

BİR EĞİTİM ARAŞTIRMA HASTANESİNDE KONSÜLTASYON - LİYEZON PSİKİYATRİSİ UYGULAMALARININ GERİYE DÖNÜK İNCELENMESİ

A RETROSPECTIVE EVALUATION OF CONSULTATION - LIAISON PSYCHIATRY PRACTICES IN A TRAINING AND RESEARCH HOSPITAL

Burcu BAKAR KAHRAMAN¹, Pınar KIZILAY ÇANKAYA²

¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Sultan 2. Abdülhamid Han Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Psikiyatri Kliniği

²Gazi Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tıbbi Farmakoloji Ana Bilim Dalı

ÖZET

AMAÇ: Fiziksel hastalığı olan kişilerde ruhsal hastalık eş tanısı oldukça sıktır. Konsültasyon liyezon psikiyatrisi tıbbi rahatsızlıklara eşlik eden ruhsal sorunlarla çalışmaktadır. Konsültasyon liyezon psikiyatrisi hizmetlerinin tedavi uyumu, yaşam kalitesi, hastane yatış süresi üzerine olumlu etkileri olduğu bilinmektedir. Çalışmamızda, genel hastanede yatarak tedavi gören hastalarda diğer hekimler tarafından sık karşılaşılan psikiyatrik durumların araştırılması ve tanınmasında zorluk yaşanan psikiyatrik hastalıkların tespit edilmesi amaçlanmıştır.

GEREÇ VE YÖNTEM: Çalışmamızda bir eğitim araştırma hastanesinde acil servis dışında yatarak tedavi gören hastalardan 1 yıl boyunca psikiyatri konsültasyonu istenen olguların sosyodemografik verileri ile konsültasyon isteyen branşların dağılımı, konsültasyon istem nedenleri, değerlendirme sonrasında psikiyatrist tarafından konan tanılar ve tedavi önerileri incelenmiştir.

BULGULAR: 1 Ocak 2019-31 Aralık 2019 tarihleri arasında toplam 24.695 hasta yatarak tedavi görmüş, 18 yaş üstü toplam 551 (%2.2) hastadan psikiyatri konsültasyonu istenmiş, en sık konsültasyon istemi yapan branşlar dahiliye (%17.4), nöroloji (%15.6), yoğun bakım ünitesi (%14) ve ortopedi (%13.8) olmuştur. En sık konsültasyon nedenleri ise; hastanın önceki psikiyatrik hastalığın ve tedavisinin değerlendirilmesi (%18.7), depresif yakınmalar (%13.4) ve ajitasyon (%10.5) iken, psikiyatrist tarafından yapılan değerlendirme sonucunda hastaların %22.3'ünde herhangi bir psikiyatrik hastalık teşhis edilmediği, en sık belirlenen ruhsal hastalıkların ise anksiyete bozukluğu (%18.9), depresyon (%18.3) ve deliryum (%16.2) olduğu görülmüştür. Deliryum düşünülen hastaların %56.3'ünde tanı psikiyatrist tarafından doğrulanmış, konversiyon şüphesiyle danışılan hastaların %40'ına ise alkol kullanım bozukluğu tanısı konmuştur.

SONUÇ: Ruhsal durum yaşam kalitesini etkileyen en önemli faktörlerden biri olduğu gibi fiziksel hastalığın seyrini de etkileyebilmektedir. Konsültasyon-liyezon psikiyatrisi hizmetlerinin daha iyi sunulabilmesi için diğer sağlık çalışanlarının sık karşılaştığı, tanıma ve yönlendirmede eksiklik yaşanan ruhsal durumların fark edilmesi için bu alanda çalışmalara ihtiyaç bulunmaktadır.

ANAHTAR KELİMELER: Konsültasyon, Psikiyatri, Anksiyete, Depresyon, Deliryum.

ABSTRACT

OBJECTIVE: Comorbidity of mental illness is quite common in people with physical illness. Consultation liaison psychiatry works on mental problems accompanying medical disorders. It is known that consultation liaison psychiatry services have positive effects on treatment compliance, quality of life, and length of hospital stay. In our study, it is aimed to investigate the psychiatric conditions frequently encountered by other physicians in inpatients in the general hospital and to determine the psychiatric diseases that are difficult to diagnose.

MATERIAL AND METHODS: In our study, the sociodemographic data of the patients who were hospitalized in other than the emergency service in a training and research hospital for one year, the distribution of the departments requesting a consultation, the reasons for the consultation referral, the diagnosis of the psychiatrist after the evaluation, and the treatment recommendations were examined.

RESULTS: Between January 1, 2019, and December 31, 2019, 551 adult inpatients (2.2% of 24,695 total admissions) received psychiatric consultations, the majority of referrals originated from internal medicine (17.4%), neurology (15.6%), intensive care (14%), and orthopedics/traumatology (13.8%). Moreover, it has been seen that while primary consultation rationales included evaluation of pre-existing psychiatric conditions (18.7%), depressive symptomatology (13.4%), and agitation (10.5%), notably, 22.3% of referrals yielded no psychiatric diagnosis, prevalent diagnoses encompassed anxiety disorders (18.9%), depression (18.3%), and delirium (16.2%). Psychiatrists confirmed 56.3% of suspected delirium cases, however, 40% of conversion disorder referrals resulted in alcohol use disorder diagnoses.

CONCLUSIONS: Mental state is one of the most important factors affecting the quality of life, and it may also affect the course of the physical illness. In order to provide better consultation liaison psychiatry services, more studies are needed in this area to recognize the mental conditions that other healthcare professionals often encounter and fail to recognize and provide guidance.

KEYWORDS: Consultation, Psychiatry, Anxiety, Depression, Delirium.

Geliş Tarihi / Received: 31.10.2024

Kabul Tarihi / Accepted: 24.02.2025

Yazışma Adresi / Correspondence: Dr. Pınar KIZILAY ÇANKAYA

Gazi Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tıbbi Farmakoloji Ana Bilim Dalı

E-mail: pkizilay@gmail.com

Orcid No (Sırasıyla): : 0000-0002-5386-8319, 0000-0001-9663-6000

Etik Kurul / Ethical Committee: Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu (13.02.2020/177).

