

Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Polikliniğine Başvuran Hastalarda Belirtiler, Tanılar ve Taniya Yönelik İncelemeler

Şahbal Aras¹, Gülşen Ünlü², Fatma Varol Taş³

¹Yrd.Doç.Dr., ³Uz.Dr., Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Psikiyatrisi Anabilim Dalı İzmir, ²Uz.Dr., 82. Yıl Devlet Hastanesi, Aydın

ÖZET

Amaç: Çocuk ve ergen psikiyatrisi polikliniğine başvuran hastaların yakınmalarını, tanılarını ve taniya yönelik incelemeleri araştırmak. **Yöntem:** Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi polikliniğine 2002 yılının ilk altı ayı içinde başvuran 523 erkek, 299 kız hastanın dosyası, başvurudan 1-1.5 yıl sonra geriye dönük olarak incelenmiştir. Dosyaların standart bölümlerine kaydedilmiş olan belirti ve tanılar ile izlem sürecinde kaydedilen taniya yönelik incelemeler değerlendirilmiştir. **Bulgular:** 'Aşırı hareketlilik', 'dikkat dağınıklığı', 'ders başarısızlığı' ve 'kekeleme' erkeklerde kızlara göre anlamlı düzeyde fazla oranda bulunan başvuru yakınmalarıdır. 'Aile ilişki sorunu', 'mutsuzluk-karamsarlık-isteksizlik', 'bunaltı-sıkıntı-huzursuzluk', 'fiziksel yakınmalar' ve 'özkiyim girişimi-kendine zarar verme' kızlarda erkeklere göre anlamlı düzeyde fazla oranda bulunmuştur. DSM-IV tanıları değerlendirildiğinde, 227 (%28.7) olguda eştanı(lar) olduğu bulunmuştur. Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu ile en fazla bir arada bulunan tanılar enürezis ve öğrenme bozukluklarıdır. Anksiyete bozuklukları ile en fazla bir arada olan tanı depresyondur. Erkeklerde dışa yönelim sorunları ve iletişim bozuklukları, kızlarda ise içe yönelim sorunları anlamlı düzeyde fazla bulunmuştur. Olguların %19.5'inde uygulanan zeka testi, en fazla gerçekleştirilen taniya yönelik incelemedir. Randevuya devam etmeme oranı %79.3'tür. **Sonuç:** Bu çalışmada saptanan bulgular, çocuk psikiyatrisi hizmetlerinin iyileştirilmesinde yararlı olabilir.

Anahtar Sözcükler: Çocuk psikiyatrisi, tanılar, belirtiler, değerlendirme.

(*Klinik Psikiyatri 2007;10:28-37*)

SUMMARY

Symptoms, Diagnoses and Diagnostic Procedures of Patients who Presented to the Child and Adolescent Psychiatry Outpatient Clinic

Objective: To evaluate symptoms, diagnosis and diagnostic procedures of patients who presented to the child and adolescent psychiatric outpatient clinic. **Method:** The files of 523 male and 299 female patients who presented to Dokuz Eylul University Child and Adolescent Psychiatry outpatient clinic over first six months of 2002 were retrospectively assessed 1 to 1.5 years after presentation. Symptoms and diagnoses recorded in the standardized parts of the patient files and diagnostic procedures recorded in the patient files during follow-up process were evaluated. **Results:** Rates of 'over-activity', 'distractibility' and 'academic failure' among males were significantly higher than among females. Rates of 'family relationship problem', 'unhappiness-pessimism-unwill- ingness', 'physical complaints' and 'suicide attempt-self harm' among females were significantly higher than among males. According to the DSM-IV diagnoses, 227 (%28.7) cases had a comorbid diagnosis. The most frequent comorbid diagnoses of attention deficit hyperactivity disorder were enuresis and learning disorders. The most frequent comorbid diagnosis of anxiety disorders was depression. Males were significantly more likely to have externalizing problems and communication disorders and females were significantly more likely to have internalizing problems. Intelligence test which was administered to %19.5 of the cases was the most frequent diagnostic procedure. The nonattendance rate was 79.3%. **Conclusion:** The results of this study may be useful for improving child psychiatry services.

Key Words: Child psychiatry, symptoms, diagnoses, assessment.

GİRİŞ

Toplum örneklemleri çalışmalarda 18 yaşını doldurmamış çocuklardaki ruhsal bozuklukların yaygınlığı ortalama %15.8 olarak bildirilmektedir. Farklı yaş gruplarında ruhsal bozukluk oranlarını araştıran çalışmalarda bulunan ortancalar okul öncesi dönemde %8, ergenlik öncesi dönemde %12 ve ergenlerde %15 olarak bildirilmiştir. (Roberts ve ark. 1998). Türkiye'de ise toplum örnekleminde 4-18 yaş grubunda klinik düzeyde ruhsal problem görülme oranı anne-babalar tarafından %11.3 olarak bildirilmiştir (Erol ve Şimşek 1998). Bu yaygınlık oranlarına karşılık gelişmiş ülkelerde bile ciddi ruhsal sorunu olan çocukların sadece beşte birinin ruhsal yardım alabildiği belirtilmektedir (Offord ve Bennett 2002).

