



# Adolesan Döneminin Psikolojik Profili, Sorunları ve Koruyucu Sağlık Hizmetleri

*Psychological Profile and The Problems of Adolescence and Protective Health Care Services*

Gizem Onar<sup>1</sup> 

İrem Saadet Odabaş<sup>2</sup> 

Zeynep Canbolat<sup>3</sup> 

## Öz

Adolesan dönem, Dünya Sağlık Örgütü tarafından 10-19 yaş aralığındaki insanları kapsamaktadır. Bu dönem toplumlara, kişilere ve zamana göre farklı seyir gösterse de temel olarak fiziksel büyüme, cinsel olgunlaşma ve psikososyal değişimi içerir. Yakın yaş aralığında benzer özelliklerin görülmesi nedeniyle adolesan dönem erken ergenlik (12-14 yaş), orta ergenlik (15-17 yaş) ve geç ergenlik (18-19 yaş ve üstü) olmak üzere üçe ayrılır. Bireyin yeni bir benlik oluşturmaya başladığı bu dönemde mental olarak fizyolojik değişimler gözlenir. Ayrıca duygudurum bozuklukları, anksiyete, yeme bozuklukları ve madde kullanımı gibi patolojik değişimler de sık görülür. Adolesan dönemde yaşanan bu değişimler çok hızlı gerçekleştiği için patolojik ve fizyolojik ayırım yapılırken hata yapılabilmektedir. Bu sebeple tüm dönemlerin kendine has özelliklerini bilmek önemlidir. Fakat en önemlisi adolesanların bu dönemi en sağlıklı şekilde geçirmelerinin sağlanmasıdır. Bu noktada koruyucu sağlık hizmetleri; aileler, öğretmenler, ergenler üzerinde etkisi olan insanlar, yöneticiler ve toplumsal kuralları oluşturanlarca devreye sokulur. Bu derleme risklerin farkına varmanın ve koruyucu hizmetlerin adolesan ruh sağlığını korumadaki önemini vurgulamayı amaçlamıştır.

**Anahtar Kelimeler:** Adolesan, Psikoloji, Ergenlik, Ruh Sağlığı, Koruyucu Sağlık Hizmeti.

<sup>1</sup> Int. Dr., Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi), gizemonar55@hotmail.com

<sup>2</sup> Int. Dr., Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi), iremodabas@gmail.com

<sup>3</sup> Int. Dr., Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi), zcanbolat1512@gmail.com

## Abstract

According to the World Health Organisation, adolescence covers the period between the ages 10 and 19. Physical development, sexual maturation and psychosocial change and development are observed in this period even if these are variable due to the societies, eras and personal traits. Adolescence is splitted to three phases since each phase has its own characteristics: early adolescence (ages between 12-14), middle adolescence (ages between 15-17) and late adolescence (18 years and older). Mental physiological changes are observed in this period in which person begins to form a new personality. Also, mood and eating disorders, anxiety and drug addiction are commonly and frequently observed. Since these changes occur quickly, it is possible to face with some mistakes in differentiation between pathological and physiological symptoms. For this reason, it is important to know the specifications of each period. However, the most significant issue is to provide adolescents with a medium in which they are able to handle this specific period of life healthfully. At this point, protective health care services are run by families, teachers, governors and the ones that may have any possible effects upon the adolescents. This compilation aims to emphasise the significance of awareness related to the period and providing protective health care in keeping adolescents' mental health in a good condition.

**Keywords:** Adolescent, Psychology, Adolescence, Mental Health, Protective Health Care.

## Giriş

Adolesan dönemi 10-12 yaşlarında başlayan psikolojik, fiziksel ve sosyal olgunlaşma sürecidir. Bireyselleşmeyle birlikte, benliğin ve toplumsal sorumlulukların keşfedildiği dönemdir. Bu süreçte kişiler hormonal, bilişsel ve duygusal durumlarının değişmesine bağlı olarak birtakım zorluklar yaşamaktadırlar. Meslek seçimi, akran ve karşı cinsle ilişkiler, bireyselleşmenin aile içinde oluşturduğu çatışmalar bunlardan bazılarıdır. Ancak tüm sorunlar adolesan döneminde büyümeye bağlı sorunlar olarak düşünülmemelidir. Bazı belirtiler adolesanlarda sık görülen psikolojik sorunların habercisi olabilir. Duygudurum bozuklukları, anksiyete, yeme bozuklukları ve madde kullanımı bu dönemde sık görülen ciddi sorunlardan bazılarıdır.

Tüm dünya genelinde adolesanların %10-20'sinin psikolojik sorunlar yaşadığı tespit edilmiştir. Bu sorunların bir sonucu olarak ortaya çıkabilecek intihar riski de adolesan dönemi için ciddi bir problemdir. Dünya Sağlık Örgütü verilerine göre 2016 yılında 60.000 adolesan intihar nedeniyle hayatını kaybetmiştir ve bu ölümlerin büyük çoğunluğu düşük ve orta gelirli ülkelerde gerçekleşmiştir(WHO, 2019).

Türkiye'deki duruma bakacak olursak tüm nüfusun %16'sını oluşturan adolesanlar için de intihar riski büyük bir sorundur(Enstitüsü, 2018). TÜİK verilerine göre 2019 yılında 3406 kişi intihar ederek hayatını kaybetmiştir. Bu ölümlerin %9,3'ünü 15-19 yaş grubu oluşturmaktadır(TÜİK, 2020).

Bu veriler ışığında ruh sağlığının korunmasının ciddiyeti anlaşılmaktadır. Adolesanlarda mental sağlığın korunması, kişinin hayat kalitesini iyileştirmekle kalmayıp aynı zamanda toplumu da iyileştirmek anlamına gelmektedir. Ruh sağlığı yerinde bireyler, sağlıklı gelecek jenerasyonları da beraberinde getirir. Bu yüzden risk faktörlerini erkenden tanımak ve buna yönelik koruyucu sağlık hizmeti vermek büyük önem arz etmektedir.

## **Adolesan Döneminin Evreleri**

### **Erken Adolesan Dönemi**

12-14 yaş aralığını kapsayan bu dönemde fiziksel ve psikososyal olarak hızlı bir değişim gözlenir. Yaşanan bu erken büyüme her iki cinsten farklı etkilere sebep olabilir. Erkekleri olumlu yönde etkilerken kızlarda kendini depresyon, anksiyete ve yeme bozukluğu gibi sorunlarla gösterir. Yaşanılan yoğun fiziksel değişimi, üreme organlarının değişimi ve sekonder karakter gelişimi takip eder. Bunun etkisiyle dürtüler, toplumsal cinsiyet rolleri içinde yer edinme isteği ve cinsel kimlik oluşur(Gaete, 2015). Bu dönemde arkadaşlıklar, hemcinslerle oluşturulmuş gruplar, ortak grup tavırları ve seçimler önem kazanır. Somut düşüncenin soyut düşünceye evrilmesi de gözlenir. Bu değişim aniden gerçekleşmemektedir. Bulunulan toplumdan ve yaşanılan kültürden etkilenecek şekilde gelişmektedir. Adolesanlar bu kavramlar hakkında düşünmeye, kavramları eleştirmeye başlarlar. Bu durum onlarda ölüm, gelecek ve din gibi konularda ileriye dönük kaygı oluşturabilir. Bu dönemde eleştiri düzeyinin artmasıyla birlikte aileyi ve mevcut yaşam biçimini reddediş de başlayabilir(Kopetz et al., 2019).

