





Entelektüel Yetiyitimi Olan Çocuk ve Ergenlerin Sosyodemografik ve Klinik Özelliklerinin Değerlendirilmesi

Evaluation of Sociodemographic and Clinical Characteristics of Children and Adolescents with Intellectual Disability

Hurşit FERAHKAJA¹ , Necati UZUN² , Mehmet Akif AKINCI³ , Ömer Faruk ÖZDEN² 

¹Dr. Ali Kemal Belviranlı Kadın Doğum Ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi, Çocuk ve Ergen Psikiyatri Bölümü, Konya, TÜRKİYE

²Necmettin Erbakan Üniversitesi, Meram Tıp Fakültesi, Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Anabilim Dalı, Konya, TÜRKİYE

³Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Anabilim Dalı, Erzurum, TÜRKİYE

Öz

Amaç: Entelektüel yetiyitimi (EY) gelişimsel süreçte ortaya çıkan, bireyin toplumsal, uygulamalı ve kavramsal alanlarda işlevselliğini bozan nörogelişimsel bir bozukluktur. EY tanısı olan çocuk ergenlerde yaşlarına kıyasla daha fazla psikiyatrik ve organik bozukluk görülmektedir. Bu komorbid tanılar bireyin işlevselliğini daha fazla bozmaktadır. Bu çalışmada EY tanısı alan çocuk ve ergenlerin sosyodemografik ve klinik özelliklerini araştırmayı amaçladık.

Materyal ve metod: 15.04.2019-15.04.2021 tarihleri arasında başvurusu olan hastaların dosyaları retrospektif taranarak EY tanısı alan hastaların bilgileri kaydedilmiştir. Tanılar klinik değerlendirme ve bireyin yaşına uygun psikometrik testler uygulanarak konulmuştur.

Bulgular: Çalışmaya EY tanısı alan 154 çocuk ve ergen dahil edildi. Vakaların ortalama yaşı 9,50±4,53 ve %59,7'si erkek kalan %40,3'ü kızdı. Katılımcıların %38,9'unda (n=60) organik komorbidite, %36,3'ünde (n=56) psikiyatrik komorbidite saptadık. En sık organik komorbiditenin %14,2 (n=22) oranı ile epilepsi, psikiyatrik komorbiditenin de %22,7 (n=35) oranı ile dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu (DEHB) olduğunu ve vakaların %42,8'sinin (n=66) bir veya daha fazla medikal tedavi aldığını saptadık.

Sonuç: Çalışmamız, EY tanılı bireylerde görülen komorbid bozukluklara ve bu bozukluklar nedeni ile kullanılan tedavilere dair verilerin sunulması açısından önemlidir. Bu alanda daha geniş örnekleme yürütülecek çok merkezli çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Entelektüel yetiyitimi, Komorbidite, Ruh sağlığı

Abstract

Background: Intellectual disability (ID) is a neurodevelopmental disorder that occurs in the developmental process and impairs the functionality of the individual in social, applied and conceptual areas. Psychiatric and organic disorders are more common in children and adolescents diagnosed with ID compared to their peers. These comorbid diagnoses further impair the functionality of the individual. In this study, we aimed to investigate the sociodemographic and clinical characteristics of children and adolescents diagnosed with ID.

Materials and Methods: The files of the patients who applied between 15.04.2019 and 15.04.2021 were scanned retrospectively and the information of the patients diagnosed with EY was saved. Diagnoses were made by clinical evaluation and psychometric tests appropriate to the age of the individual.

Results: 154 children and adolescents diagnosed with ID were included in the study. The mean age of the cases was 9.50±4.53 years and 59.7% were male and 40.3% were female. We found organic comorbidity in 38.9% (n=60) and psychiatric comorbidity in 36.3% (n=56). We detected that the most common organic comorbidity was epilepsy with 14.2% (n=22) and ADHD with 22.7% (n=35) psychiatric comorbidity and that 42.8% (n=66) of the cases received one or more medical treatments.

Conclusions: Our study is important in terms of presenting data on comorbid disorders in individuals with EY and the treatments used for these disorders. There is a need for multicenter studies in this issue to be conducted with a larger sample.

Key Words: Intellectual disability, Comorbidity, Mental health

Sorumlu Yazar/Corresponding Author

Dr. Hurşit FERAHKAJA

Dr. Ali Kemal Belviranlı Kadın Doğum Ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi, Çocuk ve Ergen Psikiyatri Bölümü, Fatih, Yeni İstanbul Cd. No:30, 42285 Horozluhan Osb, Selçuklu/Konya, TÜRKİYE

