

# Birinci Basamakta Adolesana Yaklaşım

Yrd. Doç. Dr. Nilgün ÖZÇAKAR

Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, İzmir

## Özet

Adolesans dönemi çocukluk ile erişkin dönemleri arasında fiziksel, ruhsal, sosyal büyüme ve gelişmenin çok hızlı olduğu bir geçiş dönemidir. Adolesan yaş grubunun nüfus içindeki artan oranı, toplumdaki sağlık sorunları içinde bu grubun sağlık sorunlarına önem vermeyi gerektirmektedir.

Gelişim ve aile öyküsünü de kapsayan eksiksiz tıbbi öykü, adolesan sağlık bakımının temel ögesi olup her türlü kaygının görüşülebilmesi için yeterince zaman ayrılmalıdır. Hekim ana yakınma dışında cinsellik, alkol ve madde kullanımı, tütün kullanımı, beslenme ve egzersiz, kazalardan korunma, aile, okul, iş hayatı ve toplumsal çevreye ilişkin özgül soruları da mutlaka sormalıdır.

Fizik muayene, adolesanlarla normal puberte sürecini tartışmak ve gençleri bedenleriyle daha barışık olmaları için desteklemek ve bilgilendirmek açısından iyi değerlendirilmesi gereken mükemmel bir fırsattır.

Birinci basamakta adolesanın, gelişim özellikleri, riskli davranışlar, beslenme ve obezite, uyum problemleri, madde bağımlılığı, istismar, cinsel problemler, gebelikten korunma, sporcu sağlığı, meme ve jinekolojik problemler gibi pek çok sorunuyla karşılaşılır. Genel olarak sağlıklı kabul edilen adolesanlar bedenleri ve sağlıkları hakkında yeterli bilgiye sahip olmadıklarından güvenli, destekleyici bir çevreye ve kendilerine özel sağlık ve danışmanlık hizmetlerine gereksinim duyarlar.

Adolesana verilen koruyucu sağlık hizmetleri çerçevesinde öncelikle fiziksel ve psikososyal gelişim hakkında bilgi aktarılması ve rehberlik yapılması gerekir. Burada sağlık hizmeti veren kişi adolesandaki hızlı değişimin getirebileceği problemleri ve bu dönemin gerginlik yaratabilecek unsurlarını hatırlatarak, iki tarafı aynı amaç etrafında birleştirme becerisini göstermelidir.

Tüm adolesanlar için öncelikle kapsamlı sağlık hizmeti sağlanmalı, ulusal politikalarda adolesan sağlığına yer verilmelidir. Ergenin yaşına ve gelişim düzeyine uygun, bireysel, kültürel ve sosyoekonomik farklılıklara duyarlı, gizlilik esasına dayalı sağlık hizmeti temel hedef olmalı, ulaşılabilir ve kabul edilebilir sağlık hizmetleri geliştirilmelidir.

Adolesan sağlığı her yönü ile özel önem ve öncelik göstermektedir. Bu durumun farkında olmak ve buna yönelik verilecek birinci basamak sağlık hizmeti ile gelecek nesillerin sağlıklı olması sağlanabilir.

**Anahtar kelimeler:** adolesan, ergenlik, birinci basamak sağlık hizmeti.

## Summary

Adolescence is a transition period between childhood and adulthood where physical, psychological, social growing and developing is so rapid. Increasing percentage of adolescence age group within the population leads to the need of giving importance to health problems of this group.

Complete medical history including developmental and family history, is an essential component of health care that requires enough time to discuss all concerns. Physician have to ask questions specific to sexuality, alcohol and drug usage, tobacco usage, diet and exercise, prevention from accidents, family, school, work and social environment beside the chief complaint.

Physical examination is an excellent opportunity to be considered to discuss with the adolescents normal pubertal course, instruct and support them to have more peace with their body.

Many problems of the adolescents are seen in primary care like developmental characteristics, risky behaviors, diet and obesity, compliance problems, substance dependence, abuse, sexual problems, prevention from pregnancy, sportsman health, breast and gynecological problems. Although adolescents are generally accepted as healthy, they need a safe, supportive environment and health care and consultancy services specified to them as they do not have enough knowledge about their bodies and health.

Within the preventive health care services given to adolescents primarily informing and guiding about physical and psychosocial development is required. At this point, health care provider have to show the skill to join both sides under the same goal, bearing in mind that there will be problems due to the rapid change in adolescent and

the components of this period leading to stress.

