

TÜRKİYE CUMHURİYETİ  
KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ  
TIP FAKÜLTESİ



**BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK KURULUŞLARINDA ÇALIŞAN HEKİMLERİN  
ÇOCUK ERGEN RUH SAĞLIĞI HASTALIKLARI İLE İLGİLİ DENEYİMLERİ  
VE FARKINDALIKLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ**

Dr. Elif KURT YILMAZ

ÇOCUK VE ERGEN RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI  
UZMANLIK TEZİ

2017

TÜRKİYE CUMHURİYETİ  
KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ  
TIP FAKÜLTESİ



**BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK KURULUŞLARINDA ÇALIŞAN HEKİMLERİN  
ÇOCUK ERGEN RUH SAĞLIĞI HASTALIKLARI İLE İLGİLİ DENEYİMLERİ  
VE FARKINDALIKLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ**

Dr. Elif KURT YILMAZ

ÇOCUK VE ERGEN RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI

Tez Danışmanı  
Prof. Dr. Ayşen COŞKUN

Anabilim Dalı Başkanı  
Prof. Dr. Ayşen COŞKUN

2017

Etik Kurul Onay Tarihi: 21.09.2016

Karar No: 2016/15.12

Proje No: 2016/304

## İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR.....	1
KISALTMALAR DİZELGESİ.....	2
TABLolar DİZELGESİ.....	3
1.GİRİŞ VE AMAÇ.....	5
2. GENEL BİLGİLER.....	7
2.1. ÇOCUK ERGEN PSİKİYATRİSİNİN TARİHSEL GELİŞİM SÜRECİ.....	7
2.1.1. Dünyadaki Gelişim Süreci.....	7
2.1.2. Günümüz Dünyasında Çocuk Psikiyatrisi.....	9
2.1.3. Türkiye’de Çocuk Psikiyatrisinin Gelişim Süreci.....	12
2.1.4. Günümüz Türkiye’inde Çocuk Psikiyatrisi.....	14
2.2. ÇOCUK ERGEN PSİKİYATRİSİNDE EĞİTİM SÜRECİ.....	16
2.2.1 Dünyada Mezuniyet Öncesi ÇRS Eğitimi.....	16
2.2.1.1. Avrupa.....	16
2.2.1.2. Avustralasya.....	17
2.2.1.3. Amerika.....	18
2.2.1.4. Almanya-İsviçre-Avusturya.....	18
2.2.2. Ülkemizde Mezuniyet Öncesi ÇRS Eğitimi.....	19
2.2.3. Mezuniyet öncesi çocuk ergen ruh sağlığı eğitim hedefleri:.....	20
2.2.4. Mezuniyet Sonrası Eğitim.....	23
2.3. BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK HİZMETLERİ VE ÖNEMİ.....	26
2.3.1. Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Çocuk Psikiyatrisi.....	28
2.3.2. Türkiye’de Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Çocuk Psikiyatrisi.....	30
3. YÖNTEM VE GEREÇLER.....	33
3.1. Araştırmanın Şekli.....	33
3.2. Araştırmanın Evren ve Örneklemi.....	33
3.3. Veri Toplama Aracı ve Yöntemi.....	33
3.4. Verilerin Değerlendirilmesi.....	34
4. BULGULAR.....	35
4.1. Araştırmaya Katılanların Genel Özellikleri.....	35
5. TARTIŞMA.....	65
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	74
6.1. Sonuçlar.....	74
6.2. Kısıtlılıklar.....	75

6.3. Öneriler.....	75
7. ÖZET .....	77
8. İNGİLİZCE ÖZET.....	79
9. KAYNAKÇA .....	81



## TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim boyunca bilgi ve deneyimlerinden faydalandığım, hem hekimlik mesleğine hem de hayata bakışıyla bana örnek olan, insani değerleri ile de örnek edindiğim, tecrübelerinden yararlanırken göstermiş olduğu hoşgörü ve sabırdan dolayı, Kocaeli Üniversitesi Çocuk Psikiyatrisi Anabilim Dalı'nın kurulmasında ve gelişiminde önemli katkıları olan tez hocam Prof. Dr. Ayşen Coşkun'a,

Uzmanlık eğitimim boyunca bilgi ve deneyimlerinden yararlandığım, güler yüz ve içtenlikleriyle bana her konuda destek olan hocalarım Prof. Dr. Işık Karakaya'ya, Doç. Dr. Şahika Gülen Şişmanlar'a, Doç. Dr. Özlem Yıldız Gündoğdu'ya ve Doç. Dr. Nursu Çakın Memik'e,

Tez çalışmama katkılarından, bu süreçteki hoşgörü ve sabrından dolayı Biyoistatistik Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Doç. Dr. Canan Baydemir'e, yine istatistik analizlerinde yardımcı olan Psk. Nesligül Nihal Olgun'a,

Çocuk nörolojisi rotasyonu sırasında kendisi ile çalışma fırsatı yakaladığım, bilgi ve deneyimlerinden faydalandığım Prof. Dr. Bülent Kara'ya,

Erişkin psikiyatrisi rotasyonu sırasında bilgi ve deneyimlerinden faydalandığım Prof. Dr. Bülent Coşkun'a, Prof. Dr. A. Tamer Aker'e, Prof. Dr. Ümit Tural'a, Prof. Dr. Mustafa Yıldız'a, Doç. Dr. Cem Cerit'e ve Doç. Dr. Aslıhan Polat'a

Uzmanlık eğitimim boyunca birlikte keyifle çalıştığım tüm asistan arkadaşlarıma ve diğer çalışanlara,

Tez çalışmam boyunca büyük yardımları olan Kocaeli Aile Hekimleri Derneği Başkanı Dr. Recep Pehlivan'a,

Bugünlere gelmemde büyük emekleri olan, sevgilerini ve desteklerini hiç esirgemeyen, her anımda yanımda olan, çocukları olmaktan onur duyduğum annem Gülcan Kurt ve babam Okan Kurt'a, çalışmam boyunca beni destekleyen kardeşlerim Ece ve Erdi'ye,

Bana tez çalışmam boyunca destek olan, varlığıyla hayatımı kolaylaştıran, birlikte geçireceğimiz zamandan fedakârlık yapan, sevgisini ve desteğini her daim hissettiğim, eşim Muhammet Yılmaz'a tüm kalbimle teşekkür ederim

## KISALTMALAR DİZELGESİ

AACAP: (American Academy of Child and Adolescent Psychiatry), Amerikan Çocuk ve Genç Psikiyatri Birliği

ABD: Amerika Birleşik Devletleri

ABPN: (American Board of Psychiatry and Neurology), Amerikan Psikiyatri ve Nöroloji Kurulu

ACGME: (Accreditation Council for Graduate Medical Education), Mezuniyet Sonrası Tıp Eğitimi Akreditasyon Konseyi

ASM: Aile Sağlığı Merkezi

ATUB: Avrupa Tıp Uzmanları Birliği, (Union of European Medical Specialities)

BBSH: Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri

ÇEP: Çekirdek Eğitim Programı

ÇRS: Çocuk Ruh Sağlığı

ÇERS: Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı

ÇERSH: Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları

DBP: (Developmental- Behavioral Pediatrics), Gelişimsel ve Davranışsal Pediatri

DEHB: Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu

DSM: Ruhsal Bozuklukların Tanı ve İstatistiksel El Kitabı

DSÖ/WHO: Dünya Sağlık Örgütü (World Health Organization)

EFPT: (European Federation of Psychiatric Trainees), Avrupa Psikiyatri Eğitim Federasyonu

OSB: Otizm Spektrum Bozukluğu

TUS: Tıpta Uzmanlık Sınavı

YÖK: Yükseköğretim Kurulu

## TABLOLAR DİZELGESİ

Tablo 1: Çalışmaya katılan aile hekimlerinin özellikleri .....	36
Tablo 2: Katılımcıların ÇERS staj bilgileri .....	37
Tablo 3: Aile hekimliği uzmanlarının uzmanlık eğitimi süresince ÇERS eğitim durumları .....	38
Tablo 4: Birinci basamak hekimlerin tanı açısından yeterlilik durumlarının dağılımı .....	39
Tablo 5: Birinci basamak hekimlerin tanı açısından yeterlilik durumlarının ortalamaları dağılımı .....	40
Tablo 6: Birinci basamak hekimlerin tedavi açısından yeterlilik durumlarının dağılımı .....	41
Tablo 7: Birinci basamak hekimlerin tutumlar açısından durumlarının dağılımı .....	42
Tablo 8: Birinci basamak hekimlerin beceriler açısından durumlarının dağılımı.....	43
Tablo 9: Teorik ve pratik eğitim süresinin değerlendirilmesi.....	43
Tablo 10: Birinci basamak hekimlerin 4 5 ve 6. Sınıflarda staj süresi açısından dağılımları .....	44
Tablo 11: Birinci basamak hekimlerin 4 5 ve 6. Sınıflarda staj süresi açısından karşılaştırılması ...	45
Tablo 12: Birinci basamak hekimlerinin önerilerinin değerlendirilmesi .....	46
Tablo 13: Aile hekimliği uzmanlarının uzmanlık eğitimi sürecinde birinci basamakta çocuk ergen ruh sağlığı hastalıklarına yaklaşımın daha iyi olması için verilen önerilerinin dağılımı .....	46
Tablo 14: Mezuniyet öncesi ÇERS eğitim süre yeterliliklerinin stajı psikiyatri dahilinde ve ayrı alanlar açısından karşılaştırılması .....	47
Tablo 15: ÇRS eğitimi alanlarla almayanların tanı koyma becerileri açısından karşılaştırılması ....	48
Tablo 16: ÇERS eğitimini psikiyatri stajı dahilinde ve ayrı bir staj olarak alanların tanı koyma becerileri açısından karşılaştırılması .....	49
Tablo 17: Birinci basamak hekimlerinin ÇERS hastalıklarını tedavi yeterliliklerinin mezuniyet öncesi ÇERS stajı alanlar ve almayanlar açısından değerlendirilmesi.....	51
Tablo 18: Birinci basamak hekimlerinin ÇERS hastalıklarını tedavi yeterliliklerinin eğitimini psikiyatri stajı dahilinde ve ayrı bir staj olarak alan gruplar açısından karşılaştırılması .....	53
Talo 19: Birinci basamak hekimlerin ÇERS ile ilgili tutumlarının cinsiyete göre karşılaştırılması ..	55
Tablo 20: Birinci basamak hekimlerin ÇERS ile ilgili becerilerinin ÇERS stajı alan ve amayan gruplar dahilinde karşılaştırılması.....	56
Tablo 21: Birinci basamak hekimlerin ÇERS ile ilgili becerilerinin cinsiyete göre karşılaştırılması .....	57

Tablo 22: Birinci basamakta çocuk ergen ruh sağlığı hastalıklarına yaklaşımın daha iyi olması için verilen önerilerilerin cinsiyete göre karşılaştırılması .....	58
Tablo 23: Birinci basamakta çocuk ergen ruh sağlığı hastalıklarına yaklaşımın daha iyi olması için verilen önerilerilerin mezuniyet öncesi tıp eğitiminde ÇERS stajı alan ve almayan hekimlere göre karşılaştırılması.....	59
Tablo 24: Birinci basamakta çocuk ergen ruh sağlığı hastalıklarına yaklaşımın daha iyi olması için verilen önerileri değerlendirmelerinin 40 yaş altı ve 40 yaş ve üstü gruplarda karşılaştırılması.....	60
Tablo 25: Birinci basamak hekimlerin tanı açısından yeterlilik durumlarının aile hekimliği uzmanı olan ve olmayanlar açısından karşılaştırılması .....	61
Tablo 26: Birinci basamak hekimlerin tedavi açısından yeterlilik durumlarının aile hekimliği uzmanı olan ve olmayanlar açısından karşılaştırılması.....	63



## 1.GİRİŞ VE AMAÇ

Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları (ÇERSH) alanı, kapsamı, gereksinimleri ve toplumsal etkinliği dünyadaki gelişimine paralel olarak ülkemizde de hızla genişleyen, bireysel ve toplumsal açıdan tüm psikolojik, biyolojik ve sosyolojik bilim dalları ile doğrudan etkileşen bir bilim dalı olarak tanımlanmaktadır.

Birinci basamak hekimlerinin, Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı (ÇERS) sorunlarının tanınması ve yönlendirilmesinde önemli bir rol oynadığı öne sürülmektedir. Sağlık sisteminin büyük bir kesiminde, ruhsal ve somatik sorunlara sahip çocukların ailelerinin ilk iletişim kurdukları hekimlerin pratisyenler, aile hekimleri ya da pediatrist oldukları belirtilmektedir.<sup>1</sup> Bu nedenle birinci basamakta görev alan hekimlerin mezuniyet öncesi tıp eğitimlerinde ÇERS eğitiminin önemli bir yeri olduğu düşünülmektedir. Gelişmiş ülkelerde mezuniyet öncesi tıp eğitiminde ÇERS eğitimi değerlendirilen çalışmaların yer almasıyla birlikte ülkemizde herhangi bir çalışmaya rastlanmaması bizi bu alanda çalışmaya yönlendirmiştir.

Ülkemizde birinci basamak sağlık sisteminin yeniden yapılanmasıyla yeni bir uzmanlık alanı olarak gelişen aile hekimliği ise kapsamlı bir uzmanlık alanı olarak tanımlanmaktadır. Bireyin ve ailesinin sosyal, fizyolojik, ekonomik, kültürel ve biyolojik tüm alanlardaki sağlık sorunlarının aile hekimleri tarafından birlikte göz önüne alınması gerekliliği öne sürülmektedir.<sup>2</sup> Aile hekimliği uzmanlık eğitiminde, toplamı 3 yıl olan uzmanlık eğitimi sürecinin 18 ayı farklı dallarda rotasyonlara ayrılmıştır. Eğitim döneminin ikinci yılı içerisinde 2 ay erişkin ruh sağlığı ve hastalıkları alanında rotasyon eğitimi alınmaktadır. Bu süreç içerisinde herhangi bir ÇERS eğitiminin alınmadığı dikkat çekmektedir.<sup>3,4</sup>

Ülkemizde aile hekimliği asistanlarının eğitim gereksinimlerinin değerlendirildiği bir çalışmada ergen sağlığı ve danışmanlığı alanında uygulama yapma imkânlarının yetersiz olduğu bildirilmektedir. Ayrıca asistan hekimlerin kendilerini ergen sağlığı danışmanlığı, madde bağımlılığı, istismar ve şiddet gibi alanlarda da yeterli hissetmedikleri gösterilmiştir.<sup>5</sup> Ülkemizde birinci basamak ve ÇERS alanında yapılmış çok kısıtlı sayıda çalışma bulunmaktadır. Sabuncuoğlu ve arkadaşları tarafından aile hekimliği asistanlarıyla yapılan bir çalışmada asistanların Otizm Spektrum Bozukluğu (OSB) ve Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB)'na yönelik bilgi ve tutumları incelenmiş, genel olarak bilgi düzeylerinin düşük olduğu bildirilmiştir.<sup>6</sup> Yine ülkemizde pediatri hekimlerinin

DEHB'ye yönelik bilgi ve tutumlarının değerlendirildiği farklı çalışmalarda pediatristlerin ocuk psikiyatrisinin sık grlen rahatsızlıklarından olan DEHB alanındaki bilgilerinin yetersiz olduğu sonucuna ulaşılmıştır.<sup>7,8</sup> Kandemir ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada pediatristler tarafından uzmanlık eğitimleri sırasında ocuk psikiyatri rotasyonuna yeterli önemin gösterilmesi gerektiği vurgulamaktadır.<sup>8</sup>

Hipotezimize göre; tıp fakültelerinde verilen şu anki ERSH eğitimi genel itibari ile yeterli değildir ve ERSH mezuniyet öncesi eğitiminin ve aile hekimliği asistanlık eğitiminin güçlendirilmesi gerekmektedir. Çalışmamızda sağlık sistemiyle ilk tıbbi temas noktasını oluşturan birinci basamakta görevli aile hekimlerinin ERSH'nin tanısı ve nlenmesindeki rolleri dikkate alınarak konu ile ilgili bilgi düzeyleri, farkındalıklarını belirlemek ve tutumlarını değerlendirmek, bilgi düzeylerinin demografik değişkenlere göre farklılaşıp farklılaşmadığının saptanması amacı ile planlanmıştır. Ayrıca aile hekimlerinin bu konudaki duyarlılıklarının artırılması ve ihtiyaç duyulan eğitim çalışmalarının düzenlenmesine katkıda bulunmak amaçlarımızın içinde yer almaktadır.

## 2. GENEL BİLGİLER

### 2.1. ÇOCUK ERGEN PSİKİYATRİSİNİN TARİHSEL GELİŞİM SÜRECİ

#### 2.1.1. Dünyadaki Gelişim Süreci

1900'lü yılların başına kadar ayrı bir uzmanlık alanı olarak yerleşmemiş olan çocuk ve ergen psikiyatrisi tıpta nispeten daha yeni bir bilim dalı olarak belirtilmektedir. Johannes Trüper 1982'de üniversite şehri olan Jena yakınlarında Sophienhöhe'de bir okul kurmuştur. Kurulan okulda birkaç hekim tarafından çocuk psikiyatri eğitiminin alınmasıyla bu alan ilk olarak Almanya'da tanınmaya başlanmıştır. Johannes Trüper o dönemde çocuk psikiyatrisi ve pedagoji alanında döneminin önde gelen dergilerinden biri olan 'Die Kinderfehler'in de kurucu ortağı olmuştur. Çocuk psikiyatrisinin öncüllerinden biri olarak bilinen psikiyatrist ve düşünür Theodor Ziehen bu okulda konsültasyon liyezon alanında klinik pratik deneyimler edinmiştir. O dönemde Jena'dan başka bir psikiyatrist olan Wilhelm Strohmayer Sophienhöhe'de yaptığı konsültasyon deneyimlerini temel alarak 'Vorlesungen uber die Psychopathologie des Kindesalters für Mediziner und Padagogen' (Hekimler ve Eğitimciler İçin Çocukluk Psikopatoloji Üzerine Dersler) adlı kitabı yayınlamıştır.<sup>9</sup>

Çocuk ve ergen psikiyatrisinin ayrı bir bilim dalı olarak kurulmasına Hermann Emminghaus öncülük etmiştir. 1887'de Emminghaus tarafından yazılan "Die psychischen Störungen des Kindesalters" (Çocukluk Çağı Ruhsal Bozuklukları) yaşamın bu döneminde ortaya çıkan ruhsal sorunları ele alan ilk gözden geçirme yazısı niteliği taşımaktadır.<sup>10</sup>

İsviçreli bir psikiyatrist olan Moritz Tramer ilk kez 1933'te çocuk psikiyatrisini tıp bilimi içerisinde teşhis, tedavi, prognoz açısından parametrelere ayırmıştır. Daha sonrasında adı 'Acta Paedopsychiatria' olarak değişen 'Zeitschrift für Kinderpsychiatrie' (Journal of Child Psychiatry) Tramer tarafından 1934'te kurulmuştur.<sup>11</sup>

Amerika Birleşik Devletleri'nde ise çocuk ve ergen psikiyatrisinin 1899 yılında, ilk olarak Illinois eyaletinde çocuk mahkemelerinin kurulmasına cevaben geliştiği söylenmektedir.<sup>12</sup> Sosyal çalışmacı olan Jane Addams ve çalışma arkadaşlarının o

dönemde suça sürüklenen çocuklardan belirgin olarak etkilendiği ve bunun kökenini anlamak tedavisini gerçekleştirebilmek ve önlem alabilmek için çalışmalara başladığı belirtilmektedir. 1909'da Jane Addams ve arkadaşları tarafından Chicago'da dünyanın ilk çocuk rehberlik enstitüsü kurulduğu söylenmekte ve kuruculuğunu üstlenen bu kadınların ileri görüşlülüğüne vurgu yapılmaktadır. O dönemde Juvenile Psychopathic Institute olarak hizmete açılan bu kuruluşun daha sonra çocuk araştırma enstitüsü adını alarak günümüzde çalışmalarına hala devam etmekte olduğu açıklanmaktadır. Bu kuruluş Amerika'da çocuk psikiyatrisinin doğduğu yer niteliği taşımaktadır.<sup>13,14</sup> Nörolog William Healy (1869-1963), çocuk rehberlik merkezinin ilk yöneticisi olmuştur ve Chicago'da çocuk tutuklular ile ilgili psikolojik konularda çocuk mahkemelerine danışmanlık hizmeti verecek bir program geliştirmiştir. Çalışmalarında suçlu çocukların sadece biyolojik özelliklerinin suç işlemeleri üzerine olan katkılarına değil özellikle dürtülerin, tutumların ve sosyal faktörlerin etkileri üzerinde de durmuştur.<sup>13</sup> Üniversite eğitimini Almanya'da tamamlayan ve aslen Avusturyalı bir göçmen olan Leo Kanner (1894-1981) tarafından Amerika'da Johns Hopkins Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde psikiyatrist Adolf Meyer'in yönlendirmesi doğrultusunda ilk çocuk psikiyatri servisi kurulmuştur. 1930 yılında kurulan bu servisin aynı zamanda dünyada akademik olarak kurulan ilk çocuk psikiyatrisi bölümü niteliğini taşıdığı belirtilmektedir. Kanner Amerika'da çocuk psikiyatristi ünvanını alan ilk doktor olmuştur. 1935'te yazdığı Child Psychiatry kitabı çocuklardaki psikiyatrik bozuklukları konu alan ilk İngilizce ders kitabı özelliği taşımaktadır.<sup>15</sup> 1936 yılında ise, Johns Hopkins Hastanesi'nde yine Kanner tarafından çocuk psikiyatrisinin, ruhsal bozukluğu olan çocukların tedavi ve değerlendirmesinde istekli olan pediatristler için ilk kez resmi şekilde seçmeli bir ders şeklinde düzenlendiği belirtilmektedir.<sup>14,15</sup> 1920'lerin sonu ve 1930'lu yıllarda birçok ülkede lisansüstü eğitim veren çocuk psikiyatrisi bölümlerinin açılmaya başlandığı belirtilmektedir. Amerika'da da 1947 yılında Psikiyatri Geliştirme Grubu (Group for the Advancement of Psychiatry) tarafından bir çocuk psikiyatri komitesinin görevlendirildiği aktarılmaktadır. 1948'de Frederick Allen'ın, Amerikan Psikiyatri ve Nöroloji Kurulu (American Board of Psychiatry and Neurology, ABPN) tarafından çocuk psikiyatrisinin tanınması fikrini öne sürdüğü ancak geri dönüş alamadığı belirtilmektedir. Süreç içerisinde yapılan tartışmalarda yeni bir uzmanlık dalının çocuk psikiyatrisi, ya da pediatrik psikiyatri olarak oluşturulmasının tartışıldığı ve sonrasında American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (AACAP) üyeleri tarafından oylama sonrası ağırlıklı

olarak pediatriден ziyade psikiyatri ile ilişkilendirilmesi kararının alındığı belirtilmektedir. Çalışmalar sonrasında ilk olarak 1953'te Amerikan Çocuk Psikiyatri Akademisi kurularak, çocuk psikiyatrisi ayrı bir uzmanlık dalı olarak tanınmıştır. ABPN tarafından meşru bir uzmanlık alanı olarak kabul edilmesi bundan ancak 6 yıl sonra gerçekleşmiştir.<sup>14-16</sup>

Çocuk psikiyatrisinin genel psikiyatri içerisinde geliştiği ve gelişimi aşamasında en büyük zorluk olarak; engellemelere karşı durması ve kendini genel psikiyatriye kabul ettirmesinin olduğu belirtilmektedir. Ruhsal Bozuklukların Tanı ve İstatistiksel El Kitabı (DSM) I ve II'de bu alana 'Çocuk ve Ergenlik Davranış Bozuklukları' başlığı altında küçük bir bölüm ayrılmışken, DSM III ve sonrasında daha geniş kapsamlı ve daha özelleşmiş bir şekilde yerini alması da gelişim sürecini işaret etmektedir, şeklinde yorumlanmaktadır.<sup>17</sup>

### **2.1.2. Günümüz Dünyasında Çocuk Psikiyatrisi**

50 yıldan fazla bir süredir akademik olarak hizmet verilmesine rağmen dünya çapında çocuk ergen ruh sağlığı hastalıkları uzmanına olan ihtiyacın günümüzde de devam etmekte olduğu belirtilmektedir. Çocuk psikiyatristi sayısının artmasına rağmen özellikle fakir ve kırsal kesimlerdeki sayının azlığı sonrası oluşan orantısız dağılıma vurgu yapılmaktadır.<sup>18</sup>

American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (AACAP)'nin 2014 yılı raporunda ABD'de 2012 yılında tahminen 74 milyon çocuğun ihtiyaçlarını karşılamak için yaklaşık 8350 çocuk ve ergen psikiyatristinin görev yaptığı belirtilmektedir. 13-18 yaşları arasındaki ergenlerin %20'sinin, 8-15 yaş arasındaki çocuk ve ergenlerin ise %13'ünün tek bir yıl içerisinde en az 1 ciddi ruhsal bozukluk deneyimledikleri öne sürülmektedir. 2050 yılında çocuk sayısının 101,6 milyona ulaşacağı ve ruh sağlığı servislerine olan ihtiyacın artacağı vurgulanmaktadır. Yine 2014 AACAP yıllık raporunda, 2013 İşgücü Çalışması tarafından çocuk ve ergen psikiyatristi sayısının yetersizliğinin devam ettiği bilgisi vurgulanmıştır.<sup>19</sup>

AACAP verilerine göre 0-17 yaş arası her 100.000 çocuk ve ergen için 47 çocuk psikiyatristinin gerektiği belirtilmektedir. Ancak ABD'de 2015 yılı verilerine göre Columbia bölgesi haricinde diğer bölgelerde çocuk psikiyatristi sayısı açısından yüksek ya

da ciddi yetersizliklerin olduğu gösterilmektedir.<sup>20</sup> Avrupa standartlarına göre ise her 15.000 çocuğa bir çocuk psikiyatristinin gerektiği belirtilmektedir.<sup>21</sup>

2004'te Avrupa'da 100.000 kişiye düşen çocuk psikiyatristi sayısı İsviçre'de 32; Belçika'da 14; İzlanda ve Litvanya'da 13; Yunanistan'da 12; Hollanda'da 10; Slovenya ve Almanya'da 9; İtalya, Rusya, Portekiz ve Avusturya'da 6; İspanya ve İsrail'de 5; Kazakistan'da 2; Arnavutluk ve Polonya'da 1 olarak belirtilmiştir. 2004 verilerine göre nüfusunun %17.87'sini 15 yaş altı çocukların oluşturduğu Finlandiya'da bu sayı 33'tür. Nüfusunun %37.14'ünü 15 yaş altı çocukların oluşturduğu Türkiye'de ise bu oran 0,2 olarak bildirilmiştir. Bosna-Hersek de 0,2 ile en düşük sayıya sahip olan 2 ülkeden biri olarak belirtilmektedir.<sup>22</sup> Birçok Avrupa ülkesinde 15 yaş altı nüfus genel nüfusun %20'sinden daha azını oluşturmaktadır.<sup>23</sup>

2007 yılında yapılan bir araştırmada ise 100.000 kişiye düşen çocuk psikiyatristi oranı Bulgaristan'da 0,3; İsveç'te 3,5 olmak üzere, sayının bu aralıkta değişmekte olduğu, ancak Belçika, İspanya, Portekiz ve İngiltere gibi gelişmiş ülkelerin verilerinin çalışmada yer almadığı belirtilmektedir.<sup>24</sup>

2012 yılında İtalya'da yapılan bir çalışmada ise 100.000 kişiye düşen çocuk psikiyatristi sayısı 3,1; 0-17 yaş arası 100.000 çocuğa düşen çocuk psikiyatristi sayısı ise 19.47 olarak bildirilmiştir. Farklı çalışmalarda orantısız dağılıma vurgu yapılmasının aksine İtalya genelinde orantılı bir dağılımın olduğu vurgulanmıştır. Çalışmada İtalya'nın 100.000 kişiye düşen çocuk psikiyatristi sayısı açısından Avrupa'nın en yüksek sayıya sahip ülkelerinden birisi olduğu ve Amerika'da bu alanda iyi bir donanıma sahip olan bölgelerle kıyaslanabileceği belirtilmektedir.<sup>25</sup> Küçük bir Avrupa ülkesi olan Slovenya'da ise 20.000 çocuk ve ergene 20 çocuk psikiyatristinin düştüğü gösterilmiştir.<sup>21</sup>

Dünyadaki uygulamalarda çocuk ruh sağlığı hizmetlerinde yataklı kurumlar ve gündüz hastaneleri de yer almaktadır. Ayrı bir tedavi ekibi kadar, yaşa, gelişim dönemine ve gereksinimlere uygun, erişkin birimlerinden ayrı yataklı ve gündüz tedavi birimlerinin oluşturulması gerektiği belirtilmektedir.<sup>26</sup> İngiltere'de genel çocuk psikiyatri servislerinin yanı sıra yeme bozuklukları, gelişimsel bozukluklar, psikoz, güvenli servis, adli servis, öğrenme bozuklukları servisi gibi özelleşmiş servisler bulunmaktadır. 2003 yılında Galler

ve İngiltere’de yapılan bir çalışmada bölgelere göre 18 yaş altı 100.000 kişiye düşen çocuk ergen ruh sağlığı yatak sayısının 3,4 ile 12,9 aralığında olduğu, genel popülasyona bakıldığında ise ortalama olarak 7,1 yatağın düştüğü belirtilmektedir.<sup>27</sup> 2007 verilerine göre ise İngiltere’de 100’e yakın yataklı servis ve yaklaşık 1200 yatak kapasitesinin bulunduğu ve sayının artırılması için çalışmalar yapıldığı belirtilmektedir.<sup>28</sup>

2008’de yayınlanan Avrupa’da ruh sağlığı politikaları ve uygulamaları (Policies and practices for mental health in Europe) raporunda, Türkiye’nin de içinde olduğu 42 ülkenin 30’unda (%71) çocuk ergen ruh sağlığı servislerinin bulunduğu belirtilmektedir.

