

BİRİNCİ BASAMAK
SAĞLIK ÇALIŞANLARI
İÇİN ERGEN SAĞLIĞINA
VE SORUNLARINA
YAKLAŞIM
CEP KİTABI

T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI
TÜRKİYE HALK SAĞLIĞI KURUMU

ANKARA

2017



T.C. Sağlık Bakanlığı
Türkiye Halk Sağlığı
Kurumu

ANKARA

2017

Birinci Basamak Sağlık Çalışanları İçin Ergen Sağlığına ve Sorunlarına Yaklaşım Cep Kitabı

T.C. Sağlık Bakanlığı

Türkiye Halk Sağlığı Kurumu

Çocuk ve Ergen Sağlığı Daire Başkanlığı

Ankara, 2017

ISBN : 978-975-590-643-0

Sağlık Bakanlığı Yayın No : 1049

Baskı : Kayıhan Ajans
Hoşdere Cad. No: 201/9
Çankaya / ANKARA
Tel: 0.312 442 72 72 - Faks: 0.312 442 70 81
www.kayihanajans.com

Bu yayın; T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Çocuk ve Ergen Sağlığı Daire Başkanlığınca hazırlanmış ve bastırılmıştır. Her türlü yayın hakkı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu'na aittir. Kaynak gösterilmeden kısmen dahi olsa alıntı yapılamaz, çoğaltılamaz ve yayımlanamaz. Alıntı yapıldığında kaynak gösterimi "Birinci Basamak Sağlık Çalışanları İçin Ergen Sağlığına ve Sorunlarına Yaklaşım Cep Kitabı" T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, Yayın No, Basıldığı İl ve Yayın Tarihi şeklinde olmalıdır.

Ücretsizdir. Parayla satılamaz.

EDİTÖR

Prof. Dr. Hilal Özcebe

EDİTÖR YARDIMCISI

Dr. Başak Tezel

YAZARLAR*

Doç. Dr. Devrim Akdemir	Yrd. Doç. Dr. Sinem Akgül
Prof. Dr. M.Cemalettin Aksoy	Prof. Dr. Müjgan Alikashişoğlu
Prof. Dr. Zehra Aycan	Prof. Dr. Ertuğrul H. Aydemir
Uzm. Dr. Hüseyin Balandız	Prof. Dr. Ufuk Beyazova
Prof. Dr. Atilla Büyükgebiz	Yrd. Doç. Dr. Özge Karadağ Çaman
Uzm. Dr. Funda Çenesiz	Prof. Dr. Füsün Çuhadaroğlu
Prof. Dr. Figen Şahin Dağlı	Prof. Dr. Orhan Derman
Prof. Dr. Oya Ercan	Psk. Dr. Gülin Evinç
Uzm. Dr. Cenk Ilgar	Prof. Dr. Nuray Ö. Kanbur
Uzm. Dr. Melis P. Kızılkın	Doç. Dr. Hasan Önal
Prof. Dr. Hilal Özcebe	Doç. Dr. Şebnem Özyer
Op. Dr. Filiz Akın Su	Prof. Dr. Ömer Tarım
Uzm. Dr. Candan Taşkıran	Uzm. Dr. B. Nurdan Tekgöl
Uzm. Psk. Ece Ataman Temizel	Psk. Dr. Zeynep Tüzün
Doç. Dr. Özlem Uzunlar	

*Alfabetik olarak sıralanmıştır

THSK YAYIN KOMİSYONU

Uzm. Dr. Hasan IRMAK

Doç. Dr. Nazan YARDIM

Dr. Kanuni KEKLİK

Dr. M. Bahadır SUCAKLI

Dr. Yıldırım CESARETLİ

SUNUŞ

Ergenlik dönemi; fiziksel, ruhsal, biyokimyasal ve sosyal yönden hızlı büyüme, gelişme ve olgunlaşma süreçleriyle çocukluktan yetişkinliğe geçiş dönemidir.

İnsan yaşamında ikinci büyüme ve gelişme dönemi olan ergenlik dönemi sorunlu bir dönem olup ergen, zaman zaman bu kadar değişikliğe uyum sağlayamamaktadır. Bu dönemde ergen; fiziksel büyüme ve gelişme ile ilgili sorunlar, cinsel gelişim ile ilgili sorunlar ve psiko-sosyal gelişim ile ilgili sorunlarla karşılaşmaktadır. Dönemin özelliğinden dolayı da zaman zaman bu sorunları çözemektedir. Bu nedenle ergenlerin karşılaştıkları sorunların ve gereksinimlerinin belirlenmesi gerekmektedir. Ergenlik çağına gelmiş çocukların herhangi bir sağlık problemi olmasa da kontrol amacıyla doktora başvurmasının sağlanması, bir problem saptanması durumunda ise bu konuda uzman bir hekime yönlendirilmesi sağlıklı yetişkinliğe giden yolda en önemli adımlardan biridir.

Bu kitap, sahada hizmet sunan birinci basamak sağlık çalışanlarına sağlıklı ergen izleminin yanı sıra, ergenlik dönemine özgü sık görülen sorunlar ve bu sorunların yönetimi konusunda rehberlik etmesi için hazırlanmıştır.

Tüm meslektaşlarımıza yararlı olmasını dilerim.

Prof. Dr. İrfan ŞENCAN

Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Başkanı

I. Normal Gelişim Özellikleri	9
1. Ergenin Fiziksel Gelişimi	9
2. Ergenin Psikososyal Gelişimi	14
II. Sağlığı Geliştiren Davranışlar	17
1. Kişisel Hijyen	17
2. Sağlıklı Beslenme	19
3. Ruh Sağlığının Korunması ve Geliştirilmesi	22
4. Puberte ve Egzersiz	26
III. Sağlığı Tehdit Eden Davranışlar	29
1. Ergenlerde Madde Bağımlılığı	29
2. Ergenlerde Tütün Kullanımı	34
3. Ergenlerde Yaralanma	39
4. Ergenlerde Kendine Zarar Verme Davranışı	42
5. Ergenlerde Şiddet	44
6. Ergenlerde Bozulmuş Yeme Tutumları	46
7. Ergenlerde Riskli Medya Kullanımı	49
IV. Ergenle Karşılaşma	53
1. Ergen Dostu Sağlık Hizmetleri	53
2. Ergene Yaklaşımın Temel İlkeleri	56
3. Psikososyal Öykü-Ergenle Görüşme (ERGENSOR- "HEEADSSS")	61
4. Ergenin Ailesi İle Görüşme	66
V. Koruyucu Sağlık Hizmetleri	75
1. Ergenlik Döneminde Taramalar	75
2. Ergenlik Döneminde Aşılama	81
3. Ergenlik Döneminde Bilgilendirme ve Danışmanlık Alanları	84
VI. Ergenlerde Sık Görülen Sağlık Sorunlarına Yaklaşım	87
1. Ergenlerde Boy Kısaldığı	87
2. Ergenlerde Pubertal Sorunlar	90
3. Ergenlerde Obezite ve Metabolik Sendrom	97

4. Ergenlikte Görülebilen Ürogenital Sorunlar	105
a. Ergenlerde Amenore	105
b. Ergenlerde Pelvik Ağrı ve Premenstruel Sendrom	112
c. Ergenlerde Anormal Uterin Kanamalar	117
d. Ergenlerde Polikistik Over	126
e. Ergenlerde Cinsel Yolla Bulaşan Enfeksiyonlar	128
f. Ergen Gebelikleri	136
g. Ergenlerde Vajinitler	143
h. Ergenlerde Skrotum Sorunları	150
5. Ergenlerde Meme Hastalıkları	153
6. Ergenlerde Hirsutizm	157
7. Ergenlerde Tiroid Hastalıkları	163
8. Ergenlerde Akne Vulgaris	168
9. Ergenlerde Ortopedik Sorunlar	171
VII. Ergenlerde Psikososyal Sorunlar	188
1. Ergenlerde Depresyon	188
2. Ergenlerde Tik Bozuklukları	191
3. Ergenlerde Anksiyete Bozuklukları	193
4. Ergenlerde Enürezis	196
5. Ergenlerde Özkıyım Davranışı	200
6. Ergenlerde Cinsel Kimlik Farklılaşmaları	203
7. Ergenlerde İstismar	206
8. Ergenlerde Yeme Bozuklukları	210
a. Ruhsal Yönü	210
b. Medikal Yönü	213
9. Ergenlerde Uyku Bozuklukları	217
10. Ergenlerde Somatizasyon Bozuklukları	219
11. Ergenlerde Sınav Kaygısı	222
VIII. Cinsel Dokunulmazlığa Karşı Suçlarda Hekim Yaklaşımı	225

I. NORMAL GELİŞİM ÖZELLİKLERİ

I. ERGENİN FİZİKSEL GELİŞİMİ

Prof. Dr. Oya Ercan

İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi

Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı

Çocuk Endokrinoloji ve Adolesan Bilim Dalları

Ergenin fiziksel gelişimi puberte sırasında gözlenen fiziksel değişiklikleri kapsar. Ergen çoğu zaman yanlış olarak puberte ile eş anlamlı olarak kullanılır. Oysa ergenlik, puberteden farklı olarak, bireyin erişkin gibi düşünmesi ve davranması ile sonuçlanan psikososyal değişiklikleri de içerir.

Puberte sırasında gözlenen fiziksel değişiklikler boyun ve ağırlığın hızla artışı, ikincil cins karakteristiklerinin gelişimi, yağ ve kas dokularının dağılımının ve miktarının değişmesi ve dolaşım ve solunum sistemlerindeki değişiklikler olarak özetlenebilir. Sonuç olarak puberte tamamlandığında birey bir yetişkin görünümü almış olur.

Bazı ergenlerde bu süreç 2 senede, bazılarında ise bunun üç katı zamanda tamamlanabilir. Bu nedenle, puberte, aynı yaştaki çocukların fiziksel açıdan farklı görünmelerine yol açabilir. Bu fiziksel varyasyon normal ile normal olmayanın ayırt edilmesini güç kılabilir. Bu bağlamda ergene hizmet veren hekimin puberte sırasında sağlıklı çocuklarda gözlenen değişiklikleri iyi bilmesi, hem ergenlerin, hem de ebeveynlerinin kaygılarının giderilmesinde büyük önem taşır.

Kız çocuklarında fiziksel gelişim

Kız çocuklarında pubertenin ilk fiziksel belirtisi genellikle göğüs gelişimi (telarş)'dir. Ancak kızların %10-20'sinde pubik kıllanma (pubarş) olabilir. Pubik kıllanmanın başlaması genellikle göğüs gelişimi ile eşzamanlı değildir. Göğüs gelişimi klinik açıdan ve tanımlama amacı ile Tanner tarafından tanımlanan beş evrede değerlendirilir:

Evre 1: İnfantil durumdur.

Evre 2: Göğüs tomurcuğu belirmiş, papilla yükselmiş, areola çapı artmaya başlamıştır.

Evre 3: Göğüs ve areola daha büyümüştür. Yandan bakıldığında devamlılık gösteren konturu vardır.

Evre 4: Areola ve papilla daha da büyümüş olup ikisi göğsün geri kalanının konturunu aşan bir çıkıntı oluşturmuştur.

Evre 5: Erişkin göğsü yapısındadır. Areolaya ait kabartı gerilemiş ve erişkin göğsünün tipik düz yuvarlak konturu oluşmuştur. Sadece papilla çıkıntılı halindedir.

Bazı kızlarda Evre 4 görünümü birinci gebeliğe hatta daha sonrasına kadar devam edebilir. Bazı kızlarda ise 4. evreden geçmeden 3. evreden doğrudan 5. evreye geçiş gözlenir. Göğüs gelişiminin 2. evreden 5. evreye ulaşması ortalama 4 yıl sürer ancak bu dönem 1,5 yıl kadar kısa, 9 yıl kadar uzun sürebilir.

Göğüs gelişimi normal kızlarda ortalama 10 yaşında başlar; ancak 8 yaşından itibaren ve 13 yaşından önce olmak üzere daha erken ya da daha geç yaşlarda da başlayabilir. Göğüs gelişimi 8 yaşından önce başlamışsa ya da çocuk 13 yaşına ulaştığı halde başlamamışsa nedeninin araştırılması gerekir.

Göğüs gelişiminin tek taraflı olarak başlaması normal bir durum olabilir. Göğüs gelişiminin tek taraflı olduğu durumda diğer göğsün palpe edilir hale gelmesi bazen iki yıl sürebilir. Ancak yine de göğüs gelişiminin başlamamış olduğu tarafta meme dokusunun bulunduğu ve bir patoloji bulunmadığından emin olunmalıdır. Pubik kıllanma da göğüs gelişimi gibi Tanner tarafından tanımlanan 5 farklı evrede değerlendirilmektedir:

Evre 1: Pubik bölgede pigmentli kıl yoktur.

Evre 2: Başlıca labial bölgede pigmentli düz kıllar mevcuttur.

Evre 3: Pigmentli kıllar kıvrıklaşmaya ve mons pubis üzerine yayılmaya başlamıştır.

Evre 4: Pigmentli kıllar mons pubise yayılmış fakat üçgeni tam doldurmamıştır.

Evre 5: Kıllar pubik üçgeni sık olarak kaplamıştır (Erişkin evre).

Pubik kıllanma gelişimi başladıktan tamamlanana dek ortalama 3 yıl geçer; bu süre 2 ile 5 yıl arasında değişebilir. Yine göğüs gelişiminde olduğu gibi pubik ve/veya aksiller kıllanma ortalama 10 yaşında başlamakla birlikte 8 yaşından sonra başlaması normal kabul edilir. Aksiller kıllanma genellikle pubik kıllanmadan bir yıl kadar sonra başlar.

Menarş, pubertede gözlenen fiziksel değişiklikler içinde geç gözlenen bir olay olarak yer alır. Menarş, menstruasyonun ilk kez gerçekleşmesi olarak tanımlanır. Menarş kızların büyük çoğunluğunda göğüs gelişiminin 4. evresinde görülürken, genç kızların %25 kadarında göğüsler 3. evrede iken menarş gözlenmektedir.

Menarş ile ergen büyüme sıçraması arasında sıkı bir ilişki vardır. Menarş büyümenin hızlandığı dönemde gözlenmez. Büyümenin en hızlı olduğu dönem olarak tanımlanabilecek zirve büyüme hızı, göğüs gelişiminin erken evresinde gerçekleşir. Menarş ise bu dönemden sonra ve büyüme yavaşlamaya başladığı sırada gözlenir. Göğüs gelişiminin başlaması ile menarş arasındaki süre ortalama 2 yıldır.

Genel olarak menarş yaşının erken olması ve toplam puberte süresinin kısa olması erişkin boyunun kısa olması ile ilişkilendirilmektedir. Ortalama olarak kızlar menarştan sonra 4-6 cm boy kazanırlar; ancak menarşın erken gerçekleşmesi durumunda menarştan sonra 10 cm'ye varan boy artışı olabilir.

Erkek çocuklarında fiziksel gelişim

Erkek çocuklarda pubik kıllanma pubertenin ilk fiziksel bulgusu gibi gözükse de, testis hacimlerinin artması erkek çocuklarda pubertenin ilk fiziksel bulgusudur.

Testis hacminin 4 ml'nin üzerine çıkması ya da uzun aksının 2,5 cm veya üzerine ulaşması puberteye girildiğini göstermektedir. Pubik kıllanmanın belirmesi bu değişikliği takip etmektedir. Testis büyümesi ortalama olarak 12 yaşından önce başlar ve 9,5 yaşından itibaren gözlenebilir.

Erkek çocuklarda testislerin büyümesi ile birlikte dış üreme organlarında değişiklikler gözlenmeye başlanır. Daha sonra pubik ve aksiller kıllanma gözlenir. Aksiller kıllanmanın belirmesi pubertenin ortasına rastlar; bu değişimi androjene duyarlı bölgelerde (yüz, göğüs, sırt, karın ve uylukların üst bölümü) kılların çıkması takip eder. Ses genellikle aksiler kıllanma başladığında ve dış üreme organlarının gelişme döneminde değişmeye başlar ve daha sonra "çatlar". Ergen büyüme sıçraması erkek çocuğu erişkin boyutuna ulaştırır ve ikincil cinsiyet karakteristikleri sayılabilecek beden şekli değişiklikleri ile eşzamanlı olarak gerçekleşir.

Erkek çocuklarda dış üreme organ değişiklikleri 9 yaşından itibaren başlayabilmekle beraber 14 yaşına veya sonrasına kadar infantil görünüm söz konusu olabilir. Dış üreme organlarının gelişimi bazı çocuklarda 13 yaşında tamamlanabilir, ancak gelişim süreci 18 yaşına hatta daha ileri yaşa kadar da devam edebilir.

Dış üreme organlarının gelişimi Tanner tarafından tanımlanan beş evrede tanımlanır:

Evre 1: Infantil durum

Evre 2: Testisler ve skrotum büyür. Skrotal derinin kıvamı değişir ve pembemsi bir renk alır.

Evre 3: Penis daha çok boyuna ve enine büyür. Testisler daha büyüktür.

Evre 4: Penisin hem eni, hem boyu belirgin büyümüş, glans gelişmiştir. Testisler daha büyük, skrotal deri koyu renklidir.

Evre 5: Erişkin evresi.

Tanner evrelemesi testis hacimlerinin ölçümünü içermez; ancak testis hacimleri dış üreme organlarının gelişim evreleri arttıkça artar. Testis boyutlarının Prader orşidometresi ile ölçülerek değerlendirilmesi gerekir.

Dış üreme organlarının gelişiminin tamamlanması 5 yıl veya daha fazla sürebilir. Diğer taraftan bu süreç 2 seneden daha kısa da olabilir.

Erkek çocuklarda pubik kıllanma dış üreme organlarının gelişimi başladıktan hemen sonra ve ortalama 12 yaşında başlar, nadiren de dış üreme organlarının gelişimi başlamadan gözlenir. Bazı erkek çocuklarda pubik kıllanma dış üreme organlarının gelişimi 4. evreye ulaşana dek görülmeyebilir.

Erkek çocuklarda pubik kıllanma gelişimi aynı kızlarda olduğu gibi evrenir. Bazı erkeklerde pubik kıllar ters üçgenin üzerine yayılır; bu durumda evre 6 pubik kıllanmadan söz edilir.

Aksiller kıllanma kızlarda olduğu gibi pubik kıllanmadan bir yıl kadar sonra başlar. Aksiller kıllanmanın belirmesi zirve büyüme hızı ile aynı zamanda gerçekleşir. Bu dönemde pubik kıllanma ve dış üreme organlarının gelişimi oldukça ilerlemiştir.

Bıyık gelişimi üst dudağın köşelerinde ortalama 14,9 yaşında başlar ve yine ortalama 16,2 yaşında yanaklarda sakal gelişimi

gözlenir. Çenede sakal genellikle dış üreme organlarının gelişimi tamamlandıktan ve pubik kıllanma gelişimi başladıktan 3 yıl kadar sonra belirir. Ses ortalama 14,5 yaşında çatlamaya başlar ve 1 yıl kadar sonra mutlaka değişmiştir. Spermarş, sperm yapımının başlaması olup genellikle 13 yaşında gerçekleşir. Aristo 2000 yıl önce spermarşın 14 yaşında gerçekleştiğini şu sözle ifade etmiştir: “İki kere 7 yaşında olunca erkek tohum oluşturur”. Aynı dönemde jinekometri ve akne gözlenebilir.

Sonuç olarak kızlardan farklı olarak erkek çocuklarda zirve büyüme hızı pubertenin ortasında (Tanner evre 3 ve 4) ve spermarş, aksiller kıllanmanın başlaması ve ses değişikliği ile aynı zamanda gözlenmektedir.

Ergenin büyüme sıçraması

İkincil cins (cinsiyet) özellikleri gelişirken büyüme hızlanır. Büyüme iskeletin her yerinde aynı hızda gerçekleşmez; bu farklılık en çok gövde ile ekstremitelerin uzunluklarında, omuzların ve kalçaların genişliklerinde belirgindir. Bu etkiler ve ayrıca kas miktarındaki değişiklikler ve cilt altı yağ dokusunun dağılımı erişkin kadınların ve erkeklerin vücut şekilleri arasındaki farklılıkları oluşturur.

Ergen büyüme sıçrama eğrisi kızlarda erkeklerden yaklaşık 2 yıl önce pik yapar. Ergen büyüme sıçramasının kısa süren bir dönemini zirve büyüme hızını (ZBH) oluşturur ki bu dönemde büyüme en hızlıdır. Kızlarda ZBH göğüs gelişiminin erken evresinde gözlenir, menarş ise çoğunlukla ZBH'na ulaşılmadan gerçekleşmez. Diğer taraftan erkek çocuklarda ZBH üreme organlarının gelişiminin ileri evresinde gözlenir.

Ergen büyüme sıçraması ortalama 2,5-3 yıl sürer. ZBH erkek çocuklarda yılda ortalama $8,8 \pm 1,05$ cm, kız çocuklarda ise $8,13 \pm 0,78$ cm'dir. Ergen büyüme sıçramasının ortalama boyutu ise erkek çocuklar için 28 cm, kız çocuklar için 25 cm'dir.

II. 2. ERGENİN PSİKOSOSYAL GELİŞİMİ

Psk. Dr. Zeynep Tüzün

Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi

Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı

Ergenlik; kısaca çocukluktan yetişkinliğe geçiş dönemi olarak tanımlanabilir. Ergenliğin fiziksel ve duygusal süreçlerin yol açtığı cinsel ve psikososyal olgunlaşma ile başlayan ve gencin bağımsızlığını ve sosyal üretkenliğini kazanması ile devam eden, hızlı fiziksel, psikolojik ve sosyal değişimleri kapsayan bir dönem olduğu düşünülmektedir.

Genel görüş birliği ruhsal açıdan ergenlik döneminin 10-12 yaş civarında başlayıp 19-21 yaşta sona erdiği üzerinedir. Ergenlik, insan gelişim dönemleri içinde toplumsal etkilerin birey için en fazla önem taşıdığı evre özelliği taşımaktadır. Ergenlik döneminin tanımı gereği, dönemin bitişini belirleyen olgunluğun sağlanması, toplumun kültürel özelliklerine, yaşanılan çevrenin özelliklerine ve sosyo-ekonomik düzeye göre farklılıklar göstermektedir.

Psikososyal gelişim özelliklerinden en önemlisi kimlik gelişimidir. Erikson'a göre insan hayatı sekiz çatışma döneminden oluşmaktadır. Bunlar: temel güven/güvensizlik, özerklik/kuşku ve utanç, girişimcilik/suçluluk, yapıcılık/aşağılık duygusu, kimlik duygusu gelişimi/kimlik krizi, yakınlık kurma/kuramama, üretkenlik/durağanlık ve bilgelik/umutsuzluktur. Ergenlik dönemine "Kimlik Duygusu Gelişimine Karşı Kimlik Krizi" dönemi denk gelmektedir. Ergenlik döneminde, ergenin kendisinden önce çocukluk döneminde meydana gelen bütün diğer çatışmaları özümsemesi ve yetişkinlikte meydana gelebilecek olan çatışmaları da sezinlemesi beklenmektedir. Genel bir tanım olarak kimlik "bir bireyin belirli bir kimse olmasını sağlayan şartların bütünü" olarak belirtilmektedir. Kimlik oluşumunda da genetik ve biyolojik etkenler, bireyin içinde yaşadığı kültürel etkenler, sosyal sınıfa bağlı etkenler ve içinde yaşanılan psikolojik ortama bağlı etkenlerden önemli rol oynarlar.

Psikososyal gelişim özelliklerinden bir diğeri de bilişsel gelişme-

dir. Piaget, doğumdan ergenliğe kadar çocukların kullandıkları düşünme tarzlarını ve çeşitlerini inceledikten sonra belirli yaşlarda zekânın belirli özellikler gösterdiğini belirlemiştir. Ergenlik dönemi, Piaget'nin tanımladığı zihinsel gelişme dönemlerinin sonuncusu olan "Soyut İşlemler Dönemi"nin, soyut kavramları düşünebilme yetisinin gelişmeye başladığı dönemdir. Ergenin soyut sözcükleri kullanma ve anlama becerisi gelişir. Ergen felsefe, din, ahlak ve siyaset gibi soyut konularda akıl yürütmeye başlar. Bu süreçte, ergenin şimdiki zamanın yanında gelecek döneme ilişkin planlamalar yapması, soyut düşünme biçiminin gelişmesiyle varsayımlar ileri sürerek çeşitli olasılıklar üzerinde akıl yürütmekte olduğu, bir konuyu farklı yönleri düşünerek sınıadığı gözlenmektedir.

Ergenlik döneminin psikososyal gelişim özellikleri erken, orta ve geç ergenlik olarak üç başlık altında incelenebilir.

Erken Ergenlik, 10/12-14 yaşlar arasındaki bir dönemdir. Bu dönemin en belirgin özelliği puberteyle birlikte ortaya çıkan biyolojik değişikliklere karşı uyum ve baş etme çabalarıdır. Yaşanan fiziksel değişimlerin normal olup olmadığı sorgulanır, dış görünüş konusunda emin olamama yaşanır, vücut görüntüsü ve pubertal gelişim ile ilgili endişe duyulabilir. Bu dönem için beden imgesi oldukça önemlidir.

- 1-3 yaş çocukluğundan sonra ikinci ayrışma ve bireyselleşme dönemidir.
- İlkokuldan ortaokula geçişin getireceği değişiklikler stres kaynağı olabilir.
- Duygu ve davranışlarında yorum ve ifade biçimlerinde aşırıdır. Duygusal dalgalanmalar sık görülür.
- Somut düşünce dönemini aşabilmiş, soyut kavramları düşünebilme yetisi gelişmeye başlamıştır.
- Cinsellik konusunda ilgileri artmış olmakla beraber, aynı cinsiyetle arkadaşlık etme eğilimleri daha fazladır.
- Ailevi aktivitelerine daha az ilgi duyulur, arkadaşlara karşı çok fazla duygusal ve hassas davranma gözlenir.

Ergen cinsiyetine özgü beden yapısının ortaya çıkışıyla bir beden imgesi edinir, kendisi ile ilgili yeni bir durum olduğunu fark eder ve bu da kendisini çocukluktan farklı bir kız ya da erkek kimliği ile algılamasına yol açar. Beden görünümünün değişmesi, dürtülerin artması, cinsel kimliğin daha fazla hissedilmesi gencin sosyal olarak da yeni bazı roller edinmesi gerçeği ile karşı karşıya bırakır.

Orta ergenlik, 15-18 yaşları arasındaki dönemdir. Bu dönemde aşağıda sıralanan değişimler yaşanır.

- Hızlı pubertal gelişimin yavaşlaması ve ergenin bedenine alışması gözlenir.
- Ergenlerin %30-50'si soyut düşünce yeteneğini kazanırlar.
- Arkadaş grubu ile daha bütünleşme ve karşı cinse ilgi artar.
- Anne babadan ayrışma süreci başlar.
- Düşünme ve davranışlarını daha iyi değerlendirme sonucunda pişmanlık veya utanç, güvensizlik veya çekingenlik duygularına neden olabilir.
- Soyut düşünme yakın arkadaşlarla duygu, düşünme ve paylaşmayı artırır. Ayrıca sosyal sorumluluk ve idealler de bu dönemde önemli hale gelir.

Geç ergenlik, 19 yaş dolayında başlayıp 20'li yaşlarda devam eder. Bu dönemde aşağıda sıralana değişimler yaşanır.

- Büyüme ve cinsel gelişmenin tamamlanması ile endişeler sona ermiştir.
- Ergenliğin başından beri yaşanan duygular, beceriler, özdeşimler harmanlanarak kimlik duygusu oluşur.
- Sosyal ilişkiler arkadaş grubundan kişisel ilişkilere yönelmiştir.
- Soyut düşünce yeteneğinin gelişmesi ve gelecekle ilgili daha gerçekçi hedefler oluşur.
- Bu dönemde ailenin düşünce ve değerlerini tekrar kabul ederler.
- Uzlaşma kabiliyetleri artar ve sınırlamalara uyum gösterirler.

II. SAĞLIĞI GELİŞTİREN DAVRANIŞLAR

II. 1. KİŞİSEL HİJYEN

*Prof. Dr. Hilal Özcebe
Hacettepe Üniversitesi
Halk Sağlığı Enstitüsü*

Ergenlik döneminde çocukluk döneminde kazanılan olumlu hijyen davranışlarının sürdürülmesi önem taşımaktadır. Ergenlerin fiziksel ve cinsel büyüme ve gelişmelerine bağlı olarak farklı hijyen davranışlarını kazanmalarına yönelik müdahalelere de gereksinim vardır. Ergenlik döneminde yeni kişisel hijyen davranışlarının öğrenilmesi için yeni bilgilere gereksinim ortaya çıkmaktadır.

Ergenlerin özen göstermesi gereken başlıca kişisel hijyen bilgi ve davranışları aşağıda sıralanmıştır:

- Saçların yıkanması için kullanılan sabunların ve şampuanların temelini kolay çözünebilir özellikteki yağ eritici bir madde oluşturur. Sağlıklı saçlar için düzenli biçimde yıkanmak gerekmektedir. Normal bir saçın haftada en az bir ya da iki kez yıkanması gerekmektedir. Yağlı saçlar ise daha sık yıkanmalıdır. Saçlar temiz su ile iyice durulandıktan sonra kurutulurken nazik bir biçimde fırçalanmalıdır.
- Saç dağınık olarak bırakılmamalı, düzgün ve muntazam biçimde tarak veya saç fırçasıyla taranmalıdır. Tarak ve fırça kişisel temizlikte kullanılan araçlar olup kişisel olmalıdır. Ayrıca kişisel hijyen malzemesinin temizliği de önem taşımaktadır.
- Görme bozukluğu olan ergenler arasında kontakt lens kullanma oldukça yaygındır. Bazı kişilerin sadece göz rengini değiştirmek için yani estetik amaçlı kontakt lens kullandıkları da bilinmektedir. Kontakt lens kullanımında temizlik çok büyük önem taşımaktadır.
- Kızların kullandıkları makyaj malzemesinin kalitesi önemli olup makyajın temizlenmesine özen gösterilmesi gerekmektedir. Ayrıca makyaj malzemeleri kişisel kullanım için olup başkası ile paylaşılmamalıdır.
- Son yıllarda moda olan küpe ya da farklı takıların seçimi ve uygulaması sırasında hijyen kurallarına uyulmasına özen gösterilmelidir.

- Koltuk altında ter bezlerinin artması, ayrıca kıllanmanın olmasından dolayı bu bölgenin temizliğine özen gösterilmesini gerektirir. Ayrıca koltuk altına uygulanan deodorant seçimi önemlidir; deodorant beden temiz iken kullanılmalıdır. Sentetik malzemedan yapılan çamaşır ve giysilerin kullanımından kaçınılmalıdır.
- Dış genital organ temizliğinin her gün sabun ve su ile yapılması gerekir. Her gün temiz çamaşır kullanılmalıdır. Kızların menstrüel siklusları sırasında hijyenik pet kullanmaları ve sık değiştirmeleri gerekmektedir.
- Yaşamın her döneminde olduğu gibi ergenlik döneminde de beden temizliği, el ve ayak temizliği, ağız ve diş temizliğine ilişkin kişisel hijyen kurallarına uyulması gerekmektedir.

II. 2. SAĞLIKLI BESLENME

Prof. Dr. Ömer Tarım

Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi

Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı

Çocuk Endokrinoloji Bilim Dalı

Ergenlik dönemi birçok fizyolojik büyüme ve gelişimin yaşandığı, bu nedenle de beslenmenin en önemli olduğu dönemlerden biridir. Buna karşın, en çok beslenme sorunu yaşanan yaşam dönemlerinden de biridir.

Birçok araştırma ergenlik dönemine özgü sağlıksız beslenme alışkanlıklarına vurgu yapmaktadır. Çalışmalarda şu bulgular ön plana çıkmaktadır. Ergenler genellikle yeterli sebze ve meyve tüketmemektedir. Bu yaş grubunda işlenmemiş tahıl ürünlerinin alımı sınırlı bulunmaktadır. Günlük sodyum alımı ise önerilen en yüksek miktar olan 1500-2300 mg'dan daha fazladır. Basit şeker ve katı yağlardan gelen enerjinin, toplam günlük enerjinin %40'ından fazlasını teşkil etmesi ise diyetin kalitesinin düşük olduğunu göstermektedir. Bir farklı sorun alanı ise ergenlerin kalsiyum alımlarının düşük olmasıdır. Tavsiye edilen günde 1200 mg kalsiyum alımı erişkin kemik sağlığı ve osteoporozun önlenmesi için çok önemlidir. Son zamanlarda, ergenlerin daha az süt içmeleri ve bunun yerine daha fazla karbonatlı meşrubatlar tüketmeleri, kalsiyum alımının azalmasıyla birlikte fosfor/kalsiyum oranını artırarak kalsiyum emiliminin de bozulmasına neden olmaktadır. Beslenme saatlerinin düzensizliği ve öğün atlama da sık görülen sorunlar arasında yer almaktadır.

Ergenlik Döneminde Besin Gereksinimleri

Besin gereksinimlerinin en yüksek olduğu dönem olan ergenlik döneminde, yetersiz beslenme normal büyüme ve cinsel gelişmeyi olumsuz etkileyebilmektedir. Yaş, cinsiyet, vücut kitlesi, cinsel gelişme evresi ve fiziksel aktivite düzeyi enerji gereksinimini etkilemektedir.

Ergenlik döneminde protein gereksinimi belirgin olarak artmaktadır. Diyetle alınan enerjinin %55'inin karbohidrattan alınması ve özellikle kompleks karbohidratların ve posalı gıdaların tercih

edilmesi önerilmektedir. Yağ tüketiminin toplam enerjinin %30'undan azını teşkil etmesi, doymuş yağ oranının %10'dan daha düşük, kolesterolün günlük tüketiminin 300 mg'dan daha az olması tavsiye edilmektedir.

Ergenlik döneminde birçok vitamin ve minerale duyulan gereksinim artmaktadır. Enerji ihtiyacının artmasına bağlı olarak karbohidratlardan enerjinin serbestleştirilebilmesi için tiamin, riboflavin ve niasin alımının, ayrıca doku yapımının artmasına bağlı olarak DNA ve RNA metabolizması için gerekli olan folik asit ve B12 vitamini alımının da artması gerekmektedir. İskelet büyümesinin hızlanması ise D vitamini ihtiyacını arttırmaktadır. Büyüme sırasında kazanılan yeni hücrelerin yapı ve işlevlerini koruyabilmek için daha fazla A,C ve E vitamini gerekmektedir. Hızlı büyüme sırasında artan iskelet kitlesi için kalsiyum, kan hacmi için demir, iskelet ve kas dokusu için çinko alımı artırılmalıdır. Ayrıca iyotlu tuz tüketiminin önemi vurgulanmalıdır. Bu dönem için önerilen enerji, protein, vitamin ve mineral gereksinimleri Tablo 1'de görülmektedir.

Ergenlikte sağlıklı beslenmenin önemi şöyle özetlenebilir:

- Doğru beslenme, sağlıklı büyüme ve gelişmenin ön koşuludur.
- Sağlıklı beslenme, hiperlipidemi ve hipertansiyonun önlenmesine, dolayısıyla kalp damar hastalıkları, kanser ve diyabet gibi kronik hastalıklardan korunmaya yardımcı olur. Ayrıca, obezite, osteoporoz, demir eksikliği ve dişlerde çürük riskini azaltır.
- Çocukluk ve ergenlik döneminde sebze ve meyveden zengin, tahıl ve düşük yağ içeren süt ürünleri içeren besinlerin tüketilmesi önerilmektedir. Aynı zamanda her yaş grubunda doymuş yağ ve trans yağ asitlerinin, kolesterol, sodyum, şeker ve işlenmiş tahılların alımının kısıtlanması tavsiye edilmektedir.
- Okullar sağlıklı beslenme alışkanlıklarının kazandırılması için en önemli kurumlardır. Örneğin, şekerli meşrubat tüketimi yerine sağlıklı ve güvenilir su içme alışkanlığı özendirilmelidir. Okullarda sadece besleyici ve güvenilir yiyecek ve içecek satışına izin verilmelidir. Ayrıca beslenme eğitimi kapsamlı bir sağlık eğitiminin parçası olmalıdır.
- Sağlıklı kahvaltının zihinsel becerileri ve özellikle hafızayı artırdığı, ders devamsızlığını azalttığı ve ergenin duygulanım durumunu iyileştirdiği gösterilmiştir.

Tablo 1. Ergenler için önerilen günlük beslenme gereksinimleri

Besin	Erkek		Kız		Gebe	
	11-14 yaş	15-18 yaş	11-14 yaş	15-18 yaş	11-14 yaş +500 kcal/gün	15-18 yaş +400 kcal/gün
Enerji (kcal/kg)	55	45	47	40		
Protein (g/kg)	1,0	0,85	1,0	0,85	1,7	1,5
A vitamini (µg)	1000	1000	800	800	800	800
D vitamini (ünite)	400	400	400	400	600	600
E vitamini (mg)	10	10	8	8	10	10
C vitamini (mg)	50	60	50	50	60	70
Tiamin (mg)	1,3	1,5	1,1	1,1	1,5	1,5
Riboflavin (mg)	1,5	1,8	1,3	1,3	1,6	1,6
Niasin (mg)	17	20	15	15	17	17
Folik asid (µg)	150	200	150	180	370	400
B ₁₂ vitamini (µg)	2,0	2,0	2,0	2,0	2,2	2,2
Kalsiyum (mg)	1200	1200	1200	1200	1600	1600
Fosfor (mg)	1200	1200	1200	1200	1600	1600
Magnezyum (mg)	270	400	280	300	320	320
Demir (mg)	12	12	15	15	30	30
Çinko (mg)	15	15	12	12	15	15
İyot (µg)	150	150	150	150	175	175
Selenyum (µg)	40	50	45	50	55	60

II. 3. RUH SAĞLIĞININ KORUNMASI VE GELİŞTİRİLMESİ*

Prof. Dr. Hilal Özcebe

Yrd. Doç. Dr. Özge Karadağ Çaman

Hacettepe Üniversitesi

Halk Sağlığı Enstitüsü

Dünya Sağlık Örgütü'nün sağlık tanımı "hastalık ya da sakatlık olmaması değil, fiziksel, ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik halidir" şeklindedir. Bu tanımdan da görüldüğü gibi ruhsal sağlık, sağlıklı olma halinin önemli bir bileşenidir. Dünya Sağlık Örgütü, ruhsal iyilik halini "kişinin kendi becerilerinin farkında olması, yaşamındaki normal stres olayları ile başa çıkabilme, üretken ve verimli bir şekilde çalışabilme ve topluma katkı sağlayabilme becerisi" olarak tanımlamaktadır. Bu tanımla, kişinin ruhsal iyilik halinin iyileştirilmesi toplumun sağlık durumuna da olumlu katkı sağlamaktadır.

Ruhsal sağlık durumu, sosyoekonomik ve çevresel özelliklerden etkilenmektedir. Sosyal, psikolojik ve biyolojik etmenlerin birbirleriyle etkileşimleri, ruhsal sağlık durumunu belirlemektedir. Sosyoekonomik eşitsizliklerin yaşandığı toplumlarda eğitim ve gelir düzeyinin düşük olması, yoksulluk, ruhsal sağlık sorunlarının daha fazla görülmesine neden olmaktadır. Toplumda sosyal olarak dezavantajlı konumda olan kişilerde, umutsuzluk, güvensizlik, şiddet ortamında bulunma, ruhsal sağlık sorunlarının artmasına neden olmaktadır.

Fiziksel hastalıklar, ruhsal sağlık sorunların ortaya çıkmasına neden olmaktadır. Kişinin fiziksel hastalığına ilişkin yakınmaları ya da tedavisine uyum sağlama sürecinde ruhsal yakınmalar ortaya çıkabilmektedir. Bu da fiziksel sağlık sorunları olan kişilerin, ruhsal olarak da desteklenmesi gerektiğini göstermektedir.

Ruhsal sağlık, davranışlarla da ilişkilidir. Ruhsal ve sosyal sağlık sorunlarının önemli bir kısmı davranışlara bağlıdır. Olumsuz sosyal ortamın yanı sıra madde kullanımı, şiddet ve istismar durumlarında daha fazla görülmekte ve başa çıkılması daha zor hale gelmektedir.

* Bu bölümün hazırlanması sırasında ağırlıklı olarak DSÖ'nün 2004 yılında çıkarmış olduğu "WHO Promoting Mental Health Concepts, Emerging Evidence, Practice" adlı kaynaktan yararlanılmıştır.

Diğer taraftan ruhsal olarak iyi olma algısı, sosyal ve kültürel farklılığa göre değişmektedir.

Kişilerin sağlıklı olmaları için farklı aşamalarda korunma müdahalelerine gereksinimleri vardır. Hastalık olmadan önce korunma “birincil korunma”, hastalıklara erken dönemde tanı konması ve tedavi edilmesi “ikincil korunma”, hastalıklar ortaya çıktıktan sonra tedavi edilmesi ve yaşama en iyi şekilde uyum sağlayabilmesi ise “üçüncül korunma” olarak tanımlanmaktadır. Ruhsal sağlığının en üst düzeyde tutulması için sorunlar ortaya çıkmadan olan korunma, sorunların erken tanısı ve tedavi, sorunların kişinin yaşama en iyi şekilde uyum sağlayabilmesi için rehabilitasyon yaklaşımıyla sağlanmaktadır.

Sağlığın korunmasının yanı sıra sağlık düzeyinin en üst düzeye yükseltilmesine yönelik yaklaşım ise “sağlığın geliştirilmesi” olarak tanımlanmaktadır. Sağlığı geliştirme, “insanların sağlıkları üzerinde kontrol gücüne sahip olma ve sağlıklarını geliştirme kapasitesine sahip olma süreci” olarak tanımlanmaktadır. Ruhsal olarak iyi olma durumunu sağlayabilmek için, birey veya grup, isteklerinin farkında olabilmeli, tanımlayabilmeli, çevreyi değiştirebilmeli ve uyum sağlayabilmelidir. Sağlık, fiziksel kapasiteyi olduğu kadar, sosyal ve kişisel kaynakları da gündeme getiren bir kavramdır. Sonuç olarak, sağlığı geliştirme, yalnızca sağlık sektörüne ait bir sorumluluk değildir. Sağlığın geliştirilmesi, sağlıklı yaşam tarzının kabulü ve uygulamasının yanı sıra olumlu çevre koşullarının yaratılmasıyla sağlanabilir.

Ruhsal sağlık sorunlarının etkili halk sağlığı müdahaleleriyle geliştirilmesi gerekmektedir. Halk sağlığı müdahaleleri içine yerleştirilmiş olan fiziksel sağlık sorunlarına yönelik koruyucu ve tedavi edici hizmetlerin başarılı olduğu bilinmektedir. Ruhsal sağlığın korunması ve geliştirilmesine yönelik müdahalelerin de halk sağlığı hizmetlerine yerleştirilmesi gerekmektedir. Sağlığın korunması ve geliştirilmesinde, hem çevreye hem de kişinin davranışlarını değiştirmeye yönelik müdahalelere gereksinim vardır. Ruh sağlığı için de benzer bir yaklaşımın sergilenmesi gerekmektedir.

Sağlık politikalarının yanı sıra sağlık dışı politikalar da ruhsal sağlık durumunu önemli düzeyde etkilemektedir. Örneğin barınma koşullarının iyileştirilmesi, çocuk bakımı gibi hizmetlerin geliştirilmesi ruhsal sağlık düzeyinin gelişmesine önemli katkı sunmaktadır. Bu da göstermektedir ki; ruhsal sağlığının geliştirilmesinde sosyal ve sağlık politikalarının beraber uygulanması önemlidir.

Beslenmenin desteklenmesi: Büyüme çağındaki çocuk ve ergenlerin yeterli ve dengeli beslenmesi bilişsel gelişmeyi güçlendirmektedir. Okula devam etme ve başarılı olma, geleceğe yönelik önemli yatırımlardan biridir. Okul başarısının sağlanmasında, bilişsel kapasitenin önemli yeri bulunmaktadır. Beslenmenin desteklenmesinin özellikle incinebilir gruplar için önemi daha fazladır.

Banının sağlanması: Kötü barınma koşulları yoksulluğun bir göstergesi olup kişilerin ruhsal sağlık durumlarını olumsuz olarak etkilemektedir. Kötü barınma koşulları olan bölgelerde güvenlik algısının yükseltilmesi ve suçların azaltılmasına yönelik müdahalelerin uygulanması gerekmektedir.

Eğitime ulaşılabilirliğin geliştirilmesi: Öncelikle kadınlar olmak üzere eğitim kurumlarına ulaşılabilirliğinin artırılması, bireylerin ekonomik olarak gelişiminin yanı sıra kişisel ve sosyal becerilerinin gelişmesini de sağlayacaktır.

Sivil toplum ağlarının güçlendirilmesi: Bireylerin sosyal sorumluluğunu arttırmak, sosyal ağların güçlenmesine ilişkin müdahaleler, toplumun birlikteliğine katkı sunacaktır. Toplumun sosyal olarak güçlendirilmesi, kendini tanıması, müdahale gereksinimlerini belirlemesine ve başarılı uygulamaların sağlanmasına katkı sağlamaktadır.

Madde kullanım bozukluğunun azaltılması: Yaşamın farklı dönemlerinde tütün, alkol ve madde kullanımının pek çok fiziksel ve ruhsal sağlık sorununa neden olduğu bilinmektedir. Tütün, alkol ve madde kullanımının önlenmesi ve azaltılmasına yönelik etkin müdahalelerin uygulanması gerekmektedir.

Afetlerden sonra müdahale etme: Afetlerden sonra erken dönemde müdahale etme, toplumun ruhsal sağlığının korunması ve tedavisi açısından önemlidir. Toplumda gönüllülerin olması, ruhsal destek sağlanması ve zorluklarla baş edebilmeye ilişkin destek verilmesi, afetlerde toplumun ruh sağlığının korunması ve rehabilitasyonu açısından önemlidir.

Şiddetin önlenmesi: Toplumda şiddetin azaltılmasına ilişkin müdahale önceliklerinin belirlenmesi ve uygulanması sadece şiddetin azalmasına değil toplumun ruh sağlığının gelişmesine katkı sağlamaktadır.

Çocukluk döneminde bakım: Erken çocukluk döneminde gelişmeye önem verilmesi, yaşamın ilk dönemlerinden itibaren ruhsal olarak sağlıklı olmayı sağlayacaktır.

Okul öncesi eğitim ve psikososyal müdahaleler: Okul öncesi dönemde çocuğun yaşam becerilerini geliştirmek için müdahalelerin yapılması ve

psikososyal gelişimine katkı sağlayacak faaliyetlerde bulunulması ruh sağlığının geliştirilmesi için önemlidir.

Okullarda şiddet önleme ve duygusal destek programları: Ergenlerin duygusal olarak desteklenmeleri ve şiddet davranışlarına yönelik önleme programları ruhsal sağlığın geliştirilmesine önemli katkı sağlamaktadır.

Okul tabanlı ruhsal sağlığı geliştirme programları: Özellikle çocuk ve ergenlerin günün önemli bir kısmını hep beraber okulda geçirmeleri nedeniyle, ruhsal sağlığı geliştirmeye yönelik uygulanan okul programları başarılı olmaktadır.

Okul ekolojisinin değiştirilmesi: Okulda olumlu sosyal ortamın oluşturulması, ergenlerin ruhsal sağlıklarının korunmasını ve geliştirilmesini sağlayacaktır. Arkadaş ortamının oluşturulması, destekleyici ve ödüllendirici bir çevre oluşturulması, ergenlerin olumlu davranışlar geliştirmesine önemli katkı sağlayacaktır.

Kapsamlı programlar: Değişik toplum düzeylerinde, örneğin okullarda hem öğrenci hem de öğretmen ve çalışanlara yönelik programlar uygulanması, risk ve koruyucu etmenlere yönelik özel başlıkların yer almasının sağlanması ve programın izlenerek geliştirilmesi önerilmektedir.

Toplumun gereksinimlerine yönelik öncelikli programlar geliştirilmeli ve uygulanmalıdır. Erişkinlere yönelik olarak iş yerlerinde stresle baş edebilme programlarının yürütülmesi ve yaşlılara yönelik toplum tabanlı destekleyici programların yürütülmesi gibi programlar toplumun ruhsal sağlığının geliştirilmesi için gereklidir.

Ergenlerin, bireysel olarak ruhsal sağlıklarının korunması ve geliştirilmesine yönelik yaşam tarzını benimsemesi için fizik egzersiz, sağlıklı beslenme, yeterli dinlenme ve sağlıklı uyku olanakları içeren olumlu çevre ortamları oluşturulmalıdır. Ayrıca aile, okul ve toplumda ergenlerin olumlu sağlık davranışlarını geliştirilmesine yönelik etkili stratejilere gereksinim vardır. Ergenlerin “hayır diyebilme”, “iletişim becerileri”, “empati yapabilme”, “karar verme ve kritik durumlarda düşünme becerisi”, “kendisini yönetebilme ve kontrol edebilme becerisi” ve “duygularını kontrol etme becerisi” gibi yaşam becerilerinin geliştirilmesi gerekmektedir.

Ergenlerin ruh sağlığının korunması ve geliştirilmesinde pek çok sektörün yer alması, farklı disiplinlerden profesyonellerin işbirliği yapması gerekmektedir. Sağlık personeli olarak diğer sektörlerde çalışan farklı profesyonel meslek gruplarındaki kişilere ruh sağlığını geliştirme yaklaşımı hakkında bilgi vermeli, kendi ortamlarında müdahale planlamaları ve sorumluluk almalarına destek olunmalıdır.

II. 4. PUBERTE VE EGZERSİZ

Prof. Dr. Nuray Ö. Kanbur

Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi

Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Ergen Sağlığı Bilim Dalı

Ergenlik dönemi, çocukluktan erişkinliğe geçiş dönemidir. Bu dönemde, fiziksel büyüme, cinsel gelişme ve psikososyal olgunlaşma gerçekleşir. Puberte ise, fiziksel büyüme ve cinsel gelişmeyi içine alan dönem olarak tanımlanmaktadır. Hayatın her döneminde fiziksel aktivite çok önemlidir ancak puberte ve egzersiz konusunun bu döneme özgü farklılıklar, üzerinde durularak tartışılması planlanmıştır.

Pubertal büyüme atağı, 11-16 yaşları arasında herhangi bir yaş diliminde başlayan, genellikle 2-3 yıl süren büyüme hızlanmasıdır. Bu dönemde erişkin hayattaki boy uzunluğunun %25'i, vücut ağırlığının yaklaşık yarısı ve toplam kemik kütlesinin yaklaşık %40'ı kazanılır. Büyüme atağı sırasında boy uzunluğu artışı en yüksek hıza ulaşır (kızlarda; ortalama 12 yaş, 9,0 cm/yıl, erkeklerde; ortalama 14 yaş, 10,3 cm/yıl). Ancak bu kronolojik yaştan çok, gelişim evreleri ile ilişkilidir. Büyüme atağı, kızlarda Tanner meme gelişimi Evre 2-3'de, erkeklerde Tanner pubik kıllanma Evre 3-4'de gerçekleşir.

Spor yapan ergenlerde pubertal değişiklikler, fiziksel uygunluğun önemli bileşenleri olan motor yeteneklerin gelişime alt yapı oluşturmaktadır. Büyüme sürecinde, cinsel gelişim evreleri ilerledikçe, genel kabulün aksine ergenlerde fiziksel uygunluğun ve esnekliğin azalmadığı gösterilmiştir. Ayrıca, yine cinsel gelişim evrelerine göre, erken ve geç ergenlik dönemlerinde, ergenlerde proprioseptif algı (eklemlerin 3 boyutta hareketini, konumunu ve pozisyonunu anlama algısı) yeteneği de değişmemektedir. Sonuç olarak, ergenlerde değişen vücut şekli ve yapısı (ekzomorfi) ve kas dokusu - yağ dokusu oranları (endomorf) spor için fiziksel uygunluğu doğrudan etkilememektedir. Ancak, önce hızlı iskelet büyümesinin olması, ardından kaslardaki uzamanın bunu yakalaması klinik yakınmalara sebep olabilmektedir. Ergenlerde sık görülen Osgood-Schlatter Hastalığı, esneklikten ve proprioseptif algıdan

bağımsız olarak, doğrudan artan boy uzama hızı ve hızlı iskelet gelişimine bağlı olarak gelişmektedir. Spor yapan ergenlerde ve erkeklerde daha sık görülmektedir. Kendi kendini sınırlayan bir durumdur ancak kalıcı komplikasyon gelişmemesi açısından puberte sırasında izlem gerekir. Bazı hareketler enflamasyonun ve belirtilerin artmasına yol açar. Bu durumda ergenlerin spor yapmasına engel olmak yerine, uygun sporun doğru şekilde yapılması önerilir. Sorunları olan ergenler için uzman görüşü alınmalıdır.

Pubertede büyüme atağıyla birlikte, kemik büyüme hızı da artar. Boyca kemik büyümesi yanında, kemiğin yeniden şekillenmesiyle kemik yapım ve yıkım ürünlerinde artış gözlenir. Bu da kronolojik yaştan çok pubertal evreyle ilişkilidir. Kızlarda Tanner Evre 2-3'de, erkeklerde Tanner Evre 3-4'de kemik döngüsünün biyokimyasal belirleyicilerinin arttığı gösterilmiştir. Erişkinlerde ise kemik dansitesinde 20 yaşından sonra artış olmadığı bilinmektedir. Sonuç olarak, ergenlik döneminin sonundaki kemik kitlesinin doruğu, hayatın ileri dönemlerindeki osteoporoz riski açısından ana belirleyicidir. Koruyucu sağlık hizmetleri açısından, osteoporozu önleme programları ergenlik yaş grubunda başlatılmalıdır. Bu nedenle puberte-egzersiz ilişkisi oldukça önemlidir.

Osteoporozu Önleme

- Ergenlerde fiziksel aktivitenin çeşitli iskelet bölgeleri üzerindeki etkileri çalışılmış ve büyümekte olan kemik kitlesinin, erişkin kemik kitlesine oranla; artan veya azalan mekanik yükü yanıtının daha duyarlı olduğu gösterilmiştir.
- Egzersiz; kemik kaybını ve kırık riskini azaltırken, kemik dansitesini artırır.
- Yük verilerek yapılan aktiviteler ve dirençli egzersizler osteoporozdan korunmada en etkili yoldur.
- Yük verilerek yapılan egzersizler, günlük aktivite düzeyine ek olarak haftada en az 3 kez ve her seansta en az 30 dk yapıldığı takdirde ergenler kemik kitlesi doruğunu belirgin olarak artırır, erişkinler de kemik kaybını azaltırlar.
- Dirence karşı yapılan egzersizler ise kasları kuvvetlendirir ve kemiğin kuvvetlenmesini uyarır. Ayrıca fiziksel aktivitenin ergenlerde büyüme hormonu salınımını uyardığı da unutulmamalıdır.

Puberte sırasında egzersiz programı yapılırken, aktivitelerin mutlaka vücudun ağırlığını taşıyan egzersizler (yürüyüş, koşma, zıplama ve kayak, vb.) içermesine dikkat edilmelidir. Her ne kadar yüzme, kasların kemiklere uyguladığı kuvvetle kemik direncini bir miktar arttırsa da yeterli değildir, yüzücülere mutlaka ek olarak kara antrenmanları önerilmelidir. Bu, kemik sağlığı açısından ileri yaşlara yönelik, özellikle ergen yüzücüler için çok daha önemlidir.

Spor yapan ergenlerin beslenmeleri de önemlidir, aşağıdaki konulara mutlaka dikkat edilmelidir:

- Yeterli kalori alımı: Büyüme ve egzersiz için,
- Dengeli protein, karbonhidrat ve yağ içeriği: Kas yapımı ve bu dönemdeki en önemli büyüme faktörü olan IGF-I sentezi için,
- Artmış demir ihtiyacı: Hemoglobin ve myoglobin sentezi için,
- Artmış kalsiyum ihtiyacı: Artan kemik yapımı için,
- Vitaminler: Kemik yapımı için (özellikle D, K ve C),
- Yeterli sıvı alımı: Ergenler puberte sırasında ortostatik değişikliklere daha hassas olduğundan.

D vitamini, diyetle alındığı gibi, önemli bir kısmı güneş ışınlarının etkisi ile ciltte sentezlenir. Bu nedenle, ergenler güneş ışınlarından yeterince faydalanmaları konusunda uyarılmalıdırlar. Kış aylarında D vitamini takviyesi gerekebilir.

Ayrıca, ergenler kemik sağlıkları için uzak durmaları gerekenler konusunda uyarılmalıdır: Sigara, alkol, kafein ve bikarbonatlandırılmış içecekler (kola ve gazoz gibi).

Son olarak, ergenler spora yönlendirilirken, bu dönemin psikososyal özelliklerini de mutlaka dikkate alınmalıdır. Ergenlerde takım sporları sosyalleşmeye de yardımcı olacağından, öncelikle bu sporlara yönlendirilmeleri uygun olacaktır. Ancak şişman ergenlerde bireysel sporla başlanması ve akranları ile benzer aktivite düzeyine ulaştıktan sonra takım sporuna geçilmesi, motivasyonlarını kaybetmemeleri açısından önem taşımaktadır.

Ayrıca, bu yaşlarda risk alma davranışlarının fazla olduğu unutulmamalı ve spor yaralanmaları konusunda uyarılarda bulunulmalıdır.

III. SAĞLIĞI TEHTİD EDEN DAVRANIŞLAR

III. 1. ERGENLERDE MADDE BAĞIMLILIĞI

Prof. Dr. Orhan Derman

Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi

Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı

Ergen Sağlığı Bilim Dalı

Giriş ve Sıklık

Dünyada 1960 ve 1970'lerden önce madde kullanma problemi öncelikle erişkinlerin problemi iken savaş karşıtı, insan hakları ve anti feminist hareketlerin gençler arasında popüler olması ile madde kullanımı da artmaya başlamıştır. 1970'lerin sonundan 1980'lerin başına kadarki bu artış 1993 yılına kadar düzenli bir azalma göstermiş, daha sonra tekrar yükselme eğilimi göstermeye başlamıştır.

Türkiye'de gençlerin yaşamlarında en az bir kez madde kullanma yüzdesi %1,3'tür. Ülkemizde madde kullanımı en fazla 15-24 yaş arasındadır. Türkiye'de 1995 yılında 15 ayrı okulda 2800 öğrenci ile yapılan ESPAD çalışmasında hayatında bir kez madde deneme %7'dir. Bu maddelerden esrar kullanım %4, uçucu kullanım %4, ecstasy %1, sedatif hipnotik %7 ve eroin de %1'dir.

İlköğretim okullarında esrar kullanım erkeklerde kadınlara göre 3,3, uçucu madde 1,3 ve uyarıcı kullanım 3,2 kat daha fazladır. Ortaöğretim düzeyinde esrar kullanım %3,7, uçucu madde %1,6, eroin %4,7, ecstasy %5,1 ve kokain %4,6'dır. Madde kullanımında en fazla artış ecstasy kullanımında (%28,7 ile) görülmüştür. Erkeklerde eroin kullanım kadınlara göre 10 kat, esrar kullanım 4 kat ve ecstasy kullanım da 3 kat fazladır.

Bir yükseköğretim kurumunda 2005 yılında yapılan çalışmada, esrar %9,2, ecstasy %2,7, uçucu madde %1,2, eroin %0,3, benzodiazepin %3,4 ve flunitrazepam %0,6 bulunmuştur. Ayrıca, sedatif ilaç %15, uyarıcı (amfetamin) %2,6 ve esrar %6 olmak üzere diğer madde kullanımları da belirtilmiştir.

Özel gruplarla yapılan çalışmalarda madde kullanım boyutu değişmektedir. Sokakta yaşayan çocuklarda madde kullanım yüzdesi artmaktadır. Sokakta yaşayan çocuklar arasında boya tineri, esrar ve alkol kullanım daha fazladır.

Türkiye’de çalışmalar, sigara ve alkol kullanımını düşük gelir düzeyindeki ergenlerde daha yüksek bulurken yüksek gelir düzeyinde ise benzodiazepin kullanımının daha yüksek olduğunu göstermektedir. Madde kullanan arkadaşları olan ergenlerde, madde kullanım oranı 6 kat artmaktadır. Madde kullanımına başlama yaşı bakımından erkekler ve kadınlar arası fark bulunmamaktadır.

Etyoloji

Ergenlerin madde kullanma sebepleri; otoriteyle savaş, bana bir şey olmaz yaklaşımı, beden görüntüsü, toplumsallaşma, cinselliğin gelişimi, kimlik oluşturma (güç, iktidar), sınırsızlık şeklinde sıralanmaktadır. Erken çocukluk döneminde agresif olan, duygusal dengesizlik gösteren, negatif yapı içeren, diğerlerini suçlayan ve asık suratlı olan çocukların, ergenlik döneminde madde kullanım risklerinin daha yüksek olduğu bilinmektedir. Antisosyal, sinirli ve yasalarla sorunu olan ergenler arasında da madde kullanımı fazladır.

Ergenlerin madde kullanımında aile faktörleri sırasıyla anne ve babanın ayrı olması, ailede ilaç ve alkol kullanımı, babanın madde kullanması, fiziksel ve/veya cinsel istismar öyküsü, ailenin ergene yakın olmaması, aile aktivitelerinin olmaması ve tutarsız disiplin davranışlarıdır. Gencin madde kullanımı ebeveynin eğitim düzeyinden ziyade, ebeveynin alkol, madde kullanımı ve ebeveynin sınır koymadaki yetersizliği ile ilişkilidir.

Sonuç olarak madde kullanımında, kişisel yatkınlık, biyolojik yatkınlık, uygunsuz sosyal çevre, kaotik aile ortamı, madde kullanan ebeveyn ve yetersiz destek temel nedenler olarak sıralanmaktadır.

Alkol ve Madde Bağımlılığı

Bağımlılık oluşmasında sigara, alkol ve esrar “giriş” maddeleridir.

Bağımlılık, kişinin hayatını teslim aldığı andır. Madde kullanımı, kötüye kullanım ve bağımlılık süreçleri birbirini takip eder. Madde bağımlılığındaki evreler şu şekilde sıralanmaktadır:

1. Örnek alma – Kullanım için potansiyel oluşturma
2. Deneme – Depresyon ve anksiyeteden sonra öforinin öğrenilmesi
3. Düzenli kullanıma - Öforik durumu özleme
4. Devamlı kullanıma - Zihnin yüksek bir düzeyde bu konu ile meşgul olması
5. Yıkım - Madde kullanılmasının daha iyi olmak için değil sadece normal hissedebilmek için kullanılması

Alkol, birçok riskli davranış olasılığını arttıran bir maddedir (cina-

yet, özkıym, motorlu taşıt kazaları, cinsel saldırı ve güvensiz cinsel ilişki).

Alkol kullanan annelerin çocuklarında 6 kat, babaların çocuklarında ise 2 kat fazla alkol kullanma riski artmaktadır. Alkoliklerin çocuklarında suçlu davranış, öğrenme problemi, dikkat eksikliği, hiperaktivite, psikosomatik şikâyetler, alkollü içki içme sorunları ve erişkin dönemde alkolizm riski yükselmektedir.

Erken yaşta alkole başlamak sonraki dönemde alkole bağlı problemler için önemli bir risk faktörü olarak değerlendirilmektedir. Gençlerde alkolün fiziksel etkileri erişkinlerden farklı değildir. Alkol, mide ve ince barsaktan 2-6 saatte absorbe edilmektedir. Yiyecekler bu süreyi geciktirebilmektedir. Etanol santral sinir sistemi depresandır, ancak düşük dozlarda kullanıldığında stimulan ve sakinleştirici etki yapmaktadır. Alkol alımı sonrasında keyif alma duygusu, dopamin reseptörleri aracılığıyla olmaktadır. Alkolün 350mg/dl'den daha yüksek dozlarda alınması, letarji, stupor ve komanın ortaya çıkmasına sebep olmaktadır. Ağır alkol içicilerinde gastrit, karaciğeri etkileyerek serum lipidlerinde artış, mitokondrial fonksiyonların bozulması ve pankreatitis görülmesine neden olmaktadır. Alkol alanlarda psikolojik olarak gelişim problemleri ve depresyon sık olarak gözlenmektedir.

Esrar, kolay bulunması ve toplumda zararlı madde olarak kabul edilmemesi nedeniyle diğer maddelere göre daha fazla kullanılmaktadır. Beyinde delta-9 tetrahidrokannabinol için reseptörler en fazla iki yerde olup, esrar bu iki bölgeyi çok etkilemektedir (yakın dönem hafızadan sorumlu alan olan hipokampus ve dengeyi sağlayan serebellum). Esrar kullananlarda, yakın dönem hafıza kaybı olmakta, bu nedenle Romberg testinin pozitif olmasıyla tanı konulmaktadır. Esrar, motivasyon kaybı sendromuna yol açmakta, apati, enerji kaybı, hedeflenen aktivitede azalmaya neden olmaktadır. Esrar kullanımıyla koordinasyon ve reaksiyon zamanı azalmaktadır. Kullanımda geriye dönüş sık olmayıp, esrar kullanımdan sonra 12 ile 24 saat arası bozukluklar geriye dönmemektedir.

Esrar, lipofilik olup adipoz, beyin ve gonadal dokular gibi yağ içeriği yüksek dokularda depolanmaktadır. Esrarın yarılanma süresi yaklaşık 3 gündür. Oral olarak esrarın alımı halinde yaklaşık 1/3'ü sindirilmektedir. Esrar kullanımdan üç gün sonrasına kadar idrarda pozitif olmakta, esrar alımını kestikten 4 hafta sonraya kadar idrarda

tespit edilebilmektedir. Ancak, alkol alanlarda maskelenme olduğu için normal çıkabilmektedir.

İnhalenler, fakir ülkelerde en çok başvurulan bağımlılık yapan maddelerdir. İnhalen tipleri 5 grupta toplanabilirler.

1. Alifatik hidrokarbonlar (benzin, propan ve bütan)
2. Alkaloidler (trikloroetan ve trikloretilen) - kuru temizleyici sıvıları ve boya sökücüler
3. Aromatik hidrokarbonlar (tolüen ve benzen) - tiner, sprey boyaları, yapışkanlar ve parlaticılar
4. Nitritler - oda kokuları ve vazodilatörler
5. Ketonlar (Aseton ve bütanon) - tırnak oje temizleyicileri ve sprey boyaları

Ergenler inhalenleri çoğunlukla üç yöntemle kullanılmaktadır.

- Sniffing- Açık bir kaptan veya ısıtılmış bir kaptan buharın doğrudan inhale edilmesi
- Bagging – Madde bulunan plastik veya kağıt bir kutudan buharın inhale edilmesi
- Huffing- Madde ile ıslatılmış bir kumaşın ağızdan ya da burundan inhale edilmesi

İnhalenler hidrokarbon içermektedir, bu da miyokardiumu epinefrine karşı hassas hale getirmektedir. Kullanım sırasında ani bir endojen katekolaminin ortaya çıkması halinde ventriküler fibrilasyona neden olarak ölüme yol açabilmektedir. İnhalenler, pulmoner dokuları doğrudan hasara uğratmakta, asfiksiye neden olmaktadır. Uçucu maddeler oksijen ile yer değiştirmekte, hipoksi ve bilinç kaybına yol açmaktadır. Hidrokarbonlar kimyasal pnömoniye neden olmaktadır.

