



T.C.
AFYONKARAHİSAR SAĞLIK
BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ

**BİR ÜNİVERSİTE HASTANESİ ÇOCUK
PSİKİYATRİ POLİKLİNİĞİNE KONSÜLTE EDİLEN
HASTALARIN SOSYODEMOGRAFİK
ÖZELLİKLERİ, KONSÜLTASYON İSTEM
NEDENLERİ VE KONULAN PSİKİYATRİK
TANILARIN DEĞERLENDİRİLMESİ**

TIPTA UZMANLIK TEZİ
Arş. Grv. Dr. Yunus Emre AVŞAR

DANIŞMAN
Doç. Dr. Ahmet Hamdi ALPASLAN

**ÇOCUK VE ERGEN RUH SAĞLIĞI VE
HASTALIKLARI ANABİLİMDALI**

AFYONKARAHİSAR 2018

**T.C.
AFYONKARAHİSAR SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ**

**ÇOCUK VE ERGEN RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI
ANABİLİMDALI**

**BİR ÜNİVERSİTE HASTANESİ ÇOCUK PSİKIYATRI
POLİKLİNİĞİNE KONSÜLTE EDİLEN HASTALARIN
SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİ,
KONSÜLTASYON İSTEM NEDENLERİ VE
KONULAN PSİKIYATRİK TANILARIN
DEĞERLENDİRİLMESİ**

TIPTA UZMANLIK TEZİ

Arş. Grv. Dr. Yunus Emre AVŞAR

DANIŞMAN

Doç. Dr. Ahmet Hamdi ALPASLAN

AFYONKARAHİSAR 2018

T.C.
AFYONKARAHİSAR SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
ÇOCUK VE ERGEN RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI
ANABİLİMDALI

Tez Başlığı : Bir Üniversite Hastanesi Çocuk Psikiyatri Polikliniğine Konsülte Edilen Hastaların Sosyodemografik Özellikleri, Konsültasyon İstem Nedenleri Ve Konulan Psikiyatrik Tanıların Değerlendirilmesi

Tezi Hazırlayan : Arş. Gör. Dr. Yunus Emre AVŞAR

Tez Savunma Tarihi: 03/12/2018

Tez Danışmanı : Doç. Dr. Ahmet Hamdi ALPASLAN

İşbu çalışma jürimiz tarafından ÇOCUK VE ERGEN RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI'nda TIPTA UZMANLIK TEZİ olarak kabul edilmiştir.

BAŞKAN

Doç. Dr. Didem Behice Öztop
Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları
Anabilim Dalı

ÜYE

Dr. Öğr. Üyesi Bengü Yücens
Ruh Sağlığı ve Hastalıkları
Anabilim Dalı

ÜYE

Dr. Öğr. Üyesi Ahmet Üzer
Ruh Sağlığı ve Hastalıkları
Anabilim Dalı

DEKAN

Prof. Dr. Adem ASLAN

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim süresinde desteğini esirgemeyen, mesleki gelişimimde önemli katkıları bulunan değerli tez hocam Sayın Doç. Dr. Ahmet Hamdi ALPASLAN'a, psikiyatriyi bana tanıtan, öğreten ve sevdiren Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Psikiyatri Bölümü hocalarıma, tez çalışmamda ve klinik eğitimim boyunca katkıları ve yardımları ile her zaman yanımda olan bilgi ve tecrübelerinden yararlandığım kıymetli psikiyatri hocalarım Sayın Öğr. Üyesi Ahmet ÜZER'e ve Öğr. Üyesi Bengü YÜCENS'e, çocuk nöroloji rotasyonumu yaparken birlikte çalışmaktan ve tanışmaktan büyük mutluluk duyduğum Gazi Üniversitesi Çocuk Nöroloji Bölümü Hocalarıma ve yandal asistanlarına, asistanlığım sürecinde birlikte çalışma fırsatı bulduğum ve hepsinden çok şey öğrendiğim araştırma görevlisi arkadaşlarıma çok teşekkür ederim.

Her zaman olduğu gibi hayatımın her saniyesinde yanımda olan, fedakarlıklarını esirgemeyen canım aileme; gösterdiği sabır ve anlayışından dolayı yorulmaz destekçim, sevgili eşim Gülnihal'e ve hayat pınarımız olan biricik kızımız Elif Saliha'ya sonsuz teşekkürler...

Dr. Yunus Emre AVŞAR

İÇİNDEKİLER

I – GİRİŞ ve AMAÇ	1
II - GENEL BİLGİLER	5
2.1. KONSÜLTASYON-LİYEZON PSİKİYATRİSİ	6
2.1.1 TARİHSEL GELİŞİMİ	6
2.1.2. DÜNYADA GELİŞİMİ.....	7
2.1.3 ÜLKEMİZDE KLP’NİN TARİHİ VE GELİŞİMİ.....	9
2.1.4. KLP’NİN TANIMI	10
2.1.5. KLP’NİN İŞLEVLERİ	12
2.2. ÇOCUK VE ERGENLERDE KONSÜLTASYON LİYEZON PSİKİYATRİSİ	13
2.2.1 KONSÜLTASYON VE LİYEZON ÇATISI	15
2.2.3. KONSÜLTASYON-LİYEZON MODELLERİ	15
2.2.4. KONSÜLTASYON İSTEKLERİNE GENEL BİR BAKIŞ.....	17
2.2.5. ÇOCUĞUN HASTALIĞINA KARŞI TEPŞİKİ VE GELİŞİMSEL BAKIŞ AÇISI İLE DEĞERLENDİRİLMESİ	18
2.2.6.ÇOCUĞUN HASTALIĞA UYUMUNA ETKİ EDEN FAKTÖRLER.....	21
2.2.7. ÇOCUĞUN BÜTÜNCÜL ŞEKİLDE DEĞERLENDİRİLMESİ KORUYUCU YAKLAŞIMLAR VE TEDAVİLER.....	22
III- GEREÇ VE YÖNTEM.....	25
3.1. ÖRNEKLEM.....	25
3.2. ARAŞTIRMANIN AŞAMALARI.....	25
3.3. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI.....	25
3.4. İSTATİSTİKSEL ANALİZ	26
IV- BULGULAR	27
4.1. SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLER.....	27
4.2. KONSÜLTASYONLARIN DEĞERLENDİRİLMESİ	37
V-TARTIŞMA	44
VI-SONUÇLAR.....	54
VII-ÖZET.....	56
VIII - SUMMARY	58
IX-KAYNAKÇA	60
X-EKLER.....	69

TABLolar LİSTESİ

Tablo-I: Olguların Yaş Grubu ve Cinsiyetlere Göre Dağılımı

Tablo-II: Olguların ve anne-babalarının en küçük, en büyük yaş ve yaş ortalamaları

Tablo-III: Olguların Kardeş Sayılarının Dağılımı

Tablo IV: Olguların Kardeşleri Arasındaki Sırasının Dağılımı

Tablo-V: Olguların Okula Devam Durumu

Tablo-VI: Okula Devam Eden Olguların Gittiği Okul Dağılımı

Tablo-VII: Okulu Terk Eden Olguların Terk Ettiği Sınıfların Dağılımı

Tablo-VIII: Okula Devam Eden Olguların Okul Başarısı Dağılımı

Tablo-IX: Olguların Yanında Yaşadığı Kişilerin Dağılımı

Tablo-X: Olguların Yaşadığı Kişilere Göre; Tedavi Şekli, İntihar Öyküsü ve Konsültasyon İstem Nedenlerinden İntihar/Kendine Zarar Verici Davranış, Psikiyatrik Tanı ve Psikotrop Tedavinin Karşılaştırılması

Tablo-XI: Aile Tiplerinin Dağılımı

Tablo-XII: Olguların Aile Tipine Göre; Tedavi Şekli, İntihar Öyküsü ve Konsültasyon İstem Nedenlerinden İntihar/Kendine Zarar Verici Davranışın Karşılaştırılması

Tablo-XIII: Ailenin Maddi Durumunun Dağılımı

Tablo-XIV: Ailenin Maddi Durumuna Göre; Psikiyatrik Tanı ve Psikotropik Tedavinin Karşılaştırılması

Tablo-XV: Anne Eğitim Durumunun Dağılımı

Tablo XVI: Baba Eğitim Durumunun Dağılımı

Tablo XVII: Anne ve Baba Eğitim Düzeyine göre Psikotropik Tedavinin Karşılaştırılması

Tablo-XVIII: Anne Çalışma Durumunun Dağılımı

Tablo-XIX: Annenin Çalışma Durumuna Göre; İntihar Öyküsü ve Konsültasyon İstem Nedenlerinden İntihar/Kendine Zarar Verici Davranışın Karşılaştırılması

Tablo-XX: Baba Çalışma Durumunun Dağılımı

Tablo-XXI: Konsültasyon İsteyen Bölümler

Tablo-XXII: Konsültasyon İsteyen Kliniklerin Dağılımı

Tablo-XXIII: Konsültasyon Talep Eden-Doktoru Tarafından Bilgilendirilme

Tablo-XXIV: Konsültasyon İstem Nedenlerinin Dağılımı

Tablo-XXV: Hastaların Ruhsal Değerlendirme Sonucu Aldıkları Psikiyatrik Tanı

Tablo-XXVI: Değerlendirme Sonucunda Önerilen Psikotrop Moleküller

Tablo-XXVII: Konsülte Edilen Olgulara Ruhsal Değerlendirme Sonucunda Önerilen Psikofarmakolojik Ajanlar (Gruplandırılmış)

Tablo-XXVIII: Kronik Bedensel Hastalıklar (Gruplandırılmış)

Tablo-XXIX: Kronik Hastalığın Varlığına Göre; Tedavi Şekli, İntihar Öyküsü, Konsültasyon İstem Nedenlerinden İntihar/Kendine Zarar Verici Davranış, Psikiyatrik Tanı ve Psikotrop Tedavinin Karşılaştırılması

SİMGELER VE KISALTMALAR

KLP	: Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi
KOKGB	: Karşıt Olma Karşı Gelme Bozukluğu
OKB	: Obsesif-Kompulsif Bozukluk
ÇÇM	: Çocukluk Çağı Masturbasyonu
ÖÖG	: Özgöl Öğrenme Güçlüğü
SSGI	: Selektif Serotonin Geri Alım İnhibitörleri



I – GİRİŞ ve AMAÇ

“Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi (KLP)” çağdaş tıptaki ilerlemeler sayesinde bilimsel bir disiplin olarak psikiyatri alanında yerini almıştır(1). Konsültasyon liyezon psikiyatrisi, genel tıp ve psikiyatri arasında işbirliğine dayanan bedensel rahatsızlıkla psikososyal etmenler arasındaki etkileşimi inceleyen, biyopsikososyal model ilkeleri ışığında hastalıkların tanı, tedavi ve araştırılmasında çalışan bir disiplindir. Bu disiplinin amacı tıbbi bölümlerde psikiyatrik morbiditeyi engellemek, tanımak, tedavi etmek; hastalığın ortaya çıkmasında, seyrinde, tedavisi ve bakımında psikososyal etkenleri inceleyerek tıbbi hizmeti bütüncül kılmaktır. Hastalık, biyolojik olmakla beraber psikolojik ve sosyal bir olgudur. Bu yüzden her hasta bir bütün olarak değerlendirilmelidir (2).

Hasta olmak ve hastaneye yatmak; çocuğun yaşamını çeşitli yönlerden etkileyen, kaygı ve endişelerin arttığı ve her zamanki dengesinin nispeten altüst olduğu olumsuz bir deneyimdir. Hastaneye yatan çocukların %20-35'inde hastalıktan bağımsız olarak psikolojik stres bildirilmiştir (3).

Amerika Birleşik Devletleri ulusal sağlık istatistiklerinde çocuk ve ergenlerin %13'ünün kronik bedensel bir rahatsızlık sebebiyle izlenmekte ve tedavi edilmekte olduğu bildirilmiştir (4). Kronik hastalığı olan çocukların kronik hastalığı olmayan çocuklara göre emosyonel ve davranışsal uyum sorunlarını yaşamaya daha yatkın olduğu, psikiyatrik bozukluk geliştirme olasılığının iki kat arttığı gösterilmiştir (5). Bedensel hastalığın kronik veya ilerleyici gidişli olması, bedensel engele veya özerklik kaybına yol açması, hastaneye yineleyici yatış gerektirmesi, sıkıntı verici tedavi girişimleri uygulanması, ailede psikososyal ve ekonomik sorunların olması ruhsal sorun görülme riskini artırmaktadır (6). Bedensel 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 (7).

Yapılan çalışmalarda, konsültasyon sürecinin öneminin hekimler tarafından kabul edilmesine rağmen konsültasyon isteme ve işbirliği oranlarının düşük olduğu görölmektedir. Bununla birlikte psikiyatri dışı hekimler tarafından çocuk ve ergenlerdeki psikiyatrik bozuklukların tanınmasındaki bazı güçlüklerden dolayı, beklenenden daha az sayıda psikiyatri konsültasyonu istendiği bilinmektedir (2).

Bedensel hastalığı olan çocuklara yönelik mevcut ruh sağlığı hizmetlerinin gözden geçirilmesi ve aksaklıkların saptanmasına yönelik araştırmalar, bu hizmetlerin iyileştirilmesinde yol gösterici olabilir (8).

Bu alışmada, Afyonkarahisar Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Anabilim Dalı tarafından verilen psikiyatri konsültasyon hizmetlerinde, 4 yıl 6 aylık sürede diğer anabilim dallarından istenen konsültasyonların, çocuk ve ergenlerin sosyodemografik özelliklerinin, konsültasyon isteyen kliniklerin, konsültasyon istem sebeplerinin, varsa kronik hastalıklarının, olguların psikiyatrik tanılarının ve önerilen psikiyatrik tedavilerin araştırılması amaçlanmıştır. Elde edilen sonuçlar ile ayaktan ya da yatarak tedavi gören hastalara sağlanan tedavide, biyopsikososyal yaklaşımının benimsenmesi, bu yaklaşımın artırılmasını sağlayan etmenlerin desteklenmesi ve bu yaklaşımın sürdürülmesinde ortaya çıkan aksaklıkların tespit edilerek gerekli önlemlerin alınması, bu şekilde hastaya bütüncül bir tıbbi hizmetin sunulmasına katkı sağlanması amaçlanmıştır.

LİTERATÜR İNCELEMESİ

Abalı ve ark. 2006 yılında yaptıkları çalışmada 1 yıllık süreçte konsültasyon liyezon polikliniğinden istenen konsültasyonları değerlendirmiş ve 366 hastayı dosya verilerinden retrospektif olarak taramışlardır. Psikiyatrik tanı, tedavi ve demografik verilerin sonuçlarını paylaşmışlardır.

Aktepe ve ark. 2013 yılında yaptıkları çalışmada 4 yıl 3 aylık süreçte ayak-tan ya da yatarak takip edilen psikiyatri konsültasyonu istenen hastaları

değerlendirmiş ve 56 hastayı dosya verilerinden retrospektif olarak taramışlardır. Konsültasyonların hangi birimlerden istendiği, hastaların tıbbi tanıları, konsültasyon istek nedenleri, psikiyatrik tanı ve tedavileri, izlem süreçleri ve demografik özelliklerine ilişkin veriler incelenmiştir.

Kılıç ve ark. 2007 yılında yaptıkları çalışmada 1 yıllık süreçte konsültasyon amacıyla yönlendirilen tüm başvuruları klinik amaçlarla geliştirilmiş yapılandırılmış bir değerlendirme formuna kaydetmişler ve 221 olguyu konsültasyonların hangi birimlerden istendiği, hastaların tıbbi tanıları, konsültasyon istek nedenleri, psikiyatrik tanı ve annelerinin konsültasyon hakkındaki bilgilendirilmesine ilişkin veriler incelenmiştir.

Çolpan ve ark. 2013 yılında yaptıkları çalışmada 1 yıllık süreçte acil tıp ve diğer klinikle tarafından, çocuk ve ergen psikiyatrisi anabilim dalından istenen konsültasyonlara dair hastaların bilgilerini retrospektif olarak taramışlardır. 275 olguyu konsültasyonların hangi birimlerden istendiği, konsültasyon istem nedenleri, psikiyatrik tanı ve tedavi uygulamalarına ilişkin veriler incelenmiştir.

Özkan ve ark. 2017 yılında yaptıkları çalışmada 6 aylık süreçte farklı kliniklerden yatarak tedavi gören hastalardan istenen çocuk psikiyatri konsültasyonları retrospektif olarak taramışlardır. 55 olgunun sosyodemografik bilgileri, bedensel hastalık tanıları, konsültasyonun istendiği bölüm, konsültasyonun istenme nedeni, konsültasyon sonucunda saptanan psikiyatrik tanıları ve psikiyatrik tedavi sürecine ilişkin veriler incelenmiştir.

Emiroğlu ve ark. 2009 yılında yaptıkları çalışmada 1 yıllık süreçte farklı kliniklerden yatarak tedavi gören hastalardan istenen çocuk psikiyatri konsültasyonları retrospektif olarak taramışlardır. 109 olgu, konsültasyonun hangi birimlerden istendiği, konsültasyon nedenleri, çocuklardaki ruhsal ve bedensel hastalık tanıları, psikiyatrik tedavi ve izlem sürecine ilişkin verileri incelenmiştir .

Alpaslan ve ark. 2015 yılında yaptıkları çalışmada 1 yıllık süreçte çocuk hastalıkları ve diğer klinikler tarafından, çocuk ve ergen psikiyatrisi anabilim dalından istenen konsültasyonlara dair hastaların bilgilerini retrospektif olarak taramışlardır. 137 olgunun sosyodemografik özelliklerini, konsültasyonların hangi birimlerden istendiği, konsültasyon istem nedenleri, psikiyatrik tanı ve tedavi uygulamalarına ilişkin veriler incelenmiştir.

Göker ve ark. 2014 yılında yaptıkları çalışmada 1 yıllık süreçte farklı kliniklerden yatarak tedavi gören hastalardan istenen 391 olgunun çocuk psikiyatri konsültasyonları retrospektif olarak taramışlardır. Demografik özellikler, konsültasyonu isteyen bölüm, isteme nedeni, hastanın (varsa) tıbbi tanısı ile psikiyatrik değerlendirme sonucu ve tedavi verilerine ilişkin veriler incelenmiştir.

Gökçen ve ark. 2011 yılında yaptıkları çalışmada 6 aylık süreçte farklı kliniklerden yatarak tedavi gören hastalardan istenen 57 olgunun çocuk psikiyatri konsültasyonları retrospektif olarak taramışlardır. Konsültasyonların hangi birimlerden istendiği, çocuklardaki ruhsal ve bedensel hastalık tanıları, psikiyatrik tedavi ve izlem sürecine ilişkin veriler incelenmiştir.

Uran ve ark. 2017 yılında yaptıkları çalışmada 1 yıllık süreçte ayaktan ve yatarak tedavi görenler için istenilen konsültasyonları retrospektif olarak taramışlardır. Üçüncü basamak bir üniversite hastanesinde konsültasyon-liyezon için yönlendirme yollarını araştırmak ve 263 olgunun demografik özellikleri, yönlendiren kaynaklar, başvuru şikayeti, psikiyatrik tanı ve tedavi uygulamalarına ilişkin veriler incelenmiştir.

Uran ve ark. 2018 yılında yaptıkları çalışmada 2 yıllık süreçte çocuk ve ergen psikiyatrisinden istenilen konsültasyonları retrospektif olarak taramışlardır. 347 olgunun demografik özellikleri, mevcut şikayetleri, tanıları ve tedavilerine ilişkin veriler incelenmiştir.

II - GENEL BİLGİLER

Hekimlik tıbbi tanıları tedavi etmenin çok ötesinde bir meslektir. Hekim hastalığı olan bir insanı bütüncül olarak anlamak ve yardım etmekle görevlidir. Hekimlik uygulaması tıp ile psikiyatriyi, davranış bilimleri ile biyolojik bilimleri bütünleyen bir anlayış ile klinik açıdan insan varlığını, sağlığı ve hastalıklarını biyopsikososyal bütünlük içerisinde ele almayı ve çözümlemeyi gerekli kılmaktadır (9).

Dünya Sağlık Örgütü Anayasası ilkelerince sağlık şöyle tanımlanmıştır: “Sağlık sadece hastalık ve sakatlığın olmayışı değil, bedence, ruhça ve sosyal yönden tam bir iyilik halidir”(10). Ruh sağlığı, genel sağlığımızın ayrılmaz bir parçasıdır. İnsan vücudunda meydana gelen değişiklikler beyinle birlikte ruh sağlığını da etkilemektedir. Aynı zamanda ruhsal durumdaki çatışmalar ve sarsılmaların bedeni etkilediği bilinmektedir. Tıbbi hastalığı olanların ruhsal yardıma ihtiyacı vardır ve verilecek tedaviden yarar görecekları düşünülmektedir. Genel tıp ile ruh sağlığı bilimleri bütüncül yaklaşımları benimsemelidir. Türkiye’de de bütünleşmemiş bir ruh sağlığı hizmetleriyle genel sağlık hizmetlerinin bulunması sağlık hizmetlerinde en önemli sorunlardan birini oluşturmaktadır (11).

