



T.C.
AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
ACİL TIP ANABİLİM DALI

**ACİL SERVİSTE NON-SPEŞİFİK ŞİKAYET TANISI
ALAN HASTALARDA ANKSİYETE
VE DEPRESYON SIKLIĞI**

Dr. Angelika JANİTZKY AKYOL

Uzmanlık Tezi

Antalya, 2006



T.C.
AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
ACİL TIP ANABİLİM DALI

**ACİL SERVİSTE NON-SPESİFİK ŞİKAYET TANISI
ALAN HASTALARDA ANKSİYETE
VE DEPRESYON SIKLIĞI**

Dr. Angelika JANİTZKY AKYOL

Uzmanlık Tezi

Tez Danışmanı : Doç. Dr. Oktay ERAY

“Tezimden Kaynakça Gösterilerek yararlanılabilir”

Antalya, 2006

Teşekkür

Bu tezin çalışma aşamasında yardım eden tüm acil servis çalışanlarına ve tezin oluşturulmasında rehberlik eden değerli öğretmenimiz Doç. Dr. Oktay Eray'a teşekkür ederim.

Dr. Angelika JANİTZKY AKYOL

İÇİNDEKİLER

ÇİZELGELER DİZİNİ	v
ŞEKİLLER DİZİNİ	vi
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER	3
3. GEREÇ VE YÖNTEM	8
3.1. Etkinin ölçme ve değerlendirmesi	9
3.2. Örnek seçimi	9
3.3. İstatistiksel Analiz	10
4. BULGULAR	11
4.1. Bel ağrısı dışında bir şikayet ile acil servise başvuran hastalar	12
4.2. Bel ağrısı şikayeti ile acil servise başvuran hastalar	21
5. TARTIŞMA	28
5.1. Bel ağrısı olmayan hasta grubu	28
5.2. Bel ağrısı olan hasta grubu	34
SONUÇLAR	35
ÖZET	36
KAYNAKLAR	38
EKLER	49
Ek 1: Form	49
Ek 2: İCD-10 açıklanması	50

ÇİZELGELER DİZİNİ

Çizelge

4.1.1. Hastaların demografik özellikleri	13
4.1.2. Hastaların başvuru şikayetleri	14
4.1.3. Hastaların acil servisten ayrılış tanıları	15
4.1.4. Hastalara önerilen poliklinik kontrolleri	16
4.1.5. Spesifik ve nonspesifik tanı alan hastaların anksiyete ve depresyon riskleri	17
4.1.6. Medeni duruma göre anksiyete ve depresyon için risk altında olan hasta sayıları	18
4.1.7. Anksiyete ve depresyon için risk altında olan hastaların cinsiyet dağılımı	19
4.1.8. Eğitim durumuna göre anksiyete ve depresyon için risk altında olan hasta sayıları	20
4.2.1. Bel ağrısı şikayeti ile başvuran hastaların demografik özellikleri	22
4.2.2. Bel ağrısı ile başvuran hastaların tanıları	23
4.2.3. Bel ağrısı ile başvuran hastaların önerilen poliklinikler	23
4.2.4. Spesifik ve nonspesifik tanı alan hastaların anksiyete ve depresyon riskleri	24
4.2.5. Medeni duruma göre anksiyete ve depresyon risk gruplarının karşılaştırılması	25
4.2.6. Cinsiyete göre anksiyete ve depresyon risk gruplarının karşılaştırılması	26
4.2.7. Eğitim durumuna göre anksiyete ve depresyon risk grupların karşılaştırılması	27

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil

4.1.	Hasta akış şeması	11
4.1.1.	Hastaların başvuru şikayetleri	14

1. GİRİŞ

Acil servisler temel olarak morbidite ve mortalite etkeni olan hastalıkların hızla tanındığı, ayırıcı tanıların yapıldığı ve bu hastalıkların tedavilerinin düzenlendiği hızlı çalışan tıp birimleridir. Acil servisler mortalite ve morbidite etkeni hastalıkları olmadığı halde hastaların daha az bekleyerek randevusuz olarak hizmet alabildikleri bir yer olduğu ve 24 saat kesintisiz çalıştığı için tercih edilir. Tanısı net olarak anlaşılamayan hastalar ise bazen semptomatik tedaviler ile bazen de poliklinik önerileri ile taburcu edilmekte ya da araştırmak ve tedavi etmek için yatırılmaktadır. Acil servisler ve birinci basamak tedavi alanlarına başvuran hastaların % 19'luk kısmı anksiyete ve depresyon nedeni ile başvurmaktadır (1).. Ancak fiziksel ve ruhsal yakınmaları bir arada olan bu hastaların büyük bir kısmının tanısı net olarak anlaşılamamaktadır (2). Dünya sağlık örgütü tarafından 1990 yılında depresyonun dünyadaki sakatlık ve erken ölümlerden sorumlu dördüncü hastalık olduğu saptanmış ve 2020 yılında ikinci sıraya yükseleceği tahmini yapılmıştır (3). Bu durum karşısında tanısı net olarak anlaşılamayan hastalarda başta olmak üzere acil servislere ve birinci basamak sağlık hizmetlerine başvuran hastalarda anksiyete ve depresyonun tanınması için çaba sarfedilmesi gerektiği açıktır.

Hastane anksiyete ve depresyon (HAD) ölçeği 14 soru içeren anksiyete ve depresyon ölçen bir kendini değerlendirme ölçeğidir (4).

Çalışmamızda HAD ölçeği kullanılarak semptomların nedeni açıklansın ya da açıklanmasın acil servise başvuran hastalarda depresyon ve anksiyete insidansı ve risk grupları araştırılacaktır.

Nedeni bilinmeyen somatik semptomları olan hastalar eşlik eden psikiyatrik, fonksiyonel ya da organik hastalık olsun ya da olmasın, büyük ve heterojen bir hasta grubu olup hekimler için zor klinik problemlerdir (5). Bu heterojen hasta grupları içerisinde depresyon ve anksiyete bozukluğu olan hasta grubunun saptanılması tanının erken konulması ve hastanın yaşam kalitesinin artması açısından önemli bilgiler verecektir. Acil servise başvuran “non-spesifik şikayet” tanılı hastalarda anksiyete ve depresyon epidemiyolojisi hakkında yeterli bilgi yoktur. Genel düşünce bu hastalarda daha fazla psikiyatrik sorunlar olacağı

yönünde olsa da spesifik tanılı hastalar ile aralarında fark olup olmadığını gösteren bir çalışma da yoktur. Depresyon tüm dünyada mortalite ve morbiditenin giderek artan bir nedeni olmasına rağmen gerek hekimlerden gerekse de hastalardan kaynaklanan nedenler ile tanı konulmaktan kaçınılan bir durumdur. Bu çalışma ile spesifik ve non-spesifik şikayet tanılı hastalarda depresyon ve anksiyete insidansı belirlenecektir. Ayrıca bu hastaların demografik özellikleri de tespit edilecektir.

2. GENEL BİLGİLER

Depresyon, türkçe çökkünlük, derin üzüntülü, bazen de hem üzüntülü, hem bunaltılı bir duygudurumla birlikte düşünce, konuşma, devinim ve fizyolojik işlevlerde yavaşlama, durgunlaşma ve bunların yanısıra değersizlik, küçüklük, güçsüzlük, isteksizlik, karamsarlık duygu ve düşünceleri ile belirli bir sendromdur. Bu sendrom birçok ruhsal ya da ruhsal olmayan hastalıkta görülebilir. Bu nedenle birincil ve ikincil olmak üzere iki ana kümede ele alınması yaygınlaşmıştır. Birincil depresyon bedensel ya da başka bir ruhsal hastalığa bağlı olmaksızın ortaya çıkan ruhsal çökkünlüklerdir. İkincil depresyon bedensel ya da başka bir ruhsal hastalığa ikincil olarak ortaya çıkan çökkünlüklerdir. Aslında ikincil depresyonların önemli bir çoğunluğunda belirtiler gerçek birincil depresyondan ayırdedilemez (6).

Anksiyete, türkçe bunaltı, korkuya benzeyen bir duygudur. Kişi bunu sanki kötü bir haber alacakmış, bir felaket olacakmış gibi nedeni belli olmayan bir sıkıntı, bir endişe duygusu gibi algılar ve tanımlar. Çok hafif tedirginlik, gerginlik duygusundan panik derecesine varan değişik yoğunlukta olabilir. Yaygın anksiyete bozukluğu belli bir nesneye, yere, organa, saplantılı düşünceye ya da yarlantıya odaklanmamış, yani belli bir düşünsel ya da devinimsel içeriği olmayan, organizmada yaygın ruhsal ve fizyolojik anksiyete belirtilerti ile yaşanan bir bozukluktur (6).

Anksiyete ve depresyonun klasik semptomlarının ağlama, halsizlik, umutsuzluk olduğu bilinmektedir. Ancak hastalar bu semptomları ve şikayetleri hekime anlatmayabilirler ya da farklı semptomlar ile başvurabilirler (7).

Fiziksel yakınmalar hekim için her zaman açıklanması gereken bir habercidir ve genel olarak bu yakınmalar fiziksel bir hastalığın semptomu olarak değerlendirilse de bazen depresyon, anksiyete ya da psikoz gibi primer psikiyatrik hastalıkların bir parçası olarak görülmektedir (8). Eşlik eden organik hastalık olması durumunda psikiyatrik problemlerin ekarte edilmesi zorlaşmaktadır (5).

Somatizasyon bozukluğuna bağlı semptomlar ile acil servislere başvuran hastalar sık olarak hekimden hekime değişen tanılara neden olur. Çünkü hekimler hastayı ilk defa görürler ve hastanın acil başvurusundan dolayı alarma geçmiş

durumdadırlar (9). ‘Non-spesifik şikayet’ ön ekli tanılar bu tanılar içersinde en sık olanı olup, acil müdahale ya da tedavi gerektiren bir durum saptanmadığında altta yatan patoloji araştırılmak üzere hastalara uygun poliklinik önerileri yapılmaktadır. Bu tür non-spesifik şikayet tanısı alan hastalara yapılan genel önerilere aşağıdaki örnekleri verebiliriz.

Örnek tanı: Non spesifik karın ağrısı

Öneri: Gastroenteroloji / Genel cerrahi poliklinik kontrolü

Örnek tanı: Non spesifik uyuşma hissi

Öneri: Nöroloji poliklinik kontrolü

Bu şekilde nedeni açıklanmayan semptomlar ile başvuran hastalar birinci basamağa başvuran hastaların büyük bir kısmını oluşturmaktadır. İngilterede yapılan bir çalışmada genel pratisyene başvuran hastaların % 35’inde nedeni açıklanmayan semptomlar bulunmuştur (1) ve % 20’sinde duygulanım bozukluğundan şüphelenilmiştir. Nedeni açıklanamayan bir semptomu olan hastalar daha sık tetkik edilir ve ayrıntılı araştırılır, buna rağmen doktorlarda olası bir hastalığın atlanmış olması kaygısı vardır (10). Özellikle sık ve tekrar doktora giden hastalarda açıklanamayan semptomlar ile başvurular görülmektedir (11). Sağlık hizmetlerini normal sıklıkla kullanan hastalarla karşılaştırıldığında sık kullanan hastaların semptomları daha sık olarak açıklanamamaktadır (12). Nedeni açıklanmayan semptomların olması psikiyatrik bozukluklar ile korelasyon göstermektedir (13). Ancak bu hastalarda somatizasyon, depresyon, anksiyete bozuklukları durumları çok net sorgulanamamakta ve altta yatan böyle bir neden varsa, akla getirilmediği ya da iyi sorgulanamadığı için uygun yaklaşım ve psikiyatri poliklinik önerileri genellikle yapılmamaktadır. Acil servis açısından bunun gerekçesi; zaman kısıtlılığı, öncelikli hedefin hayatı tehdit edici durum varlığının araştırılması olması ve anksiyete ve depresyon açısından belirlenmiş bir risk grubu olmaması olabilir. Nedeni ne olursa olsun altta yatan primer sorunu gerçekten psikiyatrik kökenli olan bir hasta poliklinikten polikliniğe gezmekte, bu da zaman kaybına, iş gücü kaybına, tedavi ve tetkik harcamalarının artmasına, o hastalıkla hastanın yaşamaya devam etmesi ve yaşam kalitesinin azalması gibi

problemlere yol açmaktadır. Bu hastaların erken tanınması hasta ve hekim açısından memnuniyet verici ve tedavisel olduğu gibi tedavi masraflarının da azalmasını sağlayacaktır.

