

# Erişkin Acil Servisinde Psikiyatri Dışı Hekimlerce Konulan Psikiyatrik Ön Tanıların Değerlendirilmesi

## The Evaluation of Psychiatric Pre-Diagnoses Diagnosed by Non-Psychiatric Doctors in an Adult Emergency Service

Bülent BAHÇECİ,<sup>1</sup> Hülya GÜVELİ,<sup>2</sup> Gökhan KANDEMİR,<sup>2</sup> Murat ASLAN,<sup>2</sup> Ayşe KÖROĞLU<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Rize Üniversitesi Tıp Fakültesi, Psikiyatri Anabilim Dalı, Rize

<sup>2</sup>Rize Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Psikiyatri Kliniği, Rize

### Özet

**Amaç:** Erişkin acil servisine psikiyatrik yakınmalarla başvuran ve psikiyatri dışı hekimlerce psikiyatrik bir ön tanı konulan hastaların bu tanıların, literatür eşliğinde incelenmesi amaçlandı.

**Hastalar ve Yöntem:** Çalışmamızda, 01 Ocak 2009-31 Aralık 2009 tarihleri arasındaki 1 yıllık süreçte, Rize Eğitim ve Araştırma Hastanesi erişkin acil servisine başvuran hastalardan psikiyatrik bir ön tanı konulanların kayıtları geriye dönük incelendi.

**Bulgular:** Erişkin acil servisine başvuran 173.564 hastadan 1.842'sine (%1.06) psikiyatrik bir ön tanı konulduğu, bu hastaların 434'ünün (%22.8) birden fazla başvuru yaptıkları görüldü. Hastaların %33.9'u (n=624) erkek, %66.1'i (n=1218) kadındı. En sık başvuru yaş aralığı 31-40 yaş arasıydı ve bu yaş aralığında 524 hastanın (%28.4) başvurduğu tespit edildi. Olguların %75.6'sına (n=1392) anksiyete bozukluğu ön tanısı konulduğu belirlendi. Psikiyatrik bir ön tanı alan hastaların çoğunluğunun 20:01-24:00 saatleri arasında başvuru yaptıkları görüldü.

**Sonuç:** Psikiyatri dışı uzman hekimlere ve pratisyen hekimlere yeterli psikiyatri eğitimi verilerek, psikiyatrik belirtileri tanıma farkındalıklarının artırılmasının uygun olacağı düşünülmüştür.

**Anahtar sözcükler:** Acil servis; psikiyatri ön tanıları; psikiyatri eğitimi.

### Abstract

**Background:** Patients who applied to the adult emergency service with psychiatric complaints and those who were pre-diagnosed by non-psychiatric specialist doctors were evaluated in this study. Patient diagnoses are discussed in light of the related literature.

**Methods:** In our study, records of patients who applied to the adult emergency service of Rize Training and Research Hospital from January 1, 2009 to December 31, 2009 who were diagnosed with psychiatric pre-diagnoses were researched retrospectively.

**Results:** Out of 173,564 patients who applied to the adult emergency service, 1842 (1.06%) were diagnosed with psychiatric pre-diagnoses, and 434 of those patients (22.8%) were seen to have applied more than once. 33.9% of patients were male (n=624) and 66.1% were female (n=1218). The most frequent application age range was between 31-40 years, and in this age range, 524 patients (28.4%) were determined to have applied to the hospital. It was determined that 75.6% of cases had a pre-diagnosis of anxiety disorder (n=1392). Most of the patients with psychiatric pre-diagnoses were seen to have applied between 20:01-24:00 p.m.

**Conclusion:** We suggest that provision of psychiatric training to non-psychiatric doctors and general practitioners will facilitate increasing their awareness of psychiatric symptoms.