Biyopsikososyal model sağlık ve hastalığın biyolojik, psikolojik ve sosyal bağlamda daha geniş bir perspektif ile ele alınmasıdır (12). Biyopsikososyal model yaklaşımına göre, insan varlığına ve hastalıklara biyopsikososyal model içinde yaklaşılmalıdır. KLP genel tıp ile psikiyatrinin kavramsal, klinik ve araştırma alanında bütünleşmesiyle, 20.yüzyıl psikiyatrisinde önemli bir gelişme olarak ortaya çıkmıştır (11). Dar ve hastalık merkezli yaklaşımlar bedensel hastalık çerçevesindeki insan algı ve yaşantısını yeterince kavrayamamaktadır. Biyomedikal teknolojik gelişmelerin artmasına rağmen insana empatik ve varoluşsal bir yaklaşım gerekmektedir. Bu nedenle psikopatolojiye ilişkin biyolojik süreçler ile somatik etkileri, psikososyal kavramlar ve insan varoluşuna ilişkin yaklaşımlarla bütünleştirmek gerekmektedir (9).

KLP’de temel hasta popülasyonunu; genel hastaneye başvuran, yatarak ya da ayaktan tedavisi süren dahili ve cerrahi hastalar oluşturmaktadır. Bu hastaların değerlendirilmesinde, takip ve tedavisinde psikiyatrist tıbbi ekibin bir üyesi olarak rol almaktadır (13). KLP, bir hastanede psikiyatristlerin uyguladığı tüm tanısal, tedavi edici, araştırma ve eğitim hizmetleri ile bağlantılıdır; aynı zamanda psikiyatri ile diğer tıbbi bölümler arasında bir köprü görevi üstlenmektedir (14).

2.1. KONSÜLTASYON-LİYEZON PSİKİYATRİSİ

2.1.1 TARİHSEL GELİŞİMİ

Antik çağlarda bedensel ve ruhsal hastalıklar arasında bir ayrım yapılmaz ve her ikisinin de tanrılar ya da şeytani ruhlarla ilişkili olduğuna inanılmaktaydı. İlk defa Hipokrat (M.Ö. 460-370) hastanın bedeni, ruhsal durumu ve çevresi arasındaki dengesizliklerin hastalıklara yol açtığına işaret etmiştir. 16. yüzyıldan başlayarak doğa bilimlerindeki gelişmeler, insan bedeninin de gözlem ve deneyle araştırılmasını gündeme getirmiş ve bilimsel tıp başlamıştır. 19. yüzyılın mekanik tıp anlayışı tüm hastalıkları hücresel patoloji zemininde gelişen yapısal ve işlevsel bozukluk olarak yorumlamış, medikal model ağırlık kazanmıştır. 20. yüzyıldaki çoğu gelişme birçok ruhsal bozukluğun ve bedensel bozuklukların bazılarının yapısal organik bozukluklarla değil, çeşitli duygusal ve çevresel zorlanmalarla ilişkili olabileceğini ortaya koymuştur (11).

Psikoanalitik yaklaşımlar, bazı bedensel hastalıkların kökeninde psikodinamik çatışmaların rolünü ortaya koymuş, tüm bedensel belirtileri sembolik psikolojik anlamları içinde, psikolojik çatışmalarla yorumlamaya yönelmişlerdir. Ancak tıbbi hastalıkların etiolojisindeki genetik, edinilmiş biyolojik süreçleri, çevresel, psikososyal ve sosyokültürel faktörleri yeterince dikkate almamışlardır. 1920’de Cannon ve Wolf’un psikofizyolojik araştırmaları otonom sinir sisteminin rolünü, duyguların fizyolojik etkilerini ve strese savaş veya kaç reaksiyonunu tanımlamıştır. Cannon "homeostazis" kavramını ortaya atmış ve bedenin iç çevresinde fizyolojik dengenin sürdürülmesi olarak tanımlamıştır (15,16).

Genel hastanelerde psikiyatri üniteleri ve psikosomatik tıbbın gelişimi konsültasyon liyezon psikiyatrisi ihtiyacını ortaya çıkarmıştır. 1920'li yıllarda, ABD başta olmak üzere dünyada genel hastanelerde psikiyatri hizmetlerinin sunumu ve tıbbi servislere konsültasyon sağlanması uygulamaya başlanmıştır. Heldt (1927) ve Moersch (1932) yaptıkları çalışmalarda hastanede yatan hastalarda %30-40 oranında psikiyatrik problem saptadıklarını bildirmişlerdir (11,13). Birkaç yıl sonra Dunbar otonom sinir sistemi üzerinden eyleme dönen, psikolojik gereksinimlerle aktive edilmiş ve uzamış fizyolojik süreçte ortaya çıkan semptomları tanımlamıştır. Belirli psikosomatik hastalıklarda, belirli kişilik profilleri olduğu yönünde gözlemlerini bildirmiştir. Alexander, psikosomatik hastalıklara ilişkin "özgül çatışmalar" kuramı ile katkı sağlamıştır. Konsültasyon liyezon psikiyatrisinin gelişmesinde psikosomatik hareket en geniş katkıyı sağlamıştır. Ancak bu alan sadece psikosomatik denen bir grup hastalıkla sınırlı değildir. Selye'nin "genel adaptasyon sendromu" kuramı, bu alana ileri derecede katkılar sağlamıştır. Öte yandan belirli tıbbi hastalıkların belirli davranış kalıpları veya alışkanlıklarla ilişkisi saptanmış; bedensel hastalık öncesi psikolojik durum ile morbidite arasındaki ilişki gösterilmiştir (11,17).

2.1.2. DÜNYADA GELİŞİMİ

Tıpta 1930'larda başlayan sistematik klinik çalışmalar, biyopsikososyal bütüncül yaklaşımın geçerli kılınmasının öncüleridir. Konsültasyon liyezon psikiyatrisinin gelişiminde 3 dönem (*organizasyon dönemi, kavramsal gelişim dönemi, hızlı gelişme ve kurumsallaşma dönemi*) tanımlanmıştır (15). Aşağıda kısaca bu dönemlere değinilecektir.

Organizasyon Dönemi (1935-1960)

Bu dönem; konsültasyon-liyezon hizmetlerinin oluşumunu, işlevsel modellerin geliştirilmesini, faaliyetlerin değerlendirilmesini ve eğitim etkinliklerinin belirlenmesini içermektedir. Bu yıllarda (1934-1935) en önemli olay, psikiyatristler ve diğer hekimler arasında yakın işbirliğini teşvik eden "Rockefeller Foundation" tarafından beş hastanede psikiyatri bölümlerinin kurulması olmuştur. Edward G. Billings liyezon psikiyatrisi deneyimini klinik uygulama alanında kullanan, ilk

tanımlayan ve bu kliniği kuran kişi olmuştur. Bugün hala kabul gören Billings tarafından geliştirilen konsültasyon liyezon psikiyatrisi modeli; klinik hizmet, eğitim ve araştırmayı içermektedir (11,18).

İkinci dünya savaşından sonra ise Amerika Birleşik Devletleri'nde, başta üniversiteler olmak üzere genel hastanelerde KLP servisleri hızla gelişmiş, kurumsallaşmış ve farklı modeller ortaya atılmıştır (13). Tıp fakültelerinde psikiyatri eğitimi 1950'lerde başlamıştır. Bu dönemde psikofarmakoloji alanındaki gelişme ve ilerlemeler, psikotrop ilaçların kullanıma girmesi, psikoterapi uygulamalarının yapılmasına başlanması, KLP alanındaki gelişmeleri olumlu yönde etkilemiştir. 1960'larda tıp, psikiyatri ve hemşirelik yayınlarında hümanizme önem verildiği görülmüştür. Tedavi sürecini psikolojik etkenlerin etkilediği, bu nedenle hastaların kültürel ve psikososyal ihtiyaçlarının fark edilip yalnız hastalığın değil, insanın bir bütün olarak tedavi edilmesinin gerekliliği vurgulanmıştır (9).

Kavramsal Gelişim Dönemi (1960-1975)

Bu dönemde KLP servislerinin sayısından ziyade, özellikle amaca hizmet eden stratejiler ve prosedürlerle uygulamanın yöntemlerine odaklanılmıştır. Konsültasyon modelleri (hasta merkezli, kriz merkezli, danışan merkezli, durum merkezli vs.), 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. 1970 yılında Dr. Lipsitt editörlüğünde "Psychiatry in Medicine" dergisi, ayrıca çeşitli kitaplar yayınlanmaya başlanmıştır (11).

Hızlı Gelişme ve Kurumsallaşma (1975-1980)

Bu yıllarda KLP'ye ekonomik destek artmış, sağlık bakım hizmetleri birinci basamağa odaklanmış ve buradaki hekimlerin eğitiminde konsültasyon liyezon psikiyatristleri uygun olarak görülmüş, yeni konsültasyon liyezon servisleri kurulmuş,

genç psikiyatristlerin sayısı artmıştır. 1979 yılında "General Hospital Psychiatry" dergisi yayınlanmaya başlanmıştır. KLP geniş bilgi birikimi, klinik yapılanması, muayene ve tedavi yöntemleri, uygulama ilkeleri, klinik, eğitim ve araştırma objektifleri ile bir uzmanlık alanı olarak gelişmiştir. Tıptaki hızlı gelişmeler, yeni tanı ve tedavi yöntemlerine bağlı gelişen psikiyatrik komplikasyonların ve psikososyal sorunların çözülmesi gereksinimi, yaşam kalitesi kavramının öneminin artması, kronik hastalıkların artması, tedavi hizmetlerinin getirdiği ekonomik yükün azaltılması gereksinimi, koruyucu sağlık anlayışının ön plana çıkması, bu alandaki araştırma ve gelişmeleri hızlandırmıştır (9).

1991 yılında Amerikan Psikiyatri Birliğinin, KLP disiplinini psikiyatri üst uzmanlık alanı olarak onaylamasıyla, ABD’de 2003 yılında "Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi Psikosomatik Tıp" bir bilim dalı ve üst uzmanlık alanı olarak yaygın ve sistematik biçimde kurumsallaşmış, üst uzmanlık olarak onaylanmıştır (9).

2.1.3 ÜLKEMİZDE KLP’NİN TARİHİ VE GELİŞİMİ

Ülkemizde, 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 "iyileştirme evleri" vardır. Anadolu’da 1200’lerde kurulmuş olan Gevher Nesibe Şifahanesi (Kayseri) tıp fakültesi ile psikiyatriyi birlikte barındırmış ve burada akli dengesi bozuk olan hastalara müzik ve su tedavisi uygulanmıştır. Gevher Nesibe Şifahanesi, bedensel ve ruhsal tedavi ve bakımı birleştiren Dünya’da ki ilk tıp fakültesi ve "liyezon" psikiyatrisi kliniği olabilir. Cumhuriyetin kuruluşu ve 1933 Üniversite reformu ülkemizde tıbbın çağdaşlaşmasında dönüm noktasıdır (19).

Ülkemizde 1970’li yıllardan 1990’lı yıllara kadar işlev gösteren psikosomatik üniteler KLP birimlerinin öncüleri olmuştur. Çeşitli üniversite hastanelerinin psikiyatri klinikleri dışında geleneksel olarak psikiyatri kliniği, psikiyatri dışı kliniklerce istenen psikiyatrik konsültasyonlara cevap verirken, ilk kez 1989 yılında İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı bünyesinde, yüzyıla

uzanan fakülter birikim ve deneyim içinde, psikiyatrideki gelişmeler doğrultusunda, "psikosomatik hastalıkları" psikosomatik tıp anlayışı içinde yorumlayan ancak bunlarla sınırlı kalmayan, psikiyatrik-psikososyal tıp anlayışı doğrultusunda, klinik, eğitim, araştırma objektifleri ile "İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi Birimi" kurulmuştur. 1994 yılından itibaren İstanbul, Ankara, İzmir, Erzurum, Trabzon, Adana gibi illerimizin üniversite psikiyatri kliniklerinde de KLP birimleri kurulmaya başlanmıştır (9,19,20). Ayrıca ülkemizde bir ilk olarak KLP'nin onkolojideki uzantısı olarak, Onkoloji Enstitüsü bünyesinde "Psikoonkoloji Bilim Dalı" kurulmuştur (9).

2.1.4. KLP'NİN TANIMI

KLP, klinik tıpta genel hastane içinde psikiyatri hizmetlerinin sunulmasıdır. Genel hastanede yatarak ya da ayaktan tedavi gören hastalara yönelik tıbbi tedavi ve bakım ile psikiyatrik tedavi ve psikososyal bakımın eş zamanlı olarak verilmesidir. KLP, bir anlamda tıbbın ve tıbbi hastalıkların psikiyatrisidir. Bu yaklaşım hastayı bedensel, ruhsal, toplumsal bir bütün olarak anlamadan hastalığın tedavi edilemeyeceğini kabul eder. Tıbbi tedavi ve bakım ile psikiyatrik tedavi ve bakımı bütünler. KLP, genel klinik tıp ve çeşitli uzmanlık alanları ile işbirliğine dayanan, tıbbi durumlar ile psişik ve psikososyal durumlar arasındaki bağlantı ve etkileşimi araştıran, klinik tıp alanında bedensel hastalıklara eşlik eden psikiyatrik sendrom ve psikososyal sorunların tanı, tedavi, izlenmesi, araştırma etkinlikleri ve eğitimi ile uğraşan psikiyatri disiplini. Genel tıp ve klinik uzmanlık alanları ile psikiyatri arasındaki bağlantı ve işbirliğini yürütür (11,15,21).

Avrupa kökenli bir ruh hekimi olan Lipowski, psikosomatiğin önde gelen isimleri arasında bulunmaktadır ve onun görüşlerinde psikosomatik görüşler her zaman ağırlık taşımaktadır. Tıpta biyopsikososyal bütüncül yaklaşımın geçerli kılınmasına yönelik sistematik klinik çalışmaları ile önemli katkı sağlamıştır (12,22). Lipowski, KLP'nin hizmet alanlarını şöyle açıklamaktadır:

1. Bedensel hastalıklarda ve bedensel yakınması olan hastalarda (somatizasyon) psikiyatrik tanılarının araştırılması, tedavisi, izlenmesi ve engellenmesi, klinik tıp ortamlarında psikiyatrik tıp hizmetlerinin sağlanması.

2. Psikiyatri dışı klinik ortamlarda sağlık çalışanlarına, konsültasyon ve liyezon hizmetlerinin sunulması, psikiyatri dışı klinik elemanlara, hekim ve hemşirelere psikososyal tıp eğitimi verilmesi.

3. Genel tıp ile psikiyatrinin çakıştığı alanda, tıbbi hastalarda ya da bedensel yakınma ile dış kliniklere başvuran hastalarda araştırmalar yapılması (9,21).

KLP, genel psikiyatriden farklı yaklaşımlar gerektirir. Uygulama alanı, servis protokolleri, tedavi yöntemleri ve ortamı ile kendine özgü nozolojik ve terapötik bilgi, ustalık, ilke ve kuralları olan, özel uzmanlık dalıdır. KLP uygulaması ve medikal psikoterapi yöntemleri, bazı yönleri ile genel psikiyatriden farklılaşır. Bu farklılıklar şu başlıklar altında tanımlanabilir (11,15);

Hasta popülasyonu farklıdır: Hasta popülasyonu bedensel hastalığı olan ve/veya bedensel yakınmaları ile başvuran bireylerdir. Bu bireylerin birincil psikiyatrik bozukluğu sebebiyle de genel hastanelere başvurduğu düşünüldüğünde, KLP için çok geniş bir hasta popülasyonu oluşmaktadır.

Ortam farklıdır: KLP’de hastaların çoğu psikiyatri dışındaki tıbbi, cerrahi ve onkoloji gibi servislerde tedavi görmektedirler. Bu servislerin yapısı ve tedavi ekibi, bedensel bakıma dönük yapılandığından, davranış bozukluğu gösteren hastalar servis içerisinde kaygı oluşturur.

Tedavi yöntemleri farklıdır: Tıbbi hastalarda psikiyatrik ve psikososyal değerlendirilmenin, tanı ve ayırıcı tanının, psikoterapinin, davranış teknikleri ve psiko-farmakolojik tedavinin kendine özgü bilgi ve ilkeleri vardır. KLP, tıbbi hastalardaki akut, kronik psikiyatrik durumların, tanı, ayırıcı tanı ve tedavisi, tedaviye uyum güçlükleri ile uğraşır, yatarak tedavi gören ya da ayaktan izlenen tıbbi hastalardaki bir dizi sorunların tedavisinde ve baş edilmesinde yardımcı olur.

Profesyonel ilişki biçimi özgündür: KLP ekibi (psikiyatrist, psikiyatri hemşiresi, klinik psikolog, sosyal çalışmacı) diğer tıbbi-cerrahi onkoloji vb. servis uzmanları ile profesyonel işbirliği içindedir ve bu ilişki biçimi özgündür. Bu servisler ve tedavi ekibi ile karşılıklı işbirliği içinde, bilgilendirilme, tedavi ve girişimlerin sürdürülmesi gereklidir.

2.1.5. KLP’NİN İŞLEVLERİ

Hizmet yelpazesi çok geniş olan bu disiplinin temel işlevleri, psikiyatri dışı kliniklerdeki hastalara ruh sağlığı hizmetlerinin sağlanması (klinik), psikiyatrik-psikososyal tıp alanında eğitim, tıbbi hastalarda psikiyatrik-psikososyal araştırmalar olarak özetlenebilir (9).

Klinik Hizmet: Konsültasyon ile liyezon, poliklinik ve tıbbi psikiyatrik ayaktan tedavi hizmetlerini içerir. Konsültasyon genel hastanede yatarak tedavi gören hastaların hastalığının tanısı, hastanın ruhsal uyumu, davranış biçimi, tedavi ile ilgili yaşadığı güçlüklerde hastanın değerlendirilmesi ve hastaya yatağı başında psikiyatrik yardım sunulmasıdır (9).

Liyezon ise başka bir klinik ile sürekli ve düzenli işbirliği ile sağlanan KLP hizmetidir. Rutin konsültasyon ve görüş bildirmenin ötesinde, somatopsişik, psikosomatik, psikososyal boyutları ile bedensel hastalığı olan kişilerin tedavisinde, ortak hasta izlenmesine olanak sağlar. Liyezon işbirliğinin, psikopatolojinin erken tanınmasında, engellenmesinde potansiyel değeri vardır. Bedensel tedavi ve bakım ile ruhsal tedavi ve bakımın eş zamanlı, eş güdümlü yürütülür. Bu işbirliği hastaya yardımcı olurken, ilgili uzman ve ilgili servise katkı sağlamakta, iş yükünü azaltıp, işlevselliği arttırmakta, biyopsikososyal bakım anlayışını geliştirmekte, hasta ile tedavi ekibi arasında etkileşim sorunlarını kavramada geniş ölçüde yardımcı olmaktadır (11,15).

Eğitim Hizmeti: Eğitim hizmeti, bedensel hastalığı olan hastalara ve hasta ailelerine yönelik psikososyal eğitimi, genel hastanede ve çeşitli kliniklerde tedavi ve bakım hizmetlerini yürüten hekim ve hemşirelere kendi uğraştıkları uzmanlık

alanının psikiyatrisine ilişkin eğitimi ve bu alanda uzmanlaşmak isteyen ruh sağlığı elemanlarına yönelik psikiyatrik tıp eğitimini içermektedir (11). Eğitim işlevi ile koruyucu sağlık; psikososyal tıp anlayışının yaygınlaştırılmasında, tedavi ve bakım niteliğinin artırılmasında, hastalıkların tedavilerinde psikiyatrik komplikasyonları önleme ve erken farkedilmesinde, tedavi edici bir ortamın oluşturulmasında önemli bir değere sahiptir (13). Ruhsal tedavi ve bakım gereksinimi içinde olan hastaların çok büyük çoğunluğunun ya psikiyatri dışı uzmanlara ya da birinci basamak sağlık hizmetlerine başvuruyor olması eğitimin önemini ve gerekliliğini arttırmaktadır.

Araştırma Hizmeti: Araştırma alanları tıbbi ve cerrahi hastalıklarda risk gruplarını belirlemek, epidemiyoloji, etiyoloji ve prognoz çalışmalarını yapmak, uygun tedavi yöntemlerini belirlemek ve geliştirmektir (13). Genel tıp ile psikiyatrinin çakıştığı alanda, tıbbi hastalarda ya da bedensel yakınma ile dış kliniklere başvuran hastalarda araştırmalar yapılmasını içerir. Son yıllarda tıbbi rahatsızlığı olan bireylerde gelişen psikiyatrik bozukluklarla ilgili araştırmalar hızlanmış, hem diğer tıp disiplinlerine hem de psikiyatriye katkı sağlamıştır (11).

2.2. ÇOCUK VE ERGENLERDE KONSÜLTASYON LİYEZON PSİKİYATRİSİ

KLP, genel tıp (pediatri), psikiyatri (çocuk psikiyatrisi) arasındaki bağlantı ve iş birliğini yürüten bölümdür. Tıbbi durumlar ile psikososyal durumlar arasındaki bağlantı ve etkileşimi araştırır. Bedensel hastalıklara eşlik eden psikiyatrik ve psikososyal sorunların tanı, tedavi ve araştırılmasında genel tıp ile işbirliği içinde çalışır (23). KLP 1930'lu yıllarda tıpta beden ve zihin arasındaki bölünmeye karşı bir köprü vazifesi olarak ortaya çıkmıştır (24). İlk olarak KLP servislerinde biyo-medikal model uygulanmış, ardından çocuk hastanın bütüncül olarak biyolojik, psikolojik, ailesel ve sosyokültürel yönden ele alınarak etraflıca değerlendirildiği biyopsikososyal modele geçilmiştir (25).

