ergenlikteki değişimi zorunlu kılar. Ergen hem içsel değişimlerini hem de toplumun taleplerini karşılayabilmek için kendi kimliğini yeniden tanımlamak zorunda kalır; bu süreç, kimlik bunalımının ortaya çıkmasına yol açabilir (3,5,11,18).

Ergenlik döneminde kimlik geçici olarak askıya alınabilir. Kimliğini askıya alma ile ergen gelişimsel hazırlık ve zaman kazanma ihtiyacını karşılar. Böylece, henüz sorumluluk üstlenmeye hazır olmayan ergende erteleme mekanizması devreye girer. Ergen, benliğini yeniden yapılandırmak ve çeşitli kimlik olasılıklarını deneyimlemek için bir alan oluşturur. Askıya alınan kimlik, dışsal beklentilere karşı geçici bir mesafe sağlar (3,20).

Kimlik oluşturma sürecinde ergen, farklı seçenekleri deneyimler. Ergen, çeşitli seçenekleri deneyimlerken toplumun engellemeleriyle karşılaşması halinde kimlik karmaşası yaşayabilir. Kimlik karmaşası, ergenin farklı roller ve deneyimler arasında bütüncül bir yapı oluşturamaması, özdeşleşmeleri düzenleyememesi sonucunda ortaya çıkar. Bu durum, ergenin belirli gruplara yakın-

laşıp bu grubun norm ve değerlerine aşırı bağlılık geliştirmesine neden olabilir. Toplumsal engellemeler sonucu gelişebilecek bir diğer durum da ergenin ters kimlik oluşturmalarıdır. Ters kimlik geliştiren ergen toplumun beklentilerine karşı aşırı uç rolleri ve davranışları benimser. Durumun sonucu olarak kaygılı ebeveynlerden gelebilecek sert tepkiler ya da engellemeler, ters kimliğin kalıcı olmasına sebep olabilir. Ebeveynlere ve yetişkinlere düşen, ergenlik süresince ergenin yanında sakinliğini koruyarak yol alabilmek, ergeni anlamaya çalışmak ve ebeveyn olarak hayatta kalmaktır. Ebeveynler ve diğer yetişkinler, kimi zaman belirli bir mesafeyi koruyarak fakat varlıklarını sürdüren, eşliklerini esirgemeyen figürler olarak ergenin yanında yer alabilmelidirler (3,5).

Perter Blos’un geliştirdiği kuram, ergenin psikolojik özerkliğe ulaşarak bireyselleşmesini ve tutarlı bir kimlik yapılanması geliştirmesi süreçlerini bize açıklar. Blos, kimliğin yapılandırılabilmesi için dört temel koşul tanımlar. Bunların ilki, ‘ikincil bireyleşme’ adını verdiği süreçtir. Bu aşamada ergen, gerileme yoluyla birincil nesne ilişkilerini yumuşatarak, ebeveyn figürlerinden ayrılmayı kolaylaştırır ve mevcut özdeşimlerini yeniden sorgulayıp, işlevsiz olanları terk etme olanağı kazanır. İkinci koşul, çocukluk döneminde gelişimi engelleyen ardıl örselenmelerin işlenmesidir. Ergenin bu örselenmiş konumları yeniden ele alması, dönüştürmesi ve ruhsal bütünlüğe entegre etmesi beklenir. Üçüncü koşul, aile içi örüntülerdeki çarpıklıkların yeniden düzenlenmesidir. Bu düzenleme, çocuklukta yeterince bütünleşmemiş özdeşimlerin yeniden yapılandırılarak kimlik bütünlüğüne dâhil edilmesini sağlar. Blos bu süreci “ikinci şans” olarak adlandırır. Son koşul ise, cinsel kimliğin kazanılmasıdır. Bu dört koşulun karşılanması, ergenin psikolojik özerkliğe ulaşarak bireyselleşmesini ve tutarlı bir kimlik yapılanması geliştirmesini mümkün kılar (3,4,7).