Comprehensive health care have to be provided for all adolescents and adolescent health have to be placed in national policies. Appropriate health care for the adolescent's age and developmental level, individualized, sensitive to cultural and socioeconomic differences, depending on confidentiality principles have to be main target, accessible and acceptable health services should be developed.

Adolescent health shows particular significance and priority with its every aspect. Awareness for this and primary health care that is devoted to it can assure the next generations to be healthy.

**Key words:** adolescent, puberty, primary health care.

### Birinci basamakta adolesana yaklaşım

Adolesans, yani ergenlik dönemi, çocukluk ile erişkin dönemleri arasında fiziksel, ruhsal, sosyal büyüme ve gelişmenin çok hızlı olduğu bir geçiş dönemidir. Ergenlik kavramı ilk kez 1904'de Stanley Hall ile literatüre girmiş ve insan gelişiminde ayrı bir evre olarak yerini almıştır. Latince "gelişen" anlamındaki bu dönem, 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, psikolojik ve sosyal değişmelerle karakterizedir.

Bu dönemin anlaşılabilmesi için öncelikle normal gelişimin ne olduğunun iyi bilinmesi gerekir. Bu açıdan ergenlik genel olarak üç evrede incelenmektedir: başlangıç evresi (erken ergenlik), orta evre (orta ergenlik) ve sonlanma evresi (geç ergenlik)<sup>1</sup>.

Yaş gruplarına göre değerlendirildiğinde, Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), 10-19 yaş arası adolesan dönem, 20-24 yaş arası gençlik dönemi, 10-24 yaş aralığındaki kişileri ise genç insanlar olarak tanımlamaktadır. Genel olarak dünya nüfusunun %17,5 kadarının 15-24 yaş grubunda olduğu tahmin edilmektedir. 2003 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması'nın bulguları da bu verilere paraleldir. 10-19 yaş grubu nüfusun genel nüfus içindeki oranı %19,7 olarak saptanmıştır<sup>2</sup>. Bu dönemde adolesan, fiziksel büyüme ve gelişme ile birlikte cinsel ve psiko-sosyal gelişme ile erişkinliğe geçmektedir. Meydana gelen hormonal değişiklikler fiziksel büyüme ve pubertal değişimlere neden olmaktadır.

Yaşamın ikinci büyüme döneminde başlayan bu değişimin başlangıcı ve süreci cinsiyete, kişiye ve topluma göre farklılıklar göstermektedir<sup>3</sup>.

### Adolesan dönemde gelişim Fiziksel gelişim

Adolesans dönemi, çocukluk döneminin sonundan erişkinliğe kadar uzanan tüm fiziksel, seksüel ve psikolojik gelişim evresini içine alır. Bu dönemin içindeki pubertal dönemde ise sekonder seks karakterlerinin gelişimi, pubertal büyüme atağı ve gonadların olgunlaşarak fertilizasyon yeteneğinin kazanılması gerçekleşir. Ergenlik döneminin ortalama başlama yaşı kızlarda 10 yaş (ortalama 8-13), erkeklerde 12 yaş (ortalama 9-14); süresi ise kızlarda 3-5 yıl, erkeklerde 3-4 yıldır. Puberte ise, sekonder seks karakterlerinin kazanılmasının ardından üreme kapasitesinin kazanılmasını ifade etmektedir. Kızlarda ovulasyonun, erkeklerde spermatogenezin başlaması ile karakterizedir. Pubertenin kızlardaki ilk fizik muayene bulgusu meme gelişimi, erkeklerde ise testislerde büyümedir. Sosyoekonomik ve çevresel koşullar bireyin genel sağlığı ve beslenmesi açısından optimuma ulaştığında pubertenin başlama

