

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

**ÇOCUK RUH SAĞLIĞI HİZMETLERİNDE
ÖNCELİK BELİRLEME YÖNTEMLERİNİN
DEĞERLENDİRİLMESİ**

DR. CANER MUTLU

UZMANLIK TEZİ

İZMİR-2009

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

**ÇOCUK RUH SAĞLIĞI HİZMETLERİNDE
ÖNCELİK BELİRLEME YÖNTEMLERİNİN
DEĞERLENDİRİLMESİ**

UZMANLIK TEZİ

DR. CANER MUTLU

TEZ DANIŞMANI
DOÇ. DR. ŞAHBAL ARAS

İÇİNDEKİLER

	<u>Sayfa no</u>
TABLO LİSTESİ	i
GRAFİK LİSTESİ	ii
EKLER LİSTESİ	iii
KISALTMALAR	iv
TEŞEKKÜR	v
ÖZET	1
ABSTRACT	2
1. GİRİŞ ve AMAÇ	3
1.1. GİRİŞ	3
1.2. AMAÇ	4
2. GENEL BİLGİLER	6
2.1. ÇOCUK RUH SAĞLIĞINDA KARŞILANAMAYAN HİZMET GEREKSİNİMİ	6
2.1.1. Çocuk Ruh Sağlığı Hizmetleri	6
2.1.2. Çocuklarda Ruhsal Sorunların Yaygınlığı ve Artan Hizmet Gereksinimi	6
2.1.3. Çocuk Ruh Sağlığı Hizmet Gereksiniminin Karşılanamamasının Sonuçları	7
2.2. ÇOCUK RUH SAĞLIĞINDA BEKLEME LİSTELERİ	8
2.3. ÇOCUK RUH SAĞLIĞINDA BEKLEME SÜRELERİ	10
2.4. ÇOCUK RUH SAĞLIĞINDA RANDEVU DEVAMSIZLIĞI ...	11
2.5. ÇOCUK RUH SAĞLIĞINDA BEKLEME SÜRELERİNİ, RANDEVU DEVAMSIZLIĞINI ve BEKLEME LİSTELERİNİ DÜZENLEMeye YÖNELİK UYGULAMALAR	11
2.6. TÜRKİYE'DE ÇOCUK RUH SAĞLIĞI HİZMETLERİ	18

3. GEREÇ ve YÖNTEM	19
3.1. ÖRNEKLEM	19
3.1.2. Çalışmaya Alınma Ölçütleri	20
3.1.3. Çalışmadan Dışlanma Ölçütleri	20
3.2. GEREÇLER	20
3.2.1. DEÜTF ÇERSH Anabilim Dalı Hasta Değerlendirme Formları	20
3.2.2. Çocuk Ruh Sağlığı Öncelik Ölçütleri (ÇRSÖÖ).....	21
3.2.3. Görsel Analog Skala (GAS)	22
3.2.4. Güçler ve Güçlükler Anketi (GGA)	23
3.2.5. Achenbach Ölçekleri (ÇDDÖ 4-18 ve KDÖ 11-18)	25
3.3. YÖNTEM	26
3.4. VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ	29
4. BULGULAR	31
4.1. SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLER	31
4.1.1. Çocuk ve Ergene İlişkin Özellikler	31
4.1.2. Aileye İlişkin Özellikler	32
4.1.3. Anne ve Babaya İlişkin Özellikler	33
4.2. HASTALIĞA İLİŞKİN ÖZELLİKLER	34
4.2.1. Hastalık Süresi	34
4.2.2. Başvuruda Bildirilen Yakınmalar	34
4.2.3. Hekimin Klinik Değerlendirmesi Sonucunda Saptanan Ön Tanılar	35
4.3. ÇRSÖÖ, GAS, GGA, ÇDDÖ ve KDÖ PUANLARININ DAĞILIMI	37
4.4. ÇRSÖÖ, GAS, GGA, ÇDDÖ ve KDÖ PUANLARI ARASINDAKİ KORELASYONLARIN BELİRLENMESİ	39

4.5.	HEKİMİN KLİNİK DEĞERLENDİRMESİ SONUCUNDA YAPILAN YÖNLENDİRMELER	40
4.6.	HEKİMİN KLİNİK DEĞERLENDİRMESİNE GÖRE ÖNCELİKLİ OLAN OLGULAR İLE ÖNCELİKLİ OLMAYANLARIN KARŞILAŞTIRILMASI	41
4.6.1.	Hekimin Klinik Değerlendirmesine Göre Öncelikli Olan Olgular ile Öncelikli Olmayanların Sosyodemografik Özellikler Açısından Karşılaştırılması	41
4.6.2.	Hekimin Klinik Değerlendirmesine Göre Öncelikli Olan Olgular ile Öncelikli Olmayanların Hastalığa İlişkin Özellikler Açısından Karşılaştırılması	43
4.6.3.	Hekimin Klinik Değerlendirmesine Göre Öncelikli Olan Olgular ile Öncelikli Olmayanların ÇRSÖÖ, GAS, GGA, ÇDDÖ ve KDÖ Puanlarının Karşılaştırılması	44
4.7.	DEĞİŞİK KESİM NOKTALARINDA ÇRSÖÖ ve GAS PUANLARININ HEKİM YÖNLENDİRMELERİYLE TUTARLILIĞININ KAPPA İSTATİSTİĞİ İLE İNCELENMESİ	46
4.8.	ÇRSÖÖ, GAS, GGA ÇDDÖ ve KDÖ PUANLARININ HEKİMİN KLİNİK DEĞERLENDİRMESİNE GÖRE YÖNLENDİRİLMİYİ ÖNGÖRMEDEKİ GÜCÜNÜN ROC EĞRİSİ KULLANILARAK KARŞILAŞTIRILMASI	47
4.8.1.	ÇRSÖÖ ve GAS Puanları	47
4.8.2.	On Bir Yaş ve Üstü Ergen Olgularda ÇRSÖÖ, GAS, GGA, ÇDDÖ ve KDÖ Problem Puanları	48
4.8.3.	On Bir Yaş Altındaki Çocuk Olgularda ÇRSÖÖ, GAS, ÇDDÖ Problem ve GGA Ebeveyn Güçlük Puanları	49
4.8.4.	On Bir Yaş ve Üstü Ergen Olgularda ÇDDÖ ve KDÖ Yeterlik Puanları	50
4.8.5.	On Bir Yaş Altındaki Çocuk Olgularda ÇDDÖ Yeterlik Puanları	51
5.	TARTIŞMA	52
6.	SONUÇ ve ÖNERİLER	59
7.	KAYNAKLAR	62
8.	EKLER	69

TABLO LİSTESİ

- Tablo 1.** Çalışma grubundaki çocuk ve ergenlere ilişkin özellikler
- Tablo 2.** Çalışma grubundaki olguların aileye ilişkin özellikleri
- Tablo 3.** Anne ve babaya ilişkin özellikler
- Tablo 4.** Çalışma grubundaki olguların hastalık süreleri
- Tablo 5.** Çalışma grubundaki olguların başvuruda bildirilen yakınmaları
- Tablo 6.** Çalışma grubundaki olguları hekimin klinik değerlendirmesi sonucunda belirlenen ön tanıları
- Tablo 7.** ÇRSÖÖ, GAS, GGA, ÇDDÖ ve KDÖ puan ortalamalarının dağılımı
- Tablo 8.** ÇRSÖÖ, GAS, GGA, ÇDDÖ ve KDÖ puanlarının korelasyonu
- Tablo 9.** Hekimin klinik değerlendirmesi sonucunda yapılan yönlendirmeler
- Tablo 10.** ‘Öncelikli’ olgular ile ‘öncelikli olmayan’ olguların sosyodemografik özellikler açısından karşılaştırılması
- Tablo 11.** ‘Öncelikli’ olgular ile ‘öncelikli olmayan’ olguların yaş, toplam aylık gelir düzeyi, ailedeki çocuk sayısı ve başvuruda yakınma sayısı açısından karşılaştırılması
- Tablo 12.** ‘Öncelikli’ olgular ile ‘öncelikli olmayan’ olguların hastalık süresi ve ön tanıları açısından karşılaştırılması
- Tablo 13.** Öncelikli olan ve öncelikli olmayan olgu gruplarının ÇRSÖÖ, GAS, GGA, ÇDDÖ ve KDÖ puanlarının karşılaştırılması
- Tablo 14.** Değişik kesim noktalarında ÇRSÖÖ ve GAS puanlarının hekim yönlendirmesi ile tutarlılığı

GRAFİK LİSTESİ

- Grafik 1.** ‘Öncelikli’ yönlendirilmeyi öngörmeye ÇRSÖÖ ve GAS puanlarının gücü
- Grafik 2.** On bir yaş ve üstü ergen olgularda ‘öncelikli’ yönlendirilmeyi öngörmeye ÇRSÖÖ, GAS, GGA, ÇDDÖ ve KDÖ Problem puanlarının gücü
- Grafik 3.** On bir yaş altındaki çocuk olgularda ‘öncelikli’ olarak yönlendirilmeyi öngörmeye ÇRSÖÖ, GAS, ÇDDÖ problem ve GGA Ebeveyn güçlük puanlarının gücü
- Grafik 4.** On bir yaş ve üstü ergen olgularda ‘öncelikli olmayan’ gruba yönlendirilmeyi öngörmeye ÇDDÖ ve KDÖ Yeterlik puanlarının gücü
- Grafik 5.** On bir yaş altındaki çocuk olgularda ‘öncelikli olmayan’ gruba yönlendirilmeyi öngörmeye ÇDDÖ ve KDÖ Yeterlik puanlarının gücü

EKLER LİSTESİ

Ek-1: Okul Çağı (5-18 yaş) Değerlendirme Formu

Ek-2: Acil Değerlendirme Formu

Ek-3: Çocuk Ruh Sağlığı Öncelik Ölçütleri (ÇRSÖÖ)

Görsel Analog Skala (GAS)

Çocuk Ruh Sağlığı Öncelik Ölçütleri Kullanıcı Rehberi

Ek-4: Güçler ve Güçlükler Anketi (GGA) Ebeveyn formu

Ek-5: Güçler ve Güçlükler Anketi (GGA) Ergen formu

Ek-6: 4-18 yaş Çocuk ve Gençler için Davranış Değerlendirme Ölçeği (ÇDDÖ)

Ek-7: Gençler için Kendini Değerlendirme Ölçeği (KDÖ)

Ek-8: Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulu Onayı

KISALTMALAR

ÇRSÖÖ: Çocuk Ruh Sağlığı Öncelik Ölçütleri

GAS: Görsel Analog Skala

GGA: Güçler ve Güçlükler Anketi

ÇDDÖ: Çocuk ve Gençler için Davranış Değerlendirme Ölçeği

KDÖ: Gençler için Kendini Değerlendirme Ölçeği

DEÜTF: Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi

ÇERSH: Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları

cm: santimetre

mm: milimetre

SPSS: Statistical Package for the Social Sciences

ROC: Receiver operating characteristic

TL: Türk Lirası

DSM-IV: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı)

TEŞEKKÜR

Çocuk Ruh Sağlığı ve Hastalıkları eğitimim süresince, bilgi ve deneyimlerini esirgemeyen değerli hocam Prof. Dr. Süha Miral'e çok teşekkür ederim.

Tez çalışmam sırasında tüm aşamalarda gösterdiği yoğun destek ve yardımları için tez danışmanım Doç. Dr. Şahbal Aras'a çok teşekkür ederim.

Uzmanlık eğitimime katkıda bulunan Doç. Dr. Aynur Akay, Doç. Dr. Şahbal Aras, Doç. Dr. Özlem Gencer, Yard. Doç. Dr. Taner Güvenir, Yard. Doç. Dr. Neslihan Emiroğlu, Yard. Doç. Dr. Aylin Özbek, Yard. Doç. Dr. Burak Baykara ve Uzm. Dr. Fatma Varol Taş'a teşekkür ederim.

Asistanlığım boyunca birlikte çalışıp her zaman desteklerini gördüğüm arkadaşlarım Dr. Enis Sargin, Dr. Nagihan Cevher, Dr. Onur Burak Dursun, Dr. Burcu Serim, Dr. Sibel Nur Avcil, Dr. Handan Özek, Dr. Sevay Alşen Cengizhan, Dr. Ceren Evcen, Dr. Canem Ergin, Dr. Damla Karakaşlar, Dr. Dilay Karaarslan, Uzm. Dr. Şermin Yalın, Uzm. Dr. Birsen Şentürk, Uzm. Dr. Seçil İncekaş ve Uzm. Dr. Özlem Doğan'a teşekkür ederim.

Tez çalışmamda, istatistiksel değerlendirme sırasındaki yardımları için Doç. Dr. Belgin Ünal ve ölçek puanlarının hesaplanmasındaki yardımları için Yard. Doç. Dr. Aylin Özbek'e teşekkür ederim.

Psikiyatri rotasyonum sırasında destekleri ve yardımlarını esirgemeyen hocalarım Prof. Dr. Zeliha Tunca, Prof. Dr. Tunç Alkın, Prof. Dr. Köksal Alptekin, Prof. Dr. Can Cimilli, Prof. Dr. Ayşegül Özerdem, Doç. Dr. Beyazıt Yemez, Doç. Dr. Yıldız Akvardar, Doç. Dr. Ayşegül Yıldız, Doç. Dr. Berna Binnur Akdede, Yard. Doç. Dr. Elif Onur, Uzm. Dr. Halis Ulaş, ve tüm asistan arkadaşlarıma teşekkür ederim.

Çocuk Nörolojisi rotasyonum boyunca bilgi ve deneyimlerinden yaralandığım Prof. Dr. Eray Dirik, Doç. Dr. Semra Kurul ve Uzm. Dr. Uluç Yiş'e, ayrıca tüm pediatri uzman ve asistanlarına teşekkür ederim.

Asistanlık eğitimim boyunca birlikte çalıştığım Uzman Psikolog Lalecan İşcanlı, Uzm. Psikolog Esmahan Orçın, Psikolog Ümit Şahin, Özel Eğitim Uzmanı Aysu Eroğlu, Çocuk Gelişim Uzmanı Oya Kasapçı, Sorumlu Hemşire Emel Çevrim ve tüm hemşire arkadaşlarıma, anabilim dalı sekreterimiz Naciye Özegemen ve diğer sekreter arkadaşlarıma ve ayrıca tüm personelimize teşekkür ederim.

Her koşulda benim yanımda ve bana destek olan sevgili eşime çok teşekkür ederim.

ÖZET

ÇOCUK RUH SAĞLIĞI HİZMETLERİNDE ÖNCELİK BELİRLEME YÖNTEMLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Dr. Caner Mutlu

Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı

Amaç: Bu çalışmanın amacı çocuk ve ergen psikiyatrisi polikliniğine başvuran olgularda öncelik belirleme yöntemlerinin değerlendirilmesidir.

Yöntem: Çalışma grubundaki 5-18 yaş arası 900 hasta ve/veya ebeveynlerine Güçler ve Güçlükler Anketi (GGA), Çocuk ve Gençler için Davranış Değerlendirme Ölçeği (ÇDDÖ), Kendini Değerlendirme Ölçeği (KDÖ) formları uygulanmıştır. Hekim, klinik değerlendirmesi sonucunda hastaları yönlendirmiş ve Çocuk Ruh Sağlığı Öncelik Ölçütleri (ÇRSÖÖ) ve Görsel Analog Skala (GAS) formlarını doldurmuştur. Yapılan klinik değerlendirme sonucunda öncelikli olarak izlem planlanan hastalar ile öncelikli olmayan hastaların ölçek puanları karşılaştırılmıştır.

Bulgular: Öncelikli olmayanlar ile karşılaştırıldığında (n=649), öncelikli olguların (n=251) ÇDDÖ ve KDÖ problem puanları ve GGA puanları anlamlı düzeyde yüksek, ÇDDÖ Okul yeterlik puanı dışındaki tüm ÇDDÖ ve KDÖ yeterlik puanları anlamlı düzeyde düşük bulunmuştur. Çalışma grubundaki olguların ÇRSÖÖ ve GAS puanları arasında çok güçlü; ÇRSÖÖ ve GAS puanları ile GGA, ÇDDÖ ve KDÖ problem puanları arasında orta derecede anlamlı pozitif korelasyon saptanmıştır. Değişik kesim noktalarında ÇRSÖÖ ve GAS puanları hekim yönlendirmeleriyle orta derecede tutarlı bulunmuştur. ÇRSÖÖ ve GAS'ın 'öncelikli' yönlendirilmeyi öngörme gücünün yüksek olduğu saptanmıştır.

Sonuç: ÇRSÖÖ'nün nesnel bir değerlendirme yöntemi olarak klinik değerlendirmeyi destekleyebileceği düşünülmüştür.

Anahtar kelimeler: Çocuk ve ergen psikiyatrisi, Öncelik değerlendirmesi, Görsel Analog Skala

ABSTRACT

EVALUATION of PRIORITIZATION METHODS in CHILD MENTAL HEALTH SERVICES

Dr. Caner Mutlu

Dokuz Eylül University Faculty of Medicine Child and Adolescent Psychiatry Department

Aim: This study aims to evaluate prioritization methods in patients who consult child and adolescent psychiatry clinics.

Method: Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ), Child Behaviour Checklist (CBCL), and Youth Self Report (YSR) forms were filled out by 900 patients of age 5 to 18 and/or their parents. After triage assessments, the attending clinician filled out Children's Mental Health Priority Criteria Tool (CMHPCT) and Visual Analogue Scale (VAS). Scales scores of the patients in need of an urgent appointment as identified through the triage were compared with those of non-urgent ones.

Results: When compared with the non-urgent ones (n=649), the CBCL and YSR problem scores and SDQ scores of the urgent patients (n=251) were found to be significantly higher, while all the CBCL and YSR competence scores except CBCL school competence score were found to be significantly lower. A very high positive correlation was determined between the CMHPCT and VAS scores of the patients in the study, while a significant moderate correlation was found between CMHPCT and VAS scores and SDQ, CBCL, and YSR scores. CMHPCT and VAS scores were found moderately consistent with clinician categorizations at different cut-off points. CMHPCT and VAS scores have high predictive power on categorization of cases as urgent.

Conclusion: It was concluded that CMHPCT may support clinical assessments as an objective assessment method.

Keywords: Child and adolescent psychiatry, Priority evaluation, Visual Analogue Scale

1. GİRİS ve AMAC

1.1. GİRİŞ

Değişen yaşam koşullarıyla birlikte çocuk (18 yaş altı) yaş grubunda ruhsal hastalıkların sıklık ve şiddetinin artması ve çocuk psikiyatrisi hizmetlerinin daha fazla tanınır hale gelmesi sonucunda bu kliniklerden randevu almaya çalışan hasta sayısı giderek artmaktadır. Buna karşılık zaten az olan hekim sayısındaki artış yeterli değildir. Aşırı hizmet talebi, yetersiz sayıda hekim ve uzun izlem gereksinimi olması nedeniyle bekleme listeleri oluşmaktadır. Son yıllarda artan talep dolayısıyla bekleme listelerindeki hasta sayısı giderek artmaktadır. Uzun bekleme listeleri çözümün gecikmesi nedeniyle ruhsal sorunlarda şiddetlenmeye, öncelikli olguların zamanında değerlendirilememesine ve randevu devamsızlığı sonucunda ruhsal sağlık ekibinin zamanının boşa harcanmasına yol açabilmektedir (1, 2, 3). Bu sorunları aşmak için değişik yöntemler geliştirilmiştir: Planlanan randevuların aileye hatırlatılması randevu devamsızlık oranını azaltmada yararlı bulunmuştur, ancak önceliği değerlendirerek bekleme listesine yerleştirmede etkisizdir (2). Bekleme listesindeki hastalara gönderilen anketlerin yanıtlanması randevu devamını öngörmeye yararlı bulunmuştur (4). Kliniğe yönlendiren hekimden gelen sevk mektuplarına bakarak öncelik değerlendirmesi yapılabilmekle birlikte çoğu kez bu yolla sağlanan bilgi yetersizdir (5). Yaygın şekilde kullanılan bir diğer yöntem de başvuran hastaların öncelik düzeyine göre gruplara ayrılmasını sağlayan “triaj”dır (*triage*) (2).

Triaj uygulaması ile hastalar tedaviye vereceği yanıt ve aciliyet durumu açısından değerlendirilerek uygun tedaviye yönlendirilmektedir (2). Çocuk ruh sağlığında öncelikli olguların belirlenmesinde, acil durumların (Örn. istismar, intihar, ciddi psikopatoloji, yıkıcı davranışlar) psikiyatrik değerlendirmesinde (2, 6) ve rutin randevuların düzenlenmesinde (1, 5) triaj kullanımı bildirilmiştir. Triaj sistemi ile devam etmeme oranlarında iyileşme ve hasta ve klinisyenlerde memnuniyet oluştuğu bildirilmekle birlikte (2), günümüzde triaj uygulaması sonucu oluşan bekleme listelerinin de uzadığı bildirilmektedir. Uzun bekleme sürecinde birçok hastanın psikopatolojisinin ağırlaştığı bildirilmektedir (7). Bekleme listesi oluşumu hastaneden hastaneye, hekimden hekime değişiklik göstermektedir (8). Çocuk ruh sağlığı kliniklerinde bekleme listelerini düzenlemeye yönelik olarak multidisipliner ekiplerin kullanılması, daha kısa muayene süreleri, bekleme listelerini kesinlik açısından kontrol etme,

başvuruları uygun şekilde yerleştirme ve devamsızlığa müdahale ederek verimliliği arttırma gibi yöntemler uygulanmaktadır (7).

Çocuk ruh sağlığı hizmetleri de dâhil çoğu sistemde hastalar aciliyetine göre “acil” (*emergency*), “öncelikli” (*urgent*), “kısmen öncelikli” (*semi-urgent*) ve “rutin” (*routine*) olarak sınıflandırılmaktadır. Çocuk ruh sağlığı hizmeti için bekleme listesinde bulunan hastaların bu şekilde kabaca sınıflandırılmasının öncelik düzeyini belirlemede oldukça öznel ve yetersiz olduğu bildirilmektedir (9). Daha acil ya da öncelikli olan bazı hastalar daha az öncelikli olanlara göre listenin daha gerisinde kalabilmektedir. Bu bakımdan hastaların daha ayrıntılı ve daha nesnel olarak değerlendirilmesine yönelik standardize ölçümlere gereksinim duyulmaktadır (8).

1.2. AMAÇ

Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı’nda polikliniğe başvuran yeni hastalar 2004 yılı Temmuz ayından itibaren hekim tarafından gerçekleştirilen klinik görüşme şeklindeki triaj ile değerlendirilerek yönlendirilmektedir. Son yıllarda başvuran çocuk ve ergenlerin sorunlarının daha şiddetli olması, triajdan polikliniğe yönlendirilen hasta sayısının giderek artması, bekleme listelerinin ve randevu için bekleme süresinin uzaması ve öncelik değerlendirmesinin öznel olması gibi nedenlerden ötürü başvuran çocuk ve ergenlerin tedavi önceliğinin daha nesnel ve daha ayrıntılı olarak değerlendirilmesine gereksinim doğmuştur. Bu gereksinime yönelik olarak bu çalışmada, Batı Kanada Bekleme Listesi Projesi (*Western Canada Waiting List Project*) kapsamında çocuk ruh sağlığı alanında kullanılmak üzere geliştirilen Çocuk Ruh Sağlığı Öncelik Ölçütleri’nin (ÇRSÖÖ) (*Children's Mental Health Priority Criteria Tool*) değerlendirilmesi planlanmıştır. Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı polikliniğine başvuran hastalarda farklı öncelik değerlendirme yöntemlerinin karşılaştırılması amaçlanmıştır.

Bu çalışmada amaç:

- 1) Çocuk psikiyatrisi hekiminin klinik değerlendirmesi sonucunda öncelikli gruba yönlendirilen hastalar ile öncelikli olmayan gruba yönlendirilenlerin sosyodemografik ve klinik özellikler açısından karşılaştırılması.
- 2) Cinsiyete göre ÇRSÖÖ, GAS (Görsel Analog Skala) , ÇDDÖ (Çocuk ve gençler için Davranış Değerlendirme Ölçeği), KDÖ (gençler için Kendini Değerlendirme Ölçeği) ve GGA (Güçler ve Güçlükler Anketi) puanlarının ve hekimin klinik değerlendirmesine göre ayrılan öncelik gruplarının karşılaştırılması.
- 3) ÇRSÖÖ, GAS, ÇDDÖ, KDÖ ve GGA puanları arasındaki korelasyonların belirlenmesi.
- 4) Hekimin klinik değerlendirmesi sonucunda öncelikli gruba yönlendirilen hastalar ile öncelikli olmayan gruba yönlendirilenlerin ÇRSÖÖ, GAS, ÇDDÖ, KDÖ ve GGA puanlarının karşılaştırılması.
- 5) Değişik kesim noktalarında ÇRSÖÖ ve GAS puanlarının hekim yönlendirmeleriyle tutarlılığının kappa istatistiği ile incelenmesi.
- 6) GAS, ÇDDÖ, KDÖ, GGA ve ÇRSÖÖ puanlarının hekimin klinik değerlendirmesine göre öncelikli veya öncelikli olmayan olarak yönlendirilmeyi öngörmedeki gücünün ROC eğrisi kullanılarak karşılaştırılması.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. ÇOCUK RUH SAĞLIĞINDA KARŞILANAMAYAN HİZMET GEREKSİNİMİ

2.1.1. Çocuk Ruh Sağlığı Hizmetleri

Çocuk ruh sağlığı alanında kamusal politika ve programların yokluğu, koruyucu ve tedavi edici hizmetlere yönelik kaynak yetersizliği, çocuk psikiyatristlerinin ve diğer eğitimli meslek elemanlarının sayısındaki yetersizlikler (10), diğer sağlık çalışanlarının gençlere uygun ruh sağlığı hizmeti verme yeterlilik ve motivasyonundaki eksiklikler (11) çocuk ruh sağlığı hizmetlerini olumsuz etkilemektedir. Ülkeden ülkeye, bölgeden bölgeye değişiklik göstermekle birlikte, 2005 yılı verilerine göre 33 avrupa ülkesinde toplam yaklaşık 12000 çocuk ve ergen psikiyatrisi uzmanı olduğu bildirilmiştir (12). Türkiye’de ise 2008’de çocuk psikiyatrisi uzmanlarının ve uzmanlık eğitimine devam edenlerin sayısı yaklaşık 230 olarak saptanmıştır ve birçok batı ülkesinde 100 binde 5’in üzerinde olduğu bildirilen 20 yaş altındaki nüfusa düşen uzman sayısı Türkiye’de 100 binde 0.8’dir (13).

2.1.2. Çocuklarda Ruhsal Sorunların Yaygınlığı ve Artan Hizmet Gereksinimi

Daha sonra saptansa bile, ruhsal bozuklukların çoğu gençlik (12-24 yaş) döneminde başlamaktadır (11). Epidemiyolojik çalışmalarda çocuk psikiyatrik bozukluklarının prevalansının yaklaşık %14 olduğu (14); yakın çalışmalarda çocukluk ve ergenlik döneminde herhangi bir ruhsal bozukluğa sahip olma oranının İngiltere’de %9.48, Brezilya’da %12.7 ve Almanya’da %14.5 olarak bulunduğu bildirilmektedir (15, 16, 17). Özellikle dikkat eksikliği ve yıkıcı davranış bozuklukları, anksiyete bozuklukları ve depresif bozukluk çocuk ve ergenlerde sık bulunan tanılardır (15, 16). Diğer yandan yakın zamandaki çalışmalar herhangi bir yaşta yaşam boyu ruhsal bozukluk prevalansının geçmişe göre daha fazla olduğunu göstermektedir. Örneğin, yaygın gelişimsel bozukluklar ve davranım bozukluğu prevalansında artış bildirilmektedir (18). Toplumda ruhsal bozukluğu olan bireylerin yaklaşık %60’ında birden fazla bozukluğun bir arada bulunduğu bildirilmektedir (17). Dünya sağlık örgütü 2020 yılında çocukluk çağı nöropsikiyatrik hastalıklarının dünya çapındaki gençler arasında en sık 5 hastalık (*morbidity*), ölüm (*mortality*) ve engellilik (*disability*) nedeni arasında yer alacak şekilde artacağını öngörmektedir (19). Oysa çocuklukta ruhsal bozukluklara zamanında müdahale ile erişkin yaşamdaki risklerin azaltılabileceği

vurgulanmaktadır (20). Bu bakımdan erken dönemde ruhsal hastalıkların tanınması, değerlendirilmesi ve tedavi edilmesi büyük önem taşımaktadır.

Ruh sağlığı kliniklerine olan talep (*demand*) düzeyini nüfus yoğunluğu, kültürel normlar, yardım arama ile ilişkili stigmatizasyonun derecesi, ruh sağlığı problemleri prevalansındaki dalgalanmalar ve kliniklerin tanımlanan bozukluklara ilişkin yeterliliğindeki farklılıklar gibi pek çok karmaşık etken belirlemektedir (21). Ruh sağlığı hizmetleri ve ilişkili birimlerden ruhsal yardım talebinin giderek arttığı bildirilmektedir (22). Çocuk ve ergen ruh sağlığı kliniklerine artan talebin yanı sıra hasta yönlendirilme oranı da giderek artmaktadır (22, 3).

Tedavi kapasitesi ruh sağlığı kliniklerinin kullanım oranı, tedavi uzunluğu, tedavi şekli, tedavi maliyeti ve verilen tedavinin etkililiğinin yanı sıra pek çok politik ve ekonomik etkenle ilişkilidir (21). Artan sağlık bakım maliyetleri ve hizmet talebi arasındaki dengeyi bulmak kolay değildir (23). Sonuçta kliniklerin mevcut kaynaklarının aşıldığı (22, 3) ve yüksek gelirli ülkelerde bile gençlerin ruh sağlığı gereksinimlerinin çoğunun karşılanamadığı bildirilmektedir (11) Karşılanamayan gereksinimin (*unmet need*) olduğu bu koşullarda ya artan beklentilerin ek kaynaklarla karşılanması ya da eldeki sınırlı kaynaklar için öncelikli olanların belirlenmesi gerekmektedir (22).

2.1.3. Çocuk Ruh Sağlığı Hizmet Gereksiniminin Karşılanamamasının Sonuçları

Yetişkinlerdeki ruhsal bozuklukların öncesinde genellikle çocukluk karşılıkları bulunmaktadır. Kim-Cohen ve arkadaşlarının Yeni Zelanda'da yaptığı ileriye yönelik kohort çalışmasında erişkin anksiyetesinin çoğunlukla çocuklukta anksiyeteyi izlediği, bununla birlikte erişkindeki anksiyete ve şizofreniform bozuklukların çocuklukta çok geniş bir yelpazeden bozukluklarla ilişkili olduğu bildirilmiştir. Ayrıca, tüm erişkin bozukluklarının %25-60'ında yıkıcı davranış bozuklukları öyküsü olduğu belirtilmiştir (24). Genç bireylerdeki ruhsal sağlığın kötü olması düşük eğitim kazanımları, madde kullanımı, şiddet ve kötü üreme ve cinsel sağlık başta olmak üzere başka sağlık ve gelişim sorunlarıyla yakından ilişkilidir (11). Çocuk ve ergenlerde tedavi edilmeyen ruhsal hastalıklar, yaşamın ileri dönemlerinde daha şiddetli ve tedaviye dirençli ruhsal hastalıkların gelişimine yol açmakta ve okul başarısızlığı, erken gebelikler ve erken evlilikler gibi önemli sorunları da beraberinde getirmektedir. Tüm bunların kişisel, toplumsal ve ekonomik bedelleri vardır. Önleme çabalarının yanı sıra ruhsal hastalıkların erken tedavisi de bu bedelleri önemli oranda

azaltabilir. Ancak, herhangi bir tedavinin etkili olabilmesi için, ilk önce başlatılması ve sonra da sürdürülmesi gerekmektedir (25).

Çocuk ruh sağlığında karşılanamayan gereksinim önemli bir sorundur (7). Erken tedavinin yetişkinlikte sorunların sürmesini önleyebilmesine karşın, ruhsal sağlık hizmetine gereksinimi olan psikiyatrik bozukluklu pek çok çocuk ve genç psikiyatrik yardım alamamaktadır. Bu olguların sadece %20'sinin tedavi olanaklarına ulaşabildiği (26, 27,7) ve çok sayıda çocuk ve gencin ruh sağlığı kliniklerinden yardım almasında belirgin gecikme olduğu bildirilmektedir (28).

Birincil ruh sağlığı hizmetlerine erişememe sonucunda krizler önlenememekte ve sonuç olarak acil servislere başvuru gerekebilmektedir. Acil servise yapılan çocuk psikiyatrisi başvurularının arttığı ve bu artışın intihar ya da psikoz gibi acillerden çok, yaşamı tehdit etmeyen sorunlarla ilişkili olduğu bildirilmektedir (19).