Çok büyük masraflarına rağmen, somatizasyonun epidemiyolojisi üzerine var olan bilgi çok azdır (14). Organik nedenli bir hastalık olmadan somatizasyon bozukluğuna bağlı çoklu fiziksel semptomu olan hastalarda ortalama nüfusa göre sağlık masraflarının dokuz kata kadar arttığı bulunmuştur (15; 16). Bu hastalar standart tedavilere yanıt vermemektedir (16). İngiltere’de 1990 yılında yapılan bir çalışmada hastalık nedeni ile işe gidilemeyen günlerin % 17’sinin ruhsal nedenlerden kaynaklandığı saptanmıştır (2). Bu hastalarda raporlu gün sayısı, sağlık hizmetlerini kullanım sıklığı ve ilaç kullanımı normal nüfusa göre artmıştır (14). Ayrıca nedeni saptanamayan semptomları olan hastalar sıklıkla ayrıntılı tetkik edilir, değişik tedaviler verilir ve buna bağlı masraflar artar (13; 17). Bu çalışmada hedeflerden biri de acil serviste bu hastaların semptomlarını tetikleyen psikiyatrik sorunların varlığının saptanması ve bu şekilde masrafların azalmasına yardımcı olmaktır.

Dünya sağlık örgütü tarafından 1990 yılında depresyonun dünyadaki sakatlık ve erken ölümlerden sorumlu dördüncü hastalık olduğu saptanmış ve 2020 yılında ikinci sıraya yükseleceği tahmini yapılmış ve kişinin fiziksel sağlığı için psikososyal yönlerinin de çok önemli etkiler yaptığı gösterilmiştir (3). Dünya sağlık örgütünün verdiği bu rakamları göz önünde bulundurursak non-spesifik şikayet ya da spesifik tanımlarla taburcu edilen birçok hastada aynı zamanda altta yatan psikiyatrik sorun da olabileceği açıktır. Ayrıca depresyonun hastane başvuru sayılarında ve hastane sevklerinde artışa yol açtığı bir çok çalışma ile gösterilmiştir (2; 18).

Pratisyen hekimlere başvuran hastaların % 19’u fiziksel nedeni olmayan semptomlar ile başvurmakta (1) ve psikiyatrik yakınmaları olan hastaların da pek çoğu psikiyatristlere başvurmamaktadır (2). Bütün bunların sonucunda altta yatan psikiyatrik bir hastalığı olan hastalar, somatik şikayetlerle acil servise başvurdıklarında bu hastaların en azından altta yatan depresyon ya da anksiyetelerinin anlaşılması hem somatik sorunlarının çözülmesini hem de hastaların uzun dönem sağlık ve yaşam kaliteleri açısından önemli olan psikiyatrik

sorunlarının tedavi edilmesi şansını yaratacaktır. Anksiyete ve depresyonun hastanın sağlığını ve yaşam kalitesini negatif etkilediği gösterilmiş olup (7) bu çalışma, objektif şikayetlerle başvuran hastalarda öngörmekte zorlandığımız anksiyete ve depresyon gibi tanılarının ne sıklıkla bulunduğunu belirleyecektir.

Nüfusun % 1.84’nde organik neden olmadan vücudun en az iki sistemini ilgilendiren altıdan fazla semptom olduğu saptanmıştır; bu kişiler artmış emosyonel stres altındadırlar ve hayat kaliteleri anlamlı olarak azalmıştır (14). Acil servise olduğu gibi hemen tüm bölümlere organik nedeni bulunamayan semptomları olan hastalar başvurur ve çoklu konsültasyonların önemli bir kısmını oluşturmaktadır (10). Bu hastaların geç tanınması hem hasta hemde doktor için zaman kaybına yol açmaktadır.

Fiziksel ve ruhsal yakınmalar sıklıkla bir arada bulunmaktadır (2). Acil servise göğü ağrısı ile gelen hastaların yaklaşık % 25’inde panik bozukluk olduğu gösterilmiştir (19). Ancak hayati olabilecek bu semptomun maskesi altında panik bozukluk sıklıkla tanı almamakta ve hastanın tedavi şansı ertelenmektedir.

Somatizasyon emosyonel strese cevap olarak fiziksel yakınmaların hissedilmesidir (9). İlk bakı alanlarında tanısalsal açıdan problemli ve sık görülen bir sorundur (20). Nedeni bilinmeyen somatik semptomları olan hastalar eşlik eden psikiyatrik, fonksiyonel ya da organik hastalık olsun ya da olmasın, büyük ve heterojen bir hasta grubu olup hekimler için zor klinik problemlerdir (5). Bu alışma bu heterojen hasta grupları içerisinde depresyon ve anksiyete bozukluğu olan hasta grubunun saptanılması açısından önemli bilgiler verecektir.

Depresyonun tek başına hastane başvuru sayıları ve hastane sevklerinde artışa yol açtığı pek çok kez gösterilmiştir (2). Bu hastaların erken tanınabilmesi hastaların yaşam kalitesini arttırmasının yanısıra tekrarlayan acil servis başvurularını ve bölümler arasında gereksiz konsültasyonları da bir miktar azaltabilir. Bir alışma da acil servise bir ayda 3 ya da daha fazla başvuran kişilerde % 7.9 ile % 10.4 arasında somatizasyon bozukluğu olduğu saptanmıştır(8). Aynı çalışmada tanısalsal kardiyolojik araştırma (anjiyografi ve efor testi) yapılan ve negatif sonuç alınan hastalarda % 22 oranında belirgin somatizasyon bozukluğu saptanmıştır.

Acil servislerde hastalığın kesin bir organik nedeni olmadığı saptanıp hastanın başvuru semptomlarını psikiyatrik bir kökene bağlamak çok zor olup tıbbi hata açısından büyük riskler taşımaktadır. Gerçek psikiyatrik tanı konulamamasının nedenlerine hasta açısından baktığımızda bu faktörlerin hastanın psikolojik yakınmalar yerine somatik yakınmaları dile getirmeyi yeğlemesi ve psikolojik tanı, tedavilere eşlik eden damgalanma kaygısı olduğu gösterilmiştir (2). Ancak yüksek morbidite oranları düşünüldüğünde, yapılan çalışmalar bu tür tanıların daha fazla konulması önerilmektedir (21).

2002 yılında acil servisimize başvuran hastaların % 84.3'ü spesifik, % 15.7'si non-spesifik şikayet tanılar ile taburcu edilmiş ya da yatırılmıştır (22). Bir hekime ya da bir sağlık kuruluşuna başvuran hastaların % 5 ile % 25'inde psikiyatrik kökenli semptomlar saptanmıştır (23; 24; 20; 25). Ancak depresyon tanısının hekim bir hastayı ilk defa gördüğünde nerdeyse hiç konulmadığı gösterilmiştir (26). Bildirilen bu oranlar doğrultusunda spesifik tanılar ile sonlandırdığımız hastalarımızın bir kısmında eşlik eden psikiyatrik sorunlar olabileceği gibi nonspesifik şikayet tanılar ile sonlandırdığımız hastaların da önemli bir kısmının tek tanısının psikiyatrik kökenli bir hastalık olabileceği açıktır. Bu çalışmada spesifik tanı konan ya da konamayan hastalar arasında depresyon ve anksiyete skorları açısından bir fark olup olmadığı araştırılacaktır.

Bel ağrılı hastalarda depresyon oranının yüksek olduğu daha önce yapılmış çalışmalarda gösterilmiştir (27; 28). Bu durumun çalışmanın sonuçlarına yansımaları önlemek amacı ile bel ağrısı şikayeti olan hastalar bu çalışmada ayrıca değerlendirilmiştir.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

İleriye dönük kesitsel çalışmamız 15.12.2004 ve 14.02.2005 arasındaki 2 aylık sürede yıllık 46000 (2004 yılı) erişkin hasta kapasitesi olan Akdeniz Üniversitesi Hastanesi Acil Servisi'nde yapıldı. Çalışma öncesinde acil serviste çalışan araştırma görevlilerine ve acil servis triajı yapan paramediklere çalışmanın amacı ve nasıl yapılacağı hakkında bilgi verildi. Çalışmaya alınan hastaların değerlendirme formu (Ek 1) paramedikler tarafından hastaların takip dosyasına eklendi. Acil servis değerlendirmesi sırasında çalışmaya dahil edilme kriterlerine uyan hastalara bir anksiyete ve depresyon ölçeği formu dolduruldu. Form hastanın demografik bilgilerini de içermekteydi. Form toplanması acil servis sekreteri tarafından yapıldı. Çalışmaya alınan hastaların demografik verileri, eğitim durumu, kronik hastalığı olup olmaması, sürekli ilaç kullanımı, son iki ayda kaç defa bir sağlık kuruluşuna başvurduğu ve alışkanlıkları kaydedildi. Çalışmaya dahil edilen hastaların formlarındaki test yanıtları dışındaki eksikler hastane arşivinden ilgili hasta dosyalarından tamamlandı. Bel ağrısı olan hastalar ile bel ağrısı dışında şikayeti olan hastaların verileri ayrı ayrı değerlendirildi.

% 20'lik farkı anlamlı kabul etmek kaydıyla, çalışmanın gücü de (Power) % 95 olacak şekilde çalışmaya alınması gereken hasta sayısı 326 olarak hesaplanmıştır. Çalışmada yöntem sonrası herhangi bir izlem yoktur. Çünkü bu çalışmada acil servise başvurup spesifik bir tanı alan ve non-spesifik şikayet olarak değerlendirilen hastaların psikiyatrik durumları karşılaştırılmıştır. Acil servise başvuran hastalarda depresyon ve anksiyete insidansının saptanması ile non-spesifik şikayet tanıları hastaların spesifik tanıları hastalara göre anksiyete ve depresyon açısından farklılıkları ve risk gruplarına yönelik prediktif verilerin sağlanması için önemli bilgiler sağlanacaktır. Ayrıca depresyonun erken tanınmasını sağlamak pahalı, iş ve güç kaybına yol açan bir hastalık olması nedeni ile bütün bu kayıpları azaltacak, hekim ve hasta memnuniyetini arttıracaktır.

3.1. Etkinin ölçme ve değerlendirmesi

Hastaların anksiyete ve depresyon açısından değerlendirmeleri “Hastane Anksiyete ve Depresyon” (HAD) ölçeği kullanılarak yapıldı (29). HAD ölçeği toplam 14 soru içeren ve bunların yedisi (tek sayılar) anksiyeteyi ve diğer yedisi (çift sayılar) depresyonu ölçen bir “kendini değerlendirme” ölçeğidir. Ölçekte dörtlü Likert tipi ölçüm sağlanmıştır. Ölçek; özgün adı “Hospital Anxiety and Depression scale” olarak Zigmond ve Snaith tarafından oluşturulmuştur (4). Aydemir ve arkadaşları tarafından türkçe için kullanılmış ve türkçe formunun güvenilirliği ve geçerliliği gösterilmiştir. Türkiyede yapılan çalışma sonucunda ROC (Receiver operating characteristic) analizi kullanarak anksiyete alt ölçeği için kesme puanı 10, depresyon alt ölçeği için ise 7 bulunmuştur. Buna göre bu puanların üzerinde alanlar anksiyete respektive depresyon için risk altında olarak kabul edilmiştir (29).

3.2. Örnek seçimi

Hastalar acil servis girişinde triaj yapan paramedikler tarafından aşağıda belirtilen araştırmaya alınma kriterlerine göre seçildi. Acil servise başvuran ve dahil etme kriterleri olan ardışık bütün hastalara paramedikler tarafından çalışma formu verildi ve katılmak isteyen hastalar tarafından dolduruldu. Formdaki demografik veriler asistanlar tarafından alındı.

