

Bir üniversite hastanesinde yatan hastalar için ve acil servisten istenilen ruh sağlığı ve hastalıkları konsültasyonlarının incelenmesi: Türkiye'den çalışmalarla bir karşılaştırma

Analysis of the psychiatric consultations for inpatients and from the emergency room in a university hospital: A comparison with studies from Turkey

Burcu Eser¹, Sedat Batmaz², Emrah Songur³, Mesut Yıldız⁴, Esmâ Akpınar Aslan⁵

¹Dr., ²Doç.Dr., ⁵Dr. Öğr. Üyesi, Gaziosmanpaşa Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Tokat, Türkiye

³Uzm.Dr., Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Keçiören Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Psikiyatri Kliniği, Ankara, Türkiye

⁴Dr. Öğr. Üyesi, Marmara Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye

ÖZET

Amaç: Bu araştırmanın amacı, bir üniversite hastanesinde psikiyatri bölümünden istenen konsültasyonların niteliklerinin ve acil tıp polikliniğine başvuran ve yatan hastalarda psikiyatrik bozukluk dağılımının değerlendirilmesidir. **Yöntem:** Araştırmada 01/01/2015 ve 31/12/2015 tarihleri arasında yatarak tedavi gören ve acil tıp polikliniğine başvuran, 18 yaş ve üstü (48.67 ± 20.91 yıl) psikiyatri konsültasyonu istenen 539 hastanın (%46.8'i kadın) değerlendirilmeleri yapılandırılmış bir forma kaydedildi. Hastanenin elektronik veri tabanından hastalar belirtilen tarih aralığı için geriye dönük olarak incelendi. Araştırmada incelenen veriler için tanımlayıcı istatistiksel analizler (verilerin frekansı, dağılımı, ortalama, standart sapma) yapıldı. **Bulgular:**Psikiyatri konsültasyonu isteyen bölümlerin sıklık dağılımı incelendiğinde, sıralamanın dahili branşlar (%42.9), cerrahi branşlar (%31.7) ve acil tıp polikliniği (%25.4) şeklinde olduğu görüldü. Konsültasyon istemleri en sık ajitasyon (%15.4), depresif belirti ve bulgular (%14.7) ve özkıyım girişimi (%12.2) nedeniyledi. Konsültasyon sonrasında en sık konan psikiyatrik tanıları depresif bozukluklar (%19.5), deliryum (%18.2) ve şizofreni ve diğer psikotik bozuklukları (%7.4). Konsültasyon istenen hastaların birincil rahatsızlıklarının tanıları sırasıyla kas-iskelet sistemi hastalıkları (%17.4), ruhsal bozukluklar (%15.0), onkolojik hastalıklar (%14.1) ve özkıyım girişimiydi (%12.2). **Sonuç:** Konsültasyon liyezon psikiyatrisi uygulamaları tıbbın diğer branşlarıyla ilişkilerimizde önemli bir yer kaplamaktadır. Depresif bozukluklar, deliryum ve özkıyım girişimleri açısından bu bölümlerde görev yapan sağlık çalışanları için eğitime ağırlık verilmelidir.

Anahtar Sözcükler: Acil servis, genel hastane, konsültasyon, konsültasyon liyezon psikiyatrisi, yatan hasta

(*Klinik Psikiyatri* 2018;21:278-289)

DOI: 10.5505/kpd.2018.53824

SUMMARY

Objective: The aim of this research was to assess the characteristics of the consultations required in a psychiatric department of a university hospital, and the distribution of psychiatric disorders in hospitalized patients and patients admitted to the emergency room. **Method:** In the study, the data of 539 patients 18 years or older (48.67 ± 20.91 years) (46.8% women) who were hospitalized and who presented to the emergency room between 01/01/2015 and 31/12/2015, and for whom a psychiatric consultation was requested were recorded onto a structured form. Patients' electronic databases were reviewed retrospectively for the specified date range. Descriptive statistical analyzes (frequency of data, distribution, mean, standard deviation) were performed for the data examined in the study. **Results:** Medical departments (42.9%), surgical departments (31.7%) and the emergency medicine department (25.4%) were the most frequently psychiatric consultation requesting departments. The most frequent requests for consultation were agitation (15.4%), depressive symptoms and signs (14.7%) and suicide attempts (12.2%). The most frequent psychiatric diagnoses were depressive disorders (19.5%), delirium (18.2%) and schizophrenia and other psychotic disorders (7.4%). Musculoskeletal diseases (17.4%), mental disorders (15.0%), oncologic diseases (14.1%) and suicide attempts (12.2%) were the primary diagnoses of patients. **Discussion:** Consultation and liaison psychiatry services have an important role in our relationship with other departments in medicine. Priority to training of depressive disorders, delirium and suicide attempts should be offered to healthcare providers working in these departments.

Key Words: Consultation, consultation liaison psychiatry, emergency room, general hospital, inpatient

GİRİŞ

Fiziksel hastalıkların birçoğunda davranışsal, duygusal, bilişsel ve kişiler arası tepkiler gelişir. Ortaya çıkan psikiyatrik durum ve tepkiler organizmanın bu yeni duruma uyum süreci ile ilişkilidir (1). Konsültasyon liyezon psikiyatrisi (KLP), genel klinik tıp alanlarıyla işbirliği içerisinde bedensel rahatsızlıklarla ruhsal ve psikososyal durumlar arasındaki bağlantı ve etkileşimi araştıran bir psikiyatri disiplini. Bu disiplin, hastanın bedensel, ruhsal, toplumsal bir bütünlük halinde ele alınmasını sağlar (2). KLP'nin hastaların yaşam kalitesinin artırılması, hastanede yatış sürelerinin kısaltılması, psikosomatik rahatsızlıklarda gereksiz ve masraflı tetkiklerin yapılmasının önlenmesi gibi amaçları vardır. Ayrıca konsültasyon hizmeti sunulurken psikiyatri dışı diğer sağlık personeline psikosomatik tıp hakkında eğitim verilmesi de KLP'nin amaçları arasındadır (3-6).

Özel olarak planlanmış KLP servisleri 1935 yılından itibaren Kuzey Amerika'da faaliyetlerini sürdürmektedir. Avrupa'da KLP kavramının yerleşmesi ise daha yakın tarihlerde gerçekleşmiştir (7). Türkiye'de ilk KLP birimi 1989'da İstanbul Üniversitesi Psikiyatri Anabilim Dalı'nın bünyesinde kurulmuştur (8).

Dünyanın farklı bölgelerinde psikiyatri bölümünden konsültasyon istenme oranları %0.89-5.80 arasında değişmekte iken ülkemizden bildirilen oranlar %1.37-2.80 arasındadır (4,9-14). Türkiye'de ruh sağlığı ve hastalıkları kliniklerinden istenilen konsültasyonların değerlendirildiği çalışmaların tam metinleri veya tam metinlerine ulaşamayan çalışmaların özetleri incelendiğinde Tablo 1'deki sonuçlar elde edilmiştir. Tabloda da görüldüğü üzere Türkiye'deki çalışmalar farklı hasta popülasyonları üzerinde ve farklı klinik ortamlarda gerçekleştirilmiştir. Bu durum KLP'nin ne denli geniş bir uygulama alanı olduğuna işaret etmektedir.

Bu araştırmanın amacı, Gaziosmanpaşa Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Hastanesi'nde ruh sağlığı ve hastalıkları bölümünden istenilen konsültasyonların niteliğinin, acil tıp polikliniğine başvuran ve yatan hastalarda psikiyatrik bozukluk dağılımının değerlendirilmesidir.

GEREÇ VE YÖNTEM

Örneklem

Araştırmamızda 01.01.2015 ve 31.12.2015 tarihleri arasında, Gaziosmanpaşa Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Hastanesi'nde yatarak tedavi gören ve acil tıp polikliniğine başvuran, 18 yaş ve üstü (48.67 ± 20.91 yıl) psikiyatri konsültasyonu istenen 539 hastanın (%46.8 kadın) psikiyatrik değerlendirilmeleri yapılandırılmış bir forma kaydedilmiştir.

Değerlendirme Araçları

Bu çalışmada araştırmacılar tarafından geliştirilen, konsültasyonu isteyen bölüm, konsültasyon istenme nedeni, konsültasyon istenen hastanın birincil tanısı ve psikiyatrik değerlendirme sonrasında konan tanı verilerini sorgulayan bir veri formu oluşturulmuştur.

