

# ADSAD 2. Ulusal Ergen Sağlığı Kongresi



12-14 Ocak  
2024

İstanbul Üniversitesi  
Prof. Dr. Fuat Sezgin  
Kongre ve Kültür Merkezi



ÖZET KİTABI

[www.adolesan.com](http://www.adolesan.com)



## **DAVET YAZISI**

Değerli katılımcılar,

Adolesan Sağlığı Derneği II. Ulusal Ergen Sağlığı Kongresi'ni 12-14 Ocak 2024 tarihleri arasında İstanbul Üniversitesi Fuat Sezgin Kongre Merkezi'nde düzenleyecektir.

'Hayatın ikinci dekadında ikinci Őans' olarak tanımlanan ergenlik, koruyucu sağlık hizmeti alanında çalıŐan herkes için önemli bir dönemdir. Gençler için sağlık, psikolojik ve sosyal alanda yapılan çalışmalar ve yatırımlar, aslında bir toplumun geleceğini Őekillendiren uygulamalardır.

Zor ama özel ve güzel bir süreç olup, hayat boyu etkileri yaŐanılan ergenlik dönemi hakkında konuŐmak, ergen sağlığı alanında deneyimleri paylaŐmak, ergen dostu sağlık birimleri ve sağlık çalıŐanlarını arttırabilmek adına ergen sağlığı ile ilgili birçok konuyu inceleyeceğimiz kongremizde sizleri de aramızda görmekten onur duyacağız.

Sevgi ve saygılarımızla,

**Prof. Dr. Süleyman Engin Akhan**

Adolesan Sağlığı Derneği Yönetim Kurulu Başkanı



## KURULLAR

### Kongre Dzenleme Kurulu

Prof. Dr. Suleyman Engin Akhan  
Prof. Dr. Mijgan Alikaşifoğlu  
Prof. Dr. Ozlem Dural  
Doç. Dr. Aylin Yetim Şahin  
Doç. Dr. Hüseyin Dağ  
Doç. Dr. Meltem Erol  
Dr. Öğrt. Gör. Melike Tuğrul Aksakal  
Uzm.Dr. Ozlem Ketenci Altıkardeşler  
Uzm. Psik. Elif Küçükmotor

### Kongre Bilimsel Kurulu

Prof. Dr. Oya Ercan  
Prof. Dr. Zeynep Karakaş  
Prof. Dr. Gülbin Gökçay  
Prof. Dr. Emin Ünüvar  
Prof. Dr. Orhan Derman  
Prof. Dr. Başak Yücel  
Prof. Dr. Zehra Aycan  
Prof. Dr. Ayper Somer  
Prof. Dr. Firdevs Baş  
Prof. Dr. Nalan Karabayır  
Prof. Dr. Burak Doğangün  
Prof. Dr. Ayşe Kılıç  
Prof. Dr. Sinem Hüsnu Akgül  
Prof. Dr. Seher Akbaş  
Prof. Dr. Gül Karaçetin  
Prof. Dr. Elif Mutlu  
Prof. Dr. Fuat Bilgili  
Prof. Dr. Hakan Seyisoğlu  
Prof. Dr. Ozlem Dural  
Prof. Dr. Cenk Yaşa  
Prof. Dr. Kayı Eliaçık  
Prof. Dr. Funda Güngör Uğurlucan

Prof. Dr. Mahmut Öncül  
Doç. Dr. Algün Polat Ekinci  
Doç. Dr. Müge Bozkurt  
Doç. Dr. Bahar Kural  
Doç. Dr. Gonca Keskindemirci  
Doç. Dr. Melis Pehlivanürk  
Doç. Dr. Dilek Orbatu  
Doç. Dr. Zeynep Tüzün  
Doç. Dr. Cahid Örengül  
Doç. Dr. Ayşe Büyükcam  
Dr. Öğr. Üyesi İpek Evrüke  
Dr. Öğr. Üyesi İnci Sema Taş  
Dr. Öğr. Üyesi Yasemin Erdem  
Dr. Öğr. Üyesi Aslı Derya Al  
Dr. Öğr. Üyesi Mehmet Tekden  
Uzm. Dr. Yeşim Sağlam Öz  
Uzm. Dr. Mehmetcan Erata  
Uzm. Dr. Damla Kasap Üstündağ  
Psk. Melike Şimşek  
Dr. Dyt. Beyza Eliuz  
SHU Kemal Güdek



## BİLİMSEL PROGRAM

### KURS PROGRAMI

**12 Ocak 2024**

*İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Eğitim Salonları/İstanbul*

1. **PSİKODRAMA ATÖLYESİ** (Psk. Barış Tok, Psk. Nalan Özçete)
2. **MOTİVASYONEL GÖRÜŞME TEKNİKLERİ EĞİTİMİ** (Psk. Melike Şimşek)
3. **ADOLESAN JİNEKOLOJİ KURSU** (Prof. Dr. Süleyman Engin Akhan, Prof. Dr. Özlem Dural)

### KONGRE PROGRAMI

**13-14 Ocak 2024**

*İstanbul Üniversitesi Fuat Sezgin Kongre ve Kültür Merkezi/İstanbul*

**13 OCAK 2024 (1. GÜN)**

08:30-09:00 **Kongre Kayıt ve Tanışma**

09:00-10:00 **PANEL 1 - ERGEN BESLENMESİNDE YOL ALABİLİYOR MUYUZ?**

Oturum Başkanları: **Prof. Dr. Firdevs Baş, Doç. Dr. Meltem Erol**

09:00-09:15 **Nutrisyonel Anemiler, Prof. Dr. Zeynep Karakaş**

09:15-09:30 **Ergen Beslenmesinde Sık Yapılan Hatalar, Dr. Dyt. Beyza Eliuz**

09:30-09:45 **D Vitamini ve Kemik Sağlığı, Dr. Öğrt. Üyesi Aslı Derya Al**

09:45-10:00 **Tartışma**

10:00-10:15 **Kahve Arası**

10:15-11:15 **PANEL 2 - ERGENLERDE SIK GÖRÜLEN DERMATOLOJİK SORUNLAR**

Oturum Başkanları: **Prof.Dr. Gülbin Gökçay, Doç.Dr. Algün Polat Ekinci**

10:15-10:30 **Ergende Dövme ve Piercing Uygulamaları, Dr. Öğrt. Üyesi Yasemin Erdem**

10:30-10:45 **Ergenlerde Kozmetik Sorunlar ve Çözüm Önerileri, Uzm. Dr. Mehmet Onur Gökalp**

10:45-11:00 **Ergenlerde Sık Görülen Pigmentasyon Bozuklukları ve Melanositik Lezyonlar**  
**Doç. Dr. Algün Polat Ekinci**

11:00-11:15 **Tartışma**





11.15-11.30 Kahve Arası

**11.30-12.30 PANEL 3 - YEME BOZUKLUKLARI: AYRINTILI İNCELEYELİM**

Oturum Başkanları: **Prof.Dr. Zehra Aycan, Prof.Dr. Başak Yücel**

11:30-12:30 YUVARLAK MASA TOPLANTISI

Konuşmacılar: **Prof. Dr. Sinem Hüsnü Akgül, Prof. Dr. Burak Doğangün, Dyt. Beyza Eliuz**

12.30-13.30 Öğle Yemeği / Poster Bildirileri

Oturum Başkanları: **Doç. Dr. Hüseyin Dağ, Uzm. Dr. Funda Yıldız**

**13.30-14.30 PANEL 4 - ERGEN JİNEKOLOJİSİ OTURUMU - 1**

Oturum Başkanları: **Prof. Dr. Süleyman Engin Akhan, Prof. Dr. Hakan Seyisoğlu**

13:30-13:45 Kanama Diyatezi Tanılı Ergenlerde Anormal Uterin Kanamaların Yönetimi, **Prof. Dr. Cenk Yaşa**

13:45-14:00 Ergenlerde Kontrasepsiyon Kullanımı, **Prof. Dr. Funda Güngör Uğurlucan**

14:00-14:15 Ergenlerde Fertilité Prezervasyonu, **Prof. Dr. Mahmut Öncül**

14:15-14:30 Tartışma

14.30-14.45 Kahve Arası

**14.45-16.00 PANEL 4 - ERGEN JİNEKOLOJİSİ OTURUMU - 2**

Oturum Başkanları: **Prof. Dr. Süleyman Engin Akhan, Prof.Dr. Özlem Dural**

14:45-15:00 Ergenlerde Genital HPV Enfeksiyonlarına Yaklaşım ve HPV Aşılı, **Prof.Dr. Süleyman Engin Akhan**

15:00-15:15 Çocuk ve Ergenlerde Vulvovaginal Problemlere Yaklaşım, **Prof. Dr. Özlem Dural**

15:15-15:30 Fonksiyonel Hipotalamik Amenore Olgularında Tanı ve Yönetim, **Dr. Öğr. Üyesi İpek Evrücke**

15:30-15:45 Ergenlerde Jinekolojik Acillerin Yönetimi, **Dr. Öğr. Üyesi İnci Sema Taş**

15:45-16:00 Tartışma

**16.00-16.15 PANEL 5 - AKILCI ANTİBİYOTİK KULLANIMI**

Oturum Başkanı: **Prof.Dr. Ayper Somer**

Konuşmacı: **Doç.Dr. Ayşe Büyükcem**

16.15-17.15 **Sözlü Bildiriler**

Oturum Başkanları: **Doç.Dr. Aylin Yetim Şahin, Dr.Öğrt Gör. Melike Tuğrul Aksakal**



**14 OCAK 2024 (2. GÜN)**

**09.00-10.00 PANEL 6 - ERGENLERDE DİJİTAL MEDYA KULLANIMI VE YARATTIğI SORUNLAR**

Oturum Başkanları: **Prof.Dr. Emin Ünüvar, Doç.Dr. Hüseyin Dağ**

09:00-09:15 Ergenlerde Dijital Oyun Okuryazarlığı, **Eran Küçük** - *Dijital Oyun Yapımcısı*

09:15-09:30 Dijital Medya Kullanımının Yarar-Zarar Dengesi, **Uzm.Dr. Özlem Ketenci Altıkardeşler**

09:30-09:45 Dijital Medya Ve Uyku Sorunları, **Dr. Öğrt Gör. Melike Tuğrul Aksakal**

09:45-10:00 Dijital Medya Kullanımının Omurga Sağlığına Etkileri, **Prof. Dr. Fuat Bilgili**

10:00-10:15 Tartışma

**10.15-11.15 PANEL 7 - ERGEN VE OKUL**

Oturum Başkanları: **Prof.Dr. Müjgan Alikasıfoğlu, Doç.Dr. Bahar Kural**

10:15-10:30 Okullarda Ergen Sağlığı Uygulamaları  
Konuşmacı: İstanbul İl Millî Eğitim Müdürlüğü Özel Eğitim ve Rehberlik Hizmetleri Daire Başkanı  
**Hasan ÇELİK**

10:30-10:45 Akran Zorbalığı, **Prof. Dr. Ayşe Kılıç**

10:45-11:00 Sınav Anksiyetesi, **Doç. Dr. Dilek Orbatu**

11:00-11:15 Tartışma

11.15-11.30 Kahve Arası

**11.30-12.30 PANEL 8 - ERGEN SAğLIğI İZLEMİNDE GÜNCEL GELİŞMELER**

Oturum Başkanları: **Prof. Dr. Oya Ercan, Prof. Dr. Nalan Karabayır**

11:30-11:45 Ergenlere Uygulanan Rehberlik Hizmetleri, **Doç. Dr. Melis Pehlivanürk**

11:45-12:00 Ergenlerde Taramalar, **Doç. Dr. Meltem Erol**

12:00-12:15 Ergenlik Dönemi Aşmaları, **Doç. Dr. Gonca Keskindemirci**

12:15-12:30 Tartışma

12.30-13.30 Öğle Yemeği



**13.30-14.15 PANEL 9 - ERGENİN ÖZELLİKLERİ VE ERGEN İLE İLETİŞİM TEKNİKLERİ**

Oturum Başkanları: **Prof.Dr. Orhan Derman, Prof.Dr. Seher Akbaş**

**13:30-14:15 YUVARLAK MASA TOPLANTISI**

Konuşmacılar: **Doç. Dr. Cahid Örengül, Doç. Dr. Aylin Yetim ŞAHİN, Doç. Dr. Zeynep Tüzün, SHU Kemal Güdek**

14.15-14.30 Kahve Arası

**14.30-15.30 PANEL 10 - ERGENLERDE BAĞIMLILIKLAR**

Oturum Başkanları: **Prof.Dr. Elif Mutlu, Doç.Dr. Müge Bozkurt**

14:30-14:45 Ergenlerde Madde Kullanımına İlk Geçiş Maddesi: Sigara!, **Doç. Dr. Hüseyin Dağ**

14:45-15:00 Dijital Bağımlılık Türleri Ve Yaklaşımlar, **Prof. Dr. Kayı Eliaçık**

15:00-15:15 Günümüze Yerleşen Madde Bağımlılıkları, **Psk. Melike Şimşek**

15:15-15:30 Tartışma

**15.30-16.30 PANEL 11 - ERGENLERDE SIK GÖRÜLEN MENTAL SORUNLAR**

Oturum Başkanları: **Prof.Dr. Gül Karaçetin, Dr.Öğr. Üyesi Mehmet Tekden**

15:30-15:45 Depresif Bozukluklar, **Uzm. Dr. Yeşim Sağlam Öz**

15:45-16:00 Anksiyete Bozuklukları, **Uzm. Dr. Elif Yerlikaya Oral**

16:00-16:15 Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu, **Uzm.Dr. Damla Kasap Üstündağ**

16:15-16:30 Tartışma

**16.30-17.30 SÖZLÜ BİLDİRİLER**

Oturum Başkanları: **Doç. Dr. Raziye Dut, Uzm. Dr. Mehtap Acar**

17.30-18.00 **Teşekkür ve Kapanış**



## - KONUŞMACI ÖZETLERİ -



## ERGENLERDE TARAMALAR

### Doç. Dr. Meltem EROL

Taramalar koruyucu sağlık hizmetlerinin önemli bir parçasıdır. Amaç tedavi edilebilir hastalık ve sorunların mortalite ve morbiditesini azaltmak ve yoketmektir. Adolesanın riskli davranışları; kötü beslenme, fiziksel aktivite azlığı, cinsel aktivite, alkol madde kullanımı, intihar, kasıtsız yaralanmalar olarak sınıflandırılır. Adolesan Koruyucu Hizmetler Klavuzu'nun önerilerine göre taramalar biyomedikal, davranışsal ve duygusal özellikleri içermelidir. Adolesanlarda taramalar;

1. Öykü 2. Fizik muayene 3. Laboratuvar ve özgül yöntemler ile yapılmaktadır. Fizik muayenede amaç adolesanın temel sağlık değerlendirmesini yapmak ve var ise fiziksel problemleri saptamaktır.

Adolesanlar için Amerikan Pediatri Akademisi tarafından önerilen program ile Sağlık Bakanlığı tarafından kabul edilen tarama programları şu şekildedir;

#### **Sağlık Bakanlığı bebek, çocuk ve izlem protokollerine göre ergen taramaları (2018)**

Ergenlik dönemi psikososyal gelişime göre 3 e ayrılmaktadır:

Erken ergenlik (10-14 yaş), orta ergenlik (15-18 yaş), geç ergenlik (19-21 yaş)

1. Adolesanlar her 3 dönemde öykü ve fizik muayene ile değerlendirilmelidir
2. Her 3 dönemde bir defa boy, ağırlık ölçümleri ve beden kitle indeksleri değerlendirilmelidir.
3. Her 3 dönemde 1 kez kan basıncı ölçümü yapılmalıdır.
4. Görme taraması risk durumuna göre yapılmalıdır.
5. 10-14 yaşlarında bir kez işitme taraması yapılmalı, diğer dönemlerde risklere göre yapılmalıdır.
6. Psikososyal değerlendirme (iHEEADSS) her üç dönemde yapılmalıdır
7. Bağışıklama 10-14 yaş arasında değerlendirilmelidir.
8. Her 3 adolesan döneminde bir kez hiperlipidemi taraması yapılmalıdır.
9. Her 3 adolesan döneminde bir kez hemoglobin, hematokrit ölçümü yapılmalıdır.
10. Her 3 adolesan döneminde bir kez ağız ve diş sağlığı değerlendirmesi yapılmalıdır.
11. Her 3 adolesan döneminde bir defa danışmanlık hizmeti verilmelidir.

#### **Amerikan Pediatri Akademisi Önerileri**

1. Yılda 1 defa öykü ve FM ile büyüme ve gelişme değerlendirilmelidir
2. Yılda 1 defa ağırlık, boy ölçümleri ve BKİ değerlendirilmelidir
3. Yılda 1 defa kan basıncı ölçülmeli ve değerlendirilmelidir
4. 10,12 ve 15 yaşlarında görme taramaları yapılmalıdır
5. Her 3 adolesan döneminde en az bir kez işitme taraması yapılmalıdır
6. Psikososyal değerlendirme her yıl en az 1 kez yapılmalıdır
7. Riskli adolesanlarda sigara alkol ve madde kullanımı taraması yapılmalıdır
8. Depresyon taraması 12 yaşından itibaren her yıl 1 kez yapılmalıdır
9. Aşılama her yıl sorgulanmalıdır.
10. Anemi ve tüberküloz taraması gerekli durumlarda yapılmalıdır
11. Dislipidemi taraması 10 ve 20 yaşlarda yapılmalı, diğer yaşlarda riskli ergenler değerlendirilmelidir
12. Cinsel yolla bulaşan hastalıklar riskli ergenlerde taranmalı
13. HIV taraması 17 yaşta yapılmalı, riskli adolesanlar her yaşta değerlendirilmelidir
14. Servikal displazi taraması 21 yaşta yapılmalı
15. Her yıl danışmanlık hizmeti verilmeli

**1. Öykü ile tarama:**

Geçirilmiş hastalıklar/cerrahi/ciddi yaralanma/ kazalar/ alerji/ilaçlar, kızlarda menarş yaşı, adet düzeni, ağrılı adet görme, diğer sistemlere ait sorgulamalar, diş fırçalama

Aşılama durumu

▪ (iHEEADSS)

İnternet kullanımı, Ev (Home environment), Eğitim (Education and employment), Beslenme bozuklukları (Eating), Etkinlikler (peer related Activities), Madde kullanımı (Drug use and abuse), Cinsel davranışlar, cinsel kimlik (Sexuality), Özkayım / depresyon (Suicidality / depression), Güvenlik, şiddet ve istismar (Safety)

Gelişimsel ve davranışsal değerlendirme: Psikolojik ve davranışsal gelişim yılda bir kez değerlendirilmelidir. Risk varsa alkol ve ilaç kullanımı da değerlendirilmelidir.

**2. Fizik Muayene ile tarama:**

Kan basıncı ölçümü, antropometrik değerlendirme (boy kısalığı, obezite, malnütrisyon), puberte muayenesi (erken, geç puberte açısından değerlendirme), kızlarda meme muayenesi, erkeklerin jinekomasti açısından değerlendirilmesi, erkeklerde skrotum muayenesi, baş boyun guatr değerlendirmesi, cilt muayenesi (Stria, akne, akantozis nigricans, kıllanma, renk değişikliği), skolyoz açısından değerlendirme

**3. Laboratuvar ve özgün yöntemler ile tarama**

Görme taraması: Amerikan pediatri akademisi 12 ve 15 yaşlarında görme muayenesi, yıllık risk değerlendirmesi önermektedir.

İşitme taraması

Hiperlipidemi taraması: Herhangi bir risk faktörü olmayan ergende ideal zamanlar puberte öncesi (9-11 yaş civarı) ve 17 yaş sonrası

Hemoglobin, hemotokrit ölçümünün her bir ergenlik döneminde 1'er kez yapılması

Erken ergenlik döneminde, kızlar için tam idrar ve idrar kültüründe lökositlerin aranması servisit, üretrit ve üriner yolların asemptomatik enfeksiyonlarının tanıları açısından önemlidir.

Gebelik taraması: Cinsel olarak aktif olanlara ve korunma yöntemlerini bilmeyen ya da korunmayanlara, gecikmiş menstrüasyon ya da amenore durumlarında yapılmalıdır.

15-18 yaş arasında HIV taraması

18-79 yaş arasında HCV taraması (geç ergenlik )

24 yaşından küçük, cinsel aktif tüm kadınlara chlamydia ve gonore açısından tarama yapılmalıdır.

**Kaynaklar**

1. Bright Futures Guidelines for Health Supervision of Infants, Children, and Adolescents 2022 Recommendations for Preventive Pediatric Health Care. *Pediatrics* (2022) 150 (1): e2022058044

2. Flynn JT, Kaelber DC, Baker-Smith CM, et al; Subcommittee on Screening and Management of High Blood Pressure in Children. Clinical Practice Guideline for Screening and Management of High Blood Pressure in Children and Adolescents. *Pediatrics* 2017; 140: e20171904

3. [https://ekutuphane.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/Bebek\\_Cocuk\\_Ergen\\_Izlem\\_Protokolleri\\_2018.pdf](https://ekutuphane.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/Bebek_Cocuk_Ergen_Izlem_Protokolleri_2018.pdf)

4. Walter HJ, Bukstein OG, Abright AR, Keable H, Ramtekkar U, Ripperger-Suhler J, Rockhill C. Clinical Practice Guideline for the Assessment and Treatment of Children and Adolescents With Anxiety Disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2020 Oct;59(10):1107-1124. doi: 10.1016/j.jaac.2020.05.005. Epub 2020 May 18. PMID: 32439401.

## D VİTAMİNİ VE KEMİK

### Dr. Öğrt. Üyesi Aslı Derya KARDELEN AL

D vitamini başta kemikler olmak üzere vücudumuzun pek çok yerinde önemli görevleri olan bir vitamindir. D vitamini eksikliği veya yetersizliği adolesanlarda raşitizm veya osteomalaziye neden olur. D vitamini eksikliğini önlemek için yeterli güneş teması ve D vitamini içeren gıdaların tüketimi önemlidir.

Bir ön hormon olan D vitaminin kolekalsiferol (vitamin D3) ve ergokalsiferol (vitamin D2) olmak üzere iki kaynağı vardır. Kolekalsiferol, hayvansal gıdalarda ve bazı D vitamini takviye ürünlerinde bulunur. Kolekalsiferol 290-310 nm dalga boyundaki ultraviyole ışınlarının etkisiyle deride 7-dehidrokolesterolden (7DHK) yapılır ve bu endojen üretim D vitamininin temel kaynağıdır. Ergokalsiferol ise bitkisel sterollerin irradiasyonu ile oluşur ve daha çok süt ürünlerinin güçlendirilmesi amacıyla kullanılır.

Deride üretilen D vitamininin sentez fonksiyonunda çeşitli faktörler rol oynar. En önemlisi ülkenin bulunduğu güneş ışınlarının yeryüzüne geliş açısı, enlem ve mevsimlerdir. Güneşlenmeye bağlı deriden optimal vitamin D sentezi yapılabilmesi için güneşlenme süresi ve güneşe maruz kalan deri yüzeyinin boyutları ve rengi de önemlidir.

Deriden vitamin D3 sentezini etkileyen faktörlerden bir diğeri ise melanin pigmentidir. Melanin doğal bir filtre olup UV ışınlarını absorbe eder. Koyu renkli insanlarda aynı miktarda vitamin D sentezi için daha uzun süre güneşe maruziyet gerekmektedir. Hava kirliliği düzeyi, deriye sürülen koruyucu kremler, güneşe cam arkasından maruz kalmak, giyinme tipi, obezite, ileri yaş D vitamini sentezini engelleyen diğer faktörlerdir.

Vitamin D2 ve vitamin D3 biyolojik olarak aktif değildir. D vitamininin biyolojik olarak aktif olabilmesi ve kemik mineral metabolizmasına etki edebilmesi için karaciğer ve böbrekte hidroksilasyona uğrayarak aktif formuna dönüşmesi gereklidir. Vitamin D2 ve vitamin D3 dolaşımında özel bir alfa globulin olan vitamin D bağlayıcı protein (VDBP) yardımıyla karaciğere taşınır ve burada 25-hidroksilasyona uğrayarak kalsidiol (25(OH)D vitamini) oluşur. Karaciğerde hidroksillenen 25(OH)D vitamini, renal proksimal tübüllerde 1- $\alpha$ -hidroksilaz enzimi yardımı ile hormonal olarak aktif kalsitriol (1,25(OH)<sub>2</sub>D vitamini) dönüşür.

D vitamini vücutta önemli görevleri olan yağda çözünen vitaminlerden biridir. Vücutta kalsiyum (Ca) ve fosfor (P) dengesini sağlar, kemik ve kasların sağlığı için gereklidir. D vitamini eksikliği hiperparatiroidizme sebep olur ve bunun sonucunda osteopeni ve osteoporoz görülebilir. Ca metabolizmasındaki önemli etkilerinin yanısıra bağışıklık sistemine de olumlu etkileri vardır. Hipertansiyon, kalp hastalıkları, bazı kanser ve otoimmün hastalıklara karşı da koruyucu olduğu düşünülmektedir.

D vitamininin aktif metaboliti 1,25(OH)<sub>2</sub>D'nin asıl ve en önemli etkisi bağırsaktan Ca emilimini optimal seviyede tutarak normokalsemiyi sağlamak ve hipofosfatemiyi önleyerek kemik sağlığını sürdürmektir. D vitamini böbreklerden de Ca ve P geri emilimini artırmakla beraber, böbrekler esas olarak parathormunun (PTH) hedefindedir. Vitamin D, hem osteoblast hem de osteoklastik serinin farklılaşmasında etkilidir. Organizmadaki 25(OH)D vitamini düzeyi normal olduğunda D vitamini kemiklerin mineralizasyonu üzerinde pozitif etkiye sahiptir. Başka bir ifadeyle, bağırsaklardan Ca emiliminin yeterli olduğu durumlarda 1,25(OH)<sub>2</sub>D düzeyi de normal olmakta ve bu aktif hormonun etkisiyle bir taraftan bağırsaklardan Ca ve P emilimi sağlanırken, öte yanda kemik mineralizasyonu devam etmektedir. Vücutta 25(OH)D vitamini düzeyi kritik bir düzeyin altına indiğinde veya bağırsaklardan Ca emilimi yetersiz olduğunda PTH düzeyi artmakta (sekonder hiperparatiroidizm), PTH etkisiyle 1- $\alpha$ -hidroksilaz enzimi aktive olmakta ve 1,25(OH)<sub>2</sub>D düzeyi yükselmektedir. Organizma için serum Ca düzeyi önemli olduğundan, artmış 1,25(OH)<sub>2</sub>D ve PTH aktivitesinin ortak etkisiyle, kemiklerden Ca mobilize edilerek serum Ca düzeyi normal aralıkta tutulmaya çalışılmakta ve bu süreçte kemiklerin mineralizasyonu daha fazla bozulmaktadır. İşte nutrisyonel raşitizm D vitamini veya Ca yetersizliği sonucu organizmanın Ca dengesinin intestinal emilim yerine, kemiklerden Ca mobilizasyonu ile sağlandığı bu süreç sonunda gelişmektedir. Organizma açısından en fizyolojik durum, serum 25(OH)D vitamini düzeyinin PTH yükselmesine neden olmayacak bir değerde bulunması, alınan ve emilen Ca miktarının yeterli olmasıdır. Aksi halde artmış PTH ve yükselen serum 1,25(OH)<sub>2</sub>D düzeyi nedeni ile kemik dönüşümü artmakta ve bu süreç kemik sağlığını olumsuz etkilemektedir. Bu nedenle, subklinik D vitamini yetersizliği, başka bir deyişle henüz raşitizme ait bulguların olmadığı, ama PTH yükselmesine neden olan 25(OH)D vitamini düşüklüğü önem kazanmaktadır.

## ADSAD 2. ULUSAL ERGEN SAĞLIĞI KONGRESİ

D vitamininin optimal düzeyi için net bir görüş yoktur. Hem diyetle alınan hem de kutanöz sentezi yansıttığı için serum 25(OH)D vitamini düzeyine bakmanın D vitamini düzeyini belirlemek için en iyi yöntem olduğu konusunda fikir birliği vardır. Vitamin D alımını gösterdiği gibi endojen yapımı da göstermektedir. PTH düzeyinde yüksekliğe neden olmayan ve plato değerler oluşturan, Ca emiliminin en fazla olduğu 25(OH)D vitamini konsantrasyonları normal D vitamini düzeyleri olarak kabul edilmektedir. Vitamin D düzeyi nmol/L veya ng/mL olarak ifade edilir. Vitamin D düzeyini nmol/L'ye çevirmek için ng/mL değerini 2,496 ile çarpmak gerekir.

D vitamini eksikliği uzun süreli olduğunda raşitizm veya osteomalazi olabilir. Raşitizmde Ca ve P yetersizliği nedeni ile büyüme plağındaki fizyolojik sürecin aksamasına bağlı olarak büyüme plağında düzensizlik ve genişleme meydana gelir. Mineralizasyonun bozulması sonucu hipertrofik zondaki kondrositler uygunsuz miktarda matris proteini yaparlar. Çocuklarda raşitizm epifiz plakları kapanmadığı için kolaylıkla saptanabilir. Epifiz plağı metafize doğru genişleme gösterir. Radyolojik olarak uzun kemiklerde eğrilik, metafizde çanaklaşma, fırçalaşma ve kadehleşme görülür. Kemik dansitesi genel olarak azalmış ve korteks incedir. Osteomalazide klinik bulgular raşitizme göre daha sılıktır. Raşitizm büyümekte olan iskelette ortaya çıktığı için kemik deformiteleri dikkat çekicidir. Osteomalazide ise kemik ağırları ve proksimal kas güçsüzlüğü başlıca şikayetlerdir. Osteomalaziyi, direk grafi ile ya da kemik dansitometresi ile osteoporoz ya da osteopeniden ayırmak mümkün değildir. Tek istisnası direk grafide Looser zone görülmesidir. Looser zonları hastalığın genel seyirinde geç ortaya çıkarlar. Looser zonları mineralizasyonu bozuk osteoidin stres bölgelerinde veya besleyici damarlar boyunca birikmesi sonucu oluşan sıklıkla bilateral, simetrik daha çok femur boynu ve şaftında ve pelviste görülen radyolüsent bantlardır. D vitamini düzeyleri ile ilişkili parametreler Tablo 1'de özetlenmiştir

	25 (OH) D	1,25 (OH) D	Ca	P	ALP	PTH	Radyoloji
Erken	↓	N	↓/N	N/↓	↑	↑	Osteopeni
Orta	↓↓	↑	↓/N	↓	↑↑	↑↑	Raşitik değişiklikler
Ciddi	↓↓↓	↑/N/↓	↓↓	↓↓	↑↑↑	↑↑↑	Raşitik değişiklikler

Tablo 1. Vitamin D düzeyi ve ilişkili parametreler

↑: Normal sınırın üstünde, ↓: Normal sınırın altında, N: Normal

D vitamini eksikliğini önlemek için tüm adolesanlara 600 IU/gün D vitamini verilmelidir. Semptom gözlenmeyen D vitamini eksikliğinde adolesanlara **günlük 1000-5000 IU arasında değişen dozlarda D vitamini ihtiyaca göre verilebilir. Raşitizm, osteomalazi veya semptomatik D vitamini eksikliğinde ise adolesanlara günlük 3000-6000 IU d vitamini en az 3 ay boyunca** verilmeli ve kalsiyum alımı desteklenmelidir. D vitaminine yanıt, gencin kilo durumu, cilt rengi veya metabolizmadaki farklılıklar nedeni ile değişken olabileceği için tedavi düzenlemesi bireyselleştirilmelidir.

### Kaynaklar

- 1-Pludowski P, Holick MF, Grant WB, Konstantynowicz J, Mascarenhas MR, Haq A, et al. Vitamin D supplementation guidelines. J Steroid Biochem Mol Biol. 2018;175:125-135.
- 2-Alonso MA, Mantecón L, Santos F. Vitamin D deficiency in children: a challenging diagnosis!. Pediatr Res. 2019;85(5):596-601.
- 3-Vogiatzi MG, Jacobson-Dickman E, DeBoer MD; Drugs, and Therapeutics Committee of The Pediatric Endocrine Society. Vitamin D supplementation and risk of toxicity in pediatrics: a review of current literature. J Clin Endocrinol Metab. 2014;99(4):1132-1141.
- 4-Holick MF, Binkley NC, Bischoff-Ferrari HA, Gordon CM, Hanley DA, Heaney RP, et al. Evaluation, treatment, and prevention of vitamin D deficiency: an Endocrine Society clinical practice guideline. J Clin Endocrinol Metab. 2011 Jul;96(7):1911-30.
- 5-Christakos S, Dhawan P, Porta A, Mady JM, Seth T. Vitamin D and intestinal calcium absorption. Mol Cell Endocrinol. 2011; 347(1-2): 25–29.
- 6-Holick MF. Vitamin D deficiency. N Engl J Med. 2007;357(3):266-281.
- 7-Holick MF. High prevalence of vitamin D inadequacy and implications for health. Mayo Clin Proc. 2006;81(3):353-373.
- 8-Randev S, Kumar P, Guglani V. Vitamin D Supplementation in Childhood - A Review of Guidelines. Indian J Pediatr.



2018;85(3):194-201.

9-Holick MF. The vitamin D deficiency pandemic: Approaches for diagnosis, treatment and prevention. *Rev Endocr Metab Disord.* 2017;18(2):153-165.

10-Allgrove J, Shaw NJ. A Practical Approach to Vitamin D Deficiency and Rickets. *Endocr Dev.* 2015;28:119-133.

11-Society for Adolescent Health and Medicine. Recommended vitamin D intake and management of low vitamin D status in adolescents: a position statement of the society for adolescent health and medicine. *J Adolesc Health.* 2013;52(6):801-803.

12- Patseadou M, Haller DM. Vitamin D in Adolescents: A Systematic Review and Narrative Synthesis of Available Recommendations. *J Adolesc Health.* 2020 Apr;66(4):388-407.

13- Munns CF, Shaw N, Kiely M, Specker BL, Thacher TD, Ozono K, Michigami T, Tiosano D, Mughal MZ, Mäkitie O, Ramos-Abad L, Ward L, DiMeglio LA, Atapattu N, Cassinelli H, Braegger C, Pettifor JM, Seth A, Idris HW, Bhatia V, Fu J, Goldberg G, Säwendahl L, Khadgawat R, Pludowski P, Maddock J, Hyppönen E, Oduwole A, Frew E, Aguiar M, Tulchinsky T, Butler G, Högler W. Global Consensus Recommendations on Prevention and Management of Nutritional Rickets. *J Clin Endocrinol Metab.* 2016 Feb;101(2):394-415.

## ERGENLERDE KOZMETİK SORUNLAR VE ÇÖZÜM ÖNERİLERİ

**Uzm. Dr. M. Onur GÖKALP**

*İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalı*

Ergenlerde fizyolojik değişimlerin de etkisiyle birlikte birçok deri sorunu ortaya çıkabilmekte ve bu sorunların önemli bir kısmı kozmetik açıdan olumsuz değişikliklere yol açmaktadır. Bu sunumda ergenlerde görülebilecek kozmetik sorunlara yönelik kozmetik ürünler, güneş koruyucular ve deri, saç ve tırnak sorunlarına çözümlerden bahsedilecektir.

Ergenlerde kullanılabilen kozmetik ürünler arasında, temizleyici, nemlendirici, astranjan/toner, fondöten, pudra, allık, far, rimel, ruj, şampuan, saç kremi, saç boyası ve saç açıcılar bulunmaktadır.

Tüpten sıkıldığında parmak ucu uzunluğu kadar çıkan krem parmak ucu ünitesi olarak tanımlanır. Genel olarak bir avuç içi kadar alana bir parmak ucu ünitesi kadar krem miktarı uygulanabilir ancak iritan özellikteki maddelerde bu miktar azaltılmalıdır.

Birçok farklı cilt tipi bulunmakla birlikte ergen hastalarda en sık karma, yağlı ve akne eğilimli cilt tipleri görülmektedir.

