



T.C.  
MERSİN ÜNİVERSİTESİ  
TIP FAKÜLTESİ  
ÇOCUK VE ERGEN RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM  
DALI

MERSİN ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ  
HASTANESİNDE HASTALARDAN İSTENEN ÇOCUK VE  
ERGEN PSİKİYATRİSİ KONSÜLTASYONLARININ  
DEĞERLENDİRİLMESİ

Dr. Bahriye YILMAZ

UZMANLIK TEZİ

DANIŞMAN

Prof. Dr. Fevziye TOROS

MERSİN-2019



T.C.  
MERSİN ÜNİVERSİTESİ  
TIP FAKÜLTESİ  
ÇOCUK VE ERGEN RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM  
DALI

MERSİN ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ  
HASTANESİNDE HASTALARDAN İSTENEN ÇOCUK VE  
ERGEN PSİKİYATRİSİ KONSÜLTASYONLARININ  
DEĞERLENDİRİLMESİ

Dr. Bahriye YILMAZ

UZMANLIK TEZİ

DANIŞMAN

Prof. Dr. Fevziye TOROS

MERSİN-2019

## TEŞEKKÜR

Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı'nda sürdürdüğüm uzmanlık eğitimim süresince bilgi ve deneyimlerinden yararlandığım, her konuda ilgi ve anlayışlarını esirgemeyen, samimi, sıcak ve içten tavırlarıyla bana destek olan, tezimin oluşumunda, yönlendirilmesinde büyük katkı ve emeklerini esirgemeyen tez danışmanım Prof. Dr. Fevziye TOROS'a, bana olan desteği ve tezime olan katkılarında dolayı Yrd. Doç. Dr. Gülen GÜLER AKSU'ya,

Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı'nda sürdürdüğüm uzmanlık eğitimim süresince bilgi ve deneyimlerinden yararlandığım, üzerimde büyük emekleri olan, sabır ve hoşgörü gösteren, birlikte çalışma fırsatına sahip olduğum için kendimi çok şanslı hissettiğim değerli hocalarım Prof. Dr. Ayşe AVCI, Prof. Dr. Ayşegül YOLGA TAHİROĞLU, Doç. Dr. Gonca GÜL ÇELİK, Dr. Öğr. Üyesi Özge METİN, Uzm. Dr. Perihan ÇAM RAY ve Prof. Dr. Necmi ÇEKİN'e,

Tanıştığımız ilk andan itibaren beni yalnız bırakmayan, zor günlerimde yanımda olan, uzmanlık eğitim sürecimin en güzel kazanımlarından olan, sevgili dostlarım Dr. İrem KIRICI, Dr. Zeynep TUNÇ ve Dr. Buse Pınar KIRMIZI'ya,

Keyifle asistanlık sürecimi paylaştığım iyi niyetlerini hep koruyan değerli asistan arkadaşlarım, sekreter ve personelimize,

Tanıştığım günden beri sürekli yanımda olan, maddi ve manevi desteklerini benden esirgemeyen eşimin ailesine,

Büyük fedakârlıklarla beni bu günlere getiren, maddi ve manevi desteklerini hiçbir zaman esirgemeyen, tüm hayatım boyunca sahip olduğum için kendimi her zaman şanslı hissettiğim canım aileme,

Son olarak hayatımı güzelleştiren, anlamlandıran, destek ve sevgilerini derinden hissettiren, sevgili eşim Ahmet YILMAZ ve canım kızım Feyza'ya sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Dr. Bahriye YILMAZ

## İÇİNDEKİLER

	Sayfa No
<b>ÖZET</b> .....	5
<b>İNGİLİZCE ÖZET</b> .....	6
<b>GİRİŞ VE AMAÇ</b> .....	7
<b>GENEL BİLGİLER</b> .....	9
Tarihçe .....	9
Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi Tanımı ve İşlevleri .....	12
Hastalık Karşısında Çocuk ve Ergen .....	17
<b>GEREÇ VE YÖNTEMLER</b> .....	28
Çalışma Örnekleme .....	28
Değerlendirme Sürecinde Verilerin Gruplandırılması .....	28
Veri Toplama Araçları .....	30
İstatistiksel Yöntem .....	31
Etik .....	31
<b>BULGULAR</b> .....	32
<b>TARTIŞMA</b> .....	73
<b>SONUÇ VE ÖNERİLER</b> .....	92
<b>KAYNAKLAR</b> .....	99
<b>SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ</b> .....	114
<b>ŞEKİLLER DİZİNİ</b> .....	116
<b>TABLolar DİZİNİ</b> .....	117
<b>EKLER</b> .....	119
EK-1 Sosyodemografik Veri Formu	

## ÖZET

On yıllık süreç içerisinde kliniğimize konsülte edilen olguların sosyodemografik özellikleri, konsültasyon istenme sebepleri, konsültasyon isteyen klinikler, olguların organik ve psikiyatrik tanıları, önerilen tedaviler ve kontrole gelme durumunun araştırılması amaçlandı.

1 Ocak 2009-1 Ocak 2019 tarihleri arasında Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalına konsülte edilen, daha önce kliniğimizin rutin uygulama aşamalarında değerlendirilmiş, 0-18 yaş arası olguların arşiv dosyaları retrospektif olarak taranmıştır. Mahkeme aracılığı ile Adli Tıp Anabilim Dalına başvurup konsülte edilen adli olgular dahil edilmemiştir.

Değerlendirilen 1199 olgunun % 53.5'i (n=642) kız, yaş ortalaması 11.27±4.92 yıl idi. Olguların % 51.8'inde fiziksel tıbbi bir tanı mevcuttu. En sık tanı epilepsi (% 20.1) idi. En sık konsültasyon isteyen kliniğin % 86.9 ile çocuk sağlığı ve hastalıkları olduğu, çocuk sağlığı hastalıklarının alt birimlerine bakıldığında en sık konsültasyon isteyen birimlerin çocuk nöroloji (% 37.9) ve çocuk acil (% 23.2) olduğu saptandı. Konsültasyonların % 29.7'sinin serviste yatmakta olan olgular için istendiği belirlendi. En sık konsültasyon istenme nedenleri sırasıyla % 16,3 ile intihar girişimi, % 16,2 ile somatik belirtiler, % 13,5 ile zıtlasma-öfke denetim problemleri-davranım problemleri idi. Olguların % 17.2'sine tanı konulmadığı, % 4.9'unun normal olarak değerlendirildiği saptandı. En sık ruhsal tanıları DEHB (% 16.9), depresif bozukluk (% 13.3) ve mental retardasyon (% 9.9) idi. Yatan hastalarda en sık tanı depresif bozukluk (% 29.5), ayaktan başvuran olgularda en sık tanı DEHB (%24.3) idi. Olguların % 53.5 'ine ilaç tedavisi önerilmiştir. En sık önerilen ilaç tedavisi SSRI grubu antidepressanlardır.

Çalışmamız sonuçları, konsültasyon istemlerinin değerini ve bölümler arası iş birliğinin önemini vurgulamaktadır. Bölümler arasındaki iş birliğinin artması çocuk hastaların tedavilerinin daha hızlı ve etkili yapılabilmesi için önemlidir. Bu konuda düzenlenecek seminerlerin klinikler arasındaki iş birliğini artırabileceği düşünülmektedir.

**Anahtar kelimeler:** Çocuk, ergen, konsültasyon, liyezon, psikiyatri

## **ABSTRACT**

### **Evaluation Of Child And Adolescent Psychiatry Consultations At Mersin University Medical Faculty Hospital**

The aim of this study was to investigate the sociodemographic characteristics of the patients consulted to our clinic within 10 years, the reasons for consultation, the clinics asking for consultations, the organic and psychiatric diagnoses of the cases, the recommended treatments and the status of visiting for follow-up examination.

The archival files of patients aged 0-18, consulted to Mersin University Medical Faculty Hospital, Department of Child and Adolescent Psychiatry between 01.01.2009 and 01.01.2019, evaluated in the routine practice of our clinic, were retrospectively screened. The forensic cases consulted to the Department of Forensic Medicine by the court were not included.

Of the 1199 evaluated patients, 53.5% (n=642) were girls and the mean age was  $11.27 \pm 4.92$  years. 51.8% of the patients had a physical medical diagnosis. The most common diagnosis was epilepsy (20.1%). Clinic of pediatrics was found to be the department that the consultations were requested most, and the most frequent consultation units of pediatrics were pediatric neurology (37.9%) and pediatric emergency (23.2%). 29.7% of the cases were inpatients. The most frequent reasons for consultation were suicide attempts (16.3%), somatic symptoms (16.2) and opposition-anger control problems-behavior problems (13.5%). 17.2% of the cases could not be diagnosed. 4.9% of the cases were evaluated as normal. The most common psychiatric diagnoses were ADHD (16.9%), depressive disorder (13.3%), and mental retardation (9.9%). The most common diagnosis was depressive disorder (29.5%) in the inpatients and was ADHD (24.3%) in the outpatients. Drug treatment was recommended to 53.5% of the cases. The most frequently prescribed drug was SSRI.

Outcomes of our study emphasized the merit of these consultation demands, and the importance of collaboration between disciplines. It is important to increase cooperation between the disciplines in order to make the treatment of pediatric patients faster and more effective. Seminars on this subject are thought to increase the cooperation between clinics.

**Keywords:** child, adolescent, consultation, liaison, psychiatry

## 1. GİRİŞ VE AMAÇ

Konsültasyon liyezon psikiyatrisi (KLP), genel tıp ve psikiyatri arasındaki bağlantı ve iş birliğine dayanan fiziksel rahatsızlıkla psikososyal etmenler arasındaki etkileşimi inceleyen, biyopsikososyal model ilkeleri ışığında hastalıkların tanı, tedavi ve araştırılmasında çalışan bir bölümdür. Bu bölümün amacı, tıbbi bölümlerde psikiyatrik morbiditeyi engellemek, tanımak, tedavi etmek, hastalığın ortaya çıkmasında, seyirinde, tedavisi ve bakımında psikososyal etkenleri inceleyerek tıbbi hizmeti bütüncül kılmaktır. Hastalık, biyolojik olmakla beraber psikolojik ve sosyal bir olgudur<sup>1</sup>.

Fiziksel hastalığı olanlarda ruhsal bozukluklar sağlıklı bireylere göre daha fazla görülmektedir. Ito ve arkadaşlarının yaptıkları bir çalışmada genel toplumda ruhsal bozuklukların bir aylık yaygınlığı %16 iken, fiziksel hastalığı olanlarda bu oran %21-26 bulmuştur<sup>2</sup>. 4-16 yaş aralığındaki kronik hasta çocuklarla yapılan çalışmada psikiyatrik rahatsızlığın sağlıklı olanlara göre 2 kat daha fazla olduğu gözlenmiştir<sup>3</sup>. Kronik fiziksel hastalığı olanlarda yaşam boyu ruhsal bozukluk yaygınlığı %42 olarak tespit edilmiştir<sup>4</sup>.

Bedensel hastalıklarda psikiyatrik eş tanı yeterince tanınıp tedavi edilmemektedir. Yatan hastalara zamanında tanı konulup etkin bir şekilde tedavi edilmeleriyle toplam hasta maliyetinin azalacağı ve hastaların iyileşme süreçlerinin daha hızlı olacağı iddia edilmiştir<sup>2, 4</sup>. Fiziksel hastalıklara eşlik eden psikiyatrik bozukluklar hastaların değerlendirilme ve tedavi süreçlerini olumsuz etkilerken, var olan psikiyatrik bozuklukların tanı ve tedavisi hastaların tedaviye uyumunu artırarak hayat kalitesinde yükselme sağlamaktadır<sup>5</sup>.

Türkiye’de yapılan çalışmalarda, konsültasyon sürecinin önemi hekimler tarafından kabul edilmiş olmakla birlikte konsültasyon isteme ve iş birliği oranlarının gelişmiş ülkelerden daha düşük olduğu gözlenmektedir<sup>6, 7</sup>. Bu düşük oranın en önde gelen nedenleri arasında; çocuk hastalıkları uzmanlarının psikiyatrik hastalıkları tanimasındaki güçlükler, çocuk psikiyatristi sayısının yetersiz oluşu ve hekimler arası iş birliğinde yaşanan sorunlar gösterilmiştir<sup>8, 9</sup>.

Tüm bu bilgiler ışığında fiziksel hastalığı olan çocuk ve ergenlerde var olan ruhsal bozuklukların saptanması ve tedavisinin yapılması önemli bir çocuk ruh sağlığı hizmetidir. Bu hizmetin iyileştirilmesi ve bu hizmetlerdeki olası problemlerin saptanması adına konsültasyonla ilgili yapılan çalışmalar önemlidir.

Bu alışmada; 1 Ocak 2009-1 Ocak 2019 tarihleri arasında Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesinde çeşitli birimlerde yatarak veya ayaktan takip edilen, ocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalına konsülte edilen ve kliniğimizin rutin uygulama aşamalarında değerlendirilmiş 0-18 yaş arası olguların arşiv dosyaları retrospektif olarak tarandıktan sonra biyopsikososyal özellikleri, konsültasyon istenme sebepleri, konsültasyon isteyen klinikler, olguların organik ve psikiyatrik tanıları, önerilen tedavilerin ve kontrole gelme durumunun araştırılması amaçlanmıştır.





## 2. GENEL BİLGİLER

### 2.1. Tarihçe

#### 2.1.1. Erişkin Psikiyatrisinde Konsültasyon-Liyazon Psikiyatrisi Gelişimi

Johann Heinroth ilk olarak 1818'de psikosomatik terimini kullanmıştır<sup>10</sup>. KLP başlangıcı ise 1800'lerin sonlarında Amerikan psikiyatrisinin babası olan Benjamin Rush ile olmuştur. Beden ve ruhun psikosomatik birliğine yönelik ilgi artmıştır. 1902'de Albany Hastanesinde (New York) ilk psikiyatri servisi düzenlenmiş ve 'tıp psikiyatri birimi' nin öncülü olmuştur<sup>11</sup>. Psikiyatrinin genel hastanelere kurulması ve tıbbi hastalara ruh sağlığı hizmetlerinin sunulmasına yönelik düşünceler 20. yüzyıl başlarında klinik anlamda gündeme gelmiştir. Psikobiyolojik kuramlar ve bu yaklaşımı benimseyen Meyer, White, Henry, Dunbar, Billings, Lipowski gibi klinisyenler bu alanda öncülük yapmışlardır<sup>12</sup>. Psikosomatik tıp terimi ilk kez 1922'de Felix Deutsch tarafından kullanılmıştır<sup>10</sup>. Tıpta biyopsikososyal bütüncül yaklaşımın geçerli kılınmasına dönük sistematik klinik çalışmalar 1930'larda başlamıştır<sup>13</sup>. Psikosomatik tıp ve KLP, 1920-1930'larda genel psikiyatri hastanelerinin ve psikosomatik tıp hareketinin gelişmesiyle birlikte başlamıştır<sup>14</sup>. Konsültasyon Liyazon Psikiyatrisinin gelişiminde 3 dönem tanımlanmıştır. Bunlar organizasyon dönemi, kavramsal gelişim dönemi, hızlı gelişme ve kurumsallaşma dönemidir<sup>15</sup>.

Organizasyon Dönemi (1935-1960): Bu dönem, konsültasyon liyazon hizmetlerinin formasyonunu, işlevsel modellerin geliştirilmesini, aktivitelerin değerlendirilmesini, eğitimi etkinliklerinin belirlenmesini içerir. 1934-1935 yıllarında en önemli olay, psikiyatristler ve diğer hekimler arasında yakın iş birliğini destekleyen, Rockefeller vakfı tarafından 5 genel hastanede psikiyatri bölümlerinin kurulmasıdır. Hastanelerden biri, yöneticisinin Edward G. Billings olduğu Colorado Hastanesidir ve bölümünün yatağı yoktur. Billings bu servise "Liyazon Psikiyatrisi Departmanı" ismini vermiştir. Genel tıba psikiyatrinin ve psikobiyolojinin ilkelerini entegre etmeyi, tıbbi uygulamada hekimlerin psikososyal boyuta duyarlılığını arttırmayı ana amacı olarak belirlemiştir. Bu bölümün ana aktivitesi tüm hastanenin servislerine konsültasyon hizmeti sunmak, tıbbın psikiyatrik ve psikososyal görünümü hakkında eğitim vermek ve iş birliği içinde araştırmalar yapmaktır. Liyazon Psikiyatrisi deneyimini klinik uygulama anlamında ilk tanımlayan ve bu kliniği kuranın Edward G. Billings

olduğu kabul edilmiştir. Bugün hala kabul gören, Billings tarafından geliştirilen konsültasyon liyezon psikiyatrisi modeli, klinik hizmet, eğitim ve araştırmayı içermektedir<sup>16-18</sup>. 1954’de Massachusetts devlet hastanesinde psikanalist Avery Weisman tarafından yöneticiliği yapılan ilk resmi konsültasyon servisi kurulmuştur<sup>11</sup>. 1960’larda tıp, psikiyatri ve hemşirelik yayınlarında hümanizme önem verildiği görölmüştür. Psikolojik faktörlerin tedavi sürecini etkilediği, hastaların kültürel ve psikososyal ihtiyaçlarının algılanıp, yalnız hastalığın değil, insanın bir bütün olarak tedavi edilmesinin gerekli olduğu vurgulanmıştır<sup>15</sup>.

**Kavramsal Gelişim Dönemi (1960-1975):** Bu dönemde konsültasyon liyezon servislerin sayısından ziyade, özellikle amaca hizmet eden stratejiler ve prosedürler, uygulamanın yöntemlerine odaklanılmıştır. Konsültasyon modelleri (hasta merkezli, kriz merkezli, danışan merkezli, durum merkezli gibi), liyezon modeli, kriz kuramı, sosyal psikiyatrinin katkısı, tedavi modellerinin tıbbi hastalıklara dönük adaptasyonu, kısa psikoterapiler, davranışsal-bilişsel tedavilerin tıbbi hastalara uygulanması ve araştırmalar bu dönemde hızlanmıştır. Sağlık hizmetinin özelleşmiş alanlarında (psikonefroloji, koroner bakım üniteleri, cerrahi gibi) ortaya çıkan psikososyal ve psikiyatrik problemler üzerine araştırmalar artmış ve psikiyatristlerin özel ilgileri gelişmiştir<sup>19</sup>.

**Hızlı Gelişme ve Kurumsallaşma (1975-1980):** Bu yıllarda konsültasyon liyezon psikiyatrisine ekonomik destek artmış, sağlık bakım hizmetleri birinci basamağa odaklanmış ve buradaki hekimlerin eğitiminde konsültasyon liyezon psikiyatristleri uygun olarak görölmüş, yeni konsültasyon liyezon servisleri kurulmuş, genç psikiyatristlerin sayısı artmıştır<sup>15</sup>. 1977’de George Engel biyopsikososyal model adını verdiği tanımı yapmıştır. Bu model sağlık ve hastalığı daha geniş biyolojik, psikolojik ve sosyal bağlamda ele almaktadır<sup>20</sup>. 1979 yılında “General Hospital Psychiatry” dergisi yayınlanmaya başlanmıştır<sup>21</sup>. Tıptaki hızlı gelişmeler, yeni tanı ve tedavi yöntemlerine bağlı gelişen psikiyatrik komplikasyonlar ve psikososyal sorunların çözümlenmesi gereksinimi, yaşam kalitesinin öneminin artması, tedavi hizmetlerinin getirdiği ekonomik yükün azaltılması gereksinimi, koruyucu sağlık anlayışının ön plana çıkması, bu alandaki araştırma ve gelişmeler 1975-1985 yıllarında konsültasyon liyezon psikiyatrisinin hızla gelişmesine katkı sağlamıştır<sup>19</sup>.

1991 yılında Amerikan Psikiyatri Birliği Konsültasyon-Liyezon Psikiyatrisi disiplinini psikiyatri üst uzmanlık alanı olarak tanımladıktan sonra, 2003 yılında

“Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi Psikosomatik Tıp” bir üst uzmanlık alanı olarak ABD’de onaylanmıştır<sup>15</sup>.

### **2.1.2. Çocuk ve Ergen Psikiyatrisinde Konsültasyon-Liyezon Psikiyatrisi Gelişimi**

1930'da, Johns Hopkins hastanesinde Leo Kanner tarafından Pediatri bölümü içinde çocuk doktorları için çocuk psikiyatri yan dal uzmanlığı kurulmuştur<sup>22</sup>. 1932 de Pediatri ve psikiyatri arasındaki ilişki hakkında yayınlanan etkili bir rapor, ruh sağlığı disiplinlerinin çocuk hastanesine daha fazla entegrasyonunu ve fiziksel hasta çocukları etkileyen psikolojik sorunların farkındalığının artırılmasına yardımcı olacak psikiyatrik danışma programlarının geliştirilmesi gerekliliğini savunmuş ve bu raporun sonucunda konsültasyon-liyezon programları geliştirilmiştir<sup>22, 23</sup>. 1935'te, Leo Kanner, Çocuk Psikiyatrisi'ni kitabını yayınlamıştır. 1935 yılında, Rockefeller Vakfı, Amerika Birleşik Devletleri'ndeki eğitim hastanelerinde psikosomatik servislerinin kurulmasını finanse etmiştir. 1958'de çocuk psikiyatrisinin ayrı bir uzmanlık dalı olarak kabul edilmiştir<sup>24</sup>. 1970'lerde ve 1980'lerde Ulusal Ruh Sağlığı Enstitüsü'nün psikosomatik tıp uzmanlığı alanında yeni eğitim ve araştırmaları desteklemesiyle psikosomatik tıp alanında daha fazla büyüme yaşanmıştır. 2003 yılında “Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi Psikosomatik Tıp” bir üst uzmanlık alanı olarak ABD’de onaylanmasıyla birlikte Amerikan Psikiyatri ve Nöroloji Kurulu tarafında onaylanan bir çocuk ve ergen psikiyatri uzmanı olmak için pediatrik psikosomatik tıp eğitimi almak zorunlu hale getirilmiştir.

Psikiyatrye paralel olarak, psikoloji ve pediatri de psikosomatik tıp üzerine yoğunlaşmıştır. 1967 yılında çocuk hastaneleri, gelişim klinikleri, pediatrik veya tıbbi grup uygulamaları gibi disiplinler arası ortamlarda çalışan psikolog ve profesyoneller tarafından pediatrik psikoloji alanı oluşturulmuştur<sup>25</sup>. 1968 yılında çocuk ve ergenlerin bakımında hızla ilerleyen davranışsal tıp ve sağlık psikolojisine odaklanmak için Pediatrik Psikoloji Derneği kurulmuştur. Şu anda da, Pediatrik Psikoloji Derneği, yıllık olarak çocuk sağlığı psikolojisi alanında araştırma ve uygulama sunumları için bir oturum düzenlemektedir.

1982 yılında, pediatrik sağlık hizmetlerinin gelişimsel ve psikososyal yönlerine odaklanan Gelişim ve Davranışsal Pediatri Derneği kurulmuştur. 2002 yılında, duygusal, davranışsal ve psikosomatik sorunlar ile ilgili eğitim alan

pediatristler, gelişimsel-davranışsal pediatri uzmanlığı alanında Amerikan Pediatri Kurulu sertifikasını almaya hak kazanmışlardır.

### **2.1.3. Türkiye’de Konsültasyon-Liyazon Psikiyatrisi Gelişimi**

Kültür tarihimiz ve kültürümüzde ruh sağlığının tarihsel gelişimine baktığımızda, Mevlana ve İbn-i Sina; beden, ruh ve beyin arasındaki bütünsel etkileşim ve ayrılmaz bütünlüğün önemini vurgulamışlardır. Anadolu’da Selçuklular döneminde, psikolojik ve fizyolojik bakımın bir arada olduğu “şifa evleri” vardır. Anadolu’da 1200’lerde kurulmuş olan Gevher Nesibe şifahanesi (Kayseri) tıp fakültesi ile psikiyatrisi birlikte barındırmış ve burada akli dengesi bozuk olan hastalara müzik ve su tedavisi uygulanmıştır. Gevher Nesibe şifahanesi, fiziksel ve ruhsal tedavi ve bakımı birleştiren büyük ihtimalle dünyadaki ilk tıp fakültesi ve “liyezon” psikiyatrisi kliniğidir. Cumhuriyetin kuruluşu ve 1933 Üniversite reformu ülkemizde tıbbın çağdaşlaşmasında dönüm noktasıdır. Ülkemizde çağdaş anlamda KLP Birimleri’nin öncüleri, 1970’li yıllardan 1990’lı yıllara kadar işlev gösteren psikosomatik üniteler olmuştur<sup>26</sup>.

İlk kez 1989 yılında İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı bünyesinde, psikiyatrik-psikososyal tıp anlayışı doğrultusunda, klinik, eğitim, araştırma objektifleri ile İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi Birimi kurulmuştur<sup>27</sup>. 1994 yılından itibaren İstanbul, Ankara, İzmir, Erzurum, Trabzon, Adana gibi illerimizin üniversite kliniklerinde de KLP birimleri kurulmaya başlanmıştır<sup>28</sup>. YÖK, Ocak 1997’ de, Türkiye’de de önemi ve tıptaki yeri giderek belirginleşen KLP’nin Psikiyatri Anabilim Dalı bünyesinde bir bilim dalı olarak kurulmasına karar vermiştir<sup>29</sup>. İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi birimi 1997 yılında da Bilim Dalı olmuş, bunu 2000’li yıllarda Ankara Üniversitesi, Ege Üniversitesi ve Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakülteleri izlemiştir<sup>28</sup>. Çocuk ruh sağlığı alanında ise 1998 yılında İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Çocuk Ruh Sağlığı Ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı bünyesinde hizmet vermeye başlamıştır<sup>30</sup>.

### **2.2. Konsültasyon-Liyazon Psikiyatrisi tanımı ve işlevleri**

Fiziksel ve ruhsal yönleri ile sağlık bir bütündür. Vücuttaki değişiklikler beyni ve ruhu etkiler. Ruhsal durumdaki çatışmalar ve sarsılmalar da vücudu etkiler. Psikiyatri, doğa bilimlerinden sosyolojik bilimlere, antropolojiden felsefeye geniş ölçüde klinik tıp bilimlerinden davranış bilimlerine dek alanların

verilerini sentez eden bir tıp dalıdır<sup>13</sup>. Bu çok yönlü ve geniş yelpazedeki ilgi alanı psikiyatrinin insan varlığına, hastalıklara ve insan mutluluk ve yaratıcılığına yaklaşım felsefesinin ve klinik uygulamasının temelini oluşturur. Hekimlik, teşhisleri tedavi etmenin çok ötesinde ve öncesinde hastalığı olan kişiyi bütüncül olarak anlamak ve yardımcı olmaktır. Hekimlik uygulaması, tıp ile psikiyatriyi, davranış bilimleri ile biyolojik bilimleri bütünleyen bir anlayışı kavramayı ve klinik açıdan insan varlığını, sağlığı ve hastalıkları biyopsikososyal bütünlüğü içinde ele almayı ve çözümlmeyi gerekli kılar<sup>13</sup>. Yaklaşımındaki bu bütünlüğün sağlanabilmesi için oluşturulan bölüm konsültasyon-liyezon psikiyatrisi bölümüdür<sup>31</sup>. Konsültasyon, psikiyatrik hizmetlerin ilk basamağıdır. Psikiyatri dışı hekimin tanı ya da ele almada güçlük çektiği hasta ile ilgili görüş alma talebidir. Amaç hastanın değerlendirilmesi, ilgili hekime yol gösterilmesi ve gerekli yardımın sunulmasıdır<sup>24</sup>. Bir başka deyişle KLP klinik tıpta psikiyatri hizmeti verilmesidir. Genel hastanede yatarak ya da ayaktan tedavi gören hastalara yönelik tıbbi tedavi ve bakım ile psikiyatrik tedavi ve psikososyal bakımın eş zamanlı olarak sunulmasıdır. Bu disiplin hastayı anlamadan hastalığın tedavi edilemeyeceği yönündeki bilimsel yaklaşım doğrultusunda insanın bedensel, ruhsal, toplumsal bütünlüğü içinde ele alınmasına yardımcı olur. Tıbbi tedavi ve bakım ile psikiyatrik tedavi bakımı bütünlükler<sup>15</sup>.

Özetle; psikiyatri üst disiplini ve uzmanlık alanı olarak kurumsallaşan KLP şöyle tanımlanmaktadır:

- Fiziksel hastalıklarda ve fiziksel yakınması olan hastalarda (somatizasyon) psikiyatrik morbiditenin araştırılması, tanısı, tedavisi, izlenmesi ve engellenmesi klinik tıp ortamlarında psikiyatrik tıp hizmetlerinin sağlanması,
- Klinik ortamlarda (psikiyatri dışı) sağlık personeline, konsültasyon ve liyezon hizmetlerinin sunulması, psikiyatri dışı klinik elemanlara, hekim ve hemşirelere psikososyal tıp eğitimi verilmesi ve
- Tıp ve psikiyatrinin çakıştığı alanda, tıbbi hastalarda ya da fiziksel yakınma ile dış kliniklere başvuran hastalarda araştırmalar yapılmasıdır<sup>15</sup>.

Psikiyatrik konsültasyonlar Lipowski tarafından beş alt grupta toplamıştır.

1. Hasta Merkezli Konsültasyon: Tanı ya da izleme güçlüğünden ötürü istenmiştir.

2. Kriz Merkezli Konsültasyon: Hastanın hastalığına gösterdiği uyumsuzluk ya da baş etme güçlüğü konsültasyon nedenidir.

3. Konsültasyon İsteyen Hekim Merkezli Konsültasyon: Burada hekimin hasta ile ilişkisinde güçlükler vardır, bunun aşılmasına yönelik yardım istenmektedir.

4. Durum Merkezli Konsültasyon: Hasta ile tedavi ekibi arasındaki çatışma ve güçlükler yönelik yardım istenmektedir.

5. Geniş Merkezli Konsültasyon: Hasta, tedavi ekibi ve aile üçgeninde bir sorun vardır ve öncelikle bu sorunun çözümlenmesine yönelik yardım istenmektedir<sup>17</sup>.

Çocukluk döneminde biyopsikososyal boyut arasındaki etkileşim erişkin dönemdeki etkileşimden daha belirgindir. Hasta çocuklar ele alınırken bu gerçek göz önünde bulundurulmalıdır. Konsültasyon; çocuk ve aile için görüş alış-verişi iken liyezon; çalışanlar, aile, çocuk arasındaki ilişki ve eğitim ile birlikte konsültasyonu da içerir<sup>31</sup>.

Çocuk ve ergen psikiyatrisi konsültan hekimi hastane ortamında genellikle şu dört başlık altında toplanabilecek olan değerlendirmeleri yapar:

1. Birincil psikiyatrik bozukluğu olan çocuklarda bunlara bağlı ortaya çıkan tıbbi durumlar,
2. Tıbbi hastalıkların ve tedavilerinin yol açtığı psikiyatrik tablolar,
3. Kronik veya hayatı tehdit eden durumlara uyum,
4. Psikosomatik hastalığın ayırıcı tanısı.

Bunların dışında ailelerde ortaya çıkan kaygılar ve yas tepkilerini ele almak, sağlık ekibi ile liyezon çalışması yapmak, aileler ve sağlık ekibine yönelik eğitimler vermek ve hastane yönetimini daha psikososyal yönelimli çocuk dostu ortamlar oluşturması yönünde teşvik etmek gibi görevleri vardır<sup>32</sup>.

Yatan pediatrik hastalara uygulanabilecek çok çeşitli konsültasyon liyezon psikiyatrisi modelleri vardır<sup>33</sup>. Bu modellerden hangisinin seçileceği hastanın durumuna bağlıdır<sup>34</sup>. Modellerin ortak özelliği; çocuğun hastanedeki bakımını iyileştirme, ailenin hastalığa ve hastaneye uyumuna ve çocuğun bu süreci anlamasına yardımcı olması adına sağlık çalışanları ile çocuklar

arasındaki ilişkiyi geliştirerek psikiyatrik konsültasyona yol göstermesidir<sup>35</sup>. Bu modeller;

1. Tahminsel Model: Bu model, bu konudaki ilk yaklaşımlardan biridir. Ciddi psikolojik reaksiyon geliştirmesi beklenen durumlara yaklaşımı içerir<sup>34</sup>. Örneğin, kemik iliği transplantasyonu yapılacak çocuğa ve ailesine yönelik, tedavi öncesi psikiyatrik konsültasyon yapılarak çocuk ve ailenin duruma hazırlanmaları, daha güçlü yaklaşabilmeleri sağlanabilir<sup>36</sup>. Gelişmesi muhtemel psikolojik reaksiyon oluştuğunda, psikiyatrik konsültasyon ekibi duruma çoktan hakim ve tedaviye çoktan hazır olmuşlardır. Bu modelin, psikolojik reaksiyon geliştirmesi olası işlemlerden önce uygulanması oldukça yarar sağlamaktadır<sup>34</sup>.

2. Kaynak Konsültasyonu Modeli: Genellikle çocuk hekiminin belirli bir tanı koymak için psikiyatrist ile ilişki kurarak konsültasyon istemesidir. Örneğin; geçmişinde madde kullanımı ve intihar riski olan bir çocuğun depresif belirtilerinin değerlendirilmesi ya da kemoterapi tedavisi alan çocuk için olası dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu açısından değerlendirme istenmesi gibi. Bu modelin yararı, uzman doktorun çocuğun sorun olan davranış alanı konusunda diğer meslektaşlarını bilgilendirmesidir. Başarılı kaynak tipi konsültasyonlar, sıklıkla pediatri ve psikiyatri gibi farklı alanlarda çalışan uzmanların ilişkilerinin gelişmesine katkıda bulunmaktadır<sup>37</sup>.

3. Eğitim ve Uygulamaya Yönelik Model: Düzenli aralıklarla pediatrik bölümde yatan bebek, çocuk ve ergenlere yönelik, konsültan hekimin konferans ve tartışma oturumlarının düzenlenmesini içerir. Bu, özellikle pediatrik yoğun bakım ünitelerinde çalışanlar açısından önemlidir<sup>38</sup>. Örneğin Yale Çocuk Araştırma Merkezi'nin konsültasyon liyezon servisinde, pediatrik yoğun bakım ünitesinde kronik ağırlı çocuklarla çalışan tüm pediatri ekibine psikolojik yaklaşımlardan çocuğun ağrı ile baş edebilmesine kadar uzanan konularda dersler verilmektedir<sup>35</sup>. Pediatristlere yönelik uygulama seminerleri, onların hastalarına yaklaşımlarındaki kaliteyi artırmaktadır. Eğitim ve uygulama yüz yüze, doğrudan süpervizyon, konferans ve düzenli seminerler şeklinde de olabilir<sup>34</sup>. Çocuk ve ailesinin pediatristlerin değerlendirme ve tedavi yöntemlerinden etkili bir şekilde yardım alabilmesi bu modelin avantajıdır. Dezavantajı ise psikiyatri uzmanının, pediatristin çocuğun ve ailesinin

güçlükleri konusundaki çoğu zaman eksik olan gözlem ve tahminlerine güvenmek zorunda olmasıdır<sup>35</sup>.

4. Acil Cevap Modeli: Hekime acil bir durumda yirmi dört saat ulaşabilmeyi içerir<sup>39</sup>. Acil konsültasyonlar genellikle intihar girişimleri için olur. Bazen, tıbbi ekibin ciddi görmediği olgularda, konsültan, çocuğun kendine zarar vermesini engelleyecek koşullara dikkati çekmelidir. İkinci acil konsültasyon isteklerinden biri de tıbbi tedavi girişimlerinin reddidir. Ajitasyon, deliryum ve ebeveynin tedaviyi engelleyici davranışları diğer acil konsültasyon isteklerini oluşturur<sup>40</sup>.

5. Süregen ve İşbirlikçi Yaklaşım Modeli: Çocuğun bakımına karar verme ve sorumluluk alma konusunda psikiyatrist ve tıbbi ekibin eşit olduğu “paylaşılmış bakım”ı içermektedir<sup>41</sup>. Anoreksiya nervoza, bulimiya nervoza, obezite gibi bazı pediyatrik hastalıklarda, tutarlı, işbirlikçi, eş zamanlı pediyatri ve psikiyatri tedavisi vermeyi gerektirecek durumlar bulunabilir. Kronik ağrı şikayeti bulunan çocuğun ağrısının değerlendirilmesi, davranışsal ve psikofarmakolojik düzeyde desteklenmesinde işbirlikçi yaklaşım önemlidir<sup>42</sup>.

6. Aile, Sistemler ve Çoklu Sistem Modeli: Bu model, çocuğun hastalığının sonuçlarını doğrudan ya da dolaylı olarak etkileyen çocuk-aile, aile-hastane ve aile-toplum arasındaki etkileşimini değerlendirmektedir<sup>37</sup>.

Yatarak tedavi edilen kronik hastalığı olan çocuklardan çocuk psikiyatrisi konsültasyonlarının en sık istenme nedenleri arasında tedaviye uyum sorunları veya tedavi reddi, depresif belirtiler, huy değişiklikleri, ajitasyon, uyku sorunları ve kendisine veya çevreye zarar verici davranışlar yer almaktadır<sup>43, 44</sup>. Alpaslan ve arkadaşlarının yaptığı yatan ve ayaktan başvuran hastaların değerlendirildiği çalışmada en sık konsültasyon isteme nedenlerinin sırasıyla intihar girişimi, depresif belirtiler, aşırı hareketlilik-dikkat dağınıklığı olduğu saptanmıştır<sup>45</sup>.

Konsültasyon liyezon psikiyatrisinin işlevleri genel hatlarıyla şu şekilde özetlenebilir;

- Tıbbi psikiyatrik durumlar arasındaki bağlantı ve etkileşime ilişkin tanıya yönelik uzman katkısı,
- Tıbbi hastalarda ortaya çıkan psikiyatrik morbiditenin engellenmesi, tedavisi ve bakımı,
- Fiziksel hastalığı olanlarda, fiziksel hastalığın psikik boyutlarına ilişkin görüş bildirmek, bakıma katkı sağlamak,



- Fiziksel hastalığın psişik komplikasyonlarının tedavisi,
- Fiziksel hastalığa karşı geliştirilen psikopatolojik reaksiyonların ve baş edebilme sorunlarının tanı ve tedavisi,
- Hastalığa karşı geliştirilen savunma düzeneklerinin olumlu hale getirilmesi, tedavide ve seyrinde ortaya çıkan bağımlılık, inkar, tedaviyi reddetme gibi sorunlarla uğraşmak ve gerektiğinde çevre ve aile ilişkilerine yönelik düzenlemeler,
- Hastane ortamının terapötik kılınmasına yönelik görüş bildirmek,
- Hasta bakım ve tedavisinde hasta-aile-tedavi ekibi üçgeninde ortaya çıkan ilişki ve iletişim sorunlarını çözmek,
- Tedavi ekibinin, hasta ve hastalığın psikolojik boyutunu anlamasına yardımcı olmak,
- Gerekli durumlarda ortak hasta başı vizitine katılmak ve hastayı yatış süresince izlemek,
- Gerekli durumlarda hastayı psikiyatri servisine nakletmek,
- Hastadaki psikiyatrik morbidite ve tıbbi-psikiyatrik durumlar arasındaki etkileşime göre tıbbi duruma ve tedaviye ilişkin önerilerde bulunmak<sup>13</sup>.

### **2.3.Hastalık Karşısında Çocuk ve Ergen**

Hemen hemen tüm çocuklar yaşamlarının bir döneminde bir ya da birden çok hastalıkla karşılaşmaktadırlar. Çocuklarda yaşamın herhangi bir döneminde hastalanma olasılığı %30, belirli bir sisteme ait hastalık görülme olasılığı %15 ve kronik bir hastalık görülme olasılığı da %2 olarak belirtilmektedir<sup>46</sup>.

Bir çocuğun hastalığa ve hastaneye yatışa tepkisini birden çok etken belirler. Bu etkenler çocukla ilişkili değişkenler, hastalıkla ilişkili değişkenler, aile ile ilişkili değişkenler ve çevresel etmenlerdir<sup>47</sup>.

#### **2.3.1. Hastalığa ve Hastaneye Yatışa Çocuğun Verdiği Tepkileri Etkileyen Faktörler**

##### **2.3.1.1.Çocukla ile ilgili değişkenler**

Çocuğun yaşı, mizacı, içinde bulunduğu ve kullandığı savunma düzenekleri hastalığa verilen tepkide önemlidir<sup>47</sup>.

##### **2.3.1.1.1 Çocuğun yaşı**

Çocuğun bilişsel gelişim düzeyi, içinde bulunduğu psikoseksüel ve psikososyal gelişim basamakları, çocuğun hastalıkları ve tedavileri anlamasını ve hastalıklara karşı verdiği tepkiyi etkilemektedir<sup>48</sup>.