- Araştırmaya alınma kriterleri:
 1. Göğüs ağrısı olan hastalar
 2. Karın ağrısı olan hastalar
 3. Baş ağrısı olan hastalar
 4. Baş dönmesi olan hastalar
 5. Çarpıntısı olan hastalar
 6. Sıkıntı hissi olan hastalar
 7. Nörolojik kayıp tarif eden hastalar

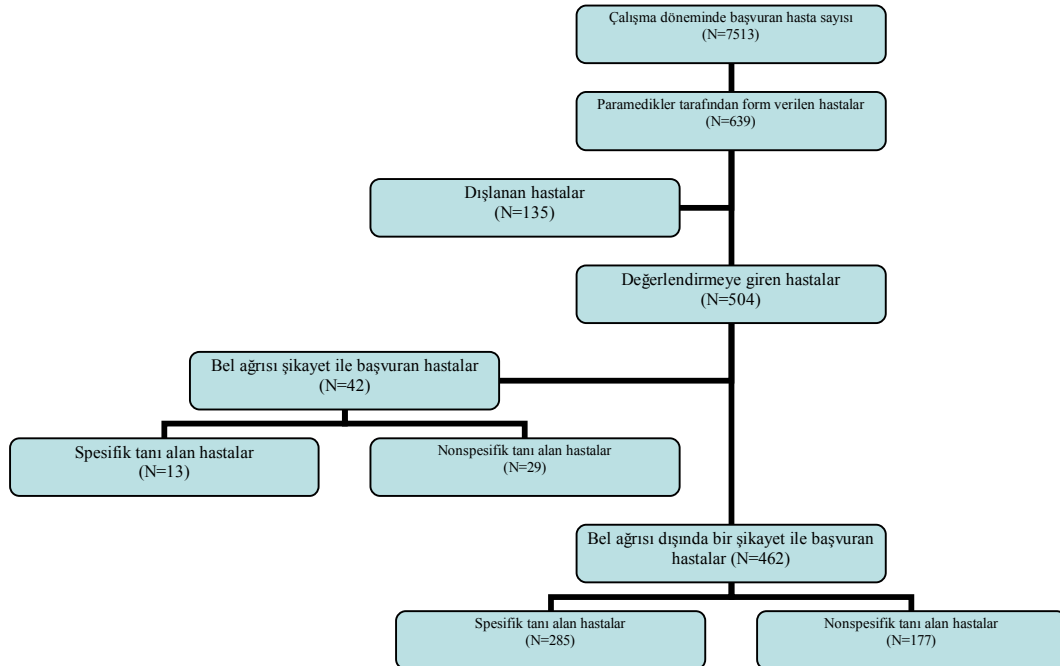
- Araştırmadan ıkarılma kriterleri:
 1. Travma hastaları
 2. 16 yaş altı hastalar
 3. Bilinen psikiyatrik hastalık olanlar
 4. Alkollü hastalar
 5. İntoksikasyonlar
 6. Formu kendi dolduramayan hastalar
 7. Eksik formlar
 8. Ateşli enfeksiyonlar

3.3. İstatistiksel Analiz

Spesifik ve non-spesifik şikayet tanılı hastaların HAD ölçeği ile anksiyete ve depresyon için risk altında olup olmadığı belirlendi ve istatistiksel analizler ki-kare testi ile yapıldı. Ayrıca anksiyete ve depresyon için alınan skorlar Mann-Whitney U testi ile karşılaştırıldı. Elde edilen verilerin istatistiksel analizleri ‘Statview 4.5’ adlı program aracılığı ile yapıldı.

4. BULGULAR

Çalışmanın yapıldığı 15.12.2004 ve 14.02.2005 tarihleri arasında acil servise toplam 7513 hasta başvurdu. Kriterlere uyan 639 hasta çalışmaya alındı. Bu süre içinde, acil servise başvuran hasta sayısını ya da dağılımı etkileyecek salgın hastalık ya da doğal afetler gibi durumlar yaşanmadı. Çalışmadan çıkartılma kriterlerine göre; formlardaki kayıtların eksik olması (n=13), formu dolduran hastanın daha önce form doldurmuş olması (n=6), hastada bilinen psikiyatrik hastalık olması (n=18), hastanın katılmak istememesi (n=20), hastanın sağlık durumunun formu doldurmaya izin vermemesi (n=48), hastanın ateş ya da travma nedeniyle acil servise basvurması (n=13), hastanın okuma-yazması olmaması (n=16), ve türkçe bilmemesi (n=1) durumlarına bağlı olarak 135 hasta çalışmadan çıkartıldı. Geri kalan 504 hasta bel ağrısı olup olmamasına göre iki gruba ayrıldı. Bu iki grup içerisinde hastalar spesifik veya nonspesifik bir tanıyla acil servisten taburcu olmasına veya hastaneye yatırılmasına göre gruplara ayrıldı (Şekil 4.1.).



Şekil 4.1.: Hasta akış şeması

4.1. Bel ağrısı dışında bir şikayet ile acil servise başvuran hastalar

4.1.1. Genel bulgular

Bel ağrısı dışında bir şikayet ile acil servisine başvuran ve çalışmaya alınan hastaların sayısı 462'dir. Hastalardan 285'i spesifik tanılar alırken 177 hasta nonspesifik şikayet tanılarıyla acil servisten taburcu edildi ya da hastaneye yatırıldı. Spesifik tanı alan hastaların ortalama yaşı 42.7 ± 16.7 olup nonspesifik tanı alan hastaların ortalama yaşı 42.3 ± 16.1 olarak bulundu. Çizelge 4.1.1.'de spesifik ve nonspesifik tanı alan hasta grupların demografik bilgileri, hastaların alışkanlıkları, kronik hastalıkları ve sürekli ilaç kullanımının yanı sıra son iki ay içerisinde sağlık kuruluşuna başvurma sayıları ve triaj kategorileri ile ilgili bilgileri karşılaştırılmıştır.

Çizelge 4.1.1.: Hastaların demografik özellikleri

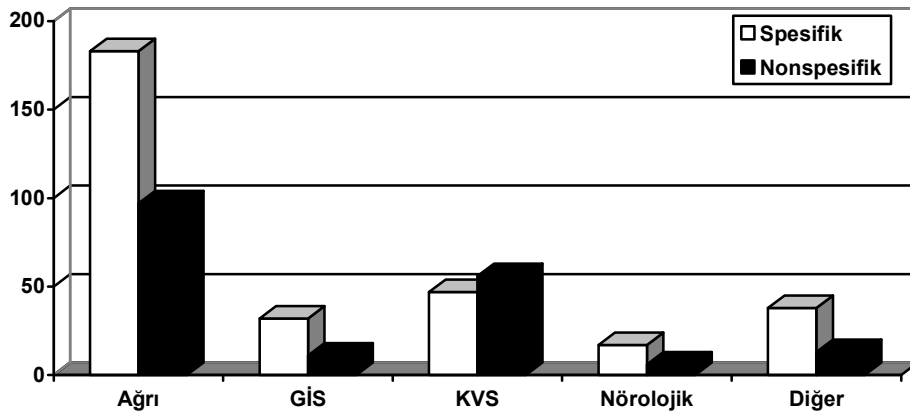
	<i>p</i> -değeri	Spesifik tanı alan hastalar		Nonspesifik tanı alan hastalar	
		n	%	n	%
		285	61,7	177	38,3
Cinsiyet	0,9694				
<i>Erkek</i>		110	38,5	61	34,5
<i>Kadın</i>		175	61,4	116	65,5
Medeni hali	0,7944				
<i>Dul</i>		17	6	8	4,5
<i>Bekar</i>		60	21	37	21
<i>Evli</i>		208	73	132	75
Eğitim	0,7122				
<i>Yok</i>		7	2,5	5	2,8
<i>İlkokul</i>		79	27,7	44	24,9
<i>Ortaokul</i>		25	8,8	21	11,9
<i>Lise</i>		79	27,7	54	30,5
<i>Yüksekokul</i>		95	33,3	53	29,9
Aışkanlık	0,7365				
<i>Sigara</i>		86	30.1	59	33.3
<i>Alkol</i>		22	7.7	12	6.8
<i>Diğer</i>		1	0.4	0	0
<i>Yok</i>		191	67	116	65.5
Kronik hastalık	0,3646				
<i>Malignite</i>		11	3.9	0	0
<i>Akciğer hastalığı</i>		7	2.5	4	2.3
<i>Diabetes mellitus</i>		22	7.7	14	7.9
<i>Hipertansiyon</i>		56	19.6	30	16.9
<i>KAH</i>		13	4.6	10	5.6
<i>Diğer</i>		7	2.5	3	1.7
<i>Yok</i>		195	68.4	132	74.6
İlaç kullanımı	0,6249				
<i>Yok</i>		142	49.8	97	54.8
<i>1</i>		55	19.3	30	16.9
<i>2</i>		25	8.8	21	11.9
<i>3</i>		14	4.9	7	4.0
<i>4</i>		21	7.4	9	5.1
<i>>4</i>		26	9.1	13	7.3
Son iki ay içerisinde başvuru sayısı	0,1465				
<i>0</i>		105	36.8	69	39.0
<i>1</i>		72	25.3	40	22.6
<i>2</i>		46	16.1	44	25
<i>3</i>		19	6.7	8	4.5
<i>4</i>		14	4.9	7	4.0
<i>>4</i>		29	10.2	9	5.1
Triaaj	0,1744				
<i>Az acil</i>		151	53.0	66	37.3
<i>Acil</i>		106	37.2	102	57.6
<i>Çok acil</i>		28	9.8	9	5.1

Çizelge 4.1.1.'de görüldüğü gibi spesifik ve nonspesifik tanı alan hastalar arasında cinsiyet, medeni hal, eğitim durumu, alışkanlıkları, kronik hastalıkları, ilaç kullanımı, son 2 ayda olan başvuru sayısı ve triaj kategorisinin açısından belirgin bir fark yoktu.

Hastaların acil servise geliş şikayetleri çizelge 4.1.2.'de karşılaştırıldı. Bazı hastalar acil servise birden fazla şikayet ile başvurduğu ve tüm şikayetleri istatistiğe alındığı için şikayet sayıları hasta sayısından fazla bulundu. Hastalar çalışmaya alınma kriterlerinden en azından birisini şikayet olarak tarif ettiği ve çalışmaya alındığı için çalışmaya alınma kriterlerinin arasında tüm şikayetler bulunmamaktadır.

Çizelge 4.1.2.: Hastaların başvuru şikayetleri

	Spesifik (n=285)		Nonspesifik (n=177)	
	n	%	N	%
Ağrı	183	64.2	97	54.8
GİS ilgili şikayetler	32	11.2	11	6.2
KVS ilgili şikayetler	47	16.5	56	31.6
Nörolojik şikayetler	17	6	6	3.3
Diğer şikayetler	53	18.6	21	11.9



Şekil 4.1.1.

Her iki grupta hastaların büyük bir kısmının karın, baş ve göğüs ağrıları başta olmak üzere ağrı şikayetleri, GİS (Gastro-İntestinal Sistem) veya KVS (Kardiyo Vasküler Sistem) ile ilgili şikayetler, baş dönmesi ve nörolojik şikayetler nedeni ile acil servise başvurduğunu çizelge 4.1.2. ve şekil 4.1.1.'de görülmektedir.

Hastaların acil servisten taburculuk veya hastaneye yatış tanıları çizelge 4.1.3.'te belirtildi. Tanılar ICD-10 (International Code of Diseases; uluslararası hastalık kodu) olarak kodlandırıldı, kullanılan ICD-10 kodları ek 2 olarak açıklandı.