GİRİŞ

Ruhsal iyilik hali yaşam kalitesini belirleyen ana faktörlerden biridir. Ayrıca ruhsal hastalıklar mevcut hastalığın seyrine etki ederek uygun tedaviye rağmen beklenen iyileşmenin sağlanamamasına sebep olabilmektedir. Bu sebeple fark edilmeleri ve tedavisi büyük önem arz etmektedir. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) 2019 verilerine göre her 8 kişiden biri ya da dünya genelinde 970 milyon kişi bir ruhsal bozuklukla yaşarken, en yaygın ruhsal bozukluklar ise anksiyete ve depresyondur (1). Ruhsal bozuklukların yetişkinlerdeki 12 aylık prevalansı %17,6; yaşam boyu prevalansı ise %29,2 olarak tahmin edilmektedir (2). Kronik fiziksel hastalığı bulunanlarda ruhsal bozukluk saptanma oranları ise %42'lere kadar çıkmaktadır (3).

Psikosomatik kelime olarak hem zihni hem de bedeni içerir ve sağlıklılık hali bu ikisinin ideal bütünleşmesinin sonucudur. Psikosomatik tıp, Konsültasyon-Liyezon Psikiyatrisi'nden (KLP) köken almış olup, 1930'larda büyük hastanelerdeki birkaç genel tıp servisinde sağlık hizmetinin çeşitli bölümlerinde uzmanlaşmış tıbbi birimlere genişlemiştir (4). KLP; genel klinik tıp ve çeşitli uzmanlık alanları ile ruhsal ve psikososyal durumlar arası bağlantıları araştıran, fiziksel hastalıklara eşlik eden psikiyatrik bozukluk ve psikososyal sorunların tanısı, tedavisi ve takibi ile ilgilenen bir psikiyatri disiplini (5).

Psikiyatrik eş tanımlar genellikle tıbbi hastalığın seyrini şiddetlendirir, önemli sıkıntıya neden olur, hastanede kalış süresini uzatır ve bakım maliyetlerini artırır. Bu nedenle tıbbi durumlara eşlik eden psikiyatrik sorunların tanınması ve değerlendirilmesi önemlidir. KLP; tıbbi hastalıkları biyopsikososyal bütünlük içerisinde incelemeyi amaçlar. Fiziksel hastalığı olan kişilerde ortaya çıkan ruhsal sorunlar, tedavi uyumundaki sorunlar, hastalığa reaksiyonların anlaşılması ve uyum güçlüklerinin değerlendirilmesi, uygun tedaviye rağmen devam eden yakınmalar, herhangi bir bedensel hastalık tespit edilmemesine rağmen görülen fiziksel yakınmalar KLP çalışma alanına girer. KLP hizmetlerinin tedavi uyumunu arttırdığı, hastane yatış sürelerini kısaltarak sağlık hizmeti maliyetlerinin düşmesine olumlu katkı sağladığını gösteren çalışmalar bulunmaktadır (6-9). Bunlara ek olarak KLP, kli-

nisyenin doğru teşhise giden yolda karmaşa yaşamaması açısından da çok değerlidir. KLP'nin diğer tıbbi durumları nedeniyle tedavi gören hastalara ruh sağlığı hizmeti sunma, transplanstasyon öncesi psikiyatrik değerlendirme ya da tedavi onay ve reddinde kişinin karar verme yeterliliğinin değerlendirilmesi gibi medikolegal konularda görüş sunma, psikosomatik tıp ya da psikiyatrik eş tanımlar üzerine araştırma yaparak bilimsel katkı sağlama gibi çok çeşitli görevleri bulunmaktadır (4). Aynı zamanda psikiyatri dışı sağlık çalışanlarının psikososyal tıp alanında eğitilmesi de KLP görevleri arasındadır. Yapılan çalışmalarda psikiyatri dışı hekimlerin bilişsel bozukluk, deliryum, psikotik bozukluk, alkol madde kullanım bozukluklarını büyük oranda doğru tanıırken; ajitasyon, depresyon, anksiyete, konversiyon belirtileri nedeniyle istenen konsültasyonların yarısından fazlasında bu belirtileri karşılayacak bir ruhsal hastalık tespit edilmediği gösterilmiştir (10-12). Bu bağlamda, KLP hizmetlerinin yaygınlaştırılması ve bu alandaki eksikliklerin saptanması önem arz etmektedir.

Çalışmamızda bir eğitim araştırma hastanesinde acil servis dışı branşlarda yatarak tedavi gören hastalardan istenen psikiyatri konsültasyonlarının oranları, hastaların sosyodemografik verileri, hastaneye yatış nedenleri, konsültasyon istem nedenleri ve psikiyatrist tarafından konulan tanımlar, önerilen tedaviler geriye dönük olarak incelenmiştir.

GEREÇ VE YÖNTEM

Araştırmamız geriye dönük, tanımlayıcı tipte bir araştırmadır. 1 Ocak 2019-31 Aralık 2019 tarihleri arasında Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nin acil servis dışındaki bölümlerinde yatarak tedavi gören ve psikiyatri konsültasyonu istenen erişkin hastaların verileri hastane kayıt sistemi üzerinden taranmıştır. Psikiyatrik değerlendirmesi yerinde bulunmadığı için ya da hasta taburcu edildiği için yapılamayan, yatarak tedavi gördüğü klinik tarafından aynı nedenle 1 hafta içinde tekrar konsülte edilen veya hastane kayıt sistemindeki çalışma için gerekli verileri eksik olan toplam 37 hastanın verileri araştırma kapsamı dışında bırakılmıştır. Sonuç olarak bu 1 yıllık süre içerisinde psikiyatri konsültasyonu istenen ve çalışma için gerekli kriterleri sağlayan 18 yaş ve üzeri 551 erişkin

hastanın verileri çalışmaya dahil edilmiştir. Bu kişilerin yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, fiziksel hastalık tanıları, konsültasyonun hangi bölüm tarafından istendiği, konsültasyon istenme nedeni, konsültasyon sonucu değerlendirilen psikiyatri uzmanı tarafından konulan tanılar, konsültasyon sonucu yapılan öneriler incelenmiş ve araştırmacılar tarafından hazırlanan veri formu ile kayıt altına alınmıştır. Tüm veri incelemeleri Haziran-Ekim 2020 tarihleri arasında yazarlar tarafından gerçekleştirilmiştir.

