SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
TEPECİK EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ
AİLE HEKİMLİĞİ KLİNİĞİ

2007-2015 YILLARI ARASINDA GENÇLİK DANIŞMANLIK VE SAĞLIK MERKEZİ'NE BAŞVURAN ERGENLERİN DEMOGRAFİK VE LABORATUVAR VERİLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Dr. Zeliha ÖZTÜRK

Tez Danışmanları:
Doç. Dr. Hülya PARILDAR
Uzm. Dr. Umut Gök BALCI
Uzm. Dr. B. Nurdan TEKGÜL

TIPTA UZMANLIK TEZİ

İzmir – 2017

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim süresince ve tezimin hazırlanmasında katkı ve deneyimleriyle desteğini esirgemeyen değerli hocam Doç. Dr. Hülya Parıldar'a;

Anlayışı ve yardımseverliği ile tezimin hazırlanmasında katkılarıyla bana yol gösteren, meslek hayatıma yeni bir bakış açısı kazandıran başasistanımız Uzm. Dr. Umut Gök Balcı'ya, Uzm. Dr. B. Nurdan Tekgül'e, başasistanımız Uzm. Dr. Yasemin Kılıç Öztürk'e;

Asistanlığım süresince hoşgörü ve desteklerini esirgemeyen değerli hocalarım Doç. Dr. Haluk Mergen'e, Doç. Dr. Kurtuluş Öngel'e;

Uzmanlık eğitimime bilgi ve deneyimleriyle katkıda bulunan kıymetli başasistanlarımız Uzm. Dr. T. Tanju Yılmazer'e, Uzm. Dr. Y. Adnan Güçlü'ye;

Birlikte çalışma fırsatı bulduğum tüm asistan arkadaşlarıma;

Her zaman yanımda olduğunu hissettiren sevgili annem Melahat Öztürk'e ve babam Ali Öztürk'e;

Sonsuz teşekkürler…

Dr. Zeliha ÖZTÜRK

İzmir, 2017

SİMGELER VE KISALTMALAR

BMI : Body Mass Index

BOS : Beyin Omurilik Sıvısı

DEHB : Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu

DSÖ : Dünya Sağlık Örgütü

FSH : Folikül Stimülan Hormon

HÜNEE : Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü

LH : Luteinizan Hormon

TSH : Tiroid Stimülan Hormon

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR ..... **ii**
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ ..... **iii**
TABLOLAR DİZİNİ ..... **vii**
ŞEKİLLER DİZİNİ ..... **viii**
ÖZET ..... **ix**
ABSTRACT ..... **xi**

1. GİRİŞ VE AMAÇ **1**

2. GENEL BİLGİLER **3**
2.1. ERGENLİK ÇAĞI TANIMI VE GENEL ÖZELLİKLER 3
2.2. ERGENLİĞİN EVRELERİ 3
2.2.1. Erken Ergenlik (Başlangıç Evresi) Dönemi 3
2.2.2. Orta Ergenlik Dönemi 5
2.2.3. Geç Ergenlik Dönemi 6
2.3. ADOLESANLARDA FİZİKSEL BÜYÜME VE GELİŞMENİN GENEL ÖZELLİKLERİ 7
2.4. ADOLESANLARDA FİZİKSEL BÜYÜME EVRESİ 8
2.5. ADOLESANLARDA CİNSEL BÜYÜME EVRELERİ 9
2.5.1. Kız Adolesanlarda Cinsel Gelişim 9
2.5.1.1. Meme Gelişimi 10
2.5.1.2. Pubik Kıllanma 10
2.5.2. Erkek Adolesanlarda Cinsel Gelişim 12
2.5.2.1. Pubik Kıllanma 12
2.5.2.2. Genital Gelişim 12
2.6. ERGENLERDE BESLENME 14
2.7. ERGENLERDE BESLENME BOZUKLUKLARI 15
2.7.1. Obezite 15
2.7.2. Anoreksiya Nervosa 15
2.8. DİKKAT EKSİKLİĞİ VE HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU 16

2.9. ERGENLERDE ANEMİ 16
2.10. TİROİD BEZİ HASTALIKLARI 17
2.10.1. Hipertiroidi-Tirotoksikoz 17
2.10.2.Hipotiroidizm 18
2.10.3. Tiroiditler 19
2.10.4. Tiroid Nodülleri 19
2.10.5. Tiroid Kanserleri 19

3. GEREÇ VE YÖNTEMLER 20
3.1. ARAŞTIRMA PROJESİ 20
3.2. ARAŞTIRMANIN TİPİ VE SÜRESİ 20
3.3. ARAŞTIRMANIN YERİ 20
3.4. ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE EVRENİN TANITILMASI 21
3.5. ARAŞTIRMANIN KABUL VE DIŞLANMA KRİTERLERİ 21
3.6. ARAŞTIRMA İZİNLERİ 21
3.7. ARAŞTIRMANIN VERİ KAYNAKLARI VE UYGULAMA ŞEKLİ 22
3.8. İSTATİKSEL VERİLER 22

4. BULGULAR 24
4.1. CİNSİYET 27
4.2. YAŞ 27
4.3. EĞİTİM DURUMU 30
4.4. MEDENİ DURUM 33
4.5. ANNE MESLEK 34
4.6. BABA MESLEK 35
4.7. EBEVEYNİN AYRI/BERABER OLMASI 36
4.8. KİLO 37
4.9. TİROİD DÜZEYLERİ 38
4.10. ANEMİ 39
4.11. DİKKAT EKSİKLİĞİ HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU 40
4.12. PUBERTE YAŞLARI 41

5. TARTIŞMA.....42

6. SONUÇ.....51

KAYNAKLAR.....53

EKLER.....58

Ek-1: Etik Kurul Onayı 58

TABLOLAR DİZİNİ

Tablo 1. Katılımcıların Sosyodemografik ve Laboratuvar Verilerinin Değerlendirimi 24

Tablo 2. Ergenlerin ikamet yerleri 26

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 1. Kız adolesanlarda meme gelişimi ve pubik kıllanma 11
Şekil 2. Erkek adolesanlarda pubik kıllanma ve genital gelişim.....13

ÖZET

AMAÇ: Yaşamın en önemli temellerinin atıldığı ergenlik dönemi riskli bir dönemdir. Bu dönemde sağlık problemleri zor fark edildiğinden sağlık sistemine başvuru sıklıkları oldukça düşüktür. Bu durum, ergenin sağlık hizmetlerine başvurmasını beklemeden onlara doğru yöntemlerle ve etik kuralları gözeterek yapılandırılacak toplum yönelimli müdahalelerle birinci basamakta ulaşılmasının daha etkin olabileceğini düşündürmektedir. Birey ve toplum sağlığı açısından aynı zamanda bir fırsat dönemi haline getirebilmektedir. Bu çalışmamızdaki amacımız bu fırsat dönemini daha iyi değerlendirebilmek adına özellikle hangi ergenlerde nelere yönlenmemiz gerektiğine bir nevi ışık tutmaktır.

GEREÇ VE YÖNTEM: Çalışmamız kesitsel ve tanımlayıcı bir çalışmadır. Çalışma evrenini İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Alsancak ÇİDEM/Gençlik Danışmanlık ve Sağlık Hizmet Merkezi'ne veri toplama tarihlerinde başvuran ergenler oluşturmaktadır. Merkez bünyesinde bir aile hekimliği uzmanı, aile hekimliği asistanları, çocuk psikiyatristleri, bir ergen sağlığı psikoloğu ve de bir ergen sağlığı hemşiresi barındırmaktadır. Örneklem seçimi, dahil edilme ve dışlanma kriterlerine göre yapılmış olup sonuçta 1023 ergen çalışmanın örneklem grubunu oluşturmuştur. Ergenlerin yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, ebeveyn mesleği, ebeveyn birlikteliği, kilo durumu, anemi varlığı, tiroid hormon düzeyleri durumu, Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu(DEHB) tanısı varlığı, puberteye girme yaşı verileri retrospektif olarak, hasta dosyaları ve hastane bilişim sisteminden taranmıştır. Veriler SPSS 21 veri analiz sistemi ile Ki-kare, Student's, Fisher ve Kruskal Walis testleri kullanılarak değerlendirilmiştir. Çalışma için etik kurul onayı alınmıştır.

BULGULAR: Yaş ortalaması 13,7±1,76 olan 1023 ergenin %49,7'si kadın, %50,3'ü erkek saptanmıştır. Kadınların %21,9'unda, erkeklerin %13,8'inde anemi saptandı ($p<0,05$). Erkeklerin %8,5'inde, kadınların %0,1'inde DEHB tanısı vardı ($p<0,05$). 11-14 yaş arası ergenlerin %19,2'si, 15-17 yaş arası ergenlerin %11,9'u, 18-24 yaş arası ergenlerin %8,5'i düşük kiloluydu ($p<0,05$). 11-14 yaş arası ergenlerin %4,8'inde, 15-17 yaş arası ergenlerin %8,5'inde, 18-24 yaş arası ergenlerin

%12,4'ünde hipotiroidi saptandı ($p<0,05$). Düşük kilolu ergenlerin %21,9'unda, obez ergenlerin %9,8'inde anemi saptandı ($p<0,05$). Hipotiroidik ergenlerin %15,1'inde, ötiroidik ergenlerin %5,3'ünde obezite saptandı ($p<0,05$).

SONUÇ: Yaptığımız çalışmada tüm sağlık hizmetlerinde olduğu gibi birinci basamak hekimliğinin ergenlikte de ilk tıbbi temas noktası olduğunu görmekteyiz. Bu nedenle birinci basamak hekimliğinin ulaşılabilir olması, koruyucu olması, kapsamlı olması, aile ve toplum yönelimli olması, bütüncül yaklaşımlı olması gerekmektedir. Ayrıca bir ekip hizmeti olmakla beraber entegre ve koordine olmalıdır. Süreklilik arz etmelidir. Ergen muayenesi ve takibinde yaş, cinsiyet gibi özelliklerin yanında eğitim durumu, medeni durumu ve aile yapısı gibi özelliklerin de dikkate alınması gerekmektedir.

ANAHTAR KELİMELER: Ergen, Anemi, DEHB, Obezite, Düşük Kiloluluk, Hipotiroidi, Aile Hekimliği.

ABSTRACT

EVALUATION OF DEMOGRAPHIC AND LABORATORY DATA OF ADOLESCENTS AND ADMINISTRATORS OF THE YOUTH CONSULTANCY AND HEALTH SERVICE CENTER BETWEEN 2007-2015 YEARS

AIM: The adolescence period in which the most important bases of life are laid is a risky period. Since health problems are hardly recognized during this period, the frequency of health system visits is very low. This situation suggests that it may be more effective to reach the first step of the society-oriented interventions to be structured by considering the ethical rules and the right methods without waiting for the adolescent to apply to health services. It can also make it an opportunity period for the individual and society at the same time in terms of health. Our aim in this study is to shed some light on which adjectives we should be directed in order to better evaluate this opportunity period.

MATERIALS AND METHODS: Our work is cross-sectional and descriptive. The study population is composed of adolescents referenced in the data collection dates of İzmir Tepecik Training and Research Hospital Alsancak ÇİDEM / Youth Counseling and Health Service Center. The center has a family medicine specialist, family medicine assistants, child psychiatrists, an adolescent health psychologist and an adolescent health nurse. Sampling choice was made by randomization, inclusion and exclusion criteria, resulting in a sample group of 1023 adolescent study participants. Age, gender, marital status, educational status, parental occupation, parental status, weight status, presence of anemia, thyroid status, presence of Attention Deficit and Hyperactivity Disorder (ADHD), presence of puberty and age of adolescents were retrospectively screened from patient files and hospital information system. Data were analyzed using the SPSS 21 data analysis system using Chi-square, Student's, Fisher and Kruskal-Wallis tests. Ethics committee approval was obtained for the study.

RESULTS: Of the 1023 adolescents with a mean age of 13.7 ± 1.76, 49.7% were female and 50.3% were male. Anemia was detected in 21.9% of the women who applied and in 13.8% of men ($p<0,05$). 8.5% of the men who applied and 0.1% of the women had ADHD ($p<0,05$). 19.2% of the adolescents aged between 11-14, 11.9% of the adolescents between the ages of 15-17 and 8.5% of the adolescents between the ages of 18-24 were low ($p<0,05$). Hypothyroidism was detected in 4.8% of adolescents aged 11-14 years, in 8.5% of adolescents between 15-17 years and in 12.4% of adolescents between 18-24 years of age($p<0,05$). Anemia was detected in 21.9% of low weight overweight adolescents who applied and in 9.8% of obese adolescents ($p<0,05$). Obesity was detected in 15.1% of the hypothyroid adolescents who applied and 5.3% of the euthyroid adolescents ($p<0,05$).

CONCLUSION: As we do in our work, we see that primary health care is the first medical point of contact in adolescence as well as in all health services. For this reason, the primary care physician must be accessible, protective, comprehensive, family and community oriented, holistic approach. It must also be integrated and coordinated with a team service. It should be continuous. In addition to features such as age and gender, the characteristics such as educational status, marital status and family structure can not be denied.

KEYWORDS: Adolescent, Anemia, ADHD, Obesity, Low Weight, Hypothyroidism, Family Medicine.

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Ergenlik; insan hayatı boyunca en sıkıntılı olarak görülen, ancak yaşamın en önemli temellerinin atıldığı bir süreçtir. Meslek seçimi, cinsel kimlik oluşumu, fiziksel gelişim, iyi veya kötü alışkanlık kazanılması gibi pek çok önemli özellik bu dönemde şekillenir.

Ergenlik terimi Latince "gelişen" anlamındadır ve şöyle tanımlanmaktadır: Fiziksel ve duygusal süreçlerin yol açtığı cinsel ve psikososyal olgunlaşma ile başlayan, bireyin bağımsızlığını ve sosyal üretkenliğini kazandığı, çok da belirli olmayan bir zamanda sona eren kronolojik bir dönemdir ve hızlı fiziksel, cinsel, psikolojik ve sosyal değişmelerle karakterizedir (1).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'ne göre 10-19 yaş arası "Adolesan" yaş grubu, 15-24 yaş arası ise "Genç" yaş grubu olarak tanımlanmaktadır. Adolesan ve gençlik dönemlerine ait yaşların kesişmesi nedeniyle de 10-24 yaş grubu "Genç İnsanlar" olarak değerlendirilmektedir (2).

Bu dönem, literatürler arasında bazı farklılıklar göstermekle beraber, genel olarak erken (11-14 yaş arası), orta (15-17 yaş arası) ve geç (18-24 yaş arası) ergenlik dönemi olarak üç alt sınıfa ayrılmaktadır (3).

Ergenlik dönemi, fiziksel, ruhsal, biyokimyasal ve sosyal yönden hızlı büyüme, gelişme ve olgunlaşma süreçleriyle çocukluktan yetişkinliğe geçiş dönemidir. Bu süreçte, ergenlerin, risk ve olumsuz etkilenmelere oldukça açık olduğu bilinmektedir. Ancak, sağlık hizmeti sunulurken, ergenlere doğru yöntemlerle ulaşılması, ruhsal ve bedensel açıdan hızlı bir değişim içeren bu dönemi, birey ve toplum sağlığı açısından aynı zamanda bir fırsat dönemi haline getirebilmektedir. Ergen yaş grubu ve ergen sağlığı incelendiğinde, birinci basamakta sağlık hizmeti sunumunda göz önünde bulundurulması gereken, döneme özgü birkaç önemli özellik göze batmaktadır:

• Ergenler hastanelere herhangi bir sebeple başvurmadıkça var olan sağlık problemleri, içinde bulundukları dönemin pek çok psikolojik, sosyal ve fizyolojik değişiminden biri gibi kabul edilerek genellikle fark edilememektedir.

• Ancak, ergenlerin sağlık kurumlarına başvurma sıklıklarının diğer yaş gruplarına göre oldukça düşük olduğu gözlenmiştir. Ergen birey ciddi bir şikayeti

olmadıkça doktora başvurmamakta, genel bir sağlık taramasından geçmemektedir. Dolayısı ile hem ergenlik dönemine özgü, kişinin ileriki yaşamını etkileyebilecek pek çok sağlık sorunu gözden kaçmakta hem de yaşamın erken döneminde başlayan bazı sistemik, kalıtımsal ve metabolik hastalıkların erken tanı şansı atlanmaktadır.

• Diğer yandan ergenler toplum hayatı ile sıkı iletişim içindedirler. Özellikle okul çağında olmaları nedeni ile tüm yaşadıkları, aileleri, arkadaşları ve yakın çevrelerine de yansımaktadır. Bu durum, ergenin sağlık hizmetlerine başvurmasını beklemeden onlara etik kuralları gözeterek yapılandırılacak toplum yönelimli müdahalelerle birinci basamakta ulaşılmasının daha etkin olabileceğini düşündürmektedir (4).

Birinci basamak hekimliği ilk tıbbi temas noktasıdır. Bu nedenle ulaşılabilir olması, koruyucu olması, kapsamlı olması, aile ve toplum yönelimli olması, bütüncül yaklaşımlı olması gerekmektedir. Ayrıca bir ekip hizmeti olmakla beraber entegre ve koordine olmalıdır. Süreklilik arz etmelidir.

Bu çalışmada 2007-2015 yılları arasında İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Alsancak ÇİDEM (Çocuk İşitme Değerlendirme ve Eğitim Merkezi)/Gençlik Danışmanlık ve Sağlık Hizmet Merkezi'ne kendi isteğiyle veya ailesinin isteğiyle başvuran 11-24 yaş grubu ergenlerin dosyalarından ve hastane bilişim sisteminden alınan menarş/pubarş yaşlarının, anemi mevcut olup olmamasının, hipo/hiper/ötiroidik olmalarının, obezite/düşük kilololuk mevcut olup olmamasının, dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu tanısının mevcut olup olmamasının, eğitim durumlarının, medeni durumlarının ve ebeveyn mesleklerinin istatiksel anlamda araştırılması hedeflenmiştir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. ERGENLİK ÇAĞI TANIMI VE GENEL ÖZELLİKLER

Ergenlik; çocukluk dönemi ile erişkinlik arası gelişim dönemi niteliğinde olan,10-24 yaş aralığında; hızlı fiziksel, cinsel, psikososyal olgunlaşmanın yaşandığı döneme verilen isimdir. Ergen (adolesan); bu yaş aralığındaki bireyi tanımlamak için kullanılan ifadedir.

Bu dönem, literatürler arasında bazı farklılıklar göstermekle beraber, genel olarak erken (11-14 yaş arası), orta (15-17 yaş arası) ve geç (18-24 yaş arası) ergenlik dönemi olarak üç alt sınıfa ayrılmaktadır (3).

Ergenlik kavramı ilk kez 1904'de Stanley Hall ile literatüre girmiş ve insan gelişiminde ayrı bir evre olarak yerini almıştır. Amerikan Psikiyatr Birliği'nin yayınladığı "Psikiyatri Sözlüğü" (Psychiatric Glossary) ergenliği, "Fiziksel ve duygusal süreçlerin yol açtığı cinsel ve psikososyal olgunlaşma ile başlayan ve bireyin bağımsızlığını ve sosyal üretkenliğini kazandığı, çok da belirli olmayan bir zamanda sona eren kronolojik bir dönemdir ve hızlı fiziksel, psikolojik ve sosyal değişmelerle karakterizedir" şeklinde tanımlamaktadır (5).

2.2. ERGENLİĞİN EVRELERİ

Ergenliğin evreleri; başlangıç evresi (erken ergenlik), orta ergenlik ve geç ergenlik şeklinde yaş aralığına bağlı 3 evreye ayrılarak incelenmektedir.

2.2.1. Erken Ergenlik (Başlangıç Evresi) Dönemi

Yaş aralığı 11-14 yaştır ve hızlı fiziksel ve davranışsal değişiklikleri görüldüğü evredir. Hızlı büyüme ve cinsel gelişim kızlarda erkeklerden önce başlamaktadır. Bu dönemde erken büyüme ve olgunlaşma gösteren erkeklerin kendilerine yönelik daha olumlu duygu bildirdikleri ve geç büyüyen erkeklere göre daha popüler oldukları bildirilmektedir (6).