ERGEN VE DEĞİŞEN BEDEN

Değişim bedeninin içinden doğar. Bedende beliren ilk işaretler ergenliğin başlangıcını belirler. Değişim ve dönüşüm süreci, çocuğun bedenini hem fiziksel hem de simgesel düzeyde yeniden yapılandırır; gelişimsel nirengi noktalarını sarsar ve bedensel bütünlüğünü dönüştürür. Beden ergenliğin merkezindedir, yalnızca biyolojik bir yapı olmaktan çıkarak, öznenin kimlik inşasının merkezine yerleşir (5,6).

Bu bağlamda, iki düzlemde bedenden söz etmek mümkündür: İlki, biyolojik işlevlerin bütünü kapsayan anatomik beden; ikincisi ise bireyin kendini tanımasına ve başkaları tarafından tanınmasına aracılık eden kimlik bedendir.

Bu iki katmanlı beden deneyimi, ergenlikte gözlemlenen bedensel ve ruhsal dönüşümlerin iç içe geçişini ortaya koyar. Fiziksel ve simgesel düzlemde değişen ve dönüşen beden zaman zaman ergene tanımlaması zor bir kendine yabancılaşma duygusu hissettirebilir (5,6).

Françoise Dolto, ergenlik dönemindeki bedensel dönüşümün bireyde yarattığı ruhsal kırılganlığı “İstakoz Karmaşası” kavramıyla açıklar. Ona göre, nasıl ki istakozlar büyürken eski kabuklarını terk etmek zorunda kalır ve yeni kabukları henüz oluşmadan önce savunmasız bir şekilde kayaların arasına saklanırlarsa, ergenler de artık kendilerine dar gelen çocuk bedenini geride bırakırken henüz tam şekillenmemiş erişkin bedenlerinde benzer bir korunmasızlık deneyimlerler. Bu geçiş sürecinde yaşanacak duygusal darbeler, tıpkı istakozun yeni kabuğunun altındaki yara izleri gibi, kalıcı izler bırakabilir. Bu dönemde birçok ergen, değişen bedeniyle başa çıkmakta zorlanabilir; benlik algısında bozulmalar, içe çekilme, depresif duygu durum ya da çevreye karşı kuşkucu bir tutum gelişebilir. Dolto, ergenlikte ruhsallıkta meydana gelen bu tür yaralanmaların çoğu zaman tamamen silinemediğini ve erişkinlik döneminde karşılaşılan psikiyatrik bozuklukların bir kısmının kökeninin bu döneme uzandığını ileri sürer. Ergenin yaşadığı içsel karmaşa, kimi zaman çevreden uzaklaşma, görünmek istememe, saklanma ya da aşırı uyum ya da tepkisellikle dışa vurulabilir (21).

Bazı klinik durumlarda, beden ergenin düşmanı haline gelebilir. Ergen ile bedeni arasındaki ilişkiden kaynaklanan bozukluklar, birkaç klinik sorun çerçevesinde ele alınabilir: psikoz ve anoreksiya nevozada bedenin yok edilmesi ya da görünmez hale getirilmesi; riskli davranışlar ve özkıyım girişimlerinde bedenin saldırıya uğraması; çilecilik ve anlıksallaştırmada ise bedenin kısıtlanması yer alır. Ergen, bedeniyle olan ilişkisinden kaynaklanan zorluklar karşısında, bütünlüğünü ve kimliğini koruyabilmek için bedensel değişimlerini, bedenini kurutarak ortadan kaldırmaya çalışabilir. Bedeni kurutma ile ruhsallığı cinsellikle ilgili betimlemelerden ve dürtülerden temizler. Bedeni kurutarak bedendeki değişimi denetleyebileceğini ve kendisini erişkin hale sokacak olan tüm değişimleri durdurabileceğini düşünür. Ergen “değişmemiş çocuk bedeni” düşlemini sürdürmeye uğraşır. Anoreksik ergen, bedeni zorlayarak gereksinimlerini, arzularını kontrol edeceğini, bu şekilde çatışmalarını çözeceğini, yetersizlik ve zayıflık duygularını maskeleyeceğini düşünür. Zayıf olmak demek, bedenin kadınsı biçimlerini yok etmek demektir. Şişmanlık ve özellikle karnın şişmanlığı gebeliği çağırıştırır ve o nedenle reddedilir. Adetler doğurganlığı ve cinselliği hatırlattığı için istenmez. En nihayetinde cinselleşmiş beden reddedilmiş olur (22).