Çocuk ve ergen KLP prensipleri, erişkin KLP servislerinin prensiplerini genel olarak paylaşır. Çocuk ve ergen KLP prensipleri çocuğun mevcut durumu, gelişimsel dönemi, hastaneye yatışındaki geçmiş travmatik deneyimleri dikkate almaktadır

(24). Ayrıca çocuklar değerlendirilirken aile çevresi ile bir bütün olarak değerlendirilmesi gerekmektedir. Çocuk ve ergen KLP'sinde çocuklara özgü farklı değerlendirme süreçleri ve tedavi yöntemleri bulunmaktadır (26).

Çocukluk ve ergenlik döneminde görülen hastalıklar özellikle de süregelen ise psikiyatrik bozukluklara yol açmaktadır ve kronik hastalığa sahip çocuklarda psikiyatrik bozukluklar 2-4 kat daha fazla görülmektedir (24,27). Pediatri servislerinde tedavi gören çocuklarda psikiyatrik bozukluklara daha sık rastlanılmaktadır. Duygusal zorluklar aynı zamanda tıbbi hastalıkların tedavisini zorlaştırmaktadır. Çocuk ve ergen KLP servislerinin kurulması, birçok hastanın hastanede yatış sürelerinin kısalmasını sağlamıştır (24).Yapılan çalışmalarda pediatristler de ruhsal bozukluğa sahip olan çocuk hastaların ve ailelerinin tanı ve tedavisinde işbirliğine ihtiyaç olduğunu düşünmektedirler (28,29).

Son zamanlarda tıbbi teknoloji alanındaki gelişmeler kronik bedensel hastalıklara sahip çocukların sağ kalım oranlarını artırmıştır. Ancak ekonomik politikalara bağlı olarak KLP birimlerinin desteklenmesi için gerekli finansal kaynakların azaldığı bildirilmektedir. ABD'de 48 pediatrik KLP servisinin katıldığı araştırmada KLP servislerinin çoğunluğu son 5 yılda istenen konsültasyon oranında artış olduğunu belirtirken, finansal desteğin azalmış olduğunu vurgulamaktadır (30).

Lipowski bedensel ve ruhsal hastalıkların kökeninde birçok faktörün etkileşim halinde olduğunu ifade etmiştir (31). Çocuğun mevcut şartlarına ve tedavisinin psikolojik ve sosyal etkilerine dikkat çekilmeksizin uygulanan biyomedikal bakım ve teknolojik müdahaleler yeterli olmayacak ve hastanın tedavisi eksik kalacaktır (32). Teknolojik gelişmelerin ve müdahalelerin artmasına, biyopsikososyal modelin benimsenmesine ve çocuğun tedavisinde sosyal ve psikolojik süreçlere dikkat çekilmesine rağmen, hasta çocuklar için uygulanan psikolojik bakım yamalı bir görünüm sergilemektedir ve de tıbbi servislerle bütünleşme sürecinde halen zorluklar yaşanmaktadır (32).

2.2.1 KONSÜLTASYON VE LİYEZON ÇATISI

Psikiyatrik konsültasyonlar Lipowski'ye göre 5 grup olarak değerlendirilmektedir (13).

Hasta Merkezli Konsültasyon: Bu konsültasyon hastanın tedavisini sürdüren hekim tarafından tanı ya da izleme güçlüğünden istenmiştir.

Kriz Merkezli Konsültasyon: Hastanın kendi hastalığına gösterdiği uyum bozukluğu ya da baş etme güçlüğü konsültasyon sebebidir.

Konsültasyon isteyen Hekim Merkezli Konsültasyon: Hekim kendi hastası ile ilişkisinde çeşitli çatışmalar ve sorunlar yaşamaktadır. Bu sorunların çözülmesine yönelik yardım istemek için konsültasyon istemektedir.

Durum Merkezli Konsültasyon: Tedavi ekibi ile hasta arasında çatışma ve güçlükler yaşanmaktadır ve bu sorunların çözülmesine yönelik yardım istenmektedir.

Geniş Merkezli Konsültasyon: Hasta, hastanın ailesi ve tedavi ekibini içine alan sorun ve çatışmalar nedeniyle konsültasyon istenmektedir (26).

2.2.3. KONSÜLTASYON-LİYEZON MODELLERİ

Pediyatrik konsültasyon liyezon sürecinin çok boyutlu ve karmaşık yapısı klinisyenleri, işlevsel olduğu kadar da doyurucu ve yapılandırılmış sistem (model) arayışlarına yöneltmiştir. Bu bağlamda geliştirilmiş çok sayıda kuramsal model ve yöntemsel çerçeve tanımlanmaktadır. Modellerin paylaştığı ortak nokta; 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 rehberlik etmektir (33).

KLP çalışmaları esnasında genel psikiyatri kliniklerinden farklı olarak sınırlı zaman ve kaynakların doğru kullanılabilmesi, mümkün olduğunca verimli ve işlevsel olunabilmesi ve bu çalışmaların işbirliği ve iyi bir organizasyon içinde yürütülmesi gerektiği vurgulanmaktadır (32). Cerrahi, yoğun bakım üniteleri gibi spesifik servis organizasyonlarına ya da mevcut kaynaklara göre farklı çocuk KLP servis modelleri tanımlanmıştır (24). Bu bağlamda birçok KLP modeli çocuk hastaların

yaşam kalitesini, çocuğun ve ailesinin hastalığa ve uygulanan tedavilere uyumunu arttırabilmek, çocuğun hastalığını anlamasına yardımcı olmak ve ekip ile iletişimini kolaylaştırmak amacıyla geliştirilmiştir (34,35).

Bağımsız İşlev Modeli: "Kaynak konsültasyonu" olarak da bilinen ve zamanın en iyi şekilde kullanıldığı bu modelde pediatrist tarafından psikiyatriste spesifik bir sebeple hasta yönlendirilmektedir (35). Psikiyatristi probleme dair bağımsız değerlendirmesini yaptıktan sonra pediatriste geri bildirim verir. Pediatrist tek taraflı olarak hastaya dair kararları alır (32). Pediatristin, madde kullanım öyküsü olan bir çocuktaki depresif belirtiler ve intihar riskinin değerlendirilmesi için KLP'ye danışması veya kemoterapi almış bir çocukta olası dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu (DEHB) belirtileri için danışılması bu modele örnek gösterilebilir (35).

İndirek Psikiyatrik Konsültasyon Modeli: "Süreç-Süreç Eğitici Konsültasyon" olarak da bilinen bu modelde pediatrist çocuğun sorumluluğunu alır, birincil olarak hasta ile görüşür daha sonra psikiyatriste danışır; psikiyatristi ise pediatriste gerekli eğitici öneri ve tavsiyelerde bulunur (32). Psikiyatristin çoğu zaman pediatrist tarafından çocuk ve ailesine ilişkin gözlem ve yorumlarına güvenmek zorunda kalması bu modelin bir dezavantajı olarak gösterilmektedir (35).

İşbirlikçi Ekip Modeli: Pediatri ve psikiyatrideki ekiplerin çocuklar ve aileleri için kapsamlı hizmet verilebilmek üzere beraberce çalıştıkları modeldir (32). "Paylaşılmış bakım" sürecinde profesyonellerin eşit sorumluluğu ve aynı zamanda karar verme sürecinde eşitlik söz konusudur (35). Ancak bu modelin uygulanması için hatırı sayılır zamana ve kaynağa ihtiyaç duyulmaktadır. Genellikle hayatı tehdit eden ve diyabet gibi hastalıklar için tercih edilmektedir (32).

Aile, Sistemler ve Çoklu Sistem Konsültasyonu: Kazak gibi araştırmacılar bu modeli yani çocuğun sağlığını etkileyecek aile, okul ve hastaneyi de içeren sosyal sistemlerin dahil edildiği konsültasyonları tercih etmektedir (26,36). Bu modelde çocuğun hastalığının sonuçlarını etkileyecek çocuk-aile, aile-hastane, aile-toplum arasındaki etkileşimlerin derinlemesine değerlendirilmesi yapılmaktadır (35). Okul,

kronik hastalığa sahip çocukların ruhsal sağlığında önemli bir yere sahiptir. Pediatrik hastalıklara zihinsel gerilikler, öğrenme güçlükleri, DEHB eşlik edebilmektedir ve okula hastalıkları sebebi ile gidemeyip daha sonra dönüş yapan çocuklarda uyum sorunları yaşanmaktadır (35). Pediatri ve psikiyatri servislerinde bu amaçla yapılan eğitici faaliyetler dışında özel eğitim kurumları ve okulların rehberlik servisleri ile bu çocukların desteklenmesinde işbirliğinin kurulması gerekmektedir (26).

2.2.4. KONSÜLTASYON İSTEKLERİNE GENEL BİR BAKIŞ

KLP servisleri psikojenik kökenli hastalıkların ayırıcı tanısı; tedaviye ve hastalığa karşı uyum bozukluğu, kronik hastalık ve travmayla baş etme sorunları, organ naklinde karar oluşturma, hastane sonrası takip sürecini yürütmek gibi birçok sorunun yönetiminde görev üstlenir (37). Ülkemizde yapılan araştırmaların sonuçları literatüre uyumlu şekilde konsültasyon isteminin en sık genel pediatri klinikleri ve daha sonra pediatrik hematoloji/onkoloji servisleri tarafından ergenler için istenmiş olduğunu ortaya koymaktadır; bu çocukların en sık intihar girişimi ve depresif belirtiler gösteren uyum bozukluğu sebebi ile KLP'ye yönlendirildiği anlaşılmaktadır (38–40). Somatoform bozukluklarının ayırıcı tanısı, yıkıcı davranışlar, tedavi değerlendirilmesi, ebeveynin hastalığa uyum güçlüğü, tedaviye uyum güçlüğü vb. sebeplerle de bu çocukların KLP'ye yönlendirildiği görülmektedir (37,41).

Olson ve arkadaşlarının retrospektif olarak 5 yıllık sürede 749 yatan çocuk hasta ile yürüttüğü çalışmada, yönlendirilen hastaların en sık depresyon, intihar girişimi, kronik hastalığa uyum bozukluğu ve davranış bozuklukları sebebi ile KLP servisine yönlendirildiği görülmektedir (41). Bu çalışmada en sık pediatri kliniklerinin daha sonra ise çocuk cerrahisi kliniğinin konsültasyon talebinde bulunduğu ve yatan çocuk hastaların sadece 1/3'ünün ayaktan takiplerinin sürdürüldüğü bildirilmiştir (41). Rodrigue ve arkadaşlarının Florida Üniversitesi'nde 1467 çocuk hasta ile yürüttükleri çalışmada pediatri servisi en sık konsültasyon isteyen birim iken, bunun yanında pediatrik hematoloji/onkoloji, pediatrik yoğun bakım ve yanık ünitesinden de konsültasyon istemleri olmuştur (42). Bu çalışmada, konsültasyon istem nedenleri sırasıyla çocukların nörobilişsel kapasitesinin değerlendirilmesi, davranış sorunları, ayrıntılı psikiyatrik değerlendirme, ameliyat ya da nakil öncesi

değerlendirmeler ve hastalığa karşı uyum bozukluğu olarak saptanmıştır (42). Yapılan araştırmalar çocuk KLP servislerinin bireyin ve ailesinin kronik hastalıklarla ilişkili stresörlere uyum sağlamasını kolaylaştırmak suretiyle yatan çocuk hastaların duygusal ve davranışsal ihtiyaçlarını karşılamada önemli bir görev üstlendiğini belirtmektedir (43,44).

2011 tarihinde Amerika Birleşik Devletleri'nde yapılan bir çalışmada; 9-17 yaş aralığında 1900 gencin psikiyatrik konsültasyonlarından elde edilen verilere göre; intihar girişimi, intihar düşüncesi ve davranış bozuklukları olarak 3 gruba ayrıtırılan bu gençlerin yarısına yakınının davranış bozukluğu sebebiyle, %39'nun ise intihar düşüncesi ve/veya girişimi sebebiyle başvurduğu anlaşılmaktadır (45). İntihar girişimi ve aynı zamanda davranış sorunları sebebi ile başvuranların çoğunun daha önce intihar girişiminin olduğu belirtilirken, yalnız intihar girişimi ile başvuranların çok azının hali hazırda psikiyatrik tedavi gördüğü, sadece davranış sorunları ile başvuran gençlerin ise çoğunun psikiyatrik tedavi almakta olduğu saptanmıştır (45). Bu bağlamda çoğunun takiplerine devam etmediği bilinen bu hastaların daha uzun süreli ve verimli tedavilerinin yapılabilmesi için acil servisler ile KLP birimlerinin iş birliği içinde olmasının önemi vurgulanmaktadır (45).

2.2.5. ÇOCUĞUN HASTALIĞINA KARŞI TEPŞİKİ VE GELİŞİMSEL BAKIŞ AÇISI İLE DEĞERLENDİRİLMESİ

Beden alanında oluşmuş bir aksamanın duygusal ve bilişsel alanda nasıl algılandığının anlaşılması, bu durumun çocuk/ergen ve ailesine anlatılması, hastalık sürecinde gerek tıbbi tedaviye uyum açısından gerekse de bu zorluklarla baş edebilmek açısından önem taşımaktadır. Bedensel hastalık çocuğa anlatılırken içinde bulunduğu gelişimsel özelliklerin göz önünde bulundurulması önemlidir (46). Çocuğun yaşı bilişsel gelişim düzeyini etkilemesi dolayısıyla kendi hastalıklarını ve uygulanan tedavileri anlamlandırabilme yetisi ve baş etme becerisi üzerinde etkilidir. Bebeklikten okul öncesi döneme kadar çocuklar kendi bedenleri ile ilgili bilgi ve farkındalıklarını arttırırlar. Piaget'in "duyu-devinim" döneminde olan bebekler ebeveynlerinin duygusal tepkilerinden yoğun olarak etkilenmektedirler (26). Bu yüzden ebeveynlere hastalığın anlatılması, ebeveynlerde ortaya çıkması muhtemel

suçluluk, korku duygularının aşılmasına yardımcı olunması, bebeğin hastalık sürecine uyumunu etkileyecektir. Tedavi ekibinin, bebek-ebeveyn bağlanmasını desteklemesi önemlidir (46,47).

Çocukların otonomi kazanmaya başladığı ve hareketlendiği 2-3 yaş arasında ise hastalık sebebiyle çocuk sınırlanır ve özgüveni olumsuz etkilenebilir. Pasif ve bağımlı bir patern geliştirebilirler. Tipik olarak okul öncesi dönemde çocuklar bedenlerinin birçok kısmını adlandırabilirler ve canları yandığında bunu sesli dile getirebilirler (26).

Piaget'in bilişsel gelişim kuramı'na göre 2-7 yaş arası "işlem öncesi" dönemde çocukların henüz sebep-sonuç ilişkisi ve genelleme yetenekleri gelişmemiştir ve daha çok kendi deneyimlerinden yola çıkarlar. 3-6 yaş arasındaki dönemde repertuarlarında doktor, hemşire ve iğne gibi kavramlara ilişkin korkuları barındıran çocuklar hastalıklarını kendilerine verilmiş bir ceza olarak düşünebilir. 0-6 yaş arasındaki çocuklar hastalıklarına genellikle; ayrılık anksiyetesi, regresyon, kazanılmış yeteneklerin kaybı, içe dönme, yemek ve uyum sorunları, tıbbi müdahalelerden korkma şeklinde tepki verir. Hastanede yatış boyunca çocuğun hareketliliği engellenmektedir; dolayısıyla çocukta saldırganlık, merak ve gerginliğin temel boşalımının gerçekleşmemesi sonucunda kaygı, huzursuzluk, saldırgan tutum ve davranışların gelişebileceği ileri sürülmektedir (48). 3-6 yaş arasındaki dönemde çocukla iletişim kurarken içinde bulunduğu gelişim döneminin özellikleri dikkate alınarak, resim, fotoğraf, hikaye, oyuncak gibi araçlarla somutlaştırma ve anlayabilecekleri sözcük ve dil yapısını kullanmaya özen gösterilmelidir (49). Ayrıca bu dönemdeki çocuklarda sık görülen "hayali arkadaş" kavramından da bahsetmek yerinde olur. Bu dönemde majik düşüncenin gelişimiyle, çocuğun içinde bulunduğu çatışmaları çözümlemede yardımcı bir unsur olarak düşünülebilir. Hayali bir arkadaşın varlığını çevredekilerin (anne-baba, doktor) kabul etmesi önemlidir. Çocuğu böyle bir arkadaşının olmadığına ikna etmeye çalışmak, çocuğu savunmasız bir duruma sokabilir. Çocuk hazır olmadan savunmaların ortadan kaldırılmaya çalışılması, çocuğun gerilemesini (regresyon) arttırabilir (46).

"Somut işlem" dönemi içinde bulunan 7-11 yaş arası okul çağındaki çocuklar, deneyimleri düzenleme ve sıraya koyma ihtiyacı içinde olup, kurallara öncelik verir, sebep-sonuç ilişkisi geliştirir. Kontrolü kaybetme ve ölüm korkusu bu dönemde gelişir. Hastalığını anlamada artış gözlenir. Hastalıkların tedavi edilmesiyle düzeleceğini düşünür. Hastalığı kendisinin yanlış bir şey yapması sebebiyle bir bulaşma sonucu yaşadığı düşüncesi içinde olabilir (26). Bu yaş döneminde rutinleri oldukça önemli olan çocuk, okuldan ve akranlarından uzak kalması sonucunda sosyalleşmede sorunlar yaşayabilir. Bu dönemdeki çocukların hastalığa verdikleri tepkiler; sıkıntı, korku ve kaygı, okul-ders sorunları, akranlarından ayrılma ve suçluluk duyguları şeklindedir (26).

11 yaş sonrası "soyut işlemler" dönemi ergenin hastalığını sorgulayabilmesine, belirtileri anlayabilmesine ve tedaviyi planlayabilmelerine olanak tanır. "Ölüm" kavramı soyut düşünce ile artık geri dönüşümsüz bir süreç olarak algılanabilir. Ergenlik dönemi "ayrışma - bireyselleşme", "cinsel gelişim" ve "kendilik algısı" gibi dönemsel özellikleri barındırır, otorite figürleri ile (ebeveyn, doktor vb.) çatışmalar sıklıkla görülür. Risk alma davranışı yüksektir ve tedaviyi sonlandırabilir. Hastalık sürecinde oluşabilecek bedensel sorunlar ergende endişe yaratır. Akranlarından farklı olma, uzak kalma, otonomilerinin sınırlandırılması ergenleri oldukça etkiler. Ergenlik dönemindeki hastalarda temel sorunlar; gelecek kaygısı, özerkliğe müdahale hissi, akranlarından ayrılma, okul problemleri, beden imajında değişikliklere karşı kaygı şeklinde sıralanabilir (26,47).

Çocuklar en sık regresyon ve yadsıma savunma düzeneklerini kullanır. Tuvalet eğitimini kazanmış bir çocuğun bebesileşip; altını ıslatması, huysuzluk yapması, ağlaması, sürekli ilgi beklemesi regresyona örnek olarak verilebilir. Daha büyük çocukların kullandığı yadsıma savunma düzeneği sonucu hastalığı inkar eden çocuğun tedaviye uyumu bozulmaktadır. Kronik hastalığa sahip çocuklar bahsedilen savunma düzeneklerinden başka birçok savunma düzeneğini de çaresizlik ve mutsuzluk gibi olumsuz duygularını azaltmak için kullanırlar (26).

2.2.6.ÇOCUĞUN HASTALIĞA UYUMUNA ETKİ EDEN FAKTÖRLER

Ebeveynin kaygılı ve stresli olması ile çocuğun baş etme ve uyum becerileri arasında ilişki olduğu bilinmektedir (34). Son yıllarda çocuğun hastalığına uyum sağlayabilmesinde ebeveynin baş etme becerilerinin önemi üzerine yapılan çalışmalarda artış gözlenmektedir (50). Genellikle çocuk hastaların randevularına gelmeleri için ebeveynleri köprü görevi görür (51). Ebeveyn doyumunun çocuğun psikiyatrik takibi ile ilişkilendirilebilecek olan davranışları ve tedavi uyumu üzerinde etkili olduğu bildirilmektedir (50). Ebeveynin yapılan konsültasyondan yeterince doyum sağlaması psikiyatristler tarafından ne kadar dinlendiğini hissetmeleri ile ve psikiyatrik değerlendirme ve psikoeğitimlerden ne kadar bilgi edinebildiği ile ilişkili bulunmuştur (52). Ayrıca konsültan ile çocuğun iletişiminin yoğunluğu, işbirliği ve yapılan yardımsever müdahalelerin ve verilen önerilerin yüksek ebeveyn doyum ile paralellik gösterdiği ileri sürülmektedir (52). Akran desteğinin yer aldığı müdahalelerin ve ailenin çocuğun dikkatini başka yöne çekmedeki (örneğin prosedürler esnasında video seyrettirme) başarısının çocuğun stresini azalttığı ve uyumunu arttırdığı ifade edilmektedir (35).