**Tablo 1.** Seksüel olgunlaşma evrelerini gösteren Tanner evrelemesi

| Evre                                   | Erkekler   | Kızlar  |
|--|--|---|
| <b>Evre 1</b><br><b>Preadolesan</b>    | Testis: Hacim < 1,5 mL<br>Fallus: Çocuk gibi<br>Pubik kıllanma yok   | Meme: Glandular doku yok<br>Areola ve papilla: Areola göğüs orta hatta<br>Pubik kıllanma yok  |
| <b>Evre 2</b><br><b>Erken adolesan</b> | Testis: Hacim 1,6-6 mL<br>Skrotum: Büyüme<br>Fallus: Değişiklik yok<br>Pubik kıllanma:<br>Hafif uzun ve renklenme başlamış, skrotum ve fallusun bazalinde  | Meme: Küçük glandüler doku<br>Areola: Areola genişlemiş<br>Pubik kıllanma: Kızda labium majörde, hafif uzun ve renklenme başlamış                                       |
| <b>Evre 3</b><br><b>Orta adolesan</b>  | Testis: Hacim 6-12 mL<br>Skrotum: Büyüme<br>Fallus: Boyunda artma<br>Pubik kıllanma: Daha laterale yerleşmiş ve rengi koyulaşmış, kıvrırcıklaşmış          | Meme: Daha büyük ve geniş<br>Areola ve papilla: Areola büyümeye ve genişlemeye devam eder<br>Pubik kıllanma: Daha laterale yerleşmiş, rengi koyulaşmış, kıvrırcıklaşmış |
| <b>Evre 4</b><br><b>Geç adolesan</b>   | Testis: Hacim 12-20 mL<br>Skrotum: Büyüme ve renkte koyulaşma<br>Fallus: Eninde artma<br>Pubik kıllanma: Erişkin tipinde ama uyluk iç yüzlerine yayılmamış | Meme: Daha geniş ve yukarda<br>Areola ve papilla: Göğüs duvarından ayrı çıkıntı halindedir<br>Pubik kıllanma: Erişkin tipinde ama uyluk iç yüzlerine yayılmamış         |
| <b>Evre 5</b><br><b>Erişkin</b>        | Testis: Hacmi > 20 mL<br>Skrotum ve fallus:<br>Erişkin tipinde<br>Pubik kıllanma:<br>Erişkin tipinde   | Meme: Erişkin tipinde<br>Areola ve papilla: Erişkin tipinde<br>Pubik kıllanma: Erişkin tipinde  |

yaşı büyük ölçüde genetik faktörlerce belirlenmektedir. Kızlar ve erkeklerde pubertal gelişimi değerlendirmede Tanner tarafından geliştirilen tanımlayıcı standartlar yaygın olarak kullanılmaktadır (**Tablo 1**). Bu amaçla kızlarda meme gelişimi ve pubik kıllanma; erkeklerde genital bölge gelişimi ile pubik kıllanma değerlendirilir. Kız ve erkeklerde puberte gelişiminde ortaya çıkan değişiklikler sırası ile kızlarda büyümenin hızlanması ile telarş, pubarş, adrenarş, boy piki, menarş şeklinde olup; erkeklerde testis hacminde artış, skrotal değişiklik, peniste enine boyuna büyüme, pubik kıllanma olarak sıralanabilir.

Buna göre Evre 1, prepubertal büyüme ve gelişme; Evre 2-4, pubertenin ilerlemesi; Evre 5 ise seksüel matürasyon anlamındadır. Seksüel matürasyon boy, kilo ve hormonal değişikliklerin tamamlanmasıdır.

### Psikososyal gelişim

Ergenlik dönemini yaşayan birey sadece bedensel değil, psikolojik olarak da değişmektedir. Kişiliği, çevresindekilerle kurduğu ilişkilerin niteliği değişmektedir. Bunların nedeni, ergenin bedeninin ve duygularının, bir bütün olarak değişmesi, gelişmesi, dünyayı, insanları ve kendini anlamakta kullandığı zihinsel becerilerinin hızlanmasıdır. Ancak bu hızlanma hemen bir yetişkindeki gibi düşünme ve davranma şekline ulaşamaz. Bu dönemde özgür davranmak, kendi kararlarını kendisi vermek ve kendi seçimlerini yapmak istemektedir, zaman zaman ailesinden uzaklaşmakta, uzaklaşınca da çaresizlik, yalnızlık, güvensizlik duyguları ile karşılaşmaktadır. Dengeli ve uyumlu çocuk, yerini tedirgin, güç beğenen ve çabuk tepki gösteren bir ergene bırakmaktadır. Ergenlik döneminde psikososyal gelişme yaş gruplarına göre 3 evreye ayrılıp her evre de emosyonel, kognitif ve sosyal açıdan incelenmektedir. Bu durum **Tablo 2**'de özetlenmektedir<sup>4</sup>.

### Hasta ile görüşme: Adolesanın yarattığı farklılık

Adolesanlar yukarıda anlatılan genel özellikleri nedeniyle hasta ile görüşmede farklı bir grubu

oluşturmaktadır. Bu nedenle özellikle aile hekimi açısından son derece önemli olan bu dönem dikkat edilmesi gereken bir takım özellikler taşır. Genel anlamda aile hekimine sağlıklı başvuruların daha fazla olduğu bu dönem daha çok sorunların çözülmesine odaklanabilir.