Etik Kurul

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 13/02/2020 tarihli ve 177 karar nolu etik kurul onayı alınmıştır. Araştırmamız geriye dönük ve dosya taramasına dayalı bir çalışma olduğu için katılımcılardan onam alınmamıştır. Araştırmamız etik ilkelere uygun olarak yürütülmüştür.

İstatistiksel Analiz

İstatistiksel analizler SPSS versiyon 22 (IBM Corp, ABD, 2012) yazılımı kullanılarak yapılmıştır. Sayımla elde edilen veriler sayı ve yüzde ile ifade edilmiştir. Ölçümle elde edilen değişken olarak yaş değişkeni normal dağılıma uygunluğu görsel (histogram ve olasılık grafikleri) ve analitik yöntemlerle (Kolmogorov-Smirnov/Shapiro-Wilk testleri) incelenip normal dağılıma uymadığı belirlenerek ortanca ve minimum ve maksimum değerleriyle verilmiştir.

BULGULAR

1 Ocak 2019-31 Aralık 2019 tarihleri arasındaki 1 yıllık süre içerisinde araştırma kriterleri karşılayan 18 yaş ve üzeri 551 hastadan istenen psikiyatri konsültasyonlarına ait veriler çalışmaya dahil edilmiştir. Bu süre içerisinde hastanemiz acil servis dışı yataklı kliniklerinde yatarak tedavi gören hasta sayısının 24.695 olduğu saptanmıştır. Psikiyatri konsültasyonu istenme oranı %2,2 olarak belirlenmiştir. 551 hastanın %53,4'ü (n=294) kadın, %46,6'sı (n=257) erkektir. Hastaların yaşlarının ortanca değeri 60, en düşük değer 18, en yüksek değer 97 olarak saptanmıştır. %62,1'inin evli, %39,2'sinin ilköğretim mezunu olduğu belirlenen hastaların sosyodemografik verileri **Tablo 1**'de gösterilmiştir.

Tablo 1: Konsültasyon istemi yapılan hastaların sosyodemografik verileri

	Hasta sayısı (n)	Yüzde (%)
Cinsiyet		
Kadın	294	53,4
Erkek	257	46,6
Medeni Durum		
Evli	342	62,1
Bekar	209	37,9
Eğitim düzeyi		
Okur-yazar değil	143	26,0
İlköğretim	216	39,2
Lise	160	29,0
Yükseköğretim ve üzeri	32	5,8

Konsültasyon istenen hastaların hastaneye yatış nedenlerine bakıldığında sırasıyla; endokrinoloji ve metabolizma hastalıkları (%21,4, n=118), serebrovasküler ya da vasküler diğer hastalıklar (%20,7, n=114), travma (%14,5, n=80), kas-iskelet hastalıkları (%10,5, n=58), gastrointestinal sistem hastalıkları (%6,9, n=38), kanser (%6,4, n=35), immun ya da enfeksiyöz hastalıklar (%3,6, n=20), cilt hastalıkları (%3,6, n=20), kardiyovasküler hastalıklar (%2, n=11) ve diğer nedenler (%10,3, n=57) olduğu saptanmıştır.

Konsültasyon istenme nedenlerine bakıldığında; en sık neden hastanın önceki psikiyatrik hastalığı veya tedavisi (%18,7) olup bunu sırasıyla depresif şikayetler (%13,4), ajitasyon (%10,5), operasyon öncesi ya da steroid, Tümör nekrozis faktör-alfa (TNF- α) ve İnterferon (IFN) gibi immün tedaviler öncesi değerlendirme (%10,2) ve uykusuzluk (%7,1) izlerken, %4,5'inde ise herhangi bir neden belirtilmeden konsültasyon istemi yapılmıştır. Hastalara konsültasyonun istendiği tarihte görevli psikiyatri uzmanı tarafından yapılan klinik görüşme ve değerlendirme sonrası konulan tanılar ise **Tablo 2**'de gösterilmiştir.

Tablo 2: Konsültasyon değerlendirmesi sonucu konulan psikiyatrik tanılar

Tanımlar	Sayı (n)	Yüzde (%)
Psikiyatrik hastalık saptanmadı	123	22,3
Anksiyete bozukluğu	104	18,9
Depresif bozukluk	101	18,3
Deliryum	89	16,2
Uyku bozukluğu	29	5,3
Alkol Madde Kullanım Bozukluğu	25	4,5
Organik mental bozukluk	21	3,8
Uyum bozukluğu	18	3,3
Psikotik bozukluk	17	3,1
Bipolar bozukluk	11	2,0
Kişilik bozukluğu	3	0,5
Zeka geriliğine bağlı davranım bozukluğu	3	0,5
DEHB ilişkili davranım bozukluğu	3	0,5
Obsesif Kompulsif Bozukluk	2	0,4
Konversiyon bozukluğu	2	0,4
Toplam	551	100

Buna göre hastaların %22,3'ünde (n=123) herhangi bir psikiyatrik hastalık saptanmamıştır. Hastalarda saptanan psikiyatrik tanılar ise sıklık sırasına göre; anksiyete bozuklukları (%18,9), depresif bozukluk (%18,3), deliryum

(%16,2), uyku bozukluğu (%5,3), alkol-madde kullanım bozukluğu (%4,5) ve organik mental bozukluk (%3,8) olarak belirlenmiştir.

Konsültasyon değerlendirmesi sonrası konulan psikiyatrik tanıların konsültasyon istem nedenlerine göre dağılımı **Tablo 3**'te gösterilmiştir.