Ruhsal bozukluk tanı oranlarının aynı toplumda zaman içinde değiştiğini gösteren çalışmalar bulunmaktadır (Harpaz-Rotem ve Rosenheck 2004). Bu durum ruhsal bozuklukların toplumdaki yaygınlığının ve tanı veya değerlendirme süreçlerinin zamanla farklılaşmasından kaynaklanabileceği gibi, klinik özellikler ve yardım arama davranışlarını etkileyebilen sosyoekonomik veya politik değişimlerle de ilişkili olabilir. Çocukların ruhsal sorunlarının ortaya çıktığı koşullar, klinik belirtiler ve ruh sağlığı birimlerine başvuru biçimleri de 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). Bu tür farklılıkların kliniğe yansıma biçimleri, ruhsal bozuklukların doğal gidişleri, gelişimsel özelliklerin bu gidişe etkileri, etiyolojide rol oynayan biyolojik ve psikososyal risk etkenleri, bozukluklarla ilgili yardım arama davranışları, komorbid bozukluk oranları ve bunların seyri konusundaki araştırmalar eksiktir (Roberts ve ark. 1998).

Çocuklardaki ruhsal sorunların toplumdaki dağılım ve yaygınlığının belirlenmesi, koruyucu önlemler ve tedavi hizmetleri gerektiren alanların saptanmasında temel verileri sağlamaktadır. Öncelikli gereksinimlerin ortaya çıkarılması sayesinde çocuk ruh sağlığı hizmetlerinin iyileştirilmesine yönelik etkili programlar geliştirilebilir (Offord ve Bennett 2002). Bu çalışmada Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Polikliniği'ne

(DEÜTF-ÇEPP) başvuran hastalarda sosyodemografik özellikler ile saptanan belirtilerin, tanılarının ve gerçekleştirilen değerlendirmelerin araştırılması amaçlanmıştır.

GEREÇ VE YÖNTEM

Nüfusu 3 370 866 olan İzmir'de çocuk ruh sağlığı hizmetleri başlıca iki üniversite ve bir devlet hastanesi tarafından sağlanmaktadır (Nüfus 2000). İki üniversiteden biri olan DEÜTF-ÇEPP'e çalışmanın yapıldığı dönemde, telefonla veya ayaktan başvuru sırasında doldurulan bir forma göre hastalar kabul edilmekteydi. Demografik özellikler ve 30 madde halinde listelenen başvuru yakınmalarını içeren bu formun değerlendirilmesinden sonra, acil olgular hemen muayene edilirken, diğerleri alındıkları bekleme listesinden öncelikli ve rutin olma durumları göz önüne alınarak sırayla çağrılmaktaydı.

Bu çalışmada DEÜTF-ÇEPP'de 2002 yılının ilk altı ayında ilk kez muayene edilmiş olan hastaların dosyaları değerlendirilmiştir. 2003 yılı ortasında arşiv taranmış ve 1-1.5 yıllık izlem kayıtlarını içeren dosyalar geriye dönük olarak incelenmiştir. Bilgilerin çoğunun eksik olduğu görülen 7 hasta dosyası ayrılmış geriye kalan 822 hasta çalışma grubuna alınmıştır. Dosyaların standart bölümlerine kaydedilen sosyodemografik özellikler, aile özellikleri, yakınmalar ve DSM-IV tanıları ile izlem notlarında yer alan incelemeler ve değerlendirme uygulamaları yazarlar tarafından hazırlanmış olan veri tabanına girilmiştir. Bu çalışma örnekleminde elde edilen ilaç tedavisi uygulamasına ilişkin veriler daha önce yayın haline getirilmiştir (Aras ve ark. 2005). Bu çalışmada ise çocuk psikiyatrisi polikliniğine başvuran olgularda belirtiler, tanılar ve izlem sürecine ilişkin özelliklerin cinsiyete göre dağılımı ele alınmıştır.

Veriler SPSS 10.0 paket programı kullanılarak ki-kare testi, gerekli yerlerde Fisher kesin ki-kare testi ve t-testi ile değerlendirilmiştir. Tüm değerlendirmelerde 0.05'ten küçük p değerleri istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

BULGULAR

Altı ay içinde çocuk psikiyatrisi polikliniğinde ilk kez muayene edilen 822 hastanın dosyası değerlendirilmiştir. Çalışma grubundaki çocuk ve

Tablo 1. Çalışma grubundaki çocuk ve ailelerinin özellikleri

Özellikler	n	(%)
Cinsiyet (N=822)		
Erkek	523	(63.6)
Kız	299	(36.4)
Yaş grubu (N=822)		
1-6 yaş	189	(23.0)
7-12 yaş	359	(43.7)
13-18 yaş	274	(33.3)
Ailedeki çocuk sayısı (N=740)		
Bir	247	(33.4)
İki	396	(53.5)
Üç	77	(10.4)
Dört	13	(1.8)
Beş	5	(0.7)
Altı	2	(0.3)
Kaçınıcı çocuk (N=740)		
İlk veya tek çocuk	456	(61.6)
İkinci	233	(31.5)
Üçüncü	44	(5.9)
Dördüncü	6	(0.8)
Beşinci	1	(0.1)

ailelerinin özellikleri Tablo 1'de yer almaktadır. Çalışma grubunun yaklaşık üçte ikisini erkekler oluşturmaktadır. Erkeklerin oranı 1-6 yaş aralığında %72.5, 7-12 yaş aralığında %66.6 ve 13-18 yaş aralığında ise %53.6'dır. Aile özellikleri kaydedilen 740 olgunun 92'sinin öz anne-babadan birinin veya ikisinin birden olmadığı bir ortamda yaşadığı bulunmuştur. Bu durumun nedenleri; boşanma (n=61), ebeveyn kaybı (n=22), evlat edinilmiş olma (n=8), yuvada barınma (n=3) ve evlilik dışı ilişki sonucu dünyaya gelmiş olma (n=1) olarak belirlenmiştir (Üç olguda boşanma sonrasında bir ebeveyn kaybı vardır). Olguların üçte ikisine yakını ailenin ilk çocuğudur ve yarıdan fazlası iki çocuklu aileden gelmektedir.