Huffing ile tekrarlanan kullanımlar, deride (perioral ve perinasal) çatlaklara ve zedelenmelere yol açmaktadır (Huffer's rash-Huffer döküntüsü). Sekonder bakteriyel enfeksiyonlar tekrarlayan inhalen kullanıcılarında da görülmektedir.

Birçok solvent, yüksek lipid içeriğinden dolayı kandan sinir sistemine çok hızlı absorbe olmaktadır. Birçok uçucu ajan nöronal fonksiyonları değiştirdiği için santral sinir sistemi depresanıdır. Bu maddelerden en tehlikelisi olan toluen, öfori, hallüsinasyon, felç, koma ve akut ensefalopatik sendroma neden olmaktadır. Kronik toluene maruz kalma, kortikal atrofi ve serebellar hasara yol açmaktadır.

Stimülan olarak kullanılan kokain kristal metamfetamindir. Ergenler zinde kalmak ve kilo kaybetmek için kullanılmaktadır. Kokainin, öforik ve hipomanik etkisi bulunmaktadır. Kokain toksitesi, santral sinir sistemi ajitasyonu ile felç, hipertermi ve empatik cevabın artması ile dolaşım sistemi komplikasyonları görülmektedir. Opiad temelli narkotikler, respiratuar depresyon, kişilik değişikliği, mental bulutlanma, bulantı, kusma, konstipasyon ve miyosize neden olurken, hipoksi midriyazise neden olmaktadır. Opiadlar dolaşım sistemini çok az etkilemektedir. Opiadlar plasentadan geçtiklerinden, fetus için bağımlılık potansiyeli oluşturmaktadır. Sedatifler ve trankilizanlar, barbituratlar, benzodiazepamlar ve metakualonlardır. Bu maddeler, santral sinir sistemi depresanlarıdır. Bu maddelerin yüksek dozda alınması, solunum sistemi depresyonuna yol açmaktadır. Kullanımında hipotansiyon, hipotermi, şok ve koma gelişmektedir. Devamlı kullanımında ise tolerans gelişmektedir.

Vücutta LSD, ecstasy, alkol, GHB, dextromethorphan, efedrin ve ketamin rutin madde testleri tespit edilemez. İdrar testi yapıma koşulları; ateş 36,5 ve 37,0 C arasında, idrar pH 4,6-8 arasında, idrar kreatini 0,2 mg/ml'den az, idrar dansitesi 1003'den fazla ve idrar nitrit değeri negatif ise yapılmaktadır.

CRAFT madde kullanım riski için mutlaka sorgulanması gereken bir ölçektir.

- C- "Car" Alkol veya madde kullanan birinin arabasına bindin mi?
- R- "Relaks" Rahatlamak veya kendini daha iyi hissetmek için alkol veya madde kullandın mı?
- A- "Alone" Yalnızken alkol veya madde kullandın mı?
- F- "Friend" Ailen veya arkadaşların alkol veya ilaç kullanmayı kesmeni söylediler mi?
- F- "Forget" Alkol veya madde kullanırken yaptığın şeyleri unutuyor musun?
- T- "Trouble" Alkol veya madde kullanırken başın hiç belaya girdi mi?

Tanı ve Tedavi

Madde kullanımından şüphelenildiği durumlarda ergenin, bulunduğu yerde ergen sağlığı merkezi, ruh sağlığı ve hastalıkları bölümlerine ya da AMATEM/ÇAMATEM'e sevk edilmesi gerekir.

III. 2. ERGENLERDE TÜTÜN KULLANIMI

Prof. Dr. Hilal Özcebe

Hacettepe Üniversitesi Halk Sağlığı Enstitüsü

Giriş

Tütün, tüm dünyada pek çok insanın sağlığını olumsuz yönde etkileyen bir maddedir. Tütün, patlıcangiller (solanaceae) familyasından bir bitkidir. Tütünün yapraklarında bağımlılık yapan nikotin bulunmaktadır. Tüketimi en yaygın tütün ürünleri sigara, sarmalık kıyılmış tütün mamulü, pipo, puro, nargilelik tütün, enfiye ve çiğnemelik tütündür. Sigara ve sigara dumanı, katran, karbonmonoksit ve nikotine ek olarak amonyak, arsenik, hidrojen siyanür, formaldehit ve metan gibi son derece zehirli olan 4.000'den fazla kimyasal madde içerir. Sigaranın, başta akciğer kanseri olmak üzere lösemi, dudak, ağız, dil, gırtlak, yemek borusu, pankreas, böbrek ve mesane kanserlerine, kronik bronşit ve amfizeme, koroner kalp hastalığı ve felce yol açan faktörlerin en önemlilerinden birisi olduğu kanıtlanmış bir gerçektir.

Sıklık

Bugün dünyada her yıl altı milyon insan tütün kullanımı nedeni ile hayatını kaybetmektedir. Tütün kullanımına bağlı hastalıkların sayısının hızla artması nedeniyle "salgın" tanımı içine alınmaktadır. Tütün salgını son yıllarda gençler arasında hızla yayılmaktadır. Bu da tütün firmalarının hedef gruplarını her geçen gün daha küçük yaşlar olarak belirlemesinden kaynaklanmaktadır. Bugün dünyada tütün kullanma hızı aynı kaldığı durumda halen yaşayan 250 milyon çocuk ve gencin yaşamını tütüne bağlı hastalıklar nedeniyle kaybedeceği tahmin edilmektedir. Dünyada 13-15 yaş grubunda tütün kullanımı %10'dan fazla olup, bu yaş grubundaki her dört ergenden birinin 10 yaşından evvel tütün ürünü kullanmayı denediği bilinmektedir. Erkeklerin tütün kullanım deneyimleri ve halen kullanma yüzdeleri kızlara göre daha yüksektir.

Ülkemizde tütün kullanımı nedeniyle her yıl 100 bine yakın kişi ölmektedir. Tütün kullanımı 2012 yılı için %27,0 olup, 15-24 yaş grubunda ise %18,9'dur. Türkiye'de sigaraya başlama yaşı ortalama 17,1 olup, erkeklerde 16,8 ve kadınlarda 17,0'dır. Yapılan yerel

araştırmalar, Türkiye’de sigara içenlerin yaş ortalamasının gide- rek düştüğünü göstermektedir. İlköğretim ve lise yıllarında halen sigara kullanımı %7-9 arasında, lise yıllarında %29-50 arasında ve üniversite öğrencileri arasında sigara içme sıklığı %21-48 ara- sında olduğuna ilişkin araştırma sonuçları bulunmaktadır. Çalışan gençlerde ise halen sigara kullanımı çok daha yüksektir (%58).

Etyoloji

Ergenlik döneminde tütün kullanmanın getireceği sağlık sorunla- rı yeterince algılanamamakta ve önemsenmemektedir. Gençlerin tütün kullanmaya başlama nedenleri irdelenirken sadece kişisel nedenler boyutunda değil, sosyal çevre ve tütün politikaları boyut- larında da irdelenmesi gerekmektedir.

Gençlerin sigara içme nedenleri genel olarak şu şekilde sıralanabilir:

a. Ailenin sosyoekonomik, kültürel ve davranışsal etkisi:

- Ailelerin sosyoekonomik ve öğrenim düzeyleri düştükçe gençler arasında sigara kullanımı yükselmektedir.
- Ailenin sosyal norm ve değerlerine uymak için gençler siga- raya başlamaktadırlar.
- Ailede sigara kullanan bir birey olması gencin sigara ile ta- nışmasına neden olmaktadır. Ebeveynin sigara kullanması gencin sigara kullanma riskini iki kat artırmaktadır.
- Aile desteğinin yetersizliği ve aile ile yetersiz ilişki sigara kullanmayı artırmaktadır.

b. Arkadaş etkisi:

- En yakın arkadaşın sigara kullanması ya da arkadaş grubun- da sigara kullanılması gencin sigara ile tanışmasına neden ol- maktadır. Gençler sigaraya en çok yakın arkadaşlarının sigara ikramı ve ısrarları ile başlamaktadır. En iyi arkadaşının sigara kullanması, gencin sigara içme riskini 3-4 kat arttırmaktadır. Ülkemizdeki yapılan araştırmalarda pek çok genç “arkadaş et- kisi” nedeniyle sigara içmeye başladığı belirtilmektedir.
- Gençlerin arkadaşlar arasında kendine yer bulma isteği sigara- ya başlamaya neden olabilmektedir.

c. Gencin sosyodemografik ve psikososyal yapısı:

- Ergenler kendilerine olan güvenlerini artırmak için sigaraya başlayabilmektedir.

- Stres ya da sıkıntılı olma sigaraya başlama nedenleri arasındadır.
 - Merak sigaraya başlama nedeni olmaktadır.
 - Büyümenin ispat etmenin bir yöntemi, sigara kullanmak şeklinde olmaktadır.
 - Formda kalma isteği sigara kullanma nedenleri arasındadır.
 - Gençler arkadaşları arasında popüler bir kişi olarak görülme için sigara kullanılmaktadır. Son yıllarda gençler arasında nargile kullanımı da popüler bir davranış olarak kabul edilmeye başlamıştır.
- d. Sigara reklamları: Sigara reklamlarının sigara kullanmayı özendiren etkisi büyüktür. Sigara kullanan ergen ve gençler kendilerini daha cazip, seksi, sportif, maceracı ve evrensel görünüme sahip olarak görmektedir. Tütün ürünlerin tanıtım ve reklamına hassas ve açık bir dönemde olan gençler, sigara üreticisiyle satıcılarının önemli hedef gruplarından birisidir. Sigara firmaları, gençlere sürekli mesaj vermeyi amaçlamakta ve bu alanlarda çalışmalarını sürdürmektedir. Mesajlar sağlık ile ilgili sorunların tamamını göz ardı ederken konunun işlenişinde heyecan ve eğlence, bağımsızlık, cinsel çekicilik, profesyonel başarı, sosyal olaylarda gizlilik, fiziksel görüntü ve kilo kontrolü üzerinde durulmaktadır. Diğer sektörlerin yaptığı reklamlar da (filmler ve giysiler vb) sigara kullanımını meşrulaştırmaktadır.
- e. Sigaraya ulaşılabilirlik: Sigara fiyatları gençlerin sigara içmesini etkilemektedir; ücretler artınca gençlerin sigara içmeleri azalmakta, sigara ücretleri düşüncü gençlerin sigara içmeleri artmaktadır.

Türkiye’de tütün kullanımına neden olan bazı etmenler hakkındaki bulgular şu şekildedir (2009):

- Öğrencilerin %62,2’si (2003 yılında %52,8) okuldaki derslerde sigaranın zararlarının öğretildiğini belirtmiştir.
- Öğrencilerin %29,2’si (2003 yılında %27,9) gazete ve dergilerde sigara reklamları gördüklerini ve öğrencilerin %11,6’sı (2003 yılında %10,1) üzerinde sigara firmalarının logosunun bulunduğu t-shirt, kalem veya çantaya sahip olduklarını belirtmişlerdir.
- Öğrencilerin %52,8’i bakkaldan veya marketten rahatlıkla si-

gara alabildiğini belirtmiştir; bu yüzde erkeklerde %57,1 ve kızlarda %37,7'dir.

Gençlerde Tütün Kullanımının Sağlığa Etkileri

Tütün kullanımı kalp damar hastalıkları, kanserler ve akciğer hastalıkları olmak üzere pek çok sağlık sorununa neden olmaktadır. Ergenlik döneminde kullanılmaya başlayan tütünün kronik hastalıkları oluşturması için uzun bir süre gerekmektedir. Bu etkinin uzun sürede çıkacağına ilişkin bilgi de gencin sigara kullanıma devam etmesine neden olabilmektedir.

Gençlerin kendilerine bir şey olmayacağına ilişkin algısı, sigaranın etkisi görülmeden bırakacaklarına ilişkin düşüncelerine karşılık, sigaranın kısa sürede ortaya çıkaracağı sağlık etkileri de bulunmaktadır.

- Diş eti ile ilgili hastalıklar ve diş kaybına kadar giden sorunlar,
- Kronik öksürme, amfizem ve bronşit enfeksiyonların ağır geçmesi,
- Akciğer fonksiyonlarında azalma,
- Nefes darlığı (3 kat fazla),
- Fiziksel kapasitede azalma,
- Kalp hızında yükselme (2-3/dk daha fazla)-kalp hastalığı ve felcin ön belirtileri,
- Duyma kaybı, görme sorunları ve baş ağrısında artma,
- Duygusal ve psikolojik sorunlar nedeniyle 3 kat fazla doktora başvuru,
- Kötü kokulu nefes, ev ve elbiselerde koku alma duyusunda azalma

Gençlerde Tütün Kontrolü Stratejileri

Tütün kontrolünde üç farklı müdahalenin bir arada yürütülmesi gerekmektedir: Bunlardan ilki "Başlamamayı Sağlamak", ikincisi "Sigara Dumanından Pasif Etkilenimi Önlemek" ve sonuncusu sigara kullananların "Bırakılmasını Sağlamak" şeklindedir. Bu çalışmaların yürütülmesi için amaca yönelik pek çok stratejinin, olarak ortak ve farklı yöntemlerle birlikte kullanılması gerekmektedir.

Gençlerde tütün kontrolünün başarıya ulaşılması için belirlenen temel müdahaleler ise şu şekilde sıralanmaktadır:

- Tütün kullanımının zararları hakkında bilgilendirme,

- Okul tabanlı başlamayı önleyen müdahale programları,
- Medyada tanıtım, bilgilendirme ve kampanya tarzında müdahaleler,
- Reklam, sponsorluk ve tanıtım yapılmaması konusundaki yasakların uygulanmasını destekleme,
- Kapalı ortamda tütün kullanımının yasağının uygulanması,
- Ulaşılabilirlik ile ilgili müdahaleler,
- Bırakma tedavisine ulaşılabilirliğin artırılması

Bilgilendirmeye yönelik öneriler arasında ekran eğitimi ve internet üzerinden müdahale gibi farklı yöntemler önerilmektedir. Diğer taraftan risk altındaki gençlere yönelik psikososyal destek programları da korunma açısından önem taşımaktadır.

Ulaşılabilirlik ile ilgili müdahalelerin etkisi çok önemlidir. Temel ulaşılabilirlik müdahaleleri aşağıda sıralanmıştır:

- 18 yaş altında belge isteme,
- 18 yaş altında sigara satılmaması,
- Sigara satışının makine ve internet üzerinden yapılmaması,
- Satış noktalarında çalışanlara yönelik müdahaleler,
- Piyasada tütün ürünü hatırlatan ürünlerin pazarlanmaması (sakız ve oyuncak),
- Tütün ürününün fiyatının artırılması

Tanı ve Tedavi

Bugün ülkemizde gençler arasında tütün kullanımı sıklığı giderek artmaktadır. Ülkemizde bu hızlar ve müdahaleler çerçevesinde 6,4 milyon genç (15 yaş altında) yetişkin olduklarında içici olacağı ve 2,57 milyon genç tütün ile bağlantılı hastalıklar sebebiyle zamanından önce öleceği tahmin edilmektedir.

Gençlerin tütün ile tanışmasını ve ulaşılabilirliğini önleyen müdahalelerin toplumsal ve bireysel bazda yürütülmesi gerekmektedir. Gençlerde tütün kullanımına ilişkin müdahaleler topluma yönelik programların içinde yer almalıdır. Gençlerin tütün kullanımını etkileyen tüm etmenleri içine alan kapsayıcı programlara gereksinim vardır.

Sigara kullanımından şüpheniildiği durumlarda ergenin, bulunduğu yerde ergen sağlığı merkezi, ruh sağlığı ve hastalıkları bölümlerine, Sağlık Bakanlığının Sigara Bırakma Merkezlerine ya da AMATEM/ÇAMATEM'e sevk edilmesi gerekir.

III. 3. ERGENLERDE YARALANMA

Prof. Dr. Hilal Özcebe

Hacettepe Üniversitesi Halk Sağlığı Enstitüsü

Giriş

Yaralanma, insan vücudunun “kasıtlı” veya “kasıtsız” olarak termal, mekanik, elektriksel veya kimyasal enerjiye akut maruziyeti veya oksijen ve ısı gibi yaşamsal unsurlardan uzaklaştırılması nedeniyle ortaya çıkan durumdur. Yaralanmalar içinde yer alan kasıtsız yaralanmalar, aynı zamanda “kaza” olarak tanımlanmaktadır. Bu olaylar arasında en önemlileri trafik kazaları, düşmeler, yanıklar ve zehirlenmelerdir. Ancak, oluşan her kazada yaralanma olması, kaza ifadesinin “kadercilik” içermesi gibi farklı nedenlerden dolayı “kaza” kelimesi çok tercih edilen bir ifade olmamaktadır. Bir diğer konu ise, yaralanmaların önemli bir kısmının şiddet sonrasında olmasıdır. Şiddet nedeniyle olan yaralanmaları da kapsayacak şekilde vücut bütünlüğünün bozulmasına ilişkin tüm durumların “yaralanma” olarak gruplandırılması benimsenmektedir.

Sıklık

Türkiye'nin de yer aldığı Dünya Sağlık Örgütü'nün Avrupa Bölgesinde 2004 yılında yapılan Hastalık Yüku Çalışmasında 0-19 yaş arasında kasıtsız olan yaralanmalar nedeniyle 42.000 ölüm olduğu belirtilmektedir. 5-19 yaş grubunda olan ilk 15 ölüm nedeni arasında trafik kazaları, boğulma, zehirlenmeler, kendine yönelik şiddet ve bir başkasının yaptığı şiddet yer almaktadır. Bu da göstermektedir ki; 5-19 yaş grubundaki ilk 15 ölüm nedeninden 6'sı yaralanma kaynaklıdır.

Yüksek, orta ve düşük sosyoekonomik düzeydeki ülkelerde kasıtsız yaralanmalara bağlı ölüm hızları değişmektedir. Kasıtsız yaralanmalara bağlı ölüm hızları gelişmekte olan ülkelerde daha çok çocuğun ölmesine neden olmaktadır.

Ergenlik döneminin büyüme ve gelişme özelliklerine bağlı olarak yaralanma açısından riskler farklılaşmaktadır. Ergenlik döneminde yaşam tarzının değişmesi ve riskli davranışlar nedeniyle yaralanmaların görülme sıklığı artmaktadır. Yaşanılan ortamdaki sosyal ve ekonomik faktörler de farklı türde yaralanmaların ortaya çıkmasına neden olmaktadır.

Ergenlik döneminde en sık trafik kazasına bağlı yaralanmalar görülmektedir. Bu yaralanmalara ilişkin ergenlik dönemine ilişkin bazı risklerin rol oynağı bilinmektedir. Riskli davranışlara olan eğilim ya da trafikte yetersiz beceriye sahip olma gibi durumların trafik kazalarına bağlı yaralanmaları artırdığı bilinmektedir. Diğer taraftan ergenlerin akranlarıyla olan etkileşimleri sırasında da riskli davranışlara eğilimlerinin arttığı bilinmektedir. Trafikte olan yaralanmalar sırasında erkek ergenlerin daha fazla riske sahip olduğu bilinmektedir. Ergenler tarafından bisiklet ve motosiklet gibi farklı trafik araçları kullanımı da riski artırmaktadır. Trafikte olan yaralanmalarda alkol ve madde kullanım bozukluğu riski artırmaktadır. Ergenlerin davranışları içinde yer alabilen emniyet kemeri kullanmama, kask kullanmama ve riskli sürücülük davranışları gibi farklı riskler yaralanma riskini de artırmaktadır.

Ergenlikte bir başka yaralanma nedeni ölüm ise “boğulma”dır. Dünyada boğulma ile ilgili ölüm hızları 10-14 yaş grubu erkeklerde yüz binde 8,3 ve 15-19 yaş grubunda yüz binde 9,0 iken kızlarda bu hızlar sırasıyla yüz binde 4,0 ve 5,2’dir. Boğulma nedeni yaralanmaların nedenleri arasında riskli bölgelerde yüzmenin yanı sıra, yeterli yüzme becerisine sahip olmama durumu da yer almaktadır. Yine akran etkisi, alkol kullanım bozukluğunun boğulma riskini artırdığı da bilinmektedir.

Yanıklar bir başka önemli yaralanma tipidir. Ergenlik döneminde olan yaralanma nedenleri irdelendiğinde cinsiyetler arası fark olduğu görülmektedir. Kızlarda yanık nedeniyle olan yaralanmalar daha fazla olup, özellikle ev ortamında olan yanıkların sık görüldüğü bilinmektedir. Yine tüm yaş gruplarını etkileyen yangınlar, güvensiz elektrikli alet ve makinalar da yanık nedenleri arasındadır. Son yıllarda havai fişek gibi eğlenceler nedeniyle de yaralanma riskinin arttığı bildirilmektedir. Çalışan gençler arasında iş kazası riski de artmaktadır.

Ergenler arasında sık görülen bir başka yaralanma ise “düşme”-lerdir. Olumsuz çevre koşullarında spor ya da fiziksel etkinlikler sırasında düşerek yaralanmalar olmaktadır. Top oyunları, kış sporları, kayma ya da bisiklet sürme gibi etkinlikler sırasında olan

düşmelere bağlı yaralanmalar sonucunda sağlık sorunları ortaya çıkmakta; okul devamsızlığına ve sağlık maliyetinin artmasına neden olmaktadır.

Zehirlenmeler de bir başka yaralanma nedenidir. Ergen zehirlenmeleri tüm yaş gruplarında olduğu gibi bilinmeden yenilen bir gıda ya da çevre etkenine maruz kalma nedeniyle olabilmektedir. Ergenlerin riskli davranışları nedeniyle, alkol ve madde kullanımına ilişkin zehirlenmeler de ölüme neden olabilmektedir.

Korunma

Yaralanma önleme programlarında farklı müdahale stratejileri önerilmektedir. Bunlardan biri 3E olarak bilinen “Eğitim-Education, Mühendislik-Engineering ve Çevre-Environment” yaklaşımıdır. Toplumda yaralanmaların önlenmesi ve erken müdahalesine ilişkin bilgilendirilme ve eğitilme, eğitim müdahalesinin altında yer almaktadır. İkinci müdahale alanı olan mühendislik ise kullanılan alet, araç ya da makinaların güvenli olarak üretilmesine ilişkin müdahaleleri içermektedir. Çevre müdahalesi ise hem fiziksel hem de sosyal olarak çevremizin güvenli olmasını öngörmektedir.

Yaralanmaların önlenmesine ilişkin kullanılan Haddon Matriski’nde ise; kişi, etken ve çevre bazında, yaralanma öncesi yapılması gerekenler, yaralanmanın daha şiddetli hale gelmemesi için yaralanma sırasında yapılması gerekenler ve yaralanmaya bir an önce müdahaleye yönelik yapılması gerekenler olmak üzere çok daha detaylı stratejilerin ele alınması önerilmektedir.

Ergenlik döneminde gencin, özellikle yaşam tarzına bağlı karşılaşılabileceği riskler ile ilgili olarak güvenlik kültürünün mutlaka yerleştirilmesi gerekmektedir.

III. 4. ERGENLERDE KENDİNE ZARAR VERME DAVRANIŞI

*Prof. Dr. Füsun Çuhadaroğlu
Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi
Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı Anabilim Dalı*

Giriş

Kendine zarar verme davranışı (KZVD), bilinçli bir ölüm isteği olmadan, isteyerek ve amaçlı olarak, hafif veya orta düzeyde fiziksel zarar beklentisi ile yapılan ve doku hasarı ile sonuçlanan, yineleyici bir şekilde kişinin kendi bedenine yönelik girişimidir. Çalışmalar kendine zarar verme davranışı olan olgulardaki ölümlerin yarısından azının intihar nedeniyle olduğunu bildirmektedir. Kendine zarar verme, intihar girişimi için güçlü bir öngörücüdür, özellikle kendine zarar verme sonrası ilk 6 ay içinde intihar riski çok yüksek olmakla birlikte, bu risk daha sonra da devam etmektedir.

Sıklık

Ergenlerdeki yaşam boyu KZVD prevalansı İngiltere’de %13 ve Avustralya’da %30 olarak bildirilmektedir. Son bir yıl içinde ergenlerin %6,9’u kendine zarar verme davranış epizodu yaşamış, ancak sadece %12,6’sı hastaneye başvurmuştur. Kendine zarar verme ile başvuran olguların %15’i bir yıl içinde tekrar hastaneye başvurmaktadır. Olasılıkla daha çoğu hastane başvurusu olmaksızın yinelenmektedir. Olguların %5’ten fazlası dokuz yıl içinde intihar girişiminde bulunmaktadır.

Etyoloji

Dürtü kontrolünde güçlük ve duygu düzenlemede yetersizlik gibi psikolojik etkenler, dikkat eksikliği gibi bazı psikiyatrik rahatsızlıklar, arkadaşları örnek alma kendine zarar verme davranışının ortaya çıkmasında rol oynayan önemli etkenler olarak kabul edilmektedir.

Tanı ve Tedavi

Belirlenmiş ayrıntılı tanı ölçütleri olmamakla birlikte kendine zarar verme davranışını her zaman gencin bir açmazı olduğu şeklinde anlamak ve yardım alması için yönlendirmek gerekir.

Eşzamanlı hastalık tanılarının çokluğu, eşzamanlı hastalık tanılarının konmasındaki güçlükler, kendine zarar verme davranışının ağırlığı ve sık tekrarlama sağıltıma devam etmeme hastalığın ilerlemesini olumsuz olarak etkileyen göstergelerdir.

Tedavide en önemli nokta hastayı kendine zarar vermeye iten dış etkenlerin önlenmesi ve ergenin stresle baş etme, problem çözme, duygularını ve dürtülerini kontrol edebilme becerilerinin artırılmasıdır.

Bu açıdan hastanın kendine zarar verme davranış ve intihar düşüncelerinin izlenmesi, herhangi bir kriz durumunda kendine zarar vermemesi ya da özkıyımaya yönelmemesi için kontrol desteği verilmesi, kriz durumlarıyla baş edebilmesi için destek sağlanması, hastanın davranışının anlamını ve buna yol açan gereksinimlerini anlamasına yardımcı olunması, problem çözme açısından hastaya yardım edilmesi, uygun duygusal dışavurumun sağlanması, empatik ilişki ile uygun izlemin sağlanması, umut ve kişinin kendine bakımının desteklenmesi, aile ve arkadaş destek listesinin oluşturulması gereklidir. Varsa psikiyatrik hastalığın da tedavisi ayrıca gerekir. Yüksek doz alma durumunda ölüme neden olabilecek ilaçların tedavide kullanılmamasına dikkat edilmelidir.

KZVD'nın bırakılmasında, bireysel (diyalektik davranış terapisi ve zihinleştirme temelli terapiler gibi) ve grup psikoterapilerinin de tedavide önemli yeri vardır. Boşluk hislerinden kurtulup kendilik algılarında bütünlük sağlamaları ve benlik saygılarının artmasında rolleri önemlidir. Tedavi sürecinde aile de ele alınmalıdır. Anne ve babaya; ergenin problemlerini çözmede, zorluklarla başa çıkmalarında, duygu kontrolünü kazanmada, öfkelerini kontrol edebilmeleri ve uygun şekilde ifade edebilmelerinde nasıl yardımcı olacakları öğretilir. KZVD'a yol açan etkenler arasında aile içindeki iletişim bozuklukları ve çatışmalar önemli rol oynuyorsa aile terapisi de tedaviye eklenebilir.

Ayrıca ergenlerin;

- Anlamlı aktivitelere katılmalarına,
- Destekleyici akran grupları kurmalarına,
- Gönüllü servislere katılmaları ve yardıma muhtaç insanlara yardımcı olmalarına,
- Sosyal ve yaratıcı aktivitelerde bulunmalarına,
- Spor aktivitelerine katılmalarına,
- Sanatsal kurslara katılmalarına destek olunmalıdır.

Tüm bunlar, ergenin özgüvenini ve olumlu kendilik algısı edinmesini sağlayacaktır. Ayrıca ergene dışardan gelen güçlüklerle baş edebilme yetisini de kazandıracaktır.

Sevk Kriterleri

Ergen bir kez bile KZVD göstermişse, ergen psikiyatristine yönlendirilmelidir.

Hastanın takibi ergeni değerlendiren çocuk-ergen psikiyatristi ile iletişim kurularak belirlenir.

III. 5. ERGENLERDE ŞİDDET

Prof. Dr. Fiğen Şahin Dağlı

Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi

Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Sosyal Pediatri Bilim Dalı

Giriş

Çoğu zaman “saldırganlık” kavramıyla eş anlamda kullanılan bir kavram olan “şiddet”, kasıtlı olarak zarar verme ve incitme amacıyla gerçekleştirilen davranışlar olarak tanımlanabilir. Kurbanın korkmasına, acı çekmesine ya da incinmesine neden olan, taraflar arasında güç dengesizliğinin olduğu, güçlünün daha az güçlü olana baskı yaptığı, fiziksel, cinsel ve psikolojik saldırılar içeren davranış biçimi “zorbalık” olarak adlandırılır. Zorbalığı yapan kişiye “zorba”, zorbalığa maruz kalan kişiye de “kurban” denmektedir. Ergen yaş grubundaki çocuklar bir şiddet eyleminin kurbanı olabilecekleri gibi, şiddetin uygulayıcısı, yani “zorba” da olabilirler. Benzer yaş grubunun birbirine uyguladığı örselleyici kötü muameleye ise “akran zorbalığı” denilmektedir. Akranları ya da arkadaşları tarafından fiziksel, sözel, cinsel ya da duygusal zorbalığa maruz kalan çocukların bu davranışlardan hem kısa, hem de uzun dönemde olumsuz biçimde etkilendiği gösterilmiştir.

Zorbalığın Türleri

1. Fiziksel saldırı: İtme, tekmeleme, vurma, ısırma, çimdikleme gibi fiziksel saldırı içeren şiddet türüdür.
2. Sözel saldırı: Alay etme, isim takma, kötü bakma, sataşma, tehdit etme, korkutma, kızdıracak eylemler yapma, baskı kurma gibi eylemleri içeren şiddet türüdür.
3. Cinsel eylemler: Dokunarak ya da sözel olarak uygulanabilen bu eylemlerde saldırı genellikle erkek ergenler, kurbanlar ise kız ergenler ya da saldırı gandan biraz daha küçük yaşta olan erkek çocuk ya da ergenlerdir.
4. Dolaylı saldırı: Sosyal olarak yalnızlaştırılma, hakkında dedikodu yayma, gruptan dışlama gibi bireyin sosyal statüsüne ve benlik kavramına zarar vermeyi amaçlayan davranışlardır.
5. Siber zorbalık: Teknolojik araçların kötüye kullanılması ile ortaya çıkan bu zorbalık türünde bilgisayar ve internet, cep telefonları, anlık ileti programları kullanılarak duygusal ya da cinsel saldırı yapılmaktadır.

Etyoloji

Ergenlerde şiddetin nedenleri aşağıda sıralanmıştır:

1. Bireysel nedenler

- a. Kurbanlar: Fiziksel olarak zayıf, kendine güvenleri ve benlik algıları düşük, diğer çocuklardan daha duyarlı, kaygılı, mutsuz ve çekingen, bedensel hastalığı ya da engeli olan ergenler daha sıklıkla zorbalık kurbanı olmaktadır.
 - b. Zorbalar: Dürtü kontrol sorunu, dikkat eksikliği, hiperaktivite ya da davranış sorunları olan çocuklar, daha önce kendileri zorbalığa ya da ailede şiddete maruz kalmış, sosyal uyum bozuklukları yaşayan ya da empati yetenekleri gelişmemiş çocuklar ve ergenler zorba olmaya daha yatkındırlar.
2. Aileye ait nedenler: Ailede baskıcı ve saldırgan disiplinin kullanılması, çocuğun saldırgan davranışlarına göz yumulması, sınır konmaması, aile içi sorunlar ve/veya şiddet olması veya destekleyici olmayan ilgisiz ebeveyn davranışlarının ergenlerin zorba olma olasılığını; aşırı koruyucu, kollayıcı, az denetleyici ve eleştirel ebeveyn tarzlarının ise ergenlerin kurban olma olasılığını artırdığı gösterilmiştir.
3. Topluma ait nedenler
- a. Şiddetin toplumda hoş görülen, hatta onaylanan bir çözüm yöntemi olarak algılanması
 - b. Şiddet uygulayan rol modellerinin medyada ya da toplumun önemli kesimlerinde bulunması
 - c. Sosyoekonomik olarak dezavantajlı ve eğitimsiz toplumlar
 - d. İnsan hakları, demokrasi, eşitlik ve saygı gibi evrensel değerlerin ve kavramların içselleştirilmediği toplumlar

Yaklaşım

Zorbalığa maruz kalan ergen, kaygı bozuklukları, depresyon, uyum sorunları ve akademik başarısızlıklar gibi pek çok sorun yaşayabileceği için; zorbalık yapan ergen ise zorbalık uygulamanın çoğunlukla bir ruhsal rahatsızlık belirtisi olması nedeniyle mutlaka ruh sağlığı uzmanları tarafından değerlendirilmeli ve gerekirse tedaviye alınmalıdır. Yapılması gereken ilk şey zorba davranışların sonlandırılması ve bunun için gereken tüm önlemlerin alınmasıdır. Zorbalığa maruz kalan ergene ruh sağlığı için verilen tedaviye ek olarak, aile ve okul da destek olmalı ve güven vermelidir. Zorbalık uygulayan ergenlerin tedavisinde de empati duygusunu geliştirmek için çalışılmalıdır. Eğer zorbalık grup halinde yapılıyorsa bu grup dağıtılmalıdır. Zorbalık yapan ergenin ailesinde şiddet varsa, sosyal hizmet kurumlarına bildirim yapılarak ergeni bu ortam ve davranışlardan korumak için gerekli tüm önlemler alınmalıdır.

III. 6. ERGENLERDE BOZULMUŞ YEME TUTUMU

Prof. Dr. Nuray Ö. Kanbur

Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi

Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Ergen Sağlığı Bilim Dalı

Giriş

Bozulmuş yeme tutumu, sağlık, okul/iş veya sosyal ilişkileri negatif etkileyen herhangi bir yeme davranışı, besin ya da beden algısı takıntısı olarak tanımlanabilir.

Bozulmuş Yeme Tutumu Davranışları

- Beslenmenin ihtiyacı karşılamayacak şekilde kısıtlanması (çocuk ve ergenlerde büyüme potansiyelinin korunması, günlük ihtiyacın belirlenmesinde önemlidir)
- Uzun süreli açlık
- Öğün atlama (kahvaltı yapmama veya tüm gün aç kalıp akşam aşırı gıda tüketme gibi)
- Düzensiz veya ana öğün olmaksızın sürekli abur cuburla beslenme
- Ailesiyle veya arkadaşlarıyla yemek yemekten kaçınma
- Laksatiflerin ya da kafein ve nikotin gibi iştah baskılayıcıların kötüye kullanımı
- Belirli gıda gruplarına karşı aşırı seçici olma (hiç yağ tüketmemek gibi)
- Vegan beslenme (sadece et değil, süt- süt ürünleri, yumurta dahil hiç bir hayvansal ürünün tüketilmemesi)
- Besin takviyelerinin aşırı kullanımı ve gerçek besinin yerine konmaya çalışılması
- Aşırı egzersiz yapma
- Aşırı yeme atakları

Bozulmuş yeme tutumu, aşırı kalori kısıtlaması ve “sıfır-karbonhidrat” diyetleri gibi güvenli olmayan diyet tekniklerini de kapsamaktadır. Bozulmuş yeme tutumu genellikle tanınmaz çünkü bu kişiler hasta görünmeyebilir ve bu davranışları henüz bir yeme bozukluğu hastalığı düzeyinde değildir; ancak çok büyük risk taşımaktadır. Aslında, kilo fazlalığı olan gençler ve atletik gençler, yeme tutum bozukluğu geliştirmek açısından en fazla risk altındadır.

Bozulmuş yeme tutumu olan ergenler, gereksiz diyet yapma ve aç kalma tutumlarına bağlanabilir, yemeyi ve yemekle ilgili durumları engelleyebilir, gizlice aşırı gıda alabilir veya kendi vücut ağırlıkları, şekilleri ve boyutları hakkında aşırı eleştiri yapabilirler.

Bozulmuş yeme tutumları, hoşnut olunmayan beden imgesi ve sağlıksız yeme alışkanlıklarına dayanan, uyumsuz davranış ve tutumların oluşturduğu geniş bir spektrumu kapsar. Bu tutum ve davranışlar, anoreksiya nervoza, bulimiya nervoza ve vücut dismorfik bozukluğu (kişinin vücuduna karşı aşırı nefret duyması ile karakterize bir bozukluk) gibi yeme bozukluklarının tanı kriterlerini karşılamasa da, ergenin beden ve ruh sağlığını olumsuz olarak etkileyebilir.

Sıklık

Bir çalışmada, kadın atletlerin %62'sinde ve erkek atletlerin %33'ünde bozulmuş yeme tutumu saptanmıştır. Kendi yeme tutumları bozulmuş ve zayıflığa aşırı önem veren ebeveynlerce, ergenlerde yeme tutum bozuklukları teşvik edilebilir. Kilo kaybını özendiren çocuk sağlığı ve hastalıkları uzmanları, istemeden bozulmuş yeme alışkanlıklarını destekleyebilirler. Bozulmuş yeme, özellikle tıknırcasına aşırı yeme, ergen şişman olguların üçte biri ile yarısı arasında belirgin bir şekilde gerçekleşir. Aşırı kilolu ergenlerin %79'u sağlıksız ağırlık kontrolü davranışlarını ve %17'si uzun süreli açlık, diyet hapları kullanımı ve/veya kusma gibi aşırı davranışlarını itiraf ederler.

Gereksiz kalori sayılması, aç kalma ve aşırı egzersiz liselerde çok yaygındır ve bu tür davranışlar, ergenler ve genç yetişkinlerce, yaygın olarak "normal" kabul edilirler.

Etyoloji

Moda endüstrisinin gerçekçi olmayan inceliği güzel gösteren reklamları ve şişmanlık üzerindeki mevcut sosyal odaklanma, ince olmak için ergenler üzerindeki baskıyı arttırmaktadır. Pek çok kanıt, bulimiyanın ve muhtemelen anoreksiya nervozanın, kültür ilişkili olgular olduğunu ve batı kültürüyle maruziyete bağlı olarak insidansın arttığını göstermektedir. Ayrıca bozulmuş yemeye genetik yatkınlık olduğunu öneren kanıtlar vardır; çünkü bu davranışlar aileler içinde devam etme eğilimindedir ve ikiz çalışmaları,

tek yumurta ikizlerinde çift yumurta ikizlerine göre daha yüksek eş hastalanma oranı göstermektedir.

Önleme ve Yaklaşım

Erken tanı ve tedavi, bozulmuş yeme tutumunun zararlı etkilerini önleme ve tam yeme bozukluğu hastalık tablosunun gelişmesini önleme açısından hayatidir. Bozulmuş yeme tutumunun tanınabilir bulguları, hemen her zaman anoreksiya ve bulimiya nervoza tanılarına öncelik etmektedir.

Bozulmuş yeme tutumlarının önlenmesinde, hekimler ana rolü oynayabilir. Amerikan Pediatri Akademisi, çocuk sağlığı ve hastalıkları uzmanlarının kendilerini yeme tutum bozukluklarının belirti ve bulguları konusunda eğitmelerini ve ergenlere şişmanlığın riskleri ve formda olmanın faydaları hakkında danışmanlık verirken, aşırı diyet ve aşırı egzersiz yapmaya teşvik etmemeleri konusunda dikkatli olmalarını öneren bir ilke demeci yayınlamıştır.

Hekimler, tarama ve danışmanlık prensiplerine uygun olarak; boy uzunluğu, vücut ağırlığı ve beden kitle indeksini kayıt etmeli, ergenlerin beslenme alışkanlıklarını sorgulamalı ve riskli ergenleri izleme alarak beslenme uzmanına da yönlendirmelidir.

III. 7. ERGENLERDE RİSKLİ MEDYA KULLANIMI

Prof. Dr. Müjgan Alikashiçoğlu

İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakóltesi

Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Adolesan Bilim Dalı

Giriş

Günümüzde televizyon, bilgisayar ve elektronik medya ortamları ergenler tarafından artan sıklıkta kullanılmaktadır. Her türlü medya aracının kullanımı potansiyel yararlarının yanı sıra bazı riskleri de taşımaktadır.

Medya kullanımı ergenler arasında bilinen en yaygın sedanter davranıştır. Sedanter davranışların fiziksel etkinlik düzeyinden bağımsız olarak dolaşım sistemi hastalıkları açısından bir risk etkeni olduğu kabul edilmektedir. Sedanter davranışların etkisi giderek artan bir etki şeklindedir.

Erken çocukluk döneminden başlayarak ergenlikte giderek artan sıklıkta medya kullanımı gözlenen bireylerin erişkin dönemde fazla kilo aldıkları belirlenmiştir. Ayrıca sedanter davranışların, madde kullanımı, bedensel yakınmalar, uyku sorunları, depresyon ve saldırganlık gibi sağlık sorunları arasında ilişki olduğu gösterilmiştir.

Elektronik medya kullanımı ise ergenlerin siber zorbalık, cinsel istismar ve pornografi gibi sosyal ve duygusal gelişimlerini tehdit edebilecek eylem ve zararlı içeriklere maruz kalmalarına neden olabilmektedir. En önemli olumsuz etkilerinden biri ise internet bağımlılığıdır. Bu nedenle Amerikan Pediatri Akademisi, Bright Future ve benzeri organizasyonlar 2 yaşından sonra çocukluk çağı boyunca ekran süresinin günde 1-2 saat ile sınırlandırılmasını önermektedir.

Sıklık

Türkiye'nin de yer aldığı, 11, 13 ve 15 yaşındaki okul çocukları arasında yapılan "Health Behavior in School-Aged Children" Araştırmasının 2009-2010 uluslararası raporuna göre:

Ülkemizde 11 yaşındaki öğrencilerin %56,5'i (kızlar %53, erkekler %60), 13 yaşındaki öğrencilerin %66'sı (kızlar %65, erkekler %67) ve 15 yaşındakilerin %67,5'i (kızlar %67, erkekler %68) hafta içi günde en az 2 saat televizyon izlediklerini bildirmişlerdir. Aynı araştırmanın bir başka sonucu ise öğrencilerin %65'inin evinde

bilgisayarı olduğunu ve %30'unun her gün en az 1 saat ders yapma dışı amaçlarla bilgisayar kullandığını göstermiştir. Yine aynı araştırmada 11 yaşındaki öğrencilerin %11'inin (kızlar %11, erkekler %11), 13 yaşındakilerin %21,5'inin (kızlar %24, erkekler %19) ve 15 yaşındakilerin %37,5'inin (kızlar %45, erkekler %30) her gün arkadaşları ile elektronik medya araçları kullanarak iletişimde bulunduğu saptanmıştır. Bu sonuçlar ergenlerde yaşla birlikte artan sıklıkta medya kullanımını göstermesi açısından önemlidir.

Etyoloji

Etyolojide rol oynayan bireysel etkenler arasında ergenlerin temel özellikleri olarak kabul edilen; merak etme ve deneme, doğru karar verme becerisindeki eksiklikler, anı yaşama arzuları, risk alma ve otoriteye karşı çıkma tutumları sayılabilir. Kimlik gelişimi ve sosyal ilişkiler kurabilme becerisi yetersiz olanlarda özellikle internet bağımlılığı daha sık görülmektedir.

Toplumsal etkenler arasında ise aile içi çatışmalar, boşanma, ergenlerin teknoloji bilgilerinin olmasına karşılık ebeveynlerin ise bu alanda yetersiz olması, büyük şehirlerde yaşama (ebeveynlerin birden fazla işte çalışması, ergenlerin eğlenmeleri ve fiziksel etkinlikte bulunabilmeleri için uygun mekânların bulunmaması, sosyal destek sistemlerinin yetersizliği vb) ve kırsal alanda yaşayan gençlerin ilgisini çekecek etkinliklerin yetersiz olması sayılabilir. Tüm bu nedenlerle medya kullanımı özellikle elektronik medya kullanımı karşımıza yeni bir riskli davranış, bir hastalık ve ölüm nedeni olarak çıkmaktadır.

Tanı

Aşırı kullanımın ayırt edilebilmesi için öncelikle ergene televizyon, DVD, bilgisayar ve cep telefonu gibi ekranlar karşısında günde ortalama kaç saat harcadığını sormak rutin değerlendirmenin bir parçası olmalıdır.

Günde 2 saatten fazla kullanım bildirildiğinde ise bağımlılığın özellikle internet bağımlılığının ayırt edilebilmesi için:

- İnterneti olumsuz duygulardan kurtulmak için kullanma,
- Bırakmak istemeye rağmen internette kalmaya devam etme,
- İnternete ulaşmak olası olmadığında olumsuz, hoşça gitmeyen duygular yaşama,

– Devamlı internete girmeyi düşünme sorgulanmalıdır. İnternet bağımlılığının çoğunlukla sohbet odalarında dolaşma, sosyal paylaşım sitelerinde uzun süre harcama, çevirim içi oyunlar oynama ve mesajlaşma gibi etkinliklerle de ilişkili olduğu unutulmamalıdır.

Öyküde organik bedensel sorunlar:

- Gözlerde kuruma ve irritasyon
- Baş ağrısı
- Kas iskelet sistemi ile ilişkili yakınmalar sorgulanmalıdır.
- Psikososyal öyküde sorunlar:
- Ebeveynlerle ilişkide bozulma
- Akademik başarıda düşme
- Yeme bozukluğu
- Arkadaş ilişkilerinde bozulma
- Fiziksel etkinlikte kısıtlanma
- Madde bağımlılığı
- Uyku süresinde azalma ya da uyku bozukluğu
- Depresyon sorgulanmalıdır.

Psikososyal öyküde saptanabilecek bu özelliklerin hiçbirinin medya aşırı kullanımı ya da bağımlılığı açısından spesifik olmadığı unutulmamalıdır.

Fizik muayenede kişisel hijyende bozulma saptanması da bağımlılık açısından bir bulgu olarak karşımıza çıkabilir.

Birlikte görülebilen diğer psikososyal sorunlar (%60'a kadar):

- Dikkat eksikliği - hiperaktivite sendromu
- Depresyon
- Anksiyete
- Sosyal fobi
- Kompulsif bozukluk
- Otistik davranışlar açısından da değerlendirilmelidir.

Tedavi

Medya aşırı kullanımını önleme ve müdahale çalışmaları ayrı ayrı yürütülmelidir.

Önleme çalışmaları

Ebeveynlere öneriler:

- Ebeveynler ergenin hangi TV programlarını izlediğini bilmeli,
- Ekran süresine kısıtlama getirilmeli,
- Ergenin odasında TV ve bilgisayar bulunmamalı,
- Yemek ve ev ödevi saatlerinde televizyon kapalı olmalı,
- Ergenle birlikte televizyon izlenmeli,
- Ebeveynler internet kullanabilmeli,
- Ebeveynler internete girmek dahil çocuklarıyla pek çok ortak etkinlik yapmak üzere vakit ayırmalı,
- Yaşa uygun filtreler kullanımı konusunda ebeveynler bilgilendirilmeli,
- Ebeveynler aşırı internet kullanımı ile ilgili hastalıkların bulgu ve belirtilerini bilmeli,
- Ebeveynler internet ortamında yanlış bilgi paylaşımı, akran istismarı ve cinsel istismar gibi sorunların yaşanabileceği konusunda ergenleri bilgilendirmelidir.

Ergene öneriler:

- Ergen uygun ekran süresi, ekran başında ve internette uzun süre kalmanın fiziksel, duygusal ve sosyal sağlığa olumsuz etkileri konusunda yaşına uygun olarak bilgilendirilmeli
- Ergen internette karşılaştığı hoşça gitmeyen görüntü ya da konuşmaları ebeveynleriyle paylaşmaya teşvik edilmeli

Müdahale çalışmaları

Bağımlılık tedavisi multidisipliner yaklaşım gerektirmektedir. Bu nedenle ergenler hekim, psikolog, sosyal hizmet uzmanı ve eğitim hemşiresinin birlikte çalıştığı merkezlere yönlendirilmelidir.

IV. ERGENLE KARŞILAŞMA

I. ERGEN DOSTU SAĞLIK HİZMETLERİ

Prof. Dr. Müjgan Alikashiçoğlu

İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi

Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Adölesan Bilim Dalı

Ergenler, özgün sağlık gereksinimleri olan bireylerdir. Ergenlerin bu gereksinimleri onlara özgü sağlık hizmetleri sunulmasıyla karşılanabilir. Ergenlerin sağlık gereksinimlerini karşılamak onların bulunduğu her yere ulaşmak anlamına gelir. Bu nedenle ergen dostu politikalar ve sağlık hizmetleri geliştirilmesine gereksinim vardır. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) “Ergen Dostu Sağlık Merkezleri” önermektedir. Dünya Sağlık Örgütüne göre “Ergen Dostu Sağlık Merkezleri”, adil, ulaşılabilir, kabul edilebilir, uygun ve etkili olmalıdır. Bu özelliklerin tanımlamaları aşağıda verilmiştir.

Adil Olma: Sağlık hizmetlerinin adil bir şekilde sunulması ergenin yaşı, cinsiyeti, sosyal sınıfı, kültürel yapısı, etnik kökeni, engellilik hali ve benzeri nedenlerle hizmet almasını engelleyen politika ve uygulamaların kaldırılması anlamına gelir. Ergenler herhangi bir nedenle dışlandıkları ya da ayrımcılığa uğradıkları sağlık merkezlerine takip ve tedavi için gelmeye istekli olmazlar. Sağlıkçılar tüm ergenleri herhangi bir ayrımcılık uygulamadan değerlendirmelidir. Ergenler saygı ile karşılanmadıklarında tıbbi yardımı reddedebilirler. Onlara adil davranmak, daha sonraki izlemlerine devam etme olasılığını artıracaktır.

Ulaşılabilirlik: Sağlık hizmetinin ulaşılabilirliğinin artırılması özellikle ekonomik güçlükler içinde yaşayan ergenlerin hizmete erişimini kolaylaştırması açısından önemlidir. Ayrıca, sağlık hizmetlerinin rutin mesai saatlerin dışında sunulabilmesi ergenin okul ya da iş saatleri nedeniyle hizmetten yeterince yararlanamamasının önündeki engelleri kaldıracaktır. Ergenlerin sunulan sağlık hizmetlerinin niteliği konusunda bilgilendirilmeleri, bu hizmetlerden yararlanmalarını kolaylaştıracak ve onları cesaretlendirecektir. Toplumun özellikle ebeveynlerin ergenlere sunulan sağlık hizmetleri konusunda bilgilendirilmeleri ve onları benimsemeleri ergenlerin sağlık

hizmetlerinden yararlanmalarını kolaylaştıracaktır. Ergenler sağlık merkezlerine sık sık başvurmak istemeyebilirler. Bu nedenle toplumun her kesimi ile iş birliği yapılması, sanatçılar, sporcular gibi seçilmiş bazı toplum üyelerinin ve akranlarının ergen sağlığı konusunda onlara bilgi sağlaması, sağlık hizmetlerinden yararlanmalarını kolaylaştırabilir. Ayrıca, ergenlerin sıkça buldukları, okul gibi yerlerde sağlık merkezlerinin bulunması da önemlidir.

Kabul Edilebilirlik: Ergenler bazı sağlık sorunlarının ebeveynleri ve diğer kişiler tarafından bilinmesini istemezler. Ergenler başkaları tarafından bilinmesini istemedikleri sorunları olduğunda gizli tutulmayacağı endişesi ile sağlık hizmeti almazlar. Bu nedenle ergen sağlığı hizmetlerinde gizlilik ilkesinin sağlanması önemlidir. Ayrıca, ergenin hekimle endişelerini, kaygılarını ve riskli davranışlarını tek başına tartışabilmesi, sağlığı ve davranışlarıyla ilgili daha fazla sorumluluk almasını da sağlayabilir. Ergenin yaşı büyüdükçe ve olgunluk düzeyi arttıkça gizliliğin derecesi de artabilir. Ancak, ergenlere sunulan sağlık hizmetlerinde gizlilik ilkesi hizmetin sunulduğu ülkenin yasal ve etik düzenlemeleri ile sınırlıdır. Ergenler sözel ya da sözel olmayan ipuçlarına çok duyarlıdırlar. Ergenler, oldukları gibi kabul edilmek, memnuniyetle karşılanmak, güvenilirlik ve saygıyla tedavi edilmek, yaşlarına ve gelişim düzeylerine uygun şekilde bilgilendirilmek isterler. Ergenlerin güveninin sağlanması sağlık hizmetinin başarısının önemli bir belirleyicisidir. Ergenlerin yüz ifadelerini, beden dilini ve hekimin ilgisini değerlendirme becerileri oldukça gelişmiştir; bu nedenle kısa sürede hekimin kendileriyle gerçekten ilgilenip ilgilenmediğine karar verebilirler. Bu yaş grubuna sunulan sağlık hizmetinin başarıya ulaşabilmesi için onların kendilerini rahat hissedecekleri kişilerden hizmet almaları, hizmeti kendilerine uygun bir ortamda almalarından daha önemlidir. Ayrıca, sağlık hizmetlerinin ergenler tarafından kabul edilebilir olması, hizmetlerin sunulduğu ortamın onlar için hazırlanmış olması ve temizliği ile de ilişkilidir. Sağlık merkezinde ergenler için ayrı bir giriş kapısı, bekleme alanı ve muayene odaları olması önemlidir. Eğer bu sağlanamıyorsa, bekleme alanı diğer hastalardan ayrı bir köşede olmalı ve mekân düzenlemesi onların çekici bulabileceği şekilde yapılmalı ve bekleme alanında ergenleri ken-

dilerine özgü sağlık sorunlarında bilgilendirecek çeşitli materyal bulundurulmalıdır. Ergenler uzun bekleme sürelerinden hoşlanmazlar. Kabul edilebilir bir sağlık hizmeti sunumu aynı zamanda randevuların erken tarihlere verilmesi, randevu almadan başvurunun sağlanması ile de ilişkilidir. Ergen sağlığı alanında yapılacak değerlendirme çalışmalarında ergenin görüşünün alınmasına özellikle önem verilmelidir.

Uygunluk: Ergenler gereksinimleri olan tüm sağlık hizmetlerini hızla ve bir arada almak isterler. Bu nedenle sağlık merkezlerinde ergenlerin fiziksel, psikolojik ve sosyal sağlık durumları bir arada değerlendirilebilmelidir. Sağlık merkezlerinde hekim ve hemşirenin yanında çocuk gelişim uzmanı, psikolog ve sosyal hizmet uzmanı gibi kadrolara yer verilmelidir. Gereksinim durumlarında ise sevk edilebilecekleri kurumlarla sağlık Merkezinin doğrudan bağlantısının olması gerekir. Ergenlere hizmet sunan ekipte en az bir kişinin değişmeden kalması da ergenin tanı ve tedaviye uyumunu artıracığından dolayı önemlidir.

Etkinlik: Sağlık hizmeti sunanların ergenlere özgü sağlık gereksinimleri hakkında bilgi ve beceri sahibi olması önemlidir. Sağlık hizmeti sunulurken kanıta dayalı protokol ve rehberlerden yararlanmak ergenin gereksinimlerinin doğru ve eksiksiz bir şekilde karşılanmasına katkıda bulunacaktır. Merkeze ilk kez başvuran ergen, hekimin oldukça uzun zamanını alır. İlk görüşmede ergene yaklaşık bir saat, daha sonraki görüşmelerde ise 15-20 dakika ayrılması yeterli olacaktır. Randevu aralıkları bu durum göz önüne alınarak ayarlanmalıdır.

IV. 2. ERGENE YAKLAŞIMIN TEMEL İLKELERİ

Prof. Dr. Oya Ercan

İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi

Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı

Çocuk Endokrinoloji ve Adolesan Bilim Dalları

Ergene verilen sağlık hizmetinin hassas ve esnek olması ve ergenin gelişim düzeyine uygun olması büyük önem taşımaktadır. Böyle bir hizmet ise ancak hekimin deneyimli olması, zaman ayırması, dinlemeyi bilmesi ve ilgi duyması ile sağlanabilir. Hekimin ilgi duymasıyla birlikte ergenlerin hayat tarzları ve davranışlarıyla ilgili bilgi sahibi olması da gereklidir. Bu koşullar sağlandığı takdirde hekimin ergenin güvenini kazanması ve dolayısıyla sağlıklı bir iletişim kurulması mümkün olur. Hekimin ebeveynlere destek vermesi de ergene verilen sağlık hizmetinin önemli bir parçasını oluşturur. Yine sağlık hizmetinin verildiği mekânın dekoru ve bekleme odalarında ergenlere verilen sağlık hizmetinin özellikleri ve ergenlik çağında önem taşıyan durumlar ile ilgili, aydınlatıcı broşür ve posterlerin bulundurulması da önem taşır.

Araştırmalar, ergenlere sağlık hizmetinin belirli prensipler çerçevesinde verilmesinin bu hizmetin kullanımını arttıracak olduğunu göstermiştir. Ergenlerin ihtiyaçlarına cevap verebilecek ve bu prensiplere uygun bir sağlık hizmeti “ergen dostu” sağlık hizmeti olarak tanımlanır ki bunun sağlanabilmesi için tartışılabilir bir ekibe ihtiyaç vardır. Bu ekip değişik disiplinlerden gelen bireylerden oluşmalıdır. Bu multidisipliner hizmet ünitesi, diğer hekimler, ebeveynler ve okullar vb ile bağlantı kurmalı ve böylece iletişim ağının oluşmasına öncülük etmelidir.

Hekim-hasta ilişkisi açısından, çocukluk döneminde uygulanan ve çocuğun pasif alıcı olduğu “çocuk model”inden farklı olarak, ergenlik döneminde, ergenin gelişme düzeyine göre değişik modeller uygulanır:

Ebeveyn-ergen işbirliği modeli: Bu modelde ebeveyne ve ergene eşit şekilde davranılır. Bu model erken ergenlik döneminde uygulanır.

Ergenin primer, ebeveynin sekonder olduğu model: Hekim bu modelde primer olarak ergene odaklanır; ebeveynlerle ikincil düzeyde bir iletişim söz konusudur. Bu modelde ebeveynin dışarı çıkması istenebilir. Öykü alma ve fizik muayene tamamlandıktan, ergenle yalnız olarak tedavi planları yapıldıktan sonra ebeveyn(ler) in muayene odasına geri dönmesi ve tercihan tüm görüşmelerin ergen tarafından ailesine aktarılması istenir. Ebeveynin odadan dışarı çıkması istenildiğinde bu ebeveynde endişe uyandırabilir ve çıkmak istemeyebilir. Bunu öngörerek ebeveyne ergenle neden yalnız kalınmak istendiği ve daha sonra değinilecek olan gizliliğin sınırları açıklanırsa bu zorluk yenilebilir.

Ergenin primer, ebeveynin katılımının isteğe bağlı olduğu model: Bu modelde ebeveynle hekimin doğrudan teması yoktur.

Ergenin ilk değerlendirilmesi yaklaşık bir saat kadar sürmelidir. Bu görüşmede ebeveynlerin hiç olmazsa 5 dakika kadar bulunması istenir çünkü böylece ebeveyn-ergen ilişkisini gözlemlene ve dolayısı ile ergenin hangi gelişim fazında olduğunu belirleme şansı doğmuş olur. Ancak hekime gelme sebebi araştırılırken sorgulama mutlaka ergene de yönelik olmalıdır.

İlk görüşmede ergen, hasta-hekim ilişkisinin çocukluk dönemindekinden farklılığı ergene ve ebeveyne anlatılmalıdır. Daha sonra ergenin gelişim düzeyi uygunsa ebeveynden dışarı çıkması istenebilir. Böylece ergen öncelikli olarak kendisinin sağlık hizmeti aldığını anlar. Yine gizli meselelerin konuşulması için ortam yaratılmış olur. Ayrıca ergen, hekimin ebeveynleriyle paralel hareket edecek bir birey olmadığını anlamış olur. Ancak ergenin onayı alınarak görüşmenin tümü ebeveynlerin varlığında da gerçekleştirilebilir, çünkü aslında ergene verilmesi gereken sağlık hizmetinin aileden bağımsız olması düşünülemez. Ergenler tersi gibi davranıp ailelerine kızgın gözükseler de aslında ebeveynleri ile iletişimleri yeterince iyi olmadığı için üzülmeaktedirler. Ergenlere hizmet veren hekimlerin görevlerinden biri de ergenle diğer aile bireyleri arasındaki iletişimin sağlanmasında yardımcı olmaktır. Ancak bazen sorunun aileden kaynaklanmış olabileceği ve ergenin ailenin “semptom taşıyan” bir bireyi olabileceği de akılda tutulmalıdır.

Ergenle yalnız görüşüldüğü takdirde hekimin ergene, kendisinin

iznini almadan ebeveynlerine kendisine anlatılanları anlatmayacağı güvencesini vermesi gerekir. Ancak, istisnai olarak ergene zarar verecek, ya da bir başkasının ergene zarar verdiği bir durumun söz konusu olması halinde ebeveynlerini durumdan haberdar etme hakkına sahip olduğunu da belirtmelidir. Böyle bir durumun söz konusu olması halinde hekimin ergenin ebeveynlerine durumu açıklarken dengeleyici olarak yanında bulunması tercih edilir.

Muhakkak ki, “gizlilik” konusu ergene verilen sağlık hizmetinin en önemli ve hekim için en zorlayıcı olan konularından birini oluşturmaktadır. Hekimin burada ergenin mahremiyeti ve gizlilik gereksinimi ile ebeveynlerle ilişkisi arasındaki doğru dengeyi bulabilmesi gerekmektedir. Bu bağlamda, etik ve yasal sorunlar da gündeme gelebilmekte ve bu sorunlar ülkeden ülkeye değişiklik gösterebilmektedir. Bu nedenle ergene hizmet veren hekimin kendi ülkesindeki yasal düzenlemeleri de iyi bilmesi gerekmektedir.

Yine ilk görüşmede ergene mutlaka neden kişisel konularla ilgili sorular sorulacağı anlatılmalıdır. Diğer taraftan ergene ve özgürlüğüne saygı gösterilerek isterse sorulan soruları yanıtlamama hakkını seçebileceği de belirtilmelidir.

Ergen bir yakınmayla gelmişse önce yakınmasıyla ilgili sorular sorulur. Ancak ergenin geliş sebebi ne olursa olsun, bu görüşme onun hayatında mevcut olabilecek problemlerin araştırılması ve kapsamlı, dolayısı ile sağlığı koruyucu ve geliştirici, bir sağlık hizmetinin verilebilmesi için bir fırsat olarak kabul edilmelidir. Bu nedenle yakınma ile ilgili sorular tamamlandığında veya ergenin yakınması olmasa dahi arkadaşlar, hobiler vb. gibi konularda sohbet başlatılır ve ergenin bir süre konuşarak rahatlaması sağlanır. Daha sonra sistemlerin gözden geçirilmesine yönelik ve yine ergeni ürkütmeyen sağlık soruları sorulur.

Daha sonra ise ergenden “HEEADSSS-ERGENSOR” kavramı göz önünde bulundurularak psikososyal öykü alınır. “HEEADSSS” kavramı sıra ile Home (Ev), Education/Employment (Eğitim/İş), Eating (Yeme tutumu), Activities (akranlarla aktivite), Drugs (Madde kullanımı), Sexuality (Cinsellik), Suicide/depression (İntihar ve depresyon) ve Safety (güvenlik) konularını içerir. Bu sıranın gözetilmesi bu konuların “hassasiyet” sırasına göre dizilerek araş-

tırılmasını sağlar. Bu şekilde davranıldığında en hassas konular sona bırakılmış olur. Böylece sorgulama sırasında bir “duyarlılık merdiveni” oluşur. Ancak, bu merdivenin alt basamaklarında yer alan bir konunun belli bir ergen için önem taşıdığı ve hatta yakınmanın sebebinin oluşturduğu sohbet sırasında anlaşılmuşsa bu sıra değiştirilir ve o konunun araştırılması sona bırakılır. Örneğin sorun evde ise aile ortamının özelliği ve kalitesi en son araştırılır, çünkü bu durumda en hassas konu budur.

Ergenden öykü alınırken ne ergen, ne ebeveyn rolü üstlenilmemeli, empati özdeşleşmeyle karıştırılmamalı, sorular berrak olmalı ve anlaşıldığından emin olunmadığı takdirde açıklattırılmalı ve tekrarlatırılmalıdır. Ergenler, hekimin bilgi ve otorite sahibi olmasını beklerler ancak “otoriter” davranış ve aşırı profesyonel görüntü onlarda ters etki yapar. Aynı şekilde dil dökmek, kandırmak, korkutmak, açık veya gizli baskı da yine ters etki yapar ve iletişim “güç çatışması”na dönüşebilir. Oysa ergenin beklentisi, hekimin kendisine bilgi ve deneyimiyle adil bir şekilde, doğrulukla yaklaşan ve kendisini önemseyen bir kişi olmasıdır.

Araştırmalar ergenlerin, sağlık hizmetini alırken önem verdikleri özelliklerin %80 oranında gizlilik, %50 oranında ergene özgü bir sağlık hizmeti verilmesi gerektiğine inanan bir hekim, %40 oranında müracaat gününde görüşme yapılması, %39 oranında istedikleri zaman hizmet alabilmeleri, %33 oranında doktorun cinsiyeti ve %30 oranında arkadaşça yaklaşan bir kayıt memuru olduğunu göstermiştir.

Ergenden öykü alınırken unutulmaması gereken bir diğer özellik de “saklı ajanda” olarak tanımlanan ve ergenin esas problemi hakkında ufak bir ipucu vererek hekimin bu problemi saptaması beklentisidir.

Fizik muayene söz konusu olduğunda, özellikle erken ergenlik çağında ve özellikle karşı cinsiyetten bir hekim tarafından muayene edilmesi gerektiğinde, ergenin aşırı utangaç ve beden imgesinin kolaylıkla zedelenebilir olabileceği hatırlanmalıdır. Eğer erkek hekim bir kız ergeni muayene edecekse, bir hemşire veya annesi muayene sırasında yanında bulunmalıdır. Diğer taraftan, pratik uygulama, erkek ergenin kadın hekim tarafından muayenesi sırasın-

da kendi tercihine göre bir yakınının yanında bulunmasının yararlı olduğunu düşündürmektedir.

Fizik muayeneye başlanmadan ve ergen soyunmadan önce fizik muayenenin gerekçesi ve detayları anlatılmalı, ergene muayene sırasında merak ettiği konularda soru sorabileceği söylenmelidir. Böylece ergenin fizik muayeneye katılması sağlanmalıdır. Diğer taraftan fizik muayene bazı sorunların ortaya çıkarılmasında bir araç olarak değerlendirilebilir. Bu nedenle, bu fırsat kaçırılmamalıdır.

Fizik muayene sırasında ise, muayenenin tamamlanmasını beklemeden, ergen soru soruyormuşçasına, ne yapıldığı ve muayenenin sonuçları hakkında bilgi verilmesi yararlı olur (Kalbin iyi, kan basıncın normal vb.). Eğer patolojik bir durum saptanırsa abartılmadan ne yapılacağı anlatılmalıdır.

Anlatıldığı şekilde gerçekleştirilen fizik muayene, ergenin fiziksel yapısı ile ilgili endişelerinin bertaraf edilmesini ve eğitici olmasını sağlar.