Erken büyümenin erkeklerin ruh sağlığı açısından genel olumlu etkisine karşılık, erken gelişen kızlarda akranlarından daha düşük benlik saygısı, daha yüksek depresyon oranı, anksiyete bozuklukları ve yeme bozuklukları görülmektedir. Bununla birlikte erken fiziksel gelişim ve olgunlaşma her iki cinsiyet için de alkol,

madde kullanımı, suç işleme, erken cinsel etkinlikleri içine alan sorunlu davranışlar ile ilişkili bulunmuştur. Erken ergenlik döneminde, ergenlerin en büyük ilgi odakları bedenleridir. Bu dönemdeki ergenlerde hızlı fiziksel gelişime uyum ve bu değişikliklere ayak uydurma çabaları yer alır. Hızlı fiziksel değişim ergenlerde kendi bedenlerine yabancılık duygusu ve bu değişimin sonuçlarına yönelik kaygı yaratabilmektedir (6).

Beden imgesi gelişiminin yanında ergenlik dönemindeki önemli fiziksel değişimlerden biri de üreme olgunluğunun başlangıcına işaret eden ikincil (sekonder) cinsiyet özelliklerinin gelişimidir ve bu gelişim gencin kendini toplumsal açıdan çocukluktan farklı kız veya erkek kimliğinde algılamasına neden olur. Bedenin dış görünümünde değişim, cinsel dürtülerin artması, cinsel kimliğin daha fazla algılanması; gencin toplumsal olarak da bazı cinsiyet rollerini edinmesini gerektirir. Gerçekte doğumdan itibaren erkekler ve kızlar, kendi cinsiyetlerine uygun biçimde davranacak şekilde toplumsal kalıplar doğrultusunda eğitilir (6).

Ergenlik döneminde; cinsiyete uygun biçimde davranmaya yönlendiren çevresel tutumların etkisi ve toplumsal cinsiyet rollerinin içselleştirilmesiyle cinsel kimlik oluşumu tamamlanır.

Bu dönemde yakın arkadaşlıklar önem kazanmaya başlamaktadır. Daha çok aynı cinsiyetten arkadaş ve topluluk aktiviteleri tercih edilmeye başlanır. Arkadaş ortamı, ergenin ilgi alanlarını etkiler. Arkadaş ilişkilerinde artma ile birlikte aileye yapılan duygusal yatırımda azalma, arkadaşlarla geçirilen zamanda artma, görünüşü daha fazla önemseme, daha az kontrol edilerek daha bağımsız olma isteği görülür. Erken ergenlik döneminde bilişsel gelişimde önemli gelişmeler olmaktadır. Jean Piaget Bilişsel Kuramına göre 11 yaşından itibaren soyut işlemler dönemidir. Bu kurama göre ergenlik döneminde düşünce daha az saplantılı, etkin ve esnektir (6).

Ergenlerde soyut düşünce birden ortaya çıkmamaktadır. Bu süreç somut mantıksal çıkarımlar yapma ve günlük yaşamda idealist ve hipotetik düşünme kabiliyeti edinme ile birlikte giden bir süreçtir. Piaget Kuramı'nda bu iki evre arasındaki geçiş mekanizması net açıklanmamaktadır. Somut düşünce ile idealizim arasındaki gelgit; daha çok ergenlik döneminin başlangıcında görülen nörofizyolojik yapı değişikliklerine bağlamaktadır. Soyut işlemlere geçişi ise toplumsal ve kültürel yapı ile ilişkilendirmektedir. Günümüzde beyin gelişiminin çocukluk çağının

sonunda tamamlanmadığı, merkezi sinir sistemi matürasyon sürecinin yirmili yaşlara dek devam ettiği ve ergenlik döneminde beyinde hem yapısal hem de işlevsel değişikliklerin olduğu bilinmektedir.

Bu değişim; özellikle frontal lobda, dürtü denetimi, plan yapma, karar verme gibi yürütücü işlevlerden sorumlu olan prefrontal kortekste belirgindir. Soyut düşüncenin gelişimi ile ergenler felsefe, din, politika, ölüm gibi kavramlar üzerinde de daha fazla düşünmeye ve tartışmaya başlarlar. Zaman kavramının farkına varmaya, gelecekle ilgili kaygılar duymaya, kendi ölümlülüklerini fark etmeye başlarlar. Erken ergenlik dönemi, önceleri ergenin yabancılaşmasına neden olacak şekilde ailesini, arkadaşlarını ve kendi yaşam biçimini reddediş dönemi olarak görülmüştür. Ancak yapılan epidemiyolojik çalışmalar ergenlikte aşırı yabancılaşma, derin öfke ve aile ilişkilerinde belirgin bozulma olduğu yönündeki bu görüşü desteklememektedir. Özellikle aile desteğini iyi alan gençlerin bu dönemi daha tutarlı, sakin atlattıkları ve aile değerlerinin devamlılığını sürdürdükleri izlenmiştir. Bahsedilen ergen grubu bağımsızlığa daha yavaş bir geçiş eğilimindedir (6).

2.2.2. Orta Ergenlik Dönemi

Bu dönem 15-18 yaş aralığındaki döneme tekabül eder. Bu dönemde anne, babadan ayrışma çabası, farklı bir birey olarak kendini kabul ettirme çabası yoğundur. Özerk bir birey olma çabası yaşamın her döneminde güncel bir konu olmasına rağmen, ergenlikte daha da önem kazanmaktadır. Bu duruma yönlendiren faktörler; ergenlik dönemindeki fiziksel ve bilişsel gelişim, toplumsal rollerde ve etkinliklerdeki değişimler, artan sorumluluklar, özgüven gerektiren yeni durumlarla karşılaşmalar şeklinde sıralanabilir (7).

Ebeveynden ayrışma ve bireyselleşme süreci içinde ebeveyne çatışma sebepleri; ergenlerin duygusal boyutta da ebeveyninden uzak durma çabaları, özellikle karşı cinsten akranlarına duygusal yakınlaşmaları, risk almaya meyilli olmaları, kendilerini her şeyi yapabilirmiş gibi algılamaları ve kendi kararlarını kendi verme istekleri şeklinde sıralanır. Bu süreci yakın aile ilişkileri olan ergenler daha sağlıklı geçirmektedir. Olumsuz aile ilişkileri olan ergenlerde bu süreç de olumsuz etkilenmektedir. Duygusal özerklik hem bireyselleşmenin hem de duygusal yakınlığın desteklendiği koşullarda en iyi şekilde gelişmektedir (7).

Ebeveynin, ergenin bu süreci yaşamasını anlayışla karşılaması ve ergene uygun şeklide davranması, gencin bu süreçte bireyselliğini daha rahat kazanmasında ve otorite karşısında uygun konum almayı öğrenmesinde kolaylık sağlamaktadır. Ebeveynin bu süreçteki aşırı tepkisi, fazla müdaheleci olması veya fazla koruyucu olması, ayrışma-bireyselleşme sürecinin uzamasına ve ergende otorite çatışmasının artması nedeniyle aşırı tepkisellik, depresyon, anksiyete, dışa vurum davranışları ve toplumsal yeterlilik duygusunda azalma gibi sonuçlara neden olabilir. Bu dönemde ergen soyut düşünce gelişiminin tamamlanması ile birlikte soyut yargılama ve gerçekçi karar verme yetilerini test eder. Bilişsel uğraşların artmasıyla cinsel ve yıkıcı dürtüler yaratıcı alanlara yönlendirilebilir, idealler geliştirilip rol modelleri seçilebilir ve amaç seçimi kabiliyetleri geliştirilebilinir. Bağımsızlık elde etme çabasında olan ergen için arkadaş ortamı çok önemlidir. Çeşitli aktiviteler ve rol modeli seçiminde bu arkadaşlar ile özdeşim yapılır, arkadaş topluluklarının normları aile değerlerinin üstü konuma gelir (7).

Ergen, genellikle kendini yaşıtlarının gözü ile görür ve değerlendirir. Arkadaş topluluğundan giyim, davranış düşünce biçimi açısından onay alması öz benliğini güçlendirir. Bu dönemde aynı cinsten arkadaşlıklar devam etmekle beraber, cinsel kimliğin kazanılması ile karşı cinse ilgi ve karşı cins ile romantik ilişkiler kurma önem kazanır. Ancak çok yakın ilişkiler, benlik kavramının kaybedilirliği şeklinde algılandığından, aynı zamanda ergen için kaygı kaynağıdır.

Akran ilişkilerinde ve duygusal deneyimlerde artış ile birlikte iç yaşantıları inceleme ve günlük tutma alışkanlığı yaygınlaşır (7).

2.2.3. Geç Ergenlik Dönemi

Bu dönem 18-24 yaş aralığını kapsar ve kimlik duygusunun bütünleşmesi ile sona erer. Akademik ve sanatsal arayışlar, sosyal bağlar ergenin kendini daha iyi tanımlamasına ve topluma aitlik duygusunu hissetmesine neden olur (7).

Ergenlik döneminde kimlik gelişimi sürecini psikososyal kuram başlığı altında Erik Erikson incelemiştir. Bu kurama göre her bir gelişim döneminin kendine özgü çatışma ve kazanımları vardır. Her dönem kendisinden önceki gelişim dönemlerinin etkisiyle şekillenir ve bir sonraki gelişim aşaması için basamak özelliği görür. Ergenlik döneminde daha önceki gelişim basamaklarında elde edilmesi

beklenen temel güven duygusu, özerklik, girişimcilik, çalışma ve yapıcılık gibi kazanımlar olmaksızın tutarlı bir kimlik duygusu geliştirmek zordur (7).

Bu dönemde, kimlik duygusunun kazanılması sürecinde çocuklukta yaşanan çatışmalar yeniden yaşanır, kazanılan özdeşimler ise ergenin yeni değerlerine ve rolüne uygun nitelikte yapılandırılır. Ergenliğin başlangıcından itibaren yaşanan duygular, kazanılan beceriler, kurulan özdeşimler harmanlanıp bir kimlik duygusu sentezlenir. Kimlik duygusu, ergenin kimlik arayışında fazla kuşku ve bocalamaya kapılmadan, aynı süreğenlikle yanıt verebilmesi, kendi kimliğini tanımlayabilmesi ve kabullenebilmesidir. Kimlik duygusunun sağlıklı gelişiminin önemli bir göstergesi; gencin içsel olarak hissettiği aitlik ve süreklilik duygusunun başkalarının hissettiği aitlik duygusu ile örtüşmesidir. Kimlik duygusunun cinsel, toplumsal ve mesleksel bileşenleri bulunmaktadır.

Kimlik duygusu belli bir eşeylik yapısına bağlı bütünlük, yeterlilik ve güçlülük duygusunun yerleşmesidir. Cinsel gelişim sürecinde erken ergenlik döneminde seksüel hormonlarının artışı ile birlikte cinsel dürtülerde artış görülür (7).

Orta ergenlik döneminde cinsel rollerin deneyimlenmesi normal ergenlik sürecinin haline gelmekte ve ergen kendi cinsel kimliğini geliştirmektedir. Yine bu dönemde kendini başkaları ile karşılaştırma, yarışma ve kendini sınama davranışı görülür. Zamanla geç ergenlik dönemindeki cinsel kimlik duygusunun kazanılması ile ergen kendi cinsel yapı ve yeterliliklerini gerçekçi bir şekilde kabul eder (7).

2.3. ADOLESANLARDA FİZİKSEL BÜYÜME VE GELİŞMENİN GENEL ÖZELLİKLERİ

Adolesan dönemi, büyümenin ve gelişmenin hız ve boyutu açısından diğer yaş dönemlerinden ayrılmaktadır. DSÖ'ne göre adolesan dönemi 10-19 yaş aralığını kapsamaktadır. Puberte; fiziksel büyüme, psikososyal gelişim ve cinsel gelişimin bir arada olduğu bir dönemdir. Adolesan, çeşitli faktörlere bağlı olarak puberte dönemine daha erken veya daha geç girebilir (6).

Fiziksel büyüme gelişme, ergenlik dönemine girmekle birlikte oldukça hızlanır, erişkin dönemindeki boyutlara ulaşmakla tamamlanır. Adolesanın iç organ ve salgı bezlerinde büyüme, kemik- kas- yağ kitlelerinde artış genel büyüme ile beraber izlenir. Puberte öncesi, ortalama 10 yaş civarında baş büyümesi neredeyse

tamamlanmış olur (%96'sı) ve puberte ile belirgin bir değişim izlenmemektedir. Adolesan çağında lenfoid organlarda ise gerileme izlenir (8).

Yaşanan değişikliklere örnek verilecek olursa; lenf nodlarının gelişiminin hızlanması, kanlanmasının artması nedeniyle 20 yaşına nazaran 12 yaşında daha büyük boyutlarda olması sayılabilir (8).

Puberte; cinsel gelişim bulguları ile başlamaktadır. Cinsel gelişim ise; meme gelişimi, genital organlarının gelişimi, sekonder seks karakterlerinin gelişimi (ses değişikliği, yüzde kıllanma gibi), insanın çoğalma yetisini kazanması anlamına gelmektedir (9).

Cinsellik tanımlamasında cinsel ilişki sadece cinsiyet anlamına gelmemelidir. Cinsellik; duygusal, sosyal, kültürel ve fiziksel tüm değerlerin bir arada incelenmesi gereken ve puberteden çok önce başlayan bir gelişim sürecidir (10).

Biyolojik maturasyonun belirlenmesinde takvim yaşı yeterli olmayacağından (takvim yaşı ile eşzamanlı ilerlememektedir) sol-el bilek grafisinden belirlenecek kemik yaşı (Greulich ve Pyle Atlası standart grafiler) kullanılabilecek en güvenilir yöntemdir (11).

2.4. ADOLESANLARDA FİZİKSEL BÜYÜME EVRESİ

Adolesanlarda büyüme ekstremitelerde ve gövdede büyüme şeklinde iki kısımdan oluşmaktadır. Önce ekstremitelerin distal kısımları uzamaktadır. Gövdede uzama ivmesi ise ekstremite uzama ivmesinden bir yıl sonra başlar. Büyüme atak hızının zirve yapması, kızlarda erkeklerden 2 yıl önce görülmektedir. Büyüme döngüsünde etkili hormonların başlıcaları büyüme hormonu ve seks hormonlarıdır(8).

Adolesanlarda boyda artış kızlarda ortalama 10 yaş, erkeklerde ortalama 12 yaş sınırında başlar. Yaklaşık boy artışı erkeklerde 10-30 cm (santimetre), kızlarda ise 10-20 santimetre aralığında olup, özellikle 11-16 yaşları arasında görülen büyümenin ivme kazanması olayına 'Büyüme Atağı' adı da verilmektedir. Kızlarda büyüme atağı Tanner evrelemesi (meme) evre 2-3 de izlenirken; erkeklerde büyüme ivmesi Tanner evrelemesi (pubik kıllanma) evre 3-4 'de izlenmektedir (8).

Özellikle bu dönemde erişkin total kemik kitlesinin yaklaşık %37'si kazanılmakta olup, erişkin döneminde osteoporozun önlenmesinde önemli bir yer

tutmaktadır. Erişkinlerde kemik dansitesinde 20 yaş sonrasında artış izlenmediği, en fazla kemik kitlesinin puberte sırasında artarak puberte sonunda ulaşıldığı tespit edilmiştir (8).

Adolesanlarda yağ kitlesinde artış, pubertenin başlangıcında hem kız hem erkeklerde deri altı yağ kitlesinde azalma olmasından sonra artarak erişkin ağırlığının %50'si kazanılır.

Persentil değerlerinde yaşa göre boy ve ağırlık farkı % 15'i aşmamalıdır. Kas kitlesindeki değişiklikler ise erkeklerde kızlara nazaran daha fazla olup, kızlarda menarş ile başlarken, erkeklerde boy uzaması ile eşzamanlı başlar ve devam eder (8).

2.5. ADOLESANLARDA CİNSEL BÜYÜME EVRELERİ

Cinsel Gelişmenin başlangıcının, hipotalamo-pituiter-gonadal aksta meydana gelen değişikliklerle ile oluştuğu düşünülmektedir. Sırasıyla;

- Gonadotropin releasinghormon'un artmış pulsatil salınması ile Nokturnal PulsatilLuteinizehormon salınımının artması,
- Estradiol ve testesteronun, hipofiz ve hipotalamus üzerindeki duyarlılığının azalması ile Gonadotropin hormonlarının (LH ve FSH) salınımının artmaya başlaması
- Kızlarda pozitif geri bildirim adı verilen ve östrojenin salınımı ile Gonadotropin releasing hormon salınımının uyarılarak LH salınımında artış (ovulasyonun başlaması) ile karakterize bir sistem gelişmektedir.

2.5.1. Kız Adolesanlarda Cinsel Gelişim

Kız adolesanlarda; cinsel gelişim, Tanner evrelemesine uygun olarak meme gelişimi (aerola ve meme ucu gelişimi) ve genital kıllanma, (sekonder seks karakterlerinin) gelişimi şeklinde başlamaktadır (9).

Kızlarda meme gelişimi pubertenin ilk klinik bulgularındandır. Tanner Marshall yönetimine göre meme gelişimi ve pubik kıllanma 5 ayrı evrede izlenmektedir. Meme gelişimi yaklaşık 5; pubik kıllanma ise ortalama 2,5 senede tamamlanmaktadır. Görülen diğer değişiklikler arasında monslabiada belirginleşme, vajina derinliğinde artış ve vajinal bakteriyel florada değişikliklere bağlı olarak

vajinal ortamın asitleşmesi (menarştan 1 yıl sonra), dökülen epitelyum hücreleri ve servikal mukusun oluşturduğu fizyolojik beyaz renkli akıntı (lökore) sayılabilir (7).

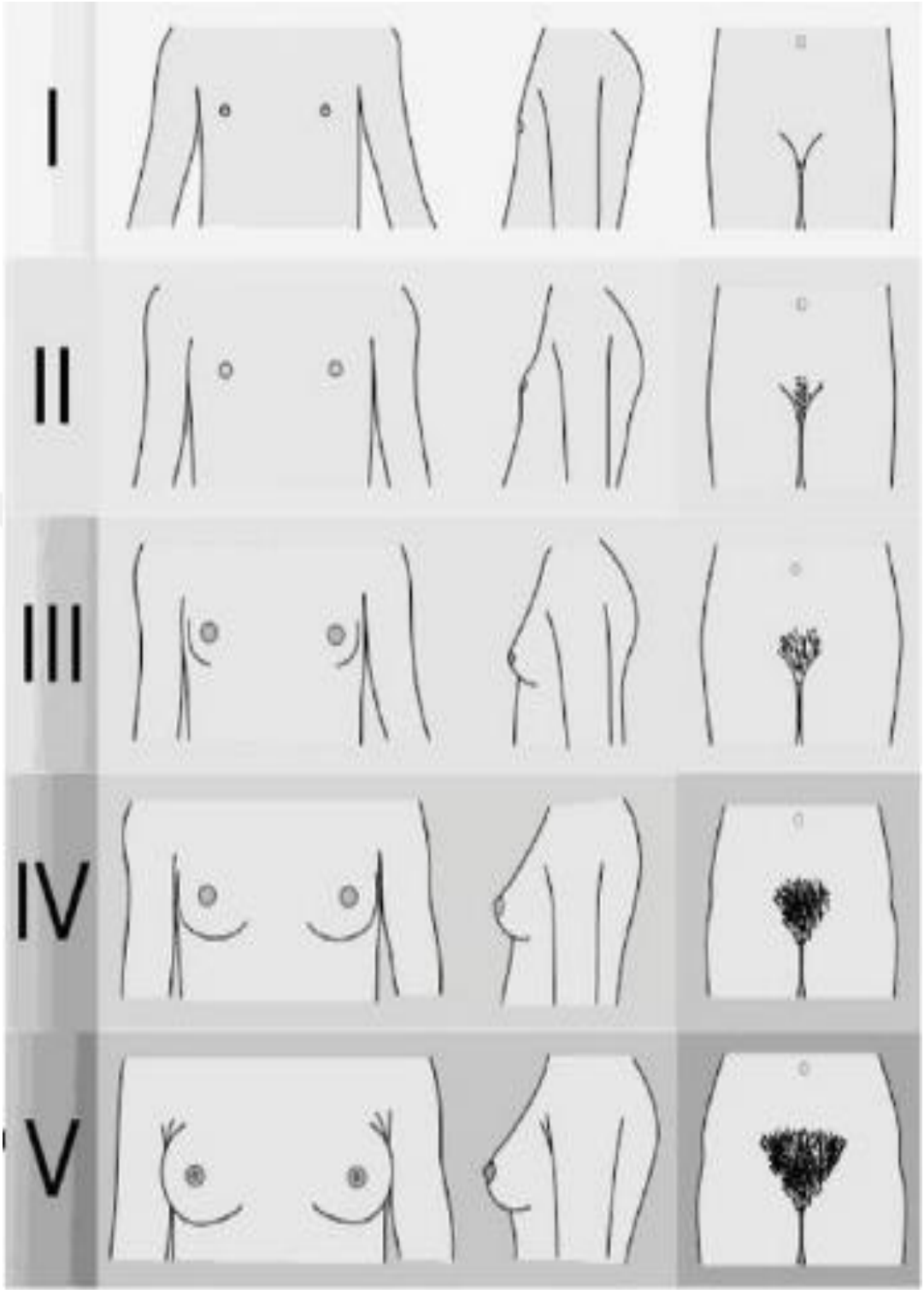
Ortalama menarş yaşı 12,5-13 arasında olup, meme gelişimini takiben 2 yıl sonra, ani boy artışından ise genellikle 1 yıl sonra beklenir (7).

