

Adolesana yaklaşım

Approach to adolescent

Müjgan Alikasıfoğlu

Ergenlik çağı, çocukların fiziksel, duygusal ve sosyal pek çok değişikliği kısa sürede ve bir arada yaşadığı bir değişim dönemidir. Sağlıklı ergen gelişimini desteklemek ergen dostu sağlık hizmetleri geliştirilmesi ile sağlanabilir. Ergen dostu sağlık hizmetleri bulunabilir, ulaşılabilir, yaklaşılabılır, kabul edilebilir, uygun ve ödenebilir olmalıdır. Ergeni medikal ve psikososyal sorunları açısından tarayan, önceliklerini onunla birlikte saptayan ve etkin önleme ve müdahale çalışmalarında bulunan bir hekim, ergenin sağlığının korunması ve iyileştirilmesinde çok önemli bir rol oynayabilir.

Anahtar kelimeler: adolesan, görüşme yöntemleri, psikososyal değerlendirme

Adolescence is a period of profound physical, emotional and social changes. Promoting healthy adolescent development requires the establishment of health services friendly to adolescence. These services should be available, accessible, approachable, acceptable, appropriate and affordable. Combining comprehensive medical and psychosocial screening, a partnership with the patient to set priorities, and effective interventions, may lead the health care provider to play a unique role in enhancing adolescent health.

Key words: adolescent, interview techniques, psychosocial evaluation

Giriş

Ergenlik çağının en önemli özelliği hızlı bir değişim yaşanmasıdır. Bu dönemin sonunda çocuklardan ebeveynleri ile erişkin tipi ilişki kurabilen, sağlıklı ve uzun süreli arkadaşlık ilişkileri olan, bağımsızlığını kazanmış, bireysel değerler sistemini oluşturmuş, mesleki hedeflerini belirlemiş, cinsel kimlik gelişimini tamamlamış, olumlu baş etme ve sorun çözme becerilerini kazanmış ve yaşadığı toplum içinde sosyal sorumluluklarını yerine getirebilen üretken bir erişkin olması beklenmektedir (1). Ergenlerin bu değişim sürecini sağlıklı bir şekilde tamamlayabilmeleri için toplumun diğer kurumları gibi sağlık sistemine de önemli sorumluluklar düşmektedir (1).

ERGEN DOSTU SAĞLIK HİZMETLERİ

Genel ilkeler

Ergenlerin sağlıklı olarak gelişmelerini desteklemek onların bulunduğu her yere ev, okul, sağlık kurumları, parklar, alışveriş merkezleri, spor okulları, eğlence yerleri ve hatta sokaklara ulaşmak anlamına gelir. Bu nedenle ergen dostu politikalar ve sağlık hizmetleri geliştirilmesine gereksinim vardır (2, 3).

Ergen dostu sağlık hizmetleri bulunabilir, ulaşılabilir, yaklaşılabılır, kabul edilebilir, uygun ve ödenebilir olmalıdır (2-5). Sağlık hizmetlerinin ergenler tarafından kabul edilebilir, yaklaşılabılır ve uygun bulunabilmesi ise hizmetlerin sunulduğu ortamın onlar için hazırlanmış

İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Adolesan Bilim Dalı

Yazışma adresi: Doç. Dr. Müjgan Alikasıfoğlu, İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Adolesan Bilim Dalı, Fatih, 34303, İstanbul
e-mail: kasifistanbul.edu.tr
Tel: (0212) 414 30 00 / 21 473
Alındığı tarih: 03. 08. 2005, kabul tarihi: 12. 08. 2005

olmasına ve hizmeti sunanların da onlara özgü sağlık gereksinimleri hakkında bilgi ve beceri sahibi olmasına bağlıdır (2- 4, 6, 7). Ginsburg ve ark. (7) ergenlerin sağlık hizmeti aldıkları ortamın ve kullanılan aletlerin temizliğine ve çalışanların el yıkama alışkanlığına önem verdiklerini, hizmetlerin dürüstlük, gizlilik ve saygı ilkeleri içinde sunulmasını istediklerini belirtmişlerdir.

Sağlık merkezine başvuran ergene sağlık ve sosyal hizmetleri bir arada sunulabilmelidir. Bu nedenle ergen dostu sağlık merkezlerinde hekim ve hemşirenin yanı sıra psikolog ve sosyal hizmet uzmanı da bulunmalıdır (5, 8). Ayrıca, ergenlerin sağlık hizmetlerinden yeterince yararlanabilmeleri için bu hizmetlerin onlar için uygun olan akşamüstü, hafta sonu gibi zamanlarda sunulabilmesi de önemlidir (2- 4, 8). İlk buluşmayı aile ayarlamışsa daha sonraki buluşmaların ergen tarafından ayarlanması ergende kendi kendini kontrol ve sorumluluk duygusu yaratacağından desteklenmelidir. Ergenin merkeze tek başına başvurabilmesi de sağlanmalıdır. Ergenlere sağlık hizmeti sunan ekipte en az bir kişinin değişmeden kalması da hizmetin başarısı açısından önemlidir (9).