İşlem

Hastanenin elektronik veri tabanından hastalar belirtilen tarih aralığı için geriye dönük olarak incelendi. Her bir konsültasyon istemi içerik açısından incelendi ve istem nedenleri kategorize edildi. Bu sınıflama esnasında "öfke, huzursuzluk çıkarma, tedavi ekibine direnme, küfretme, saldırganlık" gibi ifadeler ajitasyon; "çökkünlük, mutsuzluk, ağlama, içe kapanma, depresyon, depresif duygudurum" gibi ifadeler depresif belirti ve bulgular; "heyecan, tedirginlik, endişe, kaygı, iç sıkıntısı, huzursuzluk, korku, anksiyete" gibi ifadeler anksiyete belirti ve bulguları; "kendine zarar verme, ilaç içme, intihar girişimi, ası, bileklerde kesi, ölme isteği, intihar düşünceleri" gibi ifadeler özkıym girişimi; "uyuyamama, uykuda bölünme, uykululuk" gibi ifadeler uyku bozukluğu; "deliryum tablosu, yönelimde bozulma, konfüzyon, yer ve zamanı karıştırma, bilinç bulanıklığı, bilinçte dalgalanma, bilinç sislenmesi" gibi ifadeler deliryum; "varsanı, sanrı, dağınık konuşma, dezorganizasyon, çağrışımlarda gevşeklik, anlamsız konuşma, psikoz" gibi ifadeler psikotik belirti ve bulgular; "açıklanamayan uyuşma, açıklanamayan bayılma, açıklanamayan ağrı, psikojenik nöbet, konversiyon, dissosiyatif atak" gibi ifadeler

Tablo 1. Türkiye'de ruh sağlığı ve hastalıkları kliniklerinden istenilen konsültasyonlara dair çalışmalar.

Araştırmacılar ve Çalışmanın Yılı	Hasta popülasyonu	Katılımcı sayısı	Ortalama Yaş (yıl) (Standart Sapma)	Kadın Cinsiyet (%)	Konsültasyon İsteyen Bölüm (%)	Konsültasyon İstenme Nedeni (%)	Konsültasyon Sonrası Psikiyatrik Tanı (%)	Konsültasyon İstenen Hastanın Birincil Tanısı (%)
Açar Yıldızoğlu ve ark. 2017 (15)	Yatan hastalar, poliklinik konsültasyonları, psikiyatrik acil olgular	724	46.0 (19.0)	47.4	Acil servis (27.9) Organ nakli birimi (18.8) YBÜ (11.2)	Depresif bel. (21.5) Nakil öncesi psikiyatrik değerlendirme (18.7) Anksiyete bel. (11.8)	VY	VY
Akçınar ve ark. 2017 (16)	Acil servis, özkıyım girişimi sonrası	114	29.6 (VY)	67.5	Acil servis (100)	Özkıyım girişimi (100)	Akut stres bzk. (40.4) Depresif bzk. (31.6) Uyum bzk. (14.9)	VY
Aslan ve ark. 2003 (17)	Yatan hastalar, poliklinik konsültasyonları	580	45.1 (17.0)	56.3	Dermatoloji (25.8) İç hastalıkları (13.9) Nöroloji (9.6)	Ruhsal bzk. varlığı (24.3) Deprem sonrası (11.7) Organik neden saplanamaması (11.2)	Depresif bzk. (22.4) Uyum bzk. (14.3) Psikosomatik bzk. (9.3)	VY
Aslan ve ark. 2017 (18)	Yatan hastalar	763	56.0 (18.0)	41.0	İç hastalıkları (37.0) Kardiyoloji (8.5) Nöroloji (7.0)	Psikiyatrik değerlendirme talebi (22.0) Deliryum bel. (15.0) Depresif bel. (13.0)	Deliryum (22.0) Uyum bzk. (20.0) Anksiyete bzk. (14.0)	Onkolojik hst. (25.0) Kardiyovasküler sis. hst. (13.0) Gastrointestinal sis. hst. (9.0)
Baral ve ark. 1995 (19)	Yatan hastalar, deliryum olguları	164	VY	VY	İç hastalıkları (45.5)	VY	Deliryum (100)	Metabolik bzk. (46.9)
Başpınar ve ark. 2017 (20)	Psikiyatrik acil olgular	259	VY	56.8	Acil servis (100)	Özkıyım girişimi (23.9)	Duygudurum bzk. (43.7)	VY
Baz ve ark. 2016 (21)	Psikiyatrik acil olgular	965	36.5 (15.9)	54.2	Acil servis (100)	Özkıyım girişimi (35.5) Anksiyete bel. (14.8) Ajitasyon (12.8)	Depresif bzk. (29.0) Ruhsal bzk yok (18.3) Psikotik bzk. (13.8)	VY
Çanan ve ark. 2008 (4)	Yatan hastalar	66	48.8 (VY)	59.1	İç hastalıkları (24.2) Göğüs hastalıkları (15.2) Beyin cerrahisi (13.6)	Ajitasyon (27.3) Depresif bel. (16.7) Konversif bel. (16.7)	Ruhsal bzk. yok (24.7) Depresif bzk. (19.7) Anksiyete bzk. (16.6)	Travma (13.6) Entoksikasyon (12.1) Kardiyovasküler hst. (12.1)
Çam ve ark. 2012 (22)	Yatan hastalar	1454	49.5 (19.4)	54.6	İç hastalıkları (22.5) Nöroloji (14.3) Dermatoloji (9.7)	Depresif bel. (21.2) Uyum bzk. (12.4) Deliryum (6.4)	Depresif bzk. (40.6) Uyum bzk. (12.4) Deliryum (6.4)	VY
Göktaş ve ark. 2006 (23)	Yatan hastalar, poliklinik konsültasyonları, psikiyatrik acil olgular	390	41.0 (17.6)	64.6	Dermatoloji (21.8) Acil servis (13.6) Nöroloji (12.3)	Psikiyatrik değerlendirme talebi (31.8) Depresif bel. (15.2) Özkıyım girişimi (14.0)	Depresif bzk. (39.3) Anksiyete bzk. (16.6) Somatoform bzk. (6.6)	VY
Güneysu ve ark. 2017 (24)	Yatan hastalar, deliryum olguları	68	73.7 (15.6)	27.9	Cerrahi branşlar (51.5) Dahili branşlar (35.3) YBÜ (11.8)	Ajitasyon (54.4) Yönelim bzk. (23.5) Psikotik bel. (11.8)	Deliryum (100)	Onkolojik hst. (23.5) Acil cerrahi girişim gereksinimi (22.1) Kalça kırığı sonrası (19.1)
Keyvan ve ark. 2010 (25)	Yatan hastalar, geriatrik yaş grubu	115	73.0 (VY)	59.1	İç hastalıkları (34.2) YBÜ (14.9) Nöroloji (12.3)	Psikomotor ajitasyon (VY)	Deliryum (41.7)	VY
Kılıç ve ark. 2016 (26)	Yatan hastalar	775	50.4 (15.5)	45.5	İç hastalıkları (35.2) FTR (15.2) Genel Cerrahi (9.7)	Depresif bel. (24.5) Psikiyatrik değerlendirme talebi (24.3) Ajitasyon (13.4)	Ruhsal bzk. yok (23.7) Uyum bzk. (19.0) Deliryum (18.1)	VY
Kılıncel ve ark. 2017 (27)	Epilepsi hastaları	117	VY	VY	VY	Ruhsal bzk. yok (46.2) Uyum bzk. (19.7) Depresif bzk. (15.4)	Deliryum (100)	Epilepsi (100)
Kora ve ark. 1999 (28)	Yatan hastalar, depresif bel.	303	VY	VY	Depresif bel. (100)	Depresif uyum bzk. (54.0) BTA depresif bzk. (25.0) Depresif bzk. (14.0)	BTA depresif bzk. (25.0) Depresif bzk. (14.0)	VY

devamı....Tablo 1. Türkiye'de ruh sağlığı ve hastalıkları kliniklerinden istenilen konsültasyonlara dair çalışmalar.