Ergenin bedenle ilişkisi, genellikle anne babayla kurulan ilişki biçiminin

bir yansımasıdır. Bu nedenle ebeveynlerin, ergenin cinsiyet kimliğini anlamaya yönelik tutumu kritik önem taşır. Ebeveynlerin doğrudan söylemlerle ergene müdahale edip dayatmaları, ergenin karşı duruş sergilemesine yol açabilir. Bunun yerine, anne-baba arasındaki ilişkide kadınsılığın ya da erkeksiliğin değer görüp görmediği gibi dolaylı göstergeler, ergenin gelişiminde daha belirleyici rol oynar (23). Sağlıklı ruhsal gelişimle beraber ergen, çocuksu bedenle vedalaşır, cinselleşmiş bedenle bütünleşir ve beden algısını yeniden düzenler.

ERGENLİK VE BEYİN GELİŞİMİ

Ergenlik, beynin yapısal ve işlevsel olarak büyük değişimlerden geçtiği bir dönemdir. Ergen beyninin yeniden düzenlenmesindeki en dramatik değişikliklerden biri sinaptik budanmadır. Ergenlik döneminde, saniyede yaklaşık 30.000 sinapsın budandığı tahmin edilmektedir. Bununla birlikte, ergen beyninde miyelinizasyon artışının bağlantıları güçlendirdiği ve beyindeki sinirsel iletimin verimliliğini artırdığı düşünülmektedir (24–26). Çalışmalar ergenlik döneminde frontal ve parietal kortekste beyaz madde artışı ve gri madde yoğunluğunda azalma olduğunu göstermiştir (27).

Ergenlik, beynin düşünme, karar verme, problem çözme ve kendini kontrol etme gibi yürütücü işlevleri sağlayan prefrontal ve frontal korteks bölgelerinin yeterince olgunlaşmadığı bir dönemdir. Bu bölgelerin gelişimi uzun yıllar boyunca devam eder. Ancak aynı zamanda bu dönemde, beynin ödül ve haz merkezlerinde daha fazla aktivasyon görülmektedir. Uzunlamasına bir çalışmada ergenlik döneminde nukleus accumbens aktivitesinin ödüllere karşı zirve yaptığını gösterilmiştir (27–29). Bu durum, ergenlerin neden risk almaya daha yatkın olduklarını ve anlık hazlara karşı daha duyarlı olduklarını açıklayabilir (30,31). Yapılan çalışmalar, ergenlerin büyük ödüllere çocuklardan ve yetişkinlerden daha güçlü tepkiler verdiğini ve bu süreçte beyinlerindeki subkortikal ödül işleme merkezi olan nukleus accumbens daha fazla aktivasyon gösterdiğini ortaya koymuştur (27–29).

Nörogörüntüleme çalışmaları, olumsuz duygulara karşı subkortikal duygu işleme bölgesi olan amigdalanın ergenlerde daha yüksek düzeyde tepki verdiğini göstermiştir. Örneğin, korkulu yüzler nötr yüzlerle karşılaştırıldığında, ergenlerde amigdala aktivitesinin çocuklara ve yetişkinlere göre daha fazla olduğu gözlemlenmiştir. Ayrıca, duygu düzenleme süreçlerinde, amigdala ile prefrontal kortikal bölgeler arasındaki bağlantının yaşla birlikte değiştiği de ortaya konmuştur (27,32).

Ergenlik, beynin ödül işleme ve motivasyon sistemlerinde önemli değişikliklerin yaşandığı bir dönemdir. Mezolimbik beyin bölgelerine kıyasla prefrontal kortekste dopamin düzenleme dengesindeki yaşa bağlı değişiklikler, ergenlerde motivasyon gücünde kaymalara yol açar. Bu süreç, daha önce keyif veren faaliyetlerin daha az ödüllendirici hale gelmesine neden olabilir ve bunun sonucunda, yeni ve daha yoğun uyarım biçimlerine yönelik telafi edici bir arayış gelişebilir. Bu durum, ‘ödül eksikliği sendromu’ veya ‘ergen anhedonisi’ olarak tanımlanabilir ve genellikle daha fazla yenilik arayışı, risk alma davranışları ve yiyecek ile uyuşturucu gibi tüketim alışkanlıklarında artışa yol açar (27,28,33–35)