Tablo 3: Konsültasyon değerlendirmesi sonrası konulan tanıların konsültasyon istem nedenlerine göre dağılımı

İstem nedeni	Sayı (n)	Yüzde (%)	Konulan tanı	Sayı (n)	Yüzde (%)
Önceki psikiyatrik hastalık ya da tedavi öyküsü	103	18,7	Delirium	24	23,3
			Depresif bozukluk	20	19,4
			Anksiyete bozukluğu	20	19,4
			Psikiyatrik hastalık saptanmadı	11	10,7
Depresif şikayetler	74	13,4	Depresif bozukluk	39	52,7
			Anksiyete bozukluğu	16	21,6
			Psikiyatrik hastalık saptanmadı	12	16,2
			Delirium	26	44,8
Ajitasyon	58	10,5	Uyum bozukluğu	8	13,8
			Depresif bozukluk	7	12,1
			Psikiyatrik hastalık saptanmadı	6	10,3
			Anksiyete bozukluğu	27	46,2
Pre-op/steroid/TNF/IFN öncesi değerlendirme	56	10,2	Psikiyatrik hastalık saptanmadı	12	21,4
			Delirium	5	8,9
			Psikotik bozukluk	4	7,1
			Psikiyatrik hastalık saptanmadı	19	48,7
Uykusuzluk	39	7,1	Uyku bozukluğu	12	30,8
			Anksiyete bozukluğu	3	7,7
			Depresif bozukluk	2	5,1
			Delirium	15	38,5
Halüsinasyon/hezeyan	39	7,1	Organik mental bozukluk	11	28,2
			Psikiyatrik hastalık saptanmadı	6	15,4
			Depresif bozukluk	11	31,4
			Anksiyete bozukluğu	11	31,4
Anksiyete belirtileri	35	6,4	Psikiyatrik hastalık saptanmadı	9	25,7
			Psikiyatrik hastalık saptanmadı	14	56,0
			Depresif bozukluk	4	16,0
			Anksiyete bozukluğu	3	12,0
Neden belirtilmemiş	25	4,5	Alkol-madde kullanım bozukluğu	10	47,6
			Psikiyatrik hastalık saptanmadı	9	42,9
			Depresif bozukluk	5	23,8
			Delirium	4	19,0
Alkol/madde kullanımı	21	3,8	Bipolar bozukluk	4	19,0
			Alkol-madde kullanım bozukluğu	3	14,3
			Anksiyete bozukluğu	7	38,9
			Depresif bozukluk	5	27,8
Tedavi reddi	21	3,8	Delirium	2	11,1
			Organik mental bozukluk	2	11,1
			Delirium	9	56,3
			Anksiyete bozukluğu	5	31,3
Duygudurum bozukluğu	18	3,3	Alkol madde kullanım bozukluğu	6	40,0
			Psikiyatrik hastalık saptanmadı	5	33,3
			Anksiyete bozukluğu	2	13,3
			Psikotik bozukluk	5	35,7
Delirium?	16	2,9	Psikiyatrik hastalık saptanmadı	5	35,7
			Anksiyete bozukluğu	3	7,1
			Psikiyatrik hastalık saptanmadı	9	75,0
			Anksiyete bozukluğu	2	16,7
Konversif şikayetler	15	2,7	Depresif bozukluk	1	8,3
			Psikiyatrik hastalık saptanmadı	2	66,7
			Depresif bozukluk	1	33,3
			Psikiyatrik hastalık saptanmadı	1	50,0
Organik etiyoloji bulunamaması	14	2,5	Anksiyete bozukluğu	1	50,0
			Psikiyatrik hastalık saptanmadı	1	50,0
			Psikiyatrik hastalık saptanmadı	1	50,0
			Anksiyete bozukluğu	1	50,0
Somatik yakınmalar	12	2,2	Psikiyatrik hastalık saptanmadı	1	50,0
			Psikiyatrik hastalık saptanmadı	1	50,0
			Psikiyatrik hastalık saptanmadı	1	50,0
			Anksiyete bozukluğu	1	50,0
İntihar düşünceleri	3	0,5	Psikiyatrik hastalık saptanmadı	1	50,0
			Psikiyatrik hastalık saptanmadı	1	50,0
			Psikiyatrik hastalık saptanmadı	1	50,0
			Anksiyete bozukluğu	1	50,0
Yapay bozukluk?	2	0,4	Psikiyatrik hastalık saptanmadı	1	50,0
			Psikiyatrik hastalık saptanmadı	1	50,0
			Psikiyatrik hastalık saptanmadı	1	50,0
			Anksiyete bozukluğu	1	50,0
Toplam	551	100,0			

Buna göre neden belirtilmeden istenen konsültasyonların %56'sında psikiyatrik bir hastalık saptanmamıştır. En sık konsültasyon istenme nedeni olan önceki psikiyatrik hastalık veya tedavi öyküsü nedeniyle konsülte edilen hastalarda delirium (%23,3), depresif bozukluk (%19,4) ve anksiyete bozukluğu (%19,4) en sık tanımlar olarak belirlenmiştir. Delirium şüphesiyle konsültasyon istemi yapılan hastaların %56,3'ünde delirium tanısı psikiyatri uzmanı tarafından doğrulanmıştır. Depresif şikayetler ve anksiyete belirtileri nedeniyle konsülte edilen hastalara en sık depresif bozukluk ve anksiyete bozukluğu tanıları konulurken, ajitasyon ve halüsinasyon ya da hezeyan nedeniyle konsülte edilen hastalarda en sık delirium tanısı konulduğu görülmektedir. Uykusuzluk nedeniyle konsülte edilen hastaların %48,7'sinde herhangi bir psikiyatrik hastalık saptanmamıştır. Alkol-madde kullanımı nedeniyle konsülte edilen hastaların %47,6'sında alkol madde kullanım bozukluğu tanısı saptanırken, %42,9'unda herhangi bir psikiyatrik hastalık saptanmamıştır. Tedavi reddi nedeniyle konsülte edilen hastalarda ise depresif bozukluk (%23,8), delirium (%19), bipolar bozukluk (%19) ve alkol madde kullanım bozukluğu (%14,3) en sık saptanan tanımlardır. Organik etiyoloji bulunamaması nedeniyle konsülte edilen hastaların ise %35,7'sinde psikotik bozukluk tanısı saptanırken %35,7'sinde herhangi bir psikiyatrik hastalık saptanmamıştır. Konversif şikayetler nedeniyle konsülte edilen hastaların %40'ında alkol madde kullanım bozukluğu tanısı saptanırken, %33,3'ünde herhangi bir psikiyatrik hastalık saptanmamıştır.