Çizelge 4.1.3.: Hastaların acil servisten ayrılış tanıları

Spesifik (n=285)			Nonspesifik (n=177)		
Tanı	n	%	Tanı	n	%
A	16	5.6	M	11	6.21
B	3	1.1	R 00	11	6.21
C	3	1.1	R 05	1	0.56
E	5	1.8	R 07	37	20.90
G	40	14.0	R 10	30	16.95
H	34	11.9	R 11	8	4.52
I	40	14.0	R 14	17	9.60
J	60	21.1	R 19	3	1.69
K	30	10.5	R 20	4	2.26
M	3	1.1	R 31	1	0.56
N	56	19.6	R 42	13	7.34
Diğer	5	1.8	R 51	32	18.08
			R 52	5	2.82
			R 53	2	1.13
			R 55	3	1.69
			Z 00	3	1.69

Çizelge 4.1.4.: Hastalara önerilen poliklinik kontrolleri.

Önerilen poliklinik	Spesifik		Nonspesifik	
	n	%	n	%
Dahiliye	12	4.21	10	5.65
Endokrinoloji	2	0.70	2	1.13
Enfeksiyon	4	1.40	0	0
Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon	1	0.35	7	3.95
Gastroenteroloji	3	1.05	18	10.17
Genel Cerrahi	5	1.75	3	1.69
Göğüs Hastalıkları	12	4.21	4	2.26
Göz Hastalıkları	1	0.35	1	0.56
Kadın Doğum ve Hastalıkları	11	3.86	5	2.82
Kardiyoloji	26	9.12	47	26.55
Kulak Burun ve Boğaz Hastalıkları	28	9.82	0	0
Nefroloji	1	0.35	0	0
Nöroloji	40	14.04	28	15.82
Nöroşirurji	3	1.05	1	0.56
Psikiyatri	0	0	2	1.13
Üroloji	29	10.18	3	1.69
Toplam	120	42.11	59	33.33
Bulunmadı	79	27.72	54	30.51
Yatış yapıldı	41	14.39	5	2.82

Dahiliye, Kardiyoloji ve Nöroloji poliklinik kontrolü her iki grup hastalara önerilirken nonspesifik tanı alan hastalara daha sık olarak gastroenteroloji ve spesifik tanı alan hastalara daha sık olarak Kulak Burun Boğaz hastalıkları ve üroloji poliklinik kontrolleri önerildi. Sadece iki hastaya psikiyatri poliklinik kontrolü önerilmiş olup spesifik tanı alan hiç bir hastaya psikiyatri poliklinik önerisinde bulunulmamıştır.

4.1.2. Anksiyete ve depresyon skorları

4.1.2.1. Tüm grup

HAD ölçeğine göre anksiyete ve depresyon için risk altında bulunan hasta sayıları çizelge 4.1.5.'te gösterildi.

Çizelge 4.1.5.: Spesifik ve non spesifik tanı alan hastaların anksiyete ve depresyon riskleri

	Anksiyete (+)		Anksiyete (-)		<i>p</i> -değeri
	n	%	n	%	0,9264
Spesifik	89	31	196	69	
Nonspesifik	56	32	121	68	
	Depresyon (+)		Depresyon (-)		0,0476
	n	%	n	%	
Spesifik	151	53	134	47	
Nonspesifik	77	44	100	56	

Spesifik tanı alan hasta grubunun % 53'ü depresyon için risk altında bulunurken nonspesifik tanı alan hasta grubunda bu oran sadece % 43'tü. Ki-kare testinde bu farkın anlamlı olduğu saptandı (*p*-değeri 0.0476). Anksiyete için spesifik ve nonspesifik tanıli hasta grupları arasında anlamlı bir fark bulunamadı (*p*-değeri 0.9264).

4.1.2.2. Hastaların demografik bilgilerinin alt grupları

4.1.2.2.1. Medeni hali

Medeni hali evli, dul ve bekar olmak üzere üç alt gruba ayrılmış olarak anksiyete ve depresyon için risk altında olan hasta sayıları çizelge 4.1.6.'da gösterilmektedir.

Çizelge 4.1.6.: Medeni duruma göre anksiyete ve depresyon için risk altında olan hasta sayıları

n = 462	Bekar (n=97)		Evli (n=340)		Dul (n=25)	
	n	%	n	%	n	%
Anksiyete (+)	27	27.84	103	30.29	15	60
Anksiyete (-)	70	72.16	237	69.71	10	40
Depresyon (+)	35	36.08	175	51.47	18	72
Depresyon (-)	62	63.92	165	48.53	7	28

Ki-kare testi ile evli ve bekar hasta arasında depresyon için anlamlı bir fark saptandı ($p=0.0075$); bekar ve dul olan hastalarda anksiyete ve depresyon için sonuçlar anlamlı olarak farklıydı ($p=0.0025$ ve 0.0012); dul ve evli olan hastalar arasında da anksiyete ve depresyon skorları açısından anlamlı bir fark mevcuttu ($p=0.0032$).

4.1.2.2.2. Cinsiyet

Çizelge 4.1.7.'de anksiyete ve depresyon için risk altında olan erkek ve bayan hasta sayıları gösterilmektedir.

Çizelge 4.1.7.: Anksiyete ve depresyon için risk altında olan hastaların cinsiyet dağılımı

	Erkek (n=178)		Bayan (n=284)		<i>p</i> -değeri
	n	%	n	%	
Anksiyete (+)	36	20.22	109	38.38	<0,0001
Anksiyete (-)	142	79.78	175	61.62	
Depresyon (+)	90	50.56	138	48.59	0,6802
Depresyon (-)	88	49.44	146	51.41	

Ki-kare testi sonucunda bayan hastaların anlamlı olarak daha büyük bir kısmı anksiyete için risk altındaydı ($p<0.0001$). Erkek hastalar için anksiyete skoru 6.87 ± 3.64 , depresyon skoru 6.75 ± 4.0 , bayan hastalar için ise 8.59 ± 4.19 ve 6.91 ± 4.16 olup, sadece anksiyete için anlamlı bir fark gösterilebildi ($p<0.0001$, Mann-Whitney U testi).

4.1.2.2.3. Eğitim

Bel ağrısı olmayan hasta grubunda; 12 hasta hiç okul eğitimi almadığı, 123 hasta ilkokul, 46 hasta ortaokul, 133 hasta lise ve 148 hasta yüksekokul mezunu olarak saptandı. Eğitim durumuna göre anksiyete ve depresyon için risk altında olan hasta sayıları çizelge 4.1.8.'te gösterilmektedir.

Çizelge 4.1.8.: Eğitim durumuna göre anksiyete ve depresyon için risk altında olan hasta sayıları

	Anksiyete (+)		Anksiyete (-)	
	n	%	n	%
Eğitim yok (n=12)	5	41.67	7	58.33
İlkokul (n=123)	54	43.90	69	56.10
Ortaokul (n=46)	17	36.96	29	63.04
Lise (n=133)	37	27.82	96	72.18
Yüksekokul (n=148)	32	21.62	116	78.38
	Depresyon (+)		Depresyon (-)	
	n	%	n	%
Eğitim yok (n=12)	10	83.33	2	16.67
İlkokul (n=123)	81	65.85	42	34.15
Ortaokul (n=46)	27	58.70	19	41.30
Lise (n=133)	62	46.62	71	53.38
Yüksekokul (n=148)	48	32.43	100	67.57

Eğitim durumuna bağlı anksiyete ve depresyon skorlarının istatistiksel analizi ki-kare testi ile yapıldı: Hiç eğitim almayan ve yüksekokul mezunu olanlar arasında hem anksiyete için ($p=0.0016$) hem de depresyon için ($p= 0.0052$) anlamlı bir fark gösterildi. İlkokul mezunu olanlar ve lise mezunu olanlar arasında hem anksiyete ($p=0.0072$) hem de depresyon için ($p=0.0020$) anlamlı bir fark vardı. İlkokul ve yüksekokul mezunu olanlar arasında da hem anksiyete ($p < 0.0001$) hem de depresyon için ($p<0.0001$) anlamlı bir fark mevcuttu. Ortaokul ve yüksekokul mezunu olan hastalar arasında depresyon için $p=0.0014$ ile anlamlı bir fark vardı.

Özetle eğitim durumu ile depresyon ve anksiyete skorları arasında anlamlı bir ilişki olduğu saptandı

4.2. Bel ağrısı şikayeti ile acil servise başvuran hastalar

4.2.1. Genel bulgular

Bel ağrısı şikayeti ile acil servise başvuran ve çalışmaya alınan hastalardan 13'üne spesifik bir tanı konuldu, 29'u nonspesifik tanı ile taburcu edildi. Bu hastaların ortalama yaşları 40.6 ± 15.9 ve 39.2 ± 12.1 'di. Bu hastaların demografik bilgileri, alışkanlıkları, kronik hastalıkları ve sürekli ilaç kullanımlarının yanı sıra son iki ay içerisinde sağlık kuruluşlarına başvurma sayıları ve hastaların triaj kategorileri hakkındaki bilgiler çizelge 4.2.1.'de karşılaştırıldı.

Çizelge 4.2.1.: Bel ağrısı şikayeti ile başvuran hastaların demografik özellikleri

	<i>p</i> -değeri	Spesifik tanı alan hastalar		Nonspesifik tanı alan hastalar	
		n	%	n	%
		13		29	
Cinsiyet	0,4715				
<i>Erkek</i>		7	53.8	19	65.5
<i>Kadın</i>		6	46.1	10	34.5
Medeni hal	0,9405				
<i>Dul</i>		0	0	0	0
<i>Bekar</i>		3	23.1	7	24.1
<i>Evli</i>		10	76.9	22	75.9
Eğitim	0,4182				
<i>Yok</i>		0	0	0	0
<i>İlkokul</i>		2	15.4	5	17.2
<i>Ortaokul</i>		3	23.1	2	6.9
<i>Lise</i>		6	46.1	10	34.5
<i>Yüksekokul</i>		2	15.4	12	41.4
Alışkanlık	0,3919				
<i>Sigara</i>		4	31	13	45
<i>Alkol</i>		0	0	5	17
<i>Diğer</i>		0	0	0	0
<i>Yok</i>		9	69	14	48
Kronik hastalık	0,4790				
<i>Malignite</i>		1	8	1	3
<i>Akciğer hastalığı</i>		0	0	0	0
<i>Diabetes mellitus</i>		1	8	0	0
<i>Hipertansiyon</i>		0	0	1	3
<i>KAH</i>		1	8	0	0
<i>Diğer</i>		0	0	1	3
<i>Yok</i>		11	85	26	90
İlaç kullanımı	0,5677				
<i>Yok</i>		8	62	20	69
<i>1</i>		1	8	1	3
<i>2</i>		1	8	4	14
<i>3</i>		2	15	4	14
<i>4</i>		1	8	0	0
<i>>4</i>		0	0	0	0
Son iki ay içerisinde başvuru sayısı	0,0705				
<i>0</i>		4	31	13	45
<i>1</i>		5	38	8	28
<i>2</i>		0	0	7	24
<i>3</i>		2	15	1	3
<i>4</i>		1	7.7	0	0
<i>>4</i>		1	7.7	0	0
Triaj	0,1313				
<i>Az acil</i>		6	46	22	76
<i>Acil</i>		5	38	6	21
<i>Çok acil</i>		2	15	1	3

Hastaların acil servisten taburculuk veya hastaneye yatış tanıları çizelge 4.2.2.'de belirtildi. Tanılar ICD-10 (International Code of Disease; uluslararası hastalık kodu) olarak kodlandırıldı, kullanılan ICD-10 kodları ek 2 olarak açıklandı.