Araştırmalar, adolesanlara sağlık hizmetinin belirli prensipler çerçevesinde verilmesinin bu hizmetin kullanımını arttıracaklarını göstermiştir. Bu prensipler İngilizce olarak 6 "A"lar şeklinde özetlenmiştir: Bulunabilirlik (Availability), ulaşılabilirlik (Accessibility), yaklaşılabirlik (Approachability), kabul edilebilirlik (Acceptability), uygunluk (Appropriateness), ödenebilirlik (Affordability)<sup>5</sup>.

Adolesanların sağlık kurumlarından başlıca beklentileri başvuru kabul sürelerinin ve bekleme sürelerinin kısa olması, muayeneleri sırasında konsültasyon yapılması, başvuru yapılan sağlık kurumunun diğer sağlık kurumları ile ilişkisinin iyi olması, hizmetin maliyetinin düşük olması ve tekrarlayan ziyaretlerde aynı sağlık personeline ulaşabilmektir. Gençlerin tanımına göre ideal sağlık kurumları; kolaylıkla ulaşılabilir yerde olmalı, çalışma saatleri gençlere uygun olmalı ve yeterli eğitim materyaline sahip olmalıdır.

### Aile Hekimliği ve adolesana yaklaşım: Güven ortamı

Adolesanın gereksinim duyduğu konularda ulaşılabilir olunması özellikle aile hekimi açısından tam da istenen durumdur. Ulaşılabilirlik diğer gerekliliklerin yerine getirilmesi için bir ön koşul sayılabilir. Adolesana yaklaşım, aile hekiminin ergenlik dönemindeki bireyi dönemin özelliklerini ve gerekliliklerini göz önüne alarak değerlendirdiği bir hizmet sunum şeklidir. Adolesanların gereksinimlerini karşılayabilecek çağdaş bir yaklaşım için disiplinlerarası bağlantılar kurulmalıdır. Aile hekiminin verdiği sağlık hizmeti sırasında adolesan ile görüşme diğer hasta hekim görüşmelerinden farklılıklar içerir<sup>6,7</sup>. Adolesanın ilk değerlendirilmesi yaklaşık bir saat kadar sürmelidir. Bu görüşmede başlangıçta ebeveynlerin bulunması istenir çünkü böylece ebeveyn adolesan ilişkisini gözlemleme şansı yakalanabilir. İlk görüşmede adolesana ve

**Tablo 2.** İnfluenza sezonunda aşı üreten firmalar ve aşılardan nitelikleri

|                  | Erken ergenlik<br>11-13 yaş                     | Orta ergenlik<br>14-16 yaş                  | Geç ergenlik<br>17-20 yaş                             |
|------------------|---|---|---|
| <b>Emosyonel</b> | Yeni vücut ve seksüel değişikliklere adaptasyon | Duygusal olarak anne-babadan ayrılma        | Benliğini fark etme ve anne-babadan daha da uzaklaşma |
| <b>Bilişsel</b>  | Somut düşünce                                   | Kendini ifade yeteneğinde gelişme           | Kompleks düşünme yetisi                               |
| <b>Sosyal</b>    | Güçlü akran etkisi                              | Riskli davranışlarda ve cinsel ilgide artma | Dürtü kontrolünde artma                               |

ebeveynine, güvenilir hasta-hekim ilişkisi içinde olunacağı gösterilmelidir. Daha sonra adolesanın gelişim düzeyi uygunsa ebeveyninden dışarı çıkması istenir. Böylece her tür sorun ve özellikle gizli durumların konuşulması için uygun bir ortam yaratılmış olur. Bununla birlikte bazı durumlarda adolesanın onayı alınarak görüşmenin tümü ebeveynlerin varlığında da gerçekleşebilir çünkü aslında adolesana verilmesi gereken sağlık hizmetinin ailesinden bağımsız olması düşünülemez. Adolesanla yalnız görüşüldüğünde paylaşılan bazı gizli durumlar hakkında hekim adolesana, kendisinin iznini almadan ebeveynlerine bu bilgileri nakletmeyeceği güvencesini vermesi gerekir. Ancak hekim istisna olarak adolesana zarar verecek ya da bir başkasının adolesana zarar verdiği bir durumun söz konusu olması halinde ebeveynlerini durumdan haberdar etme hakkına sahip olduğunu da belirtmelidir. Aile hekimi, izleyen görüşmelerde adolesanın farklı olduğunu hissettirmeli ve rahatça konuşmasını sağlamalıdır. Adolesanlar mahremiyete özen göstermeyen ya da güven sağlamayan aile hekimleriyle cinsel konular, madde bağımlılığı ve ruh sağlığı konularında konuşmaya isteksiz ve gönülsüzdürler. Çalışmalar bu güven ortamı sağladığında adolesanların daha istekli olduklarını göstermektedir<sup>1,5</sup>.