Lipowsky'nin "işlemsel grup" olarak tanımladığı hasta ve klinik ekip arasındaki çatışmaların yönetiminde KLP devreye girmektedir (21). Araştırmacıların "hastalık ağı" olarak tanımladığı sistemde çocuk, hastalık, aile ve çevre olmak üzere 4 adet birbirleriyle etkileşen ve birbirine bağlı komponent bulunmaktadır (24). Her komponentin hastalık ağının dengesine etki eden değişkenleri bulunmaktadır. Örneğin; çocuğun yaşı, kullandığı baş etme mekanizması, hastalığının özellikleri, ebeveyninin evlilik ilişkisi, çocuğun okula yaklaşımı ve daha birçoğu hastalık ağı içinde rol oynayan faktörlerdendir. Genellikle premorbid psikopatoloji, bebeklik yaş grubu, kronik hastalık ve çoklu hastane yatış öyküsü, ebeveynin çocuğun hastalığını anlayamaması ve uygunsuz tepkiler vermesi gibi risk faktörleri varlığında hasta çocuklarda psikolojik bozukluklar ortaya çıkmaktadır (24). Çocuğun gelişimsel dönemi ile birlikte ebeveynlerin çocuğun hastalığına verdikleri tepkiler gibi sosyal faktörlerin aynı zamanda kronik hastalığın doğası ve ağrı sıklığı gibi bedensel konuların da çocuğun hastalığına göstereceği psikososyal uyumu etkilediği

bilinmektedir (43,53). Liyezon çalışmasında erken tanı ve teröpatik müdahalenin sağlanması için risk altındaki popölasyona karşı önleyici bir tutum içinde olunmaktadır (24).

2.2.7. ÇOCUĞUN BÜTÜNCÜL ŞEKİLDE DEĞERLENDİRİLMESİ KORUYUCU YAKLAŞIMLAR VE TEDAVİLER

Hastanelerde çocuk ve ergen konsültasyon liyezon psikiyatrisinin çalışmaları; çocuk ve ergen psikiyatrisi birimi tarafından hastanenin diğer birimlerine sağlanan klinik, terapötik ve koruyucu bakım hizmetleri, pedagojoloji ile ilgili çalışmalar ve araştırmaları kapsamaktadır (54).

Yatan hastalar için konsültasyon prosedürü genellikle konsültanın yönlendirilmiş olan çocuk hasta ile iletişime geçip, değerlendirmesini yaptıktan sonra yönlendiren hekime ve ekibine hastanın mevcut bulguları ve tedavisi konusunda gerekli önerilerde bulunduğu belli bir modeli takip eder (37). Yatış öncesi dönemdeki çocuğun baş etme becerilerinin ve aile işlevlerinin yeterince değerlendirilebilmesi için biyopsikososyal modelin uygulanması gerekir. Bu prosedür belli bir süre içinde genellikle çocuk, ailesi ve ekip ile yapılan çok sayıda görüşme, tekrarlayan gözlemler, formal psikiyatrik muayene, muayene bulgularının ekiple tartışılması, gerektiğinde okulla iletişime geçilmesi ve gerekli müdahalelerin yürütülmesini içeren kompleks bir süreçten oluşur (37). Konsültan hekim çocuğun tıbbi durumunu, tedavi etkileşimlerini, tıbbi durum öncesindeki depresyon ve kaygı düzeyini, psikolojik olarak güçlü ve zayıf yönlerini, akran ilişkilerini, okuldaki işlevselliğini anlamak ve bütüncül şekilde değerlendirmek ister. Goldberg bu uzmanlık alanının en güçlü yanlarından birinin hasta bakımında tıbbi, psikiyatrik ve davranışsal bakış açılarını bütünleştirebilme yeteneği olduğunu vurgulamıştır (55). Karmaşık tıbbi sorunlara sahip olan çocukların iyileştirilmesinde çoklu tedavi seçeneklerinin çocuk psikiyatristleri ve psikologlarınca uygulanabilmesi önemli bir avantaj olarak kaydedilmektedir (55). Bunlara ilave olarak liyezon hizmetinin risk altındaki çocuklara karşı koruyucu önlemlerin alınmasında ve dolayısıyla erken tanı ve tedavide gerekli olduğu ifade edilmektedir (24). Konsültasyon genellikle psikolojik komponenti olan hastalıklara sahip çocukların tanı ve tedavisinde diyabet ve kistik fibrozis gibi kronik ve engel yaratan hastalıklara sahip çocuklar için istenmektedir (56).

Hastane içerisinde ruh sağlığının korunmasına ihtiyacı olan başka çocuklar da bulunmaktadır. Bebeklerde görülen beslenme, uyku, ağlama, regulasyon bozuklukları erken müdahale edilmediği takdirde gelişimsel problemlere yol açabilir (57). Bedensel ve/veya duygusal travma yaşayan çocuklar, kaza geçirmiş çocuklar, yanık hastaları ya da transplantasyon gibi major cerrahiye maruz kalan çocuklar mutlaka psikolojik destek almalıdır ancak çoğunlukla almadıkları bilinmektedir (57). Yine ebeveyni ciddi hastalığa yakalanan veya hastane içinde ölen çocukların çoğunlukla ihmal edildiği görülmektedir (57). Araya giren hastalıkları için hastaneye yatan gelişimsel sorunlara sahip çocukların da pediatri servislerinde ruhsal değerlendirme ve desteğe ihtiyaçları olmaktadır. Hastanede yatışlardan çocukların daha az etkilenmesi için yatışta anne refakati, mümkünse gündüz hastanesi uygulamasının yaygınlaştırılması önerilmektedir (48).

Çocuk KLP servislerinde, erişkin KLP servislerinde verilen hizmetlerin yanı sıra, aile içi çatışmalarda ve tedaviye uyum bozukluğunda aile terapileri de uygulanmaktadır. Tıbbi işlemlere hazırlama ve davranış değişikliği yaratan müdahalelere de zaman zaman gerek duyulmaktadır (30). Çocuk ve ergenlerde psikiyatrik hastalıklarda daha dağınık bir başlangıç, atipik prezentasyon, farklı klinik görüntüler ve sık eş hastalanım nedeniyle tanı koymak zor olabilir. Ayrıca çocuk ve ergenlerde gelişim ve olgunlaşma süreci devam etmektedir. Bu nedenle tedavide tanılar değil temel semptomlar hedeflenmelidir (54).

Birçok çocuğun psikiyatrik bozukluğu, problem çözme becerilerinde bozukluk olduğuna işaret etmektedir. Bunun sonucunda stres ve sıkıntı yaşadıklarında tepkileri yerinde ve etkin olmaz. Bu çocuklara başarılı problem çözme öğretilmelidir (58). Çocuk ve ergenlerde emosyonel ve davranışsal sorunların tedavisinde bilişsel-davranışçı terapi en çok kullanılan ve en işlevsel olan terapi yöntemlerinden biridir (59). Sokratik sorgulama, düşünce hatalarını bulma, aktivite planlaması, gevşeme egzersizleri gibi yöntemler konsültasyon sırasında kullanılabilecek bilişsel-davranışçı tedavi yöntemleridir. Ağrı, anksiyete ile baş etmede ve depresyonda bilişsel-davranışçı terapiler etkili olmaktadır (54).

Konsültasyon liyezon psikiyatrisinde bedensel hastalığa eşlik eden psikiyatrik hastalığın tedavisi, ağrı yönetimi, deliryum ve ajitasyon tedavisi, bedensel hastalığa eşlik eden uykusuzluk gibi semptomların denetimi gibi durumlarda psikotropik ilaç tedavisine başvurulabilmektedir (54). Çocuğun takiplerinin yapılması, ihtiyacı olan çocuklara özel eğitim desteğinin sağlanması, iş-uğraş terapilerinin devreye sokulması, okula ve sosyal yaşama yeniden kazandırılması önemli psikososyal müdahalelerdendir (26).

Sonuç olarak KLP, psikiyatristlerin ve psikologların eğitim sürecinde, çocuk hasta ve ailelerinin klinik bakım ve tedavilerinde, risk altındaki çocuklara koruyucu hizmet verilmesinde ve pediatrik ekibin desteklenmesinde görev alan ve gelişmekte olan bir bilim dalıdır. Sürekli değişen sağlık sisteminde bu önemli servislerin en iyi biçimde nasıl desteklenebileceğine dair çalışmalara ihtiyaç bulunmaktadır. Bu şekilde çocuk ve aileler için aynı zamanda disiplinler arasında daha kaliteli tedavi sağlayabilecek ortamların yaratılması mümkün olacak ve hasta çocuk ve ailelerinin yaşam kalitesinde iyileşme sağlanacaktır (26).

III- GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. ÖRNEKLEM

Bu çalışmada 01.01.2014 - 01.06.2018 tarihleri arasında Afyonkarahisar Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı'ndan, ayaktan ve yatarak tedavi gören, çocuk ve ergen hastalar için diğer kliniklerce istenen 1055 konsültasyon dosyaları retrospektif olarak taranmıştır. 237 olgunun dosya bilgilerinin yetersiz olması nedeniyle çalışmaya dahil edilmemiştir. Konsültasyon istenen hasta ve aileleriyle psikiyatrik görüşme yapılmış olup, bu görüşmeler ve değerlendirmeler sonucunda hastaların tanıları DSM-V tanı sistemine göre konulmuştur.

3.2. ARAŞTIRMANIN AŞAMALARI

Çocuk acil servisi, dahili ve cerrahi poliklinik ve kliniklerden tarafımıza yönlendirilen çocuk ve ergen hastaların bilgileri araştırmacı tarafından hastane kayıtlarından retrospektif olarak taranarak araştırmacılar tarafından hazırlanan konsültasyon bilgi formuna doldurulmuştur. Afyonkarahisar Sağlık Bilimleri Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulunun 12.07.2018 tarihli ve 2018/172 numaralı kararı ile çalışma için etik kurul izni alınmıştır.

3.3. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

Konsültasyon Bilgi Formu: Afyonkarahisar Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalınca araştırmacılar tarafından oluşturulmuştur. Konsültasyon Bilgi Formunda çocuğun yaşı, cinsiyeti, kardeş sayısı, kaçınıcı çocuk olduğu, okula gidip-gitmediği, gittiği okul, okul başarısı, çocuğun kiminle yaşadığı, ailesinin tipi, anne yaşı, baba yaşı, ailesinin eğitim durumu, anne ve babasının çalışma durumu, ailesinin maddi durumu, konsültasyon istendiği klinik/poliklinik, konsültasyon istenme nedeni, psikiyatrik muayene sonrasında hastaya konulan tanı, hastaya önerilen psikiyatrik tedavi, konsültasyonu kimin istediği, konsültasyonu isteyen hekimin aileyi konsültasyon hakkında bilgilendirmesi, hastanın mevcut olan akut ve kronik bedensel hastalıkları bilgileri yer almaktadır.

3.4. İSTATİSTİKSEL ANALİZ

Bu çalışmada tüm istatistiksel analizler IBM SPSS Statistics 20.0 yazılımı (IBM, Armonk, NY, ABD) kullanılarak yapılmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde tanımlayıcı istatistikler frekans olarak hesaplanmıştır. Kategorik veriler sayı (n) ve yüzde (%) olarak ifade edilmiştir. Kategorik değişkenlerin karşılaştırılmasında ki-kare testi kullanılmış, $p < 0.05$ değeri istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.



IV- BULGULAR

Çalışmamızın bulguları iki aşamada değerlendirilerek sunulmuştur. İlk olarak konsültasyon istenen olguların sosyodemografik özellikleri, aile yapısı, anne-baba eğitim durumu ve anne-baba çalışma durumuna ait veriler aktarılmıştır. İkinci aşamada konsültasyonların hangi bölümlerden istendiği, konsültasyon istem nedenleri, değerlendirme sonrası hastaya konulan psikiyatrik tanılar, önerilen psikiyatrik ilaç tedavileri, hastaların (varsa) mevcut olan kronik tıbbi hastalıklarına ait veriler sunulmuştur.

4.1. SOSYODEMOGRAFIK ÖZELLİKLER

Kliniğimizden 1 Ocak 2014 - 1 Haziran 2018 tarihleri arasında ayaktan veya yatarak tedavi gören 1055 çocuk ve ergen için konsültasyon istenmiştir. 237 hastanın dosya bilgilerinin eksik olması nedeniyle çalışmaya dahil edilmemiş, toplamda 818 olgu çalışmaya dahil edilmiştir.

Çalışmaya dahil edilen olguların %57.3 (n:469)'ünün cinsiyeti kız, %42.7 (n:349)'si erkektir. Çalışmaya dahil edilen olguların %42.5 (n:348)'i 12 yaşından küçük, %57.5 (n:470)'i 12 yaşında ve üzerinde bulunmuştur. 12 yaşından küçük olanların %44 (n:153)'ü kız, %56 (n:195)'sı erkek cinsiyetten, 12 yaş ve üzerinde olanların %67.2 (n:316)'si kız, %32.8 (n:154)'i erkek cinsiyettendi. (**Tablo-I**) 12 yaşından küçük olgularda erkek cinsiyet oranı yüksek iken 12 yaş ve üzeri ergen grubunda kız cinsiyet oranı anlamlı olarak yüksek saptanmıştır. (X^2 : 44.256, $p<0.001$)

Tablo-I: Olguların Yaş Grubu ve Cinsiyetlere Göre Dağılımı

	Kız		Erkek		Toplam		X^2	p
	n	%	n	%	n	%		
12 yaş altı	153	44	195	56	348	42.5	44.256	0.000*
12 yaş ve üzeri	316	67.2	154	32.8	470	57.5		
Toplam	469	57.3	349	42.7	818	100		

*: $p<0.001$

Çalışmaya dahil edilen olguların en küçüğü 1 yaşında, en büyüğü 17 yaşındaydı. Olguların yaş ortalaması (Ortalama (Ort) $\pm$ Standart Sapma (SS)) 11.53 ± 4.26 yıl olarak bulunmuştur. **(Tablo-II)** Kızların, en küçüğü 1 yaşında, en büyüğü 17 yaşındaydı, kızların yaş ortalaması 12.50 ± 3.85 yıl olarak hesaplanmıştır. Erkeklerin, en küçüğü 1 yaşında, en büyüğü 17 yaşındaydı, erkeklerin yaş ortalaması 10.23 ± 4.44 yıl olarak hesaplanmıştır. **(Tablo-II)** Cinsiyetlere göre yaş ortalamaları karşılaştırıldığında kızların yaş ortalaması anlamlı olarak erkeklerden daha yüksek saptanmıştır. (t: 7.643, $p<0.01$)

Olguların annelerinin en küçüğünün yaşı 21, en büyüğünün yaşı 62 olarak saptanmış, annelerin yaş ortalaması 36.97 ± 7.22 yıl olarak hesaplanmıştır. Olguların babalarının en küçüğünün yaşı 23, en büyüğünün yaşı 78 olarak saptanmış, yaş ortalaması 39.95 ± 7.98 yıl olarak hesaplanmıştır. **(Tablo-II)**

Tablo-II: Olguların ve anne-babalarının en küçük, en büyük yaş ve yaş ortalamaları

	Kız n:	Erkek n:		Anne	Baba
En Küçük	1 yaş	1 yaş		21 yaş	23 yaş
En Büyük	17 yaş	17 yaş		62 yaş	78 yaş
Yaş Ortalaması	12.50 ± 3.85	10.23 ± 4.44	t: 7.643 $p<0.01$	36.97 ± 7.22	39.95 ± 7.98

Çalışmaya dahil edilen olguların kardeş sayılarına bakıldığında; en çok %34.1 (n:279)'inin iki kardeşi, %33.5 (n:274)'inin bir kardeşi, %12.7 (n:104)'sinin üç kardeşinin olduğu saptanmıştır. **(Tablo-III)**

Çalışmaya dahil edilen olguların ailenin kaçınıcı çocuğu olduklarına bakıldığında; %38.1 (n:312)'inin ailenin 1. çocuğu, %36.4 (n:298)'ünün ailenin 2. çocuğu, %15.9 (n:130)'unun ailenin 3. çocuğu olduğu saptandı. **(Tablo-IV)**

Çalışmaya dahil edilen olgulardan %78.1 (n:639)'inin okula devam ettiği, %10.8 (n:88)'inin hiç okula gitmemiş olduğu, %11.1 (n:91)'inin okulu terk ettiği saptanmıştır.(**Tablo-V**)

Tablo-III: Olguların Kardeş Sayılarının Dağılımı

	n	%
Yok	85	10.4
1 kardeş	274	33.5
2 kardeş	279	34.1
3 kardeş	104	12.7
4 kardeş	36	4.4
5 ve üzeri kardeş	40	4.9
Toplam	818	100

Tablo-IV: Olguların Kardeşleri Arasındaki Sırasının Dağılımı

	N	%
1. çocuk	312	38.1
2. çocuk	298	36.4
3. çocuk	130	15.9
4. çocuk	42	5.1
5. çocuk	23	2.8
6. çocuk ve üzeri	13	1.6
Toplam	818	100

Tablo-V: Olguların Okula Devam Durumu

	n	%
Hiç okula gitmemiş	88	10.8
Okula gidiyor	639	78.1
Okulu terk etmiş	91	11.1
Toplam	818	100

Okula devam eden olguların %33.3 (n:213)'ü liseye, %27.9 (n:178)'u ortaokula (5-8), %27.2 (n:174)'si ilköğretime (1-4), %5.8 (n:37)'i anaokuluna, %5.8 (n:37)'i özel eğitime gidiyordu. **(Tablo-VI)**

Tablo-VI: Okula Devam Eden Olguların Gittiği Okul Dağılımı

	n	%
Anaokulu	37	5.8
İlköğretim 1-4	174	27.2
Ortaokul 6-8	178	27.9
Lise	213	33.3
Özel eğitim	37	5.8
Toplam	639	100

Çalışmaya dahil edilen olguların %11.1 (n:91)'inin okulu terk ettiği saptanmıştır. Okulu terk edenlerin, en sık %3.4 (n:28)'ü 8. sınıftan, %3.1 (n:25)'i 9. sınıftan, %1.7 (n:14)'si 10. sınıftan okulu terk ettiği saptanmıştır. **(Tablo-VII)**

Tablo-VII: Okulu Terk Eden Olguların Terk Ettiği Sınıfların Dağılımı

	n	%
8. sınıf	28	30.8
9. sınıf	25	27.5
10. sınıf	14	15.4
7. sınıf	8	8.8
Diğer (3-4-5-6-11-12. sınıf)	16	17.6
Toplam	91	100

Okula devam eden öğrencilerin okul başarıları değerlendirildiğinde; okul başarılarını %25.7 (n:164)'si düşük, %40.5 (n:259)'i orta, %33.8 (n:216)'i iyi olarak değerlendirilmekteydi. **(Tablo-VIII)**

Tablo-VIII: Okula Devam Eden Olguların Okul Başarısı Dağılımı

	n	%
Düşük	164	25.7
Orta	259	40.5
İyi	216	33.8
Toplam	639	100

Çalışmaya dahil edilen olguların, %88.6 (n:725)'sı anne ve babasıyla birlikte, %6.0 (n:49)'sı annesi ile, %2.3 (n:19)'ü babası ile yaşıyordu. **(Tablo-IX)** Anne ve babası ile birlikte yaşayanlara göre, sadece anne, sadece baba, akrabasının yanında veya kurumda kalanlar daha fazla oranda yatarak tedavi görürken danışıldığı ($\chi^2:15.379$, $p<0.001$), daha yüksek oranda intihar girişiminde bulundukları ($\chi^2:15.266$, $p<0.001$), intihar/kendine zarar verici davranış nedeniyle konsültasyon istem oranının daha yüksek ($\chi^2:21.005$, $p<0.001$) olduğu saptandı. Psikiyatrik tanı alma ve psikotrop tedavi başlanma oranı açısından anlamlı fark bulunamadı. **(Tablo-X)**

Tablo-IX: Olguların Yanında Yaşadığı Kişilerin Dağılımı

	n	%
Anne ve babası ile	725	88.6
Annesi ile	49	6.0
Babası ile	19	2.3
Akrabalarının yanında	13	1.6
Kurumda	12	1.5
Toplam	818	100

Çalışmaya dahil edilen olgularda aile tipi değerlendirildiğinde; %73.8 (n:604)'ünün çekirdek ailesi ile, %18.9 (n:155)'unun geniş aile şeklinde yaşadığı, %5.7 (n:47)'sinin anne-babasının boşanmış olduğu, %1.5 (n:12)'inin kurumda kaldığı saptanmıştır. **(Tablo-XI)** Anne-baba boşanmış ve kurumda yaşayanlar,

çekirdek aile ve geniş aile olarak yaşayanlar ile karşılaştırıldığında intihar girişimi ($\chi^2:15.267$, $p<0.001$), intihar/kendine zarar verici davranış nedeniyle konsültasyon istemi ($\chi^2:18.410$, $p<0.001$) ve yatarak tedavi görmekte iken konsülte edilme oranı ($\chi^2:8.503$, $p<0.05$) yüksek olduğu saptanmıştır. (**Tablo-XII**)

