

ERKEN ÇOCUKLUK DÖNEMİNDE BAŞVURU ETMENLERİ: KLİNİK VE TOPLUM ÖRNEKLEMİNDE 669 KİŞİLİK ÇALIŞMA

Koray KARABEKİROĞLU*, Murat YÜCE**, Zehra BABADAĞI***
Gökçe Nur SAY****, Aytül KARABEKİROĞLU*****

ÖZET

Amaç: Bu çalışmada klinik ve toplum örneklerinde 1-4 yaş çocuklarındaki psikiyatrik şikayet dağılımı ve sıklığı incelenerek, psikiyatri kliniğine başvuruyu yordayıcı etkenlerin araştırılması amaçlanmıştır. Ayrıca, psikiyatrik yakınlıkta bildirimleri açısından anne ve babaların karşılaştırılması hedeflenmiştir. **Yöntem:** Klinik örneklem (n:207) ve katmanlı randomize toplum örnekleme (n:462) psikiyatrik ve gelişimsel sorun varlıkları açısından değerlendirilmiştir. Çocuk Davranış Değerlendirme Ölçeği ve Kısa 1-3 Yaş Sosyal Duygusal Değerlendirme Ölçeği doldurulmuştur. **Sonuçlar:** Toplum örnekleminde en sık “uyku sorunları” (%9.7), korkular (%9.5), başkalarına zarar verme (%5.8) ve “dil ve konuşma sorunları” (%5) bildirilmiştir. Klinik örnekleme ise “konuşma gecikmesi” (%40.3), “aşırı hareketlilik” (%20.9), “sinirlilik” (%19.9), başkalarına zarar verme (%18.4) ve “inatçılık” (%16) sık belirtilmiştir. Psikiyatrik başvuruyu yordayıcı etkenleri belirlemek için yapılan lojistik regresyon analizi bazı faktörlerin (özellikle “konuşma gecikmesi”, “aşırı hareketlilik”, “sinirlilik”, “inatçılık” ve “kendi halinde olma”) anlamlı yordayıcı olduklarını göstermiştir. Bulgular ayrıca babalara göre annelerin psikiyatrik belirtilere daha duyarlı olduklarını ortaya koymuştur.

Anahtar sözcükler: Erken çocukluk, psikiyatrik başvuru, belirti dağılımı

SUMMARY: FACTORS THAT INFLUENCE ADMISSION IN EARLY CHILDHOOD: A STUDY WITH 669 CASES WITHIN A COMMUNITY AND CLINICAL SAMPLE

Objective: We aimed to determine predictive factors for application to a psychiatry unit by investigating the distribution and frequency of psychiatric complaints in clinical and community samples of children between ages 1-4 years. In addition, we aimed to compare mothers and fathers in terms of psychiatric complaints they had reported.

Method: Clinical sample (n:207) and randomized stratified community sample (n:462) were assessed for presence of psychiatric and developmental problems. The Child Behavior Checklist (CBCL) and the Brief Infant and Toddler Social Emotional Assessment (BITSEA) were filled out. **Results:** In the community sample, most prevalent complaints were reported to be “sleep problems” (9.7%), “fears” (9.5%), “harming others” (5.8%), “language and speech problems” (5.0%). In the clinical sample, most prevalent complaints were “delayed speech” (40.3%), “hyperactivity” (20.9%), “aggression” (19.9%), “harming others” (18.4%), and “stubbornness” (16.0%). Logistic regression analysis to determine predictive factors of application to a psychiatry unit revealed that some factors (esp. “delayed speech”, “hyperactivity”, “aggression”, “stubbornness”, “social withdrawal”) significantly predicted the psychiatric application. The results also reveal that mothers were more sensitive to psychiatric problems.

Key words: Early childhood, psychiatric application, symptom distribution

GİRİŞ

Sağlıklı gelişim için işlevselliğin her alanında (örn. duygusal, dil, bilişsel ve duyuşsal) hayatın ilk 2-3 yılı temel bir önem taşır (Nelson ve Bosquet 2000, Thompson ve ark. 2000). Ruhsal bozuklukların belirtilerinin olabildiğince erken dönemde fark edilmesi, tanımlanması ve sağ-

lının, bireyin ruh sağlığını uzun dönemde olumlu etkileyeceği öngörülmektedir (Öztop ve ark. 2007, Marielle ve ark. 2002).

Bütün dünyaya benzer şekilde ülkemizde de psikiyatrik ve gelişimsel hastalıkların erken çocukluk dönemindeki sebepleri, sıklığı ve dağılımı konusu yeterince çalışılmamıştır. Bu konuda daha önceki çalışmalara bakıldığında toplum örnekleme ile yapılan bir çalışmada 3-6 yaş grubundaki 204 çocuktan %41.7’si en az bir ruhsal hastalık tanısı almıştır (Başgül ve ark. 2009). Farklı yaş gruplarında ruhsal bozukluk oranla-

*Prof. Dr., Ondokuz Mayıs Ü. Tıp F. Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi AD., Samsun.

**Doç. Dr., Ondokuz Mayıs Ü. Tıp F. Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi AD., Samsun.

***Araş. Gör. Dr., Ondokuz Mayıs Ü. Tıp F. Çocuk Psikiyatrisi AD., Samsun.

****Yrd.Doç. Dr., Ondokuz Mayıs Ü. Tıp F. Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi AD., Samsun.

*****Uzm. Dr., Samsun Eğitim Araştırma Hastanesi Psikiyatrisi AD., Samsun.

rını araştıran çalışmalarda okul öncesi dönemde ruhsal bozukluk oranı ortalama %8 olarak bildirilmiştir (Roberts ve ark. 1998). Benzer çalışma sonuçlarına göre 1-2 yaş çocuklarının %10-15'inde sosyal-duygusal ya da davranışsal problemlerin olduğu tahmin edilmektedir (Briggs-Gowan ve ark. 2001). Ebeveyn bildirimlerine dayalı olarak yapılan bir çalışmada (Spencer ve Coe 2003), 3 yaşındaki çocuklarda davranış sorunları % 35.6 olarak ifade edilmiştir. İlk üç yaşta psikiyatrik yakınma dağılımına bakıldığında en çok başvuru yakınmaları arasında, "konuşma bozukluğu", "sinirlilik", "yaramazlık", "söz dinlememe", "aşırı hareketlilik", "zarar verici davranışlar", "uyku bozukluğu", "kardeş kıskançlığı", "iletişim sorunu", vb. yer almaktadır (Aras ve ark. 2007, Lewis 2002). Öte yandan, ilk yıllarda uyku sorunları görülme oranlarının %10 ile %46 arasında değişebildiği bildirilmiştir (Wake ve ark. 2006). Beslenme ve yeme sorunları ise % 3-10 çocukta belirgin düzeyde, yaklaşık %30 çocukta hafif-orta düzeyde ifade edilmektedir (Wolke ve ark. 2009).