Çocukların babalarının yaş ortalaması 41.0 ± 6.5 (aralık: 27-65 yaş) ve annelerini yaş ortalaması 36.9 ± 6.2 'dir (aralık: 22-63 yaş). Anne-babaların eğitim düzeyleri ve meslekleri Tablo 2'de yer almaktadır.

Bozukluğun başlama şekli ile ilgili kayıtları olan

813 olgunun 664'ü (%81.7) uzun zamandır devam eden kronik sorunlar için, 21'i (%2.6) zaman zaman tekrarlayan sorunlar için ve 128'i (%15.7) son bir ay içinde başlayan sorunlar için başvurmuştur. Son bir ay içinde başlayan sorunlar için başvuru oranı kızlarda (%19.5) erkeklerle (%13.6) göre anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur ($p=0.032$). Başvuru sırasında bildirilen yakınmalar değerlendirildiğinde 285 olguda birden fazla belirti saptanmıştır. Başvuruda birden fazla belirti bildirme oranı kızlarda (%33.1) erkeklerden (%35.6) anlamlı farklı bulunmamıştır ($p=0.525$). Başvuruda birden fazla belirtisi olanların yaşları tek belirtisi olanlardan farklı bulunmamıştır ($p=0.228$). Bildirilen belirtilerin cinsiyete göre dağılımı Tablo 3'te yer almaktadır. Başvuruda bildirilen belirtiler arasında aşırı hareketlilik, dikkat dağınıklığı, ders başarısızlığı ve kekeleme erkeklerde; aile ilişki sorunu, mutsuzluk-karamsarlık-isteksizlik, bunaltı-sıkıntı-huzursuzluk, fiziksel yakınmalar ve özkıyım girişimi-kendine zarar verme kızlarda anlamlı düzeyde fazla oranda bulunmuştur.

Başvuru sırasında en sık bildirilen yakınmalara göre değerlendirme sürecinin sonunda varılan tanıları değerlendirilmiştir: Dikkatsizlik yakınmasıyla getirilen çocuklarda DEHB, sınır entelektüel işlev ve öğrenme bozukluğu; hareketlilik yakınmasıyla getirilenlerde DEHB, öğrenme bozukluğu ve davranım bozukluğu; ders başarısızlığı yakınmasıyla getirilenlerde yıkıcı davranış bozuklukları, sınır entelektüel işlev, zeka geriliği, depresyon, öğrenme bozukluğu ve okul sorunu tanıları anlamlı düzeyde yüksek oranda bulunmuştur. Arkadaşsızlık-çekingenlik yakınmasıyla getirilen çocuklarda depresyon, anksiyete bozukluğu ve uyum bozukluğu; alt ıslatma yakınmasıyla getirilenlerde enürezis; aile ilişki sorunları nedeniyle getirilenlerde ilişki sorunları; mutsuzluk-karamsarlık-isteksizlik yakınmasıyla getirilenlerde depresyon ve uyum bozukluğu tanıları anlamlı düzeyde yüksek oranda bulunmuştur (Tablo 4).

32 olgunun dosyasında tanı ile ilgili kayıt bulunmamıştır. 118 olguda normal özellikler bulunduğu belirtilmiş ve 672 olguda en az bir tanı kaydedilmiştir. Tüm grupta en sık tanıları yıkıcı davranış bozuklukları, döneme özgü sorunlar, ilişki sorunları, normalin altında zeka düzeyi ve dışa atım bozuklukları olarak sıralanmıştır. DSM-IV Eksen I ve II tanılarının ve tanı gruplarının cinsiyete göre

Tablo 2. Çalışma grubundaki çocukların anne-babalarının eğitim düzeyleri ve meslekleri

	BABA (N=709)		ANNE (N=719)	
	n	(%)	n	(%)
Eğitim düzeyi				
Yok	2	(0.3)	13	(1.8)
İlkokul	93	(13.1)	166	(23.1)
Ortaokul	77	(10.9)	55	(7.6)
Lise	206	(29.1)	227	(31.6)
Yüksekokul	331	(46.7)	258	(35.9)
	(N=770)		(N=783)	
Meslek	n	(%)	n	(%)
Serbest, esnaf, mühendis	286	(37.1)	66	(8.4)
İşsiz/ev hanımı	14	(1.8)	378	(48.3)
Memur	143	(18.6)	92	(11.7)
Eğitimci	77	(10.0)	92	(11.7)
Emekli	59	(7.7)	61	(7.8)
Sağlık çalışanı	39	(5.1)	61	(7.8)
İşçi	67	(8.7)	25	(3.2)
Güvenlik birimi çalışanı	85	(11.0)	8	(1.0)