Ülkelerden elde edilen veriler doğrultusunda Azerbaycan’da bulunan bir hastanede bir ÇERS bölümü bulunduğu, Bulgaristan’ın ÇERS servisleri kapasitesi açısından belirgin bir yetersizliğe sahip olduğu, Hırvatistan’daki servislerde personel kadrosu açısından ciddi bir sıkıntının olduğu, Slovakya’da 80 yatak kapasitesinin bulunduğu, İsviçre’de ise birçok eyalette genellikle özel bir okulla bağlantılı olan çocuk psikiyatrisi klinikleri ve ergen kliniklerinin olduğu belirtilmiştir. Bu raporda toplum temelli yataklı hasta servisleri ve genel hastanelerdeki birimler de ayrıca değerlendirilmiştir. Almanya’da 228 çocuk ve ergen psikiyatri biriminin bulunduğu, Sırbistan’da Belgrad Ruh Sağlığı Enstitüsü’nde çocuk ve ergen psikiyatri birimlerinin (yataklı servisler, ayakta sağlık hizmeti ve gündüz hastaneleri) mevcut olduğu, ayrıca Belgrad ve tüm büyük şehirlerin üniversite hastanelerinde çocuklar için psikiyatri birimlerinin mevcut olduğu söylenmektedir. İsviçre’de tüm eyaletlerde olmadığı, ancak çoğu çocuk sağlığı servislerinde çocuk psikiyatri yataklarının olduğu, Özbekistan’da belli bölgelerde toplamda 60 yatak kapasitesinin olduğu belirtilmiştir.<sup>29</sup>

Gündüz kliniği uygulamalarının da tedavide önemli bir yer aldığı belirtilmektedir.<sup>30</sup> Yine raporda dahil edilen 42 ülkenin 32’sinde gündüz kliniklerinin bulunduğu belirtilmiştir. Bulgaristan’da toplamda 2000 çocuğa hizmet veren 58 gündüz kliniği merkezi, Gürcistan ve Yunanistan’da 1, Almanya’da ise 204 gündüz kliniği merkezinin yer aldığı gösterilmektedir.<sup>29</sup>

İtalya’da ise 2012 yılında yayınlanan bir çalışmada 100.000 kişiye 5 çocuk ve ergen psikiyatri yatağının sağlandığı gösterilmiştir. Yine İtalya’da 18 yaş altı çocuk ve ergenlerin gereklilik halinde erişkin servislerinde de yatırılabilirdiği söylenmiş ancak bu durum sağlık politikalarındaki temel bir eksiklik olarak yorumlanmıştır.<sup>25</sup>

### 2.1.3. Türkiye’de Çocuk Psikiyatrisinin Gelişim Süreci

Türkiye’de Çocuk Psikiyatrisi alanında ilk kez Ord. Prof. Dr. İhsan Şükrü AKSEL’in girişimleri ile 1956’da Çocuk Psikiyatrisi Enstitüsü İstanbul Üniversitesi’nde kurulmuştur. O dönemde halkın çocuk psikiyatrisi alanında yeterli bir bilgisinin olmamasının yanı sıra, çocuk psikiyatrisinin diğer branşlardaki hekimler tarafından zeka geriliği konusu ile eşleştirildiği belirtilmektedir. İlk olarak 6 Şubat 1957’de çocuk psikiyatrisi resmi poliklinik faaliyetlerine başlamıştır.

Çocuk psikiyatrisi enstitüsü faaliyetlerine devam ederken süreç içerisinde Nöropsikiyatri Kliniği içindeki bölümlere çocuk psikiyatrisi bölümü eklenmiştir ve 1968 yılında Çocuk Psikiyatri Kürsüsü bağımsız olarak kurulmuştur. Bağımsız bir bölüm olarak faaliyete geçildikten sonra kürsüde çocuk psikiyatri alanının kendisine ait ders, seminer ve eğitim programları uygulanmaya başlanmıştır.

Ankara’da ise ilk olarak 1955 yılında Hacettepe Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Enstitüsünde pediatri hekimi olarak görev yapan Dr. Mualla ÖZTÜRK çocuk psikiyatrisi ile ilgili çalışmalara başlamış, çocuk psikiyatrisi uzmanlık eğitimi için yurtdışına gönderilmiş ve 1958 yılında Hacettepe Tıp Fakültesi’nde ‘Çocuk Ruh Sağlığı’ bölümünü kurmuştur. 1959 yılında genel psikiyatri eğitimi için Amerika’ya giden Atalay Yörükoğlu da 1962-1964 yılları arasında çalışmalarını tamamlayarak Hacettepe Üniversitesi’nde çalışmaya başlamıştır.

Farklı merkezlerde çocuk psikiyatrisi alanında yaşanan bu hareketlenmeler tıpta uzmanlık konusu alanında nasıl yer alacağı konusunu gündeme getirmiştir. 1969’da Cebiroğlu ve Aydoğmuş tarafından Bakanlık Tüzük Komisyonu’na çocuk psikiyatrisinin bağımsız, 4 ya da 5 yıl süren, bir üst uzmanlık dalı olduğu, ya da psikiyatri alanında uzmanlığını yapmış olup en az 2 yıl bu alanda çalışmış olanlar tarafından icra edilebilen bir üst uzmanlık alanı olduğu şeklinde bir teklif sunulmuştur. Çocuk psikiyatrisi tekliften ancak 4 yıl sonra uzmanlık tüzüğünde yan dal olarak (Yüksek İhtisas) belirtilmiştir. Konunun uzmanlık tüzüğünde yer alması, bu alanın uzmanlık düzeyinde tescil edilmesi anlamına geldiğinden çocuk psikiyatrisi açısından önemli bir adım niteliğinde olmuştur.



1974 yılında Prof. Mualla Öztürk'ün Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesine geçmesiyle Çocuk Psikiyatrisi bölümü kurulmuş ve asistan eğitimi başlamıştır. İzmir'de 1968-1969 yıllarında Ege Tıp Fakültesinde psikiyatri uzmanı olan Oya Tuncer'in poliklinikte çocuk hastaları bakmasıyla başlayan çocuk psikiyatrisi hareketi 1973 tüzüğü sonrasında uzmanlarla desteklenmiştir. Ancak 1982'de Yükseköğretim Kurulu (YÖK) yasının çıkması ile çocuk psikiyatrisi, psikiyatri anabilim dalının bir bilim dalı olmuş ve bağımsızlığını kaybetmiştir. 1986 yılında ise Ayşen Baykara tarafında Dokuz Eylül Üniversitesinde bölüm oluşturulmuştur. 1990'lı yıllarda Gazi Üniversitesinde, sonrasında sırasıyla Marmara Üniversitesi, Kocaeli Üniversitesi, Çukurova Üniversitesi, Akdeniz Üniversitesi, Trabzon Karadeniz Teknik Üniversitesi, İstanbul Cerrahpaşa Tıp Fakültesi hastanelerinde çocuk psikiyatrisi bölümü açılmıştır.

İlk olarak 1990 yılında çocuk ruh sağlığı ve hastalıkları ayrı bir uzmanlık dalı olarak kabul edilmiştir ve yine bu yılda Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Derneği kurulmuştur. O döneme dek erişki psikiyatri kongrelerine dahil olurken, 1991 yılında ilk kez ayrı olarak Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı Kongreleri yapılmaya başlanmıştır. 1994 yılında ilk Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi yayınlanmıştır. Derneğin kuruluşu sonrasında dernek aracılığı ile Sağlık Bakanlığı ve YÖK ile iletişime geçilmiş ve çocuk psikiyatrisinin ayrı bir uzmanlık dalı olması konusunda çalışmalar başlatılmıştır. 9 Ekim 1997 tarihli YÖK kararıyla çocuk psikiyatrisi birimleri Çocuk Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı'na dönüştürülmüş ve bir yan dal uzmanlığı olan bu alan 4 yıllık eğitim süresi gerektiren bir ana dal uzmanlığı şeklinde yeniden düzenlenmiştir. 1998 yılında Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Derneği Yeterlilik Kurulu, uzmanlık eğitimi programında rehber bilgi ve standartlar oluşturmak amacıyla oluşturulmuştur.<sup>17</sup> Türk Tabipler Birliği – Uzmanlık Dernekleri Eşgüdüm Kurulu ile birlikte çalışmalar gerçekleştirilmiş ve ilk yeterlik sınavı 2011 yılında yapılmıştır.<sup>31</sup> Türkiye Çocuk ve Genç Psikiyatrisi Derneği tarafından, Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı Anabilim Dalı Başkanlığı'na 25 Mart 2016'da akreditasyon amaçlı ilk kurum ziyareti gerçekleştirilmiştir.<sup>32</sup>

#### 2.1.4. Günümüz Türkiye'sinde Çocuk Psikiyatrisi

Ülkemizde çocuk ve ergen ruh sağlığı alanında ikinci ve üçüncü basamak sağlık/tedavi hizmetlerinin çoğunlukla üniversite kliniklerinde ve bazı illerde sağlık bakanlığına bağlı hastanelerde gerçekleştirildiği belirtilmektedir. Tüm dünya uygulamalarında da kabul edildiği gibi, ülkemizde de bu alanda tedavi hizmetlerinin, mutlaka bir ekip çalışması içinde yürütülmesi gerektiği vurgulanmaktadır. Bu ekipte uzman hekimin yanı sıra klinik psikolog ve sosyal hizmet uzmanı, mümkünse bir hemşire ve eğitim uzmanının da yer almasının uygun olduğu belirtilmektedir. Ayrı bir tedavi ekibi kadar, yaşa, gelişim dönemine ve gereksinimlere uygun, erişkin birimlerinden ayrı yataklı ve gündüz tedavi birimlerinin oluşturulması gerektiği öne sürülmektedir.<sup>26</sup>

Sağlık Bakanlığı verilerine göre Türkiye'de Mart 2011 itibariyle aktif olarak çalışan 206 çocuk ve ergen ruh sağlığı ve hastalıkları uzmanının bulunmakta olduğu söylenmektedir. Bu kişilerin 82'sinin sağlık bakanlığı, 87'sinin üniversitelerde çalıştığı, 37 çocuk ve ergen ruh sağlığı ve hastalıkları uzmanının ise özel sektörde hizmet verdiği belirtilmektedir. Ülkemizde Ekim 2010 itibariyle 81 ilin 45'inde çocuk ve ergen ruh sağlığı ve hastalıkları uzmanı bulunmadığı söylenmektedir. Ülkemizde 100 bin kişiye düşen aktif çalışan çocuk ve ergen ruh sağlığı ve hastalıkları uzmanı sayısı ise 0.28 olarak gösterilmektedir.<sup>26</sup> Türkiye Çocuk ve Genç Psikiyatrisi Derneği verilerine göre Türkiye'de 64 çocuk ve ergen psikiyatrisi kliniği bulunmaktadır. Kliniklerin 42'sinin üniversite hastanesi bünyesinde 22'sinin ise eğitim ve araştırma hastaneleri bünyesinde hizmet vermekte olduğu belirtilmiştir.<sup>33</sup>

Dünyadaki uygulamalarda çocuk ruh sağlığı hizmetlerinde yataklı kurumlar ve gündüz hastanelerinin de yer aldığı belirtilmektedir.<sup>26</sup> Yataklı tedavi yöntemi, dünya genelinde çocuk ve ergen ruh sağlığında yaygın olarak kullanılan, yoğun bir tedavi ve rehabilitasyon şekli olup, yapılan çalışmalarda ergen ruh sağlığı yataklı servislerinin psikiyatrik sorunların tedavisinde etkili olduğunu göstermektedir.<sup>34</sup> Çalışmalarda çocuk ve ergen ruh sağlığı bütüncül yaklaşımlarında yataklı servislerin önemli bir unsur olduğu öne sürülmüştür.<sup>27,35</sup>

Buna rağmen ülkemizdeki çocuk ve ergen ruh sağlığı servislerinin sayıca çok kısıtlı miktarda olduğu ve bu sayının ihtiyacı karşılamanın çok ötesinde olduğu belirtilmektedir. Çocuk ve ergenlerin büyük bir kısmının klinik pratikte hala erişkin psikiyatri servislerine yatırılarak tedavi edilmekte olduğu öne sürülmektedir. Aynı zamanda çocuk ve ergenlerin önemli bir bölümünün ise bu servislere yaşları gereği alınmamakta olduğu ve tedavilerinin yarım kaldığı söylenmektedir.<sup>36</sup>

Bir çalışmada Almanya ruh sağlığı yasalarına göre yapılan bir hesaplamayla ülkemizin yatak gereksinimi hesaplanmış; 3600 çocuk ve ergen ruh sağlığı yatağı, 933 özelleşmiş yatak (madde bağımlılığı, yeme bozukluğu vb.), 12 hasta kapasiteli 180 gündüz hastanesine gereksinim duyulduğu öne sürülmüştür.<sup>37</sup> Buna karşılık şu anda Türkiye çapında genel çocuk ve ergen ruh sağlığı yataklı servisi olarak; Bursa Uludağ Üniversitesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı Servisi (0-18 yaş) 24 yatak, Dokuz Eylül Üniversitesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı Servisi (0-18 yaş) 10 yatak, İstanbul Bakırköy Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Ergen/Genç-Erişkin Servisi (14-20 yaş) 35 yatak, Manisa Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı Servisi (0- 18 yaş) 24 yatak, Ege üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı Servisi (0-18 yaş) 11 yatak, Pamukkale Üniversitesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı Servisi, 9 yatak, İnönü Üniversitesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı Servisi, 10 yatak kapasitesi bulunmaktadır. Bunun dışında İstanbul, Ankara ve İzmir'de toplam 56 yatak kapasiteli çocuk ve ergen için madde bağımlılığı servisleri ve Adana'da istismar mağduru ergen kızların kabul edildiği 20 yatak kapasiteli bir rezidental tedavi merkezi bulunmaktadır.<sup>37</sup>

2011 yılında yayımlanan Ulusal Ruh Sağlığı Eylem planında toplamda 199 çocuk-ergen psikiyatri yatağının bulunduğu söylenmiştir. Yine akut durumlarda çocuk-ergen hastaların bazen ebeveynlerinin refakatiyle erişkin servislerine yatırılmakta olduğu belirtilmiştir.<sup>26</sup> Oysaki 2010 yılında İngiltere'de yapılan yeni düzenlemelerle erişkin servislerine ergen hastaların kabulünün yasaklandığı belirtilmektedir.<sup>36</sup> Ülkemiz açısından yaklaşık olarak 5 milyonun üzerinde olduğu tahmin edilen çocuk ve ergen sayısı temel alındığında yataklı tedavi gereksinimi açısından gereksinimlerin bir hayli altında bir sayıya sahip olduğumuz öne sürülmektedir. Ülkemizde bir an önce, çocuk ve ergen ruh sağlığı alanında, koruyucu ruh sağlığı hizmetlerinden başlayarak yataklı servis tedavi hizmetine kadar her aşamada

ruh sağlığı politikalarının geliştirilmesi, ruh sağlığı yasası ile teminat altına alınması ve gerekli maddi kaynağın ayrılması gerektiği öne sürülmüştür.<sup>37</sup>

Servise yatırılacak kadar ağır ruhsal bozukluğu olmayan, ancak ayaktan tedavi koşullarında ele alınması zor olan hastaların, gündüz kliniklerinde tedavi edilmesi önerilmektedir.<sup>38</sup> Gündüz kliniği '*yeterli ve istikrarlı sosyal desteği olan, akut ya da subakut hastaların sınırlı bir süre içinde, yalnız gündüz saatlerinde klinikte kaldığı, akşam ve gece ise alışık olduğu ev ortamında bulunduğu ve tedavi edildiği bir birim*' olarak açıklanmaktadır. Ülkemizde çocuk ve ergen ruh sağlığı alanında Kocaeli Üniversitesi Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Gündüz Kliniği dışında bir gündüz kliniği merkezinin bulunmadığı belirtilmektedir.<sup>30</sup>

## **2.2. ÇOCUK ERGEN PSİKİYATRİSİNDE EĞİTİM SÜRECİ**

### **2.2.1 Dünyada Mezuniyet Öncesi ÇRS Eğitimi**

MacLeod ve Steinhauer çocuk psikiyatrisi gibi, diğer uzmanlık alanlarıyla karşılaştırıldığında göreceli olarak yeni bir uzmanlık alanının eğitim müfredat içeriğinin ve temel prensiplerinin tanımlanmasının önemli olduğunu belirtmiştir.<sup>39</sup> Sawyer ve arkadaşları tarafından, Amerika, Avrupa, İngiltere, Kanada, Japonya, Yeni Zellenda ve Avusturalya'da 1970-2007 yılları arasında gerçekleştirilen 18 çalışma incelenmiştir. İnceleme sonucunda çocuk psikiyatri müfredat içeriklerinde kısıtlı düzeyde bir uyumun olduğu belirtilmiştir.<sup>40</sup> Çalışmalar tıp fakültelerinde çocuk ergen ruh sağlığı eğitimine ayrılan süre açısından da belirgin farklılıkların olduğunu göstermektedir. Yapılan çalışmalarda, çocuk ergen ruh sağlığı eğitiminin, tıp fakültelerindeki toplam eğitim-öğretim süresinin çok küçük bir kısmını oluşturduğu belirtilmektedir.<sup>39,41-43</sup>

#### **2.2.1.1Avrupa**

1960 yılında Büyük Britanya'da gerçekleştirilen bir çalışmada çocuk ve ergen psikiyatri eğitimine ortalama olarak 24 saat (8-67 saat) ayrıldığı tespit edilmiştir. 25 fakültenin yalnızca ikisinde çocuk ve ergen ruh sağlığı hastalıklarına yönelik profesörlerin görev yaptığı belirtilmiştir.<sup>44</sup> Yaklaşık 20 yıl sonra yapılan bir başka çalışmada yalnızca 9

fakültede çocuk psikiyatrisi eğitimi için akademik kadro bulunduğu tespit edilmiştir. 11 fakültede çocuk ve ergen ruh sağlığı hastalıklarıyla ilgili prelinik eğitim (örneğin, gelişimsel psikoloji, sosyoloji) verildiği belirtilmiştir. 1 yıllık klinik eğitim dönemi boyunca ortalama 20 (5-52) saatin çocuk ergen ruh sağlığı ve hastalıkları eğitimine ayrıldığı tespit edilmiştir. Çocuk ergen ruh sağlığı ve hastalıkları eğitiminin 1 fakültede pediatri stajı dahilinde, 9 fakültede erişkin psikiyatri stajı dahilinde, 7 fakültede de pediatri ve erişkin psikiyatri stajı ile birlikte verildiği belirtilmiştir.<sup>43</sup>

Farklı bir çalışmada 31 Avrupa ülkesinde 159 tıp fakültesinde çocuk ergen ruh sağlığı hastalıkları eğitimi ayrıntılandırılmıştır. Fakültelerin yalnızca %52'sinde ÇERS anabilim dalı bulunduğu, %87'sinde ise çocuk psikiyatri eğitiminin verildiği belirtilmiştir. Fakülteler arasında ÇERS'ye ayrılan eğitim süresi açısından belirgin farklar bulunmuş, eğitime ortalama olarak 20 (2-439 ) saatin ayrıldığı tespit edilmiştir. Derslerin tüm ÇERS ana başlıkları temel alınarak planlanmış olduğu ve fakültelerin %96'sının bu eğitim metodunu kullandığı belirtilmiştir.<sup>41</sup>

### **2.2.1.2. Avustralasya**

Hayashi ve Yamazaki 1998'de 1982 ve 1993 yıllarında yapılan 2 çalışmayı aktarmışlardır. Yapılan çalışmalarda çocuk psikiyatrisine ayrılan sürenin saat olarak tanımlanmamakla birlikte 1-4 yarıyıl olarak tespit edildiği ve iki çalışma arasında önemli bir değişiklik saptanmadığı sonucuna ulaşılmıştır.<sup>42</sup>

O'Connor ve arkadaşlarının 1999'da Avustralya ve Yeni Zelanda tıp fakültelerinde yaptıkları bir çalışmada, genel psikiyatri alanında ortalama 416 (285-534) saatin klinik öncesi eğitime 353 (279-454) saatin de klinik eğitime ayrılmış olduğunu belirtmişlerdir. Bu sürenin yalnızca 12 saatinin çocuk psikiyatrisine ayrıldığı ve üniversiteler arasında eğitime ayrılan süreler açısından farklılıklar olduğu sonucuna ulaşılmıştır.<sup>45</sup>

2006'da Avustralya'da 12 fakülte ile yapılan bir çalışmada tıp fakültelerinde çocuk psikiyatrisine ayrılan süre, eğitim hedefleri ve eğitim içeriği araştırılmıştır. Eğitime ayrılan süre 46 saatin ayrıldığı bir fakülte dışında, ortalama çocuk psikiyatrisi eğitim süresi olarak 4-12 saat aralığında bulunmuştur. ÇERSH eğitiminin ya pediatri stajı, ya erişkin psikiyatri stajı, ya da her iki staj dahilinde verildiği bildirilmiştir. 10 fakültede öğrencilere sayıları

birkaç öğrenciden tümüne kadar değişen aralıkta klinik olarak pratik yapma imkânının tanınmakta olduğu belirtilmiştir. Pratik uygulama süresinin yarım gün ile 8 hafta arasında değiştiği saptanmıştır. Yalnızca 4 fakültede tüm öğrencilere klinik uygulama imkanı tanındığı belirtilmektedir. Bu çalışmada sadece 9 fakültede eğitimin çocuk psikiyatristleri tarafından sağlandığı belirtilmiştir. Tıp fakültelerindeki çocuk psikiyatri kadrosunun yalnızca %9'unun tam zamanlı olarak çalışma kadrosunda yer aldığı ifade edilmektedir. Geri kalanların büyük kısmının yarı zamanlı olarak yardımcı doçent ya da doçent kadrosunda çalışmakta olduğu gösterilmiştir.<sup>46</sup>

### **2.2.1.3. Amerika**

ÇERSH'nin 1950'den beri Amerika'da psikiyatrinin bir yan dalı olarak geçmekte olduğu belirtilmektedir. 1976'da Kivowitz ve Kahn Amerika'da 113 fakültede ÇERS eğitimi ile ilgili yaptığı çalışmada, fakültelerin büyük bir kısmında çocukların klinik değerlendirilmesi, çocuk gelişimi ve psikopatolojilerini içeren özelleşmiş bir eğitim programının bulunduğunu belirtmiştir. ÇERS'ye ayrılan sürenin total müfredatın %0-%2'sini oluşturduğu tespit edilmiştir. Fakültelerin %85'inde fakültede tam zamanlı çalışan çocuk psikiyatristlerinin görev aldığı ve fakültelerin %89'unda çocuk psikiyatri eğitiminin çocuk psikiyatristleri tarafından verildiği aktarılmıştır.<sup>47</sup>

1983'te Kanada'da 16 fakültede mezuniyet öncesi tıp eğitiminde çocuk psikiyatrisi eğitimini konu alan başka bir çalışmada ise çocuk psikiyatri eğitimine ayrılan ortalama süre 26 saat olarak belirtilmiştir. Burada da fakülteler arasında ortalama ders süresi açısından büyük bir değişkenliğin söz konusu olduğu belirtilmiştir (1-130 saat). Klinik eğitimlerin 1 ile 9 gün arasında değişen yarım günlük eğitim süreleri şeklinde planlandığı aktarılmaktadır. Çalışmalarda Amerika'da çok az sayıdaki birkaç fakülte haricinde, çoğu fakültede geçerli bir çocuk ergen ruh sağlığı eğitimi çekirdek programı olduğu belirtilmektedir.<sup>39</sup>

### **2.2.1.4. Almanya-İsviçre-Avusturya**

Almanya İsviçre ve Avusturya'da, 33 tıp fakültesinde, 2010 yılında yapılan bir çalışmada, tıp fakültesindeki ÇERS eğitimi açısından 3 ülkenin de farklı düzeylerde olduğu tespit edilmiştir. Avusturya'da, ÇERS 2007 yılından bu yana ayrı bir uzmanlık dalı olarak

kabul edilmektedir. 2 üniversitede bağımsız ÇERS anabilim dalı bulunduğu belirtilmiştir. İlki 1975 (Viyana) ikincisi 2008'de (Salzburg) kurulmuştur. Viyana'da, tek başına bir çocuk psikiyatri müfredatının bulunmadığı belirtilmektedir. Almanya'da mevcut 26 ÇERS departmanının bulunduğu açıklanmaktadır. İsviçre'de ÇERS eğitiminin erişkin psikiyatri müfredatı dahilinde verilmekte olduğu, bu nedenle eğitimin zorunlu tutulduğu belirtilmiştir. Çalışmaya dahil olan 33 fakültenin 21'i tarafından ortalama eğitim süresi her dönem için 34 saat (1-212 saat) olarak bildirilmiştir. Eğitimin fakültelerin tamamında zorunlu staj şeklinde olmadığı, bir kısmında seçmeli ders şeklinde verildiği belirtilmiştir.<sup>48</sup>

### **2.2.2. Ülkemizde Mezuniyet Öncesi ÇRS Eğitimi**

Ülkemizde, tıp fakültelerinin sayısındaki artışa paralel olarak, temel standartların oluşturulması, eğitim kalitesinin artırılması için çalışmalar başlatılmış; bu bağlamda tıp eğitiminde 2001 yılında “Ulusal Çekirdek Eğitim Programı” (Ulusal ÇEP) çalışmalarına başlanmıştır. Ulusal ÇEP (UÇEP-2002), 2002 tarihinde kabul edilmiş olup, 2003-2004 eğitim-öğretim yılıyla birlikte uygulamaya konulmuştur. Ulusal ÇEP-2002, ülkemizdeki tıp fakültelerinin tümünün kendi eğitim programlarına eğilmelerini ve tıp eğitiminin ulusal anlamda ilk kez standardizasyonunu sağlaması bakımından ülkemiz tıp eğitimi açısından önemli bir adım olarak görülmektedir. Ancak ÇEP'teki psikiyatri öğrenim hedeflerinin gözden geçirilmesi gerektiği vurgulanmıştır. Ulusal ÇEP-2002'nin çeşitli girişim ve talepler sonrası 2013 yılında tekrar revize edilmesine karar verilmiş ve nitekim çalıştaydaki eksik olan Ruh Sağlığı Hastalıkları, Nöroloji vs. gibi alanlardan yeni katılımcılarla çalıştay grubu genişletilmiştir. İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları ile ÇERSH Anabilim Dallarının iki öğretim üyesiyle ruh sağlığı ve hastalıkları ile ilgili belirti, durum, hastalık ve klinik problemleri netleştirmek için listeler üzerinde çalışıldığı belirtilmektedir. Tavsiyeler sonrasında yeniden hazırlanan Ulusal ÇEP'in ilk halinin tıp fakülteleri ve ilgili kurum ve kuruluşlara gönderilerek gelen görüşler doğrultusunda programa nihai şeklinin verilmesine karar verilmiştir. Alınan önemli geri dönüşlerden biri de geniş bir katılım neticesinde oluşturulduğunun belirtilmesiyle birlikte içerisinde Ruh Sağlığı ve Hastalıklarının da bulunduğu birkaç klinik dalda eksikliklerin olduğu şeklinde olmuştur. Yaklaşık 1 yıl sonrasında Ulusal ÇEP yeniden yapılandırılarak 2014 yılında bir çerçeve eğitim programı olarak yeniden sunulmuştur. Mezuniyet öncesi Ulusal ÇEP, ülkemizde uygulanması gereken mezuniyet öncesi tıp eğitiminin, ulusal ölçekte ana

hatlarını çizen ve temel dayanaklarını sıralayan çerçeve program olarak nitelendirilmektedir.

ÇEP mezuniyet öncesi tıp eğitimin amacı ve ulusal yeterlikler çerçevesi, semptomlar ve durumlar listesi, çekirdek hastalıklar / klinik problemler listesi, temel hekimlik uygulamaları listesi şeklinde 4 temel kısma ayrılmıştır. Mezuniyet öncesi tıp eğitiminde ÇEP’te bütüncül yaklaşımın önemine değinilmiş özellikle sürecin biyo-psiko-sosyal ve kültürel olarak ele alınması gerekliliği vurgulanmıştır. Semptomlar ve durumlar listesi kısmında semptomlar da kendi içinde 4 başlığa ayrılmış ve ‘şiddet, ihmal ve istismar, öğrenme güçlüğü gibi adli ve/veya psikososyal durumlar’ başlıklardan biri olarak belirlenmiştir. Çekirdek hastalıklar kısmında ise genel anlamda hastalık isimleri ele alınmış, hedeflenen öğrenme düzeyleri belirtilmiş, hastalıkları ilgilendiren sistemler belirtilmiştir. Temel hekimlik uygulamaları kısmında ise mezun olan her hekimin kazanması gereken yeterlilikler öğrenme düzeylerine göre sınıflandırılarak belirtilmiştir.<sup>49</sup> Ulusal ÇEP’in 2014 yılı itibari ile ÇERS uzmanlarının katılımı sonrası revize edilmiş şeklinde ÇERS ile ilgili hastalıkların büyük kısmına yer verildiği gözlenmektedir. Ancak yalnızca çocuk ve ergenlere özgü olan bazı ruhsal hastalıklarda ise özel tanımlamaların eksikliği tespit edilmiştir.