Çizelge 4.2.2.: Bel ağrısı ile başvuran hastaların tanıları

Spesifik (n=13)			Nonspesifik (n=29)		
Tanı	n	%	Tanı	n	%
I 20	2	15.4	M	26	89.7
M	5	38.5	R 07	2	6.9
N	6	46.2	R 10	2	6.9
			R 52	1	3.4

Çizelge 4.2.3.: Bel ağrısı ile başvuran hastaların önerilen poliklinikler

Önerilen poliklinik	Spesifik tanı alan hastalar (n=13)		Nonspesifik tanı alan hastalar (n=29)	
	n	%	N	%
Dahiliye	0	0	1	3.4
Dermatoloji	0	0	1	3.4
Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon	0	0	14	48.2
Göğüs hastalıkları	0	0	1	3.4
Kadın Doğum ve Hastlıkları	2	15.4	0	0
Kardiyoloji	1	7.7	2	6.7
Nöroşirurji	4	30.8	2	6.7
Üroloji	4	30.8	0	0
Yok				
Toplam	2	15.4	10	34.5
Bulunmadı	1	7.7	10	34.5
Yatış yapıldı	0	0	0	0
Terk	1	7.7	0	0

4.2.2. Anksiyete ve depresyon skorları

4.2.2.1. Tüm grup

HAD ölçeğine göre anksiyete ve depresyon için risk altında bulunan hasta sayıları çizelge 4.2.4.'te karşılaştırıldı.

Çizelge 4.2.4.: Spesifik ve non spesifik tanı alan hastaların anksiyete ve depresyon riskleri

	Anksiyete (+)		Anksiyete (-)		<i>p</i> -değeri
	n	%	N	%	0,5127
Spesifik	4	31	9	69	
Nonspesifik	12	41	17	59	
	Depresyon (+)		Depresyon (-)		0,9364
	n	%	N	%	
Spesifik	6	46	7	54	
Nonspesifik	13	45	16	55	

Ki-kare testinde bel ağrısı olan spesifik tanıli hastalar ile bel ağrısı olan nonspesifik tanıli hastalar arasında anksiyete ve depresyon için anlamlı bir fark saptanmadı ($p=0.5127$ ve 0.9364).

4.2.2.2. Hastaların demografik bilgilerinin alt grupları

4.2.2.2.1. Medeni hali

Anksiyete ve depresyon için risk altında olan hastalar medeni hali evli ve bekar olmak üzere iki alt gruba ayrılmış olarak çizelge 4.2.5.'te gösterilmektedir.

Çizelge 4.2.5.: Medeni duruma göre anksiyete ve depresyon risk gruplarının karşılaştırılması

	Evli (n=32)		Bekar (n=10)		p-değeri
	n	%	n	%	
Anksiyete (+)	13	40.62	3	30	0,5459
Anksiyete (-)	19	59.38	7	70	
Depresyon (+)	17	53.13	2	20	0,0662
Depresyon (-)	15	46.87	8	80	

Ki-kare testi ile evli ve bekar hastalar arasında anksiyete ($p=0.5459$) ve depresyon ($p=0.0662$) için anlamlı bir fark saptanmadı.

4.2.2.2.2. Cinsiyet

Erkek ve bayan hastalarda anksiyete ve depresyon için risk altında bulunan hasta sayıları çizelge 4.2.6.'da gösterilmektedir.

Çizelge 4.2.6.: Cinsiyete göre anksiyete ve depresyon risk gruplarının karşılaştırılması

	Erkek (n=26)		Bayan (n=16)		<i>p</i> -değeri
	n	%	N	%	
Anksiyete (+)	10	38.46	6	37.5	0,9503
Anksiyete (-)	16	61.54	10	62.5	
Depresyon (+)	12	46.15	7	43.75	0,8792
Depresyon (-)	14	53.85	9	56.25	

Ki kare testi ile evli ve bekar hasta arasında anksiyete ($p=0.9503$) ve depresyon ($p=0.8792$) için anlamlı bir fark saptanmadı.

4.2.2.2.3. Eğitim

Bel ağrısı olan hasta grubunda yedi hasta ilkokul, altı hasta ortaokul, 16 hasta lise ve 13 hasta yüksekokul mezunuydu. Anksiyete ve depresyon skorları çizelge 4.2.7.'de gösterilmektedir.

Çizelge 4.2.7.: Eğitim durumuna göre anksiyete ve depresyon risk gruplarının karşılaştırılması

	Ortalama	Standard sapma	<i>p</i> -değeri
Anksiyete			0,3821
İlkokul	9.57	2.56	
Ortaokul	9.17	4.10	
Lise	7.44	4.32	
Yüksekokul	7.23	5.13	
Depresyon			0,5972
İlkokul	9.57	5.34	
Ortaokul	8.17	4.49	
Lise	6.56	3.79	
Yüksekokul	6.54	6.20	

Kruskal-Wallis testi ile anksiyete ($p=0.3821$) ve depresyon ($p=0.5972$) için anlamlı bir fark gösterilemedi.

5. TARTIŞMA

5.1. Bel ağrısı olmayan hasta grubu

Yapılan uluslararası çalışmalarda genel toplumdaki depresyon prevalansı %5-8 arasında olduğu bildirilmiştir (30). Amerika Birleşik Devletleri kaynaklı çalışmalarda birinci basamak sağlık merkezlerine başvuran hastaların %5-10'unda major depresyon saptanmıştır (23; 24; 25). Buna verilere rağmen depresyon tanısı konmasında yetersiz kalındığı da bilinmektedir (23; 31; 32; 33; 34). Depresyon ciddi olduğunda hekim tarafından daha kolay fark edildiği, ancak somatik bir ana şikayet ile kendini gösterdiğinde daha az oranda fark edildiği bilinmektedir (35).

Bizim çalışmamızda acil servise başvuran hastaların neredeyse yarısında depresyon üçte birinde ise anksiyete için risk varlığı gösterilmiştir. Bu oranlar benzer çalışmalardan oldukça yüksektir. Bu verinin açıklaması iki şekilde yapılabilir. Ya organik rahatsızlığın etkilerinden dolayı acil servis hasta popülasyonunda depresyon ve anksiyete tahmin ettiğimizden çok daha yüksek olarak görülmektedir, ya da nonspesifik şikayetler ile başvuran hastalar ile acil servis hasta popülasyonunda ülkemizde ilk defa denenen bu skorlama sistemleri hastanın içinde bulunduğu olağandışı durum nedeniyle sağlıklı sonuç vermemektedir.

Dünya Sağlık Örgütü'nün işbirliği ile aralarında Türkiye'nin de bulunduğu 14 ülkede temel sağlık hizmeti veren merkezlere başvuran hastalarla yapılmış olan geniş bir araştırmanın verilerine göre DSM-III-R'ye ya da ICD-10'a göre tanı konulabilen depresyonların 14 ülke için ortalama yaygınlık (prevalans) oranı % 10.4, Ankara-Gölbaşı Sağlık Merkezi için % 11.6 bulunmuştur. (36; 37; 38). Türkiye Ruh Sağlığı Profili çalışmasının verilerine göre sağlık ocaklarına başvuran hastalarda depresyon oranı % 20 olarak belirlenmiştir (39). 1978-1980 arasında Gölbaşı kasabasında ve Ankara'da yapılan epidemiyolojik araştırmalarda hastalık derecesinde olmasa bile bunaltı (anksiyete) belirtilerinin sıklığı % 10 ve % 30 arasında bulunmuştur (40).

Bütün dünyada, gelişmiş ya da gelişmekte olan toplumlarda her hangi bir hastalığın neden olduğu ağır yitimler bakımından en başta gelen 10 hastalık

arasında majör depresyon beşinci sırada gelmektedir (41) Bu gerçeklere karşı temel sağlık hizmetlerinde hekimlerin büyük çoğunluğu bu hastalığa tanı koyamamakta ve hastaların önemli bir kesimi sağaltım olanağı bulamamaktadır (42; 43). Çalışmamızda hastalarımızın % 54.8 ve % 64.2 ile büyük bir kısmı ağrı şikayeti ile acil servise başvurmuştur. Ancak bizim hasta grubumuzda kronik ağrı ne derece söz konusu onu bilememekteyiz. Zira kronik ağrısı olan hastalarda depresyon prevalansı % 30-54 arasında olarak bilinmektedir (44; 45). Ağrı oluşumunda depresyon birçok farklı şekilde rol oynar, ancak ağrı ve depresyon arasındaki ilişki basit bir nedensel ilişki değildir (27). Ağrı bilişsel, emosyonel, davranışsal ve motivasyonel komponentler ile fiziksel komponentler arasında olan karşılıklı etkileşim olarak anlaşılmalıdır (46). Özellikle kronik ağrısı olan hastalarda depresyon prevalansının yüksek olduğu bilinmektedir (47; 44; 48; 49).

Açıklanamayan semptomlar ile sağlık merkezlerine başvuru sayısı oldukça fazladır ve bu hastaların sisteme mali yükleri önemli boyutlarda olabilir. Bu hasta gruplarına yönelik çalışmaların temelinde aslında bu maliyetleri azaltmaya yönelik girişimler yatmaktadır. Açıklanamayan semptom sayısı ile hastanın psikopatolojisinin derecesi arasında pozitif korelasyon olduğu çalışmalarda gösterilmiş (50; 51). Somatik bir tanı alan hastalar ile karşılaştırıldığında açıklanamayan semptomları olan hastalarda psikolojik bozukluklar iki kattan fazla ve bu hasta grubunda özellikle anksiyete olan hasta oranı 2,5 kat daha yüksek olduğuna dair bilgiler vardır (52).

Bizim verilere göre nonspesifik tanı alan hastalarla karşılaştırıldığı zaman spesifik tanı alan hastaların depresyon için anlamlı olarak daha fazla risk altında olduğu saptandı ($p=0.0476$). Bu sonuç benzer çalışmalardan farklıdır. Ağrı sendromları ve psikopatolojisi hakkındaki çalışmalarda sıklıkla sadece depresyona bakılmıştır ve genel olarak ağrı merkezleri gibi kronik ağrı hastalarının çok sayıda başvurduğu çok seçici alanlarda yapılan çalışmalardır (53). Bizim çalışmamızda ağrı ile başvuran hastaların bir kısmının kronik ağrı sendromu olduğunu düşünürsek, ilk bakışta yüksek gibi duran depresyon oranını açıklayacak bir neden olarak değerlendirilebilir. Ancak gerçek veriler elimizde olmadığından spekülasyondan öteye gitmek biraz zor olacaktır. Dikkat çekici verilerden birisi spesifik ve nonspesifik tanı alan hastalar arasında depresyon skorları açısından

anlamli fark bulunurken anksiyete skorlarinin bu hastalarda benzer bulunmuş olmasidir. Bu bulgulari yorumlarken acil servisin hastalar üzerinde anksiyete skorlarini yükselten bir etki oluştururken, depresyon skorlarinin ise hastalarda organik bir rahatsızlığın varlığından etkilendiği yorumu yapılabilir.

Bizim çalışmamızda göğüs, baş ve karın ağrısı, baş dönmesi, çarpıntısı, sıkıntı hissi olan ve her hangi bir nörolojik kayıp tarif eden hastalar çalışmaya alınarak hasta seçimi geniş olarak tutulmuştur.

Ağrı semptomu ve anksiyete arasındaki ilişki hakkında yetersiz bilgi olduğunu söyleyenler (53) varsa da, ağrı sendromlarının daha çok anksiyete ile ilişkili ve daha az depresyon ile beraber görüldüğünü ifade edenler de vardır (54; 55; 56; 53). Baş ağrısı, osteoartrit ve karın ağrısı gibi durumların anksiyete ve depresyon ile anlamlı bir birlikteliği olmadığını gösteren çalışmalar da vardır (57). Bizim çalışmamızda anksiyete için spesifik tanı alan hastalar ile nonspesifik tanı alan hasta grupları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p= 0.9264$).