### **Orta Adolesan Dönemi**

15-18 yaşlar arasındaki dönemdir. Bu dönemde hızlı pubertal gelişme yavaşlar ve ergenin bedenine alışması gözlenir. Farklı bir birey olma bilinci gelişmeye başlar ve bu durumu anne babaya kabul ettirme çabaları yoğunudur. Bu dönemde arkadaş grubu ile bütünleşme ve karşı cinse duyulan ilgide artış gözlenir. Soyut düşünmeye başlayan ergenler duygu ve düşüncelerini yakın arkadaşlarıyla daha fazla paylaşmaya başlarlar. Sosyal sorumluluklar ve idealler de bu dönemde daha fazla önem kazanır. Ergenlerin kendilerini her şeyi yapabilir olarak algılamaya ve riskleri olduğundan az görmeye başlamaları, bireyleşme sürecinde anne babalarından duygusal olarak uzak durma eğilimleri ve akranlarıyla daha fazla duygusal paylaşımda bulunmaları anne babalarla çatışmaya sebep olmaktadır. Duygusal deneyimlerinin artması ile birlikte iç yaşantılarını inceleme ihtiyacı ve günlük tutma yaygındır. Düşünce ve davranışları daha iyi değerlendirmeye başlamalarıyla birlikte pişmanlık ve utanç gibi duygularda artış olması güvensizlik veya çekingenlik gibi durumların görülmesine yol açabilir. Kendilerini daha çok akranlarının gözünden görmeye başladıkları için dış görünüş, giyim, davranışlarının akranları tarafından onaylanmasına önem verirler (Derman, 2008).

### **Geç Adolesan Dönemi**

17-21 yaş aralığındaki dönemi kapsar. Adolesan döneminin başından beri edinilen becerilerin bu dönemde birleşmesi sonucunda kimlik duygusu oluşur(Derman, 2008).

Kimlik duygusunun gelişmesi, kişinin sınırlarını, iyi ve kötü yanlarını keşfetmiş olması anlamına gelmektedir. Bu sayede geleceğe dair gerçekçi hedefler koyabilme, meslek ve eş seçimi yapabilme, toplumda yetişkin rollerini üstlenebilme gibi beceriler kazanmış olurlar. Ayrıca sosyal, cinsel ve manevi değerlerini benimseyerek kişilik gelişimini tamamlamış olurlar. Kişiler kendilerini daha iyi tanıdıkları için yaşam amaçlarını daha net ve gerçekçi ifade edip kararlarını tek başlarına vermeye başlarlar. İnsanlarla ilişkileri daha stabil bir hal alır. Aileyle olan ilişkileri güçlenirken arkadaş ilişkileri ise artık daha az önemlidir. Arkadaş gruplarındansa bir kişi ile paylaşımında bulunmayı tercih ederler. Büyüme ve gelişmenin tamamlanmasıyla birlikte beden algısına yönelik kaygılar azalmıştır. Kısacası bu dönemde kişilik gelişimini tamamlamış, sınırlarını bilen, tek başına karar verebilecek olgunluğa erişmiş ve çevresiyle daha sağlam ilişkiler kuran bireyler haline gelirler.

## **Adolesanda Ruh Sağlığı Sorunları**

### **1- Anksiyete Bozuklukları ve Koruyucu Sağlık Hizmetleri**

Anksiyete; somatik belirtilerin eşlik ettiği, kişiyi tehdit eden bir unsur olmaksızın veya mevcut tehlikenin çok üstünde kaygı duyma halidir (Beesdo, Knappe, & Pine, 2009). Kaygının patolojik olması, kişinin içinde bulunduğu tehlikeyle korele olmamasıyla tespit edilir. Anksiyete adolesanda gelişimsel, psikosozyal ve psikopatolojik komorbiditelere risk teşkil eder. Sosyal, duygusal ve fiziksel gelişimi hayat boyu olumsuz etkiler. Tedavi edilmezse %35'inde yetişkinlik çağında anksiyeteye ve madde bağımlılığı, depresyon gibi diğer psikiyatrik hastalıklara zemin hazırlar (Beesdo et al., 2009).

Anksiyete bozukluğu DSM-V'te yaygın kaygı bozukluğu, sosyal fobi, panik bozukluğu, agorafobi, maddenin yol açtığı kaygı bozukluğu, özgül fobi, seçici konuşmazlık, ayrılma kaygısı bozukluğu şeklinde kategorilendirilmiştir. Bunların arasında adolesanlarda yaygın anksiyete bozukluğu, sosyal fobi, özgül fobi, panik bozukluğu ve ayrılma anksiyetesi başı çekmektedir (Siegel, R. S., & Dickstein, D. P.2011).

### **Yaygın Anksiyete Bozukluğu**

Adolesanın kendini fazla miktarda gergin ve huzursuz hissetmesidir. Patolojik olması için ortalama 6 ay boyunca her gün olması gerekmektedir. Adolesan bu duyguyla günlük işlerini yapmakta güçlük çeker (Gale & Millichamp, 2016). Adolesan yaygın anksiyete bozukluğu (YAD) kadınlarda daha çok görülmekle birlikte görülme oranı %2,9-4,6 arasındadır. Diğer psikiyatrik hastalıklarla komorbiditesi çok yüksektir. Depresyon (%56), özgül fobi (%42), sosyal anksiyete bozukluğu (%31,8), obsesif kompulsif bozukluk (OCD)(%19,7) ve panik bozukluk (%16,6) da eşlik edebilir ve bu durumda adolesan mental sağlığı ve gelişimi büyük ölçüde tehlikeye girer (Mohapatra, Agarwal, & Sitholey, 2013). Bununla birlikte sürekli olan yorgunluk, kas gerginliği, irritabilite, zihinsel yoğunlaşma güçlüğü gibi psikosomatik etkiler de görülür. Bu durum adolesanların okul başarısını, sosyal uyumunu büyük oranda etkiler (Konkan, ŞENORMANCI, Güçlü, Aydın, & Sungur, 2013).

## Sosyal Anksiyete Bozukluğu

Sosyal anksiyete bozukluğu kişinin ortamdaki diğer insanlar tarafından değerlendirilmekten yoğun kaygı duyması ve kaçınmacı davranmasıdır (Dilbaz, 1997). Görölme yaşı ortalama 13 olarak belirtilmiştir ve adolesan dönemi sonuna kadarki süreçte başlayabilir (Akça, Selen, Demir, & Demir, 2018). Yaşam boyu %12 olmakla birlikte adolesan dönemde görölme oranı %10'dur. Bu hastalığın adolesan çağda başlaması ve bu dönemde depresyon ve madde kullanımından sonra en çok görölün üçüncü psikiyatrik hastalık olması şaşırtıcı değerdir. Çünkü adolesanlar bu dönemde ailelerinden özerk bir duruş sergileyerek diğer insanların bulunduğu sosyal alana daha çok karışmaya ve onlardan onay görme isteğinde olmaya başlarlar (Mercer, Crocetti, Meeus, & Branje, 2017).