Merkeze ilk kez baş vuran ergen hekimin oldukça uzun zamanını alır. İlk görüşmede ergenin psikososyal öyküsü dahil ayrıntılı öyküsü alınır. İlk görüşme için yaklaşık bir saat ayrılmalıdır. Daha sonraki karşılaşmalar saptanan sorunların izlemi anlamına geldiğinden 15- 20 dakika ayrılması yeterli olacaktır (4).

İlk başvuruda ergene ailesinin eşlik etmesi tercih edilmelidir (8). Eğer koşullar buna izin vermiyorsa (ailenin çalışması, uzakta yaşaması) aile, ergenin tek başına da kabul edilebileceğini bilmelidir.

Ergenler sözel veya sözel olmayan ip uçlarına çok duyarlıdır. Oldukları gibi kabul edilmek, memnuniyetle karşılanmak, güvenilmek ve saygıyla tedavi edilmek, yaşlarına ve gelişim düzeylerine uygun şekilde bilgilendirilmek isterler (4,7). Ergenlerin güveninin hızla sağlanması onlara sunulan sağlık hizmetinin başarılı olabilmesi açısından oldukça belirleyicidir (4).

Bekleme alanı

Ergenin alacağı hizmetlerle ilgili ilk izlenimleri bekleme odasında belirlenmeye başlar. Bekleme odasında küçük çocuklarla veya erişkinlerle birlikte beklemek ergeni rahatsız eder. Bu nedenle ergenler için ayrı bir bekleme alanı hazırlanmalı ve bekleme alanında gençlik dergileri ve

ergenler için hazırlanmış eğitici kitapçıklar da bulundurulmalıdır. Bu kitapçıklar hem ergenin kendine özgü sağlık sorunları hakkında bilgilmesini sağlar, hem de ergende o klinikte bu konuları da rahatça konuşabileceği ve gerektiğinde hizmet alabileceği izlenimini uyandırır (4, 8, 10, 11).

Muayene odası

Erişkinler için hazırlanmış muayene odaları ergenler için de uygundur. Ergenlerin muayene edileceği odada çocuklara ait tartı, boy ölçer gibi aletlerin ve çocuklara uygun duvar süslerinin bulunmamasına özen gösterilmelidir (4, 9).

Tutum ve yaklaşım

Herhangi bir nedenle bir ergenle karşılaşan hekimin amacı ergenin hekime başvuru nedenini değerlendirmenin yanı sıra riskli davranışlar dahil ergenin genel sağlık durumunu değerlendirmek olmalıdır. Aynı zamanda bu ziyaret ergenin daha sağlıklı olmayı öğrenmesi ve sağlıklı bir yaşam biçimi geliştirebilmesi için de bir fırsat olarak kabul edilmeli ve sağlık danışmanlığı hizmetleri de sunulmalıdır. Bu nedenle ergenlere hizmet veren hekimlerin ergenleri çok yönlü değerlendirebilme, sorunları tespit edebilme ve gerekli ise ilgili bölümlere yönlendirebilme bilgi ve becerilerine sahip olmaları gerekir (8).

Bu yaş grubuna sunulan sağlık hizmetinin başarıya ulaşabilmesi için onların kendilerini rahat hissedecekleri kişilerden hizmeti almaları, hizmeti kendilerine uygun bir ortamda almalarından daha da önemlidir. Ancak hekimler ve yardımcı sağlık çalışanları ergenlerle çalışırken pek çok kez benzer güçlüklerle karşılaştıklarından onlara hizmet sunarken az ya da çok huzursuz olabilirler. Bu huzursuzluk hekimle ergenin yaşam biçimleri ve düşünce şekilleri arasındaki farklılık belirginleştikçe artabilir ve hekimin ergene karşı otoriter (yetkeli) bir tutum takınmasına neden olabilir. Hekimin yetkeli tavrına ise ergen, yetkeye direnmek onun gelişimsel bir özelliği olduğundan, hekimden uzaklaşarak yanıt verecektir (4). Hekim ergene sağlık hizmetinin eşit taraflarından biri olduğunu hissettirir, yargılamadan, iş birliğine açık ve ergenin endişeleri ile gerçekten ilgilendiğini belirtir bir şekilde iletişim kurarsa ergenden olumlu yanıt alması kolaylaşır (1, 4, 8, 10). Ergenlerin yüz ifadelerini, vücut dilini ve hekimin ilgisini değerlendirme becerileri oldukça gelişmiştir ve kısa sürede hekimin kendileriyle gerçekten ilgilenip ilgilenmediğine

karar verirler. Bu nedenle hekim ergene ve ailesine hem sözleri hem de davranışlarıyla esas ilgilendiği kişinin ebeveyn değil ergen olduğunu hissettirmelidir. Bunu ergen odaya girdiği andan itibaren doğrudan onunla konuşarak ve hatta yanındakileri kendisine tanıştırmasını isteyerek yapabilir (4, 8).