**Key words:** Emergency service; psychiatric pre-diagnoses; psychiatric education.

**İletişim:** Dr. Bülent Bahçeci.  
Rize Üniversitesi Tıp Fakültesi,  
Psikiyatri Anabilim Dalı, Rize  
**Tel:** 0464 - 213 04 93 / 1517

**Başvuru tarihi:** 27.06.2011  
**Kabul tarihi:** 15.08.2011  
**e-posta:** bulentbahceci@hotmail.com

## Giriş

Psikiyatrik aciller düşünce, duygu ve davranış alanlarının bir ya da birkaçında ortaya çıkan belirtilerin hasta veya diğer insanlar için tehdit oluşturduğu ve acil psikiyatrik yardım gerektirdiği durumlar şeklinde tanımlanmaktadır.<sup>[1]</sup> Psikiyatrik aciller birçok kronik ruhsal hastalıktan, psikososyal stres etkenlerinden ve olumsuz yaşam olaylarından kaynaklanabildiği gibi; zehirlenmeler, madde kullanımı, ilaç yan etkileri ve ilaç-ilaç etkileşimleri sonrasında da gelişebilmektedir.<sup>[1,2]</sup>

Genel hastanelerin acil servislerinde görülen hastaların %3-12'sine psikiyatrik bir ön tanı konulmaktadır.<sup>[2,3]</sup>

Bu nedenle acilde çalışan hekimlerin psikiyatrik hastalıkları iyi bilmeleri ve buna göre doğru tedavi algoritmasını planlamaları gerekmektedir.

Psikiyatrik acil hizmetler sınırlı zamanda, etkin önlemlerle hastaların hızlı ve doğru yönlendirilmesi ile hastalığın maddi ve manevi yüklerinden hasta ile yakınlarının en az kayıpla kurtulmasını sağlar. Acil psikiyatrik yardımın koruyucu psikiyatri açısından da önemi büyüktür. Çünkü başarılı bir ilk yardım ikinci bir acil durumu önleyebileceği gibi, hastanın daha sonraki tedavilere uyumunu da kolaylaştırabilmektedir.<sup>[2]</sup>

Bu çalışmanın amacı hastanemiz erişkin acil servisine başvuran hastaların, psikiyatri dışı hekimlerce konulan psikiyatrik ön tanıların incelenmesidir.

## Hastalar ve Yöntem

Çalışmamızın verileri Rize Eğitim ve Araştırma Hastanesi erişkin acil servis hasta kayıtları esas alınarak oluşturuldu. Çalışma öncesi hastane başhekimliğinden gerekli izin alındı. Erişkin acil servisine başvuran hastaların psikiyatrik ön tanıları acil tıp uzmanları, aile hekimleri ve pratisyen hekimler tarafından konuldu. Erişkin acil serviste psikiyatrik ön tanıları konulan hastaların, sonrasında psikiyatri polikliniğine başvurularının olup olmadığı araştırılmadı.

Çalışmamızda 1 Ocak 2009-31 Aralık 2009 tarihleri arasındaki bir yıllık süreçte, erişkin acil servise başvuran toplam 173.564 hastadan 1842 hastaya, ICD-10 (International Classification of Diseases) tanı sınıflamasına göre konulan psikiyatrik ön tanıları, sosyodemografik veriler, başvuru saatleri ve başvuru sayıları incelendi. Çalışmamıza 18 yaş altı hastalar dahil edilmedi.

**Tablo 1.** Acil servise başvuran hastaların cinsiyet ve yaş dağılımı

	Sayı	Yüzde
Cinsiyet		
Erkek	624	33.9
Kadın	1218	66.1
Yaş		
18-20	155	8.4
21-30	429	23.3
31-40	524	28.4
41-50	307	16.7
>51	427	23.2

Çalışma verileri "SPSS for Windows 15.0" istatistik paket programına aktarılarak, tanımlayıcı analizler ile incelendi.

## Bulgular

Bir yıllık bir süre için Rize Eğitim ve Araştırma Hastanesi erişkin acil servisi kayıtları geriye dönük olarak incelendiğinde, acil servis hekimleri tarafından değerlendirilen toplam 173.564 hastanın 1842'sinde (%1.06) psikiyatrik yakınmalar (uykusuzluk, gerginlik, sinirlilik, bayılma, başağrısı, iç sıkıntısı, vb.) olduğu düşünülerek psikiyatrik bir ön tanı konulduğu görüldü.

