

Bir eğitim-araştırma hastanesinde istenen psikiyatri konsültasyonlarının değerlendirilmesi ve psikiyatrik hastalıkların doğru tanınma oranları

Assessment of psychiatric consultations in an educational-research hospital and accuracy rates of recognition of psychiatric diseases

İrem Ekmekci Ertek¹, Hayriye Mihrimah Öztürk²

¹Öğr. Gör. Dr., Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri AD, Ankara, Türkiye <https://orcid.org/0000-0002-7529-7123>

²Dr.Öğr. Üyesi, Ufuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri AD, Ankara, Türkiye <https://orcid.org/0000-0002-4857-931X>

ÖZET

Amaç: Bu çalışmada bir eğitim- araştırma hastanesinde yatan hastalar için istenen psikiyatri konsültasyonlarının değerlendirilmesi ve psikiyatrik hastalıkların diğer hekimler tarafından doğru tanınma oranlarının incelenmesi amaçlanmıştır. **Yöntem:** 01/04/2016 – 01/10/2016 tarihleri arasında Ankara Numune Eğitim Araştırma Hastanesi acil servis dışındaki bölümlerde yatarak tedavi gören ve psikiyatri konsültasyonu istenen hastalar geriye dönük olarak taranmıştır. **Bulgular:** Bu süre içinde Ankara Numune Hastanesi'ne acil servis ve psikiyatri servisi dışında 27457 hasta yatmış ve toplamda 544 (% 1.9) psikiyatri konsültasyonu istenmiştir. Psikiyatri konsültasyonları en sık ajitasyon nedeni ile istenmiş olup (%17.5); %16.9'unda ise herhangi bir neden belirtilmemiştir. Anksiyete (%8.3), ilaç tedavisinin düzenlenmesi (%6.1), deliryum (%5.5), uyku sorunları (%5.3) ve nakil öncesi değerlendirme (%4.4) de sık görülen diğer konsültasyon nedenleri arasındadır. En yüksek psikiyatrik konsültasyon isteme oranı kemik iliği transplantasyon ünitesinde olup (%21) onu enfeksiyon hastalıkları (%9.6), yoğun bakım (%9.5) ve fizik tedavi (%9.0) izlemektedir. Konsültasyon istenen hastaların %29.4'ünde ruhsal hastalık bulunmamıştır. 149 hastaya (%27.4) anksiyete bozukluğu, 70 hastaya (%12.9) deliryum, 37 hastaya (%6.8) depresyon, 22 hastaya (%4) alkol/ madde kullanım bozukluğu, 20 hastaya psikotik bozukluk (%3.7), 15 hastaya travma ile ilişkili bozukluklar (%2.8), 2 hastaya ise (%0.4) somatizasyon bozukluğu tanısı konmuştur. Psikiyatri tarafından doğrulanma oranı en yüksek olan hastalık deliryum olup (%89.5), ikinci sırada anksiyete bozukluğu (55.6) ve alkol-madde kullanım bozuklukları (%53.3) gelmektedir. **Sonuç:** Bu çalışmada psikiyatri konsültasyonu isteme oranlarının düşük olduğu, deliryumun psikiyatri dışı hekimlerce iyi tanınmasına karşın psikotik bozukluklar ve somatizasyon bozukluklarının yeterince tanınmadığı bulunmuştur.

Anahtar Sözcükler: Konsültasyon, psikiyatrik tanı, yatan hastalar

SUMMARY

Objective: In this study, it was aimed to evaluate the psychiatric consultations required for inpatients in an education-research hospital and to examine the correct recognition rates of psychiatric diseases by other physicians. **Method:** Psychiatric consultations for patients who were hospitalized at Ankara Numune Training and Research Hospital except psychiatry and emergency department had been retrospectively screened between 01/04/2016 - 01/10/2016. **Results:** During this period, 27457 patients were hospitalized in Ankara Numune Hospital apart from the emergency department and psychiatric services, and a total of 544 (1.9%) psychiatric consultations were requested. Psychiatric consultations were most frequently requested with the reason of agitation (17.5%); 16.9% did not specify any reason. Anxiety (8.3%), drug treatment regulation (6.1%), delirium (5.5%), sleep problems(5.3%) and pre-transplant evaluation (4.4%) are other common causes of consultation. The highest rate of psychiatric consultation was in the bone marrow transplant unit (21.0%) followed by infectious diseases (9.6%), intensive care (9.5%) and physical medicine and rehabilitation (9.0%). There was no psychiatric disease in 29.4% of the requested consultations. 149 patients (27.4%), were diagnosed with anxiety disorder, 70 patients (12.9%) with delirium, 37 patients (6.8%) with depression, 22 patients (3.7%) with alcohol / substance use disorder, 20 (3.7%) patients with psychotic disorder, 15 patients (2.8%) with trauma related disorders, and 2 patients (0.4%) were diagnosed with somatization disorder. Delirium had the highest rate of recognition by primary medical care providers (89.5%), followed by anxiety disorders (55.6) and alcohol-substance use disorders (53.3%). **Discussion:** In this study, psychiatric consultation rates were found to be low, psychotic disorders and somatization disorders are not well recognized even though delirium is well known by primary medical care providers.