Tablo-X: Olguların Yaşadığı Kişilere Göre; Tedavi Şekli, İntihar Öyküsü ve Konsültasyon İstem Nedenlerinden İntihar/Kendine Zarar Verici Davranış, Psikiyatrik Tanı ve Psikotrop Tedavinin Karşılaştırılması

	Anne ve Babası ile birlikte		Sadece Anne, Sadece Baba, Akraba, Kurum		X ²	p
	n	%	N	%		
Tedavi Görme Şekli						
Ayaktan	359	43.9	26	3.2	15.379	0.004*
Yatarak	366	44.7	67	8.2		
İntihar Girişimi						
Var	72	8.8	22	2.7	15.266	0.000*
Yok	653	79.8	71	8.7		
İntihar/Kendine Zarar Verici Davranış Nedeniyle Konsültasyon İstemi						
Var	116	14.2	33	4.0	21.005	0.000*
Yok	609	74.4	60	7.3		
Psikiyatrik Tanı						
Almış	578	70.7	73	8.9	0.077	0.782
Almamış	147	18.0	20	2.4		
Psikotropik Tedavi						
Başlanmış	380	46.5	53	6.5	0.693	0.405
Başlanmamış	345	42.2	40	4.9		

*: $p<0.001$ **: $p<0,05$

Tablo-XI: Aile Tiplerinin Dağılımı

	N	%
Çekirdek Aile	604	73.8
Geniş Aile	155	18.9
Anne Baba Boşanmış	47	5.7
Kurumda Yaşıyor	12	1.5
Toplam	818	100

Tablo-XII: Olguların Aile Tipine Göre; Tedavi Şekli, İntihar Öyküsü ve Konsültasyon İstem Nedenlerinden İntihar/Kendine Zarar Verici Davranışın Karşılaştırılması

	Çekirdek Geniş		Boşanmış Kurumda		X ²	p
	n	%	n	%		
Tedavi Görme Şekli						
Ayaktan	368	45.0	17	2.1	8.503	0.004*
Yatarak	391	51.5	42	5.1		
İntihar Girişimi						
Var	78	9.5	16	2.0	15.267	0.000*
Yok	681	83.3	43	5.3		
İntihar/Kendine Zarar Verici Davranış Nedeniyle Konsültasyon İstemi						
Var	126	15.4	23	2.8	18.410	0.000*
Yok	633	77.4	36	4.4		

*: $p < 0.001$ **: $p < 0,05$

Çalışmaya dahil edilen olgularda ailenin maddi durumu değerlendirildiğinde; %55.2 (n:447)'sinin orta gelir düzeyinde, %28.5 (n:231)'sinin düşük gelir düzeyinde olduğu, %15.9 (n:129)'inin iyi gelir düzeyinde olduğu saptanmıştır. (**Tablo-XIII**) Maddi durumu düşük olanlar orta-iyi-çok iyi olanlar ile karşılaştırıldığında daha fazla psikiyatrik tanı almış ($X^2:4.624$, $p < 0.05$) ve daha fazla psikotropik ilaç tedavisi başlanmış ($X^2:8.488$, $p < 0.05$). (**Tablo-XIV**)

Tablo-XIII: Ailenin Maddi Durumunun Dağılımı

	n	%
Düşük	231	28.5
Orta	447	55.2
İyi	129	15.9
Çok İyi	3	0.4
Toplam	810	100

Tablo-XIV: Ailenin Maddi Durumuna Göre; Psikiyatrik Tanı ve Psikotropik Tedavinin Karşılaştırılması

	Düşük		Orta İyi Çok İyi		X ²	p
	n	%	n	%		
Psikiyatrik Tanı						
Almış	195	23.8	456	55.7	4.624	0.032**
Almamış	36	4.4	131	16.0		
Psikotropik Tedavi						
Başlanmış	141	17.2	292	35.7	8.488	0.004**
Başlanmamış	90	11.0	295	36.1		

** $p < 0,05$

Çalışmaya dahil edilen olguların annelerinin eğitim durumları değerlendirildiğinde; %41 (n:327)'inin ilkokul mezunu, %26.9 (n:215)'unun ortaokul mezunu, %17.9 (n:143)'unun lise mezunu olarak saptanmıştır. (**Tablo-XV**) Annesinin eğitim düzeyi ortaokul ve üzerinde olanlarda daha az psikofarmakolojik tedavi başlandığı tespit edilmiştir. ($X^2:4.388$, $p<0.05$) (**Tablo-XVII**)

Tablo-XV: Anne Eğitim Durumunun Dağılımı

	n	%
Okuma-Yazma yok	15	1.9
Okuma-Yazma var	36	4.5
İlkokul Mezunu	327	41.0
Ortaokul Mezunu	215	26.9
Lise Mezunu	143	17.9
Yüksekokul/Üniversite Mezunu	62	7.8
Toplam	798	100

Çalışmaya dahil edilen olguların babalarının eğitim durumu değerlendirildiğinde; %32.1 (n:256)'inin ortaokul mezunu, %28.8 (n:230)'inin lise mezunu, %24.4 (n:195)'ünün ilkokul mezunu olarak saptanmıştır. (**Tablo-XVI**) Babasının eğitim durumu ilkokul mezunu ve altında olanlarda, babasının eğitim durumu orta okul ve üzerinde olanlara göre daha fazla psikofarmakolojik tedavi başlandığı tespit edilmiş. ($X^2:6.540$, $p<0.05$) (**Tablo-XVII**)

Tablo XVI: Baba Eğitim Durumunun Dağılımı

	n	%
Okuma-Yazma yok	6	0.8
Okuma-Yazma var	7	0.9
İlkokul Mezunu	195	24.4
Ortaokul Mezunu	256	32.1
Lise Mezunu	230	28.8
Yüksekokul/Üniversite Mezunu	104	13.0
Toplam	798	100

Tablo XVII: Anne ve Baba Eğitim Düzeyine göre Psikotropik Tedavinin Karşılaştırılması

	İlkokul ve altında eğitim düzeyi		Ortaokul ve üzeri eğitim düzeyi		X ²	p
	n	%	n	%		
Anne						
Psikotropik Tedavi						
Başlanmış	215	26.3	218	26.7	4.388	0.036*
Başlanmamış	163	19.9	222	27.1		*
Baba						
Psikotropik Tedavi						
Başlanmış	126	15.4	307	37.5	6.540	0.011*
Başlanmamış	82	10.0	303	37.0		*

***: $p < 0,05$

Çalışmaya dahil edilen olgularda annenin çalışma durumu incelendiğinde; %76.0 (n:607)'sının çalışmadığı, %14.9 (n:119)'unun işçi olarak, %8.4 (n:67)'ünün memur olarak çalıştığı saptanmıştır. (Tablo-XVIII) Annesi çalışanlarda intihar/kendine zarar verici davranış nedeniyle konsülte edilme oranı daha yüksek ($X^2:3.923$, $p<0.05$) ve intihar girişimi daha yüksek oranda ($X^2:7.261$, $p<0.05$) saptanmıştır. (Tablo-XIX)

Çalışmaya dahil edilen olgularda babasının çalışma durumu değerlendirildiğinde; %51.6 (n:412)'sının işçi, %27.5 (n:220)'inin serbest meslek, %15.9 (n:127)'inin memur olarak çalıştığı saptanmıştır. (Tablo-XX)

Tablo-XVIII: Anne Çalışma Durumunun Dağılımı

	n	%
Çalışmıyor	607	76.0
İşçi	119	14.9
Memur	67	8.4
Emekli	1	0.1
Serbest Meslek	5	0.6
Toplam	799	100

Tablo-XIX: Annenin Çalışma Durumuna Göre; İntihar Öyküsü ve Konsültasyon İstem Nedenlerinden İntihar/Kendine Zarar Verici Davranışın Karşılaştırılması

	Çalışan		Çalışmayan		X ²	p
	n	%	n	%		
İntihar Girişimi						
Var	35	4.3	59	7.2	7.261	0.007**
Yok	176	21.5	548	67.0		
İntihar/Kendine Zarar Verici Davranış Nedeniyle Konsültasyon İstemi						
Var	48	5.9	101	12.3	3.923	0.048**
Yok	163	19.9	506	61.9		

***: $p < 0,05$

Tablo-XX: Baba Çalışma Durumunun Dağılımı

	n	%
Çalışmıyor	19	2.4
İşçi	412	51.6
Memur	127	15.9
Emekli	21	2.6
Serbest Meslek	220	27.5
Toplam	799	100

4.2. KONSÜLTASYONLARIN DEĞERLENDİRİLMESİ

Olguların %52.9 (n:433)'unu yatarak tedavi gören, %47.1 (n:385)'ini ayakta takip edilen hastalar teşkil etmektedir. Konsültasyonların %87.7 (n:717)'si dahili bölümler ve çocuk acil servisinden, %12.3 (n:101)'ü cerrahi bölümlerden istenilmiştir. **(Tablo- XXI)** Cerrahi bölümler ile dahili-çocuk acil servis bölümlerinden yönlendirilen olgular karşılaştırıldığında; cerrahi bölümlerden yönlendirilenlerin çoğunluğunu ayakta takip edilenler, dahili-çocuk acil servis bölümlerinden yönlendirilenlerin ise çoğunluğunu yatarak tedavi görenler oluşturmaktaydı aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur. ($X^2:4.964$, $p<0.05$)

En sık konsültasyon isteyen birimler sırasıyla; %38.8 (n:317)'i çocuk sağlığı ve hastalıkları genel pediatri bölümü, %17.4 (n:142)'ü çocuk acil servisi ve %8.2 (n:67)'si çocuk nöroloji-nöroloji klinikleri olarak saptanmıştır.**(Tablo-XXII)**

Konsültasyon talebi %95.5 (n:781) hastanın doktorlarından, %4.0 (n:33) hastanın ailesinden gelmiştir. Konsültasyon hakkında ailelerin %65.9 (n:539)'u doktor tarafından kendilerine bilgilendirme yapıldığını, %34.1 (n:279)'i kendilerine bilgilendirme yapılmadığını belirtmişlerdir.**(Tablo-XXIII)**

Konsültasyon istem nedenleri incelendiğinde; konsültasyon istem nedenlerinin %14.1 (n:149)'i intihar girişimi/kendine zarar verme davranışı, %11.0 (n:117)'i depresif şikayetler, %9.6 (n:102)'si organik etiyoloji bulunamaması olarak saptanmıştır. **(Tablo-XXIV)** Olguların %18.2 (n:149)'si intihar/kendine zarar verici davranışta bulunma konsültasyon istem nedeniyle yönlendirilmiş, olguların %11.5 (n:94)'inin intihar girişiminde bulunduğu saptanmıştır.

Tablo-XXI. Konsültasyon İsteyen Bölümler

	Ayaktan		Yatan		Toplam		X^2	p
	n	%	n	%	n	%		
Dahili-Çocuk Acil Servisi	327	45.6	390	54.4	717	87.7	4.964	0,026*
Cerrahi	58	57.4	43	42.6	101	12.3		
Toplam	385	47.1	433	52.9	818	100		

**: $p<0,05$

Tablo-XXII: Konsültasyon İsteyen Kliniklerin Dağılımı

Klinik	n	%
Genel Pediatri	317	38.8
Çocuk Acil	142	17.4
Çocuk Nöroloji-Nöroloji	67	8.2
Çocuk Kardiyoloji	59	7.2
Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon	42	5.1
Çocuk Hematoloji Onkoloji	30	3.7
Çocuk Yoğun Bakım-Anestezi Yoğun Bakım	27	3.3
Cildiye	26	3.2
Kulak Burun ve Boğaz	21	2.6
Beyin ve Sinir Cerrahi	20	2.4
Göz	17	2.1
Çocuk Cerrahi-Genel Cerrahi	14	1.7
Plastik Cerrahi	12	1.5
Diğer (Çocuk Endokrinoloji, Ortopedi, Çocuk Nefroloji, Psikiyatri, Üroloji, Tıbbi Genetik, Kadın Doğum, Göğüs Hastalıkları, Göğüs Cerrahi)	24	2.9
Toplam	818	100

Tablo-XXIII: Konsültasyon Talep Eden -Doktoru Tarafından Bilgilendirilme

		n	%
Konsültasyonu	Doktor	781	95.5
Talep Eden	Aile	33	4.0
	Diğer	4	0.5
Doktoru	Evet	539	65.9
Tarafından	Hayır	279	34.1
Bilgilendirme	Toplam	818	100

Tablo-XXIV: Konsültasyon İstem Nedenlerinin Dağılımı

İstem Nedenleri	Sayı	Yüzde %
İntihar Girişimi / Kendine Zarar Verme Davranışı	149	14.1
Depresif Şikayetler	117	11.0
Organik Etiyoloji Bulunamaması	102	9.6
Bedensel Yakınmalar - Anksiyete Belirtileri	91	8.6
Öfke Nöbetleri-Ajitasyon-Agresyon	87	8.2
Psikiyatrik Öykünün Bulunması / Tedavinin Devamı	79	7.5
Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Semptomları	58	5.5
Tedavi Uyumsuzluğu	52	4.9
Konuşamama/Konuşma Geriliği	47	4.4
Kekeleme / Telaffuz Bozukluğu	46	4.3
Dissosiyatif-Konversif Nöbet-Bayılma	38	3.6
Alt İslatma-Kaka Kaçırma	38	3.6
Alışkanlıklar (Parmak Emme, Tırnak Yeme)	25	2.4
Tik Bozukluğu	19	1.8
Yaygın Gelişimsel Bozukluk Şüphesi	18	1.7
Madde Kullanımı, İntoksikasyonu	18	1.7
Trafik Kazası- Bedensel Travma	14	1.3
Halüsinasyon-Hezeyan	14	1.3
Garip Davranışlar /İlgi İletişim Kurmama, Deliryum Şüphesi	13	1.2
Sosyal Fobi-Sınav Kaygısı-Okul Fobisi-Panik Atak	11	1
Diğer (Okul/Öğretmen Uyum Sorunu, Arkadaşsızlık-Çekingenlik, Aile İlişki Sorunu, Psikokütanöz Hastalıklar, Yıkıcı Davranışlar Yeme Sorunu, Takıntılı Düşünceler ve Davranışlar, İstismar, Preoperatif Değerlendirme, İlaç Yan Etkisi, Narkolepsi, Zeka Değerlendirilmesi, Rüya Görme, Unutkanlık)	62	6.1
Toplam	1059	100

n sayısı örneklem hacmini geçmektedir.

Kliniğimizden konsültasyon istenen hastaların ruhsal değerlendirmeleri sonucunda; olguların %23.3 (n:191)'üne psikiyatrik tanı konulmamıştır. En sık konulan psikiyatrik tanılar; %10.3 (n:101) uyum bozukluğu, %9.8 (n:89) depresif

bozukluk, %7.6 (n:69) dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu olmuştur.
(Tablo-XXV)

Tablo-XXV: Hastaların Ruhsal Değerlendirme Sonucu Aldıkları Psikiyatrik Tanı

Psikiyatrik Tanılar	n	%
Tanı Almamış	191	23.3
Uyum Bozukluğu	101	11.1
Depresif Bozukluk	89	9.8
Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu	69	7.6
Anksiyete Bozukluğu	67	7.4
Mental Retardasyon	49	5.4
Dissosiyatif Bozukluk	42	4.6
Enürezis-Enkoprezis	41	4.5
Davranım Bozukluğu-KOKGB	32+6	4.2
Yaygın Gelişimsel Bozukluk	33	3.6
Genel Tıbbi Duruma Bağlı Anksiyete Bozukluğu	29	3.2
Tik Bozukluğu	20	2.2
Konuşma Bozukluğu	19	2.1
Madde Kötüye Kullanımı	17	1.9
Akut Stres Bozukluğu	14	1.5
Psikotik Bozukluk-Bipolar Afektif Bozukluk	11+3	1.5
Somatoform Bozukluk	13	1.4
Deliryum	10	1.1
Yas Reaksiyonu	10	1.1
Diğer (OKB, Fobi, Psikokutanöz Hastalıklar, Uyku Bozukluğu, Simülasyon, Anoreksiya Nervosa, İlaç Yan Etkisi, ÇÇM., Narkolepsi, ÖÖG, İstismar, Trikotillomani, Deri Yolma Bozukluğu)	44	4.5
Toplam	910	100

n sayısı örneklem hacmini geçmektedir.

KOKGB: Karşıt Olma Karşı Gelme Bozukluğu OKB: Obsesif-Kompulsif Bozukluk, ÇÇM: Çocukluk Çağı Masturbasyonu, ÖÖG: Özgül Öğrenme Güçlüğü

Konsültasyon sonrası tedavi planına ilişkin veriler değerlendirildiğinde; olguların %52.9 (n:433)'una psikotrop ilaç başlandığı, olguların %47.1 (n:385)'ine psikofarmakolojik tedavi önerilmediği; takip, özel eğitim, konuşma ve dil terapisi gibi non-farmakolojik önerilerde bulunduğu saptanmıştır. Hastaların %6.6 (n:54)'sına iki farklı ilaç önerilmiştir. Psikotrop ilaçlar gruplandırıldığında en sık önerilen psikotrop ilaç grubu sırasıyla, selektif serotonin geri alım inhibitörleri (SSGİ) %22.4 (n:195), atipik antipsikotikler %12.5 (n:109), psikostimülanlar %6.1 (n:53) olarak saptanmıştır. Psikotrop moleküller karşılaştırıldığında ise en sık sırasıyla, sertralin %14.7 (n:128), risperidon %8.1 (n:71), fluoksetin %6.4 (n:56) olarak saptanmıştır. (Tablo-XXVI) (Tablo-XXVII)

Tablo-XXVI: Değerlendirme Sonucunda Önerilen Psikotrop Moleküller

Psikotrop Molekül İsmi	n	%
Sertralin	128	14.7
Risperidon	71	8.1
Fluoksetin	56	6.4
Metilfenidat	53	6.1
Hidroksizin	31	3.6
Haloperidol	28	3.2
Ketiypin	23	2.6
İmipramin	22	2.5
Aripipirazol	12	1.4
Essitalopram	11	1.3
Mirtazapin	9	1
Biperiden	9	1
Diğer (Lorazepam, Alprazolam, Olanzapin, Diazepam, Venlafaksin, Mianserin, Modafinil, Zyklopentiksol, Desmopressin, Medazepam)	31	3.3
Toplam	485	52.9

n sayısı örneklem hacmini geçmektedir.

Tablo-XXVII: Konsülte Edilen Olgulara Ruhsal Değerlendirme Sonucunda Önerilen Psikofarmakolojik Ajanlar (Gruplandırılmış)

Tedavi Grupları	n	%
SSRI	195	22.4
Atipik Antipsikotikler	109	12.5
Psikostimülanlar	53	6.1
Diğer Antidepresanlar	37	4.2
Antihistaminik	31	1.7
Tipik Antipsikotikler	29	3.3
Benzodiyazepinler	15	1.7
Diğer Psikofarmakolojik Ajanlar	16	1.8
Toplam	872	100

n sayısı örneklem hacmini geçmektedir.

Konsültasyon istenen hastaların %30.6 (n:250)'sının kronik hastalığı vardı. Kronik bedensel hastalıklar incelendiğinde en sık sırasıyla; nörolojik hastalıklar %14.0 (n:118), endokrinolojik hastalıklar %5.8 (n:49) , hematolojik-onkolojik hastalıkların %4.3 (n:36) olduğu saptanmıştır.(**Tablo-XXVIII**)

Tablo-XXVIII: Kronik Bedensel Hastalıklar (Gruplandırılmış)

Kronik Hastalıklar	Sayı	%
Nörolojik Hastalıklar	118	14.0
Endokrinolojik Hastalıklar	49	5.8
Hematolojik-Onkolojik Hastalıklar	36	4.3
Kardiyolojik Hastalıklar	30	3.6
Enfeksiyöz Hastalıklar	14	1.7
Genetik- Sendromik Hastalıklar	11	1.3
Kronik Hastalığı Bulunmuyor	568	67.4
Toplam	843	100

n sayısı örneklem hacmini geçmektedir.

Kronik hastalığa sahip olgular incelendiğinde sırasıyla en sık; epilepsi %7.2 (n:61), tip1 diyabetes mellitus %4.9 (n:41), serebral palsi %3.2 (n:27), lenfoma-lösemi %3.0 (n: 25) olarak saptanmıştır.