Ergenin fizik muayenesi; boy uzunluğunu, vücut ağırlığını, kan basıncı ölçümlerini, fiziksel ve mental durumunu, cinsel olgunlaşmanın değerlendirilmesini, deri, göz, kulak, ağız, tiroid bezi, meme, kalp, karın, lokomotor sistem ve genital bölge (erkeklerde her zaman, kızlarda gerektiği zaman) muayenesini ve özellikle cinsel açıdan aktif veya semptomatik erkek ergenlerde rektal muayeneyi içermelidir.

Bu şekilde, çoğunlukla puberte çağında başlayan miyopi, ergenlik çağında problem oluşturan diş çürükleri ve periodontal hastalık, özellikle ergen kızlarda sık görülen tiroid hastalıkları ve skolyoz gibi problemler gözden kaçmamış olur.

Sonuç olarak denilebilir ki, ergene verilecek sağlık hizmetinin vazgeçilmez öğeleri; gelişimsel perspektif, psikosomatik felsefe, multidisipliner ekip ve iletişim ağı olmalıdır. Ancak belki hepsinden daha da önemlisi ergenin kendisine sağlık hizmeti veren hekimin yanından kendisinin bir doktoru olduğu duygusu ile ayrılmasıdır.

IV. 3. PSİKOSOSYAL ÖYKÜ-ERGENLE GÖRÜŞME ERGENSOR “HEEADSSS”

Uzm. Dr. Melis P. Kızılkın

Prof. Dr. Nuray Ö. Kanbur

Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi

Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Ergen Sağlığı Bilim Dalı

Ergenlik döneminin özellikleri düşünüldüğünde, ergenlerden ayrıntılı ve doğru bir psikososyal öykü alınmasının ne kadar önemli olduğu anlaşılabilir. Ergenlere yaklaşım birçok hekim için, çoğu açıdan zorlayıcı özellikler barındırır. “HEEADSS” envanterinin 1985 yılında tanımlanması ve birçok ülkede kullanılmaya başlanmasıyla, hekimlerin ergenlerle daha rahat ve daha sistematik bir şekilde iletişime geçmesinin de kapıları açılmıştır. Bu akronim, 2004 yılında ise “HEEADSSS” olarak genişletilmiş ve ergenlerdeki olası ölüm ve hastalık nedenlerinin daha geniş bir bakış açısıyla değerlendirilmesine olanak sağlamıştır.

Akronim; Home (Ev), Education/Employment (Eğitim/İş), Eating (Yeme tutumu), Activities (Akranlarla aktivite), Drugs (Madde kullanımı), Sexuality (Cinsellik), Suicide/depression (İntihar ve depresyon) ve Safety (Güvenlik) olarak açılmaktadır.

Daha kolay akılda kalabilmesi için “ERGENSOR” (Ev, Riskli Kullanım, Güvenlik, Etkinlik, Nutrisyon, Seks, Okul, Ruh Sağlığı) akronimi de kullanılabilir; ancak “HEEADSSS” görüşmesi, değinilen konuların sıralaması bakımından beklenen ve daha az tedirginlik yaratan sorulardan, kişisel ve zorlayıcı sorulara ilerlemektedir. Bu sıranın takip edilmesi ergenin güveninin kazanılması ve daha yapılandırılmış bir görüşmenin sağlanabilmesi için önemlidir.

Psikososyal görüşmenin yapılabilmesi için ergenin sağlık ve bilinç durumunun yerinde olması gereklidir ve “HEEADSSS” görüşmesi mutlaka ergenle yalnız yapılmalıdır. Görüşme başlamadan önce ergene gizlilik ilkeleri ayrıntılı olarak açıklanmalıdır. “HEEADSSS” görüşmesi ortalama 20-30 dakika arasında sürmektedir. Görüşme sırasında mutlaka açık uçlu sorular sorulmalı ve kesin yargılardan kaçınılmalıdır. Bazen görüşme sırasında tespit edilen soruna yönelik ayrıntılı değerlendirilme yapılması gerektiğinden, diğer psi-

kososyal gözden geçirmeler yapılamayabilir. Böyle durumlarda hekimler ilk görüşmede ergenden tüm bilgileri alamayabilir ve takip eden görüşmeler sırasında daha ayrıntılı bilgi edinebilirler.

“Home” (Ev): Ergenin ev ortamıyla ilgili sorular psikososyal görüşme için iyi bir başlangıç noktasıdır. Evde ergenin kimlerle yaşadığı, nerede yaşadığı, yaşadığı kişilerle olan ilişkileri, yaşadığı kişilerin meslekleri, yakın zamanda taşınma ya da ev ortamında bir değişiklik yaşama durumu, kişisel sorunlarını evde kiminle paylaşmayı tercih ettiği, kendine ait bir odası olma durumu sorulmalıdır. Görüşmenin gidişatına ve elde edilen bilgilere göre ev ortamında şiddet varlığı ya da evden kaçma girişimi de sorulabilir. İlk olarak “Annen ve babanla iyi anlaşır mısınız?” gibi bir soru yöneltmek hem yönlendirici olması, hem “Evet” ya da “Hayır” olarak cevaplanması hem de hekim tarafından ergenin her iki ebeveyninin de olduğunun varsayılması nedeniyle iyi bir sorma şekli değildir. Bunu yerine “Evde kimlerle birlikte yaşıyorsun?” sorusunun tercih edilmesi daha doğru bir yaklaşım olacaktır.

“Education/Employment” (Eğitim/İş): Genellikle ergenlerin hayatlarının çoğu okul ortamında geçmektedir, bu nedenle okul yaşantısının ayrıntılı olarak sorgulanması çok önemlidir. Okul başarısı hem akademik (notlar), hem de sosyal (ders dışı aktiviteler) yönleriyle sorgulanmalıdır. Yakın zamanda akademik başarıda bir düşüş; depresyon ve madde kullanımı gibi sorunların veya öğrenme güçlüğü ya da dikkat eksikliğinin bir belirtici olabilir. Daha büyük ergenlere gelecek planları ve ilerideki meslek tercihleri de sorulmalıdır. Hangi okula gittiği, okulun bulunduğu bölgenin riskli olup olmaması açısından da önemlidir. Bazı ergenler okula devam ederken çalışıyor ya da okulu bırakmış olabilir. Böyle durumlarda hangi işte, haftada kaç saat çalıştığı, o işte çalışma nedeni ve okulu bırakmasına ya da okulla birlikte ek olarak bir işte çalışmasına neden olan koşullar sorulmalıdır. Sınıf tekrarı yapması ya da okul değiştirme durumu da ergenin okul yaşantısının değerlendirilmesinde önemlidir. Yine soru sorma şekli olarak “Okul nasıl gidiyor?” sorusuna ergen büyük olasılıkla “iyi” ya da “fena değil” şeklinde cevap verecek ve konuşma daha fazla ilerlemeyecektir. Bunun yerine “Bana okulundan bahseder misin?” ya da “İyi ve

kötü olduğun dersler hangileri?” ergeni daha çok şey anlatmaya teşvik edecek soru tipleridir.

“Eating” (Yeme Tutumu): Ergenlerde yeme tutumuyla ilgili bozukluklar giderek daha sık görülmektedir. Yeme davranışlarının değerlendirilmesi; ergenlerde beden algısı, kendine güven, psikolojik stres ve depresif düşünce içeriği hakkında bilgilendirici olması açısından da önem taşımaktadır. Sık atıştırma, fazla miktarda abur cubur tüketme gibi yeme alışkanlıkları şişmanlık açısından; sık diyet yapma, çok kısıtlayıcı diyetler uygulama, aşırı egzersiz ve kusma yeme bozuklukları açısından hekimin dikkatini çekmelidir. Ergenin beden algısı mutlaka sorgulanmalıdır. Yakın zamanda kilo kaybı ya da alımı, kilosundan memnun olup olmadığı ve kilosunu korumak için neler yaptığı sorulmalıdır. Ergenin yemesinin kontrolden çıktığını hissetmesi ve tıkinma ataklarının olması da müdahale edilmesini gerektirir. Bu kısımdaki sorulara örnek olarak, “Nasıl beslenirsin?”, “Bedeninle ilgili beğendiğin ve beğenmediğin yönler nelerdir?” ya da “Sence sağlıklı bir diyet nasıl olmalıdır ve senin beslenmen bu tanımına uygun mu?” diye sormak uygun bir yol olacaktır.

“Activities” (Akranlarla Aktivite): Ergenlerin akran ilişkileri ve akranlarıyla birlikte yaptıkları aktiviteler psikososyal görüşmenin çok önemli kısmını oluşturmaktadır. Ergenlerin okul sonrası nerede, kimlerle, ne yapmaktan hoşlandığı, hobileri, spor ilgisi, kitap okuma isteği, televizyon ya da bilgisayar başında ne kadar zaman geçirdiği sorulmalıdır. Ergenin hiçbir aktivitede bulunmaması, arkadaşlık ilişkilerinden hoşlanmadığını ifade etmesi ya da sürekli sıklığından bahsetmesi depresyon açısından çok uyarıcıdır. Burada da benzer şekilde “Okul dışında herhangi bir aktivitede bulunur musun?” yerine “Arkadaşlarıyla eğlenmek için neler yaparsınız?” daha doğru bir yaklaşımdır.

“Drugs” (Madde Kullanımı): Madde kullanım öyküsü alınırken çok dikkatli ve duyarlı olunmalıdır. Çoğunlukla sigara ve alkol ergenler tarafından madde olarak algılanmadığından, ayrıca vurgu yapmak gerekebilir. Ergenden madde kullanım öyküsü alınırken, ergene doğrudan madde kullanıp kullanmadığının sorulmasındansa; okul, yaşanan mahalle, ev içerisinde ve arkadaş çevresinde mad-

de kullanımının sorgulanması daha doğru bir başlangıç olacaktır. Kullanılan maddelerin türleri, ne kadar süredir kullanıldığı ve miktarları da sorgulanmalıdır. Madde kullanımı sonrasında araba kullanma ya da madde etkisi altındakilerin arabasına binme gibi riskli davranışların varlığı atlanmamalıdır. Yine spor ya da vücut geliştirmeyle uğraşan ergenlerde steroid kullanımı da araştırılmalıdır. Ergen madde kullandığı bilgisini ailesi ile paylaşması konusunda desteklenmeli; ancak hayati tehlikenin olmadığı ve ergenin sorunu üzerinde çalışacağına düşünülmediği durumlarda gizlilik ilkesine bağlı kalınmalıdır.

“Sexuality” (Cinsellik): Cinsellik sorgulaması, görüşmenin en dikkatli olunması gereken kısımlarındandır. Madde öyküsü alınırken kullanılan arkadaş çevresinden konuya yaklaşım, burada da uygulanabileceği gibi daha büyük ergenlere doğrudan da sorulabilir. Cinsellik öyküsü alınırken önce romantik birliktelikler, daha sonra bu birlikteliklerde cinselliğin yeri sorulmalıdır. Kişiden kişiye cinsellik tanımı değişebileceğinden; doğru bir öykünün alınabilmesi için ergenin kiminle, hangi koşullar altında ve ne yaşadığını tanımlaması istenmelidir. Ergenin güvenli cinsel ilişki konusundaki bilgisi değerlendirilmeli ve eksikleri tamamlanmalıdır. Cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar açısından risk etkenleri ve şüpheli klinik bulguların varlığı öğrenilmelidir. Cinsel istismar sıklığının ergenler arasında da fazla olduğu düşünüldüğünden, ergene onu rahatsız eden ve isteği dışında gelişen bir cinsel temas yaşayıp yaşamadığı da sorulmalıdır. Hekimin cinsel öyküyü almadan önce, bu öyküyü alma amacını aktarması hem ergeni rahatlatacak hem de ergenle hekim arasındaki sınırın korunmasına yardımcı olacaktır.

“Suicidality” (İntihar ve Depresyon): Ergenler arasında depresyon sıklığı yüksektir, çoğu ergenin hayatının bir döneminde intiharı düşünebileceği bilinmektedir. Sürekli sıkıldığını ifade eden, uykusu ve iştahı bozulmuş, ağlama sıklığı artmış, mutsuz, umutsuz, huzursuz, kaygılı ve içine kapanık ergenlerde depresyondan şüphelenmeli ve bu gibi durumlarda kendine zarar verme düşünceleri doğrudan sorulmalıdır. İntihar düşüncesinin sorgulanması, intihar girişimini tetiklemeyeceği gibi ergenin içinde bulunduğu riskli durumun da aydınlatılmasını sağlayacaktır.

Ailede depresyon ya da intihar öyküsü, ergenin daha önce intihar girişiminde bulunmuş ya da depresyon nedeniyle tedavi görmüş olması mutlaka aydınlatılması gereken sorulardır. Bu aşamaya gelinceye kadar diğer basamaklardan elde edilen bilgiler ergenin depresyon riskini ve altta yatan olası nedenini ortaya çıkarmada yol gösterici olacaktır.

“Safety” (Güvenlik): Ergenlerin ölüm ve hastalık nedenlerinin başında şiddet gelmektedir. Motorlu taşıt kazaları en önemli ölüm nedenlerinden biridir. Bu nedenle ergene kendisini böyle kazalardan korumak için nelere dikkat ettiği sorulmalı ve özellikle madde etkisi altında taşıt kullanımına dikkat çekilmelidir. Aile içi, arkadaşlar arası, yaşanan bölgede ya da okulda şiddet ve cinsel istismar konusunda öykü derinleştirilmelidir.

Görüşme sonunda ergenin hayatıyla ilgili endişe yaratan durumlar kadar, güçlü olan yönleri de açıkça belirtilmelidir. Görüşme sırasında konuşulamayan; ancak ergenin anlatmak istediği başka konular varsa zaman ayrılmalı ve ileri bir tarihte ergen tekrar çağrılmalıdır. Görüşmenin ergen açısından nasıl geçtiğiyle ilgili geri bildirim almaktan korkulmamalıdır. Unutulmamalıdır ki, ergenlere yeterli zaman ayırlamaz ve ayrıntılı bir psikososyal gözden geçirme yapılamazsa, hayati problemlerin tespit edilmesi ve ileriye yönelik önlemlerin alınması mümkün olmayacaktır.

IV. 4. ERGENİN AİLESİ İLE GÖRÜŞME

Uzm. Dr. B. Nurdan Tekgül

Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Ergen Sağlığı Merkezi

Ergenlerdeki değişimleri tam olarak anlayabilmek ve gence kapsamlı bir hizmet verebilmek için aileyle birlikte çalışmak gerekmektedir. Aile dinamikleri; aile içi ilişkiler (eşler, çocuk-ebeveyn, kardeşler ve aile büyükleri) hakkında bilgi sahibi olmak gerekmektedir.

Ebeveynlere iyi bir iletişim sağlamak için verilecek öneriler

- Ergenleri sakince dinlemeleri
- Onların yorumlarını ciddiye almaları
- Güç mücadelesine girmekten kaçınmaları
- Esnek olmaları
- Ergenin aktivitelerine ve hobilerine ilgi göstererek desteklemeleri
- Beraber kaliteli zaman geçirmeleri
- Ergene güvendiklerini hissettirmeleri ve ne olursa olsun ergenin de kendilerine güvenmesinin sağlanmasının önemi
- Eğitimiyle ilgili kaynakların sunulması
- Aile içinde bazı şeylerin beraber yapılması için çaba harcamalarının paylaşımı arttıracacağı (beraber çalışmak, oynamak ve eğlenmek iyi bir iletişim kurmanın önemli kısmıdır. Örneğin, birlikte büyük bir yap-bozu tamamlamak, monopoli, kelime oyunu ve birlikte spor yapmak gibi).

Aileye, ergenle arasındaki ilişkisinde oluşan değişimin, gelişimsel dönemle uyumlu olduğunu; uzaklaşma şeklinde gerçekleşen bu değişimin akran ilişkileriyle yer değiştirebileceği anlatılmalıdır.

Aileden, suçluluk duymadan ve belli sınırlar dahilinde bağımsızlaşan ergenin hayatında akranların çok önemli etkiye sahip olmaya başladığı, bunun da normal gelişimsel sürecin bir parçası olduğu bilgisi aktarılmalıdır.

Ergenler; cinsellik, alkol ve madde kullanımı ile ilgili deneyimler yaşamak isteyebilirler. Konuyla ilgili yapılan bir çalışmada ergenlerin %75'inin ailenin disiplin anlayışını ve yaklaşımlarını kabul ettikleri ve hatta benimsediklerini göstermiştir. Ergenlerin çeşitli deneyimler yaşamak istemeleri, ailenin değer yargılarını kabul etmedikle-

ri anlamına gelmediği, ancak gençlerin (riski de göze alarak) her şeyi deneme isteklerine sınır koymalarının gerekliliği de ailelere hatırlatılmalıdır.

Bir dönem için, anne veya babanın ya da her ikisinin de ergen tarafından reddedilmesine fazla tepki vermemeleri gerektiği aileye anlatılmalıdır. Ebeveynlerin tutarlı davranışlarının sürdürülmesinin ergeni sakinleştireceği ve ailesi ile doyumlu paylaşımlara daha fazla izin vereceği de anlatılmalıdır.

Aileler, çocukları zamanlarını boşa harcıyor veya hayallere dalarak geçiriyor diye endişeye kapılabilirler. 'Hayal kurmanın' ergenin gelişiminin bir parçası olduğu ailelere verilmesi gereken bilgilerdendir.

Aile içi iletişim nasıl olmalıdır?

Ebeveynlere iletişime engel olabilecek davranışlara girmemeleri gerektiği anlatılmalıdır. Bunlar:

- Diğer ergenler (okul arkadaşları, kardeşleri ve kuzenleri vb) ile kıyaslama yapma,
- Nutuk ve nasihat çekme,
- Ergenin problemlerini minimize etme ve küçümseme,
- Çok fazla konuşma ve ergeni DİNLEMEME,
- Ergenin problemlerini kendi problemleri gibi üstlenme ve onun yerine çözme,
- Ergenle ilgili her şeyi çok ciddiye alma,
- Ergenlerin özellikle görünümleri, kıyafetleri, konuşma biçimleri hakkında aşırı tepki verme,
- Şu tip cümleleri sarf etme:
 - *Senin derdin...*
 - *Bunu bana nasıl yapabildin?*
 - *Hepsi bu mu? Ben de önemli bir şey var sandım.*
 - *Benim zamanımda...*
 - *Hatalısın!*
 - *Nasıl böyle hissedebilirsin?*
 - *Bu söylediğin çok aptalca.*
 - *Beni şimdi rahatsız etme.*
 - *Sen aptalsın/delisin/beceriksizsin.*
 - *Senden adam olmaz!*

- Meli, malı cümleler kurma: “Benim çocuğum, ben ne istiyorsam öyle olmalı”, “Benim isteklerimi karşılamalı”

Danışmanlık sürecinde ailenin ergenin olumlu yönlerini dile getirme konusunda teşvik edilmesi için bilgilendirme yapılmalıdır. Ailelere;

- Ergenle empati kurmaları,
- Olumlu davranışları övmeleri ve bu davranışları sık sık dile getirmeleri,
- Zaten herkesten gereğinden fazla negatif geri bildirim aldıkları için pozitif geri bildirim almalarının gençlerin daha iyi davranmalarına, görevlerini yerine getirmelerine, sorumluluk almalarına ve olumlu iletişim sürdürmelerine yardımcı olacağı ifade edilmelidir.
- Net mesajlar verilmeli, aynı anda bir sürü ve üstü kapalı imalarda bulunulmamalı,
- Aralarındaki mahremiyete özen gösterilmeli,
- Biraz suyuna gidilip, kapris yapmalarına izin verilmeli,
- Mizah duygusu korunmalı,
- Problemler beraber çözülmeli ve evde kararlar alınırken gençlerin de fikri mutlaka alınmalı,
- İstenirse bunu haftalık aile toplantısı şeklinde düzenleyebilirler ve bu toplantılarda;
 - Tüm aile fertleri bu toplantıya dahil edilmeli,
 - Problemler karşısında en az beş olası çözüm bulunmalı,
 - Saçma görünse bile ergenin tüm olası önerileri bir kağıda yazılmalı,
 - Eleştiriden kaçınılmalı,
 - Mümkün olduğunda araya biraz mizah katılmalı, ancak alaycı olmaktan kaçınılmalı,
 - Toplantının çok tartışmalı geçmesi halinde biraz ara verilmeli,
 - Tüm olasılıkların artı ve eksileri birlikte tartışılmalı,
 - Bir çözüm üzerinde anlaşmaya çalışılmalı veya iki düşünceyi de kapsayan bir çözüm üzerinde anlaşılmalı,
 - Diğer ailelerle sorunları nasıl çözümledikleri hakkında konuşabilecekleri anlatılmalıdır.

- Ergenlerin konuşmaktan hoşlandıkları konular hakkında konuşmanın iletişimi arttıracak bilgisi verilebilir. Yüzlerce ergene aileleriyle konuşmaktan hoşlandıkları konular sorulduğunda aşağıdaki konuları belirtmişlerdir:
 - Aile meseleleri; kendilerini ilgilendiren veya tüm aileyi ilgilendiren konuları birlikte kararlaştırma (örneğin aile sorunları, izinler, kurallar ve sokağa çıkma saatleri),
 - Duygusal konular,
 - Hayatla ilgili “neden ve nasıl” tipi sorular,
 - Gelecek,
 - Güncel haberler ve olaylar,
 - Ergenin kendi ilgi alanları (hobileri ve zevkleri...),
 - Aile geçmişi

Ergen çocuğu olan ebeveynler için eğitimler

1. **Tutarlılık:** Her yaştaki ergene tutarlı yaklaşmanın birincil kural olduğu anlatılmalıdır. Ergenler nereye kadar gitmelerine izin verildiğini bilmelidir. Başka insanların yanında ya da anne babanın olmadığı ortamlarda kural koymak zor olsa da, ergenlerin kuralları çiğnemelerine izin verilmemesi ve yaptıkları yanlış davranışları başbaşa olunan bir ortamda iyi bir dille kendilerine anlatılmasının önemi ve başkalarının yanında (özellikle arkadaşlarının yanında) azarlamaktan KESİNLİKLE kaçınılması gerekliliği anlatılmalıdır.

Ergenler kurallara karşı gelebilir veya uymamak için direnç gösterebilir. Yine de bu kuralların onların kendilerini güvende hissetmelerini sağlayacağı belirtilmelidir. Kuralların değişebileceği ya da esneyebileceği ama tutarlılığının hep kalıcı olması gerektiği vurgulanmalıdır.

Ergenlerin olgunlaşma süreci tamamlanana kadar ebeveynlerinin kontrolü ellerinden bırakmamaları gerektiği belirtilmelidir. Şüphesiz karşı gelmeler, sınırları zorlamalar, surat asmalar ve huysuzluk nöbetleriyle baş etmek zorunda kalacakları da belirtilmelidir. Ancak, zaman içinde gencin konulan kurallara uyan, düşünen ve tepki veren bir birey olarak yetiştiğini göceklerinin vurgulanması önemlidir.

Ergenlik döneminde yeni deneyimler yaşarken itiraf etmekten

kaçınsalar da, anne babalarının yanlarında olduğundan emin olmak istedikleri aileye söylenmelidir. Ergenler yetişkin gibi davranabilir ancak çocuk gibi de olabilirler. Bu nedenle anne babanın, ergenin bu geçişi (mantıksız davranışlarını kınama-
dan) atlatılması için zaman tanınmasının gerekli olduğu mesajı verilmelidir.

2. *Ailenin bir parçası olduğunu hissettirmek:* Ergenlerin, yetişkinliğe doğru adım attıkça, kendilerini ailelerinin bir parçası olarak hissetmeleri önemlidir. Aileden soyutlandıklarını düşündükleri anda ya yatak odalarında ya da arkadaşlarıyla daha fazla zaman geçirmeye başlarlar. Ergenlerin ne tür filmlerden, kitaplardan ve sporlardan zevk aldığını; nelere güldüğünü ve hayran olduğunu, hangi derslerden nefret ettiğini, nelerden ve KİMLERDEN korktuğunu; cesareti olsa neler yapmak isteyeceğini ailelerinin bilip bilmedikleri sorgulanabilir. Gençlerin beğendikleri kişiler, konuların ya da hobileri aileleri tarafından onaylanmayabilir; ancak ailelerin, gençlerin bunları neden seçtiklerini keşfetmeye çalışmalarının gerektiği anlatılmalıdır. Ancak o zaman istenilen yardımın yapılabileceği açıklanmalıdır. Günde en az bir kere birlikte yemek yemenin ailece paylaşılacak bir mutluluk olduğu hatırlatılmalıdır. Burada iyi haberlerin konuşulması ve varsa sorunlara çözüm aranması önemlidir.
3. *Kıyaslama:* Kıyaslamanın kötü niyetli olunmasa bile çok fazla zarar verebileceği anlatılmalıdır. Kıyaslamanın nadiren yararı da olabilir, ama insanda çoğunlukla yetersizlik ve başarısızlık duyguları yaratır. Mevcut başarıyı dahi tersine çevirebilir.
4. *Öfke:* Öfke; güçlü, kolaylıkla zarar verici hale dönüşebilen ve mantıklı iletişim kurmamızı engelleyen bir duygudur. Açıklayabileceği tek şey, bir konuda çok üzülmüş olmamızdır. Ergenlerin sık yaşadığı bir sorundur, çünkü öfkelerini kontrol etmeyi henüz öğrenememişlerdir. Çabuk parlayıp sönerler. Altında yatan kırgınlık, kızgınlık ve üzüntü gibi duyguları çözümlenemezse de en ufak bir şeyde öfke nöbetleri tekrarlar ve bilinçli olmadan öfkelerini onları en kolay affedeceğine inandıkları insana yansıtırlar (en sık anneye).

5. *Depresyon ve stres:* Ergenlerin stres ve depresyona girme nedenleri pek çoktur. Medyada başkalarıyla ilgili ölüm, şiddet, tecavüz, felaket, savaş ve diğer olaylarla ilgili haberlerin sürekli gösterilmesi, gençlerin yeni yeni bu tür kavramları düşünmeye başlamasından dolayı, oldukça ağır gelmektedir.

Gittikçe daha fazla aile parçalanıyor ve ergenlik çağındaki çocuklar anne-babalarının yaşadıkları depresyonla, başarısızlık ve hayal kırıklığı duygularıyla baş etmeye çalışıyorlar. Yaşamın kusursuz olması mümkün değildir ama çocuklar böyle olmasını arzu ederler, garantide olmak isterler. O nedenle sürekli kötümser ifadeler kullanmak uygun değildir.

Depresyon nedenlerinden biri de ergenlerin özgüvenlerinin zayıf olmasıdır. Özgüven eksikliğinde, farkında olmadan etraflarına duvarlar örerek, kendilerini korumaya alırlar. Bu dönemde yanlarında olmak, destek vermek, ilgi ve şevkat göstermek çok önemlidir.

6. *Eğitim:* Yapılan araştırmalarda, yetişkinlerin ergenlik çağı ile ilgili en sık pişmanlık duydukları şeyin, ellerine geçen eğitim olanaklarını değerlendirememeleri olduğu görülmüştür. Eğer genç, okulu terk etmeye karar verirse, anne-babaların yapıcı öğütler vermesi, ergenlerinin o andaki ve gelecekle ilgili kaygılarını da dinlemelerinin gerekliliği anlatılmalıdır. Ayrıca bu konuda bir öğretmen ya da aile dışından bir yetişkin de etkili olabilir. Başkasıyla konuşması anne babayı reddettiği anlamına gelmez.

7. *Sorunlar:* Ergenler çeşitli sorunlarla baş etmek zorunda olduklarından, evde huzurlu ve barışçı bir atmosferin hakim olması onları cesaretlendirecektir. Baskı uygulanması gerektiğinde yıkıcı değil yapıcı olunmaya özen gösterilmelidir. Çünkü ergenler bağımsız bir birey gibi algılanmak isterler. Başkalarının onayını almanın benliklerini değerli kılacağını zamanla keşfedeceklerdir.

Gençlere kucak açılması, (ONLARIN HER HALLERİ İLE KABUL EDİLDİKLERİNİ HİSSETMELERİ), kelimelerin ifade edemeyeceği anlam ve değer taşır.

8. *Örnek olma:* Anne babaya yaptıklarıyla çocuklarına ROL MO-

DEL olacakları hatırlatılmalıdır. Müzikle, sporla, bahçeyle ve teknikle ilgili şeyleri görüp öğrenmek çocuklara iyi mesajlar iletir. Kitap okunması çocuklara da örnek olur.

9. *Sınırlar ve kurallar:* Ne zaman “hayır” denmesi gerekiyor? Asilik büyümenin bir parçasıdır. Evet, ergenler oldukça bencil davranırlar; ama aslında evden ayrılıp kendi hayatlarını kurmak onlar için de oldukça zordur. Ergenin zincirlerini kırma çabasının altında benmerkezci olması yatar.

Çeşitli yaşlardaki ergenlerin kuralları ve kısıtlamaları (SINIRLARI) zorlamaları normaldir. Başka türlü bu dünyayı kişisel bir bakış açısıyla nasıl deneyimleyip, keşfedecekler? Ama bu her şeye izin verilmesi gerektiği anlamına da gelmez. Anne ve babalar çocuklarını sevdiğlerine, kendilerini onlara karşı sorumlu hissettiklerine göre, kurallar koymalı ve bazı davranışları kısıtlamalıdır.

Aileler öncelikle, gençlere geleceklerini nasıl garanti altına alabilecekleri ve kendilerinin olduğu kadar başkalarının mallarına da saygılı davranmaları gerektiğini öğretmeleri, konusunda bilgilendirilmelidir.

Yetişkinler olarak onlara örnek olmalı ve değerlerimizi miras bırakmalıyız.

10. *Ceza mı, ayrıcalıkların geri çekilmesi mi?* Gençler suçlanmadan önce gerçeklerin öğrenilmesi, YARGILARDA hatalı olabileceği akılda tutulmalıdır. Ceza, ancak nadir olursa mesaj iletmekte etkilidir. Ergenlik çağında ise inatçı olmalarından dolayı, ceza etkinliğini iyice kaybeder, ayrıcalıkların (örneğin internet izni ve dışarı çıkma izni gibi) geri çekilmesi daha etkin olur.

Kurallar hep birlikte (ergen de dahil) kararlaştırılmalı ve her iki ebeveyn tarafından desteklenmelidir. Yoksa ergen o kuralın önemli olmadığı mesajını alır.

11. *Cinsellik ve ilişkiler:* Arkadaşlık gibi kişilerarası ilişkilerde ihtiyaçlarını tatmin etme sürecine, bir müddet sonra cinsellik de girer. Bu doğaldır ve yadsınamaz. Genç ihtiyaçlarını karşılamak için karşı cinsiyetten birini bulma arayışına girer. Uzun süre kendisi de bunun farkında olmayabilir ve o kişinin sadece

arkadaşı olduğuna anne babayı ikna etmeye çalışabilir.

Ergene daha hiç ilişkiye girmeden önce iyi bir iletişim ile erken yaşta ulaşmak, onu kötü deneyimlerden korumanın en iyi yoludur.

11-12 yaşlarından sonra bütün ergenlere, seks ve cinsellik yaşamaya başladıklarında alacakları riskler konusunda yaşlarına uygun danışmanlık verilmelidir. Vücutlarında değişiklikler görülmeden önce farkındalık kazanmaları gerekmektedir. Anne baba bu konuda kendi çocuğuyla konuşamayacağıni düşünüyorsa, okumaları için iyi bir kitap önerilebilir ve daha sonra birlikte bu kitabı tartışabilirler. Bu sırada, anne babaya, utanma duygusundan arınmaya çalışmaları gerektiği anlatılmalıdır. Ya da bu konuda eğitim almış bir sağlık personelinin danışmanlık almaları önerilebilir.

Ergenle cinsellikten konuşurken sevginin ve ilginin öneminin vurgulanması gerekir. Kızlara bedenlerine değer vermelerini öğretmek, kendileri için doğru ve iyi seçimler yapmalarına yardımcı olacaktır. Bu insanı hayal kırıklığı veya kullanıma duygularından da koruyacaktır.

Ergenler çekici olduklarına pek inanmazlar. Cinselliği yaşama-ya çalışmalarının nedeni, itici olmadıklarını ve beğenildiklerini ispat etme çabası da olabilir.

Ebeveynlere, yaşamlarına huzurlu devam edebilmeleri için ve- rilebilecek bazı ipuçları:

- Asililik büyümenin bir parçasıdır ve çok ciddi sorunlar yaratmadığı sürece normaldir.
- Ebeveynler ortak bir güç oluşturmalıdır.
- Tutarlı olunmalıdır.
- Gencin manipülasyon yapmaya çalıştığı anlaşıldığında, güçlü davranılmalıdır.
- Hatalarıyla yüzleştiklerinde, durup kendi niyetlerini tekrar sorgulamaları gerektiği anlatılmalıdır.
- Kabul edilemez davranışlar konusunda anne babaya ısrarcı olmaları gerektiği anlatılmalıdır. Ergenler kendi iyilikleri için toplum tarafından oluşturulan kalıplara uygun yaşamayı öğrenmek zorundadırlar.

- Ailelerde sorun yaşanması normaldir. Sakin olunmalı ve ertesi gün her şeyin unutulabileceği hatırlatılmalıdır.
- Panik olunmamalıdır. Akranların etkisi, anne babanın verdiği değerden bazen ağır basabilir.
- Gencin hayatına ve gelecekle ilgili planlarına saygı gösterilmelidir. Ergenin anne babasının fikirlerinin hepsini kabul etmesi beklenmemelidir.
- Ruh halinin değişiklik göstermesi normaldir. Uzatmadıkları sürece görmezden gelinebilir
- Anne babalar kendi olumsuz beklentilerinden haberdar olmalıdır. Ergenin hatalı olduğu ortaya çıkmadıkça gence güvenmeyi öğrenmelidirler.
- Başarı; sadece elde ettikleri ile değil, aynı zamanda ne istediklerini bilmeleri, kim olduklarını keşfedebilmeleri ve mutluluk dereceleri ile ölçülür.
- Anne babalar dışardan yardım istemekten çekinmemelidir.
- Her çocuğa ayrı bir birey olarak davranılmalıdır. İhtiyaçları ve davranışları diğerlerinden farklılıklar gösterebilir.
- İlk çocuklara karşı acımasız olunmamalı, onunla ebeveynliğin ilk defa öğrenildiği akılda tutulmalıdır.
- Fırsat yakaladıkça gençler onaylanmalı ve övülmelidir. Bu eleştiriden çok daha yapıcıdır.
- Gençlere kibarlık ve saygıyla yaklaşılmalıdır. Unutulmamalıdır ki gençler en çok örneklerle öğrenilebilirler.
- Başlarını beladan kurtarmak için fazla acele edilmemeli, yaptıklarının sorumluluğunu almalarına izin verilmelidir.
- Karşılanabileceğın üstünde eşya, giysi, para, izin ve benzeri şeylerin sözü verilmemelidir.
- Kendi ilgi alanları olması sağlanmalıdır (hobiler, spor...).
- Ergenlik çağındaki çocukların "KİM" olduklarını keşfetmek ve kendi geleceklerini kurmak için harcadıkları çabayı gözlemenin tadına varılmalı, bu anın kaçırılmayacak bir keyif olduğu anne babalara anlatılmalıdır.

V. KORUYUCU SAĞLIK HİZMETLERİ

V. 1. ERGENLİK DÖNEMİNDE TARAMALAR

Prof. Dr. Orhan Derman

Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi

Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Ergen Sağlığı Bilim Dalı

Ergenlik döneminde fiziksel ve psikolojik yönden sağlığı değerlendirmek için tarama testleri uygulanmalıdır. Tarama yöntemlerinin seçiminde cinsiyet ve pubertal evre önemli rol oynamaktadır. Ergenlik döneminde fiziksel, cinsel ve psikososyal farklılaşma, normal fizyolojik değişim ile patolojik değişim arasındaki farklılıkların ortaya konulması açısından önem taşımaktadır. Ergenlerde fiziksel değişimler sonucu beden imgesinin farklılaşması, yine bu dönemdeki duygusal süreçlerin yol açtığı değişimler ve olgunlaşmalar bazı taramaları zorunlu hale getirmektedir.

Fizik muayene ile vücut ağırlığı, boy uzunluğu, oturma yüksekliği, kulaç mesafesi, mikrosefali olanlarda baş çevresi, göğüs çevresi, omuz genişliği ve iliak mesafe ölçülmelidir. Kilolu ve şişman olan ergenlerde özellikle triceps olmak üzere deri kıvrım kalınlığı ölçülmelidir. Ergenlerde benlik saygısının oluşması (self esteem) ve kimlik (identity) gelişimi büyük önem taşımaktadır. Onun için vücut görüntüsü ayrı bir önem kazanmaktadır.

Büyüme ve cinsel gelişme her ergende değerlendirilmelidir. Antropometrik ölçümlerin sonuçları, bu yaş grubuna saptanmış ölçüm değerleri ile karşılaştırılmalı ve kemik yaşı dikkate alınarak yorumlanmalıdır. Özellikle boy kısalığı olan ergenlerde büyüme geriliğinin ortaya konulması için büyüme hızı önemli olduğundan değerlendirmeler 6-12 aylık aralıklarla tekrarlanmalıdır. Cinsel gelişme Tanner Evrelerine göre değerlendirilmelidir.

Ekzojen obezite tanısında ve izleminde Beden Kitle İndeksi (BKİ= Vücut ağırlığı (kg)/Boy uzunluğu² (metre)) ve skin fold caliper ile ölçülen deri kıvrım kalınlığının kullanımı önemlidir.

Ergenlik döneminde gençler çok hızlı boy uzaması ve vücut ağırlığında artış gösterdikleri için BKİ yanında ideal vücut ağırlık oranını da değerlendirmek gerekmektedir. İdeal vücut ağırlığı, boy uzunluğunun %50 persentiline karşılık gelen vücut ağırlığıdır. Ger-

çek ağırlık/İdeal ağırlık ise ideal ağırlık oranını vermektedir.

BKİ hesap edilmesinde yaştan yararlanırken, ideal vücut ağırlık oranı boya bağlı olarak tespit edilir. İdeal vücut ağırlık oranı %90-110 ise normal, %80'nin altında malnutrisyon, %80-90 zayıf, %110-120 kilolu, %120-140 obez, %140'dan fazla ise morbid obez olarak değerlendirilir.

Ergenlik döneminde idiyopatik hipertansiyonun sık olması, kan basıncı ölçümünü zorunlu kılmaktadır. Kan basıncını ölçme tekniği önemli olup ergen oturtularak ölçülmeli, iki veya üç kez tekrarlanmalıdır. Hipertansiyonun tanı kriterleri, yaşa ve özel normlara bağlı olup pubertal maturasyonla birlikte değişmektedir. Ergenin kan basıncı yaşlarına göre iki standart sapma artarsa, hipertansiyondan şüphelenilmelidir. Birçok ergende labil hipertansiyon vardır. Hipertansif vakaların yarısında yetişkin döneminde devamlı hipertansiyon geliştiği için yakın izlem gerektirmektedir. Bu dönemde saptanan hipertansiyonda antihipertansif genellikle gerekli değildir. Tuz alımının günlük 6 gr'dan az olmasının ileri yaşlarda hipertansiyon oluşması üzerindeki etkisi ise tam olarak bilinmemektedir. Ergenin kan basıncı yaşa göre iki standart sapmanın altında ise Anoreksiya Nervoza ve Addison Hastalığı mutlaka ekarte edilmelidir.

Bazen birkaç ergenlik sivilcesi (akne vulgaris) veya saçlarda kepeklenme, ergeni beklenmeyecek derece huzursuz edebilmektedir.

Ergenlerde kılınmanın değerlendirilmesi gerekmektedir. Kılınma fazlalığı için Ferriman Gallway skorlaması kullanılmalıdır.

- Androjen fazlalığına bağlı olmayan yaygın veya lokalize bir kılınma artışında Hipertrikosiz düşünülmelidir. Bu durumda genetik, ilaçlara bağlı, açlık, anoreksiya nervoza, hipotiroidi, dermatomyozit, akromegali, porfiri ve lipodistrofi gibi hastalıklar açısından değerlendirme yapılarak tanı konulması gerekmektedir.
- Lokalize hipertrikosiz ise derinin mekanik veya kimyasal iritasyonuna maruz kalan yerlerinde görülmektedir.
- Hirsutizm, androjen artışına bağlı kılınma fazlalığıdır. İdiyopatik (ailevi), iyatrojenik (ilaçlar) ve fizyolojik (puberte ve gebelik gibi) olarak ortaya çıkabilir.
- Virilizasyon ise hirsutizme ilaveten aşırı akne oluşumu, cildin

ileri derece yağlı olması, temporal bölgede erişkin tipinde saç dökülmesi, klitorisin büyümesi ve uzunluğunun 1 cm daha fazla olması, ses kalınlaşması, adalelerin özellikle omuzların genişlemesi ve göğüslerin ufalıp atrofiye uğraması gibi bulgular ile ortaya çıkmaktadır. Bu yakınmalarla başvuranlarda polikistik over sendromu, adrenal ve over tümörleri de araştırılmalıdır.

Ergenlik döneminde taraması yapılması gereken uygulamalardan biri de meme muayenesidir. Kızlara memede kitle aranması ve cinsel gelişimindeki değişimin değerlendirilmesi için meme muayenesi öğretilmelidir. Kızlarda meme muayenesi inspeksiyon, palpasyon, yüzeysel meme ultrasonografi ve ince iğne veya çekirdek biyopsi ile değerlendirilirken, mamografinin muayene sırasında uygulanacak yöntemler arasında yeri bulunmamaktadır.

Erkek ergenlerde memenin glandüler büyümesine jinekomasti denmektedir. Hastalık sonrası gelişmeyen ve ilaç kullanma öyküsü olmayan pubertal dönemle başlayan meme büyümesi durumunda meme dokusundaki areola altında mobil disk palpasyonla aranarak muayene yapılmalıdır.

Ergen erkeklerde önemli muayenelerden biri de mikropenis ve skrotumun değerlendirmesidir. Penis uzunluğu, penis başından tutarak, çekerek germe yöntemiyle (strech yöntemi) ölçülmelidir, şeffaf bir cetvel ile penis gevşek iken glansdan tutup çekilerek penis kaidesi ile glans ucu arasındaki mesafe penis boyutu vermektedir. Çevresi ise penis serbest bırakılarak glans penis ardından bir mezur ile ölçülmelidir. Penis ölçüm hataları mikropenis tanısının yanlış konulmasına neden olmaktadır. Yaşa göre değişen penis boyutu için persentil çizelgeleri kullanılmalıdır. Testis volümü, Prader orşidometresi ile ölçülmektedir.

Erkek ergenlerin cinsel gelişmelerini değerlendirirken; inmemiş testis, varikosel, çıkan testis, hidrosel, epididimitis, spermatosel ve testis torsiyonu skrotum muayeneleri sırasında karşımıza çıkabilecek önemli problemlerdir.

Ergenlik döneminde pubertal büyüme atağında optik disk etkilenir ve sonuçta kıvrılma şeklinde değişiklikler ve genetik olarak miyopiye yatkınlık gibi durumlar ortaya çıkar. Okul performansındaki düşme ve baş ağrısı yakınması olan ergenlerde mutlaka görme testi yapılmalıdır.

Ergenlik döneminde, yüksek sesli müzik dinleyen gençlerde, od-yometrik eşik yükselir ve duyma kaybına yol açabilmektedir. Bunun için odyometrik değerlendirme gerekebilir.

Ergenlerdeki ortopedik sorunların başında skolyoz, kifoz ve Osgood-Schlatter hastalığı gelmektedir. Erkek ergenlerin %5'inin, kızların ise %10-14'ünün omurlarında hafif eğilme vardır. Bu sorun, çocuklara göre 2 ile 4 kez daha fazla görülür.

- *Skolyoz* boyca büyümenin zirveye ulaştığı dönemde kızlarda yaklaşık 12 yaşında, erkeklerde 14 yaşında ortaya çıkar. Eğer eğilme 10 dereceden fazla ise ortopedist tarafından büyüme tamamlanana kadar izlenmelidir. Skolyoz muayenesinde sırtın yukarıdan aşağıya inspeksiyonu ve Adams Forward-Bending testi ile skolyoz tanısı konulmaktadır. Görsel inspeksiyon testiyle omurganın konveksitesinin yönü skolyozun yönü değerlendirilmelidir. Adams Forward Bending testinde hastadan kollarını serbestçe aşağıya sarkıtarak öne eğilmesi ve gövdesini yere paralel duruma getirmesi istenmelidir. Normalde omurganın iki tarafının simetrik olması beklenirken rotasyon gözlenirse ya da omurganın bir tarafında kabarıklık dik-kati çekerse bu bulgu bizi fonksiyone (sekonder) skolyozdan uzaklaştırarak idiyopatik skolyozu düşündürmelidir. Rotasyon konveksite tarafındaki skapulanın dışa ve öne itilmesine ve omurgadan uzaklaşmasına neden olmaktadır.
- *Kifoz*, vertebra'nın normal konveksitesinin artmasıdır. En çok torakal vertebra bölümünde olur ve devamlı ağrı yakınması bulunmaktadır. Muayenesi, hasta ayakta ve öne doğru eğilmiş durumda yandan bakılarak yapılmalıdır. Boyundan kuyruk sokumuna doğru giden eğrinin bozulması ve açılanmanın varlığında kifoz tanısı için önemlidir. Şüpheli vakalarda ayakta yan torako-lomber grafi çekilmesi önerilmelidir.
- *Osgood-Schlatter hastalığı*, diz ağrısı ile başvuranlarda düşünülmelidir. Ergenlerde hızlı bacak uzaması diz bölgesindeki iki epifiz plağı tarafından gerçekleştirilir. Kuadricaps kası bu hızlı büyümeye ayak uyduramayınca tibia trabekülüne yapışan tendon gerilmeye ve burada tendinit niteliğinde enflamatuvar bir olay gelişmeye başlamaktadır. Fizik muayenede tibia trabekülünde kabarıklık, sıcaklık ve hassasiyet gibi enflamas-

yon düşündüren bulgular tespit edilir, tanı yan grafi ile kesinleştirilmelidir.

- *Diğer olası sorunlar:* Ergenlerin ortopedik değerlendirilmesinde, intervertebral disk hernisini düşündüren yakınmaları olan ergenlerde spondilolistezis, başlangıçta medial diz ağrısı olan daha sonra kalça ağrılarında yakın hastalarda femur başı epifiz kayması, uyluk ve kalçada yayılım gösteren alt sırt ağrısı nedeni ile başvuran ve lomber grafilerde bambu kamışı görüntüsü veren gençlerde ankilozan spondilit düşünülmalıdır.

Kemik yaşının belirlenmesinde sol el bilek grafisinin çekilerek değerlendirilmesi, ergenlerin takvim ve boy yaşının yanında kemik yaşının belirlenmesi ile büyüme ve gelişiminin izlenimi mümkün kılmaktadır.

Ergenlik döneminde hipertiroidi ve Hashimoto tiroiditinin fazla görülmesi özellikle klinikte bu durumları düşündüren semptomlarla gelen hastalarda tiroid fonksiyon testlerini yapmayı zorunlu kılmaktadır.

Erken ergenlik döneminde, kızlar için tam idrar ve idrar kültüründe polimorfonükleer lökositlerin aranması servisit, uretrit ve üriner yolların asemptomatik enfeksiyonlarının tanıları açısından önem taşımaktadır. Kızlarda vajinal akıntı, amenore, dismenore ve disfonksiyonel kanamalar için gerekli testler ve menarştan sonraki demir eksikliği için hemotokrit (Hct) izlemi yapılmalıdır. Östrojen eritropoetini baskılayıcı etkisine karşılık, androjenler arttırıcı bir etki göstermektedir. Bunun sonucunda erkeklerde erken pubertal dönemde %39 olan Hct değeri Evre 5'te %43'e kadar yükselir.

Spor yapan ergenlerde kemik gelişimi için alkelen fosfat, osteokalsin ve 25 OH Dvit3 önemli iken kas gelişimi için AST, CK ve LDH yol gösterici olmaktadır. Bu değerlerdeki artışların mutlaka yorumlanması gerekmektedir. Özellikle splinter sporcularda depo değeri gösteren ferritin değerlerinin takibi önem taşımaktadır. Elit sporcu düzeyinde spor yapan ergenlerde kemik mineral dansitesinin yıllık ölçümü oluşabilecek osteopeni veya osteoporoz riskini minimuma indirmesi açısından önerilmektedir.

Tüberküloz testinin pozitif sonuç vermesi gençlerde tüberküloz yönünden araştırmayı gerektirir.

Cinsel aktif yaşamı olan gençlerde cinsel ilişki ile bulaşan enfeksiyonların taranması ve HIV testi önem taşımaktadır. Kızlarda

servikal smear yapılması, 21 yaşını geçmemek şartıyla ilk cinsel ilişkiden 3 yıl sonra yapılmalıdır. Kızlarda yapılan servikal smear, yaşa bağlı olmayan erken neoplastik değişiklikleri 5-35/1000 sıklığında ortaya koymaktadır. İkinci kez tekrarlanan başarılı servikal smear ile ise, erken neoplastik değişiklikleri yakalama şansının %26 daha fazla olduğu bildirilmiştir.

Sigara içen ergenlerde solunum fonksiyon testlerinin spirometre ile değerlendirilmesi etkilenme düzeyinin saptanması açısından önemlidir.

Ergenlerin psikososyal değerlendirilmesi için mutlaka risk faktörleri gözden geçirilmelidir. Gençlerin risk altında olduğunu gösteren erken belirtiler şöyle sıralanabilir:

1. Okul başarısında düşme, aşırı okul devamsızlığı veya derslere girmeme
 2. Sık ve sürekli psikosomatik yakınmalar
 3. Uyku veya yemek yeme alışkanlıklarında düzensizlikler
 4. Dikkatini toplama güçlüğü veya sürekli ağlama
 5. Depresyon, aşırı stres veya anksiyete bulgu ya da belirtileri
 6. Arkadaş veya aileden uzaklaşma ya da yeni bir arkadaş grubuna girme
 7. Alışılmamış derecede şiddet veya isyan ifade eden davranışlar ya da temel kişilik değişiklikleri
 8. Aile içindeki ilişkilerde bozukluk (ebeveynler arası çatışma, ebeveyn/ergen çatışması, boşanma/ayrı yaşama ve alkolizm gibi)
 9. Cinsel davranış
 10. Yaşlılara karşı gelme
 11. İntihar düşüncesi veya ölümle ilgili konulara aşırı ilgi
 12. İlaç ve alkol kullanımı
 13. Evden kaçma
 14. Kanuna aykırı madde kullanma
 15. Kendine ve/veya çevreye zarar veren davranışlar içinde olma
- Eğer yukarıda aktarılan sorulara verilen yanıtlarda, klinik gözlemede ek olarak risk unsuru taşıyan etkenler gündeme gelirse, ergenin çocuk ve ergen psikiyatristi ve klinik uzman psikolog tarafından değerlendirilmesi kesinlikle gerekmektedir.

V. 2. ERGENLİK DÖNEMİNDE AŞILAMA

Prof. Dr. Ufuk Beyazova

Koru Hastanesi

Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Bölümü

Ülkemizde halen takip edilen çocukluk çağı aşı takvimine göre, ergenlik yaşlarında uygulanan tek aşı dT aşısıdır. Sekizinci yılda, yani 14 yaşında yapılmakta olan bu aşının daha sonra da 10 yılda bir yapılması önerilse de pratikte bunun çok fazla uygulanmadığı görülmektedir.

Son yıllarda aşıyla korunabilir hastalıkların neredeyse görülmez olduğu ülkelerde, ergen ve genç erişkinlerde aşı ile korunabilir hastalıklara ilişkin bazı salgınlar ortaya çıkmaktadır. Bunun nedenlerinden biri çocukluk yaşında oluşmuş olan bağışıklığın yıllar içinde giderek azalması ve hastalığın artık görülmemesi nedeniyle doğal pekiştirme dozlarının da alınamaması sonucu antikor düzeylerinin koruyucu düzeylerin altına düşmesidir.

Dünyada ergenlik yaşlarında uygulanması önerilen aşılar arasında; difteri, boğmaca ve tetanos aşılarının pekiştirme dozları, influenza virus aşısı, HPV ve son yıllarda eklenen meningokok aşıları sayılabilir. Ergenlik yaşlarında herkese yapılması önerilen aşılardan yanı sıra bazı hastalıklar yönünden risk taşıyan ergenler için gerekli aşılar da vardır. Risk altındaki bu ergenlere, temeldeki riske özel olarak, örneğin dalak yokluğunda pnömokok, Hib ve meningokok gibi kapsüllü bakterilere karşı aşılar yapılmalıdır. İmmün yetmezliklerde canlı olmayan tüm aşılar ve kanser tedavilerinin kesilmesinden sonra remisyon döneminde daha önce yapılmış bile olsalar oluşan bağışıklık azalacağı ya da yok olacağı için çocukluk aşılarının pek çoğu yeniden yapılırlar. Her yaşta olduğu gibi daha önce aşılanmamış ya da eksik aşılanmış duyarlı ergenlerin de aşılarının tamamlanması için programlar yapılmalıdır.

Tetanoz, erişkin tipi difteri ve asellüler boğmaca (Tdap) karma aşısı: Dünyada ve ülkemizde yapılan pek çok çalışma yüksek çocukluk aşılama oranlarına karşın B.pertussis'in ergenler arasında yüksek dolaşıma sahip olduğunu göstermiştir. Her ne kadar boğmaca ergenlerde ağır seyretmese de hastalığı geçiren

ergenlerin henüz bağışıklanması tamamlanmamış olması ve hastalığı komplikasyonlu geçirme riski olan küçük bebeklere bulaştırma tehlikesi nedeniyle aşılınmaları önerilmektedir.

Türkiye’de rutin aşı takvimine göre son boğmaca aşısı, tetanos ve difteri ile birlikte ilkökul birinci sınıfta yapılmaktadır. Aşı oranları ne kadar yüksek olursa ergenlerin hastalanması dolayısıyla hastalığı yayma olasılığı o denli az olacağından zorunlu ilköğretimin son yıllarında ergenleri toplu biçimde okulda aşılama uygun bir strateji olabilir. Son yıllarda ülkemizde de bulunabilen, ergen ve erişkinlere uygulanabilen dozda boğmaca antijeni içeren Tdap karma aşısı, ergenlere, önceki dT dozundan 5 yıl sonra tek doz olarak yapılabilir.

İnfluenza virus aşısı: Kalabalık okul yaşamı içindeki ergenler influenza açısından risk altındadır. Hastalıktan korunmanın en geçerli yolu da aşıdır. Bu nedenle her yıl sonbaharda yeniden aşılama ergen yaş grubu için önerilir. Gebelik influenza, virüs, hastalık ve ölüm hızlarının yüksek olduğu bir yaşam dönemidir. Aynı zamanda influenza aşısı alan gebelerden doğan bebeklerin yaşamın ilk 6 ayında influenza nedeniyle hastaneye yatış oranlarının azaldığı da gösterilmiştir. İnfluenza mevsiminde ergen yaşta olan gebeler de bu nedenle özellikle aşı önerilen grup içindedirler.

Bazı ülkelerde risk grubundaki ergenlere, bazılarında da isteyen ergenlere influenza aşısı yapılması önerilmektedir. Ulusal aşı programına alarak okullarda bunu uygulayan ülke yoktur.

Meningokok aşısı: Ergenlerde olgu sayılarının yüksek olduğu ülkelerde meningokok enfeksiyonlarından korumak amacıyla bu yaşların öncesinde meningokok aşıları önerilmektedir. Ayrıca N.meningitidis’in nazofarengeal taşıyıcılığı ergenlerde küçük çocuklara oranla daha yüksektir. Ergenlerin aşılınması taşıyıcılığı ve dolayısı ile enfeksiyonun küçüklere bulaşmasını da azaltabilir.

Ülkemizde dört bileşenli (grup A, C, W-135 ve Y) konjuge aşılar bulunmaktadır. Ergenlik döneminin hemen başında 11-12 yaşlar arasında bir doz temel aşılama ek olarak 16 yaşta bir pekiştirme dozu yapılırsa koruyucu antikor düzeyinin yeterli olduğu gösterilmiştir. Dozlar arasındaki en kısa süre 8 hafta olmalıdır. İlk aşı 16 yaştan sonra verildiyse pekiştirme dozu gerekmez. Aşılama 11-21

yaş arası herkese, daha büyük yaşlarda riskli bölgelere yolculuk yapanlara ya da risk taşıyan durumu olanlara (özellikle kompleman eksiklikleri ve dalak sorunları) önerilmektedir.

İnsan papillomavirus (HPV) aşısı: HPV'nin yüksek kansorejen tipleri ile serviks kanseri arasında bilimsel olarak kanıtlanmış bir ilişki vardır. Hastalığın başlıca bulaş yolu cinsel ilişki olup, HPV ile enfekte olguların %70'ten fazlasının 15-24 yaş arasındaki genç kız ve kadınlar olduğu saptanmıştır. HPV enfeksiyonu ile kanser arasındaki süre 10-20 yıldır. Aşının ilk cinsel ilişkinin gerçekleşmesinden önce verilmesi durumunda serviks kanseri için koruyucu olduğu belirtilmektedir.

Ülkemizde de bulunan 2 HPV aşısı vardır. Gardasil; HPV'nin 16 ve 18 serotipleri yanısıra genital siğile yol açan 6 ve 11 serotipleri taşımakta, 0-1-6 aylarda olacak şekilde 3 doz olarak yapılmaktadır. Cervarix ise en kanserojen olan tip 16 ve 18'i taşımakta 1-2-6. aylarda olmak üzere yine 3 doz uygulanmaktadır. Ülkemizde henüz aşının gider-yarar incelemeleri yetersizdir ve toplumun aşığı kabulü konusunda veriler yoktur.

Yakalama aşıları: Ulusal aşı takvimine eklendiği sırada o yaş grubunu bitirdiği için aşılanmamış ve hastalığı geçirmemiş olan ergen gruplarına, yakalamaya yönelik olarak Hepatit B, Hepatit A, Kızamık-Kızamıkçık-Kabakulak ve Suçiçeği gibi aşılar uygulanmalıdır. Ayrıca aşı takviminde yapılması gerektiği halde ergenin kaçırmış olduğu aşılar varsa onlar da atlanmamalı, muayeneye geldiğinde bu yönden de sorgulanarak eksik aşılar yapılmalıdır.

Ergenlerde aşılama oranları

Aşı ile korunabilir hastalıkların görülmemesi için ergenlerde aşılama oranları en az %90 olmalıdır. Bazı çalışmalar okul aşılama programlarının aşılama oranlarını arttırdığına işaret etmektedir. Ülkemizde de bu yöntem tercih edilmekte ve zorunlu öğrenim yılları boyunca yapılan aşılarla aşılama oranları yüksek olmaktadır. Ancak okul dışındaki ergenleri de aşılayabilmek ve kaçırılmış aşı uygulamalarını belirleyebilmek için her hekim ziyareti bir fırsat kabul edilmeli, aşı durumu sorgulanmalı ve eksik aşılar tamamlanmalıdır. Erken ergenlik döneminde yapılacak izlemler bu açıdan da önemlidir.

V. 3. ERGENLİK DÖNEMİNDE BİLGİLENDİRME VE DANIŞMANLIK ALANLARI

Prof. Dr. Hilal Özcebe

Hacettepe Üniversitesi Halk Sağlığı Enstitüsü

Sağlık hizmetleri kapsamında ergenin sağlıklı büyüme ve gelişmesinin yanı sıra riskli davranışlar açısından bilgilendirilmesi, sağlıklı ve güvenli yaşam davranışlarına ilişkin danışmanlık hizmeti yer almalıdır. Danışmanlık, herhangi bir konu hakkında bilgili ve deneyimli kişiler tarafından ergenin bilgilendirilmesi, kendi düşünce ve davranışlarını oluşturabilmesi ve yönlendirmeden yardım etme sürecidir. Danışmanlık sırasında olumlu bir ortamda, sözlü ve sözsüz iletişim teknikleri kullanılarak ergenin gereksinimi olan bilginin aktarılması, onun doğru kararı almasına destek olunması gerekmektedir. Ergenin, bu kararı kendi başına alması doğru ve uzun süreli davranış değişikliğini yapmasını sağlayabilir.

Bilgilendirme ve danışmanlık yapan kişinin saygılı, sabırlı, kibar ve güven oluşturacak nitelikte olması danışmanlığın etkinliğini artırır. Danışmanın iletişim kurma becerisine sahip olması ve ergeni anlayabilecek duyarlılığa sahip olması gerekir. Bilgilendirme ve danışmanlık sunumu sırasında kısa cümlelerle, gereksinimi olan ve akılda kalan bilgileri içeren, yalın bir dil ile tekrarlar yapılmalıdır. Danışmanlık verilen ortamın sakin, güven veren, gizlilik ve mahremiyet duygularını pekiştiren özelliklere sahip olması gerekir. Aydınlanma ve ısınma ile ilgili sorun yaşanmamalı, danışman ve ergenin rahat iletişim kurabileceği bir oturma düzeni sağlanmalıdır.

Aşağıda yer alan konu başlıklarında hizmet sunan kişinin bilgi ve bunları aktaracak beceriye sahip olması beklenmektedir.

Fiziksel-cinsel büyüme ve gelişme: Bilgilendirme ve danışmanlık verecek kişinin; erkek ve kızlarda normal büyüme ve gelişmeyi bilmesi, büyüme ve gelişmeyi etkileyen faktörleri bilmesi, menstrüel siklus ile ilgili bilgiye sahip olması gerekmektedir.

Sağlık personelinin normal büyüme ve gelişmeyi değerlendirebilmesi, erkek ve kızlarda gecikmiş puberteyi, boy kısalığı ve erken puberteyi değerlendirebilmesi gerekmektedir. Menstrüel hijyen hakkında da bilgi verebilmelidir.

Ruhsal sağlık: Bilgilendirme ve danışmanlık verecek kişinin; ergenlerde ruhsal sağlık sorunları epidemiyolojisini, beyin gelişimi ve ruhsal ve duygusal iyilik haliyle ilişkisini, ruhsal travmaların erken dönemde olan

etkisini, fiziksel ve cinsel istismarın ruhsal etkilerini, ruhsal sağlık sorunlarına yaklaşımı, toplumun bakış açısı, ergenlerin ruhsal sağlık sorunlarına ilişkin kendilerini tedavi etme yöntemlerini ve dijital teknolojinin uygun-suz kullanımının sağlık üzerine olan etkilerini bilmesi gerekmektedir.

Sağlık personelinin; ergenin ruhsal sağlık durumunu ve semptomlarını değerlendirmesi, kendine zarar verme konusunda risk değerlendirmesi yapabilmesi, strese bağlı ve davranışlarla ilgili sorunları değerlendirebilmesi, beden imajıyla ilgili sorunları değerlendirebilmesi, gelişimsel sorunları tanımlayabilmesi ve sorunları olan gençleri bir üst sağlık kuruluşuna yönlendirebilmesi beklenmektedir.

Üreme ve cinsel sağlık: Bilgilendirme ve danışmanlık verecek olan sağlık personeli; ergenlerin cinsel gelişimlerini, cinsiyet tercihlerini açıklayabilmeli, cinsel yolla bulaşan enfeksiyonların sıklığını bilmeli, güvenli cinsellik ve cinsellik, evlilik ve gebelik yaşını ertelemenin önemini açıklayabilmeli, ergenlikte gebelikten korunma yöntemlerini tanımlayabilmeli, düşük ile ilgili tartışabilmeli, ergen anne ve babaların özel sorunları hakkında bilgi sahibi olmalıdır.

Danışmandan; cinsel sağlık ve üreme sağlığı konusunda hassas olarak öykü alma yöntemleri, menstrüel ağrı ve siklus sorunları yönetimi, cinsel yolla bulaşan hastalıkların tanısı ve korunma yöntemleri, akut skrotal ağrı yönetimi, kontraseptiflerin yan etkileri, gebelik, doğum ve doğum sonrası dönemde bakım bilgisine sahip olması, cinsel sağlık ve üreme sağlığı konularında danışmanlık verebilmesi beklenmektedir.

Fiziksel aktivite: Bilgilendirme ve danışmanlık verecek kişinin; ergenlerin yaş gruplarına göre yapması gereken fiziksel aktivite düzeyi, cinsiyet, fiziksel aktivite için sosyal ve kültürel engeller konusunda bilgi sahibi olması ve fiziksel aktivitenin desteklenmesini tanımlayabilmesi beklenmektedir. Ergenler, aileleri ve yakınlarına fiziksel aktivite konusunda sağlık eğitimi yapabilmelidir.

Sağlıklı beslenme: Bilgilendirme ve danışmanlık verecek kişi; ergenlik döneminde besin gereksinimi, yeterli ve dengeli beslenme konusunda bilgili olmalı, ergenlerin beslenme davranışlarını ve epidemiyolojisini, hafif kiloluluk ve şişmanlıktan korunmayı tartışabilmeli, zayıflık ve beden algısı konusunda bilgi sahibi olmalı, sağlıklı beslenme, yetersiz beslenme ve mikro-besin eksikliklerinden korunma konusunda ergenler ve ailelerine bilgilendirme yapabilmelidir.

Yaşa göre beden kitle indeksi hesaplayabilmeli, zayıflığı ve şişmanlığı değerlendirmeli ve yönetebilmesine ilişkin yönlendirme yapabilmeli,

beslenme ve mikro-besin yetersizliğini yönetebilmeli, özel gereksinimi olan ergenlere beslenme önerisi verebilmedir.

Madde kullanımı (sigara, alkol ve uyuşturucu madde): Bilgilendirme ve danışmanlık verecek kişi; madde kullanımı, bağımlılık ve ergenlerde madde kullanımının dağılımını açıklayabilmeli, madde kullanımından korunma için kanıta dayalı korunma yaklaşımını tanımlayabilmelidir.

Sigara kullanmayı bırakmayı destekleme ve tedavi yaklaşımını, alkol kullanımı, alkol kullanım bozukluğu tanısı ve tedavi yaklaşımı, madde kullanımı ve madde kullanım bozukluğunu tanısı ve tedavi yaklaşımı konusunda bilgi sahibi olmalı ve danışmanlık verebilmelidir.

Şiddet davranışları: Bilgilendirme ve danışmanlık verecek olan kişinin; ergenler arasında olan şiddet türlerini tanımlayabilmesi (aile, arkadaş, sevgili, taciz ve okul şiddeti vb), ergenler arasında zorbalık epidemiyolojisiyle (siber zorbalık da dahil olmak üzere) ilgili bilgi sahibi olması, sosyal ve kültürel olarak ergen erkek ve kızlara karşı uygulanan şiddeti tanımlayabilmeli (cinsiyete özel şiddet, mağduru suçlayan tutum gibi), kişiler arası şiddete uğrayan kişileri destekleyen ağları bilmesi beklenmektedir.

Sağlık çalışanı; zorbalığı fark edebilmeli ve zorbalığa uğrayan mağdurları destekleyebilmeli, aile içi şiddeti tanıyabilmeli ve şiddete uğrayan mağdurları destekleyebilmeli, sevgili şiddeti konusunda korunma ve yönetimi de içerecek şekilde danışmanlık verebilmeli, cinsel tacize ve şiddete uğrayan ergenlerin klinik bakım ve sosyal hizmetlere ulaşmasını, hukuksal olarak işlem yapılmasını sağlayabilmeli, şiddet mağdurlarına saygı gösterebilmeli ve değersizleştirmeyi önlemelidir.