E-mail: drhursitferahkaja@gmail.com

Geliş tarihi / Received: 26.10.2022

Kabul tarihi / Accepted: 21.12.2022

DOI: 10.35440/hutfd.1194792

Giriş

Önceki yıllarda "mental retardasyon" (MR) olarak da adlandırılan "entelektüel yetiyitimi" (EY) soyut düşünme, planlama, muhakeme gibi bilişsel fonksiyonlarda eksiklik ve sosyokültürel seviye, cinsiyet ve yaş bakımından denk bireylere kıyasla sosyal ve akademik alanlarda zorluklarının olması durumu olarak tanımlanmıştır. Bu durum standart zeka testleri ile de desteklenebilmektedir. EY Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı-5'te (DSM-5) nörogelişimsel bozukluklar başlığı altında ele alınmıştır ve belirtilerin gelişimsel dönemde başlaması gerektiği belirtilmiştir (1). DSM-IV'te 50-70 IQ aralığı hafif derece MR, 35-49 IQ aralığı orta MR, 20-34 IQ aralığı ağır MR ve 20 altındaki IQ değerleri çok ağır MR olmak üzere gruplar tanımlanmıştır (2). EY görülme sıklığını araştıran çalışmalar metodolojik farklılık nedeni ile farklı sonuçlar bildirirse de dünya genelinde prevalansın %1-3 oranında olduğu belirtilmektedir (3). Ülkemizde EY'ne dair epidemiyolojik çalışmalar oldukça az olup yapılan bir çalışmada toplum genelinde görülme sıklığı %5,49 olarak bildirilmiştir (4). Yapılan farklı çalışmalarda erkek çocuklarda kız çocuklara göre daha sık görüldüğü belirtilmiştir (5,6). Tüm EY tanılarının %85'ini hafif düzeyde olan bireyler oluşturmakta iken %10'unu orta düzeydeki EY tanılı bireyler oluşturmaktadır (7).

Vakaların çoğunda özellikle de hafif düzey EY'de etiyolojik bir faktör tespit edilemezken EY şiddeti arttıkça etiyolojik faktörler daha belirgin hale gelmektedir. EY şiddeti arttıkça hastanın uyum becerilerinin bozulduğu ve ailelerin yaşam kalitesinin belirgin olarak azaldığı bildirilmiştir (8,9).

EY tanılı bireylerde görülen uyum sorunları ve zayıf başa çıkma kapasiteleri psikiyatrik bozuklukların görülme riskini arttırmaktadır (7). Bu bireylerde görülen komorbid durumları tanımda yaşanan güçlükler ve sağlık hizmetlerine ulaşmalarındaki zorluklar bu riske katkıda bulunmaktadır. Bir sistematik gözden geçirme yazısında EY tanılı çocuk ve ergenlerin %30-50 oranlarında psikiyatrik belirtiler gösterdiği saptanmıştır (10). Güncel bir metaanalizde de Buckley ve ark. EY tanılı çocuk ve ergenlerde %38-49 oranlarında psikiyatrik semptomların görüldüğünü bildirmiştir (11). Psikiyatrik belirti görülme oranlarının tipik gelişen akranlarında %14 civarlarında olduğu göz önüne alındığında EY olan çocuk ve ergenler psikiyatrik bozukluklar açısından ciddi risk altında olduğu aşıkardır (12). Yakın zamanda yapılan bir çalışmada EY tanılı bireylerin %65.1'inin yaşam boyu en az bir psikiyatrik bozukluk tanısı aldığı tespit edilmiştir (13). Türk toplumunda yapılan 209 çocuk ve ergen EY olgusunun incelendiği bir çalışmada EY'ne %34 oranında psikiyatrik tanılar eşlik ettiği saptanmıştır (14). Psikiyatrik bozuklukların yanı sıra Down Sendromu, Prader-Wili Sendromu gibi bazı genetik bozukluklar, epilepsi, serebral palsi gibi nörolojik bozukluklar genel popülasyona göre artmış sıklıkta gözlenmektedir (15,16). EY tanılı bireylerin işlevselliğinin yanı sıra ebeveynlerinin ruhsal iyilik hali çocuklarındaki komorbid psikiyatrik ve organik bozukluklar ile yakından ilişkilidir (17). Bu komorbiditelerin etkisi ve komorbid durumları tedavi etmek için sağlık hizmetlerin geliştirilmesi

ihtiyacı göz önüne alındığında, EY tanılı kişilerde ruhsal bozuklukların prevalansını ve bu komorbiditeleri etkileyen değişkenleri saptamak EY tanılı bireylerin ruh sağlığının korunabilmesi açısından oldukça önemlidir.

Çalışmamızda EY tanısı alan bireylerin sosyodemografik özelliklerin, komorbid organik ve psikiyatrik tanılarının ve bu tanılar nedeni ile kullanılan ilaçların araştırılması ve bunlara ek olarak ebeveynlerin sosyodemografik bilgileri, eğitim ve akrabalık durumlarının retrospektif olarak araştırılması amaçlanmıştır.