Koroğlu ve ark. 2011 (11)	Yatan hastalar	405	43.0 (18.6)	64.6		İç hastalıkları (24.2) Göğüs hastalıkları (15.2) Beyin cerrahisi (13.6)	Ajitasyon (27.3) Depresif bel. (17.0) Psikiyatrik değerlendirme talebi (16.8)	Depresif bzk. (31.8) Organik kökenli ruhsal bzk. (18.3) Anksiyete bzk. (15.0)	VY	Onkolojik hst. (22.5) Akut travma (17.0)
Kulaksızoğlu ve ark. 1999 (29)	Yatan hastalar, deliryum olguları	270	VY	VY	VY	Cerrahi branşlar (33.3)	Ajitasyon (44.3)	Deliryum (100)	VY	Onkolojik hst. (22.5) Akut travma (17.0)
Kuloğlu ve ark. 1996 (30)	Yatan hastalar	94	43.5 (22.0)	55.3		İç hastalıkları (39.3) Ortopedi (9.5) Göğüs hastalıkları (7.4)	Ruhsal bel. varlığı (46.8) Özkyım girişi (31.9) Organik kökenli bel. (10.6)	Depresif bzk. (44.6) Organik kökenli ruhsal bzk. (18.1) Somatoform bzk. (18.1)	VY	
Kuloğlu ve ark. 2008 (31)	Yatan hastalar, poliklinik konsültasyonları	545	42.0 (16.4)	66.0		İç hastalıkları (22.2) Nöroloji (20.6)	Psikiyatrik değerlendirme talebi (37.0) Anksiyete bel. (15.8) Depresif bel. (14.1)	Anksiyete bzk. (29.5) Depresif bzk. (18.0) Uyum bzk. (4.0)	VY	
Kurt ve ark. 2016 (32)	Yatan hastalar	618	46.7 (2.1)	48.7		Dahili branşlar (45.6) Acil servis (35.0) Cerrahi branşlar (19.4)	Özkyım girişi (28.0) Depresif bel. (15.7) Ajitasyon (12.9)	Duygudurum bzk. (48.3) Ruhsal bzk. yok (16.7)	VY	Onkolojik hst. (21.5) Kardiyopulmoner hst. (14.7) Kas-iskelet sis. hst. (14.4)
Küçükçoban ve ark. 2014 (33)	Yatan hastalar, acil servis, deliryum olguları	804	69.5 (14.8)	44.6		YBÜ (15.8) Göğüs hastalıkları (12.8) Ortopedi (12.0)	VY	Deliryum (100)	VY	
Özkan ve ark. 1998 (34)	Yatan hastalar, poliklinik konsültasyonları	1482	VY	VY		İç hastalıkları (41.8) Cerrahi branşlar (30.5) Nöroloji (6.6)	Temel dürtü ve güdü bzk. (21.6) Anksiyete bel. (17.1) Depresif bel. (12.8)	Depresif bzk. (17.3) Organik beyin send. (14.5) Uyum bzk. (12.8)	VY	
Özmen ve ark. 1993 (35)	Yatan hastalar	120	VY	VY		İç hastalıkları (21.6) Dermatoloji (14.0) Kardiyoloji (4.3)	Ruhsal bel. varlığı (VY)	Organik kökenli ruhsal bzk. (14.0) Anksiyete bzk. (10.0) Depresif bzk. (9.0)	VY	
Sarandöl ve ark. 2007 (36)	Yatan hastalar, poliklinik konsültasyonları	2071	VY	VY		İç hastalıkları (22.0) Nöroloji (17.5) Dermatoloji (15.1)	VY	Depresif bzk. (28.9) Uyum bzk. (25.6) Distimi (11.4)	VY	
Sertöz ve ark. 2008 (6)	Yatan hastalar, poliklinik konsültasyonları, psikiyatrik acil olgular	580	46.4 (19.8)	52.2		Cerrahi branşlar (40.0) Acil servis (25.3) İç hastalıkları (10.5)	VY	Depresif bzk. (33.8) Ruhsal bzk. yok (14.0) Kognitif bzk. (14.3)	VY	
Tuman ve ark. 2014 (37)	Yatan hastalar	341	VY	VY		YBÜ (21.4) İç hastalıkları (16.4) Nöroloji (11.4)	Anksiyete bel. (23.4) Depresif bel. (22.2) Uykusuzluk (14.3)	Depresif bzk. (20.2) Anksiyete bzk. (18.1) Deliryum (14.6)	VY	
Uyar ve ark. 2015 (38)	Yatan hastalar	244	46.0 (19.0)	58.6		İç hastalıkları (45.5) Nöroloji (10.7) Göğüs hastalıkları (8.6)	Depresif bel. (24.6) Anksiyete bel. (18.4) Özkyım girişi (18.0)	Uyum bzk. (28.7) Depresif bzk. (26.6) Anksiyete bzk. (19.3)	VY	
Uygur ve ark. 2016 (39)	Acil servis, özkyım girişi sonrası	54	31.1 (11.2)	77.8		Acil servis (100)	Özkyım girişi (100)	VY	VY	
Ünal ve ark. 2013 (40)	Yatan hastalar, psikiyatrik acil olgular	360	VY	VY		İç hastalıkları (26.4) Acil servis (16.1) Nöroloji (9.7)	Psikiyatrik değerlendirme talebi (22.5) Depresif bel. (19.2) Anksiyete bel. (18.3)	VY	VY	
Yıldız ve ark. 1998 (41)	Yatan hastalar	172	41.9 (VY)	58.1		VY	VY	Uyum bzk. (23.3) Depresif bzk. (21.5) Anksiyete bzk. (18.6)	VY	Kronik hst. (31.9) Akut hst. (28.4) Entoksikasyon (17.4)
Yıldız ve ark. 2002 (42)	Yatan hastalar, poliklinik konsültasyonları	109	49.4 (17.9)	52.3		Dahili branşlar (70.6) Cerrahi branşlar (29.4)	VY	Anksiyete bzk. (29.4) Depresif bzk. (21.5) Deliryum (11.0)	VY	Kronik dahili hst. (43.1) Kronik cerrahi hst. (24.8) Akut dahili hst. (17.4)

bel., belirti; bzk., bozukluk; FTR, fizik tedavi ve rehabilitasyonu; hst., hastalık; send., sendrom; sis., sistem; VY, veri yok; YBÜ, yoğun bakım ünitesi

konversiyon belirti ve bulguları; "alkol - madde kullanımı, yoksunluk" gibi ifadeler madde kullanımıyla ilişkili olarak; "cerrahi öncesi psikiyatrik ilaçların düzenlenmesi, mevcut tedavinin gözden geçirilmesi, tedavi değişikliği açısından değerlendirme" gibi ifadeler psikiyatrik tedavinin düzenlenmesi talebi; bunların dışında yer alan ve daha nadir karşılaşılan ifadeler ise diğer nedenler lehine yorumlandı. Sınıflama esnasında en az iki yazarın istem nedeni açısından ortak görüş belirtmesi kuralı benimsendi. Konsültasyon sonrası tanıları psikiyatri uzmanlık öğrencileri ve öğretim üyeleri tarafından klinik değerlendirmeye dayalı olarak Amerikan Psikiyatri Birliği'nin Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı, Beşinci Baskı (DSM 5) tanı ölçütlerine göre konulmuştur (43). Konsülte edilen hastaların birincil tanıları değerlendirilmek için ilgili bölüm uzmanları tarafından konulmuş olan ve veri tabanında kayıtlı Dünya Sağlık Örgütü'nün Ruhsal ve Davranışsal Bozukluklar Sınıflandırması (ICD 10) tanılarından faydalanılmıştır (44). Çalışmanın yapılabilmesi için Gaziosmanpaşa Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan onay alınmıştır.

İstatiksel İnceleme

Araştırmada incelenen veriler için Statistical Package for the Social Sciences (IBM SPSS Statistics 22.0) (IBM Corp., 2013) programı kullanılarak tanımlayıcı istatistiksel analizler (verilerin frekansı, dağılımı, ortalama, standart sapma) yapıldı.

BULGULAR

Bir yıllık süre içerisinde 18 yaş üzerinde ruh sağlığı ve hastalıkları konsültasyonu istenen 539 hasta mevcuttu. Aynı dönemde hastanede yatan toplam hasta sayısı 25044 idi. Böylelikle tüm yatan hastaların içinde istenen psikiyatrik konsültasyonlar %2.15'e karşılık gelmekteydi. Aynı dönemde acil servise toplam başvuru sayısı ise 63174 idi, bu başvuruların da 137'sine (%0.22) ruh sağlığı ve hastalıkları konsültasyonu istendiği görüldü.

Ruh sağlığı ve hastalıkları konsültasyonu isteyen bölümlerin sıklık dağılımı incelendiğinde, sıralamanın dahili branşlar (%42.9), cerrahi branşlar

(%31.7) ve acil tıp polikliniği (%25.4) şeklinde olduğu görüldü. En sık konsültasyon isteyen bölüm acil tıp polikliniği idi ve bu bölümden konsülte edilen hasta sayısı 137 idi (%25.4). Bu bölümü iç hastalıkları (%21.6) ve ortopedi (%8.7) bölümleri takip ediyordu (Tablo 2). Tablo 2'de ayrıca bölüme göre konsültasyon istem nedenleri de sıralandı. Dahili bölümlerin özellikle depresif belirti ve bulgular, ajitasyon ve diğer nedenler için (tüm konsültasyon istemlerinin %39.9'u), cerrahi bölümlerin özellikle depresif belirti ve bulgular, ajitasyon ve deliryum için (tüm konsültasyon istemlerinin %50.3'ü), acil tıp hizmetlerinin ise özellikle özkiyim girişimi, ajitasyon ve psikotik belirti ve bulgular için (tüm konsültasyon istemlerinin %64.2'si) konsültasyon talebinde bulunduğu görüldü. Her bir bölüme has sık görülen konsültasyon istem nedenleri de Tablo 2'de yer almaktadır.