En sık psikiyatri konsültasyonu isteyen bölümler sırasıyla dahiliye (%17,4, n=96), nöroloji (%15,6, n=86), yoğun bakım üniteleri (%14, n=77), ortopedi (%13,8, n=76) ve genel cerrahi (%9,3, n=51) iken en az konsültasyon istemi yapan bölümler ise plastik cerrahi (%0,9, n=5), kardiyoloji (%0,7, n=4), yanık ünitesi (%0,7, n=4), kadın hastalıkları ve doğum (%0,7, n=4) ve üroloji (%0,5, n=3) olarak belirlenmiştir. Yoğun bakım üniteleri dışı servis konsültasyonlarının dağılımına bakıldığında konsültasyon istemlerinin %50,5'inin (n=278) dahili bölümler tarafından, %35,6'sının (n=196) cerrahi bölümler tarafından istendiği saptandı. Konsültasyon istemi yapan tüm bölümler ve konsültasyon istem nedenlerinin bölümlere göre dağılımı **Tablo 4** 'te gösterilmiştir.

Tablo 4: Konsültasyon istem nedenlerinin konsültasyon isteyen bölümlere göre dağılımı

Bölüm	Sayı (n)	Yüzde (%)	Konsültasyon istem nedeni	Sayı (n)	Yüzde (%)
Dahili Bölümler	278	50.5	Önceki psikiyatrik hastalık ya da tedavi öyküsü	55	19.8
			Depresif şikayetler	50	18
			Ajitasyon	26	9.4
			Uykusuzluk	25	9
Dahiliye	96	17.4	Önceki psikiyatrik hastalık ya da tedavi öyküsü	17	17.7
			Depresif şikayetler	15	15.6
			Uykusuzluk	10	10.4
			Tedavi reddi	10	10.4
			Anksiyete belirtileri	7	7.3
			Depresif şikayetler	22	25.6
Nöroloji	86	15.6	Önceki psikiyatrik hastalık ya da tedavi öyküsü	14	16.3
			Konversif şikayetler	10	11.6
			Ajitasyon	8	9.3
			Uykusuzluk	7	8.1
			Önceki psikiyatrik hastalık ya da tedavi öyküsü	7	15.2
Enfeksiyon hastalıkları	46	8.3	Ajitasyon	6	13.0
			Uykusuzluk	5	10.9
			Önceki psikiyatrik hastalık ya da tedavi öyküsü	9	32.1
Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon	28	5.1	Depresif şikayetler	6	21.4
			Uykusuzluk	3	10.7
			Ajitasyon	3	10.7
			Önceki psikiyatrik hastalık ya da tedavi öyküsü	7	38.9
Cildiye	18	3.3	Organik etiyoloji bulunamaması	2	11.1
			Halüsinasyon/hezeyan	2	11.1
			Steroid/TNF/IFN tedavisi öncesi değerlendirme	2	11.1
			Neden belirtilmemiş	1	25
			Önceki psikiyatrik hastalık ya da tedavi öyküsü	1	25
			Ajitasyon	1	25
Kardiyoloji	4	0.7	Depresif şikayetler	1	25
			Pre-op değerlendirme	40	20.4
			Önceki psikiyatrik hastalık ya da tedavi öyküsü	22	11.2
			Ajitasyon	21	10.7
Cerrahi bölümler	196	35.6	Depresif şikayetler	20	10.2
			Pre-op değerlendirme	25	32.9
			Ajitasyon	14	18.4
			Önceki psikiyatrik hastalık ya da tedavi öyküsü	10	3.2
			Halüsinasyon/hezeyan	9	11.8
			Pre-op değerlendirme	7	13.7
Ortopedi	76	13.8	Önceki psikiyatrik hastalık ya da tedavi öyküsü	7	13.7
			Depresif şikayetler	7	13.7
			Anksiyete belirtileri	5	9.8
			Neden belirtilmemiş	4	7.8
Genel cerrahi	51	9.3	Pre-op değerlendirme	4	20
			Uykusuzluk	4	20
			Neden belirtilmemiş	4	20
			Depresif şikayetler	3	15
Beyin cerrahi	20	3.6	Alkol/Madde kullanımı	3	20
			Pre-op değerlendirme	2	13.3
			Deliryum?	2	13.3
			Anksiyete belirtileri	2	13.3
Kulak Burun Boğaz	15	2.7	Önceki psikiyatrik hastalık ya da tedavi öyküsü	2	18.2
			Depresif şikayetler	2	18.2
			Uykusuzluk	2	18.2
			Depresif şikayetler	4	17.4
Kalp ve Damar Cerrahisi	11	2.0	Anksiyete belirtileri	3	13
			Halüsinasyon/hezeyan	3	13
			Pre-op/steroid/TNF/IFN tedavisi öncesi değerlendirme	3	13
			Alkol/madde kullanımı	5	6.5
Diğer cerrahi bölümler*	23	4.2	Tedavi reddi	4	5.2
			Önceki psikiyatrik hastalık ya da tedavi öyküsü	26	33.8
			Ajitasyon	11	14.3
			Halüsinasyon/hezeyan	6	7.8
Yoğun Bakım Üniteleri	77	14	Pre-op/steroid/TNF/IFN tedavisi öncesi değerlendirme	6	7.8
			Alkol/madde kullanımı	5	6.5
			Tedavi reddi	4	5.2
			Önceki psikiyatrik hastalık ya da tedavi öyküsü	26	33.8

*Plastik, rekonstrüktif ve estetik cerrahi, göz hastalıkları, kadın hastalıkları ve doğum, üroloji ve yanık üniteleri bölümlerinden oluşmaktadır

Buna göre dahili bölümlerin en sık konsültasyon isteme nedenleri hastaların önceki psikiyatrik hastalık veya tedavi öyküleri (%19,8) olup, bunu sırasıyla depresif şikayetler (%18), ajitasyon (%9,4) ve uykusuzluk (%9) izlemektedir. Cerrahi bölümlerde ise en sık konsültasyon isteme nedeni operasyon öncesi değerlendirme (%2,4) iken, önceki psikiyatrik hastalık veya tedavi öyküsü (%11,2), ajitasyon (%10,7) ve depresif şikayetler (%10,2) diğer en sık nedenlerdir.