Bir sene boyunca psikiyatrik tedavi gören hastaların fiziksel ve mental sağlıkları tedaviyi takip eden bir yılda anlamlı olarak daha iyi bulunup % 52 masraf azalması sağladığı gösterilmiştir (58). Özellikle ağrı şikayetleri olan hastalarda depresyonun erken tanınmasının daha etkili tedavi ve daha iyi uzun dönem sonuçları sağladığı gösterilmiştir (27). Ancak detaylı depresyon testleri gereken hastaları bulmak için kısa ve uygulanabilir tarama testleri lazım olacaktır (59; 25). Bizim çalışmamız acil servisler gibi çok sayıda ve farklı şikayetler ile başvuran hastalara hizmet veren ve hızlı davranılması gereken ortamlarda HAD ölçeğinin erken tanı için tarama testi olarak kullanılabileceğini göstermektedir. Depresif veya anksiyöz olan ve birinci basamak sağlık merkezlerine başvuran hastaların % 80'i başlangıçta saf somatik şikayetler ile başvurur (60), ancak bu hastalar somatik bir şikayet ile başvurduğundan dolayı herhangi bir psikiyatrik patoloji saptanma ihtimali düşüktür. Anksiyete ve depresyon insanın sağlığı için önemli tanılar olup bizim hastalarımızda da % 31 ve % 53 oranlarında karşılaşılmaktadır. Acil serviste çalışan doktorlar da bu tanıları saptayabilmek için çaba harcamalıdır. Özellikle acil servis hasta popülasyonu gibi zor hasta grupları için klinik tecrübelerden daha çok etkinliği kanıtlanmış objektif testleri tanısal amaçlı kullanmak maskelenmiş tanıları yakalayabilmek için daha uygun olabilir.

Sadece nonspesifik tanı alan hastalarda değil, tüm hastalarda anksiyete ve depresyon gibi psikiyatrik tanıların saptanması erken tanı ve tedaviye katkı sağlayacaktır.

Çalışmaya alınan hastalardan sadece ikisine psikiyatri poliklinik kontrolü önerilmiş olup, bu %30 ve %53 oranında anksiyete ve depresyon gösteren sonuçlarla karşılaştırılınca oldukça düşük bir rakamdır. Açıklanamayan semptomlardan dolayı hekimler tetkiklerle masrafları arttırmaktadır. Bu masrafları azaltmak için yapılan çalışmalar ise hekimlerin davranış nedenlerinin anlaşılması gerektiğini, ancak bu nedenlerin net olarak bilinmediğini göstermektedir.(61). Hekimler hastalıkları daha çok somatik sorun olarak algılamaktadır (11). Somatik bir sorunu tanıyamama korkusu, yetersiz psikiyatri bilgileri ve emosyonel sorunların kötü bir damga olarak algılanmasından dolayı; fiziksel testlerin ve somatik patolojilere yönelik olan tetkik, tedavilerin ön planda tutulduğu çalışmalarla gösterilmiş bir gerçektir (62; 63). Hem hasta hem de hekimin somatik alanda kendilerini daha güvenli hissettiği ve buna bağlı emosyonel sorunların ihmal edildiği (34), hastaların hastalığın psikolojik yönlerini görmeyi reddettiği ve bunun hekimler tarafından da kabul edildiği diğer nedenler olarak bildirilmiştir (10). Açıklanamayan semptomları olan hastalarda antidepresan ilaçların etkili olduğu gösterilmiş olmasına (64) rağmen pratisyen hekimlerin çoğunluğunun psikotrop ilaçları reçete etmek istemediği saptanmıştır (10). Açıklanamayan semptomları olan hastaları psikiyatriye yönlendirmenin hekimler tarafından etkili bir çözüm olarak algılanmadığı da gösterilmiştir (10). Bizim çalışmamızda da psikiyatri polikliniği yönlendirmelerinin düşük oranda olması literatürdeki bu veriler ile açıklanabilir.

Maalesef psikiyatristlerin eğitiminde bile somatoform bozuklukların ve açıklanamayan fiziksel semptomların tedavisi sadece küçük bir rol oynar (10). Açıklanamayan semptomları olan hastalarda emosyonel sorunlar sık olmasına rağmen net ve açık bir psikiyatrik bozukluk sıklıkla eşlik etmemektedir (65). Yine de açıklanamayan semptomlar ile başvuran hastalarda sorunun psikiyatrik yönünün de olabileceği unutulmamalıdır. Çoklu açıklanamayan semptomları olan hastalarda psikiyatri konsültasyonunun özellikle yatış sayılarını azaltarak masraflarda % 53 azalma sağladığı gösterilmiştir (15). Somatoform bozukluk olan

hastalarda uygulanan psikososyal tedavinin uzun vadede semptomları anlamlı olarak azaltığı gösterilmiştir (16).

Bizim çalışma dönemimizde acil servise göğüs, baş ve karın ağrısı, baş dönmesi, çarpıntısı, sıkıntı hissi olan ve her hangi bir nörolojik kayıp tarif eden hastaların % 59'una spesifik bir tanı konulurken, % 41'ine spesifik bir tanı konulamamıştır. Pratisyen hekime başvuran hastalarının 1/5'inde fiziksel nedeni olmayan semptomlar olduğu saptanmıştır (1). Bu hastaların oranı bizim çalışmada daha yüksek olması bizim çalışmamızın çalışmaya dahil etme kriterlerine bağlı olabilir. Bir başka neden olarakta acil serviste hastalarımızın gereksiz tetkik edilmemesi ve hedefe yönelik tetkik ve tedavi uygulamaları gösterilebilir.

Çalışmamızda nonspesifik tanı alan hastaların % 20'si nonspesifik göğüs ağrısı, % 17'si nonspesifik karın ağrısı, % 18'si nonspesifik baş ağrısı ve % 10'u nonspesifik diğer ağrılar olarak değerlendirildi. Literatürde atipik göğüs ağrısı, negatif muayene bulgusu olan pelvik ağrı ve belirgin patoloji saptanamayan muskuloskeletal ağrılar somatizasyon düşünülmesi gereken yakınmalar olarak değerlendirilmiştir (8). Özellikle abdominal şikayetler, göğüs ağrısı, bel ağrısı, sersemlik hissi, yorgunluk ve halsizlik, cilt sorunları ve jinekolojik ya da genito-üriner semptomların yanı sıra baş ağrısı şikayeti ile sağlık merkezlerine başvuran hastalarda yüksek oranda fiziksel bir neden saptanamadığı bildirilmiştir (12; 66).

Nedeni bilinmeyen semptomları olan hastaların daha sıklıkla yaşlı, bayan veya bekar ya da yalnız yaşayanlar olduğu gösterilmiştir (52).

Bizim çalışmamızda spesifik ve nonspesik tanı alan hastalar arasında yaş ve cinsiyet istatistiksel olarak farklı bulunmamıştır.

Psikiyatrik bozukluklar en sık olarak 25-44 yaş arasındaki genç yetişkin yaş grubunda bulunur ((67). Depresyonlu hastaların depresyonu olmayan hastalardan daha genç olduğu gösterilmiştir (68; 69; 18; 28).

Kadın cinsiyetin psikiyatrik patolojiler açısından bir risk faktörü olduğu bir çok çalışmalarda gösterilmiştir; bayanlarda somatizasyon riski erkeklere göre sadece 1.6 kat artmış, ancak düşük sosyoekonomik sınıf ve yüksek emosyonel stres ile beraberliğinde ise dört kat artmıştır (14). Kadın cinsiyetin de anksiyete ve depresyon için de bir risk faktörü olduğu saptanmıştır (57) ayrıca bayan hastalardadepresyon daha sık görülmektedir (18).

Bizim çalışmamızda da kadınlarda anlamlı olarak daha sık anksiyete saptandı. Kadın cinsiyet sıklıkla depresyon için bir risk faktör olarak değerlendirilmiştir ancak kadınlarda tipik depresyon ve anksiyete bulgularının daha sık görüldüğü ve tanı daha kolay konulduğu için böyle olabilir (57). Bizim çalışmamızda erkeklerin % 20'sinde anksiyete ve % 51'inde depresyon saptandı, bu yüksek oranlar tipik semptomlara bakılmaksızın sadece tarama testi kullanılması ile açıklanabilir.

Bekarlık, düşük eğitim ve gelir düzeyi depresyon için risk faktörleri arasında saptanmıştır (68; 69; 28). Buna karşı, bizim çalışmamızda evli hastalarda bekar hastalardan daha sık olarak depresyon saptandı.

Acil servise gelen hastaların acile gelmek için yeterince rahatsız edici bir şikayeti vardır, hastalar taburcu olurken onları değerlendiren hekimden şikayetlerini açıklayan bir tanı beklemektedirler. Hekim net bir tanı koyamasa da hastanın ciddiye alındığını ve şikayetlerinin gerçek olarak algılandığını göstermek için hastaya bir tanı söylemelidir (70). Tanıda şikayetlerin gerçekliliğini sorgulayan bir dil kullanıldığı zaman hasta hekimin yetersiz ve uzman olmadığını düşünecektir (71). Spesifik bir tanı konulamayan hastalara semptomlarının sadece 'kafada' olduğunu, gerçekte bir neden olmadığını söylemekten kaçınılmalıdır (70). Psikolojik nedenler düşündüren tanıları söylenildiği zaman hastalar hekim tarafından ciddiye alınmadığını hissedebilir, şikayetini abarttığını veya hekimin kendisini deli olduğunu düşündüğünü algılar (72). Hastalığa bir ad vermek için dikkatli olunması ve ortak bir dilin kullanılması önerilmektedir (5). Hastanın kendini hasta olarak düşünmesi ve hekiminin tanısal kategoriler arasındaki çelişmesi, ve hastayı utandırmaktan korkusu hastalığının adlandırılmasını ve karakterizasyonunu zorlaştırır (5). Hem hekimler tarafından hem de hastalar tarafından kabul edilebilecek bir tanı olarak 'fonksiyonel bozukluk' önerilmiş olup 'non-diagnostik semptom' tanısından kaçınılması önerilmiştir (70).

Reid et al. tarafından 2001'de yayınlanmış bir çalışmada (10) açıklanamayan semptomları olan hastaların hakkındaki hekim düşünceleri analize edilmiştir; hekimlerin % 63.5'i hastalarda psikiyatrik bir bozukluk olduğunu düşünmüştür. Bizim çalışmada da nonspesifik tanı alan hastalarda gerçekten yüksek oranlarda anksiyete ve depresyon bulunmaktadır, ancak bu psikiyatrik

bozuklukların sıklığının spesifik tanı alan hastalardan yüksek olmadığı da gösterilmiştir.

5.2. Bel ağrısı olan hasta grubu

Bel ağrısı hekime gitme nedenleri arasında en sık olan üç nedenden birisidir ve toplumun % 75'in en az bir defa bel ve sırt ağrısı nedeni ile hekime başvurduğu bildirilmiştir (73).

Bel ağrısının etyolojisi net anlaşılmamıştır ve depresyonun bel ağrısı için bir risk faktörü olup olmadığı hakkında karşıt görüşler vardır (48).

Kronik bel ağrılarının büyük kısmında kesin bir patoanatomik tanı konulamamakta ve nonspesifik bel ağrısı, muskuloskeletal ağrı gibi teşhisler kullanılmaktadır (74). Bizim çalışmamızda da bel ağrısı şikayeti ile başvuran hastalardan % 69'una spesifik bir tanı konulamamıştır.

Bel ağrısı olan kişilerde psikolojik bozuklukların bel ağrısı olmayan kişilere göre daha sık olduğu gösterilmiştir (75) ve bu bozukluklar arasında depresyon ve bel ağrısı arasında pozitif bir korelasyon olduğunu bildirilmiştir (76). 2004 yılında yapılmış bir çalışmada (28). bel ağrısı olan kişilerin bel ağrısı olmayan kişilere göre 6.2 kat daha sık depresif olduğu gösterilmiştir Özellikle erkeklerde bel ağrısının depresyon için önemli bir risk faktörü olduğu saptanılmıştır (28). Bizim çalışmamızda spesifik ve nonspesifik tanı alan bel ağrılı hastalar arasında anlamlı bir fark gösterilemedi, bel ağrısı şikayeti ile başvuran 42 hasta olması ve bu sayının çok küçük olması bu durumu açıklayabilir.

Bel ağrısı olup depresyonu olmayan olan kişilerin bel ağrısı ve depresyonu olan kişilere göre, daha genç, daha sık olarak bayan ve bekar olduğu gösterilmiştir (28). Bizim çalışmamızda yaş, medeni durum, cinsiyet ve eğitim duruma göre anlamlı farklı sonuçlar elde edilememiş olup, hasta sayısı az olduğu için tekrar çalışmalar gerekecektir.