Hekimin ergene neyi nasıl yapması gerektiğini ve nerede yanlış yapmakta olduğunu söylemesi veya kendi değer yargılarını aktarmaya çalışması ergen tarafından ailenin yerine geçmek olarak algılanacaktır. Bu nedenle ergene öğüt vermek yerine, davranışlarının sonuçlarını birlikte saptamak ve ergenin ne yapmak istediğini tartışmak daha yararlı olacaktır (4). Görüşme sırasında hekimin ergenin anlayabileceği basit cümleler kurması, ara sıra ergenden anlattıklarını tekrar etmesini isteyerek anlayıp anlamadığını kontrol etmesi de uygun olur.

Hekimler kılık kıyafetleri ve konuşma biçimleriyle ergenlere benzemeye çalışmamalıdır. Ergen hekimden akranı olmasını beklememekte, onu bilgili ve yardımcı olmaya hazır bir yetişkin olarak görmek istemektedir (4, 8). Hekimin yanı sıra merkezde çalışan diğer bireylerin de sıcak ve kabul edici bir tutum içinde olmaları çok önemlidir. Hekimle görüşmenin bölünmemesi önemlidir. Bu hem ergende hem de ailesinde onların zamanlarının değerli olduğu ve sorunlarının ciddiye alındığı izlenimi yaratacaktır.

Gizli ajanda (andaç): Ergenler asıl başvuru nedenleri daha ciddi bir sorun olduğu halde, bunu hekime söylemezler ve daha basit başka bir gerekçe belirtirler. Ergenin öyküsü alınırken tutarsız, hekimi herhangi bir tanıya götürmeyen bilgiler verir veya çok fazla bilgi veremezse gizli andaçtan şüphelenilmelidir. Bazı ergenler ise hekimin sorunu yakalayıp yakalayamayacağını anlamak için bilerek ufak ipuçları verirler ancak gerçek sorunu söylemezler. Örneğin jinekomastrisi nedeniyle hekime gelen bir ergen hekime bedeninin üst kısmının daha iri olduğunu veya şişman olduğunu söyleyebilir ancak göğüslerinin büyüdüğünü söyleyemez (4, 5).

İlk başvuru ve ergen, aile ve hekim ilişkisi
Ergenle ve ailesiyle ilk görüşme, gelecekte hasta-hekim ilişkisinin nasıl olacağını ve hastanın uyumunu belirleyici olmaktadır.

Hekimler ergenlere ne küçük, ailesine bağımlı bir çocukmuş gibi, ne de bağımsız bir yetişkinmiş gibi yaklaşmamalıdır

(11). Ergene küçük bir çocukmuş gibi yaklaşılması, ilişkinin ailenin varlığında devam etmesine ve böylece ergenin ailesinin yanında tartışmaktan çekinebileceği sorunlarının gözden kaçmasına ve ergenin kendi yaşantısını kontrol etme gereksiniminin karşılanamamasına yol açabilir. Ayrıca, ergen sağlık hizmetinin etkin alıcısı konumunda olmadığından, sağlık eğitimi alma fırsatı da olamayacaktır. Ergene bağımsız bir yetişkinmiş gibi yaklaşılması ise, ebeveynlerin ergene gerekli olan desteği ve rehberliği sağlamasını engelleyebilir ve kendilerini tedavinin dışına itilmiş hissetmelerine yol açabilir. Bu nedenle ergenlere uygun yeni bir yaklaşım biçimi geliştirilmelidir. Ergene henüz bağımsızlığını tam olarak kazanamamış ancak bağımsızlık yolunda ilerleyen, bir ayağı hala evde bir ayağı ise dışarıdaki dünyada olan bir birey olarak yaklaşılmalıdır (11). Böylece hizmetin bir kısmı ebeveynlere, bir kısmı ise sadece ergene verilebilir. Ancak, sorunun niteliği ve ergenin gelişim evresi de göz önüne alınmalıdır. Ergenlere hizmet sunarken hekimin tercihinin göre değişen yöntemler uygulanabilir. Sıklıkla aşağıdaki örnekler kullanılmaktadır (5, 11).

Ebeveyn- ergen işbirliği yöntemi: Ebeveyn ve ergene eşit davranılır. Öykü alınırken ve tedavi planlanırken ebeveyn ve ergen bir aradadır. Tedavi sırasında hangi sorumlulukların ebeveynlere hangilerinin ergene ait olacağına birlikte karar verirler. Bu yöntem daha çok erken ergenlik evresindeki çocuklara uygulanır. Diğer yöntemlere geçiş için de bir basamak oluşturur (11).