1. Okul Öncesi Dönem: Bebek hastalığının ne anlama geldiğini bilmez, eksternal bir parça olarak algıladığı bedenindeki değişiklikten sadece rahatsızlık duyar<sup>33</sup>. Hastane ortamı çok rahatsız edici değilse, uygulanan işlemler çocuğa acı vermiyorsa, anne veya anne yerine geçen kişiden ayrılmamışsa, hastaneden çok fazla etkilenmeyebilir. Yaklaşık 6. ay sonu ve 7. ay başlarında hafıza gelişmeye başladığı için, acı verici işlemler çocuğu korkutur, özellikle anneden ayrılığa büyük tepki gösterir<sup>48</sup>. Hastalık nedeniyle anneden ayrı kalmak, emme işlevindeki yetersizlik bu dönemle ilişkili olan temel güven duygusunun kazanılması, oral dönem işlevleri ve bağlanma sürecinde sorunlar oluşturabilir<sup>49</sup>.

On sekiz ay, üç yaş arasında ki çocuklar her şeyi kendileri yapmak isterler. Bu dönemdeki hastalıklar özerkliği sınırlandırabilir<sup>49</sup>. Ağrı ve sıkıntıdan korunmak için neredeyse tamamen bakım vericilerine bağımlıdırlar. Uyku ve beslenme zorlukları oluşabilir<sup>50</sup>. Tedaviler nedeniyle çocuğun sürekli gözetim altında tutulması self duygusu gelişiminde sorunlara neden olabilir. Bu nedenle çocuklar, pasif, bağımlı bir görünüm sergileyebilirler<sup>49</sup>.

3-6 yaş arası çocuklarda, ebeveynlerden ayrılmayı ve bireyselleşmeyi öğrenme, sembolleri ve dili kullanmaya başlama en önemli özelliklerdir. Terk edilme ve bedensel zarar görme ile ilgili kaygılar bu dönemde çok fazla gözlenmektedir. Benmerkezcilik ön planda olduğu için hastalığı, hastaneye yatışı ya da yapılan ağrılı işlemleri kötü davranışın bir sonucu olarak görebilir<sup>51</sup>. Beş yaşın altında çocukların, hastalığı kendilerine yönelik bir ceza algılandığı, dolayısıyla bu çocuklar için hastalığın adı ve niteliğinden çok, anne babanın sevgisini kaybedip kaybetmedikleri, onlardan ayrı kalıp kalmayacakları ve hastanede anne babaları yanlarında yokken, onları acı veren bir işlem yapıp yapılmayacağı ile ilgili kaygılar önde gelir<sup>52</sup>. Sadece dıştan gelen işaretler yoluyla hastalık tanımlanır. Sağlam bir bedene odaklanır, gerçekçi olmayan korkularla, sınırlı içeriğin birleşmesi anksiyete ve kafa karışıklığını arttırabilir<sup>51</sup>. Hastalanmanın getirdiği sıkıntı ve endişe, çocukta regresyona sebep olabilir. Çocuğun o güne dek kazanmış olduğu becerilerinde gerileme görülebilir. Anne babalar hastalığın alevlenmesini veya relapsı önleyeceklerini zannederek çocukların aktivitelerine sınır koyabilirler. Bu durum ise onları korkak, pasif ve bakım veren kişilere ve doktorlarına daha bağımlı yapar. Bu bağımlılığın artması aynı zamanda onlara karşı kızgınlık duymalarına neden olabilir<sup>53</sup>.

2. Okul Çağındaki Çocuklar: Bu dönemde çocuklarda kurallar ve deneyimleri düzenleme ve sıraya koyma ihtiyacı önceliklidir. Bu yaş grubunda kontrolü kaybetme ve ölüm korkusu gelişir. Hastalığı anlamada artış olmasıyla gerekli işlemleri ya da hastaneye yatış gereksinimini kabul edebilirler. Ancak hala hastalığın, yanlış bir şey yapmaktan kaynaklandığını ve hastalığı bulaşma sonucu edindiklerini düşünürler<sup>48</sup>. Hastalıkları ile ilgili daha çok şey anlatabilir, anlayabilirler ve tedavilerinde daha aktif rol oynarlar<sup>50</sup>. Oluşan hastalık sebebiyle okula gidemeyebilir, sosyal beceri ve başarı duygusu gelişiminde sorunlar yaşayabilirler<sup>49</sup>. Okul çağındaki çocukların en büyük kaygısı aileden ayrılık, yabancı insanlar ve tanımadıkları bir hastanede terk edilme korkusudur<sup>52</sup>.

3. Ergenlik Dönemi: Bu dönemde ikinci ayrılma ve bireyselleşme meydana gelir. Akranlarına bağlıdırlar ve onlardan çok fazla etkilenirler. Duyarlı oldukları başka bir alan ise cinsel gelişimleri ile ilişkili konulardır. Risk alma davranışı ergenlik döneminde daha fazladır. Diyabetli bireylerin öğün atlaması gibi, kronik tıbbi durumları olan ergenelerin kendi hastalıklarıyla çatışan risk alma davranışlarında buldukları da bildirilmiştir. Hastalığı anlamada yetişkin düzeye kademeli ulaşma, hastalığın oluşmasındaki etkenlerin karmaşık ve çoklu etkileşiminin farkına varma bu dönemde gerçekleşir. Bu yaşla azalmakla birlikte hastalığı kendi suçuna bağlama devam eder<sup>51</sup>. Hastalık nedeniyle okul yaşantıları bozulabilir. İçer çekilme ve/veya fiziksel görünümündeki değişiklikler okula dönmeleri zorlaştıran faktörler arasındadır. Her genç hastalığa verdiği tepki farklıdır. Hastalığın getirdiği kısıtlamalar, yoğun ilaç kullanımı, doktor ziyaretleri, anne babanın yoğun müdahalesi bazı ergenlere huzursuzluk verip ergenlerin isyankar davranışlarda bulunmalarına neden olurken, bazı ergenlerde ise bu duruma boyun eğip, hatta ilaçları konusunda aşırı dikkatli ve titiz davranışlarıyla sonuçlanır<sup>54</sup>. Bunun yanı sıra depresyon, ajitasyon, yeme bozuklukları, öfke ve suçluluk, ayrılık anksiyetesi, izolasyon korkusu, ölüm korkusu görülebilir<sup>55, 56</sup>

#### **2.3.1.1.2 Çocuğun mizacı**

Mizaç, içe veya dışa dönüklük gibi bireyin kişiliğini ifade eden sıklıkla doğuştan geldiği kabul edilen davranışlardır. Yapısal, genetik ve biyolojik temele dayanan bu tavır ve davranışlar, çocuğun hastalığa verdiği tepkilerde de önem taşır<sup>47, 57</sup>. Çocuklar farklı mizaç kategorilerinde değerlendirilebilirler:

- Kolay çocuk: Bu çocuklar, vücut fonksiyonlarında ritmisitesi olan, pozitif duygu durumları olan, değişikliklere karşı hızlıca uyum sağlayabilen, yeniliklere pozitif yaklaşımları olan ve tepkileri de yumuşak olan gruptur. Düzenli uyku ve beslenme programına çabucak adapte olurlar. Yabancılara karşı sosyaldirler, yeni kural ve değişikliklere kolayca uyum sağlarlar<sup>58</sup>. Bu mizaç özelliklerine sahip olan çocuklar doğal olarak, hastalığa ve tedaviye de uyumlu tepkiler verirler<sup>47</sup>.

- Zor çocuk: Bunların biyolojik işlevlerinde düzensizlik görülür. Yeni şeylere karşı geri çekilmek ilk tepkileridir. Yavaş uyum gösterirler, tepkileri aşırıdır ve olumsuz duygu duruma sahiptirler. Genelde öfke atakları ile sonlanan hayal kırıklıklarını sık yaşarlar, yüksek sesli tepki verir ve uzun süre ağlarlar<sup>58</sup>. Bu çocukların bir kez uyum gösterdikten sonra daha kolay ve tutarlı hareket edebildikleri izlenmiştir. Zor çocuklar hastalığı kabullenmekte ve tedaviye uymakta zorluk çekseler de, zaman içinde olumlu tepkiler sergileyebilmektedirler<sup>47</sup>.

- Yavaş ısınan çocuk: Aktivite seviyeleri ve tepkileri düşüktür, durumlara yavaş uyum sağlarlar ve yeni durumlardan kendilerini çekerler. Yeni yerlerden, insanlardan ve durumlardan başta geri çekinirler, annelerine yapışırlar. Utangaç tarafından olarak adlandırılırlar<sup>58</sup>. Ebeveyn ve tedavi ekibinin kuracağı olumlu ilişki düzeyine bağlı olarak hastalığa karşı verecekleri tepkileri değişmektedir<sup>47</sup>.

### **2.3.1.1.3. Çocuğun kullandığı savunma düzenekleri**

Çocuklar hastalıkları cezalandırma şeklinde algılayabilir ve bazı savunma düzenekleri ile hissettikleri huzursuzluk ve çaresizlik duygularını azaltmaya çalışabilirler.

- Regresyon çocuklar tarafından en sık kullanılan savunma düzeneğidir. Bebeğe dönüşme olarak tanımlanabilir. Tuvalet eğitimini kazanmış bir çocukta altını ıslatma, huysuzluk, aşırı ağlama, sürekli ilgi bekleme izlenebilir.

- Yadsıma, daha büyük çocukların kullandığı bir savunma mekanizmasıdır. çocuğun hastalığı yadsıması sonucunda, tedaviye uyum problemleri oluşabilir.

- Yansıtma düzeneğini kullanan bir çocuk, hastalıkla ilgili olumsuz duygu ve düşüncelerini de genellikle, ailesi, arkadaşları ve tedavi ekibine yansıtabilir.

- Yer değiştirme düzeneğini kullanan çocuklar, hastalık ve tedaviye karşı olan negatif duygularında nesne değişikliği yaparak, bu negatif duygularını,

hırçınlık, huzursuzluk, inatçılık olarak ebeveynine karşı olan tutumlarına yansıtabilir.

- Akla uygunlaştırma, çocuk hastalık nedeniyle yapamadığı etkinlikler için uygun mazeretler üretebilir. Fazla kullanıldığında çocuğun işlevselliğinde bozulmalara neden olabilir.

- Yalıtma düzeneğini kullanan çocuklarda, içinde buldukları olaylarla ilgili bilişsel tepkiler bulunurken duygusal tepkiler mevcut değildir. Çocuk, üzüntü, kaygı, merak, umut, öfke gibi sık rastladığımız tepkilerin hiçbirini göstermemektedir.

- Yüceleştirme, çocukların sağlık koşulları elverdiğince enerjilerini toplum içinde kabul edilen, yaratıcı ve yapıcı eylemler için kullanmalarınıdır. Örneğin; eğitsel, sanatsal, bilimsel, sportif etkinlikler<sup>47</sup>.

### **2.3.1.2.Hastalıkla İlgili Değişkenler**

Hastalıkla ilgili değişkenleri 4 ana başlık altında değerlendirebiliriz:

#### **2.3.1.2.1. Hastalığın kazanım şekli**

Çocuktaki hastalığın *doğuştan* ya da sonradan *kazanılmış* olması psikolojik ve sosyal açıdan farklı durumlara neden olabilir. Doğuştan itibaren hastalığı olan çocuklarda doktora gitmek ve tedavi almak, hastalıkla yaşamak hayatlarının bir parçası haline gelir. Hastalık sebebiyle çocuğun gelişim basamaklarında ortaya çıkan gerilikler ruh sağlığını olumsuz olarak etkilemektedir. Normal gelişim aşamalarını yaşayan çocuklar ise sonradan hastalığa sahip olduklarında tedavi ekibine, tedavi şekline ve hastalığın getirdiği kısıtlamalara daha zor uyum sağlarlar. Her iki durumda da çocuklarda depresyon, uyum bozuklukları, travma sonrası stres bozukluğu, çeşitli kaygı bozuklukları, davranım bozukluğu gibi ruhsal sorunlar gözlemlenir<sup>47, 59</sup>.

#### **2.3.1.2.2. Hastalığın seyri**

Hastalığın akut ya da kronik gidişli olması çocuğun ruhsal etkilenmesinde önemli bir faktördür. Akut hastalıklar kısa süreli ve işlevselliği bozmadığı için çoğu zaman ciddi bir uyum bozukluğuna yol açmazlar<sup>50</sup>. Kronik hastalığı olan çocuklarda ise daha fazla duygusal ve davranışsal sorunlar geliştiği saptanmıştır<sup>60</sup>. Kronik hastalıklara sekonder olarak gelişen psikolojik sorunların prevalansı %10-30 dur<sup>60, 61</sup>. Bunlar uyum sorunlarından depresyona kadar varabilen ve çocuğun tüm dış dünya ile bağlantılarının kopmasına neden olan ağır duygusal sorunlar olabilir<sup>60-62</sup>.

### 2.3.1.2.3.Tedavinin gerekleri ve hastaneye yatış

Yapılan araştırmalara göre, çocukta uyumu etkileyen faktörlerin başında, hastalığın ve tedavinin yarattığı yetersizlik duyguları ve sınırlamalar gelmektedir. Çocuğa acı veren girişimler, ağrı ve bilinmezlikler ocuk için önemli bir sıkıntı kaynağıdır<sup>47</sup>. Sık kan alımı, hoşa gitmeyen ağrılı araştırmalar ve tedaviler, tedavi sonrası bulantı kusma oluşması, alopesi, maske takma, eğer kortikosteroid alıyorsa cushingoid görünüm, çocukta yoğun anksiyeteye neden olabilir. Hareketin kısıtlanması, yoğun ağrı, izolasyon duygusal ve duygusal yoksunluğa sebep olarak çocuğun depresyon oluşumunu kolaylaştırır<sup>63</sup>.

Hastaneye yatış, çocuğun yaşına ve yatış nedenine bağlı olarak değişik ölçülerde örseleyici olabilen bir durumdur. Özellikle okul çağına gelmemiş çocuklar için hastaneye yatış daha olumsuz etkiler gösterir. Her hastaneye yatma regresyona neden olur. Çünkü, ocuk yatağa yatırılır, beslenir, yıkanır, giydirilir. Bu şekilde çeşitli derecelerde çocuğun özerkliği kontrol altına alınmış olur. Bebeklikten yeni çıkmış bir çocuğun büyümeyi durduran böyle bir regresyona daha kolay katlanacağı düşünülür. Ancak gözlemler, böyle bir regresyonun bu yaştaki çocuklar için daha büyük bir tehdit oluşturduğunu ortaya koymuştur. Çünkü hastaneye yatış çocuğun, yeni edindiği ve çok değerli olan yeteneklerinin elinden alınması demektir. Çocuğun çok yakın geçmişinde yaşadığı bir içe yaramazlık ve çaresizlik konumuna geri dönüş ocuk için yetişkine kıyasla çok daha fazla korku vericidir<sup>47</sup>.

Ergenler hastaneye yatmaya, çocuklara kıyasla daha farklı ve çeşitli tepkiler verirler. Verdikleri tepkilere göre ergenler üç gruba ayrılabilir:

- Pasif ergenler: Tedavi ekibine uyumludurlar. İlerinde yaşadıkları endişe, kaygıları ifade edemezler.
- Asi ergenler: Bu gençler için kurallar ve işleyiş karşı konulacak ve mücadele edilecek bir durumdur. Bu davranışları tedavi süreçlerini olumsuz etkiler.
- Olgun ergenler: Zihinsel gleri, süreci anlamaları ve başa çıkabilmeleri için yeterlidir.

Hastaneye yatan ergende hastalığın tipi de önemlidir. Çünkü ergenler fiziksel görünüşlerine son derecede duyarlıdırlar. Dış görünüşlerinde farklılıklar yaratan hastalıklar her iki cinsiyetteki ergenler için sıkıntı oluşturabilir. Ergenler zgr ve bağımsız olmak isterler. Bu nedenle hastaneye yatışlarında ek bir

stres yaşarlar. Çünkü yeniden ebeveynlerine, sağlık personeline bağımlı hale gelirler. Ergenlik döneminde akran ilişkileri de çok önemlidir. Hastaneye yatan ergenler bundan da yoksun kaldıkları için sıkıntı yaşarlar. Ergenler hastanede yatarken çocuklardaki gibi regresyona uğrayacaklarından endişe duyarlar, bu nedenle çocuk yerine konmaktan, kendilerine çocuk gibi davranılmasından hoşlanmazlar<sup>64</sup>.

#### **2.3.1.2.4. Hastalığın dönemi**

Hastalığın başlangıcında, şaşkınlık ve inkar belirgindir. Erken ve doğru tanı hasta-hekim ilişkisinde güveni sağlamaya yardımcı olur. Sık hastaneye yatışlar, yoğun tetkikler kaygıyı arttırabilir. Tedaviye başlanması, yoğun tedavi girişimleri, ilaç yan etkileri, hastalığın ve tedavinin getirdiği kısıtlamalar çocuğun yaşam kalitesini ve ruh sağlığını olumsuz yönde etkileyebilir. Bu durum uyku ve beslenme sorunlarına, anksiyete belirtilerinin baskın olduğu uyum güçlüğüne neden olabilir. Tedavi sonucunda iyileşme ve normal yaşama dönme olduğunda, çocuk tarafından sıklıkla iyi tolere edilir<sup>47</sup>. Fakat ikincil kazançlar oluşmuş ve belirginse çocuk hastalık halini sürdürme ve bu durumun devamını sağlamak isteyebilir. Tedaviye bağlı ortaya çıkan sekeller geçici ise daha kolay tolere edilirken, kalıcı sekeller genellikle depresyon ve anksiyetenin artmasına ve tedaviye uyum sorunlarının ortaya çıkmasına neden olur. Hastalık kronikleşmesiyle oluşan yaşam tarzı değişiklikleri işlevsellikte bozulma, distimik özellikler ve sosyal uyum sorunları ile sonuçlanabilir. Hastalık tekrarlayıcı gidiş gösteriyor ise çocuk ve ergende tedavi ekibine karşı güvensizlik, çaresizlik ve umutsuzluk duyguları, depresyon ve kaygılar daha sık görülebilir. Tedaviye yanıtın yetersiz olduğu, ölümcül hastalıklarda çocuk, genellikle bir şeylerin yolunda gitmediğini hisseder ama anlamlandıramaz. Ergen hastalarsa genelde her şeyin farkındadır<sup>47</sup>.

#### **2.3.1.3. Aileye Bağlı Etmenler**

Aile sistemi teorisi, aile üyelerinin hepsinin her bir bireyin sağlık ve işlevsellik değişimlerinden etkileneceğini belirtmektedir<sup>65</sup>. Anne babanın psikolojisi kronik ve ölümcül hastalık tanısı konulduğunda alttaki sırayı izleyebilir:

1- Şok, akut korku ve anksiyete, yadsıma (özellikle çocuk hasta izlenimi vermiyorsa daha yoğun hissedilir)

2- Kızgınlık ve içerleme duygusu

3- Kendisini veya eşini suçlama

4- Durumu kabullenme<sup>62</sup>

Anne babalarda en sık görülen duygular, hastalığa karşı çaresizlik, anne babalık becerilerinde kendine güvenin azalması, eşinden ve diğer çocuklarından uzun süre ayrı kalma, çocuğun ölümü ile başa çıkamayacakları korkusudur<sup>63</sup>. Kronik hastalığı olan çocukların anne babalarında anksiyete, depresyon, madde kullanımı ve travma sonrası stres bozukluğunun sık görüldüğü saptanmıştır<sup>66</sup>. Ailedeki anksiyete çocukta psikiyatrik bozukluk için risk faktörüdür. Ailenin tutumu kültür düzeyi ve ekonomik durumun tedaviye uyumda etkilidir. Düşük sosyoekonomik düzeydeki ailelerde ve aile içi ilişkilerde sorun tarif edilen çocuklarda tedaviye uyum daha kötüdür<sup>59</sup>.

Kronik hastalıklarda aile parçalanması ve boşanma oranlarında artış olduğuna ilişkin vurgulamalar yapılırken, bazı çalışmalarda da ailelerin yarısına yakın bir bölümünde düzenli bir iş sahibi olamama, mali yetersizlikler ve düşük sosyoekonomik düzeyde olma gibi sosyoekonomik sorunlar olduğu bildirilmiştir<sup>47</sup>.

#### **2.3.1.4. Çevresel Faktörler**

Tedavi ekibi, okul ortamı, yakın akrabalar, akranlar, hastalıkla ilgili dernek ve kuruluşlar çocuğun hastalığa verdiği tepkiyi etkiler<sup>47</sup>.

Tedavi ekibiyle kurulan güvenli, sürekli ve yeterli iletişim, hastanın ve ailesinin tedaviye uyumunu arttıran ve ruh sağlığının bozulmasını engelleyen etkenlerden biridir<sup>47</sup>. Kristjansdottir ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada, bilgilendirilme, sağlık personelinin dürüstlüğüne güvenme, desteklenme ve rehberlik edilme ihtiyacı hastanede yatan çocuğu olan ailelerin en önemli gereksinimleri olarak belirtilmektedir<sup>67</sup>.

Çocuklar için okul; hem akademik hem de sosyal açıdan önemli bir ortamdır. Hastaneye yatan çocuklar için hastane okul projelerinin genişletilmesi çocukların psikososyal ve akademik gelişimleri açısından önemlidir<sup>68</sup>.

Akrabalar aileyi desteklediğinde hastalıkla baş edebilme daha kolay olmaktadır. Ergenlik döneminde; normal ruhsal gelişim açısından akran ilişkileri oldukça önemlidir. Bu nedenle olumlu arkadaşlık ilişkisi tedaviye uyumu ve gencin ruh sağlığını olumlu yönde etkileyecektir<sup>69</sup>.

Hastalıklarla ilgili kurulan dernek ve federasyonların hastalara ve özellikle de ailelerine büyük yardım ve destek sağladığı görülmektedir<sup>47</sup>.



### 2.3.2.Fiziksel Hastalıkların Çocuklar Üzerine Etkileri

Hastalığın çocuk üzerindeki etkileri;

- Regresyon
- Etkinliklerinde azalmaya bağlı olarak, saldırganlık, merak,
- İç duyumun artması, Beden işlevlerine dikkatin ani yoğunlaşması
- Beden imgesi, benlik saygısı ve kimlik gelişimiyle ilgili sorunlar
- Korku, suçluluk duyguları ve hastalıkla kendisini cezalandırılıyormuş gibi hissetme
- Vejetatif işlevlerde bozulmalar, Uyku, beslenme ve dışa atımla ilgili sorunlar
- Anksiyete bozuklukları ve depresif belirtiler
- Hastalığın doğasına ve tedavi özelliklerine bağlı olarak organik mental bozukluklar
- Aile, okul ve diğer sosyal ortamlardan uzaklaşmaya bağlı uyum sorunları
- Duruma göre sosyal ve akademik kayıplardır<sup>47</sup>.

2012 yılında yapılan bir çalışmada karın ağrısı olan çocuklarda anksiyetenin yaygın komorbid bir durum olduğu, yaklaşık %45'inde anksiyetenin yüksek düzeyde olduğu bildirilmektedir<sup>70</sup>. 2011 yılında yapılan bir çalışmada ise bu oran %75 olarak bildirilmiştir<sup>71</sup>. Karın ağrısı olan çocukta, belirgin olarak anksiyetenin fizyolojik belirtilerinin, kaygı düzeyinin arttığı, daha fazla somatik yakınmanın ve depresyon semptomlarının olduğu belirtilmiştir<sup>72,73</sup>. Birçok çalışma inflamatuvar barsak hastalığı(İBH) olan ergenlerde depresyon oranını diğer hastalığı olan ergenlere göre daha yüksek olduğu, bu oranın yaklaşık %25 olarak gözlemlendiği belirtilmiştir<sup>74</sup>.

Çocukluk çağında epilepsi hastalarında normal popülasyona göre artmış dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu oranları bildirilmektedir. Literatürde epilepsi tanısı olan hastalarda DEHB prevalansının %12-39 arasında olduğu bildirilmiştir<sup>75</sup>. 2016 yılında yapılan bir çalışmada epilepsi hastası çocukların %31,7 'sinde DEHB ve %23,8'inde anksiyete bozukluğu olduğu saptanmıştır<sup>76</sup>. 156 epilepsi hastasının değerlendirildiği çalışmada hastaların %28,2'sinde majör depresif bozukluk saptanmıştır<sup>77</sup>.

Tüberoskleroz (TS) hastalığı olan çocukların anksiyete, depresyon, öfke patlamaları ve agresif davranışlar başta olmak üzere birçok ruhsal bozukluk

açısından riskli altında olduğu belirtilmiştir. TS hastalarında en sık görülen ruhsal bozukluklar %40-50 oranında yaygın gelişimsel bozukluk (YGB) ve %30-50 oranında DEHB'dir<sup>78</sup>.

2013 yılında Multiple skleroz (MS) hastası olan çocuklar ile yapılan çalışmada en sık görülen psikiyatrik ek tanı DEHB olarak belirlenmiş ve değişen oranlarda anksiyete bozukluğu ve depresyon rapor edilmiştir. Ayrıca bu çalışmada kognitif bozukluğu olan MS hastalarında olmayanlara göre duygudurum ve anksiyete bozukluk oranlarının anlamlı düzeyde arttığı bildirilmiştir<sup>79</sup>.

Wilson Hastalığı seyri sırasında depresyon, uygunsuz davranışlar, kognitif yetersizlikler ve iritabilitenin en sık görülen psikiyatrik semptom olduğu bildirilmektedir<sup>80</sup>.

Fowler ve arkadaşlarının yaptığı çalışma spina bifida, orak hücre anemisi ve epilepsi olan çocukların okul performansının daha düşük olduğunu göstermiştir<sup>81</sup>.

Çocuk ve ergenlerde yapılmış çalışmalarda, vitiligo, alopesi ve psöriyazis tanılı çocuklarda depresif belirtilerin anlamlı oranda yüksek olduğu ancak, ergenlerde depresif belirtiler yönünden sağlıklı akranlarına göre bir fark bulunmadığı gösterilmiştir. Anksiyete skorlarına bakıldığında, alopesi tanılı çocuk ve ergenlerin anlamlı oranda yüksek anksiyete skorları elde ettiği fakat psöriyazis ve vitiligo tanılı hastaların anksiyete skorlarında anlamlı bir fark olmadığı belirtilmiştir<sup>82</sup>.

Yazında kanserli çocuklarda ruhsal bozuklukların gelişme riskinde, sağlıklı çocuklarla karşılaştırıldığında kısmi bir artış olabileceği belirtilmektedir. Çoklu hastaneye yatış öyküsü olan çocuklarda ise risk artmaktadır. Kanser tanısı genellikle akut, travmatik bir yaşam olayıdır. Bilinmeyenleri ile yeni tanı ve tedavi süreçleri tüm aile için stresli ve korkutucudur. Şok, inanamama, korku, suçluluk, kaygı bu evrede sık görülen tepkilerdir. Tedavi sonrası ise hastalığın yenileyeceği ile ilgili kaygı olması beklenen bir durumdur. Hastalık tekrarladığında en sık görülen duygusal tepkiler korku, öfke, kızgınlıktır. Tedaviye uyum zorlukları, tedavinin reddi, depresyon da görülebilir<sup>83</sup>.

Konjenital kalp hastalığı olan adolesanlarla yapılan bir çalışmada hasta grubunda %9 oranında depresyon, %27 oranında anksiyete bozukluğu bildirilmiştir<sup>84</sup>. Konjenital kalp hastalığı olan çocuklarda yapılan çalışmalar

davranışsal ve emosyonel problemlerin özellikle anksiyete, depresyon, çekingen davranışlar gibi internalizasyon problemlerinin sağlıklı kontrollere göre daha sık görüldüğü gösterilmiştir<sup>85</sup>. Özlü ve arkadaşları tarafından yapılan elektrofizyolojik çalışmada supraventriküler taşikardi saptanan hastaların kaygı düzeyleri, normal olan hastalara göre daha yüksek ve yaşam kalitesi de daha düşük bulunmuştur<sup>86</sup>.

Astım ile ilişkili psikopatolojiyi araştıran yayınların çoğunda hem çocuk-ergenlerde hem de erişkinlerde en sık depresif bozukluk ve anksiyete bozukluk riskinin, ek olarak alkol madde bağımlılığı, suisid gibi risk alma davranışlarının artmış olduğunu göstermektedir<sup>87, 88</sup>. Çocuk ve ergenlerde astıma eşlik eden psikiyatrik bozuklukların sıklık ve dağılımını inceleyen bir diğer çalışmada astım hastalığı olan grupta psikopatoloji oranının % 60,6 olduğu, yaygın anksiyete bozukluğu tanısının bu grupta daha yüksek oranda görüldüğü belirtilmiştir<sup>89</sup>. Astımı olan çocuk ve ergenlerde DEHB sıklığını kontrol grubuyla karşılaştıran bir çalışmada astımlı çocuk ergenlerde DEHB görülme oranı % 12,1 iken, kontrol grubunda % 6,3 olarak bulunmuştur<sup>90</sup>.

Fibromiyalji tanısı alan çocukların dahil edildiği bir çalışmada % 67'sinin en az bir psikiyatrik eş tanısının bulunduğu; anksiyete bozuklukları ve depresif bozuklar en sık görülen bozukluklar olduğu rapor edilmiştir<sup>91</sup>.

Son dönem böbrek yetmezliği olanlarla yapılan bir çalışmada eşik altı depresif belirtilerin yaygınlığının % 25, major depresif bozukluğun ise % 5-22 arasında olduğunu gösterilmiştir<sup>92</sup>. Murtagh ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada; diyaliz hastalarında ruhsal bozuklukların ortalama yaygınlığı % 44 olarak belirtilmiş ve en sık eşlik eden tanının majör depresif bozukluk olduğu saptanmıştır<sup>93</sup>.

### 3. GEREÇ VE YÖNTEM

#### 3.1. Çalışma Örnekleme

Tanımlayıcı nitelikte olan çalışmamıza, 1 Ocak 2009-1 Ocak 2019 tarihleri arasında Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalına konsülte edilen, daha önce kliniğimizin rutin uygulama aşamalarında değerlendirilmiş, rutin testleri ve psikometrik ölçümleri tamamlanmış, ruhsal tanıları DSM-IV TR'a (Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı, 4.baskı-gözden geçirilmiş tam metin, The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 2000) göre konulmuş, 0-18 yaş arası olguların arşiv dosyaları retrospektif olarak tarandıktan sonra 642 kız ve 557 erkek toplam 1199 olgu alındı. Sosyodemografik verileri, ayaktan ya da yatan hasta olma durumu, konsültasyon istenme sebepleri, konsültasyon isteyen klinikler, olguların organik ve psikiyatrik tanıları, önerilen tedaviler, konsültasyon istenme sebeplerinin ve psikiyatrik tanılarının yaş, cinsiyet, organik hastalık, ayaktan ya da yatan hasta olma durumu ve konsültasyon isteyen klinikler ile ilişkisi, kontrole gelme durumu, kontrole gelme durumunun psikiyatrik tanılarla ilişkisi araştırıldı.

##### 3.1.1.Çalışmaya Dahil Edilme Ölçütleri

1. 1 Ocak 2009-1 Ocak 2019 tarihleri arasında Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalına konsülte edilmek,
2. 0-18 yaş arası olmak

##### 3.1.2. Çalışmaya Dahil Edilmeme Ölçütleri

1. Mahkeme aracılığı ile Adli Tıp Ana bilim Dalına başvurup konsülte edilen adli olgular,
2. 1 Ocak 2009 tarihinden önce ve 1 Ocak 2019 tarihinden sonra konsülte edilen olgular,

#### 3.2. Değerlendirme Sürecinde Verilerin Gruplandırılması

Organik hastalıkları 10 alt başlıkta, konsültasyon isteyen bölümler 10 alt başlığa ayrılıp çocuk sağlığı ve hastalıkları bölümü alt birimlerine göre 10 alt başlıkta, konsültasyon istenme nedenleri 18 alt başlıkta, ruhsal tanıları 16 alt başlıkta, tedaviler 12 alt başlıkta toplanmıştır.

Organik hastalık gruplaması mevcut hastalık sayısına göre yapıldı. Organik hastalıklar epilepsi, alerji-astım, kardiovasküler hastalıklar, nefrolojik

rahatsızlıklar, gastrointestinal sistem hastalıkları, işitme kaybı, tümörler, hematolojik hastalıklar, travmalar ve bunların dışında olan ve sayıları 10 'dan az olan olguların gruplandırıldığı diğer olarak gruplandırıldı. Diğer olarak gruplandırılan hastalıklar içinde pek çok hastalık mevcuttu. Bu hastalık gruplarının eş zamanlı birlikteliği eş organik tanı olarak adlandırıldı.

Çocuk sağlığı ve hastalıkları, kulak burun boğaz (KBB), ortopedi, çocuk cerrahi, cildiye, üroloji, beyin cerrahisi, diğer, göz ve plastik cerrahisi olarak gruplandırıldı. Diğer grubunun içerisinde fizik tedavi ve rehabilitasyon, genetik bulunmaktaydı.

Çocuk sağlığı ve hastalıkları; genel çocuk sağlığı ve hastalıkları, çocuk yoğun bakım, çocuk acil, çocuk nöroloji, çocuk kardiyoloji, çocuk onkoloji, çocuk hematoloji, çocuk enfeksiyon, çocuk gastroenteroloji, çocuk nefroloji olarak gruplandırıldı.

Konsültasyon istenme nedenleri hareketlilik-dürtüsellik- dikkat eksikliği belirtileri, depresif belirtiler, intihar girişimi, korku-kaygılar, psikotik belirtiler, konuşma-iletişim problemleri, öğrenme problemi-gelişim geriliği, kohlear implant, sağlık kurulu raporu, danışma, uyku-yeme problemleri, idrar- kaka kaçırma, takıntı-tik-cilt/saç yolma belirtileri, diğer belirtiler, zıtlasma-öfke denetim problemleri-davranım problemleri, somatik belirtiler olarak gruplandırıldı. Bu belirtiler eş zamanlı birlikte olduğunda eş belirtiler olarak adlandırıldı. Ağlama, mutsuzluk, keyifsizlik, hayattan zevk almama, isteksizlik *depresif belirtiler* olarak; bayılma, kasılma, vücut ağrıları, bulantı, kusma, nefes darlığı, vücutta herhangi bir bölgede uyuşma, titremeler, baş dönmesi, nefes darlığı, çarpıntı, yürüyememe *somatik belirtiler* olarak; sinirlilik, saldırganlık, hırçınlık, zıtlasma, küfür etme, kendine zarar verme, öfke nöbetleri, evden kaçma, hırsızlık, okuldan kaçma, bağırma, yalan söyleme *zıtlasma-öfke denetim problemleri-davranım problemleri* olarak; halüsinasyonlar, sanrılar *psikotik* belirti olarak, göz teması kurmama, iletişime geçmeme, çağırınca bakmama, konuşmama, konuşmadaki gerilikler, kekemelik, peltek konuşma, geç konuşma *konuşma-iletişim problemleri* olarak; algılama güçlüğü, öğrenme güçlüğü, yaşlılarında geri kalma, algılamama, *öğrenme problemi-gelişim geriliği belirtileri* olarak uyuyamama, uyurgezerlik, uykuya dalmada zorluk, az uyuma, yemek yememe, yemek reddi *uyku-yeme problemleri*, takıntılar, saç yolma, tikler, tırnak kenarlarını koparma *takıntı-tik-cilt/saç yolma belirtileri* olarak;

madde kullanımı, cinsel istismar şüphesi, cinsel kimlikten hoşnutsuzluk, genital siğil, zamanın hızlı akması, mastürbasyon yapma, flashback, libido artışı, tedavi reddi, enerjik olma, telefon bilgisayar ve internetle fazla uğraşma *diğer* belirtiler olarak belirlendi.

Ruhsal tanılar; dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu (DEHB), karşı olma karşı gelme-davranım bozukluğu, uyum bozukluğu, depresif bozukluk, kaygı bozuklukları, yaygın gelişimsel bozukluk (YGB), psikotik bozukluklar, somatik belirti ve ilişkili bozukluklar, mental retardasyon, konuşma ve dile özgü gelişimsel bozukluklar, travma ve stresle ilişkili bozukluklar, disosiyatif bozukluklar, obsesif kompulsif bozukluk (OKB) ve ilişkili bozukluklar-tik bozuklukları, tanı konulamayanlar, normal olarak değerlendirilenler, diğer olarak gruplandırıldı. Diğer grubuna bipolar bozukluk, deliryum, cinsel kimlik bozukluğu, madde bağımlılığı, özgül öğrenme güçlüğü, yeme bozuklukları, uyku bozuklukları, enürezis, enkoprezis dahil edildi.

İlaç tedavileri; selektif serotonin geri alım inhibitörleri (SSRI) grubu antidepresanlar, atipik antipsikotikler, tipik antipsikotikler, psikostimülanlar, atomoksetin, hidroksizin, benzodiazepin, diğer tekli ilaç tedavileri, SSRI+atipik antipsikotik kombinasyonu, SSRI+benzodiazepin, atipik antipsikotik+psikostimülan ve diğer kombine tedaviler olarak gruplandırıldı. Diğer grubuna valproik asit, desmopressin, venlefaksin, topiramet, mirtazapin, lityum trisiklik antidepresanlar dahil edildi. Birden fazla tedavi varlığı kombine tedavi olarak değerlendirildi.

### **3.3. Veri Toplama Araçları**

#### **3.3.1. Sosyodemografik veri formu**

Sosyodemografik ve klinik özellikleri içeren bilgilerin toplanması amacıyla tarafımızca hazırlanmış sosyodemografik veri formu kullanılmıştır (EK-1). Polikliniğimize başvuran her çocuk ve ergen için kullanılan veri formunda çocuk ergen (yaş, kardeş sayısı, eğitim düzeyi, doğum seyri, doğum komplikasyonu, doğum zamanı, ilk 6 ay ne ile beslendiği, gelişim basamakları, bakım veren kişi, geçirdiği fiziksel hastalık, fiziksel şiddet,) ve ebeveynlere ait sosyodemografik veriler (yaş, eğitim düzeyi, meslek, fiziksel ve/veya ruhsal hastalık, alkol kullanımı, aile yapısı, fiziksel şiddet) sorgulanmıştır.

### **3.4. İstatistiksel Yöntem**

Çalışmamız tanımlayıcı nitelikte bir araştırma olarak planlandı. Bu amaçla Çalışmaya 1 Ocak 2009-1 Ocak 2019 tarihleri arasında Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalına konsülte edilen 1199 olgu değerlendirilmeye alındı. Veriler SPSS 22.0 (Statistical Package for the Social Sciences) bilgisayar programı ile değerlendirilmiştir. Tamamlayıcı istatistik olarak sayı, yüzde, ortalama ve standart sapma değerleri kullanılmıştır. Kategorik değişkenlerin karşılaştırılmasında Pearson ki-kare ve gerektiğinde Fisher kesin ki-kare testi. Tüm değerlendirmelerde  $p < 0.05$  istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

### **3.5. Etik**

Çalışmamız için 24.01.2019 tarih ve 78017789/050.01.04/E.952929 sayılı kararı ile Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurul Başkanlığından onay alınmıştır.

## 4. BULGULAR

### 4.1. Sosyodemografik Özellikler

#### 4.1.1. Olguların Sosyodemografik Özellikleri

**Tablo 1.** Olguların Özellikleri

<b>Cinsiyet</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Kız	642	53.5
Erkek	557	46.5
Toplam	1199	100
<b>Yaş Grupları</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
0-3 Yaş	110	9.2
4-6 Yaş	160	13.3
7-9 Yaş	151	12.6
10-12 Yaş	161	13.4
13-15 Yaş	298	24.9
16-18 Yaş	319	26.6
Toplam	1199	100
<b>Kardeş Sayısı</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Kardeşi yok	119	10.1
1 Kardeş	317	27.0
2 Kardeş	327	27.8
3 Kardeş	188	16.0
4 Kardeş	109	9.3
5 Kardeş ve üzeri	116	9.9
Toplam	1176	100
<b>Kaçıncı Çocuk</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
1.Çocuk	477	40.7
2. Çocuk	329	28.1
3. Çocuk	205	17.5
4. Çocuk Ve Üzeri	160	13.7
Toplam	1171	100
<b>Eğitime Devam Durumu</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Var	860	72.9
Yok	320	27.1
Toplam	1180	100
<b>Özel Eğitime Devam Durumu</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Var	106	9.0
Yok	1075	91.0
Toplam	1181	100
<b>Eğitim Durumu</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Okul Öncesi: Kreş-Ana Sınıfı	60	7.0
İlkokul	225	26.2
Orta Okul	202	23.5
Lise	373	43.4
Toplam	860	100



**Tablo 1.** Olguların Özellikleri (devamı)

<b>Çocuğa fiziksel şiddet</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Evet	93	15.3
Hayır	514	84.7
Toplam	607	100
<b>Anneden 6 Haftadan Fazla Ayrılık</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Var	65	6.7
Yok	906	93.3
Toplam	971	100

Olguların özelliklerine göre dağılımı tablo 1 de verilmiştir. Araştırmaya dahil edilen 1199 olgunun cinsiyet dağılımının değerlendirilmesi sonucunda % 46.5'nin erkek (n=557), % 53.5'nin kız (n=642) olduğu saptandı. Kızlar erkelerden istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fazla idi (p=0.015). Çalışmamızda 1199 olgunun yaş ortalamasının 11.27±4.92 yıl idi. Erkeklerin yaş ortalaması 9.94±5.13 yıl, kızların yaş ortalaması 12.44±4.43 yıl idi. Kızların başvuru yaşı erkeklere göre daha büyüktü. Erkek ve kızların yaş ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık vardı (p<0.001).