Psikiyatrik bir ön tanı konan hastaların 624'ü (%33.9) erkek, 1218'i (%66.1) kadın hastalardan oluşmaktaydı.

**Tablo 2.** Acil servise başvuran hastalara konulan tanıları

Tanı	Sayı	Yüzde
Depresif bozukluk	112	6.1
Anksiyete bozukluğu	1392	75.6
Psikotik bozukluk	27	1.5
Madde bağımlılığı	30	1.6
Organik bozukluk*	27	1.5
Somatik bozukluk	16	0.9
Konversif bozukluk	210	11.4
Bipolar bozukluk	28	1.5
Toplam	1842	100

\* Organik amnezik bozukluk, organik halusinöz, organik delüzyonel bozukluk, buna tanımlanmamış.

**Tablo 3.** Psikiyatrik tanı konulan hastaların başvuru saatleri ve bu saatlerde konulan tanıları

Saat	Tanı								Toplam
	Depresif bozukluk	Anksiyete bozukluğu	Psikotik bozukluk	Madde bağımlılığı	Organik bozukluk	Somatik bozukluk	Konversif bozukluk	Bipolar bozukluk	
08:01-12:00	7 %6.3	149 %10.7	2 %7.4	4 %13.3	5 %18.5	2 %12.5	24 %11.4	5 %17.9	198 %10.7
12:01-16:00	6 %5.4	59 %4.2	0 %0.0	0 %0.0	0 %0.0	1 %6.3	7 %3.3	0 %0.0	73 %4.1
16:01-20:00	22 %19.6	282 %20.3	6 %22.2	7 %23.3	9 %33.3	5 %31.3	41 %19.5	2 %7.1	374 %20.3
20:01-24:00	20 %17.9	332 %23.9	9 %33.3	7 %23.3	0 %0.0	2 %12.5	48 %22.9	8 %28.6	426 %23.1
24:01-04:00	29 %25.9	286 %20.5	5 %18.5	7 %23.3	5 %18.5	4 %25.0	40 %19.0	4 %14.3	380 %20.6
04:01-08:00	28 %25.0	284 %25.0	5 %18.5	5 %16.7	8 %29.6	2 %12.5	50 %23.8	9 %32.1	391 %21.2

En sık başvuru 31-40 yaş aralığında olup, 524 hasta ile başvuruların %28.4'ünü kapsamaktaydı (Tablo 1).

Erişkin acil servisteki hekimlerin muayeneleri sonrasında olguların %75.6'sına (n=1392) anksiyete bozukluğu tanısı konulmuştu (Tablo 2).

Ayrıca kayıtlarda en fazla başvuru saatlerinin 20:01-

24:00 arasında olduğu, 426 (%23.1) hastanın acil servise bu saatlerde başvurduğu ve bu hastaların da 332'sine (%77.9) anksiyete bozukluğu tanısı konulduğu belirlendi (Tablo 3).

Ayrıca psikiyatrik bir ön tanı alan hastaların %22.8'sinin (n=434) acil servise birden fazla başvuru yaptığı saptandı (Tablo 4).