Yaralanma: Bilgilendirme ve danışmanlık verecek kişinin; özellikle trafik kazaları olmak üzere kasıtsız yaralanmaların epidemiyolojisini bilmesi, ergenler arasında kasıtsız yaralanmaların risk faktörlerini ve önleme yöntemlerini açıklamayabilmesi, trafik kazalarını ve trafik kazalarında olan yaralanmaları önleme yöntemlerini (emniyet kemeri, kask, alkol kullanımı ve sürücü belgesi gibi) ve diğer tüm kasıtsız yaralanmalardan (spor yaralanmaları, düşme, yanık ve boğulma vb) korunmaya ilişkin önlemleri bilmesi gerekmektedir.

Sağlık çalışanı; kasıtsız yaralanan ergenlerin tanı ve tedavilerine destek olmalı, yönetimi konusunda danışmanlık verebilmelidir. Ayrıca alkol ve madde kullanımı nedeniyle olan yaralanmalar konusunda destek olmalı ve yönetimi konusunda danışmanlık verebilmelidir.

VI. ERGENLERDE SIK GÖRÜLEN SAĞLIK SORUNLARINA YAKLAŞIM

VI. 1. ERGENLERDE BOY KISALIĞI

Prof. Dr. Zehra Aycan

*Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi
Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı*

Giriş

Ergenlik dönemi, çocuklardaki boy uzamasının hızlı olduğu dönemlerden biridir. Bu dönemde boy uzaması kızlarda yaklaşık 7-8 cm/yıl erkeklerde ise 8-9 cm/yıldır.

Kızlar genellikle ergenliğin erken dönemlerinde, erkekler ise ergenliğin orta-geç evrelerinde boy sıçraması yaşar. Ergenlik dönemi boyunca kızlar yaklaşık 20-25 cm, erkekler ise 25-30 cm boy kazanımı sağlarlar. Kızlarda menarştan sonra büyüme azalır ve bu dönemde final boylarının %95'ini kazanmış olarak kabul edilirler. Büyümenin tamamlanması ise takvim yaşından ziyade kemik yaşına bakılarak değerlendirilmelidir. Kızlarda kemik yaşı 15-16, erkeklerde 17-18 yıl olduğunda, epifizler tamamen kapanmıştır ve final boya ulaşılmıştır.

Ergenliğin başlama yaşının bireysel farklılıklar göstereceği göz önüne alınarak büyüme hızı ve boyun bu dönemde ergenlik bulguları ile birlikte değerlendirilip yorumlanması uygun bir yaklaşım olacaktır. Normal ya da uzun boylu olmak her ergenin isteyeceği bir fiziksel özelliktir. Bununla birlikte boyun asıl olarak genetik potansiyel içinde, uygun çevresel koşullarda gelişeceği ve finale ulaşacağı bir gerçektir. Bu nedenle ergenin kendisini kısa boylu olarak tanımladığı boy normalin içinde ve genetik boy potansiyeline uygun olabilir. Hekimlerin öncelikli olarak normal ve anormal tanımlayabilmeleri, bunun genetik potansiyeline uygunluğunu değerlendirebilmeleri önemlidir.

Ergenin boyu ve vücut ağırlığı doğru bir şekilde ölçüldükten sonra bu büyüme eğrisinde (kız ve erkek cinsiyet için ayrı eğriler mevcuttur) boy ve ağırlığı işaretlenip normal olup olmadığı değerlendirilmelidir. Boyu %3'ün altında olan ergenler kısa boylu olarak değerlendirilmeli ve ileri inceleme yapılması için çocuk endokrinoloji

kliniklerine sevk edilmez.

Boy persentili ile birlikte ağırlıklarının mutlaka irdelenmesi gereklidir. Ülkemizde beslenme yetersizliğine bağlı boy kısalığı önemli bir problem olarak karşımıza çıkmaktadır.

Boy kısalığı yapan birçok neden olabilir, bunların detaylı bir şekilde incelenmesi, doğru tanı konulması ve tedavi yaklaşımının tanıya özgü planlanması gerekmektedir. Bu nedenle aile hekimleri, boyun kısa olup olmadığını değerlendirip, kısa ise ileri merkeze sevk etmelidir.

Aile hekimlerinin değerlendirmesi gereken bir başka durum ergenin boyunun genetik potansiyeline uygun olup olmadığıdır. Ölçülen boy persentili ile hedef boy (HB) persentili aynı büyüme eğrisi üzerinde işaretlenmeli ve hastanın o anki boyu kısa olmasa bile hedef boyu ile arasında iki persentil eğrisinden daha fazla bir aralık varsa ergen genetiğine göre kısa olarak kabul edilmeli ve ileri inceleme için hastaneye sevk edilmelidir.

Hedef boy: anne boyu+baba boyu \pm 13/2 formülü ile (kızlar için -13, erkekler için +13) kolayca hesaplanabilir.

Bu konuyu bir örmekle pekiştirmemiz gerekirse; Ergenin o an ölçülen boyu %10'da, hedef boy %75'de ise ergen ile ailesi arasında üç persentil eğrisi kayıp vardır. Hastanın boyu kısa olmasa bile genetiğinin gerisinde olduğundan araştırılması gerekir.

Boy kısalığı büyüme geriliğini değerlendirirken, diğer bir parametreye ise düzenli takip ediliyorsa büyüme hızıdır. İzlemde boy normalin içerisinde olsa dahi büyüme eğrilerinde izlemde 2 persentil eğrisi düşüren ergende boy duraklamıştır ve mutlaka araştırılması gereken bir durumdur.

Etyoloji

Ergenlik döneminde konstitusyonel boy kısalığı özellikle erkeklerin bir sorunu olarak karşımıza çıkmakta ve sıklıkla ergenliğin geçikmesinden kaynaklanmaktadır. Bunun dışında sistemik hastalıklar (çölyak hastalığı, renal, kardiyak, hepatolojik ve hematolojik hastalıklar), hipotiroidi, cushing hastalığı, büyüme hormonu eksikliği, hipogonadizm gibi endokrinolojik hastalıklar ve sendromlar (özellikle Turner Sendromu ülkemizde geç tanı alan bir hastalıktır) gibi pekçok neden boy kısalığına neden olabilmektedir.

Tanı ve Yaklaşım

Boy kısalığına tanısal yaklaşımda; boy kısalığının derecesi, büyüme hızı, kemik yaşı, vücut ağırlığı ve fizik muayeden elde edilecek ipuçları birlikte değerlendirilerek ön tanılar oluşturup, sistemik hastalıklar, endokrinolojik nedenler ya da familyal, konstitusyonel boy kısalığının ayrıca tanısına gidilmelidir. Etiyolojik araştırmaların tam teşekküllü hastanelerde ve ilgili uzmanların bulunduğu merkezlerde yapılması doğru bir yaklaşım olacaktır.

Sonuç olarak; genellikle fiziksel olarak sağlıklı bir dönem olan ergenlikte boy kısalığı yakınması ile başvuran hastaların boy ve vücut ağırlıklarının değerlendirilerek öncelikle boy kısalığı olup olmadığı, genetik boy potansiyeline ve uzama hızına göre normalin dışında bir durum olup olmadığı yukarıda verilen bilgiler ışığında saptanmalıdır. Başta puberte muayenesi olmak üzere tam sistemik muayenenin yapılması ve elde edilen tüm verilerin birlikte yorumlanması sonucunda boy kısalığı olan, büyüme hızı yetersiz ve genetiğinin gerisinde boya sahip olan ergenlerin ileri inceleme için çocuk endokrinoloji uzmanına sevk edilmesi uygun olacaktır.

VI . 2. ERGENLERDE PUBERTAL SORUNLAR

Prof. Dr. Atilla Büyükgebiz

0-18 Klinik Büyüme-Gelişme ve Endokrin Kliniği

ERGENLERDE JİNEKOMASTİ

Ergenlerde jinekomasti, erkeklerde sıklıkla alta yatan endokrin bir patoloji, hastalık ve ilaç kullanım öyküsü olmaksızın gelişen ağrılı, hassas, tek veya çift taraflı başlangıç gösterebilen memedeki glanduler yapının geçici proliferasyonu ile karakterize klinik bir durumdur. Neonatal dönem, pubertal dönem ve yaşamın geç dönemi olmak üzere yaşamın üç döneminde fizyolojik jinekomasti sık görülmektedir.

Sıklık

Pubertal dönemdeki jinekomasti prevalansının %4-69, erişkin dönemde ise %33-66 arasında değiştiği rapor edilmektedir. Geçici pubertal jinekomasti 10-16 yaş arasındaki erkeklerde daha sık görülmektedir. Geçici jinekomasti 13-14 yaşlarında, Tanner Evre III-IV derecesinde pik yapmaktadır.

Jinekomastinin oluş mekanizmasında, östrojen düzeyinin testosteron düzeyine göre göreceli olarak yüksek olması öne sürülmektedir. Pubertal dönemde görülen jinekomastinin büyük bir kısmı benign olarak seyretmektedir. Olguların çoğunda belirtiler ilk 3 yıl içinde kendiliğinden gerilerken, %10'unda kendiliğinden gerileme olmamaktadır. Pediatrik Endokrin Kliniğine 2002-2005 yılları arasında meme gelişimi yakınması ile başvuran 55 hastanın ortalama başvuru yaşları 3-16 yaş arasındadır. Kliniğe başvuran hastaların %85'i pubertal jinekomasti, %7'si prepubertal jinekomasti, %3'ü hiperprolaktinemi ve %3'ü Klinefelter Sendromu tanısı almıştır. Prepubertal jinekomasti saptanan hastaların yapılan endokrin incelemelerinde herhangi bir endokrin patolojiye rastlanılmamıştır.

Etyoloji

Ergenlik jinekomastisinin oluşumunda pubertenin erken dönemlerinde yüksek östrojen-androjen oranlarının ve düşük seviyelerdeki serbest östrojene karşı artmış meme dokusu duyarlılığının rol oynadığı öne sürülmektedir.

Öne sürülen hipotezlere rağmen jinekomastinin nedeni tam olarak bilinmemektedir. Hastalarda alta yatan kronik bir hastalık, endokrinopati ve ilaç kullanım öyküsü saptanmamaktadır.

Jinekomastinin oluşmasında tek etkenin sorumlu olmadığı ve birden fazla etkenin sorumlu olduğuna ilişkin görüşler bulunmaktadır. Jinekomasti oluşmasında, erkeklerde pubertal dönemde lokal veya sistemik dolaşımdaki testosteron/östrodiol oranının geçici olarak tersine dönmesi sorumlu tutulmaktadır.

Jinekomastinin nedenleri, fizyolojik, farmakolojik, patolojik ve idiyopatik jinekomasti şeklinde sınıflandırılmaktadır. Hormonal nedenlere göre şu ana kadar sınıflandırma yapılmamıştır.

Fizyolojik jinekomasti oluşumunda öne sürülen etkenler aşağıda sıralanmıştır:

1. Normal yoğunluk düzeyinde olan serbest östrojene karşı artmış meme dokusu duyarlılığı
2. Androjen reseptör anormallığı (Androjen insensitivite sendromu) veya bazı kullanılan ilaçlara bağlı olarak androjenik etkinin azalması ve bunun sonucu östrojenik etkinin artması
3. Dolaşımda serbest androjen düzeyinin azalması
 - Adrenal bezden androjen sekresyonunun azalması
 - Testisten androjen sentezinin azalması
 - Androjen metabolizmasının ve klirensinin artması
4. Dolaşımda serbest östrojen düzeyinin artması
5. Östrojen klirensinin ve metabolizmasının azalması
 - Androjenlerin artmış periferik ve lokal aromatisasyonu sonucu östrodiol düzeyinin artması
 - Seks hormon bağlayıcı globulin (SHBG) düzeyindeki değişimler
 - Eksojen östrojen kullanımı
 - Maternal-fetal-plasental yapıdan, testisten ve adrenal bezinden olan östrojen sentezinin artması (Adrenal ve testis dokusundan salgılanan serbest östrojen miktarının artması veya testis dokusundan yeterince androjen sentezlenemesinin bir sonucu olarak östrojen/androjen dengesizliğinin oluşması)

Olguların %25-75'inde herhangi bir patoloji saptanamamaktadır.

Tanı

Jinekomasti, genellikle hastanın kendisi ve ebeveynleri tarafından tesadüfen saptanmaktadır. Sıklıkla belirtisiz olarak gelişmekle beraber bazı olgularda başlangıç esnasında meme bölgesinde ağrı ve dokunmakla hassasiyet olabilmektedir. Memedeki glandüler dokunun

hacmine ve gelişim hızına göre hassasiyet ve ağrı düzeyi değişkenlik gösterebilmektedir. Glandüler doku çapı sıklıkla 4 cm'in altındadır. Jinekomasti, tek taraflı başlangıç gösterebileceği gibi çift taraflı da başlayabilir. Olguların %25-75'inde başlangıç çift taraflıdır.

Birçok olguda meme gelişimi ilk 6 ay içinde, %75'i 2 yıl içinde ve %90'ı 3 yıl içinde kendiliğinden gerilemektedir. Hormonal olarak bir patoloji saptanmayan pubertal jinekomasti olgularında, jinekomastinin ağırlık derecesi veya uzun süre seyretmesi (%10) hastaların yaşam tarzını etkileyebilmektedir. Jinekomastinin, hastaların yüzme gibi etkinliklere katılmamalarının yanı sıra ve/veya sosyal etkinliklere katılımın azalmasına da neden olduğu bilinmektedir; bu tür sosyal sorunlar ise ileri dönemlerde ruhsal sorunların ortaya çıkmasına neden olabilmektedir.

Tedavi

Tedavi, alta yatan nedene yönelik olarak planlanmaktadır. Nedeni bilinmeyen (idiyopatik) pubertal jinekomasti tedavisinde gözlem, ilaç tedavisi ve cerrahi olmak üzere üç yaklaşım bulunmaktadır. Jinekomasti nedeni saptanamamış olgularda tedavinin temelini gözlem oluşturmaktadır. Pubertal jinekomasti olgularının büyük bir kısmında jinekomastinin ortalama 3 yıl gibi bir sürede kendiliğinden gerileyebileceği göz önünde tutularak, olguların 3-6 aylık bir sıklıkla izlenmesi önerilmektedir. Olguların çoğunda kendiliğinden gerileme olduğu için tıbbi ve cerrahi tedavi gerekmemektedir. Jinekomasti oluşumundaki rol oynayan ilaçlarda ise, bu ilaçların değiştirilmesi, alta yatan endokrin veya endokrin dışı patolojilerin tedavisinin yapılması önerilmektedir.

ERKEN PUBERTE

Erken puberte, kız çocuklarında 8 yaşından ve erkek çocuklarında ise 9 yaşından önce puberte belirtilerinin gözlenmesidir. Erken pubertenin nedenleri arasında beyin tümörleri, beyni etkileyen enfeksiyon hastalıkları, beynin doğumsal bozuklukları, böbrek üstü bezinin doğumsal hastalıkları ve dışarıdan hormon ilaçları alınması yer almakla beraber, nedeni genellikle bulunmamaktadır. Erken puberte, kız çocuklarında çok daha sık görülmektedir. Erkeklerde erken puberte daha az görülür ve genellikle bir organik neden saptanmaktadır.

Etyoloji

Erken ergenliğin, uzun süredir bir hastalık olarak tanımlanması-

na ve tedavisinin var olmasına karşılık son zamanlarda daha fazla görüldüğüne ilişkin bulgular bulunmaktadır. Erken ergenlik, çocuklarda şişmanlığın artması, çevresel uyanların, beslenmenin değişmesi ve ergenliğin erken yaşlara doğru kaymasıyla 1990'lı yıllardan sonra daha çok dikkat çeker bir haldedir. Erken ergenlik gelişiminde; televizyondan ve cep telefonundan kaynaklanan elektromagnetik dalgaların ve medyada erotik yayınların seyredilmesinin bile seks hormon salgılanmasının uyarıcıları olarak belirtilen hipotezler bulunmaktadır. Ancak, bu hipotezlere ilişkin kesin kanıtlar henüz ortaya konamamıştır.

Sağlıklı bir insanda, doğumdan itibaren gerekli olan bütün hormonlar, gerektiği miktarlarda salgılanarak, vücudun gelişmesini ve tüm sistemlerin normal çalışmasını sağlamaktadır. Ancak, normal bir şekilde çalışan bu mekanizmayı bozan bazı sebepler bulunmaktadır. Beslenme alışkanlıkları başta olmak üzere dışarıdan, farklı ve vücuda zararlı müdahaleler yapıldığında vücudun hormonal sistemi bozulabilmektedir. Hormonlu, katkı maddeli gıdalar, kirli hava ve radyoaktif maddeler kısacası modern yaşam koşulları vücut sistemini bozan en önemli etkenlerdir.

Yurtdışındaki araştırmalar, hazır gıdaların yan etkilerine ilişkin çarpıcı sonuçlar sunmaktadır. Belçika'da yapılan bir araştırma, tarımda kullanılan bazı ilaçların östrojenik etkiyi artırarak kız çocuklarda erken adet görme ve erkek çocuklarda meme büyümesi yaptığını ortaya koymaktadır. Danimarka ise erkek inferfilitesindeki artışı bu ilaçlara bağlanmaktadır. Kuzey ülkelerinde yapılan bir çalışmada, bölgede özellikle dondurulmuş balık tüketiminin çok fazla olduğunu, Tip 1 Diyabetes Mellitusun görülme sıklığının yüzde binde 45'ten 60'a çıktığını bildirmektedir.

Toplum düzeyinde olan kontrolsüz bazı uygulamalar, erken ergenlik gibi sorunlara neden olmaktadır. Çevrede var olan bu risklerin, herkes için sorun yaratma riski bulunmaktadır. Ancak, çocukluk çağında kandaki östrojen seviyesi düşük olduğu için, dışarıdan alınan hormonlu gıdalar çok daha büyük etki yapmakta ve kanda östrojen seviyesinin artmasına neden olmaktadır.

Erken ergenlik olguları, ülkemizde son 10 yılda çocuk endokrin kliniklerinin boy kısalığı ile birlikte en sık rastlanılan hasta grubu olarak dikkat çekmektedir. Kliniklere başvuran hastaların hepsi erken ergenlik tanısı almamakla birlikte, erken ergenlik tanısı konularak

tedavi olan hasta sayısında artış gözlenmektedir. Erken ergenliğe giren hem kız hem de erkek çocuklar, yaşlılarından önce uzun boylu olmaktadır. Ancak erişkin boy uzunlukları kısa olmaktadır; bunun nedeni ise kemiklerdeki hızlı büyüme nedeniyle kırıkdağlarda erken kemikleşme olmakta ve boy uzaması durmaktadır. Boy uzamasının en önemli etkenlerden biri de genetik yapıdır. Anne ve babaları uzun boylu olan çocukların da uzun boylu olması beklenmektedir. Özellikle kız çocuklarında anne ve babanın uzun boylu olmasına rağmen, boy uzunluğunun kısa olmasının en önemli sebebi erken adet görmeleridir. Kız çocuklarının düzenli adet görmeye başladıktan sonra boy uzunluğunun ancak 5-6 cm artması söz konusudur; dolayısıyla erken adet gören kız çocuklarının boyları daha kısa olmaktadır. Kısa boylu çocukların büyük bir kısmında ergenlik gözden kaçırılmış ve çocukların tedavi şansı ortadan kalkmıştır.

Bir başka önemli konu ise, kızlarda salgılanan östrojen hormonu, boy uzamasını sağlayan büyüme kırıkdağlarının kemikleşmesini, erkeklerde salgılanan testosterona göre daha hızlı sağlamaktadır. Bu nedenle kızlarda boy uzaması süresi, erkeklere göre daha kısadır. Kızlar erkeklerden 2 yıl önce ergenliğe girmektedirler, adet gördükten sonra birkaç yılda 5-6 cm daha uzarlar ve büyümeleri durmaktadır. Oysa erkekler ise 17-18 yaşına kadar uzamaya devam etmektedir.

Tanı

Kızlarda ergenlik başlangıcının işareti meme gelişiminin başlaması şeklinde tanımlanmaktadır. Meme gelişimi 8 yaşından önce başlarsa, erken ergenlik şüphesi ile değerlendirilmesi gerekmektedir.

Kız çocuklarında 8 yaşından önce ve de özellikle 6 yaş civarında meme büyümesi gözlenebilir. Kız çocuklarında meme büyümesiyle birlikte hızlı boy uzaması, kemik yaşının ilerlemesi de varsa mutlaka erken ergenlik yönünden değerlendirilmesi gerekmektedir.

Erken ergenliğin psikolojik ve toplumsal sonuçları, büyümeyle ilgili olanlar da dâhil olmak üzere önemlidir. Zamanından önce cinsel gelişmeyle ilgili kaygılar ortaya çıkmaktadır:

- Altta yatan ciddi bir neden olabileceği korkusu
- Uzun dönemde büyüme üzerinde olumsuz etkilerin olabileceği korkusu-kısa boyluluk (önce akranlarından uzun olmalarına karşın, en son erişkin boylarının kısa olması)
- Kızlarda erken adet görmeye başlamış olmanın yaratacağı psikolojik sorunlar.

Tedavi

Erken ergenlik olguları mutlaka tedavi edilmelidir. Erken cinsel gelişim, beyindeki merkezlerin uyarılmasına bağlıysa, tedavide bu gelişimi önleyen hormon tedavisi yapılabilir. Geçici bir süre için erken dönemde başlamış olan ergenlik durdurulur. Ayda bir kez veya 3 aylık enjeksiyonlar halinde uygulanan ve etkileri sadece kullanıldıkları süre içinde geçerli olan ilaçlar kullanılması önerilmektedir. Çocuk, ergenlik için uygun yaşa geldiğinde enjeksiyonların kesilmesiyle cinsel gelişim kaldığı yerden devam etmektedir. Aileler, çocuklara “hormon verilmesinin zararlı olabileceğini” düşünmekte ve bu konuda endişelenmektedirler. Burada unutulmaması gereken en önemli nokta kullanılan ilaçların kalıcı etkileri olmadığıdır. Ergenliği durduran ilaçlar kesildiğinde, ergenlik tekrar devam eder. Hepimizin ortak amacı, çocuklarımızın beden ve ruh sağlığı açısından normal bireyler olarak büyümelerini sağlamaktır.

GEÇİKMİŞ PUBERTE

Gecikmiş puberte, tamamen sağlıklı çocuklarda ergenlik başlamasında gecikme nedeniyle boy uzunluğunun geçici olarak kısa kalması durumudur. Bu duruma erkek çocuklarda daha sık rastlanmaktadır. Erkeklerde 13,5 yaşına kadar herhangi bir cinsel belirtinin başlamaması yani testislerin büyümemesi; kızlarda ise 14 yaşına kadar memelerin büyümemesi halinde ergenlik gecikmesi söz konusu olmaktadır. Çocuklar, akranlarından daha kısa boylu oldukları için rahatsızlık duymakta, bu yakınmayla hekime başvurabilmektedir. Bazı aileler ise çocuklarında henüz ergenlik belirtilerinin olmamasından kaygılanarak başvurumaktadırlar.

Ergenlik gecikmesinde saptanan kaygılar şunlardır:

- Altta yatan ciddi bir neden olabileceği korkusu
- Ergenliğin hiç başlamayacağı korkusu
- Akranlarına göre boylarının kısa olması ve cinsel gelişmelerinin olmaması nedeniyle oluşan psikolojik sıkıntılar (içe kapanıklılık ve okul başarısızlığı gibi)

Etyoloji

Gecikmiş ergenliği olan çocuklarda kemiklerdeki büyüme kıkırdaklarının olgunlaşmasına ve büyüme hormonu ile birlikte boy uzamasına etki eden seks hormonları henüz salgılanmamaktadır. Bu nedenle

normal koşullarda yaşanması beklenen hızlı boy uzaması dönemi başlayamamaktadır. Bunun sonucu olarak da boy uzunluğu bir süre daha kısa kalabilir. Ancak sonuçta boy uzaması yavaş da olsa devam ettiği için genellikle normal boy uzunluğuna ulaşılır.

Erkeklerde ergenlik gecikmesinin nedeni genellikle bulunamamakta, fizyolojik bir olay olarak kabul edilmektedir. Ancak, erkeklerde nadiren bazı hormonal ve genetik hastalıklar da gecikmiş ergenliğe neden olabilmektedir.

Kızlarda gecikmiş ergenlik, erkeklerin aksine mutlaka altında sorun aranması gereken bir durum olarak değerlendirilmelidir. Kızlar için gecikmiş ergenliğin en önemli nedeni Turner sendromudur. Kız çocuklarının hormonal ve genetik tetkikleri ve genetik hastalıklar yönünden değerlendirilmesi mutlaka yapılmalıdır.

Tanı

Gecikmiş puberte olgularının vücut ağırlıkların düşük olup, ailelerinde ergenliğe geç girme öyküsü vardır. Çocukların laboratuvar tetkikleri tamamen normal sınırlardadır. Radyolojik inceleme ile saptanan kemik yaşları, takvim yaşlarından daha küçük olarak saptanmaktadır.

Turner Sendromu olan kız çocuklarının boyları kısa, cinsel gelişmeleri ise geri kalmaktadır. Ayrıca saç çizgisi düşüklüğü ve meme başlarının ayrı olması gibi kendine has belirtileri de bulunmaktadır. Bu tanıyı alan çocuklar kesinlikle tedavi edilmelidirler.

Tedavi

Ergenliği geciken çocuklar tedavi edilmezlerse, büyüme yavaş bir ivmeyle devam eder. Gecikmiş ergenlik olan çocuklarda büyüme hormonu eksikliği bulunmamaktadır, büyüme hormonu verilmesi erişkin boy uzunluğunu da etkilememektedir. Ancak bazı araştırmalarda, ergenlik gecikmesi olan çocuklarda erişkin boy uzunluğunun beklenenden kısa olduğu ve bu çocuklarda tedavi ile ergenliğin başlatılmasının yararlı olduğunu iddia edilmektedir. Ayrıca akranlarından kısa ve cinsel yönden geri kalmış olan bu çocukların içinde buldukları psikolojik durum da tedavi başlanmasını gerekli kılmaktadır.

VI. 3. ERGENLERDE OBEZİTE VE METABOLİK SENDROM

Prof. Dr. Oya Ercan¹

Doç. Dr. Hasan Önal²

¹Istanbul Üniversitesi, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi

Çocuk Endokrinoloji Bilim Dalı

Çocuk Endokrinoloji ve Adolesan Bilim Dalları

²Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Çocuk Endokrinoloji ve Metabolizma Kliniği

Giriş

Obezite, vücudun aşırı yağlanması olarak tanımlanmaktadır. Obezite taramasında en çok kabul gören yöntem, beden kitle indeksi (BKİ) değerlerinin kullanılmasıdır. Ergenlerde BKİ yaş ve cinsiyete özel persentil eğrileriyle değerlendirilir: 85. persentilin üzerinde ise aşırı kilolu, 95. persentilin üzerinde ise obez veya aşırı kilolu, 99.persentilin üzerinde ise morbid obez olarak değerlendirilir.

Son yıllarda dramatik ve hızlı toplumsal değişimler, obezite sıklığının artışına önemli ölçüde katkıda bulunmuştur, çünkü sosyal ve fiziki çevre bireyin yeme ve fiziksel aktivite davranışlarını etkilemektedir.

Etyoloji

Modern yaşam tarzıyla birlikte gelen yüksek yağ, fast-food, büyük porsiyon tüketimi, yüksek kalorili ve lif içeriği fakir besinlerin tüketimi ve glukoz indeksi yüksek gıdaların tüketimi obezite oluşumunu arttırmaktadır. Diğer taraftan ergenlik çağında ve özellikle “orta ergenlik” döneminde aileden psikososyal olarak bağımsızlaşma içgüdüğü zirvede olduğu için çocukluk çağında kazanıldığı düşünülen sağlıklı beslenme alışkanlıkları yavaş yavaş değişmeye ve ergen tarafından yeme tercihleri konusunda ailesinden farklı görüşler sergilenmeye başlayabilir. Aynı dönemde yaşlılarla benzeşme çabası kötü beslenme alışkanlıklarının edinilmesi için ayrı bir etken olarak tanımlanmaktadır. Dolayısı ile bütün toplumun günümüzde maruz kaldığı olumsuz beslenme tarzı değişimi obezite gelişimi açısından ergenlerde daha da büyük önem kazanmaktadır. Örneğin aile sofrasında sebze yemeyi daha önce kabul eden bir ergen, hem kendi seçeneğini oluşturmak, hem de

sebze yaşitlarının itibar etmediği bir besin seçimi olduğu için evde sebze yemeğinin piştiği günlerde ev dışından, yüksek kalori içeren ve lif içeriği düşük yemek getirtmek isteyebilir. Hekimlerin, aileleri bu gibi konular açısından çocukluk çağından itibaren uyarması ve çocuklarının kalıcı sağlıklı beslenme alışkanlıklarını kazanmaları, böylece obezitenin önlenmesi için çaba sarf etmeleri gerektiğini anlatması gerekmektedir.

Televizyon izleme ve diğer sedanter etkinlikler obeziteyle ilişkilendirilmektedir. Günümüzde fiziksel aktivite düzeyinin düşük olduğu, otomatik ve otomobil odaklı bir yaşam adeta teşvik edilmektedir. Bu bağlamda şehir tasarımı ve altyapı özellikleri obeziteyle savaşta önemli bir hale gelmektedir. Bunlara örnek olarak güvenli yürüyüş, bisiklet yollarının varlığı ve fiziksel aktiviteyle ilgili alanların yeterliliği sayılabilir. Yine ergenlik çağında, ailenin çocukluk çağında spor yaptıрма çabalarıyla kazanıldığı düşünölen fiziksel olarak aktif yaşam tarzı ergenlik çağındaki psikososyal değişim nedeni ile yitirilebilir. Örneğin çocukluk çağında yıllarca yüzme ya da basketbol antrenmanlarına gitmiş olan bir ergen, yaşitları daha çok önemsemiği ya da etkilendiği için antrenmanları bırakıp sadece güzel ancak sedanter bir hobi olan gitar çalmayı tercih edebilir. Önemli olan bu ergenin gitar çalmasının sağlanması, ancak fiziksel aktivitesini azaltmasının engellenmesidir. Yine hekimlerin ailelere bu gibi konularda çocukluk çağından başlayarak danışmanlık vermeleri obezitenin önlenmesi açısından gereklidir.

Obezite, sadece estetik bir sorun olmayıp özellikle eşlik eden hastalıklar önem taşımaktadır: Tip 2 diyabet, kalp hastalığı, hipertansiyon, metabolik sendrom, hiperandrojenizm, astım, uyku apnesi, alkolik olmayan karaciğer hastalığı, ortopedik problemler (epifiz kayması, tibia vara ve spondilolistezis gibi), cilt sorunları (akantozis nigrikans ve keratozis pilaris) ve nörolojik problemler (psödötümör serebri, tinnitus ve baş ağrısı) ilk akla gelen örneklerdir (Tablo 2).

Tablo 2. Obeziteyle İlişkili HastalıklarKardiyovasküller

- Yüksek kan basıncı
- Erken başlangıçlı ateroskleroz
- Sol ventrikül hipertrofisi

Renal

- Artmış sodyum duyarlılığı
- Azalmış natriürez
- Proteinüri
- Fokal segmental glomeruloskleroz

Gastrointestinal

- Safra taşı
- Alkolik olmayan steatohepatit
- Hepatik fibrozis
- Siroz

Ortopedik

- Femur başı epifiz kayması
- Tibia vara
- Osteoartrit

Endokrin

- İnsulin direnci
- Diabetes mellitus
- Polikistik over hastalığı

Pulmoner

- Artmış bronşial aktivite
- Astimda ağırlaşma
- Obstruktif uyku apnesi
- Pulmoner emboli

Psikososyal

- Depresyon
- Azalmış özgüven
- Vücut imajı hakkında obsesyon

Nörolojik

- Psödötümör serebri

Tanı

Obez ergenin değerlendirilmesinde ailede obez birey olma durumu, annede gebelik diyabeti öyküsü, ergenin beslenme ve fiziksel aktivite durumu öğrenilmelidir. Obez ergenlerde baş ağrısı (psödötümör serebri), karın ağrısı (safra taşı), uyku bozukluğu (obstruktif uyku apnesi), kalça ağrısı (epifiz kayması), poliüri ve polidipsi (tip 2 diyabet), adet düzensizliği ve hirsutizm varlığı (polikistik over sendromu) gibi komplikasyonların yakınmaları bulunabilir.

Ayrıcı tanıda hipotiroidi, Cushing Sendromu, Prader Willi Sendromu, Bardet Biedel Sendromu, psödohipoaldosteronizm, monogenik obezite, hipotalamik obezite ve ilaçlara bağlı obezite akla gelmelidir. Örneğin kraniyofaringioma cerrahisi sonrası gelişen obezite hipotalamik obeziteyi düşündürmelidir. Erken başlangıçlı ciddi obezite iştah kontrol mekanizmalarında bozukluk ile giden monogenik obeziteyi akla getirmelidir.

Hipertansiyon, akantozis nigrikans, hirsutismus fizik muayenede dikkat edilecek noktalaradır.

Obeziteyle birlikte kısa boy, hipotiroidi ve Cushing Sendromu gibi endokrin anomalileri düşündürmelidir. Kısa boya ilaveten dismorfik özellikler ve hipogonadizm ise Prader Willi ve Bardet Biedel gibi genetik sendromları akla getirmelidir. Hipogonadizm leptin eksikliğinde görülebilenken, kırmızı saç ve hipokortizolizm pro-opiomelanokortin eksikliği nedeniyle ortaya çıkabilir.

Obezite, İnsülin Direnci ve Metabolik Sendrom

İnsülin direnci ve metabolik sendrom obezitenin en önemli sonuçlarıdır. Özellikle abdominal obezite insülin direncinin ana nedenlerindedir.

Başta Avrupa ve Amerika Çocuk Endokrinoloji Birlikleri (ESPE ve LWPES) olmak üzere çocuk endokrinoloji dernekleri 2010 yılında bir araya gelerek insülin direnci konusunda bir uzlaşma metni yayınlamışlardır. Bu uzlaşmanın ana noktaları şu şekilde özetlenebilir:

1. İnsülin direnci tüm vücutta hücrelere glukoz girişinin azalması durumudur. Direnç durumunun %75'inden fazlası kas dokusu ile ilişkilidir.
2. İnsülin direnci genel olarak şişmanlık ile birlikte görülmekle beraber, şişman olmayan çocuk ve erişkinlerde de insülin direnci olabilir. Ayrıca gebelik ve ergenlik gibi fizyolojik durumlarda da insülin direnci gelişebilmektedir.
3. İnsülin direncinin standartları, insülin duyarlılığının normal ve anormal değerleri belirlenmemiştir. Akantozis nigrikans gibi bazı klinik özellikler önemli olmakla birlikte tanımlayıcı değildir. Açlık insülin direnci periferik insülin direncinin en iyi göstergesi değildir.
4. İnsülin duyarlılığının değerlendirilmesinde en iyi ölçüt olmamakla birlikte zahmetli bir yöntem olmaması nedeniyle OGTT sırasında insülin düzeyi ölçülerek insülin duyarlılığı belirlenebilir.
5. İnsülin direncinin değerlendirilmesinde "Homeostasis Model Assessment" (HOMA) ve "Quantitative Insülin Sensitivity Check Index (QISCI)" yöntemlerinin kan şekeri normal olan çocuklarda açlık insülinine bir üstünlüğü bulunmamaktadır.
6. Açlık insülin düzeyi tüm vücut insülin duyarlılığının belirlenmesi açısından belirleyiciliği zayıf olan bir değişken olarak tanımlanmaktadır.
7. İnsülin direncinin sıklığı bilinmemekle birlikte insülin direnci olan çocukların kalp damar hastalıkları risklerinin yüksek olduğu

bilinmektedir. İzole insülin direnci için önerilen farmakolojik bir tedavi bulunmamaktadır.

8. Çocukluk çağında insülin direnci açısından iki parametre özellikle riske yol açar; puberte dönemi ve etnik köken (Siyahlar ve Meksikalılar). Pubertede insülin duyarlılığı %25-50 oranında azalmakta, puberte sonrasında ise tam bir düzelme olmaktadır.
9. Obezite, insülin direncinin en yaygın nedenidir. İnsulin duyarlılığı beden kitle indeksi ve vücut yağ yüzdesiyle ters ilişkilidir. Şişman, özellikle viseral/karın yağ dokusunda artış ve alkole bağlı olmayan yağlı karaciğer hastalığı (NAFLD) olan çocuklarda insülin direnci görülmektedir.
10. Çocuklarda insülin direncinin varlığı polikistik over sendromunun ağırlığından bağımsızdır.
11. Kalıtsal ve ailesel etmenler çocuklarda insülin direnci gelişiminde rol oynamaktadır.
12. İntrauterin dönemde kötü kontrollü gestasyonel diyabete maruz kalan çocuklarda şişmanlık, insülin direnci ve bozuk glukoz toleransı riski artmaktadır.
13. Diyabetes mellitus veya gestasyonel diyabetes mellituslu annelerden doğan düşük doğum ağırlıklı çocuklar kadar normal doğum ağırlıklı çocuklarda obezite ve diyabet gelişme riski yüksektir.
14. İnsulin direnci çocuklarda prediyabet ve tip 2 diyabet için risk etmenidir.
15. İnsulin direnci metabolik sendromdan bağımsız olarak kalp-damar hastalık riskini arttırabilmektedir.
16. Alınan yağ miktarının düşürülmesi, posalı ve düşük glisemik indeksli besinlere dayalı beslenme ve kilo kaybı insülin duyarlılığını iyileştirmektedir.
17. Egzersiz, kilo kaybına bağlı ve bağı olmaksızın insülin duyarlılığını iyileştirmektedir. Egzersiz bırakıldığı anda daha büyük insülin direnci (rebound) gelişmektedir.
18. Metformin insülin direncini düzeltmekte ve polikistik overli şişman bireylerin tedavisinde kullanılmaktadır. Bununla birlikte insülin direncinin tedavisinde önerilmemektedir.
19. Annede şişmanlık, gestasyonel diyabet, annenin yetersiz beslenmesi ve gebelikte sigara kullanımı gibi etmenlerin düzeltilmesi çocuklarda şişmanlık ve insülin direncinin önlenmesinde önemli-

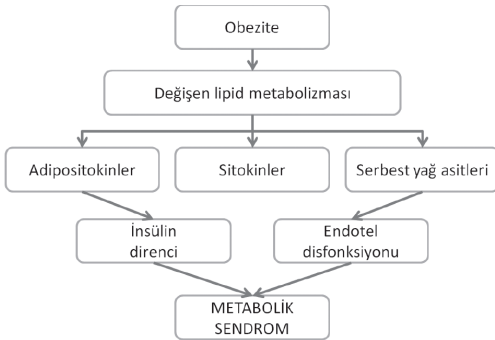
dir. Bunun yanında anne sütü ile beslenme ve altıncı aydan sonra sağlıklı ek gıdaya başlanması da önemlidir.

20. Bebeklik ve okul öncesi dönemde şişmanlık riski olan çocukların saptanması ve bunlara yönelik planlı egzersiz programları uygulanması insülin direncinin önlenmesi bakımından önemlidir.

21. Emzirme, obezite ve insülin direnci ile mücadelede teşvik edilmesi gereken en önemli unsurlardan birisidir.

Metabolik sendrom; obezite, dislipidemi, bozulmuş glukoz metabolizması ve yüksek kan basıncıyla karakterize olan ve kalp damar hastalığı riskini ciddi olarak arttıran bir durum olarak tanımlanmaktadır. Metabolik sendromun patofizyolojisi Şekil 1’de özetlenmiştir.

Çocukluk çağıında metabolik sendrom sıklığı %3-4 civarında olup erişkinlere göre düşüktür. Ancak obez ergenlerde (BKİ> 95.persentil) metabolik sendrom sıklığı %28,7, fazla kilolularda (BKİ 85-95. persentil arası) ise %6,8 bulunmuştur. Bir çalışmada obez çocuklarda metabolik sendromun dört bileşeni dikkate alındığında metabolik sendrom sıklığı %8,9 bulunmuş, obez olmayanların %80’inde ise metabolik sendrom bileşenlerinden hiçbirine rastlanmamıştır.



Şekil 1. Metabolik Sendrom Patofizyolojisi

Metabolik sendrom daha çok erişkinlerin sorunu olarak bilinirken, son yıllarda ergenlerde de önemli bir sorun olarak karşımıza çıkmaktadır. Tablo 3'te Uluslararası Diyabet Federasyonu (IDF)'nun

ergenlerde yaşa göre metabolik sendrom tanımlamaları yer almaktadır.

Tablo 3. Uluslararası Diyabet Federasyonu (IDF)'nin ergenlerde metabolik sendrom ve risk grubu tanımları

<p>10-<16 yaş</p> <ul style="list-style-type: none"> - Şişmanlık: Bel çevresi\geq90.persentil (daha düşük değerlerde erişkin eşik değeri) ve aşağıdakilerden en az ikisi - Trigliserid\geq150 mg/dl - HDL <40 mg/dl - Kan basıncı \geq130 mmHg sistolik veya \geq85 mmHg diyastolik - Açlık kan şekeri\geq100 mg/dl (OGTT önerilir) veya bilinen tip 2 diyabet <p>></p> <ul style="list-style-type: none"> - 16 yaş: Erişkin IDF ölçütlerini kullan - >16 yaş: Erişkin IDF ölçütlerini kullan - Bel çevresi (\geq94 cm erkek; \geq80 cm kadın) ve aşağıdakilerden en az ikisi - Trigliserid > 150 mg/dl - HDL < 40 mg/dl erkek ve <50 mg/dl kadın - Kan basıncı \geq 130/85 mmHg - Plazma açlık glukozu \geq100 mg/dl veya bilinen Tip 2 diyabet

Obez ergenler özellikle tip 2 diyabet açısından taranmalıdır. Amerikan Diyabet Derneği; VKI >85. persentil olan 10 yaş üzeri çocuklarda en az 2 risk faktörü var ise iki yılda bir açlık kan şekeri ölçülmesini önermektedir. Açlık kan şekeri 100-125 mg/dl ise bozulmuş açlık glukozu ve 125 mg/dl'nin üzeri ise diyabet olarak değerlendirilir. VKI 85. persentilin üzerinde olan tüm çocuklarda açlık lipid paneli çalışılmalıdır. Çocuklardaki dislipidemi sıklıkla erişkin dönemde de devam etmektedir. Serum kolesterol düzeyi <170 mg/dl, LDL<110 mg/dl ise normal kolesterol, serum kolesterol düzeyi 170-190 mg/dl, LDL 110-129 mg/dl sınırdaki hiperkolesterolemi ve serum kolesterol düzeyi >200 mg/dl, LDL >130 mg/dl hiperkolesterolemiden bahsedilmektedir.

Çoğu hastada alkole bağlı olmayan karaciğer hastalığı asemptomatik olacağı için serum ALT ve AST düzeyleri belirlenmelidir. İnsülin direncinin belirlenmesi için açlık insülin düzeyi ölçülmelidir.

Tedavi

Ergenlerde fazla kilo ve obezite tedavisi multidisipliner bir yaklaşım gerektirir. Uygulanan tedavi yöntemleri diyet, fiziksel aktivitenin artırılması, sedanter davranışların kısıtlanması, ilaç tedavisi ve bariatrik cerrahidir. Tedavinin amacı yaşam kalitesini artırıp, obezite ile ilgili morbidite ve mortaliteyi azaltmaktır. Fazla kilolu 12-18 yaş arasındaki ergenlerde ağırlığın korunması yeterlidir. Eğer ergen obez ise 1 kg/haftayı geçmeyecek şekilde kilo kaybı sağlanmaya çalışılır.

Diyet verilen hastanın uygun kalori ve beslenme oranlarının korunmasına dikkat edilmelidir. Standart protokolde 4-18 yaş arasında yağlar total kalorinin %25-35'ini oluşturmalıdır. Bütün yaş gruplarında ve erişkinde karbonhidrat alımı total kalorinin %45-65'ini meydana getirmelidir. Protein alımı 4-18 yaş grubunda total kalorinin %10-30'unu oluşturmalıdır. Diyet tedavisi sırasında büyüme, gelişme ve puberte gelişimi etkilenmemelidir. Yüksek kalorili, yüksek yağ içeriğine sahip ve glisemik indeksi yüksek gıdalar beslenmeden çıkarılmalıdır.

Ergenler 1 saatten az olmamak üzere günlük fiziksel aktivite konusunda cesaretlendirilmelidirler. Televizyon ve/veya bilgisayar karşısında geçirilen sedanter zaman 2 saati geçmemelidir.

Ergen obezitesinin medikal tedavisi konusunda veriler sınırlıdır. Sibutramin, orlistat ve metformin kullanımı ile ilgili veriler değişkendir. Sibutramin nöradrenalin ve serotonin geri alım inhibitörüdür. Ergen obezitesinde oldukça etkili olduğu görülmüş ancak hipertansiyon ve kalp hızında artışa neden olması kullanımını sınırlandırmıştır. Orlistat pankreatik lipaz inhibitörü olup fekal yağ kaybını artırır. Şişkinlik, hazımsızlık, safra kesesi hastalığı, malabsorbsiyon ve yağda eriyen vitamin eksikliği gibi yan etkileri vardır. Yağdan fakir beslenme orlistat kullanımına göre daha etkin bulunmuştur. Metformin ise ciddi insülin direnci, bozulmuş glukoz toleransı veya polikistik over hastalığı bulunanlarda etkili bulunmuştur.

Ağır obezitede (BKİ >40 kg/m²) iskelet olgunlaşması tamamlandıktan sonra (kızlarda 13 yaş ve erkeklerde 15 yaş) bariatrik cerrahi düşünülebilir. BKİ >50 kg/m² ise düşünülecek ilk seçenek cerrahidir.

Sonuç olarak obezite, çocuk ve ergenlerde tüm dünyada büyümekte olan bir sağlık sorunudur. Oluşturduğu hastalıklar nedeniyle obeziteyle mücadelenin mümkün olan en küçük yaşta başlatılması gerekmektedir. Uygun müdahale ile sağlıklı nesiller yetiştirilebileceği unutulmamalıdır.

VI. 4. ERGENLERDE GÖRÜLEBİLEN ÜROGENİTAL SORUNLAR

VI. 4. A. ERGENLERDE AMENORE

*Doç. Dr. Şebnem Özyer
Zekai Tahir Burak Kadın Sağlığı Eğitim ve Araştırma Hastanesi
Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği*

Giriş

Menstrüasyonun yokluğu ya da kesilmesi amenore olarak tanımlanmaktadır. Amenore, menarş öncesi ve sonrası görülmesine bağlı olarak primer ve sekonder olarak değerlendirilir.

Sekonder seks karakterleri olan hastalarda 15 yaşa kadar, meme gelişimi 10 yaşından önce başlayanlarda ise meme gelişimi sonrası 5 yıl içinde menstrüasyon beklenir. Ayrıca 13 yaşa kadar meme gelişiminin görülmemesi de araştırma gerektiren bir durumdur. Primer amenore amenoreli kadınların %5'inde gözlenir.

Menarş sonrası herhangi bir zamanda en az 3 ay süren amenore veya 1 yıl içinde dokuzdan az menstrüasyon sekonder amenore nedenleri açısından araştırma gerektirir. Gebelik, laktasyon ve menopoz açısından hasta değerlendirilmelidir.

Etyoloji

Amenoreye neden olabilecek çok sayıda durum olsa da klinikte en sık rastlanan amenore nedenleri polikistik over sendromu, hipotalamik amenore, hiperprolaktinemi ve overyan yetmezliktir. Aşağıdaki bölümlerde sık görülen primer ve sekonder amenore nedenleri tedavi yaklaşımları ile birlikte sunulmaktadır.

Normal bir menstrüasyonun olması için 4 yapısal bileşenin-genital traktus, overler, hipofiz bezi ve hipotalamus-normal ve birbirleri ile uyum içinde olmaları gerekir.

Tanı - Amenore Olgusuna Yaklaşım

1. Öykü ve özgeçmiş: Bilinen sistemik hastalıklar, kullanılan ilaçlar, daha önce adet görme durumu (primer veya sekonder amenore açısından) ve aile öyküsüne ilişkin sorular sorulmalıdır. Pubertal gelişim, premenstruel semptomlar, dismenore, siklik pelvik veya alt abdominal ağrı, üriner semptomlar, egzersiz, kilo kaybı ve emosyonel stres açısından hasta değer-

lendirilmelidir. Anosmi, galaktore, başağrısı, görme bulanıklığı, hirsutizm ve akne varlığı, tiroid hastalığına ait semptomlar, geçirilmiş küretaj ve uterin cerrahi ile ilgili durumlar öğrenilmelidir. Dikkatli alınan bir öykü tanıda büyük önem taşımaktadır.

2. Fizik muayene: Boy uzunluğu ve vücut ağırlığı ölçülmeli, beden kitle indeksi hesaplanmalı, cilt muayenesi yapılarak hirsutizm ve virilizasyon bulguları değerlendirilmeli, meme gelişimi değerlendirilmeli, meme başı sekresyon varlığı araştırılmalı, batin muayenesi ve dış genital muayene yapılmalıdır.
3. Uterus ve genital traktus değerlendirilmesi: Primer amenore ile başvuran hastada pelvik muayenede vajen yok veya kör bir vajen halindeyse ve hasta menstrüasyonun akış yolunda obstrüksiyona bağlı semptomlar tarif ediyorsa (siklik ağrı ve abdominal distansiyon gibi) imperfore himen veya transvers vajinal septumdan şüphelenmelidir. Hasta asemptomatik ise pubik kıllanma değerlendirilmelidir. Pubik kıllanması normal olan hastada mülleryan agenezi, seyrek veya olmadığı durumlarda androjen insensitivite sendromundan (testiküler feminizasyon) şüphelenilmelidir. Primer veya sekonder amenore ile başvuran hastada muayenede normal bir vajen ve serviks gözlenirse genital traktusa ait nedenlerden servikal stenoz ve intrauterin adezyon açısından hasta değerlendirilmelidir.
4. Over fonksiyonlarının değerlendirilmesi: Serum E2, FSH ve LH seviyeleri ölçülmelidir. Overden E2 üretimini değerlendirmenin diğer yolları ultrasonografi ile endometrial kalınlık ölçümü, servial mukusun miktarının ve özelliğinin değerlendirilmesi ve progesteron challenge testiyle yapılabilir. Progesteron challenge testinde 5-7 gün boyunca 10 mg/gün progestin (medroksiprogesteron asetat) verilmesini takiben kanama olması ortamda E2 olduğunu göstermektedir. Testin negatif olduğu ve sekonder seks karakterlerinde gerilik olduğu durumlarda (yeterli östrojenin olmadığını gösterir) serum FSH ölçümü yapılmalıdır.
FSH yüksek ise (>40 IU/L) hipergonadotropik hipogonadizm, FSH düşük ise (<5 IU/L) hipogonadotropik hipogonadizm düşünülmelidir. Yüksek FSH seviyeleri gonadal fonksiyonun

olmadığının göstergesidir. Çoğu hastada neden overyan folliküllerin prematür tükenmesi olsa da (prematür over yetmezliği, POY) kromozomal anormallikleri saptamak için genetik danışmanlık (karyotip analizi ve frajil X premütasyonları açısından) ve otoimmün hastalık araştırması yapılmalıdır. POY follikül rezervinin bitmesi sonucu 40 yaş öncesi sekonder amenore ve östrojen eksikliği bulgularının oluşması olarak tanımlanmalı, düşük E2 ve yüksek FSH değerleriyle tanı konmalıdır. Bu hastalara östrojen eksikliğinin neden olabileceği sistemik hastalıklara karşı hormon replasman tedavisiyle gerekli durumlarda kemik kaybını önlemek için kalsiyum, D vitamini ve bifosfonatlar verilebilir. Uygun aralıklarla takipleri yapılmalıdır. Hipogonadotropik hipogonadizm saptanan hastalarda ise hipofiz bezi değerlendirilmelidir.

E2 üretiminin ve serum FSH değerlerinin normal olduğu amenoreik olgularda kronik anovulasyon düşünülmelidir. Ovulatuvar fonksiyonlarla ilişkili olan TSH ve PRL seviyeleri ölçülmelidir. Kronik anovulasyonun en sık nedenleri arasında olan hiperprolaktinemi, tiroid hastalıkları, polikistik over sendromu (PKOS), obezite, stres, yoğun egzersiz açısından hasta değerlendirilmelidir. Hiperprolaktinemi nedenleri arasında hipotiroidi, hipofiz adenomları, ilaçlar, meme veya göğüs duvarı cerrahisi sayılmaktadır. Hiperprolaktinemi tedavisinde dopamin agonistleri (bromokriptin ve kabergolin) kullanılmalıdır. Cerrahi veya radyoterapi ilaca dirençli veya ilacı tolere edemeyen hastalarda tercih edilmelidir. TSH yüksek saptanan olgularda hipotiroididen, düşük saptanan olgularda hipertiroididen şüphelenilmelidir. Her iki durum da kronik anovulasyon ve amenoreye neden olabilir. PKOS hiperandrojenizm, ovulatuvar disfonksiyon ve polikistik yapıda overler ile karakterize bir hastalıktır. Etiyolojisi tam olarak bilinmemektedir, ancak insülin rezistansı ve hiperinsülinemi patogeneizde önemli rol oynamaktadır. Hastalarda daha çok oligomenoreye rastlanmaktadır. Ayrıca hirsutizm ve infertilite de sıklıkla başvuru şikayetleri arasındadır. PKOS birçok metabolik bulguya da neden olabilir, tip 2 diyabet ve kardiyovasküler hastalık riski artmaktadır. Tedavi hastanın semp-

tomlarına ve klinik bulgularına göre yapılmalıdır.

5. Hipofiz fonksiyonlarının değerlendirilmesi: E2 seviyelerinin düşük ve serum FSH seviyelerinin düşük-normal olduğu durumlarda hipogonadotropik hipogonadizm düşünülmelidir. Hipogonadotropik hipogonadizm için (fiziksel, nutrisyonel veya emosyonel stres gibi nedenler) veya hiperprolaktinemi için (ilaç kullanımı gibi nedenler) belirgin bir neden saptanmamışsa hipofizin radyolojik olarak tercihen MRI ile görüntülenmesi gerekmektedir. Sellada saptanan kitlelerin en sık nedeni hipofiz adenomlarıdır. Diğer daha nadir kitleler arasında benign tümörler (kraniofarinjioma, hamartoma ve meningioma), hipofiz hiperplazisi, malign tümörler (germ hücreli, sarkom ve kordoma), metastazlar, kistler, abseler, lenfositik hipofizit, sarkoidoz, tüberküloz ve karotid arteriovenöz fistüller sayılabilir. Daha nadir sebepler arasında da Sheehan sendromu, infiltratif hemosiderozis ve travma olabilir.
6. Hipotalamik fonksiyonların değerlendirilmesi: Görüntüleme yöntemleriyle herhangi bir kitle saptanmayan ve spesifik bir hipofiz patolojisi olmayan durumlarda fonksiyonel hipotalamik amenorenden şüphelenilmelidir. Emosyonel stres, hızlı kilo kaybı, kronik malnutrisyon ve aşırı egzersiz fonksiyonel hipotalamik amenore ile ilişkilidir. GnRH üretimi baskılanmış ya da pulsatilitesi bozulmuştur. Gonadotropin (FSH ve LH) seviyeleri düşüktür.

Tedavi - Amenore Nedenlerine Göre

1. *Genital traktus ve uterusla ilgili bozukluklar*
 - a. İmperfore himen, transvers vajinal septum ve servikal/vajinal atrezi: Amenorenin anatomik nedenleri arasındadır. Hastada menstrüel kanın birikimine bağlı siklik abdominal ağrı görülmektedir. Endometriozis ve pelvik adezyonlara neden olabilir, tedavisi ise cerrahidir.
 - b. Mülleryan agenezi (Mayer-Rokitansky-Küster-Hauser sendromu): Primer amenore olgularının %10'unu oluşturmaktadır. Uterus ve vajen üst 2/3'ünün konjenital aplazisi olup overler ve vajen distal kısmı mevcuttur. Over fonksiyonları normal olduğu için sekonder seks karakterleri de

normaldir. Üriner sistem ve iskelet sistemine ait patolojiler eşlik edebilir. Tedavisi vajinal rekonstrüksiyondur.

- c. Androjen insensitivite sendromu (Testiküler feminizasyon): Androjen reseptörlerinde mutasyona bağlı olarak end-organlarda androjen etkilerine karşı direnç mevcuttur. Karyotip 46, XY'dir, gonadal seksin erkek ve fenotipin dişi olduğu durumdur. Dış genitalya dişi görünümündedir, serviks ve uterus yoktur, kısa ve kör bir vajen bulunmaktadır. Pubertede yüksek testosteron seviyelerinin periferik dönüşümü sonucu oluşan östrojene bağlı meme gelişimi olmaktadır. Pubertal gelişim tamamlandıktan sonra (ortalama 16-18 yaş) gonadektomi yapılması, sonrasında ise vajinal rekonstrüksiyon ve hormon replasmanı önerilmektedir.
 - d. Asherman sendromu (intrauterin adezyonlar): Geçirilmiş intrauterin cerrahi veya enfeksiyonlara bağlı gelişebilir. Tanıda histerosalpingografi, sonohisterografi veya histeroskopi yapılabilir, tedavisi ise histeroskopik olarak adezyonların kesilmesi şeklindedir.
2. *Overyan hastalıklar*
- a. Turner sendromu: Gonadal disgenезinin en sık formudur. 1/2500 canlı kız doğumda görülür. En sık karyotip 45, XO'tir. Bulguları kısa boy, yele boyun, sekonder seks karakterlerinde gerilik, düşük kulak ve saç çizgisi, kalkan göğüs ve kubitus valgustur. Zeka normaldir. Hipergonadotropik hipogonadizm görülür. İç ve dış genitalya dişidir, ancak pubertede sekonder seks karakterlerinin gelişimi olmamaktadır. Kalp-damar sisteminde anomaliler, renal anomaliler, otoimmün hastalıklar eşlik edebilir, işitme kaybına sık rastlanmaktadır. Büyüme hormonu ve hormon replasman tedavisi verilmesi önerilmektedir.
 - b. Swyer sendromu (46, XY Gonadal disgenезi): Gonadal disgenезinin nadir bir şeklidir. Disgenetik testisler olup, hem iç hem dış genital organlar dişi görünümündedir. Meme gelişimi mevcut değildir, ancak pubik kıllanma mevcuttur. Hipergonadotropik hipogonadizm görülmektedir. Tanı konduğunda malign gonadal tümör gelişme riski olduğundan gonadek-

tomi önerilmektedir. Sonrasında hormon replasman tedavisi planlanmalıdır.

- c. Prematür over yetmezliği: Kırk yaşından önce amenore, östrojen eksikliği ve yüksek FSH seviyeleri ile karakterizedir. Otuz yaşın altındaki POY olgularında karyotip analizi yapılmalıdır. %10-40 hastada otoimmün hastalıklar eşlik edebilir (otoimmün adrenal yetmezlik ve otoimmün tiroidit). Uzun dönemde östrojen eksikliğine bağlı osteoporoz ve koroner kalp hastalığı riski bulunmaktadır. Tanı sonrası hastaların %5-10'unda gebelik görülebilir. Hormon replasman tedavisi verilebilir, osteoporoza yönelik gerekli durumlarda kalsiyum, D vitamini ve bifosfonatlar verilebilir.
3. *Ön hipofiz bezi hastalıkları*
 - a. Hipofiz adenomları (prolaktinomalar)
 - b. Boş sella sendromu
 - c. Sheehan sendromu: Postpartum kanama sonucu hipofiz bezinin akut enfarktı ve iskemik nekrozudur. Sekonder amenoreye neden olmaktadır.
 - d. İnfiltratif hipofiz lezyonları
 4. *Hipotalamik hastalıklar*
 - a. Yeme bozuklukları (anoreksia ve bulimia)
 - b. Yoğun egzersiz
 - c. Kallmann sendromu: Konjenital GnRH eksikliği ve anosmi/hiposmi ile birlikte. Gonadotropinlerin seviyesi düşüktür. Pubertede gecikmiş büyüme ve seksüel gelişim görülmektedir. Ayırt edici özelliği koku alma duyusunun gelişmemiş olmasıdır.

Özet olarak;

1. Primer amenore ile başvuran hastada sekonder seks karakterlerinin varlığı değerlendirilir;
 - a. Sekonder seks karakterleri mevcutsa uterus varlığı araştırılmalıdır. Uterusu olup çıkış obstrüksiyon bulguları olan hastada imperfore himen veya transvers vajinal septum açısından hasta değerlendirilmelidir. Uterusu olmayan hastada ise karyotip analizi yapılmalıdır. Karyotip analizi 46, XY olarak tespit edilen hasta androjen insensitivite sendromu,

- 46, XX olarak saptanan hasta müllerian agenezi açısından değerlendirilmelidir.
- b. Sekonder seks karakterleri olmayan hastada FSH ve LH ölçümü yapılmalıdır. Düşük FSH ve LH değerleri hipogonadotropik hipogonadizm, yüksek FSH ve LH değerleri hiperigonadotropik hipogonadizm ile uyumlu olarak bulunur. Hiperigonadotropik hipogonadizm durumunda karyotip analizi yapılmalıdır. Karyotip analizi 46, XY ise Swyer sendromu, 46, XX ise POY, 45, XO ise Turner sendromu açısından hasta değerlendirilmelidir.
2. Sekonder amenore ile başvuran hastada gebelik testi negatif olarak tespit edilmişse;
- a. TSH ve PRL ölçümü yapılmalı, her iki değer de normal sınırlar içindeyse progesteron challenge test yapılmalıdır. Çekilme kanaması gözlenirse anovulasyon tanısı konulur. Çekilme kanaması gözlenmediği durumlarda ise östrojen+progesteron challenge testi yapılmalıdır. Yine kanama gözlenmezse genital traktusa ait anatomik bir sorun açısından hasta değerlendirilmelidir. Kanama elde edildiyse FSH ve LH seviyeleri bakılmalıdır. FSH ve LH yüksek saptanırsa hiperigonadotropik amenore, düşük ise hipogonadotropik amenore olarak değerlendirilmeli ve hipofizer patoloji açısından MRI önerilmelidir.
 - b. TSH seviyelerinde yükseklik veya düşüklük durumunda hasta tiroid patolojisi açısından değerlendirilmelidir.
 - c. PRL seviyelerinde yükseklik saptanırsa hasta hiperprolaktinemi nedenleri açısından araştırılmalıdır.

VI. 4. B. ERGENLERDE PELVİK AĞRI VE PREMENSTRÜEL SENDROM

*Op. Dr. Filiz Akın Su
Kadın Hastalıkları ve Doğum Uzmanı*

Dismenore

Primer dismenore altta yatan bir pelvik patoloji olmaksızın menstruasyon sırasında alt abdominal bölgede tekrarlayıcı ve kramp tarzında ağrı olarak tanımlanır. Adolesan kızlar arasında en sık görülen jinekolojik şikayettir.

Kramp şeklinde ağrıya bulantı, kusma, diyare, halsizlik ve sırt ağrısı eşlik edebilir. Tipik olarak ağrı ve semptomlar menstruasyon başlangıcından birkaç saat öncesinden başlayarak 1-3 gün boyunca devam eder. Dismenore genellikle ovulatuvar menstrüel sikluslar başlayana dek görülmez. Adolesanların %18-45'inde ovulatuvar sikluslar menarştan 2 yıl sonrasında görülürken %45-70'inde 2-4 yıl sonrasında, %80'inde 4-5 yıl sonrasında görülür.

Adolesanlarda dismenore prevalansı %60-93 arasındadır. Birçok adolesan dismenore nedeniyle okul, spor ve sosyal aktivitelerden geri kalabilmektedir. Adolesanların yaklaşık %15'i dismenore nedeniyle medikal tedavi arayışı içindedir.

Dismenore endometrial PGF2 α 'nın aşırı üretimi ya da artmış PGF2 α /PGE2 oranı ile ilişkilidir. Bu maddeler disritmik uterin kontraksiyonlara, hiperkontraktibiliteye ve uterin iskemiye neden olan artmış uterin kas tonusuna sebep olmaktadır. Ayrıca gastrointestinal traktusun stimülasyonu ile bulantı, kusma ve diyareye de neden olmaktadır. Non-steroidal anti-inflamatuar ilaçlar (prostaglandin sentetaz inhibitörleri) (NSAİİ) ile tedavi semptomların giderilmesinde faydalıdır. Hikayede;

- Menarş yaşı
- Menstrüel siklusların süresi
- Menstrüel sikluslar arası süre
- Son iki siklusun zamanı
- Krampların başlangıcı ve süresi
- Bulantı, kusma, diyare, sırt ağrısı, halsizlik, başağrısı varlığı
- Semptomların şiddeti
- İlaç kullanımı
- Cinsel aktivite sorgulanmalıdır.

Ayırıcı tanıda sekonder dismenore nedenleri düşünülmelidir.

Tablo 1. Sekonder dismenore nedenleri

Jinekolojik nedenler
Endometriozis
Adenomyozis
Myomlar
Overyan kistler
İntrauterin/pelvik adezyonlar
Kronik pelvik inflamatuvar hastalık
Obstrüktif mülleryan malformasyonlar
Servikal stenoz
Rahim içi araç
Pelvik konjesyon sendromu
Non-jinekolojik nedenler
İnflamatuvar barsak hastalığı
İrritabl barsak sendromu
Uteropelvik bileşke obstrüksiyonu
Psikojenik nedenler

Sekonder dismenore nedenleri dışlandıktan sonra primer dismenore tanısı konur.

Tedavide; ilk seçenek tedavi NSAİİ'dir. Menstrüel siklusun başlangıcında başlanır, 1-2 gün boyunca ya da kramp tarzı ağrıların devam ettiği süre boyunca devam edilir. Çok şiddetli semptomları olan hastalar menstrüel siklusun 1-2 gün öncesinden NSAİİ başlayabilirler. Klinik uygulamada ibuprofen ya da naproxen (propiyionik asit grubu) sıklıkla kullanılan ajanlardır. Mefenamik asit (fenamat grubu) prostoglandin sentetazi inhibe etmesinin yanı sıra mevcut prostoglandinlerin etkisini de bloke etmek suretiyle tedavide etkin bir seçenektir. Gastrointestinal sistem yan etkilerini azaltmak amacıyla yiyeceklerle birlikte alınmalıdır.

İkinci seçenek tedavi NSAİİ ilaçlardan fayda görmeyen ya da tolere edemeyen hastalarda kullanılan oral kontraseptiflerdir. Ovulasyonu suprese ederek menstrüel ağrıyı engellerler. Ağrıyı gidermede orta derecede etkinliğe sahip oldukları gösterilmiştir. Cinsel aktif bir adolesanda oral kontraseptifler ilk seçenek olarak

düşünülmelidir.

Tedavi başlanan adolesanlar ilk birkaç ay boyunca takip altında olmalıdırlar. Tedaviden fayda görmeyen hastalar, rekürren ağrısı olanlar ya da şiddeti giderek artan ağrıları olan hastalar sekonder dismenore nedenleri açısından araştırılmalıdır ve bir adolesan jinekologa refere edilmelidir.

