

ADSAD 3.Ulusal Ergen Sağlığı Kongresi



Sağlıklı Ergenler Güçlü Nesiller

Adolesan Sağlığı Derneği
etkinliğidir!

Program ve kayıt bilgileri için www.adolesan.com adresini ziyaret edebilir; güncel duyurularımızdan haberdar olmak için e-posta aboneliği oluşturabilirsiniz."



KONGRE ÖZET KİTABI

06 – 07
Şubat 2026

Rami Kütüphanesi,
İstanbul

ORGANİZASYON SEKRETERYASI

 **süerturizm**



KURULLAR

Kongre Başkanı

Prof. Dr. Aylin Yetim şahin

Kongre Sekreteri

Prof. Dr. Hüseyin Dağ

ADSAD Yönetim Kurulu Üyeleri

Prof. Dr. Aylin Yetim şahin (Başkan)

Prof. Dr. Hüseyin Dağ (Sekreter)

Prof. Dr. Süleyman Engin Akhan

Prof. Dr. Firdevs Baş

Prof. Dr. Meltem Erol

Dr. Öğr. Üyesi İpek Evruke

Uzm. Dr. Özlem Ketenci Altıkardeşler

Kongre Düzenleme Kurulu

Prof. Dr. Aylin Yetim şahin (Başkan)

Prof. Dr. Hüseyin Dağ (Sekreter)

Prof. Dr. Süleyman Engin Akhan

Prof. Dr. Firdevs Baş

Prof. Dr. Meltem Erol

Dr. Öğr. Üyesi İpek Evruke

Dr. Öğr. Üyesi Melike Tuğrul Aksakal

Dr. Öğr. Üyesi Beyza Eliuz Tipici

Uzm. Dr. Özlem Ketenci Altıkardeşler

Kongre Bilimsel Kurulu

Prof. Dr. Ayfer Gözü Pirinççioğlu

Prof. Dr. Aylin Yetim-şahin

Prof. Dr. Ayşe Kılıç

Prof. Dr. Bülent Bayraktar

Prof. Dr. Firdevs Baş

Prof. Dr. Gülden Gökçay

Prof. Dr. Hakan Seyisoğlu

Prof. Dr. Hüseyin Dağ

Prof. Dr. İsmail Çepni

Prof. Dr. İsmail Yıldız

Prof. Dr. Meltem Erol

Prof. Dr. Müjgan Alikaşıfoğlu

Prof. Dr. Nalan Karabayır

Prof. Dr. Oya Ercan

Prof. Dr. Özlem Dural

Prof. Dr. Özlem Durmaz

Prof. Dr. Sacide Pehlivan

Prof. Dr. Sinem Akgül

Prof. Dr. Süleyman Engin Akhan

Prof. Dr. şirin Güven

Prof. Dr. Vefik Arıca

Prof. Dr. Zehra Aycan

Doç. Dr. Alkım Akman

Doç. Dr. Bağdagül Aksu

Doç. Dr. Demet Taş

Doç. Dr. Dilek Orbatu

Doç. Dr. İbrahim Kandemir

Doç. Dr. Melis Pehlivan Türk Kızılkın

Doç. Dr. Muhammed Asena

Doç. Dr. Nevin Kurt

Doç. Dr. Nurdan Tekgöl

Doç. Dr. Özlem Polat

Doç. Dr. Raziye Dut

Doç. Dr. Süleyman Yıldız

Doç. Dr. Yaşar Tanır

Doç. Dr. Zeynep Tüzün Gün

Doç. Dr. Kübra Hamzaoğlu Canbolat

Dr. Öğr. Üyesi Ayşe Gül Güven

Dr. Öğr. Üyesi Beyza Eliuz Tipici

Dr. Öğr. Üyesi İpek Evruke

Dr. Öğr. Üyesi Kübra Hamzaoğlu

Dr. Öğr. Üyesi Melike Tuğrul Aksakal

Dr. Öğr. Üyesi Meryem Karaca

Uzm. Dr. Berivan Güzelbağ

Uzm. Dr. Demet Acar

Uzm. Dr. Funda Yıldız

Uzm. Dr. Hevra Ekin Ulusoy

Uzm. Dr. Mehmet Tekden

Uzm. Dr. Mehtap Acar

Uzm. Dr. Mücahit Fidan

Uzm. Dr. Nurşen Kurtoğlu

Uzm. Dr. Özlem Ketenci Altıkardeşler

Avukat Kardelen Ateşçi

Gençlik Hiz. Müd. Eşref Gürsöl

Dr. Gözde Çerçioğlu



BİLİMSEL PROGRAM

1. GÜN 6 ŞUBAT 2026, CUMA

08.00-08.30 KAYIT

08.30-09.00 AÇILIŞ OTURUMU

Saygı Duruşu, İstiklal Marşı
Açılış Konuşmaları
Müzik Dinletisi

09.00-10.10 ERGEN SAĞLIĞINDA BESLENMENİN KRİTİK ROLÜ

Oturum Başkanları: **Prof. Dr. Oya Ercan, Prof. Dr. Firdevs Baş, Prof. Dr. Müjgan Alikashifoğlu**

09.00-09.20 Ergenlerde Beslenme Sorunları, **Dr. Öğr. Üyesi Beyza Eliuz Tipici**

09.20-09.40 Su ve Böbrek Sağlığı, **Doç. Dr. Bağdagül Aksu**

09.40-10.00 Yeme Bozukluklarında Güncel Beslenme Yaklaşımları, **Doç. Dr. Melis Pehlivan Türk**

10.00-10.10 Tartışma

10.10-10.50 ERGENLERDE KRONİK VE NADİR HASTALIKLAR

Oturum Başkanları: **Prof. Dr. Sacide Pehlivan, Prof. Dr. Gülden Gökçay**

10.10-10.30 Ergenlerde Nadir Hastalıklar, **Dr. Öğr. Üyesi Meryem Karaca**

10.30-10.50 Kronik Hastalıklı Ergene Yaklaşım, **Dr. Öğr. Üyesi Melike Tuğrul Aksakal**

10.50-11.20 KAHVE ARASI

11.20-12.30 KLİNİK UYGULAMALARDA DAYANIKLILIK DEĞERLENDİRMESİ VE GÜÇLENDİRME TEKNİKLERİ

Oturum Başkanları: **Prof. Dr. Sinem Akgül, Prof. Dr. Ayfer Gözü Pirinçcioğlu**

11.20-11.40 Pediatrist Yaklaşımı, **Doç. Dr. Alkım Akman**

11.40-12.00 Psikolog Yaklaşımı, **Doç. Dr. Zeynep Tüzün Gün**

12.00-13.00. ÖĞLE YEMEĞİ

12.00-13.00 POSTER BİLDİRİLERİ

Oturum Başkanları: **Uzm. Dr. Mücahit Fidan, Doç. Dr. İbrahim Kandemir**

13.00-14.00 AŞI OTURUMU

Ergenlerde Genital HPV Enfeksiyonlarına Yaklaşım ve HPV Aşıları

Oturum Başkanları: **Prof. Dr. İsmail Yıldız, Doç. Dr. Dilek Orbatu**

Konuşmacı: **Prof. Dr. Süleyman Engin Akhan**



14.00-14.30 SAğLIKTA DOğAL DENGE: SAFRAN VE MAGNEZYUM BİRLİKTELİğİ

Oturum Başkanı: **Prof. Dr. Vefik Arıca**

Konuşmacı: **Prof. Dr. Hüseyin Dağ**

14.30-15.00 KAHVE ARASI

15.00-16.00 OKULLARDA GÜNCEL SORUNLAR

Oturum Başkanları: **Prof. Dr. Zehra Aycan, Prof. Dr. şirin Güven**

15.00-15.20 Elektronik Sigara (Puff) Kullanımı, **Dr. Öğr. Üyesi Ayşe Gül Güven**

15.20-15.40 Ders, Dikkat, Özgüven Üçgeni, **Doç. Dr. Raziye Dut**

15.40-16.00 Zorbalığa Sosyolojik Yaklaşım, **Dr. Gözde Çerçioğlu**

16.00-16.40 ERGENLERDE SPOR VE SAğLIK

Oturum Başkanları: **Prof. Dr. Özlem Durmaz, Dr. Öğr. Üyesi Beyza Eliuz Tipici**

16.00-16.20 Ergen ve Spor, **Prof. Dr. Bülent Bayraktar**

16.20-16.40 Sporcu Beslenmesi, **Uzm. Dr. Özlem Ketenci Altıkardeşler**

16.40 – 17.40 SÖZLÜ BİLDİRİLER

Oturum Başkanları: **Prof. Dr. Sinem Akgül, Prof. Dr. Aylin Yetim şahin**

2. GÜN 7 şUBAT 2026, CUMARTESİ

09.00-10.15 ERGEN JİNEKOLJİSİ OTURUMU 1

Oturum Başkanları: **Prof. Dr. İsmail Çepni, Prof. Dr. Süleyman Engin Akhan**

09.00-09.15 Kanama Diyatezi Tanılı Ergenlerde AUK Yönetimi, **Uzm. Dr. Hevra Ekin Ulusoy**

09.15-09.30 Çocuk ve Ergenlerde Vulvovaginal Problemlere Yaklaşım, **Prof. Dr. Özlem Dural**

09.30-09.45 Ergenlerde Fertilite Prezervasyonu, **Doç. Dr. Kübra Hamzaoğlu Canbolat**

09.45-10.00 Ergenlerde Kontrasepsiyon Kullanımı, **Uzm. Dr. Berivan Güzelbağ**

10.00-10.15 Tartışma

10.15-10.45 KAHVE ARASI



10.45-11.45 ERGEN JİNEKOLOJİSİ OTURUMU 2

Oturum Başkanları: **Prof. Dr. Hakan Seyisoğlu, Prof. Dr. Özlem Dural**

10.45-11.00

Fonksiyonel Hipotalamik Amenore Olgularında Tanı ve Yönetim
Dr. Öğr. Üyesi İpek Evröke

11.00-11.15

Polikistik Over Sendromu Değerlendirmesi ve Yönetimi, **Uzm. Dr. Nurşen Kurtoğlu**

11.15-11.30

Özel İhtiyacı Olan Ergenlerde Menstrüel Problemlere Yaklaşım, **Uzm. Dr. Demet Acar**

11.30-11.45

Tartışma

11.45-12.45

ÖĞLE YEMEĞİ

11.45-12.45 POSTER BİLDİRİLERİ

Oturum Başkanları: **Uzm. Dr. Mehtap Acar, Doç. Dr. Nevin Kurt**

12.45-13.15

ERGENLERDE SİTİKOLİN KULLANIMI; NÖROBİYOLOJİK TEMELLER VE KLİNİK YAKLAŞIM

Oturum Başkanı: **Prof. Dr. Vefik Arıca**

Konuşmacı: **Prof. Dr. Hüseyin Dağ**

13.15-14.15

ÇOCUKLARIN SUÇ İLE İLİŞKİLENMESİNE DİSİPLİNLERARASI YAKLAŞIM

Oturum Başkanları: **Prof. Dr. Ayşe Kılıç, Doç. Dr. Muhammed Asena**

13.15-13.35

Hukuki Yaklaşım, **Avukat Kardelen Ateşçi**

13.35-13.55

Psikiyatrik Yaklaşım, **Doç. Dr. Yaşar Tanır**

13.55-14.15

Pediyatrik Yaklaşım, **Doç. Dr. Demet Taş**

14.15-14.45

KAHVE ARASI

14.45-15.45 ERGENLERDE KORUYUCU SAğLIK HİZMETLERİ

Oturum Başkanları: **Prof. Dr. Berrin Telatar, Prof. Dr. Nalan Karabayır**

14.45-15.05

Gençlik Merkezlerinin Rolü
Eşref Gürsöl, Gençlik Spor İl Müdürlüğü Gençlik Hizmetleri Müdürü

15.05-15.25

Aile Hekimlerinin Rolü, **Doç. Dr. Nurdan Tekgül**



15.45-16.00 UZMANINA DANIŞALIM

Oturum Başkanları: **Prof. Dr. Müjgan Alikaşifoğlu, Prof. Dr. Meltem Erol, Prof. Dr. Aylin Yetim Şahin**

15.45-16.00 Vaka 1, **Uzm. Dr. Mehmet Tekden** (*Madde Bağımlılığı*)

16.00-16.20 Vaka 2, **Uzm. Dr. Funda Yıldız** (*Sporcu*)

16.20-16.40 Vaka 3, **Uzm. Dr. Mücahit Fidan** (*Akne*)

16.40-17.40 SÖZLÜ BİLDİRİLER

Oturum Başkanları: **Doç. Dr. Süleyman Yıldız, Doç. Dr. Dilek Orbatu**

17.40-18.00 KAPANIŞ



KONUŞMA ÖZETLERİ



ERGENLERDE BESLENME SORUNLARI

Dr. Öğr. Üyesi Beyza Eliuz Tipici

İstanbul Üniversitesi, Çocuk Sağlığı Enstitüsü, Aile Sağlığı Anabilim Dalı

Ergenlik dönemi, bebeklikten sonra büyüme hızının en yüksek olduğu ikinci yaşam evresidir. Bu dönemde değişen vücut kompozisyonu, artan kas ve kemik kütlesi, hormonal ve metabolik dalgalanmalar ile organ maturasyonunun tamamlanması söz konusudur. Aynı zamanda besinsel depoların oluşturulduğu bu kritik süreç, yalnızca mevcut sağlık durumunu değil, erişkin dönem hastalık riskini de belirlemektedir. Ancak günümüzde birçok ergen, artan enerji ve besin ögesi gereksinimini karşılayacak düzeyde ve nitelikte beslenememektedir.

Ergenlik dönemine özgü beslenme eğilimlerinin başında öğün atlama, özellikle kahvaltının atlanması gelmektedir. Kahvaltı öğününün atlanması diyet kalitesinin düşmesi, obezite ve kardiyometabolik risk faktörlerinde artış ile ilişkilendirilmektedir. Avrupa ve Amerika Birleşik Devletleri verileri, ergenlerin önemli bir kısmının düzenli kahvaltı yapmadığını göstermektedir. Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması verilerine göre de yaş ilerledikçe kahvaltı atlama sıklığı artmaktadır. Oysa ideal bir kahvaltı; uyandıktan sonraki ilk 30–60 dakika içinde, günlük enerjinin yaklaşık %25–30'unu karşılayan, ilave şeker içermeyen süt ve süt ürünleri, tam tahıllar ile taze meyve ve/veya sebze içeren dengeli bir öğün olmalıdır. Zaman sorunu, maliyet ve pratiklik kaygıları ergenleri çoğu zaman ultra işlenmiş, enerji yoğunluğu yüksek ürünlere yönlendirmektedir.

Öğün sayısı ile obezite arasındaki ilişki karmaşık olmakla birlikte, bazı çalışmalarda düzenli ve sağlıklı ana-ara öğün tüketiminin obezite riskini azalttığı bildirilmektedir. Buna karşın öğün sıklığının artmasının toplam enerji alımını artırabileceği de göz önünde bulundurulmalıdır. Bu nedenle yalnızca öğün sayısı değil, öğün içeriğinin niteliği önemlidir.

Ergenlerde ev dışında beslenme sıklığının artması da önemli bir sorundur. Fast-food tüketimi, şekerli içecekler ve yüksek fruktozlu mısır şurubu içeren ürünler enerji alımını artırırken; lif, vitamin ve mineral alımını azaltmaktadır. Sodyum alımı çoğu zaman önerilen düzeylerin üzerine çıkmaktadır. Bu eğilimler obezite riskini artırmakta ve küresel ölçekte okul çağındaki çocuk ve ergenlerde obezitenin, zayıflıktan daha yaygın hale gelmesine katkıda bulunmaktadır. Dünya genelinde 5–19 yaş grubunda fazla kiloluluk ve obezite prevalansının son kırk yılda belirgin artış göstermesi, sorunun boyutunu ortaya koymaktadır.

Obezojenik çevre, ergen beslenmesini etkileyen önemli bir faktördür. Artan ekran maruziyeti, fiziksel aktivitenin azalmasına, uyku problemlerine ve sağlıksız besin reklamlarına daha fazla maruz kalmaya yol açmaktadır. Dijital pazarlama stratejileri ve sosyal medya fenomenleri aracılığıyla yüksek yağlı, şekerli ve tuzlu besinlerin tanıtımı, ergenlerin besin tercihlerini doğrudan etkilemektedir. Özellikle reklam içeriğinin eğlence unsurlarıyla bütünleştirilmesi, pazarlamanın fark edilmesini zorlaştırmakta ve davranış değişikliğini hızlandırmaktadır. Okul ortamında sağlıklı seçeneklerin kısıtlı olması ya da okul yemeği programlarının yetersizliği de bu tabloyu ağırlaştırmaktadır.

Ergen obezitesinin tedavisinde temel yaklaşım yaşam tarzı değişikliğidir. Aile temelli müdahaleler değişimi kolaylaştırmakta ve sürdürülebilirliği artırmaktadır. Beslenme düzenlemesi hem nicelik hem nitelik açısından ele alınmalı; porsiyon kontrolü sağlanmalı, ultra işlenmiş besinler ve şekerli içecekler azaltılmalı, meyve, sebze ve lif tüketimi artırılmalıdır. Aile ile birlikte düzenli yemek yeme alışkanlığı teşvik edilmelidir. İletişim dilinin özenli seçilmesi, damgalayıcı ifadelerden kaçınılması ve ergenin sürece aktif katılımının sağlanması tedavi başarısı açısından önemlidir.

Ergenlik döneminde beden imajına yönelik kaygıların artması, popüler diyetlere yönelimi artırmaktadır. Glutensiz diyet, aralıklı açlık ve düşük karbonhidratlı diyetler ergenler arasında yaygınlaşmaktadır. Oysa sağlıklı bireylerde glutensiz diyetin yararına dair kanıt bulunmamakta; aksine bu ürünlerin sıklıkla daha yüksek yağ ve şeker içerdiği, liften fakir olduğu bilinmektedir. Aralıklı açlık uygulamalarının kısa dönemde vücut ağırlığı ve yağ kütlesinde azalma sağlayabileceği bildirilse de, yeme bozukluğu davranışları ile ilişkili olabileceği ve uzun dönem sürdürülebilirliğine



dair kanıtların yetersiz olduğu belirtilmektedir. Düşük karbonhidratlı diyetlerde de benzer biçimde kısa vadede insülin direncini azaltma gibi olumlu etkilerden söz edilse de; sürdürülebilirlik, mikro besin ögeleri ve lif alımında azalma riski bulunmaktadır. Ergenlerde uzun dönem etkileri açısından kanıtlar yetersizdir. Vejetaryen beslenme bu diyet tiplerinden farklı olarak bir beslenme tercihi olarak karşımıza çıkmaktadır. Uygun planlandığında ve beslenme danışmanlığı eşliğinde sürdürülmesi halinde büyüme ve gelişme için gerekli besin ögelerini sağlayabilir. Ancak özellikle vegan beslenmede protein, B12 vitamini, D vitamini, demir, çinko, kalsiyum ve diğer eser elementler açısından eksiklik riski yüksektir. Bu nedenle beslenme danışmanlığı ve gerektiğinde uygun destek tedavileri önem taşımaktadır.

Ergenlikte gereksinimi artan ve eksikliğine sık rastlanan mikro besin ögeleri arasında demir, folik asit, C vitamini, D vitamini, kalsiyum, çinko, A vitamini, B6 ve B12 vitaminleri ile iyot yer almaktadır. Meyve, sebze ve süt ürünleri tüketiminin yetersizliği bu eksikliklere zemin hazırlamaktadır. Ayrıca kafein alımında artış dikkat çekicidir. Güvenli kafein alımı ergenlerde erişkinlere benzer olarak, günlük 3 mg/kg (en fazla yaklaşık 400 mg) olarak belirtilmekte; özellikle dışarıdan alınan kahve ve enerji içecekleriyle bu sınırın aşılabilirdiği bilinmektedir.

Ergenin değerlendirilmesinde ayrıntılı besin tüketim kaydı (hafta içi ve hafta sonunu içeren üç günlük besin tüketim kayıtları), besin tüketim sıklığı, fiziksel aktivite ve uyku düzeni sorgulanmalı; vücut kompozisyonu ölçümleri ve gerekli laboratuvar incelemeleri yapılmalıdır.

Sonuç olarak, ergenlik döneminde kazanılan beslenme alışkanlıkları erişkin dönem sağlık sonuçlarını doğrudan etkilemektedir. Bu nedenle okul çağından itibaren sağlıklı beslenmeyi destekleyen müdahaleler büyük önem taşımaktadır. Okul yemeği programlarının yaygınlaştırılması, dijital pazarlamanın düzenlenmesi ve sağlıklı besine erişimin artırılması yönünde politikalar geliştirilmelidir. Aşırı kiloluluk ve obezite ile mücadelede yaşam tarzı müdahaleleri ulusal, toplumsal ve bireysel düzeyde birlikte yürütülmelidir. Beslenme danışmanlığı, ergen sağlığı izleminin ayrılmaz bir parçası olmalı ve her ergene ulaşmayı hedeflemelidir.

Kaynaklar

1. Guideline: implementing effective actions for improving adolescent nutrition. Geneva: World Health Organization; 2018. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
2. Parajuli J, Prangthip P. Adolescent Nutrition and Health: a Critical Period for Nutritional Intervention to Prevent Long Term Health Consequences. *Curr Nutr Rep.* 2025 Oct 23;14(1):116. doi: 10.1007/s13668-025-00706-4. PMID: 41128775; PMCID: PMC12549772.
3. Daly AN, O'Sullivan EJ, Kearney JM. Considerations for health and food choice in adolescents. *Proc Nutr Soc.* 2022 Mar;81(1):75-86. doi: 10.1017/S0029665121003827. Epub 2021 Nov 29. PMID: 35039094.
4. Monzani A, Ricotti R, Caputo M, Solito A, Archero F, Bellone S, Prodam F. A Systematic Review of the Association of Skipping Breakfast with Weight and Cardiometabolic Risk Factors in Children and Adolescents. What Should We Better Investigate in the Future? *Nutrients.* 2019 Feb 13;11(2):387. doi: 10.3390/nu11020387. PMID: 30781797; PMCID: PMC6412508.
5. Moreno LA, Rodriguez G, Fleta J, Bueno-Lozano M, Lazaro A, Bueno G. Trends of dietary habits in adolescents. *Crit Rev Food Sci Nutr.* 2010 Feb;50(2):106-12. doi: 10.1080/10408390903467480. PMID: 20112152.
6. Murakami K, Livingstone MB. Associations between Meal and Snack Frequency and Diet Quality in US Adults: National Health and Nutrition Examination Survey 2003-2012. *J Acad Nutr Diet.* 2016 Jul;116(7):1101-13. doi: 10.1016/j.jand.2015.12.012. Epub 2016 Feb 2. PMID: 26847912.
7. Moreno LA, Gottrand F, Huybrechts I, Ruiz JR, González-Gross M, DeHenauw S; HELENA Study Group. Nutrition and lifestyle in european adolescents: the HELENA (Healthy Lifestyle in Europe by Nutrition in Adolescence) study. *Adv Nutr.* 2014 Sep;5(5):615S-623S. doi: 10.3945/an.113.005678. PMID: 25469407; PMCID: PMC4188245.
8. Giovannini M, Verduci E, Scaglioni S, Salvatici E, Bonza M, Riva E, Agostoni C. Breakfast: a good habit, not a repetitive custom. *J Int Med Res.* 2008 Jul-Aug;36(4):613-24. doi: 10.1177/147323000803600401. PMID: 18652755.
9. Verduci E, Bronsky J, Embleton N, Gerasimidis K, Indrio F, Köglmeier J, de Koning B, Lapillonne A, Moltu SJ, Norsa L, Domellöf M; ESPGHAN Committee on Nutrition. Role of Dietary Factors, Food Habits, and Lifestyle in



- Childhood Obesity Development: A Position Paper From the European Society for Paediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition Committee on Nutrition. *J Pediatr Gastroenterol Nutr.* 2021 May 1;72(5):769-783. doi: 10.1097/MPG.0000000000003075. PMID: 33720094; PMCID: PMC9770153.
10. Jääskeläinen A, Schwab U, Kolehmainen M, Pirkola J, Järvelin MR, Laitinen J. Associations of meal frequency and breakfast with obesity and metabolic syndrome traits in adolescents of Northern Finland Birth Cohort 1986. *Nutr Metab Cardiovasc Dis.* 2013 Oct;23(10):1002-9. doi: 10.1016/j.numecd.2012.07.006. Epub 2012 Aug 14. PMID: 22901841.
 11. Vik, F.N., Bjørnarå, H.B., Øverby, N.C. *et al.* Associations between eating meals, watching TV while eating meals and weight status among children, ages 10–12 years in eight European countries: the ENERGY cross-sectional study. *Int J Behav Nutr Phys Act* **10**, 58 (2013). <https://doi.org/10.1186/1479-5868-10-58>
 12. American Academy of Pediatrics Committee on Nutrition. Adolescent Nutrition. In: Kleinman RE, Greer FR, eds. *Pediatric Nutrition*. 8th ed. Itasca; 2019: 227-244
 13. United Nations Children’s Fund (UNICEF). Feeding Profit. How food environments are failing children. Data Tables. *Child Nutrition Report 2025*, UNICEF, New York, September 2025.
 14. WHO European Regional Obesity Report 2022. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2022. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
 15. Cardel MI, Jastreboff AM, Kelly AS. Treatment of Adolescent Obesity in 2020. *JAMA.* 2019 Nov 5;322(17):1707-1708. doi: 10.1001/jama.2019.14725. PMID: 31566652; PMCID: PMC7268517.
 16. Reilly NR. The Gluten-Free Diet: Recognizing Fact, Fiction, and Fad. *J Pediatr.* 2016 Aug;175:206-10. doi: 10.1016/j.jpeds.2016.04.014. Epub 2016 May 13. PMID: 27185419.
 17. Miranda J, Lasa A, Bustamante MA, Churrua I, Simon E. Nutritional differences between a gluten-free diet and a diet containing equivalent products with gluten. *Plant Foods Hum Nutr.* 2014;69(2):182–187.
 18. Zuccotti G, Fabiano V, Dilillo M, Picca S, Cravidi C, Brambilla P. Intakes of nutrients in Italian children with celiac disease and the role of commercially available gluten-free products. *J Hum Nutr Diet.* 2013;26(5):436–444.
 19. Jebeile H, Gow ML, Lister NB, Mosalman Haghighi M, Ayer J, Cowell CT, et al. Intermittent energy restriction is a feasible, effective, and acceptable intervention to treat adolescents with obesity. *J Nutr.* 2019;149(7):1189–1197.
 20. Ganson KT, Cuccolo K, Hallward L, Nagata JM. Intermittent fasting: Describing engagement and associations with eating disorder behaviors and psychopathology among Canadian adolescents and young adults. *Eat Behav.* 2022;47:101681.
 21. Zhang Y, He T, Hu T, Gao C. Low-carbohydrate diet is more helpful for weight loss than low-fat diet in adolescents with overweight and obesity: A systematic review and meta-analysis. *Diabetes Metab Syndr Obes.* 2024;17:2997–3007.
 22. Fournier E, Moore H, Alghamdi ZS, Thivel D. Low-carbohydrate diets for the management of pediatric obesity: A systematic review and meta-analysis. *Nutr Rev.* 2026;84(2):267–303.
 23. EFSA, Scientific Opinion on the safety of caffeine, *EFSA Journal* 2015;13(5):4102
 24. Sofi F, et al. Mediterranean diet: Why a new pyramid? An updated representation of the traditional Mediterranean diet by the Italian Society of Human Nutrition (SINU). *Nutr Metab Cardiovasc Dis.* 2025;35(8):103919.



YEME BOZUKLUKLARINDA GÜNCEL BESLENME YAKLAŞIMLARI

Doç. Dr. Melis Pehlivanürk Kızılkın

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

Yeme Bozuklukları Sınıflandırması

Yeme bozuklukları; bireyin beslenme davranışı, vücut ağırlığı algısı ve kilo kontrolü ile ilişkili, ciddi tıbbi ve psikiyatrik sonuçlara yol açabilen hastalıklardır. Başlıca tanı grupları arasında anoreksiya nervoza, bulimiya nervoza, tıknırcasına yeme bozukluğu ve kaçınan/kısıtlı gıda alım bozukluğu (ARFID) yer almaktadır.

Anoreksiya nervoza, belirgin gıda kısıtlaması, çok düşük vücut ağırlığı, kilo alma korkusu ve vücut algısında bozulma ile karakterizedir. Kısıtlayıcı tip ya da tıknırcasına yeme/çıkarma davranışlarının eşlik ettiği tip şeklinde görülebilir ve ciddi fizyolojik bozukluklara yol açabilir. Bulimiya nervoza, yineleyen tıknırcasına yeme atakları ve bunu izleyen telafi edici davranışlar (kusma, laksatif kullanımı, aşırı egzersiz gibi) ile seyredir. Bireylerin vücut ağırlığı ve şekli ile aşırı uğraşısı ön plandadır ve belirtiler genellikle en az üç ay süreyle, haftada bir veya daha sık görülür. Tıknırcasına yeme bozukluğu, tekrarlayan kontrol kaybı ve aşırı yemenin eşlik ettiği tıknırcasına yeme atakları ve bu atakların yol açtığı belirgin psikolojik işlev kaybı ile tanımlanır; ancak telafi edici davranışlar eşlik etmez. ARFID ise kilo alma korkusu ya da vücut algısı kaygısı olmaksızın, gıdalara karşı isteksizlik, gıdaların duyuşal özelliklerinin verdiği rahatsızlık ya da yaşanan gıda ile ilişkili olumsuz bir yaşam olayı sonrasında gelişen kaygı sonucu gelişen belirgin gıda kısıtlanmasının yol açtığı kilo kaybı ya da kilo alamama, beslenme yetersizlikleri ve işlevsellikte bozulma ile karakterizedir.

Klinik Beslenme Protokollerinin Önemi

Yeme bozukluklarında yapılandırılmış bir beslenme protokolü uygulanması; yatış ve ayaktan izlemi kolaylaştırmakta, yeniden beslenme ("refeeding") sürecinin kontrollü şekilde yürütülmesini sağlamakta ve hedef vücut ağırlığına ulaşmayı desteklemektedir. Ayrıca standart ve kaliteli bakım sunulmasına, disiplinler arası ekip içinde rol dağılımının netleşmesine katkı sağlamaktadır. Çok sayıda uluslararası rehberler ve klinik protokol mevcuttur ve hepsi özellikle ergen ve genç erişkinlerde tıbbi izlem ve beslenme rehabilitasyonunun sistematik biçimde yürütülmesini önermektedir.

Anoreksiya Nervozada Beslenme Tedavisi

Anoreksiya nervozada temel amaçlar; tıbbi stabilitenin, sürdürülebilir kilo alımının ve psikiyatrik sağaltımın sağlanmasıdır. Beslenme rehabilitasyonu bu yaklaşımların her birinin temel parçasıdır. Güncel yaklaşımlar, geçmişte uygulanan düşük kalorili ve yavaş ilerleyen protokollerin yerini, daha erken ve hızlı kilo alımını hedefleyen kontrollü yüksek kalorili protokollere bırakmaya başladığını göstermektedir.

Beslenme tedavisinde iki temel yaklaşım bulunmaktadır:

1. Vücut ağırlığına göre kalori hesaplaması
2. Herkese belirli bir kalori aralığında beslenme uygulaması

Birinci yaklaşımda kilogram başına 30-40 kkal ile başlanıp (çok yüksek refeeding riski olan hastalarda 10-20 kkal/kg olarak başlanabilir), yavaş yavaş arttırarak 70-100 kkal/kg hızına ulaşılması ve hedef vücut ağırlığına ulaşılan kadar bu hızda devam edilmesi planlanır.

İkinci yaklaşımda ise protokoller düşük ve yüksek olmak üzere ikiye ayrılır. Düşük kalorili ("konservatif") protokoller genellikle 1000-1200 kkal/gün ile başlarken, yüksek kalorili ("agresif") protokoller 1400 kkal/gün ve üzerinde başlamaktadır. Son dönemde 2000 kkal ve üzeri kalorileri içeren çok yüksek kalorili protokoller de gündemdedir.



Araştırmalar, hafif–orta derecede malnütrisyonu olan hastalarda, yakın tıbbi izlem ile yüksek kalorili protokollerin güvenli ve etkili olduğunu göstermektedir ancak daha çok sayıda daha büyük hasta gruplarında yapılan randomize kontrollü ve uzunlamasına izlem çalışmalarına ihtiyaç vardır. Yakın dönemde yapılan randomize kontrollü bir çalışma, günde yaklaşık 2000 kcal ile başlanan yüksek kalorili protokollerinin yatış süresini kısalttığını, medikal instabiliteyi azalttığını ve refeeding sendromu ya da bir yıl içinde yeniden yatış riskini artırmadığını ortaya koymuştur.

Erken ve hızlı kilo alımınının yatış süresini kısaltması ve vital bulguların daha hızlı düzelmesini sağlaması dışında remisyona olasılığını da arttırdığı gösterilmiştir. Bu nedenle hedeflenen kilo alım hızları yataklı hastalarda haftada 0.9–1.8 kg, ayaktan izlenen hastalarda ise haftada 0.5–0.9 kg olarak düzenlenmiştir. Refeeding sendromu bu hızlarda nadiren görülmekte, şiddeti hafif-orta düzeyde olmakta ve düzenli elektrolit izlemi ile kontrol altına alınabilmektedir.

Bulimiya Nervoza ve Tıkınırcasına Yeme Bozukluğunda Beslenme

Bu bozukluklarda temel hedef; düzenli beslenme alışkanlığının sağlanması, beslenme eğitimi verilmesi, kişiye özgü öğün planlaması, porsiyon kontrolü ve açlık tokluk ipuçları farkındalığı eğitimleri ile tıkınırcasına yeme döngüsünün kırılmasıdır. Tıkınırcasına yeme ataklarında yüksek kalorili, basit karbonhidrat ve yağdan zengin besinlerin çok fazla miktarda ve kontrol kaybı ile tüketildiği bilinmektedir. En temel tetikleyiciler arasında uzun süreli açlık ve kısıtlayıcı beslenme alışkanlıkları gelmektedir. Bu nedenle üç ana öğün ve 2–3 ara öğün içeren dengeli bir beslenme düzeni, kan şekeri dalgalanmalarını azaltmakta ve tıkınırcasına yeme davranışınının kontrol altına alınmasına yardımcı olmaktadır. Kendini kusturma davranışının önlenmesinde kusmayı tetikleyecek yüksek hacimli ve kaloriden zengin gıdaların yerine daha düşük kalorili, tok tutan ancak çok yer kaplamayan öğünlerden daha sık tüketmek önerilmektedir. Çıkarmanın olmadığı tıkınırcasına yeme varlığında ise gıdaların gram başına düşen kalorileri temel alınarak hazırlanan volümetrik beslenme listelerinin de etkili olduğunu gösteren çalışmalar vardır.

ARFID’de Beslenme Yaklaşımları

ARFID’de beslenme değerlendirmesi, hangi gıdaların hangi nedenlerle tüketilemediğinin ayrıntılı olarak belirlenmesini gerektirir. İsteksiz, duygusal ya da kaygı/fobi temelli alt tipler sıklıkla bir arada görülür. Bu nedenle diyet planı altına yatan beslenme engelini nedenlerini içerek şekilde kişiselleştirilmeli ve yavaş maruz bırakma yaklaşımlarını içermelidir. Sıklıkla yaklaşımın ana belirleyicisi beslenme kısıtlamasının uzun mu yoksa kısa süreden beri mi sürdüğüne göre şekillenmektedir. Tedavide aile temelli yaklaşım ya da bilişsel davranışçı tedavi temelli ARFID protokolleri daha ön plana çıkmaktadır.

İlk hedef, kalori açığının ve makro ve mikro besin eksikliklerinin giderilmesidir. Kalorinin artırılması ilk aşamda hastanın zaten tüketebildiği gıdaların miktarları artırılarak sağlanmalıdır. Hedef vücut ağırlığına yaklaştıkça ve medikal instabilite riski azaldıkça çeşitlendirme çabalarına geçilebilir. Burada da hastanın en az rahatsız olduğu gıdalardan en çok rahatsız olduklarına doğru yavaş maruz bırakma stratejileri uygulanmalıdır. Enteral ya da nazogastrik beslenme yalnızca acil durumlarda ve geçici olarak kullanılmalıdır.

Kaynaklar:

1. Garber AK, Cheng J, Accurso EC, et al. Short-term outcomes of the study of refeeding to optimize inpatient gains for patients with anorexia nervosa: A multicenter randomized clinical trial. *JAMA Pediatr.* 2021;175(1):19–27.
2. Golden NH, Cheng J, Kapphahn CJ, et al. Higher-calorie refeeding in anorexia nervosa: One-year outcomes from a randomized controlled trial. *Pediatrics.* 2021;147(4):e2020037135.
3. Haas V, Kohn M, Körner T, et al. Practice-based evidence and clinical guidance to support accelerated re-nutrition of patients with anorexia nervosa. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2020;60:555–561.
4. Thomas JJ, Eddy KT, Murray HB, et al. Cognitive-behavioral therapy for avoidant/restrictive food intake disorder: Feasibility, acceptability, and proof-of-concept. *Int J Eat Disord.* 2020;53(10):1636–1646.



5. Fisher MM, Rosen DS, Ornstein RM, et al. Avoidant/restrictive food intake disorder at 10 years: Medical, nutritional, and psychological evaluation and management. *Curr Gastroenterol Rep.* 2023;25:421–429.
6. Willmott E, Dickinson R, Gregory J. A scoping review of psychological interventions and outcomes for avoidant and restrictive food intake disorder (ARFID). *Int J Eat Disord.* 2024;57(1):27–61.
7. Lacalaprince D, Schlegl S, Hartmann A, et al. Effects of mealtime assistance in the nutritional rehabilitation of eating disorders. *Eat Weight Disord.* 2023;28(1):73.
8. Attia E, Walsh BT. Eating disorders: A review. *JAMA.* 2025;333(14):1242–1252.
9. Antonella L. Medical nutrition therapy and nutritional rehabilitation in hospitalised patients affected by eating disorders. *Eur Eat Disord Rev.* 2026;34(2):422–441.



KRONİK HASTALIĞI OLAN ERGENE YAKLAŞIM

Melike Zeynep TUĞRUL AKSAKAL; MD, PhD

İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları AD Ergen Sağlığı BD

Kronik hastalık; biyolojik, psikolojik veya bilişsel temelleri olan, bir yıl içinde en az 3 ay boyunca normal yaşamı engelleyen ve süregelen durumları kapsar. Epidemiyolojik çalışmalarda tanım, süre, prognoz, patern ve ortaya çıkan fizyolojik/sosyal sekel düzeyi metodolojik farklılıklara yol açabilmektedir. Kabaca çocuk ve ergen popülasyonunun yaklaşık %25'i bir kronik hastalığa sahiptir. Bu olguların %10'unda hastalık, günlük yaşam becerilerini şiddetli bir şekilde etkilemektedir.

Ergenlik, fiziksel, ruhsal ve bilişsel gelişimin en hassas olduğu dönemlerden biridir. Kronik hastalık bu süreçte; günlük yaşam rutinlerinin bozulması ve okul devamsızlıkları, akran aktivitelerinden geri kalma ve sosyal izolasyon, sık hastane ziyaretleri, beklenmedik yatışlar ve invaziv girişimler gibi stres faktörlerini beraberinde getirir. Erkek ergenlerde bağımsızlık ve sportif becerilerin kısıtlanması ön plan stres faktörü iken, kız ergenlerde dış görünümün etkilenmesi daha ağır psikososyal yük oluşturur.

Kronik hastalığı olan ergenlerde hastalığın şiddetinden bağımsız olarak **içe atım bozuklukları** (kaygı bozuklukları, depresyon, travma sonrası stres bozukluğu ve sosyal geri çekilme) veya **dışsallaştırma sorunları** (saldırganlık ve karşı gelme davranışları) görülebilir.

Tedaviye uyumsuzluk; bilgi eksikliği, hastalığı anlamlandırılmama veya yan etkilerle baş edememe gibi nedenlerden kaynaklanabilir. Ailenin kaygı düzeyi de ergenin uyumunu etkiler. Ergenin hastaneye yatış sayısı arttıkça aile içi iletişim sorunları artabilir. Ergenin öz-yeterlilik duygusunun artırılması, sağlığı konusunda sorumluluk almasını ve risk alma davranışlarının azalmasını sağlar.

Kronik hastalığı olan ergenin izleminde; mevcut hastalığına yönelik tedavilerin yanı sıra rutin ergen sağlığı izlemi ve psiko-sosyal destek ihmal edilmemeli, ergenin yaşamındaki rutinleri mümkün olduğunca değiştirilmeden ya da en az değişimle tedavi ve izlemi devam ettirilmelidir.

Kronik hastalığı olan ergen ve hekim ilişkisinde şu ilkeler benimsenmelidir:

- “Hastalıklı birey” değil, “hastalığı olan birey” kavramı üzerinden, odağa hastalığı değil ergeni almak
- Tedaviye uyumsuzluk saptandığında öfke yerine uyumsuzluğun nedenlerinin ergenle birlikte araştırılması
- Ergenin sadece bugünkü semptomları değil; kariyer hedefleri, evlilik hayalleri ve yetişkinlik planlarını da değerlendirmeye dahil etmek
- Erişkin kliniğine devir 18 yaşında yapılan basit bir dosya teslimi değil, ergenlikte başlayan bir beceri kazandırma süreci olarak görülmelidir.

Kaynaklar:

1. Chronic Illness and Functionality: How It Affects Adolescents Academically and Socially and How They Can Cope, Intuition: The BYU Undergraduate Journal of Psychology: 2017; 12:8
2. Chung RJ, Burke PJ, Goodman E. Firm foundations: strength-based approaches to adolescent chronic disease. Curr Opin Pediatr. 2010 Aug;22(4):389-97.
3. Compas BE, Jaser SS, Dunn MJ, Rodriguez EM. Coping with chronic illness in childhood and adolescence. Annu Rev Clin Psychol. 2012;8:455-80



4. Tripathi I, Agarwal A. Chronic illness, symptoms and efficacyin children as related to some psychological chracteristics of mothers. *Psychology Developing Societies* 2000;12:31-42.
5. Valencia LS, Cromer BA. Sexual activity and other high-risk behaviors in adolescents with chronic illness: a review. *J Pediatr Adolesc Gynecol.* 2000 May;13(2):53-64
6. Van Cleave J, Gortmaker SL ve Perrin JM. Dynamics of obesity and chronic health conditions among children and youth. *Jama*, 2010; 303(7), 623-630.
7. Wagner EH, Austin BT, Davis C, Hindmarsh M, Schaefer J, Bonomi A. Improving chronic illness care: translating evidence into action. *Health Aff (Millwood)*. 2001 Nov-Dec;20(6):64-78.



KLİNİK UYGULAMALARDA PSİKOLOJİK DAYANIKLILIğIN DEğERLENDİRİLMESİ VE GÜÇLENDİRME TEKNİKLERİ

Doç. Dr. Alkım Öden Akman

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Ankara Bilkent Şehir Hastanesi, Adolesan Sağlığı Bölümü

Giriş

Psikolojik dayanıklılık (resilience), bireyin risk, zorluk ve travmatik yaşantılar karşısında uyum sağlama, toparlanma ve gelişimini sürdürme kapasitesi olarak tanımlanmaktadır. Özellikle ergenlik dönemi, biyolojik, psikolojik ve sosyal değişimlerin yoğun olarak yaşandığı kritik bir gelişim evresi olduğundan, dayanıklılık kavramı bu dönemde ayrı bir önem kazanmaktadır. Klinik uygulamalarda psikolojik dayanıklılığın değerlendirilmesine ve güçlendirilmesine yönelik sistematik yaklaşımlar ruh sağlığının korunması ve geliştirilmesi açısından temel bir rol oynamaktadır.

Riskler ve zorluklar, bireyin gelişim sürecinde kaçınılmaz unsurlar olarak ortaya çıkmaktadır. Ancak koruyucu faktörler—destekleyici aile ortamı, olumlu akran ilişkileri, güvenli okul iklimi ve bireysel baş etme becerileri—olumsuz sonuçların önlenmesinde belirleyici olmaktadır. Dayanıklılık, yalnızca risk faktörlerinin yokluğu değil, aynı zamanda bireyin mevcut kaynaklarını etkin biçimde kullanabilmesi ve olumlu gelişim gösterebilmesidir.

Ergenlik Döneminde Dayanıklılık

Ergenlik dönemi, kimlik gelişimi, akademik beklentiler, akran ilişkileri ve dijital ortamlara artan maruziyet gibi çok boyutlu stresörlerin eşlik ettiği bir süreçtir. Bu dönemde akademik sağlamlık, akran zorbalığına karşı dayanıklılık ve dijital sağlamlık gibi alt boyutlar öne çıkmaktadır. Akademik sağlamlık, öğrencinin başarısızlık ya da akademik stres karşısında motivasyonunu sürdürebilmesi anlamına gelirken, dijital sağlamlık, çevrimiçi ortamlarda karşılaşılan risklere karşı güvenli ve bilinçli başa çıkma becerisini ifade etmektedir.

Akran zorbalığı bağlamında dayanıklılık, yalnızca mağduriyetin azaltılmasıyla değil, bireyin özsaygı, öz-yeterlik ve sosyal destek algısının güçlendirilmesiyle ilişkilidir. Bu bağlamda okul temelli müdahaleler, bireysel ve çevresel düzeyde koruyucu faktörleri artırmayı hedeflemektedir.

Ergen değerlendirmelerinde dayanıklılık tek bir zaman noktasında ölçülen bir “puan” olarak değil, zaman içindeki baş etme örüntüsü olarak ele alınmalıdır. Alanyazına göre bütüncül yaklaşım ile, gelişimsel olarak yaşa uygun, belli bir süreçte kazandırılabilen kolektif ve ilişkisel bir kapasite olarak ele alınarak okul temelli dayanıklılık programlarının geliştirilmesi önerilmektedir.

Okul Temelli Önleyici Müdahaleler

Uluslararası onaylı okul temelli psikolojik dayanıklılık müdahale programları ve sonuçları alanyazında sunulmuştur. Avustralya’da farklı sosyoekonomik düzeylere sahip altı ilkokulda yürütölen uzunlamasına bir çalışmada, iki onaylı programın da çocuklarda anksiyete ve depresyon belirtilerini azaltmada ve psikolojik dayanıklılığı artırmada uzun vadeli yarar sağladığı gösterilmiştir. Ayrıca psikolojik dayanıklılığın, yalnızca müdahalenin bir çıktısı değil; aynı zamanda ruhsal belirtilerdeki iyileşmeyi açıklayan temel bir mekanizma olduğuna ortaya konmuştur. Bu durum, dayanıklılığın ruh sağlığı müdahalelerinde hem hedef hem de aracı değişken olarak ele alınması gerektiğini göstermektedir.

Ergenlerde yürütölen uzunlamasına başka bir çalışmada, en etkili yaklaşımın aile, birey, okul düzeylerini birlikte ele alan çok katmanlı müdahaleler olduğuna ve okul ortamlarının dayanıklılığı destekleyen en önemli etkenler arasında olduğuna belirtilmiştir.

Okul temelli, çok bileşenli dayanıklılık programlarının özellikle de sosyoekonomik olarak riskli ergenlerde uzun vadede etkili olduğuna ve dayanıklılığın ergen ruh sağlığında koruyucu, geliştirilebilir ve müdahaleye duyarlı bir hedef olduğuna yine alanyazında belirtilmektedir.



Zorbalık ergenlik döneminde en zorlayıcı durumlardan biridir. Ergenlerde zorbalık öyküsü ve dayanıklılık ilişkisini değerlendiren bir çalışmada da psikolojik dayanıklılığın zorbalığın depresyon üzerindeki olumsuz etkilerini zayıflatan temel bir koruyucu olduğu saptanmıştır.

Yenilikçi Psikolojik Danışmanlık Uygulamaları:

Psikolojik dayanıklılığı güçlendirmeye yönelik müdahalelerde bilişsel davranışçı terapi (BDT), pozitif psikoloji yaklaşımları ve mindfulness temelli uygulamalar önemli yer tutmaktadır. BDT, düşünce, duygu ve davranışlar arasındaki ilişkiyi vurgulamakta; bireyin işlevsel olmayan bilişsel kalıplarını tanımasını ve yeniden yapılandırmasını hedeflemektedir. Bu süreç, stresli yaşam olayları karşısında daha esnek ve gerçekçi değerlendirmeler yapabilme kapasitesini artırmaktadır.

Pozitif psikoloji temelli müdahaleler ise iyimserlik, şükran, güçlü yönlerin fark edilmesi ve anlam arayışı gibi olumlu psikolojik kaynakları desteklemektedir. Bu yaklaşım, yalnızca semptom azaltımına değil, iyi oluşun artırılmasına da odaklanmaktadır.

Mindfulness uygulamaları, anlık farkındalık ve kendini düzenleme becerilerinin geliştirilmesini amaçlamaktadır. Özellikle ergenlerde stres yönetimi, duygu düzenleme ve dikkat kontrolü açısından etkili bir araç olarak değerlendirilmektedir.

Dijital Dönüşüm ve Yenilikçi Uygulamalar

Dijitalleşme, ruh sağlığı hizmetlerinde yeni fırsatlar sunmaktadır. E-danışmanlık, çevrimiçi terapi platformları ve mobil uygulamalar hizmetlere erişimi artırmaktadır. Yapay zekâ destekli uygulamalar, oyunlaştırma temelli platformlar, akran desteği temelli çevrimiçi topluluklar eğlenceli öğrenme ortamları aracılığıyla dayanıklılık becerilerini desteklemektedir.

Bu dijital araçlar, özellikle hizmete erişimin sınırlı olduğu bölgelerde önemli avantajlar sunmakla birlikte, etik, veri güvenliği ve gizlilik konularında dikkatli değerlendirme gerektirmektedir.

Zorluklar ve Fırsatlar

Teknolojik araçların yaygınlaşması, erişilebilirlik ve dijital okuryazarlık konularını gündeme getirmektedir. Sosyoekonomik eşitsizlikler dijital müdahalelerin etkinliğini sınırlayabilmektedir. Bu nedenle altyapı iyileştirmeleri ve dijital okuryazarlık eğitimleri kritik önemdedir. Danışman yetkinliği de önemli bir faktördür. Teknoloji entegrasyonu için sürekli mesleki gelişim programları ve etik farkındalık gerekmektedir. Ayrıca bütüncül yaklaşım çerçevesinde okul iklimi, öğretmen-öğrenci ilişkileri ve aile desteği göz ardı edilmemelidir.

Uluslararası Programlar ve Model Önerileri

Uluslararası alanda uygulanan psikolojik dayanıklılık programları, çok katmanlı ve kültüre duyarlı yaklaşımlar içermektedir. Örneğin, Save the Children tarafından geliştirilen Children's Resilience Programme, travma bilgisi ve hak temelli bir çerçeve sunmaktadır.

Ülkemizde MEB onaylı, Unicef destekli Psikolojik Sağlık Psikoeğitim Programı (PSPP-O) yapılandırılmış oturumlar aracılığıyla bilişsel, duygusal ve davranışsal becerilerin geliştirilmesini hedeflemektedir. Programın kuramsal temeli bilişsel davranışçı yaklaşıma ve pozitif psikolojiye dayanmaktadır. Ana temalar arasında duygu farkındalığı, problem çözme, sosyal destek ağlarının güçlendirilmesi ve gelecek yönelimi yer almaktadır. Programın güçlü yönleri: yapılandırılmış içerik, ölçülebilir çıktılar ve uzun dönemli izleme imkânıdır.

Sonuç ve Öneriler

Değişen dünyada psikolojik dayanıklılık, yalnızca bireysel bir özellik değil; çevresel ve sistemik faktörlerle şekillenen dinamik bir süreçtir. Klinik uygulamalarda dayanıklılığın değerlendirilmesi, risk ve koruyucu faktörlerin bütüncül biçimde ele alınmasını gerektirir. Okul temelli müdahaleler, dijital uygulamalar ve aile katılımı içeren çok düzeyli programlar en etkili sonuçları sağlamaktadır.

Gelecekte yapılacak çalışmaların yapay zekâ ve sanal gerçeklik gibi ileri teknolojilerin etik çerçevede entegrasyonuna,



uzun dönemli etki analizlerine ve kültürel uyarlamalara odaklanması önerilmektedir. Dayanıklılık odaklı müdahalelerin yaygınlaştırılması, çocuk ve ergen ruh sağlığının güçlendirilmesinde temel bir strateji olarak değerlendirilmelidir.

Kaynaklar:

1. Kudret Yavuz. Çocuklar ve Ergenlerde Psikolojik Sağlılık: Kendini Toparlama Gücü. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar-Current Approaches in Psychiatry 2023; 15(1):112-131.
2. Anderson K, Priebe S. Concepts of Resilience in Adolescent Mental Health Research. J Adolesc Health. 2021 Nov;69(5):689-695. doi: 10.1016/j.jadohealth.2021.03.035. Epub 2021 May 24.
3. Rice KJ, Chen J, Kemps E, Roberts RM, Edwards S, Johnstone K. Two universal school-based prevention programs for depression and anxiety: 24-Month follow-up of an RCT. J Behav Ther Exp Psychiatry. 2024 Dec;85:101985. doi: 10.1016/j.jbtep.2024.101985. Epub 2024 Aug 3.
4. Zeng ZY, Ye WY, He YZ, Gu WH, Li SN, Nie YG. Longitudinal association between parent-child relationship and depression among Chinese adolescents: the role of psychological resilience and school climate. Child Adolesc Psychiatry Ment Health. 2025 Aug 25;19(1):97.
5. Llistosella M, Castellví P, García-Ortiz M, López-Hita G, Torné C, Ortiz R, Guallart E, Uña-Solbas E, Carlos Martín-Sánchez J. Effectiveness of a resilience school-based intervention in adolescents at risk: a cluster-randomized controlled trial. Front Psychol. 2024 Oct 22;15:1478424.
6. Lin LY, Chien YN, Chen YH, Wu CY, Chiou HY. Bullying Experiences, Depression, and the Moderating Role of Resilience Among Adolescents. Front Public Health. 2022 May 25;10:872100.
7. Ali Rıza Yavrutürk. Okullarda Psikolojik Sağlılık ve İnovasyon: Yenilikçi Psikolojik Danışmanlık Uygulamaları. Mediterranean Journal of Humanities. XIV/2 (2024) 261-275
8. Save the Children's Child and Youth Resilience Programme. Erişim web adres:
<https://resourcecentre.savethechildren.net/document/save-childrens-child-resilience-programme>
9. TC. Milli Eğitim Bakanlığı. Psikolojik Sağlılık Psikoeğitim Programı. Erişim web adres:
<https://orgm.meb.gov.tr/www/psikososyal-destek-programi-dijital-platformda/icerik/1527>



ERGENLERDE PSİKOLOJİK DAYANIKLILIĞIN KLİNİK UYGULAMALARDA DEĞERLENDİRİLMESİ VE GÜÇLENDİRİLMESİ

Doç. Dr. Zeynep Tüzün Gün

ERGENLERDE PSİKOLOJİK DAYANIKLILIĞIN KLİNİK UYGULAMALARDA DEĞERLENDİRİLMESİ VE GÜÇLENDİRİLMESİ

Doç. Dr. Zeynep Tüzün Gün

Psikolojik dayanıklılık, zorlu yaşam olayları ve riskli koşullar karşısında bireyin uyum gösterebilme ve baş edebilme kapasitesini ifade eden dinamik bir kavramdır. Dayanıklılık yalnızca bir kişilik özelliği değil; süreç, kapasite ve sonuç boyutları olan, bireyin içsel özellikleri ile çevresel koşulların etkileşimi içinde şekillenen bir yapıdır. Bu yönüyle psikolojik dayanıklılık, ergenin stresli ve zorlayıcı durumlar karşısında kendini toparlayabilmesini, riskleri yönetebilmesini ve uyum sağlayabilmesini içeren aktif bir gelişim süreci olarak ele alınmaktadır.

Bu alandaki araştırmalar başlangıçta “Bazı gençler risklere rağmen nasıl uyum gösterebilmektedir?” sorusu etrafında şekillenmiştir. Zamanla odak noktası yalnızca riskleri tanımlamaktan, dayanıklılığı mümkün kılan koruyucu faktörleri anlamaya doğru kaymıştır. Güncel yaklaşım, iyimserlik ve umut kavramlarını da içeren güçlendirici bir bakış açısını benimsemektedir. Dayanıklılığı arttırmaya yönelik çalışmalar, yalnızca ruhsal bozuklukların önlenmesinde değil; aynı zamanda fiziksel ve psikososyal sağlığın desteklenmesinde de önemli bir araç olarak değerlendirilmektedir. Özellikle ergenlik döneminde bu kavramın incelenmesi, gelişimsel kırılğanlıkların ve fırsat alanlarının bir arada bulunduğu bu evrede koruyucu müdahalelerin önemini artırmaktadır.

Araştırmalar, zorlu yaşam olayları ya da belirli riskler sonrasında dayanıklılık sergilenmesini mümkün kılan bazı koruyucu faktörlerin varlığını ortaya koymaktadır. Bu faktörler genel olarak bireysel, ailesel ve çevresel özellikler başlıkları altında ele alınmaktadır. Dayanıklılık öğrenilebilir ve geliştirilebilir özellikler içermekte; özellikle risk altındaki ve azınlık gruplarında koruyucu etkisi daha belirgin biçimde gözlenmektedir. Dayanıklı ergen, yalnızca dış koşullara tepki veren değil, aynı zamanda kendi sosyal çevresini oluşturma ve sürdürmede aktif rol alan bir birey olarak tanımlanmaktadır.

Bireysel Özellikler

Bireysel düzeyde psikolojik dayanıklılıkla ilişkili özellikler arasında bilişsel yetkinlik, problem çözme becerileri, planlama kapasitesi, duygusal tutarlılık, iletişim ve sosyal beceriler, içsel kontrol odağı, özerklik hissi, öz yeterlik algısı, mizaç özellikleri ve bağlanma biçimleri yer almaktadır. Duyguları tanıyabilme ve düzenleyebilme kapasitesi, ergenin yoğun duygusal yaşantılar karşısında işlevselliğini koruyabilmesinde temel bir rol oynamaktadır. Benlik algısının olumlu olması ve bireyin kendi etkisini hissedebilmesi, stresli durumlarda aktif baş etme davranışlarını desteklemektedir. Fiziksel iyi oluş hali ve sosyal iletişim becerileri de psikolojik dayanıklılığın destekleyici bileşenleri arasındadır.

Ailesel Özellikler

Ailesel düzeyde dayanıklılığı güçlendiren unsurların başında ebeveynlerle yakın ve güvene dayalı ilişki gelmektedir. Düşük aile içi stres, demokratik ebeveynlik tutumları, olumlu rol modellerinin varlığı, geniş aile ile sürdürülen bağlar ve ebeveyn izlemi/rehberliği önemli koruyucu etkenler olarak tanımlanmaktadır. Sevgi ve sınırın dengeli biçimde sunulduğu aile ortamı, ergenin hem duygusal güvenliğini hem de özerkliğini desteklemektedir.

Çevresel Özellikler

Çevresel düzeyde ise okul iklimi, okula bağlılık ve devamlılık, sağlıklı akran ilişkileri, sosyal destek ağları, güvenli mahalle ve yaşam alanları, eğlendirici ve dinlendirici faaliyetlere erişim ile sağlık hizmetlerine ulaşılabilirlik dayanıklılıkla ilişkili başlıca faktörlerdir. Ergen için aile dışındaki önemli yetişkin figürleri ve kurumlarla kurulan olumlu ilişkiler, koruyucu bir tampon işlevi görebilmektedir.

Araştırmalar; olumlu düşünme, yardım isteme davranışı, farkındalıkla hareket edebilme ve öz şefkat gibi bireysel



baş etme örüntülerinin depresyon, kaygı ve kendine zarar verme davranışları üzerinde koruyucu rol oynayabildiğini göstermektedir. Aile desteği ve ebeveynle geçirilen nitelikli zamanın riskli davranışları azaltıcı etkisi; demokratik ebeveynlik tutumlarının ise özellikle intihar düşüncesi ve girişimi açısından koruyucu rolü vurgulanmaktadır. Okula bağlılık, güvenli çevre algısı ve sağlıklı akran ilişkileri de ergen ruh sağlığı açısından önemli koruyucu değişkenler olarak öne çıkmaktadır.

İlerleyen bölümde klinik uygulamada bireysel koruyucu özelliklerden duygu düzenleme becerileri ve problem çözme becerileri, ailesel koruyucu özelliklerden ebeveyn duygusal erişilebilirliği ve aile içi yapı ve tutarlılık daha ayrıntılı ele alınacaktır.

Duygu Düzenleme Becerileri

Ergenlerde psikolojik dayanıklılığın temel bireysel bileşenlerinden biri duygu düzenleme kapasitesidir. Klinik pratikte sıklıkla karşılaşılan tablo, ergenin duyguyu yaşamasından çok duygunun hızla yoğunlaşıp taşkınlaşmasıdır. Akran çatışmaları sonrası öfke kontrolünde zorlanma, bedensel yakınmalarla başvuru ya da ani davranışsal tepkiler bu alandaki güçlüklerin yansımaları olabilir. Değerlendirme sürecinde yalnızca “öfkesini kontrol edebiliyor mu?” sorusu yeterli değildir. Ergenin duygularını fark edip edemediği, beden sinyallerini tanıyıp tanımadığı ve yoğun duygular sırasında hangi baş etme yollarını kullandığı incelenmelidir. Kısa klinik görüşme soruları, o ana ilişkin farkındalığı arttırmaya yardımcı olur. “O anda bedeninde ne oldu?” veya “Bu duygu geldiğinde ne yapıyorsun?” gibi sorular, ergenin içsel deneyimini anlaması ve yapılandırmasına destek sağlar. Amaç, yaşantıyı “birden oldu” şeklinde genellemek yerine, anlık süreçlerin fark edilmesini kolaylaştırmaktır. Güçlendirme çalışmalarında psikoeğitim, duygu günlüğü tutma, duygu adlandırma egzersizleri ve nefes çalışmaları etkili araçlardır. Hedef duyguyu bastırmak değil; baş edilebilir ve yönetilebilir hale getirmektir. Davranışsal düzenleme tekniklerinin ardından, yoğun duygu anında uygulanabilecek alternatif baş etme yollarının birlikte yapılandırılması önerilir.

Problem Çözme Becerileri

Dayanıklı ergenler sorun yaşamayan ergenler değil, sorunla karşılaştıklarında etkili adım atabileceklerine inanan ergenlerdir. Bu nedenle, problem çözme becerilerine ilişkin öz yeterlik algısı psikolojik dayanıklılığın güçlü bir yordayıcısıdır. Akademik başarısızlık ya da sosyal güçlükler karşısında yapılan genelleyici ve kendilik değeri düşürücü yorumlar dayanıklılığı zayıflatabilmektedir. Değerlendirmede ergenin geçmişte baş ettiği zorlukları nasıl anlattığı önemli bir ipucu sunar. Başarıyı şansa mı yoksa kendi çabasına mı atfettiği, başarısızlıkları nasıl anlamlandırdığı ve geleceğe yönelik beklentileri klinik görüşmenin odak noktaları arasında yer alır. “Bununla daha önce nasıl uğraştın?” sorusu hem değerlendirme hem de müdahale niteliği taşıyabilir. Güçlendirme sürecinde problemin küçük ve yönetilebilir parçalara ayrılması, ulaşılabilir hedefler belirlenmesi, seçenek üretme becerisinin desteklenmesi ve elde edilen küçük başarıların görünür kılınması etkilidir. Daha önce işe yarayan yöntemlerin hatırlatılması da öz yeterlik duygusunu güçlendirir.

Ebeveynin Duygusal Erişilebilirliği

Ailesel düzeyde dayanıklılığı destekleyen en güçlü faktörlerden biri ebeveynin duygusal olarak erişilebilir olmasıdır. Bu durum kusursuz ebeveynlikten ziyade, ergenin duygusunun görülmesi ve geçerli kılınması ile ilişkilidir. Ergen için ebeveynin “orada” olması, sorunu hemen çözesinden çok duyguyu tanıyıp kabul etmesini ifade eder. Değerlendirmede ebeveyn-ergen etkileşiminin tonu, çatışma anlarındaki ebeveyn tutumu ve ergenin ailesine dair anlatısı önemli göstergelerdir. Güçlendirme çalışmalarında ebeveyn görüşmeleri oldukça işlevseldir. Duygu yansıtma, yargısız dinleme ve çözüm sunmadan önce anlama becerileri üzerinde durulması önerilir. Basit bir duygu yansıtma ifadesi, ergenin stresle baş etme kapasitesinde anlamlı bir artış sağlayabilir.

Aile İçi Yapı ve Tutarlılık

Dayanıklılık yalnızca sıcak ilişkilerle değil, aynı zamanda tutarlı bir yapı ile de güçlenir. Sınırların net olması ve rollerin belirginliği, kriz anlarında dünyayı daha öngörülebilir kılar. Belirsiz kurallar ve tutarsız ebeveyn tutumları ergenin stres düzeyini artırabilmektedir. Değerlendirmede aile içi kuralların açıklığı, ebeveynler arası tutarlılık ve kriz dönemlerindeki işleyiş ele alınmalıdır. Güçlendirme aşamasında küçük yapılandırma önerileri; günlük rutinlerin oluşturulması, ortak karar alanlarının belirlenmesi, beklentilerin açıkça konuşulması ve sınırların tutarlı biçimde uygulanması gibi, ergenin



psikolojik güvenlik algısını destekler.

Sonuç olarak, psikolojik dayanıklılık, ergenin sahip olduğu sabit bir özellikten ziyade, bireysel özellikler, aile ilişkileri ve çevresel koşulların etkileşimi içinde gelişen dinamik bir süreçtir. Klinik uygulamalarda dayanıklılığın değerlendirilmesi ve güçlendirilmesi, yalnızca belirti azaltmaya değil, ergenin yaşam boyu kullanabileceği içsel ve ilişkisel kaynakların yapılandırılmasına hizmet eder.

Kaynaklar

- 1) Ciren Z, Tsui HKH, Chan SKW. Effects of resilience interventions for adolescents and young adults without psychiatric diagnoses: a systematic review and network meta-analysis of randomized controlled trials. *Adolesc Res Rev.* 2025.
- 2) Cakir G, Isik U, Ustun UD, Su N, Gumusgul O. Resilience among Turkish adolescents: a multi-level approach. *PLoS One.* 2024;19(7):e0300165.
- 3) Gonzlez Moreno A, Molero Jurado MM. Social skills and creativity as elements that enhance resilience in adolescence. *Behav Sci (Basel).* 2024;14(12):1158.



SAĞLIKTA DOĞAL DENGİ: MAGNEZYUM VE SAFRAN BİRLİKTELİĞİ

Prof. Dr. Hüseyin DAĞ

Magnezyum, insan fizyolojisinde 300'den fazla enzimatik reaksiyonda görev alan ve enerji metabolizması, sinir-kas iletimi, kardiyak ritim düzenlenmesi ve hücrel stabilite gibi temel süreçlerde rol oynayan esansiyel bir mineraldir (1,2). Vücuttaki toplam magnezyumun yaklaşık %99'u kemik ve hücre içi kompartımda bulunurken, serum magnezyumu toplam havuzun yalnızca küçük bir kısmını yansıtır. Bu nedenle serum magnezyum düzeylerinin normal olması, her zaman doku düzeyinde yeterli magnezyum varlığı anlamına gelmeyebilir (2). Klinik pratikte magnezyum yetersizliği sıklıkla özgül olmayan belirtilerle ortaya çıkar; yorgunluk, kas krampları, huzursuzluk, uyku kalitesinde azalma ve dikkat güçlüğü bu belirtiler arasında sayılabilir (3).

Beslenme açısından magnezyumun başlıca kaynakları yeşil yapraklı sebzeler, baklagiller, kuruyemişler, tam tahıllar ve mineralden zengin sulardır (4). Ancak modern beslenme alışkanlıklarında rafine ve ultra-işlenmiş gıdaların artışı, mikrobeyin yoğunluğu düşük diyetleri yaygınlaştırmıştır. Ayrıca tarımsal üretim süreçleri ve toprak mineral içeriğindeki değişimlerin bazı besinlerin mineral yoğunluğunu azaltabildiği bildirilmektedir (4). Bu durum, büyüme hızının arttığı ve psikososyal stres yükünün yoğunlaştığı ergenlik döneminde daha anlamlı hale gelmektedir.

Uluslararası beslenme referanslarına göre günlük magnezyum gereksinimi yaş ve cinsiyete göre değişmektedir. 9–13 yaş için önerilen günlük alım 240 mg, 14–18 yaş kızlarda 360 mg/gün ve erkeklerde 410 mg/gün düzeyindedir (4). Bu dönemde yetersiz magnezyum alımının uyku düzeni, dikkat süreçleri ve duygu durum üzerinde dolaylı etkiler oluşturabileceği bildirilmektedir (3,5).

Magnezyumun stres yanıtıyla ilişkisi de dikkat çekicidir. Magnezyumun hipotalamo-hipofizer-adrenal (HPA) aks üzerinde düzenleyici rol oynayabileceği ve kortizol yanıtını modüle edebileceği gösterilmiştir (5). Stres durumlarında idrarla magnezyum atılımının artması, magnezyum eksikliği ile stres arasında çift yönlü bir döngü oluşturabilir (5). Ayrıca magnezyumun sirkadiyen ritim ve melatonin senteziyle ilişkili mekanizmalara dolaylı katkıları, uyku fizyolojisindeki rolünü desteklemektedir (6).

Safran (*Crocus sativus*), özellikle anksiyete, duygu durum ve uyku eksenini bağlamında araştırılan bir bitkisel ajandır. Safranın başlıca biyoaktif bileşenleri olan crocin, crocetin ve safranal; antioksidan etkiler, serotonerjik modülasyon ve GABAerjik yollar üzerinden etki gösterebilir (7). Randomize kontrollü çalışmalarda safranın hafif-orta düzey depresyon ve anksiyete semptomlarında iyileşme sağlayabileceği bildirilmiştir (8,9). Ergen yaş grubunda yapılan plasebo kontrollü bir çalışmada da standardize safran özütünün duygudurum semptomları üzerinde olumlu etkileri rapor edilmiştir (10). Güvenlik açısından önerilen doz aralığında (14–30 mg/gün) genellikle iyi tolere edildiği ve ciddi yan etkilerin nadir olduğu bildirilmektedir (7–9).

Sonuç olarak magnezyum metabolik ve nöroendokrin işlevler için temel bir mineralken; safran nörotransmitter sistemler ve antioksidan yollar üzerinden duygu durum ve uyku süreçlerine katkı sunabilecek tamamlayıcı bir seçenek olarak değerlendirilebilir. Ancak bu yaklaşımlar mucizevi çözümler olarak görülmemeli; dengeli beslenme, yeterli uyku, stres yönetimi ve uygun klinik değerlendirme ile birlikte ele alınmalıdır. Bütüncül bir sağlık yaklaşımı içinde değerlendirildiğinde, bazı ergenlerde doğal dengeyi destekleyici rasyonel bir çerçeve sunabilirler.

Kaynaklar

1. Gröber U, Schmidt J, Kisters K. Magnesium in prevention and therapy. *Nutrients*. 2015;7(9):8199-8226.
2. Elin RJ. Assessment of magnesium status. *Clin Chem*. 1987;33:1965-70.
3. de Baaij JHF, Hoenderop JGJ, Bindels RJM. Magnesium in man: implications for health and disease. *Physiol Rev*. 2015;95:1-46.



4. Institute of Medicine. *Dietary Reference Intakes for Calcium and Vitamin D and Magnesium*. National Academies Press; 2011.
5. Pickering G, Mazur A, Trousselard M, et al. Magnesium status and stress: the vicious circle concept revisited. *Nutrients*. 2020;12:3672.
6. Abbasi B, Kimiagar M, Sadeghniaat K, et al. The effect of magnesium supplementation on primary insomnia. *J Res Med Sci*. 2012;17(12):1161-9.
7. Lopresti AL, Drummond PD. Saffron (*Crocus sativus*) for depression. *Hum Psychopharmacol*. 2014;29:517-27.
8. Hausenblas HA, Saha D, Dubyak PJ, Anton SD. Saffron (*Crocus sativus* L.) and major depressive disorder. *J Integr Med*. 2013;11:377-83.
9. Marx W, Lane M, Rocks T, et al. Effect of saffron supplementation on symptoms of depression and anxiety: a meta-analysis. *J Integr Med*. 2019;17:377-386.
10. Lopresti AL, Smith SJ, Malvi H, Kodgule R. An investigation into saffron in children and adolescents with mood symptoms. *J Child Adolesc Psychopharmacol*. 2018;28:1-8.



ELEKTRONİK SIGARA (PUFF) KULLANIMI

Dr. Öğr. Üyesi Ayşe Gül Güven

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ergen Sağlığı Bilim Dalı

Elektronik sigara (e-sigara), elektronik nikotin dağıtım sistemleri (ENDS) ve ısıtılmış tütün ürünleri (HTP), ergen yaş grubunda hızla yaygınlaşan ve klinik pratiği doğrudan etkileyen bir halk sağlığı sorunudur. Başlangıçta “daha az zararlı alternatif” söylemi ile pazarlanan bu ürünler, güncel veriler ışığında özellikle ergenler açısından nikotin bağımlılığı, solunumsal etkiler, ruhsal belirti yükünde artış ve geleneksel tütün ürünlerine geçiş açısından önemli riskler taşımaktadır.

Küresel veriler, son yıllarda tek kullanımlık cihazların ve yüksek nikotin içerikli pod sistemlerin kullanımında belirgin bir artış olduğunu göstermektedir. Ergenlerin bu ürünlere yöneliminde aroma çeşitliliği, sosyal medya etkisi, akran normları, “buhar zararsızdır” algısı, ürünlerin kolay taşınabilirliği ve gizlenebilirliği başlıca belirleyiciler olarak öne çıkmaktadır. Özellikle tat/aroma bileşenleri ve cihaz tasarımının genç kullanıcı davranışını etkileyecek şekilde kurgulanması, başlamayı kolaylaştıran tütün endüstrisinin kritik bir endüstriyel stratejisi olarak değerlendirilmektedir.

Ergen beyni nörogelişimsel olarak halen olgunlaşma sürecindedir. Prefrontal korteks gelişiminin sürmesi, ödül-duyarlılık sistemlerinin görece baskınlığı ve dürtü kontrol mekanizmalarının henüz tam yerleşmemiş olması, nikotine karşı bağımlılık gelişimini hızlandırabilmektedir. Bu dönemde nikotin maruziyeti; dikkat, çalışma belleği, öğrenme süreçleri, dürtüsellik ve duygudurum regülasyonu üzerinde olumsuz etkilerle ilişkilendirilmektedir. Klinik gözlemlerde sık karşılaşılan bir tablo, kısa sürede tolerans artışı, sık kullanım paternine geçiş ve bırakma girişimlerinde yoksunluk semptomları nedeniyle erken relaps gelişmesidir.

E-sigara aerosolü yalnızca nikotin içermez; propilen glikol, bitkisel gliserin, karbonil bileşikler, uçucu organik bileşikler, ince partiküller ve çeşitli metal bileşenler de maruziyet profilinde yer alabilir. Bu bileşenlerin özellikle solunum yolu irritasyonu, bronş hiperreaktivitesi, öksürük, wheezing ve egzersiz toleransında azalma ile ilişkisi bildirilmiştir. Astım veya alerjik hastalık öyküsü olan ergenlerde semptom kontrolünün bozulması ve atak sıklığında artış riski ayrıca önem taşır. Kardiyovasküler düzeyde ise sempatik aktivasyon, kalp hızı artışı ve damar fonksiyonu üzerinde e-sigaraya özgü olumsuz etkiler olduğunu gösteren bilimsel veriler her geçen gün artmaktadır.

Ruh sağlığı boyutu, ergen e-sigara kullanımında ayrı bir klinik önem taşır. Literatürde depresif belirtiler, anksiyete, dürtüsellik, riskli davranış kümelenmesi ve bazı örneklerde intihar düşüncesi/planı ile ilişki bildiren çalışmalar bulunmaktadır. Bununla birlikte bu ilişkinin yönü ve nedensellik yapısı her zaman net değildir; çünkü verilerin önemli bir kısmı kesitseldir ve sosyal belirleyiciler, eşlik eden madde kullanımı, aile işlevselliği gibi çoklu karıştırıcı değişkenlerden etkilenebilir. Yine de klinik uygulamada ruh sağlığı taraması ile nikotin taramasının eşzamanlı yapılması gerektiği açıktır.

Gençlerde e-sigara kullanımının en kritik sonuçlarından biri, klasik sigaraya geçiş olasılığı ile ilişkisidir. Çok sayıda boylamsal çalışma ve meta-analiz, başlangıçta e-sigara kullanan gençlerde ilerleyen dönemde konvansiyonel sigaraya başlama olasılığının daha yüksek olduğunu bildirmektedir. Bu durum, e-sigarayı “zarar azaltıcı son basamak ürün” olarak değerlendiren yetişkin odaklı yaklaşımın ergen popülasyona doğrudan genellenemeyeceğini göstermektedir. Ergenlikte temel hedef, herhangi bir nikotin ürününe başlanmasını önlemek ve başlayan olgularda en erken dönemde bırakma desteği sağlamaktır.

Klinik değerlendirme ve yönetim ilkeleri

Ergen izlemlerinde her başvuruda tütün ve nikotin ürünleri sistematik olarak sorgulanmalıdır. Sorgulama yalnızca “sigara içiyor musun?” biçiminde kalmamalı; e-sigara, pod, puff bar, nikotin poşeti, ısıtılmış tütün ve birlikte kullanım davranışlarını da kapsamalıdır. HEEDSSS görüşmesine nikotin ürünlerini dahil etmek, rutin tarama için pratik bir çerçeve sunar. Değerlendirmede kullanım sıklığı, ilk kullanım yaşı, günlük puff sayısı, cihaz tipi, nikotin konsantrasyonu, aroma tercihleri, bırakma denemesi ve yoksunluk belirtileri ayrıntılı biçimde kaydedilmelidir.

Danışmanlık yaklaşımı yargılayıcı olmadan, açık ve bilimsel risk iletişimi ile yürütülmelidir. Ergene “zararsız buhar”



algısının doğru olmadığı; nikotinin bağımlılık yapıcı etkisinin hızlı gelişebileceği ve bilişsel-duygusal süreçleri etkileyebileceği anlaşılır bir dille anlatılmalıdır. Aileyle yapılacak görüşmede suçlayıcı çerçeveden kaçınılmalı; ev ve araç içinde tüm nikotin ürünlerini kapsayan dumansız ortam kuralı, model olma davranışı ve dijital medya maruziyetinin yönetimi üzerinde durulmalıdır.

Bırakma desteğinde motivasyonel görüşme teknikleri, kısa davranışsal müdahaleler ve düzenli izlem ziyaretleri temel yaklaşımdır. Nüks riskinin yüksek olduğu ilk haftalarda daha sık temas planlanması yararlıdır. Eşlik eden depresyon, anksiyete, DEHB, davranım sorunları veya madde kullanımı bulunan olgularda çocuk ve ergen ruh sağlığı ile koordineli, entegre bakım modeli önerilir. Tedavi planı kişiselleştirilmeli; uyku düzeni, fiziksel aktivite, stres yönetimi ve sosyal destek kaynakları birlikte ele alınmalıdır.

Halk sağlığı ve düzenleme boyutu

E-sigara epidemisi yalnızca bireysel danışmanlıkla kontrol edilemez; güçlü politika önlemleri gerekir. Yaş sınırının etkili denetimi, çevrim içi satışın engellenmesi, ürün içerik ve nikotin yoğunluğu standartlarının sıkılaştırılması, aroma düzenlemeleri, görünür sağlık uyarıları ve gençleri hedefleyen pazarlamanın yaptırımla sınırlandırılması temel başlıklardır. Okul temelli önleme programları, aile eğitimleri ve sosyal medya karşı-kampanyaları klinik müdahaleleri tamamlayan koruyucu araçlardır.

Türkiye bağlamında yasal çerçeve kısıtlayıcı olmakla birlikte, sahada kaçak ürün arzı ve dijital kanallar üzerinden erişim sürmektedir. Bu nedenle mevzuatın yalnızca varlığı değil, uygulama kapasitesi belirleyicidir. Gümrük denetimi, e-ticaret izlemi, saha denetimleri ve kurumlar arası veri paylaşımı güçlendirilmeden genç erişimi istenen düzeyde azaltılamamaktadır. Sağlık çalışanlarının standart tarama-danışmanlık algoritmalarıyla desteklenmesi, birinci basamak-ergen sağlığı-ruh sağlığı hattında ortak bakım dilinin oluşturulması ve ulusal izlem göstergelerinin düzenli raporlanması etkili bir kontrol stratejisinin parçasıdır.

Sonuç

Elektronik sigara ve ilişkili nikotin ürünleri, ergen yaş grubunda “daha güvenli seçenek” olarak değil; erken bağımlılık, solunumsal ve psikososyal risklerin kümelendiği bir maruziyet alanı olarak ele alınmalıdır. Etkili yanıt için üç alan birlikte yürütülmelidir: (1) klinikte rutin ve yapılandırılmış tarama, (2) erken dönemde davranışsal bırakma desteği ve aile-temelli danışmanlık, (3) gençleri koruyan güçlü düzenleme ve denetim politikaları. Bu bütüncül yaklaşım, ergenlerde nikotinle erken karşılaşmayı azaltmak ve uzun dönem tütün yükünü düşürmek için gerçekçi bir yol haritası sunmaktadır.

Anahtar kelimeler: ergen, elektronik sigara, nikotin bağımlılığı

Kaynaklar

1. World Health Organization. WHO report on the global tobacco epidemic, 2023: Protect people from tobacco smoke. Geneva: WHO; 2023.
2. American Academy of Pediatrics. E-cigarettes and similar devices: Policy statement. Pediatrics. 2025.
3. Soneji S, Barrington-Trimis JL, Wills TA, et al. Association between initial use of e-cigarettes and subsequent cigarette smoking among adolescents and young adults: A systematic review and meta-analysis. JAMA Pediatr. 2017;171(8):788-797.
5. Marynak K, Gentzke A, Wang TW, et al. Exposure to electronic cigarette advertising among middle and high school students - United States, 2014-2016. MMWR Morb Mortal Wkly Rep. 2018;67:294-299.
6. Glantz SA, Bareham DW. E-cigarettes: Use, effects on smoking, risks, and policy implications. Annu Rev Public Health. 2018;39:215-235.
7. Marques P, Piqueras L, Sanz MJ. An updated overview of e-cigarette impact on human health. Respir Res. 2021;22:151.



8. American Academy of Pediatric Dentistry. Policy on tobacco use and electronic nicotine delivery systems (ENDS). Latest revision 2024.



ÖZGÜVEN-DİKKAT-DERS ÜÇLEMESİ

Doç. Dr. Raziye DUT

İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Özgüven kişinin kendini tanıması ile ilişkilidir. Günümüzde çok moda olan özgüven kelimesinin temelleri çok eski dönemlere dayanmaktadır. Bugün Yunanistan'da Apollon tapınağının girişinde "Gnothi Seauton" (Kendini Tanı) yazdığı görülmektedir. Aristoteles, özgüveni bir uğta korkaklık, diğer uğta ise cüretkarlık olan iki uç arasındaki denge "özgüven", yani "cesaret" olarak tanımlamıştır. Çocukluğunda fiziksel engeli olan Alfred Adler ise kişinin eksiklikle doğduğunu, dönem içinde eksikliklerini tamamladığını savunarak, eğer eksiklik sağlıklı tamamlanmazsa aşağılık kompleksi, şayet çok hırslı yapılırsa üstünlük kompleksi olacağını, ama sağlıklı tamamlanırsa özgüven oluşacağını belirtmiştir. Özgüven doğuştan kazanılan genetik bir karakter özelliği değildir. Edinsel kazanılır ve çevresel faktörlerden etkilenir, inişler ve yükselişler gösterir. Özgüven başarıya odaklıdır ve beyin başarıyı kanıt olarak sunar. William James, özgüveni beklenti yönetimi olarak tanımlamıştır. Başarılar ve beklentiler arasındaki oran olarak belirtmiştir. Bu tanıma göre, beklentilerimizi çok yüksek tutarsak veya yeterince başarılı olamazsak özgüvenimiz düşer.