dağılımı değerlendirildiğinde; yıkıcı davranış bozuklukları, iletişim bozuklukları ve ebeveyn-çocuk ilişki sorunları erkeklerde, anksiyete bozuklukları, duygudurum bozuklukları, istismar-ihmal, konversiyon bozukluğu, dürtü denetim bozukluğu ve döneme özgü sorunlar kızlarda karşı cinse göre anlamlı düzeyde fazla bulunmuştur. Tanı gruplarında yer alan alt başlıkların cinsiyete göre dağılımı değerlendirildiğinde; DEHB ve kekeleme erkeklerde; diğer anksiyete bozuklukları ve depresyon ise kızlarda karşı cinse göre anlamlı düzeyde fazladır (Tablo 5).

Taniya ilişkin kayıtları olan 790 olgu değerlendirildiğinde 227 (%28.7) olguda birden fazla tanı kaydedilmiştir. Bu oran kızlarda (%25.4) ve erkekler (%30.6) anlamlı farklı bulunmamıştır (p=0.148). Birden fazla tanısı olanların yaşları tek tanıli veya normal bulunanlardan farklı değildir (p=0.585). En sık bir arada olan tanılar; 12 olguda DEHB-enürezis, 12 olguda DEHB-öğrenme bozukluğu ve 10 olguda depresyon-anksiyete bozukluğu olarak belirlenmiştir. Sık bulunan bozukluklarla birlikte görülen tanılar değerlendirildiğinde DEHB'si olan çocuklarda en sık eştanılar; öğrenme bozukluğu (%11.7), enürezis (%11.7), sınır entelektüel işlev (%7.8), karşıt olma

karşı gelme bozukluğu (%7.8) ve davranım bozukluğudur (%4.9). Anksiyete bozukluğu olanlarda en sık eştanı depresyon olarak bulunmuştur (%13.9). Depresyonu olanlarda da en sık eştanı anksiyete bozukluğudur (%16.9). Enürezisi olanlarda en sık eştanılar DEHB (%16.0) ve sınır entelektüel işlevdir (%12.0); zeka geriliği olanlarda ise en sık eştanılar yaygın gelişimsel bozukluklar (%7.0) ve fonolojik bozukluk (%5.3) olarak belirlenmiştir.

Tablo 6'da 822 olgunun değerlendirme sürecinde yapılan taniya yönelik incelemeler yer almaktadır. Konsültasyon istenen birimler olarak; çocuk nörolojisi (n=46), kulak burun boğaz (n=14), çocuk kardioloji (n=12), çocuk nefroloji (n=7), genel pediatri (n=6), çocuk endokrinoloji (n=6), çocuk gastroenteroloji (n=3), göz (n=2), dermatoloji (n=1), onkoloji (n=1), plastik cerrahi (n=1) ve çocuk cerrahisi (n=1) kaydedilmiştir.

İlk muayeneden sonraki 1-1.5 yıllık süre içinde 126 olgunun izleminin sürdüğü saptanmıştır. İzlemi sonlandırılan (n=190) ve başka sağlık birimine sevk (n=17) veya taşınma (n=6) nedeniyle izlemi sürdürülmeyen 213 olgu vardır. Bunların dışında kalan ve değerlendirme veya izlem aşamasında olan 609 olgudan 483'ünün (%79.3) randevuya devam etmediği bulunmuştur. Randevu devamsız-

Tablo 3. Başvuruda bildirilen yakınmalar

Yakınma	Erkek (N=523)		Kız (N=299)		p değeri
	n	(%)	n	(%)	
Aşırı hareketlilik	124	(23.7)	24	(8.0)	0.000
Dikkat dağınıklığı	111	(21.2)	33	(11.7)	0.000
Ders başarısızlığı	94	(18.0)	35	(11.7)	0.023
Alt ıslatma	43	(8.2)	27	(9.0)	0.788
Arkadaşsızlık, çekingenlik	36	(6.9)	23	(7.7)	0.770
Aile ilişki sorunu	29	(5.5)	30	(10.0)	0.024
Mutsuzluk, karamsarlık, isteksizlik	28	(5.4)	30	(10.0)	0.017
Kekeleme	38	(7.3)	6	(2.0)	0.002
Alışkanlıklar (mastürbasyon, parmak emme, tırnak yeme, saç yolma...)	27	(5.2)	17	(5.7)	0.873
Garip davranışlar, ilgiler ve iletişim kurmama	27	(5.2)	14	(4.7)	0.890
Bunaltı, sıkıntı, huzursuzluk	18	(3.4)	21	(7.0)	0.031
Okul reddi	21	(4.0)	13	(4.3)	0.961
Konuşma geriliği	25	(4.8)	8	(2.7)	0.196
Yıkıcı davranışlar (okuldan-evden kaçma, çalma)	20	(3.8)	11	(3.7)	1.000
Çeşitli korkular	16	(3.1)	14	(4.7)	0.317
Okuma, yazma, matematik sorunu	15	(2.9)	11	(3.7)	0.666
Yeme sorunu	17	(3.3)	8	(2.7)	0.802
Fiziksel yakınma (karın ağrısı, kusma, bayılma...)	10	(1.9)	14	(4.7)	0.040
Tik	18	(3.4)	5	(1.7)	0.208
Özkiyim girişimi, kendine zarar verme	7	(1.3)	16	(5.4)	0.002
Kaka kaçırma	13	(2.5)	6	(2.0)	0.843
Telaffuz bozukluğu	14	(2.7)	4	(1.3)	0.310
Takıntılı düşünce ve davranışlar	12	(2.3)	5	(1.7)	0.728
Uyku sorunu	8	(1.5)	8	(2.7)	0.378
Derslere ilgisizlik	8	(1.7)	2	(0.7)	0.344*
İstismar (cinsel, fiziksel)	5	(1.0)	4	(1.3)	0.730*
Genel gelişim geriliği	4	(0.8)	4	(1.3)	0.471*
Okul/öğretmen uyum sorunu	6	(1.1)	0	(0.0)	0.092*
Madde kötüye kullanımı	3	(0.6)	0	(0.0)	0.557*
Cinsel kimlik sorunu	0	(0.0)	1	(0.3)	0.364*