Ergenlik döneminde monoaminerjik sistemde, beynin çeşitli bölgelerinin de olgunlaşmasıyla birlikte önemli gelişimsel değişiklikler yaşanır. Nörotransmitterlerdeki bu değişiklikler ergenin ödül ve motivasyon sistemlerini, duygusal düzenleme ve risk alma eğilimlerini şekillendirir. Dopaminin artan duyarlılığı ödüllere daha fazla duyarlılık ve riskli davranışlar ile ilişkilendirilmiştir. Serotonin sistemindeki değişiklikler, ergenlerin duygusal dalgalanmalara karşı daha duyarlı olmalarına yol açar, ergenlerin duygu durumunu ve davranışlarını yönetme becerilerini etkiler (36). İnhibe edici nörotransmitter olan GABA(gama aminobütirik asit) sisteminin olgunlaşması, ergenlik boyunca devam eder. GABA duygu düzenleme ve bilişsel kontrol üzerinde belirleyici bir rol oynar. Özellikle prefrontal korteks ve anterior singulat korteks gibi beyin bölgelerinde, ergenlerin dürtüsellığı, duygusal reaktivitesi ve tepki inhibisyonu gibi davranışsal özelliklerini, stres ve anksiyete gibi duygulanımlarını etkiler (37). Ergenlik döneminde melatonin salınımı, çocuklara ve yetişkinlere kıyasla daha geç saatlerde başlamakta ve sabah daha geç sonlanmaktadır. Bu biyolojik değişim, birçok ergenin neden geç saatlere kadar uyanık kaldığını ve sabah kalkmakta zorlandığını açıklayabilir. Ergenlerin optimal işlevselliklerini sürdürebilmek için 9–10 saatlik gece uykusuna ihtiyaç duyduğu düşünülmektedir. Ancak çoğu ergen bu süreyi karşılayamaz; bu da dikkat dağınıklığı, dürtüsellik, sinirlilik ve depresif belirtilerle ilişkilendirilmektedir (38).

Sonuç olarak, ödüle karşı artmış duyarlılık ile henüz gelişmemiş bilişsel kontrol, ergenlik dönemine özgü dürtüsellik, yenilik arayışı ve risk alma davranışlarının nörobiyolojik temelini oluşturabilir (33). Tüm bu nörobiyolojik gelişim süreci gözden geçirildiğinde aklımızda şu sorular canlanır: Azalan bilişsel kontrol, artan ödül duyarlılığı ve yüksek duygusal reaktivite ile karakterize edilen bu dönemde, bireyin davranışlarını tam anlamıyla yönetebilmesi ne kadar mümkündür? Ergenlik dönemine özgü bu nörobiyolojik değişiklikler, ergende hukuki sorumluluk kavramını değerlendirirken göz ardı

edilebilir mi? Bu yaş grubundaki bireylerin sorumluluk düzeyi değerlendirilirken, nörobiyolojik gelişimlerinin henüz tamamlanmamış olduğu gerçeği göz önünde bulundurulmalıdır.

ERGENLİK VE BİLİŞSEL GELİŞİM

Piaget’nin bilişsel gelişim kuramına göre ergenlik dönemi, zihinsel gelişimin en ileri evresi olan soyut işlemler dönemine denk gelmektedir. Bu dönemde birey, somut olgulara dayalı düşünme yetisi üstüne; soyut kavramlar, varsayımlar ve olasılıklar üzerinden düşünme yetisini kazanır. Ergen, hipotez kurabilir, bu hipotezleri zihinsel olarak test edebilir ve sonuçlara göre onları değerlendirebilir. Tümevarım ve tümdengelim akıl yürütme biçimini kullanabilir hale gelir. Ayrıca, henüz gerçekleşmemiş olayları zihinsel olarak canlandırma, geleceğe yönelik plan yapma, olasılıkları değerlendirme ve etik, adalet, varoluş gibi soyut kavramlar üzerine düşünme kapasitesi gelişir (39–41). Ergen daha olgun bir zaman algısı geliştirir, ölümün kesinliği konusunda daha büyük bir farkındalık kazanır ve dış dünya hakkında daha geniş bir bilgiye sahip oldukça, ahlaki kuralların çeşitliliği ve göreliliği hakkında daha derin bir kavrayış geliştirir. Bu ahlaki uyanış, politikaya, ideolojiye ya da dine karşı artan bir ilgi ve bu konularda daha sofistike düşüncelerle birlikte görülebilir (35).