Özellikle küçük yaşlarda olmak üzere, çocuk ve ergen ruh sağlığı ve hastalığı polikliniklerine kız çocuklarına kıyasla daha çok erkek çocuklar getirilmektedir. Ülkemizde farklı çocuk psikiyatrisi kliniklerinde yapılan araştırmalarda, olguların %61.5 ile %66.9 arasında değişen oranlarda erkek çocuklardan oluştuğu bildirilmiştir (Aktepe 2010, Tanrıöver 1992). Daha önceki çalışmalarda, erkek çocuklarında daha fazla psikiyatrik belirti görülmesinin mi yoksa ailelerin erkek çocuklarına karşı daha duyarlı mı oldukları yeterince incelenmemiştir.

Çocuklardaki ruhsal sorunların toplumdaki dağılım ve yaygınlığının belirlenmesi, koruyucu önlemler ve tedavi hizmetleri gerektiren alanların saptanmasında temel verileri sağlamaktadır. Öncelikli gereksinimlerin ortaya çıkarılması sayesinde çocuk ruh sağlığı hizmetlerinin iyileştirilmesine yönelik etkili programlar geliştirilebilir (Offord ve Bennett 2002). Bu ça-

lışmada klinik ve toplum örneklemelerinde 1-4 yaş çocuklarında psikiyatrik şikayet dağılım ve sıklığını inceleyerek psikiyatri kliniğine başvuru yordayıcı etkenleri incelemeyi amaçladık. Ayrıca, psikiyatrik yakınma bildirimleri açısından anne ve babaları karşılaştırmayı hedefledik.

YÖNTEM

Örneklem

Çalışma grubunun klinik örnekleme Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Psikiyatri polikliniğine en az bir psikiyatrik yakınma ile ailesi tarafından getirilen, erken çocukluk dönemindeki (12-43 aylık) 207 çocuk ve anne-babaları alınmıştır. Karşılaştırma grubu olarak alınan toplum örnekleme ise aynı ölçme araçlarının kullanıldığı ve benzer şekilde değerlendirilmeler yapıldığı, Samsun ilinde tabakalı, çok aşamalı, kümeli, rastgele örneklem yöntemiyle elde edilen saha örnekleminde (n:462) oluşmaktadır. Toplum örnekleme daha önce Kısa 1-3 Yaş Sosyal ve Duygusal Değerlendirme Ölçeği- Türkçe (K1/3-SDD) geçerlik ve güvenilirliğinin araştırıldığı örneklemden alınmıştır (Karabekiroğlu ve ark. 2009). Toplum örnekleme aşılama, sağlık kontrolü vb. amaçlarla için birinci basamak sağlık kurumlarına başvuran olgulardan oluşmaktadır. Şehir merkezi (%63.3) ve kırsal (%36.7) seçim oranı ili temsil edecek şekilde planlanmıştır. Katılım için istekte bulunulan ailelerin %70'i olumlu yanıt vererek çalışmaya katılmışlardır. Çalışmada veriler klinik örnekleme annelerden, toplum örnekleminde ise hem anne hem de babalardan elde edilmiştir.

Veri Toplama Araçları

Sosyodemografik Bilgi Formu

Bu formda çocuğun yaşı, cinsiyeti, kaç kardeş olduğu, kaçınıcı çocuk olduğu ve ailesi ile ilgili bilgiler bulunmaktadır. Bu form tıbbi ve psikiyatrik gelişim öyküsünü, yakınmaları gibi pek

çok değişkeni içeren bir sosyodemografik verileri kaydetme aracıdır. Ayrıca bu formda anne ve babalara örneğin, “Çocuğunuza ait bir psikiyatrik yakınma var mı?”, “Son 1 aydaki beslenme tarzını nasıl değerlendiriyorsunuz?”, “Son 1 aydaki uyku düzenini nasıl değerlendiriyorsunuz?” soruları da sorulmuştur.

İki-Üç Yaş Çocukları İçin Davranış Değerlendirme Ölçeği (Child Behavior Checklist/2-3, ÇDDÖ/2-3)

ÇDDÖ/2-3 içe dönük sorun, dışa dönük sorun ve toplam skoru olmak üzere, çocuğun davranışsal/duygusal sorunlarını puanlayan bir ölçektir ve tüm dünyada yaygın olarak kullanılmaktadır. Yüksek düzeyde bir haftalık ($r=0.88$) ve bir yıllık ($r=0.73$) test-tekrar test güvenilirliği vardır (Achenbach ve Rescorla 2000). Ölçeğin 635 çocuğun puanları üzerinden elde edilen iç tutarlılık Cronbach alfa katsayısı içe yönelimde 0.77, dışa yönelimde 0.76 ve toplam sorunda 0.82 olarak bulunmuştur (Achenbach ve Rescorla 2000). ÇDDÖ/2-3’ün Türkçe’ye çeviri ve uyarlaması yapılmıştır (Erol ve Şimşek 1998, Erol ve ark. 2005).