* Fisher kesin ki-kare testi

lığı oranı erkeklerde %78.5 ve kızlarda ise %80.8'dir (p=0.590).

TARTIŞMA

Çocuk ruh sağlığı birimlerine erkek çocukların daha fazla oranda getirildiği bildirilmektedir (Tanrıöver 1996). ABD'de 2000 yılında ruh sağlığı hizmeti alan 40639 çocuktan %60.8'inin erkek olduğu saptanmıştır (Harpaz-Rotem ve Rosenheck 2004). İspanya'da bir çocuk ve ergen psikiyatrisi

kliniğine başvuran 376 olgunun %53.2'sinin erkek olduğu bildirilmiştir (Recart ve ark. 2002). Ülkemizde beş ayrı çocuk psikiyatrisi kliniğinde yapılan araştırmalarda olguların %61.5-%66.9 arasında değişen oranlarda erkek çocuklardan oluştuğu bildirilmektedir (Tanrıöver 1996). İstanbul Tıp Fakültesi'nde yapılan bir çalışmada çocuk ve ergen psikiyatrisi kliniğine başvuran 12-18 yaşlarındaki 1079 ergenin %59'unun erkek olduğu bildirilmiştir (Görker ve ark. 2004). Çalışmamızda altı ay içinde çocuk ve ergen psikiyatrisi polikliniğine başvuran-

Tablo 4. Başvuru sırasında bildirilen yakınmalara göre konan tanılar

Başvuru yakınması	Konan tanı	Yakınma olan çocuklarda tanı		p değeri [†]
		n	(%)	
Dikkatsizlik	DEHB	52	(37.7)	0.000
	Öğrenme bozukluğu	17	(12.3)	0.000
	Sınır entelektüel işlev	11	(8.0)	0.035
Hareketlilik	DEHB	59	(41.0)	0.000
	Öğrenme bozukluğu	13	(9.0)	0.012
	Davranım bozukluğu	6	(4.2)	0.039*
Ders başarısızlığı	Yıkıcı davranış bozukluğu	26	(21.5)	0.040
	Sınır entelektüel işlev	15	(12.4)	0.004
	Zeka geriliği	15	(12.4)	0.028
	Depresyon	15	(12.4)	0.040
	Öğrenme bozukluğu	13	(10.7)	0.001
	Okul sorunu	9	(7.4)	0.030*
Arkadaşsızlık-çekingenlik	Depresyon	11	(19.0)	0.002*
	Anksiyete bozukluğu	10	(17.2)	0.046
	Uyum bozukluğu	5	(8.6)	0.004*
Alt islatma	Enürezis	49	(71.0)	0.000
Aile ilişki sorunu	İlişki sorunları	15	(27.8)	0.000
	Döneme özgü sorunlar	14	(25.9)	0.012
Mutsuzluk-karamsarlık-isteksizlik	Depresyon	14	(25.9)	0.000
	Uyum bozukluğu	5	(9.3)	0.003*

* Fisher kesin ki-kare testi

† Yakınma olanlar çocuklardaki tanı oranları ile yakınma olmayanlardaki tanı oranları karşılaştırıldığında elde edilen p değerleri

ların %63.6'sının erkek olduğu ve ergenlerde bu oranın %53.6 olduğu bulunmuştur.

ABD'de ruhsal yardım alan 40639 çocuğun %13'ünün 0-6 yaş, %41'inin 7-12 yaş ve %46'sının 13-18 yaş aralığında olduğu bildirilmiştir (Harpaz-Rotem ve Rosenheck 2004). Çalışmamızda bu oranlar sırasıyla %23.0, %43.7 ve %33.3 olarak saptanmıştır.

Trabzon'da çocuk psikiyatrisi poliklinik başvurularının değerlendirildiği bir çalışmada; 514 olgunun %6.42'sinin tek çocuklu ailede yaşadığı ve %47.28'inin ailenin ilk/tek çocuğu olduğu; lise ve üzerinde eğitimli olma oranının annelerde %28.41

ve babalarda ise %55.84 olduğu bildirilmiştir (Tanrıöver 1996). Çalışmamızda tek çocuklu ailede yaşama %33.4 ve ailenin ilk/tek çocuğu olma %61.6 olarak bulunmuştur. Annelerin %67.5'i ve babaların ise %75.8'i lise ve üzerinde eğitimlidir. İki çalışma arasındaki farklılıklar çalışma zamanlarının veya bölgelerinin farklı olmasıyla ilişkili olabilir.