2.2. ÇOCUK RUH SAĞLIĞINDA BEKLEME LİSTELERİ

Artan ruh sağlığı hizmet talebi sonucunda uzayan bekleme listeleri bireysel bekleme süresinin uzamasına, randevu devamsızlığına ve kullanılmayan randevulara bağlı olarak bekleme süresinin daha da uzamasına yol açmaktadır. Bu süreç, talep daha fazla artmasa bile klinikler üzerinde bir baskı oluşmaktadır (3). Kamu tarafından finanse edilen ulusal sağlık hizmetlerinde bekleme listelerinin yaygın olduğu bildirilmektedir (9, 29). Üniversite rehberlik merkezlerinin yaklaşık %50'sinin hizmetlerini bekleme listeleri düzenleyerek verdiği bildirilmektedir (21). İstenmeyen yaygın bir sonuç olsa bile bekleme listelerinin hastalar ve ruh sağlığı çalışanları için yararları olabileceği bildirilmektedir (21).

Bloom, Fendrick ve Dalziel kendini sınırlayan (*self-limited*) veya zamanla sınırlanan (*time-limited*) tanıları olan bireyleri ele almada sıra oluşturmanın yararlı olduğunu bildirmişlerdir. Aşırı artmış ve uygunsuz taleplerin kaçınılmaz sonucu sayılan bekleme listeleri, öncelikli ve zorunlu gereksinimi olmayanlar için caydırıcı bir etken olarak görülmektedir ve uygun olmayan talepleri sınırlamada bir rolü olduğu düşünülmektedir. Bekleme listeleri bekleme sürecine dayanabilen motive bir alt gruba ulaşma fırsatı vermektedir. Bu uygulama ile bazı hastaların kendiliğinden düzelen sorunlarından ötürü zaman ve maddi kayıp yaşamasının önlenebildiği belirtilmektedir. Bir üniversite danışma merkezinde yapılan çalışmada bekleme listesinde bulunan hastaların 1/3'ünün birkaç ay

bekledikten sonra artık tedavi gereksinimi bildirmedikleri saptanmıştır. Bir başka çalışmada hasta kabul görüşmesinin olguların %51’inde başvuru yakınmalarını ele almak için yeterli olduğu bildirilmektedir. Bu süreçteki düzelmenin hasta kabuldeki kısa görüşme veya telefonla kliniğe başvuru sırasındaki kısa müdahaleyle veya hastanın kendi tedavisine yönelmesiyle (sosyal destek arama, meditasyon veya bibliyoterapi vb.) açıklanabileceği belirtilmektedir. Ruh sağlığı kliniklerinin yöneticileri bekleme listelerini kliniklerine gereken desteği sağlamaya çalışırken kanıt olarak veya sağlık alanındaki kısıtlamalardan kaçınmada kullanabilirler. Bekleme listeleriyle oluşan hasta havuzu tedavi hizmetlerinin esnek bir şekilde genişletilmesinde yararlı olabilir. Bekleme listelerinin yararları olduğu kadar bir takım zararları da olduğu bildirilmektedir (21).

Bekleme listeleri ödeme gücü olmayan ve yoksul hastaların bakım sisteminden dışlanmasının bir yolu olarak kullanılabilir (21). Bekleme listelerinin, bekleyen hastaların daha fazla acı çekmesine, bozulmasına ve bazen ölümüne yol açtığı bildirilmektedir (9). Bekleme listesine alınan hastalarda tedavinin gecikmesi sonucunda emosyonel sıkıntının uzaması, mesleki veya sosyal işlevselliğin bozulması, suç işleme, kendi veya diğerleri için tehlikeli olma, fiziksel sağlık riskleri ve hapse girme gibi durumlar olabilmektedir (21). Bekleme listeleri sorunların daha şiddetli, dirençli (30) ve acil hale gelmesine yol açmaktadır (7). Bekleme sürecinde artan belirti şiddeti nedeniyle tedavi etkililiğinin azalması riski ortaya çıkmaktadır. Uzun bekleme süreci, sevk edilen çocukların ebeveynleri kadar onları sevk eden klinisyenler için de sıkıntılı olabilmektedir (5). Yardım isteyen ailelerin motivasyon ve memnuniyeti azalmaktadır (30). Kliniği aradığında bekleme listesine alınacağı yanıtıyla karşılaşan hastalar için ilk izlenim olumsuz olunca, ruh sağlığı yardım arayışı olumsuz etkilenebilmektedir. Çoğu hasta bekleme sürecinden sonra gelmemektedir (21). Oluşan bekleme listeleri bekleme sürelerinin giderek artmasına yol açmaktadır (3). Bekleme listelerinin varlığı, çocuk ruh sağlığında sık görülen iki temel sorunu gündemde tutmaktadır: uzun bekleme süreleri ve ilk randevulara devamsızlık (1).

2.3. ÇOCUK RUH SAĞLIĞINDA BEKLEME SÜRELERİ

Talepler kaynakları aştığında sevk ile ilk randevu arasındaki bekleme süresi uzamaktadır (1). Kaynaklar kıt olduğunda ise kabul edilemez bekleme süreleri ortaya çıkmaktadır (5). Bekleme süreleri hekimler arasında veya kurumlar arasında farklılık göstermektedir (8). Çocuk ve ergen psikiyatrisinde bir aydan kısa süren beklemenin geçici sorunların kaybolması için kısa bir süre olduğu; ancak 30 haftadan uzun bekleme durumunda ailelerin vazgeçme eğiliminde olduğu bildirilmektedir (4). Ebeveynlerin yaklaşık 7-8 haftalık bekleme süresini kabul edilebilir bulduğu belirtilmektedir (2).

Çocuk ve ergen ruh sağlığı hizmetlerinde ilk randevuyu bekleme sürelerinin 6 ayı (31), hatta 1 yılı aştığı bildirilmektedir (30). Çeşitli çalışmalarda ortalama bekleme süresi Hong Kong'da 5-6 ay (5), Norveç'te 70 gün (32) olarak bildirilmiştir. DEÜTF ÇERSH Polikliniğinde bekleme süresinin medyanı 2003 yılında 105 gün, 2005 yılında 26 gün olarak saptanmıştır (Aras ve ark. yayınlanmamış çalışma).

Ailelerin bekleme listelerinden ayrılmasına yol açan uzun bekleme sürelerinin, tedaviye erişimde önemli bir engel olduğu belirtilmektedir. Bekleme listesinden çıkan hastaları izleyen bir çalışmada, hastaların %10'unun 2 yıl içinde tekrar sevk edildiği ve tedavi süresinin bekleme listesinde kalan hastalara göre uzadığı (19 aydan, 27 aya çıkmış) bildirilmektedir (7). Bekleme süresinin ebeveyn memnuniyeti ile negatif bağlantılı olduğu bildirilmektedir (32).

Çocuk ruh sağlığı kliniklerine yönlendirilen hastalarda uzun bekleme süreleri ve ilk randevuya devam etmeme sorunları birbirini etkilemektedir (4). Uzayan bekleme süresi randevuya devam etmeme ve hastaların gereksinim duyduğu hizmetlerden yararlanmaktan vazgeçmesi ile sonuçlanmaktadır. Bir çalışmada başvurudan sonra geçen her günün devamsızlık oranını %1.4 arttırdığı gösterilmiş ve hastanın kliniğe ilk temasıyla ilk randevu arasındaki bekleme süresinin randevu devamının anlamlı bir öngörücüsü olduğu belirtilmiştir (25).

2.4. ÇOCUK RUH SAĞLIĞINDA RANDEVU DEVAMSIZLIĞI

Çocuk psikiyatrisi kliniklerine devamsızlık (*non-attendance*) oranları yüksektir (33) ve genel olarak %14-35 arasında değişmektedir (4). Randevuyu kaçırma oranının girişte veya ilk klinik randevuda en yüksek (%20–57) olduğu bildirilmektedir (34). Sonraki randevuların ise yaklaşık üçte birinde devamsızlık olabildiği belirtilmektedir (35). DEÜTF Çocuk psikiyatrisi ABD’de olguların ilk randevuya devam etmeme oranı %16 olup, planlanan randevuya devam etmeyen olguların bekleme süresi devam edenlerden anlamlı fazla olduğu saptanmıştır (Aras ve ark. yayınlanmamış çalışma).

Annenin düşük eğitim düzeyi, çocuğun daha büyük yaşta olması, ebeveynin müdahale ile sorunun kötüleşebileceği şeklindeki inancı, hızlı bir tedavi yanıtına ilişkin gerçekçi olmayan beklentiler (1), azınlık konumunda olma ve daha uzun bekleme zamanı ilk randevuya gelmemede etkili faktörler arasında sayılmaktadır (25).

Planlanan randevuların gerçekleşmemesi kliniklerin işleyişini ve hastaları önemli ölçüde etkilemekte; kaynakların verimsiz kullanılmasına, klinisyenlerin moralinin bozulmasına, maliyet artışına, görüşmeler arası sürenin artmasına yol açmaktadır (25). Kaçırılan randevular, çocuk ruh sağlığı klinik kaynaklarının tüketimine (25), klinisyenlerin zamanının boşa harcanmasına ve bekleme listelerinin uzamasına yol açmaktadır (1, 31). Bekleme listesindeki hastalara ayrılacak kaynakların boşa harcanması tedavide gecikmeye ve ruhsal sorunları olan çocuk ve ergenlerin tedavi sürecinin karmaşıklaşmasına neden olmaktadır (25).

2.5. ÇOCUK RUH SAĞLIĞINDA BEKLEME SÜRELERİNİ, RANDEVU DEVAMSIZLIĞINI ve BEKLEME LİSTELERİNİ DÜZENLEMeye YÖNELİK UYGULAMALAR

Çocuk ruh sağlığı hizmetlerinde tedaviye ulaşmak için bekleme süreleri, bekleme listeleri ve randevu devamsızlığı ile ilgili sorunları aşmada çeşitli yöntemler geliştirilmiştir (30). Çocuk ruh sağlığında bekleme listelerinin yönetimi, ayrılan kaynak kıtlığı ve karşılanamayan talebin boyutu göz önüne alındığında önemli bir sorundur (7). Standardize yöntemlerin olmaması nedeniyle bekleme listelerinin düzenlenmesi, kurumlar ve hekimler

arası farklılaşan çok sayıda klinik ve klinik olmayan etkene bağlı olarak şekillenmektedir (29). Çoğu bekleme listesi organizasyon ve eşitlikten yoksundur; kısıtlı zamanlar ve zorlayıcı şartlar altında uygulanmaktadır (21). Bekleme listelerini daha iyi yönetebilmek için birçok yöntem denenmiştir. Multidisipliner ekiplerin kullanımı, daha kısa konsültasyon süreleri, bekleme listesini gözden geçirme, sevk edilenlerin uygun yönlendirilmesi ve randevulara devamsızlığa müdahale ederek verimliliği artırma gibi yöntemler tanımlanmıştır (7). Mali kaynakların artırılması, talebi azaltma ve önceliklendirme (*prioritization*) de önerilen yöntemler arasındadır. Kaynak artışı ve talebi azaltma yeterince sağlanamadığı için son yıllarda öncelikli olguları belirleme yaklaşımı üzerinde durulmaktadır. Zaten bekleme listeleri ve sürelerini kısaltmada, diğer girişimler olmaksızın kaynak arttırmanın geçici, etkisiz ve pahalı bir çözüm olduğu bildirilmektedir (36). Önceliklendirmenin bir gereklilik olduğu, açık ve şeffaf uygulamalar olmadığında sağlıkta maliyet ve talep arasında denge sorununun süreceği; bu nedenle şeffaf önceliklendirme süreçlerine gereksinim olduğu belirtilmektedir (23).

Stallard ve Sayers (1998), bekleme sürelerini kısaltmak için kliniklerin verimliliğini arttırmayı (yani, boşa giden zamanı azaltma) ve verilen tedavi hizmetlerini sınırlandırmayı (yani, klinik hizmetlerin sağlanmasına ilişkin daha açık tanımlamalar yapılması) önermişlerdir (30). Hizmet verimliliğinin (*efficiency*) artırılması için birçok yöntem denenmiştir. Geçmişte randevu öncesi aile ile yapıcı bir bağlantı kurularak randevu devamsızlığı azaltılmaya çalışılmıştır. Kourany ve arkadaşlarının (1990) yaptığı çalışmada randevudan 3 gün önce posta yoluyla gönderilen veya telefonla bildirilen hatırlatıcıların randevu devamsızlığı oranını en az %50 azalttığı, bununla birlikte çok sayıda hastanın randevusunu iptal ettiği ve kısa zamanda bu randevuların yeniden doldurulamadığı saptanmıştır (37). Bir diğer çalışmada randevu öncesi anket gönderme veya telefon bağlantısı rasgele uygulanmış, her iki girişimin de randevu devam oranlarını anlamlı olarak arttırdığı (sırasıyla %87.1 ve %91.6) bulunmuştur (38). Ailelerin devam edebilecekleri zaman ve randevu istediklerinde anket göndererek veya telefon yoluyla taleplerini bildirmeleri randevu devamını arttırabilmektedir. Bu özellikle en az katılma olasılığı olan ailelerde yararlı bir yöntem olarak bildirilmektedir (33). Ebeveynler için düzenlenen tedavi öncesi yönlendirme toplantısına katılan ve katılmayan ailelerin karşılaştırıldığı bir çalışmada yönlendirme sürecinin ilk randevuya devamı anlamlı düzeyde arttırdığı, ancak sonraki randevulara devamı etkilemediği saptanmıştır (39).

İlk randevudan önce ailelerin randevu taleplerini doğrulamalarını içeren 'katılmaya karar verme' (*opt-in*) uygulamasının randevu devamsızlığını azaltarak çocuk ve ergen kliniklerinde verimliliği arttırabildiği (30) ve hatırlatıcılar göndermekten daha etkili olduğu bildirilmektedir (5). Bir gözden geçirmede bu uygulamanın devamsızlık oranını %27'den %4'e düşürebildiği belirtilmektedir (37). Önceden randevunun doğrulanmasını isteme şeklindeki uygulamanın araştırıldığı bir çalışmada ebeveynlerin memnuniyetinin yüksek olduğu saptanmıştır (31). Bir diğer uygulamada randevudan bir hafta önce ebeveynlerin telefonla randevuya geleceklerini doğrulamaları istenmiş, bu olmazsa ekip doğrulama için onları aramıştır, ancak ilk randevuya devamsızlık oranının yine de yüksek kaldığı bildirilmiştir (5).

Randevu devamsızlığı ve bekleme süresine olumlu etki yapabilen randevuyu doğrulama uygulamasının bazı riskleri vardır. Randevusunu doğrulayamayan ve bu nedenle görülmeyen hastaların taşıdığı risklerin yanı sıra, bunun daha çok düşük sosyoekonomik düzeyden gelen hastaların bekleme listesinden çıkarılması ile sonuçlanması durumunda sağlık hizmetlerinde eşitsizliğe yol açabileceği bildirilmektedir (37).

Verilen tedavi hizmetlerini sınırlandırmaya dayalı girişimlerden triaj uygulamasında bekleme listesinin önceliklendirilmesi için her bir olgu değerlendirilir; böylece tedavi süreçleri değerlendirmeden ayrılmıştır (30). Kökeni askeri tıpta olan triaj uygulaması ile tedaviden yararlanamayacak, bekleyebilecek ve acil müdahale gerektiren yaralı hasta grupları ayrılmaktadır; olgular klinik gereksinimleri, aciliyet düzeyi ve müdahaleye yanıt verme olasılığına göre uygun tedaviye yönlendirilmektedir (2). Çocuk ruh sağlığı hizmetlerinde triaj hemen müdahale gerektiren öncelikli olguların belirlenmesinde; acillerdeki ruhsal değerlendirme sırasında (örn. istismar, intihar, şiddet davranışları, şiddetli psikopatoloji); olağanüstü durumlarda (afetlerde vb.) (2, 6) ve rutin randevuları düzenlemede kullanılabilir (1, 5). Triaj değerlendirmesi uygunsuz randevu taleplerini ve hemen müdahale gereksinimi olan hastaların uzun süre beklemesini önlemektedir. Triajın devamsızlık oranlarında ve hasta ve klinisyenlerin memnuniyetinde iyileşme sağladığı bildirilmektedir (2). Farklı aciliyet düzeyleri olan olguları tanımlayan ve daha acil gereksinimi olan olgular için bekleme zamanını kısaltan triaj uygulaması kaynakları çok yetersiz olan çocuk ve ergen psikiyatri hizmetlerini daha verimli hale getirmede etkili bir yaklaşımdır (5).

Başlangıçta triaj için sevk bilgileri kullanılmıştır (40). Ancak bu uygulamanın ekibin zamanının önemli bir bölümünü aldığı ve uzun bekleme süresi ve ilk randevuya yüksek oranda devamsızlığa yol açtığı bildirilmiştir (1). Klinisyenlerin çoğu kez yetersiz bilgi içeren sevk mektubunu inceleyerek acil olguları belirlemeye çalışmaları yararlı bulunmamıştır (5).

Triaj sistemi içinde eski birçok yöntemin yanı sıra ölçekler de kullanılmaktadır. Örneğin, bir çalışmada sevk edilmiş ailelere bilgilendirme mektubuyla birlikte Güçler ve Güçlükler Anketi (GGA) gönderilmiş ve ailelerden tedaviye katılma niyetlerini bildirmeleri istenmiştir. Sevk edilen ailelerin %89.7'si devam niyetin onaylamış; bunların %81.3'ü de planlanan triaj değerlendirmesine alınmıştır. Bu uygulamanın sevk edenlerin, klinisyenlerin ve ailelerin memnuniyetini sağladığı belirtilmiştir (1). Bir başka çalışmada ise ilk aşamada sevkle yönlendirilmiş olan 4 yaş veya daha büyük çocukların ebeveynlerinin doldurduğu GGA ölçeği bir hafta içinde değerlendirilmiş; ikinci aşamada deneyimli çocuk psikiyatri hemşiresi 17 ve üzeri (Goodman'ın önerdiği kesim puanı) GGA puanı olanların ebeveynlerini telefonla aramış ve yarı yapılandırılmış ölçeğe dayanan bir telefon triajı yapmıştır. Bu uygulamanın farklı aciliyet düzeyi olan olguları tanımlamada, acil olguların bekleme süresini kısaltmada ve randevu devamsızlık oranını azaltmada başarılı olduğu bildirilmektedir. Aciliyete ilişkin klinisyen görüşü ile triaj sonuçları genel olarak korele ise de istatistiksel korelasyonun istenen düzeyde olmadığı; telefon triajında klinisyen değerlendirmelerinden daha yüksek oranda acil ve öncelikli olgular tanımlandığı belirtilmiştir (5).

Çocuk ve ergen ruhsal sorunlarının öncelik değerlendirmesinde poliklinik koşullarında kullanılan ölçeklerin yanı sıra acil serviste kullanılan ölçekler de bulunmaktadır. Bunlardan biri, 1983 yılında Rosenn tarafından geliştirilen ve acil serviste karşılaşılan klinik durumları veya varolan sorunları herhangi bir tanı kullanmadan sınıflamayı amaçlayan sınıflama sistemidir (*Rosenn's Four Part Classification System of Urgency*). Kronisite ve şiddet düzeyini de içeren bu sistemde Bölüm-I en acil, Bölüm-IV en az acil olguları tanımlamaktadır (19). *Child/Adolescent Triage Tool*, Rosenn'in sınıflama sisteminden esinlenerek geliştirilmiştir ve gerektiğinde hastaların öncelik düzeyini etkili ve hızlı bir şekilde belirlemede kullanılabileceği bildirilmektedir (41). Her iki uygulamanın kriz anında ruhsal sorunların değerlendirilme ve müdahale edilme kalitesini arttırabileceği ve acil koşullarında hekimlerin sıkıntılarını azaltabileceği belirtilmektedir (19). *Mental Health Assessment Triage Tool* ruhsal sorunları nedeniyle acil servise başvuran hastaların bekleme odasına gitmeden önce hemşire tarafından değerlendirilerek risklerinin belirlenmesi, öncelik düzeyinin

emergent - urgent - semi urgent olarak sınıflandırılması ve en uygun tedavi birimine yönlendirilmesinde kullanılan bir araçtır. Bu aracın serviste bekleme zamanını yıllar içinde azalttığı bildirilmiştir (6). *Paediatric emergency department triage tool* ise son dönemde İngiltere’de acil servise başvuran kendine zarar veren gençlerin risklerinin değerlendirmesinde kullanılmak üzere geliştirilen ve evet/hayır şeklinde yanıtlanan 14 sorudan oluşan bir araçtır (42).

Yarım saatlik triaj görüşmesi sonrasında hekimlere, hastalara ve ebeveynlere memnuniyet anketlerinin verildiği bir çalışmada, görülen olguların %96.2’sinde en az bir klinisyen, triajda sağlanan bilginin uygun bir karara varmada yeterli olduğunu bildirmiş; ergen hastalar ve ebeveynlerin %96-100’ü randevuda kaygılarını anlatabildiklerini ve %59-73’ü ise potansiyel bekleme ile ilgili huzurlu hissettiklerini belirtmiştir (2).

Bekleme sürelerini kısaltmayı hedefleyen araştırmaların artmasına karşın, öncelik düzeyine ilişkin kararın hangi ölçütlere göre verileceği konusundaki araştırmalar azdır. Bekleme listesindeki olguların nasıl önceliklendirileceğine hasta sevkli olarak geldiği aşamada karar verilmektedir. Çoğunlukla, sevk mektubunda olumsuz gidiş göstergelerinin olması durumunda hasta öncelikli veya acil gruba alınmaktadır. Oysa bu olguların tedaviden yararlanma olasılığı azdır. Diğer yandan, rutin bekleme listesine alınan olgularda bekleme sürecinde kronikleşme ve motivasyon düşmesi gibi olumsuz gidiş göstergeleri ortaya çıkabilmektedir. Kriz veya karmaşık olgular ile karşılaştırıldığında tedavi edilebilir olgulara erken müdahalenin daha etkili olduğu, gecikmiş müdahalenin ise zarar verici etkilerinin daha fazla olduğu bildirilmektedir. Tedavi edilebilir olgularla ilgilenmenin klinisyen memnuniyetini de arttırdığı belirtilmiştir. Bunlar dikkate alınmış ve sınırlı kaynakların daha iyi kullanımını hedefleyen bir yaklaşım olarak psikolojik müdahaleden en fazla yarar görecektir olgulara öncelik verilmesi önerilmiştir. Carr (1999) psikolojik müdahaleden yararlanmayı öngörmeye yönelik bazı etkenler tanımlamıştır: tek tanı, kısa hastalık süresi, küçük yaş, sağlıklı ebeveynler, esnek aile işlevselliği, tek birimle ilgili sorun olması ve ailenin yardım talep etmesi. Bunlardan yola çıkarak Highland Öncelik Ölçütleri (HÖÖ) geliştirilmiştir. HÖÖ olumlu gidişle ilgili altı göstergesi içermektedir: 1.Belirli tek sorun. 2.Yaşam evresi (5 yaş altı, okul değişikliği, sınav yılı). 3.Akut sorun (6 aydan kısa). 4.İstikrarlı aile (yakın dönemde aile bileşimi sabit, güvenli ebeveynlik, uyumlu ebeveynler). 5.Başka bir birime de sevk yapılmamış. 6.Aile değişime istekli. Bunlardan dördünü karşılayan olgular öncelikli, üç veya daha az ölçütü karşılayanlar ise rutin olarak yönlendirilmiştir. Sağlık hizmetlerinde daha çok

kriz durumlarını tanımlayan 'acil' terimi yerine HÖÖ hızlı müdahale gerektiren olgular için 'öncelikli' tanımını getirmiştir. HÖÖ'nün geliştirildiği birimde acil hizmeti verilmediğinden, kendine zarar verme gibi riskli davranışların öncelik ölçütleri arasına alınmadığı, bununla birlikte farklı birimlerde ölçütler arasına bunların da eklenebileceği belirtilmiştir (30).

Ruh sağlığı hizmetlerini bekleyen çocukların önceliklendirilmesi karmaşık ve çok boyutlu bir süreçtir. Bu süreçte patofizyolojik şiddet, sosyodavranışsal etkilenme, yararlanma potansiyeli gibi birçok bileşen vardır. Aciliyet ve şiddet doğrudan ilişkili değildir; bir olgu acil değilken şiddetli olabilir (7). Sadece klinik aciliyet düzeyine dayanarak bir hastanın gereksinim duyduğu yardımı zamanında alabileceğinin kesin olmadığı bildirilmektedir (9, 29). Yararlanma olasılığı olan ama göreceli aciliyet değerlendirmesi yapılarak yönlendirildiğinde gereken tedaviyi zamanında alamayan hastaların karşılaştığı riskler endişe yaratmaktadır (29). Diğer yandan bekleme listelerinin adil olmayabileceği (43, 36, 29) ve listelerdeki hastaları tarafsız ve makul şekilde yönetmenin olanaksız olduğu belirtilmektedir (9). Hemen her yerde klinisyenlerin aciliyet ve öncelik belirleme konusundaki kararları tutarsızca verdiği kabul edilmektedir (9). Bu koşullarda şikayet etmeyen hastanın dezavantajlı olabileceği bildirmektedirler (44).

Önceliklendirme, çeşitli şekillerde yapılabilmektedir. Bazı önceliklendirme araçlarının bölgesel kurumlarından bireysel hekimlere kadar tüm sağlık hizmetlerinde uygulanabilmektedir. Uzmanlar, politikacılar, vatandaşlar ve klinisyenlerin önceliklendirmenin nasıl düzenleneceğine ilişkin bireysel ya da birlikte karar vermesi gerekebilmektedir (45). Önceliklendirme sistemi ile gerçekten doğru olarak en çok gereksinimi olan hastaları tanımlanabileceği ve böylece tedaviye alınmada adaletin sağlanabileceği belirtilmekle birlikte (45) önceliklendirmedeki karar mekanizmaları net değildir. (30). Bekleme listesi yönetiminin adil olmasını sağlamada kullanılan başlıca yaklaşım algılanan aciliyete dayalı önceliklendirmedir (7). Ancak aciliyetin nasıl tanımlanması ve ölçülmesi gerektiği konusu fazla dikkate alınmamaktadır (5). Bekleme listelerindeki hastaların göreceli önceliğini değerlendiren güvenilir araçların olmadığı ve en fazla aciliyeti olan hastaların ilk önce yardım almasını güvence altına alacak şekilde bekleme listelerini düzenlemenin olanaksız olduğu bildirilmektedir (8). Çocuk ruh sağlığı hizmeti almak üzere bekleyen çocuklardaki önceliklendirmeye yönelik net olan ve pahalı olmayan yöntemlere gereksinim vardır (7).

Bekleme listelerinin yönetiminde adaleti sağlamak ve riskleri önlemek için önceliklendirmede kullanılacak nesnel ve standart sistemler geliştirilmeye çalışılmaktadır (29, 8). Öncelik düzeyinin puanlanarak değerlendirildiği uygulamalarla şeffaf, açık ve hastanın klinik gereksinimine uygun bir yönlendirme amaçlanmaktadır (45). Bu amaçla geliştirilen puan sayım ölçümlerinde (*Point-count measures*), hastaların belirti şiddeti, işlevsellikte bozulma, ağrı veya hastalık kategorisi gibi özelliklerine ilişkin puan verilir ve her faktörün puanlarının toplamının görece klinik aciliyeti gösterdiği düşünülür (46). Bekleme listeleri yönetiminde puan sayım ölçümlerinin tarihi kısadır ve bu ölçümlerle ilgili araştırmalara gereksinim vardır (45).

Çocuk ruh sağlığını da içeren çoğu önceliklendirme sisteminde aciliyetine göre hastalar 'çok acil', 'acil', 'yarı acil' ve 'rutin' olarak yönlendirilmektedir. Böyle kaba sistemlerin çok öznel ve çocuk ruh sağlığı bekleme listelerindeki hastaların aciliyetinin tanımlanmasında yetersiz olduğu düşünülmektedir (9). Batı Kanada Bekleme Listesi Projesi hastaları daha nesnel, güvenilir ve adil bir biçimde değerlendirmeyi hedefleyen bir girişimdir. Bu proje kapsamında çocuk ve ergen ruh sağlığı alanında da klinisyenin puanladığı öncelik ölçütlerini geliştirilmiştir.

Çocuk Ruh Sağlığı Öncelik Ölçütleri geliştirme projesinin çocuk ruh sağlığı hizmetlerinde görece aciliyeti değerlendirmek amacıyla sayısal puan ve öncelik ölçütü içeren bir sistem geliştirmeye yönelik ilk girişim olduğu bildirilmektedir. ÇRSSÖ klinisyenin hastanın görece aciliyetine ilişkin yargısını yansıttığı ileri sürülmektedir. ÇRSÖÖ ayrıca tanı sonrası tedavi girişimlerinin yanı sıra tanı öncesi aciliyeti değerlendirmede de kullanılmak üzere oluşturulmuştur ve pilot çalışma bu iki grubu da temsil eden karışık grup üzerinde yapılmıştır. ÇRSÖÖ psikiyatristler ve diğer ruh sağlığı çalışanları (okul hemşireleri, sosyal çalışmacılar, aile hekimleri, psikologlar...) tarafından kullanılabilir. Olguların şiddetinde anlamlı farklılık olmamasına karşın, psikiyatristlerin yaptığı değerlendirmelerin puanlarının diğer ruh sağlığı çalışanlarının değerlendirmelerine göre daha düşük bulunduğu bildirilmektedir. Değerlendirme ve tedavi sürecindeki her değerlendiricinin aynı aracı kullanabileceği, bu yolla hastalarındaki değişiklikler hakkında bilgi sağlayabileceği bildirilmiştir (9). Ayrıca, öncelik puanlama sisteminin personel için az yük oluşturduğu belirtilmektedir (7).

2.6. TÜRKİYE'DE ÇOCUK RUH SAĞLIĞI HİZMETLERİ

70 milyonu aşan Türkiye nüfusunun yaklaşık 22.5 milyonu (%32) 18 yaşından küçük çocuk ve ergenlerden oluşmaktadır (47). Türkiye'de çocuklardaki ruhsal bozukluk oranı %11.3 iken, ruhsal sorunların tedavisi için sağlık birimlerine başvuru oranı ise sadece %0.2 civarında bildirilmiştir (48). Bu durumda 230 civarında olduğu bildirilen (13) çocuk psikiyatrisi uzman ve uzmanlık öğrencisi ile 2.5 milyona yaklaşan bir ruhsal yardım gereksinimi olan çocuk ve ergen nüfusa hizmet sağlanmaya çalışılmaktadır.

Eğitimsel ve sosyoekonomik sorunlar nedeniyle ülkemizde ailelerin çocuklarının psikososyal gereksinimlerini ve sorunlarını gözden kaçırmaları, hatta ihmal etmesi yaygındır. Çocuk ve ergen psikiyatrisine başvuran çocukların üçte birinin ilk değerlendirmeden sonra tedaviyi sürdürmediği bilgisi de dikkate alındığında (49), ilk görüşmenin bazı çocuklar için ruhsal yardım alabilecekleri tek fırsat olduğu düşünülebilir. Bu bakımdan ilk değerlendirmede bir çocuk psikiyatristi tarafından kapsamlı bir muayene yapılması ve gerekirse uygun birimlere yönlendirilmesi ülkemiz koşullarında yararlı bir yaklaşım olabilir.

Sınırlı kaynaklar dolayısıyla, ikinci basamak sağlık hizmetlerinde daha etkili olabilecek olan çocuk psikiyatrisi birimlerine, ülkemizde sıklıkla başka bir hekimden sevk olmaksızın, doğrudan başvuru olmaktadır. Bunun sonucunda gerçekten gereksinimi olan çocukların yanı sıra, birinci basamak sağlık birimlerinde kolayca çözülebilecek basit sorunları olan çocuklar için çocuk psikiyatrisi birimlerine başvuru yaygındır. Çocuk gelişiminin takibine yönelik hizmetlerdeki yetersizlikler ve sürekliliğin olmaması dolayısıyla, gelişimsel sorunları olan (yaygın gelişimsel bozukluk, işitme engeli, mental retardasyon...) bazı çocuklar önceden bir hekim tarafından tıbbi değerlendirme yapılmaksızın psikiyatrik değerlendirmesi için bekleyebilmektedirler. Tüm bu nedenlerle ülkemizde çocuk psikiyatrisi birimlerinde ilk değerlendirmeyi hızla gerçekleştirerek öncelikli olguların belirlenmesi ve kolay çözülebilecek veya erken müdahale gerektiren sorunların ele alınması çok önemlidir. Çocuk ruh sağlığı hizmetlerinde, ülkemizdeki koşullara uygun önceliklendirme yaklaşımlarının geliştirilmesine ve bu alanda araştırmalara gereksinim vardır.

3. GEREK VE YÖNTEM

3.1. ÖRNEKLEM

Çalışma örnekleme 1 Ekim 2008-31 Mayıs 2009 tarihleri arasında Dokuz Eylül Üniversitesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları (DEÜTF ÇERSH) polikliniğine başvuran ve ilk görüşmesi (triaj) veya poliklinikte acil değerlendirmesi yapılan 5-18 yaş arası çocuk ve ergen hastalardan oluşmaktadır. Çalışma döneminde poliklinikte değerlendirilen beş hasta öncelik formu doldurulmadığı ve beş hasta ise dosya kayıtlarına ulaşamadığı için çalışma dışında bırakılmıştır; bu on hastanın altısı triajda, dördü ise poliklinikte acil olarak değerlendirilen hastalardır. Böylece 900 olgudan oluşan çalışma grubu ile ulaşma oranı %98.9 olmuştur. Çalışma süresi boyunca olgular toplam on hekim tarafından değerlendirilmiştir ve olguların 862'sinin değerlendirmesi (%96) iki kıdemli çocuk psikiyatrisi uzmanlık öğrencisi hekim tarafından yapılmıştır. Olguların 873'ünün (%97) triaj görüşmesi ve 27'sinin (%3) ise poliklinikte acil değerlendirmesi yapılmıştır.