Materyal ve Metod

Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları polikliniğine 15.04.2019-15.04.2021 tarihleri arasında başvuran hastaların dosyaları retrospektif olarak taranarak tespit edilen 154 EY tanısı konulan olgu çalışmaya dahil edilmiştir. Çalışma Necmettin Erbakan Üniversitesi İlaç ve Tıbbi Cihaz Dışı Araştırmalar Etik Kurulu tarafından onaylanmıştır (07.05.2021-2021/3217) ve Helsinki Deklarasyonu ilkeleri doğrultusunda yürütülmüştür. Bölümümüzce hazırlanan ve kullanılan, vakanın cinsiyeti, yaşı, anne ve babaların yaşı, aralarında akrabalık olup olmadığı, doğum komplikasyonunun olup olmadığı, varsa komorbid organik tanı bilgilerini içeren muayene formlarından elde edilen bilgiler kaydedilmiştir. Hastalarda saptanan psikiyatrik tanılar çocuk psikiyatristleri tarafından DSM-5 tanı ölçütleri baz alınarak tanı konulmuştur (1). Hastaların EY tanısı çocuk ve ergen ruh sağlığı ve hastalıkları hekimleri tarafından klinik değerlendirme ile adaptif beceriler göz önüne alınarak konulmuş olup psikometrik testler ile desteklenmiştir. Herhangi bir psikometrik test uygulanmayan hastaların tanılarını klinik değerlendirme ile konulmuş olup kesin IQ düzeyleri belirlenememiştir. Test uygulanabilen hastaların IQ aralıkları DSM-IV'e göre belirlenmiştir (2). Çalışmamızda katılımcıların gelişim düzeylerini belirlemek için Ankara Gelişim Tarama Envanteri (AGTE), zeka düzeyini belirlemek için Stanford-Binet zeka testi ve Wechsler Çocuklar için Zeka Ölçeği-Revize (WISC-R) kullanılmıştır. AGTE 0-6 yaş arası çocukların dört gelişim alanını (dil bilişsel, ince motor, kaba motor ve sosyal beceri-özbakım) değerlendirmek için tasarlanmış 154 maddelik bir ölçektir (18). Bu test hastaların klinik tanısını desteklemek amacı ile uygulanmıştır ve genel gelişim sonucu baz alınmıştır. Stanford Binet Zekâ testi bireylerin zihinsel gelişimlerini belirlemek için 2-18 yaş aralığına uygulanan bir zekâ testidir (19). Wechsler tarafından geliştirilen ve Savaşır ve Şahin tarafından Türk çocuklarında standardize edilen WISC-R, 6-16 yaş arası çocuklar için uygun, zekanın iki boyutunu ölçen (sözel ve performans) bir zeka ölçeğidir (20).

İstatistiksel Analiz

İstatistiksel analizler Statistical Package for the Social Sciences 25. Versiyonu (SPSS Inc., Chicago, IL) kullanılarak değerlendirilmiştir. Veriler, sayısal değişkenler için ortalama (standart sapma [SD]) ve kategorik değişkenler için yüzde

olarak sunulmuştur. Değişkenlerin normal dağılıp dağılmadığını belirlemek için Kolmogorov-Smirnov normallik testi kullanılmıştır. Korelasyon analizlerinde Spearman testi kullanılmıştır. Analizlerde anlamlılık değeri $p < 0,05$ olarak kabul edilmiştir.

Bulgular

Vakaların %59,7'si erkek kalan %40,3'ü kızdı. Ortalama yaşları $9,50 \pm 4,53$ olup yaş aralığı 1-17 yaşdır. Dahil edilen vakaların %34,4'üne ($n=53$) AGTE, %17,5'ine ($n=27$) Stanford-Binet ve %41,6'sına ($n=65$) WISC-R testi uygulanmıştır. 9 vaka ise testlere uyum sağlayamadığı için herhangi bir psikometrik test uygulanmamıştır. Vakaların %70,8'i ($n=109$) hafif, %20,1'i ($n=31$) orta ve %14'ü ($n=14$) ağır düzeyde EY tespit edilmiştir. %19,5'inde ($n=30$) doğum komplikasyonu

öyküsü olduğu görülmüştür. Vakalara ait sosyodemografik ve klinik özellikler tablo 1'de verilmiştir.

EY olan 154 çocuk ve ergenin %38,9'unda ($n=60$) organik eş tanı, %36,3'ünde ($n=56$) psikiyatrik eş tanı saptanmıştır. En sık görülen organik bozukluklar %14,2 ($n=22$) oranında görülen epilepsi ile %7,7 ($n=12$) oranında görülen serebral palsidir. Zeka geriliği ile ilişkili sendromlardan olan Down Sendromu %5,8 ($n=9$) oranında saptanmıştır. Diğer organik komorbiditeler arasında hidrosefali, West sendromu, Aicardi sendromu, Di George Sendromu, Sotos Sendromu, Evans Sendromu, Glutarik asidüri tip 1 yer almaktadır. En sık görülen psikiyatrik komorbidite %22,7 ($n=35$) oranında tespit edilen DEHB'dir. Bu tanıyı %5,1 ($n=8$) oranı ile davranım bozukluğu ve %3,8 ($n=6$) oranı ile anksiyete bozuklukları takip etmektedir. Tablo 2'de eşlik eden psikiyatrik tanıları verilmiştir.

Tablo 1. Katılımcıların sosyodemografik ve klinik özellikleri

	Ort.	SS
Yaş	9,50	4,53
Anne yaşı	36,14	7,54
Baba yaşı	39,37	7,82
	n	%
Cinsiyet, Erkek/Kız	92/62	59,7/40,3
<u>EY düzeyi</u>		
Hafif EY	109	70,8
Orta EY	31	20,1
Ağır EY	14	14
<u>Eş tanıları</u>		
Organik eş tanı	60	38,9
Psikiyatrik eş tanı	56	36,3
<u>Anne eğitim durumu</u>		
Okur-yazar değil	16	10,4
İlköğretim	76	49,4
Ortaöğretim	18	11,6
Üniversite	6	3,9
<u>Baba eğitim durumu</u>		
Okur-yazar değil	13	8,4
İlköğretim	69	44,8
Ortaöğretim	19	12,3
Üniversite	9	5,8