Temizleyici ürün olarak öncelikle cildin pH düzeyine daha uygun olan syndet tipi ürünler seçilmelidir.

Temizleyici kullanımında önemli noktalar şunlardır:

1. Nemli yüze on kuruş büyüklüğünde temizleyici uygulayın.
2. Temizleyiciye parmak uçlarınızla iyice masaj yapın.
3. Ilık suyla durulayın ve kurulayın.
4. Günde iki kez temizleyin.

Nemlendirici seçiminde komedon oluşumuna sebep olmamak açısından oklüzif ürünlerden kaçınılmalıdır. Temizleyici kullanımında önemli noktalar şunlardır:

1. Hastanın cilt tipine göre uygun nemlendiriciyi seçin.
2. Kavanozlardaki kremleri kullanıyorsanız, ürünü pamuk uçlu aplikatör (ör. Kulak çubuğu) gibi tek kullanımlık bir aplikatörle dağıtın.
3. Ek nemlendirme için göz çevresi bölgesine yüz nemlendiricisinin üstüne kalın bir nemlendirici de uygulanabilir.
4. Akşamları diğer ince topikal ürünlerden (serumlar ve jeller gibi) sonra ve gerekirse sabahları bir antioksidandan sonra ve güneş koruyucudan önce uygulayın.

Kozmetik ürün kullanımında sıra genel olarak sıralama "Serum-Jel-Krem/Pomad/Antioksidan-Güneş koruyucu" şeklinde olmalıdır.

Pudra ve fondötenler bozulmuş yüz hatlarının kamufle edilmesi, koyu renkler kabarıklıkların düz görünmesini ve açık renklerin yüzey çöküntülerinin yüzeyel görünmesini sağlar.

Aknede kullanılabilen birçok tedavi vardır. Kozmesötik seçenekler arasında eksfolianlar, temizleyiciler ve nemlendiriciler, enerji bazlı tedaviler arasında mavi LED, kırmızı LED, Fotodinamik tedavi, IPL, PDL, KTP, Infrared laserler (Nd:YAG) ve RF, kimyasal peeling seçenekleri arasında salisilik asit ve Jessner solüsyonu bulunmaktadır.

Yağlı cilt tedavisinde; temizleyiciler, retinoidler, yeşil çay, botulinum toksin ve enerji bazlı tedaviler kullanılabilir.

Geniş porların azaltılmasında retinoidler, botulinum toksin ve enerji bazlı tedavilerden yararlanılabilir.

Akne skarı tedavisinde tek başına veya kombinasyon şeklinde kullanılacak seçenekler arasında| retinoidler, eksfolianlar, takrolimus, vitamin C, silikon örtü ve jeller, kimyasal peeling, mikroigneleme, PRP, mezoterapi, dolgular, enerji bazlı tedaviler ve cerrahi tedaviler yer almaktadır.

Tedavi seçiminde skar tipi, fototip, güneş maruziyeti, hasta beklentisi, uyumu ve bütçesi göz önünde bulundurulmalıdır.

Kızarık yüz tedavisinde ise yeşil fondöten, topikal vazokonstriktörler (oksümetazolin, brimonidin), enerji bazlı tedaviler,

botulinum toksin, takrolimus, traneksamik asit ve meyan kökü kullanılabilir.

Stria tedavisinde retinoidler, kozmesötikler, enerji bazlı tedaviler, mikroigneleme ve silikon örtü-jeller kullanılabilir.

Lokalize hiperhidroz tedavisinde topikal alüminyum klorid, pudralar, topikal glikopironyum, botulinum toksin, iyontofrez, sistemik antikolinergikler, cerrahi ve enerji bazlı tedaviler; bromhidroz tedavisinde ise antibakteriyel sabunlar, uygun kıyafet seçimi, epilasyon, antiperspiranlar, benzoil peroksid ve antibiyotiklerden yararlanılabilir.

Güneşten korunmada dikkat edilecek noktalar: geniş spektrum olarak etiketlenmiş, SPF 30 veya daha yüksek ürün kullanımı, tüm cildi kapatmak için 30-60 ml (2-4 yemek kaşığı) kadar miktarda, güneşe çıkmadan 15 dakika önce ve her 2 saatte bir veya yüzdükten veya aşırı terledikten sonra yeniden uygulamadır.

Tırnağa yönelik kozmetik uygulamalarda alerji ve tırnak hasarı riski bulunmaktadır.

Saç dökülmesinde öncelikle medikal etyolojiler değerlendirilmelidir. Medikal tedavilere ek olarak veya tek başına kullanılacak tedaviler arasında topikal minoksidil, PRP, mezoterapi ve enerji bazlı tedaviler yer almaktadır.

Saç boyları alerjik ve endokrin sorunlara yol açabilmektedir.

Saçla ilgili bazı sık sorulan sorular ve cevaplar aşağıdaki gibidir:

Saçlarımı keserek saçlarımı güçlendirebilir miyim?

Saç kesimi, saç uçlarındaki çatlamları azaltarak saçlarınızın daha sağlıklı görünmesine yardımcı olabilir. Ancak saç kesilerek saçlar güçlenmez ve saç kaybı veya seyrelme durumunda faydalı değildir.

Saçlarımın dökülmesi normal mi?

Her gün bir miktar saç dökülmesi tamamen normaldir. Ortalama bir kadın günde yaklaşık 50-150 saç telini kaybeder. Ortalama bir erkek ise yaklaşık 25-100 saç telini kaybeder. Dökülen saçlar, sürekli bir saç döngüsünde yeni saçlarla değiştirilir. Her saç folikülünün aktivitesi döngüsel ve genellikle diğer foliküllerle ilişkisi olmayan bir büyüme ve dinlenme periyodu arasında gidip gelir, ardından dökülüp yeni bir saç tarafından yerine konur. Normalde saç foliküllerinin yaklaşık %90'ı büyüme veya anajen fazında, yaklaşık %10'u dinlenme veya telojen fazında bulunur. Hastalık durumlarında saç döngüsü değişebilir ve beklenenden daha fazla saç dökülmesine neden olabilir.

Saçlarım neden seyrekleşiyor, ancak normalden daha fazla saç kaybetmiyorum?

Androjenetik alopesi, saç dökülmesiyle/olmaksızın saçın seyrekleşmesine neden olabilir. Bu süreç, saç döngüsünün kısaltılmış bir büyüme veya anajen fazından kaynaklanır. Bu, foliküler minyatürleşmeye ve daha kısa, ince telli saçlara yol açar.

Cildim yağlı olmasına rağmen saçlarım neden kuru?

Kuru saçlar, hasar görmüş saçın bir işareti olabilir. Hasar büyük olasılıkla saçın lipid dış tabakasında meydana gelir ve bu tabakanın kaybı saçın kuru hissedilmesine neden olur. Kuru saçlar, hasar görmüş saçın bir işareti olup, genellikle cildi yağlı tutan sebumun azaltılmış senteziyle ilişkilendirilmez.

Normal androjen testleri, kadın tipi saç dökülmesi teşhisini dışlar mı?

Normal androjen seviyelerine sahip olan kadınlara, hala kadın tipi saç dökülmesi (androjenetik alopesi) teşhisi konabilir. Aslında, androjenetik alopesi olan çoğu kadının normal androjen seviyeleri vardır.

Androjenetik alopesiyi iyileştirmek mümkün mü?

Androjenetik alopesiyi tedavi etme yeteneğimiz yok, ancak tedavi ilerlemeyi durdurabilir, saç büyümesini teşvik edebilir ve miniaturize olmuş saç foliküllerini kalınlaştırabilir. Saç ekimi, belirli hastalarda mükemmel kozmetik sonuçlar elde edebilir.

### Kaynaklar

Bologna, Jean L., Joseph L. Jorizzo, and Julie V. Schaffer. *Dermatology*. Elsevier Health Sciences, 2018

Small, Rebecca, Dalano Hoang, and Jennifer Linder, eds. *A practical guide to chemical peels, microdermabrasion & topical products*. Lippincott Williams & Wilkins, 2012.

Tosti, Antonella, Daniel Asz-Sigall, and Rodrigo Pirmez, eds. *Hair and Scalp Treatments: A Practical Guide*. Springer Nature, 2019.

## ERGENLERDE KONTRASEPSİYON KULLANIMI

**Prof. Dr. Funda Güngör Uğurlucan**

*İÜ İstanbul Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı*

Ergenlik; alkol, sigara ve uyuşturucu kullanımının yanında cinselliğin de denendiği bir dönemdir. Öte yandan ergenler kontrasepsiyon kullanımı ile ilgili farkındalığı ve uyumu en düşük olan gruptur. Dolayısıyla cinsel aktif ergenler arasında istenmeyen gebelik oranı yüksektir. Ergenlerde kontrasepsiyon danışmanlığı, hem istenmeyen gebelikleri hem de cinsel yolla bulaşan hastalıkların engellenmesi üzerine odaklanmalıdır. Ergenlerin genellikle ilk ilişkiden itibaren etkin bir kontrasepsiyon yöntemi kullanmak konusunda uyumları düşüktür; en sık kullanılan yöntem ise kondomdur. Ancak kondom kullanımı, cinsel yolla bulaşan hastalıkları engellese de istenmeyen gebeliklerin önlenmesinde etkin bir yöntem değildir.

Ergenlerde kontrasepsiyon danışmanlığı verilirken ön yargılı olmamaya, mevcut olan tüm yöntemlerden tarafsız olarak bahsetmeye, olası yan etkiler, kontrendikasyonlar ve kontrasepsiyon kullanımı ile ilgili mitler konusunda bilgilendirme yapmaya dikkat edilmelidir. Cinsel öykü mutlaka alınmalıdır.

Kontrasepsiyonun yanında ergenlerde sık karşılaşılan şiddetli menstrüel kanama, dismenore, hirsutizm, akne gibi sorunlar da kontrasepsiyon yöntemleri ile tedavi edilebilmektedir.

Dünya Sağlık Örgütü, kontrasepsiyon danışmanlığı ile ilgili kademeli bir sistem geliştirmiştir. Buna göre uzun etkili kontrasepsiyon yöntemleri en etkili yöntemlerdir. Amerika Pediatri Cemiyeti ve Amerika Kadın Doğum Cemiyeti cinsel aktif ergenlerde birinci basamak kontrasepsiyon önerisinin uzun etkili kontrasepsiyon yöntemleri olması gerektiğini belirtmektedir. Yaş ve nulliparite rahim içi araç kullanımına kontrendikasyon oluşturmamaktadır. Kontrasepsiyon dışı faydaları nedeniyle levonorgestrel salımlı rahim içi araç ilk tercihtir. Rahim içi araç dışında implantlar ve depo-medroksiprogesteron asetat da uygun hastalarda tercih edilebilir.

Ergenlerde günlük ilaç alımı ile ilgili uyum sorunları olabileceğinden oral kontraseptiflerin tipik kullanımı ile başarısızlık oranı %9'dur. Oral kontraseptifler 7 gün ara vermek yerine kontinü veya uzatılmış kullanıldığında hasta uyumu artmaktadır. Ayrıca bu şekilde kullanımın, kanamanın azalması, dismenorenin azalması ve migren üzerine olumlu etki gibi avantajları da bulunmaktadır. Kombine oral kontraseptif verilmeden önce mutlaka kontrendikasyonlar sorgulanmalı ve hasta venöz tromboemboli riski ve olası semptomları ile ilgili bilgilendirilmelidir. Venöz tromboemboli riski olası bir gebelikte görülen venöz tromboemboli riskinden çok daha düşüktür; ancak obez hastalarda riskin daha yüksek olabileceği akılda tutulmalıdır. Venöz tromboemboli riski ilk 3 ay kullanımda daha yüksek olup, kullanım süresince düşmektedir; dolayısıyla oral kontraseptife ara verip tekrar başlamak (halk arasında vücudun dinlendirilmesi) venöz tromboemboli riskini başlangıçtaki relative yüksek değere geri döndürecektir.

Uygun kontrasepsiyon yöntemi seçildikten sonra ergenin adet görmesini beklemek yerine 'Quick start' şeklinde başlamak daha uygundur. Hastalar yan etkiler ve uyum konusunda 3 ay sonra mutlaka değerlendirilmelidir. En sık görülen yan etki lekelenmelerdir. Ergenler özellikle lekelenmeler, kanamanın azalmasının zararı olmaması, fertilité üzerine olumsuz etki olmayacağı, meme kanseri riskinin artmadığı, kilo alımına neden olmayacağı gibi halk arasında kalıplaşmış ön yargılar konusunda hem başlangıçta hem de 3 aylık kontrolde mutlaka bilgilendirilmelidir.

Ergenlerin kontraseptif yöntemlere erişmesine yönelik kanıta dayalı klinik en iyi uygulamalar şunları içerir;

- Randevuları okul saatleri dışında ve hafta sonları aynı gün sunmak
- Her ziyarette cinsel sağlık öyküsünün alınması
- Çeşitli kontraseptif yöntemleri sunmak



## ADSAD 2. ULUSAL ERGEN SAĞLIĞI KONGRESİ

- Güvenilir kontrasepsiyon sağlamayan ergenlere her ziyaretinde güvenilir kontrasepsiyon sunmak
- Cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar için muayene ve test yapmadan hormonal kontraseptif reçete etmek
- Acil başvurusunda kontrasepsiyonu sağlamak

### YÖNTEM SEÇİMİ

Erken ergenlik dönemindeki (10-14 yaş) cinsel aktif kızlar, etkinlik ve aktiviteleri planlamakta zorluk çekerler. Doğum kontrol yönteminin uygulanması, yetişkin desteği olmadan zordur. Orta ergenlik dönemindeki (15-18 yaş) ve geç ergenlik dönemindeki (>18 yaş) kızlar, etkili doğum kontrol davranışı için gerekli olan üst düzey planlama, karar verme ve problem çözme becerilerinde daha yeteneklidir.

Kontraseptif seçenekleri ve olası kontrendikasyonları tartışmadan önce, çocuk doğurma (örneğin, şimdi gebeliği önlemek istiyorlar mı?), mahremiyet, kolaylık, yan etkiler, menstruasyonun kontrolü veya baskılanması, sosyal ve kültürel faktörler vb. ile ilgili hasta tercihlerini değerlendiriyoruz

Ergenler için en önemli faktörler arasında etkinlik, süre, kullanım kolaylığı/kolaylığı ve yan etkiler yer almaktadır

**Cinsel Perhiz** - Cinsel aktif olmayan ergenler de ara sıra penis-vajinal ilişki yaşadığını bilinmekte. Bu nedenle, cinsel ilişkiden uzak durmayı düşünen ergenler bile kontrasepsiyon ve cinsel yolla bulaşan enfeksiyonların önlenmesi hakkında bilgi almalıdır

**Seçeneklerin sunulması** — Cinsel açıdan aktif ergenlere doğum kontrolü seçeneklerini sunarken, bunları en etkili seçeneklerden başlayarak etkinlik sırasına göre açıklıyoruz

**Uzun etkili geri dönüşümlü yöntemler** - İntrauterin kontrasepsiyon ve implantlar, uzun etkili geri dönüşümlü kontrasepsiyonun (LARC) iki türüdür.

En etkili geri döndürülebilir doğum kontrol yöntemleridir. ACOG tarafından ergenler için birinci basamak seçenekler olarak değerlendirilmektedir.

**RİA** - Gebelik oranı yılda yüzde 1'in altındadır ve 25 yaşın altındaki kadınlarda biraz daha yüksektir. Kontrendikasyonları arasında; aktif pelvik enfeksiyon, bilinen veya şüpheli gebelik, Wilson hastalığı (bakırlı RİA için), açıklanamayan vaginal kanama, meme kanseri (LNG RİA için) ve hepatoselüler adenom/hepatom yer alır (LNG RİA için).

**Cilt altı implant** - Etonogestrel kontraseptif implant, uzun süreli, kesintisiz kontrasepsiyon isteyen ergenler için çekici bir seçenektir. Hastalarda gebelik oranı yılda yüzde 1'in altındadır. Kontrendikasyonları arasında bilinen veya şüpheli gebelik, dekompanse siroz, hepatoselüler adenom/hepatom, açıklanamayan anormal uterin kanama, pozitif/bilinmeyen AFS ile birlikte olan sistemik lupus eritematozus, şüpheli meme kanseri veya meme kanseri öyküsü yer alır. Uzun süren vaginal kanama yaygın bir yan etkidir ve erken çıkarma isteğini tetikleyebilir. Bu gibi durumlarda ergenin kliniğe gelmesi tembihlenir.

**Depo medroksiprogesteron asetat** - 3 ay boyunca etkili, geri dönüşümlü doğum kontrolü sağlayan, yalnızca progestin içeren enjekte edilebilir bir doğum kontrol yöntemidir. DMPA'nın kontraseptif olmayan faydaları arasında over ve endometrium kanser, salpenjit, ektopik gebelik, benign meme hastalıkları, akne ve demir eksikliğine karşı koruma yer alır. Tipik hastalarda gebelik oranı yılda yüzde 4 ila 7'dir. Fertilitenin dönmesi 1 yılı aşabilir.

Kontrendikasyonları;

- Kardiyovasküler hastalık için çoklu risk faktörleri (ileri yaş, sigara, diyabet, hipertansiyon, dislipidemi)
- Hipertansiyon (vasküler hastalığın eşlik ettiği)
- Kan basıncı  $\geq 160/100$  mmHg
- İskemik kalp hastalığı veya inme
  - Ciddi trombositopenili SLE (DMPA'nın başlanması için rölatif kontrendike, devam edilmesi için değil) veya pozitif (veya bilinmeyen) antifosfolipid antikor
- Travmatik olmayan kırık öyküsü veya risk faktörleri olan romatoid artrit ve uzun süreli kortikosteroid tedavisi almak
- Açıklanamayan anormal uterin kanama
- Meme kanseri
- Nefropati, retinopati, nöropati veya diğer damar hastalıklarıyla birlikte diyabet veya >20 yıl süren diyabet
- Dekompanse siroz, hepatoselüler adenom/hepatom

DPMA, geri dönüşümlü azalmış kemik mineral yoğunluğu ile ilişkilidir. İki yıldan daha uzun süre kullanılmaması

gerektiğine dair uyarıya rağmen bu tartışmalı bir konudur.

**Hap, patch, halka** - Kombine oral kontraseptifler , patch ve vaginal halka, östrojen ve progesterin içeren hormonal kontrasepsiyon yöntemleridir. Bu yöntemlerle gebelik oranı yılda yüzde 4 ila 7'dir.

Kontrendikasyonları;

- Kardiyovasküler hastalık için çoklu risk faktörleri (ileri yaş, sigara, diyabet, hipertansiyon, dislipidemi)
- Vasküler hastalık
- Hipertansiyon
- İskemik kalp hastalığı veya inme
- Antifosfolipid sendromu ve faktör V Leiden dahil olmak üzere bilinen trombofili ve trombojenik mutasyonlar (protrombin mutasyonu; protein S, protein C ve antitrombin eksiklikleri)
- Derin ven trombozu ve pulmoner emboli (geçmişte DVT/PE öyküsü olan ve antikoagülan tedavi veya DVT/PE almayan ve ≥3 ay boyunca antikoagülan tedavi alan)
- Yüzeysel venöz tromboz (akut veya geçirilmiş)
- Tromboemboli riskinde artış (laktasyon olsun ya da olmasın, postpartum <21 günü içerir)
- Komplike kalp kapak hastalığı
- Auralı migren
- Meme kanseri
- Nefropati, retinopati, nöropati veya diğer damar hastalıklarıyla birlikte diyabet veya >20 yıl süren diyabet
- Tıbbi olarak tedavi edilen safra kesesi hastalığı
- Akut viral hepatit veya viral hepatitin alevlenmesi (kombine hormonal kontrasepsiyonun başlatılması için kontraendike ancak devamı için kontrendikasyon yoktur)
- Dekompansé siroz, hepatoselüler adenom/hepatom
- Bariatrik cerrahi geçirmek (örneğin, biliopankreatik sapıtırma, jejunoileal bypass, Roux-en-Y bypass) ( sadece kombine oral kontraseptifler için göreceli bir kontrendikasyondur, patch veya vajinal halka için geçerli değildir)
- Uzun süreli immobilizasyonla birlikte majör cerrahi veya multipl skleroz

**Kombine oral kontraseptifler**- Aylık periyotlardan kaçınmak isteyen ergenler, 84 gün boyunca sürekli östrojen-progesterin hapları ve ardından bir hafta hapsiz günler içeren bir programı izlemeyi seçebilirler. Bazı ilaçlar oral kontraseptiflerin etkinliğini azaltabilir (Ritonavir, antikonvülzanlar, Rifampin, Griseofulvin). Faydaları arasında artmış kemik yoğunluğu ve over ve endometrium kanseri, salpenjit, ektopik gebelik, benign meme hastalıkları, akne ve demir eksikliğine karşı koruma yer alır.

**Transdermal yama** - 3 hafta boyunca haftalık olarak uygulanır ve bunu yamasız bir hafta takip eder. Obezite transdermal kontraseptif bantlar için ek kontrendikasyonlar arasındadır.

**Vajinal halka** - 3 hafta boyunca yerinde bırakılır ve ardından halkasız tek bir hafta boyunca çıkarılır. Fertilité, tedavinin kesilmesinden 1 ay içinde geri döner. Sık yıkamak etkinliğini azaltır ve aralıklı lekelenmeye neden olabilir.

**Diğer yöntemler** - Bariyer (prezervatif, diyafram, servikal kapaklar, süngerler) ve diğer doğum kontrolü yöntemleri (örneğin, spermisitler, periyodik cinsel perhiz, takvim yöntemi, geri çekilme) daha az etkilidir çünkü bunlar, cinsel ilişki sırasında müdahale gerektirir.

● **Prezervatifler** –Doğru kullanım gebelik oranı yüzde 2; tipik kullanımda bu oran yüzde 13'tü

Diğer doğum kontrolü yöntemleri ergenler tarafından nadiren kullanılmaktadır (Servikal başlık, sünger, spermisit, kadın prezervatifi)

### TAKİP

Cinsel açıdan aktif ergen ve genç yetişkin kadınlar, cinsel yolla bulaşan enfeksiyon (CYBE) semptomları olduğunda veya doğum kontrol yöntemlerinin potansiyel yan etkilerinin gözden geçirilmesi gerektiğinde muayene edilmelidir

**KANAMA DİYATEZİ TANILI ERGENLERDE ANORMAL UTERİN KANAMALARIN YÖNETİMİ****Prof .Dr. Cenk Yaşa***İÜ İstanbul Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı*

Anormal uterin kanamalar (AUK) adolesanlarda sık görülmekte ve bu dönemde oligo-anovulatuvar sikluslar en sık nedeni oluşturmaktadır. Akut anormal uterin kanama müdahale gerektirecek kadar miktarda olan ağır kanama atağı olarak tariflenirken, kronik anormal uterin kanama son 6 aylık siklusların çoğunluğunda olan, miktar, düzen veya zamanlamadaki anormallikler olarak tanımlanmıştır. Etiyolojik açıdan PALM-COEIN (polip, ademoyozis, leiomyom, malignite ve hiperplazi, koagülopati, ovulatuvar disfonksiyon, endometrial, iyatrojenik ve sınıflandırılmayan) sınıflaması kullanılmaktadır. Adolesanlarda genellikle fizyolojik ve polikistik over sendromu nedeniyle ovulatuvar disfonksiyon görülmekte ve ağır, düzensiz kanamalarla karşılaşılmaktadır.

Normal bir adolesanın menstrüel siklusu 21-45 gün arasında görülmekte olup kanama 3-7 gün sürmektedir. 8 gün ve üzerindeki kanamalar uzamış olarak değerlendirilmektedir. Normal menstrüel siklusta 60-80 ml kan kaybı olmakta ve bu da yaklaşık olarak günlük 3-6 ped, siklus boyunca 10-15 ped kullanımına karşılık gelmektedir. Adolesanlarda en sık AUK nedeni anovulatuvar sikluslardır ve hipotalamo-hipofizer-ovaryan aksın immatürasyonu kaynaklıdır.

Acil müdahale gerektiren kanaması olan adolesanlarda ilk olarak gebelik ve komplikasyonları kesinlikle dışlanmalıdır. Kanama bozuklukları için tipik görülme zamanının menarş olduğu akılda tutulmalıdır. Cinsel yolla bulaşan hastalıklar da ağır ve anormal vajinal kanamalara neden olabilmektedir. Daha çok erişkin kadınlar arasında sık görülen polip, myom gibi genital trakt patolojileri adolesanlarda daha nadir olsa da özellikle standart medikal tedaviye yanıt vermeyen hastalarda kesinlikle akılda tutulmalıdır.

Menarş başlangıcı, siklus uzunluğu, zaman içindeki değişkenliği ve menstrüel kanama miktarı kesinlikle sorulmalıdır. Karşılıklı güvenli konuşma ortamı sağlandıktan sonra özel olarak cinsel aktivite sorgulanmalıdır. İlk periyod sırasında olan aşırı kanama genellikle altta yatan kanama bozukluğunu işaret edebilirken, düzenli ancak aşırı kanamalar da yine altta yatan kanama bozukluklarının belirtici olabilir. Düzensiz anovulatuvar sikluslar varlığında polikistik over sendromu veya tiroid hastalıkları etiyojide düşünülebilir. İntermenstrüel kanamalarda ise servisit, hormonal kontrasepsiyon ve anatomik problemler de düşünülebilir.

Anormal uterin kanaması olan adolesanlarda koagülasyon bozukluklarının prevalansı yüksek olarak bildirilmiştir. Anormal uterin kanamaya yol açan en sık hematolojik hastalık von Willebrand hastalığıdır. Her ne kadar genel popülasyonda görülme sıklığı düşük olsa da (%1), anormal uterin kanaması olan adolesanlarda prevalans % 3-36 arasında bildirilmektedir. Öyküde 7 günden uzun süren kanama olması, saat başı kirlenmiş ped veya tampon varlığı, para büyüklüğünde pıhtı geçişi ve elbiselere geçecek derecede yoğun kanama olması olası koagülopatiyi işaret edebilmektedir. İmmün trombositopenik purpura, hepatit, kronik böbrek yetmezliği, diabetes mellitus ve sistemik lupus eritamotозus gibi hastalıklar da ağır menstrüel kanamaya neden olabilmektedir.

Menarştan beri olan aşırı kanama, cerrahi ile ilişkili kanama, diş ile ilgili işlemlerde kanama, ayda bir veya daha fazla morluk, burun kanaması ve sık diş eti kanaması olması durumunda ileri değerlendirme yapılmalı ve hematoloji konsültasyonu yapılmalı, vWF& ristosetin kofaktör düzeyi ölçülmelidir.

Başlangıç değerlendirmesi olarak B-hCG, tam kan sayımı istenmelidir. Demir eksikliği anemisi için demir, ferritin, kanama bozuklukları için PT, aPTT, fibrinojen, periferik yayma tetkik edilmelidir. Anormal başlangıç testleri ve taraması pozitif olan hastalar vWF, ristosetin kofaktör aktivitesi, Faktör 8 düzeyi ölçülmelidir. vWF seviyesi östrojen bağımlı olup eğer serum örneği uygunsa mensin ilk 3 gününde alınmalı, eğer KOK kullanıyorsa ilaçsız dönemin sonlarına doğru yapılmalıdır. Hasta cinsel aktifse Chlamydia trachomatis ve Neisseria gonorrhoea taranmalıdır. PKOS şüphesi varsa testosteron, DHEAS, PRL istenmelidir.

En sık görülen kanama bozukluğu von Willebrand hastalığı olup diğer nedenler arasında Tip A Hemofili( faktör VIII eksikliği), Tip B Hemofili( faktör IX eksikliği), trombosit fonksiyon bozuklukları, Faktör VII ve XI eksiklikleri olabilir. VWF megakaryositlerde sentezlenen bir glikoproteindir ve koagülasyonda platelet adhezanısını sağlar. 3 tip vWF hastalığı vardır. Tip 1 vWF hastalığında hafif-orta miktarda kanama olup vWF:ristocetin kofaktör aktivitesi <30, vWF antijeni <30 ve Faktör VIII seviyesi düşük veya normaldir. Tip 2 vWF hastalığında orta miktarda kanama olup vWF:ristosetin kofaktör aktivitesi <30, vWF antijeni <30-200 ve Faktör VIII seviyesi düşük veya normaldir. Tip 3 vWF hastalığında ise şiddetli miktarda kanama olup vWF:ristosetin kofaktör aktivitesi <3, vWF antijeni <3ve Faktör VIII seviyesi çok düşüktür.

## ADSAD 2. ULUSAL ERGEN SAĞLIĞI KONGRESİ

AUK tedavisinde hormonal ve hormon dışı tedavi yöntemleri bulunmaktadır. Hormonal tedavide öncelikli hedef östrojen ile endometrial proliferasyonu uyararak progesteronla stabilizasyonu sağlamaktır. Bu etki KOK ile sağlanır. Oral, transdermal patch, vajinal ring ve IV kullanım gibi alternatifler mevcuttur. Genel olarak monofazik 30-35 µg etinil östradiol ve kısmi olarak androjenik progestinler (0.3 mg norgestrel/ 0.15 mg levonorgestrel) içeren ajanlar kullanılmaktadır. KOK kullanımı ile ortaya çıkan en önemli risk venöz tromboembolidir. Faktör V Leiden mutasyonu, protein C/S eksikliği, protrombin gen mutasyonu, anti-trombin III eksikliği, anti-fosfolipid sendromu, sistemik lupus eritematozusta kullanımından kaçınılmalıdır. KOK'ların fertilitiyi ve hedef kemik kitlesini ve hedef boyu olumsuz olarak etkilemediği bilinmektedir. İntravenöz ve intramüsküler östrojen genellikle nadir kullanılıp, özellikle oral medikasyonu tolere edemeyen ya da maksimum oral doza rağmen kanaması devam eden hastalara verilmektedir. Kronik AUK'larda östrojen dışı hormon tedavisinde medroksiprogesteron asetat (MPA) veya noretindron asetat (NETA) 5 mg her siklusda 10-14 gün kullanım ile sekretuar endometriyum oluşturulabilmektedir. Akut AUK'larda MPA günde 3 kere 20 mg verilebilirken, NETA ise günlük 40 mg'a kadar bölünmüş dozlarda başlanabilmektedir. Daha sonra doz kademeli olarak azaltılmalıdır. Levonorgestrelli rahim içi araç (Lng-RİA) 20 µg/24 saat levonorgestrel salarak endometrial büyümeyi engeller. Lng-RİA, aşırı menstrüel kanamanın tedavisinde en etkili medikal tedavidir. Ayrıca yüksek etkinlikte kontrasepsiyon sağlamaktadır.

Anormal uterin kanamaların tedavisinde hormon dışı tedavi seçenekleri arasında traneksamik asit, desmopressin ve non-steroid anti-inflamatuarlar (NSAİ) yer almaktadır. Desmopressin vosopresinin sentetik analogu olup, dolaşımında vWF ve faktör VIII düzeyini arttırarak trombosit agregasyonunu arttırmaktadır. Özellikle hormonal tedavi almak istemeyen çok genç adolesanlarda ve von Willebrand hastaları ile hemofili A'da kullanımı bildirilmiştir. NSAİ ile menstrüel kan kaybı azaltılsa da özellikle trombosit agregasyonundaki olumsuz etkileri nedeniyle kanama bozukluğu olanlarda kullanımından kaçınılmalıdır.

Normal mensten uzun süren kanamaları olan ya da iki aydan daha fazla sürede olan aralıkları kısalmış olan hastalar eğer hemoglobin (Hb) seviyesi 12 gr/ dL'nin üzerinde gelirse hafif AUK kanama olarak kabul edilir, gözlem tedavisi yeterli olmakla birlikte, hastaya ve aileye bu durumun normal olduğu yönünde danışmanlık verilmelidir. Bu hastalarda kanama miktarı NSAİ ile azaltılabilir. Üç ilâ 6 ay aralıklar ile değerlendirilen hastalarda eğer Hb seviyesi 10-12 gr/dL arasında olursa hormonal tedavi verilebilmektedir. Orta şiddette AUK olan hastalar da genellikle Hb seviyeleri 10-12 gr/dL arasındadır. Bu hastalarda oral ferröz sülfat 325 mg 2x1 olarak en az 3 ay kullanılmaktadır. Östrojen almasında sakınca bulunmayan hastalarda monofazik KOK başlanmaktadır. Kanama kesilene kadar günde 2 kez KOK verilir, kanama kesildikten sonra yeni paket ile 21 gün tedaviye devam edilir. Eğer OKS kullanımı ile ilgili kontraendikasyon varsa; MPA 20mg/gün veya NETA 10 mg/gün tedavisi kanama duruncaya kadar başlanır, daha sonra 21 gün olacak şekilde tedaviye devam edilir. İdame tedavisinde MPA 10 mg/gün veya NETA 5 mg/gün âdetin ilk 10.-12. günü arasında verilir. Tedavi süresi 3-6 ay arasındadır.

Orta derecede AUK olan hastalarda genellikle Hb seviyeleri 8-10 gr/dL arasındadır, hemodinamik olarak stabil ise KOK günde 3 veya 4 olarak başlanabilir. Genellikle yüksek doz tedavi 2-4 gün devam ettirilir, sonra doz kademeli olarak kanama duruncaya kadar azaltılır. Kanama durduktan sonra yeni paket başlanarak günde bir idame tedavisi devam ettirilir. Yüksek doz östrojen tedavisi bulantı yapacağından, tedavi edilmezse tedaviye uyum azalacağı için prometazin veya ondansetron her KOK dozundan önce verilmelidir. Eğer KOK kullanımı için kontraendikasyon varsa NETA 10 mg 4x1 olarak kanama duruncaya kadar genellikle 2-4 gün başlanır. Daha sonra kademeli olarak doz düşülür. Tedavi 21 gün daha devam ettirilir ve toplamda 6 ay olacak şekilde siklik tedavi düzenlenir.

Ağır derecede AUK olan hastalarda Hb seviyesi 8gr/ dL'in altında, hasta hemodinamik olarak instabil veya aşırı aktif vajinal kanaması varsa hızlıca müdahale edilmelidir. Vital bulgular değerlendirilir. Ortostatik hipotansiyonu ve taşikardisi olan hastalarda kan volümünü replase etmek için IV kristaloid solüsyonu verilmelidir. Kan grubu tayini ve cross-match işlemleri hızlandırılmalı, öykü alınmalı ve fizik muayene eşzamanlı yapılmalıdır. Genellikle bu hastalarda yüksek doz hormon tedavisi ve hemostatik ajanların kullanılması, kanama kontrolü için yeterli olmaktadır. Traneksamik asit 1 gr IV/oral olarak başlanmalı ve kanama durdurulana kadar oral olarak 6 saatte bir verilmelidir. Bilinen kanama bozukluğu olan hastalarda desmopressin, pıhtılaşma faktörü replasmanı (TDP/Faktör konsantreleri/Rekombinan ürünler) ya da trombosit transfüzyonu uygundur. Ancak yüksek doz östrojen endometrial rejenerasyonu hızlandırır. Ayrıca faktör VIII ve vWF gibi koagülasyon faktörlerini arttırarak trombosit agregasyonuna neden olur. Hemodinamisi instabil olan hastalarda kesin kontraendikasyon varlığı yoksa intravenöz konjuge östrojen tedavisi akılda tutulmalıdır. İntravenöz tedavi devam ederken eşzamanlı olarak KOK tedavisinde başlanır.

Medikal tedaviye dirençli , hâlen aktif kanayan hastalarda genel anestezi altında muayene ve endometrial küretaj yapılabilir. İntrauterin 16-18 F Foley kateter balonu şişirilerek mekanik tampon yapılabilir. Antibiyotik baskısı altında 24 saat kavite içerisinde tutulabilir. Sonuç olarak adolesanlarda AUK görülme sıklığı yüksektir. Dikkatli anamnez alınması

## ADSAD 2. ULUSAL ERGEN SAĞLIĞI KONGRESİ

ve fizik muayene ile ayırıcı tanılar yeterince daraltılabilir, tam kan sayımı ve gebelik testi de başlangıç değerlendirmesi içinde olmalıdır. Genel tedavi rejimi KOK ile yapılmaktadır. Östrojen almasında sakınca olan hastalar için yalnızca progesteron içeren veya hormon dışı tedavi seçenekleri mevcuttur.