### Sağlık öyküsü

Adolesanın sağlık öyküsü beş ana tema üzerinde odaklanır.

**Bunlar:** sosyal ve duygusal gelişim; fiziksel gelişme ve sağlık alışkanlıkları; cinsel gelişme; aile işlevi ve okul performansdır<sup>8</sup>.

**Yakınma** ile gelmiş olan adolesana önce yakınması ile ilgili sorular sorulur. Ancak adolesanın geliş sebebi ne olursa olsun, bu görüşme onun hayatında var olabilecek problemlerin araştırılması ve kapsamlı, dolayısı ile sağlığı koruyucu ve geliştirici, bir sağlık hizmetinin verilebilmesi için bir fırsat olarak kabul edilmelidir.

Daha sonra **sistemlerin gözden geçirilmesine** yönelik ve yine adolesanı ürkütmeyen sağlık soruları sorulmalıdır.

**Psikososyal öykü** mutlaka tamamlanmalıdır. Bu öyküyü alırken kullanılacak bir kavram **“HEADS”** kavramıdır. Burada sıra ile **ev** (Home), **eğitim** (Education), **aktivite** (Activity), **ilaç kullanımı** (Drugs), **cinsellik** (Sexuality), **güvenlik** (Security) ve **intihar** (Suicide) öğeleri sorgulanır. Bu sıranın gözetilmesi bu konuların “hassasiyet” sırasına göre dizilerek araştırılmasını sağlar<sup>9</sup>. Bu şekilde davranıldığında **en hassas konular sona** bırakılmış olur. Böylece sorgulama sırasında bir **“duyarlılık merdiveni”** oluşur. Ancak, bu merdivenin alt basamakların da yer alan bir konunun belli bir adolesan için önem taşıdığı ve hatta yakınmanın sebebini oluşturduğu sohbet sırasında anlaşılırsa bu sıra değiştirilir ve o konunun araştırılması

sona bırakılır. Örneğin sorun evde ise aile ortamının özelliği ve kalitesi en son araştırılır çünkü bu durumda en hassas konu budur<sup>5</sup>. Adolesandan anamnez alınırken unutulmaması gereken bir diğer özellik de **“saklı ajanda”** olarak tanımlanan ve adolesanın esas problemi hakkında ufak bir ipucu vererek hekiminden bu problemi saptaması beklentisidir.

### Fizik muayene

Periyodik muayene amacıyla gerçekleşen öykü alma sürecinin özellikleri: sağlık hizmetinin sürekliliği, başvuranın ihtiyaç ve beklentilerine öncelik tanınması (hasta merkezli yaklaşım), başvuranın gizliliğine saygı duyulması ve psikososyal değerlendirme yapılmasıdır. Bu süreç içinde ergenin, detaylı olarak tamamlanmış aşuları, beslenme biçimi, fizik aktivitesi, hijyen ve kazalardan korunma bilgi ve davranışı, madde kullanımı, okul başarısı, öğrenme biçimi, duygu durumu, cinsel öyküsü, aile içi ilişkiler ve istismarın sorulabilmesi beklenir. Aslında öykü alma süreci pek çok riskli davranış için taramanın yapıldığı bir görüşmedir. Bu taramanın ardından ortaya çıkan duruma özgü ya da genel danışmanlık ve sağlık eğitimi sunulacaktır<sup>4,10</sup>. Fizik muayene söz konusu olduğunda, özellikle erken adolesan çağında ve özellikle karşı cinsten bir hekim tarafından muayene edilmesi gerektiğinde, adolesanın aşırı utangaç ve beden imgesinin kolaylıkla zedelenebilir olabileceği akılda tutulmalıdır. Fizik muayeneye başlanmadan ve adolesan soyunmadan önce fizik muayenenin gerekçesi ve detayları anlatılmalı, adolesana muayene sırasında merak ettiği konularda soru sorabileceği söylenmelidir. Böylece adolesanın fizik muayeneye katılımı sağlanmalıdır. Diğer yandan fizik muayene bazı sorunların ortaya çıkarılmasında bir araç olarak değerlendirilebilir. Bu nedenle bu fırsat da kaçırılmamalıdır. Fizik muayene sırasında, muayenenin tamamlanmasını beklemeden, ne yapıldığı ve muayenenin sonuçları hakkında “kalbin iyi, kan basıncın normal” gibi bilgi verilmesi yararlı olur.