Özgüvenin temel bileşenlerini özyeterlilik ve öz sayęı oluşturmaktadır. Özsayęı çevresel faktörlerden etkilenmez ve de iniş çıkış göstermez. Kişinin kendini tanıması, kendi sınırlarını ve değerini bilmesi ile ilişkilidir. Olumsuzluklar karşısında özsayęı azalmaz, kişi başarısız olduğunda da kendi değerini bilir.

Özgüveni etkileyen faktörler, özsayęı, cinsiyet (kızlar erkeklere göre özgüven düşük bulunmuştur), (aile tarzı(anne-baba uyumu, otoriter ailede yetişen kişilerde özgüven daha yüksek bulunmuştur.), çevre, akran ilişkileri, coğrafi bölge (doğduğun coğrafya kaderindir), toplum, sosyal medya kullanımı (Sanobia ve ark.'na göre, bir kişinin özgüven puanı, Facebook'ta geçirdiği her saat için 5,574 puan azalmaktadır.), başarı, kayęı sayılabilir.

Dikkat ise odaklanmayı tanımlar. William James, dikkatin bir "seçim" olduğunu; diğer şeyleri dışarıda bırakma (inhibisyon) kapasitesi gerektirdiğini ilk vurgulayan kişidir. Dikkat sürelerinin yaş ile birlikte artması beklenmektedir.

Hem dikkat hem de özgüven geliştirilebilir, güçlendirilebilir. Ders çalışırken dikkati toparlamak için 5(5 tane görebildiğin nesneye odaklan), 4(4 tane dokunabildiğin şeyi hisset), 3(3 tane ses duy), 2(2 tane koku al), 1(1 tane tat al) 5-4-3-2-1 önerisi uygulanabilir.

Kaynaklar

Mangaleswaran R, Mudiappan M. Self-confidence: a key to boost self-esteem and happiness. J Sch Soc Work. 2010;8(14):17–9.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6359051>



ZORBALIğIN SOSYOLOJİSİ

Dr. Gözde erioğlu Yücel

Giriş

Son yıllarda, daha görünür bir olgu olarak tartışılan akran zorbalığı, çoğu zaman bireysel patolojiler, problemliler çocuklar ya da empati yoksunluğu üzerinden açıklanan bir olgudur. Oysa, akran zorbalığının kök nedenlerini açıklamak ve anlamlandırmak için daha geniş bir perspektife ihtiyaç bulunmaktadır. Sosyolojik bakış açısı, analizin odağını bireyden ilişkilere, semptomlardan bağlama, tanıdan toplumsal süreçlere kaydırarak bu ihtiyaı karşılayan önemli bir mercek sunar. Sosyolojik yaklaşım, akran zorbalığını, bireysel bir sapmadan ziyade g ilişkileri, statü hiyerarşileri, normatif baskılar ve kurumsal bağlam içinde ortaya çıkan ilişkisel bir süreç olarak ele alır (Donoghue, 2023; Peguero, 2012). Bu konuşmada, zorbalığı ‘problemliler çocuklar, ergenler ya da bireyler üzerinden değil; toplumsal ilişkiler, kurumlar ve hızla değişen bir toplum üzerinden düşünmenin gerekliliği üzerinde durulmaktadır.

Türkçe’de zorbalık kelimesinin karşılığı, ‘‘zorbaca davranışta bulunmak’’ (TDK Szlik, 2026) anlamına gelmekte, İngilizce’de kullanılan ‘‘bully’’ kavramı da benzer şekilde, kendisinden daha zayıf, kk ya da kırılgan görülen kişilere karşı alışkanlık hlinde zalim, tehditkr ve aşağılayıcı davranışlar sergileyen kişi anlamında kullanılmaktadır. ‘‘Bullying’’ ise bir kişiye yönelik sistematik biçimde zorbalık yapma, onu korkutma, aşağılama ya da baskı yoluyla bir davranışa zorlama eylemini ifade eder; kelimenin bugünkü olumsuz anlamıyla kullanımı 17. yüzyıla uzanır (Merriam-Webster, t.y.).

Literatürde zellikle Olweus geleneği, zorbalığı üç temel ölçütle tanımlar: kasıtlı zarar verme, süreklilik, g eşişsizliği (Olweus, 1993). Bu tanım zorbalığı görünür kılmak açısından önemlidir; ancak odağı çoğu zaman zorba–mağdur ikiliğine indirger. Sosyolojik yaklaşım ise ‘‘peer victimization’’ kavramı üzerinden mağduriyetin üretildiği sosyal ağlara, normlara ve hiyerarşilere bakmayı önerir (Donoghue, 2023).

Akran zorbalığı literatürünün tarihsel olarak bir dönüşüm geçirdiğini söylemek yanlış olmayacaktır. Akran zorbalığı literatürü, bireysel sapkın davranıştan; sosyal ilişkiler, dijital kültür ve yapısal eşişsizlikler içinde ele alınan çok katmanlı bir g ilişkisine evrilmiştir. 1970’ler ve 1980’lerde zorbalık görünür kılınmış ve kavramsallaştırılmış; bireysel özellikler ve güç dengesizliği üzerinde durularak zorba–kurban rolleri, fiziksel güç, mizaç ve kişilik özellikleri üzerinden açıklanmıştır. 1990’larda zorbalık, okul iklimi ve sosyal ilişkiler üzerinde duran çalışmalara, zorbalığı yalnızca bireysel değil; sınıf yapısı, ğretmen tutumları ve akran gruplarıyla ilişkili bir olgu olarak ele alınır. 2000’lerde, psikolojik sonuçlar ve risk faktörleri, zorbalığın ruh sağlığı üzerindeki kısa ve uzun vadeli etkileri (depresyon, kaygı, akademik başarı) merkeze alınırken, 2010’larda dijitalleşme, siber zorbalık ve çoklu kimlikler işlenmiştir. Zorbalığın evrim içi alanlara taşınmasıyla birlikte, toplumsal cinsiyet, etnisite, engellilik gibi kesiğimsel eşişsizliklerle birlikte incelendiği görülür. Günümüzde, akran zorbalığının, g, normlar, yapısal eşişsizlikler ve okulun bütüncül esenlik politikaları bağlamında ele alındığı söylenbilir.

Okulda G, Statü ve Eşişsizliğin Yeniden retimi

Akran zorbalığı konusunu ele alırken, okulu sosyal bir mekan olarak değerlendirmek önemlidir. Okul, toplumsal eşişsizliklerden yalıtılmış bir alan değildir. Aksine, toplumun değerlerini, güç ilişkilerini, normlarını, toplumsal eşişsizlikleri yeniden üreten temel bir sosyal mekndır (Bourdieu, 1986).

Okul, sosyalizasyon sürecinin merkezi aktörlerinden biri olarak, çocukların ve ergenlerin çoğu zaman farkında olmadan egemen kültürü, toplumsal normları ve hkim söylemleri içselleştirdikleri ve yeniden ürettikleri bir alan işlevi görür. ocuk için okul, yalnızca akademik bilginin aktarıldığı bir kurum değil; aynı zamanda birlikte yaşamanın kurallarının öğrenildiği, adalet, güven ve dayanışma gibi temel toplumsal kavramların ilk kez deneyimlendiği kamusal bir alandır. Bu bağlamda okul, çocukların toplumsal ilişkilerin nasıl kurulduğunu ve işlediğini gözlemledikleri, toplumsal düzenin



gündelik hayattaki karşılıklarını öğrendikleri en erken ve en etkili sosyal sahnelerden biridir (Peguero, 2012; Crosnoe, 2023; Donoghue 2023). Bununla birlikte, okullar kendi içinde statü hiyerarşileri olan sosyal sistemlerdir. Crosnoe'ya göre (2023,s.x-xi) bu sistem içinde gençler kendi statülerini, konumlarını, kazanmak için mücadele veren “jokey”ler gibidirler. Bazen aynı genç, içinde bulunduğu ilişkilerin zaman içinde değişimi ile zorbayken mağdur, mağdurken zorba olabilir. Bazen zorbalık, belirli bağlamlarda, “sosyal ödüller” (ör: statü) üretebildiği için sistem içinde bir statü kazanma stratejisi olarak ortaya çıkabilir. Bunun yanında, okullar gibi sosyal sistemler daha geniş toplumsal değerler—rekabetçilik, toplumsal cinsiyet ikiliği gibi normlar—tarafından şekillendirilmekte; böylece gençlerin statü kazanma ya da kaybetmeme biçimleri makro düzey kültürel akımlarla bağlantılı hâle gelmektedir. Günümüzde sosyolojik çalışmalarda zorbalık, bireysel patolojilerle değil, gençlerin statü üretmesiyle, akranlar arasındaki normatif baskı mekanizmaları ile, bazen de ergen özerklik arayışının bir tezahürü olarak okunmaktadır (Donoghue 2023).

Toplumsal eşitsizliklerin, toplumsal cinsiyet, etnisite, göçmenlik durumu ve sosyoekonomik statü gibi faktörler zorbalık deneyimini belirgin biçimde etkilediği görülmüştür. Araştırmalar, etnik azınlık öğrencilerin ve LGBTQ+ öğrencilerin daha yüksek mağduriyet yaşadığını; zorbalık türlerinin toplumsal cinsiyete göre farklılaştığını, erkek öğrencilerin daha çok fiziksel zorbalığa, kız öğrencilerin ise sözel ve ilişkisel (dışlama, dedikodu) zorbalığa maruz kaldığını göstermekte; okul politikaları genellikle fiziksel şiddete odaklandığı için, kız öğrencilerin yaşadığı psikolojik ve ilişkisel zorbalık türlerinin çoğu zaman göz ardı edildiği, bu durumun kız öğrenciler açısından akademik başarıda düşüş ve psikolojik sorunlar doğurabildiğini ortaya koymaktadır (Peguero, 2012).

Bu bağlamda, Bourdieu'nun (1986) kültürel sermaye kavramı çerçevesinde, dil, beden, giyim, stil ve sınıfsal göstergelerin akran ilişkilerinde statü belirleyicisi hâline geldiğini de gözden kaçırmamak gerekir. Gençler arasında okul içinde ya da okul duvarlarını aşan zorbalık davranışlarının ardında, tüketim kültürünün egemen olduğu günümüz toplumlarında, sınıfsal göstergelerin, gençler arasındaki anlamlarının; zorbalığın, toplumsal eşitsizliklerin sınıf içine sızdığı bir mekanizma olarak işleyebileceğinin dikkate alınması önemlidir.

21. yüzyılda zorbalık yalnızca okul mekânında kalmamaktadır. Dijitalleşme ile birlikte süreklilik kazanmış, mekânsızlaşmış ve tanıklık biçimleri değişmiştir. Siber zorbalık literatürü, görünürlük rejimlerinin ve çevrimiçi kamusalığın zorbalığın doğasını dönüştürdüğünü göstermektedir (Da et al., 2023). Ayrıca, COVID-19 sonrası dönemde yapılan araştırmalar, zorbalık oranlarında anlamlı değişimler olduğunu ortaya koymuştur (Da et al., 2023). Bu durum, zorbalığın toplumsal krizlerden ve yapısal kırılmalardan bağımsız okunamayacağını göstermektedir. Bu nedenle zorbalığı okul duvarlarının ötesinde, zorbalığa dair çözümleri de okulun da içinde yer aldığı yapısal eşitsizliklere ve gerilimlere neden olan toplumsal bağlam içinde düşünmek gereklidir.

21. Yüzyılda Türkiye’de Akran Zorbalığına Dair Notlar

Son yıllarda Türkiye’de gençler arasında yaşanan ve kamuoyunda geniş yankı uyandıran şiddet vakaları, akranlar arası gerilimin yalnızca okul sınırları içinde kalan bir mesele olmadığını göstermektedir. Okul içindeki şiddet olayları ile kamusal alanda gençler arasında yaşanan ölümle sonuçlanan vakalar birlikte düşünüldüğünde, akran zorbalığını münferit disiplin sorunları olarak değil, toplumsal düzeyde artan gerilim, güvensizlik ve şiddetin normalleşme riski bağlamında ele alma gerekliliği güçlenmektedir.

Türkiye’de yapılan çalışmalarda; öğrencilerin en çok karşılaştıkları zorba davranışların sözlü ve fiziksel zorba davranışlar olduğu; erkek öğrencilerin kızlara göre daha fazla zorba davranışlara maruz kaldıkları saptanmıştır (Çankaya, 2011). Akran zorbalığının ilk ve ortaokullarda çok yaygın bir sorun olduğu; çoğunlukla fiziksel ve sözel zorbalığın yaşandığı; akran zorbalığının en önemli nedenleri arasında ailesel faktörlerin önemi; öğretmenlerin zorbalıkla baş etmede başvurdukları ilk kaynağın okul psikolojik danışma ve rehberlik servisleri olduğu ortaya konmuştur (Çarkıt ve Bacanlı, 2018). Akran mağduriyetini etkileyen başlıca faktörler sırasıyla; okul yönetiminin akran zorbalığına karşı uygun bir tutuma sahip olduğuna inanma, yaş, babanın eğitim düzeyi ve ailenin ekonomik durumu olarak belirlenmiştir (Yüksel ve Yılmaz, 2025). Toplumsal cinsiyet, okul türü ve aile sosyoekonomik özelliklerinin akran zorbalığı ve mağduriyetiyle anlamlı biçimde ilişkili olduğunu; özellikle erkek öğrenciler, meslek lisesi öğrencileri ve düşük sosyoekonomik koşullara sahip gençler arasında zorbalık ve mağduriyet oranlarının daha yüksek seyrettiği, akran zorbalığının eşitsizliklerin yeniden üretildiği toplumsal bir olgu olduğu gösterilmiştir (Çetin, 2025).



Türkiye temsili araştırmalar, çocukların önemli bir bölümünün zorbalık deneyimi yaşadığını göstermektedir. TÜİK verilerine göre 6–17 yaş grubunda her 7 çocuktan 1’i birden fazla kez akran zorbalığına maruz kalmaktadır. TIMSS 2019 ve 2023 verileri, zorbalığa maruz kalma bildirimlerinin belirgin biçimde arttığını ortaya koymaktadır. Abdula’nın (2025) Türkiye temsili araştırması, çocukların %95’inin zorbalık deneyimini okul sınırları içinde yaşadığını ve her dört çocuktan üçünün zorbalığa maruz kalma, tanıklık etme ya da zorbalık yapma konumunda bulunduğunu ortaya koyarak, okulun çocuğun korunması açısından ciddi bir aşınma yaşadığını göstermektedir. Bulgular, sorunun bireysel davranışlardan ziyade okulun ilişkisel dokusundaki güven kaybı, güç dengesizlikleri ve zayıf onarım mekanizmalarıyla bağlantılı yapısal bir ekosistem meselesi olduğuna işaret etmektedir. Zorbalığın artışı yalnızca görünürlüğün artışıyla açıklanamaz. Zorbalığın, şiddetin normalleşme riski taşıması dikkate alınmalı; okulun koruyucu kapasitesi, güven–adalet–onarım ekseninde yeniden değerlendirilmelidir.

Türkiye’de akran zorbalığıyla mücadele kapsamında Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı, Milli Eğitim Bakanlığı ve Sağlık Bakanlığı koordinasyonunda 81 ilde eğitim, danışmanlık ve dijital farkındalık programları yürütölmekte; milyonlarca öğrenci, öğretmen ve veliye sosyal-duygusal beceriler, siber zorbalık farkındalığı ve pozitif ebeveynlik içerikleriyle ulaşılmaktadır (2025). Ayrıca TBMM bünyesinde yapılan değerlendirmelerde, lakap takma gibi davranışların da zorbalık kapsamına alınması gerektiği vurgulanarak, sorunun önleyici politika ve yapısal düzenlemelerle ele alınmasına yönelik kurumsal farkındalık güçlendirilmektedir (2026). Ayrıca, uluslararası programlar uygulayan ve akreditasyonlara sahip okullarda çocuk koruma ve zorbalık karşıtı politikaların geliştirilerek uygulamaya konduğu gözlemlenmektedir. Tüm bu zorbalıkla mücadelede çalışmalarında kalıcı sonuçlar elde edebilmek için akran zorbalığının toplumsal bir mesele olduğu kabul edilmeli; sorun, yoksulluk ve sosyoekonomik eşitsizliklerden toplumsal cinsiyet rejimine, ataerkil normlardan şiddetin normalleşmesine, tüketim kültüründen gençler arasındaki kontrolsüz dijital etkileşime kadar uzanan geniş bir yapısal bağlam içinde değerlendirilmelidir.

Sonuç

Akran zorbalığı, bireysel patolojilerle açıklanabilecek basit bir olgu değildir. Güç ilişkileri, eşitsizlikler, statü hiyerarşileri ve kurumsal iklim içinde şekillenen çok katmanlı bir sosyal süreçtir. Bu nedenle mücadele, yalnızca çocukları “düzeltmeye” yönelik bireysel müdahalelerle sınırlı olamaz. Asıl mesele, okul iklimini ve ilişkisel ağları dönüştürmeye yönelik bütüncül ve önleyici yaklaşımlar geliştirmektir. Sosyolojik bakış açısı, bize yalnızca “ergenler neden zorbalık yapıyor?” sorusunu değil; “nasıl bir okul ve nasıl bir toplumsal düzen içinde bu davranışlar mümkün oluyor?” sorusunu sorma imkânı sunar.

Kaynakça:

Ayhan, B. (2025). Akran zorbalığına karşı üç bakanlıktan kapsamlı mücadele. Anadolu Ajansı. <https://www.aa.com.tr/tr/gundem/akran-zorbaligina-karsi-uc-bakanliktan-kapsamli-mucadele/3758014>

Abdula, B. (2025). Bir ekosistem sorunu olarak akran zorbalığı. Eğitim Reformu Girişimi.

Atmaca, T., & Aydın, A. (2020). Reproduction of social inequality in education by transferring cultural capital. *MANAS Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 9(2), 778-797.

Bourdieu, P. (1986). The forms of capital.

Çankaya, İ. (2011). İlköğretimde akran zorbalığı. *Journal of Uludag University Faculty of Education*, 24(1), 81-92.

Çarkıt, E., & Bacanlı, F. (2020). Okullarda akran zorbalığı: Öğretmen görüşlerine göre nitel bir çalışma. *OPUS International Journal of Society Researches*, 15(24), 2545-2583.

Çetin, E. (2025). Akran zorbalığının sosyolojik boyutu: Toplumsal cinsiyet, okul kültürü ve aile özellikleri bağlamında akran zorbalığı. *Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 27 (2), 696-719.



- Crosnoe, R. (2023). Foreword. In C. Donoghue (Ed.), *The sociology of bullying: Power, status, and aggression among adolescents* (ss. vii–xii). NYU Press.
- Da, Q., Huang, J., Peng, Z., Chen, Y., & Li, L. (2023). Did the prevalence of traditional school bullying increase after COVID-19? *Child Abuse & Neglect*, 143, 106256.
- Donoghue, C. (Ed.). (2023). *The sociology of bullying: Power, status, and aggression among adolescents*. NYU Press.
- Donoghue, C. (2023). Introduction. In C. Donoghue (Ed.), *The sociology of bullying: Power, status, and aggression among adolescents* (ss. 1–18). NYU Press.
- Merriam-Webster. (t.y.). Bully.
- Olweus, D. (1993). *Bullying at school*.
- Peguro, A. A. (2012). Schools, bullying, and inequality. *Sociology Compass*, 6(5), 402–412.
- Yüksel, A., & Bahadır Yılmaz, E. (2025). Predictors of Peer Bullying and Peer Victimization Among High School Students in Türkiye. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, 38(3), e70027.
- T24. (t.y.). Komisyondan akran zorbalığı uyarısı: “Dombili” dahil lakaplar ‘zorbalık’ listesinde. <https://t24.com.tr/gundem/komisyondan-akran-zorbaligi-uyarisi-dombili-dahil-lakaplar-zorbalik-listesinde,1287705>
- TDK Sözlük. (t.y.). Zorbalık.



SPORCU BESLENMESİ

Dr. Özlem Ketenci Altıkardeşler

Sporcu ergenlerde beslenme, egzersiz sonrası iyileşmeyi hızlandırmak, yaralanmalardan korunmak, performansı iyileştirmek, sağlıklı yaşam tarzı uygulamalarını desteklemek, kilo yönetimini sağlamak ve zindelik halini devam ettirmek açısından önemlidir (1). Ergen sporcuların enerji ihtiyacı, ergenin yaşı, cinsiyeti, antrenmaların yoğunluğu, fiziksel aktivitenin sıklığı ve cinsi, yarışma isteği, birden fazla spora katılım, sedanter davranışlar, metabolik ve hormonal farklılıklar gibi etkenler sebebiyle bireysel olarak önemli ölçüde farklılık göstermektedir. Bununla birlikte, erkeklerde yaklaşık 3640 ± 830 kcal/gün ve kızlarda ise 3100 ± 720 kcal/gün düzeyinde olduğu tahmin edilmektedir (1,2). Günümüzde kadın sporcu triadı (FAT) yerine, düşük enerji mevcudiyeti nedeniyle bozulmuş fizyolojik fonksiyon sendromu olarak tanımlanan "Sporda Relatif Enerji Eksikliği" (RED-S) tanımlaması kullanılır (3-5). Kadın sporcular, dayanıklılık sporu yapanlar, estetik sporlarla uğraşanlar, ağırlık sınıflandırması olan sporları yapanlar bu durum açısından risk altındadır (5). RED-S, menstrual düzensizlikler, bozulmuş yeme davranışları, düşük kemik mineral yoğunluğu, bozulmuş tiroid fonksiyonları, immünolojik değişiklikler, demir eksikliği, gecikmiş puberte, boy kısalığı, konsantrasyonda azalma ve depresyon gibi durumlarla ilişkili olup, ayrıca atletik performansın düşmesine ve yaralanma riskinde artışa neden olabilir (2-6). Bu nedenle, genç sporculardan özellikle risk altında olanlara erken tanı konması, beslenme ve enerji alımını düzelterek, vücut ağırlığının normale getirilmesi önemlidir (4).

Sporcu gençlerde enerjinin en azından %50'si KH'lardan sağlanmalıdır. Yeterli KH alımı, kas glikojen depolarını yenilemek ve performansı sürdürmek açısından önemlidir (1). Normal düzeyde fiziksel aktivite yapanlarda 6-10 gr/kg/gün kadar KH alımı yeterli olurken, yüksek düzeyde egzersiz yapanlarda ihtiyaç 8-12 gr/kg/gün'e yükselir (1,4). İdeal olarak, spor aktivitesinden önceki 1-4 saat içinde 1-4 g/kg KH tüketilmeli, spor ile beslenme arası süre minimum bir saat olmalıdır (4,7). Aktivite sırasında ise, her saatte 0,7 g/kg'lık bir miktarın, 15-20 dakikalık aralıklara dağıtılması önerilir (1). Bir saatten uzun süren egzersiz süresince 30-60 gr/saat, 2,5 saatten uzun süren egzersizlerde ise 90 gr/saate kadar KH alınması, kasın enerji ihtiyacını karşılamak ve kan glukoz düzeyini korumak için gereklidir (1,4). Aktivite sonrası ideal olarak ilk 20 dakika içinde kas yıkımını önlemek ve daha hızlı bir toparlanmanın sağlanması amacıyla antrenmanın her saati için 1-1,2 gr/kg KH tüketilmelidir (1,4,7). Proteinler günlük toplam kalori alımının %10-15'ini oluşturmalıdır. Yaklaşık 1,5 gr/kg/gün (1,2-2 gr/kg/gün) yüksek kalitedeki proteinin tercihen beş öğüne bölerek tüketilmesi, pozitif bir protein dengesi oluşturmak ve ergen sporcuların normal büyüme ve gelişimini desteklemek için yeterlidir. Egzersizden sonraki iki saat içinde 0,3 kg/kg kadar protein tüketilmesi, kasların iyileşmesini ve kas protein sentezini sağlamak için faydalıdır (1,4,5,7). Günlük 2,5 g/kg'ın üzerinde protein alımı fayda sağlamamakta olup, yeterli düzeyde protein alan sporcu ergenlerin protein takviyesi kullanmaları gerekli değildir (1,5). Total enerjinin %20-35'i yağlardan sağlanmalı, kronik olarak yağ alımının enerjinin %20'sinin altında olmamasına, doymuş ve trans yağ asitlerinin toplam enerjinin %10'undan fazla olmamasına dikkat edilmelidir. Önerilenden fazla yağ takviyesi almanın performansı artırdığına dair bir kanıt yoktur (1).

Sporcu ergenlerde, egzersizin optimal hidrasyon koşullarında başlatılması, aktivite sırasında kilo kaybının %2'nin altında tutulması ve kilo alımının engellenmesi dikkat edilecek unsurlardır (1). Egzersizin yoğunluğuna ve süresine göre değişmekle birlikte, ergenlerin egzersizden 2-4 saat öncesinde 5-10 ml/kg, egzersizden 30 dk önce 120-240 ml civarında tolere edebildiği kadar sıvıyı, performans sırasında genç ergenlerde her 15-20 dakikada bir 100-250 ml, daha büyük ergenlerde 300 ml'ye kadar sıvıyı, performans sonrası ise 240-600 ml hatta yoğun antrenman yapıyorlarsa ter yoluyla kaybettikleri yaklaşık her yarım kilo için 600 ml sıvıyı tüketmeleri önerilir (3,5,7). Sporcu içecekleri glukoz ve elektrolit dengesi açısından faydalıdır ancak bir saatten kısa süreli egzersizlerde kullanımlarına ihtiyaç duyulmaz. Uzun süreli, yüksek yoğunluklu aktivitelerde, özellikle aşırı sıcak ve nemli koşullardaki aktiviteler sırasında tüketilmeleri, karbonhidrat, sıvı ve elektrolitleri yerine koymak için uygun bir yol olabilir (1,3,8). Bununla birlikte Amerikan Pediatri Akademisi (AAP) düzenli fiziksel aktivite yapan ergenlerin elektrolitleri sporcu içecekleri ile yerine koymaya ihtiyaç duymadıklarını, su veya sporcu tarafından iyi tolere edilen herhangi bir besleyici içeceğin kabul edilebileceğini bildirmiştir (7). Ayrıca sporcu içeceklerinin gerekli olmadığı zamanlarda kullanılmaları, aşırı kalori ve



karbonhidrat alımına yol açarak diş problemleri ve kilo alımına yol açabilir. Diğer bir önemli nokta, sporcu içecekleri ile enerji içeceklerinin karıştırılmamasıdır. Enerji içecekleri KH, mineral ve diğer besinlere ek olarak kafein, ilave şeker, yeşil çay özü ve guarana gibi uyarıcılar içerir (1,8). Günde bir kutudan fazla tüketilmesinin aritmi, senkop ve hatta ani kalp durmasına neden olabileceği bildirilmiştir (8). Genç sporcularda, yeterli miktarda kalsiyum ve beraberinde D vit alımı zirve kemik kitlesini maksimuma çıkarmada, kırık ve sakatlanma riskini azaltmada, kırıkların iyileşmesinde, düşük kemik mineral yoğunluğu ve osteoporozdan korunmada, ayrıca kuvvet ve güç üretiminde önemlidir (3,4,9,10). 9-18 yaş arasında 1300 mg, 18 yaş üstünde 1000 mg Ca alımı gereklidir. Özellikle iç ortamda spor yapanlar ve kızlar olmak üzere sporcu ergenlerde D vit düzeyinin düşük olduğu gözlenmiştir (5,9). Bu nedenle, D vitamini eksikliği belirtileri gösteren veya D vit eksikliği açısından risk altında olan genç sporcular, serum 25-hidroksivitamin D düzeyleri ölçülerek taranmalıdır (2,5). Fe takviyesi koruyucu olarak önerilmemekle birlikte, menstruasyon kanamasının 80 ml/ay'dan fazla olması, kronik hastalık varlığı, obezite, fe emilimini bozan gıda ve ilaç tüketimi öyküsü olması gibi durumlarda ve riskli ergenlerde yıllık olarak tarama yapılmalıdır (3,5). Anemi gelişmemiş olsa bile ferritin düzeylerinin düşük olduğu sporcularda demir takviyesinin fiziksel performansı iyileştirebildiği bilinmektedir. Bu nedenle sporcuların ferritin düzeylerinin minimum 30-50 ng/ml arasında tutulması ve beslenmede demirden zengin gıdaların tüketilmesi önerilir (3).

Son yıllarda performans arttırıcı ürünlere ilgi artış göstermektedir ancak bu tip takviyelerin hepatotoksisite, akne vulgaris, rabdomiyoliz, akut renal hasar, akut miyokard infarktüsü, kardiyak arrest, akut psikoz ve serebral hemoraji gibi yan etkilerinin olduğu tespit edilmiştir (11). Protein ürünleri kullanımının, diyetle alımın yeterli olduğu durumlarda etkili olduğuna dair kanıt yoktur ancak diyetle yeterli miktarda proteini alamayan ve yoğun egzersiz yapanlarda önerilen dozlarda alınabilir (3,8). Literatürde kreatinin ergojenik faydalarını destekleyen araştırmalar olmakla birlikte 18 yaş altında kullanımı önerilmez (8,12). Kafeinin gençlerdeki spor performansı üzerine yapılan araştırmalar sınırlıdır. 3 mg/kg/g'e kadar tüketim, gençlerde davranış değişikliklerine neden olmaz gibi görünse de, özellikle uykuya yakın tüketildiğinde 1,4 mg/kg'lık dozlarda bile uyku problemlerine rastlanabilir (4). Kafeinin ayrıca titreme, anksiyete, baş ağrısı, taşikardi ve gastrointestinal rahatsızlıklar gibi yan etkileri ve bağımlılık potansiyeli mevcut olup, AAP 12-18 yaş aralığında günde 100 mg'ın üstüne çıkılmamasını önermektedir (1,8). Daha büyük olan ergenlerde hidrasyon durumu ve spor organizasyonu tarafından müsaade edilen miktarlar göz önünde bulundurularak kafein kullanılabilir (3).

Kaynaklar:

- 1) Capra ME, Stanyevic B, Giudice A, Monopoli D, Decarolis NM, Esposito S, Biasucci G. Nutrition for Children and Adolescents Who Practice Sport: A Narrative Review. *Nutrients*. 2024; 16(16):2803.
- 2) Desbrow B. Youth Athlete Development and Nutrition. *Sports Med*. 2021 Sep;51(Suppl 1):3-12.
- 3) Karpinos Ar, Enzinger AL. Guidelines for Promoting Physical Activity and Sports Participation. İçinde Neinstein LS, Katzman D, Callahan ST, Gordon CM, Joffe A, Rickert VI, editörler. Neinstein's Adolescent and Young Adult Health Care. Wolters Kluwer; 2023.pp.229-248.
- 4) De Zan D, Eletti F, Fiore G, Di Girolamo E, Bozzini GGM, Perico V, Tosi M, Norsa L, Zuccotti G, Verduci E. Use of Nutritional Strategies, Bioactive Compounds, and Dietary Supplements in Young Athletes: From Evidence to Potential Risks—A Narrative Review. *Nutrients*. 2025; 17(13):2194.
- 5) Hecht C, Bank N, Cook B, Mistovich RJ. Nutritional Recommendations for the Young Athlete. *J Pediatr Soc North Am*. 2024 Feb 12;5(1):599.
- 6) Ersoy G, Lanpir A.D. Spor Besenmesi, T.C. Sağlık Bakanlığı, Türkiye Beslenme Rehberi 2022, Bölüm 8; S: 173-179.
- 7) Nutrition in young athletes, American Academy of Pediatrics. <https://www.aap.org/en/search/?k=nutrition+in+young+athletes>, erişim tarihi: 28.10.2025
- 8) Tiwari K. Supplement (mis)use in adolescents. *Curr Opin Pediatr*. 2020 Aug;32(4):471-475.
- 9) Riley Carro S, Kolb RD, Volpe SL. Vitamin D and Exercise Performance in Female Adolescent Athletes. *Curr Sports Med Rep*. 2025 Jul 1;24(7):201-208.
- 10) Harju T, Gray B, Mavroedi A, Farooq A, Reilly JJ. Prevalence and novel risk factors for vitamin D insufficiency in elite athletes: systematic review and meta-analysis. *Eur J Nutr*. 2022 Dec;61(8):3857-3871.



- 11) Zeijlon R, Hantelius V, Wallerstedt SM, Holmqvist L. Sports nutrition supplements and adverse events - a meta-epidemiological study of case reports specifically addressing causality assessment. Eur J Clin Pharmacol. 2022 Jan;78(1):1-9.
- 12) Jagim AR, Kerksick CM. Creatine Supplementation in Children and Adolescents. Nutrients. 2021 Feb 18;13(2):664.



KANAMA DİYATEZİ TANILI ERGENLERDE ANORMAL UTERİN KANAMA YÖNETİMİ

Uzm. Dr. Hevra Ekin Ulusoy

İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi

TANIMLAR

Ergenlik döneminde menstrüel siklus, genel sağlığın önemli bir göstergedir. Menarş sonrasında hipotalamo-hipofizer-ovaryan aksın (HHO) olgunlaşması birkaç yıl sürebilir ve bu süreçte sikluslar sıklıkla anovulatuardır. Menarş sonrası irregüler siklusların çoğu ilk iki yıl içerisinde ovulatuara hale gelir ve yaklaşık %80'i 21–45 gün aralığında düzenlenir. Tam reproduktif matüriteye sağlanması ise sekiz yıla kadar uzayabilir.

Yoğun menstrüel kanama (YMK) (kan kaybının 80 mL'nin üzerinde olması), ergenlerde sık görülen ve prevalansı %12–37 arasında değişen önemli bir jinekolojik sorundur. Klinik pratikte; ped/tamponun 1–2 saatte bir dolması, çift koruma gereksinimi, pıhtılı kanama, taşma şeklinde kanama ve ≥ 7 gün süren kanamalar YMK lehinedir. YMK, fiziksel, emosyonel ve sosyal açıdan yaşam kalitesini belirgin şekilde bozarak okul devamsızlığına, spor ve sosyal aktivitelere katılımın kısıtlanmasına yol açabilir. Bu nedenle erken+doğru tanı ve uygun tedavi ile demir eksikliği, anemi, kan transfüzyonu ve hastaneye yatış gibi komplikasyonların önlenmesi, yaşam kalitesinin artırılması ve uzun dönem olumsuz sonuçların önlenmesi esastır.

Ergenlerde YMK'nın en sık nedeni ovulatuara disfonksiyon olmakla birlikte, kanama bozuklukları ikinci en sık nedendir. YMK ile başvuran ergenlerin yaklaşık %20'sinde, hastaneye yatış gerektiren olguların ise üçte birinde kanama bozukluğu saptanmaktadır. PALM–COEIN sınıflaması anormal uterin kanama (AUK) etiyolojisini yapısal ve yapısal olmayan nedenler olarak iki ana gruba ayırır. Ergenlerde yapısal nedenler nadir olup en sık etiyoloji HHO aks immatüritesine bağlı anovulatuara kanamalardır; ancak ağır kanama varlığında altta yatan kanama diyatezi mutlaka araştırılmalıdır.

TANI

Özellikle menarş döneminde başlayan veya şiddetli seyreden kanamalarda kanama diyatezi mutlaka değerlendirilmelidir. YMK ile başvuran ve aşağıdaki dört kriterden herhangi birini karşılayan ergenlerde kanama bozukluğu açısından tarama yapılmalıdır: çoğu siklusta ≥ 7 gün süren ve ≤ 2 saatte 1 ped/tampon dolan yoğun kanama, anemi tedavi öyküsü, ailede kanama bozukluğu varlığı veya cerrahi/diş çekimi sonrası aşırı kanama öyküsü.

Değerlendirme; ayrıntılı anamnez ve aile öyküsü, fizik muayenede ekimoz/hematoma/peteşi varlığının araştırılması ve laboratuvarında tam kan sayımı, ferritin, PT, aPTT, fibrinojen, VWF paneli (VWF:Ag, VWF:RCo, FVIII) ölçümlerini içermelidir. Gerekli durumlarda ileri koagülasyon testleri ve hematoloji konsültasyonu yapılmalıdır.

von Willebrand hastalığı (VWH) en sık kalıtsal kanama bozukluğu olup YMK ile başvuran ergenlerin üçte birinden fazlasında saptanabilir. VWF:Ag ve VWF:RCo düzeyleri $< 0,30$ IU/mL tanısız kabul edilir ve doğrulama için testler 4–6 hafta arayla tekrarlanmalıdır. Diğer nedenler arasında trombosit bozuklukları (%2–47, VWH saptanmayan olguların yaklaşık yarısı) (İTP, Glanzmann Trombastenisi, Bernard–Soulier Sendromu) ve faktör eksiklikleri (VII, VIII, IX, II, V, X, XI ve XII-PT ve aPTT yol göstericidir) yer alır.

YÖNETİM

Kanama bozukluğu bulunan ergenlerde YMK en sık semptomdur (%75–80) ve yönetim multidisipliner olmalıdır. Tedavinin temel hedefleri yaşam kalitesini artırmak, Hb düzeyini düzeltmek ve transfüzyon gerektiren veya yaşamı tehdit eden ciddi kanamayı önlemektir. NSAİİ ve aspirin gibi trombosit fonksiyonunu bozan ilaçlardan kaçınılmalıdır.



AKUT YMK TEDAVİSİ

Hemodinamik olarak stabil ve Hb >8 g/dL olan hastalarda ayaktan izlem, oral demir ve hormonal tedavi yeterlidir. Hemodinamik olarak instabil veya aktif kanaması olan hastalarda hastaneye yatış, sıvı resüsitasyonu ve gerektiğinde transfüzyon planlanmalıdır. Bu hastalarda uygun hormonal ve/veya nonhormonal tedavi eş zamanlı olarak başlanmalıdır. Transfüzyon kararı yalnız Hb'ye değil klinik duruma göre verilmelidir. Özellikle genel durumu iyi olan ergenlerde medikal tedaviye hızlı yanıt alınabildiğinden, kan transfüzyonundan mümkün olduğunca kaçınılması önerilmektedir.

Östrojen kontrendikasyonu yoksa antiemetik eşliğinde yüksek doz monofazik kombine oral kontraseptifler (KOK) (30–50 µg etinil östradiol (EE2), 6–8 saatte bir) ile kanama kontrolü sağlanır, ardından tapering rejime geçilir. Düşük doz preparatlara kıyasla daha yüksek doz içeren bu rejimler endometriyal stabilizasyon açısından daha etkilidir. Evrensel olarak kabul edilmiş standart bir doz azaltma protokolü bulunmamaktadır ve tedavi, hastanın Hb düzeyinin çekilme kanamasını tolere edebileceği seviyeye ulaşmasına kadar kanamayı baskılayacak dozda sürdürülmelidir.

Östrojen kullanılmıyorsa oral medroksiprogesteron asetat (MPA, 10–20 mg, 6-12 saatte bir) veya noretindron asetat (NETA, 5–10 mg, 6 saatte bir) ile progestin tedavisi uygulanır. Akut dönemde tedavi genellikle doz azaltılarak kesilen (tapering) rejim şeklinde uygulanırken, idame tedavisinde günlük dozlarla devam edilebilir. NETA'nın kısmen EE2'ye dönüşebildiği (1 mg NETA=4 µg EE2) ve venöz tromboemboli (VTE) açısından dikkat gerektirdiği unutulmamalıdır.

İlk basamak tedaviye rağmen kanamanın 24–48 saat içinde düzelmemesi veya minimal yanıt alınması durumunda, bir antifibrinolitik ajan olan traneksamik asit (TXA) eklenebilir; ağır olgularda i.v. 10 mg/kg (maksimum 600 mg) dozunda 8 saatte bir uygulanabilir. TXA teorik olarak tromboz riski ile ilişkilendirilmiş olmakla birlikte, mevcut veriler tromboembolik olay insidansında belirgin bir artış göstermemektedir ve kombine hormonal tedaviye yetersiz yanıt veren olgularda güvenle eklenebilir.

Spesifik pıhtılaşma faktörü eksikliklerinde plazma kaynaklı veya rekombinant faktör replasmanı gerekebilirken, desmopressin (DDAVP) VWF ve faktör VIII düzeylerini artırarak özellikle VWH ve bazı trombosit fonksiyon bozukluklarında etkili bir tedavi seçeneğidir.

Medikal tedaviye dirençli olgularda intrauterin tamponad (Foley kateter) etkili ve geri dönüşümlü bir seçenektir (genellikle 12–24 saat tutulur ve kademeli olarak indirilerek çıkarılır). Şiddetli olgularda anestezi altında değerlendirme ve gerektiğinde histeroskopi yapılabilir. Uzun dönem yönetim amacıyla levonorgestrel salınımlı intrauterin araç (LNG-RİA) uygulanabilir; ancak yoğun kanama varlığında erken dönemde ekspulsiyon riski artabilir. Tamponadın başarısız olduğu ve kanamanın yaşamı tehdit ettiği durumlarda dilatasyon-küretaj, uterin arter embolizasyonu veya histerektomi gibi cerrahi seçenekler yalnızca son çare olarak düşünülmelidir. Fertilite üzerindeki olası etkileri nedeniyle ergenlerde cerrahi girişimlerden mümkün olduğunca kaçınılmalıdır.

KRONİK YMK/İDAME TEDAVİSİ

Bu hasta grubunda birinci basamak tedavi başarısızlığı sık olup (%53), sıklıkla kombine tedavi (hormonal+nonhormonal) gerekir.

KOK ile menstrüel kontrol yaklaşık %42 olup, sürekli/uzatılmış rejimler siklik kullanıma göre daha etkilidir. Düşük doz EE2 (10–20 µg) içeren preparatlar daha hafif çekilme kanaması sağlar ancak artmış ara kanama riski nedeniyle bazı olgularda daha yüksek doz preparatlara geçiş gerekebilir. Östrojen içeren yöntemlerin kontrendike olduğu veya yetersiz kaldığı durumlarda, oral veya enjekte edilebilir progestinler idame tedavi için etkili bir alternatiftir. Progestinler (özellikle NETA, 5-10 mg/gün) %83'e varan baskılama sağlar ve bazı çalışmalarda KOK'tan üstün bulunmuştur. Ayrıca NETA kullanımında lekelenme gözlenmezken, KOK kullanan hastaların yaklaşık %40'ında düzensiz kanama bildirilmiş ve hasta memnuniyetinin NETA grubunda daha yüksek olduğu (%80) gösterilmiştir. Depo MPA (im veya hematoma riski varsa s.c) ile yaklaşık %50 amenore sağlanabilir (genellikle 12 haftada bir; ancak şiddetli ara kanamalarda aralık geçici olarak 4–10 haftaya kısaltılabilir). Etonogestrel implant ise etkili bir kontraseptif yöntemdir ancak sık görülen ara kanama nedeniyle kanama bozukluğu bulunan ergenlerde birinci basamak tedavi seçeneği değildir. LNG-RİA (52 mg)



en etkili yöntemlerden biridir (%89 kontrol, ~%60 amenore); erken dönemde yoğun kanamaya bağlı ekspulsiyon riski nedeniyle, yerleştirme sonrasında en az 30 gün süreyle önceki hormonal tedavinin sürdürülmesi bu riski azaltabilir.

TXA adet sırasında (1300 mg x3, max 5 gün) kanamayı %34–59 azaltır ve yaşam kalitesini artırır. KOK'a kıyasla daha az yan etki ile ilişkilendirilmiştir. Alternatif olarak aminokaproik asit de benzer şekilde kanama miktarını azaltabilir. DDAVP ve diğer pıhtılaşma faktörü replasman tedavileri seçilmiş olgularda etkili tedavi seçenekleri arasında yer almaktadır.

Demir replasmanı YMK ile başvuran tüm ergenlerde değerlendirilmelidir (60–120 mg/gün); gün aşırı kullanım emilimi artırılabilir. Demir depolarının yetersiz olduğu durumlarda Hb düzeyleri normal olsa dahi yorgunluk ve bilişsel fonksiyon bozuklukları görülebilir, bu nedenle demir eksikliğinin erken tanınması ve tedavisi kritik öneme sahiptir.

SONUÇ

Kanama bozukluğu bulunan ergenlerde YMK yönetimi bireyselleştirilmiş ve multidisipliner yaklaşım gerektirir. Erken tanı, uygun tedavi ve uzun dönem izlem ile klinik sonuçlar belirgin şekilde iyileştirilebilir; ancak optimal yönetim stratejilerinin belirlenmesi için daha fazla çalışmaya ihtiyaç vardır.

REFERENCES

1. Adams Hillard P. Menstruation in young girls: a clinical perspective *Obstetrics & Gynecology* 2002;99:655-62.
2. ACOG Committee Opinion No. 651. Menstruation in girls and adolescents:using the menstrual cycle as a vital sign. *Obstet Gynecol* 2015; 126:e143–e146.
3. ACOG Committee Opinion No. 785. Screening and Management of Bleeding Disorders in adolescents with heavy menstrual bleeding. *Obstet Gynecol.* 2019;134(3):e71-e83
4. Borzutzky C, Jaffray J. Diagnosis and Management of Heavy Menstrual Bleeding and Bleeding Disorders in Adolescents. *JAMA Pediatr.* 2020;174(2):186-194.
5. Munro MG, Critchley HOD, Fraser IS; FIGO Menstrual Disorders Committee. The two FIGO systems for normal and abnormal uterine bleeding symptoms and classification of causes of abnormal uterine bleeding in the reproductive years: 2018 revisions. *Int J Gynaecol Obstet* 2018;143:393–408.
6. Díaz R, Dietrich JE, Mahoney D Jr, et al. Hemostatic abnormalities in young females with heavy menstrual bleeding. *J Pediatr Adolesc Gynecol.* 2014;27(6):324-329.
7. Alağzam TS, Stanley AC, Simpson PM, et al. Treatment modalities in adolescents who present with heavy menstrual bleeding. *J Pediatr Adolesc Gynecol.* 2018;31(5):451-458.
8. Haamid F, Sass AE, Dietrich JE. Heavy menstrual bleeding in adolescents. *J Pediatr Adolesc Gynecol* 2017; 30:335–40.
9. ACOG Committee Opinion No. 785, Screening and Management of Bleeding Disorders in Adolescents With Heavy Menstrual Bleeding: Correction. *Obstet Gynecol.* 2023.
10. Chu MC, Zhang X, Gentzschein E, et al. Formation of ethinyl estradiol in women during treatment with norethindrone acetate. *J Clin Endocrinol Metab* 2007;92(6):2205–7.
11. Lacy B, French A, Berger-Chen S, et al. NASPAG Clinical Consensus: Use of Tranexamic Acid in the Treatment of Heavy Menstrual Bleeding. *J Pediatr Adolesc Gynecol.* 2025;38(4):452-457.
12. Dowlut-McElroy T, Williams KB, Carpenter SL, et al. Menstrual Patterns and Treatment of Heavy Menstrual Bleeding in Adolescents with Bleeding Disorders. *J Pediatr Adolesc Gynecol.* 2015;28(6):499-501
13. Benson LS, Micks EA. Why stop now? Extended and continuous regimens of combined hormonal contraceptive



methods. *Obstet Gynecol Clin North Am* 2015;42:669–81.

14. Dean J, Kramer KJ, Akbary F, et al. Norethindrone is superior to combined oral contraceptive pills in short-term delay of menses and onset of breakthrough bleeding: a randomized trial. *BMC Womens Health* 2019;19:70.
15. Cygan PH, Kons KM, Fiorillo MH, et al. Menstrual suppression to decrease intrauterine device expulsion in adolescents with inherited bleeding disorders. *Int J Gynaecol Obstet.* 2025;169(1):421-423.
16. Masood R, Dev V, Gee M, et al. How should abnormal uterine bleeding be managed in people with bleeding disorders: a systematic review of the literature and thematic synthesis. *Res Pract Thromb Haemost.* 2025;9(6):103167.
17. Srivaths L.V., Dietrich J.E., Yee D.L., et al. Oral tranexamic acid versus combined oral contraceptives for adolescent heavy menstrual bleeding: a pilot study. *J Pediatr Adolesc Gynecol* 2015; 28(4):254–7.
18. Johnson S, Lang A, Sturm M, et al. Iron deficiency without anemia: a common yet under-recognized diagnosis in young women with heavy menstrual bleeding. *J Pediatr Adolesc Gynecol* 2016; 29:628.
19. Stoffel NU, Cercamondi CI, Brittenham G, et al. Iron absorption from oral iron supplements given on consecutive versus alternate days and as single morning doses versus twice-daily split dosing in iron-depleted women: two open-label, randomised controlled trials. *Lancet Haematol* 2017;4:e524–33.



ERGENLERDE KONTRASEPSİYON KULLANIMI: GÜNCEL KILAVUZLAR VE KLİNİK YAKLAŞIM

Dr. Berivan Güzelbağ

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, İstanbul, Türkiye

Giriş

Ergenlik dönemi, bireylerin üreme sağlığı konusunda bilgilendirilmesi ve uygun kontraseptif yöntemlere erişiminin sağlanması açısından kritik bir süreci temsil etmektedir. Ergenler, kontrasepsiyon konusunda bilgi düzeyi en düşük ve kontraseptif kullanım oranı en az olan yaş grubunu oluşturmaktadır. Birçok ergen ilk cinsel ilişkisinde herhangi bir kontraseptif yöntem kullanmamaktadır. Dünya Sağlık Örgütü (WHO) 2023 verilerine göre dünyada yılda yaklaşık 21 milyon adolesan gebelik yaşanmakta olup küresel adolesan doğurganlık hızı binde 41,3'tür. Türkiye'de ise TÜİK 2024 verilerine göre 15-19 yaş grubunda ergen doğurganlık hızı binde 10 düzeyine gerilemiştir; ancak bu oran hala önemli bir halk sağlığı sorununu yansıtmaktadır. Bölgesel karşılaştırmada AB ortalaması binde 7, WHO Avrupa ortalaması binde 13,1, Latin Amerika binde 51,4 ve Sahra Altı Afrika binde 97,9 olarak bildirilmektedir. Türkiye'de 2001'den 2024'e kadar bu oran binde 49'dan binde 10'a düşmüş olsa da ergen gebelikleri artmış maternal ve perinatal morbidite-mortalite, kötü obstetrik sonuçlar ve sosyoekonomik sorunlarla ilişkilendirilmeye devam etmektedir. Bu nedenle ergenlere yüksek kaliteli, yargılamayan üreme sağlığı hizmeti sunulması kritik önem taşımaktadır.

Güncel Kılavuzlar (2024-2025)

2024-2025 döneminde ergen kontrasepsiyonuna yönelik dört önemli kılavuz yayımlanmıştır. CDC, Ağustos 2024'te US Medical Eligibility Criteria (US MEC) ve US Selected Practice Recommendations (US SPR) kılavuzlarını 8 yıl aradan sonra güncellemiş; kontrasepsiyon tıbbi uygunluk kriterleri, uygulama önerileri, yan etki yönetimi, yöntem başlatma ve değiştirme protokollerini kapsamlı biçimde ele almıştır. NASPAG Eylül 2024'te CDC kılavuzlarını adolesan için özelleştiren onaylamış, gereksiz engellerin kaldırılmasını ve zorlamayan danışmanlığı vurgulamıştır. AAP Temmuz 2025'te yayımladığı Policy Statement ile adolesan merkezli yaklaşım, paylaşılan karar verme, gizlilik, otonomi ve üreme sağlığı eşitliğini ön plana çıkarmıştır. WHO ise Kasım 2025'te MEC 6. baskısını 10 yıl sonra güncelleyerek yayımlamış, Kategori 1-4 sistemini koruyan bu referans kılavuz tüm ülkeler tarafından ulusal düzeye adapte edilmektedir. Tüm kılavuzların ortak mesajı açıktır: geri dönüşümlü tüm kontraseptif yöntemler adolesanlarda güvenli ve uygundur. Ayrıca ACOG Committee Opinion No. 710 (2017), No. 735 (2018) ve No. 803 (2020) adolesanlarda kontraseptif danışmanlık, LARC kullanımı ve gizlilik konularında önemli referanslar olmaya devam etmektedir.

Kontraseptif Danışmanlık İlkeleri Ve Pratik Uygulama

Ergen kontraseptif danışmanlığında hasta merkezli yaklaşım ve paylaşılan karar verme süreci esas alınmalıdır. Adolesanla bire bir görüşme fırsatı yaratılarak gizlilik güvencesi sağlanmalıdır. Tercih odaklı danışmanlıkta adolesanların değerleri, tercihleri ve hedefleri öncelikli olarak dinlenmeli, tüm seçenekler açıkça sunulmalıdır. AAP 2025 bildirisini düzenli kullanılan düşük etkinlikli bir yöntemin bırakılan yüksek etkinlikli yöntemden üstün olduğunu vurgulamaktadır. Klinik uygulamada HEEADSSS değerlendirmesi (Home, Education, Eating, Activities, Drugs, Sexuality, Suicide/Safety, Social media) ile kapsamlı psikososyal değerlendirme yapılmalı, One Key Question® yöntemiyle gebelik planı sorgulanmalıdır. Açık uçlu sorular ("Cinsel olarak aktif misin?", "Günlük hap almayı hatırlar mısınız?") ile adolesanların gerçekteki ihtiyaçları belirlenmeli, yaygın mitler ("IUD yalnızca doğurmuş kadınlara takılır", "Hap kısırlık yapar", "IUD pelvik enfeksiyona yol açar" gibi) kanıta dayalı bilgiyle çürütülmelidir. Quick Start yaklaşımıyla gebelik testi negatif olan hastada siklus gününe bakılmaksızın aynı gün yöntem başlatılması önerilmektedir. Ebeveyn, adolesanın izniyle danışmanlığa dahil edilmeli; istismar şüphesi varsa gizlilik korunmalıdır. İlk 3 ay kritik olup 1. ve 3. ayda kontrol önerilmektedir.



Kontraseptif Yöntem Etkinliği Ve Seçenekler

<1%	LARC (Long-Acting Reversible) — Kullanıcı bağımsız IUD (LNG-IUS, Cu-IUD) ve İmplant (Nexplanon). 1 yıl devam oranı: %80-86
6-9%	Hormonal Yöntemler — Kullanıcı bağımlı ⚠️ DMPA enjeksiyon (6%), KOK/Patch/Ring/POP (9%) Devam oranı: DMPA %56, Hap %43-55
13-21%	Bariyer Yöntemler — CYBE koruması + Erkek kondom (13%), kadın kondom (21%), diyafram (17%)
85%	Yöntem Kullanmama Cinsel aktif adolesanların 1 yıl içinde gebelik oranı

Şekil 1. Tipik kullanımda yıllık başarısızlık oranları (CDC US SPR 2024)

LARC (Uzun Etkili Geri Dönüşümlü Kontrasepsiyon): IUD (LNG-IUS ve Cu-IUD) ve subdermal implant yıllık <%1 başarısızlık oranıyla kullanıcı bağımsız en etkili geri dönüşümlü yöntemlerdir. Bir yıllık devam oranları %80-86 arasındadır. IUD'ler nullipar adolesanlar için güvenli olup US MEC Kategori 2'dir. Kyleena (28x30 mm, 5 yıl) ve Skyla (28x30 mm, 3 yıl) gibi küçük boyutlu LNG-IUS modelleri daha az ağrı ve kolay yerleştirme avantajı sunmaktadır. CDC 2024 güncellemesiyle IUD yerleştirmede en etkili yöntem olarak lidokain paraservikal blok önerilmekte, misoprostol ise yan etki/fayda dengesizliği nedeniyle önerilmemektedir. Quick Start yaklaşımıyla herhangi bir gün takılabilir; STI taraması aynı gün yapıp sonuç beklenmeden uygulanabilir. LNG-IUS'de ilk 3-6 ay düzensiz kanama görülebilir, sonrasında %20 oranında amenore gelişir. Fertilite, çıkarıldığında hemen geri döner.

Nexplanon (etonogestrel implant), %99,95 etkinlikle en etkili geri dönüşümlü yöntemdir. FDA Ocak 2026'da kullanım süresini 5 yıla uzatmıştır. US MEC Kategori 1 olup pelvik muayene gerektirmez, kol iç yüzüne yerleştirilen 4 cm'lik implant gizli ve kullanıcı hatasından bağımsızdır. Kanama paterninde %22 amenore, %34 seyrek kanama, %22 normal düzen ve %22 uzun/sık kanama (en sık bırakma nedeni) görülmektedir.

Kısa Etkili Hormonal Yöntemler: KOK, POP, transdermal yama ve vajinal halka tipik kullanımda %6-9 başarısızlık oranına sahiptir. Adolesanlarda hap unutmama oranı %50'nin üzerindedir ve 21 yaş altında klinik başarısızlık oranı 2 kat daha yüksektir. Extended/continuous kullanım rejimi (84/7 veya sürekli) dismenore, endometriozis ve menstrüel migrende avantaj sağlamaktadır. Yeni nesil drospirenon POP, 24 saatlik geniş gecikme penceresi, %95+ ovulasyon baskılması ve 24/4 KOK benzeri rejim ile norethindrone POP'a belirgin üstünlük sağlamaktadır. DMPA enjeksiyonu 3 ayda bir uygulanmakta olup CDC 2024 ile subkütan self-administrasyon seçeneği gündeme gelmiştir; pik kemik kütlesi döneminde (<18 yaş) KMY üzerine etkisi nedeniyle Kategori 2'dir.

US MEC 2024: Tıbbi Uygunluk Kriterleri



Şekil 2. WHO/CDC MEC Kategori sistemi (1-4)

**Tablo 1. Adolesanda Sık Karşılaşılan Durumlarda US MEC Kategorileri (2024)**

Durum	CHC	POP	DMPA	İmplant	LNG-IUS	Cu-IUD
Yaş (adolesan)	1	1	2	1	2	2
Nulliparite	1	1	1	1	2	2
Auralı migren	4	1	1	1	1	1
VTE öyküsü	4	2	2	2	2	1
Obezite (BMI ≥30)	2	1	1	1	1	1
Orak hücre hast.	4	1	2/3	1	1	2
Emzirme <21 gün	4	2	2	2	1*	1*

CHC: KOK, transdermal patch, vajinal ring; *postplasental (CDC US MEC 2024, MMWR 2024;73(RR-4):1-126)

US MEC 2024 güncellemesinde orak hücre hastalığında CHC, artmış VTE riski nedeniyle Kategori 2'den Kategori 4'e yükseltilmiş; kronik böbrek hastalığı, transgender bireylerde kontrasepsiyon ve IUD yerleştirmede ağrı yönetimi yeni eklenen konular arasında yer almıştır. Epilepside enzim indükleyici antiepileptikler KOK etkinliğini belirgin azalttığından LARC veya DMPA tercih edilmeli; HIV/ARV tedavisinde ritonavir-boosted proteaz inhibitörleri CHC etkinliğini azalttığından Cu-IUD ve DMPA en güvenli seçeneklerdir. LARC, ilaç etkileşimlerinden en az etkilenen yöntemdir.

Acil Kontrasepsiyon Ve Özel Popülasyonlar

Korunmasız ilişki veya yöntem başarısızlığı sonrasında levonorgestrel (72 saat içinde, ilk 24 saatte %89 etkinlik), ulipristal asetat (120 saat içinde, %98 etkinlik) ve bakırlı IUD (%99,9 etkinlik ile en etkili EC yöntemi) seçenekleri mevcuttur. Cu-IUD ayrıca 10 yıl süreyle kontrasepsiyon olarak devam edebilir ve obez hastalarda etkinliği değişmez. EC istenilen sayıda tekrarlanabilir, sınır yoktur ve her danışmanlığın bir parçası olmalıdır.

Özel popülasyonlarda transgender ve gender-diverse adolesanlarda testosteronun gebeliği önlemediği vurgulanmalı, uterusu olan tüm bireylerde cinsel yönelimden bağımsız danışmanlık yapılmalıdır. Postpartum adolesanlarda tekrar gebelik riski çok yüksektir (%20 adolesan 2 yıl içinde tekrar gebe kalmaktadır); taburculuk öncesi hızlı başlangıç ve postplasental IUD önerilmektedir. Engelli adolesanlarda kapasiteye uygun danışmanlık yapılmalı, hijyen zorluğu varsa amenore hedefleyen yöntemler (LNG-IUS, sürekli KOK) tercih edilmeli, bakıcı istismarına karşı gizlilik sağlanmalıdır.

Sonuç

Güncel kılavuzlar ışığında geri dönüşümlü tüm kontraseptif yöntemler adolesanlarda güvenli ve uygundur. LARC, yüksek etkinliği ve kullanıcı bağımsızlığı nedeniyle tüm adolesanlara seçenek olarak sunulmalı; ancak hasta merkezli, tercih odaklı ve zorlamayan danışmanlık esas alınmalıdır. Çift koruma (kondom + etkili yöntem) önerilmeli, acil kontrasepsiyon her danışmanlığın ayrılmaz bir parçası olmalı ve gizlilik güvence altına alınmalıdır. Quick Start yaklaşımı benimsenmeli, yaygın mitler çürütülmeli ve özel popülasyonlara yönelik bireysel danışmanlık sağlanmalıdır.

Kaynaklar

1. World Health Organization. Medical Eligibility Criteria for Contraceptive Use. 6th ed. Geneva: WHO; 2025. ISBN: 9789240115583.
2. Curtis KM, Nguyen AT, Tepper NK, et al. U.S. Medical Eligibility Criteria for Contraceptive Use, 2024. MMWR Recomm Rep. 2024;73(RR-4):1-126.
3. Curtis KM, Nguyen AT, Tepper NK, et al. U.S. Selected Practice Recommendations for Contraceptive Use, 2024. MMWR Recomm Rep. 2024;73(RR-3):1-77.
4. Ott MA, Sucato GS, Hoopes AJ, Leroy-Melamed M; Committee on Adolescence. Contraception for Adolescents: Policy Statement. Pediatrics. 2025;156(1):e2025072217.
5. ACOG Committee Opinion No. 710. Counseling Adolescents About Contraception. Obstet Gynecol. 2017;130(2):e74-e80.



6. ACOG Committee Opinion No. 735. Adolescents and Long-Acting Reversible Contraception: Implants and Intrauterine Devices. *Obstet Gynecol.* 2018;131(5):e130-e139.
7. ACOG Committee Opinion No. 803. Confidentiality in Adolescent Health Care. *Obstet Gynecol.* 2020;135(4):e171-e177.
8. WHO. Adolescent Pregnancy Fact Sheet. Geneva: World Health Organization; 2024.
9. TÜİK. Doğum İstatistikleri, 2024. Türkiye İstatistik Kurumu.
10. Winner B, Peipert JF, Zhao Q, et al. Effectiveness of long-acting reversible contraception. *N Engl J Med.* 2012;366(21):1998-2007.
11. ACOG Practice Bulletin No. 152. Emergency Contraception. *Obstet Gynecol.* 2015;126(3):e1-e11. (Reaffirmed 2023).
12. Goldenring JM, Rosen DS. Getting into adolescent heads: an essential update. *Contemp Pediatr.* 2004;21(1):64-90.
13. FSRH Clinical Guideline: Intrauterine Contraception. Faculty of Sexual and Reproductive Healthcare; 2023.



ADÖLESANLARDA POLİKİSTİK OVER SENDROMU (PKOS)

Dr. Nurşen Kurtoğlu

Polikistik over sendromu (PKOS), kadınlarda en sık görülen endokrin bozukluklardan biri olup prevalansı %5–12 arasında bildirilmektedir. Adölesan dönemde ise sıklığı yaklaşık %8'dir. Klinik olarak menstrüel düzensizlikler, klinik ve/veya biyokimyasal hiperandrojenizm ile karakterizedir ve belirgin heterojenite gösterir. Çoğu olguda bulgular adölesan dönemde ortaya çıkmaya başlar. Uluslararası kanıta dayalı kılavuzlar, tanı ve izlemde yaşa özgü yaklaşımların önemini vurgulamaktadır.

PKOS yalnızca üreme sağlığını değil, uzun vadede kardiyometabolik riski de artırmaktadır. Tip 2 diyabet, metabolik sendrom, dislipidemi, non-alkolik yağlı karaciğer hastalığı, uyku apnesi ve psikiyatrik bozukluklar sık eşlik eden durumlardır. Ayrıca infertilite ve endometrial hiperplazi riski de artmıştır.

Adölesanlarda Tanı Yaklaşımı

Erişkinlerde PKOS tanısı genellikle Rotterdam kriterlerine dayanırken (oligo/anovulasyon, hiperandrojenizm ve polikistik over morfolojisinden ikisinin varlığı), adölesanlarda tanı daha dikkatli yapılmalıdır. Bu yaş grubunda over ultrasonografisi tanı kriteri olarak önerilmemektedir. Tanı için en az iki yıl süren ovulatuvar disfonksiyon ile birlikte klinik veya biyokimyasal hiperandrojenizm bulunması gereklidir.

Tanının zorlaşmasının temel nedenleri arasında puberte döneminde fizyolojik olarak görülebilen adet düzensizlikleri, akne ve hirsutizmin daha sık olması ve polikistik over morfolojisinin yaygın izlenmesi yer alır. Menarştan sonraki ilk yıllarda düzensiz sikluslar sık olmakla birlikte, ilk yıldan sonra 19 günden kısa ya da 90 günden uzun aralıklarla görülen kanamalar patolojik kabul edilmelidir. Üç yıl içinde siklusların büyük çoğunluğu 24–35 gün aralığına girer.

“PKOS Açısından Riskli” Adölesanlar

Tanı kriterlerinin yalnızca birini taşıyan ergenler “PKOS açısından riskli” olarak kabul edilmelidir. Bu grup da uzun dönem izlem gerektirir. Özellikle pubertal gelişim tamamlandıktan sonra yeniden değerlendirme önerilmektedir. Daha önce kombine oral kontraseptif kullanmadan önce PKOS bulguları olanlar, semptomları devam edenler ve belirgin kilo artışı yaşayanlar risk grubundadır.

Klinik Bulgular ve Ayırıcı Tanı

PKOS en sık hirsutizm, tedaviye dirençli akne, menstrüel düzensizlikler ve obezite ile akla gelmelidir. Adölesan hiperandrojenizminin yaklaşık %85'inden sorumlu olmakla birlikte, tüm olgular PKOS değildir.

Androjen düzeylerinin referans üst sınırının iki katından fazla olması veya hızlı progresyon gösteren virilizasyon varlığında over ya da adrenal tümörler açısından ileri inceleme yapılmalıdır. Klinik öykü burada büyük önem taşır.

İnsülin Direnci ve Metabolik Etkiler

Obezite ve insülin direnci PKOS'ta sık görülmekle birlikte tanı için zorunlu değildir. Olguların yaklaşık yarısı obez değildir. İnsülin direnci obez PKOS'luların %50–75'inde, normal kiloluların ise yaklaşık %16'sında görülür. Patogenezde artmış androjen üretimini tetikleyerek önemli rol oynar.

İnsülin direncine bağlı olarak akantozis nigrikans, metabolik sendrom, tip 2 diyabet, karaciğer yağlanması ve uyku solunum bozuklukları gelişebilir. Ayrıca depresyon, anksiyete ve yeme bozuklukları gibi psikolojik sorunlar sık eşlik eder.



Laboratuvar Değerlendirme

Tanısal değerlendirmede gebelik dışlanmalı ve oligo anovulasyona neden olabilecek sekonder nedenler araştırılmalıdır. Temel testler arasında TSH, prolaktin, FSH, LH, östradiol, total testosteron ve SHBG yer alır. Serbest androjen indeksi biyokimyasal hiperandrojenizmi değerlendirmede yardımcıdır.

Testosteron normal ise androstenedion ve DHEA-S ölçümü düşünülebilir. Yüksek testosteron varlığında konjenital adrenal hiperplazi (özellikle 21-hidroksilaz eksikliği), adrenal veya over tümörleri, Cushing sendromu, prolaktinoma ve akromegali gibi durumlar ekarte edilmelidir.

Sabah ölçülen 17-OH progesteronun 170 ng/dL üzerinde olması non-klasik konjenital adrenal hiperplazi açısından yüksek duyarlılığa sahiptir ve PKOS'u en sık taklit eden durumdur.

Kombine oral kontraseptifler tanısal değerlendirmeden en az 2–3 ay önce kesilmelidir çünkü androjen fazlalığını maskeleyebilir.

Tanı Sonrası Tarama

PKOS tanısı konan adölesanlarda kardiyometabolik riskler mutlaka değerlendirilmelidir. Kan basıncı, vücut kitle indeksi, açlık lipid profili ve glukoz metabolizması (OGTT veya HbA1c) önerilir. 75 g oral glukoz tolerans testi (OGTT), vücut kitle indeksi'den bağımsız olarak PCOS'ta glisemik durumu değerlendirmede en doğru testtir. OGTT yapılamıyorsa, açlık plazma glukozu ve/veya gliko hemoglobin (HbA1c) kullanılabilir; ancak bu testlerin doğruluğunun anlamlı derecede daha düşük olduğu göz önünde bulundurulmalıdır. Yağlı karaciğer hastalığı ve uyku apnesi açısından klinik tarama yapılmalıdır. Ruhsal durum düzenli olarak gözden geçirilmelidir.

Tedavi Yaklaşımı

İlk basamak tedavi yaşam tarzı değişiklikleridir. Günlük en az 60 dakika orta–yüksek şiddette fiziksel aktivite ve haftada birkaç gün kas-güçlendirici egzersizler önerilir. Vücut ağırlığında %5–10 azalma ovulasyonu ve metabolik parametreleri anlamlı şekilde iyileştirir. Kilo ile ilişkili riskler yargılayıcı olmayan bir dil ile ele alınmalıdır.

Menstrüel düzensizlik ve hiperandrojenizm için kombine oral kontraseptifler ilk seçenektir. Hirsutizm ve akne gerektiren antiandrojen tedaviler eklenebilir (etkili kontrasepsiyonla birlikte).

Metformin özellikle obezite, insülin direnci ve bozulmuş glukoz toleransı olan olgularda yararlıdır. Hepatik glukoz üretimini azaltır, periferik insülin direncini düşürür ve over steroidogenezini baskılar. Düşük dozla başlanıp kademeli artırılır; uzun dönem kullanımı genellikle güvenlidir ancak B12 vitamini düzeyleri izlenmelidir.

Sonuç

Adölesanlarda PKOS tanısında acele edilmemeli ancak geç de kalınmamalıdır. Pubertal fizyoloji göz önünde bulundurulmalı, "PKOS açısından riskli" bireyler tanımlanarak uzun dönem izlenmelidir. Over ultrasonografisi ve AMH ölçümü bu yaş grubunda genellikle uygun değildir. Kombine oral kontraseptifler tedavinin temelini oluştururken metformin seçilmiş olgularda eklenmelidir. Komorbiditelerin aktif taranması ve multidisipliner izlem uzun dönem prognoz açısından kritik öneme sahiptir.

Kaynaklar

- The Rotterdam ESHRE/ASRM-sponsored PCOS consensus workshop group . Revised 2003 consensus on diagnostic criteria and long-term health risks related to polycystic ovary syndrome (PCOS). Hum Reprod. (2004) 19(1):41–7. doi: 10.1093/humrep/deh098 [DOI] [PubMed] [Google Scholar]



- Peğa AS, Witchel SF, Boivin J, Burgert TS, Ee C, Hoeger KM, Lujan ME, Mousa A, Oberfield S, Tay CT, Teede H. International evidence-based recommendations for polycystic ovary syndrome in adolescents. BMC Med. 2025 Mar 11;23(1):151. doi: 10.1186/s12916-025-03901-w. PMID: 40069730; PMCID: PMC11899933.
- Teede HJ, Tay CT, Laven JJE, Dokras A, Moran LJ, Piltonen TT, Costello MF, Boivin J, Redman LM, Boyle JA, Norman RJ, Mousa A, Joham AE; International PCOS Network. Recommendations from the 2023 international evidence-based guideline for the assessment and management of polycystic ovary syndrome. Eur J Endocrinol. 2023 Aug 2;189(2):G43-G64. doi: 10.1093/ejendo/lvad096. PMID: 37580861.
- Flug D, Largo RH, Prader A. Menstrual patterns in adolescent Swiss girls: a longitudinal study. Ann Hum Biol. 1984 Nov-Dec;11(6):495-508. doi: 10.1080/03014468400007411. PMID: 6524865.



ERGENLERDE SİTİKOLİN KULLANIMI: NÖROBİYOLOJİK TEMELLER VE KLİNİK PERSPEKTİF

Prof. Dr. Hüseyin DAĞ

Sitikolin (sitidin-5'-difosfokolin; CDP-kolin), hücre zarı fosfolipidlerinin başlıca bileşeni olan fosfatidilkolinin sentezinde yer alan endojen bir ara üründür. İlk kez 1950'lerde tanımlanmış ve o tarihten bu yana nöroproteksiyon ve nörorejenerasyon bağlamında kapsamlı biçimde araştırılmıştır (1). Ağızdan alındığında yüksek biyoyararlanıma sahiptir; kolin ve sitidine ayrılarak dolaşıma geçer, ardından santral sinir sisteminde yeniden CDP-kolin sentezine katılabilir (1,2). Bu süreç, kolinerjik nörotransmisyonun desteklenmesi, membran bütünlüğünün korunması ve sinaptik stabilitenin sürdürülmesi açısından önemlidir.

Sitikolinin etki mekanizması çok katmanlıdır. Bir yandan fosfolipid döngüsünü ve Kennedy yolaklarını destekleyerek nöronal membran onarımını kolaylaştırır; diğer yandan asetilkolin ve dopamin gibi nörotransmitterlerin sentezine substrat sağlar (1). Mitokondriyal fonksiyonların desteklenmesi, oksidatif stresin azaltılması ve glutamat eksitotoksitesinin sınırlandırılması gibi etkiler de nöroprotektif profiline katkıda bulunur (2). Deneysel modellerde sitikolinin anti-inflamatuvar etkileri; NF-κB baskılanması, proinflamatuvar sitokinlerde azalma (TNF-α, IL-1β, IL-6) ve apoptoz yolaklarının modülasyonu (Bax/Bcl-2 dengesi, kaspaz inhibisyonu) üzerinden gösterilmiştir (3).

Klinik alanda sitikolin en çok serebrovasküler hastalıklar ve bilişsel gerileme bağlamında incelenmiştir. Akut iskemik inmede yapılan çalışmalar ve meta-analizler, sitikolinin fonksiyonel iyileşmeye katkı sağlayabileceğini ve bazı hasta alt gruplarında ölüm ya da sakatlık riskini azaltabileceğini bildirmiştir (4,5). Bununla birlikte, büyük ölçekli ICTUS çalışmasında orta-ağır akut inmede plaseboya üstünlük gösterilememiştir; bu bulgu hasta seçimi, tedavi süresi ve eşlik eden tedaviler gibi değişkenlerin önemini düşündürmektedir (6). Vasküler ve dejeneratif bilişsel bozukluklarda kısa-orta vadeli bilişsel kazanımlar bildirilmiş; güvenlik profilinin genel olarak iyi olduğu vurgulanmıştır (1,7).

Ergenlik dönemi, prefrontal korteks ve yürütücü işlev ağlarının olgunlaşmasının sürdüğü, sinaptik budama ve miyelinizasyonun hızlandığı bir nörogelişimsel penceredir. Bu dönemde membran fosfolipid döngüsü, kolinerjik/noradrenerjik tonus ve nöroinflamasyon-oksidatif stres eksenine; dikkat, dürtü kontrolü ve çalışma belleği gibi işlevleri etkileyebilir. Sınırlı sayıda çalışmaya karşın, sağlıklı ergenlerde 250–500 mg/gün sitikolin uygulamasının dikkat ve psikomotor hızda artış, dürtüsellikte azalma ile ilişkili olabileceği bildirilmiştir (8). Buna karşılık, ADHD tanılı çocuklarda yapılan küçük pilot çalışmalarda plaseboya üstünlük her zaman gösterilememiştir; ancak tolere edilebilirlik iyi bulunmuştur (9). Bu tablo, ergen popülasyonunda kanıt tabanının gelişmekte olduğunu ve hasta-özel değerlendirme gerekliliğini ortaya koyar.

Doz ve güvenlik açısından, klinik araştırmalarda en sık 500–1000 mg/gün aralığı kullanılmış ve ciddi advers olaylar nadir bildirilmiştir (1,10). Sitikolin destekleyici bir seçenek olarak düşünülebilir; ancak standart tedavilerin yerine geçmemeli, özellikle psikiyatrik ve nörogelişimsel bozukluklarda bütüncül bir tedavi planının parçası olarak ele alınmalıdır.

Sonuç: Sitikolin; membran onarımı, nörotransmitter desteği ve anti-inflamatuvar/antioksidan etkileriyle nöroprotektif bir profil sunar. Ergenlerde dikkat ve bilişsel performans alanında umut verici sinyaller olsa da, geniş örneklemli ve uzun süreli çalışmalara ihtiyaç vardır. Klinik uygulamada rasyonel yaklaşım; bireysel gereksinim, kanıt düzeyi ve güvenilirlik dengelerini gözeten, bütüncül bir değerlendirmedir.

Kaynaklar

1. Secades JJ. Citicoline: pharmacological and clinical review, 2016 update. *Rev Neurol*. 2016;63(Suppl 3):S1-S73.
2. Adibhatla RM, Hatcher JF, Dempsey RJ. Effects of citicoline on phospholipid and glutathione levels in transient cerebral ischemia. *Stroke*. 2001;32:2376-81.
3. Cavalu S, Saber S, Ramadan A, et al. Unveiling citicoline's mechanisms and clinical relevance in neuroinflammatory



disorders. *FASEB J.* 2024;38:e70030.

4. Saver JL. Citicoline: update on a promising agent for neuroprotection and neurorepair. *Rev Neurol Dis.* 2008;5:167-77.
5. Alvarez-Sabín J, Román GC. The role of citicoline in neuroprotection and neurorepair in ischemic stroke. *Brain Sci.* 2013;3:1395-414.
6. Dávalos A, et al. Citicoline in acute ischaemic stroke (ICTUS). *Lancet.* 2012;380:349-57.
7. García-Cobos R, et al. Citicoline use in cognitive decline. *J Neurol Sci.* 2010;299:188-92.
8. McGlade E, et al. Citicoline supplementation improves attention in healthy adolescent males. *J Atten Disord.* 2012;16:245-52.
9. Hübner IB, et al. Citicoline in ADHD: a pilot study. *Clin Neuropharmacol.* 2024;47:146-9.
10. EFSA. Scientific opinion on the safety of citicoline as a novel food ingredient. *EFSA J.* 2014;12:3668.



SUÇA SÜRÜKLENEN ÇOCUK: KAVRAMSAL TEMELLER VE CEZA POLİTİKALARI ÜZERİNE ELEŞTİREL BİR İNCELEME

Av. Kardelen ATEŞÇİ

ocuk Adalet Sisteminde Kavramsal ereve ve Yapısal Belirleyiciler

ocuk adalet sistemi, klasik ceza hukuku paradigmasının ötesine geçen; insan hakları hukuku, sosyal politika ve gelişim psikolojisiyle kesişen çok katmanlı bir normatif ve kurumsal alandır. Bu erevede Türk hukukunda suç isnadı altındaki çocukların “suçlu ocuk” yerine “suça sürüklenen ocuk” olarak tanımlanması, yalnızca terminolojik bir tercih değil; çocuklara özgü adalet anlayışının normatif ifadesidir. Nitekim 5395 sayılı ocuk Koruma Kanunu, çocuğu salt cezai sorumluluğun öznesi olarak değil, korunması, desteklenmesi ve toplumsal bütünleşmesi sağlanması gereken bir hak öznesi olarak konumlandırmaktadır. “Suça sürüklenen ocuk” kavramı, çocuğun adalet sistemiyle karşılaşmasının çoğu zaman bireysel bir “suç eğilimi” ile açıklanamayacağını kabul eden yapısal bir perspektife dayanmaktadır. Yoksulluk, eğitimden kopuş, aile içi şiddet, ihmal ve istismar, göç, sosyal hizmet mekanizmalarının yetersizliği ve toplumsal dışlanma gibi faktörler, çocukların suçla temasında belirleyici rol oynamaktadır. Koruyucu ve önleyici sosyal politikaların zayıf olduğu bağlantılarda çocuklar, kimi zaman örgütlü yapıların sunduğu sahte “aidiyet” ilişkilerine yönelmekte; böylece sosyal destek sisteminin dışında kalan ocuk, ceza adalet sistemi içinde görünür hâle gelmektedir.

İstanbul Barosu ocuk Hakları Merkezi tarafından son beş yıla ilişkin CMK atamalarına dair hazırlanan veriler, suça sürüklenen çocuklar açısından en yoğun suç tiplerinin hırsızlık ve kasten yaralama olduğunu ortaya koymaktadır. Bu tablo, çocukların adalet sistemiyle çoğunlukla ağır ve organize suçlar üzerinden değil; gündelik yaşam koşulları ve yapısal kırılğanlıklarla doğrudan bağlantılı suç tipleri üzerinden temas kurduğunu göstermektedir. Bu durum aynı zamanda erken müdahale mekanizmalarının yeterince işletilmediğine işaret etmektedir. Çocuklar çoğu zaman sosyal hizmet sisteminde değil, ancak ceza adaleti sistemi içinde “görünür” hale gelmektedir. İstanbul Barosu ocuk Hakları Merkezi’nin son beş yıla ilişkin CMK atama verileri, suça sürüklenen çocuklar bakımından en yoğun suç tiplerinin hırsızlık ve kasten yaralama olduğunu ortaya koymaktadır. Bu bulgu, çocukların adalet sistemiyle çoğunlukla ağır ve organize suçlar üzerinden değil; gündelik yaşam koşulları ve yapısal kırılğanlıklarla doğrudan bağlantılı fiiller üzerinden temas kurduğunu göstermektedir. Dolayısıyla sorun, münferit “tehlikelilik” olgusundan ziyade, erken müdahale ve sosyal destek mekanizmalarının yeterince işletilememesiyle ilişkilidir.

Bununla birlikte, söz konusu kavram eleştiriden bütünüyle muaf değildir. “suça sürüklenme” ifadesi bir yandan çocuğun kimliğini “suçluluk” üzerinden sabitlememe amacı taşıırken, diğer yandan suç kavramını çocuğun varlığıyla dolaylı biçimde ilişkilendirme riskini barındırmaktadır. Ayrıca ocuğun iradi kapasitesini bütünüyle dışsal etkenlere indirgeme tehlikesi de söz konusudur. Oysa ocuk salt iradesiyle suçla ilişkilenebilir olsa dahi, gelişimsel özellikleri ve bilişsel-psikososyal olgunluk düzeyi, yetişkin iradesiyle eşdeğer değildir. Bu nedenle mesele yalnızca terminolojik bir tercih meselesi değildir; çocuğun iradesinin niteliği, gelişimsel farklılıkları ve ceza sorumluluğunun sınırları bakımından yapısal bir değerlendirmeyi zorunlu kılmaktadır. Kavramın işlevselliği, ancak çocuğu hem özne olarak tanıyan hem de onu suça iten yapısal koşulları dikkate alan bütüncül bir ocuk adalet politikası içinde anlam kazanmaktadır. Bununla birlikte, gelinen aşamada kavramın yeniden tartışıma açılması kaçınılmazdır. Bu tartışma yürütülürken, çocuğun yüksek yararı, gelişimsel özellikleri ve sosyal politika boyutu birlikte gözetilmeli; değerlendirme indirgemeci değil, çok boyutlu bir perspektifle yapılmalıdır.

İrade Kapasitesi ve Ceza Sorumluluğunun Gelişimsel Boyutu

Çocuklar bakımından kusur yeteneği, yetişkinlerle aynı ölçütlere göre belirlenmemektedir. Çocukluk ve ergenlik



dönemine ilişkin nörobilimsel ve psikososyal araştırmalar; risk algısı, dürtü kontrolü, uzun vadeli sonuçları öngörme ve akran etkisine direnme kapasitesinin gelişimsel olarak sınırlı olduğunu ortaya koymaktadır. Bu nedenle çocukların cezai sorumluluğu, yalnızca fiilin maddi gerçekleşmesi üzerinden değil; gelişimsel yeterlilikleri ve içinde buldukları sosyal bağlam üzerinden değerlendirilmelidir.