Konsültasyon istemlerinin en sık olarak ajitasyon (%15.4), depresif belirti ve bulgular (%14.7) ve özkiyim girişimi (%12.2) nedeniyle gerçekleştiği görüldü. Ayrıca konsültasyon istemlerinin %6.3'ünde herhangi bir neden belirtilmeden sadece psikiyatrik değerlendirme istendiği, %5.8'inde ise mevcut psikiyatrik tedavinin gözden geçirilmesi veya değiştirilmesinin talep edildiği saptandı (Tablo 3). Tablo 3'te ayrıca konsültasyon istem nedenlerinden sonraki ruhsal durum muayenesinde saptanan DSM 5 tanıları da verildi. Böylelikle her bir istem nedeninin hangi tanıyla daha yakından ilişkili olduğu gösterildi. Bu sonuçlara göre konsültasyon isteyen bölümlerin en sık olarak sırasıyla madde kullanımıyla ilişkili olarak (%90.9), deliryum ön tanısıyla (%75.5) ve psikotik belirti ve bulgularla (%54.2) bu istem nedenlerinin karşılığı olması beklenebilecek DSM tanıları doğru saptayabildiği görüldü. Diğer taraftan ajitasyon, depresif belirti ve bulgular, anksiyete belirti ve bulguları ve konversiyon belirti ve bulgularıyla konsültasyon istenen hastalarda bu istem nedenlerinin karşılığı olması beklenebilecek doğru ruhsal bozukluk tanıları yarisına bile karşılık gelinemediği de tespit edildi.

Konsültasyon sonrasında en sık konan psikiyatrik tanıların dağılımı depresif bozukluklar (%19.5), deliryum (%18.2) ve şizofreni ve diğer psikotik bozukluklar (%7.4) olarak sıralandı. Konsültasyon istenen hastaların %19.1'inde ise DSM 5 tanı ölçüt-

Tablo 2. Konsültasyon isteyen bölümlerin ve bölüme göre konsültasyon isteme nedenlerinin sıklık ve dağılımı.

Bölüm	Sayı	Yüzde	Bölüme Göre Konsültasyon İsteme Nedenleri	Sayı	Yüzde
Dahili Bölümler	231	42.9	Depresif belirti ve bulgular	32	13.9
			Ajitasyon	31	13.4
			Diğer nedenler	29	12.6
			Anksiyete belirti ve bulguları	25	10.8
			Deliryum	24	10.4
İç Hastalıkları	116	21.6	Depresif belirti ve bulgular	15	12.9
			Deliryum	15	12.9
			Özkiyim girişimi	14	12.1
Kardiyoloji	28	5.2	Ajitasyon	11	39.3
			Deliryum	4	14.3
			Anksiyete belirti ve bulguları	4	14.3
Nöroloji	27	5.0	Depresif belirti ve bulgular	5	18.5
			Konversiyon belirti ve bulguları	4	14.8
			Psikotik belirti ve bulgular	4	14.8
Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon	27	5.0	Uyku bozukluğu	7	25.9
			Depresif belirti ve bulgular	6	22.2
			Anksiyete belirti ve bulguları	5	18.5
Göğüs Hastalıkları	19	3.5	Anksiyete belirti ve bulguları	3	15.8
			Psikiyatrik tedavinin düzenlenmesi talebi	3	15.8
			Diğer nedenler	3	15.8
Enfeksiyon Hastalıkları	6	1.1	Depresif belirti ve bulgular	3	50.0
			Ajitasyon	1	16.7
			Anksiyete belirti ve bulguları	1	16.7
Adli Tıp	6	1.1	Diğer nedenler	6	100.0
Dermatoloji	2	0.4	Depresif belirti ve bulgular	1	50.0
			Anksiyete belirti ve bulguları	1	50.0
			Depresif belirti ve bulgular	33	19.3
Cerrahi Bölümler	171	31.7	Ajitasyon	28	16.4
			Deliryum	25	14.6
			Anksiyete belirti ve bulguları	24	14.0
			Diğer nedenler	14	8.2
			Anksiyete belirti ve bulguları	14	29.8
Ortopedi	47	8.7	Deliryum	10	21.3
			Depresif belirti ve bulgular	10	21.3
			Ajitasyon	13	36.1
Beyin ve Sinir Cerrahisi	36	6.7	Neden belirtilmeksizin psikiyatrik değerlendirme talebi	7	19.4
			Deliryum	4	11.1
			Depresif belirti ve bulgular	6	17.6
Genel Cerrahi	34	6.3	Deliryum	6	17.6
			Ajitasyon	6	17.6
			Depresif belirti ve bulgular	7	28.0
Kadın Hastalıkları ve Doğum	25	4.6	Psikiyatrik tedavinin düzenlenmesi talebi	4	16.0
			Ajitasyon	3	12.0
			Depresif belirti ve bulgular	4	36.4
Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi	11	2.0	Anksiyete belirti ve bulguları	3	27.3
			Diğer nedenler	2	18.2
			Uyku bozukluğu	5	50.0
Kulak Burun Boğaz Hastalıkları	10	1.9	Depresif belirti ve bulgular	1	10.0
			Konversiyon belirti ve bulguları	1	10.0
			Depresif belirti ve bulgular	2	40.0
Üroloji	5	0.9	Deliryum	2	40.0
			Diğer nedenler	1	20.0
			Anksiyete belirti ve bulguları	2	100.0
Göz Hastalıkları	2	0.4	Anksiyete belirti ve bulguları	2	100.0
Anestezi ve Reanimasyon	1	0.2	Deliryum	1	100.0
			Özkiyim girişimi	47	34.3
			Ajitasyon	24	17.5
			Psikotik belirti ve bulgular	17	12.4
			Depresif belirti ve bulgular	14	10.2
Acil Tıp Hizmetleri	137	25.4	Anksiyete belirti ve bulguları	8	5.8

lerine göre herhangi bir ruhsal bozukluk saptanmadı (Tablo 4).

Konsültasyon istenen hastaların birincil rahatsızlıklarının tanı dağılımı ise sırasıyla kas - iskelet sistemi hastalıkları (%17.4), ruhsal bozukluklar (%15.0), onkolojik hastalıklar (%14.1) ve özkıyım girişimiydi (%12.2). Ruhsal bozukluklar ve özkıyım girişimleri hariç tutulduğunda sıralamada öne çıkan diğer birincil rahatsızlıkların nörolojik hastalıklar (%11.1) ve kardiyovasküler sistem hastalıkları (%6.3) olduğu görüldü (Tablo 5). Tablo 5'te ayrıca birincil tanılara göre konsültasyon istem nedenleri ve değerlendirme sonrasında konulan DSM tanıları da yer aldı. Bu tabloya göre birincil tanıların çeşitliliği çok geniş bir aralıkta konsültasyon istenmesine ve sonuç olarak da geniş bir aralıkta ruhsal bozukluk tanısı konulmasına yol açtı. Konsültasyon istem nedenleri en sık deliryum, ajitasyon, depresif belirti ve bulgular ve anksiyete belirti ve bulgularıyla ilişkiliydi. Tüm birincil tanı grupları dikkate

alındığında sıklıkla deliryum ve depresif bozukluk tanılarının öne çıktığı görüldü. Ayrıca önemli bir grup olguda ruhsal bozukluk tanısı konulmaması da diğer bulguydu.

TARTIŞMA

Bu çalışmada bir üniversite hastanesi ruh sağlığı ve hastalıkları kliniğinden bir yıllık süre içerisinde istenilen konsültasyonların sıklık ve dağılımı ve sonuçların şimdiye kadar Türkiye'de yapılmış diğer çalışmalara ne oranda benzediği araştırılmıştır.

Daha önceki çalışmalarda Türkiye'de ruh sağlığı ve hastalıkları bölümünden %1.37-2.80 aralığında konsültasyon istendiği bildirilmiştir (4, 11). Mevcut çalışma sonucu da bu aralıkla uyumlu bir sıklık (%2.15) olduğunu göstermiştir. Bu sıklık dünyadan bildirilen sonuçlarla da uyumludur (9-10, 12-14).

Tablo 3. Konsültasyon istem nedenleri ve konsültasyon sonrası konulan DSM 5 tanıların sıklık ve dağılımı.