**Tablo 4.** Acil servise başvuran hastalarda psikiyatrik tanıları ve başvuru sayıları

Başvuru sayısı	Tanı								Toplam
	Depresif bozukluk	Anksiyete bozukluğu	Psikotik bozukluk	Madde bağımlılığı	Organik bozukluk	Somatik bozukluk	Konversif bozukluk	Bipolar bozukluk	
1	84 %75.0	1085 %77.9	21 %77.8	22 %73.3	21 %77.8	10 %62.5	147 %70.0	18 %64.3	1408 %76.4
2	18 %16.1	227 %16.3	0 %0.0	8 %26.7	4 %14.8	4 %25.0	47 %22.4	10 %35.7	318 %17.3
3	6 %5.4	52 %3.7	5 %18.5	0 %0.0	1 %3.7	1 %6.3	7 %3.3	0 %0.0	72 %3.9
4	2 %1.8	13 %0.9	1 %3.7	0 %0.0	1 %3.7	0 %0.0	7 %3.3	0 %0.0	24 %1.3
6	1 %0.9	5 %0.4	0 %0.0	0 %0.0	0 %0.0	0 %0.0	0 %0.0	0 %0.0	6 %0.3
7	1 %0.9	10 %0.7	0 %0.0	0 %0.0	0 %0.0	1 %6.3	2 %1.0	0 %0.0	14 %0.8

## Tartışma

Çalışmamızda erişkin acil servis kayıtlarının incelenmesi sonucu, bir yıl içerisinde acil servise başvuran hastaların %1.06'sına (n=1842) psikiyatrik ön tanı konulmuş olması benzer çalışmalarda elde edilen %3-12 oranlarıyla örtüşmemektedir.<sup>[2,3]</sup> Ortaya çıkan farklılığın en önemli nedeni, ilimizde Rize Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi'nin acil servisinin bulunması, psikotik bozukluk, bipolar bozukluk, madde bağımlılığı, intihar düşüncesi olan, ajitasyon, ekstasyon davranışları olan ve kapalı servise yatırılması gereken hastaların, yakınları tarafından özellikle bu hastaneyi tercih etmesi olarak gösterilebilir. Bu gibi hastaların daha öncesinde de yatışlarının olması, hasta yakınlarının hastayı özellikle yatırmak istemeleri de önemli bir etkidir. Dolayısıyla çalışmamızda elde edilen %1.06 sonucunun diğer sonuçlarla göreceli olarak uyumlu olabileceği düşünülmüştür.

Çalışmamızda, acil servise başvuran kadın hastaların erkek hastalara göre daha fazla olduğu bulunmuştur (Tablo 1). Benzer birkaç çalışmada da aynı sonuçlar bildirilmiştir.<sup>[4,5]</sup> Fakat cinsiyet farkının olmadığını bildiren bir yayın da bulunmaktadır.<sup>[1]</sup>

Başvurularda hastaların çoğunluğunun 31 ile 40 yaşları arasında olması diğer çalışmalarda benzerlik göstermektedir.<sup>[4,6,7]</sup> Bu sonuç psikiyatrik hastalıkların en sık bu yaşlarda görülmesi ile açıklanabilir.<sup>[8]</sup>

Ege Üniversitesi Psikiyatri Kliniği Konsültasyon Liyezon Servisinin, diğer kliniklerde yatarak tedavi gören hastalardan istenilen konsültasyonların incelenmesi ile yaptığı bir çalışmada, psikiyatri dışı hekimlerin psikiyatrik hastalıklara doğru tanı koymadıkları ve bu nedenle anksiyete bozukluklarının %26.5'ine, depresif bozuklukların ise ancak %57'sine doğru tanı koyabildikleri belirtilmiştir.<sup>[9]</sup> Depresyonun sıklıkla gözden kaçmasının depresif belirtilerin tanınmaması, hastaların değerlendirilmesine yeterli vakit ayrılmaması, halsizlik, uykusuzluk, iştahsızlık, açıklanamayan bedensel belirtiler gibi depresif belirtilerin bedensel hastalık belirtileriyle örtüşmesinden kaynaklandığını bildiren çalışmalar vardır.<sup>[10-12]</sup> Ayrıca psikiyatri dışı hekimlerce, bedensel hastalığı olan hastalarda gözlenen anksiyetenin genellikle hastalık ve tedavilerle ilgili belirsizliğe bağlı olduğu ve bu nedenle normal bir tepki olarak düşünüldüğü bildirilmektedir.<sup>[13]</sup>