Ergenle ve ailesiyle eş zamanlı görüşmek ergene ve ailesine endişelerini birbirlerinin varlığında aktarma fırsatı sunarken, hekime de onlar arasındaki ilişkiyi izleme ve aile içi dinamikleri değerlendirme fırsatı sunar. Ayrıca ergenin hangi gelişim evresinde olduğu tespit edilebilir ve görüşmenin sonraki bölümünün nasıl yapılandırılacağına karar verilebilir. Ergen ve ebeveynleri birbirlerine yakın mı uzak mı oturuyorlar? Muayene odalarında genellikle bir sandalye diğerinden daha ön plandadır, bu sandalyeye kim oturuyor? Ergen nasıl görünüyor? Ailesiyle rahatça konuşuyor mu? O odada yaşananlara ilgisiz mi? Sorulara kim yanıt veriyor? Diğeri(leri) bunu nasıl karşılıyor? Ergene yöneltilen bir soruyu ebeveyni yanıtlıyorsa ergen buna nasıl tepki gösteriyor? Ebeveynler ergene küçük bir çocukmuş gibi mi davranıyorlar yoksa konuşmalara onun da katılmasını destekliyorlar mı? Bu yöntemde hasta olan ergen olduğu

için daima onun konuşması teşvik edilir ve öykünün büyük kısmını onun aktarması önemlidir (4).

Ergenin birincil, ebeveynlerin ikincil olduğu yöntem: Bu yöntemde hekim öncelikle ergene odaklanır ancak, ebeveynlerle de iletişim geri planda kalmak üzere devam eder. Bu yöntem özellikle sorumluluk almayı öğrenmekte olan orta ergenlik dönemindeki ergenlere uygulanır (5, 11). Bu yöntem hekime ergen ve ailesi bir arada iken gizlilik esasını açıklama fırsatı da verir. Hekim bir süre ergen ve ailesiyle birlikte görüştüğünden sonra görüşmeye ergenle tek başına devam eder. Böylece hekim ergene esas sağlık hizmeti alan kişinin kendisi olduğu mesajını bir kez daha vermiş olur. Ayrıca ergenle yalnız görüşmek bazı hassas konular hakkında hekimin bilgi edinmesini kolaylaştırır. Ancak ebeveyn odadan çıkarılırken dışlanmışlık hissine kapılması önlenmelidir. Bu nedenle ebeveynlerden bir süre dışarıda beklemesi istenirken daha sonra tekrar bir araya gelineceği ve durumun hep beraber değerlendirileceği belirtilmelidir. Ergenler gelişim düzeylerine uygun sorular yöneltildiğinde doğru bilgiler verebilirler. Gerekirse ergenden alınan yanıtlar daha sonra tekrar aileyle birlikte tartışılabilir. Ancak, aile ile birlikte ne kadar uzun zaman geçirilirse ergenle güvene dayalı bir ilişkinin kurulmasının o kadar güçleşeceği unutulmamalıdır (4).

Öykü alma ve fizik muayene tamamlandıktan sonra ebeveyn tekrar odaya davet edilir ve mümkünse hekimle ergen arasındaki görüşmenin ergen tarafından ebeveyne aktarılması istenir. Böylece hekim ergenin kafasında varsa karışıklıkları fark etme ve gerekli düzeltmeleri yapma şansı da bulacaktır (11).

Ergenin birincil, ebeveynin katılımının isteğe bağlı olduğu yöntem:

Bu yöntemde hekim- ergen ilişkisi gizlilik esasına dayalıdır ve hekimin ebeveynle doğrudan ilişkisi yoktur (5, 11). Ebeveynle ilişki ergenin aracılığıyla kurulur. Erişkin tipi ilişkiden 2 yönüyle farklıdır. Birincisi ergen hekimle paylaştıklarını ebeveynleriyle paylaşması için teşvik edilir. Hekim ergenin hayatının tehlikede olduğunu düşünüyorsa ergen tarafından kendisine aktarılan bilgileri ebeveynleri ile paylaşma hakkını saklı tutar (5, 11). Bu yöntem daha çok geç ergenlik evresindeki ergenlere uygulanır. Ergen ve hekim arasında hassas konuların tartışılmasını kolaylaştırır (5, 11).

Genellikle yukarıdaki yöntemlerden biri tek başına ya da aynı anda kullanılmakla birlikte, aşağıdaki durumlarda farklı yaklaşımlar da söz konusu olabilmektedir.