Türkiye’de ceza sorumluluğu yaşı 12’dir. Buna karşılık Birleşmiş Milletler Çocuk Hakları Komitesi, taraf devletlere ceza sorumluluğu yaşının mümkün olduğunca yükseltilmesini ve genel olarak 14 yaşın altına düşürülmemesini tavsiye etmektedir. Almanya, İtalya ve İspanya’da ceza sorumluluğu yaşı 14’tür; İngiltere’de ise 10’dur. Ancak karşılaştırmalı hukuk verileri göstermektedir ki yaş sınırı tek başına belirleyici değildir; asıl belirleyici olan sistemin özgürlükten yoksun bırakmayı hangi ölçüde ve hangi sıklıkta tercih ettiğidir. 2024 verilerine göre İngiltere’de kapalı kurumda bulunan çocuk sayısı 660 iken, Türkiye’de Ceza İnfaz Sisteminde Sivil Toplum Derneği’nin Ekim 2025 açıklamasına göre ceza infaz kurumlarında 4.561 çocuk bulunmaktadır. İngiltere’de ceza sorumluluğu yaşının 10 olması, çocuk hakları perspektifinden haklı eleştirilere konu edilse de, kapalı kurum nüfusunun görece düşük olması yaş sınırından ziyade sistem tasarımıyla ilişkilidir. İngiltere’de özgürlükten yoksun bırakma son çare olarak uygulanmakta; onarıcı adalet ve toplum temelli müdahaleler öncelik taşımaktadır. Türkiye’de ise özgürlükten yoksun bırakma tedbirinin görece daha erken ve yaygın biçimde devreye girdiği görülmektedir. Dolayısıyla çocuk suçluluğu tartışmasında belirleyici olan, sistemin özgürlükten yoksun bırakmayı ne ölçüde merkezileştirdiği; erken müdahale, rehabilitasyon ve toplumsal bütünleşme mekanizmalarını ne derece kurumsallaştırdığıdır.

Tepkisel Ceza Politikaları ve Cezaların Ağırlaştırılmasının Sınırları: Almanya ve ABD Deneyimi

Çocuk adalet sistemine ilişkin tartışmalar çoğu zaman münferit ve yüksek kamuoyu etkisi yaratan olaylar sonrasında yoğunlaşmaktadır. Şubat 2024’te Almanya’nın Stuttgart kentinde yaşanan ve bir çocuğun ölümüne yol açan olay sonrasında, Hristiyan Demokrat Parti (CDU) ceza sorumluluğu yaşının 14’ten 12’ye düşürülmesini önermiştir. Ancak Federal Adalet Bakanlığı, tekil bir olay üzerinden ceza yasalarının değiştirilemeyeceğini, bu tür düzenlemelerin bilimsel veriler ışığında değerlendirilmesi gerektiğini belirtmiştir. Eyaletler Adalet Bakanları Konferansı da benzer yönde görüş bildirmiştir. Bu örnek, çocuk adalet politikalarının tepkisel değil; kanıta dayalı ve uzun vadeli perspektifle şekillendirilmesi gerektiğini göstermektedir. Aksi takdirde, kısa vadeli kamuoyu tatmini sağlansa dahi, sistemin uzun vadeli işlevselliği zayıflayabilmektedir.

Benzer bir tartışma eksenini, cezaların caydırıcı olmadığı ve bu nedenle ağırlaştırılması gerektiği yönündeki argüman üzerinden kurulmaktadır. Ancak ABD deneyimi, bu yaklaşımın sınırlılıklarını ortaya koymaktadır. Bazı eyaletlerde çocukların yetişkinler gibi yargılanmasına ve daha ağır cezalara tabi tutulmasına rağmen, suç oranlarında kalıcı ve anlamlı bir düşüş sağlanamamıştır. Anna Aizer ve Joseph J. Doyle’un 35.000 genç üzerinde yürüttüğü uzunlamasına araştırma, hapis cezasının eğitim ve istihdam sonuçlarını olumsuz etkilediğini ve yetişkinlikte yeniden hapse girme olasılığını artırdığını göstermektedir. David Roodman’ın 2017 tarihli çalışması ise daha ağır cezaların caydırıcı etkisinin son derece sınırlı olduğunu; özgürlükten yoksun bırakmanın kısa vadeli bir “etkisizleştirme” sağlasa da uzun vadede yeniden suç işleme riskini artırabildiğini ortaya koymaktadır. Bu bulgular birlikte değerlendirildiğinde, suçun azaltılmasında cezaların nicel ağırlığından ziyade, sistemin niteliğinin belirleyici olduğu anlaşılmaktadır. Sosyal destek mekanizmaları, eğitim olanakları, erken müdahale programları ve rehabilitasyon odaklı uygulamalar güçlendirilmeden, yalnızca cezanın sertliğini artırmaya dayalı politikaların kalıcı bir çözüm üretmesi mümkün görünmemektedir.

Sonuç

“Suça sürüklenen çocuk” kavramı, çocuk adalet sisteminde suça ilişkilenen çocuk merkezli ve cezalandırma odaklı yaklaşımın ötesine geçme iradesinin normatif bir ifadesidir. Bu kavram, çocuğu yalnızca işlediği iddia edilen fiil üzerinden tanımlamak yerine; gelişimsel özellikleri, sosyal çevresi ve içinde bulunduğu yapısal koşullarla birlikte değerlendirmeyi gerekli kılar. Ancak kavramsal düzeyde benimsenen bu yaklaşımın pratikte karşılık bulabilmesi, ceza hukukunun dar sınırlarını aşan bütüncül sosyal politika reformlarıyla mümkündür. Karşılaştırmalı hukuk verileri ve ampirik araştırmalar, çocuk suçluluğunun azaltılmasında belirleyici unsurun cezaların nicel ağırlığı değil, sistemin niteliği olduğunu ortaya koymaktadır. Özgürlükten yoksun bırakmanın istisnai bir tedbir olarak uygulanması, erken müdahale mekanizmalarının



etkinleştirilmesi, eğitimden kopuşun önlenmesi ve rehabilitasyon odaklı programların güçlendirilmesi, hem yeniden suç işleme riskini azaltmakta hem de toplumsal güvenliği daha sürdürülebilir biçimde sağlamaktadır. Bu açıdan, çocuk adalet sisteminin başarısı, cezalandırma kapasitesiyle değil; koruma, onarma ve güçlendirme kapasitesiyle ölçülmelidir.

KAYNAKÇA

1. **Aizer, Anna & Doyle, Joseph J., Jr.** (2013). *Juvenile Incarceration, Human Capital and Future Crime: Evidence from Randomly Assigned Judges*. NBER Working Paper Series. https://www.nber.org/system/files/working_papers/w19102/w19102.pdf
2. **Ateşci, Kardelen**, *Çocukların korunmasında sorumluluk karmaşası üzerine: Cezaları artırmak çocuk suçluluğunu önler mi?* Aposto. <https://aposto.com/s/cocuklarin-korunmasinda-sorumluluk-karmasasi-uzerine-cezalari>
3. **Ateşci, Kardelen & Anayarolu, Meltem**, *Çocuk adalet sisteminde İngiltere ve Türkiye karşılaştırması: Ülkeler suç üretir mi?* Aposto. <https://aposto.com/s/cocuk-adalet-sisteminde-ingiltere-ve-turkiye-karsilastirmasi>
4. **Ceza İnfaz Sisteminde Sivil Toplum Derneği (CİSST)**. (t.y.). *Hapishane istatistikleri*. <https://cisst.org.tr/hapishane-istatistikleri/>
5. **HM Government (Ministry of Justice & Youth Justice Board for England and Wales)**. (2024). *Youth Justice Statistics 2023 to 2024*. <https://www.gov.uk/government/statistics/youth-justice-statistics-2023-to-2024/youth-justice-statistics-2023-to-2024>
6. **İstanbul Barosu Çocuk Hakları Merkezi**, *Mağdur ve Suça Sürüklenen Çocuklara Yönelik CMK Görevlendirilmeleri Analiz Raporu (2020–2025)*. <https://www.istanbulbarosu.org.tr/files/docs/20112025COCUKHAKLARI.pdf>
7. **Roodman, David**, (2017), *The Impacts of Incarceration on Crime*. <https://arxiv.org/pdf/2007.10268.pdf>



SUÇA SÜRÜKLENEN ÇOCUKLARDA PSİKOPATOLOJİ

Doç. Dr. Yaşar Tanır

Kanunlarda suç olarak tanımlanan bir fiili işlediği iddiası ile hakkında soruşturma yapılan ya da güvenlik tedbirine karar verilen çocuklar Çocuk Koruma Kanununa göre Suça Sürüklenen Çocuk olarak tanımlanmaktadır. Çocukluk çağında işlenen suçlar önemli bir toplumsal sorun teşkil etmektedir. Özellikle bilişsel, psikososyal ve fiziksel olarak hızlı büyüme ve gelişmenin olduğu ergenlik dönemi, diğer dönemlere göre çocukların suç işlemeye daha yakın oldukları bir zaman dilimidir. Çevresel faktörler (sosyal, ailesel ve ekonomik) ve kişisel özelliklerin (kişilik, beceri, olgunluk ve psikopatoloji) karmaşık etkileşiminin ergenlerde agresif ve yıkıcı davranışların artmasıyla ilişkili olduğuna dair yaygın bir kanıtlar vardır (2,3). Yıkıcı davranışlar sergileyen ergenlerin erişkin döneminde ulaştıklarında da fiziksel ve ruhsal problemler, işsizlik ve ilişki sorunları gibi alanlarda yüksek riskli oldukları belirtilmiştir (4). Diğer psikiyatrik hastalıklarda olduğu gibi suça sürüklenen çocuklarda da ailesel özellikler ve dinamiklerin çocukların davranışlarında güçlü etkisi olduğu bilinmektedir.

Araştırmalarda suça yönelen çocuklarda eş zamanlı psikiyatrik hastalık görülme oranlarının yüksek olduğunu göstermektedir. Bu çocukların en az %50-70'nin bir psikiyatrik hastalıklarının olduğu belirtilmiştir ki bu oran genel ergen popülasyonunda sadece %9-21 arasındadır (6). 358 suç işlemiş ergenle yapılan bir çalışmada, olguların %73.2'sinin davranım bozukluğu tanısı gösterilmiştir (7). Benzer şekilde ABD de suç işleyen çocuk ve ergenlerin % 65-75'inde bir veya daha fazla psikiyatrik bozukluk olduğu tespit edilmiştir (8). En sık görülen psikiyatrik bozukluklar ise dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu (DEHB), davranış bozukluğu (DB), depresyon, anksiyete bozukluğu ve zihinsel yetersizliktir.

Türkiye'de 2005 yılında da çıkarılan Çocuk Koruma Kanunu ile kanunlarda suç olarak tanımlanan bir fiili işlediği iddia edilen çocuklar suça sürüklenen çocuklar olarak tanımlanmıştır. Türk Ceza Kanununda (TCK) suça sürüklenen çocukların ceza sorumluluğunda yaş kriteri söz konusudur. 2005 te yapılan değişiklik ile sorumluluk yaşı on birden on ikiye çıkarılmıştır (9). TCK 31. Maddesine göre; Fiili işlediği sırada on iki yaşını doldurmamış çocukların ceza sorumluluğu yoktur. Bu kişiler hakkında ceza kovuşturması yapılamaz; ancak çocuklara özgü güvenlik tedbirleri uygulanabilir. Fiili işlediği sırada on iki yaşını doldurmuş olup da on beş yaşını doldurmamış olanların işlediği fiilin hukuki anlam ve sonuçlarını algılaması veya davranışlarını yönlendirme yeteneğinin yeterince gelişmemiş olması halinde ceza sorumluluğu yoktur (9). Ancak, bu kişiler hakkında çocuklara özgü güvenlik tedbirlerine hükmolunur ifadeleri yer almaktadır. 12-15 yaş arasında olup işlediği fiilin hukuki anlam ve sonuçlarını algılama veya davranışlarını yönlendirme yeteneğinin yeterince gelişmemiş olduğu tespit edilen çocuklar için ise azaltılmış süreli cezalar uygulanmaktadır.

Suçta sürüklenme olgusu ekonomik, sosyal, kültürel, sağlık sistemi ve politik birçok faktörle ilişkili; Yönetiminde Multidisipliner Yaklaşım gereklidir. Çok yönlü ve kapsamlı bir değerlendirme ve müdahale gerektiren bu konuda en önemli yapılması gereken adımlar ise;

- Ailelerin ekonomik kalkınmasının sağlanması
- Ebeveynlerin aile yönetim becerisinin artırılması
- Eğitim altyapısının güçlendirilmesi ve zorunlu olan eğitime çocukların dahil edilmesi
- PDR ve sosyal hizmet uzmanlarının aktif sahada olması
- Sosyal medya kullanımı yaş sınırlaması
- Ruhsal bozukluğu olan çocukların takip ve tedavisinin sağlanması
- Çocuk aile koruyucu ruh sağlığı merkezleri (aile hekimi gibi)
- Bireysel gelişim sosyal sporsal sanatsal faaliyetler

SSÇ'ın adli değerlendirmesi bütüncül olarak yapılmalı ve çocuğun ceza alıp almamasından öte, çocuğun topluma kazandırılması için gerekli koruyucu önlemlerin alınması ve rehabilitasyonun sağlanmasıdır.



ÇOCUKLARIN SUÇ İLE İLİŞKİLENMESİNE DISİPLİNERARASI YAKLAŞIM: PEDIATRİK YAKLAŞIM

Doç. Dr. Demet Taş

*Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Bilkent Şehir Hastanesi, Çocuk Hastanesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları
Adolesan Sağlığı BDİstanbul, Türkiye*

Çocuk ve ergenlerin suç ile ilişkilenebilmesi, yalnızca adli sistemin konusu olan bir durum değil; biyolojik, psikolojik, ailesel ve sosyal boyutları bulunan karmaşık bir durum olup multidisipliner yaklaşım gerektirmektedir. Günümüzde suça sürüklenen çocukların önemli bir bölümünün daha önce sağlık sistemiyle temas ettiği bilinmektedir. Bu nedenle pediatristler ve ergen sağlığı profesyonelleri, riskli gelişim örüntülerinin erken dönemde fark edilmesi ve önleyici müdahalelerin başlatılması açısından kritik bir konumdadır.

Suç davranışı çoğunlukla tek bir nedene bağlı değildir; çoklu risk faktörlerinin zaman içinde birikmesi ve birbirini etkilemesi sonucu ortaya çıkmaktadır. Dolayısıyla ergenlik dönemi, uygun çevresel koşullar varlığında suça yönelme riskinin arttığı bir dönemdir. Bu nedenle pediatristlerin gelişimsel özellikleri göz önünde bulundurarak değerlendirme yapmaları önemlidir.

Ergenlik Dönemi ve Riskli Davranışlara Yatkınlık

Ergenlik dönemi, biyolojik değişimlerin hızlandığı ve psikososyal dönüşümlerin yoğunlaştığı bir gelişim evresidir. Bu dönemde riskli davranışların artması yalnızca sosyal faktörlerle değil, nörogelişimsel süreçlerle de ilişkilidir. Beynin ödül ve motivasyon sistemleri erken dönemde aktifleşirken, dürtü kontrolü ve sonuç değerlendirmesinden sorumlu prefrontal korteks gelişimi genç erişkinliğe kadar devam etmektedir. Bu nedenle ergenler kısa vadeli ödüllere daha duyarlı, riskli davranışlara ise daha yatkın olabilirler. Erken ergenlik döneminde (11–14 yaş) bedensel değişimler, kimlik gelişimi ve akran ilişkileri ön plana çıkar. Bilişsel süreçler çoğunlukla somut düşünme düzeyindedir ve genç, davranışlarının uzun vadeli sonuçlarını yeterince değerlendiremeyebilir. Sigara ve madde denemeleri, sınır test eden davranışlar ve akran onayını önemseme bu dönemde sık gözlenir. Orta ergenlik döneminde (14–18 yaş) soyut düşünme ve empati gelişme de dürtüsellik ve risk alma davranışları devam edebilir. Akran grubuna kabul edilme, sosyal statü kazanma ve çekici görünme isteği riskli davranışlara yönelimi artırabilir.

Anamnez ve Muayenede Pediatrist İçin İpuçları

Riskli ergeni tanımadaki klinik gözlem ve muayene önemli ipuçları içerebilir. Anamnez ve muayene sırasında göz teması kurmaktan kaçınma, aşırı tetikte olma, sorulara tutarsız veya kaçamak yanıtlar verme, alaycı ya da küçümseyici tutum, belirgin duygulanım küntlüğü gibi davranışsal özellikler dikkat çekici olabilir. Fizik muayenede de riskli yaşam koşullarını düşündüren bulgular bulunabilir. Farklı iyileşme evrelerinde travma izleri, açıklanamayan morluklar, kesiler, yanıklar, jilet veya falçata izleri, çok sayıda dövme, özbakım yetersizliği, hızlı kilo değişimleri, puberte ile uyumsuz gelişim ya da büyüme geriliği dikkat edilmesi gereken bulgulardır. Madde kullanımını düşündüren diş kayıpları, cilt renginde değişiklik, iştah ve uyku sorunları, kilo değişimleri gibi belirtiler de klinik değerlendirmede göz önünde bulundurulmalıdır.

HEEADSSS Yaklaşımı ve Psikososyal Değerlendirme

Ergen değerlendirmesinde HEEADSSS yaklaşımı önemli bir yapılandırılmış görüşme modelidir. Bu yaklaşımda ev ortamı, eğitim durumu, beslenme alışkanlıkları, aktiviteler, madde kullanımı, cinsellik, ruh sağlığı ve güvenlik alanları sistematik biçimde değerlendirilir.

Ev ortamında aile yapısı, ebeveyn denetimi ve aile içi ilişkiler önemlidir. Parçalanmış aile yapıları, ebeveynler arası



çatışma, tutarsız disiplin uygulamaları ve ebeveyn madde kullanımırisk artırıcı faktörler arasında yer alır. Özellikle ebeveyn-çocuk bağlanmasının zayıf olması, suç davranışıyla ilişkili bulunmuştur.

Okul, yalnızca eğitim verilen bir yer değil, aynı zamanda koruyucu sosyal bir çevredir. Okuldan kopuş, devamsızlık ve akademik başarısızlık; yapılandırılmış ortamın kaybına, denetimsiz zamana ve riskli akran gruplarıyla temasa zemin hazırlayabilir. Bu nedenle pediatri için sık rapor talebi, okuldan kaçınma ve akademik performansta ani düşüş önemli uyarı işaretleridir.

Akran etkisi de suça yönelmede güçlü bir belirleyicidir. Riskli davranışlara yatkın ergenler benzer risk profiline sahip akran gruplarına yönelme eğilimindedir.

Dezavantajlı mahallelerde yaşamak, yüksek suç oranı bulunan çevrelerde büyümek, gençlik çetelerinin varlığı ve madde ile silaha kolay erişim, suça yönelme riskini artıran çevresel faktörler arasındadır. Sokakta geçirilen denetimsiz zaman ve toplumsal dışlanma da umutsuzluk ve gelecek algısının zayıflamasına yol açabilir.

Araştırmalar, bireysel düzeyde bazı faktörlerin suç davranışıyla güçlü ilişkili olduğunu göstermektedir. Çocuğun ahlaki açıdan suça nasıl baktığı, dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu veya davranım bozukluğu gibi ruh sağlığı sorunları, çocukluk döneminde istismar ya da ihmal öyküsü önemli risk faktörleridir. Ayrıca önceki suç davranışı öyküsü varlığı dikkatimizi çekmelidir.

Alkol ve madde kullanımı hem suça yönelmenin nedeni hem de sonucu olabilir. Madde etkisi veya yoksunluk dönemlerinde dürtüsellik ve saldırganlık artabilir. Bu nedenle her riskli ergen değerlendirmesinde madde kullanımı mutlaka sorgulanmalıdır.

Spor, çoğu zaman koruyucu bir etkinliktir. Ancak denetimsiz, agresif normların baskın olduğu ortamlarda riskli akran etkisi devam edebilir. Buna karşılık iyi yapılandırılmış, yetişkin denetiminde yürütülen spor ortamları disiplin, aidiyet ve özdenetim gelişimine katkı sağlayabilir.

Uzun süreli izlem çalışmalarında, aile bağlarının gücü, okul bağlılığı ve akran ilişkilerinin gençlerin suç davranışıyla güçlü biçimde ilişkili olduğu gösterilmiştir. Çete üyeliğinin özellikle şiddet içeren suç davranışlarıyla ilişkili olduğu, sosyoekonomik dezavantajların dolaylı biçimde riski artırdığı görülmektedir.

Koruyucu Faktörler ve Önleme Stratejileri

Risk faktörlerinin yanında koruyucu faktörlerin güçlendirilmesi de önemlidir. Özdenetim becerilerinin gelişmiş olması, problem çözme ve sağlıklı baş etme stratejileri bireysel koruyucu faktörlerdir. Ailede destekleyici ebeveynlik, açık sınırlar ve etkili denetim önemli koruyucu unsurlardır. Okula bağlılık, olumlu öğretmen ilişkileri ve sağlıklı akran grupları da riskin azalmasına katkı sağlar. Çalışmalar geç ergenlikte yetişkin rollerine geçişin sağlanabilmesi, istikrarlı iş yaşamı ve aile bağlarının güçlü olduğu aile kurmanın suç davranışında azalma sağlayabildiğini de göstermektedir. Bu durum, suç davranışının sabit bir kişilik özelliği değil, yaşam koşullarıyla değişebilen bir süreç olduğunu ortaya koymaktadır

Pediatri, riskli ergenle karşılaştığında risk birikimini azaltacak bazı yaklaşımlarda bulunabilir. Aileye ve ergene psiko-eğitim verilmesi en kolay klinikte yapılabilecek bir müdahaledir. Ebeveylere çocukları ile destekleyici empatik dil kullanarak nasıl iletişimde olacaklarının öğretilmesi ilk adım olabilir. Ayrıca desteğe ihtiyacı bulunan aileler ve ebeveynler için de sosyale hizmetlerden yardım istenmelidir. Çocukluktan itibaren ruh sağlığı sorunları bulunan ve yardım almamış veya düzenli takibe gitmeyen ailelere kılavuzluk edilmesi ruh sağlığı hizmetlerine yönlendirilmesi önemlidir. Ayrıca daha evvel kavga dahil suça karışmış ergenler ile ilgili okul rehberlik hizmetleri ile iletişime geçerek iş birliği yapılması fayda sağlayacaktır.

Sonuç olarak, çocuk ve ergenlerin güvenli gelişimi için sağlık, eğitim, sosyal hizmet ve adalet sistemlerinin iş birliği içinde çalışması gereklidir. Suç davranışını önlemenin en etkili yolu, risk altındaki çocukları erken dönemde fark ederek destekleyici ve koruyucu müdahaleleri birlikte geliştirebilmektir. Çocukları ancak bütüncül ve disiplinlerarası bir yaklaşımla birlikte koruyabiliriz.



Kaynaklar

- Andrews, N. C. Z., Hanish, L. D., & Santos, C. E. (2017). Reciprocal associations between delinquent behavior and social network position during middle school. *Journal of Youth and Adolescence*, 46(10), 2192–2205. <https://doi.org/10.1007/s10964-017-0694-0>
- Ayona, G., et al. (2025). Risk and protective factors of youth crime: An umbrella review of systematic reviews and meta-analyses.
- Dumontheil, I. (2011). Adolescent brain development. *Current Opinion in Behavioral Sciences*, 1, 39–44.
- Fernández-Suárez, A., Herrero, J., Pérez, B., Juarros-Basterretxea, J., & Rodríguez-Díaz, F. J. (1993). Risk factors for school dropout in a sample of juvenile offenders. *Psicothema*, 5(2), 325–336.
- Hoeve, M., Dubas, J. S., Gerris, J. R. M., Van der Laan, P. H., & Smeenk, W. (2007). Long-term effects of parenting and family characteristics on delinquency of male young adults. *European Journal of Criminology*, 4(2), 161–194. <https://doi.org/10.1177/1477370807074854>
- Langenkamp, A. G., & Frisco, M. L. (2008). Family transitions and adolescent severe emotional distress: The salience of family context. *Social Problems*, 55(2), 238–253.
- Mahoney, J. L. (2004). Structured activity participation among adolescents: Developmental and behavioral outcomes. *International Journal of Behavioral Development*, 28(2), 145–154.
- Neely, P., et al. (2013). High school dropouts contribute to juvenile delinquency. *Review of Higher Education & Self-Learning*, 6(22), 1–8.
- Reynolds, A. D., & Crea, T. M. (2015). Peer influence processes for youth delinquency and depression. *Journal of Adolescence*, 43, 83–95.
- Thornberry, T. P., & Krohn, M. D. (2003). Taking stock of delinquency: An overview of findings from contemporary longitudinal studies. Springer.
- Thornberry, T. P., Krohn, M. D., Lizotte, A. J., Smith, C., & Tobin, K. (2018). *The Rochester Youth Development Study: A longitudinal study of delinquency and drug use from adolescence to adulthood*. Cambridge University Press.



ERGENLERDE KORUYUCU SAĞLIK HİZMETLERİNDE AİLE HEKİMLERİNİN ROLÜ

Doç Dr Nurdan Tekgül

SBÜ İzmir Şehir Hastanesi Aile Hekimliği Kliniği

Sağlık hizmeti sunumunda kalitenin artırılmasında mihenk taşı, birinci basamaktır. Bir sigara izmariti yüzünden kül olmuş bir ormanı yeniden yetiştirmek yerine, izmaritin ormana atılmasını engellemek ya da yangını ilk anda yayılmadan söndürmek çok daha kolay ve ucuzdur.

Ülkemizde birinci basamak sağlık hizmetinin büyük bir kısmı aile hekimlerince sunulmaktadır ki, Aile Hekimliği, Birinci Basamak KORUYUCU sağlık hizmetlerine odaklanan bir tıp disiplini ve uzmanlık alanıdır. Birey, aile ve toplum sağlığına katkıda bulunmak üzere, çocukluk, ergenlik, erişkinlik ve ileri yaş gibi yaşamın bütün evrelerinde ve süreklilik içinde, cinsiyet, yakınma, hastalık gibi herhangi bir ayırım yapmaksızın, sağlığın korunması ve geliştirilmesi ile karşılaşılacak tüm sağlık sorunlarının birinci basamakta erken tanı, tedavi, izlem ve rehabilitasyonuna yönelik olarak, tıp etiği ilkeleri ile uyum içinde çağdaş, nitelikli, kanıta dayalı bir sağlık hizmeti sunabilmek için gerekli bilgi, beceri ve tutumları edinmiş olmayı gerektiren MULTİDİSİPLİNER bir uzmanlık dalıdır. (İkinci Avrupa Aile Hekimleri Eğitimi Toplantısı, 1974, Hollanda (Loewenhorst))

Dünya Aile Hekimliği Birliği (WONCA (World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners / Family Physicians) 2002 yılında disiplini tanımlamış ve 2011 yılında bu tanımlı revize ederek "Aile hekimi disiplininin prensipleri doğrultusunda eğitim almış uzman doktor olarak tanımlamıştır.

Aile Hekimi, filmin tek karesine değil, tamamına bakar. Bu hekimler, kişileri ve aileleri, içinde yaşadığı toplumun bir parçası olarak ele alan, yaş, cinsiyet ve hastalık ayırımı yapmaksızın kesintisiz ve bütüncül sağlık hizmet sunabilen hekimlerdir. Psikolog, hemşire, diyetisyen, sosyal çalışmacılar, rehberlik öğretmenlerinden oluşan bir **ekip çalışmasını** organize eden, **Aileler** ile **çocuklarının** ilişkilerinin sağlam temellere dayanması için **danışmanlık** veren konumdadır. Aile Hekimi, kişilerin **SAĞLIK DANIŞMANI**, yol gösterici ve **haklarını savunan** kişidir. Çok iyi **iletişim becerisi** olmalıdır. Böylece gerekli psiko-sosyal bilgiyi alabilir ve gerekli müdahaleyi yapabilir. Çoğunlukla gerçek gündemle gelmeyen ergenlerde bu beceri ve yaklaşım çok önemlidir. (1)

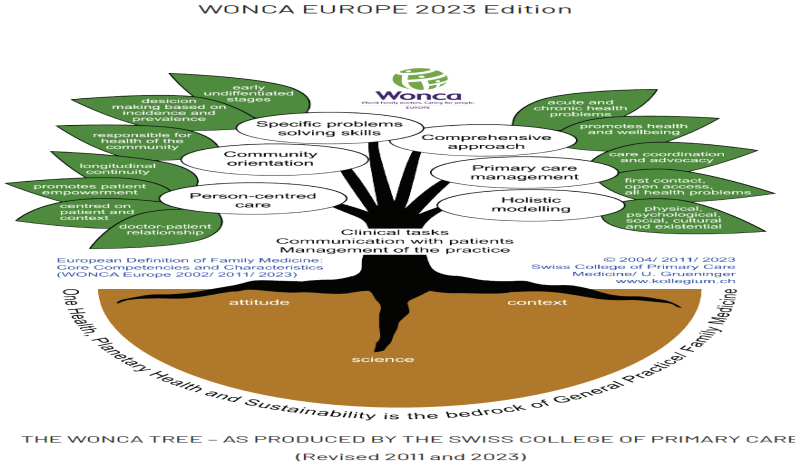
Aile hekimliği uzmanlığının çekirdek yeterlilikleri ise 6 başlık altında özetlenebilir;

1. Birinci basamak yönetimi: Sağlık sistemiyle ilk tıbbi temas noktasını oluşturur; hizmet almak isteyenlere açık ve sınırsız bir giriş sağlar. İlk tıbbi temas noktası olması özelliğinden dolayı ergenlerin üçte ikisi ilk Aile Hekimlerine başvurmaktadır. Genellikle rapor alma, ilaç yazdırma nedeniyle olan her temas koruyucu sağlık hizmetlerinin sağlanması için bir fırsata dönüştürülmelidir.

2. Kişi merkezli bakım: Hastanın kendi sağlık sorumluluğunu almasına yardımcı olarak hastanın güçlenmesini sağlar.
3. Özgün problem çözme becerileri: Rahatsızlıkların toplum içindeki prevalans ve insidansının belirleyici olduğu özgün bir karar verme süreci vardır.
4. Kapsamlı yaklaşım: Hastaların akut ve kronik sağlık sorunlarını aynı anda yönetir.
5. Toplum yönelimli olma: Toplumun sağlığı için özel bir sorumluluk üstlenir



6. Bütüncül yaklaşım-modelleme: Sağlık sorunlarını fiziksel, ruhsal, toplumsal, kültürel ve varoluş boyutlarıyla BÜTÜNCÜL (Biyo-psikososyal)ele alır. Bu özellik sayesinde ergenlerin “Gizli Gündemleri”, alt yazılarını okuyabilmek mümkün olmaktadır.



Birinci basamak hekimliğinde, sağlık hizmet sunumu kapsamında hasta eğitimi (danışmanlık hizmetleri), periyodik sağlık kontrolleri, hastalığın öngörülmesi, erken tanısı ve tedavisi, hastalıklardan korunma ve sağlıklı halin sürdürülmesi ve gerektiği durumlarda

sevk edilmesi yer almaktadır. Günümüzde adolesan dönemdeki bazı hastalık ve ölüm nedenlerinin davranışsal (merak, risk almak), çevresel ve sosyal (baskılar, yanlış rol modeller) nedenlere bağlı olduğu ve adolesanlara yönelik koruyucu hizmetler ile önlenebileceği bilinmektedir. Bu nedenle adolesana sunulacak sağlık sunumlarında öncelik, KORUYUCU SAĞLIK hizmetlerine verilmelidir.

Amerikan Tıp Birliği 'Adolesan Koruyucu Hizmetler Rehberi' (*Guidelines for Adolescent Preventive Services- GAPS*) de aşağıdaki tarama programının yapılmasını önermektedir:

1. Yıllık hipertansiyon kontrolü
2. Şişmanlık ve yeme bozuklukları
3. Risk altındaki adolesanlarda hiperlipidemi
4. Tüberküloz açısından risk altında ise tüberkülin testi
5. Fiziksel, cinsel, duygusal istismara ilişkin .ykü
6. Okul veya öğrenme problemleri
7. Alkol ve sigara dahil madde kullanımı
8. İntihar riski açısından duygu ve davranışların taranması
9. Cinsel aktif olanlarda cinsel yolla bulaşan hastalıklar
10. Cinsel aktif hastalarda servikal kanser taraması
11. HIV riski taşıyan tüm adolesanlarda HIV taraması.



AİLE HEKİMLİğİ	ADOLESAN SAğLIğI
<ul style="list-style-type: none">• Biyo-psiko-sosyal (BÜTÜNCÜL) yaklaşım (fiziksel- ruhsal durum)• Toplum-Aile Yönelimli• Ekip, multidisipliner• Riskli davranışların erken saptanması• Periyodik muayeneler, Kapsamlı sağlık bakımı• Aşılama lar• Sağlık taramaları, tedavisi, gerektiğinde sevk• <u>Mahremiyet</u>	<ul style="list-style-type: none">• Yıllık Biyo-psiko-sosyal gelişim takibi (HEEADS-SS)• Aile Yönelimli• Ekip, multidisipliner• Riskli davranışlarla ilgili danışmanlıklar (spor, besleme, kazalar, internet, madde...)• Tüm sistemler (Jinekolojik, ortopedik, endokrinolojik, dermatolojik...)• Aşılama lar• Lab: HT, DM, HL, anemi, tiroid, CYBE, gerektiğinde sevk• <u>Mahremiyet</u>

Bu dönemde zararlı madde kullanımı, şiddet, cinsellikle ilgili riskli davranışlara yönelik danışmanlık fırsatlarını değerlendirmekte yarar vardır. Toplam hastalık yükü açısından, kazalar, depresyon ve şiddet önemli bir yere sahiptir. Bu çerçevede danışmanlık konularını; çevresel faktörler, ruhsal sağlık, sağlıklı beslenme, fizik aktivite, cinsel sağlık, ve zararlı madde kullanımı başlıkları altında toplamak mümkündür. (2)

Ülkemizde **trafik kazaları** ne yazık ki önemli bir sorun oluşturmaktadır.

2019 yılında Dünya Sağlık Örgütü tarafından yapılan çalışmalarda ölüm sebeplerine bakıldığında, Türkiye'de **5-19 yaş arası ölümlerde birincil; kazalar** olduğu saptanmış. Son beş yıllık periyotta trafik kazalarına bağlı ölümlerin %10,88'ini , yaralanmaların %20,05'ini **0-17 yaş** grubu oluşturmaktadır. SBÜ İzmir Şehir Hastanesi Aile Hekimliği Evde Sağlık Hizmetleri'nden hizmet alan 37 ergen ve genç yetişkini (11-30 yaş arası) kapsayan retrospektif bir çalışmada, katılımcıların neredeyse yarısının trafik kazalarının ardından **evde bakım hizmeti** aldığı saptanmıştır. (4)

Sigara, Alkol ve diğer Maddelerin Kullanımı ve Bağımlılığının önlenmesinde de en etkin ve ucuz yöntem başlamanın engellenmesidir. Amerika'da altıncı ve yedinci sınıflarda yapılan bir çalışmada, Aile Hekimlerinin temel odağının bağımlılığın önlenmesi olduğu, koruyucu hekimliğin riskli gruplarda bağımlılık davranışlarının önlenmesini kapsadığı belirtilmiştir. Okul eğitimleri ile zararlı madde kullanımı ile ilgili konuların ele alınması sorunun da erken tespiti ve çözümünü sağlamaktadır.

Özellikle dijitalleşen dünyada dijitalleşme bir yandan gençlerin hayatını kolaylaştırırken diğer yandan çok fazla uyarana maruz kalınmasının olumsuz sonuçlarıyla gençleri yüz yüze getirebilmektedir. Yasaklamak yerine sınırlamalar ve dijital okuryazarlık koruyucu sağlık hizmetlerinde yer almalıdır.

Türkiye'de AİLE SAğLIğI MERKEZLERİNDE (ASM) Okul Çağı Görme Taramaları, Okul Çağı İşitme Taramaları, 9-11, 17-19 yaş Lipit Profili, HPV Taramaları (30-65 yaş), 6 ay aralıklarla yılda 2 kez 15-49 yaş kadın izlemleri ve aşılama lar yapılmaktadır.

Bağışıklama, etkin ve bulaşıcı hastalıkların maliyetleriyle karşılaştırıldığında ucuz bir korunma yoludur. Adolesanda bağışıklama programları, bulaşıcı hastalıklara karşı immuniteyi arttırdığı gibi koruyucu sağlık danışmanlığı için de bir fırsat yaratmaktadır. 12 Adolesan döneminde, bağışıklamaya, çocukluk dönemindeki kadar önem verildiğ itakdirde kaçırılmış fırsatları yakalama şansı da artacaktır. Adolesanlarda aşı takvimi, çocukluk çağındaki aşıların devamı niteliğinde olduğu



gibi bu dönemde takvime dahil olan HPV gibi aşıları da kapsar. Ayrıca daha önce yapılmamış aşılarda varsa yapılma fırsatı sunar. (3,6)

Aşı	Ergenlerde bağışıklama şeması Hedef Kitle	Takvim
(Tdap) veya Difteri-tetanoz (Td)	Td 13Yaş (ulusal aşı programında) Tdap ise Td sonrası 5 yıl sonra	10 yılda bir
Kızamık-kabakulak-kızamıkçık(MMR)	12 aydan sonra 2 doz MMR yapılmamış	Tek doz
Konjuge Meningokok	Meningokoksemi açısından riskli bölgelerde yaşayanlar	Tek doz
Suçiçeği	Daha önce aşılanmamış ve enfeksiyon öyküsü yok	11-12 yaş: 1 doz 13 yaş ve sonra:1-2 ay arayla iki doz
Hepatit A	Hepatit A enfeksiyonu geçirmemiş	0. ve 6.ay
Hepatit B	Daha önce aşılanmamış	0.1 ve 6.ay
HPV	9-13 yaş.....	0. 1. ve 6. ay(2 valanlı) 0.2. ve 6. ay (4 ve 9 valanlı)

81 İLDE KURULAN 355 Sağlıklı Hayat Merkezleri de sağlığa yönelik risklerden birey ve toplumu korumak, sağlıklı hayat tarzını teşvik etmek, birinci basamak sağlık hizmetlerini güçlendirmek ve bu hizmetlere ulaşımı kolaylaştırmak amacıyla kurulmuş çok amaçlı yapılardır. Bu merkezlerde multidisipliner ekiplerce : Beslenme, fiziksel aktivite, tütün ve madde bağımlılığı, koruyucu ağız ve diş sağlığı, bireysel ve aileye yönelik psiko-sosyal destek, kadın ve üreme sağlığı, çocuk ve ergen sağlığı ve okul sağlığı danışmanlıkları verilmektedir.

2023 yılında Aile Hekimliği Çekirdek yeterlilikleri güncellenerek; Tek Sağlık”, “Gezegen Sağlığı” ve “Sürdürülebilirlik” konularına vurgu yaparak bu kavramların aile hekimliği disiplini için önemi ortaya konmuştur. İnsan sağlığının su, hava ve toprak gibi doğal sistemlere bağlı olduğu ve bu sistemlerin gıda ve enerji sistemleri üzerindeki etkisinin önemini belirten Gezegen Sağlığı kavramı tanıma dahil edilmiştir. İklim değişikliğinin çocuk ve ergen ruh sağlığına etkileri üzerine 2025 Aralık ayında yapılan bir çalışmada; Aşırı sıcak gün sayısı arttıkça hiperaktivite, karşı gelme ve davranım sorunlarının küçük fakat anlamlı düzeyde arttığı gözlenmiştir.(5)

Ergen Sağlığına yönelik multidisipliner ekiplerin ve merkezlerin artırılması dileğiyle...

KAYNAKLAR:

- 1)Erişim adresi ve tarihi: <https://uludag.edu.tr/ailehekimligi/aile-hekimliginin-tanitimi-65965>, Şubat, 2026.
- 2)Tekgül N, Adolesan ve Koruyucu Hekimlik. Aydoğan Ü, editör. Adolesan Sağlığı ve Sorunları- II. Ankara: Türkiye Klinikleri J Fam Med-Special Topics ; 2018. p.57-9.
- 3)Dişçiğil G, Adolesan Dönemde Koruyucu Sağlık Bakımı, Taramalar ve Aşılarda. Türkiye Klinikleri J Fam Med-Special Topics ; 2013;4(1)sf: 27-30.
- 4) Özkay Y, Umut B, Tekgül N, Addressing the needs of adolescents and young adults in home healthcare services; Ankara Med J, 2025;(4):473-475 .
- 5) Briker S, et.al., Association Between Extreme Heat and Externalizing Symptoms in Pre- and Early Adolescence: Findings From the ABCD Study; JAACAP, 2025; (3):714-724.
- 6)Özcan S, Bozdemir N, Ergenlerde Aşılama. Türkiye Klinikleri J Fam Med-Special Topics 2011;2(5):60-



ERGENLERDE AKNE VAKALARI: AKNE VULGARIS VE TEDAVİSİ

Uzm. Dr. Mücahit Fidan

İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ergen Sağlığı Doktora Programı

Giriş: Akne Vulgaris, genetik, hormonal, mikrobiyal ve çevresel faktörlerin etkileşimiyle ortaya çıkabilen, sebase bez hiperaktivitesi, foliküler hiperkeratinizasyon, özellikle cutibacterium acnes olmak üzere mikrobiyal kolonizasyonun ve pilosebace üniten kronik inflamasyonunun olduğu, çoğunlukla ergenleri ve genç yetişkinleri etkileyen yaygın bir dermatolojik rahatsızlıktır. (1) Akne vulgaris, artan küresel prevalansı, kronik seyri ve tedaviye dirençli yapısı nedeniyle önemli bir dermatolojik halk sağlığı sorunu olarak kabul edilmektedir (2). Epidemiyolojik veriler, ergen erkeklerin %95'inden fazlası ve ergen kızların yaklaşık %85'inde yaşamlarının bir noktasında akne geliştiğini göstermektedir (3). Adolesan ve erken erişkinlik döneminde erkeklerde sık görülürken, adolesan dönemden erişkin döneme kronik persiste olduğu durumlarda kadınlarda daha fazla görülmektedir (4). Hastalar üzerinde olumsuz etkilere sahip olabilen akne vulgaris, geçici olsa da bazen yıllarca sürebilir ve sıklıkla kalıcı izler veya pigment değişikliklerine yol açabilir (5). Akne ve akne izleri, yalnızca kozmetik kaygılara yol açmakla kalmaz, aynı zamanda düşük benlik algısı, depresyon, anksiyete ve sosyal izolasyon gibi ciddi psikososyal sonuçlara da neden olabilmektedir (6). Psikolojik değişim, mutlaka hastalığın şiddetiyle ilişkili olamayabilmekte, hafif ve orta dereceli hastalıklarda bile ciddi depresyon ve intihar düşüncesi görülebilmektedir (3). Yapılan çalışmalar aknenin duygusal yük etkisinin, diyabet ve epilepsi gibi sistemik hastalıklarda deneyimlenen etkiye benzer olduğunu göstermektedir (4). Kırk üç çalışmanın analiz edildiği bir derleme çalışmasında, akne hastalarında; depresyon: %22, anksiyete: %29, intihar düşüncesi: %12 oranlarında tespit edilmiştir (7).

Patoloji: Akne lezyonları, komedon, papül, püstül, nodül ve nadiren kist gibi çeşitli varyasyonda lezyonlarla karakterizedir (6). Akne izlerinin gelişimi, inflamasyonla tetiklenen bozulmuş yara iyileşme süreçleri ile ilişkilidir; bu süreçte hücre dışı matriksin bozulması ve kolajen sentezindeki dengesizlikler, hipertrofik veya keloid skarlara veya daha yaygın olarak atrofik yara izlerine yol açmaktadır (8).

Etyoloji: Akne vulgaris lezyonlarının gelişimi ve şiddetlenmesinde genetik faktörler, stress ve özellikle diyet gibi belirli faktörler rol oynamaktadır. Yapılan **çalışmalar**, yüksek stres dönemlerinde akne **şiddetinde** anlamlı bir artış olduğunu göstermiştir. Bu durum, psikolojik stresin akne patogeneğinde önemli bir rol oynadığını ve tedavi yaklaşımlarında dermatolojik ve psikolojik boyutların eş zamanlı olarak ele alınması gerektiğini ortaya koymaktadır (9). Yapılan çalışmalar, beslenme düzeninin ve artmış bağırsak geçirgenliğinin akne ile ilişkili olduğunu göstermektedir (10). Diyet bileşimi, **öğün** sayısı, yemek hazırlama yöntemleri ve kişinin beslenme durumu, lipid ve karbonhidrat metabolizmasını, hormon seviyelerini ve bağırsak mikrobiyomunu değiştirerek ve belirli bağışıklık tepkilerini uyararak cilt sağlığını değişik **şekillerde** etkileyebilmektedir (11). Konakçının genel sağlığı ve fizyolojisini etkileyen bağırsak mikrobiyomunun akneli kişilerde sağlıklı bireylere göre daha az **çeşitli** olduğunu **öne** süren **çalışmalar** mevcuttur (1,11). Batı tarzı diyet olarak kabul edilen yüksek enerji yoğunluklu, yüksek glisemik indekse sahip gıdalar, rafine tahıllar, kırmızı et, süt ve süt **ürünleri**, yumurta, çikolata ve doymuş yağların, akne vulgarisle ilişkili olduğu ve bu diyetin, aknenin yaygın olduğu **ülkelerde** aknenin yaygınlığına katkıda bulunduğu tespit edilmiştir (11,12). Araştırmalar, antioksidan içeriği yüksek ve glisemik indeksi düşük olan akdeniz diyetinin akne vulgaris hastalarında daha hafif akne **şiddetiyle** ilişkili olduğunu bildirmektedir (13).

Tedavi: Ergenlerde ve yetişkinlerde akne için tedavi seçimi için uluslararası ve uzman tabanlı klavuzlar mevcuttur. Tedavinin amacı, aknenin klinik belirti ve semptomlarını hafifletmek, psikososyal refahı iyileştirmek ve klinik ve psikolojik sekelleri **önlemektir** (14). Psikolojik sıkıntıya neden olan nispeten hafif görünen akne, orta ile **şiddetli** akne yaklaşımına benzer **şekilde** daha agresif bir tedavi yaklaşımı gerektirebilmektedir (15). Fiziksel görünümü ve psikolojik refahı olumsuz etkileyen akne izlerinin tedavi süreci, farklı tedavi yöntemleri geliştirilmesine ragmen yönetimi zor ve karmaşık bir süreçtir (16). Akne sonrası skar oluşumu, her yaş grubunda **önemli** bir psikososyal yük oluşturduğundan tedavi yaklaşımları hızlı ve etkili olmalıdır (17). Akne **şiddeti**, **öznel** yöntemlerle değerlendirildikten sonra indüksiyon tedavisine başlanmalıdır. **İndüksiyon** tedavisinin seçimi hastalığın **şiddetine** bağlıdır. Hafif vakalarda tek başına veya



benzoil peroksit ile kombinasyon halinde topikal retinoidlerin kullanımınıdır. Orta ve **şiddetli** olgularda ya da hızlı iyileşme hedeflendiğinde tedaviye sistemik antibiyotik eklenmesidir. Skarlaşma eğilimi gösteren **şiddetli** aknelerde ise kontrendikasyon bulunmadığı sürece sistemik retinoidler indüksiyon tedavisinde tercih edilmektedir (18). Geleneksel farmakolojik yaklaşımlar olan topikal veya sistemik antibiyotikler, retinoidler, keratolitikler ve hormonal ajanlar çoğu hastada etkili olmasına rağmen, antibiyotik direnci, hasta uyumsuzluğu, yan etkiler ve yüksek nüks oranları gibi sınırlamaları nedeniyle, farmakolojik olmayan terapötik yaklaşımların, güvenli ve etkili alternatif veya tamamlayıcı tedaviler olarak önem kazanmasına neden olmuştur (8). Probiyotikler, hem oral hem de topikal uygulamalarda akne lezyonlarını azaltma, inflamasyonu baskılama ve cilt mikrobiyomunu dengeleme potansiyeline sahiptir. Lactobacillus, Bifidobacterium, Bacillus, Enterococcus ve Escherichia coli suşları akne semptomlarının iyileştirilmesinde etkili bulunmuştur (19). Akneye karşı tedavide antiinflamatuvar ve onarıcı ajan olarak bitkisel Polifenol ve Flavonoidlerin kullanımı yenilikçi bir yaklaşım sunarak hasta sonuçlarını ve yaşam kalitesini iyileştirmektedir (20). Akne izleri, akneli hastaları etkileyen başlıca sonuçlardan biridir ve aktif akneli hastaların %95'inde bir dereceye kadar yüz izleri oluşur. Alt tipleri arasında atrofik, hipertrofik ve keloid izler bulunur (21). Akne vulgarisli bireylerin yaklaşık %95'inde görülen yara izlerinin %30'u klinik olarak şiddetli kabul edilmektedir (8). Akne izlerinin tedavisi, iz tipine göre farklı yöntemlerin seçilmesini gerektirmektedir. Lazer ve Işık Terapileri, Mikroigneleme, Kimyasal Peelingler, Dermal Dolgular, PRP, Subsizyon, Radyofrekanslı Mikroigneleme, Kriyoterapi, Lezyon **İçi** Tedavi, Punch Teknikleri ve Yumuşak Doku Arttırımı, Kök Hücre Tedavisi ve bu yöntemlerin kombinasyon halinde uygulanması **şeklindedir** (16).

Olgu değerlendirmesi: Dört farklı okul türünden seçilen ve akne vulgaris tanısı konulan dört olgunun akne şiddeti, objektif ölçütler doğrultusunda derecelendirilmiş; ardından Çocuklarda Anksiyete ve Depresyon Ölçeği-Yenilenmiş (ÇADÖ-Y-Ç) ve Benlik Saygısı Ölçekleri uygulanarak elde edilen veriler analiz edilmiştir. Elde edilen bulgular, akne şiddeti düşük düzeyde olan olgularda dahi klinik açıdan anlamlı psikolojik etkilenmenin ortaya çıkabildiğini göstermektedir. Bu durum, akne şiddetinin psikolojik risk düzeyini belirlemede tek başına yeterli ve güvenilir bir gösterge olmadığını ortaya koymakta; dolayısıyla klinik değerlendirme sürecinde psikososyal boyutun yapılandırılmış ve sistematik bir yaklaşımla ele alınmasının gerekliliğine işaret etmektedir.

Sonuç: Aknenin duygusal yükü ciddi sistemik hastalıklarla karşılaştırılabilecek düzeyde olup, psikolojik etkiler hastalık şiddetinden bağımsız olabilmektedir. Hafif ve orta dereceli olgularda dahi ciddi depresyon ve intihar düşünceleriyle ilişkili olabilmektedir. Etkin akne tedavisine rağmen akne izleri yaygın bir sorun olup, akne izleri olan hastalar, depresyon ve intihar eğilimi de dahil olmak **üzere önemli** psikososyal morbiditelerden muzdariptirler. Aknenin psikolojik etkilerini anlamak, hasta yönetiminin, hastanın tercihleriyle uyumlu olmasını sağlaması açısından **önemlidir**. Depresyon ve anksiyete riskinin artması nedeniyle, klinisyenler akneye karşı agresif tedavi uygulamalı ve psikiyatrik tarama veya yönlendirmeleri göz **önünde** bulundurmalıdır.

Referanslar

1. Kim HJ, Kim YH. Exploring acne treatments: from pathophysiological mechanisms to emerging therapies. *Int J Mol Sci.* 2024;25:5302.
2. Liu C, Ran J, Xie Z, et al. Polyphenol microneedles for dermatological therapy. *Macromol Biosci.* 2025;25:e2400607.
3. Niemeier V, Kupfer J, Gieler U. Acne vulgaris—psychosomatic aspects. *J Dtsch Dermatol Ges.* 2006;4:1027-1036.
4. Knutsen-Larson S, Dawson AL, Dunnick CA, Dellavalle RP. Acne vulgaris: pathogenesis, treatment, and needs assessment. *Dermatol Clin.* 2012;30:99-106.
5. Santer M, Burden-Teh E, Ravenscroft J. Managing acne vulgaris: an update. *Drug Ther Bull.* 2023;62:6-10.
6. Kazan DD, Inci BB, Ilchan S, Ozkoca D. Depression, self-esteem, anxiety and DLQI in adolescent acne. *Sisli Etfal Hastan Tip Bul.* 2024;58:210-215.



7. Williams HC, Dellavalle RP, Garner S. Acne vulgaris. *Lancet*. 2012;379:361-372.
8. Hong JY, Seok J, Han HS, Park KY. Emerging innovations in acne management. *J Korean Med Sci*. 2025;40:e118.
9. Bouraqqadi O, Soughi M, et al. Academic stress and acne. *JAAD Int*. 2024;18:154-155.
10. Gürel RC, Yıldırım M, et al. Acne severity, diet and zonulin. *J Cosmet Dermatol*. 2025;24:e70083.
11. Kostecka M, Kostecka J, et al. Acne, well-being and nutrition. *Nutrients*. 2022;14:5293.
12. González-Mondragón EA, et al. Acne and diet: pathogenic mechanisms. *Bol Med Hosp Infant Mex*. 2022;79:83-90.
13. Aryanian Z, Nikjan A, et al. Mediterranean diet adherence and acne severity. *Health Sci Rep*. 2025;8:e71211.
14. Layton AM, Ravenscroft J. Adolescent acne vulgaris: current and emerging treatments. *Lancet Child Adolesc Health*. 2023;7:136-144.
15. Samuels DV, Rosenthal R, et al. Acne and risk of depression and anxiety: meta-analysis. *J Am Acad Dermatol*. 2020;83:532-541.
16. Qoreishi SH, Gholizadeh N, et al. Advancements in acne scar treatment. *J Cosmet Dermatol*. 2025;24:e70183.
17. Abdin R, Gaumond SI, et al. PRP plus microneedling in acne scars. *J Drugs Dermatol*. 2025;24:41-46.
18. Läuchli S, Anzengruber F, et al. Swiss practice recommendations for acne treatment. *Praxis (Bern 1994)*. 2025;114:269-275.
19. Sutema IAMP, Latarissa IR, et al. Probiotics in acne treatment: scoping review. *J Exp Pharmacol*. 2025;17:1-14.
20. Puspawati R, Milanda T, et al. Nanoparticle-encapsulated plant polyphenols in acne therapy. *Pharmaceuticals (Basel)*. 2025;18:209.
21. Haq M, Koza E, et al. Acne scarring core outcome set protocol. *BMJ Open*. 2025;15:e088049.



SPORCU ERGENLERDE SAğLIK SORUNLARI: BÜYÜME, PERFORMANS VE RİSKLER

Dr Funda Yıldız

Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Acıbadem Ataşehir Hastanesi

Sporcu Ergenlerde Sağlık Sorunları: Büyüme, Performans ve Riskler

Neden Sporcu Ergenler Özel Bir Grup?

- Çocuk ve ergen sporuna katılımda belirgin artış
- Erken yaşıta yoğun ve yapılandırılmış antrenman
- Büyüme–gelişme ile performans beklentisinin eşzamanlı ilerlemesi
- Sporcu ergenlerin “sağlıklı” kabul edilmesi → risklerin gözden kaçması

Yakın tarihe kadar çocuk sporunda **oyun temelli katılım** ön plandayken günümüzde **haftada 5–6 gün** + sezon dışı olmayan bireysel antrenmanlar söz konusu

Bu yüklenme **ergenliğin kritik biyolojik dönemleriyle çakışıyor.**

Bu nedenle sporcu ergenler, aslında özel değerlendirilmesi gereken yüksek riskli bir gruptur.

Ergenlik Döneminde Büyüme, Gelişme ve Sporun Fizyolojik Etkileşimi

1. Peak Height Velocity (PHV)

- PHV:
 - Kızlarda genellikle **11–12 yaş**
 - Erkeklerde **13–14 yaş**
- Bu dönemde:
 - Uzun kemikler hızla uzar
 - Kas kuvveti ve nöromüsküler kontrol bu hıza **eşlik edemez**

2. Kas–kemik–tendon uyumsuzluğu

- Kemik büyümesi **hormonal olarak uyarılır**
- Kas ve tendon adaptasyonu ise:
 - Yüklenme
 - Enerji alımı
 - Protein sentezine bağlıdır

Bu fark şuna yol açar:

- Artmış çekme kuvvetleri
- Apofizitler



- Stres reaksiyonları

3. Kemik mineralizasyonu ve kırılabilirlik

- Maksimum kemik mineral yoğunluğu:
 - Pubertenin **sonlarına doğru** kazanılır
- Ergenlikte:
 - Kemik yapımı ve yıkımı dinamik dengededir

Yoğun antrenman + düşük enerji alımı →

- Osteoblast aktivitesi baskılanabilir.
- Stres kırığı riski artar

4. Endokrin aks ve egzersiz:

- Hipotalamo-hipofizer-gonadal aks:
 - Enerji dengesine son derece duyarlı
- Yoğun egzersiz + yetersiz enerji:
 - GnRH pulslarında azalma
 - LH/FSH baskılanması
 - Pubertal progresyonda yavaşlama

1. Akut travma mı, overuse mı?

- Erişkin sporcularda:
 - Akut travmalar ön planda
- Ergen sporcularda:
 - %60–70 oranında **overuse yaralanmaları**

Neden?

- Yetersiz toparlanma süresi
- Tekrarlayıcı mikrotravmalar
- Hızlı büyüyen kemik yapıya artmış yük

“Ergen sporcunun problemi çoğu zaman tek bir travma değil, yüzlerce küçük travmanın toplamıdır.”

2. Açık büyüme plakları ve özgün patolojiler

- Epifiz ve apofizler:
 - Mekanik olarak en zayıf halkadır
- Bu nedenle:
 - Tendon değil, kemik hasar görür

Sık görülen klinik tablolar

- Osgood–Schlatter hastalığı
- Sever hastalığı



- Apofizitler
- Spondilolizis
- Epifiz kaymaları

Relative Energy Deficiency in Sport (RED-S)

“RED-S, spora bağlı olarak gelişen düşük enerji bulunabilirliğinin, çok sayıda fizyolojik sistemi olumsuz etkilemesi durumudur.”

RED-S bir “kilo problemi” değil, enerji dağılımı problemidir. Tanı testi yoktur; tanı klinik şüphe ile başlar.

Klinik ipuçları

Öyküde:

- İstemli veya istemsiz kilo kaybı
- Yorgunluk
- Performans plato veya düşüşü
- Sık sakatlanma
- Kızlarda: adet düzensizliği
- Erkeklerde: libido azalması, toparlanma güçlüğü

Muayenede:

- Düşük BMI (her zaman şart değil!)
- Büyüme hızında yavaşlama
- Pubertal progresyonda duraklama

2. Laboratuvar ve destekleyici bulgular

(Hiçbirini mutlak tanı diye sunmuyoruz.)

- Düşük/normal T3
- Düşük IGF-1
- LH/FSH baskılanması
- Düşük ferritin
- D vitamini eksikliği

YÜKSEK RİSK (RED – “No start / No play”)

Tanımlayıcı kriterler

Bu grupta tek bir kriter bile yeterlidir.

☑ Klinik

- Ciddi veya devam eden düşük enerji bulunabilirliği
- >6 ay amenore (primer veya sekonder)
- Pubertal progresyonun durması veya belirgin gecikmesi
- Yeme bozukluğu tanısı veya ciddi yeme davranışı bozukluğu



☒ Kemik sağlığı

- Tekrarlayan stres kırıkları
- Düşük kemik mineral yoğunluğu (Z skoru ≤ -2)
- Minimal travma ile kırık öyküsü

☒ Genel

- Belirgin kilo kaybı
- Ciddi bradikardi, hipotansiyon
- Metabolik veya elektrolit bozuklukları

Tedavinin hedefi: **enerji dengesinin yeniden sağlanması**

- Multidisipliner yaklaşım esastır
- Risk düzeyine göre müdahale
- Performans değil, **sağlık önceliklidir**
- Demir, D vitamini, hormon → **destekleyici**
- Asıl tedavi:
- Enerji alımının artırılması
- Enerji harcamasının düzenlenmesi

“Enerji dengesi düzelmeden yapılan hiçbir farmakolojik müdahale kalıcı değildir.”



SPORCU ERGENLERDE SAğLIK SORUNLARI: BÜYÜME, PERFORMANS VE RİSKLER

Dr Funda Yıldız

Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Acıbadem Ataşehir Hastanesi

Sporcu Ergenlerde Sağlık Sorunları: Büyüme, Performans ve Riskler

Neden Sporcu Ergenler Özel Bir Grup?

- Çocuk ve ergen sporuna katılımda belirgin artış
- Erken yaşıta yoğun ve yapılandırılmış antrenman
- Büyüme–gelişme ile performans beklentisinin eşzamanlı ilerlemesi
- Sporcu ergenlerin “sağlıklı” kabul edilmesi → risklerin gözden kaçması

Yakın tarihe kadar çocuk sporunda **oyun temelli katılım** ön plandayken günümüzde **haftada 5–6 gün** + sezon dışı olmayan bireysel antrenmanlar söz konusu

Bu yüklenme **ergenliğin kritik biyolojik dönemleriyle çakışıyor.**

Bu nedenle sporcu ergenler, aslında özel değerlendirilmesi gereken yüksek riskli bir gruptur.

Ergenlik Döneminde Büyüme, Gelişme ve Sporun Fizyolojik Etkileşimi

1. Peak Height Velocity (PHV)

- PHV:
 - Kızlarda genellikle **11–12 yaş**
 - Erkeklerde **13–14 yaş**
- Bu dönemde:
 - Uzun kemikler hızla uzar
 - Kas kuvveti ve nöromüsküler kontrol bu hıza **eşlik edemez**

2. Kas–kemik–tendon uyumsuzluğu

- Kemik büyümesi **hormonal olarak uyarılır**
- Kas ve tendon adaptasyonu ise:
 - Yüklenme
 - Enerji alımı
 - Protein sentezine bağlıdır

Bu fark şuna yol açar:

- Artmış çekme kuvvetleri
- Apofizitler



SÖZEL BİLDİRİ ÖZETLERİ



SS-01

Adolesanlarda Uyku Alışkanlıkları ve İlişkili Etkenlerin Değerlendirilmesi: Kesitsel Bir Çalışma

Eren Güzeloęlu¹, Belen Ateş¹, Feyza Aydın Özgür¹, Hüseyin Daę¹

¹Saęlık Bilimleri Üniversitesi Prof Dr Cemil Taşcıoğlu Şehir Hastanesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği

Giriş: Adolesan dönem, biyolojik ve çevresel değişimlerin belirgin olduğu, uyku düzeninin kolayca bozulabildiği kritik bir gelişim evresidir.

Amaç ve Yöntem: Bu çalışmada adolesanların uyku alışkanlıklarının değerlendirilmesi ve bu alışkanlıklarla çeşitli sosyodemografik özellikler arasındaki ilişkinin incelenmesi amaçlanmıştır. Kesitsel ve tanımlayıcı nitelikteki çalışma, 10–17 yaş aralığında 355 adolesan ile yürütülmüştür. Veri toplamada Sosyodemografik Bilgi Formu ve Çocuk Uyku Alışkanlıkları Ölçeği (ÇUAÖ) kullanılmıştır. Analizler SPSS 27 ile gerçekleştirilmiş; uygun parametrik veya nonparametrik testler, korelasyon ve regresyon analizleri uygulanmıştır ($p < 0,05$).

Bulgular: Katılımcıların yaş ortalaması $13,91 \pm 1,83$ olup %56,3'ü kızdır. Ortalama ÇUAÖ toplam puanı $55,14 \pm 8,38$ bulunmuş, bu da hafif–orta düzeyde uyku güçlüklerine işaret etmektedir. Erkek adolesanlarda “Yatma Zamanı”, “Uyku Anksiyetesi” ve “Gündüz Uykululuk” puanları anlamlı olarak daha yüksektir ($p < 0,05$). Erkek ebeveynlerin çocuklarında toplam ÇUAÖ ve alt boyut puanları anlamlı derecede yüksektir ($p < 0,01$). Ebeveyn yaşı arttıkça toplam ve çoğu alt boyut puanı düşmektedir ($p < 0,01$). Daha yüksek ebeveyn eğitim düzeyi ve gelir düzeyi daha iyi uyku kalitesi ile ilişkili bulunmuştur ($p < 0,01$). Yaş arttıkça gece uyanmaları ve gündüz uykululuk artarken, uyku anksiyetesi azalmıştır ($p < 0,05$).

Sonuç: Adolesanların uyku alışkanlıklarının cinsiyet, ebeveyn özellikleri ve sosyoekonomik faktörlerden önemli ölçüde etkilendiği belirlenmiştir. Erkek adolesanlar, daha genç veya düşük eğitim düzeyine sahip ebeveynlerin çocukları ile düşük gelirli ailelerdeki bireyler daha fazla uyku güçlüğü bildirmiştir. Aile temelli farkındalık çalışmaları ve uyku hijyeni eğitimlerinin adolesanlarda daha sağlıklı uyku davranışlarının gelişimine katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

Anahtar Kelimeler: Adolesan, Uyku alışkanlıkları, ÇUAÖ, Sosyodemografik özellikler



SS-02

Diyafragmatik Nefes Egzersizlerinin Algılanan Stres ve Disfonksiyonel Nefes Üzerine Etkisi: Yarı Deneysel Bir Çalışma

Nurevşan Yormaz¹, Emre Doęan¹, Kuzey Yalnız¹, Azra Oęuz¹, Memnune Çiğdem Apaydin Kaya¹

¹Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi

Giriş: Disfonksiyonel nefes hiperventilasyon, üst göğüs ağırlıklı solunum ve diyaframın yetersiz kullanımı gibi özellikleriyle stres yanıtını güçlendirmekte, otonom sinir sistemi dengesini bozmakta ve çeşitli fizyolojik ve psikolojik yakınmalara zemin hazırlamaktadır. Özellikle ergenlik döneminde artan akademik baskı, sınav kaygısı ve psikososyal stresörler, bu tür solunum paternlerinin yerleşmesini kolaylaştırmakta ve stresle baş etme kapasitesini olumsuz etkileyebilmektedir. Diyafragmatik nefes egzersizleri, parasempatik aktiviteyi destekleyen, öğrenilebilir ve düşük maliyetli bir yöntem olarak stres yönetimi ve solunum farkındalığının artırılmasında umut vadetmektedir.

Amaç ve Yöntem: Bu çalışmanın amacı lise öğrencilerinde diyafragmatik nefes egzersizlerinin algılanan stres ve disfonksiyonel nefes alma üzerindeki etkisinin araştırılmasıdır. Yarı deneysel bir müdahale araştırması olan bu çalışma Ocak-Nisan 2025 tarihleri arasında İstanbul'da bir devlet lisesinin 12. sınıf öğrencileriyle (n=186) yürütülmüştür. Çalışmaya gönüllü olan tüm öğrencilere araştırmaya dahil edilmiştir. Müdahale öncesi öğrenciler, sosyodemografik soruları, disfonksiyonel solunumu değerlendiren Nijmegen Anketini (NA) ve Algılanan Stres Ölçeğini (ASÖ) içeren Google Forms üzerinden çevrimiçi bir anket doldurdular. Her iki ölçekte de daha yüksek puanlar, sırasıyla daha yüksek disfonksiyonel solunum ve algılanan stres seviyelerini göstermektedir. Müdahale olarak, öğrencilere sınıf ortamında diyafragmatik nefes egzersizlerinin nasıl yapılacağı öğretildi ve dört hafta boyunca haftada üç kez araştırmacılar eşliğinde uygulama yapmaları sağlandı. Uygulamalar, her sabah aynı saatte gerçekleştirildi. Müdahaleden sonra NA ve ASÖ tekrar uygulandı. Analizler SPSS 20.00 programında Wilcoxon ve Spearman korelasyon testleri kullanılarak yapıldı ve anlamlılık düzeyi $p < 0,05$ olarak belirlendi.

Bulgular: Araştırmaya 118 öğrenci katıldı (%63,4'ü; %52,5'i kadın; %47,5'i erkek). Algılanan Stres Ölçeği ortalama puanında müdahale sonrasında öncesine göre bir fark yoktu ($30,5 \pm 8,04$ ve $28 \pm 8,65$; Wilcoxon, $p=0,274$). Ortalama NA puanı ise müdahale öncesinde $19 \pm 2,4$ iken sonrasında $14 \pm 11,2$ 'ye düştü (Wilcoxon, $p < 0,01$). Hem müdahale öncesinde hem de sonrasında ASÖ ile NA puanları arasında pozitif bir korelasyon saptandı ($\rho=0,486$, $p < 0,01$; $\rho=0,531$, $p < 0,01$).

Sonuç: Araştırmanın bulguları, diyafragmatik nefes egzersizlerinin algılanan stres üzerine etkisi olmasa bile disfonksiyonel nefesin yönetimi için önleyici bir strateji olabileceğini düşündürmektedir.



SS-03

Yeme Bozukluğu Olan ve Adli/Çocuk Koruma İzlemi Gerektiren Ergenlerde Risk Profili: HEEADSSS Yaklaşımı ile Bir Vaka Serisi

Ayşe Gül Güven¹, Simay Mirioęlu², Sündüz Demirci³, Esra Yürümez³, Betül Ulukol⁴, Zehra Aycan¹

¹Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Ergen Sağlığı Bilim Dalı

²Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara, Türkiye

³Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı Anabilim Dalı

⁴Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Sosyal Pediatri Bilim Dalı

Giriş: Bu çalışmada AÜTF Ergen Sağlığı Bölümüne 2024 Ocak-Temmuz ayları arasında yeme bozukluğu tanısı ile başvurmuş ve değerlendirme sürecinde çocuk koruma birimine danışılan veya hukuki/mahkeme süreci başlatılmış ergenlerin, HEEADSSS temelli psikososyal değerlendirme ile saptanan risk alanlarının ortaya konulması amaçlanmıştır.

Amaç ve Yöntem: Ergen Sağlığı birimine başvuran ve yeme bozukluğu tanısı bulunan olgular taranmış, yalnızca çocuk koruma birimi değerlendirmesine ihtiyaç duyulan veya mahkeme/ adli süreç başlatılmış olan yedi ergen çalışma grubuna dahil edilmiştir. Olguların tamamı HEEADSSS (Home, Education, Activities, Drugs, Sexuality, Suicide/Safety) görüşme yöntemine göre değerlendirilmiş; ev ortamı, okul işlevselliği, sosyal ilişkiler, riskli davranışlar, cinsel öykü ve güvenlik boyutları ayrıntılı olarak incelenmiştir.

Bulgular: Aile yapısında stres ve çatışma %85,7 (n=6) vakada; aile içi şiddet, ebeveyn baskısı veya sert disiplin %42,9 (n=3); duygusal ihmâl ve koruyucu ebeveynlik işlevinin zayıflığı %57,1 (n=4) ergende görülmektedir. Okul devamsızlığı, okuldan uzaklaşma ve akademik performans kaybı %57,1 (n=4) vakada bildirilmiştir. Cinsel istismar, zorlayıcı cinsel deneyim veya mahremiyet ihlali öyküsü %57,1 (n=4) vakada mevcuttur ve 1 vakada çevrimiçi cinsel manipölasyon saptanmıştır. Yeme bozukluğu tanıları içinde Bulimia Nervosa %42,9 (n=3) ve ARFID %42,9 (n=3) ile en sık; ortoreksiya nervosa %14,3 (n=1) oranındadır. Depresif belirtiler veya majör depresyon %71,4 (n=5); kendine zarar verme ya da intihar düşüncesi %71,4 (n=5); açık özkıyım davranışı %42,9 (n=3) vakada görülmektedir. Dijital ortamda riskli ilişki öyküsü %42,9 (n=3) vakada mevcuttur. Sigara kullanım öyküsü %28,6 (n=2) vakada bulunmaktadır. Madde kullanımı yoktur; ancak madde ve alkol kullanımı açısından riskli sosyal çevre ile temas %28,6 (n=2) vakada bildirilmiştir.

Sonuç: Yeme bozukluğu ile başvuran ve adli/koruma süreci bulunan ergenlerde travma, istismar, ihmâl ve psikososyal işlevselliğin bozulması belirgin olduğu görülmektedir. HEEADSSS temelli kapsamlı psikososyal değerlendirme görünmeyen risk alanlarını ortaya çıkarmada kritik öneme sahiptir. Bu grubun yönetiminde gerekli hallerde çocuk koruma sistemleri ile iş birliği kritik öneme sahiptir.

Anahtar Kelimeler: Beslenme ve Yeme Bozuklukları, Ergen Sağlığı, Bulimiya Nervosa



SS-04

Adolesan Dönemde Modern Pandemi: Obezite

Sare Betül Kaygusuz¹, Merve Nur Hepokur¹, Burçin Çiçek¹

¹Istanbul Medeniyet Üniversitesi Tıp Fakültesi, Prof.Dr.Süleyman Yalçın Şehir Hastanesi, Çocuk Endokrinoloji BD

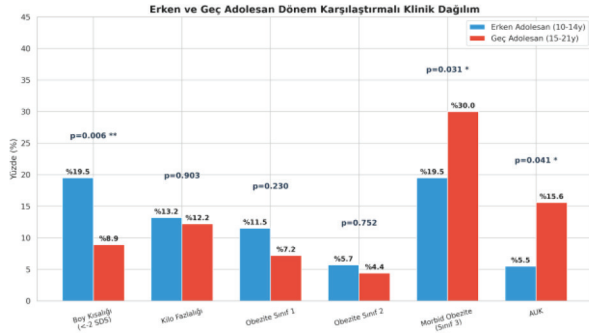
Giriş: Adolesan dönemi; hızlı fiziksel büyüme, hormonal matürasyon ve psikososyal gelişimin yaşandığı, erişkin sağlığının temellerinin atıldığı kritik bir evredir. Adolesanlarda hipertansiyon, obezite, dislipidemi ve üreme sağlığı sorunlarının erken saptanması için rutin kontroller önerilmektedir. Literatürde, klinik vizitlerin sadece mevcut şikayetleri gidermekle kalmayıp; sağlıklı beslenme, uyku hijyeni ve riskli davranışların azaltılmasına yönelik koruyucu hekimlik için de bir fırsat olduğu vurgulanmaktadır. Bu çalışma, polikliniğimize başvuran 354 adolesanın verileri üzerinden; obezite, büyüme geriliği, tiroid hastalıkları ve üreme sağlığı sorunlarının erken/geç adolesan dönemlerindeki dağılımını analiz etmeyi ve rutin muayenenin önemini ortaya koymayı amaçlamaktadır.

Amaç ve Yöntem: Bu çalışmanın temel amacı, üçüncü basamak çocuk endokrin polikliniğine başvuran olguların demografik özelliklerini, başvuru nedenlerini ve tanı dağılımlarını analiz etmektir. Ayrıca, saptanan patolojilerin erken (10-14 yaş) ve geç (15-21 yaş) adolesan dönemlerine göre farklılıklarını ortaya koyarak, rutin poliklinik muayenelerinin fırsatçı tarama ve koruyucu hekimlikteki rolünü değerlendirmektir. Hastaların antropometrik ölçümleri, pubertal evreleri, başvuru şikayetleri ve kesin tanıları standart poliklinik formlarından kaydedilmiştir. Verilerin istatistiksel değerlendirmesi GraphPad Prism (versiyon 8.0) yazılımı kullanılarak yapılmıştır. Erken ve geç adolesan grupları ile cinsiyetler arasındaki kategorik verilerin karşılaştırılmasında Pearson Ki-kare veya Fisher Exact testi kullanılmıştır. Verilerin normal dağılıma uygunluğu Shapiro-Wilk testi ile incelenmiştir. Tüm analizlerde istatistiksel anlamlılık sınırı olarak $p < 0.05$ değeri kabul edilmiştir.

Bulgular: Çalışmaya dahil edilen 354 hastanın 200'ü (%56,5) kız, 154'ü (%43,5) erkekti. Erken adolesan dönemde 174 hasta (91 kız, 83 erkek), geç adolesan dönemde ise 180 hasta (109 kız, 71 erkek) yer almaktaydı. En sık saptanan problem beslenme sorunlarıydı (n=125) ve bu grubun %96,8'inde (n=121) obezite saptandı. Bunu büyüme sorunları (n=65), tiroid hastalıkları (n=50), tip 1 diyabet (n=32) ve anormal uterin kanama (AUK) (n=22) izledi. Obezite tüm adolesan dönemlerde ve her iki cinsiyette yaygındı. Kız ve erkek hastalar arasında obezite (%40,5'e karşı %37,7) ve morbid obezite (%27'ye karşı %22,1) oranları açısından istatistiksel anlamlı fark saptanmadı. Erken ve geç adolesan yaş grupları karşılaştırıldığında Özellikle obezite sınıf 3 oranı geç adolesan dönemde daha yüksekti. Obez hastaların önemli bir kısmında kilo artışı başvuru nedeni olmayıp, başka şikayetler nedeniyle başvuru sırasında saptandı. Bu durum hem erken hem geç adolesan dönemde ve her iki cinsiyette benzerdi. Gruplar arası karşılaştırmada; boy kısalığı nedenli başvuruların erken adolesanlarda, buna karşın ağır obezite sıklığının ve AUK şikayetinin ise geç adolesanlarda istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha sık olduğu saptandı (Şekil1.). Obezite durumuna yönelik farkındalık analizi yapıldığında; obezite şiddeti azaldıkça insidental saptanma oranlarının belirgin şekilde arttığı görülmüştür. Kilo fazlalığı saptanan vakaların %77,8'i ve Obezite Class 1 grubundaki hastaların %57,6'sı polikliniğe beslenme dışı şikayetlerle başvurmuş olup, tanıları rutin fizik muayene sırasında konulmuştur. Buna karşın, obezite derecesi arttıkça başvuru şikayetinin kilo odaklı hale geldiği saptanmış; insidental tanı oranları Class 2 grubunda %16,7'ye, Class 3 (morbid obezite) grubunda ise %13,6'ya gerilemiştir (Şekil2.).

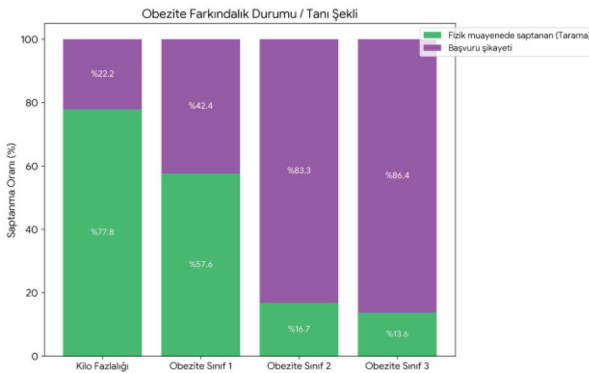


Şekil 1



Erken (10-14 yaş) ve geç (15-21 yaş) adolesan dönemdeki klinik tabloların karşılaştırmalı dağılımı. Erken dönemde boy kısalığı başvuruları anlamlı derecede baskınken ($p=0,006$), geç dönemde morbid obezite (Sınıf 3) ve anormal uterin kanama (AUK) prevalansının istatistiksel olarak anlamlı düzeyde arttığı görülmektedir ($p<0,05$). Kilo fazlalığı ve Sınıf 1-2 obezite oranları ise her iki dönemde benzer dağılım sergilemektedir ($p>0,05$).

Şekil 2



Obezite spektrumundaki hastaların tanı alma şekillerinin karşılaştırması.

Sonuç: Çalışmamız, çocuk endokrin polikliniklerinin sadece spesifik bir şikayetle gelen hastaların değil, koruyucu sağlık hizmetlerinin ve "fırsatçı tarama"nın temel merkezi olduğunu göstermektedir. Özellikle erken evre obezite gibi durumların büyük oranda tesadüfen saptanması, adolesanların ve ailelerin bu riskleri yeterince fark etmediğini kanıtlamaktadır. Bulgular, adolesan dönemde polikliniğe başvuru nedeni ne olursa olsun antropometrik ölçümlerin rutin olarak değerlendirilmesinin ve obeziteye yönelik erken tanı ve müdahale stratejilerinin önemini vurgulamaktadır.

Anahtar Kelimeler: Obezite, Endokrin, Kilo Fazlalığı, Koruyucu hekimlik



SS-05

Yoğun Menstrual Kanaması Olan Ergenlerde Fizyolojik Anovülasyon ve von Willebrand Hastalığı Klinik ve Laboratuvar Özelliklerinin Karşılaştırılması

Melis Pehlivan Türk Kızılkın¹, Nur Mutlu¹, Tekin Aksu², Selin Aytaç², Sinem Akgül¹

¹Hacettepe Üniversitesi Ergen Sağlığı Bilim Dalı

²Hacettepe Üniversitesi Çocuk Hematoloji Bilim Dalı

Giriş: Ergenlerde yoğun menstrual kanamanın (YMK) en sık nedeni fizyolojik anovülasyon olsa da, kanama diyatezlerinden ayırımı zor olabilir. Kanama diyatezleri içerisinde en sık von Willebrand hastalığı (vWH) YMK ile tanı almakla birlikte, bu iki durumun ayırımında yol gösterebilecek parametreler ve yönergeler kesin değildir. Bu çalışmada YMK ile başvuran ergenlerde fizyolojik anovülasyonla vWH'nin klinik ve laboratuvar özelliklerinin karşılaştırması hedeflenmiştir.

Amaç ve Yöntem: Mayıs 2022 ve Eylül 2025 arasında YMK ile ergen sağlığı kliniğine başvuran ve altta yatan diğer etiyolojiler dışlandıktan sonra fizyolojik anovülasyon tanısı alan 63 ergenin (11-18 yaş) verileri prospektif olarak toplandı. Aynı tarihler arasında YMK sonrası vWH tanısı almış (vWF antijen < 50IU) 23 ergenin verilerine retrospektif olarak ulaşıldı. Menstrual özellikler, kanama öyküsü (epistaksis, diş eti kanaması, kolay morarma, aile öyküsü, cerrahi sonrası kanama), laboratuvar verileri ve Uluslararası Tromboz ve Hemostaz Derneği-Kanama Değerlendirme Aracı (ISTH-BAT) menoreji skorlarıyla iki grup karşılaştırıldı.

Bulgular: Her iki grubun menarş yaşı, adet süresi ve adet sıklığı arasında anlamlı fark bulunamadı. Ortalama günlük ped sayısı (8.2 ± 3.2 ve 6.0 ± 2.6 , $p < 0.001$), 2 saatte pedin dolması (%65,2 ve %36,5, $p=0,018$), büyük pıhtı düşürme (%43,5 ve %17,5, $p=0,042$), menarştan beri YMK öyküsü (%35,2 ve %12,1, $p=0,016$) vWH grubunda daha fazla saptandı. Kanama öyküsü iki grup arasında benzerdi, sadece epistaksis fizyolojik anovülasyon grubunda daha yüksekti ($p=0,017$). ISTH-BAT menoreji skoru vWH grubunda daha yüksek bulundu ($p=0,034$). Laboratuvar parametreleri arasında fizyolojik anovülasyon grubunda başvuru medyan hemoglobin (12.3 ve 13.3 g/dl $p=0,017$), aPTT (26.1 ve 27.7 $p < 0,001$) ve in vitro kanama zamanları (kollajen/adp 120 ve 155 , $p < 0,001$) daha düşük, demir bağlama kapasitesi ($p < 0,001$) daha yüksek saptandı, ferritin ve transferrin saturasyonu benzerdi.

Sonuç: vWH'nin klinik spektrumu oldukça geniştir ve hafif klinik seyirli olgularda tanı koymak zorlaşmaktadır. YMK ayırıcı tanısında, ayrıntılı menstrual öykü, tanıya yönlendiren en önemli basamaktır. Kanama diyatezi düşündürülen belirgin bir öykü olmasa bile, menarştan beri devam eden YMK ve yüksek ISTH-BAT menoreji skorlarının varlığında vWH paneliyle değerlendirme düşünülmelidir.