**ÇOCUK VE ERGENLERDE VULVOVAGINAL PROBLEMLERE YAKLAŞIM****Prof.Dr. Özlem Dural***İÜ İstanbul Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı*

Jinekoloji polikliniklerine sık başvuru nedenlerinden biri olan vulvovaginal problemler çocuk ve ergen yaş grubunda incelendiğinde;ince subkutan yağ dokusu,anüs ve vestibül arasındaki kısa mesafe,nonöstrojenize ince mukoza,daha alkali vaginal pH,kötü hijyen ve iritanlara(sentetik iç çamaşırı,sıkı kıyafetler,nemli mayo,yumuşatıcılar) daha sık maruziyet olması şikayetlerin oluşmasına zemin hazırlar.Vulvovaginit ; vulvit kaşıntı hassasiyet,vaginit patolojik vaginal akıntı olarak tanımlanabilir.Hastalar en sık vaginal akıntı (%92),kaşıntı (%45) ve dizürü(%30) şikayetleri ile başvurabilir. Tanı için genellikle inspeksiyon yeterli olmakla birlikte vulvovaginit semptomları ile başvuran hastalarda yabancı cisim,cinsel istismar,cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar,parazitik enfeksiyonlar,liken sklerozus,psöriazis,egzama,kontakt dermatit,uyuz,liken planus,ektopik ureter,konjenital enterik fistülleri ayırıcı tanıda değerlendirmek gerekir.

Adölesan yaş grubunda başvuruların en sık sebebi fizyolojik akıntı iken pediatrik yaş grubunda en sık etken non spesifik vulvovaginitlerdir.Non spesifik vulvovaginitler(vakaların %80 i) irritan maruziyeti veya kontakt dermatit ile yani bakteriyel bir patojen olmaksızın oluşan irritasyon olarak tanımlanabilir.Irritanların uzaklaştırılması,hijyen önerilerine uyulması(oturma banyosu,sadece su ile temizlik,pamuklu iç çamaşırı,rahat kıyafetler,ped kullanımının azaltılması,yumuşatıcı kullanmamak,sürtünme oluşturmada/saç kurutma makinesi ile kurutma) tedavinin ilk basamağını oluşturur.Şikayetlerin devam etmesi durumunda topikal östrojen veya steroid tedavisi düşünülebilir.

Mantar enfeksiyonları çocuklarda nadir iken ergenlerde sık olarak görülür.Vaginal kültürde üreme oranı %25 olduğundan hastalarda eşlik eden ciddi inflamasyon varlığında kültür alınmalıdır.Cinsel istismar şüphesi varlığında klamidya ve gonore örnekleri alınmalıdır.

Akut bakteriyel vaginitlerde en sık A grubu beta-hemolitik Streptococcus saptanmakla birlikte solunum veya gastrointestinal floraya ait patojenler de tespit edilebilir.Vulvar hijyen önlemleri ve oral antibiyoterapi(25 mg /kg günde 4 doz ampisilin,5-10 gün) ile tedavisi düzenlenebilir.

Tekrarlayan vulvovaginit,idrara yolu enfeksiyonu veya miksiyon sonrası damlama tarzı idrar kaçırma ile başvuran hastalarda üretravaginal reflüden (vaginal voiding) şüphe duymak gerekir.Yüksek BMI,doğal pozisyonda labiumların kapalı olması,üretranın geride olması sebep olabilmektedir.İşeme pozisyonu ve vulvar hijyen önlemleri ile tedavi edilebilir.

Tedaviye dirençli tekrarlayan kötü kokulu vaginal akıntı varlığında yabancı cisim ayırıcı tanıda yer almalıdır.İnce bir foley sonda veya benzeri kateter yardımı ile vagina yıkanabilir,vaginoskopi ile daha ideal bir değerlendirme yapılabilir.

Adölesan yaş grubu kötü kokulu vaginal akıntı,kaşıntı ve rahatsızlık hissi ile başvurabilir.Akıntının karakteri detaylıca sorgulanmalı,vulvar inspeksiyon ve yapılabiliyorsa spekulum muayenesi yapılmalı,vaginal pH ve mikroskopi değerlendirilip cinsel yolla bulaşan hastalıklar açısından örnek alınmalıdır.

Vulvovaginal kandidiazisin etkeni %80-92 oranında candida albicans olup cinsel yolla bulaşan bir etken değildir.Hastada beyaz kokusuz süt kesigi şeklinde akıntı,kaşıntı,rahatsızlık hissi gibi semptomlar oluşur.Kontrolsüz diyabet,antibiyotik kullanımı,artmış östrojen seviyesi,immün süpresif tedavi kandidiazis oluşumu için risk faktörü oluşturur.Fizik muayenede tipik akıntının yanı sıra ödem,eritem,ciltte kabalaşma ve kaşıntıya sekonder oluşmuş ekzoriyasyon alanları izlenebilir. Komplike olmayan enfeksiyonlarda oral tek doz veya 72 saat arayla 3 doz 150 mg flukanazol tedavisi veya alternatif olarak 7-14 gün topikal azol tedavisi düzenlenebilir.Tedaviye dirençli olgularda kültür için örnek alınması ve yılda 4 veya daha fazla atak olması halinde süpresyon tedavisi düşünülebilir.

Bakteriyel vaginoziste vaginal florada laktobasillerin azalması ve fakültatif anaerobların artışı ile vaginal pH artar. Beyaz gri,ince,kötü kokulu akıntıya genellikle inflamasyon bulguları eşlik etmez.Sigara kullanımı,vaginal duş,seksüel aktivite,cinsel yolla bulaşan hastalıklar risk faktörü olarak kabul edilir.Semptomatik olgularda 7 gün oral veya 5 gün vaginal metronidazole veya alternatif olarak 7 gün vaginal klindamisin tedavisi düzenlenebilir.

Irritanlara sekonder ince, non-östrojenize labial epitelin erozyonu sonucu labial adezyon oluşabilir.En sık 3 ay 3 yaş arası izlenir.Kötü veya aşırı perineal hijyen,vulvovaginal inflamasyon, Steven Jhonson sendromu,liken sklerozus,graft vs host disease,Behçet hastalığı,Crohn hastalığı,travma,cinsel istismar labial adezyona zemin hazırlayan risk faktörleri olarak sıralanabilir.Hasta vulvovaginal irritasyon,miksiyon sonrası damlama şeklinde idrar kaçırma,tekrarlayan üriner sistem enfeksiyonları,üriner retansiyon şikayetleri ile başvurabilir.İdeal tedavi açısından yeterli kanıt olmamakla birlikte vakaların %80'inde 1 yıl içerisinde spontan regresyon saptanmaktadır.Vulvar hijyen önerileri ve vazelin uygulaması ilk basamakta yer almakla birlikte semptomatik olgularda 2-6 hafta süreyle günde 1 veya 2 kez sadece orta hatta hafif



masaj ile topikal östrojen uygulanabilir.Takip eden 6 ay boyunca koruyucu bir krem tedavisi önerilir.Topikal östrojen kullanımına bağlı olarak(%0-8 oranında)pigmentasyon,pubertal değişiklik izlenebilir.Akut üriner retansiyon geliştiğinde veya medikal tedaviye dirençli olgularda sedasyon veya genel anestezi altında manuel seperasyon yapılabilir.İşlemden sonra 2-4 hafta topikal östrojen uygulanması önerilir.Özellikle anterior yerleşim gösteren,postpubertal devam eden veya bir sistematik hastalığa özgü tutulum gösteren lezyonların varlığında ileri inceleme gerekir.

Liken sklerozis,anogenital bölgeyi etkileyen kronik inflamatuvar bir hastalık olup vakaların %7-15'i prepubertal dönemde saptanır.Hasta kaşıntı,ağrı,dizüri,fissür oluşumu,pigmentasyon kaybı ve labial adezyon ile başvurabilir.Yapılan bir çalışmada olguların %40'ında eşlik eden otoimmün hastalık tespit edilmiştir.Lezyonlar genellikle "8" şeklinde, keskin sınırlı olup beyaz veya kırmızı renkli plaklar,erozyon ve ekskoriasyon alanları,fissürler,ekimotik alanlar saptanabilir.Ayırıcı tanıda liken planus,atopik dermatit,eczema ve psöriazis yer alır.Tedavi tercihleri için adölesan yaş grubunda yeterli kanıt olmamakla birlikte topikal kortikosteroidler,topikal immünmodülatörler ilk tercih olarak kullanılabilir.Uzun süreli kortikosteroid kullanımına bağlı ciltte incelme, sekonder enfeksiyon, nadiren hipotalamo-hipofizer- adrenal aksta baskılanma görülebilir.Yapılan çalışmalarda klabetazol ile 3 aylık tedavide %73 regresyon sağlanmıştır.Eşlik eden kaşıntı için antihistaminik reçete edilebilir.Hastalarda kortikosteroid tedavisine yanıt alınamazsa liken sklerozis tanısı biyopsi ile doğrulanarak topikal kalsinörin inhibitörü başlanabilir.Uzun dönem kullanımda cilt kanseri ve lenfoma ile ilişkisi net bilinmemektedir.Liken sklerozise bağlı skar oluşumu ve adezyon gibi komplikasyonlarda cerrahi müdahale gerekebilir.Menarş ile semptomlarda gerileme olmak ile birlikte olguların %75'inde semptomlar devam etmektedir.Liken sklerozis postmenopozal hastalarda skuamöz hücreli karsinom ile ilişkili olmakla birlikte bu hasta grubunda malignite ile ilişkisi bilinmemektedir.6 ayda veya yılda 1 takip önerilmektedir.

Adölesan yaş grubunda akut febril enfeksiyon sonrası(geçirilmiş viral gastroenterit,ÜSYE sorgulanmalı) reaktif genital ülserler gelişebilir.Ülser ile başvuran hastalarda cinsel istismar ve cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar dışlanmalıdır.Lezyonlar ağrılı olup dizüri,ıdrar yapamama tablosu ortaya çıkabilir.Ağrı için semptomatik tedavi ve sekonder enfeksiyonların önlenmesi ile günler içerisinde spontan iyileşme görülür.

Vulvovaginal Graft-versus-Host'un pediatrik popülasyonda insidansı %5 olarak bildirilmiş ancak tamamen asemptomatik olabildiğinden hemapoetik kök hücre nakli sonrası rutin jinekolojik değerlendirme önerilir.Vulvar ödem,fissür,ülserler,labial füzyon,klitoral fimozis oluşabilmekte olup ilerleyen vakalarda vaginal sineşiler,komplet vaginal stenoz izlenebilir.Tedavide ilk basamak topikal potent steroid (betametazon) olup topikal östrojen,topikal kalsinörin ve vaginal dilatatörler kullanılabilir.

En az 3 ay boyunca persiste eden, altta yatan spesifik bir nedenin bulunamadığı yanma/batma tarzında vulvar ağrı vulvodini olarak tanımlanabilir.Genellikle vestibül veya klitorise sınırlı olup etiyoloji net olmamakla birlikte travma sonrası veya enfeksiyon sonrası başlayan inflamatuvar yanıtın sebep olduğu düşünülmektedir.Uzun dönemde seksüel disfonksiyon riski olduğu saptanmıştır.Tedavide ilk basamak vulvar hijyen önlemleri, tetikleyen faktörlerin uzaklaştırılması olup topikal lidokain,amitriptilin,oral trisiklik antidepresanlar,SNRI,gabapentin ve pregabalın tedavisi,pelvik taban fizyoterapisi,davranış terapileri ve son seçenek olarak cerrahi denenebilir.

**FONKSİYONEL HİPOTALAMİK AMENORE OLGULARINDA TANI VE YÖNETİM****Dr.Öğr.Üyesi İpek Evrücke***İÜ İstanbul Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı*

Fonksiyonel hipotalamik amenore, azalmış kalori alımı, aşırı egzersiz ve stres gibi nedenlerden kaynaklanan diğer amenore etiyojilerinin dışlanması ile tanı konulan normal veya düşük serum gonadotropin konsantrasyonlarıyla giden amenoredir. Özellikle ergenlerde ve genç kadınlarda sık görülmektedir. Anatomik veya organik bir neden olmaksızın Hipotalamik-hipofizer-overyan aksın baskılanması sonucu oluşmaktadır. Stres, kilo kaybı, yeme bozukluğu, aşırı fiziksel aktivite, kronik hastalıklar fonksiyonel hipotalamik amenoreye neden olabilmektedir. Fonksiyonel hipotalamik amenorenin uzun dönemde metabolik (hipogonadizm, hiperkortizolemi, IGF1 düzeylerinde azalma, santral hipotiroidi), kardiyovasküler sistem hastalıkları (artmış koroner arter hastalığı ve dislipidemi), santral sinir sistemi, kemik sağlığı ve fertilité üzerine negatif etkileri bulunmaktadır.

Fonksiyonel hipotalamik amenore primer veya sekonder amenoreye neden olabilen geri dönüşümlü bir patolojidir. Hipotalamustan GnRH salınımı baskılanır ve özellikle LH salınımının pulsatilitesi etkilenir, LH/FSH oranı azalır. Hipogonadotropik hipogonadizm görülebilir ancak LH ve FSH seviyeleri normal veya azalmış olabilir. Düşük E<sub>2</sub> konsantrasyon seviyeleri (<40-50 pg/ml, özellikle <20 pg/ml anlamlı) görülmesi beklenir fakat değişken ve farklı sonuçlar elde edilebilir.

Fonksiyonel hipotalamik amenore nedenlerinden biri yeme bozukluğu olup fiziksel veya psikososyal disfonksiyonlara neden olan yemek yeme veya yemek yeme ile ilgili davranışlarda persite eden bozukluklar DSM V'te belirtilmiştir. Yeme bozuklukları yaygın olarak ergenlikte başlar. Düzensiz menstürasyon, amenore, pelvik ağrı, atrofik vaginit, meme atrofisi gibi jinekolojik semptomlara neden olabilir. Vücut yağ depolarıyla orantılı olarak yağ hücreleri tarafından salgılanan bir adipokin olan leptinin yeme bozukluklarında düşük seviyeleri ve yetersiz kalori alımında düşük IGF-1 seviyeleri LH pulsatilitesinde bozulmaya neden olarak fonksiyonel hipotalamik amenoreye yol açmaktadır. Hastadan anamnez alırken kilosu hakkında veya kilo almak hakkında ne hissettiği; neler ve ne kadar yediği; hangi egzersizleri ve ne kadar süre yaptığı; öğün atlamak, aralıklı olarak aç kalmak, kilo almaktan korkmak, beden imaj bozukluğu ile ilgili düşünceleri; depresyon, anksiyete, suicidal düşünceler ayrıntılı bir şekilde sorgulanmalıdır. Profesyonel sporcular, özellikle uzun mesafe koşucuları, alınan enerji miktarının azlığına bağlı olarak fonksiyonel hipotalamik amenoreye sebep olabilmektedir.

Fonksiyonel hipotalamik amenorenin tanısını koymak güç olabilmektedir. Öncelikle akla gelmeli ve bir dışlama tanısı olduğu unutulmamalıdır. Özellikle menarş sonrası birkaç yıl hipotalamik-hipofizer-overyan aks olgunlaşmadığı için menstrüel düzensizlikler sık görülebilmekte, hastanın hipoöstrojenik olup olmadığı iyi değerlendirilmelidir. Tanıda ayrıntılı bir anamnez çok önemlidir. Anamnez alırken vücut kitle indeksi, yakın zamanda kilo verme öyküsü (ne kadar zamanda kaç kilo), kilo alma korkusu ile yediklerinde kısıtlama olup olmadığı, aç kalma, öğün atlama, kusma/ishal atakları, vejeteryan/vegan beslenme gibi beslenme durumu, belirli besinlerden (yağ veya karbonhidrat içeriği yüksek) şiddetle kaçınma, abartılı sağlıklı beslenme alışkanlıkları, fiziksel aktivite süre ve sıklığı, okul ve sınav stresi, aile içi problemler, okul-arkadaş ilişkileri ile ilgili problemler ayrıntılı bir şekilde sorgulanmalıdır.

Fonksiyonel hipotalamik amenore tanısında biyokimyasal olarak FSH, LH, E<sub>2</sub>, prolaktin ve TSH düzeylerine bakılır. 5-10 gün süreyle 10mg MPA kullanılarak oluşturulan progestin çekilme kanaması ile adet 2-4. günlerinde bu hormonlara bakılır. Progestin çekilme kanaması olmamışsa spot hormon profiline bakılır. TAUSG ve TVUSG'de endometrial kalınlık, adneksiyal kitle varlığı araştırılır. Eğer öyküde fonksiyonel bir neden bulunamadı veya net değil ise kranial görüntüleme yapılabilir. Fakat fonksiyonel hipotalamik amenore tanısında görüntüleme rutin değildir.

6 aydan fazla amenore öyküsü olan tüm hastalarda veya östrojenizasyonun değerlendirilemediği olgularda kemik mineral yoğunluğu yol gösterici ve klinik takip açısından değerlidir. Kemik mineral yoğunluğu ergenlerde Z skoru ile değerlendirilir. Z skoru<-1 olması osteopeni, Z skoru<-2 olması (erişkinlerde <-2,5) osteoporoz olarak değerlendirilir. Amenorenin devam etmesi durumunda kemik mineral yoğunluğu 6-12 ay aralıklarla takip edilmelidir.

Fonksiyonel hipotalamik amenorede temel hedef menstrüel siklusları HRT yapmaksızın normale döndürebilmektir. Tedavinin temeli esas problemi belirlemek ve buna yönelik yaşam tarzı değişikliği önerilerinde bulunmaktadır. Hasta ile ana problem ve çözümü hakkında konuşulmalı, 2-3ayda bir olacak şekilde sık klinik ziyaret önerilmelidir. Diyetisyen eşliğinde diyetin düzenlenmesi önerilmelidir. Hasta menstürasyonun geri dönmesinin uzun bir süre alabileceği konusunda bilgilendirilmelidir. Düşük vücut kitle indeksi olan olgularda amenore öncesi kilosunun 1-2 kg üzerine

## ADSAD 2. ULUSAL ERGEN SAĞLIĞI KONGRESİ

çıkılması hedeflenmelidir.

Eşlik eden psikiyatrik problem, ciddi yemek bozukluğu veya tedaviye direnç durumlarında psikiyatrik yardım önerilir. Osteopeni/osteporoz olan olgularda Ca replasmanı (1000-1500 mg) ve D vit. replasmanı (400-1000 IU) önerilir. Endocrine Society 2017 kılavuzları, 6 ile 12 aylık “makul bir beslenme, psikolojik ve/veya değiştirilmiş egzersiz müdahalesi denemesinden” sonra adet görmeyen FHA’lı kadınlarda osteporozun yönetiminde HRT önermektedir.

Fonksiyonel hipotalamik amenorenin yönetiminde KOK’lar önerilmemektedir. Bunun sebebi olarak KOK içeriğindeki etinil estradiolün, karaciğerde insülin benzeri büyüme faktörü 1’in (IGF-1) hepatik ilk geçiş metabolizmasını baskılaması gösterilmiştir. IGF-1 düzeylerinde baskılanma nedeniyle KOK kullanımı kemik mineral yoğunluğunda artış sağlamamaktadır.

En az 6-12 ay tedavi ve takip sonrası amenorenin devam ettiği hastalarda fizyolojik dozda (100 mcg) özellikle transdermal HRT ile kemik mineral yoğunluğunda artış gösterilmiştir. Oral E<sub>2</sub>, hepatik IGF-1 düzeylerinde azalmaya neden olduğu için tercih edilmemelidir. Rekombinant leptin, kisspeptin fonksiyonel hipotalamik amenore olgularında gelişmekte olan tedaviler arasındadır.

## AKILCI ANTİBİYOTİK KULLANIMI

Doç. Dr. Ayşe BÜYÜKCAM

*İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Enfeksiyon Bilim Dalı*

Antibiyotikler, bakteriyel enfeksiyonların tedavisinde kullanılan ve klinik açıdan çok büyük önemi olan ilaç gruplarıdır. Enfeksiyonlara bağlı ölümlerin önlenmesinde antibiyotikler ile büyük bir yol katedilmiştir. Bununla birlikte yaygın ve akılcı olmayan antibiyotik kullanımı ile beraber gelişen direnç ise büyük bir sağlık sorunudur. Antibiyotiklerin etkilerini tamamen kaybetmesi ise basit enfeksiyonların bile ölümle sonuçlanmasına neden olabilir [1].

Alexander Fleming, 1945'te penisilin keşfinden dolayı Nobel ödülü aldığı anda, antibiyotiklerin işe yaramaz hale geleceği bir geleceği düşünmüş ve "laboratuvarında mikropları penisiline dirençli hale getirmek zor değil" diye uyarmıştır. Fleming'in bu düşüncesi bir ölçekte gerçek olmuştur. Antimikrobiyal direnç (AMR) hızla artmaktadır ve 2050 yılına kadar her yıl on milyon insanı öldüreceği tahmin edilmektedir [2].

2020 yılında araştırmacılar Haiti, Kenya, Malavi, Namibiya, Nepal, Senegal, Tanzanya ve Uganda'da beş yaşın altındaki 65.000'den fazla çocukta antibiyotik reçetesi uygulamalarını incelenmiştir. Antibiyotiklerin çoğu, örneklemde solunum yolu hastalıkları teşhisi konulan çocukların %80'ine reçete edilmiş ve bu vakaların büyük bir kısmında antibiyotiklerin gereksiz olduğu görülmüştür [2].

Türkiye de her geçen gün antibiyotik direnç oranları artmaktadır. Bunun en güzel örneği ulusal sağlık hizmeti ilişkili enfeksiyonlar sürveyans ağı (USHİESA) verileridir. 2022 USHİESA verilerinde örneğin *Acinetobacter baumannii*'nin etken olduğu sağlık hizmeti ilişkili kan dolaşımı enfeksiyonu için amikasin direnci %80,9 ve gentamisin direnci %84,2 olarak bildirilmiştir. *Pseudomonas aeruginosa*'nın etken olduğu sağlık hizmeti ilişkili kan dolaşımı enfeksiyonları için ise bu oran meropenem için %50,3 ve piperasilin-tazobaktam için %80,8 direnç tespit edilmiştir [3]. Ayrıca bağışıklık sistemi baskılanmış, solid organ nakli alıcıları, nötropenik konakçı ve HIV ve AIDS'li kişilerde giderek artan sayıda hastada antibiyotik direnci vardır ve bakteriyel enfeksiyonların tedavisinde zorlanılmaktadır [4].

Antibiyotik tedavilerine dirençli bakteriyel enfeksiyonların ortaya çıkması ve yayılması giderek artan küresel bir sorundur. Bu tür antibiyotik direnci, daha uzun hastanede yatışlara, daha yüksek ölüm oranlarına ve önemli bir ekonomik yüke yol açmaktadır. Dirençli türlerle ilgili zorluklar, yeni ve ortaya çıkan enfeksiyonları tedavi edebilirliğimizi de sınırlamaktadır. Her ne kadar mikroorganizmalar doğal olarak direnç mekanizmaları kazansa da mevcut antibiyotiklerin aşırı ve yanlış kullanımı direnç kazanma oranını etkilemiştir [5].

Akılcı antibiyotik kullanımı için bu nedenle bazı stratejiler geliştirilmelidir. Bunlar; etkili iletişim, eğitim ve öğretim yoluyla antimikrobiyal direnç konusundaki farkındalığı ve bilinci geliştirmek, sürveyansların güçlendirilmesi, sürveyans ve araştırmalar yoluyla kanıta dayalı bilgilerin desteklenmesi, etkili sanitasyon, hijyen ve enfeksiyon kontrol önlemleriyle enfeksiyon insidansını azaltmak, insan ve hayvan sağlığında antimikrobiyal ilaçların kullanımını optimize etmek, tüm ülkelerin ihtiyaçlarını dikkate alarak yeni ilaçlara, teşhis araçlarına, aşılar ve diğer müdahaleler için ekonomik imkânların artırılması ve sürdürülebilirliğinin sağlanmasıdır [1].

### Kaynaklar

1. T.C. Sağlık Bakanlığı and T.İ.v.T.C. Kurumu. *ERİŞKİN HASTADA ANTİBİYOTİK KULLANIMINA AKILCI YAKLAŞIM*. 2020; Available from: [https://titck.gov.tr/storage/Archive/2021/news/ErikinHastadaAntibiyotikKullanmnaAkilcYaklamK\\_59e8dde2-295e-4d4e-b069-336da21f126d.pdf](https://titck.gov.tr/storage/Archive/2021/news/ErikinHastadaAntibiyotikKullanmnaAkilcYaklamK_59e8dde2-295e-4d4e-b069-336da21f126d.pdf).
2. Priya Joi and J. Gergen. *The silent pandemic: how drug-resistant superbugs risk becoming the world's number one killer*. 2022; Available from: <https://www.gavi.org/vaccineswork/silent-pandemic-how-drug-resistant-superbugs-risk-becoming-worlds-number-one-killer>.
3. T.C., et al. *ULUSAL SAĞLIK HİZMETİ İLİŞKİLİ ENFEKSİYONLAR SÜRVEYANS AĞI (USHİESA) ETKEN DAĞILIMI ve ANTİBİYOTİK DİRENÇ RAPORU 2022*. 2022 2024; Available from: [https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/bulasici-hastaliklar-ve-erken-uyari-db/Dokumanlar/Raporlar/ETKEN\\_DAGILIM\\_VE\\_DIRENC\\_2022\\_RAPOR-v2.pdf](https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/bulasici-hastaliklar-ve-erken-uyari-db/Dokumanlar/Raporlar/ETKEN_DAGILIM_VE_DIRENC_2022_RAPOR-v2.pdf).
4. Dumford, D., 3rd and M.J. Skalweit, *Antibiotic-Resistant Infections and Treatment Challenges in the*

## ADSAD 2. ULUSAL ERGEN SAĞLIĞI KONGRESİ

*Immunocompromised Host: An Update.* Infect Dis Clin North Am, 2020. **34**(4): p. 821-847.

5. Mahoney, A.R., et al., *The silent pandemic: Emergent antibiotic resistances following the global response to SARS-CoV-2.* iScience, 2021. **24**(4): p. 102304.

## ERGENLERDE JİNEKOLOJİK ACİLLERİN YÖNETİMİ

Dr.Öğr.Üyesi İnci Sema Taş

İÜ İstanbul Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı

### 1.Over Torsiyonu

En sık görülen 5 jinekolojik acilden biridir. Tüm torsiyon olgularının yaklaşık %30'u < 20 yaş altında görülmektedir. Vakaların %50'si 9-14 yaş arasında, ortalama 11 yaşta görülmektedir.

Ani başlayan karın ağrısı (genellikle egzersiz veya cinsel ilişki sonrası) prezente olur. Aralıklı, yayılım göstermeyen ve genellikle bulantı-kusma ile birliktelik gösteren bir karın ağrısı şeklindedir.

5cm'den büyük adneksiyal kitle varlığında risk artmaktadır ve en sık dermoid kist veya fonksiyonel kistlerde görülmüştür. Pediatrik grupta yaklaşık %25 oranında adneksiyal kitle olmaksızın görülür. Genellikle over+tuba, nadiren izole tubal veya paratubal/paraovaryan kist torsiyonu şeklindedir. Yaklaşık %65'si sağda, çok nadiren bilateral görülebilir. Klinik olarak %100 tanı mümkün değildir, kesin tanı cerrahi ile konur. Şüpheli varlığında diagnostik laparoskopi yapılmalıdır. Hastanın şikayetleri ve kliniği en önemli tanı kriterleridir.

Çoğunda abdominal hassasiyet mevcut olup, ancak genellikle defans-rebound gözlenmez. Lökositoz ve CRP artışı olabilir. TA/TVUSG'de kistik veya solid adneksiyal kitle, overde asimetrik boyut artışı, heterojen over dokusu, foliküllerin periferik yerleşimi, uterus veya adneksin yer değiştirmesi, az miktarda serbest sıvı, whirlpool sign izlenebilir. Doppler akımı Torsiyon olgularının %60'ında mevcuttur. Venöz ve lenfatik akımın obstrüksiyonunu takiben arteriyel akımın obstrüksiyonu ve ardından iskemi ve nekroz olur.

10 saati geçen durumlarda over fonksiyonlarında düşüş, özellikle 72 saati aşan durumlarda nekroz oranı yüksektir. Nekrotik over dokusu varlığında bile ooferektomi düşünülmemelidir. Postop. 6. haftada normal Doppler akımı ve foliküler gelişim izlenebilir. Detorsiyon sonrası bildirilen VTE olgusu yoktur. Hastalara preoperatif danışmanlık verilmelidir ve negatif laparoskopi ihtimali, adneksiyal kitle varlığında iki aşamalı cerrahi ihtimali ve over torsiyonunun tekrarlama ihtimali (%2-12) anlatılmalıdır. Rekürren olgularda ooferopeksi açısından değerlendirilmelidir.

### 2. Over Kist Rüptürü

Üreme çağına oldukça sık görülen bir jinekolojik acildir. Sıklıkla fonksiyonel kistlerin rüptürü nedeniyle olur. Nadiren endometrioma, dermoid kist ve malign kistik kitleler de neden olabilir. Hormonal kontraseptif kullanımı riski azaltır. Ancak düşük doz östrojen içeren yeni KOK'lar ve özellikle sadece progesteron içeren OK'lar ovulasyonu baskılamayabilir. Genellikle fiziksel aktivite sonrası ani başlayan lokalize karın ağrısı ile karşımıza çıkar. Yaygın batın içi kanama varlığında hipovolemi ve peritoneal irritasyon bulguları izlenebilir. TA/TVUSG genellikle tanıda yeterli bilgi sağlar. Çoğu yakın klinik takip ve analjezi ile konservatif olarak takip edilebilir. Klinik ve vital bulgu takib, hemogram takibi, USG ile batın içi sıvı miktarını takibi (üst batın/morison poşu) yapılır.

Akut batın, devam eden kanama ve hemodinamik instabilite izlenirse L/S cerrahi yapılır.

Ayrıtı tanılarına ektopik gebelik, over torsiyonu, cerrahi patolojiler girer. Konjenital veya edinsel bir kanama diatezi olup olmadığına dair anamnez alınmalıdır.

### 3.Adneksiyel Kitleler

Pelvik veya abdominal ağrı ile klinik bulgu verebilirler. Bulantı, kusma, ateşin eşlik ettiği ani başlayan şiddetli karın ağrısı veya uzun süreli hafif karın ağrısı öyküsü, abdominal çevrede artış izlenebilir. Düzensiz vaginal kanama, puberte prekoks (izoseksüel veya heteroseksüel), prematür menarş izlenen hastalarda östrojen veya androjen üreten tümörler açısından araştırılmalıdır.

Erken tanı komplikasyonların önlenmesi ve malign tümörlerde prognozun iyileştirilebilmesi açısından önemlidir.

Bimanuel (vaginal/rektal), abdominal muayene, prekoks puberte/virilizasyon bulguları,

tümör markerleri( HCG, AFP, LDH, İnhibin B, Ca-125) araştırılmalıdır. Gerçek ve periferik puberte prekoksun ayrıtı tanısında FSH, LH, östradiol seviyelerine bakılır.

TV/TA Ultrasonografi Doppler ile bakılır. Kompleks adneksiyal kitlelerin değerlendirilmesinde BT, MR çekilir. BT, sedasyon olmaksızın uygulanabilir, kolay ulaşılabilir.

MR, yumuşak dokunun değerlendirilmesinde ideal, kontrast tutulumunun değerlendirilmesinde kullanılır.



**a.)Basit kistler**

En sık görülen adneksiyal kitlelerdir.Genellikle fonksiyonel kistlerdir ve 5 cm'den küçüktür.

Torsiyon, hemoraji ve rüptür ile semptomatik hale gelirler. Basit anekoik veya hemorajiye bağlı hiperekoik görünüm izlenebilir.

5-7 cm'den büyük kistleri en az 3 ay ara ile takip edilmeli ve persiste eden veya semptomatik olgularda cerrahi uygulanabilir. Klinik takip sırasında torsiyon riski konusunda bilgilendirme çok önemlidir. Hormonal tedavi regresyon hızını arttırmaz. Cerrahi uygulanacak ise kist eksizyonu tercih edilmeli

**b.)Kompleks veya Solid Kitleler**

İnternal septasyonlar, papiller ve solid yapılar izlenir. Doppler'de artmış internal vaskülarite, MR'da kontrast tutulumu izlenebilir. Bu olgularda tümör markerları ile ayrıntılı ve hızlı jinekolojik değerlendirme yapılmalıdır.

**c.)Matür Kistik Teratom**

3 germ tabakasının en az ikisinden meydana gelir( deri, yağ, diş, saç, kıkırdak, nöral elementler, kemik). %10 bilateral olarak izlenir. En sık rastlantısal olarak saptanır En sık görülen semptom karın ağrısıdır. Yaklaşık %15 torsiyon ile prezente olur. Spontan rüptür nadirdir(<%1). Granülomatöz peritonite neden olabilir.

Malign dejenerasyon (%0,5-2) en sık skuamöz hücreli karsinom olarak gerçekleşir, Genellikle ileri yaşlarda gelişir, ortalama görülme yaşı 55 ± 14.4 yaş, ortalama boyut 13 cm'dir.

Malign dejenerasyon ile tm markerleri yükselebilir □ SCC antijeni, CA125, CA19-9 ve CEA

Diğer komplikasyonlar; hemolitik anemi, anti NMDA reseptör ensefaliti gibidir.

Tanıda çoğunlukla USG yeterlidir. BT, MR (yağ baskılı) çekiminde yağ dokusu ve kaba kalsifikasyonlar görülür. Cerrahi endikasyonları semptomatik olması, 5 cm üzerinde olması, > 2cm/yıl büyüme hızıdır(ortalama yılda 1,8 mm büyür) .İlk seçenek laparoskopik kistektomidir.

**4.Pelvik İnflamatuvar Hastalık**

Endometrit, salpenjit, tubaovaryan apse, yaygın peritonit olarak izlenebilir. Çoğunlukla cinsel aktif ergenlerde görülür. En sık etkenler, *C. trachomatis* ve *N. gonorrhoeae'dir* ama genellikle polimikrobiyaldir. Özellikle menstürasyon sırasında ve sonrasında başlayan, gittikçe şiddetlenen bilateral kasık ağrısı, kötü kokulu vaginal akıntı, ateş şikayetleriyle başvurulur. Cinsel aktif olmayan ergenlerde PID varlığında; konjenital veya edinsel genital çıkış yolu obstrüksiyonları(vulvovaginal dermatozlar/labial adezyon, obstrüktif müllerian anomaliler), genital tüberküloz, geçirilmiş batın cerrahisi, Crohn hastalığı gibi intestinal patolojiler akla gelmelidir.

Batın muayenesinde bilateral alt kadranda hassasiyet, defans/rebound varlığı veya yokluğu, pürülan servikal/vaginal akıntı, tuşe ile servikal hareketlerde/adneksiyal alanlarda hassasiyet gözlenir. Genellikle lökositoz, CRP/sedimentasyon artışı izlenir. Hastalardan HCG istenmeli ve vaginal/servikal örnekleme ile *C. trachomatis* ve *Neisseria gonorrhoeae* açısından tetkik edilmelidir.

TA/TVUSG ile ilk olarak değerlendirilmeli, apse veya diğer pelvik/batın içi patolojiler açısından şüphe varlığında BT veya MRI ile ileri görüntüleme gerekebilir. Laparoskopi gerekebilir.

<b>Hospitalizasyon endikasyonları</b>
Ağır klinik bulguların varlığı
Tubaovaryan apse
Cerrahi patolojilerin dışlanamaması
Ayaktan tedaviye cevap alınamaması
Ayaktan tedaviye uyumsuz olabileceği düşünülen hastalar

Ayaktan tedavi olarak 250-500 mg tek doz IM seftriakson ve 14 gün oral doksisisiklin (100mg 2x1) veya oral doksisisiklin yerine 1gr oral azitromisin, 1 hafta arayla 2 doz verilebilir.