Kardeş sayısı değişkeni ile ilgili 1176 olgunun verilerine ulaşıldı. Verilerine ulaşılan olguların % 27.8'i (n=327) iki kardeş, % 27.0'ı (n=317) bir kardeş, % 16.0'ı (n=188) üç kardeş, % 10.1'i (n= 119) tek çocuk, % 9.9'u (n=116) beş kardeş ve üstü, %9.3'ü (n=109) dört kardeş idi. Ortalama çocuk sayısı 2.32 idi.

Kaçıncı çocuk olduğu değişkeni ile ilgili 1171 olgunun verilerine ulaşıldı. Verilerine ulaşılan olguların % 40.7'sinin (n=477) ailenin 1. çocuğu olduğu, % 28.1'nin (n=329) 2. çocuk, % 17.5'nin (n=205) 3. çocuk, % 13.7'sinin (n=160) 4. çocuk ve üzeri olduğu tespit edildi.

Araştırmadaki olguların yaş grupları 0-3 yaş, 4-6 yaş, 7-9 yaş, 10-12 yaş, 13-15, 16-18 yaş olarak belirlendi. En yüksek başvuru oranı % 26.6 (n=319) ile 16-18 yaş grubunda oldu. Bunu 13-15 yaş grubu % 24.9 (n=298), 10-12 yaş grubu % 13.4 (n=161), 4-6 yaş grubu % 13.3 (n=160), 7-9 yaş grubu %12.6 (n=151) takip etti. En düşük başvuru oranının % 9.2 (n=110) ile 0-3 yaş grubunda olduğu belirlendi.

Eğitime devam durumu ile ilgili 1180 olgunun verilerine ulaşıldı. % 72.9 'u (n=860) eğitime devam etmekteydi. Eğitime devam eden olguların en yüksek oranda başvurduğu eğitim dönemi % 43.4 (n=373) ise lise idi.

Özel eğitim bilgisine ulaşılan 1181 olgudan % 9.0'nın (n=106) özel eğitim aldığı tespit edildi.

Çocuğa fiziksel şiddet uygulanımı değişkenine göre 607 olgunun verilerine ulaşıldı. %15.3 (n=93) olgunun fiziksel şiddet gördüğü saptandı.

Anneden 6 haftadan fazla ayrılık varlığı bilgisine ulaşılan 971 olgunun % 6.7'sinin (n=65) annesinden 6 haftadan fazla ayrı kaldığı gözlemlendi.

**Tablo 2.** Cinsiyetlere Göre Eğitim Durumu

	kız	erkek
Okul öncesi:kreş-ana sınıfı	19 3,7%	41 11,7%
İlkokul	101 19,8%	124 35,4%
Orta okul	134 26,3%	68 19,4%
Lise	256 50,2%	117 33,4%
Toplam	510 100%	350 100%

Cinsiyetlere göre eğitime devam durumu tablo 2 de verilmiştir. Başvurularda kızların en yüksek oranda başvurduğu eğitim dönemi % 50.2 (n=256) ile lise iken, erkeklerin en yüksek oranda başvurduğu eğitim dönemi % 35.4 (n=124) ile ilkokul dönemi idi.

**Tablo 3.** Cinsiyetlerin Yaş Gruplarına Göre Dağılımı

	kız	erkek	p
0-3	36 5,6%	74 13,3%	<0.001
4-6	56 8,7%	104 18,7%	
7-9	59 9,2%	92 16,5%	
10-12	91 14,2%	70 12,6%	
13-15	197 30,7%	101 18,1%	
16-18	203 31,6%	116 20,8%	
Toplam	642 100 %	557 100 %	

p<0.05 anlamlıdır

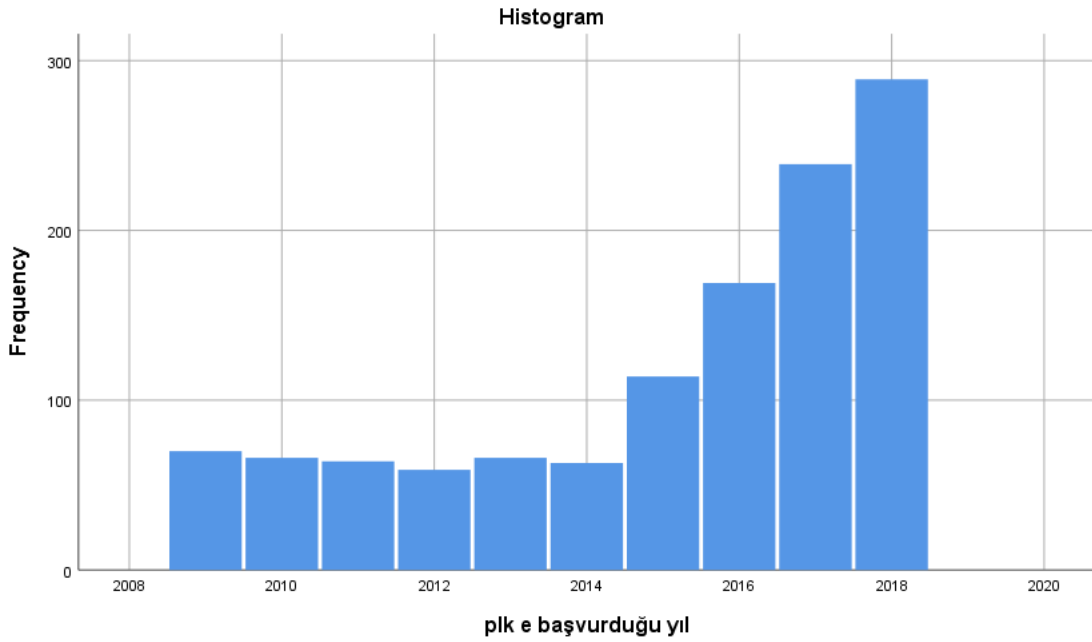
Cinsiyetlerin yaş gruplarına göre dağılımı tablo 3 de verilmiştir. Kızların en fazla başvurduğu yaş grupları sırasıyla; 16-18 yaş (% 31.6, 203) ve 13-15 (% 30.7, 197) yaş gruplarıdır.

30.7,197) yaş grubu idi. Erkeklerin en fazla başvurduğu yaş grupları sırasıyla 16-18 yaş (% 20.8, 116), 4-6 yaş (%18.7,104) idi. Yaş grubu ve cinsiyetler arasında anlamlı ilişki vardı ( $p<0.001$ ).

**Tablo 4.** Yıllara Göre Polikliniğe Konsülte Edilen Olgular

		n	%	p
Yıllar	2009	70	5.8	$p<0.001$
	2010	66	5.5	
	2011	64	5.3	
	2012	59	4.9	
	2013	66	5.5	
	2014	63	5.3	
	2015	114	9.5	
	2016	169	14.1	
	2017	239	19.9	
	2018	289	24.1	

$p<0.05$  anlamlıdır



**Şekil 1.** Yıllara Göre Konsültasyon Sayısı Dağılımı

Yıllara göre konsültasyon sayıları dağılımı tablo 4 ve şekil 1’de verilmiştir. 2018 yılında istenen konsültasyon sayısı anlamlı düzeyde yüksektir ( $p<0.001$ ).

#### 4.1.2. Ebeveynlerin Özellikleri

**Tablo 5.** Ebeveynlerin Özellikleri

	Anne Eğitimi		Baba Eğitimi	
	N	%	n	%
Eğitimsiz	153	13.7	51	4.7
Okur Yazar	50	4.5	32	3.0
İlkokul	516	46.3	484	45.0
Ortaokul	117	10.5	139	12.9
Lise ve Üstü	278	25.0	370	34.4
Toplam	1114	100	1076	100
	Anne İşi		Baba İşi	
	n	%	n	%
Var	175	15.5	947	87.0
Yok	944	83.8	76	7.0
Emekli	7	.6	66	6.1
Toplam	1126	100	1089	100
	Annede organik hastalık varlığı		Babada organik hastalık varlığı	
	n	%	n	%
Var	229	20.9	176	16.6
Yok	869	79.1	886	83.4
Toplam	1098	100	1062	100
	Annede ruhsal hastalık varlığı		Babada ruhsal hastalık varlığı	
	n	%	n	%
Var	135	12.3	58	5.5
Yok	961	87.7	1004	94.5
Toplam	1096	100	1062	100
	Annede ruhsal hastalık varlığı		Babada ruhsal hastalık varlığı	
	n	%	n	%
Nöroz	120	88.9	37	63.8
Psikoz	0	0	8	13.8
Bağımlılık	1	.7	8	13.8
Zeka Geriliği	3	2.2	1	1.7
Kişilik Bozukluğu	1	.7	3	5.2
Diğer	10	7.4	1	1.7
Toplam	135	100	58	100

Anne yaşı değişkeni ile ilgili 1105 olgunun, baba yaşı değişkeni ile 1040 olgunun verilerine ulaşıldı. Anne yaşı ortalaması  $38.04 \pm 7.46$  yıl, baba yaşı ortalaması  $42.66 \pm 8.30$  yıl idi (Tablo 5).

Eğitim durumuna göre verilerine ulaşılan 1114 annenin % 46.3'ü (n=516) ilkokul, % 25'i (n=278) lise ve üzeri, % 10.5'i (n=117) ortaokul mezunu iken, %13.7 (n=153) eğitimsiz ve % 4.5'i (n=50) okuryazar idi. Verilerine ulaşılan 1076 Babanın % 45'i (n=484) ilkokul, % 34.4'si (n=370) lise ve üzeri, % 12.9'u (n=139) ortaokul mezunu iken %4.7'si (n=51) eğitimsiz ve %3'ü (n=32) okur yazar idi (Tablo 5).

1126 olgunun anne işi bilgisine ulaşıldı. Annelerin % 83.8'i (n=944) işsizdi. % 0.6 'sı (n=7) emekli idi. 1089 olgunun baba işi bilgisine ulaşıldı. Babaların %87'si (n=947) herhangi bir işte çalışırken, %6.1'i (n=66) emekli idi (Tablo 5).

Annede organik hastalık varlığı bilgisi olan 1098 olgudan % 20.9'unda (n=229) organik hastalık mevcut iken, babada organik hastalık varlığı bilgisi olan 1062 olgudan % 16.6 'sında (n=176) organik hastalık vardı (Tablo 5).

Annede ruhsal hastalık değişkeni ile ilgili 1096 olgunun verilerine ulaşıldı. %12.3 'ünde (n=135) ruhsal hastalık mevcuttu. Annede gözlenen en sık ruhsal hastalık %88.9 (n=120) ile nevrozdu (Tablo 5).

Babada ruhsal hastalık değişkeni ile ilgili 1062 olgunun verilerine ulaşıldı. % 5.5 'inde (n=58) ruhsal hastalık mevcuttu. Babada gözlenen en sık ruhsal hastalık %63.8 (n=37) ile nevrozdu. Babada alkol kullanım durumu ile ilgili verilerine ulaşılan 1053 olgunun % 21.5 'i (n=226) alkol kullanmaktaydı (Tablo 5).

#### 4.1.3 Aile Özellikleri

**Tablo 6.** Aile Özellikleri

<b>Aile durumu</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Anne baba birlikte	952	83.7
Boşanmış	126	11.1
Parçalanmış	59	5.2
Toplam	1137	100
<b>Ailede ruhsal hastalık varlığı</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Var	178	16.8
Yok	879	83.2
Toplam	1057	100
<b>Anne baba arasında akrabalık</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Var	320	28.8
Yok	792	71.2
Toplam	1112	100
<b>Aile yapısı</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Çekirdek	889	78.5
Geniş	90	7.9
Anne	112	9.9
Baba	19	1.7
Üvey anne ya da baba ile	6	.5
Evlat edinilmiş	8	.7
Kurumda anne ve baba ile görüşüyor	6	.5
Kurumda anne baba ile görüşmüyor	3	.3
Toplam	1133	100

1137 olgunun aile durumu bilgisine ulaşıldı. Olguların % 83.7 'sinin (n=952) anne babası birlikte yaşamaktaydı. % 11.1'nin (n=126) anne babası boşanmış, % 5.2'sinin (n=59) anne ve/veya babası hayatta değildi (Tablo 6).

Ailede ruhsal hastalık varlığı ile ilgili verilerine ulaşılan 1057 olgudan % 16.8'inde (n=178) ruhsal hastalık mevcuttu (Tablo 6).

Anne baba arasında akrabalık varlığı ile ilgili 1112 olgunun bilgisine erişildi. % 28.8'inde (n=320) akraba evliliği vardı (Tablo 6).

Aile yapısı ile ilgili 1133 olgunun verilerine ulaşıldı. %78.5 (n=889) çekirdek aile, % 9.9 (n=112) anne ile birlikte, % 7.9 (n=90) geniş aile, %1.7 (n=19) baba ile birlikte, % 0.7 (n=8) evlat edinilmiş, %0.5 (n=6) üvey anne ya da baba ile birlikte olarak saptandı. % 0.5'inin (n=6) kurumda kalmasına rağmen anne ve baba ile görüştüğü, % 0.3 'ünün (n=3) kurumda kalıp anne baba ile görüşmediği saptandı (Tablo 6).

#### 4.1.4 Prenatal, Natal ve Postnatal Özellikler

**Tablo 7.** Prenatal, Natal, Postnatal Özellikler

<b>Gebelikte sorun varlığı</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Var	84	8.0
Yok	967	92.0
Toplam	1051	100
<b>Doğumda komplikasyon varlığı</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Var	153	14.5
Yok	901	85.5
Toplam	1054	100
<b>Doğduktan sonraki ilk durum</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Normal	874	83.0
Morarma	17	1.6
Ağlamama	21	2.0
Küvezde kalma	141	13.4
Toplam	1053	100

Prenatal, natal, postnatal özellikler tablo 7'de verilmiştir.

Gebelikte sorun varlığı bilgisine ulaşılan 1051 olgunun % 8'inde (n=84) gebeliğinde sorun olduğu tespit edildi.

Doğumda komplikasyon varlığı değişkeni ile ilgili 1054 olgunun verilerine ulaşıldı. % 14.5'nin (n=153) doğumda komplikasyon mevcuttu.

Doğumdan sonraki ilk durumla ilgili 1053 olgunun verilerine erişildi. Doğumdan sonraki ilk durumun oranları sırası ile % 83.4 (n=874) normal, %13.4 (n=141) küvezde kalma, % 2 (n=21) ağlamama ve % 1.6 (n=17) morarma şeklinde idi.

#### 4.1.5 Gelişim Öyküsü

**Tablo 8.** Gelişim Öyküsü

	<b>Kız Ort±ss n</b>	<b>Erkek Ort±ss n</b>	<b>p</b>
<b>Yürüme Zamanı</b>	13.18±0.19 526	14.26±0.29 467	<b>0.004</b>
<b>Konuşma Zamanı</b>	23.50±0.38 484	25.70±0.11 389	<b>&lt;0.001</b>
<b>Tuvalet Eğitimi Zamanı</b>	32.62±0.37 465	33.13±0.46 365	0.27

p<0.05 anlamlıdır

Çalışmamızda 1027 olgunun yürüme başlama zamanı varlığı, 1020 olgunun konuşmaya başlama zamanı varlığı, 1003 olgunun tuvalet eğitimi verilme yaşı varlığı bilgisine ulaşıldı. Verilerine ulaşılan olguların % 3.3 'nün (n=34) yürüyemediği, % 4.4 'nün (n=147) konuşamadığı, % 17.2 'sinin (n=173) tuvalet eğitimi almadığı belirlendi. Ortalama yürüme zamanı 14.70±6.93 ay idi. Konuşmaya başlama zamanı ortalama 24.91±10.14 ay idi. Ortalama tuvalet eğitimi yaşı 32.97±8.50 ay idi. Kızların yürüme zamanı 14.10±6.56 ay erkeklerin yürüme zamanı 15.36±7.26 ay idi. İstatistiksel olarak anlamlı fark vardı (p=0.004).

Kızların konuşmaya başlama yaşı 23.67±8.53 ay, erkeklerin konuşmaya başlama yaşı 26.46±11.67 ay idi. Kızların daha erken konuşmaya başladığı istatistiksel olarak anlamlı tespit edildi (p<0.001). Erkeklerin ve kızların tuvalet eğitimi kazanma yaşları istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu (33.33±9.09, 32.68±8.07, p=0.27) (tablo 8).

#### 4.1.6 Tıbbi Hastalık Öyküsü

Organik hastalık dağılımı tablo 9 'da verilmiştir. Organik hastalık varlığı değişkeni ile ilgili 1144 olgunun verisine ulaşıldı. % 51.8'inde (n=593) organik hastalık mevcuttu. En sık tanı % 20.1 (n=119) ile epilepsi idi.

**Tablo 9.** Organik Hastalık

	n	%
Diğer	149	25.1
Epilepsi	119	20.1
Tümör	82	13.8
İşitme kaybı	47	7.9
Nefrolojik rahatsızlıklar	37	6.2
Travma	35	5.9
Eş tanı	33	5.6
Allerji-astım	30	5.1
Gastrointestinal sistem hastalıkları	26	4.4
Hematolojik hastalıklar	18	3.0
Kardiovasküler hastalıklar	17	2.9
Toplam	593	100

#### 4.2. Ayaktan ya da Yatan Hasta Olma Durumu

**Tablo 10.** Ayaktan ya da Yatan Hasta Olma Durumunun Cinsiyet ve Yaş Göre Dağılımı

		Yatan/ayaktan başvuru		p
		Yatan	Ayaktan	
<b>Cinsiyeti</b>	Kız	240 67.4%	402 47.7%	<b>&lt;0.001</b>
	Erkek	116 32.6%	441 52.3%	
<b>Yaş Gruplandırılmış</b>	0-3	7 2.0%	103 12.2%	<b>&lt;0.001</b>
	4-6	26 7.3%	134 15.9%	
	7-9	15 4.2%	136 16.1%	
	10-12	30 8.4%	131 15.5%	
	13-15	124 34.8%	174 20.6%	
	16-18	154 43.3%	165 19.6%	

p<0.05 anlamlıdır

Ayaktan ya da yatan hasta olma durumunun cinsiyet ve yaş göre dağılımı tablo 10'da verilmiştir. Konsültasyon istenen olguların % 29.7'si (n=356) serviste yatmaktaydı. Yatan hastaların sayısı cinsiyet (p<0.001) ve yaş gruplarına (p<0.001) göre karşılaştırıldığında ayaktan başvuran hastalara göre anlamlı düzeyde düşüktü. Yatan hastaların yaş ortalaması 13.83±3.85 yıl, ayaktan



başvuran hastalarda yaş ortalaması 10.19±4.93 yıl idi. Yatan hastalarda yaş ortalaması anlamlı düzeyde yüksek saptandı (p<0.001).

#### 4.3. Konsültasyon İsteyen Bölümler

**Tablo 11.** Konsültasyon İsteyen Bölümlerin Dağılımı

	n	%
Çocuk sağlığı ve hastalıkları	1042	86,9
KBB	53	4,4
Ortopedi	25	2,1
Cildiye	23	1,9
Çocuk cerrahi	21	1,8
Beyin cerrahisi	10	0,8
Göz	8	0,7
Plastik cerrahisi	7	0,6
Üroloji	6	0,5
Diğer	4	0,3
Toplam	1199	100

KBB: Kulak burun boğaz

Konsültasyon isteyen bölümlerin dağılımı tablo 11’de verilmiştir. En sık konsültasyon isteyen bölümün % 86.9 (n=1042) ile Çocuk sağlığı ve hastalıkları olduğu gözlemlendi.

**Tablo 12.** Çocuk Sağlığı Ve Hastalıklarının Alt Birimlerine Göre Dağılımı

	n	%
Çocuk Nöroloji	395	37,9
Çocuk Acil	242	23,2
Genel Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	159	15,3
Çocuk Yoğun Bakım	61	5,9
Çocuk Onkoloji	52	5,0
Çocuk Hematoloji	40	3,8
Çocuk Nefroloji	29	2,8
Çocuk Enfeksiyon	25	2,4
Çocuk Gastroenteroloji	22	2,1
Çocuk Kardiyoloji	17	1,6
Toplam	1042	100

Çocuk sağlığı ve hastalıklarının alt birimlerine göre dağılımı tablo 12 de verilmiştir. En sık konsültasyon isteyen çocuk sağlığı ve hastalıkları alt birimleri

sırasıyla; çocuk nöroloji (% 37.9 n=39), çocuk acil (% 23.2 n=242), genel çocuk sağlığı ve hastalıkları (% 15.3 n=159) idi.

#### 4.4. Konsültasyon İstenme Nedenleri

**Tablo 13.** Konsültasyon İstenme Nedenleri

Konsültasyon istenme nedenleri	n	%
İntihar girişimi	196	16.3
Somatik belirtiler	194	16.2
Zıtlasma-öfke denetim problemleri-davranım problemleri	162	13.5
Hareketlilik-dikkat eksiliği-dürtüsellik belirtileri	116	9.7
Konuşma-iletişim problemleri	112	9.3
Depresif belirtiler	71	5.9
Sağlık kurulu raporu	63	5.3
Korku-kaygılar	50	4.2
Kohlear implant	42	3.5
Diğer	41	3.4
Danışma	33	2.8
Takıntı-tik-cilt/saç yolma belirtileri	31	2.6
Öğrenme problemi /gelişim geriliği	27	2.3
Uyku-yeme problemleri	24	2.0
Psikotik belirtiler	15	1.3
Eş belirtiler	14	1.3
İdrar kaka kaçırma	7	.6
Toplam	1199	100

Olguların konsültasyon istenme nedenlerinin sıklığı sayı ve yüzde olarak tablo 13'de verilmektedir. En sık konsültasyon istenme nedeni intihar girişimi (% 16.3 n=196) idi. Bunu sırasıyla somatik belirtiler ( % 16.2 n=194), zıtlasma-öfke denetim problemleri-davranım problemleri (% 13.5, n=162) takip etti (tablo 13).

##### 4.4.1. Konsültasyon İstenme Nedenlerinin Cinsiyetlere Göre Dağılımı

Konsültasyon istenme nedenlerinin cinsiyete göre dağılımı tablo 14'de verilmiştir. Erkeklerde konsültasyon istenme nedenleri zıtlasma-öfke denetim problemleri-davranım problemleri % 18.3 (n=102), hareketlilik-dikkat eksiliği-dürtüsellik belirtileri % 16.9 (n=94), konuşma-iletişim problemleri % 14.7 (n=82), somatik belirtiler % 11.7 (n=65) olarak sıralandı. Erkeklerde zıtlasma-öfke denetim problemleri-davranım problemleri (p<0.001), hareketlilik-dikkat eksiliği-dürtüsellik belirtileri (p<0.001), konuşma-iletişim problemleri (p<0.001) kızlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek idi (tablo 14).

**Tablo 14.** Konsültasyon İsteme Nedenlerinin Cinsiyetlere Göre Dağılımı

		<b>Kız</b>	<b>Erkek</b>	<b>p</b>
Hareketlilik-Dürtüsellik- Dikkat Eksikliği Belirtileri	Var	31 4.8%	94 16.9%	<b>&lt;0.001</b>
	Yok	611 95.2%	463 83.1%	
Depresif Belirtiler	Var	49 7.6%	22 3.9%	<b>0.007</b>
	Yok	593 92.4%	535 96.1%	
İntihar Girişimi	Var	162 25.2%	34 6.1%	<b>&lt;0.001</b>
	Yok	480 74.8%	523 93.9%	
Korku-kaygılar	Var	32 5.0%	18 3.2%	0.148
	Yok	610 95.0%	539 96.8%	
Somatik Belirtiler	Var	131 20.4%	65 11.7%	<b>&lt;0.001</b>
	Yok	511 79.6%	492 88.3%	
Zıtlasma-Öfke Denetim Problemleri- Davranım Problemleri	Var	68 10.6%	102 18.3%	<b>&lt;0.001</b>
	Yok	574 89.4%	455 81.7%	
Psikotik Belirtiler	Var	6 0.9%	9 1.6%	0.290
	Yok	636 99.1%	548 98.4%	
Konuşma-iletişim problemleri	Var	33 5.1 %	82 14.7%	<b>&lt;0.001</b>
	Yok	609 94.9%	475 85.3%	
Öğrenme problemi-gelişim geriliği	Var	12 1.9%	17 3.1%	0.193
	Yok	630 98.1%	540 96.9%	
Kohlear İmplant	Var	26 4.0%	17 3.1%	0.437
	Yok	616 96.0%	540 96.9%	
Sağlık Kurulu Raporu	Var	26 4.0%	37 6.6%	0.051
	Yok	616 96.0%	520 93.4%	
Danışma	Var	14 2.2%	19 3.4%	0.218
	Yok	628 97.8%	538 96.6%	
Uyku-yeme problemleri	Var	11 1.7%	14 2.5%	0.418
	Yok	631 98.3%	543 97.5%	
İdrar- Kaka Kaçırma	Var	5 0.8%	4 0.7%	1.00
	Yok	637 99.2%	553 99.3%	
Takıntı-tik-cilt/saç yolma belirtileri	Var	17 2.6%	16 2.9%	0.861
	Yok	625 97.4%	541 97.1%	
Diğer Belirtiler	Var	22 3.4%	19 3.4%	1.00
	Yok	620 96.6%	538 96.6%	

p&lt;0.05 anlamlıdır.

Kızlarda konsültasyon istenme nedenleri intihar girişimi % 25.2 (n=162), somatik belirtiler % 20.4 (n=131), zıtlasma-öfke denetim problemleri-davranım problemleri % 10.6 (n=68) depresif belirtiler % 7.6 (n=49) olarak sıralandı. Kızlarda depresif belirtiler (p=0.007), intihar girişimi (p<0.001), somatik belirtiler (p<0.001) erkekler göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek idi (tablo 14).

#### **4.4.2. Konsültasyon İstenme Nedenlerinin Yaş Gruplarına Göre Dağılımı**

Konsültasyon isteme nedenlerinin yaş gruplarına göre dağılımı tablo 15 de verilmiştir. 0-3 yaş grubunda en sık konsültasyon nedenleri sırasıyla; % 34.5 (n=38) konuşma-iletişim problemleri, % 15.5 (n=17) kohlear implant, % 14.5 (n=16) sağlık kurulu raporu, % 11.8 (n=13) zıtlasma-öfke denetim problemleri -davranım problemleri şeklinde sıralandı. Diğer yaş gruplarına göre kohlear implant (p<0.001), sağlık kurulu raporu (p<0.001) istatistiksel olarak anlamlı olarak daha yüksek idi (tablo 15).

4-6 yaş grubunda en sık konsültasyon nedenleri sırasıyla; % 29.4 (n=47) konuşma-iletişim problemleri, % 16.3 (n=26) hareketlilik-dürtüsellik- dikkat eksikliği belirtileri, % 15 (n=24) zıtlasma-öfke denetim problemleri -davranım problemleri % 6.3 (n=10) öğrenme problemleri-gelişim geriliği şeklinde sıralandı. Konuşma-iletişim problemleri (p<0.001), öğrenme problemleri-gelişim geriliği (p<0.001) istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptandı (tablo 15).

7-9 yaş grubunda en sık başvuru belirtileri sırasıyla; % 29.8 (n=45) hareketlilik-dürtüsellik- dikkat eksikliği belirtileri, % 17.9 (n=27) zıtlasma-öfke denetim problemleri -davranım problemleri, % 10.6 (n=16) konuşma-iletişim problemleri, % 9.3 (n=14) somatik belirti şeklinde sıralandı. Hareketlilik-dürtüsellik- dikkat eksikliği belirtileri (p<0.001) 7-9 yaş grubunda istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek idi (tablo 15).

10-12 yaş grubunda en sık başvuru belirtileri sırasıyla; % 19.9 (n=32) somatik belirtiler, % 16.1 (n=26) zıtlasma-öfke denetim problemleri -davranım problemleri, %15.5 (n=25) hareketlilik-dürtüsellik- dikkat eksikliği belirtileri, % 9.3 (n=15) depresif belirtiler şeklinde sıralandı (tablo 15).

**Tablo 15.** Konsültasyon İsteme Nedenlerinin Yaş Gruplarına Göre Dağılımı

		0-3	4-6	7-9	10-12	13-15	16-18	p
HDDEB	Var	8 7.3%	26 16.3%	45 29.8%	25 15.5%	14 4.7%	7 2.2%	<0.001
	Yok	102 92.7%	134 83.8%	106 70.2%	136 84.5%	284 95.3%	312 97.8%	
Depresif Belirtiler	Var	0 0.0%	7 4.4%	5 3.3%	15 9.3%	12 4.0%	32 10.0%	<0.001
	Yok	110 100%	153 95.6%	146 96.7%	146 90.7%	286 96.0%	287 90.0%	
İntihar Girişimi	Var	0 0.0%	2 1.3%	0 0.0%	9 5.6%	86 28.9%	99 31.0%	<0.001
	Yok	110 100%	158 98.8%	151 100%	152 94.4%	212 71.1%	220 69.0%	
Korku-kaygılar	Var	0 0.0%	9 5.6%	1 0.7%	11 6.8%	23 7.7%	6 1.9%	<0.001
	Yok	110 100%	151 94.4%	150 99.3%	150 93.2%	275 92.3%	313 98.1%	
Psikotik Belirtiler	Var	0 0.0%	1 0.6%	3 2.0%	1 0.6%	7 2.3%	3 0.9%	0.208
	Yok	110 100%	159 99.4%	148 98.0%	160 99.4%	291 97.7%	316 99.1%	
KİP	Var	38 34.5%	47 29.4%	16 10.6%	5 3.1%	4 1.3%	5 1.6%	<0.001
	Yok	72 65.5%	113 70.6%	135 89.4%	156 96.9%	294 98.7%	314 98.4%	
ÖP-GG	Var	2 1.8%	10 6.3%	7 4.6%	8 5.0%	1 0.3%	1 0.3%	<0.001
	Yok	108 98.2%	150 93.8%	144 95.4%	153 95.0%	297 99.7%	318 99.7%	
Kohlear İmplant	Var	17 15.5%	5 3.1%	6 4.0%	4 2.5%	4 1.3%	7 2.2%	<0.001
	Yok	93 84.5%	155 96.9%	145 96.0%	157 97.5%	294 98.7%	312 97.8%	
Sağlık kurulu Raporu	Var	16 14.5%	9 5.6%	13 8.6%	10 6.2%	8 2.7%	7 2.2%	<0.001
	Yok	94 85.5%	151 94.4%	138 91.4%	151 93.8%	290 97.3%	312 97.8%	
Danışma	Var	6 5.5%	3 1.9%	2 1.3%	6 3.7%	6 2.0%	10 3.1%	0.310
	Yok	104 94.5%	157 98.1%	149 98.7%	155 96.3%	292 98.0%	309 96.9%	
Uyku-yeme problemleri	Var	2 1.8%	3 1.9%	5 3.3%	3 1.9%	5 1.7%	7 2.2%	0.915
	Yok	108 98.2%	157 98.1%	146 96.7%	158 98.1%	293 98.3%	312 97.8%	
İdrar- Kaka Kaçırma	Var	0 0.0%	2 1.3%	4 2.6%	0 0.0%	2 0.7%	1 0.3%	0.075
	Yok	110 100%	158 98.8%	147 97.4%	161 100%	296 99.3%	318 99.7%	
TTCSYB	Var	2 1.8%	7 4.4%	5 3.3%	5 3.1%	7 2.3%	7 2.2%	0.741
	Yok	108 98.2%	153 95.6%	146 96.7%	156 96.9%	291 97.7%	312 97.8%	
Diğer Belirtiler	Var	5 4.5%	4 2.5%	3 2.0%	4 2.5%	12 4.0%	13 4.1%	0.708
	Yok	105 95.5%	156 97.5%	148 98.0%	157 97.5%	286 96.0%	306 95.9%	
ZÖDPDP	Var	13 11.8%	24 15.0%	27 17.9%	26 16.1%	43 14.4%	37 11.6%	0.471
	Yok	97 88.2%	136 85.0%	124 82.1%	135 83.9%	255 85.6%	282 88.4%	
Somatik Belirtiler	Var	1 0.9%	5 3.1%	14 9.3%	32 19.9%	64 21.5%	80 25.1%	<0.001
	Yok	109 99.1%	155 96.9%	137 90.7%	129 80.1%	234 78.5%	239 74.9%	

HDDEB: Hareketlilik-Dürtüsellik- Dikkat Eksikliği Belirtileri, ÖP-GG: Öğrenme Problemi Gelişim Geriliği, ZÖDPDP :Zıtlasma - Öfke Denetim Problemleri - Davranım problemleri, TTCSYB:Takıntı-Tık-Cilt/Saç Yolma Belirtileri, ZÖDPDP :Zıtlasma - Öfke Denetim Problemleri - Davranım problemleri, p<0.05 anlamlıdır.

16-18 yaş grubunda en sık başvuru belirtileri sırasıyla; % 31 (n=99) intihar girişimi, % 25.1 (n=80) somatik belirtiler, % 11.6 (n=37) zıtlasma-öfke denetim problemleri -davranım problemleri, % 10 (n=32) depresif belirtiler idi. Depresif belirtiler (p<0.001), intihar girişimi (p<0.001) istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptandı (tablo 15).

#### 4.4.3.Konsültasyon İstenme Nedenlerinin Konsültasyon İsteyen Bölümlere Göre Dağılımı

Konsültasyon istenme nedenlerinin konsültasyon isteyen bölümlere göre dağılımı tablo 16' da verilmektedir.

**Tablo 16.** Konsültasyon İstenme Nedenlerinin Konsültasyon İsteyen Bölümlere Göre Dağılımı

		ÇSH	KBB	ortopedi	ÇC	cildiye	üroloji	BC	diğer	göz	PC	p
HDDEB	var	103 9.9%	4 7.5%	2 8.0%	3 14.3%	3 13.0%	3 50.0%	3 30.0%	1 25.0%	1 12.5%	2 28.6%	0.174
	yok	939 90.1%	49 92.5%	23 92.0%	18 85.7%	20 87.0%	3 50.0%	7 70.0%	3 75.0%	7 87.5%	5 71.4%	
DeB	var	61 5.9%	0 0.0%	3 12.0%	3 14.3%	0 0.0%	0 0.0%	3 30.0%	0 0.0%	1 12.5%	0 0.0%	0.014
	yok	981 94.1%	53 100%	22 88.0%	18 85.7%	23 100%	6 100%	7 70.0%	4 100%	7 87.5%	7 100%	
İG	var	193 18.5%	0 0.0%	1 4.0%	2 9.5%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	<0.001
	yok	849 81.5%	53 100%	24 96.0%	19 90.5%	23 100%	6 100%	10 100%	4 100%	8 100%	7 100%	
KK	var	40 3.8%	1 1.9%	6 24.0%	1 4.8%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	1 12.5%	1 14.3%	0.025
	yok	1002 96.2%	52 98.1%	19 76.0%	20 95.2%	23 100%	6 100%	10 100%	4 100%	7 87.5%	6 85.7%	
PB	var	15 1.4%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0.895
	yok	1027 98.6%	53 100%	25 100%	21 100%	23 100%	6 100%	10 100%	4 100%	8 100%	7 100%	
KİP	var	109 10.5%	1 1.9%	1 4.0%	1 4.8%	1 4.3%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	1 12.5%	1 14.3%	0.158
	yok	933 89.5%	52 98.1%	24 96.0%	20 95.2%	22 95.7%	6 100%	10 100%	4 100%	7 87.5%	6 85.7%	
ÖP-GG	var	25 2.4%	1 1.9%	0 0.0%	1 4.8%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	1 25.0%	0 0.0%	1 14.3%	0.431
	yok	1017 97.6%	52 98.1%	25 100%	20 95.2%	23 100%	6 100%	10 100%	3 75.0%	8 100%	6 85.7%	
Kohlear implant	var	1 .1%	42 79.2%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	<0.001
	yok	1041 99.9%	11 20.8%	25 100%	21 100%	23 100%	6 100%	10 100%	4 100%	8 100%	7 100%	

HDDEB:Hareketlilik-Dürtüsellik- Dikkat Eksikliği Belirtileri, DeB: Depresif belirtiler İG: İntihar girişimi, KK:Korku-kaygılar, PB: Psikotik belirtiler, KİP: Konuşma-iletişim problemleri, ÖP-GG: Öğrenme problemi-gelişim geriliği, Kİ: Kohlear implant ÇSH çocuk sağlığı ve hastalıkları, KBB: Kulak burun boğaz ÇC:Çocuk cerrahisi, BC:Beyin cerrahisi, PC: Plastik cerrahisi, p<0.05 anlamlıdır.

**Tablo 16.** Konsültasyon İstenme Nedenlerinin Konsültasyon İsteyen Bölümlere Göre Dağılımı (devamı)

		ÇSH	KBB	Ortopedi	ÇC	cildiye	üroloji	BC	diğer	göz	PC	p
<b>SKR</b>	var	58 5.6%	1 1.9%	0 0.0%	2 9.5%	2 8.7%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0.406
	yok	984 94.4%	52 98.1 %	25 100%	19 90.5%	21 91.3%	6 100%	10 100%	4 100%	8 100%	7 100%	
<b>danışma</b>	var	30 2.9%	0 0.0%	2 8.0%	1 4.8%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0.511
	yok	1012 97.1%	53 100%	23 92.0%	20 95.2%	23 100%	6 100%	10 100%	4 100%	8 100%	7 100%	
<b>UYP</b>	var	21 2.0%	0 0.0%	2 8.0%	0 0.0%	1 4.3%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	1 14.3%	0.390
	yok	1021 98.0%	53 100%	23 92.0%	21 100%	22 95.7%	6 100%	10 100%	4 100%	8 100%	6 85.7%	
<b>İKK</b>	var	8 .8%	0 0.0%	0 0.0%	1 4.8%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0.905
	yok	1034 99.2%	53 100%	25 100%	20 95.2%	23 100%	6 100%	10 100%	4 100%	8 100%	7 100%	
<b>TTCSYB</b>	var	25 2.4%	0 0.0%	0 0.0%	1 4.8%	7 30.4%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	<b>&lt;0.001</b>
	yok	1017 97.6%	53 100%	25 100%	20 95.2%	16 69.6%	6 100%	10 100%	4 100%	8 100%	7 100%	
<b>DiB</b>	var	32 3.1%	0 0.0%	2 8.0%	1 4.8%	4 17.4%	0 0.0%	0 0.0%	1 25.0%	1 12.5%	0 0.0%	<b>0.039</b>
	yok	1010 96.9%	53 100%	23 92.0%	20 95.2%	19 82.6%	6 100%	10 100%	3 75.0%	7 87.5%	7 100%	
<b>ZÖDDPB</b>	var	144 13.8%	1 1.9%	6 24.0%	2 9.5%	5 21.7%	3 50.0%	4 40.0%	1 25.0%	3 37.5%	1 14.3%	<b>0.004</b>
	yok	898 86.2%	52 98.1 %	19 76.0%	19 90.5%	18 78.3%	3 50.0%	6 60.0%	3 75.0%	5 62.5%	6 85.7%	
<b>SB</b>	var	192 18.4%	2 3.8%	0 0.0%	2 9.5%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	<b>&lt;0.001</b>
	yok	850 81.6%	51 96.2 %	25 100%	19 90.5%	23 100%	6 100%	10 100%	4 100%	8 100%	7 100%	

SKR: Sağlık Kurulu Raporu, UYP:Uyku-yeme problemleri, İKK:İdrar-Kaka Kaçırma, TTCSYB: Takıntı-tik-cilt/saç yolma belirtileri, DiB: Diğer belirtiler, SB: Somatik belirtiler, ZÖDDPB: Zıtlasma-Öfke Denetim Problemleri-Davranım Problemleri, ÇSH çocuk sağlığı ve hastalıkları, KBB: Kulak burun boğaz, ÇC:Çocuk cerrahisi, BC:Beyin cerrahisi, PC: Plastik cerrahisi, p<0.05 anlamlıdır.