EY= entelektüel yetiyitimi, Ort= ortalama, SS= standart sapma, n= vaka sayısı

Tablo 2. Entelektüel yetiyitimi tanılı vakalarda görülen psikiyatrik komorbiditeler

	n	%
Psikiyatrik tanı	56	36,3
Dikkat eksikliği/hiperaktivite bozukluğu	35	22,7
Davranım bozukluğu	8	5,1
Anksiyete bozuklukları	6	3,8
Konuşma bozuklukları	5	3,2
Otizm spektrum bozukluğu	4	2,5
Major depresif bozukluk	1	0,6
Psikotik bozukluk	1	0,6
Obsesif kompulsif bozukluk	1	0,6

n = belirtilen tanıyı karşılayan vaka sayısı, % = belirtilen tanıyı karşılayan vakaların oranı

ilaç kullanım oranları incelendiğinde tüm vakaların %42,8'sinin (n=66) bir veya daha fazla medikal tedavi aldığı (psikotrop ilaçlar ve antiepileptikler), tedavi alan vakaların da %34,8'ünün (n=23) çoklu ilaç kullandığı, %57,1'inin (n=88) ise herhangi bir medikal tedavi almadığı

saptanmıştır. En sık kullanılan ilaçların, vakaların %19,4'ünün (n=30) kullandığı antipsikotik ilaçlar, %13,6'sının (n=21) kullandığı metilfenidat ve %12,9'unun (n=19) kullandığı antiepileptik ilaçlar olduğu saptanmıştır. Tablo 3'te kullanılan ilaçlara dair bilgi verilmiştir.

Tablo 3. Entelektüel yetiyitimi tanılı vakaların kullandığı ilaçlar

	n	%
İlaç kullanımı	66	42,8
<u>Kullanılan ilaç</u>		
Antipsikotik ilaçlar	30	19,4
DEHB tedavisinde kullanılan ilaçlar		
Metilfenidat	21	13,6
Atomoksetin	6	3,8
Antiepileptik ilaçlar	19	12,9
Selektif serotonin geri alım inhibitörleri	4	2,5
Trisiklik antidepresan	1	0,6

n = belirtilen ilacı kullanan vaka sayısı, % = belirtilen ilacı kullanan vakaların oranı

Ebeveynlere dair veriler incelendiğinde ortalama anne yaşının 36,14±7,54, baba yaşının 39,37±7,82 olduğu saptanmıştır. 116 vakanın ebeveyn eğitim durumu bilgilerine ulaşılabilmektedir. Annelerin %10,4'ünün (n=16) okula hiç gitmediği, %49,4'ünün (n=76) ilkököl mezunu olduğu, üniversite bitirme oranının ise %3,9 (n=6) olduğu saptanmıştır. Babaların %8,4'ünün (n=13) okula hiç gitmediği, %44,8'inin (n=69) ilkököl mezunu olduğu ve %5,8'inin (n=9) üniversite mezunu olduğu görülmüştür. Anne-baba arasındaki akrabalık

oranı %19,5 (n=30) olarak saptanmıştır.

Ebeveynler arası akrabalık varlığı (p=0,023) ve doğum komplikasyonu öyküsü (p=0,002) EY düzeyi ile anlamlı ve pozitif bir ilişki göstermiştir. Ayrıca komorbid bozukluk sayısı ile EY düzeyi arasında pozitif bir ilişki saptanmıştır (p=0,002). Diğer değişkenler arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Tablo-4'te korelasyon analizlerinin sonuçları verilmiştir.

Tablo 4. EY tanılı bireylerin sosyodemografik ve klinik özelliklerinin korelasyonu

Variables	EY Düzeyi	Komorbid bozukluk sayısı	Doğum komplikasyonu	Akrabalık durumu	Anne eğitim düzeyi	Baba eğitim düzeyi
EY düzeyi	r=1					
Komorbid bozukluk sayısı	r=0,250 p=0,002	r=1				
Doğum komplikasyonu	r=0,246 p=0,002	r=0,70 p=0,387	r=1			
Akrabalık durumu	r=0,183 p=0,023	r=0,027 p=0,737	r=0,131 p=0,106	r=1		
Anne eğitim düzeyi	r=0,102 p=0,275	r=0,131 p=,161	r=-0,152 p=0,104	r=-0,012 p=0,897	r=1	
Baba eğitim düzeyi	r=0,006 p=0,946	r=0,137 p=0,144	r=-0,150 p=0,108	r=0,102 p=0,278	r=0,743 p<0,001	r=1

*Spearman korelasyon analizi uygulanmıştır; EY: Entelektüel yetiyitimi

Tartışma

Bu çalışmada 154 EY olgusu sosyodemografik ve klinik özellikler açısından retrospektif olarak incelenmiştir. Ülkemizde benzer dizaynda yapılan çalışmalardan elde edilen sosyodemografik ve klinik özelliklere ek olarak çalışmamız hastaların ilaç kullanımlarını ve kullanılan ilaç türlerini ortaya koymaktadır.

Ülkemizde 2020 yılında EY olguları ile yapılan bir çalışmada katılımcıların %61,1 oranında erkek cinsiyette olduğu belirtilmiştir (21). EY'nin erkeklerde daha sık görülmesi X'e

bağlı kalıtsal hastalıkların erkek çocuklarda daha sık olması, santral sinir sisteminin daha duyarlı olması ve toplumda erkek cinsiyetten beklentilerin daha çok olması ve olası yetersizlik durumunda daha erken farkedilmesi gibi nedenlere bağlanmıştır (22). Çalışmamızda da literatür ile uyumlu olarak erkek olguların oranı %59,7 olarak saptanmıştır.