Key Words: Consultation, psychiatric diagnose; inpatients

(*Klinik Psikiyatri Dergisi* 2019;22:338-346)

DOI: 10.5505/kpd.2019.75046

GİRİŞ

Psikiyatrik belirtiler; doğrudan organik bir hastalığın işareti, kronik fiziksel hastalıkların dolaylı etkileri (depresyon ya da anksiyete belirtileri gibi) olabilir ya da fiziksel hastalıktan tamamen bağımsız bir şekilde hastanede yatış ile ilgili olarak ortaya çıkabilir. Somatoform bozukluklarda ise hastaneye yatışın asıl nedeni psikiyatrik patolojidir (1). Toplumda ruhsal hastalıkların bir aylık prevalansının %16 olduğu belirtilen bir çalışmada fiziksel hastalığı olanlarda bu oranın %21 ila %26 arasında olduğu bildirilmiştir (2). Kronik fiziksel hastalığı olanlarda ise bu oran %40'lara çıkmaktadır (3). Fiziksel hastalığı olanlarda en sık gözlenen psikiyatrik hastalıklar affektif bozukluklar, organik mental bozukluklar, somatoform bozukluklar ve alkol kötüye kullanımı olarak sıralanabilir (4,5). Farklı hasta popülasyonları ile yapılan çeşitli araştırmalarda bu sıralamalar değişebilmektedir. Örneğin, uyum bozukluğu, bilişsel bozukluk, psikotik bozukluk gibi tanılarının sık konulduğunu bildiren çalışmalara literatürde rastlanmaktadır (6,7)

Psikiyatrik ve fiziksel hastalıkların birlikteliğinin hastaneye yatış oranlarında artışla ilişkili olduğu bildirilmiştir (8). Yatan hastalarda görülen psikiyatrik komorbidite, daha uzun yatış süreleri ve artan sayıda girişimlerle ilişkili olarak sağlık harcamalarını arttırmaktadır (9). Bu durum ek olarak işlevselliğin bozulması (10) ile morbidite ve mortalite oranlarının da artmasına neden olmaktadır (11). Konsültasyon- liyezon psikiyatrisinin gelişimi ile hastalara etkili ve zamanında psikiyatrik bakım sağlanmasının, hastanede kalış süresi, tedaviye uyum ve takip sonuçları dahil olmak üzere çeşitli tıbbi ve sosyoekonomik parametreler açısından yararlı olduğu gösterilmiştir (12,13). Bir çalışmada, femur kırığı olan ileri yaş hastalardan psikiyatri konsültasyonu istenenlerin, istenmeyenlere göre hastanede kalma sürelerinin daha kısa olduğu saptanmıştır (14). Benzer şekilde koroner yoğun bakım ünitesinde psikiyatriden konsültasyon istenen hastaların istenmeyenlere göre ölüm oranlarının üç kat daha az olduğu bildirilmiştir (15). Tüm bu bulgular konsültasyon liyezon psikiyatrisinin etkinliğini desteklemesine rağmen; yatan hastalardan psikiyatri konsültasyonu istenme oranı halen 0.72 ile 5.8 arasında

değişmektedir (16).

Psikiyatri dışı hekimler psikiyatrik tanı koyma açısından incelendiğinde; bilişsel bozukluklar ve madde kullanım bozukluklarının büyük oranda doğru tanınmasına karşın, depresyonun %50 oranında doğru tanınmadığı gösterilmiştir (6). Ülkemizde 2008 yılında yapılan bir çalışmada psikiyatri dışı hekimlerce tanınma oranı en yüksek ilk üç hastalığın sırasıyla depresyon, kognitif bozukluklar ve alkol-madde kullanım bozuklukları olduğu belirtilmiştir (17). Yine ülkemizde yakın zamanlı yapılan bir çalışmada ise madde kullanımı, deliryum ön tanısı ya da psikotik belirtiler nedeniyle istenen konsültasyonların tanınma oranının yüksek olduğu; bunun yanında ajitasyon, depresif belirti ve bulgular, anksiyete ve konversiyon belirtileri ile konsültasyon istenen hastaların yarısından fazlasında bu istem nedenlerinin karşılığı olması beklenebilecek ruhsal bozukluk tanılarının tespit edilmediği belirtilmiştir (18). Liyezon psikiyatrisinin önemli işlevlerinden biri olan eğitimin, hekimlerin ruhsal sorunlara karşı farkındalığının artması ve psikiyatrik belirtileri doğru tanınması ile ilişkili olduğu gösterilmiştir (19).

Bu çalışmada bir eğitim araştırma hastanesinde istenen psikiyatri konsültasyonlarının hastaların sosyodemografik özelliklerine, konsültasyon isteyen bölümlere, istem nedenlerine göre dağılımları incelenmiş olup ön tanılar, konsültasyon sonucu konulan psikiyatrik tanılar ve bunların birbiri ile olan tutarlılığının değerlendirilmesi amaçlanmıştır. Böylelikle bir durum saptaması yapılarak buradan hareketle ileriye dönük, konsültasyon- liyezon hizmetlerinin ve gereksinim duyulacak eğitimlerin planlanması hedeflenmiştir.

YÖNTEM

01/04/2016 – 01/10/2016 tarihleri arasında 1140 yatak kapasiteli Ankara Numune Eğitim Araştırma Hastanesi'nin acil servis dışındaki bölümlerinde yatarak tedavi gören ve psikiyatri konsültasyonu istenen vakalar hastane bilgi işlem sistemi üzerinde geriye dönük olarak tarandı. Konsültasyon hizmeti psikiyatri bölümünün konsültasyon biriminde çalışan iki psikiyatri uzmanı tarafından verildi. Tanısal değerlendirme, DSM 5 tanı ölçütlerine

dayanan klinik görüşme ile yapıldı (20). Araştırmada; konsültasyon isteyen bölüm, konsültasyon isteme nedeni, konsültasyon isteyen hekimin ön tanısı, psikiyatri uzmanı tarafından konulan tanı ve bunların tutarlılığı açısından değerlendirmeler yapıldı. Çalışma için Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Etik Kurulu'ndan onay alındı (sayı: E-17-1345).

İstatistiksel Analiz

Elde edilen verilerin bilgisayar ortamında "SPSS 15.0 for Windows" programı ile istatistiksel analizi yapılarak sosyodemografik değişkenler, konsültasyon isteme nedenleri, konsültasyonların kliniklere göre dağılımı ve psikiyatrik tanımlayıcı analizlerle (ortalama, standart sapma ve frekans hesaplamaları) belirtilmiştir. Psikiyatri konsültasyonlarında tanı doğruluğu psikiyatri hekiminin doğruladığı tanıların o tanı için istenen tüm konsültasyonlara oranlanmasıyla hesaplanmıştır.