Çocuk sağlığı ve hastalıkları bölümünden en sık konsültasyon nedenleri sırasıyla; % 18.5 (n=193) intihar girişimi, % 18.4(n=192) somatik belirtiler, % 13.8 (n=144) zıtlasma-öfke denetim problemleri -davranım problemleri, %10.5 (n=109) konuşma-iletişim problemleri idi. Depresif belirtiler (p=0.014), korku-kaygılar (p=0.025), takıntı-tik-cilt/saç yolma belirtileri (p<0.001), zıtlasma-öfke denetim problemleri-davranım problemleri (p=0.004), somatik belirtiler (p<0.001), intihar girişimi(p<0.001), diğer belirtiler (p=0.039) istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptandı (tablo 16).

Çocuk cerrahi bölümünden en sık konsültasyon nedenleri % 14.3 (n=3) hareketlilik-dürtüsellik- dikkat eksikliği belirtileri, % 14.3 (n=3) depresif belirtiler idi (tablo 16).

Cildiye bölümünden en sık konsültasyon nedeni % 30.4 (n=7) takıntı-tik-cilt/saç yolma idi (tablo 16).

Ortopedi bölümünden en sık konsültasyon nedenleri % 24 (n=6) zıtlasma-öfke denetim problemleri -davranım problemleri, % 24 (n=6) korku-kaygılar idi (tablo 16).

Kulak burun boğaz bölümünden en sık konsültasyon nedeni % 79.2 (n=42) kohlear implant idi. Kohlear implant (p<0.001) diğer bölümlere göre anlamlı düzeyde yüksekti (tablo 16).

Beyin cerrahisi bölümünden en sık konsültasyon nedeni % 40 (n=4) zıtlasma-öfke denetim problemleri -davranım problemleri idi (tablo 16).

#### **4.4.4. Konsültasyon İsteme Nedenlerinin Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Alt Birimlerine Göre Dağılımı**

Konsültasyon istenme nedenlerinin çocuk sağlığı ve hastalıkları bölümü alt birimlerine göre dağılımı tablo 17'de verilmektedir.

Genel çocuk sağlığı ve hastalıkları bölümünden en sık konsültasyon nedenleri sırasıyla; % 21.4 (n=34) somatik belirtiler, % 16.4 (n=26) zıtlasma-öfke denetim problemleri -davranım problemleri, % 13.8 (n=22) hareketlilik-dürtüsellik- dikkat eksikliği belirtileri idi (tablo 17).

Çocuk yoğun bakım bölümünden en sık konsültasyon nedeni % 67.2 (n=41) ile intihar girişimi idi (tablo 17).

Çocuk acil bölümünden en sık konsültasyon nedenleri sırasıyla; % 53.7 (n=130) ile intihar girişimi, % 21.9 (n=53) ile somatik belirtiler, % 9.9 (n=24) ile zıtlasma-öfke denetim problemleri-davranım problemleri idi. Diğer bölümlere



göre intihar girişimi ( $p<0.001$ ), somatik belirtiler ( $p<0.001$ ) istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptandı (tablo 17).

**Tablo 17.** Konsültasyon İsteme Nedenlerinin Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Alt Birimlerine Göre Dağılımı

		GÇSH	ÇYB	ÇA	ÇNö	ÇK	ÇO	ÇH	ÇE	ÇGE	ÇNe	p
HDDEB	var	22 13.8%	2 3.3%	4 1.7%	63 15.9%	3 17.6%	0 0.0%	5 12.5%	0 0.0%	1 4.5%	3 10.3%	<0.001
	yok	137 86.2%	59 96.7%	238 98.3%	332 84.1%	14 82.4%	52 100%	35 87.5%	25 100%	21 95.5%	26 89.7%	
DeB	var	3 1.9%	3 4.9%	9 3.7%	15 3.8%	0 0.0%	20 38.5%	3 7.5%	2 8.0%	4 18.2%	2 6.9%	<0.001
	yok	156 98.1%	58 95.1%	233 96.3%	380 96.2%	17 100%	32 61.5%	37 92.5%	23 92.0%	18 81.8%	27 93.1%	
İG	var	18 11.3%	41 67.2%	130 53.7%	3 .8%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	1 3.4%	<0.001
	yok	141 88.7%	20 32.8%	112 46.3%	392 99.2%	17 100%	52 100%	40 100%	25 100%	22 100%	28 96.6%	
KK	var	7 4.4%	3 4.9%	4 1.7%	16 4.1%	0 0.0%	1 1.9%	2 5.0%	4 16.0%	1 4.5%	2 6.9%	0.173
	yok	152 95.6%	58 95.1%	238 98.3%	379 95.9%	17 100%	51 98.1%	38 95.0%	21 84.0%	21 95.5%	27 93.1%	
PB	var	4 2.5%	2 3.3%	4 1.7%	4 1.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	1 4.0%	0 0.0%	0 0.0%	0.515
	yok	155 97.5%	59 96.7%	238 98.3%	391 99.0%	17 100%	52 100%	40 100%	24 96.0%	22 100%	29 100%	
KİP	var	8 5.0%	0 0.0%	1 .4%	90 22.8%	0 0.0%	3 5.8%	4 10.0%	2 8.0%	0 0.0%	1 3.4%	<0.001
	yok	151 95.0%	61 100%	241 99.6%	305 77.2%	17 100%	49 94.2%	36 90.0%	23 92.0%	22 100%	28 96.6%	
ÖP-GG	var	4 2.5%	0 0.0%	2 .8%	19 4.8%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0.006
	yok	155 97.5%	61 100%	240 99.2%	376 95.2%	17 100%	52 100%	40 100%	25 100%	22 100%	29 100%	

HDDEB:Hareketlilik-Dürtüsellik- Dikkat Eksikliği Belirtileri, DeB: Depresif belirtiler İG: İntihar girişimi, KK:Korku-kaygılar, PB: Psikotik belirtiler, KİP: Konuşma-iletişim problemleri, ÖP-GG: Öğrenme problemi-gelişim geriliği, GÇSH: Genel çocuk sağlığı ve hastalıkları, ÇYB: Çocuk yoğun bakım, ÇA: Çocuk acil, ÇNö: Çocuk nöroloji, ÇK:Çocuk kardiyoloji, ÇO:Çocuk onkoloji, ÇH:Çocuk hematoloji, ÇE: Çocuk enfeksiyon, ÇGE: Çocuk gastroentoloji, ÇNe:Çocuk nefroloji,  $p<0.05$  anlamlıdır.

**Tablo 17.** Konsültasyon İsteme Nedenlerinin Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Alt Birimlerine Göre Dağılımı (devamı)

		GÇSH	ÇYB	ÇA	ÇNö	ÇK	ÇO	ÇH	ÇE	ÇGE	ÇNe	p
<b>Ki</b>	var	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	1 .3%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0.992
	yok	159 100%	61 100%	242 100%	394 99.7%	17 100%	52 100%	40 100%	25 100%	22 100%	29 100%	
<b>SKR</b>	var	15 9.4%	0 0.0%	0 0.0%	21 5.3%	3 17.6%	5 9.6%	7 17.5%	3 12.0%	1 4.5%	3 10.3%	<0.001
	yok	144 90.6%	61 100%	242 100%	374 94.7%	14 82.4%	47 90.4%	33 82.5%	22 88.0%	21 95.5%	26 89.7%	
<b>danışma</b>	var	6 3.8%	2 3.3%	0 0.0%	9 2.3%	1 5.9%	8 15.4%	1 2.5%	0 0.0%	0 0.0%	3 10.3%	<0.001
	yok	153 96.2%	59 96.7%	242 100%	386 97.7%	16 94.1%	44 84.6%	39 97.5%	25 100%	22 100%	26 89.7%	
<b>UYP</b>	var	4 2.5%	1 1.6%	1 .4%	5 1.3%	1 5.9%	4 7.7%	1 2.5%	3 12.0%	0 0.0%	1 3.4%	0.024
	yok	155 97.5%	60 98.4%	241 99.6%	390 98.7%	16 94.1%	48 92.3%	39 97.5%	22 88.0%	22 100%	28 96.6%	
<b>İKK</b>	var	1 .6%	0 0.0%	0 0.0%	4 1.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	1 4.5%	2 6.9%	0.111
	yok	158 99.4%	61 100%	242 100%	391 99.0%	17 100%	52 100%	40 100%	25 100%	21 95.5%	27 93.1%	
<b>TTCSYB</b>	var	2 1.3%	0 0.0%	2 .8%	14 3.5%	0 0.0%	0 0.0%	3 7.5%	1 4.0%	0 0.0%	3 10.3%	0.012
	yok	157 98.7%	61 100%	240 99.2%	381 96.5%	17 100%	52 100%	37 92.5%	24 96.0%	22 100%	26 89.7%	
<b>DiB</b>	var	6 3.8%	1 1.6%	8 3.3%	12 3.0%	0 0.0%	0 0.0%	2 5.0%	2 8.0%	1 4.5%	0 0.0%	0.447
	yok	153 96.2%	60 98.4%	234 96.7%	383 97.0%	17 100%	52 100%	38 95.0%	23 92.0%	21 95.5%	29 100%	
<b>ZÖDPDP</b>	var	26 16.4%	4 6.6%	24 9.9%	54 13.7%	3 17.6%	10 19.2%	9 22.5%	4 16.0%	3 13.6%	7 24.1%	0.147
	yok	133 83.6%	57 93.4%	218 90.1%	341 86.3%	14 82.4%	42 80.8%	31 77.5%	21 84.0%	19 86.4%	22 75.9%	
<b>SB</b>	var	34 21.4%	2 3.3%	53 21.9%	78 19.7%	6 35.3%	2 3.8%	3 7.5%	3 12.0%	10 45.5%	1 3.4%	<0.001
	yok	125 78.6%	59 96.7%	189 78.1%	317 80.3%	11 64.7%	50 96.2%	37 92.5%	22 88.0%	12 54.5%	28 96.6%	

Kİ: Kohlear implant, SKR: Sağlık Kurulu Raporu, UYP:Uyku-yeme problemleri, İKK:İdrar-Kaka Kaçırma, TTCSYB: Takıntı-tik-cilt/saç yolma belirtileri, DiB: Diğer belirtiler, ZÖDPDP: Zıtlaşma-Öfke Denetim Problemleri-Davranım Problemleri, SB: Somatik belirtiler, GÇSH: Genel çocuk sağlığı ve hastalıkları, ÇYB: Çocuk yoğun bakım, ÇA: Çocuk acil, ÇNö: Çocuk nöroloji, ÇK:Çocuk kardiyoloji, ÇO:Çocuk onkoloji, ÇH:Çocuk hematoloji, ÇE: Çocuk enfeksiyon, ÇGE: Çocuk gastroentoloji, ÇNe:Çocuk nefroloji, p<0.05 anlamlıdır.

Çocuk nöroloji bölümünden en sık konsültasyon nedenleri sırasıyla; konuşma-iletişim problemleri % 22.8 (n=90), somatik belirtiler % 19.7 (n=78), hareketlilik-dürtüsellik- dikkat eksikliği belirtileri % 15.9 (n=63) idi. Hareketlilik-dürtüsellik-dikkat eksikliği belirtileri ( $p<0.001$ ), konuşma-iletişim problemleri( $p<0.001$ ), somatik belirtiler ( $p<0.001$ ), takıntı-tik-cilt/saç yolma belirtileri ( $p=0.012$ ), uyku-yeme bozukluğu belirtileri ( $p=0.024$ ), danışma ( $p<0.001$ ) istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek idi (tablo 17).

Çocuk cerrahi bölümünden en sık konsültasyon nedeni % 35.3 (n=6) ile somatik belirtiler idi (tablo 17).

Çocuk onkoloji bölümünden en sık konsültasyon nedeni % 38.5 (n=20) depresif belirtiler idi. Diğer bölümlere göre depresif belirtiler ( $p<0.001$ ) istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek idi (tablo 17).

Çocuk hematoloji bölümünde en sık konsültasyon nedeni % 22.5 (n=9) zıtlasma-öfke denetim problemleri -davranım problemleri idi (tablo 17).

Çocuk enfeksiyon bölümünden en sık konsültasyon nedenleri zıtlasma-öfke denetim problemleri -davranım problemleri %16 (n=4) ve korku-kaygılar %16 (n=4) idi (tablo 17).

Çocuk gastroenteroloji bölümünden en sık konsültasyon nedeni % 45.5 (n=10) ile somatik belirtilerdi (tablo 17).

Çocuk nefroloji bölümünden en sık konsültasyon nedeni % 24.1 (n=7) zıtlasma-öfke denetim problemleri -davranım problemleri idi (tablo 17).

#### **4.4.5.Organik Hastalık Tanılarına Göre Konsültasyon İstenme Nedenleri Dağılımı**

Organik hastalık tanılarına göre konsültasyon istenme nedenleri dağılımı tablo 18 'de verilmiştir.

Sadece epilepsi tanısı alan olgularda en sık konsültasyon istenme nedenleri, % 21 (n=25) ile zıtlasma-öfke denetim problemleri-davranım problemleri, % 16.8 (n=20) ile hareketlilik-dürtüsellik- dikkat eksikliği belirtileri, % 15.1 (n=18) konuşma-iletişim problemleri idi. Sadece epilepsi olan olgularda hareketlilik-dürtüsellik- dikkat eksikliği belirtileri ( $p=0.029$ ), konuşma-iletişim problemleri( $p=0.001$ ), öğrenme problemi/gelişim geriliği ( $p=0.027$ ) diğerlerine göre anlamlı düzeyde yüksekti.

Sadece alerji-astım olan olgularda en sık konsültasyon nedeni %40 (n=12) ile intihar girişimi idi. İntihar girişimi (p<0.001) sadece alerji-astım olanlarda diğerlerine göre anlamlı düzeyde yüksek saptandı.

**Tablo 18.** Organik Hastalık Tanılarına Göre Konsültasyon İstenme Nedenleri Dağılımı

		Epilepsi	AA	KVSH	NP	GISP	İE	tümör	HH	travma	diğer	eş tanı	p
<b>HDDEB</b>	Var	20 16.8%	2 6.7%	1 5.9%	6 16.2%	2 7.7%	2 4.3%	2 2.4%	4 22.2%	3 8.6%	15 10.1%	5 15.2%	<b>0.029</b>
	Yok	99 83.2%	28 93.3%	16 94.1%	31 83.8%	24 92.3%	45 95.7%	80 97.6%	14 77.8%	32 91.4%	134 89.9%	28 84.8%	
<b>DeB</b>	Var	3 2.5%	0 0.0%	0 0.0%	3 8.1%	6 23.1%	0 0.0%	26 31.7%	0 0.0%	4 11.4%	14 9.4%	1 3.0%	<b>&lt;0.001</b>
	Yok	116 97.5%	30 100%	17 100%	34 91.9%	20 76.9%	47 100%	56 68.3%	18 100%	31 88.6%	135 90.6%	32 97.0%	
<b>İG</b>	Var	2 1.7%	12 40.0%	2 11.8%	2 5.4%	3 11.5%	0 0.0%	1 1.2%	1 5.6%	2 5.7%	3 2.0%	1 3.0%	<b>&lt;0.001</b>
	Yok	117 98.3%	18 60.0%	15 88.2%	35 94.6%	23 88.5%	47 100%	81 98.8%	17 94.4%	33 94.3%	146 98.0%	32 97.0%	
<b>KK</b>	Var	8 6.7%	1 3.3%	0 0.0%	2 5.4%	1 3.8%	1 2.1%	2 2.4%	3 16.7%	5 14.3%	10 6.7%	1 3.0%	<b>0.210</b>
	Yok	111 93.3%	29 96.7%	17 100%	35 94.6%	25 96.2%	46 97.9%	80 97.6%	15 83.3%	30 85.7%	139 93.3%	32 97.0%	
<b>PB</b>	Var	1 .8%	1 3.3%	0 0.0%	1 2.7%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	3 8.6%	0 0.0%	1 3.0%	<b>0.072</b>
	Yok	118 99.2%	29 96.7%	17 100%	36 97.3%	26 100%	47 100%	82 100%	18 100%	32 91.4%	149 100%	32 97.0%	
<b>KİP</b>	Var	18 15.1%	3 10.0%	4 23.5%	0 0.0%	0 0.0%	1 2.1%	5 6.1%	0 0.0%	1 2.9%	17 11.4%	2 6.1%	<b>0.001</b>
	Yok	101 84.9%	27 90.0%	13 76.5%	37 100%	26 100%	46 97.9%	77 93.9%	18 100%	34 97.1%	132 88.6%	31 93.9%	
<b>ÖP-GG</b>	Var	8 6.7%	0 0.0%	0 0.0%	2 5.4%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	5 3.4%	1 3.0%	<b>0.027</b>
	Yok	111 93.3%	30 100%	17 100%	35 94.6%	26 100%	47 100%	82 100%	18 100%	35 100%	144 96.6%	32 97.0%	

HDDEB:Hareketlilik-Dürtüsellik- Dikkat Eksikliği Belirtileri, DeB: Depresif belirtiler İG: İntihar girişimi, KK:Korku-kaygılar, PB: Psikotik belirtiler, KİP: Konuşma-iletişim problemleri, ÖP-GG: Öğrenme problemi-gelişim geriliği, AA: alerji-astım, KVSH: kardiovasküler sistem hastalıkları, NP: Nefrolojik problemler, GISP:Gastrointestinalsistem problemleri, İE:işitme engeli, HH:hematolojik hastalıklar p<0.05 anlamlıdır.

**Tablo 18.** Organik Hastalık Tanılarına Göre Konsültasyon İstenme Nedenleri Dağılımı (devamı)

		Epilepsi	AA	KVSH	NP	GISP	İE	tümör	HH	travma	diğer	eş tanı	p
<b>Ki</b>	Var	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	40 85.1%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	3 9.1%	<b>&lt;0.001</b>
	Yok	119 100%	30 100%	17 100%	37 100%	26 100%	7 14.9%	82 100%	18 100%	35 100%	149 100%	30 90.9%	
<b>rapor</b>	Var	10 8.4%	0 0.0%	2 11.8%	3 8.1%	3 11.5%	0 0.0%	12 14.6%	1 5.6%	1 2.9%	14 9.4%	4 12.1%	<b>0.027</b>
	Yok	109 91.6%	30 100%	15 88.2%	34 91.9%	23 88.5%	47 100%	70 85.4%	17 94.4%	34 97.1%	135 90.6%	29 87.9%	
<b>danışma</b>	Var	3 2.5%	0 0.0%	2 11.8%	4 10.8%	0 0.0%	0 0.0%	8 9.8%	1 5.6%	2 5.7%	7 4.7%	0 0.0%	<b>0.015</b>
	Yok	116 97.5%	30 100%	15 88.2%	33 89.2%	26 100%	47 100%	74 90.2%	17 94.4%	33 94.3%	142 95.3%	33 100%	
<b>UYP</b>	Var	1 .8%	0 0.0%	0 0.0%	2 5.4%	0 0.0%	0 0.0%	5 6.1%	0 0.0%	3 8.6%	4 2.7%	2 6.1%	<b>0.072</b>
	Yok	118 99.2%	30 100%	17 100%	35 94.6%	26 100%	47 100%	77 93.9%	18 100%	32 91.4%	145 97.3%	31 93.9%	
<b>İKK</b>	Var	0 0.0%	0 0.0%	1 5.9%	1 2.7%	1 3.8%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	2 1.3%	0 0.0%	<b>0.341</b>
	Yok	119 100%	30 100%	16 94.1%	36 97.3%	25 96.2%	47 100%	82 100%	18 100%	35 100%	147 98.7%	33 100%	
<b>TTCSYB</b>	Var	2 1.7%	0 0.0%	0 0.0%	1 2.7%	0 0.0%	1 2.1%	0 0.0%	3 16.7%	1 2.9%	5 3.4%	1 3.0%	<b>0.120</b>
	Yok	117 98.3%	30 100%	17 100%	36 97.3%	26 100%	46 97.9%	82 100%	15 83.3%	34 97.1%	144 96.6%	32 97.0%	
<b>diğer belirtiler</b>	Var	4 3.4%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	2 7.7%	0 0.0%	1 1.2%	1 5.6%	0 0.0%	9 6.0%	1 3.0%	<b>0.081</b>
	Yok	115 96.6%	30 100%	17 100%	37 100%	24 92.3%	47 100%	81 98.8%	17 94.4%	35 100%	140 94.0%	32 97.0%	
<b>ZÖDPDP</b>	Var	25 21.0%	6 20.0%	1 5.9%	6 16.2%	4 15.4%	2 4.3%	19 23.2%	1 5.6%	7 20.0%	27 18.1%	7 21.2%	<b>0.116</b>
	Yok	94 79.0%	24 80.0%	16 94.1%	31 83.8%	22 84.6%	45 95.7%	63 76.8%	17 94.4%	28 80.0%	122 81.9%	26 78.8%	

Kİ: Kohlear implant, SKR: Sağlık Kurulu Raporu, UYP:Uyku-yeme problemleri, İKK:İdrar-Kaka Kaçırma, TTCSYB: Takıntı-tik-cilt/saç yolma belirtileri, DiB: Diğer belirtiler, ZÖDPDP: Zıtlasma-Öfke Denetim Problemleri-Davranım Problemleri, SB: Somatik belirtiler, GÇSH: Genel çocuk sağlığı ve hastalıkları AA: allerji-astım, KVSH: kardiovasküler sistem hastalıkları, NP: Nefrolojik problemler, GISP:Gastrointestinalsistem problemleri, İE:işitme engeli, HH:hematolojik hastalıklar p<0.05 anlamlıdır.

Sadece kardiovasküler hastalığı olan olgularda en sık konsültasyon nedenleri % 23.5 (n=4) konuşma-iletişim problemleri ve % 23.5 (n=4) ile somatik belirtiler idi.

Sadece nefrolojik hastalığı olan olgularda en sık konsültasyon nedenleri zıtlasma-öfke denetim problemleri -davranım problemleri belirtileri % 16.2 (n=6), hareketlilik-dürtüsellik- dikkat eksikliği % 16.2 (n=6) idi.

Sadece GIS hastalığı olgularda en sık konsültasyon nedeni % 23.1 (n=6) ile depresif belirtiler idi.

Sadece tümörü olan olgularda en sık konsültasyon nedeni % 31.7 (n=26) ile depresif belirtiler idi. Diğer organik hastalıkları olanlara göre danışma (p=0.015), depresif belirtiler (p<0.001) anlamlı düzeyde yüksek saptandı.

Sadece hematolojik hastalığı olan olgularda en sık konsültasyon nedeni % 22.2 (n=4) ile hareketlilik-dürtüsellik- dikkat eksikliği idi.

Travma geçiren olgularda en sık konsültasyon istenme nedeni % 20 (n=7) zıtlasma-öfke denetim problemleri -davranım problemleri belirtileri idi.

#### **4.4.6. Konsültasyon İstenme Nedenlerinin ve Yatan ya da Ayaktan Hasta Olma Durumuna Göre Dağılımı**

Konsültasyon istenme nedenlerinin ve yatan ya da ayaktan hasta olma durumuna göre dağılımı tablo 19'da verilmiştir. Yatan hastalardan en sık konsültasyon istenme nedenleri sırasıyla; % 51.1 (n=182) intihar girişimi, % 10.7 (n=38) depresif belirtiler, % 10.1 ile (n=36) zıtlasma-öfke denetim problemleri-davranım problemleri, % 9.3 (n=33) somatik belirtiler idi. Yatan hastalarda ayaktan olan hastalara göre intihar girişimi (p<0.001), depresif belirtiler (p<0.001) nedeni ile konsültasyon isteme istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptandı.

Ayaktan başvuran hastalardan en sık konsültasyon istenme nedenleri sırasıyla; % 19.3 (n=163) somatik belirtiler, % 15,9 (n=134) zıtlasma-öfke denetim problemleri -davranım problemleri, % 13.9 (n=117) hareketlilik-dürtüsellik- dikkat eksikliği belirtileri, % 12.5 (n=105) konuşma-iletişim problemleri idi. Hareketlilik-dürtüsellik-dikkat eksikliği belirtileri (p<0.001), konuşma-iletişim problemleri (p<0.001), öğrenme problemi-gelişim geriliği (p<0.001), kohlear implant (p<0.001), rapor (p<0.001), takıntı-tik-cilt/saç yolma belirtileri (p=0.006), zıtlasma-öfke denetim problemleri-davranım problemleri

(p=0.009), somatik belirti(p<0.001) ayaktan başvurularda istatistiksel olarak daha yüksek bulundu.

**Tablo 19.** Konsültasyon İstenme Nedenlerinin ve Yatan ya da Ayaktan Hasta Olma Durumuna Göre Dağılımı

		<b>Yatan Hasta</b>	<b>Ayaktan hasta</b>	<b>p</b>
Hareketlilik-Dürtüsellik- Dikkat Eksikliği Belirtileri	Var	8 2.2%	117 13.9%	<b>&lt;0.001</b>
	Yok	348 97.8%	726 86.1%	
Depresif belirtiler	Var	38 10.7%	33 3.9%	<b>&lt;0.001</b>
	Yok	318 89.3%	810 96.1%	
İntihar Girişimi	Var	182 51.1%	14 1.7%	<b>&lt;0.001</b>
	Yok	174 48.9%	829 98.3%	
Korku-kaygılar	Var	10 2.8%	40 4.7%	0.154
	Yok	346 97.2%	803 95.3%	
Psikotik Belirtiler	Var	4 1.1%	11 1.3%	1.00
	Yok	352 98.9%	832 98.7%	
Konuşma-iletişim problemleri	Var	10 2.8%	105 12.5%	<b>&lt;0.001</b>
	Yok	346 97.2%	738 87.5%	
Öğrenme Problemi Gelişim Geriliği	Var	0 0.0%	29 3.4%	<b>&lt;0.001</b>
	Yok	356 100%	814 96.6%	
Kohlear İmplant	Var	0 0.0%	43 5.1%	<b>&lt;0.001</b>
	Yok	356 100%	800 94.9%	
Rapor	Var	4 1.1%	59 7.0%	<b>&lt;0.001</b>
	Yok	352 98.9%	784 93.0%	
Danışma	Var	10 2.8%	23 2.7%	1.00
	Yok	346 97.2%	820 97.3%	
Uyku-yeme problemleri	Var	10 2.8%	15 1.8%	0.271
	Yok	346 97.2%	828 98.2%	
İdrar- Kaka Kaçırma	Var	1 0.3%	8 0.9%	0.295
	Yok	355 99.7%	835 99.1%	
Takıntı-Tik-Cilt Saç Yolma Belirtileri	Var	3 0.8%	30 3.6%	<b>0.006</b>
	Yok	353 99.2%	813 96.4%	
Diğer Belirtiler	Var	7 2.0%	34 4.0%	0.082
	Yok	349 98.0%	809 96.0%	
Zıtlasma-öfke denetim problemleri-davranım problemleri	Var	36 10.1%	134 15.9%	<b>0.009</b>
	Yok	320 89.9%	709 84.1%	
Somatik Belirtiler	Var	33 9.3%	163 19.3%	<b>&lt;0.001</b>
	Yok	323 90.7%	680 80.7%	

p<0.05 anlamlıdır.

**Tablo 20. Ruhsal Tanılar**

<b>Ruhsal tanı</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
DEHB	203	16.9
Karşı olma karşı gelme-davranım bozukluğu	25	2.1
Uyum bozukluğu	81	6.8
Depresif bozukluk	160	13.3
Kayı bozuklukları	70	5.8
YGB	48	4.0
Psikotik bozukluklar	12	1.0
Somatik belirti ve ilişkili bozukluklar	63	5.3
Mental retardasyon	119	9.9
Konuşma ve dile özgü gelişimsel bozukluklar	44	3.7
Travma ve stresle ilişkili bozukluklar	29	2.4
Disosiyatif bozukluk	15	1.3
Normal	59	4.9
Tanı konulamayan	206	17.2
Diğer	38	3.2
OKB ve ilişkili bozukluklar-Tik bozuklukları	27	2.3
<b>Toplam</b>	<b>1199</b>	<b>100</b>
<b>2. Ruhsal tanı</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
DEHB	47	21.8
Karşı olma karşı gelme-davranım bozukluğu	30	13.9
Uyum bozukluğu	12	5.6
Depresif bozukluk	25	11.6
Kayı bozuklukları	10	4.6
YGB	8	3.7
Psikotik bozukluk	1	.5
Somatik belirti ve ilişkili bozukluklar	12	5.6
Mental retardasyon	39	18.1
Konuşma ve dile özgü gelişimsel bozukluklar	8	3.7
Travma ve stresle ilişkili bozukluklar	4	1.9
Diğer	10	4.6
OKB ve ilişkili bozukluklar-Tik bozuklukları	10	4.6
<b>Toplam</b>	<b>216</b>	<b>100</b>
<b>3. Ruhsal tanı</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
DEHB	5	12.8
Karşı olma karşı gelme-davranım bozukluğu	4	10.3
Uyum bozukluğu	2	5.1
Depresif bozukluk	4	10.3
Kayı bozuklukları	3	7.7
YGB	1	2.6
Somatik belirti ve ilişkili bozukluklar	1	2.6
Mental retardasyon	8	20.5
Diğer	8	20.5
OKB ve ilişkili bozukluklar-Tik bozuklukları	3	7.7
<b>Toplam</b>	<b>39</b>	<b>100</b>

DEHB: Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu, YGB:Yaygın gelişimsel bozukluk, OKB: Obsesif kompulsif bozukluk



#### **4.5. Ruhsal Tanılar**

Tanı dağılımları tablo 20'de verilmiştir. Tanı konulamayanlar % 17.2 (n=206) oranında saptandı. % 4.9'u (n=59) normal olarak değerlendirildi. En sık tanı % 16.9 (n=203) ile DEHB idi. Bunu depresif bozukluk % 13.3 (n=160), mental retardasyon % 9.9 (n=119) izledi. 216 kişide ikinci bir eş tanı mevcuttu. İkinci en sık eş tanı % 21.8 (n=47) ile DEHB idi. Bunu mental retardasyon % 18.1 (n=39), karşı olma karşı gelme bozukluğu-davranım bozukluğu % 13.9 (n=30) izledi. 39 kişide üçüncü bir eş tanı mevcuttu. En sık üçüncü eş tanılar mental retardasyon % 20.5 (n=8) ve diğer grubundaki tanılar % 20.5 (n=8) idi (tablo 20).

#### **4.5.1. Ruhsal Tanıların Yatan Hasta veya Ayaktan Hasta Olma Durumuna Göre Dağılımı**

Tanıların yatan hasta veya ayaktan hasta olma durumuna göre dağılımı tablo 21'de verilmiştir.

Yatan hastalarda tanı konulamayanlar % 22.2 (n=79) idi. En sık tanılar sırası ile % 29.5 (n=105) depresif bozukluk, % 16.6 (n=59) uyum bozukluğu, % 14 (n=50) DEHB idi. Yatan hastalarda depresif bozukluk ( $p<0.001$ ), uyum bozukluğu ( $p<0.001$ ), tanı konulamayanlar ( $p=0.003$ ) ayaktan başvurulara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptandı.

Ayaktan başvuran hastalarda tanı konulamayanlar % 15.1 (n=127) idi. En sık tanılar sırası ile % 24.3 (n=205) DEHB, %18.6 (n=157) mental retardasyon, % 10 (n=84) depresif bozukluk idi. Ayaktan başvurularda DEHB ( $p<0.001$ ), karşı olma karşı gelme bozukluğu-davranım bozukluğu ( $p=0.012$ ), YGB ( $p<0.001$ ), somatik bozukluklar ( $p<0.001$ ), mental retardasyon ( $p<0.001$ ), konuşma ve dile özgü gelişimsel bozukluklar ( $p<0.001$ ), OKB ve ilişkili bozukluklar-Tik bozuklukları ( $p=0.014$ ) anlamlı olarak yüksekti.

**Tablo 21.** Ruhsal Tanıların Yatan Hasta veya Ayaktan Hasta Olma Durumuna Göre Dağılımı

		Yatan Hasta	Ayaktan	p
DEHB	Var	50 14.0%	205 24.3%	<0.001
	Yok	306 86.0%	638 75.7%	
KOKGB-DB	Var	9 2.5%	50 5.9%	0.012
	Yok	347 97.5%	793 94.1%	
Uyum Bozukluğu	Var	59 16.6%	36 4.3%	<0.001
	Yok	297 83.4%	807 95.7%	
Depresif Bozukluk	Var	105 29.5%	84 10.0%	<0.001
	Yok	251 70.5%	759 90.0%	
Kaygı Bozuklukları	Var	22 6.2%	61 7.2%	0.618
	Yok	334 93.8%	782 92.8%	
Yaygın gelişimsel bozukluk	Var	1 0.3%	56 6.6%	<0.001
	Yok	355 99.7%	787 93.4%	
Psikotik Bozukluklar	Var	1 0.3%	12 1.4%	0.124
	Yok	355 99.7%	831 98.6%	
Somatik Bozukluklar	Var	6 1.7%	68 8.1%	<0.001
	Yok	350 98.3%	775 91.9%	
Mental Retardasyon	Var	10 2.8%	157 18.6%	<0.001
	Yok	346 97.2%	686 81.4%	
Konuşma ve dile özgü gelişimsel bozukluklar	Var	2 0.6%	50 5.9%	<0.001
	Yok	354 99.4%	793 94.1%	
Travma ile ilişkili Bozukluklar	Var	14 3.9%	19 2.3%	0.122
	Yok	342 96.1%	824 97.7%	
Disosiyatif Bozukluklar	Var	3 0.8%	12 1.4%	0.573
	Yok	353 99.2%	831 98.6%	
Normal	Var	20 5.6%	39 4.6%	0.467
	Yok	336 94.4%	804 95.4%	
Tanı Konulamayanlar	Var	79 22.2%	127 15.1%	0.003
	Yok	277 77.8%	716 84.9%	
Diğer Tanılar	Var	20 5.6%	36 4.3%	0.368
	Yok	336 94.4%	807 95.7%	
OKB ve ilişkili bozukluklar-Tik bozuklukları	Var	5 1.4%	35 4.2%	0.014
	Yok	351 98.6%	808 95.8%	

DEHB: Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu, KOKGB-DB: Karşı olma karşı gelme bozukluğu-davranım bozukluğu, OKB: Obsesif kompulsif bozukluk p<0.05 anlamlıdır.

**Tablo 22.** Ruhsal Tanıların Cinsiyetlere Göre Dağılımı

		Kız	Erkek	p
DEHB	Var	94 14.6%	161 28.9%	<0.001
	Yok	548 85.4%	396 71.1%	
KOKGB-DB	Var	18 2.8%	41 7.4%	0.007
	Yok	624 97.2%	516 92.6%	
Uyum Bozukluğu	Var	55 8.6%	40 7.2%	<0.001
	Yok	587 91.4%	517 92.8%	
Depresif Bozukluk	Var	137 21.3%	52 9.3%	<0.001
	Yok	505 78.7%	505 90.7%	
Kaygı Bozuklukları	Var	56 8.7%	27 4.8%	0.618
	Yok	586 91.3%	530 95.2%	
YGB	Var	10 1.6%	47 8.4%	<0.001
	Yok	632 98.4%	510 91.6%	
Psikotik Bozukluklar	Var	4 0.6%	9 1.6%	0.124
	Yok	638 99.4%	548 98.4%	
Somatik Bozukluklar	Var	55 8.6%	19 3.4%	<0.001
	Yok	587 91.4%	538 96.6%	
Mental Retardasyon	Var	59 9.2%	108 19.4%	<0.001
	Yok	583 90.8%	449 80.6%	
Konuşma ve dile özgü gelişimsel bozukluklar	Var	12 1.9%	40 7.2%	<0.001
	Yok	630 98.1%	517 92.8%	
Travma ile ilişkili Bozukluklar	Var	20 3.1%	13 2.3%	0.122
	Yok	622 96.9%	544 97.7%	
Disosiyatif Bozukluklar	Var	11 1.7%	4 0.7%	0.573
	Yok	631 98.3%	553 99.3%	
Normal	Var	36 5.6%	23 4.1%	0.467
	Yok	606 94.4%	534 95.9%	
Tanı Konulamayanlar	Var	134 20.9%	72 12.9%	0.003
	Yok	508 79.1%	485 87.1%	
Diğer Tanılar	Var	28 4.4%	28 5.0%	0.368
	Yok	614 95.6%	529 95.0%	
OKB ve ilişkili bozukluklar-tik bozuklukları	Var	21 3.3%	19 3.4%	0.014
	Yok	621 96.7%	538 96.6%	

DEHB: Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu, KOKGB-DB: Karşı olma karşı gelme bozukluğu-davranım bozukluğu, YGB: Yaygın gelişimsel bozukluk, OKB: Obsesif kompulsif bozukluk,  $p < 0.05$  anlamlıdır.

#### 4.5.2. Ruhsal Tanıların Cinsiyetlere Göre Dağılımı

Tanıların cinsiyete göre dağılımları tablo 22'de verilmiştir. Kızlarda en sık tanıları depresif bozukluk % 21.3 (n=137), DEHB % 14.6 (n=94), mental retardasyon % 9.2 (n=59), somatizasyon bozuklukları % 8.6 (n=55) idi. Kızlarda erkekler göre anlamlı olarak daha yüksek oranda konan tanıları şu şekilde oldu: Depresif bozukluk (p<0.001), uyum bozukluğu (p<0.001), OKB ve ilişkili bozukluklar-tik bozuklukları (p=0.014), somatik bozukluklar(p<0.001).

Erkeklerde en sık tanıları DEHB % 28.9 (n= 161), mental retardasyon % 19.4 (n=108) depresif bozukluk % 9.3 (n=52), YGB % 8.4 (n=47) olarak belirlendi. Erkeklerde DEHB(p<0.001), karşı olma karşı gelme bozukluğu-davranım bozukluğu (p=0.007) YGB (p<0.001), mental retardasyon (p<0.001), konuşma ve dile özgü gelişimsel bozukluklar (p<0.001) istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksekti.

#### 4.5.3. Ruhsal Tanıların Yaş Gruplarına Göre Dağılımı

Tanıların yaş gruplarında dağılımları tablo 23'de verilmiştir.0-3 yaş grubunda en sık tanıları mental retardasyon % 30 (n=33), YGB % 16.4 (n=18), konuşma ve dile özgü gelişimsel bozukluklar % 12.7 (n=14) idi.

4-6 yaş grubunda en sık tanıları DEHB % 31.9 (n=51), mental retardasyon % 25 (n=40), konuşma ve dile özgü gelişimsel bozukluklar % 14.4(n=23) idi. Diğer yaş gruplarına göre YGB (p<0.001), konuşma ve dile özgü gelişimsel bozukluklar (p<0.001) istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptandı.

7-9 yaş grubunda en sık tanıları DEHB % 47 (n=71), mental retardasyon % 22.5 (n=34), YGB %8.6 (n=13) idi. Diğer yaş gruplarına göre DEHB (p<0.001), istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptandı.

10-12 yaş grubunda en sık tanıları DEHB % 25.5 (n=41), mental retardasyon % 16.1 (n=26), depresif bozukluk % 10.6 (n=17) idi.

13-15 yaş grubunda en sık tanıları depresif bozukluk % 24.8 (n=74), DEHB % 15.4 (n=46), kaygı bozuklukları % 11.1 (n=33) idi. Kaygı bozuklukları 13-15 ve 16-18 yaş gruplarında diğerlerinde göre istatistiksel olarak anlamlı oranda yüksekti (p<0.001).