Bizim çalışmamızda katılımcıların %19,5'inde doğum komplikasyonu öyküsü mevcuttu. Doğum komplikasyonla-

rının varlığının EY düzeyi ile anlamlı düzeyde ($p=0,002$) ilişkili olduğunu saptadık. Benzer şekilde travay ve doğum komplikasyonlarının ağır EY riskini %40'a kadar artırdığını ve ağır EY'de bu komplikasyonların daha sık görüldüğünü bildiren çalışmalar mevcuttur (21,23). Çalışmamızın sonuçları bu bakımdan literatür ile uyumlu olup, doğum komplikasyonlarının en aza indirilmesi ve erken müdahalenin EY başta olmak üzere bir çok bozukluğa karşı koruyucu hekimlik adına önemli olduğu fikrini destekler niteliktedir. Olguların %38,9'unda organik komorbidite saptanmıştır. Bunların arasında tüm vakaların %14'ünde görülen epilepsi ve %7,7'sinde görülen serebral palsinin en sık görülen organik bozukluklar olduğu saptanmıştır. Bir sistematik gözden geçirme yazısında EY tanılı bireylerde epilepsi görülme oranını %22,2 olarak saptamıştır (24). Toplum tabanlı yapılan bir çalışmada epilepsi oranının %0,6 olduğu göz önüne alındığında epilepsi açısından ciddi bir risk artışı olduğu söylenebilir (25). Serebral palsy EY tanılı bireylerde sık görülen bir diğer organik komorbid bozukluktur. Hafif düzeyde EY olan çocukların %6 ila %8'inde ve ağır EY olan çocukların %30 kadarında serebral palsy bildirilmiştir. Serebral palsy tanılı bireylerin de %30,3 kadarında EY görüldüğü bildirilmiştir (26). Olgularımızın büyük kısmının hafif düzeyde EY olduğu göz önüne alındığında serebral palsy oranının %7,7 olması literatür ile uyumlu bir bulgudur. EY tanılı bireylerde epilepsi varlığının psikiyatrik bozuklukların sıklığını artırdığı bildirilmiştir (24). Gerek epilepsi ve serebral palsy gibi organik bozukluklar gerek bu bozukluklara bağlı oluşan psikiyatrik bozukluklar bireylerin işlevselliğini, uyumunu ve bakımverenlerin ruh sağlığını derinden etkilemektedir (17). Bu nedenle organik komorbiditelerin erken dönemde tanınip tedavi edilmesinin komorbid bozukluğun kontrol altına alınmasının yanı sıra olası psikiyatrik bozukluklar açısından da koruyucu olacağını düşünüyoruz. Trizomi 21 olarak da adlandırılan Down sendromu yaklaşık %0,1 oranında görülmektedir ve EY'nin en sık genetik nedenidir. Çalışmamızda %5,8 oranında katılımcıda Down sendromu tanısı eşlik etmiştir. Ülkemizde yapılan bir çalışmada EY'de Down sendromu görülme oranı %7,7 olarak tespit edilmiştir (27). Bizim çalışmamızda da en sık tespit edilen genetik tanı Down sendromu olup literatür ile uyumlu sonuçlar ortaya koymuştur.

EY tanılı bireylerde psikiyatrik bozuklukların doğası EY olmayanlara benzemediği ve klinik belirtilerin özellikle ağır EY olgularında atipik olabileceği bilinmektedir. Bu nedenle hastaların işlevselliğini bozan ve bakımverenlerine yük getiren psikiyatrik tanıları koymak akranlarına göre daha zor olabilmektedir (28). EY tanılı çocuk ve ergenlerde psikopatoloji prevalansı %10-60 arasında değişse de çalışmalar EY olmayan çocuk ve ergenlere göre üç ila dört kat daha fazla psikiyatrik bozukluk tanısı aldığını bildirmiştir (10,29). Güncel bir çalışmada EY tanılı çocuk ve ergenlerde psikiyatrik bozukluk yaygınlığı %61,2 olarak saptanmıştır (21). Ülkemizde yapılan bir çalışmada EY tanılı çocuk ve ergenler psikiyatrik komorbidite oranı %34 olarak tespit edilmiş-

tir (14). Çalışmamızda önceki çalışma ile uyumlu olarak psikiyatrik eş tanı oranı %36,3 olarak saptanmıştır. En yaygın olarak saptadığımız psikiyatrik tanıları DEHB, davranım bozukluğu ve konuşma bozukluklarıdır. Yapılan farklı çalışmalarda EY tanılı bireylerde DEHB sıklığının %15-55 arasında değiştiği bildirilmektedir (30,31). Çalışmamızda DEHB komorbidite oranı literatür ile uyumlu olarak %22,7 olarak saptanmıştır. DEHB'nin uyum işlevini hafif düzeyde EY'ne kıyasla daha fazla bozduğu bildirilmiştir (32). DEHB'nin bireyin kognitif fonksiyonlarını ve davranışlarını olumsuz yönde etkilediği ve tedavisinin mümkün olduğu göz önüne bulundurulursa EY tanılı bireylerde DEHB'nin erken tanınması ve müdahale edilmesi bireyin işlevselliğini olumlu yönde etkileyecektir.