Yoğun bakım ünitelerinden istenen konsültasyonlara bakıldığında ise; önceki psikiyatrik hastalık veya tedavi öyküsü (%33,8), ajitasyon (%14,3), halüsinasyon/hezeyan (%7,8), operasyon öncesi ya da steroid, TNF-alfa ve IFN gibi immün tedaviler öncesi değerlendirme (%7,8), alkol-madde kullanımı (%6,5) şeklinde sıralanmaktadır.

Hastaların konsültasyon değerlendirmeleri sonucunda psikiyatri uzmanı tarafından yapılan önerilere bakıldığında; hastaların %29,8'ine (n=164) herhangi bir tıbbi tedavi önerilmezken, %32,8'ine (n=181) antidepresan tedavi, %22,7'sine (n=125) antipsikotik tedavi, %3,6'sına (n=20) antidepresan ve antipsikotik tedavisi kombinasyonu, %1,1'ine (n=6) benzodiazepin, %0,4'üne (n=2) duygudurum düzenleyici tedavi önerildiği, %9,6'sına (n=53) ise operasyon öncesi önerilerde bulunduğu saptanmıştır.

TARTIŞMA

Çalışmamızda yatan hastalardan psikiyatri konsültasyonu istem oranı %2,2 olarak saptanmıştır. Bu oranın daha önceki çalışmalarda %1-3 olarak bulunduğu görülmüştür (13-15). Bulgumuz literatürle uyumlu olsa da fiziksel hastalıklara eşlik eden ruhsal bozukluk prevalansı verilerine göre oldukça düşük olan bu konsültasyon oranları psikiyatrik hastalıkların fark edilmesinde eksiklik yaşandığını göstermektedir. Çalışmamızda önceki çalışmalara benzer şekilde konsültasyon istemlerinin çoğunluğunu kadınlar oluşturmaktadır (13,16-18) ve yaş ortanca değeri 60 olarak bulunmuştur. Önceki çalışmalarda psikiyatri konsültasyonlarının yaş ortanca değerleri 45-55 olarak saptanmıştır (16,18-20). Çalışmamızın yaş ortalamasının önceki çalışmalardan yüksek oluşu acil dışı servislerde yatarak tedavi gören hastalardan istenen psikiyatri konsültasyonlarının çalışmaya dahil edilmesi ile ilişkili olabilir. Literatürde acilden istenen konsültasyonların yaş ortalamasının diğer bölümlerden anlamlı düzeyde düşük olduğu saptanmıştır (19).

Çalışmamızda dahili branşlardan istenen psikiyatri konsültasyon oranları, cerrahi branşlardan yüksek olarak saptanmıştır. Bu bulgumuz literatürle uyumludur (13-15,20). Dahili branşlarda en sık konsültasyon talep eden birimi iç hastalıkları olarak belirleyen çalışmalar çoğunluk olmakla beraber; nöroloji, fizik tedavi ve

rehabilitasyon, göğüs hastalıkları ya da cildiye olarak bildiren çalışmalar da bulunmaktadır (19, 21). Hastane bünyesindeki yataklı servislerin branşlara göre yatak kapasiteleri değiştiğinden bu konuda güvenilir bir karşılaştırma yapmak ise zor görünmektedir. Bizim çalışmamızda en çok psikiyatri konsültasyonu isteyen branşlar sırasıyla iç hastalıkları, nöroloji ve yoğun bakım ünitesi şeklinde olmuştur. Bu branşlardan daha çok psikiyatri konsültasyonu istenmesi, bu bölümlerdeki hasta yatış süresinin diğer bölümlere göre görece uzun olması ile ilişkili olabilir. Uzun süreli hastane yatışı bir stresör olarak ruhsal bozukluk riskini artırır. Dolayısıyla, bu hastalar için daha fazla psikiyatrik değerlendirme ve tedavi ihtiyacı olması beklenebilir. Aynı zamanda yatış süresinin uzunluğu hekimin hastasını daha iyi tanması ve bütüncül değerlendirmesi açısından bir fırsat da yaratıyor olabilir.

Literatürde en sık konsültasyon sebebi olarak; ajitasyon (15, 20), depresif yakınmalar (17, 22) ya da sebebi belirtilmeksizin psikiyatrik değerlendirme istemi (13, 14, 18) gibi farklı sonuçlar bildiren çalışmalar bulunmaktadır. Çalışmamızda önceki psikiyatrik hastalığın veya tedavisinin yeniden değerlendirilmesi en sık konsültasyon istem sebebi olarak bulunmuştur. Bu istemle yapılan konsültasyonlarda psikiyatrist tarafından en sık belirlenen tanılar ise deliryum, depresyon ve anksiyete bozukluğu olmuştur. Deliryum tanısının en sık olmasının nedeni incelendiğinde, bu hastaların hastane yatışı sırasında daha önce danışılmış ve deliryuma yönelik önerilerde bulunulmuş olduğu, aynı hastalara yatış süresince ve taburculuk öncesinde tekrarlayan konsültasyonların olduğu görülmüştür. Önceki çalışmalar psikiyatri dışı hekimlerin deliryumu büyük oranda doğru tanıdığını göstermiştir (10-12).

Araştırmamızda da deliryum şüphesiyle konsülte edilen hastaların %56,3'ünde tanı psikiyatrist tarafından doğrulanmıştır. Çalışmamızın verileri önceki çalışmalara ek olarak diğer branş hekimlerinin deliryumu büyük oranda tanısa da bu konuda tekrarlayan psikiyatrik değerlendirme talebinin oluştuğunu göstermektedir. Bu durum diğer branşlar tarafından deliryumun yönetiminde zorlanıldığı şeklinde yorumlanmıştır.