Kısa 1-3 Yaş Sosyal ve Duygusal Değerlendirme Ölçeği- Türkçe (K1/3-SDD) (The Brief Infant-Toddler Social and Emotional Assessment: BITSEA)

Bu ölçek 1-3 yaş dönemi çocuklarında psikiyatrik belirti şiddetini ve psikososyal gelişim sorunlarını tarama amaçlı olarak hazırlanmıştır (Briggs-Gowan ve ark. 2001). Ölçek 31’i psikiyatrik sorunları (PS), 11’i de psikososyal gelişimi (PG) değerlendiren 42 maddeden oluşmaktadır. Her bir madde üç seçenektan biri ile puanlanır (0: doğru değil/ nadiren; 1:kısmen doğru/ bazen; 2:oldukça doğru/ sık sık). Daha yüksek PS puanı daha yüksek psikiyatrik sorun düzeyini, daha yüksek PG puanı da daha iyi düzeydeki psikososyal gelişimi ifade eder. K1/3-SDD’nin Türkçe’ye çevirisi ve geçerlik ve güvenilirlik çalışması Karabekiroğlu ve ar-

kadaşları tarafından yapılmıştır (2009) ve daha sonra da klinik geçerliliği gösterilmiştir (Karabekiroğlu ve ark. 2010). PS (Cronbach’s α :0.81-0.83) ve PG (Cronbach’s α :0.72) alt ölçeklerinin iç tutarlılığı iyi ile mükemmel arasında bulunmuştur. Ebeveynler arası güvenilirliğin (PS [Spearman rho:0.68, $p<0.001$]; PG [Spearman rho:0.71, $p<0.001$]) iyi düzeyde olduğu saptanmıştır. Test- test tekrarı güvenilirliği orta ile iyi arasında bulunmuştur. K1/3-SDD PS puanları ÇDDÖ içe yönelim ($p<0.001$), dışa yönelim ($p<0.001$) ve toplam skorları ($p<0.001$) ile anlamlı düzeyde yüksek korelasyon göstermiştir. Tüm bu bulgular K1/3-SDD’nin 1-3 yaş çocuklarının sosyal, duygusal ve davranışsal sorunlarının tespitinde geçerli ve güvenilir, aynı zamanda kolaylıkla uygulanabilir ve puanlanabilir bir tarama aracı olduğunu göstermiştir.

İşlem

Tüm örnekleme anneler Sosyodemografik Bilgi Formu, İki-Üç Yaş Çocukları İçin Davranış Değerlendirme Ölçeği ve Kısa 1-3 Yaş Sosyal ve Duygusal Değerlendirme Ölçeği- Türkçe (K1/3-SDD) doldurdu. Toplum örnekleminde hem anneler hem de babalar K-1/3-SDD-TR’yi doldurmuşlardır. Klinik ve toplum örneklemini psikiyatrik yakınmaların ifade edilme oranları açısından karşılaştırıldı. Anne ve babaların kendiliğinden ifade ettikleri tüm yakınmalar “var” ve “yok” olarak 22 grup altında sınıflandırıldı.

Verilerin Değerlendirilmesi

Verilerin istatistiksel analizi için Sosyal Bilimler için İstatistik Paket Programı (Statistical Program for Social Sciences/SPSS) 16.0 sürümü kullanılmıştır. Tüm puanların normal dağılım gösterip göstermediklerine Kolmogorov-Smirnov testi ve histogramlar incelenerek karar verilmiştir. Kategorik verilerin karşılaştırılmasında Ki-kare (X^2) Testleri, sürekli verilerin karşılaştırılmasında uygun olan Student-t Testleri, Mann-Whitney U ya da Wilcoxon testleri uygulandı. Çok değişkenli analizde, tek değişkenli

analizde $p < 0.05$ anlamlılık düzeyi ile belirlenen olası etkenler kullanılarak, klinik başvuru yordayıcıları belirlemek için lojistik regresyon analizi yapılmıştır. İlişkiler %95 güven aralığı ile tahmini risk oranı kullanılarak rapor edilmiştir. Tüm analizler iki uçlu yapılmıştır. Tüm analizler için anlamlılık düzeyi $p \leq .05$ olarak kabul edildi.

BULGULAR

Psikiyatri kliniğine getirilen gruptaki çocukların yaş ortalaması 30.3 ay, toplum örnekleminin ise 23.2 ay idi ($p < 0.001$). Klinik grubun %68.1 ve toplum grubunun %54.5'i erkekti ($p = 0.001$). Anne ve babaların özelliklerine bakıldığında, annelerin eğitim düzeyinin en sık ilköğretim olduğu görüldü. Kliniğe gelen gruptaki annelerin % 37.1'inin, toplum grubunda ise %41.4'ünün ilköğretim mezunu olduğu görüldü. Annenin eğitim düzeyi açısından klinik ile toplum arasında farkın anlamlı olmadığı görüldü ($p > 0.05$) (Tablo 1). Babanın eğitim düzeyine baktığımızda her iki grupta eğitim düzeyinin en sık lise olduğu ve gruplar arasında farkın anlamlı olmadığı görüldü ($p > 0.05$) (Tablo 1). Klinik ve toplum ör-

neklemelerinin demografik özellikleri Tablo 1'de sunulmuştur.

Toplum örneklemindeki annelerin %37.7'si, babaların ise %27.5'i ($p < 0.001$) "Çocuğunuza ait bir psikiyatrik yakınma var mı?" sorusuna "evet" derken klinik örnekleminde annelerde bu oran % 95.2 bulundu. Hem anne hem babaların verdiği cevapların arasındaki tutarlılığa baktığımızda annelerin 'hayır' cevabını verdiği çocukların % 93.1'inde babalar da 'hayır' cevabını vermiş. Ancak annelerin psikiyatrik bir sorunu olduğunu düşündüğü çocuklarda babalar % 37.7 oranında 'hayır' cevabını vermiş. Anne-baba arasındaki bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu görüldü ($p < 0.001$). Toplum örnekleminde anne ve babaların kendiliğinden ifade ettikleri yakınmaların dağılımları Tablo 2'de sunulmuştur.