**Tablo 23. Ruhsal Tanıların Yaş Gruplarına Göre Dağılımı**

		Yaş Grupları						p
		0-3	4-6	7-9	10-12	13-15	16-18	
DEHB	Var	10 9.1%	51 31.9%	71 47.0%	41 25.5%	46 15.4%	36 11.3%	<0.001
	Yok	100 90.9%	109 68.1%	80 53.0%	120 74.5%	252 84.6%	283 88.7%	
KOKGB-DB	Var	2 1.8%	7 4.4%	7 4.6%	14 8.7%	13 4.4%	16 5.0%	0.186
	Yok	108 98.2%	153 95.6%	144 95.4%	147 91.3%	285 95.6%	303 95.0%	
Uyum Bozukluğu	Var	3 2.7%	14 8.8%	12 7.9%	15 9.3%	24 8.1%	27 8.5%	0.443
	Yok	107 97.3%	146 91.3%	139 92.1%	146 90.7%	274 91.9%	292 91.5%	
Depresif Bozukluk	Var	0 0.0%	2 1.3%	3 2.0%	17 10.6%	74 24.8%	93 29.2%	<0.001
	Yok	110 100%	158 98.8%	148 98.0%	144 89.4%	224 75.2%	226 70.8%	
Kaygı Bozuklukları	Var	0 0.0%	7 4.4%	4 2.6%	6 3.7%	33 11.1%	33 10.3%	<0.001
	Yok	110 100%	153 95.6%	147 97.4%	155 96.3%	265 88.9%	286 89.7%	
YGB	Var	18 16.4%	20 12.5%	13 8.6%	2 1.2%	1 0.3%	3 0.9%	<0.001
	Yok	92 83.6%	140 87.5%	138 91.4%	159 98.8%	297 99.7%	316 99.1%	
Psikotik Bozukluklar	Var	0 0.0%	0 0.0%	2 1.3%	1 0.6%	6 2.0%	4 1.3%	0.138
	Yok	110 100%	160 100%	149 98.7%	160 99.4%	292 98.0%	315 98.7%	
Somatik Bozukluklar	Var	0 0.0%	2 1.3%	4 2.6%	11 6.8%	28 9.4%	29 9.1%	<0.001
	Yok	110 100%	158 98.8%	147 97.4%	150 93.2%	270 90.6%	290 90.9%	
Mental Retardasyon	Var	33 30.0%	40 25.0%	34 22.5%	26 16.1%	23 7.7%	11 3.4%	<0.001
	Yok	77 70.0%	120 75.0%	117 77.5%	135 83.9%	275 92.3%	308 96.6%	
Konuşma ve dile özgü gelişimsel bozukluklar	Var	14 12.7%	23 14.4%	7 4.6%	5 3.1%	1 0.3%	2 0.6%	<0.001
	Yok	96 87.3%	137 85.6%	144 95.4%	156 96.9%	297 99.7%	317 99.4%	
Travma ile ilişkili Bozukluklar	Var	0 0.0%	3 1.9%	5 3.3%	6 3.7%	11 3.7%	8 2.5%	0.372
	Yok	110 100%	157 98.1%	146 96.7%	155 96.3%	287 96.3%	311 97.5%	
Disosiyatif Bozukluklar	Var	0 0.0%	1 0.6%	0 0.0%	3 1.9%	5 1.7%	6 1.9%	0.113
	Yok	110 100%	159 99.4%	151 100%	158 98.1%	293 98.3%	313 98.1%	
Normal	Var	5 4.5%	4 2.5%	8 5.3%	11 6.8%	18 6.0%	13 4.1%	0.463
	Yok	105 95.5%	156 97.5%	143 94.7%	150 93.2%	280 94.0%	306 95.9%	
Tanı Konulamayanlar	Var	27 24.5%	23 14.4%	18 11.9%	26 16.1%	46 15.4%	66 20.7%	0.042
	Yok	83 75.5%	137 85.6%	133 88.1%	135 83.9%	252 84.6%	253 79.3%	
Diğer Tanılar	Var	1 0.9%	5 3.1%	6 4.0%	8 5.0%	15 5.0%	21 6.6%	0.202
	Yok	109 99.1%	155 96.9%	145 96.0%	153 95.0%	283 95.0%	298 93.4%	
OKB ve ilişkili bozukluklar-tik bozuklukları	Var	1 0.9%	4 2.5%	6 4.0%	8 5.0%	12 4.0%	9 2.8%	0.469
	Yok	109 99.1%	156 97.5%	145 96.0%	153 95.0%	286 96.0%	310 97.2%	

DEHB: Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu, KOKGB-DB: Karşı olma karşı gelme bozukluğu-davranım bozukluğu, YGB: Yaygın gelişimsel bozukluk, OKB: Obsesif kompulsif bozukluk p<0.05 anlamlıdır.

16-18 yaş grubunda en sık tanılar depresif bozukluk % 29.2 (n=93), DEHB % 11.3 (n=36), kaygı bozuklukları % 10.3 (n=33) idi. Diğer yaş gruplarına göre depresif bozukluk(p<0.001), somatik bozukluklar (p<0.001), tanı konulamayanlar (p<0.001) istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptandı.

#### **4.5.4. Ruhsal Tanıların Organik Hastalıklara Göre Dağılımı**

Tanıların organik hastalıklara göre dağılımı tablo 24' de verilmiştir.

Sadece epilepsisi olan olgularda mental retardasyon % 36.1 (n=43) ile en sık tanı idi. Bunu sıra ile DEHB % 29.4 (n=35), YGB %9.2 (n=11) izledi. DEHB (p<0.001), YGB (p<0.001),somatik bozukluklar (p=0.001), mental retardasyon (p<0.001) sadece epilepsisi olan olgularda anlamlı olarak yüksekti.

Sadece alerji-astım olan olgularda DEHB % 30.0 (n=9) ile en sık tanı idi. Bunu % 26.7 (n=8) ile depresif bozukluk izledi.

Sadece kardiovasküler hastalığı olan olgularda % 29.4 'üne (n=5) tanı konulamamıştır. En sık tanılar % 17.6 (n=3) somatik bozukluklar ve % 17.6 (n=3) mental retardasyon idi.

Sadece nefrolojik problemleri olanlarda en sık tanı % 24.3 (n=9) ile uyum bozukluğu idi.

Sadece gastrointestinal sistem problemi olanlarda en sık tanı % 26.9 (n=7) ile depresif bozukluk idi.

İşitme engeli olanların % 51.1'ine tanı konulamamış, % 21.3'ü (n=10) normal olarak değerlendirilmiştir. Tanı konulanlar arasında en sık tanı % 19.1 (n=9) ile konuşma ve dile özgü gelişimsel bozukluklar idi. Konuşma ve dile özgü gelişimsel bozukluklar (p<0.001), işitme engeli olanlarda diğerlerine göre anlamlı düzeyde yüksek saptandı.

Tümörleri olan olgularda en sık tanılar uyum bozukluğu % 40.2 (n=33), depresif bozukluk % 15.9 (n=13) idi. Depresif bozukluk (p<0.001), uyum bozukluğu (p<0.001) istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksekti.

Hematolojik hastalığı olan olgularda en sık tanılar % 22.2 (n=4) ile DEHB ve % 22.2 (n=4) ile kaygı bozuklukları idi.

Travma geçiren olgularda en sık tanı % 37.1 (n=13) ile travma ile ilişkili bozukluklar idi. Travma ile ilişkili bozukluklar (p<0.001) travma geçiren olgularda anlamlı düzeyde yüksekti.

**Tablo 24. Ruhsal Tanıların Organik Hastalıklara Göre Dağılımı**

		Epilepsi	AA	KVSH	NP	GISP	İE	tümör	HH	travma	diğer	eş tanı	p
<b>DEHB</b>	Var	35 29.4%	9 30.0%	1 5.9%	8 21.6%	2 7.7%	2 4.3%	7 8.5%	4 22.2%	5 14.3%	23 15.4%	11 33.3%	<b>&lt;0.001</b>
	Yok	84 70.6%	21 70.0%	16 94.1%	29 78.4%	24 92.3%	45 95.7%	75 91.5%	14 77.8%	30 85.7%	126 84.6%	22 66.7%	
<b>Uyum bozukluğu</b>	Var	1 .8%	1 3.3%	0 0.0%	9 24.3%	6 23.1%	0 0.0%	33 40.2%	1 5.6%	1 2.9%	22 14.8%	4 12.1%	<b>&lt;0.001</b>
	Yok	118 99.2%	29 96.7%	17 100%	28 75.7%	20 76.9%	47 100%	49 59.8%	17 94.4%	34 97.1%	127 85.2%	29 87.9%	
<b>KOKGB-DB</b>	Var	8 6.7%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	1 2.1%	4 4.9%	1 5.6%	2 5.7%	9 6.0%	4 12.1%	0.102
	Yok	111 93.3%	30 100%	17 100%	37 100%	26 100%	46 97.9%	78 95.1%	17 94.4%	33 94.3%	140 94.0%	29 87.9%	
<b>Depresif bozukluk</b>	Var	8 6.7%	8 26.7%	1 5.9%	4 10.8%	7 26.9%	0 0.0%	13 15.9%	3 16.7%	5 14.3%	12 8.1%	3 9.1%	<b>0.001</b>
	Yok	111 93.3%	22 73.3%	16 94.1%	33 89.2%	19 73.1%	47 100%	69 84.1%	15 83.3%	30 85.7%	137 91.9%	30 90.9%	
<b>Kaygı bozukluklar</b>	Var	9 7.6%	3 10.0%	0 0.0%	5 13.5%	2 7.7%	1 2.1%	3 3.7%	4 22.2%	0 0.0%	14 9.4%	1 3.0%	<b>0.026</b>
	Yok	110 92.4%	27 90.0%	17 100%	32 86.5%	24 92.3%	46 97.9%	79 96.3%	14 77.8%	35 100%	135 90.6%	32 97.0%	
<b>YGB</b>	Var	11 9.2%	0 0.0%	1 5.9%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	9 6.0%	0 0.0%	<b>&lt;0.001</b>
	Yok	108 90.8%	30 100%	16 94.1%	37 100%	26 100%	47 100%	82 100%	18 100%	35 100%	140 94.0%	33 100%	
<b>Psikotik bozukluklar</b>	Var	2 1.7%	1 3.3%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	1 .7%	1 3.0%	0.661
	Yok	117 98.3%	29 96.7%	17 100%	37 100%	26 100%	47 100%	82 100%	18 100%	35 100%	148 99.3%	32 97.0%	
<b>Somatik bozukluklar</b>	Var	8 6.7%	3 10.0%	3 17.6%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	1 2.9%	2 1.3%	2 6.1%	<b>0.001</b>
	Yok	111 93.3%	27 90.0%	14 82.4%	37 100%	26 100%	47 100%	82 100%	18 100%	34 97.1%	147 98.7%	31 93.9%	

DEHB: Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu, KOKGB-DB: Karşı olma karşı gelme bozukluğu-davranım bozukluğu, YGB: Yaygın gelişimsel bozukluk AA: Allerji-astım, KVSH: kardiyovasküler sistem hastalıkları, NP: Nefrolojik problemler, GISP:Gastrointestinalsistem problemleri, İE:işitme engeli, HH:hematolojik hastalıklar p<0.05 anlamlıdır.

**Tablo 24. Ruhsal Tanıların Organik Hastalıklara Göre Dağılımı (devamı)**

		Epilepsi	AA	KVSH	NP	GISP	İE	tümör	HH	travma	diğer	eş tanı	p
<b>MR</b>	Var	43 36.1%	0 0.0%	3 17.6%	6 16.2%	2 7.7%	4 8.5%	4 4.9%	1 5.6%	4 11.4%	37 24.8%	9 27.3%	<b>&lt;0.001</b>
	Yok	76 63.9%	30 100%	14 82.4%	31 83.8%	24 92.3%	43 91.5%	78 95.1%	17 94.4%	31 88.6%	112 75.2%	24 72.7%	
<b>KDÖGB</b>	Var	5 4.2%	2 6.7%	1 5.9%	0 0.0%	0 0.0%	9 19.1%	0 0.0%	0 0.0%	1 2.9%	2 1.3%	0 0.0%	<b>P&lt;0.001</b>
	Yok	114 95.8%	28 93.3%	16 94.1%	37 100%	26 100%	38 80.9%	82 100%	18 100%	34 97.1%	147 98.7%	33 100%	
<b>TİB</b>	Var	2 1.7%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	1 1.2%	0 0.0%	13 37.1%	4 2.7%	1 3.0%	<b>&lt;0.001</b>
	Yok	117 98.3%	30 100%	17 100%	37 100%	26 100%	47 100%	81 98.8%	18 100%	22 62.9%	145 97.3%	32 97.0%	
<b>DisB</b>	Var	1 .8%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	1 3.8%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	2 1.3%	0 0.0%	0.752
	Yok	118 99.2%	30 100%	17 100%	37 100%	25 96.2%	47 100%	82 100%	18 100%	35 100%	147 98.7%	33 100%	
<b>Normal</b>	Var	1 .8%	1 3.3%	1 5.9%	3 8.1%	4 15.4%	10 21.3%	10 12.2%	3 16.7%	1 2.9%	6 4.0%	1 3.0%	<b>&lt;0.001</b>
	Yok	118 99.2%	29 96.7%	16 94.1%	34 91.9%	22 84.6%	37 78.7%	72 87.8%	15 83.3%	34 97.1%	143 96.0%	32 97.0%	
<b>TK</b>	Var	9 7.6%	3 10.0%	5 29.4%	5 13.5%	5 19.2%	24 51.1%	11 13.4%	3 16.7%	4 11.4%	27 18.1%	4 12.1%	<b>&lt;0.001</b>
	Yok	110 92.4%	27 90.0%	12 70.6%	32 86.5%	21 80.8%	23 48.9%	71 86.6%	15 83.3%	31 88.6%	122 81.9%	29 87.9%	
<b>Diğer tanıları</b>	Var	3 2.5%	3 10.0%	1 5.9%	2 5.4%	0 0.0%	0 0.0%	1 1.2%	0 0.0%	2 5.7%	11 7.4%	1 3.0%	0.082
	Yok	116 97.5%	27 90.0%	16 94.1%	35 94.6%	26 100%	47 100%	81 98.8%	18 100%	33 94.3%	138 92.6%	32 97.0%	
<b>OKBİB-TB</b>	Var	3 2.5%	3 10.0%	0 0.0%	1 2.7%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	1 5.6%	1 2.9%	3 2.0%	0 0.0%	0.152
	Yok	116 97.5%	27 90.0%	17 100%	36 97.3%	26 100%	47 100%	82 100%	17 94.4%	34 97.1%	146 98.0%	33 100%	

MR: Mental retardasyon, KDÖGB: Konuşma ve dile özgü gelişimsel bozukluklar, TİB: Travma ile ilişkili bozukluklar, DisB: Disosiyatif bozukluklar, TK: Tanı konulamayanlar, OKBİB-TB: obsesif kompulsif bozukluk ve ilişkili bozukluklar-tik bozuklukları, AA: allerji-astım, KVSH: kardiovasküler sistem hastalıkları, NP: Nefrolojik problemler, GISP: Gastrointestinal sistem problemleri, İE: işitme engeli, HH: hematolojik hastalıklar p<0.05 anlamlıdır.



#### 4.5.5.Ruhsal Tanıların Konsültasyon İsteyen Bölümlere Göre

##### Dağılımı

Tanıların konsültasyon isteyen bölümlere göre dağılımları Tablo 25'te verilmiştir.

**Tablo 25.** Ruhsal Tanıların Konsültasyon İsteyen Bölümlere Göre Dağılımı

		ÇSH	KBB	ortopedi	ÇC	cildiye	üroloji	BC	diğer	göz	PC	p
<b>DEHB</b>	Var	222 21.3%	4 7.5%	7 28.0%	5 23.8%	4 17.4%	4 66.7%	2 20.0%	1 25.0%	3 37.5%	3 42.9%	0.051
	Yok	820 78.7%	49 92.5%	18 72.0%	16 76.2%	19 82.6%	2 33.3%	8 80.0%	3 75.0%	5 62.5%	4 57.1%	
<b>KOKGB-DB</b>	Var	50 4.8%	0 0.0%	3 12.0%	0 0.0%	0 0.0%	2 33.3%	2 20.0%	0 0.0%	2 25.0%	0 0.0%	0.004
	Yok	992 95.2%	53 100%	22 88.0%	21 100%	23 100%	4 66.7%	8 80.0%	4 100%	6 75.0%	7 100%	
<b>UB</b>	Var	85 8.2%	0 0.0%	5 20.0%	1 4.8%	2 8.7%	0 0.0%	2 20.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0.031
	Yok	957 91.8%	53 100%	20 80.0%	20 95.2%	21 91.3%	6 100%	8 80.0%	4 100%	8 100%	7 100%	
<b>DBo</b>	Var	175 16.8%	2 3.8%	4 16.0%	3 14.3%	2 8.7%	0 0.0%	1 10.0%	0 0.0%	2 25.0%	0 0.0%	0.061
	Yok	867 83.2%	51 96.2%	21 84.0%	18 85.7%	21 91.3%	6 100%	9 90.0%	4 100%	6 75.0%	7 100%	
<b>KB</b>	Var	76 7.3%	1 1.9%	2 8.0%	1 4.8%	1 4.3%	1 16.7%	0 0.0%	1 25.0%	0 0.0%	0 0.0%	0.429
	Yok	966 92.7%	52 98.1%	23 92.0%	20 95.2%	22 95.7%	5 83.3%	10 100%	3 75.0%	8 100%	7 100%	
<b>YGB</b>	Var	54 5.2%	0 0.0%	1 4.0%	0 0.0%	1 4.3%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	1 14.3%	0.254
	Yok	988 94.8%	53 100%	24 96.0%	21 100%	22 95.7%	6 100%	10 100%	4 100%	8 100%	6 85.7%	
<b>PBo</b>	Var	11 1.1%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	1 4.3%	0 0.0%	1 10.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0.662
	Yok	1031 98.9%	53 100%	25 100%	21 100%	22 95.7%	6 100%	9 90.0%	4 100%	8 100%	7 100%	

DEHB: Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu, KOKGB-DB: Karşı olma karşı gelme bozukluğu-davranım bozukluğu, UB:Uyum bozukluğu, DBo:Depresif bozukluk, KB:Kaygı bozuklukları, YGB: Yaygın gelişimsel bozukluk, PBo:Psikotik bozukluklar ÇSH çocuk sağlığı ve hastalıkları, KBB: Kulak burun boğaz, ÇC:Çocuk cerrahisi, BC:Beyin cerrahisi, PC: Plastik cerrahisi, p<0.05 anlamlıdır

**Tablo 25.** Ruhsal Tanıların Konsültasyon İsteyen Bölümlere Göre Dağılımı (devamı)

		ÇSH	KBB	ortopedi	ÇC	cildiye	üroloji	BC	diğer	göz	PC	p
<b>SBo</b>	Var	73 7.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	1 10.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	<b>0.017</b>
	Yok	969 93.0%	53 100%	25 100%	21 100%	23 100%	6 100%	9 90.0%	4 100%	8 100%	7 100%	
<b>MR</b>	Var	148 14.2%	7 13.2%	1 4.0%	2 9.5%	2 8.7%	0 0.0%	0 0.0%	1 25.0%	3 37.5%	3 42.9%	<b>0.087</b>
	Yok	894 85.8%	46 86.8%	24 96.0%	19 90.5%	21 91.3%	6 100%	10 100%	3 75.0%	5 62.5%	4 57.1%	
<b>KDÖGB</b>	Var	43 4.1%	9 17.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	<b>0.011</b>
	Yok	999 95.9%	44 83.0%	25 100%	21 100%	23 100%	6 100%	10 100%	4 100%	8 100%	7 100%	
<b>TİB</b>	Var	22 2.1%	0 0.0%	4 16.0%	3 14.3%	0 0.0%	0 0.0%	1 10.0%	1 25.0%	0 0.0%	2 28.6%	<b>&lt;0.001</b>
	Yok	1020 97.9%	53 100%	21 84.0%	18 85.7%	23 100%	6 100%	9 90.0%	3 75.0%	8 100%	5 71.4%	
<b>DisB</b>	Var	15 1.4%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	<b>0.895</b>
	Yok	1027 98.6%	53 100%	25 100%	21 100%	23 100%	6 100%	10 100%	4 100%	8 100%	7 100%	
<b>Normal</b>	Var	47 4.5%	10 18.9%	1 4.0%	0 0.0%	1 4.3%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	<b>0.022</b>
	Yok	995 95.5%	43 81.1%	24 96.0%	21 100%	22 95.7%	6 100%	10 100%	4 100%	8 100%	7 100%	
<b>TK</b>	Var	160 15.4%	25 47.2%	3 12.0%	6 28.6%	11 47.8%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	1 12.5%	0 0.0%	<b>&lt;0.001</b>
	Yok	882 84.6%	28 52.8%	22 88.0%	15 71.4%	12 52.2%	6 100%	10 100%	4 100%	7 87.5%	7 100%	
<b>Diğer tanıları</b>	Var	49 4.7%	0 0.0%	3 12.0%	2 9.5%	0 0.0%	1 16.7%	1 10.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	<b>0.130</b>
	Yok	993 95.3%	53 100%	22 88.0%	19 90.5%	23 100%	5 83.3%	9 90.0%	4 100%	8 100%	7 100%	
<b>OKBİB-TB</b>	Var	38 3.6%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	1 4.3%	1 16.7%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	<b>0.290</b>
	Yok	1004 96.4%	53 100%	25 100%	21 100%	22 95.7%	5 83.3%	10 100%	4 100%	8 100%	7 100%	

SBo: Somatik bozukluklar, MR: Mental retardasyon, KDÖGB: Konuşma ve dile özgü gelişimsel bozukluklar, TİB: Travma ile ilişkili bozukluklar, DisB: Disosiyatif bozukluklar, TK: Tanı konulamayanlar, OKBİB-TB: Obsesif kompulsif bozukluk ve ilişkili bozukluklar-tik bozuklukları, ÇSH çocuk sağlığı ve hastalıkları, KBB: Kulak burun boğaz, ÇC: Çocuk cerrahisi, BC: Beyin cerrahisi, PC: Plastik cerrahisi, p<0.05 anlamlıdır.

Çocuk sağlığı ve hastalıkları bölümünden konsülte edilen olgularda en sık tanılar % 21.3 (n=222) DEHB, % 16.8 (n=175) depresif bozukluk, % 14.2 (n=148) mental retardasyon idi. Karşı olma karşı gelme bozukluğu-davranım bozukluğu (p=0.004), uyum bozukluğu (p=0.031), somatik bozukluklar (p=0.017) konuşma ve dile özgü gelişimsel bozukluklar (p=0.011), travma ile ilişkili bozukluklar (p<0.001), normal (p=0.002), tanı konulamayanlar (p<0.001) çocuk sağlığı ve hastalıkları bölümünde istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptandı.

Çocuk cerrahisi bölümünden konsülte edilen olgularda en sık tanı % 23.8 (n=5) DEHB idi.

Cildiye bölümünden konsülte edilen olgularda en sık tanı % 17.4 (n=4) DEHB idi. % 47.8 'ine (n=11) tanı konulamamıştır.

Ortopedi bölümünden konsülte edilen olgularda en sık tanı % 28 (n=7) DEHB idi.

KBB bölümünden konsülte edilen olgularda en sık tanı % 17 (n=9) konuşma ve dile özgü gelişimsel bozukluklar idi. % 18.9'u (n=10) normal olarak değerlendirildi.

Üroloji bölümünden konsülte edilen olgularda en sık tanı % 66.7 (n=4) DEHB idi.

Göz bölümünden konsülte edilen olgularda en sık tanılar % 37.5 (n=3) DEHB, % 37.5 (n=3) mental retardasyon idi.

Plastik cerrahi bölümünden konsülte edilen olgularda en sık tanılar % 42.9 (n=3) DEHB, % 42.9 (n=3) mental retardasyon idi.

#### **4.5.6. Ruhsal Tanıların Konsültasyon İsteyen Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Alt Birimlerine Göre Dağılımları**

Tanıların konsültasyon istenen çocuk sağlığı ve hastalıkları alt birimlerine göre dağılımları Tablo26'da verilmiştir. Genel Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları bölümünden konsülte edilen olgularda en sık tanılar % 23.9 (n=38) DEHB, % 15.1 (n=24) mental retardasyon, % 11.9 (n=19) depresif bozukluklar şeklinde idi. Normal olarak değerlendirilen (p<0.001) olgular diğer bölümlere göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptandı.

**Tablo 26. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Alt Birimlerine Göre Tanı Dağılımları**

		GÇSH	ÇYB	ÇA	ÇNö	ÇK	ÇO	ÇH	ÇE	ÇGE	ÇNe	p
DEHB	Var	38 23.9%	14 23.7%	39 16.1%	108 27.3%	5 29.4%	3 5.8%	6 15.0%	2 8.0%	1 4.5%	6 20.7%	0.001
	Yok	121 76.1%	45 76.3%	203 83.9%	287 72.7%	12 70.6%	49 94.2%	34 85.0%	23 92.0%	21 95.5%	23 79.3%	
KOKGB-DB	Var	0 0.0%	2 3.4%	15 6.2%	22 5.6%	3 17.6%	3 5.8%	4 10.0%	0 0.0%	0 0.0%	1 3.4%	0.001
	Yok	159 100%	57 96.6%	227 93.8%	373 94.4%	14 82.4%	49 94.2%	36 90.0%	25 100%	22 100%	28 96.6%	
UB	Var	9 5.7%	5 8.5%	10 4.1%	10 2.5%	0 0.0%	19 36.5%	12 30.0%	8 32.0%	5 22.7%	7 24.1%	<0.001
	Yok	150 94.3%	54 91.5%	232 95.9%	385 97.5%	17 100%	33 63.5%	28 70.0%	17 68.0%	17 77.3%	22 75.9%	
DBo	Var	19 11.9%	18 30.5%	84 34.7%	28 7.1%	2 11.8%	9 17.3%	5 12.5%	2 8.0%	4 18.2%	3 10.3%	<0.001
	Yok	140 88.1%	41 69.5%	158 65.3%	367 92.9%	15 88.2%	43 82.7%	35 87.5%	23 92.0%	18 81.8%	26 89.7%	
KB	Var	15 9.4%	2 3.4%	18 7.4%	26 6.6%	4 23.5%	1 1.9%	3 7.5%	2 8.0%	2 9.1%	2 6.9%	0.397
	Yok	144 90.6%	57 96.6%	224 92.6%	369 93.4%	13 76.5%	51 98.1%	37 92.5%	23 92.0%	20 90.9%	27 93.1%	
YGB	Var	10 6.3%	0 0.0%	1 0.4%	43 10.9%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	<0.001
	Yok	149 93.7%	59 100%	241 99.6%	352 89.1%	17 100%	52 100%	40 100%	25 100%	22 100%	29 100%	
PBo	Var	2 1.3%	1 1.7%	3 1.2%	4 1.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	1 4.5%	0 0.0%	0.818
	Yok	157 98.7%	58 98.3%	239 98.8%	391 99.0%	17 100%	52 100%	40 100%	25 100%	21 95.5%	29 100%	
SBo	Var	4 2.5%	1 1.7%	36 14.9%	25 6.3%	3 17.6%	0 0.0%	0 0.0%	1 4.0%	2 9.1%	1 3.4%	<0.001
	Yok	155 97.5%	58 98.3%	206 85.1%	370 93.7%	14 82.4%	52 100%	40 100%	24 96.0%	20 90.9%	28 96.6%	
MR	Var	24 15.1%	0 0.0%	5 2.1%	105 26.6%	1 5.9%	2 3.8%	2 5.0%	4 16.0%	1 4.5%	4 13.8%	<0.001
	Yok	135 84.9%	59 100%	237 97.9%	290 73.4%	16 94.1%	50 96.2%	38 95.0%	21 84.0%	21 95.5%	25 86.2%	

DEHB: Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu, KOKGB-DB: Karşı olma karşı gelme bozukluğu-davranım bozukluğu, UB:Uyum bozukluğu, DBo:Depresif bozukluk, KB:Kaygı bozuklukları, YGB: Yaygın gelişimsel bozukluk, PBo:Psikotik bozukluklar, GÇSH: Genel çocuk sağlığı ve hastalıkları, ÇYB: Çocuk yoğun bakım, ÇA: Çocuk acil, ÇNö: Çocuk nöroloji, ÇK:Çocuk kardiyoloji, ÇO:Çocuk onkoloji, ÇH:Çocuk hematoloji, ÇE: Çocuk enfeksiyon, ÇGE: Çocuk gastroenteroloji, ÇNe:Çocuk nefroloji, p<0.05 anlamlıdır.

**Tablo 26. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Alt Birimlerine Göre Tanı Dağılımları (devamı)**

		GÇSH	ÇYB	ÇA	ÇNö	ÇK	ÇO	ÇH	ÇE	ÇGE	ÇNe	p
<b>KDÖGB</b>	Var	3 1.9%	0 0.0%	0 0.0%	36 9.1%	1 5.9%	0 0.0%	2 5.0%	1 4.0%	0 0.0%	0 0.0%	<b>&lt;0.001</b>
	Yok	156 98.1%	59 100%	242 100%	359 90.9%	16 94.1%	52 100%	38 95.0%	24 96.0%	22 100%	29 100%	
<b>TİB</b>	Var	3 1.9%	3 5.1%	6 2.5%	8 2.0%	0 0.0%	0 0.0%	1 2.5%	1 4.0%	0 0.0%	0 0.0%	0.596
	Yok	156 98.1%	56 94.9%	236 97.5%	387 98.0%	17 100%	52 100%	39 97.5%	24 96.0%	22 100%	29 100%	
<b>DisB</b>	Var	6 3.8%	1 1.7%	5 2.1%	3 0.8%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0.227
	Yok	153 96.2%	58 98.3%	237 97.9%	392 99.2%	17 100%	52 100%	40 100%	25 100%	22 100%	29 100%	
<b>Normal</b>	Var	12 7.5%	5 8.5%	4 1.7%	5 1.3%	0 0.0%	10 19.2%	4 10.0%	2 8.0%	2 9.1%	3 10.3%	<b>&lt;0.001</b>
	Yok	147 92.5%	54 91.5%	238 98.3%	390 98.7%	17 100%	42 80.8%	36 90.0%	23 92.0%	20 90.9%	26 89.7%	
<b>TK</b>	Var	21 13.2%	9 15.3%	50 20.7%	48 12.2%	3 17.6%	8 15.4%	8 20.0%	4 16.0%	5 22.7%	4 13.8%	0.300
	Yok	138 86.8%	50 84.7%	192 79.3%	347 87.8%	14 82.4%	44 84.6%	32 80.0%	21 84.0%	17 77.3%	25 86.2%	
<b>Diğer tanılar</b>	Var	10 6.3%	7 11.9%	16 6.6%	12 3.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	3 12.0%	1 4.5%	0 0.0%	<b>0.003</b>
	Yok	149 93.7%	52 88.1%	226 93.4%	383 97.0%	17 100%	52 100%	40 100%	22 88.0%	21 95.5%	29 100%	
<b>OKBİB-TB</b>	Var	7 4.4%	14 23.7%	10 4.1%	17 4.3%	1 5.9%	0 0.0%	1 2.5%	0 0.0%	0 0.0%	2 6.9%	0.129
	Yok	152 95.6%	45 76.3%	232 95.9%	378 95.7%	16 94.1%	52 100%	39 97.5%	25 100%	22 100%	27 93.1%	

KDÖGB: Konuşma ve dile özgü gelişimsel bozukluklar, TİB: Travma ile ilişkili bozukluklar, DisB: Disosiyatif bozukluklar, TK: Tanı konulamayanlar, OKBİB-TB: obsesif kompulsif bozukluk ve ilişkili bozukluklar-tık bozuklukları, GÇSH: Genel çocuk sağlığı ve hastalıkları, ÇYB: Çocuk yoğun bakım, ÇA: Çocuk acil, ÇNö: Çocuk nöroloji, ÇK: Çocuk kardiyoloji, ÇO: Çocuk onkoloji, ÇH: Çocuk hematoloji, ÇE: Çocuk enfeksiyon, ÇGE: Çocuk gastroenteroloji, ÇNe: Çocuk nefroloji, p<0.05 anlamlıdır.

Çocuk acil bölümden konsülte edilen olgularda en sık tanı % 34 (n=84) depresif bozukluk idi. Depresif bozukluk (p<0.001), somatik bozukluklar (p<0.001), diğer tanılar (p<0.001) anlamlı düzeyde yüksekti.

Çocuk yoğun bakım bölümden konsülte edilen olgularda en sık tanı % 31.1 (n=19) depresif bozukluk idi.

Çocuk nöroloji bölümünden konsülte edilen olgularda en sık tanılar sırasıyla; DEHB % 27.3 (n=108), mental retardasyon %26.6 (n=105), YGB %

10.9 (n=43) idi. % 12.2.'sine (n=48) tanı konulamamıştır. Diğer bölümlere göre DEHB (p=0.001), karşı olma karşı gelme-davranış bozukluğu (p=0.001), mental retardasyon (p<0.001), YGB (p<0.001), konuşma ve dile özgü gelişimsel bozukluklar (p<0.001) istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek idi.

Çocuk kardiyoloji bölümünden konsülte edilen olgularda en sık tanı DEHB % 29.4 (n=5) idi.

Çocuk onkoloji bölümünden konsülte edilen olgularda en sık tanı % 36.5 (n=19) ile uyum bozukluğu idi. Uyum bozukluğu (p<0.001) diğer bölümlere göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptandı.

Çocuk hematoloji bölümünden konsülte edilen olgularda en sık tanı % 30 (n=12) ile uyum bozukluğu idi.

Çocuk enfeksiyon bölümünden konsülte edilen olgularda uyum bozukluğu (n=8) en sık tanı idi.

Çocuk gastroenteroloji bölümünden konsülte edilen olgularda % 22.7'sine (n=5) tanı konulamamıştır. En sık tanı % 22.7 (n=5) ile uyum bozukluğu idi.

Çocuk nefroloji bölümünden konsülte edilen olgularda en sık tanıları sırasıyla; % 24.1 (n=7) ile uyum bozukluğu, % 20.7 (n=6) DEHB idi.

#### **4.5.7. Kontrole Gelme Durumlarına Göre Tanı Dağılımları**

Kontrole gelme durumlarına göre tanı dağılımları tablo 27'de gösterilmiştir.

Kontrol önerilen 1183 olgudan % 41.6'si (n=492) kontrole gelmiştir. DEHB p (<0.001), karşı olma karşı gelme bozukluğu-davranım bozukluğu (p=0.001), depresif bozukluk (p<0.001), kaygı bozuklukları (p=0.020), psikotik bozukluklar (p=0.02) kontrole gelen grupta, kontrole gelmeyenlere göre anlamlı derecede yüksekti.

Kontrole gelmeyen olgularda tanı konulamayanlar (p<0.001) ve normal olarak değerlendirilenler ( p=0.001 ), anlamlı düzeyde yüksekti.

**Tablo 27.** Kontrole Gelme Durumlarına Göre Ruhsal Tanı Dağılımları

		Kontrole Gelme		p
		Var	Yok	
DEHB	Var	154 31.3%	101 14.6%	<0.001
	Yok	338 68.7%	590 85.4%	
KOKGB-DB	Var	37 7.5%	22 3.2%	0.001
	Yok	455 92.5%	669 96.8%	
Uyum Bozukluğu	Var	37 7.5%	58 8.4%	0.664
	Yok	455 92.5%	633 91.6%	
Depresif Bozukluk	Var	103 20.9%	86 12.4%	<0.001
	Yok	389 79.1%	605 87.6%	
Kaygı Bozuklukları	Var	45 9.1%	38 5.5%	0.020
	Yok	447 90.9%	653 94.5%	
YGB	Var	29 5.9%	28 4.1%	0.168
	Yok	463 94.1%	663 95.9%	
Psikotik Bozukluklar	Var	10 2.0%	3 0.4%	0.020
	Yok	482 98.0%	688 99.6%	
Somatik Bozukluklar	Var	37 7.5%	37 5.4%	0.144
	Yok	455 92.5%	654 94.6%	
Mental Retardasyon	Var	76 15.4%	91 13.2%	0.272
	Yok	416 84.6%	600 86.8%	
Konuşma ve dile özgü gelişimsel bozukluklar	Var	22 4.5%	30 4.3%	1.000
	Yok	470 95.5%	661 95.7%	
Travma ile ilişkili Bozukluklar	Var	17 3.5%	16 2.3%	0.283
	Yok	475 96.5%	675 97.7%	
Disosiyatif Bozukluklar	Var	10 2.0%	5 0.7%	0.063
	Yok	482 98.0%	686 99.3%	
Normal	Var	8 1.6%	35 5.1%	0.001
	Yok	484 98.4%	656 94.9%	
Tanı Konulamayanlar	Var	26 5.3%	180 26.0%	<0.001
	Yok	466 94.7%	511 74.0%	
Diğer Tanılar	Var	25 5.1%	31 4.5%	0.678
	Yok	467 94.9%	660 95.5%	
OKB ve ilişkili bozukluklar-tik bozuklukları	Var	26 5.3%	14 2.0%	0.003
	Yok	466 94.7%	677 98.0%	

DEHB: dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu, KOKGB-DB: Karşı olma karşı gelme bozukluğu-davranım bozukluğu, YGB: yaygın gelişimsel bozukluk, OKB: Obsesif kompulsif bozukluk p<0.05 anlamlıdır.

#### 4.6. Önerilen İlaç Tedavileri

Önerilen ilaç tedavileri tablo 28’de verilmiştir. Olguların % 53.5 ‘ine (n=642) ilaç tedavisi önerilmiştir. En sık önerilen tedavi (% 38.5 n=247) ile SSRI grubu antidepresanlardır. Bunu sırasıyla atipik antipsikotiklerin (% 19.2, n=123) ve psikostimülanların (% 12.9 n=83) izlediği gözlenmiştir.

**Tablo 28.** Önerilen İlaç Tedavileri

<b>İlaçlar</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
SSRI grubu antidepresanlar	247	38.5
Atipik antipsikotikler	123	19.2
Psikostimülanlar	83	12.9
SSRI+atipik antipsikotik kombinasyonu	78	12.1
Diğer kombine ilaç tedaviler	35	5.4
Tipik antipsikotikler	18	2.8
SSRI+benzodiazepin	17	2.6
Hidroksizin	9	1.4
Atipik antipsikotik+psikostimülan	9	1.4
Diğer tekli ilaç tedavileri	8	1.3
Atomoksetin	8	1.2
Benzodiazepin	7	1.1
Toplam	642	100



## 5. TARTIŞMA

Bu araştırma, çocuk ve ergen psikiyatri polikliniğine konsülte edilen olguların değerlendirildiği tanımlayıcı nitelikte bir çalışmadır. Daha öncede ülkemizde çocuk ve ergen psikiyatri konsültasyonlarının değerlendirildiği çalışmalar yapılmıştır<sup>9, 44, 45, 61, 94, 95</sup>. Ancak bu çalışmalarda konsültasyon isteme nedenlerinin ve konulan ruhsal tanılarının fiziksel hastalıklara ve konsültasyon isteyen kliniklere göre incelenmesi değerlendirilmemiştir. Bizim çalışmamız konsültasyonları bu özellikleri ile değerlendiren tek çalışmadır.

Araştırmamıza dahil edilen 1199 olgunun; % 46.5'ni, erkek % 53.5'ni kız olgular oluşturmaktaydı. Kızların sayısının erkeklere göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirlendi ( $p=0.015$ ). Türkiye'de Afyon' da yapılan bir çalışmada kız oranı % 56.2, İzmir'de yapılan bir çalışmada kız oranı % 59,6, Ankara'da yapılan bir çalışmada ise % 54,5 idi. Bu bulgular bizim bulgularımız ile uyumluydu<sup>8, 9, 96</sup>. Kızların erkeklere göre daha fazla olması, kızların toplumsal olarak somatik ve duygusal problemleri erkeklere göre daha fazla kabullenmiş olması ve tedavi ekibinin kızlardaki ruhsal sorunlara karşı daha duyarlı olmasına karşın erkeklerdeki ruhsal sorunları göz ardı edilebilmesi ile ilişkilendirilmiştir<sup>97</sup>.

Çalışmamızdaki olguların yaş ortalaması  $11.27\pm 4.92$  yıl idi. Yatan hastaların yaş ortalaması  $13.83\pm 3.85$  yıl, ayaktan başvuran hastalarda yaş ortalaması  $10.19\pm 4.93$  yıl idi. Yatan hastalarda yaş ortalaması anlamlı düzeyde yüksek saptandı ( $p<0.001$ ). Abalı ve arkadaşlarının yatan ve ayaktan olguları dahil ettiği çalışmada yaş ortalaması  $10.32\pm 4.02$  yıl olarak bulunmuştur<sup>94</sup>. Yatan hastalar ile yapılan bir çalışmada yaş ortalaması  $11.5\pm 3.8$  idi<sup>98</sup>. Gözaçanlar ve arkadaşlarının yatan hastalar ile yaptığı çalışmada yaş ortalaması  $13,2 \pm 3,6$  ve yatan hastalarla yapılan başka bir çalışmada yaş ortalaması  $14.1 \pm 3.99$  idi<sup>44, 99</sup>. Bulgularımızın literatür ile uyumlu olduğu gözlemlendi. Kızların başvuru yaşı erkeklere göre istatistiksel olarak daha büyüktü ( $12.44\pm 4.43$ ,  $9.94\pm 5.13$ ,  $p<0.001$ ). Cinsiyetlerin yaş gruplarına göre dağılımına bakıldığında kızların en fazla başvurduğu yaş grupları 16-18 yaş (%31.6) ve 13-15 yaş (%30.7) iken, erkeklerin en fazla başvurduğu yaş grupları sırasıyla 16-18 yaş (% 20.8), 4-6 yaş (%18.7) idi. Bunun nedeninin araştırmamızdaki erkeklerde kızlara göre YGB ( $p<0.001$ ), mental retardasyon ( $p<0.001$ ), konuşma ve dile özgü gelişimsel bozukluklar ( $p<0.001$ ) DEHB ( $p<0.001$ ), karşı olma karşı gelme bozukluğu-

davranım bozukluğunun ( $p=0.007$ ) anlamlı olarak yüksek olmasının ve bu tanıların küçük yaş grubunda ve erkelerde daha yüksek oranda tanı almasından<sup>100</sup> kaynaklanabileceği düşünüldü. Olgularımızın % 51.5'i 13 yaş ve üzerindedir. Ülkemizde yapılan diğer çalışmalarda da bu oranlar %52,3 ve % 63,1 olarak bulunmuştur<sup>9, 98</sup>. Bu durum, ergenlik döneminin ruhsal bozukluklar açısından daha riskli ve kırılgan bir dönem olması<sup>101</sup> ve ergen yaş grubundaki olguların ruhsal sorunlarının çocuk yaş grubundakilere göre daha fazla farkında olması ile ilişkili olabilir.