Bazen hekimler önce kısa süre ebeveynle görüşürler ve zamanın geri kalanını ergene ayırırlar. Ergenin yokluğunda ebeveynler kendi endişelerini, aile öykülerini ve aile içi dinamiklerini aktarabilirler. Bu yöntem ergen görüşmeye isteksizse veya aile içi ciddi çatışmalar varsa yararlı olabilir. Bir sonraki görüşmede ailenin anlattıkları ergenle birlikte gözden geçirilebilir. Bu yaklaşımın bir kötü tarafı ergenin kendi gereksinimlerinin tartışılması gerekirken beklemek zorunda kalmasıdır. Ergen, hekim ebeveynleriyle görüşürken sıkılabilir ve hekimin onlarla iş birliği yaptığını düşünebilir (4).

Zaman zaman ise, hekim ilk görüşmede aileyle, ikinci görüşmede ergenle bir araya gelir. Böylece ergen bekleme odasında beklemek zorunda kalmayacak ve hekim ailenin endişelerini rahatça dinleyecek zamanı ayıracaktır. Endişelerinin çocukları tarafından duyulmasını istemeyen ebeveynler bu yaklaşımı tercih edebilirler. Hekim ebeveynlerin bu isteğini geri çevirmese de, bu yaklaşımın ergenin sorunlarının çözümü için uygun olmadığını ve mutlaka bu endişelerin ergenin varlığında tekrar dile getirilmesi gerektiğini belirtmelidir (4).

Bazı ergenler çocukluklarından beri birlikte oldukları hekimler tarafından izlenirler. Bu durumda hekim, çocuk 10-12 yaşına geldiğinde aileye bundan sonraki görüşmelerde ilişkilerinin değişeceğini açıklamalıdır.

Gizlilik

Ergenler bazı sağlık sorunlarının ebeveynleri ve diğer kişiler tarafından bilinmesini istemezler ve bu tip sorunları olduğunda gizli tutulmayacağı endişesiyle sağlık hizmeti almazlar (1, 12- 14). Bu nedenle ergen sağlığı hizmetlerinde gizlilik ilkesinin sağlanması önemlidir (9, 14-16). Ayrıca, ergenin hekimle endişelerini, kaygılarını ve riskli davranışlarını tek başına tartışabilmesi sağlığı ve davranışlarıyla ilgili daha fazla sorumluluk almasını da sağlayabilir (13). Ergenin yaşı büyüdükçe ve olgunluk düzeyi arttıkça gizliliğin derecesi de artabilir (13).

Ergen ve ailesiyle ister ayrı ayrı ister bir arada görüşülün, gizlilik esası hem ergene hem de ailesine açıklanmalıdır. Ergen onun izni olmaksızın hekimle paylaştıklarının kimseye aktarılmayacağını bilmelidir. Tek istisna hekimin ergenin veya başka birinin hayatının tehlikede olduğunu

düşünmesidir.

Ergenler intihar etmeyi istemek gibi ciddi düşüncelerini henüz ebeveynlerine söylememiş olsalar da, bu düşüncelerinin onlar tarafından bilinmesini isterler ve genellikle bu konuda hekimin aracılığını uygun görürler. Ergenler açısından sağlık hizmetlerinde gizlilik esas her zaman gerekli olmakla birlikte, ileri derecede sorunlu aileler hariç, ebeveynlerinin desteğinin onlar için çok önemli olduğu unutulmamalı ve ergen gizlediği şeyleri ebeveynleri ile paylaşması için daima teşvik edilmelidir. Hekim ergenin iznini alarak kendisine verilen gizli bilgileri aileye ergenin varlığında veya ergenin olmadığı bir ortamda açıklayabilir veya, ergen açıklarken yanında bulunarak ona destek olabilir. Ergen gizliliğin ebeveynlerine karşı kazanılmış bir hak olduğunu düşünmemeli, sağlıklı normal gelişimin bir parçası olduğunu kavramalıdır (4, 5, 8, 9).

Ayrıca hekim gizlilik esasına dayalı sağlık hizmeti sunarken, ülkesindeki yasal düzenlemeleri ve etik kuralları da iyi bilmelidir (5, 11).

Öykü

Başvuru nedeni

Başvuru yakınması ayrıntılı olarak değerlendirilmelidir. Ergenlerin yakınmalarını ilişkilendirdikleri olaylar veya durumlar ebeveynlerinininkinden farklı olabileceği için öykü mutlaka her iki taraftan da alınmalıdır. Böylece ailenin ve ergenin verdiği bilgiler bir arada değerlendirilerek ergene en iyi nasıl yardımcı olunabileceğine karar verilmelidir (4).

Öz geçmişi

Gebelik ve doğum öyküsü, çocukluk çağında sık karşılaşılan hastalıklar, hastaneye yatış veya ameliyat öyküsü, bağışıklama ve büyüme ve gelişme hakkında bilgi toplanmalıdır.

Aile öyküsü

Ebeveynlerin yaşları, sağlık durumları, varsa kardeşlerin yaşları ve sağlık durumları kaydedilmelidir. Ayrıca ailede kalıtsal hastalıklar ve ciddi bulaşıcı hastalıkların varlığı araştırılmalıdır.