Sosyal anksiyete bozukluğu kendisini toplum önünde performans sergilemek gibi eylemlerle gösterebildiği gibi insanların arasında yemek yemek, telefonla konuşmak ya da sadece yürürken bile gösterebilir. Bu sırada terleme, titreme gibi somatik belirtiler de izlenir. Kişinin duyduğu kaygı, tehlikenin çok ötesindedir ve yaşam kalitesini yüksek ölçüde düşürür. Bu kaygı, öz güvenin de olgunlaşmaya başladığı adolesan dönemde onların hem sosyal hayatlarını hem de akademik hayatlarını olumsuz etkiler. Öyle ki okulu bırakmak, yeteneklerinin daha altında bir hayat sürmelerine bile sebep olur (Leigh & Clark, 2018). Buldukları yaşlarla birlikte ileriki dönem için de risk teşkil etmektedir. Çocukluk dönemi ve adolesan dönemde sosyal fobi tanısı alanların %61'inin yetişkinlikte de sosyal fobi tanısı aldığı gösterilmiştir (KILIÇ).

## Özgöl Fobi

Belirli nesnelerin veya durumların yalnızca var olmalarının bile aşırı korku uyandırmasıyla karakterizedir ve kişide bu durumun oluşabilme ihtimali bile beklenti anksiyetesi yaratır. Diğer adıyla spesifik fobi adolesanlar arasında %2,6–9,1 oranla oldukça yaygın olarak görölmektedir. Adolesanda yaşamının devamında buna komorbid olarak en sık ayrılma anksiyetesi görölmektedir (Mohapatra et al., 2013). Özgöl fobi; hayvan (kelebek, köpek vs.), doğa olayları (şimşek, yükseklik, fırtına vs.), durumsal (asansörde olmak, uçmak vs.), kan-enjeksiyon-yara tipi (kan görmek, iğne olmak vs.) ve diğerleri (boğulmak, palyaço vs.) olmak üzere beş alt gruba ayrılır. Çok geniş bir spektruma sahip olduğu için adolesan kendi yaşamını bu kısıtlamalar çerçevesinde oluşturmak durumunda kalmaktadır ve kendini kısıtlatmış, çaresiz ve güçsüz hissedebilmektedir (Ollendick, Raishevich, Davis Iii, Sirbu, & Öst, 2010).

## Panik Bozukluğu

Kişinin zihinsel sıkıntılar yaşamadığı ancak ani nefes alamama, kalp çarpıntısı gibi somatik etkiler ve panik ataklarıyla yaşadığı patolojidir (ATLI, 2011). Aniden oluşması adolesanda beklenti anksiyetesi yaratır ve sosyal hayatını kısıtlayarak güvensizlik ve hep korunma ihtiyacı doğurur.

## Ayrılma Kaygısı Bozukluğu

Adolesanın doğal gelişim sürecine uyumsuz biçimde ve aşırı denebilecek nitelikte bağlandığı figüründen ayrılma kaygısıdır. Bu, birlikte buldukları ortamdaki ayrıldığında veya onlar bu ortamdaki ayrıldığında yaşanabilir. Bu durumda ilgili tekrarlayan kabuslar görülmesi, onların felaketlerle ya da ölümlerle kendisinden ayrılacağı senaryosunu aklına getirerek oluşan kaygı şeklinde görülebilir (Matthies et al., 2018). Bu endişe nedeniyle adolesan, figürün bulunduğu ortamdaki uzaklaşmak ve okula dahi gitmek istemez, diğer ortamlarda bulunma sürelerini kısıtlamak ister (ÖZER).

## Koruyucu Sağlık Hizmetleri

Temel amaç; insidansı ve risk faktörlerini azaltmak, koruyucu faktörleri arttırmak olmalıdır. Bu yüzden hastalığın ne olduğunu bilmek, bu sayede risk faktörlerini ve hastalığın semptomlarını iyi analiz etmek önemli yer tutmaktadır (Johnstone, Kemps, & Chen, 2018). Bu konuda toplum sağlığı merkezleri önderliğinde adolesanlarla yakın ilişkide olan uzman kişilerin, danışmanların, öğretmenlerin, ailelerin, adolesanları bilgilendirmesi önemli bir yere sahiptir. Hem aile hem de danışman konumundaki kişiler destekleyici bir tutuma sahip olmalıdırlar. Adolesanları değerlendirip patolojik bir davranış gördüklerinde çocuk ruh sağlığı doktoruna yönlendirmelidirler (Dogan, 2002).

Yoga, spor gibi nörokimyasal güçlenmeyi sağlayan aktiveler desteklenmelidir. Böylelikle hem anksiyete oluşumu hem de bunun getirdiği fiziksel ve mental komorbid hastalıklar önemli ölçüde önlenmiş olur (Kandola & Stubbs, 2020).

## 2- Duygudurum Bozuklukları ve Koruyucu Sağlık Hizmetleri

Adolesan dönemi, duygusal iniş çıkışlarla karakterize olduğu için duygudurum bozuklukları çoğunlukla aile tarafından fark edilmemektedir. Ancak adolesanlarda depresyon ve bipolar bozukluk oldukça sık görülen psikolojik sorunlardandır.

### Depresyon

Türkiye’de adolesanların %12,5’inde görülen depresyon, bu dönemde kızlarda erkeklere oranla daha sık görülmektedir (Bakanlığı, 2017). Adolesan dönemde duygusal yoğunluğun artması, hormonal değişim, bireyselleşme süreci gibi etkenler ergenleri depresyona daha yatkın hale getirmektedir.

Risk faktörlerine baktığımızda, ailede depresyon veya başka bir psikiyatrik hastalık öyküsü, çocuklukta başlayan anksiyete bozukluğu, madde kullanımı, cinsel veya fiziksel taciz gibi travmalar, düşük sosyoekonomik düzey, boşanmış ebeveynler, akran ilişkilerinde sorunlar gibi etkenler sayılabilir. Aile desteğinin olmayışı önemli bir risk faktörüdür. Yetiştirme yurdunda kalan adolesanların, aileleri ile yaşayan adolesanlara göre depresyon belirti puan ortalamalarının daha yüksek olduğu görülmüştür (Çetin & Çavuşoğlu, 2009). Adolesanlarda uyku kalitesi ve depresyon ilişkisi ile ilgili yapılan bir başka çalışmada, uyku kalitesi düşük adolesanların %39,6’sının depresif semptomlar gösterdikleri gözlenmiştir (Dağ B, 2017). Bir

diğer risk faktörü ise kronik hastalık varlığıdır. Bu çalışmada ise kanserli adolesanların altıncı ayındaki depresyon puan ortalamasının, ilk tanı anındaki puan ortalamasından daha yüksek olduğu gösterilmiş (Yılmaz, 2014).