Bu çalışmaya alınması gereken kişi sayısına karar verilirken çalışma dönemi ile aynı aylara rastlayan bir önceki yılın 6 aylık döneminde hastaların ilk değerlendirmeden sonraki yönlendirilme biçimleri incelenmiştir. 1 Ekim 2007 - 31 Mart 2008 tarihleri arasında Dokuz Eylül Üniversitesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları (DEÜTF ÇERSH) polikliniğine başvuran ve triaj veya poliklinik acilde değerlendirilen 1057 hastanın 916'sının (%87) 5-18 yaş grubunda olduğu ve bunların 292'sinin (%32) öncelikli (%14, n=126) ve acil (%18, n=166) olarak değerlendirildiği belirlenmiştir. O dönemde poliklinik çalışma sisteminde mesai saatleri içinde veya dışında DEÜTF Acil Servise başvuran ve ÇERSH biriminden konsültasyon istenen tüm olgular, daha sonra poliklinikte acil olarak değerlendirilmekteydi. Çocuk psikiyatrisi hekiminin klinik değerlendirmesi sonucunda olguların öncelikli olarak yönlendirilme oranı göz önüne alınarak incelenen olayın sıklığı %30, bulunması beklenen kappa katsayısı 0.50 ve %80 güç ile araştırmaya alınması gereken kişi sayısı 762 olarak hesaplanmıştır (50). 1 Ekim 2008'de veri toplamaya başlanmış ve planlanan altı aylık sürede gereken olgu sayısına ulaşamayınca çalışma iki ay daha uzatılmıştır. Böylece, sekiz aylık çalışma döneminin sonunda ulaşılan hasta sayısı, çalışmanın gücünü %85'in üzerine çıkarmıştır (50).

3.1.2. Çalışmaya Alınma Ölçütleri

- 1) 1 Ekim 2008 - 31 Mayıs 2009 tarihleri arasında DEÜTF ÇERESH Polikliniğine başvuran ve triaj değerlendirilmesi uygulanan 5-18 yaş arasındaki hastalar,
- 2) 1 Ekim 2008 - 31 Mayıs 2009 tarihleri arasında DEÜTF ÇERESH Polikliniğine başvuran ve acil sorunları için değerlendirilen 5-18 yaş arasındaki hastalar,
çalışmaya alınmıştır.

3.1.3. Çalışmadan Dışlanma Ölçütleri

- 1) Mesai saatleri içinde veya dışında DEÜTF Acil Servis'e başvuran ve ruhsal yönden değerlendirilmek üzere ÇERESH biriminden konsültasyon istenen hastalar,
- 2) DEÜTF ÇERESH polikliniğine başvuran 5 yaşından küçük hastalar,
- 3) Çalışma kapsamında toplanması gereken sosyodemografik verilerinin çoğu DEÜTF ÇERESH Anabilim Dalı hasta değerlendirme formlarında eksik olan ya da Çocuk Ruh Sağlığı Öncelik Ölçütleri formu doldurulmamış olan hastalar,
çalışmadan dışlanmıştır.

3.2. GEREÇLER

3.2.1. DEÜTF ÇERESH Anabilim Dalı Hasta Değerlendirme Formları

A) Poliklinik Hasta Dosyası

Bu çalışmada DEÜTF ÇERESH poliklinik hasta dosyalarının ön yüzünde yer alan demografik veriler ve yakınmalarla ilgili yarı-yapılandırılmış kısımlardaki kayıtlar kullanılmıştır.

B) Okul Çağı (5-18 yaş) Değerlendirme Formu (Ek-1)

Okul çağındaki (5-18 yaş) hastaların triaj değerlendirme bulgularının kaydedildiği yarı-yapılandırılmış bir formdur. Sosyodemografik özellikler, yakınma ve öykü, özgeçmiş, soygeçmiş, ruhsal bakı, öntanı ve yönlendirmelerin kaydedildiği kısımlardan oluşmaktadır.

C) Acil Değerlendirme Formu (Ek-2)

Acil sorunları için polikliniğe veya Acil Servis'e başvuran çocuk ve ergen hastaların ruhsal değerlendirme bulgularının kaydedildiği yarı-yapılandırılmış bir formdur. Sosyodemografik özellikler, yakınma ve öykü, genel risk değerlendirmesi, ruhsal bakı, tanı ve yönlendirme biçimlerinin kaydedildiği kısımlardan oluşmaktadır.

3.2.2. Çocuk Ruh Sağlığı Öncelik Ölçütleri (ÇRSÖÖ) (Ek-3)

Çocuk Ruh Sağlığı Öncelik Ölçütleri (*Children's Mental Health Priority Criteria Tool*) formu, Batı Kanada Bekleme Listesi Projesi kapsamında geliştirilmiş olan 17 maddelik bir araçtır (9). *Western Canada Waiting List Project* internet adresinde ÇRSÖÖ formu ile birlikte her bir maddenin yanıt seçeneklerine ilişkin açıklamaların yer aldığı Kullanıcı Rehberi (*User Guide*) bulunmaktadır (51). ÇRSÖÖ'ü geliştiren araştırmacı ekipten formun bu çalışmada kullanılabilmesi için izin alınmıştır.

Bu ölçeği geliştiren ekip tarafından geçerlilik güvenilirliği değerlendirilen ÇRSÖÖ'nün bir tarama ölçeği olmadığı (7); çocuk ruh sağlığı hizmeti almak için başvuran hastaların aciliyetine göre öncelik düzeyini belirlemeyi amaçladığı bildirilmektedir. ÇRSÖÖ psikiyatrist, psikolog, pediatrist, sosyal çalışmacı, psikiyatri hemşiresi ve diğer ruh sağlığı meslek elemanları tarafından ruhsal muayene bulguları dikkate alınarak doldurulmak üzere tasarlanmıştır (9). ÇRSÖÖ bazı ana belirtiler (içe yönelim, dışa yönelim, psikotik), riskler (kendi için tehlikeli olma, başkaları için tehlikeli olma, gelişimsel gecikme), işlevsellikte bozulma (evde, okulda ve sosyal ilişkilerde; C-GAS puanında düşüklük), prognoz (girişim yapılmazsa prognoz, girişimden yararlanma düzeyi), komorbidite (komorbid tıbbi durumlar, psikiyatrik komorbidite, zararlı madde kullanımı/kötüye kullanımı) ve diğer ilişkili faktörleri (aile işlevselliği ya da çocuğu etkileyen ailesel etkenler, ailede ruhsal bozukluklar) sorgulayan 17 maddeden oluşmaktadır. Biri dışında tüm maddeler için dört yanıt seçeneği bulunmaktadır ('yok' 'biraz' - 'orta derecede' - 'şiddetli' belirtiler / işlevsel bozulma / gecikme) (23). Sadece

'biyolojik aile öyküsünde ruhsal hastalık' maddesi 'var' - 'bilinmiyor' - 'yok' olarak üç seçeneğidir. CGAS puanı '40 veya daha az', '41-50', '51-60', '60'tan fazla' olarak seçeneklerde gruplandırılmıştır. ÇRSÖÖ'de her maddenin yanıt seçeneklerinin sayısal bir değeri vardır. Bu sayısal değerler, formun oluşturulma sürecinde yapılan ilk araştırmada belirlenmiştir (9). ÇRSÖÖ 0-100 arasında puan vermektedir ve bu puanda tedaviden beklenen yarar, içe yönelim belirtileri, CGAS puanı, psikotik belirtilerin ağırlığı fazladır (23).

ÇRSÖÖ formu ve Kullanıcı Rehberi, iki araştırmacı tarafından ayrı ayrı İngilizce'den Türkçeye çevrilmiş; her iki dili çok iyi bilen ve uzun süre yurtdışında eğitim görmüş biri tarafından çeviri kontrol edilmiş ve onun öneriler doğrultusunda, çeviriyi gerçekleştiren iki araştırmacı çeviriyi tartışarak formun Türkçe metnini oluşturmuştur. Daha sonra bu metin, ruh sağlığı alanında deneyimli profesyonel bir çevirmen tarafından İngilizce'ye geri çevrilmiştir. Başlangıçta çeviriyi yapan araştırmacılar çevirileri ve orijinal formu karşılaştırarak uyumsuzlukları kontrol etmiş ve gereken düzeltmeleri yaparak forma son şeklini vermişlerdir. Oluşturulan form, bir aylık süre içinde başvuran 122 olgu üzerinde yapılan pilot çalışmada değerlendirilmiştir. ÇRSÖÖ formunun kullanımına ilişkin değerlendirmeci hekimlere bilgilendirici bir eğitim uygulanmıştır. Bu çalışmada orijinal formda belirlenen sayısal değerler kullanılmıştır ve çalışma süresince ÇRSÖÖ formunu dolduran hekimler bu sayısal değerlere kör kalmıştır.

3.2.3. Görsel Analog Skala (GAS) (Ek-3)

Görsel analog skala (*Visuel Analogue Scale*), Price ve arkadaşları tarafından 1983 yılında geliştirilmiştir (52). Doğrudan kolayca ölçülemeyen ve sürekli değerler arasında değiştiğine inanılan ve bir özellik ya da davranışı ölçmeyi amaçlayan bir ölçektir. Ölçülen özellik ya da davranış ile ilgili olarak değerlendirenin algıladığı düzey en düşükten en yükseğe uzanan yatay veya dikey bir çizgi üzerinde işaretlenir (53). Genellikle 10 cm olan bu çizgi; 10 cm veya 100 mm üzerinden değerlendirilebilir (52, 9). İşaretlemeyi hasta (52) veya klinisyen (9) yapabilir. Çizginin en düşük ucu ile işaretlenen nokta arası ölçülür ve bulunan değer kişinin algıladığı düzeydir (52). Oldukça öznel bir ölçüm olduğundan ötürü GAS, bireylerin ölçümlerini karşılaştırmada aynı bireyin zaman içindeki değişimini karşılaştırmaya göre daha az yararlıdır (53).

GAS, tıp alanında özellikle ağrı şiddetinin değerlendirilmesinde yaygın olarak kullanılmaktadır (52). Ayrıca, hasta memnuniyet düzeyinin belirlenmesinde (54), belirti şiddetinin değerlendirilmesinde (55) ve girişimsel işlemlerde endişe düzeyinin belirlenmesinde (56) kullanıldığı çalışmalar vardır. Çocuk ruh sağlığı hizmetlerinde işaretlenen GAS öncelik düzeyi, olgunun önceliği hakkında klinisyenin genel sezgisini temsil etmektedir (7). Yatay çizginin sol başlangıç tarafı uzman düzeyinde psikiyatrik tedavi gereksinimi olmadığını, sağ tarafı ise uzman düzeyinde kesin psikiyatrik tedavi gerektiğini belirtmektedir (23).

Western Canada Waiting List Project internet adresinde bulunan ÇRSÖÖ formunda GAS 18. madde olarak yer almaktadır ve ÇRSÖÖ doldurulduktan sonra değerlendirmeyi yapan hekim tarafından işaretlenmesi gerekmektedir. GAS'ın eklenmesiyle birlikte ÇRSÖÖ maddelerinin tarama, triaj ve yerleştirme için daha ayrıntılı yönlendirme bilgisi sağlar hale geldiği belirtilmektedir (7). Bu çalışmada GAS, 0 (hiç öncelikli değil) ve 100 (son derece öncelikli-neredeysse acil) arasında puanlamaya izin verecek şekilde 100 mm olarak düzenlenmiştir.

3.2.4. Güçler ve Güçlükler Anketi (GGA)

A) Ebeveyn formu (Ek-4)

B) Ergen formu (Ek-5)

Güçler ve Güçlükler Anketi (*Strengths and Difficulties Questionnaire*), çocuk ve gençlerde ruhsal sorunların taranmasında kullanılan bir ölçektir. GGA'nın ebeveyn ve ergen olmak üzere iki formu bulunmaktadır. Bazı sözcük ve zamir farklılıkları dışında her iki form aynıdır (57). GGA 25 maddeden oluşmuştur ve 5'er maddelik 5 alt birimi vardır. Bu alt birimler; 'dikkat eksikliği ve hiperaktivite belirtileri', 'duygulanım belirtileri', 'davranım sorunları', 'akran ilişkileri' ve 'sosyal davranışlar' şeklindedir. Her bir alt birimden 0-10 arasında puan alınmaktadır. Maddeler, 'doğru değil', 'kısmen doğru' ve 'kesinlikle doğru' olarak işaretlenmektedir. Yönelimi farklı olan maddeler dışında 'doğru değil' 0, 'kısmen doğru' 1 ve 'kesinlikle doğru' 2 puan olarak değerlendirilmektedir. Yönelimi farklı olan beş madde ise (7, 11, 14, 21 ve 25. maddeler) 'doğru değil' için 2, 'kısmen doğru' için 1,

'kesinlikle doğru' için ise 0 olarak puanlanmaktadır (58). GGA, belirtileri ve etkilenmeyi sorgulayan iki bölümden oluşmaktadır (57).

Belirtileri sorgulayan bölüm dikkat eksikliği ve hiperaktivite belirtileri, duygulanım belirtileri, davranım sorunları ve akran ilişkileri alt birimlerinden oluşur ve bu birimlerin puanlarının toplamı 0-40 arasında değişebilen 'toplam güçlük puanı'nı vermektedir. Etkilenmeyi sorgulayan bölümde ise çocuk veya gencin "duygular, davranışlar, dikkatini toplama ve başkalarıyla geçinebilmede güçlük yaşayıp yaşamadığı" sorulur ve yanıt 'evet' ise bu güçlüklerin onu sıkıntıya sokup sokmadığı, onun günlük yaşamını etkileyip etkilemediği, çevresindekilere zorluk yaşatıp yaşatmadığı ve güçlüklerin ne kadar süredir var olduğu değerlendirilir. Yanıtlar 'kesinlikle hayır', 'biraz', 'oldukça fazla' ve 'çok fazla' olarak işaretlenir. 'Kesinlikle hayır' ve 'biraz' yanıtları 0, 'oldukça fazla' yanıtı 1, 'çok fazla' yanıtı ise 2 puan olarak değerlendirilmektedir. Bu puanların 1-10 arasında değişen toplamı etkilenme puanını (*impact score*) oluşturmaktadır. GGA verileri, farklı değerlendirmecilerin doldurduğu formlardaki belirti puanlarını ve etkilenme puanlarını hesaplayabilen özel bir bilgisayar programına kaydedilebilmektedir. Bu programa www.sdqinfo.com internet adresinden ücretsiz olarak ulaşılabilir (58).

GGA'ya göre öngörülen tanılar 'herhangi bir psikiyatrik bozukluk', 'duygudurum bozukluğu', 'karşıt olma karşıt gelme ve davranım bozukluğu', 'dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu' olmak üzere dört alt grupta tanımlanmaktadır. Bu tanı grupları 'olası değil' (*unlikely*), 'düşük olasılık' (*possible*) 'yüksek olasılık' (*probable*) olarak derecelendirilmektedir (59).

Bu çalışmada, 5-16 yaş arası çocuk ve ergenlerin ebeveynlerine ebeveyn formu ve 11-16 yaş arasındaki ergenlere ise ergen formu verilmiştir. Çalışma grubunda 19 olgu 16 yaşından büyük olup, 881(%97.9) olgu 5-16 yaş ve 331(%36.8) olgu 11-16 yaş arasındadır. 5-16 yaş grubunda 854(%96.9) olgunun GGA ebeveyn formu ve 11-16 yaş grubunda 297(%89.7) olgunun GGA ergen formu doldurulmuştur.

3.2.5. Achenbach Ölçekleri (ÇDDÖ 4-18 ve KDÖ 11-18)

A) 4-18 yaş Çocuk ve Gençler için Davranış Değerlendirme Ölçeği (ÇDDÖ 4-18)
(Ek-6)

B) Gençler için Kendini Değerlendirme Ölçeği (KDÖ 11-18) (Ek-7)

Achenbach tarafından geliştirilen bu ölçekler çocuk ve ergenlerin işlevsellik alanlarını ve sorun davranışlarını değerlendirmektedir. Nesnel bir puanlama olanağı sağlayan, çocuklarda sadece sorun alanlarına değil güçlü yanlar, yetenekler ve yeterlik alanlarına ilişkin de bilgi veren ve pek çok kültürler arası ve epidemiyolojik araştırmada kullanılan ölçeklerdir. Ebeveynlerin doldurduğu form (Çocuklar için Davranış Değerlendirme Ölçeği, *Child Behaviour Checklist (CBCL 4-18)*) 1983'te ve ergen formu ise (Gençler İçin Kendini Değerlendirme Ölçeği, *Youth Self Report (YSR 11-18)*) 1987'de geliştirilmiştir. Melda Akçakın ve Işık Savaşır tarafından 1983 yılında Türkçe'ye çevrilen ÇDDÖ'nün 1991 versiyonunun adaptasyon ve standardizasyon çalışması Erol ve arkadaşları tarafından yapılmıştır. ÇDDÖ'de ayrıntılı çeviri işlemi yapıldığından, KDÖ'deki yeni maddeler Neşe Erol ve Refia Palabıyıkoglu tarafından çevrilmiş ve KDÖ'nün adaptasyon ve standardizasyon çalışması yapılmıştır (48). KDÖ'de Okul Yeterliği puanı, ÇDDÖ'de 12-18 yaş arası olguların (48) ve KDÖ'de kız olguların 'Cinsel Sorunlar' puanı hesaplanamamaktadır.

CDDÖ 20 yeterlik ve 118 problem maddesinden oluşmaktadır. Yeterliği değerlendiren maddelerde katılımın miktarına ve niteliğine göre derecelendirme yapılır ve üç yeterlik alanında alt ölçek puanları ('Etkinlik', 'Sosyallik' ve 'Okul' alt ölçekleri) ve bunların toplamı ile "Toplam Yeterlik" puanı elde edilir. Davranışsal ve duygusal sorunları tanımlayan maddeler son altı ayda görülme sıklık derecesine göre 0, 1 ve 2 olarak derecelendirilerek doldurulur. Ölçekten "İçe Yönelim" ve "Dışa Yönelim" olarak iki ayrı davranış belirti puanı elde edilir. "İçe Yönelim" grubunu "Sosyal İçe Dönüklük", "Somatik Yakınmalar", "Anksiyete/Depresyon"; "Dışa Yönelim" grubunu ise "Suça Yönelik Davranışlar" ve "Saldırgan Davranışlar" alt testlerinin toplamı oluşturur. Ölçekte her iki gruba da girmeyen "Sosyal Sorunlar", "Düşünce Sorunları" ve "Dikkat Sorunları" da yer almaktadır. Bu alt testlerin toplamı "Toplam Problem" puanını verir (48).

KDÖ 17 yeterlik ve 112 problem maddesi içermektedir. ÇDDÖ ve KDÖ'nün 89 problem maddesi ortaktır. KDÖ maddeleri ÇDDÖ maddeleri ile paralel olmakla birlikte, maddeler birinci şahıs olarak yazılmıştır. Okuldaki başarı durumuna ilişkin maddeler de bu ölçekte bulunmasına karşın "Toplam Yeterlik" puanını "Etkinlik" ve "Sosyallik" alt ölçeklerinin toplamı oluşturur. Problem alt testleri ve bunlardan oluşan "İçe Yönelim" "Dışa Yönelim" ve "Toplam Problem" puanları ÇDDÖ ile aynıdır. Yalnız KDÖ'de ÇDDÖ'de olmayan ve sadece erkekler için puanlanan "Yıkıcı Davranışlar" alt testi vardır (48).

ÇDDÖ anne / baba / çocuğun yakınları tarafından birbirinden bağımsız olarak doldurulur ve genellikle 15-20 dakikada tamamlanabilmektedir. Sorun davranışları içeren bölümde 8 maddeden fazla boş bırakılan formlar değerlendirilemez. Testi alanın en az ilkokulu bitirmiş olmasında yarar vardır. Eğitim düzeyi düşük olan ya da okuma yazması olmayanlara bir görüşmeci tarafından okunarak ve yanıtlar kaydedilerek ölçek uygulanabilmektedir. Ölçek doldurulduktan sonra veriler bilgisayar programına girilmektedir.

Bu çalışmada 11 yaş ve üstündeki ergenlere KDÖ verilmiş, 5-18 yaş arası çocuk ve ergenlerin ebeveynleri ise ÇDDÖ'ü doldurmuşlardır. Tüm olguların 865'inde (%96.1) ebeveynler ÇDDÖ'ü; 11 yaş ve üstü 350 (%38.9) olgunun 300'ü (%85.7) ise KDÖ'ü doldurmuştur.

3.3. YÖNTEM

İzmir'in 3 739 353 olan nüfusunun yaklaşık 940 000'i (%25) 18 yaşından küçük çocuk ve ergenlerden oluşmaktadır (47). İzmir'de çocuk ruh sağlığı hizmeti üç devlet ve iki üniversite hastanesi tarafından sağlanmaktadır. Bu kurumlara çocuk psikiyatrisi hizmetleri sınırlı olan çevre illerden de hasta başvurusu fazladır. Bu kurumlardaki çocuk psikiyatri uzmanı sayısı 20 ve iki üniversite hastanesindeki uzmanlık öğrencisi sayısı da 20 civarındadır.

DEÜTF ÇERSH Anabilim Dalı'nda 1986 yılından itibaren verilmekte olan ayaktan tedavi hizmetlerinin yanı sıra üç yılı aşkın süredir yatarak tedavi hizmeti sürdürülmektedir ve 1993'ten itibaren uzmanlık eğitimi verilmektedir. DEÜTF ÇERSH ayaktan tedavi biriminde öğretim üyesi özel randevuları, açılan randevulara başvuru sırasıyla yerleştirilmektedir; acil

olgular hemen değerlendirilerek yönlendirilmektedir; acil olmayan olgular için ise zaman içinde değişen koşullara uygun şekilde poliklinik işleyişinde çeşitli düzenlemeler yapılmıştır. Eylül 2001'e kadar telefonla veya kliniğe gelerek başvuran hastalara (aciller dışında) sekreter tarafından başvuru sırasıyla açılan randevular dağıtılmıştır. Eylül 2001'de başvuran hastaların, telefonla veya yüz yüze görüşme ile yapılandırılmış hasta dosyalarına kaydedilen bilgilerinin haftada bir yapılan toplantıda hekimler tarafından değerlendirilmesi şeklinde bir önceliklendirme yöntemine geçilmiştir. Hasta dosyalarındaki sosyodemografik bilgiler, yakınmalar, hastalık süresi ve önceki tanıya ilişkin bilgiler değerlendirilerek 'öncelikli' veya 'rutin' bekleme listesine yönlendirmeler yapılmıştır. Öncelikli veya rutin bekleme listelerinde sırası gelen hastalar telefonla aranarak randevuları bildirilmiştir. Randevu bildirim sırasında randevuyu onaylamalarına karşın hastaların randevu devamsızlık oranlarının yüksek olduğu dikkati çekmiştir. Ayrıca, yetersiz değerlendirme nedeniyle önceliklendirmede sorunlar yaşanmıştır. Bu şekilde sınırlı dosya bilgilerine dayanarak hastaları önceliklendirmenin zaman alıcı oluşu ve yararlarının az oluşu dolayısıyla Temmuz 2004'te hekimin gerçekleştirdiği yüz yüze klinik görüşmeye dayanan daha yapılandırılmış bir önceliklendirilme uygulaması başlatılmıştır. Bu uygulamada triajı yapan kıdemli uzmanlık öğrencisi hekim her gün ilk başvuran belli sayıdaki hastayı değerlendirmekte ve öncelik düzeyine göre 'acil' 'öncelikli' 'rutin' bekleme listesine almaktadır veya gerektiğinde başka birimlere sevk etmekte ya da sonlandırmaktadır. Pazartesi, Salı, Perşembe, Cuma günleri kliniğe ilk başvuran sekiz hasta ve Çarşamba günü başvuran dört hasta aynı gün triaj ile değerlendirilmektedir.

Triaj değerlendirmesi üç aşamadan oluşmaktadır. İlk olarak, ebeveyn ve/veya ergen tarafından GGA formları, ÇDDÖ ve/veya KDÖ doldurulur. Daha sonra, intern hekim, hastaların sosyo demografik özellikleri, var olan belirtileri, gelişimsel öyküsü ve aile öyküsünü poliklinik hasta dosyasına ve yaşına uygun (Okul Çağı (5-18 yaş) / Okul Öncesi (5 yaş öncesi)) değerlendirme formuna kaydeder. Sonrasında, bu kayıtları da inceleyen uzmanlık öğrencisi hekim, çocuk ve ebeveyn(ler) ile psikiyatrik görüşmeyi gerçekleştirir. Yakınmalar, öykü, özgeçmiş, soygeçmiş ve risk etkenleri kısa sürede (yaklaşık 30 dakika) değerlendirilmeye çalışılır. Belirtilerin şiddeti, işlevsellikte bozulma ve riskler, ön tanılar ve hastaların öncelikli gereksinimleri belirlenir ve hastalar, triaj gruplarından ('acil', 'öncelikli', 'rutin') birine yönlendirilir. Hekimin klinik değerlendirmesinde akut mani ya da psikoz, kendine veya başkasına zarar verme riski, organik mental bozukluklar, okul reddi, yeme bozuklukları, çocuk istismarı veya ihmali ve psikososyal krizleri olan olgular 'acil' olarak

yönlendirilmektedir. Erken tanımlama ve yoğun müdahaleden yararlanabilecek psikoz, depresif bozukluk, bipolar bozukluk ve yaygın gelişimsel bozukluk ön tanılı olan olgular ise öncelikli gruba alınmaktadır. Triaaj değerlendirilmesinin sonunda gereken bazı organik ve psikometrik incelemeler ve konsültasyonlar planlanır. Kolay çözülebilecek sorunlara yönelik öneriler verilir ve ailenin öncelikli soruları yanıtlanır. Bu yolla veya gerekli birimlere sevk edilerek, bazı olgular hızla sonlandırılır. Poliklinikte izlem önerilen hastalardan acil olanlar hemen değerlendirme ve izlem amacıyla görevli klinisyenlere yönlendirilir; diğerleri ise 'öncelikli' veya 'rutin' bekleme listesine alınır.

Mesai saatleri içinde polikliniğe başvuran ancak triaj sistemine giremeyen ve ciddi sorunları olduğu belirtilen hastalar o hafta acil olguların muayenesinden sorumlu hekim tarafından değerlendirilir ve triaj süreci uygulanır; acil izlem / öncelikli veya rutin bekleme listesine alma / sonlandırma şeklinde gerekli yönlendirmeler yapılır. Mesai saatleri içinde veya dışında DEÜTF Acil Servis'e başvuran ve ruhsal değerlendirme amacıyla ÇERSH biriminden konsültasyon istenen hastalar ise konsültasyondan sorumlu hekimler tarafından triajı yapılarak yönlendirilir. Acil Servis'te gerçekten acil sorunları olduğu düşünülen hastalar, o hafta acil olguların muayenesinden sorumlu hekim tarafından poliklinikte randevu planlanarak izleme alınır. Acil Servis'te yapılan değerlendirmede 'öncelikli' veya 'rutin' izlem önerilen hastalara; bir hafta içinde polikliniğe başvurarak izlem talebini bildirmeleri durumunda bekleme listesine alınacakları iletilir ve bu süre içinde başvuran hastalar yönlendirildikleri bekleme listesine alınır; başvurmayanların dosyaları ise kapatılır.

Adli makamlardan medikolegal değerlendirme amacıyla DEÜTF ÇERSH Polikliniği'ne gönderilmiş olan olgular, bu alanda sorumlu poliklinik ekibine yönlendirilmektedir. Adli değerlendirme sürecinde tedavi gereksinimi olduğu saptanan olgulara da triaj süreci uygulanarak; acil izlem / öncelikli veya rutin bekleme listesine alma / sonlandırma şeklinde gerekli yönlendirmeler yapılmaktadır.

Bu çalışma için Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik ve Laboratuvar Araştırmaları Etik Kurulu'ndan onay alınmıştır (Ek-8).

Sekiz aylık çalışma sürecinde polikliniğe başvuran yeni hastalara, sabah başvuru sırasına göre, 30 dk ara ile gün içinde görüşme saatleri planlanmıştır. Hasta kaydı yapılırken GGA formları ve ÇDDÖ ve/veya KDÖ verilmiş ve böylece klinik değerlendirme yapılmadan

önce bu formların doldurulması sağlanmıştır. Sekiz aylık çalışma sürecinde mesai saatleri içinde polikliniğe başvuran, ancak triaj sistemine giremeyen ve ciddi sorunları olduğu belirtilen olgular da GGA formları ve ÇDDÖ ve/veya KDÖ'ü doldurduktan sonra, o hafta acil olguların muayenesinden sorumlu hekim tarafından triaj değerlendirmesine alınmıştır. Triajda, klinik değerlendirme ve yönlendirme aşamasını tamamlayan hekim, 5-18 yaş grubundaki hastalar için ÇRSÖÖ ve GAS'ı doldurmuştur. Değerlendirme sonrasında hekim, GGA formları ve ÇDDÖ ve/veya KDÖ'ü kontrol ederek olabildiğince tamamlanmasına çalışmıştır.

GGA formları, 11- 16 yaş arası olgular için hem kendileri hem de ebeveynlerinden biri tarafından, 11 yaşından küçük olgular için de sadece ebeveynleri tarafından doldurulmuştur. ÇDDÖ 5-18 yaş arası olguların ebeveynlerinden biri, KDÖ ise 11-18 yaş arası gençler tarafından doldurulmuştur. 5-18 yaş arası çalışma grubundaki olguların hasta dosyaları, değerlendirme formları, GGA formları, ÇDDÖ ve/veya KDÖ'leri çalışma verilerini oluşturmak amacıyla toplanmıştır. Klinik değerlendirmeyi yapan hekimlerin ölçek puanlarına kör kalması sağlanmıştır.

3.4. VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Bu çalışmada; çocuk ve ergene ilişkin özellikler (cinsiyet, yaş aralığı, okul durumu), aileye ilişkin özellikler (sağlık güvencesi, ailedeki çocuk sayısı, hastanın ailede kaçınıcı çocuk olduğu, aile bütünlüğü), anne ve babaya ilişkin özellikler (yaş, eğitim düzeyi, meslek), hastalığa ilişkin özellikler (hastalık süresi, yakınmalar, ön tanılar) ve hekimin klinik değerlendirmesi sonucu yapılan yönlendirmeler değerlendirilmiştir.

Yeme bozuklukları (60), seçici konuşmamazlık (61), somatoform bozukluklar (62), duygudurum bozuklukları ve anksiyete bozuklukları ön tanılarında en az birini alan olgularda 'içe yönelim bozukluğu' olduğu ve dikkat eksikliği ve yıkıcı davranış bozuklukları, dürtü kontrol bozuklukları, alkol-madde kötüye kullanımı ön tanılarında en az birini alan olgularda ise 'dışa yönelim bozukluğu' olduğu kaydedilmiştir (63, 64, 65).

Hekimin klinik değerlendirmesi sonucunda 'acil' veya 'öncelikle' izlenmesi önerilen olgular 'öncelikli' grup, 'rutin' bekleme listesine alınan veya 'sonlandırılan' olgular ise 'öncelikli olmayan' grup olarak ayrılmış ve karşılaştırılmıştır.

Çalışmada elde edilen verilerin istatistiksel analizi SPSS windows 11.0 paket programı kullanılarak yapılmıştır. Sürekli değişkenler ortalama±standart sapma, kategorik değişkenler ise yüzde olarak ifade edilmiştir. Tüm analizlerde $p<0.05$ olduğunda istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

Kategorik değişkenlerin karşılaştırılmasında **ki-kare testi** ve gerektiğinde **Fisher'in kesin ki-kare testi** kullanılmıştır. Sürekli değişkenler **bağımsız örneklem t-testi** ve **Mann-Whitney U testi** kullanılarak karşılaştırılmıştır. ÇRSÖÖ, GAS, GGA, KDÖ ve ÇDDÖ puanları arasındaki korelasyonlar **Pearson korelasyon katsayısı** hesaplanarak belirlenmiştir. Korelasyonun gücü, 0.00-0.24 arası 'zayıf', 0.25-0.49 arası 'orta', 0.50-0.74 arası 'güçlü', 0.75-1.00 arası 'çok güçlü' korelasyon olarak değerlendirilmiştir (66).

Hekim görüşmesi sonucu yönlendirmeler altın standard kabul edilerek, değişik kesim noktalarında ÇRSÖÖ ve GAS puanının hekim yönlendirmeleriyle tutarlılığını değerlendirmek için **kappa analizi** yapılmıştır. Bu değerlendirmede, ÇRSÖÖ için median ve üstü (25 puan), %75'lik persentil ve üstü (35 puan), GAS için median üstü (31.5 puan), 50 puan üstü, %75'lik persentil ve üstü (53.0 puan) kesim noktaları kullanılarak kappa değerleri hesaplanmıştır. Çalışmada, kappa değeri 0.75'in üstü 'mükemmel', 0.40-0.75 arası 'orta derece', 0.40'ın altı 'zayıf' tutarlılık olarak değerlendirilmiştir (66).