Toplum örneklemindeki annelerin %70.3'ü, babaların ise %71.2'si "Son 1 aydaki beslenme tarzını nasıl değerlendiriyorsunuz?" sorusuna "Normal" yanıtını verirken, klinik örneklemindeki annelerin %57.3'ü "Normal", %24.8'i "Az yiyor", %6.1'i "Çok yiyor" olarak karşılık vermiştir. Annelerin beslenme tarzı ile ilgili soruya

Tablo 1. Klinik ve Toplum Örneklemlerinin Demografik Özellikleri

	Klinik (n:207)	Toplum (n:462)	t/Z/X ²	p
Cinsiyet (erkek%)	68.1	54.5	10.9	0.001^c
Yaş ortalaması (ay)	31.4±7.7	24.6±7.9	-10.5	<0.001^a
Çalışan anne oranı (%)	20.7	24.9	1.19	0.16
Anne eğitim düzeyi (8 yıldan fazla) (%)	46.9	46.6	0.003	0.51
Baba eğitim düzeyi (8 yıldan fazla) (%)	57.1	60.0	0.45	0.28
İlk kelime ne zaman? (ortalama ay)	13.6±6.4	10.0±3.8	-7.1	<0.001^b
İlk cümle ne zaman? (ortalama ay)	21.4±7.5	15.4±5.1	-6.6	<0.001^b
Yürüme ne zaman? (ortalama ay)	13.2±3.2	11.9±2.0	-6.4	<0.001^a
Emzirilme süresi (ortalama ay)	11.1±8.1	11.4±7.4	-0.7	0.46 ^b

^a t testi, ^b Mann Whitney U testi, ^c X² testi.

Tablo 2. Toplum Örnekleminde Annelerin ve Babaların Kendiliğinden İfade Ettiği Psikiyatrik Semptom Dağılımları Yüzdeleri

	Anne (n:462)	Baba (n:462)	X²	p
Uyku bozukluğu	9.7	8.7	1.2	<0.001
Korkular	9.5	7.2	1.8	<0.001
Başkalarına zarar verme	5.8	2.8	75.2	<0.001
Konuşma bozukluğu	5.0	2.6	1.3	<0.001
Aşırı sinirlilik	4.5	2.8	1.3	<0.001
Geç konuşma	4.3	3.9	2.0	<0.001
Kıskançlık	2.4	1.1	1.3	<0.001
Yeme sorunu	1.9	1.5	1.1	<0.001
Kendine zarar verme	1.7	1.5	2.0	<0.001
Aşırı hareketlilik	1.3	0.4	0.03	0.97
Dikkat eksikliği	1.1	0.4	1.8	<0.001
Yürüme sorunu	0.9	0.9	-	-
Arkadaş edinememe	0.6	0.6	-	-
İnatçılık	0.4	0.2	-	-
Tuvalet sorunu	0.4	0	-	-
Çabuk sıkılma	0.4	0	-	-
Sabırsızlık	0.2	0	-	-
Söz dinlememe	0.2	0	-	-
Çevreye ilgisizlik	0	0	-	-
Takıntılar	0	0	-	-
İsmine yanıt vermeme	0	0	-	-
Komutları yerine getirmeme	0	0	-	-

verdikleri cevap karşılaştırıldığında toplum ve klinik örneklem arasındaki farkın anlamlı olduğu görüldü ($p<0.05$).

Toplum örneklemindeki annelere ve babalara "Son 1 aydaki uyku örüntüsünü nasıl değerlendiriyorsunuz?" sorusu sorulduğunda; annelerin

%72.3'ü, babaların ise %72.6'sı "düzenli uyuduğunu" ifade etmiştir. Klinik örneklemde ise bu soruya annelerin %37.1'i babaların ise %38.2'si "uyku sorunları olduğunu" ifade etmiştir. Uyku sorunları açısından bakıldığında toplum örneklemindeki çocukların %17.9'u "zor dalıyor/geç yatıyor", %9.8'i ise "sık uyanıyor" olarak ifade

edilirken; klinik örnekleme ise aynı sorunlar sırasıyla %20.1 ve %17.1 şeklinde belirtilmiştir. Uyku paterni açısından karşılaştırıldığında klinik örneklemin anlamlı düzeyde uyku sorunlarını daha sık yaşadığı görülmüştür ($p<0.05$). Toplum örnekleminde anneler tarafından %5'den daha sık olarak belirtilen şikayetler ara-

sında uyku sorunları (%9.7), korkular (%9.5), başkalarına zarar verme (%5.8) ve konuşma bozukluğu (%5) yer almaktadır ve neredeyse tüm psikiyatrik yakınmalar anneler tarafından babalara göre anlamlı olarak daha yüksek oranda ifade edilmiştir (Tablo 2). Öte yandan klinik örnekleme en sık şikayetler arasında sırasıyla

Tablo 3. Klinik ve Toplum Örneklemelerinde Annelerin Kendiliğinden İfade Ettiği Psikiyatrik Semptom Dağılımları Yüzdeleri

	Klinik (n:207)	Toplum (n:462)	X²	p
Geç konuşma	40.3	4.3	141.3	<0.001
Aşırı hareketlilik	20.9	1.3	80.3	<0.001
Aşırı sinirlilik	19.9	4.5	39.9	<0.001
Başkalarına zarar verme	18.4	5.8	25.8	<0.001
İnatçılık	16.0	0.4	69.7	<0.001
Çevreye ilgisizlik	15.5	0	75.4	<0.001
Uyku bozukluğu	12.1	9.7	1.3	0.52
Komutları yerine getirmeme	10.1	0	48.4	<0.001
Takıntılar	9.7	0	46.3	<0.001
Kendine zarar verme	9.2	1.7	20.6	<0.001
İsmine yanıt vermeme	8.7	0	41.5	<0.001
Korkular	6.8	9.5	1.3	0.15
Konuşma bozukluğu	5.8	5.0	0.2	0.38
Yeme sorunu	5.8	1.9	7.0	0.01
Dikkat eksikliği	5.3	1.1	11.0	0.002
Arkadaş edinememe	4.4	0.6	11.2	0.002
Tuvalet sorunu	3.9	0.4	16.1	<0.001
Kıskançlık	3.9	2.4	1.16	0.20
Yürüme sorunu	2.9	0.9	4.0	0.05
Söz dinlememe	1.9	0.2	5.7	0.03
Sabırsızlık	1.5	0.2	3.7	0.09
Çabuk sıkılma	1.5	0.4	2.0	0.17

geç konuşma (%40.3), aşırı hareketlilik (%20.9), aşırı sinirlilik (%19.9), başkasına zarar verme (%18.4), inatçılık (%16.0), çevreye ilgisizlik tespit edildi (Tablo 3). Tablo 3'te yer alan 22 belirtiden 16'sının klinik örnekleme anlamlı olarak daha sık ifade edildiği görülmüştür. İlginç olarak, çevreye ilgisizlik, komutları yerine getirmeme, takıntılar ve ismine yanıt vermeme yakınmaları sadece klinik grupta ifade edilmiştir. Diğer bir deyişle bu yakınmaları belirten tüm aileler çocuklarını psikiyatri kliniğine getirmişlerdir.