Adolesanın fizik muayenesi boy, ağırlık, kan basıncı ölçümlerini, fiziksel ve mental durumun ve cinsel olgunlaşmanın değerlendirilmesini, deri, göz, kulak, ağız, tiroid, meme, kalp, karın, lokomotor ve genital sistem muayenesini içermelidir.

Böylece, çoğunlukla puberte çağında başlayan miyopi, adolesan çağında sorun olan diş çürükleri ve periodontal hastalık, kızlarda sık görülen tiroid hastalıkları ve skolyoz gibi problemler gözden kaçmamış olur<sup>5</sup>.

Adolesan dönemde 11 ile 21 yaşları arasındaki bir gencin hekimini yılda bir kez ziyaret etmesi ayrıca erken, orta ve geç adolesan dönemlerinde yine en az birer kez muayene edilmesi önerilmektedir. Yıllık kontrollerde koruma ve sağlığı geliştirme üzerinde durulmalıdır<sup>8,11</sup>. Adolesanın

fizik muayenesinin kapsamlı olması gerekliliğine karşın genellikle spesifik probleme odaklı olmaktadır. Bunların sıklığı, sırasıyla, jinekolojik problemler, dermatolojik problemler, uyum sorunları, baş ağrısı, şişmanlık, endokrin ve gastrointestinal sistem yakınmaları olarak devam eder<sup>1</sup>. Adolesans döneminde morbidite ve mortaliteyi etkileyen faktörler arasında kaza ve yaralanmalar, alkol ve madde kullanımı, cinsel davranışlar, sigara kullanımı ile sağlıksız beslenme ve fiziksel inaktivitedir<sup>12</sup>.

Ergenlerin sağlık kurumlarına başvurma sıklıklarının diğer yaş gruplarına göre oldukça düşük olduğu gözlenmiştir. Ergen birey ciddi bir yakınması olmadıkça doktora başvurmamakta, genel bir sağlık taramasından geçmemektedir<sup>13</sup>. Adolesan döneminde acil olmayan durumlar için acil servislerin kullanımı diğer yaş gruplarına göre daha fazladır. Hekimler gördükleri adolesanların ancak yarısına kilo kontrolü, fiziksel gelişim, madde kullanımı, kazalardan korunma, kontrasepsiyon ve cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar (CYBE) konusunda danışmanlık vermektedirler<sup>14-17</sup>.

Adolesana yönelik yapılması gereken bazı periyodik sağlık muayeneleri vardır. Bunlar arasında yılda bir kez fiziksel büyüme ile psikoseksüel gelişmeleri ve kendi sağlıkları konusunda aktif rol almalarının önemi ile ilgili sağlık danışmanlığı, cinsel davranışlar konusunda danışmanlık, gebeliğe ve HIV dahil CYBE'lara neden olabilecek cinsel davranışının sorgulanması, cinsel aktif adolesanların CYBE'lar açısından taranması, 18 yaşından büyük ve cinsel aktif olanların yılda bir kez, servikal kanser için Papanicolaou testi ile taranması, yılda bir kez duygusal, fiziksel, cinsel ve ekonomik istismar öyküsü alınması sayılabilir.

### Riskli davranışların değerlendirilmesi

Ülkemizde yapılan araştırmalarda, riskli davranışların değerlendirilmesinde güçlükler olmasına rağmen, ergenlerin sağlığını etkileyebilecek önlenilebilir sağlık problemleri olduğu saptanmıştır. Ergenlerin sağlığı riske atan davranış biçimlerinin yaygın olduğunu, sigara ve alkol kullanımı, intihar girişimi ve cinsel sağlık/üreme sağlığı konusunda ergenlerin özellikle değerlendirilmesi gerektiğini düşündürmektedir. Adolesanların büyük bir çoğunluğu hayatlarının bu döneminde riskli davranışlarının yaratacağı tehlikelerle karşı karşıya kalırlar. Aile hekimi, etkin iletişim teknikleri kullanarak vereceği uygun danışmanlıklar ile bu riskleri önlemede önemli roller alabilir. Ancak adolesan sağlığını tehdit edebilecek bu konularda uygun danışmanlık ve sağlık hizmetinin verilebilmesi için öncelikle güven duygusunun sağlanması gerektiği unutulmamalıdır<sup>18</sup>. Adolesanların gelişimlerinin sağlıklı olabilmesi ve sağlıklı bir yaşam biçimi geliştirmeleri birincil ve ikincil koruma programlarıyla gerçekleştirilebilir. GAPS (Guidelines for Adolescent Preventive Services)'in önerileri