Anahtar Kelimeler: kanama diyatezi, hipotalamik hipofizer overyan aks immatüritesi, anormal uterin kanama, ağır menstrual kanama



SS-06

Ergenlerin Yeme Tutumlarının Değerlendirilmesi ve İlişkili Faktörlerin Araştırılması

Mücahit Fidan¹, Aylin Yetim Şahin², Melike Tuğrul Aksakal¹, Firdevs Baş³, İbrahim Kandemir⁴, Özlem Köksal⁵, Aylin Yetim Şahin¹

¹*İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ergen Sağlığı Doktora programı*

²*İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Ergen Sağlığı Bilim Dalı*

³*İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Çocuk Endokrinoloji Bilim Dalı*

⁴*İstanbul Sağlık ve Teknoloji Üniversitesi*

⁵*Türkiye Sağlık Enstitüleri Başkanlığı (TÜSEB) Türkiye Anne, Çocuk ve Ergen Sağlığı Enstitüsü (TAÇESE)*

Giriş: Orta ve geç ergenlik dönemi, yeme bozukluklarının ve semptomlarının zirve yaptığı bir dönem olduğundan ergenler arasında düzensiz yeme oranını bilmek ve anlamak çok önemli bir konu haline gelmiştir.

Amaç ve Yöntem: Amaç: Bu çalışmada amaç, ergenlerde yeme tutum bozukluğu sıklığını belirlemek; bunun benlik saygısı, uyku kalitesi, nomofobi, sosyal medya bağımlılığı ve sınav kaygısı ile ilişkisini araştırmaktır.

Bulgular: Bulgular: Çalışmaya katılmayı kabul eden ve anketleri eksiksiz dolduran 311 öğrencinin [%33 (n=104) özel lise, %27 (n=83) meslek lisesi, %20 (n=62) imam hatip lisesi, %20 (n=62) düz lise, (%59 kız, %41 erkek)] anketleri değerlendirildi. Yeme tutum bozukluğu imam hatip lisesinde %32, meslek lisesinde %27, düz lisede %13 ve özel/fen lisesinde %9 oranında saptandı (p < 0.001). Sosyal medya bağımlılığı özel/fen liselerinde diğer okullara kıyasla daha düşüktü (p < 0.001). Uyku süresi özel lise ve imam hatip lisesinde 8 saatten fazlayken diğer liselerde en fazla 6-8 saat idi (p < 0.001). Orta/ağır nomofobi meslek lisesinde en fazlayken en düşük fen lisesindeydi (p=0.003). Dört saatin üzerinde sosyal medya kullanımı en fazla düz lisede iken en düşük fen lisesindeydi (p=0.02). Yüksek sınav kaygısı en fazla meslek lisesindeyken imam hatip lisesinde en azdı (p=0.003). Yüksek benlik saygısı en fazla meslek lisesindeyken en az imam hatip lisesindeydi (p=0.022). Orta-ağır riskli nomofobi olanlarda yeme tutumu da riskliydi (p=0.002). Benlik saygısı düştükçe riskli yeme tutumu artıyor (p=0.037), iyi uyku kalitesi azalıyordu (p < 0.001). Düşük benlik saygısı olan gençlerde sınav kaygısı anlamlı derecede yüksekti (p < 0.001).

Sonuç: Sonuç: Ergenlerde yeme tutum bozukluğu sıklığı yüksek olup, özellikle imam hatip ve meslek lisesi öğrencilerinde bu konuda koruyucu çalışmalar yapılması önemlidir. Yeme tutum bozukluğu orta-ağır nomofobi, düşük benlik saygısı ve kötü uyku kalitesi ile ilişkilidir.

Anahtar Kelimeler: Ergenlik, Yeme Tutum, Yeme Bozukluğu, Sosyal Medya, Benlik Saygısı, Kronotropi



SS-07

Ergenlerde Ailesel Akdeniz Ateşi ile Premenstrual Sendrom Arasındaki İlişki

Nigar Aliyeva¹, Sinem Akgül¹, Melis Pehlivantürk Kızılkın¹, Özge Başaran², Yelda Bilginer², Seza Özen², Dilara Ünal²

¹Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Ergen Sağlığı Bilim Dalı

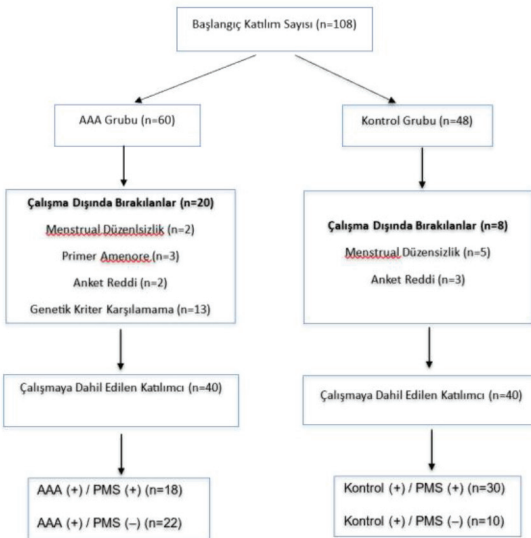
²Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Çocuk Romatoloji Bilim Dalı

Giriş: Premenstrual sendrom (PMS), menstrual siklusun luteal fazında ortaya çıkan ve günlük yaşamı olumsuz etkileyebilen fiziksel, duygusal ve davranışsal belirtilerle karakterize bir klinik tablodur. Son yıllarda PMS patofizyolojisinde inflamatuvar mekanizmaların rol oynayabileceğine dair artan kanıtlar bulunmaktadır. Ailesel Akdeniz Ateşi, tekrarlayan ataklar ve persistan subklinik inflamasyon ile seyreden otoinflamatuvar bir hastalıktır. Bu çalışmanın amacı, Ailesel Akdeniz Ateşi tanılı ergen kızlarda PMS sıklığı ve şiddetini değerlendirmek ve hastalık aktivitesi ile inflamasyon belirteçleri arasındaki ilişkiyi incelemektir.

Amaç ve Yöntem: Bu kesitsel çalışmaya 12–18 yaş aralığında 40 Ailesel Akdeniz Ateşi tanılı ergen kız ve 40 sağlıklı kontrol dahil edilmiştir. Tüm katılımcılar Premenstrual Sendrom Ölçeği ile değerlendirilmiştir. Ailesel Akdeniz Ateşi grubunda hastalık aktivitesi Otoinflamatuvar Hastalık Aktivite İndeksi (AİDAİ) ile belirlenmiş; atak sıklığı, tedavi uyumu ve inflamatuvar belirteçler (C-reaktif Protein (CRP), Eritrosit sedimentasyon hızı (ESR), Beyaz Küre sayısı (BK)) analiz edilmiştir. Gruplar arası karşılaştırmalar ve korelasyon analizleri yapılmıştır.

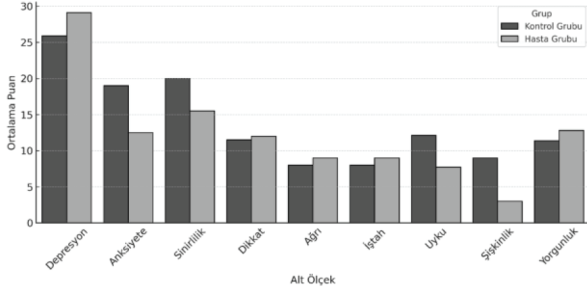
Bulgular: Ailesel Akdeniz Ateşi grubunda PMS sıklığı ($p = 0,012$) ve şiddeti ($p = 0,032$) genel olarak daha düşüktü. Ancak PMS skorları atak sıklığı ve AİDAİ ile pozitif korelasyon gösterdi ($r = 0,368$; $p = 0,019$) ve PMS pozitif bireylerde ESR, CRP ve BK düzeyleri daha yüksekti. Düzenli kolşisin kullanımı ise daha düşük PMS skorları ile ilişkili bulundu.

Ailesel Akdeniz Ateşi ve Kontrol Gruplarında Katılımcı Seçim Süreci





AAA ve Kontrol Gruplarında PMS Alt Boyutlarının Ortalama Dağılımı



AAA grubunun tanımlayıcı klinik özellikleri

Değişken	Alt Grup	n (%)
Homo/Heterozigot	Homozigot	21 (52,5)
	Birleşik Heterozigot	19 (47,5)
Atak sıklığı (son 6 ayda)	Hiç atak geçirmemiş	22 (55,0)
	1 atak	8 (20,0)
	2 atak	9 (22,5)
	≥3 atak	1 (2,5)
Atak Şekli	Tek semptom	11 (27,5)
	Ateş	2 (5)
	Karın ağrısı	6 (15)
	Eklem ağrısı	3 (7,5)
	Birden fazla semptom (72,5)	29 (72,5)
	Karın ağrısı	24 (82,8)
	Ateş	21 (72,4)
	Eklem ağrısı	14 (48,3)
Dahil Olduğu Grup	AAA + PMS +	18 (45,0)
	AAA + PMS -	22 (55,0)
İlaç Kullanımı	Evet	40 (100,0)
	Hayır	0 (0,0)
Kan Basıncı	Normal	39 (97,5)
	Yüksek	1 (2,5)



AAA ve Kontrol Gruplarında PMS Ölçek Puanı ve Semptom Alt Boyutlarının Karşılaştırılması

Değişken	AAA Grubu (n=40)	Kontrol Grubu (n=40)	p
PMS Ölçek Puanı	112,9 ± 28,4	126,3 ± 26,6	0,032 ^b
PMS varlığı, n(%)	18 (45)	30 (75.0)	0.012 ^c
PMS şiddeti, n (%)			
PMS yok n (%)	22 (55.0)	10 (25)	0.003 ^c
Hafif PMS (110–150), n (%)	15 (37,5)	23 (57,5)	0.117 ^c
Ağır PMS (>150), n (%)	3 (7,5)	7 (17,5)	0.310 ^c
Alt ölçekler			
Depresyon	29,1 ± 11,2	25,9 ± 6,6	0,121 ^b
Anksiyete	12,5 (8–28)	19,0 (8–33)	0,001 ^a
Sinirlilik	15,5 (7–23)	20,0 (5–25)	0,199 ^a
Dikkat	12,0 (3–15)	11,5 (4–20)	0,325 ^a
Ağrı	9,0 (3–15)	8,0 (3–15)	0,375 ^a
İştah	9,0 (3–15)	8,0 (3–15)	0,698 ^a
Uyku	7,7 ± 2,7	12,1 ± 4,0	<0,001 ^b
Şişkinlik	3,0 (3–15)	9,0 (3–19)	<0,001 ^a
Yorgunluk	12,8 ± 3,8	11,4 ± 4,1	0,118 ^b



PMS Pozitif ve Negatif AAA Grubunda İnflamatuvar ve Hematolojik Belirteçlerin Karşılaştırılması

Parametre	Alt Grup	AAA PMS (+) grup (n=18)	AAA PMS (-) grup (n=22)	p
Genetik, N(%)	Homozigot	12 (%66.7)	9 (%40.9)	0.125 ^d
	Heterozigot	6 (%33.3)	13 (%59.1)	
AİDAİ, Medyan (IQR)		2 (0-5)	0 (0-4)	0.017 ^a
Atak Sıklığı, N(%)	Medyan (IQR)	1.42 (0-3)	0.1 (0-1)	<0.001 ^a
	0 atak	3 (%16.7)	19 (%86.4)	
	1 atak	6 (%33.3)	2 (%9.1)	
	2 atak	8 (%44.4)	1 (%4.5)	
	≥3 atak	1 (%5.6)	0 (%0.0)	
Atak Şekli, N(%)	Ateş	2 (%11.1)	0 (%0.0)	0.219 ^d
	Karın ağrısı	2 (11.1%)	4 (%18.2)	0.664 ^d
	Eklem ağrısı	2 (%11.1)	1 (%4.5)	0.596 ^d
	Birden fazla semptom	13 (%72.2)	16 (%72.7)	1.000
ESH (mm/saat) , medyan (IQR)		19.0 (2-60)	12.0 (2-26)	0.029 ^a
CRP (mg/L) , medyan (IQR)		6.0 (0.4-143)	3.1 (0.3-17.4)	0.039 ^a
WBC (10 ³ /μL) , ortalama±SS		8.2 (5.3-17.0)	6.4 (3.2-15.7)	0.004 ^a
PLT (10 ³ /μL) , ortalama±SS		293.5 ± 78.0	329.8 ± 71.9	0.134 ^b
Hb (g/dL) , ortalama±SS		12.5 ± 1.5	12.6 ± 1.5	0.895 ^b

AİDAİ Puanına Göre PMS özellikleri ve Kontrol Grubu ile Karşılaştırılması

	AİDAİ (a) (0 puan) n=20	AİDAİ (b) (>0 puan) n=20	Kontrol (c)n=40	p
PMS ölçeği toplam puan, medyan (IQR)	96 (84,7-105,7)	129,5 (110,2-142)	133,5 (110,2-142)	0.004 ^h a<b=c
PMS varlığı, n(%)	5 (25)	15 (75)	30 (75.0)	0.001 ^c
PMS şiddeti, n (%)				
Hafif (110-150)	3 (15)	12 (60)	23 (57.5)	
Ağır (>150)	1 (5)	2 (10)	7 (17,5)	0.001 ^c



Atak Varlığına Göre PMS Özellikleri ve Kontrol Grubu ile Karşılaştırması

	Hiç atak geçirmemiş (a) n=21	≥1 atak geçiren (b) n=19	Kontrol (c) n=40	p
PMS ölçeği toplam puan, medyan	94.4	132,7	126.4	<0,001(a/b) ^e <0,001(a/c) ^e 1.000 (b/c) ^e
PMS varlığı, n(%)	2 (4,2)	16 (33,3)	30 (62,5.0)	<0,001 ^c
PMS şiddeti, n (%)				<0,001 ^c
Hafif (110-150)	2 (5,3)	13 (34,2)	23 (60,5)	
Ağır (>150)	0 (0.0)	3 (30)	7 (70)	

Genetik Mutasyona Göre PMS Özellikleri ve Kontrol Grubu ile Karşılaştırması

	Homoziyot (a) n=21	Heteroziyot (b) n=19	Kontrol (c) n=40	p
PMS ölçeği toplam puan, medyan	116.5	108.8	126.4	0.347 ^a (a/b) 0.271 ^a (a/c) 0.015 ^e (b/c)
PMS varlığı, n(%)	12 (57.1)	6 (31.6)	30 (75.0)	0.244 ^d / 0.004 ^d
PMS şiddeti, n (%)				0.590 ^d / 0.030 ^d
Hafif (110-150)	10 (47.6)	5 (26.3)	23 (57.5)	
Ağır (>150)	2 (9.5)	1 (5.3)	7 (17.5)	0.479 ^d / 0.416 ^d



PMS Pozitif ve Negatif AAA Grubunda İlaç Uyumu ve İlaç Kullanım Davranışlarının Karşılaştırılması

Değişken	Alt Grup	PMS+ (n=18)	PMS- (n=22)	p
İlaç almayı unutma	Evet	16 (%88.9)	9 (%40.9)	0.005 ^c
	Hayır	2 (%11.1)	13 (%59.1)	
Zamanında alma	Evet	10 (%55.6)	16 (%72.7)	0.424 ^c
	Hayır	8 (%44.4)	6 (%27.3)	
İlacı almayı bırakma	Evet	16 (%88.9)	2 (%9.1)	<0,001 ^c
	Hayır	2 (%11.1)	20 (%90.9)	
Uzun dönem zarar bilgisi	Evet	7 (%38.9)	8 (%36.4)	1.000 ^c
	Hayır	11 (%61.1)	14 (%63.6)	
İlaç yazdırmayı unutma	Evet	17 (%94.4)	4 (%18.2)	<0,001 ^c
	Hayır	1 (%5.6)	18 (%81.8)	
Kötü hissedince bırakma	Evet	3 (%16.7)	2 (%9.1)	0.642 ^d
	Hayır	15 (%83.3)	20 (%90.9)	

Sonuç: Ailesel Akdeniz Ateşi tanılı ergenlerde PMS sıklığı genel olarak daha düşük olmakla birlikte, hastalık aktivitesi ve inflamasyon arttıkça semptom şiddeti artmaktadır. Bulgular, inflamasyonun PMS patofizyolojisinde rol oynayabileceğini ve düzenli tedavinin semptom şiddetini azaltıcı bir etkiye sahip olabileceğini düşündürmektedir.

Anahtar Kelimeler: Premenstrual sendrom, Ailevi Akdeniz Ateşi, inflamasyon, atak sıklığı, ilaç uyumu



SS-08

Adölesanlarda İklim Değişikliği Kaygısının Çevreci Davranışlara Etkisinde Başa Çıkma Öz-Yeterliliğinin Rolü

Zeynep İzem Peker Bulęan¹, Dilek Orbatu¹, Çağla Özbakır¹, Yasemin Tulun¹, Gülcan Çetinkol¹, Emine Gök², Begüm Güler³, Sibel Özgür Vatansever⁴

¹S.B.Ü.İzmir Dr. Behçet Uz Çocuk Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Genel Pediatri Kliniği

²S.B.Ü.İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği

³S.B.Ü.İzmir Demokrasi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Halk Sağlığı Hemşireliği

⁴S.B.Ü.İzmir Dr. Behçet Uz Çocuk Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikologu ,Aile Danışmanı

Giriş: İklim değişikliği, adölesanlar için yalnızca çevresel bir sorun olmanın ötesinde, giderek artan bir psikososyal stres kaynağı hâline gelmiştir. Bu süreçte ortaya çıkan iklim değişikliği kaygısı (eko anksiyete), adölesanların ruh sağlığını, gelecek algılarını ve davranış örüntülerini etkileyebilmektedir. Ancak iklim değişikliği kaygısının çevreye yönelik sorumlu davranışlara nasıl dönüştüğü ve bireysel başa çıkma kaynaklarının bu ilişkideki rolü henüz yeterince açıklığa kavuşturulamamıştır.

Amaç ve Yöntem: Bu çalışmanın amacı, adölesanlarda iklim değişikliği kaygısı ile çevreci davranışlar arasındaki ilişkide başa çıkma öz-yeterliliğinin aracı rolünü incelemektir. Bu kesitsel ve tanımlayıcı-ilişkisel çalışma, S.B.Ü. İzmir Dr. Behçet Uz Çocuk Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi adölesan polikliniğine başvuran, 10–20 yaş aralığındaki 170 adölesan ile yürütülmüştür. Veriler yüz yüze görüşme yöntemiyle toplanmış ve IBM SPSS Statistics for Windows, Version 26.0 programı kullanılarak analiz edilmiştir. Tanımlayıcı istatistikler sayı, yüzde, ortalama ve standart sapma ile sunulmuştur. Değişkenler arasındaki ilişkiler Pearson korelasyon analizi ile değerlendirilmiş; başa çıkma öz-yeterliliğinin aracı rolü PROCESS makrosu (Model 4) kullanılarak 5000 bootstrap örnekleme ve %95 güven aralıkları ile test edilmiştir. İstatistiksel anlamlılık düzeyi $p < 0,05$ olarak kabul edilmiştir.

Bulgular: Katılımcıların %57,6'sı kız, %61,8'i lise öğrencisi ve %47,6'sı büyükşehirde yaşamaktadır. Eko anksiyete ile başa çıkma öz-yeterliliği arasında negatif yönde; başa çıkma öz-yeterliliği ile çevreci davranışlar arasında ise pozitif yönde anlamlı ilişkiler saptanmıştır ($p < 0,05$). Eko anksiyete ile çevreci davranışlar arasında doğrudan anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Aracılık analizi sonucunda, başa çıkma öz-yeterliliğinin dolaylı etkisinin istatistiksel olarak anlamlı olmadığı; ancak modele dâhil edilmesiyle eko anksiyetenin çevreci davranışlar üzerindeki doğrudan etkisinin anlamlı hâle geldiği belirlenmiştir.

Sonuç: Bu çalışma, adölesanlarda iklim değişikliği kaygısının tek başına çevreci davranışlara dönüşmediğini; bireylerin başa çıkma öz-yeterliliği düzeylerinin çevreci davranışların güçlenmesinde belirleyici bir rol oynadığının göstermektedir. Bulgular, adölesan ruh sağlığını destekleyen ve başa çıkma becerilerini güçlendiren müdahalelerin, çevresel farkındalık ve sürdürülebilir davranışların geliştirilmesinde önemli katkılar sağlayabileceğine işaret etmektedir.

Anahtar Kelimeler: iklim değişikliği kaygısı, çevreci davranışlar, başa çıkma öz-yeterliliği



SS-09

Engeli Olan Çocukların Sağlık Hizmetlerine Erişiminde Yapısal Engeller: Paralel Karma Yöntemli Bir Çalışma

Zeynep İzem Peker Bulęan¹, Dilek Orbatu¹, Emine Gök², Gül Ertem³, Begüm Güler⁴

¹Saęlık Bilimleri Üniversitesi İzmir Tıp Fakültesi Dr. Behçet Uz Çocuk Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Genel Pediatri Kliniği

²İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi

³Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı

⁴İzmir Demokrasi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Halk Sağlığı Hemşireliği

Giriş: Çocukların sağlık hakkı; yaşam, gelişim ve katılım haklarıyla bütünleşik, bölünmez bir insan hakkıdır ve Birleşmiş Milletler Çocuk Hakları Sözleşmesi başta olmak üzere uluslararası düzenlemelerle güvence altına alınmıştır. Engeli olan çocukların sağlık hizmetlerine eşit, erişilebilir ve ayrımcılıktan uzak biçimde ulaşabilmesi, hak temelli sağlık sistemlerinin temel göstergelerinden biridir. Ancak birçok ülkede olduğu gibi Türkiye’de de fiziksel, iletişimsel ve yapısal engeller bu hakkın etkin kullanımını sınırlamaktadır.

Amaç ve Yöntem: Bu çalışmanın amacı, engeli olan çocukların sağlık hizmetlerine erişiminde karşılaşılan yapısal engelleri nicel göstergeler ve nitel deneyimler aracılığıyla bütüncül ve hak temelli bir perspektifle değerlendirmektir. Araştırma paralel karma yöntem deseninde yürütülmüştür. Nicel örneklem, İzmir’de yaşayan ve amaçlı örnekleme yöntemiyle seçilen 70 engeli olan çocuktan oluşmuştur. Nitel boyutta ise 10 çocuk ile derinlemesine yarı yapılandırılmış görüşmeler gerçekleştirilmiştir. Nicel veriler sosyodemografik bilgi formu, Child Health Questionnaire (CHQ-PF50) ve WHO Disability Assessment Schedule (WHODAS 2.0) uyarlamaları kullanılarak toplanmıştır. Nicel veriler IBM SPSS Statistics for Windows, Version 26.0 yazılımı ile betimleyici ve çok değişkenli analizler kullanılarak değerlendirilmiştir. Nitel veriler NVivo programı aracılığıyla tematik analiz yöntemiyle analiz edilmiştir.

Bulgular: Katılımcıların %55,7’si 12–17 yaş grubunda olup, en sık bildirilen engel türü zihinsel engeldir (%38,6). Bakım verenlerin %91,4’ü kadın olup, ailelerin %58,6’sı asgari ücret ve altında gelire sahiptir; %52,9’u çocuğun engeli nedeniyle çalışma yaşamından ayrıldığını bildirmiştir. Katılımcıların %60,0’ı sağlık kuruluşlarının fiziksel erişilebilirliğini yetersiz, %57,1’i sağlık hizmetlerine zamanında erişimi sorunlu olarak değerlendirmiştir. İletişimsel erişilebilirlik açısından işaret dili tercümanına erişimin sınırlı olduğu saptanmıştır. Çocukların yalnızca %36,2’sinin tedavi sürecinde görüşünün alındığı belirlenmiştir. Nitel analiz, empati eksikliği, ayrımcılık deneyimleri, karar alma süreçlerine sınırlı katılım ve ebeveynler üzerindeki artan bakım yükünü öne çıkan temalar olarak ortaya koymuştur.

Sonuç: Bu çalışma, engeli olan çocukların sağlık hizmetlerine erişiminde iletişim, katılım ve erişilebilirlik temelli yapısal eşitsizliklerin sürdüğünü göstermektedir. Bulgular, çocukların aktif katılımını merkeze alan, hak temelli ve kapsayıcı sağlık politikalarının geliştirilmesinin gerekliliğine işaret etmektedir.

Anahtar Kelimeler: sağlık hizmetlerine erişim, çocuk hakları, engelli çocuklar



SS-10

Ergenlerde Kafein Alımı ve Sosyal Medya Kullanımının Obezite, Uyku Alışkanlıkları ve Sosyal Jetlag ile İlişkisinin Değerlendirilmesi

Mehmet Onur TOZAN¹, İbrahim Kandemir², Aylin Yetim Şahin¹

¹*İstanbul Tıp Fakültesi*

²*İstanbul Sağlık ve Teknoloji Üniversitesi*

Giriş: Ergenlerde obezite prevalansı giderek artarken, modern yaşam tarzı faktörleri olan kafein alımı ve sosyal medya kullanımının uyku düzeni, sosyal jetlag ve metabolik göstergiler üzerindeki etkileri önem kazanmaktadır. Bu çalışmada Türk ergenlerinde kafein tüketimi ve sosyal medya kullanımının obezite, uyku alışkanlıkları ve sosyal jetlag ile ilişkisi değerlendirilmiştir.

Amaç ve Yöntem: Çalışmaya 10–18 yaş arası 61 obez ve 61 sağlıklı kontrol olmak üzere toplam 122 ergen dahil edildi. Beslenme alışkanlıkları, sabahçıl–akşamcıl özellikler, anksiyete düzeyi, günlük kafein alımı (mg/kg/gün) ve sosyal medya kullanım süresi sorgulandı. Hafta içi/hafta sonu uyku süreleri ve sosyal jetlag göstergesi olarak uyku ortası farkı hesaplandı. Veriler geleneksel istatistiksel yöntemlerin yanı sıra Bayesian korelasyon analizleri ile değerlendirildi.

Bulgular: Medyan kafein alımı 0,5 mg/kg/gün, medyan sosyal medya kullanım süresi 4 saat/gün olarak saptandı. Obezite ile uyku süreleri, anksiyete düzeyi ve kafein alımı arasında ilişki saptanmadı (Bayes faktörleri orta düzeyde bağımsızlık kanıtı sundu). Beslenme alışkanlıkları puanı ile VKİ-SDS arasında zayıf fakat anlamlı negatif korelasyon bulundu ($r=-0.265$, $p < 0.001$). Kafein alımı ile uyku parametreleri, sosyal jetlag, psikolojik ve metabolik göstergeler arasında anlamlı ilişki saptanmadı. Sosyal medya kullanım süresi ile uyku ortası farkı ($BF_{10}=38.3$) ve akşamcıl kronotip arasında çok güçlü ilişki bulundu ($BF_{10} > 100$).

Sonuç: Ergenlerde sosyal medya kullanımının sirkadiyen ritim bozulması üzerinde kafein alımı ve toplam uyku süresinden daha baskın bir etkiye sahip olduğu gösterilmiştir. Düşük düzey kafein tüketiminin kısa vadede metabolik ve uyku parametreleri üzerinde belirgin bir olumsuz etkisi saptanmamıştır. Ergen sağlığına yönelik koruyucu politikalarda dijital ekran maruziyetinin azaltılması ve beslenme kalitesinin iyileştirilmesi öncelikli olmalıdır.

Anahtar Kelimeler: ergen, adölesan, obezite, çocukluk çağı obezitesi, vücut kitle indeksi, VKİ-SDS, sosyal medya kullanımı, ekran süresi, dijital medya, teknoloji bağımlılığı, kafein alımı, kafein tüketimi, uyku süresi, uyku alışkanlıkları, sosyal jetlag, adölesan beslenme alışkanlıkları, beslenme kalitesi, bayes faktörü, korelasyon analizi, halk sağlığı, ergen sağlığı, anksiyete, hafta içi uyku, hafta sonu uyku, uyku ortası farkı, kronotip, sabahçıl-akşamcıl, metabolik parametreler, lipid profili, Bayesian analiz



SS-11

Kistik Fibrozisli Ergenlerde KFTR Modülatör Tedavisinin Beden Algısı, Yeme Tutumları ve Psikolojik İyi Oluş Üzerine Etkileri

Eylem Şerife KALKAN¹, Emine ALTAY TANYER², Yelda KILIÇ¹, Melis PEHLİVANTÜRK KIZILKAN¹, Elmas Ebru YALÇIN², Deniz DOĞRU ERSÖZ², Hayriye Uğur ÖZÇELİK², Sinem AKGÜL¹

¹Hacettepe Üniversitesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Ergen Sağlığı Bilim Dalı, Ankara, Türkiye

²Hacettepe Üniversitesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Çocuk Göğüs Hastalıkları Bilim Dalı, Ankara, Türkiye

Giriş: Kistik fibrozis (KF) tedavisinde KF transmembran regülatör protein (KFTR) modülatör tedavilerin kullanıma girmesi, ergenlerin sağlıklı kilo hedeflerine ulaşılmasına olanak sağlamıştır. Ancak bu kilo artışının beden algısı, yeme tutumu ve psikolojik iyi oluşları üzerindeki etkileri yeterince aydınlatılamamıştır. Bu prospektif çalışma, söz konusu etkileri ortaya koymayı amaçlamıştır.

Amaç ve Yöntem: KFTR modülatör tedavi alan (KFTR+, n=41) ve almayan (KFTR-, n=43) KF tanılı 10-18 yaş ergenler ile kronik hastalığı olmayan, yaş ve vücut kitle indeksi açısından eşleştirilmiş, sağlıklı ergenler (SE) (n=53) çalışmaya alındı. Beden Şekil Algısı ve Tercihleri Ölçeği (BŞATÖ), Beden Saygınlığı Ölçeği (BSÖ), Yeme Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği (YBDÖ), Hasta Sağlığı Anketi (HSA) ve Durumluk-Sürekli Kaygı Envanterleri (D/S-KE) uygulandı. BŞATÖ'de ideal figür puanının algılanan figür puanından çıkarılmasıyla ideal farkı hissetme (İFH) endeksi hesaplandı. İFH'nin sıfıra yaklaşması ideal algıya yakınlığı, negatif değerler idealden daha zayıf algıyı, pozitif değerler ise idealden daha kilolu algıyı göstermektedir. Ölçeklerde yüksek BSÖ skoru daha yüksek beden saygınlığını, yüksek YBDÖ skorları ise daha fazla semptom varlığını; yüksek HSA, D/S-KE skorları ise daha fazla depresyon ve kaygı belirtisini yansıtmaktadır.

Bulgular: Katılımcının %48,9'u kız, yaş ortalaması 14.24±2.18 yıldı. KFTR+ grubunda bedeninden memnuniyet, KFTR-'de daha kilolu olma, SE'de ise daha zayıf olma arzusu en sık bildirmiştir (p=0.041). İFH endeksi, KFTR+ ve KFTR- gruplarında SE'ye kıyasla anlamlı derecede daha düşüktü (p=0.016). KFTR+ grubunda YBDÖ genel ve tüm alt ölçek puanları, KFTR- grubunda YBDÖ genel, kısıtlama ve yeme endişesi puanları SE'den anlamlı olarak daha düşüktü (p < 0.001). KFTR+ ve KFTR- gruplarında HSA (p < 0.001) ve DKE (p=0.009) skorları SE'ye göre anlamlı derecede daha düşüktü. BSÖ skorları gruplar arasında anlamlı farklılık göstermedi.

Sonuç: Modülatör tedavinin bedeninden memnuniyet bildirimini arttırdığı gözlenmiştir. KF'li ergenler, modülatörü alıp almamalarına bakılmaksızın sağlıklı ergenlere kıyasla daha olumlu yeme tutumu, daha düşük depresyon, kaygı ve beden memnuniyetsizliği göstermişlerdir. Bu durum kronik hastalıkla baş etme deneyimi ve düzenli multidisipliner izlem ile ilişkili olabilir.

Anahtar Kelimeler: kistik fibrozis, KFTR modülatör tedavi, beden algısı, yeme bozukluğu



SS-12

Ergen ve Genç Yetişkinlerde Menstrüasyon Bilgi Düzeyi

Eylem Şerife KALKAN¹, Zehra Ece BİLGİN², Sajedah Najeh KHARBATIA², Melis PEHLİVANTÜRK KIZILKAN¹, Sinem AKGÜL¹

¹Hacettepe Üniversitesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Ergen Sağlığı Bilim Dalı, Ankara, Türkiye

²Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ankara, Türkiye

Giriş: Ergenlik ve genç yetişkinlikte menstrüasyon, sağlığın temel göstergelerinden biridir. Gençlerin menstrüasyon ile ilgili doğru bilgiye sahip olmaları, normalden sapmaların erken tanınmasını ve sağlık hizmetlerine zamanında başvuruyu kolaylaştırır. Bununla birlikte, ergenler, toplumsal normlar ve bilgiye ulaşamama gibi nedenlerle sağlıklı menstrüasyon paternlerini sağlıklı olandan ayırmada güçlük yaşayabilir. Çalışmada, ergen ve genç yetişkin kızların menstrüasyon hakkındaki bilgi düzeylerini değerlendirmeyi amaçladık.

Amaç ve Yöntem: Nisan-Eylül 2025 arasında, çalışmaya katılmaya onam veren menarş sonrası 10-24 yaş arası 200 ergen ve genç yetişkin dahil edildi. Katılımcılar erken (10-14 yaş), orta (15-18 yaş), geç (19-24 yaş) ergen olmak üzere üç gruba ayrıldı. Çevrimiçi form aracılığıyla demografik bilgiler öğrenildi ve çoktan seçmeli sorular aracılığıyla menstrüasyon bilgi düzeyleri ölçüldü. Sağlıklı menstrüasyon (menarşın 10.5-15 yaş arasında olması, menstrüel siklusun 21-45 gün arasında olması, kanamanın 2-7 gün sürmesi ve günde 3-6 ped/tampon değişimi olması) için baz alınan kriterlerden hepsine doğru yanıt veren katılımcılar menstrüel bilgisi tam olarak değerlendirildi.

Bulgular: Katılımcıların yaş ortalaması 18.8 ± 3.5 yıldır ve 20'si (%10,0) erken, 76'sı (%38,0) orta, 104'ü (%52,0) geç ergenlik dönemindeydi. Ortalama menarş yaşı 12.1 ± 1.1 yıl, menstrüasyon süresi 6.7 ± 3.5 yıl idi. Katılımcıların 126'sı (%63) menstrüel bilgisi tam olarak değerlendirildi ve 183'ü (%91,5) bir kaynaktan bilgi aldığını bildirdi. 142'sinin bilgi kaynağı ebeveynler (%71,0), 80'inin arkadaşlar (%40,0), 117'sinin okul/öğretmenler (%58,5), 118'inin internet/medya (%59,0) ve 5'inin diğer kaynaklardı (%2,5). Yaş gruplarına bakıldığında üç grup arasında bilgi düzeyi istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdi; erken ergenlerde bu oran en düşükken (n=9, %45,0), orta ergenlikte daha yüksek (n=43, %56,6), geç ergenlikte en yüksek (n=74, %71,2) olarak bulundu (p=0.029).

Sonuç: Bu çalışmada, ergen ve genç yetişkin kızların büyük çoğunluğunun menstrüasyon hakkında en az bir kaynaktan bilgi almış olmasına ve menarş sonrası ortalama 6.7 yıl süre geçmiş olmasına rağmen, menstrüasyon bilgi düzeylerinin beklenenin altında olduğu saptanmıştır. En düşük bilgi düzeyinin, bilgi ihtiyacının en yüksek olduğu erken ergenlik dönemindeki, menarşı daha yakın zamanda gerçekleşmiş katılımcılarda görülmesi dikkat çekicidir. Bulgular, menstrüasyonun erken yaşlardan itibaren menarş öncesi dönemde ele alınmasının ve yaşa uygun, doğru ve kapsamlı cinsel sağlık eğitiminin okul temelli programlar ve birinci basamak sağlık hizmetlerine entegre edilmesinin gerekliliğini ortaya koymaktadır.

Anahtar Kelimeler: kapsamlı cinsel sağlık, menstrüasyon bilgisi, ergen, genç yetişkin



SS-13

Adölesanlarda Nikotin Bağımlılığının Hızlı Taraması: Modifiye Fagerström Testi'nin En İyi Yordayıcı Maddeleri

Büşra Demirci¹, Demet Taş², Alkim Öden Akman³

¹Ankara Bilkent Şehir Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Ankara, Türkiye

²Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ankara Bilkent Şehir Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Ergen Sağlığı Bilim Dalı, Ankara, Türkiye

³Saęlık Bilimleri Üniversitesi, Ankara Bilkent Şehir Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Ergen Sağlığı Bilim Dalı, Ankara, Türkiye

Giriş: Bu çalışmada, sigara kullanan adölesanlarda nikotin bağımlılık düzeyini belirleyen mFGT (Modifiye Fagerström Testi) maddelerinin, solunumsal karbonmonoksit (CO) düzeyi ile ilişki değerlendirilerek hızlı taramada nikotin bağımlılığını belirlemede hangi maddelerin daha yararlı olabileceğinin saptanması amaçlanmıştır. Ayrıca, CO'nun mFGT yanıt kategorilerini ayırıştırma performansı madde bazında incelenmiştir.

Amaç ve Yöntem: Araştırmada 121 adölesanın verileri retrospektif olarak analiz edilmiştir. Solunumsal CO ile mFGT maddeleri (1–7) ve toplam puan arasındaki ilişki Spearman korelasyon analizi ile değerlendirilmiştir. CO, 0/1/2 yanıt kategorilerine göre medyan (IQR) olarak raporlanıp; ikili ve üçlü karşılaştırmalarda sırasıyla Mann–Whitney U ve Kruskal–Wallis testleri kullanılmıştır. Üç kategorili maddelerde ikili karşılaştırmalar Bonferroni yaklaşımıyla yorumlanmıştır. Ek analiz olarak mFGT'nin 3., 4., 5. ve 6. maddeleri ikişerli kombinasyonlar halinde toplanarak bu ikili toplam skorların CO ile korelasyonu hesaplanmıştır.

Bulgular: Katılımcıların 32'si (%26.4) kız, 89'u (%73.6) erkekti. Ortalama mFGT toplam puanı 5.83 ± 2.58 , ortalama CO düzeyi 11.92 ± 7.59 bulunmuştur. Solunumsal CO düzeyi ile mFGT toplam puanı arasında pozitif yönlü, zayıf-orta düzeyde ilişki saptanmıştır ($\rho=0.373$; $p < 0.001$; $n=121$). Madde bazında en yüksek korelasyon mFGT-1 maddesinde izlenmiştir. ($\rho=0.345$; $p < 0.001$). Bunu mFGT-5 ($\rho=0.318$; $p < 0.001$), mFGT-4 ($\rho=0.311$; $p < 0.001$), mFGT-6 ($\rho=0.291$; $p=0.0012$) ve mFGT-3 ($\rho=0.267$; $p=0.0030$) maddelerinin izlediği belirlenmiştir. mFGT-2 için ilişki zayıf ancak anlamlı bulunmuştur ($\rho=0.192$; $p=0.0347$). mFGT-7 ile CO arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($\rho=0.119$; $p=0.1929$). Kategori analizlerinde solunumsal CO düzeyi mFGT-1, -3, -4, -5 ve -6 maddelerinde yanıt düzeyleri arasında anlamlı ayrışma gösterirken, mFGT-2 ve mFGT-7'de ise ayrışmanın sınırlı kaldığı görülmüştür. İkişerli kombinasyon analizinde (mFGT-3/4/5/6), CO ile en yüksek korelasyon gösteren ikilinin mFGT-4+5 toplam skoru olduğu ($\rho=0.341$; $p < 0.001$) saptanmıştır.

Sonuç: Sigara kullanan adölesanlarda mFGT toplam puanı ve maddeleri ile solunumsal CO düzeyi arasında pozitif korelasyon saptanmıştır. Özellikle mFGT'nin 4. ve 5. maddelerinden oluşan ikili kombinasyon ile solunumsal CO düzeyi arasında yüksek düzeyde aynı yönde korelasyon saptanmıştır. Adölesanlarda nikotin bağımlılığının belirlenmesine yönelik, hızlı müdahale ve taramanın gerekliliğinde, mFGT 4. ve 5. maddelerinin kullanılması klinisyenler için pratik ve yol gösterici olacaktır.

Anahtar Kelimeler: adölesan, solunumsal karbonmonoksit, nikotin bağımlılığı, modifiye fagerstrom

**Tablo 1. Modifiye Fagerström Testi (mFGT): Sorular, Puanlama ve Toplam Puan Sınıflaması**

	mFGT Maddesi		Puan
1	Günde kaç sigara içiyorsunuz?	26'dan fazla	2
		16–25 arası	1
		1–15 arası	0
		Günde 1'den az	0
2	Dumanını içine çeker misiniz?	Her zaman	2
		Oldukça sık	1
		Nadiren	1
		Hiç	0
3	Uyandıktan ne kadar sonra ilk sigaranızı içersiniz?	İlk 30 dakika içinde	1
		30 dakikadan sonra ama öğlene kadar	0
		Öğleden sonra	0
		Akşam	0
4	Vazgeçmekte en zorlanacağınız sigara hangisidir?	Sabah ilk sigara	1
		Öğlene kadar diğerleri	0
		Öğleden sonra diğerleri	0
		Akşam diğerleri	0
5	Yasak yerlerde (cami/kilise, kütüphane, sinema vb.) sigara içmemek sizin için zor mu?	Evet, çok zor	1
		Evet, biraz zor	1
		Hayır, genelde zor değil	0
		Hayır, hiç zor değil	0
6	Günün çoğunu yatakta geçirecek kadar hasta olsanız da sigara içer misiniz?	Evet, her zaman	1
		Evet, oldukça sık	1
		Hayır, genelde içmem	0
		Hayır, hiç içmem	0
7	Günün geri kalanına kıyasla ilk 2 saatte daha fazla sigara içer misiniz?	Evet	1
		Hayır	0

Toplam puan: 0–2: bağımlılık yok, 3–5: orta, 6–9: yüksek



SS-14

Adölesan Kızlarda (10-19 Yaş) Anti-Müllerian Hormon (AMH) Test İstemlerinin Değerlendirilmesi: 10 Yıllık Tek Merkez Retrospektif Analiz

Berivan Güzelbağ¹

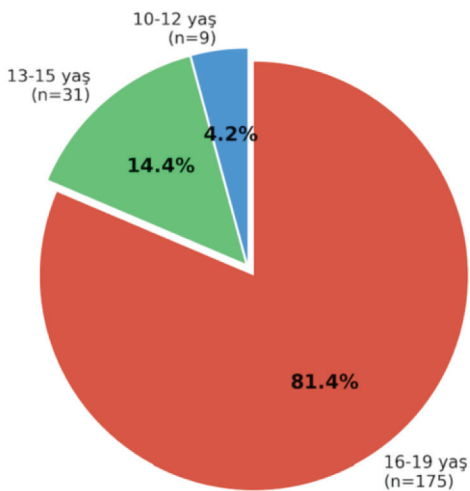
¹Sultangazi Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, İstanbul, Türkiye

Giriş: Anti-Müllerian hormon (AMH), over rezervinin değerlendirilmesinde sık kullanılan bir biyobelirteçtir. Ancak adölesan yaş grubunda rutin tarama amacıyla kullanımının sınırlı endikasyonları bulunmakta, klinik pratikte istem davranışı farklılık gösterebilmektedir. Bu çalışma, 10-19 yaş grubu kız adölesanlarda AMH test istem örüntülerini, istem yapan klinikleri, yaşa göre test sonuç dağılımını ve hormon korelasyonlarını incelemeyi amaçlamaktadır.

Amaç ve Yöntem: Bu retrospektif çalışma, bir eğitim ve araştırma hastanesinde 2015-2025 yılları arasında gerçekleştirilen AMH ölçümlerini içermektedir. Hastane bilgi sisteminden 10-19 yaş aralığındaki kız hastalara ait tüm AMH testleri taranmış, hasta kimlik bilgileri anonimleştirilmiştir. Değişkenler; yaş, istem yapan klinik, tanı, AMH, FSH, LH ve antropometrik verilerdir. Yaş grupları 10-12, 13-15 ve 16-19 yıl olarak kategorize edilmiştir. Tanımlayıcı istatistikler ve Spearman korelasyon analizi kullanılmıştır.

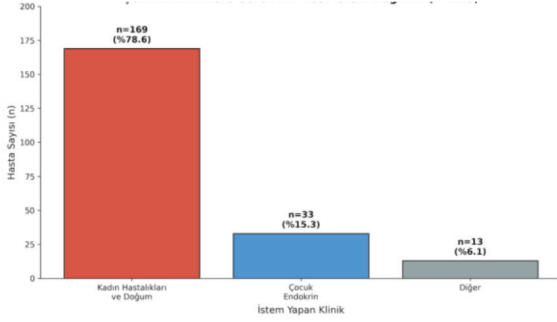
Bulgular: On yıllık dönemde toplam 215 AMH testi değerlendirilmiştir (Tablo 1). Testlerin %81,4'ü 16-19 yaş, %14,4'ü 13-15 yaş ve %4,2'si 10-12 yaş grubunda yer almaktadır (Şekil 1). İstemlerin %78,6'sı Kadın Hastalıkları ve Doğum, %15,3'ü Çocuk Endokrin birimlerinden yapılmıştır (Şekil 2). AMH sonucu elde edilen 197 hastada median AMH değeri 10-12 yaşta 6,32 (IQR: 2,16-23,50), 13-15 yaşta 2,50 (IQR: 0,53-6,37) ve 16-19 yaşta 3,55 (IQR: 1,92-6,28) ng/mL olarak bulunmuştur (Tablo 2, Şekil 3). En sık endikasyon menstrüel bozukluklar (%46,0) iken, istemlerin %16,3'ünde rutin jinekolojik muayene tanısı yer almıştır. AMH ile FSH arasında negatif korelasyon ($r=-0,329$, $p < 0,001$), LH/FSH oranı ile pozitif korelasyon ($r=0,456$, $p < 0,001$) saptanmıştır (Tablo 3). Hastaların %19,8'inde AMH < 1 ng/mL olup, bu grubun en sık tanısı amenore idi. Tam gonadotropin paneli hastaların yalnızca %43,3'ünde birlikte istenmiştir.

Şekil -1 Yaş Gruplarına Göre Hasta Dağılımı (n=215)

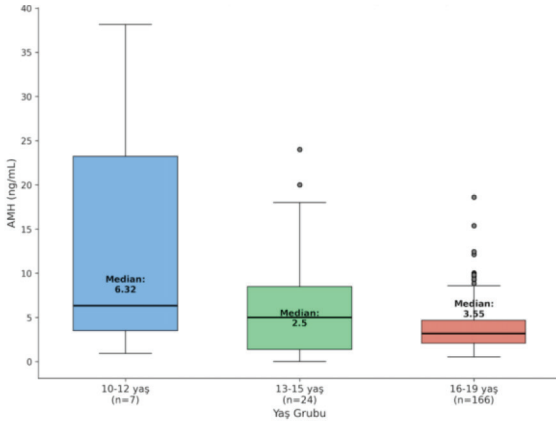




Şekil -2 Kliniklere Göre AMH Test İstem Dağılımı (n=215)



Şekil-3 Yaş Gruplarına Göre AMH Değerleri Dağılımı



Tablo 1. Hastaların Demografik ve Klinik Özellikleri (n=215)

Değişken	n (%)
Toplam	215
Yaş grupları	
10-12 yaş	9 (4,2)
13-15 yaş	31 (14,4)
16-19 yaş	175 (81,4)
İstem yapan klinik	
Kadın Hastalıkları ve Doğum	169 (78,6)
Çocuk Endokrin	33 (15,3)
Diğer	13 (6,1)
Tanı kategorileri	
Menstrüel bozukluklar	99 (46,0)
Rutin jinekolojik muayene	35 (16,3)
Diğer	81 (37,7)



Tablo 2. Yaş Gruplarına Göre AMH Değerleri (n=197)*

Yaş Grubu	n	AMH Median (IQR) ng/mL
10-12 yaş	7	6,32 (2,16–23,50)
13-15 yaş	24	2,50 (0,53–6,37)
16-19 yaş	166	3,55 (1,92–6,28)
Toplam	197	3,46 (1,55–6,49)

*18 hastada (%8,4) test istemi yapılmış ancak AMH sonucu elde edilememiştir.

Tablo 3. AMH ile Diğer Parametreler Arasındaki Korelasyon Analizi

Değişkenler	n	r	p
AMH – FSH	108	-0,329	<0,001*
AMH – LH	97	0,035	0,731
AMH – LH/FSH oranı	93	+0,456	<0,001*
AMH – BMI	17	+0,259	0,316

*İstatistiksel olarak anlamlı ($p<0,05$); r: Spearman korelasyon katsayısı

Sonuç: AMH, adölesan kızlarda farklı klinikler tarafından değişken endikasyonlarla kullanılmaktadır. AMH ile FSH arasındaki negatif ve LH/FSH oranı ile pozitif korelasyonun saptanması, bu biyobelirtecin adölesan yaş grubunda da gonadotropinlerle uyumlu olduğunu desteklemektedir. Rutin muayene gerekçesiyle yapılan istemlerin varlığı ve düşük oranda tam hormon paneli istenmesi, adölesan popölyasyonda AMH kullanım kriterlerinin standardizasyonuna ve klinisyen farkındalığının artırılmasına ihtiyaç olduğunu göstermektedir.

Anahtar Kelimeler: Anti-Müllerian hormon, adölesan, hormon paneli, test uygunluğu



SS-15

İstanbul Tıp Fakültesi Ergen Sağlığı Bilim Dalından Takipli Olguların Mekânsal Analizi

Alp ASLANDOĞAN¹, Aylin YETİM ŞAHİN², Melike TUĞRUL AKSAKAL², Ayşe KILIÇ³, Firdevs BAŞ⁴

¹İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü , Çocuk İhmal ve İstismarı Önleme Çalışmaları Yüksek Lisans Programı

²İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Ergen Sağlığı Bilim Dalı

³İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Genel Pediatri Bilim Dalı

⁴İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Çocuk Endokrinoloji Bilim Dalı

Giriş: Bu çalışmanın amacı İstanbul Tıp Fakültesi Ergen Sağlığı Bilim Dalı'na başvuran ergenlerin coğrafi dağılımını inceleyerek kümelenme örüntülerini belirlemek, özkıyım girişimi olan vakaların mekansal dağılımını karşılaştırmalı olarak analiz etmek ve bu örüntülerin 1 km tampon bölge içindeki çevresel faktörlerle ilişkisini değerlendirmektir.

Amaç ve Yöntem: Ergen Sağlığı polikliniğine 01.01.2026 öncesinde başvuran, 10-19 yaş arası ergenlerin bilgileri değerlendirilmiş ve geriye dönük kesitsel mekansal analiz yapılmıştır. Örneklem grubu genel başvurular (obezite, yeme bozukluğu, kronik hastalıklar, psikolojik sorunlar) ve özkıyım girişimi vakaları olmak üzere iki grup olarak ele alınmıştır. Adres bilgileri QGIS ile geocoding yapılarak (%92,1 başarı oranı) analize tabi tutulmuştur. Araştırma kapsamında mekansal analiz olarak Global/lokal Moran's I, Ripley's K fonksiyonu (Monte Carlo simülasyonu n=1000) kullanılmıştır. Her bir vaka için 1 km tampon bölgeler içinde çevresel faktörler (fast-food yoğunluğu, yeşil alan, sağlık tesisi mesafesi) OpenStreetMap'ten çekilerek analize tabi tutulmuştur.

Bulgular: Toplam 158 veri analiz edilmiş [10-19 yaş (ortanca yaş= 14), %59,5 kız (n=94), %40,5 erkek (n=64), genel başvurular (n=124), özkıyım girişimi vakaları (n=34)]. Başvuruların dağılımı %16,5 Bağcılar, %14,6 Fatih, %13,3 Gaziosmanpaşa, %12,7 Esenler, %11,4 Bayrampaşa olarak tespit edilmiştir. Tüm başvurular anlamlı pozitif mekansal otokorelasyon gösterdi (Moran's I=0,247; p < 0,001). Özkıyım vakalarında kümelenme daha güçlü idi (Moran's I=0,318; p < 0,01). Yüksek-yüksek kümeler (Bağcılar, Esenler, Gaziosmanpaşa, Fatih, Bayrampaşa) örneklemin %18,4'ünü içerirken, özkıyım vakalarının %55,9'u bu kümelerdeydi ($\chi^2=12,47$; p < 0,001). Ripley's K analizi 300-1500m arasında anlamlı kümelenme gösterdi (p < 0,001); özkıyım vakaları bu alanda daha yoğun lokal kümelenme sergiledi (450-1200 m). Obezite vakaları fast-food yoğunluğu yüksek bölgelerde kümelendi (8,7±3,2 vs 4,3±2,8; p < 0,001). Özkıyım vakaları için akut psikiyatri merkezi mesafesi daha uzaktı (3.247±1.856 m vs 2.103±1.421 m; p < 0,01).

Sonuç: Ergen sağlığı poliklinik başvuruları, özellikle özkıyım girişimleri, belirgin mekansal heterogenite göstermektedir. Yapılı çevre ve sosyal destek sistemleri ergen sağlığı sorunlarının coğrafi dağılımında kritik rol oynamaktadır. Bu bulgular ışığında koruyucu sağlık hizmetlerinin coğrafi hedefleme ile planlanması, akut kriz müdahale sistemlerinin yüksek riskli bölgelerde güçlendirilmesi ve zamansal-mekansal kümelenme tespiti sonrası 60 günlük izlem stratejileri geliştirilmesi önerilir.

Anahtar Kelimeler: Mekansal analiz, ergen, özkıyım, coğrafi bilgi sistemleri, Ripley's K fonksiyonu.



SS-16

Ergenlerde Akran Zorbalığı ve Sağlık Davranışları İlişkisi

Emine Gülfem ANAÇ¹, Sinem AKGÜL², Melis PEHLİVANTÜRK KIZILKAN², Zeynep TÜZÜN GÜN²

¹T.C. Sağlık Bakanlığı Sivrihisar Devlet Hastanesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları
²Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Ergen Sağlığı Bilim Dalı

Emine Gülfem ANAÇ / T.C. Sağlık Bakanlığı Sivrihisar Devlet Hastanesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları

Giriş: Akran zorbalığının, ergenlerde stres yükünü artırarak duygusal düzenleme ve baş etme becerilerini olumsuz etkilemesi nedeniyle sağlıklı yaşam davranışlarını da aksatabileceği öngörülmektedir. Zorbalık deneyimi yaşayan ergenlerde fiziksel aktivitenin azalması, uyku ve beslenme düzeninin bozulması gibi sağlıklı yaşam davranışlarında aksamalar bildirilmiştir. Benzer biçimde, bu süreçte sosyal medya kullanımının bir kaçış ya da baş etme aracı olarak artabileceği düşünülmektedir. Bu nedenle, akran zorbalığına katılım biçimlerine göre ergenlerin sağlıklı yaşam davranışları ve sosyal medya bağımlılığı düzeylerinin birlikte değerlendirilmesi, risk altındaki grupların belirlenmesi açısından önem taşımaktadır.

Amaç ve Yöntem: Bu çalışmada ergenlerde zorbalık davranışlarının yaygınlığını belirlemek ve zorbalığa katılım biçimleri ile sağlık davranışları ve sosyal medya bağımlılığı arasındaki ilişkiyi değerlendirmek amaçlanmıştır. Bu kesitsel çalışma, Ankara’da öğrenim gören 13–18 yaş arası 503 ergen ile yüz yüze ve çevrimiçi veri toplanarak gerçekleştirilmiştir. Çalışmada sağlıklı yaşam davranışlarının (beslenme, egzersiz, sağlık sorumluluğu, stres yönetimi vb.) değerlendirilmesi için Adölesan Sağlığını Geliştirme Ölçeği-Kısa Formu, sosyal medya bağımlılık eğiliminin belirlenmesi için Ergenler İçin Sosyal Medya Bağımlılığı Ölçeği ve zorbalığa katılım düzeyi ile biçimlerinin belirlenmesi amacıyla Geleneksel Akran Zorbalığı Ölçeği kullanılmıştır.

Bulgular: Örneklem ortanca yaş 14 (IQR=3) olup %52,9 kız ergenlerden oluşmaktadır. Öğrencilerin %55,5’i zorba-mağdur, %18,9’u zorba, %10,1’i mağdur grubundayken, %15,5’i zorbalığa dahil olmamıştır. Sağlıklı yaşam davranışları zorbalığa dahil olmayan ve mağdur gruplarda daha yüksek düzeyde bulunurken, en düşük skorlar zorba-mağdur grubunda gözlenmiştir ($p < 0,0001$). Sosyal medya bağımlılığı düzeyi zorba-mağdur grubunda en yüksek, zorbalığa dahil olmayan grupta en düşük düzeyde bulunmuştur ($p < 0,001$).

Sonuç: Zorba-mağdur grubunun sağlıklı yaşam davranışları ve sosyal medya bağımlılığı açısından en olumsuz profili sergilemesi, bu grubun çoklu ve eşzamanlı stresörlere maruz kalmasıyla ilişkili olabilir. Zorbalığa maruz kalma ve zorbalık yapma deneyiminin bir arada bulunması, duygusal düzenleme ve sağlıklı baş etme becerilerini zayıflatarak riskli davranışlara yönelimi artırmaktadır. Bu bulgular, ergen sağlığı değerlendirmelerinde zorbalık taramasının yalnızca psikososyal değil, yaşam tarzı ve davranışsal riskleri de öngörebilen kritik bir gösterge olduğunu düşündürmektedir.

Anahtar Kelimeler: ergen sağlığı, akran zorbalığı, sağlıklı yaşam davranışları, sosyal medya bağımlılığı



SS-17

İstanbul Tıp Fakültesi Ergen Sağlığı Bilim Dalından Takipli Olguların HEEDSSS Tabanlı Psikososyal Analizi

Hanife Deniz CESUR¹, Niayesh GHASEMI VALA¹, Nilgün ÖZCAN¹, Alp ASLANDOĞAN¹, Melike TUĞRUL AKSAKAL², Firdevs BAŞ⁴, Ayşe KILIÇ³, Aylin YETİM ŞAHİN²

¹İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü , Çocuk İhmal ve İstismarı Önleme Çalışmaları Yüksek Lisans Programı

²İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Ergen Sağlığı Bilim Dalı

³İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Genel Pediatri Bilim Dalı

⁴İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Çocuk Endokrinoloji Bilim Dalı

Giriş: Ergenlik kritik bir gelişim dönemidir; bu süreçte hızlı fiziksel, hormonal, bilişsel ve sosyal-duygusal değişimler yaşanır. Aynı zamanda psikiyatrik bozuklukların ve davranış sorunlarının başlangıç dönemi kabul edilmektedir. Bu dönemde ortaya çıkan kronik pediatrik hastalıklar ergenlerin yaşam kalitesi, sosyal gelişim ve psikolojik uyumunu belirgin şekilde etkilemektedir. Uluslararası çalışmalar, kronik hastalığı olan ergenlerde psikiyatrik bozukluk prevalansının genel popülasyondan 2-3 kat daha yüksek olduğunu göstermektedir. Özellikle FMF, inflamatuvar niteliği, tekrarlayan alevlenmeleri ve belirsizliği nedeniyle ergen yaşamında anlamlı stres yaratmaktadır. Benzer şekilde özkıyım girişimi olan ergenlerde, şiddetli depresyon, kompleks travma öyküsü, aile işlev bozukluğu ve psikososyal risk faktörleri sıklıkla görülmektedir. Ergenlerde özkıyım girişimi sonrası, tekrarlayan girişim riski %10-15 arasında olup, başlıca ölüm nedenidir. HEEDSSS bu çerçevede, adolesanların psikososyal risk ve koruyucu faktörlerinin sistematik ve kapsamlı biçimde değerlendirilmesine imkan sağlayan, kanıta dayalı ve klinisyen dostu bir araçtır. Her bir alan ergenlerin yaşam bağlamının önemli bir boyutunu temsil eder ve bütüncül değerlendirme sağlar.

Amaç ve Yöntem: Çalışmanın amacı, İTF Ergen Sağlığı Bilim Dalı'na gelen 128 ergen olguyu HEEDSSS çerçevesi kullanarak kapsamlı şekilde değerlendirerek psikososyal risk faktörleri ortaya koymaktır. Bu çalışma retrospektif, tanımlayıcı vaka serisi tasarımıyla yürütülmüştür. Veriler İstanbul Tıp Fakültesi Ergen Sağlığı Bilim Dalı'nda 01.01.2026 tarihi öncesi izlenen 128 ergen olgusu (yaş aralığı 10–18 yıl) üzerinden toplanmıştır. Örneklem çeşitli tanılardan oluşmaktadır: Kronik hastalık tanılı ergenler (n=94, %73.4); Ailesel Akdeniz Ateşi (n=65, %50.8) ağırlıklı olmak üzere, obezite/metabolik sendromlar (n=15, %11.7), endokrin bozukluklar (n=8, %6.3) ve diğer kronik hastalıklar (n=6, %4.7) ile özkıyım girişimi tanılı ergenler (n=34, %26.6) yer almaktadır. Veri toplama standardize HEEDSSS tabanlı veri formu kullanılarak yapılmıştır. Formlar, başvuru sırasında klinik görüşme aracılığıyla hasta ve ebeveynler ile doldurulmuş ve sonraki aşamada tıbbi kayıtlardan retrospektif olarak araştırmacılar tarafından işlenmiştir. Veri analizi tanımlayıcı istatistiklerle yapılmış, kategorik değişkenler için sıklık (n) ve yüzde (%), süreli değişkenler için ortalama \pm standart sapma hesaplanmıştır. HEEDSSS alanlarında etkilenme sayısına (risk faktörü sayısına) göre olgular Düşük Risk (0-2 alan), Orta Risk (3-5 alan), Yüksek Risk (≥ 6 alan) kategorilerine ayrılmıştır.

Bulgular: Demografik özellikler açısından, örneklemin yaş ortalaması 14.2 ± 2.1 yıl olup, %62'si kız (n=79), %38'i erkektir (n=49). İntihar girişimi grubunun yaş ortalaması (15.3 ± 1.6 yıl) kronik hastalık grubundan belirgin şekilde yüksektir. İntihar grubunda kız çoğunluğu çarpıcıdır (%85). Olguların büyük çoğunluğu (%95) okula devam etmektedir. HEEDSSS değerlendirmesi sonucunda elde edilen bulgular incelendiğinde, risk alanlarının birbirini tetikleyen döngüsel bir yapı sergilediğini göstermektedir. Ev ve Aile (Home) alanındaki veriler, olguların %24'ünün (n=31) parçalanmış aile yapısına sahip olduğu, %34'ünde (n=44) düzenli aile içi çatışma yaşandığı görülmüştür. Aile ortamındaki travmatik yük, %26 (n=33) oranında duygusal/sözel istismar ve %18 (n=23) oranında fiziksel şiddet öyküsü ile belirginleşirken, ebeveynlerdeki psikopatoloji (annede



%24; n=31 psikiyatrik hastalık) risk faktörlerini derinleştirmektedir. Bu stresörlerin Eğitim (Education) alanına yansması olarak olguların %35'inde (n=45) akran zorbalığına maruziyet ve %31'inde (n=40) akademik performansta belirgin gerileme şeklinde gözlemlenmektedir. Ayrıca %21 (n=27) oranında artan okul devamsızlığı, psikososyal uyumsuzluğun somut bir göstergesi olarak kabul edilebilir. Ergenlerin yaşam alışkanlıkları ve risk alma davranışlarının Beslenme (Eating) ve Aktiviteler (Activities) alanlarında depresif belirtilerle uyumlu bulgular gösterdiği saptanmıştır. Olguların %42'si (n=54) düzenli öğün atlamakta, %28'i (n=36) ise anhedoniye işaret edecek şekilde hobilerini bırakmaktadır. Madde Kullanımı (Drugs) ve Cinsellik (Sexuality) alanlarında ise reçeteli ilaç kötüye kullanımı %13 (n=17), düzenli alkol kullanımı %8 (n=10) ve cinsel istismar öyküsü %7 (n=9) oranında belirlenmiştir. Bu veriler, ergenlerin stresle baş etme mekanizmalarının işlevsizleştiğine işaret etmektedir. En kritik risk birikimi Ruh Sağlığı, Özkıyım ve Güvenlik (Suicide & Safety) alanında gerçekleşmiştir. Örneklemin neredeyse yarısında (%47; n=60) özkıyım düşüncesi (geçmiş veya güncel) mevcut olup, %24'ünde (n=31) kesici alet ağırlıklı olmak üzere kendine zarar verme davranışı (NSSI) saptanmıştır. Psikiyatrik bozukluk tanısı %42 (n=54) oranında yaygın olmasına rağmen, Güvenlik algısındaki zayıflık ve damgalanma korkusu nedeniyle profesyonel yardım arama davranışı %12 (n=15) düzeyinde kalmış, tedaviye erişimdeki bu ciddi boşluk en önemli yapısal risk faktörü olarak değerlendirilmiştir. Bu kapsamda risk seviyesine göre değerlendirme yapıldığında olgular üç ana kategoride yoğunlaşmaktadır. Etkilenen alan sayısının 0-2 olduğu Düşük Risk grubu %34 (n=43) oranında olup, bu küme ağırlıklı olarak kronik hastalık tanılı olgulardan oluşmaktadır. Olguların %48'ini (n=61) kapsayan ve 3-5 alanın etkilendiği Orta Risk grubu, hafif-orta düzey psikiyatrik belirtilerle karakterizedir. En kritik tabloyu oluşturan ve ≥6 alanın etkilendiği Yüksek Risk grubu ise örneklemin %18'ini (n=24) oluşturmaktadır. Büyük çoğunluğu özkıyım grubunun ağır profilini yansıtan bu kategoride; aile işlev bozukluğu %92 (n=22), psikiyatrik morbidite %83 (n=20) ve özkıyım girişimi %71 (n=17) oranında tespit edilmiştir.

Sonuç: Çalışma, kronik hastalık ve özkıyım girişimi tanılı ergenlerde psikososyal risk yükünün kritik düzeyde olduğunu tespit etmiştir. Olguların çoğunda özkıyım düşüncesi ve yüksek risk grubunda aile işlevlerin bozukluk saptanmasına rağmen, profesyonel yardım arama oranının düşük düzeyde kalması, ciddi bir tedaviye erişim sorunu ortaya koymaktadır. Bu bağlamda HEEADSSS, risk stratifikasyonu için etkin bir araçtır. Sonuç olarak, pediatrik tedavinin yapıldığı kliniklere rutin tarama entegre edilmesi, riskli gruplar için çok disiplinli ve aile odaklı çalışmaların planlaması öncelikli önerilmektedir. Bu süreçler içerisinde alınan hizmetin kalitesini artması için damgalanmayı önleyici stratejiler oluşturulması, kronik hastalıklarda oluşan psikolojik yükün tespit edilmesi ve özkıyım düşüncesi ortaya çıktığında tedaviye erişimin kolaylaştırılması hedeflenmelidir.

Anahtar Kelimeler: Ergen, HEEADSSS, psikososyal risk, intihar davranışı, kronik hastalık, mental sağlık, FMF, epidemiyoloji



SS-18

Duchenne Musküler Distrofisi Olan Çocuk ve Ergenlerin İhtiyaçlarının Hasta ve Aile Deneyimleri Üzerinden Değerlendirilmesi

Sabanur Cavdar¹, Özlem Özaydın¹, Özlem Köksal¹, Gonca Akbaş¹, Aylin Yetim Şahin¹, Vefik Arıca¹, Hüseyin Daę², Şirin Güven¹

¹Türkiye Anne, Çocuk ve Ergen Sağlığı Enstitüsü (TAÇESE), Türkiye Sağlık Enstitüleri Başkanlığı (TÜSEB)

²Saęlık Bilimleri Üniversitesi, Prof. Dr. Cemil Taşcıoğlu Şehir Hastanesi

Giriş: Duchenne Musküler Distrofisi (DMD), çocukluk çağında başlayan ve ergenlik döneminde fiziksel, psikososyal ve sosyal etkileri belirginleşen ilerleyici bir kas hastalığıdır. Ergenlik dönemi, hastalığın klinik seyrine ek olarak ruhsal iyi oluş, eğitim, sosyal katılım ve bağımsızlık açısından özel gereksinimlerin ortaya çıktığı kritik bir yaşam evresidir. Bu çalışmanın amacı, hasta ve ailelerin deneyimlerinden yola çıkarak Duchenne Musküler Distrofisi olan çocuk ve ergenlerin ihtiyaçlarını tematik olarak ortaya koymak ve politika önerileri geliştirmektir.

Amaç ve Yöntem: Bu çalışmada, Türkiye Sağlık Enstitüleri Başkanlığı (TÜSEB), Türkiye Anne, Çocuk ve Ergen Sağlığı Enstitüsü (TAÇESE) tarafından 17 Eylül 2025 tarihinde hibrit formatta gerçekleştirilen “Duchenne Musküler Distrofisi Farkındalık Toplantısı”nın çıktıları değerlendirilmiştir. Toplantıya hasta ve aileler, hasta dernekleri temsilcileri, akademisyenler, klinisyenler ve kamu kurumlarından toplam 70 katılımcı katılmıştır. Toplantı kayıtları, yazılı katılımcı görüşleri ve toplantı sonrası iletilen dernek notları nitel içerik analizi yöntemiyle analiz edilmiştir.

Bulgular: DMD hastaları ve ailelerinin ihtiyaçları yedi ana tema altında toplanmıştır: (1) Multidisipliner kas hastalıkları merkezlerinin kurulması, var olanların işlevselliğinin artırılması, (2) Evde bakım ve rehabilitasyon hizmetlerinin güçlendirilmesi, (3) Sağlık raporu ve engellilik raporu süreçlerinin sadeleştirilmesi, (4) Psikososyal destek mekanizmalarının yaygınlaştırılması, (5) Eğitim hakkı ve sosyal katılımın desteklenmesi, (6) Yerli ilaç ve medikal cihaz geliştirme çalışmalarının hızlandırılması ve (7) Bilimsel temeli olmayan uygulamalara karşı koruyucu düzenlemelerin güçlendirilmesi. Bu temalar içinde özellikle ergenlik döneminde artan psikolojik destek ihtiyacı, eğitim ortamlarında erişilebilirlik sorunları ve sosyal izolasyon riskinin öne çıkmıştır.

Sonuç: Bulgular, DMD hastalığı olan ergenlerin gereksinimlerinin tıbbi bakım ve izlemin ötesinde, psikososyal ve eğitsel boyutları kapsayan bütüncül bir çerçevede ele alınması gerektiğini göstermektedir. Çalıştay bulguları, DMD hastalarında ergen odaklı yaklaşımların geliştirilmesi ihtiyacını ortaya koymaktadır.

Anahtar Kelimeler: Duchenne Musküler Distrofisi, Nadir Hastalıklar, İhtiyaç Analizi



SS-19

Çocuk Acile Başvuran İdrar Toksikolojisi Gönderilen Ergenlerin Ergen Sağlığı İzlemi

Emine Gülfem Anaç¹, Eylem Şerife Kalkan², Şükran Bayrak³, Sinem Akgül², Özlem Tekşam³, Melis Pehlivantürk Kızıllan²

¹Hacettepe Üniversitesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Ankara, Türkiye

²Hacettepe Üniversitesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Ergen Sağlığı Bilim Dalı, Ankara, Türkiye

³Hacettepe Üniversitesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Çocuk Acil Bilim Dalı, Ankara, Türkiye

Giriş: Çocuk acil poliklinikleri (ÇAP) madde kullanan ergenlerin genellikle sağlık sistemiyle ilk temas noktası olup, doğru tarama yapılmadığında müdahale fırsatı kaçırılmaktadır. Madde kullanımına yaklaşım pediatri eğitiminin, standart yönetim şemalarının ve ileri bakım merkezlerin yetersizliği nedeniyle yeterince önceliklendirilememektedir.

Amaç ve Yöntem: Çalışmanın amacı, ÇAP'da madde kullanımı şüphesi ile idrar-toksikolojisi gönderilen ergenlerin ileri izlem için yönlendirilme, yönlendirilme sonrası başvurma sıklığını ve eşlik eden riskli davranışları değerlendirmek ve bu süreçleri ilaç intoksikasyonlarıyla karşılaştırmaktır. 16.01.2020–03.03.2025 arasında ÇAP'ta idrar-toksikoloji gönderilen 1298 ergenin (12–18 yaş) demografik verileri, idrar-toksikoloji sonuçları, ÇAP'da psikososyal öykü (HEEADSSS) alınma, Ergen Sağlığı (ES) ve Çocuk Ruh Sağlığı'na (ÇRS) yönlendirilme, ES'ye başvurma ve ES'deki HEEADSSS kayıtları tarandı. Başvuru şikayeti doğrultusunda ergenler madde kullanım şüphesi (madde kullanım beyanı, alkol intoksikasyonu, darp, araç içi trafik kazası gibi) ve özkiyim amaçlı ilaç intoksikasyonu olmak üzere iki gruba ayrıldı.

Bulgular: Katılımcıların %52,8'ü erkek ve ortalama yaş 16,2 yıldı. İdrar-toksikolojisi %77,5 madde kullanım şüphesi, %22,5 ilaç intoksikasyonu nedeniyle gönderildi. Toplamda %11,3 idrarda madde pozitifliği saptanırken; madde şüphesi grubunda(%13,4), ilaç intoksikasyonu grubuna (%4,1) göre daha yüksekti($p < 0.001$). ÇAP'da HEEADSSS oranı %2,3 , ES'ye yönlendirilme %13,2 ve ÇRS'ye yönlendirilme %40,3'tü. İki grup arasında ÇAP'da HEEADSSS görüşmesi ve ES'ye yönlendirilme oranları benzerken($p > 0,05$), ilaç intoksikasyonu grubunda ÇRS'ye yönlendirilme daha yüksekti($p < 0,001$). ES'ye yönlendirilen ergenlerin %35'i başvurdu ve başvurma oranı ilaç intoksikasyonu grubunda daha yüksekti ($p=0.010$). İdrar-toksikolojisinde madde saptanan ergenlerin %54,5'i, saptanmayanların %6,9'u HEEADSSS görüşmesinde kullanım bildirdi. Madde kullanım şüphesi grubunda tütün kullanımı daha yüksekti ($p=0.010$).

Sonuç: Madde kullanım şüphesi olan ergenlerin ileri değerlendirme için yönlendirme oranları düşüktür ve yönlendirilen ergenlerin çoğu başvurmamaktadır. Bilinç açıksa sözel/yazılı araçlar ile tarama önerilse de; zaman, mekan, işgücü yetersizlikleri nedeniyle yapılamamaktadır ve bu nedenle bazı madde kullanımları ve ek risk etmenleri gözden kaçmaktadır. Madde kullanım şüphesi olan ergenlerin ÇAP'da değerlendirme araçları ile taranması, riskli ergenlerin ileri bakım için yönlendirilmesi, yönlendirme sonrası başvurunun takip edilmesi kritik koruyucu bir müdahale niteliğindedir.

Anahtar Kelimeler: ergen sağlığı, idrar toksikolojisi, madde kullanımı, acil servis, psikososyal öykü, HEEADSSS



SS-20

Dijital Bağımlılığın İki Yüzü: Ergenlerde Sosyal Medya ve Akıllı Telefon Kullanımı

Belen Ateş¹, Recep Okur¹, Hazal Baksı Şenel¹, Eren Güzeloğlu¹, Sevilay Kök¹, Hüseyin Dağ¹, Vefik Arıca¹

¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Prof. Dr. Cemil Taşcıoğlu Şehir Hastanesi

Giriş: Dijital teknolojilerin yaygınlaşmasının bir sonucu olarak, sosyal medya ve akıllı telefon kullanımı, gençlerin günlük yaşamlarında önemli bir rol oynamaktadır. Ergenlik döneminin psikososyal özellikleri, bu dijital araçların yoğun ve kontrolsüz kullanımını teşvik edebilir ve bağımlılık riskini artırabilir.

Amaç ve Yöntem: Bu araştırmanın amacı, ergenlerde sosyal medya ve akıllı telefon bağımlılığı düzeylerini değerlendirmek ve bu iki değişkenin yaş ve cinsiyetle olan ilişkisini incelemektir. Çalışmamız tek merkezli, kesitsel olup 12–18 yaş aralığında toplam 100 ergen dahil edilmiştir. Veri toplama aracı olarak Sosyal Medya Bağımlılığı Ölçeği (SMBÖ) ve Akıllı Telefon Kullanımı Ölçeği kullanılmıştır. İstatistiksel analizler SPSS programı ile yapılmış; grup karşılaştırmalarında bağımsız örneklem t-testi ve tek yönlü varyans analizi, değişkenler arası ilişkilerin değerlendirilmesinde Pearson korelasyon analizi kullanılmıştır. Sosyal medya bağımlılığını yordayan faktörler çoklu doğrusal regresyon analizi ile incelenmiştir.

Bulgular: Katılımcıların yaş ortalaması 14 yıl olup, %53'ü kızdır. Kız ergenlerin sosyal medya kullanım puanları erkeklere kıyasla istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek bulunmuştur ($p = 0.002$). Benzer şekilde, kız ergenlerin akıllı telefon kullanım puanları da erkeklere göre anlamlı derecede daha yüksektir ($p = 0.014$). Yaş ile sosyal medya bağımlılığı arasında orta-ileri düzeyde pozitif bir korelasyon saptanmıştır ($r = 0.71$; $p < 0.001$). Benzer şekilde, yaş ile akıllı telefon bağımlılığı arasında da anlamlı pozitif korelasyon bulunmuştur ($r = 0.65$; $p < 0.001$). SMBÖ toplam puanı ile akıllı telefon bağımlılığı arasında çok güçlü bir pozitif ilişki belirlenmiştir ($r = 0,97$; $p < 0,001$). Regresyon analizinde yaş ve akıllı telefon bağımlılığı sosyal medya bağımlılığının bağımsız yordayıcıları olarak saptanmıştır.

Aynı yaş grubundaki erkek ve kız ergenlerin sosyal medya ölçeği toplam puanlarının karşılaştırılması

Yaş	Erkek Ortalama	Kız Ortalama	p
12	121.5	124.8	0.064
13	125.2	127.1	0.174
14	125.7	130.2	0.051
15	130.4	135.5	0.081
16	132.5	137.0	0.034
17	131.7	141.6	<0.001

Aynı yaş grubundaki erkek ve kız ergenlerin akıllı telefon kullanımı puanlarının karşılaştırılması

Yaş	Erkek Ort.	Kız Ort.	P
12	18.64	22.25	0.074
13	27.17	30.64	0.005
14	29.33	29.56	0.878
15	31.00	32.20	0.192
16	30.00	33.67	<0.001
17	30.14	34.00	0.001



Sosyal Medya Bağımlılığı Ölçeği (SMBÖ) ve Alt Boyutları ile Akıllı Telefon Bağımlılığı Arasındaki İlişki

Değişken	Akıllı Telefon Bağımlılığı (r)	p
SMBÖ Toplam Puan	0.974	<0.001
Meşguliyet	0.832	<0.001
Duygu Durum	0.548	<0.001
Düzenleme		
Tekrarlama	0.549	<0.001
Çatışma	0.607	<0.001

Sonuç: Çalışmamız, ergenlerde sosyal medya bağımlılığı ile akıllı telefon bağımlılığı arasında güçlü bir ilişki olduğunu ve yaşın bu ilişkiyi artıran önemli bir faktör olduğunu göstermektedir. Klinisyenlerin bu yaş grubu danışanları değerlendirirken dijital bağımlılığı da sorgulamaları önem kazanmaktadır. Ayrıca kız ergenlerde sosyal medya ve akıllı telefon kullanım düzeylerinin daha yüksek olması, ergenlik döneminde cinsiyete duyarlı izlemin göz ardı edilmemesi gerektiğini göstermektedir. Bulgularımız ergenlere yönelik dijital bağımlılığları önlemeye yönelik bütüncül yaklaşımların, cinsiyet ve yaşa duyarlı müdahalelerin önemini vurgulamaktadır.

Anahtar Kelimeler: Sosyal medya bağımlılığı, Akıllı telefon bağımlılığı, Adolesan, Dijital bağımlılık



SS-21

Çocuk Acil Serviste Pediyatrik Apandisit Skoru İle Değerlendirilen Ve Akut Apandisit Tanısı Alan Çocuk Hastaların Hematolojik-İnflamatuvar Parametreler İle Değerlendirilmesi

Fatma Ece Daędeviren¹, Hüseyin Daę¹, Vefik Arıca¹, Eren Yaęa²

¹Prof.Dr.Cemil Taşcıoğlu Şehir Hastanesi Çocuk Sağlığı Ve Hastalıkları Kliniği

²Prof.Dr.Cemil Taşcıoğlu Şehir Hastanesi Çocuk Cerrahisi Ve Üroloji Kliniği

Giriş: Karın içi patolojilerden akut apandisit, dünyada en sık görülen ve acil müdahale gerektiren durumlardan birisidir. Her yaşı grubunda görülebilmekle birlikte en sık 9-12 yaşları arasında görülür. Yaşam boyunca görülme olasılığı %7-10 arasındadır. Olguların çoğuna hikaye ve fizik muayene ile tanı konulur. Tanı koymak fizik muayenenin şüpheli olduğu durumlarda zordur bu gibi durumlarda radyolojik görüntülemeler ve laboratuvar tetkiklerinden yardım alınır. Ancak radyolojik görüntüleme yorumlarının sübjektif oluşu akut apandisit komplikasyonuna hale gelmesine sebep olabilmektedir. Akut apandisit cerrahi müdahalede gecikme peritonit ve perforasyona sebep olabileceği için apandektomi önerilir. Abse veya plastron gibi durumlarda ise konservatif tedavi tercih edilir.Son yıllarda yapılan çalışmalarda, özellikle CRP, albümin, prokalsitonin, mutlak nötrofil sayısı (ANC) ve mutlak lenfosit sayıları (ALC), trombosit ve monosit düzeylerinin hem tanı koyduruculuğu hem de komplikasyonların öngörülmesindeki rolleri vurgulanmıştır.

Amaç ve Yöntem: Bu çalışma, T.C. Sağlık Bakanlığı İstanbul Prof. Dr. Cemil Taşcıoğlu Şehir Hastanesi Çocuk Acil servisine başvuran ve karın ağrısı olan 5-18 yaş arası çocuklarda yapıldı. Çalışmaya karın ağrısı ile başvuran ve akut apandisit tanısı alan 60 hasta ile (30 komplike apandisit ve 30 nonkomplike apandisit) kontrol grubu olarak da akut apandisit tanısı dışlanan 30 hasta olmak üzere 90 hasta dahil edildi. Çalışma prospektif olup, 15 Şubat 2025 – 01 Ağustos 2025 tarihleri arasında yapıldı. Mevcut araştırma, pediatrik yaş grubundaki karın ağrısı olup pediatrik apandisit skoru ölçülen hastalarda bazı hematolojik parametrelerin (CRP / albümin, prokalsitonin / albümin, nötrofil/lenfosit, platelet / lenfosit, monosit / lenfosit) akut apandisit tanısındaki rolü ile birlikte komplike ve nonkomplike apandisit ayırıcı tanısındaki yerini incelemeyi amaçlayan bir çalışmadır. Komplike ve nonkomplike apandisit ayrımı histopatolojik olarak yapılmış olup nonkomplike apandisit genişlemiş serozal damarlar ve serozanın matlaşması gibi çeşitli karakteristik özellikler gözlenirken komplike apandisit tıkanıklık ve ekstraluminal sıvının eşlik ettiği şiddetli flegmonöz inflamasyon, nekroz alanları ve yaygın mukozal ülserasyonlarla birlikte transmural inflamasyon ve etkilenen dokuya sızan nötrofillerle karakterize, apse oluşumuna işaret eden özellikler gözlenmektedir.Çalışma grubundaki gönüllülerin dahil edilme kriterleri 5- 18 yaş arası karın ağrısı ile başvurup akut apandisit ön tanısı düşünölen çocuk hastalar, aile onamının olması ve kronik bir hastalığının olmamasıdır.Çalışma grubundaki gönüllülerin dahil edilmeme kriterleri Aile onamı olmayanlar,5-18 yaşa aralığı dışındaki hastalar ve kronik hastalığı olanlardır.Çalışmamızın amacı ise karın ağrısı ile çocuk acil servisine başvuran hastalarda akut apandisit tanısına yönelik hematolojik ve biyokimyasal inflamatuvar parametrelerin tanısai değerini ortaya koymak ve bu parametrelerin komplike apandisit ayrımındaki rolünü değerlendirmektir.