BULGULAR

Çalışmada 01/04/2016- 01/10/2016 tarihleri arasındaki 6 aylık süre boyunca hastane bilgi işlem sistemindeki notlarına ulaşılabilen 544 konsültasyon araştırma kapsamına alındı. Bu süre içinde Ankara Numune Hastanesi'ne acil servis ve psikiyatri servisi dışında 27457 hasta yatmış ve toplamda 544 hasta için (%1.9) psikiyatri konsültasyonu istenmiştir. Konsültasyon istenen hastaların 245'i (%45) kadın, 299'u (%55) erkekti. Hastaların yaş ortalaması ve standart sapması 51.9 ± 19.1 yıl olarak saptandı. Konsültasyonların hastaların yatışından itibaren ortalama 6.69 gün sonra istendiği tespit edildi. Konsültasyon istenen

hastaların 203'ünün (%37.3) daha önce psikiyatri başvurusu bulunmaktayken 312'sinde (%57.4) geçmiş psikiyatri başvurusu bulunmadığı saptanmıştır. Yirmi dokuz hastanın (%5.3) ise çeşitli nedenlerle geçmiş psikiyatrik öyküsü hakkında bilgi edinilememiştir. Elli beş hasta (%10.1) taburculuk sonrası psikiyatri takibine aynı hastanede devam etmiş ancak 489 hastada (%89.9) hastane kayıtlarında ayaktan ya da yatarak psikiyatri tedavisine ilişkin kayıt bulunmamıştır. Psikiyatri konsültasyonları en sık ajitasyon nedeni ile istenmiş olup (%17.5; n=95); %16.9'unda (n=92) ise herhangi bir neden belirtilmemiştir. Anksiyete (%8.3; n=45), ilaç tedavisinin düzenlenmesi (%6.1; n=33), deliryum (%5.5; n=30), uyku sorunları (%5.3; n=29) ve nakil öncesi değerlendirme (%4.4; n=24) de sık görülen diğer konsültasyon nedenleri arasındadır. Ek olarak; çalışmanın yapıldığı süre içerisinde 15 Temmuz terör saldırısı gerçekleşmiş olup fiziksel yaralanma nedeniyle hastanede yatmakta olan 14 hasta için (%2.6) psikiyatrik değerlendirme ve destek sağlanmıştır (Tablo1).

Konsültasyon isteyen bölümlerin dağılımına bakıldığında 335 (%61.6) hastanın dahili bölümler tarafından, 209 (%38.4) hastanın ise cerrahi bölümler tarafından psikiyatrik muayene için yönlendirildiği görülmektedir. En sık psikiyatri konsültasyonu isteyen bölüm dahiliye olup 6 ay boyunca 135 hastadan psikiyatri görüşü istemiştir. Dahiliyeyi ise sırasıyla yoğun bakım (79), diğer bölümler (üroloji, göz, kardiyovasküler cerrahi, plastik cerrahi) (64), ortopedi (62), genel cerrahi (43), enfeksiyon hastalıkları (37) izlemektedir (Tablo 2). Ek olarak; çalışmanın yapıldığı süre boyunca o bölümde yatan toplam hasta sayısı ve yatan hasta başına istenen psikiyatri konsültasyon oranları da Tablo 2'in son iki sütununda gösterilmiştir. Buna göre en yüksek psikiyatrik konsültasyon isteme oranı kemik iliği transplantasyonu ünitesinde olup yatan her 100 hastanın 21'ine psikiyatri konsültasyonu istendiği görülmektedir. Enfeksiyon hastalıkları (%9.6), yoğun bakım (%9.5) ve fizik tedavi (%9.0) de sırasıyla yatan hasta başına en yüksek psikiyatri konsültasyonu isteyen bölümler arasındadır. Bu oran en az olarak kardiyoloji (%0.4), beyin cerrahisi (%0.8) ve genel cerrahi (%0.7) bölümlerinde izlenmektedir.

Tablo1. Konsültasyon isteme nedenleri

Konsültasyon isteme nedeni	Sayı (n)	Yüzde (%)
Ajitasyon	95	17.5
Neden belirtilmemiş	92	16.9
Ameliyat öncesi	66	12.1
Anksiyete belirtileri	45	8.3
Tedavi düzenlenmesi	33	6.1
Deliryum	30	5.5
Uyku sorunları	29	5.3
Nakil öncesi	24	4.4
Suisid girişimi	23	4.2
Depresif belirtiler	20	3.7
15 Temmuz sonrası	14	2.6
Yeni tanı HIV	13	2.4
Diğer	60	11
Toplam	544	100

Tablo 2. Bölümlere göre konsültasyon isteme oranları

Konsültasyon isteyen bölüm	Sayı (n)	Yüzde (%)	Toplam yatan hasta sayısı	Konsültasyon oranı (%)
Dahiliye	135	24.8	6697	2.0
Yoğun bakım	79	14.5	829	9.5
Ortopedi	62	11.4	2774	2.2
Genel cerrahi	43	7.9	5446	0.7
Enfeksiyon Hastalıkları	37	6.8	383	9.6
Kemik iliği transplantasyon	20	3.7	95	21.0
Nöroloji	20	3.7	718	2.7
Fizik Tedavi Reh.	17	3.1	187	9.0
Dermatoloji	16	2.9	403	3.9
Kulak Burun Boğaz	16	2.9	1256	1.2
Yanık Ünitesi	12	2.2	163	7.3
Beyin Cerrahisi	12	2.2	1360	0.8
Kardiyoloji	11	2	2507	0.4
Diğer	64	11.8	4639	1.3
Toplam	544	100	27457	1.9

*Diğer: Göz, Kadın hastalıkları ve Doğum, Plastik Cerrahi, Üroloji, Radyasyon Onkolojisi, Kalp Damar Cerrahi ve Göğüs Cerrahisi

Tablo 3'te konsültasyon sonucunda psikiyatri uzmanı tarafından konulan tanılar belirtilmiştir. Buna göre konsültasyon istenen hastaların %29.4'ünde (n=160) ruhsal hastalık bulunmamıştır. 149 hastaya (%27.4) anksiyete bozukluğu, 70 hastaya (%12.9) deliryum, 37 hastaya (%6.8) depresyon, 22 hastaya (%4) alkol/madde kullanım bozukluğu, 20 hastaya psikotik bozukluk (%3.7), 15 hastaya travma ile ilişkili bozukluklar (%2.8), 2 hastaya ise (%0.4) bedensel belirti bozukluğu tanısı konmuştur.