Çalışmamızda olguların % 27.8'inin iki kardeş, % 27.0'inin bir kardeş olduğu, ortalama çocuk sayısının 2.32 olduğu, olguların % 40.7'sinin ailenin ilk çocuğu olduğu belirlendi. Yöntem'in çocuk psikiyatri polikliniğine başvuran olguları değerlendirdiği araştırmasında ailelerin 2 ya da 3 çocuklu olduğu, olguların kardeş sıralamasındaki yeri araştırıldığında ilk sırada % 39.6 oranında 1. çocuk, % 28.3 oranında 2. çocuk olduğu bildirilmiştir<sup>102</sup>. Çocuk psikiyatri polikliniğine başvuran olguların değerlendirildiği ülkemizde yapılan başka bir çalışmada ortalama çocuk sayısı 2.09 idi. Tanrıöver ve arkadaşlarının çocuk psikiyatri polikliniğine başvuran olguları değerlendirdiği çalışmasında kardeş sıralamasında % 32 oranında 1. çocuk için başvuruda bulunduğu bildirilmiştir<sup>103</sup>. Genelde çok çocuklu ailelerin ilk çocuklarında daha fazla sorun oluşmaktadır. İlk çocuklar anne babanın deneyimsiz oldukları zaman olan gençlik yıllarına denk gelmekte ve belki de daha çok çatışma ile yüz yüze kalmaktadırlar. Bir süre tüm ailenin şefkat ve ilgi odağı iken, kardeş doğumu ile ruhsal belirtiler oluşabilir. Karı-koca, anne ve baba rollerini öğrenmiş, toyluk ve tedirginliklerden sıyrılmış ebeveyn için İkinci kardeşin aileye katılımı, daha az heyecanlı, daha olağan sayılan bir olaydır. İkinci çocuğun sorunları, ilk çocuğu gibi abartılmaz. Daha hoşgörülü, daha az kaygılı bir tutumla ele alınır. Beklentiler ve bunun sonucu, ilk çocuğa yapılan baskıların azalmasıyla daha az kollanan çocuk da kendi doğrultusunda gelişme olanağını daha kolay bulur. Oynayacak bir abla ya da bir ağabeyi vardır. Çevreye daha kolay uyar, daha çabuk arkadaş edinir. Ancak kendinden büyük ve kendinden sonra doğan kardeş arasında sıkışıp kalabilir<sup>104</sup>.

Eğitime devam eden olguların en yüksek oranda başvurduğu eğitim dönemi % 43.4 ise lise idi. Çalışmamıza katılan olguların % 51.5'i 13 yaş ve üzerinde olması bu bilgi ile paralellik göstermektedir. Başvurularda kızların en

yüksek oranda başvurduğu eğitim dönemi % 50.2 ile lise iken, erkeklerin en yüksek oranda başvurduğu eğitim dönemi % 35.4 ile ilkokul dönemi olduğu saptandı. Bu durum erkelerin küçük yaş grubunda daha fazla başvurmaları ile ilişkili olabilir. Literatürde çocuk psikiyatri polikliniğine konsülte edilen olguların eğitim durumları ile ilgili yeterli veri bulunmamaktadır.

Verilerine ulaşılan olgulardan % 15.3 olgunun fiziksel istismara uğradığı gözlemlendi. Ülkemizde yapılan araştırmalar çocukların fiziksel istismara uğrama oranının %13,9 ile %87 arasında değiştiğini göstermektedir<sup>105</sup>. Türkiye’de Çocuk İstismarı ve Aile İçi Şiddet Araştırmasında (2010) 7-18 yaş grubundaki çocuklarda son bir yıl içinde fiziksel istismara maruz kalma oranı %45 olarak bulunmuştur<sup>106</sup>. Fiziksel istismarın aileler tarafından gizlenmesi, çocuğun utanması ya da söylemekten korkması, doktoruyla bunu paylaşmaması nedenleriyle bizim çalışmamızda bu oran düşük olmuş olabilir.

Çalışmamızda 2018 yılında istenen konsültasyon sayısı anlamlı düzeyde yüksek gelmiştir ( $p<0.001$ ). Bölümler arasında işbirliği yapılmasının gereği son yıllarda giderek önem kazanmıştır<sup>107</sup>. Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi polikliniğinin hastane içinde ve hastane dışında daha iyi tanınması ile giderek hasta popülasyonunun artacağı düşünülmekte olup, yıllar içinde giderek daha çok hekimin hastası için çocuk psikiyatrisi konsültasyonu istediği gösterilmektedir<sup>94</sup>.

Anne yaşı ortalaması  $38.04 \pm 7.46$ , baba yaşı ortalaması  $42.66 \pm 8.30$  olarak hesaplandı. Çocuk psikiyatri polikliniğine başvuran olguların değerlendirildiği ülkemizde yapılan bir çalışmada ortalama anne yaşı 36,3 yıl, ortalama baba yaşı 40,9 yıl olarak bildirmiştir<sup>108</sup>.

Çalışmamızda annelerin % 46.3’ünün ilkokul mezunu olduğu, % 13.7 eğitimsiz ve % 4.5’inin okuryazar olduğu, babaların % 45’inin ilkokul, % 34.4’si lise ve üzeri bir okuldan mezun olduğu belirlendi. Kılıç ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada anne ve babaların ortalama eğitim süreleri 7.41 ve 9.98 olarak belirtilmiştir<sup>8</sup>. 2011 yılında çocuk psikiyatri polikliniğine başvuran olguların değerlendirildiği bir çalışmada annelerin % 47.2 ile en fazla ilkokul mezunu, babaların ise % 31.5 ile en fazla lise mezunu 2. sırada % 27.4 ile ilkokul mezunu olduklarını saptamıştır<sup>104</sup>. Eğitim düzeyi yükseldikçe annelerin çocuk yetiştirme tutumları geleneksellikten değişerek daha olumlu hale gelmeye ve çocuklarda daha az davranışsal ve duygusal sorunlara rastlanmaya

başlanmaktadır. Psikopatoloji gelişiminde anne ve babaların eğitim düzeyi düşüklüğü bir risk faktörü olduğu belirtilmiştir<sup>109, 110</sup>.

Çalışmamızda annelerin % 83.8'i, babaların % 7'si işsizdi. Fidan'ın 2011 yılında çocuk psikiyatri polikliniğine başvuran hastaları değerlendirdiği çalışmada annelerin % 80.9'unun ev hanımı olduğu, babaların ise % 4.1inin işsiz olduğu saptanmıştır<sup>104</sup>. 2005 yılında çocuk cerrahisi servisinde yatan çocuk ve ergenlerde psikopatolojileri değerlendirmek için yapılan çalışmada annelerin % 83.8'nin ev hanımı olduğu, babaların % 10.8 oranında işsiz olduğu gözlenmiştir<sup>111</sup>. Babadaki işsizlik oranlarının farklı olmasının nedenin çalışmaların farklı yıllarda yapılmış olmasından kaynaklanabilir.

Çalışmamızda annelerin % 20.9'unda, babaların % 16.6 'sında organik bir hastalık vardı. Annelerin % 12.3 'ünde ve babaların % 5.5 'inde ruhsal hastalık mevcuttu. Annede (% 88.9) ve babada (% 63.8) gözlenen en sık ruhsal hastalık nevrozdu. Karakoç ve arkadaşlarının çocuk psikiyatri polikliniğine başvuran olgularla yaptığı çalışmada annede psikiyatrik hastalık oranı % 15.6, babada psikiyatrik hastalık oranı % 7.6 olarak bulunmuştur<sup>108</sup>. 2004 yılında yapılan benzer bir çalışmada anne ve babada en sık görülen hastalık grubunun sırasıyla % 14.1 ve % 5.4 oranında psikiyatrik hastalıklar olduğu, psikiyatrik hastalıklar içinde annelerin % 19.2' sinde, babalarında % 23.5' ininde birinci sırada depresif bozukluk olduğunu saptamıştır. Başvuran olguların annelerinde babalardan yaklaşık üç kat daha fazla ruhsal hastalık oranı olduğunu belirtmiştir<sup>102</sup>. Literatürde ebeveynlerin hastalığı ya da psikopatolojisi çocuklarda psikopatoloji gelişiminde bir risk faktörü olarak kabul edilmiştir<sup>112</sup>. Rolland ve arkadaşları ebeveynden birinde organik bir hastalığın ortaya çıkışı ailenin gelişiminde merkezkaç bir döneme denk gelirse, aileyi doğal momentumundan saptırabileceğini, tüm ailedeki bireylerin (ebeveyn ve çocukların) otonomisinin ve bireyselliğinin azalacağını, bağımsız ilgiler ve önceliklerden vazgeçileceğini ya da bunların askıya alınacağını belirtmiştir<sup>113</sup>. Buldukoğlu ve arkadaşlarının ruhsal hastalığı olan bir ebeveyne sahip olmanın çocuklar için ne anlama geldiğini belirlemeye yönelik yaptıkları çalışma ebeveynde ruhsal hastalık olmasının çocukların yaşamını önemli oranda etkilediğini ortaya çıkartmıştır<sup>114</sup>. Sağlıklı anneleri olan çocuklarla karşılaştırıldıklarında, depresif anneye sahip çocukların duygudurum, anksiyete ve yıkıcı davranım bozukluğu geliştirme olasılığı daha yüksek bulunmuştur<sup>115</sup>. Dierker ve ark. (1999) anksiyete

bozukluğu olan ebeveynlerin çocuklarında anksiyete semptomları artmış oranlarda bulmuştur. Anksiyete/duygu durum bozukluğu olan annelerin çocuklarında; madde kullanımı olan, sağlıklı ve kontrol grubuyla karşılaştırıldığında anksiyete belirtilerinin belirgin olarak daha fazla olduğu görülmüştür. Anksiyete/duygu durum bozukluklu olan anneleri çocuklarında aynı zamanda karşı olma karşı gelme bozukluğu ve diğer tanılarda artma tespit edilmiştir<sup>116</sup>.

Olgularımızın % 11.1'nin anne babası boşanmış, % 5.2'sinin anne ve/veya babası hayatta değildi. % 78.5 'i anne, baba ve kardeşleriyle kalıyordu. Kılıç ve arkadaşlarının 2007 de yaptığı çalışmada olguların % 89.1'i çekirdek aile ile kalmaktaydı<sup>8</sup>. Türkiye istatistik kurumu verilerine göre ülkemizde boşanma oranları giderek artmaktadır<sup>117, 118</sup>. Çalışmadaki farklılığın sebebi de yılların farklı olması olabilir. 2015 yılında çocuk psikiyatri polikliniğine başvuran olguların değerlendirildiği bir çalışma da ebeveynleri ayrı olanları % 12, ebeveyn kaybı olanları % 3.3 olarak belirtmiştir. Bu bulgular bizim çalışmamızla paraleldir<sup>108</sup>. Ebeveynlerin ayrılması, boşanması, ölümü ya da tek ebeveyn ile birlikte yaşamak çocukta psikopatoloji gelişiminde risk faktörü olarak sayılmıştır<sup>112</sup>. Ebeveynleri boşanmış bireylerin yaklaşık 1/3'ünde tedavi gerektiren psikiyatrik problemlerin ortaya çıktığı; parçalanmış aile çocuklarında anne ve babası bir arada olan çocuklara göre 2-3 kat daha fazla duygusal veya davranışsal sorun ve daha yüksek oranda öğrenme sorunları bulunduğu bildirilmektedir<sup>119</sup>.

Çalışmamızda olguların % 28.8'inde akraba evliliği vardı. Türkiye'de akraba evliliği oranları çalışmaların yapıldığı bölgelere, kentsel veya kırsaldan örneklem seçimine bağlı olarak %11 ile %40 arasında değişen oranlarda saptanmıştır. Türkiye ortalaması %21,7 olarak bildirilmektedir<sup>120</sup>. Mersin ile aynı bölgede bulunan Kahramanmaraş'ta yapılan bir çalışmada akraba evliği % 30.6 olarak bulunmuş olup bizim çalışmamızla uyumludur<sup>120</sup>.

Olgularımızın % 8'inde gebeliğinde sorun olduğu, % 14.5'nin doğumda komplikasyon tespit edildiği, % 13.4'ünde küvezde kalma öyküsünün olduğu belirlendi. Karabekiroğlu ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışma, primer bakımveren ile ilişkili faktörlerin, aileyle ilgili nedenlerin ve perinatal dönemle ilgili etkenlerin (örneğin; prematürite, bebeğin yenidoğan yoğun bakım

ünitesinde 24 saatten fazla kalmış olması) erken çocukluk döneminde yüksek sosyal duygusal sorunlarla ilişkili olduğunu bildirmektedir<sup>121</sup>.

Olgularımızın ortalama yürüme zamanı 14.70±6.93 ay, ortalama konuşmaya başlama zamanı 24.91±10.14 ay ve ortalama tuvalet eğitimi yaşı 32.97±8.50 ay idi. Literatürde çocuk psikiyatri polikliniğine konsülte edilen olguların ortalama yürüme zamanı, ortalama konuşmaya başlama zamanı ve ortalama tuvalet eğitimi yaşı ile ilgili yeterli veri bulunmamaktadır. Gelişimi normal olan çocuklarda yürüme becerisinin kazanıldığı ortalama süre 13 ay, cümle kurma becerisinin kazanıldığı ortalama süre 22 ay, tuvalet alışkanlığı becerisinin kazanıldığı ortalama süre 2–3 yaş arası olarak ifade edilmektedir<sup>122</sup>. Çalışmamızdaki bulgulara paraleldir. Kızların erkeklere göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha erken konuştuğu ( $p<0.001$ ) ve yürüdüğü ( $p=0.004$ ) gözlemlendi. Literatürde kızların dil yetisinin erkeklerden daha hızlı geliştiği bildirilmektedir<sup>123</sup>. Ayrıca çalışmamızda erkeklerde YGB ( $p<0.001$ ), mental retardasyon ( $p<0.001$ ), konuşma ve dile özgü gelişimsel bozuklukların ( $p<0.001$ ) daha fazla olduğu, bu nedenle de erkelerin konuşma ve yürümeye başlama yaşlarının kızlarınkine göre daha ileri olduğu düşünülebilir.

Çalışmamızda % 51.8'inde fiziksel tıbbi bir tanı mevcuttu. En sık tanının %20.1 ile epilepsi olduğu gözlemlendi. Abalı ve arkadaşlarının yatan ve ayakta hastalar için istenen konsültasyonları değerlendirdiği çalışmasında olguların % 45.9 herhangi bir medikal tanının bulunduğu, bu medikal tanıları içinde en sık olanının % 13.9 ile epilepsi olduğu belirtildi<sup>94</sup>. Simon'un yaptığı bir çalışmada en sık medikal tanının %18 ile nöbetlerin olduğu gözlemlenmiştir<sup>124</sup>. Haidar ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada en sık tıbbi tanının epilepsi olduğu bildirilmiştir<sup>125</sup>.

Çalışmamızda en sık konsültasyon isteyen kliniğin % 86.9 ile çocuk sağlığı ve hastalıkları olduğu, çocuk sağlığı hastalıklarının ise alt birimlerine bakıldığında en sık konsültasyon oranlarının % 37.9 ile çocuk nöroloji ve % 23.2 ile çocuk acil bölümlerinin oluşturduğu gözlemlenmiştir. 2018 yılında yapılan çocuk sağlığı ve çocuk acil çocuk yoğun bakımın ayrı olarak değerlendirildiği bir çalışmada % 34,3 ile çocuk sağlığı ve hastalıkları % 21,2 ile çocuk acil en sık konsültasyon isteyen bölümler olmuştur<sup>126</sup>. Hastanede yatarak tedavi edilen çocuk-ergenler için yapılan bir çalışmada istemlerinin %78 genel pediatri, %59 acil servis, %26 hematoloji ve %26 onkoloji %22 nöroloji kliniğinden istendiğini

bildirmiştir<sup>6</sup>. Konu ile ilgili yapılmış çalışmaların büyük kısmında diğer tıp ihtisas alanlarına göre pediatri kliniklerinde yatan hastalardan daha yüksek oranda çocuk psikiyatrisi konsültasyonu istendiği gözlenmektedir<sup>6,8, 9, 44, 99, 127</sup>. Literatürde bu duruma yol açan olası faktörler ile ilgili çocuk doktorlarının, çocuk yaş grubu ile çalışan diğer branş hekimlerine oranla psikiyatrik semptomları daha kolay ayırt edebilmeleri ya da daha kolay tanıyabilmeleri, son yıllarda ülkemizde çocuk hastalıkları ihtisası sırasında 1 ay süre ile çocuk psikiyatrisi rotasyonunun eklenmesi öncülük etmiş olabileceği bildirilmektedir<sup>44</sup>.

Olgularımızın % 29.7'si serviste yatmaktaydı. En sık konsültasyon istenme nedenleri sırasıyla % 16,3 ile intihar girişimi, % 16,2 ile somatik belirtiler, % 13,5 ile zıtlama-öfke denetim problemleri-davranım problemleri, % 9.7 ile hareketlilik-dikkat eksiliği-dürtüsellik belirtileri idi. Şimşek ve arkadaşlarının yaptığı % 71.2' sinin yatan hastaların oluşturduğu çalışmada en sık konsültasyon isteme nedenlerinin suisid girişimi (% 22,6) ve depresif belirtiler (% 15,1) olduğu saptanmıştır<sup>126</sup>. Yatan ve ayaktan hastaların dahil edildiği başka bir çalışmada konsültasyon isteme nedenlerinin sırasıyla intihar girişimi (% 27.8), depresif belirtiler (% 13.8), aşırı hareketlilik-dikkat dağınıklığı (% 10.2) olduğu ve yatan hasta oranının % 58.3 olduğu saptanmıştır<sup>45</sup>. Benzer bir çalışmada ise yatan hasta oranı % 40.7 ve en sık konsültasyon istenme nedeni psikopatoloji varlığının araştırılması olduğu belirtilmiştir<sup>8</sup>. Çalışmamızda yatan hastalardan en sık konsültasyon istenme nedenleri sırasıyla; % 51.1 intihar girişimi, % 10.7 ile depresif belirtileri iken, ayaktan başvuran hastalardan en sık konsültasyon istenme nedenleri sırasıyla; % 19.3 somatik belirtiler, % 15,9 zıtlama-öfke denetim problemleri-davranım problemleri, % 13.9 hareketlilik-dürtüsellik-dikkat eksikliği belirtileri idi. Çalışmamız ile bu çalışmalardaki farklılığın sebebi yatan hasta oranlarının farklı olması olabileceği, yatan ve ayaktan oranlarındaki farklılığın ise hastanelerin konsültasyon isteme işleyişindeki farklılıktan kaynaklanabileceği düşünülmüştür. Ricardo ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada en sık konsültasyon istenme nedenleri davranış problemleri (% 30) ve öğrenme problemleri (%15) idi<sup>128</sup>. Aktepe ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada yatan hastalarda en sık konsültasyon istenme nedeni % 41.1 ile intihar girişimi iken, ayaktan hastalarda istenen en sık konsültasyon nedeni % 8.8 ile davranış sorunları idi<sup>127</sup>. Yatan hastalar ile yapılan çalışmalarda en sık konsültasyon istenme nedenleri intihar girişimi ve

depresif belirtilerdir<sup>9, 44, 99</sup>. Çalışmamızda literatür ile uyumlu biçimde yatan hastalarda ayaktan olan hastalara göre intihar girişimi ( $p<0.001$ ), depresif belirtiler ( $p<0.001$ ) nedeni ile konsültasyon isteme oranları istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptandı. Kılıç ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ayaktan başvurularda en sık konsültasyon istenme nedeni psikopatoloji araştırılması; yatan hastalarda ise en sık konsültasyon istenme nedeni tedavi reddi olarak bildirilmiştir<sup>8</sup>. Literatürde ayaktan hastalarda konsültasyonların ayrıca değerlendirildiği yeterli çalışma bulunmamaktadır. Çalışmamızda hareketlilik-dürtüsellik-dikkat eksikliği belirtileri ( $p<0.001$ ), konuşma-iletişim problemleri ( $p<0.001$ ), öğrenme problemi-gelişim geriliği ( $p<0.001$ ), kohlear implant ( $p<0.001$ ), sağlık kurulu raporu ( $p<0.001$ ), takıntı-tik-cilt/saç yolma belirtileri ( $p=0.006$ ), zıtlama-öfke denetim problemleri-davranım problemleri ( $p=0.009$ ), somatik belirtiler ( $p<0.001$ ) ayaktan başvurularda istatistiksel olarak daha yüksek bulunmuştur. Bu belirtilerin ayaktan başvuran hastalarda poliklinik değerlendirmesi sırasında hekimlerin daha çok dikkatini çekmiş olmasına bağlı olarak daha fazla oranda konsültasyon istenmesinin bu duruma katkısının olabileceği düşünüldü.

Çalışmamızda erkeklerde; konsültasyon istenme nedenlerinin % 18.3'ü zıtlama-öfke denetim problemleri-davranım problemleri, % 16.9'u hareketlilik-dikkat eksikliği-dürtüsellik belirtileri % 14.7 'si konuşma-iletişim problemleri oluşturmaktaydı. Kızlarda ise; intihar girişimi (% 25.2) somatik belirtiler (% 20.4) zıtlama-öfke denetim problemleri-davranım problemleri (% 10.6) olarak sıralandı. Yatan hastalarla yapılan bir çalışmada erkeklerde (% 22.7) ve kızlarda (% 35.4) en sık konsültasyon istenme nedeni depresif belirtiler olmuştur<sup>9</sup>. Yine benzer bir çalışmada erkeklerde (% 32.2) ve kızlarda (% 72.5) en sık konsültasyon istenme nedenin intiharı değerlendirme olduğu belirtilmiştir<sup>44</sup>. Çalışmamızdaki bu farklılık çalışmada bulunan yatan hasta oranının az olmasından kaynaklanabilir. Erkeklerde zıtlama-öfke denetim problemleri-davranım problemleri ( $p<0.001$ ), hareketlilik-dikkat eksikliği-dürtüsellik belirtileri ( $p<0.001$ ), konuşma-iletişim problemleri ( $p<0.001$ ) kızlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek idi. Bu durum erkeklerde karşı olma karşı gelme bozukluğu, davranım bozukluğu, konuşma ve dile özgü gelişimsel bozukluklar, YGB'nin daha fazla görülmesi ile ilişkili olabilir<sup>129-133</sup>. Kızlarda depresif belirtiler ( $p=0.007$ ), intihar girişimi ( $p<0.001$ ), somatik belirtiler



( $p < 0.001$ ) erkekler göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek idi. Literatürde kızlarda depresif bozuklukların, somatik bozuklukların ve intihar girişiminin erkeklere göre daha fazla görüldüğü belirtilmiştir<sup>134-136</sup>.

Çalışmamızda 0-3 yaş grubunda en sık konsültasyon nedeni; konuşma-iletişim problemleri (% 34.5), 4-6 yaş grubunda; konuşma-iletişim problemleri (% 29.4), hareketlilik-dürtüsellik- dikkat eksikliği belirtileri (% 16.3), zıtlasma-öfke denetim problemleri -davranım problemleri (% 15), 7-9 yaş grubunda; hareketlilik-dürtüsellik- dikkat eksikliği belirtileri (% 29.8), zıtlasma-öfke denetim problemleri -davranım problemleri (% 17.9), 10-12 yaş grubunda; somatik belirtiler (% 19.9), zıtlasma-öfke denetim problemleri -davranım problemleri (% 16.1), hareketlilik-dürtüsellik- dikkat eksikliği belirtileri (% 15.5), 13-15 yaş grubunda; intihar girişimi (% 28.9), somatik belirtiler (% 21.5), zıtlasma-öfke denetim problemleri -davranım problemleri (% 14.4), 16-18 yaş grubunda; intihar girişimi (% 31), somatik belirtiler (% 25.1), zıtlasma-öfke denetim problemleri-davranım problemleri (% 11.6) idi. Yatan hastaların değerlendirildiği ve konsültasyonların çocuk ve ergen yaş grubu olarak ayrıldığı çalışmada çocuklarda en sık konsültasyon istenme nedeninin davranım problemleri olduğu, ergenlerde ise intihar girişimi olduğu belirtilmiştir<sup>44</sup>. Çocuk psikiyatri polikliniğine başvuran 0-5 yaş grubundaki çocukların değerlendirildiği çalışmada en sık başvuru şikayeti, konuşma geriliği (% 43.5) olarak bildirmiştir<sup>137</sup>. Çocuk psikiyatri polikliniğine başvuran olguların değerlendirildiği başka bir çalışma en sık başvuru belirti-yakınmalarını; 0-3 yaş arasında konuşma bozukluğu, 3-6 yaş arasında yaramazlık, söz dinlememe, aşırı hareketlilik, 6-11 yaş arasında okul başarısızlığı, 11-15 yaş arasında okul başarısızlığı, mutsuzluk, ağlama, sinirlilik; 15 yaş ve üstünde öz kıyım girişimi, mutsuzluk, ağlama olarak bildirmiştir<sup>102</sup>. Benzer bir çalışmada ise 0-3 yaş grubunda en sık başvuru belirtisi konuşma gecikmesi, 3-6 yaş grubunda konuşma gecikmesi, aşırı hareketlilik, 6-12 yaş grubunda; dikkat dağınıklığı, öğrenme güçlüğü, aşırı hareketlilik, 12-15 yaş grubunda; mutsuzluk-karamsarlık-isteksizlik, dikkat dağınıklığı, 15-18 yaş grubunda; mutsuzluk-karamsarlık-isteksizlik olarak belirtilmiştir<sup>138</sup>. Çocuk psikiyatri polikliniğine başvuran ergen yaş grubu olguların değerlendirildiği çalışmada ise en fazla görülen yakınmaların, sinirlilik, okul başarısızlığı olduğunu bildirmiştir<sup>139</sup>.

Kohlear implant ( $p<0.001$ ), sağlık kurulu raporu ( $p<0.001$ ) 0-3 yaş grubunda; konuşma-iletişim problemleri ( $p<0.001$ ), öğrenme problemleri-gelişim geriliği ( $p<0.001$ ) 4-6 yaş grubunda; hareketlilik-dürtüsellik- dikkat eksikliği belirtileri ( $p<0.001$ ) 7-9 yaş grubunda; korku-kaygılar ( $p<0.001$ ) 13-15 yaş grubunda; depresif belirtiler ( $p<0.001$ ), intihar girişimi ( $p<0.001$ ) 16-18 yaş grubunda istatikselsel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptandı. Bizim çalışmamıza paralel olarak kohlear implant öncesi çocuk psikiyatri kliniği tarafından değerlendirilen olguların sosyodemografik özelliklerinin incelendiği çalışmada yaş ortalaması  $43.74\pm 11.90$  ay olarak bulunmuştur<sup>140</sup>. Özürlü sağlık kurulu raporlarının retrospektif olarak araştırıldığı çalışmada olguların büyük çoğunluğunun 0-4 yaş (%36,0) grubundaki çocukların oluşturduğu bildirmiştir<sup>141</sup>.

Olgularımızın % 17.2'sine tanı konulamamış, % 4.9'u normal olarak değerlendirilmiştir. En sık tanı % 16.9 ile DEHB idi. Bunu depresif bozukluk (% 13.3), mental retardasyon (% 9.9) izledi. Yatan hastalarda tanı konulamayanlar % 22.2 idi. En sık tanılar sırası ile % 29.5 depresif bozukluk, % 16.6 uyum bozukluğu, % 14 DEHB idi. Ayaktan başvuran hastalarda tanı konulamayanlar % 15.1 idi. En sık tanılar sırası ile % 24.3 DEHB, % 18.6 mental retardasyon, % 10 depresif bozukluk idi. şimşek ve arkadaşlarının yatan ve ayaktan hastalar için istenen konsültasyonları değerlendirdiği çalışmasında en sık konulan ruhsal tanılar sırasıyla major depresif bozukluk, uyum bozukluğu, bipolar bozukluk ve davranım bozukluğu olmuştur<sup>126</sup>. Bu konuyla ilgili benzer diğer çalışmalara bakıldığında; Aktepe ve arkadaşları depresif bozukluk, anksiyete bozukluğu ve davranım bozukluğunu<sup>127</sup>, Alpaslan ve arkadaşları depresif bozukluk, uyum bozuklukları ve dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğunu<sup>45</sup>, Çolpan ve arkadaşları uyum bozuklukları, depresif bozukluk ve anksiyete bozukluğunu<sup>95</sup> en sık konulan tanılar olarak belirtmişlerdir. Yatan hastalar için istenen konsültasyonların değerlendirildiği çalışmalarda Emiroğlu ve arkadaşları uyum bozuklukları, depresif bozukluk ve mental retardasyonu<sup>9</sup>, Göker ve arkadaşları depresif bozukluk, başka türlü adlandırılmayan-anksiyete bozuklukları ve mental retardasyonu<sup>44</sup>, Gökçen ve arkadaşları anksiyete bozukluğu, uyum bozukluğu ve depresif bozukluğunu<sup>98</sup> en sık saptanan tanılar olarak bildirmişlerdir. Carter ve arkadaşlarının konsültasyon istenen olgulara uyguladıkları çocuk-genç davranış değerlendirme skalasında (CBCL) % 59.2 oranla somatik şikayetler, % 57.7 oranla içe çekilme, % 56.9 oranla

anksiyete/depresyon varlığı; pediatrik yatan hasta davranış skalasında (PIBS) % 67 oranla içe çekilme, % 61 oranla stresli/sıkıntılı olma hali ve % 33.3 oranla uyumsuzluk/karşı gelme bildirmişlerdir<sup>142</sup>. Tekkalaki ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada en sık saptanan tanılar sırasıyla mental retardasyon, depresif bozukluk ve disosiyatif bozukluklar olarak bildirilmiştir<sup>143</sup>. Aktepe ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada yatan hastalarda en sık tanı depresif bozukluk iken, ayaktan başvuranlarda en sık tanılar DEHB, depresif bozukluk, davranım bozukluğu ve anksiyete bozukluğudur<sup>127</sup>. Yapılan çalışmalarda tanı almayan olguların oranı % 26 ve % 29.2 olarak belirtilmiştir<sup>45, 126</sup>. Yatan hastalarda; depresif bozukluk (p<0.001), uyum bozukluğu (p<0.001), tanı konulamayanlar (p=0.003), ayaktan başvurularda; DEHB (p<0.001), karşı olma karşı gelme bozukluğu-davranım bozukluğu (p=0.012), YGB (p<0.001), somatik bozukluklar (p<0.001), mental retardasyon (p<0.001), konuşma ve dile özgü gelişimsel bozukluklar (p<0.001), OKB ve ilişkili bozukluklar-tik bozuklukları (p=0.014) anlamlı olarak yüksek idi.

216 (% 18) kişide ikinci bir psikiyatrik tanı mevcuttu. İkinci en sık eş tanılar DEHB, mental retardasyon, karşı olma karşı gelme bozukluğu-davranım bozukluğu idi. 39 (% 3.2) kişide üçüncü bir eş psikiyatrik tanı mevcuttu. En sık üçüncü eş tanılar mental retardasyon ve diğer grubundaki tanılar idi. Yapılan bir çalışmada % 18.9 hastada ikinci psikiyatrik komorbid tanının olduğu en sık bulunan komorbid tanının ise hafif mental retardasyon olduğu bildirilmiştir<sup>94</sup>.

Çalışmamızda kızlarda en sık tanılar depresif bozukluk (% 21.3), DEHB (% 14.6), mental retardasyon (% 9.2), somatizasyon bozuklukları (% 8.6); erkeklerde ise DEHB (% 28.9), mental retardasyon (% 19.4) depresif bozukluk (% 9.3), YGB (% 8.4) olarak belirlendi. Depresif bozukluk (p<0.001), uyum bozukluğu (p<0.001), OKB ve ilişkili bozukluklar-tik bozuklukları bozuklukları (p=0.014), somatizasyon bozuklukları(p<0.001) kızlarda; DEHB(p<0.001), Karşı Olma Karşı Gelme Bozukluğu-Davranım Bozukluğu (p=0.007) YGB (p<0.001), Mental Retardasyon (p<0.001), Konuşma ve dile özgü gelişimsel bozukluklar (p<0.001) erkeklerde istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksekti. Çocuk psikiyatri polikliniğine başvuran olguların değerlendirildiği çalışmada DEHB ve kekemeliğin erkeklerde, depresyon ve ilişki sorunlarının kızlarda anlamlı düzeyde fazla olduğunu belirtmiştir<sup>144</sup>. Benzer bir çalışmada DEHB, yaygın gelişimsel bozukluk ve genel gelişimsel gerilik erkeklerde; depresyon, yaygın

anksiyete bozukluğu, istismar-ihmal, konversiyon bozukluğu, yeme bozuklukları ve travma sonrası stres bozukluğu kızlarda karşı cinse göre anlamlı düzeyde fazla bulunduğunu bildirmiştir<sup>145</sup>.

0-3 yaş grubunda en sık tanılar mental retardasyon (%30) YGB (%16.4) konuşma ve dile özgü gelişimsel bozukluklar (%12.7); 4-6 yaş grubunda DEHB (%31.9), mental retardasyon (%25), konuşma ve dile özgü gelişimsel bozukluklar (%14.4); 7-9 yaş grubunda DEHB (%47), mental retardasyon (%22.5); 10-12 yaş grubunda DEHB (%25.5), mental retardasyon (%16.1), depresif bozukluk (%10.6); 13-15 yaş grubunda depresif bozukluk (%24.8), DEHB (%15.4), kaygı bozuklukları (%11.1); 16-18 yaş grubunda depresif bozukluk (%29.2), DEHB (%11.3), kaygı bozuklukları (%10.3) idi. Hindistan'da yapılan bir çalışmada çocuklarda en sık tanılar mental retardasyon (% 24.1) ve hiperkinetik bozukluklar (%15.3); ergenlerde ise depresif bozukluklar (% 19.5) ve mental retardasyon (% 16.1) olarak bildirilmiştir<sup>143</sup>. Çalışmamızda YGB ( $p<0.001$ ), konuşma ve dile özgü gelişimsel bozukluklar ( $p<0.001$ ) 4-6 yaş grubunda, DEHB ( $p<0.001$ ) 7-9 yaş grubunda, Kaygı bozuklukları 13-15 ve 16-18 yaş gruplarında, depresif bozukluk( $p<0.001$ ), somatik bozukluklar ( $p<0.001$ ), tanı konulamayanlar ( $p<0.001$ ) 16-18 yaş grubunda anlamlı yüksek bulunmuştur. Çocuk psikiyatri polikliniğine başvuran olguların değerlendirildiği çalışmada 0-6 yaş grubundaki en sık tanıların genel gelişimsel gerilik, ebeveyn ilişki sorunları, DEHB, YGB, mental retardasyon, 7-11 yaş grubunda DEHB, mental retardasyon, ebeveyn çocuk ilişkili sorunlar, 12-18 yaş grubunda depresyon, davranım bozuklukları mental retardasyon olduğu gözlenmiştir<sup>145</sup>.

Çalışmamızda çocuk sağlığı ve hastalıkları bölümünden en sık konsültasyon nedenleri sırasıyla; % 18.5 intihar girişimi, % 18.4 somatik belirtiler, % 13.8 zıtlasma-öfke denetim problemleri-davranım problemleri idi. depresif belirtiler ( $p=0.014$ ), korku-kaygılar ( $p=0.025$ ), takıntı-tik-cilt/saç yolma belirtileri ( $p<0.001$ ), zıtlasma-öfke denetim problemleri-davranım problemleri ( $p=0.004$ ), somatik belirti( $p<0.001$ ), intihar girişimi( $p<0.001$ ), diğer belirtiler ( $p=0.039$ ) çocuk sağlığı ve hastalıkları bölümünde diğer bölümlere istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptandı. Diğer bölümlere göre çocuk sağlığı ve hastalıklarının konsültasyon isteminin daha fazla olması çalışmamızdaki konsültasyon istenme nedenlerinin sıklığı ile benzerlik göstermekteydi. Çocuk sağlığı ve hastalıkları bölümden konsülte edilen olgularda en sık tanılar ise

DEHB (% 21.3), depresif bozukluk (% 16.8), mental retardasyon (% 14.2) idi. karşı olma karşı gelme bozukluğu-davranım bozukluğu ( $p=0.004$ ), uyum bozukluğu ( $p=0.031$ ), somatik bozukluklar ( $p=0.017$ ) konuşma ve dile özgü gelişimsel bozukluklar ( $p=0.011$ ), travma ile ilişkili bozukluklar ( $p<0.001$ ), normal ( $p=0.002$ ), tanı konulamayanlar ( $p<0.001$ ) istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptandı. Bu tanıları belirti dağılımına paraleldi.

Çocuk cerrahisi bölümünden en sık konsültasyon nedenleri hareketlilik-dürtüsellik-dikkat eksikliği belirtileri ve depresif belirtiler idi. En sık tanı DEHB (% 23.8) idi. Çocuk Cerrahisi servisinde yatan çocuk ve ergenlerin CBCL ile değerlendirildiği çalışmada bütün çocukların agresyon, içe yönelim, dışa yönelim, dikkat problemleri, anksiyete ve depresyon, sosyal problemler alt ölçek puanları kontrol grubuna göre anlamlı derecede yüksek bulunmuştur<sup>111</sup>.

Cildiye bölümünden en sık konsültasyon nedeni takıntı-tik-cilt,saç yolma belirtileri idi. En sık tanı DEHB (% 17.4) iken, % 47.8'ine ise tanı konulamamıştır. Literatürde cildiye bölümünden istenen çocuk psikiyatri konsültasyonları ile ilgili yeterli çalışma yoktur. Çalışmamızda tanı konulamayan olguların kontrole gelmedikleri gözlenmiş olup tanı ve belirti dağılımının bu şekilde çıkmasının hasta sayısının yetersiz oluşuna ve hastaların kontrole gelmemiş olmasına bağlı olabileceği düşünülmüştür.

Ortopedi bölümünden en sık konsültasyon nedenleri zıtlasma-öfke denetim problemleri-davranım problemleri korku-kaygılar idi. En sık tanı ise DEHB idi. Taner ve arkadaşları 12 aylık bir süre içerisinde kas iskelet sistemi travması geçirmiş 125 çocuğu DEHB yönünden değerlendirmişler ve yapılandırılmış görüşmeler ile DEHB yaygınlığını %52 olarak saptamışlardır. DEHB tanılı çocukların özellikle ortopedik müdahale gerektiren kazalar geçirdikleri görülmüştür<sup>146</sup>.

Kulak burun boğaz bölümünden en sık konsültasyon nedeni kohlear implant için değerlendirme idi. Olguların % 18.9'u normal olarak değerlendirilirken en sık tanı % 17 ile konuşma ve dile özgü gelişimsel bozukluklar idi. İşitme engeli olanların % 51.1'ine tanı konulamamış, % 21.3'ü normal olarak değerlendirilmiştir. Tanı konulanlar arasında en sık tanı % 19.1 ile konuşma ve dile özgü gelişimsel bozukluklar idi. Konuşma ve dile özgü gelişimsel bozukluklar ( $p<0.001$ ), işitme engeli olanlarda diğerlerine göre anlamlı düzeyde yüksek saptandı. Çocukların çevresel sesler ve konuşma

olarak işitsel girdiden yoksun olması dilsel gelişimin aksamasına sebep olur. Dil gelişimi, işitme kayıplı çocukların, en çok etkilendiği gelişim alanlarından birisidir<sup>147</sup>. Literatürde işitme engeli olan çocuklarla yapılan çalışmalarda psikopatoloji prevalansı %0 ile % 77 arasında değiştiği belirtilmektedir<sup>148</sup>.