Premenstrüel sendrom (PMS) ve premenstrüel disforik bozukluk (PMDB)

Premenstrüel sendrom (PMS) ve daha şiddetli varyantı olan premenstrüel disforik bozukluk (PMDB) menstrüel siklusun ikinci yarısında ve mensin ilk birkaç gününde tekrarlayıcı fiziksel ve/veya davranışsal semptomlarla karakterizedir. Semptomlar kişinin aile ve sosyal yaşantısı etkileyecek boyutlarda olabilir. En sık somatik semptom abdominal şişkinliktir. Meme hassasiyeti ve başağrıları da sıktır. En sık rastlanan davranışsal semptom ise labil ruh halidir. Ayrıca irritabilite, anksiyete, depresif ruh hali, artmış iştah, günlük aktivitelere olan azalmış ilgi de semptomlar arasında olabilir.

Premenstrüel semptomlar düzenli siklusları olan kadınların %75'inde görülebilmektedir. PMS ise kadınların %3-8'inde görülürken PMDB kadınların %2'si etkilemektedir. Genetik komponenti olduğu düşünülmektedir. Diğer risk faktörleri arasında düşük eğitim düzeyi, sigara kullanımı, anksiyete bozukluğu yada travma öyküsü sayılabilir.

PMS'nin duyarlı bireylerde luteal faz boyunca gonadal steroidlerde değişikliğin tetiklediği bir durum olduğu düşünülmektedir. Overyan steroidlerdeki siklik değişikliğin santral nörotransmitterlerle olan etkileşiminin sonucu ortaya çıkmaktadır.

PMS/PMDB hasta değerlendirmesi aşağıdakileri içermelidir;

- Detaylı menstrüel hikaye ile semptomların menstrüel siklus fa-
zıyla olan ilişkisinin konfirme edilmesi
- Hormonal tedaviler de dahil olmak üzere tedavilerin gözden
geçirilmesi
- Benzer semptomlara neden olabilecek endokrin bozuklukların
gözden geçirilmesi
- Tanıyı konfirme edebilmek amacıyla 2 ay boyunca semptomla-
rın kayıt altına alınması
- Distimik bozukluk veya majör depresif bozukluk gibi psikiyatrik
nedenlerin ekarte edilmesi

Premenstrüel bozukluklar altta yatan majör psikiyatrik bozukluğun premenstrüel alevlenmesinden, menopozal geçişten, tiroid hastalıklarından, majör/minör depresif bozukluk veya distimik bozukluktan ayırt edilmelidir.

Tedavi başlanmadan önce PMS/PMDB tanısı net olarak konmalıdır. Etkilenen bireylerin özellikle folliküler faz boyunca semptomları olmadığı görülmelidir. Hafif premenstrüel semptomları olan hastalarda düzenli egzersiz ve stres azaltan yöntemler gibi yaşam tarzı değişiklikleri önerilir. Sosyoekonomik disfonksiyona neden olan premenstrüel semptomları olan hastalarda selektif serotonin geri alım inhibitörleri (SSRI) ilk seçenek tedavi olarak önerilir. Fluoksetin, sertralin, citalopram, escitalopram tedavide kullanılabilir ajanlardır. Günlük kontinü tedavi, sadece luteal fazda tedavi veya semptomların başlangıcında tedavi şeklinde başlanabilir. Hastaların %60-70'i SSRI tedavisine yanıt vermekte, semptomlarda düzelme sağlanabilmektedir. SSRI'ların etkisiz olduğu ya da tolere edilemediği durumlarda ikinci seçenek ilaçlar kullanılabilir. İkinci seçenek tedaviler ise oral kontraseptifler ya da GnRH agonistleridir.

Adolesanda akut pelvik ağrı

Prepubertal kızlarda pelvik ağrı nedenleri arasında en sık gastrointestinal ve üriner sisteme ait patolojilere rastlanırken özellikle geç adolesan dönemde pelvik ağrı etyolojisinde jinekolojik nedenler ön plana çıkmaktadır. Adolesan kızlarda akut pelvik ağrının jinekolojik nedenleri Tablo 2'de sıralanmıştır.

Tablo 2. Adolesan kızlarda akut pelvik ağrının jinekolojik nedenleri

<p>Hayatı tehdit eden</p> <ul style="list-style-type: none"> Ektopik gebelik Akut ablasyo Uterin rüptür
<p>Sık görülen</p> <ul style="list-style-type: none"> Dismenore Mittelschmerz Pelvik inflamatuvar hastalık Over kist rüptürü Over torsiyonu

Diğerleri

Gebelik
Spontan abortus
Mülleryan kanal anomalileri
Endometriozis
Over tümörü
Vajende yabancı cisim
Kimyasal iritanlar
Cinsel istismar
Somatizasyon

Pelvik ağrısı olan hastanın ilk değerlendirmesinde amaç acil müdahale gerektiren hayatı tehdit eden patolojileri saptamaktır. Ağrının özellikleri, eşlik eden semptomlar, menstrüel öykü ve cinsel öykü pelvik ağrının jinekolojik nedenlerinin ayırıcı tanısında önemlidir. Fizik muayenede vital bulgular, abdominal ve pelvik muayene önemlidir. Pelvik muayenede önemli bulgular;

- Imperfore hymen (hematometrokolpos)
- Vulvar, anal, vajinal travma
- Vajinal akıntı (pelvik inflamatuvar hastalık, PIH)
- Vajinal kanama (ektopik gebelik, akut ablasyo, spontan abortus)
- Serviks hareketlerinde hassasiyet (PIH)
- Uterin hassasiyet (PIH, akut ablasyo, dismenore, uterin rüptür)
- Adneksiyel hassasiyet (PIH, ektopik gebelik, over torsiyonu)
- Adneksiyel kitle (over kisti, ektopik gebelik, PIH, endometriozis)
- Cul-de-sac, rektovajinal septum, uterosakral ligament hassasiyeti (endometriozis) olabilir.

Laboratuvar testlerinden gebelik testi, idrar tetkiki, tam kan sayımı, kan grubu, cinsel yolla bulaşıcı hastalıkların tespiti ayırıcı tanıda önemlidir. Görüntüleme yöntemlerinden ultrasonografi tercih edilen yöntemdir, bilgisayarlı tomografi, daha nadiren de MRI gerekli olabilir.

Pelvik ağrının yönetimi altta yatan patolojiye göre yapılmaktadır. Genellikle bu durumlarda hastayı kadın doğum uzmanına referans etmek gerekmektedir.

VI. 4. C. ERGENLERDE ANORMAL UTERİN KANAMALAR

Doç. Dr. Özlem Uzunlar

Zekai Tahir Burak Kadın Sağlığı Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği

Giriş

Ergenlik döneminde sağlık kuruluşlarına en sık başvuru nedeni anormal uterin kanamalardır (AUK). Bu nedenle American College of Obstetrician and Gynecologists Comitte (ACOG) ergenin periyodik muyenesinde, menstrüel siklus özelliklerinin değerlendirmeye alınmasını önermiştir. AUK, irregular artmış kanama miktarı ya da normal menstrüel siklus dışındaki kanamaları tanımlamaktadır. AUK nedenleri arasında anovulasyon, gebelik ve komplikasyonları, pelvik patolojiler ve koagülopatiler sayılmaktadır. Disfonksiyonel uterin kanama (DUK) medikal hastalığı veya pelvik patolojisi olmayan anovulatuvar genç kızlarda meydana gelen normal dışı menstrüel kanama paternini tanımlamaktadır. Disfonksiyonel kanama terimi yerine “anovulatuvar kanama” tanımı kullanılmaktadır, AUK’a neden olan diğer nedenlerin dışlanmasıyla tanı konmaktadır. Ergenlerde AUK %95’i DUK şeklindedir.

Anormal kanamayla ilişkili mekanizmalar değişikdir, fakat her biri normal ovulatuvar menstrüel siklus sekansından sapmalara yol açan anormal steroid hormon paternini yansıtmaktadır. Erken menstrüel dönemde anovulasyona bağlı irregular siklusler menarştan sonra ortalama 19 ay kadar devam edebilmektedir. Anovulasyona bağlı progesteron eksikliğinde, östrojen ağırlıklı etkinin endometrial kapiller epitelyal hücrelerde prostasiklin sentezinin artırması, kanama miktarı daha da artmaktadır. Ergenlik döneminde anovulatuvar siklus döneminin uzaması, hem kanama miktarının artması hem de endometrial patolojiler açısından risk taşımaktadır. Çünkü ovulatuvar menstrüel siklusler endometrial dökülmeyi koordine ve stabilize etmektedir.

Ergenlerde menstrüel uterin kanama karakteristikleri

- Menstrüasyon Sıklığı: 21-45 gün (Anovulatuvar siklusların yerini ovulatuvar sikluslara bıraktığı döneme kadar geçen süre menarştan sonra 2-5 yıllık süreci içerebilmektedir)

- Menstrüasyon Süresi: 4-8 gün (ortalama 4-5 gün)
- Menstrüasyonun Miktarı: 4-80 ml (ortalama 35 ml/siklüs). Tekrarlayan 80 ml/siklüs'tan fazla kanamalar anemiye neden olabilmektedir.

Ergende AUK Terminolojisi

- Amenore (Menstrüasyon yokluğu): Primer Amenore, sekonder seks karakterleri gelişmiş ergenlerde 15 yaşına, meme gelişimi 10 yaşından önce başlayanlarda ise 5 yıl sonra menstrüasyon başlamamış olmasıdır. Sekonder Amenore ise üst üste 3 siklus adet görmeme olarak tanımlanmaktadır.
- Oligomenore: İnterval aralıklarının 45 günden uzun olduğu seyrek menstrüasyonu tanımlamaktadır.
- Polimenore: İnterval aralıklarının 21 günden kısa olduğu sık menstrüasyonu tanımlamaktadır.
- Metroraji: İnterval aralıklarının düzensiz olduğu menstrüasyon (irregüler kanama paterni) olarak tanımlanmaktadır.
- Menoraji veya Hipermenore: İnterval aralıkları düzenli, 7 günden uzun süren (anormal uzun) ya da siklüs dönemi başına kan kaybı miktarının >80 ml (aşırı kanama) olmasını tanımlamaktadır.
- Akut Kanamalar: Koagülopatiyeye neden olan medikal hastalıklar, ilaç kullanımı veya anatomik defektlere bağlı oluşmaktadır.
- Hafif Düzeyde AUK: Aktif olarak kanamayan ve kanamanın günlük aktiviteyi kısıtlamadığı, Hemoglobin düzeyleri 12gr/dl üzerinde olan olgulardır. Anovulatuvar kanamalar çoğunlukla bu gruptadır.
- Orta Düzeyde AUK: Aktif olarak kanamayan ancak kanamanın günlük aktiviteyi kısıtladığı, Hemoglobin düzeylerinin 10-12 gr/dl seviyelerinde olduğu orta derecede anemik olan olgulardır.
- Ciddi Düzeyde AUK: Aktif kanamanın hemoglobin düzeylerinin 10 gr/dl altına inmesine neden olduğu olgulardır. Hemodinamik stabilitenin bozulması, hemoglobin düzeylerinin <7 gr/dl olması ya da anemi semptomlarının saptanması hospitalizasyon endikasyonudur. Kan transfüzyonu ihtiyacı olguya göre değerlendirilmelidir.

Ergenlerde değerlendirme endikasyonu olan AUK kriterleri

Ergenlik döneminde menstrüel sıklular arasında düzensizlik yetişkin nüfusa göre daha sık olarak gözlenmektedir. Normalden aşırı sapma olarak kabul edilen durumlar şunlardır:

1. İlk adetten itibaren 2 yıldan daha fazla devam eden, 21 günden sık ya da 45 günden seyrek siklus intervali veya 8 günden uzun süren adet kanaması
2. İlk adetten itibaren ilk yıl içinde dahi olsa menstrüel intervalin 90 günden daha uzun olmasıdır.

Etyoloji

- Anovulasyon: Özellikle uzun bir amenore dönemini takip eden çok sık, uzamış ya da aşırı kanama paterni olarak bulgu verebilir. Maturasyonunu tamamlamamış hipotalamus-hipofiz-over aksı nedeniyle yükselmiş östrojen düzeyleri, FSH ve ardından da östrojen düzeylerini baskılayamamaktadır. Östrojen sekresyonunun devam etmesi endometrial proliferasyona ve tamamlanmamış endometrial dökülmeye neden olmaktadır. Böylece klinikte düzensiz, uzamış ve aşırı kanamalar olarak karşımıza çıkmaktadır. Erken menarşe giren ergenler daha çabuk ovuluar ve düzenli sıklulara erişmektedir.
- Gebelikle ilgili kanamalar: Spontan abortus, ektopik gebelik ve molar gebelik gibi gebelik komplikasyonları ergenlik dönemi kanamalarında akılda bulundurulmalıdır.
- Eksojen Hormonlar: Doğum kontrol hapı kullanımının ilk ayında %30-40 oranında kırılma kanamaları olmaktadır. Ayrıca doğum kontrol hapının unutulması da düzensiz kanama paternine neden olabilmektedir. Çalışmalar ergenlerde doğum kontrol hapının unutulma oranının yetişkinlere göre daha sık olduğunu göstermiştir.
- Kombine, sadece progestin içeren oral kontraseptifler; enjeksiyonlu, implant, RİA, vajinal ring ya da patch şeklinde hormonal kontrasepsiyon içeren tüm korunma yolları ergenlikte AUK'a yol açabilmektedir. Kanama mekanizmasından, endometrial atrofi ya da değişen angiogenezis mekanizmaları sorumlu tutulmaktadır. Rahim içi araç kullanımının yol açabildiği lokal servisit, endometrit ya da cinsel yolla bulaşan hastalıklar da ergenlik AUK nedenleri arasında düşünülebilmektedir.

- Hematolojik Anormallikler: En sık koagülasyon anormalliği, İdiopatik Trombositopenik Purpura ardından Von Willebrand Hastalığı olarak tanımlanmaktadır. Özellikle menarşta ciddi menorajisi olan ergenler koagülasyon bozukluğu açısından araştırılmalıdır. Karaciğer fonksiyon bozukluğuna yol açan sistemik hastalıklar da koagülopatiye yol açabilmektedir.
- Enfeksiyonlar: Klamidya servitisi irregüler ve postkoital kanamaya neden olabilmektedir. Ergenler, tüm yaş grupları içinde en yüksek klamidyal enfeksiyon oranına sahiptirler. Cinsel aktif ergenlerde Klamidyal enfeksiyon taraması yapılması zorunludur. Cinsel yolla bulaşan hastalıklar ile enfekte hastaların ilk bulgusu Menoraji olabilmektedir.
- Diğer Endokrin ve Sistemik Problemler: Tablo 4'te özetlenmektedir.
- Polikistik Over Sendromu, Androjen hormonu fazlalığı (Hirsutizm ve Akne) ile belirti veren ergenlik döneminde sık karşılaşılan endokrinopatidir ve ivedilikle değerlendirilmesi gerekir. Ergenlerde Klasik PCOS, Ovaryan fonksiyonel hiperandrojenizm ya da Parsiyel geç başlangıçlı konjenital adrenal hiperplazi etyolojide rol oynar. Bu hastalıklar çoğu kez gözden kaçır ve tedavi edilemez. Akne, hirsutizm ve adet düzensizliği normal ergenlerde olabileceği gibi hiperandrojenizmin bulguları olabileceği akılda tutulmalıdır.
- Anatomi Nedenler: Obstrüktif ya da parsiyel obstrüktif genital anomaliler tipik olarak ergenlik döneminde fark edilir. Küçük bir çıkış yolu bulunan obstrüktif anomaliler persistan koyu kahverengi akıntı ve pelvik kitle ile belirti verebilmektedir.

Tablo 4. Menstrüel Siklüs Anormallik Nedenleri (AUK)

Alışkanlıklar	Alkol, uyuşturucu kullanımı
Yeme Bozuklukları	Anoreksiya Nervoza, Bulimiya Nervoza
Gebelik Komplikasyonları	Düşük tehdidi Dış gebelik Rest Abortus gibi

Benign/Malign Genital Trakt Neoplazmları	Ovaryan tümörler (granulosa hücre tümör gibi) ve kistler Uterin myomlar Endometrial polipler Servikal polipler Vajinal neoplazmlar
Genital Traktın İnflamatuvar Hastalıkları	Pelvik enflamatuvar hastalık Endometrit Servisit Vajinit
Genital Trakt Travmaları	Cinsel istismar Yabancı cisim Laserayonlar
Endokrinopatiler	Tiroid hastalığı Hiperprolaktinemi Polikistik Over Sendromu Adrenal hastalıklar KonROLSÜZ Diabetes Mellitus Primer Overyan Yetmezlik
Koagülopatiler	Von Willebrand Hastalığı Faktör eksiklikleri Trombositopeniler (Glanzman Trombositopenisi gibi)
Sistemik Hastalıklar	Hepatik ve renal hastalıklar Lösemiler Aplastik anemi SLE gibi
Medikasyonlar	Antikoagülanlar Hormonlar Kemoterapotikler Antipsikotikler Trombosit fonksiyon inhibitörleri kullanımı
Egzersiz	Aşırı Fiziksel Egzersiz

Tanı

Öykü:

Ergenden öykü alınırken, tek başına ve ardından ailesiyle birlikte alınmalıdır.

Menstrüel siklus özelliklerin öğrenilmesi: Menarş yaşı, kanama sıklığı, süresi, kanama şiddeti ve anormal kanama paterni sorulmalıdır.

Cinsel aktivite durumunun değerlendirilmesi: Cinsel yaşam, cinsel partner sayısı, kontrasepsiyon kullanımı, önceki gebelikler ya da düşük öyküsü, Cinsel Yolla Bulaşan Enfeksiyonlar (CYBE) ve cinsel istismara maruz kalma hakkında bilgi edinilmeye çalışılmalıdır.

Sistemik hastalıklar, aile öyküsü, kullandığı ilaçlar sorulmalıdır.

Sistem Muayeneleri:

- Vital bulgular ve hemodinamik stabilitenin değerlendirilmesi,
- BMI,
- Tiroid muayenesi,
- Androjen fazlalığı bulgularının taranması: Akne, akantozis nigricans, yüz, göğüs, periareolar ve abdominal terminal kıllanma yönünden değerlendirme fizik muayenenin kapsamı içinde olmalıdır. Kıllanma artışı algısı kültürel özellikler ve kabul edilebilirliğe göre değişebildiğinden epilasyon sıklığının ve tekniğinin sorulması değerlendirme sırasında yardımcıdır.
- Hematolojik anormalliklerin taranması: Peteşi ve ekimoz gibi cilt bulgularının varlığı araştırılmalıdır.
- Meme ve diğer sekonder seks karakterlerinin gelişimi değerlendirilmelidir.
- Dış genital organların değerlendirmesi: Pubik kıllanma, klitoromegali, vulvar lezyon, travma ve obstrüktif genital anomalilerin bulgularını araştırmaya yönelik olmalıdır.
- Pelvik muayene: Cinsel olarak aktif ergenlerde, pelvik ağrı tanımlayanlarda ve obstrüktif genital anomalinin ortaya konmasında önem kazanmaktadır. Cinsel olarak aktif olmayan olgularda rektoabdominal muayene yaklaşımı önerilmektedir. Cinsel olarak aktif olguların pelvik muayeneleri esnasında klamidya ve gonore için örneklem alınması önerilmektedir.
- Genel anestezi altında pelvik muayene: Travma düşünülen aktif kanamalı olgular, küçük yaş ve medikal tedaviye cevap verme-

yen olgularda tanıyı doğrulamak için nadiren uygulanır.

- Pelvik ultrasonografi: Pelvik muayene yetersizliğinde, anovulatuvar öyküsü olan ergenlerde ya da konjenital ve yapısal anormalliklerin tespitinde yardımcıdır.
- Pelvik MRI: Obstrüktif genital anomalilerin tanısında fayda sağlayabilir.

Laboratuvar Değerlendirmesi:

- Ergenin cinsel aktif olmasından bağımsız olarak sensitif gebelik testi uygulanmalıdır.
- Diğer temel laboratuvar testleri tam kan sayımı, trombosit sayımı ve kan grubu tayinini içermelidir.
- Hematolojik anormallik düşündürülen bulgular varlığında tam kan sayımı, trombosit sayımı, protrombin zamanı (PT), Aktive parsiyel tromboplastin zamanı (PTT), von willebrand faktör (VWF, ristocetin kofaktör aktivitesi ve antijeni, Faktör VIII ve kan grubu tayini ile beraber değerlendirilebilir) ve fibrinojen değerleri hematoloji konsültasyonu ile beraber değerlendirilmelidir.
- Menstrüel öykü ile tanımlanamayan anovulasyonun değerlendirilmesi, siklusun 22-24. günleri arasında serum progesteron düzeyi ölçülmeli, serum progesteron düzeyinin >3 ng/ml olması yakın zamanda ovulasyonun gerçekleştiğini göstermektedir.
- Estradiol, FSH ve LH etyolojiye yönelik değerlendirmeye ve TSH, PRL, Total/serbest testesteron ve DHEA-S (dehidroepiandro- stenoidonsülfat: Adrenal kaynaklı hastalığın ayırımı) endokrinopatiji ayırmada yardımcı tetkiklerdir.

Tedavi

Tedavi yaklaşımında amaçlar; hemodinamik dengeyi sağlamak, akut ya da kronik anemiyi düzeltmek, normal menstrüel düzene dönüşü sağlamak, tekrarı önlemek, gereğinde kontrasepsiyonu sağlamak ve anovulasyonun uzun süreli yan etkilerinden hastayı korumaktır.

Tablo 3'te ergende anormal kanama düzeyine göre tercih edilen tedavi modaliteleri özetlenmiştir.

A) Etiyolojik Tedavi

1) Tıbbi Tedavi

i) Hormonal Tedavi

- (1) Kombine Östrojen-Progesteron/Kombine Oral Kontraseptiflere

- (2) Progesteron
 - (3) Konjuge Östrojen
 - (4) Androgen ve Danazol
 - (5) Gonadotropin Releasing Hormon (GnRH) Analogları
- ii) NSAİ: Mefenamik asit vd.
- iii) Antifibrinolitik Ajanlar: Traneksamik asit
- 2) Cerrahi Tedavi
Dilatasyon ve Küretaj: Pıhtılı kanama durumunda endikedir.
- 3) Radyoterapi
- B) Destek Tedavisi
- 1) Demir preparatları: Ciddi demir eksikliği menorajinin sadece sonucu değil, nedeni olarak da kabul edilmektedir. Bu nedenle demir tedavisi replasman sağlamak yanında menorajinin önlenmesine yönelik katkı sağlamaktadır.
 - 2) Kan ürünleri transfüzyonu
- C) Uzun Dönem Menstrüel Supresyon: Amaç, amenoreyi sağlamaktır. Ancak kullanılan modalitelerinin hemen hepsinde kılınma kanamaları tedaviye eşlik edebilmektedir. Altta yatan koagülopati, kemoterapi gerektiren malignansiler ve gelişimsel bozukluğa neden olan medikal hastalıklar durumunda uzun dönem menstrüel supresyon ihtiyacı olabilmektedir.
- Kullanılan tedavi modaliteleri:
- 1) Kontinü Progestin kullanımı
 - 2) Kontinü Kombine Oral Kontraseptif (KOK) kullanımı ya da Kombine estrogen/progestin içeren vajinal ring ya da transdermal patch alternatifleri
 - 3) Depo formül içeren progestinler: DMPA (Depo Medroksi Progesteron Asetat) östrojen tedavisi ile birlikte veya tek başına olarak kullanılması (Ergenlik döneminde kullanımının kemik mineral dansitesi ve mineralizasyon üzerine olumsuz etkisi göz önünde bulundurulmalıdır)
 - 4) GnRH analoglarının östrojen add back tedavisi ile birlikte ya da tek başına kullanılması (Kemik mineral yoğunluğu üzerine olumsuz etkisi özellikle ergen dönemde göz önünde bulundurulmalıdır)

Tablo 5. Ergenlerde Anormal Uterin Kanama Yönetimi: Hemogloblin Değeri Yönetimi

Hafif Düzeyde AUK (Hbg>12 g/dl)	Orta Düzeyde AUK (Hbg 10-12 g/dl)	Ciddi Düzeyde AUK (Hbg<10 g/dl; aktif kanama yok)	Ciddi AUK Akut Hemoraji
<ul style="list-style-type: none"> Güven verme ve açıklama Menstrüel gününün ileriye yönelik takibi Demir replasmanı Periyodik değerlendirme Alternatif olarak; NSAID veya Sıkık progesterinler (her 1-2 ayda bir 10-13 günlük medroksiprogesteron 5-10mg/gün) veya düşük doz KOK kullanımı. 	<ul style="list-style-type: none"> Güven verme ve açıklama Menstrüel gününün ileriye yönelik takibi Demir replasmanı Sıkık progesterinler veya Oral Kontraseptifler (Günde 1 adet Düşük doz KOK 3 ile 6 siklus kullanımı; kontrol altına alınmayan kanamalarda ise 4-7 gün için Monofazik OKS 6 saatte bir kullanımı) 6 ay sonra değerlendirme 	<ul style="list-style-type: none"> Koagülasyon defekti araştırması Gerekirse transfüzyon Demir replasmanı Oral Kontraseptifler (Yüksek doz; 5-7 gün için günde 2 kez 1 veya 2 tablet KOK kullanımı) Konjuge Estrojen: Her 6 saatte bir 25-40 mg IV ya da her 6 saatte bir 2.5 mg oral yoldan kullanm. VonWillebrand (Tıp1) Desmopressin tedavisi Tedavi etkiziz ise tekrar değerlendirme 3 ay sonra değerlendirme. 	<ul style="list-style-type: none"> Koagülasyon defekti araştırması Transfüzyon gerekliliğinin değerlendirilmesi IV östrojen+progesterin tedavisi (Pulmoner emboli riski nedeniyle en fazla 6 doz ile sınırlıdır) Hemostatik ilaçlar (Traneksamikasit-Tromboz riski tartışmalı, Amino kaproik asit) Oral kontraseptifler 6-12 ay (Yüksek doz) Dilatasyon&küretajı)Yonunden değerlendirilme Gn-RH (Anti-koagulan tedavi alanlarında stabilizasyon amaçlı kullanılır) Von Willebrand (Tıp1) Desmopressin tedavisi

5) Levonorgestrel içeren intrauterine sistemler

VI. 4. D. ERGENLERDE POLİKİSTİK OVER

Prof. Dr. Zehra Aycan

*Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi
Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı*

Giriş ve Sıklık

Polikistik Over Sendromu (PCOS) kadınlarda sık karşılaşılan hastalıklardan birisidir. Ergenlerdeki sıklığı ile ilgili sınırlı sayıdaki çalışmada %18,5–26 oranında görüldüğü bildirilmektedir.

PCOS üreme sağlığından, metabolik hastalıklara kadar birçok riski beraberinde getirir. Ergenlerde adet düzensizlikleri, anormal uterin kanamalar, hirsutismus, kontrasepsiyon ve infertilite gibi riskler taşırken daha ileri yaşlarda gebelik komplikasyonları, yaşam kalitesinde bozulmalar, obezite/tip2 diyabet, kardiyovasküler hastalıklar ve kanser riskini beraberinde getirmektedir. Birçok sistemi ilgilendiren bu sorunlar PCOS'un multidisipliner izlenmesini gerektirmektedir.

Etyoloji

PCOS'un oluşma nedenleri tam olarak bilinmemektedir. Ailesel yatkınlık önemli bir risk etkeni olarak karşımıza çıkmaktadır. Düşük doğum ağırlığı, erken ergenlik, santral erken puberte, şişmanlık, insülin direnci ve PCOS'lu anne bebeği olmak diğer risk faktörleridir. Son çalışmalarla PCOS'lu kadınlarda 24'ten fazla aday gende folimorfizm tanımlanmıştır.

Tanı

Ergenlerde PCOS tanısı koymak güçtür ve hiperandrojenizm, menstürasyon düzensizlikleri yapan diğer hastalıklardan ayırıcı tanısının doğru yapılması çok önemlidir. Ergenlerde menarştan sonraki ilk 2 yıl hipotalama–hipofizer–over aksının matürasyonunu tamamlaması için fizyolojik bir süreç olup adet düzensizlikleri görülebilir. Yine ergenlik döneminde fizyolojik olarak geçici insülin direnci/hiperinsulinizm olabilir. Bu dönemde hafif hiperandrojenizm ve akne görülebilir. Dolayısıyla ergenlerdeki fizyolojik durumları ve sürelerin bilinmesi doğru tanı koyma bakımından önemlidir.

Ergenlerde PCOS tanısı için aşağıdaki 3 kriterden hepsinin bulunması şarttır. 3 kriterden ikisi varsa “PCOS adayı” tanısı ile takip edilmeli tedavi başlamakta acele edilmemelidir.

1. Hiperandrojenizm (Klinik olarak hirsutizm ya da laboratuvar androjen yüksekliği (serum testesteron düzeyi >55 ng/dl)
2. Menstruasyon düzensizliği; oligomenore, menoraji, metroraji ve sekonder amenore (menarştan sonra ilk 2 yıl dâhil edilmeyecektir)
3. Ultrasonografide polikistik over görünümü olması ya da en az bir over hacminin 10 cm^3 üzerinde olması (over volümü: $a \times b \times c \times 0,52$ formülü ile hesaplanabilir. a,b ve c: overin üç boyutunu gösterir)

PCOS genellikle peripubertal dönemde başlar, ancak yetişkin dönemde tanı alır. Bu nedenle hastaların uzun dönem takipleri de önemlidir. PCOS’un ayırıcı tanısında hiperandrojenizm yapan nonklasik konjenital adrenal hiperplazi, Cushing Sendromu, kortizol direnci, tümörler ve androjenik ilaçlar gibi durumlar, oligomenoreye neden olacak diğer hastalıklar dışlanmalıdır.

PCOS’ta laboratuvar testlerinde serum testesteron düzeyi, SHBG, DHEA-SO₄, 17OH-progesteron, LH, FSH, E₂, PRL ve TSH gerekirse OGTT ile tanı ve ayırıcı tanı değerlendirmesi yapılmalıdır. Pelvik ultrasonografi ile over hacmi ve polikistik görünüm ayırt edilmelidir.

Tedavi

Tedavinin amacı semptomları azaltmak, yaşam kalitesinin artırmak, gelişebilecek komorbiditeleri ve komplikasyonları önlemektir. Ergen obez ise yaşam şekli değişikliği (sağlıklı beslenme ve egzersiz) ile insülin direnci ve androjen yüksekliği azaltılabilir ve kardiyovasküler riskler engellenebilir. Aile hekimleri bu konuyla ilgili planlama yapabilirler. Hiperinsulinizm/insülin direnci varsa metformin tedavisi başlanabilir. Ayrıca oral kontraseptifler başlanabilir ve gerekirse antiandrojen tedaviler eklenebilir. Tedavi etyolojiye uygun olarak başlanmalıdır. Medikal tedavilerin, konusunda uzman hekimler tarafından başlanması ve sonuçlarının takip edilmesi daha doğru bir yaklaşımdır. Ergenlerde özellikle oral kontraseptif tedaviler uzun süre devam etmemelidir. Tedavilerin olası yan etkileri de dikkatli şekilde izlenmelidir.

VI. 4. E. ERGENLERDE CİNSEL YOLLA BULAŞAN ENFEKSİYONLAR

Doç. Dr. Özlem Uzunlar

Zekai Tahir Burak Kadın Sağlığı Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği

Giriş

Ergenlik, cinsel davranış ve cinsel yolla bulaşan enfeksiyon riski açısından heterojen bir gelişimsel süreçtir. Cinsel ilginin başladığı ve cinsel beraberliklerin olmadığı cinsel içerikli davranışlar 14-18 yaş aralığını içeren orta ergenlik döneminin özellikleridir. 18 yaş ile yetişkin dönemi aralığı ise cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar açısından en riskli dönem olarak tanımlanmaktadır.

Sıklık

2003-2004 yılları verilerine göre 14-19 yaş arası ergenlerin %24'ünde Cinsel Yolla Bulaşan Enfeksiyonlardan (CYBE) en az birinin varlığına dair laboratuvar bulgusu olduğu bildirilmiştir. CYBE neden olan organizmalar ise sırasıyla Human Papilloma Virüs (HPV) ve Clamidya Trachomatistir. Ergenlik döneminde CYBE en önemli özelliği tekrarlayıcı nitelikte olmasıdır. Ergenlerin çoğu birkaç ay içinde tekrar enfekte olmaktadır. Ergenlikte tekrarlayan CYBE'lar Human Immundeficiency Virüs (HIV) enfeksiyonu açısından bir risk faktörü olarak kabul edilmektedir. HIV pozitifliği olan ergenlerde ilk CYBE ile arasında ortalama 1 yıl kadar süre tanımlanmıştır.

Risk Faktörleri

1. Davranış ile ilgili risk faktörleri

- Cinsel yaşamın ilk yılında riskin yüksek olması (%25)
- Çok eşlilik ve yeni partner olması
- Partnerin çok eşli olması
- Kondom kullanılmaması,
- Alkol ve uyuşturucu kullanımı

2. Biyolojik risk faktörleri

- Servikal ektopi ya da servikal olgunlaşmanın yetersiz olması (N.gonorrhoea, C. Trachomatis ve HPV gibi etkenlere karşı daha savunmanın olumsuz etkilenmesi)

- Lokal koruyucu antikör olan sekretuar IgA düzeylerinin ergenlerde yetişkinlere göre daha az miktarda salgılanması
- Laktobasiller gibi vajinal mikrobiyal flora bileşenlerinin puberte sonrası dönemde değişken olması vajinal bağıışıklık ve yanıtta değişikliklere yol açabilmesi

CYBE tanı ve tedavisinde ergenlere özel ayrıntılar

- CYBE tanı ve tedavisi basamaklarında ergenin kendi rızasının geçerliliği konusunda yasal engeller
- Gebe kalma korkusuyla ergenin semptomları agreve edebilmesi
- Cinsel istismarla ilgili yasalar gereği (ergen ile partneri arasında 5 yaştan daha fazla fark olması) nedeniyle başvuru- dan çekinme
- Ergenlik döneminde cinsel ilişki tespiti durumunda yasal işlem korkusu nedeniyle başvurmama
- Cinsel davranış ve CYBE değerlendirmesi sırasında ergene yönelik fiziksel ve cinsel şiddetin sorgulanmasının gerekliliği
- Ergenlerin kendi kendilerine topikal tedavi ya da antibiotik kullanma ve vajinal duş alma davranışlarının olması (%25)
- HIV, gonore ve sifilizin bildirim zorunlu hastalıklar olması ve ebeveyne bildirim gerekliliği
- Eczacı ya da diğerk sağlık personelinin ergen mahremiyetini istemeden ihlal edebilmesi
- Ergenlerin tedaviyi tamamlamadan bırakabilmesi (tek kullanım tedavisi modalitelerinin kullanılma önerisi)
- Ergenlerin CYBE ile ilgili durumlarını partnerlerine bildirmeden ilişkilerine devam etmeleri (partnerlerine CYBE bildirmelerinin önemi)

Tanı

Cinsel Öykü: Öykü alma, basit, yargılamadan ve riskli davranışlara ilişkin danışmanlık sağlama şeklinde olmalıdır.

Muayene: Pelvik muayene bir çok ergen için kaygı kaynağıdır. Genital muayene, rutin bir CYBE taramasından çok, spesifik bulguların değerlendirilmesi ya da spesifik ayırıcı tanı için değerlendirmenin tamamlanmasına yönelik olmalıdır.

Eksternal genital muayene: Genital herpes, primer sfiliz ve HPV enfeksiyonunun neden olduğu genital lezyonların değerlendirilmesi için esastır. Pelvik muayeneye, gebeliğe bağlı olmayan uzun süreli amenore, uzamış aşırı kanamalar, pelvik ağrı ve hassasiyet yakınmaları varsa yapılmalıdır. Spekulum muayenesi ise unutulmuş vajinal tampon ve kondom parçası gibi etkenlerin neden olabileceği durumların tespiti için önemlidir. Papanicolaou (PAP) smear taraması ve immunsuprese ergenler ve 21 yaş altında servikal kanser tanısı için tavsiye edilmemektedir.

Klinik Bulgular: CYBE etkenlerinin yol açtığı klinik semptomlar Tablo 6'da özetlenmiştir.

Test Metodları: CYBE tesbitinde ışık mikroskopisi, kültür, seroloji ve çeşitli DNA prob ve nükleik asit amplifikasyon testleri kullanılmaktadır.

Mikroskopi: Vajinal sekresyonların serum fizyolojik, potasyum hidroksit ve gram boyama ile tetkik edilmesiyle kadınlarda trikomonans, bakteriyel vajinozis ve vajinal kandidiyazis, erkeklerde gonokokal ve non gonokokal üretrit tanısı konulabilir. Servikal sekresyonlarda gram boyama tetkiki önerilmemektedir.

Kültür: Servikal kültür tetkiki, gonore ve klamidyaya tanısında nükleik asit amplifikasyon testleri yerine kullanılması yaygınlaşmıştır. Gonore kültürü, tedavi başarısızlığının değerlendirilmesi ve cinsel istismar şüphesi olgularının değerlendirilmesini etkinleştirebilir. Klamidyaya kültürü ise cinsel taciz olgularının değerlendirilmesini desteklemektedir. Genital herpes olgularının tanısında kültür alınması standart bir yaklaşımdır. Kültürde trikomonans tanısı mikroskopik tetkikten daha fazla duyarlılığa sahiptir.

Seroloji: HSV Tip II hastalığının başlangıcından 2-3 hafta içinde serolojik tanı değerlidir.

Sfiliz için serolojik testler, öncelikle nontreponamal Rapid Plasma Reagin (RPR) veya Venereal Disease Research Laboratory (VDRL) tarama testlerinin sonucuna göre planlanan Fluorescent Treponemal Antibody Absorption (FTA-ABS) gibi treponamal konfirmasyon testleri değerlendirildiği bir algoritim içinde kullanılmaktadır. Ergenlerde sfiliz için yanlış pozitif sonuçlara yol açabilen gebelik, enjektabelle ilaç kullanımı, akut hepatit B ya da sistemik

lupus eritamatozus gibi nedenler akılda bulundurulmalıdır.
Nükleik Asit Amplifikasyon Testleri (NAAT): Gonore ve klamidyra trachomatis için üretral, servikal, vajinal spesmenlerde ya da idrarda NAAT yüksek duyarlılığı olan testlerdir.

Tablo 6. CYBE Etkenleri, Neden Olduğu Hastalıklar ve Semptomlar

Human papillomavirüs	Genital siğiller, servikal kanser
Chlamydia trachomatis	Üretral enfeksiyon, pelvik enflamatuvar hastalık, ektopik gebelik ve infertilite
HIV	AIDS
Neisseria gonorrhoeae	Gonore, üretral enfeksiyon, pelvik enflamatuvar hastalık, ektopik gebelik ve infertilite
Treponema pallidum	Sifiliz, genital ülser, nörolojik ve kalp hastalığı
Haemophilus ducreyi	Şankroid ve genital ülserler

Tablo 6. CYBE Etkenleri, Neden Olduğu Hastalıklar ve Semptomlar-
devam

Herpes simpleks virus	Genital ülserler
Trichomonas vaginalis	Vajinal akıntı
Calybacterium granülomatis	Granüloma inguinale

Korunma

- Aşılama: Enfeksiyon etkeniyle karşılaşmadan önce HPV, HBV ve HAV için aşı uygulaması en etkili korunma yöntemlerinden biridir. Dünya genelinde HPV aşılarının uygulaması, 9 yaşından itibaren 11-12 yaşındaki tüm kız ve erkek çocukları için önerilmektedir. Erkek çocukları için quadrivalent ve 9-valent HPV

aşılarının uygulanması önerilirken, kız çocukları için bivalent, quadrivalent veya 9-valent HPV aşılarının herhangi birinin uygulanması önerilmektedir. Daha önce aşılanmamış ya da aşıları tamamlanmamış kız çocukları için 26 yaşına kadar; erkek çocukları içinse 21 yaşına kadar HPV aşısı uygulanabilmektedir. HIV enfeksiyonu taşıyıcılarına ise 26 yaşına kadar HPV aşılanması önerilmektedir.

- Hepatit B aşısı, aşısı olmayan, Hepatit B enfeksiyonu saptanmayan ve CYBE nedeniyle değerlendirilen ya da tedavi gören herkese önerilmektedir. Hepatit A ve B aşıları ise bisexuellere, IV ilaç bağımlılarına, kronik karaciğer hastalarına, HIV ile enfekte, Hepatit A ve Hepatit B virüsü ile enfekte olmamış bireylere uygulanması önerilmektedir.
- Partner Sayısının Azaltılması: CYBE korunmada en etkin yol enfekte olmadığı bilinen tek partnerli cinsel yaşamının sürdürülmesidir. Partneri ya da kendisi HIV dışındaki CYBE biri için tedavi alıyorsa tedavi kürü sağlanana kadar cinsel beraberlikten kaçınılması önerilmelidir. Bu durumda kondom kullanılmasının önerilmesi, çiftlerin doğru kondom kullanımının tecrübelerine göre değişebildiğinden kondom koruyuculuğu da değişken olmaktadır.
- Kondom Kullanımı: Doğru ve sürekli lateks kondom kullanımı, HIV'in cinsel yolla bulaşmasının önlenmesinde yüksek etkinliğe sahiptir. Bunun yanında lateks kondom kullanımının trikomoniasis, klamidy ve gonore gibi diğer CYBE etkenlerine karşı da koruyucudur. Düzenli kondom kullanımı, alt genital yolda izole kalmış enfeksiyonların pelvik enflamatuvar hastalığa ilerleme riskini de azaltmaktadır. Doğru ve düzenli kondom kullanımı ek olarak, HPV enfeksiyonu ve HPV ile ilgili hastalıkların önlenmesi, genital herpes, Hepatit B, sfiliz ve şankroid bulaşma riskini de azaltmaktadır.
- Kadın Kondomları: CYBH koruma etkinliği konusunda veriler kısıtlıdır.
- Servikal Diaframlar: HIV ve diğer CYBE etkenlerine karşı koruma sağlamada tek başına etkin değildir.
- Topikal Mikrobisid ve Spermisidler: Nonspesifik topikal mikrobisidler HIV ve CYBE'lerin önlenmesinde etkin değildir. Ayrıca kadınlarda bakteriyel ürener enfeksiyon riskini artırmaktadır.

HIV önlemesini sağlayan topikal antiretroviral ajanlar bulunmaktadır.

- Bariyer Etkili Olmayan Kontrasepsiyon Metodları, Cerrahi Tubal Sterilizasyon ve Histerektomi: Bariyer olarak etkili olmayan yöntemlerin HIV/CYBE karşı koruyucu etkisi yoktur. Dünya Sağlık Örgütü ve ABD Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezi (Centers for Disease Control and Prevention Center-CDC) progesin içeren enjekteable (DMPA, depo-medroxyprogesterone acetate) kontrasepsiyon yöntemi kullanan kadınlara HIV korunma stratejisi olarak kondom kullanılmasını da tavsiye etmişlerdir.
- Erkeklerde Sünnet: Sünnet özellikle heteroseksüellerde HIV ve bazı CYBE bulaşma riskini belirgin olarak azaltmaktadır. HIV dışında, yüksek riskli HPV ve genital herpes enfeksiyonu riskini de azaltmaktadır. Amerika Pediatri Derneği (American Academy of Pediatrics-AAP), Amerika Kadın Hastalıkları ve Doğum Okulu (American College of Obstetrics ve Gynaecology-ACOG) penil kanser, üriner enfeksiyonlar, genital ülsere yol açan etkenler ve HIV önlenmesi için sünnet uygulamasını özellikle tavsiye etmektedir.
- Genital Hijyen Uygulamaları: Cinsel ilişki sonrası vajinal duş gibi uygulamalar ne HIV ne de CYBE etkenlerine karşı koruma sağlayamaz. Hatta bakteriyel vajinozis gibi bazı CYBE etkenleri ve HIV geçiş riskini artırabildiği belirtilmiştir.
- HIV ile enfekte partneri olanlara antiretroviral profilaksisi tavsiye edilmektedir.
- Tedavi
- Literatürde 16 yaş altı ergenlere yönelik CYBE tedavi modaliteleri hakkında hemen hiç klinik çalışma yoktur. 16-17 yaş grubu ergenler için çok az çalışma varken, CYBE etkin ve güvenilir tedavisi ile ilgili veriler geç ergen ve genç erişkinlerde yapılan çalışmalardan elde edilmektedir. CYBE nedeniyle tedavi verilen ergenlerin %30'unda tedavisi başarısız olarak sonuçlanmaktadır. Bu nedenle ergenler, eğer mümkünse tek dozluk tedavi ile takip edilmelidirler. CDC tarafından 2015 yılında sık rastlanan CYBE'lere yönelik tedavi önerileri Tablo 7'de özetlenmiştir.

Tablo 7. CYBE'lerde önerilen tedaviler

Hastalık	Önerilen tedavi
Bakteryel Vajinozis	Metranidazole ağızdan ya da klindamisin krem %2 intravajinal uygulama
<u>Servisit</u> Klamidyal enfeksiyon (Ergen ve yetişkinde)	Azitromisin 1 g ağızdan tek doz ya da Doksisisiklin 100 mg ağızdan 2x17 gün
<u>Genital Herpes</u> İlk klinik epizod	Asiklovir 400 mg 3x1 ağızdan 7-10 gün ya da 200 mg ağızdan 5x1 7-10 günlük tedavi
Rekürren herpeste epizodik tedavi	Asiklovir 400 mg ağızdan 3x15 gün ya da 800 mg 2x15 gün ya da 800 mg 3x12 gün
Rekürren herpeste suppressif tedavi	Asiklovir 400 mg ağızdan 2x1, günlük doz
HIV taşıyıcılarında epizodik enfeksiyon tedavisi	Asiklovir 400 mg ağızdan 3x1, 5-10 gün
HIV taşıyıcılarında suppressif tedavi	Asiklovir 400-800 mg ağızdan 2-3x1 günlük doz
<u>Genital Siğil (HPV)</u> Hasta uygulaması	İmiquimod %3,75 ya da %5 krem ya da podofilox %0,5 solüsyon ya da jel
Hekim uygulaması	Kryoterapi ya da triklorasetik asit uygulaması ya da cerrahi eksizyon
Lymphogranuloma Venereum	Doksisisiklin 100 mg ağızdan 2x1, 21 gün ya da eritromisin baz 500 mg ağızdan 4x1, 21 gün
Nongonococcal Urethritis (NGU)	Azitromisin 1 g ağızdan tek doz ya da doksisisiklin 100 mg ağızdan 2x1, 7 gün ya da eritromisin base 500 mg ağızdan 4x1, 7 gün

Tablo 7. CYBE'lerde önerilen tedaviler- devam

Hastalık	Önerilen tedavi
Pelvik İnflamatuvar Hastalık	<u>Parenteral rejimler</u> Cefotetan 2 g, 2x1 parenteral uygulamaya ek olarak Doksisisiklin 100 mg ağızdan 2x1 ya da Cefoksitin 2g, 4x1 parenteral uygulamaya ilaveten Doksisisiklin 100 mg 2x1 ağızdan <u>Intramuskuler/ağızdan rejimler:</u> Ceftriaksone 250 mg IM tek doz ilaveten doksisiklin 100 mg 2x1 14 gün tercihe göre ilaveten Metranidazole 500 mg ağızdan 2x1, 14 gün Cefoksitin 2 g IM tek doz ilaveten probenecid 1 g ağızdan tek doz ilaveten Doksisisiklin 100 mg, 2x1, 4 gün ve metranidazole 500 mg ağızdan 2x1, 14 gün tercihan ilave edilebilir
<u>Sfiliz</u> Primer, Sekonder ve erken Latent Dönem (<1 yıl)	Benzatin Penicillin 2,4 milyon ünite IM tek doz
Latent > 1 yıl ya da süre bilinmiyor	Benzatin Penicillin haftada bir 2,4 milyon ünite IM toplam 3 hafta ve 7,2 milyon Ü toplam doz
Nörosfiliz	Aqueous kristalize penicillin 18-24 milyon Ü / gün devamlı infüzyon ya da 3-4 milyon Ü 4 saatte bir, 10-14 gün
Trikomonans Enfeksiyonu	Metranidazole 2 g ağızdan tek doz ya da tinidazole 2 ağızdan tek doz
Persiste ya da Rekürren enfeksiyon veya tx yetersizliği	Metranidazole 2 g ağızdan, 2x17 gün ya da tinidazole 2 g ağızdan 2x17 gün
<u>Gonokokal Enfeksiyon</u>	
Ergen, >45 kg çocuk ve yetişkin	Ceftriaksone 250 mg IM tek doz ilaveten azitromisin 1 g oral tek doz
<45 kg çocuk	Ceftriaksone 25-50 mg/kg IV ya da IM (tek doz 125 mg geçmeyecek)

VI. 4. F. ERGEN GEBELİKLERİ

Doç. Dr. Özlem UZUNLAR

*Zekai Tahir Burak Kadın Sağlığı Eğitim ve Araştırma Hastanesi
Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği*

Giriş

Ergen gebelikleri, 20 yaş öncesi gebeliklerdir. Ergenlik dönemi özellikle biyolojik ve psikososyal anlamda gelişimsel bir değişim sürecidir. Bu gelişimsel süreçte, ergen gebelikleri ergenin aldığı korunmasız cinsel ilişki riskinin bir sonucu olarak karşımıza çıkabilmektedir.

Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması(TNSA)-2013 sonuçlarına göre, toplam doğurganlık hızı kadın başına 2.26 doğumdur ve TNSA-2008'den bu yana çocuk sahibi olmaya başlayan ergenlerin oranı yüzde 6'dan yüzde 5'e gerilemiştir. Bu azalma eğilimine rağmen, gebeliğin oluşmasına zemin hazırlayan olumsuz psikososyal çevre, sosyoekonomik durum ve eksik antenatal bakım, ciddi komplikasyonlara yol açabilmektedir.

Cinsel ilişki, kontrasepsiyon, gebelik, abortus ve ebeveyn olma gibi konularda yetersiz bilgiye sahip ergenlerin, gebeliklerinin, sadece kendi yaşamlarına değil, aile ve henüz doğmamış bebeğe de ciddi yükler getirdiği saptanmıştır. İçinde buldukları psikososyal durum, eğitimlerinin aksaması, işsizlik ve çevre baskısı da gebeliği olumsuz etkilemektedir.

Gebelikte sigara kullanımı; erken doğum, fetüsde gelişme geriliği, ani fetal kayıp, plasenta previa, plasental dekolman ve erken membran ruptürü gibi gebelik komplikasyonlarına ya da yarı damak gibi bir takım yapısal anormalliklere yol açabilmektedir. Alkol ya da madde bağımlılığının fetal teratojenik potansiyeli de akılda tutulmalıdır.

Ergenlik döneminde genital organ olgunlaşması tamamlanmadığından koruyucu mekanizmalar henüz tam olarak gelişmemiştir. Ayrıca ergenlerin cinsel sağlık ve kontrasepsiyon konusundaki bilgileri yetersizdir. Bu nedenle Cinsel Yolla Bulaşan Enfeksiyon (CYBE) açısından artmış risk altındadır. CYBE, tubal hasara yol açarak, dış gebelik riskini artırabilmektedir. Ergenlik döneminde dış gebelik tanısında gecikmeler ciddi abdominal

kanama ile sonuçlanabilmektedir.

Ergen gebelikler, normal evlilik içinde ya da evlilik dışı istenmeyen gebelikler olarak karşımıza çıkabilmektedir. Evlilik akdi olan istemli ergen gebelerin sağlık hizmetlerine ve perinatal bakım hizmetlerine ulaşmaları kolaydır. Ancak istenmeyen gebelikler veya evlilik akdi gerçekleşmemiş (küçük yaş imam nikahı) gebelikler perinatal bakım hizmetlerine ulaşmada sorun yaşayabilmektedir. Türk Ceza Kanunu'na göre 15 yaşını doldurmamış gençle cinsel ilişki kuran kişi, şikâyet üzerine cezalandırılmaktadır. Bu nedenle imam nikahı yoluyla aile onayını almış gebelikler bile eşin ceza alması korkusuyla kayıt altına alınamamakta ve sağlık hizmetlerine ulaşmamaktadır. Evlilik dışı ergen gebeliklerde, gebelik risk ve komplikasyonlarının farkedilememesi, istenmeyen gebeliklerin güvenli sonlandırma metodlarının uygulanamaması, doğum ve doğum sonrası bakım hizmetlerine ulaşamama gibi nedenlerle ciddi fetomaternal komplikasyonlar ortaya çıkabilmektedir.

Ergen Gebeliklerin Prognozu ve Sonuçları

Ergen gebelikleri erken dönem komplikasyonları; düşük tehdidi, düşükler, septik düşükler (istenmeyen ve planlı olmayan gebelikler nedeniyle), korpus luteum kistleri, dış gebelik (artmış CYBE riski) ve trofoblastik hasarlılardır.

Ergen gebeliklerin olumsuz sonuçları; anemi, preterm doğum öyküsü, preklampsi, eklampsi, pelvik yapının olgunlaşmamasına bağlı zor doğum, operatif doğum, artmış sezaryan ile doğum ve plasental anormallikler olarak sıralanabilir. Özellikle 10-14 yaş arası ergen gebeliklerde, 15-20 yaş arası ergen gebeliklere göre preterm doğum, anemi, zor doğum ve doğum sonrası genital fistül gelişmesinin daha sık gözleendiği ortaya konmuştur. Ayrıca küçük anneliğe başlama yaşı nedeniyle tekrarlayan ergen gebeliği ve gebelikler arası sürenin kısalması ayrı bir risk faktörü olarak değerlendirilmektedir.

Ergen anneler özellikle postpartum ilk 3 ayda görülen postpartum depresyon açısından risklidirler. Ayrıca mental sağlık problemleri ve hastalığı (major depresyon, bipolar hastalık ya da psikotik hastalık vb) olan ergenlerde gebeliğe ait riskler de artmaktadır.

Gelişmekte olan ülkelerde ergen gebeliklerde anne ölüm hızının,

20 yaş üstü gebelere kıyasla iki kat arttığı bildirilmiştir.

Yenidoğanla ilgili riskler, düşük doğum ağırlıklı bebek doğumu, yoğun bakım ihtiyacının artması, artmış yenidoğan katekolamin ve kortizol seviyeleri, 2 yaşına kadar yavaş mental gelişim, düşük gelişim skorları ve artmış postnatal ölüm hızı olarak sıralanabilir. Depresif ve psikiyatrik bozukluğu olan anne adaylarının kullanılan ilaçlar, gebelik döneminde fetal ciddi malformasyonlara neden olurken; yenidoğanda ilaç bırakma sendromu, K vitamin eksikliği, nöroleptik malign sendrom ya da intestinal obstrüksiyona yol açabilmektedir.

Uzun Dönem Sonuçlar

İlk gebeliğinde 18 yaşından küçük olanların, ileri yaşlarda kronik akciğer enfeksiyonu, diyabet, hipertansif hastalıklar, akciğer ve servikal kanser ve alkol bağımlılığı yönünden artmış risk taşıdığı ortaya konmuştur.

Sosyal Sonuçları

Anne yönünden; eğitimin yarım kalması, yoksulluk ve şiddete maruz kalma olarak sıralanabilir.

Baba yönünden; eğitimin aksaması, düşük gelir düzeyi ve işsizlik olarak bildirilmiştir.

Bebek yönünden; daha çok kognitif bozukluk riski, istismara ve ihmale maruz kalma riski, kızlarda ergenlik dönemi gebeliği ve erkeklerde ise suça eğilim artmıştır.

Ergen Gebeliği İçin Risk Faktörleri

İrk, yoksulluk, kırsal kesimde yaşam, göç, ebeveynlerinden birinin ya da ikisinin olmaması ya da desteklerinden yoksunluk, istismar öyküsü, alkol ya da ilaç kullanımı, ergen gebeliği bebeği olma, sosyo ekonomik ve kültürel destekden yoksun kalma, okulu bırakma, cinsellik ve kontrasepsiyon konularında bilgi yetersizliği ve menarş yaşının erken döneme gerilemesi ergen gebeliği için risk faktörleridir.

Tanı

Ergen gebelere yaklaşım mahremiyetlerine özenli, yol gösterici ve güven verici nitelikte olmalıdır. Ergen gebeliklere tanı koymak zordur ve devamlı şüphe içinde yaklaşımı gerektirir. Menstrüal siklus düzeni ve cinsellik konusunda bilgi edinmelidir. Özellikle

erken ergenlik döneminde, olgunlaşmamış hipotalamo-pituitary-ovaryen sistem nedeniyle düzensiz menstrual siklusler tanıyı geciktirebilmektedir. Ergenin cinsel ilişkisi olduğunu inkar etmesi, implantasyon kanamasının adet kanaması ile karıştırılması ya da ilk trimester gebelik komplikasyonlarına bağlı anormal kanama paternleri klinisyeni gebelik şüphesinden uzaklaştırabilmektedir. Ergen gebelikler sıklıkla abdomen ve genitoüriner sistem şikayetleri nedeniyle farkedilebilmektedir.

Öykü alma

- Son adet tarihinin ve diğer menstrual periyodlarla farkının sorgulanması,
- Cinsel aktivitesinin ve kullandığı kontraseptif yöntemlerin araştırılması,
- Gebe kalma şansı olup olmadığının özenle sorgulanması,
- Amenore, memelerde gerginlik, kilo alımı, halsizlik, bulantı kusma, uykuya eğilim karında şişlik, ağrı ve üriner semptom varlığında gebelik testi uygulanmalıdır.

Laboratuvar Testleri

- İdrarda veya kanda Beta HCG ölçümü yapılır. Evde uygulanan gebelik test sonuçları ergenler için güvenli değildir. Kanda gebelik testinin seri aralıklarla tekrarlanması, ergenlik dönemi gebeliklerini komplike eden dış gebelik, düşük tanısı ve trofoblastik hastalıkların tanı ve takibi için gerekebilmektedir.
- Kan grubu tayini yapılmalıdır. Rh negative anne adaylarında sonraki gebeliklerinde sensitizasyondan korumak için düşük tehdidi, düşük, dış gebelik, trofoblastik hastalık ve gebelik sonlandırmasından sonra Anti D Ig yapılmalıdır.

Gebelik Testi İle İlgili Danışmanlık Verilmesi

- Gebelik testi öncesi danışmanlıkta; test sonucu pozitif geldiğinde hissedecekleri konusu konuşulmalı, gebelik ve anne olmanın anlamına yönelik algısı araştırılmalıdır. Gerekirse sonuç ile ilgili hissedeceklerinin sonucuna (özkıyım girişimi vb. saptanırsa) yönelik hazırlık yapılmalıdır.
- Gebelik testi sonucu ile verilecek danışmanlıkta; gerekirse psikiyatrik yardım olarak, gebeliği nasıl yönetmek istediği ve ebeveynlerinin nasıl bilgilendirileceği konusu gündeme getiril-

melidir. Gerekli emosyonel destek sağlanmalıdır. Cinsel istismar sonucu elde edilen gebeliklerin adli sürecinin başlatılması, mağdurun korunması ve medikolegal sorumluluğun yerine getirilmesi yönünden önemlidir.

Ergen gebeliği tesbitinde danışmanlık verilmesi:

1. Eğer ergen gebeliğin devamını isterse:
 - a) Ebeveyn olmanın sorumlulukları konusunda (%96'sı anne-de, %4'ü babada) bilgi verilmesi,
 - b) Hangi hastanelerden ne şekilde yardım sağlayacağı ve eğer mümkünse ergen gebelikleri konusunda deneyimli kliniklerin adreslerinin verilmesi,
 - c) Komplikasyonlar hakkında bilgilendirilip, devamlı takibin öneminin anlatılması,
 - d) Ergen gebeliklerinin antenatal takibinin psikososyal desteği de içerecek şekilde yapılması,
 - e) CYBE konusunda tarama yapılmak üzere yönlendirmenin sağlanması,
 - f) Öyküde varsa alkol, sigara, madde ve ilaç kullanımının kesilmesinin sağlanması ve fetus üzerine etkili teratojenler konusunda bilgi verilmesi,
 - g) Beslenme ve enerji alımının düzenlenmesi, folik asit, demir ve kalsiyum (gebe olsun olmasın tüm 14-18 yaş grubu arasında kemik dansitesi ve mineralizasyonu için 1300mg / gün) desteğinin sağlanması,
 - h) Sosyal güvencesi olmayan ergenlerin, sosyal çalışmacılara yönlendirilmesi
 - i) Eğitim veya iş kaybı gibi olumsuzlukların telafi metodları konusunda yol gösterilmesidir.
2. Eğer gebeliğin sonlandırılmasını tercih ederse:
 - j) Gebeliğin olgunlaşmanın bir kanıtı kabul edilip pozitif etkilenebileceğinin ve elektif terminasyon alternatifi seçeneklerin göz önünde bulundurulması,
 - k) Terminasyon konusu ve zamanı hakkındaki yasalarla ilgili bilgi verilmesi ve gerekirse danışmanlık almak üzere yönlendirilmesi,
 - l) Ebeveyn veya ergenin yasal yükümlülüğünü üstlenen kişi-

- nin, terminasyon kararı ve sürecindeki rolünün benimsenmesi,
- m) Psikolojik danışmanlık hizmeti alınmasının sağlanması,
 - n) Suçluluk, depresyon ve özkıyım düşüncesi gibi durumlar görülürse psikiyatrik desteğin sağlanması,
 - o) Gebeliğin haftasına göre güvenli terminasyon yöntemlerinin ve komplikasyonların konuşulması,
 - p) Güvenli terminasyon için kliniklere yönlendirmenin sağlanması,
 - q) Terminasyon sonrası CYBE taraması için yönlendirmenin sağlanması, emosyonel desteğin verilmesi ve kontrasepsiyon yöntemi kullanımının sağlanmasıdır.

İstenmeyen Gebelikler ve Güvensiz Düşükler

Dünyada her yıl oluşan yaklaşık olarak 205 milyon gebeliğin, 42 milyon kadarı isteyerek sonlandırılmaktadır. Bu düşüklerin yaklaşık 22 milyonu güvenli olarak gerçekleşirken, 20 milyon kadarı maalesef güvenli olmayan metod ve ortamlarda gerçekleşmektedir. Güvenli olmayan düşükler maternal morbidite ve mortalitenin en önemli sebeplerindendir. Güvenli olmayan düşüklerin %98'i gelişmekte olan ülkelerde gerçekleşmektedir. Gelişmekte olan ülkelerde güvensiz düşüklerin neden olduğu girişim gerektiren komplikasyon oranı %0.7 olarak belirtilmektedir. Tanım olarak; gerekli becerileri yetersiz ya da uygun olmayan teknikleri kullanan kişiler tarafından gerçekleştirilen ya da minimum sıhhi şartların dahi sağlanmadığı koşullarda (steril olmayan enstrüman ve teknik vb) yaptırılan düşüktür. Yine sepsis ya da diğer komplikasyonların geliştiği spontan veya kadının kendisinin indüklediği düşükler (vajinal ya da rektal yerleştirilen objeler, medikasyonlar ve abdominal travma) de bu kavrama girmektedir. Kısıtlayıcı olmayan yasal düzenlemelerin sağlandığı ülkelerde bile güvensiz düşük risk faktörleri; genç yaş, ekonomik destekten yoksun olan ve partner desteğinin olmadığı kadın popülasyonudur.

Güvenli Olmayan Düşüklerin Komplikasyonları

Hemoraji; en sık komplikasyon olup, %44'e varan oranlarda bildirilmektedir. Hipovolemik şok, koagülopati ve ölüme yol açabilen ciddi hemoraji riski %3 olarak bildirilmiştir. Organ laserasyonları-

na, atoniye ya da kavite içi rest materyaline bağlı gelişebilmektedir.

Enfeksiyon; ortalama %20; ciddi olgular ise %5 sıklıktadır. Rest materyal, travma ya da steril olmayan tekniklerin kullanımına sekonderdir. Uygun yönetilemezse sepsis, organ yetmezliği, DIC veya kısırlığa yol açabilmektedir.

İnkomplet Düşük; kendi kendine düşük provakasyonu, girişimi deneyimsiz sağlık çalışanının gerçekleştirmesi, ileri gebelik haftasında girişim ya da uterus şekil bozukluklarına bağlı gelişebilmektedir.

Anemi; kanama ve enfeksiyona sekonder olup, sıklığı %38 civarındadır.

Travma; ciddi travma olguları %7'lere ulaşan sıklıkta bildirilmiştir. Daha çok yabancı cisim yerleştirme yöntemiyle kendi kendine düşük çabası sonucunda oluşmaktadır. Diğer nedenler genital yol yaralanmaları, uterus perforasyonuna sekonder barsak ve diğer iç organ yaralanmalarıdır.

Renal Yetmezlik; %1.6 sıklığında bildirilmiştir. Ciddi hemoraji ve travmaya sekonder organ yetmezliği olarak karşımıza çıkmaktadır.

Maternal Ölüm; sıklığı ortalama %3.3 olarak bildirilmektedir. Doğrudan anne ölümlerinin sekizde biri güvenli olmayan düşük komplikasyonları nedeniyle.

Abdominal Ağrı; ciddi kanama, enfeksiyon ve şok kliniği acil cerrahi girişim potansiyeli olan klinik antitelendir.

Önem; istenmeyen gebeliklerin önlenmesi, güvenli isteyerek düşük tekniklerine ulaşımın sağlanması, yüksek kalitede post-abortif medikal bakımın sağlanması ve postabortif aile planlaması danışmanlığı/kontrasepsiyon hizmetinin sunulması esasına dayanır.

Kontrasepsiyon hizmetinin sunulması en etkin müdahaledir. Modern kontraseptif yöntemlerin kullanılması isteyerek düşük prevalansını belirgin azaltmaktadır.

Aile içi kadına yönelik şiddet de istenmeyen gebelik ve düşükler için bir risk faktörüdür. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) şiddetin %50 önlenerek, istenmeyen gebeliklerin %2-18 oranında ve isteyerek düşüklerin oranının ise %4.5-40 oranında azaltacağını tahmin etmektedir.

VI. 4. G. ERGENLERDE VAJİNİTLER

Doç. Dr. Şebnem Özyer

*Zekai Tahir Burak Kadın Sağlığı Eğitim ve Araştırma Hastanesi
Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği*

Giriş

Ergenlerde, aktif cinsel yaşamın başlama ve biyolojik faktörler cinsel yolla bulaşan enfeksiyon riskini artırmaktadır. Biyolojik faktörler arasında öne sürülen bir mekanizma ergenlerde servikal ektopi gözlenmesi veya serviksin immatür olmasıdır. Servikal ektopi, kolumnar epitel ile kaplı ektoserviks alanı olarak tanımlanmaktadır. Kolumnar epitelin cinsel yolla bulaşan patojenlere karşı daha duyarlı olduğu düşünülmektedir. Diğer bir faktörün ise lokal protektif antikör olan servikal sekretuar Ig A (slgA) miktarının az olması öne sürülmektedir. Yapılan bir çalışmada ergenlerin servikal mukuslarında yetişkinlere kıyasla daha az miktarda slgA saptanmıştır. Ergenlerin Cinsel Yolla Bulaşan Enfeksiyonlara karşı duyarlılığı vajinal floranın bileşiminden de etkilenmektedir. Vajinal flora vajinal immün ve enflamatuar yanıtlarda önemli rol oynamaktadır. Vajinal flora puberte sonrasında ergenlerde değişken olabilir.