Bulgular: Çalışma için 30'u (%33,3) komplike apandisit, 30'u (%33,3) nonkomplike apandisit ve 30'u (%33,3) apandisit tanısı olmayan olmak üzere toplam 90 hasta dahil edildi. Hastaların yaş ortalaması 13,2 ±3,2 yıl ve yaş ortancası 13,5 yıl (6,0–18,0) olarak belirlendi.Komplike apandisit grubunun ortancası 12,0 yıl (6,0–17,0), non-komplike grubun 13,0 yıl (6,0–18,0) iken apandisit olmayan grubun ise 15,0 yıl (10,0–18,0) olarak hesaplandı ve gruplar arasında yaş açısından anlamlı fark olduğu belirlendi (p=0,028). Yapılan ileri analizlerde komplike apandisit grubunda yaşı apandisit olmayan gruba göre anlamlı düzeyde daha düşük olduğu belirlendi (p=0,006). Cinsiyet açısından anlamlı fark saptanmadı (p=0,079). Komplike apandisit grubu ile apandisit olmayan grup arasında olduğu, komplike apandisit grubundaki hastaların daha düşük boy ve ağırlığa sahip



oldukları belirlendi. Beden Kitle İndeksi (BKİ) ortancaları üç grupta sırasıyla 19,5 kg/m² (11,4–25,5), 20,0 kg/m² (13,4–32,8) ve 20,8 kg/m² (16,2–24,8) olarak belirlendi ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı bulundu (p=0,189). BKİ persentil gruplarına göre zayıf olanlar en sık komplike apandisit grubunda (%20,0), fazla kilolular ise non-komplike apandisit grubunda (%10,0) görüldü. Çalışmaya alınan hastaların başvuru şikâyetleri değerlendirildiğinde, en sık görülen şikâyetin karın ağrısı olup olguların %46,7'sinde (n=42) mevcuttu. Bunu %30,0 (n=27) oranıyla kusma takip etti. Bulantı şikâyeti %8,9 (n=8), ateş %6,7 (n=6) ve ishal %3,3 (n=3) oranında gözlemlendi. Halsizlik, iştahsızlık ve kabızlık şikâyetlerine ise daha az rastlandı. Başvuru şikâyetleri açısından gruplar karşılaştırıldığında istatistiksel düzeyde anlamlı bir farka rastlanmadı (p=0,845). Yapılan ileri analizlerde apandisit olmayan gruptan kaynaklandığı belirlenen, gruplar arası PAS karşılaştırması aralarındaki fark anlamlı bulundu (p < 0,001). CRP düzeyi ortanca değeri ise komplike apandisit grubunda 106,6 mg/L (0,4–294,7) olarak belirlenmiş olup diğer gruplardan istatistiksel anlamlı düzeyde çok yüksekti (p < 0,001). Albümin düzeyi ortanca değeri komplike apandisit grubunda 3,9 g/dL (2,6–4,9) ile diğerlerinden daha düşük iken, nonkomplike apandisit grubunda 4,2 g/dL (3,4–4,8), apandisit olmayan grupta ise 4,4 g/dL (3,3–5,2) olarak ölçüldü. Albümin düzeyi açısından fark gruplar arasında anlamlı olmakla beraber (p=0,020), farkın komplike apandisit ve apandisit olmayan grup arasında olduğu belirlendi. Prokalsitonin (PCT) düzeyi ortanca değerinin komplike apandisit grubunda 1,08 ng/mL (0,02–56,41) olarak en yüksek olduğu görülürken, nonkomplike grubunda 0,09 ng/mL (0,01–17,77) ve apandisit olmayan grupta 0,04 ng/mL (0,01–11,6) olarak hesaplandı. PCT düzeyi açısından her üç grubun birbirinden farklı olduğu belirlendi (p < 0,001). Na düzeyi ortancası komplike apandisit grubunda 135,0 mmol/L (127,0–140,0), non-komplike grubunda 137,0 mmol/L (129,0–142,0), apandisit olmayan grupta ise 137,5 mmol/L (128,0–145,0) olarak belirlendi. Gruplar arasında istatistiksel fark olduğu (p=0,028) tespit edilmekle birlikte, farkın sadece komplike apandisit ve apandisit olmayan grup arasında olduğu belirlendi. Bakılan diğer hematolojik ve biyokimyasal parametreler olan nötrofil, trombosit, lenfosit, monosit, MPV, ürik asit, bilirubin açısından gruplar arasında anlamlı bir fark izlenmedi. CRP/albümin oranının ortanca değerleri komplike apandisit grubunda 29,20 (0,08–113,35), non-komplike apandisit grubunda 3,85 (0,04–64,10) ve apandisit olmayanlarda ise 1,16 (0,04–48,4) olarak belirlendi. Gruplar arasında yapılan karşılaştırmada, anlamlı farklılık olduğu belirlendi (p < 0,001). Komplike apandisit grubunun ortancası hem non-komplike (p < 0,001) hem de apandisit olmayan gruplardan anlamlı düzeyde yüksekken (p < 0,001), nonkomplike ile apandisit olmayan grup arasında ise fark anlamlı değildi (p=0,119). PCT/albümin oranı da gruplar arasında anlamlı farklılık gösterdi (p < 0,001). Komplike apandisit grubunda ortanca oran 0,27 (0,00–13,12) ile daha yüksekken, nonkomplike apandisit grubunda 0,02 (0,00–4,56) ve apandisit olmayanlarda 0,01 (0,00–2,97) olarak hesaplandı. Bu oran komplike apandisit ile non-komplike grup arasında (p=0,001) ve komplike apandisit ile apandisit olmayan grup arasında (p < 0,001) anlamlı farklılık gösterdi. Nötrofil/lenfosit oranı (NLO), platelet/lenfosit oranı (PLO) ve monosit/lenfosit oranı (MLO) değerleri açısından ise gruplar arasında anlamlı fark saptanmadı (sırasıyla p=0,081; p=0,177; p=0,099). Yapılan değerlendirmeye göre komplike apandisit grubundakilerin %93,3'ünde CRP düzeyi sınır değerden yüksekken, non-komplike apandisit grubunda %73,3'ünde ve apandisit olmayan grupta ise %46,7'sinde yüksek olarak belirlendi ve CRP yüksekliği açısından fark istatistiksel olarak oldukça anlamlı bulundu (p < 0,001). Yüksek PCT düzeyi de benzer bir şekilde komplike apandisit grubunda %90,0, non-komplike grubunda %73,3 ve apandisit olmayanlarda %46,7 oranında saptanmış olup fark yine anlamlıydı (p=0,001). MPV sınır değerlerine göre karşılaştırıldığında komplike apandisit grubunda %20,0'sinde MPV düzeyi düşük saptanmışken, non-komplike grubunda sadece 1 (%3,3) hastada ve apandisit olmayan grupta ise hiç birinde (%0,0) düşük MPV seviyesi gözlenmedi. Bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulundu (p=0,008). Hastalarda Na düzeyleri değerlendirildiğinde, düşük Na düzeyi komplike apandisit grubunda %53,3, non-komplike grubunda %33,3 ve apandisit olmayan grupta %20,0 oranında saptanmış olup, gruplar arasında anlamlı fark olduğu belirlendi (p=0,025). Apandisit skorunun hematolojik ve inflamatuvar parametrelerle korelasyonel analizinde PAS ile hematolojik inflamatuvar parametreler arasında istatistiksel düzeyde anlamlı bir korelasyon olmadığı belirlendi. Çalışmada apandisit için etkili olan risk faktörler binary lojistik regresyon analizi ile değerlendirildi. Yapılan tek değişkenli analizde tek başına PAS apandisiti riskini öngörmede önemli bir parametre olduğu ve PAS'ın her 1 birim artışının



apandisit olma riskini 3,2 kat arttırdığı belirlendi. CRP artışının ise apandisit için anlamlı ancak düşük kuvvette bir risk faktörü olduğu görüldü. PCT ise tek başına apandisit olma riskinde anlamlılık göstermedi. Albümin ve sodyum düzeylerinin yüksekliğinde ise apandisit olma riskinde azalış olduğu belirlendi ve bu faktörler koruyucu faktörler olarak yorumlandı. Çok değişkenli modelde sadece PAS ve CRP apandisit için risk faktörü olarak kalırken, diğer değişkenler (albümin ve Na) yeni modelde anlamlılığını yitirdi.

Sonuç: Çalışmamıza hastanemiz çocuk acil servisine karın ağrısı ile başvurup Pediatrik Apandisit Skoru ile değerlendirilen 5-18 yaş aralığındaki 90 olgu dahil edildi. Çalışmaya alınan hastaların 45'i (%50,0) erkek ve 45'i (%50,0) kız olup cinsiyet açısından anlamlı fark saptanmamıştır. Komplike apandisit grubunun ortancası 12,0 yıl (6,0–17,0), nonkomplike grubun 13,0 yıl (6,0–18,0) iken apandisit olmayan grubun ise 15,0 yıl (10,0–18,0) olarak hesaplandı ve gruplar arasında yaş açısından anlamlı fark olduğu belirlendi ($p=0,028$). Gruplar boy ve kilolarına göre incelendiğinde komplike apandisit grubundaki hastaların daha düşük boy ve ağırlığa sahip oldukları saptanmış olup BKİ açısından 3 grup karşılaştırıldığında anlamlı fark saptanmadı. Karın ağrısı ile başvuran çocuk hastalarda hematolojik inflamatuvar parametrelerin değerlendirilmesi, akut apandisit tanısında değerli bilgiler sağlamaktadır. Akut apandisit tanısı alan çocuk hastalarda oranların istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu, apandisit olmayan gruba kıyasla anlamlı fark gösterdiği belirlenmiştir. Bu bulgular, tanı sürecinde söz konusu biyobelirteçlerin kullanımının önemini desteklemektedir. Komplike apandisit grubunda, hem CRP/albümin hem de PCT/albümin oranlarının anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu saptanmış; bu oranların doku destrüksiyonunun ve inflamasyon şiddetinin bir göstergesi olabileceği düşünülmektedir. Hiponatremi, hiperbilirubinemi ve ürik asit yüksekliği, komplike seyirli olgularla ilişkili bulunmuştur. Bu biyokimyasal parametreler, özellikle perforasyon ya da gangrenöz apandisit açısından öngörü sağlayabilecek potansiyele sahiptir. PAS ile hematolojik oranlar arasında anlamlı korelasyonlar saptanmamıştır. MPV düzeyi, komplike apandisitli çocuklarda anlamlı değişiklik göstermiştir; bu durum, MPV'nin komplike apandisit tanısında katkısının olabileceğini düşündürmektedir. Sonuç olarak, hematolojik ve biyokimyasal belirteçlerin kombine şekilde değerlendirilmesi, hem tanı doğruluğunu artırmakta hem de komplikasyon riskini öngörmede fayda sağlamaktadır. Bu bulgular, ileriye dönük prospektif çalışmalara ışık tutacak niteliktedir.

Anahtar Kelimeler: akut apandisit, CRP/albümin, nötrofil/lenfosit, platelet/lenfosit, prokalsitonin/albümin



SS-22

Yeme Bozukluğu Olan Ergenlerin Klinik ve Laboratuvar Bulgularının Retrospektif Değerlendirilmesi

Elif Gökçe Demir¹, Zeynep Arı¹, Melike Tuğrul Aksakal², Aylin Yetim Şahin², Firdevs Başı²

¹*İstanbul Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ergen Sağlığı Doktora Programı*

²*İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakóltesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Ergen Sağlığı Bilim Dalı*

Giriş: Yeme bozuklukları, adolesanlarda ciddi fiziksel ve psikolojik etkilere neden olabilen, sıklığı tüm dünyada artmakta olan bir sağlık sorunudur. Özellikle kız ergenlerde yeme bozukluğu gelişme riskinin yüksek olduğu bilinmektedir. Bu çalışmada beslenme ve yeme bozukluğu tanısı alan ergen hastaların laboratuvar bulgularının değerlendirilmesi ve vücut kitle indeksi (VKİ) ile ilişkisinin araştırılması amaçlanmıştır.

Amaç ve Yöntem: Retrospektif kesitsel nitelikteki bu çalışmaya, bir ergen sağlığı polikliniğinde izlenen yeme bozukluğu tanılı 54 ergen hasta dahil edildi. Hastalar VKİ SDS < -2, -2 ile -1 arası ve -1 ile +1 SDS arası olmak üzere üç kategoride, tanılarına göre ise Anoreksiya Nervoza (AN) tanılı olgular ve diğer yeme bozukluğu olguları olarak 2 grupta incelendi.

Bulgular: Hastaların %45,5'i VKİ SDS ≤ -2, %34,1'i -2 ile -1 arası, %20,5'i -1 ile +1 arası grupta yer aldı. Tüm hastaların %31,5'i AN, %58,5'i diğer yeme bozuklukları tanısı almıştı. VKİ SDS ≤ -2 olan grupta AN tanısı oranının daha yüksek olduğu ve VKİ SDS ile AN sıklığı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunduğu saptandı (p < 0,05). VKİ SDS grupları arasında hemogram parametreleri, B12 ve D vitamini, biyokimyasal ve hormonal parametreler açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktu. AN tanılılarda ortalama MCH düzeyleri daha yüksek (p < 0,01), nötrofil sayıları daha düşük (p < 0,05) ALP düzeyleri daha düşük (p < 0,01), ALT, GGT, total kolesterol ve ferritin düzeyleri daha yüksek saptandı (p < 0,05). Serbest T4 ve estradiol düzeylerinin AN tanılı olgularda anlamlı olarak daha düşük olduğu gözlemlendi (p < 0,05). VKİ SDS gruplarına göre hematolojik, biyokimyasal ve hormonal parametrelerin hiçbirinde istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı.

Sonuç: Yeme bozukluğu olan ergenlerde laboratuvar bulgularının VKİ SDS düzeylerinden bağımsız olarak büyük ölçüde benzerlik gösterdiği saptanmıştır. Laboratuvar bulgularının özellikle AN tanısı ile daha güçlü ilişkili olduğu gösterilmiştir. Yeme bozukluğu olan hastaların klinik değerlendirmesinde VKİ SDS'ye ek olarak tanı tipi ve bireysel klinik özelliklerin dikkate alınması gerektiği düşünülmektedir.

Anahtar Kelimeler: Yeme bozukluğu, ergen, vücut kitle indeksi, anoreksiya nervoza



SS-23

Aile Bağlarının Dijitalleşen Yüzü: Problemlerli Ekran Kullanımının Ebeveyn–Ergen İlişkilerine Yansımaları

Bilal Yılmaz¹, Elif Küçük²

¹SBÜ Kartal Dr. Lütfi Kırdar Şehir Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği, İstanbul

²Yüksek İhtisas Üniversitesi, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği, Ankara

Giriş: Dijital teknolojilerin gündelik yaşamın vazgeçilmez bir parçası haline gelmesiyle birlikte, ergenlerde problemlerli ekran kullanımı önemli bir halk sağlığı sorunu olarak karşımıza çıkmaktadır. . Bu durum yalnızca bireysel düzeyde bağımlılık ve davranışsal sorunlarla sınırlı kalmayıp, aile içi etkileşim dinamiklerini de derinden etkilemektedir. Ergenlik dönemi, kimlik gelişiminin ve duygusal özerkliğinin ön planda olduğu bir süreçtir; bu nedenle ebeveyn-ergen ilişkisinin niteliği, dijital davranışların düzenlenmesinde hem koruyucu hem de risk faktörü olarak belirleyici bir rol oynar. Bu çalışmanın amacı, ergenlerde problemlerli ekran kullanımının anne ve baba ile ilişkilerin niteliği üzerindeki etkisini ortaya koymayı amaçlamaktadır.

Amaç ve Yöntem: Kesitsel olarak gerçekleştirilen araştırmaya 196 ergen (59,7% kız) dahil edilmiştir. Katılımcılara problemlerli ekran kullanımı ölçeği ile ebeveyn ergen ilişkisi ölçekleri uygulanmıştır. Gruplar, ekran kullanım düzeyine göre (sağlıklı, riskli, aşırı kullanım, dijital bağımlılık) sınıflandırılmış ve analiz edilmiştir.

Bulgular: Araştırmaya yaş ortalaması 14,29 ± 2,21 olan 196 ergen katılmıştır (%59,7 kız, %40,3 erkek) ve katılımcıların büyük çoğunluğunun ebeveynleri birlikte yaşamaktadır. Ekran kullanım düzeyi arttıkça anneye olumlu ilişki puanları azalmış (p=0,029), anneye olumsuz ilişki puanları artmıştır (p < 0,001). Benzer biçimde, baba açıklığı (p=0,007) ve baba–ergen olumlu ilişki (p=0,038) puanları yüksek ekran kullanımı düzeylerinde düşerken, baba–ergen olumsuz ilişki puanları (p=0,012) yükselmiştir. Bulgular, problemlerli ekran kullanımının artışıyla birlikte ebeveyn–ergen ilişkilerinde açıklığın ve olumlu iletişimin azaldığı, olumsuz etkileşimlerin ve duygusal uzaklaşmanın belirginleştiğini göstermektedir (Tablo 1).

Tablo 1. Problemlerli Ekran Kullanım Düzeylerine Göre Ebeveyn–Ergen İlişkisi Alt Ölçeklerinin Karşılaştırılması

Alt Ölçek	Sağlıklı Kullanıcılar	Risk Grubu	Aşırı Kullanım	Dijital Bağımlılık	p
Anne Açıklığı	25.0 (20.0–28.5)	22.0 (17.8–25.0)	25.0 (17.0–28.0)	23.0 (16.0–25.0)	0.055
Anneye Olumlu İlişki	26.0 (21.5–29.0)	22.0 (17.8–27.0)	25.0 (18.0–29.0)	20.0 (16.0–25.0)	0.029
Anneye Olumsuz İlişki	10.0 (7.0–13.5)	11.5 (8.8–19.0)	13.0 (10.0–17.0)	19.0 (10.0–23.0)	<0.001
Baba Açıklığı	21.0 (15.0–25.0)	16.0 (12.8–19.3)	16.0 (13.0–21.0)	17.0 (11.0–23.0)	0.007
Babayla Olumlu İlişki	22.0 (16.0–25.0)	18.5 (14.0–22.0)	18.0 (14.0–21.0)	17.0 (12.0–23.0)	0.038
Babayla Olumsuz İlişki	9.0 (7.0–12.0)	12.0 (8.0–18.0)	12.0 (9.0–18.0)	13.0 (8.0–19.0)	0.012

Values are presented as **median (interquartile range, IQR)**. Group differences were analyzed using the **Kruskal–Wallis test** due to non-normal distribution of subscale scores. χ^2 indicates the Kruskal–Wallis test statistic and df represents degrees of freedom. p value < 0.05 was considered statistically significant.



Sonuç: Bulgular, problemlı ekran kullanımının yalnızca bireysel bir bağımlılık örüntüsü değil, aynı zamanda aile içi ilişkisel yapıyı zayıflatan sistemik bir olgu olduğunu göstermektedir. Ebeveynlerin ocukla iletişimde açık, duyarlı ve destekleyici bir yaklaşım sergilememesi, dijital davranışların sınırlandırılmasını güçleştirmekte; bu durum aile içi etkileşimde karşılıklı güveni ve duygusal bağlılığı azaltmaktadır. Özellikle ebeveynlerin kendi dijital alışkanlıklarının farkında olmaması, modelleme yoluyla ergenin ekran kullanımını pekiştirebilmektedir. Bu bağlamda, dijital bağımlılıkla mücadelede bireysel müdahalelerden ziyade aile temelli, ebeveyn farkındalığını güçlendiren, iletişim odaklı psiko-eğitim programlarının uygulanması gerekmektedir.

Anahtar Kelimeler: problemlı ekran kullanımı, aile temelli müdahale, ebeveyn-ergen ilişkisi



SS-24

Adölesan Dönemde Uzun Süreli Seçici Beslenme ve Çiğneme Güçlüğü: Pediatri ve Ergoterapi Ortak Vaka Sunumu

Ceren Oęuz¹, Muhammet Asena²

¹*DuyuEvim Ergoterapi Ve Çocuk Merkezi*

²*Medipol Mega Üniversite Hastanesi*

Giriş: Adölesan Dönemde Uzun Süreli Seçici Beslenme ve Çiğneme Güçlüğü: Pediatri ve Ergoterapi Ortak Vaka SunumuYazarlar: Ceren Oğuz, Muhammet AsenaSeçici beslenme ve çiğneme güçlüğü çoğunlukla erken çocukluk dönemi ile ilişkilendirilmekte, gelişimsel olarak tipik seyreden adölesan bireylerde devam eden olgular, klinik pratikte sıklıkla gözden kaçmaktadır. Bu dönemde süregelen çiğneme problemleri besin çeşitliliğini, beslenmeye katılımı ve sosyal işlevselliği olumsuz etkileyebilmektedir. Bu çalışmanın amacı, adölesan dönemde uzun süredir devam eden seçici beslenme ve çiğneme güçlüğünün pediatri ve ergoterapi iş birliği çerçevesinde değerlendirilmesini sunmaktır.

Amaç ve Yöntem: Vaka, 14 yaşında gelişimsek tanısı olmayan erkek adölesandır. Başvuru nedenleri; sert ve lifli besinleri reddetme, lokmaları ağızda uzun süre tutma ve çiğneme sırasında erken yorulma olarak tanımlanmıştır. Değerlendirme sürecinde oral motor fonksiyonlar, çiğneme sırasında erken yorulma olarak tanımlanmıştır. Değerlendirme sürecinde oral motor fonksiyonlar, çiğneme paternleri, duyuşal özellikler ve beslenmenin günlük yaşam aktivitelerine etkisi ergoterapi bakış açısıyla ele alınmıştır. Müdahale süreci, oral motor becerileri destekleyici ve duyuşal düzenlemeyi hedefleyen ergoterapi temelli yaklaşımlar doğrultusunda planlanmıştır.

Bulgular: Müdahale süreci sonrasında çiğneme süresinde anlamlı azalma, besin çeşitliliğinde artış ve sert dokulu besinlere yönelik toleransta belirgin iyileşme gözlemlenmiştir. Beslenme sürecine eşlik eden stresin azaldığı ve bireyin sosyal ortamlarda beslenmeye katılımının arttığı bildirilmiştir.

Sonuç: Bu vaka, çiğneme ve seçici beslenme problemlerinin yalnızca erken çocukluk dönemine özgü olmadığını, adölesan dönemde de multidisipliner yaklaşımla ele alınması gerektiğini göstermektedir. Pediatri ve ergoterapi iş birliği, adölesan beslenme problemlerinde bütüncül ve etkili bir müdahale modeli sunmaktadır.

Anahtar Kelimeler: adölesan, seçici beslenme, çiğneme güçlüğü, oral-motor, ergoterapi, pediatri, duyuşal işleme, multidisipliner yaklaşım, klinik vaka sunumu



SS-25

İmmün Trombositopenik Purpuralı Pediatrik Hastalarda Serum D Vitamini Düzeyleri Ve Hastalık Ciddiyetinin Araştırılması

Dr. Elber ULUTAŞ¹, Doçent Dr. Emine TÜRKKAN², Doçent Dr. Okan DİKKER³, Prof. Dr. Hüseyin DAĞ¹, Prof. Dr. Vefik ARICA¹

¹Prof.Dr. Cemil Taşcıoğlu Şehir Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları

²Prof.Dr. Cemil Taşcıoğlu Şehir Hastanesi, Çocuk Hematoloji ve Onkolojisi

³Prof.Dr. Cemil Taşcıoğlu Şehir Hastanesi, Tıbbi Biyokimya

Giriş: İmmün trombositopenik Purpura (İTP), çocukluk çağında en sık görülen edinsel trombositopeni nedenlerinden biri olup klinik seyri hafif mukokutanöz kanamalardan ciddi kanama tablolarına kadar değişkenlik göstermektedir. Vitamin D'nin immün sistem üzerindeki düzenleyici etkileri ve otoimmün hastalıklarla ilişkisi son yıllarda giderek daha fazla ilgi çekmektedir. Ancak çocukluk çağı İTP'sinde serum vitamin D düzeyleri ile hastalık ciddiyeti arasındaki ilişkiyi değerlendiren çalışmalar sınırlıdır.

Amaç ve Yöntem: Amaç: Çalışmamız, İTP tanısı almış pediatrik olgularda serum 25-hidroksivitamin D (serum 25(OH)D) düzeylerini belirlemeyi ve serum 25-hidroksivitamin D düzeyi ile hastalık ciddiyeti, klinik özellikler ve laboratuvar bulguları arasındaki ilişkiyi değerlendirmeyi amaçlamaktadır. Gereç ve Yöntem: Mart–Ağustos 2025 tarihleri arasında T.C. Sağlık Bilimleri Üniversitesi Prof. Dr. Cemil Taşcıoğlu Şehir Hastanesi'nde yürütölen prospektif vaka-kontrol çalışmasına, 101 İTP tanılı çocuk ile yaş ve cinsiyet açısından eşleştirilmiş 101 sağlıklı kontrol dahil edilmiştir. İmmün Trombositopenik Purpura olguları akut ve kronik alt gruplara ayrılmış; tüm katılımcıların demografik verileri, serum 25(OH)D düzeyleri ve temel laboratuvar parametreleri kaydedilmiştir. Hastalık ciddiyeti modifiye Buchanan kanama skoru ile değerlendirilmiştir.

Bulgular: Bulgular: Çalışmaya dahil edilen 202 olgunun yaş ortalaması 10,34±4,66 yıl olup, katılımcıların %52,2'si kızdı. Tüm örnekleimde serum 25(OH)D ortalaması 17,97±9,2 ng/mL olarak saptandı ve olguların %66,2'sinde D vitamini yetersizliği mevcuttu. Kronik İTP grubunda serum 25(OH)D düzeyleri kontrol grubuna kıyasla anlamlı derecede düşük bulunurken ($p < 0,05$), Akut İTP grubunda fark anlamlı değildi ($p > 0,05$). Total İTP grubunda erkek çocukların D vitamini düzeyleri kızlara göre daha yüksek saptandı ($p < 0,05$). Akut İTP grubunda kanama skorları kronik olgulara göre anlamlı olarak yüksekti ($p < 0,01$). Korelasyon analizlerinde, serum 25-hidroksivitamin D düzeyleri ile yaş arasında negatif korelasyon saptandı; yaş arttıkça D vitamini düzeylerinde düşüş izlendi ($p < 0,001$).

Kronik İTP ve kontrol gruplarının hemogram, platelet, MPV, biyokimyasal parametreler, serum D vitamini, parathormon karşılaştırmaları aşağıda sunulmuştur. Kronik İTP ve kontrol grupları arasında parathormon, hemoglobin ve CRP değerleri açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır (tümünde $p > 0,05$). Kronik İTP grubundaki olguların serum D vitamini ($p=0,020$; $p < 0,05$) (Şekil 6), platelet değeri ($p=0,001$; $p < 0,01$), kalsiyum ($p=0,011$; $p < 0,05$) ve fosfor değerleri ($p=0,007$; $p < 0,01$) kontrol grubundakilerden anlamlı derecede düşük bulunmuştur. MPV değerleri ise Kronik İTP grubunda kontrol grubuna kıyasla istatistiksel olarak anlamlı yüksek saptanmıştır ($p=0,008$; $p < 0,01$).

Sonuç: Sonuç: İmmün Trombositopenik Purpuralı çocuklarda sık görölen D vitamini yetersizliği ve özellikle kronik olgularda belirginleşen düşük serum 25(OH)D düzeylerinin hastalıkla anlamlı ilişki göstermesinden dolayı, D vitamininin İTP patogenezinde olası bir modölatör rolü olabileceğini düşünmekteyiz.

Anahtar Kelimeler: çocuk, kanama skoru immün trombositopenik purpura, vitamin D, çocuk, kanama skoru immün trombositopenik purpura, vitamin D



SS-26

Adölesanlarda Kilo Değişimi ve Antropometrik Ölçümlerin Değişimlerinin Karşılaştırılması

RAZİYE DUT¹, GÜLCAN BÖLÜM²

¹*İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi Süleymaniye Kadın Hastalıkları ve Çocuk Hastanesi*

²*Beykoz İlçe Sağlık Müdürlüğü, Çubuklu Aile Sağlığı Merkezi*

Giriş: Obezite, genellikle görsel olarak kolay tanınabilir ancak vücuttaki yağ miktarını objektif olarak ölçmek için çeşitli yöntemler bulunmaktadır. Çocuklar ve adölesanlarda obezitenin teşhisi genellikle basit, uygulanabilir, ekonomik ve güvenli olan vücut kitle indeksi (VKİ) ile yapılır. VKİ, şu anda mevcut en iyi obezite ölçümü olarak kabul edilse de önemli sınırlamaları vardır. Bu sınırlamalardan biri, vücut yağının dağılımını dikkate almamasıdır. Vücut yağının dağılımı, metabolik sendrom ve diğer kardiyometabolik komplikasyon riski ile ilişkilidir. Vücut yağının dağılımını değerlendiren endeksler arasında bel çevresi, bel/kalça oranı veya bel/boy oranı bulunabilir. Bu endeksler, vücut şeklini ve yağ dağılımını göz önünde bulundurarak obezite ile ilişkili sağlık risklerini daha doğru tahmin etmede yardımcı olabilir(1). Antropometrik ölçümler; obezitenin tanı ve izlenmesinde kritik bir rol oynamaktadır. Son araştırmalar, çocuklar ve adölesanlarda artan vücut yağını belirlemede boyun çevresi ve Üst Orta Kol Çevresi (ÜOKÇ) gibi ölçümlerin kullanımına başlandığını göstermektedir. VKİ ve bel/kalça oranı gibi bazı antropometrik veriler yaygın olarak kullanılmakta iken, boyun çevresi ve ÜOKÇ gibi ölçümler genellikle ihmal edilebilmektedir. Bu nedenle, diğerlerinin yanı sıra rutin olarak kullanılmayan ancak potansiyel etkileri olabilecek bu antropometrik ölçümlerin etkinliği, geçerliliği ve güvenilirliği konusunda daha fazla araştırma ve bilimsel veri gerekmektedir (2).Çalışmamızda obezite tanılı adölesanlarda diyet sürecinde kilo, VKİ değişimleri ile obezite ve obezite risklerinin takibinde kullanılan bel çevresi, kalça çevresi, bel/kalça oranı gibi rutin antropometrik ölçümler ile rutin olmayan boyun çevresi, ÜOKÇ ölçümlerinin değişimleri ve korelasyonları araştırdık.

Amaç ve Yöntem: Adölesan Polikliniğine, başvuran obezite tanısı alan, diyet programına alınan, çalışmaya katılmaya gönüllü ve çalışma kriterlerini karşılayan 90 adölesan dahil edildi. Katılımcılara çalışma hakkında bilgi verildi ve katılımcı onam formu imzalatıldı. Katılımcılara sosyodemografik bilgi formu (cinsiyet, yaş, eğitim durumu, iş durumu, aynı evde yaşayan kişi sayısı vb.) doldurturuldu. Katılımcılar 3 aylık periyotta belirli aralıklarla kontrole çağrılıp, ayda bir kez boy, kilo, VKİ, bel çevresi, kalça çevresi, ÜOKÇ, boyun çevresi, ölçümleri alındı. Başlangıç, ikinci ve üçüncü ölçüm olarak kategorize edilip veriler toplandı. Katılımcıların boy ölçümleri Seca marka boy ölçer, kilo ölçümleri Optomed marka hassas tartı kullanılarak ölçüldü. Kilo ve boy ölçümleri ayakkabısız, hafif ve aynı kıyafetler ile ölçüldü. Bel, kalça, ÜOKÇ, boyun ölçümleri Seca marka mezura ile aynı kişi tarafından ölçüldü. Ölçümler hassasiyetle iki kez kaydedildi. İki ölçüm arasındaki fark 2 cm'den fazla ise üçüncü bir ölçüm yapıldı. En yakın iki ölçümün ortalaması kabul edildi. VKİ %85-95 arasında olan çocuklar 'aşırı kilolu', VKİ %95 ve üzerinde olanlar 'obez', VKİ %99 ve üzerinde olanlar ise 'ağır obez' olarak tanımlandı. VKİ-P değerleri persantil değerleri CHILD METRICS (ceddcozum.com) programı kullanılarak hesaplandı (3). Katılımcıların bel çevresi ölçümleri kolları omuz hizasında çarpaz olacak şekilde, orta aksiller hatta alt kostal sınır ile iliak kanat arasındaki yatay çizgi üzerinden yapıldı. Katılımcıların kalça çevresi ölçümleri ayakta iken yandan bakılıp kalçanın en geniş kısmından alınacak şekilde yapıldı. Katılımcıların boyun çevresi ölçümleri gırtlak çıkıntısının (adem elması) alt sınırından yapıldı. Katılımcıların ÜOKÇ ölçümleri kişi dik duracak şekilde, omuzda akromion ile dirsekte olekranon ortası olacak şekilde yapıldı. Çalışmanın etik onamı 18.03.2024 tarihli, 2024-05-20 karar no ile İstanbul Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'dan alındı.

Bulgular: Kilo kaybı ile cinsiyet, yaş, günlük yürüme süresi, hesaplanan diyet kalori miktarı arasında ilişki bulunamadı.Kilo kaybı ile VKİ, VKİ-P, bel çevresi, kalça çevresi, bel/kalça oranı, ÜOKÇ, boyun çevresi



ortalamaları istatistiksel olarak anlamlı derecede düşük bulundu. Erkek ve kız grubunda $\geq 5\%$ kilo kaybı grubunun VKİ, ÜOKÇ, kalça çevresi başlangıç-son ölçüm % değişim ortalamaları $< 5\%$ kilo kaybı grubundan yüksek bulundu. Kız grubunda $\geq 5\%$ kilo kaybı grubunun bel başlangıç-son ölçüm % değişim ortalamaları $< 5\%$ kilo kaybı grubundan yüksek bulundu, erkek grubunda $< 5\%$ kilo kaybı ve $\geq 5\%$ kilo kaybı grupları arasında anlamlı farklılık gözlenmedi. Erkek ve kız grubunda $< 5\%$ kilo kaybı ve $\geq 5\%$ kilo kaybı gruplarının VKİ-P, bel/kalça oranı, boyun çevresi başlangıç-son ölçüm % değişim ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık gözlenmedi. Kilo Başlangıç-3. Ölçüm % değişim değerleri ile anlamlı korelasyon bulunan Bel, Kalça, Bel/Kalça, ÜOKÇ ve Boyun Başlangıç-3. Ölçüm % değişim değerleri ile $VKI-P = (0,50 * VKI-P) + 1,91 =$ Kilo kaybındaki %1 lik değişim VKI-P de %2,4 lik değişme görüldü. $Bel = (1,44 * Bel) + 1,91 =$ Kilo kaybında ki %1 lik değişim Bel de %3,4 luk değişme görüldü. $Kalça = (0,82 * Kalça) + 1,91 =$ Kilo kaybında ki %1 lik değişim Kalça de %2,7 lük değişme görüldü. $Bel/Kalça = (1,09 * Bel/Kalça) + 1,91 =$ Kilo kaybında ki %1 lik değişim Bel/Kalça da %3 lük değişme görüldü. $ÜOKÇ = (0,22 * ÜOKÇ) + 1,91 =$ Kilo kaybında ki %1 lik değişim ÜOKÇ de %2,1 lik değişme görüldü. $Boyun = (0,09 * Boyun) + 1,91 =$ Kilo kaybında ki %1 lik değişim Boyun çevresinde %2 lik değişime görüldü. VKİ, VKİ-P, bel, kalça, ÜOKÇ ve boyun başlangıç-3. ölçüm % değişim değerleri arasında yapılan lineer regresyon analizinde VKİ ile pozitif ilişki görüldü, VKİ çıkarılarak yeniden yapılan lineer regresyon analizinde ÜOKÇ ile pozitif ilişki bulundu.



Tablo1. Katılımcıların demografik özellikleri

	N Ort±SS
Yaş	90 14,8±1,8
Günlük yürüme süresi (dk)	90 43±29,5
Diyet kalorisi(kcal)	90 1751,7±137,1
Başlangıç kilo (kg)	90 87,9±14,0
2.Ölçüm kilo (kg)	90 85,9±13,8
3.Ölçüm kilo (kg)	90 84,2±13,7
Başlangıç kilo(P)	90 98,8±2,2
Başlangıç boy (cm)	90 162,9±7,9
Başlangıç boy-P	90 53,4±30,3
Başlangıç VKİ(kg/m ²)	90 33,0±4,5
2.Ölçüm VKİ(kg/m ²)	90 32,3±4,4
3.Ölçüm VKİ(kg/m ²)	90 31,6±4,4
Başlangıç VKİ-P	90 99,2±1,0
2.Ölçüm VKİ-P	90 98,9±1,4
3.Ölçüm VKİ-P	90 98,6±1,8
Başlangıç Bel (cm)	90 106,7±9,8
2.Ölçüm Bel (cm)	90 105,4±9,6
3.Ölçüm Bel (cm)	90 104,1±9,7
Başlangıç Kalça (cm)	90 117,0±8,4
2.Ölçüm Kalça (cm)	90 116,1±8,5
3.Ölçüm Kalça (cm)	90 115,2±8,6
Başlangıç Bel/kalça	90 0,9±0,1
2.Ölçüm Bel/Kalça	90 0,9±0,1
3.Ölçüm Bel/Kalça	90 0,9±0,1
Başlangıç ÜOKÇ	90 36,2±3,5
2.Ölçüm ÜOKÇ	90 35,6±3,5
3.Ölçüm ÜOKÇ	90 35,1±3,4
Başlangıç Boyun (cm)	90 39,7±3,1
2.Ölçüm Boyun (cm)	90 39,3±2,9
3.Ölçüm Boyun (cm)	90 39,0±3,1
Kilo Kaybı %	90 4,3±1,9
VKI Kaybı %	90 4,2±1,8
VKI-P Kaybı %	90 0,6±0,9
Bel Kaybı %	90 2,5±1,6
Kalça Kaybı %	90 1,6±1,4
Bel/Kalça Kaybı %	90 0,9±1,7
ÜOKÇ Kaybı %	90 2,8±2,2
Boyun Kaybı %	90 1,9±1,9



Tablo 2: Değişkenlerin Başlangıç, 2.ölçümve 3.ölçüm değişimleri

	Başlangıç	2.ölçüm	3.ölçüm	p†
Kilo (kg)	87,9±14,0	85,9±13,8	84,2±13,7	0,0001
VKI(kg/m ²)	33,0±4,5	32,3±4,4	31,6±4,4	0,0001
VKI-P	99,2±1,0	98,9±1,4	98,6±1,8	0,0001
Bel (cm)	106,7±9,8	105,4±9,6	104,1±9,7	0,0001
Kalça (cm)	117,0±8,4	116,1±8,5	115,2±8,6	0,0001
Bel/kalça	0,9±0,1	0,9±0,1	0,9±0,1	0,0001
ÜOKÇ	36,2±3,5	35,6±3,5	35,1±3,4	0,0001
Boyun (cm)	39,8±3,1	39,3±2,9	39,1±3,1	0,0001

†Eşlendirilmiş t testi

Tablo 3: <%5 kilo kaybı ve ≥%5 kilo kaybı gruplarının başlangıç, 2.hafta ve 3.hafta ölçümlerinin karşılaştırılması

	<%5 Kilo Kaybı	≥%5 Kilo Kaybı	P*
VKI	Başlangıç Ort±SS 32,9±4,7	33,4±3,8	0,655
	2.Ölçüm Ort±SS 32,3±4,6	32,2±3,9	0,936
	3.Ölçüm Ort±SS 31,8±4,5	31,2±3,8	0,614
	p‡	0,0001	0,0001
VKI-P	Başlangıç Ort±SS 99,2±1,1	99,4±0,9	0,428
	2.Ölçüm Ort±SS 98,9±1,4	98,9±1,4	0,971
	3.Ölçüm Ort±SS 98,7±1,6	98,3±2,3	0,393
	p‡	0,0001	0,001
Bel (cm)	Başlangıç Ort±SS 106,9±9,8	106,2±9,8	0,771
	2.Ölçüm Ort±SS 105,7±9,6	104,3±9,8	0,548
	3.Ölçüm Ort±SS 104,7±9,6	102,4±9,9	0,339
	p‡	0,0001	0,0001
Kalça (cm)	Başlangıç Ort±SS 117,0±8,9	117,1±7,0	0,949
	2.Ölçüm Ort±SS 116,2±8,8	115,5±7,3	0,728
	3.Ölçüm Ort±SS 115,6±8,9	114,0±7,5	0,440
	p‡	0,0001	0,0001
Bel/kalça	Başlangıç Ort±SS 0,9±0,1	0,9±0,1	0,605
	2.Ölçüm Ort±SS 0,9±0,1	0,9±0,14	0,632
	3.Ölçüm Ort±SS 0,9±0,1	0,9±0,1	0,614
	p‡	0,0001	0,044
ÜOKÇ	Başlangıç Ort±SS 36,2±3,6	36±3,3	0,795
	2.Ölçüm Ort±SS 35,7±3,7	35,2±3,2	0,556
	3.Ölçüm Ort±SS 35,4±3,5	34,4±3,2	0,234
	p‡	0,0001	0,0001
Boyun (cm)	Başlangıç Ort±SS 39,7±3,2	39,9±2,9	0,819
	2.Ölçüm Ort±SS 39,4±3,1	39,2±2,7	0,855
	3.Ölçüm Ort±SS 39,0±3,1	38,9±2,9	0,922
	p‡	0,0001	0,0001

*Bağımsız t testi ‡Eşlendirilmiş t testi

Tablo 4. <%5 ve ≥%5 kilo kaybı gruplarının Başlangıç-3.Ölçüm % değişimlerinin karşılaştırılması

Başlangıç-3.Ölçüm % Değişimi	<%5 Kilo Kaybı	≥%5 Kilo Kaybı	p†
VKI(kg/m ²)	Ort±SS 3,46±0,94	6,52±1,84	0,0001
VKI-P	Ort±SS 0,46±0,6	1,04±1,63	0,615
Bel (cm)	Ort±SS 2,07±1,39	3,58±1,78	0,0001
Kalça (cm)	Ort±SS 1,19±1,08	2,69±1,71	0,0001
Bel/Kalça	Ort±SS 0,88±1,63	0,89±2,14	0,985
ÜOKÇ(cm)	Ort±SS 2,25±1,94	4,38±2,22	0,0001
Boyun(cm)	Ort±SS 1,7±1,98	2,34±1,87	0,127



Tablo 5. Cinsiyetlere göre $\leq 5\%$ ve $\geq 5\%$ Kilo Kaybı gruplarında Başlangıç-3.Ölçüm % değişimlerinin karşılaştırılması

Başlangıç-3.Ölçüm % Değişim	Erkek		Kız			
	$\leq 5\%$ Kilo Kaybı	$\geq 5\%$ Kilo Kaybı	p	$\leq 5\%$ Kilo Kaybı	$\geq 5\%$ Kilo Kaybı	p
VKI	Ort±SS 3,3±0,8	6,3±0,9	0,001	3,5±1,0	6,6±2,0	0,0001
VKI-P	Ort±SS 0,7±0,7	2,0±1,9	0,061	0,3±0,5	0,8±1,5	0,950
Bel (cm)	Ort±SS 1,9±1,1	3,6±1,8	0,065	2,1±1,5	3,6±1,8	0,004
Kalça (cm)	Ort±SS 1,0±1,1	3,4±2,4	0,019	1,3±1,1	2,5±1,5	0,001
Bel/Kalça	Ort±SS 0,9±1,6	0,2±1,6	0,417	0,9±1,6	1,1±2,3	0,659
ÜOKÇ	Ort±SS 2,1±1,8	4,8±1,4	0,007	2,3±2	4,3±2,4	0,003
Boyun	Ort±SS 1,5±2,0	2,0±1,1	0,267	1,8±1,9	2,4±2,0	0,273

†Mann Whitney U testi

Tablo 6. AN gruplarının Başlangıç-3.Ölçüm % Değişimi değerlerinin karşılaştırılması

Başlangıç-3.Ölçüm % Değişim	AN (-)	AN (+)	p
Kilo(kg)	Ort±SS 5,5±2,6	3,9±1,5	0,006
VKI(kg/m ²)	Ort±SS 5,3±2,5	3,9±1,5	0,012
VKI-P	Ort±SS 1,3±1,4	0,4±0,8	0,001
Bel (cm)	Ort±SS 2,7±1,9	2,4±1,6	0,390
Kalça (cm)	Ort±SS 2,4±1,5	1,3±1,3	0,002
Bel/Kalça	Ort±SS 0,3±2,2	1,0±1,6	0,148
ÜOKÇ(cm)	Ort±SS 3,4±2,9	2,6±1,9	0,296
Boyun(cm)	Ort±SS 2,3±2,4	1,7±1,8	0,298

†Mann Whitney U testi

Sonuç: Çalışmamızda, tüm katılımcıların takipte farklı yüzde oranları ile kilo verdiği görülmüştür. Ölçümler arası verilen kilo miktarı başlangıç ve ikinci ölçümde ortalama 1.9 kg, ikinci ölçümle üçüncü ölçüm arasında 1,8 kg olup anlamlı bulundu. Aynı şekilde bel çevresi başlangıç ve ikinci ölçüm 1,4 cm, ikinci ve üçüncü ölçüm arasında 1,2 cm incelmış bulundu. Diğer antropometrik ölçümlerde de benzer şekilde anlamlı incelmeler görüldü. Aşırı kilolu ve obeziteli ergenlerde kilo verme motivasyonlarının belirlenmesi, sağlık profesyonellerinin adolesanlarda kilo kontrolü için daha iyi tedavi stratejileri tanımlamasına yardımcı olacaktır(4). Katılımcılarda kilo başlangıç-3.ölçüm % değişim değerleri ile yaş, sınıf, günlük yürüme süresi ve diyet kalorisi değerleri arasında korelasyon gözlenmemiştir. Çalışmamızda ortalama yürüme süresi 43±29,5 dakika olup kilo verme ile günlük yürüme süresi arasında ilişki tespit edemedik. Katılımcıların hepsinin aşırı kilolu veya obeziteli olması ve fiziksel aktivitelerinin düşük olması bu sonucu açıklayabilir kanısındayız. DSÖ dünya genelinde okula giden 11-17 yaş grubundaki adolesanların %80'inden fazlasının en az bir saatlik fiziksel aktivite ile ilgili güncel tavsiyeleri karşılamadığını ortaya koymaktadır (kızlar %85, erkekler %78) (5). Cinsiyetler arasında kilo verme yüzdesinde farklılık tespit edemedik. Obezite üzerine yapılan çalışmalarda cinsiyete bağlı belirgin fark bildirilmemiştir. Mo-Suwan ve ark. (6), yaptıkları çalışmada, cinsiyet ile obezite arasındaki bağlantıyı önemli bulamamıştır. Yılmaz ve ark. (7) 2018 yılında yaptığı çalışmasında 14-17 yaş grubundaki adolesanların cinsiyetine göre vücut ağırlığında fark bulunmamıştır. Çalışmamızda %1 kilo kaybı ile VKI'de %1,1, VKI-P'de %0,03 kayıp görülmüştür. 62 obez adolesan ile yapılan, kilo kaybı takip edilerek yapılan bir çalışmada ortalama VKI 32,51 bulunmuştur. Takiplerde $\geq 5\%$ kilo kaybı ile VKI'deki değişim, yaklaşık% 6,09 bulunmuştur. Aynı çalışmada kilo kaybı ile VKI değişimi arasında güçlü bir korelasyon bulunmuştur(8). Çalışmamızda bu çalışmaya benzer şekilde sonuçlar elde edilmiştir. Yapılan başka bir çalışmada başlangıç ile karşılaştırıldığında, vücut



ağırlığında ($-1,4\text{kg}$, $p < 0.001$) ve VKİ'de ($-0,1 \text{ kg/m}^2$, $p < 0,001$) önemli azalmalar gözlenmiştir (9). 13-16 yaş arası aşırı kilolu veya obez İspanyol adölesanlarda bir yıllık takip ile yapılan bir çalışmada diyet, egzersiz programına alınan adölesanların takiplerinde VKİ erkeklerde vücut kompozisyonu değişikliklerinin %76,5'ini ve kadınlarda %90,1'ini açıklamıştır(10). Çalışmamızda $< \%5$ kilo kaybı ve $\geq\%5$ kaybı görülen her iki grupta VKİ'de ortalama ve yüzdelik olarak anlamlı şekilde azalma görüldü, kız ve erkek grubunda kilo kaybı ile VKİ'de istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde azalma görüldü. Çalışmamızda kilo kaybı ile VKİ-P ortalamasında azalma görülmüş fakat kilo kaybı yüzdesi ve kız, erkek gruplarındaki dağılıma bakıldığında anlamlı görülmemiştir. Kilo Başlangıç-3.ölçüm % değişim değerleri ile anlamlı korelasyon bulunan VKİ, VKİ-P, Bel, Kalça, ÜOKÇ ve boyun, Başlangıç-3.ölçüm % değişim değerleri ile yapılan Lineer Regresyon analizinde %93,4 değişim ile VKİ Başlangıç-3.ölçüm % değişim değerleri ilişkisi istatistiksel olarak pozitif yönde anlamlı ($p=0,0001$) bulunmuştur. Sonuç olarak, VKİ adölesanlarda obezite tanımlamasında bazı kısıtlılıklar taşımakla beraber kilo değişiminde en iyi gösterge olarak bulunmuştur. Çalışmamızda %1 kilo kaybı ile bel çevresinde %1,5 kayıp olmuştur. $< \%5$ ve $\geq\%5$ kilo kaybı grubunun Başlangıç, 2.Ölçüm ve 3.Ölçüm Bel (cm) ortalamaları arasında anlamlı değişim gözlenmiştir. Bel çevresi, yalnızca obezite riskini değil aynı zamanda obeziteye bağlı hastalık riskini de göstermesi açısından VKİ'ye bir alternatiftir ve VKİ ile birleştirildiğinde sağlık riskini tek başına VKİ' den daha iyi tahmin ediyor. Ancak farklı yaş grupları, cinsiyet ve ırklar arasında vücut kompozisyonunda farklılıklar göstermektedir. Bu da evrensel kesme noktalarının tanımlanmasını zorlaştırır(11).Bel çevresinin adölesan döneminde yaşadıkları vücut değişiklikleri nedeniyle ve bağırsak fonksiyonuna göre gün boyunca değişmesi nedeniyle ölçümüyle ilgili çeşitli sınırlamalar belgelenmiştir (12). Çalışmamızda kız grubunda kilo kaybı ile bel çevresi istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde azalma görülürken erkek grubunda istatistiksel olarak anlamlı farklılık görülmedi. 2010–2011 yıllarında kuzey Norveç'te yapılan bir çalışmada kilo değişimi ile erkeklerde bel çevresi ile anlamlı negatif korelasyon bulunurken, kızlarda anlamlı olmayan pozitif ilişki görüldü. Erkeklerde bel bölgesinde kas kitlesinin, kızlarda bel bölgesinde yağ kitlesinin fazla olması bu şekilde korelasyon olmasını açıklayabilmektedir(13). Kalça çevresi obezite takibinde tek başına kullanılan bir parametre olmaktan çok bel/kalça oranının tespitinde kullanılmaktadır. Çalışmamızda $< \%5$ kilo kaybı ve $\geq\%5$ kaybı görülen her iki grupta kalça çevresinde ortalama ve yüzdelik olarak anlamlı şekilde azalma görüldü, kız ve erkek grubunda kilo kaybı ile kalça çevresinde anlamlı bir şekilde azalma görüldü. Dalton ve ark.(14) ve Motamed ve ark(15), yaptığı çalışmalarda bel-kalça oranı; ölüm, kardiyovasküler hastalık ve tip 2 diyabet riskinin artmasıyla ilişkilendirilmiştir. DSÖ, yetişkinler için merkezi obeziteyi göstermek için bel/kalça oranı kesme noktasını kadınlar için 0,8 ve erkekler için 1 olarak önermektedir. Kooy ve ark. (16) yaptığı bir çalışmada bel/kalça oranının iç organ yağını değerlendirmek için en uygun olmadığı bulunmuştur. Ayrıca VKİ 35 kg/m^2 'den yüksek olduğunda duyarlılığın azaldığı görülmüştür. Bel/kalça oranı hem cinsiyetten etkilenmekte, hem de çocuklara yönelik spesifik bir veri bulunmamaktadır. Türkiye'de 1118 adölesan ile yapılan bir çalışmada bel çevresi, bel/kalça oranını VKİ ile korelasyonu araştırılmış, bel çevresi ile VKİ arasında güçlü korelasyon bulunmuş, bel/kalça oranında ise düşük korelasyon bulunmuştur (17). Çalışmamızda %1kilo kaybı ile bel/kalça oranı %1,42 azalmıştır. Çalışmamızda diğer çalışmaya benzer şekilde kilo kaybı ile bel/kalça oranı ortalamasında azalma görülmüş fakat kilo kaybı yüzdesi ve kız, erkek gruplarındaki dağılıma bakıldığında istatistiksel olarak anlamlı görülmemiştir.Çocuklarda obeziteyi ölçmek için bir tarama aracı olarak ÜOKÇ'nin potansiyeli hakkında çok veri bulunmamakla birlikte, son çalışmalar ÜOKÇ'nin çocuklarda aşırı kilo ve obeziteyi tanımlamak için doğru bir şekilde kullanılabileceğini öne sürmüştür (18). ÜOKÇ ölçümü, yetersiz beslenme için pratik bir vekil olarak kullanılmıştır, ancak mevcut çalışmalar, obezitenin halk sağlığı gözetimi için gelecekteki potansiyele sahip olabileceğini ve obezite ve ilişkili komorbiditelerinin daha fazla değerlendirilmesi ve/veya klinik yönetimi gerektiren çocukları veya adölesanları tanımlamak için bir tarama aracı olarak olabileceğini düşündürmektedir(19). Yapılan bir meta-analizde ÜOKÇ aşırı kilolu ve obeziteyi tanımlamada hem erkek hem de kız çocuklarını tanımlamak için yüksek duyarlılık ve özgüllük değerine sahip olduğunu göstermiştir. Bununla birlikte, aşırı kilo ve obeziteyi tanımlamak için ÜOKÇ'nin performansını keşfetmek için gelecekte yeni araştırmalara ihtiyaç olduğu bildirilmiştir (20). Lu Q ve ark. (21) Chaput JP ve ark.(22)'nin yaptığı 12 ülkeden çocuk ve adölesanın katıldığı bir çalışmada obeziteyi tanımlamak için ÜOKÇ ölçümlerinin yüksek doğruluk



seviyesi verdiğini bildirmişlerdir, ÜOKÇ obezite tanısı kesme değeri hem erkekler hem de kızlar için ~25 cm bulunmuştur. Çalışmamızda başlangıç ÜOKÇ çevresi ortalaması 36,2±3,5 olup çalışmada tespit edilen kesme noktasına uygun bulunmuştur, son ölçümdeki ÜOKÇ ortalaması 35,1±3,4 bulunmuştur, %1 kilo kaybı ile ÜOKÇ %0,5 oranında azalmıştır. Aynı zamanda ≥%5 Kilo Kaybı grubunun ÜOKÇ Başlangıç-3.Ölçüm% değişim ortalamaları < %5 kilo Kaybı grubundan yüksek bulunmuştur. Çalışmamızda diğer çalışmaya benzer şekilde kilo kaybı ile ÜOKÇ oranında azalma görülmüş, kilo kaybı yüzdesi ve kız, erkek gruplarındaki dağılıma bakıldığında istatistiksel olarak anlamlı görülmüştür. Çalışmamızda kilo Başlangıç-3.Ölçüm % değişim değerleri ile anlamlı korelasyon bulunan elde edilen bu veriler ışığında ÜOKÇ ölçümünün obezite tanı ve takibinde önemli bir antropometrik ölçüm olduğuna ve bununla ilgili adölesan yaş grubunda yeni çalışmalara ihtiyaç duyulduğunu düşünmekteyiz. Ben-Noun ve ark(23), yaptığı çalışmada üst vücut deri altı yağ dokusu dağılımının bir belirteci olan boyun çevresi obeziteyi tanımlamak için nispeten yeni, ucuz ve pratik bir yöntem olarak görülmektedir. Çalışmamızda başlangıç boyun çevresi ortalaması 39,8±3,1cm, son ölçümdeki boyun çevresi ortalaması 39,0±3,1cm, %1 kilo kaybı ile boyun çevresinde %0,7 kayıp olmuştur. 1800 adölesan ile yapılan kesitsel bir çalışmada obezitesinin taranmasında kız ve erkek çocuklarda boyun çevresi kesme değerinin sırasıyla 30,75 cm ve 29,75 cm olarak bulunmuş, VKİ ile boyun çevresi arasında pozitif yönde anlamlı düzeyde korelasyon bulunmuştur(24).Çalışmamızda diğer çalışmaya benzer şekilde kilo kaybı ile boyun çevresi oranında azalma görülmüş fakat kilo kaybı yüzdesi ve kız, erkek gruplarındaki dağılıma bakıldığında istatistiksel olarak anlamlı görülmemiştir. Preis ve ark.(25) boyun çevresinin ayrıca obezite ve vücut dağılımına ilişkin diğer antropometrik ölçümlerle de ilişkisini göstermiştir. Ayrıca, bazı çalışmalar boyun çevresinin kardiyometabolik risk faktörlerinin bağımsız bir korelasyonu olarak kabul edilebileceğini göstermiştir. Aşırı kilolu/obezitesi olan kişileri tanımlamak için boyun çevresi için yaş ve cinsiyete göre belirlenmiş farklı eşik değerler önerilmiştir. Ancak bu kesintilerin faydasını belirlemek için yeterli veri yoktur. Boyun çevresi ölçümü için geliştirilmiş spesifik eşik değerler ile değerlendirme yapabilsaydık anlamlı korelasyon bulunabileceği kanısındayız (26).Çalışmamızda kilo kaybının < %5 olanlarda AN+ liğinin anlamlı oranda yüksek > %5 kilo kaybı grubunda sayının az olduğunu gördük. AN önceleri erişkin dönemde malignite ile ilişkilendirilmiş olup günümüzde obezitede insülin direnci bulgusu olarak yorumlanmaktadır. Obeziteli çocuk ve adölesanları kapsayan çeşitli uluslararası çalışmalarda AN prevalansı %49,2 ile %58,2 arasında değişmektedir. Bu, adölesan dönemde obez olma ve IR'ye sahip olma süresinin daha uzun olmasıyla açıklanabilir. AN prevalansı obez çocuklarda aşırı kilolu olanlara göre daha yüksektir. Batı Virjinya'da 5. sınıfa giden AN(+) olan 676 öğrenci üzerinde yapılan bir çalışmada, öğrencilerin %49'u metabolik sendromun üç kriterini (insülin direnci, yüksek VKİ ve artmış kan basıncı veya dislipidemi) karşıladığı bulunmuştur. Ayrıca, obez ve morbid obez olarak sınıflandırılan ve an(+) olan çocukların önemli ölçüde metabolik sendromlu olduğu gözlemlenmiştir (27).

Anahtar Kelimeler: Adölesan, Obezite, Antropometrik ölçüm, Bel çevresi, Bel/kalça oranı, Boyun çevresi, Üst orta kol çevresi.



POSTER BİLDİRİ ÖZETLERİ



PS-01

Adölesan Hastada Seftriakson Uygulaması Sonrasında Ani Gelişen Anafilaksi: Olgu Sunumu

Elif GÖKÇE DEMİR¹, Nuran BAŞOĞLU¹

¹Sancaktepe Şehit Prof Dr İlhan Varank Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Giriş: Seftriakson özellikle solunum yolu enfeksiyonlarının tedavisinde tercih edilen üçüncü kuşak sefalosporindir. Seftriakson uygulaması sonrasında gelişen anafilaksi nadir fakat hayatı tehdit eden komplikasyondur.

Amaç ve Yöntem: Çocukluk çağı enfeksiyonlarının tedavisinde sık kullanılan seftriakson uygulaması sonrasında ani gelişen, ölümcül seyredebilen anafilaksi tablosuna dikkat çekmektir.

Bulgular: Bilinen astım tanılı 16 yaşında kız hasta, evde kullandığı inhaler tedavilerine rağmen artan öksürük ve hırıltı şikayetiyle acil servise başvurdu. Hastaya acilde verilen akut atak nebul tedavisine rağmen yakınmalarının devam etmesi ve laboratuvar tetkiklerinde CRP yüksekliği, akciğer grafisinde parakardiyak infiltratif alanların görülmesi üzerine yatarak tedavi edilmesi planlandı. Hastanın yatış tedavisi olarak planlanan intravenöz seftriakson tedavisinin ilk dozunun çocuk acilde uygulanmaya başlamasını takiben nefes almada zorluk, burunda, dudaklarda ve göz kapaklarında ödem, tüm vücutta kızarıklık, görmede bulanıklık, baş dönmesi, mide bulantısı, bilinç bulanıklığı, agresyon, şiddetli kramp tarzı karın ağrısı ve tekrarlayan kusmalar gözlemlendi. Hastanın bakılan vital bulgularında kalp tepe atımının 166/dk, tansiyon 87/50mmHg olarak ölçüldü. Klinik tablo hızlı ilerleyen anafilaksi olarak değerlendirildi; hastanın seftriakson tedavisi hemen sonlandırıldı. Hastaya acil 0,01mg/kg intramuskuler adrenalin uygulandı ve yoğun sıvı replasmanı yapıldı. Ek olarak antihistaminik ve steroid tedavisi uygulandı. Hipotansiyonu ve taşikardisi devam eden hastaya intramuskuler adrenalin ikinci doz uygulanması sonrasında vital bulgularının stabil hale geldiği gözlemlendi. Hastanın acil tedavisi sonrasında kısa süre içerisinde klinik bulguları tamamen geriledi. Hasta alternatif antibiyotik tedavisi ile servise yatırılarak takip edildi.

Sonuç: Seftriakson kullanımı güvenli kabul edilmesine rağmen hızlı başlangıçlı anafilaksin ortaya çıkabileceği, klinik bulguların varlığında acil müdahale edilmesinin gerekliliği unutulmamalıdır. Anafilaksi tekrarlayan dozlarda görülebileceği gibi ilk dozda da ortaya çıkabilmektedir. Astım gibi allerjik hastalık tanısı olan hastalarda seftriakson acil müdahale imkanının olduğu ve hastanın gözlemlenebileceği yerlerde uygulanmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Adölesan, anafilaksi, seftriakson, allerji



PS-02

Göğüs Ağrısının Nadir Bir Nedeni: Adenovirüs Kaynaklı Akut Miyokardit

Buse Berfin Çark¹, Fatma Ece Dağdeviren¹, Elber Ulutaş¹, Hüseyin Dağ¹, Vefik Arıca¹

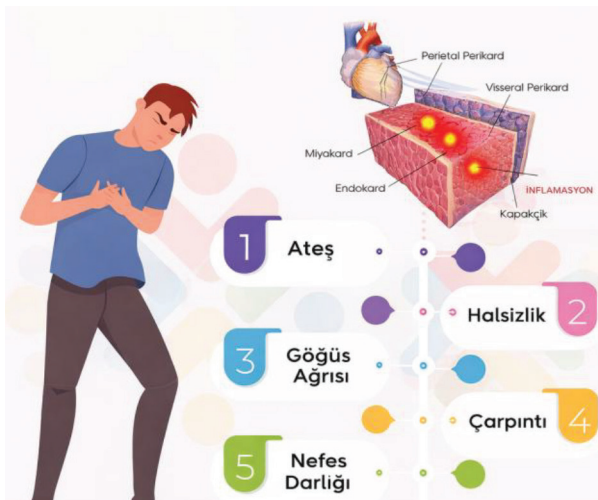
¹Prof.Dr.Cemil Taşcıoğlu Şehir Hastanesi

Giriş: Miyokardit; kalp kasının enfeksiyöz veya non-enfeksiyöz ajanlar ile inflamasyonu sonucu gelişen, bulguları subklinik seyirden fulminan seyre kadar değişkenlik gösteren bir hastalık tablosudur. Bu yazıda, göğüs ağrısı ile başvuran akut miyokardit tanısı ile serviste izlenen adölesan bir hasta sunulmuştur.

Amaç ve Yöntem: Bu çalışmanın amacı, çocuk acil servise göğüs ağrısı ile başvuran adölesan hastalarda miyokarditin ayırıcı tanıdaki önemini vurgulamak, erken dönemde yapılan klinik değerlendirmenin tanıya katkısını ortaya koymak ve zamanında uygun tedavi yönetiminin prognoza etkisini tartışmaktır. Hastanın klinik bulguları, fizik muayene bulguları, laboratuvar parametreleri ve görüntüleme bulguları değerlendirildi. Hastanın tanı, tedavi ve izlem süreci retrospektif olarak incelendi.

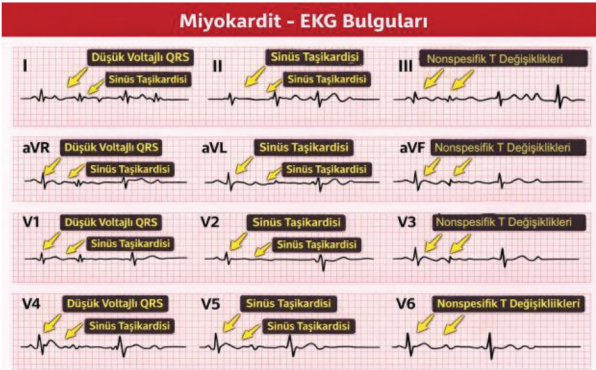
Bulgular: 16 yaş erkek hasta tarafımıza son 24 saattir olan göğüs ve sırt ağrısı şikayeti ile başvurdu. 1 hafta önce burun akıntısı, gözlerde akıntı ve 2 kez sulu ishal şikayetleri olmuş. Hastanın fizik muayenesinde subfebril ateş 37.8, KTA:120/dk taşikardik, DSS:24/dk takipneik olduğu görüldü. Alınan kan tetkiklerinde AST: 157 U/L, CK: 1096 U/L, Troponin: 9082 ng/L, proBNP: 432 ng/L olarak saptandı. Çekilen EKG’de sinüs taşikardisi, düşük voltajlı QRS ve nonspesifik ST değişiklikleri mevcuttu. Hasta akut miyokardit ön tanısı ile servise yatırılarak yatak istirahatine alındı. Kardiyak monitörize, rezervuarlı maske ile oksijen altında takibe alındı. Miyokard fonksiyonlarını korumak amacıyla ACEİ tedavisi başlandı. Çekilen ekokardiyografisinde; EF normal, sol ventrikül sistolik fonksiyonlarının minimal bozulduğu görüldü. Alınan solunum yolu viral panelinde Adenovirüs saptandı. Takiplerinde troponin ve proBNP değerleri geriledi, klinik olarak göğüs ağrısı tamamen kayboldu, taşikardisi ve takipnesi tamamen düzeldi. Hasta; ACEİ tedavisinin devamı, 4 hafta yatak istirahati, 3 ay spor yasağı ile Çocuk Kardiyoloji poliklinik kontrolüne çağrılarak taburcu edildi.

Görsel 1- Klinik Bulgular





Görsel 2-EKG Bulguları



Sonuç: Çocukluk çağında miyokarditin en yaygın nedeni viral enfeksiyonlardır. Diğer nedenler arasında bakteriyel ve protozoal enfeksiyonlar, toksinler, ilaç reaksiyonları ve otoimmün hastalıklar yer alır. Beslenmede azalma, göğüs ağrısı, halsizlik, çarpıntı, aritmi gibi yaşa göre değişen geniş bir yelpazede klinik bulgular göstermektedir. Ayırıcı tanıda pnömoni, pnömotoraks, AKS ve psikojenik nedenler düşünülmelidir. Laboratuvar bulgularında troponin erken dönemde normal olabilir, 4-6 saatlik aralarla kontrolü önerilir. ProBNP; ventrikül gerilimini yansıtır ve prognozu, tedavi takibini izlemede faydalıdır. Ekokardiyografide sol ventrikül sistolik fonksiyonu ve EF ölçümü değerlendirilir. Prognozu belirleyen en önemli faktör; sol ventrikül disfonksiyonu ile EF düşüklüğüdür. Tedavide ilk tercih olan diüretikler, pulmoner konjesyonu azaltmak amacıyla verilebilir. Miyokard fonksiyonlarını korumak, fibrozisi yavaşlatmak ve kalbin ard yükünü azaltarak EF yükseltmek amacıyla ACEİ tercih edilebilir. Bu vakada olduğu gibi pulmoner konjesyon bulguları saptanmayan ve ılımlı sol ventrikül disfonksiyonu olan hastada ACEİ tedavisi tercih edilir. Bu hastalarda özellikle yatak istirahati ve spor kısıtlaması önerilir. Bunun sebebi; egzersiz ile oluşan oksijen ihtiyacına sekonder miyokard hasarının artması ve aritmi riskinin artmasıdır. Miyokarditte erken tanı, istirahat ve yakın takip; mortaliteyi azaltan temel yaklaşımlardır.

Anahtar Kelimeler: Miyokardit, Göğüs ağrısı, Adölesan



PS-03

Kronik Kardiyak Hastalığı Olan Bir Ergende Obezite Yönetiminde Klinik Ve Psikososyal Zorluklar: Olgu Sunumu

Güney Erbay¹, Ayşe Gül Güven², Simay Mirioęlu³, Zehra Aycan²

¹Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı

²Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Ergen Sağlığı Bilim Dalı

³Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Gıda, Metabolizma ve Klinik Beslenme Doktora Programı

Giriş: Ergenlik döneminde obezite, biyolojik ve psikososyal etmenlerin etkileşimiyle gelişen kronik bir hastalıktır. Kronik hastalığı olan ergenlerde obezite, hastalık seyrini ve tedavi uyumunu olumsuz etkiler. Bu olguda, kardiyak ve renal hastalığı olan obez bir ergende karşılaşılan klinik ve psikososyal zorluklar, multidisipliner izlem gereksinimiyle birlikte sunulmuştur.

Amaç ve Yöntem: Bu olguda, kronik hastalığı bulunan obez bir ergende klinik, psikososyal zorlukların değerlendirilmesi, multidisipliner yaklaşımın öneminin vurgulanması amaçlanmıştır.

Bulgular: On yedi yaşında erkek hasta, Temmuz 2024'ten itibaren obezite nedeniyle izlenmektedir. Özgeçmişinde 2018 yılında konjenital kalp hastalığı nedeniyle kalp kapak cerrahisi ve kalıcı pil implantasyonu öyküsü bulunmaktadır. Hiperlipidemi ve akut böbrek hastalığı(ABH) tanıları da olan hasta çocuk kardiyoloji, endokrinoloji, gastroenteroloji ve nefroloji bölümleri tarafından izlenmekte olup beta-bloker ve antikoagölan tedavi almaktadır. HEADSSS değerlendirmesinde; anne-baba boşanması sonrası annesi ve anneannesi ile yaşadığı, sınırlı sosyoekonomik olanaklara sahip olduğu ve sınav kaygısı yaşadığı öğrenilmiştir. Beslenme öyküsünde düzensiz öğünler ve gece beslenmesi saptanan hastanın, maddi kısıtlılıklar nedeniyle tıbbi beslenme tedavisine uyumunun düşük olduğu gözlenmiştir. Diyetisyen önerisi ile ABH döneminde protein ve potasyum kısıtlı diyet; stabil dönemde ise 2200 kcal/gün yağ kısıtlı diyet uygulanmıştır. Kardiyak hastalığı nedeniyle yoğun egzersiz önerilmemiştir. Fizik muayenede başvuruda vücut kitle indeksi(VKİ):36,17 kg/m² iken takiplerinde VKİ:38,29 kg/m² olarak saptanmıştır. Santral obezite, akantozis nigrikans ve hepatomegali mevcuttur. Hastanın kilo artışının devamı, kronik hastalığı nedeniyle sık hastane başvurularının oluşturduğu psikososyal yük, dolayısıyla tedaviye uyum güçlüğüne bağlandı. Ayrıca ailesinin sosyoekonomik kısıtlılıkları nedeniyle önerilen diyet programına yeterli uyum sağlanamadığı görüldü. Bu doğrultuda, hastanın yaşam kalitesini artırmak ve tedaviye uyumunu güçlendirmek amacıyla bireyselleştirilmiş beslenme düzenlemesi planlandı ve gereksiz hastane başvurularını azaltmaya yönelik izlem aralıkları yeniden düzenlendi. Ayrıca Ç ocuk ve ergen ruh sağlığı doktorlarından destek sağlandı.

Sonuç: Bu olgu, kronik kardiyak ve renal hastalıkların obezite yönetimini belirgin olarak zorlaştırdığını göstermektedir. Çoklu komorbiditeler, fiziksel aktivite kısıtlılığı ve sosyoekonomik etmenler, yaşam tarzı değişikliklerinin sürdürülebilirliğini azaltmaktadır. Kronik hastalığı olan ergenlerde obezite yönetimi, multidisipliner ve bireyselleştirilmiş yaklaşımlar ile ele alınmalıdır.

Anahtar Kelimeler: ergen sağlığı, kalp kapak hastalığı, kronik hastalık, multidisipliner yaklaşım, obezite



PS-04

Morbid Obez Ergende Bariatrik Cerrahi Sürecinde Ergen Hastanın Yönetimi : Vaka Sunumu

Simay Mirioğlu², Ayşe Gül Güven¹, Gülnur Göllü Bahadır³, Zeynep Şıklar⁴, Zehra Aycan¹

¹Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Ergen Sağlığı Bilim Dalı

²Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü

³Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Cerrahisi Anabilim Dalı

⁴Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Çocuk Endokrinolojisi Bilim Dalı

Giriş: Ergenlerde morbid obezite, metabolik ve psikososyal açıdan ciddi riskler taşır. Klinik pratikte yaşam tarzı müdahaleleri, farmakoterapi (özellikle GLP-1 reseptör agonistleri) ve bariatrik cerrahi başlıca tedavi seçenekleridir. Ancak tedavi seçimi, her hastanın klinik özellikleri ve risk profili doğrultusunda bireyselleştirilmelidir.

Amaç ve Yöntem: Bu olgu, morbid obez bir ergenin cerrahi öncesi ve sonrası izlem süreci ile kısa dönem kilo kaybı ve diyet uyumu sonuçlarını değerlendirmek amacıyla sunulmuştur.

Bulgular: On beş yaşında kız hasta morbid obezite nedeniyle bariatrik cerrahi talebiyle Çocuk Cerrahisine başvurdu ve değerlendirme için Ergen Sağlığı Polikliniğine yönlendirildi. Boyu 157 cm (SDS: -0,84), vücut ağırlığı 103 kg (SDS: 4,92) ve VKİ'si 41,79 kg/m² (SDS: 4,13) olarak saptandı. Doğuştan mevcut alt ekstremitte deformitesi ve geçirilmiş ortopedik cerrahiler nedeniyle mobilite kısıtlılığı mevcuttu. Daha önce birçok kez diyet denediğini ancak sürdüremediğini ifade etti. İlk aşamada GLP-1 tedavisi önerilmesine rağmen ekonomik nedenlerle kabul edilmedi. Psikososyal değerlendirmede hastanın fonksiyonellik ve beden imajında iyileşme beklentisi olduğu, ailenin cerrahiye desteklediği gözlemlendi. Multidisipliner değerlendirmede cerrahi önerilmemesine rağmen aile cerrahiye tercih etti ve laparoskopik sleeve gastrektomi uygulandı. Postoperatif süreç ASMBS pediatrik kılavuzuna uygun şekilde yönetildi. İlk gün IV destek verildi; sonraki günlerde berrak sıvı ile başlanarak aşamalı şekilde koyu sıvı, püre ve ardından yumuşak-katı diyeteye geçildi. Günlük $\geq 1,5$ g/kg protein ve yeterli sıvı alımı hedeflendi, vitamin-mineral destekleri verildi. İlk iki haftada toplam 11 kg kilo kaybı sağlandı ve diyet uyumu iyi izlendi.

Sonuç: Bu vaka, GLP-1 tedavisini kabul etmeyen ve diyet uyumu zor olan morbid obez ergenlerde bariatrik cerrahinin erken dönemde belirgin kilo kaybı ve yaşam kalitesinde iyileşme sağlayabileceğini göstermektedir. Multidisipliner yaklaşım ve sosyoekonomik koşulların dikkate alınması, cerrahi sonrası yakın izlem ve yapılandırılmış beslenme yönetimi tedavi başarısı için kritik önemdedir.

Anahtar Kelimeler: Ergen, Obezite, Bariatrik Cerrahi, GLP-1 Reseptör Agonistleri



PS-05

Diş Tedavisini Sonrası Gelişen Anoreksiya Nervosa Vakası

Bahar Eda Kasap¹, Eda Çiftçi¹, Hüseyin Daę¹, Vefik Arıca¹, Engin Aydın²

¹Prof.Dr.Cemil Taşçıoğlu Şehir Hastanesi

²Kamu Hastaneler Birliği Başkanı

Giriş: Anoreksiya nervosa (AN); bireyin yaş ve boya göre beklenen vücut ağırlığının anlamlı derecede altında olmasına karşın kilo almaya yönelik yoğun ve ısrarlı korku duyması, bedenalgisinde belirgin bozulma göstermesiyle tanımlanan; kısıtlayıcı tip ve tikanırcasınayeme/çıkarma tipi olmak üzere iki klinik alt tipe ayrılan ve psikiyatrik bozukluklar arasında en yüksek mortalite riskiyle ilişkili yeme bozukluğudur. Bu bildiri de, sabit ortodontik aparat kullanımı sonrasında anoreksiya nervosa gelişen 12 yaşındaki kız olgu sunulmuştur.

Amaç ve Yöntem: Bilinen alerjik astım tanısı bulunan 12 yaşındaki kız hasta, senkop geçirmesi nedeniyle kliniğimiz Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Polikliniğine başvurdu. Anamnezinde, yaklaşık 1 yıl önce sabit ortodontik aparat ile diş tedavisine başlandığı, tedavinin başlangıcında ortaya çıkan ağrı ve hassasiyet nedeniyle iştahının azaldığı ve buna bağlı kilo kaybı geliştiği öğrenildi. Başlangıçta diş ağrıları nedeniyle yeterli beslenemeyen hastanın, kilo kaybı ilerledikçe beden algısının bozulduğu ve kendisini obez olarak algılamaya başladığı ifade edildi. Son 1 yıl içerisinde toplam 14 kg kaybettiği ve vücut ağırlığının 40 kg'a düştüğü saptandı. Ayrıca son 3 aydır amenore öyküsü olduğu öğrenildi. Hastaya uygulanan yeme bozukluğu tarama testinde 5 sorudan 3'üne "evet" yanıtı verdiği ve bu durumun yeme bozukluğu açısından risk oluşturduğu değerlendirildi (Tablo 1). Yapılan antropometrik ölçümlerde vücut kitle indeksi (VKİ) 15 kg/m² olarak hesaplandı. Anamnezinde kısıtlı kalori alımının devam ettiği belirlendi. Hasta hospitalize edildi ve Çocuk Psikiyatrisi konsültasyonu istendi. DSM-5 tanı ölçütlerine göre Anoreksiya Nervosa tanısı konularak olanzapin 2,5 mg/gün ve sertralin 50 mg/gün tedavisi başlandı. Fizik muayenesinde kan basıncı 80/50 mmHg, kalp tepe atımı 65 atım/dakika olarak saptandı. Hastaya 20 kcal/kg/gün olacak şekilde beslenme planı düzenlendi. Laboratuvar incelemelerinde serum demiri 42 µg/dL, ferritin 48 ng/mL, total demir bağlama kapasitesi 318 µg/dL, vitamin B12 düzeyi 690 pg/mL olarak saptandı. Elektrolit değerleri normal sınırlardaydı. Kardiyak etkilenim açısından yapılan değerlendirmede eko-kardiyografide patolojik bulguya rastlanmadı. Hastanın tedavisi kliniğimizde multidisipliner yaklaşımla sürdürülmektedir. Ortodontik tedaviler sonrasında beslenmenin olumsuz etkilenebileceği ve nadiren de olsa yeme bozukluklarının tetiklenebileceği akılda tutulmalıdır. Erken fark edilerek uygun birimlere yönlendirme, morbidite ve mortalitenin önlenmesi açısından büyük önem taşımaktadır.

Tablo 1. Rezzy Yeme Bozukluğu Tarama Testi

1. Rahatsız edici şekilde tok hissettiğiniz için kendinizi kısıtlıyor musunuz?
2. Ne kadar yediğiniz konusunda kontrolü kaybettiğiniz için endişeleniyor musunuz?
3. Son zamanlarda üç ayda altı kilogramdan fazla zayıfladınız mı?
4. Başkaları çok zayıf olduğunuzu söylediği halde şişman olduğunuza inanıyor muydunuz?
5. Yemeğin hayatınıza hükmettiğini düşünüyor musunuz?



Sonuç: Yeme bozuklukları, çocukluk ve ergenlik döneminde astım ve obeziteden sonra en sık görülen üçüncü kronik hastalık olarak kabul edilmektedir ve gerek ülkemizde gerekse dünyada önemli bir halk sağlığı sorunu olma özelliğini sürdürmektedir. Etiyopatogenezinde genetik, biyolojik, psikososyal ve çevresel birçok faktör rol oynamakla birlikte, nadiren ağız ve diş sağlığınınayönelik girişimler sonrasında da yeme bozukluklarının tetiklenebileceği bildirilmektedir. Ortodontik tedavi sürecinde ortaya çıkabilen ağrı, hassasiyet ve beslenme güçlüğü, özellikle ergenlik dönemindeki bireylerde kilo kaybını başlatıcı bir faktör olabilir. Bu durum, yatkın bireylerde zamanla beden algısında bozulma ve kısıtlayıcı yeme davranışlarının yerleşmesine zemin hazırlayabilmektedir. Sunulan olguda da benzer şekilde, sabit ortodontik ağız kullanımını takiben başlayan beslenme kısıtlılığı, ilerleyen süreçte anoreksiya nervozaya evrilmiştir. Daha önce düzenli adet gören ergen kız hastalarda amenorenin gelişmesi, altta yatan yeme bozukluğu açısından önemli bir uyarı işareti olarak değerlendirilmelidir. Bu nedenle hastalarını yakın izlenmesi, erken tanı ve zamanında müdahale, anoreksiya nervoza gibi yüksek mortalite riski taşıyan hastalıklarda morbidite ve mortalitenin azaltılmasında kritik öneme sahiptir. Anoreksiya nervoza, uzun süreli izlem ve tedavi gerektiren kronik bir hastalık olup, çocuk sağlığı, çocuk psikiyatrisi, diyetisyen ve gerektiğinde kardiyoloji gibi disiplinlerin yer aldığı multidisipliner bir yaklaşımla ele alınmalıdır. Uygun olguların hospitalize edilerek izlenmesi, tedavi uyumunu artırmakta ve klinik başarı şansını yükseltmektedir.

Anahtar Kelimeler: anoreksiya, beslenme bozukluğu, kilo kaybı



PS-06

Kronik Hastalığı ve Eşlik Eden Obezitesi Olan Ergenin Yönetimi: Skolyoz Operasyonu Sonrası Obezite Gelişen Ergen

Hande İrem Can¹, Ayşe Gül Güven², Zehra Aycan²

¹Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Cebeci Araştırma ve Uygulama Hastanesi, Ankara, Türkiye

²Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Ergen Sağlığı Bilim Dalı, Cebeci Araştırma ve Uygulama Hastanesi, Ankara, Türkiye

Giriş: Obezite, kronik hastalıklarla sık birliktelik gösteren ve hastalıkların seyrini olumsuz etkileyen önemli bir sağlık sorunudur. Kronik hastalıklar ve bunlara bağlı fiziksel kısıtlılıklar, obezite gelişimi riskini artırmaktadır.

Amaç ve Yöntem: Skolyoz cerrahisi öyküsü olan ve izleminde obezite gelişen bir kız adolesanın multidisipliner tedavi sürecinin sunulması amaçlanmıştır.