Klinik ve toplum örnekleminin anne ve babaların doldurdukları ÇDDÖ ve K1/3SDD puanları

mama, takıntılar, kendine zarar verme, ismine bakmama ve dikkat eksikliği varlığının kliniğe başvuru olasılığını anlamlı olarak arttırdığı görüldü. Bu analize göre çocuğun cinsiyetinin ve anne babanın eğitim düzeyinin anlamlı bir değişken olmadığı görüldü.

TARTIŞMA

Bu çalışmada, 1-4 yaş grubu için klinik ve toplum örneklemlerinde psikiyatrik yakınmaların sıklığı ve psikiyatri kliniğine getiren etmenler araştırılmıştır. Bu çalışmada klinik ve toplum örnekleminin karşılaştırılmasının yanı sıra psikiyatrik

Tablo 4. Klinik ve Toplum Örneklemlerinin ÇDDÖ ve K1/3SDD Puanları

	Klinik-Anne [A] (n:207)	Klinik-Baba [B] (n:207)	Toplum- Anne [C] (N:462)	Toplum- Baba [D] (n:462)	p ^a A-C	P ^b A-B	P ^b C-D
ÇDDÖ- anksiyete-depresyon	5.6±2.8		4.7±2.7		0.001		
ÇDDÖ- sosyal içe dönüklük	4.0±3.4		2.3±2.5		<0.001		
ÇDDÖ- uyku sorunları	4.9±3.2		3.9±2.8		0.001		
ÇDDÖ- somatik yakınmalar	3.8±2.6		3.1±2.3		0.003		
ÇDDÖ- saldırgan davranışlar	16.7±7.9		12.2±7.0		<0.001		
ÇDDÖ- yıkıcı davranış/dikkat sorunu	4.4±1.9		3.2±1.7		<0.001		
ÇDDÖ- İçe Yönelim	9.5±5.2		6.9±4.5		<0.001		
ÇDDÖ- Dışa Yönelim	21.0±9.1		15.4±8.2		<0.001		
ÇDDÖ-Toplam	60.7±23.1		45.1±23.0		<0.001		
K1/3SDD- sorun	18.4±8.4	18.9±8.3	16.1±7.9	16.2±8.4	0.002	0.30	0.86
K1/3SDD- beceri	13.6±4.4	13.6±4.2	15.6±3.8	15.5±3.8	<0.001	0.98	0.38

^aMann-Whitney U testi, ^bWilcoxon testi. ÇDDÖ: Çocuk Davranış Değerlendirme Ölçeği, K1/3SDD: Kısa 1-3 Yaş Sosyal Duygusal Değerlendirme Ölçeği

Tablo 4'te sunulmuştur. ÇDDÖ tüm alt puanlarının, K1/3SDD sorun alt ölçeğinin klinik grupta daha yüksek olduğu, K1/3SDD beceri puanlarının da klinik örnekleme daha düşük olduğu saptanmıştır (Tablo 4).

1-4 yaş döneminde psikiyatri kliniğine geliş yordayıcı etkenleri belirlemek için lojistik regresyon analizi yapıldı. Buna göre annenin bir psikiyatrik yakınma var olduğunu düşünmesi, geç konuşma, aşırı hareketlilik, başkasına zarar verme, inatçılık, çevreye ilgisizlik, komut al-

yakınmaların varlığı ve niteliği konusunda anne ve babaların karşılaştırılması da sağlanmıştır. Hemen tüm psikiyatrik sorunlar açısından annelerin babalara göre anlamlı olarak daha yüksek oranda bildirimde bulunduğu görülmüştür. Öte yandan, beklendiği gibi hemen tüm psikiyatrik yakınmalar klinik grupta daha fazla ifade edilmiştir. "Korkular", "konuşma bozuklukları", "kıskançlık", "çabuk sıkılma" vb. bazı belirtiler açısından ise klinik ve toplum örneklemleri arasında anlamlı bir fark ortaya çıkmamıştır (Tablo 3). Daha önceki çalışma bulgularına benzer şekilde

Tablo 5. 1-4 Yaş Döneminde Psikiyatrik Kliğine Gelişi Yordayıcı Etkenleri Belirlemek İçin Yapılan Lojistik Regresyon Analizi

Değişken	B	SE	Odd oranı	%95 güven aralığı	p
<i>Cinsiyet</i>	.30	.30	1.35	0.75-2.44	0.31
<i>Herhangi bir psikiyatrik yakınma varlığı</i>	-1.49	.41	0.22	0.10-0.50	<0.001***
<i>Geç konuşma</i>	1.72	.40	5.61	2.55-12.32	<0.001***
<i>Aşırı hareketlilik</i>	2.42	.59	11.27	3.56-35.69	<0.001***
<i>Sinirlilik</i>	.71	.43	2.03	0.87-4.74	0.1
<i>Başkasına zarar verme</i>	.91	.40	2.49	1.13-5.48	0.02*
<i>İnatçılık</i>	3.64	.80	38.37	7.95-185.15	<0.001***
<i>Çevreye ilgisizlik</i>	20.56	6.28	8.56	0.00	N.A.
<i>Komut almama</i>	18.92	7.89	1.66	0.00	N.A.
<i>Takıntılar</i>	21.50	7.52	2.19	0.00	N.A.
<i>Kendine zarar verme</i>	1.33	.58	3.80	1.21-11.87	0.02*
<i>İsmine bakmama</i>	19.25	8.0	2.29	0.00	N.A.
<i>Yeme sorunu</i>	.95	.58	2.60	0.84-8.1	0.09
<i>Dikkat eksikliği</i>	1.70	.65	5.51	1.54-19.70	0.009**
<i>Arkadaş edinememe</i>	.27	1.23	1.31	0.11-14.87	0.82
<i>Tuvalet sorunu</i>	1.33	1.12	3.78	0.42-33.91	0.23
<i>Yürüme sorunu</i>	-0.05	1.19	0.95	0.09-9.8	0.96
<i>Söz dinlememe</i>	-1.10	2.51	0.33	0.002-45.98	0.66
<i>Annenin eğitim düzeyi</i>	.26	.17	1.30	0.93-1.80	0.12
<i>Annenin çalışma durumu</i>	-0.70	.45	0.50	0.21-1.20	0.12
<i>Babanın eğitim düzeyi</i>	-0.06	.16	0.94	0.69-1.29	0.71
Constant	-95.5	1.49	0.000		