İki testin sonuçlarının kıyaslanması seçicilik ve duyarlılığı verir. Bu karşılaştırma bir eğri üzerinde yapılabilir. Seçilen bir eşik değere göre duyarlılığın (doğru pozitif) ve yalancı pozitif bulguların grafiğe geçirilmesi ile ROC eğrisi (*Receiver Operating Characteristic Curve*) elde edilir. ROC eğrisi, birden fazla tanı testinin kıyaslanmasında ya da bir ölçüm için yeni bir eşik değeri belirlenmesinde kullanılır (66). ROC eğrisinin altındaki alan 1.0 değerine ne kadar yakınsa ayırt etme gücü o kadar kusursuz kabul edilirken 0.5 değerine yaklaştıkça ayırt etme gücünün şansa yakın olduğu düşünülmektedir (67). Kabul edilebilir en kötü ROC eğrisinde eğri altında kalan alan 0.5'e eşittir (66). Bu çalışmada hekimin klinik değerlendirmesi sonucunda 'öncelikli' veya 'öncelikli olmayan' olarak yönlendirilmeyi öngörmeye ÇRSÖÖ, GAS, GGA ÇDDÖ ve KDÖ puanlarının gücü **ROC eğrisi** kullanılarak değerlendirilmiştir. Çizilen eğrilerde eğri altında kalan alan ne kadar genişse öngörme gücünün de o kadar yüksek olduğu kabul edilmiştir.

4. BULGULAR

4.1. SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLER

4.1.1. Çocuk ve Ergene İlişkin Özellikler

Çalışma grubundaki 900 olgunun 562'si (%62.4) erkek, 338'i (%37.6) kız olup, yaş ortalaması 9.99±3.41 yıldır. Olguların cinsiyet dağılımı, yaş aralığı ve okul durumuna ilişkin özellikleri **Tablo 1**'de yer almaktadır.

Olguların okul durumu, 'okula devam edenler' ve herhangi bir şekilde okula devam etmeyen ya da okula başlamamış olguları içeren 'okula gitmeyenler' şeklinde iki gruba ayrılmıştır. Buna göre olguların 838'i (%93.1) okula devam edenler ve 62'si (%6.9) okula gitmeyenler grubunda yer almaktadır. Olguların yaklaşık yarısı ilkokula devam etmektedir.

Tablo 1. Çalışma grubundaki çocuk ve ergenlere ilişkin özellikler

	n	(%)
CİNSİYET (N=900)		
Erkek	562	(62.4)
Kız	338	(37.6)
YAŞ ARALIĞI (N=900)		
5-6 yaş	198	(22.0)
7-12 yaş	483	(53.7)
13-18 yaş	219	(24.3)
OKUL DURUMU (N=900)		
Okula devam edenler	838	(93.1)
<i>Anasınıfı</i>	68	(7.6)
<i>İlkokul</i>	467	(51.9)
<i>Ortaokul</i>	171	(19.0)
<i>Lise</i>	132	(14.7)
Okula gitmeyenler	62	(6.9)
<i>Okula başlamamış</i>	44	(4.9)
Zorunlu eğitim yaşından küçük	28	(3.1)
Zorunlu eğitim yaşında	16	(1.8)
<i>Okula devam etmeyenler</i>	18	(2.0)
Terk	13	(1.4)
Okuldan atılma	1	(0.1)
Kayıt dondurma	2	(0.2)
Ortaokul mezunu	2	(0.2)

4.1.2. Aileye İlişkin Özellikler

Çalışma grubundaki olguların aile sağlık güvencesi, ailedeki çocuk sayısı, olgunun kaçınıcı çocuk olduğu ve ailenin bütün veya parçalanmış olma durumuna ilişkin bulgular **Tablo 2**'de yer almaktadır. Emekli Sandığı, Sosyal Sigortalar Kurumu, Bağ-Kur veya özel sigortası olan olgular 'sağlık güvencesi var' olarak kabul edilmiş, yeşil kartlılar ve diğer olgular 'sağlık güvencesi yok' olarak kaydedilmiştir. Biyolojik anne ve biyolojik babadan olan çocukların sayısı 'ailedeki çocuk sayısı' olarak kaydedilmiştir. Çocuk sayısı, bir ile on arasında değişmektedir ve medyan değeri iki olup, ortalama çocuk sayısı 2.09 ± 1.08 'dir.

Biyolojik anne, baba ve çocuk(lar)dan oluşan aileler 'bütün', diğer aile ortamları ise 'parçalanmış' olarak tanımlanmıştır. Olguların 765'i (%85.0) bütün, 135'i (%15.0) parçalanmış ailelerden gelmektedir. Ailede parçalanmanın nedenleri; boşanma (n=90; %10), ebeveynlerden birinin kaybı (n=20), ayrılma (n=12), yuvada barınma (n=7), evlat edinilmiş olma(n=5) ve evlilik dışı ilişki sonucu dünyaya gelmiş olma (n=1) olarak belirlenmiştir.

Tablo 2. Çalışma grubundaki olguların aileye ilişkin özellikleri

Aileye ilişkin özellikler	n	(%)
SAĞLIK GÜVENCESİ (N=895)		
Var	764	(85.4)
Yok	131	(14.6)
ÇOCUK SAYISI (N=894)		
Tek çocuklu aile	221	(24.7)
İki çocuklu aile	498	(55.7)
Üç çocuklu aile	116	(13.0)
Dört veya daha çok çocuklu aile	59	(6.6)
AİLEDE KAÇINCI ÇOCUK (N=894)		
İlk çocuk (9 olgu ikiz)	495	(55.4)
Sonra doğan çocuk (14 olgu ikiz)	399	(44.6)
AİLE BÜTÜNLÜĞÜ (N=900)		
Bütün	765	(85.0)
Parçalanmış	135	(15.0)

Ailenin toplam aylık ortalama gelir düzeyini bildiren 878 olgunun gelir düzeyi 150-1000 TL arasındadır (ortalama: 1385 ± 1037 TL).

4.1.3. Anne ve Babaya İlişkin Özellikler

Çalışma grubundaki olguların anne ve babalarının eğitim düzeyi ve mesleklerine ilişkin bildirilen özellikler **Tablo 3**'te yer almaktadır. Çocukların babalarının yaş ortalaması 40.93 ± 6.76 (aralık: 23-71 yaş) ve annelerinin yaş ortalaması 36.20 ± 6.21 (aralık: 22-60 yaş) 'dir. Ebeveyn eğitim düzeyi ilkokulu bitirmemiş, okur-yazar ya da hiç okuma yazma bilmeyen olgularda eğitim düzeyi 'yok' olarak kaydedilmiştir. Ebeveynlerin meslekleri, değerlendirme sırasındaki ebeveynin çalıştığı iş olarak kaydedilmiştir. Polis, asker, jandarma gibi meslekler 'güvenlik güçleri'; savcı, avukat, hakim gibi meslekler 'hukukçu', sağlık sektöründe çalışan doktor, hemşire, sağlık memuru gibi meslekler 'sağlık çalışanı' olarak kaydedilmiştir. Çalışma grubundaki olguların yarıya yakınında (%46.9) baba işçi, yaklaşık 3/4'ünde (%75.0) anne ev hanımı olarak saptanmıştır.

Tablo 3. Anne ve babaya ilişkin özellikler

	Baba	Anne
EĞİTİM DÜZEYİ	(N= 882)	(N= 890)
	n (%)	n (%)
Yok	22 (2.5)	54 (6.1)
İlkokul	350 (39.7)	416 (46.7)
Ortaokul	114 (12.9)	102 (11.5)
Lise	215 (24.4)	204 (22.9)
Yüksekokul	181 (20.5)	114 (12.8)
MESLEĞİ	(N= 877)	(N= 890)
	n (%)	n (%)
İşçi	411 (46.9)	87 (9.8)
İşsiz/ev hanımı	44 (5.0)	668 (75.0)
Ticaret-esnaf	162 (18.5)	15 (1.7)
Emekli	83 (9.5)	34 (3.8)
Güvenlik güçleri	65 (7.4)	3 (0.3)
Memur	58 (6.6)	18 (2.0)
Eğitimci, öğretim elemanı	17 (1.9)	26 (2.9)
Ekonomist, bankacı, muhasebeci	15 (1.7)	15 (1.7)
Mühendis	15 (1.7)	2 (0.2)
Hukukçu	5 (0.6)	4 (0.4)
Sağlık çalışanı	2 (0.2)	19 (2.1)

4.2. HASTALIĞA İLİŞKİN ÖZELLİKLER

4.2.1. Hastalık Süresi

Çalışma grubundaki olguların hastalık sürelerine ilişkin bulgular **Tablo 4**'te yer almaktadır. Hastalık süresi 'bir ay veya daha kısa süreli'; 'bir aydan fazla, altı ay veya daha kısa süreli'; 'altı aydan fazla, bir yıl veya daha kısa süreli' ve 'bir yıldan fazla' süren sorunlar olarak kaydedilmiştir.

Tablo 4. Çalışma grubundaki olguların hastalık süreleri (N=895)

HASTALIK SÜRESİ	n (%)
0-1 ay	42 (4.7)
1- 6 ay	101 (11.3)
6ay- 1 yıl	141 (15.8)
1 yıldan uzun süreli	611 (68.3)

4.2.2. Başvuruda Bildirilen Yakınmalar

Poliklinik hasta dosyalarının ön yüzünde listelenen yakınmaların değerlendirilmesiyle elde edilen bulgular **Tablo 5**'te yer almaktadır. Olguların başvuruda bildirilen yakınma sayısı bir ile dokuz arasında değişmektedir ve medyan değeri üç olup, ortalaması 3.62 ± 1.69 'dur. "Sinirlilik", "algılama sorunu", "arkadaşlarıyla anlaşamama", "sürekli anne ile yatma", "olmayan şeyleri anlatma", "yaşından daha olgun davranma" gibi bildirilen, ancak listede yer almayan yakınmalar 'diğer' başlığı altında kodlanmıştır ve 112 (%12.4) olgunun 'diğer' yakınmalarla başvurduğu saptanmıştır. Tüm grupta en sık yakınmalar 'dikkat dağınıklığı', 'ders başarısızlığı' ve 'bunaltı, sıkıntı, huzursuzluk' olarak sıralanmıştır. Başvuruda en sık bildirilen ilk dört yakınmanın üçü sıklık sırası değişmekle birlikte kızlarda ve erkeklerde aynı sorunlardır; bunlar 'dikkat dağınıklığı', 'ders başarısızlığı' ve 'bunaltı, sıkıntı, huzursuzluk' yakınmalarıdır. İlk dört yakınmadan erkeklerde 'aşırı hareketlilik' ve kızlarda 'mutsuzluk, karamsarlık, isteksizlik' karşı cinsten farklı olarak yer almaktadır. 'Kekeleme', 'bunaltı, sıkıntı, huzursuzluk', 'aşırı hareketlilik' ve 'dikkat dağınıklığı' yakınmaları erkeklerde; 'uyku problemi', 'fiziksel yakınmalar, 'mutsuzluk, karamsarlık, isteksizlik', 'özkıyım girişimi, kendine zarar verme' ve 'istismar' ise kızlarda anlamlı olarak daha fazla bildirilmiştir.

Tablo 5. Çalışma grubundaki olguların başvuruda bildirilen yakınmaları

YAKINMALAR	Tüm grup (N=900)		Erkek (N=562)		Kız (N=338)		χ^2	p
	n	(%)	n	(%)	n	(%)		
Dikkat dağınıklığı	399	(44.3)	289	(51.4)	110	(32.5)	29.722	<0.001
Ders başarısızlığı	351	(39.0)	232	(41.3)	119	(35.2)	3.023	0.082
Bunaltı, sıkıntı, huzursuzluk	264	(29.3)	148	(26.3)	116	(34.3)	6.113	0.013
Aşırı hareketlilik	257	(28.6)	215	(38.3)	42	(12.4)	67.765	<0.001
Aile ilişki sorunu	206	(22.9)	118	(21.0)	88	(26.0)	2.758	0.097
Mutsuzluk, karamsarlık, isteksizlik	206	(22.9)	96	(17.1)	110	(32.5)	27.722	<0.001
Alışkanlıklar (mastürbasyon, parmak emme, tırnak yeme, saç yolma...)	180	(20.0)	106	(18.9)	74	(21.9)	1.031	0.310
Yıkıcı davranışlar (okuldan/evden kaçma, çalma)	168	(18.7)	123	(21.9)	45	(13.3)	9.659	0.002
Okuma, yazma, matematik sorunu	133	(14.8)	87	(15.5)	46	(13.6)	0.447	0.504
Alt ıslatma	129	(14.3)	85	(15.1)	44	(13.0)	0.601	0.438
Fiziksel yakınmalar (karın ağrısı, kusma, bayılma...)	124	(13.8)	48	(8.5)	76	(22.5)	33.383	<0.001
Özkiyim girişimi, kendine zarar verme	111	(12.3)	45	(8.0)	66	(19.5)	24.849	<0.001
Çeşitli korkular	110	(12.2)	66	(11.7)	44	(13.0)	0.212	0.646
Konuşma geriliği	76	(8.4)	52	(9.3)	24	(7.1)	1.001	0.317
Arkadaşsızlık, çekingenlik	72	(8.0)	47	(8.4)	25	(7.4)	0.153	0.696
Uyku sorunu	55	(6.1)	21	(3.7)	34	(10.1)	13.623	<0.001
Telaffuz bozukluğu	51	(5.7)	36	(6.4)	15	(4.4)	1.183	0.277
Genel gelişim geriliği	51	(5.7)	36	(6.4)	15	(4.4)	1.183	0.277
Kekeleme	33	(3.7)	30	(5.3)	3	(0.9)	10.609	0.001
Takıntılı düşünce ve davranışlar	30	(3.3)	21	(3.7)	9	(2.7)	0.459	0.498
Garip davranışlar ve ilgiler, iletişim kurmama	24	(2.7)	14	(2.5)	10	(3.0)	0.043	0.835
Kaka kaçırma	22	(2.4)	18	(3.2)	4	(1.2)	2.812	0.094
Okul reddi	20	(2.2)	15	(2.7)	5	(1.5)	0.882	0.348
Tik	16	(1.8)	12	(2.1)	4	(1.2)	0.618	0.432
Yeme sorunu	14	(1.6)	6	(1.1)	8	(2.4)	1.556	0.212
Madde kötüye kullanımı (alkol, uyuşturucu)	13	(1.4)	5	(0.9)	8	(2.4)		0.086*
İstismar (cinsel,fiziksel)	11	(1.2)	2	(0.4)	9	(2.7)		0.003*
Okul,öğretmenle uyum sorunu	10	(1.1)	5	(0.9)	5	(1.5)		0.515*
Cinsel kimlik sorunu	6	(0.7)	6	(1.1)	0	(0)		0.089*

* Fisher'in kesin ki-kare testi

4.2.3. Hekimin Klinik Değerlendirmesi Sonucunda Saptanan Ön Tanılar

Değerlendirme sonucunda saptanan ön tanılar, 'Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı'na (DSM-IV) göre eksen I ve eksen II tanıları', 'kliniğe başvuruya yol açan diğer sorunlar' ve 'tanısı olmayan' şeklinde gruplandırılmıştır (**Tablo 6**).

Tablo 6. Çalışma grubundaki olguları hekimin klinik değerlendirmesi sonucunda belirlenen ön tanıları

ÖN TANILAR	Tüm grup (N=900)		Erkek (N=562)		Kız (N= 338)		χ^2	p
	n	(%)	n	(%)	n	(%)		
DSM IV EKSEN I - EKSEN II TANILARI								
Dikkat eksikliği ve yıkıcı davranış bozuklukları	258	(28.7)	214	(38.1)	44	(13.0)	63.602	<0.001
Mental kısıtlılık	255	(28.3)	179	(31.9)	76	(22.5)	8.661	0.003
Ayrılma anksiyetesi-Anksiyete bozuklukları	136	(15.1)	77	(13.7)	59	(17.5)	2.036	0.154
Öğrenme bozuklukları	111	(12.3)	74	(13.2)	37	(10.9)	0.768	0.381
Dışa atım bozuklukları	102	(11.3)	71	(12.6)	31	(9.2)	2.184	0.139
Duygudurum bozuklukları	133	(14.8)	65	(11.6)	68	(20.1)	11.589	0.001
İletişim bozuklukları	49	(5.4)	39	(6.9)	10	(3.0)	5.747	0.017
Uyum bozuklukları	31	(3.4)	20	(3.6)	11	(3.3)	0.003	0.957
Dürtü kontrolü bozuklukları	36	(4.0)	15	(2.7)	21	(6.2)	6.011	0.014
Yaygın gelişimsel bozukluklar	27	(3.0)	18	(3.2)	9	(2.7)	0.067	0.796
Tik bozuklukları	13	(1.4)	9	(1.6)	4	(1.2)		0.776*
Şizofreni ve diğer psikotik bozukluklar	8	(0.9)	7	(1.2)	1	(0.3)		0.270*
Uyku bozuklukları	9	(1.0)	4	(0.7)	5	(1.5)	0.308	
Yeme bozuklukları	3	(0.3)	1	(0.2)	2	(0.6)		
Somatoform bozukluklar	9	(1.0)	1	(0.2)	8	(2.4)		0.002*
Madde kullanımı ile ilişkili bozukluklar	3	(0.3)	2	(0.4)	1	(0.3)		1.000*
Cinsel bozukluklar ve cinsel kimlik bozuklukları	10	(1.1)	6	(1.1)	4	(1.2)		1.000*
Bebeklik, çocukluk ve ergenliğin diğer bozuklukları								
- Basmakalıp davranış bozukluğu	17	(1.9)	12	(2.1)	5	(1.5)	0.200	0.655
- Seçici konuşmamazlık	4	(0.4)	2	(0.4)	2	(0.6)		0.634*
Klinik ilgi odağı olabilecek diğer durumlar								
- İlişki sorunları	102	(11.3)	50	(8.9)	52	(15.4)	8.207	0.004
- Kötüye kullanma ya da ihmal etme ile ilişkili sorunlar	6	(0.7)	1	(0.2)	5	(1.5)		0.030*
- Yas	15	(1.7)	7	(1.2)	8	(2.4)	1.007	0.316
- Bir yaşam evresi sorunu (dönem sorunları)	87	(9.7)	47	(8.4)	40	(11.8)	2.529	0.112
KLİNİĞE BAŞVURUYA NEDEN OLAN DİĞER SORUNLAR								
Suisid girişimi	1	(0.1)	0	(0)	1	(0.3)		0.376*
B kümesi kişilik örüntüsü	13	(1.4)	0	(0)	13	(3.8)		<0.001*
C kümesi kişilik örüntüsü	6	(0.7)	4	(0.7)	2	(0.6)		1.000*
TANISI OLMAYANLAR	28	(3.1)	14	(2.5)	14	(4.1)	1.400	0.237

* Fisher'in kesin ki-kare testi

Sınırdaki entellektüel işlevsellik, mental retardasyon ve gelişim geriliği ön tanıları, ‘mental kısıtlılık’ başlığı altında toplanmıştır. DSM-IV’e göre herhangi bir ön tanı konulamamış ancak yardım almak için başvuruyu gerektiren sorunlar ‘klineğe başvurmaya yol açan diğer sorunlar’ başlığı altında toplanmıştır. Tüm grupta en sık ön tanıları ‘dikkat eksikliği ve yıkıcı davranış bozuklukları’, ‘mental kısıtlılık’ ve ‘anksiyete bozuklukları’ olarak sıralanmıştır. Erkeklerde ‘dikkat eksikliği ve yıkıcı davranış bozuklukları’ (%38.1) ‘mental kısıtlılık’ (%31.9), ‘anksiyete bozuklukları’ (%17.5) ve kızlarda ise ‘mental kısıtlılık’ (%22.5), ‘duygudurum bozuklukları’ (%20.1) ve ‘anksiyete bozuklukları’ (%17.5) en sık ön tanılarıdır.

4.3. ÇRSÖÖ, GAS, GGA, ÇDDÖ ve KDÖ PUANLARININ DAĞILIMI

Çalışma grubundaki olguların ÇRSÖÖ, GAS, GGA, ÇDDÖ ve KDÖ puan ortalamaları ve puanların cinsiyete göre karşılaştırılması **Tablo 7**’de yer almaktadır.

GGA ebeveyn toplam güçlük puanı erkeklerde ve KDÖ problem puanları kızlarda karşı cinse göre anlamlı yüksek bulunmuştur.

Tablo 7. ÇRSÖÖ, GAS, GGA, ÇDDÖ ve KDÖ puan ortalamalarının dağılımı

ÖLÇEK PUANLARI	Tüm grup	Erkek	Kız	t **	p
ÇRSÖÖ (N=900)	26.03±13.00	26.07±12.46	25.95±13.87	0.134	0.893
GAS (N=900)	36.94±26.79	37.19±25.30	36.53±29.13	0.347	0.729*
GGA Ebeveyn toplam güçlük (N=854)	18.03±6.65	18.38±6.45	17.43±6.95	2.035	0.042
GGA Ergen toplam güçlük (N=298)	16.08±6.10	15.76±5.76	16.47±6.49	-1.002	0.317
ÇDDÖ İçe yönelim (N=865)	64.77±10.98	64.51±10.77	65.21±11.33	-0.910	0.363
ÇDDÖ Dışa yönelim (N=865)	60.85±12.50	60.58±12.48	61.32±12.54	-0.844	0.399
ÇDDÖ Toplam problem (N=865)	65.71±10.70	65.49±10.52	66.10±10.99	-0.810	0.418
KDÖ İçe yönelim (N=300)	60.71±11.53	59.17±11.77	62.45±11.04	-2.482	0.014
KDÖ Dışa yönelim (N=300)	57.47±12.48	55.70±11.67	59.47±13.09	-2.632	0.009
KDÖ Toplam problem (N=300)	60.19±11.62	58.64±11.22	61.95±11.85	-2.487	0.013
ÇDDÖ Etkinlik (N=795)	37.62±9.52	37.70±9.60	37.50±9.40	0.283	0.777
ÇDDÖ Sosyallik (N=796)	39.65±8.88	39.85±9.10	39.31±8.50	0.826	0.409
ÇDDÖ Okul (N=745)	36.16±8.12	36.60±8.27	35.45±7.82	1.888	0.059
ÇDDÖ Toplam yeterlik (N=744)	34.94±9.03	35.27±9.35	34.40±8.47	1.287	0.202
KDÖ Etkinlik (N=299)	41.17±9.19	41.67±9.01	40.59±9.38	1.014	0.311
KDÖ Sosyallik (N=300)	42.30±9.70	43.16±9.59	41.33±9.77	1.629	0.104
KDÖ Toplam yeterlik (N=285)	37.97±11.62	39.86±11.45	37.95±11.16	1.424	0.155

* Equally variances not assumed

** Bağımsız gruplarda t testi

4.4. ÇRSÖÖ, GAS, GGA, ÇDDÖ ve KDÖ PUANLARI ARASINDAKİ KORELASYONLARIN BELİRLENMESİ

ÇRSÖÖ ve GAS puanları ile GGA, ÇDDÖ ve KDÖ problem puanlarının pozitif korele ve ÇDDÖ ve KDÖ yeterlik puanlarının negatif korele olduğu saptanmıştır (**Tablo 8**). ÇRSÖÖ ile KDÖ Etkinlik puanı arasındaki korelasyon dışında tüm korelasyonlar anlamlıdır. ÇRSÖÖ ve GAS puanı arasındaki korelasyon ‘çok güçlü’dür. ÇRSÖÖ ile ÇDDÖ Etkinlik, ÇDDÖ Okul ve KDÖ Toplam yeterlik puanları ‘zayıf’ korelasyon gösterirken; GAS ile ÇDDÖ Etkinlik, ÇDDÖ Okul, ÇDDÖ Toplam yeterlik ve KDÖ Etkinlik puanları ‘zayıf’ korelasyon göstermektedir. Bunların dışındaki anlamlı korelasyonlar ‘orta’ derecededir.

Tablo 8. ÇRSÖÖ, GAS, GGA, ÇDDÖ ve KDÖ puanlarının korelasyonu

ÖLÇEKLER	ÇRSÖÖ		GAS	
	r*	p	r*	p
ÇRSÖÖ			0.810	<0.001
GAS	0.810	<0.001		
GGA Ebeveyn toplam güçlük	0.381	<0.001	0.324	<0.001
GGA Ergen toplam güçlük	0.416	<0.001	0.404	<0.001
ÇDDÖ İçe yönelim	0.300	<0.001	0.280	<0.001
ÇDDÖ Dışa yönelim	0.372	<0.001	0.320	<0.001
ÇDDÖ Toplam problem	0.412	<0.001	0.353	<0.001
KDÖ İçe yönelim	0.436	<0.001	0.423	<0.001
KDÖ Dışa yönelim	0.379	<0.001	0.328	<0.001
KDÖ Toplam problem	0.456	<0.001	0.419	<0.001
ÇDDÖ Etkinlik	-0.129	<0.001	-0.127	<0.001
ÇDDÖ Sosyallik	-0.268	<0.001	-0.251	<0.001
ÇDDÖ Okul	-0.229	<0.001	-0.163	<0.001
ÇDDÖ Toplam yeterlik	-0.264	<0.001	-0.241	<0.001
KDÖ Etkinlik	-0.113	0.052	-0.188	0.001
KDÖ Sosyallik	-0.250	<0.001	-0.264	<0.001
KDÖ Toplam yeterlik	-0.228	<0.001	-0.271	<0.001

* Pearson korelasyon katsayısı

4.5. HEKİMİN KLİNİK DEĞERLENDİRMESİ SONUCUNDA YAPILAN YÖNLENDİRMELER

Yapılan klinik değerlendirme sonucunda, çalışma grubundaki olguların 28'i (%3.1) tanı almaması nedeniyle sonlandırılmış ve 621'i (%69.0) rutin bekleme listesine alınmıştır. Olguların 189'unun (%21.0) öncelikle ve 62'sinin (%6.9) acil izlemi planlanmıştır. Yapılan yönlendirmelerin cinsiyete göre dağılımı **Tablo 9**'da yer almaktadır.

Tablo 9. Hekimin klinik değerlendirmesi sonucunda yapılan yönlendirmeler

	Tüm grup (N=900)	Erkek (N=562)	Kız (N=338)
	n (%)	n (%)	n (%)
Sonlandırılmış	28 (3.1)	14 (2.5)	14 (4.1)
Rutin izlem	621 (69.0)	406 (72.2)	215 (63.6)
Öncelikle izlem	189 (21.0)	114 (20.3)	75 (22.2)
Acil izlem	62 (6.9)	28 (5.0)	34 (10.1)

Hekimin klinik değerlendirmesi sonucunda hemen (acil) veya öncelikle izlem için yönlendirilen olgular 'öncelikli' gruba ve rutin izlem önerilen veya sonlandırılan olgular ise 'öncelikli olmayan' gruba ayrılmıştır. Çalışma grubundaki olguların 251'i (%27.9) 'öncelikli' 649'u (%72.1) ise 'öncelikli olmayan' grupta yer almıştır. Bu iki grup sosyodemografik ve klinik özellikler açısından karşılaştırılmıştır.

4.6. HEKİMİN KLİNİK DEĞERLENDİRMESİNE GÖRE ÖNCELİKLİ OLAN OLGULAR İLE ÖNCELİKLİ OLMAYANLARIN KARŞILAŞTIRILMASI

4.6.1. Hekimin Klinik Değerlendirmesine Göre Öncelikli Olan Olgular ile Öncelikli Olmayanların Sosyodemografik Özellikler Açısından Karşılaştırılması

Sosyodemografik özelliklerden okul durumu 'ilkokul 5'e kadar' ve '6.sınıf ve üzeri'; sağlık güvencesi, yeşil kart ya da güvence bildirmeyenler 'yok', diğerleri 'var'; ailedeki çocuk sayısı 'tek çocuk' ve 'birden fazla çocuk'; olgunun ailede kaçınıcı çocuk olduğu 'ilk çocuk' ve 'sonra doğan çocuk'; aile bütünlüğü 'bütün' ve 'parçalanmış'; baba mesleği 'işçi' ve 'işçi olmayan'; anne mesleği 'ev hanımı' ve 'ev hanımı olmayan'; baba ve anne eğitim düzeyi 'ilköğretim ve daha az' ve 'lise ve üzeri' şeklindeki özelliklerine göre gruplandırılmıştır. Olguların 535'i (%63.8) 5.sınıfa kadar, 303'ü (%36.2) 6.sınıf ve üzeri eğitimlidir. Olguların 221'i (%24.7) tek çocuklu, 673'ü (%75.3) birden fazla çocuklu ailede yaşamaktadır. Olguların 486'sının (%55.1) babası ve 572'sinin (%64.3) annesi 'ilköğretim ve daha az eğitilmiş' 396'sının (%44.9) babası, 318'inin (%35.7) annesi 'lise ve üzeri eğitilmiş' olarak bulunmuştur. Hekimin klinik değerlendirmesine göre 'öncelikli' olan olgular ile 'öncelikli olmayan' olgular bu özellikler açısından karşılaştırılmıştır (**Tablo 10**). 'Öncelikli' olgularda kız cinsiyeti, 6. sınıf ve üzeri sınıfta olma ve parçalanmış ailede yaşama 'öncelikli olmayan' olgular ile karşılaştırıldığında anlamlı düzeyde daha fazla bulunmuştur.

Tablo 10. ‘Öncelikli’ olgular ile ‘öncelikli olmayan’ olguların sosyodemografik özellikler açısından karşılaştırılması

	ÖNCELİKLİ n (%)	ÖNCELİKLİ OLMAYAN n (%)	χ^2	p
CİNSİYET (N=900)				
Erkek	142 (56.6)	420 (64.7)	4.774	0.029
Kız	109 (43.4)	229 (35.3)		
OKUL DURUMU (N=838)				
İlkokul 5 ve aşağısı	113 (50.9)	422 (68.5)	21.156	<0.001
6.sınıf ve üzeri	109 (49.1)	194 (31.5)		
SAĞLIK GÜVENCESİ (N=895)				
Var	212 (85.8)	552 (85.2)	0.019	0.890
Yok	35 (14.2)	96 (14.8)		
ÇOCUK SAYISI (N=894)				
Tek çocuk	56 (22.6)	165 (25.5)	0.693	0.405
Birden fazla çocuk	192 (77.4)	481 (74.5)		
KAÇINCI ÇOCUK (N=894)				
İlk çocuk	136 (54.8)	359 (55.6)	0.015	0.902
Sonra doğan çocuk	112 (45.2)	287 (44.4)		
AİLE BÜTÜNLÜĞÜ (N=894)				
Bütün	195 (78.6)	570 (88.2)	12.626	<0.001
Parçalanmış	53 (21.4)	76 (11.8)		
BABA MESLEĞİ (N=877)				
İşçi	112 (45.9)	299 (47.2)	0.078	0.780
İşçi olmayan	132 (54.1)	334 (52.8)		
ANNE MESLEĞİ (N=891)				
Ev hanımı	187 (75.4)	481 (74.8)	0.010	0.922
Ev hanımı olmayan	61 (24.6)	162 (25.2)		
BABA EĞİTİM DÜZEYİ (N=882)				
İlköğretim ve daha az	126 (51.2)	360 (56.6)	1.867	0.172
Lise ve üzeri	120 (48.8)	276 (43.4)		
ANNE EĞİTİM DÜZEYİ (N=890)				
İlköğretim ve daha az	156 (62.9)	416 (64.8)	0.203	0.652
Lise ve üzeri	92 (37.1)	226 (35.2)		

Hekimin klinik değerlendirmesine göre ‘öncelikli’ olan olgular ile ‘öncelikli olmayan’ olguların toplam aylık gelir düzeyi, ailedeki çocuk sayısı ve başvuruda yakınma sayısı açısından karşılaştırılması ile elde edilen bulgular **Tablo 11**’de yer almaktadır. ‘Öncelikli’ olguların yaşları ve yakınma sayıları ‘öncelikli olmayan’ olgular ile karşılaştırıldığında anlamlı düzeyde daha fazla bulunmuştur.

Tablo 11. ‘Öncelikli’ olgular ile ‘öncelikli olmayan’ olguların yaş, toplam aylık gelir düzeyi, ailedeki çocuk sayısı ve başvuruda yakınma sayısı açısından karşılaştırılması

	TÜM GRUP	ÖNCELİKLİ	ÖNCELİKLİ OLMAYAN	Mann-Whitney U	p
	Ort ± SS (medyan)	Ort ± SS (medyan)	Ort ± SS (medyan)		
Yaş (N=900)	9.99±3.41 (9.5)	11.04±3.89 (11)	9.58±3.12 (9)	62273.00	<0.001
Gelir düzeyi (N=878)	1385±1037 (1000)	1378±1015 (1000)	1387±1047 (1000)	76416.00	0.826
Çocuk sayısı (N=894)	2.09±1.08 (2)	1.98±0.74 (2)	2.12± 1.18 (2)	79378.50	0.816
Yakınma sayısı (N=900)	3.62± 1.70 (3)	4.62± 1.68 (5)	3.23± 1.54 (3)	44768.00	<0.001

4.6.2. Hekimin Klinik Değerlendirmesine Göre Öncelikli Olan Olgular ile Öncelikli Olmayanların Hastalığa İlişkin Özellikler Açısından Karşılaştırılması

Hastalık süresi bildirilen 895 olgunun 284’ünde (%31.7) ‘bir yıl veya daha kısa’ süreli ve 611’inde (%68.3) ‘bir yıldan fazla’ süreli olarak saptanmıştır. Tüm grupta olguların 262’sinde (%29.1) içe yönelim bozukluğu ve 286’sında (%31.8) dışa yönelim bozukluğu ön tanısının bulunduğu saptanmıştır.