Tablo 4'te konsültasyon isteminde bulunan hekimin ön tanısı ile psikiyatrik tanı arasındaki ilişkiye ait veriler gösterilmektedir. Buna göre psikiyatri tarafından doğrulanma oranı en yüksek olan hastalık deliryum olup (%89.5) onu sırasıyla anksiyete bozuklukları (55.6) ve alkol-madde kullanım bozuklukları (%53.3) takip etmektedir. Depresyon ön tanısı konulan hastaların %22.4'ünün tanısı psikiyatri hekimi tarafından doğrulanmış, bunların %46'sına anksiyete bozukluğu, %5.2'sine deliryum tanısı konulmuş, %13.8'inde ise herhangi bir ruhsal hastalık bulunmamıştır. Anksiyete bozukluğu ön tanılı hastaların %55.6'sında tanı doğrulanırken, %38.9'unda ruhsal hastalık tespit edilmemiştir. Psikotik bozukluk olduğu düşünülen hastaların %23.1'inde psikiyatrik patoloji düşünülmemiş, %15.4'üne ise deliryum tanısı konulmuştur. Bedensel belirti bozukluğu düşünülen hastaların %57.1'inde ruhsal hastalık bulunmamış, %28.6'sında ise anksiyete bozukluğu tespit edilmiştir. Herhangi bir ön tanı belirtilmeyen hastaların %80.6'sında psikiyatrik değerlendirme sonucunda da psikiyatrik hastalık bulunmamıştır. Bu hastaların %27.2'sine anksiyete bozukluğu; %12.3'üne deliryum, %6'sına ise depresyon tanısı konulmuştur. Yukarıdaki ön tanı kategorilerine

girmeyen hastalarda ise %27.3 oranında psikotik bozukluk düşünülmüş, %28.6'sında ise ruhsal hastalık bulunmamıştır. Ön tanı ile psikiyatrik tanı arasındaki genel tutarlılık oranı %34.5 bulunmuştur. Bölümler arasındaki tutarlılık oranlarına bakıldığında ise en yüksek tutarlılık oranı %45.5 ile yoğun bakımda, en düşük tutarlılık ise %10 ile nöroloji bölümündedir.

TARTIŞMA

Çalışmamızda yatan hastalardan psikiyatri konsültasyonu isteme oranı %1.9 bulunmuştur. Sonuçlar ülkemizde ve Avrupa'da bildirilen oranlarla uyumludur (21,22). Yatan hastalarda görülen ruhsal hastalık prevalansının %26.1 ile %38.7 arasında değiştiğini bildiren çalışmalar düşünüldüğünde bu oranların çok düşük olduğu görülmektedir (7, 23-25).

Konsültasyon oranlarının düşük seyretmesinin nedenlerinin araştırıldığı bir derleme çalışmasında; yapılandırılmış bir KLP biriminin olmaması, stigmatizasyon, hasta tercihi, iletişim zorlukları ve ruhsal hastalıkların yeterince tanınmaması gibi faktörlerin etkili olduğu belirtilmiştir (16).

Çalışmamızda, dahili bölümlerden (%61.6) istenen konsültasyonların, cerrahi bölümlerden (%38.4) daha fazla olduğu bulunmuştur. Bu bulgu ülkemizde yapılan iki çalışmada da benzerdir (22, 26). Dahili bölümlerde yatış süresinin uzun olması, hastalıkların kronik seyir göstermesi, uygulanan tedavilerin psikiyatrik belirti ortaya çıkarma potansiyelleri ya da psikiyatrik hastalığa sahip kişilerde fiziksel komorbiditelerin sık görülmesi (27), cerrahi bölümlerden daha fazla psikiyatri konsültasyonu istenmesine yol açmış olabilir.

Tablo 3. Konsültasyon sonucu koyulan psikiyatrik tanıları

Konsültasyon sonucu koyulan psikiyatrik tanıları	Sayı (n)	Yüzde (%)
Ruhsal hastalık bulunmayanlar	160	29.4
Anksiyete bozukluğu	149	27.4
Deliryum	70	12.9
Diğer	69	12.7
Depresyon	37	6.8
Alkol-madde kullanım bozukluğu	22	4.0
Psikotik bozukluk	20	3.7
Travma ile ilişkili bozukluklar	15	2.8
Bedensel belirti bozukluğu	2	0.4
Toplam	544	100

Yatan hasta başına en çok konsültasyon isteme oranı çalışmamızda kemik iliği transplantasyon bölümünde (%21) bulunmuştur. Bunun nedeni kemik iliği nakli öncesi tüm hastalar için psikiyatri onayı gerekmesidir. Enfeksiyon hastalıkları, yoğun bakım üniteleri ve fizik tedavi bölümlerinde de konsültasyon isteme oranları yüksekken en az konsültasyon isteyen bölümlerin kardiyoloji, beyin cerrahisi ve genel cerrahi olduğu görülmüştür. Literatüre bakıldığında araştırmaların yapıldığı dönem ve hastane türüne göre bu sıralamaların oldukça değişkenlik gösterdiği görülmektedir (28,29). Çalışmamızda yüksek oranda psikiyatri konsültasyonu isteyen bölümlerdeki uzun yatış süreleri ve deliryumun sık görülmesi konsültasyon oranlarını arttırmış olabilir. Ek olarak hastanemiz enfeksiyon hastalıkları bölümünde yeni tanı koyulan tüm HIV(+) hastalara rutinde psikiyatri konsültasyonu istenmesi de bu bölümdeki oranların artmasına neden olmuş olabilir. Cerrahi bölümlerde ise hasta sirkülasyonunun hızlı olması nedeniyle psikiyatri konsültasyon oranları düşük seyretmiş olabilir.