Not. Analize dahil edilen yakınmalar anneye göredir. N.A.: bir grupta görülme oranı %0 olduğu için uygulanamaz. Koyu yazılanlar anlamlı kabul edilenleri ifade etmektedir.

$X^2:382.6$, $df=21$, $N=616$, $p<0.001$. * $p<0.05$, ** $p<0.01$, *** $p<0.001$

(Aktepe 2010, Tanrıöver 1992), kliniğe getirmeyi yordayıcı etmenler arasında erkek cinsiyetin de yer alabileceği öngörülmüştür. Beklendiği şekilde klinik örnekleminde erkek cinsiyet oranı toplum örnekleminde göre anlamlı olarak daha yüksek tespit edilmiştir. Klinik örneklemin %68.5'ini erkek çocukların oluşturduğu görüldü. Ancak, kliniğe getirmeyi yordayıcı etkenleri tespit et-

mek amacıyla yapılan regresyon analizinde erkek cinsiyet istatistiksel açıdan anlamlı bir etken olarak saptanmamıştır. Bu sonuç erkeklerin doğrudan erkek olmalarından ziyade onlarda daha çok görülen yakınmalardan kaynaklandığını düşündürmektedir. Örneğin, erkek çocuklarda dışa vurum bozukluklarının daha sık görülmesi bu nedenle de ailelerin daha çok dikkatini çek-

mesi ve kliniklere daha çok getirilmeleri söz konusu olabilir.

Çalışmamızda toplum örnekleminde anne ve babalar; klinik örnekleminde ise sadece anneler ile görüşüldü. “Çocuğunuza ait bir psikiyatrik yakınma var mı?” sorusu toplum örnekleminde hem anne hem de babalara soruldu. Bu soruya ortak “evet” cevap verme oranının %62.3 olduğu görüldü. “Evet” cevabı açısından anne ile babalar arasında anlamlı farklılık olduğu görüldü ($p<0.05$). Çalışma annelerin çok daha hassas olduğunu düşündürmektedir. Bu sonuç annelerin çocuklarıyla daha çok vakit geçirmeleri ve böylelikle sorunları daha çok fark etmek şansına sahip olma ile de ilişkili olabilir. Yine aynı soruya ortak “hayır” cevabı % 93.1 olarak görüldü ve bu açıdan anlamlı farklılık görülmedi. Bu da ebeveynlerin sorunların olmaması konusunda daha sık hemfikir olduğunu düşündürmüştür.

Uyku sorunları ebeveynlerin erken çocukluk döneminde en sık bildirdikleri yakınmalar arasındadır. Bebek ruh sağlığı polikliniğine başvuruların yaklaşık %10-47’sini uyku sorunları oluşturur (Byars ve ark. 2012, Frankel ve ark. 2004, Keren ve ark. 2001). Genel olarak erken çocukluk döneminde uyku sorunlarının yaygınlığının yaklaşık % 20-30 arasında olduğu kabul edilir (Richman 1975, Goodlin-Jones ve ark. 2001, Mindell ve ark. 2009). Bizim çalışmamızda, anneler toplum örnekleminde %9.7, klinik örnekleminde %12.1 oranında uyku sorunu olduğunu kendiliğinden ifade etmişlerdir. Öte yandan, “Uyku sorunu yaşıyor mu?” sorusuna kliniğe başvuran annelerin %37.2’si, toplum örnekleminin %27.7’si “Evet” yanıtını vermiştir.

Çocukluk çağı insomnileri arasında “uyku başlangıç ilişkisi alt tipi” en yaygın görülen alt tiptir (Mindell ve ark. 2006) ve 3 yaş altındaki çocukların % 15-20’sini etkiler (Mindell 1999). Bizim çalışmamızda da, benzer şekilde uyku sorunları arasında “zor dalıyor/sık uyanıyor” yaşama sıklığı klinik örnekleminde %17.1, toplum örnekleminde ise %9.8 bulundu.

“Sınır koyma alt tipi” ise çocuğun yatma zamanını geciktirmesi ile karakterize bir uyku bozukluğudur. Erken çocukluk döneminde yaşla beraber artma eğiliminde olup 2 yaş ve üzerindeki çocukların %5-10’inde görüldüğü bildirilir (Salzarulo ve Chevalier 1983). Bizim çalışmamızda kliniğe gelen grupta bu oran %20.1 iken toplum örnekleminde %17.9 olarak görülmüştür. Toplum ve klinik grupta bu uyku bozukluğunun benzer olduğu ancak daha önceki çalışmalara göre daha sık olduğu düşünülebilir. Bizim örnekleminizin yaş ortalamasının daha yüksek olması ve bu bozukluğun yaş arttıkça artması nedeniyle en sık görülen uyku bozukluğu alt tipi olabileceği düşünülmüştür.