Yakın dönemde Norveç'te çocuk ve ergen psikiyatrisine başvurmak üzere yönlendirilen olguları değerlendiren bir araştırmada depresyon (%15.4) ve hiperaktivite veya dikkat sorunlarının (%13.6) artma eğiliminde olduğu bildirilmiştir (Reigstad ve

Tablo 5. Tanıyla ilgili kayıtları olan 790 olguda cinsiyete göre tanılarının ve tanı gruplarının dağılımı

DSM-IV Eksen I veya II tanıları	Erkek (N=507)		Kız (N=283)		P değeri
	n	(%)	n	(%)	
Yıkıcı davranış bozuklukları **	100	(19.7)	18	(6.4)	0.000
Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu	90	(17.8)	13	(4.6)	0.000
Davranım bozukluğu	11	(2.2)	4	(1.4)	0.635
Karşıt olma karşı gelme bozukluğu	11	(2.2)	2	(0.7)	0.151*
Döneme özgü sorunlar	58	(11.4)	50	(17.7)	0.020
İlişki sorunları	59	(11.6)	35	(12.4)	0.850
Normalin altında zeka düzeyi	60	(11.8)	31	(11.0)	0.798
Zeka geriliği	36	(7.1)	21	(7.4)	0.981
Sınır entelektüel işlev	24	(4.7)	10	(3.5)	0.539
Dışa atım bozuklukları **	52	(10.3)	30	(10.6)	0.976
Enürezis	48	(9.5)	27	(9.5)	1.000
Enkoprezis	6	(1.2)	4	(1.4)	0.751*
Anksiyete Bozuklukları **	36	(7.1)	36	(12.7)	0.012
Diğer anksiyete bozuklukları	23	(4.5)	26	(9.2)	0.014
Obsesif kompulsif bozukluk	11	(2.2)	10	(3.5)	0.362
Ayrılma anksiyetesi bozukluğu	4	(0.8)	3	(1.1)	0.706*
Duygudurum bozuklukları	34	(6.7)	32	(11.3)	0.035
Depresyon	30	(5.9)	29	(10.2)	0.038
Bipolar bozukluk	4	(0.8)	3	(1.1)	0.706*
İletişim bozuklukları **	52	(10.3)	11	(3.9)	0.002
Kekeleme	32	(6.3)	7	(2.5)	0.027
Fonolojik bozukluk	16	(3.2)	3	(1.1)	0.109
Konuşma gecikmesi	6	(1.2)	2	(0.7)	0.718*
Ebeveyn-çocuk ilişki sorunları	37	(7.3)	10	(3.5)	0.047
Öğrenme bozuklukları	27	(5.3)	10	(3.5)	0.333
Okul sorunu	19	(3.7)	10	(3.5)	1.000
Yaygın gelişimsel bozukluklar	22	(4.3)	6	(2.1)	0.157
Otistik bozukluk	16	(3.2)	4	(1.4)	0.208
Diğer yaygın gelişimsel bozukluklar	6	(1.2)	2	(0.7)	0.718*
Tik bozuklukları	14	(2.8)	4	(1.4)	0.333
Uyum bozukluğu	11	(2.2)	5	(1.8)	0.903
İstismar/ihmal	4	(0.8)	8	(2.8)	0.033*
Uyku bozuklukları	6	(1.2)	4	(1.4)	0.751
Diğer sorunlar (Kimlik sorunu, Yas, Tepkisel bağlanma bozukluğu ...)	5	(1.0)	4	(1.4)	0.729*
Basmakalıp davranış bozukluğu	4	(0.8)	4	(1.4)	0.638*
Konversiyon bozukluğu	1	(0.2)	6	(2.1)	0.010*
Psikotik bozukluklar	6	(1.2)	1	(0.4)	0.432
Yeme bozuklukları	4	(0.8)	2	(0.7)	1.000*
Dürtü denetim bozuklukları (trikotilomani)	0	(0.0)	3	(1.1)	0.046*
Alkol ve madde kullanım bozukluğu	1	(0.2)	0	(0.0)	1.000

* Fisher kesin ki-kare testi, ** Bazı olguların aynı gruptan birden fazla tanısı olduğundan dolayı, tanı grubunun olgu sayısı içerdiği tanılardaki olgu sayılarının toplamından azdır.

Tablo 6. Değerlendirme sürecinde yapılan taniya yönelik incelemeler

Değerlendirme uygulaması	n	(%)
Zeka testi	160	(19.5)
EEG	117	(14.2)
Laboratuvar incelemeleri	120	(14.6)
Öğretmen / Rehberlik merkezi ile işbirliği	104	(12.7)
Konsültasyon	97	(11.8)
Özel eğitim değerlendirmesi	62	(7.5)
Gelişim testi	37	(4.5)
Beyin görüntüleme	24	(2.9)

ark. 2004). İspanya'da çocuk ve ergen psikiyatri kliniğine başlıca yönlendirilme nedenlerinin anksiyete ve ergenlik sorunları (%28) olduğu bulunmuştur (Recart ve ark. 2002). Tanrıöver (1996) 514 çocuk psikiyatrisi poliklinik başvurusunu değerlendirdiği çalışmada; erkeklerde en sık yakınmaların kekeleme (%13.68), yatak ıslatma (%12.37) ve hırçnlık-sinirlilik (%12.11), kızlarda ise kekeleme (%10.93), yatak ıslatma (%10.38) ve bayılma (%10.28) olduğunu bildirmiştir. Çalışmamızda en sık yakınmalar erkeklerde aşırı hareketlilik, dikkat dağınıklığı ve ders başarısızlığı; kızlarda ise dikkat dağınıklığı, ders başarısızlığı, mutsuzluk-karamsarlık-isteksizlik ve aile ilişki sorunu olarak bulunmuştur.