İstem Nedeni	Sayı	Yüzde	Konsültasyon Sonrası Konulan DSM 5 Tanısı	Sayı	Yüzde
Ajitasyon	83	15.4	Deliryum	28	33.7
			Ruhsal bozukluk yok	11	13.3
			Depresif Bozukluklar	8	9.6
Depresif belirti ve bulgular	79	14.7	Depresif Bozukluklar	32	40.5
			Ruhsal bozukluk yok	17	21.5
			Travma ve Stresle İlişkili Bozukluklar	8	10.1
Özkıyım girişimi	66	12.2	Tanı ertelendi / Yetersiz değerlendirme	22	33.3
			Depresif Bozukluklar	20	30.3
			Travma ve Stresle İlişkili Bozukluklar	5	7.6
Anksiyete belirti ve bulguları	57	10.6	Depresif Bozukluklar	16	28.1
			Anksiyete Bozuklukları	14	24.6
			Ruhsal bozukluk yok	9	15.8
Deliryum	53	9.8	Deliryum	40	75.5
			Ruhsal bozukluk yok	4	7.5
			Şizofreni ve Diğer Psikotik Bozukluklar	3	5.7
Uyku bozukluğu	35	6.5	Depresif Bozukluklar	10	28.6
			Ruhsal bozukluk yok	8	22.9
			Anksiyete Bozuklukları	6	17.1
Neden belirtilmeksizin psikiyatrik değerlendirme talebi	34	6.3	Ruhsal bozukluk yok	8	23.5
			Deliryum	7	20.6
			Depresif Bozukluklar	5	14.7
Psikiyatrik tedavinin düzenlenmesi talebi	31	5.8	Şizofreni ve Diğer Psikotik Bozukluklar	7	22.6
			Bipolar Bozukluklar	5	16.1
			Depresif Bozukluklar	5	16.1
Psikotik belirti ve bulgular	24	4.5	Şizofreni ve Diğer Psikotik Bozukluklar	13	54.2
			Alkol ve Madde Kullanım Bozuklukları	3	12.5
			Bipolar Bozukluklar	2	8.3
Konversiyon belirti ve bulguları	20	3.7	Bedensel Belirti Bozukluğu ve İlişkili Bozukluklar	7	35.0
			Ruhsal bozukluk yok	5	25.0
			Depresif Bozukluklar	4	20.0
Madde kullanımıyla ilişkili olarak	11	2.0	Alkol ve Madde Kullanım Bozuklukları	10	90.9
			Ruhsal bozukluk yok	1	9.1
			Ruhsal bozukluk yok	14	30.4
Diğer nedenler	46	8.5	Deliryum	9	19.6
			Obsesif Kompulsif Bozukluk ve İlişkili Bozukluklar	7	15.2

Tablo 4. Konsültasyon sonrası konulan birincil psikiyatrik tanıların sıklık ve dağılımı

Birincil DSM 5 Tanısı	Sayı	Yüzde
Depresif Bozukluklar	105	19.5
Ruhsal bozukluk yok	103	19.1
Deliryum	98	18.2
Şizofreni ve Diğer Psikotik Bozukluklar	40	7.4
Anksiyete Bozuklukları	33	6.1
Travma ve Stresle İlişkili Bozukluklar	32	5.9
Tanı ertelendi / Yetersiz değerlendirme	26	4.8
Bipolar Bozukluklar	24	4.5
Alkol ve Madde Kullanım Bozuklukları	23	4.3
Obsesif Kompulsif Bozukluk ve İlişkili Bozukluklar	15	2.8
Bedensel Belirti Bozukluğu ve İlişkili Bozukluklar	12	2.3
Demans	9	1.7
Kişilik Bozuklukları	7	1.3
Yıkıcı Bozukluklar, Dürtü Denetimi ve Davranım Bozuklukları	6	1.1
Dissosiyatif Bozukluklar	4	0.7
Mental Retardasyon	2	0.3

Konsültasyon isteyen bölümlerin dahili branş, cerrahi branş veya acil tıp olarak ayrıldığı Türkiye'den çalışmalar, dahili branşların görece daha yüksek oranda konsültasyon istediğini (%35.3-70.6) göstermiştir (24, 42). Cerrahi branşlar için bu aralık %19.4-51.5 arasında, acil tıp polikliniği içinse %13.6-35.0 arasında değişmektedir (23-24,32). Mevcut çalışmanın sonuçları da her üç aralıkla uyumludur. Mevcut çalışmada bölüm bazında yapılan incelemeye göre en sık konsültasyon isteyen bölümlerin acil tıp polikliniği, iç hastalıkları ve ortopedi olduğu saptanmıştır. Bu sonuçlar da Türkiye'den çalışmalarda bildirilen aralıklarla (iç hastalıkları için %10.5-45.5, ortopedi için %9.5-12.0) büyük oranda uyumludur (6, 9, 30, 33). Ancak Türkiye'den çalışmalar özellikle cerrahi branşları bir bütün olarak değerlendirme eğiliminde olduğundan ortopedi bölümüne özgül sıklık bildirimleri tam bir karşılaştırma yapmak için yetersizdir. Branşlar ve bölüm bazında değerlendirmelerdeki bu denli geniş aralıklar, çalışılan popülasyonlar, veri toplama ve raporlamadaki farklılıklardan ileri gelmektedir. Konsültasyon isteyen bölümlere dair bu sonuçlar bölümlerin özelinde ruh sağlığı ve hastalıkları klinikleriyle farklı gereksinimler nedeniyle temasa geçildiğini, dolayısıyla bu bölümlere has KLP eğitimlerinin içeriğinin de değişkenlik göstermesi gerektireceğini düşündürmektedir. Böylelikle acil tıp hizmetlerinde karşılaşılan ruhsal bozukluklar ile dahili veya cerrahi bölümlerde karşılaşılan durumların ayrı gereksinimlere işaret ettiği de vurgulanabilmiş olacaktır.

Mevcut çalışmada konsültasyon istenme nedenleri incelendiğinde ajitasyon, depresif belirti ve bulgular ve özkıyım girişimlerinin önde geldiği görülmüştür. Daha önceki çalışmalarla kıyaslandığında konsültasyon istenme nedenlerinin ajitasyon için %12.8-54.4, depresif belirti ve bulgular için %13.0-24.5 ve özkıyım girişimi için %14.0-35.5 aralığında olduğunu göstermiştir (18,21,23-24, 26). Çalışmanın sonuçları da bu aralıklarla özkıyım girişimleri hariç uyumludur. Ancak özkıyım girişimleri bu çalışmada daha düşük saptanmıştır. Türkiye'den yapılmış çalışmalarda elde edilen sonuçlar farklı konsültasyon istenme nedenleri için geniş aralıklar vermiştir. Bu sonuçlarda araştırmanın yürütüldüğü popülasyonların çeşitliliği büyük pay sahibidir. Konsültasyon istemlerine dair mevcut sonuçlar diğer tıp branşlarındaki meslektaşlarımızın ruhsal bozuklukları doğru tanıyamadıklarını ya da konsültasyon isteminde bulunurken uygun terminolojiyi kullanmadıklarını göstermektedir. Nitekim yakın tarihli bir çalışmanın sonuçları da konsültasyonu isteyen hekimin psikiyatrik dili bilmemesi, bilgi eksikliği ve / veya iş yoğunluğu gibi nedenlerle konsültasyon istemlerinin anlaşılır olmasını güçleştirdiğini vurgulamıştır (45). Öte yandan madde kullanımı, deliryum ya da psikotik belirti ve bulguların ruh sağlığı ve hastalıkları dışındaki meslektaşlarımızca daha yüksek doğrulukla tespit ediliyor olması da bu durumların diğer ruhsal bozukluklara kıyasla görece ayrı bir noktada yer almaları, normal ruh sağlığı kavramından daha fazla sapmaları ile açıklanabilir. Anksiyete - depresyon gibi daha fazla uzmanlık gerektiren belirti kümelerinin ayırımında zorlanması ise psikiyatri eğitimine dair eksiklikleri gün yüzüne çıkarmaktadır. Bu durum tıp fakültesi müfredatında psikiyatrik kavramlara daha fazla vakit ayrılmasının gerekliliği kadar mesleğimizin bir gerekliliği olarak sürekli eğitimin eksikliklerine de işaret etmektedir. Ayrıca konversiyon belirti ve bulguları nedeniyle konsülte edilen hastaların dörtte birinde herhangi bir ruhsal bozukluk saptanmamış olması meslektaşlarımızın ruhsal belirti ve bulgulardan kaynaklandığı izlenimini edindikleri olgularda yeterli bir tıbbi/nörolojik incelemeye vakit ayırmadıklarına ya da vakit darlığı nedeniyle bu olguları öncelikle ruhsal durum muayenesine yönlendirdiklerine dair bilgi vermektedir. Benzer şekilde özgül bir neden ifade etmeyen konsültasyon istem metinlerinin ardından yapılan ruhsal değer-

Tablo 5. Konsültasyon istenen hastalardaki birincil tanıların, bu tanılara göre konsültasyon istem nedenlerinin ve konsültasyon sonrası konulan DSM 5 tanıların sıklık ve dağılımı.