Araştırmalar gelişimsel yönden sağlıklı bebek ve çocukların %25-30’unda yeme sorunları olduğunu, bu oranın gelişimsel geriliği olan çocuklarda %80’e çıktığını göstermektedir (Jenkins ve ark. 1980, Manikam ve Perman 2000). Bizim çalışmamızda, anneler toplum örnekleminde %1.9, klinik örnekleminde %5.8 oranında yeme sorunu olduğunu kendiliğinden ifade etmişlerdir. Öte yandan, “Yeme sorunu yaşıyor mu?” sorusuna kliniğe başvuran annelerin %40.9’u, toplum örnekleminin %29.7’si “Evet” yanıtını vermiştir. Bu sonuçlar, 1-4 yaş grubunda “yeme ve uyku sorunlarını” anne ve babalara doğrudan sorulmadıkça bir psikiyatrik şikayet olarak dile getirmediğini göstermektedir. Bununla paralel olarak yeme ve uyku sorunları psikiyatri kliniğine getirilmeyi yordayıcı etkenler arasında bulunmamıştır.

Yaşa göre belirti dağılımında, 0-3 yaş arasında en çok başvuru yakınmaları sırasıyla “konuşma bozukluğu”, “sinirlilik”, “yaramazlık”, “söz dinlememe”, “aşırı hareketlilik”, “zarar verici davranışlar”, “uyku bozukluğu”, “kardeş kıskançlığı” ve “iletişim sorunu” olarak bildirilmektedir (Lewis 2002). Bu bulgular gelişimsel gecikmelerin ve davranış sorunlarının bu yaş grubunda psikiyatrik başvurularda ön planda olduğunu göstermektedir (Lewis 2002). Bizim çalışmamızda kliniğe gelen çocuklarda başvuru yakın-

maları sırasıyla “geç konuşma”, “hareketlilik”, “sinirlilik”, “başkasına zarar verme”, “inatçılık”, “iletişim sorunu”, “uyku sorunları” ve “komut almama” olmuştur. Toplum örnekleminde belirtilen en sık şikayetler ise (hepsi %10’dan düşük olmak üzere) sırasıyla “uyku bozuklukları” ve “korkular”dı. Bu bulgular, bizim toplumumuzda iletişim sorunları, vb. şikayetlerin de yer aldığı otizm spektrum bozukluğunun, 1-4 yaş psikiyatrik başvurularında önemli bir etken olduğunu düşündürmektedir.

Kaygı bozuklukları çocuk ve ergenlerde en sık görülen psikiyatrik bozukluklar arasındadır. Belli korku ve kaygılar belli yaşlarda daha sıktır. Çocukluk korkularının normal adaptif işlevi belirli bir ölçüde koruyucu olduğundan normal korku ile kaygıyı ayırt etmek her zaman kolay değildir. Kaygının bir hastalık düzeyinde olduğunu söyleyebilmek için gerçekçi olmayan korkuların ya da kaygıların önemli bir sıkıntıya, akademik, sosyal bir bozulmaya neden olması önemlidir. Çocuklarda korkuların en yoğun olarak 2-6 yaş arasında görüldüğü tespit edilmiştir (Vasey ve Lonigan 2000). Bizim çalışmamızda toplum örnekleminde belirtilen en sık psikiyatrik şikayetlerden biri “korku” idi. Klinik örnekleminde de benzer oranlarda görülmesi nedeniyle toplum ile klinik örneklem arasında anlamlı bir farklılık ve kliniğe gelişi yordayıcı olarak görülmedi. Bu durum ailelerin korkuyu normal gelişimsel sürecin bir parçası olarak değerlendirmelerinden kaynaklanabilir. Öte yandan, benzer şekilde “konuşma bozuklukları” ve “uyku sorunları” da klinik ve toplum örnekleminde benzer oranlarda görülmüş ve kliniğe gelişi yordayıcı olmamışlardır.

Bu çalışmada klinik örnekleminde sadece annelerin ifade ettiği yakınmaların değerlendirilmiş olması bir kısıtlılık olarak kabul edilebilir. Ancak hem klinik hem de toplum örnekleminde babalar K1/3SDD’yi ve demografik formu annelerden ayrı olarak doldurmuşlardır. Bu da hem bulguların geçerliliğini arttırmış hem de anne ve babaları karşılaştırma olanağı sağlamıştır.

Çalışmamızda yer alan toplum örnekleminin, sistematik ve katmanlı randomize seçilmiş olsa da tüm Türkiye’ye genellenemeyebilir. Öte yandan, klinik ve toplum örneklem arasındaki yaş ortalaması ve cinsiyet farkı her ne kadar çalışmanın bir bulgusu olsa da, belirti dağılımları farklarını araştırırken karıştırıcı birer faktör olabildikleri dikkate alınmalıdır.

SONUÇ

Daha önceki çalışmalara benzer şekilde, 1-4 yaş çocuklarının %15-45’inin herhangi bir psikiyatrik veya gelişimsel sorun yaşamakta olduğu görülmüş; ancak bunların çok az bir kısmının psikiyatri kliniğine getirilmekte olduğu düşünülmüştür (Erol ve Şimşek 1998, Campbell 1995). Bu çalışma annelerin babalara göre psikiyatrik şikayetleri fark etmekte daha duyarlı olduklarını ortaya koymuştur. Özellikle sosyal etkileşim, iletişim sorunları ile dışa dönük belirtilerin kliniğe gelişi yordadığı saptanmıştır. Konuşma gecikmesi değil ama konuşma bozukluğu, korku ve uyku sorunları gibi belirtilerin ise normal gelişimsel sürecin bir parçası olarak görüldüğü tespit edilmiştir.

KAYNAKLAR

Achenbach T, Rescorla L (2000) *Manual for the ASEBA preschool forms and profiles*. Burlington: University of Vermont.

Aktepe E, Demirci K, Çalışkan AM, Sönmez Y (2010) *Çocuk ve ergen psikiyatrisi polikliniğine başvuran hastalarda belirti ve tanı dağılımları. Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi* 23:100-108.

Aras Ş, Ünlü G, Taş FV (2007) *Çocuk ve ergen psikiyatrisi polikliniğine başvuran hastalarda belirtiler, tanıları ve tanıya yönelik incelemeler. Klinik Psikiyatri Derg* 10:28-37.

Başgül ŞS, Etiler N, Coşkun A, Karakaya I, Ağaoğlu B (2009) *Reliability and validity of the Turkish Version of ECI-Parent Scale. Turk J Child Adolesc Ment Health* 16(2):83-93.