Bakteriyel vaginosis varlığında oral metronidazol tedaviye eklenir. Son 2 ay içerisinde cinsel ilişki varlığında partner tedavisi önerilmeli. Tedavi başladıktan 72 saat içerisinde poliklinik kontrolü ile tedaviye cevap değerlendirilmelidir.

Yatarak tedavi olarak IV Sefoksitin veya Sefotetan+ Doksisisiklin veya 2. Rejim olarak İV Klindamisin+ Gentamisin tedavisi verilir. Ardından oral tedaviye geçildiğinde doksisisiklin+ Metronidazol tedavisi 14 güne tamamlanır.

**5.Reaktif Genital Ülser**

Çok ciddi ağrı, disüri, idrar yapamama tablosu ile prezente olur. Viral gastroenterit, viral veya streptokokal ÜSYE sonrası gözlenebilir. Konservatif izlem, ağrının yönetimi, sekonder enfeksiyonların önlenmesi şeklinde yaklaşılır. Haftalar

içerisinde spontan iyileşme gözlenir.

#### **6.Cinsel İstismar**

Cinsel istismara bağlı olarak oluşan akut travmalardan sonra, dış genital muayenede hematomlar, abrazyonlar, himenal yırtıklar ve vulvar eritemler izlenebilir. Fakat, kanıtlanmış cinsel istismar öyküsü olan birçok hastada, dış genital muayenenin tamamen normal olabileceği akılda tutulmalıdır.

## ERGENLERDE BİR GEÇİŞ MADDESİ OLARAK SİGARA

Doç. Dr. Hüseyin DAĞ

### 1. Giriş

Ergenlik dönemi, çocukluktan yetişkinliğe geçiş sürecini kapsayan ara bir dönemdir. DSÖ (Dünya Sağlık Örgütü) bu dönemi 10-19 yaş arası olarak tanımlamaktadır. Bu dönem fiziksel duygusal ve psikolojik yolculuğun erişkinliğe hazırlandığı hem fırsatlar hem de tehlikeler barındıran bir evredir. Ergenlerde strese karşı bir duyarlılık söz konusu olduğundan sigara kullanımı açısından da bu evre risk teşkil etmektedir.

Dünya'da en fazla kullanılan madde tütündür. Nikotin kullanımı sırasında nikotin, katran ve karbonmonoksit ile beraber yaklaşık 4000'den fazla kimyasal madde ortaya çıkmaktadır. Bu maddelerden 50'den fazlası kanser için risk teşkil etmektedir. Dünya'da 1,3 milyar insanı etkileyen bir halk sağlığı problemidir. Küresel düzeyde 13-15 yaş arası her 10 ergenden biri tütün ürünü kullanmaktadır. En son 2017 yılında ülkemizde 13-15 yaş aralığı öğrenciler ile yapılan Küresel Gençlik Tütün Araştırmasında genç nüfusun **%17,9'unun** bir tütün ürünü tüketmekte olduğu, **%7,7'sinin sigara** içmekte olduğu, **%28'inin** en az bir defa sigara denediği belirlenmiştir. Tütün ve ürünlerinin kullanımına bağlı olarak her yıl 1,3 milyonu pasif içici olmak üzere 8,7 milyon insan hayatını kaybetmektedir.

Ergenlik döneminde beyin gelişmeye devam etmektedir. Bu dönemde beyaz madde artış göstermekte ve sinaptik budanmaya bağlı duyu ve motor fonksiyonlar ile ilişkili beyin bölgeleri önce olgunlaşmakta iken prefrontal kortekste gri madde yoğunluğundaki azalma/budanma sonucu karar verme ve yürütücü işlevler en son fonksiyonel hale gelir (nöroplastisite) Gelişmekte olan beyin, nikotinik asetilkolin reseptörlerini (nAChR'ler) aktive eden tütün (nikotin) ürünleri de dahil olmak üzere kötüye kullanılan maddelerin zararlı etkilerine karşı özellikle savunmasızdır. Beyinde tütün kullanımı sonucunda kalıcı bozukluklar meydana gelebilir. Bir kez maddelere maruz kalındığında, beyin ödüllendirme sistemleri madde kullanımını pekiştirir, bu da tekrarlanan kullanım ve madde kullanımını kontrol etme yeteneğinin azalmasıyla sonuçlanır. Nikotin diğer maddelerin kullanımını artıran bir nöroadaptasyon (biyokimyasal değişiklikler) yapar. Kronik nikotin maruziyeti, Dopaminerjik beyin alanı olan ventral tegmental alanda (VTA) GABA'erjik sinyallemeyle bozmaktadır. Ödül eşliği değişik diğer maddelerin kullanımına karşı duyarlılık gelişir.

### 2. Ergenlerde gateway (Geçiş) Hipotezi:

Ergenlik sürecinde madde kullanımının hiyerarşik ve kademeli bir geçiş gösterdiğini temel alan geçiş kapısı hipotezine göre ergenlik döneminde sigara ve alkol gibi yasal maddelerin kullanımı, ilerleyen dönemlerde yasa dışı madde kullanımına başlamayı kolaylaştırmaktadır. Tütün ve tütün ürünlerinin kullanılması nöroadaptasyon yaparak ergenleri yasa dışı madde kullanımına yatkın hale getirdiği gösterilmiştir. Onbeş yaşından önce sigara içen bireylerin yasadışı uyuşturucu kullanma ihtimali 80 kat artırmaktadır. Madde bağımlılığını önleme çalışmalarında bu geçiş yolu kapatılırsa hem mortalite, hem morbidite azalacaktır. Bununla birlikte hükümetlerin ekonomiyi sağlıklı, hedef odaklı ve verimli bir şekilde yönetebilmesi adına da bu durum cost-effektiftir. Amerika Birleşik Devletlerinde 2012 yılında 18-34 yaş arası bireylerde yürütülen toplum temelli bir çalışmada maddeye başlama yaşları açısından sigara için 15.6, alkol ve esrar için 16.5, kokain için 19.2 ve eroin için 20.1 olarak tespit edilmiştir. Bu çalışmada esrar kullanıcılarının %64.6'sı önce sigara veya alkol kullanmışlardır. Bu çalışmada lise son sınıflar baz alındığında esrar kullanıcılarının %56.3'ü sigara veya alkolden sonra bu maddeye başlamışlardır. Kokain kullananların %84,5'i de önce sigara veya alkol kullanmışlardır.

Dünya Sağlık Örgütü (WHO)'nün 17 **ülkede** yürütmüş olduğu bir epidemiyolojik araştırmasından elde edilen veriler de alkol ve tütün kullanımı ile esrar kullanımı arasında çok anlamlı bir ilişki olduğu gösterilmiştir. Geçiş Hipotezi'nin ülkeler arası karşılaştırmasında uyuşturucu kullanımının ilerlemesi için ana itici faktör olarak geçiş uyuşturucularının arka plandaki yaygınlığı veya bunların bulunabilirliği tespit edilmiştir.

ABD nüfusunu temsil eden bir çalışmada, sigara içtikten sonra kokaine başlayan kokain kullanıcıları arasında kokain bağımlılığı oranının en yüksek olduğunu (yüzde 20,2) ve sigara içmeden önce kokaine başlayanlar arasında bağımlılık oranının çok daha düşük olduğunu (yüzde 6,3) ortaya koymuştur. Whitbeck ve ark. (2015) yaptığı 675 ergen hastanın (yaş: 11.1) alındığı bir çalışmada; ergenlerin % 38,8'inin nikotini alkol ve/veya esrardan önce, % 21,3'ünün alkolü nikotin ve/veya esrardan önce % 8,6'sının esrarı nikotin ve/veya alkolden önce kullanmaya başladığı bildirilmiştir. Başka bir

çalışmada 14 yaşlarında e-sigara ve nargile kullanımı, iki yıl sonra esrara başlama ve halen kullanma ihtimalinde 3,6 ila 4 kat artışla ilişkilendirildi.

### 3. Madde (Tütün) Bağımlılığını Önleme

Önleme bilimi; “Zarar verici sonuçları olabilecek bir olayın ortaya çıkmadan önce engellemesinin olayın oluşturacağı zararları telafi etmekten çok daha kolay, etkili ve ekonomik olduğu ilkesine dayanır” Önleme risk analizleri ile tehlikenin oluşmasını engeller, koruma ise oluşmuş tehlikenin etkilerini azaltmaya odaklanır. Önleme **proaktif**, koruma **reaktif**. Tütün ve kullanımı ile ilgili birincil koruma dediğimiz önleme stratejileri en etkili yöntemdir. İkincil koruma ve üçüncül koruma daha zor olup aynı zamanda maliyetlidir. Tütün ve ürünlerinden ergenleri korumak ve sigaraya sıfır tolerans ile daha sonraki madde kullanımlarına geçiş azaltılacağı gibi gelişmekte olan ergenlerin de potansiyellerine ulaşmaları sağlanmış olacaktır.

### Kaynaklar

1. WHO. Global health risks: mortality and burden of disease attributable to selected major risks. Geneva: World Health Organization, 2009.
2. Küresel Gençlik Tütün Araştırması (KGTA). 2017. <https://hsgm.saglik.gov.tr/>
3. Akyel B, Kayış H, Yüncü Z. Ergenlikte Beyin Gelişimi, Risk Alma ve Bağımlılığa Yatkınlık. Bildik T, editör. Ergenlik Dönemi ve Ruhsal Bozukluklar. Ankara: Türkiye Klinikleri; 2018. p.134-9.
4. McQuown, Susan C et al. “Low dose nicotine treatment during early adolescence increases subsequent cocaine reward.” *Neurotoxicology and teratology* vol. 29,1 (2007): 66-73. doi:10.1016/j.ntt.2006.10.012
5. Kandel DB, Logan JA. Patterns of drug use from adolescence to young adulthood: I. Periods of risk for initiation, continued use, and discontinuation. *Am J Public Health* 1984;74:660–6.
6. Breslau N, Peterson EL. Smoking cessation in young adults: age at initiation of cigarette smoking and other suspected influences. *Am J Public Health* 1996;86:214–20.
7. Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA). Results from the 2012 National Survey on Drug Use and Health: summary of national findings. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA), 2013.
8. Degenhardt L, Dierker L, Chiu WT, Medina-Mora ME, Neymark Y, Sampson N, et al Evaluating the drug use “gateway” theory using cross-national data: consistency and associations of the order of initiation of drug use among participants in the WHO World Mental Health surveys. *Drug Alcohol Depend* 2010; 108: 84–97.
9. Levine A, Huang Y, Drisaldi B, et al. Molecular mechanism for a gateway drug: epigenetic changes initiated by nicotine prime gene expression by cocaine. *Sci Transl Med*. 2011;3(107):107-9.
10. Whitbeck LB and Armenta BE. Patterns of substance use initiation among Indigenous adolescents. *Addict Behav*. 2015;45:172-9.
11. Audrain-McGovern J, Stone MD, Barrington-Trimis J, Unger JB, Leventhal AM. Adolescent E-Cigarette, Hookah, and Conventional Cigarette Use and Subsequent Marijuana Use. *Pediatrics*. 2018;142(3):e20173616.
12. Sebanur Çavdar, Mustafa Taşdemir, Ömer Ataç., Önlemenin Kuramsal Temelleri. Bağımlılık Tanı, Tedavi, Önleme. 2019. Yeşilay Yayınları.s:101-117.

## DİJİTAL MEDYA KULLANIMININ YARAR-ZARAR DENGESİ

**Uzm. Dr. Özlem KETENCİ ALTIKARDEŞLER**

Dijital çağda yaşıyor olmamız internetin ve dijital medya unusurlarının yaygınlaşmasına, dolayısıyla tüm yaş grubundan insanların dijital medyanın olumlu veya olumsuz etkilerine maruz kalmasına neden olmaktadır. Ergenler buldukları dönemin özellikleri sebebiyle dijital medyanın etkilerine karşı daha hassas durumdadırlar. Ülkemizde TÜİK verilerine göre ergenlerin ve genç yetişkinlerin internet kullanım oranları yıllar içerisinde artış göstererek, 2023 yılında %96.6'ya ulaşmıştır.

Akran iletişiminin önem kazandığı ergenlik döneminde dijital medya ergenlerin sosyal bağlantı kurmalarında, kimlik gelişimlerinde, özerkliklerini kazanmada, toplumsal olaylarla ilgili farkındalıklarının artmasında, sivil sorumluluk kazanmalarında ve bilgiye erişimlerinde etkilidir. Bununla birlikte dijital medya kullanımı ergende benlik saygısında azalma, duygu durum değişiklikleri, anksiyete, dürtü kontrolünün azalması, işbirliği ve empati yeteneğinde azalma, aile içi iletişimsizlik gibi psikososyal sonuçlara yol açabilmektedir. Eş zamanlı olarak uyku kalitesinde azalma, göz problemleri, obezite ve kardiyometabolik risk, kas-iskelet problemleri gibi sağlık sorunlarına da neden olabilmektedir. Dijital medyanın, yarattığı dijital stres yoluyla olumsuz psikososyal sonuçlara yol açtığı düşünülmektedir. Ulaşılabilir olma stresi, onay kaygısı, kaçırma korkusu, digital bağlantının aşırı yüklenmesine maruz kalmak dijital stresin bileşenleridir. Sosyal medya oluşturduğu etkiler nedeniyle literatürde en çok yer alan dijital medya araçlarından biridir. Çalışmalarda, problemlili sosyal medya kullanımının depresyon, anksiyete, düşük özgüven, yaşam kalitesinin bozulmasına neden olabileceği görülmüştür. Ayrıca sosyal medya yoluyla siber zorbalığa, cinsel içerikli mesaj ve görüntüler almaya ya da göndermeye maruz kalınabileceği de bilinmektedir. Depresif ve yalnız olmanın, pasif sosyal medya kullanımının, düşük benlik saygısı ve düşük gelirin olumsuz sonuçlar ve sosyal medya bağımlılığı açısından risk faktörü olabileceği, yüksek benlik saygısının koruyucu faktör olduğu bildirilmiştir.

Sosyal medya güzelliğe ilişkin standartları ve idealleri teşvik etmek için ideal bir araç durumundadır. Bu da özellikle kızlarda beden imajının etkilenmesine, dolayısıyla beden memnuniyetsizliği ve düşük benlik saygısına yol açabilmektedir. Gelişen beden memnuniyetsizliğinin ve ideal vücut görüntsüne ulaşmak için girilen kilo değiştirme davranışlarının yeme bozukluğu riskini de arttırılabileceği öngörülmüştür. Dijital medya kullanımının olumsuz etkilerinden korunabilmek için; problemlili internet kullanımı açısından riskli olan ergenleri tanımak, öyküde problemlili internet kullanımına yönelik davranışları tanımlayabilmek, riskli görünen ergenlere tarama testleri uygulamak, tarama testleri anlamlı bulunan ergenlere daha spesifik ölçümler uygulamak ve klinik görüşmeye yönlendirmek uygun yaklaşımlardır. Dijital medya kullanımının gerek fiziksel, gerekse psikososyal alanda olumsuz etkilerinden korunmak için bazı önlemlere dikkat etmek önemlidir. Başlangıç aşamasında ergene sosyal medya ve teknoloji kullanımı ile ilgili rehberlik etmek, dijital medya kullanımı ile ilgili kuralları belirlemek, sınırlar koymak, ergenlere sosyal hobilere kazandırmak, spor ve sanata yönlendirmek, ergenlerin dijital medya hayatlarının bir parçası olabilmek, problemlili internet kullanımı ile ilgili takipte olmak ve bununla birlikte ebeveynlerin kendi dijital medya alışkanlıklarını gözden geçirmesi alınabilecek koruma önlemleri arasındadır.

Dijital medyanın evrensel düzeyde iletişim kurmayı, bilgiye erişimi ve araştırmayı mümkün hale getirdiği bir gerçektir. Ancak ergende olumsuz psikososyal sonuçlara yol açmaması için koruma önlemlerine dikkat etmek, dijital medyada geçirilecek süreyi, içeriğini ve niteliğini belirlemek önemlidir. Bu farkındalığı oluşturmak adına eğitici progmlar geliştirilmesi, sadece ergenler değil tüm toplum için faydalı olacaktır.

**Kaynaklar:**

1. [https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Hanehalki-Bilisim-Teknolojileri-\(BT\)-Kullanım-Arastırması-2023-49407](https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Hanehalki-Bilisim-Teknolojileri-(BT)-Kullanım-Arastırması-2023-49407)
2. Haddock A, Ward N, Yu R, O’Dea N. Positive Effects of Digital Technology Use by Adolescents: A Scoping Review of the Literature. *Int J Environ Res Public Health*. 2022 Oct 27;19(21):14009.
3. Scott, D.A., Valley, B. & Simecka, B.A. Mental Health Concerns in the Digital Age. *Int J Ment Health Addiction* 15, 604–613 (2017).
4. Canadian Paediatric Society, Digital Health Task Force, Ottawa, Ontario, Digital media: Promoting healthy screen use in school-aged children and adolescents, *Paediatrics & Child Health*, Volume 24, Issue 6, September 2019, Pages 402–408
5. M.Twenge J. Increases in Depression, Self-Harm, and Suicide Among U.S. Adolescents After 2012 and Links to Technology Use: Possible Mechanisms. <https://doi.org/10.1176/appi.prcp.20190015>
6. Steele, R.G., Hall, J.A. & Christofferson, J.L. Conceptualizing Digital Stress in Adolescents and Young Adults: Toward the Development of an Empirically Based Model. *Clin Child Fam Psychol Rev* 23, 15–26 (2020)
7. Domoff SE, Borgen AL, Rye B, Barajas GR, Avery K. Problematic Digital Media Use and Addiction. In: Nesi J, Telzer EH, Prinstein MJ, eds. *Handbook of Adolescent Digital Media Use and Mental Health*. Cambridge University Press; 2022:300-316
8. Shannon H, Bush K, Villeneuve PJ, Hellems KG, Guimond S. Problematic Social Media Use in Adolescents and Young Adults: Systematic Review and Meta-analysis. *JMIR Ment Health*. 2022 Apr 14;9(4):e33450.
9. Shah J, Das P, Muthiah N, Milanaik R. New age technology and social media: adolescent psychosocial implications and the need for protective measures. *Curr Opin Pediatr*. 2019 Feb;31(1):148-156.
10. Kelly Y et al. Social media use and adolescent mental health: Findings from the UK millenium cohort study. *Eclinical Medicine*.2018 Dec; 6:59-68.
11. Aparico- Martinez P et al. Social media, thin-ideal, body dissatisfaction and disordered eating attitudes: An exploratory analysis. *Int J Environ Res Public Health*. 2019 Nov; 16(21):4177.
12. Heffer, T., Good, M., Daly, O., MacDonell, E., & Willoughby, T. (2019). The Longitudinal Association Between Social-Media Use and Depressive Symptoms Among Adolescents and Young Adults: An Empirical Reply to Twenge et al. (2018). *Clinical Psychological Science*, 7(3), 462-470
13. Coyne SM, Rogers AA, Zurcher JD, Stockdale L, Booth M. Does time spent using social media impact mental health?: An eight year longitudinal study. *Comput Hum Behav*. 2019;104:106160.
14. Houghton S, Lawrence D, Hunter SC, Rosenberg M, Zadow C, Wood L, Shilton T. Reciprocal Relationships between Trajectories of Depressive Symptoms and Screen Media Use during Adolescence. *J Youth Adolesc*. 2018 Nov;47(11):2453-2467.
15. Orben A, Dienlin T, Przybylski AK. Social media’s enduring effect on adolescent life satisfaction. *Proc Natl Acad Sci U S A*. 2019;116(21): 10226-10228.
16. Thorisdottir IE, Sigurvinsdottir R, Asgeirsdottir BB, Allegrante JP, Sigfusdottir ID. Active and passive social media use and symptoms of anxiety and depressed mood among Icelandic adolescents. *Cyberpsychology Behav Soc Netw*. 2019;22(8): 535-542
17. Brooks M, Lasser J. *Tech Generation: Raising Balanced Kids in a Hyper-Connected World*. New York, NY: Oxford University Press, 2018. Cited in Pinola M. *New YorkTimes Smarter Living Guide: How (and When) to Limit Kids’ Tech Use*, September 2018.



## AKRAN ZORBALIĞI

### Prof. Dr. Ayşe KILIÇ

*İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları AD, Sosyal Pediatri-Genel Pediatri BD.*

Güçlü durumdaki bir öğrencinin, kendi kazancı veya keyfi için, daha güçsüz olanlara karşı sıkıntı vermek niyeti ile fiziksel, duygusal, sosyal ya da sözel olarak tekrarlayan saldırılarıdır. Bir ya da birden fazla öğrencinin bir başka öğrenciyi (mağdura) sürekli olarak olumsuz eylemlerde bulunmasıdır.

Okulda zorbalık (akran zorbalığı) genel olarak tanımlanacak olursa; kışkırtma unsuru olmaksızın aralarında fiziksel ya da psikolojik açıdan bir güç eşitsizliği olan çocuklardan güçlünün, karşı tarafa bilerek ve isteyerek, niyetli, kasıtlı, sistemli bir biçimde belli zaman aralıkları ile uyguladığı, kurbanda korku, endişe veya zarar vermeyi amaçlayan fiziksel, sözel, psikolojik saldırı veya yıldırma kapsar.

#### Zorbalık Türleri

##### Doğrudan Zorba Davranış

- Yumruklama, dürtme, itme, vurma
- Bağırma, ısırma, tükürme
- Küfür ya da hakaret etme, tehdit etme
- Utaç verici veya zalimce şakalar yapma
- Din, sosyal imkansızlıklar, maddi durum ya da sosyal statüyle alay etme, şaka yapma

##### Dolaylı Zorba Davranış

- Reddetme, kabul etmeme, şantaj
- Nefret dolu bakma,
- Küfür içeren el kol hareketleri yapma
- Hakaret edici ya da küçük düşürücü notlar yazma
- Zarar verici söylenti ya da dedikodu yayma
- Kendi çıkarları için arkadaşlarını kullanma
- Web sitelerinde karalayıcı yazılar yazma
- Yokmuş gibi davranma
- Gruptan dışlama

#### Akran Zorbalığının Sıklığı

Rigby ve Slee (1991), Avustralya'da 8-18 yaşları arasındaki 15152 erkek ve 10247 kız öğrenciyi yaptığı çalışmalarında kızların %15,7'sinin, erkeklerin %20,7'sinin haftada en az bir kez zorbalığa maruz kaldığını (bu çalışma Avustralya hükümetinin ve okul yöneticilerinin dikkatini çekmiş ve bu sonuçtan sonra eğitimciler, yöneticiler ve danışmanlar ülkede zorbalık karşıtı programlara başlamışlardır).

Olweus (1993), Norveç'te yaptığı çalışmada öğrencilerin %8'inin zorbalığı deneyimlediklerini, %12'sinin de kendilerini kurban olarak tanımladıklarını.

Amerika Birleşik Devletleri'nde 15686 öğrenci ile yapılan bir çalışmada (Nansel ve ark. 2001) zorbalık oranının %29,9 olduğu, bunların %13'ünün zorba, %10,6'sının kurban ve %6,3'ünün hem zorba hem kurban rolünde yer aldığı.

Türkiye'de akran zorbalığı ile ilgili araştırma sonuçları diğer ülkelerdeki araştırma sonuçlarıyla benzerlik göstermektedir. Pişkin (2006) okula giden her 3 öğrenciden birinin zorbalığa maruz kaldı. Kapıcı (2004) ilköğretim 4. ve 5. sınıfına devam eden öğrencilerin %40'ının en azından bir kere fiziksel, sözel, duygusal ya da cinsel akran zorbalığı ile karşılaştığını, Arslan (2007) 15-17 yaş arasındaki çocuklarda akran zorbalığına görülme oranının %17 olduğunu saptamıştır.

#### Zorbalık Davranışı Gösteren Çocukların Genel Özellikleri

- Empati Kurma Yeteneği Gelişmemiştir.
- Sosyal Becerilerde ve İlişki Kurma Biçimlerinde Yetersizlik Olabilir.
- Saldırgan ve Dürtüsel Bir Yapıya Sahiptirler.

- Etraflarında Hakimiyet Kurma Eğilimleri Vardır.

Genellikle bilimsel ve akademik yönden yetersiz olup, saygı ve güç elde edebilmek için bunu yaparlar ve akranlarından yaşça ve fiziksel olarak büyük olurlar.

### **Mağdur Çocukların Genel Özellikleri**

- Genellikle güvensiz ve kendilerini koruyamayan, pasif ve boyun eğici bir tarzları vardır.
- Utangaç ve içine kapanıktırlar.
- Farklı özelliklere sahip olabilirler (kekemelik, gözlük kullanma, diş aparatı kullanma vb.)
- Genellikle aşırı koruyucu ailelerin çocuklarıdır.

Her zaman farklı olan çocuklar zorbalığa uğramazlar, bazen çocuklar neden mağdur olduklarını bile bilmezler.

### **Akran Zorbalığının Nedenleri**

#### Bireysel Nedenler

Genellikle bu öğrenciler arkadaşlarına karşı saldırgan bir tutum içindedirler. Diğerleri üstünde güçlü ve baskın olma ihtiyaçları ön plandadır.

#### Ailesel Nedenler

Çocuk ve ergenin saldırgan tepkiler geliştirmesinde dört önemli etken vardır.

1. Ailenin, özellikle de çocuğun bakımını üstlenen kişinin (genellikle anne) temel duygusal yaklaşımıdır. Yaşamın ilk yıllarında çocuğa yönelik yetersiz ilgi ve sevgiyle belirginleşen olumsuz tutum, açık bir şekilde çocuğun ileriki yıllarda diğer insanlara karşı saldırgan ve acımasız olması riskini arttırmaktadır.
2. Bakımını üstlenen kişi ya da kişilerin çocuğun saldırgan davranışlarına izin verici tutumlar sergilemesi önemli bir etkidir. Sonuç olarak, çocukluk ve ergenlik çağında yetersiz ilgi, sevgi ve bakım verilmesi ve bunlara ek olarak çok fazla özgürlüğün tanınması, çocuk ve ergende saldırgan davranış örüntülerinin gelişmesine neden olabileceğini söylemek mümkündür.
3. Ailenin çocuğu yetiştirirken güç kullanması.

Bu durum çocuğun saldırgan davranışlarını arttırır. Çocuğu yetiştirirken açık kurallar koymak ve sınırlamalar getirmek önemlidir. Bunları cezaya dönüştürmemek gerekir.

4. Çocuğun mizacı da saldırgan davranışlar geliştirmesinde rol oynar.

Aşırı hareketli ve öfke nöbetleri olan çocuklar daha sakin olan çocuklara oranla daha fazla saldırgan tutumlar geliştireceklerdir. Bu etkenin diğerlerine göre daha düşük olduğu gözlenmiştir.

#### Okula Ait Nedenler

Müdür, müdür yardımcıları ve öğretmenlerin yetersiz denetimleri nedeniyle okullarda zorbalık eylemleri artmaktadır. Okulun sosyal ortamının, genel havasının bütün öğrencilere karşı sıcak ve kabul edici olmaması da şiddet eylemlerini arttırmaktadır.

### **Akran Zorbalığı Nasıl Önlenebilir?**

- Zorbalık davranışı yerleşmeden önce, erken yaşlarda çocuklara olumlu davranış ve alışkanlıklar kazandırmak,
- Okullarda zorbalık yönünden riskli grupların belirlenmesi (ailede şiddete tanıklık eden ya da kendisine şiddet uygulananlar, parçalanmış ya da ebeveynlerin her ikisinin ya da birinin olmadığı ailelerdeki çocuklar gibi),
- Okullarda zorbalığı önleyici programların geliştirilmesi, uygulanması ve uygulamaların okul yöneticileri, çalışanları, öğretmenler, ebeveynler tarafından takibinin yapılması,
- Zorbalık döngüsünün (zorba, kurban ve izleyiciler) değişimi için çalışma gruplarının oluşturulması,
- Eğitimde, çocuklara akademik bilgi ve becerilerin yanında insan hakları, olumlu iletişim becerilerini geliştirme ve problemleri şiddet kullanmadan çözme yaklaşımlarının öğretilmesi,
- Özellikle zorbalığın olduğu alanlarda öğrencilerin akranları ile ilişkilerinin izlenmesi,
- Öğrencilere öfke kontrolü, kendini ifade becerileri ve benlik saygısını ve kendilik değerini arttırmaya yönelik eğitimlerin yapılması,
- Zorbalığı önleme programına ailelerinde katılımının sağlanması,
- Seçilen zorbalığı önleme girişimlerinin; öğrenciler tarafından olumsuz algılamalara (okuldan uzaklaştırma vb.)

## ADSAD 2. ULUSAL ERGEN SAĞLIĞI KONGRESİ

neden olacak türden olmaması,

- Zorbalığı uygulayan öğrencilerin rehabilitasyonu ve zorbalığa maruz kalan öğrencilerin iyileştirilmesi olarak sıralanabilir.

### KAYNAKLAR

1. Caliskan Z, Evgin D, Bayat M, Caner N, Kaplan B, Öztürk A, et al: Peer Bullying in the Preadolescent Stage: Frequency and Types of Bullying and the Affecting Factors. Journal of Pediatric Research, cilt.6, sa.3, ss.169-179, 2019.
2. Sevda Özdiñer Arslan / Sevim Savaşer: Okulda Zorbalık. Millî Eğitim Sayı 184, Güz/2009.
3. Merle Schlieff, Theodora Stefanidou, Talen Wright, Grace Levy, Alexandra Pitman, Gemma Lewis: A rapid realist review of universal interventions to promote inclusivity and acceptance of diverse sexual and gender identities in schools. Nat Hum Behav. 2023 Apr;7(4):556-567. doi: 10.1038/s41562-023-01521-z.
4. David Pérez-Jorge, Isabel Alonso-Rodríguez, Matías Arriagada-Venegas, Eva Ariño-Mateo: Restorative methods as a strategy for the prevention of violence and bullying in primary and secondary schools in Mexico: An exploratory study Heliyon. 2023 Jul 17;9(7):e18267. doi: 10.1016/j.heliyon.2023.e18267.

**ERGENLERDE SINAV KAYGISI****Doç. Dr. Dilek ORBATU MD,PhD***Sağlık Bilimleri Üniversitesi İzmir Tıp Fakültesi Dr Behçet Uz Çocuk Hastalıkları ve Cerrahisi eğitim ve Araştırma Hastanesi Genel Pediatri Eğitim Sorumlusu**İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Üniversitesi Adolesan Sağlığı Doktora Programı*

Kaygı kişinin bir uyarana karşılaştığında yaşadığı bedensel ,duygusal,zihinsel aşırı uyarılmışlık halidir. Sınav kaygısında sınavın kendisi değil, sınavın kişi tarafından algılanış biçimi kaygıya yol açar. Mükemmeliyetçi kişilik yapısı, başarısız olma korkusu, yüksek beklenti düzeyi hazırlayan etkenlerdendir. Kaygı, sürekli (genel) ve durumluk olmak üzere iki türde incelenmektedir. Durumsal kaygı belirli koşulların tehdit edici olarak algılanması olarak tanımlanırken; sürekli kaygı, her ortamın genelde kaygı verici olarak algılanması anlamına gelir . 1988 yılında Beidel ve Turner sınav kaygısı kavramının DSM-III anksiyete bozukluğu kriterlerini karşıladığını ve dahası sınav kaygısının daha karmaşık sosyal işlevsizliklere ve yaygın anksiyeteye yol açtığını bildirmişlerdir.(1)emelde tehdit algısında artış ile karakterize olan anksiyete bozukluklarının ortak klinik özellikleri ; Yoğun bir kaygı, Kaygının sebep olduğu fiziksel belirtiler, Bilişsel çarpıtmalar ,Kaçınma davranışları şeklinde karşımıza çıkmaktadır. (2) Emosyonel semptomların varlığında; kardiyak ,solunumsal, nörolojik, hematolojik, madde kullanımı vb organik nedenler elimine edilmelidir. Ülkemizde yapılan çalışmalarda çocuk ve ergenlerde kaygı bozuklukları %13-45 arasında bildirilmiştir. Anksiyete bozuklukları ergenlerde sık karşılaşılan önemli sağlık sorunları arasındadır. Ergenler arasında en yaygın psikiyatrik bozukluklar olmakla birlikte en az tedavi edilen ruh sağlığı bozukluklarıdır. Yaygınlık ülkeler arasında farklılık göstermektedir. Hindistan'da okula giden öğrencilerin üçte ikisinin orta - yüksek sınav kaygısına sahip olduğu, yaklaşık %8 ile %18'inin ise şiddetli sınav kaygısı yaşadığı bildirilmiştir .İngiltere'deyasadiğı gösterilmiştir .(3,4)

Çin'de yapılan araştırmalarda ise şiddetli sınav kaygısının yaygınlığının %30 ile %40 arasında değiştiğini bildirilmiştir .(5) Sınav kaygısı yaygın bir halk sağlığı sorunudur ve yaygınlığının arttığı düşünülmektedir. (6) Çin'in Shenzhen kentindeki 10-19 yaşındaki ergenler arasında sınav kaygısı yaygınlığına ve ilgili faktörlere ilişkin hazırlanan bir raporda yaygınlığın %46,7 oranında olduğu ve kızların erkeklerle karşılaştırıldığında ise yaklaşık %50 oranında daha fazla sınav kaygısı yaşadıkları gösterilmiştir. (7) Birleşik Krallık ve ABD'deki ortaokul öğrencilerinin (15-18 yaş) yaklaşık %30'unda yüksek düzeyde sınav kaygısı bulunmuştur. Ayrıca erkeklerin %40,3'ünde ve kızların %55,8'inde sınav kaygısı saptanmış ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. (8) Ayrıca erkeklerin %40,3'ünde ve kızların %55,8'inde sınav kaygısı saptanmış ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur.(9) Bununla birlikte 388 Sudanlı ergen üzerinde yapılan bir araştırma ise erkeklerin daha yüksek sınav kaygısı yaşadığını ortaya koymuştur . Bu çalışmaların aksine bazı batıda yapılan araştırmalar ise sınav anksiyetesinin erkeklerde ve kızlarda benzer olduğunu bildirmektedir. (10) Çalışmalarda yaşın sınav kaygısı ile ilişkili olduğu görülmüştür. 13-15 yaş arası ve 16-19 yaş arası katılımcılarda 10-12 yaş arası ile kıyaslandığında sınav kaygısı yaşama riski daha yüksek bulunmuştur. Yakın zamanda yapılan çalışmalarda da benzer sonuçlar saptanmıştır.(11) Sınav kaygısının teorik modelleri son 50 yılda gelişmiştir. Alpert ve Haber (1960), Liebert ve Morris (1967) ve Wine (1971) gibi teorisyenlerin tümü test durumları sırasında bilgi hatırlama ve bilgiyi kullanım sürecini bozan faktörleri tanımlayarak düşük performansını açıklayan bir sınav kaygısı girişim modelini desteklemişlerdir. (12,13,14). Bu modelin kavramsallaştırılmasından kısa bir süre sonra diğer teorisyenler sınav kaygısının oluşumunun ve ciddiyetinin değerlendirme durumlarında iyi performans göstermek için gereken bilgi ve becerilerdeki (örneğin, çalışma becerileri, öz-yeterlik, motivasyon, sınav stratejileri) eksikliklerden kaynaklandığını düşünen bir eksiklik modeli önermişlerdir. (15) Eksiklik modelinde; Bilişsel-dikkat modeli yüksek sınav kaygısı yaşayan bireylerin dikkatini konu dışı ve kendileri hakkında olumsuz düşüncelere odaklaması, rekabet ortamı, sınav yeri ve sınavdaki zaman kısıtlaması gibi sebepler nedeniyle yeni bilgileri hatırlamada zorluk yaşamaları olarak açıklanmaktadır.