Kronik hastalığı olan ve olmayan olgular karşılaştırıldığında; kronik hastalığı olanların daha yüksek oranda yatarak tedavi gördüğü ($X^2:8.055$, $p<0.05$), psikiyatrik tanı aldığı ($X^2:12.081$, $p<0.001$), psikotropik tedavi başlandığı saptanmış ($X^2:4.318$, $p<0.05$) (**Tablo-XXIX**), kronik hastalığı olmayanlarda ise daha fazla intihar girişimi ($X^2:19.866$, $p<0.001$) ve intihar girişimi/ kendine zarar verici davranış nedeniyle konsültasyon isteminde bulunduğu ($X^2:29.324$, $p<0.001$) görülmüş. (**Tablo-XXIX**)

Tablo-XXIX: Kronik Hastalığın Varlığına Göre; Tedavi Şekli, İntihar Öyküsü, Konsültasyon İstem Nedenlerinden İntihar/Kendine Zarar Verici Davranış, Psikiyatrik Tanı ve Psikotrop Tedavinin Karşılaştırılması

	Kronik hastalığı var		Kronik hastalığı yok		X^2	p
	n	%	n	%		
Tedavi Görme Şekli						
Ayaktan	99	12.1	286	35.0	8.055	0.005*
Yatarak	151	18.5	282	34.5		
İntihar Girişimi						
Var	10	1.2	84	10.3	19.866	0.000*
Yok	240	29.3	484	59.2		
İntihar/Kendine Zarar Verici Davranış Nedeniyle Konsültasyon İstemi						
Var	18	2.2	131	16.0	29.324	0.000*
Yok	232	28.4	437	53.4		
Psikiyatrik Tanı						
Almış	211	25.8	416	50.9	12.081	0.001*
Almamış	39	4.8	152	26.8		
Psikotropik Tedavi						
Başlanmış	146	17.8	287	35.1	4.318	0.038*
Başlanmamış	104	12.7	281	34.4		

*: $p<0.001$ **: $p<0,05$

V-TARTIŞMA

Bu retrospektif çalışmada, dört yıllık süre içerisinde 25 farklı klinikten, hastanemizde ayaktan ve yatarak tedavi gören 1055 çocuk ve ergen hasta için talep edilen çocuk ve ergen psikiyatri konsültasyonları değerlendirilmiştir, verileri eksik olanlar çıkarıldıktan sonra toplam 818 olgu çalışmaya dahil edilmiştir.

Özellikle gelişmiş ülkelerle kıyaslandığında çocuk ve ergen ruh sağlığından konsültasyon istenme oranları ülkemizde oldukça azdır (30,60,61). Yapılan çalışmalarda, konsültasyon sürecinin öneminin hekimler tarafından kabul edilmesine rağmen konsültasyon isteme ve işbirliği oranlarının düşük olduğu görülmektedir (62). Çocuk ve ergenler için istenen konsültasyon oranlarındaki düşüklüğün nedenleri arasında; pediatristlerin eğitim süreçlerindeki eksiklikler, sınırlı zamanda veya yaşamsal sorunlara yönelik hizmet verirken psikiyatrik değerlendirmeye öncelik ver(e)meme, anne-babalara ve çocuğa psikiyatrik yardım gerektiğini anlatmakta açıklamakta zorlanma ve çocuk psikiyatrisine erişim ve iletişimdeki sorunlar sayılabilir (38,47).

American Academy of Pediatrics (AAP) tarafından yayımlanan yakın geçmiş dönemli bir ankette, 512 yanıt veren birinci basamak sağlık uzmanı ve pediatristlerin % 65'i ruhsal sağlık sorunları olan çocuk ve ergenlerin tedavisinde yetersiz eğitim gördüğünü, % 40'ı da bu sorunları tanıma konusunda kendilerine güvenmediklerini belirtmiştir (63). Yapılan başka bir çalışmada yatan hastalar arasında sıkça gözlenen depresyon ve anksiyete bozukluklarının zayıf düzeyde tanındığı gösterilmiştir (64). Çocuklarda yapılan bir başka çalışmada da çocuk doktorları sağlıklı çocukları %84'ünü doğru olarak tespit edebilirken, psikiyatrik yakınmaları olan çocukların ise ancak %17'sini doğru tespit edebildiği belirtilmiştir (65). Çocuk doktorları, ruhsal sağlık sorunları olan çocuk ve ergenlerin ilk değerlendirilmesinde belirleyici bir role sahipler. Çocuklar ile ilgilenen hekimlerin bu konuda bilgilendirilmesi eşlik eden ruhsal bozuklukların erken dönemde tespiti ve tedavisi için oldukça önemlidir (7). Bu nedenle ülkemizde pediatri uzmanlığı sürecinde 1 aylık zorunlu çocuk ve ergen psikiyatri rotasyonu psikiyatrik bozukların tanınması ve hastaların

daha kısa sürede daha etkin tedavi edilmesinde, aynı zamanda bölümler arası işbirliğinde oldukça önemli olduğu düşünülmüştür.

Çalışmamızda konsültasyon amacıyla yönlendirilen olguların %57.3 (n:469)'ü kız, %42.7 (n:349)'si erkek cinsiyetten olduğu saptanmıştır. Ülkemizde yapılan çalışmalara baktığımızda; çocuk ve ergen psikiyatri konsültasyonlarında kız cinsiyet ve ergen yaş grubunun baskın olduğu bildirilmiştir. Kandil ve ark.'nın 2003 yılında yaptığı çalışmada %62 kız, Emiroğlu ve ark.'nın 2009 yılında yaptığı çalışmada %59.6 kız-%52.3 ergen, Gökçen ve ark.'nın 2011 yılında yaptığı çalışmada %70.1 kız-%63.1 ergen, Aktepe ve ark.'nın 2013 yılında yaptığı çalışmada %71.4 kız-%84 ergen, Göker ve ark.'nın 2014 yılında yaptığı çalışmada %70.6 kız-%80.6 ergen, Alpaslan ve ark.'nın 2015 yılında yaptığı çalışmada %56.2 kız-%48.9 ergen, Özkan ve ark.'nın 2017 yılında yaptığı çalışmada %63.6 kız-%74 ergen, Uran ve ark.'nın 2017 yılında yaptığı çalışmada %52.5 kız-%62 ergen, Uran ve ark.'nın 2018 yılında yaptığı çalışmada %56 kız-%62 ergen oranlarında konsültasyon istendiği bildirilmiştir (7,8,38,60,66–70). Benzer şekilde bizim çalışmamızda da istenen konsültasyonların %57,3 (n:469)'ünün kız ve %57.5 (n:470) ergen yaş grubunda olduğu saptanmıştır. 12 yaşından küçük olgularda erkek cinsiyet oranı yüksek iken 12 yaş ve üzeri ergen grubunda kız cinsiyet oranı anlamlı olarak yüksek saptanmıştır. Çalışmamızda konsültasyon istenen olguların yaş ortalaması 11.53 ± 4.26 yıl olarak bulunmuştur Kızların, yaş ortalaması 12.50 ± 3.85 yıl, erkeklerin, erkeklerin yaş ortalaması 10.23 ± 4.44 yıl olarak hesaplanmıştır. Cinsiyetlere göre yaş ortalamaları karşılaştırıldığında kızların yaş ortalaması anlamlı olarak erkeklerden daha yüksek saptanmıştır. Bu çalışmada konsültasyon istenen hastalarda kız cinsiyet ve ergen yaş grubu baskınlığının olması literatürle uyumludur; bu durum ayaktan ve yatarak tedavi gören farklı cinsiyetteki ve farklı yaş grubundaki çocuk ve ergenlerin ruhsal sorunlarının farklılık taşıması, ergenlik döneminde ve kız cinsiyette ruhsal sorunların görülme sıklığının artması, ergen yaş grubu ve kız cinsiyetin ruhsal şikayetlerini tedavi ekibi ile paylaşımının daha fazla olması ile ilgili olabileceği gibi, tedavi ekibinin sorunlara yönelik duyarlılığının cinsiyete ve yaşa göre farklılaşması ile de ilişkili olabilir. Çocuk hekimlerinin çocukluk çağı psikiyatrik bozukluklarına ilişkin yeterli farkındalıklarının olmaması, tanı ve tedaviye yönelik bilgi eksiklikleri,

çocuk yaş gurubu için istenen konsültasyonların sayılarının düşük olmasını açıklayabilir (1).

Konsültasyon istem sıklığına göre hastanemiz klinikleri sıralandığında ilk sırada genel pediatri kliniğinin yer aldığı (%38.8), çocuk acil servisi (%17.4) ve çocuk nöroloji-nöroloji kliniğinin (%8.2) bunu takip ettiği gözlenmiştir. Literatür İncelendiğinde konu ile ilgili yapılmış çalışmaların çoğunluğunda diğer tıp ihtisas alanlarına göre pediatri kliniklerindeki hastalar için daha yüksek oranda konsültasyon istendiği gözlenmektedir (1,7,8,40,60,67,68). Ülkemizde çocuk ve ergen ruh sağlığı hizmetlerinin yaygınlaşmasıyla çocuk hekimlerince psikiyatrik semptomlar tanınmaya ve anlaşılmaya başlanmıştır. Aynı zamanda son yıllarda ülkemizde çocuk hastalıkları uzmanlık eğitiminde 1 ay süre ile çocuk psikiyatrisi rotasyonunun eklenmesi, çocuk yaş grubu ile çalışan diğer branş hekimlerine oranla çocuk doktorlarının psikiyatrik semptomları daha kolay ayırt edebilmeleri ya da daha kolay tanıyabilmelerini mümkün kılmış olabilir (67).

Çocuk hematoloji-onkoloji bölümünden konsültasyon istem oranı bizim çalışmamızda %3.7 (n:30) olarak saptanmıştır. Yapılan diğer çalışmalara göre (Göker ve ark. %9.5, Emiroğlu ve ark. %16.5) bu oran görece düşüktür (38,67). Bu düşük oranın nedeninin hastanemiz çocuk-hematoloji-onkoloji bölümünün üniversitemizde son 1-2 yıldan beri faaliyet göstermesinden kaynaklandığını düşünmekteyiz.

Ülkemizde yapılan 3 çalışmada en sık konsültasyon acil servislerden istenmiştir. Bizim çalışmamızda da acil servis (%17.4; n:142) en sık ikinci konsültasyon isteyen klinik olarak saptanmıştır (1,69,70).

Acil servis, ayaktan ve yatarak çocuk sağlığı hizmetlerinde ön planda olan psikiyatri konsültasyonu nedenlerinin farklı olduğu bildirilmektedir. Yatarak tedavi gören çocuklarda ayırıcı tanı gereksinimi, hastane ortamında çocuğun davranışlarını yönlendirme güçlüğü, tedavi uyumsuzluğu, depresyon/intihar, anksiyete, ağrı ile başa çıkma, psikofizyolojik sorunlar ve anne-babalara ilişkin sorunlar sıklıkla konsültasyon nedeni olabilmektedir (71). Hastalık ve hastaneye yatış çocuk için

uyum gerektiren bir süreçtir ve çocuğun bu süreçteki tepkileri gelişimsel, biyolojik, ruhsal ve sosyal etkenlere bağlı olarak şekillenmektedir. Kaygı, çaresizlik, gerileme, davranış sorunları, bedensel işlevlerde (uyku, iştah gibi) değişiklikler bedensel hastalığı olan çocuklarda sık görülebilen ruhsal sıkıntı belirtileridir (72). Çalışmamızda olguların %52.9 (n:433)'unu yatarak tedavi görenlerin oluşturduğu saptanmıştır. Anne ve babası ile birlikte yaşayanlara göre, sadece anne, sadece baba, akrabasının yanında veya kurumda kalanlar için yatarak tedavi görürken konsültasyon isteminin anlamlı olarak daha yüksek oranda yapıldığı saptanmıştır. Alpaslan ve ark.'nın yaptığı çalışmada olguların %58,3'ünün, Aktepe ve ark.'nın yaptığı çalışmada ise %66,1'inin yatarak tedavi görenler olduğu bildirilmiştir (8,68). Bu bağlamda çalışmamızın bu bulgusu literatür ile uyumludur. Yapılan çalışmalar yatarak tedavi gören çocukların 1/3-2/3'ünün ruhsal yakınmalarının olduğunu göstermektedir (38,67). Bu çalışmada ve ülkemizde yapılan diğer çalışmalarda ruhsal destek ve değerlendirmeye gereksinim duyabilecek çocukların çok azı için psikiyatri konsültasyonu istendiği dikkati çekmektedir (38,67). Bu durumun nedenlerinin araştırılması ve yatarak tedavi gören çocuklara yönelik ruh sağlığı hizmetlerinin iyileştirilmesi ülkemizde önemli bir gereksinimdir (38).

Bizim çalışmamızda en çok konsültasyon istem nedeni %14.1 (n:149) ile intihar girişimi /kendine zarar verme olduğu bulunmuştur. Bunu %11.0 (n:117) ile depresif şikayetler ve %9.6 (n:102) ile organik etiyoloji bulunamaması takip etmektedir. Hem yurtdışında hem de ülkemizde yapılan diğer çalışmalarda en sık konsültasyon istem nedenleri olarak (%20.2-%60) intihar girişimi ve (%6.6-%30.3) depresif şikayetler olarak belirtilmiştir (1,7,8,67-70). Bu bağlamda çalışmamızın bu bulguları literatürle uyumludur. Anne ve babası ile birlikte yaşayanlara göre, sadece anne, sadece baba, akrabasının yanında veya kurumda kalanlar daha yüksek oranda intihar girişiminde bulundukları, intihar/kendine zarar verici davranış nedeniyle konsültasyon istem oranının daha yüksek olduğu saptanmıştır. Anne-baba boşanmış ve kurumda yaşayanlar, çekirdek aile ve geniş aile olarak yaşayanlar ile karşılaştırıldığında intihar girişimi, intihar/kendine zarar verici davranış nedeniyle konsültasyon isteminin anlamlı oranda daha yüksek olduğu saptanmıştır. Bizim çalışmamızda intihar girişimi/intihar düşüncesi/kendine zarar verici davranış nedeniyle yönlendirilen hastaların oranı (%14.1) literatürdeki oranlardan (%20.2-%60) daha düşük bulunmuştur

(1,7,8,67–70). Bunun olası nedenleri çalışma dizaynı, örneklemin hem yatarak hem ayakta tedavi gören hastalardan oluşması ve örneklem büyüklüğünün yapılan diğer çalışmalara göre daha fazla olmasıdır.

Alpaslan ve arkadaşlarının çalışmasında konsültasyon istenen olguların ergen yaş grubunun çoğunlukta olması, en sık konsültasyon istem nedeninin intihar girişimi ve depresif belirtiler olması nedeniyle, özellikle ergen yaş grubundaki konsültasyon istemlerinde mutlaka suicidal risk değerlendirilmesi yapılması gerektiğini belirtmişlerdir (8). Çalışmamızda da benzer sonuçlar elde edilmiştir. Duygusal, davranışsal sorunların ve psikiyatrik bozuklukların arttığı, biyopsikososyal değişimlere duyarlılığın ve intihar riskinin yükseldiği ergenlik döneminde her türlü ruhsal desteğin önemli ve koruyucu olduğu bildirilmektedir (73,74).

Çalışmamızdaki olguların %9.6 (n=102) organik etiyoloji bulunamaması nedeniyle yönlendirilmiştir. Yapılan bazı çalışmalarda, nörologlar gördüğü hastaların yaklaşık %15'inin semptomları için bedensel bir temelinin olmadığını, açıklanamayan nörolojik motor semptomları olan hastaların %75'inin psikiyatrik tanı aldığı ifade etmiştir (75,76). Ülkemizde, Alpaslan ve ark.'nın yaptığı çalışmada %8.8, Aktepe ve ark.'nın yaptığı çalışmada ise %10.7, Emiroğlu ve ark.'nın yaptığı çalışmada ise %17.4, Özkan ve ark.'nın yaptığı çalışmada ise %12.7 oranında organik etiyoloji bulunamaması/tanı karmaşası nedeniyle konsültasyon istendiği bildirilmiştir (7,8,38,68). Bu bağlamda çalışmamızın bu bulgusu literatür ile uyumludur.

Çalışmamıza dahil edilen olguların psikiyatrik tanı alma oranlarına bakıldığında çocuk ve ergenlerin %76.7'sinin en az bir psikiyatrik tanı aldığı saptanmıştır. Konsültasyon istenen çocuk ve ergenlerde en sık saptanan psikiyatrik tanılarının %10.3 (n:101) uyum bozukluğu, %9.8 (n:89) depresif bozukluk, %7.6 (n:69) dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu olduğu saptanmıştır. Literatür incelendiğinde konsültasyon istenen hastalarda saptanan psikiyatrik tanımlar farklı çalışmalarda farklı sıralamalarda bildirilmiştir. Emiroğlu ve ark. uyum bozukluğu, depresif bozukluk ve mental retardasyon, Gökçen ve ark. anksiyete bozukluğu, uyum bozukluğu ve depresif bozukluk, Kandil ve ark. intihar girişimi, anksiyete bozukluğu ve

depresyon, Kılıç ve ark. depresif bozukluk, dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu, ayrılma anksiyetesi bozukluğu, Çolpan ve ark. uyum bozukluğu, depresif bozukluk ve anksiyete bozukluğu, Göker ve ark. depresif bozukluk, anksiyete bozukluğu ve mental retardasyon, Uran ve ark. depresyon, uyum bozukluğu ve akut stres tepkisi, Uran ve ark. depresyon, gelişimsel gecikme/mental retardasyon, anksiyete bozukluğu, Özkan ve ark. majör depresyon bozukluğu, tıbbi tedaviye uyum sağlamama ve anksiyete bozuklukları tanılarını en sık olarak bildirmişlerdir. (1,7,38,39,60,66,67,69,70). Yurtdışında yapılan bir çalışmada ise en sık psikiyatrik tanılar %30 anksiyete bozukluğu, %29 depresif bozukluk olarak bildirilmiştir (77). Woodgate ve Garralda, yatan hastaların %70'inde uyum bozukluğu, %43'ünde somatoform bozukluklar ve %35'inde uygunsuz davranış (disturbed behaviour) bozukluğu rapor etmiştir (78). Çalışmamızda en sık konulan tanıların diğer çalışmaların sonuçlarıyla uyumlu olduğu görülmüştür.

Bu çalışmada konsültasyon istenen olguların %23.3'sinde (n=191) herhangi bir ruhsal bozukluk saptanmamıştır. Ülkemizde yapılan diğer çalışmalarda bu oran %7.6 ile %40.4 aralığında bildirilmiştir (1,8,38–40,60,66,69,70). Çalışmalarda; tanı almayan bu grupların ruhsal bozukluk geliştirme risklerinin sağlıklı akranlarına göre daha yüksek olduğunun akılda tutulması gerektiği ve tanı almasalar bile ayakta ya da yatarak tedavi gören konsültasyon hastalarının kısa süreli de olsa izleme alınması tavsiye edilmiştir (8).

Çalışmamızda deliryum tanısı %1 olarak saptanmıştır. Yapılan çalışmalarda pediatrik deliryum sıklığı oranları yaş ve kullanılan tarama aracına bağlı olarak %13 ile %44 arasında değiştiği bildirilmiştir (79–84). Deliryum tanısının, tedavisinin ve yönetiminin gecikmesinin, morbidite, mortalite ve maliyet üzerinde zararlı etkilere sahip olduğu bilinmektedir (82,85). Çalışmamızdaki deliryum tanı oranı görece düşük saptanmıştır. Bu durumun olası nedeni çocuk ve ergen yaş gurubunda deliryum tablosunun yeterince tanınamaması, bölümler arası işbirliğinin yeterli düzeyde olmaması olabilir. Deliryumda, farkındalığın artması, erken tanınma, hızlı ve disiplinli değerlendirme ve yönetim yoluyla önlenabilir, iyileştirilebilir; bu sayede

hastaya aile morbidite ve mortalite azaltılırken, hasta tedavi-yatış maliyetinde de azaltma sağlanabilir (86).

Çalışmaya dahil edilen olguların %52.9 (n:433)'una en az bir psikotrop tedavi başlanmıştır. Olguların %6.6 (n:54)'sına iki farklı ilaç önerilmiştir. Psikotrop ilaçlar gruplandırıldığında en sık önerilen farmakolojik ajanların sırasıyla; %22.4 (n:195) selektif serotonin geri alım inhibitörleri (SSGI), %12.5 (n:109) atipik antipsikotikler, %6.1 (n:53) psikostimülanlar olduğu saptanmıştır. Çalışmamızda psikotrop moleküller karşılaştırıldığında ise en sık %14.7 (n:128) sertralin, ikinci sıklıkta ise %8.1 (n:71) bir atipik antipsikotik olan risperidon önerilmiştir. Bu çalışmanın örnekleminde özellikle tanı konan grupta uyum bozukluğu, depresyon ve intihar girişimi oranları yüksektir. Çocuk ve ergen popülasyonu için tedavide yan etki profilinin daha güvenilir olduğu bilinen antidepresan grubundan seçici serotonin geri alım inhibitörlerinin tercih edilmiş olması daha önceki çalışma sonuçlarıyla tutarlıdır. Psikofarmakolojik tedavi başlama oranı ve en sık kullanılan psikotropolar; Abalı ve ark.'nın çalışmasında %49.7-antidepresanlar, Göker ve ark.'nın çalışmasında %36.6-fluoksetin, Emiroğlu ve ark.'nın çalışmasında %38.5-alprazolam, Çolpan ve ark.'nın çalışmasında %36-SSGI, Aktepe ve ark.'nın çalışmasında %85.7-SSGI, Gökçen ve ark.'nın çalışmasında %70.2-SSGI, Alpaslan ve ark.'nın çalışmasında %70.2-SSGI, Özkan ve ark.'nın çalışmasında %38.2-SSGI, Uran ve ark.'nın çalışmasında %25-SSRI olarak bildirilmiştir (1,7,8,38,40,60,67,68,70). Geniş bir aralıkta değişen bu oranların, çalışma örnekleminde değerlendirilen olguların özelliklerine, konulan psikiyatrik tanılara, değerlendiren psikiyatristin tedavi tercihlerine göre değişkenlik gösterdiği düşünülmüştür.