‘Öncelikli’ olgularda bir yıl ve daha kısa süreli hastalığın olması ve içe yönelim bozukluğu ön tanısının olması ‘öncelikli olmayan’ olgular ile karşılaştırıldığında anlamlı düzeyde daha fazla bulunmuştur (**Tablo 12**).

Tablo 12. ‘Öncelikli’ olgular ile ‘öncelikli olmayan’ olguların hastalık süresi ve ön tanıları açısından karşılaştırılması

	ÖNCELİKLİ		ÖNCELİKLİ OLMAYAN		χ^2	p
	n	(%)	n	(%)		
HASTALIK SÜRESİ						
1 yıl veya daha kısa	107	(42.6)	177	(27.5)	18.431	<0.001
1 yıldan fazla	144	(57.4)	467	(72.5)		
ÖNTANILAR						
İçe yönelim bozukluğu						
Var	148	(59.0)	114	(17.6)	148.319	<0.001
Yok	103	(41.0)	535	(82.4)		
Dışa yönelim bozukluğu						
Var	75	(29.9)	211	(32.5)	0.463	0.496
Yok	176	(70.1)	438	(67.5)		

4.6.3. Hekimin Klinik Değerlendirmesine Göre Öncelikli Olan Olgular ile Öncelikli Olmayanların ÇRSÖÖ, GAS, GGA, ÇDDÖ ve KDÖ Puanlarının Karşılaştırılması

Tüm gruptaki olguların GAS medyan puanı 31.5 ve ÇRSÖÖ medyan puanı ise 25.0 olarak bulunmuştur. Hekimin klinik değerlendirmesine göre öncelikli olan olgularda GAS medyan puanı 71, ÇRSÖÖ medyan puanı ise 39 ve öncelikli olmayan olgularda GAS medyan puanı 23 ve ÇRSÖÖ medyan puanı ise 20 olarak saptanmıştır.

Hekimin klinik değerlendirmesine göre öncelikli gruba alınan olgular ile öncelikli olmayan gruptakilerin ÇRSÖÖ, GAS, GGA, ÇDDÖ ve KDÖ puanlarının karşılaştırılması sonucunda elde edilen bulgular **Tablo 13’te** yer almaktadır.

‘Öncelikli’ olguların ÇDDÖ Okul puanı dışındaki tüm ölçek puanları ‘öncelikli olmayan’ olgularla karşılaştırıldığında anlamlı düzeyde daha fazla bulunmuştur.

Tablo 13. Öncelikli olan ve öncelikli olmayan olgu gruplarının ÇRSÖÖ, GAS, GGA, ÇDDÖ ve KDÖ puanlarının karşılaştırılması

	ÖNCELİKLİ	ÖNCELİKLİ OLMAYAN	t **	p
ÇRSÖÖ (N=900)	38.84±11.66	21.07±9.69	21.443	<0.001*
GAS (N=900)	68.47±20.82	24.74±17.15	29.612	<0.001*
GGA Ebeveyn toplam güçlük (N=854)	20.47±6.32	17.13±6.55	6.682	<0.001
GGA Ergen toplam güçlük (N=298)	18.53±6.55	14.73±5.40	5.085	<0.001*
ÇDDÖ İçe yönelim (N=865)	68.56±10.13	63.30±10.95	6.471	<0.001
ÇDDÖ Dışa yönelim (N=865)	65.25±12.72	59.15±11.99	6.607	<0.001
ÇDDÖ Toplam problem (N=865)	70.05±9.70	64.03±10.60	7.978	<0.001*
KDÖ İçe yönelim (N=300)	65.49±10.68	57.91±11.11	5.783	<0.001
KDÖ Dışa yönelim (N=300)	62.67±12.77	54.42±11.28	5.818	<0.001
KDÖ Toplam problem (N=300)	65.54±10.61	57.05±11.05	6.516	<0.001
ÇDDÖ Etkinlik (N=795)	35.95±9.95	38.26±9.28	-3.080	0.002
ÇDDÖ Sosyallik (N=796)	36.72±8.93	40.76±8.61	-5.861	<0.001
ÇDDÖ Okul (N=745)	35.76±7.83	36.31±8.22	-0.818	0.414
ÇDDÖ Toplam yeterlik (N=744)	32.40±8.85	35.89±8.91	-4.750	<0.001
KDÖ Etkinlik (N=299)	39.14±9.90	42.36±8.54	-2,963	0.003
KDÖ Sosyallik (N=300)	40.03±10.10	43.63±9.23	-3.155	0.002
KDÖ Toplam yeterlik (N=285)	35.99±11.73	40.65±10.79	-3.397	0.001

* Equally variances not assumed

** Bağımsız örneklem t testi

4.7. DEĞİŞİK KESİM NOKTALARINDA ÇRSÖÖ ve GAS PUANLARININ HEKİM YÖNLENDİRMELERİYLE TUTARLILIĞININ KAPPA İSTATİSTİĞİ ile İNCELENMESİ

Hekim görüşmesi sonucunda yapılan yönlendirmeler altın standart kabul edilerek, değişik kesim noktalarında ÇRSÖÖ toplam puanı ve GAS puanının hekim yönlendirmeleriyle tutarlı olup olmadığı kapa analizi ile değerlendirilmiş ve elde edilen bulgular **Tablo 14**'te gösterilmiştir.

ÇRSÖÖ için belirlenen medyan (25 puan) ve üstü, 75 persentil (35 puan) ve üstü ve GAS için belirlenen medyan (31.5 puan), 50 puan ve üstü, 75 persentil (53.0 puan) ve üstü kesim noktalarında hesaplanan kapa değerleri hekim yönlendirmeleriyle orta derece tutarlı bulunmuştur ($p<0.001$).

Tablo 14. Değişik kesim noktalarında ÇRSÖÖ ve GAS puanlarının hekim yönlendirmesi ile tutarlılığı

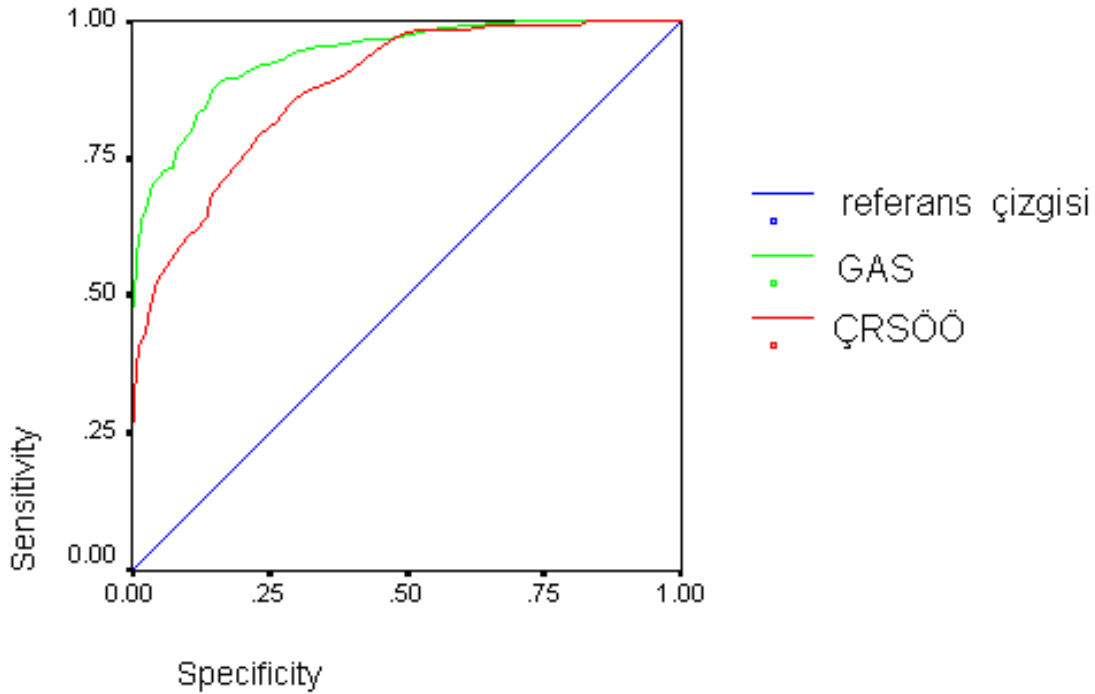
	Kappa değeri (κ)	p
ÇRSÖÖ KESİM NOKTALARI		
Medyan (25 puan) ve üstü	0.460	<0.001
75 persentil (35 puan) ve üstü	0.530	<0.001
GAS KESİM NOKTALARI		
Medyan (31.5 puan) ve üstü	0.500	<0.001
50 puan ve üstü	0.683	<0.001
75 persentil (53.0 puan) ve üstü	0.696	<0.001

4.8. ÇRSÖÖ, GAS, GGA, ÇDDÖ ve KDÖ PUANLARININ HEKİMİN KLİNİK DEĞERLENDİRMESİNE GÖRE YÖNLENDİRİLMİYİ ÖNGÖRMEDEKİ GÜCÜNÜN ROC EĞRİSİ KULLANILARAK KARŞILAŞTIRILMASI

4.8.1. ÇRSÖÖ ve GAS Puanları

Tüm olgularda GAS ve ÇRSÖÖ'nün 'öncelikli' olarak hekim yönlendirmesini öngörme gücünü değerlendirmek üzere çizilen ROC eğrisi ve eğri altındaki alanlar **Grafik 1**'de yer almaktadır.

Grafik 1. 'Öncelikli' yönlendirilmeyi öngörmede ÇRSÖÖ ve GAS puanlarının gücü

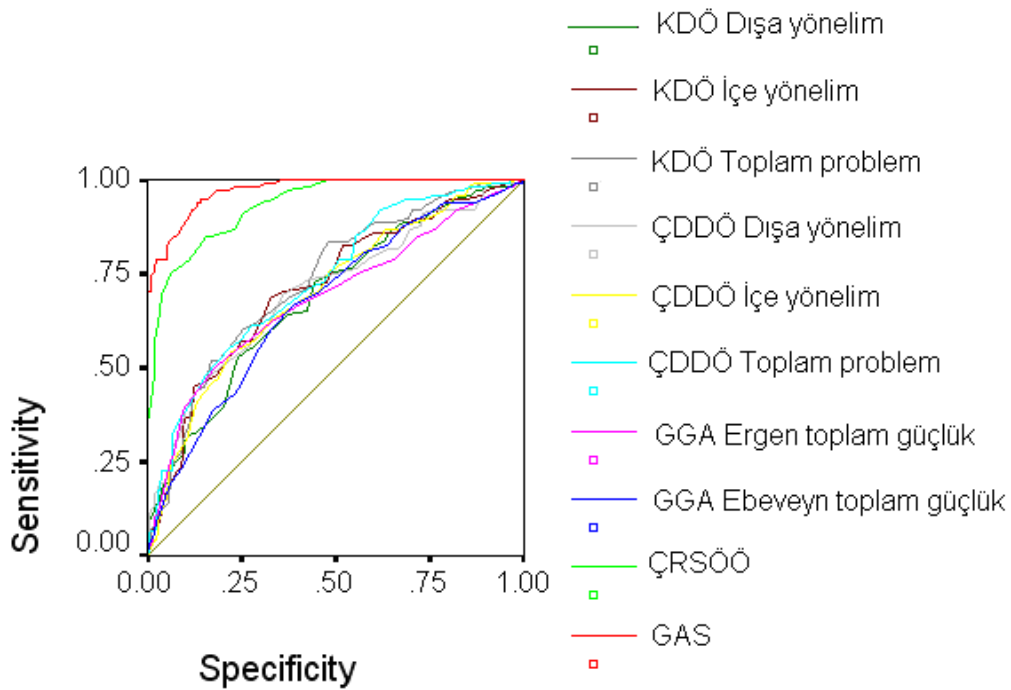


Öncelikli yönlendirilmeyi öngörme gücü	ROC eğrisi altındaki alan	p
ÇRSÖÖ	0.878	<0.001
GAS	0.938	<0.001

4.8.2. On Bir Yaş ve Üstü Ergen Olgularda ÇRSÖÖ, GAS, GGA, ÇDDÖ ve KDÖ Problem Puanları

On bir yaş ve üstü ergen olgularda ÇRSÖÖ, GAS, GGA, ÇDDÖ ve KDÖ Problem puanlarının ‘öncelikli’ olarak hekim yönlendirmesini öngörme gücünü değerlendirmek üzere çizilen ROC eğrisi ve eğri altındaki alanlar **Grafik 2**’de yer almaktadır.

Grafik 2. On bir yaş ve üstü ergen olgularda ‘öncelikli’ yönlendirilmeyi öngörmeye ÇRSÖÖ, GAS, GGA, ÇDDÖ ve KDÖ Problem puanlarının gücü

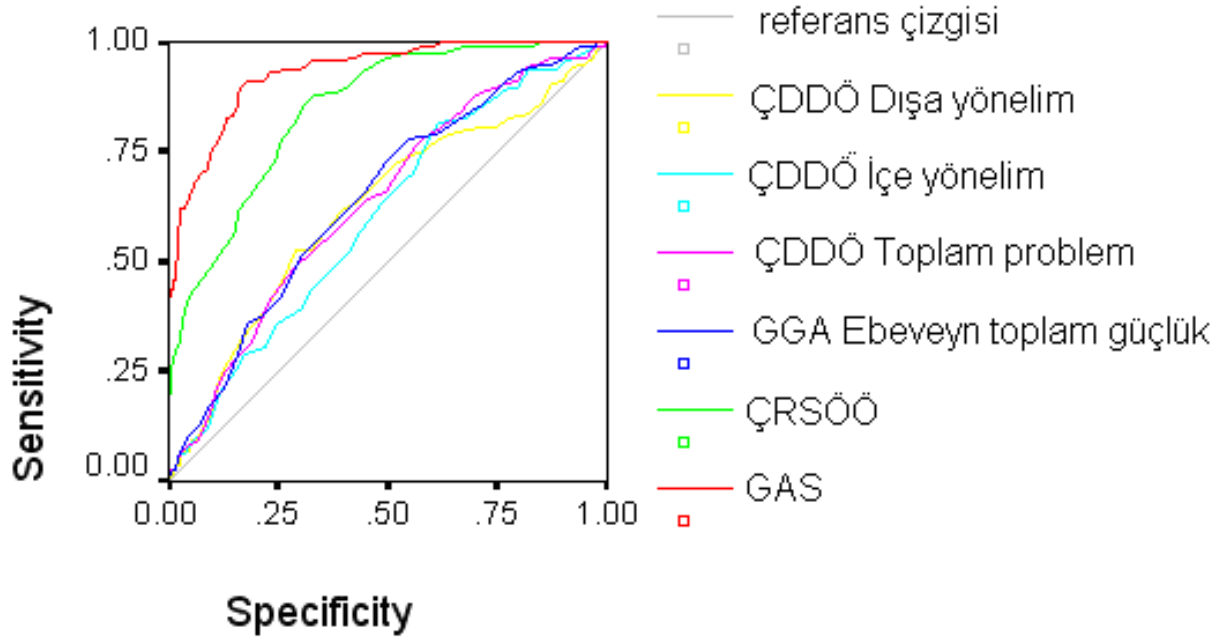


Öncelikli yönlendirilmeyi öngörme gücü	ROC eğrisi altındaki alan	p
ÇRSÖÖ	0.933	<0.001
GAS	0.972	<0.001
GGA Ebeveyn toplam güçlük	0.673	<0.001
GGA Ergen toplam güçlük	0.685	<0.001
ÇDDÖ Toplam problem	0.731	<0.001
ÇDDÖ İçe yönelim	0.700	<0.001
ÇDDÖ Dışa yönelim	0.704	<0.001
KDÖ Toplam problem	0.730	<0.001
KDÖ İçe yönelim	0.712	<0.001
KDÖ Dışa yönelim	0.687	<0.001

4.8.3. On Bir Yaş Altındaki Çocuk Olgularda ÇRSÖÖ, GAS, ÇDDÖ Problem ve GGA Ebeveyn Güçlük Puanları

On bir yaş altındaki çocuk olgularda ÇRSÖÖ, GAS, ÇDDÖ problem ve GGA Ebeveyn güçlük puanlarının ‘öncelikli’ olarak hekim yönlendirmesini öngörme gücünü değerlendirmek üzere çizilen ROC eğrisi ve eğri altındaki alanlar **Grafik 3**’te yer almaktadır.

Grafik 3. On bir yaş altındaki çocuk olgularda ‘öncelikli’ olarak yönlendirilmeyi öngörmeye ÇRSÖÖ, GAS, ÇDDÖ problem ve GGA Ebeveyn güçlük puanlarının gücü

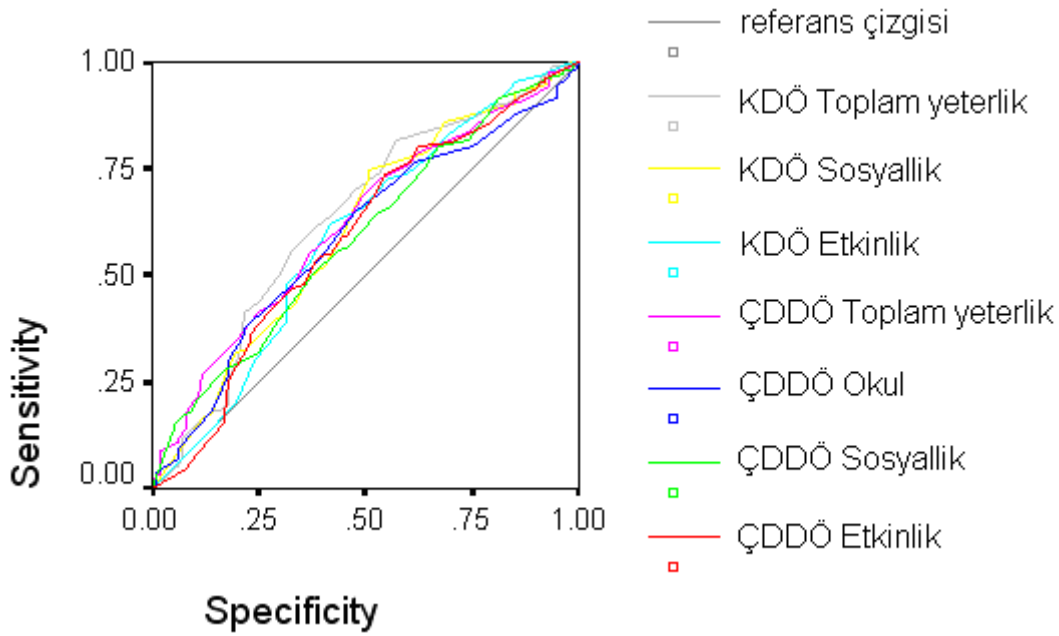


Öncelikli yönlendirilmeyi öngörme gücü	ROC eğrisi altındaki alan	p
ÇRSÖÖ	0.848	<0.001
GAS	0.931	<0.001
GGA Ebeveyn toplam güçlük	0.644	<0.001
ÇDDÖ Toplam problem	0.636	<0.001
ÇDDÖ İçe yönelim	0.603	0.001
ÇDDÖ Dışa yönelim	0.621	<0.001

4.8.4. On Bir Yaş ve Üstü Ergen Olgularda ÇDDÖ ve KDÖ Yeterlik Puanları

On bir yaş ve üstü ergen olgularda ÇDDÖ ve KDÖ Yeterlik puanlarının ‘öncelikli olmayan’ gruba hekim yönlendirmesini öngörme gücünü değerlendirmek üzere çizilen ROC eğrisi ve eğri altındaki alanlar **Grafik 4**’te yer almaktadır.

Grafik 4. On bir yaş ve üstü ergen olgularda ‘öncelikli olmayan’ gruba yönlendirilmeyi öngörmede ÇDDÖ ve KDÖ Yeterlik puanlarının gücü

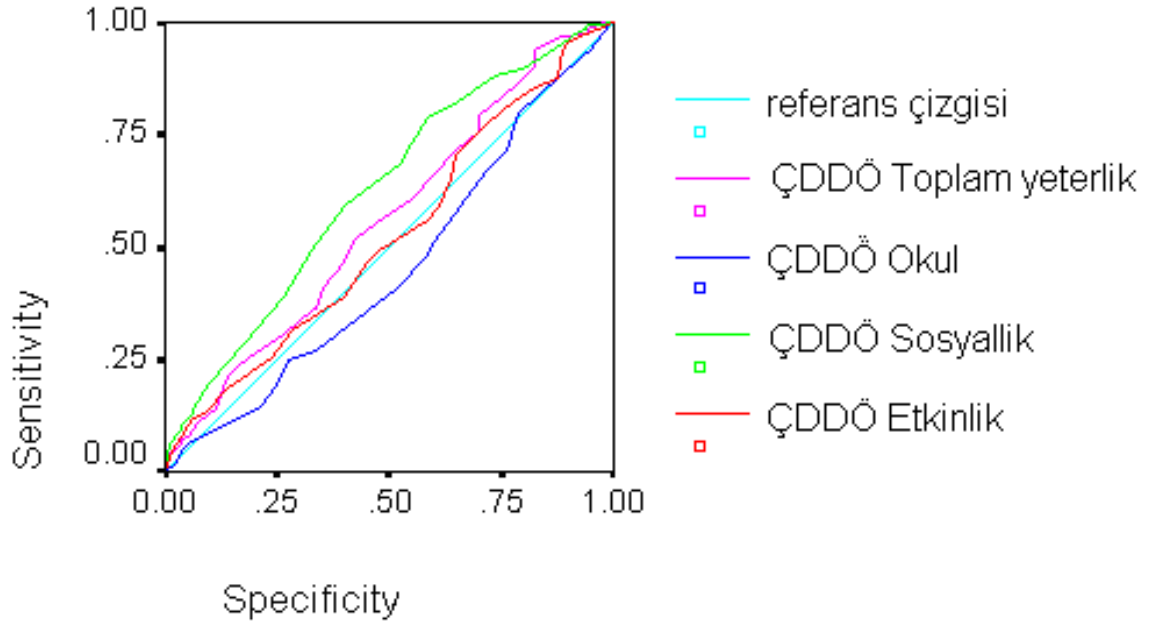


Öncelikli olmayan gruba yönlendirilmeyi öngörme gücü	ROC eğrisi altındaki alan	p
ÇDDÖ Etkinlik	0.589	0.013
ÇDDÖ Sosyallik	0.591	0.012
ÇDDÖ Okul	0.591	0.012
ÇDDÖ Toplam yeterlik	0.619	0.001
KDÖ Etkinlik	0.594	0.009
KDÖ Sosyallik	0.605	0.004
KDÖ Toplam yeterlik	0.632	<0.001

4.8.5. On Bir Yaş Altındaki Çocuk Olgularda ÇDDÖ Yeterlik Puanları

On bir yaş altındaki çocuk olgularda ÇDDÖ Yeterlik puanlarının ‘öncelikli olmayan’ gruba hekim yönlendirmesini öngörme gücünü değerlendirmek üzere çizilen ROC eğrisi ve eğri altındaki alanlar **Grafik 5**’te yer almaktadır.

Grafik 5. On bir yaş altındaki çocuk olgularda ‘öncelikli olmayan’ gruba yönlendirilmeyi öngörmeye ÇDDÖ ve KDÖ Yeterlik puanlarının gücü



Öncelikli olmayan gruba yönlendirilmeyi öngörme gücü	ROC eğrisi altındaki alan	p
ÇDDÖ Etkinlik	0.524	0.505
ÇDDÖ Sosyallik	0.626	<0.001
ÇDDÖ Okul	0.455	0.208
ÇDDÖ Toplam yeterlik	0.560	0.093

5. TARTISMA

Çocuk ruh sağlığı hizmetlerinde artan hizmet talebi, sınırlı kaynaklar, uzayan bekleme listeleri ve bekleme süreleri ve yüksek randevu devamsızlık oranları başlıca sorunlar arasında sayılmaktadır. Bu sorunlar gereksinimi olan çocukların ruh sağlığı hizmetinden yararlanmasını engelleyebilmektedir. Tedavi edilmeyen ruhsal sorunların kişisel, toplumsal ve ekonomik bedelleri göz önüne alındığında, çocuk ruh sağlığı birimlerine başvuran olgularda kapsamlı bir ruhsal değerlendirme ile öncelik düzeyinin belirlenmesi ve gerekirse koruyucu veya tedavi edici ruh sağlığı önlemlerinin alınması yararlı bir yaklaşımdır. Hastaların önceliğinin belirlenmesinde bildirilmiş olan az sayıda yöntemden biri ÇRSÖÖ'dür. Bu çalışmada ÇRSÖÖ ile birlikte GAS ve ruhsal belirtileri taramada sıklıkla kullanılan iki ölçekten (GGA ve Achenbach ölçekleri) elde edilen puanların hekimin klinik değerlendirmesi sonucunda yapılan yönlendirmeler ile ilişkisi değerlendirilmiştir. Öncelikli olarak yönlendirilen olgular ile öncelikli olmayan olgular ölçek puanları ve sosyodemografik ve klinik özellikler açısından karşılaştırılmıştır.

Bu çalışmada 5-18 yaş arası 900 çocuk ve ergenin %62.4'ünün erkek, %37.6'sı kız olduğu ve olguların ortalama yaşlarının 9.99 ± 3.41 olduğu saptanmıştır. Çalışma grubundaki olguların %53.7'si 7-12 yaş grubundadır ve %93.1'i okula devam etmektedir. Olguların %55.4'ü ailede ilk çocuk olup; %55.7'si iki çocuklu ailede ve %85'i bütün ailede yaşamaktadır. Çalışma grubundaki olguların %85.4'ünün sağlık güvencesi vardır ve ailelerin aylık ortalama geliri 1385 ± 1037 TL'dir. Olguların %55.1'inin babası ve %64.3'ünün annesi ilköğretim ve daha az eğitimlidir. En sık bildirilen meslek, babalarda işçi (%46.9) ve annelerde ev hanımıdır (%75.0).

Bu çalışmada olguların %68.3'ünün bir yıldan uzun süreli sorunlar ve %4.7'sinin son bir ay içinde başlayan sorunlar için başvurduğu saptanmıştır. En sık bildirilen yakınmalar, tüm grupta 'dikkat dağınıklığı', 'ders başarısızlığı' ve 'bunaltı, sıkıntı, huzursuzluk' olarak sıralanmıştır. Erkeklerde 'dikkat dağınıklığı' (%44.3) kızlarda ise 'ders başarısızlığı' (%41.3) en sık bildirilen yakınmadır. 'Dikkat dağınıklığı', 'aşırı hareketlilik', 'yıkıcı davranışlar' ve kekeleme' erkeklerde; 'bunaltı, sıkıntı huzursuzluk', 'mutsuzluk, karamsarlık, isteksizlik', 'fiziksel yakınmalar', 'özkıyım girişimi kendine zarar verme', 'uyku sorunu' ve 'istismar' ise kızlarda karşı cinse göre anlamlı olarak daha fazla bildirilen yakınmalardır. En sık saptanan ön tanımlar, tüm grupta 'dikkat eksikliği ve yıkıcı davranış bozuklukları', 'mental kısıtlılık' ve

'ayrılma anksiyetesi ve anksiyete bozuklukları' olarak sıralanmıştır; erkeklerde 'dikkat eksikliği ve yıkıcı davranış bozuklukları' (%38.1) ve kızlarda ise 'mental kısıtlılık' (%22.5) en sık ön tanılarıdır.

Bu çalışmadaki olguların ÇRSÖÖ, GAS, GGA, ÇDDÖ ve KDÖ puanları cinsiyete göre karşılaştırıldığında; GGA ebeveyn toplam güçlük puanı erkeklerde ve KDÖ problem puanları kızlarda karşı cinse göre anlamlı olarak yüksek bulunmuştur.

Bu çalışmadaki olguların ÇRSÖÖ ve GAS puanları ile GGA, ÇRSÖÖ ve KDÖ puanlarının korelasyonları değerlendirilmiştir. ÇRSÖÖ ve GAS puanları ile GGA, ÇDDÖ ve KDÖ problem puanlarının pozitif korele ve ÇDDÖ ve KDÖ yeterlik puanlarının negatif korele olduğu saptanmıştır. ÇRSÖÖ ile KDÖ Etkinlik puanı arasındaki korelasyon dışında tüm korelasyonlar anlamlıdır. ÇRSÖÖ ve GAS puanları arasındaki korelasyon 'çok güçlü'dür ($r=0.81$, $p<0.001$). ÇRSÖÖ ile ÇDDÖ Etkinlik, ÇDDÖ Okul ve KDÖ Toplam yeterlik puanları ve GAS ile ÇDDÖ Etkinlik, ÇDDÖ Okul, ÇDDÖ Toplam yeterlik ve KDÖ Etkinlik puanları 'zayıf' korelasyon göstermektedir. Bunların dışındaki anlamlı korelasyonlar 'orta' derecededir.

GAS ile ÇRSÖÖ arasında, ergenlerde yapılan bir başka araştırmada ($r=0.582$, $p<0.01$) (23) ve Kanada'da 497 hasta üzerinde yapılan bir başka araştırmada ($r=0.67$, $p<0.05$) (7) güçlü korelasyon bulunduğu bildirilmiştir. Bu çalışmada, ÇRSÖÖ ile GAS arasındaki korelasyon değeri yurt dışında yapılan araştırmalardan daha yüksek bulunmuştur.

Bu çalışmada, ebeveynin veya ergenin kendisinin doldurduğu, güçlük veya problem alanlarını tarayan ve işlevselliği değerlendiren ölçeklerde daha fazla ruhsal sorun bildiren ve işlevselliği daha düşük olan olguların, hekimlerin doldurduğu ÇRSÖÖ ve GAS ölçeklerinde daha yüksek puan aldığı saptanmıştır. ÇRSÖÖ ile GAS arasındaki korelasyonun ÇRSÖÖ ve GAS ile sorun alanlarını tarayan ve işlevselliği değerlendiren ölçekler arasındakinden daha güçlü bulunması, ÇRSÖÖ ve GAS'ı aynı hekimin doldurmasına karşın diğer ölçekleri ebeveyn veya ergen gibi farklı değerlendirmecilerin doldurması ile ilişkili olabilir. Ayrıca, ÇRSÖÖ ve GAS ile yapılan öncelik değerlendirmesinde ruhsal sorunlar ve işlevsellik dışında başka yönlerin de dikkate alınmıyor olması, korelasyonların daha düşük bulunmasını açıklayabilir. ÇRSÖÖ ve GAS ile problem/güçlük alanlarını değerlendiren alt testlerin puanlarının orta düzeyde, işlevsellik değerlendirmelerinin ise daha çok zayıf korelasyon

göstermesi, ÇRSÖÖ ve GAS değerlendirmesinde işlevsellikten çok ruhsal belirtilerin dikkate alındığını düşündürmektedir.

Klinik değerlendirme sürecinde, çocuklar sorunlarının sıklık, süre gibi özelliklerini doğru şekilde anımsamada zorlanabildiklerinden, ebeveynler kronolojik ayrıntıları daha iyi bildirebilmektedirler. Ancak, yaşla birlikte çocuklar giderek daha güvenilir bilgi kaynağı haline gelmektedirler. Ayrıca, cinsel istismar, şiddete maruziyet, akran ilişkilerindeki sorunlar gibi bazı konularda çocuklar tek bilgi kaynağı olabilmektedirler. Genelde ebeveynlerin yıkıcı davranışları veya dışa yönelim davranışlarını (huzursuzluk, dürtüsellik, karşıt olma, saldırganlık...); çocukların ise anksiyete ve depresyon belirtilerini (suisidal düşünceler ve davranışlar...) bildirme eğiliminin daha fazla olduğu belirtilmektedir (68). Bu çalışmada ÇRSÖÖ ile GAS arasındaki korelasyondan sonra en yüksek korelasyon ÇRSÖÖ ile KDÖ Toplam problem puanı arasındadır ($r=0.456$, <0.001). Bu bulgu, öncelik değerlendirme sürecinde ergenlerin sorun alanlarına ilişkin kendi bildirimlerinin önemli olduğunu düşündürmektedir.