Çalışmamızdaki psikiyatri konsültasyonları en sık ajitasyon nedeni ile istenmiş olup (%17.5); %16.9'unda ise herhangi bir neden belirtilmemiştir. Anksiyete belirtileri, ilaç tedavisinin düzenlenmesi, deliryum, uyku sorunları ve nakil öncesi değerlendirme de sık görülen diğer konsültasyon nedenleri arasındadır. Konsültasyon isteme nedeninin, gruplandırması kolay olmayan bir değişken olmasından ötürü, çalışmada çok çeşitli sonuçlar gözlenmektedir. Göktaş ve arkadaşları (2006) yaptıkları çalışmada psikiyatri konsültasyonlarının %31.8'inde herhangi bir neden belirtilmediğini bildirmişlerdir (30). Bunu depresif yakınmalar (%15.2), intihar girişimi (%14), anksiyete yakınmaları (%7.2) takip etmiştir. Ülkemizde yapılan iki çalışmada ise bizim çalışmamıza benzer şekilde en sık konsültasyon

istenme nedenlerini ajitasyon ve depresif yakınmalar olduğu belirtilmiştir (26,31).

Çalışmamızda konsültasyon sonucu konulan tanıları bakıldığında %29.4 hastada ruhsal hastalık bulunmadığı görülmektedir. Diğer bir deyişle, %70.6 hastada ruhsal hastalık tespit edilmiştir. Ülkemizde yapılan çalışmalarda bu oranın %75.8 ile %96 arasında olduğu bildirilmektedir (26,31).

Konsültasyon sonucunda ruhsal hastalık tanısı konulanlar arasında en sık tanı anksiyete bozukluğu (%27.4) olup bunu deliryum (%12.9), depresyon (%6.8), alkol / madde bağımlılığı (%4), psikotik bozukluk (%3.7), travma ile ilişkili bozukluklar (%2.8) ve bedensel belirti bozukluğu (%0.4) takip etmektedir. Ülkemizde yapılan bir çalışmada; konsültasyon sonucu en sık konulan tanıların; anksiyete bozuklukları (%29.5), depresif bozukluklar (%18) ve uyum bozuklukları (%14) olduğu belirtilmiştir (32). Başka bir çalışmada ise, somatoform bozukluklar (%33.1), duygudurum bozuklukları (%19.4) ve organik mental bozukluklar (%10.7) en sık görülen tanılarıdır (33). Avusturya'da yapılan bir çalışmada, en sık konulan tanıların uyum bozukluğu (%21.4), deliryum (%18.1) ve depresif bozukluklar (%14.3) olduğu bulunmuştur (34). Bizim çalışmamızdaki deliryum tanısının diğer çalışmalara oranla sık görülmesinin nedeni yoğun bakımdan gelen konsültasyon oranlarının fazla olması ile açıklanabilir. Dikkat çeken diğer bir nokta da travma ile ilişkili bozuklukların (akut stres tepkisi, travma sonrası stres bozukluğu) %2.8 gibi bir oranla en sık konulan 6. tanı olmasıdır. Çalışmanın yapıldığı dönemde 15 Temmuz terör saldırısı sonucu yaralananların hastanemizde tedavi görmesi ve bu hastaların tümüne psikiyatrik destek sağlanmasının sonuçlar üzerinde etkili olduğu düşünülmektedir. Ek olarak; bu alanda yapılan çalışmalarda yöntemsel farklılıklar, tanısız görüşmedeki değişkenler ve farklı örneklem sayıları sonuçların değişken olması üzerinde etkili olmaktadır.

Konsültasyonların %72'sinde ön tanı belirtilmemiştir. Bunların büyük oranında psikiyatrik tanı bulunmazken (%80); %27.2'sinde anksiyete bozuklukları, %12'sinde deliryum, %6'sında ise depresyon tespit edilmesi bu hastalıkların psikiyatri dışı hekimler tarafından tanınmasında yetersizliklerin olduğunu düşündürmektedir. Çalışmamızın sonuçlarına göre

Tablo 4. Konsültasyonda belirtilen ön tanı ile psikiyatrik tanının doğrulanma oranları			
Ön tanı	Ön tanının psikiyatri uzmanı tarafından doğrulanma oranı		Yanlış tanı alan hastaların psikiyatrik dağılımı
	Sayı (n)	Yüzde (%)	
Belirtilmemiş (n=397)	129	32.5	Anksiyete n=108 %27.2 Diğer n=51 %12.9 Deliryum n=45 %11.3 Depresyon n=24 %6 Psikoz n=14 %3.5 Alkol-madde n=13 %3.3 Travma n=13 %3.3
Deliryum (n=19)	17	89.5	Alkol-madde n=1 %5.3 Diğer n=1 %5.3
Depresyon (n=58)	13	22.4	Anksiyete n=27 %46.6 Ruhsal hast yok n=8 %13.8 Diğer n=7 %12 Deliryum n=3 %5.2
Anksiyete (n=18)	10	55.6	Ruhsal hast yok n=7 %38.9 Diğer n=1 %5.6
Psikotik bzk (n=13)	3	23.1	Diğer n=5 %38.5 Ruhsal hast yok n=3 %23.1 Deliryum n=2 %15.4
Alkol /madde (n=15)	8	53.3	Ruhsal hast yok n=4 %26.7 Deliryum n=3 %20
Bedensel belirti bozukluğu (n=7)	1	14.3	Ruhsal hast yok n=4 %57.1 Anksiyete n=2 %28.6
Diğer (n=17)			Diğer n=7 %41.2 Anksiyete: n=2 %11.8 Psikotik bzk n=3 %17.6 Ruhsal hast yok n=5 %29.4