SONUÇLAR

HAD ölçeği anksiyete ve depresyon varlığı açısından kesin tanısal bir bilgi vermeyebilir, ancak hangi hastaların anksiyete ve depresyon için risk altında olduğunu gösterebilen, kolay ve hızlı uygulanımı ile acil servislerde kullanılabilen bir yöntemdir. Çalışmamızda da HAD ölçeğinin acil servislere başvuran hastalarda anksiyete ve depresyon için risk altında bulunan hastaları belirtmede kullanılabileceği gösterilmiştir. Ancak HAD ölçeğini kullanarak hangi hastalarda organik bir hastalık olup olmadığını öngörmek mümkün değildir.

Çalışmamızda HAD ölçeğine göre spesifik tanı alan hasta grubunun % 53'ünün, nonspesifik tanı alan hasta grubunun % 43'ünün depresyon için risk altında olduğu saptanmıştır, Anksiyete için bu oranlar sırası ile %31 ve %32 bulunmuştur.

Bel ağrısı olmayan hastalarda spesifik tanı alan hasta grubunun non spesifik tanı alan gruba göre depresyon için daha fazla risk altında olduğu bulunurken anksiyete için spesifik ve nonspesifik tanı alan hasta grupları arasında anlamlı bir fark bulunamadı Bel ağrılı hasta gruplarında ise spesifik ve non spesifik tanı alan hastalar arasında anksiyete ve depresyon riskleri açısından fark olmadığı tespit edilmiştir.

ÖZET

Acil servislere ve birinci basamak tedavi alanlarına başvuran hastaların % 19'luk kısmı anksiyete ve depresyon nedeni ile başvurmaktadır. Bu çalışmanın amacı Hastane Anksiyete ve Depresyon (HAD) ölçeği kullanarak semptomların nedeni açıklansın ya da açıklanmasın acil servise başvuran hastalarda depresyon ve anksiyete insidansı ve risk gruplarını araştırmaktır.

Bu ileriye dönük kesitsel çalışma 15.12.2004 ve 14.02.2005 arasındaki 2 aylık sürede yıllık 46000 (2004 yılı) erişkin hasta kapasitesi olan Akdeniz Üniversitesi Hastanesi Acil Servisi'nde yapıldı. Hastaların acil hekimleri tarafından rutin değerlendirilmesi sırasında çalışmaya dahil edilme kriterlerine uyan hastalara bir anksiyete ve depresyon ölçeği formu dolduruldu. Bel ağrısı olan hastalar ile bel ağrısı dışında şikayeti olan hastaların verileri ayrı ayrı değerlendirildi. İstatistiksel analizler ki-kare testi ile yapıldı, anksiyete ve depresyon için alınan skorlar Mann-Whitney U testi ile karşılaştırıldı. Elde edilen verilerin istatistiksel analizleri 'Statview 4.5' adlı program aracılığı ile yapıldı.

Çalışma süresinde acil servise toplam 7513 hasta başvurdu. Kriterlere uyan 639 hasta çalışmaya alındı. Çalışma kriterlerine uymayan 135 hasta çalışmadan çıkartıldı. Geri kalan 504 hasta bel ağrısı olup olmamasına göre iki gruba ayrıldı. Bu iki grup içerisinde hastalar spesifik veya nonspesifik bir tanıyla acil servisten taburcu olmasına veya hastaneye yatırılmasına göre gruplara ayrıldı. Spesifik ve nonspesifik tanı alan bel ağrılı hastalar arasında anlamlı bir fark gösterilemedi. Spesifik tanı alan hasta grubunun % 53'ü depresyon için risk altında bulunurken nonspesifik tanı alan hasta grubunda bu oran sadece % 43'tü. Bu fark anlamlı olarak bulundu ($p=0.0476$). Anksiyete için spesifik ve nonspesifik tanıli hasta grupları arasında anlamlı bir fark bulunamadı ($p= 0.9264$).

Sonuç olarak HAD ölçeği anksiyete ve depresyon varlığı açısından kesin tanısal bir bilgi vermeyebilir, ancak hangi hastaların anksiyete ve depresyon için risk altında olduğunu gösterebilen, kolay ve hızlı uygulanımı ile acil servislere kullanılabilen bir yöntemdir. Çalışmamızda da HAD ölçeğinin acil servislere başvuran hastalarda anksiyete ve depresyon için risk altında bulunan hastaları

belirtmede kullanılabileceği gösterilmiştir. Ancak HAD leğini kullanarak hangi hastalarda organik bir hastalık olup olmadığını öngörmek mümkün değildir.

KAYNAKLAR

- 1 Peveler R, Kilkenny L, Kinmoth AL; Medically unexplained physical symptoms in primary care: a comparison of self-report screening questionnaires and clinical opinion
J Psychosom Res 1997; 42: 245-52
- 2 Akalın, Cimili, Kuzhan; Depresyon, Pratisyen Hekimler ve Depresyon Eğitimi; sted 2002; 11(2), 58-62
- 3 Pickering T; Job Stress, Control, and Chronic Disease: Moving to the Next Level of Evidence
Psychosomatic Medicine 2001; 63 (5): 734-6
- 4 Zigmond AS and Snaith PR; The hospital anxiety and depression scale
Acta Psychiatr Scand 1983; 67: 361-70
- 5 Epstein RM, Quill TE, McWhinney İR; Somatization Reconsidered: Incorporation the Patient's Experience of İllness
Arch İtern Med 1999; 159 (3): 215-22
- 6 Öztürk, Prof. Dr. M. Orhan; Ruh Sağlığı ve Bozuklukları
Ankara 2004; 10.basım
- 7 DukeMedNews; researchers identify new signs of depression and anxiety in patients
News Release; <http://www.dukemednews.org/news/article.php?id=5512>
- 8 Pols RG, Battersby M, Tolchard B, McDonald J, Somatisation and Coordinated Care: An important but difficult to recognize target group,
<http://som.flinders.edu.au/FUSA/CCTU/Somatisation%20and%20Coordinated%20Care.pdf>

- 9 Servan-Schreiber D, Tabas G, Kolb NR; Somatizing Patients: Part II, Practical Management
American Family Physician 2000; 3 (1): 1423-36
- 10 Reid S, Wessely S, Crayford T, Hotopf M; Medically unexplained symptoms in frequent attenders of secondary health care: retrospective cohort study
BMJ 2001; 322 (7289): 767
- 11 Reid S and Wesseley S; Frequent attenders with medically unexplained symptoms: service use and costs in secondary care
The British Journal of Psychiatry 2002; 180: 248-253
- 12 Reid S, Crayford T, Hotopf M; Medically unexplained symptoms – GPs' attitudes toward their cause and management
Family Practice 2001; 18 (5): 519-23
- 13 Kouyanou K, Pither CE, Rabe-Hesketh, Wessely S; A comparative study of iatrogenesis, medication abuse and psychiatric morbidity in chronic pain patients with and without medically explained symptoms
Pain 1998; 76: 417-26
- 14 Ladwig KH, Marten-Mittag B, Erazo N, Gündel H; Identifying Somatization Disorder in a Population-Based Health Examination Survey
Psychosomatics 2001; 42 (6): 511-8
- 15 Smith GR, Monson RA Ray DC; Psychiatric consultation in somatization disorder: A randomized controlled study
NEJM 1986; 314 (22): 1407-13

- 16 Allen LA, Escobar JI, Lehrer PM, Gara MA, Woolfolk RL; Psychosocial Treatments for Multiple Unexplained Physical Symptoms: A Review of the Literature
Psychosomatic Medicine 2002; 64 (6): 939-50
- 17 Stanley IM, Peters S, Salmon P; A primary care perspective on prevailing assumptions about persistent medically unexplained physical symptoms
Int J Psychiatry Med 2002; 32: 125-40
- 18 Callahan CM, Kesterson JG, Tierney WM; Association of Symptoms of Depression with Diagnostic Test Charges Among Older Adults
Annals of Internal Medicine 1997; 126 (6): 426-32
- 19 Huffman JC and Pollack MH; Predicting Panic Disorder Among Patients With Chest Pain: An Analysis of the Literature
Psychosomatics 2003; 44 (3): 222-36
- 20 Escobar JI, Gara M, Silver RC, Waitzkin H, Holman A, Compton W; Somatization disorder in medical care
The British Journal of Psychiatry 1998; 173: 262-6
- 21 Escobar JI, Burnam A, Karno M, Forsythe A, Golding JM; Somatization in the community
Archives of General Psychiatry 1987; 44 (8): 713-718
- 22 Kılıçaslan I, Bozan H, Oktay C, Göksu E; Türkiye’de Acil Servise Başvuran Hastaların Demografik Özellikleri
Türkiye Acil Tıp Dergisi 2005; 5(1): 5-13
- 23 Katon W; The epidemiology of depression in medical care
Int J Psychiatry Med 1987; 17: 93-112

- 24 Katon W and Schulberg H; Epideöiology of depression in primary care
Gen Hosp Psychiatry 1992; 14: 237-47
- 25 Pini S, Perkonig A, Tansella M, Wittchen H-U; Prevalence and 12-month outcome of threshold and subthreshold mental disorders in primary care
J Affect Disord 1999; 56: 37-48
- 26 Klinkman MS, Coyne JC, Gallo S, Schwenk TL; False Positives, False Negatives, and the Validity of the Diagnosis of Major Depression in Primary Care
Archives of Family Medicine 1998; 7(5): 451-61
- 27 Carroll LJ, Cassidy JD, Côté P; Depression as a risk factor for onset of an episode of troublesome neck and low back pain
Pain 2004; 107: 134-9
- 28 Currie SR and Wang JL; Chronic back pain and major depression in the general Canadian population
Pain 2004; 107: 54-60
- 29 Aydemir O, Güvenir T, Küey L, Kültür S; Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği Türkçe Formunun Geçerlilik ve Güvenilirliği
Türk Psikiyatri Dergisi 1977; 8: 280-7
- 30 Kessler RC, Berglund P, Demler O, Jin R, Koretz D, Merikangas KR, Rush AJ, Walters EE, Wang PS; The epidemiology of major depressive disorder: results from the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R)
JAMA 2003; 289: 3095-105

- 31 Goldberg D; Epidemiology of mental disorders in primary care settings
Epidemiol Rev 1995; 7:182-90
- 32 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: 333-40
- 33 Angst J; Major depression in 1998: are we providing optimal therapy?
J Clin Psychiatry 1999; 60 (Suppl. 6):5-9
- 34 Goldman LS, Nielsen NH, Champion HC; Awareness, diagnosis, and treatment of depression
J Gen Intern Med 1999; 14:569-80
- 35 Coyne JC, Schwenk TL, Fechner-Bates S; Nondetection of depression by primary care physicians reconsidered
General hospital Psychiatry 1995; 17(1): 3-12
- 36 Sayıl I; Review of suicide studies in Turkey
Crisis 1997; 18: 124-7
- 37 Sayıl I ve Devrimci-Özgüven H; Suicide and Suicide attempts in Turkey: Results of the WHO/Euro Multicentre Study of Suicidal Behavior
Can J Psychiatry 2003; 48: 324-9
- 38 Vahip S; Koruyucu sağaltımda yanıtın belirlenebilirliği üzerine
3 P Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji Dergisi 2000; 8 (Eksayı 2):19-22