Çalışmamızda çocuk sağlığı ve hastalıkları bölümü alt birimlerine baktığımızda genel çocuk sağlığı ve hastalıkları bölümünden en sık konsültasyon nedenleri somatik belirtiler, zıtlasma-öfke denetim problemleri - davranım problemleri, hareketlilik-dürtüsellik- dikkat eksikliği belirtileri, en sık tanılar DEHB, mental retardasyon, depresif bozukluklar şeklinde idi. Normal olarak değerlendirilen ( $p < 0.001$ ) olgular diğer bölümlere göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptandı. Costello'nun yaptığı çalışmada çocuk sağlığı ve hastalıkları bölümünden istenen konsültasyonlarda en sık tanılar emosyonel bozukluklar, davranış bozuklukları, basit korkular ve zıtlasma bozuklukları idi<sup>149</sup>.

Çocuk acil bölümünden en sık konsültasyon nedenleri intihar girişimi, somatik belirtiler, en sık tanı depresif bozukluk idi. İntihar girişimi ( $p < 0.001$ ), somatik belirtiler ( $p < 0.001$ ); depresif bozukluk ( $p < 0.001$ ), somatik bozukluklar ( $p < 0.001$ ), diğer tanılar ( $p < 0.001$ ) anlamlı düzeyde yüksekti. İntihar girişimde bulunan olguların değerlendirildiği bir çalışmada en sık belirlenen ruhsal bozukluklar majör depresif bozukluk, davranım bozukluğu ve dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu idi<sup>150</sup>. Başka benzer bir çalışmada ise en sık tanılar yaygın anksiyete bozukluğu, depresif bozukluk, davranım bozuklukları idi<sup>151</sup>.

Çocuk yoğun bakım bölümünden en sık konsültasyon nedeni intihar girişimi, en sık tanı depresif bozukluk idi. KLP'nin çocuk yoğun bakım bölümünden istenen psikiyatri konsültasyonlarında öncelikli alanları; anksiyete ve depresyon açısından değerlendirme, yönelim bozukluğu, deliryum, organik hastalığa ikincil gelişen ruhsal hastalığın ayırıcı tanısı, özkiyım sonrası risk değerlendirmesi olarak belirtilmiştir<sup>152</sup>.

Çocuk nöroloji bölümünden en sık konsültasyon nedenleri konuşma ve dile özgü gelişimsel bozukluklar-iletişim problemleri, somatik belirtiler, hareketlilik-dürtüsellik-dikkat eksikliği belirtileri idi. En sık tanılar sırasıyla; DEHB, mental retardasyon, YGB idi. Diğer bölümlere göre DEHB ( $p = 0.001$ ), karşı olma karşı gelme-davranış bozukluğu ( $p = 0.001$ ), mental retardasyon ( $p < 0.001$ ), YGB ( $p < 0.001$ ), konuşma ve dile özgü gelişimsel bozukluklar ( $p < 0.001$ ) istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek idi. Sadece epilepsi tanısı

alan olgularda ise en sık konsültasyon istenme nedenleri, zıtlasma-öfke denetim problemleri -davranım problemleri belirtileri, hareketlilik-dürtüsellik-dikkat eksikliği belirtileri, konuşma-iletişim problemleri; en sık tanılar mental retardasyon, DEHB, YGB idi. Sadece epilepsi olan olgularda hareketlilik-dürtüsellik-dikkat eksikliği belirtileri ( $p=0.029$ ), konuşma-iletişim problemleri ( $p=0.001$ ), öğrenme problemi/gelişim geriliği belirtileri ( $p=0.027$ ), DEHB ( $p<0.001$ ), YGB ( $p<0.001$ ), somatik bozukluklar ( $p=0.001$ ), mental retardasyon ( $p<0.001$ ) anlamlı olarak yüksekti. Çalışmamızda çocuk nörolojiden istenen konsültasyon nedenleri ve tanılar sadece epilepsisi olan olgularla paralellik göstermekteydi. Türkbay ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada epileptik çocukların dikkat eksikliği, hiperaktivite, dürtüsellik, karşıt olma- karşıt gelme ve depresif belirtilerinin normal kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde yüksek çıktığı gösterilmiştir<sup>153</sup>. Tamar ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ise epileptik çocuklarda tüm davranışsal sorun alanlarında normalden daha yüksek risk olduğu belirlenmiştir<sup>154</sup>. Datta ve arkadaşlarının CBCL kullanarak yaptıkları çalışmada epileptik çocuklarda %53.8 oranında davranışsal sorunların olduğu gösterilmiştir<sup>155</sup>. Literatürde çocukluk çağı epilepsilerinde ruhsal bozukluk eş tanısının tipi olgunun zihinsel düzeyine göre değişkenlik gösterdiği, normal zihinsel düzeyde olan olgularda en sık görülen tanıların depresyon, anksiyete bozuklukları ve dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu (DEHB), zihinsel geriliği olan epileptik olgularda ise otizm spektrum bozukluk olduğu gösterilmiştir. Otizm, mental retardasyon (MR) ve epilepsi sık olarak beraber görülen ve bir diğerinin görülme riskini artıran üç klinik tablo olarak değerlendirilmiştir<sup>156</sup>. Epileptik çocuklarda en sık rastlanan psikiyatrik bozukluk depresyondur; ancak sıklıkla gözden kaçmaktadır<sup>157, 158</sup>. Bizim çalışmamızda da depresyonun en sık görülen tanı olmaması depresif belirtileri olan olguların gözden kaçması ve konsülte edilmemesi ile ilişkili olabilir.

Çocuk kardiyoloji bölümünden en sık konsültasyon nedeni somatik belirtiler, en sık tanı DEHB idi. Sadece kardiovasküler hastalığı olan olgularda en sık konsültasyon nedenleri konuşma-iletişim problemleri ve somatik belirtiler, en sık tanılar somatik bozukluklar (% 17.3) ve mental retardasyon (% 17.3) idi. Sadece kardiovasküler hastalığı olan olgularda % 29.4 'üne tanı konulamamıştı. Fiziksel hastalık sebebiyle elde edilen ikincil kazançlar, çevreden ilgi artması beklentilerin düşük olması<sup>159</sup> somatik bozuklukların oluşmasına neden olabilir.

Konjenital kalp hastalığı olan çocukların nörobilişsel bozulmalar açısından riskli olduğu, standardize bilişsel testlerde özellikle siyanotik kalp hastalığı olanlarda daha düşük IQ düzeylerinin görülebileceği bildirilmektedir<sup>160</sup>. Hansen ve arkadaşları konjenital kalp hastalığı olan olgularda DEHB semptomlarının daha fazla olduğunu bildirmişlerdir<sup>161</sup>.

Çocuk onkoloji bölümünden en sık konsültasyon nedeni depresif belirtiler, en sık tanılar uyum bozukluğu, depresif bozukluk idi. Depresif belirtiler ( $p<0.001$ ) ve uyum bozukluğu ( $p<0.001$ ) diğer bölümlere göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptandı. Sadece tümörü olan olgularda en sık konsültasyon nedeni depresif belirtiler, en sık tanılar uyum bozukluğu, depresif bozukluk idi. Tümörleri olan olgularda danışma ( $p=0.015$ ), depresif belirtiler, ( $p<0.001$ ), depresif bozukluk ( $p<0.001$ ), uyum bozukluğu ( $p<0.001$ ) istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksekti. Kanser hastalığı olan çocuklardaki psikososyal sekeller birçok araştırmacı tarafından incelenmiştir. Ancak bu alanda yapılan çalışmaların sonuçları birbiriyle tutarlı değildir. Karşımıza üç değişik sonuç çıkmaktadır: birincisinde; bu çocukların ruh sağlıkları kontrol grubundan daha kötüdür. Depresyon, posttravmatik stres bozukluğu ve somatizasyon bozukluğu gibi önemli ruhsal hastalıklara daha sık rastlanır. Davranış ve uyum sorunları, benlik değerinde düşüklük ve beden imajı ile ilgili sorunlar kanserli çocuk ve gençlerin uzun süreli izleminde saptanan diğer önemli güçlüklerdir<sup>162-165</sup>. İkincisinde Kanserli izlem hastalarıyla sağlıklı yaşlılarıyla ruhsal gelişim ve uyum sorunları açısından önemli bir fark yoktur<sup>166, 167</sup>. Üçüncüsü ise bu hastalar sağlıklı akranlarına göre ruhsal durum ve sosyal uyum açısından daha iyi durumdadırlar. Kontrol grubu olarak kardeşler alındığında, kardeşlerde depresif duygu durumun daha belirgin olduğu dikkati çekmiştir<sup>168-170</sup>. Çalışmalarda elde edilen farklı sonuçlarda, örneklem gruplarının küçük olması, tek bir merkezin hasta verilerini yansıtması, uygun kontrol grubu olmaması gibi metodolojik sorunların yanı sıra stres karşısında bireysel tepki farklılıkları, kullanılan savunma düzenekleri ve sosyal destek sistemlerinin de rolü olduğu ileri sürülmektedir<sup>168</sup>.

Çocuk hematoloji bölümünde en sık konsültasyon nedeni zıtlasma-öfke denetim problemleri-davranım problemleri en sık tanı % 30 ile uyum bozukluğu idi. Sadece hematolojik hastalığı olan olgularda en sık konsültasyon nedeni hareketlilik-dürtüsellik- dikkat eksikliği idi. Hematolojik hastalığı olan olgularda



en sık tanılar % 22.2 ile DEHB ve % 22.2 ile kaygı bozuklukları idi. Belirti ve tanıların farklı olması gruplama yapılırken lösemi olan olguların tümörü olan olgular başlığı altında toplanmış olması ve hastanemizde lösemi olgularının daha çok çocuk hematoloji bölümü tarafından takip edilmiş olması ile ilgili olabilir. Orak hücreli anemisi olan çocuklarla yapılan bir çalışmada depresyonun genel popülasyona göre orak hücre anemisi olan çocuklarda daha fazla olduğu bildirilmiştir<sup>171</sup>. Ölçek kullanılarak yapılan bir çalışmada orak hücre anemisi olan çocukların ölçek alt puanlarında içe atım sorunları ve dikkat sorunlarının öne çıktığı belirtilmiştir<sup>172</sup>.

Çocuk gastroenteroloji bölümünden en sık konsültasyon nedeni somatik belirtiler, en sık tanı uyum bozukluğu idi. Sadece GIS hastalığı olgularda en sık konsültasyon nedeni depresif belirtiler, en sık tanı depresif bozukluk idi. Çölyak hastalığı olan ergenlerle yapılan çalışmada depresif ve yıkıcı davranış bozuklukları yaygınlığının artmış olduğu gösterilmiştir<sup>173</sup>. Literatürde, inflamatuvar barsak hastalığı olan çocuklarda ve ergenlerde depresyon sıklığının daha yüksek olduğu bildirilmiştir<sup>174</sup>. Tekrarlayan karın ağrısı olan olguların değerlendirildiği çalışmada sağlıklı kontrollere göre daha fazla oranda psikiyatrik bozukluk (özellikle anksiyete ve depresyon) olduğu bildirilmiştir<sup>175</sup>.

Çocuk nefroloji bölümünden en sık konsültasyon nedeni zıtlasma-öfke denetim problemleri-davranım problemleri en sık tanılar ise; uyum bozukluğu, ve DEHB idi. Sadece nefrolojik hastalığı olan olgularda en sık konsültasyon nedenleri zıtlasma-öfke denetim problemleri-davranım problemleri belirtileri, hareketlilik-dürtüsellik-dikkat eksikliği belirtileri, en sık tanı uyum bozukluğu idi. House'un kronik böbrek yetmezliği olan olgular ile yaptığı çalışmasında en sık ruhsal tanılar uyum bozukluğu ve majör depresyon olarak bildirilmiştir<sup>176</sup>. Garralda ve arkadaşları kronik böbrek yetmezliği olan ve diyaliz alan olgularda sağlıklı kontrollere göre daha fazla internalizasyon semptomlarının olduğunu belirtmişlerdir<sup>177</sup>. Yapılan bir çalışmada son dönem böbrek rahatsızlığı olan ve sürekli ayaktan periton diyalizi alan olgularda sağlıklı gruba göre daha fazla oranda DEHB olduğu gösterilmiştir<sup>178</sup>.

Sadece alerji-astım olan olgularda en sık konsültasyon nedeni intihar girişimi idi. İntihar girişimi ( $p < 0.001$ ) sadece alerji-astım olanlarda diğerlerine göre anlamlı düzeyde yüksek saptandı. Sadece alerji-astım olan olgularda en sık tanılar DEHB ve depresif bozukluktu. Literatürde astımı olan büyük çocuk ve

ergenler ile yapılan çalışmada sosyodemografik özellikler, depresif bozukluk, davranış bozukluğu, travma sonrası stres bozukluğu, sigara kullanımı ve stresli yaşam olayları faktörleri ayarlandıktan sonra astım ve intihar düşüncesi-girişimi arasında belirgin bir ilişki olduğu gösterilmiştir<sup>179</sup>. Genç erişkinlerle yapılan bir çalışmada da astımın bağımsız olarak intihar düşüncesini ve girişimini artırdığı belirtilmiştir<sup>180</sup>. Astımı ve alerjisi olan çocuklarda daha fazla oranda DEHB görüldüğü, astım-alerjinin ve astım tedavisinin DEHB belirtilerini artırdığı gözlenmiştir<sup>90, 181</sup>. Astımı olan çocuklarda daha fazla oranda depresyon görüldüğü belirtilmiştir<sup>89</sup>.

Travma geçiren olgularda en sık konsültasyon istenme nedeni zıtlama-öfke denetim problemleri-davranım problemleri belirtileri en sık tanı travma ile ilişkili bozuklar idi. Bu bulgulara paralel olarak travma ile ilişkili bozuklar ( $p<0.001$ ) travma geçiren olgularda anlamlı düzeyde yüksekti. Literatürde travma sonrası en sık gözlenen bozukluğun travma sonrası stres bozukluğu olduğu belirtilmiştir<sup>182</sup>.

Kontrol önerilen 1183 olgudan % 41.6'sı kontrole gelmiştir. DEHB ( $p<0.001$ ), karşı olma karşı gelme bozukluğu-davranım bozukluğu ( $p=0.001$ ), depresif bozukluk ( $p <0.001$ ), kaygı bozuklukları ( $p=0.020$ ), psikotik bozuklukları ( $p=0.020$ ) olan olgularda kontrole gelme oranı anlamlı derecede yüksekti. Tanı konulamayanlar ( $p <0.001$ ) ve normal olarak değerlendirilenler ( $p=0.001$ ) olgularda kontrole gelmeme anlamlı düzeyde yüksekti. Olgularımızda tanı konulamamasının sebebinin kontrole gelmemiş olmalarından kaynaklanıyor olabileceği düşünülmüştür. Türkiye'de yapılan diğer çalışmalarda kontrole gelme oranları %34-%75 arasında bulunmuştur<sup>9, 44, 98, 126, 127</sup>.

Çalışmamızda olguların % 53.5 'ine ilaç tedavisi önerilmiştir. En sık önerilen tedavi SSRI grubu antidepresanlardır. Gözaçanlar ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada % 38.2 sine tedavi önerilmiş olup önerilen en sık tedavi SSRI grubu antidepresanlardır<sup>99</sup>. Abalı ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada % 49.7' sine tedavi önerilmiş olup önerilen en sık tedavi SSRI grubu antidepresanlardır<sup>94</sup>. Alpaslan ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada %70.2' sine tedavi önerilmiş olup önerilen en sık tedavi SSRI grubu antidepresanlardır<sup>45</sup>. Çalışmamızda en sık tanının DEHB olmasına rağmen önerilen en sık tedavinin SSRI grubu antidepresan oluşunun depresyon, uyum bozukluğu gibi tanıların ayrı başlıkta toplanmış olmasından kaynaklandığı düşünülmüştür.

Çalışmamızın retrospektif oluşu, değişkenlerin sayısının fazla olmasına bağlı gruplanmanın yapılmış olması, tanıların DSM-IV TR'a göre konulmuş olması çalışmamızın kısıtlılıklarıdır. Örneklem büyüklüğünün fazla olması, konsültasyon isteme nedenlerinin ve konulan ruhsal tanıların fiziksel hastalıklara ve konsültasyon isteyen kliniklere göre incelenmesi, ülkemizde bu sayıda ve bu özellikte benzer bir çalışmanın olmaması çalışmamızın güçlü yanlarıdır.



## 6.SONUÇ VE ÖNERİLER

1. Olgu sayısı kız cinsiyette erkek cinsiyete göre istatistiksel olarak anlamlı oranda yüksek bulunmuştur.
2. Olguların % 51.5'i 13 yaş ve üzerine olduğu gözlenmiştir. Kızların en fazla başvurduğu yaş grupları 16-18 yaş ve 13-15 yaş iken, erkeklerin en fazla başvurduğu yaş grupları sırasıyla 16-18 yaş ve 4-6 yaş olarak saptanmıştır. Kızların başvuru yaşı erkeklerin başvuru yaşına göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır. Yatan hastalarda yaş ortalaması ayaktan başvuran hastalar göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu gözlenmiştir.
3. Başvurularda kızların en yüksek oranda başvurduğu eğitim dönemi % 50.2 ile lise iken, erkeklerin en yüksek oranda başvurduğu eğitim döneminin % 35.4 ile ilkokul dönemi olduğu saptanmıştır.
4. Ortalama çocuk sayısının 2.32 olduğu, olguların % 40.7'sinin ailenin ilk çocuğu olduğu belirlenmiştir.
5. 2018 yılında istenen konsültasyon sayısı diğer yıllara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur.
6. Anne yaşı ortalaması  $38.04 \pm 7.46$  yıl, baba yaşı ortalaması  $42.66 \pm 8.30$  yıl saptanmıştır. Annelerin % 46.3'ünün ilkokul mezunu olduğu, % 13.7 eğitimsiz ve % 4.5'inin okuryazar olduğu, babaların % 45'inin ilkokul, % 34.4'si lise ve üzeri bir okuldan mezun olduğu belirlenmiştir. Annelerin % 83.8'inin, babaların %7'sinin işsiz olduğu saptanmıştır.
7. Annelerin % 20.9'unda, babaların % 16.6 'sında organik bir hastalık olduğu, annelerin %12.3 'ünde ve babaların % 5.5 'inde ruhsal bir hastalık olduğu belirlenmiştir. Annede ve babada gözlenen en sık ruhsal hastalığın nevroz olduğu saptanmıştır.
8. Olguların % 11.1'nin anne babasının boşanmış, % 5.2'sinin anne ve/veya babası hayatta olmadığı saptanmıştır. Olguların % 78.5'inin anne, baba ve kardeşleriyle birlikte kaldığı gözlenmiştir.
9. Olguların % 28.8'inin anne ve babasının akraba olduğu belirlenmiştir.
10. Olguların % 8'inde gebelik sürecinde sorun olduğu, % 14.5'nin doğumda komplikasyon tespit edildiği, % 13.4'ünün küvezde kalma öyküsünün olduğu saptanmıştır.

- 11.Kızların erkeklere göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha erken konuştuğu ve yürüdüğü gözlenmiştir.
- 12.Olguların % 51.8'inde tıbbi bir tanının olduğu, en sık tanının %20.1 ile epilepsi olduğu gözlenmiştir.
- 13.En sık konsültasyon isteyen kliniğin % 86.9 ile çocuk sağlığı ve hastalıkları olduğu, çocuk sağlığı hastalıklarının ise alt birimlerine bakıldığında en sık konsültasyon isteyen kliniğin çocuk nöroloji ve çocuk acil olduğu gözlenmiştir.
- 14.Olguların % 29.7'si yatan hastaların oluşturduğu, en sık konsültasyon istenme nedenleri sırasıyla % 16,3 ile intihar girişimi, %16,2 ile somatik belirtiler, %13,5 ile zıtlasma-öfke denetim problemleri-davranım problemleri, %9.7 ile hareketlilik-dikkat eksiliği-dürtüsellik belirtileri olduğu saptanmıştır.
- 15.Yatan hastalardan en sık konsültasyon istenme nedenlerinin sırasıyla; intihar girişimi ve depresif belirtiler olduğu saptanmıştır.
- 16.Ayaktan başvuran hastalardan en sık konsültasyon istenme nedenlerinin sırasıyla; somatik belirtiler, zıtlasma-öfke denetim problemleri -davranım problemleri, hareketlilik-dürtüsellik- dikkat eksikliği belirtileri olduğu saptanmıştır.
- 17.Yatan hastalarda ayaktan olan hastalara göre intihar girişimi, depresif belirtilerin istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptanmıştır.
- 18.Hareketlilik-dürtüsellik-dikkat eksikliği belirtilerinin, konuşma-iletişim problemlerinin, öğrenme problemi-gelişim geriliğinin, kohlear implant öncesi değerlendirmenin, sağlık kurulu raporunun, takıntı-tik-cilt/saç yolma belirtilerinin, zıtlasma-öfke denetim problemleri-davranım problemlerinin, somatik belirtilerin ayaktan başvurularda yatan hastalara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptanmıştır.
- 19.Erkeklerde; en sık konsültasyon istenme nedenlerinin sırasıyla; zıtlasma-öfke denetim problemleri-davranım problemleri, hareketlilik-dikkat eksiliği-dürtüsellik belirtileri, konuşma-iletişim problemleri olduğu saptanmıştır.
- 20.Kızlarda en sık konsültasyon istenme nedenlerinin sırasıyla; intihar girişimi, somatik belirtiler, zıtlasma-öfke denetim problemleri-davranım problemleri olduğu saptanmıştır.

21. Erkeklerde zıtlasma-öfke denetim problemleri-davranım problemlerinin, hareketlilik-dikkat eksiliği-dürtüsellik belirtilerinin, konuşma-iletişim problemlerinin kızlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptanmıştır.
22. Kızlarda depresif belirtilerin, intihar girişiminin, somatik belirtilerin erkeklere göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptanmıştır.
23. 0-3 yaş grubunda en sık konsültasyon nedeninin; konuşma-iletişim problemleri, 4-6 yaş grubunda; konuşma-iletişim problemleri, hareketlilik-dürtüsellik- dikkat eksikliği belirtileri, zıtlasma-öfke denetim problemleri -davranım problemleri, 7-9 yaş grubunda; hareketlilik-dürtüsellik- dikkat eksikliği belirtileri, zıtlasma-öfke denetim problemleri -davranım problemleri, 10-12 yaş grubunda; somatik belirtiler, zıtlasma-öfke denetim problemleri -davranım problemleri, hareketlilik-dürtüsellik- dikkat eksikliği belirtileri, 13-15 yaş grubunda; intihar girişimi, somatik belirtiler, zıtlasma-öfke denetim problemleri -davranım problemleri, 16-18 yaş grubunda; intihar girişimi, somatik belirtiler, zıtlasma-öfke denetim problemleri -davranım problemleri olduğu saptanmıştır.
24. Kohlear implant öncesi değerlendirme ve sağlık kurulu raporunun 0-3 yaş grubunda; konuşma-iletişim problemleri ve öğrenme problemleri-gelişim geriliğinin 4-6 yaş grubunda; hareketlilik-dürtüsellik- dikkat eksikliği belirtilerinin 7-9 yaş grubunda; korku-kaygıların 13-15 yaş grubunda; depresif belirtilerin ve intihar girişiminin 16-18 yaş grubunda istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptanmıştır.
25. Olguların % 17.2'sine tanı konulamadığı, % 4.9'unun normal olarak değerlendirildiği gözlenmiştir. En sık tanıların % 16.9 ile DEHB, % 13.3 ile depresif bozukluk, % 9.9 ile mental retardasyon olduğu saptanmıştır.
26. Yatan hastalarda tanı konulamayanların % 22.2 olduğu, en sık tanılarının sırası ile % 29.5 depresif bozukluk, % 16.6 uyum bozukluğu, %14 DEHB olduğu saptanmıştır.
27. Ayaktan başvuran hastalarda tanı konulamayanların %15.1 olduğu, en sık tanılarının sırası ile % 24.3 DEHB, % 18.6 mental retardasyon, % 10 depresif bozukluk olduğu saptanmıştır.

28. Olguların % 18 'inde ikinci bir psikiyatrik tanı olduğu, ikinci en sık eş tanıların DEHB, mental retardasyon, karşı olma karşı gelme bozukluğu-davranım bozukluğu olduğu saptanmıştır.
29. Kızlarda en sık tanıların depresif bozukluk (% 21.3), DEHB (% 14.6), mental retardasyon (% 9.2), somatizasyon bozuklukları (% 8.6) olduğu saptanmıştır.
30. Erkeklerde en sık tanıların DEHB (% 28.9), mental retardasyon (% 19.4) depresif bozukluk (% 9.3), YGB (% 8.4) olduğu saptanmıştır.
31. Depresif bozukluğun, uyum bozukluğunun, OKB ve ilişkili bozukluklar-tik bozuklukları bozukluklarının, somatizasyon bozukluklarının kızlarda; DEHB'ni, karşı olma karşı gelme bozukluğu-davranım bozukluğunun, YGB'nin, mental retardasyonun, konuşma ve dile özgü gelişimsel bozuklukların erkeklerde istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptanmıştır.
32. 0-3 yaş grubunda en sık tanıların mental retardasyon, YGB, konuşma ve dile özgü gelişimsel bozukluklar; 4-6 yaş grubunda DEHB; mental retardasyon, konuşma ve dile özgü gelişimsel bozukluklar, 7-9 yaş grubunda DEHB, mental retardasyon; 10-12 yaş grubunda DEHB, mental retardasyon, depresif bozukluk; 13-15 yaş grubunda depresif bozukluk, DEHB, kaygı bozuklukları; 16-18 yaş grubunda depresif bozukluk, DEHB, kaygı bozuklukları olduğu saptanmıştır.
33. YGB'nin, konuşma ve dile özgü gelişimsel bozukluklar'ın 4-6 yaş grubunda, DEHB'nin 7-9 yaş grubunda, depresif bozukluk, somatik bozukluklar ve tanı konulamayanların 16-18 yaş grubunda istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptanmıştır.
34. Çocuk sağlığı ve hastalıkları bölümünden en sık konsültasyon nedenlerinin sırasıyla; intihar girişimi, somatik belirtiler, zıtlasma-öfke denetim problemleri -davranım problemleri olduğu saptanmıştır.
35. Depresif belirtiler, korku-kaygılar, takıntı-tik-cilt/saç yolma belirtileri, zıtlasma-öfke denetim problemleri-davranım problemleri, somatik belirtiler, intihar girişimi, diğer belirtiler çocuk sağlığı ve hastalıkları bölümünde diğer bölümlere göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptanmıştır.

- 36.Çocuk sağlığı ve hastalıkları bölümünden konsülte edilen olgularda en sık tanıların DEHB, depresif bozukluk, mental retardasyon olduğu saptanmıştır. Karşı olma karşı gelme bozukluğu-davranım bozukluğunun, uyum bozukluğunun, somatik bozuklukların konuşma ve dile özgü gelişimsel bozuklukların, travma ile ilişkili bozuklukların, normal olarak değerlendirilenlerin, tanı konulamayanların çocuk sağlığı ve hastalıkları bölümünde diğerlerine göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptanmıştır.
- 37.Konuşma ve dile özgü gelişimsel bozuklukların işitme engeli olanlarda diğerlerine göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptanmıştır.
- 38.Çocuk acil bölümünden konsülte edilen olgularda en sık konsültasyon nedenlerinin intihar girişimi, somatik belirtiler, en sık tanının depresif bozukluk olduğu saptanmıştır. İntihar girişiminin, somatik belirtilerin; depresif bozukluğu, somatik bozuklukların, diğer tanıların çocuk acil bölümünde diğer bölümlere göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptanmıştır.
- 39.Çocuk yoğun bakım bölümünden en sık konsültasyon nedenin intihar girişimi, en sık tanının depresif bozukluk olduğu saptanmıştır.
- 40.Çocuk nöroloji bölümünden en sık konsültasyon nedenlerin konuşma ve dile özgü gelişimsel bozukluklar-iletişim problemleri, somatik belirtiler, hareketlilik-dürtüsellik- dikkat eksikliği belirtileri olduğu, en sık tanıların sırasıyla; DEHB, mental retardasyon, YGB olduğu saptanmıştır.
- 41.DEHB'nin, karşı olma karşı gelme-davranış bozukluğunun, mental retardasyonun, YGB'nin, konuşma ve dile özgü gelişimsel bozuklukların çocuk nöroloji bölümünde diğer çocuk sağlığı ve hastalıkları bölümün alt birimine göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptanmıştır.
- 42.Sadece epilepsi tanısı alan olgularda ise en sık konsültasyon istenme nedenlerinin, zıtlasma-öfke denetim problemleri -davranım problemleri belirtileri, hareketlilik-dürtüsellik- dikkat eksikliği belirtileri, konuşma-iletişim problemleri en sık tanıların mental retardasyon, DEHB, YGB olduğu saptanmıştır. Hareketlilik-dürtüsellik-dikkat eksikliği belirtilerinin, konuşma-iletişim problemlerinin öğrenme problemi/gelişim geriliği belirtilerinin, DEHB'nin, YGB'nin, somatik bozuklukların, mental



retardasyonun sadece epilepsi olan olgularda diğer organik hastalığı olan olgulara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptanmıştır.

43.Çocuk onkoloji bölümünden en sık konsültasyon nedenin depresif belirtiler, en sık tanılarının uyum bozukluğu, depresif bozukluk olduğu saptanmıştır. Depresif belirtilerin ve uyum bozukluğunun çocuk onkoloji bölümünde diğer çocuk sağlığı ve hastalıkları bölümün alt birimine göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptanmıştır.

44. Sadece tümörü olan olgularda en sık konsültasyon nedeninin depresif belirtiler, en sık tanılarının uyum bozukluğu, depresif bozukluk olduğu saptanmıştır. Danışmanın, depresif belirtilerin, depresif bozukluğun, uyum bozukluğunun tümörleri olan olgularda diğer organik hastalığı olan olgulara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptanmıştır.

45.Sadece alerji-astım olan olgularda en sık konsültasyon nedenin intihar girişimi, en sık tanılarının DEHB ve depresif bozukluk olduğu saptanmıştır. İntihar girişiminin sadece alerji-astım olan olgularda diğer organik hastalığı olan olgulara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptanmıştır.

46.DEHB, karşı olma karşı gelme bozukluğu-davranım bozukluğu, depresif bozukluk, kaygı bozuklukları, psikotik bozuklukları olan olgularda kontrole gelme oranının istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptanmıştır. Tanı konulamayanlar ve normal olarak değerlendirilen olgularda kontrole gelmemenin istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptanmıştır.

47.Olguların % 53.5 'ine ilaç tedavisi önerilmiş olduğu ve en sık önerilen tedavinin SSRI grubu antidepressanlar olduğu saptanmıştır.

Çalışmamızın sonuçları, konsültasyon istemlerinin değeri ve bölümler arası iş birliğinin önemini vurgulamaktadır. Çocuk sağlığı ve hastalıkları ile çocuk psikiyatri alanı arasındaki iş birliğinin artması ve karşılıklı sorunların tartışılarak çözümlenmesi çocuk hastaların tedavilerinin daha hızlı ve etkili yapılabilmesi açısından önem taşımaktadır. Psikiyatri dışı kliniklerde klinisyenlerin hem ayırıcı tanı, hem de eşlik eden durum olarak psikiyatrik hastalıkları tanımayı öğrenmesi, akut ya da kronik hastalıkla ilgili psikiyatrik

problemlere müdahaleye alışması, liyezon bağlamında psikiyatrist ve konsültasyon ekibi ile birlikte çalışabilme becerisinin kazanması, gerektiğinde ortak eğitim programlarının düzenlenmesi olguların daha doğru değerlendirilmesine katkı sağlayacak ve var olan ruhsal bozuklukların tedavisi hastaların tedaviye uyumunu arttırarak yaşam kalitesinde artış sağlayacaktır.



## KAYNAKLAR

1. Tüzün DÜ. Çocuk psikiyatrisinde konsültasyon liyezon. In: Aysev SA. Taner Y (eds). Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları. İstanbul: Golden Print, 2007:823-825.
2. Ito H, Kishi Y, Kurosawa H. A preliminary study of staff perception of psychiatric services in general hospitals. General hospital psychiatry, 1999;;21(1): 57-61.
3. Cadman D, Boyle M, Szatmari P, et al. Chronic illness, disability, and mental and social well-being: findings of the Ontario Child Health Study. Pediatrics,1987; 79(5): 805-813.
4. Hochlehnert A, Niehoff D, Herzog W, et al. Elevated costs of treatment in medical inpatients with psychiatric comorbidity are not reflected in the German DRG-system. Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie, 2007; 57(2): 70-75.
5. Gortmaker SL, Sappenfield W. Chronic childhood disorders: prevalence and impact. Pediatric clinics of north America,1984; 31(1): 3-18.
6. Woodgate M, Elena Garralda M. Paediatric Liaison Work by Child and Adolescent Mental Health Services. Child and Adolescent Mental Health. 2006; 11(1): 19-24.
7. Gökler B. Çocuk-ergen konsültasyon liyazon psikiyatrisi ve etik. In Hergüner S, Tüzün DÜ (Eds). Çocuk Hastalıklarında Biyopsikososyal Yaklaşım. İstanbul: Epsilon, 2007; 31-42.
8. Kılıç BG, Uslu R, Aysev A. A preliminary evaluation of consultation-liaison psychiatry services for children at a university hospital: lessons learned to enhance efficacy. New/Yeni Symposium Journal 2007; 45:163-169.
9. Emiroğlu N, Aras Ş, Yalın Ş. ve ark. Yatan hastalar için istenen çocuk ve ergen psikiyatrisi konsültasyonlarının değerlendirilmesi. Anadolu Psikiyatri Dergisi. 2009;10:217-225.
10. Lipsitt DR. Consultation-liaison psychiatry and psychosomatic medicine: the company they keep. Psychosomatic medicine. 2001; 63(6): 896-909.
11. Kaplan HI, Sadock BJ. Kaplan and Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry. 8 th Edition. Güneş Kitabevi.2007; 2225-2240.
12. Kumbasar H. AÜ TF Psikiyatri Anabilim Dalı'nda Konsültasyon Liyezon Çalışmaları ve Yeni Bir Uygulama. Kriz Dergisi. 3.1: 42-52.

- 13.Özkan S. Psikiyatrik Tıp: Konsültasyon-Liyazon Psikiyatrisi. Roche Yayınları. İstanbul. Aralık. 1993.
- 14.Wise MG, Rundell JR. Clinical Manual Of Psychosomatic Medicine, A Guide to Consultation-Liaison Psychiatry, Washington, DC, London, 2005;1-10.
- 15.Özkan S. Konsültasyon Liyazon Psikiyatrisi; Kavramlar, Kurumsallaşma, Uygulama. Türkiye Klinikleri Journal of Internal Medical Sciences, 2006;2.47: 1-13.
- 16.Billings EG. The psychiatric liaison department of the University of Colorado Medical School and Hospitals. American Journal of Psychiatry. 1966: 122.12S: 28-33.
- 17.Lipowski ZJ. Consultation-liaison psychiatry: the first half century. General hospital psychiatry. 1986; 8.5: 305-315.
- 18.Lipowski ZJ. History of consultation-liaison psychiatry. The American Psychiatric Press textbook of consultation-liaison psychiatry, 1996; 2-11.
- 19.Özkan S.Erişkin Psikiyatrisinde Konsültasyon ve Liyazon: Genel Bir Bakış, In Hergüner S, Tüzün DÜ (Eds). Çocuk Hastalıklarında Biyopsikososyal Yaklaşım. İstanbul: Epsilon. 2007; 13-31.
- 20.Engel GL. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. Science. 1977;196.4286: 129-136.
- 21.Lipsitt DR. Psychiatry and the general hospital: an editorial. General hospital psychiatry. 1979;1.1: 1.
- 22.Fritz GK. Child and adolescent mental health consultation in hospitals, schools, and courts. American Psychiatric Pub. 1993; 7-24.
- 23.Work HH. The" Menace Of Psychiatry" Revisited: The Evolving Relationship Between Pediatrics And Child Psychiatry. Psychosomatics: Journal Of Consultation And Liaison Psychiatry. 1989;30(1):86-91.
- 24.Kerimoğlu E, Alpası B.Konsültasyon Liyazon Psikiyatrisi. In: F. Çuhadaroğlu, et al. (Eds). Çocuk ve ergen psikiyatrisi temel kitabı, Ankara: Hekimler Yayın Birliği. 2008; 718-723.
- 25.Wright L. The pediatric psychologist: A role model. American Psychologist. 1967; 22.4: 323.
- 26.Özkan S. The Historical Development Of Consultation Liaison Psychiatry And Psychosomatic Medicine In Turkish Culture. İstanbul Tıp Fakültesi Dergisi. 2012; 75(1): 15-18.

- 27.Özkan M. İstanbul Tıp Fakültesi'nde Konsültasyon Liyazon Psikiyatrisi Bilim Dalı'nın Gelişiminin Değerlendirilmesi: 14 Yılda Psikiyatrik Konsültasyon. İstanbul Tıp Fakültesi Dergisi.2005; 68(4): 105-112.
- 28.Özkan S. Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi 2002-2004. Kavuk Gazetecilik ve Matbaacılık Ltd. Şti. İstanbul. 2006.
- 29.Özkan M. Consultation liaison psychiatry in Turkey. Journal of psychosomatic research. 2005; 59(6): 447.
- 30.Tüzün DÜ. Çocuk ve Ergen Psikiyatrisinde Konsültasyon ve Liyezon; Genel Bakış. In: Hergüner S, Tüzün DÜ (Eds). Çocuk Hastalıklarında Biyopsikososyal Yaklaşım. İstanbul: Epsilon. 2007; 27-30.
- 31.Baysal ZJ. Pediatri-çocuk psikiyatrisi işbirliği: Konsültasyon-liyezon psikiyatrisi. Katkı Pediatri Dergisi. 1996. 17(5): 925-931.
- 32.Pinsky E. et al. Pediatric consultation and psychiatric aspects of somatic disease. In Rutter's Child and Adolescent Psychiatry, Thapar A. et al (eds). 2015; 586-598.
- 33.Lewis M. Consultation process in child and adolescent psychiatric consultation-liaison in pediatrics. Child and Adolescent Psychiatric Clinics. 1994. 3(3): 439-448.
- 34.Kandil S. Konsültasyon-liyezon psikiyatrisinde görüşme ve kısa psikiyatrik muayene. In: Hergüner S, Tüzün DÜ (Eds). Çocuk Hastalıklarında Biyopsikososyal Yaklaşım. İstanbul: Epsilon. 2007; 79-91.
- 35.Hamlett KW, Stabler B. The developmental progress of pediatric psychology consultation. 1995.
- 36.Atkins DM, Patenaude AF. Psychosocial preparation and follow-up for pediatric bone marrow transplant patients. American Journal of Orthopsychiatry, 1987. 57(2):246-252.
- 37.Campbell JM, Cardona L. The consultation and liaison process to pediatrics.In:Lewis M, et al. (eds). Lewis's Child and Adolescent Psychiatry: A Comprehensive Textbook. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins. 2007;912-921.
- 38.Lewis M, Colletti RB. Child psychiatry teaching in pediatric training: The use of a study group. Pediatrics. 1973; 52(5):743-745.

39. Thomas LE, King RA. Child and adolescent psychiatric emergencies. In: Lewis M, et al. (eds). Lewis's Child and Adolescent Psychiatry: A Comprehensive Textbook. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins. 2002;1104-10.
40. Rauch P, Jellinek M. Pediatric Consultation. In: Rutter M, et al. (eds). Child and Adolescent Psychiatry. Oxford: Blackwell Publishing. 2003;1051-66.
41. Stabler B. Pediatric consultation–liaison. In: Routh DK (Eds). Handbook of pediatric psychology, New Yor: Guilford Press. 1988; 538-66.
42. Cardona L. Behavioral approaches in the pediatric patient to pain and anxiety. Child Adolesc Psychiatr Clin of North Am. 1994; 3(3): 449-64.
43. Erickson JM, MacPherson CF, Ameringer S, et al. Symptoms and symptom clusters in adolescents receiving cancer treatment: a review of the literature. 2013; 50(6):847-869.
44. Göker Z, Güney E, Gülser D, et al. The Evaluation Of The Psychiatric Consultations Of Children And Adolescents Hospitalised In A Training And Research Hospital. Turkish Journal Of Pediatric Disease. 2014; 8(1):17-24.
45. Alpaslan AH, Koçak U, Çobanoğlu C, Görücü Y, editors. Bir Üniversite Hastanesinde Hastalardan İstenen Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Konsültasyonlarının Değerlendirilmesi. Yeni Symposium; 2015.
46. Wasserman AL. Principles of psychiatric care of children and adolescents with medical illness. In: Garfinkel B, Carlson G, Weller E (eds). Psychiatric Disorders in Children and Adolescents, Philadelphia. WB Saunders Company. 1990;486-502.
47. Erermiş SH. Hastalık Karşısında Çocuk ve Ergen. In: Çetin FÇ, ve ark (Eds). Çocuk ve ergen psikiyatrisi temel kitabı, Ankara: Hekimler Yayın Birliği. 2008;730-738.
48. Schonfeld DJ. The child's cognitive understanding of illness. In: Lewis M (eds). Child and Adolescent Psychiatry, Baltimore: Williams & Wilkins. 1996;943-947.
49. Baykara A, Güvenir T, Miral S. Hastalık ve hastaneye yatışın çocuk üzerine etkisi. In: A Ekşi (eds). Ben Hasta Değilim Çocuk Sağlığı ve Hastalıklarının Psikososyal Yönü, İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi. 1999;374-378.
50. Drell MJ, Hanson White TJ. Çocukların Hastalık ve Hastaneye Yatırılmaya Tepkileri. In: Hİ Kaplan, BJ Sadock (eds), H Aydın, A Bozkurt (çeviri eds). Comprehensive Textbook of Psychiatry Cilt 4. Ankara: Güneş Kitabevi. 2007;3425-3433.