Beceri eksikliği modeli ise; bilişsel-dikkat modelinin aksine performans düşüklüğünün sınav anındaki olumsuz düşüncelerden dolayı meydana geldiğini savunmamakta aksine öğrencilerin sınava hazırlık sürecinde bilgiyi kodlama ve organize etmede güçlük yaşadıklarını vurgulamaktadır . İşlemsel süreç modeli ise; bu modelde öğrencinin kişilik özellikleri ile değerlendirme araçları arasındaki etkileşim süreçleri vurgulanmıştır. Sınav anında endişeli öğrenciler değerlendirilme durumlarında sürekli kaygı yaşama eğilimindedir. Bu kaygı durumluk kaygı örneğidir ve öğrencilerin performansını etkiler . (16)

### SINAV KAYGISI İLE İLİŞKİLİ FAKTÖRLER

- Çalışmalardan elde edilen sonuçlar doğrultusunda;
- performans beklentileri,
- benlik saygısında düşüklük,
- başarısızlık korkusu,
- bilişsel faktörler,
- çocuğun başarı düzeyi,
- öğrenme hızı ve hazırlık durumu,
- kişilik özellikleri,
- plansızlık, sayılabilir.

### SINAV KAYGISI İLE İLİŞKİLİ FAKTÖRLER

- Çalışma metotlarının bilinmemesi,
- ailesi ve sosyal desteği,
- okuldaki öğretmen tutumları
- sınav kaygısının küçük yaşlarda gelişmesine
- katkıda bulunan faktörler arasındadır. (17)

### Sosyodemografik Farklılıklar

#### Cinsiyet

- Öğrencilerin cinsiyeti, ortaokula geçişte sınav kaygısını belirleyen önemli bireysel faktördür.
- Çin'de 3294 katılımcının olduğu çalışmada cinsiyetin sınav kaygısı ile ilişkili olduğu bulunmuştur.
- Kızların erkeklere göre daha fazla sınav kaygısı bildirdiği önceki araştırmalarda da bildirilmiştir.
- Bunun olası nedenleri, kızların yetişkinlerden gelen sosyal onay konusunda kendilerini daha hassas hissetmeleri, değerlendirme durumlarında daha fazla tehdit altında olmaları ve daha düşük öz-yeterlilik inançlarına sahip olmaları olduğu düşünülmüştür. Çalışmalarda yaşın sınav kaygısı ile ilişkili olduğu bulunmuştur. Sınav kaygısı artan yaşla pozitif olarak ilişkilidir. Benzer sonuçlar yakın zamanda yapılan çalışmalarla da doğrulandı. (18,19) 2021 de yapılan Lohiya ve arkadaşlarının çalışmasında sınav kaygısı prevalansının kırsal kesimdeki çocuklarda kentsel kesimde yaşayan akranlarına göre daha yüksek olduğu bulunmuştur. (20) Daha önce bir test deneyimi olmayan öğrencilerin deneyimli öğrencilere göre daha yüksek düzeyde sınav kaygısı yaşadıklarını göstermiştir . (21)

#### Kişisel değişkenler

- Akademik Benlik; (akademik görevleri içsel olarak kontrol etme),
- öz düzenleme ( stratejilerin kullanımı ve öğrenme çıktılarının izlenmesi),
- öz yeterlilik,
- öz saygı,
- akademik güven (kişisel inanç)
- Öz yeterlilik hariç alt kategoriler de sınav kaygısıyla önemli ölçüde ters bir ilişki bulunmuştur.

Öğrencilerin okuldaki önceki başarıları da sınavlar sırasında kaygı düzeylerini şekillendirecektir. Daha önce girdiği sınavlardan düşük başarıya sahip olanların yüksek başarılı olanlara kıyasla daha fazla sınav kaygısı yaşadıkları

gösterilmiştir.(22) 2021 de yapılan Lohiya ve arkadaşlarının çalışmasında sınav kaygısı prevalansının kırsal kesimdeki çocuklarda kentsel kesimde yaşayan akranlarına göre daha yüksek olduğu bulunmuştur.(23) Daha önce bir test deneyimi olmayan öğrencilerin deneyimli öğrencilere göre daha yüksek düzeyde sınav kaygısı yaşadıklarını göstermiştir .(24)

### **Kişisel değişkenler**

- Akademik Benlik; (akademik görevleri içsel olarak kontrol etme),
- öz düzenleme ( stratejilerin kullanımı ve öğrenme çıktılarının izlenmesi),
- öz yeterlilik,
- öz saygı,
- akademik güven (kişisel inanç)

• Öz yeterlilik hariç alt kategoriler de sınav kaygısıyla önemli ölçüde ters bir ilişki bulunmuştur.(25) Öğrencilerin okuldaki önceki başarıları da sınavlar sırasında kaygı düzeylerini şekillendirecektir. Daha önce girdiği sınavlardan düşük başarıya sahip olanların yüksek başarılı olanlara kıyasla daha fazla sınav kaygısı yaşadıkları gösterilmiştir.Öğrencilerin sınav kaygısının bir diğer önemli potansiyel yordayıcısı, farklı yoğunlukta kaygı ve depresif belirtileri içeren içselleştirme davranışları seviyeleridir. İçselleştirme davranışları yaşayan öğrenciler, diğer öğrencilere göre daha veya kaygı ile ilgili sorunlar yaşadıkları için özellikle savunmasızdırlar .(26)

### **Eşlik eden psikiyatrik hastalıklar**

Kaygı bozuklukları,

Depresyon,

Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğun (DEHB) ile ilgili sınav kaygısı ile arasında anlamlı bir ilişki olduğunu gösteren sınırlı sayıda çalışma vardır,

- Bu nedenle DEHB'ye yönelik müdahaleler sınav kaygısını azaltmaya yönelik bileşenleri içermelidir,
- DEHB'si olan üniversite öğrencilerinin daha yüksek sınav kaygısına sahip oldukları ve sınav kaygısının endişe ve duygusallık yönlerinin klinik olarak anlamlı düzeyde yüksek

olduğu bildirilmiştir. (27) Çinli ergenler arasında yapılan çalışmada ÖÖB'li ergenlerde sınav kaygısının okuryazarlık güçlükleriyle bağlantılı olduğu bulunmuştur.(28)

### **Biyobelirteçler**

- Sınav kaygısı ile ilgili biyobelirteç araştırmalarında tükürük ph seviyeleri, kortizol, IgA ve kromogranin A gibi belirteçler

değerlendirilmiştir. Yapılan çalışmalar erişkinlerde olup çocuk yaş grubunda sınırlıdır.

- Bir çalışmada ;stres ile pH arasında bir doz-yanıt ilişkisi olup

olmadığını araştıran çalışmada katılımcıların yaşadığı stres ne kadar yüksekse pH o kadar düşük bulunmuştur. Öğrencileri sınav dönemlerinde ve sınav sonrası dönemde değerlendiren çalışmalarda tükürük kortizol düzeyi, çeşitli immün hücrel fonksiyonlar ve sitokinlerin salgılanmasıyla anlamlı ilişki bulunmuştur. Tükürük asiditesini gösteren pH seviyesinin stresli deneyime tepki olarak hipotalamik-hipofizer-adrenal ekseninin ve sempatik sinir sisteminin aktivasyonu nedeniyle stres durumlarında azaldığı gösterilmiştir. Başka bir çalışmada ise sınav stresinin tükürük kortizol, immünoglobulinA (IgA) ve kromogranin A (CgA) üzerindeki etkilerinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır. Artmış akut stresin tükürük IgA ve CgA ile ilişkili olduğu ancak kortizol ile ilişkili olmadığı bulunmuştur .(29)

Akademik performansa yönelik;



## ADSAD 2. ULUSAL ERGEN SAĞLIĞI KONGRESİ

- Yaklaşan bir sınavla ilgili kaygı motivasyonu artırabilir.
- Artan motivasyon, odaklanma, çaba ve ardından daha yüksek notlar almasını sağlayabilir. (30)
- Ya da sınav dönemine kadar geçen günlerde endişeye, odaklanamamaya veya erteleme eğilimine yol açarak etkili bir şekilde çalışmayı sınırlayabilir. (31)
- Yakın tarihli yapılan bir meta-analizde, Von der Embse ve ark. çeşitli test formatlarında daha yüksek sınav kaygısının daha düşük performansa sebep olduğunu bulmuştur. Goetz ve ark. sınav kaygısı okulda olduğu kadar üniversite ortamlarında da akademik performansı etkileyerek tekrarlanan başarısızlığa yol açtığını bulmuşlardır. Araştırmalarda sınav kaygısının endişe boyutu ve duygusallık boyutunun performansla ilişkisi kıyaslandığında endişe boyutunun performansa etkisinin daha yüksek olduğu görülmüştür.

### **TEDAVİ VE YAKLAŞIMLAR**

- Çocuklarda sınav kaygısını tedavi etmek için farklı yaklaşımlar ve yöntemler kullanılabilir.
- Bu tedavi yaklaşımları,
  - çocuğun ihtiyaçlarına,
  - yaşına,
  - sınav kaygısının şiddetine ve
  - diğer bireysel faktörlere göre özelleştirilebilir.
- Sınav kaygısına yönelik tedavi edici yaklaşımlarla ilgili randomize kontrollü ve meta-analiz çalışmaları az olmakla birlikte sınav kaygısını tedavi için etkili müdahalelerde önemli gelişmeler olmaya devam etmektedir.
- Yapılan çalışmalar incelendiğinde davranışçı, bilişsel, bilişsel-davranışçı, çalışma becerileri eğitimi ve bunların kombinasyonlarının uygulandığı görülmüştür. Son yıllarda bilinçli farkındalık (mindfulness) temelli müdahaleler de literatürde artmaya başlamıştır. (33)

### **Bilişsel ve Davranışçı Yaklaşımlar**

- Sınav kaygısını azaltmak için kullanılan bilişsel davranışçı terapi (BDT) teknikleri şunlardır:
- Olumsuz Düşüncelerin Farkındalığı: Çocuğun sınavla ilgili olumsuz düşüncelerini fark etmesi için terapist tarafından yönlendirme yapılır. Öğrenci, sınavla ilgili kaygı verici düşüncelerini belirlemeye teşvik edilir.
- Alternatif Düşüncelerin Geliştirilmesi: Çocuğun, sınavla ilgili kaygı verici düşünceleri yerine daha gerçekçi ve olumlu düşünceler geliştirmesi teşvik edilir. Başarıya yönelik düşünceler ve geçmişteki başarılar hatırlatılır.
- Kanıt Toplama: Çocuğa, olumsuz düşüncelerinin gerçekliğini sorgulaması için kanıtlar toplaması istenir. Başarı günlüğü tutma gibi yöntemlerle çocuk, başarılı olduğu veya üstesinden geldiği durumları hatırlar.
- Olumlu Telkinler: Çocuğa olumlu telkinler öğretilir. Pozitif ve destekleyici ifadelerle kendine güvenin artırılması amaçlanır. Örneğin, “Başarılı olabilirim” veya “Başarı için çalışıyorum” gibi telkinler kullanılabilir. Sınav Stresi ile Başa Çıkma Becerileri: Çocuğa, sınav stresiyle başa çıkma becerileri öğretilir. Derin nefes alma, gevşeme egzersizleri veya pozitif görselleştirme gibi teknikler kullanılabilir.
- Kaçınma Davranışları ile Yüzleşme: Sınavla ilgili kaygı verici durumlardan kaçınma eğilimi olan çocuğa, bu durumlarla yüzleşmeyi ve adım adım sınav sürecine katılmayı öğrenmesi sağlanır.
- Sınav Stratejileri ve Planlama: Çocuğa, sınav stratejileri ve planlama konusunda eğitim verilir. Soru çözme stratejileri, zaman yönetimi ve sınav planlaması gibi teknikler öğretilir. Sınav öncesi düşüncelerini yazmak,
- Gevşeme ve nefes egzersizleri yapmak,
- Sınav öncesi güvenli bir yer hayal etmek,
- Üniversite öğrencileri üzerinde yapılan çalışmada öğrencilerin geçmişteki başarılarını düşünmeleri ve başarılı olduklarından sonra hissettikleri mutluluk, keyif ve gurur gibi olumlu duyguları tanımlatarak yazmaları istenmiştir. Bu çalışmada da sınav kaygısında düşüş gözlenmiştir. (34)
- EMDR, Mindfulness, gibi yöntemler de denenmektedir.
- Selektif Serotonin geri alım inhibitörleri (SSRI) gibi antidepresanlar,

## ADSAD 2. ULUSAL ERGEN SAĞLIĞI KONGRESİ

- Beta blokerler önerilmektedir.

Danimarkada sınav döneminde beta bloker reçete edilmiş olan 14-30 yaşlarındaki sağlıklı öğrenciler araştırılmıştır. Sağlıklı öğrencilerde sınav döneminde beta-bloker kullanımı, psikiyatrik sonuç riskinde artış ile ilişkilendirilmiştir. Anksiyete bozukluğu olan hastalarda beta- blokerlerin etkinliği gösterilemediğinden anksiyete bozukluklarının tedavisi için beta blokerler önerilmemektedir. (35)

Sınav kaygısı kültürel, çevresel, mizaç, cinsiyet ve yaş gibi bir çok değişkenin etkilediği bağlanma stilleri ve erken dönem bilişsel düşünceleriyle ilişkili olan mevcut artan sınav sistemleriyle birlikte giderek artan bir halk sağlığı sorunudur. Tedavisinde bilişsel davranışçı terapi yöntemi yaygın kullanılmaktadır. Risk faktörleri göz önünde bulundurularak aile ve okulla iş birliği içinde bütüncül yaklaşım önerilmektedir.

### Kaynaklar

- (1) Beidel DC, Turner SM. Comorbidity of test anxiety and other anxiety disorders in children. *J Abnorm Psychol.* 1988;16:275-287.
- (2) Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı. 5. Baskı. (DSM-5). Köroğlu E, çeviri yayın yönetmeni. Ankara: Hekimler Yayın Birliği; 2014
- (3) Lohiya N, Kajale N, Lohiya N, Khadilkar A, Khadilkar V, Gondhalekar K, Agarkhedkar S. Test Anxiety among School-Going Children and Adolescents, Factors Affecting and Impact on Quality of Life: A Multicenter Study. *Indian J Pediatr.* 2021 Sep;88(9):892-898
- (4) Putwain, D., & Daly, A. L. (2014). Test anxiety prevalence and gender differences in a sample of English secondary school students. *Educational Studies*, 40(5), 554-570.
- (5) Lei, W., Zhang, H., Deng, W., Wang, H., Shao, F., & Hu, W. (2021). Academic self-efficacy and test anxiety in high school students: A conditional process model of academic buoyancy and peer support. *School Psychology International*, 42(6), 616–637.
- (6) Chen, C., Liu, P., Wu, F., Wang, H., Chen, S., Zhang, Y., ... & Chen, Q. (2023). Factors associated with test anxiety among adolescents in Shenzhen, China. *Journal of Affective Disorders*, 323, 123-130
- (7) Chen, C., Liu, P., Wu, F., Wang, H., Chen, S., Zhang, Y., ... & Chen, Q. (2023). Factors associated with test anxiety among adolescents in Shenzhen, China. *Journal of Affective Disorders*, 323, 123-130.
- (8) Putwain, D. W., Stockinger, K., von der Embse, N. P., Suldo, S. M., & Daumiller, M. (2021). Test anxiety, anxiety disorders, and school-related wellbeing: Manifestations of the same or different constructs? *Journal of School Psychology*, 88, 47-67.
- (9) Chen, C., Liu, P., Wu, F., Wang, H., Chen, S., Zhang, Y., ... & Chen, Q. (2023). Factors associated with test anxiety among adolescents in Shenzhen, China. *Journal of Affective Disorders*, 323, 123-130.
- (10) Nweze T. Assessing the level of test-anxiety manifestation among junior secondary school students in Ebonyi state. *J Educ Policy Entrepreneurial Res.* 2014;1(1):1–4.
- (11) American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual ed.* Arlington, VA: American Psychiatric Publishing; 2013.
- (12) Alpert, R. & Haber, R. N. (1960). Anxiety in academic achievement situation. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 61, 207-215.
- (13) Liebert R, Morris L. Cognitive and emotional components of test anxiety: A distinction and some initial data. *Psychol Rep.* 1967;20:975-978.
- (14) Wine, J. (1971). Test anxiety and direction of attention. *Psychological Bulletin*, 76, 92- 104.
- (15) Tobias, S. (1985). Test anxiety: Interference, defective skills, and cognitive capacity. *Educational Psychologist*, 20(3), 135-142.
- (16) Spielberger, C. D., & Vagg, P. R. (1995). Test anxiety: A transactional process model. In C. D. Spielberger and P. R. Vagg (Eds.). *Test anxiety: Theory, assessment, and treatment* (pp. 3-14)

- (17) Yıldırım, Ğ.,Gençtanırım, D., Yalçın, Ğ.ve Baydan, Y. (2008). Sınav kaygısının yordayıcıları olarak akademik başarı, mükemmeliyetçilik ve sosyal destek. Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi, 34, 287-296.
- (18) Liu, Y., Pan, H., Yang, R., Wang, X., Rao, J., Zhang, X., & Pan, C. (2021). The relationship between test anxiety and emotion regulation: The mediating effect of psychological resilience. *Annals of general psychiatry*, 20, 1-9.
- (19) Brandmo, C., Bråten, I., & Schewe, O. (2019). Social and personal predictors of test anxiety among Norwegian secondary and postsecondary students. *Social Psychology of Education*, 22, 43-61
- (20) Deepika V, Asha C. Study of academic anxiety among rural and urban adolescent girls. *Asian J Home Sci.* 2013;8(1):128–30.
- (21) Von der Embse, N., Jester, D., Roy, D., & Post, J. (2018). Test anxiety effects, predictors, and correlates: A 30-year meta-analytic review. *Journal of affective disorders*, 227, 483-493. Sharkey L, McNicholas F. Selective Mutism: A prevalence study of primary school children in the Republic of Ireland. *Irish Journal of Psychological Medicine.* 2012;29(1):36-40.
- (22) Sharkey L, McNicholas F. Selective Mutism: A prevalence study of primary school children in the Republic of Ireland. *Irish Journal of Psychological Medicine.* 2012;29(1):36-40
- (23) Deepika V, Asha C. Study of academic anxiety among rural and urban adolescent girls. *Asian J Home Sci.* 2013;8(1):128–30.
- (24) Von der Embse, N., Jester, D., Roy, D., & Post, J. (2018). Test anxiety effects, predictors, and correlates: A 30-year meta-analytic review. *Journal of affective disorders*, 227, 483-493.
- (25) Sharkey L, McNicholas F. Selective Mutism: A prevalence study of primary school children in the Republic of Ireland. *Irish Journal of Psychological Medicine.* 2012;29(1):36-40.
- (26) Duchesne S., Ratelle C. F., Roy A. (2012). Worries about the middle school transition and subsequent adjustment: The moderating role of classroom goal structure. *Journal of Early Adolescence*, 32, 681–710.
- (27) Nelson, JM, Lindstrom, W. ve Foels, PA (2014). Sınav Kaygısı ve Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Olan Üniversite Öğrencileri. *Psikoeğitimsel Değerlendirme Dergisi* , 32 (6), 548-557.
- (28) Wang, LC., Li, X. & Chung, KKH Özel öğrenme güçlüğü olan ve olmayan Çinli genç yetişkinlerde sınav kaygısı ve üst biliş arasındaki ilişkiler. *Ann. Disleksi* 71 , 103–126 (2021).
- (29) Takatsuji K, Sugimoto Y, Ishizaki S, Ozaki Y, Matsuyama E, Yamaguchi Y. The effects of examination stress on salivary cortisol, immunoglobulin A, and chromogranin A in nursing students. *Biomed Res.* 2008 Aug;29(4):221-4.
- (30) Kader, A. (2016). Debilitating and facilitating test anxiety and student motivation and achievement in principles of microeconomics. *International Review of Economics Education*, 23, 40–46.
- (31) Howard, E. (2020). A review of the literature concerning anxiety for educational assessments. Of qual research report. Retrieved January 20, 2021
- (32) Goetz, T., Preckel, F., Zeidner, M., & Schleyer, E. (2008). Big fish in big ponds: A multilevel analysis of test anxiety and achievement in special gifted classes. *Anxiety, Stress & Coping*, 21(2), 185–198.
- (33) Von der Embse, N., Barterian, J., & Segool, N. (2013). Test anxiety interventions for children and adolescents: A systematic review of treatment studies from 2000–2010. *Psychology in the Schools*, 50(1), 57-71.
- (34) Nelson, D. W., & Knight, A. E. (2010). The power of positive recollections: Reducing test anxiety and enhancing college student efficacy and performance. *Journal of Applied Social Psychology*, 40(3), 732-745
- (35) Katzman, MA, Bleau, P., Blier, P., Chokka, P., Kjernisted, K. ve Van Ameringen, M. (2014). Anksiyete, travma sonrası stres ve obsesif-kompulsif bozuklukların yönetimi için Kanada klinik uygulama kılavuzları. *BMC psikiyatri* , 14 (1), 1-83

## ERGENLERE YÖNELİK REHBERLİK HİZMETLERİ

**Doç. Dr. Melis PEHLİVANTÜRK KIZILKAN**

Günümüzde, dünya genelindeki 10-25 yaş arası genç nüfus, tarihsel olarak en yüksek sayıdadır. Bu büyük genç nüfusun sağlığının iyileştirilmesi, toplumların geleceğini şekillendirecek güce sahiptir; çünkü ergenlere yapılacak sağlık yatırımı ileride daha sağlıklı erişkinler ve onların yetiştireceği daha sağlıklı kuşaklar ile üçlü kazanım sağlayacaktır. Her ne kadar dünya genelinde özellikle son on yıl içerisinde hızlanan, Birleşmiş Milletler Genel Sekreterliğinin Kadın, Çocuk ve Ergen Sağlığı Küresel Stratejisi gibi ergenleri güçlendirmeye ve genel iyilik hallerini iyileştirmeye yönelik bir kalkınma hareketi başlamış olsa da, ne yazık ki özellikle genç nüfusun en fazla olduğu düşük ve orta gelirli ülkelerde gençler koruyucu sağlık hizmetlerine erişim konusunda önemli zorluklar ve kısıtlılıklar yaşamaktadır. Bu uzun yıllardır göz ardı edilmelerinin bir sonucu olarak da gençler sağlık kazanımları en az olan grupların başındadır.

En önemli kısıtlılık sağlık sisteminin erişkin ve çocuk olarak iki yaş grubu altında hizmet vermesi ve her iki yapılanmanın da ergenlerin özgül gereksinimlerini karşılayamamasıdır. Bu durum sıklıkla gençlerin nadiren ve sadece acil durumlarda sağlık hizmetlerini kullanmalarına ve bu yaş grubunun asıl mortalite ve morbidite nedenlerini oluşturan etmenler açısından değerlendirilememelerine yol açmaktadır. Ergenlik dönemi önemli bir fiziksel, cinsel, duygusal, sosyal ve bilişsel gelişim dönemidir ve bu dönemde nörogelişimsel sürecin bir sonucu olarak risk alma davranışları ön plandadır.

Dünya Sağlık Örgütü 2019 yılı küresel verilerine göre 15-19 yaş arası erkeklerde en sık mortalite nedenleri yol kazaları ve kişiler arası şiddettir. Kızlarda ise üçüncü en sık mortalite nedeni kendine zarar verme olarak karşımıza çıkmaktadır. Her iki cinsiyette de en sık morbidite nedenleri arasında anksiyete, depresyon ve çocukluk çağı davranış problemleri yer almaktadır. Türkiye'ye ait Dünya Sağlık Örgütü verileri incelendiğinde 15-19 yaş arasında erkeklerde en sık ölüm nedenleri sırasıyla yol kazaları, şiddet ve kendine zarar verme olarak sıralanmaktadır. Kızlarda da benzer şekilde sırasıyla kendine zarar verme, yol kazaları ve şiddet en sık mortalite nedenleridir. Tüm bu veriler ergenlere yönelik sağlık hizmetlerinin acil olarak ve küresel düzeyde riskli davranışların taranması ve psikososyal desteğin sağlanmasına yönelik yapılanmasının önemini vurgulamaktadır.

Bu nedenle, gençlere özgü olarak tasarlanmış, onları destekleyen, koruyan ve güçlendiren bir sağlık hizmeti ortamının sunulması hayati önem taşır. Bu sağlık hizmetlerinin ergenlerin çeşitli, gelişen ve değişen gereksinimlerini sürekli ve küresel olarak karşılayabilmesi, etkin, erişilebilir, eşitlik, mahremiyet ve gizlilik ilkelerine dayalı, uygulanabilir ve kabul edilebilir olması gerekmektedir. Ergen dostu sağlık hizmetlerinin diğer anahtar bileşeni bu alanda eğitilmiş, donanımlı ve şefkatli sağlık hizmeti sağlayıcıları tarafından güncel, kapsamlı ve kaliteli sağlık hizmeti verebilmesidir. Bu merkezlerde verilecek sağlık hizmetleri ergenlik dönemi taramaları, ergenlik dönemi aşılması, beslenme, psikososyal, fiziksel ve cinsel gelişim, cinsel sağlık ve üreme sağlığı, ruh sağlığı, tütün, alkol ve madde kullanımı, sağlıklı teknoloji kullanımı, kronik hastalık izlemi, LGBTİ ergenler ve diğer öncelikli gruplar gibi alanlarda danışmanlık hizmetleri olarak sıralanabilir. Ergenlere yönelik sağlık hizmetleri hastane temelli ergen sağlığı kliniklerinde, aile ve toplum temelli sağlık merkezlerinde, okullarda ve aslında ergenlerin toplu olarak buldukları ve danışmanlık hizmetleri alabilecekleri her yerde donanımlı ve deneyimli bir ekip tarafından verilebilir.

Ergenlere özgü sağlık hizmetlerinin temelinde mahremiyet ilkeleri doğrultusunda yapılacak bir psikososyal görüşme ile ergenin güçlü yönlerinin ve riskli davranışlarının gözden geçirilmesi yatmaktadır. Bu amaçla pediatri alanında en çok kullanılan yüz yüze yapılan HEADSSS (Ev (Home), eğitim (Education), beslenme (Eating), aktiviteler (Activities), madde kullanımı (Drugs), özkıyım düşüncesi (Suicide), cinsellik (Sexuality), ve güvenlik tehlikeleri (Safety)) psikososyal görüşme yöntemidir.

## ADSAD 2. ULUSAL ERGEN SAĞLIĞI KONGRESİ

Ruh sağlığı hizmetleri ergenlerin bu alanda artan ve karşılanmayan gereksinimleri göz önünde bulundurulduğunda ergenlere yönelik sağlık hizmetlerinin iyileştirilmesi kapsamında en öncelikli alanlar arasında yer almaktadır. Küresel olarak 10-19 yaş arası her yedi ergenden biri ruh sağlığı sorunu yaşamaktadır ve damgalanma korkusu ve erişim zorlukları gibi nedenlerle ergenler desteksiz kalabilmektedir. Ana hedefler ruh sağlığı sorunlarını önleme ve ruhsal iyilik halini artırma, erken tanıma ve tedavi, damgalanmanın önüne geçme, çoklu disiplinli yaklaşım, aileler, okullar ve toplum ile iş birliği kurma ve ortaklaşa bakım modelinin hayata geçirilmesidir. Bu amaçla her ergenin duygudurum, özyıkım düşüncesi, özyıkım girişimi ve kendine zarar verme davranışları açısından psikososyal görüşme içerisinde ya da hasta sağlık anketi gibi özgül ölçekler aracılığı ile en az yılda bir kez değerlendirmesi önerilmektedir.

Cinsel sağlık ve üreme sağlığı danışmanlığı da ergen dostu sağlık hizmetlerinin önemli bir parçasıdır. Bu kapsam içerisinde ergenin cinsellik bilgisi, cinsel aktivitesi, gebelik ve cinsel yolla bulaşan hastalıklar, cinsel istismar açısından riskleri değerlendirilmeli ve gerekli durumlarda kapsamlı cinsel sağlık eğitimi, kontrasepsiyon, menstrual hijyen, cinsiyet kimliği ve cinsel yönelim, HPV aşılması gibi konularda danışmanlık verilmelidir.

Tütün, alkol ve madde kullanımı da ergen dostu sağlık hizmetlerinde en az yılda bir kez taranması ve danışmanlık verilmesi gereken alanlar arasındadır. Ayrıntılı olarak psikososyal öykü içerisinde taranması en önerilen yöntem olmakla birlikte, kısa ve sadece tütün, alkol ve madde kullanımına yönelik tarama araçları da kullanılabilir. Bu araçlar arasında "CRAFFT" anketi, Screening to Brief Intervention (S2BI), Brief Screen for Tobacco, Alcohol, Drugs (BSTAD) gibi anketler yer almaktadır. Hangi yöntem kullanılırsa kullanılsın amaç ergenin son bir yılda madde kullanımı açısından riskli olup olmadığı, madde kullandıysa hangi maddeleri ve ne sıklıkta kullandığının anlaşılması ve ergenin risk durumuna göre kısa müdahale ve tedaviye yönlendirme yapılmasıdır.

Ergen sağlığına yönelik bu küresel bakış açısı, gençlerin sağlık hizmetlerine erişimini iyileştirmek ve onların sağlıklı bir gelecek inşa etmelerine destek olmak adına önemli adımlar atılmasını vurgulamaktadır. Ergen dostu bir sağlık sisteminin oluşturulmasında yeteli politik ve finansal yatırım, ergenlerin özgül gereksinimlerini karşılayacak kapsamlı ve güncel sağlık merkezlerinin kurulması, bu merkezlerde çalışacak donanımlı, yetkin ve etkili iletişim kurabilen sağlık kadrosuna gereksinim vardır. Cinsiyet eşitliği başta olmak üzere sağlıkta eşitlik ve mahremiyet ilkeleri doğrultusunda, hizmetlere gereksinimi en çok ancak erişimi en az gruplar önceliklendirilerek, ruh sağlığı, şiddet, madde kullanımı ve cinsel sağlık konularını kapsayacak şekilde ergen dostu sağlık uygulamalarının iyileştirilmesi toplumların uzun vadeli sağlığını ve iyilik halini güçlendirecektir.

### Kaynaklar:

- 1) Ninsiima LR, Chiumia IK, Ndejjo R. Factors influencing access to and utilisation of youth-friendly sexual and reproductive health services in sub-Saharan Africa: a systematic review. *Reprod Health*. 2021 Jun 27;18(1):135.
- 2) Babaoğlu, AB, Babaoğlu UT. Missed Opportunities in Adolescent Health: An Overview from Turkey. *TJFMPC*. 2020;14(4):588-97.
- 3) Global Health Estimates for 2019. World Health Organization. Available from: URL: <https://www.who.int/data/global-health-estimates> (Accessed date: 2023 Jan. 7)
- 4) Patton GC, et al. Our future: a Lancet commission on adolescent health and wellbeing. *Lancet*. 2016 Jun 11;387(10036):2423-78.
- 5) World Health Organization. Making Health Services Adolescent Friendly Developing National Quality Standards for Adolescent Friendly Health Services, 2012. [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/75217/9789241503594\\_eng.pdf](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/75217/9789241503594_eng.pdf) (Accessed 07.01.2024)
- 6) Doukrou M, Segal TY. Fifteen-minute consultation: Communicating with young people-how to use HEADSSS, a psychosocial interview for adolescents. *Arch Dis Child Educ Pract Ed*. 2018 Feb;103(1):15-19
- 7) American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (AACAP) Clinical Update: Collaborative Mental Health

## ADSAD 2. ULUSAL ERGEN SAĞLIĞI KONGRESİ

Care for Children and Adolescents in Pediatric Primary Care, Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 2023 Feb; 62(2):91-119.

8) Davis M, Jones JD, So A, Benton TD, Boyd RC, Melhem N, Ryan ND, Brent DA, Young JF. Adolescent depression screening in primary care: Who is screened and who is at risk?

J Affect Disord. 2022 Feb 15;299:318-325.

9) Levy SJ, Williams JF, AAP COMMITTEE ON SUBSTANCE USE AND PREVENTION. Substance Use Screening, Brief Intervention, and Referral to Treatment. Pediatrics. 2016;138(1): e20161211



## DIJİTAL BAĞIMLILIK TÜRLERİ VE YAKLAŞIMLAR

**Prof. Dr. Kayı ELİAÇIK**

Teknoloji bağımlılığı özellikle gençler arasında giderek büyüyen bir sağlık sorunudur. Peki internet nedir? Dünyanın en ücra köşeleriyle iletişim kurmanın, fiziksel olarak orada bulunmadan yerleri görmenin, sanal alemin içine çekilerek gerçeklikten kaçmanın bir aracıdır. Görmeden buluşmanın, konuşmadan konuşmanın, yorulmadan yol almanın yoludur. İnternet bilgi, sanat, oyun, iş, alışveriş, kitap, aşk, banka ve hatta defter kaynağı olarak hizmet verebilir. Bazen bir hastalığın belirtisi ya da bir parçası da olabilir. İnternet bağımlılığı her yaş ve cinsiyetten insanı etkileyebilen, madde bağımlılığı, alkol ve kumar bağımlılığına göre daha erken yaşta başlama gibi benzersiz bir özelliğe sahip bir durumdur.

İnternet bağımlılığına karşı en savunmasız grup, ergenlik döneminde kendine özgü zorluklarla karşı karşıya kalan gençlerdir. Gençler için risk teşkil etmedeki önemine rağmen, bu sorunla mücadeleye yönelik mevcut bilgiler hala yetersizdir. Şu soru ortaya çıkıyor: Neden bazı gençler interneti makul sınırlar içinde kullanırken diğerleri sürekli mesajlaşmayla meşgul oluyor veya çevrimiçi oyunlardan uzaklaşmayı reddediyor? Siber dünyayı bu kadar çekici kılan ne? İnternetin diğer teknolojik gelişmelerden farkı nedir, toplumun girdiği bu yeni ve farklı dünyada hastalıklar nasıl dönüşecek?

1965-1979 yılları arasında doğan X kuşağı, bilgisayar sistemlerindeki dönüşüme ve değişen iş kalıplarına uyum sağlamakta zorlandı. 1980-1999 yılları arasında doğan Y kuşağı teknolojiye daha meraklı, yeniliklere daha kolay uyum sağlayan ve gerektiğinde teknolojiyi kullanmaya yatkın bir kuşak. Bunları, 1990'ların sonları ile 2012 yılları arasında doğanlardan oluşan ve İnternet kuşağı olarak da bilinen 'Z kuşağı' takip ediyor. Bu kuşak, teknolojiyle çevrelenmiş olarak büyüdü ve genellikle yüz yüze sosyal aktivitelere katılmak yerine çevrimiçi kalmayı tercih etti. . Mevcut gençlerin çoğunun da dahil olduğu bu kuşağın çoğunluğunun risk altında olduğu değerlendiriliyor.

Hızla genişleyen kentsel peyzajların ve geleneksel faaliyetler için azalan alanların ortasında gençler, sosyal etkileşimler için giderek daha fazla sanal dünyaya yöneliyor. Makalede zihinsel sağlık için sosyalleşmenin ve etkinliklere katılımın önemi vurgulanıyor. Faaliyetler için fiziksel alanlar küçüldükçe, gençlerin mahalle sokaklarında geleneksel oyunlar oynamaktan ziyade çevrimiçi oyunlar oynadıkları görülüyor.

İnternet aktif, eğlenceli ve ödüllendirici bir platformdur. İnsan beyni ödül ve zevk arar ve ödüllerin hızlı ve bol miktarda elde edildiği yerde bağımlılık ortaya çıkabilir. Çevrimiçi oyunlar etkileşimli, aktif ve ödüllendirici bir ortam sunar. Sanal karakterlerin ilerlemesi ve güçlenmesi, daha yüksek seviyelere ulaşması ve hatta onları pazarlanabilir hale getirmesi sanal ödül görevi görür. Gerçek hayatta hayal kırıklığı yaşayan, çabalayarak başarıya ulaşma umudunu kaybeden bireyler bu sanal dünyaya yönelebilirler. Neden bazı gençlerin internete bağımlı hale geldiğini sormak yerine belki de diğerlerinin neden bağımlı olmadığını sorgulamalıyız.