sağlık danışmanlığı, aşılama, erken teşhis ve tedavi gibi birincil ve ikincil koruma çalışmalarıyla sağlığı geliştirmeyi hedefleyen hizmetlerdir. Koruyucu hizmet sunulması hedeflenen alanlar ise 14 başlık halinde toplanmıştır. Bu konuların bazıları sağlık danışmanlığı, sağlık taraması veya aşılama hizmetlerinden birinin verilmesini gerektirirken, bazıları ise tüm hizmetlerin bir arada sunulmasını gerektirir<sup>19</sup>. Bunlar:

1. Ebeveyn davranışları ve aile içi uyum
2. Psikososyal uyum
3. Kazalar ve yaralanmalar
4. Beslenme alışkanlıkları, yeme bozuklukları ve obezite
5. Fiziksel aktivite
6. Cinsel davranışlar, cinsel yolla bulaşan hastalıklar ve istenmeyen gebelikler
7. Hipertansiyon
8. Hiperlipidemi
9. Tütün ürünlerinin kullanımı
10. Alkol ve diğer maddelerin kullanımı
11. Ciddi ve tekrarlayan depresyon ve intihar
12. Fiziksel, cinsel ve duygusal istismar
13. Öğrenme ve okul sorunları
14. Enfeksiyon hastalıklarıdır.

Tüm adolesanlar normal fiziksel, psikososyal ve cinsel gelişimleri konularında bilgilendirilmelidir. Ayrıca kazalar ve yaralanmalarla ilgili alınabilecek önlemler ve yararları anlatılarak danışmanlık verilmelidir. Sağlıklı beslenme, kilo kontrolü ve egzersiz konularında sağlığın korunması için yapılması gerekenler adolesanların gelişim düzeylerine uygun zamanlarda gündeme alınmalıdır. Tüm adolesanlar sigara, alkol ve madde kullanımının önlenmesi için danışmanlık almalıdır. Adolesana verilmesi gereken sağlık taraması hizmetleri içinde hipertansiyon, hiperlipidemi, obezite taraması yapılmalı, HIV dahil CYBH açısından değerlendirilmelidir. Duygudurumları ve istismar mutlaka gözden geçirilmelidir. Ayrıca adolesan bağıışıklaması bireysel aşı takvimleri belirlenerek tamamlanmalıdır<sup>19</sup>. Adolesanların uygun sağlık hizmeti almalarında karşılaşılan eğitilmiş hekim eksikliği, sağlık güvencesi yokluğu, sadece akut sorunlara odaklanma, gizliliğin sağlanamaması gibi bir takım engeller vardır. Sunulacak hizmetinin bu engellerle aksamaması için çaba gösterilmelidir<sup>20,21</sup>. Adolesanın ailesi de adolesanın fiziksel, cinsel ve duygusal gelişimi dahil olmak üzere normal adolesan gelişimi, adolesan çağında sık karşılaşılan fiziksel ve duygusal sorunların bulgu ve belirtileri ve adolesanın sağlıklı gelişimini destekleyecek ebeveyn davranışları konularında bilgilendirilmelidir. Adolesanlar ebeveynlerinin davranışlarını örnek alarak sağlıklı davranışlar geliştirebilirler. Bu nedenle ebeveynler davranışlarının çocukları üzerindeki etkisi hakkında bilgilendirilmelidirler<sup>22</sup>.

Sonuç olarak; ergeni, ergen dostu bir ortamda medikal

ve psikosozyal sorunları açısından tarayan, onunla birlikte öncelikleri saptayan ve etkin önleme ve müdahale çalışmalarında bulunan bir aile hekimi, ergenin sağlığının korunması ve iyileştirilmesinde çok önemli bir rol oynayabilir. Adolesana verilen koruyucu sağlık hizmetleri çerçevesinde öncelikle fiziksel ve psikosozyal gelişim hakkında bilgi aktarılması ve rehberlik yapılması gerekir. Burada sağlık hizmeti veren kişi adolesandaki hızlı değişimin getirebileceği problemleri ve bu dönemin gerginlik yaratabilecek unsurlarını hatırlarda tutarak, iki tarafı aynı amaç etrafında birleştirme becerisini göstermelidir.