2.5.1.1. Meme Gelişimi

- Evre 1: Puberte öncesi dönemdir ve memebaşı gözlenirken meme dokusu palpe edilemez.
- Evre 2: Meme tomurcuğunun belirmesi (telarş) olduğu evre. Aerola (meme başı) halkası hafif genişlemiştir ve hafif kabarıklık palpe edilebilir.
- Evre 3: Meme dokusu ve aerola genişler ama sınırları belirgin değildir ve birbirinden ayrılmazlar.
- Evre 4: Büyüme devam eder ve aerola memenin seviyesinin üstünde ikinci bir çıkıntı meydana getirir.
- Evre 5: Erişkin halini alan meme dokusunda, aerola meme seviyesine gerilerken papilla çıkıntılı bir şekilde görülür (11).

2.5.1.2. Pubik Kıllanma

- Evre 1: Puberte öncesidir. Pubik kıllanma başlamamıştır, sadece pubik bölgede birkaç ince tüy bulunabilir.
- Evre 2: Labia majorlar üzerinde uzun, seyrek, hafif pigmente kıllar belirir.
- Evre 3: Kılların sayısında artış gözlenir, kıllar uzar, kalınlaşır ve kıvrılma meydana gelerek pubise doğru yayılım gösterir.
- Evre 4: Kıl şekli ve özellikleri erişkin formunu almıştır (kalın, kıvırcık ve koyu renkli) ama kapladığı alan açısından erişkin formuna ulaşmamıştır.
- Evre 5: Kıllanma ters üçgen şeklinde tüm pubik bölgeyi kaplayacak şekilde erişkin formunu alır, uyluk iç yüzüne yayılım gösterir. Göbeğe yayılım olmamaktadır (11).



Şekil1.Kız adolesanlarda meme gelişimi ve pubik kıllanma

2.5.2. Erkek Adolesanlarda Cinsel Gelişim

Erkek Adolesanlarda; cinsel gelişim evreleri sırasıyla testis, penis boyutlarında artış ve pubik kıllanma şeklindedir. Erkeklerde pubertenin ilk bulgusu olan testis volümünde artış Tanner evrelemesine göre 5 ayrı evrede incelenir ve evre 5 'teki boyutları ortalama 20 ml 'dir. Testis boyutlarının değerlendirilmesinde en sık Prader Orşidometre yöntemi kullanılmaktadır. Pubertenin başlamasından yaklaşık 12-18 ay sonra penis boyutunda da artış başlamaktadır (penis çekilerek mons ile pubis arasındaki mesafe ölçülür) prepubertal boyutlarından (ortalama 6,2 cm) yetişkinlikteki boyutlarına (13 cm) ulaşır.

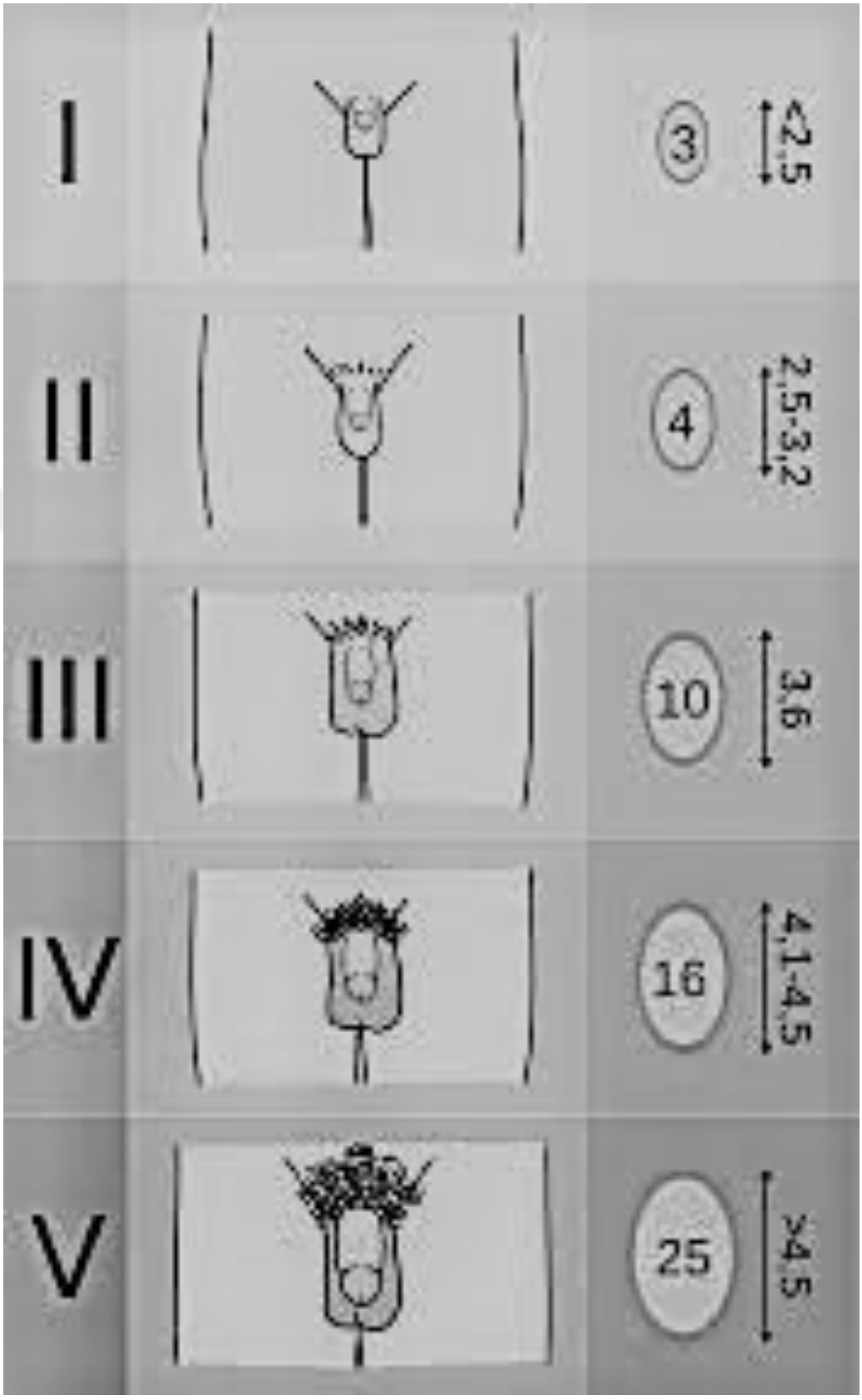
Pubik kıllanma ise, Tanner evrelemesine uygun olarak kıllanma olmayan evreden (evre 1) giderek tüm pubik bölgeyi kaplayan yetişkinlerdeki şeklinde, uyluk ve göbeğe yayılan kıllanmaya kadar (evre 5) devam eder (7).

2.5.2.1. Pubik Kıllanma

- Evre 1: Puberte öncesi dönem olup, pubis üzerinde olabilecek birkaç ince tüy dışında kıl yoktur.
- Evre 2: Penis kökünde seyrek koyu renkli kıllar belirmeye başlar.
- Evre 3: Pubis üzerinde koyu renkli kıllar sıklaşarak yayılmaya başlar.
- Evre 4: İyice yaygınlaşan kıllar (erişkindeki haline ulaşmamıştır) sık, kıvrık ve koyu renklidir.
- Evre 5: Tüm pubik bölgeyi kaplayan yetişkinlerdeki şeklinde, uyluk ve göbeğe yayılan kıllanma görülür. Yüz ve göğüs kıllanması da başlar (11).

2.5.2.2.Genital Gelişim

- Evre 1: Prepubertal dönemdir. Çocukluk dönemindeki testisler, skrotum ve penis boyutları izlenmektedir.
- Evre 2: Skrotum derisinde koyulaşma ve skrotum ile testis boyutlarında büyüme başlar.
- Evre 3: Penis boyutunda ve eninde artış başlar. Testis ve skrotumdaki büyüme ilerlemektedir.
- Evre 4: Penis, glans, testis ve skrotumdaki büyüme devam eder. Skrotum derisindeki koyulaşma artar. Glans belirginleşir.



Şekil-2 Erkek adolesanlarda pubik kıllanma ve genital gelişim

2.6. ERGENLERDE BESLENME

Ergenlik dönemi, büyüme ve gelişmenin en hızlı olduğu, çocukluktan erişkinliğe geçişi kapsayan önemli bir dönemdir. Bu dönemdeki fiziksel değişiklikler bedenin besin gereksinimlerini de değiştirmektedir. Enerji, protein, vitamin ve mineral gereksinimi arttığı gibi, iştah da artmıştır. Bu dönemde yeme alışkanlıkları ve besin seçimlerinde de değişiklik olmaktadır. Hayat boyu sürecek beslenme alışkanlıkları ergenlik döneminde yerleşir. Ergenlik döneminde yetersiz beslenme ya da kötü beslenme alışkanlıkları sonucunda ileriki yıllarda osteoporoz, şişmanlık, hiperlipidemi, cinsel gelişimde gecikme, kalp-damar hastalıkları ve kanser önemli sorun olarak karşımıza çıkar. Ergen beslenmesini değerlendirirken normal koşullarda günlük alması gereken miktarların bilinmesi gerekir. Dolayısıyla günlük beslenme şekli ve içeriği öyküde mutlaka sorgulanmalıdır. Her grup besini içeren sağlıklı bir diyet ve düzenli yapılan fizik egzersiz ergenlerin sağlıklı büyüme ve gelişmesini sağlayacaktır (12).

İnsan gereksinimlerinin başında gelen beslenme; büyüme, gelişme, sağlıklı ve üretken olarak uzun süre yaşamak için gerekli olan öğelerin alınması ve vücutta kullanılmasıdır. Yeterli ve dengeli beslenemeyen bir toplumun, sağlıklı ve iş görebilir bir güçte yaşaması, ekonomik ve sosyal refahın artması mümkün değildir. Yeterli ve dengeli beslenme sadece bireylerin yaşamsal faaliyetleri için değil, tüm toplumun gelişmesi için temel koşullarından birisi belki de en önemlisidir. Bu nedenle beslenme, günümüzde üzerinde önemle durulan konuların başında gelmektedir. Beslenme konusundaki araştırmalar, yetersiz beslenme kadar aşırı beslenmenin de sağlığı olumsuz yönde etkilediğini göstermektedir. Bireylerin refah düzeyleri ile ilişkili olarak toplumda beslenme ile ilgili değişik hastalıkları görmek mümkün olmaktadır. Kısaca beslenme şekline göre sağlık sorunları şekil değiştirmektedir (13).

Adolesan dönemi, yaşam boyu devam eden alışkanlıkların yerleştiği bir dönemdir. Sağlıksız beslenme alışkanlıkları da bu dönemde görülen riskli davranışlardandır. Adolesanların beslenme durumları birçok faktörden etkilenmektedir. Onların bu konudaki kendi bedenleri ile ilgili düşünceleri, algıları, genetik faktörleri, yaşam tarzları, alışkanlıkları vb. kişilerin sağlıklı ya da sağlıksız davranışı seçmelerini etkileyen faktörlerdendir. Beslenme alışkanlıklarını bilmek ve

bunların ekonomik, sosyodemografik faktörler ve sağlık ile olan ilişkilerini saptamak, beslenme alışkanlıklarının neden ve sonuçlarını anlamada yol gösterici olmaktadır (13).

2.7. ERGENLERDE BESLENME BOZUKLUKLARI

2.7.1. Obezite

Obezite vücutta aşırı yağ depolanması ile ortaya çıkan, fiziksel ve ruhsal sorunlara neden olabilen bir enerji metabolizması bozukluğudur. Tüketilenden daha fazla enerji alınması obezitenin en önemli nedenidir. Vücut yağ dokularının düzenlenmesi ve obezitenin etyolojisi çok faktörlü olup genetik yapı, çevresel uyarılar ve gelişimsel olgulardan etkilenmektedir (14).

Beslenme ve aktivite alışkanlıklarındaki değişmeler obezitenin daha sık görülmesine neden olmaktadır.

Özellikle genetik olarak yatkın çocuklarda, obezitenin çevresel faktörlerin etkisi ile ortaya çıktığı bilinmektedir. Çocuğun besin alımının, bebeklik dönemindeki beslenme alışkanlığı ile şekillendiği, ebeveynin beslenme özelliklerinin ve aile çevresinin obeziteye neden olabileceği çeşitli çalışmalarda gösterilmiştir. Diğer yandan obezite ve fazla kilolu olmak sedanter yaşam biçimi ve fiziksel aktivitenin azlığı ile çok yakından ilgilidir (14).

Erişkinlerin büyük çoğunluğunda obezite başlangıcının çocukluk çağlarına uzandığı bilinmektedir. Özellikle 4-11 yaşlarında başlayan obezitenin, erişkin dönemde de devam etmesi ve hipertansiyon, kardiyovasküler hastalıklar, diyabet gibi sorunlarla birlikteliği önemlidir. Bu nedenle çocukluk ve ergenlik döneminde obeziteden korunma ve tedavi giderek önem kazanmaktadır (14).

2.7.2. Anoreksiya Nervosa

Anoreksiya nervosa sıklıkla ergenlik ve genç erişkinlik döneminde başlayan, beden algısı bozukluğu ile ilişkili, kişinin fiziksel bütünlüğünü tehdit edecek şekilde yememesi ve kilo vermeye çalışılması ile karakterize yeme bozukluğudur. Olağan sayılan en düşük vücut ağırlığına sahip olmayı reddetme, kilo almaktan aşırı korkma, beklenenin %85'inin altında bir vücut ağırlığına yol açan kilo kaybının olması hastalığın temel belirtileridir. Yüzyıllar önce mistik anlamlar yüklenen bu davranış,

günümüzde amenore, hormonal bozukluklar, kabızlık gibi fiziksel belirtileri de içeren, psikiyatrik bir bozukluk olarak kabul edilmektedir (15).

Yeme bozukluklarının etiyolojisinde organik ve psikolojik pek çok etken yer almaktadır. Psikoanalitik kurama göre yeme davranışının bir diğer anlamı gebe olmadır. Cinsel dürtüleri ile başa çıkamayan bu bireyler, oral doyumun cinsel haz ile ilişkilendirildiği bir döneme gerilerler. Cinsel uyarılma sürdüğü için oral doyuma uygulanan yasak giderek ağırlaşmaktadır. Anoreksiya nervosanın, ödipal çatışmasını tamamlayamamış ergenlerde ilkel bir savunma düzeneği olarak ortaya çıktığı düşünülmektedir. Bu olguların ergenlik döneminde, kimlik oluşumu aşamasında zorlandıkları, bunu reddederek, bir çocuk bedenine sahip olmayı tercih ettikleri kabul gören görüşler arasındadır. Anoreksiya, ergenlerde, bağımsız olma beklentisine ve aynı zamanda sosyal ve cinsel işlevsellikteki artmaya karşı ortaya çıkabilmektedir. Bu hastaların bebeklik döneminde fiziksel ve ruhsal gereksinimleri açısından ihmal edilmiş olduğunu savunan görüşler de vardır (15).

2.8. DİKKAT EKSİKLİĞİ VE HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU

Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu (DEHB), işlevsel bozulmaya neden olan dikkat eksikliği, aşırı hareketlilik ve dürtüsellikle karakterize, yüksek oranda eş bozukluk gösteren, kronik nörogelişimsel bir bozukluktur. Çocukluk çağı DEHB'si sıklıkla ergenlik ve erişkinlik çağında sürer ve tedaviye devam etmeyi gerektirir. DEHB'nin bazı belirtileri ergenlik çağında değişebilir. Ergenlik çağında DEHB tedavisine uyum kötüdür; yaşamlarının bir döneminde tedavi alan çocukların yarısından fazlası ergenlik çağında tedaviyi keser (16).

2.9. ERGENLERDE ANEMİ

Beslenme yetersizliğine bağlı anemi ülkemizde önemli sorunlardan birisidir. Ergenlerde anemi prevalansı ülkemizde yaklaşık %15-40 olarak bildirilmiştir. Ergenlik döneminde hızlı büyüme ile beraber kızlarda menstruasyonun başlaması, yeme bozuklukları, zayıflama diyetleri demir eksikliği anemisini ortaya çıkarmaktadır. Kırmızı et, sakatat, mercimek, fasülye, bezelye, yumurta, brokoli, ıspanak, kurutulmuş meyve sebzeler demirden zengin besinlerdir. Besinlerle alınan demirin sadece 1/10'u emilmesine rağmen ergenlere demirden zengin gıdalar

tüketmesi önerilmelidir. Askorbik asitten zengin meyve ve sebzelerin demir içeren gıdalarla alınması demir emilimini arttıracaktır. Demirden zengin gıdaların süt ve süt ürünleri ile birlikte tüketilmemesi, çay tüketiminin azaltılması öneriler arasında bulunmalıdır (4).

Demir içeriği ve demir emilim oranı iyi olan etlerin genellikle ekonomik nedenlerle yeterince tüketilememesi çocukluk ve ergenlikte aneminin başlıca nedenini oluşturur (17).

Hekimler, herhangi bir nedenle doktora getirilen çocuğu demir eksikliği anemisi yönünden de değerlendirmeli, koruyucu veya tedavi edici demir önermenin yanı sıra demirin bilişsel fonksiyonlardaki önemini çocuğa ve aileye iyice anlatarak en az üç ay süreli olan tedaviye uyumu sağlamalıdır. Demir eksikliği anemisinin birinci basamak hekimlerince tanı ve tedavisi mümkündür (17).

2.10. TİROİD BEZİ HASTALIKLARI

Tiroid bezi 3. gestasyonel haftada ilkel ön barsaktan gelişir. Ortalama 20 gr ağırlığında olan bir bezdir. Bir istmusla birleşen iki lobdan oluşur. Tiroid foliküler hücreleri tiroid hormonu, parafoliküler hücreleri ise kalsitonin salınımından sorumludur. Tiroid hormon sekresyonu hipotalamus-hipofiz-tiroid aksının kontrolündedir. Tiroid hormonlarının %99,8'i serum proteinlerine bağlı olarak bulunur; globulin (%70), prealbumin (%20) ve albumin (%10). Aktif formu dolaşımda serbest bulunan hormondur. Atreosis, lateral aberrantiroid, lingualtiroid, tiroglossal kanal kisti tiroid bezi anomalileridir (18).

2.10.1.Hipertiroidi-Tirotoksikoz

Nedenleri:

-Toksik diffüz guatr (Graves hastalığı)

-Toksik noduler guatr

Toksik adenom (Plummer Hastalığı)

Toksik multinoduler guatr

-Tiroidit

Subakut granulomatöz

Subakut lenfositik

Kronik lenfositik (Hashitoksikozis)

-İlaç alımına bağlı

İyot ve iyot içeren ilaçlara bağlı

Tirotoksikozis faktisya

Tirotoksikozis medikamentoza

-Tiroid karsinomu

-TSH salgılayan hipofiz tümörü

-Toksik struma overi (ektopik hipertiroidizm)

-Trofoblastik tümörler

Koriokarsinom

Hidatiform mole

-Testislerin embriyonel hücreli karsinomu (18).