Bu çalışmada, hekimin klinik değerlendirmesi sonucunda olguların %3.1'inin tanı almaması nedeniyle sonlandırıldığı; %69.0'unun rutin bekleme listesine alındığı; %21.0'i için öncelikli olarak ve %6.9'u için hemen (acil) izlem önerildiği saptanmıştır. Bekleme listesindeki hastaların ve hemen değerlendirme/tedavi gerektirmeyen yeni sevk edilmiş 126 olgunun triajda değerlendirildiği bir çalışmada %31.0 acil, %11.9 öncelikli, %29.4 rutin yönlendirme yapıldığı; %17.5'inin sonlandırıldığı ve %10.3'ünde ileri değerlendirme gerektiği bildirilmiştir (1). Sevk edilen acil olmayan olguların triajda değerlendirildiği bir başka çalışmada, 78 olgunun %33.3'üne bekletmeden hemen müdahale edildiği, %25.6'sının sonlandırıldığı, %23.1'inin bekleme listesine alındığı, %16.7'sinde ileri değerlendirme gerektiği ve %1.3'ünün öğrenme bozukluğu ekibine yönlendirildiği bildirilmiştir. Bu çalışmada bekleme listesine alınan hiçbir olgunun daha acil duruma gelmediği belirtilmiştir (2). Ebeveyn tarafından doldurulan GGA puanına göre seçilen (17 eşik değerini aşan) olgularda, yarı yapılandırılmış ankete dayalı olarak gerçekleştirilen telefon triajı uygulamasının değerlendirildiği bir çalışmada; 270 olgunun %42.2'sinin rutin, %26.3'ünün erken (iki hafta içinde) ve %31.5'inin öncelikli (8 hafta içinde) olarak yönlendirildiği bildirilmiştir (5). Kliniğe başvuran olguların önceliklendirilerek yönlendirilme uygulamaları klinikten kliniğe ve zaman içinde farklı sonuçlar verebilmektedir. Bu çalışmada

hekimin klinik değerlendirmesi sonucunda hastaların yönlendirilmesine ilişkin saptanan bulguların, özellikle Lai'nin araştırılmasındaki telefon triajı sonuçlarına benzer olduğu dikkati çekmektedir.

Bu çalışmada hekimin klinik değerlendirmesi sonucunda olguların %27.9'u 'öncelikli' (acil veya öncelikle izlem); 649'u (%72.1) ise 'öncelikli olmayan' (rutin bekleme listesi veya sonlandırma) grupta yer almıştır. Öncelikli olgular ile öncelikli olmayan olgular sosyodemografik ve klinik özellikler açısından karşılaştırıldığında; sağlık güvencesi varlığı, tek çocuklu ailede yaşama, hastanın ailede ilk çocuk olması, babanın işçi olması, annenin ev hanımı olması, anne veya babanın ilköğretime kadar eğitilmiş olması, toplam aylık gelir düzeyi ve ailedeki çocuk sayısı iki grup arasında anlamlı farklı bulunmamıştır. Öncelikli olgularda kız cinsiyetinde olma, 6. sınıf ve üzeri sınıfta olma, parçalanmış ailede yaşama, yaş ve yakınma sayısı 'öncelikli olmayan' olgular ile karşılaştırıldığında anlamlı düzeyde daha fazla bulunmuştur.

Son araştırmalarda dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu, yaygın gelişimsel bozukluklar, karşıt olma karşı gelme bozukluğu, ayrılma anksiyetesi bozukluğu ve özgül fobi gibi olguların çoğunun çocuklukta ortaya çıktığı bir grup bozukluk tanımlanmaktadır (18). Ergenlik döneminde ise duygudurum belirtilerinin arttığı (58) ve madde kullanımı, depresyon, anoreksiya nervosa gibi daha ciddi ruhsal bozuklukların ortaya çıkmaya başladığı bildirilmektedir (18). Ergenlik, kronik veya tekrarlayan bozuklukların sıklıkla ilk olarak başladığı ve sigara-alkol-madde kullanımı gibi risklerin de arttığı bir dönemdir (69). Sorunların daha küçük yaşta ortaya çıkmasının olumlu prognostik faktör olarak nitelendirilebileceği belirtilmektedir (70). Bu çalışmadaki olguların daha büyük yaşta ve sınıfta olması bu görüşleri desteklemektedir.

Ebeveynleri boşanmış bireylerin yaklaşık 1/3'ünde tedavi gerektiren psikoloji sorunların ortaya çıktığı; tek ebeveynli veya üvey ebeveyni olan çocuklarda anne ve babası bir arada olan çocuklara göre 2-3 kat daha fazla duygusal veya davranışsal sorun ve daha yüksek oranda öğrenme sorunları bulunduğu bildirilmektedir (71). Bu çalışmada olguların %15'inin parçalanmış ailede yaşadığı (üçte biri boşanma nedeniyle) ve öncelikli olan olgularda parçalanmış ailede yaşama oranının fazla olduğu saptanmıştır. Bu bulgular parçalanmış ailede yaşayan çocukların öncelikli değerlendirme gerektirebilecek ruhsal sorunlar yaşama riski taşıdığını düşündürmektedir.

DSM-IV tanısı koyarken belirti sayısı ve şiddeti önem taşımaktadır (72). Yakınma sayısı arttıkça psikiyatrik bozukluk olasılığının belirgin olarak arttığı (73); yakınma sayısının ergenlikte okul başarısızlığı ve suç ile ilgili olmayı öngörmeye etkili olabildiği bildirilmektedir (72). Bu çalışmada öncelikli olgularda yakınma sayısının fazla bulunması daha ağır zorlukları olan ve tanı konabilir sorunları olan bireylerin daha çok öncelikli gruba alındığını düşündürmektedir.

Bu çalışmada, hastalığa ilişkin özelliklerden dışa yönelim bozukluğu ön tanısının olması öncelikli olan ve olmayan grupta anlamlı farklı bulunmamıştır. İçe yönelim bozukluğu ön tanısının olması ve hastalık süresinin bir yıl veya daha kısa olması öncelikli grupta öncelikli olmayanlar ile karşılaştırıldığında anlamlı düzeyde daha fazladır.

Altı aydan daha kısa süreli sorunların hızlı ve kısa süren müdahaleden yararlanma olasılığının daha fazla olduğu için kısa sürenin olumlu prognostik faktör olduğu ileri sürülmüştür (70). Bu çalışmadaki olgularda öncelikli grupta sorunların daha yakın dönemde başladığı saptanmıştır. Bu bulgu, öncelikli gruptaki olguların yeni başlayan sorunlar için değerlendirme ve tedavi planına daha fazla gereksinimi olmasından kaynaklanabilir.

Hong Kong'da yapılan bir araştırmada klinisyenlerin hastaları acil veya öncelikli olarak yönlendirme nedenleri, sırasıyla depresif veya suicidal belirtiler, okula devam sorunları, saldırganlık, şiddetli karşıt olma davranışları, çoğul bedensel yakınmalar, psikotik belirtiler ve istismar riski olarak bildirilmiştir. İçe yönelim sorunlarına daha acil veya öncelikli müdahale edilmesi gerektiği ileri sürülmektedir (5). Ayrıca, toplumda ve klinik örnekleme de içe yönelim sorunlarının kızlarda, dışa yönelim sorunlarının ise erkeklerde daha sık görüldüğü bildirilmektedir (74). Bu çalışmadaki olgularda da hekimlerin içe yönelim bozukluğu olan olguları ve kızları öncelikli olarak yönlendirme eğiliminde olduğu dikkati çekmektedir.

Bu çalışmada, hekimin klinik değerlendirmesine göre öncelikli gruba alınan olgular ile öncelikli olmayan gruptakilerin ÇRSÖÖ, GAS, GGA, ÇDDÖ ve KDÖ puanları karşılaştırıldığında öncelikli olan olguların ÇDDÖ Okul puanı dışındaki tüm ölçek puanlarının öncelikli olmayanlardan anlamlı düzeyde daha fazla olduğu saptanmıştır. Bu bulgu öncelikli gruba alınan olguların ruhsal belirtilerinin daha fazla ve işlevsellik düzeylerinin daha düşük olduğunu düşündürmektedir.

Bu çalışmada, ÇRSÖÖ için belirlenen medyan (25 puan) ve üstü, 75 persentil (35 puan) ve üstü ve GAS için belirlenen medyan (31.5 puan), 50 puan ve üstü, 75 persentil (53.0 puan) ve üstü kesim noktalarında hesaplanan kappa değerleri hekim yönlendirmeleriyle anlamlı düzeyde orta derece tutarlı bulunmuştur. ÇRSÖÖ ve GAS'ın kesim noktası arttıkça hekim yönlendirmesiyle tutarlılıkları (kappa değeri) artmaktadır. Medyan üstü ve 75 persentil üstü kesim noktalarında hesaplanan kappa değerleri GAS'ta ÇRSÖÖ'e göre biraz fazladır. Bu bulgu, hekimlerin yönlendirme kararlarını GAS'a doğrudan yansıtılabildiklerini, buna karşın ÇRSÖÖ'de madde puanlarına kör olduklarından ötürü tutarlılığın azalmış olabileceğini düşündürmektedir.

Hemşire tarafından yapılan telefon triajında belirlenen öncelik düzeyleri ile ilk görüşmede klinisyenlerin belirlediği öncelik düzeylerinin karşılaştırıldığı bir araştırmada; triaj uygulamasının klinisyenin yönlendirmesine oranla daha fazla hastayı öncelikli veya erken randevu verilecek gruba yönlendirdiği (kappa değeri=0.311, p=0.000), öncelikli ve erken yönlendirmeler birleştirildiğinde her iki değerlendirilmenin tutarlılığının arttığı bildirilmiştir (kappa değeri=0.469, p=0.000) (5).

Bu çalışmada, ÇRSÖÖ toplam ve GAS puanı için tüm hasta grubunda, diğer ölçek puanları için, yaş sınırı nedeniyle 11 yaş altı ve 11 yaş ve üstü olmak üzere iki hasta grubunda ROC eğrileri çizilmiştir. Bu istatistiksel analizde ruhsal sorunların öncelikli grupta daha fazla olacağı varsayımından yola çıkarak, aynı örneklem grubuna ait ÇRSÖÖ puanı, GAS puanı, ÇDDÖ ve KDÖ Toplam problem, Toplam içe yönelim, Toplam dışa yönelim puanları, GGA ebeveyn ve ergen toplam güçlük puanlarının ROC eğrilerinin altında kalan bölümlerinin birbiri ile örtüşmesi beklenmektedir. Benzer şekilde işlevselliğin öncelikli olmayan grupta daha iyi olacağı varsayımından yola çıkarak Etkinlik, Sosyallik, Okul ve Toplam yeterlik puanları değerlendirilmiştir. Kantitatif olarak, bu ölçeklerin yönlendirmeyi ne kadar iyi öngörebildiğini değerlendirebilmek için eğrilerin altında kalan alan değerlendirmeye alınmıştır.

ROC eğrisi ile değerlendirildiğinde; bu çalışmadaki olguların öncelikli yönlendirilmesini öngörmede GAS ve ÇRSÖÖ'nün gücünün oldukça iyi olduğu (11 yaş üstü grupta daha fazla olmak üzere); GGA, ÇDDÖ ve KDÖ problem puanlarının ise biraz daha düşük olduğu saptanmıştır. ÇDDÖ ve KDÖ yeterlik puanlarının ise öngörme gücünün çok düşük olduğu bulunmuştur. GAS ve ÇRSÖÖ'nün öngörme gücünün diğer ölçek puanlarının

gücünden daha yüksek olması, öncelik değerlendirme sürecinde ebeveyn veya ergenlerin bildirdiği sorunların ve işlevsellik özelliklerinin dışında başka yönlerin de dikkate alındığını göstermektedir. Bu bulgu, sadece ebeveyn veya ergenin ölçek doldurması şeklinde yapılacak bir öncelik değerlendirmesinin belirgin sınırlılıkları olabileceğini düşündürmektedir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Polikliniği'ne ilk kez başvuran veya poliklinikte acil olarak değerlendirilen 5-18 yaş arası 900 olgu çalışmaya alınmıştır. Klinik değerlendirmeden hemen önce hasta ve ebeveyni tarafından doldurulan GGA, ÇDDÖ, KDÖ formları, klinik değerlendirme sonrası hekim tarafından doldurulan ÇRSÖÖ ve GAS ve hekimin klinik değerlendirmesine göre gerçekleştirilen yönlendirmeler değerlendirilmiştir.

Bu çalışmada saptanan sonuçlar:

- * Çalışma grubundaki olguların %62.4'ü erkek ve %37.6'sı kızdır.
- * Olguların ortalama yaşları 9.99 ± 3.41 'dir ve %53.7'si 7-12 yaş grubundadır
- * Olguların %93.1'i okula devam etmektedir.
- * Olguların %55.4'ü ailede ilk çocuktur ve %55.7'si iki çocuklu ailede yaşamaktadır.
- * Olguların %85'i bütün ailede yaşamaktadır.
- * Olguların %85.4'ünün sağlık güvencesi vardır.
- * Olguların ailelerinin aylık ortalama toplam geliri 1385 ± 1037 TL'dir.
- * Olguların %55.1'inin babası ve %64.3'ünün annesi ilköğretim ve daha az eğitilidir.
- * En sık bildirilen meslek, babalarda işçi (%46.9) ve annelerde ev hanımıdır (%75.0).
- * Olguların %68.3'ü bir yıldan uzun süreli sorunlar ve %4.7'si son bir ay içinde başlayan sorunlar için başvurmuştur.
- * En sık bildirilen yakınmalar, tüm grupta 'dikkat dağınıklığı', 'ders başarısızlığı' ve 'bunaltı, sıkıntı, huzursuzluk' olarak sıralanmıştır. Erkeklerde 'dikkat dağınıklığı' (%44.3) kızlarda ise 'ders başarısızlığı' (%41.3) en sık bildirilen yakınmadır.

* En sık saptanan ön tanılar, tüm grupta ‘dikkat eksikliği ve yıkıcı davranış bozuklukları’, ‘mental kısıtlılık’ ve ‘ayırılma anksiyetesi ve anksiyete bozuklukları’dır. Erkeklerde ‘dikkat eksikliği ve yıkıcı davranış bozuklukları’ (%38.1) ve kızlarda ise ‘mental kısıtlılık’ (%22.5) en sık ön tanılardır.

* Hekimin klinik değerlendirmesine göre çalışma grubundaki olguların 251’i (%27.9) öncelikli olarak yönlendirilmiştir.

* Öncelikli olgularda öncelikli olmayanlar ile karşılaştırıldığında; kız cinsiyeti, 6. sınıf üzeri sınıfta olma, parçalanmış ailede yaşama, hastalık süresinin bir yıl veya daha kısa olması ve içe yönelim bozukluğu ön tanısının olması oranları ve hastaların yaşı ve başvuruda bildirilen yakınma sayısı fazladır.

* Öncelikli olgularda öncelikli olmayanlar ile karşılaştırıldığında ÇDDÖ ve KDÖ problem puanları ve GGA puanları anlamlı düzeyde yüksek, ÇDDÖ Okul yeterlik puanı dışındaki tüm ÇDDÖ ve KDÖ yeterlik puanları anlamlı düzeyde düşüktür.

* Çalışma grubundaki olguların ÇRSÖÖ ve GAS puanları arasında çok güçlü; ÇRSÖÖ ve GAS puanları ile GGA, ÇDDÖ ve KDÖ problem puanları arasında orta derecede anlamlı pozitif korelasyon olduğu saptanmıştır.

* Değişik kesim noktalarında ÇRSÖÖ ve GAS puanları hekim yönlendirmeleriyle orta derecede tutarlı bulunmuştur.

* ÇRSÖÖ ve GAS puanlarının klinik değerlendirme sonucunda ‘öncelikli’ veya ‘öncelikli olmayan’ olarak yönlendirilmeyi öngörmedeki gücü ROC eğrisi kullanılarak değerlendirildiğinde, ÇRSÖÖ ve GAS’ın ‘öncelikli’ yönlendirilmeyi öngörme gücünün yüksek olduğu saptanmıştır.

Öneriler:

Çocuk ruh sağlığı hizmeti almak üzere başvuran hastaların öncelik düzeyinin belirlenmesinde kullanılmak üzere geliştirilen ve yurt dışında geçerlilik ve güvenilirliği kanıtlanmış ÇRSÖÖ, bu çalışma ile Türk çocuk ve ergen popülasyonunda hastaların önceliklerinin değerlendirilmesinde kullanılabileceği yönünde kanıtlar elde edilmiştir. Ancak, ölçeğin Türk çocuk ve ergen popülasyonunda geçerlilik ve güvenilirliğinin henüz yapılamamış olması önemli bir kısıtlılıktır ve geçerlilik ve güvenilirlik çalışmalarının yapılmasına gereksinim vardır. Bu kısıtlılığa karşın, bu çalışmadan elde edilen bulgular, ÇRSÖÖ'nün ruhsal sorunları olan çocuk ve ergenlerin öncelik düzeyini belirleme sürecinde klinik kararı destekleyebilecek nesnel bir gereç olduğunu düşündürmektedir. Çocuk ruh sağlığı hizmetlerine başvuruda öncelik değerlendirme sürecinin daha kapsamlı, daha ayrıntılı, daha şeffaf ve daha nesnel hale getirilmesine yönelik uygulamalar konusunda ileri araştırmalara gereksinim vardır.

7. KAYNAKLAR

- 1) Jones E, Lucey C, Wadland L. Triage: a waiting list initiative in a child mental health service. *Psychiatr Bull* 2000;24:57-59.
- 2) Parkin A, Frake C, Davison I. A triage clinic in a child and adolescent mental health service. *Child Adolesc Ment Health* 2003;8(4):177-183.
- 3) Rawlinson S, Williams R. The primary/secondary care interface in child and adolescent mental health services: the relevance of burden. *Curr Opin Psychiatry* 2000;13:389-395.
- 4) Foreman DM, Hanna M. How long can a waiting list be? The impact of waiting time on intention to attend child and adolescent psychiatric clinics. *Psychiatr Bull* 2000;24:211-213.
- 5) Lai KYC. The establishment of a triage system in a child and adolescent psychiatry clinic in Hong Kong. *Child Adolesc Ment Health* 2006;11(4):204-207.
- 6) Ayliffe L, Lagace C, Muldoon P. The use of mental health triage assessment tool in a busy Canadian tertiary care children's hospital. *J Emerg Nurs* 2005;31(2):161-165.
- 7) Cawthorpe D, Wilkes CR, Rahman A, Smith DH, Conner-Spady B, McGurran JJ, Noseworthy TW. Priority-setting for children's mental health: clinical usefulness and validity of the priority criteria score. *J Can Acad Child Adolesc Psychiatry* 2007;16(1):18-26.
- 8) Hadorn DC and the Steering Committee of the Western Canada Waiting List Project. Setting priorities for waiting lists: defining our terms. *Can Med Assoc J* 2000;163:857-860.
- 9) Smith DH, Hadorn DC and the Steering Committee of the Western Canada Waiting List Project. Lining up for children's mental health services: a tool for prioritizing waiting lists. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2002;41:367-376.
- 10) World Health Organization. ATLAS: Child and adolescent mental health resources. Global Concerns: Implications for the future. 2005.

- 11) Patel V, Flisher AJ, Hetrick S, McGorry P. Mental health of young people: a global public-health challenge. *Lancet* 2007;369(9569):1302-1313.
- 12) Karabekiroğlu K, Miral S. Çocuk ve ergen ruh sağlığı ve hastalıkları uzmanlığı eğitimi. *Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Temel Kitabı* (Editörler: Çetin FÇ, Coşkun A, İşeri E, Miral S, Motavallı N, Pehlivanürk B, Türkbay T, Uslu R, Ünal F). Hekimler Yayın Birliği, Ankara 2008;846-853.
- 13) Çetin FÇ. Çocuk ve ergen ruh sağlığı politikaları. *Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Temel Kitabı* (Editörler: Çetin FÇ, Coşkun A, İşeri E, Miral S, Motavallı N, Pehlivanürk B, Türkbay T, Uslu R, Ünal F). Hekimler Yayın Birliği, Ankara 2008;854-861.
- 14) Waddell C, Offord DR, Shepherd CA, Hua JM ve ark. Child psychiatric epidemiology and Canadian public policy-making: the state of the science and the art of the possible. *Can J Psychiatry* 2002;47(9):825-832.
- 15) Ford T, Goodman R, Meltzer H. The British child and adolescent mental health survey 1999: the prevalence of DSM 4 disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2003;42(10):1203-1211.
- 16) Bilyk B, Goodman R. Prevalence of child and adolescent psychiatric disorders in Southeast Brazil. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2004;43(6):727-734.
- 17) Ravens-Sieberer U, Wille N, Erhart M, Bettge S ve ark. Prevalence of mental health problems among children and adolescents in Germany: results of the BELLA study within the National Health Interview and Examination Survey. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2008 ;17(Suppl 1):22-33.
- 18) Costello E, Foley D, Angold A. 10-Year research update review: the epidemiology of child and adolescent psychiatric disorders: II. developmental epidemiology. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2006;45(1):8-25.
- 19) Edelsohn GA, Gomez GP. Psychiatric emergencies in adolescents. *Adolesc Med* 2006;17:183-204
- 20) Hazell P. Does the treatment of mental disorders in childhood lead to a healthier adulthood? *Curr Opin Psychiatry* 2007;20(4): 315-318.

- 21) Brown SA, Parker J D, Godding PR. Administrative, clinical and ethical issues surrounding the use of waiting lists in the delivery of mental health services. *J Behav Health Serv Res* 2002;29(2):217-228.
- 22) Jones SM, Bhadrinath BR. GPs' views on prioritisation of child and adolescent mental health problems. *Psychiatr Bull* 1998;22:484-486.
- 23) Kaltiala-Heino R, Fröjd S, Autio V, Laukkanen E ve ark. Transparent criteria for specialist level adolescent psychiatric care. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2007;16(4):260-270.
- 24) Kim-Cohen J, Caspi A, Moffitt TE, Harrington HL ve ark. Prior juvenile diagnoses in adults with mental disorder: Developmental follow-back of a prospective-longitudinal cohort. *Arch Gen Psychiatry* 2003;60:709-717.
- 25) Sherman ML, Barnum DD, Buhman-Wiggs A, Nyberg E. Clinical intake of child and adolescent consumers in a rural community mental health center: does wait-time predict attendance? *Community Ment Health J* 2009;45:78–84.
- 26) Becker A, Hagenberg N, Roessner V ve ark. Evaluation of the self reported SDQ in a clinical setting : Do self reports tell us more than ratings by adult informants. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2004;13(suppl 2):17-24.
- 27) Pottick KJ, Warner LA, Isaacs M, Henderson MJ ve ark. Children and adolescents admitted to specialty mental health care programs in the United States, 1986 and 1997. In R. W. Manderscheid & M. J. Henderson (Eds.), *Mental Health, United States, 2002* Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration. 2004;314-326. <http://mentalhealth.samhsa.gov/publications/allpubs/sma04-3938/Chapter20.asp> (12.10.2009)
- 28) Laitinen-Krispijn S, Van der Ende J, Wierdsma A, Verhulst F. Predicting adolescent mental health service use in a prospective record linkage study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1999;38:1073-1080.
- 29) Noseworthy TW, McGurran JJ, Hadorn DC. and the Steering Committee of the Western Canada Waiting List Project. Waiting for scheduled services in Canada: development of priority-setting scoring systems. *J Eval Clin Pract* 2003;9:23-31.

- 30) Woodhouse AE. Reducing waiting times: using an opt-in system and changing prioritisation criteria. *Child Adolesc Ment Health* 2006;11(2):94-97.
- 31) Clemente C, McGrath R, Stevenson C, Barnes J. Evaluation of a waiting list initiative in a child and adolescent mental health service. *Child Adolesc Ment Health* 2006;11:98-103.
- 32) Bjorngaard JH, Andersson HW, Ose SO, Hanssen-Bauer K. User satisfaction with child and adolescent mental health services: Impact of the service unit level. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2008;43:635-641.
- 33) Potter R, Darwish A. Predicting attendance at child and adolescent clinics. *Psychiatr Bull* 1996;20:717-718.
- 34) Benway CB, Hamrin V, McMahon TJ. Initial appointment nonattendance in child and family mental health clinics. *Am J Orthopsychiatry* 2003;73:419-428.
- 35) Watt BD, Dadds MR. Facilitating treatment attendance in child and adolescent mental health services: a community study. *Clin Child Psychol Psychiatry* 2007;12(1):105-116.
- 36) Sanmartin C, Shortt SE, Barer ML, Sheps S ve ark. Waiting for medical services in Canada: lots of heat, but little light. *CMAJ* 2000;162:1305-1310.
- 37) Hawker DSJ. Increasing initial attendance at mental health out-patient clinics: opt-in systems and other interventions. *Psychiatr Bull* 2007;31:179-182.
- 38) Mathai M, Markantonakis A. Improving initial attendance to a child and family psychiatric clinic. *Psychiatr Bull* 1990;14:151-152.
- 39) Wenning K, King S. Parent orientation meeting to improve attendance and Access at a child psychiatric clinic. *Psychiatr Serv* 1995;46(8):831-833.
- 40) Roberts S, Partridge I. Allocation of referrals within a child and adolescent mental health service. *Psychiatr Bull* 1998;22:487-489.
- 41) Edelsohn GA. Urgency counts: the why behind pediatric psychiatric emergency visits. *Clin Ped Emerg Med* 2004;5:146-153.

- 42) Dieppe C, Stanhope B, Rakhra K. Children who harm themselves: development of a paediatric emergency department triage tool. *Emerg Med J* 2009;26:418-420.
- 43) Lewis S, Barer ML, Sanmartin C, Sheps S ve ark. Ending waiting-list mismanagement: principles and practice. *CMAJ* 2000;162:1297-1300.
- 44) Hadorn DC, Holmes AC. The New Zealand Priority Criteria Project I: overview. *BMJ* 1997;314:131-134.
- 45) Isojoki I, Fröjd S, Rantanen P, Laukkanen E ve ark. Priority criteria tool for elective specialist level adolescent psychiatric care predicts treatment received. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2008;17:397-405.
- 46) Hadorn D, Steering Committee for the Western Canada Waiting List Project. Setting priorities of waiting lists: point-count systems and linear models. *J Health Serv Res Policy* 2003;8:48-54.
- 47) TÜİK-Türkiye İstatistik Kurumu <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=3992> (11.10.2009)
- 48) Erol N, Şimşek Z. Çocuk ve Gençlerde ruh sağlığı, yeterlik alanları, davranış ve duygusal sorunların dağılımı. Türkiye Ruh Sağlığı Profili Raporu. (Hazırlayanlar: Erol N, Kılıç C, Ulusoy M, Keçeci M, Şimşek Z) TC. Sağlık Bakanlığı, Ankara 1998 s:25-75.
- 49) Aras Ş, Varol Tas F, Unlu G. Medication prescribing practices in a child and adolescent psychiatry outpatient clinic. *Child Care Health Dev* 2007;33(4):482-490.
- 50) Abramson JH. WINPEPI (PEPI-for-Windows): computer programs for epidemiologists. *Epidemiol Perspect Innov* 2004;1:6.
- 51) Children's Mental Health Priority Criteria Tool http://www.wcwl.org/media/pdf/library/prioritization_tools.7.pdf (18.01.2009)
- 52) Yazıcı K, Yazıcı A, Biçer A, Tot Ş. ve ark. Kronik ağrı hastalarında anksiyete ve depresyonun yaşam kalitesine etkisi. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni* 2003;13:72-77.

- 53) Gould D, Kelly D, Goldstone L, Gammon J. Examining the validity of pressure ulcer risk assessment scales: developing and using illustrated patient simulations to collect the data. *J Clin Nurs* 2001;10(5):697-706.
- 54) Acaroğlu R, Őendir M, Kaya H, Sosyal E. BireyselleŐtirilmiŐ hemŐirelik bakımının hasta memnuniyeti ve sağlığa ilişkin yaşam kalitesine etkisi. *İ.Ü.F.N. Hem. Derg* 2007;15(59): 61-67.
- 55) Tarçın O, Gürbüz AK, Poçan S, Keskin Ö, Demirtürk L. Gastroskopi esnasında neiguan noktasının akustimulasyonu: bulantı ve öğürme üzerine etkileri. *Türk Gastroenteroloji Dergisi* 2004;15(4):258-262.
- 56) Annakkaya AN, Bedirhan İ, Tozkoparan E, Özkan M ve ark. Fiberoptik bronkoskopi sırasında hasta pozisyonu: oturarak mı? yatarak mı? *Solunum Hastalıkları* 2003;14:266-274.
- 57) Goodman R, Meltzer H, Bailey V. The Strengths and Diffuculties Questionnarie: A pilot study on the validity of the self report version. *Int Rev Psychiatry* 2003;15:173-177.
- 58) Yalın Ő. Türkçe Güçler ve Güçlükler Anketi'nin (GGA) ileri psikometrik özellikleri. Tıpta Uzmanlık Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, İzmir, 2008.
- 59) Goodman R, Scott S. Comparing the Strengths and Diffuculties Questionnarie and the Child Behaviour Checklist: Is small beautiful? *J Abnorm Child Psychol* 1999;27(1):17-24.
- 60) Muratori F, Viglione V, Maestro S, Picchi L. Internalizing and externalizing conditions in adolescent anorexia. *Psychopathology* 2004;37(2):92-97.
- 61) Sharkey L, McNicholas F. 'More than 100 years of silence', elective mutism: a review of the literature. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2008;17(5):255-263.
- 62) Dhossche D, van der Steen F, Ferdinand R. Somatoform disorders in children and adolescents: a comparison with other internalizing disorders. *Ann Clin Psychiatry* 2002;14(1):23-31.
- 63) Farmer RF, Seeley JR, Kosty DB, Lewinsohn PM. Refinements in the hierarchical structure of externalizing psychiatric disorders: Patterns of lifetime liability from mid-adolescence through early adulthood. *J Abnorm Psychol* 2009;118(4): 699-710.

- 64) Griffith J.W, Zinbarg RE, Craske MG, Mineka S. ve ark. Neuroticism as a common dimension in the internalizing disorders. *Psychol Med* 2009;1-12.
- 65) Benenson JF. Sex differences. The Cambridge Encyclopedia of Child Development. B Hopkins (Ed), Cambridge University Press UK 2005;366-374.
- 66) Aksakoğlu G. Korelasyon ve regresyon. Sağlıkta Araştırma Teknikleri ve Analiz Yöntemleri kitabı. Dokuz Eylül Üniversitesi Yayın Komisyonu, İzmir 2001;305-346.
- 67) Aksakoğlu G. Araştırmada elde edilen hızlar. Sağlıkta Araştırma Teknikleri ve Analiz Yöntemleri kitabı. Dokuz Eylül Üniversitesi Yayın Komisyonu, İzmir 2001;70-92.
- 68) King RA, Schwab-Stone ME, Peterson BS, Thies AP. Psychiatric Examination of the Infant, Child, and Adolescent. (Chapter 33) *Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry* (seventh edition) içinde, Editörler: BJ Sadock, VA Sadock. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, USA 2000; 2558–2586.
- 69) Sawyer M, Giesen F. Undergraduate teaching of child and adolescent psychiatry in Australia: survey of current practice. *Aust N Z J Psychiatry* 2007;41(8):675-681.
- 70) Carr, A. Handbook of Child and Adolescent Clinical Psychology: A Contextual Approach. London: Routledge 1999.
- 71) Bryner CL. Children of Divorce. *J Am Board Fam Pract* 2001;14:201-210.
- 72) Stoep AV, Weiss N S, McKnight B, Beresford S A A ve ark. Which measure of adolescent psychiatric disorder—diagnosis, number of symptoms, or adaptive functioning—best predicts adverse young adult outcomes? *J Epidemiol Community Health* 2002;56:56-65.
- 73) Ocaktan ME, Özdemir O, Akdur R. Birinci basamakta ruh sağlığı hizmetleri. *Kriz Dergisi* 12(2):63-73.
- 74) Aras Ő, Ünlü G, Varol Taş F. Çocuk ve ergen psikiyatrisi polikliniğine başvuran hastalarda belirtiler, tanılar ve tanıya yönelik incelemeler. *Klinik Psikiyatri* 2007;10:28-37.

Ek-1

DEÜTF ÇOCUK VE ERGEN RUTİ SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI AD OKUL ÇAĞI (5-18 yaş) DEĞERLENDİRME FORMU

Tarih : / / 200..	Saat: :	Değerlendiren Hekim:
Hastanın Adı Soyadı:	Doğum tarihi : / /	
Sağlık Geçirgesi: <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Yeşil kart <input type="checkbox"/> Var.....	Okulu-sınıfı:	
Önceden psikiyatrik izlem: <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var (<input type="checkbox"/> DEÜ ÇEP <input type="checkbox"/> Diğer		
Yaşadığı koşullar: <input type="checkbox"/> A ve B ile <input type="checkbox"/> A ile <input type="checkbox"/> B ile <input type="checkbox"/> Yaşam ar a <input type="checkbox"/> Kurumca <input type="checkbox"/> Diğer		
Ailenin aylık toplam geliri:		

Aile bireyleri:	Doğum yılı	Yaş	Eğitimi	Cinsiyeti	İşi
Anne (.....)
Baba (.....)
Kardeşler

YAKINMA ve ÖYKÜ:

Kendisine göre:

Bakım verene göre:

Süresi:

Başvuru şekli: Anı Yaşam döngüsü sonrası Sinsi Diğer

Hangi durumlarda sorun şiddetleniyor?