Bulgular: 16 yaşında kız hasta, obezite nedeniyle Ergen Sağlığı Polikliniğimize başvurdu. Hastanın 10 yaşında skolyoz operasyonu geçirdiği, cerrahi sonrası gelişen enfeksiyon nedeniyle bir ay serviste izlendiği, bu süreçten sonra kilo alımının arttığı öğrenildi. Obezite ve sekonder amenore nedeniyle Çocuk Endokrinoloji, gelişen hipertansiyon nedeniyle Çocuk Nefroloji, dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu ve özgül öğrenim güçlüğü nedeniyle Çocuk Ruh Sağlığı ve Hastalıklarında takipliydi. Hastadan alınan ayrıntılı psikososyal öyküde, anne ve babasıyla birlikte yaşadığı, aile içi ilişkilerde babanın eleştirel tutumunun ön planda olduğu, ebeveynler arasında evlilik sorunları bulunduğu ve hastanın bu durumdan olumsuz etkilendiği, kilosu nedeniyle akran zorbalığına, lisede fiziksel ve sözel şiddete maruz kaldığı, bu sebeple okul değiştirip sonrasında eğitimine açık lisede devam ettiği, belirgin sosyal izolasyon mevcut olduğu öğrenildi. Uyku rutini düzensiz olan hastanın beslenme öyküsünde öğün atlama, gece yeme atakları ve duygusal yeme davranışı mevcuttu. Progesteron tedavisi ile son 6 aydır menstruasyon düzenliydi. Fiziksel aktivitesi kısıtlıydı. Fizik muayenede ağırlık 120 kg, boy 166 cm (SDS: 0,47), VKİ 43,55 kg/m² (SDS: 3,71) ölçüldü, abdominal obezite, aksiller akantozis nigrikans ve sırtta cerrahi skar mevcuttu. Laboratuvar bulgularında D vitamini düzeyi 7,1 µg/L, açlık insülin 29,2 µIU/mL dışında diğer laboratuvar testlerinde patoloji saptanmadı. Hasta multidisipliner yaklaşım kapsamında değerlendirildi. Takipli olduğu bölümlere ek olarak Spor Hekimliği tarafından bireyselleştirilmiş egzersiz programı (haftada üçer gün 30-60 dakika zumba ve direnç egzersizleri), diyetisyen tarafından kalori ve yağ kısıtlı Akdeniz tipi diyet programı düzenlendi.

Sonuç: Adolesanlarda kronik hastalıklar ve fiziksel kısıtlılıklar, obezite gelişimi için önemli risk faktörleridir. Multidisipliner ve bireyselleştirilmiş yaklaşım, hem metabolik hem de psikososyal iyilik halini destekler.

Anahtar Kelimeler: Ergen Sağlığı, Obezite, Skolyoz



PS-07

Adölesan Dönemde Seçici Beslenmenin Büyüme, Besin Çeşitliliği ve Günlük İşlevsellik Üzerine Etkisi: Pediatri ve Ergoterapi Ortak Değerlendirmesi

Ceren Oęuz¹, Muhammet Asena²

¹*DuyuEvim Ergoterapi ve Çocuk Merkezi*

²*Medipol Mega Üniversite Hastanesi*

Giriş: Adölesan Dönemde Seçici Beslenmenin Büyüme, Besin Çeşitliliği ve Günlük İşlevsellik Üzerine Etkisi: Pediatri ve Ergoterapi Ortak DeğerlendirilmesiYazarlar: Ceren Oğuz, Muhammet AsenaSeçici beslenme davranışı sıklıkla erken çocukluk dönemine özgü bir problem olarak devam eden olgular klinik pratikte yeterince değerlendirilmemektedir. Oysa bu dönemde süregelen besin reddi ve sınırlı besin çeşitliliği, büyüme parametlerini ve günlük yaşam işlevselliğini olumsuz etkileyebilmektedir. Bu çalışmanın amacı, adölesan dönemde seçici beslenmenin büyüme, besin çeşitliliği ve günlük işlevsellik üzerindeki etkilerini pediatri ve ergoterapi ortak değerlendirmesiyle sunmaktır.

Amaç ve Yöntem: Çalışma, 13 yaşında gelişimsel tanısı olmayan erkek adölesan vakası üzerinden yürütülmüştür. Başvuru nedeni: uzun süredir devam eden seçici beslenme, sınırlı besin repertuarı ve beslenme süresine bağlı olarak günlük yaşamda işlevsel zorluklar tanımlanmıştır. Değerlendirme sürecinde büyüme verileri, besin çeşitliliği, oral motor özellikler, duyuşsal faktörler ve beslenmenin günlük yaşam aktivitelerine etkisi ele alınmıştır. Ergoterapi temelli değerlendirme sonuçları pediatrik izlem bulguları ile birlikte yorumlanmıştır.

Bulgular: Vakanın besin çeşitliliğinin belirgin düzeyde sınırlı olduğu, beslenme süresinin uzadığı ve bu durumun sosyal ortamlarda beslenmeye katılımı olumsuz etkilediği gözlemlenmiştir. Ergoterapi müdahaleleri sonrasında besin toleransında artış ve günlük işlevsellikte iyileşme bildirilmiştir.

Sonuç: Bu poster, seçici beslenmenin adölesan dönemde yalnızca beslenme alışkanlığı değil, büyüme ve günlük yaşam işlevselliğini etkileyen çok boyutlu bir problem olduğunu göstermektedir. Pediatri ve ergoterapi iş birliği, adölesan seçici beslenme vakalarının bütüncül değerlendirilmesinde önemli katkı sağlamaktadır.

Anahtar Kelimeler: seçici beslenme, pediatri, Ergoterapi, klinik vaka, adölesan, beslenme



SÖZEL BİLDİRİ TAM METİNLER



ADOLESANLARDA UYKU ALIŞKANLIKLARI VE İLİŞKİLİ ETKENLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ: KESİTSEL BİR ÇALIŞMA EREN GÜZELOĞLU¹, BELEN ATEŞ¹, FEYZA AYDIN ÖZGÜR¹, HÜSEYİN DAĞ¹

¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Prof. Dr. Cemil Taşcıoğlu Şehir Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği

Özet

Adolesan dönem, biyolojik, psikososyal ve çevresel değişimlerin yoğun olarak yaşandığı ve uyku düzeninin belirgin biçimde etkilendiği kritik bir gelişim evresidir. Bu çalışmanın amacı, adolesanların uyku alışkanlıklarını değerlendirmek ve bu alışkanlıklar ile sosyodemografik faktörler arasındaki ilişkiyi incelemektir. Kesitsel ve tanımlayıcı nitelikteki çalışma 10–17 yaş aralığında 355 adolesan ile yürütülmüştür. Veriler Sosyodemografik Bilgi Formu ve Çocuk Uyku Alışkanlıkları Ölçeği (ÇUAÖ) kullanılarak toplanmıştır. İstatistiksel analizler SPSS 27 programı ile yapılmıştır. Katılımcıların yaş ortalaması 13,91±1,83 olup %56,3'ü kızdır. Ortalama ÇUAÖ toplam puanı 55,14±8,38 olarak bulunmuş ve bu değer hafif–orta düzeyde uyku sorunlarına işaret etmiştir. Erkek adolesanlarda yatma zamanı direnci, uyku anksiyetesi ve gündüz uykululuk puanları anlamlı olarak daha yüksek saptanmıştır ($p<0,05$). Ebeveyn yaşı, eğitim düzeyi ve ekonomik durumun uyku alışkanlıkları üzerinde belirgin etkisi olduğu görülmüştür. Sonuç olarak adolesanların uyku düzeni; bireysel, ailesel ve sosyoekonomik faktörlerden etkilenmektedir. Aile temelli müdahaleler ve uyku hijyeni eğitimleri, bu yaş grubunda sağlıklı uyku alışkanlıklarının geliştirilmesine katkı sağlayabilir.

Anahtar Kelimeler: Adolesan, uyku alışkanlıkları, Çocuk Uyku Alışkanlıkları Ölçeği, sosyodemografik faktörler

1. Giriş

Uyku, fiziksel büyüme, bilişsel işlevler, duygusal düzenleme ve genel sağlık açısından temel bir gereksinimdir. Adolesan dönemde biyolojik saat değişimleri, artan akademik ve sosyal talepler ile teknoloji kullanımının yaygınlaşması uyku süresi ve kalitesinde bozulmalara yol açabilmektedir. Bu dönemde ortaya çıkan uyku sorunları; dikkat eksikliği, akademik başarıda düşüş, duygu durum bozuklukları ve yaşam kalitesinde azalma ile ilişkilidir. Literatürde adolesanların uyku alışkanlıklarının yalnızca biyolojik değil, aynı zamanda aile yapısı, ebeveyn özellikleri ve sosyoekonomik durum gibi çevresel faktörlerden de etkilendiği bildirilmektedir. Bu nedenle adolesanlarda uyku alışkanlıklarının çok boyutlu olarak ele alınması önem taşımaktadır.

2. Gereç ve Yöntem

2.1. Araştırmanın Tipi ve Örneklemi

Bu çalışma kesitsel ve tanımlayıcı niteliktedir. Araştırma 10–17 yaş aralığında, çalışmaya katılmayı kabul eden 355 adolesan ile yürütülmüştür. Çalışma Helsinki Bildirgesi'ne uygun olarak gerçekleştirilmiş, etik kurul onayı ve ebeveyn/onam formları alınmıştır.

2.2. Veri Toplama Araçları

Araştırmada iki veri toplama aracı kullanılmıştır:

- 2.2.1. **Sosyodemografik Bilgi Formu:** Adolesanların yaşı, cinsiyeti, eğitim durumu ile ebeveynlerin yaşı, cinsiyeti, eğitim düzeyi ve ailenin ekonomik durumuna ilişkin bilgileri içermektedir.
- 2.2.2. **Çocuk Uyku Alışkanlıkları Ölçeği (ÇUAÖ):** Uykuya dalma güçlüğü, gece uyanmaları, uyku süresi ve gündüz uykululuk gibi alt boyutları değerlendiren, 33 maddeden oluşan bir ölçektir. Yüksek puanlar daha fazla uyku sorunu olduğunu göstermektedir.

2.3. İstatistiksel Analiz

Verilerin analizi SPSS 27 programı ile yapılmıştır. Tanımlayıcı istatistikler ortalama, standart sapma, sayı ve yüzde olarak sunulmuştur. Gruplar arası karşılaştırmalarda uygun parametrik ve nonparametrik testler kullanılmış, korelasyon ve regresyon analizleri uygulanmıştır. İstatistiksel anlamlılık düzeyi $p<0,05$ olarak kabul edilmiştir.



3. Bulgular

Çalışmaya toplam 355 adolesan dahil edilmiştir. Katılımcıların %56,3'ü (n=200) kız, %43,7'si (n=155) erkektir. Yaş ortalaması 13,91±1,83 yıl olup yaş aralığı 10–17'dir. Ortalama uyku süresi 7,62±1,62 saat olarak saptanmıştır.

3.1. Uyku Alışkanlıklarının Tanımlayıcı Özellikleri

Adolesanların %40'ının gece 00.00–02.00 saatleri arasında uyuduğu, %63,4'ünün ise 07.00–08.30 saatleri arasında uyandığı belirlenmiştir.

Tablo 1. Adolesanların Uyku Saatlerine Göre Dağılımı

Değişken	n (%)
Yatma saati 21.00–22.00	76 (21,4)
Yatma saati 22.30–23.30	137 (38,6)
Yatma saati 00.00–02.00	142 (40,0)
Uyanma saati 05.45–06.30	115 (32,4)
Uyanma saati 07.00–08.30	225 (63,4)
Uyanma saati 09.00–11.00	15 (4,2)

3.2. Çocuk Uyku Alışkanlıkları Ölçeği Bulguları

Toplam ÇUAÖ puanı ortalaması 55,14±8,38 olarak bulunmuştur. Alt boyut ortalamaları Tablo 2'de sunulmuştur.

Tablo 2. ÇUAÖ Alt Boyut ve Toplam Puan Ortalamaları

Alt Boyut	Ortalama ± SS
Yatma Zamanı	9,63 ± 2,28
Uyku Süresi	6,02 ± 1,44
Uyku Anksiyetesi	6,40 ± 1,78
Gece Uyanmaları	4,81 ± 1,34
Parasomniler	10,50 ± 2,61
Uykuya Dalma Gecikmesi	1,68 ± 0,83
Gündüz Uykululuk	11,94 ± 3,28
Toplam ÇUAÖ	55,14 ± 8,38

3.3. Sosyodemografik Değişkenlerle İlişkiler

Erkek adolesanların yatma zamanı direnci, uyku anksiyetesi ve gündüz uykululuk puanları kızlara göre anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur ($p<0,05$). Kız adolesanlarda ise uykuya dalma gecikmesi puanı daha yüksektir. Ebeveyn yaşı ile toplam ÇUAÖ puanı arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($r=-0,249$; $p<0,01$). Ebeveyn eğitim düzeyi ve gelir düzeyi arttıkça toplam ÇUAÖ puanının azaldığı belirlenmiştir ($p<0,01$)(Tablo 3).



Tablo 3. ÇUAÖ Toplam Puanının Sosyodemografik Değişkenlere Göre Değerlendirilmesi

Değişken	Grup	Ortalama ± SS	p değeri
Cinsiyet	Kız	53,92 ± 7,42	0,001**
	Erkek	56,90 ± 9,35	
Ebeveyn Cinsiyeti	Kadın	53,92 ± 7,42	0,001**
	Erkek	56,90 ± 9,35	
Ebeveyn Yaşı	Korelasyon (r)	-0,249	0,001**
Ebeveyn Eğitim Düzeyi	İlkokul ve altı	53,57 ± 7,70	0,001**
	Lise	55,20 ± 7,12	
	Üniversite	60,24 ± 12,06	
Ekonomik Durum	Düşük	51,87 ± 7,07	0,001**
	Orta	55,55 ± 8,03	
	Yüksek	58,25 ± 9,10	

Bu çalışmada adolesanlarda uyku sorunlarının yaygın olduğu ve uyku alışkanlıklarının cinsiyet, ebeveyn özellikleri ve sosyoekonomik faktörlerden etkilendiği gösterilmiştir. Bulgular, literatürde bildirilen çalışmalarla uyumludur. Özellikle erkek adolesanlarda gündüz uykululuk ve yatma zamanı direncinin daha belirgin olması, davranışsal ve çevresel etmenlerin rolünü düşündürmektedir. Aile yapısı ve ebeveyn özelliklerinin uyku düzeni üzerindeki etkisi, müdahalelerde aileyi merkeze alan yaklaşımların önemini ortaya koymaktadır.

4. Tartışma

Bu çalışmada adolesanlarda uyku alışkanlıklarının yaygın olarak bozulduğu ve bu durumun cinsiyet, ebeveyn özellikleri ve sosyoekonomik faktörlerle anlamlı biçimde ilişkili olduğu gösterilmiştir. Ortalama toplam ÇUAÖ puanının hafif-orta düzeyde uyku sorunlarına işaret etmesi, adolesan döneminde uyku problemlerinin önemli bir halk sağlığı sorunu olduğunu desteklemektedir.

Çalışmamızda erkek adolesanların yatma zamanı direnci, uyku anksiyetesi ve gündüz uykululuk puanlarının kızlara göre daha yüksek bulunması, literatürde bildirilen çalışmalarla uyumludur. Haylı ve Demir Kösem erkek adolesanlarda uykuya direnç ve gündüz uykululuğun daha belirgin olduğunu bildirmiştir. Bu durum, erkeklerde ekran kullanımı, gece geç saatlere kadar uyanık kalma ve davranışsal farklılıklarla ilişkili olabilir. Kız adolesanlarda uykuya dalma gecikmesinin daha yüksek olması ise duygusal ve psikososyal faktörlerle ilişkili olabilir.

Ebeveyn yaşı ile toplam ÇUAÖ puanı arasında saptanan negatif korelasyon, ebeveyn yaşı arttıkça adolesanların uyku alışkanlıklarının iyileştiğini göstermektedir. Daha ileri yaşta ebeveynlerin çocuklarının uyku düzenine yönelik sınır koyma ve rutin oluşturma konusunda daha deneyimli olmaları bu durumu açıklayabilir. Benzer şekilde ebeveyn eğitim düzeyi ve gelir düzeyi arttıkça uyku sorunlarının azalması, sosyoekonomik koşulların uyku hijyeni üzerindeki belirleyici rolünü vurgulamaktadır.

Adolesanların önemli bir kısmının gece yarısından sonra uyuduğunun saptanması, biyolojik sirkadiyen kaymanın yanı sıra okul başlangıç saatleri ve elektronik cihaz kullanımının etkisini düşündürmektedir. Literatürde düzensiz uyku saatlerinin akademik başarıda düşüş, duygudurum sorunları ve gündüz işlevselliğinde azalma ile ilişkili olduğu bildirilmektedir. Bu nedenle özellikle okul çağındaki adolesanlarda düzenli uyku saatlerinin teşvik edilmesi önem taşımaktadır.

Bu çalışmanın kesitsel tasarımı nedensel ilişki kurulmasına olanak tanımamakla birlikte, elde edilen bulgular adolesan uyku sağlığında aile ve çevresel faktörlerin önemini ortaya koymaktadır. Aile temelli farkındalık çalışmaları, ebeveynlere yönelik uyku hijyeni eğitimleri ve okul temelli müdahaleler, adolesanlarda sağlıklı uyku alışkanlıklarının geliştirilmesinde etkili olabilir.

5. Sonuç

Adolesanların uyku alışkanlıkları çok sayıda bireysel ve çevresel faktörden etkilenmektedir. Uyku sorunlarının erken dönemde tanınması ve aile temelli eğitim programlarının yaygınlaştırılması, adolesanların fiziksel ve ruhsal sağlığını



destekleyebilir.

Etik Kurul Onayı

Çalışma, Sağlık Bilimleri Üniversitesi Prof. Dr. Cemil Taşcıoğlu şehir Hastanesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu tarafından onaylanmıştır (Tarih: 13.03.2025, Karar No: 80).

Çıkar Çatışması

Yazarlar çıkar çatışması bildirmemektedir.

Finansal Destek

Bu çalışma için herhangi bir finansal destek alınmamıştır.

Kaynakça

1. Mason GM, Lokhandwala S, Riggins T, Spencer RMC. Sleep and human cognitive development. *Sleep Med Rev.* 2021;57:101472.
2. Owens JA, Spirito A, McGuinn M. The Children's Sleep Habits Questionnaire (CSHQ): psychometric properties of a survey instrument for school-aged children. *Sleep.* 2000;23(8):1043–1051.
3. Fiş NP, Arman A, Ay P, Topuzoğlu A, Güler AS, İmren SG. Çocuk Uyku Alışkanlıkları Anketinin Türkçe geçerlik ve güvenilirliği. *Anadolu Psikiyatri Derg.* 2010;11(2):151–160.
4. Haylı ÇM, Demir Kösem D. Evaluation of sleep and sleep habits in adolescents. *J Turk Sleep Med.* 2023;10(1):9–16.
5. Lewien C, Genuneit J, Meigen C, et al. Sleep-related difficulties in healthy children and adolescents. *BMC Pediatr.* 2021;21:82.
6. Tetik NG, Kar şen G. Impact of adolescents' sleeping problems and habits on the quality of their sleep. *J Turk Sleep Med.* 2021;8(2):118–125.



Yeme Bozukluğu Olan ve Adli/Çocuk Koruma İzlemi Gerektiren Ergenlerde Risk Profili: HEEADSSS Yaklaşımı ile Bir Vaka Serisi

Ayşe Gül Güven¹, MD, PhD, Uzman Dr., Simay Mirioğlu^{1,2}, MSc, Uzman Diyetisyen, Sündüz Demirci³, MD, Asistan Dr., Esra Yürümez³, MD, Prof. Dr., Betül Ulukol⁴, MD, Prof. Dr., Zehra Aycan¹, MD, PhD, Prof. Dr.

¹ Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Ergen Sağlığı Bilim Dalı, Ankara, Türkiye

² Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara, Türkiye

³ Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı Anabilim Dalı

⁴ Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Sosyal Pediatri Bilim Dalı, Ankara, Türkiye

ÖZET

Amaç: Bu çalışmada AÜTF Ergen Sağlığı Bölümüne 2024 Ocak-Temmuz ayları arasında yeme bozukluğu tanısı ile başvurmuş ve değerlendirme sürecinde çocuk koruma birimine danışılan veya hukuki/mahkeme süreci başlatılmış ergenlerin, HEEADSSS temelli psikososyal değerlendirme ile saptanan risk alanlarının ortaya konulması amaçlanmıştır.

Yöntem: Ergen Sağlığı birimine başvuran ve yeme bozukluğu tanısı bulunan olgular taranmış, yalnızca çocuk koruma birimi değerlendirmesine ihtiyaç duyulan veya mahkeme/ adli süreç başlatılmış olan yedi ergen çalışma grubuna dahil edilmiştir. Olguların tamamı HEEADSSS (Home, Education, Activities, Drugs, Sexuality, Suicide/Safety) görüşme yöntemine göre değerlendirilmiş; ev ortamı, okul işlevselliği, sosyal ilişkiler, riskli davranışlar, cinsel öykü ve güvenlik boyutları ayrıntılı olarak incelenmiştir.

Bulgular: Aile yapısında stres ve çatışma %85,7 (n=6) vakada; aile içi şiddet, ebeveyn baskısı veya sert disiplin %42,9 (n=3); duygusal ihmâl ve koruyucu ebeveynlik işlevinin zayıflığı %57,1 (n=4) ergende görülmektedir. Okul devamsızlığı, okuldan uzaklaşma ve akademik performans kaybı %57,1 (n=4) vakada bildirilmiştir. Cinsel istismar, zorlayıcı cinsel deneyim veya mahremiyet ihlali öyküsü %57,1 (n=4) vakada mevcuttur ve 1 vakada çevrimiçi cinsel manipülasyon saptanmıştır. Yeme bozukluğu tanıları içinde Bulimia Nervosa %42,9 (n=3) ve ARFID %42,9 (n=3) ile en sık; ortoreksiya nervosa %14,3 (n=1) oranındadır. Depresif belirtiler veya majör depresyon %71,4 (n=5); kendine zarar verme ya da intihar düşüncesi %71,4 (n=5); açık özkıyım davranışı %42,9 (n=3) vakada görülmektedir. Dijital ortamda riskli ilişki öyküsü %42,9 (n=3) vakada mevcuttur. Sigara kullanım öyküsü %28,6 (n=2) vakada bulunmaktadır. Madde kullanımı yoktur; ancak madde ve alkol kullanımı açısından riskli sosyal çevre ile temas %28,6 (n=2) vakada bildirilmiştir.

Sonuç: Yeme bozukluğu ile başvuran ve adli/koruma süreci bulunan ergenlerde travma, istismar, ihmâl ve psikososyal işlevselliğin bozulması belirgin olduğu görülmektedir. HEEADSSS temelli kapsamlı psikososyal değerlendirme görünmeyen risk alanlarını ortaya çıkarmada kritik öneme sahiptir. Bu grubun yönetiminde gerekli hallerde çocuk koruma sistemleri ile iş birliği kritik öneme sahiptir.

Anahtar Kelimeler : Beslenme ve Yeme bozuklukları, Ergen Sağlığı, Bulimia Nervosa



Yeme Bozukluğu Olan ve Adli/Çocuk Koruma İzlemi Gerektiren Ergenlerde Risk Profili: HEEADSSS Yaklaşımı ile Bir Vaka Serisi

1. Giriş

Ergenlerde yeme bozuklukları, yalnızca biyolojik süreçlere bağlı olmayan; aile dinamikleri, travmatik öyküler, ihmal, şiddet ve psikiyatrik eş tanıların eşlik edebileceği komplike bir klinik tabloya sahiptir. Bu çalışmada değerlendirilen vakalardaki yeme davranışındaki bozulmanın büyük oranda travma, istismar ve güvensiz aile ortamları ile birlikte seyrettiğini göstermektedir. Bu çalışmanın amacı, yeme bozukluğu olan ve çocuk koruma birimine danışılmış veya hakkında adli/mahkeme süreci yürütülen ergenlerin klinik, psikososyal ve travma temelli özelliklerini sistematik biçimde ortaya koymaktır.

2. Yöntem

Ergen Sağlığı bölümüne başvuran toplam 92 yeme bozukluğu vakası arasından yalnızca çocuk koruma birimine danışılan veya hukuki/mahkeme süreci bulunan 7 ergen çalışma grubuna dahil edilmiştir. Vakalara ilişkin veriler HEEADSSS görüşmesi, çocuk ve ergen psikiyatrisi değerlendirmesi, diyetisyen görüşmeleri ve sosyal hizmet kayıtlarından toplanmış ve analiz edilmiştir.

3. Bulgular

En sık görülen tanılar Bulimia Nervosa %42,9 (n=3) ve ARFID %42,9 (n=3) olup; ortoreksiya nervosa %14,3 (n=1) vakada saptanmıştır. Vakalarda; kısıtlama, kusma, gizli yeme ve yeme davranışının duygusal regülasyon aracı olarak kullanılması mevcuttur. Aile yapısında belirgin disfonksiyon, stres ve çatışma öyküsü %85,7 (n=6) vakada mevcuttur. Aile içi şiddet, ebeveyn baskısı veya sert disiplin uygulamaları %42,9 (n=3) vakada bildirilmiştir. Duygusal ihmâl, ebeveynin çocuğu desteklememesi veya koruyucu ebeveynlik işlevinin zayıf olması %57,1 (n=4) ergende belirgindir. %71,4 (n=5) vakada ebeveyn psikiyatrik sorunları, alkol kullanımı ve ebeveynler arası yoğun çatışma tabloyu ağırlaştırmaktadır.

Olguların %57,1'inde (n=4) cinsel istismar, zorlayıcı cinsel deneyim veya cinsel mahremiyetin ihlaline ilişkin öykü saptanmıştır. Bir vakada çevrimiçi cinsel manipülasyon ve istismar süreci mevcuttur. %57,1 (n=4) ergende rızaya dayalı olmayan süreçlere maruz kalma, baskı altında cinselliğe zorlanma ve travma sonrası suçluluk-utanç duyguları ön plandadır. Ailelerin her durumda koruyucu yaklaşım sergileyememesi, %57,1 (n=4) vakada çocuğun korunmasını daha da zorlaştırmıştır. Depresif belirti veya majör depresyon tanısı %71,4 (n=5) vakada mevcuttur. Kendine zarar verme düşüncesi, kesici aletle zarar verme ya da intihar düşüncesi bildiren vaka oranı %71,4 (n=5) olarak saptanmıştır. Açık özkıyım davranışı %42,9 (n=3) vakada görülmektedir. Bu nedenle çalışmadaki ergenlerin %71,4 (n=5) psikiyatrik açıdan yüksek risk grubundadır. Belirgin devamsızlık, okuldan uzaklaşma, okuldan atılma riski veya ciddi akademik performans kaybı %57,1 (n=4) vakada görülmektedir. %85,7 (n=6) ergen okul ortamını güvensiz ve stres verici olarak tanımlamakta, akran zorbalığı ve okuldan dışlanma öyküsü mevcuttur. Sosyal izolasyon, içe çekilme ve yalnızlık eğilimi %85,7 (n=6) vakada gözlenmiştir. %57,1 (n=4) ergende sosyal aktivitelerin azalması ve çevrimiçi ortama yönelme belirgindir. Dijital ortamlarda riskli ilişkiler kurma öyküsü %42,9 (n=3) vakada saptanmıştır. Vakaların %28,6 (n=2) bölümünde sigara kullanımı ve %28,6 (n=2) riskli sosyal çevre ile temas öyküsü mevcuttur. Madde kullanımı yaygın değildir.

4. Tartışma

Yedi vakanın HEEADSSS yaklaşımı ile değerlendirilmesi sonucunda aile içi işlevsizlik %85,7, depresif belirtiler %71,4, kendine zarar veya intihar düşüncesi %71,4, okul işlevselliğinde belirgin bozulma %57,1 ve cinsel istismar/sömürü öyküsü %57,1 oranında saptanmıştır. Bu bulgular, yeme bozukluğu olan ve çocuk koruma sistemine dahil edilen ergenlerin yüksek riskli ve çok boyutlu destek gerektiren bir grup olduğunu göstermektedir. Yalnızca beslenme düzenine odaklanan müdahaleler yetersizdir; travma odaklı yaklaşım ve çocuk koruma birimleri ile yakın işbirliği gereklidir.

5. Sonuç ve Öneriler

Yeme bozukluğu ile başvuran 92 ergenin 7'sinde (%7,6) çocuk koruma değerlendirmesi gereksinimi ortaya çıkmıştır. Yeme bozukluğu ile başvuran her ergende çocuk koruma riski değerlendirilmelidir. Müdahale multidisipliner yürütülmeli; pediatri, çocuk ve ergen psikiyatrisi, diyetisyen, sosyal hizmet ve okul sistemi birlikte çalışmalıdır. Cinsel istismar, ağır



aile içi çatışma ve kendine zarar davranışı bulunan ergenler acil ve kapsamlı izlem gerektiren yüksek risk grubudur. Bu vaka serisi, ergen yeme bozukluklarının ocuk koruma perspektifiyle ele alınmasının zorunlu olduğunu göstermektedir.



Adolesan Dönemde Modern Pandemi: Obezite

Sare Betül Kaygusuz¹, Burçin iek¹, Merve Nur Hepokur¹

¹*İstanbul Medeniyet Üniversitesi Tıp Fakültesi, Prof.Dr.Süleyman Yalçın Şehir Hastanesi, ocuk Endokrinoloji Bilim Dalı*

Giriş

Adolesan dönem; hızlı fiziksel büyüme, hormonal matürasyon ve psikososyal gelişimin eş zamanlı olarak gerçekleŐtięi, erişkin sağlığının temellerinin atıldığı kritik bir yaşam evresidir. World Health Organization (WHO), adolesanlığı 10–19 yaş aralığı olarak tanımlamakta ve bu dönemin yaşam boyu sağlık sonuçları üzerinde belirleyici olduğunu vurgulamaktadır (1). Erken dönemde ortaya çıkan obezite, hipertansiyon ve dislipidemi gibi kardiyometabolik risk faktörlerinin erişkin dönemde kardiyovasküler hastalık geliŐimiyle yakından ilişkili olduğu bilinmektedir (2). Benzer Şekilde pubertal gelişim bozuklukları, tiroid hastalıkları ve üreme sağlığı sorunlarının erken tanısı; hem fiziksel hem de psikososyal iyilik halinin korunmasında kritik öneme sahiptir.

Literatürde, adolesan vizitlerinin yalnızca mevcut Őikayetlerin giderilmesi amacıyla değil; sağlıklı beslenme alışkanlıklarının desteklenmesi, uyku hijyeninin düzenlenmesi, riskli davranışların azaltılması ve kronik hastalıkların erken saptanması açısından bir fırsat sunduğu belirtilmektedir (3). Bu bağlamda üçüncü basamak ocuk endokrinoloji poliklinikleri, hem spesifik endokrin patolojilerin değerlendirilmesi hem de fırsatçı tarama yoluyla ek sağlık sorunlarının belirlenmesi açısından önemli bir rol üstlenmektedir.

Bu alıŐma, polikliniğimize başvuran 354 adolesanın verileri üzerinden; obezite, büyüme geriliği, tiroid hastalıkları ve üreme sağlığı sorunlarının erken (10–14 yaş) ve geç (15–21 yaş) adolesan dönemlerindeki dağılımını analiz etmeyi ve rutin fizik muayenenin koruyucu hekimlik açısından önemi, obezite ve sekonder gelişen komplikasyonların sıklığını ortaya koymayı amaçlamaktadır.

Amaç ve Yöntem

Bu çalışmanın temel amaı, üçüncü basamak ocuk endokrin polikliniğine başvuran adolesan olguların demografik özelliklerini, başvuru nedenlerini ve nihai tanı dağılımlarını analiz etmektir. Ayrıca, saptanan patolojilerin erken ve geç adolesan dönemlerine göre farklılıklarını inceleyerek rutin poliklinik muayenelerinin fırsatçı taramadaki rolünü değerlendirmek hedeflenmiştir.

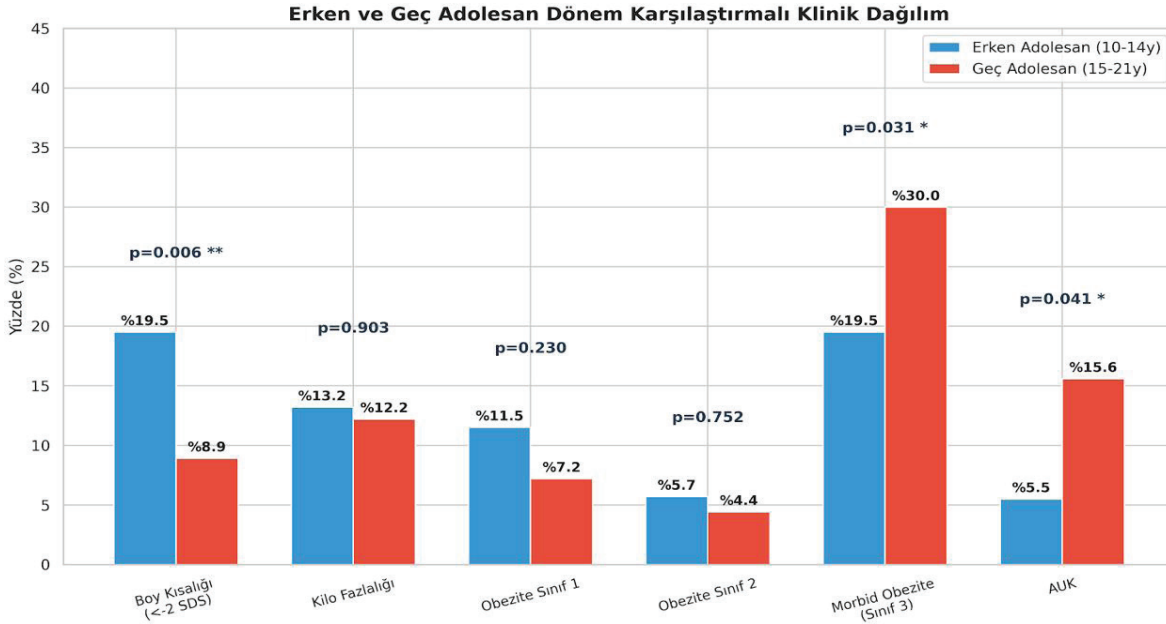
Hastaların antropometrik ölçümleri, pubertal evreleri, başvuru Şikayetleri ve kesin tanıları standart poliklinik formlarından elde edilmiştir. Obezite sınıflaması; yaş, cinsiyet ve etnisiteye göre vücut kitle indeksi (VKİ) persentil değerleri esas alınarak yapılmıştır (4).

Verilerin istatistiksel analizi GraphPad Prism (versiyon 8.0) yazılımı kullanılarak gerçekleştirilmiştir. Tüm analizlerde istatistiksel anlamlılık sınırı $p < 0,05$ olarak kabul edilmiştir.

Bulgular

Çalışmaya dahil edilen 354 hastanın 200' (%56,5) kız, 154' (%43,5) erkekti. Erken adolesan dönemde 174 hasta (91 kız, 83 erkek), geç adolesan dönemde ise 180 hasta (109 kız, 71 erkek) yer almaktaydı.

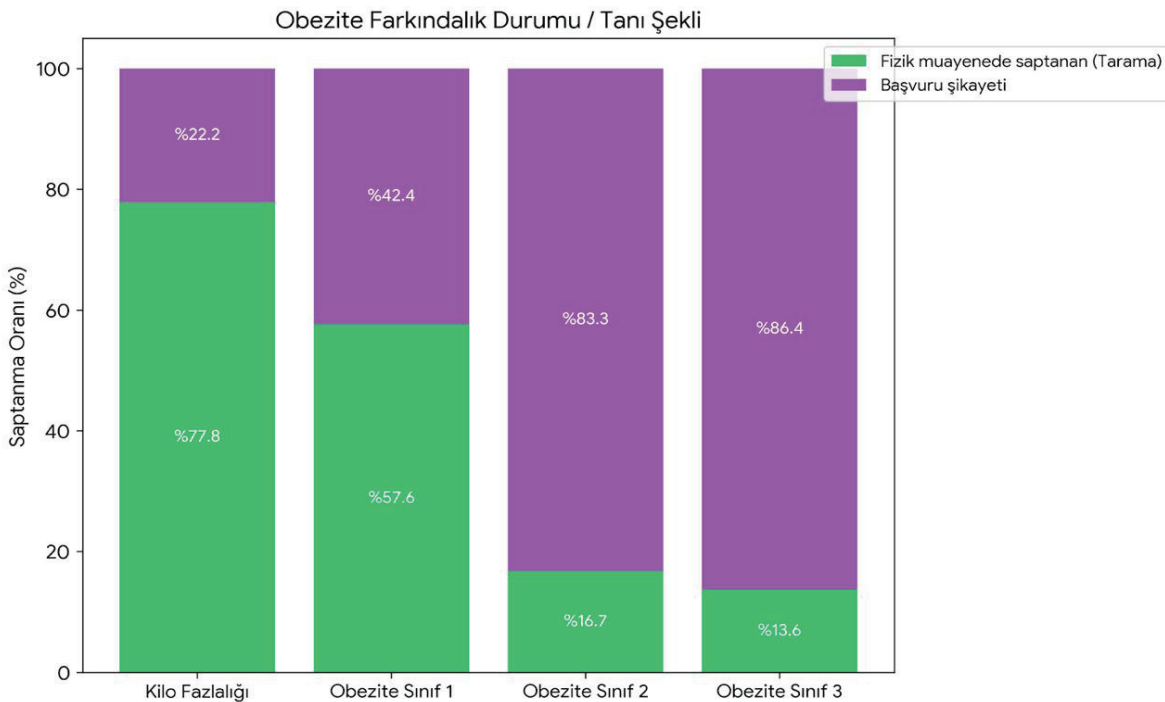
En sık saptanan problem beslenme sorunlarıydı ($n=125$) ve bu grubun %96,8'inde ($n=121$) obezite tanısı konuldu. Bunu büyüme sorunları ($n=65$), tiroid hastalıkları ($n=50$), tip 1 diyabet ($n=32$) ve anormal uterin kanama ($n=22$) izledi. Boy kısalığı nedeniyle başvurular erken adolesan dönemde daha sikken; ağır obezite ve anormal uterin kanama Şikayetleri geç adolesan dönemde anlamlı derecede daha yüksekti (Şekil.1).



Şekil.1: Erken ve geç adolesan dönemlerde nihai tanıların klinik dağılımı.

Tanı grubunun büyük kısmını oluşturan obezite grubu detaylı incelendiğinde; tüm adolesan dönemlerde ve her iki cinsiyette yaygındı. Kız ve erkek hastalar arasında obezite (%40,5'e karşı %37,7) ve morbid obezite (%27'ye karşı %22,1) oranları açısından anlamlı fark saptanmadı. Ancak özellikle obezite sınıf 3 oranı geç adolesan dönemde anlamlı olarak daha yüksekti (%19.5'a karşı %30,p=0.031) (Şekil.1).

Dikkat çekici olarak, obez hastaların önemli bir kısmında kilo artışı başvuru nedeni değildi. Obezite derecesi arttıkça başvurunun kilo odaklı olma oranı anlamlı düzeyde yükselirken, hafif evrelerde obezitenin büyük ölçüde insidental olarak saptandığı görüldü ($p < 0.001$). Kilo fazlalığı olan olguların yalnızca %22'si kilo şikâyetiyle başvurmuşken, bu oran obezite sınıf 1'de %42'ye, sınıf 2'de %83'e ve sınıf 3'te %86'ya yükseldi (Şekil. 2).





Şekil-2: Obezite sınıflamasına göre hastaların başvuru şekilleri; yüzdeler sütunlarında yeşil renkli gösterilen alanlarda farklı şikayet ile gelip rutin muayenede kilo problemi saptanan hastalar gösterilmiştir, mor renkli alanlardaki yüzdeler ise kilo nedeni ile başvuran hasta yüzdelerini göstermektedir.

Kilo fazlalığı ve sınıf 1 obezite grubundaki hastalar ile sınıf 2–3 obezite grubundaki hastalar karşılaştırıldığında, metabolik komorbiditelerin ağır obezite grubunda daha sık olduğu görüldü. Prediyabet (%0'a karşı %4.7), tip 2 diyabet (%0'a karşı %0.9), hepatosteatoz (%2.6'ya karşı %8.5) ve dislipidemi (%5.1'e karşı %28.3) oranları sınıf 2–3 obezite grubunda daha yüksekti. Ancak bu fark dislipidemi dışında istatistiksel olarak anlamlı değildi.

Sonuç

Bu çalışmada iki kritik ve birbiriyle ilişkili bulgu ortaya konmuştur. İlk olarak, obezite şiddeti ile başvuru tipi arasında güçlü bir lineer ilişki saptanmış; hafif evre obezitenin büyük ölçüde insidental olarak tanındığı, başvuruların ise çoğunlukla hastalık ilerledikten sonra kilo odaklı hale geldiği gösterilmiştir. İkinci olarak, ağır obezite grubunda metabolik komorbidite yükünün arttığı gözlenmiştir. Bu iki bulgu birlikte değerlendirildiğinde önemli bir halk sağlığı sorunu ortaya çıkmaktadır. Obezite, erken evrede büyük ölçüde fark edilmemekte; ancak klinik olarak görünür hale geldiğinde metabolik komplikasyonlar halihazırda belirginleşmiş olmaktadır.

Başvuru nedeni ne olursa olsun antropometrik ölçümlerin sistematik olarak değerlendirilmesi ve özellikle hafif obezite grubunda aktif metabolik risk taramasının yapılması, uzun vadeli kardiyometabolik yükün azaltılması açısından kritik öneme sahiptir. Adolesan sağlığı politikalarında erken evre obezitenin erken dönemde aktif olarak taranması yaklaşımının benimsenmesi, yalnızca bireysel değil, toplumsal düzeyde de anlamlı kazanımlar sağlayacaktır.

Kaynaklar

1. World Health Organization. *Adolescent health*. World Health Organization International. Erişim: Şubat 15, 2026, https://www.who.int/health-topics/adolescent-health#tab=tab_1
2. De Ferranti, S. D., Steinberger, J., Ameduri, R., Baker, A., Gooding, H., Kelly, A. S., ... & Zaidi, A. N. (2019). Cardiovascular risk reduction in high-risk pediatric patients: a scientific statement from the American Heart Association. *Circulation*, *139*(13), e603-e634.
3. American Academy of Pediatrics. (2017). *Bright futures guidelines for health supervision of infants, children, and adolescents*. American Academy of Pediatrics.
4. Neyzi O, Bundak R, Gökçay G, Günöz H, Furman A, Darendeliler F, Baş F. Reference values for weight, height, head circumference, and body mass index in Turkish children. *J Clin Res Pediatr Endocrinol* 2015;7(4):280-93. (PubMed ID: 26777039)



Yoğun Menstrual Kanaması Olan Ergenlerde Fizyolojik Anovülasyon ve von Willebrand Hastalığı Klinik ve Laboratuvar Özelliklerinin Karşılaştırılması

Melis Pehlivan Türk Kızılkın, Nur Mutlu, Tekin Aksu, Selin Aytaç, Sinem Akgül

Giriş: Ergenlerde yoğun menstrual kanamanın (YMK) en sık nedeni fizyolojik anovülasyon olsa da, kanama diyatezlerinden ayrımı zor olabilir. Kanama diyatezleri içerisinde en sık von Willebrand hastalığı (vWH) YMK ile tanı almakla birlikte, bu iki durumun ayrımında yol gösterebilecek parametreler ve yönergeler kesin değildir. Bu çalışmada YMK ile başvuran ergenlerde fizyolojik anovülasyonla vWH'nin klinik ve laboratuvar özelliklerinin karşılaştırması hedeflenmiştir.

Yöntem: Mayıs 2022 ve Eylül 2025 arasında YMK ile ergen sağlığı kliniğine başvuran ve altta yatan diğer etiyolojiler dışlandıktan sonra fizyolojik anovülasyon tanısı alan 63 ergenin (11-18 yaş) verileri prospektif olarak toplandı. Aynı tarihler arasında YMK sonrası vWH tanısı almış (vWF antijen < 50 IU) 23 ergenin verilerine retrospektif olarak ulaşıldı. Menstrual özellikler, kanama öyküsü (epistaksis, diş eti kanaması, kolay morarma, aile öyküsü cerrahi sonrası kanama), laboratuvar verileri ve Uluslararası Tromboz ve Hemostaz Derneği-Kanama Değerlendirme Aracı (ISTH-BAT) menoraji skorlarıyla iki grup karşılaştırıldı.

Bulgular: Her iki grubun menarş yaşı, adet süresi ve adet sıklığı arasında anlamlı fark bulunamadı. Ortalama günlük ped sayısı (8.2 ± 3.2 ve 6.0 ± 2.6 , $p < 0.001$), 2 saatte pedin dolması (%65,2 ve %36,5, $p = 0,018$), büyük pıhtı düşürme (%43,5 ve %17,5, $p = 0,042$), menarştan beri YMK öyküsü (%35,2 ve %12,1, $p = 0,016$) vWH grubunda daha fazla saptandı. Kanama öyküsü iki grup arasında benzerdi, sadece epistaksis fizyolojik anovülasyon grubunda daha yüksekti ($p = 0,017$). ISTH-BAT menoraji skoru vWH grubunda daha yüksek bulundu ($p = 0,034$). Laboratuvar parametreleri arasında fizyolojik anovülasyon grubunda başvuru medyan hemoglobin (12.3 ve 13.3 g/dl $p = 0,017$), aPTT (26.1 ve 27.7 $p < 0,001$) ve in vitro kanama zamanları (kollajen/adp 120 ve 155 , $p < 0,001$) daha düşük, demir bağlama kapasitesi ($p < 0,001$) daha yüksek saptandı, ferritin ve transferrin saturasyonu benzerdi.

Sonuç: vWH'nin klinik spektrumunu oldukça genişletir ve hafif klinik seyirli olgularda tanı koymak zorlaşmaktadır. YMK ayırıcı tanısında, ayrıntılı menstrual öykü, tanıya yönlendiren en önemli basamaktır. Kanama diyatezi düşündürülen belirgin bir öykü olmasa bile, menarştan beri devam eden YMK ve yüksek ISTH-BAT menoraji skorlarının varlığında vWH paneliyle değerlendirme düşünülmelidir.



Ergenlerin Yeme Tutumlarının Değerlendirilmesi ve İlişkili Faktörlerin Araştırılması

Mücahit Fidan¹ , Aysin Yetim Şahin^{1,2} , Melike Tuğrul Aksakal^{1,2} , Firdevs Baş^{1,3} , İbrahim Kandemir⁴ , Özlem Köksal⁵

¹İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ergen Sağlığı Doktora programı

²İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Ergen Sağlığı Bilim Dalı

³İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Çocuk Endokrinoloji Bilim Dalı

⁴İstanbul Sağlık ve Teknoloji Üniversitesi

⁵Türkiye Sağlık Enstitüleri Başkanlığı (TÜSEB) Türkiye Anne, Çocuk ve Ergen Sağlığı Enstitüsü (TAÇESE)

Giriş: Yeme bozuklukları; anormal yeme ve kilo kontrolü davranışlarıyla karakterize, yüksek mortalite riski taşıyan ciddi psikiyatrik bozukluklardır (1). Ergenlik dönemi, özellikle orta ve geç ergenlik, yeme bozukluklarının ve subklinik belirtilerinin zirve yaptığı kritik bir gelişimsel dönemdir (2). Çocuk ve ergenlerde son 50 yılda görülme sıklığının belirgin biçimde artması, bu bozuklukları önemli bir halk sağlığı sorunu haline getirmiştir (1). Küresel ölçekte, yaşam boyu yeme bozukluğu prevalansı kadınlarda %5,5–17,9, erkeklerde ise %0,6–2,4 arasında değişmektedir (3). Yeme bozukluklarının ergen ve genç erişkinlerde daha yaygın olduğu ve nokta prevalansın yaklaşık iki kat arttığı tespit edilmiştir (4). Düzensiz yeme davranışları erken yetişkinlikte klinik yeme bozukluklarına dönüşebildiğinden, erken tanı ve izlem büyük önem taşımaktadır (5). 16 ülkeden 63.181 katılımcıyı içeren 32 çalışmanın meta-analizinde, çocuk ve ergenlerin %22'sinde yeme davranışında bozukluk saptanmıştır (6). Tarama araçları erken tanı ve önleme açısından kritik öneme sahip olup, klinik ve toplum temelli çalışmalarda SCOFF, ESP, EAT, Ch-EAT ve birinci basamak ölçekleri yaygın olarak kullanılmaktadır (7).

Amaç: Bu çalışmanın amacı, ergenlerde yeme tutum bozukluğu sıklığını belirlemek; benlik saygısı, nomofobi, sosyal medya bağımlılığı ve sınav kaygısı ile ilişkisini incelemek, elde edilen bulgular doğrultusunda, halk sağlığı açısından artan öneme sahip yeme bozukluklarının önlenmesine yönelik stratejilerin geliştirilmesine katkı sağlamaktır.

Materyal-Metod: Bu çalışma 5 farklı okul türünde (düz lise, fen lisesi, meslek lisesi, imam hatip lisesi, özel lise) 311 öğrenci ile yapılmıştır. Öğrencilere, Yeme Tutum Testi Kısa Formu (26 soruluk form, Ergüney-Okumuş et al, 2020), Sosyal medya bağımlılık ölçeği (Orbatu et al, 2020), Sınav kaygısı ölçeği (Baltaş et al, 1999), Nomofobi ölçeği (20 soruluk form, Yıldırım et al. 2016), Rosenberg benlik saygısı ölçeği (Çuhadaroğlu.1986 cogepder@gmail.com) ölçekleri uygulanmış, sosyodemografik özellikler, kilo, boy bilgileri ve beslenme özelliklerine ait bilgiler de yapılandırılmış bir anket aracılığıyla katılımcılardan toplanmış, Korelasyonlar Kendall's tau test ile araştırılmıştır.

Yeme tutum bozukluğu sıklığı çalışmamızda % 19 oranında tespit edildi. Yeme tutumu en riskli imam hatiplisinde iken en az fen lisesinde idi ($p<0.001$). Orta-ağır riskli nomofobi grubunda yeme tutumu da riskliydi ($p=0.002$). Benlik saygısı düştükçe riskli yeme tutumu artıyordu ($p=0.037$), iyi uyku kalitesi azalıyordu ($p<0.001$). Sosyal medya bağımlılığı ölçeği sonuçları özel lise ve fen lisesinde diğer okullara kıyasla daha düşüktü ($p<0.001$). 4 saatin üzerinde sosyal medya kullanımı en fazla düz lisede iken en düşük fen lisesindeydi ($p=0.02$). Orta/ağır nomofobi meslek lisesinde en fazlayken en düşük fen lisesindeydi ($p=0.003$). Uyku süresi özel lise ve imam hatip lisesinde 8 saatten fazlayken diğer liselerde en fazla 6-8 saat idi ($p<0.001$). Yüksek sınav kaygısı en fazla meslek lisesindeyken imam hatipte en azdı ($p=0.003$). Düşük benlik saygısı olan gençlerde sınav kaygısı anlamlı derecede yüksekti ($p<0.001$). Yüksek rosenberg benlik saygısı en fazla meslek lisesindeyken en az imam hatip lisesindeydi ($p=0.022$).

Bu çalışmada riskli yeme tutumu ile ilişkili etmenler çok değişkenli binomiyal lojistik regresyon analizi ile değerlendirilmiştir.

Analiz sonuçları, okul türü, sosyal medya bağımlılığı ve benlik saygısının riskli yeme tutumunun ortaya çıkışında anlamlı ve belirleyici faktörler olduğunu göstermiştir.

Buna karşılık VKİ-SDS ve cinsiyet, diğer değişkenler kontrol edildiğinde riskli yeme tutumu açısından bağımsız risk faktörleri olarak saptanmamıştır. Sosyal medya bağımlılığı puanındaki her 1 puanlık artışın riskli yeme tutumu olasılığını 1,06 kat artırdığı; benlik saygısındaki her 1 birimlik azalmanın ise bu riski 1,08 kat yükselttiği belirlenmiştir.

Okul türleri açısından değerlendirildiğinde, meslek liseleri ve imam hatip liselerinde riskli yeme tutumu riskinin daha yüksek olduğu, buna karşılık düz liseler, özel liseler ve fen liselerinde bu riskin görece daha düşük olduğu ortaya konmuştur.

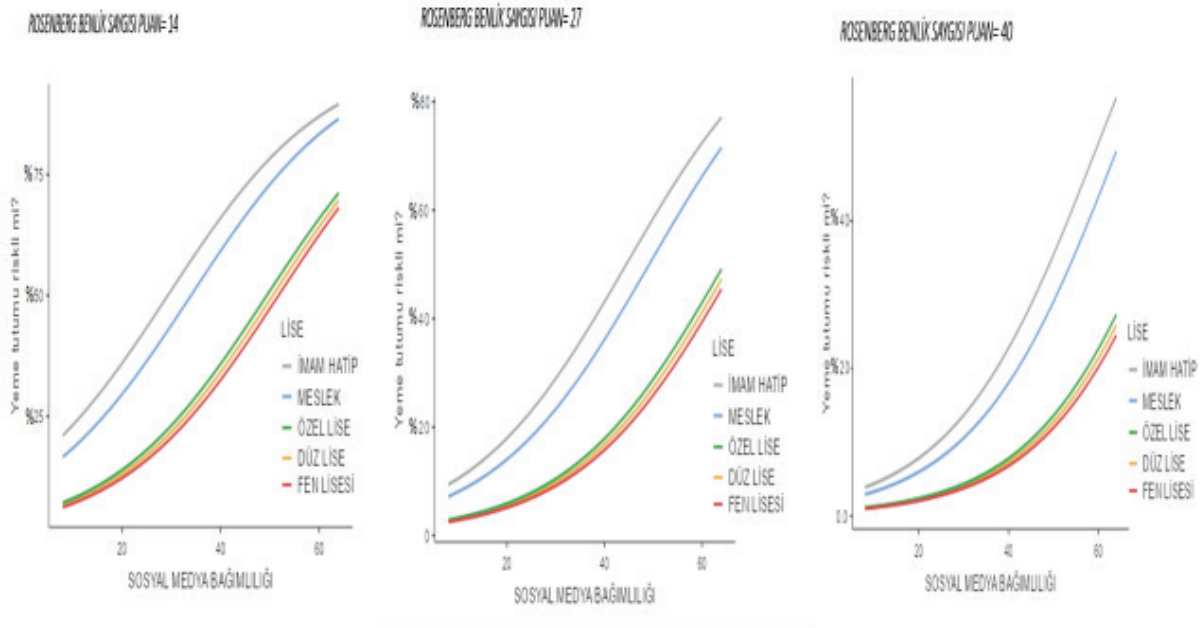


Yeme tutumu riskli mi?	<u>Counts</u>	% of Total	<u>Cumulative %</u>
RİKSİZ	252	81.0%	81.0%
RİSKLİ	59	19.0%	100.0%

NOMOFOBİ	<u>Counts</u>	% of Total	<u>Cumulative %</u>
<u>yok</u>	3	1.0%	1.0%
<u>hafif</u>	109	35.0%	36.0%
<u>orta</u>	170	54.7%	90.7%
<u>aşırı</u>	29	9.3%	100.0%

ROSENBERG BENLİK SAYGISI	<u>Counts</u>	% of Total	<u>Cumulative %</u>
<u>düşük</u>	24	7.7%	7.7%
<u>orta</u>	182	58.5%	66.2%
<u>yüksek</u>	105	33.8%	100.0%

SINAV KAYGISI	<u>Counts</u>	% of Total	<u>Cumulative %</u>
<u>düşük</u>	29	9.3%	9.3%
<u>orta</u>	214	68.8%	78.1%
<u>yüksek</u>	68	21.9%	100.0%



Sonuç: Bu çalışmada yeme tutum bozukluğu sıklığının cinsiyet ve VKİ ile anlamlı bir ilişki göstermediği, buna karşın sosyal medya bağımlılığı ve düşük benlik saygısı ile güçlü biçimde ilişkili olduğu saptanmıştır. Akademik başarının ve bireysel ilginin daha yüksek olduğu okul türlerinde yeme tutum bozukluğu sıklığının görece düşük; sosyoekonomik dezavantajın belirgin olduğu okul türlerinde ise daha yüksek bulunması, ergenlerde yeme tutum bozukluklarının büyük ölçüde psikososyal ve çevresel etmenlerle ilişkili olduğunu göstermektedir.

Referanslar:

1. Treasure J, Duarte TA, Schmidt U. Eating disorders. *Lancet*. 2020;395(10227):899-911
2. Stice E, Marti CN, Rohde P. Prevalence, incidence, impairment, and course of the proposed DSM-5 eating disorder diagnoses in an 8-year prospective community study of young women. *J Abnorm Psychol*. 2013;122(2):445-457.
3. Yasmina Silén, Anna Keski-Rahkonen. Worldwide prevalence of DSM-5 eating disorders among young people, Current opinion in Psychiatry 2022 Nov 1;35(6):362-371.
4. Galmiche M, Déchelotte P, Lambert G, Tavolacci MP. Prevalance of eating disorders over the 2000-2018 period: a systematic literature review. *Am J Clin Nutr* 2019; 109:1402.
5. Toni G, Berioli MG, Cerquiglini L, et al. Eating Disorders and Disordered Eating Symptoms in Adolescents with Type 1 Diabetes. *Nutrients*. 2017;9(8):906. Published 2017 Aug 19. doi:10.3390/nu9080906
6. López-Gil JF, García-Hermoso A, Smith L, Firth J, Trott M, Mesas AE, et al. Global Proportion of Disordered Eating in Children and Adolescents A Systematic Review and Meta-analysis *JAMA Pediatr*. 2023;177(4):363-372.
7. Guarda A, MD. Eating disorders: Overview of epidemiology, clinical features, and diagnosis. Uptodate. Literature review current through: Dec 2025. This topic last updated: Dec 19, 2025.



Adölesanlarda İklim Değişikliği Kaygısının Çevreci Davranışlara Etkisinde Başa Çıkma Öz-Yeterliliğinin Rolü

Zeynep İzem Peker Bulęan¹, Dilek Orbatu¹, Çağla Özbakır¹, Yasemin Tulun¹, Gülcan Çetinkol¹, Emine Gök², Begüm Güler³, Sibel Özgür Vatansever⁴

¹S.B.Ü.İzmir Dr. Behçet Uz Çocuk Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Genel Pediatri Kliniği

²S.B.Ü.İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği

³S.B.Ü.İzmir Demokrasi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Halk Sağlığı Hemşireliği

⁴S.B.Ü.İzmir Dr. Behçet Uz Çocuk Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikologu ,Aile Danışmanı

Giriş: İklim değişikliği, günümüzde yalnızca ekolojik sistemleri tehdit eden bir çevresel kriz olmanın ötesinde, özellikle genç nüfus için giderek artan bir psikososyal stres kaynağı olarak tanımlanmaktadır. Bu bağlamda ortaya çıkan iklim değişikliği kaygısı (eko-anksiyete), adölesanların ruh sağlığı, geleceğe yönelik beklentileri ve davranışsal yönelimleri üzerinde önemli etkiler yaratmaktadır. Adölesan dönemi, kimlik gelişimi, geleceğe yönelik planlama ve değer sistemlerinin şekillendiği kritik bir dönem olması nedeniyle, iklim değişikliğine ilişkin algı ve kaygıların bu yaşı grubunda daha yoğun yaşıandığı bildirilmektedir.

Son yıllarda yapılan çalışmalar, eko-anksiyetenin depresyon, genel anksiyete ve umutsuzluk gibi olumsuz psikolojik çıktılarla ilişkili olduğunu göstermektedir. Bununla birlikte, eko-anksiyetenin yalnızca patolojik bir süreç olmadığı; belirli koşullarda çevreye duyarlılığı artıran ve çevreci davranışları motive eden bir uyarıcı rol de üstlenebileceği ileri sürülmektedir. Bu durum, eko-anksiyetenin “maladaptif” ve “adaptif” bileşenleri olan çift yönlü bir yapı taşıdığını düşündürmektedir.

Ancak mevcut literatürde, eko-anksiyetenin çevreci davranışlara hangi mekanizmalar aracılığıyla dönüştüğü ve bu dönüşümde bireysel psikolojik kaynakların rolü yeterince açıklığa kavuşturulamamıştır. Özellikle stresle başa çıkma kapasitesini ifade eden başa çıkma öz-yeterliliği, bireyin stres verici durumlar karşısında etkili stratejiler geliştirebilme inancını yansıtan önemli bir psikolojik değişkendir. Yüksek başa çıkma öz-yeterliliğine sahip bireylerin stresli durumları daha yönetilebilir algıladığı ve daha aktif başa çıkma stratejileri geliştirdiği bilinmektedir.

Bu bağlamda, eko-anksiyetenin çevreci davranışlara dönüşümünde başa çıkma öz-yeterliliğinin kritik bir psikolojik aracı olabileceği düşünülmektedir. Ancak adölesan popülasyonda bu ilişkiyi inceleyen çalışmalar oldukça sınırlıdır. Bu nedenle, eko-anksiyetenin davranışsal çıktılarının anlaşılması, hem adölesan ruh sağlığının korunması hem de sürdürülebilir çevresel davranışların geliştirilmesi açısından önemli bir araştırma alanı oluşturmaktadır.

Amaç ve Yöntem: Bu çalışmanın amacı, adölesanlarda iklim değişikliği kaygısı ile çevreci davranışlar arasındaki ilişkide başa çıkma öz-yeterliliğinin aracı rolünü incelemektir.

Araştırma kesitsel ve tanımlayıcı-ilişkisel tasarımda planlanmıştır. Çalışma, S.B.Ü. İzmir Dr. Behçet Uz Çocuk Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi adölesan polikliniğine başvuran 10–20 yaşı aralığındaki 170 adölesan ile yürütülmüştür. Katılımcılar gönüllülük esasına göre çalışmaya dahil edilmiş ve veriler yüz yüze görüşme yöntemi ile toplanmıştır. Veri toplama sürecinde sosyodemografik veri formu ile birlikte eko-anksiyete düzeylerini, başa çıkma öz-yeterliliğini ve çevreci davranışları değerlendiren ölçekler kullanılmıştır. Verilerin analizinde IBM SPSS Statistics for Windows, Version 26.0 programı kullanılmıştır. Tanımlayıcı istatistikler sayı, yüzde, ortalama ve standart sapma olarak sunulmuştur. Değişkenler arasındaki ilişkiler Pearson korelasyon analizi ile değerlendirilmiştir.

Eko-anksiyete ile çevreci davranışlar arasındaki ilişkide başa çıkma öz-yeterliliğinin aracı rolü, PROCESS makrosu (Model 4) kullanılarak test edilmiştir. Analizde 5000 bootstrap örnekleme uygulanmış ve dolaylı etkilerin anlamlılığı %95 güven aralıkları üzerinden değerlendirilmiştir. İstatistiksel anlamlılık düzeyi $p < 0,05$ olarak kabul edilmiştir. Bu yaklaşım, değişkenler arasındaki doğrudan ve dolaylı etkilerin aynı model içerisinde değerlendirilmesine olanak sağlamaktadır.



Bulgular: Çalışmaya katılan adölesanların %57,6'sı kız, %61,8'i lise öğrencisi ve %47,6'sı büyükşehirde yaşamaktadır.

Korelasyon analizine göre, eko-anksiyete ile başa çıkma öz-yeterliliği arasında istatistiksel olarak anlamlı ve negatif yönde bir ilişki saptanmıştır ($p < 0,05$). Bu bulgu, iklim değişikliği kaygısı arttıkça bireylerin başa çıkma kapasitelerine ilişkin algılarının azaldığını düşündürmektedir. Buna karşılık, başa çıkma öz-yeterliliği ile çevreci davranışlar arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p < 0,05$). Bu durum, yüksek başa çıkma öz-yeterliliğine sahip adölesanların çevreye yönelik daha aktif ve sorumlu davranışlar sergilediğini göstermektedir. Eko-anksiyete ile çevreci davranışlar arasında doğrudan anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p > 0,05$). Bu bulgu, eko-anksiyetenin tek başına çevreci davranışları tetikleyen bir faktör olmadığını göstermektedir.

Aracılık analizi sonuçları, başa çıkma öz-yeterliliğinin eko-anksiyete ile çevreci davranışlar arasındaki ilişkide dolaylı etkisinin istatistiksel olarak anlamlı olmadığını ortaya koymuştur. Bununla birlikte, başa çıkma öz-yeterliliği modele dahil edildiğinde, eko-anksiyetenin çevreci davranışlar üzerindeki doğrudan etkisinin anlamlı hale geldiği belirlenmiştir. Bu bulgu, başa çıkma öz-yeterliliğinin klasik anlamda bir aracı değişken olmasa da, modelin açıklayıcılığını artıran ve ilişkilerin yönünü şekillendiren önemli bir psikolojik faktör olduğunu düşündürmektedir.

Tartışma: Bu çalışma, adölesanlarda eko-anksiyetenin çevreci davranışlara doğrudan dönüşmediğini, bu sürecin bireysel psikolojik kaynaklar tarafından şekillendiğini göstermektedir.

Elde edilen bulgular, eko-anksiyetenin tek başına davranışsal değişimi tetiklemek için yeterli olmadığını, ancak uygun psikolojik kaynaklar mevcut olduğunda davranışa dönüştürülebileceğini ortaya koymaktadır. Bu durum, eko-anksiyetenin "motivasyonel potansiyel" taşıyan ancak bu potansiyelin ortaya çıkması için düzenleyici mekanizmalara ihtiyaç duyan bir yapı olduğunu düşündürmektedir.

Başa çıkma öz-yeterliliği ile çevreci davranışlar arasındaki pozitif ilişki, bireyin stresle başa çıkma kapasitesinin davranışsal çıktılar üzerinde belirleyici bir rol oynadığını göstermektedir. Yüksek öz-yeterlilik düzeyine sahip bireyler, çevresel sorunları yönetilebilir olarak algılayarak daha aktif ve çözüm odaklı davranışlar geliştirebilmektedir.

Eko-anksiyete ile başa çıkma öz-yeterliliği arasındaki negatif ilişki ise, yüksek kaygı düzeylerinin bireylerin kendilerini yetersiz hissetmesine yol açabileceğini ve bu durumun davranışsal aktivasyonu sınırlayabileceğini düşündürmektedir. Aracılık analizinde dolaylı etkinin anlamlı bulunmaması, başa çıkma öz-yeterliliğinin klasik bir aracı değişken olmadığını; bunun yerine eko-anksiyetenin davranışsal çıktılar üzerindeki etkisini şekillendiren bir düzenleyici veya güçlendirici faktör olabileceğini göstermektedir.

Bu bulgular, eko-anksiyetenin davranışsal sonuçlarının yalnızca kaygı düzeyine bağlı olmadığını, aynı zamanda bireyin bu kaygı ile başa çıkabilme kapasitesi ile yakından ilişkili olduğunu ortaya koymaktadır.

Sonuç: Bu çalışma, adölesanlarda iklim değişikliği kaygısının tek başına çevreci davranışlara dönüşmediğini; bu dönüşümün bireysel psikolojik kaynaklar, özellikle de başa çıkma öz-yeterliliği tarafından şekillendiğini göstermektedir. Bulgular, eko-anksiyetenin davranışsal çıktılarının yalnızca duygusal yoğunlukla değil, bireyin bu duyguları yönetebilme kapasitesiyle ilişkili olduğunu ortaya koymaktadır. Bu doğrultuda, adölesanlara yönelik müdahalelerin yalnızca çevresel farkındalığı artırmaya değil, aynı zamanda başa çıkma becerilerini güçlendirmeye odaklanması gerektiği söylenebilir.

Sonuç olarak, başa çıkma öz-yeterliliğini destekleyen psikososyal müdahaleler, hem adölesan ruh sağlığının korunmasına hem de sürdürülebilir çevreci davranışların geliştirilmesine önemli katkılar sağlayabilir.

Anahtar Kelimeler: Başa çıkma öz-yeterliliği , çevreci davranışlar , iklim değişikliği kaygısı

**Engeli Olan Çocukların Sağlık Hizmetlerine Erişiminde Yapısal Engeller: Paralel Karma Yöntemli Bir Çalışma****Zeynep İzem Peker Bulğan¹** , Dilek Orbatu¹ , Emine Gök² , Gül Ertem³ , Begüm Güler⁴¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi İzmir Tıp Fakültesi Dr. Behçet Uz Çocuk Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Genel Pediatri Kliniği²İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi³Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı⁴İzmir Demokrasi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Halk Sağlığı Hemşireliği

Giriş: Çocukların sağlık hakkı; yaşam, gelişim ve katılım haklarıyla bütünleşik, bölünmez bir insan hakkıdır ve Birleşmiş Milletler Çocuk Hakları Sözleşmesi başta olmak üzere uluslararası düzenlemelerle güvence altına alınmıştır. Engeli olan çocukların sağlık hizmetlerine eşit, erişilebilir ve ayrımcılıktan uzak biçimde ulaşabilmesi, hak temelli sağlık sistemlerinin temel göstergelerinden biridir. Ancak birçok ülkede olduğu gibi Türkiye’de de fiziksel, iletişimsel ve yapısal engeller bu hakkın etkin kullanımını sınırlamaktadır.

Amaç ve Yöntem: Bu çalışmanın amacı, engeli olan çocukların sağlık hizmetlerine erişiminde karşılaşılan yapısal engelleri nicel göstergeler ve nitel deneyimler aracılığıyla bütüncül ve hak temelli bir perspektifle değerlendirmektir. Araştırma paralel karma yöntem deseninde yürütülmüştür. Nicel örneklem, İzmir’de yaşayan ve amaçlı örnekleme yöntemiyle seçilen 70 engeli olan çocuktan oluşmuştur. Nitel boyutta ise 10 çocuk ile derinlemesine yarı yapılandırılmış görüşmeler gerçekleştirilmiştir. Nicel veriler sosyodemografik bilgi formu, Child Health Questionnaire (CHQ-PF50) ve WHO Disability Assessment Schedule (WHODAS 2.0) uyarlamaları kullanılarak toplanmıştır. Nicel veriler IBM SPSS Statistics for Windows, Version 26.0 yazılımı ile betimleyici ve çok değişkenli analizler kullanılarak değerlendirilmiştir. Nitel veriler NVivo programı aracılığıyla tematik analiz yöntemiyle analiz edilmiştir.

Bulgular:**1. Demografik Profil****Tablo 1. Engeli Olan Çocuğa İlişkin Demografik Profil**

		Sayı	Yüzde
Yaş	12-17 yaş	39	55,7
	3-5 yaş	2	2,9
	6-11 yaş	29	41,4
Cinsiyet	Oğlan	45	64,3
	Kız	25	35,7
Hangi ilçede yaşıyorsunuz	Bayındır	6	8,6
	Bornova	5	7,1
	Karabağlar	10	14,3
	Torbalı	49	70,0
Engel durumunuz	Görme	10	14,3
	İşitme	17	24,3
	Ortopedik	16	22,9
	Zihinsel	27	38,6
Hanenizde özel gereksinimli başka çocuk var mı	Evet birden fazla özel gereksinimli çocuk	11	15,7
	Hayır sadece bir çocuk	59	84,3

Araştırmaya dahil olan çocukların yaş dağılımı incelendiğinde, çocukların %55,7’sinin 12-17 yaş arasında olduğu, %41,4’inin ile 6-11 yaş aralığında olduğu, en düşük katılımın ise %2,9 ile 3-5 yaş grubunda olduğu tespit edildi. Cinsiyet dağılımı incelendiğinde, katılımcıların çoğunluğunu erkek çocuklar (%64,3) oluştururken, kız çocukların oranı %35,7’dir. Yerleşim yeri dağılımı incelendiğinde, katılımcıların büyük bir kısmının Torbalı ilçesinde ikamet ettiği (%70,0)



görülmektedir. Diğer ilçelerdeki oranlar görece daha düşük olup, Karabağlar %14,3, Bayındır %8,6 ve Bornova %7,1 şeklinde dağılmaktadır. Engel durumu değişkeni açısından incelendiğinde, en yüksek oran zihinsel engeli olan çocuklara aittir (%38,6). Bunu sırasıyla işitme engeli (%24,3), ortopedik engel (%22,9) ve görme engeli (%14,3) takip etmektedir. Son olarak, hanelerde özel gereksinimli başka çocuk bulunma durumu incelendiğinde, katılımcıların büyük çoğunluğu (%84,3) hanelerinde sadece bir özel gereksinimli çocuğun bulunduğunu ifade etmiştir. Buna karşılık, hanelerinde birden fazla özel gereksinimli çocuk bulunduğunu ifade edenlerin oranı %15,7'dir.

Tablo 2. Bakım Verenlere İlişkin Demografik Profil

		Sayı	Yüzde
Yaş	35 yaş ve altı	24	34,3
	36-45 yaş	34	48,6
	46 yaş ve üzeri	12	17,1
Cinsiyet	Erkek	6	8,6
	Kadın	64	91,4
Medeni durum	Bekar	2	2,9
	Boşanmış/ dul/ ayrı	9	12,9
	Evli	59	84,3
Eğitim durumu	İlkokul/ ortaokul	49	70,0
	Lise	13	18,6
	Üniversite ve üzeri	8	11,4
Ailenin aylık geliri	Asgari ücret ve altı	41	58,6
	Asgari ücret- 2 katı arası	26	37,1
	2- katı - 4 katı arası	3	4,3
Çocuğunuzun durumu nedeniyle ekonomik zorluk yaşama	Evet	64	91,4
	Hayır	6	8,6
Çocuğunuzun durumu nedeniyle çalışmayı bırakma	Evet	37	52,9
	Hayır	33	47,1
Evde bakım veriyor musunuz	Evet, haftada 10 saatten az	26	37,1
	Evet, haftada 10 saatten fazla	38	54,3
	Hayır	6	8,6

Engelli çocuğuna bakım veren katılımcıların demografik özellikleri incelenmiştir. Bakım verenlerin demografik özelliklerine dair bilgilere göre, katılımcıların %48,6'sını 36-45 yaş grubu oluşturmakta iken, %34,3'ünü ile 35 yaş ve altı, %17,1'ini ile 46 yaş ve üzerinde olduğu tespit edildi. Engelli çocuklarına bakım verenlerin çok büyük çoğunluğunu kadınlar (%91,4) oluşturmaktadır. Medeni durum açısından incelendiğinde, katılımcıların %84,3'ü evli, %12,9'u boşanmış/dul/ayrı, %2,9'u ise bekâr olduğunu belirtmiştir. Eğitim durumu sonuçlarına göre, bakım verenlerin çoğunluğu ilkokul/ortaokul mezunudur (%70,0). Lise mezunlarının oranı %18,6 iken, üniversite ve üzeri eğitim düzeyine sahip olanlar yalnızca %11,4'tür. Ailenin aylık gelir dağılımı incelendiğinde, katılımcıların çoğunluğunun asgari ücret ve altında (%58,6) gelire yaşadığı tespit edilmiştir. Asgari ücret ile iki katı arasında gelire sahip olanlar %37,1 iken, 2-4 katı arasında geliri olanların oranı sadece %4,3'tür. Ekonomik koşullarla ilişkili olarak katılımcıların asgari ücret ve altında gelirinin olduğu göz önünde bulundurulduğunda, çok büyük bir bölümü (%91,4) çocuğun durumu nedeniyle ekonomik zorluk yaşadığını ifade etmiştir. Ayrıca %52,9'u bu nedenle çalışmayı bırakmak zorunda kaldığını belirtmiştir. Son olarak, bakım verme süresi incelendiğinde, katılımcıların %54,3'ü haftada 10 saatten fazla bakım verdiğini bildirmiştir. %37,1'i haftada 10 saatten az bakım verdiğini, %8,6'sı ise hiç bakım vermediğini ifade etmiştir.

Genel olarak bu bölümde araştırmaya katılan çocukların demografik dağılımı, sağlık hakkına erişimde karşılaşılan yapısal eşitsizliklerin hangi gruplarda daha yoğunlaşabileceğine dair önemli ipuçları sunmaktadır. Katılımcı çocukların yarıdan fazlasının (%55,7) 12-17 yaş grubunda yer alması, ergenlik dönemindeki engeli olan çocukların sağlık sistemindeki



deneyimlerinin ön plana çıktığını göstermektedir. Bu yaş grubunun sağlık hizmetlerine erişimi, yalnızca rutin sağlık kontrollerini değil, aynı zamanda ergenlik dönemiyle ilişkili özel ihtiyaçları (ör. **üreme** sağlığı, ruh sağlığı hizmetleri) de kapsadığından, bulgu politika açısından kritik bir vurguya işaret etmektedir. Buna karşın 3–5 yaş grubundaki düşük temsil (%2,9), erken çocukluk döneminde sağlık hizmetlerine erişimde görünürlük sorununa işaret etmektedir. Oysa erken tanı ve rehabilitasyon hizmetleri engeli olan çocukların gelişimsel potansiyelleri açısından belirleyici rol oynamaktadır.

Engel türleri incelendiğinde, en yüksek oranı zihinsel engeli olan çocuklar (%38,6) oluşturmaktadır. Bu bulgu, sağlık sisteminde zihinsel engelli çocukların özgül ihtiyaçlarının en kritik alanlardan biri olduğunu ortaya koymaktadır. Zihinsel engel grubunu, işitme (%24,3), ortopedik (%22,9) ve görme engeli (%14,3) takip etmektedir. Engel türlerindeki bu dağılım, sağlık hizmetlerinin çeşitlendirilmesi ve farklı engel türlerine uygun hizmet modellerinin geliştirilmesi gerektiğini göstermektedir. Ayrıca, hanelerin %15,7'sinde birden fazla engeli olan çocuk bulunması, bakım yükünün hane düzeyinde yoğunlaştığını ve ailelerin sosyoekonomik kırılganlıklarının arttığını ortaya koymaktadır.

Bakım verenlerin demografik özellikleri, sağlık hakkına erişimde toplumsal cinsiyet temelli eşitsizliklerin belirginliğini göstermektedir. Katılımcıların %91,4'ünün kadın olması, engeli olan çocukların bakım sorumluluğunun büyük ölçüde anneler veya kadın aile bireyleri tarafından üstlenildiğini ortaya koymaktadır. Bu durum, kadınların işgücüne katılımını sınırlandırmakta ve sağlık hakkını toplumsal cinsiyet boyutuyla doğrudan ilişkilendirmektedir. Nitekim katılımcıların %52,9'unun çocuğunun durumu nedeniyle çalışmayı bırakmak zorunda kalması, engellilik ile toplumsal cinsiyet eşitsizliklerinin nasıl kesiştiğini açıkça ortaya koymaktadır.

Eğitim durumu açısından bakım verenlerin çoğunluğunun (%70) ilkökul/ortaokul mezunu olması, sağlık okuryazarlığı düzeyinin sınırlı olabileceğine işaret etmektedir. Üniversite ve üzeri eğitime sahip olanların oranı %11,4 ile oldukça düşüktür. Ayrıca, ailelerin %58,6'sının asgari ücret ve altında gelire yaşamını sürdürmesi, çocukların sağlık hakkına erişiminde ekonomik engellerin belirleyici olduğunu göstermektedir. Yine %91,4'ünün çocuğunun durumu nedeniyle ekonomik zorluk yaşadığını belirtmesi, engelli çocukların ailelerinin sosyoekonomik dezavantajlarını yapısal bir sorun olarak görünür kılmaktadır.

Bakım yükü açısından, katılımcıların %54,3'ü haftada 10 saatten fazla bakım verdiğini bildirmiştir. Bu durum, bakım sorumluluğunun ailelerin zamanını ve emeğini yoğun biçimde tükettiğini ve çoğu zaman profesyonel destek mekanizmalarının yetersizliğini ortaya koymaktadır. Aile içi bakımın sürekliliği, sağlık hizmetlerine erişim hakkının ailelerin bireysel çabalarıyla sınırlı kalmaması gerektiğini; aksine kurumsal desteklerin, sosyal hizmetlerin ve yerel yönetimlerin bu yükü hafifletici politikalar geliştirmesi gerektiğini göstermektedir.

Sonuç olarak, demografik bulgular engeli olan çocukların sağlık hakkına erişiminde yaş, cinsiyet, engel türü ve sosyoekonomik durum eksenlerinde kesişimsel eşitsizliklerin yoğunlaştığını ortaya koymaktadır. Çocukların yaş dağılımı, kız çocuklarının görece görünmezliği, zihinsel engelli çocukların yüksek oranı, düşük gelir ve düşük eğitim düzeyine sahip ailelerin ağırlığı ile kadınların bakım yükünün orantısız şekilde artması, sağlık hizmetlerinin yalnızca tıbbi değil, aynı zamanda sosyal politika boyutunda da yeniden ele alınmasını gerektirmektedir. Bu bağlamda, engeli olan çocukların sağlık hakkının güçlendirilmesi için yapısal eşitsizlikleri azaltacak ve bakım yükünü paylaşacak hak temelli, kapsayıcı ve bütüncül politikaların geliştirilmesi önemlidir.