Normal Vajinal Flora

Normal vajinal sekresyonlar vulvar bölgedeki sebase bezlerin, ter bezlerinin, Bartolin ve Skene bezlerinin sekresyonlarından, vajen duvarı transudasyonundan, vajinal ve servikal hücrelerin ekfoliasyonundan, servikal mukustan, endometrial ve tubal sekresyonlardan, mikroorganizmalar ve metabolik ürünlerinden oluşmaktadır. Normal vajinal flora çoğunlukla aerobik olup en sık mikroorganizma hidrojen peroksit üreten laktobasillerdir. Östrojen ile vajinal epitelde glikojen içeriği artmakta, glikojen laktobasiller tarafından monosakkaridlere ve laktik aside dönüştürülmektedir, böylece vajende asidik ortam oluşmaktadır (pH <4,5). Normal vajinal sekresyonlar kokusuz, berrak, beyaz renkli ve homojen yapıdadır. Reprodüktif çağıdaki bir kadında vajinal sekresyon miktarı 1-4 ml/gün'dür. Sekresyonlar menstrüel siklusun ortasında ovulasyona yakın zamanda, gebelik sırasında veya östrojen-progestin kontraseptiflerin kullanımı sırasında daha belirgin hale gelebilir (fizyolojik lökore). Diyet, cinsel aktivite, ilaçlar ve stres normal vajinal sekresyonların miktarını ve yapısını değiştirebilir.

Etyoloji

Vajinit etyolojisinin %90'ını bakteriyel vajinozis, trikomonas vajiniti ve vulvovajinal kandidiazis oluşturmaktadır. Daha nadir olarak servisit, yabancı cisim, iritanlar, allerjenler ve daha da seyrek olarak bazı sistemik hastalıklar benzer semptomlara neden olabilmektedir.

Tanı ve Tedavi

Vajinit, enfeksiyon, enflamasyon veya normal vajinal floradaki değişikliklere bağlı vajenin hastalıklarına verilen genel bir tanım olarak kabul edilmektedir. Vajinit semptomları arasında akıntı, koku, kaşıntı, irritasyon, eritem, lekelenme ve disüri sayılmaktadır.

Vajinit yakınmasıyla başvuran erenin değerlendirmesinde öykü, fizik muayene ve bazı tanısal testlerden yararlanılmaktadır. Öyküde akıntının miktarı, rengi, kıvamı, kokusu, yanma hissi, vajinal lekelenme ve disüri varlığı sorulmalıdır. Fizik muayenede vulvovajinal enflamasyonun derecesine, vajinal akıntının özelliklerine, lezyon ve yabancı cisim varlığına odaklanılmalıdır. Tanısal testler arasında vajinal pH, mikroskopi ve kültür yer almaktadır.

Bakteriyel vajinozis: Laktobasillerin kaybı ve yerini ağırlıklı olarak anaerobik bakterilerin almasıyla karakterize bir durumdur. Kadınlarda her yaş döneminde en sık rastlanan vajinal enfeksiyondur. Anaerobik bakteriler normal vajinal floranın %1'inden daha azını oluştururken bakteriyel vajinoziste 100-1000 kat artmıştır. Normal vajinal floradaki değişikliğin nedeni olarak sık cinsel ilişki ve vajinal duşa bağlı vajenin alkalinizasyonu olduğu düşünülmektedir. Bakteriyel vajinoziste gri-beyaz, vajen duvarlarına yapışık halde kötü kokulu (balık kokusuna benzer), sulu ve homojen vajinal akıntı mevcuttur. Vajinal pH 4,5'in üzerindedir. Vajinal sekresyonun mikroskopisinde artmış clue hücreleri saptanır ve lökositler belirgin olarak azdır. Clue hücreleri vajinal epitel hücreleri üzerine yapışan bakterilerin oluşturduğu görünüme verilen isimdir. Vajinal sekresyonlara KOH çözeltisi eklenmesiyle balık kokusuna benzer amin benzeri bir koku oluşur (whiff testi). Tanıda kültür önerilmemektedir

Tedavi seçenekleri:

1. Metronidazol 500 mg oral, günde iki kez, 7 gün boyunca, ya da
2. Cinsel aktif olgularda, %0.75'lik metronidazol jel, 5 g intravajinal, günde bir defa, 5 gün boyunca, ya da
3. Cinsel aktif olgularda %2'lik klindamisin krem, 5 g intravajinal, gece yatarken, 7 gün boyunca şeklinde önerilir.

Alternatif tedavi seçenekleri:

4. Tinidazol 2 g oral, günde tek doz, 2 gün boyunca, ya da
5. Tinidazol 1 g oral, günde tek doz, 5 gün boyunca, ya da
6. Klindamisin 300 mg oral, günde 2 kez, 7 gün boyunca, ya da
7. Cinsel aktif olgularda klindamisin ovül 100 mg intravajinal, gece yatarken, 3 gün boyunca şeklinde önerilir.

Rutin olarak partner tedavisine gerek yoktur.

Trichomonas vajiniti: Kamçılı parazit olan Trichomonas Vaginalis'in neden olduğu cinsel yolla bulaşan hastalıktır. Bulaşma riski yüksektir, parazit anaerob bir ortam oluşturmaktadır ve olguların %60'ına bakteriyel vajinozis de eşlik etmektedir. Hastalarda hastalık sıklıkla asemptomatik olarak seyretmektedir. Semptomatik hastalarda bol, sulu, köpüklü ve yeşilimsi akıntı mevcuttur, ayrıca vulvar kaşıntı olabilir. Vajinal eritem ve servikste subepitelyal hemorajiye bağlı çilek manzarası saptanabilir. Vajinal sekresyonların pH'sı genellikle 5'in üzerindedir. Genital sekresyonların mikroskopisinde hareketli trikomonaslar ve artmış sayıda lökositler izlenir. Bakteriyel vajinozisin eşlik ettiği hastalarda clue hücreleri de izlenebilir ve whiff testi pozitif olabilir. Trikomonas enfeksiyonu saptanan hastalar diğer cinsel yolla bulaşan hastalıklar açısından araştırılmalıdır.

Tedavi seçenekleri:

1. Metronidazol 2 g oral, tek doz, ya da
2. Tinidazol 2 g oral, tek doz şeklinde önerilir.

Alternatif tedavi seçeneği:

3. Metronidazol 500 mg oral, günde iki kez, 7 gün boyunca şeklinde önerilir.

Tanı konulduğunda partner tedavisi de yapılmalıdır.

Vulvovajinal kandidiyazis (VVC): Tüm kadınların %75'inin hayatları boyunca en az bir kez VVC enfeksiyonu geçirdiği tahmin edilmektedir. Olguların %85-90'ında etken Candida albicans'tır. Diğer kandida türlerinden olan Candida glabrata ve Candida tropicalis de vulvovajinal semptomlara neden olup tedaviye rezistan olabilirler.

Predispozan faktörler arasında antibiyotik kullanımı, gebelik, diyabet, immünsupresyon, obezite, dar ve sentetik giysiler sayılmaktadır. Semptomlar arasında vulvovajinal bölgede kaşıntı belirgindir. Vajinal akıntı süt keşiği tarzında, beyaz ve peynirimsi kıvamdadır. Hastalarda dizüri yakınması da bulunmaktadır. Muayene sırasında vulvar cilt ve labialar eritematöz ve ödemli olarak gözlenmektedir. Vajinal pH

normaldir. Vajinal sekresyonun mikroskopisinde fungal elemanlar saptanır ve tanıda kültür kullanılabilir. VVC klinik prezentasyon, mikrobiyoloji, konakçı faktörleri ve tedaviye cevaba bağlı olarak komplike ve komplike olmayan şekilde ikiye ayrılır.

VC Klasifikasyonu

Komplike olmayan

Sporadik veya nadir görülen

VE

hafif-orta semptomları olan

VE

etkeni *C. albicans* olan

VE

immünitesi normal olan hastalarda görülen

Komplike olan

Rekürren

VEYA

şiddetli semptomları olan

VEYA

C. albicans dışı etkeni olan

VEYA

diyabetik, immünkompromise ya da immünsupresif tedavi alan hastalarda görülen

Tedavide predispozan faktörler ortadan kaldırılmalıdır.

Tedavi seçenekleri:

1. Topikal azol grubu ajanlarla (butokonazol, klotrimazol, mikonazol, nistatin, tiokonazol ve terkonazol) %80-90 başarı sağlanmaktadır. Tedavinin 2-3. günlerinde semptomlarda gerileme sağlanmaktadır. Cinsel aktif olgularda;
 - a) Klotrimazol %1 krem, günlük 5 g intravajinal, 7-14 gün ya da
 - b) Klotrimazol %2 krem, günlük 5 g intravajinal, 3 gün ya da
 - c) Mikonazol %2 krem, günlük 5 g intravajinal, 7 gün ya da
 - d) Mikonazol %4 krem, günlük 5 g intravajinal, 3 gün ya da
 - e) Mikonazol 100 mg vajinal supposituar, günde tek supposituar, 7 gün ya da mikonazol 200 mg vajinal supposituar, günde tek supposituar, 3 gün ya da
 - f) Mikonazol 1200 mg vajinal supposituar, tek supposituar ya da
 - g) Tiokonazol %6,5 merhem, 5 g intravajinal, tek uygulama ya da
 - h) Butokonazol %2 krem, 5 g intravajinal, tek uygulama ya da

- i) Terkonazol %0,4 krem, günlük 5 g intravajinal, 7 gün ya da
 - j) Terkonazol %0,8 krem, günlük 5 g intravajinal, 3 gün ya da
 - k) Terkonazol 80 mg vajinal supposituar, günlük tek suppozituar, 3 gün şeklinde önerilir
2. Fluconazol 150 mg oral, tek doz kullanılabilir. Hastalar, semptomlarının 2-3 gün boyunca devam edebileceği konusunda bilgilendirilmelidirler.
 3. Komplike VVC olan hastalar ilk dozdan 72 saat sonra verilen 150 mg flukonazol ek dozundan fayda görebilirler ya da 10-14 günlük uzun topikal tedavi rejimleri ile tedavi edilebilirler. Tedaviye zayıf topikal steroid olan %1'lik hidrokortizonlu krem eklemek irritatif semptomların giderilmesinde faydalı olabilir.

Servisit

Servikte skuamöz epitel ve kolumnar epitel olmak üzere iki tip epitel hücresi vardır. Ektoservikal skuamöz epitel vajinite neden olan etkenler tarafından enfekte olabilir. Ancak, Neisseria Gonorrhoeae ve Chlamydia Trachomatis gibi etkenler sadece endoservikal kolumnar epiteli tutarlar.

Servisit tanısı endoserviksten sarı ya da yeşil renkli mukopurulan akıntının görülmesiyle ya da endoservikal kanaldan kültür çubuğu ile alınan yeşil-sarı renkli mukusun tespit edilmesiyle konulmaktadır. Ayrıca kültür çubuğu ile dokunmayla bile kolaylıkla endoservikal kanama olması da tanısız bir bulgu olarak değerlendirilmektedir. Mukusun gram boya ile incelenmesinde nötrofillerde artış (>30/hpf) olduğu saptanmaktadır.

Gonokokkal endoservisitte intraselüler gram negatif diplokoklar gözlenebilir. Gram boyamada gonokok tespit edilememişse, muhtemel tanı klamidya servisitidir.

Olguların %50'sinde ise endoservitin mikrobiyal etyolojisi tespit edilemez. Tedavide hem klamidya hem de gonoreye etkili antibiyotik rejimi düzenlenir.

Partner tedavisi mutlaka gerekmektedir.

Servisite sıklıkla bakteriyel vajinozis de eşlik ettiğinden eş zamanlı tedavisi yapılmalıdır.

Tedavi seçenekleri:

1. Neisseria Gonorrhoeae endoserviti
 - Seftriakson 250 mg intramüsküler, tek doz veya
 - Sefiksım 400 mg oral, tek doz

2. Chlamydia Trachomatis endoservisiti

Azitromisin 1 g oral, tek doz veya

Doksisisiklin 100 mg oral, günde 2 kez, 7 gün boyunca

Pelvik İnflamatuvar Hastalık (PIH)

PIH endoserviksi kolonize eden mikroorganizmaların endometriyum ve fallop tüpleri gibi kadın üst genital traktusuna ulaşması sonucu gelişir. Klinik bir tanıdır.

Genellikle Neisseria Gonorrhoeae ve Chlamydia Trachomatis gibi cinsel yolla bulaşan mikroorganizmalar neden olmaktadır. Ancak son zamanlarda yapılan çalışmalar bu iki etkene bağlı PIH olgularının sayısının azaldığını bildirmektedir, akut PIH tanısı konan olguların yarısından azında bu iki etken tespit edilmiştir. Yine yakın zamanda elde edilen veriler Mycoplasma Genitalium etkeninin de daha hafif klinik semptomlarla PIH'a neden olabileceğini göstermektedir. Vajende bulunan endojen mikroorganizmalar da -özellikle bakteriyel vajinozis-PIH'li kadınların üst genital traktusunda tespit edilmiştir.

Klasik olarak PIH tanısı pelvik ağrı, servikal hareketlerde ve adnekslerde hassasiyet ve ateş varlığı ile konur. Ancak semptom ve bulgular oldukça değişken olabildiğinden tanısı güçtür. Birçok kadında hafif semptomların varlığı PIH'ın tanısında gecikmelere ve buna bağlı üst genital traktusta enflamatuvar sekellere neden olmaktadır. Bazı kadınlarda ise PIH asemptomatik seyredebilir.

Bu nedenle cinsel aktif genç kadınlarda ve cinsel yolla bulaşan hastalıklar açısından risk altındaki kadınlarda pelvik veya alt karın bölgesinde ağrı varlığında pelvik muayenede klinik bulgulardan minimum birinin varlığında-servikal hareketlerde hassasiyet veya uterin hassasiyet veya adnekslerde hassasiyet-muhtemel PIH tanısı konup tedavi başlanmalıdır. Bu şekilde klinik tanının sensitivitesi %65-90'dır. Tanıyı destekleyen diğer bulgular şunlardır:

- >38.3°C ateş
- Servikal mukopurulan akıntı ve frajil yapıda serviks
- Servikal akıntının mikroskopik incelemesinde artmış lökosit
- Sedimentasyonda artış
- C-reaktif proteinde artış
- Neisseria Gonorrhoea ve Chlamydia Trachomatis enfeksiyonunun laboratuvar olarak dokümantasyonu

PIH tanısında en spesifik kriterler aşağıda verilmiştir:

- Endometriyal biyopsi ile histopatolojik olarak endometritin gösterilmesi

- Transvajinal ultrasonografi veya MR ile kalın, içi sıvı dolu tüplerin, serbest pelvik sıvının veya tubo-overyan kompleksin gösterilmesi ya da Doppler ile pelvik enfeksiyonun desteklenmesi
- PIH laparoskopik bulgular

PIH tedavi rejimleri muhtemal etkenleri kapsayacak şekilde ampirik ve geniş spektrumlu olmalıdır. Tanının kesinleştirilemediği ve diğer cerrahi acillerin ekarte edilemediği durumlarda, tubo-overyan abse varlığında, gebelikte, kliniğin şiddetli seyrettiği olgularda, ayaktan oral tedaviye uyum sağlayamayan ya da tolere edemeyen olgularda, oral tedaviye cevapsız olgularda hospitalizasyon önerilir.

Parenteral tedavi seçenekleri:

1. Sefotetan 2 g IV, 12 saatte bir + Doksisiklin 100 mg oral veya IV, 12 saatte bir, ya da
2. Sefoksitin 2 g IV, 6 saatte bir + Doksisiklin 100 mg oral veya IV, 12 saatte bir, ya da
3. Klindamisin 900 mg, IV, 8 saatte bir + Gentamisin yükleme dozu (2mg/kg) IV veya IM takiben idame dozu (1,5 mg/kg) 8 saatte bir şeklinde önerilir. Günlük tek doz (3-5 mg/kg) ile değiştirilebilir.

Alternatif parenteral tedavi seçeneği:

Ampisilin/sulbaktam 3 g IV, 6 saatte bir + Doksisiklin 100 mg oral veya IV, 12 saatte bir

İntramüsküler/oral tedavi seçenekleri:

1. Seftriakson 250 mg im, tek doz + Doksisiklin 100 mg oral, günde iki kez, 14 gün boyunca ± metronidazol 500 mg oral, günde 2 kez, 14 gün boyunca ya da
2. Sefoksitin 2 g im, tek doz ve eş zamanlı Probenesid 1 g oral tek doz + Doksisiklin 100 mg oral, günde iki kez, 14 gün boyunca ± metronidazol 500 mg oral, günde 2 kez, 14 gün boyunca ya da
3. Diğer parenteral 3. jenerasyon sefalosporin + Doksisiklin 100 mg oral, günde iki kez, 14 gün boyunca ± metronidazol 500 mg oral, günde 2 kez, 14 gün boyunca şeklinde önerilir.

Tube-overyan abse

Akut PIH'e bağlı komplikasyon oluption, over ve barsakların aglutinasyonudur. Hospitalizasyon ve antibiyotik tedavisi gerektiren bir tablodur. Olguların %75'i antibiyotik tedavisine cevap vermektedir ve ilaç tedavisine yanıt alınamayan olgularda absenin drenajı gerekmektedir.

VI. 4. H. ERGENLERDE SKROTUM SORUNLARI

Prof. Dr. Orhan Derman

Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi

Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Ergen Sağlığı Bilim Dalı

Erkeklerde ergenlik döneminde görülen en önemli skrotal problemler varikozel, çıkan testis, hidrosel, epididimis, spermatozel, orşit, testikuler neoplazmlar, inguinal herni, fimosiz ve parafimosizdir.

Varikozel

Varikozel, plexus pampiniformis venlerinin dilatasyonudur. Varikozel görülme sıklığı, 10-20 yaş grubunda toplumdan topluma değişmek üzere %15 olarak bildirilmektedir. Erişkin erkeklerdeki varikozel görülme sıklığıyla ergenlik dönemindeki görülme sıklığının benzer olduğu bilinmektedir. Erişkinlerde varikozelin bir problem olarak algılanmasının en büyük sebebi Grade 3 varikozelin %39 oranında infertiliteye yol açmasıdır. Varikozel, erkek infertilitesinin en büyük sebebi olarak bilinmektedir.

Varikozel, %90 sol tarafta görülmektedir. Bunun nedeni ise sol tarafta vena renalis plexus pampiniformislerin mesafesinin sağ tarafa göre uzun olması ve bağlanma açısının dik olmasıdır. Eğer varikozel sağ tarafta ise mutlaka abdominal tümör ekarte edilmelidir. Varikozelde tedavi öncesi derecelendirme yapmak çok önemlidir.

Grade 1'de yatar pozisyonda plexus pampiniformis venlerindeki şişlik hissedilmeyip, hasta ayağa kaldırıldığında, ikındırıldığında veya öksürtüldüğünde Valsalva manevrası yaptırıldığında venlerde şişlik ele gelir.

Grade 2'de hasta yatar pozisyonda plexus pampiniformis venlerindeki şişlik muayene sırasında ele gelir.

Grade 3'de inspeksiyonla solucan yumağı gibi bir kitlenin skorunda görülmesi ile tanı konulur.

Eğer testisler arasında 2,5 cm den daha fazla asimetri varsa, semen analizi normal sınırlarda olmayıp, ağrı ve şişlik gibi belirtiler de bulunuyorsa cerrahi tedavi düşünülebilir.

Hidrosel

Hidrosel, tunika vaginalis içinde sıvının birikmesidir. Testisin ön tarafı tunika vaginalis ile kaplıdır ve burada olan ufak yırtıktan sıvı dışarı sızarak dolaşımı etkilemektedir. Bu yırtık travma, infeksiyon, testikuler tümör veya neoplazmalar sonrası oluşabilmektedir. Hidrosel, fertilitide de etkilemektedir. Hidroselde, sıvı ışık hüzmelerini

geçirdiğinden dolayı translüminasyon vermektedir.

Testis Torsiyonu

Erkeklerin sadece %15'inde testisin posterior yüzü tunika vaginalis ile kaplıdır. Torsiyone olmaya aday testis, her iki yüzü tunika vaginalis ile kaplı olmalıdır.

Testisin torsiyonu durumunda testis çan tokmağı şeklindedir, testis skrotum içinde ne kadar yükselirse ve ne kadar yatay pozisyonunda bulunursa torsiyonun derecesi o kadar ileri düzeyde olarak düşünülmektedir. Altı saatten fazla zaman geçen torsiyone testisin geriye dönüşümü zorlaşmaktadır. Bir testisin torsiyone olması ve sonuçta tek testisin sağlam kalması beklenen bir sonuç olarak karşımıza çıkmayabilir; çünkü testis parakrin bir organdır ve bir testis etkilenince diğer testisinde etkilenmesi kaçınılmazdır.

Testisin arka yüzünde epididim olup özellikle klamidya enfeksiyonuyla epididimitis oluştuğunda testis torsiyonuyla ayırt edilmesi zor olmaktadır. Testis torsiyonunda hastada skrotal bölgede şişlik, kızarıklık, ödem ve ağrı bulunmaktadır.

İki durumun ayırıcı tanısında "Prehn Testi" kullanılmaktadır. Skrotum alttan yukarı kaldırıldığında enfeksiyon olan organ rahatlamakta, bu da epididimitis tanısının konmasını sağlamaktadır. Testis torsiyonunda ise hastanın yakınmalarında hiçbir değişiklik olmamaktadır.

Testis Tümörü

Testislerde tümör olarak; prepubertal dönemde teratomlar ve postpubertal dönemde seminomlar görülmektedir. İnmemiş testislerde testikuler neoplazma 10-40 kat kadar artmaktadır.

Spermatosel

Spermatosel, epididimin üzerinde içi ölü sperm dolu kistik lezyonlardır. Testiküler dolaşımı etkilememektedir ve infertiliteye yol açmamaktadır.

Çıkan Testis

Puberte döneminde çıkan testis, gonadotropinlerin etkisiyle kremester refleksinin uyarılıp kremester kasının kasılıp testisi inguinal kanala çekmesine yol açıp testisin vücut ısısında denatüre olmasına neden olan bir olaydır. Ergenlik döneminde çıkan testis olgusu varikoselden sonra skrotal problemler arasında ikinci sıklıkla görülmektedir. Vücut ısısı skrotumdan 20°C yüksek olduğu için testisin vücut içinde denatüre olması kaçınılmazdır.

Orşit

Orşit, testisin enflamasyonudur. Kabakulak, koksaki virüsleri, eko-

virüs, adenovirüs, suçiçeği, tüberküloz veya kontamine bakteriyel enfeksiyonların sonucunda görülmektedir. Kabakulak en sık görülen etyolojik ajandır. Parotis tutulmasından 4 ile 8 gün sonrasında orşit görülmektedir, bu süre 6 haftaya kadar uzayabilmektedir. Prognozu iyi olmakla beraber infertiliteye nadir de olsa neden olabilmektedir. Erkeklerin %15-20'sinde inci tanesi şeklinde penis papüllerine rastlanabilir. Penisin coronasında 1-3 mm'lik papüller şeklindedir.

Fimozis ve Parafimozis

Ergenlerde nadirde olsa fimosiz ve parafimosizle karşılaşılabilir. Fimosiz, premyumun girişindeki konstriksiyonun glans penis üzerindeki dış derinin geri çekilmesine mani olmasıdır. E vitamini kremler ve steroidli pomadlar önerilmektedir.

Parafimosiz, glans penis üzerindeki derinin hareketiyle tekrar eski halini alması olup, medikal tedavisi mümkün değildir; cerrahi müdahale gerekmektedir.

Inguinal Herni

Inguinal herni, tunika vaginalisteki konjenital anormallikten dolayı, ince bağırsakta omentum, mesane veya genital organların bulunmasıdır. Skrotal şişlik söz konudur ama translüminasyon vermemektedir.

Barsağın inkarsere olması en önemli sorun olarak ortaya çıkabilmektedir. Cerrahi müdahalede barsağın inkarsere olmasından önce yapılmalıdır. Basıncın en çok arttığı bölge inguinal kanalın dış halkasıdır. Basınç artışı testisten venöz dönüşü engellemekte, arteriyel dolaşım da giderek bozulmakta ve hemarajik nekroz gelişebilmektedir. Bu komplikasyon boğulmaların yaklaşık %15'inde karşımıza çıkabilmektedir.

İdiyopatik Skrotal Ödem

İdiyopatik skrotal ödemde, cilt hiperemik, ödemli ve kalınlaşmış olarak saptanmaktadır. Sadece bir skrotal yarının değil, her iki yarının cildi de etkilenmektedir. Ancak bu kalınlaşmış cildin altında normal büyüklükte hassas olmayan testis palpe edilmektedir.

Kriptorşidizm

Kriptorşidizm (inmemiş testis) ergenlikte görülürse 6 yaşından sonra mutlaka fertilité açısından ve 10 yaşından sonra da testis tümörü riski açısından değerlendirilmelidir. İnmemiş testis tespit edildiğinde o testisin büyüklüğü, sınırlarının düzenliliği ve kıvamı mutlaka kontrol edilmelidir. İki yaş civarında ameliyat ile tedavisi sonrasında komplikasyonlar ortaya çıkmamaktadır.

VI. 5. ERGENLERDE MEME HASTALIKLARI

Yrd. Doç. Dr. Sinem Akgül

Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi

Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Ergen Sağlığı Bilim Dalı

Memenin Normal Gelişimi

Kızlarda pubertenin ilk bulgusu “Telarş”, yani meme gelişiminin başlamasıdır. Meme gelişiminin 8-13 yaşları arasında başlaması beklenmektedir. Meme gelişimi genellikle tek taraflı başlayıp 2 ay içerisinde diğer meme de gelişmeye başlamaktadır. 6 ay içerisinde diğer memenin gelişmemesi durumunda, meme dokusunda östrojen duyarlılığı veya geçirilmiş bir travma düşünülmelidir.

Meme Muayenesi

Meme muayenesi her ergenin rutin muayenesinin bir parçası olmalıdır. Meme gelişimini ve takibini değerlendirmek için Tanner Evrelemesi yapılmalıdır.

Ergenlerde meme lezyonunu değerlendirmek için mutlaka inspeksiyon ve palpasyon yapmak gerekmektedir. İnspeksiyonla, asimetri ve deride retraksiyon, renk değişikliği ve şekil bozukluğu olup olmadığına bakılmalıdır. Palpasyonla, kitle ve meme akıntısı gibi semptomlar 3 muayene usulü ile ortaya konur:

1. Aksilladaki meme kenarından, direk çizgi ile meme başına ve orta merkezli daireler (Tekerlek dingili)
2. Konsentrik daireler veya meme etrafında spiraller
3. Vertikal çizgiler

Vertikal çizgilerin ergen muayenesinde en etkili yöntem olduğu gösterilmiştir. Ele gelen kitle varlığında, lokalizasyonu, boyutu, kıvamı, mobil ve üzeri düz veya irregüler olup olmadığı not edilmelidir. Hastanın kendisi tarafından memesinin kontrol edilmesi önemlidir.

Gelişim Anomalileri

Asimetrik meme gelişimi: Memedeki gelişme tek taraflı başlar, sebebi bilinmemektedir ve genellikle pubertenin sonunda her iki meme eşit büyüklükte olur. Bazı durumlarda memelerde asimetri devam etmektedir ve ergen bu durumdan çok rahatsızlık duyar-

sa pubertal gelişim tamamlandıktan sonra cerrahi müdahaleyle meme büyütülür veya küçültülür.

Aksesuar meme: Polimastia veya aksesuar meme, en sık meme gelişim anomalisidir. Görülme sıklığı %1-5 arasındadır. Politelia, meme başının fazla sayıda olmasıdır. Aksesuar doku, embriyonik süt hattında lokalize olarak yerleşmektedir. Midklaviküler veya aksillar alandan, kasıktaki inguinal ligamentin ortasına kadar yerleşebilir. Umbilikal bölgenin altında nadirdir. Dolaşım ve sindirim sistemi anomalileriyle beraberdir.

Amastia ve atelia: Bir memenin total olarak olmaması "amastia"dır. Sıklıkla göğüs duvarındaki anormallikler ile beraber bulunmaktadır (Pektoralis majör ve diğer kasların olmaması gibi). Poland Sendromunda amastia, aynı tarafta kosta deformitesi, perdeli parmaklar ve radial sinir palsisi bulunmaktadır. Tedavide puberteden sonra implantasyon yapılması şeklindedir. Atelia, bir veya iki taraflı meme başının yokluğu olup cerrahi müdahaleyle tedavisi yapılmaktadır.

Atrofi: Belirgin yağ kaybı veya diyet ve yeme bozuklukları gibi sekonder nedenlere bağlı olarak, destek glandüler dokunun kaybı ile ortaya çıkmaktadır.

Tüberöz meme deformitesi: Meme hipoplazisi ile ileri derece genişlemiş areola sonucu ortaya çıkmaktadır. Selim bir lezyon olup cerrahi olarak tedavi edilmektedir.

Makromastia: İdeal meme boyutu 250 ile 300 mm³tür. Memenin 400-600 mm³ olması orta büyüklüğü, 600-800 mm³ olması belirgin derece büyüklüğü, 800-1000 mm³ olması ileri derece büyüklüğü göstermektedir. Meme büyüklüğü 1500 mm³ten fazla ise gigantomastia olarak tanımlanmaktadır. Meme büyüklüğünün obezite ve aile kalıtımıyla yakın ilişkisi vardır. Yetişkin kadınlarda makromastia meme ağrısı, omuzların oluklaşması ve sırt ağrısı gibi bulgular ile görülürken, ergenlerin yakınmalarının nedeni genellikle psikolojiktir. Tedavide, mammoplasti ile küçültme en sık kullanılan yöntemdir.

Benign Meme Hastalıkları

Menstural sıklusa bağlı büyüme ve gerginlik: Her menstural sıklusta, hormonal uyarıya cevap olarak proliferatif değişiklikler olarak meme kitlesi büyümektedir. İhtiyaç olduğunda, analjezik ve uygun sütyen tedavide kullanılmaktadır.

Mastalji: Memede ağrı olarak tanımlanmaktadır. Memede histolojik değişiklikler olmamaktadır. Mastaljinin, en sık görülen tipi siklik tip olup menstural dönem ile ilişkilidir. Siklik mastalji, genellikle bilateral, lokalize olmayan ve aksilla ile kola yayılan ağrıyla karakterizedir. Adetten sonra ağrı genellikle azalmaktadır. Erken üreme dönemindeki kadınlarda (20'li ve 30'lu yaşlarda) siklik ağrı ve nodülarite sık olarak görülmektedir.

Meme Kitleleri

Memede kitle şikayetiyle başvuran ergen ve ailelerinde en büyük kaygı meme kanseri olmaktadır, ancak meme kanseri 20 yaşın altında son derece nadir olarak görülmektedir. Meme kanserlerinin %95'i 25 yaşından sonra görülmekte, sadece %1'den daha azı ergenlik döneminde görülmektedir.

Memede kitle nedeniyle başvuran ergende en sık fibroadenom tanısı konulmaktadır (%68,3), daha sonra siklik açısından en fazla fibrokistik değişikliklere rastlanmaktadır (%18,5). Diğer sebepler arasında primer meme tümörleri, Hodgkin lenfoma, lenfosarkom, anjiosarkom ve diğer metastatik tümörler gelmektedir.

Meme kitlesi tanısı alan ergenlerde tedavi protokolleri üzerinde halen tartışmalar olmaktadır. Ergenlerde meme kitlesi en az 1 menstural siklus gözlenmesi önerilmekte, eğer kitle 3 aydan fazla devam eder ve büyümeye devam ederse ince iğne biyopsisi önerilmektedir. Eksizyonel biyopsi ise, sert ve fiks kitlelerde, meme derisinde çukurlar, ödem ve ülserasyon var ise, kitleye karşı ergen ve ailesinin anksiyetesi varsa ve kuvvetli aile öyküsü bulunuyorsa tavsiye edilmektedir.

Meme Başı Akıntıları

Meme başı akıntısıyla başvuran bir ergende akıntının tarifi (rengi ve tipi) ayrıntılı bir şekilde öğrenilmelidir. Pürülan akıntı infeksiyon, sütlü akıntı galaktore, seröz ve seröz kanlı akıntı intraduktal papillom ile beraber gözlenmektedir. Renksiz meme başı akıntısı, papillom veya kanser ile birlikte olabilir.

Galaktore, prolaktin artışına bir yanıt olarak tanımlanmaktadır. Galaktore, ergenlerde birçok farklı nedene bağlı olarak ortaya çıkmaktadır (hamilelik, düşük sonrası, doğum sonrası, hipofiz adenomları ve hipotiroidizm). İlaçlar da galaktoreye neden olabilmeye

ktedir, bu nedenle mutlaka ilaç öyküsü öğrenilmelidir (Antipsikotikler, oral kontraseptifler, fenotiazin, spironalakton, östrojen ve metiltestosteron).

Meme Enfeksiyonları

Mastit, meme dokusunun enfeksiyonudur. En sık neden olan organizma *S. Aureus*'tur. Kızarıklık, şişlik, ağrı ve meme sıcaklığının artması ile kendini belli eder, daha sıklıkla emzirme döneminde görülse de her yaş grubunda görülebilmektedir. Tedavisinde uygun antibiyotik ve sıcak uygulama önerilmektedir. Daha ileri vakalarda cerrahi drenaj gerekmektedir.

Pubertal Jinekomasti

Jinekomasti, erkeklerde meme glandüler dokusunun iyi huylu proliferasyonudur. Pubertal jinekomasti ise ergenlik döneminde görülülüp genellikle 14 yaşında ve Tanner Evre 3'te zirve yapmaktadır. Nedeni tam olarak bilinmemekle birlikte, östrojen-testosteron dengesinin bir şekilde östrojen lehine değişmesi ve meme dokusunun östrojen reseptörlerine duyarlılığının artması ile olabileceği bildirilmektedir.

Lipomastiden (obeziteye bağlı meme bölgesinde yağlanma) ayırt edilmelidir. Lipomastide meme dokusu yumuşaktır ve disk palpe edilmez. Pubertal jinekomastinin muayene ve gerekli görülürse laboratuvar tetkikleriyle patolojik jinekomastiden ayırt edilmesi gerekmektedir.

Meme disk çapı 3-4 cm'den büyük olanlara veya daha küçük olduğu halde beden algısında bozulma ve psikolojik travma yaratmaya başlayanlara medikal tedavi önerilmektedir. Tamoksifen, jinekomasti tedavisinde en yaygın kullanılan ilaçlardan biridir. Meme dokusunda, östrojene bağlanan bölgeler için yarışarak meme büyümesini azaltmaktadır.

VI. 6. ERGENLERDE HİRSUTİZM

Uzm. Dr. Funda Çenesiz¹

Prof. Dr. Zehra Aycan²

Giriş

Hirsutizmi tanımlamadan önce, insan vücudundaki normal kıllanmanın özelliklerini bilmek, normal ve normal olmayı ayırmak gerekmektedir. Bu nedenle öncelikle normal kıllanmadan kısaca bahsetmek uygun olacaktır.

Fetal yaşamda oluşan kıl folikülleri el ayası, ayak tabanı dudak ve dış genital bölgenin mukozası haricinde tüm vücutta bulunabilir. Kıl foliküllerinin yoğunluğu ırksal ve etnik farklılıklar göstermektedir. İnsan vücudunda 3 tip kıl vardır. Birincisi; lanugo tipi kıllardır ve doğumdan sonra görülür. Halk arasında “ayva tüyü” denilen bu kıllar 3-4 ay içinde ortadan kalkar ve bu kıllanma patolojik değildir. İkincisi; vellüs tipi kıllardır. Bu kıllar yumuşak, pigmente olmayan ve kısa kıllar olup tüm vücutta bulunabilirler. Vellüs kılları androjene maruz kalmadığı sürece terminal kıla dönüşmez ve normal kabul edilir. Bazı ırklarda ve ailelerde daha yoğun olabilmektedir. Üçüncü tip ise terminal kıllardır. Bu kıllar koyu renkli, kalın ve uzundur. Androjenlerden testosteron ve dehidrotosteron, vücudun androjene duyarlı bölgelerinde bulunan vellüs tipi kılları terminal kıllara dönüştürebilir. Androjene maruz kalım ile vellüs kıllar uzar, siyahlaşır, kıvrılır ve terminal kıl adını alır ki bu durum patolojiktir. Kıllanma fazlalığı yakınmasıyla gelen ergen kızlarda ilk basamak kıllanmanın patolojik olup olmadığını ayırt etmektir. Bu nedenle ilk önce kılların vellüs tipi mi, terminal tip kıllanma mı olduğuna bakılmalı, kıllanma terminal tip ise hirsutizm düşünülerek ileri incelemeler yapılmalıdır.

Hirsutizm, kadın vücudunda, androjene duyarlı bölgelerde “terminal kılların” aşırı derecede büyümesi ile ortaya çıkan erkek tipi kıllanma olarak tanımlanmaktadır.

¹ Dr. Sami Ulus Eğitim Araştırma Hastanesi Adolesan Ünitesi

² Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı

Etyoloji

Ergenlikte koltuk altı ve pubik bölgede kıllanma normaldir. Bunun haricinde yüz, boyun, göğüs ve alt karında meydana gelen kıllanma artışı genelde andojenlerin normalden fazla olduğu durumlarda ortaya çıkmaktadır. Kadınlarda androjen artışına yol açan üç temel neden; adrenal hiperandojenizm, overian hiperandojenizm ve hiperinsulinizmdir. Bu üç kaynağın oluşturduğu ve ergenlerde hirsutizme neden olan hastalıklar Tablo 8’de gösterilmiştir. Hirsutizmin en sık nedeni polikistik over sendromudur (PCOS). PCOS dışındaki nedenler daha az görülmekte, bunlar arasında da ilk sırayı klasik olmayan konjenital adrenal hiperplazi almaktadır. Diğer nedenler oldukça nadir olarak görülmektedir. Hirsutizm, hiperandojenik kadınların %80’inde görülmektedir. Bununla birlikte akne ve sebore hiperandojenik kadınlarda hirsutizm olmadan da bulunabilir.

Tablo 8. Ergenlerde Hiperandojenemi Nedenleri

1. Overian hiperandojenemi a. Primer fonksiyonel overian hiperandojenemi b. Sekonder Polikistik Over Sendromu i. Over steroidogenesinde blok ii. Ağır insulin direnci iii. Antiepileptik ilaçlar (özellikle valproik asit) c. Overde adrenal kalıntılar d. Ovitestiküler bozukluklar
2. Adrenal hiperandojenizm a. Konjenital adrenal hiperplaziler (non-klasik tip) b. Cushing Sendromu c. Kortizol direnci d. Kortizon redüktaz eksikliği
3. Periferde androjen yapımının artması a. Şişmanlık b. İdiopatik hiperandojenemi
4. Tümöre bağlı gelişen hiperandojenizm
5. Androjenik ilaç kullanımı

Hirsutizm Değerlendirilmesi ve Sınıflandırılması

Kıllanmadaki artışı değerlendirmek için 1961 yılından buyana tüm dünyada Ferriman Gallwey (FG) puanlama sistemi kullanılmaktadır (Şekil 2). Toplam 9 bölgede kıllanmanın özellikleri ve yoğunluğu değerlendirilerek puanlar verilmekte, tüm puanlar toplanarak elde edilen rakama göre sınıflandırma yapılmaktadır. Puanlama her bölge için 0 (terminal kıl yok) ile 4 (yoğun terminal kıl) arasında olup en üst puan toplamda 36'dır. FG skorlamasında 8 ve üstü puan alan kızlarda hirsutizm düşünülmeli ve nedenleri araştırılmalıdır. FG skorlamasından elde edilen puanlara dayanarak hirsutizm hafif, orta ve ağır olarak tanımlanabilir. Toplam puan 8-15 arasındaysa hafif ve 15'ten büyükse orta-ağır hirsutizm olarak sınıflandırılabilir. Puanlamayı doktorun yapması daha objektif bulgular verecektir. Ancak epilasyonlu bir ergende resimler gösterilerek kendisine puanlama yaptırılarak da fikir edinmek mümkün olabilir.

Tanı ve Ayırıcı Tanı

Hirsutizmin ayırıcı tanısı öncelikle hipertrikoz ile yapılmalıdır. *Hipertrikoz*; vücudun andojene duyarlı olan veya olmayan bölgelerinde görülen, androjen artışı olmaksızın oluşan vellüs tipinde görülen yaygın kıllanmadır. Genellikle genetik ve ırka ait etmenlere bağlıdır. Bununla birlikte edinsel olarak atopik egzema, cilt tahrişi, dermatomyozit, malnütrisyon, troid fonksiyon bozuklukları, ilaçlara bağlı (diazoksid, flukokortikoidler ve genitoin vb) oluşabilmektedir.

Kılların terminal olması ve FG skorlaması ile 8 ve üzeri puan olması halinde hirsutizm olarak tanı alan ergen kızlar ileri incelemeye alınırlar. Hirsutizimli hastada öncelikle öykü, fizik muayene ve gerekli laboratuvar testlerini yaparak değerlendirmek gerekir.

Öyküde kıllanmanın ortaya çıkış zamanı ve süresi sorulmalıdır. PCOS'a bağlı hirsutizmde kıllanma ergenlikte başlayıp zaman içinde ilerlerken, androjen salgılayan tümör de kısa sürede ortaya çıkar ve hızlı ilerler. Yine öyküde, ailede benzer hastalar olup olmadığı (non-klasik konjenital adrenal hiperplazi, PCOS için), androjenik veya diğer ilaçlar kullanma durumu, menstrüasyon düzensizliği ve vücut tartısında değişiklikler öğrenilmelidir.

Fizik muayenede, vücut ağırlığı, beden kitle indeksi, hirsutizm

derecesi, ilave bulguların varlığı (akne, kliteromegali, temporal kelik kaslanma) ve diğer endokrin bozukluklara yönelik ilave bulgular (guatr, aydede yüzü, bufalo hörgücü, karın bölgesinde yağlanma gibi) değerlendirilmelidir.

Hafif hirsutizmi (FG puanı 8–15) ve hiperandrojenizmin diğer bulguları olmayan hastalarda tetkik yapmaya gerek olmayabilir. Orta-ağır düzeyde kılınması olan (FG puanı >15) veya erken başlayan, tedaviye cevap vermeyen, akne ve erkek tipi saç dökülmesi gibi hiperandrojenizm bulguları olan hastalarda tetkik edilmelidir. Hormonal tetkiklerin sabah saat 8.00 veya öncesinde alınması önemlidir. Adet gören kızlarda döngünün 4–10. günleri (follikül fazın ortaları) serum total testosteron, serbest testosteron, seks hormon bağlayıcı globulin, DHEA-S ve 17OH-progesteron düzeyleri değerlendirilmelidir. Genelde serum testosteron düzeninin üst sınırı 60ng/dl plazma serbest testosteron düzeyi 9 ng/ml'dir. Serum 17OH-progesteron düzeyi 1,5 ng/dl üzerinde ise non-klasik konjenital adrenal hiperplazi için ACTH uyarı testi yapılmalıdır. Total testosteron düzeyi >200 ng/dl ve DHEA-S >700 mg/dl olması tümörü düşündürmelidir.

Öykü, klinik bulgular ve hormonal değerlendirmelerden oluşan ön tanılara göre pelvik, abdominal ve sürrenal ultrasonografik görüntülemeler istenebilir. Hirsutizmli hastalarda adet döngüsü normal serum androjenleri artmamış ve USG'de overler normal yapıda ise idiopatik hirsutizm tanısı konulur. Serum androjenleri yüksek ve/veya ilave bulguları olan hastalar ayırıcı tanı ve ileri tetkikler için yaşına göre çocuk/erişkin endokrinolojisi merkezlerine sevk edilmelidir.

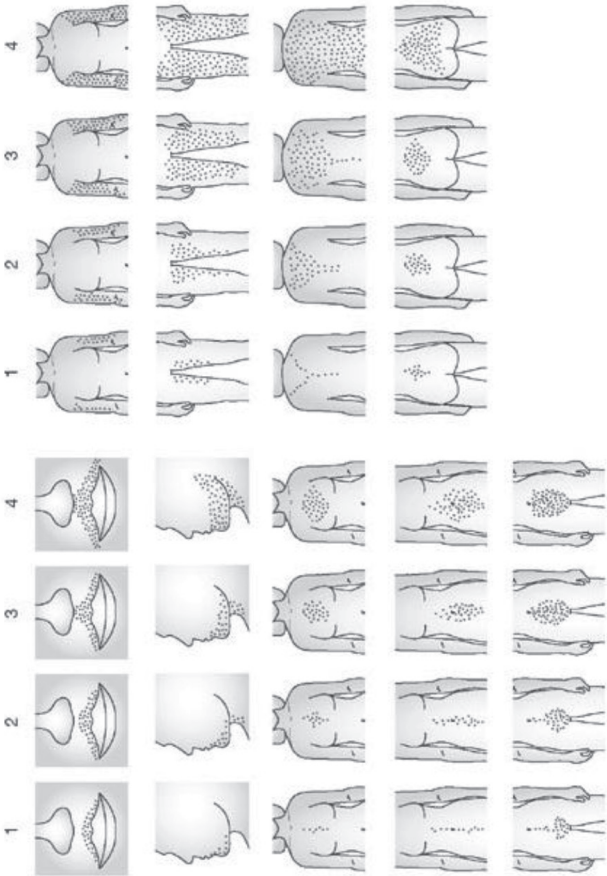
Tedavi

Hirsutizm yalnızca endokrinolojik değil aynı zamanda estetik bir sorundur. Özellikle yüz boyun gibi görünen bölgelerdeki kullanmalar ergen bir kız hastada psikolojik problemlere de yol açabilir. Bu nedenle hirsutizmde, tedavi yaklaşımında bir yandan tanıya yönelik tedavileri uygularken diğer yandan istenmeyen kılların yok edilmesi ve yeni kıl oluşumunun engellenmesi gerekmektedir. İlaç tedavileri ile androjen yapımı ve etkileri azaltılmaya çalışırken, mekanik yöntemler ile (epilasyon ve dipilasyon) mevcut kılların temi-

zlenmesi amaçlanmaktadır. Ayrıca obez ergenlerde sağlıklı yaşam tarzını benimsetmek için sağlıklı beslenme ve egzersiz eğitimleri yapılmalıdır.

İlaç tedavilerinin seçimi hiperandrojeneminin nedenine yöneliktir. Over kaynaklı nedenlerde sıklıkla oral kontraseptifler tercih edilir. Etiyolojide non-klalik konjenital adrenal hiperplazi saptanmışsa düşük doz steroid kullanılabilir. Obez hastalarda hiperinsulinizm hiperandrojenemiye yol açmışsa metformin tedavisi başlanabilir. Andorjen reseptör blokajı yapan spiranolakton, siproteron asetat ve flutamid yan etkilerinden dolayı daha az tercih edilmektedir. Tümör saptanan olgularda cerrahi ve/veya kemoterapi gündeme gelmektedir. Seçilecek tedavinin endikasyonu, dozu, süresi, izlemde dikkat edilecek kriterler ve alınan yanıtların değerlendirilmesi gibi pek çok faktör dikkate alındığında tedavinin deneyimli merkezlerde başlanması gerekmektedir.

Hirsutizm tanısının birinci basamak sağlık kuruluşlarında konulması erken tanı bakımından oldukça önemlidir. Bununla birlikte ayırıcı tanının doğru yapılması ve yönetimi güçlükler göstermektedir. Bu nedenle hastaların deneyimli merkezlerde izlenmesi gerekmektedir. Tanı hirsutizm ise ayırıcı tanı ve yönetimi için hastanın yaşına göre çocuk veya erişkin endokrinoloji kliniklerine sevk edilmeleri hasta faydacı ve doğru bir yaklaşımdır.



Şekil 2. Ferriman Gallwey Skorlaması

VI. 7. ERGENLERDE TİROİD HASTALIKLARI

Prof. Dr. Ömer Tarım

Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi

Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı

Çocuk Endokrinoloji Bilim Dalı

Tiroid hastalıkları pratik olarak guatr, hipotiroidizm ve hipertiroidizm ana başlıkları altında incelenebilir.

GUATR

Giriş ve Etyoloji

Dünya Sağlık Örgütü'nün tanımına göre tiroid bezi büyüklüğünün kişinin başparmak distal falanksından daha büyük olmasına guatr denir. Tiroid bezini büyüten en önemli uyaran tirotropin (TSH) hormonudur. Ayrıca TSH reseptör antikoları, enfeksiyonlar, infiltratif hastalıklar, neoplazmlar ve kistler guatr nedeni olabilir. Dünyada guatrın en sık nedeni iyot eksikliğidir. İyot eksikliği olmayan bölgelerde otoimmün tiroid hastalıkları ilk sırayı almaktadır. Türkiye genelinde guatr sıklığı %31,7, en sık görülen il olan Trabzon'da ise %51,7'dir.

Tanı

Klinik değerlendirmede önce ayrıntılı öykü alınmalıdır. Hastanın yaşadığı bölge, iyotlu tuz tüketimi, ilaç ve guatrojen madde (kara lahana gibi) kullanımı ve boyun bölgesine radyasyon alma sorulmalıdır. Solunum güçlüğü, yutma güçlüğü, ses kısıklığı gibi bazı belirtiler ve hipotiroidizm ve hipertiroidizm ile ilgili işlev bozuklukları araştırılmalıdır. Ailede tiroid hastalığı (otoimmün ve neoplastik hastalık açısından) ve anne-baba akrabalığı (dishormonogenezis açısından) sorulmalıdır.

Fizik incelemede diffüz veya nodüler olduğu, nodüler ise tek veya multinodüler özelliği, kıvamı, enflamasyon bulguları ve çevre dokulara yapışıklık ile lenfadenopati (LAP) değerlendirilmelidir. LAP, hızlı büyüyen tiromegali, çevre dokulara yapışıklık ve sert kıvamlı bez maligniteyi telkin etmektedir. Hipo ve hiper-tiroidizmin klinik ipuçları aranmalıdır.

Laboratuvar tetkikinde sT3, sT4 ve TSH düzeyleri, tiroglobulin ve peroksidaz antikoları (Hashimoto Hastalığı açısından), TSH

reseptör antikorları (TRAB) (Graves Hastalığı açısından) değerlendirilmeli, gerekirse ultrasonografi ve sintigrafiyle görüntülenmelidir. Soliter (tek), soğuk ve solid nodül malignite açısından uyarıcı olmalıdır. Neoplazm şüphesi varsa ince iğne biyopsisi veya açık doku biyopsisiyle araştırılmalıdır.

Korunma ve Tedavi

Guatrın önlenmesi için özellikle ergenlik döneminde iyot gereksiniminin arttığı unutulmamalıdır. En güvenilir iyot kaynağı iyotlu tuzdur. İyotun güvenle alındığından emin olmak için iyotlanmış tuz üretimden tüketime kadar ısı ve ışıktan korunmalıdır.

Guatrın tedavisi altta yatan hastalığın tedavisine yönelik olmalıdır. Guatrojen ilaç ve maddenin eliminasyonu gerekmektedir. Akut süpüratif tiroiditte drenaj ve antibiyotik, subakut tiroiditte ağrı için analjezik ve enflamasyon için kısa süreli glukokortikoid kullanılabilir. Hashimoto hastalığında hipotiroidizm gelişmesini önlemek ve TSH uyarısını azaltmak için tiroksin tedavisi verilebilir. Graves hastalığında antitiroid ilaçlar, radyoterapi veya cerrahi tercih edilebilir. Tiroid neoplazilerinde ise subtotal veya total tiroidektomi, radyoaktif iyot tedavisi ve tiroksin ile TSH supresyonu gerekir.

HİPOTİROİDİZM

Giriş

Hipotiroidizm, tiroid hormonlarının sentezlenememesi veya hedef dokulardaki hormon direnci sonucunda gelişen sık bir endokrin sorundur. Ergen yaş grubunda diğer otoimmün hastalıklar gibi otoimmün tiroid hastalıkları ön planda görülmekle birlikte geç tanı alan konjenital hipotiroidizm de ilk kez ergenlikte fark edilebilir. Hipotiroidizm büyüme, zihinsel ve cinsel gelişimi olumsuz yönde etkilemektedir. Hastaların kemik olgunlaşması da gecikir ve puberte genellikle gecikmiştir.

Etyoloji

Hipotiroidizm etyolojiye göre primer ve sekonder olarak sınıflandırılabilir. Primer hipotiroidizm tiroid bezinin disgenезisi, hormon sentezinin kusurlu olması (dishormonogenezis) veya tiroid hormon direncine bağlı olabilir. İyot eksikliği dünyada en sık etkenlerden biridir.

Ergende sık olarak kazanılmış hipotiroidizm görülmektedir; otoimmün tiroidit (Hashimoto hastalığı), iyot eksikliği, guatrojen besinler (kara lahana gibi), enfeksiyöz hastalıklar (subakut tiroidit), infiltratif hastalıklar (amiloidoz, sistinozis gibi), boyun bölgesine alınan radyasyon ve hemoglobinopatiler gibi sık kan transfüzyonu gerektiren hastalıklarda demir birikimine bağlı hipotiroidizm hatırlanmalıdır.

Sekonder veya santral hipotiroidizm holoprozensefali, septo-optik displazi gibi santral sinir sisteminin gelişimsel anomalilerine ya da PROP-1 mutasyonu gibi genetik kusurlara bağlı olabilir.

Tanı

Ergende hipotiroidizmin klinik semptom ve bulguları hastanın günlük yaşamında birçok olumsuzluğa neden olmaktadır. Okul başarısının düşmesi ilk bulgu olabilir. Saç dökülmesi otoimmün hastalıklar ve özellikle Hashimoto tiroiditi açısından uyarıcı bir semptomdur. Obezite, özellikle büyüme geriliğiyle birlikteyse hipotiroidizmi düşündürmelidir. Gecikmiş puberte, pubertede duraklama, primer veya sekonder amenore hipotiroidizme bağlı olabilir. Ancak, nadiren primer hipotiroidizmde artan TSH, gonadotropin (FSH ve LH) hormonlara benzerliği nedeniyle santral erken puberteye de neden olabilmektedir. Aşırı uyku ihtiyacı, hipoaktivite, konstipasyon, üşüme ve cilt kuruluğu görülebilir. Hipotermi, bradikardi, hipotansiyon, düşük nabız basıncı ve anemi saptanabilir. Tanısal değerlendirmede sT4 düşük, TSH yüksekse primer hipotiroidizm, her ikisi de düşükse veya TSH hafif yüksekse santral hipotiroidizm tanısı konur. Tiroid peroksidaz (TPO) antikor ve tiroglobulin antikor pozitifliği Hashimoto hastalığını gösterir. Tiroid bezi ultrason ve gerekirse sintigrafi ile görüntülenebilir. Bu yöntemlerle tiroid bezinin büyüklüğü, tiroidit bulguları ve diğer infiltratif patolojiler değerlendirilebilir.

Tedavi

Hipotiroidizmin tedavisinde oral Na-L-tiroksin günde tek doz uygulanır. Günlük doz ergende ortalama 3 µg/kg (100 µg/m²)'dir. İlaç aç karına ve diğer ilaçlardan en az 2 saat sonra alınmalıdır. Hasta 3-6 ay aralarla izlenmelidir. Serbest T4 düzeyinin normal aralığın üçte bir üst diliminde, TSH düzeyinin normal sınırlarda tu-

utulması amaçlanmalı ve doz buna göre ayarlanmalıdır.

HİPERTİROİDİZM

Giriş ve Etyoloji

Hipertiroidizm kandaki tiroid hormonların artmasına bağlı doku metabolizmasının hızlanması sonucunda görülen bir klinik durumdur. En sık nedeni Graves hastalığı, diğer nedenleri ise toksik multinodüler guatr ve toksik adenomdur. Otoimmün tiroid hastalığı yelpazesinin bir ucunda Hashimoto tiroiditi, diğer ucunda Graves hastalığı vardır. Hashimoto tiroiditinde başlangıçta kısa süreli ve hafif hipertiroidizm (Hashitoksikoz) görülebilir, ama kısa sürede hipotiroidizm gelişir. Graves hastalığında ise hipertiroidizm ön plandadır ve uzun sürer. Kızlarda erkeklere göre 5-6 kat daha sıktır ve ailesel yatkınlık vardır.

Graves hastalığında Hashimoto hastalığında görülen TPO ve tiroglobulin antikoru bulunabilir, ama özellikle tirotropin reseptör antikoru (TRAB) Graves hastalığı için özgüdür.

Tanı

Hipertiroidizmin klinik semptomları duygusal bozukluklar, okul başarısında düşme, sıcak intoleransı ve terleme, çarpıntı, dispne, halsizlik, kilo kaybı, ishal, poliüri ve polidipsidir. Fizik bakı ile taşikardi, hipertansiyon, artmış nabız basıncı, tremor, saç kaybı, palmar eritem ve kalp yetmezliği saptanabilir. Ayrıca Graves hastalığına özgü oftalmopati ve dermopati eşlik edebilir. Oftalmopati bulguları ise egzoftalmi, periorbital ödem, göz kapaklarında retraksiyon, keratit, aşağı bakışta üst kapakların gözü izleyememesi (lid-lag) ve konverjans yetersizliğidir.

sT3 ve sT4 yüksek, TSH düşük bulunarak tanı konulmaktadır. Birçok antikor pozitif olabilir; ancak sadece TRAB Graves hastalığına özgüdür. Ultrasonografi ile tiroidit bulguları saptanabilir. Radyoaktif iyot tutulumu Graves hastalığı, toksik adenom ve toksik multinodüler guatrda yüksek, Hashimoto hastalığında düşüktür.

Tedavi

Graves hastalığı medikal, cerrahi ve radyoaktif yöntemle tedavi edilebilir. Medikal tedavide antitiroid ilaçların etki etmesi 4-8 hafta sürebileceği için adrenerejik belirtileri kontrol altına almak amacıyla beta blokerler kullanılabilir. Propranolol (Dideral 40 mg tablet),

0,5-2 mg/kg/gün, 3 veya 4 dozda; atenolol (Norton 50 mg tablet), 1-4 mg/kg/gün, 1 veya 2 dozda verilebilir. Antitiroid ilaçlar propiltiyourasil (PTU) ve metimazol (MMI)'dur. PTU 4-6 mg/kg/gün, 3 veya 4 dozda, MMI 0,4-0,6 mg/kg/gün tek dozda verilebilir. Doz, hormon düzeyleri izlenerek azaltılır. Tedavi öncesinde ve sırasında ilaç yan etkileri açısından hemogram ve karaciğer fonksiyonları izlenmelidir. Yan etkilerinin daha az olması nedeniyle ve tek dozda kullanılabilirdiği için MMI tercih edilmelidir; ancak gebeliğin ilk trimesterinde verilirse embriyopatiye neden olabilir. PTU ile teratojen etki bildirilmemiştir, bu nedenle gebelikte daha güvenlidir. Her iki ilacın da en ağır yan etkileri agranulositöz ve fulminan hepatite kadar ilerleyebilen hepatotoksitedir. Ayrıca ürtiker, gastrointestinal belirtiler, lupus benzeri reaksiyon, vaskülit ve glomerulonefrittir.

Tedavi tiroid hormonları normale döndükten ve TSH reseptör antikorları baskılandıktan sonra 2 yıl daha sürdürülmelidir. Bazı durumlarda 3-5 sene devam etmek gerekebilir. Tedavi kesiminden sonra da relaps açısından izlenmelidir. Remisyon denebilmesi için hastanın ilaç kesiminden sonra bir yıl süreyle ötiroid kalması gerekir.

Medikal tedaviye yanıt vermeyen hastalarda veya bazı merkezlerde ilk seçenek olarak radyoaktif ablasyon tedavisi kullanılabilir. Bu tedavi uygulanamazsa üçüncü seçenek cerrahidir. Tiroid bezinin çok büyük olması, mekanik bası belirtileri, hasta uyumsuzluğu ve sık relaps gibi durumlarda cerrahi tedavi ilk seçenek olabilir. Ameliyatın kalıcı vokal kord paralizisi ve hipoparatiroidizm gibi komplikasyonlar oluşabilmektedir.

VI. 8. ERGENLERDE AKNE VULGARİS

Prof. Dr. Ertuğrul H. Aydemir

Istanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi

Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalı

Giriş

Akne Vulgaris (Ergenlik Sivilcesi), üzerinde en çok konuşulan, en çok yorum yapılan dermatozlardan bir tanesidir. Yağ bezleri-kıl kanalı biriminin kronik iltihabi bir hastalığıdır. Akne vulgaris, genellikle ergenlik döneminde başlar, ancak bitiş zamanı değişkendir. Akne vulgaris bitiş yaşı 18-20 yaş olabileceği gibi 25-30 yaşlara kadar da uzayabilir. Akne vulgaris, ileri yaşlarda da başlayabilir.

Genel sağlığı etkilemeyen, yaşamsal tehlikesi olmayan, basit bir hastalık gibi görünen “Akne vulgaris” insan iletişiminin üst düzeye ulaştığı günümüzde, psikososyal olarak önemli bir sorun olarak tanımlanmaktadır.

Görülme Sıklığı

Akne vulgaris görülme sıklığı %15-90 arasında bildirilmektedir. Görülme sıklığı, Asya’da ve zencilerde daha az olup, batı toplumlarında ergenlik döneminde %79-95’e kadar ulaşabilmektedir. Genetik yatkınlık özelliği olan hastalık, erkeklerde biraz daha fazla görülmektedir. Bir başka kaynakta ergenlerde %70-87 olarak, erişkinlerde de (25-58 yaş) erkeklerde %3 ve kadınlarda %12 bildirilmiştir. Her iki ebeveynde de akne sikatri si varsa, çocukta gelişme riski artmaktadır.

Etyoloji

Aknenin nedenleri çok tartışmalıdır. Kesin olan yanı kalıtsal özelliklere bağlı kabul edilen yağ bezlerindeki büyüme ve aşırı salgılamadır. Multifaktöryel bir hastalık olduğu kabul edilen aknenin genetik özelliği düşünülmeyle birlikte özel bir gene rastlanamamıştır. Birden fazla gene bağlı olabileceği düşünülmektedir.

Etyopatogeneizde, sebum (yağ bezlerinin salgısı) yapımında artış ve yapısında değişme, anormal foliküller (kıl ve yağ kanalı) keratinizasyon ve mikrobik kolonizasyon olmak üzere üç ana faktör bulunmaktadır. Bu gelişmeler bakterilerin üremesine uygun bir ortam hazırlamaktadırlar. Foliküllerdeki hücrelerin yapım ve yapışkanlıklarında da bir

değişiklik vardır ve bu yapışık hücrelerin sebumla birleşmesi sonucu aknenin temel elemanı olan komedonlar oluşmaktadır. Propionibacterium Acnes (P. Acnes) folikülde yerleşik asıl mikroorganizmadır, diğerleri enflamasyon sürecini etkilememektedir. Çoğalan P.Acnes'e karşı oluşan enflamasyon, papül ve püstülleri oluşturmaktadır. Etiyolojide androjenik hormonların kısmi etkileri dışında bilinen ciddi bir tetikleyici yoktur ki; bunlar da yalnızca kadın hastaların bir kısmında etkilidir (Özellikle polikistik over eşliğinde). Yiyeceklerin ve stresin etkisi çok tartışılmışsa da bu konuda da kesin bulgular gösterilememiştir.

Tanı

Akne, yağ bezlerinin fazla bulunduğu, başta yüz olmak üzere sırt, göğüs ve omuzlarda yerleşir. Başlangıç lezyonları komedonlardır. Tipik olan ve kolay tanınan komedonlarda folikül ağızları açık ve uçları siyah görünür. Enflamasyon, büyüklerde değil, ucu açık veya kapalı mikrokomedonlarda gelişmektedir. Eritemli papüller enflamasyonun ilk belirtileri olup, bunları püstüller izlemektedir. Genelde komedon, papül, püstül karışımı ve yağlı parlayan bir zemin görünümü göstermektedir. Seyrek olarak yağ bezlerinin çok irileştiği ve deri altında kist ve nodüllerin oluşturduğu kistik akne tipleri görülür ki; bunlar çok abartılı, enflamasyonlu, ağrılı olabilir. Tanı kolay gibi görünse de karışıklıklar olabilir. Özellikle Rosacea, ilaç akneleri karışabilir. Rosaceada komedon olmayışı, 30 yaşın üzerinde görülmesi ve akne vulgarisin aksine güneşle kötüleşmesiyle ayırt edilebilir. İlaç akneleri de (INH ve kortikosteroid vb.) daha çok sırt ve omuzlarda yerleşir ve yine komedon yoktur ve lezyonlar tek tiptirler.

Tedavi

Akne tedavisinde en önemli şey hastayı ilgiyle dinleyip, bilgilendirmek ve gerçekçi beklentiler oluşturarak hastanın tedavi uyumunun en üst düzeyde olmasının sağlanmasıdır. Tedaviler yavaş gelişimli olup, hedef olarak 6 aylık bir süre verilmeli, bu sürenin sonunda %80-90 iyileşme olacağı, fakat tedavi bırakılınca yineleyebileceği, bu nedenle alt düzey bir tedavinin sürekliliğinin gerekliliği vurgulanmalıdır.

Tedavinin en önemli kısmı olan yerel tedavi tek başına veya sistemik tedaviyle birlikte kullanılabilir. Ayrıca idamede de tek başına

yeterlidir. Yerel tedavi ajanları antibiyotikler, antiseptikler, komedolitik ve keratolitiklerdir.

Yerel antibiyotikler P.Acnes'in üremesini inhibe ederek enflamasyon gelişimini önlerler ve direnç gelişmemesi için, başka antibiyotikler veya antiseptiklerle dönüşümlü kullanılır (1-2/gün). Ayrıca doğrudan antiinflamatuvar etkileri de vardır. Bunlardan en çok kullanılanlar nadifloksasin, eritromisin, klindamisin ve tetrasiklidir.

Yerel antiseptikler de aynı şekilde etki ederler. Bunlarda direnç gelişimi yoktur ve etkilerinin antibiyotiklerinkine yakın olduğu bildirilmektedir. En çok kullanılanlar benzoyl peroksit, sodyum sulfasetamid ve azelaik asitdir. Aynı zamanda hafif komedolitik etkiye de sahiptirler.

Retinoidler aknede en çok kullanılan ilaçlardır. Açık ve kapalı komedonları çok iyi etkileyerek, hem eskilerin atılmasını sağlar, hem de yeni yapımı engellemektedir. Dolaylı olarak, P. Acnes üremesi de durarak enflamasyon baskılanmaktadır. Antibiyotik veya antiseptiklerle kombinasyonları çok iyi sonuç vermektedir. İlk 20-30 günde tahrişe neden olurlar, fakat daha sonra deri tolerans geliştirmekte ve tahriş azalmaktadır. Tretinoin ve adapalen çok kullanılan preparatlardır.

Yerel tedavide muhakkak ilacın tüm alana uygulanması gerektiği vurgulanmalıdır, çünkü yeni çıkışı önlemek de amaçlanmaktadır.

Sistemik tedavi ve sevk ölçütleri

Sistemik tedavide antibiyotikler en sık kullanılanlardır. Eğer hormonal bir sorun varsa antiandrojenler sınırlı ölçüde devreye girebilir. Retinoidlerse giderek kullanımı artan özgün ilaçlardır.

Sistemik tedavinin gerektiği durumlarda muhakkak hasta deri ve zührevi hastalıklar uzmanına yönlendirilmelidir, çünkü antibiyotikler dahil özel kullanım şekilleri ve yan etki izlemi gerekmektedir. Klasik aknede yerel tedaviye direnç, üç aydan fazla kullanıldığı halde düzelmeme, çok sık tekrar, 20 tanenin üzerinde papül, püstül, inatçı, yerleşik kist ve nodüller sevk nedenidir.