Adolesanlarda depresyon, çevreye ilgi kaybı, değersiz hissetme, konsantrasyon bozuklukları, psikomotor yavaşlama, huzursuzluk, okul başarısında düşme ile kendisini gösterebilir. Aynı zamanda iştah bozuklukları, uykusuzluk ya da aşırı uyku hali, ani kilo değişiklikleri gibi fiziksel belirtiler de gözlenebilir. Depresyon semptomları gösteren adolesanlar, okuldan veya evden kaçma gibi eylemlerde bulunabilirler. Madde kullanımı depresyon için bir risk faktörü olabileceği gibi belirti olarak da karşımıza çıkabilir. Bu belirtilerin uzun süre, kesintisiz devam etmesi durumunda aile şüphelenip psikiyatrist yardımı almalıdır. Fark edilmeyen bazı durumlarda ölüm düşünceleri ve intihar girişimi gözlenebilmektedir.

### **Bipolar Bozukluk**

Adolesanlarda bipolar bozukluk, %1 oranında, kız ve erkeklerde eşit oranlarda görülmektedir. Aile içi sorunlar, stresli ve olumsuz şartlar bipolar bozukluk için risk faktörü sayılabilir. Manik ve hipomanik belirtiler, hiperaktivite bozukluğu gibi diğer psikiyatrik hastalıklarla karışabilir. Aynı zamanda bipolar bozukluğa başka psikolojik tanılar da eşlik edebilir.

Bipolar bozukluk adolesanlarda genellikle net bir manik depresif epizod olmadan seyredir. Huzursuzluk, artmış enerji, dikkat dağınıklığı, çabuk öfkelenme, grandiosite, basınçlı konuşma, fikir uçuşması, uyku ve yeme ihtiyacının azalmasına karşın aşırı hareketlilik, tutarsız konuşma en sık görülen semptomlardandır. Bununla birlikte bazı olgularda, fazla para harcama ve madde kullanımı gibi riskli eylemlerde bulunma eğilimi vardır. Vakaların bir kısmında ise psikotik belirtiler görülebilir.

Bipolar bozukluk, hastanın kendisine ve çevresine zarar verme riskinden dolayı ciddi bir hastalıktır ve bazı durumlarda hastaneye yatışı gerektirir.

### **Koruyucu Sağlık Hizmetleri**

Duygudurum bozuklukları için adolesanlara yönelik koruyucu sağlık hizmetlerini planlarken öncelikle risk faktörleri belirlenmeli ve bu kişiler psikolojik değerlendirmeye alınmalıdır. Özellikle okul başarısı düşen, uyku ve yeme alışkanlıkları bozulan, aile desteği olmayan, madde kullanan ve şiddet içerikli davranışlar sergileyen adolesanlar öncelikli olarak değerlendirilmelidir. Adolesanların psikolojik sağlık durumu ve intihar riski dikkatlice değerlendirilerek gerekirse bu kişiler üst sağlık kuruluşuna sevk edilmelidir. Bu süreç işlerken adolesana güven duygusu aşılmalı ve destekleyici bir tutum sergilenmelidir. Hem fiziksel hem de mental sağlığı koruma amaçlı fiziksel aktivitenin önemi vurgulanmalıdır. Adolesanlara madde kullanımının doğurabileceği sonuçlarla ilgili kapsamlı eğitimler verilmelidir. Adolesanlara koruyucu sağlık hizmeti verilirken aynı zamanda ailelerine de adolesan dönemi ve bu dönemde gözden kaçırılmaması gereken psikiyatrik belirtilerle alakalı rehberlik hizmeti verilmelidir.

### 3- Yeme Bozuklukları ve Koruyucu Sağlık Hizmetleri

Kişinin gereksiniminin altında veya üstünde, fizyolojik düzenini, mental ve beden sağlığını bozacak şekilde yeme alışkanlığı edinmesidir (Bauer, Kindermann, & Moessner, 2017). ICD 10 (International Classification of Disease)'e göre "fizyolojik bozukluk ve fizyolojik etkenlerle bağlantılı davranışsal sendromlar" içerisinde yer almaktadır (Erzegovesi & Bellodi, 2016). Adolesanlar arasında prevalansı%14-22'dir (Swanson, 2011). Adolesan dönem; değişen beden prototipi, hormon üretimi, çevrenin ve düşünce yapısının değişimi ile bir beden algısı oluşturur. Bu algının oluşumunda sosyokültürel çevre, aile, biyolojik yapı, cinsiyet ve psikososyal unsurlar önemli etkiye sahiptir (Verschuere et al., 2020).

Kadınlar, erkeklere göre 20 kat daha fazla yeme bozukluğuna sahiptir. BMI'i normal aralıkta olan kızların %33,6'sı diyet yaparken erkeklerin yalnızca %6,3'ü diyet yapmaktadır.

Aile, hastalığın genetik geçişine sebep olurken aynı zamanda ailenin tutumu hastalığın gidişatına etki etmektedir. Kendini kabul ettirme isteğini yoğun bir şekilde yaşayan adolesanlar; kiloları ve vücut şekilleriyle alakalı tenkit edildiklerinde bedenlerini belirli bir şekle koymak istedikleri bir figür haline getirmektedirler.

CRF, norepinefrin gibi nörokimyasal maddelerin yoğunluğu ve değişimi hastalığın oluşumundaki biyolojik etkenlerdendir.

Toplumlar tarafından oluşturulan, çağa ve coğrafyaya göre değişkenlik gösteren güzellik algısı da kendi değerini sorgulayan bir dönem olan adolesan için oldukça önemli olmaktadır (ARICA, Mustafa, & Cahit).

Yeme bozukluklarından anoreksia nervoza ve bulimia nervoza en sık görülenlerdendir. DSM-V'e göre anoreksia nervoza, kişinin gelişimini kısıtlayacak derecede düşük kalori alma alışkanlığı ile devam eden beslenme hastalığıdır. Kişinin vücut ağırlığı sağlıklı sınırın altına inmiştir. Kilo alma konusunda derin bir kaygı yaşanır. Bu sebeple yiyeceklerini aşırı kısıtlarlar, çok sık spor yaparlar, laksatif kullanırlar veya kendilerini kustururlar. Alınan yetersiz besin öğeleri sebebiyle birçok fizyolojik hastalık görülür. Adolesanlarda sık görülen bu hastalıkta, adolesanlar zayıf olmaktan memnun oldukları için ya da vücutlarını yanlış algıladıkları için hastalıklarını fark etmezler ve tedaviye dirençli olurlar (Kaye, 2008).

Bulimia nervoza ise tekrarlayan, ihtiyacın çok üstünde tıknırcasına yeme ataklarının olmasıdır. Diğer yandan da kişi yedikten sonra kendisini suçlu hisseder. Görüntüsünün kötüleşmesinden çekindiği için bu durumu dengelemek amacıyla kendini kusturma ve laksatif gibi yöntemlerle alınan besinleri atmaya çalışır. Ataklardan sonra kendisini suçlu hisseder ve bu depresif duygudurumunun artmasına sebep olur. Kiloları genelde normal ya da fazladır. Kusturma eyleminin doğurduğu fiziksel hastalıklar ortaya çıkar (Erbay & Seçkin, 2016).