Ergenlik döneminde özellikle varsayımsal-dedüktif düşünme becerisinin kazanılması, kendilik gelişimi açısından önemli bir zemin oluşturur. Bu dönemde birey yalnızca mevcut kişilik özelliklerini değerlendirmekle kalmaz, aynı zamanda alternatif kendilik temsillerini, rolleri zihinsel düzlemde yapılandırabilir. Ergen, çevresindeki bireylerin kendisine dair algılarını içselleştirerek, bu dışsal yansımaları zihinsel olarak sınar ve bu temsillerin değişiminin bütüncül kendilik örgütlenmesi üzerindeki etkilerini değerlendirme kapasitesi geliştirir. Böyle bir bilişsel esneklik, ergenin çeşitli kimlik olasılıklarını keşfetmesini ve olası kimlik bunalımının çözülmesine yönelik gelişimsel süreci destekler. Bu gelişim, ergenin erişkin dünyasıyla zihinsel anlamda bütünleşmesini kolaylaştırır (3,40).

ERGENLİK VE PSİKİYATRİK BOZUKLUKLAR

Psikiyatrik bozukluklar, genellikle ergenlik ve genç erişkinlik döneminde başlamakla birlikte, çoğunlukla yaşamın ilerleyen dönemlerinde saptanır (42).

Bir meta-analiz, psikiyatrik bozuklukların medyan başlangıç yaşının 18 olduğunu ve 25 yaşından önce tüm psikiyatrik bozuklukların üçte ikisinin başladığını ortaya koymuştur (43). Bunun yanı sıra, yaşamın birçok alanında karşılaşılan istikrarsızlık ve belirsizliklerin, erişkinliğe geçiş evresi için normal sayılabilecek durumlar mı yoksa ciddi bir ruh sağlığı bozukluğunun belirtisi veya tetikleyicisi mi olduğu sorusu, klinik değerlendirmelerde önemli bir ayırım noktası olacaktır (42). Çocukluk ve ergenlik döneminde, en az bir psikiyatrik bozukluk tanı kriterini klinik düzeyde karşılayanların oranı %20'dir. Ergenlik döneminde subklinik psikiyatrik durumların yaygınlığının %50'ye kadar yükseldiği düşünülmektedir. Ergenlik ve erişkinliğe geçiş dönemi, bipolar bozukluk, yeme bozuklukları ve şizofreni gibi pek çok psikiyatrik bozukluğun başlangıç dönemi olarak kabul edilmektedir (42,44,45).

Ergenlik dönemi kendine zarar verme davranışları ve intihar girişimlerinin sıklıkla görüldüğü bir dönemdir. Ülkemizde yapılan bir çalışmaya göre, ergenlerde kendine zarar verme davranışlarının (KZVD) yaygınlığı %31,3 olarak tespit edilmiştir (46). Yurt dışında yapılan toplum örnekleme dayalı çalışmalarda ise bu oran %55'e kadar çıkmaktadır KZVD'nin en sık görülen başlangıç yaşı ise 12-14 yaşlarıdır (48). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) verilerine göre, her yıl dünyada 720.000 insan özkıyım nedeniyle hayatını kaybetmektedir ve bu, 15-29 yaş arasındaki ölümlerin en sık üçüncü nedenidir (49). Ergenlik döneminde, yaşam boyu özkıyım düşüncesi oranının %12,1 ile %29,9 arasında değiştiği bildirilmiştir (50). Bu tür davranışlar, ergenlerin duygusal dalgalanmaları, kimlik arayışı ve toplumsal baskılarla güçlü bir şekilde ilişkilidir. Kendine zarar verme ve intihar girişimleri, çoğunlukla ergenlerin stresle başa çıkma çabaları, umutsuzluk, yalnızlık gibi duygusal yüklerle karşı karşıya kaldıkları zorlayıcı bir deneyimdir. Bu durumların erken dönemde tanınması ve müdahale edilmesi, ergenlerin sağlıklı bir şekilde gelişebilmeleri ve olası olumsuz sonuçlardan korunabilmeleri için hayati önem taşır (51).