### **2.2.3. Mezuniyet öncesi çocuk ergen ruh sağlığı eğitim hedefleri:**

Mezuniyet öncesi çocuk psikiyatrisi eğitimi için öğrenim hedefleri geniş bir yelpazede tanımlanmıştır. Bunlar çocuk ve ailesini değerlendirebilmeyi gerektiren yeteneklerin elde edilmesi, sık görülen çocukluk çağı ruhsal hastalıklarını değerlendirebilme ve tanı koyabilme, normal çocuk ve adolesan gelişimi hakkında, etiyoloji ve süreci etkileyen faktörler hakkında, pediatrik hastalıklarda fiziksel hastalıklar ve psikososyal faktörler arasındaki ilişki hakkında ruhsal bozukluğu olan çocuklara yardım için mevcut hizmet alanı hakkında bilgi edinebilme ve gerektiğinde bu alanda uzmana yönlendirebilme becerisine sahip olabilme olarak tanımlanmıştır.<sup>39,50-52</sup>

Worrall-Davies tarafından yürütülen bir çalışmada, mezuniyet öncesi tıp eğitiminde psikolojik sorunlarla ilgili uygun tutumların ve gerekli becerilerin kazanılmasının, somut bilgi içeriği edinmekten daha önemli olduğu öne sürülmüştür. Her bir konu için, önemli tutumların (örneğin; çocuklar arasındaki psikolojik sorunların farkındalığı) gelişimi ile



ilişkili kısmın eğitimin %40'ını, beceri eğitiminin (örneğin; görüşme ve iletişim kurma) de eğitimin %40'lık kısmı kapsamı gerektiği vurgulanmış, kalan %20'lik kısmın da bilgiye ayrılması gerektiği tavsiye edilmiştir.<sup>52</sup>

Worrall-Davies tarafından öne sürülenlerden farklı olarak Garralda tarafından yapılan başka bir çalışmada mezuniyet öncesi eğitimin ÇERSH hakkında bilgi sahibi olmak üzerine odaklanması gerekliliği savunulmuştur. Kısa bir görüşme içinde elde edilen temel bilgiyi kullanabilmek, sevk ve idare becerilerini elde etmenin önemi üzerinde durulmuştur. Çocukların ruh sağlığı problemleri açısından doğru bir şekilde taranması gerektiği vurgulanmıştır.<sup>53</sup>

Avrupa'da çocuk ergen psikiyatri öğretim programları ile ilgili yapılan başka bir çalışmada katılımcılar tarafından eğitim hedefleri; temel hastalıklarla ilgili bilgi birikiminin sağlanması, klinik değerlendirme ve tedavi becerilerinin gelişimi, iyi bir iletişim becerisi kazanılması şeklinde aktarılmıştır. Ayrıca katılımcılar tarafından, mezuniyet sonrasındaki pratisyen hekimlik sürecinde gerekli olan ÇERS becerilerinin öğreniminin önemine vurgu yapılmıştır.<sup>41</sup>

Büyük Britanya Leicester Üniversitesi'nde Dogra tarafından yeni bir çocuk ve ergen psikiyatrisi öğretim programı geliştirilmiştir. Farklı eğitim metotlarının kullanıldığı bu programın toplamda 25 saatte tamamlanmakta olduğu belirtilmektedir. İçeriğinde aile ve okul ziyaretleri, videokasetler, rol playing ve klinik katılımlar yer almaktadır. Bu eğitim programı, öğrencilerin ailelerin konuya ilişkin önemini kavranmasını, öğrencilere çocuk ve yetişkinlerin sürekli olarak geliştiklerinin farkında olmalarını sağlamayı, çocuğun hastalığının doğasına bakılmaksızın psikolojik faktörleri değerlendirmenin önemini kavramasını, çocuk ve aileleri değerlendirmek için gerekli olan iletişim becerilerini, çocuk ergen ruh sağlığı hastalıklarının temel özelliklerini öğretmeyi ve hastalıkları ana hatlarıyla yönetebilmelerini amaçlamaktadır.<sup>54</sup>

Kanada, Toronto Üniversitesi'nde çocuk ve ergen psikiyatrisi eğitimi ile ilişkili bir gözden geçirme yazısında klinik iletişim becerileri eğitimi üzerinde çalışılmıştır. Öğrencilerin öğrenme sürecinde aktif olarak yer alması gerektiği önemle vurgulanmıştır. Görüşme becerileri 'Kısa Odaklı Görüşme' şeklinde adlandırılan bir yöntemle öğretilmektedir. Bu metot 15 dakikalık bir süre içerisinde öğrencilerin bir görüşmeyi

yaparken eğitimcilerin hasta ya da hastanın ailesinin rolünü oynaması şeklinde uygulanmaktadır. Öğrenme hedeflerinde birinci basamak hekimler özellikle de pediatrist ve pratisyen hekimler için yararlı olacak bilgi ve beceriler üzerinde durulduğu vurgulanmıştır. 18 saatlik kurs konuları; boşanma, ayrılığın dahil olduğu ebeveynlikle ilişkili konular, çocuk istismarı, DEHB, davranım bozukluğu, ergenlikte depresyon ve intihar, psikojenik karın ağrısı ve yeme bozuklukları şeklinde belirtilmiştir.<sup>55</sup>

Çocuk ve ergen psikiyatrisi eğitim programının geniş kapsamlı bir şekli de Yale Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde yapılan bir çalışmada tanımlanmıştır. İlk yıl programın çocukların sosyal, bilişsel ve duygusal gelişimleriyle birlikte normal gelişimleri üzerine odaklanmakta olduğu ve toplamda 16 saatten oluştuğu belirtilmiştir. Görüşmelerin önemli kısımları vurgulanarak düzenlenen video kayıtlarının, eğitim amaçlı olarak sıkça kullanıldığı aktarılmıştır. İkinci yılda genel psikiyatri eğitimi içerisinde çocuk psikopatolojisi üzerine eğitim verilmekte olduğu, ek olarak pediatristlerle birlikte okul çağı çocukları için görüşme becerileri eğitimi modülü verildiği belirtilmiştir. Üçüncü yıl içerisinde ise psikiyatri stajı dahilinde hem çocuk hem erişkin psikiyatri bölümlerinin bulunduğu 2-3 haftalık klinik rotasyon programının bulunduğu aktarılmıştır.<sup>56</sup>

Avustralya'da 12 tıp fakültesinde yapılan bir çalışmada katılımcılara 8 öğrenim hedefi sunulmuş ve bunları sıralamaları istenmiştir. Katılımcıların ilk sırada aile ve çocukları değerlendirmeye yönelik görüşme becerilerinin kazanılması gerekliliğine öncelik verdikleri belirtilmiştir. Görüşme becerileri eğitimi için kullanılan metotlar ise role play, videokasetlerle çalışma, aile ve çocukla yapılan görüşmelere aktif katılma, yapılan görüşmelerin izlenmesi şeklinde sıralanmıştır. Katılımcılar tarafından ihtiyaç duyulan çocuk psikiyatrisi eğitim saati ortalama 31 saat (5-80 saat) olarak saptanmıştır. ÇERSH eğitimi için en öncelikli temel eğitim hedefleri; çocuk ergen ruh sağlığı bozukluklarının tedavi ve yönetimi hakkında temel bilgi edinmek, fiziksel ve psikososyal problemler arasındaki ilişki hakkında bilgi edinmek, çocuk ve ailesini değerlendirebilecek beceriye sahip olabilmek, normal çocuk gelişimi hakkında bilgi sahibi olmak şeklinde sıralanmıştır.<sup>46</sup>

2010 yılında eğitim hedefleri açısından 33 fakültenin dahil edildiği farklı bir çalışmada ise büyük bir uyum olduğu belirtilmiştir. ÇERS bozukluklarının tanı, tedavisi ve normal çocuk gelişimi hakkında bilgi edinilmesi önemli eğitim amaçları olarak sıralanmaktadır.

Tıp fakültesi öğrencileri tarafından çocuk ve ergenlerde psikopatolojinin ve ailelerinin değerlendirebilme becerisinin kazanılmasının da eğitimde önemli bir yerinin olduğu söylenmektedir. Çalışmaya katılan fakültelerde eğitim yöntemi olarak sıklıkla ders anlatımı ve vaka sunumu uygulamalarının kullanıldığı belirtilmektedir.<sup>48</sup>

Tıp fakültelerindeki çocuk ergen ruh sağlığı öğretiminin anlaşılmasının, şimdiki ve gelecekteki çocuk psikiyatrisi eğitimine bir temel ve referans oluşturması açısından önemli olduğu öne sürülmektedir.<sup>57</sup> ÇERESH'deki yüksek yaygınlık oranı ve uygulanabilir tedavi yöntemlerindeki artışın, tıp fakültelerinde çocuk psikiyatrisi eğitimine verilen nispeten düşük önceliğin tekrar gözden geçirilmesine neden olduğu söylenmektedir. ÇERS alanının öğrenim hedeflerinin açıkça tanımlanması ve mezuniyet öncesi bu alana yeterli eğitim süresinin sağlanmasının gerektiği belirtilmiştir.<sup>40</sup>

#### **2.2.4. Mezuniyet Sonrası Eğitim**

Avrupa Tıp Uzmanları Birliği (ATUB -Union of European Medical Specialities) tarafından, Çocuk ve ergen psikiyatrisi uzmanlık alanının; 18 yaş altı çocuklarda uzman hekim tarafından tıbbi yöntemler, standartlar ve yaklaşımlar ile ruh sağlığı sorunlarının önlenmesi, tanı konması ve tedavisinin uygulanması olarak tanımlandığı belirtilmektedir.<sup>58</sup>

Türkiye'de ilk olarak 1973'te psikiyatri uzmanlığından sonra 2 yıllık yan dal uzmanlığı olarak düzenlenen çocuk ruh sağlığı ve hastalıkları uzmanlığı 1990 yılından sonra ayrı bir ana dal olarak tanımlanmıştır. İlk olarak 4 yıl olarak belirlenen uzmanlık eğitim süresi, bir dönem 5 yıl olarak değiştirilmiş sonrasında tekrar 4 yıl olarak yeniden belirlenmiştir. Ülkemizde Tıpta Uzmanlık Sınavı (TUS) adı verilen merkezi bir sınav sonrasında uzmanlık eğitime başlanılmaktadır. Uzmanlık eğitimi sürecinde 9 ay erişkin psikiyatri ve 3 ay çocuk nöroloji rotasyonu zorunlu olarak yapılmaktadır. Asistanlık eğitimini bitirebilmek için yazılı, sözlü sınava girilmesi ve tez yapılması gerektiği belirtilmektedir.

Karabekiroğlu ve arkadaşları tarafından 2004 yılında yapılan bir çalışmada Avrupa Birliği ülkeleri arasında da belirgin olmak üzere, Avrupa'da ÇERS uzmanlık eğitiminin belirgin çeşitlilik ve farklılıklar içerdiği belirtilmektedir. Çalışmada psikiyatri ve çocuk psikiyatri eğitimi süresinin 4-6,5 yıl arasında değiştiği bildirilmiştir. Ancak bir ülkede eğitim süresinin bir yıl gibi kısa bir süre olduğundan diğerlerinden ayrıldığı vurgulanmıştır

(Beyaz Rusya). 21 ülkeden ikisinde (İspanya, Letonya) çocuk psikiyatrisi eğitimi ve uzmanlığı bulunmadığı, altı ülkede ise (Avusturya, Fransa, Hollanda, İngiltere, İrlanda ve Polonya) ÇERS eğitimine psikiyatri uzmanlığı sonrasında başlanabildiği aktarılmaktadır. Bazı ülkelerde ÇERS uzmanlık eğitimine seçilme şekli ülke genelinde bir sınavla olurken, bazılarında belirli bir bekleme listesi oluşturulduğu, bazılarında da sınavsız kabul söz konusu olduğu belirtilmiştir. Türkiye'nin de içinde yer aldığı 15 ülkede asistan karnesi (log-book) uygulamasının olduğu gösterilmiştir. Dokuz ülkede psikoterapi eğitimi zorunlu olarak eğitimin bir parçası iken, Türkiye ile birlikte 12 ülkede isteğe bağlı olduğu açıklanmıştır. Rotasyon yerlerinin ve sürelerinin ülkeler arasında büyük değişkenlik gösterdiği, bazı rotasyonların isteğe bağlı, seçmeli olarak uygulanabildiği belirtilmiştir. Birçok ülkede pediatri rotasyonunun eğitim süresi içinde uygulandığı açıklanmıştır. 21 ülkenin 12'sinde bitirme sınavının olduğu belirtilmiştir.<sup>58</sup>

Daha sonra Avrupa Psikiyatri Eğitim Federasyonu (EFPT) tarafından 2010-2011 yılları arasında gerçekleştirilen Türkiye'nin de aralarında olduğu 34 ülkenin ÇERS uzmanlık eğitimi değerlendirilmiştir. Bu çalışma sonucu Beyaz Rusya, Bosna, Ukrayna, Malta, Rusya ve İspanya'nın resmi bir eğitim programlarının olmadığı gösterilmiştir. Çalışmada Türkiye'nin de içinde bulunduğu 19 ülkenin uzmanlık eğitimine direkt olarak, genel psikiyatri eğitimi almadan başladıkları; aralarında İngiltere, Fransa, Finlandiya gibi ülkelerin de bulunduğu 7 ülkenin ise genel psikiyatri uzmanlığı sonrası ÇERS uzmanlığına başladığı bildirilmiştir. Çalışmada ayrıca ülkeler arasında eğitimin yapısı ve içeriği, çalışma koşulları gibi alanlarda belirgin farklılıklar olduğu gösterilmiştir.<sup>59</sup>

Sonuç olarak ÇERS alanında verilen uzmanlık eğitiminin temelde 2 farklı yapı gösterdiği belirtilmektedir. İlki yıllar öncesinde tüm ülkelerde aynı şekilde uygulanan ÇERS eğitiminin genel psikiyatri eğitiminden sonra verildiği, bir üst uzmanlık dalı olduğu şekli olarak açıklanmaktadır. İkinci uygulama ise ayrı bir uzmanlık dalı olarak eğitimin verildiği şeklidir. Son yıllarda ayrı bir uzmanlık alanı olarak kabul görmesinin yaygınlaştığı belirtilmiştir. Avrupa ülkelerinin 2/3'ünden fazla bir kesiminde ÇERS ve psikiyatri eğitimlerinin birbirinden ayrıldığı açıklanmaktadır.<sup>58</sup>

Çalışmalarda ÇERS uzmanlık eğitimi alanında Avrupa ülkeleri arasında uygulamalar ve standartlar açısından geniş bir uyumsuzluktan söz edilmektedir.<sup>58,59</sup> Çalışmalarda ortak bir

müfredatın gerekliliğine vurgu yapılmakta ve son yıllarda özellikle Avrupa Birliği ülkeleri arasında uyumun sağlanmasına yönelik çalışmaların olduğu belirtilmektedir.<sup>58-60</sup>

Amerika’da ise çocuk ve ergen psikiyatri uzmanlık eğitimi 4 yıl tıp fakültesi sonrasında en az 3 yıl genel psikiyatri ve nöroloji eğitimi, sonrasında çocuklar ergenler ve aileleri ile psikiyatrik çalışmaları içeren 2 yıl ek uzmanlık eğitimi şeklinde gerçekleşmekte olduğu belirtilmektedir.<sup>61</sup>

Uzak Doğunun genç nüfus açısından oldukça dinamik ve hızlı gelişen bir dünya bölgesi olmasına rağmen, Avrupa ve Kuzey Amerika’nın aksine, ÇERS eğitimi alanında kısıtlı sayıda çalışmanın olduğu belirtilmektedir. 2015 yılında uzak doğu ülkelerinin dahil edildiği çalışmada aralarında Rusya, Japonya, Singapur gibi ülkelerin olduğu 5 ülkede ÇERS’ nin hala ayrı bir uzmanlık dalı olarak kabul edilmediği gösterilmiştir. Uzmanlık eğitimi verilen ülkeler arasında çok az bir kısmında ulusal bir yönetmeliklerinin olduğu gösterilmiştir. Uzmanlık eğitim süresinin 12 ile 48 arasında değiştiği ve ortalama olarak 30 ay sürdüğü belirtilmiştir. Erişkin psikiyatri uzmanlık eğitimi süresinde ise çalışmaya dahil edilen ülkelere yalnızca %70’inde ÇERS rotasyonunun sağlanmakta olduğu belirtilmiştir. Rotasyon süreleri 2-6 ay arasında değişmekle birlikte ortalama 3 ay olarak bildirilmektedir. Bazı ülkelerde Amerika, Kanada gibi farklı ülkelerde ÇERS rotasyonu yapma imkânının sağlandığı belirtilmiştir. Bu çalışmada da ülkeler arasındaki belirgin farklılıklar belirtilmiş ve kültüre uygun hale getirilmiş, kanıta dayalı bir ÇERS eğitim sisteminin geliştirilmesinin gerekliliği vurgulanmıştır.<sup>62</sup>

Türkiye’de mezuniyet sonrası pediatri hekimlerinin uzmanlık eğitimleri süresince 1 aylık ÇERSH rotasyon eğitimleri bulunmaktadır.<sup>63</sup> Yurtdışı kaynaklı çalışmalarda bu rotasyonun Gelişimsel ve Davranışsal Pediatri (DBP) adı altında verildiği, 1990 yılında Lisansüstü Tıp Eğitimi Akreditasyon Konseyi (ACGME) tarafından 1 aylık süre gerektirdiği belirtilmiştir.<sup>64</sup> Günümüzde ACGME tarafından DBP rotasyonu süresince ruh sağlığı eğitiminde gelişimsel ve davranışsal sorunların izlem, tarama, tespit ve danışmanlığı gibi daha özellikli gerekliliklerin belirlendiği aktarılmaktadır.<sup>65</sup> Ancak bu gerekliliklerin belirlenmesine rağmen pratikte davranışsal sağlık sorunlarının tedavi ve tanısında çocuk hekimleri arasında farklılıklar olduğu, eğitim ve becerinin yetersiz olduğu öne sürülmektedir.<sup>66-68</sup>

### 2.3. BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK HİZMETLERİ VE ÖNEMİ

Tıp alanındaki gelişmeler sonrasında temel sağlık hizmetlerinin sunumu da kendi içinde birinci, ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetleri şeklinde yapılandırılmıştır. Bireysel olarak koruyucu, tanı koyucu, tedavi, rehabilite edici sağlık hizmetleri ve toplum sağlığına yönelik sağlık hizmetleri birinci basamak sağlık hizmetleri (BBSH) olarak tanımlanmaktadır. Toplumun mevcut sağlık sisteminde hizmet aldığı ilk nokta olarak ifade edilmektedir.<sup>69</sup>

Ülkemizde sağlıkta yeniden yapılanma çerçevesi içerisinde sağlık hizmetlerinin sunumuyla ilgili reform çalışmaları başlatılmış ve Sağlıkta Dönüşüm Programı süreci ile uygulamaya koyulmuştur. Bu program içerisinde birinci basamak sağlık hizmetleri kapsamında aile hekimlerinin önemli bir yerinin olduğu belirtilmektedir. Ülkemizde ilk olarak 2006 yılında Düzce ilinde ‘5258 Sayılı Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkındaki Kanun’ ile pilot uygulama başlatılmış ve 2011 yılında ülke çapında aile hekimliği sistemine geçilmiştir.<sup>69,70</sup>

Uzun yıllardır farklı birçok ülkede birinci basamak hizmet sunumunda aile hekimliği sisteminin uygulanmakta olan bir model olduğu belirtilmektedir. Aile hekimliği hizmetinin bazı ülkelerde tıp fakültesinden mezun olan hekimler tarafından yürütülürken, bazı ülkelerde genel tıp uygulamalarında uzmanlık eğitimi almış olan hekimler ve bazı ülkelerde de herhangi bir dalda uzman olan hekimler tarafından yürütüldüğü belirtilmektedir.<sup>69</sup> ‘Aile Hekimliği’ ve ‘Genel Pratisyenlik’ terimlerinin, dünyada eş anlamlı olarak kullanılmakta olduğu ve birinci basamak sağlık hizmeti konusunda özgün uzmanlık eğitimi almış tıp doktorunu tanımladığı belirtilmektedir. Ülkemizdeki pratisyen hekim terimi ise tıp fakültesinden sonra uzmanlık eğitimi almamış hekimler için kullanılmaktadır.<sup>71</sup> Gelişmiş ülkelerde birinci basamak hekimlik uygulaması için en az 3 yıllık bir mezuniyet sonrası eğitim zorunluluğunun arandığı belirtilmektedir.<sup>72</sup> Ülkemizde uygulanmaya başlanan sistemin ise Türkiye için geliştirilen bir model olarak oluşturulduğu tanımlanmaktadır.<sup>69</sup> Ülkemizde BBSH’nin bu alanda uzmanlık eğitimi almış hekimler tarafından verilmesi koşulunun tam olarak sağlanamadığı açıklanmaktadır. Birinci basamakta çalışmak isteyen ve bu alan için özel bir uzmanlık eğitimi almamış hekimlerin ‘geçiş dönemi eğitimi’ adı altında bir eğitime tabi oldukları belirtilmektedir.<sup>72</sup>

Aile hekimi ‘Kişiyi ailesi ve içinde yaşadığı toplum ile birlikte bir bütün olarak ele alarak koruyucu sağlık hizmetleri ile tedavi hizmetlerini bir arada sunan ve kendi sorumluluğu altındaki kişilerin hem biyolojik, hem ruhsal, hem de sosyal yönleriyle ilgili olan, kişilerin kendi seçtikleri hekimidir’ şeklinde tanımlanmaktadır.<sup>69</sup> Aile hekimliği ise kendine özgü eğitim içeriği, araştırması, kanıt temeli ve klinik uygulaması olan akademik ve bilimsel bir disiplin ve birinci basamak yönelimli klinik bir uzmanlık alanı olarak ifade edilmektedir.<sup>73</sup> Birinci basamağa yönelik olması nedeniyle geniş bir biyopsikososyal yelpazede karar verme süreçlerini içerdiği belirtilmektedir. Bunun sonucunda aile hekimlerinin bütün klinik branşlara ilgi duyması, ancak bu branşların birinci basamağa yansıyan uygulamaları konusunda, daha fazla uzmanlaşmaları ve yenilikleri takip etmeleri gerektiği öne sürülmektedir. Ülkemizin BBSH’nin istenen düzeyde yürütülebilmesi için ihtiyaç duyulan sayı ve kalitede aile hekimliği uzmanı yetiştirilmesinin ancak uzmanlık eğitiminin birinci basamak hizmetlerinin bakış açısı ile düzenlenmesi ve standardize edilmesi ile mümkün olacağı öne sürülmüştür.<sup>74</sup> Yine farklı bir çalışmada birinci basamakta sık karşılaşılan belirti ve hastalıklara yaklaşım, hastaların başvuru nedenleri konusunda hekimin yeterli bilgi ve beceriye sahip olması için birinci basamak sağlık hizmet profili de dikkate alınarak; öğrenci ve uzmanlık eğitim müfredatının gözden geçirilmesinin önemine değinilmiştir. Rotasyonların yeri ve süresinin aile hekimliği uzmanının kazanması hedeflenen yeterlikler, bilgi, beceri ve tutum hedefleri dikkate alınarak belirlenmesi gerekliliği ifade edilmiştir. Eğitimdeki klinik konuların birinci basamağa yönelik olarak ve aile hekimliği klinik yaklaşımı çerçevesinde ele alınması gerektiği açıklanmıştır.<sup>75</sup>

Aile hekimliği kapsamlı bir uzmanlık alanı olarak tanımlanmaktadır. Bireyin ve ailesinin tüm alanlardaki sağlık sorumluluklarının üstlenilmesi gerektirdiğini belirtmektedir. Bu nedenle sosyal, fizyolojik, ekonomik, kültürel ve biyolojik konuların aile hekimi tarafından tümünün birlikte göz önüne alınması gerekliliği öne sürülmektedir. Asistanların bu gerçekler gözetilerek eğitilmesi gerekliliği ve hastalarını da aynı şekilde değerlendirilebilecek nitelikte yetiştirilmeleri gerekliliği vurgulanmaktadır.<sup>2</sup>

Aile hekimliği uzmanlık eğitiminde 3 yıl olan uzmanlık eğitimi sürecinde toplamda 18 ay farklı dallarda rotasyonlara ayrılmıştır. Eğitim döneminin ikinci yılı içerisinde 2 ay erişkin ruh sağlığı ve hastalıkları alanında rotasyon eğitimi alınmaktadır. Herhangi bir

ÇERS eğitiminin alınmadığı gözlenmiştir.<sup>63</sup> Psikiyatri rotasyon eğitimi hedeflerinde ‘çocuk ve adolesan psikiyatrisinde aileye, çocuk ve gence yaklaşım’ şeklinde bir eğitim hedefinin yer aldığı dikkat çekmektedir. Ayrıca enürezis, madde bağımlılığı gibi ÇERS’ni ilgilendiren eğitim hedeflerinin de yer aldığı görülmektedir.<sup>4</sup> Ülkemizde aile hekimi asistanlarının eğitim gereksinimlerinin değerlendirildiği bir çalışmada ise ergen sağlığı ve danışmanlığı alanında uygulama yapma imkânlarının yetersiz olduğu bildirilmektedir. Ayrıca asistan hekimlerin kendilerini ergen sağlığı danışmanlığı, madde bağımlılığı, istismar ve şiddet gibi alanlarda da yeterli hissetmedikleri gösterilmiştir.<sup>5</sup>

### **2.3.1. Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Çocuk Psikiyatrisi**

BBSH’nin ruhsal hastalıkların önlemesi, erken teşhis ve tedavisinde önemli bir yerinin olduğu belirtilmektedir.<sup>76</sup> Özellikle Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)’nün 2001 yılı raporunda birinci basamağa başvuran ruhsal hastalığa sahip hasta sayısının oldukça fazla olması ve birçok hastanın yalnızca birinci basamağa başvurabilmesi sebebiyle, ruh sağlığının genel sağlıktan ayrı tutulmaması gerektiğinin ve birinci basamak hekimlerine bu konuda gerekli olan eğitimin verilmesinin önemi vurgulanmaktadır.<sup>77</sup>

Psikiyatrik bozuklukların çocuk ve ergenlerin gelişimleri sırasında yaşadıkları en yaygın tıbbi durumlar arasında yer almakta olduğu belirtilmektedir. DSÖ tarafından ruhsal bozukluklar küresel hastalık yüküne katkı sağlayan önemli bir bölüm olarak tanımlanmaktadır ve çocukların %10 ila %20’si arasındaki bölümünün bir ya da birden fazla ruhsal hastalık yaşadığı öngörülmektedir.<sup>78</sup> Yapılan farklı birçok çalışmada da çocuk ve ergenlerin yaklaşık %14-%20’sinin ciddi bir ruhsal bozukluğa sahip olduğu öne sürülmektedir.<sup>79-83</sup>

Çocuk ve ergenlerde ruhsal ve davranışsal bozuklukların yaygın olmasına rağmen ruh sağlığı alanında, bu alana çok fazla dikkat edilmediği belirtilmektedir. 2001 yılında ABD’de hazırlanan bir raporda, her 10 ergenden birinin işlevselliğinde belli düzeyde bozulmaya sebep olacak şekilde bir ruhsal hastalıktan muzdarip olduğu söylenmektedir. Tedavi ihtiyacı olan ruhsal bozukluğu olan gençlerin ise beşte birinden daha az bir kısmının tedavi aldığı belirtilmektedir. Bu durumun gelişmekte olan ülkeler açısından muhtemelen daha kötü bir düzeyde olduğu öne sürülmektedir.<sup>84</sup>



Birinci basamak hekimlerinin, çocuk ve ergen ruh sağlığı sorunlarının tanınması ve yönetiminde önemli bir rol oynadığı öne sürülmektedir. Sağlık sisteminin büyük bir kesiminde, ruhsal ve somatik sorunlara sahip çocukların ailelerinin ilk iletişim kurdukları hekimlerin pratisyenler, aile hekimleri ya da pediatrist oldukları belirtilmektedir.<sup>1,85,86</sup> Aynı zamanda farklı ülkelerde yapılan çalışmalarda çocuk ruh sağlığı sorunları için yardım almak amacıyla en sık başvuru yapılan tıp uzmanlarının aile hekimleri ve çocuk doktorları olduğu gösterilmiştir.<sup>82,87,88</sup> Çalışmalarda ailelerin birinci basamak hekimlerine ÇERS hastalıklarını idare alanında güçlü bir yer verdikleri ve bu alandaki katılımlarına değer verdikleri belirtilmektedir.<sup>89,90</sup>