Koruyucu sağlık hizmetlerinin düzenli ve yaygın olması alınabilecek en önemli tedbirlerdendir. Bu konuyla alakalı takipler sıklaştırılmalıdır. Aileleri, öğretmenleri,



danışmanları tarafından bu konuya işaret edecek davranış sergiledikleri fark edilenler ve taramada BMI değeri patolojik görülenler çocuk ruh sağlığı uzmanlarına ve oluşan hastalıklar için ilgili bölüme sevk edilmelidirler (Arıca, Arıca, Arı, & Özer, 2011).

En önemli unsurlardan biri olan ailelere toplum sağlığı merkezleri önderliğinde düzenli aralıklarla danışmanlık hizmetleri ve bilgilendirme toplantıları düzenlenmelidir. Aile hekimleri, ailelerle birlikte adolesanları konuyla ilgili rutin takibe almalıdırlar.

Yeme bozukluğunun önemli bir parçası olan algı, medya tarafından olumlu anlamda yönetilmeye çalışılmalıdır. Ekran figürlerini kendilerine örnek alan adolesanlar için yaratılan ideal vücut algısı yine aynı kanalla düzeltilebilir ve beden olumlamaya yönlendirilebilir.

#### **4- Adolesanlarda Madde Bağımlılığı ve Koruyucu Sağlık Hizmetleri**

Adolesan dönemde madde kullanımı sıklığı giderek artmaktadır. Çocukluktan erişkinliğe geçiş döneminde ergenin; aileden bağımsızlığını kazanması, çevresi tarafından kabul görmesi, kimliğinin gelişmesi ve olgunlaşması sürecinde birtakım riskli davranışlar görülebilmektedir. Bu dönemde merak, büyüklere özenme, rol-model alma, stresi azaltma ve bir arkadaş grubuna dahil olma isteği gibi sebepler bu riskli davranışların kaynağı olabilmektedir. Adolesanlarda görülen riskli davranışlar arasında madde kullanımı önemli yer tutar. Bu yaş grubu çocuklarda alkol ve sigara kullanımını denemeye eğilim vardır. Fakat bunların ileride çok ciddi sorunlara yol açabileceğini fark edemezler(Özcebe, 2002).

#### **Sigara Bağımlılığı**

Sigara bağımlılığı önemli bir halk sağlığı sorunu olarak tanımlanmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü'nün 2014 yılı istatistiklerine göre tütün kullanımı yılda yaklaşık 6 milyon insanın ölümüne yol açmaktadır ve bu sayının 2030 yılında yaklaşık 8 milyon olacağı tahmin edilmektedir (Burak, Söyler, & Pehlivan). Ülkemizde sigara kullanma sıklığı yetişkinlerde %33,4, gençlerde ise %6,9'dur. Sigara bağımlısı erişkinlerin çoğunun 18 yaşından önce sigaraya başladığı saptanmıştır (Arslan, Terzi, Dabak, & Pekşen, 2012).

Her yaşta sigara bağımlılığı gelişebilmektedir fakat ilk sigara genellikle ergenlik döneminde denenmektedir. Sigara ile tanışma genellikle erken ve orta adolesan döneminde olmaktadır (Çamur et al.). Adolesanlar büyüdüklerini ispatlama, birbirlerine özenme, anne-baba otoritesine karşı çıkma, anksiyeteyi azaltma gibi nedenlerle sigara içmeye başlayabilirler. Aile ya da arkadaş ortamında sigara içiliyor olması bu yaş grubunda sigaraya başlamaya neden olabilecek bir risk faktörüdür. Adolesanlarda beyin gelişiminin devam ediyor olması nedeniyle nikotin duyarlılıklarının daha fazla olduğu saptanmıştır. Bu dönemde az sayıda sigara kullanımında dahi nikotin bağımlılığının geliştiği gösterilmiştir (AYDEMİR). Bağımlıların dörtte üçü, 20 yaşından önce düzenli sigara içmeye başlamaktadır (MARAKOĞLU).

Adolesan döneminde sigara içmenin sağlık açısından oluşturduğu riskler yeterince önemsenmemektedir. Ayrıca sigara kullanan gençlerde alkol ve bağımlılığa yol açan

diğer maddelerin kullanımı, şiddet davranışı, güvensiz cinsel ilişki gibi diğer yüksek riskli davranışların görülme sıklığı da artmıştır. Tüm bunlar göz önünde bulundurulduğunda sigara bağımlılığı ile mücadelenin yanında sigara kullanımına başlanmasıyla da etkin biçimde mücadele etmek gereklidir.

### **Alkol Bağımlılığı**

Avrupa bölgesinde alkol kullanımının en az olduğu ülke Türkiye'dir, fakat ülkemiz aynı zamanda kişi başına tüketilen alkol miktarının en fazla arttığı ülke olarak bildirilmiştir. Buna dayanarak ülkemizde alkol kullanma eğiliminde artış olduğunu söyleyebiliriz (Arslan et al., 2012). Ülkemizde dokuz ilde yapılan çalışmada alkol kullanımının ilk ve orta öğretimde sigaradan sonra ikinci sırada yer aldığı gözlenmiştir. Yani ülkemizde ergenlik çağında alkol kullanımı artış göstermektedir.

Alkole başlama genelde adolesan dönemde olur ve alkol kullanımı 18-20'li yaşlarda pik yapar. Fakat günümüzde alkole başlama yaşı 10'a kadar inebilmektedir. Alkole başlama yaşı küçüldükçe özellikle erken ergenlik döneminde alkol bağımlılığı gelişme ihtimalinin arttığı gösterilmiştir. Cinsiyet ile alkol kullanımı arasında da önemli bir ilişki vardır. Yapılan çalışmalar erkeklerin kızlara göre alkol tüketimlerinin ve alkolün yol açtığı zararlara karşı maruziyetlerinin daha fazla olduğunu göstermiştir (ŞAŞMAZ et al., 2006). On iki yaş ve daha öncesinde alkol kullanmaya başlayan çocukların, geç ergenlik döneminde alkolü kötüye kullanma, alkollü taşıt kullanma, yaralanma, alkole bağlı saldırganlık ve diğer madde bağımlılıklarının görülme risklerinin yüksek olduğu bildirilmiştir. Ergenlik döneminde alkol kullanımı için risk faktörleri; aile bireylerinin alkol kullanıyor oluşu, arkadaş grubu etkisi, stres, depresyon, aile içi sorunlar ve kültürel faktörler olarak tanımlanmıştır. Risk faktörlerinin dağılımı incelendiğinde ağırlıklı olarak arkadaş çevresinin etkisi gözlenmiştir. Ailede alkol kullanımı öyküsünün olması da alkol bağımlılığı için önemli bir risk faktörüdür. Ailenin alkol bağımlılığına etkisi ise kalıtsal ve ailede sosyal öğrenme olarak iki şekilde gerçekleşebilmektedir. Bu sonuçlar alkol bağımlılığında sosyal öğrenmenin etkisini desteklemektedir (İlhan, Doğan, Demirbaş, & Boztaş).