- 51.Schonfeld DJ. The child's Cognitive Understanding of Illness. In Lewis M (eds). A Comprehensive Textbook Child and Adolescent Psychiatry, Baltimore. Williams & Wilkins. 1996; 943-947. .
- 52.Gökler B. Ölümcül Hastalık Karşısında Çocuk, Aile ve Hekim. In: A Ekşi (ed). Ben Hasta Değilim-Çocuk Sağlığı ve Hastalıklarının Psikososyal Yönü, İstanbul: Nobel Kitabevleri. 1999;471-475.
- 53.Ekşi A. Fiziksel Hastalığı Olan Çocuk ve Adolesanlara ve Hastanede Refekat Kalan Annelere Psikolojik Yaklaşım. In A Ekşi (ed). Ben Hasta Değilim-Çocuk Sağlığı ve Hastalıklarının Psikososyal Yönü, İstanbul: Nobel Kitabevleri, 1999;620-630.
- 54.Britto MT, Garrett JM, Duglis MA et al. Risky behavior in teens with cystic fibrosis or sickle cell disease. Pediatrics 1998;101: 250.
- 55.Vigneux A. Review: some psychosocial interventions can help children and families copewith chronic conditions. Evidence Based Nursing. 1998;1: 43-43.
- 56.Lock J. Psychosexual development in chronic medical illness. Psychosomatics, 1998;39: 340-349.
- 57.Nigg JT.Temperament and developmental psychopathology. Journal of Child Psychology and Psychiatry, 2006; 47(3-4):395-422.
- 58.Akın B. Oyun Dönemi ve Mizaç. In: İşeri E, Taş Y, (Eds). Oyun Dönemi Ruh Sağlığı Ve Hastalıkları, Ankara: Özyurt. 20018; 81-93.
- 59.Er M. Çocuk, hastalık, anne-babalar ve kardeşler. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi, 2006; 49(2):155-168.
- 60.Cadman D, Boyle M, Szatmari P, et al. Chronic illness, disability, and mental and social well-being: Findings of Ontorio Child Health Study. Pediatrics 1987; 9: 805-813. .
- 61.Lask B. Paediatric Liaison Work. In:Child and adolescent psychiatry: Modern approaches, M Rutter, E Taylor, L Hersov (eds). Blackwell Science Inc, Cambridge. 1994; 996-1005.
- 62.Taylor DC, Eminson DM. Psychological Aspects of Chronic Physical Sickness. In: M Rutter, E Taylor, L Hersov (eds).Child and adolescent psychiatry: Modern approaches, Cambridge: Blackwell Science Inc,. 1994;737-748.
- 63.Emiroğlu FN, Pekcanlar A. Kronik hastalıklar, hastaneye yatış ve çocuk. DEÜ Tıp Fakültesi Dergisi, 2008; 22: 99-105

64. Baykara A, Güvenir T, Miral S. Hastalık ve hastaneye yatışın çocuk üzerine etkisi. In: A Ekşi (eds). Ben Hasta Değilim Çocuk Sağlığı ve Hastalıklarının Psikososyal Yönü, 2. Baskı, İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi, 2011; 398-403.
65. Kazak AE, Rourke MT, Crump TA. Families and other systems in pediatric psychology. In: Roberts MC. (Eds). Handbook of pediatric psychology, New York: The Guilford Press. 2003;159-175
66. Meleksi DD. Families with chronically ill children. American Journal of Nursing 2002;102: 47-54.
67. Kristjansdottir G. A study of the needs of parents of hospitalized 2- to 6-year-old children. Issues Compr Pediatr Nurs, 1991; 14: 49-64.
68. Perrin JM, MacLean JW. Children with chronic illness. The prevention of dysfunction. Pediatric Clinics of North America, 1988; 35(6): 1325-1337
69. Patterson J, Blum RW. Risk and resilience among children and youth with disabilities. Archives of pediatrics & adolescent medicine, 1996; 150(7): 692-698.
70. Simons LE, Sieberg CB, Claar RL. Anxiety and functional disability in a large sample of children and adolescents with chronic pain. Pain Research and Management, 2012. 17(2):93-97.
71. Warner CM, Colognori D, Kim R, et al. Cognitive-behavioral treatment of persistent functional somatic complaints and pediatric anxiety: An initial controlled trial. Depression and anxiety, 2011; 28(7):551-559.
72. Galdston MR, John RM. Mind Over Gut: Psychosocial Management of Pediatric Functional Abdominal Pain. Journal of Pediatric Health Care, 2016;30(6): 535-545.
73. Campo JV, Gilchrist RH. Gastrointestinal Disorders. In: Shaw RJ, DeMaso DR, (eds). Textbook of Pediatric Psychosomatic Medicine, Washington: American Psychiatric Publishing, 2010;275-86.
74. Mackner LM, Greenley RN, Szigethy E, et al. Psychosocial issues in pediatric inflammatory bowel disease: a clinical report of the North American Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition. Journal of pediatric gastroenterology and nutrition, 2013;56(4): 449.
75. Mukaddes MN. Fiziksel Hastalıklar ve DEHB Komorbiditesi. In: Mukaddes MN (ed), Yaşam boyu dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu ve eşlik eden durumlar, 1.Baskı. İstanbul: Nobel Tıp Kitapevleri, 2015;136-41.



76. Alfstad KA, Torgersen H, Van Roy B, et al. Psychiatric comorbidity in children and youth with epilepsy: an association with executive dysfunction?. *Epilepsy & Behavior*, 2016;56:88-94.
77. Fela-Thomas A, Akinhanmi A, Esan O. Prevalence and correlates of major depressive disorder (MDD) among adolescent patients with epilepsy attending a Nigerian neuropsychiatric hospital. *Epilepsy & Behavior*, 2016; 54:58-64.
78. Curatolo PR, Moavero R, De Vries PJ. Neurological and neuropsychiatric aspects of tuberous sclerosis complex. *The Lancet Neurology*, 2015; 14(7): 733-745.
79. Weisbrot D, Charvet L, Serafin D, et al. Psychiatric diagnoses and cognitive impairment in pediatric multiple sclerosis. *Multiple Sclerosis Journal*, 2014; 20(5): 588-593.
80. Zimbrea PC, Schilsky ML. Psychiatric aspects of Wilson disease: a review. *General hospital psychiatry*, 2014;36(1):53-62.
81. Fowler MG, Johnson MP, Atkinson SS. School achievement and absence in children with chronic health conditions. *The Journal of pediatrics*, 1985;106(4):683-687.
82. Bilginer SÇ. Çocuk ve Ergende Dermatolojik Hastalıklarda Konsültasyon Liyezona Psikiyatrisi. *Türkiye Klinikleri Journal of Child Psychiatry-Special Topics*, 2016; 2(2):75-80.
83. Üneri ÖŞ. Çocuk ve Ergende Hematolojik ve Onkolojik Hastalıklarda Konsültasyon Liyezona Psikiyatrisi. *Türkiye Klinikleri Journal of Child Psychiatry-Special Topics*, 2016;2(2): 47-52.
84. Wang Q, Hay M, Clarke D, et al. The prevalence and predictors of anxiety and depression in adolescents with heart disease. *The Journal of pediatrics*, 2012;161(5):943-946.
85. Karsdorp PA, Everaerd W, Kindt M, et al. Psychological and cognitive functioning in children and adolescents with congenital heart disease: a meta-analysis. *Journal of pediatric psychology*, 2006; 32(5):527-541.
86. Özlü MF, Yıldırım O, Alim Erdem D, et al. Açıklanamayan çarpıntı nedeniyle elektrofizyolojik çalışma yapılan hastalarda yaşam kalitesi ve kaygı düzeylerinin değerlendirilmesi. *Türk Kardiyoloji Derneği Arşivi*, 2013; 41(2):136-140.
87. Nascimento I, Nardi AE, Valença AM, et al. Psychiatric disorders in asthmatic outpatients. *Psychiatry research*, 2002;110(1):73-80.

88. Bender BG. Risk taking, depression, adherence, and symptom control in adolescents and young adults with asthma. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 2006;173(9): 953-957
89. Türkoğlu S, Kerimoğlu E. Bronşial Astması Olan Çocuklarda Psikiyatrik Bozukluk ve Belirtiler. *Archives of Neuropsychiatry/Noropsikiatri Arsivi*, 2012; 49(3).
90. Blackman JA, Gurka MJ. Pediatrics, Developmental and behavioral comorbidities of asthma in children. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*, 2007;28(2): 92-99
91. Kashikar-Zuck S, Parkins IS, Graham TB, et al. Anxiety, mood, and behavioral disorders among pediatric patients with juvenile fibromyalgia syndrome. *The Clinical journal of pain*, 2008; 24(7):620.
92. Israel M. Depression in dialysis patients: a review of psychological factors. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 1986. 31(5):445-451.
93. Murtagh FE, Addington-Hall J, Higginson IJ. The prevalence of symptoms in end-stage renal disease: a systematic review. *Advances in chronic kidney disease*, 2007;14(1): 82-99.
94. Abalı O, Tüzün Ü, Gürkan K. Çocuk psikiyatrisi konsültasyonlarının değerlendirilmesi. *Genel Tıp Dergisi*, 2006;16(3):121-124.
95. Çolpan M, Eray Ş, Vural P. Uludağ Üniversitesi Hastanesinde Son Bir Yılda İstenen Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Konsültasyonlarının Değerlendirilmesi. *Güncel Pediatri*, 2013;11(3):101-106.
96. Gallagher KA, McKenna K, Ibeziako P. Feasibility and impact of multidisciplinary training of an evidence-based intervention within a pediatric psychiatry consultation service. *Acad Psychiatry*, 2014; 38(4): 445-50.
97. Shugart MA. Child psychiatry consultations to pediatric inpatients: A literature review. *General Hospital Psychiatry*, 1991;13(5):325-336.
98. Gokcen C, Celik YI. The Evaluation Of Child And Adolescent Psychiatry Consultations from other Inpatient Clinics in a Training Hospital. *Sakarya Medical Journal*, 2011;1(4): 140-144.
99. Gözaçanlar Özkan Ö, Yalın Sapmaz Ş, Kandemir H. Evaluation of Child and Adolescent Psychiatry Consultations. *Journal of Clinical Psychiatry*, 2017; 20(4): 287-293

100. Al-Jawadi AA, Abdul-Rhman S. 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*, 2007;7(1): 274.
101. Roberts RE, Attkisson CC, Rosenblatt A. Prevalence of psychopathology among children and adolescents. *American journal of Psychiatry*, 1998; 155(6): 715-725.
102. Yöntem T. Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Polikliniğine Başvuran Çocuk ve Ergenlerin Demografik Özellikleri ve Belirti Dağılımı (Uzmanlık Tezi). Trabzon: Karadeniz Teknik Üniversitesi; 2004.
103. Mutlu C. Çocuk ruh sağlığı hizmetlerinde öncelik belirleme yöntemlerinin değerlendirilmesi (Uzmanlık Tezi). İzmir: Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi; 2009
104. Fidan YT. Bir çocuk-ergen ruh sağlığı ve hastalıkları polikliniğine başvuran çocuk ve ergenlerin ruhsal belirtileri ve risk faktörlerinin değerlendirilmesi. *Konuralp Tıp Dergisi*, 2011; 3(1):1-8
105. Güner Şİ, Güner S, Şahan MH. Çocuklarda sosyal ve medikal bir problem; istismar. *Van Tıp Dergisi*, 2010;17(3):108-113.
106. <http://www.unicef.org.tr/files/bilgimerkezi/doc/cocuk-istismari-raporu-tr.pdf>.  
Erişim Tarihi:17.03.2019
107. Şener Ş, Ertürk YD, Şenol S. Pediatrik Liyezon Psikiyatrisi Alan Saptamasına Yönelik Bir Önçalışma. *Klinik Psikiyatri*, 2000;3:111-6.
108. Demikaya SK, Aksu H, Yılmaz N, ve Ark. Bir üniversite hastanesi çocuk ve ergen psikiyatrisi polikliniğine başvuran olguların tanıları ve sosyodemografik özellikleri. *Meandros Med Dent J* 2015; 16(1): 4-8
109. Öztürk C, Şanlı D. Annelerin eğitim durumunun çocuk yetiştirme tutumlarına etkisinin incelenmesi. *Ege Pediatri Bülteni*, 2007; 14(3):145-150.
110. Lazaratou H, Vlassopoulos M, Dellatolas G. Factors affecting compliance with treatment in an outpatient child psychiatric practice: A retrospective study in a community mental health centre in Athens. *Psychotherapy and psychosomatics*, 2000; 69(1): 42-49.

111. Abalı O, Kılınçaslan H, Gün F, ve Ark. Çocuk cerrahisi servisinde yatan çocuk ve ergenlerde psikiyatrik değerlendirme. *Çocuk Cerrahisi Dergisi*, 2005; 19(2): 84-87
112. Gizir CA. Psikolojik sağlamlık, risk faktörleri ve koruyucu faktörler üzerine bir derleme çalışması. *Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi*, 2016;3(28):113-128.
113. Rolland JS. A journey with hope, fear and loss: Young couples and cancer, The Shared Experience of Illness. In McDaniel SH, Hepworth J, Doherty WH (Eds). *The shared experience of illness: Stories of patients, families, and their therapists*. New York: Basic Books. 1997;139-150.
114. Buldukoğlu K, Bademli K, Karakaya D, ve Ark. Ruhsal hastalığı olan ebeveynle yaşamak. *Psikiyatri Guncel Yaklaşımlar*, 2011; 3(4):683-703.
115. Zahn-Waxler CJ. Emotional Regulation and Developmental Health: Infancy and Early Childhood. *Children of Depressed Mothers*. Zuckerman BS, Lieberman AF, Fox NA, 2003; 203-219.
116. Dierker LC, Merikangas KR, Szatmari P. Influence of parental concordance for psychiatric disorders on psychopathology in offspring. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 1999; 38(3): 280-288.
117. <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=8534> Erişim Tarihi: 19.03.2019
118. <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=27593> Erişim Tarihi: 19.03.2019.
119. Bryner CL. Children of divorce. *The Journal of the American Board of Family Practice*, 2001;14(3):201-210.
120. Donbak L. Consanguinity in Kahramanmaraş city, Turkey, and its medical impact. *Saudi medical journal*, 2004; 25(12):1991-1994.
121. Karabekiroğlu K, Uslu R, Kapci-Seyitoglu E, ve Ark. A nationwide study of social-emotional problems in young children in Turkey. *Infant Behavior and Development*, 2013; 36(1):162-170.
122. Bundak R, Neyzi O, Günöz H, Darendeliler F. Büyüme-gelişme ve bozuklukları. In: Neyzi O, Ertuğrul T (eds). *Pediyatri Cilt 1*. 3. baskı. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi, 2002:79-132.
123. Tuğrul C. Duygusal zeka. *Klinik Psikiyatri*, 1999;1:12-20.
124. Simonds JF. Psychiatric consultations for 112 pediatric inpatients. *Southern medical journal*, 1977; 70(8):980-984.

125. Al Haidar F. Inpatient child and adolescent psychiatric referrals in Saudi Arabia: clinical profiles and treatment. *EMHJ - Eastern Mediterranean Health Journal*, 2003; 9 (5-6): 996-1002.
126. Şimşek EGE, Eyüboğlu M, Eyüboğlu D. Bir Üniversite Hastanesinde Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Konsültasyonlarının Değerlendirilmesi. *Osmangazi Tıp Dergisi*, 2018.
127. Aktepe E, Kocaman O, Işık A, Eroğlu FÖ. Bir Üniversite Hastanesinde İstene Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Konsültasyon Hizmetlerinin Değerlendirilmesi. *TAF Preventive Medicine Bulletin*. 2013;12(5) 539-544.
128. Encarnação R, Moura M, Gomes F, et al. Characterization of the cases referred and consulted in a child and adolescent psychiatry clinic. A retrospective study. *Acta medica portuguesa*, 2011; 24(6):925-34.
129. <http://iacapap.org/wp-content/uploads/C.2-ASD-2014-v1.1.pdf> Erişim Tarihi: 19.03.2019
130. <http://iacapap.org/wp-content/uploads/D.1-ADHD-072012.pdf> Erişim Tarihi: 19.03.2019
131. <http://iacapap.org/wp-content/uploads/D.3-CONDUCT-DISORDER-072012.pdf> Erişim Tarihi: 19.03.2019
132. <http://iacapap.org/wp-content/uploads/D.2-ODD-072012.pdf> Erişim Tarihi: 19.03.2019
133. Akdemir D, Çetin FÇ. Çocuk ve ergen psikiyatrisi bölümüne başvuran ergenlerin klinik özellikleri. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi*, 2008; 15(1): 5-13
134. <http://iacapap.org/wp-content/uploads/I.1-SOMATOFORM-DISORDERS-072012.pdf> Erişim Tarihi: 19.03.2019
135. <http://iacapap.org/wp-content/uploads/E.1-Depression-2015-update.pdf> Erişim Tarihi: 19.03.2019
136. <http://iacapap.org/wp-content/uploads/E.4-Suicide-update-2018.pdf> Erişim Tarihi: 19.03.2019
137. Sevgen FH, Altun H. Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Polikliniğine Başvuran 0–5 Yaş Arası Çocukların Başvuru Şikayetleri ve Psikiyatrik Tanıları. *Journal of Mood Disorders*, 2017; 7(4):205-212.

- 138.Fadime S. Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Polikliniğine Başvuran Hastalarda Belirti ve Tanı Dağılımları ve Sosyodemografik Özellikler (Uzmanlık Tezi). Eskişehir:Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi; 2018.
- 139.Görker I, Korkmazlar Ü, Durukan M, ve Ark. Çocuk ve ergen psikiyatri kliniğine başvuran ergenlerde belirti ve tanı dağılımı. Klinik Psikiyatri Dergisi, 2004;7(2): 103-10.
- 140.Cetin FH, Guler HA, Turkoglu S, ve Ark. Socio-demographic and clinical characteristics of the children evaluated in a child and adolescent psychiatric clinic before cochlear implantation. Klinik Psikofarmakoloji Bulteni, 2018; 28: 41-42.
- 141.Kaya A, Güler H, Meral O, ve Ark. Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Engelli Sağlık Kurulu'nca Düzenlenen Çocuklara Ait Raporların Retrospektif İncelenmesi. Guncel Pediatri, 2014; 12(3): 151-9
- 142.Carter BD, Kronenberger WG, Baker J, et al. Inpatient pediatric consultation-liaison: A case-controlled study. Journal of Pediatric Psychology, 2003; 28(6): 423-432.
- 143.Tekkalaki B, Patil V, Chate S, et al. Pediatric referrals to psychiatry in a Tertiary Care General Hospital: A descriptive study. Journal of Mental Health and Human Behavior, 2017; 22(1):40-40.
- 144.Aktepe E, Demirci K, Çalışkan AM, ve Ark. Çocuk ve ergen psikiyatrisi polikliniğine başvuran hastalarda belirti ve tanı dağılımları. Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi, 2010; 23(2): 100-8.
- 145.Uçar Hn, Vural Ap, Kocael Ö, ve Ark. Bir Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Polikliniğine Başvuran Hastaların Yakınma, Tanı ve İlaç Uygulamaları Karakteristiklerinin Değerlendirilmesi. Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 2014; 40(2): 75-83
- 146.Taner Y, Kaya A, Bakar EE. Incidence of attention deficit hyperactivity disorder in children with musculoskeletal traumas. Türkiye'de Psikiyatri 2007;9:146- 149.
- 147.Can E, Kuruoğlu G, Kirkim G. 2-4 Yaş Grubu Koklear İmplant Kullanan İşitme Kayıplı Türk Çocukların Alıcı ve İfade Edici Dil Becerilerinin Gelişimi. Journal of Faculty of Letters, 2016; 33(2) 87-102.
- 148.Van Gent T, Goedhart A W, Hindley PA, et al. Prevalence and correlates of psychopathology in a sample of deaf adolescents. Journal of Child Psychology and Psychiatry, 2007; 48(9): 950-958.

149. Costello EJ. Psychiatry, Child psychiatric disorders and their correlates: a primary care pediatric sample. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 1989. 28(6): 851-855
150. Ünlü G, Aksoy Z, Ersan EE. İntihar girişiminde bulunan çocuk ve ergenlerin değerlendirilmesi. *Pamukkale Tıp Dergisi*, 2014(3):176-183.
151. Doğan M, Öztürk S, Feyza E, ve Ark. İntihar Girişiminde Bulunan Çocuk ve Ergenlerin Değerlendirilmesi. *Bozok Tıp Dergisi*, 2018; 8(3):30-34.
152. Özdemir Df, Karabucak B, Çocuk ve Ergende Yoğun Bakım ve Palyatif Bakımda Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi. *Türkiye Klinikleri Journal of Child Psychiatry-Special Topics*, 2016. 2(2): 86-94.
153. Tümer Türkbay D, Akın R, Söhmen T. A comparative study inattentiveness, hyperactivity, impulsivity, self-esteem, depressive symptomatology, and behavioral problems in epileptic children. *Bull Clin Psychopharmacol*, 2000; 10: 9-15.
154. Tamar M, Erermiş S, Coşkunol H ve Ark. Epileptik ve Diyabetik Çocuklarda Davranış sorunlarının Karşılaştırılması. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi*, 1997; 4(3):145-156.
155. Datta SS, Premkumar TS, Chandy S, et al. Behaviour problems in children and adolescents with seizure disorder: associations and risk factors. *Seizure*, 2005; 14(3):190-197.
156. Ekinci,Ö, Toros F. Epilepsi Tanılı Çocuk ve Ergenlerde Ruhsal Bozukluklar. *Psikiyatride Guncel Yaklasimler*, 2013; 5(1):60-77
157. Pellock JM. Defining the problem: psychiatric and behavioral comorbidity in children and adolescents with epilepsy. *Epilepsy & Behavior*, 2004; 5: p. 3-9.
158. Dunn DW, Austin J. Differential diagnosis and treatment of psychiatric disorders in children and adolescents with epilepsy. *Epilepsy & Behavior*, 2004; 5: 10-17.
159. Güler AS. Somatik Belirti Ve İlişkili Bozukluklar. In Akay AP, Ercan ES (Eds). *Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı Ve Hastalıkları*. Ankara: HYB, 2016; 367-386.
160. İnce C, Karakuş M. Çocuk ve Ergende Kardiyolojik ve Respiratuar Hastalıklarda Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi. *Türkiye Klinikleri Child Psychiatry-Special Topics*, 2016. 2(2): 29-36.

161. Hansen E, Poole TA, Nguyen V, et al. Prevalence of ADHD symptoms in patients with congenital heart disease. *Pediatrics International*, 2012. 54(6):838-843.
162. Madan-Swain A, Brown RT. Cognitive and psychosocial sequelae for children with acute lymphocytic leukemia and their families. *Clinical Psychology Review*, 1991; 11(3): 267-294
163. Stuber ML, Christakis DA, Houskamp B, et al. Posttrauma symptoms in childhood leukemia survivors and their parents. *Psychosomatics*, 1996; 37(3): 254-261.
164. Barakat LP, Kazak AE, Meadows AT, et al. Families Surviving Childhood Cancer: A Comparison of Posttraumatic Stress Symptoms with Families of Healthy Children. *Journal of pediatric psychology*, 1997; 22(6): 843-859.
165. Mulhern RK, Wasserman AL, Friedman AG, et al. Social competence and behavioral adjustment of children who are long-term survivors of cancer. *Pediatrics*, 1989; 83(1):18-25.
166. Chesler M, Zebrack BJ. An updated report on our studies of long-term survivorship of childhood cancer and a brief review of the psychosocial literature. Ann Arbor, MI: Center for Research on Social Organization, University of Michigan. 1997.
167. Anholt UV, Fritz GK, Keener M. Self-concept in survivors of childhood and adolescent cancer. *Journal of Psychosocial Oncology*, 1993; 11(1): 1-16.
168. Zebrack BJ, Zeltzer LK, Whitton J, et al. Psychological outcomes in long-term survivors of childhood leukemia, Hodgkin's disease, and non-Hodgkin's lymphoma: a report from the Childhood Cancer Survivor Study. *Pediatrics-Springfield*, 2002; 110(1): 42-52
169. Cetingul N, Aydinok Y, Kantar M ve Ark. Neuropsychologic sequelae in the long-term survivors of childhood acute lymphoblastic leukemia. *Pediatric hematology and oncology*, 1999; 16(3): 213-220.
170. Kupst MJ, Natta MB, Richardson CC, et al. Family coping with pediatric leukemia: Ten years after treatment. *Journal of pediatric psychology*, 1995; 20(5): 601-617.
171. Barbarin OA, Whitten CF, Bonds SM. Estimating rates of psychosocial problems in urban and poor children with sickle cell anemia. *Health & social work*, 1994;19(2):112-119.



172. Ekinci Ö, Çelik T, Ünal Ş, ve Ark. Psychiatric problems in children and adolescents with sickle cell disease, based on parent and teacher reports. Turkish Journal of Hematology, 2012;29(3):259.
173. Pynnönen PA, Isometsa ET, Aronen ET, et al. Mental disorders in adolescents with celiac disease. Psychosomatics, 2004; 45(4):325-335.
174. Szigethy E, Levy-Warren A, Whitton S, et al. Depressive symptoms and inflammatory bowel disease in children and adolescents: a cross-sectional study. Journal of pediatric gastroenterology and nutrition, 2004; 39(4):395-403.
175. Garber J, Zeman J, Walker LS. Recurrent abdominal pain in children: psychiatric diagnoses and parental psychopathology. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 1990; 29(4): 648-656.
176. House A. Psychosocial problems of patients on the renal unit and their relation to treatment outcome. Journal of psychosomatic research, 1987; 31(4): 441-452.
177. Garralda M, Jameson RA, Reynolds JM, et al. Psychiatric adjustment in children with chronic renal failure. Journal of Child Psychology and Psychiatry, 1988; 29(1): 79-90.
178. Yousefichaijan P, Sharafkhah M, Vazirian S, et al. Attention-deficit/hyperactivity disorder in children undergoing peritoneal dialysis. Nephrology monthly, 2015; 7(2).
179. Bandiera FC, Ramirez R, Arheart KL, et al. Asthma and suicidal ideation and behavior among Puerto Rican adolescents. The Journal of nervous and mental disease, 2013; 201(7):587-591.
180. Druss B, Pincus H. Suicidal ideation and suicide attempts in general medical illnesses. Archives of internal medicine, 2000;160(10):1522-1526.
181. Kwon HJ, Lee MY, Ha M, et al. The associations between ADHD and asthma in Korean children. BMC psychiatry, 2014;14(1): 70.
182. Karakaya I. travma ve stresle ilişkili bozukluklar In: Akay AP, Ercan ES (Eds). Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları. Ankara: HYB, 2016; 325-346.

## SİMGELER ve KISALTMALAR DİZİNİ

<b>KLP</b>	: Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi
<b>İBH</b>	: İnflamatuar Barsak Hastalığı
<b>KBB</b>	: Kulak Burun Boğaz
<b>DEHB</b>	: Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu
<b>OKB</b>	: Obsesif Kompulsif Bozukluk
<b>SSRI</b>	: Selektif Serotonin Geri Alım İnhibitörleri
<b>CBCL</b>	: Çocuk-Genç Davranış Değerlendirme Skalası
<b>PİBS</b>	: Pediatrik Yatan Hasta Davranış Skalasında
<b>GIS</b>	: Gastrointestinal Sistem
<b>DSM-IV TR</b>	: Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı, 4.baskı- gözden geçirilmiş tam metin
<b>MS</b>	: Multiple skleroz
<b>HDDEB</b>	: Hareketlilik-Dürtüsellik- Dikkat Eksikliği Belirtileri
<b>KİP</b>	: Konuşma-İletişim Problemleri
<b>ÖP-GG</b>	: Öğrenme Problemi Gelişim Geriliği
<b>TTCSYB</b>	: Takıntı-Tik-Cilt/Saç Yolma Belirtileri
<b>ZÖDPDP</b>	: Zıtlasma - Öfke Denetim Problemleri - Davranım problemleri
<b>DeB</b>	: Depresif Belirtiler
<b>İG</b>	: İntihar Girişimi
<b>KK</b>	: Korku-Kaygılar
<b>SB</b>	: Somatik Belirtiler
<b>PB</b>	: Psikotik Belirtiler
<b>SKR</b>	: Sağlık Kurulu Raporu
<b>UYP</b>	: Uyku-Yeme Problemleri
<b>İKK</b>	: İdrar- Kaka Kaçırma
<b>ÇSH</b>	: Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları
<b>ÇC</b>	: Çocuk Cerrahisi
<b>BC</b>	: Beyin Cerrahisi
<b>PC</b>	: Plastik Cerrahi
<b>GÇSH</b>	: Genel Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları
<b>ÇYB</b>	: Çocuk Yoğun Bakım
<b>ÇA</b>	: Çocuk Acil

<b>ÇNö</b>	: Çocuk Nöroloji
<b>ÇK</b>	: Çocuk Kardiyoloji
<b>ÇO</b>	: Çocuk Onkoloji
<b>ÇH</b>	: Çocuk Hematoloji
<b>ÇE</b>	: Çocuk Enfeksiyon
<b>ÇGE</b>	: Çocuk Gastroentroloji
<b>ÇNe</b>	: Çocuk nefroloji,
<b>AA</b>	: Allerji-Astım
<b>KVSH</b>	: Kardiovasküler Hastalıklar
<b>NP</b>	: Nefrolojik Problemler
<b>GISP</b>	: Gastrointestinal Problemler
<b>İE</b>	: İşitme Engeli
<b>HH</b>	: Hematolojik Hastalıklar
<b>KOKGB-DB</b>	: Karşı Olma Karşı Gelme Bozukluğu-Davranım Bozukluğu
<b>YGB</b>	: Yaygın Gelişimsel Bozukluk
<b>MR</b>	: Mental Retardasyon
<b>KDÖGB</b>	: Konuşma ve Dile Özgü Gelişimsel Bozukluklar
<b>TİB</b>	: Travma İle İlişkili Bozukluklar
<b>DisB</b>	: Disosiyatif Bozukluklar
<b>TK</b>	: Tanı Konulamayanlar
<b>OKBİB-TB</b>	: Obsesif Kompulsif Bozukluk ve İlişkili Bozukluklar-Tik Bozuklukları
<b>UB</b>	: Uyum Bozukluğu
<b>DBo</b>	: Depresif Bozukluk
<b>KB</b>	: Kaygı Bozuklukları
<b>PBo</b>	: Psikotik Bozukluk
<b>SBo</b>	: Somatik Bozukluklar

## ŞEKİLLER DİZİNİ

**Şekiller**

**Sayfa No**

**Şekil 1.** Yıllara Göre Konsültasyon Sayısı Dağılımı

35



## TABLULAR DİZİNİ

<b>Tablolar</b>	<b>Sayfa no</b>
<b>Tablo 1.</b> Olguların Özellikleri	32
<b>Tablo 2.</b> Cinsiyetlere Göre Eğitim Durumu	34
<b>Tablo 3.</b> Cinsiyetlerin Yaş Gruplarına Göre Dağılımı	34
<b>Tablo 4.</b> Yıllara Göre Polikliniğe Konsülte Edilen Olgular	35
<b>Tablo 5.</b> Ebeveynlerin Özellikleri	36
<b>Tablo 6.</b> Aile Özellikleri	37
<b>Tablo 7.</b> Prenatal, Natal, Postnatal Özellikler	38
<b>Tablo 8.</b> Gelişim Öyküsü	39
<b>Tablo 9.</b> Organik Hastalık	40
<b>Tablo 10.</b> Ayaktan ya da Yatan Hasta Olma Durumunun Cinsiyet ve Yaş Göre Dağılımı	40
<b>Tablo 11.</b> Konsültasyon İsteyen Bölümlerin Dağılımı	41
<b>Tablo 12.</b> Çocuk Sağlığı ve Hastalıklarının Alt Birimlerine Göre Dağılımı	41
<b>Tablo 13.</b> Konsültasyon İstenme Nedenleri	42
<b>Tablo 14.</b> Konsültasyon İsteme Nedenlerinin Cinsiyetlere Göre Dağılımı	43
<b>Tablo 15.</b> Konsültasyon İsteme Nedenlerinin Yaş Gruplarına Göre Dağılımı	45
<b>Tablo 16.</b> Konsültasyon İstenme Nedenlerinin Konsültasyon İsteyen Bölümlere Göre Dağılımı	46
<b>Tablo 17.</b> Konsültasyon İsteme Nedenlerinin Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Alt Birimlerine Göre Dağılımı	49
<b>Tablo 18.</b> Organik Hastalık Tanılarına Göre Konsültasyon İstenme Nedenleri Dağılımı	52
<b>Tablo 19.</b> Konsültasyon İstenme Nedenlerinin ve Yatan ya da Ayaktan Hasta Olma Durumuna Göre Dağılımı	55
<b>Tablo 20.</b> Ruhsal Tanılar	56
<b>Tablo 21.</b> Ruhsal Tanıların Yatan Hasta veya Ayaktan Hasta Olma Durumuna Göre Dağılımı	58
<b>Tablo 22.</b> Ruhsal Tanıların Cinsiyetlere Göre Dağılımı	59
<b>Tablo 23.</b> Ruhsal Tanıların Yaş Gruplarına Göre Dağılımı	61

<b>Tablo 24.</b> Ruhsal Tanıların Organik Hastalıklara Göre Dağılımı	63
<b>Tablo 25.</b> Ruhsal Tanıların Konsültasyon İsteyen Bölümlere Göre Dağılımı	65
<b>Tablo 26.</b> Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Alt Birimlerine Göre Tanı Dağılımları	68
<b>Tablo 27.</b> Kontrole Gelme Durumlarına Göre Ruhsal Tanı Dağılımları	71
<b>Tablo 28.</b> Önerilen İlaç Tedavileri	72



# EKLER





T.C.  
MERSİN ÜNİVERSİTESİ  
Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi



ÇOCUK RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI A.D.  
HASTA DEĞERLENDİRME FORMU

Hastanın adı soyadı:	Annenin yaşı:	Baba alkol kullanıyor mu? Kullanıyorsa ne sıklıkta?
Başvuru şekli: Mersin içi Mersin dışı	Üvey anne: 1. Var 2. Yok	Ailenin durumu: 1. Anne baba birlikte 2. Boşanmış 3. Parçalanma
Gönderen: 1. Kendileri 2. Eğitim kuruluşu 3. Psikiyatris 4. Özel Dr. 5. Adli makam 6. Konsültasyon	Annede hastalık: 1. Geçici 2. Süreğen	Ailede ruhsal hastalıklar:
Yaş:	Annede Ruhsal Hastalık 1. Nöros 2. Psikoz 3. Bağımlılık 4. Zeka Geriliği 5. Kişilik Bozukluğu 6. Diğer	Anne baba arasında akrabalık: 1. Var 2. Yok
Kardeş sayısı:	Baba: 1. Var 2. Yok	1. Çekirdek aile 2. Geniş aile 3. Anne ile 4. Baba ile 5. Üvey anne ya da baba ile 6. Akraba ile 7. Korucu ile 8. Evlat edinilmiş 9. Kurumda (Anne baba ile görüşüyor) 10. Kurumda (Anne baba ile görüşmüyor)
Kaçıncı Çocuk:	Baba eğitimi: 1. Yok 2. Okur-Yazar 3. İlkokul 4. Ortaokul 5. Lise 6. Y.O	Ailenin konut standardı: 1. Apartman dairesi 2. Müstakil ev 3. Gecekondu 4. Köy evi 5. Diğer
Kendi cinsinden kardeşi:	Baba işi: 1. Çalışmıyor 2. Düzensiz (Evde) 3. Düzensiz (Dışarıda) 4. İşçi 5. Memur 6. Serbest 7. Yönetici 8. Sağlık Mesubu 9. Emekli 10. Asker	Ayrı odası: 1. Var 2. Yok
Eğitimi: 1. Okula hiç gitmemiş 2. Anaokulu-Kreş 3. Özel Eğitim 4. Anasınıfı 5. Özel alt sınıf 6. İlk 1 7. İlk 2 8. İlk 3 9. İlk 4 10. İlk 5 11. İlkokul bitirmiş okumuyor 12. Orta 1 13. Orta 2 14. Orta 3 15. Lise 1	Baba yaşı:	Ayrı yatağı: 1. Var 2. Yok
Anne: 1. Var 2. Yok	Üvey baba: 1. Var 2. Yok	Çocuğun doğumundan bu yana il dışı yaşanan göç: 1. Var 2. Yok
Annenin eğitimi: 1. Yok 2. Okur yazar 3. İlkokul 4. Ortaokul 5. Lise 6. Y.O	Babada hastalık: 1. Geçici 2. Süreğen	Annenin Doğurduğu yaşı:
Annenin işi: 1. Ev Hanımı 2. Düzensiz (Evde) 3. Düzensiz (Dışarıda) 4. İşçi 5. Memur 6. Serbest 7. Yönetici 8. Sağlık memuru 9. Emekli	Babada ruhsal hastalık: 1. Nöros 2. Psikoz 3. Bağımlılık 4. Zeka geriliği 5. Kişilik bozukluğu 6. Diğer	Kardeş ölümü: 1. Var 2. Yok





T.C.  
MERSİN ÜNİVERSİTESİ  
Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi



ÇOCUK RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI A.D.  
HASTA DEĞERLENDİRME FORMU

Düşük-Kürtaş:  
1.Var  
2.Yok

Gebeliğin seyri:  
1. Normal  
2. Düşük tehdidi  
3. İlaç kullanımı  
4. Sistemik hastalık  
5. Dayak  
6. TORCH  
7. Anemi

Gebelikte doktor kontrolü:  
1. Var  
2. Yok

Doğum:  
1. Evde  
2. Hastanede

Doğum süresi:  
1. Miadında  
2. Erken doğum  
3. Geç doğum

Doğum şekli:  
1. Normal  
2. Aletle  
3. Sezeryan

Doğumda komplikasyon:  
1. Ters geliş  
2. Kordon dolanması  
3. Anoksi  
4. Uzanmış travay  
5. Makonyum sapirasyonu

Bebeğin doğumundan sonraki ilk durumu:  
1. Normal  
2. Mor ve ağlıyor  
3. Mor ve ağlamıyor  
4. Küvezde bakım

İkiz ise:  
1. Teki yaşıyor  
2. Ölü

Beslenme (ilk 6 ay) :  
1. Anne sütü  
2. Mama  
3. Birlikte  
4. Diğer

Kundaklama:  
1.Var  
2.Yok

Varsa Süre:

Yürüme ayı (Desteksiz)  
Konuşma ayı (Cümle kurma)  
Tuvalet eğitimi (Gece-gündüz)

Bakan kişi:  
1. Anne  
2. Baba  
3. Anneanne, babaanne  
4. Bakıcı  
5. Diğer

Anneden ayrılık(6 haftadan fazla)  
1. Var  
2. Yok

Ayrılık yaşı:

Geçirdiği önemli hastalık:  
1. Var  
2. Yok

Konvizisyon  
1. Ateşli  
2. Ateşsiz  
3. Yok

Menarj:  
1. Var  
2. Yok

Sünnet:  
1. Var  
2. Yok

Çocuğunuzu döver misiniz?  
1. Evet  
2. Hayır

Ne sıklıkta?

Kim tarafından?

Ebeveyn dayak yiyor mu?  
1. Evet  
2. Hayır

Ne sıklıkta?

Kim tarafından?

Tanı:  
1.  
2.  
3.

Belirti  
1.  
2.  
3.

Organik:  
1.  
2.  
3.