SON SÖZ

Ergenlik, bireyin psikolojik, bilişsel ve bedensel düzlemlerde yeniden yapılanmaya girdiği ikinci şans dönemidir. Fırtınalarla örülü bu geçiş dönemi, metinde de değinilen pek çok riski barındırmakla birlikte, ruhsal gelişim açısından önemli potansiyeller ve dönüşüm olanakları da içerir. Ergenlik sürecinin sağlıklı bir şekilde tamamlanmasının ardından ortaya çıkan genç yetişkin, kendine dair olumlu bir benlik algısına sahiptir. Geleceğini umutla ve dinamizmle kurgulayabilir; sadece akademik ya da mesleki alanlara değil, sosyal, sanatsal ya da kişisel gelişim alanlarına da yatırım yapar. Kendisini fiziksel, psikolojik ve ekonomik açılardan bağımsızlaştırmış hem bireysel hem de toplumsal gerçeklik ilkeleri doğrultusunda yaşamını sürdürebilir hâle gelmiştir. Gündelik kaygıların ötesine geçebilen, yaşamın anlamına ilişkin arayışlar geliştirebilen bu birey, doyumu yalnızca anlık hazlarda değil, daha derin ve kalıcı ilgi alanlarında da bulabilme kapasitesine ulaşmıştır (6).

KAYNAKÇA

1. Ergin Gençtan. Psikanaliz ve Sonrası. Hür Yayın A.Ş.; 1981.
2. Talat Parman. Ergenlik Üzerine Bir Giriş Yazısı. İçinde: Ergenlik ya da Merhaba Hüznün. 3. baskı. Yapı Kredi Yayınları; 2024.
3. Celal Odağ. Ergenler. 3.baskı. İzmir: odağ psikanaliz ve psikoterapi eğitim hizmetleri, org. ltd. şti.; 2017.
4. Ergenlikte Kimlik ve Kültürel Modeller. İçinde: Ergenlikte Değişim ve Erişkin Yaşama Geçiş. 2. Baskı. İstanbul: Bağlam yayınları; 2019. (Düş ve Düşün Dizisi).
5. Yves Jacquet, Patrice Huerre. Dönüşümler. İçinde: Ergenlik Anne Babalar ve Uzmanlar İçin Nirengi Noktaları. 3. Baskı. Bağlam yayınları; 2022. (Düş ve Düşün Dizisi).
6. Philippe Jeammet. Ergenlik Anne Babalar ve Uzmanlar İçin Nirengi Noktaları. 3. Baskı. Bağlam yayınları; 2022. (Düş ve Düşün Dizisi).
7. Blos P. The Second Individuation Process of Adolescence.
8. Margaret S. Mahler, Fred Pine, Anni Bergman. İnsan Yavrusunun Psikolojik Doğuşu-