Olguların %47.1 (n:385)'ine psikofarmakolojik tedavi başlanmadığı ; ilaçsız takip, psikoeğitim, davranışçı tedaviler, destekleyici terapi, bilişsel davranışçı terapi, özel eğitim, konuşma ve dil terapisi gibi non-farmakolojik önerilerde bulunduğu saptanmıştır. Uran ve Sertçelik'in çalışmasında da %47 psikofarmakolojik tedavi önerilmemiş, destekleyici psikoterapi, hastaneye yatış için hazırlık, cerrahi, transplantasyon ve diagnostik prosedürler, takip bakımının düzenlenmesi, başa çıkma stratejileri müdahalesi, hastanın/ailenin tıbbi personel ile ve birbirleriyle

iletişim kurmasına yardımcı olma, bilişsel davranışsal müdahale, kriz müdahalesi, keder müdahalesi, ocuk ve ergen psikiyatrisi ekibi tarafından ihtiyaç duyulduğunda terapötik oyun, mesleki terapi, davranış değişiklikleri, grup terapisi, ve özel eğitim için engelli çocukların sağlık raporlarının düzenlenmesi gibi non-farmakolojik tedavilerin uygulandığı bildirilmiştir (69).

Çalışmamızda olguların %30.6 (n:250)'sının sahip olduğu kronik bedensel hastalıklar incelendiğinde, en sık nörolojik hastalıklar ve epilepsi olduğu saptanmıştır. Hindistan'da yapılan bir çalışmada en sık saptanan bedensel hastalıkların epilepsi, diğer nörolojik hastalıklar, febril konvülsiyon ve kafa travması olduğu bildirilmiştir (87). Bu nedenle ocuk psikiyatri ile ocuk nöroloji bölümlerinin işbirliği içerisinde olmasının oldukça önemli olduğu dşnlmştır. Bedensel hastalığın kronik veya ilerleyici gidişli olması, bedensel engele veya özerklik kaybına yol açması, hastaneye yineleyici yatış gerektirmesi, sıkıntı verici tedavi girişimleri uygulanması, ailede psikososyal ve ekonomik sorunların olması ruhsal sorun riskini artırmaktadır (6).

Kronik hastalığı olanların daha yüksek oranda psikiyatrik tanı aldığı, kronik hastalığı olmayanlarda ise daha fazla intihar girişimi ve intihar girişimi/ kendine zarar verici davranış nedeniyle konsültasyon isteminde bulunulduğu saptanmıştır. Akut bedensel hastalıklar ve hastaneye yatışlar daha çok anksiyeteye neden olurken, kronik bedensel hastalıklar ise olumsuz beden algısına ve düşük benlik saygısına neden olmaktadır (88). Kronik hastalığı olan çocukların kronik hastalığı olmayan çocuklara göre emosyonel ve davranışsal uyum sorunlarını yaşamaya daha yatkın olduğu, psikiyatrik bozukluk geliştirme olasılığının iki kat arttığı gösterilmiştir (5). Kronik bedensel hastalığı olan çocuklarda erkek olma, tek ebeveynli aile ortamı, aile gelirinin dşklğu, doğumda anne yaşının ve anne eğitiminin dşklğu ruhsal sorun riskini artıran etkenler arasında bildirilmektedir (53).

Bedensel hastalıklara ek olarak gözlenen psikiyatrik sorunlar, hastaların tanı ve tedavi süreçlerini olumsuz etkilerken; var olan psikiyatrik bozuklukların tanı ve

tedavisi, hastaların tedaviye uyumunu artırdığı bilinmektedir (4). Yapılan bir çalışmada, yatan hastalarda psikiyatri konsültasyon zamanlamasının, kısa sürede yapılmasının yani psikiyatrik konsültasyonun geciktirilmeden sağlanmasının, hastane yatışının kısa sürmesini ve toplam yatış maliyetini azalttığı bildirilmiştir (77).

Hollanda’da konsültasyon liyezon psikiyatrisi hakkında 2008 yılında bir kılavuz yayınlanmış ve 2018 yılında gereksinimler ve tıbbi gelişmelere göre revize edilmiştir. Bu revizyon yapılırken, kanıta dayalı bilimsel çalışmalar, ders kitapları ve komite üyelerinin, klinik deneyimleri ve tecrübelerine başvurulmuştur. Revize edilen kılavuzda çocuk ve ergen hastalar da ele alınmıştır (89).



ÇALIŞMANIN KISITLILIKLARI

Çalışmamızdaki başlıca kısıtlayıcı etkenler; çalışmamızın tek merkezli olması, örneklem sayısının küçük olması; çalışma sonuçlarının genellenemeyecek olması, çalışmanın retrospektif yapıda olması; yapılandırılmış klinik görüşme envanteri ya da psikiyatrik tanı ve semptom tarama envanteri ölçeklerinin kullanılmamış olması; ders başarısı, aile maddi durumu gibi verilerin olguların yada ebeveynlerinin nesnel değil öznel bildirimine dayandırılmış olması; olguların tıbbi hastalığı nedeniyle kullandığı ilaçların psikopatoloji üzerine etkileri olabileceğinden, mevcut tıbbi hastalığı için kullandığı ilaçların çalışmada araştırılmamış olması olarak belirlenmiştir.

Araştırma bir üniversite hastanesinde yapılmıştır. Diğer kamu ve özel hastanelerdeki konsültasyon istenen tüm hasta gruplarını kapsamamaktadır. Bu açıdan çok merkezli, uzun süreli, izlem çalışmalarına gereksinim vardır.

VI-SONUÇLAR

1-Afyonkarahisar Sağlık Bilimleri Üniversitesi Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Anabilim Dalı'ndan 4.5 yıllık sürede 25 farklı klinikten 818 konsültasyon (toplam 1055) istenmiştir. En sık konsültasyon isteyen birimler genel pediatri kliniği ile çocuk acil servisi olup en sık konsültasyon isteme nedenlerinin intihar girişimi/kendine zarar verme davranışı ve depresif şikayetler olduğu görülmüştür. En sık konulan tanımlar uyum bozukluğu, depresyon ve dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu olarak saptanmıştır. En sık önerilen psikofarmakolojik ajanlar selektif serotonin geri alım inhibitörleri (SSGI) olup, en sık önerilen psikotropik molekül sertraline olmuştur.

2-. Çocuk acil servisinin sık konsültasyon istenen bir birim olması dolayısıyla, acil servis ile işbirliği arttırılmalı, acil servislerde psikiyatrik değerlendirme için uygun fiziki şartlar sağlanmalıdır.

3-İntihar girişimi ve kendine zarar verme davranışı riski özellikle ergen grubunda mutlaka değerlendirilmeli; tedavi ekibi bu konuda bilgilendirilmeli ve hastayı korumak için önlemler alınmalıdır. Koruyucu ruh sağlığının bir görevi olarak çocuk ve ergenlerin intihardan korunması için eğitimler düzenlenmeli ve farkındalık artırılmalıdır.

4- Çocuk ve ergen hastalar değerlendirilirken psikiyatri ve psikiyatri dışı tüm hekimler tarafından biyopsikososyal model benimsenmelidir. Her çocuk için, çocuk ve ergen psikiyatri ekibince biyopsikososyal model doğrultusunda tedavi planlanması yapılmalıdır.

5- Çocukluk ve ergenlik döneminin ruhsal sorunları hakkında psikiyatri dışı hekimlerle ortak toplantıların yapılması, başta çocuk hastalıkları olmak üzere diğer bölümler ile çocuk ve ergen psikiyatrisi arasında işbirliğinin sağlanması ve artmasına yardımcı olabilir.

6- Psikiyatrik bozukların tanınması ve hastaların daha kısa sürede daha etkin tedavi edilmesi çocuk ergen psikiyatrisi ile çocuk sağlığı ve hastalıkları alanı arasındaki işbirliğinin artmasına bağlıdır. Ülkemizde pediatri uzmanlığı sürecinde 1 aylık zorunlu çocuk ve ergen psikiyatri rotasyonunun; pediatristlerin ruhsal hastalıkların semptom, bulgu, tedavi yönetimi ve olası komplikasyonlara yönelik bilgisinin ve duyarlılığının arttırılmasına yarar sağladığı düşünülmektedir.

7- Bedensel hastalıklara eşlik eden psikiyatrik bozuklukların zamanında tanınması ve tedavi edilmesi, bedensel hastalığın prognozunu, hastanın ve ailesinin tedaviye uyumunu olumlu yönde etkileyecek, erken konsültasyon zamanlamasının sağlanması hastaneye yatış süresini kıstattığı gibi, hastane yatış maliyetinin de düşürülmesine katkıda bulunacaktır.

8- Ülkemizde Türkiye Çocuk ve Genç Psikiyatrisi Derneği öncülüğünde; gerek ülkemizde gerekse yurt dışında yapılan çalışmalar ışığında “Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi KLP Kılavuzu” hazırlanmasının ülkemizde ortak bir KLP hizmetinin sunulabilmesi açısından faydalı olacağı düşünülmektedir.

9- Gelecekteki çalışmalarda, KLP uygulamaları ve önerilerinden ailenin ve danışan hekimin memnuniyetini, KLP’de konsültasyon istemiyle, konsültasyon zamanlamasının özellikle yatan hastalarda tedavi masraflarına etkisini incelenmesi ülkemizin sağlık politikalarını etkileyebilir.

VII-ÖZET

Amaç: Bu çalışmanın amacı, Afyonkarahisar Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'nde ayaktan ve yatarak tedavi gören çocuk ve ergenler için istenen psikiyatri konsültasyonlarının geriye dönük incelenmesidir.

Gereç ve yöntem: Çalışmada 01.01.2014-01.06.2018 tarihleri arasındaki sürede konsültasyonu istenen ayaktan ve yatarak tedavi gören hastaların kayıtları geriye dönük olarak taranmıştır. Araştırmacı tarafından Konsültasyon Bilgi Formuna; demografik özellikler, konsültasyon isteyen bölüm, konsültasyon istem nedeni, hastanın tıbbi tanısı, değerlendirme sonrası konulan psikiyatrik tanı ve önerilen tedavi verileri doldurulmuştur. Veriler SPSS 20.0 programı kullanılarak analiz edilmiştir.

Bulgular: 4 yıl 6 aylık süre içinde ayaktan ve yatarak tedavi gören 818 çocuk ve ergen hastadan psikiyatri konsültasyonu istenmiştir. Değerlendirilen 818 hastanın %57.3'ü kız, %42.7'i erkek olarak bulunurken, olguların yaş ortalaması 11.53 ± 4.26 yıl olarak saptanmıştır. Olguların %52.9'unu yatarak tedavi gören, %47.1'ini ayaktan takip edilen hastalar oluşturmaktadır. En sık konsültasyon isteyen klinikler; sırasıyla genel pediatri (%38.8), çocuk acil (%17.4) ve çocuk nöroloji-nöroloji (%8.2) kliniğidir. Olguların %23.3'ü değerlendirilen kesitte psikiyatrik tanı almamıştır. Psikiyatrik tanıları; en sık %11.1 oranla uyum bozukluğu, ikinci sıklıkta %9.8 oranla depresif bozukluk, üçüncü sıklıkta %7.6 oranla dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu tanılarıdır. Olguların % 11.5'inin intihar girişiminde bulunduğu saptanmıştır. Değerlendirilen olguların %52.9'una medikal tedavi uygulanmıştır. En sık %22.4'üne SSGI grubu antidepresanlar önerilmiştir. Sertralin (%14.7) en sık önerilen psikotropik moleküldür.

Sonuç: Bu çalışmada, ayaktan veya yatarak tedavi gören hastalardan, psikiyatri konsültasyonu istenen çocuk ve ergenlerde, yüksek oranda psikopatoloji saptanmıştır. Konsültasyon sürecinin sağlıklı işlemesi bakımından klinikler arası işbirliğinin önemli olduğu düşünülmektedir. Çocuk acil servisinin en sık konsültasyon isteyen 2. birim olması dolayısıyla, acil servis ile işbirliğinin artırılması ve acil servislere

psikiyatrik değerlendirme için fiziki şartların iyileştirilmesi önerilmektedir. Ülkemizde Türkiye ocuk ve Genç Psikiyatrisi Derneği ncölüğünde, konsültasyonlar için ortak bir değerlendirme ve uygun tedavilerin yaygınlaşması adına KLP kılavuzu hazırlanmasının faydalı olacağı düşünölmektedir.

Anahtar kelimeler: Konsültasyon, Liyezon, ocuk ve Ergen Psikiyatrisi,



VIII - SUMMARY

Objectives: The aim of this study is to retrospectively examine the psychiatric consultations required for children and adolescents who are receiving inpatient and outpatient treatment at Afyonkarahisar Health Sciences University Medical Faculty Hospital.

Methods: The records of the outpatient and inpatient treatment patients who were consulted between 1.1.2012 and 1.6.2018 were reviewed (scanned) retrospectively. Consultation Information Form by researcher; the sociodemographic information of the patients, the reason for requesting the consultation, the reason for requesting the consultation, the medical diagnosis of the patient, the psychiatric diagnosis after the evaluation and the recommended treatment data. The data were analyzed using the SPSS 20.0 program.

Results: A total of 818 children and adolescents with outpatient and inpatient psychiatric consultations were requested within 4 years and 6 months. Of the 818 patients evaluated, 57.3% were female and 42.71% were male. Of the cases, 52.9% were inpatients and 47.1% were inpatients. The most frequent consultation clinics were general pediatrics (38.8%), pediatric emergency (17.4%) and pediatric neurology - neurology (8.2%) clinic. 23.3% of the patients did not have a psychiatric diagnosis. Psychiatric diagnoses were mostly adjustment disorder (11.1%), depressive disorder (9.8%) and attention deficit hyperactivity disorder (7.6%). It was determined that 11.5% of the cases attempted suicide. Medical treatment was administered to 52.9% of the evaluated cases. The most common SSRI group antidepressant drugs (22.4%) have been proposed. Sertraline (14.7%) was the most commonly recommended psychotropic molecule.

Conclusions: In this study, Psychopathology has been determined at high rates in children and adolescents who require psychiatric consultation from patients who

are receiving outpatient or inpatient treatment. It is thought that collaboration between clinics is important for the healthy functioning of the consultation process. It is recommended to increase the cooperation with the emergency department and to improve the physical conditions for psychiatric evaluation in emergency departments due to the fact that the pediatric emergency service is the second most frequently requested unit. In our country, under the leadership of Turkey Association of Child and Adolescent Psychiatry, a common evaluation will be useful for consultation and preparation of appropriate therapy is considered widespread use of KLP guide behalf.

.

Key words:, Consultation, Liaison, Child and Adolescent Psychiatry

IX-KAYNAKÇA

1. Çolpan M, Eray Ş, Vural P. Uludağ Üniversitesi Hastanesinde Son Bir Yılda İstenen Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Konsültasyonlarının Değerlendirilmesi. Güncel Pediatr [Internet]. 2013;11(3):101–6. Available from: <http://cms.galenos.com.tr/FileIssue/2/37/article/101-106.pdf>
2. Tüzün D. Çocuk psikiyatrisinde konsültasyon liyezon. In: Aysev S, Taner YI, editors. Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları. İstanbul: Golden Print; 2007. p. 823–5.
3. Abrams AN, Rauch PK. Pediatric consultation. In: Rutter M, Bishop D, Pine D, Scott S, Stevenson J, Taylor E, et al., editors. Rutter's Child and Adolescent Psychiatry. fifth. UK: Blackwell Publishing; 2009. p. 1143–55.
4. Gortmaker SL, Sappenfield W. Chronic childhood disorders: prevalence and impact. Pediatr Clin North Am [Internet]. 1984;31(1):3–18. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/S0031-3955\(16\)34532-1](http://dx.doi.org/10.1016/S0031-3955(16)34532-1)
5. LeBlanc LA, Goldsmith T, Patel DR. Behavioral aspects of chronic illness in children and adolescents. Pediatr Clin North Am. 2003;50(4):859–78.
6. Lewis M. Consultation process in child and adolescent psychiatric consultation-liaison in pediatrics. In: Lewis M, editor. Child and Adolescent Psychiatry-A comprehensive Textbook. Third Edit. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2002. p. 1111–5.
7. Gözaçanlar Özkan Ö, Yalın Sapmaz Ş, Kandemir H. Evaluation of Child Psychiatry Consultations of Stayed Patients at Pediatric Clinic. J Clin Psychiatry [Internet]. 2017;20(4):287–93. Available from: http://www.journalagent.com/z4/download_fulltext.asp?pdir=kpd&plng=tur&un=KPD-43513
8. Alpaslan AH, Koçak U, Çobanoğlu C, Görücü Y. Bir üniversite hastanesinde hastalardan istenen çocuk ve ergen psikiyatrisi konsültasyonlarının değerlendirilmesi. Yeni Symp. 2015;53(3):10–6.
9. Özkan S. Erişkin Psikiyatrisinde Konsültasyon ve Liyezon: Genel Bir Bakış. In: Tüzün DÜ, Hergüner S, editors. Çocuk Hastalıklarında Biyopsikososyal yaklaşım. Epsilon Yayıncılık; 2007. p. 13–26.
10. WHO. WHO | Constitution of WHO: principles [Internet]. WHO, about

- WHO. World Health Organization; 2016 [cited 2018 Aug 8]. p. 1. Available from: <http://www.who.int/about/mission/en/>
11. Özkan S. Psikosomatik Tıp ve Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi. In: Karamustafalıoğlu KO, editor. Temel ve Klinik Psikiyatri. Ankara: Güneş Tıp Kitapevleri; 2018. p. 975–86.
 12. ÖZDEMİR ŞS. Konsültasyon istenen ve istenmeyen yatan hastaların psikiyatrik morbidite açısından karşılaştırılması. 2012;
 13. Kumbasar H, Yılmaz A. Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi. In: Köroğlu E, Güleç C, editors. Psikiyatri Temel Kitabı. 2. Baskı. Ankara: Hekimler Yayın Birliği; 2007. p. 536–43.
 14. Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P. Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi. In: Bozkurt A, editor. Kaplan & Sadock Psikiyatri Davranış Bilimleri/Klinik Psikiyatri. 11. Baskı. Ankara: Güneş Tıp Kitapevleri; 2016. p. 499–503.
 15. Özkan S. Konsültasyon-liyezon psikiyatrisi; tarihçesi, tanımı, kavramları, işlevleri ve ilkeleri. In: Psikiyatrik Tıp: Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi. İstanbul: Roche İlaç Sanayii A.Ş.; 1993.
 16. Greenhill M. The development of liaison programs. In: Usdin G, editor. Psychiatric Medicine. New York: Brunner/Mazel; 1977. p. 115–91.
 17. Dunbar FH, Wolfe T, Rioch J. Psychiatric aspects of medical problems. Am J Psychiatry. 1936;93:649–79.
 18. Billings EG. The Psychiatric Liaison Department of The University of Colorado Liaison Medical of and the Hospitals. Am J Psychiatry. 1966;28–33.
 19. Özkan M. Consultation liaison psychiatry in Turkey. J Psychosom Res. 2005;59(6):447–8.
 20. Ozkan M, Ozkan S, Kocaman N. Evaluation of the development of psychosomatic medicine in a large university hospital in Turkey. Coll Antropol [Internet]. 2006;30(4):719–26. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17243539>
 21. Lipowski ZJ. Review of consultation psychiatry and psychosomatic medicine I. General Principles. Psychosom Med. 1967;29:153–71.
 22. PELİN SŞ. Tıp Evrimi Açısından ve Psikiyatri Özelinde Konsültasyon

- Kurumu. KLİNİK PSİKIYATRİ. 2000;117–25.
23. Kayatekin E. Konsültasyon liyazon psikiyatrisinin tanımı. In: Kerimoglu E, editor. Çocuk Psikiyatrisinde Konsültasyon Liyazon. Ankara: Ankara Üniversitesi Basımevi; 1994. p. 9–12.
 24. Ortiz P. General principles in child liasion consultation service: A literature review. Eur Child Adolesc Psychiatry. 1997;6(1):1–6.
 25. Özdemir DF. Çocukluk Döneminde Konsültasyon-Liyazon Psikiyatrisi. In: Köroğlu E, Güleç C, editors. Psikiyatri Temel Kitabı. 2. Baskı. Ankara: Hekimler Yayın Birliği; 2007. p. 898–902.
 26. Uran P, Aysev AS. Çocuk ve Ergenlerde Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi. In: Karamustafalıoğlu KO, editor. Temel ve Klinik Psikiyatri. Ankara: Güneş Tıp Kitapevleri; 2018. p. 1085–90.
 27. Shugart MA. Child psychiatry consultations to pediatric inpatients: A literature review. Gen Hosp Psychiatry [Internet]. 1991 Sep 1 [cited 2018 Aug 9];13(5):325–36. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/016383439190037W?via%3Dihub>
 28. Slowik M, Noronha S. Need for child mental health consultation and paediatricians perception of these services: a survey in the West Midlands. Child Adolesc Ment Health. 2004;9(3):121–4.
 29. Rothenberg MB. Child psychiatry-pediatrics consultation-liaison services in the hospital setting: A review. Gen Hosp Psychiatry [Internet]. 1979 Dec 1 [cited 2018 Aug 9];1(4):281–6. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/016383437990001X>
 30. Shaw RJ, Wamboldt M, Bursch B, Stuber M. Practice Patterns in Pediatric Consultation-Liaison Psychiatry: A National Survey. Psychosomatics [Internet]. 2006;47(1):43–9. Available from: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0033318206700226>
 31. Lipowski ZJ. What does the word “psychosomatic” really mean? A historical and semantic inquiry. Psychosom Med. 1984;46(2):153–71.
 32. Engström I. Consultation-liaison work in paediatric care. Int Congr Ser. 2002;1241(C):217–20.