psikiyatri tarafından doğrulanma oranı en yüksek olan hastalığın deliryum olduğu görülmektedir, ikinci sırada anksiyete bozuklukları, üçüncü sırada ise alkol - madde kullanım bozuklukları gelmektedir. Sertöz'ün yaptığı çalışmada ise en sık doğrulanmış tanı alkol-madde kullanım bozuklukları iken bunu depresyon ve bilişsel bozukluklar izlemektedir (17). Ülkemizde benzer çalışma tasarımı ile yapılan diğer araştırmada da doğrulanma oranı en yüksek konsültasyon nedenlerinin alkol-madde kullanım bozuklukları, deliryum ve psikotik belirtiler nedeniyle istendiği belirtilmiştir (18). İngiltere'de yapılan bir çalışmada ise psikiyatri dışı hekimlerin madde kullanım bozukluğu ve bilişsel bozukluklarda tanı koymada daha başarılı iken, depresyon, anksiyete ve psikotik bozukluk tanılarında doğruluk oranlarının düşük olduğu belirtilmektedir (6). Bu çalışmaların tümüne ortak bir çerçeveden bakıldığında; alkol-madde kullanım bozukluklarının ve deliryumun psikiyatri dışı hekimler tarafından tanınmasında önemli ölçüde sorun olmadığı söylenebilir. Alkol- madde kullanımının hastanın beyanına dayanması; deliryumun ise genellikle aşikar klinik tablolarla kendini göstermesi ve klinik işleyişinde sorun yaratabilmesi bu sonuca yol açmış olabilir. Doğrulanma oranı yüksek diğer hastalıkların ise araştırmanın yapıldığı merkez, çalışma koşulları, konsültasyon isteyen hekimlerin bilgi ve deneyim düzeyine göre değişebildiği düşünülmektedir. Çalışmamızda konsültasyon sonucu en sık konulan ikinci tanının deliryum olması, yoğun bakımdan

istenilen konsültasyonların fazla olması ve deliryum sıklığının fazla olması nedeniyle psikiyatri dışı hekimlerin deliryum belirtilerini tanıma konusunda deneyimli oldukları yorumu yapılabilir. Depresyon ön tanısı konulan hastaların %22.4'ünün tanısı psikiyatri hekimi tarafından doğrulanmış, bunların %46'sına anksiyete bozukluğu, %5.2'sine deliryum tanısı konulmuş, %13.8'inde ise herhangi bir ruhsal hastalık bulunmamıştır. Anksiyete bozukluğu ön tanı hastaların %55.6'sında tanı doğrulanırken, %38.9'unda ruhsal hastalık tespit edilmemiştir. Psikiyatri dışı hekimlerce depresyon ya da anksiyete bozukluğu düşünülen hastaların bir kısmında (sırasıyla %13.8 ve %55.6) ruhsal hastalık saptanmaması, hastalığa ya da hastaneye yatışa karşı verilen doğal emosyonel tepkilerin psikiyatrik hastalık lehine yorumlanma eğilimi ya da bu tür tepkilerin nasıl ele alınacağı ile ilgili bilgi ve deneyim eksikliğinden kaynaklandığı düşünülmektedir (35). Hastanede yatan hastalarda psikiyatrik komorbiditelerin atlanması kadar, altta yatan fiziksel hastalığa ya da tedavi yan etkilerine bağlı gelişen emosyonel tepkilerin ya da bilişsel çarpıtmaların psikiyatrik hastalık çerçevesine sokulma eğilimi de konsültasyon-liyezon psikiyatrisi alanında önem taşıyan bir konudur. Altta yatan hastalık ya da durum düzeldiğinde kendiliğinden gerileyebilecek olan ruhsal belirtilere fazlasıyla odaklanmanın esas hastalığın göz ardı edilmesi ve gereksiz psikiyatrik tedavilere yol açma riski akılda tutulmalıdır (36). Nitekim; çalışmamızda bedensel belirti bozukluğu düşünülen hastaların %57.1'inde ruhsal hastalık

bulunmamıştır. Bu da fiziksel belirtilerle prezante olan hastalarda organik nedenler dışlanmadan psikiyatrik tanıların düşünülmesinin esas hastalıkların tanısını geciktirme potansiyeli açısından önemlidir. Eser'in çalışmasında, konversiyon belirti ve bulguları ile konsültasyon istenen olguların dörtte birinde; ajitasyon nedeniyle konsültasyon istenenlerin ise %13.3'ünde ruhsal hastalık bulunmadığı belirtilmiştir (18). Bizim çalışmamızda psikotik bozukluk olduğu düşünülen hastaların %23.1'inde psikiyatrik patoloji bulunmamış, %15.4'üne ise deliryum tanısı konulmuştur. Deliryumda görülebilen ajitasyon, halüsinasyon, paranoid sanrı gibi belirtiler bu hastaların psikotik bozukluk olarak düşünülmesine neden olabilir (37). Deliryumun sık görülen, ölümcül seyredabilen ve asıl tedavisinin altta yatan nedenin ortadan kaldırılması olan bir hastalık olduğu düşünüldüğünde doğru tanınmasının önemi açıktır (38).

Çalışmamızda konsültasyon isteyen bölümlerin koydukları ön tanı ile psikiyatrik tanı arasındaki genel tutarlılık oranı %34.5 olup en yüksek tutarlılık oranı %45.5 ile yoğun bakımda, en düşük tutarlılık ise %10 ile nöroloji bölümündedir. Bu farklılığın nedeninin yatan hasta başına konsültasyon isteme oranları ile ilişkili olduğu düşünülmüştür. Ülkemizde yapılan bir çalışma ile uyumlu olarak nöroloji bölümünde görece daha az oranda psikiyatri konsültasyonu istenmiş bu da nöroloji hekimlerinin psikiyatri rotasyonu yapmaları nedeniyle psikiyatrik hastalıklar konusunda kendilerini daha yetkin görmeleri ile ilişkilendirilmiştir (30).