Psikiyatrik tanıları (örneğin; otizm, anoreksi, depresyon) olan çocuk ve ergenlerden elde edilen verilerde, büyük çoğunluğunun başta çocuk doktorları veya aile hekimlerine başvurduğu, yalnızca küçük bir kısmının (%15-30) çocuk ergen psikiyatristleri ile iletişime geçtiği belirtilmektedir.<sup>91-93</sup> Çocuk ve ergen psikiyatristlerinin küresel anlamda devam eden eksikliği, çocuk ve ergenlerin birinci basamağa başvuru nedeni olarak gösterilmektedir.<sup>58,59,94,95</sup>

Yapılan birçok çalışmada pratisyen hekimlere başvuran çocukların ruh sağlığı sorunlarının yüksek oranda olduğu bildirilmiştir.<sup>96-99</sup> Çalışmalarda ruhsal sorunlarla birinci basamak kliniklerine başvuran çocuk ve ergenlerin sıklığının %2-%5 oranları arasında olduğu öne sürülmektedir.<sup>97,98,100,101</sup>

Çalışmalarda psikiyatrik ve davranışsal bozukluğu olan çocuklar arasında birinci basamak başvurularının arttığı tespit edilmiştir.<sup>102-104</sup> Çocuk ve ergenlerin birinci basamağa başvuru nedenleri arasında eğitim ve psikososyal problemlerin yer aldığı belirtilmektedir. Yapılan çalışmalarda somatik yakınmalarla başvuran çok fazla sayıda çocuğun, somatik yakınmalarının psikiyatrik bozukluklarla ilişkili olduğu kanıtlanmıştır.<sup>82,96,105-108</sup> Pratisyen hekimler ve diğer BBSH'ne başvuran çocuklar arasında zihinsel bozuklukların da yüksek oranda bulunduğu belirtilmiş, bu durumun mezuniyet öncesi çocuk ergen ruh sağlığı hastalıkları eğitim programının planlanması açısından önem teşkil ettiği vurgulanmıştır.<sup>40</sup>

Çalışmalarda birinci basamakta çalışan doktorların rolü; ruhsal bozuklukları olan çocukların tanınması ve gerektiğinde yönlendirilmesi olarak tanımlanmaktadır.<sup>109,110</sup>

Ancak psikiyatrik bozukluğu olan erişkinlerde olduğu gibi, çocuk ve ergenlerin de birinci basamakta teşhis edilmesinde belirgin kısıtlılıkların olduğu bildirilmektedir. Ruhsal bozukluklu çocukların önemli bir yüzdesinin gözden kaçırıldığı öne sürülmektedir. Çocukların ancak ciddi boyutlarda problemlere sahip olduklarında tanınma oranlarının yükseldiği bildirilmektedir.<sup>82,111</sup> Örneğin, ABD'de yapılan bir çalışmada birinci basamak hekimlerinin depresif ya da anksiyete bozukluğu olan çocukların sadece %30'unu tanı koyabildikleri tespit edilmiştir.<sup>112</sup> Sistematik bir gözden geçirme yazısında birinci basamakta duygusal ve davranışsal sorunların tanınmasında çocuk doktorlarının yeterliliğinde büyük bir değişkenliğin olduğu bildirilmiştir. Özellikle, çocuğun ruhsal problemlerinin ciddi boyutlarda olmadığı durumlarda tanı koyabilme becerisinin oldukça kötü olduğu öne sürülmektedir.<sup>85,113</sup> Farklı bir çalışmada ise birinci basamakta genellikle kısa olan değerlendirme sürelerinin bu problemler için karıştırıcı bir faktör olabileceği öne sürülmüş ve İngiltere'de hastaların ruhsal sorunlarını konuşmak için birinci basamakta her görüşmeye ortalama olarak 9 dakika ayrıldığı belirtilmiştir.<sup>114</sup> Aynı zamanda yapılan farklı bir çalışmada; çocuğun yaşı (7-14 yaşındakiler daha yüksek), sosyal stresörlerin varlığı, kronik hastalıklar, sindirim problemleri, tam tanımlanmamış semptomlar gibi birçok faktör birinci basamakta çocuk ruh sağlığı bozukluklarının tanınmasıyla ilişkili bulunmuştur.<sup>115</sup> Birinci basamakta yapılan çalışmalarda, ailelerin çocuklarının psikososyal fonksiyonelliği hakkındaki kaygılarını konuşmaya istekli oldukları halde görüşmelerde her zaman dile getirmedikleri de öne sürülmektedir. Çocukları ile ilgili psikososyal kaygıları olan ailelerin yalnızca %30-60'ının kaygılarını çocuklarının doktorlarıyla paylaştıkları belirtilmiştir.<sup>116-</sup>

118

Birinci basamak hekimleri tarafından, çocukluk çağı ruhsal sorunlarını tanıma noktasında kendilerinde açık bir şekilde güven eksikliği tanımladıkları ve bu alanda önemli eğitim eksikliklerinin olduğu belirtilmektedir.<sup>119-122</sup> Çocukluk çağı ruhsal sorunlarının yaygınlığı düşünüldüğünde ciddi bir yeterlilik boşluğu olduğuna vurgu yapılmaktadır.<sup>123</sup>

### **2.3.2. Türkiye'de Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Çocuk Psikiyatrisi**

Helsinki'de 2005 yılında DSÖ Avrupa Bölgesi ülkeleri sağlık bakanlıkları temsilcilerinin katılımı ile gerçekleştirilen toplantı sonrasında Avrupa ülkeleri için bir ruh

sağlığı eylem planının oluşturulduğu belirtilmektedir. Ülkemizde de Türkiye Ruh Sağlığı Profili Çalışması ve Hıfzıssıhha Mektebi'nin yaptığı Ulusal Hastalık Yükü Çalışmasının bulguları temel alınarak ruh sağlığı planlama çalışmaları başlamıştır. Türkiye Ruh Sağlığı Profili Çalışması sonuçlarına göre ülkemizde çocuk ve ergenlerde klinik düzeyde sorunlu davranış oranının %11 olarak aktarılmaktadır. Ulusal düzeyde hastalık yükü nedenlerinin temel hastalık gruplarına göre dağılımı yapıldığında psikiyatrik hastalık grubunun %19 ile ikinci sırada yer aldığı belirtilmektedir. Avrupa Birliğinin 2009 Türkiye İlerleme Raporu'nda ruh sağlığı hizmetlerinde toplum temelli modele geçişin önemi ve toplum temelli hizmetlerin oluşturulması bağlamında çocukların ve gençlerin sağlıklarının korunması yönünde özel çaba gösterilmesi gerekliliği vurgulanmaktadır. 1960'lı yıllarda ilk olarak İtalya, İngiltere, Fransa gibi ülkelerde başlayan bu hizmet modeline geçilmesine yönelik çalışmaların ülkemizde de başlatıldığı ve birinci basamağında bu hizmet modelinde etkin rol alması gerekliliği belirtilmektedir. Raporda ruh sağlığı hizmetlerinin birinci basamak hizmetlerine entegrasyonu dile getirilmektedir. Öncelikli olarak birinci basamaklarda çalışanlara ruhsal hastalıkların tanı, tedavi ve takipleri hakkında sürekli hizmet içi eğitim planlanması gerekliliği aktarılmaktadır. Evde sağlık hizmetleri ve toplum ruh sağlığı hizmetleri, bağımlılık tedavisi hizmet modeli gibi toplum temelli uygulamalar ile damgalama ve ayrımcılıkla mücadele, çocuğun psikososyal gelişimini destekleme programı, kadına yönelik aile içi şiddet ve sağlık sonuçlarını erken tanılama, intiharı erken tanıma gibi riskli gruplara yönelik yürütülmekte olan koruyucu ruh sağlığı programlarının aile hekimliği sistemine entegrasyonunun sağlanması gerekliliği belirtilmiştir.<sup>26</sup>

Ülkemizde yapılan birçok çalışmada da aile hekimine başvuru oranının kadınlarda, çocuklarda, yaşlı nüfusta ve kronik hastalığı olanlarda yüksek olduğu belirtilmektedir.<sup>72,124,125</sup> Eskişehir'de birinci basamağa yapılan 1 yıllık başvuruların değerlendirildiği bir çalışmada olası psikiyatrik hastalık oranı 1-18 yaş arasındaki kız çocuk ve ergenlerde %21,4; erkek çocuk ve ergenlerde %10,9 olarak tespit edilmiştir. Psikiyatrik bir hastalık düşünülmesine rağmen ilaç yazılmayan ve psikiyatrik bir merkeze yönlendirilen hastaların da en sık 1-18 yaş grubu hastalar olduğu belirtilmektedir. Çalışmada ruhsal rahatsızlığı olduğu düşünülenler arasında 1-18 yaş grubunun oranı %5,6 olarak bulunmuş ve bu oranın düşük oluşu çocukluk çağı ruhsal sorunlarının birinci basamak hekimleri tarafından iyi tanınmaması nedeniyle olabileceği şeklinde yorumlanmıştır.<sup>126</sup> Antalya'da 12 sağlık ocağına başvuran 15-16 yaş grubu ergenlere

uygulanan bir değerlendirme ölçeği sonrasında ise ergenlerin %46,6'sında en az bir ruhsal bozukluk saptandığı, ruhsal bozuklukların sırasıyla duygudurum bozukluğu (%30,2), anksiyete (%25,2), somatoform bozukluk (% 18,8) ve olası alkol kötüye kullanımı (%4,7) olduğu sonucuna ulaşılmıştır.<sup>127</sup>

Ülkemizde birinci basamak ve ÇERS alanında yapılmış çok kısıtlı sayıda çalışma bulunmaktadır. Aile hekimi asistanlarıyla yapılmış bir çalışmada asistanların OSB ve DEHB'ye yönelik bilgi ve tutumlarının incelendiği bir çalışmada genel olarak bilgi düzeylerinin düşük olduğu bildirilmektedir.<sup>6</sup> Yine ülkemizde pediatri hekimlerinin DEHB'ye yönelik bilgi ve tutumlarının değerlendirildiği farklı çalışmalarda pediatristlerin çocuk psikiyatrisinin sık görülen rahatsızlıklarından olan DEHB alanındaki bilgilerinin yetersiz olduğu sonucuna ulaşılmıştır.<sup>7,8</sup> Pediatristler tarafından uzmanlık eğitimleri sırasında çocuk psikiyatri rotasyonuna yeterli önemin gösterilmesi gerektiği vurgulamaktadır.<sup>8</sup>

### **3. YÖNTEM VE GEREÇLER**

#### **3.1. Araştırmanın Şekli:**

Bu çalışma, İzmit ili aile sağlığı merkezlerinde görevli hekimlerin ÇERSH hakkındaki bilgi, farkındalık ve tutumlarını belirlemek amacı ile tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

#### **3.2. Araştırmanın Evren ve Örnekleme:**

Çalışma Kocaeli Aile Hekimleri Derneği'ndeki kayıtlı tüm kullanıcılara anket linki gönderilerek, çalışmaya katılım gönüllülük esas olacak şekilde planlanmıştır. Toplam sayısı 546 olan tüm dernek üyelerinin çalışmaya dahil edilmesi hedeflenmiştir.

#### **3.3. Veri Toplama Aracı ve Yöntemi**

Verilerin toplanmasında; literatür bilgileri doğrultusunda araştırmacı ve sorumlu hoca tarafından geliştirilen bir ölçek formu kullanılması planlanmıştır. Ankette hekimlerin ÇERSH'ye yaklaşım konusunda (tanı, tedavi) kendilerini yeterli görüp görmedikleri, tutumları, yeterlilikleri ve mezuniyet öncesi eğitim ve aile hekimliği asistanlığı sürecindeki eğitimlerine yönelik önerileri değerlendirilmiştir. Çalışmanın internet üzerinden tasarlanan anket formuyla gerçekleştirilmesi planlanmıştır.

### 3.4. Verilerin Değerlendirilmesi

İstatistiksel değerlendirme, IBM SPSS 20.0 (SPSS Inc. Chicago, IL, USA) paket programı ile yapıldı. Normal dağılıma uygunluk testi Kolmogorov-Smirnov Testi ile değerlendirildi. Nümerik değişkenler Ortalama +/- standart sapma ve medyan (25. persantil - 75. persantil) ve frekans (yüzdelikler) olarak verildi. Gruplar arasındaki farklılık normal dağılıma sahip olan nümerik değişkenlerde Student t testi ve Tek yönlü varyans analizi ile normal dağılıma sahip olmayan nümerik değişkenler için ise Mann Whitney U Testi, Kruskal Wallis tek yönlü varyans analizi ve Tukey Post Hoc Test ile kategorik değişkenler için Fisher's Exact Kikare analizi ile değerlendirildi. Nümerik Değişkenler arasındaki ilişki Spearman Korelasyon Analizi ile değerlendirildi.  $p < 0.05$  istatistiksel olarak önemlilik için yeterli kabul edildi.

## 4. BULGULAR

### 4.1. Araştırmaya Katılanların Genel Özellikleri

Çalışmaya 123'ü (%47,5) erkek 136'sı (%52,5) kadın toplam 259 aile hekimi katılmıştır. Çalışmaya katılan aile hekimlerinin aile hekimliği durumları 184'ü (%71)pratisyen hekim sertifika eğitimi, 47'si (%18) aile hekimliği uzmanı, 28'i (%10,8) pratisyen olarak bulunmuştur. Katılımcıların 36'sının (%14) 1990 yılı öncesinde, 99'unun (%38,4) 1990-1999 yılları arasında, 78'inin (%30,2) 2000-2009 yılları arasında, 45'inin (%17,4) 2010 yılı ve sonrasında mezun oldukları saptanmıştır. Çalışmaya katılan aile hekimleri ortalama  $5,8 \pm 3,1$  (1-25) yıldır aile hekimi olarak görev yapmaktadır. Çalışmamızda katılımcıların yaşları 26 ile 59 arasında değişmekte olup yaş ortalaması  $41 \pm 8,1$  yıl olarak saptandı.

**Tablo 1: Çalışmaya katılan aile hekimlerinin özellikleri**

<b>Özellikler</b>	<b>Gruplar</b>	<b>Sayı</b>	<b>Yüzde</b>
<b>Cinsiyet (genel)</b>	Erkek	123	%47,5
	Kadın	136	%52,5
<b>Cinsiyet (Aile hekimliği uzmanı)</b>	Erkek	14	%29,8
	Kadın	33	%70,2
<b>Cinsiyet (pratisyen hekim, pratisyen hekim sertifika eğitimi)</b>	Erkek	109	%51,4
	Kadın	103	%48,6
<b>Aile hekimliği durumu</b>	Pratisyen hekim	28	%10,8
	Pratisyen hekim sertifika eğitimi almış	184	%71,0
	Aile hekimliği uzmanı	47	%18,1
<b>Mezuniyet yılı</b>	<1990	36	%14
	1990-1999	99	%38,4
	2000-2009	78	%30,2
	>=2010	45	%17,4



**Tablo 2: Katılımcıların ÇERS staj bilgileri**

Özellikler	Gruplar	Sayı	Yüzde
ÇERS staj eğitimi	Evet	106	%40,9
	Hayır	153	%59,1
ÇERS stajı alanların eğitim şekli	Psikiyatri stajı dâhilinde	79	%73,1
	Ayrı bir staj olarak	29	%26,9
ÇERS staj yılı	4. sınıf	15	%13
	5. sınıf	89	%77,4
	6. sınıf	11	%9,6
Mezuniyet sonrası ÇERS eğitimi	Evet	106	%43,4
	Hayır	138	%56,6

Çalışmaya katılan hekimlerden 106'sı (%40,9) mezuniyet öncesi ÇERS stajı aldığını belirtmiş, 153'ü (%59,1) ise ÇERS adına mezuniyet öncesi herhangi bir eğitim almadıklarını belirtmişlerdir. Mezuniyet öncesi ÇERS stajı alanların 79'u (%73,1) eğitimi psikiyatri stajı dahilinde, yalnızca 29'u (%26,9) ise ayrı bir staj olarak almışlardır. Eğitim alanların ise 15'i (%13) 4. Sınıf, 89'u (%77,4) 5. Sınıf, 11'i ise (%9,6) 6. Sınıfta ÇERS eğitimi almıştır.

ÇERS'na ayrılan staj süresi stajı alanlar içerisinde ortalama  $15,8 \pm 12,4$  (1-60) gün olarak bulunmuştur. Katılımcıların %43,4'ü mezuniyet sonrası herhangi bir panel, çalıştay vb. ye katıldığını %56,6'sı herhangi bir eğitime katılmadığını belirtmiştir. Katılımcıların %83,3'ü son 1 yıl içinde çocuk ergen ruh sağlığı hastalıkları şikayetleriyle başvuru olduğunu belirtmiş, %16,7'si ise başvuru olmadığını belirtmiştir. Son bir yıl içerisindeki başvuru sıklığı değerlendirildiğinde %14,6 oranında hemen hemen hiç başvuru yok, %54,5 nadiren başvuru var, %28,5 sıklıkla başvuru var, %2,4 çok sık başvuru var şeklinde saptanmıştır.

**Tablo 3: Aile hekimliği uzmanlarının uzmanlık eğitimi süresince ÇERS eğitim durumları**

<b>Özellikler</b>	<b>Gruplar</b>	<b>Sayı</b>	<b>Yüzde</b>
<b>Aile hekimliği uzmanlık sürecinde ÇERS rotasyonu</b>	Evet	9	%19,1
	Hayır	38	%80,9
<b>Aile hekimliği uzmanlık sürecinde ÇERS eğitim</b>	Evet	21	%44,7
	Hayır	26	%55,3

**Tablo 4: Birinci basamak hekimlerin tanı açısından yeterlilik durumlarının dağılımı**

Hastahklar	Kendimi kesinlikle yeterli görmüyorum		Kendimi yeterli görmüyorum		Kararsızım		Kendimi yeterli görüyorum		Kendimi kesinlikle yeterli görüyorum	
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu	31	15,2	69	33,8	48	23,5	53	26	3	1,5
Davranım Bozukluğu	25	12,3	69	33,8	55	27	52	25,5	3	1,5
Otizm Spektrum Bozukluğu	42	20,6	84	41,2	42	20,6	32	15,7	4	2
Karşıt Olma Karşı Gelme Bozukluğu	38	18,6	84	41,2	58	28,4	22	10,8	2	1
Konuşma ve Dile Ögü Bozukluklar	30	14,8	70	34,5	52	25,6	49	24,1	2	1
Çocuk ve Ergenlerde Depresyon	20	9,9	65	32,2	47	23,3	65	32,2	5	2,5
Çocukluk Çağı Bipolar Bozukluğu	59	29,2	76	37,6	58	28,7	7	3,5	2	1
Erken Başlangıçlı Şizofreni	66	32,7	89	44,1	34	16,8	11	5,4	2	1
Yıkıcı Duygudurum Düzenleyeme Bozukluğu	61	30,2	92	45,5	36	17,8	11	5,4	2	1
Sosyal Fobi	23	11,3	64	31,5	52	25,6	61	30	3	1,5
Yaygın Anksiyete Bozukluğu	23	11,4	58	28,7	47	23,3	70	34,7	4	2
Ayrılık Anksiyetesi Bozukluğu ve Okul Reddi	28	13,8	60	29,6	51	25,1	59	29,1	5	2,5
Selektif Mutizm	62	30,5	85	41,9	43	21,2	11	5,4	2	1
Obsesif Kompulsif Bozukluk ve İlişkili Bozukluklar	37	18,2	74	36,5	44	21,7	45	22,2	3	1,5
Tik Bozuklukları	38	18,7	57	28,1	54	26,6	50	24,6	4	2
Travma Sonrası Stres Bozukluğu	30	14,8	62	30,5	42	20,7	64	31,5	5	2,5
Çocuk ve ergenlerde Beslenme ve Yeme Bozuklukları	28	13,8	73	36,0	49	24,1	50	24,6	3	1,5
Dışa Atım Bozuklukları (enürezis, enkonprezis)	28	13,8	65	32,0	61	30,0	45	22,2	4	2
Çocuklarda Uyku Uyumluluk Bozuklukları	36	17,7	71	35,0	68	33,5	26	12,8	2	1
Bağlanma Bozuklukları	37	18,2	78	38,4	63	31,0	23	11,3	2	1
Alkol ve Madde Kullanım Bozuklukları	39	19,2	69	34,0	59	29,1	34	16,7	2	1
İnternet Bağımlılığı ve Diğer Teknolojik Bağımlılıklar	29	14,3	65	32	61	30	45	22,2	3	1,5
Cinsel istismar	38	18,7	76	37,4	64	31,5	23	11,3	2	1
Fiziksel istismar	36	17,7	67	33	56	27,6	39	19,2	5	2,5
İhmal	32	15,8	61	30	63	31	43	21,2	4	2

**Tablo 5: Birinci basamak hekimlerin tanı açısından yeterlilik durumlarının ortalamaları dağılımı**

Hastalıklar	Ortalama	Standart deviasyon
Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu	2,65	1,070
Davranım Bozukluğu	2,70	1,029
Otizm Spektrum Bozukluğu	2,37	1,040
Karşıt Olma Karşı Gelme Bozukluğu	2,34	0,936
Konuşma ve Dile Özgü Bozukluklar	2,62	1,038
Çocuk ve Ergenlerde Depresyon	2,85	1,059
Çocukluk Çağı Bipolar Bozukluğu	2,09	0,896
Erken Başlangıçlı Şizofreni	1,98	0,898
Yıkıcı Duygudurum Düzenleyememe Bozukluğu	2,01	0,889
Sosyal Fobi	2,79	1,043
Yaygın Anksiyete Bozukluğu	2,87	1,076
Ayrılık Anksiyetesi Bozukluğu ve Okul Reddi	2,77	1,090
Selektif Mutizm	2,04	0,908
Obsesif Kompulsif Bozukluk ve İlişkili Bozukluklar	2,52	1,073
Tik Bozuklukları	2,63	1,106
Travma Sonrası Stres Bozukluğu	2,76	1,123
Çocuk ve ergenlerde Beslenme ve Yeme Bozuklukları	2,64	1,045
Dışa Atım Bozuklukları (enürezis, enkonprezis)	2,67	1,032
Çocuklarda Uyku Uyanıklık Bozuklukları	2,44	0,960
Bağlanma Bozuklukları	2,38	0,944
Alkol ve Madde Kullanım Bozuklukları	2,46	1,016
İnternet Bağımlılığı ve Diğer Teknolojik Bağımlılıklar	2,65	1,026
Cinsel istismar	2,38	0,949
Fiziksel istismar	2,56	1,067
İhmal	2,64	1,046

Birinci basamak hekimlerinin tanı açısından yeterlilik durumları ortalamaları değerlendirildiğinde büyük bir kısmının kendilerini yeterli görmedikleri (1,98-2,87) ya da kararsız kaldıkları sonucuna ulaşmıştır.

**Tablo 6: Birinci basamak hekimlerin tedavi açısından yeterlilik durumlarının dağılımı**

Hastalıklar	Tıbbi tedavinin gerekli olmadığı düşünür, aileyi tıp dışı tedavi alanlarına yönlendiririm		Herhangi bir tedavi yaklaşımının gerekli olmadığı düşünür, aileye bu şekilde bilgi veririm		Hiç tedavi ve öneri vermesizin doğrudan çocuk ve ergen ruh sağlığı uzmanına yönlendiririm		Genellikle tedavi düzenler ve öneri verebilirim, düzelme olmazsa bir çocuk ve ergen ruh sağlığı uzmanına yönlendiririm		Uzmanla yönlendirilmeden kendim tedavi düzenler ve öneri verebilirim	
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu	1	5	-	-	165	63,7	34	13,1	2	1
Davranım Bozukluğu	-	-	5	2,5	151	74,8	44	21,8	2	1
Otizm Spektrum Bozukluğu	-	-	2	1	184	91,1	14	5,4	2	1
Karşıt Olma Karşı Gelme Bozukluğu	-	-	3	1,5	160	79,2	34	16,8	5	2,5
Konuşma ve Dile Özgü Bozukluklar	-	-	3	1,5	163	80,7	34	16,8	2	1
Çocuk ve Ergenlerde Depresyon	-	-	3	1,5	127	62,9	66	32,7	6	3
Çocukluk Çağı Bipolar Bozukluğu	-	-	1	0,5	183	90,6	15	7,4	3	1,5
Erken Başlangıçlı Şizofreni	-	-	1	0,5	187	92,6	11	5,4	3	1,5
Yıkıcı Duygudurum Düzenleyememe Bozukluğu	-	-	1	0,5	183	90,6	15	7,4	3	1,5
Sosyal Fobi	-	-	6	3	127	62,9	65	32,2	4	2
Yaygın Anksiyete Bozukluğu	-	-	2	1	119	58,9	76	37,6	5	2,5
Ayrılık Anksiyetesi Bozukluğu ve Okul Reddi	1	0,5	5	2,5	135	66,8	58	28,7	3	1,5
Selektif Mutizm	-	-	2	1	185	92	11	5,5	3	1,5
Obsesif Kompulsif Bozukluk ve İlişkili Bozukluklar	1	0,5	1	0,5	156	77,6	41	20,4	2	1
Tık Bozuklukları	1	0,5	2	1	168	83,2	28	13,9	3	1,5
Travma Sonrası Stres Bozukluğu	-	-	2	1	139	68,8	58	28,7	3	1,5
Çocuk ve ergenlerde Beslenme ve Yeme Bozuklukları	1	0,5	3	1,5	154	76,2	42	20,8	2	1
Dışa Atım Bozuklukları (enürezis, enkoprezis)	1	0,5	2	1	132	65,3	63	31,2	4	2
Çocuklarda Uyku Uyandırma Bozuklukları	-	-	4	2	141	69,8	53	26,2	4	2
Bağlanma Bozuklukları	-	-	5	2,5	161	79,7	33	16,3	3	1,5
Alkol ve Madde Kullanım Bozuklukları	-	-	1	0,5	174	86,1	23	11,4	4	2
İnternet Bağımlılığı ve Diğer Teknolojik Bağımlılıklar	1	0,5	9	4,5	129	63,9	58	28,7	5	2,5
Cinsel istismar	-	-	3	1,5	181	89,6	14	6,9	4	2
Fiziksel istismar	-	-	3	1,5	175	86,6	19	9,4	5	2,5
İhmal	-	-	4	2	160	79,2	33	16,3	5	2,5

**Tablo 7: Birinci basamak hekimlerin tutumlar açısından durumlarının dağılımı**

Tutumlar	Kesinlikle katılıyorum		Katılıyorum		Fikrim yok		Katılmıyorum		Kesinlikle katılmıyorum	
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
Çocuk ergen ruh sağlığı hastalıkları genel olarak bir hastalık değildir. Ailelerin tutumları sonucunda ortaya çıkarlar.	5	2,5	41	20,4	10	5	103	51,2	42	20,9
Tedavide kullanılan ilaçların bir kısmı uyuturucudur.	8	4	74	36,8	21	10,4	71	35,3	27	13,4
Çocuk ergen ruh sağlığı hastalıklarının biyolojik ve genetik temeli vardır.	55	27,4	117	58,2	14	7	10	5	5	2,5
Çocuk ergen ruh sağlığı hastalıkları tedavi edilmezse de zamanla tamamen düzelir.	4	2	5	2,5	15	7,5	116	57,7	61	30,3
ÇERS hastalıkları alanında kullanılan ilaçlar bağımlılık yapar.	2	1	25	12,4	57	28,4	102	50,7	15	7,5
ÇERS hastalıkları alanında kullanılan ilaçların ciddi yan etkileri vardır.	6	3	63	31,3	75	37,3	52	25,9	5	2,5
FDA tarafından uygun görülen ilaçların ÇERS hastalıkları alanında kullanılmasında sakınca yoktur.	22	10,9	87	43,3	68	33,8	20	10	4	2
Çocuk ergen ruh sağlığı alanında onaylı psiko-farmakolojik ajanların çocuk gelişimi açısından sakıncası yoktur.	12	6	63	31,3	91	45,3	33	16,4	2	1
Çocuk ergen ruh sağlığı hastalıkları açısından uzman bir hekime gidilmesine gerek yoktur, kendi başlarına sorunu çözebilirler.	5	2,5	8	4	9	4,5	77	29,7	102	50,7
Çocuk ergen ruh sağlığı hastalıkları açısından uzman bir hekime gidilmesine gerek yoktur, psikologla görüşülmesi yeterlidir.	5	2,5	10	5	13	6,5	80	39,8	93	46,3
İnternet ve medyada çocuk ergen ruh sağlığı hastalıklarıyla ilgili yer alan bilgiler tamamen doğrudur.	8	4	5	2,5	17	8,5	85	42,3	86	42,8
Çocuk ergenlerin ruh sağlığı hastalıkları açısından uzman bir hekime yönlendirilmesi gerekmektedir.	68	33,8	85	42,3	15	7,5	20	10	13	6,5
Çocuk ergen ruh sağlığı hastalıklarında ilaçların ciddi yan etkileri nedeniyle medikal tedavi düzenlenmemelidir.	4	2	13	6,5	34	16,9	99	49,3	51	25,4
Çocuk ergen ruh sağlığı hastalıklarının zamana bağlı tedavisi erişkinlik döneminde bazı ruhsal sorunların önüne geçebilir.	82	40,8	88	43,8	16	8	9	4,5	6	3

**Tablo 8: Birinci basamak hekimlerin beceriler açısından durumlarının dağılımı**

Beceriler	Hiçbir zaman		Nadiren		Bazen		Sıklıkla		Her zaman	
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
Genel tıbbi sorunlarla başvuran çocuk ve ergenlerle uygun ve yeterli iletişim kurabilirim.	1	0,5	14	7	43	21,5	120	60	22	11
Ajite çocuk ve ergenleri yönetebilirim.	7	3,5	31	15,5	86	43	70	35	6	3
Çocuk ve ergenlerdeki normal ve patolojik davranışları ayırt edebilirim.	1	0,5	13	6,5	52	26	118	59	16	8
Ruhsal sorunlarla başvuran çocuk ve ergenlerin aileleriyle çocuk ergen ruh sağlığı hastalıklarıyla ilgili yeterli iletişim kurabilirim.	4	2	14	7	69	34,5	103	51,5	10	5
Ruhsal sorunlarla başvuran çocuk ve ergenlerle çocuk ve ergen ruh sağlığı ile ilgili hastalıklarda iletişim kurmak ve öykü almakta zorlanmam.	1	0,5	27	13,5	68	34	94	47	10	5
Birinci basamakta karşılaşılan çocuk ve ergen ruh sağlığı ve hastalıklarıyla ilgili adli olguları ayırt etme ve yönlendirmekte zorluk yaşamam.	6	3	36	18	83	41,5	65	32,5	10	5
İntihar eğilimi olan çocuk ve ergenleri değerlendirebilirim.	28	14	63	31,5	66	33	34	17	9	4,5
Ailelere olası ilaç yan etkileri konusunda yeterli bilgi verebilirim.	11	5,5	42	21	74	37	64	32	9	4,5

**Tablo 9: Teorik ve pratik eğitim süresinin değerlendirilmesi**

	Sayı	Ortalama ± Standart sapma	Ortanca (Min-Maks)
Teorik eğitim saati	76	23,55±24,03	16 (2-120)
Pratik eğitim saati	53	16,60±15,73	10 (1-60)

Çocuk psikiyatrisi eğitimi alanlar değerlendirildiğinde ortalama teorik eğitim saati 23,55±24,03 saat, pratik eğitim saati ise 16,60±15,73 saat olarak bulunmuştur.