VI. 9. ERGENLERDE ORTOPEDİK SORUNLAR*

Uzm. Dr. Cenk Ilgar

Prof. Dr. M.Cemalettin Aksoy

Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalı

Ergenlik dönemi, çocukluğun bitip erişkinliğin başladığı geçiş yıllarını kapsamaktadır. Bu dönemde, hem çocukluk hem de erişkin döneme özgü sorunlar görülebileceği gibi döneme özgü bazı kas-iskelet sistemi sorunlarıyla da karşılaşılabilir.

Bu yazıda, zaman zaman tanı zorluklarına yol açan ve önemli sağlık sorunlarına neden olabilen belli başlı hastalıklar hakkında genel bir değerlendirme yapılacaktır.

AKSAMA/TOPALLAMA

Çocuk ve ergen yaş grubunda aksama, tanı yöntemlerindeki baş döndürücü gelişmeye rağmen çoğu zaman anlaşılması güç karmaşık bir sorun olmaya devam etmektedir. Aksama nedenleri, yaş dönemlerine göre çeşitlilik gösterir.

Doğru tanı koyabilmek ve uygun tedavi yöntemini seçebilmek için öncelikle aksamanın tipini saptamak gerekmektedir. Ağrıya bağlı aksama (antaljik), Trendelenburg aksaması, kısa bacak aksaması, spastik aksama ve proksimal kas güçsüzlüğüne bağlı aksama basit bir gözlemlle ayrılabilir.

Ayrıntılı öykü ve dikkatli fizik muayeneye bu gözlem desteklenerek, doğru tanının konulabilmesi için önemli bir mesafe alınabilir. Ancak ergenlik yaş grubunda en önemli sorun hastanın günlük yaşamına çabuk dönme isteği nedeniyle semptomlarını gizleme veya aktiviteden kaçma amacıyla semptomları abartma eğilimidir. Küçük çocuklarda sıklıkla aksamaya neden olan enfeksiyon, kırık, nörolojik ve romatizmal hastalıklar yanında daha çok ergenlik dönemine özgü aşağıdaki hastalıklar özenle araştırılmalıdır:

* Bu yazı benzer şekilde başka yayın organlarında da yayınlamıştır.

- **Gelişimsel Kalça Displazisi**

Kalça sorunları açısından tamamen sağlıklı bir çocukluk dönemi geçirmiş bazı bireylerde, kalça displazisine bağlı ağrı ve aksama ergenlik döneminde ortaya çıkabilir. Kalça eklemi yerinde ve hareket genişliği normal sınırlarda olduğu halde, asetabulum gelişimi yetersizdir. Femur başı, asetabulum tarafından tamamen örtülemediği için, kalça eklemindeki yük dağılımı dengesizdir. Zorlu aktivite sonrası kalçada rahatsızlık hissi ve ağrıdan yakınma ortaya çıkmaktadır.

Fizik muayene bulguları tamamen normal olabilir veya hareketler esnasında minimal ağrı bulunabilir.

Tanı için direk radyolojik inceleme yeterli olmaktadır. Hastalığın bu yaşlarda tedavi planı için ileri tetkikler gerekmektedir. Ayrıca bu yaşlarda tedavi genellikle cerrahi olarak gerçekleştirilmektedir.

- **Femur Başı Epifizi Kayması (FBEK) - Slipped Capital Femoral Epiphysis (SCFE)**

FBEK, ergenlik döneminde sık görülen ve sıklıkla tanı gecikmelerinin olduğu bir sorundur. Genellikle aşırı kilolu çocuklarda, kızlarda 12 ve erkeklerde 14 yaş civarında ortaya çıkar. Kalça veya kasıkta, hafif şiddette sürekli bir ağrıdan yakınma olmaktadır. Ağrı zaman zaman uyuk ve dize yansiyabilir. Kalçanın iç rotasyon ve abduksiyon hareketlerinde kısıtlılık vardır. Kayma instabilse, ergen o bacağı üzerine basamaz.

Tanı için ön-arka ve yan kalça grafileri yeterlidir (Şekil 3). Belirgin bir travma olmamasına rağmen, proksimal femoral epifizde, büyüme plağı yaralanması vardır. Kaymanın instabil olduğu durumlarda, acilen tedavi uygulanmalıdır. Hasta derhal immobilize edilmeli ve cerrahi tedavinin yapılacağı merkeze sevk edilmelidir.

Akut stabil olmayan kaymalarda femur üst uç epifizi bulunduğu pozisyonda tespit edilebilir. Ancak kaymanın şiddetli olduğu durumlarda günümüzdeki modern tedavi, emniyetli kalça cerrahi dislokasyonu yapılarak femur üst uç epifizinin dolaşımı korunarak açık redüksiyonunun yapılmasıdır. Yöntem teknik olarak

güç olmasına rağmen tüm patolojik durumları eş zamanlı olarak düzeltme olanağı verdiği için uygun yöntem olarak ideal görünmektedir.

Kronik kaymalarda tedavi akut olgular kadar acil olmasa da bir an önce cerrahi tedavi uygulanmalıdır. Tedavi edilmemiş veya tedavisi başarısız olmuş olgularda, kısa dönemde hareket kısıtlılığı, orta dönemde ağırlı dejenerasyon kaçınılmazdır.



Şekil 3. FBK Ön-Arka radyografik görünümü

• **Aşırı Kullanım Sendromları**

Ergenlik döneminde organize sportif aktivitelere katılımın artışı, aşırı kullanımla ilişkili kas-iskelet sistemi yakınmalarının sıklığını arttırmaktadır.

Osgood-Schlatter (tibial tüberkul apofiziti) sık karşılaşılan bir sorundur. Tibial tüberkül ağırlı ve hassas büyümesi genellikle tanı için yeterlidir. Ağrı istirahatle azalmakta veya tamamen geçmektedir. Ağır fizik aktivitede bulunan ergenlerde daha sık görülmektedir. Başlama yaşı, kırıldak apofizin kemikleşmesini tamamladığı 9-14 yaşlar

arasındadır. Kuadriseps kasının tekrarlayan zorlu kasılmaları sonucu osteokondral bölgede eklem dışı bir stres kırığı oluşmaktadır. Radyolojik olarak tibial tüberkülün parçalı görünümü tipiktir (Şekil 4). Ayırıcı tanıda osteomyelit, tümoral durumlar (osteoblastoma, osteoid osteoma, eozinofilik granüloma ve enkondroma vb.) düşünülmelidir. İstirahat, buz uygulamaları ve antienflamatuar ilaçlar akut dönemde faydalıdır. Uzun vadede aktivitenin azaltılması veya antrenman şeklinin değiştirilmesi gerekli olmaktadır. Çok nadir olarak rekurvatum deformitesi gelişebilir. Tüberkülün belirginleşmesi bazı çocuklarda kozmetik sorun yaratabilir.



Şekil 4. Osgood-Schlatter hastalığının radyolojik görünümü

Aşırı kullanımla ilişkili klinik tablolardan bir diğeri de stres kırıklarıdır. En sık olarak tibia ve fibulada görülmektedir. Radyolojik olarak müphem sklerotik bir çizginin varlığı veya periost reaksiyonu tanıyı akla getirmelidir. Ancak tümoral durumlarla karışabileceği düşünülerek hasta izleme alınmalıdır.

• **Osteokondritis dissekans (OD)**

OD, ergenlik döneminde sık görülen ağrılı aksama nedenleri arasındadır. En sık diz ekleminde görülmekle birlikte kalça ve ayak bileğini de ilgilendirebilir. Eklem kırıkdağının bir bölgesinde yu-

muşama, düzensizleşme, kıkırdığın flep şeklinde kalkması veya bir kıkırdak adacığının tamamen koparak eklem içine düşmesi söz konusudur. Diz OD'ı sıklıkla medial femoral kondilin lateralini etkilemektedir. Tünel grafisiyle bu bölgedeki kıkırdak/kemik defekti kolaylıkla gösterilebilir. Tedavi, kıkırdak lezyonun şiddetine ve kıkırdığın alttaki kemikle ilişkisine göre planlanmaktadır. Büyüme plağı henüz kapanmamış hastalarda tedavi daha basit ve tedaviye yanıt daha iyidir.

- **Kondroliz**

Sık görülen bir durum değildir. Etiolojisi tam olarak bilinmemekle birlikte FBK ile yakın ilişkili olduğu düşünülmektedir. En önemli bulguları ani başlayan kalça ve kasık ağrısı ve fizik muayenede hareketleri ileri derecede kısıtlanmış bir kalça saptanmasıdır. Radyolojik incelemede, bacağın az kullanımına bağlı osteopeni ve eklem aralığında daralma saptanmaktadır. Tedavi semptomlara yönelik olarak planlanmaktadır. Kalça hareketlerinin yeniden kazanılması için non-steroidal ilaçlar verilir ve yoğun rehabilitasyon programı uygulanır.

SIRT VE BEL AĞRISI

Geçmişte ergenlik çağı bel ağrılarının her zaman önemli bir nedene bağlı olduğu düşünülür, her koşulda çok ayrıntılı inceleme yapılması önerilirdi. Günümüzde bu düşüncenin çok doğru olmadığı, bu yaş grubunda da non-spesifik bel ve sırt ağrılarının görülebileceği kabul edilmektedir. Yapılan çalışmalarda ergen bel ağrılarının %75'inde herhangi bir tanıya ulaşılamadığı, ancak %10 kadarında ağrının spondilolizise, %5-10'unda tümöre ve kalan %5-10'unda ise diğer hastalıklara bağlı olduğu gösterilmiştir.

Tanı

Tanıya ulaşabilmek için kullanılacak kriterler içinde, ağrının devamlılığı (sürekli veya aralıklı), yayılımı (santral veya radiküler), hastanın cinsiyeti, semptomların başlangıç zamanı ve başlatıcı bir nedenin varlığı dikkatle değerlendirilmelidir. Öykü ve fizik muayeneye ek olarak, direk radyografiler halen en iyi tarama testi olarak kabul edilmektedir.

Öykü: Ağrının yeri, yoğunluğu ve süresi tespit edilmeli, travma öyküsü mutlaka araştırılmalı, gece ağrıları soruşturulmalıdır (gece

ağrıları tümöral durumlarla ilişkilendirilebilir). Ağrıya eşlik eden ateş ve kilo kaybı önemli bulgulardır. Hekim, hastada uyuşma, karıncalanma, ekstremitelerde güçsüzlük, bağırsak ve idrar alışkanlıklarındaki değişik gibi belirtileri mutlaka sormalıdır. Ergen yaş grubunda spondilolizis ve Scheuermann kifozunun, enfeksiyon ve tümöral durumlara göre daha sık görüldüğü unutulmamalıdır.

Fizik Muayene: Hastanın öyküsü ve olası tanılar göz önüne alınarak eksiksiz olarak yapılmalıdır. Kas kuvvetleri, refleksler, duyu bozuklukları araştırılmalıdır. Muayene, sırt veya bel ağrısına yol açabilecek diğer hastalıklara (üriner sistem enfeksiyonları ve pnömoni vb.) yönelik olarak da yapılmalıdır.

Radyolojik İnceleme: Semptomları iki aydan daha uzun süreli olan, ağrısı gece uykudan uyandıran ve konstitüsyonel semptomları olan hastalarda radyolojik inceleme yapılmalıdır. Ağrının kısa süreli olduğu, nörolojik bulguları olmayan ve fizik muayenesi normal hastalarda radyolojik inceleme şart değildir. Radyografilerde, vertebralarda indentasyon veya erozyon varlığı, disk mesafesinde daralma, litik veya blastik lezyonlar ve dizilim bozukluğu araştırılmalıdır. Ergenlerde spondilolizis veya spondilolistezis şüphesi var ise oblik plan grafleri istenmelidir (Şekil 5). Radyogramlarda pelvis mutlaka görüntülenmelidir, çünkü pelvik patolojik durumlarda bel ağrısı nedeni olabilir. Radyogramlarda skolyoz da tespit edilebilir. Bu yaş grubunda en sık görülen eğrilik tipi olan idiopatik skolyoz ağrıya neden olmaz. Bu nedenle ağırlı skolyozlarda dikkatli olunmalı, bilhassa eğrilik apeksinin orta hattın solunda yerleşmiş torakal skolyozlar eşlik eden omurilik patolojileri açısından özenle incelenmelidir. Radyolojik incelemeden sonra, gerekli hallerde sintigrafi istenebilir. Sintigrafi ile enfeksiyonlar, tümörler ve kırıkların teşhisinde faydalı sonuçlar alınabilir. Konvansiyonel yöntemlerle tanı konulamayan inatçı ağrılarda ve anormal nörolojik muayenesi olan hastalarda MRG incelemesi yapılmalıdır. Direk radyogram veya sintigrafi ile kemik lezyonu tespit edilen hastalarda BT faydalı olabilir.



Şekil 5. L-4/L-5 spondilolistezis (Düşük dispazik litik tip) (Lumbosakral yan grafisi)

Laboratuvar İnceleme: Ateş, halsizlik vb. sistemik semptomları ve gece ağrıları olan hastalarda tam kan sayımı, periferik yayma, akut faz reaktanları öncelikle değerlendirilmeli, hastanın durumuna göre daha ileri incelemeler planlanmalıdır.

Etyoloji

- Enfeksiyon Hastalıkları:

Ergenlerde görülen bel ağrılarının en sık nedenlerinden biri enfeksiyonlardır. Diskitis en sık görülen durumdur. Sıklıkla antibiotik tedavisi yeterli olmaktadır.

- Scheuermann Kifoza:

Ergenlik dönemi sırt ağrılarının en sık nedenidir. En yoğun olarak 14-17 yaşlar arasında görülmektedir. Fizik muayenede, esnemeyen artmış torakal kifoz deformitesi tespit edilmektedir. Kompansatuvar olarak lomber lordoz artışı da mevcuttur. Hamstring gerginliği tabloya eşlik etmektedir. Hastalar nörolojik olarak normaldirler. Radyolojik olarak, ardışık vertebrada 5'er dereceden fazla kamalaşma tanı için patognomoniktir. Vertebra uç plaklarında düzensizlik ve/veya skleroz, disklerin vertebra cisimleri içine fıtıklaşması (Schmorl nodülü) tespit edilebilir. Tedavide genellikle

konservatif yöntemler tercih edilir. Korse uygulamaları, ergenlik dönem başlangıcında, nisbeten esnek eğriliklerde işe yarayabilir. Kifoz derecesi 75 dereceyi aşan, ağılı ve/veya ilerleyici deformitelere cerrahi tercih edilir. Ergenlik döneminde, 15-17 yaş arası bel ağrılarında, Lumbar Scheuermann hastalığı akla getirilmelidir.

- Spondilolizis (Pars interartiküler defekt/kırık) ve Spondilolistezis (Vertebra cisminin öne doğru yer değiştirmesi):

Spondilolizis ve Spondilolistezis, nedeni belirlenebilen ergen dönemdeki bel ağrıları arasında en sık görülen sorunlardır. Özellikle sporcularda ilk sırada düşünülmelidir. Hiperekstansiyonda vertebra üzerine yüklenmeler pars interartiküleris'te stres kırıklarına yol açarak ağrı ve/veya üst vertebranın alttakine göre öne doğru yer değiştirmesine (listezis) neden olmaktadır. Ergenlik büyüme atağının başlama döneminde daha sık görülmektedir. Başvuru semptomları bel ve kalçada lokalize ve zaman zaman bacaklara yayılan ağrıdır. Ağrı, tipik olarak aktiviteyle artıp istirahatle azalmaktadır. Lumbar bölgenin hiperekstansiyona getirilmesi ağrıyı alevlendirmekte ve lumbar lordoz düzleşmektedir. Radyolojik incelemede, pars interartiküleris bölgesinde litik alan tespit edilebilir (Şekil 6). Spondilolizis'e spondilolistezis eşlik edebilir. Tanı için oblik plan grafileri faydalıdır. Sintigrafi, BT ve MRG ile tanı desteklenebilir. Tedavide genellikle konservatif yöntemler önceliklidir. Sportif aktivite, antrenman modifikasyonları ve analjezik ilaçlar başlangıç tedavisi olarak kullanılabilir. Korse uygulamaları ağrının devam ettiği durumlarda denenebilir. Konservatif olarak tedavide başarı elde edilmeyen durumlarda cerrahi tedavi gündeme gelmektedir.



Şekil 6. Spondilolizis (Pars interartikularis defekti) (Lumbosakral oblik grafisi)

- Travmatik Nedenler:

Ergenlerde nadiren, erişkin tipi disk herniasyonları görülebilir. Ergenlik dönemine özgü, bel fıtığı semptomlarına benzer bulgular veren vertebral apofiz kaymaları görülebilir. Özellikle ağırlık çalışan erkek sporcularda bu tanı hatırlanmalıdır. En sık görülme bölgesi, dördüncü lumbar vertebra postero-inferior apofizidir. Tanıda BT faydalı, tedavi hemen daima cerrahidir. Bunlar dışında kas yaralanmaları ve travmatik vertebra kırıkları da gözlenebilir.

- İnflamatuvar nedenler:

Ankilozan spondilit, bu yaş grubunun önemli bel ağrısı nedenlerinden biridir. Erkekler kadınlara göre daha sık etkilenmektedirler. Fizik muayenede vertebral kolonda sertlik/tutukluk saptanmaktadır. Lumbar lordoz vücut hareketleriyle değişmemektedir. Anormal kifoz tespit edilebilir. Sakroiliak eklemden radyolojik olarak skleroz ve füzyon ortaya çıkabilir.

- Neoplastik Nedenler:

Benign ve malign tümörler ağrı nedeni olabilir. Benign tümörlerden anevrizmal kemik kisti ve osteoid osteoma/osteoblastoma ergenlerde diğerlerine göre daha sık görülürler. Ağrı giderek artıyor ve süreklilik gösteriyorsa malign tümörler akla getirilmelidir.

- **Visseral Nedenler:**

Üriner sistem enfeksiyonları, hidronefroz, over kistleri, enflamatuar barsak hastalıkları, intraabdominal ve intratorasik enfeksiyöz durumlar bel ve sırtta ağrıya neden olabilir.

- **Psikojenik Nedenler:**

Patolojik durumların tümü ekarte edilmeden ağrılar psikojenik olarak değerlendirilmemelidir.

SKOLYOZ

Tanım olarak skolyoz, vertebral kolonun yana eğilmesidir. Rotasyonun da eklenmesiyle üç boyutlu deformiteler oluşur. İdiopatik skolyoz en sık görülen biçimidir. İdiopatik skolyoz için günümüzde kabul gören kesinleşmiş bir neden bulunmamaktadır.

Etyoloji

Etyolojik olarak genetik faktörler, hormonal nedenler, büyüme anormallikleri ve bağ dokusu değişiklikleri vb. birçok neden araştırılmış, ancak kesin neden ortaya konulamamıştır. Günümüzde skolyoz tedavisi bu nedenle eğriliğin kontrolüne yöneliktir.

Tanı

Hastaların öyküsünde deformitenin ortaya çıkış zamanı ve muayene esnasında hastanın iskelet gelişiminin hangi evresinde olduğunun tanımlanması önemlidir. Ağrı, idiyopatik skolyoza eşlik eden bir bulgu değildir.

Hastalığın tanısında, fizik muayene önemli yer tutmaktadır. Fizik muayene hasta soyunuk halde yapılmalıdır. İncelemede cilt lezyonları, hemanjiomlar, sinüs traktları mutlaka değerlendirilmelidir. Ayakta gövde yüksekliği ve oturma yüksekliği belirlenmelidir. Ayrıca gövde dengesinin muayenesi (ayakta oksipital çıkıntıdan indirilen vertikal hat intergluteal aralıktan geçmelidir) mutlaka yapılmalı ve kaydedilmelidir. Omuzlar ve bel girintileri arasında asimetri skolyoza eşlik edebilir. Skolyozla (koronal plan deformitesi) birlikte sagittal plan deformiteleri de (kifo ve lordoz) olabilir. Sağa ve sola eğilmelerle eğriliğin esnekliği kontrol edilmelidir. Skolyoz hastalarında eksiksiz bir nörolojik muay-

ene yapılması hayati önem taşımaktadır.

Radyolojik inceleme, tüm vertebral kolonun bir arada görüntülediği ve ayakta çekilmiş grafiler üzerinde yapılmalıdır (Şekil 7).

Tedavi

Nörolojik defisiti olan, karın cildi refleksi alınamayan, ağrıdan yakınan, kemik anormallikleri saptanan skolyoz hastalarında tüm omurilik MRG incelemesi yapılmalıdır. Ergen idiopatik skolyozda tedavi basamakları izlem, korse tedavisi veya cerrahi tedavi şeklindedir. Ergen dönemin başlangıcındaki (10-12 yaş) hastaların ciddi boyutlarda olmayan (20-35 derece arası) esnek eğriliklerinde korseyle doğal seyir değiştirilebilir. Korseyle kontrol edilemeyen veya ilerlemiş eğriliklerde tedavi cerrahidir. Skolyoz cerrahisi, ciddi bir işlem olmakla birlikte, gerek implant gerekse de cerrahi teknikte meydana gelen gelişmelerle, günümüzde düşük hızda ölüm ve hastalık oluşturan müdahaleler arasında yer almaktadır. Eğriliklerin erken teşhis ve tedavisi daha sonra ortaya çıkması muhtemel bir çok sorunun önlenmesini sağlayacaktır



Şekil 7. Ergenlerde İdiyopatik Skolyoz

KAS-İSKELET SİSTEMİ İNFEKSİYONLARI

Çağdaş tedavi yaklaşımları, kas iskelet sistemi enfeksiyonlarının ölüm ve hastalık hızlarını büyük ölçüde azaltmış olsa da, ortopedik cerrahlar için halen önemli bir sorun olmaya devam etmektedir. Erken tanı, başarılı tedavi için esastır. Günümüzde erken tanı almış hastalar, daha az invazif yöntemlerle tedavi edilebilmektedir. Enfeksiyonun lokalizasyonunun belirlenmesi, uygun örnekleme, örneklerin uygun biçimde değerlendirilmesi ve hastanın klinik durumuna göre ileri tetkiklerin uygulanması doğru ve kesin tanı için esastır. Spesifik enfeksiyonlardan pediatrik yaş grubunda öncelikle tüberküloz, diskitis, hemofilik septik artrit ve daha az olarak sifiliz, HIV enfeksiyonları her zaman hatırlanması gereken durumlardır.

NEOPLASTİK DURUMLAR

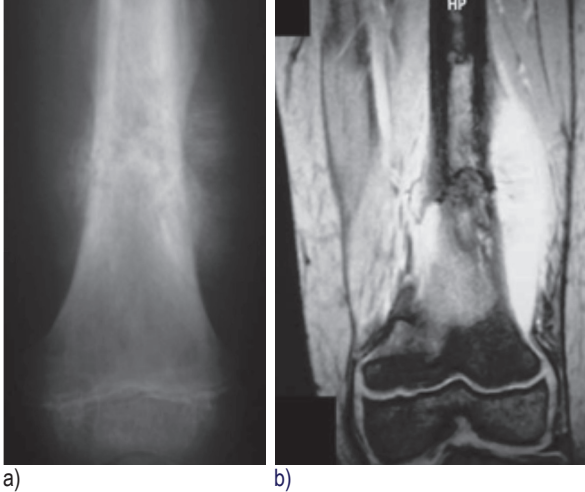
Kas iskelet sistemine ait bir neoplazi şüphesi varlığında öykü alma ve fizik muayene esastır. İleri radyolojik incelemeler sonraki aşamalara bırakılmalıdır. Ağrının özellikleri, ağrı kesicilere yanıtı, zamanı ve süreç içindeki değişimleri kaydedilmelidir. Kitlenin veya şişliğin ortaya çıkış zamanı belirlenmelidir. Sistemik semptomlar araştırılmalıdır.

Fizik muayene sistemik ve lokal muayene şeklinde yapılmalıdır. Çocukluk çağı kötü huylu tümörleri, genellikle hematojen yolla yayıldığı için hassas lenf nodları enfeksiyon lehinde değerlendirilebilir. Eklem hareketiyle artan ağrı ve patolojik kırık başvuru semptomu olabilir. Radyolojik inceleme iki yönlü direk radyogramlarla başlar. Radyogramlarda kemik içindeki tümörün yerleşimi (diafizyel, metafizyel, santrik ve eksantrik vb) ve sınırları belirlenmelidir. İyi sınırlı tümöral oluşumlar benign yönünde değerlendirilebilir. Tümörün kötü huylu olduğundan şüpheleniliyorsa, hasta biyopsi ve tedavi planlaması/uygulaması için gelişmiş bir merkeze sevk edilmelidir.

Tanı ve evrelendirme için ileri tetkikler (BT, MRG ve biyopsi) gerekmektedir. Biyopsi, nihai tedavinin uygulanacağı merkezde yapılmalıdır.

Günümüzde geçmişe göre çok az sayıda hasta amputasyon ile tedavi edilmektedir. Ekstremitenin nihai tedavi sırasında korunabilmesinin ön şartı, biyopsinin usulüne uygun yapılmış olmasıdır. Hatalı bir cilt kesisi veya özensiz biyopsi tekniği hastanın uz-

vunu korunamaması ile sonlanabilir. Nonossifiye fibrom, basit ve anevrizmal kemik kisti, osteokondrom, fibröz displazi, kondroblastoma, enkondrom, köndromiksoid fibrom, osteoid osteom ve osteoblastom çocuk yaş grubunda görülebilen iyi huylu tümörlerdir. Ayrıca malign kemik ve yumuşak doku tümörleri de bu yaş grubunda ortaya çıkabilir. Osteosarkom ve Ewing sarkomu gibi kötü huylu tümörlerin bu yaş grubunda sık görüldüğü unutulmamalıdır (Şekil 8). Ergen dönem tümörlerinde erken tanı ve uygun tedaviyle artık oldukça tatminkar sonuçlar elde edilebilmektedir.



Şekil 8. Osteosarkoma (a) distal femur osteosarkom radyolojik görüntüsü (b) aynı olgunun magnetik rezonans görüntüleri (MRG)
EKSTREMİTE UZUNLUK FARKLARI

Pekçok edinsel ve doğumsal neden, ekstremiteler arasında uzunluk farkına neden olabilir. Ekstremitelerin uzunlukları arasındaki fark 2 cm'den azsa, önemli bir sorun yaratmamaktadır. Bu farkın daha fazla olduğu hallerde pelvisin vertikal hareketliliği artarak yürüme sırasında tüketilen enerji miktarı fazlalaşmaktadır. Ayrıca kalça

ekleminde ikincil displazi (long leg dysplasia) gelişebilir. Uzun süre tedavi edilmemiş farklar lomber bölgede kompensatuvar skolyoza ve bel ağrılarına neden olabilir.

Ergenlik döneminde, tedavi edilememiş konjenital nedenlere bağlı uzunluk farkları görülebileceği gibi enflamatuvar, enfeksiyöz veya travmatik nedenlere bağlı uzunluk farkları da görülebilir.

Değerlendirme klinik veya radyolojik yöntemlerle yapılmaktadır. Fizik muayenede nedeni ortaya çıkarmaya çalışmak başarılı tedavi için esastır.

Tedavi yöntemleri kısa olan ekstremitenin uzatılması, uzun ekstremitenin akut olarak kısaltılması veya uzun tarafta uzamanın geçici veya kalıcı olarak duraklatılması (epifizyodez) ile sağlanabilir. Her yöntemin kendine göre avantaj ve dezavantajları vardır. Hasta ve ailesinin ayrıntılı bilgilendirilmesi esastır. Özellikle uzatma girişimlerinin basit ve problemsiz işlemler olduğu sanılmamalıdır.

DİZ SORUNLARI

Ergenlerde diz, akut veya tekrarlayan mikrotravmaların sıklıkla maruz kalan bir vücut bölgesidir. İskelet gelişimi tamamlanmamış hastalarda diz ağrıları, aksi ispat edilinceye kadar yansıyan kalça ağrısı olarak kabul edilmelidir. Bu nedenle diz önü ağrısıyla başvuran hastalarda tam bir kalça muayenesi yapılmalıdır.

Ergenlerde nonspesifik diz önü ağrısında, ağrı genellikle iyi lokalize edilememektedir. Ağrı oturma ve merdiven çıkmayla artış gösterebilir. Fizik muayenede alt ekstremitede dizilim, diz, kalça ve ayak bileği hareket genişlikleri, diz stabilitesi değerlendirilmelidir. Kuadriseps ve hamstring kaslarının gerginliği kontrol edilmelidir. Patella, patellar tendon ve eklem çizgisinde hassasiyet muayene edilmelidir.

Rutin olarak ön-arka, yan, tünel ve tanjansiyel patella grafileri istenmelidir. Patella instabilitesinin değerlendirilmesinde BT yararlıdır.

Bu muayene ve tanı yöntemleriyle belirgin bir sorunun saptanmadığı hastaların (idiopatik diz önü ağrısı) %80'i konservatif tedaviye (ağrı kesiciler, germe egzersizleri vb) iyi cevap vermektedirler. Hafif dizilim bozukluğu olan hastalarda ayakkabı modifikasyonu da faydalıdır. Ancak tüm çabalara rağmen ağrı devam ediyorsa ortopedik olmayan problemler ihmal edilmemelidir. Nonspesifik ağrılar için artroskopiden kaçınılmalıdır.

AYAK SORUNLARI

Ergenlerde ayak sorunları arasında düztabanlık önemli bir yer tutmaktadır. Düztabanlık gerek klinik, gerekse radyolojik olarak bir çok tartışmayı da beraberinde getirmektedir. Her ne kadar kesin, üzerinde anlaşılmış kriterler olmasa da pek çok ergenin ayağında longitudinal ark düşmesi olduğu gerçektir. Ancak ortalama ark yüksekliğinin, çocuklarda erişkinlere göre daha düşük olduğu unutulmamalıdır.

Düztabanlık çocuklarda nadiren fonksiyonel yetersizliklere yol açmaktadır. Kullanılan ark yükseletici materyallerin hastalığın doğal seyri üzerinde herhangi bir etkisinin olmadığı da gözardı edilmemelidir. Aynı problem cerrahi yöntemler için de geçerlidir. Tanımlanmış bir çok cerrahi prosedür beklenen sonucu vermemektedir. Genel görüş olarak fonksiyonel olarak hastayı etkilemeyen düz tabanlıklarda sağlıklı ayakkabı tercih etmeyi sağlayacak bilgilendirmeyi yapmak ve fonksiyon bozukluğu yaratan düz tabanlıklarda hastanın tedavisini detaylı bir araştırma sonrasına ertelemek rasyonel görünmektedir. Özellikle ülkemizde toplumun sağlıklı ayakkabı konusunda yeterince bilgisi bulunmamaktadır. Toplumun bu konuda bilgilendirilmesi, bir çok hastada sorunun çözümüne yardımcı olacaktır.

Cerrahi tedavi yöntemleri, konservatif önlemlere rağmen ayakta sürekli ağrı varlığında ve/veya ayak tabanında nasırların oluştuğu durumlarda tercih edilmelidir.

Ergenlerde halluks valgus, bu yaş grubunu ilgilendiren bir diğer önemli ayak sorunudur (Şekil 9). Halluks valgusta görülme sıklığı açısından belirgin bir cinsiyet farkı olmasa da, cerrahi girişimler kadınlarda daha sık olarak uygulanır. Problemin çözümü için sadece ayağa konsantre olunmamalı ve tüm alt ekstremitelerde birlikte değerlendirilmelidir.

Ergenlerde halluks valgusta tedavi erişkinlere göre daha zordur ve hastalığın tekrarlama riski yüksektir. Bu nedenle zorunlu kalıncıkça cerrahi tedavi ergenlik dönemi sonrasına ertelenmelidir. Bu dönemde yapılacak uygun olmayan tedavi girişimleri ayağın ağrılı ve sert hale gelmesine yol açabilir.



Şekil 9. Ergen halluks valgus, radyolojik görüntü)

Bu yaş döneminde öncelikli yaklaşım, ayakkabı modifikasyonları ve gece atelleri olmalıdır. Ancak bu girişimlerden fayda görmeyen hastalarda, günlük yaşamı olumsuz etkileyen deformitelerin varlığında, sürekli ağrı mevcudiyetinde hasta ve aileyle tartışılarak cerrahi kararı alınabilir.

GEÇİŞ (TRANSİZYONEL) KIRIKLARI

Fizisin kapanmaya yüz tuttuğu dönemde oluşan kırıklardır. Tipik olarak ergenlik döneminde ortaya çıkarlar. Bunlar arasında özellikle Juvenil Tillaux ve üç planlı (triplane) kırıklar dikkati çekmektedir. Distal tibiada oluşan bu kırıklarda tanı gecikmesi veya doğru tanının konulamaması gibi sorunlarla karşılaşılabilir. Tanı için genellikle BT değerlendirmesi gereklidir. Büyüme plağı ve/veya eklemi ilgilendiren bu kırıklarda kapalı yöntemlerle başarılı redüksiyon sağlanamıyorsa, cerrahi tedavi gerekmektedir.

FEMOROASETABULAR SIKIŞMA

Femoroasetabular sıkışma ağırlı kalçalarda asetabular kenar ile femoral baş-boyun birleşkesinin patolojik ilişkisinden kaynaklanmaktadır. Geçmiş yıllarda özellikle erişkin kalçada femoroasetabular sıkışma ve tedavi yöntemlerine yoğun ilgi duyulmuş, bu konuda araştırmaların ve yayınların sıklığı artmıştır. Altta yatan etiyolojik faktörler femur baş ve boynu ile asetabulum arasındaki

ilişkiyi bozan morfolojik değişikliklerdir. Bu morfolojik değişiklikler süreç içerisinde asetabular labrum yaralanmaları, kıkırdak hasarı ve osteoartrit eklem dejenerasyonuna yol açar. Ancak ergenlik yaş grubunda artan femoroasetabular sıkışma tanısı ve tedavisine rağmen mevcut araştırmalar ve yayınlar oldukça yetersizdir. Bu sebeple hastalığın semptomlarını bilmek, deformitenin gelişimine neden olan faktörleri belirlemek semptomatik kalçada tedavi çözümlerini geliştirmek açısından önemlidir.

Femoroasetabular sıkışma 2 alt başlıkta incelenmelidir. Bunlardan birincisi anormal femoral baş-boyun birleşkesinin büyümesiyle görülen cam tipi lezyonlar (anormal anterior femoral boyun) ve ikincisi anterior asetabular kenarın femur başını aşırı örtmesiyle görülen pincer tipi (kısa kalça sıkışma) lezyonlardır.

Kalça sıkışması genellikle aktif genç hastalarda oldukça ani başlangıçlı kalça ağrısı ile kendini gösterir. Özellikle sıkışma sendromu tanımlandığından beri bilinen kalça rahatsızlığı olmayan hastalar da buna dahil olmak üzere ergenlerde daha sık olarak görülmektedir. Sıklıkla ortada ilk semptomun başlamasına neden olan minor travma hikayesi vardır. Ağrı aralıklı başlayabileceği gibi kademeli olarak artarak devamlı bir hal alabilir.

Femoroasetabular sıkışma tanısı almış her hastada başlangıç tedavisi öncelikle konservatiftir. Geç dönem sonuçları tam olarak bilinmediği ve halen hasta seçimi konusunda tereddütlerin mevcut olduğu gerçeği hatırlanarak gereksiz cerrahi girişimlerden kaçınmak çok önemlidir. Hastaların şikayetleri bu dönem içinde izlenmelidir. Ancak çoğu durumda şikayetler devam ederse medikal müdahale yeterli değildir.

Ergenlik yaş grubunda erişkinlere göre cerrahi talebi daha az olmaktadır. Fakat şikayetlerin femoroasetabular sıkışmaya bağlı olduğu net biçimde ortaya konulmuş ise bu noktada gelişimsel kalça displazisindeki gibi herkes tarafından kabul gören ve uygulanan, kalçayı korumak için erken cerrahi düşünülmelidir. Cerrahi müdahale esnasında patolojik femur baş-boyun ve asetabulum ilişkisi düzeltilerek hastalarda iyileşme elde edilmektedir.

VII. ERGENLERDE PSİKOSOSYAL SORUNLAR

I. ERGENLERDE DEPRESYON

Doç. Dr. Devrim Akdemir

Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi

Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı

Giriş

Ergenlerde depresyonun erken tanı ve tedavisi oldukça önemlidir. Çünkü depresyon belirgin sıkıntı ve işlev bozukluğuna neden olan, sıklıkla diğer psikiyatrik hastalıklarla birlikte görülen, özkıyım ve madde kullanımı gibi komplikasyonlara neden olabilen ve çoğu zaman tekrarlayan bir durumdur.

Sıklık

Kullanılan tanı ölçütleri, tanı yöntemleri, bilgi kaynakları ve örneklemedeki farklılıklara göre değişmekle birlikte çocuk ve ergenlerde yaşla birlikte depresyon görülme sıklığı giderek artmaktadır. Ülkemizde yapılan çalışmalarda depresyonun görülme sıklığı 10-20 yaş arasında %12,5 ve lise öğrencilerinde %17,5 bulunmuştur. Ergenlik öncesi dönemde cinsiyetler arası görülme sıklıkları arasında fark bulunmamaktadır. Ergenlik dönemiyle birlikte kızlarda görülme sıklığı erkeklerden daha fazladır.

Etyoloji

Ergenlerde depresyon biyolojik ve psikolojik yatkınlıkların çevresel etkenler ile etkileşimi sonucunda ortaya çıkar. Ergenlik döneminde bilişsel gelişimde hızlanma, dürtüsel gereksinim, duygu yoğunluğunun artması, ruhsal olarak yeniden yapılanma, erken çocukluk dönemi çatışmalarının tekrar alevlenmesi, akademik gereklilikleri yerine getirme çabası, meslek seçimi, karşı cinsiyetle ilişkilerin düzenlenmesi, yetişkin rollerine hazırlanma, sorumluluk alma, ayrılma bireyleşme süreci ve kimlik duygusunun kazanılmasına ilişkin yaşantılar ergenleri çocuklara göre depresyona daha duyarlı kılmaktadır.

İkiz ve aile çalışmaları depresyonun ortaya çıkmasında yer alan kalıtsal etkenlerin önemini vurgulamaktadır. Yirmi yaşından önce major depresyon geçirmiş anne babaların çocuklarında depresyon daha sık görülmektedir.

Depresyonda noradrenerjik, dopaminerjik, serotonerjik ve kolin-erjik sistemler başta olmak üzere pek çok nörotransmitter sisteminde bozukluklar gösterilmektedir. Anatomik ve işlevsel beyin görüntüleme çalışmaları ile frontal lob hacminde azalma, lateral ventrikül hacminde artma, sol anterofrontal ve sol temporal kortikal alanlarda azalmış perfüzyon gibi özellikle frontolimbik devrelerde bozulma ile karakterize bulgular elde edilmektedir. Depresyonu olan çocuk ve ergenlerde deksametazon supresyon testinin pozitifliği, insüline büyüme hormonu yanıtının azalması ve uykuda büyüme hormonu salınımının artması gibi nöroendokrin bozukluklar gösterilmektedir.

Depresyonda sosyal beceri eksikliği, düşük benlik saygısı, streste baş etme becerilerinde yetersizlik, arkadaş, kardeş ve öğretmenlerle ilişkilerde sorunlar yaşanması, güvensiz bağlanma ve kimlik karmaşası ergenlerde depresyon olasılığını arttırmaktadır. Ayrıca düşük sosyoekonomik düzey, parçalanmış aile, stresli yaşam olaylarına maruz kalma, sosyal destek eksikliği, aile işlevlerinin bozuk olması, aile ilişkilerinde çatışma, iletişim sorunları, ailede alkol ve madde kullanımının olması ergenlerde depresyon gelişmesi için sosyal ve çevresel risk etkenleridir.

Tanı, Yaklaşım ve Sevk

Ergenlerde depresyon tanısı öykü, psikiyatrik değerlendirme ve gerektiğinde depresyon belirtilerini değerlendiren öz bildirim ölçeklerinin kullanılması aracılığıyla konulabilir. Ergenin hem kendisinden hem de yakınlarından öykü almak tanının doğruluğunu arttırmaktadır.

Depresyonu olan ergenlerde can sıkıntısı ve huzursuzluk, depresif duygulanım, arkadaş ve etkinliklere ilgi kaybı, içe kapanma, okul başarısında düşme, dikkat bozuklukları, psikomotor yavaşlama, iştah ve uyku bozuklukları, yalnızlık ve reddedilmeye duyarlılığın artışı, düşük benlik saygısı, ölüm düşünceleri ve özkıyım girişimi gibi belirtiler görülmektedir. Ergenlerde depresyon bazen okuldan ve evden kaçma, madde kullanımı, suça yönelme gibi dışa vurum sorunlarıyla kendisini gösterebilmektedir. Yaş arttıkça bedensel yakınmalar azalmakta; anhedoni iştah ve uyku bozuklukları, umutsuzluk, karamsarlık, suçluluk, ölüm düşünceleri gibi bilişsel

belirtiler ve psikomotor retardasyon artmaktadır. Şüphelenilen hastaların çocuk ve ergen psikiyatristine yönlendirilmesi gereklidir.

Tedavi

Hastanın aile işlevleri bozuk, depresyon belirtileri ağır, özkıyım riski yüksek ise, alkol ve madde kullanımı ya da psikotik belirtileri varsa yatırılarak tedavi edilmesi gerekir. Bu tür bulguları olmayan hastalar ayaktan izleme alınabilir.

Hasta ve ailesini depresyon ve tedavisi konusunda bilgilendirmek önemlidir. Depresyonun tedavisinde bireysel psikoterapi, grup terapisi, aile terapisi ve psikososyal müdahalelerden yararlanılabilir. Tedavide hastanın kendini anlaması, duygularını tanıması ve uygun ifade etmesi, benlik saygısının yükseltilmesi, uygun olmayan davranışların düzeltilmesi, başkalarıyla etkileşimin artırılması ve sosyal becerilerin geliştirilmesi, stresle baş etme becerilerinin kazandırılması, çatışmaların çözümlenmesi gibi alanlarda çalışılır. Tedavide en iyi sonuç psikoterapi ile birlikte farmakoterapinin kullanıldığı hastalarda alınmaktadır. İlaç seçiminde hastanın tıbbi durumu, kullanılacak ilacın etki ve yan etkileri, eşlik eden psikiyatrik hastalıklar gibi durumların göz önünde bulundurulması gereklidir. İlaç tedavisinin etki ve yan etkileri anlatılmalı, aileler çocuklarının günlük ilaç kullanımını izlemelidir. İlaç tedavisi uygun dozda ve sürede kullanılmalıdır.

Depresyonun yineleyici bir hastalık olduğu hakkında hasta ve yakınları bilgilendirilmeli ve tedaviden sonraki izlemin önemli olduğu belirtilmelidir.

VII. 2. ERGENLERDE TİK BOZUKLUKLARI

Uzm. Dr. Candan Taşkıran

Dr. Sami Ulus Eğitim Araştırma Hastanesi

Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği

Giriş

Tikler motor ya da vokal kasların ani kasılmaları sonucu birden ortaya çıkan, aralıklı, tekrarlayıcı, ritmik olmayan, basmakalıp istemsiz ya da yarı istemli hareketler olarak tanımlanmaktadır. Tikler sıklık, anatomik yerleşim ve şiddet açısından kişiden kişiye ve kişide zaman içinde farklılık göstermektedir. Tikler basit ya da karmaşık olarak sınıflandırılmaktadır. Motor tikler göz kırpma, omuz silkme, surat buruşturma ve baş sallama gibi basit hareketler olabildiği gibi birden çok motor kas grubu hareketini içeren karmaşık tikler de olabilmektedir. Vokal tikler de benzer şekilde basit boğaz temizleme, burun çekme sesinden karmaşık ses çıkarmaya kadar değişkenlik gösterebilir. Tik bozukluğu genellikle tek bir kas grubunu içeren basit tik şeklinde başlar. Göz kırma en sık görülen başlangıç şeklidir. Tourette bozukluğu ise motor ve vokal tiklerin bir arada bulunması ile karakterizedir.

Tikler çocukluk çağında sıklıkla görülür ancak çoğu zaman geçicidir. Tiklerin sıklığı ve şiddeti heyecan, gerginlik ve yorgunlukla artabileceği gibi sakin ve odaklanılmış aktiviteler sırasında azalabilir. 2014 yılında gözden geçirilerek yayınlanan Amerikan Psikiyatri Birliği tanı sınıflamasında (DSM-5) tik bozuklukları nörogelişimsel bozukluklar altında yer almaktadır. Tik bozukluğunun süresi (1 yıldan kısa ya da uzun sürmesi) geçici ve kronik tik bozukluğu ayırıcı tanısında belirleyici olmaktadır. DSM-5'e göre tanının konulabilmesi için tiklerin çocukluk ya da ergenlik döneminde (18 yaş öncesi) başlaması gerekmektedir.

Sıklık

Geçici tik bozuklukları, en sık görülen tik bozukluklarıdır. Okul çağı çocuklarında %20'ye varan sıklık yüzdeleri bildirilmiştir. Ancak sıklık çalışmalarında elde edilen sonuçlar seçilen örneklem, yaş grubu ve değerlendirme kriterlerine göre farklılık göstermektedir. Tikler sıklıkla 4-6 yaşta başlamakta, 10-12 yaşta pik yapmakta ve ergenlik döneminde şiddeti azalmaktadır. Erkeklerde kızlara göre daha sık görülmektedir. Kronik tik bozukluğu sıklığı %2-4, Tourette Bozukluğu sıklığı ise %0,1-1 arasında değişmektedir.

Etyoloji

Son yıllarda birçok önemli çalışma yapılmış olmasına karşın tik bozukluklarının patofizyolojisi büyük ölçüde bilinmemektedir. Tik bozukluklarının ortaya çıkışında ve hastalığın gidişinde hem genetik hem de çevresel özellikler etkili olmaktadır. Beyin yapısı ve işlevindeki farklılığa ilişkin bulgular özellikle Tourette Bozukluğu ile ilgili çalışmalardan elde edilmektedir.

Tanı ve Tedavi

Tik bozukluğu genellikle ilk olarak göz kırma gibi basit motor tiklerle kendini göstermektedir. Eğer eşlik ediyorsa vokal tikler genellikle motor tiklerin başlamasını izleyen 1-2 yıl içinde başlamaktadır. Tanı hem ergen hem de ailesinden alınan kapsamlı, ayrıntılı öyküye ve klinik gözleme dayalı olarak konmaktadır. Bazı ergenlerin tiklerini baskılaması nedeniyle tikler özellikle ilk klinik değerlendirmede gözlemlenmeyebilir. Tik bozukluğunun başlangıç yaşı, klinik gidişi ve hareketlerin özellikleri tik bozukluğunda sıklıkla görülen özellikler ile uyumluysa, nörolojik muayene bulguları doğalsa rutin laboratuvar ve görüntüleme tetkikleri önerilmemektedir. Tiklerin gencin duygusal, sosyal, ailesel ve akademik işlevselliğini hangi düzeyde etkilediği tedavi ihtiyacını belirlemede kritik rol oynamaktadır.

Sevk Kriterleri

Alınan öykü ve klinik gözlem sonucunda tiklerin gencin günlük işlevselliğini etkilemesi durumunda gencin, çocuk ve ergen ruh sağlığı alanında uzman kişilere yönlendirilmesi yapılmalıdır. Tik bozukluğu sıklıkla dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu, obsesif kompulsif bozukluk ve diğer kaygı bozuklukları ile sıklıkla birliktelik göstermektedir. Eş hastalanım düşünülen gençler de ayrıntılı değerlendirme için çocuk ve ergen ruh sağlığı alanında uzman kişilere yönlendirilmelidir.

Hastaya Yaklaşım

Öncelikle gencin gelişim öyküsünün ve hareketleriyle ilgili ayrıntılı öykünün alınması önemlidir. Genç ve ailesi tik bozukluğu doğası ile ilgili bilgilendirilmeli, tiklerin ertelenebildiği durumlar olmasına karşın bu hareketlerin gencin kontrolünde olmadığı bilgisi verilmelidir. Gençte görülen tiklerin sıklığı ve şiddetini arttıran durumlar ele alınmalı ve gencin kaygısını yatıştırmaya yönelik müdahale planı yapılmalıdır. Tiklerin tedavisinde sırasıyla risperidon ve pimozid gibi antipsikotikler, serotonin geri alım inhibitörleri (SGAI) ve her iki grubun kombine kullanıldığı tedavi şemaları uygulanabilir.

VII. 3. ERGENLERDE ANKSİYETE BOZUKLUKLARI

Doç. Dr. Devrim Akdemir

Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi

Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı

Giriş

Anksiyete, tehdit algısına ya da beklentisine eşlik eden bilişsel, duygusal, davranışsal ve fizyolojik tepkiler bütünüdür. Makul düzeyde bir anksiyete insan gelişiminde yaşam için gerekli ve uyuma yönelik olsa da, tehdit ile uyumsuz bir şekilde aşırı düzeyde, sık ve yoğun olan ve olumsuz sonuçlara neden olarak işlev bozukluğu yaratan anksiyete belirtileri anksiyete bozukluğu olarak değerlendirilir.

Sıklık

Çocuk ve ergenlerin birçoğu geçici ve durumsal olarak anksiyete belirtileri deneyimleyebilir, ancak bunların bir bölümünde anksiyete bozukluğu gelişir. Çocuk ve ergenlerde yaşam boyu herhangi bir anksiyete bozukluğu görülme yaygınlığı %15-20 dolayındadır. Ergenlerde sık görülen anksiyete bozuklukları, yaygın anksiyete bozukluğu, sosyal anksiyete bozukluğu ve özgül fobidir. Ayrılık anksiyetesi bozukluğu ve panik bozukluğu ergenlerde daha az sıklıkta görülmektedir.

Etyoloji

Anksiyete bozuklukları genetik, çevresel, nörobiyolojik ve mizaçla ilişkili etkenlerin birbirleri ile karmaşık etkileşimi sonucunda ortaya çıkmaktadır. Anksiyete bozukluklarında kalıtımsallığın %25-60 düzeyinde olduğu gösterilmektedir. Yeniliklere ya da tanıdık olmayan sosyal durumlara aşırı düzeyde tepki verme ve kaçınma ile karakterize olan “davranışsal inhibisyon”un ve anksiyete belirtilerinin zararlı fiziksel, psikolojik ve sosyal sonuçları olacağına ilişkin düşünceler ile karakterize olan “anksiyete duyarlılığı”nın anksiyete bozukluğuna yatkınlık yaratan mizaç özellikleri olduğu bulunmuştur. Aşırı koruyucu, aşırı kontrol edici, eleştirel ve reddedici anne baba tutumları; anne babanın çocuğun beceri ve başarısına yönelik olumsuz beklentileri çocuk ve ergenlerde anksiyete bozukluğu gelişimi ile ilişkilidir. Tehdit içeren bir uyarana bir

başkasının tepkisini gözlemleme yoluyla öğrenme ve model alma ve klasik ve operan koşullanma gibi öğrenme modelleri de anksiyete bozukluklarının gelişiminde önemli olmaktadır. Anksiyete bozukluğu olan çocuk ve ergenlerde güvensiz bağlanma ve stresli yaşam olayları daha sık görülmektedir. Anksiyete bozukluklarında hipotalamo-pituitar aksın ve GABA, norepinefrin, serotonin, nöropeptid-Y ve kolesistokinin gibi nörotransmitter ve nöropeptidlerin rolünün olduğu gösterilmektedir. Beyin görüntüleme çalışmalarında özellikle amigdala, ventro-lateral ve dorso-medial prefrontal korteks ve striatuma anatomik ve işlevsel bozulmalar ile karakterize bulgular elde edilmektedir. Hastalıkların patogenezinde duygusal ve bilişsel bilgi işleme süreçlerindeki bozukluklar önemlidir. Bu bozukluklar dikkatin otomatik olarak tehdiye yönelmesini, nötral ya da zararsız uyarıların tehlikeli olarak algılanmasını, güvenli ve tehlikeli uyarıların arasındaki ilişkiyi öğrenme gibi bellek ve öğrenme süreçlerini, sosyal değerlendirme süreçlerini ve ödülle artmış duyarlılığı içermektedir.

Tanı, Yaklaşım, Sevk

Ergenlerde anksiyete bozuklukları görece sık olmasına karşın hastaların tanı ve tedavi alma oranları düşüktür. Bu nedenle anksiyete bozukluğu olan ergenlerin birinci basamak sağlık hizmeti veren kurumlarda tanınması önem taşımaktadır. Anksiyete bozukluğu tanısı detaylı bir öykü, psikiyatrik değerlendirme ve anksiyete belirtilerini değerlendiren öz bildirim ölçeklerinin kullanılması aracılığıyla konulabilir. Anksiyetenin fiziksel, psikolojik ve davranışsal belirtilerine yönelik olarak hem ergenden hem anne babadan öykü alınmalıdır. Ergenler kendilerinde sıkıntı, üzüntü, kaygı, stres ve korku yaratan durumları anlatabilirler. Bu duygusal belirtilerin yanında anksiyete bozukluğu olan ergenlerde yorgunluk, kaslarda gerginlik, unutkanlık, konsantre olamama, uykusuzluk, çarpıntı, nefes darlığı, göğüs ağrısı, ağrı, iştahsızlık, bulantı, kusma, sık idrara gitme, terleme, titreme, baş dönmesi, yüzde kızarma, parestezi ve algı bozukluğu gibi fizyolojik belirtiler; 'aklımı kaybedeceğim', 'kontrolümü kaybedeceğim', 'utanılacak duruma düşeceğim' gibi bilişsel belirtiler ve kaçınma, öfke nöbetleri, ağlama ve bağırma gibi davranışsal belirtiler de görülebilir. Yaygın anksiyete bozukluğunda günlük yaşam, okul başarısı ve kişiler arası ilişkiler gibi birçok olay ve etkinlik ile il-

gili kaygı ön planda iken, sosyal anksiyete bozukluğunda kişinin başkaları tarafından değerlendirilebileceği toplumsal durumlarda kaygı görülür. Ayrılık anksiyetesi bozukluğunda bağlanılan kişilerden ayrılma ile ilgili gelişimsel olarak uygun olmayan, aşırı bir kaygı; özgül fobide özgül bir nesne ya da durum ile ilgili olarak belirgin kaygı ya da korku söz konusudur. Panik bozukluğunda ise tekrarlayan, beklenmedik panik atakları ve atağın tekrarlayacağı ya da sonuçlarıyla ilgili kaygı görülür. Anksiyetenin gelişimsel olarak normal kabul edilen korku ve kaygılardan ayırt edilmesi, dolayısıyla işlevsellikteki bozulmanın değerlendirilmesi önemlidir. Medikal bir soruna ya da travmaya bağlı olarak anksiyete belirtileri görülebileceğinden hastanın geçmiş medikal öyküsü alınmalıdır. Genel gelişimsel değerlendirme, sistemik muayene ve gerekli görülen laboratuvar testleri yapılmalıdır. Anksiyete bozukluğu düşünülen ergenlerin bireysel ve aile terapisi için çocuk ve ergen psikiyatristine yönlendirilmesi gereklidir.

Tedavi

Ergenlerdeki anksiyete bozukluklarının tedavisi etkin ve çok yönlü olmalıdır. Psikoterapi tedavinin temel bileşeni olarak kabul edilmekte ve bu amaçla bilişsel davranışçı psikoterapi, psikodinamik psikoterapiler ve aile terapilerinden yararlanılmaktadır. Bilişsel davranışçı terapide anksiyetenin doğası, fiziksel belirtiler, tedavi seçenekleri, hastalığın seyri gibi konularda psikoeğitim, bedensel belirtiler ile baş etme teknikleri, bilişsel yeniden yapılandırma (anksiyete yaratan düşünceleri belirleme ve değiştirme), beklenen durumlar ile baş etmeye yönelik problem çözme denemeleri, korku/kaygı duyulan uyarılara sistematik maruziyet ve tepkiyi önleme (hayal kurma ve rol oynama gibi) gibi yöntemler kullanılmaktadır. Orta ve şiddetli düzeydeki anksiyete bozukluklarının tedavisinde en iyi sonuç psikoterapi ile birlikte farmakoterapinin kullanılması ile alınmaktadır. Seçici serotonin geri alım inhibitörleri çocuk ve ergenlerdeki anksiyete bozukluklarının tedavisinde ilk seçilecek ilaçlardır. İlaç tedavisinin etki ve yan etkileri anlatılmalı, aileler çocuklarının günlük ilaç kullanımını izlemelidir. İlaç tedavisi uygun dozda ve sürede kullanılmalı ve hastalar düzenli aralıklarla izlenmelidir. Tedavide fiziksel egzersizin desteklenmesi de olumlu sonuçlar vermektedir.

VII 4. ERGENLERDE ENÜREZİS

Uzm. Dr. Candan Taşkıran¹

Prof. Dr. Zehra Aycan²

*¹Dr. Sami Ulus Eğitim Araştırma Hastanesi
Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği*

*²Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi
Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı*

Giriş

Enürezis istemli ya da istemsiz idrar kaçırma olarak tanımlanmaktadır. Sadece gece uykuda idrar kaçırma nokturnal enürezis, gündüz uyanırken idrar kaçırma diurnal enürezis olarak adlandırılmaktadır. Bazı kaynaklarda nokturnal enürezis için monosemptomatik enürezis, gündüz idrar kaçırma için üriner inkontinans ve gece-gündüz idrar kaçırmanın bir arada görüldüğü durumlar için monosemptomatik olmayan ya da komplike enürezis terimi kullanılmaktadır.

2014 yılında gözden geçirilerek yayınlanan Amerikan Psikiyatri Birliği tanı sınıflamasında (DSM-5), enürezis dışı atım bozuklukları altında kaka kaçırma (enkoprezis) ile birlikte yer almaktadır. Tanı konabilmesi için beş yaşından büyük çocukların bir maddenin ya da bir tıbbi hastalığın fizyopatolojik etkilerine bağlı olmaksızın tekrarlayıcı nitelikte gece yatağına ya da gündüz kıyafetlerine idrar kaçırması, bu davranışın üç ay boyunca en az haftada iki kez ortaya çıkması ya da önemli işlevsellik alanlarında bozulmaya yol açması kriterlerinin karşılanması gerekmektedir. Çocuk ya da ergen doğumdan itibaren idrar kontrolünü hiç sağlayamadıysa birincil (primer) enürezis, kuru kalınan 6 aylık bir dönem sonrasında idrar kaçırma başlarsa ikincil (sekonder) enürezis olarak adlandırılmaktadır. Hastalık şiddeti kaçırılan idrar miktarı ile değil kaçırma sıklığı ile ölçülmektedir.

Tanım gereği primer enürezis 5 yaşında başlamaktadır. Sekonder enürezis ise sıklıkla 5-8 yaşlarında başlamaktadır. 5 yaş sonrasında görülme sıklığı her yıl için %5-10 oranında kendiliğinden azalmaktadır.

Görülme sıklığı

Enürezis sıklığının 5 yaşında %15–20 iken 10 yaşında %3–5 olduğu bilinmektedir. Ergenlik dönemiyle birlikte çoğu çocukta idrar kontinansı sağlanmaktadır. Vakaların %1'inde ise idrar kaçırma erişkinlikte de devam etmektedir.

Etyoloji

Enürezisin ortaya çıkışında çevresel etkenler ile genetik ve nörobiyolojik faktörler bir arada rol oynamaktadır. Aile öyküsü olan çocuk ve gençlerde enürezis aile öyküsü olmayanlara göre daha sıklıkla görülmektedir. Kaçırma, idrar üretiminin normal sirkadiyen ritminde gelişimsel gecikme, gece idrar üretiminin fazla oluşu ya da azalmış mesane kapasitesi ile ilişkili olarak ortaya çıkabilmektedir. Nokturnal enüreziste uykunun yapısında belirgin bir bozukluk yoktur ancak yatağın ıslatılması çoğunlukla gecenin ilk yarısında (genellikle ilk 3 saat içinde) gerçekleşmektedir.

Tanı

Belirtilerin başlangıç yaşı, idrar kaçırma sıklığı ve idrar miktarının ayrıntılı sorgulanması tanı konması ve tedavi planlanması için önemlidir. Enürezisin ayırıcı tanısında öncelikli olarak organik sorunlar dışlanmalıdır. İdrar yolları enfeksiyonu enürezise yol açabileceği için her vakada idrar analizi yapılması önerilmektedir. Enürezis ayırıcı tanısında epilepsi, diyabetes mellitus, diyabetes insipidus, hipertiroidizm gibi hastalıklar, enkoprezis/konstipasyon, mesane disfonksiyonu, kronik böbrek yetmezliği, spinal problemler (spina bifida gibi) ve psikojenik polidipsi de irdelenmelidir.

Fizik muayenede büyüme geriliği olup olmadığına dikkat edilmeli, arteriel kan basıncı ölçülmelidir. Büyüme geriliği ve/veya hipertansiyon renal hastalığa işaret edebilir. Büyüme geriliği ile olan poliüri–polidipsi diyabetes insipidus bulgusu olabilir. Uyku apnesinin bulguları (tonsiller hipertrofi) araştırılmalıdır. Abdominal palpasyon ile konstipasyon veya enkoprezis anlaşılmaya çalışılmalı, spinal kord anomalilerine işaret edecek bulgular (lumbosakral anomaliliklerin varlığı, perine ve alt ekstremitenin nörolojik muayenesindeki bozukluklar gibi) araştırılmalıdır. Ürogenital anomalilere, kriptorşidizm ve üretral meanın dislokasyonlarına bakılmalıdır.

Enürezisin çocuklarda alay edilme ve düşük benlik saygısı gibi psikososyal güçlükler yol açtığı bilinmektedir. Yaşıt ilişkisinin önemli olduğu ve kimlik gelişiminin gerçekleştiği ergenlik döneminde idrar kaçırmanın devam etmesi durumunda bu güçlükler çocukluk dönemine göre daha zorlayıcı olmaktadır.

Tedavi

Ergenlik döneminde idrar kaçırma yakınmasıyla başvuran hastalarda gencin tedaviye katılımını sağlamak öncelikli hedef olmalıdır. Kaçırma sıklığının not edildiği takvim tutma, sıvı kısıtlaması ve uykudan uy-
anarak gece idrara çıkma gibi davranışsal yöntemler genç ile işbirliği içinde planlanmalıdır. Nokturnal enürezis tedavisinde bu davranışçı önerilere ek olarak hızlı etkinlik gösteren desmopressin tedavisine başlanması önerilmektedir. İlaç uykusu öncesi, son idrara çıkıştan yaklaşık bir saat önce alınmalıdır. Sıvı alımının ilaçtan bir saat öncesi ve 8 saat sonrasına kadar kısıtlanması idrar konsantrasyonunun sağlanması ve su intoksikasyonu riskinin azaltılması için önemlidir. Desmopressin tedavisinden fayda gören gençlerde tedavi 12-16 hafta boyunca sürdürülmelidir. Kullanım şeması aşağıda özetlenmiştir (Şekil 10).

Sevk Kriterleri

Ergenlik döneminde devam eden gündüz idrar kaçırma, anormal işeme öyküsü (örneğin zayıf akım) ve sık idrar yolları enfeksiyonu öyküsü olması durumunda genç ayrıntılı değerlendirme üroloji uzmanlarına yönlendirilebilir.

Genç ve ailesiyle yapılan görüşmede işlevselliği etkiler düzeyde ek psikopatoloji (örneğin dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu ve majör depresif bozukluk gibi) belirtileri olduğu izlenimi edinilen gençler ayrıntılı değerlendirme için çocuk ve ergen ruh sağlığı alanında uzman kişilere yönlendirilmelidir.

Hastaya Yaklaşım Akış Şeması

İdrar kaçırma ergenler tarafından güç konuşulan ve aileler tarafından kendiliğinden geçebileceği düşünülen bir durumdur. Bu nedenle takip edilen genç ve ailelerde gelişim öyküsü alınırken tuvalet eğitimi ve kaçırma olma durumu sorulmalıdır. Değerlendirmede idrar yolları enfeksiyonu, kabızlık, diabetes mellitus, hipertiroidi, obstrüktif uyku apnesi ve epilepsi gibi sık görülen ve tedavi edilebilir organik nedenlerin dışlanması hedeflenmelidir.

Alınan öyküde idrar kaçırmanın başladığı yaş, süresi ve sıklığı, idrar kaçırmanın gündüz olma durumu, kabızlık olma durumu, eşlik eden genitoüriner belirtiler (idrara çıkma sıklığında değişiklik, sıkışma hissi, mesanenin tam boşaltılamaması vb.) ve aile öyküsü ayrıntılı olarak sorulmalı; fizik muayenede üst solunum yolları, karın bölgesi, dış genital organlar ve rektum değerlendirilmesi yapılmalıdır.

İdrar yolları enfeksiyonu açısından tüm vakalarda idrar analizi önerilmektedir. Öykü ve fizik muayene sonucunda seçilmiş testler (örneğin açlık kan şekeri düzeyi, kreatinin düzeyi ve tiroid hormon düzeyi) planlanabilir.



Şekil 10. Desmopressin kullanma şeması (Türkiye Enürezis Tedavi Kılavuzu- 2010)

VII. 5. ERGENLERDE ÖZKIYIM DAVRANIŞI

Doç. Dr. Devrim Akdemir

Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi

Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı

Giriş

Kişinin kendini öldürmek niyetiyle düşündüğü ya da yaptığı, yaralanma ya da ölümlle sonuçlanabilen tüm düşünce ve eylemlere özkıyım davranışı denilmektedir.

Sıklık

Çocukluktan ergenliğe geçiş ile birlikte özkıyım hızı belirgin olarak artmaktadır. Özkıyım davranışı ergenlerde en sık psikiyatrik hastaneye yatış nedenidir. Tamamlanmış özkıyım girişimleri 10-14 yaşta 1/100 bin ve 15-19 yaşta 10/100 bin olarak bildirilmektedir. Ergen kızlar erkeklere oranla 3-4 kat daha fazla özkıyım girişiminde bulunmakta, ölümlle sonuçlanan özkıyım girişimleri ise erkeklerde 3-4 kat daha fazla olmaktadır.

Etyoloji

Özkıyım girişiminin 'ne amaçla', 'nasıl', 'nerede' ve 'ne zaman' gerçekleştiği davranışın ciddiyetini belirlemede önemli bir gösterge olabilir. Daha önce özkıyım girişimi öyküsünün bulunması özkıyım girişimi ve tamamlanmış özkıyımlar için önemli bir risk etkenidir. Özkıyım girişimlerine başta major depresyon olmak üzere duygu durum bozuklukları, yıkıcı davranış bozuklukları ve maddenin kötüye kullanımı eşlik etmektedir. Psikotik bozukluğu olanlar işitsel varsanı ya da sanrılara yanıt olarak özkıyım girişiminde bulunabilir. Özkıyım girişimleri akademik güçlükleri olanlarda daha fazla görülse de, başarılı olup kaygılı ve mükemmeliyetçi olan kişilerde başarısızlık ya da reddedilmeyi izleyen dönemde görülebilmektedir. Problem çözme ve stresle başetme becerilerinin yetersizliği, öfke, saldırgan ve düşmanca davranışların fazla olması ve dürtüsellik gibi özellikler özkıyım girişimiyle ilişkili bulunmaktadır. Akran ilişkilerinin kısıtlı olması, sosyal desteğin zayıf olarak algılanması ve stresli yaşam olayları özkıyım için risk etkenleridir.