2.10.2.Hipotiroidizm:

Nedenleri

-Primer hipotiroidizm

Hashimototiroiditi

Hipertiroidizmde tedavi amaçlı I131 uygulaması

Boyun bölgesine eksternal ışınlama

Subtotal veya total tiroidektomi

İyot eksikliği ya da fazlalığı

Bazı ilaçlar (amiadaron, lityum ve sitokinler)

Kalıtsal tiroid hormonu yapım bozuklukları

Tiroid bezinin doğumsal gelişme bozuklukları

-Sekonder hipotiroidizm

Hipofizde tümör, travma, infarkt, cerrahi

-Tersiyer hipotiroidizm

Hipotalamusta enfeksiyon, tümör, infarkt

-Geçici hipotiroidizm

Subakut tiroidit (18).

2.10.3.Tiroiditler

Akut süpüratif, subakut granulamatoz, subakut lenfositik, kronik lenfosittik tiroidit (Hashimato), Riedel tiroiditi tiroidin enflamatuar hastalıklarıdır (18).

2.10.4.Tiroid Nodülleri

Genel popülasyonda nodül prevalansı; palpasyonla %3-7, otopsi serilerinde %50-60, yüksek rezolusyonlu ultrason ile %50-70'tir. Nodül görülme sıklığı yaş ilerledikçe artar. Kadınlarda erkeklerden 4 kat fazladır. İyot eksikliği, baş ve boyuna radyasyon alınması ve TSH gen mutasyonları nodül oluşum riskini artırır (18).

2.10.5.Tiroid Kanserleri

En sık görülen endokrin malignite olan tiroid kanserleri tüm kanserlerin %1 ini oluşturur. Sarkom, fibrosarkom, epidermoid kanser ve nukoepidermoid kanser çok ender karşılaşılan primer tiroid kanserleridir. Metastatik tiroid kanserleri klinikte çok nadir görülmekle birlikte tiroid dışı malignite nedeniyle ölen hastaların otopsilerinde %3-20 oranında tiroid bezine metastaz saptanır.

Tiroidin malign tümörlerinde etkinliği kesin olarak gösterilmiş tek etken radyasyona maruz kalmaktır. Bunun dışında kesin olarak kanıtlanmamış olmakla birlikte bir takım faktörler de diyet (iyot eksikliği), seks hormonları (kadın cinsiyet), çevresel faktörler ve genetik yatkınlık (Cowden Sendromu, familyal adonomatöz polipozis koli, aile bireylerinde tiroid kanseri) tiroid kanseri oluşumunu artırmaktadır (18).

-Papiller Tiroid Kanseri

-Folliküler Tiroid Karsinomu

-Hürtle Hücreli Karsinom

-Medüller Karsinom

-Anaplastik Karsinoma

-Lenfoma

-Metastatik Karsinoma

3- GEREÇ VE YÖNTEMLER

3.1. ARAŞTIRMA PROJESİ

"2007-2015 Yılları Arasında Gençlik Danışmanlık ve Sağlık Hizmet Merkezi'ne Başvuran Ergenlerin Demografik ve Laboratuvar Verilerinin Değerlendirilmesi" adlı çalışma 26 Haziran 2016 tarih ve 10 karar no ile İzmir Tepecik Eğitim Araştırma Hastanesi Bilimsel Etik Kurul'u tarafından uygun görülmüştür (Ek-1). Bu araştırmada, İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Alsancak Semt Polikliniği, ÇİDEM Gençlik Danışmanlık ve Sağlık Hizmet Merkezi'ne kendi isteğiyle veya ailesinin isteğiyle başvuran, 11-24 yaş arası ergenlerde menarş/pubarş yaşlarının, anemi mevcut olup olmamasının, hipo/hiper/ötiroidik olmalarının, obezite/düşük kiloluluk mevcut olup olmamasının, dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu tanısının mevcut olup olmamasının, eğitim durumlarının medeni durumlarının ve ebeveyn mesleklerinin araştırılması hedeflenmiştir.

3.2. ARAŞTIRMANIN TİPİ VE SÜRESİ

Bu çalışma, İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Alsancak ÇİDEM/Gençlik Danışmanlık ve Sağlık Hizmet Merkezi'ne 2007 - 2015 arası 9 yıllık zaman diliminde başvuran ergenleri incelemek amacıyla planlanan tanımlayıcı ve kesitsel bir çalışmadır.

3.3. ARAŞTIRMANIN YERİ

Araştırma, İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Alsancak ÇİDEM/Gençlik Danışmanlık ve Sağlık Hizmet Merkezi'nde yürütülmüştür. Merkez sosyoekonomik düzeyi yüksek bir bölgede yer almakta olup, İzmir ilinin geneline hizmet vermektedir (Tablo-2). Bunu sağlayan en büyük sebep ulaşılabilirliğidir. Alsancak tren garının ve metrosunun ve de birçok yerden ulaşım sağlanabilen otobüs hatlarının duraklarının hemen yakınında olmasıdır. Merkezde 11 – 24 yaş arası gençlerin sağlıklı gelişimlerinin takibi, beslenme danışmanlığı, cinsel danışmanlık, psikolojik danışmanlık, aile danışmanlığı, adli sebeplerle gelen ergenlerin takibi vb. hizmetler verilmektedir. Ergen takibinin büyük bir ekip işi olması gerekmektedir, bu

sebeple merkez bünyesinde bir aile hekimliği uzmanı, aile hekimliği asistanları, çocuk psikiyatristleri, bir ergen sağlığı psikoloğu ve de bir ergen sağlığı hemşiresi barındırması bu gerekliliği optimal şartlarda karşılamaktadır.

3.4. ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE EVRENİN TANITILMASI

Çalışmanın evrenini; İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Alsancak ÇİDEM Gençlik Danışmanlık ve Sağlık Hizmet Merkezi'ne 2007 – 2015 yılları arası 9 yıllık zaman diliminde kendi isteğiyle ya da ailesinin isteğiyle başvuran ergenlerden kriterleri sağlayan 1023 ergen oluşturdu.

3.5. ARAŞTIRMANIN KABUL VE DIŞLANMA KRİTERLERİ

Kabul Edilme Kriterleri:

1. İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Alsancak ÇİDEM Gençlik Danışmanlık ve Sağlık Hizmet Merkezi'ne başvurmuş olmak.
2. 2007 – 2015 yılları arasında başvurmuş olmak.
3. 11 – 24 yaş arasında olmak.
4. Sözel onaylarının olması.

Dışlanma Kriterleri:

1. 11 – 24 yaş aralığında olmamak.
2. 2007 – 2015 yılları dışında başvurmuş olması.
3. Verilerinin eksik olması.
4. Sözel onaylarının olmaması.
5. Ergenin başvuru sebebinin kendi isteğiyle veya ailesinin isteğiyle olması dışında olması.

3.6. ARAŞTIRMA İZİNLERİ

Araştırma için gerekli izin Tepecik Eğitim Araştırma Hastanesi Etik Kurul Komitesi'nden alınmıştır. Kendi isteğiyle veya ailesinin isteğiyle başvuran ergenler başvuruları sırasında ileride dosya ve hastane bilişim sistemi bilgilerine isim belirtmeksizin ulaşılabileceği konusunda bilgilendirilmiş olup, sözel onayları alınmıştır.

3.7. ARAŞTIRMANIN VERİ KAYNAKLARI VE UYGULAMA ŞEKLİ

Araştırmada İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Alsancak ÇİDEM Gençlik Danışmanlık ve Sağlık Hizmet Merkezi'ne 2007 – 2015 yılları arasında başvuran ergenlerin tüm verilerinin mevcut olması üzerine 1023 ergen dahil edilmiş olup bunların dosya ve hastane bilişim sistemi kayıtları geriye dönük taranmıştır.

3.8. İSTATİKSEL VERİLER

Dosyalardan ve hastane bilişim sisteminden elde edilen veriler SPSS Statistics Version 21 istatistik paket programına aktarılarak verilerin istatistiksel analizi yapıldı. Rakamsal verilerin aritmetik ortalamaları, ortanca değerleri, minimum ve maksimum değerleri hesaplandı. Kategorik verilerin sayı (n) ve yüzdeleri (%) saptandı. Dosyalardan ve hastane bilişim sisteminden elde edilen verilere göre her bir katılımcı için puanlandı ve sonuçları değerlendirildi. Kategorik verilerin karşılaştırılmasında ki-kare testinden, iki grup arasındaki ortalamaların karşılaştırılmasında student's t testi ve fisher testinden yararlanıldı. Ergen yaş grupları ve eğitim durumları ordinal veriler Kruskal Wallis testi kullanıldı. $P<0,05$ anlamlı olarak kabul edildi.

Çalışmada aşağıdaki demografik ve laboratuvar parametrelerine bakıldı:

- Yaş; 11-14 yaş arası erken ergenlik dönemi, 15-17 yaş arası orta ergenlik dönemi, 18-24 yaş arası geç ergenlik dönemi olarak kabul edilmiştir.
- Cinsiyet
- Medeni durumu
- Eğitim durumu
- Anne meslek
- Baba meslek
- Anne – babanın beraber olup olmaması
- Obezite; BMI'inin 30 kg/m^2 üzerinde olanlar obez olarak kabul edilmiştir.
- Düşük Kilololuk; BMI'inin 18 kg/m^2 altında olanlar düşük kilolu kabul edilmiştir.
- Anemi; hemoglobin değerlerinin kadınlarda 12 mg/dl, erkeklerde 12,5 mg/dl altında olması anemi olarak kabul edilmiştir.

- Hipo/hiper/ötiroidi; TSH değerlerinin 4 mlU/mL üzerinde olması hipotiroidi, TSH değerlerinin 2,5 mlU/mL altında olması hipertiroidi olarak kabul edilmiştir.
- Dikkat Eksikliği Hiperaktive Bozukluğu tanısının varlığı
- Menarş/Ejakülasyon yaşları; 10-15 yaş arası zamanında puberte olarak kabul edilmiştir.

4-BULGULAR

Öncelikle elde ettiğimiz verilerin yüzde dağılımları yapıldı. Bu veriler Tablo-1'de verildi.

Tablo 1. Katılımcıların Sosyodemografik ve Laboratuvar Verilerinin Değerlendirilmesi

		n	%
Cinsiyet	Kadın	508	49,7
	Erkek	515	50,3
Yaş aralıkları	11-14 yaş	516	50,4
	15-17 yaş	378	37,0
	18-24 yaş	129	12,6
Medeni durumları	Bekar	1012	98,9
	Evli	9	0,9
	Boşanmış	2	0,2
Anne mesleği	Ev Hanımı	450	44,3
	Emekli	84	8,3
	Memur	271	26,7
	Serbest meslek	94	9,3
	İşçi	116	11,4
Baba mesleği	İşsiz	14	1,3
	Emekli	134	13,2
	Memur	316	31,2
	Serbest meslek	300	29,6
	İşçi	249	24,6
Anne ve Baba beraberler mi?	Evet	878	85,8
	Hayır	145	14,2
Eğitim durumu	Eğitime devam ediyor	981	95,9
	İlkokul mezunu	7	0,7
	Ortaokul mezunu	18	1,8
	Lise Mezunu	17	1,7
Kilo durumu	Normal kilolu	807	78,8
	Obez	61	6,0
	Düşük Kilolu	155	15,2
Anemi	Var	182	17,8
	Yok	841	82,2
Tiroid düzeyleri	Hipotiroidik	73	7,1
	Ötiroidik	947	92,6
	Hipertiroidik	3	0,3
DEHB	Var	49	4,8
	Yok	974	95,2
Puberte yaşları	10-15 yaş arası	1017	99,4
	<10 yaş	1	0,1
	>15 yaş	5	0,5

Çalışmaya 508'i kadın (%49,7) ve 515'i erkek (%50,3) olmak üzere 1023 kişi dahil edildi.

Katılımcıların ortalama yaşı 13,7±1,76 yıl (min:11, max:24), ortanca yaş 14 yıl olarak bulundu. Kadınların ortalama yaşı 13,6±1,93 yıl (min:11, max:24), erkeklerin ortalama yaşı 13,9±1,29 yıl (min:11, max:24) olup cinsiyete göre yaşlar arasında anlamlı fark bulunmadı ($p>0,05$).

Çalışmamıza dahil edilen 1023 ergenin 516'sının erken ergenlikte (11-14 yaş arası) (%50,4), 378'inin orta ergenlikte (15-17 yaş arası) (%37,0), 129'unun geç ergenlikte (18-24 yaş arası) (%12,6) olduğu saptandı.

Çalışmamıza dahil edilen 1023 ergenin 981'i eğitimine halen devam ediyor (%95,9), 7'si ilkokul mezunu (%0,7), 18'i ortaokul mezunu (%1,8), 17'si lise mezunu (%1,7) olduğu saptandı.

Katılımcıların 1012'sinin bekar (%98,9), 9'unun evli (%0,9), 2'sinin boşanmış (%0,2) olduğu görüldü.

Araştırmaya dahil edilen 1023 ergenin ikamet yerleri Tablo-2' de verildi.

Katılımcıların beyanlarına göre annelerinden ev hanımı olanların sayısının 458 (%44,8), emekli olanların sayısının 84 (8,2), memur olanların sayısının 271 (%26,5), serbest meslek olanların sayısının 94 (%9,2), işçi olanların sayısının 116 (%11,3) olduğu saptandı. Bu meslek grupları yüzde dağılımları yapılırken annesini kaybeden 8 ergen toplam sayıya dahil edilmemiştir.

Katılımcıların beyanlarına göre babalarından işsiz olanlar olanların sayısının 24 (%2,3), emekli olanların sayısının 134 (%13,1), memur olanların sayısının 316 (%30,9), serbest meslek olanların sayısının 300 (%29,3), işçi olanların sayısının 249 (%24,3) olduğu saptandı. Bu meslek grupları yüzde dağılımları yapılırken babasını kaybeden 10 ergen toplam sayıya dahil edilmemiştir.

Çalışmamızda katılımcıların beyanlarına göre 878'inin (%85,8) anne-babası beraber yaşıyorken, 145'inin (14,2) anne-babasının ayrı olduğu saptandı.

Katılımcıların 807'sinin normal kilolu (bmi 18-30 arası) (%78,8), 61'inin obez (bmi>30) (%6,0), 155'inin düşük kilolu (bmi<18) (%15,2) olduğu saptandı.

Araştırmaya dahil edilen 73 ergenin hipotiroidik (%7,1), 947 ergenin ötiroidik (%92,6), 3 ergenin hipertiroidik (%0,3) saptandı.

Çalışmaya dahil edilen ergenlerin 182'sinde anemi tespit edilirken (%17,8), 841'inde (%82,2) anemi olmadığı tespit edildi.

Katılımcıların 49'unda DEHB tanısı varken (%4,8), 974'ünde DEHB tanısı yoktu (%95,2).

Araştırmaya dahil edilen ergenlerin menarş/ejakülasyon yaşlarına göre 1017'si zamanında puberte (%99,4), 1'i zamanından önce puberte (%0,1), 5'i zamanından geç puberte (%0,5) olarak değerlendirildi.

Araştırmanın yapıldığı merkez İzmir'in Alsancak semtinde olmasına rağmen il genelinden ulaşılabilirliği yüksek orandadır. Bunu sağlayan en büyük sebep Alsancak tren garının ve metrosunun ve de birçok yerden ulaşım sağlanabilen otobüs hatlarının duraklarının hemen yakınında olmasıdır.

Tablo2. Ergenlerin ikamet yerleri

	Kişi Sayısı	Yüzdesi
Aliağa	2	,2
Balçova	21	2,1
Bayraklı	61	6,0
Bergama	11	1,1
Bornova	171	16,7
Buca	197	19,3
Çiğli	38	3,7
Gaziemir	25	2,4
Güzelbahçe	5	,5
Karabağlar	137	13,4
Karşıyaka	106	10,4
Kemalpaşa	2	,2
Konak	202	19,7
Menderes	2	,2
Menemen	7	,7
Narlıdere	23	2,2
Seferihisar	1	,1
Selçuk	1	,1
Torbalı	1	,1
Urla	2	,2
İzmir dışı	8	,8
Total	1023	100,0

4.1. CİNSİYET

Çalışmaya dahil edilen kadınların %46'sının 11-14 yaş aralığında, %38,6'sının 15-17 yaş aralığında, %15,4'ünün 18-24 yaş aralığında olduğu saptandı. Çalışmaya dahil edilen erkeklerin ise %54,8'inin 11-14 yaş aralığında, %35,3'ünün 15-17 yaş aralığında, %9,9'unun 18-24 yaş aralığında olduğu saptandı. Sonuç olarak; erkeklerin kadınlara oranla daha küçük yaş gruplarında başvuruyor olduğu bulundu.

Çalışmaya dahil edilen kadınların %95,7'sinin eğitimine devam ediyor, %2'sinin lise mezunu, %1,8'inin ortaokul mezunu, %0,5'inin ilkokul mezunu olduğu saptandı. Çalışmaya dahil edilen erkeklerin %96,1'inin eğitimine devam ediyor, %1,4'ünün lise mezunu, %1,8'inin ortaokul mezunu, %0,7'sinin ilkokul mezunu olduğu saptandı.

Araştırmaya dahil edilen kadınların %98,8'inin bekar, %1,2'sinin evli veya boşanmış olduğu saptandı. Araştırmaya dahil edilen erkeklerin %99'unun bekar, %1'inin evli veya boşanmış olduğu saptandı.

Çalışmaya dahil edilen kadınların beyanlarına göre annesinin %45'inin ev hanımı, %9'unun emekli, %24,4'ünün memur, %11,1'inin serbest meslek, %10,5'inin işçi olduğu saptandı. Çalışmaya dahil edilen erkeklerin beyanlarına göre annesinin %43,6'sının ev hanımı, %7,7'sinin emekli, %28,9'unun memur, %7,5'inin serbest meslek, %12,3'ünün işçi olduğu saptandı.

Araştırmaya dahil edilen kadınların beyanlarına göre babasının %1,6'sının işsiz, %13,3'ünün emekli, %28,9'unun memur, %34,6'sının serbest meslek, %21,6'sının işçi olduğu saptandı. Araştırmaya dahil edilen erkeklerin beyanlarına göre babasının %1,1'inin işsiz, %13,1'inin emekli, %33,5'inin memur, %24,8'inin serbest meslek, %27,5'inin işçi olduğu saptandı.

Çalışmaya dahil edilen kadınların beyanlarına göre ebeveyninden %14'ünün ayrı, %86'sının birlikte olduğu saptandı. Çalışmaya dahil edilen erkeklerin beyanlarına göre ebeveyninden %14,4'ünün ayrı, %85,6'sının birlikte olduğu saptandı.

Araştırmaya dahil edilen kadınların %5,9'unun obez, %14'ünün düşük kilolu, %80,1'inin normal kilolu olduğu saptandı. Araştırmaya dahil edilen erkeklerin %6'sının obez, %16,3'ünün düşük kilolu, %77,7'sinin normal kilolu olduğu

saptandı. Sonuç olarak; erkeklerde kadınlara oranla daha fazla oranda düşük kiloluluk olduğu saptandı.

Çalışmaya dahil edilen kadınların %91,7'sinin ötiroidik, %7,9'unun hipotiroidik, %0,4'ünün hipertiroidik olduğu saptandı. Çalışmaya dahil edilen erkeklerin %93,4'ünün ötiroidik, %6,4'ünün hipotiroidik, %0,2'sinin hipertiroidik olduğu saptandı.

Araştırmaya dahil edilen kadınların %21,9'unda anemi tespit edilirken, %78,1'inde anemi tespit edilmedi. Araştırmaya dahil edilen erkeklerin %13,8'inde anemi tespit edilirken, %86,2'sinde anemi tespit edilmedi. Sonuç olarak; kadınlarda anemi oranı erkeklere göre yüksek bulundu, bu fark istatiksel olarak anlamlıydı ($p<0,05$).

Çalışmaya dahil edilen kadınların %0,1'inde DEHB tanısı varken, %99,9'unda DEHB tanısı yoktu. Çalışmaya dahil edilen erkeklerin %8,5'inde DEHB tanısı varken, %91,5'inde DEHB tanısı yoktu. Sonuç olarak; erkeklerde DEHB tanısı oranı kadınlara göre yüksek bulundu, bu fark istatiksel olarak anlamlıydı ($p<0,05$).