Ergenlikte alkol kullanımı, hem ileride görülebilecek alkol bağımlılığı hem de bağımlılığın yol açabileceği sağlık sorunları sebebiyle daha fazla önemsenmesi gereken bir halk sağlığı sorunudur.

### **Koruyucu Sağlık Hizmetleri**

Adolesan dönemde alkol ve sigara kullanımının hem bağımlılık hem de entoksikasyon riskini arttırdığı göz önünde bulundurulduğunda alkol ve sigara karşıtı çalışmalar en çok bu yaş grubuna yönelik yapılmalıdır (Arslan et al., 2012). Sigara ve alkol reklamlarının yasaklanması, özendirici yayınlara yaptırım uygulanması önemlidir. Çocuk ve ergenlerin faydalı şeylere yönelmesini teşvik etmek için park, spor sahası gibi yerlerin çoğaltılması ve boş vakitlerinde katılabilecekleri etkinlikler için olanaklar yaratılması gibi önlemler alınmalıdır (ERGİNÖZ). Ergenlere başta sigara olmak üzere bu tür maddelerin sağlığa

zararları, zararlı madde kullanan kişilerin ergenler üzerindeki etkileri ve arkadaş seçimi konularında eğitimler verilmelidir. Riskli çevrelerde yaşayan ergenler sürekli izlenmeli ve onlara erken dönemde müdahale edilmesi için fırsat yaratılmalıdır. Bu mücadelede ailelere büyük görev düşmektedir. Anne ve babalar çocuklarını iyi gözlemlemeli ve bir problem olduğunu düşündüklerinde bunu rehber öğretmen veya uzman kişilere aktarmalıdır. Aileler için eğitim programları hazırlanmalı, çocuk ve adolesanların yakın çevresinde bulunanlar alkol ve sigara kullanmamalıdır (ŞAŞMAZ et al., 2006).

## **5- Adolesanlarda Davranım Bozukluğu, Karşı Olma-Karşı Gelme Bozukluğu ve Koruyucu Sağlık Hizmetleri**

Davranım bozukluğu, çocukluk veya ergenlikte ortaya çıkan başkalarının haklarına, toplumsal değerlere veya yasalara sürekli ve tekrarlayıcı bir biçimde karşı gelmeyle karakterize bir ruhsal bozukluktur (Buitelaar et al., 2013). Görülme sıklığı %2 ile %10 arasında değişmektedir. Çocuk başlangıçlı ve ergen başlangıçlı olmak üzere iki türü vardır. Genellikle ergenlik döneminde ortaya çıkmaktadır. Çocuklarda ortaya çıkma yaşı ise beşe kadar inebilmektedir. Geç ergenlik döneminde ortaya çıkması daha nadir görülür. Davranım bozukluğu olan ergenlerde genellikle insanlara ve/veya hayvanlara saldırganlık, eşyalara zarar verme, hırsızlık ya da dolandırıcılık gibi kurallara aykırı davranışlar görülür. Ergenlik döneminde ortaya çıkmasına yol açan kişisel ve çevresel risk faktörleri bulunmaktadır. Kişisel risk faktörleri "Herkes benimle dalga geçiyor, bana zarar verecekler" gibi düşüncelerin varlığı, depresif ruh hali, stres, madde kullanımı, risk alma eğilimi gibi faktörlerdir. Çevresel faktörler arasında ise ailede aşırı disiplin, etrafında veya arkadaş grubunda olumsuz rol modellerin varlığı sayılabilir (TONYALI, Göker, & Üneri).

Karşı olma karşı gelme bozukluğu (KOKGB) ise aile ya da otoriteye karşı gelme, uyumsuz davranma, kurallara uymama, tartışma eğilimi gibi davranışlar ile karakterize bir bozukluktur. Bu ergenler; çabuk öfkelenme, alınganlık, bağırıp çağırma ve büyüklerinin dediklerinin tersini yapma gibi özelliklere sahiptir. Fakat insanlara, hayvanlar ve eşyalara zarar verme, hırsızlık gibi davranışlarda bulunmazlar. KOKGB görülme sıklığı %2-%30 arasındadır. Genellikle 6-8 yaşından ergenlik bitimine kadar olan dönemde olur. Etiyolojisinde genetik faktörler, ailenin ilgisizliği ve aile içi şiddet gibi nedenler yer almaktadır (ARMAN, 2019).

### **Koruyucu Sağlık Hizmetleri**

Çocukları ve gençleri davranım bozukluğu ve karşı olma karşı gelme bozukluklarından korumaya yönelik hizmetlerin temel amacı, bu bozuklukların ortaya çıkmasına yol açan etmenleri ortadan kaldırmak olmalıdır. Buna yönelik okullarda iletişim becerileri, okul ve sınıf kuralları, arkadaş edinme becerileri gibi konularda iyi eğitim verilmesi, grup çalışmalarına ve oyunlarına katılımın teşvik edilmesi sağlanmalıdır. Ailedeki risk faktörlerini azaltmaya yönelik ise anne babalara çocuklarını etkin bir biçimde dinleyip anlama ve çocuklarının sorunlarıyla doğru biçimde baş etme konularında uzman kişilerin desteği sağlanmalıdır. Öğretmenlere ve anne babalara davranım bozukluğu olan çocuklarla ve ergenlerle nasıl iletişim kuracakları konusunda eğitimler verme gibi önlemler alınmalıdır (TONYALI et al.).

## 6- İntihar ve Koruyucu Sağlık Hizmetleri

İntihar, ölüm isteğiyle kişinin kendisine zarar verme davranışıdır. Tüm dünyada sıklığı gittikçe artan ciddi bir halk sağlığı sorunudur. İntihar, dünya genelinde 15-19 yaş aralığındaki adolesanların ölüm nedenleri arasında üçüncü sıradadır. Türkiye’de ise 2019 yılında intihar edenlerin %21,5’ini 15-24 yaş aralığı oluşturmaktadır (TÜİK, 2020). Son yıllarda intihar girişiminde bulunan adolesan sayısı artmaya devam etmektedir.

Önceki intihar girişimleri, sosyal destek eksikliği, olumsuz okul ortamı, akran ilişkilerinde sorunlar, fiziksel ve cinsel istismar, aile içi çatışmalar ve kayıplar adolesan intiharlarında risk faktörleri olarak sayılabilir. En önemli risk faktörlerinden birisi de psikolojik sorunlardır. Bunlar arasında majör depresyon, madde kullanımı ve yaygın anksiyete bozukluğu en sık görülenlerdendir. Çocuk acil servisine intihar girişimi nedeniyle başvuran adolesanlarla yapılan bir çalışmada, girişimde bulunanların %82’sinde psikolojik bozukluk olduğu görülmüştür (DOĞAN, ÖZTÜRK, Feyza, DEMİRCİ, & ÖZTÜRK, 2018). Yapılan bir başka çalışmada intihar girişimi nedeniyle başvuran adolesanların %64’ü girişime sebep olarak ailesel sorunlarını göstermişlerdir (Yalaki, Taşar, Yalçın, & Dallar, 2011).

Adolesanların çoğunluğu intihar etmeden önce çeşitli uyarı sinyalleri verirler. Riskli davranışlarda bulunma, okul performansında değişiklikler, dikkat eksikliği, uyku ve iştah problemleri, intihar notları ve depresif duygudurum bu sinyallerden bazılarıdır.