Birincil Tanı Grubu	Sayı	Yüzde	Konsültasyon İstem Nedeni		Konsültasyon Sonrası Konulan DSM 5 Tanısı		Sayı	Yüzde
			Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde		
Kas – İskelet Sistemi Rahatsızlıkları	94	17.4	Anksiyete belirti ve bulguları	24	25.5	Deliryum	22	23.4
			Depresif belirti ve bulgular	22	23.4	Ruhsal bozukluk yok	21	22.3
			Deliryum	12	12.8	Depresif Bozukluklar	15	16.0
Ruhsal Bozukluklar	81	15.0	Ajitasyon	22	27.2	Şizofreni ve Diğer Psikotik Bozukluklar	15	18.5
			Psikotik belirti ve bulgular	14	17.3	Bipolar Bozukluklar	15	18.5
			Depresif belirti ve bulgular	14	17.3	Depresif Bozukluklar	15	18.5
Onkolojik Rahatsızlıklar	76	14.1	Uyku bozukluğu	16	21.1	Ruhsal bozukluk yok	20	26.3
			Depresif belirti ve bulgular	15	19.7	Deliryum	19	25.0
			Deliryum	15	19.7	Depresif Bozukluklar	12	15.8
Özkıyım Girişimi	66	12.2	Özkıyım girişimi	56	84.8	Tanı ertelendi / Yetersiz değerlendirme	22	33.3
			Neden belirtilmeksizin psikiyatrik değerlendirme talebi	3	4.5	Depresif Bozukluklar	20	30.3
			Madde kullanımıyla ilişkili olarak	3	4.5	Travma ve Stresle İlişkili Bozukluklar	5	7.6
Nörolojik Hastalıklar	60	11.1	Depresif belirti ve bulgular	15	25.0	Depresif Bozukluklar	18	30.0
			Anksiyete belirti ve bulguları	11	18.3	Anksiyete Bozuklukları	14	23.3
			Konversiyon belirti ve bulguları	11	18.3	Ruhsal bozukluk yok	9	15.0
Kardiyovasküler Sistem Rahatsızlıkları	34	6.3	Ajitasyon	11	32.4	Deliryum	15	44.1
			Diğer nedenler	6	17.6	Depresif Bozukluklar	5	14.7
			Anksiyete belirti ve bulguları	5	14.7	Ruhsal bozukluk yok	4	11.8
Solunum Sistemi Rahatsızlıkları	27	5.0	Depresif belirti ve bulgular	4	14.8	Depresif Bozukluklar	8	29.6
			Ajitasyon	4	14.8	Deliryum	8	29.6
			Psikiyatrik tedavinin düzenlenmesi talebi	4	14.8	Ruhsal bozukluk yok	3	11.1
Endokrinolojik Rahatsızlıklar	25	4.6	Ajitasyon	5	20.0	Deliryum	8	32.0
			Neden belirtilmeksizin psikiyatrik değerlendirme talebi	4	16.0	Ruhsal bozukluk yok	6	24.0
			Diğer nedenler	3	12.0	Şizofreni ve Diğer Psikotik Bozukluklar	2	8.0
Dermatolojik Rahatsızlıklar	21	3.9	Depresif belirti ve bulgular	5	23.8	Ruhsal bozukluk yok	5	23.8
			Diğer nedenler	5	23.8	Obsesif Kompulsif Bozukluk ve İlişkili Bozukluklar	5	23.8
			Anksiyete belirti ve bulguları	3	14.3	Depresif Bozukluklar	3	14.3
Cerrahi Rahatsızlıklar*	20	3.8	Depresif belirti ve bulgular	3	15.0	Depresif Bozukluklar	5	25.0
			Deliryum	3	15.0	Travma ve Stresle İlişkili Bozukluklar	4	20.0
			Psikiyatrik tedavinin düzenlenmesi talebi	2	10.0	Deliryum	4	20.0
Gastrointestinal Sistem Rahatsızlıkları	15	2.8	Diğer nedenler	8	53.3	Ruhsal bozukluk yok	6	40.0
			Psikiyatrik tedavinin düzenlenmesi talebi	4	26.7	Depresif Bozukluklar	4	26.7
			Uyku bozukluğu	2	13.3	Deliryum	3	20.0
Diğer**	20	3.8	Psikotik belirti ve bulgular	6	30.0	Ruhsal bozukluk yok	7	35.0
			Psikiyatrik tedavinin düzenlenmesi talebi	4	20.0	Depresif Bozukluklar	6	30.0
			Diğer nedenler	4	20.0	Alkol ve Madde Kullanım Bozuklukları	2	10.0

*Ürolojik rahatsızlıklar, obstetrik ve jinekolojik rahatsızlıklar, **Enfeksiyon Hastalıkları, Hematolojik Rahatsızlıklar, Genel Sistemik Rahatsızlıklar

lendirmelerde olguların neredeyse dörtte birinde herhangi bir ruhsal bozukluk saptanmamış olması da meslektaşlarımızın yoğun çalışma tempoları içerisinde yüzeysel bir değerlendirmenin ardından konsültasyon istediklerini göstermektedir. Bu bulguların gösterdiği bir diğer ilginç bulgu da deliryum saptanan olguların beşte birinde meslektaşlarımızın net bir konsültasyon istem nedeni belirtmemiş olmalarıdır. Bir diğer ilginç bulgu ajitasyon nedeniyle konsülte edilen hastaların %13.3'ünde herhangi bir ruhsal bozukluk saptanmamış olmasıdır. Meslektaşlarımız bazen sadece ağrısı olan, bir isteğini dile getirmeye çalıştığı halde yeterince dinlenmeyen, kısa süreli bir öfke tepkisi gösteren veya tedavi önerilerini detaylıca sorgulayan hastaları ajite olarak niteleyebilmektedir. Bu

nedenle gereksiz yere ruh sağlığı ve hastalıkları konsültasyonları istenmekte, hatta ruh sağlığı hekimlerinin çatışmalı bu durumlarda çözüm yolu bulan taraf olmasını beklemektedirler. Bu durum da KLP uygulamalarının doğrudan parçası olmayan bu tür gereksinimlerin meslektaşlarımızca yeterince anlaşılmadığına dair bir saptamadır. Yine bu çalışmada ruh sağlığı ve hastalıkları uzmanlarının yaptığı değerlendirmelerde karşılaştıkları olgulara sıklıkla bir DSM tanısı koydukları veya olguda değerlendirme anında bir ruhsal bozukluk tespit edilmediğine dair görüş bildirdikleri görülmektedir. Bu bulguya karşıt olan tek konsültasyon istem nedeni özkıyım girişimleridir. Ruh sağlığı ve hastalıkları uzmanları olguların yarısında bir tanı koymaktan kaçınmış, uygun değerlendirme

koşulları sağlanıncaya kadar ya da gerekli tıbbi değerlendirmeler tamamlanana kadar tanı koymayı ertelemişlerdir. Özkıyım girişimi gibi hayati tehlikeyle sonuçlanabilecek bir davranışın ardından detaylı bir ruhsal değerlendirme gereksinimi bu sonuçları açıklamak için kullanılabilir.

Bu çalışmada en sık konulan ruhsal bozukluk tanılarının sıklığı önceki çalışmalarda bildirilen sıklıklarla (depresif bozukluklar için %9.0-44.6, deliryum için %6.4-41.7) uyumludur (22,25,30,35). Herhangi bir ruhsal bozukluk tanısı almayan hastalar için istenen konsültasyon sıklıkları da daha önceden bildirilmiş olan %14.0-46.2 sıklık aralığıyla uyumludur (6,27). Tanı dağılımlarındaki bu geniş aralıkları popülasyonların farklılığı kadar tanı koyma sistemlerindeki değişiklikler de etkilemiş olabilir. Konsültasyon istenmesinden sonra herhangi bir ruhsal bozukluk tanısı konulmayan hastaların neredeyse tüm konsültasyon istemlerinin beşte birine karşılık geliyor olması diğer tıp branşlarında patolojik ruhsal durum belirtilerinin tanınmasında bir yetersizlik olduğuna işaret etmektedir. Diğer tıp alanlarındaki meslektaşlarımız ruhsal açıdan normal olan ile patolojik olanı ayırt etmekte zorlanıyor gibi görünmektedirler. Bu sonuca dair bir diğer açıklama ise meslektaşlarımızın yoğunlukları içerisinde detaylı bir sorgulama yapmaya vakit ayıramıyor olmaları olabilir. Hasta değerlendirme ve muayene sürelerindeki yetersizlikler detaylı öykü alma sonrası patolojiyi düşündüren kimi yakınmaların dışlanabilmesine engel teşkil ediyor olabilir. Bu durum ayrıca başvuran olguların aynı zamanda bir ruh sağlığı uzmanıyla görüşme taleplerini meslektaşlarımızın geri çeviremiyor olmalarıyla da ilişkili olabilir. Bu nedenle gereksiz konsültasyon istemleri ortaya çıkmakta ve ruh sağlığı uzmanları için de zaten kısıtlı olan zaman ve enerjinin gereksiz yere harcanmasına neden olmaktadır. Meslek içi eğitim programları ile ruh sağlığı açısından patolojik durumların meslektaşlarımıza yeniden ve daha iyi şekilde tanıtılması ortaya çıkan bu sorunu da kısmen düzeltebilir.