**Tablo 10: Birinci basamak hekimlerin 4. 5. ve 6. Sınıflarda staj süresi açısından dağılımları**

	4. sınıf		5. sınıf		6. sınıf		İstatistiksel test*
	Ortalama ± Standart sapma	Ortanca	Ortalama ± Standart sapma	Ortanca	Ortalama ± Standart sapma	Ortanca	
Staj süresi (gün)	16,23±9,2	14	16,73±14,8	15	18,18±13,6	30	P=0,913
Pratik eğitim süresi (saat)	16,78±12,3	15	16,69±16,6	10	12,50±10,6	12,50	P=0,866
Teorik eğitim süresi (saat)	39,64±34,9	30	22,63±21,0	18	10,57±10,5	5	<b>p=0,029</b>

\*Kruskal-Wallis Test

Ortalama teorik eğitim süresi 4. Sınıfta 39,64±34,9 saat, 5. Sınıfta 22,63±21,0 saat, 6. Sınıfta 10,57±10,5 saat olarak bulunmuş ve gruplar arasında ortalama teorik eğitim süresinde istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık saptanmıştır ( $p>0.05$ ). Ortalama staj süresi, pratik eğitim saati olarak ise 4,5 ve 6. sınıflar arasından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ( $p<0,005$ ).



**Tablo 11: Birinci basamak hekimlerin 4 5 ve 6. Sınıflarda staj süresi açısından karşılaştırılması**

	<b>Sig.</b>	<b>İstatistiksel test*, P değeri</b>
6. sınıf ve 5. sınıf	0,65	0,195
6. sınıf ve 4. sınıf	0,08	<b>0,024</b>
5. sınıf ve 4. sınıf	0,095	0,285

\*Kruskal-Wallis Test

Sınıflar birbirleri içerisinde değerlendirildiğinde 4 ve 6. Sınıflar eğitim arasında eğitim süresi açısından istatistiksel olarak farklı bulunmuştur.

**Tablo 12: Birinci basamak hekimlerinin önerilerinin değerlendirilmesi**

	Evet		Hayır	
	Sayı	Yüzde (%)	Sayı	Yüzde (%)
Zorunlu staj olması gerekmektedir.	184	92	16	8
Teorik eğitimin müfredat içinde daha fazla yer alması gerekir.	176	87,6	25	12,4
Pratik uygulama imkânı verilmesi gerekmektedir.	195	%75,3	6	3
İntörnlük eğitimi sürecinde zorunlu ÇERSH stajının yer alması gerekmektedir.	174	67,2	26	13

**Tablo 13: Aile hekimliği uzmanlarının uzmanlık eğitimi sürecinde birinci basamakta çocuk ergen ruh sağlığı hastalıklarına yaklaşımın daha iyi olması için verilen önerilerinin dağılımı**

	Evet		Hayır	
	Sayı	Yüzde (%)	Sayı	Yüzde (%)
Uzmanlık eğitimi sırasında zorunlu rotasyon olması gerekmektedir.	28	73,7	10	26,3
Uzmanlık eğitimi sırasında kongrelerde panel, çalışma grubu, kurs gibi çocuk ergen ruh sağlığı hastalıklarına yönelik sunumların olması gerekmektedir.	37	100	-	0
Uzmanlık eğitimi sırasında elektif rotasyon seçeneğinin sunulması gerekmektedir.	30	83,3	6	16,7
Uzmanlık eğitimi sırasında pratik uygulama imkânı verilmesi gerekmektedir.	36	97,3	1	2,7

**Tablo 14: Mezuniyet öncesi ÇERS eğitim süre yeterliliklerinin stajı psikiyatri dahilinde ve ayrı alanlar açısından karşılaştırılması**

	Psikiyatri stajı dahilinde			Ayrı bir staj olarak			P değeri
	n	ort±SD	median	n	ort±SD	median	
ÇERS staj süresi yeterliliği	79	1,82±1,04	1	28	2,46±1,37	2	<b>0,037</b>
Teorik eğitim süresi yeterliliği	72	1,93±1,16	1,5	27	2,52±1,36	2	<b>0,023</b>
Pratik eğitim süresi yeterliliği	55	1,75±1,14	1	27	2,30±1,38	2	0,052

Man Whitney U Test istatistiği

Birinci basamak hekimleri tarafından mezuniyet öncesi ÇERS staj süresi yeterliliği, ve teorik eğitim süresi yeterliliği stajı psikiyatri stajı dahilinde alanlar ve ayrı bir staj olarak alanlar arasında karşılaştırıldığında 2 grup arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur ( $p<0,005$ ). Pratik eğitim süresi yeterliliği açısından ise iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilmemiştir.

**Tablo 15: ÇERS eğitimi alanlarla almayanların tanı koyma becerileri açısından karşılaştırılması**

Hastalıklar	ÇERS eğitimi alanlar			ÇERS eğitimi almayanlar			P değeri
	n	ort±SD	median	n	ort±SD	median	
Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu	85	2,79±1,092	3	119	2,55±1,048	2	p>0,05
Davranım Bozukluğu	85	2,78±1,039	3	119	2,65±1,022	3	p>0,05
Otizm Spektrum Bozukluğu	85	2,46±1,064	2	119	2,31±1,023	2	p>0,05
Karşıt Olma Karşı Gelme Bozukluğu	85	2,33±0,968	2	119	2,35±0,917	2	p>0,05
Konuşma ve Dile Özgü Bozukluklar	84	2,70±1,027	2	119	2,56±1,047	2	p>0,05
Çocuk ve Ergenlerde Depresyon	84	2,92±1,089	2	118	2,81±1,04	3	p>0,05
Çocukluk Çağı Bipolar Bozukluğu	84	2,13±1,02	2	118	2,07±0,792	2	p>0,05
Erken Başlangıçlı Şizofreni	84	2,12±1,02	2	118	1,88±0,786	2	p>0,05
Yıkıcı Duygudurum Düzenleyememe Bozukluğu	84	2,12±1,03	2	118	1,94±0,766	2	p>0,05
Sosyal Fobi	85	2,93±1,078	3	118	2,69±1,01	3	p>0,05
Yaygın Anksiyete Bozukluğu	85	2,94±1,073	3	117	2,82±1,08	3	p>0,05
Ayrıntı Anksiyetesi Bozukluğu ve Okul Reddi	85	2,82±1,071	3	118	2,73±1,107	3	p>0,05
Selektif Mutizm	85	2,15±1,052	2	118	1,97±0,784	2	p>0,05
Obsesif Kompulsif Bozukluk ve İlişkili Bozukluklar	85	2,62±1,102	2	118	2,45±1,051	2	p>0,05
Tik Bozuklukları	85	2,74±1,146	3	118	2,55±1,075	2,5	p>0,05
Travma Sonrası Stres Bozukluğu	85	2,80±1,153	3	118	2,74±1,105	3	p>0,05
Çocuk ve ergenlerde Beslenme ve Yeme Bozuklukları	85	2,71±1,067	2	118	2,59±1,031	3	p>0,05
Dışa Atım Bozuklukları (enürezis, enkonprezis)	85	2,79±1,059	3	118	2,58±1,008	2,5	p>0,05
Çocuklarda Uyku Uyanıklık Bozuklukları	85	2,49±1,019	2	118	2,41±0,917	2	p>0,05
Bağlanma Bozuklukları	85	2,44±0,981	2	118	2,35±0,919	2	p>0,05
Alkol ve Madde Kullanım Bozuklukları	85	2,60±1,104	3	118	2,36±0,940	2	p>0,05
İnternet Bağımlılığı ve Diğer Teknolojik Bağımlılıklar	85	2,67±0,981	3	118	2,63±1,061	3	p>0,05
Cinsel istismar	85	2,47±0,959	3	118	2,32±0,942	2	p>0,05
Fiziksel istismar	85	2,67±1,127	3	118	2,47±1,019	2	p>0,05
İhmal	85	2,72±1,087	3	118	2,58±1,016	2,5	p>0,05

† Man Whitney U Test istatistiği

İstatistiksel olarak mezuniyet öncesi tıp eğitimlerinde ÇERS stajı alanlar ve almayanlar arasında tanı koyma becerileri açısından anlamlı fark saptanmamıştır.

**Tablo 16: ÇERS eğitimini psikiyatri stajı dahilinde ve ayrı bir staj olarak alanların tanı koyma becerileri açısından karşılaştırılması**

Hastalıklar	Psikiyatri stajı dahilinde			Ayrı bir staj olarak			P değeri
	n	ort±SD	median	n	ort±SD	median	
Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu	62	2,53±1,004	3	26	3,31±1,087	4	<b>p&lt;0,05</b>
Davranım Bozukluğu	62	2,69±1,018	3	26	2,96±1,076	3	p>0,05
Otizm Spektrum Bozukluğu	62	2,31±0,985	2	26	2,85±1,156	3	<b>p&lt;0,05</b>
Karşıt Olma Karşı Gelme Bozukluğu	62	2,24±0,935	2	26	2,58±1,027	2,5	p>0,05
Konuşma ve Dile Özü Bozukluklar	61	2,54±0,959	2	26	3,08±1,093	3	<b>p&lt;0,05</b>
Çocuk ve Ergenlerde Depresyon	61	2,77±1,055	3	26	3,19±1,096	3	p>0,05
Çocukluk Çağı Bipolar Bozukluğu	61	1,98±0,940	2	26	2,42±1,137	2	p>0,05
Erken Başlangıçlı Şizofreni	61	1,95±0,973	2	26	2,42±1,065	2	<b>p&lt;0,05</b>
Yıkıcı Duygudurum Düzenleyememe Bozukluğu	61	1,92±0,954	2	26	2,54±1,067	2	<b>p&lt;0,05</b>
Sosyal Fobi	62	2,92±1,076	3	26	3,00±1,058	3	p>0,05
Yaygın Anksiyete Bozukluğu	62	2,85±1,022	3	26	3,12±1,143	3	p>0,05
Ayrılık Anksiyetesi Bozukluğu ve Okul Reddi	62	2,68±1,021	3	26	3,12±1,107	3	p>0,05
Selektif Mutizm	62	1,97±0,991	2	26	2,62±1,061	2,5	<b>p&lt;0,05</b>
Obsesif Kompulsif Bozukluk ve İlişkili Bozukluklar	62	2,45±1,051	2	26	3,04±1,076	3	<b>p&lt;0,05</b>
Tik Bozuklukları	62	2,53±1,097	3	26	3,19±1,132	3,5	<b>p&lt;0,05</b>
Travma Sonrası Stres Bozukluğu	62	2,69±1,080	3	26	3,12±1,243	3,5	p>0,05
Çocuk ve ergenlerde Beslenme ve Yeme Bozuklukları	62	2,56±1,002	2	26	3,08±1,129	3	<b>p&lt;0,05</b>
Dışa Atım Bozuklukları (enürezis, enkoprezis)	62	2,55±0,970	2,5	26	3,31±1,050	3,5	<b>p&lt;0,05</b>
Çocuklarda Uyku Uyandırmak Bozuklukları	62	2,40±0,949	2	26	2,69±1,123	3	p>0,05
Bağlanma Bozuklukları	62	2,32±0,919	2	26	2,73±1,079	3	p>0,05
Alkol ve Madde Kullanım Bozuklukları	62	2,63±1,044	3	26	2,46±1,208	2	p>0,05
İnternet Bağlılığı ve Diğer Teknolojik Bağlılıklar	62	2,53±0,936	3	26	2,92±1,055	3	p>0,05
Cinsel istismar	62	2,40±0,999	2	26	2,58±0,809	3	p>0,05
Fiziksel istismar	62	2,55±1,126	2,5	26	2,88±1,071	3	p>0,05
İhmal	62	2,58±1,080	3	26	3,00±1,020	3	p>0,05

Man Whitney U Test istatistiği (sf. 60)

ÇERS staj eğitimini psikiyatri stajı dahilinde ve ayrı bir staj olarak alanlar karşılaştırıldığında tanı koyma yeterlilik durumları açısından DEHB, OSB, konuşma ve dile özgü bozukluklar, erken başlangıçlı şizofreni, yıkıcı duygudurum düzenleyememe bozukluğu, selektif mutizim, OKB ve ilişkili bozukluklar, tik bozuklukları, çocuk ve ergenlerde beslenme ve yeme bozuklukları, dışa atım bozuklukları (enürezis, enkoprezis) açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ( $p<0,005$ ).



**Tablo 17: Birinci basamak hekimlerinin ÇERS hastalıklarını tedavi yeterliliklerinin mezuniyet öncesi ÇERS stajı alanlar ve almayanlar açısından değerlendirilmesi**

Hastalıklar	Gruplar	Test istatistiği*	P değeri
Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu	ÇERS stajı alan ÇERS stajı almayan	$\chi^2=5,858$	,069
Davranım Bozukluğu	ÇERS stajı alan ÇERS stajı almayan	$\chi^2=4,665$	,196
Otizm Spektrum Bozukluğu	ÇERS stajı alan ÇERS stajı almayan	$\chi^2=4,437$	,228
Karşıt Olma Karşı Gelme Bozukluğu	ÇERS stajı alan ÇERS stajı almayan	$\chi^2=6,224$	,087
Konuşma ve Dile Özgü Bozukluklar	ÇERS stajı alan ÇERS stajı almayan	$\chi^2=6,132$	,085
Çocuk ve Ergenlerde Depresyon	ÇERS stajı alan ÇERS stajı almayan	$\chi^2=10,771$	<b>,009</b>
Çocukluk Çağı Bipolar Bozukluğu	ÇERS stajı alan ÇERS stajı almayan	$\chi^2=1,676$	0,775
Erken Başlangıçlı Şizofreni	ÇERS stajı alan ÇERS stajı almayan	$\chi^2=1,569$	,882
Yıkıcı Duygudurum Düzenleyeme Bozukluğu	ÇERS stajı alan ÇERS stajı almayan	$\chi^2=3,799$	,263
Sosyal Fobi	ÇERS stajı alan ÇERS stajı almayan	$\chi^2=3,637$	,314
Yaygın Anksiyete Bozukluğu	ÇERS stajı alan ÇERS stajı almayan	$\chi^2=3,864$	,294
Ayrılık Anksiyetesi Bozukluğu ve Okul Reddi	ÇERS stajı alan ÇERS stajı almayan	$\chi^2=5,098$	,275
Selektif Mutizm	ÇERS stajı alan ÇERS stajı almayan	$\chi^2=0,954$	,831
Obsesif Kompulsif Bozukluk ve İlişkili Bozukluklar	ÇERS stajı alan ÇERS stajı almayan	$\chi^2=6,183$	,116
Tik Bozuklukları	ÇERS stajı alan ÇERS stajı almayan	$\chi^2=3,642$	,532
Travma Sonrası Stres Bozukluğu	ÇERS stajı alan ÇERS stajı almayan	$\chi^2=3,022$	,427
Çocuk ve ergenlerde Beslenme ve Yeme Bozuklukları	ÇERS stajı alan ÇERS stajı almayan	$\chi^2=4,348$	,397
Dışa Atım Bozuklukları (enürezis, enkonprezis)	ÇERS stajı alan ÇERS stajı almayan	$\chi^2=5,140$	,265
Çocuklarda Uyku Uyanıklık Bozuklukları	ÇERS stajı alan ÇERS stajı almayan	$\chi^2=3,263$	,381
Bağlanma Bozuklukları	ÇERS stajı alan ÇERS stajı almayan	$\chi^2=1,652$	,682
Alkol ve Madde Kullanım Bozuklukları	ÇERS stajı alan ÇERS stajı almayan	$\chi^2=2,611$	,507
İnternet Bağımlılığı ve Diğer Teknolojik Bağımlılıklar	ÇERS stajı alan ÇERS stajı almayan	$\chi^2=4,112$	,395
Cinsel istismar	ÇERS stajı alan ÇERS stajı almayan	$\chi^2=0,804$	,873
Fiziksel istismar	ÇERS stajı alan ÇERS stajı almayan	$\chi^2=2,178$	,544
İhmal	ÇERS stajı alan ÇERS stajı almayan	$\chi^2=3,507$	,358

\*Ki Kare testi

Tablo 17’de birinci basamak hekimlerinin ÇERS hastalıklarını tedavi yeterliliklerinin mezuniyet öncesi ÇERS stajı alan ve almayan gruplar karşılaştırıldığında 2 grup arasında çocuk ve ergenlerde depresyon haricinde anlamlı farklılık saptanmamıştır.





**Tablo 18: Birinci basamak hekimlerinin ÇERS hastalıklarını tedavi yeterliliklerinin eğitimini psikiyatri stajı dahilinde ve ayrı bir staj olarak alan gruplar açısından karşılaştırılması**

Hastalıklar	Gruplar	Test istatistiği*	P değeri
Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu	Psikiyatri stajı dahilinde Ayrı bir staj olarak	$\chi^2=9,078$	<b>,009</b>
Davranım Bozukluğu	Psikiyatri stajı dahilinde Ayrı bir staj olarak	$\chi^2=9,242$	<b>,016</b>
Otizm Spektrum Bozukluğu	Psikiyatri stajı dahilinde Ayrı bir staj olarak	$\chi^2=9,353$	<b>,013</b>
Karşıt Olma Karşı Gelme Bozukluğu	Psikiyatri stajı dahilinde Ayrı bir staj olarak	$\chi^2=6,146$	,058
Konuşma ve Dile Özgü Bozukluklar	Psikiyatri stajı dahilinde Ayrı bir staj olarak	$\chi^2=9,965$	<b>,005</b>
Çocuk ve Ergenlerde Depresyon	Psikiyatri stajı dahilinde Ayrı bir staj olarak	$\chi^2=0,923$	,672
Çocukluk Çağı Bipolar Bozukluğu	Psikiyatri stajı dahilinde Ayrı bir staj olarak	$\chi^2=4,803$	0,111
Erken Başlangıçlı Şizofreni	Psikiyatri stajı dahilinde Ayrı bir staj olarak	$\chi^2=5,154$	,079
Yıkıcı Duygudurum Düzenlememe Bozukluğu	Psikiyatri stajı dahilinde Ayrı bir staj olarak	$\chi^2=4,928$	,123
Sosyal Fobi	Psikiyatri stajı dahilinde Ayrı bir staj olarak	$\chi^2=6,415$	,089
Yaygın Anksiyete Bozukluğu	Psikiyatri stajı dahilinde Ayrı bir staj olarak	$\chi^2=2,688$	,237
Ayrılık Anksiyetesi Bozukluğu ve Okul Reddi	Psikiyatri stajı dahilinde Ayrı bir staj olarak	$\chi^2=12,038$	<b>,008</b>
Selektif Mutizm	Psikiyatri stajı dahilinde Ayrı bir staj olarak	$\chi^2=5,519$	,106
Obsesif Kompulsif Bozukluk ve İlişkili Bozukluklar	Psikiyatri stajı dahilinde Ayrı bir staj olarak	$\chi^2=8,824$	,016
Tik Bozuklukları	Psikiyatri stajı dahilinde Ayrı bir staj olarak	$\chi^2=8,191$	<b>,034</b>
Travma Sonrası Stres Bozukluğu	Psikiyatri stajı dahilinde Ayrı bir staj olarak	$\chi^2=5,011$	,102
Çocuk ve ergenlerde Beslenme ve Yeme Bozuklukları	Psikiyatri stajı dahilinde Ayrı bir staj olarak	$\chi^2=14,147$	<b>,002</b>
Dışa Atım Bozuklukları (enürezis, enkonprezis)	Psikiyatri stajı dahilinde Ayrı bir staj olarak	$\chi^2=6,269$	,074
Çocuklarda Uyku Uyanıklık Bozuklukları	Psikiyatri stajı dahilinde Ayrı bir staj olarak	$\chi^2=6,149$	,101
Bağlanma Bozuklukları	Psikiyatri stajı dahilinde Ayrı bir staj olarak	$\chi^2=16,251$	<b>,001</b>
Alkol ve Madde Kullanım Bozuklukları	Psikiyatri stajı dahilinde Ayrı bir staj olarak	$\chi^2=3,218$	,250
İnternet Bağımlılığı ve Diğer Teknolojik Bağımlılıklar	Psikiyatri stajı dahilinde Ayrı bir staj olarak	$\chi^2=18,277$	<b>,000</b>
Cinsel istismar	Psikiyatri stajı dahilinde Ayrı bir staj olarak	$\chi^2=5,154$	,132
Fiziksel istismar	Psikiyatri stajı dahilinde Ayrı bir staj olarak	$\chi^2=2,182$	,390
İhmal	Psikiyatri stajı dahilinde Ayrı bir staj olarak	$\chi^2=7,171$	<b>,014</b>

\*Ki Kare testi

Birinci basamak hekimlerinin ÇERS hastalıklarını tedavi yeterliliklerinin psikiyatri stajı dahilinde ve ayrı bir staj olarak eğitim alan iki grup karşılaştırıldığında DEHB, davranım bozukluğu, OSB, konuşma ve dile özgü bozukluklar, ayrılık anksiyetesi bozukluğu ve okul reddi, tik bozuklukları, çocuk ve ergenlerde beslenme ve yeme bozuklukları, bağlanma bozukluğu, internet bağımlılığı ve diğer teknolojik bağımlılıklar ve ihmal açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur.



**Tablo 19: Birinci basamak hekimlerin ÇERS ile ilgili tutumlarının cinsiyete göre karşılaştırılması**

<b>Tutumlar</b>	<b>Gruplar</b>	<b>P değeri</b>
1-Çocuk ergen ruh sağlığı hastalıkları genel olarak bir hastalık değildir. Ailelerin tutumları sonucunda ortaya çıkarlar.	Erkek Kadın	p>00,5
2-Tedavide kullanılan ilaçların bir kısmı uyuşturucudur.	Erkek Kadın	<b>p&lt;00,5</b>
3-Çocuk ergen ruh sağlığı hastalıklarının biyolojik ve genetik temeli vardır.	Erkek Kadın	p>00,5
4-Çocuk ergen ruh sağlığı hastalıkları tedavi edilmezse de zamanla tamamen düzelir.	Erkek Kadın	p>00,5
5-ÇERS hastalıkları alanında kullanılan ilaçlar bağımlılık yapar.	Erkek Kadın	p>00,5
6-ÇERS hastalıkları alanında kullanılan ilaçların ciddi yan etkileri vardır.	Erkek Kadın	p>00,5
7-FDA tarafından uygun görülen ilaçların ÇERS hastalıkları alanında kullanılmasında sakınca yoktur.	Erkek Kadın	p>00,5
8-Çocuk ergen ruh sağlığı alanında onaylı psikofarmakolojik ajanların çocuk gelişimi açısından sakıncası yoktur.	Erkek Kadın	p>00,5
9-Çocuk ergen ruh sağlığı hastalıkları açısından uzman bir hekime gidilmesine gerek yoktur, kendi başlarına sorunu çözebilirler.	Erkek Kadın	p>00,5
10-Çocuk ergen ruh sağlığı hastalıkları açısından uzman bir hekime gidilmesine gerek yoktur, psikologla görüşülmesi yeterlidir.	Erkek Kadın	<b>p&lt;00,5</b>
11-İnternet ve medyada çocuk ergen ruh sağlığı hastalıklarıyla ilgili yer alan bilgiler tamamen doğrudur.	Erkek Kadın	p>00,5
12-Çocuk ergenlerin ruh sağlığı hastalıkları açısından uzman bir hekime yönlendirilmesi gerekmektedir.	Erkek Kadın	<b>p&lt;00,5</b>
13-Çocuk ergen ruh sağlığı hastalıklarında ilaçların ciddi yan etkileri nedeniyle medikal tedavi düzenlenmemelidir.	Erkek Kadın	p>00,5
14-Çocuk ergen ruh sağlığı hastalıklarının zamanında tedavisi erişkinlik döneminde bazı ruhsal sorunların önüne geçebilir.	Erkek Kadın	p>00,5

Mann-Whitney U Testi istatistik 2 de

Birinci basamak hekimlerin ÇERS ile ilgili tutumları cinsiyete göre karşılaştırıldığında 2, 10, 12 numaralı tutumlarda kadın ve erkekler arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (p<00,5).

**Tablo 20: Birinci basamak hekimlerin ÇERS ile ilgili becerilerinin ÇERS stajı alan ve almayan gruplar dahilinde karşılaştırılması**

<b>Beceriler</b>	<b>Gruplar</b>	<b>P değeri</b>
1-Genel tıbbi sorunlarla başvuran çocuk ve ergenlerle uygun ve yeterli iletişim kurabilirim.	ÇERS stajı alan ÇERS stajı almayan	<b>p&lt;0,05</b>
2-Ajite çocuk ve ergenleri yönetebilirim.	ÇERS stajı alan ÇERS stajı almayan	<b>p&lt;0,05</b>
3-Çocuk ve ergenlerdeki normal ve patolojik davranışları ayırt edebilirim.	ÇERS stajı alan ÇERS stajı almayan	<b>p&lt;0,05</b>
4-Ruhsal sorunlarla başvuran çocuk ve ergenlerin aileleriyle çocuk ergen ruh sağlığı hastalıklarıyla ilgili yeterli iletişim kurabilirim.	ÇERS stajı alan ÇERS stajı almayan	<b>p&lt;0,05</b>
5-Ruhsal sorunlarla başvuran çocuk ve ergenlerle çocuk ve ergen ruh sağlığı ile ilgili hastalıklarda iletişim kurmak ve öykü almakta zorlanmam.	ÇERS stajı alan ÇERS stajı almayan	p>0,05
6-Birinci basamakta karşılaşılan çocuk ve ergen ruh sağlığı ve hastalıklarıyla ilgili adli olguları ayırt etme ve yönlendirmekte zorluk yaşamam.	ÇERS stajı alan ÇERS stajı almayan	p>0,05
7-İntihar eğilimi olan çocuk ve ergenleri değerlendirebilirim.	ÇERS stajı alan ÇERS stajı almayan	p>0,05
8-Ailelere olası ilaç yan etkileri konusunda yeterli bilgi verebilirim.	ÇERS stajı alan ÇERS stajı almayan	p>0,05

Man Whitney U Test istatistiği

Birinci basamak hekimlerin ÇERS ile ilgili becerileri mezuniyet öncesi tıp eğitimlerinde ÇERS staj durumlarına göre karşılaştırıldığında 1, 2, 3, 4 numaralı maddelerde ÇERS stajı alanlar ve almayanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (p<0,05).

**Tablo 21: Birinci basamak hekimlerin ÇERS ile ilgili becerilerinin cinsiyete göre karşılaştırılması**

Beceriler	Gruplar	P değeri
1-Genel tıbbi sorunlarla başvuran çocuk ve ergenlerle uygun ve yeterli iletişim kurabilirim.	Erkek Kadın	<b>p&lt;0,05</b>
2-Ajite çocuk ve ergenleri yönetebilirim.	Erkek Kadın	p>0,05
3-Çocuk ve ergenlerdeki normal ve patolojik davranışları ayırt edebilirim.	Erkek Kadın	p>0,05
4-Ruhsal sorunlarla başvuran çocuk ve ergenlerin aileleriyle çocuk ergen ruh sağlığı hastalıklarıyla ilgili yeterli iletişim kurabilirim.	Erkek Kadın	<b>p&lt;0,05</b>
5-Ruhsal sorunlarla başvuran çocuk ve ergenlerle çocuk ve ergen ruh sağlığı ile ilgili hastalıklarda iletişim kurmak ve öykü almakta zorlanmam.	Erkek Kadın	<b>p&lt;0,05</b>
6-Birinci basamakta karşılaşılan çocuk ve ergen ruh sağlığı ve hastalıklarıyla ilgili adli olguları ayırt etme ve yönlendirmekte zorluk yaşamam.	Erkek Kadın	p>0,05
7-İntihar eğilimi olan çocuk ve ergenleri değerlendirebilirim.	Erkek Kadın	p>0,05
8-Ailelere olası ilaç yan etkileri konusunda yeterli bilgi verebilirim.	Erkek Kadın	p>0,05

Man Whitney U Test istatistiği

Birinci basamak hekimlerin ÇERS ile ilgili becerileri cinsiyete göre karşılaştırıldığında 1, 4 ve 5. Maddeler açısından kadın ve erkekler arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır.