Araştırmaya dahil edilen kadınların %0,2'sinin puberteye erken, %0,8'inin puberteye geç, %99'unun puberteye normal yaşında girmiş olduğu saptandı. Araştırmaya dahil edilen erkeklerin %99,8'inin puberteye normal yaşında girmiş olduğu, %0,2'sinin puberteye geç girmiş olduğu, puberteye erken giren hiç erkek olmadığı saptandı.

4.2. YAŞ

Araştırmaya dahil edilen 11-14 yaş aralığındaki ergenlerin %45,4'ünün kadın, %54,6'sının erkek olduğu saptandı. Araştırmaya dahil edilen 15-17 yaş aralığındaki ergenlerin %51,9'unun kadın, %48,1'inin erkek olduğu saptandı. Araştırmaya dahil edilen 18-24 yaş aralığındaki ergenlerin %60,5'inin kadın,%39,5'inin erkek olduğu saptandı. Sonuç olarak; geç ergenlikte başvuranların erken ergenlikte başvuranlara göre daha çoğunun kadın olduğu bulundu.

Çalışmaya dahil edilen 11-14 yaş aralığındaki ergenlerin %99'unun eğitimine devam ediyor, %0,8'inin ilkokul mezunu, %0,2'sinin ortaokul mezunu olduğu saptandı. 15-17 yaş aralığındaki ergenlerin %96'sının eğitimine devam ediyor, %0,3'ünün ilkokul mezunu, %3,7'sinin ortaokul mezunu olduğu saptandı. 18-24 yaş

aralığındaki ergenlerin ise %83'ünün eğitimine devam ediyor, %1,6'sının ilkokul mezunu, %2,3'ünün ortaokul mezunu, %13,1'inin lise mezunu olduğu saptandı. Sonuç olarak; geç ergenlikte başvuran ergenlerin erken ergenlikte başvuranlara göre okulu bırakma oranlarının daha fazla olduğu bulundu.

Araştırmaya dahil edilen 11-14 yaş aralığındaki ergenlerin tamamının bekar olduğu saptandı. 15-17 yaş aralığındaki ergenlerin %0,5'inin evli, %99,5'inin bekar olduğu saptandı. 18-24 yaş aralığındaki ergenlerin %5,4'ünün evli, %1,6'sının boşanmış, %93'ünün bekar olduğu saptandı. Sonuç olarak; geç ergenlikte başvuran ergenlerin erken ergenlikte başvuranlara göre evlenme oranlarının daha çok olduğu bulundu.

Çalışmaya dahil edilen 11-14 yaş aralığındaki ergenlerin beyanlarına göre annesinin %47,8'inin ev hanımı, %5,7'sınıi emekli, %25,2'sinin memur, %10,4'ünün serbest meslek, %10,9'unun işçi olduğu saptandı. 15-17 yaş aralığındaki ergenlerin beyanlarına göre annesinin %40'ının ev hanımı, %10,4'ünün emekli, %28,5'inin memur, %8,8'inin serbest meslek, %12,3'ünün işçi olduğu saptandı. 18-24 yaş aralığındaki ergenlerin beyanlarına göre annesinin %43,4'ünün ev hanımı, %12,4'ünün emekli, %27,1'inin memur, %6,2'sinin serbest meslek, %10,9'unun işçi olduğu saptandı.

Araştırmaya dahil edilen 11-14 yaş aralığındaki ergenlerin beyanlarına göre babasının %1,6'sının işsiz, %10,5'inin emekli, %29'unun memur, %32,2'sinin serbest meslek, %26,7'sinin işçi olduğu saptandı. Araştırmaya dahil edilen 15-17 yaş aralığındaki ergenlerin beyanlarına göre babasının %3,2'sinin işsiz, %12,2'sinin emekli, %32,8'inin memur, %28,8'inin serbest meslek, %23'ünün işçi olduğu saptandı. Araştırmaya dahil edilen 18-24 yaş aralığındaki ergenlerin beyanlarına göre babasının %3,1'inin işsiz, %26,4'ünün emekli, %32,6'sının memur, %19,4'ünün serbest meslek, %18,7'sinin işçi olduğu saptandı.

Çalışmaya dahil edilen 11-14 yaş aralığındaki ergenlerin beyanlarına göre ebeveyninin %12,4'ünün ayrı, %87,6'sının beraber olduğu saptandı. Çalışmaya dahil edilen beyanlarına göre 15-17 yaş aralığındaki ergenlerin ebeveyninin %15,1'inin ayrı, %84,9'unun beraber olduğu saptandı. Çalışmaya dahil edilen 18-24 yaş aralığındaki ergenlerin beyanlarına göre ebeveyninin %18,6'sının ayrı, %81,4'ünün beraber olduğu saptandı. Sonuç olarak; geç ergenlikte başvuran ergenlerin erken

ergenlikte başvuranlara göre ebeveyninin ayrı olma oranlarının daha fazla olduğu bulundu.

Araştırmaya dahil edilen 11-14 yaş aralığındaki ergenlerin %4,3'ünün obez, %19,2'sinin düşük kilolu, %76,5'inin normal kiloda olduğu saptandı. Araştırmaya dahil edilen 15-17 yaş aralığındaki ergenlerin %7,1'inin obez, %11,9'unun düşük kilolu, %81'inin normal kiloda olduğu saptandı. Araştırmaya dahil edilen 18-24 yaş aralığındaki ergenlerin %9,3'ünün obez, %8,5'inin düşük kilolu, %82,2'sinin normal kiloda olduğu saptandı. Sonuç olarak; erken ergenlik grubunda geç ergenlik gruplarına göre düşük kilololuluk daha yüksek bulundu, bu fark istatiksel olarak anlamlıydı ($p<0,05$), geç ergenlik grubunda erken ergenlik grubuna göre obezite daha yüksek bulundu.

Çalışmaya dahil edilen 11-14 yaş aralığındaki ergenlerin %4,8'inin hipotiroidik, %0,2'sinin hipertiroidik, %95'inin ötiroidik olduğu saptandı. Çalışmaya dahil edilen 15-17 yaş aralığındaki ergenlerin %8,5'inin hipotiroidik, %91,5'inin ötiroidik olduğu saptandı. Çalışmaya dahil edilen 18-24 yaş aralığındaki ergenlerin %12,4'ünün hipotiroidik, %1,6'sının hipertiroidik, %86'sının ötiroidik olduğu saptandı. Sonuç olarak; geç ergenlik grubunda erken ergenlik grubundakilere göre hipotiroidi fazla oranda bulundu, bu fark istatiksel olarak anlamlıydı ($p<0,05$).

Araştırmaya dahil edilen 11-14 yaş aralığındaki ergenlerin %16,9'u, 15-17 yaş aralığındaki ergenlerin %18,5'i, 18-24 yaş aralığındaki ergenlerin %19,4'ü anemik saptandı. Sonuç olarak; geç ergenlik gruplarında erken ergenlik gruplarına göre anemi daha fazla oranda bulundu.

Çalışmaya dahil edilen 11-14 yaş aralığındaki ergenlerin %6,2'sinde, 15-17 yaş aralığındaki ergenlerin %2,9'unda, 18-24 yaş aralığındaki ergenlerin %4,7'sinde DEHB tanısı saptandı.

4.3. EĞİTİM DURUMU

Araştırmaya dahil edilen ve eğitimine devam etmekte olan ergenlerin %49,5'i kadın, %50,5'i erkek saptandı. Araştırmaya dahil edilen ve ilkokul mezunu ergenlerin %42,9'u kadın, %57,1'i erkek saptandı. Araştırmaya dahil edilen ve ortaokul mezunu ergenlerin %50'si kadın, %50'si erkek saptandı. Araştırmaya dahil edilen ve lise mezunu ergenlerin %58,8'i kadın, %41,2'si erkek saptandı.

Çalışmaya dahil edilen ve eğitimine devam etmekte olan ergenlerin %52,1'inin 11-14 yaş aralığında, %37'sinin 15-17 yaş aralığında, %10,9'unun 18-24 yaş aralığında olduğu saptandı. Çalışmaya dahil edilen ve ilkokul mezunu ergenlerin %57,1'inin 11-14 yaş aralığında, %14,3'ünün 15-17 yaş aralığında, %28,6'sının 18-24 yaş aralığında olduğu saptandı. Çalışmaya dahil edilen ve ortaokul mezunu ergenlerin %5,6'sının 11-14 yaş aralığında, %77,8'inin 15-17 yaş aralığında, %16,7'sinin 18-24 yaş aralığında olduğu saptandı. Çalışmaya dahil edilen ve lise mezunu ergenlerin tamamının 18-24 yaş aralığında olduğu saptandı.

Araştırmaya dahil edilen ve eğitimine devam etmekte olan ergenlerin %99,3'ünün bekar, %0,5'inin evli, %0,5'inin boşanmış olduğu saptandı. Araştırmaya dahil edilen ve ilkokul mezunu ergenlerin %71,4'ünün bekar, %28,6'sının evli saptandı. Araştırmaya dahil edilen ve ortaokul mezunu ergenlerin tamamının bekar olduğu saptandı. Araştırmaya dahil edilen ve lise mezunu ergenlerin %88,2'sinin bekar, %11,8'inin evli olduğu saptandı. Sonuç olarak; eğitim durumu düşük olan ergenlerin yüksek olanlara göre evlenme oranlarının daha yüksek olduğu bulundu.

Çalışmaya dahil edilen ve eğitimine devam etmekte olan ergenlerin beyanlarına göre annelerinin %45,2'sinin ev hanımı, %8,1'inin emekli, %26,6'sının memur, %9,1'inin serbest meslek, %11,1'inin işçi olduğu saptandı. Çalışmaya dahil edilen ve ilkokul mezunu ergenlerin beyanlarına göre annelerinin %28,6'sının ev hanımı, %28,6'sının emekli, %14,3'ünün memur, %28,6'sının serbest meslek olduğu saptandı. Çalışmaya dahil edilen ve ortaokul mezunu ergenlerin beyanlarına göre annelerinin %55,6'sının ev hanımı, %5,6'sının emekli, %11,1'inin serbest meslek, %27,8'inin işçi saptandı. Çalışmaya dahil edilen ve lise mezunu ergenlerin beyanlarına göre annelerinin %45,2'sinin ev hanımı, %8,1'inin emekli, %26,6'sının memur, %9,1'inin serbest meslek, %11,1'inin işçi olduğu saptandı.

Araştırmaya dahil edilen ve eğitimine devam etmekte olan ergenlerin beyanlarına göre babalarının %2,4'ünün işsiz, %13,1'inin emekli, %30,8'inin memur, %29,8'inin serbest meslek, %23,9'unun işçi olduğu saptandı. Araştırmaya dahil edilen ve ilkokul mezunu ergenlerin beyanlarına göre babalarının %28,6'sının emekli, %14,3'ünün memur, %57,1'inin işçi olduğu saptandı. Araştırmaya dahil edilen ve ortaokul mezunu ergenlerin beyanlarına göre babalarının %5,6'sının emekli, %22,2'sinin memur, %22,2'sinin serbest meslek, %50'sinin işçi olduğu

saptandı. Araştırmaya dahil edilen ve lise mezunu ergenlerin beyanlarına göre babalarının %11,8'inin emekli, %52,9'unun memur, %23,5'inin serbest meslek, %11,8'inin işçi olduğu saptandı.

Çalışmaya dahil edilen ve eğitimine devam etmekte olan ergenlerin beyanlarına göre ebeveyninin %13,8'inin ayrı olduğu saptandı. Çalışmaya dahil edilen ve ilkokul mezunu ergenlerin beyanlarına göre ebeveyninin %57,1'inin ayrı olduğu saptandı. Çalışmaya dahil edilen ve ortaokul mezunu ergenlerin beyanlarına göre ebeveyninin %22,2'sinin ayrı olduğu saptandı. Çalışmaya dahil edilen ve lise mezunu ergenlerin beyanlarına göre ebeveyninin %11,8'inin ayrı olduğu saptandı. Sonuç olarak; eğitim durumu düşük olan ergenlerin ebeveyninin ayrı olma oranı eğitim durumu yüksek olanlara göre fazla bulundu.

Araştırmaya dahil edilen ve eğitimine devam etmekte olan ergenlerin %5,8'inin obez, %15,8'inin düşük kilolu, %78,4'ünün normal kilolu olduğu saptandı. Araştırmaya dahil edilen ve ilkokul mezunu ergenlerin tamamının normal kilolu olduğu saptandı. Araştırmaya dahil edilen ve ortaokul mezunu ergenlerin %11,1'inin obez, %88,9'unun normal kilolu olduğu saptandı. Araştırmaya dahil edilen ve lise mezunu ergenlerin %11,8'inin obez, %88,2'sinin normal kilolu olduğu saptandı.

Çalışmaya dahil edilen ve eğitimine devam etmekte olan ergenlerin %7,2'sinin hipotiroidik, %0,3'ünün hipertiroidik, %92,5'inin ötiroidik olduğu saptandı. Çalışmaya dahil edilen ve ilkokul mezunu ergenlerin tamamının ötiroidik olduğu saptandı. Çalışmaya dahil edilen ve ortaokul mezunu ergenlerin %5,6'sının hipotiroidik, %94,4'ünün ötiroidik olduğu saptandı. Çalışmaya dahil edilen ve lise mezunu ergenlerin %5,9'unun hipotiroidik, %94,1'inin ötiroidik olduğu saptandı.

Çalışmaya dahil edilen ve eğitimine devam etmekte olan ergenlerin %18'inde, ilkokul mezunu ergenlerin %28,6'sında, ortaokul mezunu ergenlerin %5,6'sında, lise mezunu ergenlerin %11,8'inde anemi olduğu saptandı.

Araştırmaya dahil edilen ve eğitimine devam etmekte olan ergenlerin %4,9'unda DEHB tanısı saptandı. Araştırmaya dahil edilen ve ilkokul mezunu ergenlerin hiçbirinde DEHB tanısı saptanmadı. Araştırmaya dahil edilen ve ortaokul mezunu ergenlerin %5,6'sında DEHB tanısı saptandı. Araştırmaya dahil edilen ve lise mezunu ergenlerin hiçbirinde DEHB tanısı saptanmadı.

4.4. MEDENİ DURUM

Çalışmaya dahil edilen bekar ergenlerin %49,6'sı kadın, %50,4'ü erkek saptandı. Çalışmaya dahil edilen evli ergenlerin %55,6'sı kadın, %44,4'ü erkek saptandı. Çalışmaya dahil edilen boşanmış ergenlerin %50'si kadın, %50'si erkek saptandı. Sonuç olarak; bekar olan ergenlerin evli olanlara göre daha çok erkek olduğu bulundu.

Araştırmaya dahil edilen bekar ergenlerin %51'inin 11-14 yaş aralığında, %37,2'sinin 15-17 yaş aralığında, %11,9'unun 18-24 aralığında olduğu saptandı. Araştırmaya dahil edilen evli ergenlerin %22,2'sinin 15-17 yaş aralığında, %77,8'inin 18-24 yaş aralığında olduğu saptandı. Araştırmaya dahil edilen boşanmış ergenlerin tamamının 18-24 yaş aralığında saptandı. Sonuç olarak; evli olan ergenlerin bekar olanlara göre daha geç ergenlik döneminde olduğu olduğu bulundu.

Çalışmaya dahil edilen bekar ergenlerin beyanlarına göre ebeveyninin %13,7'sinin, evli ergenlerin beyanlarına göre ebeveyninin %66,7'sinin ayrı olduğu saptandı. Sonuç olarak; evli ergenlerin ebeveyninin ayrı olma oranı bekar ergenlere göre fazla saptandı, bu fark istatiksel olarak anlamlı bulundu ($p<0,05$).

Araştırmaya dahil edilen bekar ergenlerin %6'sının obez, %15,3'ünün düşük kilolu, %78,7'sinin normal kilolu olduğu saptandı. Araştırmaya dahil edilen evli ve boşanmış ergenlerin hepsi normal kilolu saptandı.

Çalışmaya dahil edilen bekar ergenlerin %17,6'sında, evli ergenlerin %44,4'ünde anemi saptandı. Sonuç olarak; evli ergenlerde bekar ergenlere oranla daha fazla oranla anemi daha fazla bulundu.

Araştırmaya dahil edilen bekar ergenlerin %7'sinin hipotiroidik, %0,3'ünün hipertiroidik, %92,7'sinin ötiroidik olduğu saptandı. Araştırmaya dahil edilen evli ergenlerin tamamının ötiroidik olduğu saptandı. Araştırmaya dahil edilen boşanmış ergenlerin tamamının hipotiroidik olduğu saptandı.

Çalışmaya dahil edilen bekar ergenlerin %0,1'inin puberteye normal zamanından önce, %0,5'inin puberteye normal zamanından sonra, %99,4'ünün puberteye zamanında girmiş olduğu saptandı. Çalışmaya dahil edilen evli ergenlerin tamamının puberteye zamanında girmiş olduğu saptandı. Çalışmaya dahil edilen boşanmış ergenlerin tamamının puberteye zamanında girmiş olduğu saptandı.

4.5. ANNE MESLEK

Araştırmaya dahil edilen ve annesi ev hanımı olduğu beyan edilen ergenlerin %96,7'sinin eğitimine devam ediyor, %0,4'ünün ilkokul mezunu, %2,2'sinin ortaokul mezunu, %0,7'sinin lise mezunu olduğu saptandı. Araştırmaya dahil edilen ve annesi emekli olduğu beyan edilen ergenlerin %94'ünün eğitimine devam ediyor, %2,4'ünün ilkokul mezunu, %1,2'sinin ortaokul mezunu, %2,4'ünün lise mezunu olduğu saptandı. Araştırmaya dahil edilen ve annesi memur olduğu beyan edilen ergenlerin %96,3'ünün eğitimine devam ediyor, %0,4'ünün ilkokul mezunu, %3,3'ünün lise mezunu olduğu saptandı. Araştırmaya dahil edilen ve annesi serbest meslekle uğraştığı beyan edilen an ergenlerin %94,7'sinin eğitimine devam ediyor, %2,1'inin ilkokul mezunu, %2,1'inin ortaokul mezunu, %1,1'inin lise mezunu olduğu saptandı. Araştırmaya dahil edilen ve annesi işçi olduğu beyan edilen ergenlerin %94'ünün eğitimine devam ediyor, %4,3'ünün ortaokul mezunu, %1,7'sinin lise mezunu olduğu saptandı.

Çalışmaya dahil edilen ve annesi ev hanımı olduğu beyan edilen ergenlerin %99,1'inin bekar, %0,9'unun evli olduğu saptandı. Çalışmaya dahil edilen ve annesi emekli olduğu beyan edilen ergenlerin tamamının bekar olduğu saptandı. Çalışmaya dahil edilen ve annesi memur olduğu beyan edilen ergenlerin %98,6'inin bekar, %0,7'sinin evli, %0,7'sinin boşanmış olduğu saptandı. Çalışmaya dahil edilen ve annesi serbest meslekle uğraştığı beyan edilen ergenlerin tamamının bekar olduğu saptandı. Çalışmaya dahil edilen ve annesi işçi olduğu beyan edilen ergenlerin %97,4'ünün bekar, %2,6'sının evli olduğu saptandı.

Araştırmaya dahil edilen ve annesi ev hanımı olduğu beyan edilen ergenlerin %5'inin obez, %15,5'inin düşük kilolu, %79,5'inin normal kilolu olduğu saptandı. Araştırmaya dahil edilen ve annesi emekli olduğu beyan edilen ergenlerin %7,1'inin obez, %19'unun düşük kilolu, %73,9'unun normal kilolu olduğu saptandı. Araştırmaya dahil edilen ve annesi memur olduğu beyan edilen ergenlerin %5,5'inin obez, %15,5'inin düşük kilolu, %79'unun normal kilolu olduğu saptandı. Araştırmaya dahil edilen ve annesi serbest meslekle uğraştığı beyan edilen ergenlerin %8,5'inin obez, %8,5'inin düşük kilolu, %83'ünün normal kilolu olduğu saptandı. Araştırmaya dahil edilen ve annesi işçi olduğu beyan edilen ergenlerin %7,8'inin obez, %15,5'inin düşük kilolu, %76,7'sinin normal kilolu olduğu saptandı.

Çalışmaya dahil edilen ve annesi ev hanımı olduğu beyan edilen ergenlerin %16,6'sının, emekli olduğu beyan edilen ergenlerin %33,3'ünün, memur olduğu beyan edilen ergenlerin %13,3'ünün, serbest meslekle uğraştığı beyan edilen ergenlerin %20,2'sinin, işçi olduğu beyan edilen ergenlerin %19,8'inin anemik olduğu saptandı.