- mu. 5. Baskı. Metis Yayınları; 2022. (Ötekini Dinlemek).
9. Winnicott DW. The Theory of the Parent-Infant Relationship. İçinde: Caldwell L, Taylor Robinson H, editörler. The Collected Works of D W Winnicott: Volume 6, 1960-1963 [İnternet]. Oxford University Press; 2016 [a.yer 04 Mayıs 2025]. s. 0. Erişim adresi: <https://doi.org/10.1093/med:psych/9780190271381.003.0022>
10. Martha Harris. Chapter One: On Learning to Know Oneself [İnternet]. 1969 [a.yer 04 Mayıs 2025]. Erişim adresi: <https://pep-web.org/search/document/ZBK.145.0001A?page=P0001>
11. Ergenlikte Kim Olmak ve İdealler. İçinde: Ergenlikte Değişim ve Erişkin Yaşama Geçiş. 2. Baskı. İstanbul: Bağlam yayınları; 2019. (Düş ve Düşün Dizisi).
12. Nergis Güleç. Ergenlik: Anlamak ve Anlaşılmak Üzerine. İçinde: Psikanaliz Yazıları, Ergenlik. 2. baskı. bağlam yayınları; 2014. (Baharlık Kitap Dizisi).
13. Yüzleşmeler. İçinde: Ergenlik Anne Babalar ve Uzmanlar İçin Nirengi Noktaları. 3. Baskı. Bağlam yayınları; 2022. (Düş ve Düşün Dizisi).
14. Talat Parman. Winnicott'un Kuramında Ergenlik. İçinde: Ergenlik ve Ötesi. 1. Baskı. Bağlam yayınları; 2017. (Düş ve Düşün Dizisi).
15. Allison MD, Sabatelli RM. Differentiation and Individuation as Mediators of Identity and Intimacy in Adolescence. J Adolesc Res. 01 Ocak 1988;3(1):1-16.
16. Akhtar S. Immigration and Identity: Turmoil, Treatment, and Transformation. Jason Aronson; 1999. 248 s.
17. Erikson EH. Identity and the Life Cycle. W. W. Norton & Company; 1994. 196 s.
18. Talat Parman. Ergenlikte Kim Olmak ve idealler. İçinde: Ergenlikte Değişim ve Erişkin Yaşama Geçiş. 2. Baskı. Bağlam yayınları; 2019. (Düş ve Düşün Dizisi).
19. Talat Parman. Ergenlikte Değişim ve Erişkin Yaşama Geçiş. 2. Baskı. İstanbul: Bağlam yayınları; 2019. (Düş ve Düşün Dizisi).
20. Marcia JE. Development and validation of ego-identity status. J Pers Soc Psychol. 1966;3(5):551-8.
21. Talat Parman. Françoise Dolto: Bedenin Bilinçdışı İmgesi, Kastrasyonlar, İstakoz Karmaşası. İçinde: Çocuk ve Ergen Psikanalizi: Kuramcılar ve Kavramlar. 1. bs Yapı Kredi Yayınları; 2022.
22. Talat Parman. Anoreksiya Nervoza. İçinde: Ergenlik ya da Merhaba Hüzün. 3. Baskı. Yapı Kredi Yayınları; 2024.
23. İhtiyaçlar. İçinde: Ergenlik Anne Babalar ve Uzmanlar İçin Nirengi Noktaları. bağlam yayınları; 2022.
24. Blakemore SJ. Imaging brain development: the adolescent brain. NeuroImage. Ha-

- ziran 2012;61(2):397-406.
25. Bourgeois JP, Rakic P. Changes of synaptic density in the primary visual cortex of the macaque monkey from fetal to adult stage. J Neurosci Off J Soc Neurosci. Temmuz 1993;13(7):2801-20.
26. Rakic P, Bourgeois JP, Goldman-Rakic PS. Synaptic development of the cerebral cortex: implications for learning, memory, and mental illness. Prog Brain Res. 1994;102:227-43.
27. Blakemore SJ. Imaging brain development: The adolescent brain. NeuroImage. 01 Haziran 2012;61(2):397-406.
28. Steinberg L. A dual systems model of adolescent risk-taking. Dev Psychobiol. 2010;52(3):216-24.
29. Braams BR, Duijvenvoorde ACK van, Peper JS, Crone EA. Longitudinal Changes in Adolescent Risk-Taking: A Comprehensive Study of Neural Responses to Rewards, Pubertal Development, and Risk-Taking Behavior. J Neurosci. 06 Mayıs 2015;35(18):7226-38.
30. Giedd JN, Blumenthal J, Jeffries NO, Castellanos FX, Liu H, Zijdenbos A, vd. Brain development during childhood and adolescence: a longitudinal MRI study. Nat Neurosci. Ekim 1999;2(10):861-3.
31. Casey B j., Jones RM, Hare TA. The Adolescent Brain. Ann N Y Acad Sci. 2008;1124(1):111-26.
32. Wu M, Kujawa A, Lu LH, Fitzgerald DA, Klumpp H, Fitzgerald KD, vd. Age-related changes in amygdala-frontal connectivity during emotional face processing from childhood into young adulthood. Hum Brain Mapp. Mayıs 2016;37(5):1684-95.
33. Luna B, Paulsen DJ, Padmanabhan A, Geier C. The Teenage Brain: Cognitive Control and Motivation. Curr Dir Psychol Sci. 01 Nisan 2013;22(2):94-100.
34. Steinberg L. A social neuroscience perspective on adolescent risk-taking. Dev Rev. 2008;28(1):78-106.
35. Robert A. King, Helena J.V. Rutherford. Lewis's child and adolescent psychiatry: A comprehensive textbook (5th ed.). 5. baskı. Lippincott Williams & Wilkins (LWW); 2017.
36. Pitzer M. The development of monoaminergic neurotransmitter systems in childhood and adolescence. Int J Dev Neurosci. 01 Mayıs 2019;74:49-55.
37. Silveri MM, Sneider JT, Crowley DJ, Covell MJ, Acharya D, Rosso IM, vd. Frontal Lobe γ -Aminobutyric Acid Levels During Adolescence: Associations with Impulsivity and Response Inhibition. Biol Psychiatry. 15 Ağustos 2013;74(4):296-304.