**Tablo 22: Birinci basamakta çocuk ergen ruh sağlığı hastalıklarına yaklaşımın daha iyi olması için verilen önerilerinin cinsiyete göre karşılaştırılması**

Özellikler	Gruplar	Sayı		Test istatistiği*	P değeri
		Evet	Hayır		
1-Zorunlu staj olması gerekmektedir.	Erkek Kadın	84 100	11 5	$\chi^2=2,291$	$p>0,05$
2-Teorik eğitimin müfredat içinde daha fazla yer alması gerekir.	Erkek Kadın	82 94	13 12	$\chi^2=0,086$	$p>0,05$
3-Pratik uygulama imkânı verilmesi gerekmektedir.	Erkek Kadın	91 104	4 2	$\chi^2=0,304$	$p>0,05$
4-İntörlük eğitimi sürecinde zorunlu ÇERSH stajının yer alması gerekmektedir.	Erkek Kadın	80 94	15 11	$\chi^2=,819$	$p>0,05$

\*Ki Kare testi

Birinci basamakta çocuk ergen ruh sağlığı hastalıklarına yaklaşımın daha iyi olması için verilen öneriler cinsiyete göre karşılaştırıldığında erkek ve kadınlar arasında anlamlı fark saptanmamıştır.

**Tablo 23: Birinci basamakta çocuk ergen ruh sağlığı hastalıklarına yaklaşımın daha iyi olması için verilen önerilerinin mezuniyet öncesi tıp eğitiminde ÇERS stajı alan ve almayan hekimlere göre karşılaştırılması**

Özellikler	Gruplar	Sayı		Test istatistiği*	P değeri
		Evet	Hayır		
1-Zorunlu staj olması gerekmektedir.	ÇERS stajı alan ÇERS stajı almayan	70 114	13 3	$\chi^2=9,609$	<b>0,002</b>
2-Teorik eğitimin müfredat içinde daha fazla yer alması gerekir.	ÇERS stajı alan ÇERS stajı almayan	64 112	20 5	$\chi^2=15,388$	<b>0,000</b>
3-Pratik uygulama imkânı verilmesi gerekmektedir.	ÇERS stajı alan ÇERS stajı almayan	79 116	5 1	$\chi^2=2,804$	0,094
4-İntörlük eğitimi sürecinde zorunlu ÇERSH stajının yer alması gerekmektedir.	ÇERS stajı alan ÇERS stajı almayan	65 109	18 8	$\chi^2=8,199$	<b>0,004</b>

\*Ki Kare testi

Birinci basamakta çocuk ergen ruh sağlığı hastalıklarına yaklaşımın daha iyi olması için verilen önerilerin mezuniyet öncesi tıp eğitiminde ÇERS stajı alan ve almayan hekimlere göre karşılaştırıldığında 1, 2 ve 4 numaralı öneriler açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır.

**Tablo 24: Birinci basamakta çocuk ergen ruh sağlığı hastalıklarına yaklaşımın daha iyi olması için verilen önerileri değerlendirmelerinin 40 yaş altı ve 40 yaş ve üstü gruplarda karşılaştırılması**

Özellikler	Gruplar	Sayı		Test istatistiği*	P değeri
		Evet	Hayır		
1-Zorunlu staj olması gerekmektedir.	40 yaş altı 40 yaş ve üstü	79 105	10 6	$\chi^2=1,558$	p>0,005
2-Teorik eğitimin müfredat içinde daha fazla yer alması gerekir.	40 yaş altı 40 yaş ve üstü	71 105	18 7	$\chi^2=7,656$	p<0,005
3-Pratik uygulama imkânı verilmesi gerekmektedir.	40 yaş altı 40 yaş ve üstü	85 110	4 2	$\chi^2=0,495$	p>0,005
4-İntömlük eğitimi sürecinde zorunlu ÇERSH stajının yer alması gerekmektedir.	40 yaş altı 40 yaş ve üstü	70 104	19 7	$\chi^2=8,596$	p<0,005

\*Ki Kare testi

Birinci basamakta çocuk ergen ruh sağlığı hastalıklarına yaklaşımın daha iyi olması için verilen önerileri değerlendirmelerinin 40 yaş altı ve 40 yaş ve üstü gruplarda karşılaştırıldığında 2 ve 4 numaralı önermeler açısından iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır.



**Tablo 25: Birinci basamak hekimlerin tanı açısından yeterlilik durumlarının aile hekimliği uzmanı olan ve olmayanlar açısından karşılaştırılması**

Hastalıklar	Aile hekimliği uzmanı olanlar			Diğerleri			P değeri
	n	ort±SD	media n	n	ort±SD	median	
Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu	39	2,82±1,167	3	165	2,61±1,046	2	p>0,05
Davranım Bozukluğu	39	2,69±1,127	3	165	2,70±1,007	3	p>0,05
Otizm Spektrum Bozukluğu	39	2,72±1,099	3	165	2,29±1,012	2	<b>p&lt;0,05</b>
Karşıt Olma Karşı Gelme Bozukluğu	39	2,23±1,012	2	165	2,37±0,919	2	p>0,05
Konuşma ve Dile Örgü Bozukluklar	39	2,67±0,955	3	164	2,61±1,060	2	p>0,05
Çocuk ve Ergenlerde Depresyon	38	3,13±1,095	3	164	2,79±1,044	3	p>0,05
Çocukluk Çağı Bipolar Bozukluğu	38	2,05±0,957	2	164	2,10±0,884	2	p>0,05
Erken Başlangıçlı Şizofreni	38	1,97±0,972	2	164	1,98±0,882	2	p>0,05
Yıkıcı Duygudurum Düzenleyememe Bozukluğu	38	1,87±0,906	2	164	2,05±0,885	2	p>0,05
Sosyal Fobi	38	3,05±1,038	3	165	2,73±1,038	3	p>0,05
Yaygın Anksiyete Bozukluğu	38	3,05±1,114	3	164	2,83±1,066	3	p>0,05
Ayrılık Anksiyetesi Bozukluğu ve Okul Reddi	38	2,92±1,194	3	165	2,73±1,066	3	p>0,05
Selektif Mutizm	38	2,00±1,013	2	165	2,05±0,885	2	p>0,05
Obsesif Kompulsif Bozukluk ve İlişkili Bozukluklar	38	2,79±1,166	3	165	2,46±1,045	2	p>0,05
Tik Bozuklukları	38	2,84±1,242	3	165	2,58±1,071	3	p>0,05
Travma Sonrası Stres Bozukluğu	38	3,03±1,325	3,5	165	2,70±1,066	3	p>0,05
Çocuk ve ergenlerde Beslenme ve Yeme Bozuklukları	38	2,82±1,087	3	165	2,60±1,035	2	p>0,05
Dışa Atım Bozuklukları (enürezis, enkoprezis)	38	2,82±1,136	3	165	2,63±1,007	3	p>0,05
Çocuklarda Uyku Uyanıklık Bozuklukları	38	2,29±1,063	2	165	2,48±0,934	2	p>0,05
Bağlanma Bozuklukları	38	2,21±0,991	2	165	2,42±0,932	2	p>0,05
Alkol ve Madde Kullanım Bozuklukları	38	2,79±1,143	3	165	2,39±0,973	2	<b>p&lt;0,05</b>
İnternet Bağımlılığı ve Diğer Teknolojik Bağımlılıklar	38	3,03±1,150	3	165	2,56±0,978	2	<b>p&lt;0,05</b>
Cinsel istismar	38	2,55±1,179	3	165	2,35±0,888	2	p>0,05
Fiziksel istismar	38	2,82±1,227	3	165	2,50±1,022	2	p>0,05
İhmal	38	2,74±1,155	3	165	2,61±1,022	3	p>0,05

Man Whitney U Test istatistiği

Birinci basamak hekimlerin tanı açısından yeterlilik durumlarının aile hekimliği uzmanı olan ve olmayanlar açısından karşılaştırıldığında OSB, alkol ve madde kullanım bozuklukları, internet bağımlılığı ve diğer teknolojik bağımlılıklar açısından iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır.



**Tablo 26: Birinci basamak hekimlerin tedavi açısından yeterlilik durumlarının aile hekimliği uzmanı olan ve olmayanlar açısından karşılaştırılması**

Hastalıklar	Aile hekimliği uzmanı olanlar			Diğerleri			P değeri
	n	ort±SD	median	n	ort±SD	median	
Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu	38	3,13±0,343	3	164	3,20±0,441	3	p>0,05
Davranım Bozukluğu	38	3,18±0,393	3	164	3,22±0,508	3	p>0,05
Otizm Spektrum Bozukluğu	38	3,03±0,162	3	164	3,09±0,364	3	p>0,05
Karşıt Olma Karşı Gelme Bozukluğu	38	3,21±0,474	3	164	3,20±0,498	3	p>0,05
Konuşma ve Dile Özü Bozukluklar	38	3,13±0,343	3	164	3,18±0,460	3	p>0,05
Çocuk ve Ergenlerde Depresyon	38	3,50±0,604	3	164	3,34±0,559	3	p>0,05
Çocukluk Çağı Bipolar Bozukluğu	38	3,05±0,226	3	164	3,11±0,384	3	p>0,05
Erken Başlangıçlı Şizofreni	38	3,00±0,000	3	164	3,10±0,371	3	p>0,05
Yıkıcı Duygudurum Düzenleyememe Bozukluğu	38	3,03±0,162	3	164	3,12±0,390	3	p>0,05
Sosyal Fobi	38	3,32±0,574	3	164	3,34±0,568	3	p>0,05
Yaygın Anksiyete Bozukluğu	38	3,47±0,557	3	164	3,40±0,562	3	p>0,05
Ayrılık Anksiyetesi Bozukluğu ve Okul Reddi	38	3,29±0,565	3	164	3,28±0,560	3	p>0,05
Selektif Mutizm	38	3,05±0,226	3	164	3,08±0,368	3	p>0,05
Obsesif Kompulsif Bozukluk ve İlişkili Bozukluklar	38	3,18±0,393	3	164	3,21±0,494	3	p>0,05
Tık Bozuklukları	38	3,13±0,343	3	164	3,15±0,478	3	p>0,05
Travma Sonrası Stres Bozukluğu	38	3,37±0,541	3	164	3,29±0,507	3	p>0,05
Çocuk ve ergenlerde Beslenme ve Yeme Bozuklukları	38	3,26±0,446	3	164	3,19±0,502	3	p>0,05
Dışa Atım Bozuklukları (enürezis, enkonprezis)	38	3,45±0,602	3	164	3,30±0,547	3	p>0,05
Çocuklarda Uyku Uyandırmak Bozuklukları	38	3,29±0,565	3	164	3,28±0,526	3	p>0,05
Bağlanma Bozuklukları	38	3,11±0,311	3	164	3,18±0,499	3	p>0,05
Alkol ve Madde Kullanım Bozuklukları	38	3,21±0,474	3	164	3,13±0,407	3	p>0,05
İnternet Bağımlılığı ve Diğer Teknolojik Bağımlılıklar	38	3,45±0,645	3	164	3,24±0,598	3	p>0,05
Cinsel istismar	38	3,18±0,512	3	164	3,07±0,360	3	p>0,05
Fiziksel istismar	38	3,21±0,528	3	164	3,11±0,415	3	p>0,05
İhmal	38	3,24±0,542	3	164	3,18±0,486	3	p>0,05

Man Whitney U Test istatistiği

Birinci basamak hekimlerin tedavi açısından yeterlilik durumlarının aile hekimliği uzmanı olan ve olmayanlar açısından karşılaştırıldığında iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır.



## 5. TARTIŞMA

Çocuk Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları ülkemizde son yıllarda gelişen bir uzmanlık alanıdır. Çocuk ve ergenlerin ruhsal açıdan sağlıklı olması, ruhsal sağlık açısından var olan risk faktörlerinin bilinmesi ve önlenmesi toplum sağlığı açısından önemlidir. Günümüzde çocuk ve ergenlik döneminde görülebilecek ruhsal bozuklukların normal psikolojik gelişimi aksattığı ve erişkin dönemde de devam eden yıkımlar yarattığı artık bilinmektedir. Bu nedenle özellikle çocukluk ve ergenlik döneminde etkin ruh sağlığı yaklaşımlarının oluşturulmasının çok büyük önem taşıdığı vurgulanmaktadır. DSÖ verilerine göre çocukların %10 ila %20'si arasındaki bölümünün bir ya da birden fazla ruhsal hastalık yaşadığı öngörülmektedir.<sup>78</sup> Ayrıca çocukluk çağı gelişimsel ve davranışsal bozukluklarının günümüzde giderek daha fazla tanınmakta olduğu belirtilmekte, tanı koyulan ve tedavi alan hasta sayısının ise yalnızca buzdağının görünen kısmı olduğu söylenmektedir.<sup>128</sup> Son yıllarda ÇERS alanında uygulanabilen etkin tedavilerin artmış olmasıyla birlikte bu tedavilerin uygun bir şekilde yapılabilmesi için iyi eğitim almış ve multidisipliner bir şekilde çalışan bir ekip gerekliliğine vurgu yapılmaktadır. Yurtdışı kaynaklı birçok çalışmada halen çocuk psikiyatristi sayısının yetersizliği vurgulanmakta ve bu nedenle birinci basamağın bu alandaki yeri önemini korumaktadır. Birinci basamakta çalışan aile hekimleri ve çocuk hekimleri için ruhsal bozuklukları olan çocukları değerlendirme ve uygun tedavilere ulaşmalarını sağlama konusunda gerekli becerilere sahip olmanın önemli olduğu dile getirilmektedir.<sup>18,129,130</sup> Giel ve arkadaşları tarafından Sudan, Filipinler, Hindistan ve Kolombiya'da birinci basamak sağlık hizmetlerine başvuran çocukların %12-29'unun psikiyatrik tanı aldığı öne sürülmüştür.<sup>108</sup> DSÖ'nün 2005 yılında yayınladığı raporda ise gerçekte ruhsal bozukluğa sahip çocuk ve ergen oranının yüksek olmasına rağmen bunların yalnızca %10-22'sinin birinci basamak hekimlerince fark edilebildiği belirtilmekte ve sonuç olarak çocuk ve ergenlerin büyük bir kısmının gerekli olan ruh sağlığı hizmetinden yararlanamadığına vurgu yapılmaktadır.<sup>131</sup> Ülkemizde ise BBSH değerlendirildiğinde Sağlıkta Dönüşüm Programı sonrasında başlatılan aile hekimliği uygulamasıyla birinci basamak sisteminin yeniden yapılandırıldığı görülmektedir.<sup>72</sup> Aile hekimliği uygulaması ilk olarak 2006 yılında pilot uygulama olarak başlatılmış olup 2011 yılında ülke çapında aile hekimliği sistemine geçilmiştir.<sup>69</sup> Aile hekimliği yönetmeliğine göre aile hekimi kişinin/ailenin yaşam biçimini, konut koşullarını ve sağlık sorunlarını yakından bilen koruyucu ve iyileştirici sağlık hizmetlerini bir bütün

içerisinde götüren kişi olarak tanımlanmaktadır.<sup>132</sup> Genel olarak kabul edilen anlayışa göre birinci basamağa başvuran hastaların %95'inin tanı ve tedavisinin bu basamakta gerçekleştirilmesi gerektiği belirtilmektedir.<sup>75</sup> Ruhsal hastalıklara sahip hastaların başvuru yerinin genellikle birinci basamak olması nedeni ile hastalığı tanıma fırsatı, doğru tedaviye yönlendirilmeleri ve izlem yönünden pratisyen hekimlerin özel bir konumlarının olduğu belirtilmektedir.<sup>133</sup> Yine yurtdışı kaynaklı bir gözden geçirme yazısında ruh sağlığı merkezlerine ulaşmanın zor olduğu ülkelerde pratisyen hekimlerin ve pediatristlerin önemli bir yerlerinin olduğu vurgulanmaktadır.<sup>40</sup> Ülkemizde ise literatür tarandığında birinci basamakta ÇERS hastalıklarıyla ilgili başvuru sıklığının değerlendirildiği bir çalışmaya rastlanmamıştır. Ancak son dönemlerde aile hekimliği merkezleri olmak üzere birinci basamak sağlık kuruluşlarına yapılan başvuruların değerlendirildiği birçok çalışmada üst sıralarda öksürük, boğaz ağrısı gibi somatik yakınmaların olduğu dikkat çekmektedir. Bu çalışmalarda başvurularda ÇERS'na yönelik şikayetlerin sıralamaya dahi giremediği gözlenmektedir. Sevk edilen hasta oranları değerlendirildiğinde ise ÇERS hastalıklarına yönelik herhangi bir sevk bilgisinin yer almadığı da dikkat çekmektedir.<sup>75,134-136</sup> Ülkemizde ÇERS alanındaki bu eksikliği açıklayan detaylı çalışmalara rastlanmamakla birlikte, Uğurlu ve Soydaş tarafından bu durum genel ruh sağlığı alanında ele alınmıştır. Bu eksikliğin nedenlerinden biri BBSH'de görev yapan pratisyen hekimlerin ruhsal hastalıkların önemi, tanı ve tedavisi konusunda yeterli eğitim almamış olmaları olarak öne sürülmüştür.<sup>137</sup> Bizim çalışmamızda da Uğurlu ve Soydaş tarafından öne sürülenleri destekler nitelikte çalışmaya katılan hekimlerin büyük bir kısmının (%59,1) mezuniyet öncesi tıp fakültesi eğitimi boyunca ÇERS eğitimi almadığı görülmektedir.

Lamb ve arkadaşlarının 153 katılımcı ile yaptıkları bir çalışmada katılımcıların % 30'unun mezuniyet sonrası psikiyatri eğitimleri sırasında herhangi bir çocuk ve ergen psikiyatrisi eğitimi almadıklarını belirtmişlerdir.<sup>138</sup> Bizim çalışmamızda katılımcıların ÇERS ile ilgili mezuniyet sonrası herhangi bir eğitim alıp almadıkları değerlendirildiğinde ise katılımcıların %56,6'sının herhangi bir eğitim almadığı görülmektedir. Sawyer ve arkadaşları tarafından bir gözden geçirme yazısında ise mezuniyet öncesi kısıtlı bir şekilde sağlanan çocuk psikiyatrisi eğitiminin mezuniyet sonrası eğitim programlarıyla telafi edilmesinin mümkün olamayacağı aktarılmaktadır.<sup>40</sup> Ülkemizde birinci basamakta çalışan hekimlerin mezuniyet öncesi tıp fakültesi eğitimlerinde bile büyük bir kısmının ÇERS

eğitimi almadıkları göz önünde bulundurulduğunda mezuniyet sonrası hizmet içi eğitim programlarının düzenlenmesi gerekliliğinin daha da artmakta olduğu düşünölmektedir.

Günümüzde aile hekimliği uzmanlık eğitiminin aile hekimliği ile ilgili mecburi eğitimler ve mecburi ve elektif klinik rotasyonlar ile devam ettiği belirtilmektedir. Aile hekimliği asistanları için birinci basamaktaki görevlerini ideal şekilde yerine getirebilmelerini sağlayacak bir müfredat programlarının oluşturulmasının önemli olduğu, rotasyonlar sırasında o dalda toplumda sık görölen hastalıkların ağırlıklı olarak müfredata alınması gerektiği belirtilmektedir.<sup>5,139</sup> Çalışmamızda aile hekimliği uzmanlık eğitiminde ÇERS eğitimi değerlendirilmiş ve asistanlık süreçleri boyunca çok büyük bir çoğunluğunun (%80,9) ÇERS rotasyonu almadığı görölmüşür. Uzmanlık eğitim süreleri boyunca ise %55,3'ünün ÇERS ile ilgili herhangi bir eğitim, panel vb. katılmadığı görölmektedir.

Çalışmamız sağlık sistemiyle ilk tıbbi temas noktasını oluşturan birinci basamakta görevli aile hekimlerinin ÇERSH'nin tanısı ve önlenmesi alanındaki rolleri dikkate alınarak konu ile ilgili bilgi düzeylerinin, farkındalıklarının belirlemesi ve tutumlarının değerlendirmesi, bilgi düzeylerinin demografik değerışkenlere göre farklılaşp farklılaşmadığının saptanması amacı ile planlanmıştır.

Çalışmaya katılan 259 hekim statü durumuna göre incelendiğinde 28'inin (%10,8) pratisyen hekim, 184'ünün (%71,0) sertifika eğitimi almış pratisyen hekim, 47'sinin (%18,1) ise aile hekimliği uzmanı olduğu saptanmıştır. 2014 sağlık istatistikleri yıllığında aile hekimliği birimlerinde görev yapan hekimlerin statü durumlarına bakıldığında ise 20.239 hekimin pratisyen hekim olarak aile hekimliği yaptığı, 1.145'inin ise aile hekimliği uzmanı olduğu belirtilmektedir.<sup>140</sup> Bizim çalışmamızda da Sağlık Bakanlığı, 2014 verilerine uygun olarak çalışmaya katılan hekimlerin büyük bir kısmının aile hekimliği uzmanı olmadıkları görölmüşür.

Yazında birinci basamakta görevli hekimlerle yapılan çalışmalardaki cinsiyet dağılımlarına bakıldığında erkek cinsiyet oranının kadınlara nazaran daha yüksek olduğu bilinmektedir.<sup>128,141-143</sup> Bizim çalışmamızdaysa diğerlerinin aksine kadın hekimlerin (%52,5) katılımcıların daha büyük bir kısmını oluşturduğu gözlenmektedir ancak aile hekimliği uzmanları dâhil edilmediğinde diğer çalışmalara benzer şekilde bizim çalışmamızda da erkek cinsiyetin (%51,4) daha fazla olduğu gözlenmiştir. Yazında aile

hekimliği asistanları ve aile hekimliği uzmanlarının yer aldığı çalışmalardaki cinsiyet dağlımı değerlendirildiğinde ise bizim çalışmamızla benzer nitelikte kadın cinsiyet oranlarının belirgin olarak daha yüksek olduğu gözlenmiştir.<sup>6,139,143</sup>

Çalışmamızda katılımcıların yaşları incelendiğinde, hekimlerin daha çok orta yaş grubunda yer aldıkları grlmektedir. Buna göre katılımcıların yaşları 26 ile 59 arasında değişmekte olup yaş ortalaması  $41\pm 8,1$  yıl olarak saptanmıştır. Ülkemizde Edirne ilindeki aile hekimlerinin ocuk istismarı ve ihmali hakkındaki bilgi, farkındalık ve tutumlarının değerlendirildiği bir çalışmada da aile hekimlerinin yaş ortalaması  $39,73\pm 6,90$  (25-60) yıl, yine Denizli ilindeki deri ve zührevi hastalıklara yönelik birinci basamakta çalışan hekimlerin deneyimlerinin araştırıldığı farklı bir çalışmada ise yaş ortalamaları  $41,9\pm 4,6$  yıl olarak belirtilmiştir.<sup>141,143</sup> ERS hastalıklarına yönelik aile hekimlerinin bilgi tutum ve becerilerin değerlendirildiği yurtdışı kaynaklı bir çalışmada ise yaş ortalaması 35 (28-62) olarak belirtilmiştir.<sup>128</sup> Yurtdışı kaynaklı diğer çalışmalar ve bizim çalışmamızda yaş ortalamasının daha yüksek olmasının sebebinin katılımcılarımızın tümünün aile hekimliği sistemine geçmiş, mesleki hizmet puanları nispeten yüksek olan hekimlerden oluştuğundan kaynaklandığı dşnlmektedir. Ülkemizde aile hekimliği sistemine geçişte mesleki hizmet puanları göz önünde bulundurulmakta olduğundan bu sisteme geçişte orta-ileri yaştaki hekimlerin daha genç hekimlere göre avantajlı olduğu bilinmektedir.

Çalışmada ERS eğitimi değerlendirmek için ERS stajı alıp alınmadığı, alındıysa süre ve biçimi, eğitim süresinin yeterlilik durumu sorgulanmıştır. Çalışmamızda ERS'na ayrılan eğitim süresi stajı alan kişiler tarafından teorik eğitim süresi olarak ortalama 23,55 (2-120) saat, pratik eğitim süresi olarak ise ortalama 16,6 (1-60) saat şeklinde geniş bir aralıkta belirtilmektedir. Bir gözden geçirme yazısında da çalışmamızdaki verileri destekler nitelikte ocuk ve ergen psikiyatrisine ayrılan süre açısından tıp fakültelerinde ciddi farklılık gözlendiği belirtilmektedir. Bu süre aralığının 0 ile 439 saat arasında değiştiği rapor edilmiştir.<sup>40</sup> Katılımcıların eğitim sürelerini bu şekilde geniş bir aralıkta belirtmeleri mezuniyet öncesi tıp fakültesi eğitimde ERS eğitimi açısından ulusal ve uluslararası bir standardizasyonunun olmadığını düşündürmektedir.

Katılımcıların eğitim sürelerinin yeterliliği açısından değerlendirildiğinde ERS eğitimi alan katılımcıların %46,2'si eğitim sürelerinin kesinlikle yeterli olmadığını belirtirken, yalnızca %5,8'i eğitim sürelerinin kesinlikle yeterli olduğunu belirtmiştir. ERS eğitimi



psikiyatri stajı dahilinde ve ayrı olarak alan katılımcıların eğitim sürelerinin yeterlilikleri açısından iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur. Eğitimlerini psikiyatri stajı dahilinde alan katılımcıların eğitim sürelerini kesinlikle yetersiz-yeterli değil şeklinde belirtirken, ayrı bir staj olarak alanların ise yeterli değil-kısmen yeterli şeklinde belirttikleri görülmüştür. Bu durum eğitimlerini psikiyatri stajı dahilinde alanların eğitim programlarında daha çok erişkin ruh sağlığına ağırlık verildiği ve ÇERS alanında yeterli eğitim alamadıkları şeklinde yorumlanabilir. Yazında hekimlerin ÇERS eğitim sürelerini yeterli görüp görmediklerini değerlendiren çalışmaya rastlanmamakla birlikte tıp fakültelerindeki toplam eğitim süresinin yalnızca çok küçük bir kısmının ÇERS hastalıkları eğitimine ayrıldığı belirtilmektedir. ÇERS hastalıklarındaki yüksek yaygınlık oranı ve uygulanabilir tedavilerdeki artış nedeniyle mezuniyet öncesi bu alana yeterli eğitim süresinin sağlanması gerekliliği vurgulanmaktadır.<sup>40</sup>

Garralda tarafından yazılan bir gözden geçirme yazısında, birinci basamakta görevli hekimlerin ruhsal bozukluğa sahip çocuk ve ergenleri tanıma ve yönlendirmede görev aldığı bildirilmekle beraber hekimler arasında ruhsal bozukluğu olan çocuk ve ergenlere tanı koyma yeterliliğinde geniş bir farklılık olduğu belirtilmektedir.<sup>53</sup> ÇERS alanındaki ruhsal bozuklukların yönetimi konusunda Lempp ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada pediatrist ve aile hekimlerinin kendilerine olan güvenleri değerlendirilmiş, aile hekimlerinin %56,7'sinin kendilerine güvendikleri ya da kısmen güvendikleri, %4,6'sının ise güvenmedikleri ya da oldukça güvenmedikleri, yalnızca %2,1'inin kendilerine oldukça güvendikleri sonucuna ulaşılmıştır.<sup>142</sup> Bizim çalışmamızdaysa bunun aksine aile hekimlerinin büyük bir kısmının hastaları hiç bir tedavi ve öneri vermeksizin doğrudan ÇERS hekimlerine yönlendirdikleri görülmüştür. Bunun sebebi ülkemizde ÇERS ile ilgili tanı koyma hizmetlerinin sadece çocuk psikiyatri uzmanlarınca verilebileceği düşüncesinin oldukça yaygın olması olabilir. Bu pek çok ÇERS hastalığı için koruyucu ruh sağlığı hizmetlerinin verilememesinin yanında birçok ruhsal hastalığın fark edilememesi ve yönlendirilmemesi nedeniyle tanı tedavisinde gecikmeye de neden olabilir. Tanı koyma alanındaysa tüm katılımcılar değerlendirildiğinde hekimlerin ÇERS hastalıklarına tanı koyarken kendilerini yeterli görmedikleri (1,98-2,87) ya da kararsız kaldıkları sonucuna ulaşılmıştır. Ülkemizde ÇERSH'nin birinci basamak hekimlerince tanınması ile ilgili genel değerlendirme yapan yayınlara rastlanmamakla birlikte OSB, DEHB gibi belli hastalıkların değerlendirildiği kısıtlı sayıda çalışma mevcuttur.<sup>6,8</sup> Literatürde aile hekimi, aile hekimliği

asistanı, çocuk hekimi ve nörologların otizm ve DEHB konusundaki bilgi düzeylerinin yetersiz olduğu ve hekimlerin OSB ve DEHB'yi doğru tanılama düzeylerinin düşük olduğu saptanmıştır.<sup>6,8,144,145</sup> Bizim çalışmamızda ise, 25 temel hastalık açısından birinci basamak hekimlerin tanı yeterlilikleri değerlendirildiğinde bulgular ülkemizde yapılan benzer çalışma sonuçlarını destekler niteliktedir. Eğitim alan ve almayan grubun arasında tanı koyma ve tedaviyi yönlendirme/planlama becerileri açısından istatistiksel olarak anlamlı fark gözlenmemesi mezuniyet öncesi tıp eğitiminde ÇERS eğitiminin tekrar gözden geçirilmesi gerektiğini, ÇERS öğrenim hedeflerinin açıkça tanımlanması ve mezuniyet öncesi bu alana yeterli eğitim süresinin sağlanması gerektiğini düşündürmektedir. ÇERS eğitimini psikiyatri stajı dahilinde alan ve ayrı alan 2 grup tanı koyma becerileri açısından karşılaştırıldığında çocukluk çağına özgü ruhsal bozukluklarda (DEHB, OSB, konuşma ve dile özgü bozukluklar, erken başlangıçlı şizofreni, YDDDB, selektif mutizm, OKB ve ilişkili bozukluklar, tik bozuklukları, çocuk ve ergenlerde beslenme ve yeme bozuklukları, dışa atım bozuklukları) iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır. Yine ÇERS eğitimini psikiyatri stajı dahilinde alan ve ayrı alan 2 grup tedaviyi yönlendirme/planlama becerileri açısından karşılaştırıldığında DEHB, davranım bozukluğu, OSB, konuşma ve dile özgü bozukluklar, ayrılık anksiyetesi bozukluğu ve okul reddi, tik bozuklukları, çocuk ve ergenlerde beslenme ve yeme bozuklukları, bağlanma bozukluğu, internet bağımlılığı ve diğer teknolojik bağımlılıklar ve ihmal açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur. ÇERS eğitimini ayrı bir staj olarak alan grubun hem tanı koyma hem de tedaviyi yönlendirme/planlama becerilerinin bir miktar daha iyi olduğu gözlenmiştir. Bu da ayrı bir staj şeklinde alınan eğitimin psikiyatri stajı dahilinde alınan eğitime göre daha etkin olduğu yönünde yorumlanabilir. Yine daha önce de bahsettiğimiz gibi psikiyatri stajı dahilinde verilen eğitim süresi boyunca eğitim müfredatı içerisinde erişkin psikiyatri eğitimi öncelikli tutulmuş ve ÇERS eğitimine gereken yer verilmemiş olabilir.