- 39 Kılıç C; Türkiye Ruh Sağlığı Profili: Erişkin nüfusta ruhsal hastalıkların yaygınlığı, ilişkili faktörler, yetiyetimi ve ruh sağlığı hizmeti kullanımı sonuçları
www.ibtf.ibu.edu.tr/bolumler/psikiyatri/egitim/8.ppt
- 40 Nemiah JC in Psychoneurotic Disorders. The New Harvard Guide to Psychiatry/V (ed.)
www.pep.web.org/document.php?id=pi.021.0208a&PHPSESSID=0tolnimki8rp5th1lj17bfdl5
- 41 Brundtland GH; Setting the WHO Agenda for Mental Health, Opening Speech, Geneva, 28-29 April 1999
- 42 Sağduyu A ve ark.; Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Depresyon
Türk Psikiyatri Dergisi 2000; 11 (1): 3-16
- 43 Üstün TB ve Von Korff M in: Primary Mental Health Services: Access and Provision of care. Mental İllness in General Health Care, (editörler) T.B. Üstün, N. Sartorius, Geneva: John Wiley & Sons; 1995; sf. 347-60
- 44 Banks SM and Kern RD; Explaining high rates of depression in chronic pain: a diathesis-stress framework
Psychol Bull 1996; 119: 95-110
- 45 Sullivan MJL, Reesor K, Mikail SF, Fisher R; The treatment of depression in chronic low back pain: review and recommendations
Pain 1992; 50: 5-13
- 46 Linton SJ and Skevington SM; Psychological Factors. İn: Crombie IK, Croft PR, Linton SJ, LeResche L, Vob Korff M, editors. Epidemiology of pain. Seattle, WA:IASP Press; 1999: 235-65

- 47 Dworkin SF and Gitlin MJ; Clinical aspect of depression in chronic pain patients
Clin J Pain 1997; 7: 79-94
- 48 Fishbain DA, Cutler R, Rosomoff HL, Rosomoff RS; Chronic pain-associated depression: antecedent or consequence of chronic pain? A review
Clin J Pain 1997;13: 116-37
- 49 Rush AJ, Polatin P, Gatchel RJ; Depression and chronic low back pain: establishing priorities in treatment
Spine 2000; 25: 2566-71
- 50 Katon W, Lin E, Von Korff M, Russo J, Lipscomb P, Bush T; Somatization: a spectrum of severity
American Journal of Psychiatry 1991; 148:34-40
- 51 Kroenke K, Spitzer RL, Williams J, Linzer M, Hahn SR, de Gruy III FV et al., Physical symptoms in primary care. Predictors of psychiatric disorders and functional impairment
Archives of Family Medicine 1994; 3: 774-9
- 52 Feder A, Olfson M, Gameroff M, Fuentes M, Shea S, Lantigua RA, Weissman MM; Medically Unexplained Symptoms in an Urban General Medicine Practice
Psychosomatics 2001; 42: 261-8
- 53 Mc Williams LA, Goodwin RD, Cox BJ; Depression and anxiety associated with three pain conditions: results from a nationally representative sample
Pain 2004; 111: 77-83

- 54 Merikangas KR, Angst J, Isler H; Migraine and psychopathology: results of the Yurich cohort study of young adults
Arch Gen Psychiatry 1990; 47: 849-53
- 55 Breslau N and Davis GC; Migraine, physical health and psychiatric disorder: a prospective epidemiology study in young adults
J Psychiatr Res 1993; 27: 211-21
- 56 McWilliams LA, Cox BJ, Enns MW; Mood and anxiety disorders associated with chronic pain: an examination in a nationally representative sample
Pain 2003; 106: 127-33
- 57 News Release; <http://www.dukemednews.org/news/article.php?id=5512>
- 58 Kashner TM, Rost K, Cohen B, Anderson M, Smith Jn. GR; Enhancing the health of somatization disorder patients. Effectiveness of short-term group therapy
Psychosomatics 1995; 36 (5): 462-70
- 59 Mulrow CD, Williams Jr JW, Gerety MB, Ramirez G, Montiel OM, Kerber C; Case-finding instruments for depression in primary care settings
Annals of Internal Medicine 1995; 123: 913-21
- 60 Bridges KW and Goldberg DP; Somatic presentation of DSM-III psychiatric disorders in primary care
Journal of Psychosomatic Research 1985; 29: 563-9
- 61 Sheehan B; Cost of somatisation
The British Journal of Psychiatry 2002; 181(1):79

- 62 Smith GR, Rost K Jr, Kashner TM; A trial of the effect of a standardized psychiatric consultation on health outcomes and costs in somatizing patients
Archives of General Psychiatry 1995; 52: 238-43
- 63 Mayou R and Sharpe M; Treating medically unexplained physical symptoms
BMJ 1997; 315: 561-2
- 64 Reid S and Wesseley S; Somatoform disorders
Curr Opin Psychiatry 1999; 12: 163-8
- 65 Kroenke K and Mangelsdorff AD; Common symptoms in ambulatory care: incidence, evaluation, therapy, and outcome
American Journal of Medicine 1989; 86: 262-6
- 66 Ring A, Dowrick C, Humphris G, Salmon P; Do patients with unexplained physical symptoms pressure general practitioners for somatic treatment? A qualitative study
BMJ 2004; 328(7447): 1057-62
- 67 Robins LN, Helzer JE, Weissman MM, Orvaschel H, Gruenberg E, Burke JD jr., Regier DA; Lifetime prevalence of psychiatric disorders in three sites
Archives of General Psychiatry 1984; 41 (10): 949-58
- 68 Magni G, Caldieron C, Rigatti-Luchini S, Merskey H; Chronic musculoskeletal pain and depressive symptoms in the general population. An analysis of the 1st National Health and nutrition Examination Survey data
Pain 1990; 43:299-307

- 69 Magni G, Marchetti M, Moreschi C, Merskey H, Luchini SR; Chronic musculoskeletal pain and depressive symptoms in the general National Health and Nutrition Examination. I. Epidemiologic follow-up study
Pain 1993; 53: 163-8
- 70 Stone J, Wojcik W, Durrance D, Carson A, Lewis S, MacKenzie L, Warlow CP, Sharpe M; What should we say to patients with symptoms unexplained by disease? The "number needed to offend"
BMJ 2002; 325(7378): 1449-50
- 71 Peters S, Stanley I, Rose M, Salmon P; Patients with medically unexplained symptoms: Sources of patients authority and iöplifications for demands on medical care
Social Science & Medicine 1998; 46 (4-5): 559-65
- 72 Wesseley S; To tell or not to tell? The problem of medically unexplained symptoms. In: Zeman, A.& Emmanuel, L., eds. Ethical dilemmas in Neurology. London: Saunders, 2000: 41-53
- 73 Atkinson JH; Chronic Back pain: Searching for Causes and Cures
Journal of Rheumatology 2004; 31(12): 2323-5
- 74 Deyo RA and Weinstein JN; Low Back Pain
New England Journal of Medicine 2001; 344: 363-70
- 75 Croft PR, Papageorgiou AC, Ferry S, Thomas E, Jayson MI, Silman AJ; Psychological distress and low back pain. Evidence from a prospective study in the general population
Spine 1995; 20: 2731-7

- 76 Gerber PD, Barrett JE, Barrett JA, Oxman TE, Manheimer E, Smith R et al.; The relationship of presenting physical complaints to depressive symptoms in primary care patients
Journal of General Internal Medicine 1992, 7: 170-3

Ekler

Ek 1: Çalışma formu

Hasta adı, soyadı:

Eğitim durumu: 0 ☐ İlk ☐ Orta ☐ Lise ☐ Yüksek ☐

Kronik Hastalık: DM ☐ HT ☐ KAH ☐ Ca ☐ AC ☐

Diğer ☐ Sürekli ilaç kullanımı: 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ >4 ☐ şerit

Son 2 ayda kaç defa doktora başvurdu: 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ >4 ☐ defa

Taburcu olurken poliklinik öneri: yok ☐ varsa hangisi:

Tarih:

Şikayet:

Dosya no:

Alışkanlıklar: Yok ☐ Sigara ☐ Alkol ☐

Medeni hali: E ☐ B ☐ D ☐

Cinsiyet: E ☐ K ☐

Yaş:

Telefon:

- | | |
|---|--|
| <p>1) Kendimi gergin “patlayacak gibi” hissediyorum.
A. Çoğu zaman
B. Birçok zaman
C. Zaman zaman, bazen
D. Hiçbir zaman</p> <p>2) Eskiden zevk aldığım şeylerden hala zevk alıyorum.
A. Aynı eskisi kadar
B. Pek eskisi kadar değil
C. Yalnızca biraz eskisi kadar
D. Neredeyse hiç eskisi kadar değil</p> <p>3) Sanki kötü bir şey olacaktı gibi bir korkuya kapılıyorum.
A. Kesinlikle öyle ve oldukça da şiddetli
B. Evet, ama çok şiddetli değil
C. Biraz, ama beni endişelendiriyor
D. Hayır, hiç öyle değil</p> <p>4) Gülebiliyorum ve olayların komik tarafını görebiliyorum.
A. Her zaman olduğu kadar
B. Şimdi pek o kadar değil
C. Şimdi kesinlikle o kadar değil
D. Artık hiç değil</p> <p>5) Aklımdan endişe verici düşünceler geçiyor.
A. Çoğu zaman
B. Birçok zaman
C. Zaman zaman, ama sık değil
D. Yalnızca bazen</p> <p>6) Kendimi neşeli hissediyorum.
A. Hiçbir zaman
B. Sık değil
C. Bazen
D. Çoğu zaman</p> <p>7) Rahat rahat oturabiliyorum ve kendimi gevşek hissediyorum.
A. Kesinlikle
B. Genellikle
C. Sık değil
D. Hiçbir zaman</p> | <p>8) Kendimi sanki durgunlaşmış gibi hissediyorum.
A. Hemen hemen her zaman
B. Çok sık
C. Bazen
D. Hiçbir zaman</p> <p>9) Sanki içim pırpır ediyormuş gibi bir tedirginliğe kapılıyorum.
A. Hiçbir zaman
B. Bazen
C. Oldukça sık
D. Çok sık</p> <p>10) Dış görünüşüme ilgimi kaybettim.
A. Kesinlikle
B. Gerektiği kadar özen göstermiyorum
C. Pek o kadar özen göstermeyebiliyorum
D. Her zamanki kadar özen gösteriyorum</p> <p>11) Kendimi sanki hep bir şey yapmak zorundaymışım gibi huzursuz hissediyorum.
A. Gerçekten çok fazla
B. Oldukça fazla
C. Çok fazla değil
D. Hiç değil</p> <p>12) Olacakları zevkle bekliyorum.
A. Her zaman olduğu kadar
B. Her zamankinden biraz az
C. Her zamankinden kesinlikle daha az
D. Hemen hemen hiç</p> <p>13) Aniden panik duygusuna kapılıyorum.
A. Gerçekten de çok sık
B. Oldukça sık
C. Çok sık değil
D. Hiçbir zaman</p> <p>14) İyi bir kitap, televizyon ya da radyo programında zevk alabiliyorum.
A. Sıklıkla
B. Bazen
C. Pek sık değil
D. Çok seyrek</p> |
|---|--|

Yardımanız için teşekkürler

Ek 2: ICD-10 açıklanması

A00-B99:	Enfeksiöz ve paraziter hastalıklar
C:	Neoplazmlar
E:	Endokrin, beslenme ve metabolizma hastalıklar
G:	Sinir sistemi hastalıklar
H:	Göz ve adnekslerinin hastalıklar
I:	Dolaşım sistemi hastalıklar
I20:	Angina pectoris
J:	Solunum sistemi hastalıkları
K:	Sindirim sistemi hastalıkları
M:	Kas iskelet sistemi ve bağ dokusu hastalıkları
N:	Genitoüriner sistemi hastalıkları
R00:	Kalp atım anormallikleri
R05:	Öksürük
R07:	Boğaz ve göğüste ağrı
R10:	Abdominal ve pelvik ağrı
R11:	Bulantı ve kusma
R14:	Barsak gazı ve ilişkili durumlar
R19:	Sindirim sistemi ve karına ait diğer semptom ve belirtiler
R20:	Deri duyu bozuklukları
R31:	Hematüri tanımlanmamış
R42:	Baş dönmesi ve sersemlik
R51:	Baş ağrısı
R52:	Ağrı, başka yerde tanımlanmamış
R53:	Kırgınlık ve yorgunluk
R55:	Senkop ve bayılma
Z00:	Yakınma veya bilinen teşhisi olmayan kişilerin genel muayene ve incelemesi