38. Hagenauer MH, Perryman JI, Lee TM, Carskadon MA. Adolescent Changes in the Homeostatic and Circadian Regulation of Sleep. *Dev Neurosci*. 17 Haziran 2009;31(4):276-84.
39. jean piaget, margaret cook. The origins of intelligence in children. new york: International Universities Press; 1952.
40. jean piaget. Çocukta Karar Verme ve Akıl Yürütme. Çocukta Karar Verme ve Akıl Yürütme; 2017.
41. Sabide Duygu Uygun. Jean Piaget ve Öğrenme Kuramları. İçinde: Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi 1. 2020. s. 75-82.
42. Fındık OTP, M. Yankı Yazgan. Gelişimsel bakış açısıyla çocuk ve ergenlikten erişkinliğe giden yol. *güz 2023*;13(4).
43. Solmi M, Radua J, Olivola M, Croce E, Soardo L, Salazar de Pablo G, vd. Age at onset of mental disorders worldwide: large-scale meta-analysis of 192 epidemiological studies. *Mol Psychiatry*. Ocak 2022;27(1):281-95.
44. Patel V, Flisher AJ, Hetrick S, McGorry P. Mental health of young people: a global public-health challenge. *Lancet Lond Engl*. 14 Nisan 2007;369(9569):1302-13.
45. Lewinsohn PM, Shankman SA, Gau JM, Klein DN. The prevalence and co-morbidity of subthreshold psychiatric conditions. *Psychol Med*. Mayıs 2004;34(4):613-22.
46. Kabukcu Basay B, Basay O, Bildik T, Ozbaran B, Kandulu Olcay R, Ozturk O, vd. The Nature, Functions and Related Risk Factors of Non-Suicidal Self-Injury Among Turkish High School Students. *Noro Psikiyatri Arsivi [İnternet]*. 20 Nisan 2016 [a.yer 03 Mayıs 2025]; Erişim adresi: <http://www.noropsikiyatriarsivi.com/crossref?doi=10.5152/npa.2016.12553>
47. Lloyd-Richardson EE, Perrine N, Dierker L, Kelley ML. Characteristics and functions of non-suicidal self-injury in a community sample of adolescents. *Psychol Med*. Ağustos 2007;37(8):1183-92.
48. Swannell SV, Martin GE, Page A, Hasking P, St John NJ. Prevalence of nonsuicidal self-injury in nonclinical samples: systematic review, meta-analysis and meta-regression. *Suicide Life Threat Behav*. Haziran 2014;44(3):273-303.
49. Suicide [İnternet]. [a.yer 03 Mayıs 2025]. Erişim adresi: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/suicide>
50. McLoughlin AB, Gould MS, Malone KM. Global trends in teenage suicide: 2003-2014. *QJM Mon J Assoc Physicians*. Ekim 2015;108(10):765-80.
51. Esra Demirci, Arzu Çalışkan Demir. Kendine Zarar Verme ve Özkıyım Davranışının Ergenlikten Genç Erişkinliğe Seyri. *güz 2023*;13(4).