Bu çalışmanın kısıtlılıklarından biri tanısal değerlendirmenin yapılandırılmış bir yöntemle yapılmamış olmasıdır. Ayrıca psikiyatri konsültasyonu istenen yatan hastalar değerlendirilmeye alınmış olup acil servis ve poliklinikten istenen konsültasyonlar çalışma dışı bırakılmıştır. Çalışmanın tasarımının geriye dönük olması ve değişkenlerin gruplandırılmasındaki zorluklar da bu alandaki çalışmaların ortak kısıtlılıklarındandır. Bununla birlikte; psikiyatri konsültasyonlarının bölümlere göre oranlarının, psikiyatrik hastalıkların doğru tanınma oranlarının incelenmesi ve bunların nedenlerinin ortaya konması açısından güçlü yanlara sahiptir. Bu çalışmada vurgulanmak istenen en önemli iki bulgu; herhangi bir ruhsal hastalığı

bulunmayan kişiler için istenen psikiyatri konsültasyonlarının fazlalığı ile psikiyatri dışı hekimlerce belirtilen ön tanıların düşük doğrulanma oranlarıdır. Her iki bulgu da psikiyatrik hastalıkların tanınmasında yetersizlik olduğunu düşündürmektedir. Tıp eğitiminde psikiyatrik hastalıkların belirti ve bulgularına yönelik pratik eğitimlere ağırlık verilmesi, doğru konsültasyon isteme beceri ve tutumunun kazandırılması ve bunun mezuniyet sonrası eğitimlerle pekiştirilmesinin bu sorunların aşılmasına yönelik adımların başında geldiği düşünülmektedir. Ek olarak literatürde de belirtildiği üzere; konsültasyon-liyezon psikiyatrisinin liyezon kısmına verilen önemin arttırılarak hem hastanın hem de tüm tedavi ekibinin biyopsikososyal model doğrultusunda eğitim ihtiyacının karşılanması gerekmektedir (39).

SONUÇ

Sonuç olarak bu çalışmada toplam yatan hasta sayısına göre yetersiz oranda psikiyatri konsültasyonu istendiği ve en sık konsültasyon isteme nedeninin ise ajitasyon olduğu görülmüştür. Dahili bilimler ve yoğun bakım ünitelerinde yatan hasta başına psikiyatri konsültasyonu oranı yüksekken, cerrahi branşlarda bu oran düşük seyretmektedir. Konsültasyon sonucunda büyük oranda ruhsal hastalık bulunmazken en sık konulan tanımlar anksiyete bozukluğu, deliryum ve depresyondur. Psikiyatri dışı hekimlerin deliryumu iyi tanıdıkları, anksiyete ve alkol kullanım bozukluklarını da yaklaşık yarı yarıya oranda doğru öngördükleri; ancak depresyon, psikotik bozukluklar ve bedensel belirti bozukluğu tanımlarının doğrulanma oranlarının düşük olduğu bulunmuştur. Literatürde fiziksel hastalıklarda bildirilen yüksek psikiyatrik komorbidite oranları ve bunların morbidite, mortalite ve sağlık harcamaları üzerine olan etkileri psikiyatrik ek tanımların doğru tanınmalarının ve konsültasyon-liyezon biriminin önemini göstermektedir.

Yazışma Adresi: Öğr. Gör. Dr. İrem Ekmekci Ertek, Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri AD, Ankara, Türkiye
irem.ekmekci@hotmail.com