Yapılan çalışmalarda EY tanılı çocuklarda anksiyete bozukluklarının %3-22, depresif bozuklukların %15,4 oranlarında görüldüğü bildirilmektedir (33,34). Çalışmamızda anksiyete bozukluğu oranının %3,8 olduğu ve yalnızca 1 hastanın depresif bozukluk tanısı aldığı saptanmıştır. Nispeten saptanan bu düşük oranların daha önceki çalışmalarda da belirtildiği gibi hastaların şikayetlerini klinisyene tam olarak bildirememesi, poliklinik muayene sürelerinin nispeten kısa olması, davranış bozuklukları gibi daha belirgin sorunlarda ailelerin daha fazla ve öncelikli tedavi beklentilerinin olması dolayısı ile tanı konulamaması ve olasılıkla atlanması ile ilişkili olabileceğini düşünüyoruz (35).

EY varlığı bazen duygusal ve davranışsal sorunlar için yeterli bir açıklama olarak kabul edilmektedir; dolayısıyla DEHB, davranım bozukluğu, anksiyete bozuklukları ve duygudurum bozuklukları gibi durumların muayenesini gölgede bırakmakta ve komorbid bozukluklar kolayca atlanabilmektedir. Bir diğer problem EY tanılı çocukların muhtemelen kısmen zayıf iletişim becerileri ve sosyal dezavantajları nedeniyle tıp alanında ihmal edilebilmesi ve klinik, etiyolojik ve tedavi çalışmalarının dışında tutulabilmeleridir. Komorbid bozuklukların saptanması ve tedavi edilmesi bu çocuklarda olumlu prognoz ile ilişkilidir (14). Bu yüzden komorbid bozuklukların tanınmasındaki tüm zorluklara rağmen ayrıntılı bir şekilde araştırılarak uygun tedavilerin verilmesi bu çocuklar için oldukça önemlidir.

Çalışmalarda EY tanılı çocuk ve ergenlerin %29,4-61 oranlarında psikotrop ilaç kullandığı bildirilmektedir (36,37). Çalışmamızda psikotrop ilaç kullanım oranı %33,7 olarak saptanmıştır. Antipsikotikler (%19,4) ve metilfenidat (%13,6) en yaygın kullanılan psikotrop ilaçlardı. Sık görülen tanıların DEHB ve davranım bozukluğu olduğu göz önüne alındığında antipsikotik ilaçlar ve metilfenidatın sık kullanılan ilaçlar olması doğal bir sonuçtur. İlaç kullanan hastaların %34,8'inin çoklu ilaç kullandığı görüldü. EY tanılı bireylerde hem artmış organik bozukluklar hem psikiyatrik bozukluklar nedeni ile çoklu ilaç kullanımının yaşlılarına göre daha fazla olabileceğini düşünüyoruz. Bu çocuklarda görülen özellikle zorlayıcı davranışların psikotrop ilaç kullanımını artırabileceği bildirilmiştir (38). Medikal tedavilerin artmış yan etki duyarlılığı ve bunları dile getirememesi ihtimali nedeni ile mümkün olan en az sayıda tutulması

önerilmektedir (39).

Ülkemizde yapılan bir çalışmada EY tanılı bireylerin ebeveynlerinde akrabalık oranı %19,6 olarak saptanmıştır (14). Çalışmamızda bu oranın %19,5 (n=30) olduğu ve ebeveynler arası akrabalık varlığının EY şiddeti ile anlamlı düzeyde ilişkili olduğu saptanmıştır. Akraba evliliği, zihinsel ve gelişimsel gerilikler ile ortaya çıkan hastalıklar ve bazı sendromlar dahil olmak üzere genetik bozukluklar için iyi bilinen bir risk faktörüdür. Bunun nedeni otozomal resesif bozukluklar başta olmak üzere diğer kalıtsal bozukluklara neden olmasıdır (40). Akraba evliliklerin EY gibi olası sonuçlarının daha iyi anlaşılması, bu tür evliliklerin sayısını azaltabilir, danışmanlık hizmetlerinin önemini ortaya koyabilir ve böylece çocuklarda oluşacak olası bozuklukları önleyebilir.

Çalışmamız EY tanılı bireylere dair önemli bilgiler sunmakla birlikte yalnızca klinik kayıtlardan elde edilen retrospektif bir çalışma olması, örneklem büyüklüğünün nispeten küçük olması, kontrol grubu olmaması çalışmamızın kısıtlılıklarıdır. Gelecekte daha geniş popülasyonlar ile yapılacak olan prospektif çalışmalar EY tanılı çocuk ve ergenlerin ve komorbid bozuklukların daha iyi anlaşılması ve bunların optimal tedavilerinin sağlanması açısından literatüre ışık tutacaktır.

Sonuç olarak çalışmamızda EY tanısı olan çocuk ve ergenlerde yüksek oranda psikiyatrik komorbidite ve tıbbi tanı tespit edilmiştir. Eşlik eden tanıların bireyin işlevselliğini bozduğu ve birçok olumsuz sonuca yol açtığı bildirildiği için bu tanıların erken dönemde tanınması önemlidir (17). Komorbid tanıların uzun dönem sonuçlarını daha iyi anlamak için prospektif dizaynda yapılacak çalışmalara ihtiyaç vardır. Ayrıca anne-baba arasındaki akraba evliliği ve doğum komplikasyonu oranlarının yüksek oranda tespit edilmesinden dolayı bu konuda yapılacak olan eğitim ve önleme politikalarının EY açısından olumlu etkilerinin olabileceği düşünülmektedir.

Etik onam: Çalışma Necmetin Erbakan Üniversitesi İlaç ve Tıbbi Cihaz Dışı Araştırmalar Etik Kurulu tarafından onaylanmıştır (07.05.2021-2021/3217) ve Helsinki Deklarasyonu ilkeleri doğrultusunda yürütülmüştür.