Acilde konulan psikiyatrik tanılarının daha sonra değiştiğini bildiren bir çalışma da vardır.<sup>[14]</sup> Bu sonuçların se-

bepleri olarak acil servislerin yoğun hasta görmelerinden dolayı hasta başına düşen zamanın kısıtlılığı, bu kısıtlı zamanda hekim tarafından doğru tanının konularak tedaviye başlaması ve acil servis hasta sirkülasyonunun hızlandırılması düşüncesi, hasta yakınlarının zorlayıcı davranışları nedeniyle acilde çalışan personelin güvenliği ve psikiyatri dışı hekimlerin psikiyatrik hastalıklar konusunda yeterli bilgiye sahip olmamaları gösterilebilir.<sup>[15]</sup> Bizim çalışmamızda en dikkat çekici nokta, psikiyatrik hastaların %75.6 gibi yüksek bir oranına anksiyete bozukluğu tanısı konulmuş olması ve bu oranın benzer çalışmalarla ciddi farklılık göstermesidir.<sup>[4-6,16]</sup> Bu sonucun yukarıda bahsedilen nedenlerden kaynaklandığı düşünülmektedir.

Çalışmada tespit edilen başvuruların en sık 20:01-24:00 saatleri arasında olduğu ve bu bulgunun benzer çalışmalarla uyumlu olduğu görülmüştür.<sup>[6,17]</sup> Hastaların gün içerisinde yoğun meşgulliyetlerinin oluşu ve gece yardım alamayacağı endişesi bu saatler arasındaki acil psikiyatrik başvuruların yoğunluğunu açıklayabilir. Bizim çalışmamızda ve benzer bir çalışmada da psikiyatrik tanı konulan hastaların acil servislere birkaç kez başvurduğu tespit edilmiştir.<sup>[4]</sup> Bu yönüyle ve diğer sonuçlar dikkate alındığında psikiyatrik bozuklukların neden olduğu morbidite, maliyet, hasta ve hasta yakınları açısından iş gücü kaybının önemi bir kez daha ortaya çıkmaktadır.

Acil servislere konversiyon bozukluğu tanısı konulmadan önce diğer tıbbi nedenler dışlanmalıdır, çünkü konversiyon bozukluğu ön tanısının %25-50'sinin başka etyolojik nedenler ile değiştiği bildirilmektedir. Ayrıca bu konu ile ilgili bir çalışmada da acil servise tanı koymanın önemli olmadığı vurgulanmaktadır.<sup>[18-20]</sup> Bizim çalışmamızda ilginç olan konversiyon bozukluğu ön tanısının %11.4 bulunması ve diğer çalışmalarda elde edilen %33.5-62.6 oranlarıyla önemli farklılık göstermesidir.<sup>[3,4,18]</sup> Oranlar arasındaki bu farklılık, konversiyon bozukluğu tanısının acil şartlarda konulmasından özellikle kaçınılmış olabileceğini düşündürmektedir.

Bu çalışmanın en önemli kısıtlılığı acilde psikiyatrik ön tanı alan hastaların, sonrasında psikiyatri polikliniğinde görülüp görülmediğinin araştırmamıza dahil edilememesidir.

Sonuç olarak, bizim çalışmamızda erişkin acil servise başvuranlardan psikiyatrik ön tanı alan hastaların dağılımları ve yüksek anksiyete bozukluğu oranları ben-

zer çalışmalarla uyumsuzluk göstermektedir. Ayrıca psikiyatrik hastalık ön tanısı konan hastaların oranları da diğer çalışmalara göre düşüktür. Bu sonuçlar, psikiyatri dışı uzman hekimlere ve pratisyen hekimlere yeterli psikiyatri eğitimi verilerek, psikiyatrik belirtileri tanıma farkındalıklarının artırılmasının uygun olacağını düşündürmektedir.

### Teşekkür

Hastanemiz erişkin acil servis kayıtlarının düzenlenmesinde yardımlarını esirgemeyen Rasim KARA'ya teşekkür ediyoruz.