Araştırmaya dahil edilen ve annesi ev hanımı olduğu beyan edilen ergenlerin %4,6'sında, emekli olduğu beyan edilen ergenlerin %7,1'inde, memur olduğu beyan edilen ergenlerin %6,3'ünde, serbest meslekle uğraştığı beyan edilen ergenlerin %3,2'sinde, işçi olduğu beyan edilen ergenlerin %1,7'sinde DEHB tanısı olduğu saptandı.

4.6. BABA MESLEK

Çalışmaya dahil edilen ve babası işsiz olduğu beyan edilen ergenlerin tamamının eğitimine devam etmekte olduğu saptandı. Çalışmaya dahil edilen ve babası emekli olduğu beyan edilen ergenlerin %96,3'ünün eğitimine devam ediyor, %1,5'inin ilkokul mezunu, %0,7'sinin ortaokul mezunu, %1,5'inin lise mezunu olduğu saptandı. Çalışmaya dahil edilen ve babası memur olduğu beyan edilen ergenlerin %95,6'sının eğitimine devam ediyor, %0,3'ünün ilkokul mezunu, %1,3'ünün ortaokul mezunu, %2,8'inin lise mezunu olduğu saptandı. Çalışmaya dahil edilen ve babası serbest meslekle uğraştığı beyan edilen ergenlerin %97,3'ünün eğitimine devam ediyor, %1,3'ünün ortaokul mezunu, %1,3'ünün lise mezunu olduğu saptandı. Çalışmaya dahil edilen ve babası işçi olduğu beyan edilen ergenlerin %94'ünün eğitimine devam ediyor, %1,6'sının ilkokul mezunu, %3,6'sının ortaokul mezunu, %0,8'inin lise mezunu olduğu saptandı.

Araştırmaya dahil edilen ve babası işsiz olduğu beyan edilen ergenlerin tamamının bekar olduğu saptandı. Araştırmaya dahil edilen ve babası emekli olduğu beyan edilen ergenlerin %1,5'inin evli, %98,5'inin bekar olduğu saptandı. Araştırmaya dahil edilen ve babası memur olduğu beyan edilen ergenlerin %0,6'sının evli, %0,6'sının boşanmış, %98,7'sinin bekar olduğu saptandı. Araştırmaya dahil edilen ve babası serbest meslekle uğraşıyor olduğu beyan edilen ergenlerin tamamının bekar olduğu saptandı. Araştırmaya dahil edilen ve babası işçi olduğu beyan edilen ergenlerin %2'sinin evli, %98'inin bekar olduğu saptandı.

Çalışmaya dahil edilen ve babası işsiz olduğu beyan edilen ergenlerin %8,3'ünün obez, %12,5'inin düşük kilolu, %79,2'sinin normal kilolu olduğu saptandı. Çalışmaya dahil edilen ve babası emekli olduğu beyan edilen ergenlerin %5,2'sinin obez, %16,4'ünün düşük kilolu, %78,4'ünün normal kilolu olduğu saptandı. Çalışmaya dahil edilen ve babası memur olduğu beyan edilen ergenlerin %4,4'ünün obez, %12,7'sinin düşük kilolu, %82,9'unun normal kilolu olduğu saptandı. Çalışmaya dahil edilen ve babası serbest meslekle uğraştığı olduğu beyan edilen ergenlerin %6,7'sinin obez, %14,3'ünün düşük kilolu, %79'unun normal kilolu olduğu saptandı. Çalışmaya dahil edilen ve babası işçi olduğu beyan edilen ergenlerin %7,2'sinin obez, %18,9'unun düşük kilolu, 73,9'unun normal kilolu olduğu saptandı.

Araştırmaya dahil edilen ve babası işsiz olduğu beyan edilen ergenlerin %8,3'ünün, emekli olduğu beyan edilen ergenlerin %26,1'inin, memur olduğu beyan edilen ergenlerin %16,8'inin, serbest meslekle uğraştığı olduğu beyan edilen ergenlerin %20,3'ünün, işçi olduğu beyan edilen ergenlerin %12,4'ünün anemik olduğu saptandı.

Çalışmaya dahil edilen ve babası işsiz olduğu beyan edilen ergenlerin hiçbirinde, emekli olduğu beyan edilen ergenlerin %5,2'sinde, memur olduğu beyan edilen ergenlerin %5,7'sinde, serbest meslekle uğraştığı olduğu beyan edilen ergenlerin %4'ünde, işçi olduğu beyan edilen ergenlerin %4,8'inde DEHB tanısı olduğu saptandı.

4.7. EBEVEYNİN AYRI/BERABER OLMASI

Araştırmaya dahil edilen ve ebeveyni ayrı olduğu beyan edilen ergenlerin %93,1'inin eğitimine devam ediyor, %2,8'inin ilkokul mezunu, %2,8'inin ortaokul mezunu, %1,4'ünün lise mezunu olduğu saptandı. Araştırmaya dahil edilen ve ebeveyni beraber olduğu beyan edilen ergenlerin %96,4'ünün eğitimine devam ediyor, %0,3'ünün ilkokul mezunu, %1,6'sının ortaokul mezunu, %1,7'sinin lise mezunu olduğu saptandı. Sonuç olarak; ebeveyni ayrı ergenlerin beraber ergenlere oranla eğitim düzeyinin daha düşük olduğu saptandı, bu fark istatiksel olarak anlamlıydı ($p<0,05$).

Çalışmaya dahil edilen ve ebeveyni ayrı olduğu beyan edilen ergenlerin %4,1'inin evli, %95,9'unun bekar olduğu saptandı. Çalışmaya dahil edilen ve ebeveyni beraber olduğu beyan edilen ergenlerin %0,3'ünün evli, %0,2'ünün boşanmış, %99,5'inin bekar olduğu saptandı. Sonuç olarak; ebeveyni ayrı ergenlerin beraber ergenlere oranla evlenme oranının daha yüksek olduğu bulundu.

Araştırmaya dahil edilen ve ebeveyni ayrı olduğu beyan edilen ergenlerin %6,9'unun obez, %10,3'ünün düşük kilolu, %82,8'inin normal kilolu olduğu saptandı. Araştırmaya dahil edilen ve ebeveyni beraber olduğu beyan edilen ergenlerin %5,8'inin obez, %15,9'unun düşük kilolu, %78,3'ünün normal kilolu olduğu saptandı.

Çalışmaya dahil edilen ve ebeveyni ayrı olduğu beyan edilen ergenlerin %21,4'ünde, beraber ergenlerin %17,2'sinde anemi saptandı. Sonuç olarak; ebeveyni ayrı olan ergenlerde beraber olanlara göre anemi daha çok bulundu.

Araştırmaya dahil edilen ve ebeveyni ayrı olduğu beyan edilen ergenlerin %0,7'sinde, beraber olduğu beyan edilen ergenlerin %5,5'inde DEHB tanısı olduğu saptandı.

4.8. KİLO

Çalışmaya dahil edilen obez ergenlerin %49,2'si kadın, %50,8'i erkek saptandı. Çalışmaya dahil edilen düşük kilolu ergenlerin %45,8'i kadın, %54,2'si erkek saptandı. Sonuç olarak; düşük kilolu ergenlerin obez ergenlere göre daha çok erkek olduğu bulundu.

Araştırmaya dahil edilen obez ergenlerin %36,1'inin 11-14 yaş aralığında, %44,3'ünün 15-17 yaş aralığında, %19,7'sinin 18-24 yaş aralığında olduğu saptandı. Araştırmaya dahil edilen düşük kilolu ergenlerin %63,9'unun 11-14 yaş aralığında, %29'unun 15-17 yaş aralığında, %7,1'inin 18-24 yaş aralığında olduğu saptandı. Sonuç olarak; düşük kilolu ergenlerin daha çok erken ergenlik döneminde olduğu bulundu.

Çalışmaya dahil edilen obez ergenlerin %18'inin hipotiroidik, %82'sinin ötiroidik olduğu saptandı. Çalışmaya dahil edilen düşük kilolu ergenlerin %3,2'sinin hipotiroidik, %96,8'inin ötiroidik olduğu saptandı. Sonuç olarak; obez ergenlerde

hipotiroidi görülme oranı düşük kilolu ergenlerde görülme oranından yüksek olduğu saptandı, bu fark istatiksel olarak anlamlıydı ($p<0,05$).

Araştırmaya dahil edilen obez ergenlerin %9,8'inde, düşük kilolu ergenlerin %21,9'unda anemi olduğu saptandı. Sonuç olarak; düşük kilolu ergenlerde anemi görülme oranı obez ergenlerde görülme oranından yüksek olduğu saptandı, bu fark istatiksel olarak anlamlıydı ($p<0,05$).

Çalışmaya dahil edilen obez ergenlerin %4,9'unda, düşük kilolu ergenlerin %7,1'inde DEHB tanısı olduğu saptandı. Sonuç olarak; düşük kilolu olan ergenlerde obez ergenlere göre DEHB tanısının daha fazla olduğu bulundu.

Araştırmaya dahil edilen obez ergenlerin hepsinin normal yaşında ergenliğe girmiş olduğu saptandı. Araştırmaya dahil edilen düşük kilolu ergenlerin %0,6'sının ergenliğe normalden geç, %99,4'ünün normal yaşında ergenliğe girmiş olduğu saptandı.

4.9. TİROİD DÜZEYLERİ

Çalışmaya dahil edilen hipotiroidik ergenlerin %54,8'i kadın, %45,2'i erkek saptandı. Çalışmaya dahil edilen ötiroidik ergenlerin %49,2'si kadın, %50,8'i erkek saptandı. Çalışmaya dahil edilen hipertiroidik ergenlerin %66,7'si kadın, %33,3'ü erkek saptandı.

Araştırmaya dahil edilen hipotiroidik ergenlerin %34,2'sinin 11-14 yaş aralığında, %43,8'inin 15-17 yaş aralığında, %21,9'unun 18-24 yaş aralığında olduğu saptandı. Araştırmaya dahil edilen ötiroidik ergenlerin %51,7'sinin 11-14 yaş aralığında, %36,5'inin 15-17 yaş aralığında, %11,7'sinin 18-24 yaş aralığında olduğu saptandı. Araştırmaya dahil edilen hipertiroidik ergenlerin %33,3'ünün 11-14 yaş aralığında, %66,7'sinin 18-24 yaş aralığında olduğu saptandı.

Çalışmaya dahil edilen hipotiroidik ergenlerin %15,1'inin obez, %6,8'inin düşük kilolu olduğu saptandı. Çalışmaya dahil edilen ötiroidik ergenlerin %5,3'ünün obez, %15,8'inin düşük kilolu olduğu saptandı. Çalışmaya dahil edilen hipertiroidik ergenlerin tamamının normal kilolu olduğu saptandı. Sonuç olarak; hipotiroidik ergenlerde obezite görülme oranı hipertiroidik ergenlerde görülme oranından yüksek olduğu saptandı, bu fark istatiksel olarak anlamlıydı ($p<0,05$).

Araştırmaya dahil edilen hipotiroidik ergenlerin %20,5'inde, ötiroidik ergenlerin %17,5'inde, hipertiroidik ergenlerin %33,3'ünde anemi saptandı.

Çalışmaya dahil edilen hipotiroidik ergenlerin %2,7'sinde, ötiroidik ergenlerin %4,9'unde, hipertiroidik ergenlerin %33,3'ünde DEHB tanısı saptandı. Sonuç olarak; hipertiroidik ergenlerde DEHB tanısı görülme oranı hipotiroidik ergenlerde görülme oranından yüksek olduğu bulundu.

Araştırmaya dahil edilen hipotiroidik ergenlerin tamamının puberteye zamanında girmiş olduğu saptandı. Araştırmaya dahil edilen ötiroidik ergenlerin %99,4'ünün puberteye zamanında, %0,1'inin puberteye zamanından erken, %0,5'inin puberteye zamanından geç girmiş olduğu saptandı. Araştırmaya dahil edilen hipertiroidik ergenlerin tamamının puberteye zamanında girmiş olduğu saptandı.

4.10. ANEMİ

Çalışmaya dahil edilen anemik ergenlerin %61'i kadın, %39'u erkek saptandı. Çalışmaya dahil edilen anemik olmayan ergenlerin %47,2'si kadın, %52,8'i erkek saptandı. Sonuç olarak; anemik ergenlerin anemik olmayan ergenlere göre daha çok kadın olduğu saptandı, bu fark istatiksel olarak anlamlıydı ($p<0,05$).

Araştırmaya dahil edilen anemik ergenlerin %47,8'inin 11-14 yaş aralığında, %38,5'inin 15-17 yaş aralığında, %13,7'sinin 18-24 yaş aralığında olduğu saptandı. Araştırmaya dahil edilen anemik olmayan ergenlerin %51'inin 11-14 yaş aralığında, %36,6'sının 15-17 yaş aralığında, %12,4'ünün 18-24 yaş aralığında olduğu saptandı.

Çalışmaya dahil edilen anemik ergenlerin %3,3'ünün obez, %18,7'sinin düşük kilolu, %78'inin normal kilolu olduğu saptandı. Çalışmaya dahil edilen anemik olmayan ergenlerin %6,5'inin obez, %14,4'ünün düşük kilolu, %79,1'inin normal kilolu olduğu saptandı.

Araştırmaya dahil edilen anemik ergenlerin %8,2'sinin hipotiroidik, %0,5'inin hipertiroidik, %91,3'ünün ötiroidik olduğu saptandı. Araştırmaya dahil edilen anemik olmayan ergenlerin %6,9'unun hipotiroidik, %0,2'sinin hipertiroidik, %92,9'unun ötiroidik olduğu saptandı.

Çalışmaya dahil edilen anemik ergenlerin %3,8'inde DEHB tanısı saptandı. Çalışmaya dahil edilen anemik olmayan ergenlerin %5'inde DEHB tanısı saptandı.

Araştırmaya dahil edilen anemik ergenlerin %0,5'inin zamanından erken, %99,5'inin zamanında puberteye girdiği saptandı. Araştırmaya dahil edilen anemik olmayan ergenlerin %0,1'inin zamanından erken, %99,4'ünün zamanında, %0,5'inin zamanından geç puberteye girdiği saptandı.

4.11. DİKKAT EKSİKLİĞİ HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU

Çalışmaya dahil edilen DEHB tanısı olan ergenlerin %10,2'si kadın, %89,8'i erkek saptandı. Çalışmaya dahil edilen DEHB tanısı olmayan ergenlerin %51,6'sı kadın, %48,4'ü kadın saptandı. Sonuç olarak; DEHB tanısı olan ergenlerin olmayan ergenlere göre daha çok erkek olduğu saptandı, bu fark istatiksel olarak anlamlı bulundu ($p<0,05$).

Araştırmaya dahil edilen DEHB tanısı olan ergenlerin %65,3'ünün 11-14 yaş aralığında, %22,4'ünün 15-17 yaş aralığında, %12,2'sinin 18-24 yaş aralığında olduğu saptandı. Araştırmaya dahil edilen DEHB tanısı olmayan ergenlerin %49,7'sinin 11-14 yaş aralığında, %37,7'sinin 15-17 yaş aralığında, %12,6'sının 18-24 yaş aralığında olduğu saptandı. Sonuç olarak; DEHB tanısı olan ergenlerin olmayan ergenlere göre daha çok erken ergenlik döneminde olduğu bulundu.

Çalışmaya dahil edilen DEHB tanısı olan ergenlerin %6,1'inin obez, %22,4'ünün düşük kilolu, %71,5'inin normal kilolu olduğu saptandı. Çalışmaya dahil edilen DEHB tanısı olmayan ergenlerin %6'sının obez, %14,8'inin düşük kilolu, %79,2'sinin normal kilolu olduğu saptandı.

Araştırmaya dahil edilen DEHB tanısı olan ergenlerin %4,1'inin hipotiroidik, %2'sinin hipertiroidik, %93,9'unun ötiroidik olduğu saptandı. Araştırmaya dahil edilen DEHB tanısı olmayan ergenlerin %7,3'ünün hipotiroidik, %0,2'sinin hipertiroidik, %92,5'inin ötiroidik olduğu saptandı.

Çalışmaya dahil edilen DEHB tanısı olan ergenlerin %14,3'ünde, olmayan ergenlerin %18'inde anemi saptandı.

Araştırmaya dahil edilen DEHB tanısı olan ergenlerin tamamının zamanında puberteye girdiği saptandı. Araştırmaya dahil edilen DEHB tanısı olmayan ergenlerin %0,1'inin zamanından erken, %99,4'ünün zamanında, %0,5'inin zamanından geç puberteye girdiği saptandı.

4.12. PUBERTE YAŞLARI

Çalışmaya dahil edilen ve puberteye zamanında giren ergenlerin %49,5'i kadın, %50,5'i erkek saptandı. Çalışmaya dahil edilen ve puberteye zamanından önce giren ergenlerin tamamı kadın saptandı. Çalışmaya dahil edilen ve puberteye zamanından sonra giren ergenlerin %80'i kadın, %20'si erkek saptandı.

Araştırmaya dahil edilen ve puberteye zamanında giren ergenlerin %50,6'sının 11-14 yaş aralığında, %36,7'sinin 15-17 yaş aralığında, %12,7'sinin 18-24 yaş aralığında olduğu saptandı. Araştırmaya dahil edilen ve puberteye zamanından önce giren ergenlerin tamamının 11-14 yaş aralığında olduğu saptandı. Araştırmaya dahil edilen ve puberteye zamanından sonra giren ergenlerin tamamının 15-17 yaş aralığında olduğu saptandı.

Çalışmaya dahil edilen ve puberteye zamanında giren ergenlerin %6'sının obez, %15,1'inin düşük kilolu, %78,9'unun normal kilolu olduğu saptandı. Çalışmaya dahil edilen ve puberteye zamanından önce giren ergenlerin tamamının normal kilolu olduğu saptandı. Çalışmaya dahil edilen ve puberteye zamanından sonra giren ergenlerin %20'sinin düşük kilolu, %80'inin normal kilolu olduğu saptandı.

Araştırmaya dahil edilen ve puberteye zamanında giren ergenlerin %7,2'sinin hipotiroidik, %0,3'ünün hipertiroidik, %92,5'inin ötiroidik olduğu saptandı. Araştırmaya dahil edilen ve puberteye zamanından önce giren ergenlerin tamamının ötiroidik olduğu saptandı. Araştırmaya dahil edilen ve puberteye zamanından sonra giren ergenlerin tamamının ötiroidik olduğu saptandı.

Çalışmaya dahil edilen ve puberteye zamanında giren ergenlerin %17,8'inde anemi olduğu saptandı. Çalışmaya dahil edilen ve puberteye zamanından geç veya erken giren ergenlerin hiçbirinde anemi olduğu saptanmadı.

Araştırmaya dahil edilen ve puberteye zamanında giren ergenlerin %4,8'inde DEHB tanısı olduğu saptandı. Araştırmaya dahil edilen ve puberteye zamanından geç veya erken giren ergenlerin hiçbirinde DEHB tanısı olduğu saptanmadı.

5.TARTIŞMA

Ergenlik yaşamın en önemli temellerinin atıldığı bir süreçtir. Ancak gerek sosyal gerek ruhsal ve gerek de bedenen riskli bir dönem olmasına rağmen, bu dönemde ergenlerin sağlık sistemine başvuru sıklıkları diğer yaş gruplarına göre oldukça azdır. Bunun sebebinin ergenlerde var olan sağlık problemlerinin içinde bulundukları dönemin psikolojik, sosyal ve fizyolojik değişiminden biri gibi kabul edilerek genellikle fark edilememesi olduğu düşünülmektedir. Özellikle erken ergenlik dönemlerinde yapılacak sağlıkla ilgili girişimlerin mortalite ve morbidite oranlarında azaltma yarattığı da gösterilmiştir. Ergenlerin herhangi bir problemle sağlık kurumlarına başvurmalarını beklemek yerine toplum yönelimli hizmet sistemleri ile onlarla buluşmak ve onların dile getirdiği şekliyle gereksinimlerine eğilmek öncelikli olmalıdır. Sağlık hizmeti sunulurken, ergenlere doğru yöntemlerle ulaşılması, ruhsal ve bedensel açıdan hızlı bir değişim içeren bu dönemi, birey ve toplum sağlığı açısından aynı zamanda bir fırsat dönemi haline getirebilmektedir (19). Diğer yandan ergenler toplum hayatı ile sıkı iletişim içindedirler. Özellikle okul çağında olmaları nedeni ile tüm yaşadıkları, aileleri, arkadaşları ve yakın çevrelerine de yansımaktadır. Bu durum, ergenin sağlık hizmetlerine başvurmasını beklemeden onlara etik kuralları gözeterek yapılandırılacak toplum yönelimli müdahalelerle birinci basamakta ulaşılmasının daha etkin olabileceğini düşündürmektedir (4).