Yazar Katkıları:

Konsept: H.F., N.U.

Literatür Tarama: H.F., Ö.F.Ö.

Tasarım: N.U., M.A.A.

Veri toplama: Ö.F.Ö.

Analiz ve yorum: H.F., M.A.A.

Makale yazımı: H.F.

Eleştirel incelenmesi: N.U., M.A.A.

Çıkar Çatışması: Yazarlar bu makalenin araştırılması, yazarlığı ve/veya yayınlanması ile ilgili olarak herhangi bir potansiyel çıkar çatışması olmadığını beyan etmektedir.

Finansal Destek: Bu araştırma, kamu, ticari veya kar amacı gütmeyen sektörlerdeki finansman kuruluşlarından herhangi bir finansal destek almamıştır.

Kaynaklar

1. American Psychiatric Association. DSM-V - Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 5th Ed. Washington DC.: American Psychiatric Association; 2013.
2. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th Edition, Text Revision (DSM-IV-TR). Washington, D.C. 2000
3. Harris JC. Intellectual disability: Understanding its development, causes, classification, evaluation, and treatment. Oxford University Press.; 2006.
4. Türkiye Özürlüler Araştırması. Devlet İstatistik Enstitüsü Özürlüler İdaresi Başkanlığı. Ankara: Devlet İstatistik Enstitüsü Matbaası; 2002.
5. Maulik PK, Mascarenhas MN, Mathers CD, Dua T, Saxena S. Prevalence of intellectual disability: A meta-analysis of population-based studies. Res Dev Disabil [Internet]. 2011 Mar;32(2):419–36.
6. Chapman DA, Scott KG, Stanton-Chapman TL. Public health approach to the study of mental retardation. Am J Ment Retard [Internet]. 2008 Mar;113(2):102–16.
7. Anlar B EH. Zeka Gerilikleri. 1. Basım. Çetin F , Coşkun A İE ve ark., editor. Ankara: HYB Basın Yayın,; 2008. 187–198 p.
8. Nemerimana M, Chege MN, Odhiambo EA. Risk Factors Associated with Severity of Nongenetic Intellectual Disability (Mental Retardation) among Children Aged 2–18 Years Attending Kenyatta National Hospital. Neurol Res Int [Internet]. 2018;2018:1–11.
9. Wang M, Turnbull AP, Summers JA, Little TD, Poston DJ, Mannan H, et al. Severity of Disability and Income as Predictors of Parents' Satisfaction with Their Family Quality of Life during Early Childhood Years. Res Pract Pers with Sev Disabil [Internet]. 2004 Jun 1;29(2):82–94.
10. Einfeld SL, Ellis LA, Emerson E. Comorbidity of intellectual disability and mental disorder in children and adolescents: A systematic review. J Intellect Dev Disabil [Internet]. 2011 Jun 25;36(2):137–43.
11. Buckley N, Glasson EJ, Chen W, Epstein A, Leonard H, Skoss R, et al. Prevalence estimates of mental health problems in children and adolescents with intellectual disability: A systematic review and meta-analysis. Aust New Zeal J Psychiatry [Internet]. 2020 Oct 30;54(10):970–84.
12. Sawyer M., Arney FM, Baghurst PA, Clark JJ, Graetz BW, Kosky RJ, 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 New Zeal J Psychiatry [Internet]. 2001 Dec 17;35(6):806–14.
13. Platt JM, Keyes KM, McLaughlin KA, Kaufman AS. Intellectual disability and mental disorders in a US population representative sample of adolescents. Psychol Med [Internet]. 2019 Apr 12;49(6):952–61.
14. Aktepe E, Sönmez Y. Bir üniversite hastanesinde zekâ geriliği tanısı konulan çocuk ve ergenlerde psikiyatrik ve organik eş tanılar. New Symp Psikiyatr nöroloji ve davranış Bilim Derg. 2012;50(2):67.
15. Ward DI, Buckley BA, Leon E, Diaz J, Galegos MF, Hofherr S, et al. Intellectual disability and epilepsy due to the K/L-mediated Xq28 duplication: Further evidence of a distinct, dosage-dependent phenotype. Am J Med Genet Part A [Internet]. 2018 Mar;176(3):551–9.
16. Glasson EJ, Buckley N, Chen W, Leonard H, Epstein A, Skoss