- Briggs-Gowan MJ, Carter AS, Skuban EM, Horwitz SM (2001) Prevalence of social-emotional and behavioral problems in a community sample of 1- and 2-year-old children. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatr* 40(7):811-819.
- Byars KC, Yolton K, Rausch J, Lanphear B, Beebe DW (2012) Prevalence, patterns, and persistence of sleep problems in the first 3 years of life. *Pediatrics*, 129:276-284.
- Campbell S (1995). Behavior problems in preschool children: a review of recent research. *J Child Psychol Psychiatr* 36:113-149.
- Erol N, Şimşek Z (1998) Türkiye ruh sağlığı profili. Çocuk ve gençlerde ruh sağlığı: yeterlik alanları, davranış ve duygusal sorunların dağılımı. Türkiye Ruh Sağlığı Raporu. (Hazırlayanlar: Erol N, Kılıç C, Ulusoy M, Keçeci M, Şimşek Z), Sağlık Bakanlığı, Ankara, s.25-75.
- Erol N, Simsek Z, Oner O, Münir K (2005) Behavioral and Emotional Problems Among Turkish Children at Ages 2 to 3 Years. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatr* 44(1):80-87.
- Frankel KA, Boyum LA, Harmon RJ (2004) Diagnoses and presenting symptoms in an infant psychiatric clinic: Comparison of two diagnostic systems. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatr* 43: 578-587.
- Goodlin-Jones BL, Burnham MM, Gaylor EE, Anders TF (2001) Night waking, sleep-wake organization, and self-soothing in the first year of life. *J Dev Behav Pediatr* 22: 226-233.
- Jenkins S, Bax M, Hart H (1980) Behaviour problems in pre-school children. *J Child Psychol Psychiatr* 21(1):5-17.
- Karabekiroglu K, Rodopman-Arman A, Ay P ve ark. (2009) The reliability and validity of the Turkish version of the Brief Infant and Toddler Social and Emotional Assessment (BITSEA). *Infant Behavior and Development* 32:291-297.
- Karabekiroglu K, Briggs-Gowan MJ, Carter AS, Rodopman-Arman A, Akbas S (2010) The clinical validity and reliability of the Brief Infant-Toddler Social and Emotional Assessment (BITSEA). *Infant Behavior and Development* 33: 503-509.
- Keren M, Feldman R, Tyrano S (2001) Diagnoses and interactive patterns of infants referred to a community-based infant mental health clinic. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatr* 40:27-35.
- Lewis M (2002) *Child and Adolescent Psychiatry*. Third edition. Philadelphia: Lippincott Williams &Wilkins, s.1320-1335.
- Manikam R, Perman JA (2000) Pediatric feeding disorders. *J Clin Gastroenterol* 30(1):34-46.
- Marielle K, Kalff AC, Steyaert J ve ark. (2002) A longitudinal community study: do psychosocial risk factors and child behavior checklist scores at 5 years of age predict psychiatric diagnoses at a later age? *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 41(8):955-963.
- Mindell JA (1999) Empirically supported treatments in pediatric psychology: bedtime refusal and night wakings in young children. *J Pediatr Psychol* 24(6):465-481.
- Mindell JA, Kuhn BR, Lewin DS ve ark. (2006) Behavioral treatment of bedtime problems and night wakings in infants and young children. *Sleep* 29:1263-1279.
- Mindell JA, Meltzer LJ, Carskadon MA, Chervin RD (2009) Developmental aspects of sleep hygiene: Findings from the 2004 National Sleep Foundation Sleep in America Poll. *Sleep Med* 10:771-779.
- Nelson CA, Bosquet M (2000) Neurobiology of fetal and infant development: Implications for infant mental health. Zeanah, Charles H., Jr. (Ed). *Handbook of Infant Mental Health* (2nd ed.) Guilford Press, New York, s. 37-59.
- Offord DR, Bennett KJ (2002) Epidemiology and prevention. *Child and Adolescent Psychiatry-A Comprehensive Textbook* (third edition) içinde. Ed: Lewis M. Lippincott Williams Wilkins, s.1320-1335.
- Öztop DB, Özcan ÖÖ, Uslu R, Erol N (2007) Bebeklik ve Erken Çocukluk Döneminin Ruhsal-Gelişimsel Değerlendirmesi: Bebek Ruh Sağlığı Ünitesi İşleyişi. *Turk J Child Adolesc Ment Health* 14(3):167-176.
- Richmann N, Stevenson J, Graham PJ (1975) Prevalence of behaviour problems in 3-year-old children: An epidemiological study in a London Borough. *J Child Psychol Psychiatr* 16:277-287.

KARABEKİROĞLU VE ARK.

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

Salzarulo P, Chevalier A (1983) Sleep problems in children and their relationship with early disturbances of the waking-sleeping rhythms. *Sleep* 6(1):47-51.

Spencer N, Coe C (2003) Social patterning and prediction of parent-reported behaviour problems at 3 years in a cohort study. *Child Care Health Dev* 29(5):329-336.

Tanrıöver S, Kaya N, Tüzün Ü, Aydoğmuş K (1992) Çocuk Psikiyatrisi Polikliniğine başvuran çocukların demografik özellikleri ile ilgili bir çalışma. *Düşünen Adam* 5:13-19.

Thompson PM, Giedd JN, Woods RP, MacDonald D, Evans AC, Toga AW (2000) Growth patterns in the develo-

ping brain detected by using continuum mechanical tensor maps. *Nature* 404:190-193.

Vasey MW, Lonigan CJ (2000) Considering the clinical utility of performance-based measures of childhood anxiety. *J Clin Child Psychol* 29(4):493-508.

Wake M, Morton-Allen E, Poulakis Z, Hiscock H, Gallagher S, Oberklaid F (2006) Prevalence, stability, and outcomes of cry-fuss and sleep problems in the first 2 years of life: prospective community-based study. *Pediatrics* 117(3):836-842.

Wolke D, Schmid G, Schreier A, Meyer R (2009) Crying and Feeding Problems in Infancy and Cognitive Outcome in Preschool Children Born at Risk: A Prospective Population Study. *J Dev Behav Pediatrics* 30(3):226-238.