Birinci basamak hekimliği ilk tıbbi temas noktasıdır. Bu nedenle ulaşılabilir olması, koruyucu olması, kapsamlı olması, aile ve toplum yönelimli olması, bütüncül yaklaşımlı olması gerekmektedir. Ayrıca bir ekip hizmeti olmakla beraber entegre ve koordine olmalıdır. Süreklilik arz eder.

Araştırmamızı yürüttüğümüz merkez İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Alsancak ÇİDEM/Gençlik Danışmanlık ve Sağlık Hizmet Merkezi'dir. Bu merkez sosyoekonomik düzeyi yüksek bir bölgede yer almakta olup, İzmir ilinin geneline hizmet vermektedir. Bunu sağlayan en büyük sebep ulaşılabilirliğidir. Merkezde 11 – 24 yaş arası gençlerin sağlıklı gelişimlerinin takibi, beslenme danışmanlığı, cinsel danışmanlık, psikolojik danışmanlık, aile danışmanlığı, adli sebeplerle gelen ergenlerin takibi vb. hizmetler verilmektedir. Ergen takibinin büyük bir ekip işi olması gerekmektedir, bu sebeple merkez bünyesinde çocuk

psikiyatristleri ve ergen sağlığı konusunda eğitim almış psikologların da bulunması bu gerekliliği optimal şartlarda karşılamaktadır.

Bu çalışmamızdaki amacımız birinci basamak hekimliğinde hangi ergenlerde nelere daha çok yönlenmemiz gerektiğine bir nevi ışık tutmaktır. Bunun için İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Alsancak ÇİDEM/Gençlik Danışmanlık ve Sağlık Hizmet Merkezi'ne 2007-2015 yılları arasında başvuran 1023 ergenin dosyalarından ve hastane bilişim sisteminden elde ettiğimiz veriler kullanıldı.

Bu çalışmamızda ergenlerin cinsiyetleri, yaşları, eğitim durumları, medeni durumları, ebeveyninin meslekleri, ebeveyninin ayrı olup/olmaması, kilo durumları, tiroid hormon durumları, anemi olup/olmaması, DEHB tanısı olup/olmaması, puberteye girme yaşları ve bunların etkilendiği faktörleri incelemek amaçlandı.

Çalışmaya 508'i kadın (%49,7) ve 515'i erkek (%50,3) olmak üzere 1023 kişi dahil edildi. Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi verilerine göre 2015 yılı nüfus sayımı sonuçlarında Türkiye'de 10–24 yaş grubu nüfusunun %48,8'sini kadınlar, %51,2'ünü erkekler oluşturmaktadır (20). Araştırmamıza katılan ergenlerin cinsiyet dağılımı Türkiye'deki nüfusu yaklaşık olarak olsa da yansıtmaktadır. Başvuran erkek ergenlerin kadınlara göre daha çok erken dönemde başvurmuş oldukları saptanmıştır. Başvuran kadınların %46'sının 11-14 yaş aralığında, %38,6'sının 15-17 yaş aralığında, %15,4'ünün 18-24 yaş aralığında olduğu saptandı. Başvuran erkeklerin %54,8'inin 11-14 yaş aralığında, %35,3'ünün 15-17 yaş aralığında, %9,9'unun 18-24 yaş aralığında olduğu saptanmıştır. Bunun sebebinin erkeklerin daha çoğunun başvuru sebebi sınav kaygısıyken, kadınların başvuru sebeplerinin sınav kaygısının yanında aile içi sıkıntılar, arkadaşlarla ilişkileri vs olması olduğu düşünülmektedir (52).

Çalışmaya dahil edilen 1023 ergenin 516'sının erken ergenlikte (11-14 yaş arası) (%50,4), 378'inin orta ergenlikte (15-17 yaş arası) (%37,0), 129'unun geç ergenlikte (18-24 yaş arası) (%12,6) olduğu saptanmıştır. Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi verilerine göre 2015 yılı nüfus sayımı sonuçlarında Türkiye'de 10-24 yaş grubu nüfusunun %32,9'unu 10-14 yaş aralığındakiler, %34,3'ünü 15-19 yaş aralığındakiler, %32,8'ini 20-24 yaş aralığındakiler oluşturmaktadır (20). Araştırmamıza katılan ergenlerin yaş aralıklarının Türkiye'deki yaş aralıklarına göre mukayesesi yapılamamıştır. Çünkü yaş aralıkları tam olarak örtüşmemektedir.

Örtüşen daha emin bir kaynak bulunamamıştır. Ancak geç ergenlik döneminde başvuruların azaldığı görülmüştür. Bunun sebebinin en çok başvuru nedeni olan sınav kaygısının geç ergenlik döneminde azalmış olduğunun görülmesi olduğu düşünülmektedir (52).

Çalışmamıza dahil edilen 1023 ergenin 981'inin eğitimine halen devam ediyor (%95,9), 7'sinin ilkokul mezunu (%0,7), 18'inin ortaokul mezunu (%1,8), 17'sinin lise mezunu (%1,7) olduğu saptanmıştır. Katılımcılarımızın eğitim düzeylerinin Türkiye ortalamasına göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. Bunun sebebinin araştırma yapılan merkezin sosyoekonomik düzeyi yüksek bir bölge olan İzmir ilinde olmasından dolayı olduğunu düşünmekteyiz. Erken çocukluk dönemi boyunca çocuk en çok aile ortamı içerisinde olduğundan, ailede alınan eğitim daha ileri yıllara temel teşkil ettiği ve bu açıdan aile, çocuğun eğitiminde hayati rol oynamaktadır (21). Bundan dolayı baktığımız ebeveyn meslekleri ile ergenlerin eğitim durumları arasında herhangi bir anlamlı farklılık saptanmamıştır. Başvuran ve eğitimine devam etmekte olan ergenlerin beyanlarına göre annelerinin %45,2'sinin ev hanımı, %8,1'inin emekli, %26,6'sının memur, %9,1'inin serbest meslek, %11,1'inin işçi olduğu saptandı. Başvuran ve ilkokul mezunu ergenlerin beyanlarına göre annelerinin %28,6'sının ev hanımı, %28,6'sının emekli, %14,3'ünün memur, %28,6'sının serbest meslek olduğu saptandı. Başvuran ve ortaokul mezunu ergenlerin beyanlarına göre annelerinin %55,6'sının ev hanımı, %5,6'sının emekli, %11,1'inin serbest meslek, %27,8'inin işçi saptanmıştır. Başvuran ve lise mezunu ergenlerin beyanlarına göre annelerinin %45,2'sinin ev hanımı, %8,1'inin emekli, %26,6'sının memur, %9,1'inin serbest meslek, %11,1'inin işçi olduğu saptandı. Başvuran ve eğitimine devam etmekte olan ergenlerin beyanlarına göre babalarının %2,4'ünün işsiz, %13,1'inin emekli, %30,8'inin memur, %29,8'inin serbest meslek, %23,9'unun işçi olduğu saptandı. Başvuran ve ilkokul mezunu ergenlerin beyanlarına göre babalarının %28,6'sının emekli, %14,3'ünün memur, %57,1'inin işçi olduğu saptandı. Başvuran ve ortaokul mezunu ergenlerin beyanlarına göre babalarının %5,6'sının emekli, %22,2'sinin memur, %22,2'sinin serbest meslek, %50'sinin işçi olduğu saptandı. Başvuran ve lise mezunu ergenlerin beyanlarına göre babalarının %11,8'inin emekli, %52,9'unun memur, %23,5'inin serbest meslek, %11,8'inin işçi olduğu saptanmıştır.

"Aile Yetersiz Sosyalleşme Kuramı (Poor Family Socialitation Model)" na göre, anne babanın eğitim seviyesinin düşük olması, kendi okulu bırakma hikayelerinin olması, öğrenciyi eğitsel açıdan desteklememesi ve eğitsel beklentilerinin yüksek olmaması öğrencinin okulu bırakmasında temel etkenlerdir. Yine ailedeki problemli ilişkiler ve üyeler, parçalanmış aile, yüksek aile stresi gibi nedenler okulu bırakmada belirleyici olabilmektedir. Son olarak "Yapısal Özellikler Kuramı (Structural Strains Models)" na göre, etnik grup üyesi olmak, azınlık olmak, erkek olmak, düşük sosyoekonomik seviyede yer almak gibi demografik ve yapısal özellikler okulu bırakmada etkendir (22). Araştırmamızda beyana göre ebeveyni ayrı olan ergenlerin eğitim düzeylerinin daha düşük olması yönünde istatiksel anlamlı farklılık bulunmuştur. Başvuran ve beyana göre ebeveyni ayrı olan ergenlerin %93,1'inin eğitimine devam ediyor, %2,8'inin ilkokul mezunu, %2,8'inin ortaokul mezunu, %1,4'ünün lise mezunu olduğu saptanmıştır. Başvuran ve beyana göre ebeveyni beraber olan ergenlerin %96,4'ünün eğitimine devam ediyor, %0,3'ünün ilkokul mezunu, %1,6'sının ortaokul mezunu, %1,7'sinin lise mezunu olduğu saptandı.

Anne baba ile yakın bir ilişki ve duygusal paylaşımın olmaması, okulu bırakma olasılığını arttırır. Kötümser olan, çocuğuna daha çok dışsal ceza veren ve çocuğuyla daha çok olumsuz duygularla iletişim kuran ebeveynin çocuklarının okulu bırakma olasılığı daha yüksektir. Aynı şekilde, ailedeki genel stres düzeyinin yüksek olması da okulu bırakma olasılığını artırmaktadır. Tek ebeveynli aileden gelen, baskın dili konuşmayan, şiddet içeren komşuluk ilişkileri olan ve de sık yer değiştiren ailelerden gelen çocukların okulu bırakma olasılığı yüksektir. Erkek cinsiyete sahip olmak okulu bırakma olasılığını artırmaktadır. Diğer bir değişle okulu daha çok erkek öğrenciler bırakmaktadır (23). Ancak çalışmamızda okulu bırakan ergenlerin cinsiyete göre dağılımında herhangi bir anlamlı farklılık bulunmamıştır. Başvuran ve eğitimine devam etmekte olan ergenlerin %49,5'i kadın, %50,5'i erkek saptanmıştır. Başvuran ve ilkokul mezunu ergenlerin %42,9'u kadın, %57,1'i erkek saptanmıştır. Başvuran ve ortaokul mezunu ergenlerin %50'si kadın, %50'si erkek saptanmıştır. Başvuran ve lise mezunu ergenlerin %58,8'i kadın, %41,2'si erkek saptanmıştır.

Ayaz ve arkadaşlarının 2012 yılında yapmış oldukları bir çalışmada erken evlenmek için başvuran ergenlerin büyük kısmının eğitimine devam etmediğini belirlemişlerdir (24). Gökçe ve arkadaşlarının 2007 yılında yapmış oldukları bir çalışmada eğitimin erken sonlandırılmasının ve düşük sosyoekonomik düzeyin erken evlenme/evlendirilme açısından risk oluşturduğunu bildirmişlerdir (25). Çakmak ve arkadaşlarının 2009 yılında Ankara'da yapmış oldukları bir çalışmada kızların evlendirilmek üzere okuldan alınmasının, geleneksel anlayışta olağan karşılandığını belirtmişlerdir (26). Araştırmamızda da evli ergenlerin eğitimine daha düşük oranda devam ettikleri saptanmıştır.

Katılımcıların 1012'sinin bekar (%98,9), 9'unun evli (%0,9), 2'sinin boşanmış (%0,2) olduğu görüldü. Katılımcılarımızın hiç evlenmemiş olanlarının oranlarının Türkiye ortalamasına göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. Bunun sebebinin araştırma yapılan merkezin sosyoekonomik düzeyi yüksek bir bölge olan İzmir ilinde olmasından olduğunu düşünmekteyiz. Başer ve arkadaşlarının 2000 yılında Sivas'ta yaptıkları bir çalışmada kentleşme ve gelişmeye paralel olarak evlilik yaşının artmakta ve gençlerin evlilik öncesi seksüel tutum ve davranışlarının değişmekte olduğunu saptamışlardır (27).

Sezer ve arkadaşlarının 2010'da Van'da yapmış oldukları bir çalışmada ergenlik döneminde gençler için arkadaşlık ilişkilerinin giderek ön plana çıkmakta fakat anne baba ile olan ilişkiler önemini yitirmemekte olduğunu, anne babaların çocuklarına karşı tutum ve davranışlarının çocukların kendilik algısını biçimlendirmekte olduğunu belirtmişlerdir (28). Green ve arkadaşlarının 2007'de yaptıkları bir çalışmada anne babası ile sağlıklı ve doyurucu ilişkileri olan ergenlerin aile dışındaki çevre ve arkadaşları ile daha kolay istendik yönde ilişkiler geliştirebilmekte olduklarını, bu nedenle de anne babaların çocukları ile olan ilişkileri ve onlara nasıl davrandığının önemli olduğunu belirtmişlerdir (29). Araştırmamızda da ebeveyni ayrı olan ergenlerin istatiksel olarak anlamlı bir şekilde evli olmaları oranının fazla olduğu saptanmıştır. Başvuran ve beyana göre ebeveyni ayrı olan ergenlerin %4,1'inin evli, %95,9'unun bekar olduğu saptanmıştır. Başvuran ve beyana göre ebeveyni beraber olan ergenlerin %0,3'ünün evli, %0,2'ünün boşanmış, %99,5'inin bekar olduğu saptanmıştır.

Türkiye'de 1998 yılında yapılan nüfus ve sağlık araştırması sonuçlarına göre, 15-19 yaş grubu kadınların % 15,2'si evli olup eğitim düzeyi arttıkça evli olarak geçirilen süre azalmaktadır (Sağlık Bakanlığı HÜNEE ve Macro Int. Inc. 1999). Ülkemizde yapılan bir çalışmaya göre kadınların %96'sının 25 yaşına kadar evlenmiş oldukları bulunmuştur. Özcebe ve arkadaşlarının 1993'te Kayseri'de yaptıkları bir çalışmada her 10 kadından en az birinin 15 yaşından önce evlenmiş olduğu iller olduğunu saptamışlardır (30). Bizim çalışmamızda da kadın ergenlerin erkeklere oranla daha çok küçük yaşlarda evlenmiş olduğu gösterilmiştir.

Araştırmalar, erken evlenmelerin sosyoekonomik açıdan düşük düzeydeki ailelerde daha çok olduğunu göstermektedir. Yapılan çalışmalar 15- 19 yaş grubunda, yoksul aileden gelen kızların diğerlerinden daha çok cinsel ilişkide bulundukları ve gebelik risklerini, sosyoekonomik düzeyi yüksek olanlardan daha az bildikleri, dolayısıyla da daha çok gebe kaldıkları göstermektedir (31). Kız çocuklarının erken yaşta evlenmelerinin başlıca sebepleri arasında, geçim sıkıntısı, aile içi cinsel saldırı, evlilik dışı gebelik ve geleneksel yaşayışta hakim olan kocaya itaatin erken yaşta tesis edilmesi gerektiği şeklindeki anlayış sayılabilir (26). Kızların erken yaşlarda evlendirilmeleri eğiliminin nedenleri arasında, iktisadi gerekçelerin ağır bastığını söylemek de mümkündür (32). Çalışmamızda ergenlerin evlendirilmelerinin ebeveyn meslekleriyle ilgili bir anlamlı farklılık saptanmamıştır.

Katılımcıların 807'sinin normal kilolu (bmi 18-30 arası) (%78,8), 61'inin obez (bmi>30) (%6,0), 155'inin düşük kilolu (bmi<18) (%15,2) olduğu saptandı.

Obezite erişkin yaşta daha sık görülmekle birlikte özellikle son yıllarda çocukluk döneminde de sıklığının artması nedeniyle önemsenmesi gereken bir sağlık problemidir (33). Şarbat ve arkadaşlarının 1999'da yaptıkları bir çalışmada çocukluk çağı obezitesinin prevalansının özellikle gelişmiş ülkelerde olmakla birlikte tüm dünyada gittikçe artmakta olduğunu belirtmişlerdir (34). Şimşek ve arkadaşlarının 2005'te yapmış oldukları bir çalışmada obezitenin ülkemizde de beslenme alışkanlıklarının ve günlük yaşam tarzının değişmesiyle birlikte görülme sıklığının giderek arttığını belirtmişlerdir (35). Erbaş ve arkadaşlarının 2007'de Ankara'da yapmış oldukları bir çalışmada obezitenin her iki cinste de görülmekle birlikte kadınlarda oranın daha fazla olduğunu belirtmişlerdir (36). Bizim çalışmamızda ise başvuran obez ergenlerin %49,2'si kadın, %50,8'i erkek saptanmıştır. Ulutaş ve

arkadaşlarının 2014'te yaptıkları çalışmada istatiksel fark anlamsız olsa da, çalışan annelerin çocuklarının daha fazla obez olduğunun görülmekte olduğunu saptamışlardır (37). Ancak bizim çalışmamızda ergenlerin annelerinin ev hanımı veya çalışıyor olmasıyla ergenlerin obez olmasıyla ilgili herhangi bir anlamlı farklılık bulunmamıştır. Arslanoğlu ve arkadaşlarının 2007'de yapmış oldukları bir çalışmada ve daha birçok yapılmış çalışmada obezitenin ikincil nedenlerinden birisinin de hipotiroidi olduğu belirtilmiştir (38). Bizim çalışmamızda da obezite ile hipotiroidi arasında istatiksel anlamlı farklılık bulunmuştur.

Ünalan ve arkadaşlarının 2007'de yaptıkları bir çalışmada düşük kiloluluğun ergenler arasında sık görülmekte olduğu belirtilmiştir (39). Tahiroğlu ve arkadaşlarının 2005'te yapmış oldukları bir çalışmada kadınlarda beden algı bozukluğunun daha fazla olmasından dolayı erkeklere oranla 5-10 kat daha sık olduğunu, ancak erkeklerde de sıklığın arttığını belirtmişlerdir (40). Ertan ve arkadaşlarının 2008'de İstanbul'da yapmış oldukları bir çalışmada ise kadın ergenlerde erkeklerden 10-20 kat daha sık görüldüğü saptanmıştır (41).Bizim çalışmamızda ise başvuran düşük kilolu ergenlerin %45,8'inin kadın, %54,2'sinin erkek olduğu saptanmıştır. Bunun erkeklerde de sıklığın artmakta olduğundan dolayı olduğunu düşünmekteyiz. Canbolat ve arkadaşlarının 2005'te yapmış oldukları bir çalışmada ülkemizde 5 lisede 15- 17 yaş arası 531 ergende yapılan anket çalışmasında erkeklerin %33'ünün normal kiloda olmalarına rağmen diyet yaptığı bulunmuştur (42).

Araştırmaya dahil edilen 73 ergenin hipotiroidik (%7,1), 947 ergenin ötiroidik (%92,6), 3 ergenin hipertiroidik (%0,3) saptanmıştır. Dündar ve arkadaşlarının 2001'de yaptıkları çalışmada ergenlerin hipotiroidisinde cinsiyetin öneminin olmadığının saptamışlardır (43). Ancak Gül ve arkadaşlarının 2011'de yapmış oldukları çalışmada hipotiroidinin her yaş grubunda kadınlarda daha sık görüldüğünü saptamışlardır (44). Bizim çalışmamızda ise başvuran hipotiroidik ergenlerin %54,8'inin kadın, %45,2'inin erkek olduğu saptanmıştır, ancak istatiksel anlamlı farklılık bulunmamıştır. Yine Gül ve arkadaşlarının 2011'de yaptıkları çalışmada artan yaşla birlikte tiroid bezi boyutunun arttığı, özellikle iyot eksikliği olan bölgelerde guatr görülme sıklığının bu populasyonda %70'lere varan oranlarda olduğu bildirilmektedir (44). Bizim çalışmamızda ise 11-14 yaş aralığındaki

ergenlerin %4,8'inin, 15-17 yaş aralığındaki ergenlerin %8,5'inin, 18-24 yaş aralığındaki ergenlerin %12,4'ünün olduğu saptandı. Ayrıca bu artış istatiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur.