Hangi ortamlarda sorun belirgin? Evde Okulda Sokakta Diğer

Önceki iyileştirme denemeleri: Çocuğun
Ailenin:

ÖZGEÇMİŞ:

Çocukluk: N Patolojik Infertilite Kayıpla sonuçlanan gebelik

Doğum öyküsü: NSVD Sezaryen Diğer

Preterm Term Postterm Doğum ağırlığı

Doğum sonrası: Nütrüme yagı: Soruçama yagı: Tuvalet eğitimi yagı:

Bebeklik dönemi: Mizaç özellikleri:

Uyku sorunu Yeme sorunu Dışkı atım sorunu

Önemli nörolojik hastalıklar: Yok Var

Önemli kaza veya travmalar: Yok Var

Çeçirilmiş operasyonlar: Yok Var

Önemli tıbbi hastalıklar: Yok Var

Yaşamı etkilediği ilaçlar:

Alışkanlıklar: Sigara (miktar/sıklık)

Alkol (miktar/sıklık)

Madde (hangisi/miktar/sıklık/en son ney-ne zaman kullanıldı):

Akrabala ilişkisi sorunu: Yok Var İstisnaer öyküsü: Yok Var

Okuma durumu: Başarılı Orta Başarısız Devamsız Diğer

Öğretmene ilgi durumu: Yok Var Ders çalışma alışkanlığı soruyor: Yok Var

Suç davranış: Yok Var Dayanıklılık/beyula zaman verme: Yok Var

Kendine zarar verme davranışı: Yok Var

Özkiyim düşünceleri: Yok Var

Özkiyim girişimi: Yok Bu beşvuru sırasında var Geçmişte var

Geçmişte özkiyim girişimleri varsa ne zaman ve hangi yöntemlerle olmuş?

Önceki girişimlerinde nasıl ve ne düzeyde yardıma mı? (ne kadar zayıf beşvuru, psikiyatrik yardım alma vb.)

Özkiyim girişimi varsa en son girişim. Nasıl gerçekleşti?

En son özkiyim girişimi öncesi plan: Yok Var Umutsuzluk: Yok Var

Girişim öncesi bir günden uzun süreyle özkiyimle ilgili düşünme: Yok Var

Önceden özkiyim tehdit veya uyarı davranışları: Yok Var Pismanlık: Yok Var

Ölümücl araçlara ulaşabilir mi (evde silah?): Yok Var Girişimde dürtüselite: Yok Var

Özkiyim girişimi sonrası haber verme/yardım arama: Yok Var

SOYGECMİŞ:

Ailede fiziksel hastalığı olan bireyler: Yok Var

Ailede malsal hastalığı olan bireyler: Yok Var

Ailede ilişki durumu: Yok Var Anneyle Babıyla Anne ve baba aras. Diğer

Ailede şiddet: Yok Var Anneden Babadan Anne ve baba aras. Diğer

RUHSAL DURUM MUAYENESİ:

Genel görünüm: normal zayıf Tabes Yaşadın güçlükler kendine bakamıy Diğer

Genel davranış: normal kayıplara geçişi Yaşadın Etkiletilmiş Durulsuzluk Durulmuş özellikler

İlgisiz temas: azlığı Negativizm Hatersiz hareketler

Dil ve konuşma: normal Yaşadın gerisinde zayıf Yaşadın Etkiletilmiş Artikülasyon bozukluğu İş ve İnatlaşma Diğer

Affekt: normal Tanksiyöz Depresif Lafaz İküt Duygusuz İtibil İntitabl

Duygudurum: İtibil Tanksiyöz Depresif İntitabl İmanik/öforik

Bilişsel Yetiler: **İtinaç** Dağık İtibil İkapal **İnsan** İman İbozuk (yer ikizli zaman)

Dikkat: normal İtibil İntitabl **Bellek:** normal İtibil İntitabl İntitabl İntitabl

Algılama: normal İtibil İntitabl İntitabl İntitabl İntitabl İntitabl

Zeka: normal İtibil İntitabl İntitabl İntitabl İntitabl İntitabl İntitabl

Gerçeği değerlendirme: normal İtibil İntitabl İntitabl

Düşünme süreci: normal İtibil İntitabl İntitabl

Düşünme içeriği: İtibil İntitabl İntitabl İntitabl İntitabl İntitabl

ÜNİTAM:

SONUÇ:

- Çocukluk teklif
- Gönüllü olarak
- Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı Servisine yatış
- Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı Polikliniğine devam
 - Acil Öncelikli Rutin

- WISC-R İntitabl test
- İntitabl
- Konsültasyon istendi
- İntitabl tedavi düzenlendi => Çocukluk Çağ(lar) ve doza

Ek-2

DEÜTF ÇOCUK VE ERGEN RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI AD ACİL DEĞERLENDİRME FORMU

Tarih : / / 200.. Saat: ... : ... ACİL SERVİS POLİKLİNİK DİĞER.....

Değerlendiren Hekim:

HASTANIN

Adı Soyadı : Dağıntı tarihi : / /

Cinsiyeti : E / B / K Okul Durumu :

Adres : Telefon :

Özmeden psikiyatrik izleri: Yok Var (DBÜ ÇİP Diğer

Sosyal Güvence: Yok Yeşil kart Var..... Protokol no :

Yaşadığı koşullar: A-B Je A veya B'den biriyle Yakınlarda Kurumda Diğer.....

Ailenin ortalama aylık gelir düzeyi: TL.

Aile bireyleri:	Yaşı	Eğitimi	İşi	Cinsiyeti
Anne (.....)
Baba (.....)
Kardeşler

Başvuru nedeni: Depresi görünüm Saldırgan ve/ajitasyon Okul reddi
 Süisid girişimi Bedensel yakımlar Acili süreç
 Arksiyete Kendine zarar verme Diğer.....

YAKINMA ve ÖYKÜ:

Kendisine göre:

Bakım verene göre:

GENEL RİSK DEĞERLENDİRMESİ:

Hastanın tıbbi durumu:

Önemli abzi hastalık Yok Var

Önemli nörolojik hastalık Yok Var

Önemli keza vada travma Yok Var

Geçirilmiş ş operasyon Yok Var

Önemli Fizik Muayene Bulguları:

Önemli Laboratuvar Bulguları:

Kullanılan ilağına Doçtu

Alişkanlıklar : Sigara (miktar/sıklık)
 Alkol (miktar/sıklık)
 Madde (hangisi/miktar/sıklık/teknik son neyi-ne zaman kullandı):

Okul/iş durumu: Başarılı Orta Başarısız Devamsız Diğer

Riskli mental durum: Yaş Psikotik Ajite Depresif Manik Sarsık Madde etkisinde Diğer

Kendine zarar verme (nasıl ve ne düzeyde):

Özkıyım girişimi var mı? Yok Bu başvuruyu sırasında var Geçmişte var

Geçmişte özkıyım girişimleri varsa ne zaman ve hangi yöntemlerle oldu?

Önceki girişimlerinde nasıl ve ne düzeyde yardım almış? (Hastaneye başvuru, psikiyatrik yardım alma vb.)

Özkıyım girişimi varsa en son girişimi: Nasıl gerçekleştirdi?

En son özkıyım girişimi öncesi plan: Yok Var Örtümsüzlük: Yok Var

Çalışır öncesi bir günden uzun süreyle özkıyım ile ilgili düşünceleri: Yok Var

Önceden özkıyım tehdidi veya uyarı davranışları: Yok Var Pişmanlık: Yok Var

Ölümcül sonuçlara ulaşabilme (evde silah?): Yok Var Çalışmada dürüstlük: Yok Var

Özkıyım girişimi sonrası haber verme/yardıma gitme: Yok Var

Yakın zamanda kayıp: Yok Var

Ailede ruhsal/fiziksel hastalığı olan birisi: Yok Var

Ailede özkıyım öyküsü (girişim/özkıyım): Yok Var

RUHSAL DURUM MUAYENESİ :

Genel görünümü: Normal Zayıf Obes Yaşadığı lezyon Kendine bakır Kendine bakır Diğer

Genel davranışı: Normal Ayrılma güçlüğü Yaşadığı lezyon Perakürit İmpulsivite Entrovert Özelelik

Göz teması azlığı Negativizm Histerik hareketler Diğer

Dil ve konuşma: Normal Yaşadığı lezyon Fizi Yavaş Kekeleme Artikülasyon bozukluğu İnciziv Diğer

Affekt: Normal Anksiyöz Depresif Letve Ekst Duyumsuz Labil İritabl

Duygudurum: Ötümik Anksiyöz Depresif İritabl Manik-öforik

Bilişsel Yetiler: Bilinç: Açık Bulamık Kapalı **Yönelim:** İnt İntro (İy Kiy İzarar)

Dikkat: Normal Azalış Artış **Hellek:** Normal Azalış Yakın Uzak Diğer

Algılama: Normal Halüsinasyon Fizyoz Depersonalizasyon Derealizasyon Diğer

Zeka: Normal Düşük

Yargılama: Normal Bozuk

Gerçeği değerlendirme: Normal Bozuk **Düşünme süreci:** Normal Hızlı Yavaş

Düşünme içeriği: İskan Obsesyon İhbi İsuvidahite Diğer

TANI:

SONUÇ:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Görüşme önerileri sonlandırıldı | <input type="checkbox"/> Başka bir hastaneye/üniteye sevk edildi..... |
| <input type="checkbox"/> Çocuk ve Ergen Ruhsal Sağlığı Servisine yönlendirildi | <input type="checkbox"/> Hastane içi başka bir servise yönlendirildi |
| <input type="checkbox"/> Çocuk ve Ergen Ruhsal Sağlığı Polikliniğine cevap | <input type="checkbox"/> İlaç tedavisi düzenlendi. > Önerilen ilaç(lar) ve doz: |
| -> <input type="checkbox"/> Acil <input type="checkbox"/> Öncelikli <input type="checkbox"/> Rutin | |

ÇOCUK RUH SAĞLIĞI ÖNCELİK ÖLÇÜTLERİ *

Fotoğal No:	Yaşı:
İstisnâ Adı-Soyadı:	Cinsiyeti: <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> K
Buğyuru yulırtması:	
Değerlerdinmesinin Adı-Soyadı:	Tarih: ... / ... / 20 ...

Hastanın mevcut durumunu en doğru şekilde tanımlayan kutuya işaretleyiniz.

- 1. Kendi için tehlikeli olma**
 - Yok (0)
 - Minor (1)
 - Orta derecede (2)
 - Şiddetli (10)
- 2. Baskaları için tehlikeli olma**
 - Yok (0)
 - Minor (0)
 - Orta derecede (1)
 - Şiddetli (2)
- 3. Psikotik belirtiler**
 - Yok (0)
 - Hafif derecede (2)
 - Orta derecede (7)
 - Şiddetli (11)
- 4. Gelişim düzeyinin yasa uygunluğu**
 - Gecikme / gecikme riski yok (0)
 - Minor gecikme / gecikme riski (2)
 - Orta derecede gecikme / gecikme riski (7)
 - Şiddetli gecikme / yüksek gecikme riski (1)
- 5. CGAS puanı: _____ (daha yüksek ise daha sağlıklı)**
 - 40 veya daha az (12)
 - 41-50 (8)
 - 51-60 (4)
 - 60'tan fazla (0)
- 6. İçe yönelim belirtileri**
 - Yok (0)
 - Minor (0)
 - Orta derecede (6)
 - Şiddetli (14)
- 7. Dışa yönelim belirtileri / yıkıcı davranışlar**
 - Sorun yok (0)
 - Minor sorunlar (0)
 - Orta derecede sorunlar (2)
 - Şiddetli sorunlar (4)
- 8. Komorbid tıbbi durumlar**
 - Yok (0)
 - Minor (1)
 - Orta derecede (2)
 - Şiddetli (2)
- 9. Psikiyatrik komorbidite - Değeriniz**
 - Yok (0)
 - Minor (0)
 - Orta derecede (2)
 - Şiddetli (0)
- 10. Madde kullanımı / kâhriye kullanımı**
 - Sorun yok (0)
 - Minor sorunlar (0)
 - Orta derecede sorunlar (1)
 - Şiddetli sorunlar (1)
- 11. Biyolojik aile öyküsünde ruhsal hastalık**
 - Var (2)
 - Bilinmiyor (0)
 - Yok (0)
- 12. Okul ve/veya iş**
 - Sorun yok (0)
 - Minor sorunlar (0)
 - Orta derecede sorunlar (0)
 - Şiddetli sorunlar (1)
- 13. Sosyal / akraba / toplumsal işlevsellik**
 - Sorun yok (0)
 - Minor sorunlar (0)
 - Orta derecede sorunlar (1)
 - Şiddetli sorunlar (1)
- 14. Hastanın ev ortamında sorunları var mı?**
 - Sorun yok (0)
 - Minor sorunlar (2)
 - Orta derecede sorunlar (2)
 - Şiddetli sorunlar (6)
- 15. Aile işlevselliği ya da çocuğu etkileyen etmenler**
 - Sorun yok (0)
 - Minor sorunlar (0)
 - Orta derecede sorunlar (1)
 - Şiddetli sorunlar (1)
- 16. Gelişim yapılmazsa prognoz**
 - İyi (0)
 - Orta derecede (0)
 - Riskli (2)
 - Kötü (1)
- 17. Gelişimden yararlanılabilir düzeyi**
 - Çok yüksek (15)
 - Yüksek (9)
 - Orta derecede (6)
 - Düşük (3)

- 18. Her şey dikkate alındığında, bu hastanın aciliyetini veya görelî önceliğini nasıl değerlendirirsiniz? (Ölçeğe bir çizgi çizin)**



*Western Canada Working List projesinden uyarlanmıştır

‘Çocuk Ruh Sağlığı Öncelik Ölçütleri’ Kullanıcı Rehberi

Aşağıdaki maddeler Çocuk Ruh Sağlığı Öncelik Ölçütleri formundaki maddelere karşılık gelmektedir. Tanımlayıcı ifadeler bir rehber olarak kullanılacaktır. Bunlar klinik göstergelerin tam bir listesi sayılamaz ve klinik karar geçersiz kılmanızıdır. Bu form 5 yaş ve üzerindeki çocuklar için tasarlanmıştır.

Madde 1: Kendi için tehlikeli olma	
Yok	Kendine zarar verme ya da intihar düşüncesi yok
Minör	Geçici düşünce / Kısa süre içinden geçmiştir, ama ciddi olarak değil
Orta derecede	Bununla ilgili düşünmüş ve bir balama ciddi imiş; ciddi olarak içinden geçirdiği, işe yarayacağını düşündüğü bir plan varmış.
Şiddetli	Kendini öldürme girişiminde bulunmuş, ama gerpekten olmayı amaçlamamış; Kendini öldürme girişiminde bulunmuş ve gerpekten olmayı istemiş

Madde 2: Başkaları için tehlikeli olma	
Yok	Başkaları için tehlike oluşturma yok
Minör	Acting out davranış fizik çevreye yöneldiğinde ve zararla sonuçlandığında başkaları için tehlike tesadüfen ortaya çıkar.
Orta derecede	Acting out davranış kazara ve istemeden fizik çevreye yöne diğince ve zararla sonuçlandığında başkaları için tehlikeli olma, sıra burada davranış veya davranışın şiddetinde yalın artış bir artış var.
Şiddetli	Çocuklara veya yetişkinlere yönelik ciddi zarar veren saldırgan davranış öyküsü var. Başkaları tarafından tehlike, tehdit savurmuş olması geçen belli bir süre olmasa bile, belli bir kişiye (ebeveyn, kardeş veya alan, öğretmen, müdür gibi belirli kişi) yönelik tehdit ciddi davranış şiddetidir. Şiddetli şiddet eğilimi var (patlayıcı bir mizaç gibi). Bu da tepesiz bir bireye yalın olan bir başka kişiye yönelen acting out davranışına yol açar. Belirli kişilerle hedef almaya şiddetli olarak değerlendirilmiştir.

Madde 3: Psikotik belirtiler	
Yok	Pozitif veya negatif belirtiler yok
Hafif derecede	Bir ya da daha fazla pozitif veya negatif belirti sargı örme, lakal rüya veya işler yok
Orta derecede	Pozitif veya negatif belirtiler, yeni başlamış ya da işlevsellik / günlük etkinliklerde bir ay veya daha fazla süredir orta derecede bir etkisi var
Şiddetli	Pozitif veya negatif belirtiler sürekli ya da uzun bir zaman süresinde sürmüştür ve işlevsellik / günlük etkinliklerde altı ay veya daha fazla süredir ciddi bir etkisi var.

Madde 4: Gelişim düzeyinin yaşa uygunluğu	
Geçikme ya da geçikme riski yok	Kalıtımsal, doğuştan veya doğumda gelişim sorunları (anksi) yok; mevcut işlevler sınıf / yaş düzeyinde veya üzerinde
Minör geçikme / geçikme riski	İşlevsel gelişim belirli şekilde izleniyor ya da kalıtımsal veya genetik, doğuştan veya doğumda gelişim sorunları (anksi); mevcut işlevler sınıf / yaş düzeyinde veya hafifçe altında
Orta derecede geçikme / geçikme riski	Çocuğun mevcut işlevsel gelişimi sınıf / yaş düzeyinin 1-2 sınıf altında olması ile sonuçlanan kalıtımsal veya genetik, doğuştan veya doğumda gelişim sorunları (anksi)
Şiddetli geçikme / yüksek geçikme riski	Çocuğun mevcut işlevsel gelişimi yaş düzeyinin oldukça (3 veya daha fazla sınıf) altında veya sınıf düzeyinin 1-2 yıl altında olması ile sonuçlanan kalıtımsal veya genetik, doğuştan veya doğumda gelişim sorunları (anksi)

Madde 5: Çocuklar için Genel Değerlendirme Ölçeği (C-GAS) - C-GAS açıklanmasını bakınız (daha yüksek ise daha sağlıklı)	
60'tan fazla	C-GAS puanı
51-60	C-GAS puanı
41-50	C-GAS puanı
40 veya daha az	C-GAS puanı

Madde 6: İçer yönelim belirtileri	
Yok	İçer yönelim belirtileri yok
Minör	Hafif içer yönelim belirtileri var, ama günlük etkinlikleri engelliyor
Orta derecede	İçer yönelim belirtilerinin yanı sıra yeni / ani başlangıç ve/veya şiddet artışı ve/veya okul / evin etkilenmesi var
Şiddetli	İçer yönelim belirtilerinin yanı sıra yeni / ani başlangıç ve/veya şiddet artışı ve günlük işlevin ciddi şekilde etkilenmesi var

Madde 7: Dışer yönelim belirtileri / yalın davranışlar	
Yok	Dışer yönelim belirtileri yok
Minör sorunlar	Hafif dışer yönelim belirtileri var, ama günlük etkinlikleri engelliyor ve kendi, başkaları veya eşyalara için minör tehlike var
Orta derecede sorunlar	Dışer yönelim belirtilerinin yanı sıra yeni / ani başlangıç ve/veya şiddet artışı var ve/veya günlük işlev, okul & toplumdaki başarı vb. etkilenmeye başlar.
Şiddetli sorunlar	Dışer yönelim belirtilerinin yanı sıra yeni / ani başlangıç ve/veya şiddet artışı var ve günlük işlev, okul & toplumdaki başarı vb. ciddi şekilde etkilenir.

Madde 8: Komorbid tıbbi durumlar	
Yok	Tıbbi sorun yok
Minör	Genel / geçici tıbbi sorunlar, ama işlevsellik etkisi yok / minör
Orta derecede	Sürekli ve/veya yaşamı tehdit etme potansiyeli olan hastalıklar veya başlangıç yakınmasıyla ilişkili durumlar (örn. diabetes mellitus)
Şiddetli	Yaşamı tehdit etme potansiyeli taşıyan değer bir etkisi olan sürekli ve/veya yaşamı tehdit etme potansiyeli olan veya terminal hastalıklar (örn. kanser vb.)

Madde 9: Psikiyatrik komorbidite	
Yok	Başka psikiyatrik tanı yok
Minör	Hafif ya da geçici komorbidite bozukluk / belirtiler
Orta derecede	Sürekli ya da kronik komorbidite bozuklukların değerlendirilmesi, spesifik veya psiyatrik belirtiler ve bunlar sevk ile ilişkilidir
Şiddetli	Uzun süreli tanımlanmış kronik komorbidite bozukluklar, psiyatrik belirtiler ve bunlar sevk ile ilişkilidir

Madde 10: Madde kullanımı / kötüye kullanımı	
Sorun yok	Madde ya da alkol kullanımı / kötüye kullanımı kanıtı yok
Minör sorunlar	Arma sıra kullanımı kanıtı var, geçmişte olan ancak şu anda olmayan kullanımı
Orta derecede sorunlar	Alkol ve/veya maddenin şu anda / düzenli (haftalık) kullanımı belirtilmiştir.
Şiddetli sorunlar	Alkol ve/veya maddenin şu anda / düzenli (günlük) kullanımı ve/veya yollarında kullanımda bir artış belirtilmiştir. Kendine ve/veya başkalarına zarar verme riski veya zarar verme bilincidir.

Madde 11: Biyolojik aile öyküsünde ruhsal hastalık	
Var	Birinci (ebeveyn ya da kardeş) veya ikinci (teyze-baba, amca-dayı, kuzenler, btyakanun-babalar) derece akrabalarda engelleyici ruhsal hastalık
Bilinmiyor	Ailede ruhsal hastalık öyküsü bilinmiyor
Yok	Ailede ruhsal hastalık öyküsü yok

Madde 12: Okul ve/veya iş	
Sorun yok	Okul ve/veya iş ile ilgili sorun yok
Minör sorunlar	Davranışlar süreci okul veya alacak başını ya da iş ile etkenliğin risk altında olduğunu yönelik bazı kaygılar belirtilmiştir.
Orta derecede sorunlar	Okul ve/veya işle amden ortaya çıkan ya da sürekli başını sorunları; akademik yetenekte ve/veya sosyal alanda sorunlar.
Şiddetli sorunlar	Okul ve/veya işle amden ortaya çıkan ya da sürekli başını sorunları; akademik yetenekle / üretkenlikle ve/veya sosyal alanda sorunlar. Seviye düşük.

Madde 13: Sosyal / akraba / toplumsal işlevsellik	
Sorun yok	Sosyal işlevsellik ile ilgili sorun yok
Minör sorunlar	Davranışlar süreci sosyal bağlanma risk altında olduğunu yönelik bazı kaygılar ifade edilmiştir.
Orta derecede sorunlar	Okulda veya toplum içinde amden ortaya çıkan ya da sürekli bazı sosyalleşme sorunları. Çıkmaz akraba grubu etkisi için risk.
Şiddetli sorunlar	Okulda veya toplum içinde amden ortaya çıkan ya da sürekli sosyalleşme sorunlarından dolayı belirgin bozulma. Çıkmaz akraba grubu etkisi için risk. Seviye düşük.

Madde 14: Hastanın ev ortamında sorunları var mı?	
Sorun yok	Ev içinde bildirilen sorun yok
Minör sorunlar	Çocuk / ergen evde bir ya da daha fazla sorun davranış sergilemektedir, ebeveynleri uygun şekilde karşılamakta ve/veya çocuğun gelişimini desteklemektedir; ancak bir bozulmadan fazla değil.
Orta derecede sorunlar	Çocuk / ergen evde bir ya da daha fazla sorun davranış sergilemektedir ve/veya çocuğun gelişimini desteklemiş bir ruhsal veya uyum sorunu vardır. Ebeveynleri uygun şekilde karşılamakta ve/veya çocuğun gelişimini desteklemektedir; orta derecede bozulma.
Şiddetli sorunlar	Çocuk / ergen evde bir ya da daha fazla sorun davranış sergilemektedir. Ebeveynlerin uygun bir şekilde çocuğun sorunları ile başa çıkmasını sağlamak amacıyla aile işlevselliği belirgin bozulma. Seviye düşük.

Madde 15: Aile işlevselliği ya da çocuğun etkileyen etmenler	
Sorun yok	Bilinen aile işlevselliği sorunu ya da çocuğun etkileyen etmen yok
Minör sorunlar	Aile işlevselliği (örn. ebeveyn kapasitesi, ebeveyn katılımı, kayıp, ebeveyn işlevselliği, yoksulluk, eğitim düzeyi, ebeveynlerin ve diğer aile üyelerinin sağlığı ve ruh sağlığı, çocuğun ruhunu sağlama vb.) geçirmiş ama sıra olan veya geçici bir etken olup, şu anda bir sorun olarak tanımlanmamaktadır.
Orta derecede sorunlar	Aile işlevselliği (örn. ebeveyn kapasitesi, ebeveyn katılımı, kayıp, ebeveyn işlevselliği, yoksulluk, eğitim düzeyi, ebeveynlerin ve diğer aile üyelerinin sağlığı ve ruh sağlığı, çocuğun ruhunu sağlama vb.) evde mevcut bir sorun olarak tanımlanmaktadır, ama sevinin ana nedeni değildir.
Şiddetli sorunlar	Aile işlevselliği (örn. ebeveyn kapasitesi, ebeveyn katılımı, kayıp, ebeveyn işlevselliği, yoksulluk, eğitim düzeyi, ebeveynlerin ve diğer aile üyelerinin sağlığı ve ruh sağlığı, çocuğun ruhunu sağlama vb.) sevinin önemli nedenleri arasında tanımlanmaktadır veya sevinin nedeni.

Madde 16: Girişim yapılmıyorsa prognoz	
İyi	Hastanın sorunlarının etkisini azaltma / çözülmesi ya da düzelmesi için uygun potansiyel vardır. Oranada iyi bir sonuç olasılığı artırmak için yeterli destek ve/veya kaynaklar bulunmaktadır.
Orta derecede	Hastanın sorunları girişim olmadan çözülebilir ve/veya sevk topluluğu kaynakları aracılığıyla olan desteği ile aile yaşamı için yeterlidir.
Riskli	Hastanın sorunları kısa sürede kötüleşebilir, ama girişim olmadan sorunların tekrar ortaya çıkma ya da sürekli olma olasılığı yüksektir.
Kötü	Hastanın sorunlarının girişim olmadan düzelmesi ve/veya çözülmesi olasılığı düşüktür ve/veya hastanın sorunları iyi girişim olmadan kötüleşebilir.

Madde 17: Girişimden yararlanılabilirliğe göre	
Çok yüksek	Hastanın sorunları kesinlikle kontrol edilecek veya çözülecek ve hasta ileri girişimle kesinlikle iyileşecek.
Yüksek	Hastanın sorunları muhtemelen kontrol edilecek veya çözülecek ve hasta ileri girişimle muhtemelen iyileşecek.
Orta derecede	Hastanın sorunları kontrol edilebilir ve hasta ileri girişimle düzellebilir, ancak hastanın öyle veya böyle düzelmesi için; hastanın sorunları en fazla kontrol edilebilir, ancak çözülmesi zor olacak.
Düşük	Hastanın sorunlarının girişimle belirgin düzelme potansiyeli düşük.

Madde 18: Her şey düşünülürken, bu hastanın aciliyetini veya görel önceliğini nasıl değerlendirirsiniz?	
	"Hiç öncelikli değil" den "son derece öncelikli" ye uzanan ölçek çizgisi üzerinde bu çocuğun önceliğini gösteren bir noktayı işaretleyiniz.

GÜÇLER VE GÜÇLÜKLER ANKETİ

AB 4-16

Her cümle için, Doğru Değil, Kısmen Doğru, Tamamen Doğru kutularından birini işaretleyiniz. Kesinlikle emin olamıyorsanız ya da size anlamsız görünse de elinizden geldiğince tüm cümleleri yanıtlamanız bize yardımcı olacaktır. Lütfen yanıtlarınızı çocuğunuzun son 6 ay içindeki davranışlarını göz önüne alarak veriniz.

Çocuğunuzun Adı:.....
Doğum Tarihi:.....

Kız / Erkek

	Doğru Değil	Kısmen Doğru	Kesinlikle Doğru
Diğer insanların duygularını önemser.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Huzursuz, aşırı hareketli, uzun süre kıpırdamadan duramaz.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sıkça baş ağrısı, karın ağrısı ve bulantıdan yakınıır.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diğer çocuklarla kolayca paylaşır. (yiyecek, oyuncak, kalem v.s.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sıkça öfke nöbetleri olur yada aşırı sinirlidir.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Daha çok tek başınadır, yalnız oynama eğilimindedir.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Genellikle söz dinler, erişkinlerin isteklerini yapar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Birçok kaygısı vardır. Sıkça endişeli görünür.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eğer birisi incinmiş, morali bozulmuş yada kendini kötü hissediyor ise ona yardımcı olur.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sürekli elleri ayakları kıpır kıpırdır yada oturduğu yerde kıpırdanıp durur.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
En az bir yakın arkadaşı vardır.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sıkça diğer çocuklarla kavga eder yada onlarla alay eder.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sıkça mutsuz, kederli yada ağlamaktadır.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Genellikle diğer çocuklar tarafından sevilir.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dikkati kolayca dağılır. Yoğunlaşmakta güçlük çeker.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Yeni ortamlarda gergin yada huysuzdur. Kendine güvenini kolayca kaybeder.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kendinden küçüklere iyi davranır.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sıkça yalan söyler yada hile yapar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diğer çocuklar ona takarlar yada onunla alay ederler.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sıkça başkalarına (anne baba, öğretmen, diğer çocuklar) yardım etmeye istekli olur.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bir şeyi yapmadan önce düşünür.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ev, okul yada başka yerlerden çalar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erişkinlerle çocuklardan daha iyi geçinir.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pek çok korkusu var. Kolayca ürker.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Başladığı işi bitirir, dikkat süresi iyidir.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Belirtmek istediğiniz başka düşünce ya da duygunuz var mı?

Lütfen sayfayı çeviriniz -- arka sayfada birkaç soru daha var.

Genel olarak, çocuğunuzun aşağıdaki alanların birinde ya da daha fazlasında güçlükleri olduğunu düşünüyor musunuz: Duygular, dikkatli toplama, davranış ya da başkaları ile geçinebilme?

Hayır Evet-Biraz Evet-Oldukça Ciddi Evet-Çok Ciddi

Eğer yanıtınız evet ise, lütfen aşağıdaki bu güçlüklerle ilişkin soruları yanıtlayınız.

- Bu güçlükler ne zamandır var?

1 aydan az 1-5 ay 5-12 ay Bir yıldan fazla

- Bu güçlükler çocuğunuzu akitiye sokuyor ya da moralini bozuyor mu?

Kesinlikle Hayır Biraz Oldukça Fazla Çok Fazla

- Bu güçlükler aşağıdaki alanlarda, çocuğunuzun günlük yaşamını etkiliyor mu?

Kesinlikle Hayır Biraz Oldukça Fazla Çok Fazla

Ev yaşamı.....

Arkadaş ilişkileri.....

Sınıf içi öğrenme.....

Boş zaman etkinlikleri...

- Bu güçlükler size ya da ailenize zorluk yaşıyor mu?

Kesinlikle Hayır Biraz Oldukça Fazla Çok Fazla

İmza:.....

Tarih:.....

Anne / Baba / Diğer (lütfen belirtiniz):

Yardımanız için teşekkür ederiz.

GÜÇLER VE GÜÇLÜKLER ANKETİ**E 11-16**

Her cümle için, Doğru Değil, Kısmen Doğru, Tamamen Doğru kutularından birini işaretleyiniz. Kesinlikle emin olamıyorsanız ya da size anlamsız görünse de elinizden geldiğince tüm cümleleri yanıtlamanız bize yardımcı olacaktır. Lütfen yanıtlarınızı **son 6 ay içindeki** durumunuzu göz önüne alarak veriniz.

Adınız:
Doğum Tarihi:

Kız / Erkek

	Doğru Değil	Kısmen Doğru	Kesinlikle Doğru
İnsanlara karşı iyi davranmaya çalışırım. Onların duygularını önemserim.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Uzun süre kıpırdamadan oturamam, huzursuz olurum.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Çok fazla baş ağrım, karın ağrım ya da bulantım olur.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Genellikle başkalarıyla (Örn. Yiyecek, oyun, kalem v.s.) paylaşıyorum.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Çok öfkelenirim ve sıkça kontrolümü kaybederim.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Genellikle kendi başımayım. Genelde yalnız oynarım ya da başkalarıyla birlikte olmaktan kaçınırım.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Genellikle bana söyleneni yaparım.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Çok endişelenirim.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eğer birisi incinmiş, morali bozulmuş ya da kendini kötü hissediyor ise ona yardım ederim.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sürekli, ellerim ve ayaklarım kıpır kıpırdır, ya da oturduğum yerde kıpırdanıp dururum.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
En az bir yakın arkadaşım var.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Çok kavga ederim. Diğer insanlara istediğimi yaptırabilirim.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sıkça mutsuz, kederli yada ağlamaklıyım.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Yaşıtlarım genelde beni sever.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dikkatim kolayca dağılır, yoğunlaşmakta güçlük çekerim.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Yeni ortamlarda gerginim. Kendime güvenimi kolayca kaybederim.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kendimden küçüklere iyi davranırım.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sıkça hile yapmak ya da yalan söylemekle suçlanırım.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diğer çocuklar ya da gençler bana takarlar ya da benimle alay ederler.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sıkça başkalarına (anne baba, öğretmen, çocuklar) yardım etmeye istekli olurum.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bir şeyi yapmadan önce düşünürüm.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ev, okul ya da başka bir yerden benim olmayan şeyleri alırım.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erişkinlerle yaşıtlarımdan daha iyi geçinirim.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pek çok korkum var. Koleyca ürkerim.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Yaptığım işleri bitiririm. Dikkatim iyidir.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Belirtmek istediğiniz başka düşünce ya da duygunuz var mı?