Öner ve ark. (2002) dikkatsizlik yakınmasıyla başvuran 43 ergende saptanan tanıların major depresyon (27.9), DEHB (%25.6), anksiyete bozukluğu (%9.3) ve mental retardasyon (%2.3) olduğunu bildirmiştir. Çalışmamızda ise dikkatsizlik yakınmasıyla getirilen çocuklarda DEHB, sınır entelektüel işlev ve öğrenme bozukluğu anlamlı düzeyde yüksek oranda bulunan tanılardır.

İspanya'da bir çocuk ve ergen psikiyatri kliniğine başvuran olgularda başlıca tanılar DEHB, yıkıcı davranış bozukluğu, uyum bozuklukları, duygudurum ve anksiyete bozuklukları olarak bulunmuştur (Recart ve ark. 2002). ABD'de ruhsal yardım alan 40639 çocukta en sık tanılar DEHB (%34.0), depresyon (%16.5) ve anksiyete (%7.0) olarak belirlenmiştir (Harpaz-Rotem ve Rosenheck 2004). Çalışmamızda en sık tanılar yıkıcı davranış bozuklukları, döneme özgü sorunlar, ilişki sorunları, nor-

malin altında zeka düzeyi ve dışa atım bozuklukları olarak bulunmuştur.

Toplum örnekleminde dışa yönelim (saldırganlık, suç davranışları ve DEHB) ve iletişim sorunlarının erkeklerde, içe yönelim sorunlarının (geri çekilme, bedensel yakınmalar, anksiyete, depresyon) ise kızlarda daha sık bulunduğu bildirilmektedir (Verhulst ve ark. 2003, Erşan ve ark. 2004, Benenson 2005). Çalışmamızda çocuk ve ergen psikiyatrisi polikliniğine başvuran kızlarda anksiyete, depresyon ve fiziksel yakınmaların, erkeklerde kekeleme ve DEHB'nin karşı cinse göre anlamlı düzeyde fazla bulunması bu bulgularla uyumludur.

İstanbul Tıp Fakültesi'nde yapılan çalışmada 1079 ergenin %15.29'unun komorbid tanı aldığı bildirilmiş; anksiyete-depresyon, enürezis-mental retardasyon, DEHB-sınırda entelektüel işlevsellik en sık eştanılar olarak belirtilmiştir (Görker ve ark. 2004). Çalışmamızda %28.7 olgunun birden fazla tanısının olduğu, DEHB-enürezis, DEHB-öğrenme bozukluğu ve depresyon-anksiyete bozukluğu tanılarının en sık bir arada bulunabilen tanılar olduğu saptanmıştır. DEHB'si olan çocuklarda en sık öğrenme bozukluğu, enürezis, sınır entelektüel işlev, karşıt olma karşı gelme bozukluğu ve davranım bozukluğu eştanılarının olduğu bulunmuştur. Depresyonu olanlarda anksiyete bozukluğu ve anksiyete bozukluğu olanlarda da depresyon en sık eştanıdır. Enürezisi olanlarda DEHB ve sınır entelektüel işlev; zeka geriliği olanlarda ise yaygın gelişimsel bozukluklar ve fonolojik bozukluk en sık eştanılar olarak belirlenmiştir.

Çalışmamızda yeni başlayan sorunlar için başvurunun kızlarda erkeklere göre daha fazla olduğu bulunmuştur. Birden fazla başvuru yakınması veya tanısı olan olgular, olmayanlara göre ortalama yaş ve cinsiyet dağılımı açısından anlamlı farklılık göstermemektedir.

Çocuk psikiyatrisi klinik uygulamalarında zihinsel beceriler, öğrenme düzeyi, dil becerileri, uyum becerileri, görsel-motor koordinasyon ve kişilik özelliklerinin değerlendirilmesi büyük önem taşımaktadır (Moss ve Racusin 2002). Ülkemizde çocuk psikiyatrisi birimlerinde değerlendirme ve izlem sürecinde rol alan psikolog, özel eğitim

uzmanı, hemşire ve sosyal hizmet uzmanı gibi farklı disiplinlerden uzman sayıları oldukça yetersizdir (Karabekiroğlu ve ark. 2006). Çalışmamızda değerlendirilen olguların yaklaşık dörtte birine zeka testi veya gelişim testi uygulandığı, %12.7'sinde öğretmen veya rehberlik merkezi ile işbirliğine girildiği ve %75'ine özel eğitim değerlendirmesi yapıldığı saptanmıştır. Bu bulgu, çocuk psikiyatrisi uygulamalarında farklı disiplinlerden uzmanların işbirliğine olan gereksinimi göstermektedir.