### Kaynaklar

1. Sudak HS. Psychiatric emergencies. In: Sadock B, Sadock V, editors. Comprehensive textbook of psychiatry. Vol. 2., 8th ed. Baltimore: Lippincott Williams&Wilkins; 2005. p. 2453-70.
2. Bekaroğlu M, Bilici M. Psikiyatrik aciller. İçinde: Güleç C, Köroğlu E, editör. Psikiyatri temel kitabı. 2. cilt. Ankara: Hekimler Yayın Birliği; 1998. s. 835-55.
3. Sayıl I. Acil psikiyatri. Ankara: Ankara Üniversitesi Basımevi; 1987.
4. Kısa C, Aydın OD, Cebeci S, Aydemir Ç, Göka A. Acil psikiyatrik başvuruların ve acil psikiyatrik hizmetlerin değerlendirilmesi. New/Yeni Symposium Journal 2001;39(4):174-80.
5. Aker S, Böke Ö, Peşken Y. 112 acil sağlık hizmetine başvurulardaki psikiyatrik olguların değerlendirilmesi. Samsun 2004. Anadolu Psikiyatri Derg 2006;7:211-7.
6. Güz H, Doğanay Z, Güven H, Özcan A. Acil servisten istenen psikiyatri konsültasyonlarının geriye dönük incelenmesi. Acil Tıp Dergisi 2003;3:11-4.
7. Segal SP, Akutsu PD, Watson MA. Factors associated with involuntary return to a psychiatric emergency service within 12 months. Psychiatr Serv 1998;49(9):1212-7.
8. Öztürk MO. Ruh sağlığı ve bozuklukları. Ankara: Nobel Tıp Kitabevi; 2002. s. 212.
9. 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 Bülteni 2008;18(4):288-95.
10. Williams-Russo P. Barriers to the diagnosis of depression in primary care centers. Am J Geriatr Psychiatry 1996;4:84-90.
11. Rabins PV. Barriers to diagnosis and treatment of depression in elderly patients. Am J Geriatr Psychiatry 1996;4:79-83.
12. Hirschfeld RM, Keller MB, Panico S, Arons BS, Barlow D, Davidoff F, et al. The National Depressive and Manic-Depressive Association consensus statement on the undertreatment of depression. JAMA 1997;277(4):333-40.
13. Epstein SA, Hicks D. Anxiety disorders. In: Levenson JM, editor. Textbook of psychosomatic medicine. Washington, DC: American Psychiatric Publishing Inc; 2005. p. 251.
14. Warner MD, Peabody CA. Reliability of diagnoses made by psychiatric residents in a general emergency department. Psychiatr Serv 1995;46(12):1284-6.
15. Serinken M, Tomruk Ö, Erdur B, Soysal S, Çımrın AH. Acil servis hekimlerinin iş stres faktörleri. Akademik Acil Tıp Dergisi 2003;1(2):48-51.
16. Stefanis N, Rabe-Hesketh S, Clark B, Bebbington P. An evaluation of a psychiatric emergency clinic. J Ment Health 1999;8(1):29-42.
17. Seow E, Wong HP, Phe A. The pattern of ambulance arrivals in the emergency department of an acute care hospital in Singapore. Emerg Med J 2001;18(4):297-9.
18. Salgırtay A. A.Ü.T.F Psikiyatri Kliniğine 1 yıl içinde başvuran acil hastalar üzerine bir araştırma. Uzmanlık tezi, Ankara, 1979.
19. Hollifield MA. Somatoform disorders (conversion disorder). In: Sadock B, Sadock V, editors. Comprehensive Textbook of Psychiatry. Vol. 1., 8th ed. Baltimore: Lippincott Williams & Wilkins; 2005. p. 1814-8.
20. Way BB, Allen MH, Mumpower JL, Stewart TR, Banks SM. Interrater agreement among psychiatrist in psychiatric emergency assessments. Am J Psychiatry 1998;155(10):1423-8.