Çalışmamızda tanı ve tedavi yeterliliği açısından ile aile hekimliği uzmanı olan ve olmayan (pratisyen hekim, pratisyen hekim-sertifika eğitimi almış) hekimler değerlendirilmiştir. Aile hekimliği uzmanı olan ve olmayan iki grup tanı koyma yeterlilikleri açısından karşılaştırıldığında OSB, alkol ve madde kullanım bozuklukları, internet bağımlılığı ve diğer teknolojik bağımlılıklar alanlarında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmış ve aile hekimliği uzmanlarının bu alanlarda

tanı koyma açısından kendilerini aile hekimliği uzmanlık eğitimi almayan gruba göre kısmen daha yeterli gördükleri sonucuna ulaşmıştır. Ülkemiz yazınında daha önce de bahsedildiği gibi ÇERS'ye yönelik alanlarda birinci basamak sağlık çalışanlarıyla özelliikli yeterlilik değerlendirme yapılan bir çalışmaya rastlanmamıştır. Ülkemizde uzmanlık eğitimi almakta olan aile hekimliği asistanları ile yapılan bir çalışmada asistanların ergen sağlığı ve danışmanlığı, madde bağımlılığı, istismar ve şiddet ile ilgili konularda kendilerini yeterli hissetmedikleri görülmüştür.<sup>5</sup> Bizim çalışmamızda benzer olarak bu alanlarda tanı koyma yeterlilikleri yine düşük çıkmakla birlikte aile hekimliği uzmanı olmayan diğer gruba göre aile hekimliği uzmanlarının kendilerini kısmen daha yeterli gördükleri sonucuna ulaşmıştır. Bu durum uzmanlık eğitimleri sürecinde erişkin ruh sağlığı rotasyonunda bağımlılık ve madde kullanımı ile ilgili alanlarda eğitim almaları sonucu olmuş olabilir.

Mezuniyet öncesi ÇERS eğitiminde her tıp öğrencisinin sahip olması gereken temel tutum, bilgi ve becerilerin açıkça tanımlanması gerektiği, verilecek eğitim programının tıp öğrencilerinde mezuniyet sonrasında hızlıca etkin ve güvenli bir şekilde görev yapmalarını sağlayacak şekilde oluşturulmasının gerektiği belirtilmiştir.<sup>40</sup> Çalışmamızda ÇERS'ye yönelik tutumlar cinsiyete göre karşılaştırıldığında tedavide kullanılan ilaçların bir kısmı uyuşturucudur, çocuk ergen ruh sağlığı hastalıkları açısından uzman bir hekime gidilmesine gerek yoktur, psikologla görüşülmesi yeterlidir, çocuk ergenlerin ruh sağlığı hastalıkları açısından uzman bir hekime yönlendirilmesi gerekmektedir, şeklindeki tutumlarda kadın ve erkek hekimler arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur. Yazında da kadın pediatristler ve aile hekimlerinin çocuklarda gelişim geriliği vakalarını daha çok yönlendirdikleri, çocuk ihmal ve istismarı konusunda erkeklere göre daha yüksek bilgi düzeyine sahip oldukları bulunmuştur.<sup>6,143</sup> Sabuncuoğlu ve arkadaşlarının aile hekimliği asistanlarıyla yaptıkları çalışmada kadın hekimlerin OSB ve DEHB hakkındaki bilgi düzeylerinin daha iyi olmasını kadınların annelik içgüdü ve duyarlılığıyla açıkladıkları görülmüştür.<sup>6</sup> Bu alanda daha geniş kapsamlı araştırmalara ihtiyaç duyulduğu düşünülmektedir. Becerilerin değerlendirilmesinde ise genel tıbbi sorunlarla başvuran çocuk ve ergenlerle uygun ve yeterli iletişim kurabilme, ajite çocuk ve ergenleri yönetebilme, çocuk ve ergenlerdeki normal ve patolojik davranışları ayırt edebilme, ruhsal sorunlarla başvuran çocuk ve ergenlerin aileleriyle çocuk ergen ruh sağlığı hastalıklarıyla ilgili yeterli iletişim kurabilme şeklindeki maddelerinde ise ÇERS eğitimi alan ve almayan

2 grup arasında istatistiksel olarak anlamlı farkın olması eğitim alınmasının becerileri olumlu etkilediğini düşündürmektedir. Stajı psikiyatri stajı dahilinde ya da ayrı alan grup arasında ise anlamlı bir farklılığın olmaması bu becerilerin erişkin psikiyatri stajı dahilinde de kısmen elde edinilebildiği ve kişilerin kendilerini bu nedenle yeterli görmüş olabileceklerinden kaynaklanıyor olabilir.

Genel tıbbi sorunlarla başvuran çocuk ve ergenlerle uygun ve yeterli iletişim kurabilme, ruhsal sorunlarla başvuran çocuk ve ergenlerin aileleriyle ÇERSH ile ilgili yeterli iletişim kurabilme, ruhsal sorunlarla başvuran çocuk ve ergenlerle ÇERS ile ilgili hastalıklarda iletişim kurabilme ve öykü alma şeklindeki beceri alanlarında da kadın hekimlerin kendilerini daha yeterli gördükleri bulunmuş ve iki grup arasında bu alanlardaki beceriler yönünden anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Çalışmamızda beceri alanlarında cinsiyete dayalı beceri farklılıklarının ağırlıklı olarak iletişim kurabilme alanlarında gözlemlendiği dikkat çekmektedir. İletişim becerileri ile ilgili olarak yazın gözden geçirildiğinde farklı çalışmalarda kadın cinsiyetin erkek cinsiyete göre iletişim becerilerini daha olumlu algıladıkları görülmüştür.<sup>146,147</sup>

Çalışmamızda çocuk ergen ruh sağlığı hastalıklarıyla ilgili başvuru sıklığı değerlendirildiğinde katılımcıların %28,5'i sıklıkla, %2,4'ü ise çok sık başvuru olduğunu belirtmişlerdir. Hekimlerin daha büyük bir kısmı ise beklenilen aksine hemen hemen hiç başvuru yok (%14,6), nadiren başvuru var (%54,5) şeklinde belirtmişlerdir. Bunun sebebi ruhsal hastalıklarla başvuran çocuk ve ergenlerin sıklığının gerçekten düşük olabileceği gibi bu alanda yeterli bilgi birikimi olmadığında hastalıkların ayırıcı tanıda akla gelmemesinden de kaynaklanıyor olabilir. Ayrıca ailelerin de farkındalık düzeylerinin düşük olması ve ruhsal belirtilerden çok bedensel belirtilere odaklanmaları, ya da belirtileri fark etseler bile damgalanma olasılığı nedeniyle aktarmamaları da başvuru sıklığının az olarak değerlendirilmesindeki etkenlerden olabilir. Olası nedenleri araştıran daha geniş kapsamlı çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır.

Çalışmamızda son kısımda birinci basamakta ÇERSH'ye yaklaşımın daha iyi olması için verilen öneriler katılımcılar genelinde değerlendirildiğinde çok büyük bir çoğunluğunun ÇERS eğitimi ile ilgili, zorunlu staj olması gerektiğini belirttiği (%92), mezuniyet öncesi tıp fakültesi eğitim müfredatı içerisinde daha fazla oranda teorik eğitime yer verilmesi gerektiğini (%87,6) ve pratik eğitim imkanlarının olması gerektiğini belirttikleri (%75,3)

görülmüştür. ÇERS eğitimini değerlendiren yurtdışı kaynaklı yazında, ÇERS eğitiminin zorunlu hale getirilmesi gerekliliği, ayrılan eğitim süresinin artırılması gerekliliği gibi öneriler öne sürülmektedir.<sup>40,46,48,142</sup> Çalışmamızda bu önerilerin birinci basamakta çalışan hekimlerce çok büyük oranda desteklendiği görülmüştür. Katılımcılar yaşlarına göre gruplandıklarında 40 yaş ve üstü grubun ÇERS eğitiminde teorik eğitimin müfredat içinde daha fazla yer alması gerektiğini ve intörlük eğitiminde zorunlu staj olması gerektiğini belirttiği görülmüştür. Ülkemizde çocuk psikiyatrisi eğitimi geçmişi çok eskilere dayanmadığından bu grubun çocuk psikiyatri eğitimi almayan kişilerden oluşmuş olabileceği ve bu nedenle eğitim taleplerinin daha fazla olabileceği düşünülmüştür.

Birinci basamakta ÇERSH'ye yaklaşımın daha iyi olması için verilen önerilerin mezuniyet öncesi tıp eğitiminde ÇERS stajı alan ve almayan hekimlere göre karşılaştırıldığında ise zorunlu staj olması gerekmektedir, teorik eğitimin müfredat içinde daha fazla yer alması gerekir, intörlük eğitimi sürecinde zorunlu ÇERS stajının yer alması gerekmektedir, şeklindeki önermelerde iki grup arasında anlamlı farklılık saptanmıştır. ÇERS stajı almayan grubun ÇERS eğitiminin daha yüksek oranda zorunlu staj olmasını istemekte olduğu, teorik eğitimde daha fazla yer alması gerektiğini düşündüğü ve intörlük eğitimi sürecinde zorunlu staj olmasını talep ettiği görülmektedir.

Çalışmamızda birinci basamakta ÇERSH'ye yaklaşımın daha iyi olması için yalnızca aile hekimliği uzmanlarına yönelik öneriler kısmı değerlendirilmiştir. Uzmanlık eğitimi sırasında kongrelerde panel, çalışma grubu, kurs gibi ÇERSH'ye yönelik sunumların olması gerekmektedir şeklindeki önermeye katılımcıların tümünün evet şeklinde yanıt verdiği görülmektedir. Yine katılımcıların %73,7'sinin ÇERS eğitiminin uzmanlık eğitimi sırasında zorunlu rotasyon olması gerektiğini, %83,3'ünün uzmanlık eğitimi sırasında elektif rotasyon seçeneğinin sunulması gerektiğini, %97,3'ünün uzmanlık eğitimi sırasında pratik uygulama imkânı verilmesi gerektiğini belirttikleri görülmüştür. Yıkılkan ve arkadaşlarının Ankara ilinde eğitim alan aile hekimliği asistanlarının eğitim gereksinimlerini değerlendirdikleri çalışmada da katılımcıların %81,8'i saha eğitiminin şart olduğunu ifade etmiştir.<sup>5</sup> Bu da aile hekimliği asistanlarının uzmanlık eğitimi sürecinde bu alandaki eksikliklerinin farkında olduklarını düşündürmektedir.

## 6. SONUÇ VE ÖNERİLER

### 6.1. Sonuçlar

- Çalışmaya katılan hekimlerden 106'sı (%40,9) mezuniyet öncesi ÇERS stajı aldığını belirtmiş, 153'ü (%59,1) ise mezuniyet öncesi herhangi bir ÇERS eğitimi almadıklarını belirtmişlerdir. Mezuniyet öncesi ÇERS stajı alanların 79'u (%73,1) eğitimi psikiyatri stajı dahilinde, yalnızca 29'u (%26,9) ise ayrı bir staj olarak almışlardır.
- ÇERS'na ayrılan staj süresi stajı alanlar içerisinde ortalama  $15,8 \pm 12,4$  (1-60) gün olarak bulunmuştur.
- Çocuk psikiyatrisi eğitimi alanlar değerlendirildiğinde ortalama teorik eğitim saati  $23,55 \pm 24,03$  saat, pratik eğitim saati ise  $16,60 \pm 15,73$  saat olarak bulunmuştur.
- Birinci basamak hekimlerinin tanı açısından yeterlilik durumları ortalamaları değerlendirildiğinde büyük bir kısmının kendilerini yeterli görmedikleri (1,98-2,87) ya da kararsız kaldıkları sonucuna ulaşılmıştır.
- İstatistiksel olarak mezuniyet öncesi tıp eğitimlerinde ÇERS stajı alanlar ve almayanlar arasında tanı koyma becerileri açısından anlamlı fark saptanmamıştır.
- ÇERS staj eğitimini psikiyatri stajı dahilinde ve ayrı bir staj olarak alanlar karşılaştırıldığında tanı koyma yeterlilik durumları açısından DEHB, OSB, konuşma ve dile özgü bozukluklar, erken başlangıçlı şizofreni, yıkıcı duygudurum düzenleyememe bozukluğu, selektif mutizim, OKB ve ilişkili bozukluklar, tik bozuklukları, çocuk ve ergenlerde beslenme ve yeme bozuklukları, dışa atım bozuklukları (enürezis, enkoprezis) açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır.
- Birinci basamak hekimlerinin ÇERS hastalıklarını tedaviyi yönlendirme planlama yeterliliklerinin psikiyatri stajı dahilinde ve ayrı bir staj olarak eğitim alan iki grup karşılaştırıldığında DEHB, davranım bozukluğu, OSB, konuşma ve dile özgü bozukluklar, ayrılık anksiyetesi bozukluğu ve okul reddi, tik bozuklukları, çocuk ve

ergenlerde beslenme ve yeme bozuklukları, bağlanma bozukluğu, internet bağımlılığı ve diğer teknolojik bağımlılıklar ve ihmal açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur.

- Katılımcıların %83,3'ü son 1 yıl içinde çocuk ergen ruh sağlığı hastalıkları şikayetleriyle başvuru olduğunu belirtmiş, %16,7'ise başvuru olmadığını belirtmiştir. Son bir yıl içerisindeki başvuru sıklığı değerlendirildiğinde %14,6 hemen hemen hiç başvuru yok, %54,5 nadiren başvuru var, %28,5 sıklıkla başvuru var, %2,4 çok sık başvuru var şeklinde saptanmıştır.
- Katılımcıların %43,4'ü mezuniyet sonrası herhangi bir panel, çalıştay vb. ye katıldığını, %56,6'sı herhangi bir eğitime katılmadığını belirtmiştir.
- Çalışmamızda son kısımda birinci basamakta ÇERSH'ye yaklaşımın daha iyi olması için verilen öneriler katılımcılar genelinde değerlendirildiğinde çok büyük bir çoğunluğunun ÇERS eğitimi ile ilgili, zorunlu staj olması gerektiğini belirttiği (%92), mezuniyet öncesi tıp fakültesi eğitim müfredatı içerisinde daha fazla oranda teorik eğitime yer verilmesi gerektiğini (%87,6) ve pratik eğitim imkanlarının olması gerektiğini belirttikleri (%75,3) görülmüştür.

## 6.2. Kısıtlılıklar

Araştırmanın internet ortamında yapılması, yapılandırılmış bir şekilde görüşmenin gerçekleştirilememiş olması, ölçeklerin 15-20 dakika gibi uzun bir sürede doldurulması, 59 kişinin anketteki tüm sorulara cevap vermemesi çalışmamızın kısıtlılıkları arasındadır.

## 6.3. Öneriler

- 2014 sağlık istatistikleri yıllığı verilerine göre ülkemizde ise toplamda 39.045 pratisyen hekim görev yapmaktadır.<sup>140</sup> 2011-2012 verilerine göre ülkemizde tıp fakültelerinden mezun olan hekim sayısı 4.911 iken 2012-2013 eğitim döneminde eğitime devam etmekte olan tıp fakültesi öğrenci sayısı ise 51.445 olarak belirtilmektedir.<sup>140</sup> Sonuç olarak mezun olan hekimlerin çok büyük bir kısmı birinci basamakta çalışmak üzere göreve başlamaktadır. Çalışmamız mezuniyet öncesi

eğitimde birinci basamak sağlık kuruluşlarına yönelik, ERS eğitiminin mezuniyet öncesi tıp fakültesi müfredatı içerisinde daha fazla yer alması gerekliliğini ve intörnlük eğitiminde ERS eğitimine de yer verilmesi gerekliliğini ortaya koymuştur. Aynı zamanda aile hekimliği asistanlık eğitiminde ERS rotasyonunun önemi ve gerekliliği ortaya çıkmaktadır.

- Çalışmamız birinci basamak sağlık kuruluşlarında çalışan hekimlerin ruhsal yakınmalarla gelen hastalara yaklaşımları hakkında önemli veriler ortaya koymaktadır. Aynı zamanda hekimlerin mezuniyet öncesi görüşlerini mezuniyet sonrası edindikleri tecrübeleriyle birleştirerek yanıtlanmış olmaları nedeniyle de çalışma bu alandaki farkındalığın artması ve yeni planlamaların oluşturulması açısından önem teşkil etmektedir. Bulgularımız mezuniyet öncesi ve sonrası eğitim planlanmalarına katkı sağlayabilir.
- Tanı koyma alanında katılımcıların çok büyük bir oranda kendilerini yeterli görmemeleri mezuniyet öncesi eğitimin hem tıp fakültesi öğrencileri hem de eğitimciler açısından önemsenmesinin gerekliliğini ortaya koymuştur. ASM'lerde görev yapan tüm hekimler için ERSH konusunda bilgilendirici hizmet içi eğitim programlarının düzenlenmesi sağlanmalıdır.



## 7. ÖZET

**Amaç:** Sağlık sistemiyle ilk tıbbi temas noktasını oluşturan birinci basamakta görevli aile hekimlerinin Çocuk Ergen Ruh Sağlığı Hastalıklarının tanısı ve önlenmesindeki rolleri dikkate alınarak konu ile ilgili bilgi düzeyleri, farkındalıklarını belirlemek ve tutumlarını değerlendirmek, bilgi düzeylerinin demografik değişkenlere göre farklılaşıp farklılaşmadığının saptanması amacı ile planlanmıştır. Ayrıca aile hekimlerinin bu konudaki duyarlılıklarının artırılması ve ihtiyaç duyulan eğitim çalışmalarının düzenlenmesine katkıda bulunmak ta amaçlarımızın içinde yer almaktadır.

**Yöntem:** Bu çalışmanın Kocaeli il merkezinde görevli aile hekimlerinin ÇERSH hakkındaki bilgi, farkındalık ve tutumlarını belirlemek amacı ile tanımlayıcı olarak yapılması planlanmıştır. Verilerin toplanmasında; literatür bilgileri doğrultusunda araştırmacı ve sorumlu hoca tarafından geliştirilen bir ölçek formu kullanılması planlanmıştır. Ankette hekimlerin ÇERSH'ye yaklaşım konusunda (tanı, tedavi) kendilerini yeterli görüp görmedikleri, tutumları, yeterlilikleri ve mezuniyet öncesi eğitim ve aile hekimliği asistanlığı sürecindeki eğitimlerine yönelik önerileri değerlendirilmiştir. Çalışmanın internet üzerinden tasarlanan anket formuyla gerçekleştirilmesi planlanmıştır. Çalışma Kocaeli Aile Hekimleri Derneği'ndeki kayıtlı tüm kullanıcılara anket linki gönderilerek, çalışmaya katılım gönüllülük esas olacak şekilde planlanmıştır. Toplam sayısı 546 olan tüm dernek üyelerinin çalışmaya dahil edilmesi hedeflenmiştir.

**Bulgular:** Çalışmaya katılan hekimlerin 153'ünün (%59,1) mezuniyet öncesi herhangi bir ÇERS eğitimi almadığı bulunmuştur. Mezuniyet öncesi ÇERS stajı alanların büyük bir kısmı eğitimlerini psikiyatri stajı dahilinde aldıklarını, yalnızca 29'u (%26, 9) eğitimlerini ayrı bir staj olarak aldıklarını belirtmişlerdir. Katılımcıların %56,6'sının mezuniyet sonrası herhangi bir ÇERS eğitimine katılmadığı bulunmuştur. İstatistiksel olarak mezuniyet öncesi tıp eğitimlerinde ÇERS stajı alanlar ve almayanlar arasında tanı koyma ve tedaviyi yönlendirme ve planlama becerileri açısından anlamlı fark saptanmamıştır. ÇERS stajını psikiyatri stajı dahilinde ve ayrı bir staj olarak alan hekimler tanı yeterliliği açısından değerlendirildiğinde çocuklu çağına özgü belli hastalık gruplarında stajı ayrı bir staj olarak alan grubun ölçek puanları istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur.

**Sonuç:** Katılımcıların ÇERS eğitim süreleri değerlendirildiğinde, katılımcılar arasında ciddi farklılık olduğu gözlenmiştir. Katılımcılar mezuniyet öncesi tıp eğitimindeki ÇERS

eğitimlerini değerlendirdiklerinde sadece %5,8'i eğitim sũrelerinin yeterli olduğunu dũşũnmektedir. Çalışmada birinci basamak sağlık kuruluşlarında gũrevli hekimlerin ERS hastalıklarında tanı koyma, tedaviyi planlama, yũrũtebilme alanlarında kendilerini yetersiz gũrdũkleri bulunmuştur. Çalışma sonuçlarının bu alanlarda farkındalık yaratacağı, birinci basamakta ERS hastalıklarına yaklaşımın geliştirilmesine yũnelik yapılacak yeni alışmalara yardımcı olacağı dũşũnũlmektedir.

**Anahtar Sũzcũkler:** ocuk ergen ruh sağlığı, mezuniyet ũncesi tıp eğitimi, birinci basamak sağlık hizmetleri



## 8. ABSTRACT

**Objective:** The aim of this paper is to determinate the level of knowledge, awareness and attitudes of family physicians working in the primary health care system, which constitute the first medical contact within the health system, and whether their knowledge level differ according to demographic variables while taking their role of prevention and prevention of childhood mental health diseases into consideration. It is also within our aims to increase the sensitivity of family physicians in this regard and to make a contribution for providing the training needs.

**Method:** It is planned that this study will be done in a descriptive manner with the aim of determining the knowledge, awareness and attitudes on CAMH of the family physicians working in Kocaeli city center. In gathering the data; a scale form developed by the researcher and responsible teacher in the direction of literature information is used. In the questionnaire, it is evaluated whether the physicians see themselves as competent on the CAMH approach (diagnosis, treatment) and their attitudes, qualifications and proposals for pre-service and family medicine education. It is planned that the work will be conducted via a questionnaire form designed by the internet. The study was planned on basis of voluntary participation by sending a survey link to all registered users in Kocaeli Family Physicians Association. It was targeted that all members of the association with a total number of 546 would be included in the study.

**Results:** Of the physicians participating in the study, 153 (59, 1%) were found not to have received any CAMH training before graduation. Most of the physicians who took an under graduation CAMH internship reported that they received their education within the scope of psychiatry internship and that only 29 (26, 9%) took their training as a separate internship. It was found that 56, 6% of the participants did not participate in any CAMH training after graduation. Statistically, there were no significant differences between pre-service medical students who took a CAMH internship and those who did not in terms of diagnosis, treatment orientation and planning skills. Among the physicians who received the CAMH internship as a separate internship and those who received it within the scope of psychiatry internship the scale scores of the group who took the internship as a separate internship were found to be statistically significantly higher in terms of diagnosis adequacy, in certain childhood age groups.

**Conclusion:** It was observed that there was a significant difference among the participants according to the duration of their CAMH training. Only 5, 8% of the respondents think that the training period is enough when they evaluate the CAMH education in undergraduate medical education. In the study, physicians working in primary health care institutions found themselves inadequate in the areas of diagnosis, treatment planning, and operation in CAMH diseases. It is believed that the results of the study will help raise awareness in these areas and help to develop new approaches to the development of the approach to the CAMH diseases in primary care.

**Keywords:** Child and adolescent mental health (CAMH), undergraduate medical education, primary health care



## 9. KAYNAKÇA

1. Wölfle S, Jost D, Oades R, Schlack R, Hölling H, Hebebrand J. Somatic and mental health service use of children and adolescents in Germany (KiGGS-study). *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2014;23(9):753-764. doi:10.1007/s00787-014-0525-z.
2. Özer C, Dağdeviren N, Melih Şahin E, Aktürk Z. Aile Hekimliği Uzmanlık Eğitiminde Bire bir Eğitim. 2003.
3. Sayfa KT. TIPTA UZMANLIK KURULU.
4. Aile Hekimliği Anabilim Dalı Uzmanlık Öğrenciliği Eğitim Programı. [www.medicine.ankara.edu.tr/files/2013/09/aile.hek\\_.doc](http://www.medicine.ankara.edu.tr/files/2013/09/aile.hek_.doc).
5. Yıkılkan H, Türedi Ö, Aypak C. Ankara ilinde eğitim alan aile hekimliği asistanlarının eğitim gereksinimlerinin değerlendirilmesi Evaluation of training needs of family medicine residents educated in Ankara. *Cumhur Tıp Derg*. 2013;(35):25-32.
6. Sabuncuoğlu M, Cebeci S, Rahbar M. Autism Spectrum Disorder and Attention Deficit Hyperactivity Disorder: Knowledge and Attitude of Family Medicine Residents in Turkey. *Turkish J Fam Med Prim Care*. 2015;9(2):46. doi:10.5455/tjfmpr.178559.
7. Hirfanoğlu T, Soysal S, Gücüyener K, Cansu A, Serdaroğlu A. A study of perceptions, attitudes, and level of knowledge among pediatricians towards attention-deficit/hyperactivity disorder. *Turk J Pediatr*. 2008;50(2):160-166.
8. Kandemir H, Selek S, Kılıçaslan F. Attitude and Knowledge of Pediatricians about Attention Deficite and Hiperactivity Disorder Who Works in Sanliurfa. *J Harran Univ Med Fac Cilt*. 2014;11(3).
9. Gerhard U-J, Schönberg A, Blanz B. [Johannes Trüper--mediator between child and adolescent psychiatry and pedagogy]. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychother*. 2008;36(1):55-63. doi:10.1024/1422-4917.36.1.55.
10. Nissen G. [Hermann Emminghaus. Founder of scientific child and adolescent psychiatry]. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie*. 1986;14(1):81-87.