### Koruyucu Sağlık Hizmetleri

Öncelikle intihar riskini işaret eden sinyalleri iyi tanıyıp hızlı davranılmalıdır. Özellikle intihar girişim öyküsü olan adolesanlar daha yakından takip edilmelidir. Bu süreçte adolesan yalnız bırakılmamalı, adolesanın ailesiyle zaman geçirmesi sağlanmalıdır. Ailelere durumun ciddiyeti ve riskleri anlatılmalı, aile desteğinin oluşması sağlanmalıdır. Aile bu dönemde büyük öneme sahiptir ancak okul ortamının da adolesanın ruh sağlığı üzerindeki etkisi fazladır. Bu yüzden okul personeli, adolesanın psikolojik profili ve intihar riski açısından eğitilmeli ve taramalar yapılması sağlanmalıdır. Okullarda akran bağlarını güçlendirecek grup çalışmaları yapılması önerilmelidir. Risk faktörüne sahip olan adolesanların sanat, spor gibi alanlarda çalışmalar yapmaları desteklenmelidir. İntihar riski bulunan adolesanın ayrıntılı değerlendirmesi yapılan kadar kendine zarar veremeyeceği güvenli bir ortamda bulunması sağlanmalıdır. Özetle adolesanlar kendilerine zarar verme davranışlarından, aile, okul ve sağlık sisteminin uyumlu bir şekilde çalışmasıyla korunabilirler.

### Sonuç

Adolesan dönemi olgunlaşmanın ve birey olma bilincinin oluşmaya başladığı dönemdir. Bu çalışmada adolesan dönemi psikolojik yönden değerlendirilmiştir.

Adolesan birey, çocukluktan erişkinliğe geçmekte olduğundan fiziksel, psikolojik ve sosyal anlamda hızlı değişimler geçirmektedir. Bu değişimler sırasında adolesan çeşitli sorunlarla karşı karşıya kalmaktadır. Duygudurum bozuklukları, anksiyete ve yeme bozuklukları, madde bağımlılığı ve intihar ergen bireylerde sık görülen ruh sağlığı sorunlarıdır. Bu

sorunlar sadece adolesan için değil çevresindekiler için de hayatı zorlaştırmaktadır. Ayrıca adolesan döneminde ortaya çıkan sorunlar yetişkinlik evresini de etkileyeceğinden es geçilmemelidir. Adolesanlar etkili bir biçimde izlenmeli, ruh sağlığı sorunları açısından risk altında olanlar değerlendirilmeli ve uzman yardımı alınmalıdır. Aileler ve öğretmenler adolesan psikolojisi ve sorunları hakkında eğitilmelidir. Adolesanların fiziksel ve mental sağlığı güçlendirecek aktivitelere yönlendirilmesi için çalışmalar yapılması da önemlidir.

Adolesan ruh sağlığının korunması için gerekli önlemlerin alınması daha sağlıklı nesiller yetişmesi ve toplumsal yaşamın sağlıklı bir şekilde sürdürülebilmesi için gereklidir.

## Kaynakça

- Akça, S. Ö., Selen, F., Demir, E., & Demir, T. (2018). Cinsiyet ve yaş farklılıklarının ergenlerin depresyon, anksiyete bozukluğu, kendine zarar verme, psikoz, travma sonrası stres bozukluğu, alkol-uyuşturucu bağımlılığı ve dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu ile ilişkili sorunlara etkisi. *Dicle Tıp Dergisi*, 45(3), 255-264.
- Arıca, S., Arıca, V., Arı, M., & Özer, C. (2011). ADOLESANDA YEME BOZUKLUKLARI. *Mustafa Kemal Üniversitesi Tıp Dergisi*, 2(5).
- ARMAN, A. R. (2019). Karşıt Olma Karşı Gelme Bozukluğu ve Davranım Bozukluğunda İzlem ve Süreç, Prognostik Faktörler ve Erken Tedavinin Etkisi. *Türkiye Klinikleri Child Psychiatry-Special Topics*, 5(1), 76-81.
- Arslan, H. N., Terzi, Ö., Dabak, Ş., & Pekşen, Y. (2012). Substance, Cigarette and Alcohol Use Among High School Students in the Provincial Center of Samsun, Turkey. *Erciyes Medical Journal/Erciyes Tıp Dergisi*, 34(2).
- ATLI, Ö. (2011). *Panik bozukluğu ve yetişkin ayrılma anksiyetesi bozukluğu hastalarında Co2 duyarlılığı*. Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi,
- AYDEMİR, U. D. S. ADÖLESAN DÖNEMDE SİGARA BAĞIMLILIĞI TEDAVİSİ, 17 YAŞ SİGARA BAĞIMLISI OLGUSU.
- Bakanlığ, T. C. S. (2017). BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK ÇALIŞANLARI İÇİN ERGEN SAĞLIĞINA VE SORUNLARINA YAKLAŞIM CEP KİTABI.
- Bauer, S., Kindermann, S. S., & Moessner, M. (2017). [Prevention of eating disorder: a review]. *Z Kinder Jugendpsychiatr Psychother*, 45(5), 403-413. doi:10.1024/1422-4917/a000506
- Beesdo, K., Knappe, S., & Pine, D. S. (2009). Anxiety and anxiety disorders in children and adolescents: developmental issues and implications for DSM-V. *Psychiatr Clin North Am*, 32(3), 483-524. doi:10.1016/j.psc.2009.06.002
- Buitelaar, J. K., Smeets, K. C., Herpers, P., Scheepers, F., Glennon, J., & Rommelse, N. N. (2013). Conduct disorders. *European child & adolescent psychiatry*, 22(1), 49-54.
- Burak, M., Söyler, V., & Pehlivan, E. Adölesanlarda Sigara İçme ve Madde Kullanma Prevalansı. *Bağımlılık Dergisi*, 21(1), 64-71.
- ÇAMUR, D., Özcebe, H., Akansoy, S., Akel, İ., Şevik, A. E., Karaman, M., & Işıkyakar, T. BİR LİSEDE İKİNCİ SINIF ÖĞRENCİLERİNDE SİGARA İÇME SIKLIĞI. *Toplum ve Sosyal Hizmet*, 13(2), 60-69.
- Çetin, H., & Çavuşoğlu, H. (2009). Yetiştirme yurdunda ve aileleri ile yaşayan adölesanların benlik saygıları ve psikolojik belirtilerinin karşılaştırılması.
- Dağ B, K. F. (2017). The relationship between sleep quality and depressive symptoms in adolescents. *Turkish Journal of Medical Sciences*, 47, 721-727. doi:10.3906/sag-1507-14
- Derman, O. (2008). Ergenlerde psikososyal gelişim. *Adolesan Sağlığı II Sempozyum Dizisi*, 63(1), 19-21.
- Dilbaz, N. (1997). Sosyal fobi. *Psikiyatri Dünyası*, 1(1), 18-24.