33. Kerimoğlu E, Alpas B. Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi. In: Çuhadaroğlu F, editor. Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Temel Kitabı. 2008. p. 718–22.
34. Bonner MJ, Hardy KK, Guill AB, McLaughlin C, Schweitzer H, Carter K. Development and validation of the parent experience of child illness. *J Pediatr Psychol*. 2006;31(3):310–21.
35. Lewis M, Cardona L. The consultation and liaison processes to pediatrics. In: Lewis M, editor. *Child and Adolescent Psychiatry-A Comprehensive Textbook*. Fourth Edi. Philadelphia, USA: Lippincott Williams & Wilkins; 2007. p. 912–21.
36. Kazak AE, Alderfer MA, Rourke MT, Simms S, Streisand R, Grossman JR. Posttraumatic Stress Disorder (PTSD) and Posttraumatic Stress Symptoms (PTSS) in Families of Adolescent Childhood Cancer Survivors. *J Pediatr Psychol* [Internet]. 2004;29(3):211–9. Available from: <http://jpepsy.oxfordjournals.org/cgi/doi/10.1093/jpepsy/jsh022>
37. Carter BD, Kronenberger WG, Baker J, Grimes LM, Crabtree VM, Smith C, et al. Inpatient Pediatric Consultation-Liaison : A Case-Controlled Study. *J Pediatr Psychol*. 2003;28(6):423–432.
38. Emiroğlu N, Aras Ş, Yalin Ş, Doğan Ö, Akay A. Evaluation of the child and adolescent psychiatric inpatient consultations. *Anatol J Psychiatry*. 2009;(10):217–25.
39. Kilic BG, Uslu R, Aysev A. A preliminary evaluation of consultation-liaison psychiatry services for children at a university hospital: Lessons learned to enhance efficacy. *Yeni Symp* [Internet]. 2007;45(4):163–9. Available from: <http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&PAGE=reference&D=emed8&NEWS=N&AN=2007578882>
40. Abalı O, Tüzün Ü, Gürkan K. Çocuk psikiyatrisi konsültasyonlarının değerlendirilmesi. *Genel Tıp Derg*. 2006;16(3):121–4.
41. Olson RA, Holden EW, Friedman A, Faust J, Kenning M, Mason PJ. Psychological Consultation in a Children's Hospital: An Evaluation of Services. *J Pediatr Psychol* [Internet]. 1988 Dec 1 [cited 2018 Aug 9];13(4):479–92. Available from: <https://academic.oup.com/jpepsy/article-lookup/doi/10.1093/jpepsy/13.4.479>

42. Rodrigue JR, Hoffmann RG, Rayfield A, Lescano C, Kubar W, Streisand R, et al. Evaluating pediatric psychology consultation services in a medical setting: An example. *J Clin Psychol Med Settings*. 1995;2(1):89–107.
43. Knapp PK, Harris ES. Consultation-Liaison in Child Psychiatry: A Review of the Past 10 Years. Part I: Clinical Findings. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* [Internet]. 1998 Jan 1 [cited 2018 Aug 9];37(1):17–25. Available from:
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S089085670962743X?via%3Dihub>
44. Knapp PK, Harris ES. Consultation-Liaison in Child Psychiatry: A Review of the Past 10 Years. Part II: Research on Treatment Approaches and Outcomes. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* [Internet]. 1998;37(2):139–46. Available from: <http://dx.doi.org/10.1097/00004583-199802000-00005>
45. Frosch E, McCulloch J, Yoon Y, dosReis S. Pediatric Emergency Consultations: Prior Mental Health Service Use in Suicide Attempters. *J Behav Health Serv Res* [Internet]. 2011;38(1):68–79. Available from: <http://link.springer.com/10.1007/s11414-009-9192-0>
46. Topçu Bilgen Z. Çocuk ve Ergenin Hastalığı Anlaması. In: Tüzün DÜ, Hergüner S, editors. *Çocuk Hastalıklarında Biyopsikososyal Yaklaşım*. Epsilon Yayıncılık; 2002. p. 43–8.
47. Rauch PK, Jellinek MS. Paediatric Consultation. In: Rutter M, Taylor E, editors. *Child and Adolescent Psychiatry* [Internet]. Fourth Edi. Blackwell; 2009. p. 1051–66. Available from: <https://books.google.com/books?id=pcUeLW9O0ZgC&pg=PA412>
48. Baykara A, Güvenir T, Miral S. Hastalık ve hastanede yatışın çocuk üzerinde etkisi. In: Ekşi A, editor. *Ben Hasta Değilim Çocuk Sağlığı ve Hastalıklarının Psikososyal Yönü*. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi; 1996. p. 374–8.
49. Schonfeld D. The child's cognitive understanding of illness. In: Lewis M, editor. *Child and adolescent psychiatry A Comprehensive Textbook*. Baltimore, USA: Williams& Wilkins; 1996. p. 943–7.
50. Lee J, Korczak D. Factors Associated with Parental Satisfaction with a

- Pediatric Crisis Clinic (PCC). *J Can Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2014;23(2):118–27.
51. Nock MK, Ferriter C. Parent management of attendance and adherence in child and adolescent therapy: A conceptual and empirical review. *Clin Child Fam Psychol Rev*. 2005;8(2):149–66.
 52. Kitts RL, Gallagher K, Ibeziako P, Bujoreanu S, Garcia G, DeMaso DR. Parent and Young Adult Satisfaction with Psychiatry Consultation Services in a Children's Hospital. *Psychosomatics* [Internet]. 2013;54:575–84. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.psych.2013.01.008>
 53. Gortmaker SL, Walker DK, Weitzman M, Sobol AM. Chronic Conditions, Socioeconomic Risks, and Behavioral Problems in Children and Adolescents. *Pediatrics* [Internet]. 1990 [cited 2018 Aug 9];85(3):267–76. Available from: <http://pediatrics.aappublications.org/content/85/3/267>
 54. Doğangün B, Şen Demirdöğen E. Çocuk ve Ergende Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisinde Tedavi Seçenekleri. *J Child Psychiatry-Special Top*. 2016;2(2):95–100.
 55. Goldberg RJ, Stoudemire A. The future of consultation-liaison psychiatry and medical-psychiatric units in the era of managed care. *Gen Hosp Psychiatry*. 1995;17(4):268–77.
 56. Leslie SA. Paediatric liaison. *Arch Dis Child*. 1992;67:1046–9.
 57. Kraemer S. Liaison and co-operation between paediatrics and mental health. *Paediatr Child Health (Oxford)* [Internet]. 2010;20(8):382–7. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.paed.2010.02.012>
 58. Yurtbay T. Kronik çocuk hastalıklarında psikososyal yaklaşım. In: Tüzün D, Hergüner S, editors. *Çocuk Hastalıklarında Biyopsikososyal Yaklaşım*. 1. Baskı. İstanbul: Epsilon Yayıncılık; 2007. p. 446–57.
 59. Kendall P, editor. *Child and adolescent therapy: Cognitive-behavioral procedures*. Guilford Press; 2011.
 60. Gokcen C, Celik YI. The Evaluation Of Child And Adolescent Psychiatry Consultations from other Inpatient Clinics in a Training Hospital. *Sak Med J* [Internet]. 2011;1(4):140–4. Available from: <http://dergipark.gov.tr/doi/10.5505/sakaryamj.2011.25744>

61. Şener Ş, Ertürk Y, Şenol S. Pediatrik Liyezon Psikiyatrisi Alan Saptamasına Yönelik Bir Önçalışma. *Klin Psikiyatr Dergisi-Turkish J Clin Psychiatry*. 2000;(3):111–6.
62. Gökler B. Çocuk-ergen konsültasyon liyazon psikiyatrisi ve etik. In: Tüzün DÜ, Hergüner S, editors. *Çocuk Hastalıklarında Biyopsikososyal Yaklaşım*. İstanbul: Epsilon Yayıncılık; 2007. p. 31–42.
63. Horwitz SM, Storfer-isser A, Kerker BD, Szilagyi M, Garner A, Connor KGO, et al. Problems : Changes from 2004 to 2013. *Acad Pediatr*. 2016;15(6):613–20.
64. Sertöz ÖÖ, Doğanavşargil GÖ, Noyan MA, Altıntoprak E, Elbi H. Bir Üniversite Hastanesi Konsültasyon Liyezon Servisinde Psikiyatrik Hastalıkların Psikiyatri Dışı Hekimlerce Doğru Tanınma Oranları. *Klin Psikofarmakol Bülteni*. 2008;18(4):288–95.
65. Costello E, Edelbrock C, Costello A, Dulcan M, Burns B, Brent D. Psychopathology in pediatric primary care: the new hidden morbidity. *Pediatrics*. 1988;82:415–24.
66. Kandil S, Aksu H, Yöntem T, Aktepe E. Bir üniversite hastanesinde bir yıllık çocuk ve ergen psikiyatrisi konsültasyonlarının değerlendirilmesi. *İbn-i Sina Tıp Derg*. 2003;(9):173–7.
67. Göker Z, Güney E, DİNÇ G, ÜNERİ Ö. The Evaluation of the Psychiatric Consultations of Children and Adolescents Hospitalised in a Training and Research Hospital. *Turkish J Pediatr Dis* [Internet]. 2014;8(1):17–24. Available from: <http://www.tchdergisi.org/index.php/tchd/article/view/349/386>
68. Aktepe E, Kocaman O, Isık A, Eroğlu FÖ. Bir üniversite hastanesinde istenen çocuk ve ergen psikiyatrisi konsültasyon hizmetlerinin değerlendirilmesi. *TAF Prev Med Bull*. 2013;12(5):539–44.
69. Uran P, Sertcelik M. Evaluation of child and adolescent psychiatry consultations in a tertiary university hospital. *Eur Res J* [Internet]. 2017;3(1):35–42. Available from: <http://dergipark.ulakbim.gov.tr/eurj/article/view/5000206690>
70. Uran P, Gürel Y. Psychiatric Morbidity and Characteristics of Pediatric

- Patients with Illness. *Akad Sos Araştırmalar Derg.* 2018;6(68):211–21.
71. Campbell J, Cardona L. The consultation and liaison processes pediatrics. In: Martin A, Volkmar F, editors. *Lewis’s Child and Adolescent Psychiatry: A Comprehensive Textbook*. Fourth Edi. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2007. p. 912–21.
72. Drell M, White T. Children’s reaction to illness and hospitalization. In: Sadock B, Sadock V, editors. *Kaplan and Sadock’s Comprehensive Textbook of Psychiatry*. Seventh Ed. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins; 2000. p. 2889–97.
73. Costello EJ, Mustillo S, Erkanli A, Keeler G, Angold A. Prevalence and Development of Psychiatric Disorders in Childhood and Adolescence. *Arch Gen Psychiatry*. 2003;60(8):837–44.
74. Uran P. Çocuk ve ergenlerde intihar düşünce ve davranışlarına müdahale. *Psikiyatr Güncel*. 2017;7(1):53–63.
75. Stone J, Carson A, Duncan R, Coleman R, Roberts R, Warlow C, et al. Symptoms “unexplained by organic disease” in 1144 new neurology out-patients: How often does the diagnosis change at follow-up? *Brain*. 2009;132(10):2878–88.
76. Crimlisk HL, Bhatia K, Cope H, David A, Marsden CD, Ron M a. Slater revisited: 6 year follow up study of patients with medically unexplained motor symptoms. *Bmj*. 1998;316(7131):582–6.
77. Bujoreanu S, White MT, Gerber B, Ibeziako P. Effect of timing of psychiatry consultation on length of pediatric hospitalization and hospital charges. *Hosp Pediatr*. 2015;5(5):269–75.
78. Woodgate M, Garralda ME. Paediatric liaison work by child and adolescent mental health services. *Child Adolesc Ment Health*. 2006;11(1):19–24.
79. Smith HAB, Boyd J, Fuchs DC, Melvin K, Berry P, Shintani A, et al. Diagnosing delirium in critically ill children: Validity and reliability of the Pediatric Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit. *Crit Care Med*. 2011;39(1):150–7.
80. Daoud A, Duff JP, Joffe AR. Diagnostic accuracy of delirium diagnosis in pediatric intensive care: A systematic review. *Crit Care*. 2014;18(5):1–10.

81. Traube C, Silver G, Reeder RW, Doyle H, Hegel E, Wolfe HA. Pediatric Delirium in Critically-Ill Children: An International Point Prevalence Study. *Crit Care Med*. 2017;4(45):584–90.
82. Traube C, Silver G, Gerber LM, Kaur S, Mauer EA, Kerson A, et al. Delirium and Mortality in Critically Ill Children: Epidemiology and Outcomes of Pediatric Delirium. *Crit Care Med* [Internet]. 2017;45(5):891–8. Available from: <https://europepmc.org/articles/pmc5392157>
83. Traube C, Silver G, Kearney J, Patel A, Thomas M, Yoon MJ, et al. Cornell Assessment of Pediatric Delirium: A Valid, Rapid, Observational Tool for Screening Delirium in the PICU. *Crit Care Med*. 2014;42(3):656–63.
84. Smith HAB, Brink E, Fuchs DC, Ely EW, Pandharipande PP. Pediatric Delirium. Monitoring and Management in the Pediatric Intensive Care Unit. *Pediatr Clin North Am*. 2013;60(3):742–60.
85. Traube C, Mauer E, Gerber L. Cost Associated with Pediatric Delirium in the Intensive Care Unit. *Crit Care Med*. 2016;44(12):e1175–e1179.
86. Malas N, Brahmabhatt K, McDermott C, Smith A, Ortiz-Aguayo R, Turkel S. Pediatric Delirium: Evaluation, Management, and Special Considerations. *Curr Psychiatry Rep*. 2017;19(9).
87. Tekkalaki B, Patil VY, Chate SS, Patil NM, Patil S, Sushruth V. Pediatric Referrals to Psychiatry in a Tertiary Care General Hospital: A Descriptive Study. *J Ment Heal Hum Behav*. 2017;22:40–4.
88. Steiner H, Shaw R. Psychiatric assessment and management of medically ill children. In: Stoudemire, A, Fogel B, Greenberg D, editors. *Psychiatric Care of the Medical Patient*. Second Edi. UK: Oxford University Press; 2000. p. 1097–110.
89. Leentjens AFG, van Baalen A, Kuijpers HJH, Lambooij SLE, Schubart CD, Sno HN, et al. The revised guideline on consultation-liaison psychiatry of the Netherlands Psychiatric Association. *J Psychosom Res*. 2018;110(April):12–4.

X-EKLER

EK-I KONSÜLTASYON BİLGİ FORMU

KONSÜLTASYON BİLGİ FORMU

1. Çocuğun Cinsiyeti: a) Kız ☐ b) Erkek ☐
2. Çocuğun yaşı yıl ve ay olarak belirtiniz..(5 yaş 7 ay gibi).....
3. Kardeş Sayısı: a) Yok ☐ b) 1 ☐ c) 2 ☐ d) 3 ☐ e) 4 ☐ f) 5 ve üzeri ☐
4. Kaçınıcı çocuk
 - a) 1. çocuk ☐ b) 2. çocuk ☐ c) 3. çocuk ☐ d) 4. çocuk ☐ e) 5. çocuk ☐ f) 6 ve daha fazla ☐
5. Çocuk Okula gidiyor mu? a) Hiç okula gitmemiş b) Okula gidiyor c) Okulu terk etmiş, Kaçınıcı sınıftan (.....)
6. Gittiği Okul
 - a) anaokulu b) İlköğretim (1-5) ☐ c) İlköğretim (6-8) ☐ d) Lise ☐
7. Okul başarısı: A) Düşük ☐ B) Orta ☐ C) İyi ☐ D) Kurumda Yaşıyor ☐
8. Çocuk kiminle yaşıyor:
 - a) Anne ve baba ile ☐ b) Anne ile ☐ c) Baba ile ☐
 - d) Akabalarının yanında ☐ e) Kurumda ☐
9. Ailenin tipi:
 - a) Çekirdek Aile ☐ B) Geniş Aile ☐ C) Anne Baba Boşanmış ☐ D) Kurumda Yaşıyor ☐
10. Anne yaşı:.....
11. Baba yaşı:.....
12. Ailenin eğitim durumu
 - a) Okuma yazması yok ☐ b) Okuma yazması var ☐
 - c) İlkokul mezunu ☐ d) Ortaokul mezunu ☐
 - e) Lise mezunu ☐ f) Yükseköğretim mezunu ☐
13. Anne ve babanın çalışma durumu
 - a) Çalışmıyor ☐ b) İşçi ☐
 - c) Memur ☐ d) Emekli ☐
 - e) Serbest meslek ☐
14. Ailenin maddi durumu: A) Düşük ☐ B) Orta ☐ C) İyi ☐ D) Çok İyi ☐
15. Konsültasyonu isteyen klinik/poliklinik: a) Ayaktan hasta b) Yatan hasta
 - a) Dahil: ☐ Çocuk acil ☐
 - b) Cerrahi: ☐
16. Konsültasyonu isteme nedeni:
 - a) Aşırı hareketlilik ☐ b) Kardeşlik, çekingenlik ☐
 - c) Dikkat dağınıklığı ☐ d) Mutluluk, kararsızlık, isteksizlik ☐
 - e) Ders başarısızlığı ☐ f) Bulantı, sıkıntı, huzursuzluk ☐
 - g) Derslere ilgisizlik ☐ h) Zile ilişkisi sorunu ☐
 - i) Okuma-yazma/matematik sorunu ☐ j) Garip davranışlar, ilgi ve iletişim kurmama ☐
 - k) Okul/öğretmen uyum sorunu ☐ l) Uyku sorunu ☐

- Okul fobisi ☐ Deme sorunu (besin reddi..) ☐
 - Seperasyon anksiyetesi ☐ Takıntılı düşünce ve davranışlar ☐
 - Sınav kaygısı ☐ Sosyal fobi ☐
 - Altını ıslatma ☐ Çeşitli korkular (karanlık, yalnızlık...) ☐
 - Kaka kaçırma ☐ Fiziksel yakınma (karın ağrısı, kusma...) ☐
 - Keleleme/teftiz bozukluğu ☐ Döşyem girişi, kendine zarar verme ☐
 - Konuşmama/konuşma geriliği ☐ Döşke nöbetleri ☐
 - Yaygın gelişimsel bozukluk ☐ Çık bozukluğu ☐
 - Psikokutanöz hastalıklar ☐ Çistimar (cinsel/fiziksel) ☐
 - Maddede kötüye kullanımı ☐ Cinsel kimlik sorunu ☐
 - Yıkıcı davranışlar (okuldan-evden kaçma, çalma...) ☐
 - Aişkanlıklar (masur baskı, parmak emme, ırmak yeme, saç yolma...) ☐
 - Organik etyoloji bulunamaması ☐
 - Psikiyatrik öykünün mevcut olması- psikiyatrik tedavinin devamı ☐
 - Diğer:..... ☐
17. Psikiyatrik muayene sonrasında hastaya konulan tanı:
 - ☐ Normal ☐ MR ☐
 - ☐ Depresyon ☐ DEHB ☐
 - ☐ Anksiyete bozukluğu ☐ Yaygın gelişimsel bozukluk ☐
 - ☐ Uyum bozukluğu ☐ Kokob ☐
 - ☐ Somatoform bozukluk ☐ Enürezis-enkoprezis ☐
 - ☐ Akut stres bozukluğu ☐ Davranım bozukluğu ☐
 - ☐ Dissosiyatif bozukluk ☐ Suicide girişi ☐
 - ☐ Genel tıbbi duruma bağlı anksiyete ☐ Fobik anksiyete bozukluğu ☐
 - ☐ Psikotik bozukluk ☐ Tik bozukluğu ☐
 - ☐ Bipolar bozukluk ☐ Psikokutanöz hastalıklar ☐
 - ☐ Obsesif kompulsif bozukluk ☐ Diğer... ☐
 18. Hastaya önerilen psikiyatrik tedavi:
 - ☐ Fluoksetin ☐ essitalopram ☐ sertralın ☐
 - ☐ imipramin ☐ mirazapin ☐ hidroksizin ☐
 - ☐ Metifenidat ☐ atomoksetin ☐ risperidon ☐
 - ☐ ketyapin ☐ haloperidol ☐ olanzapin ☐
 - ☐ alprazolam ☐ lorazepam ☐ diğer... ☐
 19. Konsültasyonu kimin istediği: a) doktor b) aile c) diğer....
 20. Konsültasyonu isteyen hekimin aileyi konsültasyon hakkında bilgilendirmesi: a) evet b) hayır c) diğer....
 21. Hastanın mevcut olan :Kronik fiziksel hastalığı: Akut fiziksel hastalığı: