

Batman'da Çocuk Psikiyatrisi Polikliniğine Başvuran Hastalarda Belirti ve Tanı Dağılımları

Symptoms and Diagnoses of Patients Referring to A Child and Adolescent Psychiatry Outpatient Clinic in Batman

Burcu Akın Sarı¹

¹Uz.Dr., Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, Ankara

ÖZET

Amaç: Çocuk ve ergen psikiyatrisi polikliniklerinde hastaların demografik özellikleri, belirti, tanı ve tanı dağılımlarının incelenmesi uygun sağlık hizmetlerinin belirlenmesi açısından önem kazanmaktadır. Bu çalışmalar çocuk psikiyatristi sayısının azlığı nedeniyle kısıtlı sayıda şehirde gerçekleştirilmiştir. Uygun sağlık hizmetlerinin belirlenmesinde, farklı yörelere ait verilerin dahil edilebilmesi amacıyla, 2010- 2011 yılları arasında Batman Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Polikliniği'ne başvuran hastalar incelenmiştir. **Yöntem:** Şubat 2010-Ağustos 2011 tarihleri arasındaki 1.5 yıllık süre içinde Batman Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesinde görülen toplam 2489 hastanın dosyası incelenmiştir. **Bulgular:** Olguların çoğunluğu 0-6 yaş grubundandır ve çoğu erkektir. En sık yakınma sinirlilik (%11.7), en sık konulan tanı ise dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğudur (%16.6). Hastaların şikayet ve yaş özelliklerine göre de tanı dağılımları değişmektedir. Ayrıca çalışmamızda özkıyım düşüncesi de incelenmiştir. Buna göre, başvuranların %1.9'u daha önce özkıyım girişiminde bulunmuş veya bu başvurularında özkıyım düşüncesi olanlardır. **Sonuç:** Sonuç olarak çalışmamız, önceki yapılan çalışmalarla benzerlik gösterse de polikliniğimizde değerlendirilen olguların yaşlara göre dağılımları, ruhsal bozuklukların oranları gibi farklılıklar göstermektedir. Bu farklılıkların yörenin coğrafi ve sosyo-kültürel özelliklerinden kaynaklanıyor olabileceği düşünülmüştür. Bu nedenle de çocuk psikiyatrisi poliklinik hizmetleri düzenlenirken bu gibi farklılıkların da göz önünde bulundurulması önerilmektedir.

Anahtar Sözcükler: Çocuk psikiyatrisi, belirtiler, tanılar.

SUMMARY

Objectives: The evaluation of demographical features, symptoms, diagnosis and diagnostic distributions of patients who presented to the child and adolescent psychiatric outpatient clinic is gaining importance to determine appropriate health services. Researches about this topic are mostly performed in big cities because of the small number of child and adolescent psychiatrist in other regions. In order to include data of different regions to determine the appropriate health services, patients who presented to the child and adolescent psychiatric outpatient clinic in Batman between 2010 and 2011 were analyzed in this study. **Method:** Retrospective chart reviews of the 2489 patients presenting in the Child and Adolescent Psychiatry Department of Batman Gynecology and Child Hospital are evaluated. **Results:** Most of the cases were boys and in the age group of 0-6. Most frequent complaint is nervousness (11.7%) and most frequent diagnosis is attention deficit and hyperactivity disorder (16.6%). Distributions of diagnosis varied according to complaint and age components of the patients. The percentage of the patients having current suicidal ideation and/or previous suicidal attempt was 1.9%. **Conclusion:** As a result, despite the fact that our study had some common findings with the previous studies, there are some discrepancies in terms of age groups and the distribution of diagnosis. These discrepancies may be associated with the geographical facts. Therefore, it is suggested that while the services of child psychiatry clinics are arranged, the features of the geographic regions are to be concerned.

Key Words: Child psychiatry, symptoms, diagnoses.

(*Klinik Psikiyatri* 2013;16:7-17)

GİRİŞ

Çocuk ve ergen psikiyatrisi polikliniğe başvuranların demografik özellikleri, belirti ve tanı dağılımlarının incelenmesi çalışmaları, koruyucu önlemler ve tedavi hizmetleri gerektiren alanların saptanması amacıyla zaman zaman yapılagelmiştir. Bununla birlikte çocuk ve ergen psikiyatrisinin henüz gelişmekte olan bir dal olması nedeniyle bu çalışmalar bugüne kadar daha çok üniversite hastanelerinde yapılmıştır.

Çocukların ruhsal sorunlarının ortaya çıktığı koşullar, klinik belirtiler ve ruh sağlığı birimlerine başvuru biçimleri ülkeler arasında ve ülkelerin kendi içinde farklılıklar göstermektedir. Dini, etnik, bölgesel ve dile bağlı farklılıklar sorunların değerlendirme ve tedavi süreçlerinde etkili olabilmektedir (Verhulst ve ark. 2003).

Batman, 510.200 nüfuslu bir Güneydoğu Anadolu Bölgesi şehridir. Yıllık nüfus artışının %24.2 olduğu bu il nüfusunun ortanca yaşı 18.9'dur. Nüfusun %8.5'i okuma yazma bilmezken %2.91'i üniversite mezunudur (Türkiye istatistik kurumu 2010). Şehrin aile özelliklerine bakıldığında, çok eşlilik oranının %7.1 olduğu görülmektedir. Bu değer Türkiye genelinde görülen çok eşlilik oranının üç katıdır. Türkiye'de ortalama hane halkı sayısı 4.5 kişi, Batman'da ise 7.2 kişidir. Batman'da ortalama hane başı gelir 364 TL'dir ve bu değer Türkiye geneli için 237 TL olarak açıklanan açlık sınırına oldukça yakındır (Arun ve Diker 2009). Kadın başına düşen ortalama çocuk sayısı 5-7'dir. Türkiye genelinde ise bu oran 2.21 olarak görülmektedir (Özgür 2004). Bu veriler ışığında çocuk ve ergen psikiyatrisi hastalıkları için kötü prognostik faktörler arasında yer alan düşük eğitim seviyesi, gelir düşüklüğü ve uygun olmayan aile ortamının Batman ilinde oldukça sık görülen durumlar olduğu anlaşılmaktadır. Batman ilinde görülen çocuk özkıyımları bir dönem yurtiçi ve yurtdışı medyada geniş yer almış bir konudur (Amerikan Psikiyatri Birliği 1994). Yapılan bir çalışmada Batman'daki özkıyım oranlarının abartılı olarak değerlendirildiği bununla birlikte bu durumun il halkının bu konuya olan ilgisini çekmek açısından önemli görüldüğü bildirilmiştir (Tanrıöver 1996).

Çocuk ve ergen ruh sağlığı ve hastalıkları için

gerekli olan klinik tabloya büyükşehir olmayan illerde de bakılmasıyla Türkiye geneline ait özelliklerin daha iyi belirlenebileceği düşünülmektedir. Bu nedenlerle 2010 - 2011 yılları arasında Batman Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Polikliniği'ne başvuran hastaların dosyalarının incelenmesi amaçlanmıştır.

GEREÇ VE YÖNTEM

Bu çalışmada, Şubat 2010-Ağustos 2011 tarihleri arasındaki 1.5 yıllık süre içinde Batman Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi'nde görülen toplam 2489 hastanın dosyaları incelenmiştir. Değerlendirilen olguların cinsiyet dağılımı, yaş dağılımı ve tanı grupları belirlenmiştir. Başvuran hastalardaki psikiyatrik tanımlar Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı Dördüncü Baskısı'na (Amerikan Psikiyatri Birliği 1994) (DSM-IV) göre, hastaları muayene eden hekim tarafından, klinik görüşme sonrası konulmuştur (Harpaz ve Rosenheck 2004). DSM-IV'e göre tanı almayan bununla birlikte bulunduğu yaşla ilgili sorunlara yönelik danışmanlık verilen çocukların durumunu belirtmek amacıyla "döneme özgü sorunlar" ifadesi kullanılmıştır. Ergenlik döneminde görülen aile içi çatışmalar, iki yaşında ortaya çıkan öfke nöbetleri, tuvalet eğitimi, disiplin sorunları döneme özgü sorunlardan bazılarıdır. Çocuk psikiyatrisi polikliniklerinde tanı konulması için gerekli tetkikler ve testler bitirildikten sonra konulan tanımlar değerlendirmeye alınmıştır. Çocuk psikiyatrisi polikliniğine sadece özel eğitim raporu almak için gelmiş örneklem çalışmaya dahil edilmemiştir.

Veriler "Statistical Package for the Social Sciences" (SPSS 13.0) bilgisayar programı ile değerlendirilmiştir. Tanımlayıcı istatistik olarak sayı, yüzde, ortalama ve standart sapma değerleri kullanılmıştır. Veriler ki-kare testi ile analiz edilmiştir. Değerlendirmelerde $p < 0.05$ düzeyi istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

BULGULAR

Araştırmada 2489 hastaya ait dosya kayıtları incelenmiştir. Olguların 1576'sı (%63.3) erkek, 913'ü (%36.7) kızlardan oluşmaktadır. Olguların yaşlarına göre dağılımı Tablo 1'de verilmiştir.

Tablo 1. Hastaların yaşa göre cinsiyet dağılımı

Yaş aralıkları	n	Kız cinsiyeti		Erkek cinsiyeti	
		%	n	%	n
0-6 yaş	1127	40.1	366	48.3	761
7-12 yaş	1020	39.4	360	41.9	660
13-18 yaş	342	20.5	187	9.8	155
Toplam	2489	100	913	%100	1576

Çeşitli sebeplerle herhangi bir eğitim kurumuna gitmemiş çocuk oranı, tüm olguların %24.9'u (n=619) olarak belirlenmiştir. 3 yaşını geçmiş, bununla birlikte okul öncesi eğitim almayan 492 (%19.7) çocuk olmasının yanında bu eğitimi alanların sayısı bu yaş aralığı için 123'tür (%4.3). Okula gitmeyen 6 yaş üstü çocukların 75'i (%5.51) okulu bırakmış, 52'si (%3.82) ise ilkokula başlaması gerektiği halde başlamamış ya da özel eğitime giden öğrencilerden oluşmaktadır. Okula devam eden 154 öğrencinin sınıf tekrarı yaptığı belirlenmiştir.

Hastaların yaşadığı yer Tablo 2'de gösterilmiştir.

Çocuk sayısı sorulan 296 ailenin sahip olduğu ortalama çocuk sayısı 3.96 (min: 1, max: 17) olarak belirlenmiştir. İki çocuğa sahip aile oranı %18.9 (n=56), 3 çocuğa sahip aile oranı %22.9 (n=68), 4 çocuğa sahip aile oranı %14.5 (n=43) ve 5 çocuğa sahip aile oranı %13.1'dir (n=39).

Başvuru sırasında bildirilen yakınmalar değerlendirildiğinde 164 farklı belirtinin bulunduğu görülmüştür. Sık rastlanan yakınmalar Tablo3'de gösterilmiştir.

Polikliniğe başvuran hastaların %8.2'sinde ek bir organik patoloji belirlenmiştir. Bu hastaların 60'ında (%2.5) epilepsi, 20'sinde (%0.8) geçirilmiş menenjit, 13'ünde (%0.5) tiroit ile ilgili hastalıklar, 10'unda (%0.4) böbrek hastalığı, 8'inde (%0.3) brusella bulunmaktadır.

İkiyüzebeş (%10.2) hastanın daha önce başka bir merkezde tedavi aldığı öğrenilmiştir. Bu hastaların 166'sı (%65) erkek, 89'u (%35) ise kızdır. Daha önce başka bir merkeze giden hastalarda erkeklerde oransal bir fazlalık olmasına rağmen cinsiyet açısından farklılık yoktur (p=0.07).

Tablo 2. Hastaların yaşadığı yerlerin dağılımı

Yaşadığı yer	n	%
Batman	2123	85.3
Civar İlçeler*	151	6.1
Civar İller**	91	3.5
Çocuk Esirgeme Kurumu***	48	1.9
Diğer İller****	35	1.4
Civar Köyler	30	1.2

*Civar İlçeler: Kozluk, Bismil, Silvan, Gercüş, Sason, Kurtalan, Eruh, Midyat, İdil, Beşiri, Hasankeyf, Nusaybin, Cizre.

**Civar İller: Siirt, Şırnak, Muş, Bitlis, Mardin, Maraş, Diyarbakır, Bingöl, Antep

***Çocuk Esirgeme Kurumu: Batman ve Siirt

**** Diğer İller: İstanbul, Ankara, Antalya, İzmir, İskenderun, Mersin, Bakü, Denizli, Gölçük, Amsterdam, Manisa

Olguların 293'üne (%11.8) herhangi bir tanı konulmamıştır. Bu olgulara tanı koyma amacıyla tetkik ve takip istenmiş fakat tekrar başvurmadıkları belirlenmiştir.

Polikliniğe başvuran 83 (%3.3) olgu normal olarak değerlendirilmiştir.

Geçmiş ve şimdiki özkıym girişimi sorgulandığında; 47 hastanın (%1.9) daha önce ya da bu başvurusu sırasında özkıym girişiminin olduğu öğrenilmiştir. Bu hastaların 37'si (%78.7) kız, 10'u (%21.3) erkektir. Özkıym öyküleri ile ilişkili olguların ortalama yaşı 14.31 (min: 7, max: 17) olarak belirlenmiştir ve bu hastaların %83'ü (n=39) 13-18 yaş grubunda, %17'si (n=8) ise 7-12 yaş grubunda yer almıştır. Özkıym düşüncesi veya girişimi olan hastaların 19'u (%40.4) major depresyon, 9'u (%19.1) ergenlik dönemine özgü sorunlar, 6'sı

Tablo 3. Başvuruda sık bildirilen yakınmalar ve cinsiyete göre dağılımları

Yakınma	n	%	Erkek	Kız	χ^2
Sinirlilik	291	11.7	193	98	1.28
Hareketlilik	217	8.7	181	36	41.31*
Ders başarısızlığı-unutkanlık	214	8.5	135	79	0.006
Alt ıslatma	208	8.2	107	83	4.34*
Konuşmada gecikme	199	8	143	56	6.79*
Kekemelik	196	7.9	141	55	6.80*
Yıkıcı davranışlar (davranım sorunları, karşı gelme, inatçılık, yaramazlık)	110	4.4	83	27	7.29*
Somatik yakınmalar (bayılma, baş ağrısı, ağrı, nefes darlığı)	107	4.2	32	75	53.74*
Korku	104	4.3	68	36	0.19
Dikkat eksikliği	73	2.9	46	27	0.003
Alışkanlık bozukluğu (mastürbasyon, tırnak yeme)	69	2.7	37	32	2.87
Çekingenlik, içe kapanma	55	2.2	27	28	4.90*
Gelişim geriliği	34	1.4	20	14	0,30
Ağlama	27	1.1	14	13	1.54
Kardeş kıskançlığı	25	1	10	15	5.91*
Kaka kaçırma	18	0.7	16	2	5.10*
Takıntı	19	0.8	9	10	2.09
İştahsızlık	19	0.8	12	7	0.00
Cinsel istismar	18	0.7	6	12	7.01*
Özkıyım girişimi/düşüncesi	16	0.6	2	14	17.9*
Telaffuz bozukluğu	15	0.6	11	4	0.65
Tik	10	0.4	7	3	0.19

* p<0.05

(%10.6) B kümesi kişilik özellikleri, 4'ü (%8.5) anksiyete bozukluğu, 2'si (%4.2) dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu (DEHB), 2'si (%4.2) enürezis nokturna (EN), 1'i (%2.1) obsesif kompulsif bozukluk (OKB), 1'i (%2.1) özgül öğrenme bozukluğu (ÖÖB), 1'i (%2.1) posttravmatik stres bozukluğu (PTSB), 1'i (%2.1) uyum bozukluğu, 1'i (%2.1) munchausen sendromu tanılarını almıştır.

Tüm hastaların aldıkları tanılara bakıldığında en sık tanı DEHB (%16.6) (n=414), olmuştur. Bunun ardından anksiyete bozuklukları (%6.7) (n=168), kekemelik (%6.3) (n=157), EN (%6.3) (n=156) ve mental retardasyon (MR) (%4.9) (n=128) gelmektedir.

Varolan yakınmalar sonucunda hastalara konulan tanıların geniş bir yelpazeye sahip olduğu belirlenmiştir. En sık belirtilen yakınmalar ve bunlarla ilişkili tanılar Tablo 4'te gösterilmiştir.

Hastaların 362'si (%14.5) birden fazla tanı almıştır. DEHB-sınır zeka işlevi, anksiyete-kekemelik, EN-sınır zeka işlevi eş tanılarının daha sıklıkla bulunduğu belirlenmiştir.

Yaş gruplarına göre hastaların tanıları da incelenmiştir. Tanı sıklığının yaşla birlikte farklılaştığı gözlenmiştir. Yaşa göre konulan tanılar Tablo 5'te gösterilmiştir.

Hastaların yaşadığı yer ve konulan tanılar arasında-

Tablo 4. Başvuru sırasında bildirilen yakınmalara göre konulan tanılar

Yakınma	Konan tanılar	n	%
Sinirlilik	DEHB	54	18.6
	Döneme özgü sorunlar (0-6 yaş)	39	13.7
	M. Depresyon	17	5.8
	Anksiyete bozuklukları	17	5.8
Hareketlilik	DEHB	126	58.1
	Anksiyete bozuklukları	11	5.1
	MR	8	3.7
	Yıkıcı davranım bozukluğu (DB-KOKGB)	6	2.8
Alt ıslatma	EN	148	72.6
	DEHB	4	2.4
	Kardeş kıskançlığı	2	1.2
	MR	2	1.2
Konuşmada gecikme	Maturasyonel dil gecikmesi	87	43.7
	MR	38	19.1
	YGB-BTA	13	6.5
	Otizm	4	2
Kekemelik	Kekemelik	155	79.1
	Anksiyete bozuklukları	11	5.6
	MR	7	3.5
	DEHB	2	1
Ders başarısızlığı	DEHB	49	26.9
	MR	25	13.7
	Sınır zeka işlevi	17	9.3
	ÖÖB	16	8.8
Korku	Anksiyete bozuklukları	37	45.7
	Döneme özgü sorunlar (0-6 yaş)	4	4.9
	Ayrılma anksiyetesi bozukluğu	3	3.7
	Kabus bozukluğu	3	3.7
Dikkat eksikliği	DEHB	39	53.4
	Döneme özgü sorunlar (13-18 yaş)	4	5.5
	Anksiyete bozuklukları	2	2.7
	ÖÖB	2	2.7
Davranım sorunları	DEHB	10	20.8
	Yıkıcı davranım bozukluğu (DB-KOKGB)	8	16.7
	Döneme özgü sorunlar (13-18 yaş)	6	12.5
	MR	4	8.3

---'sonraki sayfada devam ediyor'---

Tablo 4 (devamı). Başvuru sırasında bildirilen yakınmalara göre konulan tanılar

Yakınma	Konan tanılar	n	%
Bayılma	Somatizasyon	33	66
	MR	1	2,5
	Epilepsi	1	2.5
	Akut stres bozukluğu	1	2.5

DEHB: Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu, MR: Mental retardasyon, DB: Davranım Bozukluğu, KOKGB: Karşıt olma-karşı gelme bozukluğu, YGB-BTA: Yaygın gelişimsel bozukluk-başka türlü adlandırılmayan, ÖÖB: Özgül öğrenme bozukluğu, OKB: Obsesif kompulsif bozukluk

ki ilişki de incelenmiştir. Buna göre Batman ilinden başvuran hastalarda en sık konulan tanı DEHB (%12) (n=255) iken civar ilçelerden gelen hastalara kekemelik (%9.3) (n=14) ve DEHB (%9.3) (n=14) tanılarının sık olarak konulduğu görülmektedir. Köylerden gelen hastalar en sık MR (%16.7) (n=5) tanısı almıştır. Yurt çocuklarında ise en sık görülen tanı %18.8 oranıyla (n=9) major depresyon olmuştur.

Kekemelik tanısını almış olguların ailelerinde kekemelik öyküsü varlığı sorgulanmış ve olguların %55.1'inin (n=54) ailesinde kekemelik varlığı belirlenmiştir.

Hastaların cinsiyetlerine göre tanı dağılımları incelenmiştir. Buna göre erkek çocukların en sık aldığı tanılar sıklık sırasına göre DEHB (%21.2) (n=234), kekemelik (%7.5) (n=118), EN (%6.6) (n=104) ve anksiyete bozukluğu (%6.5) (n=103) olmuştur. Kızlarda DEHB (%8.8) (n=80), anksiyete bozukluğu (%7.1) (n=65), EN (%5.7) (n=52), major depresyon (%5.5) (n=50), MR (%5.3) (n=48) tanıları en çok konulmuştur.

Olguların %31.4'üne gerekli danışmanlık ve öneriler verilmiş ve takibi talep edilmemiştir. Hastaların tanı konulması ve tedavi planlanmasının ardından önerilen takiplere gelme oranı %6.8'dir. Takip önerilip gelmeyen hasta oranı %61.8 olarak belirlenmiştir.

TARTIŞMA

Ülkemizde ve dünyada çocuk ruh sağlığı ve hastalıkları polikliniklerinde daha çok erkek hastaların olduğunu görmekteyiz (Recart ve ark. 2002, Garralda ve Bailey 1988, Aktepe ve ark. 2010, Durukan ve ark. 2011). Bizim çalışmamızın benzeri

çalışmalar Türkiye'de ve dünyada çeşitli çocuk psikiyatrisi kliniklerinde ve değişik zamanlarda yapılmıştır. 2010 ve 2011 yıllarında Türkiye'de yapılan iki çalışmada çocuk psikiyatrisine başvuran hastaların %64.6 ve %57.8 oranında erkeklerden oluşturduğu belirlenmiştir (Chaudhury ve ark. 2007, Tanrıöver ve ark. 1992). Hindistan'da yapılan başka bir çalışmada da polikliniğe başvuran çocuklardaki erkek oranı %64.7 olarak açıklanmıştır (Al-Jawadi ve Abdul-Rhman 2007). Türkiye'de yapılan çalışmalarla aynı dönemde yapılan bu çalışmada Batman ilinde bulunan çocuk psikiyatrisi polikliniğinde de erkek hastalar %63.3 oranında başvuru yapmıştır. Yazında çocuk psikiyatrisine başvuran örneklemdeki erkek çocuk oranının fazlalığının erkeklerdeki fizyolojik olgunlaşma sürecinin kızlara oranla daha geç başlaması ve daha geç sonlanması nedeniyle olduğu bildirilmektedir (Aras ve ark. 2007). Tanılar bazında bakıldığında ise hemen hemen tüm çocuk psikiyatrisi hastalıkları erkek nüfusunda daha fazla görülmektedir (Çuhadaroğlu Çetin ve ark. 2008). Bu nedenle poliklinik olgularının daha çok erkeklerden oluşmuş olabileceği söylenebilir.

ABD'de yapılan bir çalışmada ruhsal yardım alan hastaların %13'ünün 0-6 yaş, %41'inin 7-12 yaş, %46'sının 13-18 yaş aralığında olduğu belirtilmiştir (Garralda ve Bailey 1988). Türkiye'de yapılan çalışmalara bakıldığında ise 7-12 yaş grubundaki hastaların daha yüksek oranda olduğu görülmüştür (Chaudhury ve ark. 2007, Tanrıöver ve ark. 1992). Bu çalışmada ise polikliniğimize başvuranlar arasında en yüksek oran 0-6 yaş grubu çocuklarına aittir ve bunu benzer bir oranla 7-12 yaş grubu izlemektedir. 0-6 yaş grubunun daha sıklıkla başvurusunun nedeninin bu bölgede konuşma gecikmesi,

Tablo 5. Tanıların yaşa göre dağılımları

0-6 yaş tanıları	7-12 yaş tanıları	13-18 yaş tanıları
1. DEHB (n:154)	1. DEHB (n:218)	1. Döneme özgü sorunlar (n:46)
2. Döneme özgü sorunlar (n:107)	2. EN (n:132)	2. Somatizasyon (n:40)
3. Kekemelik (n:100)	3. Anksiyete bozukluğu (n:60)	3. DEHB (n:36)
4. Maturasyonel dil gecikmesi (n:96)	4. MR (n:57)	4. M. Depresyon (n:35)
5. Anksiyete bozukluğu (n:89)	5. Kekemelik (n:50)	5. Anksiyete bozukluğu (n:19)
6. MR (n:88)	6. Depresyon (n:40)	6. EN (n:18)
7. Alışkanlık bozukluğu (n:43)	7. Somatizasyon (n:39)	7. MR (n: 15)
8. Kardeş kıskançlığı (n:38)	8. OKB (n: 24)	8. OKB (n:11)
9. EN (n:33)	9. ÖÖB (n: 23)	9. YDB (n: 10)
10. YGB-BTA (n:22)	10. Sınır zeka işlevi (n:23)	10. Kekemelik (n:7)

EN: Enürezis nokturna, YGB-BTA: Yaygın gelişimsel bozukluk-başka türlü adlandırılmayan, DEHB: Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu, MR: Mental retardasyon, OKB: Obsesif kompulsif bozukluk, ÖÖB: Özgül öğrenme bozukluğu, YDB: Yıkıcı davranım bozukluğu (davranım bozukluğu, karşıt olma-karşı gelme bozukluğu)

kekemelik, uyarın eksikliği gibi yakınmaların daha fazla görülmesinden kaynaklandığı düşünülmüştür. Ayrıca yüksek doğum hızı da polikliniğe başvuran hasta yaş ortalamasını düşürmüş olabilir.

Irak'ta yapılan bir çalışmada 10-15 yaş grubunun %7.2 oranında aile gelirine katkı sağlamak ve ev hanımlığı-çocuk bakımı nedenleriyle okula gitmediği bildirilmiştir (Reigstad ve ark. 2004). Çalışmamızda 6 yaşın üstünde okulu bırakma oranı %3 bulunmuştur. Bu çocukların %30'u da 13-18 yaş aralığındadır. Çalışmamızda çocukların okula gitmeme oranı daha az görülmektedir. Sosyoekonomik olarak bölgenin düşük seviyede olmasının, evlilik yaşının daha düşük olmasının neticesinde bu oranın görüldüğü düşünülmüştür. Okula gitmeme nedenlerinin Irak'ta yapılan çalışma ile benzer olup olmadığının araştırılması gerektiği kanaatine varılmıştır.

Daha önce Isparta'da yapılan bir çalışmada başvuran olguların %98.1'i Isparta ve çevre illerden gelmektedir yine başka bir çalışmada da Erzurum ili çocuk psikiyatrisine başvuranların %98'i civar il, ilçe ve köylerden gelmektedir (Chaudhury ve ark. 2007, Yöntem 2011). Çalışmamızda başvuranların %99.4'ünün Batman ve civarından geldiği bununla birlikte Ankara, İstanbul, Bakü ve Amsterdam gibi farklı şehirlerden de olguların olduğu belirlenmiştir. Bu hastaların daha çoklukla oraya göçen ve

tatillerde yurtlarına dönen insanlar olduğu görülmektedir. Bununla birlikte bu büyükhirlerdeki daha iyi koşullara sahip üniversite hastaneleri yerine Batman'daki bir devlet hastanesine gelmiş olmaları ilgi çekici bulunmuştur.

Yazında yer alan çalışmalarda başvuran ailelerin çocuk sayıları incelendiğinde %41.1 ve %53.6 oranında iki çocuk olduğu, bir çalışmada tek çocuk oranının %33.4 olduğu görülmektedir (Aras ve ark. 2007, Chaudhury ve ark. 2007, Hamiwka ve ark. 2011). Polikliniğimize başvuran aileler ise %22.9 oranda 3 çocuklu ailelerden, %14.5'i ise 4 çocuklu ailelerden oluşmaktadır. Ortalama çocuk sayısı ise 3.96'dır. Çalışmamızda başvuran ailelerin sahip olduğu çocuk sayılarının yazındakilerden yüksek olması, Batman ilinde kadın başına düşen ortalama çocuk sayısının Türkiye genelindekinden yüksek olmasından kaynaklanıyor olabileceği düşünülebilir.

Çalışmamızda bildirilen başlıca yakınmalar, sıklık sırasına göre sinirlilik, hareketlilik, alt ıslatma, konuşmada gecikme, kekemelik olarak sıralanmaktadır. Aktepe ve ark.'nın (2010) yaptıkları çalışmada en çok sinirlilik, mutsuzluk, bunaltı, dikkat dağınıklığı ve hiperaktivite en çok görülen yakınmalar olarak belirtilmiştir (Chaudhury ve ark. 2007). Tanrıöver ve ark. (1992) ise kekemelik, yatak ıslatma, hırçnlık-sinirlilik ve bayılma yakın-

malarının sık olduğunu bildirmişlerdir (Recart ve ark. 2002). Aras ve ark. (2007) da bu sonuçlara yakın olacak şekilde yakınmaların daha çok hareketlilik, dikkat dağınıklığı, ders başarısızlığı, mutsuzluk ve aile ilişki sorunu olarak sıralandığını belirtmektedirler (Hamiwka ve ark. 2011). Norveç ve İspanya'da yapılan çalışmalarda da anksiyete, ergenlik sorunları ve hareketlilik yakınmalarının artmakta olduğu gözlenmektedir (Şenol 2008, Aktepe ve ark. 2010). Bizim tanılarımızın kısmen yazınla uyumlu olduğu görülmekle birlikte konuşmada gecikme ve kekemelik yakınmalarının yüksek olması dikkat çekicidir.

Yapılan çalışmalarda çeşitli organik patolojilerin psikiyatrik hastalıklarla birlikteliğinin sık olduğu belirtilmiştir. Epilepsi ve diğer Santral Sinir Sistemi patolojileri bilişsel, duygusal, sosyal sorunlarla sık birliktelik gösterir (Köse ve ark. 2006). Aynı zamanda tiroit hastalıklarında da psikiyatrik hastalıklar görülmektedir. Örneğin tiroit hormonuna genel dirençle DEHB arasında bir ilişkinin varlığı gösterilmiştir (Sayıl 2004). Bizim çalışmamızda da bazı olgularda epilepsi, menenjit ve tiroit hastalıkları gibi eş tanıların varlığı belirlenmiş olmakla birlikte brusella eş tanısı da sık olarak görülmektedir. Bu durumun Güneydoğu Anadolu Bölgesi'nde brusella enfeksiyonunun fazla görülmesi nedeniyle oluştuğu düşünülmüştür (Oto ve ark. 2004).

Aktepe ve ark. yaptıkları çalışmada normal olarak değerlendirdikleri olguların tüm başvurularının %12.7'si, Durukan ve ark. %25.3'ü, Aras ve ark. ise %14.9'u olduğunu bildirmişlerdir (Chaudhury ve ark. 2007, Tanrıöver ve ark. 1992, Hamiwka ve ark. 2011). Bizim çalışmamızda ise bu oran %3.3'tür. Bu oransal farklılık, bölge koşulları, etnik köken farklılıkları, sosyoekonomik düzeyin düşük olması, ikidillilik gibi nedenlerden ileri gelmiş olabilir. Bu farklılığın anlaşılabilmesi için yapılandırılmış çalışmaların yapılması gerektiği düşünülmüştür.

Türkiye'de yapılan çalışmalarda eş tanıların oranı sırasıyla %15.29, %13.6 ve %25 olarak belirlenmiştir (Hamiwka ve ark. 2011, Tanrıöver ve ark. 1992, Chaudhury ve ark. 2007). Irak'ta ise bu oran %29.9'dur (Reigstad ve ark. 2004). Bizim çalışmamızda eş tanı oranı %14.5 bulunmuştur. Bu oranın Türkiye'de yapılan çalışmalarda bulunan oranlarla uyumlu olduğu görülmüştür.

2000 yılında gerçekleştirilmiş bir çalışmada Batman özkıyımlarının psikiyatrik hastalıklar ve başta aile içi tartışmalar olmak üzere yakın zamanda yaşanan stres verici yaşam olayları, yüksek oranda göç ve işsizlik nedeniyle olduğu sonucuna varılmıştır. Özkıyımların daha sıklıkla kadınlar tarafından gerçekleştirildiği belirlenmiştir. En sık tanının major depresyon olduğu bildirilmiştir. Çalışmada 15 yaş altı çalışmaya dahil edilmese de özkıyım eylemini gerçekleştirenlerin %61'ini 15-24 yaşındaki kişiler oluşturmaktadır (Tanrıöver 1996). Çalışmamızda başvuran hastaların %1.9'u daha önce özkıyım girişiminde bulunmuş veya şimdiki başvurularında özkıyım düşüncesi olan hastalardır. Kız hastaların ağırlıklı olduğu bu grupta ortalama yaş 14.31 olarak belirlenmiştir ve bu hastaların %83'ü 13-18 yaş grubunda yer almıştır. Bu hastalara en sık konulan tanı ise major depresyondur (%40.4). Bu sonuçlar ışığında çalışmamızın 2000 yılındaki çalışma ile uyumlu olduğu söylenebilir.

Türkiye'de yapılan çalışmalarda konulan tanıların sıklığı değişiklik göstermektedir. Aras ve ark. (2007) en sık konulan tanıların yıkıcı davranış bozuklukları, döneme özgü sorunlar ve ilişki sorunları olduğunu belirtmişken, Aktepe ve ark. (2010) major depresyon ve anksiyete bozukluğu olarak bildirmiş, Durukan ve ark. (2011) ise en sık konulan tanıların DEHB, yaygın gelişimsel bozukluk-başka türlü adlandırılmayan (YGB-BTA), EN, anksiyete bozuklukları ve major depresyon olduğunu belirlemişlerdir (Hamiwka ve ark. 2011, Chaudhury ve ark. 2007, Tanrıöver ve ark. 1992). İspanya'da yapılan bir çalışmada DEHB, yıkıcı davranış bozukluğu, uyum bozuklukları, duygudurum ve anksiyete bozuklukları sık konulduğu bildirilmiş tanılardır (Aktepe ve ark. 2010). ABD'de yapılan bir izlem çalışmasında da en sık konulan tanılar DEHB, major depresyon ve anksiyete bozukluğudur (Garralda ve Bailey 1988). Irak'ta yapılan bir çalışmada PTSB, EN, ayrılma anksiyetesi bozukluğu, spesifik fobi ve kekemelik sık konulan tanılar olarak bildirilmiştir (Reigstad ve ark. 2004). Bizim çalışmamızda DEHB, anksiyete bozukluğu, kekemelik, EN ve MR sırasıyla en sık konulan tanılardır. Bu bulgular yazınla uyumlu bulunsada kekemelik ve MR tanılarının sıklığı dikkat çekicidir.

Yapılan çalışmalarda ikidilliliğin kekemelik için

risk faktörü olarak görüldüğü bildirilmiştir. Bu çalışmalarda kekemeliğin ikidilliliğe sahip insanlarda daha çok görüldüğü belirlenmiştir (Stern 1948, Travis ve ark. 1937). Au-Yeung ve ark.'nın yaptıkları çalışmada bu saptamanın aksine tek dili ve ikidilli insanlarda kekemelik oranı benzer bulunsa da yine de ikinci dilin daha geç öğrenilmesinin kekemelik insidansını azalttığı gösterilmiştir (Au-Yeung ve ark. 2000). Howell ve ark.'nın (2009) yaptıkları bir çalışmada da okul öncesi dönemde var olan ikidilliliğin, kekemelik açısından bir risk faktörü olduğu belirlenmiş ve çocukların ikinci dili, ailede konuşulan dili tam olarak öğrendikten sonra öğrenmeleri önerilmiştir. Bu bilgiler ışığında Batman ilindeki kekemelik oranının yapılan çalışmalara göre yüksek olmasının bu bölgedeki ikidillilik ve bazı olgular için üçdillilikle ilişkili olabileceği düşünülmüştür.

Kekemeliğin genetik kökenlerinin de var olduğu bildirilmiştir (Kraft ve Yairi 2012). Kekemelik ile ilgili bazı gen bölgeleri çeşitli çalışmalarda ele alınmıştır (Kraft ve Yairi 2012, Raza ve ark. 2012, Kang ve ark. 2011). Bizim çalışmamızda da kekemeliği olan olguların %55.1'inde aile öyküsünün varlığı belirlenmiştir. Bu nedenle, bu ilde kekemelik oranının fazla olmasının genetik faktörlerle de ilişkilendirilebileceği düşünülmüştür.

Ayrıca bölge koşulları düşünüldüğünde var olan terör olayları nedeniyle çocuklar travma ve korku ile karşı karşıya kalmaktadır. Bu da kekemeliği artırması olabilir.

Çalışmamızda yakınmalara göre tanılara bakıldığında sinirlilik yakınmasıyla gelen hastaların daha sıklıkla döneme özgü sorunlar (0-6 yaş) ve DEHB tanısı aldığı; hareketlilik yakınmasıyla gelen hastaların DEHB ve anksiyete bozuklukları tanısı aldıkları; alt ıslatma yakınmasıyla gelen hastaların enürezis, DEHB ve kardeş kıskançlığı tanısı aldığı ve konuşmada gecikme yakınması olanların matürasyonel dil gecikmesi ve MR tanısı aldığı görülmektedir. Aktepe ve ark. yaptıkları çalışmada ise sinirlilikle uyum bozukluğu, hareketlilikle DEHB, alt ıslatma ile EN tanılarının birlikte görüldüğünü bildirmişlerdir (Chaudhury ve ark. 2007). Aras ve ark. yaptıkları çalışmada hareketlilik ile DEHB, alt ıslatma ile Enürezis tanıları koymuştur (Hamiwka ve ark. 2011). Çalışmalardaki fark-

lıkların araştırılan çevrelerin sosyal yapısı ile ilgili olabileceği düşünülmüştür.