Sistemlerin sorgulanması

Başvuru yakınması dışında, tüm sistemler ayrı ayrı ergenlik çağında sık karşılaşılan hastalıkların belirti ve bulguları açısından sorgulanmalı, puberteye giriş yaşı kaydedilmelidir.

Kızlar menarş gerçekleşmiş ise, siklus düzeni ve dismenore açısından da değerlendirilmelidir.

Psikososyal öykü

Psikososyal öykü alınırken mutlaka ergenle yalnız görüşülmelidir. Daha sonra gerekirse ergenin izni alınarak aile ile gerekli görülen konular paylaşılabilir. Psikososyal değerlendirme için yaygın olarak kullanılan araçlardan biri ilk kez 1974 yılında Dr Henry S. Beman tarafından tanıtılan "HEADS" dir (1, 17, 18). Ev (Home), eğitim (Education), etkinlikler (Activities), madde kullanımı (Drug use and abuse) ve cinsel davranışlar, cinsel kimlik (Sex) kelimelerinin baş harfleri biraraya getirilerek adlandırılmıştır (18). Daha sonra sonuna ikinci ve üçüncü "S" harfleri de eklenerek (intihar ve depresyon (Suicidality) ve güvenlik, şiddet ve istismar (Safety)) yüksek riskli ergenlerin psikososyal risklerinin saptanması amacıyla da kullanılmaya başlanmıştır (1, 9, 17). "HEADSSS" ergenlerin yaşantısında stres nedeni olabilecek temel alanlara değinen, klinik kullanıma oldukça uygun bir psikososyal tarama aracıdır. Ergenlerde fiziksel veya ruhsal hastalıklara yol açabilecek stresleri ortaya çıkarmaya yarar. Bu aracın taradığı alanlar kişisel riski saptadığından her ergene uygulanabilir (18). Görüşmeye duygusal yükü az olan, ergeni rahatsız etmeyecek sorularla başlanır ve giderek daha hassas sorulara geçilir ve böylece görüşme sırasında bir duyarlılık merdiveni oluşturulmuş olur (1, 5, 18). Görüşme sırasında ergenin yanıtlarına ilgi gösterilmeli ve yanıtları anlaşılabilir değilse tekrar etmesi istenmelidir. Görüşme boyunca açık uçlu sorular tercih edilmeli, hassas konularda bilgi toplayabilmek için ise gerektiğinde üçüncü şahıslara yönelik sorulardan yararlanılmalıdır (18).

Ev: Ergenin nerede ve kimlerle yaşadığından başlamak rahatlamasına yardımcı olacaktır. Daha sonra ebeveynleri ve kardeşleriyle ilişkisi ve yaşadıkları günlük çatışmalar konuşulur. Hiç bir zaman aile sırrı olabilecek örneğin alkolizm gibi konulara girilmez. Eğer ergen evde fiziksel veya cinsel istismara uğramıyorsa evi hakkında konuşmaktan genellikle rahatsız olmaz (9, 17- 19). Eğer istismardan şüphe ediliyorsa, aile ilişkileri ile ilgili sorular görüşmenin sonuna bırakılır.

Eğitim: Okulu hakkında konuşmak ergeni genellikle rahatsız etmez. Okul başarısı, gelecekle ilgili düşünceleri, okulla

ilgili sorunları olup olmadığı varsa nedenleri saptanmaya çalışılır (9, 18, 19).

Etkinlikler: Ergenin boş zamanlarını nasıl değerlendirdiği, arkadaşlarıyla neler yaptığı sorgulanır. Böylece hem akranlarıyla ne kadar sosyalleştiği öğrenilir, hem de akran gruplarının özellikleri saptanır. Ayrıca, üçüncü şahıslara yönelik sorular madde kullanımı, cinsel davranışlar, depresyon ve intihar gibi daha hassas konulara geçiş için de kullanılabilir. Örneğin “ Senin yaşında alkollü içki içen pek çok genç biliyorum. Bu konuda ne düşünüyorsun?” Arkadaşların arasında alkollü içki içen var mı?” gibi sorular, ergen davranışları nedeniyle suçlanmayacağını düşüneneğinden direkt sorulara göre daha kolay yanıtlanırlar. Bu yaklaşım özellikle daha küçük yaştaki ergenlere uygundur (1, 9, 18, 19).

Madde kullanımı: Sigara, alkol ve yasa dışı maddelerin kullanımı mutlaka sorulmalıdır. Ergenler bu maddelerden herhangi birini denemek için kullanmış olabilirler. Ancak, madde kullandığını belirten her ergen kullandığı ortam, kullanma süresi, sıklığı ve miktarı açısından sorgulanmalı ve madde bağımlılığı gelişip gelişmediği saptanmalıdır (9, 17, 19, 20).