2. Engeli Olan Çocukların Sağlık Kuruluşlarına Erişim ve Hizmet Deneyimleri

Tablo 3. Engeli Olan Çocukların Sağlık Kuruluşlarına Erişim ve Hizmet Deneyimleri

	Kesinlikle katılmıyorum		Katılmıyorum		Kararsızım		Katılıyorum		Kesinlikle katılıyorum	
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
İhtiyaç duyduğum hizmetler sağlık kuruluşlarında sunulmaktadır.	2	2,9	20	28,6	6	8,6	41	58,6	1	1,4
Sağlık kuruluşlarının evime olan uzaklığı uygundur.	17	24,3	42	60,0	6	8,6	5	7,1		



Sağlık kuruluşlarına uygun sürede ulaşabiliyorum.	18	25,7	40	57,1	6	8,6	6	8,6		
Sağlık kuruluşlarına kolaylıkla gidebiliyorum.	17	24,3	38	54,3	7	10,0	8	11,4		
İhtiyaç duyduğum sağlık hizmetlerini sağlık kuruluşlarından alabilmekteyim.	3	4,3	20	28,6	11	15,7	36	51,4		
Sağlık personeli, ihtiyaçlarımı karşılamak için gerekli bilgi ve beceriye sahiptir.	9	12,9	28	40,0	6	8,6	27	38,6		
Sağlık kuruluşlarında sunulan hizmetlerin kalitesi yeterlidir.	8	11,4	22	31,4	16	22,9	24	34,3		
Sağlık personeli, benim ihtiyacım olan bilgi kaynaklarını benim için kullanır.	5	7,1	27	38,6	13	18,6	25	35,7		
Sağlık personeli beni dikkate dinler.	13	18,6	26	37,1	3	4,3	28	40,0		
Sağlık çalışanları bana yeterli zamanı ayırır.	13	18,6	24	34,3	7	10,0	26	37,1		
Sağlıkla ilgili durumumla ilgili tedavi ekibinin (doktor, hemşire, ebe vb.) açıklamalarına güvenirim.	2	2,9	16	22,9	16	22,9	35	50,0	1	1,4
Benimle aynı cinsiyette olan sağlık personelinden hizmet alma isteğim dikkate alınır.	4	5,7	12	17,1	36	51,4	18	25,7		
Sağlık çalışanları genellikle saygılıdır.	4	5,7	25	35,7	14	20,0	27	38,6		
Kamu sağlık kuruluşlarındaki çalışma saatleri, ihtiyaç aldığım hizmet için uygundur.	19	27,1	40	57,1			11	15,7		
Sağlık kuruluşlarının fiziksel özellikleri ihtiyaç duyduğum hizmet için uygundur.	9	12,9	30	42,9	12	17,1	17	24,3	2	2,9
Sağlık kuruluşlarında tekerlekli sandalye gibi araçlara kolaylıkla ulaşabilirim.	10	14,3	23	32,9	21	30,0	14	20,0	2	2,9
Sağlık personeli tarafından bana verilen eğitimleri anlayabiliyorum.	10	14,3	18	25,7	5	7,1	36	51,4	1	1,4
İhtiyaca ilgili bilgiler, sağlık personeli tarafından anlaşılır bir şekilde verilmektedir.	18	25,7	18	25,7	2	2,9	31	44,3	1	1,4
Sağlık çalışanlarıyla iletişimim yeterlidir.	15	21,4	22	31,4	3	4,3	29	41,4	1	1,4



Sağlık çalışanları, ihtiyacımada dair verdikleri bilgiyi benim anlayacağım emin olmaya çalışırlar.	21	30,0	18	25,7	5	7,1	25	35,7	1	1,4
Sağlık kuruluşlarından kolaylıkla randevu alabilmekteyim.	19	27,1	29	41,4	3	4,3	19	27,1		
İhtiyaç duyduğum sağlık hizmetini almak için bekleme süresi kabul edilebilir.	16	22,9	31	44,3	4	5,7	19	27,1		
Sağlık kuruluşları sosyal ve ekonomik durumumu dikkate alarak gerekli düzenlemeleri yapmıştır.	10	14,3	37	52,9	17	24,3	6	8,6		
Sağlık kuruluşlarında işaret dili tercümanı gibi araçlara kolaylıkla ulaşabilirim.	17	24,3	40	57,1	10	14,3	2	2,9	1	1,4
Sağlık kuruluşlarında karekod, sesli betimleme, sesli yönlendirme, sarı şerit gibi araçlara kolaylıkla ulaşabilirim.	22	31,4	31	44,3	6	8,6	11	15,7		
“Engelim nedeniyle sağlık kuruluşlarında diğer kişilerden farklı muamele gördüğüm oldu.	12	17,1	34	48,6	3	4,3	21	30,0		
Sağlık hizmeti alırken sosyoekonomik durumum (örneğin sigorta kartım olmaması, gelir düzeyim) nedeniyle dışlandığımı hissettiğim durumlar oldu.	2	2,9	28	40,0	10	14,3	27	38,6	3	4,3
Sağlık kuruluşlarında hizmet sırasında sıramın başkalarına verildiği veya daha fazla bekletildiğim oldu.	3	4,3	26	37,1	5	7,1	31	44,3	5	7,1
Kız/oğlan olmam nedeniyle bazı sağlık çalışanlarının bana karşı daha az dikkatli veya saygılı davrandığını hissettim.	4	5,7	28	40,0	22	31,4	15	21,4	1	1,4
Sağlık personelinin benimle yeterince ilgilenmemesinin engelimle ilgili olduğunu düşündüğüm zamanlar oldu.	6	8,6	32	45,7	10	14,3	22	31,4		
Sağlık çalışanları bana yapılacak işlemi basit ve anlaşılır bir dille anlatır.	16	22,9	22	31,4	1	1,4	31	44,3		



Tedavi ya da muayene öncesinde bana fikrim sorulur ve onayım alınır.	16	23,2	25	36,2	3	4,3	25	36,2		
Bir konuda ne hissediyorsam ya da neye ihtiyaç duyuyorsam sağlık personeline rahatça söyleyebilirim	17	24,3	20	28,6	3	4,3	30	42,9		
Sağlıkla ilgili kararlar alınırken benim görüşüm dikkate alınır.	14	20,0	22	31,4	8	11,4	26	37,1		
Sağlık çalışanları bana sorduğu soruların cevabını gerçekten duymak istiyormuş gibi davranır.	9	12,9	26	37,1	9	12,9	26	37,1		

Katılımcıların sağlık kuruluşlarına ulaşım, hizmet alma, iletişim, personel davranışları ve ayrımcılık deneyimlerine ilişkin verdikleri yanıtlar incelendiğinde, bulgular hem erişim hem de hizmet kalitesi açısından önemli yapısal sorunlara işaret etmektedir

Katılımcıların %58,6'sı ihtiyaç duydukları sağlık hizmetlerinin kuruluşlarda sunulduğunu belirtmiş, yalnızca %1,4'ü "kesinlikle katılıyorum" demiştir. Bu oranlar, hizmetlerin genel olarak mevcut olduğunu ancak güçlü bir güvence algısı oluşturmadığını göstermektedir. Benzer şekilde, %51,4'ü ihtiyaç duyduğu hizmetleri alabildiğini ifade etmiştir. Sağlık kuruluşlarının evlere olan uzaklığı, katılımcıların büyük çoğunluğu tarafından olumsuz değerlendirilmiştir; %60 "katılmıyorum", %24,3 "kesinlikle katılmıyorum" demiştir. Zamanında ulaşım da ciddi bir sorun olup, %57,1 "katılmıyorum", %25,7 "kesinlikle katılmıyorum" yanıtı verilmiştir. Aynı şekilde, "kolaylıkla gidebilirim" ifadesi de %54,3 "katılmıyorum" ile desteklenmiştir.

Fiziksel uygunluk konusunda da çoğunluk olumsuz görüş bildirmiştir: %42,9 "katılmıyorum", yalnızca %24,3 "katılıyorum". Tekerlekli sandalye gibi araçlara erişimde görüşler dağılmış, %32,9 "katılmıyorum", %20 "katılıyorum" şeklinde yanıtlanmıştır. İşaret dili tercümanına ulaşabilme oranı %57,1 "katılmıyorum" ile oldukça düşük çıkmıştır. Benzer şekilde karekod, sesli betimleme, yönlendirme ve sarı şerit gibi araçlara erişim de zayıf algılanmaktadır; %44,3 "katılmıyorum" ve %31,4 "kesinlikle katılmıyorum". Bu veriler, erişilebilirliğin hem mekânsal hem de iletişimsel boyutlarda yetersiz olduğunu ortaya koymaktadır.

Sağlık personelinin yeterliliği konusunda katılımcılar arasında belirgin bir fikir ayrılığı vardır: %40 "katılmıyorum", %38,6 "katılıyorum". Hizmet kalitesi algısı da dengelidir; %34,3 "katılıyorum", %31,4 "katılmıyorum". Sağlık personelinin bilgi kaynaklarını çocukların ihtiyaçları için kullanma oranı da tartışmalıdır; %38,6 "katılmıyorum", %35,7 "katılıyorum". Dinlenme algısı %40 "katılıyorum" ve %37,1 "katılmıyorum" ile ikiye bölünmüştür. Zaman ayırma konusunda da benzer bir denge vardır (%37,1 "katılıyorum", %34,3 "katılmıyorum"). Tedavi ekibine güven görece yüksektir: %50 "katılıyorum" yanıtı verilmiştir. Ancak aynı cinsiyette sağlık personeli talebi dikkate alınmadığında kararsızlık oranı dikkat çekicidir: %51,4 "kararsızım", yalnızca %25,7 "katılıyorum". Saygı algısı da dengelidir; %38,6 "katılıyorum", %35,7 "katılmıyorum". Çalışma saatleri ise çoğunluk tarafından yetersiz bulunmuş (%57,1 "katılmıyorum", %27,1 "kesinlikle katılmıyorum").

Sağlık personeli tarafından verilen eğitimler genel olarak anlaşılır bulunmuştur; %51,4 "katılıyorum". İhtiyaçla ilgili bilgilerin anlaşılır verildiğini düşünenler %44,3'tür. Sağlık çalışanlarıyla iletişim de görece olumlu algılanmıştır (%41,4 "katılıyorum"). Buna karşın, personelin bilgiyi anlaşılır aktardığından emin olma çabasında görüş ayrılıkları vardır; %35,7 "katılıyorum", %30 "kesinlikle katılmıyorum". Yapılacak işlemlerin basit bir dille anlatıldığına dair algı da %44,3 "katılıyorum" ve %31,4 "katılmıyorum" ile orta seviyededir.

Randevu alma konusunda zorluklar belirgindir; %41,4 "katılmıyorum", yalnızca %27,1 "katılıyorum". Bekleme süreleri de çoğunluk tarafından kabul edilemez bulunmuştur (%44,3 "katılmıyorum"). Sağlık kuruluşlarının sosyoekonomik duruma uygun düzenlemeler yaptığına katılmayanların oranı %52,9'dur. Sosyoekonomik dışlanma algısı dengelidir; %40 "katılmıyorum", %38,6 "katılıyorum". Hizmet sırasında sırasının başkalarına verildiğini ya da fazla bekletildiğini



belirtenlerin oranı %44,3'tür.

Engeli nedeniyle farklı muamele gördüğünü söyleyenlerin oranı %30'dur. Cinsiyet temelli farklı muamele algısı karışık çıkmıştır: %21,4 "katılıyorum", %31,4 "kararsızım". Sağlık personelinin ilgisizliğini engeliyle ilişkilendirenlerin oranı %31,4'tür.

Katılımcıların %36,2'si tedavi veya muayene öncesinde fikirlerinin sorulduğunu, aynı oranda katılımcı ise sorulmadığını belirtmiştir. İhtiyaçlarını rahatça dile getirebildiğini düşünenlerin oranı %42,9'dur. Karar alma sürecinde görüşlerinin dikkate alındığını düşünenler %37,1 iken, %31,4 bu görüşe katılmamaktadır. Sağlık çalışanlarının sorulara gerçekten yanıt bekliyormuş gibi davrandığını düşünenler ile düşünmeyenler eşit oranda dağılmıştır (%37,1 "katılıyorum", %37,1 "katılmıyorum").

Bulgular bütüncül olarak değerlendirildiğinde, çocukların sağlık hizmetleriyle ilişkisi "mevcudiyet sağlanmaktadır, ancak erişilebilirlik ve kapsayıcılık sınırlı kalmaktadır" paradoksu etrafında şekillenmektedir. Katılımcıların yarısından fazlası ihtiyaç duyduğu hizmetlerin kurumlarda mevcut olduğunu ve çoğunlukla alınabildiğini belirtmektedir. Bununla birlikte, bu mevcudiyet; mekânsal uzaklık, zamansal erişim güçlükleri, rutin ulaşım sorunları, kurumsal çalışma saatlerinin uyumsuzluğu ve randevu-bekleme yükü nedeniyle gündelik hayatta tam anlamıyla gerçekleşmemektedir. Bu durum, sağlık hakkının yalnızca arz tarafıyla değil, aynı zamanda talep ve kullanım aşamalarını düzenleyen yolculuk odaklı bir erişim perspektifiyle ele alınması gerektiğini göstermektedir.

Ev-hastane mesafesinin "uygun" bulunmaması ve zamanında ulaşımın sağlanamaması, ulaşım altyapısı ile sağlık hizmeti coğrafyasının çocukların yaşam örüntüleriyle uyumlu olmadığını ortaya koymaktadır. Kolay gidilebilirlik algısındaki olumsuzluk ve çalışma saatlerinin ihtiyaçlarla örtüşmemesi, talep edilen hizmeti doğru anda ve doğru yerde yakalama olasılığını düşürmektedir. Bu bulgular, yalnızca daha fazla hizmet sunum noktasının oluşturulmasından öte, yer-zaman uyumlu planlamanın yapılması gerektiğini göstermektedir.

Fiziksel uygunluğa dair olumsuz algı ve yardımcı araçlara erişimdeki karışık tablo, erişilebilirliğin sahada standart bir teminat haline gelmediğini göstermektedir. İşaret dili tercümanına erişim yetersizliği ile karekod, sesli betimleme ve sarı şerit gibi araçlara düşük erişim, iletişimsel ve teknolojik boyutların da zayıf kaldığını ortaya koymaktadır. Bu durum, engellilik temelli ihtiyaçların bütünsel bir tasarımla ele alınmadığını ve fiziksel erişime yapılan kısmi yatırımların iletişimsel erişim sağlanmadığında etkisini kaybettiğini göstermektedir. Dolayısıyla erişilebilirlik, yalnızca "giriş-çıkış rampaları" ile sınırlı kalmamakta; çoklu kanal erişim standardının eşzamanlı sağlanmasını gerektirmektedir.

Hizmet kalitesi ve personel yeterliliği algılarındaki denge, sahada heterojen deneyim kümelerinin bulunduğunu göstermektedir. Dinlenme, zaman ayırma ve saygı göstergeleri de benzer biçimde iki uç arasında dağılmakta; bu durum, aynı sistem içinde farklı ekiplerin değişken performans sergilediğini ortaya koymaktadır. Tedavi ekibine güven görece yüksek çıkmaktadır. Ancak, personelin "bilgiyi gerçekten anladığından emin olma" pratiğinde ayrışma yaşandığı ve işlemlerin basit bir dille anlatılmasında orta düzeyde tatmin sağlandığı görülmektedir. Bu durum, iletişimin kişiye uyarlanmış standart pratiklere yeterince gömülmediğini göstermektedir. Eğitim içeriklerinin genel olarak anlaşılır bulunması, olumlu bir temel oluşturmaktadır; ancak tutarlılık ve güvence eksikliği devam etmektedir.

Onam ve katılım göstergeleri, eşit dağılan yanıtlarla sistematik uygulama standardının tam yerleşmediğini ortaya koymaktadır. Çocukların ve ailelerin fikirlerinin düzenli ve yapılandırılmış biçimde alınıp alınmadığına dair belirsizlik, karar süreçlerinin hâlen klinik odaklı yürütüldüğünü göstermektedir. Aynı cinsiyetten sağlık personeli talebine yönelik yüksek kararsızlık oranı, mahremiyet ve kültürel hassasiyet politikalarının öngörülebilir ve talep edilebilir bir hak olarak deneyimlenmediğini göstermektedir. Katılımın bireysel uygulamalara bağlı kalması, hak temelli istikrarı zayıflatmaktadır.

Randevu zorluğu ve uzun bekleme süreleri, erişimin idari darboğazlar nedeniyle sınırlı kaldığını göstermektedir. Bu durum, talep yüksekliği ile kapasite arzının eşleştirilemediğini; önceliklendirme ve esnek saat politikalarının standartlaşmadığını ortaya koymaktadır. Randevu ve bekleme yükü, çocuk ve ailelerin maliyet-zaman dengesini bozmakta ve hizmete fiili erişimi azaltmaktadır. Sonuç olarak algılanan güven ve kalite orta vadede aşınmaktadır.

Engellilik temelinde farklı muamele algısı ile cinsiyet temelli tutumlara ilişkin karışık sonuçlar, bazı alt grupların hizmet yolculuğunda kümülatif dezavantaj yaşadığını göstermektedir. Sosyoekonomik durumun dikkate alınmadığı algısının yüksekliği ve dışlanma deneyimlerindeki oranlar, maddi ve kurumsal kaynaklara erişimin sağlık hizmeti deneyimini



belirleyici şekilde etkilediğini göstermektedir. Bu bulgular, engellilik–cinsiyet–yoksulluk eksenlerinin kesişiminde bulunan çocukların daha yoğun risk altında olduğunu göstermektedir. Sıra ve bekletilme deneyimleri, sağlık sisteminde önceliklendirme adaletinin tartışmalı bir alan olarak varlığını sürdürdüğünü göstermektedir.

Genel olarak, hizmetlerin mevcut olması tek başına yeterli olmamakta; kullanılabilirlik, kabul edilebilirlik ve uyarlanabilirlik boyutları zayıf kaldığında sağlık hakkı tam anlamıyla gerçekleşmemektedir. Bulgular, kalite güvencesinin yalnızca teknik standartlarla sınırlı kalmaması; erişilebilirlik, iletişim, katılım ve zamanlama standartlarının kurumsal güvence altına alınması gerektiğini göstermektedir. Böylelikle iyi örnekler rastlantısal olmaktan çıkmakta ve tüm kurumlarda tekrarlanabilir bir model haline gelebilmektedir. Veriler; yer–zaman uyumlu planlama, çok boyutlu erişilebilirlik (fiziksel, iletişimsel, teknolojik), standartlaştırılmış klinik iletişim, hak temelli katılım, adil süreç yönetimi ve kesişimsellik duyarlı düzenlemeler eksenlerinde kalite iyileştirmesi yapılması gerektiğini göstermektedir. Sonuç olarak, sistemin temel arz kapasitesi mevcut olmakta; ancak çocukların sağlık hakkının tam gerçekleşmesi için hizmet yolculuğunun son aşamalarında — ulaşım, çalışma saatleri, bekleme, erişilebilir iletişim, onam ve saygı — düzenlemeler yapılması gerekmektedir. Sağlık hizmeti standartlarının erişilebilirlik ve katılım ilkeleriyle yeniden çerçevelenmesi ve performansın yalnızca klinik çıktılarla değil, eşitlik ve kapsayıcılık göstergeleriyle de ölçülmesi, bu paradoksu aşmanın en rasyonel yolunu oluşturmaktadır.

3. Engeli Olan Çocukların Sağlık Okuryazarlığı ve Bilgiye Erişim Kapasitesi

Tablo 4. Engeli Olan Çocukların Sağlık Okuryazarlığı ve Bilgiye Erişim Kapasitesi

	Kesinlikle doğru değil		Tamamen doğru değil		Biraz doğru		Kesinlikle doğru	
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
Sağlık konusunda bilgim iyidir.	8	11,4	19	27,1	27	38,6	16	22,9
Gerekli olduğunda yakın çevreme sağlığın nasıl iyileştirileceği konusunda bilgiler verebilirim	10	14,3	21	30,0	24	34,3	15	21,4
Farklı kaynaklardan edindiğim sağlık ile ilgili bilgileri karşılaştırabilirim	9	12,9	26	37,1	20	28,6	15	21,4
Sağlık personelinin bana yaptığı açıklamaları uygulayabilirim	10	14,3	17	24,3	24	34,3	19	27,1
Sağlığı iyileştiren şeyler hakkında kolayca bilgiler verebilirim	10	14,3	24	34,3	22	31,4	14	20,0
Davranışlarımın çevremdeki doğal ortamı nasıl etkilediğine karar verebilirim	10	14,3	24	34,3	21	30,0	15	21,4
Gerektiğinde sağlık konusunda kolayca anlayabileceğim bilgiler bulabilirim	11	15,7	19	27,1	23	32,9	17	24,3
Davranışlarımın sağlığı nasıl etkilediğine karar verebilirim	13	18,6	18	25,7	22	31,4	17	24,3
Sağlık ile ilgili bazı bilgilerin doğru ya da yanlış olduğunu genellikle anlayabilirim	10	14,3	20	28,6	24	34,3	16	22,9
Sağlığım ile ilgili yaptığım seçimlerin nedenlerini açıklayabilirim	11	15,7	18	25,7	24	34,3	17	24,3

Katılımcıların sağlık konusundaki bilgi düzeyleri ve bu bilgiyi uygulama, aktarma ve değerlendirme kapasiteleri incelendiğinde, genel eğilimin orta düzeyde bir sağlık okuryazarlığına işaret ettiği görülmektedir.

“Sağlık konusunda bilgim iyidir” ifadesine verilen yanıtlar, katılımcıların %38,6’sının “biraz doğru”, %22,9’unun ise



“kesinlikle doğru” dediğini göstermektedir. Bu durum, çocukların sağlık bilgilerini kısmen yeterli bulduğunu, ancak güçlü bir özgüven düzeyine ulaşamadığını ortaya koymaktadır. “Gerekli olduğunda yakın çevreme sağlığın nasıl iyileştirileceği konusunda bilgiler verebilirim” ifadesinde katılımcıların %34,3’ü “biraz doğru”, %21,4’ü “kesinlikle doğru” yanıtını vermektedir. Çocuklar yakın çevreleriyle sağlık bilgilerini paylaşabilme konusunda orta düzeyde bir yeterlilik algısı taşımaktadır. Ancak “tamamen doğru değil” diyenlerin %30 olması, paylaşım becerisinde çekingenlik veya güven eksikliği bulunduğunu göstermektedir.

“Farklı kaynaklardan edindiğim sağlık ile ilgili bilgileri karşılaştırabilirim” ifadesinde %37,1 oranında “tamamen doğru değil” yanıtı öne çıkmaktadır. Buna karşın %28,6 “biraz doğru”, %21,4 ise “kesinlikle doğru” demektedir. Bu dağılım, çocukların farklı kaynaklardan gelen bilgileri kritik biçimde karşılaştırma becerisinde sınırlı olduklarını, yani analitik sağlık okuryazarlığı boyutunda yetersizlik yaşandığını göstermektedir.

“Sağlık personelinin bana yaptığı açıklamaları uygulayabilirim” ifadesinde %34,3 “biraz doğru”, %27,1 “kesinlikle doğru” yanıtı verilmiştir. Bu sonuç, sağlık personelinin önerilerinin önemli bir kesim tarafından uygulanabilir bulunduğunu; ancak aynı zamanda %24,3’ün “tamamen doğru değil” demesi, uygulamada sürekliliğin her zaman sağlanamadığını göstermektedir. “Sağlığı iyileştiren şeyler hakkında kolayca bilgiler verebilirim” ifadesinde %34,3 “tamamen doğru değil”, %31,4 “biraz doğru” çıkmaktadır. Katılımcılar bu konuda belirgin bir kararsızlık sergilemektedir. Sağlık bilgisini paylaşma kapasitesi bireyler arasında değişkenlik göstermektedir.

“Davranışlarımın çevremdeki doğal ortamı nasıl etkilediğine karar verebilirim” ifadesinde %34,3 “tamamen doğru değil”, %30 “biraz doğru”, %21,4 “kesinlikle doğru” çıkmaktadır. Bu sonuç, çocukların davranışlarının çevre üzerindeki etkisi konusunda sınırlı farkındalık geliştirdiğini göstermektedir. Çevresel sağlık boyutunun sağlık okuryazarlığı içinde daha az yer bulduğu anlaşılmaktadır. “Gerektiğinde sağlık konusunda kolayca anlayabileceğim bilgiler bulabilirim” ifadesine katılımcıların %32,9’u “biraz doğru”, %24,3’ü “kesinlikle doğru” demektedir. Bu oran, çocukların sağlık bilgisine erişimde görece yeterli olduğunu; ancak %27,1’in “tamamen doğru değil” cevabı, bu yeterliliğin tüm gruplara eşit yansımadığını göstermektedir.

“Davranışlarımın sağlığı nasıl etkilediğine karar verebilirim” ifadesinde %31,4 “biraz doğru”, %24,3 “kesinlikle doğru” çıkmaktadır. Çocuklar, davranış-sağlık ilişkisinde orta düzeyde bir farkındalık sergilemektedir. Ancak %25,7’nin “tamamen doğru değil” yanıtı, bu boyutun daha çok geliştirilmesi gerektiğini göstermektedir. “Sağlık ile ilgili bazı bilgilerin doğru ya da yanlış olduğunu genellikle anlayabilirim” ifadesinde %34,3 “biraz doğru”, %22,9 “kesinlikle doğru” çıkmaktadır. Çocukların sağlık bilgisini değerlendirme becerisi kısmen gelişmiştir; ancak %28,6’nın “tamamen doğru değil” demesi, yanlış bilgiye maruz kalma riskinin yüksek olduğunu göstermektedir. “Sağlığım ile ilgili yaptığım seçimlerin nedenlerini açıklayabilirim” ifadesinde %34,3 “biraz doğru”, %24,3 “kesinlikle doğru” yanıtı verilmiştir. Çocuklar kendi sağlık seçimlerinin gerekçelerini açıklama konusunda orta düzeyde bir yetkinlik sergilemektedir. Ancak %25,7’nin “tamamen doğru değil” cevabı, kararların bilinçli temellendirilmesinde eksiklikler bulunduğunu göstermektedir.

Genel olarak bulgular, çocukların sağlık okuryazarlığının temel düzeyde gelişmiş olduğunu, ancak özellikle eleştirel, çevresel ve sosyal boyutlarda sınırlı kaldığını göstermektedir. Katılımcılar sağlık bilgisine ulaşabilmekte, sağlık personelinin önerilerini büyük ölçüde uygulayabilmekte ve sağlıkla ilgili seçimlerinin gerekçelerini kısmen açıklayabilmektedir. Bununla birlikte, bilgiyi farklı kaynaklar arasında karşılaştırma, yanlış bilgiyi ayırt etme, sağlık-çevre ilişkisini anlama ve bilgiyi güvenle sosyal çevreye aktarma konularında belirgin sınırlılıklar gözlenmektedir. Çocukların önemli bir bölümü sağlık bilgisine sahip olduğunu ifade etmektedir. Ancak bu bilgi daha çok öznel bir yeterlilik algısı üzerinden şekillenmektedir. Bilgiyi çevreleriyle paylaşma eğilimi bulunsa da, “tamamen doğru değil” yanıtlarının yüksekliği, sağlık bilgisinin aktarımında çekingenlik ve güvensizlik bulunduğunu göstermektedir. Bu durum, bilgi paylaşımının yalnızca bireysel algıya değil, aynı zamanda bilginin niteliğine ve aktarım becerisine bağlı olduğunu ortaya koymaktadır.

Farklı kaynaklardan gelen bilgileri karşılaştırma kapasitesinin düşük olması, sağlık okuryazarlığının eleştirel boyutunun yeterince gelişmediğini ortaya koymaktadır. Bu eksiklik, özellikle dijital ortamda yoğun olarak maruz kalınan yanlış veya yanıltıcı bilgilerin ayırt edilememesi riskini artırmaktadır. Yanlış bilgiye karşı kırılganlığın sürmesi, yalnızca bireysel sağlık davranışlarını değil, toplumsal sağlık güvenliğini de olumsuz etkileyebilmektedir. Çocukların davranışlarının çevre üzerindeki etkisine ilişkin farkındalık düzeyleri düşük kalmaktadır. Bu bulgu, sağlık okuryazarlığının yalnızca biyomedikal çerçeveye sınırlı kaldığını, çevre-sağlık etkileşiminin eğitim içeriklerinde yeterince vurgulanmadığını göstermektedir.



Oysa çevresel sağlık farkındalığı, sürdürülebilir yaşam biçimlerinin benimsenmesi açısından kritik önemdedir.

Katılımcılar, sağlık konusunda ihtiyaç duyduklarında bilgiye ulaşabildiklerini ve bu bilgiyi çoğunlukla uygulayabildiklerini belirtmektedir. Bu bulgu, sağlık bilgisinin erişilebilirlik ve uygulanabilirlik boyutunun görece güçlü olduğunu ortaya koymaktadır. Ancak uygulamanın sürekliliği ve bilgiye erişimde eşitlik sorunu, belirli grupların dezavantajlı konumda kalmasına neden olmaktadır. Sağlık seçimlerinin nedenlerini açıklayabilme kapasitesi orta düzeyde gelişmiş durumdadır. Bu bulgu, çocukların sağlık davranışlarını bilinçli seçimler temelinde yapmaya başladığını göstermektedir. Ancak gerekçelendirme becerisinin sınırlı kalması, kararların büyük ölçüde dışsal otoritelere (örneğin sağlık personeli ya da aile) dayalı olarak şekillendiğini düşündürmektedir.

Veriler, sağlık eğitiminin yalnızca bilgi aktarmaya odaklanmasının yetersiz kaldığını göstermektedir. Çocukların eleştirel düşünme, bilgi doğrulama, çevresel sağlık farkındalığı ve sosyal aktarım becerileri açısından güçlendirilmesi gerekmektedir. Sağlık okuryazarlığı, bireysel bilgi edinme süreci olmanın ötesinde; bilgiyi sorgulama, değerlendirme, uygulama ve sosyal çevreyle paylaşma boyutlarını içeren çok katmanlı bir beceri seti olarak ele alınmalıdır. Elde edilen bulgular, çocuklara yönelik sağlık eğitim programlarının yalnızca hastalık önleme ve tedaviye odaklanmaması gerektiğini, aynı zamanda yanlış bilgiye direnç geliştirme, sağlık-çevre ilişkisini kavrama, kritik düşünme becerisi kazanma ve akran eğitimi yoluyla bilgiyi paylaşma gibi daha kapsamlı içerikleri kapsaması gerektiğini göstermektedir. Sonuç olarak, sağlık okuryazarlığının geliştirilmesi, yalnızca bireysel davranış değişikliğini değil, aynı zamanda toplumsal dayanıklılığı, sağlıkta eşitliği ve sürdürülebilir sağlık sistemlerini destekleyecek bir stratejik alan olarak görülmelidir.

4. Odak Grup Görüşmelerine Dayalı Nitel Bulgular

Tema	Kategori	Kod	Katılımcı No	f
İletişim ve Etkileşim	Sağlık Personeliyle İletişim	Empati ve anlayış eksikliği	1, 3, 5, 6, 9, 10	6
		Suçlayıcı ve tersleyici dil	1, 6, 9	3
		Yüz yüze iletişim engeli	10	1
	Hizmet Kalitesi	Uzun bekleme süreleri	2	1
		Tutum ve yaklaşım tutarsızlığı	1, 3, 4, 7	4
		İşlem öncesi bilgilendirme eksikliği	1, 2, 6, 10	4
	Dışlanma Hissi	Doğrudan ayrımcı davranış	3	1
Görünmezlik hissi		10	1	
Karar Alma Süreçlerine Katılım	Katılım Eksikliği	Çocuğun sürece dahil edilmemesi	1, 5, 10	3
		Bilgilendirme ve rıza eksikliği	2, 6, 9, 10	4
		Ebeveynin görüşünün dikkate alınmaması	2, 9	2
	Olumlu Örnekler	Çocuğun fikrinin alınması	3, 8	2
Ayrımcılık veya Dışlanma	Ayrımcılık	Doğrudan ayrımcı davranış	2, 3	2
		Hekim ve personel tutum farklılığı	4	1
		Sözel ayrımcılık (dışarı çıkın gibi)	9	1
	Algılanan Dışlanma	Kendini "görünmez" hissetme	10	1
	Ek Kaynaklar	Randevu ve bilgi eksikliği sorunu	1	1
Ebeveynin Rolü ve Yükü	Ebeveynin Rolü	Çevirmenlik ve aracılık	1, 10	2
		Bütün iletişimi sağlama	1	1
		Mecburiyet hissi	2	1
	Getirdiği Yükler	Duygusal ve zihinsel yük	3, 10	2
		Bağımlılık hissi	1, 10	2



Hizmet Alırken Güven/Korku	Güven Duygusu	Kişiyi bağlı güven	1, 9	2
		Güvenilir ve açıklayıcı iletişim	8	1
		Genel olarak güven duyma	7	1
	Güvensizlik ve Korku	Sistemsiz güvensizlik	4, 5, 9	3
		Gelecek kaygısı ve tedirginlik	3, 10	2
		İletişimsizlikten kaynaklanan korku	10	1
		Beklentilerin karşılanamaması	5	1
Maddi Olanaklar ve Eğitim	Maddi Etki	Sağlık hizmetlerinde sorun yaşanmaması	1, 3, 5, 7, 9	5
		İkinci sınıf insan muamelesi hissi	10	1
		Ek maliyet ve borçluluk (cihaz vb.)	8	1
		Özel imkân sağlayamama	6	1
	Eğitim ve Rehabilitasyon	Eğitimde maddi sıkıntı	1, 7	2
		Özel eğitim eksikliği	2	1
Öneriler ve İstekler	Yönetmelik Öneriler	Öncelik uygulaması	1, 5, 7, 9	4
		Randevu süreçlerinin iyileştirilmesi	1, 7	2
		Rapor sürelerinin uzatılması	7	1
		Aşı araştırmaları ve düzenlemeleri	4	1
	Personel Odaklı Öneriler	Personel eğitimi	2, 3, 5, 10	4
		Empati ve daha ılımlı yaklaşım	3, 5	2
		İletişim araçlarının kullanımı (işaret dili)	10	1
	Genel Öneriler	Nadir hastalıklar için farkındalık	2	1
		Rehabilitasyon kalitesinin artırılması	4	1

Tema: İletişim ve Etkileşim

En sık vurgulanan sorunlar empati ve anlayış eksikliği (f=6) ve tutum/davranış farklılıkları (f=6) olmuştur. Katılımcılar, sağlık personelinin yaklaşımının deneyimlerini doğrudan etkilediğini ifade etmişlerdir. Örneğin, Katılımcı 3 "Direkt otizmlili deyince 'Ben bakmam' dedi. Bu çok zoruma gitmişti açıkçası." diyerek doğrudan olumsuz tutumu dile getirmişti. Benzer şekilde Katılımcı 10, sözlü iletişim engeline dikkat çekmiş ve "Doktor bana bir şeyler söyledi ama ben dudaklarını okumakta zorlandım... Kendimi sanki görünmez gibi hissettim." şeklinde deneyimini paylaşmıştır. Ayrıca bilgilendirme eksikliği (f=5) ve çocuğa yönelik iletişimsizlik (f=3), ailelerin kendilerini dışlanmış hissetmelerine ve karar alma süreçlerine katılımda sınırlamalara neden olmuştur. Bu bulgular, sağlık personeli ile doğrudan iletişimde yaşanan aksaklıkların hem duygusal hem de işlevsel açıdan önemli etkileri olduğunu göstermektedir. Katılımcılardan sağlık çalışanlarının genel olarak davranışlarından memnun olduğunu belirtmesine rağmen doktorlar arasında farklılıklar olduğunu ve bilgi aktarımı konusunda ise hem kendisine hem de çocuğa işlem öncesi herhangi bir açıklama yapılmadığını ifade etmiştir.

Tema: Karar Alma Süreçlerine Katılım

Katılımcılar, karar alma süreçlerinde çocuğun ve ailelerin katılımının sınırlı olduğunu belirtmişlerdir. En sık vurgulanan sorun, çocuğun sürece dahil edilmemesi (f=3) ve bilgilendirme/rıza eksikliği (f=4) olmuştur. Örneğin, Katılımcı 1, çocuğun karar süreçlerine dahil edilmediğini belirterek şunları ifade etmiştir: "Çocuğa peki yapılıyor mu? – Yok. Hayır. Ona da yapılmıyor." Katılımcı 10 ise, işaret dili bilmeyen sağlık personeli nedeniyle bilgilendirme ve rıza eksikliği yaşadığını paylaşmıştır: "Doktor ya da hemşire bana yapılacak işlemleri hiç anlatmadı. Annemden öğrendim." Buna karşılık, olumlu örnekler nadir olmakla birlikte, Katılımcı 3 çocuğun fikrinin alındığı bir durumu şöyle aktarmıştır: "Kaan'a, 'Birazcık karnına dokunacağım. Dokunabilir miyim?' dedi. O da tamam dedi." Bulgular, karar alma süreçlerine katılımın eksikliğini, özellikle engeli olan çocukların özerklik duygusunu ve ailelerin güvenini olumsuz etkilediğini



göstermektedir.

Tema: Ayrımcılık veya Dışlanma

Katılımcılar, sağlık hizmetlerinde doğrudan ayrımcılık ve dışlanma hissi yaşadıklarını ifade etmişlerdir. En sık dile getirilen sorunlar doğrudan ayrımcı davranış (f=2) ve görünmezlik hissi (f=1) olmuştur. Katılımcı 3, doğrudan ayrımcı bir tutumu aktararak şunları söylemiştir: *“Direkt otizmlideyince ‘Ben bakamam’ dedi. Bu çok zoruma gitmişti.”* Katılımcı 10, görünmezlik hissini ifade etmiştir: *“Kendimi sanki görünmez gibi hissettim.”* Ayrıca bilgi eksikliği ve randevu süreçlerindeki aksaklıklar (Katılımcı 1) da dışlanma hissini pekiştirmiştir: *“Elimize bir kağıt veriyorlar. Şunu götürün yaptırın gelin diyorlar.”* Bu bulgular, ayrımcılık ve dışlanma hissini hem sağlık personelinin tutumlarından hem de sistemsel eksikliklerden kaynaklandığını ortaya koymaktadır.

Tema: Ebeveyn Rolü ve Yükü

Ebeveynlerin sağlık hizmeti sürecindeki rolü, çocuğun bağımsızlığını sınırlamakta ve ek yük yaratmaktadır. En sık vurgulanan sorunlar arasında çevirmenlik/aracılık rolü (f=2) ve yüksek bağımlılık/yük (f=3) öne çıkmıştır. Katılımcı 1, çocuğun iletişimde ebeveynin aracılık rolünü şu şekilde açıklamıştır: *“Tıbbi terimleri anlamakta zorlanıyorum ve çevirmenlik yapmak zorunda kalıyorum.”* Katılımcı 10 ise ebeveynin desteğine bağımlılığın yarattığı yükü şöyle ifade etmiştir: *“Her zaman annem yanımda oluyor çünkü ben tek başıma hastanede hiçbir şey yapamam.”* Bulgular, ebeveynin rolünün hem çocuğun özerkliğini sınırlandırdığını hem de ailelerde psikolojik ve duygusal yük oluşturduğunu göstermektedir.

Tema: Hizmet Alırken Güven/Korku

Hizmet alırken güven duygusu, büyük ölçüde bireysel deneyimlere ve sağlık personelinin tutumuna bağlıdır. Katılımcılar, güven kaybı (f=5) ve korku/tedirginlik (f=3) durumlarını vurgulamıştır. Katılımcı 1, doktorlar arasında güven farkını şu şekilde belirtmiştir: *“Bazı doktorlarla kendimi güvende hissederken, bazıları tersleyince güvensizlik hissediyorum.”* Katılımcı 10, sistemden kaynaklanan güvensizlik ve korkuyu ifade etmiştir: *“Hastaneye gitmeden önce çok tedirgin oluyorum çünkü neyle karşılaşacağımı bilmiyorum. İşaret dili bilen kimse olmadığı için hep anneme bağımlı kalmak beni korkutuyor.”* Katılımcı 8 ise güven veren ve açıklayıcı iletişimin olumlu etkisini paylaşmıştır: *“Sorduğumuz soruların cevaplarını güzel bir şekilde alıyoruz. Hiçbir şekilde problem yaşamadık.”* Bu bulgular, güven ve güvensizliğin hem bireysel deneyimlerden hem de sistemsel/iletişimsel eksikliklerden etkilendiğini göstermektedir.

Tema: Maddi Olanaklar ve Eğitim Durumu

Maddi ve eğitimsel faktörler, hizmete erişim ve eğitimde eşitsizlikler yaratmaktadır. Katılımcılar, sağlık hizmetlerinde maddi sorun yaşamadıklarını (f=5), ancak özel eğitim ve rehabilitasyonda eksiklikler olduğunu (f=2) ifade etmiştir. Katılımcı 1: *“Sağlık hizmetlerinde maddi sıkıntı yaşamıyoruz ama eğitimde yaşıyoruz. Maddi durumum iyi olsaydı özel öğretmen tutar, oğlumun konuşma gelişimini daha hızlı sağlayabilirdim.”* Katılımcı 10, düşük maddi durumun ayrımcılık hissine yol açtığını vurgulamıştır: *“Kendisi ve annesinin maddi durumunun düşük olduğunu, bu durumun kendilerine ‘ikinci sınıf insan muamelesi yapılmasına’ neden olduğunu düşündüğünü belirtmiştir.”* Katılımcı 6 ise özel eğitimde maddi imkan sağlayamamanın yarattığı suçluluk hissini dile getirmiştir: *“Eksik hizmet aldığımı düşünmüyorum ama çocuğuma çok eksikliklerim oluyor... Onu yapamadığım zaman kendim suçluluk duyuyorum.”* Bulgular, maddi ve eğitimsel kaynakların hizmet deneyimini doğrudan etkilediğini ortaya koymaktadır.

Tema: Özel İhtiyaçlar ve Öneriler

Katılımcılar, sistemsel ve personel odaklı iyileştirmeler talep etmişlerdir. Katılımcılar, personel eğitimi (f=4) ve öncelik düzenlemeleri (f=4) gibi önerileri dile getirmiştir. Katılımcı 7, *“Engeli olan çocuklara öncelik tanınması, rapor sürelerinin bir yıldan en az 3 yıla çıkarılması, özel eğitim desteklerinin artırılması.”* diyerek hem yapısal hem de uygulamalı iyileştirme talebini aktarmıştır. Ayrıca maddi destek ve süreklilik (f=1) ve işaret dili gibi iletişim araçları (f=1) konuları, erişim ve iletişimde kritik önlemleri ortaya koymaktadır.

Katılımcı 1, öncelik uygulamasının önemini vurgulamıştır: *“Sağlık yetkilisi olsaydım engeli olan çocuklara öncelik tanınmasını isterdim. Çünkü randevularda çok bekliyoruz, bu da çocukları çok zorluyor.”* Katılımcı 3 ise personelin daha



ılımlı ve empatik yaklaşımının önemini şöyle ifade etmiştir: *“Sağlık müdürü olsaydım yaklaşımlar daha farklı olurdu. Doktorların sıcacık bir bakışı olsun, daha ılımlı olsun.”* Katılımcı 10, iletişim araçlarının iyileştirilmesini önermiştir: *“İşaret dili bilen personel olmalı. Doktorlar yavaş konuşmalı, göz teması kurmalı ve yazıyla açıklama yapmalı.”* Diğer öneriler arasında rapor süreçlerinin basitleştirilmesi, aşı ve araştırma süreçlerinin iyileştirilmesi, maddi desteklerin artırılması ve toplumsal entegrasyon çalışmalarının önemi vurgulanmıştır.

Sonuç:

Araştırmanın bulguları, engeli olan çocukların sağlık hakkına erişiminde mevcut durumun, uluslararası standartlar ve literatür ile karşılaştırıldığında önemli ölçüde sınırlı kaldığını ortaya koymaktadır. Birleşmiş Milletler Çocuk Haklarına Dair Sözleşme'nin 24. maddesi ve Engelli Hakları Sözleşmesi'nin 25. maddesi, devletlere tüm çocukların ayrımcılıktan uzak, erişilebilir ve kapsayıcı sağlık hizmetlerinden yararlanmasını sağlama yükümlülüğü getirmektedir. Sağlık politikalarının erişilebilirlik boyutu, araştırmanın en kritik bulgularından birini oluşturmaktadır. Katılımcılar, sağlık hizmetlerinin varlığına rağmen, sağlık kuruluşlarının uzaklığı, randevu alma ve uzun bekleme süreleri gibi nedenlerle hizmetlere fiilen erişimde ciddi güçlükler yaşadıklarını belirtmiştir. Ayrıca işaret dili tercümanlığı, sesli betimleme, yönlendirme şeritleri gibi temel erişilebilirlik araçlarının yetersizliği, sağlık hizmetlerinin yalnızca fiziksel mekân açısından değil, aynı zamanda iletişimsel ve teknolojik boyutlarda da kapsayıcılıktan uzak olduğunu ortaya koymaktadır. Bu durum, sağlık hakkının yalnızca var olan hizmetlere erişimle değil, hizmetlerin tüm çocuklar için erişilebilir kılınmasıyla tam anlamını bulduğunu göstermektedir.

Araştırma aynı zamanda, kesişimsellik perspektifinin önemini güçlü biçimde ortaya koymaktadır. Cinsiyet, sosyoekonomik durum ve engel türü gibi farklı kimlik kategorilerinin birleşmesi, ayrımcılığı daha derin ve çok boyutlu hale getirmektedir. Örneğin, düşük gelirli bir ailenin engeli olan kız çocuğu, hem toplumsal cinsiyet temelli hem de ekonomik ve engellilik temelli engellerle karşı karşıya kalarak sağlık hizmetlerine erişimde çok katmanlı dezavantajlar yaşamaktadır. Kesişimsel eşitsizlikler sağlık hakkı alanında yapısal bir görünmezlik yaratmakta ve bu görünmezlik, hizmetlerin etkili biçimde planlanmasının önünde ciddi bir engel oluşturmaktadır.

Hak temelli yaklaşım, Türkiye'nin anayasal düzenlemeleri ve strateji belgelerinde vurgulanmasına rağmen, uygulamada sınırlı kalmaktadır. Çocukların görüşlerinin alınmadığı, rızalarının sorulmadığı ve karar süreçlerine yeterince dahil edilmedikleri bulguları, sağlık hizmetlerinde öznelliklerinin tanınmadığını ortaya koymaktadır. Ayrıca, sağlık personelinin bilgi, ilgi ve zaman ayırma konularındaki eksiklikleri, çocukların sağlık sistemine duydukları güveni zedelemektedir.

Sonuç olarak, araştırma engeli olan çocukların sağlık hakkına erişiminde yalnızca bireysel deneyimlerden değil, yapısal, toplumsal ve kurumsal faktörlerden kaynaklanan çok boyutlu engeller bulunduğunu ortaya koymaktadır. Bu bulgular, Türkiye'de sağlık politikalarının erişilebilirlik, ayrımcılıkla mücadele, katılım ve hesap verebilirlik ilkeleri çerçevesinde yeniden gözden geçirilmesi gerektiğine işaret etmektedir. Çocukların yalnızca hizmetten yararlanan pasif alıcılar değil, sağlık alanında hak sahibi özneler olarak görülmeleri, sağlık sisteminin daha kapsayıcı, eşitlikçi ve sürdürülebilir bir yapıya kavuşmasının ön koşulu olarak değerlendirilmelidir.

Anahtar Kelimeler: Çocuk hakları , engelli çocuklar , sağlık hizmetlerine erişim



Kistik Fibrozisli Ergenlerde KFTR Modülatör Tedavisinin Beden Algısı, Yeme Tutumları ve Psikolojik İyi Oluş Üzerine Etkileri

Eylem Şerife KALKAN¹, Emine ALTAY TANYER², Yelda KILIÇ¹, Melis PEHLİVANTÜRK KIZILKAN¹, Elmas Ebru YALÇIN², Deniz DOĞRU ERSÖZ², Hayriye Uğur ÖZÇELİK², Sinem AKGÜL¹

¹ Hacettepe Üniversitesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Ergen Sağlığı Bilim Dalı, Ankara, Türkiye

² Hacettepe Üniversitesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Çocuk Göğüs Hastalıkları Bilim Dalı, Ankara, Türkiye

Giriş

Kistik fibrozis (KF) tedavisinde KF transmembran regülatör protein (KFTR) modülatör tedavilerin kullanıma girmesi, ergenlerin sağlıklı kilo hedeflerine ulaşılmasına olanak sağlamıştır. Ancak bu kilo artışının beden algısı, yeme tutumu ve psikolojik iyi oluşları üzerindeki etkileri yeterince aydınlatılmamıştır. Bu prospektif çalışma, söz konusu etkileri ortaya koymayı amaçlamıştır.

Materyal ve Metod

KFTR modülatör tedavi alan (KFTR+, n=41) ve almayan (KFTR-, n=43) KF tanılı 10-18 yaş ergenler ile kronik hastalığı olmayan, yaş ve vücut kitle indeksi açısından eşleştirilmiş, sağlıklı ergenler (SE) (n=53) çalışmaya alındı. Beden Şekil Algısı ve Tercihleri Ölçeği (BŞATÖ), Beden Saygınlığı Ölçeği (BSÖ), Yeme Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği (YBDÖ), Hasta Sağlığı Anketi (HSA) ve Durumluk-Süreklilik Kaygı Envanterleri (D/S-KE) uygulandı. BŞATÖ'de ideal figür puanının algılanan figür puanından çıkarılmasıyla ideal farkı hissetme (İFH) endeksi hesaplandı. İFH'nin sifıra yaklaşması ideal algıya yakınlığı, negatif değerler idealden daha zayıf algıyı, pozitif değerler ise idealden daha kilolu algıyı göstermektedir. Ölçeklerde yüksek BSÖ skoru daha yüksek beden saygınlığını, yüksek YBDÖ skorları ise daha fazla semptom varlığını; yüksek HSA, D/S-KE skorları ise daha fazla depresyon ve kaygı belirtisini yansıtmaktadır.

Bulgular

Katılımcının %48,9'u kız, yaş ortalaması 14.24±2.18 yıldır. KFTR+ grubunda bedeninden memnuniyet, KFTR-'de daha kilolu olma, SE'de ise daha zayıf olma arzusu en sık bildirmiştir (p=0.041). İFH endeksi, KFTR+ ve KFTR- gruplarında SE'ye kıyasla anlamlı derecede daha düşüktü (p=0.016). KFTR+ grubunda YBDÖ genel ve tüm alt ölçek puanları, KFTR- grubunda YBDÖ genel, kısıtlama ve yeme endişesi puanları SE'den anlamlı olarak daha düşüktü (p<0.001). KFTR+ ve KFTR- gruplarında HSA (p<0.001) ve DKE (p=0.009) skorları SE'ye göre anlamlı derecede daha düşüktü. BSÖ skorları gruplar arasında anlamlı farklılık göstermedi.

Sonuç

Modülatör tedavinin bedeninden memnuniyet bildirimini arttırdığı gözlenmiştir. KF'li ergenler, modülatörü alıp almamalarına bakılmaksızın sağlıklı ergenlere kıyasla daha olumlu yeme tutumu, daha düşük depresyon, kaygı ve beden memnuniyetsizliği göstermişlerdir. Bu durum kronik hastalıkla baş etme deneyimi ve düzenli multidisipliner izlem ile ilişkili olabilir.

Anahtar Kelimeler: beden algısı, KFTR modülatör tedavi, kistik fibrozis, yeme bozukluğu



Ergen ve Genç Yetişkinlerde Menstrüasyon Bilgi Düzeyi

Eylem Şerife KALKAN¹, Zehra Ece BİLGİN², Sajedah Najeh KHARBATIA², Melis PEHLİVANTÜRK KIZILKAN¹, Sinem AKGÜL¹

¹ Hacettepe Üniversitesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Ergen Sağlığı Bilim Dalı, Ankara, Türkiye

² Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ankara, Türkiye

Giriş

Ergenlik ve genç yetişkinlikte menstrüasyon, sağlığın temel göstergelerinden biridir. Gençlerin menstrüasyon ile ilgili doğru bilgiye sahip olmaları, normalden sapmaların erken tanınmasını ve sağlık hizmetlerine zamanında başvuruyu kolaylaştırır. Bununla birlikte, ergenler, toplumsal normlar ve bilgiye ulaşamama gibi nedenlerle sağlıklı menstrüasyon paternlerini sağlıklı olmayanlardan ayırmada güçlük yaşayabilir. Çalışmada, ergen ve genç yetişkin kızların menstrüasyon hakkındaki bilgi düzeylerini değerlendirmeyi amaçladık.

Materyal ve Metod

Nisan-Eylül 2025 arasında, çalışmaya katılmaya onam veren menarş sonrası 10-24 yaş arası 200 ergen ve genç yetişkin dahil edildi. Katılımcılar erken (10-14 yaş), orta (15-18 yaş), geç (19-24 yaş) ergen olmak üzere üç gruba ayrıldı. Çevrimiçi form aracılığıyla demografik bilgiler öğrenildi ve çoktan seçmeli sorular aracılığıyla menstrüasyon bilgi düzeyleri ölçüldü. Sağlıklı menstrüasyon (menarşın 10.5-15 yaş arasında olması, menstrüel siklusun 21-45 gün arasında olması, kanamanın 2-7 gün sürmesi ve günde 3-6 ped/tampon değişimi olması) için baz alınan kriterlerden hepsine doğru yanıt veren katılımcılar menstrüel bilgisi tam olarak değerlendirildi.

Bulgular

Katılımcıların yaş ortalaması 18.8 ± 3.5 yıldır ve 20'si (%10,0) erken, 76'sı (%38,0) orta, 104'ü (%52,0) geç ergenlik dönemindeydi. Ortalama menarş yaşı 12.1 ± 1.1 yıl, menstrüasyon süresi 6.7 ± 3.5 yıl idi. Katılımcıların 126'sı (%63) menstrüel bilgisi tam olarak değerlendirildi ve 183'ü (%91,5) bir kaynaktan bilgi aldığını bildirdi. 142'sinin bilgi kaynağı ebeveynler (%71,0), 80'inin arkadaşlar (%40,0), 117'sinin okul/öğretmenler (%58,5), 118'inin internet/medya (%59,0) ve 5'inin diğer kaynaklardı (%2,5). Yaş gruplarına bakıldığında üç grup arasında bilgi düzeyi istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdi; erken ergenlerde bu oran en düşükken (n=9, %45,0), orta ergenlikte daha yüksek (n=43, %56,6), geç ergenlikte en yüksek (n=74, %71,2) olarak bulundu (p=0.029).

Sonuç

Bu çalışmada, ergen ve genç yetişkin kızların büyük çoğunluğunun menstrüasyon hakkında en az bir kaynaktan bilgi almış olmasına ve menarş sonrası ortalama 6.7 yıl süre geçmiş olmasına rağmen, menstrüasyon bilgi düzeylerinin beklenenin altında olduğu saptanmıştır. En düşük bilgi düzeyinin, bilgi ihtiyacının en yüksek olduğu erken ergenlik dönemindeki, menarşı daha yakın zamanda gerçekleşmiş katılımcılarda görülmesi dikkat çekicidir. Bulgular, menstrüasyonun erken yaşlardan itibaren menarş öncesi dönemde ele alınmasının ve yaşa uygun, doğru ve kapsamlı cinsel sağlık eğitiminin okul temelli programlar ve birinci basamak sağlık hizmetlerine entegre edilmesinin gerekliliğini ortaya koymaktadır.

Anahtar Kelimeler: ergen, genç yetişkin, kapsamlı cinsel sağlık, menstrüasyon bilgisi



Adölesan Kızlarda (10-19 Yaş) Anti-Müllerian Hormon (AMH) Test İstemlerinin Değerlendirilmesi: 10 Yıllık Tek Merkez Retrospektif Analiz

Dr. Berivan Güzelbağ

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, İstanbul, Türkiye

Giriş: Anti-Müllerian hormon (AMH), over rezervinin değerlendirilmesinde sık kullanılan bir biyobelirteçtir. Ancak adölesan yaş grubunda rutin tarama amacıyla kullanımının sınırlı endikasyonları bulunmakta, klinik pratikte istem davranışı farklılık gösterebilmektedir. Bu çalışma, 10-19 yaş grubu kız adölesanlarda AMH test istem örüntülerini, istem yapan klinikleri, yaşa göre test sonuç dağılımını ve hormon korelasyonlarını incelemeyi amaçlamaktadır.

Materyal ve Metod: Bu retrospektif çalışma, bir eğitim ve araştırma hastanesinde 2015-2025 yılları arasında gerçekleştirilen AMH ölçümlerini içermektedir. Hastane bilgi sisteminden 10-19 yaş aralığındaki kız hastalara ait tüm AMH testleri taranmış, hasta kimlik bilgileri anonimleştirilmiştir. Değişkenler; yaş, istem yapan klinik, tanı, AMH, FSH, LH ve antropometrik verilerdir. Yaş grupları 10-12, 13-15 ve 16-19 yıl olarak kategorize edilmiştir. Tanımlayıcı istatistikler ve Spearman korelasyon analizi kullanılmıştır.

Bulgular: On yıllık dönemde toplam 215 AMH testi değerlendirilmiştir (Tablo 1). Testlerin %81,4'ü 16-19 yaş, %14,4'ü 13-15 yaş ve %4,2'si 10-12 yaş grubunda yer almaktadır (Şekil 1). İstemlerin %78,6'sı Kadın Hastalıkları ve Doğum, %15,3'ü Çocuk Endokrin birimlerinden yapılmıştır (Şekil 2). AMH sonucu elde edilen 197 hastada median AMH değeri 10-12 yaşta 6,32 (IQR: 2,16-23,50), 13-15 yaşta 2,50 (IQR: 0,53-6,37) ve 16-19 yaşta 3,55 (IQR: 1,92-6,28) ng/mL olarak bulunmuştur (Tablo 2, Şekil 3). En sık endikasyon menstrüel bozukluklar (%46,0) iken, istemlerin %16,3'ünde rutin jinekolojik muayene tanısı yer almıştır. AMH ile FSH arasında negatif korelasyon ($r=-0,329$, $p<0,001$), LH/FSH oranı ile pozitif korelasyon ($r=0,456$, $p<0,001$) saptanmıştır (Tablo 3). Hastaların %19,8'inde AMH<1 ng/mL olup, bu grubun en sık tanısı amenore idi. Tam gonadotropin paneli hastaların yalnızca %43,3'ünde birlikte istenmiştir.

Tablo 1. Hastaların Demografik ve Klinik Özellikleri (n=215)

Değişken	n (%)
Toplam	215
Yaş grupları	
10-12 yaş	9 (4,2)
13-15 yaş	31 (14,4)
16-19 yaş	175 (81,4)
İstem yapan klinik	
Kadın Hastalıkları ve Doğum	169 (78,6)
Çocuk Endokrin	33 (15,3)
Diğer	13 (6,1)
Tanı kategorileri	
Menstrüel bozukluklar	99 (46,0)
Rutin jinekolojik muayene	35 (16,3)
Diğer	81 (37,7)



Tablo 2. Yaş Gruplarına Göre AMH Değerleri (n=197)*

Yaş Grubu	n	AMH Median (IQR) ng/mL
10-12 yaş	7	6,32 (2,16–23,50)
13-15 yaş	24	2,50 (0,53–6,37)
16-19 yaş	166	3,55 (1,92–6,28)
Toplam	197	3,46 (1,55–6,49)

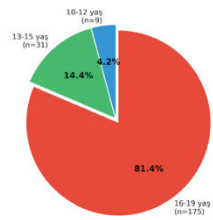
*18 hastada (%8,4) test istemi yapılmış ancak AMH sonucu elde edilememiştir.

Tablo 3. AMH ile Diğer Parametreler Arasındaki Korelasyon Analizi

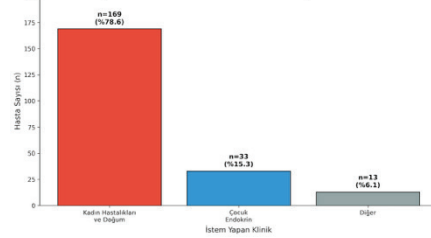
Değişkenler	n	r	p
AMH – FSH	108	-0,329	<0,001*
AMH – LH	97	0,035	0,731
AMH – LH/FSH oranı	93	+0,456	<0,001*
AMH – BMI	17	+0,259	0,316

*İstatistiksel olarak anlamlı ($p<0,05$); r: Spearman korelasyon katsayısı

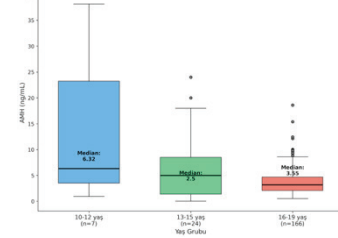
Şekil 1. Yaş Gruplarına Göre Hasta Dağılımı (n=215)



Şekil 2. Kliniklere Göre AMH Test İstem Dağılımı (n=215)



Şekil 3. Yaş Gruplarına Göre AMH Değerleri Dağılımı



Sonuç: AMH, adolesan kızlarda farklı klinikler tarafından değişken endikasyonlarla kullanılmaktadır. AMH ile FSH arasındaki negatif ve LH/FSH oranı ile pozitif korelasyonun saptanması, bu biyobelirtecin adolesan yaş grubunda da gonadotropinlerle uyumlu olduğunu desteklemektedir. Rutin muayene gerekçesiyle yapılan istemlerin varlığı ve düşük oranda tam hormon paneli istenmesi, adolesan popülasyonda AMH kullanım kriterlerinin standardizasyonuna ve klinisyen farkındalığının artırılmasına ihtiyaç olduğunu göstermektedir.

Anahtar Kelimeler: Adolesan, Anti-Müllerian hormon, hormon paneli, test uygunluğu



Ergenlerde Akran Zorbalığı ve Sağlık Davranışları İlişkisi

Emine Gülfem Anaç¹, Sinem Akgül¹, Melis Pehlivan Türk Kızıllan¹, Zeynep Tüzün Gün¹

¹Hacettepe Üniversitesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Ergen Sağlığı Bilim Dalı, Ankara, Türkiye

Giriş: Akran zorbalığının, ergenlerde stres yükünü artırarak duygusal düzenleme ve baş etme becerilerini olumsuz etkilemesi nedeniyle sağlıklı yaşam davranışlarını da aksatabileceği öngörülmektedir. Zorbalık deneyimi yaşayan ergenlerde fiziksel aktivitenin azalması, uyku ve beslenme düzeninin bozulması gibi sağlıklı yaşam davranışlarında aksamalar bildirilmiştir. Benzer biçimde, bu süreçte sosyal medya kullanımının bir kaçış ya da baş etme aracı olarak artabileceği düşünülmektedir. Bu nedenle, akran zorbalığına katılım biçimlerine göre ergenlerin sağlıklı yaşam davranışları ve sosyal medya bağımlılığı düzeylerinin birlikte değerlendirilmesi, risk altındaki grupların belirlenmesi açısından önem taşımaktadır. Bu çalışmada ergenlerde zorbalık davranışlarının yaygınlığını belirlemek ve zorbalığa katılım biçimleri ile sağlık davranışları ve sosyal medya bağımlılığı arasındaki ilişkiyi değerlendirmek amaçlanmıştır.

Materyal ve Metod: Bu kesitsel çalışma, Ankara’da öğrenim gören 13–18 yaş arası 503 ergen ile yüz yüze ve çevrimiçi veri toplanarak gerçekleştirilmiştir. Çalışmada sağlıklı yaşam davranışlarının (beslenme, egzersiz, sağlık sorumluluğu, stres yönetimi vb.) değerlendirilmesi için Adölesan Sağlığını Geliştirme Ölçeği-Kısa Formu, sosyal medya bağımlılık eğiliminin belirlenmesi için Ergenler İçin Sosyal Medya Bağımlılığı Ölçeği ve zorbalığa katılım düzeyi ile biçimlerinin belirlenmesi amacıyla Geleneksel Akran Zorbalığı Ölçeği kullanılmıştır.

Bulgular: Örneklem ortanca yaş 14 (IQR=3) olup %52,9 kız ergenlerden oluşmaktadır. Öğrencilerin %15,5’i zorbalığa dahil olmayan, %10,1’i mağdur, %18,9’u zorba ve %55,5’i zorba-mağdur grubu yer almaktadır. Sağlıklı yaşam davranışları zorbalığa dahil olmayan ve mağdur gruplarda daha yüksek düzeyde bulunurken, en düşük skorlar zorba-mağdur grubunda gözlenmiştir ($p<0,0001$). Sosyal medya bağımlılığı düzeyi zorba-mağdur grubunda en yüksek, zorbalığa dahil olmayan grupta en düşük düzeyde bulunmuştur ($p<0,001$).

Sonuç: Zorba-mağdur grubunun sağlıklı yaşam davranışları ve sosyal medya bağımlılığı açısından en olumsuz profili sergilemesi, bu grubun çoklu ve eşzamanlı stresörlere maruz kalmasıyla ilişkili olabilir. Zorbalığa maruz kalma ve zorbalık yapma deneyiminin bir arada bulunması, duygusal düzenleme ve sağlıklı baş etme becerilerini zayıflatarak riskli davranışlara yönelimi artırmaktadır. Bu bulgular, ergen sağlığı değerlendirmelerinde zorbalık taramasının yalnızca psikososyal değil, yaşam tarzı ve davranışsal riskleri de öngörebilen kritik bir gösterge olduğunu düşündürmektedir.



Çocuk Acile Başvuran İdrar Toksikolojisi Gönderilen Ergenlerin Ergen Sağlığı İzlemi

Emine Gülfem Anaç¹, Eylem Şerife Kalkan¹, Şükran Bayrak², Sinem Akgül¹, Özlem Tekşam², Melis Pehlivan Türk Kızıllan¹

¹Hacettepe Üniversitesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Ergen Sağlığı Bilim Dalı, Ankara, Türkiye

²Hacettepe Üniversitesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Çocuk Acil Bilim Dalı, Ankara, Türkiye

Giriş: Çocuk acil poliklinikleri (ÇAP) madde kullanan ergenlerin genellikle sağlık sistemiyle ilk temas noktası olup, doğru tarama yapılmadığında müdahale fırsatı kaçırılmaktadır. Madde kullanımına yaklaşım pediatri eğitiminin, standart yönetim şemalarının ve ileri bakım merkezlerin yetersizliği nedeniyle yeterince önceliklendirilememektedir. Çalışmanın amacı, ÇAP'da madde kullanımı şüphesi ile idrar-toksikolojisi gönderilen ergenlerin ileri izlem için yönlendirilme, yönlendirilme sonrası başvurma sıklığını ve eşlik eden riskli davranışları değerlendirmek ve bu süreçleri ilaç intoksikasyonlarıyla karşılaştırmaktır.

Yöntem: 16.01.2020–03.03.2025 arasında ÇAP'ta idrar-toksikoloji gönderilen 1298 ergenin (12–18 yaş) demografik verileri, idrar-toksikoloji sonuçları, ÇAP'da psikososyal öykü (HEEADSSS) alınma, Ergen Sağlığı (ES) ve Çocuk Ruh Sağlığı'na (ÇRS) yönlendirilme, ES'ye başvurma ve ES'deki HEEADSSS kayıtları tarandı. Başvuru şikayeti doğrultusunda ergenler madde kullanım şüphesi (madde kullanım beyanı, alkol intoksikasyonu, darp, araç içi trafik kazası gibi) ve özkiyim amaçlı ilaç intoksikasyonu olmak üzere iki gruba ayrıldı.

Bulgular: Katılımcıların %52,8'ü erkek ve ortalama yaş 16,2 yıldı. İdrar-toksikolojisi %77,5 madde kullanım şüphesi, %22,5 ilaç intoksikasyonu nedeniyle gönderildi. Toplamda %11,3 idrarda madde pozitifliği saptanırken; madde şüphesi grubunda(%13,4), ilaç intoksikasyonu grubuna (%4,1) göre daha yüksekti ($p<0.001$). ÇAP'da HEEADSSS oranı %2,3, ES'ye yönlendirilme %13,2 ve ÇRS'ye yönlendirilme %40,3'tü. İki grup arasında ÇAP'da HEEADSSS görüşmesi ve ES'ye yönlendirilme oranları benzerken($p>0,05$), ilaç intoksikasyonu grubunda ÇRS'ye yönlendirilme daha yüksekti($p<0,001$). ES'ye yönlendirilen ergenlerin %35'i başvurdu ve başvurma oranı ilaç intoksikasyonu grubunda daha yüksekti ($p=0.010$). İdrar-toksikolojisinde madde saptanan ergenlerin %54,5'i, saptanmayanların %6,9'u HEEADSSS görüşmesinde kullanım bildirdi. Madde kullanım şüphesi grubunda tütün kullanımı daha yüksekti ($p=0.010$).

Sonuç: Madde kullanım şüphesi olan ergenlerin ileri değerlendirme için yönlendirme oranları düşüktür ve yönlendirilen ergenlerin çoğu başvurmamaktadır. Bilinç açıksa sözel/yazılı araçlar ile tarama önerilse de; zaman, mekan, işgücü yetersizlikleri nedeniyle yapılamamaktadır ve bu nedenle bazı madde kullanımları ve ek risk etmenleri gözden kaçmaktadır. Madde kullanım şüphesi olan ergenlerin ÇAP'da değerlendirme araçları ile taranması, riskli ergenlerin ileri bakım için yönlendirilmesi, yönlendirme sonrası başvurunun takip edilmesi kritik koruyucu bir müdahale niteliğindedir.



Dijital Bağımlılığın İki Yüzü: Ergenlerde Sosyal Medya ve Akıllı Telefon Kullanımı

Belen Ateş¹, Recep Okur¹, Hazal Baksı Şenel¹, Eren Güzeloğlu¹, Sevilay Kök¹, Hüseyin Dağ¹, Vefik Arıca¹

¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Prof. Dr. Cemil Taşcıoğlu Şehir Hastanesi

Giriş:

Dijital teknolojilerin yaygınlaşmasının bir sonucu olarak, sosyal medya ve akıllı telefon kullanımı, gençlerin günlük yaşamlarında önemli bir rol oynamaktadır. Ergenlik döneminin psikososyal özellikleri, bu dijital araçların yoğun ve kontrolsüz kullanımını teşvik edebilir ve bağımlılık riskini artırabilir.

Amaç ve Yöntem:

Bu araştırmanın amacı, ergenlerde sosyal medya ve akıllı telefon bağımlılığı düzeylerini değerlendirmek ve bu iki değişkenin yaş ve cinsiyetle olan ilişkisini incelemektir.

Çalışmamız tek merkezli, kesitsel olup 12–18 yaş aralığında toplam 100 ergen dahil edilmiştir. Veri toplama aracı olarak Sosyal Medya Bağımlılığı Ölçeği (SMBÖ) ve Akıllı Telefon Kullanımı Ölçeği kullanılmıştır. İstatistiksel analizler SPSS programı ile yapılmış; grup karşılaştırmalarında bağımsız örneklem t-testi ve tek yönlü varyans analizi, değişkenler arası ilişkilerin değerlendirilmesinde Pearson korelasyon analizi kullanılmıştır. Sosyal medya bağımlılığını yordayan faktörler çoklu doğrusal regresyon analizi ile incelenmiştir.

Bulgular:

Katılımcıların yaş ortalaması 14 yıl olup, %53'ü kızdır. Kız ergenlerin sosyal medya kullanım puanları erkeklere kıyasla istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek bulunmuştur ($p = 0.002$). Benzer şekilde, kız ergenlerin akıllı telefon kullanım puanları da erkeklere göre anlamlı derecede daha yüksektir ($p = 0.014$). Yaş ile sosyal medya bağımlılığı arasında orta-ileri düzeyde pozitif bir korelasyon saptanmıştır ($r = 0.71$; $p < 0.001$). Benzer şekilde, yaş ile akıllı telefon bağımlılığı arasında da anlamlı pozitif korelasyon bulunmuştur ($r = 0.65$; $p < 0.001$). SMBÖ toplam puanı ile akıllı telefon bağımlılığı arasında çok güçlü bir pozitif ilişki belirlenmiştir ($r = 0,97$; $p < 0,001$). Regresyon analizinde yaş ve akıllı telefon bağımlılığı sosyal medya bağımlılığının bağımsız yordayıcıları olarak saptanmıştır.

Sonuç:

Çalışmamız, ergenlerde sosyal medya bağımlılığı ile akıllı telefon bağımlılığı arasında güçlü bir ilişki olduğunu ve yaşın bu ilişkiyi artıran önemli bir faktör olduğunu göstermektedir. Klinisyenlerin bu yaş grubu danışanları değerlendirirken dijital bağımlılığı da sorgulamaları önem kazanmaktadır. Ayrıca kız ergenlerde sosyal medya ve akıllı telefon kullanım düzeylerinin daha yüksek olması, ergenlik döneminde cinsiyete duyarlı izlemin göz ardı edilmemesi gerektiğini göstermektedir. Bulgularımız ergenlere yönelik dijital bağımlılıkları önlemeye yönelik bütüncül yaklaşımların, cinsiyet ve yaşa duyarlı müdahalelerin önemini vurgulamaktadır.

Anahtar Kelimeler: Adolesan; Akıllı telefon bağımlılığı; Dijital bağımlılık; Sosyal medya bağımlılığı

Giriş

Dijital teknolojilerin hızlı gelişimi ile birlikte sosyal medya platformları, ergenlerin günlük yaşamında merkezi bir konum kazanmıştır. Özellikle akıllı telefonların yaygınlaşması, sosyal medya kullanımını her yaş grubunda artırmış; ergenlik döneminde ise bu kullanım daha belirgin hale gelmiştir (1). Ergenler için sosyal medya; iletişim kurma, kimlik geliştirme, akran ilişkilerini sürdürme ve sosyal onay alma gibi temel psikososyal ihtiyaçları karşılayabilen önemli bir araç haline gelmiştir (2).

Yine akıllı telefonlar, ergen yaş grubunda günlük yaşamın vazgeçilmez bir parçasıdır. Özellikle akranlarıyla iletişim kurma, bilgiye erişme, sosyal etkileşim ve eğlence gibi birçok işlevi bir arada sunması nedeniyle kullanımı belirgin şekilde artmaktadır. Akıllı telefonların sunduğu bu çok yönlü kullanım olanakları, ergenler için önemli fırsatlar sağlamakla birlikte, aşırı ve kontrolsüz kullanım durumlarında çeşitli psikososyal riskleri de beraberinde getirebilmektedir (3).



Ergenlik dönemi; biyolojik, bilişsel ve duygusal değişimlerin yoğun olarak yaşandığı, kimlik gelişiminin hızlandığı kritik bir gelişim evresidir (4). Bu dönemde akran ilişkilerinin önemi artmakta, sosyal kabul ve aidiyet ihtiyacı belirginleşmektedir. Akıllı telefonlar ve mobil uygulamalar, bu ihtiyaçların karşılanmasında kolay erişilebilir araçlar sunarak ergenlerin günlük yaşamında merkezi bir rol üstlenmektedir (5).

Bu çalışmanın amacı, ergen bireyler arasında sosyal medya ve akıllı telefon bağımlılığı düzeylerini değerlendirmek ve bu iki bağımlılık türü arasındaki ilişkiyi ortaya koymaktır.

Gereç ve Yöntem

Bu çalışma, 12–17 yaş arası ergenlerde sosyal medya kullanım düzeyini değerlendirmek amacıyla tek merkezli yürütülen kesitsel ve tanımlayıcı bir araştırmadır.

Veri Toplama Aracı

Veri toplama aracı olarak 41 maddeden oluşan Sosyal Medya Ölçeği(9) ve her bir maddesi 1–6 arasında puanlanan 10 maddelik Akıllı telefon kullanım ölçeği(10) kullanılmıştır. Sosyal Medya Ölçeği tek boyutlu olup alt ölçek içermemektedir. Maddeler 5'li Likert tipi (1=Hiçbir zaman, 5=Her zaman) olarak puanlanmaktadır. Toplam puanın artması sosyal medya kullanım düzeyinin arttığını göstermektedir.

İstatistiksel Analiz

Verilerin analizi SPSS programı kullanılarak yapılmıştır. Tanımlayıcı istatistikler için ortalama, standart sapma, minimum ve maksimum değerler hesaplanmıştır. Cinsiyete göre karşılaştırmalar bağımsız örneklem t-testi ile yapılmış, ölçeğin iç tutarlılığı Cronbach alfa katsayısı ile değerlendirilmiştir. Sürekli değişkenlerin dağılım özellikleri Kolmogorov–Smirnov testi ve görsel yöntemler (histogram ve Q-Q grafikleri) ile değerlendirilmiştir. Normal dağılım gösteren sürekli değişkenler ortalama \pm standart sapma olarak, kategorik değişkenler ise sayı ve yüzde şeklinde sunulmuştur. İki grup arasındaki sürekli değişkenlerin karşılaştırılmasında bağımsız örneklem t-testi kullanılmıştır. Değişkenler arasındaki ilişkiler Pearson korelasyon analizi ile değerlendirilmiş ve korelasyon katsayıları r değeri olarak raporlanmıştır. Tüm istatistiksel analizlerde $p < 0.05$ değeri istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

Bulgular

Çalışmamıza toplam 100 ergen katılımcı dahil edilmiştir. Katılımcıların yaş ortalaması 14 yıl olup, örneklemin %53'ü kız, %47'si erkek katılımcılardan oluşmaktadır.

Katılımcıların Sosyal Medya Ölçeği toplam puan ortalaması 128.81 ± 6.34 olarak hesaplanmıştır.

Kız ve erkek ergenlerin Sosyal Medya Ölçeği toplam puanları karşılaştırıldığında, kız ergenlerin toplam puan ortalamasının (130.62 ± 6.3), erkek ergenlerin ortalamasından (126.77 ± 6.1) istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p = 0.002$).

Erkek ve kız ergenler kendi cinsiyetleri içinde yaş gruplarına göre ayrı ayrı değerlendirilmiştir. Yapılan tek yönlü varyans analizi sonucunda, erkek ergenlerde sosyal medya ölçeği toplam puanlarının yaş gruplarına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği saptanmıştır ($p < 0.001$). Benzer şekilde, kız ergenlerde de yaş gruplarına göre sosyal medya ölçeği toplam puanları arasında anlamlı farklılık bulunmuştur ($p < 0.001$). Bu bulgular, her iki cinsiyette de sosyal medya kullanım düzeyinin yaşa bağlı olarak değiştiğini ve yaş ilerledikçe kullanım düzeyinin arttığını göstermektedir.

16 ve 17 yaş gruplarında, kız ergenlerin sosyal medya ölçeği toplam puanlarının erkek ergenlere kıyasla anlamlı derecede daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Aynı yaş grubundaki erkek ve kız ergenlerin sosyal medya ölçeği toplam puanlarının karşılaştırılması Tablo 1'de gösterilmiştir. Bu sonuçlar, özellikle ileri ergenlik döneminde sosyal medya kullanımında cinsiyete bağlı farklılıkların belirginleştiğini ortaya koymaktadır.

Tablo 1. Aynı yaş grubundaki erkek ve kız ergenlerin sosyal medya ölçeği toplam puanlarının karşılaştırılması

Yaş	Erkek Ortalama	Kız Ortalama	p
12	121.5	124.8	0.064
13	125.2	127.1	0.174



14	125.7	130.2	0.051
15	130.4	135.5	0.081
16	132.5	137.0	0.034
17	131.7	141.6	<0.001

SMBÖ toplam puanı ile tüm alt boyutlar arasında istatistiksel olarak anlamlı ve pozitif yönde ilişkiler saptanmıştır. SMBÖ toplam puanı ile en güçlü ilişki meşguliyet alt boyutunda görülürken ($r = 0,69$; $p < 0,001$), bunu çatışma ($r = 0,61$; $p < 0,001$), tekrarlama ($r = 0,55$; $p < 0,001$) ve duygu durum düzenleme ($r = 0,56$; $p < 0,001$) alt boyutları izlemiştir. Alt boyutların kendi aralarında da düşük-orta düzeyde pozitif korelasyonlar saptanmıştır.

Akıllı Telefon Kullanımı Ölçeği'nden elde edilen toplam puan ortalaması 28.10 ± 5.31 olup, puanlar 11 ile 36 arasında değişmektedir. Ölçeğin teorik puan aralığının 10–60 olduğu göz önünde bulundurulduğunda, örnekleme akıllı telefon kullanım düzeyinin genel olarak orta düzeyde olduğu görülmektedir.

Kız ergenlerin toplam puan ortalamasının erkek ergenlere kıyasla istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p = 0.014$). Bu bulgu, akıllı telefon kullanım düzeyinin cinsiyete bağlı olarak farklılık gösterebileceğini ve kız ergenlerde kullanımın daha yoğun olabileceğini düşündürmektedir.

Hem erkek hem de kız ergenlerde yaş gruplarına göre Akıllı Telefon Kullanımı Ölçeği'nden toplam puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu belirlenmiştir ($p < 0.001$). Bu sonuç, akıllı telefon kullanım düzeyinin her iki cinsiyette de yaşla birlikte değiştiğini göstermektedir. 13, 16 ve 17 yaş gruplarında kız ergenlerin toplam puanlarının erkek ergenlere kıyasla istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p < 0.05$). (Tablo 2). Bu bulgu, özellikle ileri ergenlik döneminde cinsiyete bağlı kullanım farklılıklarının belirginleştiğini düşündürmektedir.

Tablo 2. Aynı yaş grubundaki erkek ve kız ergenlerin akıllı telefon kullanımı puanlarının karşılaştırılması

Yaş	Erkek Ort.	Kız Ort.	P
12	18.64	22.25	0.074
13	27.17	30.64	0.005
14	29.33	29.56	0.878
15	31.00	32.20	0.192
16	30.00	33.67	<0.001
17	30.14	34.00	0.001

SMBÖ toplam puanı ile Akıllı Telefon Bağımlılığı Ölçeği toplam puanı arasında çok güçlü pozitif bir ilişki saptanmıştır ($r = 0.97$; $p < 0.001$). Ayrıca, SMBÖ'nün tüm alt boyutları ile akıllı telefon bağımlılığı arasında da istatistiksel olarak anlamlı pozitif ilişkiler bulunmuştur ($p < 0.001$) (Tablo 3).

Tablo 3. Sosyal Medya Bağımlılığı Ölçeği (SMBÖ) ve Alt Boyutları ile Akıllı Telefon Bağımlılığı Arasındaki İlişki

Değişken	Akıllı Telefon Bağımlılığı (r)	p
SMBÖ Toplam Puan	0.974	<0.001
Meşguliyet	0.832	<0.001
Duygu Durum Düzenleme	0.548	<0.001
Tekrarlama	0.549	<0.001
Çatışma	0.607	<0.001

Pearson korelasyon analizi ile değerlendirilmiştir.

Yaş ile SMBÖ toplam puanı arasında orta-ileri düzeyde pozitif bir ilişki saptanmıştır ($r = 0.71$; $p < 0.001$). Benzer şekilde, yaş ile akıllı telefon bağımlılığı toplam puanı arasında da istatistiksel olarak anlamlı pozitif korelasyon bulunmuştur ($r = 0.65$; $p < 0.001$). Bu bulgular, yaş arttıkça sosyal medya ve akıllı telefon bağımlılığı düzeylerinin arttığını göstermektedir.

Cinsiyetler arası karşılaştırmada, kız ergenlerin SMBÖ toplam puanlarının erkeklere göre istatistiksel olarak anlamlı



derecede daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p = 0.002$). Ayrıca, meşguliyet ve duygu durum düzenleme alt boyutları ile akıllı telefon bağımlılığı toplam puanı kızlarda anlamlı olarak daha yüksektir (tüm $p < 0.001$). Tekrarlama ve çatışma alt boyutlarında ise cinsiyete göre anlamlı fark saptanmamıştır ($p > 0.05$).

Sosyal medya bağımlılığını yordayan faktörleri belirlemek amacıyla yapılan çoklu doğrusal regresyon analizinde yaş, cinsiyet ve akıllı telefon bağımlılığı modele dahil edilmiştir. Model istatistiksel olarak anlamlı bulunmuş ve SMBÖ toplam puanındaki varyansın %95,8'ini açıklamıştır ($R^2 = 0.958$; $p < 0.001$).

Regresyon analizine göre akıllı telefon bağımlılığı ($B = 0.69$; $p < 0.001$) ve yaş ($B = 0.43$; $p < 0.001$) SMBÖ toplam puanının bağımsız ve anlamlı yordayıcılarıdır. Cinsiyet ise diğer değişkenler kontrol edildiğinde sosyal medya bağımlılığı üzerinde anlamlı bir etki göstermemiştir ($p = 0.299$).

Tartışma

Bu çalışmada, ergenlerde sosyal medya bağımlılığı ile akıllı telefon bağımlılığı arasındaki ilişki ayrıntılı olarak incelenmiş ve her iki bağımlılık türünün yaş ve cinsiyet ile ilişkisi değerlendirilmiştir. Elde edilen sonuçlar, sosyal medya bağımlılığı ile akıllı telefon bağımlılığı arasında güçlü bir pozitif ilişki olduğunu göstermektedir ve bu ilişki ergenlik döneminde daha belirgin hale gelmektedir.

Çalışmamızda Sosyal Medya Bağımlılığı Ölçeği toplam puanı ile akıllı telefon bağımlılığı toplam puanı arasında saptanan yüksek korelasyon, bu iki davranış biçiminin ergenlerde büyük ölçüde birbiriyle örtüşen ancak aynı zamanda birbirini güçlendiren yapılar olduğunu düşündürmektedir. Akıllı telefon kullanımının ergen yaş grubunda yaygınlaşması sosyal medya kullanımını da artırmıştır. Araştırmalar, sosyal medyanın yaklaşık %80'inin mobil teknolojiler aracılığıyla kullanılmakta olduğunu göstermektedir (6). Bu nedenle, akıllı telefon bağımlılığının SNS bağımlılığının bir parçası olabileceği öne sürülebilir (1).

Sosyal medya bağımlılığı alt boyutları incelendiğinde, SMBÖ toplam puanı ile en güçlü ilişkinin meşguliyet alt boyutunda görülmesi dikkat çekicidir. Bu durum, ergenlerin sosyal medyayı zihinsel olarak sürekli meşgul edici bir unsur olarak deneyimlediklerini ve günlük yaşamda sosyal medya ile ilgili düşüncelerin ön planda olduğunu göstermektedir. Literatürde de bu bilişsel meşguliyetin bağımlılık davranışının temel belirtilerinden biri olduğu vurgulanmıştır (7). Çatışma ve tekrarlama alt boyutlarıyla saptanan anlamlı ilişkiler ise sosyal medya kullanımının akademik, ailevi ve sosyal işlevsellik üzerinde olumsuz etkiler yaratabileceğine işaret etmektedir. Bu bulgular, sosyal medya bağımlılığının yalnızca kullanım süresiyle değil, kullanımın bireyin yaşam alanlarıyla çatışma derecesiyle de ilişkili olduğunu ileri süren modelleri desteklemektedir (2).

Yaş ile hem sosyal medya bağımlılığı hem de akıllı telefon bağımlılığı arasında saptanan pozitif ilişki, ergenlik ilerledikçe dijital medya kullanımının daha yoğun ve daha sorunlu bir hâl alabildiğini göstermektedir. Özellikle ileri ergenlik döneminde artan özerklik, ebeveyn denetiminin azalması ve akran ilişkilerinin merkezi rol kazanması, dijital platformların daha sık ve uzun süreli kullanımını beraberinde getirebilmektedir (8).