Çalışmamızda toplam 551 konsültasyonun 123'ünde (%22,3) psikiyatrik bozukluk düşü-

nülmemiş, 428'ine (%77,7) psikiyatrik tanı konulmuştur. Önceki çalışmalarda psikiyatrik tanı oranları %75-95 arasında değişmektedir (14, 18). Herhangi bir neden belirtilmeden istenen psikiyatri konsültasyonlarının %56'sında, uykusuzluk nedeniyle konsültasyonların %48,7'sinde bir psikiyatrik bozukluk tespit edilmemiştir. Psikiyatrik ön tanı düşünülmeden ya da tek bir belirti nedeniyle atılan konsültasyonlarda psikiyatrist tarafından hastalık teşhisi konulma oranlarının azaldığı görülmüştür. Tüm konsültasyonların sonucunda en sık antidepresanlar olmak üzere %60,6'sına ilaç tedavisi önerilmiştir. Önceki çalışmalardan tedavi önerilme oranları birinde %65 değerinde ise %80,6 olarak bildirilmiş ve en sık önerilen tedavi antidepresanlar olmuştur (23, 24). Antipsikotik önerilme oranlarına bakıldığında %13,3 ve %9,8 olarak bildiren çalışmalara karşın bizim çalışmamızda %22,7 olarak daha yüksek saptanmıştır (21, 24). Çalışmamızda antipsikotik tedavi önerisinin yüksek oluşu hastanemizde deliryum tanısı alan konsültasyonların fazlalığı ve bu hastalara önerilen düşük doz antipsikotik tedavilerle açıklanabilir. Tedavi reddi nedeniyle değerlendirilmesi istenen hastalarda ise sırasıyla depresif bozukluk (%23,8), deliryum (%19), bipolar bozukluk (%19) ve alkol madde kullanım bozukluğu (%14,3) en sık saptanan tanılar olmuştur. Tedavi reddi, kişinin yeni teşhis edilen bir hastalığın kabul sürecine henüz geçemediği şok, inkâr, öfke gibi dönemlere ait geçici bir reaksiyon olabileceği gibi, depresyondaki karamsarlığa bağlı iyileşemeyeceğine dair olumsuz inançları nedeniyle ya da karar verme yeterliliğinin bozulduğu bir ruhsal bozuklukla ilişkili olabilir. Kimi zaman da tedavi hakkında kişinin anlayabileceği düzeyde yeterli bilgi verilmemiş olması sebebiyle tedavinin kabul edilmediği görülmektedir.

Çalışmamızda, organik etyoloji tespit edilemediği belirtilerek istenen psikiyatrik değerlendirmelerin %35,7'sinde kişinin daha önce psikoz tanısı almış olduğu saptanmıştır. Bu durum psikoz tanısı olan hastalarda somatik belirtilerinin psikiyatrik sebeplerle açıklanma eğiliminin fazla olduğu ve diğer tıbbi durumların bu hasta grubunda gözden kaçabileceği şeklinde yorumlanmıştır. Benzer şekilde literatürde organik etyoloji bulunamayıp konversiyon bozukluğu tanısı konan birçok kişinin sonraki izlemlerinde

mevcut durumunu açıklayan organik bir hastalık tespit edildiği bildirilmektedir (25). Bu bilgilere göre psikoz tanılı hastalarda diğer tıbbi durumlarının atlanması riskinin arttığı söylenebilir. Özellikle psikotik bozukluklar gibi ağır ruhsal hastalığı olan bireylerin fiziksel yakınmalarının tedavi sürecinde multidisipliner yaklaşım önem taşımaktadır. Çalışmamızda konversif yakınmaları olduğu düşünülen hastaların %33'ünde herhangi bir psikiyatrik bozukluk saptanmamış, bu amaçla istenen konsültasyonlarda en sık tespit edilen tanı ise alkol kullanım bozukluğu olmuştur. Somatizasyon bozukluğunda alkol ve madde kötüye kullanımı (sırasıyla %32, %19), konversiyon bozukluğunda (sırasıyla %18, %2) olarak bildirilmiştir (26). Özellikle alkol bırakma motivasyonu olmayan kişilerin mevcut fiziksel yakınmaları için alkolü olası bir sebep olarak görmeyebildiği ve alkol kullanımı sorgulanmadığı takdirde kişilerin bu konuda bilgi vermekten kaçınabildiği bilinmektedir. Dolayısıyla bu hastalarda alkol madde yoksunluğunun fiziksel belirtilerinin konversif olarak değerlendirilmiş olabileceği düşünülmüştür. Kişi tarafından bildirilen somatizasyon belirtileri ile aşırı alkol kullanımı arasında ilişki olduğu bildirilmiş, hekimler tarafından somatik şikayetlerin gelecekteki aşırı alkol kullanım riskinin olası göstergesi olarak değerlendirilmesi önerilmiştir (27).

Çalışmamızda bir yıllık psikiyatri konsültasyonları incelenerek genel hastanede kliniklere göre psikiyatri görüşü istenme oranları, nedenleri, değerlendirme sonrası psikiyatrist tarafından konulan tanı ve yapılan öneriler araştırılmıştır. Böylece diğer branş hekimlerinin sık karşılaştığı ve görüş alma ihtiyacı duyduğu psikiyatrik bozuklukları tespit ederek yol gösterici olması amaçlanmıştır.

Çalışmamızın bazı kısıtlılıkları vardır. Çalışmamızda acil servis dışı yatan hastalardaki psikiyatri konsültasyonları değerlendirilmiş, acil servis ve polikliniklerden istenen konsültasyonlar değerlendirme dışı tutulmuştur. Bu nedenle sonuçlar konsültasyonların tümü hakkında bilgi vermemektedir. Bu çalışmanın diğer kısıtlılıkları tanısal değerlendirmenin yapılandırılmış bir yöntemle yapılmamış olması ve verilerin geriye dönük incelenmesidir.