Çalışmamızda ergenlerin 182'sinde anemi tespit edilirken (%17,8), 841'inde (%82,2) anemi olmadığı tespit edilmiştir. Kara ve arkadaşlarının 2006'da yaptıkları çalışmada ergenlerde anemi prevalansının ülkemizde yaklaşık %15-40 olduğunu bildirmişlerdir (45). Özdemir ve arkadaşlarının 2005'te yapmış oldukları çalışmada anemide sosyoekonomik düzeyin düşüklüğünün önemli bir etken olduğunu belirtmişlerdir (46). Bizim çalışmamamızda da her ne kadar istatiksel bir anlamları saptanmasa da evli olan ve ebeveyni ayrı olan ergenlerde oran olarak anemi, diğerlerine nispeten daha sık rastlanmıştır. Yine Özdemir ve arkadaşlarının yapmış oldukları çalışmada aneminin kadınlarda erkeklere göre daha sık görüldüğü ve yaş ilerledikçe daha sık görüldüğü saptanmıştır (46). Bizim çalışmamızda ise yaş ilerledikçe aneminin arttığı saptanmıştır. Yine bizim çalışmamızda kadın ergenlerde oran olarak erkeklere göre aneminin fazla görüldüğü saptanmıştır, istatiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur. Yine Özdemir ve arkadaşlarının yapmış oldukları çalışmada beslenme bozukluğu nedeni ile protein enerji malnutrisyonu, anemi ve bazı vitamin eksikliklerinin de gözlenmekte olduğu saptanmıştır (46). Bizim çalışmamızda ise düşük kilolu ergenlerde aneminin fazla görüldüğü saptanmıştır ve bu fark anlamlı bulunmuştur.

Çalışmamızdaki katılımcıların 49'unda DEHB tanısı varken (%4,8), 974'ünde DEHB tanısı saptanmadı (%95,2). Nelerdir ve arkadaşlarının 2010'da yapmış oldukları çalışmada da çocuk nüfusunun ortalama %5'inde görüldüğü saptanmıştır (47). Merrel ve arkadaşlarının 2001'de yaptıkları çalışmada DEHB tanısı sıklığı %3-17 arasında saptanmıştır (48). Yine Nelerdir'in çalışmasında ve Kara ve arkadaşlarının 2006'da yapmış oldukları çalışmada erkek ergenlerde DEHB tanısı'nın kadınlara oranla daha fazla olduğu saptanmıştır (47)(49). Bizim çalışmamızda da bunu istatiksel olarak destekleyecek sonuç alınmıştır. Ayrıca çalışmamızda DEHB tanısı'nın daha çok erken ergenlik döneminde fazla olduğu saptanmıştır. Rosenthal ve arkadaşlarının 1998'de yaptıkları bir çalışmada okulu bırakan öğrencilerde DEHB tanısı'nın yükselttiği saptanmıştır (50). Ancak bizim çalışmamızda bu duruma dair bir orantı bulunmamıştır. Kayaalp ve arkadaşlarının

2008'de yaptıkları çalışmada DEHB tanısı olan çocukların BOS, kan ve idrarlarında dopamin ve norepinefrin gibi nörotransmitterlere ve yıkım ürünlerinine daha düşük oranda rastlanıldığını göstermişlerdir (51). Bizim çalışmamızda ise oran olarak hipertiroidik ergenlerde DEHB tanısı daha fazla saptanmıştır. Bunun tiroid fonksiyon bozukluklarının nörotransmitter bozukluklarına sebebiyet vermesinden kaynaklı olduğunu düşünmekteyiz. Yine Kayaalp'in çalışmasında ebeveyn-çocuk ilişkisinde ve aile işleyişindeki bozuklukların da DEHB tanısı etyolojisinde rol oynadığı belirtilmiştir (51). Bizim çalışmamızda ise istatiksel olarak ebeveyni beraber ergenlerde ayrı olan ergenlere göre daha fazla DEHB tanısı olduğu saptanmıştır ve bu fark anlamlı bulunmuştur. Bunun sebebinin belki de ayrı ebeveyne sahip ergenlerde yeterince tanı koyulamayacak düzeyde ilginin olmamasına bağlı olduğunu düşünmekteyiz.

6.SONUÇ

Elde ettiğimiz sonuçlar aşağıdaki gibi kısaca özetlenebilir.

1. Araştırmamızı yaptığımız merkezin sosyoekonomik düzeyi yüksek bir bölge olan İzmir ilinde olmasından dolayı başvuran ergenlerin Türkiye ortalamasına göre eğitim düzeylerinin daha yüksek, evlenme oranlarının daha düşük olduğu görülmüştür.

2. Başvuran ergenlerin %14,2'sinin ebeveyninin ayrı yaşadığı saptanmıştır. Ebeveyni ayrı olan ergenlerin eğitim düzeylerinin daha düşük, evlenme oranlarının daha yüksek, DEHB tanısı alma oranın daha düşük, anemi riskinin daha yüksek olduğu görülmüştür.

3. Başvuran ergenlerdeki obezite sıklığı %6 saptanmıştır. Obezitenin yaşı geç ergenlik grubundaki ergenlerde ve hipotiroidik ergenlerde daha fazla olduğu görülmüştür.

4. Başvuran ergenlerdeki düşük kiloluluk sıklığı %15,2 saptanmıştır. Düşük kiloluluğun erkeklerde ve erken ergenlik grubundaki ergenlerde daha fazla olduğu görülmüştür.

5. Başvuran ergenlerdeki hipotiroidi sıklığı %7,1 saptanmıştır. Hipotiroidinin kadınlarda ve geç ergenlik grubundaki ergenlerde daha fazla olduğu görülmüştür.

6. Başvuran ergenlerdeki anemi sıklığı %17,8 saptanmıştır. Aneminin kadınlarda, düşük kilolularda ve geç ergenlik grubundaki ergenlerde daha fazla olduğu görülmüştür.

7. Başvuran ergenlerdeki DEHB tanısı sıklığı %4,8 saptanmıştır. DEHB tanısının erkeklerde, hipertiroidik ergenlerde ve erken ergenlik grubundaki ergenlerde daha fazla olduğu görülmüştür.

Yaşamın en önemli temellerinin atıldığı ergenlik dönemi riskli bir dönemdir. Bu dönemde sağlık problemleri fark edilemediğinden dolayı sağlık sistemine başvuru sıklıkları oldukça düşüktür. Diğer yandan ergenler toplum hayatı ile sıkı iletişim içindedirler. Özellikle okul çağında olmaları nedeni ile tüm yaşadıkları, aileleri, arkadaşları ve yakın çevrelerine de yansımaktadır. Bu durum, ergenin sağlık hizmetlerine başvurmasını beklemeden onlara etik kuralları gözeterek

yapılandırılacak toplum yönelimli müdahalelerle birinci basamakta ulaşılmasının daha etkin olabileceğini düşündürmektedir.

Birinci basamak hekimliği ilk tıbbi temas noktasıdır. Bu nedenle ulaşılabilir olması, koruyucu olması, kapsamlı olması, aile ve toplum yönelimli olması, bütüncül yaklaşımlı olması gerekmektedir. Ayrıca bir ekip hizmeti olmakla beraber entegre ve koordine olmalıdır. Süreklilik arz etmelidir.

Birinci basamak sağlık hizmetlerinde ergenler için riskli davranış ve hastalık risk faktörlerini belirlemek için sağlık danışmanlığı önemlidir.

Çalışmamızda obezite, düşük kilololuk, hipotiroidi, anemi, DEHB gibi durumların ve bunların risk faktörlerini saptadık. Ergenlerde sosyodemografik durum, hastalıklar ve bunları etkileyenlerin ya da risk faktörlerinin belirlenmesi, eğitim düzeyinin artmasına ve toplumdaki hastalık yükünün azalmasına katkı sağlayabilir.

Ergen muayenesi ve takibinde yaş, cinsiyet gibi özelliklerin yanında eğitim durumu, medeni durumu ve aile yapısı gibi özelliklerin de dikkate alınması gerekmektedir.

KAYNAKLAR

1. Çuhadaroğlu F. Ergenlik Döneminde Psikolojik Gelişim Özellikleri. Katkı Pediatri Dergisi Adolesan Sayısı 2000; 21(6): 863-868.
2. World Health Organisation, adolescent health. http:/www.who.int/topics/adolescent_health/en 03/06/2017 tarihinde erişilmiştir.
3. Şenol V, Soyuer F, Akça RP, Argün M. Adolesanlarda Uyku Kalitesi ve Etkileyen Faktörler. Kocatepe Tıp Dergisi, 2012; 13 (2).
4. Ünalan PC, Apaydın KÇ, Akgün T, Yıkılgan H, İşgör A. Birinci Basamakta Ergen Sağlığına Yaklaşım. Turkiye Klinikleri J Med Sci 2007, 567576
5. Bülbül S, Kurt G, Ünlü E, & Kırlı E. Adolesanlarda uyku sorunları ve etkileyen faktörler. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi,2010; 53, 204-210.
6. Derman O. Ergen Sağlığı Derneği Kılavuzu/ Ergen Sağılığı Derneği/ Ergenlerde psikososyal gelişim özellikleri ve sorunları. Ankara, Kasım 2012;17-21.
7. Kaya AÇ ve ark. /' Adolesan sağlığı koruyucu hekimlik ve erken tanı kitabı'/ Medikal Akademi Yayınları . 2016; 216).
8. Kanbur ÖN, Akgül S. Ergen Sağlığı Derneği Kılavuzu/ Ergen Sağılığı Derneği/ Adolesanlarda Fiziksel Büyüme ve Cinsel Gelişme. Ankara, Kasım 2012; 6-7
9. Slap MD. Jablow M. 'Teenage health care'. New York. Pocket Books, 1994; 3-30
10. Strasburger VC. Adolescents, sex, and the media: Ooooo, baby, baby-a Q & A. Adolescent medicine clinics, 2005; 16 (2): 269.
11. Nuray ÖK, Akgül S. Ergen Sağlığı Derneği Kılavuzu/ Ergen Sağılığı Derneği/ Adolesanlarda Fiziksel Büyüme ve Cinsel gelişme; Ankara, Kasım 2012; 11-15
12. Erkan T. Ergenlerde beslenme. Türk Pediatri Arşivi. 2011; 46(11).
13. Özmen D, Çetinkaya AÇ, Ergin D, Şen N, & Erbay PD. Lise öğrencilerinin yeme alışkanlıkları ve beden ağırlığını denetleme davranışları. TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni. 2007; 6(2), 98-105.
14. Şimşek F Ulukol B, Berberoğlu M, Gülnar SB, Adıyaman P, & Öcal G. Ankara'da bir ilköğretim okulu ve lisede obezite sıklığı. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası, 2005; 58(4), 163-166.

15. Tahiroğlu AY, Fırat S., Diler RS, & Avcı A. Erkek çocuklarda yeme bozuklukları; bir anoreksiya nervosa vakası. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi, 2005; 48, 151-157.
16. Yorbık Ö, Mutlu C. Ergenlerde Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu. Turkiye Klinikleri Journal of Child Psychiatry-Special Topics, 2015; 1(1), 35-38.
17. Sarper N. Demir Eksikliği Anemisi. Turkiye Klinikleri Journal of Pediatrical Sciences, 2009; 5(1), 6-14.
18. Yılmaz HG, AD, D. G. C. Troid Bezi Hastalıkları. Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası, 2013; 5(4), 63-66.
19. Ünalan PC, Kaya ÇA, Akgün T, Yıkılkan H. Birinci basamakta ergen sağlığına yaklaşım. Turkiye Klinikleri J Med Sci, 2007; 27, 567-576.
20. T.C. Başbakanlık Türkiye İstatistik Kurumu. Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi. [www.tuik.gov.tr/IcerikGetir.do?istab_id=5] adresinden 11/06/2016 tarihinde erişilmiştir.
21. Önemlidir N. Aile Eğitim Programlarına Niçin Gereksinim Duyulmuştur? Aile Eğitim Programları. Sosyal Politika Çalışmaları Dergisi, 2007; 12(12).
22. Battin P. Predictors of Early High School Dropout. A Test of Five Theories. Journal of Edecational Psychology, 2000; 92 (3), 568-582.
23. Cairns RB, Crains BD, Neckerman HJ. Early School Dropout: Configurations And Determenants. Child Development, 1989; 60, 1437-1452.
24. Ayaz M, Ayaz AB, & Soylu N. Çocuk ve ergen adli olgularda ruhsal değerlendirme. Klin Psikiyatr Derg, 2012; 15, 33-40.
25. Gökçe B, Özşahin A, Zencir M Determinants of adolescent pregnancy in an urban area in Turkey: a population-based case-control study. J Biosoc Sci, 2007; 39: 301-311.
26. Çakmak D. Türkiye'de çocuk gelinler. Birinci hukukun gençleri sempozyumu hukuk devletinde kişisel güvenlik, bildiri tam metinler e-kitabı. Ankara: Ankara Üniversitesi Hukuk Fakültesi, 2009; 20-1.
27. Başer M. Adölesan cinselliği ve gebelik. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 2000; 4(1), 50-54.

28. Sezer Ö. Ergenlerin Kendilik Algılarının Anne Baba Tutumları ve Bazı Faktörlerle İlişkisi (ss. 1-19). Yüzüncü Yıl Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi, 2010; 7(1).
29. Green CL, Walker JM, Hoover-Dempsey KV, Sandler HM. Parents' motivations for involvement in children's education: An empirical test of a theoretical model of parental involvement. Journal of educational psychology, 2007; 99(3), 532.
30. Özcebe H, Akın A Ülkemizde adölesan doğurganlığı bir sorun mudur? III. Halk Sağlığı Günleri, Kayseri, E.Ü. Yayınları 1993; No. 46, s.13-21.
31. Bulut I Adölesan Evliliklerinin ve Doğurganlıklarının Sosyoekonomik Belirleyiciler Açısından Yetişkin Evlilikleri ile Karşılaştırılması, Yayınlanmamış Doktora Tezi, Ankara, Hacettepe Üniversitesi. 1984
32. Gottschalk N. Uganda:Early Marriage as a Form of Sexual Violence, Forced Migration Review, 2007; issue 27, pp.51-53.
33. Günöz H. Obezite. Ed: Neyzi O, Ertuğrul T. Pediatri 1. Nobel Tıp Kitapevi, 2010; 109:252-257.
34. Şarbat G, Demirkol M. Obezite. Ed: EkĢi A, Ben Hasta Değilim, Nobel Tıp Kitapevleri, 1999; 441- 50
35. Simsek F, Ulukol B, Gulnar SB. The secular trends in height and weight of Turkish school children during 1993- 2003. Child Care Health Dev 2005; 31:441-7.
36. Erbas Ü. Orta Yas Obez Bayanlara Yönelik Kalistenik Egzersizlerin Fiziksel Ve Fizyolojik Etkileri, Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Beden Eğitimi ve Spor Ana Bilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2007
37. Ulutaş AP, Pınar AT, Say LA, Say ZA, Sarı E. Okul çağındaki 6-18 yaş arası obez çocuklarda obezite oluşumunu etkileyen faktörlerin araştırılması. Zeynep Kamil Tıp Bülteni, 2014; 45(4), 192-196.
38. Arslanoğlu İ. Çocuk ve ergenlerde şişmanlık sorunu ve yaklaşım Çağrılı Editör. Türk Pediatri Arşivi, 2009; 44(4).

39. Graeff-Martins AS, Oswald S, Comassetto JO, Kieling C, Goncalves RR, Rohde LA. A Package of Intervention to Reduce School Dropout in Public Schools in a Developing Country. Europian Child and Adolescent Psychiatry, 2006; 15(8), 442-449
40. Tahiroğlu AY, Fırat S, Diler RS, Avcı A. Erkek çocuklarda yeme bozuklukları; bir anoreksiya nervosa vakası. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi, 2005; 48, 151-157.
41. Ertan T. Psikiyatrik Bozukluklarin Epidemiyolojisi. IÜ Cerrahpasa Tip Fakültesi Sürekli Tip Egitimi Etkinlikleri, Türkiye'de Sik Karsilasilan Psikiyatrik Hastaliklar Sempozyum Dizisi, 2008; (62), 25-30.
42. Canpolat BI, Orsel S, Akdemir A, Ozbay MH. The relationship between dieting and body image, body ideal, selfperception, and body mass index in Turkish adolescents. Int J Eat Disord 2005; 37:150-5.
43. Dündar B, Boyacı A, Sangün Ö, Dündar N. Çocuk ve ergenlerde Hashimoto tiroiditi: klinik ve laboratuvar bulgularının değerlendirilmesi. Türk Pediatri Arşivi, 2011; 46(4).
44. Gül Ö, Şahin S, Cander S, Gül B, Endokrinoloji polikliniğine başvuran hastalarda tiroid fonksiyonlarının yaş ile olan ilişkisinin incelenmesi. Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 2011; 37(2), 67-70.
45. Kara B, Cal S, Aydogan A, Sarper N. The prevalence of anemia in adolescents: A study from Turkey. J Pediatr Hematol Oncol 2006; 28:316-21.
46. Özdemir L, Koçoğlu G, Sümer H, Nur N, Polat H, Aker A, Bakıcı Z. Sivas il merkezinde yaşlı nüfusta bazı kronik hastalıkların prevalansı ve risk faktörleri. Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 2005; 27(3), 89-94.
47. Nelerdir B, Çocuk Vakfı Yayınları. Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu, 2010; 11(2), 32-38.
48. Merrel C, Tymms PB Inattention, Hyperactivity and Impulsiveness: Their Impact on Academic Achievement and Progress. Br J Educational Psychol, 2001; 71: 43-56.
49. Aras Ş, Ünlü G, Taş FV. Çocuk ve ergen psikiyatrisi polikliniğine başvuran hastalarda belirtiler, tanılar ve tanıya yönelik incelemeler. Klinik Psikiyatri Dergisi, 2007; 10(1), 28-37.

50. Rosenthal BS. Non-School Correletes of Dropout: An Integrative Review of the Literatüre. Children and Youth Service Review, 1998; 20 (5), 413-433.
51. Kayaalp L. Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu. Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Sempozyum Dizisi, 2008; 62, 147-152.
52. Juszczak L, Melinkovich P, Kaplan D. Use of health and mental health services by adolescents across multiple delivery sites. Journal of Adolescent Health, 2003; 32(6), 108-118.

EKLER

Ek-1: Etik Kurul Onayı

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU
İzmir Kuzey Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği
Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi

T.C. Sağlık Bakanlığı

Toplantı No : 26
Tarih : 26/06/2016
Karar No : 10

Hastanemiz Aile Hekimliği Asistanı Dr. Zeliha ÖZTÜRK'ün tez çalışması olarak yapılması planlanan "2007-2015 Yılları Arasında Gençlik Danışma Merkezi'ne Başvuran Ergenlerin Değerlendirilmesi" konulu araştırmaya ait dosya görüşülmüş çalışmanın gerekçe, yöntem ve etik açıdan uygun olduğuna, Dr. Zeliha ÖZTÜRK tarafından Aile Hekimliği Uzman Hekimi Doç. Dr. Hülya PARILDAR sorumluluğunda yürütülmesinin uygunluğuna oy birliği ile karar verilmiştir.

BAŞKAN : Doç. Dr. Şükran KÖSE

ÜYELER : Doç. Dr. Ahmet KAYA

Doç. Dr. Süheyla SERİN SENGER

Doç. Dr. Cüneyt Eftal TANER

Doç. Dr. Figen TOKUÇOĞLU

Doç. Dr. Tolga KANDOĞAN

Doç. Dr. Özgür ÖZTEKİN

Uzm. Dr. Ahenk PAKSOY

Uzm. Dr. Emel Ebru PALA

Emekli Albay. Atıf Can ÖKTEN

Avukat Murat BAŞKIRT

İzmir Kuzey Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği
Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Yerel Etik Kurulu
Yenişehir / İZMİR
Telefon : 0 232 4696969 / 6143 - 6043 Fax: 0232 4330756