- R, et al. Systematic Review and Meta-analysis: Mental Health in Children With Neurogenetic Disorders Associated With Intellectual Disability. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* [Internet]. 2020;59(9):1036–48.
17. Tonge, B. J., & Einfeld SL. Psychopathology and intellectual disability. The Australian Child to Adult Longitudinal study. , International review of research in mental retardation. (Ed.) ILMG, editor. San Diego, CA: Academic Press.; 2003. Vol. 26, pp. 61–91.
 18. Savasir I, Sezgin N, Erol N. Ankara Gelisim Tarama El Kitabı. Ankara; 1994.
 19. Uğürel-Şermin R. Zekânın değerlendirilmesi: Stanford-Binet testlerinin İstanbul çocuklarına standartlanması. İstanbul: İstanbul Üniversitesi Edebiyat Fakültesi Yayınları.; 1972.
 20. Savasir, I, Sahin N. Manual for the Wechsler Intelligence Scale for Children—Revised (WISC-R). Ankara: Turkish Psychology Association Publication; 1995.
 21. Uzun Cicek A, Sarı SA, Mercan Isık C. Sociodemographic Characteristics, Risk Factors, and Prevalence of Comorbidity among Children and Adolescents with Intellectual Disability: A Cross-sectional Study. *J Ment Health Res Intellect Disabil* [Internet]. 2020;13(2):66–85.
 22. Lai DC, Tseng YC, Hou YM, Guo HR. Gender and geographic differences in the prevalence of intellectual disability in children: Analysis of data from the national disability registry of Taiwan. *Res Dev Disabil* [Internet]. 2012;33(6):2301–7.
 23. Langridge AT, Glasson EJ, Nassar N, Jacoby P, Pennell C, Hagan R, et al. Maternal Conditions and Perinatal Characteristics Associated with Autism Spectrum Disorder and Intellectual Disability. Baud O, editor. *PLoS One* [Internet]. 2013 Jan 7;8(1):e50963.
 24. Robertson J, Hatton C, Emerson E, Baines S. Prevalence of epilepsy among people with intellectual disabilities: A systematic review. *Seizure* [Internet]. 2015 Jul;29:46–62.
 25. Syvertsen M, Koht J, Nakken KO. Forekomst av epilepsi i de nordiske landene. *Tidsskr Den Nor Ilegeforening* [Internet]. 2015;135(18):1641–5. Available from: <https://tidsskriftet.no/2015/10/oversiktsartikkel/forekomst-av-epilepsi-i-de-nordiske-landene>
 26. Yim S-Y, Yang C-Y, Park JH, Kim MY, Shin Y-B, Kang E-Y, et al. Korean Database of Cerebral Palsy: A Report on Characteristics of Cerebral Palsy in South Korea. *Ann Rehabil Med* [Internet]. 2017;41(4):638. Available from: <http://e-arm.org/journal/view.php?doi=10.5535/arm.2017.41.4.638>
 27. Aktepe E, Demirci K, Çalışkan AM, Sönmez Y. Çocuk Ve Ergen Psikiyatrisi Polikliniğine Başvuran Hastalarda Belirti Ve Tanı Dağılımları. *Dusunen Adam J Psychiatry Neurol Sci*. 2010;23(2):100–8.
 28. Buckles J, Luckasson R, Keefe E. A Systematic Review of the Prevalence of Psychiatric Disorders in Adults With Intellectual Disability, 2003–2010. *J Ment Health Res Intellect Disabil* [Internet]. 2013 Jul;6(3):181–207.
 29. Dekker MC, Koot HM, Ende J van der, Verhulst FC. Emotional and behavioral problems in children and adolescents with and without intellectual disability. *J Child Psychol Psychiatry* [Internet]. 2002 Nov;43(8):1087–98.
 30. Neece CL, Baker BL, Crnic K, Blacher J. Examining the Validity of ADHD as a Diagnosis for Adolescents with Intellectual Disabilities: Clinical Presentation. *J Abnorm Child Psychol* [Internet]. 2013 May 9;41(4):597–612.
 31. Lindblad I, Gillberg C, Fernell E. ADHD and other associated developmental problems in children with mild mental retardation. The use of the “Five-To-Fifteen” questionnaire in a population-based sample. *Res Dev Disabil* [Internet]. 2011 Nov;32(6):2805–9.
 32. Lindblad I, Svensson L, Landgren M, Nasic S, Tideman E, Gillberg C, et al. Mild intellectual disability and ADHD; a comparative study of school age children’s adaptive abilities. *Acta Paediatr* [Internet]. 2013 Oct;102(10):1027–31.
 33. Reardon TC, Gray KM, Melvin GA. Anxiety disorders in children and adolescents with intellectual disability: Prevalence and assessment. *Res Dev Disabil* [Internet]. 2015 Jan;36:175–90.
 34. Whitney DG, Shapiro DN, Peterson MD, Warschausky SA. Factors associated with depression and anxiety in children with intellectual disabilities. *J Intellect Disabil Res* [Internet]. 2019 May 26;63(5):408–17.
 35. Reiss S, Rojahn J. Joint occurrence of depression and aggression in children and adults with mental retardation. *J Intellect Disabil Res* [Internet]. 2008 Jun 28;37(3):287–94.
 36. Scheifes A, de Jong D, Stolker JJ, Nijman HLI, Egberts TCG, Heerdink ER. Prevalence and characteristics of psychotropic drug use in institutionalized children and adolescents with mild intellectual disability. *Res Dev Disabil* [Internet]. 2013 Oct;34(10):3159–67.
 37. Bramble D. Psychotropic drug prescribing in child and adolescent learning disability psychiatry. *J Psychopharmacol* [Internet]. 2007 Jul 4;21(5):486–91.
 38. Song M, Ware RS, Doan TN, McPherson L, Trollor JN, Harley D. Appropriateness of psychotropic medication use in a cohort of adolescents with intellectual disability in Queensland, Australia. *BJPsych Open* [Internet]. 2020 Nov 17;6(6):e142.
 39. Simonoff E. Intellectual disability. In: *Rutter’s Child and Adolescent Psychiatry* [Internet]. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd; 2015. p. 719–37.
 40. Saad HA, Elbedour S, Hallaq E, Merrick J, Tenenbaum A. Consanguineous Marriage and Intellectual and Developmental Disabilities among Arab Bedouins Children of the Negev Region in Southern Israel: A Pilot Study. *Front Public Heal* [Internet]. 2014;2.