KAYNAKLAR

1. Institute of Health Metrics and Evaluation. Global Health Data Exchange (GHDx), (<https://vizhub.healthdata.org/gbd-results/>, Accessed 14 May 2022).
2. Steel Z, Marnane C, Iranpour C, et al. The global prevalence of common mental disorders: A systematic review and meta-analysis 1980–2013. *International Journal of Epidemiology*. 2014;43(2):476-93.
3. Hochlehnert A, Niehoff D, Herzog W, et al. Elevated costs of treatment in medical inpatients with psychiatric comorbidity are not reflected in the German DRG-system. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*. 2007;57(2):70-5.
4. Levenson James L (Ed). The American Psychiatric Association Publishing textbook of psychosomatic medicine and consultation-liaison psychiatry. American Psychiatric Pub, 2018.
5. Köroğlu E, Güleç C & Şenol S (Ed). Psikiyatri temel kitabı. Baskı Ankara: HYB Basım Yayın, 2007.
6. Ito H, Kishi Y & Kurosawa HA. Preliminary study of staff perception of psychiatric services in general hospitals. *General Hospital Psychiatry*. 1999;21(1):57-61.
7. Strain JJ. Consultation-liaison psychiatry. BJ Sadock, VA Sadock (Eds), *Comprehensive Textbook of Psychiatry*. Seventh ed., Philadelphia. Lippincott Williams Wilkins. 2000;1876-87.
8. Wood R, Wand AP. The effectiveness of consultation-liaison psychiatry in the general hospital setting: A systematic review. *J Psychosom Res*. 2014;76(3):175–92.
9. Abrams TE., Vaughan-Sarrazin M & Rosenthal GE. Psychiatric comorbidity and mortality after acute myocardial infarction. *Circulation: Cardiovascular Quality and Outcomes*. 2009;2(3):213-20.
10. Dilts SL, Mann N, Dilts JG. Accuracy of referring psychiatric diagnosis on a consultation-liaison service: *Psychosomatics*. 2003;44(5):407-11.
11. Sertöz ÖÖ, Doğanavşargil GÖ, Noyan MA, ve ark. Bir Üniversite Hastanesi Konsültasyon Liyezon Servisinde Psikiyatrik Hastalıkların Psikiyatri Dışı Hekimlerce Doğru Tanınma Oranları. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni*. 2008;18(4):288-95.
12. Eser B, Batmaz S, Songur E, ve ark. Bir üniversite hastanesinde yatan hastalar için ve acil servisten istenilen ruh sağlığı ve hastalıkları konsültasyonlarının incelenmesi: Türkiye'den çalışmalarla bir karşılaştırma. *Klinik Psikiyatri*. 2018;21:278-89.
13. Taşçı G. Bir Şehir Hastanesinde İstenilen Psikiyatri Konsültasyonlarının Değerlendirilmesi: 2019 Yılı Verileri. *Genel Tıp Dergisi*. 2021;31(3):257-61.

14. Canan F, Kocer E, İcmeli C, ve ark. Bir üniversite hastanesinde yatan hastalar için istenen psikiyatri konsültasyonlarının değerlendirilmesi. *Düzce Tıp Fakültesi Dergisi*. 2008;10(1):22-7.

15. Köroğlu A, Helvacı Celik F, Aslan M, ve ark. Bir eğitim hastanesinde psikiyatri konsültasyon hizmetlerinin değerlendirilmesi. *Klinik Psikiyatri*. 2011;14(1): 44-50.

16. Özsoy, F. Ruh sağlığı ve Hastalıkları Bölümünden İstenen Konsültasyonların geriye Dönük İncelenmesi. *Gazi-osmanpaşa Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*. 2018;10(2): 46-56.

17. Uyar B, Gürgen F. Bir Üniversite Hastanesinde Psikiyatri Konsültasyonlarının Değerlendirilmesi. *Klinik Psikiyatri Dergisi*. 2015;18(1):24-8.

18. Kuloğlu M, Çayköylü A, Akyol Soydaş E, ve ark. Bir eğitim hastanesinde istenen psikiyatri konsültasyonlarının değerlendirilmesi. *Kriz Dergisi*. 2008;16(1):19-24.

19. Eğilmez OB, Örum MH, Kara MZ, ve ark. Bir Eğitim Ve Araştırma Hastanesinde Ayaktan ve Yatan Hastalar İçin İstenen Psikiyatri Konsültasyonlarının Değerlendirilmesi: 2018 Yılı Verileri. *Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi Tıp Dergisi*. 2019;52(3):257-62.

20. Ertek İE, Öztürk HM. Bir eğitim-araştırma hastanesinde istenen psikiyatri konsültasyonlarının değerlendirilmesi ve psikiyatrik hastalıkların doğru tanınma oranları. *Klinik Psikiyatri Dergisi*. 2019;22(3):338-46.

21. Onur E, Yemez B, Polat S, ve ark. Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi Uygulamaları ve Farmakoterapi Tercihlerindeki Değişim. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni*. 2007;17(4):167-73.

22. Kahyacı Kılıc E, Köse Cınar R, Sonmez MB, ve ark. Bir üniversite hastanesinde yatan hastalardan istenen psikiyatrik konsültasyonların değerlendirilmesi. *Klinik Psikiyatri*. 2016;19(4):194-201.

23. Gala C, Rigatelli M, De Bertolini C, et al. A multicenter investigation of consultation-liaison psychiatry in Italy. *General Hospital Psychiatry*. 1999;21(4):310-7.

24. Göktas K, Yılmaz E, Kaya N, ve ark. Bir eğitim hastanesinde istenen psikiyatri konsültasyonlarının değerlendirilmesi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*. 2006;7(1):27-32.

25. Guggenheim FG. Somatoform Disorders. Kaplan and Sadock's Synopsis of Psychiatry. 7. Baskı, 2. Cilt, BJ Sadock (Ed.) Philadelphia. Lippincott Williams and Wilkins. 2000;(2):1504-14.

26. Tomasson K, Kent D, Coryell W. Somatization and conversion disorders: Comorbidity and demographics at presentation. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 1991; 84(3): 288-93.

27. Tien AY, Schlaepfer TE, Fisch HU. Self-reported somatization symptoms associated with risk for extreme alcohol use. *Archives of Family Medicine*. 1998;7(1): 33-7.