Eş tanılar incelendiğinde yazında DEHB-Enürezis, DEHB-ÖÖB, depresyon-anksiyete, Enürezis-MR, DEHB-sınır düzeyde işlevsellik kombinasyonları bildirilmiştir (Hamiwka ve ark. 2011, Görker ve ark. 2004). Bizim çalışmamızda da DEHB-sınır zeka işlevi, anksiyete-kekemelik, EN-sınır zeka işlevi belirlenmiştir ve bu çalışmalarla uyumludur.

Yapılan çalışmalarda tanı incelemesinin kolay yapılabilmesi için yaş dağılımlarına göre inceleme yapılmıştır. 0-6 yaş grubunda yazındaki sık tanılar DEHB, uyum bozukluğu ve anksiyete, başka bir çalışmada ise DEHB, YGB-BTA ve sözel anlatım bozukluğu olarak belirlenmiştir (Garralda ve Bailey 1988, Tanrıöver ve ark. 1992). Çalışmamızda bu yaş grubu için en sık konulan tanılar DEHB, döneme özgü sorunlar ve kekemeliktir.

7-12 yaş grubuna bakıldığında bir çalışmada DEHB, uyum bozukluğu, Hafif MR ve anksiyete, bir çalışmada da DEHB, Yaygın Anksiyete Bozukluğu (YAB), Enürezis ve Hafif MR tanıları sıklıkla (Garralda ve Bailey 1988, Tanrıöver ve ark. 1992). Bizim çalışmamızda yine kekemelik sıklığı dışında tanılar benzerdir.

Görker ve ark. ergenlerle yaptıkları çalışmada en sık koydukları tanıların anksiyete, duygudurum bozukluğu, MR olduğunu belirtmişlerdir (Görker ve ark. 2004). ABD'de yapılan bir çalışmada DEHB, uyum bozuklukları, hafif düzeyde depresyon tanısı sıklıkla (Garralda ve Bailey 1988). Durukan ve ark. DEHB, depresyon, YAB, sosyal fobi tanılarının bu yaş grubu için sık olduğunu bildirmişlerdir (Tanrıöver ve ark. 1992). Bizim çalışmamızda ise döneme özgü sorunlar ve somatizasyon bozukluğu sık görülmektedir. Ülkelerin gelişmişlik düzeyi arttıkça somatizasyon ve konversiyon gibi hastalıkların sıklığının da azaldığı bildirilmektedir (Pehlivantürk 2008). Batman ilinin sosyoekonomik seviyesinin Türkiye genelinden düşük olduğu düşünülürse çalışmamızdaki somatizasyon oranının bu nedenle diğer çalışmalardan daha yüksek olduğu sonucuna varılabileceği düşünülmüştür. Ayrıca kültürel farklar, sorunlarla başa çıkma mekanizmaları da bu oranın yüksek olmasına neden olmuş olabilir.

Araştırmamızda polikliniğimize başvuran kız olgularda anksiyete bozukluğu ve major depresyon tanıları, erkek olgularda da DEHB tanısının sık saptanmış olması yazınla uyumluken kızlarda en sık saptanan tanının DEHB olması dikkat çekmektedir. Her ne kadar Türkiye'de daha önceki yıllarda yapılan çalışmalarda bu sonuç elde edilmemişken aynı dönemde Ankara'da yapılan Durukan ve ark.'nın (2011) çalışmasında da aynı sonuca ulaşıldığı görülmektedir (Chaudhury ve ark. 2007, Tanrıöver ve ark. 1992, Hamiwka ve ark. 2011). Bu nedenle çocuk ve ergen psikiyatrisine başvuran kız çocuklarında görülen tanı dağılımının zaman içinde değişiklik göstermeye başladığı söylenebilir.

Aras ve ark.'nın (2007) yaptığı çalışmada randevu devamsızlığı oranı %79.3 olarak bildirilmiştir (Hamiwka ve ark. 2011). Atina'da yapılan bir çalışmada bu oran %58.6 iken İspanya'da %59 devamsızlık olduğu bulunmuştur (Lazaratou ve ark. 2000, Aktepe ve ark. 2010). Hong-Kong'ta bu oran %27.2 olarak bildirilmiştir (Lai ve ark. 1998). Bu çalışmada da bu oran %61.8 olmuştur. Bu oranların sebebinin çocuk-aile özellikleri, kültürel etkenler, başvuru nedenleri, hekim-hasta ilişkisi ve hekim özelliklerinden kaynaklanabileceği belirtilmiştir (Lazaratou ve ark. 2000). Randevu devamsızlığı oranının Türkiye çalışmalarında daha fazla olmasının nedenlerinin ortaya çıkarılması için kapsamlı çalışmaların yapılmasına ihtiyaç vardır.

Çalışmanın retrospektif verilere dayanmış olması, bu nedenle tanı koyma ölçeklerinin yapılandırılmış bir şekilde verilememiş olması bu çalışmanın kısıtlılıklarındandır. Bununla birlikte var olan bulguların çocuk psikiyatrisi polikliniğine başvuran hastalardan elde edildiği düşünüldüğünde sonuçların Batman iline tam olarak genellenemeyebileceği söylenebilir.

Sonuç olarak çalışmamız önceki yapılan çalışmalarla benzer olmasıyla birlikte başvuran çocuklardaki yaş grupları ve tanı dağılımları açısından farklılık göstermektedir. Özellikle konuşmada gecikme ve kekemelik diğer çalışmalardan daha sık karşılaşılan yakınmalar olmuştur. Benzer şekilde somatizasyon tanısının sıklığı da dikkat çekicidir.

Yapılan bu çalışma konuyla ilgili olarak bugüne kadar Türkiye'de yapılmış olan en geniş örneklem grubuna sahip çalışma olmuştur. Bu bölgede bu sorunlara yönelik koruyucu hekimlik hizmetleri verilmesinin ve konuşma terapileri için gerekli alt yapının oluşturulmasının bölge halkı için faydalı olacağı kanaatine varılmıştır.