KAYNAKLAR

1. Fink P, Hansen MS, Sondergaard L. Somatoform disorders among first-time referrals to a neurology service. *Psychosomatics* 2005;46:540-8.
2. Ito H, Kishi Y, Kurosawa H A preliminary study of staff perception of psychiatric services in general hospitals. *Gen Hosp Psychiatry* 1999; 21:57-61.
3. Hochlehnert A, Niehoff D, Herzog W, Löwe B. Elevated costs of treatment in medical inpatients with psychiatric comorbidity are not reflected in the German DRG-system. *Psychother Psychosom Med Psychol* 2007; 57:70-75.
4. Wolf M, Arolt V, Burian R, Diefenbacher A. Psychiatric and psychosomatic consultation-liaison. An overview. *Der Nervenarzt*. 2013;84:639-47. Quiz 648-639.
5. Nielsen J, Hansen MS, Fink P. Use of complementary therapy among internal medical inpatients. Prevalence, costs and association with mental disorders and physical diseases. *J Psychosom Res* 2003;55:547-52.
6. Dilts SL, Mann N, Dilts JG. Accuracy of referring psychiatric diagnosis on a consultation-liaison service: *Psychosomatics* 2003; 44: 407-411
7. Silverstone PH. Prevalence of psychiatric disorders in medical inpatients. *J Ment Dis* 1996; 184: 43-51
8. Himelhoch, S, Weller WE, Wu AW, Anderson GF, Cooper LA. Chronic medical illness, depression, and use of acute medical services among Medicare beneficiaries. *Medical care* 2004; 512-521
9. Levenson JL, Hamer RM, Rossiter LF. Relation of psychopathology in general medical inpatients to use and cost of services. *Am J Psychiatry*. 1990; 147:1498-503.
10. Alaja R, Tienari P, Seppa K, Tuomisto M, Leppävuori A, Huyse FJ et al. Patterns of comorbidity in relation to functioning (GAF) among general hospital psychiatric referrals. *European Consultation-Liaison Workgroup. Acta Psychiatr Scand* 1999; 99: 135-140.
11. Goulia P, Mantas C, Hyphantis T Delirium, a 'confusing' condition in general hospitals: The experience of a consultation liaison psychiatry unit in greece. *Int J Gen Med* 2009; 29:201-207.
12. Wood R, Wand AP. The effectiveness of consultation-liaison psychiatry in the general hospital setting: a systematic review. *J Psychosom Res*. 2014; 76:175-92.
13. Abrams TE, Vaughan-Sarrazin M, Rosenthal GE. Psychiatric comorbidity and mortality after acute myocardial infarction. *Circ Cardiovasc Qual Outcomes*. 2009; 2:213-20.
14. Levitan SJ, Kornfeld DS. Clinical and cost benefits of liaison psychiatry. *Am J Psychiatry*. 1981;138:790-3.
15. Cassem NH, Hackett TP. Psychiatric consultation in a coronary care unit. *Ann Intern Med*. 1971;75:9-14.
16. Chen KY, Evans R, Larkins S. Why are hospital doctors not referring to consultation-liaison psychiatry?-a systemic review. *BMC psychiatry* 2016; 16: 390
17. Sertöz ÖÖ, Doğanavşargil GÖ, Noyan MA, Altıntoprak E, Elbi H. Bir Üniversite Hastanesi Konsültasyon Liyezon Servisinde Psikiyatrik Hastalıkların Psikiyatri Dışı Hekimlerce Doğru Tanınma Oranları. *Klinik Psikofarmakoloji Bulteni* 2008; 18.
18. Eser, B., Batmaz, S., Songur, E., Yıldız, M., & Aslan, E. A . Bir üniversite hastanesinde yatan hastalar için ve acil servisten istenilen ruh sağlığı ve hastalıkları konsültasyonlarının incelenmesi: Türkiye'den çalışmalarla bir karşılaştırma. *Klinik Psikiyatri*, 2018;21:278-289
19. Diehl A, Nakovics H, Croissant B, Reinhard I, Kiefer F, Mann K. Consultationliaison psychiatry in general hospitals: Improvement in physicians' detection rates of alcohol use disorders. *Psychosomatics* 2009; 50:599-604.
20. Amerikan Psikiyatri Birliği Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı, Beşinci Baskı (DSM-5) Çeviri Editörü Koroğlu E, Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 2013
21. Huyse FJ, Herzog, T, Lobo A, Malt F, Opmeer BC, Stein, B et al. Consultation-Liaison psychiatric service delivery: results from a European study. *General Hospital Psychiatry* 2001;23: 124-132.
22. Aslan S, Candansayar S, Coşar B, Işık E. Bir üniversite hastanesinde bir yıl süresince gerçekleştirilen psikiyatri konsültasyon hizmetlerinin değerlendirilmesi. *Yeni Sempozyum* 2003; 41:31-38.
23. Arolt V, Driessen M, Dilling H. The Lübeck general hospital study. I: Prevalence of psychiatric disorders in medical and surgical inpatients. *Int J Psychiatry Clin Pract*. 1997;1:207-16.
24. Martucci M, Balestrieri M, Bisoffi G, Bonizzato P, Covre MG, Cunico L et al. Evaluating psychiatric morbidity in a general hospital: a two-phase epidemiological survey. *Psychol Med*. 1999;29:823-32.
25. Hansen MS, Fink P, Frydenberg M, Oxhøj ML, Søndergaard L, Munk-Jørgensen P. Mental disorders among internal medical inpatients: prevalence, detection, and treatment status. *J Psychosom Res*. 2001;50:199-204.
26. Koroğlu A, Helvacı Çelik F, Aslan M, Hocaıglu Ç. Bir eğitim hastanesinde psikiyatri konsültasyon hizmetlerinin değerlendirilmesi *Klinik Psikiyatri* 2011; 14:44-50
27. Brown S, Inskip H, Barrowclough B. Causes of the excess mortality of schizophrenia. *Br J Psychiatry* 2000; 177:212-217.
28. Karşıdağ Ç, Aksoy UM, Yüksel G, Alpay N, Uysal A. Yataklı tedavi hizmeti sunan psikiyatri kliniklerinde ektanılar. *Klinik Psikiyatri Dergisi* 2013; 16:47-52.
29. Uyar B, Gürgen F. Bir Üniversite Hastanesinde Psikiyatri Konsültasyonlarının Değerlendirilmesi. *Klinik Psikiyatri Dergisi* 2015; 18: 24-28.
30. Göktaş K, Yılmaz E, Kaya N, Akman C. Bir eğitim hastanesinde istenen psikiyatri konsültasyonlarının değerlendirilmesi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2006;7: 27-32.
31. Canan F, Koçer E, İçmeli C, Özçetin A, Ataoglu A. Bir üniversite hastanesinde yatan hastalar için istenen psikiyatri konsültasyonlarının değerlendirilmesi. *Düzce Tıp Fakültesi Dergisi* 2008; 1:22-27.
32. Kuloğlu M, Çayköylü A, Akyol ES. Bir eğitim hastanesinde istenen psikiyatri konsültasyonlarının değerlendirilmesi. *Kriz*

Dergisi 2008; 16:19-23.

33. Gala C, Rigatelli M, De Bertolini C, Rupolo G, Gabrielli F, Grassi L. A multicenter investigation of consultation-liaison psychiatry in Italy. *Gen Hosp Psychiatry* 1999; 21:310-317.

34. Rothenhäusler HB, Stepan A, Kreiner B, Baranyi A, Kapfhammer HP. Patterns of psychiatric consultation in an Austrian tertiary care center- results of a systematic analysis of 3,307 referrals over 2 years. *Psychiatr Danub* 2008; 20:301-309.

35. Lederberg MS. Making a situational diagnosis: psychiatrists at the interface of psychiatry and ethics in the consultation-liaison setting. *Psychosomatics* 1997; 38:327-338.

36. Slavney PR. Diagnosing demoralization in consultation psychiatry. *Psychosomatics* 1999;40:325-329.

37. Yang FM, Marcantonio ER, Inouye SK. Phenomenological subtypes of delirium in older persons: patterns, prevalence and prognosis. *Psychosom.* 2009;50:248– 54

38. Leslie DL, Marcantonio ER, Zhang Y, Leo-Summers L, Inouye SK. One-year health care costs associated with delirium in the elderly population. *Archives of internal medicine* 2008; 168:27-32.

39. Leentjens, A. F., Rundell, J. R., Diefenbacher, A., Kathol, R., & Guthrie, E. . Psychosomatic Medicine and Consultation-Liaison Psychiatry: Scope of Practice, Processes, and Competencies for Psychiatrists or Psychosomatic Medicine Specialists: A Consensus Statement of the European Association of Consultation-Liaison Psychiatry and the Academy of Psychosomatic Medicine. *Psychosomatics*, 2011; 52: 19-25.