Lütfen sayfayı çeviriniz – arka sayfada birkaç soru daha var.

Genel olarak aşağıdaki alanların birinde ya da daha fazlasında güçlüklerinizin olduğunu düşünüyor musunuz:

Duygular, dikkati toplama, davranış ya da başkaları ile geçinebilme?

Hayır	Evet-Biraz	Evet-Oldukça Ciddi	Evet-Çok Ciddi
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Eğer yanıtınız evet ise, lütfen aşağıdaki bu güçlüklerle ilişkin soruları yanıtlayınız.

- Bu güçlükler ne zamandır var?

1 aydan az	1-5 ay	5-12 ay	Bir yıldan fazla
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- Bu güçlükler sizi sıkıntıya sokuyor ya da moralinizi bozuyor mu?

Kesinlikle Hayır	Biraz	Oldukça Fazla	Çok Fazla
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- Bu güçlükler aşağıdaki alanlarda, günlük yaşamınızı etkiliyor mu?

Kesinlikle Hayır	Biraz	Oldukça Fazla	Çok Fazla	
Ev yaşamı.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arkadaş ilişkileri.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sınıf içi öğrenme.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Boş zaman etkinlikleri...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- Bu güçlükler çevrenizdekiler için (aile, arkadaşlar, öğretmenler vb.) zorluk yaratıyor mu?

Kesinlikle Hayır	Biraz	Oldukça Fazla	Çok Fazla
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Tarih :

Yardıminız için teşekkür ederiz.

Ek-6

4-18 YAŞ ÇOCUK VE GENÇLER İÇİN DAVRANIŞ DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ

		ID: _____	
ÇOCUĞUN ADI, SOYADI:	EV ADRESİNİZ VE TEL. NO.:	ANNE BABANIN İŞİ, EĞİTİMİ VE YAŞI	
		BARANIN İŞİ : _____ TEL. NO. _____ EĞİTİMİ : _____ YAŞI : _____	
		ANNENİN İŞİ : _____ TEL. NO. _____ EĞİTİMİ : _____ YAŞI : _____	
CİNSİYETİ: <input type="checkbox"/> ERKEK <input type="checkbox"/> KIZ	YAŞI:		
BUGÜNÜN TARİHİ	ÇOCUĞUN DOĞUM TARİHİ		
AY --- GÜN --- YIL ---	AY --- GÜN --- YIL ---	FORMU DOLDURAN:	
OKULUN ADI:	Çocuğunuzun davranışlarıyla ilgili bu formu lütfen görüşlerinizi yazacaksınız. Nihinde yanıtlayınız. Her bir madde ile ilgili bilgi verebilir ve 2. sayfadaki boşluklara yazabilirsiniz. Teşekkürlerimizle.	<input type="checkbox"/> ANNE	
SINIFI:		<input type="checkbox"/> BABA	
OKULA DEVAM ETMİYOR <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> DİĞER _____ Çocukla olan ilişkisi _____	

I. ÇOCUĞUNUZUN YAPMaktan EN ÇOK HOŞLANDIĞI SPORLARI SIRALAYINIZ. Örneğin: Yüzme, futbol, basketbol, voleybol, atletizm, tekvando, jimnastik, birklele bürme, güreş, balık tutma gibi.

Hiçbir

Yaşlarına oranla çocuğunuz her birine ne kadar zaman ayırır?

Yaşlarına oranla çocuğunuz her birinde ne kadar başarılıdır?

	Bilmiyor	Normalden az	Normal	Normalden fazla	Bilmiyor	Normalden az	Normal	Normalden fazla
a. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

II. ÇOCUĞUNUZUN SPOR DIŞINDAKİ İLGİLİ ALANLARI, UĞRAŞ, OYUN VE AKTİVİTELERİNİ SIRALAYINIZ.

Örneğin: Pul, bebek, araba, akvaryum, el işi, kitap satma, müzik aleti çalmak, şarkı söylemek, resim yapmak gibi (Radyo dinlemeyi ya da televizyon izlemeyi katmayınız)

Hiçbir

Yaşlarına oranla çocuğunuz her birine ne kadar zaman ayırır?

Yaşlarına oranla çocuğunuz her birinde ne kadar başarılıdır?

	Bilmiyor	Normalden az	Normal	Normalden fazla	Bilmiyor	Normalden az	Normal	Normalden fazla
a. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

III. ÇOCUĞUNUZUN ÜYESİ OLDUĞU KURULUŞ, KULÜP, TAKIM YA DA GRUPLARI SIRALAYINIZ.

(Spor, müzik, incelik, folklor gibi)

Hiçbir

Yaşlarına oranla çocuğunuz her birinde ne kadar aktiftir?

	Bilmiyor	Az aktif	Normal	Çok aktif
a. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

IV. ÇOCUĞUNUZUN EYDE YA DA EV DIŞINDA YAPTIĞI İŞLERİ

SIRALAYINIZ. Örneğin: Gazete alma, bakkala gitme, pazara gitme, elektrik-su faturası yatırma, çocuk bakımı, yatağı düzenleme, sofrayı kurma, kaldırma, bir dükkanla çalışma gibi ödeme yapılan ve yapılmayan her türlü işleri katınız.

Hiçbir

Yaşlarına oranla her birini ne kadar başarı ile yapar?

	Bilmiyor	Normalden az	Normal	Normalden fazla
a. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Copyright 1991 T.M. Achenbach, U. of Vermont.

1-91 Baskısı

Türkiye çeviri ve uyarılaması: Neşe Erol tarafından

T.M. Achenbach'ın izniyle yapılmış ve basılmıştır (2-1991).

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Psikiyatrisi Bilim Dalı

V. 1- Çocuğunuzun yaklaşık olarak kaç tane yakın arkadaşları vardır?

(Kardeşlerini katmayınız)

Hiç yok

1

2 ya da 3

4 ya da fazla

2- Çocuğunuz okul dışı zamanlarda haftada kaç kez arkadaşlarıyla birlikte olur?

(Kardeşlerini katmayınız)

1 den az

1 ya da 2

3 ya da daha fazla

VI. Yaşalarına oranla çocuğunuzun :

Kötü

Normal
sayılır

Oldukça
iyidir

Kardeşi yoktur.

a. Kardeşleriyle arası nasıldır?

b. Diğer çocuklarla arası nasıldır?

c. Anababasına karşı davranışı nasıldır?

d. Kendi başına oyun oynaması ve iş yapması nasıldır?

VII. 1- Çocuğunuzun okul başarısı nasıldır? (6 yaş ve yukarısı için) Çocuğunuz eğer okula gitmiyorsa lütfen nedenini belirtiniz _____

Başarısız

Orta

Başarılı

Çok Başarılı

a. Okuma yazma, Türkçe

b. Hayat bilgisi, Sosyal bilgiler

c. Aritmetik

d. Fen bilgisi

Diğer derslerde nasıldır? Örneğin: Yabancı dil, bilgisayar.

(Beden eğitimi, resim ve müziği katmayınız)

e. _____

f. _____

g. _____

2- Çocuğunuz alt özel sınıf ya da bir özel eğitim kurumunda okuyor mu?

Hayır

Evet - Ne tür bir sınıf ya da okul?

3- Çocuğunuz hiç sınıfta kaldı mı?

Hayır

Evet - Kaçınıcı sınıfta ve nedeni _____

4- Çocuğunuzun okulda ders ya da ders dışı sorunları oldu mu?

Hayır

Evet - Açıklayınız _____

Bu sorunlar ne zaman başladı? _____

Sorunlar bitti mi?

Hayır

Evet - Ne zaman _____

5- Çocuğunuzun herhangi bir hastalığı, fiziksel rahatsızlığı ya da zihinsel özürü var mıdır?

Hayır

Evet - Açıklayınız _____

6- Çocuğunuzun sizi en çok özen, kaygılandıran özellikleri nelerdir?

7- Çocuğunuzun en beğendiğiniz özelliklerini belirtiniz : _____

Aşağıda çocukların özelliklerini tanımlayan bir dizi madde bulunmaktadır. Her bir madde çocuğunuzun şu andaki ya da son 6 ay içindeki durumunu belirtmektedir. Bir madde çocuğunuz için çok ya da sıklıkla doğru ise 2, bazen ya da biraz doğru ise 1, hiç doğru değilse 0 sayılarını yuvarlak içine alınız. Lütfen tüm maddeleri işaretlemeye çalışınız.

0 : Doğru Değil (bildiğiniz kadarıyla)	1 : Bazen ya da Biraz Doğru	2 : Çok ya da Sıklıkla Doğru
0 1 2 1.Yaşından daha küçük bir çocuk gibi davranır		0 1 2 33.Kimsenin onu sevmediğine inanır ve bundan yakınır
0 1 2 2.Allerjisi vardır (Yeme, kokuyla ile, tozlu bir yerde bulunmak- la kaşınma, döküntü, göz yaşarması vs. olması) :		0 1 2 34.Başkalarının ona zarar vereceğini, kötülük yapacağına düşünür
0 1 2 3.Çok tartır		0 1 2 35.Kendini değersiz hisseder
0 1 2 4.Astımı (nefes darlığı) vardır		0 1 2 36.Çok sık bir yerlerini incitir, başı kazadan kurtulmaz
0 1 2 5.Karşı cinsten biri gibi davranır		0 1 2 37.Çok kavgalı, dövüş eder
0 1 2 6.Kakasını tuvaletten başka yerlere yapar		0 1 2 38.Onunla çok alay edilir (Arkadaşları onunla çok alay eder)
0 1 2 7.Övünür, yüksekte oturur, hava yapar		0 1 2 39.Başlı belada olan kişilerle dolaşır
0 1 2 8.Dikkatini uzun süre bir konu üzerinde toplayamaz		0 1 2 40.Olmayan sesler işitir (açıklayınız): _____
0 1 2 9.Bazı düşünceleri kafasına takar ve bunları aklından çıkaramaz (açıklayınız) _____		0 1 2 41.Düşünmeden ya da aniden hareket eder (aklına eseni yapar)
0 1 2 10.Yerinde rahat duramaz, çok hareketlidir		0 1 2 42.Başkalarıyla beraber olmaktansa yalnız kalmayı tercih eder
0 1 2 11.Yetişkinlerin dizinin dibinden ayrılmaz, onlara çok bağlıdır		0 1 2 43.Yalan söyler ve hile yapar
0 1 2 12.Yalnızlıktan yakınır		0 1 2 44.Turnaklarını yer
0 1 2 13.Kafası karışık, saçın gösterir		0 1 2 45.Sinirli ve gergindir
0 1 2 14.Çok ağlar		0 1 2 46.Kas seğirmeleri, tikleri vardır : _____
0 1 2 15.Hayvanlara eziyet eder		0 1 2 47.Gece kabusları, korkulu rüyaları vardır
0 1 2 16.Başkalarına eziyet eder, zulme ve kötü davranır		0 1 2 48.Diğer çocuklar tarafından sevilmez
0 1 2 17.Hayale dalgın gider, kendini unuttur		0 1 2 49.Kabızlık çeker
0 1 2 18.Bile bile kendine zarar verir ya da intihar girişiminde bulunur		0 1 2 50.Çok korkak ve kaygılıdır
0 1 2 19.Hep dikkat çekmek ister		0 1 2 51.Baş dönmesi vardır
0 1 2 20.Eşyalarına zarar verir		0 1 2 52.Kendini çok suçlu hissedir.
0 1 2 21.Ailesine ya da başkalarına ait eşyalara zarar verir		0 1 2 53.Açarı yemek yer
0 1 2 22.Evde söz dinlemez		0 1 2 54.Açarı yorgundur
0 1 2 23.Okulda söz dinlemez		0 1 2 55.Çok kiloludur
0 1 2 24.İştahsızdır, az yemek yer		56.Tıbbi nedeni bilinmeyen bedensel şikayetleri vardır:
0 1 2 25.Diğer çocuklarla geçinemez		0 1 2 a. Ağrılar, sırtlar
0 1 2 26.Yanlış davranışından dolayı suçlanmış gibi görünmez		0 1 2 b.Baş ağrıları
0 1 2 27.Genellikle kiskançtır		0 1 2 c.Bulantı, kusma hissi
0 1 2 28.Yenilip içilmeyecek şeyleri yer, ya da içer (kum,kil, kalem, silgi gibi) (açıklayınız) : _____		0 1 2 d.Gözle ilgili şikayetler (açıklayınız): _____
0 1 2 29.Bazı hayvanlardan ve okul dışı ortamlardan ya da yerlerden korkar (açıklayınız): _____		0 1 2 e.Döküntüler ya da başka cilt sorunları
0 1 2 30.Okula gitmekten korkar		0 1 2 f.Mide-karın ağrısı ve kramplar
0 1 2 31.Kötü bir şey düşünmek ya da yapmaktan korkar		0 1 2 g.Kusma
0 1 2 32.Mükemmel olmasından gerektiğine inanır		0 1 2 h.Diğer (açıklayınız) : _____

0 : Doğru Değil (bildiğiniz kadarıyla)	1 : Bazen ya da Biraz Doğru	2 : Çok ya da Sıklıkla Doğru
0 1 2 57.İnsanlara fiziksel saldırıda bulunur		0 1 2 85.Acayip, tuhaf düşünceleri vardır (açıklayınız): _____
0 1 2 58.Burnuyla, cildiyle, vücudunun başka kısımlarıyla oynar ve yollar (açıklayınız): _____		0 1 2 86.İnatçı, somurtkan ve rahatsız edicidir
0 1 2 59.Herkesin ortasında cinsel organlarıyla oynar		0 1 2 87.Duygu durumunda ani değişiklikler olur
0 1 2 60.Cinsel organlarıyla çok fazla oynar		0 1 2 88.Çok sık küser
0 1 2 61.Okul başarısı düşüktür		0 1 2 89.Şüphelidir
0 1 2 62.Dengesiz ve sakardır		0 1 2 90.Küfürlü ve açık saçık konuşur
0 1 2 63.Kendinden büyük çocuklarla olmayı tercih eder		0 1 2 91.Kendini öldürmekten söz eder
0 1 2 64.Kendinden küçük çocuklarla olmayı tercih eder		0 1 2 92.Uykuda yürür ve konuşur (açıklayınız): _____
0 1 2 65.Konuşmayı reddeder		
0 1 2 66.Bazı hareketleri tekrar tekrar yapar (tanımlayınız): _____		0 1 2 93.Çok fazla konuşur
0 1 2 67.Evden kaçır		0 1 2 94.Başkalarıyla çok dalga geçer, alay eder
0 1 2 68.Çok bağırır, çağırır		0 1 2 95.Öfke nöbetleri vardır, çok çabuk öfkelenir
0 1 2 69.Sur vermez, düşüncelerini kendine saklar		0 1 2 96.Cinsel konuları fazla düşünür
0 1 2 70.Olmayan şeyleri görür (açıklayınız): _____		0 1 2 97.İnsanları tehdit eder
0 1 2 71.Sukılgan ve utançtır		0 1 2 98.Parmak emer
0 1 2 72.Yangın çıkartır		0 1 2 99.Temizliğe ve titizliğe aşırı düşkündür
0 1 2 73.Cinsel sorunları vardır (açıklayınız): _____		0 1 2 100.Uyku sorunu vardır : _____
0 1 2 74.Gösterişten hoşlanır, maskaralık yapar		0 1 2 101.Okuldan kaçır, dersini atar
0 1 2 75.Çekingen ve ürkekür		0 1 2 102.Hareketsiz ve yavaşır, enerji düşüktür
0 1 2 76.Çocuklarını çoğundan daha az uyur		0 1 2 103.Mutsuz, üzgün, çökkün ve bezgindir
0 1 2 77.Çocuklarını çoğundan gece ve gündüz daha çok uyur (açıklayınız): _____		0 1 2 104.Çok gülmüştür
0 1 2 78.Kakasıyla oynar yada etrafa buluşturur		0 1 2 105.Tıbbi amaç dışında alkol yada ilaç kullanır (açıklayınız): _____
0 1 2 79.Konuşma gücünü vardır (açıklayınız): _____		0 1 2 106.Etrafındaki eyalara amaçsız olarak zarar vermekten zevk alır
0 1 2 80.Boş gözlerle uzun uzun bakar		0 1 2 107.Gündüz altını ıslatır
0 1 2 81.Evden çalmaları vardır		0 1 2 108.Yatağını ıslatır
0 1 2 82.Evin dışında çalmaları vardır		0 1 2 109.Sızlanır, mazırdanır
0 1 2 83.İhtiyacı olmayan nesnelere toplar, biriktirir (tanımlayınız): _____		0 1 2 110.Karşı cinsten olmayı ister
0 1 2 84.Acayip, tuhaf davranışları vardır (açıklayınız): _____		0 1 2 111.İçe kapansır, başkalarıyla birlikte olmak istemez
		0 1 2 112.Evhamlıdır, herşeyi dert edinir
		113.Çocuğumuzun yukarıdaki listede belirtilmeyen başka sorunu varsa lütfen yazınız: _____
		0 1 2 _____

TÖM MADDELERİ LÜTFEN CEVAPLAYINIZ

* Son 6 aylık sürenin dışında yukarıda sözü edilen özellikler çocuğın yaşamının herhangi bir döneminde görüldü mü? Hayır Evet _____

* Son 1 yıl içinde çocuk ruh sağlığı kliniklerine başvurdu mu? Hayır Evet _____

* Çocuğunuz Kur'an Kursuna gitti ya da halen gidiyor mu? Hayır Evet _____

SİZİ KAYITLANDIRAN MADDELERİN ALTINI ÇİZİNİZ

11-18 YAŞ GRUBU GENÇLER İÇİN KENDİNİ DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ

ADINIZ, SOYADINIZ :		EV ADRESİNİZ VE TEL. NO.:	ANNE BABANIN İŞİ (ayrıntılı biçimde yazınız). EĞİTİMİ VE YAŞI		
CİNSİYETİNİZ :		YAŞINIZ :	BABANIN İŞİ : _____ EĞİTİMİ : _____ YAŞI : _____		
BUGÜNÜN TARİHİ		DOĞUM TARİHİNİZ	ANNENİN İŞİ : _____ EĞİTİMİ : _____ YAŞI : _____		
AY - GÜN - YIL - -		AY - GÜN - YIL - -			
OKULUNUZUN ADI :		ÇALIŞIYORSANIZ İŞİNİZİ BELİRTİNİZ.	Lütfen bu formu gözetlerinizi yazacak biçimde içlerinden geldiği gibi doldurunuz. Her bir madde ile ilgili ek bilgi verebilir ve bunları 2. ve 4. sayfalardaki boşluklara yazabilirsiniz. Teşekkür ederiz.		
SINIFINIZ : OKULA DEVAM ETMİYORUM ()					

I. YAPMAYAN EN ÇOK HOŞLANDIĞINIZ SPORLARI SIRALAYINIZ.

Örneğin: Yürme, futbol, basketbol, voleybol, atletizm, tenis, jimnastik, bisiklete binme, güreş, boks, rüzgar gibi.

Hiçbir

Yapılmasına oranla her birinde ne kadar zaman ayırırsınız ?

Yapılmasına oranla her birinde ne kadar beğenirsiniz ?

a. _____
b. _____
c. _____

Normalden az Normal Normalden fazla

Normalden az Normal Normalden fazla

II. SPOR DIŞI İLGİ ALANLARI, UĞRAŞ, OYUN VE AKTİVİTELERİNİZİ SIRALAYINIZ.

Örneğin: Kitap okumak, müzik aleti çalmak, şarkı söylemek, resim yapmak, arabalar ile uğraş, el sanatı gibi (Radyo dinleme ya da televizyon izlenmeyi katmayınız).

Hiçbir

Yapılmasına oranla her birinde ne kadar zaman ayırırsınız ?

Yapılmasına oranla her birinde ne kadar beğenirsiniz ?

a. _____
b. _____
c. _____

Normalden az Normal Normalden fazla

Normalden az Normal Normalden fazla

III. DYESİ OLDUĞUNUZ KURULUŞ, KULÜP, TAKIM YA DA GRUPLARI SIRALAYINIZ. (Spor, müzik, izcilik, folklor gibi).

Hiçbir

Yapılmasına oranla her birinde ne kadar aktifsiniz ?

Az aktif Normal Çok aktif

a. _____
b. _____
c. _____

IV. YAPTIĞINIZ HERHANGİ BİR İŞ YA DA GÜNLÜK İŞLERİ SIRALAYINIZ. Örneğin: Gazete tasma, pazarı gitme, elektrikle çalıştırılan yatacına, çocuk bakımı, yatağı düzenleme, sofra kurma, koltuğa, bir dükkanın girişine gibi (İşleri karışık ya da sürekli yapılan her türlü işleri katınız.)

Hiçbir

Yapılmasına oranla her birinde ne kadar beğenir iş yaparsınız ?

Normalden az Normal Normalden fazla

a. _____
b. _____
c. _____

V. 1- Yaklaşık olarak kaç tane yakın arkadaşınız var ?

(Kardeşleriniz dışında)

Hiç yok

1

2 ya da 3

4 ya da fazla

2- Okul dışı zamanlarda haftada kaç kez arkadaşlarınızla birlikte olursunuz ?

(Kardeşleriniz dışında)

1 den az

1 ya da 2

3 ya da daha fazla

VI. Yaştlarınıza oranla :

Yaştlarımunki

Oldukça

Kötü

gidir

iyidir

Kardeşim yok.

a. Kardeşlerinizle aranız nasıldır ?

b. Arkadaşlarınızla aranız nasıldır ?

c. Anne babanızla aranız nasıldır ?

d. İşlerinizi kendi başınıza yapmanız nasıldır ?

VII. 1- Okul başarınız nasıldır ?

Okula gitmiyorum çünkü

Başarısız

Orta

İyi

Başarılı

a. Türkçe ve Türk Dili Edebiyatı

b. Tarih, Sosyal Bilgiler

Dijer dersler: c. Aritmetik, Matematik

Örneğin : yabana d. Fen Bilgisi

öl, bilgisayar, h. e. _____

resim, dans (be- f. _____

tenis, oyun ve g. _____

meziyetinde)

Herhangi bir hastalığınız, fiziksel rahatsızlığınız ya da özürünüz var mıdır ? Hayır

Evet - Lütfen açıklayınız :

Okulla ilgili herhangi bir kaygı ya da sorununuzu yazınız :

Okul dışı alanlardaki kaygı ve sorunlarınızı yazınız :

En beğendiğiniz özelliklerinizi yazınız :

Aşağıda gençleri tanımlayan bir dizi madde bulunmaktadır. Her bir madde sizin şu andaki ya da son 6 ay içindeki durumunuzu belirlemektedir. Bir madde sizin için çok ya da sıklıkla doğru ise 2, bazen ya da biraz doğru ise 1, hiç doğru değilse 0 sayılarını yuvarlak içine alarak tüm maddeleri işaretlemeye çalışınız.

0 : Doğru Değil	1 : Bazen ya da Biraz Doğru	2 : Çok ya da Sıklıkla Doğru
0 1 2 1. Yaşımdan daha çocuksu davranırım		0 1 2 33. Kimsenin beni sevmediğini düşünürüm
0 1 2 2. Alerjim vardır (açıklayınız): _____		0 1 2 34. Başkalarının bana zarar vereceğini, kötülük yapacağını düşünürüm
0 1 2 3. Çok tatlıyım		0 1 2 35. Kendimi değersiz ve yetersiz hissederim
0 1 2 4. Astımum (nefes darlığı) vardır		0 1 2 36. Çok sık kaza sonucu bir yerlerimi incitirim
0 1 2 5. Karşı cinsden biri gibi davranırım		0 1 2 37. Çok kavga, dövüş ederim
0 1 2 6. Hayvanları severim		0 1 2 38. Benimle çok alay edilir, dalga geçilir
0 1 2 7. Yüksekten atar, övünürüm		0 1 2 39. Başı belada olan kişilerle dolaşırım
0 1 2 8. Dikkatimi toplamada güçlük çekerim		0 1 2 40. Başkalarının içtimediği, var olmadığını düşündüğü sesler işitirim
0 1 2 9. Bazı düşünceleri zihnimden bir türlü atamam (açıklayınız) _____		0 1 2 41. Düşünmeden hareket ederim
0 1 2 10. Yerimde durmakta güçlük çekerim		0 1 2 42. Başkalarıyla beraber olmaksızın yalnız kalmayı tercih ederim
0 1 2 11. Yetişkinlere çok bağımlıyım		0 1 2 43. Yalan söyler ve hile yaparım
0 1 2 12. Yalnızlık hissederim		0 1 2 44. Timsaklarımı yerim
0 1 2 13. Kafam karışıktır		0 1 2 45. Sinirli ve gerginim
0 1 2 14. Çok ağlıyorum		0 1 2 46. Vücudumun bazı kısımlarında kas seğirmeleri ve tikler olur (göz tiki gibi) (açıklayınız): _____
0 1 2 15. Oldukça dürüstümdür		0 1 2 47. Gece kabusları, korkulu rüyalarım olur
0 1 2 16. Başkalarına karşı kötü davranırım		0 1 2 48. Arkadaşlarım tarafından sevilmem
0 1 2 17. Çok fazla hayale dalarım		0 1 2 49. Bazı şeyleri arkadaşlarımdan daha iyi yaparım
0 1 2 18. Bilecek cesurum acıyı, kendimi öldürmeye çalışırım		0 1 2 50. Çok korkak ve kaygılıyım
0 1 2 19. Hep dikkat çekmek isterim		0 1 2 51. Bağımlı denerim
0 1 2 20. Eşyalarımı zarar veririm		0 1 2 52. Kendimi çok suçlu hissedirim
0 1 2 21. Başkalarına ait eşyalara zarar veririm		0 1 2 53. Çok fazla yemek yerim
0 1 2 22. Anne babamın söylediklerini yapmam		0 1 2 54. Kendimi aşırı yorgun hissedirim
0 1 2 23. Okulda söylenenleri yapmam		0 1 2 55. Aşırı kiloluym
0 1 2 24. Yiyebileceğimden az yerim		56. Tıbbi nedeni bilinmeyen bedensel şikayetlerim vardır. Örneğin:
0 1 2 25. Arkadaşlarımla iyi geçinemem		a. Ağrılar, sızılar (baş ağrısı dışında)
0 1 2 26. Yapmamam gerekeni yaptığım zaman kendimi suçlu hissetmem		b. Baş ağrıları
0 1 2 27. Başkalarını kıskanırım		c. Bulantı, kusma hissi
0 1 2 28. Yardıma ihtiyacı olduğunda başkalarına yardım ederim		d. Gözle ilgili şikayetler (açıklayınız): _____
0 1 2 29. Bazı hayvanlardan ve okul dış ortamlardan ya da yerlerden korkarım (açıklayınız): _____		e. Döküntüler ya da başka cilt sorunları
0 1 2 30. Okula gitmekten korkarım		f. Mide karını ağrısı ve kramplar
0 1 2 31. Kötü bir şey düşünmekten ya da yapmaktan korkarım		g. Kusma
0 1 2 32. Mükemmel olamam gerektiğine inanırım		h. Diğer (açıklayınız): _____

0 : Doğru Değil (bildiğiniz kadarıyla)	1 : Bazen ya da Biraz Doğru	2 : Çok ya da Sıklıkla Doğru
0 1 2 57.İnsanlara fiziksel saldırıda bulunur, onlara vururum		0 1 2 83.Düycün olmayan nesnelere tepkiler, biriktirim (açıklayınız): _____
0 1 2 58.Cildimin, vücudumun bazı kısımlarıyla oynam ve yolarım (açıklayınız): _____		0 1 2 84.Diğer insanların acayip, tuhaf buldukları şeyleri yaparım (açıklayınız): _____
0 1 2 59.İnsanlara dostça davranabilirim		0 1 2 85.Diğer insanların acayip, tuhaf buldukları düşüncelerim vardır (açıklayınız): _____
0 1 2 60.Yeni şeyler denemekten hoşlanırım		0 1 2 86.İnatçıyım
0 1 2 61.Okul başarıml düşüktür		0 1 2 87.Duygu durumunda ani değişiklikler olur
0 1 2 62.Dengesiz ve sakarım		0 1 2 88.Diğer insanlarla birlikte olmaktan hoşlanırım
0 1 2 63.Yaşlıtlarımdan çok, kendimden büyük gençlerle olmayı tercih ederim		0 1 2 89.Şüpheliyimdir
0 1 2 64.Yaşlıtlarımdan çok, kendimden küçük çocuk/gençlerle olmayı tercih ederim		0 1 2 90.Katıllı ve açık saçık konuşurum
0 1 2 65.Konuşmayı reddettiğim olur		0 1 2 91.Kendini öldürmeyi düşünürüm
0 1 2 66.Bazı hareketleri tekrar tekrar yaparım (açıklayınız): _____		0 1 2 92.Başkalarını güldürmeyi severim
		0 1 2 93.Çok fazla konuşurum
0 1 2 67.Evden kaçarım		0 1 2 94.Başkalarıyla çok dalga geçer, onları kızdırırım
0 1 2 68.Çok bağırır, çağırırım		0 1 2 95.Çok çabuk öfkelenirim
0 1 2 69.Sır vermenin, düşüncelerimi kendime saklarım		0 1 2 96.Cinsel konuları fazlaca düşünürüm
0 1 2 70.Diğer insanların görmediği, var olmadığı inandığı şeyler görürüm (açıklayınız): _____		0 1 2 97.İnsanları canlarını yakmakla tehdit ederim
0 1 2 71.Sıkılgan ve utangacıyım		0 1 2 98.Başkalarına yardım etmekten hoşlanırım
0 1 2 72.Yangın çıkarırım		0 1 2 99.Temizliğe ve titizliğe aşırı düşkünüm
0 1 2 73.El becerilerim iyidir		0 1 2 100.Uyku sorunun vardır (açıklayınız): _____
0 1 2 74.Gösteriş ve şakılabnlık yaparım		0 1 2 101.Dersleri, okulu asarım
0 1 2 75.Çekingenim		0 1 2 102.Fazla enerjik değilim
0 1 2 76.Arkadaşlarımdan çoğundan daha az uyurum		0 1 2 103.Mutsuz, üzgün, çökkün ve bezginim
0 1 2 77.Gece ve gündüz arkadaşlarımdan çoğundan daha çok uyurum (açıklayınız): _____		0 1 2 104.Diğer çocuklardan daha güçlüyüm
0 1 2 78.Hayal gücüm iyidir		0 1 2 105.Tıbbi amaç dışında alkol yada ilaç kullanımım (açıklayınız): _____
0 1 2 79.Konuşma güçlüğüm vardır (açıklayınız): _____		0 1 2 106.Başkalarına karşı dörtlst olmaya çalışırım
0 1 2 80.Haklarımı savunurum		0 1 2 107.Güzel bir şakadan hoşlanırım
0 1 2 81.Evden birşeyler çalarım		0 1 2 108.Hayati kolay taraftan yaşamaktan hoşlanırım
0 1 2 82.Ev dışında başka yerlerden çalarım		0 1 2 109.Elinden geldiğince başkalarına yardımcı olmaya çalışırım
		0 1 2 110.Karşı cinsten biri olmayı isterdim
		0 1 2 111.Başkalarıyla ilgili dışı ya da sınırlı olmaktan kaçınırım
		0 1 2 112.Çok evhamlıyım, her şeyi dert ederim

Yukarıdaki maddeleri dışındaki duygu, düşünce, davranış ve ilgi alanlarınızı yazınız.

Son 6 ay içinde çocuk- gençlik ruh sağlığı

merkezlerine başvurduğunuz mu ?

Hayır

Evet

LÜTFEN TÖM MADDELERİ CEVAPLAYINIZ.

**DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
KLİNİK VE LABORATUVAR ARAŞTIRMALARI ETİK KURULU**

Tarih ve Sayı: 24.10.2008/ 383

Etik Kurul Üveleri

Prof.Dr.A.Arzu SAYINER
Prof.Dr.Tunç ALKIN
Prof.Dr.Mustafa SEÇİL
Doç.Dr.M.Hakan ÖZDEMİR
Doç.Dr.Vesile ÖZTÜRK
Doç.Dr.Murat DUMAN
Doç.Dr.Güven ASLAN
Yard.Doç.Dr.Murat ÖRMEN
Öğr.Gör.Uzm.Dr.Ahmet Can BİLGİN
Yunus KARSLI

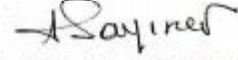
Etik Kurul Sekreteri
Hatice İĞCI

DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞINA,

Etik Kurulumuzun 23 Ekim 2008 tarih ve 24/20/2008 no.lu toplantısında; 387/2008 Protokol numaralı Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hast. Anabilim Dalı Öğretim Üyelerinden Doç.Dr.Şahbal ARAS'ın proje yöneticisi, Dr.Caner MUTLU'nun sorumlusu olduğu, "Çocuk Ruh Sağlığı Kliniğine başvuran hastalarda öncelik değerlendirilmesi" isimli projenin uygulanmasında etik açıdan sakınca yoktur.

Katılanların oy birliği ile karar verilmiştir.

Bilgilerinizi ve gereğini arz ederim.



Prof. Dr.A.Arzu SAYINER
Klinik ve Laboratuvar Araştırmaları
Etik Kurul Başkanı