Cinsiyet açısından değerlendirildiğinde, kız ergenlerin sosyal medya ve akıllı telefon bağımlılığı puanlarının erkeklere kıyasla daha yüksek olması, önceki çalışmalarla büyük ölçüde örtüşmektedir. Kız ergenlerin sosyal ilişkilerde çevrim içi iletişime daha fazla önem vermeleri, sosyal onay ve geri bildirim arayışlarının daha belirgin olması bu farkın olası nedenleri arasında yer alabilir (5).

Bununla birlikte, çoklu regresyon analizinde cinsiyetin sosyal medya bağımlılığı üzerinde bağımsız bir yordayıcı olmaması, cinsiyete bağlı farkların genellikle yaş ve akıllı telefon bağımlılığı ile ilişkilendirilebileceğini göstermektedir. Bu sonuç, cinsiyetin doğrudan değil, dolaylı rol oynayabileceğini gösterdiği için önemlidir. Dijital bağımlılıkları ayrı ayrı ele almak zordur, çünkü çoklu doğrusal regresyon analizi, akıllı telefon bağımlılığının sosyal medya bağımlılığının en güçlü yordayıcısı olduğunu göstermektedir. Bu bulgu, akıllı telefon kullanımıyla ilgili sosyal medya bağımlılığının değerlendirilmesi gerektiğini ve önleyici müdahalelerde her iki alanın birlikte ele alınmasının önemini vurgulamaktadır.

Kısıtlılıklar

Bu çalışmanın bazı sınırlılıkları bulunmaktadır. Öncelikle, kesitsel tasarım nedeniyle nedensel çıkarımlar yapılamamaktadır. Ayrıca, verilerin öz-bildirim ölçekleriyle toplanmış olması yanıt yanlılığına yol açabilir.



Sonuç

Sonuç olarak, bu çalışma ergenlerde sosyal medya bağımlılığının akıllı telefon bağımlılığı ile güçlü biçimde ilişkili olduğunu ve yaşın bu ilişkiyi güçlendiren önemli bir faktör olduğunu ortaya koymaktadır. Bulgular, ergenlere yönelik dijital medya kullanımını düzenlemeye yönelik önleyici programların geliştirilmesinde yaşa duyarlı ve bütüncül yaklaşımların önemini vurgulamaktadır. Yine bulgular doğrultusunda, ergenlerle çalışan sağlık profesyonellerinin rutin değerlendirmelerde akıllı telefon kullanım düzeyini göz önünde bulundurmaları önerilebilir. Özellikle ileri ergenlik dönemindeki kız ergenlerde, artmış bağımlılık riski ve buna eşlik edebilecek uyku sorunları, akademik glkler ve psikososyal uyum problemler açısından düzenli izlem yapılması yararlı olabilir.

Referanslar

1. Kuss, D. J., & Griffiths, M. D. (2017). Social networking sites and addiction: Ten lessons learned. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 14(3), 311.
2. Andreassen, C. S. (2015). Online social network site addiction: A comprehensive review. *Current Addiction Reports*, 2(2), 175–184.
3. Elhai, J. D., Dvorak, R. D., Levine, J. C., & Hall, B. J. (2017). Problematic smartphone use: A conceptual overview and systematic review of relations with anxiety and depression psychopathology. *Journal of Affective Disorders*, 207, 251–259. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.08.030>
4. Steinberg, L. D. (2014). *Age of opportunity: Lessons from the new science of adolescence*. Houghton Mifflin Harcourt.
5. Valkenburg, P. M., & Peter, J. (2011). Online communication among adolescents: An integrated model of its attraction, opportunities, and risks. *Journal of Adolescent Health*, 48(2), 121–127. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2010.08.020>
6. Marketing Land Nearly 80 Percent of Social Media Time Now Spent on Mobile Devices. Available online: <http://marketingland.com/facebook-usage-accounts-1-5-minutes-spent-mobile-171561> (accessed on 29 January 2017).
7. Montag, C., Demetrovics, Z., Elhai, J. D., Grant, D., Koning, I., Rumpf, H. J., ... & Van den Eijnden, R. (2024). Problematic social media use in childhood and adolescence. *Addictive behaviors*, 153, 107980.
8. West, M., Rice, S., & Vella-Brodrick, D. (2024). Adolescent social media use through a Self-Determination theory lens: A systematic scoping review. *International journal of environmental research and public health*, 21(7), 862.
9. Tutgun-nal, A., & Deniz, L. (2015). *Development of the Social Media Addiction Scale*. *AJIT-E: Academic Journal of Information Technology*, 6(21), 51–70. <https://doi.org/10.5824/1309-1581.2015.4.004.x>
10. Noyan, C. O., Enez-Darın, A., Nurmedov, S., Yılmaz, O., & Dilbaz, N. (2015). *Validity and reliability of the Turkish version of the Smartphone Addiction Scale-Short Version among university students*. *Anatolian Journal of Psychiatry*, 16(Supplement 1), S73–S81. <https://doi.org/10.5455/apd.176101>



ÇOCUK ACİL SERVİSTE PEDIATRİK APANDİSİT SKORU İLE DEğERLENDİRİLEN VE AKUT APANDİSİT TANISI ALAN HASTALARIN HEMATOLOJİK İNFLAMATUVAR PARAMETRELER İLE DEğERLENDİRİLMESİ

Dr.Fatma Ece DAğDEVİREN, Prof.Dr.Cemil Taşcıoğlu Şehir Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları

Prof.Dr.Hüseyin DAğ, Prof.Dr.Cemil Taşcıoğlu Şehir Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları

Prof.Dr.Vefik ARICA, Prof.Dr.Cemil Taşcıoğlu Şehir Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları

Dr.Eren Yaşa, Prof.Dr.Cemil Taşcıoğlu Şehir Hastanesi, Çocuk Cerrahi ve Üroloji Kliniği

GİRİŞ VE AMAÇ:

- Karın içi patolojilerden akut apandisit, dünyada en sık görülen ve acil müdahale gerektiren durumlardan birisidir. Her yaş grubunda görülebilmekle birlikte en sık 9-12 yaşları arasında görülür. Yaşam boyunca görülme olasılığı %7-10 arasındadır.
- Olguların çoğuna hikaye ve fizik muayene ile tanı konulur. Tanı koymak fizik muayenenin şüpheli olduğu durumlarda zordur bu gibi durumlarda radyolojik görüntülemeler ve laboratuvar tetkiklerinden yardım alınır. Ancak radyolojik görüntüleme yorumlarının sübjektif oluşu akut apandisit komplikasyonuna sebep olabilmektedir.
- Akut apandisit cerrahi müdahalede gecikme peritonit ve perforasyona sebep olabileceği için apendektomi önerilir. Abse veya plastron gibi durumlarda ise konservatif tedavi tercih edilir.
- Çalışmamızın amacı ise karın ağrısı ile çocuk acil servisine başvuran hastalarda akut apandisit tanısına yönelik hematolojik ve biyokimyasal inflamatuvar parametrelerin tanısal değerini ortaya koymak ve bu parametrelerin komplikasyonlarındaki rolünü değerlendirmektir.

GENEL BİLGİLER:

- Son yıllarda yapılan çalışmalarda, özellikle CRP, albümin, prokalsitonin, mutlak nötrofil sayısı (ANC) ve mutlak lenfosit sayıları (ALC), trombosit ve monosit düzeylerinin hem tanı koyduruculuğu hem de komplikasyonların öngörülmesindeki rolleri vurgulanmıştır.
- Akut apandisitli çocuk hastalarda CRP düzeylerinin, **özellikle komplikasyon gelişmiş olgularda anlamlı derecede yüksek** olduğu gösterilmiştir. CRP, tanıda tek başına yüksek özgülüğe sahip olmamakla birlikte, klinik bulgularla birlikte değerlendirildiğinde önemli katkı sağlamaktadır.
- Çocuk hastalarda yapılan çalışmalarda, **komplike apandisit olgularında serum albümin düzeylerinin anlamlı şekilde düşük olduğu ve bu düşüşün CRP ile birlikte değerlendirildiğinde daha yüksek tanısal doğruluk sağladığı** bildirilmiştir. Bu nedenle CRP/albümin oranı, son yıllarda komplike apandisit öngören bir parametre olarak önerilmektedir.
- Prokalsitonin, bakteriyel enfeksiyonlara özgü bir belirteç olup özellikle sepsis tanısında kullanılmaktadır. Ancak çeşitli çalışmalarda, **komplike apandisit vakalarında da PCT düzeylerinde anlamlı artış** olduğu gösterilmiştir.
- Mutlak nötrofil sayısı, çocukluk çağında apandisit tanısında en yaygın kullanılan parametrelerden biridir. **Nötrofil sayısı artışı, inflamasyonun erken döneminde gözlenmekte ve komplikasyon riskinin yüksek olduğu olgularda** daha belirgin olmaktadır.
- Mutlak lenfosit sayısı, **sistemik inflamatuvar yanıtta sekonder olarak sıklıkla azalma** eğilimindedir. Lenfopeni, özellikle yüksek nötrofil oranı ile birlikte değerlendirildiğinde tanısal gücü artmaktadır. Bu nedenle **nötrofil/lenfosit oranı, tanı koymada ve komplike vakaları ayırt etmede** sık başvurulan bir parametre haline gelmiştir.
- Platelet sayısı, çocuklarda apandisit tanısında klasik bir parametre olmamakla birlikte, bazı çalışmalarda **komplike olgularda trombositoz** görülebileceği bildirilmiştir. **Platelet/lenfosit oranının yüksek olduğu durumlarda perforasyon riskinin artabileceği** öne sürülmüştür.



- Monosit sayısında artış, özellikle kronik inflamasyon ya da komplikasyon gelişen vakalarda daha belirgin olabilir.
- Son yıllarda yapılan bazı çalışmalarda, akut apandisitli çocuklarda MPV düzeylerinin sağlıklı kontrollere kıyasla anlamlı şekilde düşük olduğu bildirilmiştir. 2012 yılında yapılan bir çalışmada, apandisit grubunda MPV değerleri anlamlı şekilde daha düşük bulunmuş iken Öte yandan, bazı araştırmalar MPV düzeylerinde anlamlı bir farklılık olmadığını bildirmiştir.
- Serum bilirubin düzeyi, özellikle **komplike apandisit olgularında potansiyel bir belirteç** olarak araştırılmıştır. Yapılan bazı çalışmalarda, özellikle perforasyon gelişen olgularda hiperbilirubinemi saptanmıştır.
- Özellikle **komplike apandisit vakalarında serum sodyum düzeylerinde anlamlı düşük olup hiponatreminin, perforasyon riskini öngörmeye yüksek duyarlılık (%94) ve özgüllük (%91)** sağladığı belirtilmiştir.
- Akut apandisit tanısında ürik asit düzeylerinin rolü üzerine yapılan çalışmalar sınırlıdır. Ancak, bazı araştırmalar, **akut apandisitli çocuklarda serum ürik asit düzeylerinin kontrol grubuna göre anlamlı derecede yüksek** olduğunu bildirmiştir. Bu bulgu, akut apandisitte oksidatif stresin arttığını ve bunun da ürik asit düzeylerini etkileyebileceğini düşündürmektedir.

GEREÇ VE YÖNTEM:

- Bu çalışma, T.C. Sağlık Bakanlığı İstanbul Prof. Dr. Cemil Taşcıoğlu Şehir Hastanesi Çocuk Acil servisine başvuran ve karın ağrısı olan 5-18 yaş arası çocuklarda yapıldı.
- Çalışmaya karın ağrısı ile başvuran ve akut apandisit tanısı alan 60 hasta ile (30 komplike apandisit ve 30 nonkomplike apandisit) kontrol grubu olarak da akut apandisit tanısı dışlanan 30 hasta olmak üzere 90 hasta dahil edildi.
- Çalışma prospektif olup, 15 Şubat 2025 – 01 Ağustos 2025 tarihleri arasında yapıldı.
- Mevcut araştırma, pediatrik yaş grubundaki karın ağrısı olup pediatrik apandisit skoru ölçülen hastalarda bazı hematolojik parametrelerin (CRP / albümin, prokalsitonin / albümin, nötrofil/lenfosit, platelet / lenfosit, monosit / lenfosit) akut apandisit tanısındaki rolü ile birlikte komplike ve nonkomplike apandisit ayırıcı tanısındaki yerini incelemeyi amaçlayan bir çalışmadır. Komplike ve nonkomplike apandisit ayırımı histopatolojik olarak yapılmış olup nonkomplike apandisitte genişlemiş serozal damarlar ve serozanın matlaşması gibi çeşitli karakteristik özellikler gözlenirken komplike apandisitte tıkanıklık ve ekstraluminal sıvının eşlik ettiği şiddetli flegmonöz inflamasyon, nekroz alanları ve yaygın mukozal ülserasyonlarla birlikte transmural inflamasyon ve etkilenen dokuya sızan nötrofillerle karakterize, apse oluşumuna işaret eden özellikler gözlenmektedir.

Çalışma grubundaki gönüllülerin dahil edilme kriterleri:

- 5- 18 yaş arası karın ağrısı ile başvurup akut apandisit ön tanısı düşünülen çocuk hastalar,
- Aile onamının olması,
- Kronik bir hastalığının olmaması

Çalışma grubundaki gönüllülerin dahil edilmeme kriterleri:

- Aile onamı olmayanlar,
- 5-18 yaşa aralığı dışındaki hastalar,
- Kronik hastalığı olanlar

BULGULAR:

- Çalışma için 30'u (%33,3) komplike apandisit, 30'u (%33,3) nonkomplike apandisit ve 30'u (%33,3) apandisit tanısı olmayan olmak üzere toplam 90 hasta dahil edildi.
- Hastaların yaş ortalaması 13,2 ±3,2 yıl ve yaş ortancası 13,5 yıl (6,0–18,0) olarak belirlendi.
- Komplike apandisit grubunun ortancası 12,0 yıl (6,0–17,0), non-komplike grubun 13,0 yıl (6,0–18,0) iken



apandisit olmayan grubun ise 15,0 yıl (10,0–18,0) olarak hesaplandı ve gruplar arasında **yaş açısından anlamlı fark olduğu belirlendi** ($p=0,028$).

- Yapılan ileri analizlerde komplike apandisit grubunda yaşın apandisit olmayan gruba **göre anlamlı düzeyde daha düşük** olduğu belirlendi ($p=0,006$).
- Cinsiyet açısından anlamlı fark saptanmadı ($p=0,079$).
- Komplike apandisit grubu ile apandisit olmayan grup arasında olduğu, komplike apandisit grubundaki hastaların daha düşük boy ve ağırlığa sahip oldukları belirlendi. Beden Kitle İndeksi (BKİ) ortancaları üç grupta sırasıyla 19,5 kg/m² (11,4–25,5), 20,0 kg/m² (13,4–32,8) ve 20,8 kg/m² (16,2–24,8) olarak belirlendi ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı bulundu ($p=0,189$).

BKİ persentil gruplarına göre zayıf olanlar en sık komplike apandisit grubunda (%20,0), fazla kilolular ise non-komplike apandisit grubunda (%10,0) görüldü.

- Çalışmaya alınan hastaların başvuru şikâyetleri değerlendirildiğinde, en sık görülen şikâyetin karın ağrısı olup olguların %46,7'sinde ($n=42$) mevcuttu. Bunu %30,0 ($n=27$) oranıyla kusma takip etti. Bulantı şikâyeti %8,9 ($n=8$), ateş %6,7 ($n=6$) ve ishal %3,3 ($n=3$) oranında gözlemlendi. Halsizlik, iştahsızlık ve kabızlık şikâyetlerine ise daha az rastlandı. Başvuru şikâyetleri açısından gruplar karşılaştırıldığında istatistiksel düzeyde anlamlı bir farka rastlanmadı ($p=0,845$).
- Yapılan ileri analizlerde apandisit olmayan gruptan kaynaklandığı belirlenen, gruplar arası PAS karşılaştırması aralarındaki fark **anlamlı bulundu** ($p<0,001$).
- CRP düzeyi ortanca değeri ise komplike apandisit grubunda 106,6 mg/L (0,4–294,7) olarak belirlenmiş olup diğer gruplardan **istatistiksel anlamlı düzeyde çok yüksekti** ($p<0,001$).
- Albümin düzeyi ortanca değeri komplike apandisit grubunda 3,9 g/dL (2,6–4,9) ile diğerlerinden daha düşük iken, nonkomplike apandisit grubunda 4,2 g/dL (3,4–4,8), apandisit olmayan grupta ise 4,4 g/dL (3,3–5,2) olarak ölçüldü. **Albümin düzeyi açısından fark gruplar arasında anlamlı olmakla beraber ($p=0,020$), farkın komplike apandisit ve apandisit olmayan grup arasında olduğu belirlendi.**
- Prokalsitonin (PCT) düzeyi ortanca değerinin komplike apandisit grubunda 1,08 ng/mL (0,02–56,41) olarak en yüksek olduğu görülürken, nonkomplike grubunda 0,09 ng/mL (0,01–17,77) ve apandisit olmayan grupta 0,04 ng/mL (0,01–11,6) olarak hesaplandı. **PCT düzeyi açısından her üç grubun birbirinden farklı olduğu belirlendi ($p<0,001$).**
- Na düzeyi ortancası komplike apandisit grubunda 135,0 mmol/L (127,0–140,0), non-komplike grubunda 137,0 mmol/L (129,0–142,0), apandisit olmayan grupta ise 137,5 mmol/L (128,0–145,0) olarak belirlendi. **Gruplar arasında istatistiksel fark olduğu ($p=0,028$) tespit edilmekle birlikte, farkın sadece komplike apandisit ve apandisit olmayan grup arasında olduğu belirlendi.**
- Bakılan diğer hematolojik ve biyokimyasal parametreler olan nötrofil, trombosit, lenfosit, monosit, MPV, ürik asit, bilirubin açısından gruplar arasında anlamlı bir fark izlenmedi.
- CRP/albümin oranının ortanca değerleri komplike apandisit grubunda 29,20 (0,08–113,35), non-komplike apandisit grubunda 3,85 (0,04–64,10) ve apandisit olmayanlarda ise 1,16 (0,04–48,4) olarak belirlendi. **Gruplar arasında yapılan karşılaştırmada, anlamlı farklılık olduğu belirlendi ($p<0,001$). Komplike apandisit grubunun ortancası hem non-komplike ($p<0,001$) hem de apandisit olmayan gruplardan anlamlı düzeyde yüksekken ($p<0,001$), nonkomplike ile apandisit olmayan grup arasında ise fark anlamlı değildi ($p=0,119$).**
- **PCT/albümin oranı da gruplar arasında anlamlı farklılık gösterdi ($p<0,001$).** Komplike apandisit grubunda ortanca oran 0,27 (0,00–13,12) ile daha yüksekken, nonkomplike apandisit grubunda 0,02 (0,00–4,56) ve apandisit olmayanlarda 0,01 (0,00–2,97) olarak hesaplandı. Bu oran **komplike apandisit ile non-komplike grup arasında ($p=0,001$) ve komplike apandisit ile apandisit olmayan grup arasında ($p<0,001$) anlamlı farklılık**



gösterdi.

- Nötrofil/lenfosit oranı (NLO), platelet/lenfosit oranı (PLO) ve monosit/lenfosit oranı (MLO) değerleri açısından ise gruplar arasında anlamlı fark saptanmadı (sırasıyla $p=0,081$; $p=0,177$; $p=0,099$).
- Yapılan değerlendirmeye göre komplike apandisit grubundakilerin %93,3'ünde CRP düzeyi sınır değerden yüksekken, non-komplike apandisit grubunda %73,3'ünde ve apandisit olmayan grupta ise %46,7'sinde yüksek olarak belirlendi ve **CRP yüksekliği açısından fark istatistiksel olarak oldukça anlamlı bulundu ($p<0,001$)**.
- Yüksek PCT düzeyi de benzer bir şekilde komplike apandisit grubunda %90,0, non-komplike grubunda %73,3 ve apandisit olmayanlarda %46,7 oranında saptanmış olup **fark yine anlamlıydı ($p=0,001$)**.
- MPV sınır değerlerine göre karşılaştırıldığında komplike apandisit grubunda %20,0'sinde MPV düzeyi düşük saptanmışken, non-komplike grubunda sadece 1 (%3,3) hastada ve apandisit olmayan grupta ise hiç birinde (%0,0) düşük MPV seviyesi gözlenmedi. **Bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p=0,008$)**.
- Hastalarda Na düzeyleri değerlendirildiğinde, düşük Na düzeyi komplike apandisit grubunda %53,3, non-komplike grubunda %33,3 ve apandisit olmayan grupta %20,0 oranında saptanmış olup, **gruplar arasında anlamlı fark olduğu belirlendi ($p=0,025$)**.
- Apandisit skorunun hematolojik inflamatuvar parametrelerle korelasyonel analizinde PAS ile hematolojik inflamatuvar parametreler arasında istatistiksel düzeyde anlamlı bir korelasyon olmadığı belirlendi.
- Apandisit için risk faktörlerinin binary lojistik regresyon analizi ile değerlendirilmesi yapıldı. **Yapılan tek değişkenli analizde** tek başına PAS apandisiti riskini öngörmeye önemli bir parametre olduğu ve PAS'ın her 1 birim artışının apandisit olma riskini 3,2 kat arttırdığı belirlendi. **CRP artışının** ise apandisit için anlamlı ancak **düşük kuvvette bir risk faktörü** olduğu görüldü. PCT ise tek başına apandisit olma riskinde anlamlılık göstermedi. **Albümin ve sodyum** düzeylerinin yüksekliğinde ise apandisit olma riskinde azalış olduğu belirlendi ve bu faktörler **koruyucu faktörler** olarak yorumlandı. **Çok değişkenli** modelde **sadece PAS ve CRP apandisit için risk faktörü** olarak kalırken, diğer değişkenler (albümin ve Na) yeni modelde anlamlılığını yitirdi.
- PAS ve bazı inflamatuvar parametrelerin apandisit tanısındaki öngörü değerleri ROC analizi ile değerlendirildi (Şekil 21). PAS'ın eğri altında kalan alanın (AUC) 0,76 birim olduğu belirlendi ($p<0,001$; %95 GA: 0,65–0,86). PAS için ideal cut-off (kesim noktası) değeri 8,5 olarak kabul edildiğinde; sensitivite değeri %82, spesifite değeri ise %50 olarak tespit edildi. PCT için AUC değeri 0,76 olarak bulundu ($p<0,001$; %95 GA: 0,66–0,86) ve 0,075 cut-off değerinde %75 sensitivite ve %67 spesifite hesaplandı. Benzer şekilde, PCT/albumin oranının da AUC değeri 0,76 olarak tespit edildi ($p<0,001$; %95 GA: 0,66–0,86) ve 0,017 cut-off değeriyle %75 sensitivite ve %67 spesifite elde edildi. CRP ve CRP/albumin oranı için AUC değerleri sırasıyla 0,73 ve 0,73 olarak belirlendi ($p=0,001$). CRP için 13,2 mg/L cut-off değerinde %73 sensitivite ve %67 spesifite saptandı. CRP/albumin oranı için ise 2,84 cut-off değerinde %75 sensitivite ve %67 spesifite bulundu. Buna karşın, NLO, PLO ve MLO için AUC değerleri 0,55-0,59 arasındaydı, ancak bu değerler istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı ve apandisit tanısındaki ayırt edici güçlerinin düşük olduğu belirlendi (sırasıyla $p=0,176$; $p=0,462$ ve $p=0,229$)

TARTIŞMA:

- **Addiss ve arkadaşlarının yaptıkları analize göre hem erkeklerde hem de kadınlarda en yüksek oranlar 10-19 yaş arasındaki kişilerde gözlemlenmiştir. Erkeklerde zirve insidansı 10-14 yaşlarında, kadınlarda ise 15-19 yaşlarında görülmüştür (1).**
- Çalışmamızda ise hastaların yaş ortalaması $13,2 \pm 3,2$ yıl ve yaş ortancası 13,5 yıl (6,0–18,0) olarak belirlenmiştir. Katılımcıların %41,1'i 13 yaş altı, %58,9'u ise 13-18 yaş grubunda yer almış olup literatür ile uyumlu saptanmıştır.
- **Bhatt ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada toplamda 83 (%34) çocukta patolojik olarak apandisit saptanan hasta incelenmiştir. Orijinal PAS kesme değeri ≥ 5 kullanıldığında, yalancı pozitif oranı %37,6 gibi yüksek bulunmuştur. PAS ≤ 4 ise apandisit dışlanabildiği, PAS ≥ 8 ise tanı yüksek olasılık olduğu çalışmamızla uyumlu saptanmıştır (2).**



- Çalışmamızda PAS'ın eğri altında kalan alanın (AUC) 0,76 birim olduğu belirlendi. PAS için ideal cut-off (kesim noktası) değeri 8,5 olarak kabul edildiğinde; sensitivite değeri %82, spesifite değeri ise %50 olarak tespit edildi. Yapılan tek değişkenli analizde tek başına PAS apandisit riskini öngörmeye önemli bir parametre olduğu ve PAS'ın her 1 birim artışının apandisit olma riskini 3,2 kat arttırdığı belirlendi.
- **Kafetzis ve arkadaşlarının 212 çocuk hastayı apandisit ve PCT ilişkisi açısından değerlendirdiğinde PCT > 0.5 ng/mL kesme değerinde iken duyarlılık %73.4, spesifite %94.6 olarak saptanmış ve perforasyon ya da gangren için güçlü öngörücü olarak belirlenmiştir (3).**
- Çalışmamızda ise yüksek PCT düzeyi benzer bir şekilde komplike apandisit grubunda %90,0, nonkomplike grubunda %73,3 ve apandisit olmayanlarda %46,7 oranında saptanmış olup fark anlamlıydı. PCT için AUC değeri 0,76 olarak bulunmuş olup 0,075 cut-off değerinde %75 sensitivite ve %67 spesifite hesaplanmıştır. Bu durum hasta sayımız daha fazla olsaydı literatürü destekleyecek bulgular elde edeceğimizi göstermekteydi.
- **Hui Liu ve arkadaşlarının 2019 da yaptığı meta analizde PCT, komplike apandisit tanısında daha doğru bir belirteç olarak öne çıkmıştır (sensitivite 0.89 [0.84–0.93], spesifite 0.90 [0.86–0.94]; AUC = 0.955). CRP ile karşılaştırıldığında, CRP genel apandisit tanısında daha yüksek duyarlılık gösterirken, perforasyonlu olguların ayırımında PCT öne geçmektedir (4).**
- Çalışmamızda ise non-komplike apandisit grubunda CRP düzeyinin PCT düzeyi ile ($r=0,56$; $p<0,01$) pozitif yönde anlamlı ilişkileri olduğu belirlendi. Komplike apandisit grubunda ise CRP düzeyi ile PCT düzeyi arasında pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı ve güçlü bir doğrusal ilişki (korelasyon) olduğu belirlendi ($r=0,65$; $p<0,01$).

SONUÇLAR:

1. Çalışmamıza hastanemiz çocuk acil servisine karın ağrısı ile başvurup Pediatrik Apandisit Skoru ile değerlendirilen 5-18 yaş aralığındaki 90 olgu dahil edildi.
2. Çalışmaya alınan hastaların 45'i (%50,0) erkek ve 45'i (%50,0) kız olup cinsiyet açısından anlamlı fark saptanmamıştır.
3. Komplike apandisit grubunun ortancası 12,0 yıl (6,0–17,0), nonkomplike grubun 13,0 yıl (6,0–18,0) iken apandisit olmayan grubun ise 15,0 yıl (10,0–18,0) olarak hesaplandı ve gruplar arasında yaş açısından anlamlı fark olduğu belirlendi ($p=0,028$).
4. Gruplar boy ve kilolarına göre incelendiğinde komplike apandisit grubundaki hastaların daha düşük boy ve ağırlığa sahip oldukları saptanmış olup BKİ açısından 3 grup karşılaştırıldığında anlamlı fark saptanmadı.
5. Karın ağrısı ile başvuran çocuk hastalarda hematolojik inflamatuvar parametrelerin değerlendirilmesi, akut apandisit tanısında değerli bilgiler sağlamaktadır. Akut apandisit tanısı alan çocuk hastalarda oranların istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu, apandisit olmayan gruba kıyasla anlamlı fark gösterdiği belirlenmiştir. Bu bulgular, tanı sürecinde söz konusu biyobelirteçlerin kullanımının önemini desteklemektedir.
6. Komplike apandisit grubunda, hem CRP/albumin hem de PCT/albumin oranlarının anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu saptanmış; bu oranların doku destrüksiyonunun ve inflamasyon şiddetinin bir göstergesi olabileceği düşünülmektedir.
7. Hiponatremi, hiperbilirubinemi ve ürik asit yüksekliği, komplike seyirli olgularla ilişkili bulunmuştur. Bu biyokimyasal parametreler, özellikle perfore ya da gangrenöz apandisit açısından öngörü sağlayabilecek potansiyele sahiptir.
8. PAS ile hematolojik oranlar arasında anlamlı korelasyonlar saptanmamıştır.
9. MPV düzeyi, komplike apandisitli çocuklarda anlamlı değişiklik göstermiştir; bu durum, MPV'nin komplike apandisit tanısında katkısının olabileceğini düşündürmektedir.
10. Sonuç olarak, hematolojik ve biyokimyasal belirteçlerin kombine şekilde değerlendirilmesi, hem tanı doğruluğunu artırmakta hem de komplikasyon riskini öngörmeye fayda sağlamaktadır. Bu bulgular, ileriye



dönük prospektif çalışmalara ışık tutacak niteliktedir.

KAYNAKÇA:

1. Addiss DG, Shaffer N, Fowler BS, Tauxe RV. The epidemiology of appendicitis and appendectomy in the United States. Am J Epidemiol. 1990 Nov ve ., 132(5):910-25.
2. Bhatt M, Joseph L, Ducharme FM, Dougherty G, McGillivray D. Prospective validation of the pediatric appendicitis score in a Canadian pediatric emergency department. Acad Emerg Med. 2009 Jul ve 16(7):591-6.
3. Kafetzis DA, Velissariou IM, Nikolaidis P, Sklavos M, Maktabi M, Spyridis G, ve diğerleri. Çocuklarda şiddetli apandisit'in bir öngörücüsü olarak prokalsitonin. Eur J Clin Microbiol Infect Dis. 2005 Temmuz ve 24(7):484-7.
4. Cui W, Liu H, Ni H, Qin X, Zhu L. Çocuklarda genel ve komplike akut apandisit için prokalsitoninin tanısal doğruluğu: bir meta-analiz. İtalyan Pediatri Dergisi. 9 Temmuz 2019 ve 45(1).



Yeme Bozukluğu Olan Ergenlerin Klinik ve Laboratuvar Bulgularının Retrospektif Değerlendirilmesi

Elif Gökçe Demir¹, Zeynep Arı¹, Melike Tuğrul Aksakal², Aylin Yetim Şahin², Firdevs Baş²

¹İstanbul Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ergen Sağlığı Doktora Programı

²İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Ergen Sağlığı Bilim Dalı

Giriş:

Yeme bozuklukları, adolesanlarda ciddi fiziksel ve psikolojik etkilere neden olabilen, sıklığı tüm dünyada artmakta olan bir sağlık sorunudur. Yeme bozuklukları, genellikle ergenlik çağında ya da genç erişkinlikte başlamaktadır. Özellikle kız ergenlerde yeme bozukluğu gelişme riskinin yüksek olduğu bilinmektedir. Bu çalışmada beslenme ve yeme bozukluğu tanısı alan ergen hastaların laboratuvar bulgularının değerlendirilmesi, vücut kitle indeksi standard sapma skoru (VKİ SDS) ile ilişkisinin incelenmesi ve Anoreksiya Nervosa (AN) ile diğer yeme bozuklukları grupları arasındaki farkların ortaya koyulması amaçlanmıştır.

Materyal ve Metod:

Retrospektif kesitsel nitelikteki bu çalışmaya, İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Ergen Sağlığı polikliniğine başvuran ve yeme bozukluğu tanısı alan 54 ergen hasta dahil edildi. Hastalar VKİ SDS ≤ -2 , -2 ile -1 arası ve -1 ile $+1$ SDS arası olmak üzere üç kategoride, tanılarına göre ise Anoreksiya Nervosa (AN) tanılı olgular ve diğer yeme bozukluğu olguları olarak 2 grupta incelendi. Hasta dosyalarında kaydedilmiş olan boy, kilo ve yaş değerlerine göre hastaların VKİ SDS değerleri hesaplandı. Hastalara konulan tanı AN ve diğer yeme bozuklukları olarak iki gruba ayrılarak kaydedildi. Hasta dosyalarındaki laboratuvar bulguları kaydedildi. Elde edilen veriler SPSS programı kullanılarak istatistiksel olarak incelendi.

Bulgular:

Hastaların %45,5'i VKİ SDS ≤ -2 , %34,1'i -2 ile -1 arası, %20,5'i -1 ile $+1$ arası grupta yer aldı. Tüm hastaların %31,5'i AN, %58,5'i diğer yeme bozuklukları tanısı almıştı. VKİ SDS ≤ -2 olan grupta AN tanısı oranının daha yüksek olduğu ve VKİ SDS ile AN sıklığı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunduğu saptandı ($p < 0,05$). VKİ SDS grupları arasında hemogram parametreleri, B12 ve D vitamini, biyokimyasal ve hormonal parametreler açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktu. AN tanılılarda ortalama MCH düzeyleri daha yüksek ($p < 0,01$), nötrofil sayıları daha düşük ($p < 0,05$) ALP düzeyleri daha düşük ($p < 0,01$), ALT, GGT, total kolesterol ve ferritin düzeyleri daha yüksek saptandı ($p < 0,05$). Serbest T4 ve estradiol düzeylerinin AN tanılı olgularda anlamlı olarak daha düşük olduğu gözlemlendi ($p < 0,05$). VKİ SDS gruplarına göre hematolojik, biyokimyasal ve hormonal parametrelerin hiçbirinde istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı.

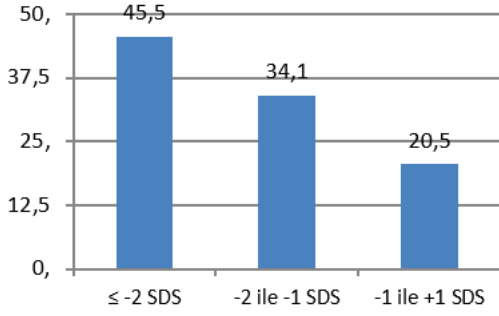
Sonuç:

Yeme bozukluğu olan ergenlerde laboratuvar bulgularının VKİ SDS düzeylerinden bağımsız olarak büyük ölçüde benzerlik gösterdiği saptanmıştır. VKİ SDS değeri tek başına biyokimyasal bir risk göstergesi değildir. Düşük VKİ her zaman ağır laboratuvar bozukluğu anlamına gelmeyebilir.

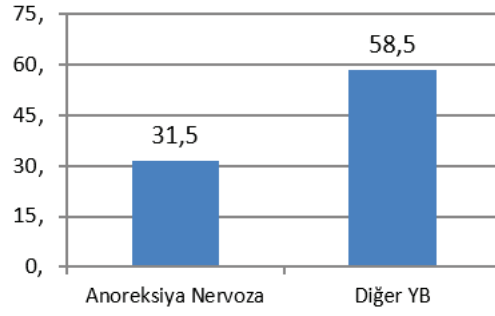
Laboratuvar bulgularının özellikle AN tanısı ile daha güçlü ilişkili olduğu gösterilmiştir. Yeme bozukluğu olan hastaların klinik değerlendirmesinde VKİ SDS'ye ek olarak tanı tipi ve bireysel klinik özelliklerin dikkate alınarak bütüncül değerlendirilmesi gerektiği düşünülmektedir.

Anahtar Kelimeler

Yeme bozukluğu, Ergen, Vücut Kitle İndeksi, Anoreksiya Nervosa



Grafik-1: Yeme Bozukluğu Olan Ergenlerin VKİ-SDS Dağılımı (%)



Grafik-2: Yeme Bozukluğu Olan Ergenlerin Tanı Dağılımı (%)



Adolesan Dönemde Uzun Süreli Seçici Beslenme ve Çiğneme Güçlüğü: Pediatri ve Ergoterapi Ortak Vaka Sunumu

Erg. Ceren Oğuz¹, Doç. Dr. Muhammet Asena²

¹DuyuEvim Ergoterapi ve Çocuk Merkezi

²Medipol Mega Üniversite Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları

Özet

Seçici beslenme ve çiğneme güçlüğü, çoğunlukla erken çocukluk dönemi ile ilişkilendirilse de adolesan dönemde de bireyin günlük yaşam katılımını, sosyal etkileşimini ve yaşam kalitesini olumsuz etkileyebilen çok boyutlu sorunlar arasında yer almaktadır. Bu olgu sunumunun amacı, gelişimsel tanısı bulunmayan 14 yaşında bir adolesanda uzun süreli seçici beslenme ve çiğneme güçlüğüne yönelik pediatri ve ergoterapi iş birliği ile yürütülen değerlendirme ve müdahale sürecini sunmaktır. Değerlendirme sürecinde duyu profili, SOS Feeding yaklaşımı ve Beckman Oral Motor değerlendirme araçları kullanılmıştır. Sekiz haftalık ergoterapi temelli müdahale süreci sonunda çiğneme süresinde azalma, besin çeşitliliğinde artış ve sert dokulu besinlere yönelik toleransta belirgin iyileşme gözlemlenmiştir. Bu bulgular, adolesan dönemde görülen beslenme problemlerinin bütüncül ve disiplinler arası yaklaşımla ele alınmasının önemini vurgulamaktadır.

Anahtar Kelimeler: Seçici beslenme, çiğneme güçlüğü, adolesan, ergoterapi, oral motor beceriler

Giriş

Seçici beslenme ve çiğneme güçlüğü, yalnızca besin alımını değil; bireyin sosyal ortamlara katılımını, okul yaşamını ve psikososyal işlevselliğini etkileyen kompleks bir klinik durumdur. Literatürde bu problemler sıklıkla erken çocukluk dönemine özgü olarak ele alınsa da, adolesan dönemde devam eden veya bu dönemde belirginleşen beslenme güçlükleri bireyin yaşam kalitesini önemli ölçüde sınırlayabilmektedir.

Bu süreçte yaşanan güçlükler çoğu zaman medikal veya davranışsal çerçevede değerlendirilmekte; ancak oral motor beceriler, duysal işleme ve fonksiyonel performans bileşenleri ikincil planda kalabilmektedir. Ergoterapi, beslenmeyi bireyin anlamlı bir günlük yaşam aktivitesi olarak ele alarak; duysal, motor ve çevresel bileşenleri bütüncül bir yaklaşımla değerlendirmeyi ve müdahale etmeyi hedefler.

Bu olgu sunumunda, gelişimsel tanısı bulunmayan bir adolesanda uzun süreli seçici beslenme ve çiğneme güçlüğüne ergoterapi temelli yaklaşımla ele alınması ve pediatri ile iş birliği içinde yürütülen müdahale sürecinin klinik çıktıları sunulmaktadır.

Amaç

Bu çalışmanın amacı, adolesan dönemde seçici beslenme ve çiğneme güçlüğü yaşayan tipik gelişim gösteren bir bireyin, pediatri ve ergoterapist iş birliği ile yürütülen değerlendirme ve sekiz haftalık müdahale sürecinin sunulmasıdır.

Materyal ve Metod

Olgu, 14 yaşında gelişimsel tanısı bulunmayan erkek adolesandır. Başvuru nedenleri; sert ve lifli besinleri reddetme, lokmaları ağızda uzun süre tutma, çiğneme sırasında erken yorulma ve öğün sürelerinin belirgin şekilde uzaması olarak tanımlanmıştır.

Değerlendirme sürecinde Duyu Profili (Sensory Profile), SOS Feeding yaklaşımı kapsamında klinik gözlem ve Beckman Oral Motor değerlendirme araçları kullanılmıştır. Değerlendirme bulgularına göre oral motor becerilerde organizasyon güçlüğü, çiğneme paterni sırasında yetersiz dayanıklılık ve bazı dokulara karşı duysal tolerans düşüklüğü gözlemlenmiştir. Beslenmenin günlük yaşam aktivitelerine, sosyal ortamlara katılıma ve aile içi etkileşime etkisi ergoterapi bakış açısıyla ele alınmıştır.

Müdahale süreci sekiz hafta boyunca haftalık ergoterapi seansları şeklinde planlanmıştır. Müdahalede oral



motor becerileri destekleyici egzersizler, duyuşsal toleransı artırmaya yönelik kademeli besin maruziyeti, çiğneme organizasyonunu geliştiren yapılandırılmış beslenme aktiviteleri ve aile eğitimi ile ev programı kullanılmıştır.

Bulgular

Sekiz haftalık müdahale süreci sonunda çiğneme süresinde anlamlı azalma gözlemlenmiştir. Bireyin daha önce reddettiği veya tolere etmekte zorlandığı sert ve lifli dokulu besinlere yönelik kabulünde artış olduğu belirlenmiştir.

Besin çeşitliliğinde belirgin artış saptanmış; lokmaları ağızda uzun süre tutma davranışında azalma gözlenmiştir. Ayrıca beslenme sırasında yaşanan stresin azaldığı ve bireyin sosyal ortamlarda beslenmeye katılımının arttığı aile tarafından bildirilmiştir.

Bu bulgular, oral motor organizasyonun ve duyuşsal toleransın desteklenmesinin, adolesan dönemde dahi beslenme performansını anlamlı ölçüde iyileştirebildiğini göstermektedir.

Tartışma

Seçici beslenme ve çiğneme güçlüğü çoğu zaman yalnızca erken çocukluk dönemine özgü bir problem olarak değerlendirilmekte; adolesan dönemde devam eden beslenme güçlükleri ise çoğunlukla davranışsal faktörlerle açıklanmaktadır. Ancak bu olgu, tipik gelişim gösteren bir adolesanda dahi oral motor beceriler ve duyuşsal işleme bileşenlerinin beslenme performansını doğrudan etkileyebileceğini göstermektedir.

Ergoterapi temelli müdahaleler, beslenmeyi yalnızca biyolojik bir ihtiyaç olarak değil; bireyin günlük yaşam katılımını etkileyen anlamlı bir aktivite olarak ele alır. Bu yaklaşım sayesinde çiğneme organizasyonu, duyuşsal tolerans ve fonksiyonel beslenme becerileri eş zamanlı olarak desteklenebilmiştir.

Pediyatri ve ergoterapi iş birliği, medikal değerlendirme ile fonksiyonel performansın bütüncül olarak ele alınmasını sağlamış ve müdahale sürecinin etkinliğini artırmıştır.

Sonuç

Bu olgu, çiğneme ve seçici beslenme problemlerinin yalnızca erken çocukluk dönemine özgü olmadığını; adolesan dönemde de fonksiyonel performansı ve sosyal katılımı etkileyebileceğini göstermektedir.

Pediyatri ve ergoterapi iş birliği ile yürütülen bütüncül değerlendirme ve müdahale süreci sonucunda; çiğneme becerilerinde, besin çeşitliliğinde ve beslenmeye katılımda anlamlı iyileşme elde edilmiştir.

Adolesan dönemde görülen beslenme güçlüklerinin, oral motor ve duyuşsal bileşenleri kapsayan disiplinler arası yaklaşımla ele alınması klinik açıdan önemli katkılar sunmaktadır.

Kaynaklar

1. Cermak, S. A., & Curtin, C. (2013). Food selectivity and sensory sensitivity in children with autism spectrum disorders. *Journal of the American Dietetic Association*, 110(2), 238–246.
2. Gisel, E. G. (1991). Effect of food texture on the development of chewing in children between six months and two years of age. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 33(1), 69–79.
3. Morris, S. E., & Klein, M. D. (2000). *Pre-Feeding Skills: A Comprehensive Resource for Mealtime Development* (2nd ed.). Therapy Skill Builders.
4. Arvedson, J. C. (2008). Assessment of pediatric dysphagia and feeding disorders: Clinical and instrumental approaches. *Developmental Disabilities Research Reviews*, 14(2), 118–127.
5. Dunn, W. (1999). *Sensory Profile: User's Manual*. Psychological Corporation.



İMMÜN TROMBOSİTOPENİK PURPURALI PEDİATRİK HASTALARDA SERUM D VİTAMİNİ DÜZEYLERİ VE HASTALIK CİDDİYETİNİN ARAŞTIRILMASI

Dr. Elber ULUTAŞ, Prof.Dr. Cemil Taşcıoğlu Şehir Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları

Doçent Dr. Emine TÜRKKAN, Prof.Dr. Cemil Taşcıoğlu Şehir Hastanesi, Çocuk Hematoloji ve Onkolojisi

Doçent Dr. Okan DİKKER, Prof.Dr. Cemil Taşcıoğlu Şehir Hastanesi, Tıbbi Biyokimya

Prof. Dr. Hüseyin DAĞ, Prof.Dr. Cemil Taşcıoğlu Şehir Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları

Prof. Dr. Vefik ARICA, Prof.Dr. Cemil Taşcıoğlu Şehir Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları

GİRİŞ VE AMAÇ

İmmün Trombositopenik Purpura (İTP), çocukluk çağında en sık görülen edinsel trombositopeni nedenlerinden biri olup, otoimmün mekanizmalar sonucu trombosit yıkımı ve üretiminde bozulma ile karakterizedir. Klinik tablo hafif mukokutanöz bulgulardan yaşamı tehdit eden kanamalara kadar geniş bir spektrum gösterebilir. Çocukluk çağında çoğu olgu kendini sınırlayan seyir izlese de, hastaların yaklaşık dörtte birinde persistan veya kronik hastalık gelişebilmektedir.

Güncel veriler, İTP patogenezinde yalnızca antikor aracılı trombosit yıkımının değil, aynı zamanda T hücre aracılı immün disregülasyonun da rol oynadığını göstermektedir. İmmün sistem üzerinde düzenleyici etkileri bulunan vitamin D, bu bağlamda önemli bir immün modülatör olarak öne çıkmaktadır.

Çocukluk çağı İTP olgularında vitamin D düzeyleri ile hastalık şiddeti ve klinik/laboratuvar bulguları arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmalar sınırlıdır. Bu çalışmanın amacı, İTP tanılı pediatrik hastalarda serum 25(OH)D düzeylerini belirlemek ve bu düzeylerin hastalık şiddeti, kanama skoru ve bazı laboratuvar parametreleri (PTH, MPV ve diğer hematolojik göstergeler) ile ilişkisini değerlendirmektir.

GENEL BİLGİLER

İmmün trombositopenik purpura (İTP), çocukluk çağında en sık görülen edinsel izole trombositopeni nedenidir. Trombositlerin immün aracılı hızlandırılmış yıkımı ve/veya kemik iliğinde trombosit üretiminin baskılanması ile seyreder. Terminoloji olarak 2009 IWG ile "Immune Thrombocytopenia" kullanımı öne çıksa da klinik ve akademik kullanımda "İTP" kısaltması yaygındır. Çocuklarda çoğunlukla viral enfeksiyonları takiben başlar; genellikle benign ve kendini sınırlayan bir seyir gösterir.

Epidemiyolojik veriler pediatrik İTP'nin yıllık insidansının yaklaşık 1,9–6,4/100.000 çocuk/yıl aralığında olduğunu, cinsiyet dağılımının çoğu seride benzer olduğunu göstermektedir. Olguların önemli bir kısmı 6–12 ay içinde spontan düzelirken yaklaşık %20–25'inde trombositopeni uzar ve hastalık persistan/kronik forma ilerleyebilir. Süreye göre sınıflama; 0–3 ay "yeni tanı", 3–12 ay "persistan", >12 ay "kronik" İTP şeklindedir. Prognoz; yaş, başlangıç trombosit düzeyi, enfeksiyon öyküsü ve tedavi yanıtı gibi faktörlerden etkilenebilir.

Klinik bulgular çoğunlukla peteşi, purpura, ekimoz ve epistaksis/diş eti kanaması gibi mukozal kanamalardır; ağır iç kanamalar nadirdir ancak çok düşük trombosit düzeylerinde risk artar. Kanama şiddetini standardize etmek için Modifiye Buchanan kanama skoru sık kullanılır ve tedavi kararında yalnızca trombosit sayısı değil, kanamanın tipi-şiddeti ve klinik tablo birlikte değerlendirilir. Yönetimin temel hedefi trombositleri tamamen normale getirmekten çok, kanama riskini azaltmak ve yaşam kalitesini korumaktır.

Tanı, izole trombositopeni varlığında sekonder nedenlerin dışlanması dayanan bir "dışlama tanısıdır"; öykü, fizik muayene, tam kan sayımı ve periferik yayma temel basamaklardır. Tipik olgularda kemik iliği incelemesi rutin önerilmez; atipik bulgular (organomegali, lenfadenopati, pansitopeni, blast/şistosit vb.) veya olağandışı seyirde



düşünülür. Sekonder nedenler açısından otoimmün hastalıklar, enfeksiyonlar, immün yetmezlikler ve ilaç/aşı ilişkili trombositopeniler değerlendirilir; IPF gibi parametreler de yıkım-artışı ile üretim-azalması kaynaklı trombositopenilerin ayırımında yardımcı olabilir. Ayrıca D vitamini; immün yanıtı düzenleyen bir immünomodülatör olup, çocuklarda yetersizliği sık görülür ve İTP’de düşük düzeylerin özellikle kronik seyirle ilişkili olabileceği bildirildiğinden, hastalık patogenezi/seyriyle bağlantısı araştırılmaktadır.

GEREÇ VE YÖNTEM

Bu prospektif, tek merkezli, gözlemsel çalışma Mart–Ağustos 2025 tarihleri arasında T.C. Sağlık Bilimleri Üniversitesi Prof. Dr. Cemil Taşcıoğlu Şehir Hastanesi’nde yürütüldü. Çalışmaya, kanama bulguları ile başvuran ve İTP tanısı alan 101 pediatrik hasta ile yaş ve cinsiyet açısından benzer, kronik hastalığı veya akut enfeksiyonu olmayan 101 sağlıklı çocuk dahil edildi. İTP ve kontrol gruplarının serum 25(OH)D düzeyleri karşılaştırıldı; İTP grubunda ise vitamin D düzeyleri ile hastalık ciddiyeti, klinik ve laboratuvar bulgular arasındaki ilişki değerlendirildi. Çalışmanın temel amacı, İTP’li çocuklarda vitamin D durumu ile klinik seyir ve hastalık şiddeti arasındaki ilişkiyi ortaya koymaktı.

Dahil edilme kriterleri; 1–18 yaş aralığında olmak, uluslararası tanı ölçütlerine göre İTP tanısı almış olmak ve ebeveyn onamının bulunması olarak belirlendi. Kronik sistemik hastalığı olanlar, son 3 ay içinde vitamin D veya kalsiyum takviyesi kullananlar ve onamı olmayan olgular çalışma dışı bırakıldı. Hastaların demografik özellikleri, klinik alt grupları (yeni tanı, persistan, kronik) ve laboratuvar verileri prospektif olarak kaydedildi. Akut olgularda başvuru anındaki, kronik olgularda ise rutin kontrollerdeki ölçümler esas alındı; trombosit sayısı için kronik grupta son iki ay içindeki üç ölçümün ortalaması kullanıldı.

Tüm katılımcılarda tam kan sayımı, biyokimya parametreleri, serum 25(OH)D ve PTH düzeyleri değerlendirildi. İTP grubunda hastalık ciddiyeti modifiye Buchanan kanama skoru ile belirlendi; kontrol grubunda bu skorlama yapılmadı. Serum 25(OH)D düzeyleri yetkili laboratuvarında ölçüldü ve <20 ng/mL vitamin D yetersizliği olarak kabul edildi. Elde edilen veriler, gruplar arası karşılaştırmalar ve İTP grubunda vitamin D düzeyleri ile klinik/laboratuvar bulgular arasındaki ilişkilerin analizi için kullanıldı.

BULGULAR

Mart 2025–Ağustos 2025 tarihleri arasında tek merkezde yürütülen bu prospektif gözlemsel çalışmaya 1–18 yaş aralığında toplam 202 çocuk dahil edildi. Çalışma grubunu 101 Total İTP olgusu (20 akut, 81 kronik), kontrol grubunu ise 101 sağlıklı çocuk oluşturdu. Gruplar arasında yaş ve cinsiyet dağılımı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı ($p>0,05$).

Tüm örneklemde serum 25(OH)D düzeyi ortalama $17,97\pm 9,2$ ng/mL olup olguların %66,2’sinde D vitamini yetersizliği saptandı. Total İTP grubunda trombosit sayısı kontrol grubuna göre anlamlı derecede düşük ($p<0,01$), MPV anlamlı derecede yüksek bulundu ($p<0,01$). Ayrıca Total İTP grubunda hemogloblin ($p=0,020$), kalsiyum ($p=0,042$) ve fosfor ($p=0,017$) düzeyleri kontrol grubuna göre daha düşük; CRP düzeyi ise daha yüksek saptandı ($p=0,037$). Total İTP ile kontrol grubu arasında serum D vitamini ($p=0,278$) ve parathormon ($p=0,523$) düzeyleri açısından anlamlı fark izlenmedi.

Total İTP grubunda cinsiyete göre yapılan analizde, **kız olguların serum D vitamini düzeylerinin erkeklere kıyasla anlamlı derecede daha düşük olduğu** gösterildi ($15,02\pm 9,19$ ng/mL vs $19,51\pm 10,47$ ng/mL; $p=0,025$). Benzer şekilde akut İTP grubunda da kızların D vitamini düzeyleri erkeklerden daha düşük bulundu ($p=0,035$), kronik İTP grubunda ise cinsiyetler arasında anlamlı fark saptanmadı ($p>0,05$).

Alt grup analizlerinde akut İTP ile kontrol grubu arasında serum D vitamini açısından anlamlı fark izlenmezken ($p=0,085$), kronik İTP grubunda kontrol grubuna kıyasla serum D vitamini düzeyi anlamlı olarak daha düşük saptandı ($p=0,020$). Akut ve kronik İTP grupları karşılaştırıldığında, akut olgularda kanama skoru ($p=0,003$) ve serum D vitamini düzeyi ($p=0,009$) daha yüksek; kronik olgularda ise parathormon düzeyi daha yüksek bulundu ($p=0,002$). Korelasyon



analizlerinde Total İTP grubunda yaş ile serum D vitamini arasında negatif yönlü ilişki ($r=-0,414$; $p<0,01$) ve serum D vitamini ile parathormon arasında anlamlı negatif ilişki saptandı ($r=-0,362$; $p<0,01$); serum D vitamini ile kanama skoru ve trombosit sayısı arasında anlamlı ilişki izlenmedi ($p>0,05$).

TARTIŞMA

Bu prospektif, tek merkezli çalışmada 101 pediatrik İTP olgusu ile yaş ve cinsiyet açısından benzer 101 sağlıklı çocuk karşılaştırılarak serum 25(OH)D düzeyleri ile hastalık ciddiyeti, laboratuvar parametreleri ve kanama skoru arasındaki ilişki değerlendirildi. Total İTP ve kontrol grupları arasında yaş ve cinsiyet dağılımı açısından anlamlı fark saptanmadı ($p>0,05$). Total İTP’de hemoglobin kontrol grubuna göre daha düşük bulundu ($p=0,020$) ve MPV Total İTP’de kontrollere göre daha yüksek saptandı ($p=0,004$; $p<0,01$); özellikle kronik İTP’de MPV artışı belirgindi ($p=0,008$; $p<0,01$). Bu bulgular, periferik trombosit yıkımına karşı kemik iliğinin telafi yanıtını destekler nitelikte olup Ignatova ve arkadaşlarının pediatrik serisinde MPV’nin İTP’de kontrollerden yüksek bulunmasıyla ve Kamal’ın çalışmasında MPV’nin hiperdestrüktif trombositopeniyi yansıtmasıyla uyumludur. Ayrıca akut İTP’de kanama skoru kronik gruba göre daha yüksek bulundu ($p=0,003$; $p<0,01$) ve bu fark trombosit sayısından bağımsızdı ($p>0,05$); bu sonuç Flores–Buchanan derlemesinde ve Schmidt ve arkadaşlarının klinik öngörü modelinde vurgulanan “kanama şiddetinin yalnızca trombosit sayısı ile açıklanamayacağı” yaklaşımını desteklemektedir.

D vitamini açısından en önemli sonuç, **kronik İTP grubunda** serum 25(OH)D düzeylerinin kontrol grubuna göre **anlamlı derecede düşük** bulunmasıdır ($p=0,020$; $p<0,05$). Total ve akut İTP gruplarında ise D vitamini düzeyleri kontrol ile benzerdi ($p>0,05$). Ayrıca akut İTP’de serum 25(OH)D düzeyi kronik İTP’ye göre daha yüksekti ($p<0,01$). Bu faz-spesifik bulgu, kronik olgularda D vitamini düşüklüğünü bildiren Čulić ve arkadaşlarının çalışmasıyla (kronikte daha düşük; $p=0,044$) ve Embaby ve arkadaşlarının akut/kronik/kontrol karşılaştırmasında kronik grupta eksiklik oranının daha yüksek bulunmasıyla ($P=0,044$) uyumludur. Türkiye’den Yeşil ve arkadaşlarının VDR polimorfizmleriyle birlikte D vitamini düşüklüğünü kronik İTP’de vurgulaması da, D vitamini–immün disregülasyon ilişkisinin genetik zeminle güçlenebileceğini düşündürmektedir. Buna karşılık Abbas ve arkadaşlarının çalışmasında kronik fazda düşüklük eğilimi olmasına rağmen istatistiksel anlamlılık elde edilememesi, örneklem ve eşik tanımlarındaki farklılıkların sonuçları etkileyebileceğini göstermektedir.

Çalışmamızın klinik açıdan kritik bulgularından biri, Total İTP ve akut İTP’de **erkeklerin D vitamini düzeylerinin kızlara göre daha yüksek** olmasıdır (sırasıyla $p=0,025$ ve $p=0,035$); ayrıca Total İTP ($p=0,001$), akut İTP ($p=0,001$) ve kronik İTP’de ($p=0,008$) D vitamini yetersizliği olan grupta **kız cinsiyet oranı daha yüksektir**. Bu durum, kız çocuklarının D vitamini yetersizliği açısından daha riskli bir grup olabileceğini göstermekte ve Bağcı ve arkadaşlarının Orta Anadolu’da geniş örneklemli çalışmasındaki “kızlarda D vitamini eksikliğinin daha sık olması” bulgusuyla uyumludur; benzer şekilde Al-Ghamdi’nin çalışmasında kızlarda daha düşük D vitamini düzeyleri giyim ve güneş maruziyeti gibi çevresel etkenlerle ilişkilendirilmiştir.

Yaş ile D vitamini arasındaki ilişki analizlerinde Total İTP’de ($r=-0,414$; $p<0,01$), kronik İTP’de ($r=-0,390$; $p<0,01$) ve kontrolde ($r=-0,255$; $p<0,05$) negatif korelasyon saptanması, Okan ve Türe’nin sağlıklı pediatrik popülasyonda yaşla D vitamini düşüşünü gösteren çalışmalarını destekler niteliktedir. Öte yandan serum 25(OH)D düzeyi ile trombosit sayısı ve kanama skoru arasında anlamlı ilişki saptanmaması ($p>0,05$), Shaheen’in çalışmasındaki “D vitamini ile trombosit/kanama şiddeti ilişkisi yok” sonucuyla paraleldir; Petrović’in yalnızca yeni tanı olgularda düşük D vitamini ile daha şiddetli kanamayı bildirmesi ise, hastalık fazı ve kullanılan kanama ölççeği gibi metodolojik farklılıkların sonuçları etkileyebileceğini düşündürmektedir.

Son olarak kronik İTP’de PTH düzeylerinin akut olgulara göre daha yüksek bulunması ($p=0,002$) ve Total İTP’de D vitamini ile PTH arasında negatif ilişki saptanması ($r=-0,362$; $p<0,01$), D vitamini–PTH geri bildirim ekseninin bu hastalarda da korunmuş olduğunu göstermektedir. D vitamini yetersizliği olan gruplarda PTH’nin daha yüksek bulunması (Total İTP: $p=0,012$; kontrol: $p=0,001$) beklenen fizyolojik yanıtla uyumludur ve Yeşiltepe–Mutlu ile Karpuzoğlu’nun büyük örneklemli çalışmalarında yaşla D vitamini azalırken PTH’nin artması bulgusuyla paralellik göstermektedir.

Genel olarak bulgular, D vitamini yetersizliğinin özellikle kronik İTP’de belirginleştiğini, kız çocuklarında daha sık görülebildiğini ve metabolik adaptasyon (PTH artışı) ile birlikte seyrettiğini; buna karşın trombosit sayısı ve kanama şiddetiyle doğrudan ilişki gösteremeyeceğini düşündürmektedir. Tek merkezli tasarım, mevsimsel/beslenme



değişkenlerinin sınırlı değerlendirilmesi ve akut İTP alt grubundaki düşük olgu sayısı sonuçların genellenebilirliğini kısmen sınırlandırmakta olup, daha geniş ve çok merkezli izlem çalışmalarına gereksinim vardır.

SONUÇLAR

1. Bu çalışma, T.C. Sağlık Bilimleri Üniversitesi Prof. Dr. Cemil Taşcıoğlu Şehir Hastanesi'nde Mart–Ağustos 2025 tarihleri arasında yürütölmüş olup, 1–18 yaşı aralığında İTP tanısı almış 101 çocuk hasta (akut n=20, kronik n=81) ile yaşı ve cinsiyet açısından eşleştireilmiş 101 sağlıklı çocuk kontrol grubundan oluşıan toplam 202 pediatrik olgu değerlendirilmiştir.
2. Total İTP ve kontrol grupları arasında yaşı ve cinsiyet açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır.
3. Total İTP grubunun serum D vitamini düzeyleri, kontrol grubuyla karşılaştırıldığında anlamlı fark göstermemiştir. Bu durum, D vitamini düzeylerinin yalnızca hastalık varlığından ziyade diğer bireysel ve çevresel etkenlerle ilişkili olabileceğini düşündürmektedir.
4. Kronik İTP grubunda D vitamini düzeyleri hem kontrol grubuna hem de akut olgulara göre daha düşük saptanmış; bu tabloya eşlik eden yüksek parathormon ve düşük kalsiyum değerleri, D vitamini–paratiroid ekseninde bozulmayı ve kronik olgularda sekonder hiperparatiroidi gelişimini desteklemiştir.
5. Cinsiyet alt analizinde, Total ve Akut İTP gruplarında erkek çocukların D vitamini düzeyleri kızlara göre daha yüksek bulunmuş; kronik ve kontrol gruplarında ise anlamlı bir fark izlenmemiştir. Bu sonuç, kız çocuklarının D vitamini yetersizliği açısından daha duyarlı olabileceğini göstermektedir.
6. Yaşıla birlikte D vitamini düzeylerinde azalma, parathormon ve MPV'de artış, fosfor düzeylerinde ise düşüş eğilimi gözlenmiştir. Bu bulgu, yaşı faktörünün İTP'deki biyokimyasal değişkenler üzerinde belirgin rol oynadığını ortaya koymaktadır.
7. Total İTP grubunda ortalama trombosit hacminin yüksek, hemoglobin düzeylerinin ise düşük olması, hastalığın hematolojik doğasıyla ve periferik trombosit yıkımına karşı kemik iliği yanıtıyla uyumludur.
8. Akut İTP olgularında kanama skorları, kronik olgulara göre daha yüksek bulunmuştur. Bu durum, hastalığın akut evresinde trombosit yıkımının daha ani ve şiddetli klinik bulgularla seyredebildiğini düşündürmektedir.
9. Serum 25(OH)D vitamini düzeyleri ile trombosit sayısı veya kanama şiddeti arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Bu sonuç, D vitamininin İTP'nin klinik şiddetinden çok hastalığın süregelenleşme eğilimiyle ilişkili olabileceğini düşündürmektedir.
10. Çalışmamızın güçlü yönleri arasında prospektif tasarım, kontrol grubunun yaşı ve cinsiyet açısından eşleştireilmiş olması, D vitamini ile PTH, MPV, Hb, Ca ve fosfor gibi çok sayıda laboratuvar parametresinin aynı anda değerlendirilmesi yer almaktadır. Bununla birlikte tek merkezli olması, örneklem büyüklüğünün sınırlı kalması ve D vitamini düzeylerinin mevsimsel değişkenlikten etkilenme olasılığı zayıf yönler olarak değerlendirilebilir. Bu nedenle, elde edilen sonuçların daha geniş örneklemlili, çok merkezli ve uzun dönemli çalışmalarla desteklenmesi gerekmektedir.

KAYNAKÇA

1. Osman MEF, Taha SAH, Alsharif S. Childhood immune thrombocytopenia: Clinical presentation and management. *Avicenna J Med.* 2012;2(2):37-45. doi:10.4103/2231-0770.102277. [Available from: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC4949815/pdf/sjp-12-27.pdf>]
2. Pietras NM, Svec D, Dhakal P. Immune thrombocytopenia. *StatPearls. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2024.* <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK562282/>
3. Gallo, D., Baci, D., Kustrimovic, N., Lanzo, N., & Gallazzi, M. (2023). How Does Vitamin D Affect Immune Cells Crosstalk



- in Autoimmune Diseases? *International Journal of Molecular Sciences*, 24(5), 4689. <https://doi.org/10.3390/ijms24054689>
4. Borges MC, Martini LA, Rogero MM. Current perspectives on vitamin D, immune system, and chronic diseases. *Nutrition*. 2011;27(4):399-404.
 5. El Mabrouk R, et al. Sufficient vitamin D is favorable for children with persistent and chronic immune thrombocytopenia. *Ann Hematol*. 2023;102(8):2033–2038. doi:10.1007/s00277-023-05213-8
 6. Stasi R, Newland AC. ITP: A historical perspective. *Br J Haematol*. 2011;153(4):437–450. doi:10.1111/j.1365-2141.2011.08629.x
 7. Ribatti D, Crivellato E. Giulio Bizzozero and the discovery of platelets. *Leuk Res*. 2007;31(10):1339–1341. doi:10.1016/j.leukres.2007.02.008
 8. Nakayama DK. Paul Kaznelson, immune thrombocytopenic purpura, and splenectomy: the tragic story of a medical prodigy. *Am Surg*. 2025 Jul 27;0(0):1-4. doi:10.1177/00031348251363850. PMID: 40717233.
 9. Tungjitviboonkun S, Bumrungratanayos N. Immune thrombocytopenia (ITP): historical perspectives, pathophysiology, and treatment advances. *Immunol Hematol Rev*. 2024;1(2):e00008. doi:10.1007/s44337-024-00008-8
 10. Bakchoul T, Sachs UJ. Platelet destruction in immune thrombocytopenia. Understanding the mechanisms. 2016 Aug 3;36(3): 187-94. doi: 10.5482/HAMO-14-09-0043



Duchenne Musküler Distrofisi Olan Çocuk ve Ergenlerin İhtiyaçlarının Hasta ve Aile Deneyimleri Üzerinden Değerlendirilmesi

Sabanur Çavdar, Özlem Özaydın, Özlem Köksal, Gonca Akbaş, Aylin Yetim Şahin, Vefik Arıca, Hüseyin Dağ, Şirin Güven

**Türkiye Anne, Çocuk ve Ergen Sağlığı Enstitüsü (TAÇESE), Türkiye Sağlık Enstitüleri Başkanlığı, İstanbul*

Özet

Giriş ve Amaç: Duchenne Musküler Distrofisi (DMD), çocukluk çağında başlayan ve ergenlik döneminde fiziksel, psikososyal ve sosyal etkileri belirginleşen ilerleyici bir kas hastalığıdır. Ergenlik dönemi, hastalığın klinik seyrine ek olarak ruhsal iyi oluş, eğitim, sosyal katılım ve bağımsızlık açısından özel gereksinimlerin ortaya çıktığı kritik bir yaşam evresidir. Bu çalışmanın amacı, hasta ve ailelerin deneyimlerinden yola çıkarak Duchenne Musküler Distrofisi olan çocuk ve ergenlerin ihtiyaçlarını tematik olarak ortaya koymak ve politika önerileri geliştirmektir.

Materyal ve Metod: Bu çalışmada, Türkiye Sağlık Enstitüleri Başkanlığı (TÜSEB), Türkiye Anne, Çocuk ve Ergen Sağlığı Enstitüsü (TAÇESE) tarafından 17 Eylül 2025 tarihinde hibrit formatta gerçekleştirilen “Duchenne Musküler Distrofisi Farkındalık Toplantısı”nın çıktıları değerlendirilmiştir. Toplantıya hasta ve aileler, hasta dernekleri temsilcileri, akademisyenler, klinisyenler ve kamu kurumlarından toplam 70 katılımcı katılmıştır. Toplantı kayıtları, yazılı katılımcı görüşleri ve toplantı sonrası iletilen dernek notları nitel içerik analizi yöntemiyle analiz edilmiştir.

Bulgular: DMD hastaları ve ailelerinin ihtiyaçları yedi ana tema altında toplanmıştır: (1) Multidisipliner kas hastalıkları merkezlerinin kurulması, var olanların işlevselliğinin artırılması, (2) Evde bakım ve rehabilitasyon hizmetlerinin güçlendirilmesi, (3) Sağlık raporu ve engellilik raporu süreçlerinin sadeleştirilmesi, (4) Psikososyal destek mekanizmalarının yaygınlaştırılması, (5) Eğitim hakkı ve sosyal katılımın desteklenmesi, (6) Yerli ilaç ve medikal cihaz geliştirme çalışmalarının hızlandırılması ve (7) Bilimsel temeli olmayan uygulamalara karşı koruyucu düzenlemelerin güçlendirilmesi. Bu temalar içinde özellikle ergenlik döneminde artan psikolojik destek ihtiyacı, eğitim ortamlarında erişilebilirlik sorunları ve sosyal izolasyon riskinin öne çıkmıştır.

Sonuç: Bulgular, DMD hastalığı olan ergenlerin gereksinimlerinin tıbbi bakım ve izlemin ötesinde, psikososyal ve eğitsel boyutları kapsayan bütüncül bir çerçevede ele alınması gerektiğini göstermektedir. Çalıştay bulguları, DMD hastalarında ergen odaklı yaklaşımların geliştirilmesi ihtiyacını ortaya koymaktadır.

Anahtar Kelimeler: Duchenne Musküler Distrofisi, İhtiyaç Analizi, Hasta Deneyimi, Sağlık Politikası, Nadir Hastalıklar

Duchenne Musküler Distrofisi Olan Çocuk ve Ergenlerin İhtiyaçlarının Hasta ve Aile Deneyimleri Üzerinden Değerlendirilmesi

Sabanur Çavdar, Özlem Özaydın, Özlem Köksal, Gonca Akbaş, Aylin Yetim Şahin, Vefik Arıca, Hüseyin Dağ, Şirin Güven

**Türkiye Anne, Çocuk ve Ergen Sağlığı Enstitüsü (TAÇESE), Türkiye Sağlık Enstitüleri Başkanlığı, İstanbul*

Giriş

Duchenne Musküler Distrofisi (DMD), X'e bağlı resesif geçiş gösteren, çocukluk çağında başlayan ve ilerleyici kas yıkımı ile seyreden nadir bir genetik hastalıktır (1). Ortalama tanı yaşı 3–5 yıl arasında olup, hastalar genellikle 10–12 yaş civarında ambülasyon kaybı yaşamakta ve ilerleyen dönemde kardiyak ve solunumsal komplikasyonlar nedeniyle çoklu disiplinli izlem gerektirmektedir. Güncel tedavi yaklaşımları hastalığın seyrini yavaşlatmakta ve yaşam süresini uzatmakta olsa da kesin tedavi henüz bulunmamaktadır.

Ergenlik dönemi, DMD'li bireyler açısından yalnızca hastalığın fiziksel ilerleyişinin değil; psikososyal kimlik gelişimi, eğitim hayatına katılım, sosyal ilişkiler, bağımsızlık beklentisi ve gelecek planlaması gibi alanlarda da belirleyici bir yaşam evresidir. DMD'li çocuklar ve ergenler, yalnızca fiziksel fonksiyon kaybı değil psikososyal gelişim, sosyal katılım ve yaşam kalitesi üzerinde de belirgin etkilerle karşılaşmaktadırlar (2,3). Bu dönemde artan fiziksel bağımlılık ile gelişimsel bağımsızlık ihtiyacı arasındaki gerilim, hem hasta hem de aileler için ek yük oluşturmaktadır (4,5).



DMD'nin klinik boyutu kadar bakım yükü ve sosyal faktörler de aile deneyimlerinin temel bileşenleridir. Bu nedenle DMD'ye ilişkin ihtiyaçların yalnızca tıbbi çerçevede değil; hasta ve aile deneyimleri üzerinden bütüncül biçimde değerlendirilmesi gerekmektedir. Bu bağlamda bu çalışmanın amacı, hasta ve ailelerin deneyimlerinden yola çıkarak Duchenne Musküler Distrofisi olan çocuk ve ergenlerin ihtiyaçlarını tematik olarak ortaya koymak ve elde edilen bulgular doğrultusunda politika önerileri geliştirmektir.

Materyal ve Metod

Bu çalışma, Türkiye Sağlık Enstitüleri Başkanlığı (TÜSEB) bünyesinde faaliyet gösteren Türkiye Anne, Çocuk ve Ergen Sağlığı Enstitüsü (TAÇESE) tarafından 17 Eylül 2025 tarihinde hibrit formatta gerçekleştirilen "Duchenne Musküler Distrofisi Farkındalık Toplantısı: Hasta Gözüyle Deneyimler ve Çözüm Önerileri" başlıklı toplantının çıktılarının nitel değerlendirilmesine dayanmaktadır. Toplantıya toplam 70 katılımcı (10 yüz yüze, 60 çevrimiçi) katılmıştır. Katılımcılar arasında DMD hastaları ve aileleri, Hasta dernekleri temsilcileri, Akademisyenler, Klinik uzmanlar, İl Sağlık Müdürlüğü temsilcileri, TÜSEB'in farklı enstitülerinden temsilciler ve TAÇESE ekibi yer almıştır.

Veri Kaynakları

İçerik analizinde üç temel veri kaynağı kullanılmıştır:

1. Toplantı ses kayıtları ve tutanakları
2. Çevrimiçi oturum sırasında yazılı olarak iletilen görüşler
3. Toplantı sonrasında hasta dernekleri tarafından iletilen yazılı notlar

Veri Analizi

Veriler nitel içerik analizi yöntemi ile analiz edilmiştir. Analiz süreci şu aşamalardan oluşmuştur: Tüm verilerin yazılı dökümünün oluşturulması; Açık kodlama yoluyla tekrar eden ifade ve sorun alanlarının belirlenmesi; Kodların tematik kümeler altında birleştirilmesi; Araştırmacılar arası görüş birliği sağlanarak nihai tema setinin oluşturulması. Temalar hasta ve aile perspektifini yansıtacak şekilde yapılandırılmıştır.

Bulgular

Analiz sonucunda DMD hastaları ve ailelerinin ihtiyaçları yedi ana tema altında toplanmıştır: (i) Multidisipliner kas hastalıkları merkezlerinin kurulması, var olanların işlevselliğinin artırılması, (ii) Evde bakım ve rehabilitasyon hizmetlerinin güçlendirilmesi, (iii) Sağlık raporu ve engellilik raporu süreçlerinin sadeleştirilmesi, (iv) Psikososyal destek mekanizmalarının yaygınlaştırılması, (v) Eğitim hakkı ve sosyal katılımın desteklenmesi, (vi) Yerli ilaç ve medikal cihaz geliştirme çalışmalarının hızlandırılması ve (vi) Bilimsel temeli olmayan uygulamalara karşı koruyucu düzenlemelerin güçlendirilmesi.

(i) Multidisipliner Kas Hastalıkları Merkezlerinin Kurulması ve Güçlendirilmesi

Katılımcılar, özellikle büyük şehirlerde işlevsel, sürdürülebilir ve DMD konusunda deneyimli multidisipliner merkezlerin eksikliğini vurgulamıştır. Öne çıkan ihtiyaçlar, Nöroloji, kardiyojoloji, göğüs hastalıkları, ortopedi, FTR, psikoloji ve diyetisyen hizmetlerinin aynı gün içinde sunulabilmesi; Tek merkezden heyet raporlarının düzenlenebilmesi; Deneyimli ekiplerin sürekliliğinin sağlanması; Tele-konsültasyon sistemlerinin devreye alınması; İstanbul'da işlevsel bir referans merkez ihtiyacı özellikle vurgulanmıştır.

(ii) Evde Bakım ve Rehabilitasyon Hizmetlerinin Güçlendirilmesi

Ergenlik döneminde mobilitenin azalmasıyla birlikte hastane ziyaretleri ciddi fiziksel ve psikolojik yük oluşturmaktadır. Katılımcılar, Daha önce örnekleri olan evde fizyoterapi hizmetlerinin sunulması; Solunum cihazı ve ortez ölçümlerinin evde yapılması; Psikolojik desteğin eve entegre edilmesi; Ev ortamında erişilebilirlik düzenlemeleri için kamu desteği gibi ihtiyaçları dile getirmiştir. Evde sağlık hizmetlerinin yalnızca klinik değil, bakım veren yükünü azaltıcı sosyal bir müdahale olduğu vurgulanmıştır.



(iii) Sağlık Raporu ve Engellilik Süreçlerinin Sadeleştirilmesi

Yıllık rapor yenileme zorunluluğu ve oran değişiklikleri aileler için önemli bir bürokratik yük oluşturmaktadır. Belirtilen sorunlar, Aynı hastada farklı oranlar verilmesi; 18 yaş sonrası oran düşüşleri; Üç hekim imzalı rapor süreçlerinde kurumlar arası uygulama farklılıklarıdır. Öneri olarak, Kronik ve ilerleyici hastalıklar için uzun süreli rapor düzenlenmesi ve yetkin merkezlerde standartlaştırılmış raporlama yapılması ifade edilmiştir.

(iv) Psikososyal Destek Mekanizmalarının Yaygınlaştırılması

Ergenlik döneminde, Depresyon, Sosyal izolasyon, Bağımlılık hissi, Kimlik gelişiminde zorlanma gibi durumların arttığı belirtilmiştir. Aileler için ise Tükenmişlik, Kaygı, Taşiyıcı annelerde sağlık sorunları ön plana çıkmıştır. Düzenli psikolojik destek, grup terapileri ve bakım veren destek programları önerilmiştir.

(v) Eğitim Hakkı ve Sosyal Katılımın Desteklenmesi

Eğitim alanında yaşanan sorunlar, Erişilebilir olmayan okul binaları; Üst kat sınıf yerleşimleri; Üniversite düzeyinde esneklik eksikliği; Pozitif ayrımcılık uygulamalarının yetersizliğidir. Ergenlik döneminde sosyal izolasyon riskinin arttığı ve akran ilişkilerinin zayıfladığı ifade edilmiştir.

(vi) Yerli İlaç ve Medikal Cihaz Geliştirme Çalışmalarının Desteklenmesi

Katılımcılar, Yerli gen tedavisi çalışmalarının hızlandırılması; Nadir hastalıklara özel fon mekanizmalarının oluşturulması; Ruhsatlandırma süreçlerinin hızlandırılması gerektiğini vurgulamıştır. Ayrıca, Öksürtme cihazı gibi hayati medikal cihazların SGK kapsamına alınması; Medikal cihaz reçete/teslimat sistemi kurulması önerilmiştir.

(vii) Bilimsel Temeli Olmayan Uygulamalara Karşı Koruyucu Düzenlemeler

Ailelerin çaresizlik üzerinden yönlendirildiği bilimsel temeli olmayan tedavi uygulamalarına karşı, Bilgilendirici kamu kampanyaları, Etik dışı uygulamalara yönelik denetimlerin artırılması, Resmi rehberlerin yayımlanması gerektiği belirtilmiştir.

Sonuç ve Öneriler

Bu çalışma, DMD'li çocuk ve ergenlerin ihtiyaçlarının yalnızca klinik bakım ile sınırlı olmadığını; sağlık sistemi organizasyonu, sosyal hizmetler, eğitim politikaları ve ilaç geliştirme süreçlerini kapsayan çok boyutlu bir çerçevede ele alınması gerektiğini göstermektedir.

Ülkemizde Sağlık Bakanlığına bağlı hastanelerde, farklı illerde nöromüsküler hastalık merkezleri hizmet vermektedir (6). Öte yandan, araştırmamızda önce çıkan temalardan biri multidisipliner kas hastalıkları merkezlerinin güçlendirilmesi olmuştur.

Özellikle ergenlik döneminde artan psikososyal ihtiyaçlar, eğitimde erişilebilirlik sorunları ve sosyal izolasyon riski dikkat çekmektedir. Multidisipliner merkezlerin yanı sıra evde bakım hizmetlerinin entegrasyonu, hem sağlık sonuçlarını hem de yaşam kalitesini iyileştirebilecek temel müdahale alanları olarak ortaya çıkmaktadır. Bu ihtiyaçlar ülkemizde bir kas hastalıkları merkezinde DMD'li çocukların aileleriyle yapılan araştırmanın bulguları ile uyumludur (7).

Bulgular, DMD hastalığı olan çocuk ve ergenlerin gereksinimlerinin tıbbi bakımın ötesinde; psikososyal, eğitsel ve idari boyutları kapsayan bütüncül bir yaklaşımla ele alınması gerektiğini göstermektedir.

Öne çıkan politika önerileri şunlardır:

- İstanbul başta olmak üzere işlevsel multidisipliner referans merkezlerinin kurulması, var olanların güçlendirilmesi
- Evde sağlık ve rehabilitasyon hizmetlerinin yeniden yapılandırılması
- Engellilik rapor süreçlerinin standardizasyonu
- Ergen odaklı psikososyal destek programlarının geliştirilmesi
- Eğitimde erişilebilirlik denetimlerinin güçlendirilmesi
- Nadir hastalıklara özel Ar-Ge ve hızlandırılmış değerlendirme mekanizmalarının oluşturulması



- Bilimsel temeli olmayan uygulamalara karşı düzenleyici çerçevenin güçlendirilmesi

Araştırmamızın bulguları, DMD alanında hasta ve aile deneyimlerine dayalı politika geliştirme süreçlerinin önemini ortaya koymakta; ergen odaklı yaklaşımların güçlendirilmesi gerekliliğini vurgulamaktadır.

Referanslar

- (1) Duan, D., Goemans, N., Takeda, S. I., Mercuri, E., & Aartsma-Rus, A. (2021). Duchenne muscular dystrophy. *Nature reviews disease primers*, 7(1), 13.
- (2) Elizabeth Taylor BSc HEc, R. S. W., DCS, C. Y., Lyttle, B. D., & Hons, B. D. B. (2008). 'Mental health of children and adolescents with Duchenne muscular dystrophy'. *Developmental medicine and child neurology*, 50(8), 638.
- (3) Uzark, K., King, E., Cripe, L., Spicer, R., Sage, J., Kinnett, K., ... & Varni, J. W. (2012). Health-related quality of life in children and adolescents with Duchenne muscular dystrophy. *Pediatrics*, 130(6), e1559-e1566.
- (4) Wasilewska, E., Maęorzewicz, S., Sobierajska-Rek, A., Jabłońska-Brudło, J., Górska, L., Śledzińska, K., ... & Wierzba, J. (2020). Transition from childhood to adulthood in patients with Duchenne muscular dystrophy. *Medicina*, 56(9), 426.
- (5) Çakaloz, B., & Kurul, S. (2005). Duchenne muskuler distrofilii çocukların aile işlevlerinin ve annelerinde depresyon ve kaygı düzeylerinin araştırılması. *Klinik Psikiyatri Dergisi*.
- (6) Sağlık Bakanlığı Nöromusküler Hastalıklar Merkezleri. <https://shgmnadirdb.saglik.gov.tr/TR-77495/noromuskuler-hastaliklar-merkezleri.html>
- (7) Günay, Ç. (2026). Compliance of comprehensive care in children with Duchenne muscular dystrophy: Real-world experience of a pediatric neuromuscular diseases center. *Developments and Experiments in Health and Medicine*, 40(1), 65-75.).