Siber dünyanın farklı alanlarındaki bağımlılığı anlamak ve ayırt etmek çok önemlidir. Teknoloji bağımlılığı, her birinin kendi amacı olan çeşitli alanları kapsar:

Sosyal medya

Sanal ilişkiler

Oyunlar

Kumar

Pornografi

Sosyal medya, Facebook ve Instagram gibi platformlarla bireylerin dış dünyayla bağlantı kurması için bir kapı görevi görüyor. Sanal arkadaşlık, oyun, gözetleme, kendini sergileme, sosyal etkinlik organizasyonu, düşünceleri ifade etme, beğeni yoluyla onaylanma arzusunun tatmin etme gibi çeşitli amaçlara hitap etmektedir.

Çevrimiçi sohbetler, topluluklar, aşk, seks ve hatta evlilik de dahil olmak üzere sanal ilişkiler yaygınlaştı. Yazılı iletişimden hızlı çevrimiçi etkileşimlere doğru yaşanan evrim, sanal ilişkileri daha erişilebilir ve yaygın hale getirdi.

Özellikle gençler için sorunlu olan oyunlar, başarının artan oyun süresiyle ölçüldüğü ve daha fazla bağımlılığa yol açtığı

bir alan sunuyor. Araştırmalar, uyuşturucu ve alkol gibi oyunların dopamin salgısını artırarak zevke neden olduğunu gösteriyor. Oyun seçimi cinsiyete göre farklılık gösterebiliyor; kızlar yaratıcı ve fantastik oyunları tercih ederken, erkekler spor ve şiddet içeren oyunları tercih ediyor.

Yasak olmasına rağmen gençlerin ebeveynlerinin kredi kartlarını kullanarak bahis sitelerine kolayca erişmesiyle kumar internette oldukça yaygın. Aşırı kumarın önlenmesi için gençlerin kredi kartlarına makul sınırlar koymak çok önemlidir.

İnternette yaygın bir alan olan pornografi, en temel insan içgüdülerinden biri olan sekse hitap ediyor. Pornografik materyal elde edilirken hissedilen anonimlik, dürtüsel eğilimleri artırıyor. Bazıları bunu ölçülü olarak kullanırken, diğerleri bağımlılık geliştirir.

Teknoloji bağımlılığının ergenlik döneminde gelişme olasılığının daha yüksek olmasının nedenleri arasında çözülmemiş sorunlardan kaçınmayı kolaylaştırma, çevrede bulunmayan sosyal ve duygusal destek sağlama ve yalnızlığı kısmen hafifletme rolü yer almaktadır. Ergenler aile veya akran çevreleri içerisinde arkadaşlık ve sosyalleşme ihtiyacını karşılayamadıklarında sanal dünyaya yönelmektedirler.

Teknoloji bağımlılığının tedavisinde motivasyon desteği çok önemlidir, ancak uygulanması zordur. Tedavi için gerekli görülenlerin bir psikiyatri uzmanına başvurması önerilir. Aileye desteği artırmaya yönelik önerilerde bulunmak, ailenin eğitimi, yeni hobiler edinmek ve mümkünse tatile çıkmak iyileşmeye katkı sağlayabilir. Bu sorunun aşılması sürecinde sabrın gerekli bir erdem olduğu vurgulanmaktadır.

### Kaynaklar

1. Sherry Turkle (2015) "Reclaiming Conversation: The Power of Talk in a Digital Age". Penguin Press, New York
2. Kültegin Ögel (2014). İnternet bağımlılığı. İnternetin psikolojisini anlamak ve bağımlılıkla başa çıkmak. Ş Bankası Kültür Yayınları, İstanbul, Türkiye.
3. World Health Organization (2011) Mobile phone use: a growing problem of driver distraction. Geneva, Switzerland ([http://www.who.int/violence\\_injury\\_prevention/publications/road\\_trac/en/index.html](http://www.who.int/violence_injury_prevention/publications/road_trac/en/index.html))
4. Sherry Turkle (2010) "Alone together". Perseus Press, New York
5. Subrahmanyam K, Greenfield P, Kraut R, Gross E (2001) The impact of computer use on children's and adolescents' development. Applied Developmental Psychology 22:7-30
6. Subrahmanyam K, Kraut RE, Greenfield PM, Gross EF (2000) The impact of home computer use on children's activities and development. Future Child 10:123-144
7. World Health Organization and Calouste Gulbenkian Foundation (2014) Social determinants of mental health. World Health Organization, Geneva
8. Gunuc S, Dogan A (2013) The relationships between Turkish adolescents' Internet addiction, their perceived social support and family activities. Comput Human Behav 29:2197-2207.
9. Young KS (2004) Internet addiction: A new clinical phenomenon and its consequences. The Am Behavior Sci 48:402-415.

## ERGENLERDE DEPRESİF BOZUKLUKLAR

### Uzm. Dr. Yeşim SAĞLAM ÖZ

Dsm-5 göre Depresif Bozukluklar

#### 1.Major Depresif Bozukluk

Duygulanım bozuklukları, çocuklarda ve ergenlerde en sık görülen üçüncü ruh sağlığı durumudur. Ülke çapında yapılan bir epidemiyolojik çalışmada Türk çocuklarında en sık görülen duygudurum bozukluğu majör depresif bozukluktur. (Karaçetin ve ark, 2018)

Çocuk ve ergenlerde major depresif bozukluk (MDB), kişinin günlük yaşamında belirgin işlevsellik kaybına yol açan; sosyal uyumunu, bilişsel ve duygusal gelişimini etkileyen bir psikiyatrik bozukluktur.

Major Depresif Bozukluklar DSM-5 kriterleri;

- A. Aynı 2 haftalık dönem boyunca, aşağıdaki belirtilerden  $\geq 5$  vardır ve önceki işlevsellik düzeyinde bir değişiklik olmuştur; bu belirtilerden en az biri ya (1) ÇÖKKÜN DUYGUDURUM ya da (2) ANHEDONİ olmalıdır.
1. ÇÖKKÜN DUYGUDURUM neredeyse her gün günün büyük bölümünde bulunur ve bu durumu ya kişinin kendisi bildirir (örn.üzüntülüdür,kendini boşlukta hisseder ya da umutsuzdur) ya da bu durum başkalarının gözlenir (örn.ağlamaklı görünür) (NOT: çocuk ve ergenlerde kolay kızan bir duygudurum olabilir.)
  2. ANHEDONİ bütün ya da neredeyse bütün etkinliklere karşı ilgide belirgin azalma ya da bunlardan zevk almama durumu, neredeyse her gün, günün büyük bir bölümünde bulunur. (öznel anlatıma göre ya da gözlemlerle belirlenir.)
  3. İştah artışı / azalması , ya da kilo vermeye çalışmıyorken çok kilo verme ya da çok kilo alma NOT: çocuklarda beklenen kilo alımını sağlayamama göz önünde bulundurulmalıdır.
  4. Uyku artışı / azalması
  5. Psikomotor ajitasyon/ yavaşlama (başkalarının gözlenebilir; yalnızca, öznel, dinginlik sağlayamama ya da yavaşladığı duygusu taşıma olarak değil.)
  6. Enerji düşüklüğü
  7. Değersizlik ya da aşırı ya da uygunsuz suçluluk duyguları
  8. Düşünmekte ya da odaklanmakta güçlük çekme ya da kararsızlık yaşama (öznel anlatım ya da başkalarının gözlenir.)
  9. Yineleyici ölüm düşünceleri ya da intihar girişimi ya da intihar etmek üzere özel bir eylem tasarlama.
- B. Belirtiler klinik açıdan belirgin sıkıntıya ya da toplumsal, işle ilgili alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında düşmeye neden olur.
- C. Bu dönem, bir maddenin ya da başka bir sağlık durumunun fizyolojik etkileriyle açıklanamaz.
- D. MDB ortaya çıkışı; şizoaffektif b., şizofreni, şizofreniform B., sanrılı B., şizofreni-spektrum Ve diğer Psikotik B. ile daha iyi açıklanamaz.
- E. Hiçbir zaman mani / hipomani dönemi geçirilmemiştir ( NOT: Mani benzeri yahut hipomani benzeri dönemler maddenin yol açtığı dönemler ise veya başka bir sağlık durumunun fizyolojisiyle ilgili etkilerine bağlanabiliyorsa bu dışlama uygulanmaz.)

## ADSAD 2. ULUSAL ERGEN SAĞLIĞI KONGRESİ

### Major Depresif Bozukluk Epidemiyolojisi

Amerika'da yapılan epidemiyolojik çalışmada; okul öncesi çocuklarda yaygınlık %1, okul çağı çocuklarında yaygınlık %2, ergenlik döneminde yaygınlık %5, ergenlik öncesi dönemde kız ve erkeklerde eşit görülürken, ergenlikle birlikte kızlarda daha sık olmak üzere her iki cinsiyette artış göstermektedir (Rey ve ark ,2012).

Türkiye'de Karaçetin ve ark 2018 de yaptığı bir çalışmada; majör depresif bozukluk yaygınlığı %1,06 ergenlik öncesi çocuklardan oluşan örnekleme depresyon açısından istatistiksel olarak anlamlı bir cinsiyet farklılığı ortaya çıkmamıştır.

### Major Depresif Bozukluk Etiyolojisi -Genetik

Yapılan ikiz çalışmalarında hastalığın %40 oranda genetik geçişi olduğu, Depresyonun genellikle anksiyete ile birlikte kalıtıldığını , ergenlik döneminde başlayan depresyonun ergenlik öncesi dönemde başlayan depresyona göre daha genetik özellikte olduğu belirtilmektedir. Ebeveyn depresyonu: en tutarlı olarak bildirilen risk faktörüdür. Birinci derece akrabada MDB olması riski **4 kat** arttırmaktadır (Tahadar ve ark,2006; Weissman ve ark, 2016). Ebeveynlerde psikopatoloji varlığı → MDB daha erken yaşta ve daha şiddetli bulgular (Kindt ve ark , 2014). Depresyon ile ilişkisi en sık bildirilen gen ise serotonin taşıyıcı genidir ( Gaspi ve ark, 2010).

### Major Depresif Bozukluk Etiyolojisi -Nörobiyoloji

Monoamin Nörotransmitter Hipotezine göre depresyon, monoamin ödüllendirici sistemindeki (serotonin ve NE) hipoaktivitenin sonucudur. Çocukluk Çağı Depresyonunda serotonin ve nörepinefrin anormalliği olduğunu destekleyen bulgular; majör depresyondaki çocukların kanındaki trombositlerde serotonin taşıyıcı protein seviyesi azalmıştır. Depresif çocukların bir kısmı serotonin-spesifik geri alım inhibitörü fluoksetine olumlu cevap vermektedir. Depresif çocukların idrarında nörepinefrin metaboliti olan 3-methoxy 4 hydroxyphenylethyl glycol (MPHG) azalmıştır (Kaufmann ve ark ,2006). İnflamasyonun hem nörotoksositeye yol açarak hem serotoin metabolizmasını etkileyerek depresyona yol açabileceği belirtilmektedir. Depresyonda C-reaktif protein ve IL6 düzeylerinin arttığı belirtilmektedir (Mills NT ve ark, 2013).

### Major Depresif Bozukluk Etiyolojisi-Cinsiyet Ve Yaşla İlgili Risk Faktörleri

MDB özellikle puberte sonrası kızlarda daha sık olmak üzere her iki cinsiyette artış göstermekte (Rey ve ark , 2012). Cinsiyet farkının kendini göstermeye başladığı en kritik zaman ; 15- 18 yaş (Hankin ve ark. 1998).Bu yaş aralığı tüm depresyon vakalarının arttığı zamandır. Yine bu dönemde kızlarda depresyonun prevalansı erkeklerdeki prevalansın iki katına çıkmaktadır. Ergenlik öncesi dönemde depresyon erkeklerde daha çok (bazı kaynaklarda eşit) görülürken ergenlikle birlikte aradaki fark kapanır ve erişkin dönemine benzer şekilde kızlarda daha sık görülmeye başlar (Kashani ve ark., 1983). Depresyon semptomlarının şiddetinde veya nüks etmesinde cinsiyet farkının herhangi bir rolünün olmadığı görülmüştür.

### Major Depresif Bozukluk Klinik-Ergenlik Dönemi

Ergenlik döneminde; pubertenin de başlaması ile önemli fiziksel değişiklikler görülmekte, bilişsel gelişimler gerçekleşmekte (soyut düşünme, planlama, organizasyon gibi), hem akranlar hem de aile içindeki bireyler arası iletişim değişiklikler oluşmaktadır. Ergenlik döneminde gözlenen depresyon, erişkin dönem MDB'lerine daha çok benzemektedir. Dürtüsellik ve acting-out (eyleme geçme) eğilimi ergen depresyonu yetişkin depresyonundan farklı bir görünüm kazanabilir. Ergenlerdeki depresyonda sigara/alkol/madde kullanımı gibi riskli davranışlar daha sık görülür. Çocukluk çağı ile karşılaştırıldığında, ergenlik döneminde hipersomni, ümitsizlik, kilo değişimi ve madde kullanımı daha

sık görülmektedir. Okuldan kaçma, evden kaçma, ders başarısında düşme, öfke nöbetleri, artan yaşla daha sık görülen intihar düşüncesi ve girişimleri, kendine ya da çevresine zarar verme gibi davranış sorunları izlenebilmektedir.

### Depresif Bozukluk-İntihar Davranışı

MDB tanılı gençlerde %60 intihar düşüncesi , %30 intihar girişimi. Depresif olmayan gençlere kıyasla 10 kat artmış risk.

Riski arttıran faktörler; depresyonun şiddeti & süresi, ailede intihar öyküsü, geçmişte intihar/kendine zarar verme davranışları, aktif intihar fikri /planı olması, davranım , anksiyete, madde kullanım bozukluğu vb. komorbidite varlığı, intihar girişimine yol açan maddelere kolay ulaşılabilirlik, impulsif-agresif özellikler, fiziksel / duygusal / cinsel ihmal ve/ veya istismar olaylarına maruz kalma öyküsü, aile içi çatışma, sosyal destek olmayışı.

### Major Depresif Bozukluk-Tedavi

-Psikoeğitimi destek psikoterapisi ve ailenin tedaviye katılımının gereklidir.

-Hafif olgularda, psikososyal çevre düzenlemeleri ve destek psikoterapisi.

-Orta şiddette olgularda, bilişsel davranışçı terapi ve kişiler arası psikoterapi gibi psikoterapi yöntemleri etkilidir ve bazı olgularda ilaç tedavisi

-Kronik, dirençli ve tekrarlayıcı depresyonu olan ağır olgularda; suicidal davranış, ajitasyon ve psikotik belirtilerin varlığında ise ilaç tedavisi gündeme gelmelidir.

-Öncesinde psikoterapi seçenekleri uygulanmaya başlayan ve fayda gören hastalarda, ilaç tedavisi mevcut yaklaşımlar sürdürülerek eklenmelidir

## ÇOCUK VE ERGENLERDE ANKSİYETE BOZUKLUKLARI

Uzm. Dr. Elif YERLİKAYA ORAL

Anksiyete; erken çocukluk döneminden itibaren var olup, gelişmeye devam eden; beynimizi tehlikeye karşı uyarıcı, tehdidi algılama ve algılanmış tehditten kaçınmayı kolaylaştırmak amacıyla adaptif (uyumsal) işlev sağlayan, bedensel, bilişsel ve davranışsal bileşenlerin de eşlik ettiği bir emosyondur. Eğer anksiyete çocuğun bulunduğu gelişimsel döneme uyumsuzsa, toplumsal, mesleki ve ailevi yaşantısını etkilemeye başlarsa, anksiyetesiyle başa çıkamaz hale gelirse, beklenenden daha şiddetli yaşanıp daha uzun sürerse bir problem haline gelir ve “Anksiyete Bozukluğu” olarak tanımlanır. Anksiyete bozuklukları dünyada sık rastlanan ve ileri düzeyde yeti yitimine neden olabilen psikiyatrik bozukluklar arasında yer almaktadır. Belirtiler hafif ve geçici olabildiği gibi, birçok hasta şiddetli ve ısrarlı belirtilerden yakınmaktadır. Anksiyete hoş olmayan ve belirsiz bir endişe hissi ile karakterizedir. Sıklıkla baş ağrısı, terleme, çarpıntı, göğüste sıkışma hissi, mide rahatsızlığı, uzun süre oturamama, hareketsiz duramama ile beliren huzursuzluk gibi otonomik belirtiler ile karakterizedir. Olması yakın bir tehlikeye karşı uyarıcı ve kişinin tehdit ile başa çıkması için gerekli önlemler almasına olanak sağlar. Korku ise, uyarıcı bir sinyaldir. Korkunun kaygıdan ayırt edilmesi gereklidir. Korku, güvenliği tehdit eden ya da etmesi muhtemel bir tehlike karşısında yaşanan bir tepkidir. Korkunun aşırı ve uyarıcının büyüklüğüne göre anlamsız olmasına ise fobi denmektedir. Geçici korku ve anksiyete; normal çocuğun gelişiminin bir parçasıdır. 2 yaşındaki bir çocuk hayali figürlerden, hırsızlardan, karanlıktan; 3 yaş çocuğu hayvanlardan, yalnızlıktan; 4 yaş çocuğu hayaletlerden, karanlıktan, fırtına-gök gürültüsünden; 6-12 yaş arası çocuklar yaralanmaktan, hastalıktan, doğa olaylarından (gök gürültüsü-kasırga), sosyal ortamlardan, okuldan, kazalardan, ölümden, diş hekiminden; 13-18 yaş arası ergenler ise okul performansının düşmesinden, okulda ceza gerektiren durumlardan, sosyal yetersizlikten, cinsellikle ilişkili konulardan, sağlık sorunlarından (yaralanma, hastalık) fizyolojik olarak kaygı duyabilmektedir. Anksiyete bozukluklarının kalıtılabilirlikleri yüksektir. Etiyolojide genetik faktörlerin %30-40 oranında etkili olduğu ikiz çalışmaları vardır (Gregory et al, 2007). Diğer etyolojik ve risk faktörlerinden bazıları; kız cinsiyet, davranışsal inhibisyona meyilli mizaç, olumsuz bilişsel özellikler, tıbbi bir hastalığa sahip olmak, ebeveynlerde ruhsal bozukluk varlığı, ebeveynde tıbbi/fiziksel hastalık olması, düşük sosyoekonomik düzey ve olumsuz ebeveynlik stilleridir. DSM-V'e göre anksiyete bozuklukları; Ayrılma Kaygısı Bozukluğu, Seçici Konuşmazlık (Selektif Mutizm), Özgül Fobi, Toplumsal Kaygı Bozukluğu (Sosyal Fobi), Panik Bozukluğu, Agorafobi ve Yaygın Kaygı Bozukluğu olmak üzere 7 kategoriye ayrılmıştır. (DSM-5-TR, 2022)

**Ayrılma Kaygısı Bozukluğu (AAB):** Ayrılık kaygısı fizyolojik olarak 8-14. aylarda görülür. Çocuğun kendisini korumasına yardımcı olur. 3-4 yaşlarda azalma beklenir. AAB'nin temel özelliği evden ve bağlanma figürlerinden ayrılma ile ilgili aşırı anksiyetenin varlığıdır. Sevdikleri kişilerden ayrı kaldıklarında onların durumları konusunda kaygılanır, onları kaybedecekleri korkusu yaşarlar ve onların nerede olduklarını bilmek ve onlarla bağlantı kurmak ihtiyacı içindedirler. Temel bağlanma figürleri ile kavuşmalarına engel olacak, kaybolacakları, kaçırılacakları, ölecekleri veya kaza geçirecekleri gibi kötü bir olayın başlarına geleceği ile ilgili düşüncelere kapılırlar. En sık 7-12 yaş grubunda görülür. Ergenlik ile birlikte azalma gösterir. 12 yaş öncesi çocuklarda görülen en sık anksiyete bozukluğudur. Ergenlerde %1.6, çocuklarda %4 sıklığında görülür. Kızlarda daha sık görülür (Merikangas et al. 2010). Okul reddinin, AAB olan çocuklarda %75'e varan oranlarda görüldüğü bildirilmektedir. AAB olan çocuklarda yaygın anksiyete bozukluğu ve özgül fobiler sık eşlik eder.

**Seçici Konuşmazlık (Selektif Mutizm):** Çocuğun yakın ilişki içinde olduğu bazı kişilerle konuşabilirken, özellikle otorite figürü olarak algıladığı çoğu insanla, yabancı ortamlarda konuşmaması durumudur. Küçük çocuklarda sıklıkla öfke nöbetleri ya da anne babaya “yapışma” gözlenebilir. Okuldaki aktivitelere katılmayı reddedebilirler. Büyük çocuklar ise aile ya da sosyal toplantılarına katılmaktan uzak kalabilirler, arkadaş ilişkilerine giremezler. Kendilerini rahat hissettikleri ortamlarda, evlerinde daha rahat konuşabildikleri halde, sıklıkla okulda ya da bazen sosyal ortamlarda konuşmayı reddederler. Tanınmadıkları yabancı ortamlarda kendilerini rahat hissedersen konuşabilirler. Çocuklar bilişsel kapasitelerinden daha düşük okul başarısı sergileyebilirler. Sıklığı %0.47 – 0.76 arasındadır. Başlangıç yaşı ortalama 2.7–4.1'dir. Kızlarda daha sık görülür. Seçici Konuşmazlık (SK) yaygınlığı çocukluk döneminde yaklaşık olarak %0,71 olup, göreceli olarak nadir görülen bir bozukluktur (Bergman et al. 2002).



**Özgül Fobi:** Normal gelişimsel korkular 7-9 yaş arasında en fazla olup, 10 yaştan sonra azalır. Bunları özgül fobiden ayırmak önemlidir. Tehdit oluşturan nesne ya da durumlar karşısında duyulan olağan düzeydeki korkular bazen geçici olmaz; daha sık, daha yoğun ve kalıcı olabilirler; sonunda bir fobi haline gelebilirler. Ortalama başlangıç yaşı 10 yaş civarıdır. Hayvan tipi, doğa-çevre tipi, kan-enjeksiyon-yara tipi, durumsal tip ve diğer tip (ör: yüksek sesler, kostümlü kıyafetler, boğulma vs.) olmak üzere 5 alt tipi vardır. Alt tiplerde başlangıç yaşı değişebilmektedir. Fobi tanısının konabilmesi için korku, çocuğun gelişimsel dönemiyle uyumsuz olmalı, en az 6 ay süreyle devam etmeli ve işlevselliği belirgin ölçüde etkilemelidir. En sık hayvan ve doğa-çevre tipi görülmektedir. Özgül fobi, toplumda en sık görülen psikiyatrik bozuklukların başında gelmektedir. Çocukluk çağında en sık görülen anksiyete bozukluğudur.

**Toplumsal Kaygı Bozukluğu (Sosyal Fobi):** Ortalama başlangıç yaşı 13-18 yaştır. Hastaların sosyal fobi belirtilerinin ortaya çıkmasından genellikle 10 yıl sonra tedavi için başvurdukları saptanmıştır. Klinikte bu çocukların daha çok “utangaç” olarak tanımlandığı bilinmektedir. Yapılan çalışmalarda kızlarda %11,2 erkeklerde %7,0 sosyal fobi oranları verilmiştir (Merikangas et al. 2010). En sık eşlik eden tanı yine bir başka anksiyete bozukluğudur. Depresyon, KOKG, madde kullanım bozukluğu eşlik edebilmektedir. Sosyal fobide alkol ya da madde kullanımının 3 kat arttığı bildirilmiştir. SF; tipik olarak çocukluk dönemi ve erken adolesan dönemde başlangıç gösterir, genellikle kronik bir gidiş izler. Yaşam boyu SF oranı %9,1 bulunmuşken, çocukları kapsayan klinik örnekleme %14,9 şeklinde belirgin olarak daha yüksek bulunmuştur (Mohapatra et al. 2013).

**Panik Bozukluk:** Kendiliğinden ve beklenmedik panik nöbetleri ile giden anksiyete bozukluğudur. Panik nöbetleri anksiyete bozukluğu dışında da sık görülmektedir. Panik bozukluğun üç ana bileşeni vardır: Panik nöbeti ile başlar, ardından beklenti anksiyetesi ve fobik kaçınma eklenir. Hastaların %70’inde ilk panik nöbetinin ortaya çıkmasından önce zorlantılı yaşam olayları bulunur. «Panik atağı» ve «panik bozukluk» kavramları sıklıkla karışmaktadır. Yoğun kaygı yaratan durumlarda panik belirtileri yani “panik atağı” görülebilir. Panik bozukluktaki temel fark panik durumunu yaratacak herhangi bir somut durum olmamasıdır. Yaşam boyu en az bir panik nöbeti geçirme olasılığı %10 olarak bulunmuştur. Agorafobi ve Panik Bozukluğun çocukluk döneminde yaygınlığı daha düşükken gençlik dönemindeki yaygınlığı daha yüksek bildirilmiştir (Merikangas et al. 2011, Wittchen et al. 2008). Panik bozukluğun genel nüfusta yaşam boyu yaygınlık oranı %1.5-3.8 olarak bulunmuştur. Kadınlarda daha sık görülmektedir. Panik bozukluk başlangıcı 15-19 yaşlarında pik yapar. Fiziksel belirtileri nedeniyle tıbbi hastalıklar ile ayırıcı tanısı yapılmalıdır.

**Agorafobi:** Kişinin bir yerde kurtulamayacakmış gibi tıkanıp kalması, çıkamaması ya da yardımsız, çaresiz kalması, bu yüzden ileri derecede utanılacak bir duruma girmekten ya da panik nöbeti geçirmekten korkma durumudur. Yaygınlığı yaklaşık %0.8 olarak bildirilmektedir. Kadınlarda daha sık görülmektedir (Wittchen et al. 2008).

**Yaygın Kaygı Bozukluğu:** Yoğun ve kontrol edilemeyen kaygı ile karakterizedir. Tanı için yoğun kaygı günlük işlevi bozmalıdır ve en az 6 ay sürmelidir. Günlük olaylar ve yaşam aktiviteleriyle ilgili, sürekli ve yoğun bir olumsuz beklenti ve endişe hali ile karakterize bir bozukluktur. Erişkinlerden farklı olarak endişe dile getirilmeden fiziksel semptomlar ile ortaya çıkabilir (karın ağrısı, baş ağrısı, kalp çarpıntısı). Zayıf konsantrasyon, irritabilite, huzursuzluk görülebilir. Yaygın anksiyete bozukluğunda klinik belirtiler çoğunlukla erken çocukluk döneminde başlar ve ergenlik döneminin ortalarında pik yapar. Çocuk ve ergenlerde sıklığı %2-6 olarak bildirilmiştir (Dobson et al. 2016). Prevelansı yaşla artış gösterir. Cinsiyet farklılığını araştıran çalışmaların sonuçları tutarsız olarak bildirilmiştir. Klinikte YAB bir veya daha fazla somatik belirti ile birlikte, yaşamdaki pek çok konu ile ilgili olabilen inatçı ve yoğun endişe hissi ile karakterizedir. Yaş ile birlikte anksiyeteye sebep olan konunun içeriği de değişim göstermektedir. Altı yaşından küçük çocuklarda yoğun endişenin kaynağı genellikle aile üyelerinden ayrılık ya da eve yabancı birinin girmesi (hırsız gibi) olurken, daha büyük çocuklarda anksiyetenin nedenini ise daha çok akademik performans, ölüm, fiziksel görünüm, sosyal-toplumsal olaylar oluşturmaktadır.

**Tedavi:** Özellikle son on yılda yapılan çalışmalar çocuk ve ergenlerde anksiyete bozuklukları için ilaç tedavileri ve bilişsel davranışçı tedavilerin (BDT) etkili olduğunu göstermiştir. İlaç tedavileri ve BDT, belirtilerin şiddeti, aile ve çocuğun tercihleri ve tedaviye ulaşım imkanlarına göre tek başlarına ya da birlikte uygulanabilmektedir. Anksiyete bozukluğu belirti şiddeti orta ya da şiddetli düzeyde ise, işlevsellikte ortaya çıkan kayıp psikoterapiye uyumu bozuyorsa ya da BDT’ye yeterli yanıt alınamıyorsa ilaç tedavilerinin kullanımı önerilmektedir. Çocuk ve ergenlik dönemi anksiyete bozukluklarının ilaçla tedavisinde etkinlik, yan etki profili, uzun dönemde güvenilirlik ve kullanım öncesi ve takibinde laboratuvar tetkikinin gerekmemesi SSRI’ları ilk basamak tedavide ön plana çıkarmaktadır.

**Kaynaklar:**

1. Gregory, Alice M., and Thalia C. Eley. "Genetic influences on anxiety in children: What we've learned and where we're heading." *Clinical child and family psychology review* 10 (2007): 199-212.
2. American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed., text rev.). <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425787>
3. Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Güncel Yaklaşımlar ve Temel Kavramlar, Eyüp Sabri Ercan ve ark. *Akademisyen Kitabevi*, (2020) <https://doi.org/10.37609/akya.45>
4. Merikangas, Kathleen Ries, et al. "Lifetime prevalence of mental disorders in US adolescents: results from the National Comorbidity Survey Replication–Adolescent Supplement (NCS-A)." *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 49.10 (2010): 980-989.
5. Bergman, R. Lindsey, John Piacentini, and James T. McCracken. "Prevalence and description of selective mutism in a school-based sample." *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 41.8 (2002): 938-946.
6. Mohapatra, Satyakam, Vivek Agarwal, and Prabhat Sitholey. "Pediatric anxiety disorders." *Asian journal of Psychiatry* 6.5 (2013): 356-363.
7. Wittchen, Hans-Ulrich, et al. "Agoraphobia: a review of the diagnostic classificatory position and criteria." *Depression and Anxiety* 27.2 (2010): 113-133.
8. Dobson, Eric T., and Jeffrey R. Strawn. "Pharmacotherapy for pediatric generalized anxiety disorder: a systematic evaluation of efficacy, safety and tolerability." *Pediatric Drugs* 18 (2016): 45-53.

## DİKKAT EKSİKLİĞİ VE HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU

Uzm. Dr. Damla KASAP ÜSTÜNDAĞ

### DİKKAT EKSİKLİĞİ VE HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU

Uzm. Dr. Damla KASAP ÜSTÜNDAĞ

- - Dikkat: **“Zihinsel faaliyetin bir durum üzerinde yoğunlaşması, odaklaşmasıdır”**
  - «Bireyin duyu organları aracılığıyla ulaşabildiği ve bu yolla farkında olduğu, çevresinde meydana gelen uyarılara alıcılarını yönlendirmesi durumu»
  - **Dikkat bir kısım bilgiyi güçlendirir** diğer bilgiyi baskılar
  - **Bu güçlendirme hedeflenen bilginin daha ileri işleme için seçilmesini sağlar.**
  - Baskılama ise geri kalan bilgilerin göz ardı edilmesini sağlar.
  - **Seçici Dikkat:**Uyarılmışlık durumunu sürdürülmesi ve dikkati belli bir görev üstünde ara vermeden odaklayabilme yeteneğidir.
  - İyi bir dikkat işlevi: gerekli olmayanlara ve çeldirici olanlara dikkat etmemeyi gerektirir.
  - **Bölünmüş Dikkat: Uyarıcının bir özelliğinden fazlasına, 2 ya da daha fazla uyarıcıya aynı anda dikkati yönlendirme durumu**
  - **Südürlülen Dikkat: Uyarılmışlık durumunu sürdürülmesi ve dikkati belli bir görev üstünde ara vermeden odaklayabilme yeteneğidir.**
  - **Dikkatin Kaydırılması:** Dikkati 2 ya da daha fazla bilgi kaynağı arasında değiştirebilme yeteneğidir.
  - Öğrenmeyi belirleyen en önemli faktörlerden biri **kısa süreli hafızanın tam kapasiteyle kullanılmasıdır.**
  - Kısa süreli hafızaya bilgi aktarma işlevini sağlayan mekanizma **“dikkat”** tir.
  - **Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu** Tarihçe: DEHB’ye ait ilk kaynak: Alman psikiyatrist Heinrich Hoffman (1864): hiperaktivite ve dürtüsellik belirtileri olan çocukları tanımlamıştır:
  - «kıpır kıpır Phill»şiiri ve «dürtüsel delilik/yetersiz engellenme» (Impulsive Insanity/Defective Inhibition) belirtileri olan çocukları kitabında resmetmiş ve anlatmıştır.
  - **DSM-V (2013)**
  - DEHB **nörogelişimsel bozukluklar** başlığı altına alınmıştır. **BAŞLANGIÇ YAŞI 7’DEN 12’YE YÜKSELTİLMİŞTİR.** DEHB tanısı için çocuk & ergenler için en az 6’sının karşılanması isteniyor. **(yaşça büyük ergenler ≥17 yaş & erişkinler için ≥5)**
  - Alt-tip -> **Görünüm** (presentation)
  - Dışlama kriterlerinden OSB çıkarılmıştır.DSM-IV ‘e benzer, DSM-IV deki 18 semptom kullanılıyor .Aynı şekilde 2 semptom grubuna ayrılıyor(dikkat eksikliği/hiperaktivite-impulsivite) .Tanısal semptomlara **ek açıklamalar** getirilmiştir.
  - **Dikkat Eksikliği Belirtileri:**
  - En az **6 ay** süreyle aşağıdaki belirtilerden **en az 6’sı uyumsuzluk yaratacak düzeyde** veya **gelişim düzeyine aykırı derecede** gözlenir:
  - Çoğu zaman dikkatini ayrıntılara veremez ya da okul ödevlerinde, işlerinde ya da diğer etkinliklerde dikkatsizce hatalar yapar\* (**detayları görmez/kaçırır; işini/ödevini yanlış yapar**)
  - Çoğu zaman üzerine aldığı görevlerde ya da oynadığı etkinliklerde dikkati dağılır (**konferans, dialog/ uzun**

**okumalarda dikkatini sürdürmekte zorlanır)**

- Doğrudan kendisine konuşulduğunda çoğu zaman dinleliyormuş gözükür (**belirgin dikkat çeldirici yokluğunda bile akli başka yerde gibi gözükür**)
- Okul ödevlerini ya da iş yerinde aldığı görevleri tamamlayamaz. (**göreve başlar, sonrasında dikkatini kaybeder ya da kolayca konudan çıkar**)
- Çoğu zaman verilen görevleri ve etkinlikleri düzenlemekte güçlük çeker. (**sıralı görevlerde zorluk çeker; materyallerini ve eşyalarını düzenlemekte zorluk, zayıf zaman yönetimi**)
- Çoğu zaman sürekli dikkat gerektiren veya zihinsel çaba gerektiren işlere karşı isteksiz davranır. (**örn: okul ödevi, ergenler & erişkinler için: rapor hazırlama, formları tamamlama, makaleleri gözden geçirme**)
- Okul gereçlerini ve şahsi eşyalarını bir yerlerde unutur veya kaybeder. (**örn: okul materyali, kalem, kitap, araç-gereç, cüzdan, anahtar**)
- Dikkati dış uyaranlarla kolaylıkla dağılır.(**ergenler & erişkinler için: alakasız düşünceler olabilir**)
- Günlük etkinliklerde çoğu zaman unutkanlıktır. (**örn: ev işleri, getir-götür işleri; ergenler & erişkinler için: çağrılara geri dönme, randevulara zamanında gitme**)
- **Hiperaktivite-Dürtüsellik Belirtileri-**
- En az **6 ay** süreyle aşağıdaki aşırı hareketlilik-dürtüsellik belirtilerinden **en az 6'sı** uyumsuzluk yaratacak düzeyde veya gelişim düzeyine aykırı derecede gözlenir:
- Oturduğu yerde dahi eller ayaklar kıpır kıpır
- Oturması beklenen yerlerde (sınıfta) uzun süre oturamaz. (**örn: sınıfı terk eder, yerinden kalkar**)
- Uygunsuz olan durumlarda koşuşturup durur veya bir yerlere tırmanır. (**ergenlerde & erişkinlerde «huzursuz hissetme» ile sınırlı olabilir**)
- Sakin ve sorunsuz oynamakta (ya da boş vakit aktivitelerini geçirmekte) güçlük yaşar.
- Sanki arkasına bir "motor takılmış" gibi davranır. (**restaurantlar, toplantılar gibi yerlerde uzun süre sakın durmakta zorluk çeker; diğerleri tarafından huzursuz/uyumsuz olarak nitelendirilebilir**)
- Çok konuşur.
- Çoğu zaman sorulan soru tamamlanmadan cevabı yapıştırır. (**örn; diğerlerinin cümlelerini tamamlar, sohbet esnasında sıranın kendisine gelmesini bekleyemez**)
- Çoğu zaman sırasını beklemekte güçlük yaşar. (**örn; kuyrukta beklerken**)
- Çoğu zaman başkasının sözünü keser ya da yaptıklarının arasına girer. (**örn; etkinlikleri, oyunların ya da sohbetin arasına girer; diğer insanların eşyalarını sormaadn/izin istemeden alabilir**)
- **Epidemiyoloji: Çocuk ve ergenlerde: 5.29 % Çocuklarda: 6.48 % Ergenlerde: 2.74 %**
- Erkek/kız: 3 / 1
- Kızlarda eşlik eden davranış bozuklukları daha az -> daha fazla oranda dikkat eksikliği alt tipi->kliniğe başvuru oranları erkeklerden daha düşüktür.
- Bu nedenle kliniğe başvuran olgularda erkekler kızlardan 9 kat daha fazladır.
- **Etiyoloji: Genetik , Beyin yapıları ,Biyolojik nedenler**
- Etiyolojide üstünde durulan genler: Dopaminerjik: DRD4, DAT1, DRD5, COMT Noradrenerjik: DBH, ADRA2A Serotonerjik: 5-HTT, HTR-1B, HTR-2 Kolinerjik: CHRNA4 Santral sinir sistemi gelişim yollarında: SNAP 25, BDNF
- Nöroanatomik Etmenler: Frontal-striatal -serebellar döngü ve anterior singulatin hipoaktivitesi ,Total serebral hacim (%3.2) ve serebellar(%3.5) hacim↓
- Nörokimyasal Etmenler: Dopamin ve NA ,Çalışma belleği ,PFC işlevi

## ADSAD 2. ULUSAL ERGEN SAĞLIĞI KONGRESİ

- Deney hayvanları: ↓ DA & NA: DEHB
- **Komorbidite:** Karşıt Olma-Karşı Gelme Bozukluğu: %60,Davranım Bozukluğu: %20-50
- **Öğrenme** Bozuklukları: % 20-25 (MTA) Tik Bozuklukları DEHB -> %15-30 -> Tik boz.
- Tik boz. -> %35-50 -> DEHB Anksiyete Bozuklukları: %10-40 (ortalama %25)
- Major Depresyon: %11 (MTA)- %75 (Barkley, 2006) Bipolar Bozukluk: %11-16
- Madde Kullanım boz.: 1.5 x↑ (sigara: 3x ↑)
- **Ayrırcı Tanı:** Yaşa uygun hareketlilik ve dikkatsizlik **Öğrenme** B. Davranım B.
- Anksiyete B. Depresyon ,BPB **ilaç** kullanımı
- **Stimulanlar:** Tüm Tx klavuzlarında **1. Seçenek Dopamin Transporter x PFC'de DA & NA ↑**

**- SÖZLÜ BİLDİRİ ÖZETLERİ -**



SS-01

**Cinsiyet Çeşitliliği Olan Gençlerin Gözünden “Menstruasyon Supresyonu”**

Öykü Sarıkaya, Melis Pehlivantürk Kızılkın, Zeynep Tüzün, Koray Başar, Zeynep Alev Özön, Orhan Derman, Sinem Akgül

**Giriş**

Cinsiyet çeşitliliği (CÇ), kişinin doğumda atanan cinsiyetine atfedilen sosyal ve kültürel beklentilerden farklı bir cinsiyet kimliği olmasıdır; bu farklılıktan kaynaklanan sıkıntı/rahatsızlık ise cinsiyet disforisi olarak tanımlanmaktadır. Menstruasyonla ilişkili sıkıntı/rahatsızlık ise menstruasyon disforisi olarak tanımlanmaktadır. Menstruasyon supresyonu (MS), menstruasyon kanamasını azaltmak/durdurmak için hormonal yöntemlerin geri dönüşümlü olarak kullanılmasıdır ve çalışmalar bunun menstruasyon disforisini hafifletebileceğini göstermektedir.