Cinsel davranışlar: Ergenler cinsel konularda hekimle konuşmaya isteksizdirler. Hekimlerin de cinsellik konusunda diğer erişkinler gibi geleneksel düşünce yapısına sahip olduklarını ön görerek, bu konuda doğru bilgi vermekten kaçınabilirler. Bu nedenle hekim ergene sorduğu soruların gerekçelerini açıklamalı ve kendisi de ergenin cinsel deneyimlerini merak etmek ile uygun mesleki ilgi arasındaki ayrımı tam olarak yapabilmelidir. Ergenler soruların anlamını kavrarlarsa doğru yanıt verme olasılıkları artar (9, 18, 19).

İntihar ve depresyon: Hekimler ergenle depresyon ve intihar hakkında konuşmakta güçlük çekebilirler. Hekim, ergenle bu konuları tartışmadan önce onun aile içi ilişkileri, okul yaşantısı, arkadaş ilişkileri, boş zaman etkinlikleri, madde kullanımı ve cinsel deneyimleri hakkında önemli bilgiler toplamıştır. Bu sırada ergenle dostça bir ilişki kurmuş ve güvenini de sağlanmıştır.

Ergene hayatından memnun olup olmadığı, kendini üzgün ve çaresiz hissedip hissetmediği sorulmalıdır. Ergenin okul başarısının düşmesi, okuldan kaçması, boş zaman

etkinliklerinden uzaklaşması, arkadaş grupları ile bağlarının zayıflaması, kavga etmesi ve gelecekle ilgili planlarının olmaması depresyon açısından uyarıcı olmalıdır (11). Hekimler ergenlere intihar düşünceci, planı ve girişimi ile ilgili direkt sorular sormalıdır.

Araştırmalar intihar girişiminde bulunan kişilerin büyük çoğunluğunun girişimden bir hafta önce muhtemelen yardım istemek için hekime başvurduğunu ama bunu direkt olarak ifade etmediğini göstermiştir (18).

Cinsel ve fiziksel istismar: Evden kaçma, ciddi aile içi çatışmalar, okul başarısında düşme, arkadaş olmama, madde kullanımı, erken yaşta cinsel ilişkiye girme ve intihar girişimi gibi ciddi sorunları saptanan ergenler cinsel ve fiziksel istismar açısından mutlaka değerlendirilmelidirler (17).

Fizik muayene: Fizik muayene sırasında tüm sistemlerin ayrıntılı muayenesi yapılmalıdır. Boy ve ağırlık ölçümü, vücut kitle indeksinin saptanması, kan basıncı ölçümü, görme kusurlarının değerlendirilmesi ve özellikle erken ergenlik döneminde olmak üzere Tanner sınıflamasına göre puberte evrelemesinin yanı sıra; guatr açısından tiroid bezinin, skolyoz açısından omurganın, kızlarda meme hastalıkları açısından memenin ve erkeklerde cinsel yolla bulaşan hastalıklar ve tümörler açısından testislerin değerlendirilmesi fizik muayenenin bir parçası olmalıdır (1, 9, 21, 22). Kızların meme ve/veya genital muayenesi erkek hekimler tarafından ebeveynin veya hemşirenin eşliğinde yapılmalıdır (1, 9).

Fizik muayene sırasında kızlara kendi kendine meme muayenesinin öğretilep öğretilmeyeceği tartışmalıdır. Ergenlik döneminde sık görülen meme hastalıkları selim karakterdedir, bu nedenle kendi kendine muayenenin gereksiz tedaviye yol açabileceği düşünölmektedir. Ayrıca, bu yaş grubunda yapılan meme muayenesinin meme kanserinin erken tanısı üzerine bir etkisi olup olmadığı da bilinmemektedir (9).

Laboratuvar:

Tüm ergenlere önerilen herhangi bir tarama testi bulunmamaktadır. Ancak, bu dönemde sık karşılaşılan beslenme bozuklukları olan demir ve kalsiyum eksikliğinin sağlıklı beslenme konusunda rehberlik hizmeti verilmesi ile büyük ölçüde azaltılabileceği kabul edilmektedir. Ancak, demir eksikliği anemisi açısından kızların Hb, Hct değerlerinin en az bir kez kontrol edilmesini öneren

araştırmacılar da bulunmaktadır (9). Ayrıca risk etmenleri bulunan ergenlerin hiperkolestrolemi, tüberküloz, cinsel yolla bulaşan hastalıklar ve “human immunoeficiency” virus enfeksiyonu açısından taranması önerilmektedir (1, 9, 20-23).

Görüşmeyi bitirme:

Görüşmenin sonunda hekim öncelikle öykü ve muayene sonrası toplanan önemli bilgileri ergenle birlikte tekrar gözden geçirmeli ve ergene tanı ve tedavi konusunda ayrıntılı bilgi vermelidir. Burada amaç, ergenin sağlıklı davranışlarını tekrar desteklemek, riskli alanlarını saptamak, önemli sağlık bilgilerini aktarmak, sağlık eğitimi vermek ve ergene kendi sağlığıyla ilgili sorunları çözme becerisini kazandırmaktır (1, 9).