Türkiye'de yapılmış çalışmaların büyük kısmında hastaların birincil tanılarının dikkate alınmadığı fark edilmektedir. Mevcut çalışmada birincil ruhsal bozukluklar ve özkıyım girişimleri hariç tutulduğunda diğer çalışmalarda ön planda saptanan

bedensel rahatsızlıklar için bildirilmiş olan sıklıklarla kıyaslamak bu nedenle tam olarak mümkün olamamıştır. Ancak özellikle kronik bedensel rahatsızlıklar için bildirilmiş olan %19.1-43.1 aralığı dikkate alınırsa mevcut çalışma sonuçlarının bu aralıkla da uyumlu olduğu görülmüştür (24,42). Bundan sonra yapılacak çalışmalarda birincil bedensel rahatsızlıkların da kaydedilmesi karşılaştırmalar açısından yararlı olacaktır. Mevcut çalışma sonuçlarına birincil tanıların özelinde bakılacak olursa, örneğin dermatolojik rahatsızlığı olan olgularda diğer birincil tanı gruplarında sıklıkla ön plana çıkmayan obsesif kompulsif bozukluk ve ilişkili bozukluklar tanısının konulduğu görüldü. Bu sonuçta dermatoloji kliniklerine başvuran olgularda hem bulaş - temizleme tipi obsesif kompulsif bozukluğun, hem de beden dismorfik bozukluğu gibi komorbiditelerin daha sık görülmesi etken olabilir. Bu bulgular birincil tanılara özgül olarak konsültasyon istemlerinin ve sonrasında konulan ruhsal bozuklukların değişkenlik arz ettiğini göstermektedir. Bu değişkenlik birincil tanıların özelinde dikkate alınması gereken KLP uygulamalarının da değişeceğini düşündürmektedir. Nitekim KLP uygulamaları da tıbbın her uygulamasında olduğu gibi oldukça dinamik bir yapıya sahiptir ve gerekli durumlarda hastaya özel ve esnek bir yaklaşımın gerekliliğinin altını çizmektedir.

Çalışmamızın kısıtlılıkları arasında retrospektif bir tasarıma sahip olması, birincil tanı grupları ve DSM tanılarının elektronik hasta kayıtlarından elde edilmiş olması, her iki tanı grubunun da rahatsızlıkların her biri için daha özgül bir tanıya indirgenemiyor oluşu, ajitasyon gibi bazı istem nedenlerinin sınıflandırılması sırasında görüş birliği aranmasına rağmen hataların olma olasılığı sayılabilir. Öte yandan bu çalışma Türkiye'de bugüne kadar yapılmış konsültasyon çalışmalarını bir noktada toplaması, birincil tanılara eşlik eden ruhsal bozuklukları detaylıca tanımlanması, konsültasyon istem nedenleri ve sonrasında konan ruhsal bozukluk tanıları arasındaki tutarlılığın incelenmesi ve KLP uygulamalarında karşılaşılan sorunların olası neden ve çözüm yollarına yer vermesi gibi güçlü yönleri sahiptir ve alan yazına bahsedilen bu eksiklikleri kapatacak sonuç ve öneriler sunmaktadır.

Bütün bu çalışmalar göz önüne alındığında KLP

uygulamalarının tıbbın diğer branşlarındaki meslektaşlarımızla ilişkilerimizde önemli bir yer kapladığı, özellikle depresif bozukluklar, deliryum ve özkıyım girişimleri açısından bu bölümlerde görev yapan sağlık çalışanları için doğru tanı ve yönlendirme için bu alanlardaki eğitimlere ağırlık verilmesinin gerektiği, tıp fakültesindeki eğitim müfredatında patolojik olanla olmayan ruhsal durum belirti ve bulgularının ayırt edilmesine daha fazla vakit ayrılmasının uygun olacağı sonuçlarına ulaşılabilir. Ayrıca bu çalışma sonuçları özellikle özkıyım girişiminde bulunan, deliryum tablosu gelişen veya ajite olan hastalara temel yaklaşımın KLP hizmetleri ile yaygınlaştırılmasının ne denli önemli olduğunu bir kere daha vurgulamıştır. Bu bağlamda Türkiye'de de yurtdışında örneği bulunan KLP yan dal eğitiminin gündeme gelmesinin

tartışılmasının uygun olacağı düşünülmektedir.

Yazışma adresi: Doç. Dr. Sedat Batmaz, Gaziosmanpaşa Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Psikiyatri Anabilim Dalı, Tokat, Türkiye sedat.batmaz@gmail.com

*Bu çalışmanın sonuçlarının bir kısmı daha önce Türkiye Psikiyatri Derneği'nin 04-07.05.2016 tarihleri arasında Çeşme, İzmir'de düzenlediği 20. Yıllık Toplantı ve Klinik Eğitim Sempozyumu'nda poster bildiri olarak sunulmuştur.

KAYNAKLAR

1. Özkan S. Konsültasyon liyezon psikiyatrisi: Hastalıktan hayata biyolojik-psikolojik adaptasyon. 40. Ulusal Psikiyatri Kongresi Tam Metin Kitabı 2004; 112-113.
2. Aktepe E, Kocaman O, Işık A, Eroğlu FÖ. Bir Üniversite Hastanesinde İstene Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Konsültasyon Hizmetlerinin Değerlendirilmesi. TAF Prev Med Bull 2013; 12:539-544.
3. Gürçay E, Ayhan N, Gümüşok S, Ekşioğlu E, Tamkan U, Çakıcı A. Fizik tedavi rehabilitasyon hastalarında konsültasyon liyezon psikiyatri değerlendirilmesi. FTR Bil Der 2008; 11:124-128.
4. Canan F, Koçer E, İcmeli C, Özçetin A, Ataoğlu A. Bir üniversite hastanesinde yatan hastalar için istenen psikiyatri konsültasyonlarının değerlendirilmesi. Düzce Tıp Fakültesi Dergisi 2008; 1:22-27.
5. Onur E, Yemez B, Polat S, Gürz NY, Cimilli C. Konsültasyon liyezon psikiyatrisi uygulamaları ve farmakoterapi tercihlerindeki değişim. Klinik Psikofarmakoloji Bülteni 2007; 17:167-173.
6. Sertöz ÖÖ, Doğanavşargil GÖ, Noyan MA, Altıntoprak E, Elbi H. Bir üniversite hastanesi konsültasyon liyezon servisinde psikiyatrik hastalıkların psikiyatri dışı diğer hekimlerce doğru tanıma oranları. Klinik Psikofarmakoloji Bülteni 2008; 18:288-295.
7. Mayou R, Huyse F, European Consultation Liaison Workgroup. Consultation-liaison psychiatry in Western Europe. Gen Hosp Psychiatry 1991; 13:188 -208.
8. Özkan S. Psikosomatik Tıp ve Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi. Temel ve Klinik Psikiyatri içinde. Editör: Karamustafahoğlu KO. Ankara, Güneş Tıp Kitabevleri, 2018, pp. 975-986.
9. Anderson C, Tauch D, Quanta A. Diagnosis and Treatment Procedures for Patients With Anxiety Disorders by the Psychiatric Consultation Liaison Service in a General Hospital in Germany: A Retrospective Analysis. Prim Care Companion CNS Disord. 2015; 17. doi: 10.4088/PCC.15m01805
10. Zeppego P, Gragmaglia C, Castello LM, Bert F, Gualano MR, Ressico F, Coppola I, Avanzi GC, Siliquini R, Torre E. Suicide attempts and emergency room psychiatric consultation. BMC Psychiatry 2015; 15:13. doi: 10.1186/s12888-015-0392-2
11. Köroğlu A, Çelik FH, Aslan M, Hocaoğlu Ç. Bir eğitim hastanesinde psikiyatri konsültasyon hizmetlerinin değerlendirilmesi. Klinik Psikiyatri 2011; 14:44-50.
12. Diefenbacher A, Strain JJ. Consultation-liaison psychiatry: stability and change over a 10-year-period. Gen Hosp Psychiatry 2002; 24:249-256.
13. Hales RE, Polly S, Bridenbaugh H, Orman D. Psychiatric consultations in a military hospital: a report on 1065 cases. Gen Hosp Psychiatry 1986; 8:173-182.
14. Grover S, Sarkar S, Avasthi A, Malhotra S, Bhalla A, Varma SK. Consultation-liaison psychiatry services: Difference in the patient profile while following different service models in the medical emergency. Indian J Psychiatry. 2015; 57:361-366.
15. Açar Yıldızoğlu Ç, Yıldızoğlu E, Taş Hİ. Bir Üniversite Hastanesi'nde Psikiyatri Konsültasyonlarının Değerlendirilmesi. Türk Psikiyatri Dergisi 2017; 28(Supplement 2): 127.
16. Akpınar K, Özdel Oİ. Özkıyım Girişiminde Bulunan Bireylerin Sosyodemografik ve Klinik Özelliklerinin İncelenmesi. Türk Psikiyatri Dergisi 2017; 28(Supplement 2): 97.
17. Aslan S, Candansayar S, Coşar B, Işık E. Bir Üniversite Hastanesinde Bir Yıl Süresince Gerçekleştirilen Psikiyatrik Konsültasyonların Değerlendirilmesi. Yeni Symposium 2003; 41 : 31-38.
18. Aslan Ş, Ateşçi F. Bir Üniversite Hastanesinde Yatan Hastalardan İstene Psikiyatri Konsültasyonlarının Geriye Dönük İncelenmesi. Türk Psikiyatri Dergisi 2017; 28(Supplement 2): 74-75.
19. Baral I, Enderer M, Gök Ş, Özkan S. Konsültasyon-Liyezon Psikiyatrisi Yönünden Psikiyatri Dışı Kliniklerde Değerlendirilen Deliryum Olguları. Nöropsikiyatri Arşivi 1995; 32: 32-36.