Yazışma adresi: Dr. Burcu Akin Sarı, Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, Ankara, carpediem-burcu@yahoo.com

KAYNAKLAR

- Aktepe E, Demirci K, Çalışkan AM ve ark. (2010) Çocuk ve ergen psikiyatrisi polikliniğine başvuran hastalarda belirti ve tanı dağılımları. *Düşünen Adam*, 23:100-108.
- Al-Jawadi AA, Abdul-Rhman S (2007) Prevalence of childhood and early adolescence mental disorders among children attending primary health care centers in mosul, Iraq: A cross-sectional study. *BMC Public Health*, 2:274.
- Amerikan Psikiyatri Birliği (1994) *Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı*, yeniden gözden geçirilmiş dördüncü baskı, (DSM-IV-TR). Köroğlu E (Çev ed.), Ankara, Hekimler Yayın Birliği, s.43-68.
- Aras Ş, Ünlü G, Varol Taş F (2007) Çocuk ve ergen psikiyatrisi polikliniğine başvuran hastalarda belirtiler, tanılar ve tanıya yönelik incelemeler. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 10:28-37.
- Arun Ö, Diker Z (2009) Güneydoğu Anadolu Yoksulluk Profili: Batman Sosyoekonomik Durum Araştırması Sonuçları. 1. Baskı, Ankara, ODTÜ Yayınları.
- Au-Yeung J, Howell P, Davis S ve ark. (2000) UCL survey on bilingualism and stuttering. *Bosshardt H-G Yaruss JS, Peters*

- HFM (Ed), *Fluency disorders: Theory research treatment self-help*. Nijmegen, the Netherlands, Nijmegen University Pres, s.129-132.
- Chaudhury S, Prasad PL, Zacharias R ve ark. (2007) Psychiatric morbidity pattern in a child guidance clinic. *Medical Journal Armed Forces India*, 63:144-146.
- Çuhadaroğlu Çetin F, Coşkun A, İşeri E ve ark. (2008) Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Temel Kitabı 1. Baskı. Ankara, Hekimler Yayın Birliği, s.293-312.
- Durukan İ, Karaman D, Kara K ve ark. (2011) Çocuk ve ergen psikiyatrisi polikliniğine başvuran hastalarda tanı dağılımı. *Düşünen Adam*, 24:113-120.
- Garralda ME, Bailey D (1988) Child and family factors associated with referral to child psychiatrists. *Br J Psychiatry*, 153:81-89.
- Görker I, Korkmazlar Ü, Durukan M ve ark. (2004) Çocuk ve ergen psikiyatri kliniğine başvuran ergenlerde belirti ve tanı dağılımı. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 7:103-110.

- Hamiwka L, Jones JE, Salpekar J ve ark. (2011) Child psychiatry. *Epilepsy & Behavior*, 22:38-46.
- Harpaz Rotem I, Rosenheck RA (2004) Changes in outpatient psychiatric diagnosis in privately insured children and adolescents from 1995 to 2000. *Child Psychiatry Hum Dev*, 34:329-340.
- Howell P, Davis S, Williams R (2009) The effects of bilingualism on stuttering during late childhood. *Arch Dis Child*, 94:42-46.
- Kang C, Domingues BS, Sainz E ve ark. (2011) Evaluation of the association between polymorphisms at the DRD2 locus and stuttering. *J Hum Genet*, 56:472-473.
- Köse Ş, Smits HL, Abdoel TH ve ark. (2006) Prevalence of Brucella antibodies in rural and suburban communities in three provinces of Turkey: Need for improved diagnosis and prevention. *J Infect*, 53:308-314.
- Kraft SJ, Yairi E (2012) Genetic bases of stuttering: The state of the art, 2011. *Folia Phoniatr Logop*, 64:34-47.
- Lai KY, Pang AH, Wong CK ve ark. (1998) Characteristics of dropouts from a child psychiatry clinic in Hong Kong. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 33:45-48.
- Lazaratou H, Vlassopoulos M, Dellatolas G (2000) Factors affecting compliance with treatment in an outpatient child psychiatric practice: A retrospective study in a community mental health centre in Athens. *Psychother Psychosom*, 69:42-49.
- Oto R, Özkan M, Altındağ A (2004) Batman intiharları. *Türkiye Klinikleri Psikiyatri Dergisi*, 5:74-100.
- Özgür ME (2004) Türkiye'de toplam doğurganlık hızının mekansal dağılışı. *Coğrafi Bilimler Dergisi*, 2:1-12.
- Pehlivan Türk B (2008) Somatoform Bozukluklar. Çuhadaroğlu Çetin F, Coşkun A, İşeri E ve ark. (Ed), Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Temel Kitabı, 1. Baskı, Ankara, Hekimler Yayın Birliği, s.423-438.
- Raza MH, Amjad R, Riazuddin S ve ark. (2012) Studies in a consanguineous family reveal a novel locus for stuttering on chromosome 16q. *Hum Genet*, 131:311-313.
- Recart C, Castro P, Alvarez H ve ark. (2002) Characteristics of children and adolescents attended in a private psychiatric outpatient clinic. *Rew Med Chil*, 130:295-303.
- Reigstad B, Jorgensen K, Wichstrom L (2004) Changes in referrals to child and adolescent psychiatric services in Norway 1992-2001. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 39:818-827.
- Sayı I (2004) Batman intiharları giriş. *Türkiye Klinikleri Psikiyatri Dergisi*, 5:73.
- Stern E (1948) A preliminary study of bilingualism and stuttering in four Johannesburg schools. *J Logop*, 1:15-25.
- Şenol S (2008) Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu. Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Temel Kitabı, Çuhadaroğlu Çetin F, Coşkun A, İşeri E ve ark. (Ed), 1. Baskı, Ankara, Hekimler Yayın Birliği.
- Travis LE, Johnson W, Shover J (1937) The relation of bilingualism to stuttering: a survey in the East Chicago, Indiana, schools. *J Speech Disord*, 2:185-189.
- Tannöver S (1996) KTÜ Tıp Fakültesi çocuk psikiyatrisi polikliniğine iki yıl içinde başvuran çocukların demografik özellikleri ve başvuru yakınmaları. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi*, 3:69-72.
- Tannöver S, Kaya N, Tüzün Ü (1992) Çocuk psikiyatrisi polikliniğine başvuran çocukların demografik özellikleri ile ilgili bir çalışma. *Düşünen Adam*, 5:13-19.
- Türkiye İstatistik Kurumu (2010) Türkiye İstatistik Kurumu Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi Sonuçları. 1. baskı, Ankara, Türkiye İstatistik Kurumu Matbaası.
- Verhulst FC, Achenbach TM, van der Ende J ve ark. (2003) Comparison of problems reported by youths from seven countries. *Am J Psychiatry*, 160:1479-1485.
- Yöntem Fidan T (2011) Bir çocuk-ergen ruh sağlığı ve hastalıkları polikliniğine başvuran çocuk ve ergenlerin ruhsal belirtileri ve risk faktörlerinin değerlendirilmesi. *Konuralp Tıp Dergisi*, 3:1-8.