- <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3526743>. Accessed September 11, 2016.
11. Eliasberg WG, Moritz Tramer, M.D. (1882-1963). *Am J Psychiatry*. 1964;121:103-104. doi:10.1176/ajp.121.1.103.
  12. J. S. *Recruitment, Training, and Certification in Child and Adolescent Psychiatry in the United States*. 3rd ed. (M L, ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2002.
  13. Beuttler F BC. For the welfare of every child – a brief history of the Institute for Juvenile Research. *Univ Illinois*. 2010.
  14. A History of Child and Adolescent Psychiatry in the United States | Psychiatric Times. By John E. Schowalter, MD.  
<http://www.psychiatrictimes.com/articles/history-child-and-adolescent-psychiatry-united-states>. Published 2003.
  15. Leo Kanner's Legacy at Johns Hopkins Hospital.  
[http://www.hopkinsmedicine.org/psychiatry/specialty\\_areas/child\\_adolescent/about\\_us/kanner\\_history.html](http://www.hopkinsmedicine.org/psychiatry/specialty_areas/child_adolescent/about_us/kanner_history.html).
  16. Mian AI, Milavić G, Skokauskas N. Child and Adolescent Psychiatry Training: A Global Perspective. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am*. 2015;24(4):699-714. doi:10.1016/j.chc.2015.06.011.
  17. Çuhadaroğlu Çetin F. *Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Temel Kitabı*.; 2008.
  18. Thomas CR, Holzer CE. The continuing shortage of child and adolescent psychiatrists. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2006;45(9):1023-1031. doi:10.1097/01.chi.0000225353.16831.5d.
  19. *AACAP ANNUAL REPORT*.; 2014.
  20. Workforce Maps by State.  
[https://www.aacap.org/aacap/Advocacy/Federal\\_and\\_State\\_Initiatives/Workforce\\_Maps/Home.aspx](https://www.aacap.org/aacap/Advocacy/Federal_and_State_Initiatives/Workforce_Maps/Home.aspx).
  21. Radobuljac MD. The state of child and adolescent psychiatry in Slovenia: A brief

- report. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2016;25(5):563-565. doi:10.1007/s00787-016-0826-5.
22. Levav I, Jacobsson L, Tsiantis J, Kolaitis G, Ponizovsky A. Psychiatric services and training for children and adolescents in Europe: Results of a country survey. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2004;13(September):395-401. doi:10.1007/s00787-004-0427-6.
  23. The State of Mental Health in the European Union. 2012.
  24. EUROSTAT. Statistical Office of the European Communities.
  25. L. P, G. C, S. C, et al. The characteristics and activities of child and adolescent mental health services in Italy: A regional survey. *BMC Psychiatry*. 2012;12(1):no pagination. doi:10.1186/1471-244X-12-7.
  26. *Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı*. Ankara; 2011.
  27. O'Herlihy A, Worrall A, Lelliott P, Jaffa T, Hill P, Banerjee S. Distribution and characteristics of in-patient child and adolescent mental health services in England and Wales. *Br J Psychiatry*. 2003;183(c):547-551.
  28. Quality Network for Inpatient CAMHS.  
<http://www.rcpsych.ac.uk/quality/qualityandaccreditation/childandadolescent/inpatientcamhsqnic/jointhenetwork.aspx>. Accessed January 24, 2017.
  29. World Health Organization. Policies and practices for mental health in Europe: Meeting the challenges. 2008:98.  
[http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0006/96450/E91732.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/96450/E91732.pdf).
  30. Çakın Memik N, Şişmanlar ŞG, Yıldız Öç Ö. Çocuk ve ergen ruh sağlığında gündüz kliniği uygulamaları: Türkiye'den bir örnek Day clinic approaches in child and adolescent psychiatry. :185-189.
  31. Çuhadaroğlu Çetin F, Uslu R. Türkiye Çocuk ve Genç Psikiyatrisi Derneği Yönetim Kurulu Çalışma Raporu. 2010.
  32. TTB-Uzmanlık Dernekleri Eşgüdüm Kurulu.

- [http://www.ttb.org.tr/udek/haber\\_goster.php?Id=378](http://www.ttb.org.tr/udek/haber_goster.php?Id=378).
33. Üniversiteler. <http://www.cogepder.org.tr/index.php/tr/2011-05-02-12-32-42/cocuk-ve-ergen-psikiyatrisi-klinikleri/2011-05-02-12-32-43>.
  34. Green J, Kroll L, Imrie D, et al. Health gain and outcome predictors during inpatient and related day treatment in child and adolescent psychiatry. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2001;40(3):325-332. doi:10.1097/00004583-200103000-00012.
  35. Jaffa T, Stott C. Do inpatients on adolescent units recover? A study of outcome and acceptability of treatment. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 1999;8(4):292-300. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10654123>.
  36. Coşkun M, Bozkurt H, Ayaydin H, et al. Bir Üniversite Hastanesi Psikiyatri Servisinde Yatarak Tedavi Edilen Ergen Hastaların Klinik ve Sosyodemografik Özellikleri. 2012;19(1):17-24.
  37. Güvenir T, Varol Taş F. Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığında Yataklı Tedavinin Yeri. 2008;15(Who 2005):37-46.
  38. Mundt A, Hand I, Rufer M. Die spezifische Verhaltenstherapie-Tagesklinik. *Nervenarzt*. 2002;73(11):1082-1087. doi:10.1007/s00115-002-1268-5.
  39. MacLeod RJ, Steinhauer PD. Teaching child psychiatry to medical-undergraduates. *Can J Psychiatry*. 1989;34(6):602-605. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2766212>. Accessed September 25, 2016.
  40. Sawyer MG, Giesen F, Walter G. Child psychiatry curricula in undergraduate medical education. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2008;47(2):139-147. doi:10.1097/chi.0b013e31815cd9e0.
  41. Kálmán J, McGuinness D, Kiss E, Vetró A, Parry-Jones WL. Survey on undergraduate teaching of child and adolescent psychiatry in European medical schools. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2000;9(2):139-143. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10926065>. Accessed September 25, 2016.
  42. Hayashi M, Yamazaki K. Surveys on the pregraduate and postgraduate education on



- child and adolescent psychiatry in Japan. *Psychiatry Clin Neurosci*. 1998;52 Suppl:S281-4. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9895170>. Accessed September 25, 2016.
43. Cottrell D. A Survey of Undergraduate Teaching of Child and Adolescent Psychiatry in the United Kingdom. 1987;11(August):265-268.
  44. Russell JA. Child psychiatry in the undergraduate medical curriculum. *Br J Med Educ*. 1970;4(4):305-311. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/4100293>. Accessed September 25, 2016.
  45. O'Connor DW, Clarke DM, Presnell I. How is psychiatry taught to Australian and New Zealand medical students? *Aust N Z J Psychiatry*. 1999;33(1):47-52-6. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10197885>. Accessed September 25, 2016.
  46. Sawyer M, Giesen F. Undergraduate teaching of child and adolescent psychiatry in Australia : survey of current practice. 2007.
  47. Kivowitz J, Kahn V. The teaching of child psychiatry in U.S. medical schools: results of a survey. *J Med Educ*. 1976;51(6):517-518. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1271448>. Accessed September 25, 2016.
  48. Frank R, Frank F. Teaching child and adolescent psychiatry to undergraduate medical students-A survey in German-speaking countries. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health*. 2010;4:1-9. <http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&PAGE=reference&D=psyc7&NEWS=N&AN=2010-20183-001>.
  49. Mezuniyet Öncesi Tıp Eğitimi Ulusal Çekirdek Eğitim Programı. 2014.
  50. Cottrell D. Child psychiatry and the undergraduate. *Arch Dis Child*. 1988;63:3-4.
  51. Kay J. Child Psychiatry Recruitment and Medical Student Education. (3).
  52. Worrall-davies AE. Teaching child and adolescent psychiatry to medical undergraduates. 1998;4.
  53. Garralda E. Child and adolescent psychiatry in general practice. *Aust N Z J*

- Psychiatry*. 2001;35:308-314.
54. Dogra N. The development of an undergraduate course in child. *Med Teach*. 1999;21(2).
  55. Hanson M, Tiberius R, Charach A, et al. Curriculum renewal in child psychiatry. *Can J Psychiatry*. 1999;44(9):874-880.  
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10584156>. Accessed September 26, 2016.
  56. Martin A, Bloch M, Pruett K, et al. From Too Little Too Late to Early and Often: Child Psychiatry Education During Medical School (and Before and After). *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am*. 2007;16(1):17-43. doi:10.1016/j.chc.2006.07.005.
  57. Dingle AD. Child Psychiatry : What Are We Teaching Medical Students ? 2010;(June):175-182.
  58. Karabekiroglu K, Doğangün B, Hergüner S, von Salis T, Rothenberger A. Child and adolescent psychiatry training in Europe: differences and challenges in harmonization. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2006;15(8):467-475.  
doi:10.1007/s00787-006-0599-3.
  59. Simmons M, Barrett E, Wilkinson P, Pacherova L. Trainee experiences of Child and Adolescent Psychiatry (CAP) training in Europe: 2010-2011 survey of the European Federation of Psychiatric Trainees (EFPT) CAP working group. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2012;21(8):433-442. doi:10.1007/s00787-012-0275-8.
  60. Hill P, Rothenberger A. Can we and should we have a Europsychiatry for Children and Adolescents? The work of the UEMS Section and Board for Child and Adolescent Psychiatry/Psychotherapy. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2005;14(8):466-470. doi:10.1007/s00787-005-0512-5.
  61. Child and Adolescent Psychiatrists.  
[http://www.aacap.org/AACAP/Families\\_and\\_Youth/Facts\\_for\\_Families/FFF-Guide/The-Child-And-Adolescent-Psychiatrist-000.aspx](http://www.aacap.org/AACAP/Families_and_Youth/Facts_for_Families/FFF-Guide/The-Child-And-Adolescent-Psychiatrist-000.aspx).
  62. Hirota T, Guerrero A, Sartorius N, et al. Child and adolescent psychiatry in the Far East. *Psychiatry Clin Neurosci*. 2015;69(3):171-177. doi:10.1111/pcn.12248.

63. TIPTA UZMANLIK KURULU. <http://tuk.saglik.gov.tr/rotasyonlar.pdf>. Accessed October 17, 2016.
64. Johnson RL, Charney E, Cheng TL, et al. Final report of the FOPE II Education of the Pediatrician Workgroup. *Pediatrics*. 2000;106(5):1175-1198. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11073551>. Accessed October 23, 2016.
65. Hampton E, Richardson JE, Bostwick S, Ward MJ, Green C. The Current and Ideal State of Mental Health Training: Pediatric Resident Perspectives. *Teach Learn Med*. 2015;27(2):147-154. doi:10.1080/10401334.2015.1011653.
66. Horwitz SM, Caspary G, Storfer-Isser A, et al. Is developmental and behavioral pediatrics training related to perceived responsibility for treating mental health problems? *Acad Pediatr*. 10(4):252-259. doi:10.1016/j.acap.2010.03.003.
67. Williams J, Klinepeter K, Palmes G, Pulley A, Foy JM. Diagnosis and treatment of behavioral health disorders in pediatric practice. *Pediatrics*. 2004;114(3):601-606. doi:10.1542/peds.2004-0090.
68. Leigh H, Stewart D, Mallios R. Mental health and psychiatry training in primary care residency programs. Part II. What skills and diagnoses are taught, how adequate, and what affects training directors' satisfaction? *Gen Hosp Psychiatry*. 2006;28(3):195-204. doi:10.1016/j.genhosppsy.2005.10.004.
69. Aile Hekimliği Türkiye Modeli T.C. Sağlık Bakanlığı - E-Kütüphane Sistemi. <http://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/Yayin/159>.
70. AİLE HEKİMLİĞİ KANUNU (1).
71. Ak M. Akademik Bir Disiplin Olarak Aile Hekimliği. *İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Derg*. 2011;17(4).
72. Cetinkaya F, Baykan Z, Nacar M. Adults Perspective about Family Medicine and the Status of Service Utilization. *TAF Prev Med Bull*. 2013;12(4):1. doi:10.5455/pmb.1-1339159354.
73. WONCA. The European Definition of Gneral Practice / Family Medicine. 2011:1-33.

<http://www.woncaeurope.org/>.

74. Journal AM. Aile Hekimliği Uzmanlık Eğitiminde Saha Eğitimi Field Training in Postgraduate Family Medicine. 2012;12(1):16-21.
75. Şensoy N, Başak O, Gemalmaz A. Umurlu Aile Hekimliği Merkezi'nde Aile Hekimliği Uygulaması ve Hasta Profili: Aile Hekimliği Alan Eğitimi Gereksinimini Ne Ölçüde Karşılıyor ? *Kocatepe Tıp Derg.* 2009;10:49-56.
76. Serpil A. Birinci Basamakta Psikiyatrik Değerlendirme Ölçeklerinin Kullanımı. *Türk Aile Hekim Derg.* 2005;9(1):26-31.
77. WHO | The world health report 2001 - Mental Health: New Understanding, New Hope. *WHO.* 2013.
78. World Health Organization. Burden of Mental and Behavioural Disorders. *World Heal Rep 2001 Ment Heal new understanding, new hope.* 2001:19-45. doi:10.1016/j.mppsy.2009.06.020.
79. Cassidy LJ, Jellinek MS. Approaches to recognition and management of childhood psychiatric disorders in pediatric primary care. *Pediatr Clin North Am.* 1998;45(5):1037-1052. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9884674>. Accessed September 28, 2016.
80. Costello EJ, Pantino T. The new morbidity: who should treat it? *J Dev Behav Pediatr.* 1987;8(5):288-291. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3316286>. Accessed September 28, 2016.
81. Costello EJ, Mustillo S, Erkanli A, Keeler G, Angold A. Prevalence and development of psychiatric disorders in childhood and adolescence. *Arch Gen Psychiatry.* 2003;60(8):837-844. doi:10.1001/archpsyc.60.8.837.
82. Briggs-Gowan MJ, Horwitz SM, Schwab-Stone ME, Leventhal JM, Leaf PJ. Mental health in pediatric settings: distribution of disorders and factors related to service use. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2000;39(7):841-849. doi:10.1097/00004583-200007000-00012.

83. Roberts RE, Clifford Attkisson C, Rosenblatt A. Prevalence of psychopathology among children and adolescents. *Am J Psychiatry*. 1998;155(6):715-725.
84. (US) O of the SG, (US) NC for IP and C, (US) NI of MH, (US) C for MHS. *Youth Violence*. Office of the Surgeon General (US); 2001.  
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20669522>. Accessed September 28, 2016.
85. Sheldrick RC, Merchant S, Perrin EC. Identification of Developmental-Behavioral Problems in Primary Care: A Systematic Review. *Pediatrics*. 2011;128(2):356-363. doi:10.1542/peds.2010-3261.
86. Zwaanswijk M, Verhaak PFM, Bensing JM, van der Ende J, Verhulst FC. Help seeking for emotional and behavioural problems in children and adolescents: a review of recent literature. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2003;12(4):153-161. doi:10.1007/s00787-003-0322-6.
87. Sawyer MG, Arney FM, Baghurst PA, et al. The mental health of young people in Australia: key findings from the child and adolescent component of the national survey of mental health and well-being. *Aust N Z J Psychiatry*. 2001;35(6):806-814. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11990891>. Accessed September 28, 2016.
88. Burns BJ, Costello EJ, Angold A, et al. Children's mental health service use across service sectors. *Health Aff (Millwood)*. 1995;14(3):147-159. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7498888>. Accessed September 28, 2016.
89. Sayal K, Tischler V, Coope C, et al. Parental help-seeking in primary care for child and adolescent mental health concerns: qualitative study. *Br J Psychiatry*. 2010;197(6):476-481. doi:10.1192/bjp.bp.110.081448.
90. Roberts JH, Bernard PM. "Can he have the test for bipolar, doctor? His dad's got it": exploring the potential of general practitioners to work with children and young people presenting in primary care with common mental health problems - a clinical initiative. *Ment Health Fam Med*. 2012;9(2):115-123. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23730336>. Accessed October 22, 2016.
91. Bachmann CJ, Manthey T, Kamp-Becker I, Glaeske G, Hoffmann F.

- Psychopharmacological treatment in children and adolescents with autism spectrum disorders in Germany. *Res Dev Disabil.* 2013;34(9):2551-2563.  
doi:10.1016/j.ridd.2013.05.028.
92. Hoffmann F, Glaeske G, Petermann F, Bachmann CJ. Outpatient treatment in German adolescents with depression: an analysis of nationwide health insurance data. *Pharmacoepidemiol Drug Saf.* 2012;21(9):972-979. doi:10.1002/pds.3295.
  93. Jaite C, Hoffmann F, Glaeske G, Bachmann CJ. Prevalence, comorbidities and outpatient treatment of anorexia and bulimia nervosa in German children and adolescents. *Eat Weight Disord.* 2013;18(2):157-165. doi:10.1007/s40519-013-0020-4.
  94. Russell PS, Mammen P, Nair MKC, Russell S, Shankar SR. Priority mental health disorders of children and adolescents in primary-care pediatric setting in india 1: Developing a child and adolescent mental health policy, program, and service model. *Indian J Pediatr.* 2012;79(SUPPL. 1). doi:10.1007/s12098-011-0426-9.
  95. Volpe T, Boydell KM, Pignatiello A. Choosing child and adolescent psychiatry: factors influencing medical students. *J Can Acad Child Adolesc Psychiatry = J l'Académie Can Psychiatr l'enfant l'adolescent.* 2013;22(4):260-267.  
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24223044>. Accessed September 28, 2016.
  96. Bowman FM, Garralda ME. Psychiatric morbidity among children who are frequent attenders in general practice. *Br J Gen Pract.* 1993;43(366):6-9.  
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8457376>. Accessed September 28, 2016.
  97. Garralda ME, Bailey D. Children with psychiatric disorders in primary care. *J Child Psychol Psychiatry.* 1986;27(5):611-624.  
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3771678>. Accessed September 28, 2016.
  98. Kramer T, Garralda ME. Psychiatric disorders in adolescents in primary care. *Br J Psychiatry.* 1998;173:508-513. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9926080>. Accessed September 28, 2016.
  99. Lavigne J V, Gibbons RD, Christoffel KK, et al. Prevalence rates and correlates of

- psychiatric disorders among preschool children. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1996;35(2):204-214. doi:10.1097/00004583-199602000-00014.
100. Starfield B, Gross E, Wood M, et al. Psychosocial and psychosomatic diagnoses in primary care of children. *Pediatrics*. 1980;66(2):159-167.  
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7402799>. Accessed September 28, 2016.
  101. Goldberg ID, Roghmann KJ, McInerny TK, Burke JD. Mental health problems among children seen in pediatric practice: prevalence and management. *Pediatrics*. 1984;73(3):278-293. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/6701051>. Accessed September 28, 2016.
  102. Lavigne J V, Arend R, Rosenbaum D, et al. Mental health service use among young children receiving pediatric primary care. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1998;37(11):1175-1183. doi:10.1097/00004583-199811000-00017.
  103. Offord DR, Boyle MH, Szatmari P, et al. Ontario Child Health Study. II. Six-month prevalence of disorder and rates of service utilization. *Arch Gen Psychiatry*. 1987;44(9):832-836. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3498458>. Accessed September 28, 2016.
  104. Monck E, Graham P, Richman N, Dobbs R. Adolescent girls. I. Self-reported mood disturbance in a community population. *Br J Psychiatry*. 1994;165(6):760-769. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7881778>. Accessed September 28, 2016.
  105. Garralda ME, Bailey D. Psychosomatic aspects of children's consultations in primary care. *Eur Arch Psychiatry Neurol Sci*. 1987;236(5):319-322. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3653154>. Accessed September 28, 2016.
  106. Costello EJ, Costello AJ, Edelbrock C, et al. Psychiatric disorders in pediatric primary care. Prevalence and risk factors. *Arch Gen Psychiatry*. 1988;45(12):1107-1116. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3264146>. Accessed September 28, 2016.
  107. Gureje O, Omigbodun OO, Gater R, Acha RA, Ikuesan BA, Morris J. Psychiatric disorders in a paediatric primary care clinic. *Br J Psychiatry*. 1994;165(4):527-530.

- <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7804668>. Accessed September 28, 2016.
108. Giel R, de Arango M V, Climent CE, et al. Childhood mental disorders in primary health care: results of observations in four developing countries. A report from the WHO collaborative Study on Strategies for Extending Mental Health Care. *Pediatrics*. 1981;68(5):677-683. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7312471>. Accessed December 13, 2016.
  109. Costello EJ. Primary care pediatrics and child psychopathology: a review of diagnostic, treatment, and referral practices. *Pediatrics*. 1986;78(6):1044-1051. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3537949>. Accessed September 28, 2016.
  110. Heneghan A, Garner AS, Storfer-Isser A, Kortepeter K, Stein REK, Horwitz SM. Pediatricians' role in providing mental health care for children and adolescents: do pediatricians and child and adolescent psychiatrists agree? *J Dev Behav Pediatr*. 2008;29(4):262-269. doi:10.1097/DBP.0b013e31817dbd97.
  111. Costello EJ, Edelbrock CS. Detection of psychiatric disorders in pediatric primary care: a preliminary report. *J Am Acad Child Psychiatry*. 1985;24(6):771-774. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/4067146>. Accessed September 28, 2016.
  112. Richardson LP, Russo JE, Lozano P, McCauley E, Katon W. Factors associated with detection and receipt of treatment for youth with depression and anxiety disorders. *Acad Pediatr*. 10(1):36-40. doi:10.1016/j.acap.2009.09.011.
  113. Steele MM, Lochrie AS, Roberts MC. Physician identification and management of psychosocial problems in primary care. *J Clin Psychol Med Settings*. 2010;17(2):103-115. doi:10.1007/s10880-010-9188-1.
  114. Howie JG, Heaney DJ, Maxwell M, Walker JJ, Freeman GK, Rai H. Quality at general practice consultations: cross sectional survey. *BMJ*. 1999;319(7212):738-743. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10487999>. Accessed October 22, 2016.
  115. Goldberg ID, Regier DA, McNerny TK, Pless IB, Roghmann KJ. The role of the pediatrician in the delivery of mental health services to children. *Pediatrics*. 1979;63(6):898-909. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/450528>. Accessed



September 28, 2016.

116. Horwitz SM, Leaf PJ, Leventhal JM. Identification of psychosocial problems in pediatric primary care: do family attitudes make a difference? *Arch Pediatr Adolesc Med.* 1998;152(4):367-371. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9559713>. Accessed September 28, 2016.
117. Burklow KA, Vaughn LM, Valerius KS, Schultz JR. Parental expectations regarding discussions on psychosocial topics during pediatric office visits. *Clin Pediatr (Phila).* 2001;40(10):555-562. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11681822>. Accessed September 28, 2016.
118. Garrison WT, Bailey EN, Garb J, Ecker B, Spencer P, Sigelman D. Interactions between parents and pediatric primary care physicians about children's mental health. *Hosp Community Psychiatry.* 1992;43(5):489-493. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1375183>. Accessed September 28, 2016.
119. Polanczyk G V, Salum GA, Sugaya LS, Caye A, Rohde LA. Annual research review: A meta-analysis of the worldwide prevalence of mental disorders in children and adolescents. *J Child Psychol Psychiatry.* 2015;56(3):345-365. doi:10.1111/jcpp.12381.
120. Klasen H, Goodman R. Parents and GPs at cross-purposes over hyperactivity: a qualitative study of possible barriers to treatment. *Br J Gen Pract.* 2000;50(452):199-202. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10750228>. Accessed October 22, 2016.
121. Richardson LP, Lewis CW, Casey-Goldstein M, McCauley E, Katon W. Pediatric primary care providers and adolescent depression: a qualitative study of barriers to treatment and the effect of the black box warning. *J Adolesc Health.* 2007;40(5):433-439. doi:10.1016/j.jadohealth.2006.12.006.
122. Pfefferle SG. Pediatrician perspectives on children's access to mental health services: consequences and potential solutions. *Adm Policy Ment Health.* 2007;34(5):425-434. doi:10.1007/s10488-007-0122-2.

123. Brien DO, Harvey K, Howse J, Reardon T, Creswell C. Barriers to managing child and adolescent mental health problems : a systematic review of primary care practitioners ' perceptions. 2016;(October). doi:10.3399/bjgp16X687061.
124. İlhan M, Tüzün H, Aycan S. Birinci Basamak Sağlık Kuruluşuna Başvuranların Sağlık Hizmeti Kullanma Özellikleri ve Bazı Sosyoekonomik Belirteçlerle Değişimi: Sağlık Reformu Öncesi Son Saptamalar. *Toplum Hekim Bülteni*. 2006;25(3).
125. Şenol V, Çetinkaya F, Balci E. Factors associated with health services utilization by the general population in the center of Kayseri, Turkey. *Turkiye Klin J Med Sci*. 2010;30(2):721-730.  
<http://www.embase.com/search/results?subaction=viewrecord&from=export&id=L358906430>  
[http://tipbilimleri.turkiyeklinikleri.com/download\\_pdf.php?id=57770](http://tipbilimleri.turkiyeklinikleri.com/download_pdf.php?id=57770)  
<http://limo.libis.be/resolver?&sid=EMBASE&issn=13000292&id=doi:&atitle=Factors+associated+with+health>.
126. Ayranci Ü, Yenilmez Ç. Eskişehir İlinde Birinci Basamak Sağlık Kurumlarında Verilen Ruh Sağlığı Hizmetlerinin Değerlendirilmesi. *Türk Psikiyatr Derg*. 2002;13(2):115-124.
127. L Dönmez, N Dedeoğlu EÖ. Sağlık ocaklarına başvuranlarda ruhsal bozukluklar. *Türk Psikiyatr Derg*. 2000;11(3):198-203.
128. Lian W Bin, Ho SKY, Yeo CL, Ho LY. General Practitioners' Knowledge on Childhood Developmental and Behavioural Disorders. *Singapore Med J*. 2003;44(8):397-403.
129. Breton J-J, Plante MA, St-Georges M. Challenges facing child psychiatry in Quebec at the dawn of the 21st Century. *Can J Psychiatry*. 2005;50(4):203-212.  
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15898459>. Accessed December 5, 2016.
130. Kim WJ. Child and adolescent psychiatry workforce: a critical shortage and national challenge. *Acad Psychiatry*. 2003;27(4):277-282. doi:10.1176/appi.ap.27.4.277.
131. World Health Organization W. Child and Adolescent Mental Health Policies and

- Plans. *Ment Heal Policy Serv Guid Packag.* 2005;1:1-64.  
[http://www.who.int/mental\\_health/policy/Childado\\_mh\\_module.pdf](http://www.who.int/mental_health/policy/Childado_mh_module.pdf).
132. Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği. *Resmi Gazete.* 27591.
133. Ocaktan E, Özdemir O, Akdur R. Birinci Basamakta Ruh Sağlığı Hizmetleri. *Kriz Derg.* 2004;12(2):63-73.
134. Kara İH, Türker Y, Hakan L, Baltacı D, Dikici B. Düzca il Merkezinde Bir Aile Sağlığı Merkezine Başvuran Hastaların Demografik Bilgileri İle Başvurudaki Semptomlarının İncelenmesi: Preliminer Çalışma. *Düzce Tıp Fakültesi Derg.* 2015;17(3):115-119.
135. Ciğerli Ö, Topallı R, Topsever P. Hereke Aile Hekimliği Merkezi 2001 Yılı Başvuru Nedenleri ve Yapılan Sevklerin Değerlendirilmesi. *Türk Aile Hekim Derg.* 2003;7(1):18-22.
136. Buğdaycı R, Şaşmaz T, Kurt Ö. Bir Kent Tipi Sağlık Ocağında Yazılan Tanıların incelenmesi (Study of The Diagnosis Recorded in an Urban Health Center).
137. Uğurlu M, Soydal T. Türkiyede Ruh Sağlığı Hizmetlerinin Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerine Entegasyonu: Birinci Basamakta Ruh sağlığı Eğitim Programı. *Kriz Derg.* 12(1):41-45.
138. Lamb G, Evans N. A career in child and adolescent psychiatry? Survey of trainees' views. *Psychiatr Bull.* 2006;30:61-64.
139. Biten H, Koç EM, Özçelik DÇ, et al. Evaluation of family medicine residents' competency in ophthalmology patient care at primary health care settings. *J Clin Exp Investig.* 2015;6(4):369-374. doi:10.5799/ahinjs.01.2015.04.0551.
140. Sağlık Bakanlığı TC. *Sağlık İstatistikleri Yıllığı.*; 2014.
141. Aybal T. Birinci Basamak Sağlık Kuruluşlarında Çalışan Hekimlerin Deri ve Zührevi Hastalıklar ile İlgili Deneyimleri ve Mezuniyet Öncesi Eğitim Hakkındaki Görüşleri. 2011:67-73.
142. Lempp T, Heinzl-Gutenbrunner M, Bachmann C. Child and adolescent psychiatry:

which knowledge and skills do primary care physicians need to have? A survey in general practitioners and paediatricians. *Eur Child Adolesc Psychiatry*.

2015;25(4):443-451. doi:10.1007/s00787-015-0757-6.

143. Edirne ili aile sağlığı merkezlerinde görevli hekimlerin çocuk istismarı ve ihmali hakkında bilgi, farkındalık ve tutumlarının belirlenmesi - Ulusal Tez ve Araştırma Merkezi - Akademik Tezler ve Araştırmalar. <http://ulusaltezmerkezi.com/edirne-ili-aile-sagligi-merkezlerinde-gorevli-hekimlerin-cocuk-istismari-ve-ihmali-hakkinda-bilgi-farkindalik-ve-tutumlarinin-belirlenmesi/>.
144. Heidgerken AD, Geffken G, Modi A, Frakey L. A survey of autism knowledge in a health care setting. *J Autism Dev Disord*. 2005;35(3):323-330. doi:10.1007/s10803-005-3298-x.
145. Imran N, Chaudry MR, Azeem MW, Bhatti MR, Choudhary ZI, Cheema M a. A survey of Autism knowledge and attitudes among the healthcare professionals in Lahore, Pakistan. *BMC Pediatr*. 2011;11(1):4-6. doi:10.1186/1471-2431-11-107.
146. Korkut F. Yetişkinlere Yönelik İletişim Becerileri Eğitimi. *Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Derg*. 2005;28:143-149.
147. Black KA. Gender differences in adolescents' behavior during conflict resolution tasks with best friends. *Adolescence*. 2000;35(139):499-512. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11130594>. Accessed January 19, 2017.