20. Başpınar E, Selvi Y. Bir Üniversite Hastanesi Acil Servisine 2014-2017 Yılları Arasında Başvuran ve Psikiyatri Birimi Tarafından Değerlendirilen Olguların Sosyodemografik ve Klinik Özelliklerinin İncelenmesi. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2017; 28(Supplement 2): 77.
21. Baz F, Akça E, Şenkal Z, Kuşçu MK. Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Acil Servisi'nden İstene Psikiyatri Konsültasyonlarının Zamansal Özellikleri. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2016; 27(Supplement 1): 35.
22. Çam B, Gülpek D, Mete L. Bir Eğitim Araştırma Hastanesinde Yatan Hastalar İçin İstene Psikiyatri Konsültasyonlarının Değerlendirilmesi. *Güncel Psikiyatri ve Psikonörofarmakoloji* 2012; 2:15-20.
23. Göktaş K, Yılmaz E, Kaya N, Akman C. Bir Eğitim Hastanesinde İstene Psikiyatri Konsültasyonlarının Değerlendirilmesi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2006; 7:27-32.
24. Güneysu İ, Akpınar Aslan E, Batmaz S. Bir Üniversite Hastanesinde İstene Psikiyatri Konsültasyonlarındaki Deliryum Olgularının Değerlendirilmesi. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2017; 28(Supplement 2): 88.
25. Keyvan A, Topçuoğlu V, Gönentür AG, Kuşçu MK, Yazgan İÇ, Fıstıkçı N. Psikiyatri Konsültasyonu İstene Geriatrik Hastaların Özellikleri: Geriye Dönük Karşılaştırmalı Bir Çalışma. *Düşünen Adam: Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi* 2010; 23:109-114.
26. Kılıç EK, Çınar RK, Sönmez MB, Görgülü Y. Bir Üniversite Hastanesinde Yatan Hastalardan İstene Psikiyatrik Konsültasyonların Değerlendirilmesi. *Klinik Psikiyatri Dergisi* 2016; 19: 194-201.
27. Kılınçel Ş, Kılınçel O, Karadem F, Atasayar G, Demir A, Akkaya C. Bir Üniversite Hastanesinde Epilepsi Polikliniğinden İstene Konsültasyonların Değerlendirilmesi. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2017; 28(Supplement 1): 15-16.
28. Kora K, Akçalar NY, Yücel B, Bahadır G, Akkaş S. Psikiyatrik Konsültasyon ile Değerlendirilen Hastalardaki Depresif Belirtilerin Konsültasyon İstene ve Psikiyatrik Tanı sürecine Etkileri. *Nöropsikiyatri Arşivi* 1999; 36:159-163.
29. Kulaksızoğlu IB, Kaçmaz N, Akkaş S, Özkan S. Akut Konfüzyonel Durum: Konsültasyon-Liyezon Psikiyatrisi Uygulaması. *Psikiyatri Psikoloji PsikoFarmakoloji (3P) Dergisi* 1999; 7:125-130.
30. Kuloğlu M, Tezcan AE, Ülkeröğlu F, Çulha F. Bir Üniversite Hastanesinde İstene Psikiyatri Konsültasyonları. *Düşünen Adam: Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi* 1996; 9:13-17.
31. Kuloğlu M, Çayköylü A, Akyol ES, İbiloğlu A, Yılmaz E. Bir Eğitim Hastanesinde İstene Psikiyatri Konsültasyonlarının Değerlendirilmesi. *Kriz Dergisi* 2008; 16:19-23.
32. Kurt M, M ÇÖ, Sevinçok L. Üniversite Hastanesinde 1 Yıl İçinde İstene Psikiyatri Konsültasyonlarının Değerlendirilmesi. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2016; 27(Supplement 2): 81-82.
33. Küçükçoban O, Aysevener BE. Psikiyatri Konsültasyonlarında Deliryumun Değerlendirilmesi. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2014; 25(Supplement 2): 106-107.
34. Özkan M, Özkan S, Kaçmaz N, Akkaş S. Konsültasyon-Liyezon Psikiyatrisi Bilim Dalı'ndan 1995-1996 Yıllarında İstene Konsültasyonların Değerlendirilmesi. *Nöropsikiyatri Arşivi* 1998; 35:77-88.
35. Özmen E, Aydemir Ö. Bir Genel Hastanede İstene Psikiyatri Konsültasyonları. *Nöropsikiyatri Arşivi* 1993; 30:271-275.
36. Sarandöl A, Akkaya C, Eker SS, Kırılı S. Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi Polikliniğinin İlk Bir Yılında İstene Konsültasyonların Değerlendirilmesi. *Türkiye'de Psikiyatri* 2007; 9:26-31.
37. Tuman TC, Çakır U, Arısoy Ö, Yıldırım O. Bir Üniversite Hastanesinde Yatan Hastalardan İstene Psikiyatri Konsültasyonlarının Değerlendirilmesi. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2014; 25(Supplement 2): 57.
38. Uyar B, Gürgen F. Bir Üniversite Hastanesinde Psikiyatri Konsültasyonlarının Değerlendirilmesi. *Klinik Psikiyatri Dergisi* 2015; 18:24-28.
39. Uygur SÇ, Duman B, Kumbasar H. Bir Üniversite Hastanesi Acil Servisine Başvuran Hastaların Retrospektif İncelenmesi. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2016; 27(Supplement 2): 165-166.
40. Ünal A, Bozgeyik Ö, Demir B, Alpak G, Bülbül F, Savaş HA. Bir Üniversite Hastanesinde İstene Psikiyatri Konsültasyonlarının Değerlendirilmesi. *Güncel Psikiyatri ve Psikonörofarmakoloji* 2013; 3:20-23.
41. Yıldız M, Boztepe A, Özcan ME, Karlıdağ R, Özcan C. Psikiyatri Konsültasyonu İstene Hastalarda DSM- IV Dağılımı ve Fiziksel Hastalıklarla İlişkisi. *Düşünen Adam: Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi* 1998; 11:23-26.
42. Yıldız M, Tural Ü, Kesepara C, Aydın M, Etuş H. Fiziksel hastalıklara Eşlik Eden Ruhsal Bozukluklar: Bir Üniversite Hastanesinde Psikiyatri Konsültasyon Sonuçlarının Değerlendirilmesi. *Düşünen Adam: Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi* 2002; 15:21-24.
43. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM 5)*. Arlington, VA, American Psychiatric Association, 2013.
44. World Health Organization. *The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: Clinical descriptions and diagnostic guidelines*. Geneva, World Health Organization, 1992.
45. Bingöl D, Çimen E, Sözeri Varma G. Konsültasyon istemi yapmayı biliyor muyuz? *Türk Psikiyatri Dergisi* 2018; 29(Supplement 1): 55.