- Dogan, O. (2002). Anksiyete bozukluklarında koruma ve önleme/Prevention/protection of anxiety disorders. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 3(3), 174.
- DOĞAN, M., ÖZTÜRK, S., Feyza, E., DEMİRCİ, E., & ÖZTÜRK, M. A. (2018). İNTİHAR GİRİŞİMİNDE BULUNAN ÇOCUK VE ERGENLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ Evaluation of Child and Adolescents who Attempted Suicide. *Bozok Tıp Dergisi*, 8(3), 30-34.
- Enstitüsü, H. Ü. N. E. (2018). Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması.
- Erbay, L. G., & Seçkin, Y. (2016). Yeme bozuklukları. *Güncel Gastroenteroloji Dergisi*, 20(4), 473-477.
- ERGİNÖZ, E. ADOLESAN, MADDE BAĞIMLILIĞI VE HALK SAĞLIĞI.
- Erzegovesi, S., & Bellodi, L. (2016). Eating disorders. *CNS Spectr*, 21(4), 304-309. doi:10.1017/s1092852916000304
- Gaete, V. (2015). [Adolescent psychosocial development]. *Rev Chil Pediatr*, 86(6), 436-443. doi:10.1016/j.rchipe.2015.07.005
- Gale, C. K., & Millichamp, J. (2016). Generalised anxiety disorder in children and adolescents. *BMJ Clin Evid*, 2016.
- İlhan, İ. Ö., Doğan, Y. B., Demirbaş, H., & Boztaş, M. H. ALKOL BAĞIMLILARINDA ALKOLE BAŞLAMADA BELİRLEYİCİ RISK ETMENLERİNİN GELİŞİM DÖNEMLERİNE GÖRE İNCELENMESİ.
- Johnstone, K. M., Kemp, E., & Chen, J. (2018). A Meta-Analysis of Universal School-Based Prevention Programs for Anxiety and Depression in Children. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 21(4), 466-481. doi:10.1007/s10567-018-0266-5
- Kandola, A., & Stubbs, B. (2020). Exercise and Anxiety. *Adv Exp Med Biol*, 1228, 345-352. doi:10.1007/978-981-15-1792-1\_23
- Kaye, W. (2008). Neurobiology of anorexia and bulimia nervosa. *Physiol Behav*, 94(1), 121-135. doi:10.1016/j.physbeh.2007.11.037
- KILIÇ, E. Ö. SOSYAL FOBİ ETYOLOJİSİNE YÖNELİK GELİŞİMSEL BİR MODEL.
- Konkan, R., ŞENORMANCI, Ö., Güçlü, O., Aydın, E., & Sungur, M. Z. (2013). Yaygın Anksiyete Bozukluğu-7 (YAB-7) Testi Türkçe Uyarlaması, Geçerlik ve Güvenirliliği. *Archives of Neuropsychiatry/ Noropsikiyatri Arşivi*, 50(1).
- Kopetz, C., Woerner, J. I., Macpherson, L., Lejuez, C. W., Nelson, C. A., Zeanah, C. H., & Fox, N. A. (2019). Early psychosocial deprivation and adolescent risk-taking: The role of motivation and executive control. *Journal of Experimental Psychology: General*, 148(2), 388-399. doi:10.1037/xge0000486
- Leigh, E., & Clark, D. M. (2018). Understanding Social Anxiety Disorder in Adolescents and Improving Treatment Outcomes: Applying the Cognitive Model of Clark and Wells (1995). *Clin Child Fam Psychol Rev*, 21(3), 388-414. doi:10.1007/s10567-018-0258-5
- MARAKOĞLU, K. OLGU SUNUMU: ADOLESANDA SİGARA BIRAKTIRMA. *Pediatric Practice and Research*, 7(4), 5-13.
- Matthies, S., Schiele, M. A., Koentges, C., Pini, S., Schmahl, C., & Domschke, K. (2018). Please Don't Leave Me-Separation Anxiety and Related Traits in Borderline Personality Disorder. *Curr Psychiatry Rep*, 20(10), 83. doi:10.1007/s11920-018-0951-6
- Mercer, N., Crocetti, E., Meeus, W., & Branje, S. (2017). Examining the relation between adolescent social anxiety, adolescent delinquency (abstention), and emerging adulthood relationship quality. *Anxiety Stress Coping*, 30(4), 428-440. doi:10.1080/10615806.2016.1271875
- Mohapatra, S., Agarwal, V., & Sitholey, P. (2013). Pediatric anxiety disorders. *Asian Journal of Psychiatry*, 6(5), 356-363. doi:10.1016/j.ajp.2013.06.017
- Ollendick, T. H., Raishevich, N., Davis Iii, T. E., Sirbu, C., & Öst, L.-G. (2010). Specific Phobia in Youth: Phenomenology and Psychological Characteristics. *Behavior Therapy*, 41(1), 133-141. doi:10.1016/j.beth.2009.02.002
- Özcebe, H. (2002). Birinci basamakta adolesan sorunlarına yaklaşım. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, 11(10), 374-377.
- ÖZER, İ. Ö. Bağlanmanın Doğal Sonucu: Ayrılma Kaygısı. Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Uluslararası Sosyal Bilimler Dergisi, 3(1), 125-134.

- Swanson, S. A. (2011). Prevalence and Correlates of Eating Disorders in Adolescents. *Archives of General Psychiatry*, 68(7), 714. doi:10.1001/archgenpsychiatry.2011.22
- ŞAŞMAZ, T., BUĞDAYCI, R., TOROS, F., KURT, A. Ö., TEZCAN, H., ÖNER, S., & ÇAMDEVİREN, H. (2006). ERGENLERDE ALKOL İÇME PREVALANSI VE OLASI RİSK FAKTÖRLERİ: OKUL TABANLI, KESİTSEL BİR ÇALIŞMA. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 5(2).
- Tamar, D. MADDE BAĞIMLILIĞI AÇISINDAN RİSKLİ ADOLESANLAR.
- TONYALI, A., Göker, Z., & Üneri, Ö. Ş. Çocuk ve Ergen Davranım Bozukluğu Tedavisinde Psikososyal Müdahaleler. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 11(3), 284-303.
- TÜİK. (2020). Yaş grubu ve cinsiyete göre intiharlar.
- Verschueren, M., Claes, L., Palmeroni, N., Bogaerts, A., Gandhi, A., Moons, P., & Luyckx, K. (2020). Eating Disorder Symptomatology in Adolescent Boys and Girls: Identifying Distinct Developmental Trajectory Classes. *Journal of Youth and Adolescence*, 49(2), 410-426. doi:10.1007/s10964-019-01174-0
- WHO. (2019). KNOWLEDGE SUMMARY:WOMEN'S, CHILDREN'S AND ADOLESCENTS' HEALTH.
- Yalaki, Z., Taşar, M., Yalçın, N., & Dallar, Y. (2011). Çocukluk ve gençlik dönemindeki özkiyim girişimlerinin değerlendirilmesi. *Ege Tıp Dergisi*, 50(2), 125-128.
- Yılmaz, A. (2014). *Kanserli 15-19 yaş grubu adölesanların umutsuzluk, depresyon ve anksiyete düzeylerinin incelenmesi*. Sağlık Bilimleri Enstitüsü