Bu çalışmanın amacı, CÇ olan bireylerin menstruasyon deneyimini değerlendirmek ve MS yöntemi seçiminde etkili olan faktörleri belirlemektir.

**Materyal ve Metod**

Çalışma popülasyonu, Aralık 2021-Eylül 2023 arasında Hacettepe Üniversitesine başvuran, CÇ olup menstruasyon ile ilişkili kaygı yaşayan, 12-24 yaş aralığındaki gençlerden oluşmaktadır. Araştırmacılar tarafından oluşturulan birinci anket ile, katılımcıların cinsiyet özellikleri ve menstruasyon deneyimleri değerlendirilmiş ve sonrasında katılımcılara MS hakkında danışmanlık verilmiştir. Danışmanlıktan sonra uygulanan ikinci anket ile her yöntemin seçilme ve seçilmeme nedenleri değerlendirilmiştir.

**Bulgular**

Katılımcıların tamamı (n=21) menstruasyondan çok/aşırı rahatsızlık duymaktadır. “Menstruasyonun cinsiyet kimliği ile uyumlu olmaması” katılımcıların %95,2’si tarafından çok/aşırı rahatsız edici olarak tanımlanmıştır. “Hijyenik ürün taşımak ve değiştirmek”, aşırı rahatsızlıkla en sık (%95,2) ilişkilendirilen menstruel durum olmuştur. “Hijyenik ürün satın almak” katılımcıların %90,5’i tarafından çok/aşırı rahatsız edici bulunmuştur.

En fazla seçilen MS yöntemi kombine oral kontraseptif (KOK) (%63,1) olmuştur. Etonogestrel implant (%10,2), depo medroksiprogesteron asetat enjeksiyon (10.2%) ve progesteron içeren hapın (%5,2) daha az seçildiği görülmüştür. Levonogestrel salınlı rahim içi araç hiç seçilmemiştir.

Yöntemin seçilmesinde östrojen içeriği, uygulama şekli ve sıklığı, jinekolojik muayene gereksinimi, farklı sağlık birimine başvuru gereksinimi, takip sıklığı gibi çok sayıda faktörün etkili olduğu belirtilmiştir.

**Sonuç**

Literatürde CÇ olan bireylerin östrojen içeren yöntemleri sıklıkla tercih etmediği gösterilse de bizim çalışmamızda bunun aksine en çok tercih edilen yöntem KOK olmuştur. Tüm katılımcılara aynı danışmanlık verilmesine rağmen seçilen yöntemler ve nedenleri değişkenlik göstermektedir. Bu nedenle, CÇ olan ergen popülasyonun seçimlerine dair genellemeler önyargıya dönüşmemeli, danışmanlığa yön vermemelidir. Çalışmamız, bireysel danışmanlığın önemini vurgulamaktadır.

SS-02

**Profesyonel Futbolcu Adayı Erkek Ergen Futbolcuların Sağlıklı Yaşam Biçimi Seçimlerinin ve Davranışlarının Değerlendirilmesi**Osman Bakal<sup>1</sup>, Raziye Dut<sup>2</sup>, Zühal Aydan Sağlam<sup>1</sup><sup>1</sup>İstanbul Eğitim Araştırma Hastanesi, Aile Hekimliği<sup>2</sup>İstanbul Eğitim Araştırma Hastanesi, Ergen Polikliniği**Giriş**

Çocukluk ve ergenlik döneminde edinilen yaşam biçimi seçimleri ve davranışları yetişkinliğe aktarılmakta ve sağlığı olumlu/olumsuz etkileyebilmektedir. 13-19 yaş profesyonel futbolcu adayları erkek ergenlerin sağlıklı yaşam biçimi seçimleri, sağlıklı yaşam davranışlarını ve etkileyen faktörleri inceledik.

**Materyal ve Metod**

İstanbul ilinde, Türkiye Futbol Federasyonu süper lig takımlarının alt yapılarında futbol oynayan, 469 futbolcu çalışmaya dahil edildi. Sosyodemografik bilgi formu, "Adölesan Sağlıklı Yaşam Biçimi Seçimleri Ölçeği (ASYBSÖ)", "Adölesan Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği (ASYBDÖ)" doldurtuldu. Anket formu Google Docs ile hazırlandı ve katılımcıların telefonuna çevrimiçi iletildi.

**Bulgular**

ASYBSÖ ile ASYBDÖ toplam puanları ve alt boyutları arasında pozitif korelasyon bulundu ( $r=0.592$ ,  $p=0.0001$ ). ASYBSÖ'de "Başarabileceğim hedefler koyacağım" maddesi en yüksek, "Yiyeceklere tuz eklemeyeceğim" en düşük, ASYBDÖ'de "pozitif yaşam bakışı" en yüksek, "sağlık sorumluluğu" ise en düşük puanda bulundu. Yaş ile ASYBSÖ ( $r=-0.116$ ,  $p=0.012$ ) ve ASYBDÖ'de sağlık sorumluluğu ( $r=-0.186$ ,  $p=0.0001$ ), fiziksel aktivite ( $r=-0.117$ ,  $p=0.011$ ), beslenme ( $r=-0.130$ ,  $p=0.005$ ) ve kişiler arası ilişkilerde ( $r=-0.102$ ,  $p=0.028$ ) negatif korelasyon bulundu. ASYBDÖ alt gruplarında en yüksek puan "İyi bir şey yaptığımda kendimi iyi hissederim" en düşük puan "Sağlıkla ilgili konularda dergi ve kitaplar okurum" ile "Sağlığımı koruma ve iyileştirme ile ilgili seminer, toplantı ve eğitimlere katılıyorum" olmuştur. Aile yapısı, gelir düzeyi ile ASYBSÖ ve ASYBDÖ puanlarında farklılık bulunmadı ( $p>0.05$ ). Ebeveynlerin eğitim düzeyi arttıkça ASYBDÖ fiziksel aktivite puanları yüksek bulundu ( $p<0.05$ ). Lisanslı futbol oynama yılı 1-2 yıl grubunun 3-4 yıl ve >5 yıl gruplarından ASYBSÖ puanı yüksek bulundu ( $p=0.043$ ,  $p=0.017$ ). >5 yıl grubunun ASYBSÖ, sağlık sorumluluk ve beslenme puanları diğer gruplardan düşük bulundu ( $p<0.05$ ). Sağlık durumunu çok iyi olarak değerlendirenlerin ASYBSÖ, ASYBDÖ puanları yüksekti ( $p<0.05$ ). Boy persentili <5p olanların ASYBSÖ ve ASYBDÖ puanları düşük bulundu ( $p<0.05$ ).

**Sonuç**

Profesyonel futbolcu adayları erkek ergenler, erken ergenlik döneminde kazandıkları sağlıklı yaşam biçimi seçimlerinin ve davranışlarının sürdürülebilirliği ve sağlık okur- yazarlığı için teşvik edilmelidirler. Ailede, okullarda, spor kulüplerinde sağlık sorumluluğu bilinci kazandırmak toplum sağlığının geliştirilmesine katkı sağlayacaktır.

**Anahtar Kelimeler:** Adölesan, Sağlıklı Yaşam Biçimi, Futbolcu

SS-03

**Polikistik Over Sendromu Tanısı Alan Ergen ve Erişkin Hastaların Tanı Alma Deneyimlerinin Karşılaştırılması**

Eda İpek Gürbüz<sup>1\*</sup>, Pelin Pelit<sup>1\*</sup>, Ayşe Bilge Baklaci<sup>2</sup>, Melis Pehlivantürk Kızılkın<sup>2</sup>, Zeynep Tüzün<sup>2</sup>, Sezcan Mümüşoğlu<sup>3</sup>, Sinem Akgül<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı, [gurbuzer2@gmail.com](mailto:gurbuzer2@gmail.com), +905372138147, [pelitpelinn@gmail.com](mailto:pelitpelinn@gmail.com), +905304166194

<sup>2</sup>Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Ergen Sağlığı Bilim Dalı

<sup>3</sup>Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Ana Bilim Dalı

\*Başlıca yazarlık paylaşılmıştır.

**Giriş**

Polikistik over sendromu (PKOS) tanı deneyimi üzerine yapılan çalışmalar tanı sürecinin çoğunlukla uzadığı, bu süreçten hastaların memnuniyetsiz oldukları ve sıklıkla bilgilendirme gereksinimlerinin karşılanmadığını göstermektedir. Ancak bu konuda yapılan çalışmaların çoğu erişkin çalışması olup ergen ve erişkin deneyimini karşılaştıran çalışma olmadığı görülmüştür. Bu çalışmanın amacı, ergenlerin PKOS tanısı alma sürecindeki deneyimlerini incelemek ve bu deneyimleri, aynı kurumda tanı alan erişkin hastaların deneyimleri ile karşılaştırmaktır.

**Materyal ve Metod**

Hacettepe Üniversitesi Hastanesi, Ergen Sağlığı ve Kadın Hastalıkları ve Doğum polikliniklerinde gerçekleştirilen çalışma, 2023 yılı mart ile ağustos ayları arasında yapılmış olup, her iki klinikten PKOS tanısı almış 36 ergen ve 36 erişkin çalışma evrenini oluşturmuştur. Çalışmanın amacı bir anketle katılımcıların PKOS tanısıyla ilgili deneyimleri, tanı sürecinde alınan bilgileri 4 alanda (yaşam tarzı, tedavi, uzun dönem komplikasyon, psikososyal destek) değerlendirmek ve ergen ile erişkinler arasındaki farkları belirlemektir.

**Bulgular**

Ergenlerin %52,8 ve erişkinlerin %63,9'u tanı almadan önce birden fazla uzmana başvurduğunu bildirdi (p=0,339). Tanı anında bilgi edinme yüzdeleri her 4 alanda ergen ve erişkin grupta benzer olmakla beraber, en düşük bilgilendirmenin her iki grupta da psikososyal alanda yapıldığı görülmüştür (Ergenlerin %13,9'u, erişkinlerin %5,6'sı). Ergenlerin %83,3'ünün, erişkinlerin %63,9'unun (p=0,060) PKOS tanı sürecine yönelik deneyimlerinden memnun olduklarını, ergenlerin %80,6'sının ve erişkinlerin %61,1'inin (p=0,070) PKOS ile ilgili kendilerine verilen bilgilerden memnun oldukları saptandı. Sağlıklı yaşam tarzı yönetimi konusunda alınan bilgiden memnuniyet ergen grupta anlamlı olarak daha yüksek saptandı (p=0,023). Hem ergen (%94,4) hem de erişkinlerde (%86,1) düzensiz adet görme en rahatsız edici bulgu olarak saptanırken, PKOS ile ilgili kaygılar içerisinde iki grup arasındaki en büyük fark ergenlerde daha yüksek oranda görülen beden memnuniyetsizliği olarak bulundu.

**Sonuç**

Bu çalışma ergen ve erişkin PKOS hastalarının tanı alma deneyimleri arasındaki farklılıkları, hastaların yaş ve gelişim aşamalarına özgü ihtiyaçlarını vurgulamakla beraber her grup için psikososyal destek konusunda bilgi ve danışmanlığın yetersizliğinin altını çizmektedir.

SS-05

**Astım Tanılı 12-18 Yaş Arası Ergen Hastalarda Serum D Vitamini ve Çinko Düzeylerinin Değerlendirilmesi ve Astım Kontrolündeki Etkisi**Büşra Bulut<sup>1</sup>, Deniz Özçeker<sup>2</sup>, Okan Dikker<sup>3</sup>, Hüseyin Dağ<sup>1,4</sup><sup>1</sup>Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Prof. Dr. Cemil Taşcıoğlu Şehir Hastanesi, Çocuk Sağlığı Ve Hastalıkları Kliniği, İstanbul.<sup>2</sup>Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Prof. Dr. Cemil Taşcıoğlu Şehir Hastanesi, Çocuk Alerji ve İmmünoloji Kliniği, İstanbul<sup>3</sup>Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Prof. Dr. Cemil Taşcıoğlu Şehir Hastanesi, Tıbbi Biyokimya Anabilim Dalı, İstanbul<sup>4</sup>İstanbul Üniversitesi Çocuk Sağlığı Enstitüsü, Pediatrik Temel Bilimler, Ergen Sağlığı Bilim Dalı, İstanbul**Amaç**

Astım hışıltı, nefes darlığı, öksürük, göğüste sıkışıklık semptomlarıyla seyreden ve bu semptomların zaman içinde değişkenlik göstermesi ile karakterize kronik inflamatuvar bir hastalıktır. D vitamini ve çinkonun çalışmalarla gösterilmiş olan antiinflamatuvar etkileri olduğu bilinmektedir. Bu etkileri nedeniyle D vitamini ve çinko eksikliğinin astım patogenezi ve astımın kontrolü üzerine etkisiyle ilgili birçok çalışma yapılmış fakat farklı sonuçlara varılmıştır. Çalışmamızdaki amacımız, 12-18 yaş arası astım tanılı ergen hastalarda serum D vitamini ve çinko düzeylerinin astım kontrolüne etkisini incelemek ve literatüre katkı sağlamaktır.

**Gereç ve Yöntem**

Çalışmamıza 12-18 yaş arasında, yaş ve cinsiyet açısından benzer özellikte olan, vücut kitle indeksi (VKİ) 5-85 persentil arasında olan astım tanılı 62 hasta ve 62 sağlıklı gönüllü dahil edildi. Katılımcıların demografik, klinik özellikleri ile laboratuvar parametrelerinden hemogram, total Ig E, çinko ve vitamin D düzeyleri venöz kan örneği alınarak çalışıldı. Astım kontrolünü değerlendirmek için astım tanılı hastalara Astım Kontrol Testi (AKT) yapıldı. İstatistik analiz ve hesaplamalarda IBM SPSS Statistics 22 programı kullanıldı.

**Bulgular**

Vitamin D ortanca değeri astım grubunda 14,3 (3-44) ng/ml ve kontrol grubunda ise 12,0 (3-45) ng/ml olarak hesaplandı. Astımlı çocuklarda Vitamin D düzeylerinin, istatistiksel anlamlılığa çok yakın düzeyde kontrol grubundan yüksek olduğu ancak farkın anlamlı olmadığı belirlendi (p=0,058). Çinko düzeyi ortancası ise astım grubunda 75,0 (51-155) µg/dL iken, kontrol grubunda 80,0 (60-145) µg/dL idi ve kontrol grubunda anlamlı düzeyde çinko düzeyi daha yüksekti (p=0,018). Vitamin D ortanca değeri astımı kontrol altında olan hastalarda 19,6 (6,35-44) ng/ml iken, astımı kontrol altında olmayanlarda ise 13 (3- 31,6) ng/ml olarak belirlendi, ancak istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptandı. Kontrollü astım ile kontrolsüz astım grubu karşılaştırıldığında Çinko düzeyleri arasında anlamlı düzeyde farklılık saptanmadı.

**Sonuç**

Serum Çinko düzeylerinin astım gelişiminde etkili olabileceğini fakat astım kontrolüyle ilişkili olmadığını saptadık. Vitamin D'nin astım kontrolüne etkisi olabileceği fakat astım gelişimindeki etkisinin daha çok araştırılması gerektiği kanaatindeyiz.

**Anahtar kelimeler:** Çocukluk, Astım, D vitamini, Çinko, Astım Kontrolü

SS-06

## **Obez Ergenlerde İnsülin Direnci ile B12 Vitamini Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi ve Laboratuvar Verileriyle Korelasyonu**

Melike Akar<sup>1</sup>, Dilek Şimşek<sup>2</sup>, Okan Dikker<sup>3</sup>, Hüseyin Dağ<sup>1,4</sup>

<sup>1</sup>Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Prof. Dr. Cemil Taşcıoğlu Şehir Hastanesi, Çocuk Sağlığı Ve Hastalıkları Kliniği, İstanbul.

<sup>2</sup>Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Prof. Dr. Cemil Taşcıoğlu Şehir Hastanesi, Çocuk Diyet polikliniği, İstanbul

<sup>3</sup>Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Prof. Dr. Cemil Taşcıoğlu Şehir Hastanesi, Tıbbi Biyokimya Anabilim Dalı, İstanbul

<sup>4</sup>İstanbul Üniversitesi Çocuk Sağlığı Enstitüsü, pediatrik Temel Bilimler, Ergen Sağlığı Bilim Dalı, İstanbul

### **Giriş ve Amaç**

Obezite çağımızın evrensel problemidir. Çocukluk çağı obezitesinin sıklığı yıllar içinde artmaktadır. Obeziteye bağlı olarak gözlenen insülin direnci, hiperlipidemi, hipertansiyon gibi komplikasyonlarda da artış yaşanmaktadır. Bu çalışmada obez hastalarda B12 vitamini düzeyleri ile insülin direnci arasındaki ilişkinin incelenmesi amaçlanmıştır.

### **Gereç ve Yöntem:**

Çocuk sağlığı polikliniğine başvuran 10-18 yaş arası 120 ergen çalışmaya dahil edildi. Daha önce B12 vitamini ve metformin tedavisi alan hastalar çalışma dışı bırakıldı. İnsülin direncinin homeostaz modeli (HOMA-IR) ile tespit edilerek tanısı kondu. Hastalar obezite durumu ve insülin direnci varlığına göre gruplara ayrıldı. İnsülin direnci olan obezler, insülin direnci olmayan obezler ve normal kilolu kontrol grubu hastalarının B12 vitamini düzeyleri, kan sayım parametreleri ve diğer biyokimyasal tetkikleri karşılaştırıldı.

### **Bulgular**

Obez grubun B12 vitamini seviyesi ortalaması 298,8±114,55 iken kontrol grubunun B12 vitamin seviyesi 365,68±135,1 saptandı. Obez hastalarda B12 vitamin seviyesi istatistiksel olarak normal kilolu çocuklara göre anlamlı derecede düşüktü. Fakat insülin direnci ve B12 vitamini seviyesi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki gözlenmedi.

### **Sonuç**

Obez çocuklarda B12 vitamini seviyesi sağlıklı çocuklarla karşılaştırıldığında düşük saptandı. Obezlerde düşük saptanan B12 vitamini seviyesinin, insülin direnci ile bağlantısı gözlenmedi. Dengesiz beslenmeye bağlı gelişen obez hastaların B12 vitamin eksikliği açısından takiplerinin önemli olacağını düşünmekteyiz.

**Anahtar Kelimeler:** İnsülin direnci, ergen, obezite, B12 vitamini eksikliği

SS-07

**Yeme Bozukluğu Olan Ergenlerde COVID-19 Pandemisi Öncesi ve Pandeminin Erken, Orta ve Geç Dönemlerinde Özkıyım Düşüncesi Sıklığının Karşılaştırılması**Ayşe Bilge Baklacı<sup>1</sup>, Eylem Şerife Kalkan<sup>1</sup>, Yelda Kılıç<sup>1</sup>, Melis Pehlivantürk Kızılkın<sup>1</sup>, Orhan Derman<sup>1</sup>, Sinem Akgül<sup>1</sup><sup>1</sup>Hacettepe Üniversitesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Ergen Sağlığı Bilim Dalı, Ankara, Türkiye**Giriş**

COVID-19 pandemisinde yeme bozukluğu (YB) hastalarında depresyon, anksiyete, özkıyım düşünceleri (ÖD) ve girişimlerinin, kendine zarar verme davranışlarının ve hastaneye yatış oranlarının pandemi öncesine kıyasla arttığı rapor edilmiştir. Ergen YB'lerin pandemi öncesi ve sonrası verileri erişkinlere kıyasla kısıtlıdır. Bu çalışma pandemi öncesi, erken, orta ve geç pandemi dönemlerinde YB olan ergenlerde başvuru sırasında ÖD oranlarının karşılaştırılmasını amaçlamaktadır.

**Materyal ve Metod**

Mart 2020 öncesi (pandemi öncesi), Mart 2020-Mart 2021 (erken pandemi), Mart 2021-Mart 2022 (orta pandemi) ve Mart 2022-Mart 2023 (geç pandemi) tarihlerinde üçüncü basamak bir ergen sağlığı kliniğine başvuran 12-18 yaş arası YB tanısı alan ergenler dahil edilmiştir. Hastalarda ÖD varlığı geriye dönük YB dosyalarındaki 'HEEADSSS' psikososyal değerlendirmelerinden taranmıştır. YB tanıları DSM-5 kriterleri doğrultusunda konulmuştur.

**Bulgular**

Toplamda 401 hasta çalışmaya dahil edilmiştir, hastaların %89,8'i kızdır ve yaş ortalaması 15,2 yıldır. Hastaların 116'sı(%28,9) anoreksiya nervosa (AN), 179'u(%44,6) atipik anoreksiya nervosa (AAN), 54'ü(%13,5) bulimia nervosa (BN), 23'ü (%5,7) kaçınan kısıtlı yiyecek alım bozukluğu, 29'u(%7,2) tanımlanmamış beslenme ve yeme bozukluğu tanısı ile izlenmektedir. Tüm YB grubuna bakıldığında, pandemi öncesinde(%24,8) ÖD diğer dönemlere göre(%37,6) daha düşüktür ( $p=0,007$ ). Pandemi dönemleri ayrı olarak değerlendirildiğinde orta(%40,0) ve geç pandemi(%38,6) dönemindeki ÖD, pandemi öncesine(%24,8) göre belirgin fazladır ( $p=0,030$ ). YB alt tiplerine bakıldığında ise BN hastalarında pandemi öncesine kıyasla pandemi döneminde ÖD'de anlamlı artış tespit edilmiştir ( $p=0,025$ ). AAN ( $p=0,339$ ) ile AN hastalarında ( $p=0,232$ ) ise bu farklılık saptanmamıştır.

**Sonuç**

Çalışmamızın sonucunda, YB olan ergenlerde pandemi erken döneminde pandemi öncesine göre belirgin fark görülmezken pandemi orta ve geç dönemlerinde ÖD'de, özellikle de BN grubunda ciddi bir artış saptanmıştır. Bu durum ergenlik döneminde YB hastalarının pandeminin uzamış etkilerine daha çok açık olduğunu ve bu etkinin pandemi kısıtlamaları kalktıktan sonra da devam ettiğini göstermektedir. Çalışmalar BN hastalarında ÖD daha ön planlayken AN hastalarında özkıyım girişim oranlarının daha çok olduğunu göstermektedir. Özkıyım girişimi oranlarının değerlendirildiği çalışmalar pandeminin etkisini daha iyi ortaya koymak için değerlidir.



SS-08

**Obez Ergenlerde Adiponektin (rs266729 ve rs17300539) Gen Varyantlarının Değerlendirilmesi: Ön Çalışma**Yasemin Oyacı<sup>1</sup>, Aylin Yetim Şahin<sup>2</sup>, Sevede Hasanoglu Sayin<sup>3</sup>, Shahri Khudiyeva<sup>4</sup>, Sacide Pehlivan<sup>5</sup><sup>1</sup>İstanbul Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, Türkiye, [yaseminf@hotmail.com](mailto:yaseminf@hotmail.com) - ORCID ID: 0000-0002-1338-0087<sup>2</sup>İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları AD., İstanbul, Türkiye, [aylin.yetim@istanbul.edu.tr](mailto:aylin.yetim@istanbul.edu.tr) - 0000-0002-4059-1760<sup>3</sup>İstanbul Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, Türkiye, [sevede.hasanoglu@hotmail.com](mailto:sevede.hasanoglu@hotmail.com) – ORCID ID: 0000 0003-2378-1535<sup>4</sup>İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları AD., İstanbul, Türkiye, [sehrixudiyeva@gmail.com](mailto:sehrixudiyeva@gmail.com) - ORCID ID: 0000-0002-5697-9217<sup>5</sup>İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, Tıbbi Biyoloji AD., İstanbul, Türkiye [sacide.pehlivan@istanbul.edu.tr](mailto:sacide.pehlivan@istanbul.edu.tr) - ORCID ID: 0000-0003-1272-5845**Özet**

Pediyatrik popülasyonda obezite prevalansı son 40 yılda dört kattan fazla artmıştır. Obezitenin çocukluk veya ergenlik döneminde başladığı, ardından erişkin yaştan önce dislipidemi, hipertansiyon, koroner hastalıklar, diyabet ve depresyon riskini arttırdığı bilinmektedir. Obezite birbiriyle etkileşim halinde olan ve gelişimine katkıda bulunan genetik, epigenetik ve çevresel etkenlerle birlikte çok faktörlü bir durumdur. Adiponektin, adipositler tarafından üretilen bir adipokin olup 3q27 kromozomal bölgesinde bulunan *ADIPOQ* geni tarafından kodlanır. Lipid metabolizmasında, adipositokin seviyelerinin düzenlenmesinde ve inflamasyonda görev almaktadır. Bu çalışmada, *ADIPOQ* geninin fonksiyonel rolü bilinen 2 gen varyantının obez ergenlerde anlamlı bir rolünün bulunup bulunmadığı araştırılmıştır.

Çalışmaya obezite tanısı almış 85 ergen hasta ve 36 sağlıklı kontrol olmak üzere toplam 121 gönüllü birey dahil edilmiştir. Periferik kandan genomik DNA izole edilerek, *ADIPOQ* geninin rs266729 ve rs17300539 fonksiyonel varyantlarının PCR-RFLP yöntemiyle analizleri yapılmış, elde edilen genotip ve allel sonuçları istatistiksel olarak değerlendirilmiştir.

*ADIPOQ* geninin 17300539 varyantı; obez ergenlerde GG genotipi %82,4, AG genotipi %15,2 ve AA genotipi ise %2,4 oranında, kontrol grubunda ise GG genotipi %86,1, AG genotipi %13,9 oranında bulunurken AA genotipine ise rastlanmamıştır. rs266729 varyantının; obez ergenlerde CC genotipinin %64,8, CG genotipinin %32,9 ve GG genotipinin %2,3 oranında kontrol grubunda ise CC genotipinin %58,3, CG genotipinin % 41,7 oranında olduğu gösterilirken GG genotipine rastlanmamıştır. Hastalar ve sağlıklı kontroller karşılaştırıldığında iki varyantta da genotip ve allel frekansında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır.

Araştırmamız obez ergenlerde bu varyantları inceleyen ilk çalışma olup bu varyantların Türk popülasyonunda ergen obezitesi ile ilişkili olmayabileceğini göstermektedir. Ancak, farklı etnik kökenlerde ve daha fazla sayıda örneklem gruplarıyla yapılacak çalışmalarla bu varyantlar ile obezite arasındaki ilişkinin daha detaylı aydınlatılması sağlanabilecektir.

**Anahtar Kelimeler:** Obezite, Adiponektin, *ADIPOQ*, PCR-RFLP

SS-09

**Obez Ergenlerde Lökosit Telomer Uzunluğu ve *hTERT* Geni MNS16A VNTR Varyantının Araştırılması**Aylin Yetim Şahin<sup>1</sup>, Yasemin Oyacı<sup>2</sup>, Shahri Khudiyeva<sup>3</sup>, Mustafa Pehlivan<sup>4</sup>, Melike Tuğrul Aksakal<sup>1</sup>, Sacide Pehlivan<sup>5</sup><sup>1</sup> İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları AD., İstanbul, Türkiye, [aylin.yetim@istanbul.edu.tr](mailto:aylin.yetim@istanbul.edu.tr)<sup>2</sup> İstanbul Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, Türkiye,<sup>3</sup> İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları AD., İstanbul, Türkiye<sup>4</sup> Başak Şehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi İç Hastalıkları AD., Hematoloji Bilim Dalı, İstanbul, Türkiye<sup>5</sup> İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, Tıbbi Biyoloji AD., İstanbul, Türkiye**Giriş**

Telomerler, insan ökaryotik hücrelerinde kromozomların uç kısımlarında bulunan DNA protein kompleksleridir ve genellikle yaşla/çevresel koşullarla kısalmaktadır. Oksidatif stres ve enflamasyon yaşlanmanın başlıca nedenleri olmakla birlikte, telomer yıpranmasında da önemli bir rol oynamaktadır. Obezitede sistemik inflamasyon ve oksidatif stresin sürekli arttırması da lökosit telomer uzunluğu (LTL)'nin kısalmasına yol açabilir.

**Materyal-Metod**

Bu çalışmada, ergen obezlerde LTL ile telomeraz ters transkriptaz *hTERT* geninin MNS16A değişken sayı tandem tekrarı (VNTR)'nin hem sağlıklı bireylere göre farklı olup olmadığı hem de klinik parametrelerle bir ilişkisinin bulunup bulunmadığı araştırılmıştır.

Çalışmaya 96 obez tanısı konulmuş ergen hasta ve 55 sağlıklı ergen olmak üzere 151 birey dahil edilmiştir. Tüm bireylerden alınan periferik kanlardan DNA izole edilerek, LTL ve *hTERT*-MNS16A-VNTR analizleri gerçekleştirilmiştir. LTL analizi qpcr yöntemiyle relatif olarak T/S ratio ile hastalar ve kontroller arasındaki kat değişimi olarak hesaplanmıştır. *hTERT*-MNS16A-VNTR analizi ise PCR yöntemiyle çalışılmış ve genotip/allel frekansları karşılaştırılmıştır.

**Bulgular**

*hTERT*-MNS16A-VNTR da hastalar sağlıklı kontroller ile karşılaştırıldığında; LL genotipinde istatistiksel olarak anlamlı bir azalış ( $p=0,029$ ) saptanırken, klinik parametrelerdeki LL/LS+SS genotip karşılaştırmalarında; LL genotipli hastalarda insülin, HOMA-IR ve ALT düzeylerinin anlamlı olarak arttığı saptanmıştır (sırasıyla  $p=0,027$ ;  $p=0,033$ ;  $p=0,012$ ). LTL analizlerinde; hastaların kontrollere göre T/S oranlarının sınırdan anlamlı olarak azaldığı ( $p=0,055$ ), kat değişimleri karşılaştırıldığında ise hastaların %61'inin kontrollerden daha kısa telomerlere sahip oldukları ve T/S ratio medyan değerleri klinik parametrelerle değerlendirildiğinde; fiziksel egzersiz, uyku, ekran süresi, sigara maruziyeti ve anne sütü alma süresi ile telomer uzunluğu ve *hTERT* gen varyantları arasında ilişki saptanmamıştır.

**Sonuç**

Türk popülasyonundaki obez ergenlerde LTL'nin sağlıklı bireylere göre sınırdan anlamlılık da olsa kısaldığı görülmektedir. *hTERT* promotör aktivitesinin düzenleyicisi olarak görev yapan MNS16A-VNTR'nin LL genotipinin hem obeziteden koruyuculukla hem de insülin direnci ve hepatosteatoz ile ilişkili olabileceğini düşündürmektedir. Farklı etnik kökenlerde ve daha fazla sayıda örnekleme yapılacak çalışmalarla *hTERT* MNS16A VNTR varyantı ve LTL ile obezite arasındaki ilişkinin daha detaylı aydınlatılması sağlanabilecektir.

**Anahtar kelimeler:** *hTERT*, telomer, obezite, DNA, VNTR, PCR

SS-10

**Obez Ergenlerde NAFLD Riski Belirlenmesinde Noninvaziv İndekslerin Kullanımı**

Aylin Yetim<sup>1</sup>, Memduh Şahin<sup>2</sup>, İbrahim Kandemir<sup>3</sup>, Betül Bulakçı<sup>4</sup>, Melike Tuğrul Aksakal<sup>1</sup>, Edanur Karapınar<sup>5</sup>, Firdevs Baş<sup>1,6</sup>

<sup>1</sup> İTF Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Ergen Sağlığı Bilim Dalı, İstanbul, Türkiye

<sup>2</sup> Başakşehir Çam ve Sakura Devlet Hastanesi Gastroenteroloji Kliniği, İstanbul, Türkiye

<sup>3</sup> Biruni Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye

<sup>4</sup> İstanbul Prof. Dr. Cemil Taşçıoğlu Şehir Hastanesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye

<sup>5</sup> İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi Radyoloji Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye

<sup>6</sup> İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Endokrinolojisi Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye

**Giriş**

Obez ergenlerde alkolik olmayan yağlı karaciğer hastalığı (NAFLD) yaygınlığı giderek artan bir sağlık sorunudur. Bu nedenle obez hastalarda NAFLD tanısı için uyarıcı bulgular önemli bir araştırma konusudur. Bu çalışmada NAFLD tanısı için değerlendirilen bazı indeksler ile risk belirleme uygulaması önerilmiştir.