Tüm adolesanlar için öncelikle kapsamlı sağlık hizmeti sağlanmalı, ulusal politikalarda adolesan sağlığına yer verilmelidir.

Ergenin yaşına ve gelişim düzeyine uygun, bireysel, kültürel ve sosyoekonomik farklılıklara duyarlı, gizlilik esasına dayalı sağlık hizmeti temel hedef olmalı, ulaşılabilir ve kabul edilebilir sağlık hizmetleri geliştirilmelidir. Adolesan sağlığı her yönü ile özel önem ve öncelik göstermektedir. Bu durumun farkında olmak ve buna yönelik verilecek birinci basamak sağlık hizmeti ile gelecek nesillerin sağlıklı olması sağlanabilir.

### Kaynaklar

1. Chambers CV, McManus Jr.RP. Childhood and Adolescence. In: "Textbook of Family Medicine". 7th ed. (ed) Rakel RE. Philadelphia, W.B. Saunders Company. 2007.
2. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması, 2003. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Devlet Planlama Teşkilatı ve Avrupa Birliği, Ankara, Türkiye.
3. Özcebe H. Birinci Basamakta Adolesan Sorunlarına Yaklaşım. STED 2002;11(10): 374-77.
4. Ünal CP, Apaydın KÇ, Akgün T, Yıkılkan H, İşgör A. Birinci Basamakta Ergen Sağlığına Yaklaşım. Türkiye Klinikleri J Med Sci 2007, 27:567-576.
5. Ercan O. Adolesanın psikosozyal gelişimi. "İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri, Adolesan Sağlığı Sempozyum Dizisi" kitabı içinde. No:43 (editörler) Ercan O, Alikasıfoğlu M, Ercan G. İstanbul, Deomed Medical Yayıncılık. 2005:17-21.
6. Neinstein LS. The office visit, interview techniques, and recommendations to parents. In "Adolescent Health Care. A practical guide". 3rd ed. (ed) Neinstein LS. Baltimore, Williams&Wilkins. 1996:46- 60.
7. Hofmann A. Communicating with adolescents and their parents. In "Adolescent Medicine". 3rd ed. (eds) Hoffman AD, Greydanus DE. Connecticut, Appleton. 1997:40- 60.
8. RJ Laurence. Caring for the Adolescent Patient. In "Primary Care Medicine" 5th ed. (eds) Goroll, Allan H. Mulley, Albert G. Philadelphia, Lippincott Williams & Wilkins 2007:chapter 238.
9. 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.
10. McPherson A. ABC of adolescence: Adolescents in primary care. BMJ 2005;330:465-467.
11. Montalto NJ. Health Maintenance For Adolescents. In "Manual of Family Practice". 2nd ed. (ed) Taylor, RB. Philadelphia, Lippincott Williams & Wilkins 2002:12-19.
12. U.S. Centers for Disease Control and Prevention. Youth risk behavior surveillance: United States, 1999. MMWR 2000;49(No. SS-5).
13. Ma J, Wang Y, Stafford RS. U.S. adolescents receive suboptimal preventive counseling during ambulatory care. J Adolesc Health 2005;36:441.
14. Lehmann CU, Barr J, Kelly PJ. Emergency department utilization by adolescents. J Adolesc Health 1994;15:485-490.
15. Melzer-Lange M, Lye PS. Adolescent health care in a pediatric emergency department. Ann Emerg Med 1996;27:633-637.
16. Wood DL, Hayward RA, Corey CR. Access to medical care for children and adolescents in the United States. Pediatrics 1990;86:666-673.
17. Ziv A, Boulet JR, Slap GB. Utilization of physician offices by adolescents in the United States. Pediatrics 1999;104:35-42.
18. Stephens BM. Preventive Health Counseling for Adolescents, Am Fam Physician 2006;74:1151-1156.
19. American Medical Association (AMA): Guidelines for Adolescent Preventive Services (GAPS). Chicago, American Medical Association, 1997. tarihinde erişilmiştir.
20. Brindis CD, Morreale MC, English A:The unique health care needs of adolescents. Future Child 2003;13:117-135.
21. Montalto NJ. Implementing the guidelines for adolescent preventive services. Am Fam Physician 1998;57:2181-2182.
22. Alikasıfoğlu M. Adolesana Verilmesi Gereken Koruyucu Sağlık Hizmetleri. "İ.Ü.Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri, Adolesan Sağlığı Sempozyum Dizisi" kitabı içinde. No: 43. (editörler) Ercan O, Alikasıfoğlu M, Ercan G. 2005:29-38.