Ailede özkıyım girişimi öyküsünün bulunması, anne-baba ve çocuk arasındaki ilişkide iletişim sorunlarının olması, tutarsız ve baskıcı

anne-baba tutumları, ailede şiddet ve saldırgan davranışların bulunması, ailede kronik fiziksel ya da ruhsal bir hastalığın olması ve ailenin parçalanmış olması çocuk ve ergenlerdeki özkıyım davranışıyla ilişkili bulunmaktadır. Çocuk, ergen ve genç erişkinlerin özkıyımalarında taklit ve bulaşma etkisinin olabildiği gösterilmektedir.

Ayrıca, özkıyım girişimi olan ergenler ile yapılan çalışmalarda özellikle prefrontal korteks ve hipokampusta serotonerjik reseptörlerde ve reseptör sonrası hücre içi olaylarda değişiklikler, serotonin transporter geni polimorfizmi, hipotalamus-hipofiz-adrenal ekseninde bozukluklar, deksametazon supresyon testi ile plazma kortizol düzeyinin yüksek seyretmesi gibi bulgular elde edilmektedir.

Tanı, Yaklaşım ve Sevk

Özkıyım düşüncesi ya da her hangi bir özkıyım girişimi her zaman önemsenmeli; hastadan, ailesinden ve yakınlarından bilgi alınarak değerlendirilmesi yapılmalıdır. Özkıyım girişimi olan çocuk ve ergenlerde atılacak ilk adım yaşam tehlikesinin var olup olmadığının değerlendirilmesi ve gerekli tıbbi desteğin sağlanmasıdır. Daha sonra özkıyım davranışının yineleme riskinin değerlendirilmesi gerekir. Çocuk ya da ergen acil servisten taburcu edilmeden önce ruh sağlığı uzmanı tarafından bu değerlendirmenin yapılması gereklidir. Özkıyım riskinin düşük olduğu düşünülen hastalar ailenin hastanın tedavisini yaptıracağına ve uygun denetim ve desteği sağlayacağına ilişkin güvence vermesine dayanarak hastaneden çıkarılabilir. Özkıyım girişiminde kullanılacak tüm tehlikeli araçların ve ilaçların denetimi konusunda aileyle açıkça anlatılmalıdır. Hastaneden çıkmadan önce hasta ve aileyle ruh sağlığı tedavi planı ile ilgili anlaşma yapılmalıdır. Yaşam tehlikesi olanlar, özkıyım girişimini yineleme riski yüksek olan kişiler, ağır depresyon, psikotik bozukluk ya da madde kötüye kullanımı olanlar hastaneye yatırılarak tedavi edilmelidir. Ruh sağlığı uzmanının olmadığı durumlarda hekim, özkıyım düşüncesi ya da davranışı olduğunu düşündüğü her hastayı ileri değerlendirme amacıyla uygun merkezlere yönlendirmelidir.

Tedavi

Tedavide en önemli amaç çocuk ya da ergenin psikiyatrik duru-

munu ve çevresini stabil konuma getirerek özkıyım riskini azaltmaktır. Bu amaca ulaşabilmek için çok yönlü bir yaklaşım gereklidir. Hastaların gereksinimleri göz önünde bulundurularak, sorun çözme ve stres ile baş etme becerilerinin geliştirilmesi, sosyal becerilerdeki eksikliklerin giderilmesi ve duygu durum düzenleme becerisinin artırılması gibi amaçlar ile farklı psikoterapötik müdahale yöntemleri seçilebilir. Eşlik eden psikiyatrik hastalıkların tedavisinde psikofarmakolojik müdahaleden yararlanılmaktadır.

Ailenin psikoeğitimi, anne baba ya da aile bireylerindeki psikopatolojilerin tedavisi, anne-baba ve çocuk arasındaki iletişimin artırılması ya da çatışmaların çözümü, anne ve baba arasındaki ilişki sorunlarının giderilmesi gibi amaçlar olabilir.

Bu amaçlara yönelik olarak bireysel terapi, aile terapisi, farmakoterapi ve evlilik terapisi gibi yöntemler ile aile içinde stabil bir ortam sağlanmaya çalışılır. Özkıyım davranışı olan çocuk ve ergenin psikolog ve rehberlik öğretmeni gibi kişiler ile işbirliği yapılarak okul ve toplumsal çevresi de uygun konuma getirilmeye çalışılmalıdır.

VII. 6. ERGENLERDE CİNSEL KİMLİK FARKLILAŞMALARI

Psk. Dr. Gülin Evinç

Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi

Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı

Giriş

Cinsel kimlik, bir kişinin kendisini belli bir cinsiyetteki diğer kişilerle ne ölçüde aynı algıladığı ve hissettiğini ifade etmesidir. Örneğin; bir ergen kendini kız olarak tanımlıyor, kız gibi hissediyor, öyle davranıyorsa bu ergenin cinsel kimliği ‘kız/kadın’ olarak tanımlanabilir. Ancak bazen cinsiyet, doğuştan gelen cinsiyetle aynı olmayabilir.

Kültürel olarak bir cinsiyetten beklenen ya da kişilere cinsiyetlerine atfedilen davranış biçimi, tutum ve kişilik özelliklerine ise cinsiyet rolleri denmektedir.

Cinsel yönelim kavramı belirli bir cinsiyete duyulan cinsel ilgi ve çekimi ifade etmektedir. Cinsel yönelik ile kişinin hangi cinsiyetle ilgili fantezileri olduğunu ve hangi cinsiyetten bireylerle cinsel davranışlar sergilemeyi tercih ettiğini belirlenmektedir. Bireylerin cinsel yönelimi, heteroseksüellik, homoseksüellik ya da biseksüellik yönünde olabilir.

Cinsel disfori (gender dysphoria) terimi ise doğuştan gelen cinsiyetle kişinin hissettiği ve/veya ortaya koyduğu cinsiyet arasında uyumsuzluk olmasından dolayı yaşanan stresi ifade etmektedir. Cinsel disforisi olan yetişkin ya da ergen, farklı bir cinsiyette olmak için yoğun bir arzu duymakta ve bedeniyle ilgili önemli ölçüde mutsuzluk yaşamaktadır.

Doğumla belirlenen cinsiyetinden memnun olmayan, klinik düzeyde cinsel disfori yaşayan, karşıt cinsiyetle güçlü ve ısrarlı özdeşim kuran bireylerde cinsel kimlik farklılaşması olduğu söylenilebilir. Cinsel kimlik farklılaşması, genellikle kendisini çocukluk döneminden itibaren göstermektedir. Cinsel kimlik farklılaşmasıyla ilgili yazında en sık karşılaşılan kavramlardan biri karşıt cinsiyetçilik (transgender)*tir. Bu terim erkek ya da kadın için belirlenen sosyal normlardan farklı bir cinsel kimlik ve davranış örüntüsüne sahip olmayı ifade eden bir çatı kavramıdır. Karşıt cinsiyetçilik, karşıt giysiciliği (karşı cinsiyetin kıyafetlerini giymekten cinsel bir haz duyma),

kendilerini üçüncü cinsiyet olarak tanımlayanları ve zenneleri (drag queen) kapsamaktadır. Karşıt cinsiyetçi bireyler homoseksüel, biseksüel hatta heteroseksüel olabilmektedirler. Sık karşılaşılan bir diğer kavram ise karşıt cinsellik (transseksualizm)'tir. Karşıt cinsellik giyim, sosyal rol ve davranışların dışında ya da bunlara ek olarak bedenle ilgili yoğun bir uğraşı ifade etmektedir. Doğuştan gelen cinsiyetiyle ilgili mutsuz olan, bedeni hakkında aşırı stres yaşayan ve cinsel kimliğiyle uyumlu bir bedene sahip olmak için uğraşan kişileri içermektedir.

Cinsel kimlik ve yönelimlerle ilgili sıklık çalışmaları yapmak oldukça zordur, özellikle söz konusu çocuk ve ergenler olduğunda sonuçların gerçeği ne kadar yansıttığı da bilinmemektedir. Bununla birlikte cinsel kimlik farklılaşmalarının sıklığını erişkinlerde %1-5 çocuk ve ergenlerde %2-3 olarak bildiren çalışmalar bulunmaktadır.

Etyoloji

Tüm çalışmalarda tutarlı olarak gösterilen cinsel kimlik farklılaşmasına yol açan tek bir neden bulunmamaktadır. Bununla birlikte farklı çalışmalarda beyin yapısındaki farklılaşmaların, genetik bazı özelliklerin ve hormonal değişimlerin cinsel kimlik farklılaşmasıyla ilişkisi gösterilmektedir. Bilimsel çalışmalar tarafından zayıf olarak desteklense de cinsel kimlik farklılaşmalarıyla ilişkili olduğu ileri sürülen bazı psikososyal ve psikodinamik özellikler bulunmaktadır. Buna göre gencin ebeveynleriyle ilişkilerinde yaşadığı sorunlar, ayrışma-bireyselleşmenin gerçekleşememesi, annesiyle sembiyotik bir ilişki içinde olması, klinik düzeyde ayrılık kaygısının olması, hemcinsi olan ebeveyninin yokluğu ya da onunla özdeşim kurmakta güçlük çekmesi cinsel kimlik sorunlarını ortaya çıkarabilmektedir. Buna ek olarak, bu yaklaşım, hemcinsi tarafından cinsel olarak istismar edilen ya da hem cinsi olan ebeveyninin saldırganlığına maruz kalan ya da tanık olan çocuk veya ergenlerin de cinsel kimliklerini reddedebileceğini diğer cinsel kimliği benimsediklerinde kendilerini daha güvenli hissedebileceklerini öne sürmektedir.

Tanı

Eşcinselliğin bir ruhsal hastalık olmadığına karar verilmesi nedeniyle cinsel kimlik bozukluğu tanısı ölçütleriyle birlikte DSM V'de cinsel disfori olarak değiştirilmiştir. Bu tanının konulması için er-

genin/çocuğun 6 ay süreyle şiddetli biçimde ve ısrarla, diğer cinsiyetten olma isteğini tekrarlaması, diğer cinsiyetin giysilerini giymesi ve cinsiyet rolünü sergilemesi, kendi cinsiyetinin oyun, oyuncak ve oyun arkadaşlarını reddedip diğer cinsiyetinkilerle oynaması, kendi cinsel anatomisinden hoşnutsuzluk duyup diğer cinsiyetinkine sahip olmayı istemesi gerekmektedir. Bu tanı sıklıkla ergenlikte görülebilen ergenin kimlik sorunlarına bağlı geçici bir dönem için ortaya çıkan cinsel kimlik karmaşası ve ergenliğin biseksüelitesiyle karışabilmektedir. Tanının netleşmesi için önceki öykü, belirtilerin şiddeti ve kalıcılığı iyi bilinmelidir.

Tedavi, Sevk ve Hastaya Yaklaşım

Tedavi, zorlu ve karmaşık bir süreçtir. Bu konuda da farklı yaklaşımlar bulunmaktadır. Önerilerden biri ergenlikte bedeniyle ilgili yaşadığı stresi azaltmak amacıyla puberte bloke edici hormon tedavisi uygulanmasıdır. Çocuğun cinsiyetine uygun davranışlarının pekiştirilmesi, cinsiyetiyle ilgili hoşnutsuzluğunun ya da stresinin azaltılması için psikoterapiyle izlenmesi gerektiğini savunan yaklaşımlar da bulunmaktadır. Doğrudan cinsel kimlik farklılaşmalarına yönelik uygulanan tedavilerin etkinliğine yönelik bir kanıt bulunmamaktadır; ancak cinsel kimlik farklılaşmalarına sıklıkla eşlik eden ve tedavi edilmesi gereken bazı psikolojik sorunlar (örneğin kaygı bozukluğu ve davranış sorunları) olduğu bilinmektedir. Bu durumun tedavisinin ruh sağlığı uzmanlarınca yürütülmesi gerektiğinden tanı ölçütleri karşılandığında olguların sevk edilmesi şarttır.

Bu durum hekimin ikna etme çabalarıyla değiştirilemez. Sevk ederken gence şöyle bir söylemde bulunulması uygun olacaktır: “Bunun ergenlik gelişimiyle ilgili bir sorun olabileceğini ve senin için önemli olduğunu düşünüyorum. Bu konuda sana yardımcı olabilecek bir uzmanla görüşebilmen için seni sevk edeceğim”

Ergenle bu konuyu konuşurken kendisini böyle hissetmesi durumunu yadsıyan, yalanlayan ya da komik bulan, aşağılayan söz ve tutumlardan özellikle kaçınılması gerekmektedir. Aksi halde ergenin hekimlere güveni sarsılabilir, sevk edildiği yere de gitmeyi reddedebilir. Bu da gencin ruhsal durumuyla ilgili yardım almasını engellenmesine neden olacaktır.

VII. 7. ERGENLERDE İSTİSMAR

Prof. Dr. Figen Şahin Dağlı

Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi

Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Sosyal Pediatri Bilim Dalı

Giriş

İstismar, ergenlerin başta anne babaları olmak üzere, onlara bakmakla yükümlü kişiler veya diğer yetişkinler tarafından, fiziksel, duygusal, zihinsel veya cinsel gelişimlerini engelleyen ya da beden veya ruh sağlığına zarar veren durumlarla karşı karşıya kalmasıdır.

Fiziksel İstismar: Ergenin sağlığını, gelişimini ya da onurunu zedeleyecek şekilde fiziksel güç kullanılmasıdır; vurma, tekmelleme, yakma, ısırma, sarsma, kaynar suyla haşlanma, zehirlenme ve boğmaya çalışma gibi eylemleri içermektedir.

Duygusal İstismar: Ergenin ruh sağlığını ve gelişimini bozan, reddetme, aşağılama, suçlama ve tehdit etme gibi davranışlara süregen olarak maruz kalmasıdır. Tek başına olabileceği gibi diğer istismar türlerine de sıklıkla eşlik edebilir.

Cinsel İstismar: Ergenin, bir erişkinin ya da gelişimsel olarak kendinden büyük bir diğer ergenin cinsel doyumunu için kullanılmasıdır. Bu durum, ergenin cinsel bölgelerine dokunulması, erişkinin kendi cinsel bölgelerine ergenin dokunmasını istemesi, ergenin vajen ya da anüsüne penetrasyon, ergenin çıplak fotoğraflarının çekilmesi, bu fotoğrafların internet ortamında kullanılması ve ergenin erişkinin çıplak vücuduna maruz bırakılması (teşhircilik) gibi pek çok davranışı kapsamaktadır.

Sıklık

Ergenlik dönemi her tür istismarın sık görüldüğü riskli bir dönemdir. UNICEF'in (2010) Türkiye'de Çocuk İstismarı ve Aile İçi Şiddet Araştırması Raporuna göre Türkiye'de yaşayan 7-18 yaş arası çocukların %56'sının fiziksel istismara, %49'unun duygusal istismara, %10'unun cinsel istismara tanık olduğu, %25'nin ihmale, %43'ünün fiziksel, %3'ünün cinsel ve %51'inin duygusal istismara maruz kaldığı görülmektedir. Üniversite öğrencileri arasında yapılan geriye dönük sorgulama şeklindeki bir araştırmada da

cinsel istismarın %10, duygusal istismarın %38 ve yaralanacak düzeyde ağır fiziksel istismarın %17 civarında yaşanmış olduğu bildirilmiştir.

İstismar İçin Risk Etmenleri

Fiziksel ve duygusal istismar için işsizlik, ekonomik sıkıntılar, eğitimsizlik, çocuk sayısının fazla olması, üvey ebeveyn, küçük anne-baba yaşı, alkol ve/veya uyuşturucu bağımlısı ebeveyn, psikiyatrik sorunlu ebeveyn, aile içi geçimsizlik ve şiddet aileye ilişkin riskler olarak sıralanmaktadır. Bunlara ek olarak ergene ilişkin bazı risklerin de önemli olduğu bilinmektedir. Engelli ya da hastalıkları nedeniyle özel bakım gerektiren ya da hiperaktivite sorunu olan ergenler diğer çocuklara oranla daha çok fiziksel istismara uğrama riski taşımaktadırlar. Evden kaçmış, sokakta yaşayan veya çalışan ergenler, anne ve babaları ile birlikte yaşamayan ergenler de hem fiziksel hem de cinsel istismar açısından riskli grupta yer almaktadırlar. Ailede annenin olmaması ya da pasif olması sonucu kız ergenin evde annenin rolünü almış olması, babanın işsiz olması, evde fuhuş ortamının olması, çocuğun zihinsel engelli olması, çocuğun sessiz, içe kapanık ve özgüveninin gelişmemiş olması cinsel istismar açısından riski artıran diğer etmenler olarak sıralanmaktadır.

Tanı

Tüm istismar türlerinde ergende duygusal ve davranışsal değişiklikler ortaya çıkabilmektedir. Bu değişikliklerin çoğu istismar için spesifik olmamaktadır. Örneğin okul başarısında ani düşme, okuldan kaçma, konsantrasyon problemleri, disiplin sorunları, uyum problemleri, saldırgan davranışlar, öfke nöbetleri ve ağlama krizleri ergenlerde diğer sorunlara bağlı olarak da ortaya çıkabilir. Yine de bu tip bulgular gösteren ya da riskli davranışlara yönelen, kendine fiziksel zarar vermeye başlayan, intihar eğilimi gösteren ve ölüm fikirleri olduğunu dile getiren ergenlerde istismar olasılığını akılda tutmak gerekmektedir. Bunlara ek olarak fiziksel istismarda aşırı çekingen ya da tam tersine aşırı saldırgan davranışlar ve ergenin vücudunda fiziksel şiddete ait yaralanmalar dikkati çekebilir. Özellikle vücudun sırt, karın ve ekstremitelere iç yüzleri gibi korunaklı bölgelerinde çok sayıda ve değişik zamanlara ait ekimozlar, kesi

ve yanık izleri, yüzdeki yaralanmalar, bir şekile benzeyen izler fiziksel istismar açısından anlamlıdır.

Cinsel istismarda ise söz edilen davranışsal sorunların yanı sıra uygunsuz cinsel davranışlar, baştan çıkarıcı hareket ve konuşmalar, ergenin cinsel kimliğine ilişkin korku ve endişeler görülebilir. Ayrıca cinsel organlarda kaşıntı, yanma ve kötü kokulu akıntı gibi cinsel yolla bulaşan hastalık belirtileri ve kanama, yaralanma gibi bulgular saptanabilir.

İstismarın Sonuçları

İstismara uğrayan çocuk ve ergenler; yaralanmalar, gelişimsel problemler, ruhsal sorunlar, öğrenme ve davranım bozukluğu gibi birçok kısa ve uzun dönem sonuçlar açısından risk altındadırlar. Çocukluk ve ergenlik dönemi istismarları yetişkinlikte de bir dizi fiziksel, sosyal ve ruhsal sağlık problemi ortaya çıkarabilir. Depresyon, intihar, madde bağımlılığı, suç davranışları, kişiler arası problemler, akademik ve mesleki zorlukların yanı sıra fiziksel sağlık sorunları ve cinsel işlev bozuklukları sık görülen sorunlardır.

Yaklaşım

Fiziksel ve/veya duygusal istismara uğrayan ergen değerlendirilirken:

- A. *Kendisi fiziksel ve/veya duygusal istismara ait öykü veriyorsa* bedensel yaralarının tedavi edilmesinin yanı sıra ruhsal olarak da tedavisine, ayrıca istismarın sürmesinin önlenmesi için de korunmaya gereksinimi vardır. Bu nedenle yakın bir kuruluştaki ergene bütüncül yaklaşım gösterebilecek bir "Çocuk Koruma Ekibi" varsa oraya, yoksa Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları, Çocuk Ruh Sağlığı, Adli Tıp uzmanlarından biri ya da bir kaçının bulunduğu bir merkeze sevk edilmelidir. Bu arada hekimin, suç kapsamındaki bu davranışları adli makamlara bildirmesi gerektiği unutulmamalı, istismarı gerçekleştiren kişi ergenin bakımından sorumlu biri ise Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı İl Müdürlüğüne de çocuğun korunması açısından değerlendirilmek üzere bildirim yapılmalıdır.
- B. *Kendisi fiziksel ve/veya duygusal istismara ait öykü vermiyor ancak hekim duygusal ya da fiziksel bulgulardan kuşkulandıysa* yine yukarıdaki yaklaşım uygundur, adli bildirim yapmak için hekimin yalnızca kuşku duyması yeterlidir, ancak kuşkunun daha kesin

hale getirilmesi ve çocuğun bu süreçte güvende olması için bütüncül yaklaşım gösterecek merkeze yönlendirmek daha yararlı olabilir.

Cinsel istismara uğrayan ya da uğradığından kuşku duyulan ergen değerlendirilirken:

- A. Kendisi cinsel istismara ait öykü veriyorsa bulunulan ilde Sağlık Bakanlığı'na bağlı Çocuk İzlem Merkezi (ÇİM) varsa, ergen, adli değerlendirmesinin bütüncül olarak yapılabileceği ÇİM'e ya da hastane temelli Çocuk Koruma Merkezleri'ne yönlendirilmelidir. Bunların olmadığı ve değerlendirmenin ergen hekimi tarafından yapılması gerektiği durumlarda aşağıdaki noktalara dikkat edilmelidir:
 - a. Bir cinsel istismar olayında muayene ancak ilgili savcılık ya da mahkemenin yazılı istemi üzerine yapılabilir. Kişinin kendi istemi ya da üçüncü kişilerin istemi üzerine adli rapor düzenlenemez.
 - b. Cinsel istismara uğrayan kişi doğrudan sağlık kuruluşuna başvurmuş ise gerekli muayene işlemleri zaman geçirmeden yapılırken, aynı zamanda görevli savcılığa haber verilmelidir.
 - c. İlk 72 saat içinde başvurmuş cinsel istismar olaylarında adli kanıt bulma olasılığı yüksektir. Bu nedenle inceleme hızlı olmalıdır. Çocuğun muayenesi en kısa zamanda yapılmalı ve örnekler alınmalıdır.
 - d. Cinsel istismara uğrayan çocuğun muayenesinin çocuğa ek bir fiziksel ya da duygusal travma yaratmaması için gereken tüm önlemler alınmalıdır.
- B. Kendisi cinsel istismara ait öyküyü vermiyor, ancak hekim davranışsal ya da fiziksel bulgulardan kuşkulandıysa yine Çocuk İzlem Merkezine ya da Üniversite Temelli Çocuk Koruma Merkezleri'ne yönlendirilebilir. Bu sırada adli bildirim yapılması da gereklidir.

VII. 8. ERGENLERDE YEME BOZUKLUKLARI

VII. 8. A. RUHSAL YÖNÜ

Doç. Dr. Devrim Akdemir

Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi

Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı

Giriş

Yeme bozuklukları genellikle ergenlik döneminde başlayan ve yeme davranışında bozukluklarla karakterize olan (hiç yememe, çok az yeme veya aşırı ya da nöbetler şeklinde yemek yeme gibi) hastalıklardır. Bu hastalık grubu anoreksiya nervoza (AN), bulimiya nervoza (BN) ve tıknırcasına yeme bozukluklarını içermektedir.

Sıklık

Yeme bozukluklarının görülme sıklığı günümüzde giderek artmaktadır. Anoreksiya nervoza ve bulimiya nervozanın kadınlarda yaşam boyu yaygınlığı sırasıyla %0,5-3,7 ve %1,1-4,2 olarak bildirilmektedir. Tıknırcasına yeme bozukluğunun yaygınlığı kadınlarda %1,6 ve erkeklerde %0,8'dir. Yeme bozuklukları kadınlarda erkeklere göre 6-10 kat daha fazla görülmektedir ve erkekler hastaların %5-10'unu oluşturmaktadır.

Etyoloji

Yeme bozuklukları biyolojik, sosyal, çevresel ve psikolojik etkenlerin birbirleriyle etkileşimi sonucunda gelişmektedir. Yeme bozukluğu olan ergenlerde major depresyon, özkıyım düşünceleri ve girişimleri görülebilmekte ve ergenlik döneminde major depresyon yeme bozukluğu gelişimi için risk etkeni olabilmektedir.

Yeme bozukluklarında serotonin ve dopamin başta olmak üzere çeşitli nörotransmitter sistemlerinde bozukluklar gösterilmektedir. Hastalarda nöropeptid ve barsak peptidlerinde değişiklikler bildirilmektedir. Beyin görüntüleme çalışmaları ile AN'da beyin gri ve beyaz cevherinde hacim kaybı; anterior singulat kortekste perfüzyon azalması; global olarak serebral azalmış glukoz tüketimi; BN'da ise benzer beyin bölgelerinde serotonin metabolizması bozuklukları gösterilmiştir.

Yeme bozuklukları sosyokültürel etkenlerle de ilişkilidir. Zayıflığa değer verilen ve idealize edilen toplumlarda "kadın zayıf olmalıdır" mesajını alan genç kızlarda akran etkisiyle birlikte kendi bedenlerinin görünüşünden memnuniyetsizlik, kendilerini şişman

olarak nitelendirme ve beden ağırlığını sağlıksız bir şekilde kontrol etme davranışları gelişmektedir. Kilo kaybı ya da bedenini yeni görüntüsüne ilişkin olumlu yorumlar ergenin bedeni üzerindeki kontrol duygusunun artmasına ve özel olduğunu hissetmesine neden olmaktadır. Bale, jimnastik, atletizm, dans gibi görüntü ve beden kitlesini kontrol etmenin önemli olduğu sporlarla uğraşan bireylerde yeme bozuklukları daha sık görülmektedir. Psikodinamik bakış açısına göre anne-çocuk ilişkisindeki bozukluklar, bağlanma bozuklukları, ayrılma-bireyleşme sürecindeki zorluklar, ödipal çatışmanın uygun çözümlenemeyişi, kendilik ve kimlik gelişiminde sorunların olması, ergenlikteki değişimleri kontrol altına alma çabasıyla bedenini kontrol altına alınması gibi nedenlerle ilişkilendirilmektedir. Cinsel istismar ve stresli yaşam olayları da ergenlerin baş etme becerilerini zorlayarak yeme bozukluklarının ortaya çıkmasında tetikleyici bir rol oynayabilmektedir.

Tanı, Yaklaşım ve Sevk

Ergenlerde yeme bozukluğu tanısı öykü, psikiyatrik ve fiziksel değerlendirme ve yeme davranışlarını değerlendiren ölçeklerin kullanılması aracılığıyla konulabilir. Kendini kilolu bulan ve diyet yapan çoğu çocuk ve ergende yeme bozukluğu bulunmadığı gibi, kilo alımına ilişkin kaygılarını reddeden ve kendini zayıf bulduğunu belirten çocuk ve ergenlerde de yeme bozukluğu bulunabilir. Yeme bozukluğu olan ergenlerin başvuruları sırasında anne ve baba da ergendeki kilo kaybına yönelik endişe, ergenin beden imajı ile ilişkili kaygısının artması, yeme davranışlarında değişiklikler, öğün atlama, öğünlerdeki yemek miktarını azaltma, diyetdeki yağın azaltılması, aşırı yeme ataklarının olması, kusma, aşırı egzersiz yapma ve amenore sık görülen belirtiler arasındadır. Bu belirtiler ya da beden ağırlığı ve beslenme davranışlarındaki değişiklikler nedeniyle şüphelenilen hastaların yönlendirilmesi gereklidir.

Tedavi

Çocuk ve ergenlerdeki yeme bozukluklarının tedavisi çocuk ve ergen ruh sağlığı uzmanı, çocuk sağlığı ve hastalıkları uzmanı ve diyetisyenden oluşan bir ekip tarafından yürütülmelidir. Tedavi ekibinin düzenli aralıklarla biraraya gelerek tedavi planındaki önemli değişiklikleri birbirlerine iletmeleri önemlidir.

Hastalığa bağlı medikal komplikasyonların görülmediği, öz kıyım

düşüncesi ya da girişimi bulunmayan, yatırımlarla tedavi edilmesi gereken diğer psikiyatrik hastalıkların eşlik etmediği çoğu hasta ayaktan izlenebilir. Ayaktan izlem sırasında hastalığın psikolojik, tıbbi ve beslenme yönlerine odaklanılmalıdır. İzlem sırasında hasta tedavi ekibi tarafından düzenli bir şekilde değerlendirilmeli, beden ağırlığı ve diğer fiziksel ve laboratuvar bulguları çocuk sağlığı ve hastalıkları uzmanı tarafından izlenerek gerektiğinde gelişen komplikasyonların tedavisi yapılmalıdır.

Uzun süreli tedavide hastanın ve ailesinin çocuk ve ergen ruh sağlığı uzmanı tarafından tedavisi gerekmektedir. Psikiyatrik tedavide bireysel psikoterapi, aile terapisi, grup terapisi ve farmakoterapi gibi yöntemler etkili olmaktadır. Eşlik eden psikiyatrik hastalıkların tedavisi tedavinin etkinliğini arttırmaktadır. Tedavide ailenin psikoeğitimi ve aile dinamiklerinin ele alınması oldukça önemlidir.

VII. 8. ERGENLERDE YEME BOZUKLUKLARI

VII. 8. B. MEDİKAL YÖNÜ

Prof. Dr. Nuray Ö. Kanbur

Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi,

Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı Ergen Sağlığı Bilim Dalı

Fizik Muayene Bulguları

Genel: İnce, kaşektik

Vital Bulguları: Bradikardi, düşük kan basıncı, düşük vücut ısısı, ortostatik hipotansiyon ve düşük vücut ağırlığı (veya büyüme eğrisinde düşme)

Deri: Lanugo, deride kuruluk, saçlarda kuruluk ve incelleme, ellerde kendisini kusturma çabalarındaki sürtünmeye bağlı deride kalınlaşma ve sertleşme

Kalp: Bradikardi ve mitral kapak prolapsusu

Karın: Skafoid görünüm ve palpe edilebilir barsak ansları

Sekonder Seks Karakterleri: Memelerde atrofi, vajinal mukozada hipoestrojenizasyon ve kuruluk

Ekstremiteler: Soğuk ve zayıf

Ağız-Diş: Çürükler

Ayırıcı Tanı

Yeme bozukluklarının ayırıcı tanısında öykü çok önemlidir ancak yine de bazı durumlarda ayırıcı tanı yapmak ve aşağıdaki hastalıklar açısından da değerlendirmek gerekebilir. Bu hastalıklar malignansiler, santral sinir sistemi tümörleri, inflamatuvar barsak hastalıkları, malabsorpsiyon sendromları, diabetes mellitus, hipertiroidi, hipopituiterizm, addison hastalığı, depresyon (sekonder anoreksi ile birlikte), kronik hastalıklar ve HIV/AIDS şeklindedir.

Laboratuvar İnceleme

İlk değerlendirme sırasında yapılması gereken laboratuvar tetkikleri;

- Tam kan sayımı ve periferik yayma
- Sedimentasyon hızı
- Elektrolitler; Na, K, Cl, Ca ve P
- Kan biyokimyası (kan şekeri, karaciğer ve böbrek fonksiyon testleri)

- Lipid profili
- Çinko ve Magnezyum düzeyleri
- Tiroid fonksiyon testleri
- Gebelik testi (cinsel aktif olan kızlarda)
- Tam idrar tetkiki
- EKG (aritmisi ve QT değeri için)

Ekip Yaklaşımı

Yeme bozuklukları hastalarının hem ayaktan izlemleri, hem de yatırılarak izlendikleri dönemdeki tedavileri multidisipliner bir ekip tarafından yürütülmelidir. Bu ekipde çocuk ve ergen ruh sağlığı uzmanı, ergen sağlığı hekimi (veya çocuk sağlığı ve hastalıkları uzmanı), diyetisyen ve hemşire yer almalıdır. Gelişecek medikal komplikasyonlara ve tedavi protokollerine bağlı olarak bu ekibin elemanları artırılır (pediatrik kardiyoloji, endokrinoloji, nutrisyon ve metabolizma uzmanı, vb.)

Hastaneye Yatış Endikasyonları

- Vital bulguların stabil olmaması: Ortostatik hipotansiyon, bradikardi, hipotermi ve hipotansiyon
- Ağır malnutrisyon: İdeal vücut ağırlığının %25'inden fazlasının kaybedilmesi
- Dehidratasyon
- Elektrolit bozuklukları (düşük potasyum veya düşük fosfor düzeyleri)
- Beslenmeyi tamamen reddetmesi
- Kontrol edilemeyen yeme ve kusma atakları
- İntihar teşebbüsü
- Ayaktan tedavinin başarısız olması

Medikal Komplikasyonlar

Anoreksiya nervoza ve bulimiya nervozalı hastaları izleyen hekimlerin, hastalığın psikiyatrik yönüne odaklanmanın yanında, neden olabileceği fiziksel hasarın ve komplikasyonların farkında olmaları, yeme bozukluklarının tedavisinde hayati öneme sahiptir. Yeme bozukluklarının medikal komplikasyonları aşağıdaki tabloda özetlenmiştir.

Tablo 9. Yeme Bozukluklarının Medikal Komplikasyonları

<p>Sıvı ve Elektrolit Dengesizlikleri</p> <p>Hipokalemi Hiponatremi Hipokloremik alkaloz Yüksek BUN İdrarı konsantre edememe Azalmış GFR Ketonuri</p>
<p>Dermatolojik</p> <p>Akrosiyanoz Sarı kuru cilt (hiperkarotenemi) Saç ve tırnaklarda kırılma Lanugo Saç kaybı Russell belirtisi (parmaklarda kallus oluşumu) Ödem (pitting)</p>
<p>Endokrin</p> <p>Büyüme ve gelişme geriliği Boy kısalığı Gecikmiş puberte Amenore Düşük T3 sendromu Parsiyel diabet insipit Hiperkortisolizm</p>
<p>Kardiyovasküler</p> <p>Bradikardi Ortostatik hipotansiyon Disritmi EKG anormallikleri Uzamış QT aralığı T dalgası anormallikleri Düşük voltaj İleti bozuklukları İpekak kardiyomiyopatisi Mitral kapak prolapsusu Konjestif kalp yetmezliği Perikardiyal efüzyon</p>

Tablo 9. Yeme Bozukluklarının Medikal Komplikasyonları-devam

İskelet Osteopeni- osteoporoz Kırıklar
Gastrointestinal Parotid hipertrofisi Perimolizis ve artmış diş çürüğü insidansı Konstipasyon Kanlı ishal Gecikmiş gastrik boşalma Barsak atonisi Ösafajit Mallory-Weiss yırtıkları Ösefajial veya mide rupture Barret ösefagusu Karaciğerde yağ infiltrasyonu veya fokal nekroz Akut pankreatit Superior Mezenterik Arter Sendromu Safra kesesi taşları
Hematolojik Kemik iliği supresyonu Anemi Lökopeni Thrombositopeni Düşük sedimantasyon hızı Hücrel immünitede bozulma
Nörolojik Nöbetler Miyopati Periferel nöropati Kortikal atrofi

VII. 9. ERGENLERDE UYKU BOZUKLUKLARI

Psk. Dr. Zeynep Tüzün

Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Ergen Sağlığı Ünitesi

Giriş

Uyku yaşla birlikte niteliksel ve niceliksel değişiklikler gösterebilen, düzenli ve tekrarlanan doğal bir dinlenme biçimidir. Sağlıklı uykuda hem süre hem de uyku kalitesi, ertesi güne fiziksel ve psikolojik olarak hazır ve dinlenilmiş olarak başlanmasında önemlidir. Ergenlik döneminde günlük uyku ihtiyacının çocuk ve erişkinlerden daha fazla olduğu gözlenmektedir. Bununla birlikte ergenlik dönemine özgü değişikliklerin etkisi ile günlük uyku süresi kıaldığı ve bu nedenle bazı sorunların yaşandığı görülmektedir. Bu dönemde akademik ve artan sosyal etkinlikler nedeniyle yeterince uyuyamamak ve geç yatıp, geç uyanmaya olan eğilim, ergenin geç uyuma ve sabah geç kalkma davranışlarını göstermesine neden olmaktadır.

Ergenlik dönemi uyku bozuklukları arasında insomnia, hipersomnia, narkolepsi ve parasomnia görülmektedir.

Insomnia uykunun kalite ve miktarının yetersiz olması olarak tanımlanmaktadır. Ergenler yatağa yatma ve uykuya dalma arasındaki süre uzaması, sık uyanma ve uyanma sonrası tekrar uykuya geçişte güçlükle yaşama yakınmaları gösterebilirler. Uyku için yeterli zaman ve fırsat olmasına rağmen, uykuya başlamada ve uyku sürecinde tekrarlayıcı güçlükler yaşanması ve bunların gündüz işlevlerinde bozulmaya yol açması ile tanı konmaktadır.

Hipersomnia gün içinde uyanıklık dönemlerinde uyanık kalmada güçlük ve istemsiz uyuklamalar ile tanımlanır.

Narkolepsi gündüz uyku atakları ve aniden yığılma, uyku-uyanıklık geçişi sırasında da uyku felci ve uykuya dalma ya da uykudan uyanma sırasında görülen halüsinasyonlarla seyreden bir bozukluktur.

Parasomnia ise uyurgezerlik, kâbus bozukluğu ve uykuyla ilgili hareket bozukluklarını içeren, uykuda ortaya çıkan istemsiz fiziksel ve davranışsal belirtilerin gözlemlendiği bir grup uyku bozukluğudur.

Sıklık

Ergenlerde gece sık uyanma, insomnia ve gündüz aşırı uyuma gibi uyku sorunları yaygınlığı yaklaşık %10-25 olarak saptanmıştır.

Etyoloji

Uyku bozuklukları etyolojisinde genetik ve biyolojik faktörler, çeşitli fiziksel rahatsızlıklar (dolaşım, endokrin ve sinir sistemi), bazı psikiyatrik bozukluklar, alkol-madde kullanımı, yetersiz uyku hijyeni, ruhsal etkenler (gerginlik, kaygı ve uykuyu engelleyen durumlar), yoğun televizyon ve bilgisayar kullanımı bulunmaktadır.

Tanı ve Tedavi

Ergenin değerlendirmesinde, geçmişte ve bugün var olan uyku uyandırıcılık düzeni, bu düzende ortaya çıkan değişiklikler ve eşlik eden durumlar, geçirdiği hastalıklar, duyu durum değişiklikleri ve etkileyen etkenler araştırılmalıdır. Uyku bozukluğunun gelişimi, süresi ve şiddeti hakkında hem aileden hem de ergenin kendisinden bilgi alınmalıdır. Uyku sorunlarının çözümünde uyku hijyeni hakkında bilgilendirme, ilaç tedavileri ve davranış tedavilerinin etkili oldukları ortaya konulmuştur.

Hastaya Yaklaşım

Uykuya yönelik sorunlarla başvuran ergenin çocukluktan bu yana var olan uyku alışkanlıkları öğrenilmelidir. Ergenlikle birlikte bazı değişiklikler ve bireysel farklılıklar olabileceği aile ve ergene açıklanmalıdır.

Günlük işlevselliği bozan ve yeni ortaya çıkan bir uyku bozukluğu aktarıyorsa önce buna neden olabilecek fiziksel rahatsızlıklara yönelik bir değerlendirme yapılmalıdır. Daha sonra uyku hijyenine yönelik öneriler aktarılmalıdır. Bu önerilere örnek olarak, yatma ve kalkma saatinin mümkün olduğu kadar her gün aynı olmasını sağlamak, yatmadan önce odanın havalandırılması, odada televizyon ve bilgisayar gibi dikkati çeldirebilecek araçların bulunmaması, yatma saatinden önce enerji veren yiyeceklerin ve içeceklerin tüketilmemesi, tatlı süt ürünlerinden alınabileceği ve bireysel farklılık gösterebilecek bazı uykuya geçiş alışkanlıklarının düzenli yapılması (kitap okumak, duş almak, süt içmek ve müzik dinlemek gibi) önerileri verilebilir. Bununla birlikte gündüz uykularının uzun olmaması ve yatakta televizyon seyretmek, telefonla ilgilenmek ve bilgisayar kullanmanın da uyku alışkanlıklarını bozabileceği aktarılmalıdır. Bu değerlendirme ve önerilerin etkili olmadığı durumlarda ergen ve ailesinin ruh sağlığı alanında çalışan uzmanlara yönlendirilmesi yararlı olacaktır.

VII. 10. ERGENLERDE SOMATİZASYON BOZUKLUKLARI

Uzm. Psk. Ece Ataman Temizel

Prof. Dr. Füsün Çuhadaroğlu

Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi

Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı

Giriş

Zihin ve beden etkileşiminin karmaşık bir yapısı olduğu bilinmektedir. Bu nedenle, hastaların değerlendirilmesinde biyolojik, psikolojik ve sosyokültürel tüm etkenlerin göz önünde bulundurulması büyük önem taşımaktadır. Beden rahatsızlıklarından kaynaklanan psikolojik sıkıntılar olabileceği gibi, psikolojik etkenlerin tek başına neden olduğu ve bedensel belirtilerle karakterize olan psikiyatrik bozukluklar da bulunmaktadır. Ergenlik döneminde en sık görülen somatik belirtiler karın-baş ağrıları ve bayılmalarıdır. Somatik yakınmaları olan gençlerin okul devamlılığındaki azalmalar, sosyal yaşamda çektikleri zorluklar ve yaptıkları sık doktor ziyaretleri ile işlevselliklerinin azaldığı bilinmektedir.

Sıklık

Gelişmekte olan ülkelerde gelişmiş ülkelere göre daha sık görülmektedir. Kızlarda görülme sıklığı erkeklere göre belirgin olarak daha yüksektir. Sosyoekonomik düzeyi düşük ailelerde ya da kırsal kesimde görülme sıklığının daha yüksek olduğu da bilinmektedir. Türkiye'deki görülme sıklığı ergen kızlarda %15 ve erkeklerde %7 olarak bulunmuş, somatik bozukluk tanısı konulma sıklıkları ise kızlarda %9 ve erkeklerde %4 olarak saptanmıştır.

Etyoloji

Nörobiyolojik etkenlerin rol oynadığı düşünülmektedir. Nitekim DSM V'te Konversiyon Bozuklukları, "İşlevsel Nörolojik Belirti Bozuklukları" olarak da tanımlanmıştır. Psikanalitik kurama göre bastırılan bilinçdışı dürtüler, çatışmalar ya da gereksinimler nedeniyle somatik işlev bozuklukları oluşur, hasta çatışmalarını simgeleştirir ve bozukluk hastayı çatışmadan korumuş olacağı belirtilmektedir. Böylece birincil kazanç olarak çatışmanın yatıştırılması sağlanmış olmakta, çevresinden ilgi ve bakım göre hasta ikincil kazançlarla hastalığı sürdürmeye devam etmektedir.

Yapılan çalışmalar, anne baba başta olmak üzere aile içinde ya da çevrelerinde hastalık öyküsü olan gençlerin daha çok somatik yakınmalarının olduğunu göstermektedir. Bu bağlamda, somatik bozuklukları olan gençlerin model alma ve öğrenme yoluyla hasta olmanın sağlıklı olmaktan daha faydalı olduğu gibi bir algı oluşturmuş olabilecekları düşünülmektedir. Sosyokültürel ve sosyoekonomik düzeyin de önemli bir etken olduğu bilinmektedir. Duyguların ve gereksinimlerin ifade edilmesine izin verilmeyen ortamlarda beden dilinin harekete geçtiği, bir diğer deyişle somatik belirtilerin iletişim aracı haline geldiği düşünülmektedir.

Cinsel ve fiziksel kötüye kullanım, yetersiz aile ortamı, eğitim düzeyinin düşük olması, yoksulluk, göç, çok çocukluluk ve erken yaşta evlilik gibi olguların somatik bozukluklar için risk faktörü olduğu bilinmektedir.

Tanı ve Tedavi

Bu bozukluklar, bedensel olduğu için ilk başvuru genellikle çocuk sağlığı ve hastalıkları uzmanlarına veya aile hekimlerine olmaktadır. Gerekli tetkiklerin ardından organik bir nedenin olmadığına emin olunarak tanının konması önemlidir. Bu bozukluklar, belirgin sıkıntı ve işlev kaybı yaratan somatik belirtilerin bulunması şeklinde tanımlanmakta ve hastanın bu bedensel yakınmalarıyla takıntılı bir şekilde uğraşması gerekmektedir. Bu bozuklukları değerlendirirken hastanın yaşadığı rahatsızlığa atfettiği anlam, nasıl yaşadığı, rahatsızlığa ilişkin duygu ve düşünceleri de göz önünde bulundurulmalıdır. Bireysel psikoterapilerde, ergenin benlik saygısını artırarak duygularını ve gereksinimlerini daha sağlıklı yöntemlerle ifade etmesi, kendisine sıkıntı veren durumlarda daha uygun başa çıkma mekanizmalarını kullanması öğretilmektedir. Aile içindeki stres kaynakları, aile içinde gencin ve hastalığının rolü gibi dinamiklerin değerlendirilerek uygun değişikliklerin yapılması da tedavide etkili olmaktadır. Ailenin bedensel yakınmalar karşısındaki tutumunun çalışılarak uygun tepkiler vermesi, hastanın ikincil kazançlarının önüne geçecek ve sürdürücü faktörlerin azalmasını sağlayacaktır. Hasta görüldüğünde aşırı panik içindeyse benzodiazepinler acil müdahalede kullanılabilir.

Hastaya Yaklaşım

Öncelikle, hastanın bedensel yakınmalarının organik bir nedenden bağımsız olduğunun netleştirilmesi gereklidir. Hastanın geçmiş öyküsü alınırken yakınmalarının tekrarlama sıklığı, daha önce organik bir nedenle bağlantısı bulunmamış farklı yakınmalarının olup olmadığı, hastanın hayatında bu yakınmaların hangi dönemlere denk geldiği ve nasıl değişikliklere yol açtığı sorulmalıdır. Örneğin her okul başlangıcında tekrarlayan karın ağrısı, sınav döneminde okula gitmeyi engelleyen baş ağrıları, ailedeki herhangi bir çatışma anında gerçekleşen bayılmalar gibi durumlar varsa duruma ilişkin stres yaratan etkenlerin giderilmesi önemli olacaktır. Bu tür durumlarda hastanın ve ailesinin kaygılarını gözeterek ve işbirliği yaparak ruh sağlığı alanında uzman kişilere yönlendirme yapılması uygun olur.

VII. 11. ERGENLERDE SINAV KAYGISI

Uzm. Psk. Ece Ataman Temizel

Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi

Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı

Giriş

Ülkemizde gençler hem öğretim kurumu geçişleri için, hem de genel olarak akademik başarılarının belirlenmesi için öğrencilik yaşamları boyunca birçok kez çeşitli sınavlara tabi tutulmaktadır. Bu sınavlar okul içinde çoğunlukla açık uçlu sorulardan oluşan bir yapıdayken, okul seçimleri için yapılan genel sınavlar çoktan seçmeli sorulardan oluşmaktadır. Eğitim sistemi içinde öğrenciler, bu sınavlarda gösterdikleri performanslara göre değerlendirilmektedir. Belli bir performans gösterilmesi gereken zamanlarda kaygı düzeyinin yükselmesi beklenen bir durumdur. Sınav dönemlerinde de, kaygının görece artması, işlevsel olabilmekte ve gerekli motivasyonun oluşmasında rol oynayabilmektedir. Ayrıca kaygının dikkati odaklayabilme ve yaratıcılığı artırma gibi olumlu etkileri olduğu da bilinmektedir. Öte yandan, kaygının optimal düzeyin üstüne çıkması gencin gerçek performansının ortaya çıkmasını engelleyebilmekte ve işlevselliğini bozabilmektedir. Hızlı kalp atışları, titreme, ağız kuruluğu, aşırı terleme, idrarı tutamama, mide bulantısı ve burun kanaması gibi bedensel tepkilerin eşlik ettiği, sınav öncesinde öğrenilen bilginin, sınav sırasında etkili bir biçimde kullanılmasına engel olan ve başarının düşmesine yol açan yoğun kaygı “sınav kaygısı” olarak ele alınmaktadır.

Birçok aile ve ergenin doğrudan ve dolaylı olarak sınav sürecinden ve sınav kaygısından etkilendiği tahmin edilmekle birlikte görülme sıklığına ilişkin kapsamlı çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır.

Etyoloji

Gençlerde sınav kaygısını tetikleyen birçok etkenin olduğu gözlenmektedir. Bireysel farklılıkları gözlemleyen ve başarının yalnızca sınavlardan alınan puana bağlı değerlendirildiği rekabete

dayalı eğitim sistemi bu kaygı için uygun bir zemin oluşturmaktadır. Bu sistem içinde eğitimcilerin ve ebeveynlerin sergilediği yanlış tutumlar, durumu gençler için iyice güçleştirmektedir. “Ölüm-kalım meselesi”, “tüm hayatını belirleyecek üç saat” gibi sınava gereğinden fazla anlamların atfedilmesi, gencin sınavlara ilişkin bilişsel çarpıtmalarını arttırmakta ve uygun başa çıkma mekanizmalarının harekete geçmesini engellemektedir. Sınavlardan alınacak olumsuz bir sonucun ebeveynin maddi ve manevi emeklerini boşa çıkarma ve onları hayal kırıklığına uğratma gibi ihtimallerle değerlendirilmesi genci sınav süresince yıpratmakta ve yükünü arttırmaktadır. Gencin sınav dönemini nasıl değerlendirdiği ve öğrenme sürecini ne ölçüde sağlıklı gerçekleştirebildiği de kaygı düzeyini etkilemektedir. Uygun ders çalışma alışkanlıklarının geliştirilmemiş olması, zamanı etkin kullanamama, ders çalışma sürecini verimli olarak geçirmekten çok çözülen soru sayısı, masabaşında geçirilen saatler gibi niceliksel parametrelerin ön plana çıkarılması, sürecin niteliğini düşürmekte ve öğrenmenin sağlıklı gerçekleşmesini engellemektedir. Bu da gencin kendini yetersiz hissetmesine yol açarak kaygı düzeyini arttıran bir durum oluşturmaktadır.

Tanı ve Tedavi

Sınav kaygısının sağlıklı bir biçimde ele alınması, akademik başarı açısından olduğu kadar ruhsal sağlığının korunması açısından da büyük önem taşımaktadır. Nitekim sınav kaygısının depresif bozukluklar, kaygı bozuklukları, uyku bozuklukları, kaygıyla başa çıkma için uygun olmayan başa çıkma yöntemlerine başvurulması, davranış bozukluklarının görülmesi gibi diğer psikiyatrik rahatsızlıklar için de risk oluşturduğu bilinmektedir. Anne-baba ile yapılan görüşmeler süreçte önemli bir yere sahiptir. Ebeveynin sınav dönemi hakkında bilgilendirilerek sağlıklı tutumlar geliştirmesi, anne-babanın gencin kapasitesine ve akademik başarısına uygun beklentilere sahip olması, hem ebeveyn ile genç arasındaki ilişkinin korunmasını, hem de gerçekçi hedeflerle gencin motivasyonunun yükselmesini sağlamaktadır. Gencin sınava ilişkin yanlış, abartılı olumsuz düşüncelerinin ele alınarak sağlıklı

düşünceler geliştirmesi, uygun başa çıkma yöntemlerinin aktive olması ve bedensel tepkilerin kontrol altına alınması için bireysel psikoterapilerin faydalı olduğu bilinmektedir.

Sevk Kriterleri

Sınav kaygısı yakınması ile başvuran gençlerin kaygılarını tetikleyen etkenleri anlamaya yönelik dinlenmesi ve gereksinimlerinin belirlenmesi önemlidir. Sınav kaygısının yanında dikkat eksikliği, hiperaktivite bozukluğu ve öğrenme güçlüğü gibi farklı zorlukların da olabileceği göz önünde bulundurulmalı, gencin yaşadığı sıkıntıların günlük işlevselliğine olan etkisi değerlendirilerek gerekli görülmesi halinde çocuk ruh sağlığı alanında uzman kişilere yönlendirme yapılmalıdır.

Hastaya Yaklaşım

Öncelikle ergenin yaşadığı sıkıntıya yönelik ayrıntılı öykü almak önemlidir (İlkokuldan bu yana ders başarısı, okula uyumu ve öğretmen geribildirimleri gibi).

Sınav kaygısını tetikleyen durumlar ele alınmalı ve bu tetikleyicilerle ilgili bir müdahale planı oluşturulmalıdır. Bu bağlamda anne-baba görüşmeleri yapılması, ergen ile sınava yüklediği anlam ve yanlış inanışları üzerine görüşülmesi ve süreçte uygun başa çıkma yöntemleri oluşturması için desteklenmesi planlanabilir.

Genç, eğitimcilere ve psikolojik danışma ve rehberlik uzmanlarına etkin ders çalışma yöntemleri ve programlarını öğrenmesi için yönlendirilebilir.

Aile ve eğitimciler ile işbirliği içinde yapılacak tüm bu çalışmalar, gençlere uygun başa çıkma yöntemleri kazandıracak ve zor yaşantılar olan sınav süreçlerini gençlerin sağlıklı yetişkin bireyler olma yolunda bir basamak olarak ele alma fırsatı tanıyacaktır.

VIII. CİNSEL DOKUNULMAZLIĞA KARŞI SUÇLARDA HEKİM YAKLAŞIMI

Uzm. Dr. Hüseyin Balandız

Gülhane Eğitim Araştırma Hastanesi Adli Tıp Bölümü

Birinci basamak hekimlerinin cinsel dokunulmazlığa karşı suçlarda yasal mevzuata göre yaklaşım göstermeleri gerekmektedir.

Türk Ceza Kanunu'na (TCK) göre; çocuk deyiminden; henüz onsekiz yaşını doldurmamış kişi anlaşılmaktadır. Bu kapsamda çocuklara yönelik cinsel istismar suçu ayrı bir suç olarak tanımlanmıştır. Cebir, tehdit ve hile olmaksızın, onbeş yaşını bitirmiş olan çocukla cinsel ilişkide bulunan kişinin, şikâyet üzerine iki yıldan beş yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılacağı hükme bağlanmıştır. Onbeş yaşını tamamlamamış veya tamamlamış olmakla birlikte fiilin hukukî anlam ve sonuçlarını algılama yeteneği gelişmemiş olan çocuklara karşı gerçekleştirilen her türlü cinsel davranış ise çocuk cinsel istismarı suçu kapsamında değerlendirilmiştir.

TCK'da düzenlenen cinsel saldırı ve çocuğun cinsel istismarı suçlarında geçen "vücuda organ veya sair bir cisim sokulması" kavramının organ veya bir cismin vajinal, anal veya oral penetrasyonunu ifade ettiği değerlendirilmektedir.

TCK'da cinsel dokunulmazlığa karşı suçlar; cinsel saldırı, çocukların cinsel istismarı, reşit olmayanla cinsel ilişki ve cinsel taciz başlıkları altında düzenlenmiştir. Ayrıca, TCK'da hekimin suçu bildirim yükümlülüğü ve genital muayene ile ilgili düzenleme bulunmaktadır.

Cinsel Saldırı

1. Cinsel davranışlarla bir kimsenin vücut dokunulmazlığını ihlâl eden kişi, mağdurun şikâyeti üzerine, beş yıldan on yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır. Cinsel davranışın sarkıntılık düzeyinde kalması hâlinde iki yıldan beş yıla kadar hapis cezası verilir.
2. Fiilin vücuda organ veya sair bir cisim sokulması suretiyle gerçekleştirilmesi durumunda, on iki yıldan az olmamak üzere hapis cezasına hükmolunur. Bu fiilin eşe karşı işlenmesi hâlinde, soruşturma ve kovuşturmanın yapılması mağdurun şikâyetine bağlıdır.
3. Suçun;

- a. Beden veya ruh bakımından kendisini savunamayacak durumda bulunan kişiye karşı,
 - b. Kamu görevinin, vesayet veya hizmet ilişkisinin sağladığı nüfuzu kötüye kullanılmak suretiyle,
 - c. Üçüncü derece dâhil kan veya kayın hısımlığı ilişkisi içinde bulunan bir kişiye karşı ya da üvey baba, üvey ana, üvey kardeş, evlat edinen veya evlatlık tarafından,
 - d. Silahla veya birden fazla kişi tarafından birlikte,
 - e. İnsanların toplu olarak bir arada yaşama zorunluluğunda bulunduğu ortamların sağladığı kolaylıktan faydalanmak suretiyle, işlenmesi hâlinde, yukarıdaki fıkralara göre verilen cezalar yan oranında artırılır.
4. Cinsel saldırı için başvurulmuş cebir ve şiddetin kasten yaralama suçunun ağır neticelerine neden olması hâlinde, ayrıca kasten yaralama suçuna ilişkin hükümler uygulanır.
5. Suç sonucu mağdurun bitkisel hayata girmesi veya ölümü hâlinde, ağırlaştırılmış müebbet hapis cezasına hükümlenir. (TCK Md. 102)

Çocukların Cinsel İstismarı

1. Çocuğu cinsel yönden istismar eden kişi, sekiz yıldan on beş yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır. Cinsel istismarın sarkıntılık düzeyinde kalması hâlinde üç yıldan sekiz yıla kadar hapis cezası verilir. Sarkıntılık düzeyinde kalmış suçun failinin çocuk olması hâlinde soruşturma ve kovuşturma yapılması mağdurun, velisinin veya vasisinin şikâyetine bağlıdır.

Cinsel istismar deyiminden;

- a. On beş yaşını tamamlamamış veya tamamlamış olmakla birlikte fiilin hukukî anlam ve sonuçlarını algılama yeteneği gelişmemiş olan çocuklara karşı gerçekleştirilen her türlü cinsel davranış,
 - b. Diğer çocuklara karşı sadece cebir, tehdit, hile veya iradeyi etkileyen başka bir nedene dayalı olarak gerçekleştirilen cinsel davranışlar anlaşılır.
2. Cinsel istismarın vücuda organ veya sair bir cisim sokulması suretiyle gerçekleştirilmesi durumunda, on altı yıldan aşağı olmamak üzere hapis cezasına hükümlenir.

3. Suçun;
 - a. Birden fazla kişi tarafından birlikte,
 - b. İnsanların toplu olarak bir arada yaşama zorunluluğunda bulunduğu ortamların sağladığı kolaylıktan faydalanmak suretiyle,
 - c. Üçüncü derece dâhil kan veya kayın hısımlığı ilişkisi içinde bulunan bir kişiye karşı ya da üvey baba, üvey ana, üvey kardeş veya evlat edinen tarafından,
 - d. Vasi, eğitici, öğretici, bakıcı, koruyucu aile veya sağlık hizmeti veren ya da koruma, bakım veya gözetim yükümlülüğü bulunan kişiler tarafından,
 - e. Kamu görevinin veya hizmet ilişkisinin sağladığı nüfuz kötüye kullanılmak suretiyle, işlenmesi hâlinde, yukarıdaki fıkralara göre verilecek ceza yarı oranında artırılır.
4. Cinsel istismarın, birinci fıkranın (a) bendindeki çocuklara karşı cebir veya tehditle ya da (b) bendindeki çocuklara karşı silah kullanmak suretiyle gerçekleştirilmesi hâlinde, yukarıdaki fıkralara göre verilecek ceza yarı oranında artırılır.
5. Cinsel istismar için başvuru olan cebir ve şiddetin kasten yaralama suçunun ağır neticelerine neden olması hâlinde, ayrıca kasten yaralama suçuna ilişkin hükümler uygulanır.
6. Suç sonucu mağdurun bitkisel hayata girmesi veya ölümü hâlinde, ağırlaştırılmış müebbet hapis cezasına hükmolunur (TCK Md.103).

Reşit Olmayanla Cinsel İlişki

1. Cebir, tehdit ve hile olmaksızın, onbeş yaşını bitirmiş olan çocukla cinsel ilişkide bulunan kişi, şikâyet üzerine, iki yıldan beş yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır.
2. Suçun mağdur ile arasında evlenme yasağı bulunan kişi tarafından işlenmesi hâlinde, şikâyet aranmaksızın, on yıldan on beş yıla kadar hapis cezasına hükmolunur.
3. Suçun, evlat edineceği çocuğun evlat edinme öncesi bakımını üstlenen veya koruyucu aile ilişkisi çerçevesinde koruma, bakım ve gözetim yükümlülüğü bulunan kişi tarafından işlenmesi hâlinde, şikâyet aranmaksızın ikinci fıkraya göre cezaya hükmolunur (TCK Md.104).

Cinsel Taciz

1. Bir kimseyi cinsel amaçlı olarak taciz eden kişi hakkında, mağdurun şikâyeti üzerine, üç aydan iki yıla kadar hapis cezasına veya adli para cezasına fiilin çocuğa karşı işlenmesi hâlinde altı aydan üç yıla kadar hapis cezasına hükmolunur.
2. **Suçun,**
 - a. Kamu görevinin veya hizmet ilişkisinin ya da aile içi ilişkisinin sağladığı kolaylıktan faydalanmak suretiyle,
 - b. Vasi, eğitici, öğretici, bakıcı, koruyucu aile veya sağlık hizmeti veren ya da koruma, bakım veya gözetim yükümlülüğü bulunan kişiler tarafından,
 - c. Aynı işyerinde çalışmanın sağladığı kolaylıktan faydalanmak suretiyle,
 - d. Posta veya elektronik haberleşme araçlarının sağladığı kolaylıktan faydalanmak suretiyle,
 - e. Teşhir suretiyle, işlenmesi hâlinde yukarıdaki fıkraya göre verilecek ceza yarı oranında artırılır. Bu fiil nedeniyle mağdur; işi bırakmak, okuldan veya ailesinden ayrılmak zorunda kalmış ise verilecek ceza bir yıldan az olamaz (TCK Md. 105).

Genital Muayene

- Yetkili hâkim ve savcı kararı olmaksızın, kişiyi genital muayeneye gönderen veya bu muayeneyi yapan fail hakkında üç aydan bir yıla kadar hapis cezasına hükmolunur.
- Bulaşıcı hastalıklar dolayısıyla kamu sağlığını korumak amacıyla kanun ve tüzüklerde öngörülen hükümlere uygun olarak yapılan muayeneler açısından yukarıdaki fıkra hükmü uygulanmaz (TCK Md. 287).

Suçu Bildirim Yükümlülüğü

Kamu Görevlisinin Suçu Bildirmemesi

- Kamu adına soruşturma ve kovuşturmayı gerektiren bir suçun işlendiğini göreviyle bağlantılı olarak öğrenip de yetkili makamlara bildirimde bulunmayı ihmal eden veya bu hususta gecikme gösteren kamu görevlisi, altı aydan iki yıla kadar hapis cezası ile

cezalandırılır.

- Suçun, adli kolluk görevini yapan kişi tarafından işlenmesi hâlinde, yukarıdaki fıkraya göre verilecek ceza yarı oranında artırılır (TCK Md. 279).

Sağlık Mesleği Mensuplarının Suçu Bildirmemesi

- Görevini yaptığı sırada bir suçun işlendiği yönünde bir belirti ile karşılaşmasına rağmen, durumu yetkili makamlara bildirmeyen veya bu hususta gecikme gösteren sağlık mesleği mensubu, bir yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır.
- Sağlık mesleği mensubu deyiminden tabip, diş tabibi, eczacı, ebe, hemşire ve sağlık hizmeti veren diğer kişiler anlaşılır (TCK Md. 280).
- Adli nitelik taşıyan olgu ile karşılaşan sağlık mesleği mensubu, çalıştığı hastanenin polisine veya bulunduğu bölgenin kolluk kuvvetine (jandarma veya polis karakolu) veya o bölgede bulunan nöbetçi Cumhuriyet Savcılığına bildirimde bulunmalıdır. Adli olgu bildirimini ispatı için, bildirime dair tutulmuş belgelerin kayıt altına alınması gerekir. Ayrıca, Sağlık Bakanlığı'nın 2005/143 sayılı ve 2014/29 sayılı genelgelerine uygun olarak hazırlanan genel adli muayene formunun, yetkili görevliye imza karşılığı teslim edilmesi ile bildirim yükümlülüğü yerine getirilmiş olacaktır.

Cinsel Dokunulmazlığa Karşı Suç İddialarında Dikkat Edilmesi Gereken Hususlar

- Cinsel dokunulmazlığa karşı suç iddiası ile gönderilen kişilerin kimlik bilgilerine göre yaş tespiti yapılmalı ve biyopsikososyal gelişimi değerlendirilmelidir.
- Tıbbi zorunluluklar dışında, yetkili hâkim ve savcı kararı olmaksızın genital muayene yapılamayacağı dikkate alınarak, adli makamlara suç bildiriminde bulunulmalı, adli makamların talepleri doğrultusunda muayene ve gerekli işlemler yapılmalıdır.
- Kadının muayenesi, istemi halinde ve olanaklar elverdiğinde bir kadın hekim tarafından yapılır (CMK, Md. 77).
- Kolluk kuvvetleri kişiyi dış beden muayenesi için hekime gönderebilir. Ancak cinsel organlar veya anüs bölgesinde yapılan muayene iç beden muayenesi olarak kabul edildiğinden (CMK, Md. 75), yet-

kili savcı ve hakim kararı olmadan genital muayene yapılmamalıdır.

- Hastaya genital muayene hakkında bilgi verilmeli ve uygulanacak işlemler detaylı olarak açıklanmalıdır.
- Genital muayene öncesinde kişinin aydınlatılmış onamı alınmalıdır. Hasta 15 yaşından küçük ise veli ya da vasisinin, 15 yaşını doldurmuş ancak 18 yaşını doldurmamış ise kendilerinin ve yasal temsilcilerinin, 18 yaşını doldurmuş ise kendisinin, kendi el yazısı ile muayeneye rıza gösterdiğini belirtmesi gerekir.
- Eğer kişi genital muayeneyi kabul etmiyor ise, hekim, muayene olmadığı takdirde uğrayacağı zararlar hakkında hastasına bilgi verilmeli, buna rağmen muayene edilmek istemiyorsa hastadan muayene edilmek istemediğine dair imzalı bir belge alınmalı ve adli makamlara bu durum bildirilmelidir.
- Muayene sırasında kişinin güven duymasını sağlayacak ortam hazırlanmalı ve olayla ilgili ayrıntılı anamnez alınmalıdır.
- Genital muayeneyi de kapsayacak şekilde tüm vücut muayenesi yapılarak travmatik değişimler kayıt altına alınmalı, gerektiğinde kişi ruhsal muayene ve tedavi için uzman hekime yönlendirilmelidir.
- Olay sırasında kişinin üzerinde bulunan giysiler ve şüpheliye ait biyolojik delil ihtiva ettiği düşünülen materyal adli makamlara tutanakla teslim edilmelidir.
- Gebelik olasılığı araştırılmalıdır.
- Cinsel yolla bulaşan hastalıklara yönelik değerlendirme yapılmalı ve tedavi için uzman hekime yönlendirilmelidir.
- Sağlık Bakanlığı'nın "Adli Tabiplik Hizmetleri ve Adli Raporların Düzenlenmesi" hakkında genelgesi (Genelge no: 2005/143 ve Genelge no: 2014/29) kapsamında rapor tanzim edilmelidir.
- Bir suçla ilişkin kişilerin beden muayenelerinin yapılması, tıbbî incelemelerde bulunmak üzere vücuttan, kan veya benzeri biyolojik örneklerle, saç, tükürük, tırnak gibi örneklerin alınması, moleküler genetik incelemeler ile şüpheli ve sanığın kimliğinin tespiti için gerekli fizikî özelliklerin tespitine ilişkin usul ve esaslar "Ceza Muhakemesinde Beden Muayenesi, Genetik İncelemeler ve Fizik Kimliğin Tespiti Hakkında Yönetmelik" ile düzenlenmiştir.