**Gereç ve Yöntem**

Çalışmaya Ocak-Ağustos 2022 tarihleri arasında çocuk kliniğine başvuran ve ek hastalığı olmayan ekzojen obezite tanısı konan ergenler (10-19 yaş) dahil edildi. NAFLD'nin varlığı karaciğer MRI kullanılarak değerlendirildi. Laboratuvar bulguları sistem kayıtlarından geriye dönük olarak elde edildi. VKI SDS, WC SDS, triponderal kitle indeksi (TPMI), HbA1c, HOMA-IR, TG/HDL, lipid birikim indeksi (LAP), trigliserid-glukoz (TyG) indeksi ve aminotransferaz indeksi değerlendirmelere dahil edildi. Lojistik regresyon analizinde cinsiyet, HOMA-IR, TyG indeksi ve aminotransferaz indeksi değerlendirildi. En anlamlı indekslerin kesme değerleri ROC analizi ile belirlendi. ALT, HOMA-IR, TyG ve cinsiyet ile NAFLD risk belirleme uygulaması oluşturuldu.

**Bulgular**

NAFLD(+) ve NAFLD(-) obez ergen grupları karşılaştırıldığında HbA1c, HOMA-IR, aminotransferaz indeksi ve TyG indeksi NAYKH(+) grupta daha yüksekti (p=0,012, p=0,001, p =0,012, p=0,002, sırasıyla). Karaciğer yağ yüzdesi ile HOMA-IR, TyG indeksi, aminotransferaz indeksi ve TG/HDL arasında pozitif bir korelasyon vardı. Regresyon analizine göre erkek cinsiyet ve HOMA-IR yüksekliğinin NAFLD için anlamlı risk faktörleri olduğu belirlendi. ROC analizinde TyG indeksi için kesme değeri (p=0,001, AUC=0,72, duyarlılık %79,5, özgüllük 66,7) 8,38, HOMA-IR için (p<0,001, AUC=0,739, duyarlılık %65,8, özgüllük 69,2) 4,55 cut-off değerleri belirlendi. ALT, HOMA-IR, TyG ve cinsiyeti içeren, %82,5 özgüllük ve %80 duyarlılığa sahip %80 pozitif öngörücü değere sahip bir temel tablo geliştirildi.

**Sonuç**

USG görüntülemeye NAFLD saptanmasa bile özellikle yüksek riskli hastalarda HOMA-IR ve TyG indeks düzeylerinin değerlendirilmesi NAFLD tanısını destekleyecektir. HOMA-IR değeri  $\geq 4,55$  ve TyG indeks değeri  $\geq 8,38$  olan obez ergenlerde USG görüntülemeye NAFLD saptanmasa bile karaciğer MR ile değerlendirme yapılmalıdır. ALT, HOMA-IR, TyG ve cinsiyeti içeren temel bir risk belirleme tablosu, obez ergenlerde NAFLD tanısının konulmasına yardımcı olabilir.

**Anahtar kelimeler:** Ergen, obezite, NAFLD, trigliserit-glukoz indeksi, lipid birikim indeksi

SS-11

### **Ergen Kız Hastalarda Premenstrual Sendrom Prevalansı**

Özlem Akbulut, Laden Jafari, Demet Aygün Arı, Melis Pehlivan Türk Kızılkın, Orhan Derman, Sinem Akgül

Hacettepe Üniversitesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Ergen Sağlığı Bilim Dalı, Ankara, Türkiye

#### **Giriş**

Premenstrüel sendrom (PMS), menstrual siklusun luteal fazı sırasında ortaya çıkıp menstruasyon sonrası kaybolan ve her siklusta tekrarlayıcı olan fiziksel, bilişsel, duygusal ve davranışsal semptomlarla seyrederek. Sosyal ve akademik hayatı önemli ölçüde etkileyen bu durumun ergen hastalarımızda güncel yaygınlığını değerlendirmeyi amaçladık.

#### **Materyal ve Metod**

Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Ergen Sağlığı Polikliniğine başvuran 12-18 yaş arasında olan, en az 3 aydır düzenli adet gören ve kronik ve/veya psikiyatrik hastalığı olmayan ergenler değerlendirildi. Veriler, kişisel demografik bilgi formu ve 'Premenstrual Sendrom Ölçeği'(PMSÖ) ile toplandı. Ölçek Gençdoğan tarafından 2006 yılında DSM III ve DSM IV-R'ye göre geliştirilen premenstrual semptomların şiddetini ölçmeyi amaçlayan bir ölçektir. PMSÖ toplam puanı %50'den fazla olanlar PMS pozitif olarak sınıflandırılmaktadır.

#### **Bulgular**

Çalışmaya 136 ergen dahil edildi. PMS prevalansı % 65,4 (n:89) olarak saptanmıştır. PMS grubunda ölçek ortalaması  $146,63 \pm 23,53$ , kontrol grubunda  $87,64 \pm 17,76$  olarak saptandı ( $p=0.000$ ). PMS grubunda ortalama yaş  $15,41 \pm 1,3$  iken kontrol grubunda  $14,88 \pm 1,35$  idi ( $p= 0.029$ ). Her iki grupta vücut ağırlığı, boy, vücut kitle indeksi, menarş yaşları, adet süresi ve menstrual siklus süresi arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktu.

#### **Sonuç**

Çalışmamızda olduğu gibi PMS, ergenler arasında yaygın olarak görülmektedir. Bölümüzde 2004 yılında yapılan bir çalışmada benzer şekilde prevalans %61.4 olarak saptanmıştır. Literatürde PMS tanı kriterlerini karşılayan ergenlerin oranı %42-78 arasında değişmektedir. Bu heterojen sonuçlar, çalışmalarda kullanılan PMS ölçeklerin farklılığına ve kültürel farklılıklara bağlanmaktadır. Ergenlerin PMS ile ilgili farkındalığı ve bu konuda sağlık hizmeti talepleri azdır. Yaygınlığı yüksek olan bu hastalık hakkında sağlık hizmeti verenlerin, ergen muayenesinde ayrıntılı psikososyal değerlendirme yapması ve menstrual siklus özelliklerini öğrenmesi önemlidir.

SS-12

### Çocuk ve Ergen Jinekolojisi Polikliniğine Başvuran Hastalarda Klinik Deneyimlerimiz

İpek Evrücke<sup>1</sup>, İnci Sema Taş<sup>1</sup>, Özlem Dural<sup>1</sup>, Süleyman Engin Akhan<sup>1</sup>

<sup>1</sup> İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı

#### Giriş ve Amaç

Bu çalışmada; İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Jinekolojisi polikliniğine başvuran hastaların tanı ve tedavi süreçleri incelenmiştir.

#### Yöntem ve Gereçler

Bu çalışmaya, 2018-2023 yılları arasında hastanemiz çocuk ve ergen jinekoloji poliniğine başvuran 18 yaş ve altı 1109 hasta dahil edilmiştir. Hastalar, başvuru anındaki şikayetleri ve değerlendirmeleri sonrası aldıkları tanılar ile alt gruplara ayrılmış ve bu hasta gruplarının tanı ve tedavi sürecinin değerlendirildiği retrospektif gözlemsel bir çalışma yapılmıştır.

#### Bulgular

Hastalar; adneksiyel kitle, anormal uterin kanama, polikistik over sendromu (PKOS), prematür over yetmezliği (POY), fonksiyonel hipotalamik amenore ( FHA), müllerian anomaliler, dismenore, vulvovaginit ve diğer endokrin nedenler olmak üzere alt gruplara ayrıldı. Takibe devam etmeyen, eksik tetkik sonuçları olan, rutin kontrol amaçlı gelen ve ek bulgu saptanmayan hastaların çalışmadan çıkarılması ile toplam 1109 hasta değerlendirildi. Başvuru nedeni olan en sık semptomlar anormal uterin kanama ve abdominopelvik ağrı olarak saptandı. Değerlendirme sonrası 209 (%18,9, 209/1109) hastada adneksiyel kitle saptandı. 149 (%72, 149/209) hasta adneksiyel kitle nedeniyle takip edilmekte olup, 60 (%28, 60/209) hastada adneksiyel kitle nedeniyle operasyon kararı alındı. Bu hastalardan 33'ü (%55, 33/65) torsiyon şüphesi ile opere edilip, 27'si (%45, 27/65) adneksiyel kitlenin matürü, progresyonu, semptomatik olması gibi endikasyonlar ile opere edildi. Oligo-anovülasyon, hirsutizm gibi şikayetler sonrası değerlendirme ile PKOS tanısı alan 223 (%20,1) hasta takibe alındı. 167 (%15) hasta anormal uterin kanama şikayeti ile başvuru sonrası değerlendirildi. Bu hastalardan 23'ünde (%17,8) altta yatan hematolojik hastalık varlığı saptandı.

#### Tartışma ve Sonuç

Çocuk ve ergen jinekolojisi polikliniğine başvuran hastalar multidisipliner yaklaşım ile değerlendirilmelidir. Adölesan çağıdaki hastaların fizyolojik farklılıklarının bilinmesi hastanın değerlendirilmesinde önem taşımaktadır. Hastaların şikayetleri mutlaka dikkate alınmalı ve rutin jinekolojik muayeneler, belirlenen aralıklar dahilinde ihmal edilmemelidir.

SS-13

### **Determination of Zinc Deficiency in Adolescent Children using Logistic Regression Method**

Dilek Orbatu<sup>1</sup>, Zeynep İzem Peker Bulğan<sup>1</sup>

<sup>1</sup>S.B.U. Izmir Dr. Behçet Uz Pediatric Diseases and Surgery Training and Research Hospital, Izmir, Turkey

#### **Abstract**

**Purpose**The aim of this study is to develop a logistic regression-based decision support system to determine zinc deficiency in children and adolescents aged 10-18 years.

#### **Method**

This study is a logistic regression-based study conducted with 542 adolescents aged 10-18 years to determine their zinc deficiency. The dataset has 8 feature vectors and an output vector. The Logistic Regression method, which yielded successful results in the analysis of biased data during data analysis, was preferred. Accuracy, precision, recall and f1 values were used as evaluation metrics of this method.

#### **Results**

The average age of patients in the study's dataset is  $13.79 \pm 1.18$  years. Among the children involved, 60.15% (n=326) are female, while 39.85% (n=216) are male. Analysis revealed that 87.27% (n=473) of the children exhibited low zinc levels, whereas 12.73% (n=69) did not require zinc supplementation. The logistic regression machine learning method was applied to an 80% training and 20% testing split. Experimental studies indicate that, the method demonstrated exceptional performance, achieving 100.0% accuracy.

#### **Conclusion**

As a result of this study, it was concluded that logistic regression methods can be used to determine zinc deficiency in children. As seen in this study, this method achieved a more successful classification performance. The application to be developed with a Logistic regression-based decision support system can be used in pediatric outpatient clinics in hospitals.

**Keywords:** Zinc Deficiency, Adolescents, Logistic Regression, Decision Support System.

**- POSTER BİLDİRİ ÖZETLERİ -**



PS-01

**Adölesanda Over Kisti; Olgu Sunumu**

Cemile İlhan, Nurşen Kurtoğlu Aksoy

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Bağcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul

**Giriş**

Adölesanda çoğunlukla fizyolojik over kistleri ve benign over tümörleri görülür. Malignite nadir olmakla birlikte opere edilen ovarian kitlelerin yaklaşık % 10-20 sinde görülebilir. Olgular asemptomatik, menstruel düzensizlikler veya pelvik ağrıyla prezante olabilir. Klinik bulgular, ultrasonografi ve laboratuvar sonuçlarına göre optimal yönetim planlanmalıdır. Torsiyon, hemoraji ve rüptür riskleri bulunmaktadır. Asemptomatik basit kistler spontan gerileyebilir. Persiste eden ve cerrahi gerektiren olgularda kistektomi planlanmalıdır. Adölesan dönemde asemptomatik over kisti olgusunu sunuyoruz.

**Olgu Sunumu**

14 yaşında hasta boy kısalığı nedeniyle endokrinolojiye başvurmuştu. Ultrasonografide kist saptanması üzerine tarafımıza yönlendirildi. Muayenesinde sekonder sex karakterleri mevcut , BMI : % 51,2 persentil, ultrasonografide sağ adneksiel lojdan umblikusa kadar uzanan 125x95 mm boyutlarında ince septasyonlar bulunan multiloküle kistik lezyon izlendi. Bakılan Tm markerler normal değerlerde, pelvik MR da 130x 105 mm boyutlarında ince septal kontrast tutulumu içeren kistik lezyon saptandı ( Resim 1). Takipler sırasında spontan menarşın olduğu görüldü. 3 ay takip süresinde kist boyutlarında gerileme izlenmedi. Operasyon planlandı. Mini pfannenstiel insizyon ile batına girildi. Batın içi serbest mayi yoktu, yıkama sıvısı alındı. Sağ overde yaklaşık 13 cm boyutlarında mobil kistik lezyon izlendi. Uterus ve diğer over normal görünümde idi. Kist içerisine 50 cc enjektör yerleştirilerek seröz vasıfta kist içeriği aspire edilerek kist boyutu küçültüldü (Resim 2). Kist gerginliği azalınca batın içerisine yayılım olmadan 2 cm insizyon açılıp uçları alet ile eleve edilerek kist içeriği aspiratör ile boşaltıldı. Boyut azalınca over dokusu batın dışına çıkarıldı ( Resim 3). Usulüne uygun olarak tüm kist cidarı çıkarılarak kistektomi tamamlandı. Hemostaz sağlandı. 3/0 vicryl ile over dokusu sütüre edildi (Resim 4). Frozen ve nihai patoloji sonucu seröz kistadenom saptandı. Postoperatif takiplerinde overler normal görünümde izlendi.

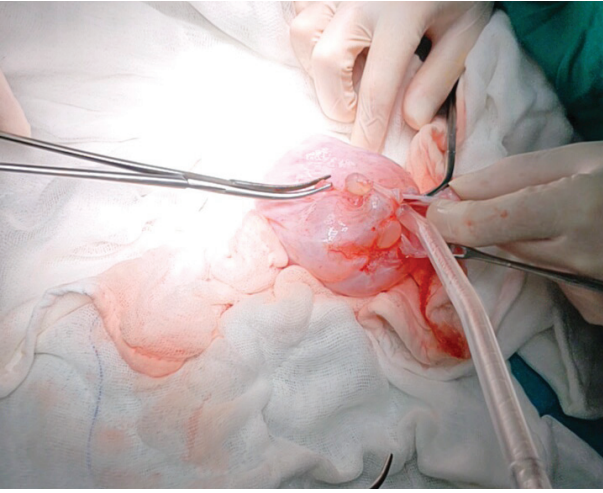
**Sonuç**

Adölesan dönemde over kistleri ayrıntılı anamnez, klinik, radyolojik ve laboratuvar bulguları ile incelenerek optimal yönetim planlanmalıdır. Torsiyon, hemoraji, rüptür şüphesinde acil değerlendirilmelidir. Cerrahi gerekliliğinde fertilitte koruyucu prosedürler uygulanmalıdır.

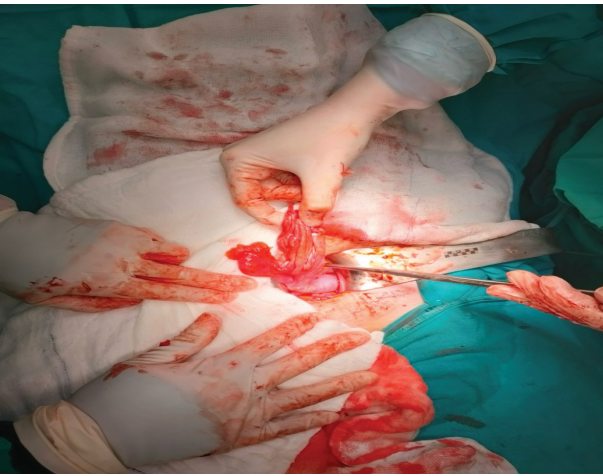
**Anahtar Kelimeler:** Adölesan, over kisti, kistektomi**Resim 1: Pelvik MR görüntüsü**



**Resim 2 : İntrooperatif kist aspirasyonu**



**Resim 3: Kist içeriğinin aspirasyonu**



**Resim 4: Sağ over kistektomi sonrası görünüm**

PS-02

**Çocuk İstismarının Diğer Bir Yüzü Olan Sağlık İhmali Nedeniyle Diyabetik Ketoasidoz Koması İle Acil Servisimize Getirilen 15 Yaşındaki Ergen Hasta**Ayşen Yüksel<sup>1</sup>, M.Dilara Aygün<sup>1</sup>, Onur Dağdeviren<sup>1</sup>, Diğdem Bezen<sup>1</sup>, Hüseyin Dağ<sup>1</sup><sup>1</sup>Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Prof. Dr. Cemil Taşcıoğlu Şehir Hastanesi, Çocuk Sağlığı Ve Hastalıkları Kliniği, İstanbul.**Giriş**

Çocuk ihmali, çocuğun yaşamsal gereksinimlerinin çocuğa bakmakla yükümlü kişi veya kişiler tarafından karşılanmamasıdır. Çocuk ihmalinin bir türü de tıbbi ihmal olup ekonomik koşullar yeterli olmasına rağmen bir çocuk için gerekli olan tıbbi bakımın temin edilmesinde yetersizlik, bir çocuğun zarar göreceği biçimde temel sağlık bakımı gereksinimlerinin karşılanmaması olarak tanımlanır. Tip 1 diyabet tanılı 15 yaşındaki ergen hastamızın insülin preparatlarının doğru bir şekilde kullanılmaması ve aile içinde bunu düzenli takip eden birinin olmaması sonucu diyabetik ketoasidoz koması ile acil servisimize getirilen hastamızı sunmak istedik.

**Olgu Sunumu**

Yaklaşık on yıldır tip 1 diyabet tanısı ile takip edilen 15 yaşındaki kız ergen hastamız bilinç bulanıklığı ve sesli uyarılara yanıt vermeme şikayetiyle 112 ekibi tarafından ölçülmüş olan kapiller kan şekerinin "yüksek" gelmesi üzerine acil servisimize getirilmiştir. Hastanın ilk başvurusunda yanında dayısı dışında başka bir yakını bulunmamaktadır, anamnez alınmak istendiğinde tüm hikayeye ve tıbbi bilgilere sahip bir ebeveyne maalesef ulaşılamamıştır. Anneye telefonda ulaşıldığında insülinlerini yapıp yapmadığını bilmediğini ifade etmiştir. Hastanın başvuru anında sözel uyarılara yanıtı yoktu, ağrılı uyarılara sadece motor yanıtı minimal (dekortike postür) düzeydeydi, GKS: 6 olarak değerlendirilmiştir. Hasta başvurusunda genel durumu kötü olup kussmaul solunumu yapmakta idi. Acil servisimizde de kapiller kan şekeri "yüksek" ölçülen hasta, monitörize edilmiş, acil şekilde iki damar yolu açılmış kan gazı ile beraber rutin kan tetkikleri alınmıştır. Alınan kan gazı tetkiki PH: 6,71, PCO<sub>2</sub>:16, BE:<-30, HCO<sub>3</sub>:2.0 Meq/L glu:>700 mg/dL olarak sonuçlanmıştır. Hastanın derin diyabetik ketoasidoz komasında olduğu görülmüştür. Hastaya diyabetik ketoasidoz tedavi protokolü hızlıca uygulanmaya başlanmış, gerekli insülin ile beraber sıvı ve elektrolit tedavileri de başlandı. Hastanın kliniğinin kötü olması üzerine çocuk yoğun bakım servisine sevki yapıldı. Anne hastaneye geldiğinde psikososyal değerlendirme yaptığımızda tedavinin sorumluluğunu nerdeyse tamamen çocuğa bırakmış olduğunu öğrendik. Bununla birlikte anne ve baba da boşanmış olduğundan babanın da bu tedavi takibinde herhangi bir rolünün olmadığı belirtildi.

**Tartışma ve Sonuç**

Ergenlik dönemi psikososyal, fiziksel ve cinsel gelişimin olduğu bir geçiş evresidir. Bu evrede kronik hastalığa sahip olan ergenler zaman zaman "bana bir şey olmaz" diyerek tedaviye uyum göstermeyebiliyorlar. Bu hasta grubunda aile ve çevre tarafından verilen destek o kişinin hastalıkla başa çıkma ve tedaviye uyumu açısından önem arz etmektedir. Bu destek kapsamında aile eğitimi çok önemli bir yere sahiptir. Çocuğun kronik hastalığı ile baş etmesi açısından, ilaç kullanımı, tedavi yönetimi, beslenme ve diğer günlük yaşam konularında aileye bilgi ve beceri kazandırılması önemlidir. Hastamızın uzun süreli diyabet nedeniyle tedavi görmesi ve takipli olması nedeniyle ailenin bu konuda gerekli eğitimleri aldığını öğrendik ancak bu tedavide çocuğa gerekli desteği vermediklerini düşünmekteyiz. Bu hastamız ile ilgili gelecekteki sağlık ihmallerini önleyerek mortalite ve morbidite riskini azaltmak amacıyla sosyal hizmet uzmanıyla görüşerek hastamıza olası sağlık tedbiri açısından değerlendirmeye alınmasını sağladık.

PS-03

### **Premenarş Renal Komplikasyonlu Pelvik Kitle**

Gülhan Özüm<sup>1</sup>, Nurşen Kurtoğlu Aksoy<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Bağcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum ABD, İstanbul

#### **Giriş**

İmperfore himen kadın genital sistemin nadir görülen konjenital anomalilerinden biridir. Yenidoğanlarda fizik muayene esnasında tanı konulabilirken, adolesan dönemde siklik karın ağrısı, primer amenore veya üriner retansiyon şikayetleri ile tanıya gidilebilmektedir. Tanı ve tedavide gecikildiğinde ağrı, retrograd menstrüasyon, hemoperitoneum, endometriozis ve infertilite gibi ciddi komplikasyonlara sebep olabilir. Bu nedenle özellikle adolesan dönemde primer amenore ve siklik karın ağrısı ile gelen her hastada imperfero himen ekarte edilmelidir. Premenarş dönemde de hidrokolpos ve pyokolpos olarak prezente olabilir. Himenektomi veya himenotomiyle tedavi edilir.

#### **Olgu**

On bir yaşında henüz menarş olmamış hasta bir gün önce başlayan karında şişlik ve ağrı şikayetiyle başvurdu. Hastanın genital muayenesinde himenin kapalı olduğu izlendi. Öyküsünden ara ara idrar yaparken zorlandığı ve menstrüasyonun başlamadığı öğrenildi. Puberte gelişimi Tanner Evre 2 ile uyumluydu. Ateşi olmayan hastada CRP 44 mg/L ve WBC 16,700/uL idi. Yapılan suprapubik US'de bilateral böbrekte grade II ektazi izlendi. Mesana volümü yaklaşık 520 cc ölçüldü (glob vezikale?). Mesane posteriorunda uterus yaklaşık 150x86 mm'lik alanda heterojen ara ekojenitede (hematometra?) izlendi. Anestezi altında himenin bistüri ile insizyonu sonrası hematometraya bağlı kan gelmesi beklenirken, açık sarı, yoğun kıvamlı, kokusuz yaklaşık 850 cc sıvı geldi. Ameliyat video kaydımıza aşağıdaki linkten ulaşabilirsiniz. Gelen sıvıdan gönderilen kültür steril kaldı. Ameliyat sonrası CRP:30,9 mg/L WBC:6,600/uL olarak izlendi.

Hastanın ameliyattan 2 ay sonra kontrolü yapıldı. Menarşı başlamayan hastanın himenal açıklığı mevcut. Suprapubik US'de uterus ve overler doğal izlendi. Bilateral renal ektazinin gerilediği izlendi.

#### **Sonuç**

İmperfore himen genellikle menarş sonrası siklik karın ağrısı, primer amenore ve hematokolpos şeklinde karşımıza çıkmaktayken, menarş öncesi ve puberte başlamadan da hidrokolpos ve pyokolpos olarak pelvik kitle ve buna bağlı komplikasyonlarla jinekolojik aciller olarak görülebilir.

PS-04

### Somatik Yakınmalarla Başvuran Erkek Olguda Uzamış Yas Sendromu: Literatür Taraması

Ece Melis Adalet Peker<sup>1</sup>, Melike Tuğrul Aksakal<sup>2</sup>, Aylin Yetim Şahin<sup>2</sup>, Firdevs Baş<sup>3</sup>

<sup>1</sup>İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları ABD

<sup>2</sup>İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları ABD, Ergen Sağlığı BD

<sup>3</sup>İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları ABD, Çocuk Endokrinolojisi BD

#### Giriş

Yas, sevilen birinin kaybına verilen doğal ve evrensel tepkileri içeren bir süreçtir. Bu olgu sunumunda somatik şikayetlerle başvurusu sonrası uzamış yaş sendromu saptanan ergenin irdelenmesi amaçlanmıştır.

#### Olgu Sunumu

On beş yaş erkek olgu çarpıntı ve göğüs ağrısı şikayetleriyle Ergen Sağlığı Polikliniği'ne başvurdu. İki ay önce ani kardiyak ölüm sebebiyle babasını kaybettiği, babasının vefatından sonra her gün annesi ve abisi ile mezarlıkta uzun saatler geçirdiği öğrenildi. Özgeçmişinde özellik olmayan, soygeçmişinde 19 yaşındaki abisinde obezite ve hipertansiyon olan ergenin fizik muayenesinde tartı:104 kg (2,96 SDS), boy:174cm (0,52 SDS) VKİ:34 (2,71 SDS), ciltte strialar, akantozis nigrikans, hafif skolyoz ve kifoz saptandı. Diğer sistem muayeneleri doğaldı. Psikososyal değerlendirmesinde evde çekirdek aile ilişkilerinin kuvvetli olduğu, onuncu sınıfa gittiği ancak okulu dondurmayı düşündüğü, yakın arkadaşlık ilişkisi olmadığı, hiçbir aktiviteden keyif almadığı öğrenildi. Duygudurum değerlendirmesinde derin bir boşluktaymışçasına yalnız hissettiğini, duygularını sakladığını, ağlamak istediğini ancak kendisine engel olduğunu, zaman zaman babasının sesini duyduğunu ifade etti. Takibinde iştahsızlık, 8 ayda 40 kg kaybı olan hasta malignite, enfeksiyöz etmenler, çölyak, inflamatuvar barsak hastalığı, tiroid hastalığı, ilaç kullanımı, kardiyak hastalık, anoreksiya nervoza yönünden irdelendiğinde patoloji saptanmadı. Çocuk Psikiyatrisi ile değerlendirilen hasta, organik patolojilerin dışlanmasıyla uzamış yaş sendromu olarak değerlendirildi. Uzamış yaş sendromunda yoğun özlem, kaybedilen kişiyle ilgili düşüncelerle meşgul olma, kimlik bozukluğu, inanamama duygusu, ilişki ve faaliyetlere entegre olmada ve gelecek planlamasında zorluk, duygusal uyuşukluk, hayatın anlamsız olduğu hissi görülebilir. Fizyopatolojik olarak vazokonstriksiyon, hipertansiyon, taşikardi, aritmi, trombosit agregasyonunda artış, proinflamatuvar sitokin salınımı, endotelin salınımında artış dolayısıyla protrombotik durum oluşabileceği gösterilmiştir. Aynı zamanda immün sistem disregülasyonu, artmış adrenokortikal aktivite, kardiyovasküler hastalığa bağlı mortalite, depresyon, anksiyete bozukluğu, travma sonrası stres bozukluğu ve majör depresyon riskinde artış bildirilmiştir.

#### Sonuç

Olgumuzun psikiyatrik tedavi süreci devam etmekte olup tartı kaybı kontrol altına alınmış, günlük işlevselliği normal düzeye gelmiştir. Uzamış yasin tedavi gerektiren bir süreç olduğu unutulmamalı, yası anlamak ve kabul etmek, anlamlı bir gelecek planlamak, ilişkileri güçlendirmek ve ölümü hatırlatan unsurlarla yaşamayı öğrenmek amaçlanmalıdır.



PS-05

**Ruminasyonla Seyredip Atipik Anoreksiya Nervozaya Tanısı Konulan 14 Yaş Erkek Hasta**

Kübra Simge Kara, Vildan Duman, Nihan Havva Özbek, Enes Bıçakçoğlu, Saniye Berna Hamilçikan, Hüseyin Dağ

Prof. Dr. Cemil Taşcıoğlu Şehir Hastanesi, Çocuk Sağlığı Ve Hastalıkları Kliniği, İstanbul

**Giriş**

Yeme bozuklukları, sağlığı veya psikososyal işlevselliği bozan zaman zaman kalıcı da olabilen yeme ile ilgili davranış bozuklukları olarak tanımlanır. Astım ve obeziteden sonra görülmekte olan üçüncü kronik hastalıktır. Anoreksiya nervozaya, düşük vücut ağırlığına yol açan enerji alım kısıtlılığı, kilo almaktan korkma ve bozulmuş beden algı bozukluğu ile seyreder. Bu bildiride kusma ve kilo kaybı şikayetiyle getirildikten sonra yapılan tetkikler sonucu vücut kitle indeksi normal olmasına rağmen Atipik anoreksiya nervozaya tanısı alan 14 yaşındaki ergen hasta sunuldu.

**Olgu Sunumu**

Bilinen hastalığı olmayan 14 yaş erkek hasta 2 aydır her gün olan, son 2 gündür artan 10'dan fazla kusma, 1 ayda 20 kg kaybı ile acilimize başvurup düşük görünümü nedeni servise yatırıldı ( yatış sırasında VKİ: 20 kilogram/ m<sup>2</sup>) Hastanın vitalleri TA:95/65 SPO2:99 KTA:85 DSS:18 KŞ:120, fizik muayenede orofarinks hiperemik, solunum seslerinde bazallerde sekretuar ralleri vardı, nörolojik muayenesi ve harici muayeneleri doğaldı. Hastanın gelişinde alınan kanlarında WBC: 13800 HB:14,7 PLT:443,000 ANC:10050 CRP:5, Kan gazında PH:7,19 PCO2:33 HCO3:12 olarak sonuçlandı. Hastanın geçmeyen hıçkırıkları vardı. Hastanın tüm görüntülemeleri yapıldı, beyin görüntülemesi doğal sonuçlandı, Tüm batın usg doğal idi. Hastanın ek tetkiklerinde çölyak testleri, enfeksiyon markerları, immunglobulinleri gönderildi. Herhangi bir anormallik saptanmadı. Hastaya HEEADSSS (Tablo 1.) ile yapılan psikososyal değerlendirme sonucunda beden algısının bozulmuş olduğu görüldü. Hastanın anamnezi derinleştirildiğinde öncesinde kilolu olduğu son 1 yılda 20 kg kaybettiği ve kilolu olmak istemediği, biraz daha kilo verirse kendini daha iyi hissedeceğini dile getirdi. Hastanın kusmaları yemek sonrası telafi edici bir davranış olarak değerlendirildi. Normal kusmadan farklı olarak ruminasyon tarzındaydı. Bulantı eşlik etmemekteydi. Hasta çocuk psikiyatriye danışıldı, yeme bozukluğu değerlendirilerek, hastaya fluoksetin ve olanzapin desteği başlandı.Çocuk diyetisyeni diyetleri düzenlendi. Hasta bir hafta serviste takip edilerek, genel durumunun iyi olması nedeniyle yakın kontrole çağırılarak taburcu edildi.

**Tartışma ve Sonuç**

Çocuk servislerine yatan ergen hastalar mutlaka vücut kitle indeksleri ölçülmelidir. VKİ normal bile olsa hastalar yeme bozukluğu açısından değerlendirilmelidirler. Anoreksiyanın tüm kriterleri karşılanmasa bile erken dönemde bozulmuş beden algısı ile atipik anoreksiya tanısının konulması ve tedavinin erkenden başlanması hem mortalite hem morbidite risklerini azaltacaktır. Bununla birlikte ergenlerde psikososyal değerlendirme rutin bir algoritma olarak uygulanmalıdır.

**Tablo 1. Psikososyal Görüşme (HEEADSSS)**

- Ev (Home environment),
- Eğitim (Education and employment),
- Beslenme bozuklukları (Eating)
- Etkinlikler (peer related Activities),
- Madde kullanımı (Drug use and abuse)
- Cinsel davranışlar, cinsel kimlik (Sexuality)
- Özkıyım / depresyon (Suicidality / depression)
- Güvenlik, şiddet ve istismar (Safety)

PS-06

**Glanzmann Trombastenili Hastada Yoğun Menstrüel Kanama : Olgu Sunumu ve Klinik Örnekler**

İpek Evrücke<sup>1</sup>, İnci Sema Taş<sup>1</sup>, Özlem Dural<sup>1</sup>, Süleyman Engin Akhan<sup>1</sup>

<sup>1</sup> İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı

**Giriş**

Yoğun menstrüel kanama ergenler arasında yaygın bir klinik durumdur ve en sık menarştan sonraki ilk 2-3 yıl içinde ortaya çıkar. Ergenlerde tipik olarak düzensiz adet kanaması, genellikle anovulatuvar kanamadan kaynaklansa da, altta yatan, daha önce tanı konulmamış bir kanama bozukluğu da bu tür kanamaya yol açabilir. Yoğun kanama sebepli başvuran ergen kızların yaklaşık %20'sinde ve hospitalize edilen kızların %33'ünde kanama bozukluğu olabileceği bildirilmiştir. Olgumuz, Glanzmann trombastenisi tanısı ile pediatrik hematoloji takibinde olup yoğun kanama şikayeti ile tarafımıza başvurması ile değerlendirmiş ve yönetimi ele alınmıştır.

**Olgu**

13 yaş 7 aylık hasta tarafımız çocuk ve ergen jinekolojisi polikliniğine ilk menarş sonrası 4 aydır, ayda bir olup 15 gün süren ve 10-15 ped/gün gerektiren ve 17 gündür kesilmeyen yoğun menstrüel kanama şikayeti ile başvurdu. Glanzman trombastenisi tanılı hasta kanama şikayeti ile 3 ay önce dış merkezde değerlendirilip ve siklik traneksamik asit tedavisi verilen hasta, kanama şikayetinin devam etmesi üzerine değerlendirildi. Vulvovaginal muayenede adet vafında pıhtılı kanama izlendi. TAUS ile uterus postpubertal , endometrial kalınlık 8 mm olarak ölçüldü. Vitalleri stabil olarak değerlendirilen hastanın laboratuvar tetkiklerinde, hemoglobin değeri 7,4 g/dL olarak saptandı. Hastaya 30 µg etinil östradiol içeren oral kontraseptif tedavi başlandı. 24 saat gözlem sonrası ped takibinde kanaması azalan hasta kontinü OKS rejimi ile takibe alındı.

**Sonuç**

Çocuk ve ergen jinekolojisi polikliniğine 2019-2023 yılları arası anormal uterin kanama ile başvuran 167 hastanın 23'ünde (%13,8) altta yatan hematolojik hastalık tespit edilmiştir. Bunlardan 9'u vWF eksikliği, 3'ü Faktör 8 eksikliği,4'ü Faktör 7 eksikliği, 3'ü Glanzmann trombastenisi ve 4'ü kronik İTP'dir. Özellikle menarş sonrası düzensiz ve uzun adet kanaması ile başvuran ergenlerde altta yatan hematolojik sebepler akla gelmeli ve tetkik edilmelidir.