Çocuk psikiyatrisi klinik uygulamalarında tedavi uyumuna ilişkin sorunların fazla olduğu bildirilmektedir. Atina'da ayaktan çocuk psikiyatrisi birimine başvuran 391 olguda randevu devamsızlığı oranı %58.6 olarak bulunmuştur (Lazaratou ve ark. 2000). İspanya'da 376 çocuğun %59'unun tedaviyi sürdürmediği bildirilmiştir (Recart ve ark. 2002). Hong Kong'da ise 235 çocuğun kliniğe ilk başvurudan sonraki bir yıl süren izleminde tedaviye devam etmeme oranı %27.2 olarak bulunmuş ve tedavinin bırakılmasında Batı ülkelerinden farklı etkenlerin rol oynadığı belirtilmiştir (Lai ve ark. 1998). Çocuk ve ailenin özellikleri, kültürel etkenler, başvuru nedenleri, hekim hasta ilişkisi ve olasılıkla hekimin özellikleri tedavi uyumunu etkileyebilmektedir (Lazaratou ve ark.

2000). Çalışmamızda oldukça yüksek bulunan randevu devamsızlığı oranının (%79.3) nedenlerinin saptanması ve giderilmesi çocuk psikiyatrisi hizmetlerinin iyileştirilmesinde önemli bir adım olabilir.

Sonuç olarak çalışmamızda çocuk psikiyatrisi polikliniğine başvuranların yaklaşık üçte ikisinin erkek olduğu saptanmıştır. Çocuk psikiyatri başvuruları 7-12 yaş grubunda fazladır. Olguların yaklaşık dörtte birinde eşitlik olduğu saptanmıştır. Erkeklerde dışa yönelim sorunları ve iletişim bozuklukları; kızlarda ise içe yönelim sorunlarının fazla olduğu bulunmuştur. Değerlendirme ve izlem sürecinde farklı disiplinlerden uzmanların işbirliğinin önemli olduğu ve randevu devamsızlığının çocukların yeterli ruhsal yardım almalarının önünde önemli bir engel oluşturabileceği düşünülmüştür. Çalışmamızda saptanan bulgular, çocuk psikiyatrisi poliklinik hizmetlerinin düzenlenmesinde ve iyileştirilmesinde yol gösterici olabilir.

Yazışma adresi: Dr. Şahbal Aras, Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Psikiyatrisi Anabilim Dalı, Balçova, İzmir, sahbal.aras@deu.edu.tr

KAYNAKLAR

Aras Ş, Varol Taş F, Ünlü G (2005) Bir çocuk psikiyatrisi polikliniğinde ilaç tedavisi uygulamalarını değişimi. Klinik Psikofarmakoloji Bülteni, 15:127-133.

Benenson JF (2005) Sex differences. The Cambridge Encyclopedia of Child Development. B Hopkins (Ed), Cambridge University Press, UK. s.366-374.

Erol N, Şimşek Z (1998) Türkiye ruh sağlığı profili. Çocuk ve gençlerde ruh sağlığı: yeterlik alanları, davranış ve duygusal sorunların dağılımı. Türkiye Ruh Sağlığı Raporu. (Hazırlayanlar: Erol N, Kılıç C, Ulusoy M, Keçeci M, Şimşek Z) Sağlık Bakanlığı, Ankara, s.25-75.

Erşan EE, Doğan O, Doğan S ve ark. (2004) The distribution of symptoms of attention-deficit/hyperactivity disorder and oppositional defiant disorder in privately insured children in Turkey. Eur Child Adolesc Psychiatry, 13:354-361.

Görker I, Korkmazlar Ü, Durukan M ve ark. (2004) Çocuk ve ergen psikiyatri kliniğine başvuran ergenlerde belirti ve tanı dağılımı. Klinik Psikiyatri, 7:103-110.

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(4):329-340.

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(1):45-48 (abstract).

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(1):42-49.

Moss NE, Racusin GR (2002) Psychological assessment of children and adolescents. Child and Adolescent Psychiatry-A Comprehensive Textbook (third edition) içinde. Editör: Lewis M. USA: Lippincott Williams Wilkins, s:555-573.

Nüfus (2000) İzmir Valiliği <http://www.izmir.gov.tr/izmir/nufus.aspx> (16.12.2006).

Offord DR, Bennett KJ (2002) Epidemiology and prevention. Child and Adolescent Psychiatry-A Comprehensive Textbook (third edition) içinde. Editör: Lewis M. USA: Lippincott Williams Wilkins, s:1320-1335.

Öner Ö, Öncü B, Sağduyu G ve ark. (2002) Dikkatsizlik yakınımasıyla başvuran ergenlerin aldıkları tanılar. Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi, 9: 167-171.

Recart C, Castro P, Alvarez H ve ark. (2002) Characteristics of children and adolescents attended in a private psychiatric outpatient clinic. Rev 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.

Roberts RE, Attkisson CC, Rosenblatt A (1998) Prevalence of psychopathology among children and adolescents. *Am J Psychiatry*, 155:715-725.

Tanrıöver S (1996) K.T.Ü. Tıp Fakültesi Çocuk Psikiyatrisi polik-

liniğine iki yıl içinde başvuran çocukların demografik özellikleri ve başvuru yakınmaları. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi*, 3:69-72.

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.