Görüşmeyi bitirmeden önce ergene son sorularını sorabilmesi için de fırsat verilmelidir. Bir sonraki ziyaretin zamanı birlikte belirlenmeli, ergene gereksinim hissettiği her an hekimin ve sağlık merkezinin hizmete hazır olduğu belirtilmelidir.

Sonuç olarak, ergen dostu bir ortamda ergeni medikal ve psikososyal sorunları açısından tarayan, onunla birlikte öncelikleri saptayan ve etkin önleme ve müdahale çalışmalarında bulunan bir hekim, ergenin sağlığının korunması ve iyileştirilmesinde çok önemli bir rol oynayabilir.

Kaynaklar

1. Reif CJ, Elster AB. Adolescent Preventive Services. *Adolesc Med* 1998; 25: 1- 19.
2. Child and adolescent health and development. WHO progress report 2002- 2003. WHO 2004, Geneva.
3. Value adolescent invest in the future. Educational package facilitator’s manual. WHO regional office for the Western Pacific Manila, Philippines. Who 2003 Geneva.
4. Hoffman AD. Providing care to adolescents. In Hoffman AD, Greydanus DE (eds). *Adolescent Medicine*. 3rd ed. Connecticut: Appleton, 1997: 23- 39.
5. Ercan O. Adolesana yaklaşım. İçinde: *Adolesan Sağlığı*. Ercan O, Alikışifoğlu M, Ercan G (eds). İstanbul Üniversitesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Sempozyum dizisi No: 43. 2005: 23- 7.
6. Viner RM, Barker M. Young people’s health: the need for action. *BMJ* 2005; 330: 901- 3.
7. Ginsburg KR, Slap GB, Cnam A, et al. Adolescents’ perceptions of factors affecting their decisions to seek health care. *JAMA* 1995; 273: 1913- 8.
8. Cyntia RP, Friedman SB. Interviewing the adolescent and family. In: Friedman SB, Fisher MM, Schonberg SK, Alderman EM (eds). *Comprehensive adolescent health care*. 2nd ed. St Louis: Mosby, 1998: 60- 5.
9. Schaff EA, Hedberg VA. Preventive health care for teenagers and young adults. *Primary Care* 1995; 22: 637- 52.
10. McPherson A. ABC of adolescence: Adolescents in primary care. *BMJ* 2005; 330: 465- 7.
11. Hofmann A. Communicating with adolescents and their parents. In: Hoffman AD, Greydanus DE (eds). *Adolescent Medicine*. 3rd ed. Connecticut: Appleton, 1997: 40- 60.
12. Cheng TL, Savageau JA, Sattler AL, et al. Confidentiality in health care. A survey of knowledge, perceptions, and attitudes among high school students. *JAMA* 1993; 269: 1404- 7.
13. Council on Scientific Affairs, American Medical Association. Confidential Health Services for Adolescents. *JAMA* 1993; 269: 1420- 3.
14. Proimos J. Confidentiality issues in the adolescent population. *Curr Opin Pediatr* 1997; 9: 325- 8.
15. Purcell JS, Hergenroeder AC, Kozinetz C, et al. Interviewing techniques with adolescents in primary care. *J Adolesc Health* 1997; 20: 300- 5.
16. Larcher V. ABC of adolescence: Consent, competence, and confidentiality. *BMJ* 2005; 330: 353- 6.
17. Neinstein LS. The office visit, interview techniques, and recommendations to parents. In: Neinstein LS (ed). *Adolescent Health Care. A practical guide*. 3rd ed. Baltimore: Williams& Wilkins, 1996: 46- 60.
18. Cohen E, MacKenzie RG. HEADSS, a psychosocial risk assessment instrument: Implications for designing effective intervention programs for runaway youth. *J Adol Health* 1991; 12: 539- 44.
19. Blotcky AD. A framework for assessing the psychologic functioning of adolescents. *Dev Behav Pediatr* 1984; 5: 74- 7.
20. Elster AB, Kuznets NJ. American Medical Association (AMA) guidelines for adolescent preventive services (GAPS) recommendations and rationale. Baltimore: William & Wilkins: 1994.
21. Neinstein LS, Schubiner HH. Health screening and evaluation. In: Neinstein LS (ed) *Adolescent Health Care. A practical guide*. 3rd ed. Baltimore: Williams&Wilkins: 1996: 61- 109.

22. Hoffman AD. Health supervision in adolescence. In: Hoffman AD, Greydanus DE (eds). Adolescent Medicine. 3rd ed. Connecticut: Appleton, 1997: 74- 90.
23. Hulley SB, Newman TB, Grady D, et al. Should we be measuring blood cholesterol levels in young adults? JAMA 1993; 269: 1416- 9.